

სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულებები

სახელმძღვანელო



2020 წ. თბილისი, საქართველო

სახელმძღვანელო მომზადებულია 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.

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

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

©UNFPA 2020

ციტირებისათვის: სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულებები. სახელმძღვანელო. საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. ავტორები: მზია ტაბატაძე; კახაბერ კეპულაძე.

სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დანეხებულება

სახელმძღვანელო

2020 წ. თბილისი, საქართველო

სარჩევი	5
ცხრილები და გრაფიკები	7
აბრევიატურა/შემოკლებები	9
პროგრამის მოკლე მიმოხილვა	11
სახელმძღვანელოს შექმნის მიზანშეწონილობა	12
სახელმძღვანელოს შემუშავების მეთოდოლოგია და პროცესი	16
სამიზნე აუდიტორია	16
სახელმძღვანელოს სტრუქტურა	17
სამაგიდო მიმოხილვა	18
საერთაშორისო დონეზე კვლევის მიგნებების მიმოხილვა	18
სტიგმა ინდექსი აივ-ზე მოწყვლადი პოპულაციების თვალთახედვით	19
სტიგმა ინდექსი - სამედიცინო დაწესებულებებში მედპერსონალის თვალთახედვით	21
სტიგმა სოციალური ჯგუფების და დაზარალებული პირების/მოწყვლადი პოპულაციების მიმართ	22
საქართველოში არსებული კვლევების მოკლე მიმოხილვა	24
ახალგაზრდებს შორის აივ ტესტირებაზე მოთხოვნისა და მიმართვადობის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზების კვლევა. 2020 წ. საქართველო	24
საქართველოში აივ ტესტირებაზე ბარიერების კვლევა სხვადასხვა სამიზნე პოპულაციების თვალთახედვით	25
ქცევითი ინსაითების კვლევა	27
აივ-თან ასოცირებული სტიგმა ჯანდაცვის სისტემაში: თეორიული საფუძვლები და კონცეპტუალური ჩარჩო	27
ჯანმრთელობის ეკოლოგიური მოდელი	28
საჯარო/ჯანდაცვის პოლიტიკა	29
სტიგმა და დისკრიმინაცია სამედიცინო დაწესებულებებში (ზოგადად)	31
სტიგმის და დისკრიმინაციის მიზეზები	32
ჯანდაცვის სისტემაში მანიფესტირებული სნდ-ის ტიპები	32
სამედიცინო დაწესებულებაში სნდ-ის ზეგავლენა პაციენტზე/კლიენტზე	33

სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულებები	33
სტიგმის შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების სხვადასხვა დონე	34
საუკეთესო პრაქტიკები: ჯანდაცვაში სად შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტურობა	36
რეკომენდაციები	39
რეკომენდებული ღონისძიებები: მიზანშეწონილობა და ტექნიკური მიდგომები	40
რეკომენდაცია 1: სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება/სკანირება (assessment/scanning)	40
რეკომენდაცია 2: სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა გადამზადება/ტრენინგები	41
რეკომენდაცია 3: სამედიცინო დაწესებულებების ქცევის კოდექსი	43
რეკომენდაცია 4: მონიტორინგი და რეაგირების მექანიზმები	44
რეკომენდაცია 5: ჯანდაცვის სისტემაში სად-ის თემის ინტეგრირება IBBS კვლევებში	46
რეკომენდაცია 6: სტიგმა ინდექსის კვლევა	47
რეკომენდაცია 7: სამედიცინო პერსონალის KAP კვლევა	48
რეკომენდაცია 8: სამედიცინო პერსონალისა და აივ მოწყვლადი ჯგუფების პირდაპირი ინტერაქცია მათ შორის ნდობის გაზრდის მიზნით	49
რეკომენდაციები ინსტრუმენტების შემუშავებისათვის	50
დანართი 1: თანამშრომელთა გამოკითხვის ინსტრუმენტი	50
დანართი 2: ინსტიტუციური შეფასების (ესსემენტის) ინსტრუმენტი	54
დანართი 3: თანამშრომელთა ტრენინგების სპეციფიკა და მენიუ	60
დანართი 4: ქცევის კოდექსი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის	63
დანართი 5: პაციენტების რუტინული გამოკითხვის ინსტრუმენტი	64
დანართი 2: სახელმძღვანელოში გამოყენებული ზოგიერთი ტერმინის განმარტება	64
ბიბლიოგრაფია	65

ცხრილი 1 აივ-ზე ტესტირების მარცენებლები სხვადასხვა კვლევის სამიზნე პოპულაციებში	14
ცხრილი 2 სტიგმის შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების კატეგორიები	35
გრაფიკი 1: საქართველოს პოზიციონირება EECA რეგიონში მკურნალობაში ჩართვის მარცენებლის მიხედვით	12
გრაფიკი 2: საქართველოს პოზიციონირება მკურნალობაზე მყოფთა შორის ვირუსული სუპრესიის მიღწევის მარცენებლის მიხედვით	13
გრაფიკი 3 საქართველოს პოზიციონირება აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენის მარცენებლის მიხედვით	13
გრაფიკი 4 აივ ტესტირებაზე ქცევის განმსაზღვრელი ეკოლოგიური მოდელი	28
გრაფიკი 5 სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულება	34
გრაფიკი 6: სამედიცინო დაწესებულებებში სნდ-ს შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების კატეგორიები	35

აბრევიატურა / შემოკლებები

აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
არვ	ანთრემოტოვირუსული
გფ	გლობალური ფონდი
დკსჯეც	დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი
თსსუ	თბილისის სახელმწიფო საგედიცინო უნივერსიტეტი
მსმ	მაგაკაცი, რომელთაც სექსი აქვს მაგაკატთან
ნიბ	ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებელი
კჯდ	კირველადი ჯანდაცვა
ს&დ	სტიგმა და დისკრიმინაცია
სმ	სექს-მუშაკები
ქსს	ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო
შიდსი	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
ჯანდაცვის სამინისტრო	საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო
EECA	აღმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია
IBBS	ქცევაზე გედაგედელობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით
KAP	ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის კვლევა
MICS	მრავალმნიშვნელოვანი კლასტერული კვლევა
UNDP	გაერთიანებული ერების პროგრამა
UNFPA	გაერთიანებული ერების ფონდი

წინამდებარე სახელმძღვანელო - „სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულება“ შემუშავდა პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება გაეროს მოსახლეობის ფონდსა და არასამთავრობო ორგანიზაცია 'თანადგომას' შორის 2020 წელს გაფორმებული ხელშეკრულების - „ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და სექსუალობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მხარდაჭერა“ ფარგლებში.

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, რომ მოხდეს ახალგაზრდებში და საკვანძო პოპულაციებში აივ-ზე ტესტირების პოპულარიზაცია ტესტირების სერვისებზე ბარიერების იდენტიფიცირების და მათი მინიმზაციის გზით.

გაეროს მოსახლეობის ფონდმა და თანადგომამ 2020 წელს ჩაატარა გამოკითხვა აივ ინფიცირებულ პირებში, საკვანძო პოპულაციებში და სამედიცინო პერსონალში, რომ შეესწავლა აივ ტესტირების ხელშემწყობი ფაქტორები, მოტივატორები და ბარიერები. თვისებრივი კვლევის მიგნებები, სხვა მტკიცებულებებთან და საერთაშორისოდ აღიარებულ პრაქტიკებთან ერთად საფუძვლად დაედო „სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულებების სახელმძღვანელოს“ შემუშავებას.

თანამშრომლობის ფარგლებში იგეგმება ჯანდაცვის სისტემის ოფიციალური პირების, სამედიცინო დაწესებულებების მმართველი რგოლის და მედპერსონალის პროფესიული უნარ-ჩვევების გაძლიერება აივ-თან ასოცირებული სტიგმის შემცირების მიზნით. სახელმძღვანელოს რეკომენდაციების პილოტირება შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებაში და პროცესზე მონიტორინგი შეძლებს, დააგროვოს პრაქტიკული გამოცდილება და მტკიცებულებები ინტერვენციების შემდგომი პოპულარიზაციის და ქვეყნის მასშტაბით ინსტიტუციონალიზაციისათვის.

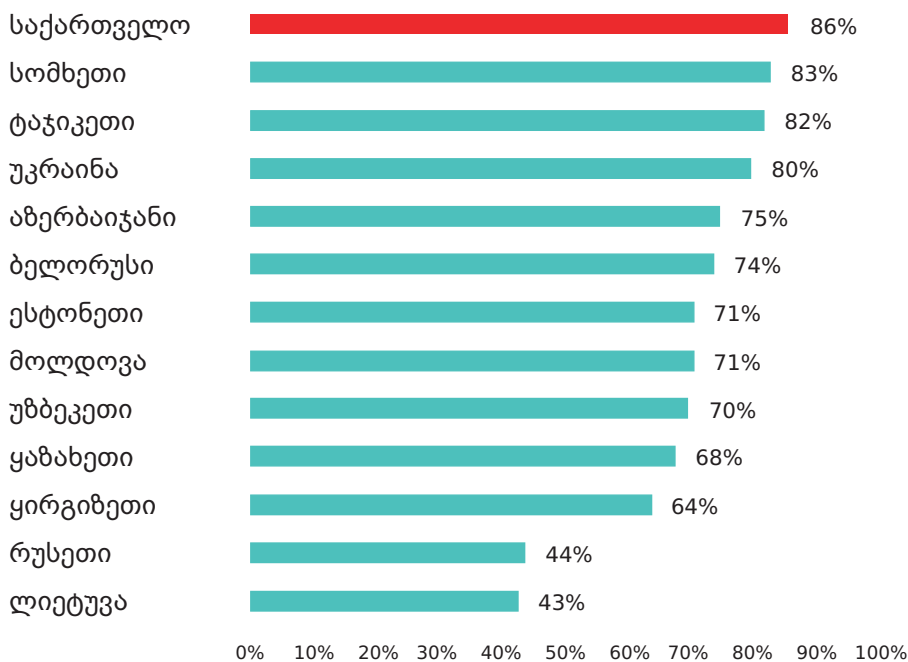
ინიციატივის ფარგლებში, გაეროს სააგენტოები და თანადგომა მჭიდროდ თანამშრომლობენ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრთან (დკსჯეც), შიდსის ცენტრთან, აკადემიურ ინსტიტუტებთან და სამოქალაქო-სათემო ორგანიზაციებთან.

საქართველომ აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის (EECA) სხვა ქვეყნების მსგავსად უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია აივ ინფიცირებული პირების მკურნალობის და ზრუნვის სერვისების გაძლიერების თვალსაზრისით, რაც პირდაპირ კავშირშია მკურნალობაზე მყოფ პირებში ვირუსული სუპრესიის მიღწევასა და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან. თუმცა, ამ მნიშვნელოვან მიღწევას აფერხებს ის ფაქტი, რომ აივ ინფიცირებულთა სავარაუდო რაოდენობიდან (9,100 პირი) ერთ მესამედზე მეტმა (35%; 3,150 ინფიცირებული)¹ ჯერ კიდევ არ იცის თავისი აივ დადებითი სტატუსი.

ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტები განსაკუთრებულ აქცენტს აკეთებენ იმაზე, რომ საქართველო არის იმ ქვეყნებს შორის, სადაც გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ გაცხადებული სამიზნეების მიღწევა (90-90-90) შეუძლებელი გახდა 2020 წლისათვის და ნაკლებად სავარაუდოა 2030 წლის სამიზნეების (95-95-95) მიღწევა სწორედ აივ-ინფიცირებული პირების გამოვლენის დაბალი მაჩვენებლების გამო.

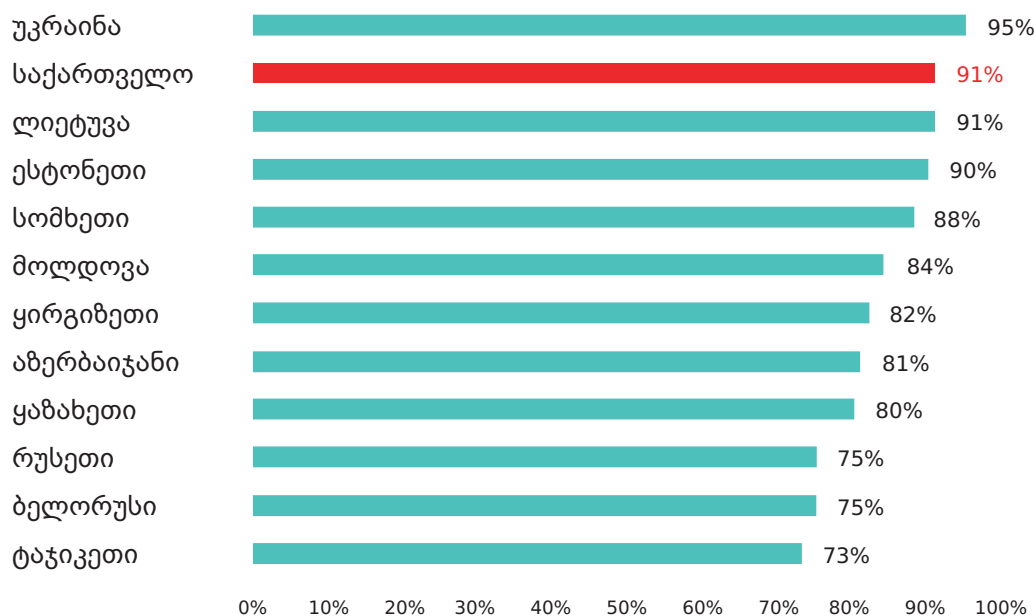
აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის ქვეყნების მონაცემების ანალიზი აჩვენებს, რომ საქართველო ლიდერობს გამოვლენილ პირთა მკურნალობაში ჩართვის მაჩვენებლის მიხედვით და ამ ინდიკატორით საქართველო ყველაზე ახლოს იყო 2020 წლის კონკრეტული სამიზნის მიღწევასთან (ფაქტობრივი 86% vs სამიზნე 90%);¹ ხოლო მკურნალობაზე მყოფ პირთა შორის ვირუსული სუპრესიის მაჩვენებლით საქართველომ უკვე 2020 წელს შეძლო ამბიციური მიზნის მიღწევა (ფაქტობრივი 91% vs სამიზნე 90%).

გრაფიკი 1: საქართველოს პოზიციონირება EECA რეგიონში მკურნალობაში ჩართვის მაჩვენებლის მიხედვით



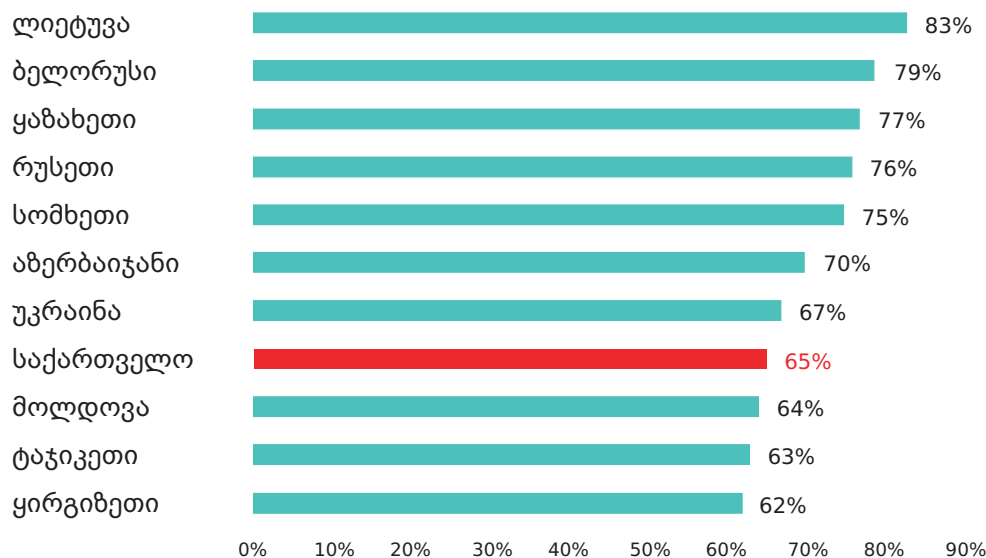
1. გამოუქვეყნებელი. თენგიზ ცერცვაძე. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი. მოხსენება ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს სხდომაზე. 31 ივლისი, 2020 წ.

გრაფიკი 1: საქართველოს პოზიციონირება EECA რეგიონში მკურნალობაში ჩართვის მაჩვენებლის მიხედვით



მკურნალობის კასკადში მეორე და მესამე ინდიკატორის წარმატების პარალელურად, ქვეყანაში სერიოზული გამოწვევაა აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენის თვალსაზრისით. ეროვნული შიდსის ცენტრის მონაცემებით, 2020 წლისათვის ამ ინდიკატორის მხრივ, საქართველო ჩამორჩება სხვა, მეზობელი ქვეყნის მაჩვენებლებს.

გრაფიკი 3 საქართველოს პოზიციონირება აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენის მაჩვენებლის მიხედვით



აივ ტესტირებაზე დაბალი მიმართვიანობა დასტურდება ჩატარებული კვლევებითაც. თუმცა ბოლო წლების მანძილზე ტესტირების ინდიკატორი გაუმჯობესდა, მაგრამ ეს მაჩვენებელი მაინც სასურველზე დაბალი რჩება; კერძოდ:

- მსმ-ები: საქართველოს სამ უდიდეს ქალაქში (თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი) გამოკითხულთა მსმ-თა მხოლოდ ნახევარზე ოდნავ მეტი აღნიშნავს, რომ აივ ტესტირება ჩაიტარა ბოლო 12 თვის მანძილზე²;
- სექს-მუშაკი ქალები: კიდევ უფრო დაბალია ბოლო წლის მანძილზე აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი სექს-მუშაკ ქალებში³;
- ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები: ნიშნებს 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%))⁴;
- ზოგადი მოსახლეობა: კიდევ უფრო მძიმე შედეგი იქნა ნანახი ზოგადი მოსახლეობის კვლევით. გაეროს სააგენტოების ერთობლივი ინიციატივით ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (ე.წ. MICS6) კვლევის⁵ 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.
- ახალგაზრდებში: MICS6 კვლევის მიხედვით ხელმისაწვდომი არაა ბოლო წლის მანძილზე აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი, თუმცა კვლევა აჩვენებს, რომ 15-17 წლის ახალგაზრდების მხოლოდ 0.8% აღნიშნავს, რომ ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება.

ცხრილი 1 აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებლები სხვადასხვა კვლევის სამიზნე პოპულაციებში

წელი	კვლევის სამიზნე ჯგუფი	ჩაიტარა ტესტირება ბოლო წლის მანძილზე და იცის შედეგი
IBBS 2018	მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან	52.1% - თბილისი
		51.1% - ბათუმი
		51.6% - ქუთაისი
IBBS 2018	სექს მუშაკი ქალები	31.5% - თბილისი
		58 % - ბათუმი
IBBS 2017	ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები	33% - თბილისი
		44.5% - ბათუმი
		27.8% - ზუგდიდი
		56.5% - გორი
		27.6% - თელავი
		60.8% - ქუთაისი
		(33% (24.3-38%)) - საქართველო
IBBS 2019	ზოგადი პოპულაცია	7.9% - ქალებში
		5.1% - კაცებში

2. 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. გფ-ის ფინანსური მხარდაჭერით

3. 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

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

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

ამრიგად, აივ-ზე ტესტირების შემაშფოთებლად დაბალი მაჩვენებლები ერთ-ერთი უმთავრესი გამოწვევაა და მის საპასუხოდ, აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენა ქვეყნისათვის ერთ-ერთ სტრატეგიულ პრიორიტეტად არის აღიარებული. ეს უკანასკნელი შესაძლებელია მხოლოდ აივ-ზე ტესტირების სერვისების ხელმისაწვდომობის, მისი მიმზიდველობის და ხარისხის გაუმჯობესებით; მათ შორის, მიზნობრივი ტესტირების გაფართოებით.

აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგია⁶, გლობალური ფონდის შიდსის პროგრამა და სხვა სტრატეგიული დოკუმენტები ადასტურებენ, რომ უკვე 2 ათეული წელია მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის აივ ტესტირების სერვისები ორგანიზებულია როგორც სპეციალიზებულ სამედიცინო ცენტრებში, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციებში. გამოვლენის გაუმჯობესების მიზნით, მომდევნო ეტაპზე აქტიურად განხორციელდა მობილური ლაბორატორიების ქსელის გაფართოება, რომლებიც ამჟამად სხვადასხვა ქალაქში სავსეა მუშაობის დროს სთავაზობენ პირებს აივ-ზე ტესტირებას.

ბოლო რამდენიმე წლის მანძილზე კი, საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის⁷ ინიცირების შემდეგ, მოხდა აივ ინფექციის, ტუბერკულოზის და ვირუსული ჰეპატიტების ინტეგრირებული სკრინინგის კომპონენტის ეტაპობრივი განხორციელება პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში. ინტეგრირებული სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2020 წლის პირველი 7 თვის მანძილზე (იანვარი - ივლისი) სულ 62,000 ტესტირება განხორციელდა და აივ ინფიცირების 36 შემთხვევა გამოვლინდა (სერო-პოზიტიურობის მაჩვენებელია 6 ადამიანი /10,000 გამოკვლეულ პირზე).⁸

აივ ტესტირების პოპულარიზაციის და გაფართოების მიზნით, 2020 წლიდან ეროვნული სტრატეგიული გეგმისნ შესაბამისად დაიწყო აივ ინფექციაზე თვითტესტირების დანერგვა.

ამრიგად, 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, შეფასდეს ტესტირებაზე არსებული ბარიერები, განსაკუთრებით სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელიც ახალი მოთამაშე ხდება აივ-ზე კონსულტირების და ტესტირების სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით. სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულებების ქსელის გაფართოებისათვის კი მნიშვნელოვანია, არსებობდეს ინსტრუმენტი, რომელიც ჯანდაცვის სისტემის ოფიციალურ პირებს, დაწესებულებების ხელმძღვანელებს და პერსონალს დაეხმარება, გააუმჯობესონ ტესტირების სერვისები.

მოსალოდნელია, რომ აივ-ზე ტესტირების სერვისების გაფართოება და სამედიცინო დაწესებულებების ტექნიკური შესაძლებლობების გაძლიერება დაეხმარება ქვეყანას, შეასრულოს მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG)⁹ ამოცანა 3.3, რომელიც სპეციფიკურად აღიარებს მთავრობის ვალდებულებას, დაასრულოს შიდსის ეპიდემია 2030 წლისათვის.

ამრიგად, წინამდებარე სახელმძღვანელოს შემუშავება სრულ თანხვედრაშია ქვეყნის საერთაშორისო ვალდებულებებთან, მთავრობის მიერ გაცხადებულ პრიორიტეტთან და წარმოადგენს ამ მნიშვნელოვანი ამოცანის შესასრულებლად გადადგმულ ნაბიჯს.

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

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

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

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

სახელმძღვანელოს შემუშავების მეთოდოლოგია და პროცესი

სახელმძღვანელოს შემუშავების პროცესში UNFPA-ის პროექტის ფარგლებში გამოყენებული იყო რამდენიმე მეთოდი:

- სამაგიდო კვლევა მიზნად ისახავდა როგორც საქართველოში, ასევე გლობალურად არსებული ლიტერატურის, პუბლიკაციების, ან პოლიტიკების და რეგულაციების, სტრატეგიული დოკუმენტების და კვლევების მიმოხილვას.
- თვისებრივი კვლევა - ჩატარდა აივ-ზე ტესტირების ბარიერების კვლევა, რომელიც ეფუძნება ქცევითი მეცნიერების (ქცევითი ინსაიტების - Behavioral insights) პრინციპებს და სწავლობს აივ-ზე ტესტირების მამოტივირებელ და შემაფერხებელ ფაქტორებს ინდივიდუალურ, სოციალურ თუ ინსტიტუციურ დონეზე. კვლევა ჩატარდა სხვადასხვა მიზნობრივ პოპულაციაში: სამედიცინო პერსონალი; ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები; სექს მუშაკები; მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან; და აივ ინფიცირებული პირები. კვლევის მიგნებებმა ინფორმირება გაუკეთა წინამდებარე სახელმძღვანელოში მოწოდებულ რეკომენდაციებს.
- ექსპერტების მოსაზრებების ანალიზი - რაც უზრუნველყოფილი იყო სახელმძღვანელოზე მუშაობის პროცესში სთეიქჰოლდერების ჩართულობით და მათგან მიღებული უკუკავშირის გათვალისწინებით.

სამიზნე აუდიტორია

სამედიცინო დაწესებულებებში აივ ტესტირებაზე ბარიერების შემცირებისათვის შექმნილ სახელმძღვანელოს რამდენიმე სამიზნე აუდიტორია ჰყავს:

- ჯანდაცვის სამინისტრო: სახელმძღვანელოში მოწოდებული რეკომენდაციები უნდა განხორციელდეს როგორც სისტემურ დონეზე, ასევე, სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე. ამრიგად, ამ პროცესის პოპულარიზაციასა და ინსტიტუციონალიზაციაში ჯანდაცვის სამინისტროს როლი კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.
- სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაცია: ინსტიტუციურ დონეზე სტიგმისგან თავისუფალი გარემოს შექმნისათვის, და ადამიანების საჭიროებებზე მორგებული სერვისების ხელშეწყობისათვის სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა განიხილონ სახელმძღვანელოში მოწოდებული რეკომენდაციები და დაგეგმონ შესაბამისი ღონისძიებები. სამედიცინო დაწესებულებების ქვეშ მოიაზრება, როგორც პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ასევე, ჰოსპიტალური სექტორი; მათ შორის საჯარო და კერძო კლინიკები და ლაბორატორიები.
- სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალი: ადამიანები, რომლებიც პირდაპირ კონტაქტში არიან სერვისის მისაღებად მისულ პირებთან. ეს სამიზნე აუდიტორია არ ამოიწურება მხოლოდ სამედიცინო პერსონალით - ექიმი, ექთანი ან ლაბორანტი; იგი უნდა მოიცავდეს ყველა პირს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტის პირველივე წუთებიდან შესაძლოა კონტაქტში იყოს ვიზიტორთან; მაგ., რეგისტრატორი, მოლარე, დაწესებულების იურისტი, საზოგადოებასთან ურთიერთობის სტაფი, და სხვ.
- აივ სერვისების მიმწოდებელი არასამთავრობო ორგანიზაციები: მიუხედავად იმისა, რომ წინამდებარე სახელმძღვანელო მომზადდა სპეციფიკურად სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-ტესტირების ბარიერების შესამცირებლად, სახელმძღვანელოში

რეკომენდებული ძირითადი პრინციპების დაცვა რელევანტურია ნებისმიერი ორგანიზაციისთვის იურიდიული სტატუსის მიუხედავად. ამრიგად, სახელმძღვანელო შესაძლოა, სასარგებლო რესურსი აღმოჩნდეს არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვისაც.

- ▶ სამედიცინო დარგის სხვადასხვა სთეიქჰოლდერები (სამედიცინო უნივერსიტეტები, საექთნო სკოლა, და სხვადასხვა დაავადებების სპეციალიზებული კლინიკები): თუმცა დასახელებული ჯგუფები არ წარმოადგენენ ამ სახელმძღვანელოს პირველად სამიზნე აუდიტორიას, სახელმძღვანელო შესაძლოა, გახდეს აივ/შიდსზე, სტიგმაზე ან სამედიცინო ეთიკაზე დამატებითი ინფორმაციის და ცოდნის მიღების წყარო სამედიცინო უნივერსიტეტის ან საექთნო სკოლების სტუდენტთათვის (pre-service education). გამომდინარე იქიდან, რომ სტიგმა ასევე ასოცირებულია ჯანმრთელობის სხვადასხვა მდგომარეობასთან, წინამდებარე სახელმძღვანელოს გარკვეული სექციები სასარგებლო რესურსი აღმოჩნდება ნებისმიერი მულტიპროფილური თუ სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციისათვის (მაგ., ტბ ცენტრი, სკგი კლინიკები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები და სხვ).
- ▶ არასამედიცინო დარგის სთეიქჰოლდერები - ჟურნალისტები, სათემო აქტივისტები, უფლებადამცველები: სახელმძღვანელოს ასევე აქვს პოტენციალი, მიაწოდოს მნიშვნელოვანი ინფორმაცია თემატიკით დაინტერესებულ ჟურნალისტებს, მასმედიის წარმომადგენლებს. გარდა საგანმანათლებლო ფუნქციისა, სახელმძღვანელო შესაძლოა, გახდეს ინსტრუმენტი, რომელიც დაეხმარება აქტივისტებს და უფლებადამცველებს, ადვოკატირება გასწიონ სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო სერვისების მოთხოვნით.

