



საქართველოში სარისკო პოპულაციებში აივ/შიდსის და სგვი-ის პრევენციის სტანდარტის დანერგვის ხელშეწყობა

სასწავლო მოდული

თბილისი
2017 წელი

ს ა რ ჩ ე ვ ი

შესავალი.....	3
სატრენინგო სასწავლო მოდულში განხილული თემების/საკითხების ჩამონათვალი.....	5
თავი 1 - აივ ინფექცია/შიდსი	7
თავი 2 - სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები	24
თავი 3 - სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები	32
დანართები	59
დანართი 1: აივ/შიდსის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა.....	59
დანართი 2: აივ ინფექციაზე ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი კონსულტაცია	61
დანართი 3: აივ/შიდსზე გამოკვლევის მიზნით სისხლის აღებისა და ტრანსპორტირების წესები	79
დანართი 4: ანგარიშგების ფორმები და მისი შევსების წესი	81
დანართი 5: დამატებითი საკითხავი მასალის ჩამონათვალი	87

შესავალი

წინამდებარე სასწავლო მოდული მომზადდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის ინიციატივით საქართველოში მიმდინარე აივ/შიდსთან, მალარიასა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლის პროცესის - ე.წ. გარდამავალი პერიოდის პროცესის მხარდაჭერისათვის.

სათემო, სამოქალაქო საზოგადოების და საერთაშორისო ორგანიზაციების, ასევე აივ/შიდსის პროგრამების განმახორციელებლების თვალსაზრისით, გარდამავალი პერიოდის ერთ-ერთი გამოწვევაა იმაზე ზრუნვა, რომ სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლის შემდგომ შენარჩუნებულ იქნეს პრევენციული პროგრამების, განსაკუთრებით კი მოწყვლად პოპულაციებზე (ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები, მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან, სექს-მუშაკი ქალები და მოწყვლადი ახალგაზრდები) მიმართული პრევენციული პროგრამების მასშტაბი და ხარისხი. ამ მიზნით ექსპერტთა ჯგუფის მიერ, თემის წარმომადგენლებთან კონსულტაციების შედეგად, შეიქმნა მოწყვლად პოპულაციებში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაციები - პრევენციული პროგრამების სტანდარტები (გაიდლაინები და პროტოკოლები).

სტანდარტების მიზანია, გაუმჯობესდეს აივ-ის პროფილაქტიკის მომსახურების ხარისხი კონკრეტულ სარისკო პოპულაციაში, არსებული სერვისები დაუახლოვდეს საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკას და მომზადდეს ნიადაგი სახელმწიფოს მიერ ე.წ. მოწყვლად პოპულაციებში აივ-ის პროფილაქტიკის ღონისძიებების ფინანსური მხარდაჭერისათვის.

სტანდარტები განკუთვნილია აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სისხლისმიერი ინფექციების პრევენციის სფეროში მომუშავე პირებისა და ორგანიზაციებისათვის (როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო პერსონალი თუ ორგანიზაციები):

- აივ პრევენციის სპეციალისტები,
- აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების (ნკტ) კონსულტანტები
- სოციალური მუშაკები
- ფსიქოლოგები
- თემის წარმომადგენლები

ასევე:

- პოლიტიკის განმსაზღვრელი პირები
- დონორული დახმარებით მიმდინარე პროფილაქტიკის პროგრამების ხელმძღვანელი პირები
-

სტანდარტები ითვალისწინებს საერთაშორისო და ადგილობრივ გამოცდილებას, თემის მოსაზრებებს და ასევე რეკომენდაციებს სრული პრევენციული პაკეტის შესახებ.

სტანდარტების დამტკიცების შემდგომ მათი დანერგვისათვის პრევენციული პროგრამების განმახორციელებელ ორგანიზაციებში უნდა არსებობდეს შესაბამისი კვალიფიკაციის პერსონალი. სწორედ ამ პერსონალისათვის მომზადდა სატრენინგო მოდული და მისი შესაბამისი წინამდებარე მასალა. აღნიშნული სასწავლო მოდული წარმოადგენს მსოფლიოში არსებული გაიდლაინების კრებულის მიმოხილვის შედეგად შემუშავებულ ვერსიას, რომელიც საქართველოსთვის არის ადაპტირებული. მოდული უპირატესად ეყრდნობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ევროპის რეგიონისთვის შემუშავებულ გაიდლაინებს, ასევე გამოყენებულია ბრიტანეთის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის ასოციაციის, ევროპის ადამიანის იმუნოდეფიციტის პროგრამების ევროპის სამდივნოს, დიდი ბრიტანეთის

ჯანდაცვის მუშაკებისათვის აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის გაუმჯობესების მიზნით სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში შემუშავებული რეკომენდაციები, ხოლო სგგი ინფექციებზე მოდულში შეტანილი მასალა ძირითადად შემუშავებულია აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის 2015 წლის გაიდლაინებსა და სგგი მენეჯმენტის 2015 წლის გაიდლაინებზე დაყრდნობით. მოდულის შექმნისას გათვალისწინებულ იქნა ასევე გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ შექმნილი სახელმძღვანელოები „აივ/სგგი კომპლექსური პროგრამების განხორციელება მამაკაცებისთვის, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან: პრაქტიკული მითითებები ერთობლივი ინტერვენციებისათვის“ და „აივ/სგგი კომპლექსური პროგრამების განხორციელება სექს-მუშაკებში: პრაქტიკული მითითებები ერთობლივი ინტერვენციებისათვის“. მოდულს თან ერთვის დამატებითი საკითხავი მასალის სია, რომელიც უპირატესად შედგება საქართველოს შესაბამისი კანონებისაგან (მითითებულია კანონების ბმულები).

სასწავლო მოდულის მიზანი

მოდული „საპილოტე ტრენინგი სარისკო პოპულაციებში აივ/შიდსის პრევენციის სტანდარტის დანერგვის ხელშეწყობისათვის“ წარმოადგენს სატრენინგო მასალას, რომელიც აუცილებელია იმ სპეციალისტების მომზადებისთვის, რომლებიც აივ-პრევენციული პროგრამების ფარგლებში ჩათულნი იქნებიან მოწყვლად პოპულაციასთან აივ/შიდსის, სგგი და სხვა დაავადებების საკითხებზე კონსულტირებაში. არსებული სახელმძღვანელო ამავე დროს თვალსაჩინოდ განმარტავს აივ ინფიცირებულების გამოვლენის გაზრდის აუცილებლობას, რაც ქვეყანაში შეამცირებს არადიაგნოსტირებული, გამოუვლენელი აივ ინფიცირებული პაციენტების რაოდენობას.

სასწავლო მოდულში, გარდა აივ ინფექციისა, შესულია აუცილებელი, სფეროსთან მომიჯნავე საკითხები, რომელთა ცოდნაც დასჭირდებათ პრევენციულ პროგრამებში მომუშავე პირებს, რათა წარმატებით და სარისკო პოპულაციების სპეციფიკის გათვალისწინებით შეძლონ, მომსახურება გაუწიონ ამ პოპულაციების წარმომადგენლებს. ეს საკითხებია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და ასევე სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები.

შესაბამისად, მოცემული სასწავლო მოდულით სერთიფიცირებული კადრის დასაქმება აივ-პრევენციულ პროგრამებში ხელს შეუწყობს არა მარტო აივ ინფიცირებული პაციენტების ადრეულ გამოვლენას და მკურნალობის მართვის პრაქტიკის გაუმჯობესებას, არამედ ყოვლისმომცველი მომსახურების მიწოდებას სამიზნე პოპულაციებისათვის.

განხილული საკითხები

მოცემული სასწავლო მოდული განიხილავს აივ ინფექციასთან და სხვა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებთან დაკავშირებულ შემდეგ საკითხებს: ეპიდემიოლოგია, დიაგნოსტიკა და აივ კონსულტირებისა და ტესტირების ჩატარების ტექნიკა, საინფორმაციო ნაკადების მიმართულებები. გარდა ამისა, მოდულში განხილულია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებებები, კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ და სხვა ის საკითხები, რაც აუცილებელია იცოდეს სპეციალისტმა აივ-პრევენციული პროგრამების ფარგლებში სერვისების მიწოდებისას.