სახელმძღვანელოს სტრუქტურა

სახელმძღვანელოს შექმნის მიზნები და ამოცანები მოცემულია დოკუმენტის პირველ სექციებში, რასაც მოყვება სამაგიდო მიმოხილვის ფარგლებში მოძიებული ლიტერატურის მიმოხილვა. მიმოხილვა ორგანიზებულია 2 ნაწილად: (1) საერთაშორისო დონეზე არსებული კვლევების, პუბლიკაციების თუ პოლიტიკის დოკუმენტების განხილვა ზოგადად აივ-თან დაკავშირებულ სტიგმაზე; და (2) საქართველოში არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა, სადაც განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება იმ სპეციფიკურ კვლევებზე, რომლებიც 2020 წელს ჩატარდა აივ-ზე ტესტირების ბარიერების და სხვადასხვა პოპულაციების ქცევის ინსაიტების შესასწავლად.

შემდეგ ნაწილში განხილულია სპეციფიკურად სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-თან ასოცირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის გამომწვევი მიზეზები და მანიფესტირების ტიპები; ასევე, წარმოდგენილია საერთაშორისო საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითები და სახელმძღვანელო პრინციპები ჯანდაცვის სისტემაში სნდ-ის შესამცირებლად.

რეკომენდაციების სექცია მკითხველს სთავაზობს იმ ღონისძიებების ჩამონათვალს, რომელთა ეფექტიანობა ეფუძნება გლობალურად არსებულ გამოცდილებებს და კვლევის მტკიცებულებებს. თითოეული რეკომენდაციის შესრულებისათვის კი ტექსტის მომდევნო ნაწილებში უფრო დეტალურად არის ახსნილი პრობლემის აქტუალობა და მოწოდებულია, თუ რა ღონისძიებების განხორციელებაა რეკომენდებული და როგორი შეიძლება, იყოს მათი დანერგვის ტექნიკური მიდგომები.

დოკუმენტის ბოლო ნაწილში, 5 დანართის სახით, მოცემულია სხვადასხვა პრაქტიკული რესურსი, როგორიცაა ინსტრუმენტი დაწესებულების სკანირებისთვის; პერსონალის გამოკითხვის ინსტრუმენტი; ქცევის კოდექსის ნიმუში; და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგების მენიუ; და პაციენტების გამოკითხვის ინსტრუმენტი.

სამაგიდო მიმოხილვა

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია არის ერთ-ერთი წამყვანი შემაფერხებელი ბარიერი აივ ტესტირებისათვის. თუმცა, არსებობს სხვა, კომპლექსური ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ სხვადასხვა (პოლიტიკის, ინსტიტუციურ, ინდივიდუალურ თუ სოციალურ) დონეზე და განსაზღვრავს ადამიანის გადაწყვეტილებას, მიმართოს აივ ტესტირების სერვისს, შეიტყოს საკუთარი აივ-სტატუსი და ჩაერთოს მკურნალობის სერვისებში.

სამწუხაროდ, საქართველოში კვლევების შესაძლებლობები ზოგადად შეზღუდულია და ამიტომ არ არსებობს კვლევებზე დაფუძნებული ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმა-დისკრიმინაციის მასშტაბების შესახებ. ასევე, მოძიებული ვერ იქნა ვერც ერთი კვლევა, რომელიც აფასებს სამედიცინო პერსონალის ცოდნას, დამოკიდებულებას ან პრაქტიკას აივ/შიდსთან დაკავშირებით. იმის გამო, რომ საქართველოში ამ მიმართულებით მონაცემები არ არსებობს, ქვემოთ სექციაში ჩვენ მოკლედ მიმოვიხილავთ სხვა ქვეყნების სიტუაციას, რომელიც იქნება დამხმარე საორიენტაციო მასალა, რომ გავიგოთ აივ-თან ასოცირებული სტიგმის ნეგატიური ზეგავლენის მასშტაბები არა მარტო ინდივიდუალურ დონეზე, არამედ, ქვეყანაში შიდსის ეპიდემიასთან ბრძოლის თვალსაზრისით.

საერთაშორისო დონეზე არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა

აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის გავრცელებადობის და მისი გავლენის შედეგების შესწავლა მსოფლიოში გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან აქტიურად მიმდინარეობს. ეს პროცესი რამდენიმე სხვადასხვა ელემენტისგან შედგება. შესწავლა ხდება ზოგადად აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის არსებობის მაჩვენებლების, მისი ხარისხობრივი პარამეტრის და შედეგების გასაზომად და სექტორალური დიფერენცირებისთვის ჩაღრმავების მიზნით. იმისთვის, რომ მეტად გასაგები იყოს, რა მიმართულებით და რა ღონისძიებები უნდა დაიგეგმოს სტიგმის შემცირებისთვის ქვეყანაში (ან ნებისმიერი დონის გეოგრაფიულ არეალში), ტარდება ცალკეული კვლევები საზოგადოებრივი ფუნქციონირების ამა თუ იმ სეგმენტში (სტიგმა სამუშაო ადგილზე, სტიგმა თემში, სტიგმა სასწავლო დაწესებულებებში, სტიგმა სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში და სხვა).

სხვადასხვა გამოკითხვის გზით (სხვადასხვა ინსტრუმენტებით) ხდება შეფასება აივ-თან დაკავშირებული სტერეოტიპული, წინასწარგანწყობითი დამოკიდებულებების ხარისხის და ღონის შესახებ. ასეთი კვლევები მოწმობს, რომ აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის რეგიონის ზოგად მოსახლეობაში მაღალია აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის მაჩვენებლები: რეგიონის 8 ქვეყანაში გამოკითხული მოზრდილი მოსახლეობის თითქმის ნახევარი არ იყიდის ბოსტნეულს გამყიდველთან, რომელიც მათი ინფორმაციით აივ ინფიცირებულია.

2000-იანი წლების დასაწყისში აქტუალურ მიმართულებად იქცა სტიგმის და მისი შედეგების შესწავლა სამედიცინო დაწესებულებებში, რადგან კვლევები მკაფიოდ ცხადყოფდა პრობლემის სიმძაფრეს ამ სეგმენტში. სამედიცინო მომსახურების სფეროში აივ-ით დაზარალებული პირების მიმართ არსებული სტიგმა, უპირობოდ იწვევს პაციენტის ამა თუ იმ ხარისხით დისკრიმინირებას და უფლებების დარღვევას. შედეგად ადამიანები, რომლებმაც გამოცადეს სტიგმატიზირებადი დამოკიდებულება, ერიდებიან განმეორებით ვიზიტს სამედიცინო დაწესებულებებში და უნდობლობით ურთიერთობენ სამედიცინო პერსონალთან. ეს ართულებს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგს, ხელს უშლის აივ-ის პრევენციის, მკურნალობის და მოვლის პროგრამების ეფექტურ განხორციელებას, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ინფექციის გავრცელების მაჩვენებლებზე და განაპირობებს ეპიდემიოლოგიური კონტროლის შესუსტებას. აივ-ით დაზარალებული ადამიანები, თავისი სტატუსის გამო, მოწყვლადები ხდებიან პაციენტის როლში და ხშირია, რომ სტიგმა გადადის მოქმედებაში - ხდება დისკრიმინაცია/ძირეული უფლებების დარღვევა

ყოველივე ზემოთქმული გამყარებულია შესაბამისი კვლევებით, რომელიც სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარდა. ეს კვლევები წლიდან-წლამდე იხვეწება, მუშავდება კვლევის ეფექტური მეთოდები და ინსტრუმენტები, რაც საშუალებას გვაძლევს, უფრო მეტი სიზუსტით ვისაუბროთ, თუ რა მიზეზები და მექანიზმები იწვევს სტიგმის ჩამოყალიბებას და გამყარებას სამედიცინო სერვისებში.

აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის რეგიონში (EECA) ბოლო წლების მანძილზე ჩატარდა სხვადასხვა კვლევა, მოგროვდა მონაცემები და არსებობს ანალიტიკა, რომელზეც დაყრდნობითაც შესაძლებელია, განისაზღვროს მიმდინარე სიტუაცია აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა/დისკრიმინაციის მასშტაბის თვალსაზრისით. მაგ., 2018 წელს გამოქვეყნდა რეგიონში აივ-ით დაზარალებული ადამიანებისა და სხვა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის (ნიმ, სმ, მსმ) აივ ინფექციასთან დაკავშირებულ სერვისებზე წვდომის ხელშემშლელი ბარიერების მიმოხილვა¹¹, რომელმაც მოიცვა სხვადასხვა ქვეყანა: აზერბაიჯანი, ყაზახეთი, ყირგიზეთი, რუსეთი, უზბეკეთი, ესტონეთი, სომხეთი, ბელორუსი, ლატვია, ლიეტუვა, ტაჯიკეთი, მოლდავეთი, უკრაინა. ყველა ჩამოთვლილი ქვეყნისთვის აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია ერთ-ერთ მთავარ ბარიერად დასახელდა. ამ მიზეზით შესაძლებელია აივ-თან არსებული გამოწვევები აივ/შიდსის სერვისის სრული კასკადის ნებისმიერ ეტაპზე - პრევენცია, შემთხვევების გამოვლენა, მკურნალობის სერვისებში ჩართვა, მკურნალობაზე დამყოლობა და ვირუსული სუპრესია.

EECA რეგიონის ქვეყნებში, სხვადასხვა პერიოდში ჩატარდა „სტიგმა ინდექსის“ კვლევა და სხვა რელევანტური კვლევები, რომლებმაც განსაზღვრეს ნაციონალური სპეციფიკურობა აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის მასშტაბებზე. „სტიგმა ინდექსის“ კვლევა ტარდება აივ-ით დაზარალებულ ადამიანებს შორის და აღწერს სტიგმის და დისკრიმინაციის გამოვლენის ფორმებს, დონეებს და შედეგებს. რაოდენობრივი მონაცემების შეფასება იძლევა საშუალებას, თვალნათლივ წარმოვიდგინოთ პრობლემის მასშტაბები და სიმძაფრე.

მაგალითისთვის, ქვემოთ წარმოდგენილია მონაცემები რამდენიმე ქვეყანაში ჩატარებული კვლევის მიგნებებიდან.

სტიგმა ინდექსი აივ-ზე მოწყვლადი პოპულაციების თვალთახედვით

ყაზახეთი, სტიგმის კვლევა¹² („სტიგმა ინდექსი“), 2015 წელი

- გამოკითხულთა 27.6%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც მიიღეს უარი სამედიცინო მომსახურებაზე (სტომატოლოგიური სერვისის ჩათვლით) მათი აივ-სტატუსის გამო;
- 1.8%-ს უარი ეთქვა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებში ჩართვაზე;
- 3.2%-ს უარი უთხრეს რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებაზე
- 21.3% მიეცა რეკომენდაცია, აღარ ეფიქრათ შვილის ყოლაზე;
- 8.5% აივ დადებითი სტატუსის მქონე ორსულ ქალებს ურჩიეს აბორტი.
- კვლევაში მონაწილეთა 26.5% აიძულებს, ჩაეტარებინა ტესტირება (მათ შორის აივ-ზე) რომ მიეღო საჭირო სამედიცინო მომსახურება.

11. <https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/ru/resource>

12. https://capla.asia/images/KAZAKHSTAN_Stigma_Index_report_ENG_17_05_2017.pdf

ყირგიზეთი, სტიგმის კვლევა13 („სტიგმა ინდექსი“), 2015 წელი

- გამოკითხულთა 9.1%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც მიიღო უარი სამედიცინო მომსახურებაზე (სტომატოლოგიური სერვისის ჩათვლით) მათი აივ-სტატუსის გამო;
- 4.3%-ს უარი უთხრეს რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე გაეწიათ მომსახურება
- 39.3%-ს მოუწია, იძულებით ჩაებარებინა ანალიზები (მათ შორის, აივ-ზე ტესტირება) რომ მიეღო სამედიცინო მომსახურება.

ბელორუსი, სტიგმის კვლევა14 („სტიგმა ინდექსი“), 2013 წელი

- გამოკითხულთა 17.9%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც მიიღო უარი სამედიცინო მომსახურებაზე (სტომატოლოგიური სერვისის ჩათვლით) მათი აივ-სტატუსის გამო;
- 18.9%-ს უარი ეთქვა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებში ჩართვაზე;
- 4.6%-ს უარი უთხრეს რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე გაეწიათ მომსახურება.

ესტონეთი, სტიგმის კვლევა15 („სტიგმა ინდექსი“), 2012 წელი

- რესპონდენტების 8%-ს უარი ეთქვა სამედიცინო სერვისების მიღებაზე აივ-სტატუსის გამო;
- 4%-ს უარი ეთქვა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებში ჩართვაზე;
- 2%-ს არ გაუწიეს მომსახურება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისში.

ლატვია, სტიგმის კვლევა16 („სტიგმა ინდექსი“), 2018 წელი

- 16.4% აღნიშნავდა, რომ აქვს „ცუდი“ გამოცდილება ზოგადი სამედიცინო სერვისების მიღებისას (სტიგმა/დისკრიმინაცია);
- 30.2% აღნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალი მათი თანდასწრებით არღვევდა მათი ან სხვა პირის კონფიდენციალურობას;
- 2.1% აღნიშნავდა, რომ სამედიცინო სერვისის მიღებისათვის აიძულებს აივ-ზე ტესტირება;
- გამოკითხულთა 6.6%-ს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებში ურჩიეს, არ ეფიქრათ შვილის ყოლაზე;
- აივ-დადებითი სტატუსის მქონე ორსული ქალების 15.8%-ს ურჩიეს აბორტის გაკეთება.
- სამედიცინო სერვისების მიღებისას 46.5% ცდილობს არ გაამჟღავნოს თავისი აივ-სტატუსი;
- გამოკითხულთა მხოლოდ მესამედზე ნაკლები (28.7%) არის დარწმუნებული, რომ მათი

13. https://capla.asia/images/Kyrgyzstan_Stigma_Index_Russian_Final.pdf

14. https://www.belaid.net/wp-content/uploads/2016/11/45_report_LZHV.pdf

15. https://www.gnpplus.net/assets/wbb_file_updown/3348/Stigma%20Index%20-%20Estonia.pdf

16. <https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2019/11/Latvia-Stigma-Index-Report-2019.pdf>

მოლდავეთი, სტიგმის კვლევა („სტიგმა ინდექსი“) 17 2018 წელი

- გამოკითხულთა 2.4%-ს უთხრეს უარი სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურებაზე აივ-სტატუსის გამო
- მხოლოდ 0.9%-მა აღნიშნა, რომ უარი უთხრეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებაზე.

როგორც მონაცემები აჩვენებს, სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმა-დისკრიმინაციის პრობლემა აქტუალურია ბევრ ქვეყანაში. შედარებით უკეთესი მდგომარეობა ფიქსირდება კვლევებით მოლდავეთში (დნეპრის მარცხენა ნაპირის რეგიონის გარდა). აღსანიშნავია, რომ, მიუხედავად ზოგადად, სტიგმატიზაციის მაღალი დონისა ქვეყანაში, სამედიცინო სერვისების მიღებისას უფლებების დარღვევის შემთხვევები მცირეა, რაც შესაძლოა იყოს იმის შედეგი, რომ მოლდავეთში ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვანი ღონისძიებები იქნა გატარებული სამედიცინო სერვისებში სნდ-ის შემცირების მიზნით.

სტიგმა ინდექსი - სამედიცინო დაწესებულებებში პერსონალის თვალთახედვით

აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის შესწავლა სამედიცინო დაწესებულებებშიც მიმდინარეობს, ამ დაწესებულებების კლინიკური, დამხმარე და ადმინისტრაციული პერსონალის გამოკითხვის, ან მუშაობის მონიტორირების გზით. ასეთი კვლევები უფრო მწირია და იშვიათად იკვლევს რაოდენობრივ პარამეტრებს და უმეტესად, თვისობრივი ინფორმაციის მოპოვება ხდება სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის ცოდნის და დამოკიდებულებების შესახებ აივ-ით დაზარალებულ პაციენტებთან ურთიერთობის ქრილში. ჩვენს რეგიონში, ასეთი კვლევები სისტემატური არაა და იშვიათად, მხოლოდ რომელიმე კონკრეტული ქალაქის, რაიონის ან დაწესებულების დონეზე შეიძლება იყოს განხორციელებული. ილუსტრაციისთვის ქვემოთ მოცემულია რამდენიმე ინდიკატორი სხვადასხვა ქვეყანაში/ქალაქში ჩატარებული კვლევებიდან.

ტაჯიკეთი: 2018 წელს ტაჯიკეთში ჩატარდა სოციოლოგიური გამოკითხვა¹⁸ სხვადასხვა სტრუქტურების თანამშრომლებს შორის აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის ფორმების გამოსავლენად. ამ გამოკითხვაში მონაწილეობდა სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების მოქმედი პერსონალიც. კვლევის მონაცემები ადასტურებს აივ-თან ასოცირებული სტიგმის სიმწვავეს:

- ყველა რესპონდენტის 45% ამბობს, რომ ქვეყანაში არსებობს სტიგმატიზირებადი დამოკიდებულება აივ-ით დაზარალებული ადამიანების მიმართ და, ამ მხრივ, ყველაზე მეტად მოწყვლადები არიან ბავშვები და ქალები.
- 74% აცხადებს, რომ არ შეიძენს საკვებ პროდუქტს აივ ინფიცირებული გამყიდველისგან.
- სამედიცინო პერსონალის მხოლოდ 62.5%-მა აღნიშნა, რომ გაუწევს სამედიცინო მომსახურებას აივ-ით დაზარალებულ ადამიანებს ისევე, როგორც სხვა პაციენტებს, რაც ნიშნავს, რომ მესამედზე მეტი არ მოემსახურება მოწყვლად პოპულაციებს.
- სამედიცინო პერსონალის მხოლოდ 50% თვლის, რომ აივ-ინფიცირებულ სამედიცინო პერსონალს უფლება აქვს, გააგრძელოს პროფილური მუშაობა.

17. https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2019/11/Moldova_PLHIV-Stigma-Index_2018.pdf

18. RESULTS OF SOCIAL SURVEYS TO IDENTIFY FORMS OF STIGMA AND DISCRIMINATION OF PEOPLE LIVING WITH HIV IN TAJIKISTAN Ruziev M.M., Bandaev I.S., Son I.M., Raupov F.O. 2018

ჩუვაშეთი (რუსეთი): 2011 წელს გამოქვეყნდა კვლევის¹⁹ შედეგები, რომელიც ჩატარდა ჩუვაშეთის (რუსეთის ფედერაცია) რამდენიმე მრავალპროფილურ კლინიკაში სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლებს შორის (ექიმები და ექთნები).

- ▶ სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა (69.3%) თვლის, რომ აივ-დადებითი სტატუსის მქონე ადამიანები ეწევიან „უწესო ცხოვრების წესს“ (არიან ძირითადად ნარკოტიკების მომხმარებლები (69.3%), სექს მუშაკები (69.7%) და 'ჰომოსექსუალები' (69.7%).
- ▶ რესპონდენტების მიერ თვალსაჩინო იყო აივ დაზარალებული პირების მიმართ დამაკნინებელი 'იარლიყების' გამოყენება: „სასიკვდილო დაავადების“ გამავრცელებლები (58.8%), „ეპიდემიის მსხვერპლი“ (43.8%) და საზოგადოების არაფასეული ნაწილი (отбросы общества) – 22.4%.

სამედიცინო დაწესებულებებში პერსონალის მიერ გამოხატული სტიგმა აივ ინფიცირებული პირების მიმართ გლობალური პრობლემაა და მონაცემები სხვადასხვა ქვეყნიდან ადასტურებს ამ გამოწვევის დიდ მასშტაბებს. ინფიცირებულ პირთა მიმართ არაეთიკური მოპყრობა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან აღწერილია როგორც განვითარებულ ქვეყნებში, ასევე განვითარებად ქვეყნებშიც. კვლევების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალის მხრიდან დისკრიმინაციული ქცევის ძირითადი დეტერმინანტი არის მათი დაბალი ინფორმირება აივ ინფექციის შესახებ და ჯვარედინი დაინფიცირების (cross infection) შიში აივ დადებითი სტატუსის მქონე პირებისათვის სამედიცინო სერვისის მიწოდების პროცესში.

კანადა: სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის შემთხვევები ყველაზე ხშირად სტომატოლოგიურ კლინიკებში ხდება. ამიტომ ყურადღებას იპყრობს 2011 წ. კანადაში განხორციელებული კვლევა, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 4,000-ზე მეტმა დენტისტმა.²⁰ გამოკითხულთა ერთი მესამედი (32%) აცხადებს, რომ ბოლო ერთი წლის მანძილზე მოემსახურა პაციენტს, რომლის აივ დადებითი სტატუსი მისთვის ცნობილი იყო; ყოველი მეექვსე დენტისტი (16%) კი აცხადებდა, რომ უარს ეტყოდა ინფიცირებულ პაციენტს სერვისის მიწოდებაზე. სერვისზე უარის თქმის მთავარი პრედიქტორები იყო ეთიკური პასუხისმგებლობის ნაკლებობა (odds ratio=9.0), აივ-ის შესახებ დაბალი ინფორმირება და სამუშაო ადგილზე პაციენტისგან დაინფიცირების შიში.

ნიგერია: ნიგერიის ოთხ შტატში, 1000 სამედიცინო სპეციალისტის (რომლებიც უშუალოდ მუშაობდნენ აივ დადებითი სტატუსის პაციენტებთან) გამოკითხვისას²¹, რესპონდენტთა 43%-მა აღწერა, რომ სულ მცირე ერთხელ მაინც იყვნენ ფაქტის თვითმხილველნი, როდესაც მათი კოლეგები უარს ამბობდნენ კლინიკებში აივ-დადებითი პაციენტების მიღებაზე.

სტიგმა სოციალური ჯგუფების და დაზარალებული პირების/მოწყვლადი პოპულაციების მიმართ

არსებობს მრავალი კვლევა და ლიტერატურა, რომელიც ადასტურებს, რომ სტიგმა და დისკრიმინაცია განსაკუთრებული სიმწვავეთ ვლინდება არა მარტო აივ- დადებითი პირების მიმართ, არამედ, ასევე აივ-ის გადაცემის მომატებული რისკის მქონე საკვანძო პოპულაციებთან მიმართებაში (ნიმ, სმ, მსმ, პატიმრები, მიგრანტები და სხვა). მათ მიმართ არსებული მასტიგმატიზებული დამოკიდებულება ხსნის, თუ რატომ არის შეზღუდული ამ პოპულაციების მიმართვიანობა სამედიცინო სერვისებში, მათ შორის აივ ტესტირებაზე.

19. A.V. GOLENKOV, A.A. SHCHERBAKOV, SPHERES OF HIV-INFECTED PATIENTS DISCRIMINATION (BASED ON RESULTS OF MEDICAL WORKERS QUERYING), 2011

20. G M McCarthy, J J Koval, and J K MacDonald School of Dentistry, University of Western Ontario, London. gmccarth@julian.uwo.ca "Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: the results of a national survey of dentists in Canada.", American Journal of Public Health 89, no. 4 (April 1, 1999): pp. 541-545. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.4.541>

21. Reis, C., et al., Discriminatory Attitudes and Practices by Health Workers toward Patients with HIV/AIDS in Nigeria

სტიგმის გამო დაბალია სამედიცინო პერსონალის ნდობა და ეს მიზეზი არ ტოვებს სამედიცინო პერსონალსა და მოწყვლად პოპულაციებს შორის გახსნილი ინტერაქციის საშუალებას. ყველა ეს ფაქტორი კი ართულებს პრევენციულ ჩარევებს; წარმოადგენს დროული გამოვლენის მნიშვნელოვან ბარიერს; ასუსტებს ინფიცირებულთა ჩართვას სამკურნალო და ზრუნვის სერვისებში და აუარესებს მკურნალობაზე დამყოლობას და, შესაბამისად, მკურნალობის გამოსავალს. ეს პრობლემა სისტემურია და თითქმის ყველა ქვეყანაში იჩენს თავს.

- ინდონეზიაში, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა კვლევის შედეგებით²², გამოკითხულთა 40% აღნიშნავს, რომ არ მიმართავს აივ-ის ტესტირების სერვისს ძირითადად სტიგმის გამო;
- იამაიკაზე ჩატარებული კვლევისას²³ დადგინდა, რომ 2002 წელს, ახალი დიაგნოსტირებული შემთხვევების 2/3 აღმოჩენილი იყო დაავადების პროგრესირების გვიან სტადიებზე - ეს ფენომენი აიხსნა გავრცელებული სტიგმით და ჰომოფობიით;
- ბოტსვანაში, კვლევის²⁴ მონაცემებით, არც მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების 40%-ს დაავადების გვიან სტადიაზე დაესვა დიაგნოზი, რადგან სტიგმის გამო პაციენტებმა გადაავადეს აივ ტესტირების სერვისებში მისვლა.

აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონშიც, აივ ინფექციის გავრცელების მომატებულ რისკთან ასოცირებული საკვანძო ჯგუფების სტიგმატიზაციის მაღალი დონე, კვლევების და უფლებათა დარღვევების შესახებ რუტინული მონაცემების ანალიზის გზით დასტურდება²⁵. ეს მნიშვნელოვანი პრობლემაა რეგიონისთვის და განსაზღვრავს აივ-თან ბრძოლის პროგრამების ეფექტურობის მაჩვენებელს. სწორად, ამის გამო, საკვანძო პოპულაციების სტიგმა/დისკრიმინაციის თემას განსაკუთრებული ადგილი დაეთმო, გაეროს სტრუქტურების მხარდაჭერით შემუშავებულ, აივ-ის ყოვლისმომცველი პროგრამების დანერგვისთვის პრაქტიკული გამოყენების ტექნიკურ სახელმძღვანელოებში (IDUIT²⁶, MSMIT²⁷, SWIT²⁸, TRANSIT²⁹), რომლებიც ცალკეული ჯგუფისთვის (ინმ, მსმ, სმ, ტრანს-ადამიანები) აღწერს პრობლემის თავისებურებებს და მათთან ბრძოლის ოპტიმალურ ფორმებს. მნიშვნელოვანია, ხაზი გაესვას, რომ საკვანძო პოპულაციების წარმომადგენელთა მიმართ აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა მრავალწახნაგოვანია (მულტისტიგმა), რაც უფრო ამძიმებს მის შედეგებს და დისკრიმინაციის და უფლებათა დარღვევის მეტ შესაძლებლობებს უწყობს ხელს.

გარკვეული ჯგუფების მიმართ არსებულ სტიგმას შეუძლია გამოიწვიოს უფლებათა დარღვევებისადმი ტოლერანტული დამოკიდებულების ფორმირება. ის შეიძლება გამოყენებული იყოს დისკრიმინაციული პრაქტიკების დაკანონებისა და გამყარებისთვის. საკვანძო ჯგუფების კრიმინალიზაცია მჭიდროდაა დაკავშირებული მათ მიმართ სტიგმის და დისკრიმინაციის მაღალ დონესთან. თავის მხრივ, ეს ამცირებს ამ ჯგუფების წარმომადგენელთა წვდომას სამედიცინო მომსახურებაზე (ხარისხიან მომსახურებაზე).

აივ-თან დაკავშირებულ სტიგმასა და დისკრიმინაციასთან ბრძოლის ინტერვენციების შესწავლა 2002-2013 წლების მონაკვეთში³⁰, რომელმაც მოიცვა თითქმის ყველა რეგიონის (აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის რეგიონის გარდა), როგორც მაღალი, ასევე,

22. Ford, K., et al., Voluntary HIV Testing, Disclosure, and Stigma Among Injection Drug Users in Bali, Indonesia.

23. White, R.C. and R. Carr, Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica

24. Wolfe, W., et al., Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana

25. ჯგ

26. <https://www.inpud.net/sites/default/files/IDUIT%20Apr2017%20for%20web.pdf>

27. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSMIT_for_Web.pdf

28. https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SWIT_en_UNDP%20logo.pdf

29. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html>

30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/>

საშუალო და დაბალი პრევალენტობის ქვეყნების გამოცდილება, აჩვენა, რომ სტიგმა/დისკრიმინაციის მაჩვენებლების კლება გაცილებით სწრაფად მიმდინარეობს იქ, სადაც არსებობს ამ მიმართულებით მკვეთრი სახელმწიფო პოლიტიკა და ნება, ჩამოყალიბებული სტრატეგია და დეტალური რეგულაციები. სტიგმის დონის დაქვეითებაზე ყველაზე ეფექტური შედეგები მოიტანეს შემდეგი ტიპის ინტერვენციებმა: ინფორმირება, უნარების განვითარება, ხარისხიანი კონსულტირება და მხარდაჭერა, დაზარალებული თემის პირდაპირი ჩართვა პროცესებში. ეს საშუალებას გვაძლევს შევარჩიოთ ოპტიმალური კურსი კონკრეტული სტრატეგიის შემუშავებისთვის და ეფექტური ღონისძიებების დაგეგმვისთვის.

საქართველოში არსებული კვლევების მოკლე მიმოხილვა

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საქართველოში ჯერჯერობით სრულფასოვანი კვლევა სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმისა და დისკრიმინაციის გამოწვევ მიზეზებზე და მის მასშტაბებზე არ ჩატარებულა. ასევე, 2020 წლამდე პრაქტიკულად არ არსებობდა გამოქვეყნებული მონაცემები საქართველოში ტესტირების ბარიერების შესახებ და ამ პრობლემის გაანალიზება ძირითად არსებულ პრაქტიკულ გამოცდილებას და საექსპერტო დასკვნებს ეყრდნობოდა. თუმცა, 2020 წელს UNFPA-ის ფინანსური მხარდაჭერით არასამთავრობო ორგანიზაცია თანადგომას მიერ ჩატარდა 2 კვლევა, რომელიც სპეციფიკურად შეისწავლა აივ ტესტირებაზე დაბალი მიმართვიანობის მიზეზებს და გაანალიზა ტესტირებაზე გადაწყვეტილების მიღების მამოტივირებელი ფაქტორებს და ბარიერები. ეს კვლევებია:

- ახალგაზრდებს შორის აივ ტესტირებაზე მოთხოვნისა და მიმართვადობის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზები³¹ - (შემდგომში - ახალგაზრდების კვლევა)
- საქართველოში აივ ტესტირებაზე ბარიერების კვლევა სხვადასხვა სამიზნე პოპულაციების თვალთახედვით³².

ზემოთ დასახელებული 2 კვლევა ჩატარდა სხვადასხვა მიზნობრივ პოპულაციაში და ამ კვლევების მიგნებები, საერთაშორისო დონეზე არსებულ მტკიცებულებებთან და რეკომენდაციებთან ერთად საფუძვლად დაედო წინამდებარე სახელმძღვანელოს შემუშავებას.

ახალგაზრდებს შორის აივ ტესტირებაზე მოთხოვნისა და მიმართვადობის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზების კვლევა. 2020 წ. საქართველო

კვლევა, რომელიც განხორციელდა 18-24 წლის ასაკის ახალგაზრდებში მიზნად ისახავდა შემდეგ ამოცანებს:

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

31. 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
32. საქართველოში აივ ტესტირებაზე ბარიერების კვლევა სხვადასხვა სამიზნე პოპულაციების თვალთახედვით. თვისებრივი კვლევის ანგარიში. ავტორები: ლელა კურდღელაშვილი; 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 და სულ ჩატარდა 10 ფოკუსირებული დისკუსია და 15 ჩაღრმავებული ინტერვიუ. კვლევა განხორციელდა 5 ქალაქში - თბილისში, ბათუმში, ზუგდიდში, გორსა და თელავში.

ახალგაზრდების კვლევას საფუძვლად დაედო სოციალური შემეცნების (დასწავლის) თეორია,³³ რომელიც განიხილავდა სამ-კომპონენტიან მოდელს. ეს უკანასკნელი გულისხმობს, რომ ადამიანის ქცევა არის პიროვნული (მახასიათებლების) ფაქტორების, გარემო ფაქტორების და ქცევის ურთიერთქმედებისა და ურთიერთხელოვნების ჯამური შედეგი.

ახალგაზრდებში ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა აივ ტესტირებაზე შემდეგი ძირითადი ბარიერები:

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

კვლევის მიზანი არ იყო სპეციფიკურად სამედიცინო დაწესებულებებში ტესტირების ბარიერების კვლევა და, სავარაუდოდ, ახალგაზრდების მიერ დასახელებული ბარიერები ეხება აივ ტესტირების სერვისებს ზოგადად, მიუხედავად იმისა ტესტირება ჩატარდა არასამთავრობო ორგანიზაციებში თუ სამედიცინო დაწესებულებებში.

საქართველოში აივ ტესტირებაზე ბარიერების კვლევა სხვადასხვა სამიზნე პოპულაციების თვალთახედვით

კვლევა რომელიც ჩატარდა 2020 წელს სხვადასხვა სამიზნე პოპულაციაში, სწავლობდა შემდეგს:

- აღქმული მოწყვლადობა
- დაავადების აღქმული სიმწვავე
- ტესტირების და აივ სტატუსის ცოდნის აღქმული სარგებელი
- აივ ტესტირების მოტივატორები.

ასევე, კვლევამ შეისწავლა რესპონდენტების გამოცდილება ამჟამად არსებული ტესტირების სერვისების შესახებ, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულებებში მანიფესტირებული სდ-ის შესახებ და მოგროვდა ინფორმაცია, აივ ტესტირების როგორი მოდელები იქნებოდა მათთვის სასურველი.

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

კვლევის მიგნებებმა აჩვენა, რომ გამოკითხული პირები მეტნაკლებად სწორად აფასებდნენ ინფიცირების მიმართ მოწყვლადობას და უმრავლესობამ იცის, რა ტიპის სარგებელი მოაქვს აივ სტატუსის ცოდნას, როგორც ინდივიდუალურ, ასევე სოციალურ და საზოგადოების დონეზე. რესპონდენტები აივ ინფექციაზე საუბრობენ, როგორც მართვად დაავადებაზე და მათთვის დაავადების სიმწვავე ასოცირდება არა აუცილებლად ჯანმრთელობის საფრთხეებზე, არამედ დაავადებასთან დაკავშირებულ სოციალურ გამოწვევებზე. დაავადების სიმწვავეზე საუბრისას რესპონდენტები უფრო ხაზს უსვამენ აივ-თან დაკავშირებულ შიშებზე, რაც გამომდინარეობს საზოგადოებაში არსებული მასტიგმატიზებული და დისკრიმინაციული დამოკიდებულებებიდან. მომავლის შიში - გარიყვა სამეგობროდან, ოჯახიდან, საზოგადოებიდან, სამსახურის დაკარგვის შიში - აღმოჩნდა მთავარი შემაკავებელი ფაქტორები, რასაც რესპონდენტები ასახელებდნენ ყველაზე ხშირად, და რის გამოც ადამიანები გაუბრუნდნენ ტესტირების სერვისებს და ამჯობინებენ, არ იცოდნენ თავისი აივ სტატუსი. სავარაუდოდ, ეს მიზეზები არის ტესტირებაზე წამყვანი ბარიერები, რითაც აიხსნება ტესტირებაზე დაბალი მოთხოვნა საქართველოში.

თუმცა კვლევაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალი უარყოფს სამედიცინო დაწესებულებებში არაეთიკური, მასტიგმატიზებული დამოკიდებულების ან დისკრიმინაციული მოპყრობის ფაქტებს, განსხვავებული შეხედულება აქვთ სარისკო პოპულაციების წარმომადგენლებს. რესპონდენტები ამბობდნენ, რომ პერსონალის მხრიდან ხშირად ვლინდება დამამცირებელი დამოკიდებულება:



უკეთეს შემთხვევაში გულგრილები არიან, უარეს შემთხვევაში - გვაგრძნობინებენ, რომ ჩვენ ვართ არასასურველი პაციენტები!"

აივ დადებითი რესპონდენტი

კვლევამ აჩვენა, რომ დაბალია სამედიცინო პერსონალის ნდობა კონფიდენციალურობის დაცვასთან დაკავშირებით; ისინი არ გამორიცხავენ, რომ ინფიცირებული პირის სტატუსი გახდეს დაწესებულების სხვა თანამშრომლებთან 'ჭორაობის' ან განსჯის საგანი.

აღინიშნა პაციენტის ინფორმირების გარეშე აივ ტესტირების ფაქტებიც. აღმოჩნდა, რომ აივ ტესტირების შედეგის გაცნობისას ცალკეული დაწესებულების ექიმები არ იცავენ პრივატულობას. ბარიერად დასახელდა, ასევე, სამედიცინო დაწესებულების გაუმართავი ინფრასტრუქტურა და არადაამაკმაყოფილებელი სანიტარიული მდგომარეობა. მნიშვნელოვანი ბარიერი აღმოჩნდა აივ-ზე კონსულტირებისას არაპრივატული გარემო, როდესაც კონსულტაციისას კაბინეტში შესაძლოა, იმყოფებოდეს სხვა სამედიცინო პერსონალი.

რესპონდენტებმა დაასახელეს გეოგრაფიული ბარიერი და აღნიშნეს, რომ რეგიონებში ტესტირების სერვისები ნაკლებად ხელმისაწვდომია. თუმცა, იმავე კვლევაში რეგიონში მცხოვრები რესპონდენტები აცხადებენ, რომ ურჩევნიათ სხვა, დიდ ქალაქებში წავიდნენ ტესტირებისთვის, რადგან მცირე ზომის ქალაქებში და რეგიონებში 'ყველა ერთმანეთს იცნობს' და ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვის იმედი არ გააჩნიათ. აქედან გამომდინარე, სანამ ზოგადად ს&დ-ის მასშტაბები არ შემცირდება ქვეყანაში, აივ-ზე ტესტირების სერვისების გაფართოება პატარა ქალაქებში შესაძლოა, არც იყოს მიზანშეწონილი.

სამედიცინო პერსონალის კომპეტენტურობის შესახებ განსხვავებული მოსაზრებები გამოითქვა კვლევის სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფების მიერ: მედპერსონალი აცხადებს, რომ მათ გავლილი აქვთ შესაბამისი ტრენინგები და გააჩნიათ სერთიფიკატი; თუმცა,

აივ-მონეყვლადი პოპულაციების წარმომადგენლები საუბრობენ პერსონალის არაადეკვატური ცოდნის შესახებ. მიუხედავად განსხვავებული შეფასებებისა, გამოკითხულთა დიდი უმრავლესობა ყველა მიზნობრივი ჯგუფიდან თანხმდება, რომ სამედიცინო პერსონალის კონსულტირების უნარების გაუმჯობესება და სტიგმასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მედპერსონალის ტრენინგები აუცილებელია.

კვლევაში იდენტიფიცირებული ტესტირების ბარიერების მინიმიზაცია წინამდებარე სახელმძღვანელოში კონკრეტული რეკომენდაციების შემუშავების საფუძველი გახდა.

ქცევითი ინსაითების კვლევა

2020 წელს UNDP და UNFPA ერთობლივი ინიციატივის ფარგლებში, პირველად საქართველოში, განხორციელდა კვლევა, რომელიც ეყრდნობა ქცევით მეცნიერების - ქცევითი ინსაითების (Behavioral Insights) საფუძვლებს. ამ კვლევის ფარგლებში მოგროვდა 200-ზე მეტი მონათხრობი აივ-ზე ტესტირების გამოცდილების შესახებ იმ პირებისაგან, რომლებმაც თავად ჩაიტარეს ტესტირება; ან, რომლებიც იყვნენ თავიანთი ახლობელი ადამიანების აივ ტესტირების გამოცდილების შესახებ კარგად ინფორმირებულნი. სამწუხაროდ, ამ კვლევის მონაცემების ანალიზი ჯერ კიდევ დასრულებული არ იყო, როდესაც წინამდებარე სახელმძღვანელოზე მუშაობა მიმდინარეობდა. კვლევის ანგარიში გამოქვეყნდება 2020 წლის ბოლოსათვის და იგი ხელმისაწვდომი იქნება დაინტერესებული პირებისათვის. მოსალოდნელია, რომ 'ქცევითი ინსაითების' კვლევა ახალ მნიშვნელოვან დაკვირვებას და მიგნებებს შემოგვთავაზებს. ამრიგად, შესაძლებელია, დღის წესრიგში დადგეს წინამდებარე სახელმძღვანელოში დამატებების ან ცვლილებების განხორციელება, რაც ბუნებრივი პროცესია, რადგან ეს სახელმძღვანელო არის ცოცხალი დოკუმენტი, რომელიც პერიოდულ რევიზიას და განახლებას მოითხოვს.

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა ჯანდაცვის სისტემაში: თეორიული საფუძვლები და კონცეპტუალური ჩარჩო

ეკოლოგიური მოდელი

აივ-ზე ტესტირების ბარიერები განაპირობებს ადამიანების ქცევას და მათ დამოკიდებულებას სამედიცინო სერვისების მიმართ, რაც ხშირად გამოიხატება საჭირო სამედიცინო სერვისებზე დაბალი მიმართვიანობით. ამ უკანასკნელს კი, ნეგატიური გავლენა აქვს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და იწვევს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ შედეგებს როგორც ეროვნულ, ასევე, გლობალურ დონეზე.

სხვადასხვა მეცნიერის მიერ აღიარებულია ჯანმრთელობის (სოციალური) ეკოლოგიური მოდელი,^{34,35} რომელიც ადგენს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობა და ქცევა რამდენიმე ფაქტორის ერთობლივი ქმედებებით არის განპირობებული. ეკოლოგიური მოდელი სხვადასხვა დარგის სპეციალისტების მიერ არის გამოყენებული და ადაპტირებული დარგის სპეციფიკასთან. ეს მოდელი აღიარებს, რომ ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორები მრავალწახნაგოვანია და ისინი სხვადასხვა დონეზე მოქმედებენ. ვიზუალიზაციისათვის, ქვემოთ წარმოდგენილია აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის და ტესტირებაზე ადამიანების ქცევის განმსაზღვრელი ეკოლოგიური მოდელი:

34. Social and Behavioral Theories. National Institute on Health. Office of Behavioral and Social Sciences Research <http://www.esourceresearch.org/Default.aspx?TabId=736>

35. Ecological Model. The American College Health Association (ACHA) https://www.acha.org/HealthyCampus/HealthyCampus/Ecological_Model.aspx

36. Adapted from McLeroy, K. R., Steckler, A. and Bibeau, D. (Eds.) (1988). The social ecology of health promotion interventions. Health Education Quarterly, 15(4):351-377. Retrieved May 1, 2012, from http://tamhsc.academia.edu/KennethMcLeroy/Papers/81901/An_Ecological_Perspective_on_Health_Promotion_Programs.

გრაფიკი 4 აივ ტესტირებაზე ქცევის განმსაზღვრელი ეკოლოგიური მოდელი



ეკოლოგიური მოდელი გულისხმობს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობა და ქცევა დამოკიდებულია სხვადასხვა გარემო ფაქტორზე, რომლებიც სხვადასხვა დონეზე ურთიერთქმედებენ და გავლენას ახდენენ საბოლოო გამოსავალზე - ადამიანების ქცევაზე, იზრუნონ თავის და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე.

სოციალურ-ეკოლოგიური მოდელის უკეთ გაგებისთვის ქვემოთ მოკლედ მიმოვიხილავთ მოდელის მთავარ ასპექტებს³⁷:

ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტები: ეს არის ერთობლიობა ერთი მხრივ, იმ გარემოსი, სადაც ადამიანები იზადებიან და ცხოვრობენ და, მეორე მხრივ, იმ სისტემების, რომლებიც ფუნქციონირებს ადამიანების ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის იმ კონკრეტულ გარემოში. ეს ფაქტორები კი უფრო ფართო სისტემების მიერ ყალიბდება, როგორიცაა ქვეყნის ერთიანი პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციალური პოლიტიკა.

სოციალურ-ეკოლოგიური მოდელი გვეხმარება, უკეთ გავიაზროთ როგორ ხდება ჯანდაცვის ან სოციალური პრობლემების წარმოშობა, მათი განვითარება და მიმდინარეობა ერთიან ჯაჭვში, სადაც ხდება სხვადასხვა ქვე-სისტემების ურთიერთქმედება და ზეგავლენა. ეს ქვესისტემებია³⁸:

ეკოლოგიური მოდელის დონეები	მოკლე განმარტება
საჯარო პოლიტიკა	ადგილობრივი, ეროვნული ან საერთაშორისო დონეზე მოქმედი კანონმდებლობა და პოლიტიკა; ასევე, პოლიტიკა, რომელიც აწესებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ შეზღუდვებს; ან განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას; ადგენს გარემოს ჯანმრთელობაზე მიმართულ კანონებს და რეგულაციებს და სხვ.

37. https://www.healthyeennetwork.org/wp-content/uploads/2015/06/TipSheet_IncreasingOurImpactUsingSocial-EcologicalApproach.pdf

38. McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988

საზოგადოება და თემი	ჩამოყალიბებული პრაქტიკა ან ნორმები, რომელიც განსაზღვრავს ორგანიზაციებს, ინსტიტუტებს ან სხვადასხვა გაერთიანებასა და სამოქალაქო ქსელებს შორის ურთიერთობას და დამოკიდებულებას
ინსტიტუციური დონე	ფორმალური ან არაფორმალური ინსტიტუციების და ორგანიზაციების რეგულაციები, წესები და ოპერირების/პრაქტიკის თავისებურებები
ინტერპერსონალური პროცესები/პირველადი (საკვანძო) ჯგუფები	ფორმალური თუ არაფორმალური სოციალური ქსელები, მხარდაჭერის ჯგუფები, ოჯახი, მეგობრები; ასევე, სხვადასხვა რიტუალების და ტრადიციების აღსრულებისას სოციალური კონტაქტების წრე და სხვ.
ინტრაპერსონალური (ინდივიდუალური) დონე	ინდივიდუალური პირის მახასიათებლები - როგორიცაა ცოდნა, დამოკიდებულება, ქცევა, თვითაღქმა, ჩვევები და უნარები. ამ დონეზე მნიშვნელოვანი ფაქტორებია: გენდერი, სარწმუნოება, ეთნიკურობა, სექსუალური ორიენტაცია, ეკონომიკური სტატუსი, გენეტიკური ფაქტორები, პიროვნების ღირებულებები, ცხოვრების მიზნები და მოლოდინები, სტრესთან გამკლავების შესაძლებლობები და სხვ.

ეკოლოგიური მოდელი პირდაპირ მიანიშნებს, რომ ნებისმიერი მცდელობა, რომელიც მიზნად ისახავს ადამიანის ქცევის ცვლილებას (მაგ., აივ-ზე ტესტირებას) უნდა ითვალისწინებდეს ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტებს - ყველა იმ ფაქტორს, რომელიც განსაზღვრავს კონკრეტულ გარემოში კონკრეტული პირის ქცევას. ამრიგად, ღონისძიებები უნდა დაიგეგმოს და განხორციელდეს მოდელის თითოეულ დონეზე.

წინამდებარე სახელმძღვანელოს მიზანს არ წარმოადგენს ეკოლოგიური მოდელის თითოეული ქვე-სისტემის სიტუაციური ანალიზი; არამედ, იგი ემსახურება სპეციფიკურ მიზანს, რომ ინსტიტუციურ დონეზე, კერძოდ, ჯანდაცვის სისტემაში/სამედიცინო დაწესებულებებში, შეიქმნას სტიგმისაგან თავისუფალი გარემო, რომ მინიმუმამდე შემცირდეს ინსტიტუციური ბარიერები და წაახალისოს ადამიანები, რომ მიმართონ სამედიცინო სერვისებს დროულად და ყველა საჭირო შემთხვევაში, მათ შორის აივ ინფექციაზე ტესტირებისათვის.

თუმცა, ინსტიტუციური ბარიერების მოხსნა დიდწილად არის დამოკიდებული ქვეყნის საჯარო პოლიტიკაზე, სწორედ ამიტომ სახელმძღვანელოში გთავაზობთ საქართველოში არსებული სიტუაციის ანალიზს ეკოლოგიური მოდელის ზედა - საჯარო პოლიტიკის დონეზე.

საჯარო/ჯანდაცვის პოლიტიკა

ქვეყნის კანონმდებლობა - საქართველოს კონსტიტუცია, ანტიდისკრიმინაციული კანონი და სხვა კანონები ეფუძნება ადამიანის უფლებებს და გენდერულ თანასწორობას. თუმცა არსებობს გამონაკლისები, როგორც ცალკეული კანონის, ასევე კანონში არსებული

ჩანაწერების მხრივ. მაგალითად, დასჯაზე ორიენტირებული კანონმდებლობა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებით ქმნის ბარიერს ნარკოტიკის მომხმარებლებისათვის არა მარტო აივ ტესტირების, არამედ, ზოგადად, აივ/შიდსის სერვისების უტილიზაციის თვალსაზრისით.

საქართველოში მოქმედი აივ/შიდსის სახელმწიფო კანონი⁴⁰, ასევე კანონები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, სამედიცინო საქმიანობის და პაციენტების შესახებ ეფუძნება ადამიანის უფლებების დაცვას. აივ/შიდსის სახელმწიფო კანონით დაცულია აივ/შიდსის სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, ნებაყოფლობითობა, პერსონალური ინფორმაციის კონფიდენციალურობა და, ასევე, ხაზს უსვამს ყველა სხვა, კონსტიტუციური უფლების დაცვას აივ ინფიცირებული პირებისათვის (როგორცაა, განათლების უფლება, დასაქმების უფლება, და სხვ.). თუმცა, ამ კანონის მიხედვით რჩება დისკრიმინაციული მუხლები: სავალდებულო პარტნიორის შეტყობინება აივ დადებითი სტატუსის შესახებ. გარდა ამისა, აივ ინფექციის გადაცემა (ინფექციის განზრახ შეყრა ან საფრთხის შექმნა) კრიმინალიზებულია³⁸.

ზემოთ დასახელებული ორივე მუხლი ქმნის აივ ტესტირებაზე ბარიერს: ადამიანთა ნაწილმა შესაძლოა, ამჯობინოს არ შეიტყოს თავისი აივ სტატუსი გარკვეული პასუხისმგებლობების თავიდან არიდების მიზნით; ხოლო ნაწილმა შესაძლოა, ჩაიტაროს ტესტირება ანონიმურად, მაგრამ არ გამოცხადდეს სპეციალიზებულ კლინიკაში რეგისტრაციისათვის. სამოქალაქო საზოგადოების და აქტივისტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ აივ/შიდსის შესახებ სპეციფიკური კანონის არსებობა თავისთავად დისკრიმინაციულია.⁴¹

თუმცა საკანონმდებლო დონეზე გენდერული იდენტობის ან სექსუალური ორიენტაციის შესახებ სამართლებრივი შეზღუდვები არ არსებობს, მაგრამ დე ფაქტო გარემო დისკრიმინაციულია.

ლგბტქ+⁴² თემის მიმართ საზოგადოების დაბალი მხარდაჭერის გამო, ამ თემის უფლებების რეალიზების საკითხები ქვეყანაში პოლიტიკური სპეკულაციების საგანი ხდება. ლგბტ პირების სახით მტრის ხატის შექმნის მცდელობის და ქორწინების ინსტიტუტის მიმართ ხელოვნური საფრთხეების წარმოჩინების მიზნით 2017 წელს, წინასაარჩევნო პერიოდში, პოლიტიკური პარტიებისა და სხვადასხვა ჯგუფის მიერ ინიცირებული იქნა საკონსტიტუციო ცვლილება, რომლის მიხედვითაც კონსტიტუციაში ოჯახი განისაზღვრება როგორც ქალისა და კაცის ერთობა. ამ ინიციატივის განხილვას პროტესტი მოჰყვა გარკვეული სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების მხრიდან,⁴³ რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ შემოთავაზებული ცვლილება თავისი არსით ეწინააღმდეგებოდა ადამიანის თავისუფლებისა და თანასწორობის იდეებს და გააღრმავებდა ლგბტ ადამიანთა დისკრიმინაციისა და მარგინალიზაციის პრობლემებს. ერთობლივი პროტესტის წერილი აღნიშნავს, რომ „ლგბტ თემისა და ორგანიზაციების მიერ ქორწინების თანასწორობის საკითხი საქართველოს სამართლებრივ და პოლიტიკურ დღის წესრიგში არასდროს ყოფილა დაყენებული. სახელმწიფოში არსებული ინსტიტუციური ჰომოფობიის პირობებში, ლგბტ პირები განდევნილნი არიან საჯარო სივრცეებიდან და ხდებიან დისკრიმინაციისა და სისტემური ძალადობის მსხვერპლნი, რაც მათ ხელს უშლით ისარგებლონ მათთვის კონსტიტუციით გარანტირებული ძირეული უფლებებით. ამ პირობებში, ქორწინების უფლება საქართველოში მცხოვრები ლგბტ ადამიანების უმეტესობისთვის ნაკლებად პრიორიტეტულია.“

ლგბტ ორგანიზაციების მიერ 2017 წლის 8 თებერვალს გავრცელებულ განცხადებაში ნათქვამია, რომ „ძალადობრივი გარემოს გათვალისწინებით, ლგბტ პირებს უმრავლეს

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

41. სამოქალაქო საზოგადოების ფორუმი. თებერვალი, 2020. თბილისი, საქართველო.

42. ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი, ქვიარ პირები

43. <https://emc.org.ge/ka/products/ngo-ebis-gantskhadeba-kortsinebastan-dakavshirebuli-sakonstitutsio-tsvilebebis-shesakhe>

შემთხვევაში საკუთარი სექსუალური ორიენტაციის და/ან გენდერული იდენტობის დამალვა უწევთ მოსალოდნელი ძალადობის, დევნის და შევიწროების თავიდან ასარიდებლად. ამრიგად, ერთი და იმავე სქესის მქონე პირთა შორის ქორწინების უფლება, მისი დაკანონების შემთხვევაშიც კი, უმეტესობისთვის გამოუყენებადი შესაძლებლობა გახდება.”⁴⁴

ლგბტ თემის და უფლება-დამცველი ორგანიზაციების აზრით, მსგავსი საკითხებით მანიპულირება დისკრიმინაციული პრაქტიკების გაძლიერებას და ლგბტ თემის სისტემურ მარგინალიზაციას იწვევს.

ამრიგად, თუმცა სამართლებრივი გარემო ნაკლებად დისკრიმინაციულია, ქვეყანაში პრიორიტეტული არაა პრევენციული ღონისძიებები, რომელიც შეამცირებდა საზოგადოებაში ფობიურ დამოკიდებულებას და ხელს შეუწყობდა ტოლერანტული გარემოს შექმნას. სანამ ეს პრობლემები არ მოგვარდება, მოწყვლადი პოპულაციების სპეციფიკურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ბარიერების აღმოფხვრა ნაკლებად მოსალოდნელია.

სტიგმა და დისკრიმინაცია სამედიცინო დაწესებულებებში (ზოგადად)

სტიგმა და დისკრიმინაცია სამედიცინო დაწესებულებებში გლობალური ფენომენია და არსებობს მრავალრიცხოვანი სამეცნიერო კვლევა და პოლიტიკის დოკუმენტები, რომლებიც ამ საკითხებს განიხილავს, ხსნის, რატომ არის მნიშვნელოვანი ამ პრობლემის გამომწვევი მიზეზების და მოსალოდნელი შედეგების შესწავლა, და ასევე, არკვევს, რა ტიპის ინტერვენციებს შესაძლოა ჰქონდეთ პოზიტიური ეფექტი.