მოდულის მომზადებასა და დაპილოტებაში, გაეროს მოსახლეობის ფონდის მხარდაჭერით, მონაწილეობა მიიღეს აივ ინფექცია/შიდსის და ინფექციური პათოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრის წარმომადგენელმა ნინო ბადრიძემ და არასამთავრობო ორგანიზაციის „საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა“ წარმომადგენელმა ნინო წერეთელმა.

სატრენინგო სასწავლო მოდულში განხილული თემების/საკითხების ჩამონათვალი

თავი 1 - აივ ინფექცია/შიდსი

- აივ ინფექცია/შიდსის ზოგადი მიმოხილვა
- აივ ინფექციის გავრცელება მსოფლიოსა და საქართველოში
- დაავადების ისტორია
- აივ /შიდსის ეპიდემიოლოგია
- აივ ინფექციის კლინიკური სპექტრი
- აივ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა
- აივ ინფექციის მიმდინარეობა და მკურნალობის ძირითადი მიმართულებები
- აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია
- აივ ინფექციაზე ტესტირების კონფიდენციალურობის საკითხები
- რეკომენდაციები ტესტირებისთვის
- აივ/შიდსზე ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინის მიხედვით განსაზღვრული ანგარიშგება

თავი 2 - სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

- ზოგადი მიმოხილვა
- სიფილისი
- გონორეა
- ქლამიდიოზი
- ტრიქომონიაზი
- ადამიანის პაპილომა ვირუსი

თავი 3 - სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები

- ძირითადი ცნებები, განსაზღვრებები და ტერმინები
- რეპროდუქციული უფლებები
- ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები
- ოჯახის დაგეგმვის მხრივ მდგომარეობა საქართველოში
- გენდერი და სქესი
- გენდერი და გენდერული იდენტობა
- სექსუალური ორიენტაცია
- გენდერული თვითგამოხატვა
- გენდერული თანასწორობა

თავი 4 - დანართები

დანართი 1 : აივ/შიდსის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

დანართი 2: აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

დანართი 3: აივ/შიდსზე გამოკვლევის მიზნით სისხლის აღებისა და ტრანსპორტირების წესი

დანართი 4: ანგარიშგების ფორმები და მისი შევსების წესი

დანართი 5: დამატებითი საკითხავი მასალის ჩამონათვალის

თავი 1 - აივ ინფექცია/შიდსი

აივ ინფექცია/შიდსი - დაავადების დეფინიცია და კლასიფიკაცია

აივ - ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი, რომელიც მიეკუთვნება რეტროვირუსების ოჯახს, ლენტოვირუსების ქვეოჯახს. ამ სახის ვირუსებისათვის, ისევე როგორც აივ-ისთვის დამახასიათებელია დაავადების ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდი. დღესდღეობით 2 სახის აივ-ია აღმოჩენილი (აივ 1 და აივ 2), რომლებიც აბსოლუტურად იდენტურია დაავადების გადაცემის გზების და დაავადების განვითარების თვალსაზრისით. ისინი ერთმანეთისგან გენეტიკური თავისებურებებით განხვავდებიან და მათი გავრცელება სხვადასხვა კონტინენტზე სხვადასხვანაირია.

აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე.

შიდსი აბრევიატურაა და იშიფრება, როგორც შექმნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი. დაავადება „შიდსის“ გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). ტერმინით შიდსი აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია.

შიდსის განმსაზღვრელი მდგომარეობებია:

- ბრონქების, ტრაქეის ან ფილტვის კანდიდოზი
- საყლაპავის კანდიდოზი
- საშვილოსნოს ყელის კიბო, ინვაზიური
- დისემინირებული ან ექსტრაპულმონალური კოქციოდოიდომიკოზი
- ექსტრაპულმონალური კრიპტოკოკოზი
- კრიპტოსპორიდიოზი, ქრონიკული ნაწლავური (1 თვეზე მეტი ხანგრძლივობის)
- ციტომეგალოვირუსული დაავადება (გარდა ღვიძლის, ელენთის, ლიმფური კვანძების)
- ციტომეგალოვირუსული რეტინიტი (მხედველობის დაკარგვით)
- აივ/შიდსთან დაკავშირებული ენცეფალოპათია
- მარტივი ჰერპესი: ქრონიკული წყლულები (1 თვეზე მეტი ხანგრძლივობის) ან ბრონქიტი, პნევმონიტი ან ეზოფაგიტი (დასაწყისი 1 თვეზე მეტი ხნის ასაკში)
- ჰისტოპლაზმოზი, დისემინირებული ან ექსტრაპულმონარული
- იზოსპორიოზი, ქრონიკული ნაწლავური (1 თვეზე მეტი ხანგრძლივობის)
- კაპოშის სარკომა
- ბერკიტის ლიმფომა (ან ეკვივალენტური ტერმინი)
- იმუნობლასტური ლიმფომა (ან ეკვივალენტური ტერმინი)
- თავის ტვინის პირველადი ლიმფომა
- *Mycobacterium avium* კომპლექსი ან *Mycobacterium kansasii*, დისემინირებული ან ექსტრაპულმონალური
- *Mycobacterium tuberculosis* ნებისმიერი ლოკალიზაციის, პულმონალური, დისემინირებული, ან ექსტრაპულმონალური
- *Mycobacterium*, გარდა დასახელებულისა ან დაუდგენელი სახეობის, დისემინირებული ან ექსტრაპულმონალური
- *Pneumocystis jirovecii* პნევმონია
- მორეციდივე პნევმონია
- პროგრესული მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათია
- *Salmonella* სეპტიცემია, რეკურენტული

- თავის ტვინის ტოქსოპლაზმოზი (დასაწყისი 1 თვეზე მეტი ხნის ასაკში)
- აივ ასოცირებული განლევის სინდრომი

აივ ინფექცია/შიდსი - ზოგადი მიმოხილვა

კაცობრიობის არსებობის ხანგრძლივ ისტორიას მრავალი ეპიდემია ახსოვს, მათ შორისაა აივ ინფექცია/შიდსი, რომელმაც აღმოჩენის დღიდან დიდი ყურადღება მიიქცია და მოკლე დროში გლობალურ პრობლემად იქცა. ეპიდემიამ ელვისებური სისწრაფით მოიცვა მსოფლიოს ყველა კონტინენტი, ქვეყანა და დაამტკიცა, რომ იგი თანაბრად ემუქრება ყველას რასის, სქესის, ასაკის, ეროვნების, განათლებისა და სარწმუნოების განურჩევლად.

შიდსი, ეს არის ნელა პროგრესირებადი ინფექციური დაავადება, რომელსაც იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ).

ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს ორგანიზმის იმუნურ (დამცველ) სისტემას და მწყობრიდან გამოჰყავს იგი, რის შედეგადაც ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადასხვა ინფექციური ან/და სიმსივნური დაავადება, როგორც წესი, სასიკვდილო შედეგით.

თანამედროვე კლასიფიკაციით აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ხოლო ტერმინით “შიდსი” აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია, როდესაც ავადმყოფს უვითარდება დაავადების გარკვეული კლინიკური ნიშნები და იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანება.

დაავადების ისტორია

აივ/შიდსის ეპიდემიის დაწყება ასოცირებული იყო სასიკვდილო დაავადებასთან, რომელიც ემართებოდა მხოლოდ მოსახლეობის გარკვეულ ფენას (სექს მუშაკები, ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები, მსმ პოპულაცია, აფრო ამერიკელები და სხვა) და ასოცირებული იყო აივ ინფიცირებული პაციენტების სტიგმასთან და დისრიმინაციასთან⁵.

დაავადების სხვადასხვა ფენაში გავრცელებამ შედარებით შეასუსტა აივ ასოცირებული სტიგმა, ხოლო არვ თერაპიის ერთი მთლიანად შეცვალა მიდგომა დაავადების მიმართ.

აივ-ის წარმოშობის შესახებ განსხვავებული ვერსიები არსებობს. ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში (მწვანე მაიმუნები, მაკაკები) ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფართოდ იყო გავრცელებული შიდსის ვირუსის წინამორბედი ვირუსი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისათვის. შემდგომში, მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების ზემოქმედებით, მაიმუნის ვირუსმა გადალახა სახეობრივი ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში. ამ ვერსიის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ის ფაქტი, რომ ზემოაღნიშნულ მაიმუნებში აღმოჩენილია ე.წ. მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (მივ), რომელიც მათში იწვევს შიდსის მსგავს დაავადებას. გარდა ამისა, ადამიანისა და მაიმუნისაგან გამოყოფილი ვირუსები საკმაოდ ჰგვანან ერთმანეთს გენეტიკური თვისებებით.