ტაილანდში ჩატარებული კვლევა ადასტურებს, რომ სნდ მათ შორის ჯანდაცვის სისტემაში წარმოადგენს მთავარ ბარიერს აივ ტესტირების, მკურნალობის და მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესებისათვის.⁴⁵ იმავე ქვეყანაში მსმ და ტრანსგენდერ პოპულაციებში ჩატარებულმა კვლევამ დაადასტურა რომ სნდ ნეგატიურად მოქმედებს მოწყვლად პოპულაციაზე და ისინი თავს არიდებენ აივ-ზე ტესტირებას ან რექტალური მიკრობიციდების გამოყენებას. ხოლო, აივ ინფიცირებულ ადამიანთა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ მკურნალობის დამყოლობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს სწორედ სნდ.

არსებობს 42 კვლევის სისტემური მიმოხილვის შესახებ პუბლიკაცია,⁴⁶ რომელიც განიხილავს სნდ საკითხებს სამედიცინო დაწესებულებებში. მრავალ ქვეყანაში ჩატარებული კვლევა ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში სნდ გლობალური პრობლემაა და იგი ხშირად ასოცირებულია ადამიანის სხვადასხვა ქცევასთან ან მდგომარეობასთან, როგორიცაა ნარკოტიკის მოხმარება, არაკონფორმული სქესობრივი ქცევა, კომერციულ სექსში ჩართულობა და სხვა; გარდა ამისა, ჯანდაცვის სისტემაში მანიფესტირებული სნდ არ არის დაკავშირებული მხოლოდ სპეციფიკურად აივ/შიდსთან და ეს პრობლემა თან ახლავს სხვადასხვა დაავადებას, როგორიცაა ტუბერკულოზი, კიბო, მენტალური დაავადებები და სხვ. სწორედ ამიტომ, წინამდებარე სახელმძღვანელო, რომელიც გვთავაზობს რეკომენდაციებს სამედიცინო დაწესებულებებში სნდ-ის შესამცირებლად, შესაძლოა, სასარგებლო აღმოჩნდეს სხვადასხვა პროფილის დაწესებულებებისთვისაც.

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმა განსაკუთრებით საშიშია, რამდენადაც ის ნეგატიურ გავლენას ახდენს ადამიანების გადაწყვეტილებაზე, დროულად მიმართონ

44. www.women.ge

45. Srithanaviboonchai, K., Stockton, M., Pudpong, N., Chariyalertsak, S., Prakongsai, P., Chariyalertsak, C., Smutraprapoot, P., & Nyblade, L. (2017). Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. BMC public health, 17(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4172-4>

46. Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K. et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BMC Med 17, 25 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2> <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>

სამედიცინო სერვისებს. სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმის და დისკრიმინაციის მანიფესტირება დოკუმენტირებულია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში, თუმცა, საქართველოში არსებობს მხოლოდ ანგარიშები, სადაც საუბარია პრობლემის არსებობაზე, მაგრამ კონკრეტული ფაქტების რეგისტრირება/დოკუმენტირება თითქმის არ ხდება, ან ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდომი არაა.

ჯანდაცვის სისტემაში სტიგმის მანიფესტირება სხვადასხვა დონეზე და სხვადასხვა სიმწვავეთ ხდება: ასეთი გამოვლინება შესაძლოა იყოს: სერვისის მიწოდებაზე უარის თქმა; სუბ-სტანდარტული სერვისის მიწოდება; ფიზიკური ან სიტყვიერი ძალადობა/დამცირება; ან დამამცირებელი სახელების (იარლიყების) მიკერება, სერვისის მისაღებად მოსული პაციენტების უყურადღებოდ ხანგრძლივი დროით დატოვება მოლოდინის რეჟიმში; უმცროს სამედიცინო პერსონალთან პაციენტების გადამისამართება და სხვა.

სტიგმის და დისკრიმინაციის მიზეზები

ლიტერატურაში აღწერილია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში სჯდ უმთავრესი მიზეზები (ე.წ. დრაივერი) შეიძლება სამ ჯგუფად კლასიფიცირდეს⁴⁷:

- სტიგმის და დისკრიმინაციის პრობლემის არალიარება ან არაადეკვატურად შეფასება
- აივ ინფიცირების გადადების გზების არცოდნა და ინფიცირებულ პირებთან საყოფაცხოვრებო კონტაქტების დროს ვირუსის გადაცემის შიში
- მორალურ ღირებულებებზე აპელირება და განსჯა/განკითხვა.

უარყოფითი დამოკიდებულება, შიში, ნაკლებ ინფორმირებულობა - როგორც ზოგადად კონკრეტული დაავადების შესახებ, ასევე ზოგადად სამედიცინო ეთიკის, სჯდ-ის შესახებ, არის სჯდ-ის ხელშემწყობი ფაქტორები. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ინფიცირების არარაციონალური, გაუმართლებელი შიში ტრადიციულად თავს იჩენს, ნებისმიერი დაავადების დროს, როდესაც დაავადების კლინიკური მართვა რთულია და გამოსავალი - ჯანმრთელობისათვის მძიმე.

სამედიცინო პერსონალი⁴⁸ შესაძლოა თავადაც გახდეს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული სჯდ-ის მსხვერპლი. მედიცინის მუშაკების მხრიდან დისკრიმინაციული დამოკიდებულება ინფიცირებული პირების მიმართ შესაძლებელია, უკავშირდებოდეს სამსახურის დაკარგვის შიშს თუ ისინი ინფიცირებულები აღმოჩნდებიან. სწორედ ამიტომ, ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალი თავად ხდება მოწყვლადი და ცდილობენ, დამალონ სტატუსი და ერიდებიან საჭირო სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღებას.

ჯანდაცვის სისტემაში მანიფესტირებული სჯდ-ის ტიპები

- სამედიცინო დაწესებულებებს შესაძლოა, ჰქონდეს მადისკრიმინირებელი პრაქტიკა, როგორიცაა - სამედიცინო ისტორიების რამე განსაკუთრებული (გამაფრთხილებელი) ნიშნებით აღნიშვნა (flagging), რომელიც ასეთ პაციენტების ისტორიას გამოარჩევს სხვა დიაგნოზის მქონე პაციენტებისგან.
- უარი სამედიცინო სერვისზე სერვისზე; დიდხანს ალოდინებენ; არასაჭირო გადამისამართება სხვა სერვისებში/სხვა ექიმებთან;

47. Carr, D., R. Kidd, M. Fitzgerald, and L. Nyblade. 2015. Achieving a Stigma-free Health Facility and HIV Services: Resources for Administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
ISBN: 978-1-59560-095-0 https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf

- სიტყვიერი შეურაცხყოფა; ქორაობა; ქილიკი; იარღიყების მიკერება
- განსხვავებული მიდგომები სერვისების მიწოდებისას; მაგ. კონტრაცეფცია; რეპროდუქციული ჯანმრთელობა
- ინფიცირებული პირების ტანსაცმლის /ჭურჭლის იზოლაცია ; ცალკე იზოლირებული მოსაცდელები, ან შესასვლელი კარი (როცა ამის სამედიცინო ჩვენება არაა)
- იძულება ტესტირებაზე (აივ-ზე ან ტბ-ზე) კონსულტირების გარეშე; ზოგჯერ კი, პაციენტისთვის ტესტის შედეგის შეტყობინების გარეშეც.
- მესამე პირისთვის აივ სტატუსის გამჟღავნება პაციენტის წინასწარი ნებართვის გარეშე (თუნდაც ოჯახის წევრებისათვის; სხვა სამედიცინო პერსონალისათვის)
- განსაკუთრებული (არასაჭირო) უსაფრთხოების ზომები - ეკიპირება (პირბადე, ხელთათმანები).

სამედიცინო დაწესებულებაში სად-ის გეგავლენა პაციენტზე/კლიენტზე

- მოსალოდნელი სად-ის გამო ცდილობენ, თავი აარიდონ სამედიცინო დაწესებულებებს მაშინაც კი, როდესაც სერვისის საჭიროებას სწორად აღიქვამენ
- ერიდებიან პრევენციული სერვისების მიღებას და მათ შორის, განსაკუთრებულად ეშინიათ ტესტის ჩატარება. ამის მიზეზი შესაძლოა იყოს დიაგნოზის გაგების შიში, ან ამ დიაგნოზის გამჟღავნების საფრთხე. ეს იწვევს გვიან გამოვლენას, რასაც ნეგატიური შედეგი მოაქვს მის ჯანმრთელობაზე
- მაღავენ ინფორმაციას (განკითხვის შიშით; უნდობლობის გამო) - რომელიც შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს სწორი დიაგნოზისთვის და მკურნალობისთვის
- ინფიცირებული პირები ცდილობენ თავიანთ საცხოვრებელი ადგილიდან მოშორებით მიიღონ არვ მედიკამენტები; ზოგჯერ კი ვერ ახერხებენ მგზავრობას და ამის გამო არვ მკურნალობის დამყოლობა გაუარესებულია. ამასთან პაციენტი ხარჯავს დროს და მგზავრობისთვის საჭირო ფინანსებს იმის შიშით, რომ თავიდან აიცილოს ნაცნობთა წრესთან შესაძლო კონტაქტი.
- შეიძლება მშობიარობისთვისაც არ მივიდეს კლინიკაში - უპატივცემულო, ღირსებისშემლახავი მოპყრობის შიშით
- სეროსტატუსს უმაღავენ პარტნიორებსაც, შესაძლოა მათი დაკარგვის შიშის გამო.

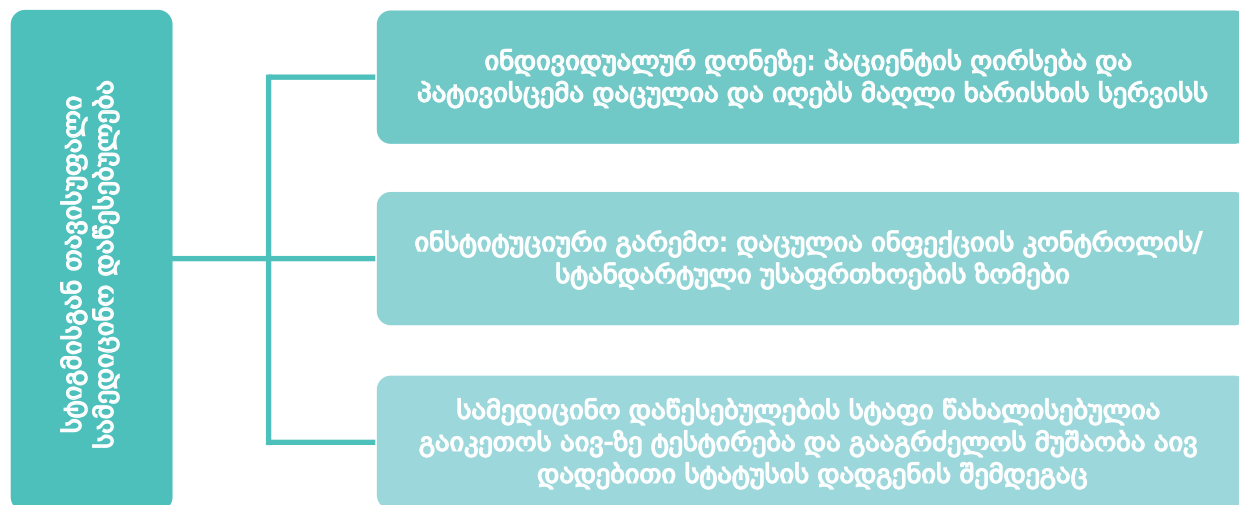
სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულებები

სტიგმისაგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულება განმარტებულია ჯანდაცვის პოლიტიკის პროექტის მიერ და იგი გულისხმობს დაწესებულებას, სადაც აივ ინფიცირებულ ადამიანებს და ნებისმიერი მოწყვლადი ჯგუფის წარმომადგენლებს უწევენ ღირსეულ, მაღალი ხარისხის მომსახურებას მათ მიმართ პატივისცემის გამოხატვით. იქვე განსაზღვრავენ, რომ სტიგმისაგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულება უზრუნველყოფს პერსონალის უსაფრთხოებას და გამორიცხავს სამუშაო ადგილებზე აივ-ინფექციის

გადაცემას უნივერსალური უსაფრთხოების (Standard Precautions) ზომების დაცვის გზით. ამასთან სტანდარტული უსაფრთხოება სრულ შესაბამისობაშია ინფექციის კონტროლის შესახებ ჯანმოს რეკომენდაციებთან.

დამატებითი პირობა, რასაც უნდა აკმაყოფილებდეს სტიგმისაგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულება გულისხმობს, რომ თანამშრომლები არიან დარწმუნებულნი, რომ შეუძლიათ გაიკეთონ აივ-ზე ტესტირება, და ინფიცირების სტატუსის შემთხვევაში მათ დასაქმებას საფრთხე არ შეექმნება.

გრაფიკი 5 სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო დაწესებულება



სტიგმის შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების სხვადასხვა დონე

არსებობს სხვადასხვა წყარო, რომელიც ადგენს აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის და აივ-ზე ტესტირების ბარიერებს შორის არსებულ კავშირს. ასევე განსაზღვრულია მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი სტიგმასა და ტესტირებას შორის და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ არის მომზადებული რეკომენდაციები სტიგმის შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების შესახებ. ღონისძიებები დაგეგმილი და განხორციელებული უნდა იყოს სხვადასხვა დონეზე - პოლიტიკა, საზოგადოება, სამედიცინო დაწესებულებები და ინდივიდუალურ დონეზე. თუმცა, შედარებით მწირია გამოქვეყნებული მტკიცებულებები, რომლებიც შეაფასებდნენ, თუ რამდენად შეძლო ამ ინტერვენციებმა რეალური შედეგის მიღწევა.⁴⁹

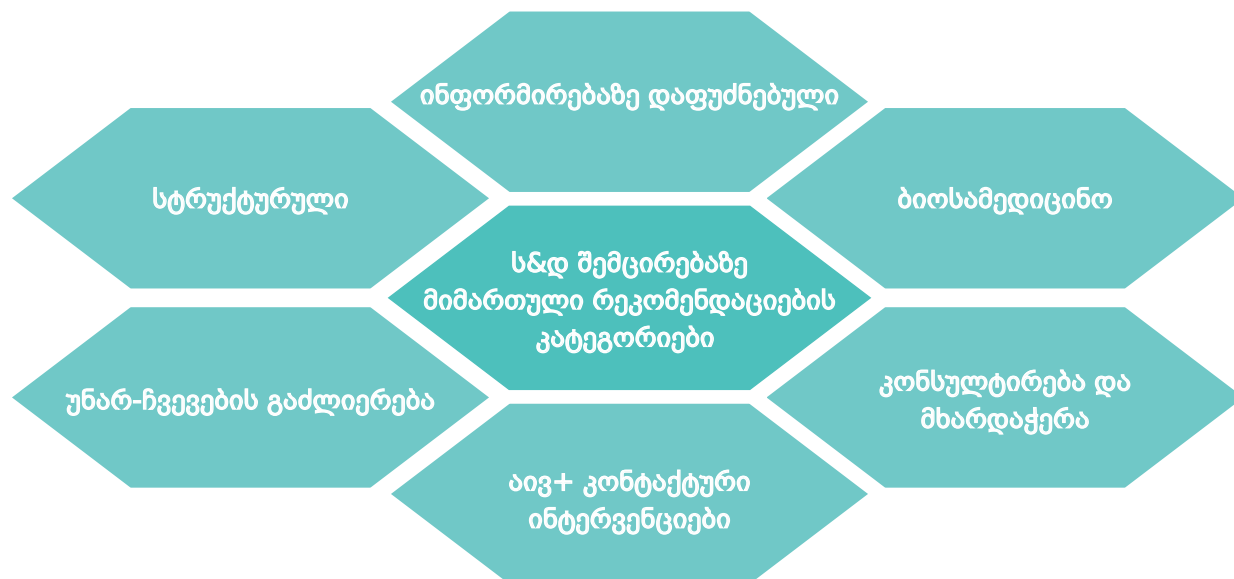
ეთიოპიის და ავსტრალიის მკვლევართა ჯგუფის მიერ მოხდა მნიშვნელოვანი წყაროების (12 გაიდლაინის და პუბლიკაციების 12 სისტემური მიმოხილვის) ანალიზი,⁵⁰ რომ შეესწავლა ის რეკომენდაციები და ინტერვენციები, რომლებიც მიზნად ისახავდა სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმის შემცირებას. მკვლევარები აცნობიერებდნენ, რომ

49. Thapa S., Hannes K., Cargo M., Buve A., Aro A.R. & Mathei C., Building a conceptual framework to study the effect of HIV stigma reduction intervention strategies on HIV testuptake: A scoping review, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care (2017), doi: 10.1016/j.jana.2017.04.004.

50. Garumma Tolu Feyissa, Craig Lockwood, Mirkuzie Woldie, Zachary Munn; Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews <https://www.dovepress.com/reducing-hiv-related-stigma-and-discrimination-in-healthcare-settings-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>

მნიშვნელოვანი იყო რეკომენდაციების ისეთი ფორმატის შემუშავება, რომელიც მარტივად აღსაქმელი და გამოყენებადი იქნებოდა სამედიცინო დაწესებულებების და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის. ამრიგად, ნაშრომი, სად-ის შემცირებაზე მიმართულ რეკომენდაციებს/ინტერვენციებს ჰყოფს შემდეგ კატეგორიებად:

გრაფიკი 6: სამედიცინო დაწესებულებებში სად-ს შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების კატეგორიები⁴⁹



თითოეული კატეგორიის ქვეშ სხვადასხვა ტიპის ინტერვენციები მოიაზრება. ქვემოთ წარმოდგენილია ინტერვენციების მაგალითები თითოეული მიდგომის ქვეშ:

ცხრილი 2 სტიგმის შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების კატეგორიები

ინფორმირებაზე დაფუძნებული მიდგომები	აივ ინფექციის, და აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის შესახებ წერილობითი ან ზეპირი ინფორმაციის მიწოდება, დაინტერესებული მხარეების უკეთ ინფორმირების და ცოდნის გაზრდის მიზნით
სტრუქტურული	ინფექციის კონტროლის გაუმჯობესების ღონისძიებები. მათ შორის: საჭირო სამედიცინო მასალა, სტანდარტული ოპერირების სახელმძღვანელოების რევიზია ან შემუშავება; სამედიცინო დაწესებულებების შიდა პოლიტიკის და რეგულაციების შემუშავება -ამოქმედება
უნარ-ჩვევების გაძლიერება	ინდივიდუალურ დონეზე, თავად მოწყვლადი პოპულაციის გაძლიერება; საჭიროა, მივხვდეთ, როგორ გრძნობენ ისინი თავს აივ ინფექციის მიმართ და რეაგირების რა ინდივიდუალური უნარები გააჩნიათ, რომ მოხდეს ამ უნარ-ჩვევების და პრობლემებთან გამკლავების საშუალებების გაძლიერება.

კონტაქტური ინტერვენციები	ინტერვენციები, რომლებიც ახალისებს აივ ინფიცირებულ პირთა და სამედიცინო პერსონალს შორის პირდაპირ ინტერაქციას. მაგ., აივ ინფიცირებული პირების პერსონალური ისტორიების (testimonials) და გამოცდილების გაზიარება მედპერსონალთან.
კონსულტირება და მხარდაჭერა	აქტივობები, რომლებიც მიზნად ისახავს მინიმუმამდე შეამციროს სად-ის ნეგატიური გავლენა აივ ინფიცირებულ პირებზე, მათი ოჯახის წევრებზე თუ სხვა მოწყვლად პოპულაციებზე.
ბიოსამედიცინო	ინტერვენციები, რომლებიც უზრუნველყოფენ პრევენციის, მკურნალობის და ზრუნვის სერვისებზე უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას.

ტრადიციულად, სამედიცინო დაწესებულებებში სად-ის შემცირებაზე მიმართული პროგრამები ყველაზე ხშირად იყენებენ ინფორმირებაზე დაფუძნებულ მიდგომებს, თუმცა, ჰოლისტიკური მოდელი, როდესაც ხდება სხვადასხვა დონეზე ინტერვენციების კომბინირებული გამოყენება, უფრო კეთილსაიმედოა. სწორედ ამიტომ, წინამდებარე სახელმძღვანელო რეკომენდაციის სახით წარმოადგენს მრავალნაზხაგოვან მიდგომას. თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებების სპეციფიკური საჭიროებების, ან არსებული რესურსების გათვალისწინებით, შესაძლოა კონკრეტულმა დაწესებულებამ გადაწყვიტოს ინტერვენციების პრიორიტეტიზაცია.

საუკეთესო პრაქტიკები: ჯანდაცვაში სად შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტურობა

ჯანდაცვის სექტორში სად-ის შემცირების სტრატეგიებიდან ერთ-ერთი საუკეთესო პრაქტიკა აღწერილია ინდოეთში. 2001 წლისთვის ინდოეთში დაგროვებული მონაცემები (რაოდენობრივი და ხარისხობრივი კვლევების შედეგები) მიუთითებდა სამედიცინო დაწესებულებებში, აივ-ით დაზარალებული პაციენტების მიმართ სტიგმატიზირებადი დამოკიდებულების და დისკრიმინაციური მოპყრობის არსებობაზე. ამის ძირითად მიზეზად სახელდებოდა აივ-ის გადაცემის სპეციფიკის დაბალი ცოდნა და, შედეგად, დაინფიცირების შიში სამედიცინო პერსონალში. ამას აძლიერებდა, ასეთი პაციენტების მოვლა/დახმარების და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის სქემების არაადეკვატური ცოდნა თანამშრომელთა შორის.

ამ პრობლემის დასაძლევად, არასამთავრობო სექტორის ორგანიზაციებმა, ნიუ დელის სამ კლინიკასთან თანამშრომლობით, განახორციელეს ნოვატორული მიდგომა⁵¹. უპირველესად, ჩატარდა კვლევები ადგილზე, რომელთა მიზანი იყო, გამოეკვლინათ სტიგმატიზაციის ხელშემწყობი ფაქტორები. კვლევაში მონაწილეობდა დაწესებულების კლინიკური და დამხმარე პერსონალი, ადმინისტრაცია და პაციენტები. შედეგად, შემუშავდა პაციენტებთან მეგობრული განწყობის მიღწევისთვის საკონტროლო ფორმა (ტაბულა)⁵², რომლის დახმარებით, სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციას შეეძლო, შეეფასებინა და განესაზღვრა აივ-ით დაზარალებული პირებისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. ტაბულის შემუშავებისას გამოყენებული იყო „ოქროს სტანდარტები“ ნაციონალური

51. Mahendra V., George B. and Gilborn L. (2002) Reducing stigma by promoting PLHA-friendly hospitals. XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, July 2002

52. <https://www.popcouncil.org/horizons/pfechk1st.html>.

და საერთაშორისო სახელმძღვანელო დოკუმენტებიდან, აგრეთვე, აივ-ით დაზარალებული ადამიანების მკურნალობის, მოვლის და მხარდაჭერის სტრატეგიები ადამიანის უფლებების დაცვის ქრილში. მიღებული მონაცემების საფუძველზე, თითოეული დაწესებულებისთვის შემუშავდა ინდივიდუალური გეგმა აივ-ით დაზარალებული პაციენტების მომსახურების ხარისხის გაზრდის მიზნით. ძირითადი აქცენტი გაკეთდა დაწესებულებების პერსონალის აივ-თან დაკავშირებული ცოდნის კორექტირებაზე, აივ დადებითი პაციენტების კლინიკური მართვის პრაქტიკული უნარების განვითარებაზე და კონსულტირების ტექნიკების გაუმჯობესებაზე.

კვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ პროექტის შედეგად, სამედიცინო პერსონალის ცოდნის დონე, აგრეთვე, აივ-ით დაზარალებული პაციენტების მიმართ დამოკიდებულების მაჩვენებელი მკვეთრად გაუმჯობესდა⁵³.

აღწერილი მიდგომა შესულია გაეროს შიდსის ერთიანი პროგრამის კოლექციაში „საუკეთესო პრაქტიკები“⁵⁴ და არაერთხელ იქნა ეფექტურად გამოყენებული სხვადასხვა ქვეყანაში სტიგმა/დისკრიმინაციასთან ბრძოლის ღონისძიებებში. მიუხედავად იმისა, რომ ჩარევის დიზაინი და ტექნიკური მიდგომები ყველგან იყო განსხვავებული, მორგებული არსებულ მოცემულობებსა და პირობებზე, კონცეფცია „ცოდნა-დამოკიდებულება“ უცვლელად იძლეოდა დადებით შედეგს. საუკეთესო პრაქტიკებში შეიძლება დასახელდეს პროგრამები ნიგერიაში⁵⁵, ჩინეთში⁵⁶, ვიეტნამში⁵⁷, ჩილეში⁵⁸, საუდის არაბეთში⁵⁹.

მსგავსი გამოცდილება არსებობს ჩვენს რეგიონშიც, კერძოდ, უკრაინაში. 2014-15 წლებში „აივ-ით დაზარალებული ადამიანების სრულიად უკრაინის ქსელმა“⁶⁰ განახორციელა პროექტი „ტოლერანტული მედიცინა: მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების მიმართ აივ-თან დაკავშირებული სწდ-ის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებში, ქ. კიევსა და კიევის ოლქში. პროექტის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა პილოტური სამედიცინო დაწესებულებების ზოგადი პერსონალის (ექიმები, მედდები) ცოდნის და ინფორმირებულობის გაზრდა აივ ინფექციასთან დაკავშირებული საკითხების და აივ-ით დაზარალებული ჯგუფების შესახებ მნიშვნელოვან სენსიტიურ საკითხებზე. ორწლიანი ჩარევის შედეგების შეფასებით⁶¹, გადამზადებული სამედიცინო პერსონალის აივ-თან დაკავშირებული ცოდნა 13%-ით გაიზარდა, და დაინფიცირების შიშით განპირობებული სტიგმის მაჩვენებელი მემუშავებში 3-ჯერ შემცირდა (25%-დან 8%-მდე). 2020 წელს, ორგანიზაციის წარმომადგენელთან ჩატარებული ინტერვიუ მოწმობს, რომ ქსელის თანამშრომლობა პროექტში ჩართულ სამედიცინო დაწესებულებებთან გრძელდება და შედეგების დადებითი დინამიკა გამოხატულია.

საუკეთესო პრაქტიკად შეიძლება ჩავთვალოთ მოლდავეთში განხორციელებული ჩარევა⁶². 2016 წლიდან აივ-თან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამის, აივ-თან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის საერთაშორისო გლობალური ფონდის და გაეროს სააგენტოების თანამშრომლობის გზით, მოხერხდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩართვა აივ-ის

53. George B., Jadhav S., Mahendra VS., Mudoi, R., Gilborn L. and Samson, L. (2002) Implementing a participatory and interactive training module to sensitise health care workers on HIV/AIDS issues: experiences from India. XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, July 2002

54. კპ

55. Ezedinachi ENU, Ross MW, Meremiku M, Essien EJ, Edem CB, Ekure E, et al. The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria: a controlled trial.

56. Wu S, Li L, Wu Z, Liang LJ, Cao H, Yan Z, et al. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China.

Li L, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China.

57. <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Improving-hospital-based-quality-of-care-in-Vietnam-by-reducing-HIV-related-stigma-and-discrimination.pdf>

58. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irarrazabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile.

59. Al-Mazrou YY, Abouzeid MS, Al-Jeffri MH. Impact of health education on knowledge and attitudes of Saudi paramedical students toward HIV/AIDS.