ამ თეორიის მიხედვით, დაავადების პირველი შემთხვევების გავრცელება დაიწყო კინშასაში, კონგოში 1920-იან წლებში, როდესაც მაიმუნიდან ადამიანზე გადაეცა ვირუსი. 1980 წლამდე არ არის ცნობილი რამდენი ადამიანი დაინფირიდა აივ-ით, რადგან დაავადების პირველი შემთხვევების აღწერა მხოლოდ 1980 წელს მოხდა⁶. აივ/შიდსის პირველი სპორადიული შემთხვევები რეტროსპექტრულად იქნა დადასტურებული გაყინულ სისხლის ნიმუშებში, რაც იმაზე მეტყველებს რომ აივ-ის ეპიდემია მე-20 საუკუნის 70-იან წლებში დაიწყო. ერთ-ერთი მოსაზრებით 1980 წლისთვის აივ-ი უკვე გავრცელებული იყო 5 ქვეყანაში ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკის, ევროპის, აფრიკის და ავსტრალიის გარკვეულ ნაწილებში და დაახლოებით

100,000-300,000 ადამიანი იყო ინფიცირებული.

1981 წელს, ლოს ანჯელესის ჰოსპიტალში პნევმოცისტური პნევმონიის დიაგნოზი დაესვა 5 ჰომოსექსუალური კონტაქტის მქონე ახალგაზრდა მამაკაცს, რომლებიც წლების განმავლობაში ითვლებოდნენ ჯანმრთელ პირებად (არ იყო თანდაყოლილი იმუნოდეფიციტი). იმავე პერიოდში ნიუ იორკსა და სან ფრანცისკოში რეპორტირებული იქნა კაპომის სარკომის შემთხვევები ახალგაზრდა მამაკაცებში^{7:8} ამავე წლის დეკემბერში პნევმოცისტური პნევმონიის შემთხვევა დაფიქსირდა ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელ პირებში. მთლიანობაში, 1981 წლის ბოლოსთვის რეგისტრირდა 270 შემთხვევა ღრმა იმუნოდეფიციტის ფონზე განვითარებული დაავადებებისა (კაპომის სარკომა, პნევმოცისტური პნევმონია), რომელთა შორის 121 გარდაიცვალა.

1982 წლის ივლისში შიდსთან ასოცირებული დაავადებები აღწერილი იქნა ჰემოფილით დაავადებულ პაციენტებს. ამავე წელს აშშ დაავადებათა კონტროლს ცენტრის მიერ შემოტანილი იქნა ტერმინი შიდსი (შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი), რომელიც კლასიფიკაციაში შევიდა როგორც ახალი დაავადება. 1983 წლის ბოლოსთვის აშშ-ში დაავადებულთა რიცხვმა 3000 გადააჭარბა, მათ შორის 1300-მდე შემთხვევა ლეტალობით დამთავრდა.

1983 წელს შიდსი კლინიკურად დაუდგინდათ შიდსით დაავადებული პაციენტების ქალ სქესობრივ პარტნიორებს, ამავე პერიოდში საფრანგეთში აღმოჩენილი იქნა ლიმფოდენიტთან ასოცირებული ვირუსი, რომელიც შესაძლოა შიდსის გამომწვევი ყოფილიყო. მოგვიანებით დაავადების გამომწვევი რომელსაც ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი უწოდეს აღმოჩენილი იქნა პასტერის ინსტიტუტში ფრანგი მეცნიერის ლუკ მონტანიეს და ფრანკოიზა ბარსინოუსის მიერ, ხოლო რობერტ გალოს დიდი როლი მიუძღვის ვირუსის კულტივაციასა და შემდგომში პირველი აივ სადიაგნოსტიკო ტესტის-სისტემის გამოგონებაში. ამავე წელს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ დადგინდა, დაავადების გადაცემის გზები (მათ შორის ვერტიკალური).

აივ/შიდსის გავრცელება მსოფლიოსა და საქართველოში

დღესდღეობით გაეროს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მონაცემებით, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემია კვლავ რჩება დინამიურ და მზარდი ხასიათის ეპიდემიად, რომელმაც საოცარი სისწრაფით მოიკვა მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა კონტინენტი და ყველა ქვეყანა.

მიუხედავად ახალი შემთხვევების მაღალი რიცხვისა, აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობა მცირდება მთელს მსოფლიოში, რაც რაც ძირითადად განპირობებულია ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ხელმისაწვდომობით და ეფექტური პროფილაქტიკური პროგრამების დანერგვით. 2010 წლიდან 15+ აივ ინფიცირებული მოზრდილი მოსახლეობის რაოდენობა 6%-ით შემცირდა. მთლიანად ახლად რეგისტრირებული აივ ინფიცირებული პაციენტების რაოდენობის შემცირება უმეტესად მაღალი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების ხარჯზე მოდის. ზოგიერთ ქვეყანაში აივ /შიდსის ახალი შემთხვევები 50%-ით არის შემცირებული, როცა გარკვეული ქვეყნების ნაწილში (განსაკუთრებით საშუალო და დაბალი განვითარების ქვეყნები) ხდება ახლად რეგისტრირებული შემთხვევათა მატება. ასეთ ქვეყნების რიცხვშია საქართველოც, სადაც სადაც აივ ინფიცირებულების რიცხვი ბოლო 5 წლის მანძილზე 20%-ით გაიზარდა.

ჩადებული ინვესტიციების საფუძველზე მსოფლიოში მცხოვრები აივ ინფიცირებული მოზრდილი პაციენტების 46% და ბავშვების 49% იმყოფება არც თერაპიაზე. არც თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია რაც შეიძლება მეტი აივ ინფიცირებული პაციენტის აქტიური გამოვლენა, მათი არც თერაპიაზე ხელმისაწვდომობა, რაც შიდსის 21

საერთაშორისო კონფერენციის ძირითადი თემა იყო.

გაეროს მიდგომა „90-90-90“ (2020 წლის ბოლოსთვის გამოვლენილი უნდა იყოს აივ ინფიცირებულების 90%; გამოვლენილთაგან 90%-ს უნდა ჰქონდეს არც თერაპიაზე ხელმისაწვდომობა და მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების 90% ვირუსული დატვირთვის მაჩვენებელი არაგანსაზღვრამდე უნდა იყოს შემცირებული), საწინდარია შიდსის ეპიდემიის უკუგანვითარებისა, რაც 2030 წლისთვის არის დაგეგმილი.

საქართველოში აივ ინფექციის პირველი შემთხვევა 1989 წელს დაფიქსირდა. სტატისტიკურ მონაცემებზე ქვეყანაში შეინიშნება დაავადების შემთხვევების ნელი, მაგრამ სტაბილური ზრდის ტენდენცია. როგორც ზემოთ ავნიშნეთ აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობამ 2010 წლიდან 2015 წლამდე 20%-ით მოიმატა და მას შემდეგ ახალი შემთხვევების რაოდენობა ყოველწლიურად იმატებს. ყოველივე ამის გათვალისწინებით მეტი ყურადღება უნდა მიენიჭოს დაავადების დროულ გამოვლენას და გამოვლენილი პაციენტების არც თერაპიით უზრუნველყოფას.

საქართველოში აივ/შიდსის შემთხვევათა ზრდა რიგი ფაქტორებითაა განპირობებული, მათ შორის არის მეზობელ ქვეყნებში აივ შემთხვევების მკვეთრი მატება, რაც გავლენას ახდენს საქართველოს შიდსის ეპიდემიაზე როგორც საქართველოს მხრიდან შრომითი მიგრანტების გადინების, ისე ამ ქვეყნებიდან ტურისტული ნაკადის მატებით.