60. <https://network.org.ua/en/>

61. <https://network.org.ua/ru/umenshenye-stygmy-y-dyskryminatsyy-vych-polozhytelnyh-vazhnyj-etap-v-preodolenny-epidemyy-vych-spyda-v-g-kyeve-y-kyevskoj-oblasty/>

62. Assessment of services strengthening, provided by NGOs working with key populations and relevant healthcare providers in the Republic of Moldova. 2019

პრევენციის პროგრამებში. ამბულატორიული პროფილის სახელმწიფო კლინიკების ზოგადი პროფილის სამედიცინო პერსონალი (ოჯახის ექიმები) და მედდები აივ-თან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ატარებენ აივ-ის სკრინინგულ კვლევას და უწევენ კონსულტაციას აივ-ის პრევენციის საკითხებზე ზოგად მოსახლეობას. პერსონალმა გაიარა შესაბამისი ტრენინგები და, მათ შორის, გაეცნო მომეტებული რისკის მქონე პოპულაციებთან მუშაობის სპეციფიკას. არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად შემუშავებული რეფერირების სისტემის საფუძველზე ან თვითდინებით, აივ-ის მიმართ მოწყვლადი პოპულაციების წარმომადგენლები მიმართავენ კონსულტირება-ტესტირებისთვის პირველადი ჯანდაცვის რგოლს. ამან გაზარდა მოცვის მაჩვენებლები და მოწყვლადი ჯგუფებისთვის პრევენციული სერვისებისადმი წვდომა. პარალელურად, აივ პრევენციის პროგრამაში ჩაერთო ახალგაზრდებისთვის კეთილგანწყობილი კაბინეტების სისტემა, რომლებიც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე უწევენ მომსახურებას ზოგად მოსახლეობას, მათ შორის აივ-ის მიმართ მომეტებული რისკის მქონე პოპულაციების წარმომადგენლებს.

კეთილგანწყობილი გარემო ამ სტრუქტურებში ხელს უწყობს სტიგმისგან თავისუფალი ურთიერთობის დამყარებას კლიენტსა და მომსახურების მიმწოდებელს შორის. ეს სქემა მიმზიდველი აღმოჩნდა აივ-ით დაზარალებული ადამიანებისა და მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლებისთვის, ამიტომ, აივ-ის პრევენციის პროგრამებში ჩართული არასამთავრობო ორგანიზაციები, აქტიურად თანამშრომლობენ ამ სტრუქტურებთან, ამისამართებენ თავისი პროგრამების კლიენტებს (მოსარგებლეებს) და ერთად (სამედიცინო სტრუქტურის პერსონალი და არასამთავრობო პროგრამის თანამშრომლები) ატარებენ საინფორმაციო-საგანმანათლებლო შეხვედრებს და ტრენინგებს პროგრამების ბენეფიციარებთან. ამ პოლიტიკის შედეგად, რეგიონის სხვა ქვეყნებთან შედარებით, მოლდავეთში ყველაზე დაბალი მაჩვენებლებია სამედიცინო დაწესებულებებში გამოვლენილი სტიგმის და დისკრიმინაციის თვალსაზრისით.

ამრიგად, სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-თან ასოცირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის მიზეზების ანალიზით და სისტემური მიდგომით შესაძლებელია პერსონალის ცოდნის, დამოკიდებულების ქცევის ცვლილება, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტზე ორიენტირებული და სტიგმისგან თავისუფალი სერვისების მიწოდებას. სწორედ სხვადასხვა ქვეყანაში დაგროვილი ცოდნა და საუკეთესო პრაქტიკები დაედო საფუძვლად სახელმძღვანელოში მოწოდებულ რეკომენდაციებს.

რეკომენდაცია 1 : სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება/სკანირება

სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება/სკანირება (assessment/scanning), რომ მოხდეს დაწესებულების დონეზე გარემოს შეფასება. სკანირება უნდა მოიცავდეს ინსტიტუციების მზაობას ინფექციის კონტროლის და უნივერსალური უსაფრთხოების ზომების განხორციელებაზე. ინსტიტუციურ დონეზე არსებული პოლიტიკების და შინაგანაწესის ანალიზი პაციენტის უფლებების დაცვის და სნდ-ის თვალსაზრისით.

რეკომენდაცია 2: სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა პროფესიული გადამზადება/ტრენინგები

სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა პროფესიული გადამზადება აივ/შიდსზე, სტიგმა და დისკრიმინაციაზე და აივ-თან ასოცირებული სამედიცინო ეთიკის საკითხებზე. პროფესიული ტრენინგების ინტეგრირება განგრძობითი სამედიცინო განათლების პროგრამებში

რეკომენდაცია 3: სამედიცინო დაწესებულებებში ქცევის კოდექსი

სამედიცინო დაწესებულებებში ქცევის კოდექსის (Code of Conduct) შემუშავება, აღიარება/დამტკიცება და დისემინაცია

რეკომენდაცია 4: მონიტორინგი და რეაგირების მექანიზმები

სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმა-დისკრიმინაციის პოლიტიკის განხორციელებაზე მონიტორინგი და რეაგირების მექანიზმების შექმნა. მათ შორის პაციენტებისათვის უკუკავშირის მოწოდების მექანიზმის შემუშავება და მათ მიმართ ანგარიშვალდებულების განსაზღვრა.

რეკომენდაცია 5: ჯანდაცვის სისტემაში სნდ-ის თემის ინტეგრირება IBBS კვლევებში

ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები, რომლებიც საქართველოში რეგულარულად და გარკვეული პერიოდულობით ტარდება ძირითად სამიზნე პოპულაციებში (ნიმ, კსმ; მსმ, პათიმრები) უნდა აგროვებდეს ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებებში სნდ შესახებ. ამ მიზნით უნდა მოხდეს კვლევების ინსტრუმენტის გადახედვა და სპეციფიკური სტანდარტული კითხვების დამატება გამოკითხვის ინსტრუმენტში.

რეკომენდაცია 6: სტიგმა ინდექსის კვლევა

სტიგმა ინდექსის კვლევა აივ/შიდსთან დაკავშირებული, აივ ინფიცირებული პირების თუ აივ-თან ასოცირებული პირების მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შეფასება.

რეკომენდაცია 7: სამედიცინო პერსონალის KAP კვლევა

ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო პერსონალის ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის (Knowledge, Attitude, Practice -KAP) შესწავლა სტიგმისა და დისკრიმინაციის თვალსაზრისით

რეკომენდაცია 8: სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალისა და აივ მოწყვლადი ჯგუფების პირდაპირი ინტერაქცია მათ შორის ნდობის გაზრდის მიზნით

სამედიცინო პერსონალსა და აივ ინფიცირებულ პირთა შორის სოციალური კონტაქტების გაძლიერება მათ შორის ნდობის გაზრდის მიზნით; მოწყვლადი პირების პერსონალური ისტორიების (testimonials) და გამოცდილების გაზიარება პერსონალთან; სხვადასხვა ინტერვენცია, რომლებიც ახალისებს აივ ინფიცირებულ პირთა და სამედიცინო პერსონალს შორის პირდაპირ ინტერაქციას.

რეკომენდაცია 1: სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება/სკანირება (assessment/scanning)

სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება/სკანირება (assessment/scanning), რომ მოხდეს დაწესებულების დონეზე გარემოს შეფასება. სკანირება უნდა მოიცავდეს ინსტიტუციების მზაობას ინფექციის კონტროლის და უნივერსალური უსაფრთხოების ზომების განხორციელებაზე. ინსტიტუციურ დონეზე არსებული პოლიტიკების და შინაგანაწესის ანალიზი პაციენტის უფლებების დაცვის და სნდ-ის თვალსაზრისით.

განხორციელების დონე: სამედიცინო დაწესებულებები

პრიორიტეტის დონე: მაღალი

სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაცია უნდა დაინტერესდეს რა მდგომარეობაა სნდ-ის თვალსაზრისით დაწესებულებაში და რეკომენდებულია განახორციელონ სულ მცირე 2 ტიპის კვლევა: (1) დაწესებულების თანამშრომელთა გამოკითხვა (staff survey) და (2) ინსტიტუციური შეფასება/სკანირება (Institutional assessment).

I. მზადების ეტაპი: სნდ რეაგირების მრჩეველთა საბჭო (Advisory Board): დაწესებულების ზომიდან გამომდინარე და რესურსების გათვალისწინებით, შესაძლებელია ადმინისტრაციამ გადაწყვიტოს, შექმნას სნდ რეაგირების სპეციალური ჯგუფი - მრჩეველთა საბჭო, რომელშიც სასურველია, გაერთიანდეს როგორც მაღალი დონის მენეჯმენტის გუნდიდან, ასევე მაღალი და საშუალო რგოლის სამედიცინო სტაფის წარმომადგენლები (ექიმი, ექთანი, ლაბორანტი). ასევე მნიშვნელოვანია, მოხდეს დაინტერესებული ბენეფიციარის (ბენეფიციარების) მოწვევა მრჩეველთა საბჭოში. თემის ინტერესებიდან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ საბჭოში მოხალისეობრივად ასევე ჩაერთონ არასამთავრობო ორგანიზაციების გამოცდილი წარმომადგენლები, ან აივ/შიდსის აქტივისტები. თუ დაწესებულებაში არსებობს იურიდიული ან ხარისხის კონტროლის ერთეული/სამსახური, მნიშვნელოვანია მათი პროცესში ჩართულობა. მრჩეველთა საბჭო იქნება პასუხისმგებელი შეიმუშაოს სნდ-ზე რეაგირების სამოქმედო გეგმა და განახორციელოს მონიტორინგი გეგმის შესრულებაზე.

II. დაწესებულების თანამშრომელთა (ცოდნა, დამოკიდებულება, პრაქტიკა) კვლევა: სამოქმედო გეგმის შემუშავება უნდა მოხდეს ფაქტობრივი მასალის ანალიზის და მტკიცებულებების საფუძველზე; ამისათვის რეკომენდებულია, შეფასდეს, როგორია სნდ-ის მასშტაბები სამედიცინო დაწესებულების დონეზე. დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა, არსებული რესურსების შესაბამისად, შესაძლებელია აირჩიონ თანამშრომელთა შორის მოკლე (brief) გამოკითხვის მეთოდი (იხ. დანართი 1: თანამშრომელთა გამოკითხვის ინსტრუმენტი; გვერდი 55). ამ შეფასების უმთავრესი მიზანია, მოგროვდეს ინფორმაცია თანამშრომელთა ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის შესახებ. გამოკითხვის შედეგები, ინფორმირებას გაუკეთებს რეაგირების გეგმას.

III. შეფასება ინსტიტუციურ დონეზე: ამისათვის უნდა შემუშავდეს ჩამონათვალი (ე.წ. checklist) იმ ფაქტორებისა, რომელთაც პოტენციურად შეუძლია ხელი შეუწყოს, ან პირიქით, შეამცირონ სნდ-ის გამოვლინების მასშტაბები დაწესებულების დონეზე. ასეთი შეფასების დროს, სასურველია, მოხდეს შიდა პოლიტიკის (შინაგანაწესის) დოკუმენტების გადახედვა. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანი იქნება შესწავლილი იქნეს, რამდენად უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულება უსაფრთხო გარემოს როგორც პაციენტებისთვის, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვის.

ინსტიტუციური შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტი, რომელიც შექმნილია 46 ჯანმრთელობის პოლიტიკის პროექტის (Health Policy Project) მიერ და უკვე რამდენიმე

ქვეყანაში წარმატებით იქნა გამოცდილი, შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს, როგორც ბაზისი ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების მიერ (იხ. დანართი 2: ინსტიტუციური შეფასების (ესსემენტის) ინსტრუმენტი. გვერდი 61).

IV. ექსტერნალური ფაქტორების იდენტიფიცირება და საადვოკაციო მესიჯები: სად შესაძლებელია იყოს სხვა, გარეშე ფაქტორების შედეგი. გარეშე (ექსტერნალური) ფაქტორები ნიშნავს, რომ დაწესებულებას დამოუკიდებლად მათზე სრულფასოვანი რეაგირება არ შეეძლება, თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებების როლი, სხვა დაინტერესებულ პირებთან თანამშროლობის გზით, მნიშვნელოვანი იქნება ადვოკაციის თვალსაზრისით. თუ პროცესის შედეგად გამოიკვეთება სად-ის გარეშე ფაქტორები (ექსტერნალური დრაივერები, როგორიცაა მაგ., ხარვეზები კანონმდებლობაში ან სერვისის სტანდარტებში), მრჩეველთა ჯგუფმა ამ ფაქტორების შესახებ უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ჯანდაცვის სისტემის ოფიციალურ პირებს. პრობლემიდან გამომდინარე შესაძლებელია საადვოკაციო მესიჯების მიწოდება ადამიანის უფლებებზე მომუშავე ორგანიზაციებთან, ან ომბუდსმენის აპარატთან. ამ პროცესს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ექნება, რადგან ტრადიციულად აივ-თან დაკავშირებული სად-ის თემაზე ადვოკაციაში ჩართულები არიან მხოლოდ დაინტერესებული თემის წარმომადგენლები და სამოქალაქო საზოგადოების გარკვეული ჯგუფები და იშვიათად (ან არასოდეს) დაფიქსირებულა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან აქტიურობა; გამონაკლისს წარმოადგენს აივ/შიდსის, ტბ, ადიქციის სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც სამოქალაქო საზოგადოებასთან ერთად ხშირად გეგმავენ და ახორციელებენ სად-ის საწინააღმდეგო საზოგადოებრივ აქტიურობას. სხვადასხვა დონეზე სამედიცინო დაწესებულებების (პირველადი ჯანდაცვა, ჰოსპიტალური სექტორი) ჩართულობა კი გააძლიერებს საადვოკაციო ხმას და ხელს შეუწყობს პაციენტებსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ნდობის შექმნას. ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ, შესაძლოა, გახდეს მნიშვნელოვანი ფაქტორი აივ ტესტირების სერვისებზე ბარიერების შესამცირებლად.

რეკომენდაცია 2: სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა გადამზადება/

ტრენინგები

სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა პროფესიული გადამზადება აივ/შიდსზე, სტიგმა და დისკრიმინაციაზე და აივ-თან ასოცირებული სამედიცინო ეთიკის საკითხებზე. პროფესიული მომზადების ინტეგრირება განგრძობითი სამედიცინო განათლების პროგრამებში

განხორციელების დონე: ჯანდაცვის სამინისტრო; განათლების სამინისტრო; სამედიცინო დაწესებულებები

პრიორიტეტის დონე: მაღალი

საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია აივ-ის გადაცემის გზების და სამედიცინო პროცედურების დროს ინფექციის კონტროლის და სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების არასაკმარისი ცოდნა. ბევრი სხვა ქვეყნის გამოცდილება⁶³ აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა ტრენინგები სად-ის შემცირებისთვის ეფექტური ინტერვენციაა.

პერსონალის გადამზადება უნდა ითვალისწინებდეს როგორც სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრატორების, მენეჯერების, ასევე სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი ექიმების, ექთნების და ლაბორანტების ტრენინგებს. მნიშვნელოვანია, ასევე, გადამზადდეს დამხმარე ტექნიკური სტაფი, როგორიცაა მიმღების თანამშრომლები, რეგისტრატორები,

63. იხ. გვერდი 34 საუკეთესო პრაქტიკები: ჯანდაცვაში სად შემცირებაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტურობა

მოლარე-ოპერატორები, დიასახლისები, დაცვის თანამშრომლები, მძღოლები და სხვა, რადგან თითოეულ მათგანს შესაძლოა, ჰქონდეს პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტი ინფიცირებულ ადამიანებთან ან მარგინალიზებულ ჯგუფებთან. ამრიგად, დაწესებულების ყველა რგოლში მომუშავე თითოეულ ადამიანს უნდა გააჩნდეს თავისი წილი პასუხისმგებლობა, რომ ხელი შეუწყოს სტიგმისგან თავისუფალი სივრცის შექმნას ჯანდაცვის სისტემაში.

გამომდინარე იქიდან, რომ სხვადასხვა დონეზე თანამშრომელთა სხვადასხვა ტიპის ცოდნა და უნარები სჭირდება, ტრენინგის მოდულები უნდა შემუშავდეს ჯგუფების სპეციფიკის გათვალისწინებით. ამის გამო, რეკომენდებულია, შემუშავდეს რამდენიმე მოდული:

- მოდული სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრატორებისა და მენეჯერებისათვის
- მოდული სამედიცინო პერსონალისათვის (ექიმი, ექთანი, ლაბორანტი)
- მოდული დამხმარე ტექნიკური პერსონალისათვის.

ამჟამად, UNFPA-ის ფინანსური მხარდაჭერით, მიმდინარეობს მუშაობა სამედიცინო დაწესებულებებში ტრენინგის მოდულების შესამუშავებლად. დოკუმენტის დანართი 3: თანამშრომელთა ტრენინგების სპეციფიკა და მენიუ (იხ. გვერდი 69) დეტალურად წარმოადგენს, თუ რა თემებს უნდა მოიცავდეს პერსონალის გადამზადების სასწავლო პროგრამები.

ტრენინგების ინსტიტუციონალიზაციის ღონისძიებები

რეკომენდებულია, სამედიცინო დაწესებულებამ უზრუნველყოს თავისი თანამშრომლებისთვის აივ-თან ასოცირებული სნდ-ის შესახებ სასწავლო კურსების ორგანიზება. სასურველია, რომ სნდ ტრენინგის შეთავაზება გახდეს ახალი თანამშრომლების საორიენტაციო პაკეტის განუყოფელი კომპონენტი. თუმცა, ვითვალისწინებთ რა საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების (განსაკუთრებით ჰჯდ დაწესებულებების) შეზღუდულ შესაძლებლობებს, ნაკლებად სავარაუდოა ამ ინიციატივის ფართო მასშტაბით განხორციელება. სწორედ ამიტომ, ოპტიმალური გამოსავალი იქნება ტრენინგების აკრედიტაცია და მათი ინსტიტუციონალიზაცია შესაბამისი სამინისტროების მხარდაჭერით. ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება, ტრენინგებისთვის საკუთარი რესურსების არარსებობის შემთხვევაშიც, წახალისებული იქნება (თუ ვალდებული არაა), მოითხოვოს თანამშრომლებისგან მოკლევადიანი სასწავლო პროგრამის დასრულება.

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემა საქართველოში არ ფუნქციონირებს და განგრძობითი განათლების პროგრამებს სპორადული ხასიათი აქვს და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგები, ძირითადად, დონორი ორგანიზაციების მიერ არის დაფინანსებული. გრძელვადიან პერსპექტივაში მდგრადობის უზრუნველყოფის მიზნით, უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა ონლაინ განათლების (e-learning) სისტემის შექმნას, რადგან იგი პირისპირ ტრენინგების ხარჯთეფექტურ ალტერნატივას წარმოადგენს. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანი იყო UNFPA-ის მხარდაჭერით განხორციელებული ინიციატივა⁶⁴, რომლის ფარგლებშიც თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის (თსუ) ბაზაზე შეიქმნა ელექტრონული სწავლების პლატფორმა,⁶⁵ რომლის მდგრადობაც უნივერსიტეტის მიერ არის უზრუნველყოფილი. დღეისათვის, ამ პლატფორმაზე ხელმისაწვდომია რამდენიმე აკრედიტებული, ონლაინ სასწავლო პროგრამა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვის, ასევე, აივ/შიდსის თემაზე, რომელიც მომზადდა UNFPA-ის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით.

64. UNFPA Country Programme Evaluation: Georgia. Period covered by the evaluation: 2016-18. July 2019. Unpublished

65. თსუ ელექტრონული სწავლების პლატფორმა www.cme.tsmu.edu

ყოველივე ზემოთ თქმულის გათვალისწინებით, რეკომენდებულია, მოხდეს ონლაინ ტრენინგის მოდულის მომზადება. შემდგომ ეტაპზე კი, ჯანდაცვის სამინისტროს, განათლების სამინისტროს და თსსუ-ის ადმინისტრაციას შორის პარტნიორობით სასურველია, მოხდეს ტრენინგის აკრედიტაცია და მისი ინტეგრირება თსსუ-ის ელექტრონული სწავლების პლატფორმაზე.

ინსტიტუციონალიზაციის მხარდაჭერისათვის დამატებით შესაძლებელია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- ჯანდაცვის სამინისტრომ, რომელიც შეისყიდის სამედიცინო მომსახურებას სამედიცინო დაწესებულებებისგან უნივერსალური ჯანდაცვის ფარგლებში, მოითხოვოს დაინტერესებული დაწესებულებებისგან, სატენდერო განაცხადთან ერთად წარმოადგინოს თანამშრომელთა მიერ სჯდ ტრენინგის სასწავლო კურსის დასრულების სტატისტიკა. ეს მიდგომა წაახალისებს სამედიცინო დაწესებულებას, რუტინულად მოითხოვოს თანამშრომლებისგან (სულ მცირე) ონლაინ სასწავლო კურსში მონაწილეობა.
- სამედიცინო დაწესებულებებმა შესაძლოა, მიიღონ გადაწყვეტილება, რომ დაქირავებული თანამშრომლების სამუშაოს აღწერილობაში შეიტანონ სასწავლო კურსის წარმატებით დასრულების ვალდებულება დასაქმებიდან ერთი თვის მანძილზე. ეს უკანასკნელი გაზრდის ტრენინგზე მოთხოვნას.
- გრძელვადიან პერსპექტივაში მნიშვნელოვანი იქნება განათლების სამინისტროსთან და უნივერსიტეტების აკადემიურ წრეებთან კოორდინირებული მუშაობა, რომ მოხდეს სჯდ სასწავლო პროგრამის ინტეგრირება უმაღლესი სამედიცინო განათლების ფაკულტეტების, როგორც ბაკალავრიატის, ასევე სამაგისტრო პროგრამების სასწავლო კურიკულუმში. ამ მიდგომით უზრუნველყოფილი იქნება მომავალი პროფესიონალების კადრის მომზადება აივ-თან ასოცირებული სტიგმის, დისკრიმინაციის, პაციენტის უფლებების და სხვა მნიშვნელოვანი ბიო-სამედიცინო ეთიკის საკითხებზე.

რეკომენდაცია 3: სამედიცინო დაწესებულებების ქცევის კოდექსი

სამედიცინო დაწესებულებებში ქცევის კოდექსის (Code of Conduct) შემუშავება, აღიარება/დამტკიცება და დისემინაცია

განხორციელების დონე: ჯანდაცვის სამინისტრო და სამედიცინო დაწესებულებები
პრიორიტეტის დონე: მაღალი

ქცევის ეთიკის კოდექსი: მოსალოდნელია, რომ სამედიცინო დაწესებულებების სამოქმედო გეგმა გაითვალისწინებს დაწესებულებებისთვის სპეციფიკური ინტერვენციებს და ეს აქტივობები შესაძლოა განსხვავებული იყოს დაწესებულებების მიხედვით. თუმცა, არის ინტერვენციები, რომლებიც უნივერსალურად უნდა განხორციელდეს და ასახული უნდა იყოს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების სამოქმედო გეგმაში. ერთ-ერთი ასეთი, პრიორიტეტული ინტერვენციაა ქცევის ეთიკის კოდექსის შემუშავება.

სასურველია, რომ ქცევის ეთიკის კოდექსის შემუშავება მოხდეს ეროვნულ დონეზე ჯანდაცვის სამინისტროს ჩართულობით პაციენტთა თემის ჩართულობით. ქცევის კოდექსი - განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის ქცევის სტანდარტს და დაწესებულებაში მისული თითოეული პაციენტისთვის იგი თვალსაჩინო ადგილას უნდა იყოს განთავსებული. პაციენტმა თავი უნდა იგრძნოს უსაფრთხოდ და იცოდეს, რომ თანამშრომლები იზიარებენ ქცევის კოდექსის წამყვან პრინციპებს.

თუ ჯანდაცვის სამინისტრო ვერ შეძლებს, შეიმუშაოს ქცევის სტანდარტული კოდექსი, რომელიც შეეთავაზება ყველა სამედიცინო დაწესებულებას, მაშინ სამედიცინო დაწესებულებამ თვითონ უნდა შეიმუშაოს კოდექსის ტექსტი. წინამდებარე სახელმძღვანელოში დანართის სახით მოცემულია პრაქტიკული რჩევები სამედიცინო დაწესებულების ქცევის კოდექსის ფორმისა და შინაარსის შესახებ. ასევე წარმოდგენილია რჩევები, როგორ უნდა მოხდეს ქცევის კოდექსის განთავსება/დისემინაცია (იხ. დანართი 4: ქცევის კოდექსი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის, გვერდი 73).

რეკომენდაცია 4: მონიტორინგი და რეაგირების მექანიზმები

სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმა-დისკრიმინაციის პოლიტიკის განხორციელებაზე მონიტორინგი და რეაგირების მექანიზმების შექმნა. მათ შორის პაციენტებისათვის უკუკავშირის მოწოდების მექანიზმის შემუშავება და მათ მიმართ ანგარიშგაღებული განსაზღვრა.

**განხორციელების დონე: სამედიცინო დაწესებულებები
პრიორიტეტის დონე: მაღალი**

იდეალურ შემთხვევაში, თითოეულმა სამედიცინო დაწესებულებამ, რომელიც იღწვის, რომ პაციენტებს მიაწოდოს სტიგმისგან თავისუფალი სერვისები, უნდა შეიმუშაოს სამოქმედო გეგმა, რომელიც მაქსიმალურად უპასუხებს ორგანიზაციაში არსებულ გამოწვევებს. სამოქმედო გეგმა უნდა იყოს სტანდარტული ფორმატის, სადაც განსაზღვრულია განსახორციელებელი აქტივობები, პასუხისმგებელი პირები და განხორციელების დროითი ჩარჩო. გეგმას თან უნდა ახლდეს მონიტორინგის გეგმა და გაზომვადი ინდიკატორები.

დიდი ზომის დაწესებულებებში სასურველია, არსებობდეს სპეციალურად გამოყოფილი, პასუხისმგებელი პირი, ან კომიტეტი, რომელიც იმუშავებს მონიტორინგის საკითხებზე.

თუ დაწესებულება სპეციალიზდება აივ/შიდსის სერვისებზე, მეტია ალბათობა, რომ სდდ-ის გამოვლინება დაკავშირებული იყოს პაციენტის აივ დადებით სტატუსთან ან მის მიკუთვნებულობასთან გარკვეულ მოწყვლად პოპულაციებთან (ლგბტქ+; სექს მუშაკი, ნიმ, მიგრანტები, შშმ პირები, არასრულწლოვანი გოგონები, ქუჩაში მცხოვრები ან მომუშავე პირები, და სხვ.). ასეთ შემთხვევებში სენსიტიური თემების განხილვისთვის სასურველია, მონიტორინგის ჯგუფში მოწვეული იყოს არასამთავრობო ორგანიზაციის, ან სამოქალაქო საზოგადოების ან დახმარებული ჯგუფების წარმომადგენლები, რომლებიც საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფენ რეაგირებას და რეფერალს საჭირო სერვისებში.

სახელმძღვანელოში (იხ. დანართი 2: ინსტიტუციური შეფასების (ესსემენტის) ინსტრუმენტი; გვერდი 61) მოცემულია ინსტრუმენტი, რომლის სექცია 5 წარმოადგენს დაწესებულებაში მონიტორინგის სისტემის შეფასებისათვის რამდენიმე საკვანძო კითხვას (5.1 დან 5.11). გარდა ამისა, დაწესებულების სკანირების ინსტრუმენტით მოწოდებული ჩამონათვალის (checklist) თითოეული პუნქტი შესაძლებელია, გამოყენებული იქნეს, როგორც მინიშნება, თუ რა ტიპის გაიდლაინები, პოლიტიკები, რეგულაციები, ან ინფექციის კონტროლის და უნივერსალური უსაფრთხოების რა ზომები უნდა იყოს დანერგილი სამედიცინო დაწესებულებაში. ამრიგად, ეს ინსტრუმენტი შეიძლება განხილული იყოს, როგორც გაზომვადი ინტერვენციების დასაგეგმად.

სამედიცინო დაწესებულების მონიტორინგი სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს როგორც რუტინულ ღონისძიებებს, ასევე, კონკრეტული პაციენტის/შემთხვევების განხილვას და მასზე რეაგირებას.

რუტინული მონიტორინგის მეთოდის ნიმუშად უნდა ჩაითვალოს 2 კვლევა, რომელიც #1 და #2 რეკომენდაციებშია გაწერილი: დაწესებულების სკანირება (1) და თანამშრომელთა გამოკითხვა (2), რომლითაც შესაძლებელია სნდ-ის თვალსაზრისით დაწესებულებაში არსებული სიტუაციის ანალიზი და ხარვეზების იდენტიფიცირება.

პაციენტისგან უკუკავშირის მოძიება, ანალიზი და რეაგირება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის და გაუმჯობესების უწყვეტი ციკლის აუცილებელი კომპონენტია. ამიტომ პაციენტების შთაბეჭდილებების შესწავლა რუტინული მონიტორინგის განუყოფელი ნაწილი უნდა გახდეს. ამ მიზნით, სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებაა შესაძლებელი:

➤ **პაციენტების რუტინული გამოკითხვა** - დაწესებულებაში სერვისის მიღების პერიოდული გამოკითხვა მოკლე, სტანდარტული ინსტრუმენტით (ნიმუშისათვის იხ. დანართი 5: პაციენტების რუტინული გამოკითხვის ინსტრუმენტი. გვერდი 75). თვითადმინისტრირებადი კითხვარი შესაძლოა მიაწოდოს პაციენტებს მოსაცდელეებში, რეგისტრატურაში ან როდესაც ისინი ტოვებენ დაწესებულებას სერვისის მიღების შემდეგ. კითხვარი უნდა იყოს მოკლე და მხოლოდ რამდენიმე წუთში უნდა შეძლოს პაციენტმა მისი შევსება. მნიშვნელოვანია, რომ ორგანიზებული იყოს მცირე ზომის პრივატული და ნეიტრალური სივრცე, სადაც პაციენტი იქნება მარტო პერსონალის დაკვირვების გარეშე. შევსებული კითხვარების შესაგროვებლად უნდა არსებობდეს დალუქული ყუთი, რომ უზრუნველყოფილი იყოს პასუხების გულწრფელობა. შევსებული კითხვარების მოკლე, აღწერილობითი სტატისტიკა (რაოდენობრივი) მაჩვენებლები უნდა მომზადდეს გარკვეული პერიოდულობით და მოხსენდეს თანამშრომლებს დილის შეხვედრებზე ან თანამშრომელთა კრების დროს.

➤ **პაციენტთა პანელის ან ფორუმის ორგანიზება** - რეკომენდებულია, ჩატარდეს გარკვეული პერიოდულობით, რომ შეისწავლოს პაციენტების მოლოდინები და საჭიროებები სერვისის გაუმჯობესების კუთხით.

➤ **პაციენტთა ჯგუფებში ფოკუსური ჯგუფის გამოკითხვა და ან ინდივიდუალური ჩაღრმავებული ინტერვიუები**, რომელიც დაწესებულების ადმინისტრაციას დაეხმარება, შეისწავლოს პაციენტთა გამოცდილება და დაგეგმოს სერვისის გაუმჯობესების გზები.

ინდივიდუალური შემთხვევების შესწავლა/ანალიზი: რუტინული მონიტორინგის გარდა, უნდა მოხდეს პაციენტების წახალისება, რომ გაგიზიარონ კონკრეტული შემთხვევა, როდესაც მათ მიმართ გამოვლინდა ღირსების შეურაცხმყოფელი, მასტიგმატიზებული ან დისკრიმინაციული მოქცევა პერსონალის მხრიდან. კონკრეტული პაციენტის კონკრეტულ გამოცდილებას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს და მოყვეს დაუყოვნებელი რეაგირება. ამ მიზნით უცილებელია შემდეგი:

➤ დაწესებულებაში რამდენიმე ადგილას თვალსაზრისით განათავსეთ განცხადება (მაგ., პაციენტის სამახსოვრო), რომ ყველა პაციენტს აქვს უფლება, გაგიზიაროს თავისი შთაბეჭდილებები და საჩივრები, როგორც ზეპირად, ასევე, წერილობით.

➤ მიუთითეთ, ვის უნდა მიმართოს პაციენტმა საჩივრის და კმაყოფილების გასაზიარებლად. პაციენტის სამახსოვროზე მიუთითეთ ტელეფონის ნომერი, სადაც პაციენტს შეეძლება, დარეკოს პასუხისმგებელ პირთან გასაუბრების მიზნით. იქვე, მოკლედ აუხსენით საჩივრებზე რეაგირების და პაციენტის წინაშე ანგარიშვალდებულების როგორი მექანიზმი ფუნქციონირებს დაწესებულებაში.

➤ წერილობითი საჩივრის შემთხვევაში სპეციალურად გამოყოფილ სივრცეში მზად გქონდეთ პაციენტის შთაბეჭდილებების ფურცელი და საწერი კალამი; ფურცელზე მიუთითეთ, რომ პაციენტს აქვს არჩევანი, რომ გაამჟღავნოს ვინაობა ან დარჩეს ანონიმურად.

➤ შეახსენეთ, რომ თუ პაციენტს სურს, გაიგოს, თუ რა რეაგირება მოყვა კონკრეტული საჩივრის განხილვას, ამისათვის პაციენტმა უნდა დატოვოს თავისი საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი, ან ელფოსტა).

მონიტორინგის ჯგუფი გარკვეული პერიოდულობით უნდა აანალიზებდეს მონიტორინგის ღონისძიებების შედეგებს და მას უნდა ჰქონდეს ვალდებულება, მოამზადოს მოკლე მოხსენება მონიტორინგის შედეგების შესახებ. მონიტორინგის პასუხისმგებელი პირის/მონიტორინგის გუნდის ოპერირების პროცედურები სასურველია, წინასწარ იყოს გაწერილი და დამტკიცებული.

დანესებულებების ადმინისტრაცია ასევე უნდა ისწრაფვოდეს, რომ შექმნას წახალისების სისტემა, რომ თანამშრომლებს გააცნოს საუკეთესო პრაქტიკა ან სამაგალითო თანამშრომელი, თუ ასეთი გამოვლინდება მონიტორინგის პროცესში.

რეკომენდაცია 5: ჯანდაცვის სისტემაში სად-ის თემის ინტეგრირება IBBS კვლევებში

ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები, რომლებიც საქართველოში რეგულარულად და გარკვეული პერიოდულობით ტარდება ძირითად სამიზნე პოპულაციებში (ნიმ, კსმ; მსმ, პატიმრები) უნდა აგროვებდეს ინფორმაციას სამედიცინო დანესებულებებში სად შესახებ. ამ მიზნით უნდა მოხდეს კვლევების ინსტრუმენტის გადახედვა და სპეციფიკური სტანდარტული კითხვების დამატება გამოკითხვის ინსტრუმენტში.

განხორციელების დონე: დკსჯც
პრიორიტეტის დონე: მაღალი

როგორც ზემოთ არის აღწერილი (იხ: რეკომენდაცია 1 და რეკომენდაცია 4), სამედიცინო დანესებულებებისთვის რეკომენდებულია კვლევების ჩატარება, როგორც ინსტიტუციური გარემოს შესაფასებლად, ასევე სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა და სად გამოვლინებაზე შიდა მონიტორინგის მექანიზმების ამოქმედება. თუმცა, გარდა ამ კვლევებისა, მნიშვნელოვანია, მოძიებული იქნეს მტკიცებულებები სხვა, დაინტერესებული რესპონდენტებისგან; კერძოდ, აუცილებელია სერვისის მისაღებად მისული პირების გამოცდილების შესახებ მონაცემების მოგროვება, რამდენადაც მოწყვლადი ჯგუფების აღქმა სამედიცინო დანესებულებაში მასტიგმატიზებული გარემოს და დისკრიმინაციული ქცევის შესახებ შესაძლოა, განსხვავდებოდეს სამედიცინო პერსონალის და ადმინისტრაციის მიერ შევსებული კითხვარის შედეგებისგან.

გამომდინარე იქიდან, რომ აივ ინფექციაზე მოწყვლადი პოპულაციები განსაკუთრებით ხშირად ხდებიან სად მსხვერპლნი ჯანდაცვის სექტორში, ოპტიმალური იქნება მოხდეს ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევების (IBBS) ინსტრუმენტში სად-ის შესახებ (სულ მცირე) 2 სტანდარტული კითხვის დამატება. საქართველოში, IBBS კვლევები უკვე თითქმის 2 ათეული წელია ტარდება 2-3 წელიწადში ერთხელ ნიმ-ებში, მსმ-ებში, კსმ-ებში და პატიმრებში. ამიტომ, სამედიცინო დანესებულებებში სად-ის თვალსაზრისით ამ ჯგუფის წარმომადგენელთა რეალური გამოცდილების გამოკვლევისთვის დამატებითი რესურსები საჭირო არ იქნება და არსებულ კვლევებში მოხდება საკვლევი თემის ინტეგრირება.

სახელმძღვანელოზე მუშაობის პროცესში მოხდა IBBS კვლევების ინსტრუმენტის⁶⁶ გადახედვა და აღმოჩნდა, რომ სამიზნე ჯგუფების გამოკითხვისას არ არის გათვალისწინებული კითხვები სამედიცინო დანესებულებებში სად-ის შესახებ. მსმ-ების და ნიმ-ების კითხვარში ზოგადად არცერთი კითხვა არ არის ამ თემაზე. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ კსმ-თა შორის კვლევის ინსტრუმენტში⁶⁷ არის ერთი კითხვა: 'HH1- ბოლო 12 თვის

66. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით

67. Integrated Bio-behavioral surveillance and population size estimation survey among Female Sex Workers in Tbilisi and Batumi, Georgia. Study Report. Prepared by Curatio International Foundation. Center for Information and Counseling on Reproductive Health, Tanadgoma. TGF-funded. 2017

მანძილზე ხომ არ გქონიათ შემთხვევა, როცა უარი გითხრეს სამედიცინო მომსახურებაზე იმიტომ, რომ ჩათვალეს, რომ თქვენ სექს-ბიზნესში ხართ ჩართული? ბოლო კვლევის დროს, ასეთი გამოცდილება თბილისის რესპონდენტთა 1.5% და ბათუმის 1.3%-მა დაადასტურა.

იმის გათვალისწინებით, რომ ზოგადად, ქვეყანაში კვლევების ჩატარებისათვის არსებული რესურსები შეზღუდულია, არსებული შესაძლებლობების არგამოყენება დასაანანია. ამიტომ, რეკომენდებულია ინსტრუმენტის გადახედვა და 3 სტანდარტული კითხვის დამატება:

- სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტისას ბოლო 12 თვის მანძილზე ხომ არ უთქვამთ უარი სერვისის მიწოდებაზე სოციალური სტატუსის, აივ დიაგნოზის ან აივ-თან დაკავშირებული სერვისის მოთხოვნის გამო?
- სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტისას ბოლო 12 თვის მანძილზე თქვენი სოციალური სტატუსის, აივ დიაგნოზის ან აივ-თან დაკავშირებული სერვისის მოთხოვნის გამო ხომ არ მიიღეთ უფრო დაბალი დონის/ განსხვავებული ხარისხის მომსახურება, ვიდრე სხვა პაციენტებს აწვდიან?
- ბოლო 12 თვის მანძილზე ერთხელ მაინც ხომ არ გქონიათ ეპიზოდი, როცა გჭირდებოდათ სამედიცინო მომსახურება და არ მიმართეთ სამედიცინო სერვისს დაწესებულებაში მოსალოდნელი სად-ის შიშის გამო.

სთეიქჰოლდერები აღიარებენ, რომ IBBS კითხვარები ყველა სამიზნე ჯგუფში საკმაოდ გრძელია და რესპონდენტების გამოკითხვა, შესაბამისად, საკმაოდ ხანგრძლივი პროცესია. თუმცა, გვჯერა, რომ არსებობს კითხვარის ოპტიმიზაციის შესაძლებლობები: ინსტრუმენტში ტრადიციულად არის შემორჩენილი საკმაოდ დიდი რაოდენობის, დეტალური კითხვები, რომელთა გაანალიზებას და ინტერპრეტაციას ნაკლები ყურადღება ეთმობა კვლევების ანგარიშში, რადგან მათი პრაქტიკაში გამოყენების ღირებულება მცირეა. ინსტრუმენტის რევიზიის დროს, სთეიქჰოლდერებმა კრიტიკულად უნდა შეაფასონ ინსტრუმენტი და შეძლონ ისეთი კითხვების იდენტიფიცირება, რომლებიც არ იძლევა ახალ ცოდნას და ინფორმირებას ვერ უკეთებს რამე სტრატეგიული მნიშვნელობის ინტერვენციების დაგეგმვას. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ამ კითხვების ჩანაცვლება სად-ის კითხვებით.

რეკომენდაცია 6: სტიგმა ინდექსის კვლევა

სტიგმა ინდექსის კვლევა აივ/შიდსთან დაკავშირებული, აივ ინფიცირებული პირების თუ აივ-თან ასოცირებული პირების მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შეფასება.

**განხორციელების დონე: ჯანდაცვის სამინისტრო/დკსჯეც
პრიორიტეტის დონე: მაღალი**

საქართველოში არასოდეს ჩატარებულა აივ-თან ასოცირებული სად-ის მასშტაბების შემსწავლელი კვლევა. წინამდებარე სახელმძღვანელოზე მუშაობის დროს ვერ იქნა მოძიებული სანდო პუბლიკაცია, რომელიც გარკვეულ შთაბეჭდილებას შექმნიდა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში პრობლემის ზომის და თავისებურებების შესახებ. ამიტომ, რეკომენდებულია, რომ გარკვეული პერიოდულობით, სულ მცირე 3 წელიწადში ერთხელ ჩატარდეს სად ინდექსის კვლევა აივ ინფიცირებულ პირთა შორის.

სტიგმა ინდექსის კვლევა პირველად ინიცირებული იყო 2008 წელს და უკვე 100-ზე მეტ ქვეყანაში 100,000-ზე მეტი აივ დადებითი პირის გამოკითხვა განხორციელდა, მათ შორის აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის ქვეყნებშიც (ლატვია, მოლდავეთი). 2018 წელს ამსტერდამში ჩატარებული შიდსის საერთაშორისო კონფერენციის დროს

წარმოდგენილი იქნა სტიგმა ინდექსის განახლებული ინსტრუმენტი (Stigma Index 2.0)⁶⁸, რომელიც ნათარგმნია სხვადასხვა ენაზე და რესურსი ხელმისაწვდომია მოთხოვნის შემთხვევაში.⁶⁹

სტიგმა ინდექსი აივ დადებითი პირების გლობალური ქსელის (Global Network of PLHIV – GNP+), აივ დადებითი ქალების საერთაშორისო ქსელის (International Community of Women – ICW) და გაეროს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) ერთობლივი ინიციატივაა. იგი სწავლობს სტიგმა-დისკრიმინაციას, როგორც აივ პრევენციის, მკურნალობის და მოვლის სერვისებზე ძირითად ბარიერს. სტიგმა ინდექსი საშუალებას იძლევა გაუმჯობესდეს სამუშაო ადგილებზე არსებული პოლიტიკა და ხელს უწყობს ადამიანის უფლებების რეალიზებას.

სტიგმა ინდექსი არის სტანდარტული ინსტრუმენტი, რომელიც სწავლობს, რა გავლენა აქვს სტიგმა-დისკრიმინაციას ინფიცირებული პირების ცხოვრებაზე. სტიგმა ინდექსის შემქმნელთა ჯგუფი მოუწოდებს ქვეყნებს, რომ კვლევა ჩატარდეს თავად ინფიცირებულთა ქსელის მიერ. თუმცა, შესაძლებელია მოძიებული იქნეს დამოუკიდებელი კვლევითი კომპანია, რომელიც არ იქნება ჩართული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში, მათ შორის აივ/შიდსის სპეციალიზებული სერვისის მიწოდებაში. ეს მნიშვნელოვანია რესპონდენტებისგან გულწრფელი და სანდო მონაცემების მოგროვებისთვის.⁷⁰

რეკომენდაცია 7: სამედიცინო პერსონალის KAP კვლევა

ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო პერსონალის ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის (Knowledge, Attitude, Practice -KAP) შესწავლა სტიგმისა და დისკრიმინაციის თვალსაზრისით.

**განხორციელების დონე: დესკცე
პრიორიტეტის დონე: საშუალო**

რაოდენობრივი კვლევა, რომელიც შექმნის სანდო საბაზისო მონაცემებს მედპერსონალის ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის შესახებ საქართველოში არ არსებობს. საბაზისო მონაცემების გარეშე შეუძლებელია ქვეყანამ განსაზღვროს, როგორია სამიზნეები (targets), რომლის მიღწევასაც უნდა ეცადოს ჯანდაცვის სისტემა. მედიცინის მუშაკთა შორის KAP კვლევების გარკვეული პერიოდულობით ჩატარება კი საშუალებას მისცემს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებს და მკვლევარებს, შეაფასონ მიღწეული პროგრესი და გამოწვევები.

KAP კვლევა სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში შესაძლოა, მოითხოვდეს კვლევის ინსტრუმენტის ადაპტირებას სხვადასხვა ჯგუფისთვის: მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების თანამშრომლებს შესაძლოა, ჰქონდეთ განსხვავებული ცოდნა და უნარები და აივ-ინფიცირების რისკის განსხვავებული აღქმა ვიდრე ჰოსპიტალური სექტორის მედპერსონალს, განსაკუთრებით მათ, ვინც ინვაზიურ პროცედურებს ატარებს. მოსალოდნელია, რომ რისკის აღქმა და, შესაბამისად, სნდ-ის გამოვლინება განსხვავებული იქნება სტომატოლოგიური კლინიკების თანამშრომელთა შორის ან გინეკოლოგიური-სამეანო დაწესებულებების ექიმებთან შორის. იმის გათვალისწინებით, რომ კვლევებისათვის ჯანდაცვის სისტემის რესურსები შეზღუდულია, საწყის ეტაპზე პირველი რიგის პრიორიტეტად შეიძლება, ჩაითვალოს ოჯახის ექიმების/პჯდ დაწესებულებების თანამშრომელთა შორის KAP კვლევა, რადგან უკანასკნელ წლებში აივ სკრინინგის ინტეგრირება მოხდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში და იგეგმება ამ ინტერვენციის გაფართოება მომავალში.

68. <https://www.gnpplus.net/our-solutions/hiv-stigma-index-2/>

69. საკონტაქტო მონაცემები Contact GNP+ ან ელ-ფოსტა plhivstigmaindex@gnpplus.net

70. <https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/what-is-the-people-living-with-hiv-stigma-index/> 12.08.2020

რეკომენდაცია 8: სამედიცინო პერსონალისა და აივ მოწყვლადი ჯგუფების პირდაპირი ინტერაქცია მათ შორის ნდობის გაზრდის მიზნით

სამედიცინო პერსონალსა და აივ ინფიცირებულ პირთა შორის სოციალური კონტაქტების გაძლიერება მათ შორის ნდობის მოპოვების მიზნით; მოწყვლადი პირების პერსონალური ისტორიების (testimonials) და გამოცდილების გაზიარება მედპერსონალთან; სხვადასხვა ინტერვენცია, რომლებიც ახალისებს აივ ინფიცირებულ პირთა და სამედიცინო პერსონალს შორის პირდაპირ ინტერაქციას

განხორციელების დონე: მედპერსონალი, აივ-დაზარალებული ჯგუფები, არასამთავრობო და სათემო ორგანიზაციები

პრიორიტეტი: საშუალო

პირდაპირი ინტერაქცია სამედიცინო პერსონალსა და აივ-ასოცირებულ პოპულაციებთან შესაძლოა განხორციელდეს სამედიცინო დაწესებულებების მიღმა, სხვადასხვა სამუშაო ჯგუფებში, ასევე საზოგადოებრივი კამპანიების/ღონისძიებებს დროს. ინტერვენცია გულისხმობს რომ აივ ინფიცირებული პირები ან აივ-თან ასოცირებული პოპულაციების წარმომადგენლები მედპერსონალს უზიარებენ თავიანთ პერსონალურ ისტორიებს; ან საუბრობენ სხვადასხვა თემაზე და პოულობენ საერთო ინტერესებს და ღირებულებებს. ასეთი შეხვედრების დროს მედპერსონალს საშუალება აქვს დააკვირდეს სხვა ადამიანების პოზიტიურ განწყობას მოწყვლადი პირების მიმართ, რაც შესაძლოა, დაეხმაროს არარაციონალური შიშის დაძლევაში და გაზარდოს მიმღებლობა.

ეს მეთოდი უკვე წარმატებით იქნა აპრობირებული რამდენიმე ქვეყანაში. მაგ., აფრიკასა და აშშ-ში⁷¹, სადაც განხორციელდა ინტერვენციები, რომელიც მიზნად ისახავდა სნდ-ის მასშტაბების შემცირებას ჯანდაცვის სექტორში და რომელიც ითვალისწინებდა სამედიცინო პერსონალსა და მოწყვლად ჯგუფებს შორის პირდაპირი ინტერაქციის ხელშეწყობას. უფრო მეტიც, ინდოეთში ჩატარდა კვლევა⁷², რომელმაც აჩვენა აივ ინფიცირებული პირების მიმართ მედპერსონალის დამოკიდებულების პოზიტიური ცვლილება მას შემდეგ, რაც სნდ-ის ტრენინგის სულ მცირე ერთი სესიის დროს ტრენერად მოწვეული იყო ან აივ ინფიცირებული პირი, ან სხვა სტიგმატიზებული ჯგუფის წარმომადგენელი.

ამრიგად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ გაზრდილი სოციალური ინტერაქცია გააუმჯობესებს მიმღებლობას და შეცვლის ჯანდაცვის მუშაკთა დამოკიდებულებას მოწყვლადი ჯგუფების მიმართ. ეს მიდგომა ეფექტური აღმოჩნდა როგორც აივ ინფექციასთან, ასევე ტბ-თან ასოცირებული სტიგმის შემცირების თვალსაზრისით. ამ მიმართულებით დიდ მნიშვნელობას იძენს სამედიცინო დაწესებულებებსა და არასამთავრობო ორგანიზაციებს თანამშრომლობის გაძლიერება. ეს უკანასკნელი, გარდა რეფერირების სისტემის ამოქმედებისა, ითვალისწინებს ისეთი ერთობლივი ღონისძიებების (მაგ, ტრენინგებისთვის გასვლითი სესიების) დაგეგმვას და განხორციელებას, სადაც სტიგმატიზებულ ჯგუფებსა და მედპერსონალს შორის ხდება სოციალური ინტერაქცია არა მხოლოდ აუდიტორიაში, არამედ აუდიტორიის გარეთ.

71. D. Scott Batey, Samantha Whitfield, Mazheruddin Mulla, Kristi L. Stringer, Modupeoluwa Durojaiye, Lisa McCormick, Bulent Turan, Laura Nyblade, Mirjam-Colette Kempf, and Janet M. Turan. AIDS Patient Care and STDs. Nov 2016.519-527. <http://doi.org/10.1089/apc.2016.0223>

72. Nyblade Laura, Srinivasan Krishnamachari, Mazur Amanda, Raj Tony, Patil Divya S., Devadass Dhinakaran, Radhakrishna Kedar, Ekstrand Maria L. HIV Stigma Reduction for Health Facility Staff: Development of a Blended- Learning Intervention. Frontiers in Public Health. Volume 6. 2018. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00165>. ISSN 2296-2565

სამედიცინო დაწესებულებაში სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების დაგეგმვის პროცესში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ფართო სპექტრის დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა და მონაწილეობა. სასურველია სამუშაო შეხვედრების ორგანიზება, მცირე ჯგუფებში მუშაობა და წინასწარი გადამწყვეტილებების გაზიარება ფართო დონეზე უკუკავშირისათვის.

თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გათვალისწინებული უნდა იყოს გლობალურად დაგროვილი გამოცდილება და მოხდეს მათი რაციონალური გამოყენება. სწორედ ამიტომ, ამ სექციაში გთავაზობთ აპრობირებულ ინსტრუმენტებს, რომლებიც უკვე რამდენიმე ქვეყანაში იყო წარმატებით გამოცდილი.

დანართი 1: თანამშრომელთა გამოკითხვის ინსტრუმენტი

ერთ-ერთი უპირველესი რეკომენდაცია ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულებებში სად თვალსაზრისით არსებული გარემოს შეფასებას და სამედიცინო პერსონალის ცოდნის, აღქმის და დამოკიდებულების გაზომვას. ამისთვის მოწოდებულია რამდენიმე ინსტრუმენტი. მათ შორის საყურადღებოა გამოკითხვის ინსტრუმენტი, რომელიც შემუშავებული და პილოტირებული იქნა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ განხორციელებული 'ჯანდაცვის პოლიტიკის პროექტის' ფარგლებში.⁷³ ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის სტანდარტული ინსტრუმენტი წარმატებით იქნა პილოტირებული სხვადასხვა ქვეყანაში.⁷⁴

რეკომენდებულია, რომ საქართველოშიც მოხდეს სტანდარტული ინსტრუმენტის გამოყენება და საჭიროების შემთხვევაში მოხდეს ადაპტირება. სტანდარტიზაცია საშუალებას მოგვცემს, შევაფასოთ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობა და შევადაროთ იგი სხვა ქვეყნებს.

სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთა გამოკითხვა (Staff Survey) უნდა მოხდეს როგორც კლინიკურ, ასევე არასამედიცინო სტაფთან. შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს როგორც თვითადმინისტრირებადი, ასევე ინტერვიუერის მიერ მართული გამოკითხვის მეთოდი. თუმცა, უმჯობესია კითხვარი იყოს მარტივი, ადვილად გასაგები, თვითახსნადი და ანონიმური.

სტაფის გამოკითხვის ინსტრუმენტი

ტაილანდის გამოცდილება⁷⁵ და სახელმძღვანელო სამედიცინო დაწესებულებებში პერსონალის გამოკითხვის შესახებ აღნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალში აივ-თან ასოცირებული სტიგმა განსხვავებულია იმის მიხედვით, რამდენად იშვიათად ან რეგულარულად უწევს დაწესებულებას აივ-თან დაკავშირებული პაციენტების მომსახურება. ამიტომ რეკომენდაციას იძლევა, რომ გათვალისწინებული იქნეს შემდეგი ფაქტორები:

- ქვეყანაში აივ პრევალენტობა - რადგან არსებობს მოსაზრება, რომ მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებში შედარებით ნაკლებია სად მასშტაბები
- სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის და მონაცემთა ანალიზის დროს სასურველია გაკეთდეს რამდენიმე სტრატა, რომლებიც გაითვალისწინებს შემდეგ კრიტერიუმებს: რამდენი წელია პერსონალი მუშაობს დაწესებულებაში; რამდენ აივ ინფიცირებულ

73. Health Policy Project. 2013. "Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff: Standardized Brief Questionnaire." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project

74. ინსტრუმენტის პილოტირება მოხდა: China (N=300), Dominica (N=335), Egypt (N=300), Kenya (N=350), Puerto Rico (N=301), and St. Kitts and Nevis (N=307).

75. IHPP. HIV stigma and discrimination survey guidelines and procedures manual. Bangkok: IHPP, RIHES, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai Provincial Health Office, AIDS, TB, and STI Control Division, BMA, RTI International, USAID, UNDP, UNFPA, UNICEF, ILO, NAMC, DDC, MOPH, FAR, TNP+; 2014.

- პაციენტთან ჰქონია შეხება (ან რამდენ აივ ტესტირებას და კონსულტირებას აკეთებს ჩვეულებრივი სამუშაო დღის მანძილზე); ან სამუშაო საათების პროცენტული წილი, რომელსაც მედპერსონალი აივ-თან დაკავშირებულ პაციენტებს უთმობს.
- ასევე რეკომენდებულია, რომ მოხდეს მონაცემთა ტრიანგულაცია, რადგან სამედიცინო პერსონალი შესაძლოა არ იყოს გულწრფელი და გამოკითხვისას გასცეს ე.წ. სოციალურად სასურველი პასუხები. ამიტომ, სტაფის გამოკითხვასთან ერთად რეკომენდებულია დაწესებულების ბენეფიციარების გამოკითხვა (განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ დაწესებულებას ხშირად აქვს კონტაქტი აივ-სამიზნე პოპულაციებთან.