ქვეყნის შიგნით აივ-ის გავრცელების ძირითად ფაქტორებს წარმოადგენს ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების მაღალი რიცხვი (საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების სავარაუდო რიცხვი 50,000-ია); დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების მაღალი რიცხვი და შესაბამისად სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მაღალი გავრცელება, სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი გამოცდილება და შესაბამისად აივ ინფიცირებულების გვიან სტადიაზე გამოვლენა(შიდსის ცენტრის მიერ ჩატარებული კვლევით აივ ინფიცირებულთა 50%-ზე მეტის გამოვლენა შიდსის სტადიაზე ხდება), ქვეყანაში აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია, რაც ხელს უშლის მოსახლეობის, განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა აივ/შიდსზე გამოკვლევის ხელმისაწვდომობას.

საქართველოში რეგისტრირებული აივ ინფიცირებული პაციენტების საშუალო ასაკი 30 წელია, ინფიცირებულთა 75% მამრობითი სქესის წარმომადგენელია².

2010 წლიდან საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების თავისებურებანი მსგავსი გახდა ევროპის ქვეყნებში ეპიდემიის გავრცელებისა, სადაც აივ ინფექციის გავრცელების ძირითად გზას დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტი წარმოადგენს. 2010 წლამდე აივ-ის გავრცელება საქართველოში ძირითადად ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით იყო განპირობებული, ხოლო 2010 წლიდან იმატა სქესობრივი კონტაქტით გადამდები მაჩვენებელმა (როგორც ჰეტერო, ისე ჰომო სექსუალური კონტაქტი). თუმცა აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით ინფიცირება ნაწილობრივ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის ხარჯზე მოდის.

საქართველოში 2014-2015 წლებში ჩატარებულმა ბიომარკერის კომპონენტით ქვევაზე ზედამხედველობის კვლევის შედეგებმა უჩვენეს, რომ საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელება ყველაზე მაღალი მსმ პოპულაციაშია (21%). ხოლო ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში მისი გავრცელება 2.2%-ია^{3,4}.

აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგია

აივ ინფექცია/შიდსის გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ), რომელიც მიეკუთვნება რეტროვირუსების ოჯახს, ლენტოვირუსების ქვეოჯახს. ამ სახის ვირუსებისათვის, ისევე როგორც აივ-ისთვის დამახასიათებელია დაავადების ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდი.

დღესდღეობით 2 სახის აივ-ია აღმოჩენილი, რომლებიც აბსოლუტურად იდენტურია დაავადების გადაცემის გზების და დაავადების განვითარების თვალსაზრისით. ისინი ერთმანეთისგან გენეტიკური თავისებურებებით განხვავდებიან და მათი გავრცელება სხვადასხვა კონტინენტზე სხვადასხვანაირია.

აივ-2 ძირითადად დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ ქვეყნებშია გავრცელებული, და შედარებით უფრო დაბალი კონტაგიოზურობით ხასიათდება. იშვიათია აივ-2-ის ვერტიკალური გადაცემის შემთხვევებიც. აივ-2 კლინიკურად აივ-1 –ის მსგავსია, მაგრამ ახასიათებს შედარებით დაბალი ვირუსული დატვირთვა და დაავადების ნელი კლინიკური პროგრესირება. ქვემოთ მოყვანილი ინფორმაცია იდენტურია აივ-1 და აივ-2 ვირუსებისათვის.

აივ-ის გადაცემის გზა

აივ-ი აღმოჩენილია მთელ რიგ ბიოლოგიურ სითხეებში, მას განსაკუთრებით მაღალი კონცენტრაციით შეიცავს სისხლი, სპერმა, ვაგინალური სეკრეტი, თავზურგტვინის სითხე და მემუძური ქალის რძე.

შესაბამისად აივ ინფექციის გადაცემის 3 გზა არის რეგისტრირებული.

- აივ ინფიცირებულთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით გადაცემა;
- პარენტრალური ანუ სისხლის გზით გადაცემა;
- ვერტიკალური / პერინატალური (დედიდან შვილზე) გადაცემა.

აივ სქესობრივი გზით გადაცემა

აივ ინფექციის ერთ-ერთი წამყვანი გზა მისი სქესობრივი გადაცემაა. დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის დროს აივ ინფექციის გადაცემის რისკი საშუალოდ 30%-ია (HIV 2010 Hoffman; Rockstroh). თუმცა დიდი მნიშვნელობა აქვს სქესობრივი კავშირის სახეს, სხვა სქესობრივი გზით დაგამდები ინფექციების ქონას, აივ ინფიცირებული პირის ვირუსულ დატვირთვას და სხვა. აივ ინფექციის სქესობრივი გზით ინფიცირების მაღალი რისკი გააჩნიათ პირებს, რომლებიც აღნიშნავენ ხშირ დაუცველ როგორც ჰომოსექსუალურ, ისე ჰეტეროსექსუალურ კონტაქტებს. აივ-ით სქესობრივი გზით გადაცემის ინფიცირების რისკი მაღალია იმ მამაკაცებში, რომლებსაც აქვთ დაუცველი ჰომოსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი, კომერციული სექსის მუშაკებში, სქესობრივი გზით დაამდები ინფექციების (სგგი) მქონე პირებში. დაინფიცირების ალბათობა იზრდება სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების დროს.

ცხრილ # 1 და #2 ში მოყვანილია ინფორმაცია აივ- ის სქესობრივი გზით გადაცემის რისკი ჰეტეროსექსუალური (ცხრილი # 1) და ჰომოსექსუალური (ცხრილი # 2) კონტაქტის დროს მაღალი და დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებისათვის.

ცხრილი No 1

აივ-ით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის დროს

აქტივობა	აივ-ით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ექსპოზიციის დროს
აივ ინფიცირებული ქალიდან მამაკაცზე გადაცემის რისკი ვაგინალური სქესობრივი კონტაქტის დროს (მაღალი შემოსავლების ქვეყანა)	0.04% (1:2380)
აივ ინფიცირებული მამაკაციდან ქალზე გადაცემის რისკი ვაგინალური სქესობრივი კონტაქტის დროს (მაღალი შემოსავლების ქვეყანა)	0.08% (1:1234)
აივ ინფიცირებული ქალიდან მამაკაცზე გადაცემის რისკი ვაგინალური სქესობრივი კონტაქტის დროს (საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყანა)	0.38% (1:263)
აივ ინფიცირებული მამაკაციდან ქალზე გადაცემის რისკი ვაგინალური სქესობრივი კონტაქტის დროს (საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყანა)	0.30% (1:333)
ვაგინალური სქესობრივი კონტაქტი ასიმტომურ სტადიაში მყოფ აივ ინფიცირებულთან	0.07% (1:1428)
ვაგინალური სქესობრივი კონტაქტი შიდსის სტადიაში მყოფ აივ ინფიცირებულთან	0.55% (1:180)

წყარო: <http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/>

ცხრილი No 2 - აივ-ით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ჰომოსექსუალური კონტაქტის დროს

აქტივობა	აივ-ით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ექსპოზიციის დროს
Receptive ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებს შორის, როდესაც პარტნიორის აივ სტატუსი უცნობია	0.27% (1:370)
Receptive ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებს შორის, როდესაც ერთ ერთი პარტნიორი აივ ინფიცირებულია	0.82% (1:123)
Receptive დაცული (პრეზერვატივის გამოყენებით) ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებს შორის, როდესაც პარტნიორის აივ სტატუსი უცნობია	0.18% (1:555)
Insertive ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებს შორის, როდესაც პარტნიორის აივ სტატუსი უცნობია	0.06% (1:1666)
Insertive დაცული (პრეზერვატივის გამოყენებით) ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებს შორის, როდესაც პარტნიორის აივ სტატუსი უცნობია	0.04% (1:2500)

წყარო: <http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/>

აივ პარენტერალური / სისხლის გზით გადაცემა

აივ პარენტერალური ანუ აივ-ის სისხლის გზით გადაცემაში იგულისხმება სისხლის ან მისი

კომპონენტების გადასხმა, არასტერეილური სამედიცინო ინსტრუმენტებით ინვაზიური სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარება და ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში შპრიცების და სხვა საინექციო მასალების გაზიარება.

აივ ინფიცირებული სისხლის ან მისი ცალკეული კომპონენტების გადასხმით რეციპიენტის ინფიცირების ალბათობა 95% უტოლდება (<http://www.avert.org/blood-safety-hiv.htm>) და ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენდა მსოფლიოში. ამის გამო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გადაწყვეტილებით, 1985 წლიდან ყველა დონორის სისხლი ყოველი დონაციის წინ მოწმდება აივ ინფექციაზე. შესაბამისად, ამ გზით დაავადების გავრცელება მკვეთრად შემცირდა.