ძირითადი (core) ინდიკატორები სამედიცინო პერსონალთან

რეკომენდებულია, რომ ჯანმრთელობის პოლიტიკის პროექტის მიერ 2013 წელს შემუშავებული ინსტრუმენტი,⁷⁶ რომელიც აღიარებულია საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გლობალურად, გამოყენებული იქნეს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ თანამშრომელთა გამოკითხვის დროს. ინსტრუმენტი წარმატებულად დაინერგა ბევრ ქვეყანაში და იგი პრაქტიკულად გამოსაყენებელია როგორც მაღლი, ისე დაბალი აივ პრევალენტობის ქვეყნებშიც.

არსებობს რამდენიმე დამატებითი პუბლიკაცია ინსტრუმენტის პილოტირების შესახებ, სადაც მოხდა გარკვეული კითხვების დამატება და გაფილტვრა.⁷⁷ ქვემოთ წარმოდგენილია ამ ინსტრუმენტის აღწერილობა. თუმცა, მზა რესურსის სახით, გლობალურად მიღებული სტანდარტული ინსტრუმენტი შესაძლებელია ნახოთ მითითებულ ვებგვერდზე <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=StigmaPackage>

ინსტრუმენტი იკვლევს საკითხს რამდენიმე მიმართულებით:

- სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთა შიში აივ ინფიცირების მიმართ
- სტერეოტიპები და განსჯა/გაკიცხვა აივ დაზარალებული პოპულაციების მიმართ
- ნანახი (observed) და მეორადი სტიგმა და დისკრიმინაცია; და
- სამედიცინო დაწესებულების ინსტიტუციური პოლიტიკა და სამუშაო გარემოს უსაფრთხოება.

ინსტრუმენტი შედგება 5 სექციისგან:

სექცია I: ძირითადი დემოგრაფიული მონაცემები:

- ასაკი
- სქესი,
- დასაქმება
- სამედიცინო დარგში საქმიანობის წლები
- მისი დაწესებულების სპეციალიზაცია აივ/შიდსის თემაზე

76. Health Policy Project. 2013. "Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff: Standardized Brief Questionnaire." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project http://www.healthpolicyproject.com/pubs/49_Standardized-BriefQuestionnaireMeasuringSD.pdf

77. Srithanaviboonchai, K., Stockton, M., Pudpong, N., Chariyalertsak, S., Prakongsai, P., Chariyalertsak, C., Smutrapapoot, P., & Nyblade, L. (2017). Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. BMC public health, 17(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4172-4>

- პრევალენტობის დონის მიხედვით კითხვა აივ-ინფიცირებულთან პროფესიული შემხებლობის შესახებ (ბოლო 12 თვის მანძილზე; ან ტიპური სამუშაო კვირის მანძილზე)
- კითხვები პროფესიული მომზადების (ტრენინგების გავლის შესახებ) რელევანტურ თემებზე.

სექცია II: ინფექციის კონტროლი

- მედპერსონალის შიში, რომ გადაეცემა აივ ინფექცია სამუშაო ადგილას სამსახურებრივი მოვალების შესრულების დროს (ინფიცირებულის ტანსაცმელთან შეხება; ინფიცირებულის ქრილობის შეხვევა; სისხლის აღება; სიცხის გაზომვა);
- მედპერსონალის ქცევა და ის ზომები, რომელსაც იგი მიმართავს ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით (ერიდება ფიზიკურ კონტაქტს; იცვამს ორმაგ ხელთათმანს; იცვამს ხელთათმანს ნებისმიერი ტიპის სერვისის დროს; იყენებს განსაკუთრებული უსაფრთხოების ზომებს, რომელსაც ტიპურ შემთხვევაში არ გამოიყენებდა).

სექცია III: სამედიცინო დაწესებულების გარემო

- ამ დაწესებულების შემხებლობის დონე აივ-თან დაკავშირებული სერვისებზე მოთხოვნა-მიწოდების თვალსაზრისით. უნახავს თუ არა რესპონდენტს აივ ინფიცირებული პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებაში ბოლო 12 თვის მანძილზე
- ბოლო 12 თვის მანძილზე შეესწრო თუ არა რესპონდენტი მასტიგამტიზებელ დამოკიდებულებას პერსონალის მიერ (ე.წ. ნანახი სტიგმა). მან ნახა, რომ ა) მედპერსონალს არა აქვს სურვილი მოემსახუროს ადამიანს, რომელსაც შესაძლოა აივ ინფექცია ჰქონდეს; ბ) მედპერსონალი აივ ინფიცირებულ პირს აწვდის უფრო მდარე ხარისხის სერვისს, ვიდრე იგი მიაწოდებდა პაციენტს ტიპურ შემთხვევაში; გ) მედპერსონალი უპატივცემულოდ, ცუდად საუბრობს პაციენტზე, რომელიც არის, ან შესაძლოა, იყოს აივ ინფიცირებული.
- (აივ პრევალენტობის დონის მიხედვით) კითხვები იმ დამოკიდებულების შესახებ, რასაც მედპერსონალი გრძნობს ზოგადად ადამიანებისგან, მეგობრებისა და ოჯახის წევრებისგან ან კოლეგებისგან იმის გამო, რომ მას უწევს აივ ინფიცირებულ პაციენტთან კონტაქტი პროფესიული საქმიანობის დროს.
- დაწესებულების სტაფის დამოკიდებულება იმ კოლეგის მიმართ, რომელიც არის, ან შესაძლოა, იყოს აივ ინფიცირებული.

სექცია IV: სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესი / ოპერირების პოლიტიკა

- ამ სამედიცინო დაწესებულებაში არის თუ არა მისაღები პრაქტიკა, რომ მოხდეს პაციენტის აივ-ზე ტესტირება თავად პაციენტის ინფორმირების გარეშე.
- რამდენად შეექმნება თანამშრომელს პრობლემები სამუშაო ადგილზე თუ ის დისკრიმინაციულად მოექცევა აივ ინფიცირებულ პირს.
- რამდენად დაცულად გრძნობს თანამშრომელი თავს, რომ არ მოხდება მისი ინფიცირება სამუშაო ადგილას: ა) არსებობს დაწესებულებაში უსაფრთხოებისთვის საჭირო მასალის მარაგები (supplies); და ბ) არსებობს დაწესებულებაში ოპერირების პროცედურები/პროტოკოლი, რომელიც უზრუნველყოფს დაწესებულებაში დასაქმებული პირების დაცვას ინფიცირების რისკისგან.
- დაწესებულებაში არსებობს წერილობითი გაიდლაინი, რომელიც იცავს აივ ინფიცირებულ პაციენტს დისკრიმინაციისაგან.

სექცია V: შეხედულებები და დამოკიდებულებები აივ ინფიცირებული პირების შესახებ

ამ სექციის კითხვები არკვევს სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებას არა მარტო

ინფიცირებული პირების მიმართ, არამედ სხვადასხვა ქცევის მქონე ადამიანების (ნიმ, მსმ, სექს მუშაკები). რესპონდენტმა უნდა მონიშნოს რამდენად ეთანხმება ან არ ეთანხმება გამოთქმულ მოსაზრებას.

- გავრცელებული სტერეოტიპები და ცუდი წარმოდგენები ინფიცირებული ადამიანების შესახებ. ა) ინფიცირებული პირებს არ ადარდებთ, გადასდებენ თუ არა ინფექციას სხვებს; ბ) ინფიცირებულ პირებს რცხვენიათ საკუთარი თავის; გ) აივ ინფიცირებულ პირებს ბევრი სქესობრივი პარტნიორი ჰყავთ; დ) ადამიანები ინფიცირდებიან უპასუხისმგებლო საქციელის გამო; ე) აივ ინფექცია სასჯელია ადამიანისთვის ცუდი საქციელის გამო.
- აივ ინფიცირებულ ქალს უფლება უნდა ჰქონდეს, ჰყავდეს შვილი, თუ ამის სურვილი აქვს.
- როგორც სამედიცინო პერსონალი, თუ მექნებოდა არჩევანის უფლება, ვამჯობინებდი, არ მოვემსახურო ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებს; და შემდეგ უნდა მონიშნოს ყველა ის მიზეზი, რის გამოც ფიქრობს ასე (ნიმ-ები ინფიცირების საფრთხეს მიქმნიან; მათი ქცევა ამორალურია; ამ ჯგუფთან მუშაობის შესახებ დატრენინგებული არ ვარ).
- იგივე შეკითხვა მსმ-ებთან დაკავშირებით (იხ. კითხვა 20)
- იგივე შეკითხვა კსმ-ებთან (კაცი ან ქალი) დაკავშირებით (იხ. კითხვა 20).

ინსტრუმენტი ასევე გვთავაზობს სპეციფიკურ მოდულს სამშობიარო სახლისათვის ან ანტენატალური ზრუნვის, დედიდან შვილზე აივ პრევენციის სერვისის მიმწოდებელთათვის. მოდული წარმოდგენილია დამატებით 3 კითხვისაგან:

- რამდენად ექნებოდა რესპონდენტს შფოთვა თუ მას მოუწევს მონაწილეობა აივ ინფიცირებული ორსული ქალის მშობიარობის ან მოვლის პროცესში
- ბოლო 12 თვის მანძილზე, რამდენად ხშირად გახდით მონმე იმისა, რომ მედპერსონალმა თქვენს დაწესებულებაში ა) ორსული ქალი გამოიკვლია აივ-ინფექციაზე ინფორმირებული თანხმობის გარეშე; ბ) გულგრილად მოექცა ორსულ ქალს მშობიარობის დროს აივ-დადებითი სტატუსის გამო; გ) მედპერსონალმა გამოიყენა ინფექციის კონტროლის დამატებითი პროცედურები, როდესაც მშობიარობდა აივ ინფიცირებული ორსული ქალი; დ) მედპერსონალმა სხვას გაუმჯობესა ორსული ქალის აივ დადებითი სტატუსი პაციენტის თანხმობის გარეშე; ე) აივ ინფიცირებულ ქალს მედპერსონალი სთავაზობს მკურნალობას იმ პირობით, რომ გამოიყენებს ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს.
- რესპონდენტი უნდა დაეთანხმოს რამდენიმე მოსაზრებას: ა) თუ ორსული ქალი აივ ინფიცირებულია, მის ოჯახს აქვს უფლება, იცოდეს ორსულის ქალის აივ სტატუსი. ბ) ორსული ქალები, რომლებიც უარს აცხადებენ აივ ტესტირებაზე, უპასუხისმგებლობი არიან; გ) აივ ინფიცირებული ქალი, რომელსაც უკვე ჰყავს შვილები, არ უნდა დაორსულდეს; დ) აივ ინფიცირებული ქალის სტერილიზაცია მიზანშეწონილია მიუხედავად იმისა, არის თუ არა სტერილიზაცია თავად მისი არჩევანი.

სასურველია, რომ დაინტერესებულმა სამედიცინო დაწესებულებამ კითხვარში შეიტანოს ყველა სტანდარტული კითხვა, რომელიც ინსტრუმენტშია მოცემული, თუმცა დაწესებულების სპეციფიკის, კონტექსტის და სხვა თავისებურებების გათვალისწინებით, შესაძლებელია დაამატოს სხვა ტიპის კითხვები. მაგალითად, ჩვენი რეკომენდაციაა, ასევე დაემატოს შემდეგი ტიპის კითხვები:

- რამდენად დაცულად გრძნობს რესპონდენტი თავს, რომ მის დასაქმებას არ შეექმნება საფრთხე თუ ის აღმოჩნდება აივ ინფიცირებული. ასევე საინტერესოა ვკითხოთ, რის საფუძველზე ფიქრობს ასე:
 - ა) არსებობს განვრილი დოკუმენტი, რომელიც იცავს ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალის დასაქმების უფლებას;
 - ბ) არსებობს ამის რეალური ფაქტები დაწესებულებაში.

დანართი 2: ინსტიტუციური შეფასების (ეხსენების) ინსტრუმენტი

სამედიცინო დაწესებულებების პირველადი სკანირება (სკრინინგი) მიზნად ისახავს, შეაფასოს დაწესებულების პოლიტიკა, პროცედურები, სამედიცინო პრაქტიკა აივ-თან დაკავშირებული სნდ გარემოს თვალსაზრისით.

ინსტრუმენტი მოწოდებულია ჯანმრთელობის პოლიტიკის პროექტის მიერ. ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებას თავისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, შეუძლია ინსტრუმენტის რევიზია და ადაპტირება. თუმცა, კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინდიკატორები, რომლებიც პოტენციურად აღწერს დაწესებულების გარემოს, ინსტრუმენტში შენარჩუნებული უნდა იყოს. სტანდარტული ინსტრუმენტის გამოყენებას აქვს უპირატესობები, რადგან მიღებული შედეგები შედარებითი იქნება სხვადასხვა დაწესებულებების მსგავსი გამოკითხვის შედეგებთან და ასევე, დაწესებულებების ხელმძღვანელებს, საშუალება ექნებათ განსაზღვრონ, რამდენად აკმაყოფილებს იგი გლობალურად აღიარებული 'კარგი პრაქტიკის' სტანდარტებს.

ინსტრუმენტი შედგება 6 სექციისგან:

- სექცია 1** სერვისის მიწოდება - აფასებს რამდენად უზრუნველყოფილია დაწესებულებაში სამედიცინო სერვისებზე თანაბარი, ხელმისაწვდომობა ყველა პაციენტისთვის.
- სექცია 2** პრივატულობა და კონფიდენციალურობა - აფასებს, რამდენად უზრუნველყოფილია პაციენტის პრივატულობა სერვისის მიღების ნებისმიერ ეტაპზე და რამდენად დაცულია პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობა და მონაცემების უსაფრთხოება.
- სექცია 3** ინფექციის კონტროლი და უნივერსალური უსაფრთხოება - აფასებს დაწესებულებაში არსებულ პრაქტიკას პაციენტთა და სამედიცინო მუშაკთა შორის ნოზოკომიური ინფექციების გავრცელების პრევენციისა და კონტროლისათვის.
- სექცია 4** სამედიცინო დაწესებულების ადამიანური რესურსები - აფასებს, რამდენად სისტემურია სამედიცინო პერსონალის განგრძობითი განათლება ბიოეთიკის საკითხებზე და აივ-თან დაკავშირებული სნდ-ის თემებზე.
- სექცია 5** ხარისხის უზრუნველყოფა და ხარისხის კონტროლი/მონიტორინგი - აფასებს, რამდენად რეგულარულია და ქმედითი დაწესებულებაში არსებული ხარისხის კონტროლის მონიტორინგის სისტემა, მათ შორის დადგენილი ნორმების შესრულებაზე კონტროლი და პაციენტისგან უკუკავშირის/საჩივრების მიღება-განხილვის მექანიზმები.
- სექცია 6** ინსტიტუციური პოლიტიკა/შინაგანაწესი - აფასებს, რამდენად დოკუმენტირებულია დაწესებულების ფორმალურ დოკუმენტებში უსაფრთხო ჯანდაცვის და სამედიცინო ეთიკის უმთავრესი პრინციპების დაცვის დადგენილი პროცედურები და წესები.

ინსტიტუციური გამოკითხვის მეთოდოლოგია აღწერილია ზემოთ (იხ. რეკომენდაციები). გამოკითხვისას შესაძლებელია 5-ბალიანი ლიკერტის სკალის გამოყენება, სადაც ინსტრუმენტში მოცემული რიცხვებს 1-დან 5-მდე შეესაბამება:

1- სრულიად არ ვეთანხმები

2- არ ვეთანხმები

- 3- მიჭირს პასუხის გაცემა
 4- ვეთანხმები
 5- სრულიად ვეთანხმები.

ან ალტერნატიულად:

- 1- არასოდეს
 2- იშვიათად
 3- ზოგჯერ
 4- ხშირად
 5- (თითქმის) ყოველთვის.

სექცია 1	სერვისის მიწოდება	1	2	3	4	5
	დანესებულებაში უზრუნველყოფილია სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა მათ შორის:					
1.1	აივ დადებითი პირებისათვის			X		
1.2	განსხვავებული სექსუალური ორიენტაციის მქონე პირთათვის		X			
1.3	სხვა მოწყვლადი ჯგუფებისათვის - ნიმ, სმ				X	
1.4	არ ხდება აივ ინფიცირებული პირების გასინჯვის, მკურნალობის ან ლაბორატორიული ანალიზის პასუხების გადავადება	X				
1.5	არ ხდება აივ ინფიცირებული პირების გადამისამართება სხვა დანესებულებებში იმ სერვისის მისაღებად, რომლის მიღებას შესაძლებელია დანესებულებაში (მაგ., მშობიარობისთვის სხვა კლინიკაში გადაგზავნა მაშინ, როცა დანესებულებას აქვს სამეანო - გინეკოლოგიური სერვისი)	.	.	.	.	.
1.6	დანესებულებაში არ ხდება აივ ინფიცირებული პირების იზოლაცია / ცალკე პალატაში განთავსება (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ინფიცირებული პირის მდგომარეობა მოითხოვს იზოლირებულ მოვლას)					
1.7	აივ-ზე ტესტირება არის ნებაყოფლობითი					
1.8	აივ-ზე ტესტირება პაციენტის ინფორმირების გარეშე არ ხორციელდება					
სექცია 2	პრივატულობა და კონფიდენციალურობა	1	2	3	4	5
2.1	აივ-ზე ტესტის შედეგის კომუნიკაცია ხდება მხოლოდ პაციენტთან					
2.2	აივ-ზე ტესტირების შედეგი მიეწოდება მშობელს, მეურვეს ან მესამე პირს მხოლოდ პაციენტის წერილობითი თანხმობის არსებობის შემთხვევაში					

2.3	პირის აივ დადებითი სტატუსი მხოლოდ მკურნალი ექიმისთვის არის ცნობილი და არ ხდება სტატუსის გამჟღავნება სხვა (არასაჭირო) სტაფთან					
2.4	აივ-ზე კონსულტაცია, ან შედეგის კომუნიკაცია ხდება პრივატულ გარემოში, პალატაში ან კაბინეტში, სადაც გამოირიცხულია მესამე პირის მიერ ინფორმაციის გაგება					
2.5	პალატა ან განყოფილება, სამედიცინო ისტორია ან სხვა არ არის სპეციფიკურად ასოცირებული აივ დადებით სტატუსთან (არ არის labeled), რომლითაც შესაძლებელი იქნებოდა პაციენტის სტატუსის გაგება სხვა პაციენტების ან თანამშრომლების მიერ					
2.6	სამედიცინო ისტორიები უსაფრთხოდ არის შენახული და არ არის ხელმისაწვდომი სხვა პირისთვის, მათ შორის სხვა (არამკურნალი) ექიმებისთვის საორდინატოროში					

სექცია 3	ინფექციის კონტროლი და უნივერსალური უსაფრთხოება	1	2	3	4	5
3.1	ინფექციის კონტროლისთვის უნივერსალური უსაფრთხოების ზომები დაცულია ყოველთვის და თანაბრად ნებისმიერი პროცედურის დროს ნებისმიერ პაციენტთან					
3.2	ბიოჰაზარდული და სამედიცინო ნარჩენების მართვა ხდება დადგენილი სტანდარტით					
3.3	ყველა თანამშრომლისათვის უზრუნველყოფილია ჰეპატიტის ვაქცინაცია					
3.4	ყველა თანამშრომლისათვის უზრუნველყოფილია ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის (PEP) სერვისი					
3.5	ყველა თანამშრომელი ინფორმირებულია, რომ მათ უფლება აქვთ, ჩაიტარონ აცრა ჰეპატიტზე ან მიიღონ PEP					
3.6	უნივერსალური უსაფრთხოებისთვის საჭირო ყველა სამედიცინო თუ არასამედიცინო ინსტრუმენტები/პროდუქტები (მათ შორის ერთჯერადი შპრიცები, შპრიცების განადგურების უსაფრთხო ყუთები, პერსონალური დაცვის საშუალებები - ხელთათმანი, ნიღაბი, და სხვ.) ყოველთვის ხელმისაწვდომია დაწესებულებაში					
3.7	ყველა თანამშრომელი ინფორმირებულია დაწესებულებაში უნივერსალური უსაფრთხოებისთვის საჭირო ყველა სამედიცინო თუ არასამედიცინო ინსტრუმენტების/პროდუქტების მარაგის შესახებ					
3.8	უნივერსალური უსაფრთხოების დადგენილი პროცედურები გაწერილია და თვალსაჩინოდ არის განთავსებული ყველა განყოფილებაში					

სექცია 4	სამედიცინო დაწესებულების ადამიანური რესურსების მომზადება	1	2	3	4	5
4.1	ყველა თანამშრომელს გავლილი აქვს ტრენინგი პაციენტის უფლებების, ინფიცირებული პირების ან სხვა მოწყვლადი პოპულაციების უფლებების შესახებ					
4.2	ყველა სამედიცინო პერსონალი გადამზადებულია ნებაყოფლობითი ტესტირების და კონსულტირების და ინფორმირებული თანხმობის პროცედურების შესახებ					
4.3	სამედიცინო პერსონალს გავლილი აქვს ტრენინგი პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობის შესახებ					
4.4	სამედიცინო პერსონალს გავლილი აქვს ტრენინგი აივ ინფექციის და ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელების გზების, პრევენციის, ინფექციის კონტროლის, უნივერსალური უსაფრთხოების, PEP პრინციპების შესახებ					
4.5	დაწესებულების მიერ თანამშრომელთათვის უზრუნველყოფილია განგრძობითი განათლების შესაძლებლობები ზემოთ ჩამოთვლილ თემებზე					

სექცია 5	ხარისხის უზრუნველყოფა და ხარისხის კონტროლი/ მონიტორინგი	1	2	3	4	5
5.1	დაწესებულებაში გამოყოფილია პასუხისმგებელი პირი, ან კომიტეტი, რომელიც მონიტორინგს უკეთებს პაციენტის უფლებების დაცვას, აივ- სტიგმასთან დაკავშირებულ პოლიტიკას და პრაქტიკას					
5.2	ხდება რეგულარული მონიტორინგი ტესტირების ნებაყოფლობითობის პრინციპების დაცვის და ინფორმირებული თანხმობის მიღებაზე					
5.3	ხდება რეგულარული მონიტორინგი საინფორმაციო სისტემის, სამედიცინო ისტორიების და პაციენტის მონაცემების კონფიდენციალურობის დაცვაზე					
5.4	ხორციელდება მონიტორინგი პაციენტის ინფორმაციის კონფიდენციალურობის და პრივატულობის დაცვის პროცედურებზე					
5.5	დაწესებულება რეაგირებს პოლიტიკის/სტანდარტების ან შინაგანანგის დარღვევის ყველა შემთხვევაზე					
5.6	დაწესებულება არა მართო რეაგირებს, არამედ პროაქტიურად ახდენს პაციენტის უფლებების დარღვევის, და დაწესებულებაში სტიგმისა და დისკრიმინაციის გამოვლინების პრევენციას.					

5.7	დანესებულების მენეჯმენტის რგოლი და/ან სუპერვაიზორები მხარს უჭერენ სტიგმისგან თავისუფალი გარემოს შექმნას და სამედიცინო პერსონალს ეხმარებიან არა-მასტიგმატიზებული სერვისების მიწოდებაში					
5.8	დანესებულებაში არსებობს და უწყვეტად მოქმედებს პაციენტების კმაყოფილების ან საჩივრების რეგისტრაციის და განხილვის ქმედითი მექანიზმი					
5.9	პაციენტებისგან უკუკავშირის მიღების და/ან გასაჩივრების მექანიზმის ფუნქციონირების შესახებ ინფორმაცია თვალსაჩინოდ არის განთავსებული დანესებულების თითოეულ განყოფილებაში და პაციენტების მოსაცდელ სივრცეებში					
5.10	დანესებულებაში რეგულარულად ხდება პაციენტების საჩივრებზე ეფექტური რეაგირება					
5.11	დანესებულებაში ხორციელდება ინფექციის კონტროლის მონიტორინგი და მონიტორინგის ჯგუფი იკრიბება დადგენილი პერიოდულობით					

სექცია 6	ინსტიტუციური პოლიტიკა /შინაგანაწესი	1	2	3	4	5
6.1	სამედიცინო დანესებულების შიდა ორგანიზაციულ დოკუმენტებში (ან შინაგანაწესში, ან ოპერირების სახელმძღვანელოებში) ხაზგასმულად არის გაწერილი, რომ პაციენტებს აქვთ თანაბარი ხელმისაწვდომობა სტანდარტულად მაღალი ხარისხის და არადისკრიმინაციულ სერვისზე მიუხედავად აივ/შიდსის, გენდერის, სექსუალური ორიენტაციის, ან სხვა პიროვნული და სოციალური მახასიათებლებისა.					
6.2	დანესებულებაში მოქმედებს დადგენილი წესი, რომელიც უზრუნველყოფს ნებაყოფლობით ტესტირებას და ინფორმირებული თანხმობის მიღებას პაციენტისგან					
6.3	დანესებულებაში მოქმედებს დადგენილი წესი, რომელიც უზრუნველყოფს პრივატულობას და კონფიდენციალურობას					
6.4	დანესებულებას აქვს სახელმძღვანელო, რომელიც მკაფიოდ განსაზღვრავს პერსონალთა გუნდს, ვინც ემსახურება აივ დადებით პაციენტებს და რომლებსაც შესაძლოა ჰქონდეთ წვდომა ინფორმაციაზე პაციენტის აივ დადებითი სტატუსის შესახებ					
6.5	დანესებულებას აქვს მკაფიოდ აღწერილი პროცედურები და დროითი ჩარჩო ყველა იმ შემთხვევაზე რეაგირებისთვის, როდესაც ირღვევა სტიგმის და დისკრიმინაციის საწინააღმდეგო პროცედურები და სერვისის სტანდარტები					

6.6	დანესებულებას აქვს მკაფიოდ აღწერილი პროცედურები და დროითი ჩარხო პაციენტების იმ საჩივრებზე რეაგირებისთვის, რომელიც მიანიშნებს დანესებულებაში მასტიგმატიზმზე ან დისკრიმინაციულ მოპყრობას					
6.7	დანესებულებაში მოქმედი პოლიტიკა უზრუნველყოფს სამედიცინო პერსონალისათვის უსაფრთხო სამუშაო გარემოს					
6.8	დანესებულების პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს სტიგმისგან თავისუფალი გარემოს და არადისკრიმინაციული სერვისების მიწოდებას, არის კომუნიცირებული სამედიცინო პერსონალთან, არის განთავსებული თვალსაჩინო ადგილას დანესებულების განყოფილებებში და პაციენტების მოსაცდელ სივრცეებში.					

ინსტრუმენტის ადაპტირებისას სასურველია, გათვალისწინებული იყოს ქვეყნის კონტექსტი. მაგ., სექცია 1, კითხვა 1.6 არკვევს, ხომ არ ხდება კლინიკაში აივ ინფიცირებული პირების იზოლირებულად განთავსება. ეს კითხვა შესაძლოა, არარელევანტური ეჩვენოს სამედიცინო დანესებულებას, რადგან მინისტრის ბრძანებით ნოზოკომიური ინფექციების შესახებ⁷⁹, დანესებულებას უნდა ჰქონდეს „სულ მცირე ერთი ბოქსირებული პალატა ინფექციური ავადმყოფების დროებითი იზოლაციისათვის“. მართალია ჩანანერში - 'ინფექციური ავადმყოფები' განმარტებული არაა, მაგრამ დეფინიციით იგი მოიცავს აივ ინფიცირებულ პირებსაც. ამრიგად, აივ დადებითი სტატუსის მქონე პაციენტების იზოლაცია ვერ იქნება კონკრეტულ დანესებულებაში სნდ-ის გარემოს შეფასებისთვის ლეგიტიმური საზომი.