აივ ინფექციის გადაცემა ნემსის ერთჯერადი ჩხვლეტის შედეგად შეადგენს 0.3%-ს. ეპიდემიოლოგიურად უფრო საშიშია იმ ნემსის ჩხვლეტა, რომელიც მოხდა პაციენტის ვენიდან გამოღების შემდეგ, ვიდრე ქირურგის მიერ ნახმარი დაბინძურებული სამედიცინო ინსტრუმენტით კანის დაზიანება.

ვინაიდან ნემსის გაზიარების დროს ნემსში რჩება აივ-ით ინფიცირებისათვის საკმარისი რაოდენობის სისხლი, აივ-ით ინფიცირების რისკი საკმაოდ მაღალია იმ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში, ვისაც აქვთ ნემსის გაზიარების პრაქტიკა. მსოფლიოში ზიანის შემცირების პროგრამების დანერგვის შემდეგ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში აივ ინფექციის გავრცელება საგრძნობლად შემცირდა (HIV 2010 Hoffman; Rockstroh).

ცხრილი No 3 - აივ პარენტერალური გზით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ექსპოზიციის დროს

აქტივობა	აივ-ით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ექსპოზიციის დროს
ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება	0.63% (1:158) to 2.4% (1:41)
ნემსის ჩხვლეტა, როცა არ არის სხვა რისკ ფაქტორი	0.13% (1:769)
დაინფიცირებული სისხლის გადასხმა	92.5% (9:10)

წყარო: <http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/>

აივ ვერტიკალური/ პერინატალური გადაცემა

აივ ინფიცირებული ორსულიდან ნაყოფზე-ახალშობილზე გადაცემის ალბათობა ზოგადად 15-45%-ია (<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/>). ვერტიკალური გზით აივ-ის გადაცემა შესაძლებელია მოხდეს:

- ნაყოფს მუცლად ყოფნის პერიოდში - ვირუსს აქვს უნარი გაიაროს პლაცენტარული ბარიერი და დაინფიციროს ნაყოფი;
- მშობიარობის დროს - ინფიცირებულ ახალშობილთა 70-75% ვირუსი მშობიარობის დროს გადაეცემათ დედის სისხლთან და საშვილოსნოს სეკრეტთან პირდაპირი კონტაქტის გამო.
- ძუძუთი კვების დროს - ინფიცირებული ბავშვების 10-15% ინფიცირება გამოწვეულია ინფიცირებული ქალის რძის კვებით, რადგან აივ-ი ქალის რძეში არის აღმოჩენილი. ამის გამო აივ ინფიცირებულ დედებს ეძლევათ რეკომენდაცია ბავშვის ხელოვნურ საკვებზე გადაყვანის შესახებ.

ცხრილი No 4 - არვ თერაპიაზე მყოფი აივ ინფიცირებული ორსული ქალისგან ნაყოფზე/ახალშობილზე აივ გადაცემის რისკი

აქტივობა	აივ-ით ინფიცირების რისკი ერთჯერადი ექსპოზიციის დროს
ვერტიკალური გადაცემა, როდესაც ორსული იღებს არვ თერაპიას მინიმუმ 2 კვირის მანძილზე	0.8% (1:125)
ვერტიკალური გადაცემა, როდესაც ორსული იღებს არვ თერაპიას და მის სიხლსში ვირუსული დატვირთვის მაჩვენებელი ნაკლებია 50-ზე 1 მლ სისხლში	0.1% (1:1000)

წყარო: <http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/>

ზოგადად, აივ ინფიცირებული პირიდან ინფექციის გადაცემის რისკი ყველაზე მაღალია ინფიცირებიდან რამდენიმე კვირის განმავლობაში და შემდეგ, დაავადების პროგრესირებისას, როდესაც ყველაზე მაღალია ვირუსული დატვირთვის მაჩვენებელი.

ბოლო წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა უჩვენა, რომ აივ სქესობრივი გადაცემა მცირდება 95%-ით, თუ პაციენტი იმყოფება ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე და მის სისხლში ვირუსის რაოდენობა განუსაზღვრელია.

აივ-ი არ გადაეცემა:

- ჰაერ-წვეთოვანი გზით. შესაბამისად არ არის საშიში აივ ინფიცირებულთან საუბარი. ვირუსი არ გადაეცემა დახველებით, დაცემინებით ან კოცნით.
- საყოფაცხოვრებო და სოციალური კონტაქტებით. არ არის საშიში ხელის ჩამორთმევა, მოხვევა, დაავადებულის მიერ გამოყენებული ჭურჭლით, თეთრეულით, საერთო ტუალეტით და აბაზანით სარგებლობა.
- არ არის საშიში აივ ინფიცირებულთან ერთად ყოფნა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში და ტრანსპორტით მგზავრობა.
- ვირუსი არ გადაეცემა მწერების ან/და ცხოველების კბენით.

აივ ინფიცირებული ადამიანი სოციალური და საყოფაცხოვრებო კონტაქტების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობას საფრთხეს არ უქმნის.

აივ ინფექციის კლინიკური სპექტრი

პერიოდი ინფიცირების მომენტიდან კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებამდე საშუალოდ 5-10 წელია, თუმცა დაავადების პროგრესირების ტემპი სხვადასხვა პაციენტებში სხვადასხვაა და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული, ერთი მხრივ, ვირუსის მიმღები ორგანიზმის ე.წ. დაცვით ფაქტორებზე და, მეორე მხრივ, ვირუსის თავისებურებებზე, ასევე მნიშვნელოვნად იცვლება იგი მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ფონზე.

აივ ინფექციის ბუნებრივ მიმდინარეობაში (მკურნალობის გარეშე) გამოყოფენ შემდეგ სტადიებს:

- ვირუსის ორგანიზმში შეჭრიდან 2-3 კვირაში ვითარდება ე.წ. მწვავე რეტროვირუსული სინდრომი;
- კლინიკური გაუმჯობესება და სეროკონვერსია – 2- 4 კვირა;
- ასიმპტომური ქრონიკული აივ ინფექცია – საშუალოდ 8 წელი;

- სიმპტომური აივ ინფექცია/შიდსი – საშუალოდ 1-3 წელი;

შიდსის კლინიკური გამოვლინებანი მეტად მრავალფეროვანია. შიდსით დაავადებულს ღრმა იმუნოდეფიციტის ფონზე შეიძლება განუვითარდეს პრაქტიკულად ნებისმიერი ინფექცია და სიმსივნე, მაგრამ მათი განვითარების სიხშირე ერთნაირი არ არის. ყველაზე ხშირად უვითარდებათ ე.წ. ოპორტუნისტული ინფექციები და ის სიმსივნეები, რომლებიც, სავარაუდოდ, ასოცირებულია ვირუსებთან.

ოპორტუნისტული ეწოდება ინფექციას, რომლის გამომწვევი (ბაქტერია, ვირუსი, პარაზიტი თუ სოკო) ჩვეულებრივ შეიძლება ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმშიც ბინადრობდეს, არ იწვევდეს დაავადებას. მისი გააქტიურება ხდება მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში, რომელმაც შესაძლებელია გამოიწვიოს ორგანიზმის მძიმე დაავადება ლეტალური გამოსავალით (მაგ: ციტომეგალოვირუსული რეტინიტი, პნევმოცისტური პნევმონია, კრიპტოკოკული მენინგიტი, ტოქსოპლაზმოზური ენცეფალიტი და ა.შ..). შიდსით ავადმყოფებში ოპორტუნისტული ინფექცია, როგორც წესი, მძიმედ მიმდინარეობს და ცუდად ექვემდებარება მკურნალობას.

შიდს-ინდიკატორულ სიმსივნეებს მიეკუთვნება: კაპოშის სარკომა, ლიმფური სისტემის კიბო და საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური სიმსივნე. აღსანიშნავია, რომ სამივე მათგანი ვირუს-ასოცირებულია, კერძოდ: კაპოშის სარკომა უკავშირდება ადამიანის მერვე ტიპის ჰერპესის ვირუსს, ლიმფომები ასოცირებულია ეპშტეინ-ბარის ვირუსთან, ხოლო საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომა ვირუსის მაღალი ონკოგენობის მქონე შტამებთან.

აივ ინფექცია/შიდსის პროგრესირების შესაფასებლად საუკეთესო ლაბორატორიული მარკერებია ვირუსული დატვირთვა (ანუ ვირუსის კონცენტრაცია 1 მლ პლაზმაში) და CD4+ ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვი 1 მმ³ სისხლში, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია დაავადების სტადიისა და სიმძიმის შეფასება და მოსალოდნელი პროგრესირების პროგნოზირება შიდსის კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე 1,5-2 წლით ადრე. ვირუსული დატვირთვის მატებას, როგორც წესი, თან სდევს CD4+ ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის შემცირება. CD4+ პირდაპირპროპორციულ კავშირშია ოპორტუნისტული დაავადებების განვითარების რისკთან. უფრო მეტიც, CD 4+უჯრედების გარკვეულ მაჩვენებელზე მოსალოდნელია ამა თუ იმ კონკრეტული ოპორტუნისტული ინფექციის და/ან სიმსივნეების განვითარება.

აივ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

აივ ტესტირებასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ტერმინის განმარტება:

შესაძლო შემთხვევა - პიროვნება, რომელიც მოაკითხავს ნკტ ცენტრს კონსულტირებისა და/ან ტესტირებისათვის განიხილება როგორც შესაძლო შემთხვევა

სავარაუდო შემთხვევა - თუ პიროვნებას პირველადი გამოკვლევის შედეგად მიღებული იქნა აივ დადებითი პასუხი, ის განიხილება როგორც სავარაუდო შემთხვევა (სავარაუდო აივ ინფიცირებული)

დადასტურებული შემთხვევა - როდესაც პიროვნებას კონფირმაციული კვლევით დაუდასტურდება აივ ინფექციის დიაგნოზი

დღეისათვის აივ ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ძირითადი საშუალებებია სისხლში აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების და ვირუსის გენეტიკური მასალის განსაზღვრა.

აივ ანტისხეულების განსაზღვრის მეთოდები ორ ჯგუფად იყოფა: პირველადი ანუ სკრინინგული და დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული.

სკრინინგულ მეთოდებს მიეკუთვნება: აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამოვლენა იმუნოფერმენტული ანალიზის (იფა), იმუნოფლუორესცენციის, ჰემაგლუტინაციის, იმუნოქრომატოგრაფიის, მიკროპრეციპიტაციის და სხვა მეთოდებით. გამოკვლევის ხანგრძლივობის მიხედვით ეს მეთოდები იყოფა ჩვეულებრივ (ხანგრძლივობა 2-5 საათი) და სწრაფ/მარტივ (ხანგრძლივობა 10-50 წუთი) მეთოდებად.

კონფირმაციული მეთოდებიდან ძირითადად გამოიყენება იმუნობლოტინგის მეთოდი. სკრინინგულ მეთოდებს შორის ყველაზე ფართოდ გამოიყენება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამოვლენა იფა და სწრაფი/მარტივი მეთოდებით, რომლებიც მაღალი მგრძნობელობითა და სპეციფიურობით ხასიათდება. მათი საშუალებით აივ ანტისხეულები სისხლში ვლინდება ინფიცირებიდან 4-8 კვირის (სერონეგატიური ფანჯრის პერიოდის გავლის) შემდეგ. “სერონეგატიური ფანჯრის პერიოდი” ეწოდება აივ-ის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ პერიოდს, სანამ მოხდება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამომუშავება, რასაც საშუალოდ 4-8 კვირა ესაჭიროება.

დადებითი შედეგის მიღების შემთხვევაში კვლევა გრძელდება დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული მეთოდით. იმუნობლოტი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სპეციფიკური ანტიგენების, ანუ ვირუსის ცალკეული ცილების საწინააღმდეგო ანტისხეულები.

აივ დადებითად ითვლება 18 თვეზე უფროსი ასაკის მოზარდები და მოზრდილები, რომელთაც სისხლში/შრატში/პლაზმაში ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეში დაუდასტურდებათ აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების არსებობა კონფირმაციული (იმუნობლოტინგის) მეთოდით. სადღეისოდ ყველაზე ზუსტი და მაღალმგრძნობიარე მეთოდია ვირუსის გენომის (რნმ, დნმ) გამოვლენა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდით. არსებობს ვირუსის გენომის გამოვლენის ალტერნატიული მეთოდებიც, თუმცა თავისი მგრძნობელობითა და სპეციფიურობით, სადღეისოდ, ისინი პჯრ მეთოდს ჩამორჩებიან. პჯრ-ის საშუალებით ხდება ინფექციური აგენტის გენეტიკური მასალის ამპლიფიკაცია და გამოვლენა იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მისი კონცენტრაცია გამოსაკვლევ მასალაში უკიდურესად მცირეა (1 ვირუსი 100 000 უჯრედზე).

პჯრ მეთოდი ორი სახისაა: თვისობრივი (დნმ) და რაოდენობრივი (რნმ). თვისობრივი პჯრ-საშუალებით ხდება ლინფოციტში ინტეგრირებული აივ დნმ-ს ნაწილაკის აღმოჩენა. გამოიყენება აივ ინფექციის დიაგნოსტიკისათვის ადრეულ სტადიაზე – სისხლში ანტისხეულების გაჩენამდე, აგრეთვე, იმუნობლოტით გაურკვეველი პასუხის მიღების შემთხვევაში. განსაკუთრებით დიდია მისი დიაგნოსტიკური ღირებულება ინფიცირებული დედის მიერ გაჩენილი ახალშობილის დიაგნოსტიკის მიზნით. ახალშობილის აივ ინფექციის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა პჯრ მეთოდს ენიჭება, რადგან ახალშობილის სისხლში დაახლოებით 15-18 თვის განმავლობაში ცირკულირებს დედიდან გადმოყოლილი აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულები.

რაოდენობრივი მეთოდი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ე.წ. ვირუსული დატვირთვა, ანუ ვირუსის რაოდენობა 1 მლ პლაზმაში. ვირუსული დატვირთვა საუკეთესო მარკერია დაავადების პროგნოზირებისა და მკურნალობის ეფექტიანობის შესაფასებლად.

აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა ახალშობილებში

აშშ დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრის რეკომენდაციების მიხედვით აივ

ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკა ახალშობილებსა და ბავშვებში დამყარებულია ლაბორატორიულ გამოკვლევებსა და კლინიკურ სიმპტომებზე.

აივ ანტისხეულების განსაზღვრა, რომელიც წარმოადგენს ძირითად დიაგნოსტიკურ ტესტს მოზრდილებში, 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში არ გამოიყენება, რადგან დედის ანტისხეულები პასიურად გაივლის პლაცენტას და ხვდება ნაყოფის სისხლში. ამიტომ ამ პერიოდში აივ ანტისხეულების აღმოჩენა ახალშობილის სისხლში არ ნიშნავს, რომ იგი აივ ინფიცირებულია. ანტისხეულების ნახევარ-დაშლის პერიოდი ხანგრძლივია და დედის აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულები ბავშვის ორგანიზმში დაახლოებით 15-18 თვის განმავლობაში რჩება.

ახალშობილებსა და 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში აივ ინფიცირების დიაგნოსტიკა ხდება აივ-ის გენეტიკური მასალის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით (პჯრ);

საქართველოს კანონმდებლობით, აივ ინფიცირებულად ითვლება 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვი, თუ ის დადებითია პჯრ მეთოდით ჩატარებული გამოკვლევით ორი განმეორებითი ვირულ ტესტში.

აივ ინფექციის მიმდინარეობა და მკურნალობის ძირითადი მიმართულებები

სადღეისოდ, აივ ინფექცია/შიდსი მართვადი ინფექციური დაავადებაა. აივ ინფექცია/შიდსის სამკურნალოდ შექმნილი მედიკამენტების ჯგუფს ეწოდება ანტირეტროვირუსული მედიკამენტები. სწორად შერჩეული და დროულად დაწყებული მკურნალობა აივ ინფექციის უსიმპტომო პერიოდს და პაციენტის სიცოცხლეს ახანგრძლივებს, ამასთან ერთად ამცირებს ვირუსის სხეებზე გადაცემის რისკს. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების მიღება ხდება სისტემატიურად და უწყვეტად მთელი სიცოცხლის მანძილზე.