ანალოგიურად, სექცია 2, კითხვა 2.2 - ასევე შესაძლებელია მოითხოვდეს გამონაკლისის შესახებ ჩანანერის დამატებას, რადგან საქართველოს კანონი აივ/შიდსის შესახებ სამედიცინო პერსონალს უფლებას აძლევს შეატყობინოს ინფიცირებული პირის მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს ამ უკანასკნელის აივ დადებითი სტატუსის შესახებ (პარტნიორის შეტყობინება).

კონტექსტის გათვალისწინებით შესაძლებელია საზომების დამატება. მაგ., სექცია 6-ში შეიძლება შეფასდეს, არის თუ არა სამედიცინო პერსონალის სამუშაოს აღწერილობაში სპეციფიკურად ნახსენები ვალდებულება პაციენტის კონფიდენციალურობის დაცვის, ბიო-სამედიცინო ეთიკის, ან არადისკრიმინაციული მომსახურების მიწოდების შესახებ. ან, შესაძლებელია, ინსტრუმენტში დაემატოს კითხვა, რომელიც სწავლობს, გააჩნია თუ არა დანესებულებას ადამიანური რესურსების მართვის პოლიტიკა, რომელიც ანტიდისკრიმინაციულია და უზრუნველყოფს სამედიცინო პერსონალის დასაქმების უწყვეტობას თუ იგი აღმოჩნდება აივ ინფიცირებული. ეს უკანასკნელი მნიშვნელოვანია, რადგან ლიტერატურა აღწერს, რომ ზოგჯერ მედპერსონალი თავს იკავებს ინფიცირებული პაციენტის მომსახურებისაგან მისგან ვირუსის გადადების მოჭარბებული შიშის გამო (ე.წ. ინსტრუმენტული სტიგმა)⁸⁰. ამრიგად, სამსახურის შენარჩუნების გარანტია შესაძლოა, პოზიტიურად აისახოს მათ დამოკიდებულებაზე ინფიცირებული პაციენტების მიმართ.

და ბოლოს, სასურველია სტანდარტული ინსტრუმენტის პილოტირება რამდენიმე სამედიცინო დანესებულებაში, (სასურველია განსხვავებული ტიპის/პროფილის დანესებულების შერჩევა), რომ მოხდეს კონკრეტულ კონტექსტთან ინსტრუმენტის შეუსაბამობების იდენტიფიცირება და საჭიროებისამებრ, მათი მოდიფიცირება.

79. ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 7 სექტემბრის №01-38/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4102483?publication=0>

80. Gilbert L. (2016). 'The mercurial piece of the puzzle': Understanding stigma and HIV/AIDS in South Africa. SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance, 13(1), 8-16. <https://doi.org/10.1080/17290376.2015.1130644>

დანართი 3: თანამშრომელთა ტრენინგების სპეციფიკა და მენიუ

ტრენინგების ძირითადი მიზანი: დამსწრეთა ცოდნა/ინფორმირებულობის დონის გაზრდა ადამიანის უფლებების საკითხებზე აივ ინფექცია/შიდსის პრობლემის ქრისტიანულ, თანასწორობის გამყარების და აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის დაძლევის და დისკრიმინაციის აღმოფხვრის მიზნით.

ტრენინგების ამოცანები და სასწავლო თემები უნდა პასუხობდეს კონკრეტული მოსამზადებელი ჯგუფების სპეციფიკას.

გადაწყვეტილების მიმღები პირები (ჯანდაცვის სამინისტრო, პროგრამების მართვის სტრუქტურები)	განხილულ იქნას სამედიცინო სფეროში აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა/დისკრიმინაციასთან ბრძოლის საუკეთესო პრაქტიკები საერთაშორისო, რეგიონულ და ნაციონალურ დონეზე. განისაზღვროს, რა პოლიტიკური ნაბიჯები შეიძლება გადაიდგას არსებული მოცემულობის ფარგლებში.
სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაცია/მენეჯერები და სამედიცინო პერსონალი	გაიზარდოს აივ-თან დაკავშირებულ ჯანდაცვის და მომიჯნავე (სოციალურ, სამართლებრივ) სფეროებში საკვანძო საკითხებზე ინფორმირებულობა; ტოლერანტობის, არადისკრიმინაციული მიდგომების დაცვის პრინციპები, მათი პრაქტიკული გამოყენების ტექნოლოგიები სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისას.
სამედიცინო დაწესებულებების ტექნიკური დამხმარე პერსონალი	მოხდეს თანამშრომელთა სენსიტიზაცია აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის, დისკრიმინაციის, ადამიანის უფლებების თემაზე, რომ მიღწეული იქნეს არადისკრიმინაციული და არაგანსჯადი კომუნიკაცია პაციენტებთან
არასამთავრობო სექტორის ორგანიზაციები - მომსახურების მიმწოდებლები	მიეწოდოს ინფორმაცია/ცოდნა აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა/დისკრიმინაციის და ადამიანის უფლებათა დარღვევის საკითხებთან მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპების, არსებული რესურსების და პროცესების მონიტორინგების ტექნოლოგიების ეფექტურად გამოყენების გზების შესახებ.

სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა ტრენინგებისათვის შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ტრენინგების ფასილიტატორის გაიდი, რომელიც მომზადებულია ჯანმრთელობის პოლიტიკის პროგრამის მიერ და ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ გაიდი შეიძლება ჩაითვალოს სრულფასოვან სახელმძღვანელოდ ტრენინგების ორგანიზატორებისა და ფასილიტატორებისათვის; თუმცა რეკომენდებულია, მოხდეს გაიდის ადაპტირება საქართველოს კონტექსტთან და ტრენინგის მოდულების შემუშავება ქართულ ენაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ნაკლებად მოსალოდნელია, რომ სამედიცინო დაწესებულებებმა მოიძიონ საკმარისი რესურსი 263-გვერდიანი ინგლისურენოვანი გაიდის ადაპტირებისათვის.

უნდა აღინიშნოს, რომ გაიდში მოცემულია თუ რომელ ჯგუფში რა ხანგრძლივობის და ინტენსივობის ტრენინგებია მიზანშეწონილი - რამდენიმე საათიანი ტრენინგიდან რამდენიმე დღიან ტრენინგამდე, რომელიც შესაძლოა ჩატარდეს ერთდროულად ან გადანაწილდეს

გარკვეული პერიოდის მანძილზე. მიუხედავად დეტალური რეკომენდაციებისა, გაიდი აცხადებს, რომ თითოეული სამედიცინო დაწესებულება უნდა დაეყრდნოს სიტუაციის შესწავლისათვის ჩატარებულ კვლევებს, რომელიც წარმოაჩენს დაწესებულებების სპეციფიკურ საჭიროებებს და დაგეგმავს ტრენინგებს არსებული რესურსების შესაბამისად.

ტრენინგების გაიდი ორი ნაწილისგან შედგება. ნაწილი პირველი გვთავაზობს სასწავლო თემების მენიუს, რომელიც წარმოადგენს ტრენინგის განსხვავებულ კურიკულუმს სამედიცინო დაწესებულების სხვადასხვა სპექტრის თანამშრომლებისათვის - მენეჯერები, ექიმები, ექთნები, დამხმარე ტექნიკური პერსონალი, ტრენერები. გაიდში წარმოდგენილია ტრენინგის 5 მოდული (A-E) რომელშიც მოცემულია სასწავლო თემები, კონკრეტული ქეისების ანალიზი, რეფლექსიის სავარჯიშოები, ტესტები, და სხვა მეთოდოლოგიური დამხმარე მასალა.

სასწავლო თემატიკის რეკომენდებული მენიუ:

- **აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემია, განვითარების ისტორია** - სტერეოტიპების ჩამოყალიბების და გაძლიერების ხელშემწყობი ფაქტორები; აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა/დისკრიმინაციის გამოვლინებათა და მათი შედეგების გააზრება; აივ ინფექციის გავრცელების გზები; მათ შორის სხვადასხვა ზედაპირებიდან ან ბიოლოგიური სითხეებით აივ-ის გადაცემის ალბათობა (ე.წ. QQR—Quantity, Quality, and Route of Transmission) ⁸¹.
- **სტიგმა და დისკრიმინაცია, სტერეოტიპები და ცრურწმენები** - პრობლემის წარმოსახვის ბაზისი; იზოლაცია და გარიყვა; განსკა, შერცხვენა და დადანაშაულება სოციალური ნორმების დაუმორჩილებლობისათვის; თვითსტიგმა; ორმაგი სტიგმა; ასოციაციური სტიგმა; სტიგმის ზეგავლენა აივ/შიდსის ეპიდემიაზე; სკდ-ის გავლენა ადამიანების ჯანმრთელობაზე ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ დონეზე.
- **სტიგმა და საკვანძო პოპულაციები, მათი სპეციფიკა** - ძირითადი დაზარალებული ჯგუფების მახასიათებლები, სტიგმატიზების თავისებურებანი; სტიგმის შესაძლო უარყოფითი გავლენა თითოეული ჯგუფისათვის (აივ დადებითი პირები და სტიგმა; მსმ და სტიგმა; ნიმ - სტიგმა; ქალები და სტიგმა; მიგრანტები და სტიგმა; და სხვ.); ნიმ-ებში ზიანის შემცირების სტრატეგიების პოზიტიური მნიშვნელობის გააზრება; პრე-ექსპოზიციური პროფილაქტიკა; აივ/შიდსი და ორსულობა; ინფიცირებული ქალები და მათი რეპროდუქციული უფლებები და სხვ.
- **სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობის (სოგი)⁸² პრინციპები** - მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს გააზრებულ დიფერენცირებას ისეთი ცნებების, როგორიცაა სექსუალობა, სექსუალური ორიენტაცია, გენდერული იდენტობა, გენდერული გამოხატვა, სექსუალური ქცევა. ეს ხელს უწყობს სექსუალობასა და ქცევასთან დაკავშირებული სტერეოტიპული ხედვების კორექტირებას და სტიგმატიზებული დამოკიდებულების „გაფერმკრთალების“ პროცესს, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისთვის ზოგიერთი საკვანძო პოპულაციების წარმომადგენლებთან (მსმ, ტრანსგენდერი ადამიანები, სხვა) კომუნიკაციის დროს.
- **სტიგმა და დისკრიმინაცია ჯანდაცვის სისტემაში** - სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმის გამოვლინების სხვადასხვა ფორმა; სტიგმა და აივ-ინფიცირებული მედპერსონალი; სამედიცინო დაწესებულებებში აივ ინფიცირების შიშის საფუძვლები და მისი გადალახვის მეთოდები; ინფექციის კონტროლი და უნივერსალური უსაფრთხოება; ბასრი სამედიცინო იარაღების გზით ინფიცირების შიში; დაწესებულების ჰიგიენა და ბიოსამედიცინო ნარჩენების განადგურება; ოკუპაციური ექსპოზიცია; პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა.

81.http://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDTrainingGuide.pdf 15.08.2020

82.International Documentation on Sexual Orientation and Gender Identity (SOGI) <https://outrightinternational.org/documentation/international-documentation-sexual-orientation-and-gender-identity-sogi> 18.08.2020

- **პოლიტიკის განმსაზღვრელი დოკუმენტები ქვეყანაში და სამართლებრივი უფლებები:** კანონი აივ/შიდსის შესახებ, კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ, კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, საქართველოს ადმინისტრაციული და სისხლის სამართლის შესაბამისი თავები და სხვა. ჯანმრთელობის უფლება; პიროვნული ავტონომია და პრივატულობა; ინფორმაციის კონფიდენციალურობა და ანონიმურობა; ინფორმაციის მიღების უფლება; პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა.
- **სამედიცინო პროფესიული ეთიკის და დეონტოლოგიის საკითხები აივ/შიდსის კონტექსტში** - ხელს უწყობს პაციენტებთან კორექტული კომუნიკაციის წარმოებას, მათში ნდობის გაღვივებას, კონფიდენციალურობის დარღვევის ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის შიშის განელება.
- **აივ-თან დაკავშირებული ტერმინოლოგია და პოლიტკორექტული ლექსიკის გამოყენება** - როგორც ბაზისი აივ-ით დაზარალებული ან აივ-თან ასოცირებული პოპულაციების წარმომადგენლებთან (საკვანძო პოპულაციები) არასტიგმატიზებული, ღირსების არაშემლახავი ურთიერთობის ჩამოყალიბებისთვის.
- **ეფექტური კომუნიკაციის უნარები** - ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის ტექნიკების გამოყენება, რაც მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტთა მხრიდან ნდობის ჩამოყალიბების პროცესს.

დამატებითი თემები დაწესებულებების ხელმძღვანელი და პასუხისმგებელი პირებისათვის - ზემოთ ჩამოთვლილი სასწავლო თემების გარდა, სასურველია ჩატარდეს სესია წინამდებარე სახელმძღვანელოს შესახებ, განსაკუთრებული აქცენტით ინსტრუმენტებზე, რომლებიც დაეხმარება დაწესებულების პასუხისმგებელ პირებს წარმატებით დაგეგმონ და განახორციელონ: ა) დაწესებულებების სკანირება სჰდ-ის სიტუაციის ანალიზისთვის; ბ) თანამშრომელთა გამოკითხვა; გ) თანამშრომელთა გადამზადება; ე) ქცევის ეთიკის შემუშავება/დამტკიცება; ვ) სჰდ-ის სამოქმედო გუნდის ჩამოყალიბება და გეგმის შემუშავება; ზ) მონიტორინგი და პაციენტის საჩივრებზე რეაგირების მექანიზმები; და სხვა.

სასწავლო პროგრამებში გამოყენებული უნდა იყოს მრავალფეროვანი სასწავლო მასალა, მათ შორის:

- ქვეყანაში რატიფიცირებული საერთაშორისო ხელშეკრულებები და კონვენციები ადამიანის უფლებების და დისკრიმინაციის აღმოფხვრის თემატიკაზე (აივ/შიდსთან დაკავშირებული ან საკვანძო პოპულაციების უფლებების საკითხებზე);
- აქტუალური სტატისტიკა (საერთაშორისო, რეგიონული, ნაციონალური) აივ ინფექცია/შიდსზე; ადამიანის უფლებათა დარღვევის საკითხებზე აივ/შიდსის ან საკვანძო პოპულაციების უფლებათა ქრილში;
- სათემო და სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების ან გაერთიანებების მხრიდან მოწოდებული რელევანტური ინფორმაცია (კვლევების შედეგები, ჩრდილოვანი ანგარიშები, ოქმები).

დანართი 4: ქცევის კოდექსი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის

რჩევები ტექსტთან დაკავშირებით:

- ▶ ქცევის კოდექსი მკაფიოდ წარმოაჩენს დაწესებულების ეთიკის ნორმებს და ღირებულებებს: მაგ., ნულოვანი დისკრიმინაცია ეთნიკურობის, ასაკის, გენდერის, რელიგიის, ენის, განათლების, ეკონომიკური სტატუსის, პოლიტიკური აფილაციის, სოციალური სტატუსის, განსხვავებული სექსუალური ქცევის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სხვ. საფუძველზე.
- ▶ ხაზი გაუსვით ღირებულებებს, რომლის გაგონებაც პაციენტებს სურთ: პაციენტზე ორიენტირებული, ღირსება, პატივისცემა, თანასწორობა; მაღალი ხარისხის სერვისი, პრივატულობა, კონფიდენციალურობა, და სხვ.
- ▶ გამოყავით ცალკე პუნქტად, რომ ახალისებთ მათ ჩართულობას მკურნალობის პროცესში და დაუდასტურეთ, რომ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა თქვენთვის მნიშვნელოვანია.
- ▶ ზოგიერთ ნიმუშში ქცევის კოდექსის ფერადი პოსტერი ასევე მოიცავს თანამშრომელთა ჯგუფურ ფოტოს, რასაც მოჰყვება ფიცის დადების ფრაზა. მაგ., „ჩვენ X დაწესებულების თანამშრომლები ვფიცავთ....“. რეალური თანამშრომლების ფოტოს დადებითი ეფექტი მოაქვს წამკითხველზე.
- ▶ პოსტერზე აუცილებლად განათავსეთ ცხელი ხაზი, ან ავტორიზებული პირის ტელეფონის ნომერი/ელფოსტა, სადაც პაციენტებს შეეძლება უკუკავშირი მოგაწოდოთ.
- ▶ შესაძლოა ქცევის კოდექსი ხაზს უსვამდეს, რომ ეთიკა ორმხრივი პროცესია და ეფუძნება პაციენტსა და დაწესებულებას შორის ურთიერთგაგებას და თანამშრომლობას. ამიტომ, მიმართეთ უშუალოდ პაციენტებს და უთხარი, რა შემხვედრი მოლოდინები გაქვთ მათგან.
- ▶ რეკომენდებულია, რომ ქცევის/ეთიკის კოდექსი იყოს ლაკონური, იკითხებოდეს მარტივად და დროის მოკლე პერიოდში.

დისემინაციისათვის რამდენიმე ალტერნატიული გზა არსებობს:

- ▶ განათავსეთ იგი შენობის სხვადასხვა ადგილას. განსაკუთრებით შესასვლელში ან პაციენტთა რეგისტრაციის ადგილებში, სადაც პაციენტის და თანამშრომლების პირველი კონტაქტი ხდება. იდეალურ შემთხვევაში მცირე ზომის პოსტერი უნდა განთავსდეს ყველა კაბინეტში და მოსაცდელ ზონებში, სადაც მომლოდინე პაციენტებს საკმარისი დრო აქვთ, გაეცნონ დაწესებულების ეთიკის პრინციპებს.
- ▶ თუ დაწესებულებას აქვს ვებგვერდი, ან პროფილი სოციალურ მედიაში, განათავსეთ ქცევის კოდექსი ამ რესურსზეც.
- ▶ დაწესებულებაში თანამშრომელთა ტრენინგის, ან სანდ-ის თემაზე დისკუსიის თემა გააშუქეთ საჭაროდ ვებგვერდზე, სოციალურ მედიაში
- ▶ გადააქციეთ დაწესებულების მიერ „ეთიკის კოდექსის“ მიღება/დამტკიცება საზეიმო ღონისძიებად და მოიწვიეთ სხვადასხვა დაინტერესებული მხარე, მათ შორის მოწყვლადი თემის წარმომადგენლები, სამოქალაქო საზოგადოება და აქტივისტები, მედია და სხვა. დარწმუნდნენ პაციენტები, რომ დაწესებულება ამით ამაყობს, რაც ხელს შეუწყობს ნდობას პაციენტებსა და დაწესებულებას შორის.

დანართი 5: პაციენტების რუთინული გამოკითხვის ინსტრუმენტი

ქვემოთ წარმოდგენილია პაციენტების გამოკითხვის ინსტრუმენტი, რომელიც ორგანიზებულია სტიგმისაგან თავისუფალი სერვისების ძირითადი პრინციპების ირგვლივ. სწრაფი ადმინისტრირებისათვის უმჯობესია, სტრუქტურირებულ კითხვარში მითითებული იყოს მზა პასუხები, რომელთაგანაც ერთს მოხაზავს პაციენტი თავისი შეხედულებისამებრ. ყველა პაციენტზე გათვლილი ყველაზე მარტივი ფორმაა პასუხები: 'კი', 'არა' ან 'არ ვიცი'. თუმცა შესაძლებელია გამოიყენოთ სხვა ორდინალური სკალა; მაგ., 'არასდროს', 'იშვიათად', 'ზოგჯერ', 'ხშირად' ან 'ყოველთვის'.

ყოველთვის გონივრულია ასეთი სტრუქტურირებული კითხვარის ბოლოს დატოვოთ სივრცე დამატებითი კომენტარისთვის, თუ პაციენტს ამის სურვილი გაუჩნდება.

პრინციპები	რა უნდა შეფასდეს პაციენტის მიერ?
სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა	დანესებულებაში უზრუნველყოფილია თანაბარი ხელმისაწვდომობა ყველა პაციენტისთვის პიროვნული მახასიათებლის, სამედიცინო დიაგნოზის ან სხვა სოციალური სტატუსისგან დამოუკიდებლად
ღირსება და პატივისცემა	პაციენტების მიმართ თანამშრომლები იჩენენ პატივისცემას და არ ხდება მათი ღირსების შელახვა
ხარისხიანი მომსახურება	დანესებულება პაციენტებს სთავაზობს კომპეტენტურ და ხარისხიან მომსახურებას
უსაფრთხო გარემო	დანესებულებაში უზრუნველყოფილია უსაფრთხო გარემო
კომუნიკაცია	პაციენტსა და პერსონალს შორის კომუნიკაცია არის გახსნილი და გულწრფელი
ინფორმაცია	მედპერსონალი პაციენტს აწვდის ამომწურავ ინფორმაციას ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ პაციენტისთვის მისაღები/გასაგები ფორმით
ჩართულობა და მონაწილეობა	პაციენტი მედპერსონალთან ერთად მონაწილეობს გადაწყვეტილების მიღებაში
პაციენტის თანხმობა	პაციენტის თანხმობის გარეშე პროცედურები ან რამე გამოკვლევა არ ხორციელდება
პრივატულობა	სამედიცინო მომსახურების სივრცე უზრუნველყოფს პაციენტის პრივატულობას და ავტონომიას
კონფიდენციალურობა	პაციენტს აქვთ საშუალება, რომ დანესებულებას მიაწოდოს თავისი შთაბეჭდილებები მიღებული მომსახურების შესახებ
უკუკავშირი	პაციენტის სამედიცინო ინფორმაციის გამჟღავნება არ ხდება სხვა პირებთან
ანგარიშვალდებულება	პაციენტის საჩივარზე ხდება რეაგირება და დანესებულება ამ ინფორმაციას აწვდის მოსარჩელე პაციენტს

Garumma Tolu Feyissa, Craig Lockwood, Mirkuzie Woldie, Zachary Munn; Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews <https://www.dovepress.com/reducing-hiv-related-stigma-and-discrimination-in-healthcare-settings-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>

Health Policy Project. 2013. "Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff: Standardized Brief Questionnaire." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project

Carr, D., R. Kidd, M. Fitzgerald, and L. Nyblade. 2015. Achieving a Stigma-free Health Facility and HIV Services: Resources for Administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

ISBN: 978-1-59560-095-0

https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf

გაეროს ინდიკატორები <https://indicatorregistry.unaids.org/>

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18718. Published 2013 Nov 13. doi:10.7448/IAS.16.3.18718 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24242266/>

Srithanaviboonchai, K., Stockton, M., Pudpong, N., Chariyalertsak, S., Prakongsai, P., Chariyalertsak, C., Smutrapapoot, P., & Nyblade, L. (2017). Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC public health*, 17(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4172-4>

Global Health Facility Survey , WHO.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545860/en/

Bond, K. T., Frye, V., Taylor, R., Williams, K., Bonner, S., Lucy, D., Cupid, M., Weiss, L., Koblin, B. A., & Straight Talk Study Team (2015). Knowing is not enough: a qualitative report on HIV testing among heterosexual African-American men. *AIDS care*, 27(2), 182-188. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.963009>

Golub, S. A., & Gamarel, K. E. (2013). The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS patient care and STDs*, 27(11), 621-627. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0245>

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 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.

IHPP. HIV stigma and discrimination survey guidelines and procedures manual. Bangkok: IHPP, RIHES, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai Provincial Health Office, AIDS, TB, and STI Control Division, BMA, RTI International, USAID, UNDP, UNFPA, UNICEF, ILO, NAMC, DDC, MOPH, FAR, TNP+; 2014.

Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K. et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med* 17, 25 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>

Thapa S., Hannes K., Cargo M., Buve A., Aro A.R. & Mathei C., Building a conceptual framework to study the effect of HIV stigma reduction intervention strategies on HIV testuptake: A scoping review, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care (2017), **doi:10.1016/j.jana.2017.04.004.**

MEASURING HIV STIGMA AND DISCRIMINATION AMONG HEALTH FACILITY STAFF; STANDARDIZED BRIEF QUESTIONNAIRE; prepared by the Health Policy Project. USAID. PEPFAR. March 2013. **http://www.healthpolicyproject.com/pubs/49_StandardizBriefQuestionnaireMeasuringSD.pdf**

UNAIDS. Global AIDS response progress reporting 2015. Geneva: World

Health Organization and UNAIDS; 2015.

UNAIDS. UNAIDS strategy 2016–2021. Geneva: UNAIDS; 2015.
HO Secretariat. Draft global health sector strategies HIV, 2016–2021.

Geneva: World Health Organization; 2016.

Social and Behavioral Theories. National Institute on Health. Office of Behavioral and Social Sciences Research **<http://www.esourceresearch.org/Default.aspx?TabId=736>**

Ecological Model. The American College Health Association (ACHA)
https://www.acha.org/HealthyCampus/HealthyCampus/Ecological_Model.aspx

Gender assessment for HIV/AIDS and tuberculosis National Response. County Case Report. Prepared by Mzia Tabatadze. Tbilisi, Georgia. 2019. TGF Project. NCDC. Health Research Union.

საქართველოს კანონი აივ/შიდსის შესახებ

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088?publication=4>

G M McCarthy, J J Koval, and J K MacDonald School of Dentistry, University of Western Ontario, London. gmccarth@julian.uwo.ca “Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: the results of a national survey of dentists in Canada.”, American Journal of Public Health 89, no. 4 (April 1, 1999): pp. 541-545. **<https://doi.org/10.2105/AJPH.89.4.541>**

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

საქართველოში აივ ტესტირებაზე ბარიერების კვლევა სხვადასხვა სამიზნე პოპულაციების თვალთახედვით. თვისებრივი კვლევის ანგარიში. ავტორები: ლელა კურდელაშვილი; ნინო წერეთელი, და სხვ. ცენტრი თანადგომა. UNFPA-ის ფინანსური მხარდაჭერით. 2020 წ. საქართველო

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/>

მრავალენოვანი კლასტერული კვლევა (MICS6), საქართველო, 2018

https://www.healthyteenetwork.org/wp-content/uploads/2015/06/TipSheet_IncreasingOurImpactUsingSocial-EcologicalApproach.pdf

პოპულაციის ზომის შეფასება მამაკაცებში, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან, 2018. კვლევის ანგარიში. მარტი 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 კურააციო. საზოგადოებრივი გაერთიანება - ბემონი. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

Nyblade Laura, Srinivasan Krishnamachari, Mazur Amanda, et al. HIV Stigma Reduction for Health Facility Staff: Development of a Blended- Learning Intervention. *Frontiers in Public Health*. Vol. 6. 2018.

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00165>; DOI=10.3389/fpubh.2018.00165. ISSN=2296-2565

Bandura A. *Social Learning Theory*. Oxford: Prentice-Hall (1977);

http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf

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

საქართველოში აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის ეროვნული პასუხი გენდერული საჭიროებების ქრილში. 2019 წელი. ავტორი მზია ტაბატაძე. ა/ო ჯანმრთელობის კვლევის გავშირი. დაფინანსების წყარო: გლობალური ფონდი. დკსჯეც

ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 7 სექტემბრის №01-38/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4102483?publication=0>

Gilbert L. (2016). 'The mercurial piece of the puzzle': Understanding stigma and HIV/AIDS in South Africa. *SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 13(1), 8-16.

<https://doi.org/10.1080/17290376.2015.1130644>

People Living with HIV Stigma Index

<https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/what-is-the-people-living-with-hiv-stigma-index/>

D. Scott Batey, Samantha Whitfield, Mazheruddin Mulla, Kristi L. Stringer, Modupeoluwa Durojaiye, Lisa McCormick, Bulent Turan, Laura Nyblade, Mirjam-Colette Kempf, and Janet M. Turan. *AIDS Patient Care and STDs*. Nov 2016.519-527. <http://doi.org/10.1089/apc.2016.0223>

Staff Guide: Using patient Feedback to improve healthcare services. HSE.

<https://www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice/hcharter/ask/feedbackstaffguide.pdf>

UNFPA Country Programme Evaluation: Georgia. Period covered by the evaluation: 2016-18. July 2019. Unpublished

International Documentation on Sexual Orientation and Gender Identity (SOGI)

<https://outrightinternational.org/documentation/international-documentation-sexual-orientation-and-gender-identity-sogi>