განასხვავებენ აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობის შემდეგ მიმართულებებს:

1. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ანუ თვით ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის რეპლიკაციის წინააღმდეგ მიმართული მკურნალობა;
2. ოპორტუნისტული ინფექციების და სიმსივნეების მკურნალობა;
3. იმუნორეაბილიტაცია.

ანტირეტროვირუსული მკურნალობა

სადღეისოდ, ინიშნება ანტირეტროვირუსული მედიკამენტის სამი წამლის კომბინაცია, რაც ცნობილია მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის სახელით (მაართ). მსგავსი მიდგომა უზრუნველყოფს ვირუსის რეპლიკაციის სწავად და მაქსიმალურად დათრგუნვას სისხლში და მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობის განვითარების თავიდან აცილებას.

მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის შედეგად:

- ვირუსის რნმ სისხლში ხდება არაგანსაზღვრადი;
- ხდება CD4 ლიმფოციტების რაოდენობის აღდგენა;
- უმჯობესდება ავადმყოფის სიცოცხლის ხარისხი;
- მნიშვნელოვნად ხანგრძლივდება ავადმყოფის სიცოცხლე.

ახალი მიდგოით ანტივირუსული მკურნალობა იწყება პაციენტის გამოვლენიდან 1 თვის მანძილზე, რაც მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტის დამყოლობას წამლების მიღებაზე, აუმჯობესებს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს, და მნიშვნელოვნად ამცირებს აი-ის გადაცემას.

ანტირეტროვირუსული თერაპია ასევე ინიშნება აივ ინფიცირებულ ორსულებში ინფექციის ვერტიკალური გადაცემის შესამცირებლად. ანტირეტროვირუსული მკურნალობის პროფილაქტიკური კურსი (პეპ) ენიშნებათ ჯანდაცვის მუშაკებს, რომლებსაც აივ ინფიცირებულის სისხლით დაბინძურებული სამედიცინო ინსტრუმენტით ან ნემსით დაუზიანდათ კანი.

ოპორტუნისტული ინფექციების მკურნალობა

ოპორტუნისტული ინფექციების მკურნალობა ხდება შესაბამისი ანტიბაქტერიული, ანტივირუსული, ანტიფუნგალური ან ანტიპარაზიტული საშუალებებით, რომლებიც შიდასით ავადმყოფებში, ჩვეულებრივ, მაღალი დოზებით და ხანგრძლივად ინიშნება. სათანადო ჩვენებისას გამოიყენება ოპორტუნისტული ინფექციების (პირველ რიგში პნევმოცისტოზის) პროფილაქტიკური მკურნალობაც. ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა ხდება ონკოლოგიურ პრაქტიკაში მიღებული სქემების შესაბამისად.

აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია

ზოგადად, სტიგმა არის გარკვეული სოციალური ჯგუფების მიმართ ადამიანთა ნეგატიური განწყობის შედეგი; ხოლო დისკრიმინაცია წარმოადგენს სხვა ადამიანების მიერ უარყოფითი განწყობის და დამოკიდებულებების გამო გარკვეული ქმედების (ან, პირიქით, უმოქმედობის) განხორციელებას ამ სტიგმატიზებული ჯგუფის წევრების მიმართ. დისკრიმინაცია არ განიხილება, როგორც დამოუკიდებელი მოვლენა და კონცეპტუალურად იგი არ გამოიყოფა სტიგმისაგან. მრავალი ექსპერტის განმარტებით, დისკრიმინაცია წარმოადგენს სტიგმის შედეგს და იგი “ამოქმედებული” სტიგმაა.

აივ ინფიცირებულები დისკრიმინაციას განიხილავენ, როგორც ადამიანის უფლებების უხემ დარღვევას, იზოლაციას, განმკიცხავ დამოკიდებულებას გარკვეული ადამიანების მიმართ.

აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაციას მივყვართ აივ ინფიცირებულების მიმართ ნეგატიურ და ძალადობრივ დამოკიდებულებამდე. სხვადასხვა მონაცემებზე დაყრდნობით 35 ქვეყანაში რეპორტირებულია აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია. მეტიც, ამ ქვეყნებში დისკრიმინაციის პროცენტი 50-ზე მაღალია.

აივ ასოცირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის შედეგები საკმაოდ ფართოა. ზოგიერთ შემთხვევაში ეს გამოიხატება ოჯახის, მეგობრების და საზოგადოების მიერ აივ ინფიცირებული პაციენტის გარიყვით, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე უარით ან დაბალი ხარისხის მომსახურებით აივ დადებითი დიაგნოზის გამო. აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია ასევე შესაძლებელია გამოხატული იყოს აივ ინფიცირებული პაციენტის, ან აივ ინფიცირებული პაციენტის ოჯახის წევრისთვის სასწავლო დაწესებულებაში მიღებაზე უარით. ყვეალნაირი სახის სტიგმა და დისკრიმინაცია იწვევს აივ ინფიცირებული პაციენტის მორალურ და ფსიქოლოგიურ ტრამვას. ყველაფერ ამას კი მივყავართ აივ ტესტირების, მკურნალობის და პრევენციულ პროგრამებში ჩართულობის დაბალ მაჩვენებლებზე.

აივ ასოცირებული სტიგმა და მოწყვლადი პოპულაცია

აივ მოწყვლად პოპულაციას მიეკუთვნებიან ის ადამიანები, რომლებსაც აივ-ით ინფიცირების შედარებით მაღალი რისკი აქვთ. ასეთ პოპულაციად განიხილებიან მამაკაცები, რომლებსაც აქვთ სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცთან, სექს მუშაკები, ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები და ამ ჯგუფების სქესობრივი პარტნიორები, რომლებიც ხშირად ისედაც სტიგმატიზირებულები არიან საზოგადოების მხრიდან მათი საქციელის გამო. შესაბამისად, აივ

ინფიცირებული პაციენტები, რომლებიც მიეკუთვნებიან ზემოთ ჩამოთვლილ ჯგუფებს ორმაგ სტიგმატიზაციას განიცდიან საზოგადოების მხრიდან.

კვლევებმა ცხადყო, რომ პაციენტები, რომლებიც განიცდიან სტიგმატიზაციას საზოგადოების მხრიდან 4-ჯერ უფრო მეტი შანსი აქვთ მიიღონ დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, ვიდრე პირებმა, რომლებიც არ არიან სტიგმატიზირებული რაიმე ნიშნით.

ყველაფერ ამას, აივ ასოცირებულ სტიგმასა და დისკრიმინაციას მივყავართ პაციენტის გვიან სტადიაზე გამოვლენამდე, რაც პრობლემურია როგორც პაციენტის შემდგომი ჯანმრთელობის, ისე აივ გავრცელების მხრივ.

აივ ასოცირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის ფორმები

თვითსტიგმა - ეს არის პიროვნების ფსიქოლოგიური სტატუსი, როდესაც ის იზიარებს საზოგადოების აზრს თავის საქციელის, დაავადების ან სხვა რამის მიმართ და განიცდის სირცხვილის, გაბრაზების, უიმედობის გრძნობას. თვითსტიგმატიზირებული ადამიანს არ აქვს საზოგადოების დახმარების მიღების სურვილი. აივ-თან ასოცირებული თვითსტიგმა მნიშვნელოვნად აზიანებს პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობას, რასაც მივყავართ მკურნალობაზე უარის თქმამდე.

საკანონმდებლო სტიგმა - ქვეყნის დისკრიმინაციული კანონი, რეგულაცია ან აქტი, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს აივ ინფიცირებული პაციენტების სწავლასთან, მუშაობასთან და სხვა სოციალურ საკითხებთან.

2014 წლის მონაცემებით მსოფლიოს 64% ქვეყნებში არსებობს აივ/შიდთან დაკავშირებული კანონები, რომელიც იცავს აივ ინფიცირებულ ადამიანებს საზოგადოებრივი სტიგმისა და დისკრიმინაციისგან ამ ქვეყნების რიგს საქართველოც განეკუთვნება, სადაც 1999 წლიდან არსებობს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, რომელიც იცავს აივ ინფიცირებულ პაციენტს სამედიცინო პერსონალის დისკრიმინაციული ქმედებებისგან.

სტიგმა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან - როდესაც აივ ინფიცირებული პაციენტები ეხებიან სტიგმატიზირებულ დამოკიდებულებას სამედიცინო პერსონალის მხრიდან, რაც ძრითადად გამოიხატება პაციენტის მომსახურების უარის თქმასა და/ან დაბალი ხარისხის მომსახურებაზე.

სტიგმა სამუშაო გარემოში - სამუშაოდან აივ ინფიცირებული პაციენტების დათხოვნის არა ერთი მაგალითია როგორც მსოფლიო ისე საქართველოშიც. აივ ინფიცირებულებმა სტიგმა და დისკრიმინაცია შეიძლება განიცადონ მათი თანამშრომლებისგან, უფროსებისგან, რომლებიც სოციალურ იზოლაციაში მაწყვდევენ აივ ინფიცირებულ ტანამშრომლებს და აიძულებენ სამსახურის დატოვებას.

საზოგადოებრივი სტიგმა - საზოგადოების მხრიდან სტიგმატიზაციას ზოგჯერ მივყავართ იქამდე, რომ აივ ინფიცირებული პაციენტები იძულებულები ხდებიან დატოვონ თავიანთი საცხოვრებელი ადგილი და სხვაგან გადავიდნენ საცხოვრებლად. გლობალური კვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ აივ ინფიცირებული პაციენტების 35% არ ამყდვენებს თავის აივ სტატუსს იმის გამო, რომ საზოგადოების მხრიდან ნეგატივი დამოკიდებულების ეშინია¹⁹.

აივ ინფექციაზე გამოკვლევის ჩვენებები

21-ე საუკუნეში, ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ეპოქაში, აივ ინფექცია მომაკვდინებელი, ფატალური დაავადებიდან გახდა ქრონიკული და მართვადი დაავადება. მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპიის ფონზე ითრგუნება ადამიანის

იმუნოდეფიციტის ვირუსის რეპლიკაცია სისხლში, მიიღწევა იმუნორეაბილიტაცია, უმჯობესდება ავადმყოფის სიცოცხლის ხარისხი და ბოლო მონაცემებით, აივ ინფიცირებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა იზრდება 27–დან 52 წლამდე. თუმცა, ზემოთ ხსენებული შედეგები მიიღწევა მხოლოდ დროულად დასმული აივ ინფექციის დიაგნოზისა და დროულად დაწყებული მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ფონზეა შესაძლებელი, მაშინ როდესაც დაავადების გვიანი დიაგნოსტიკა უკავშირდება აივ ინფექციით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებლებს.

ადრეული დიაგნოსტიკას სარგებელი აქვს როგორც პაციენტისთვის, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემისთვის. კერძოდ: ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ფონზე მცირდება აივ ინფექციის გადაცემის რისკი და ასევე, დადგენილია, რომ დიაგნოზის აღქმა იწვევს ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებას და სარისკო ქცევების შემცირებას.

ამდენად, მნიშვნელოვანია ის, რომ პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ აივ ინფექციაზე კონსულტირებისა და ტესტირების მაღალი ხელმისაწვდომობა. ამასთან ერთად ჯანდაცვის/სოც მუშაკებმა და სხვა პერსონალმა, რომელსაც შეხება აქვთ აივ მაღალი რისკის ქცევის მქონე პაციენტებთან აქტიურად უნდა შესათავაზონ პაციენტებს აივ-ზე კონსულტირება და ტესტირება.

კონსულტირებისა და ტესტირების შეთავაზება ძირითადად ხდება 2 კრიტერიუმის მიხედვით:

ეპიდემიოლოგიური ჩვენების მიხედვით (აივ ასოცირებული სარისკო ქცევა/ფაქტორი)

კლინიკური ჩვენების მიხედვით (როდესაც პაციენტს აქვს აივ-ზე მიმანიშნებელი მდგომარეობა)

ყველა აივ-ზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების კონსულტანტს უნდა შეეძლოს აივ ინფექციაზე ტესტირების ინფორმირებული თანხმობის მიღება.

რეკომენდაციები აივ ინფექციაზე ტესტირებისთვის პაციენტის ეპიდემიოლოგიური ჩვენების მიხედვით

როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, აივ ინფექციის გადაცემის 3 გზა არის დადასტურებული. ესენია:

1. აივ სქესობრივი გადაცემა;
2. აივ პარენტერალური (სისხლის გზით) გადაცემა;
3. აივ ვერტიკალური გადაცემა.

აქედან გამომდინარე, აივ ინფექციაზე ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით აივ ინფექციის გადაცემის მაღალი რისკი აქვთ შემდეგ პირებს:

- აივ ინფიცირებულთან კონტაქტის მქონე პირებს (ნემსის ან სქესობრივი პარტნიორი, ოჯახის წევრი/სამედიცინო პერსონალი რომელსაც შეხება ჰქონდა აივ ინფიცირებული პირის ნემსთან, საპარსთან, ან რაიმე სხვა საგნებთან რომელიც დაბინძურებული იყო აივ ინფიცირებული პირის სისხლით);
- ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები და მათი სქესობრივი პარტნიორები;
- მრავლობითი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის მქონე პირები (როგორც ჰომო-, ისე ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი);
- კომერციული სექსის მუშაკები და მათი პარტნიორები

- გაუპატიურების მსხვერპლი პირები

მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა აივ ინფექციაზე კონსულტირება და ტესტირება მნიშვნელოვანი ფაქტორია აივ ადრეული დიაგნოსტიკისათვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაერო-ს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მიერ შემუშავებული შიდსთან ბრძოლის ახალი სტრატეგიის და 2012-2015 წლების სამოქმედო გეგმა ევროპის რეგიონისთვის, რომელიც დამტკიცდა ჯანმო-ს ევროპის რეგიონული კომიტეტის 61-ე სხდომაზე, ქ. ბაქოში, 2011 წლის 12-15 სექტემბერს მიხედვით, აივ/შიდსის პრევენციის ყველაზე ეფექტურ გზად მიჩნეულია აივ ინფიცირებულების ადრეული გამოვლენა და მკურნალობა, ანუ აივ ინფიცირებულების გამოვლენა დაავადების რაც შეიძლება ადრეულ სტადიაზე და მკურნალობის ადრეული დაწყება.

კერძოდ, ახალი სტრატეგიით მსოფლიოს ყველა ქვეყანას ეძლევა რეკომენდაცია, 2015 წლამდე უზრუნველყოს სულ ცოტა 90% მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა გამოკვლევა აივ ინფექციაზე.

მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა გამოკვლევის გაზრდა სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში აივ ინფექცია/შიდსზე რუტინული კვლევის შეთავაზებით

მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლები ძირითადად დაფარული პოპულაციაა, რომელთანაც აივ პრევენციული ღონისძიებების ჩატარება საკამოდ რთულია, მოიცავს სპეციფიკურ მიდგომებს და ამასთან ერთად დიდ ხარხარჯებთანაა დაკავშირებული. გარკვეულ დაწესებულებებში პოტენციური აივ ინფიცირებულების მიმართვიანობა (რომლებიც ასევე მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლები არიან) საკამოდ მაღალია, შესაბამისად ასეთ დაწესებულებებებში რეკომენდირებულია ყველა შემოსული პაციენტისათვის აივ ინფექციაზე კონსულტირებისა და ტესტირების შეთავაზება. ასეთ დაწესებულებებს მიეკუთვნება:

სქესობრივი ჯანმრთელობის კლინიკები - რადგან აივ ინფექცია, ისევე როგორც სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები გადაეცემა დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით.

ნარკოდამოკიდებულებული პირებისათვის სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრები და ზიანის შემცირების პროგრამების (შპრიცების გაცვლის პროგრამა, ჩანაცვლებითი თერაპია და სხვა) განმახორციელებელი დაწესებულებები - ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს აივ-ით ინფიცირების მაღალი რისკი აქვთ. ამიტომ ასეთ კლინიკებში რეკომენდირებულია ყველა შემოსული პაციენტის აივ-ზე რუტინული ტესტირება.

ძალადობის მსხვერპლის მომსახურე ცენტრები, თავშესაფრები - თავშესაფრებში მოხვედრილი სექსუალური ძალადობის ყველა მსხვერპლი უნდა იყოს გამოკვლეული როგორც აივ ინფექციაზე, ასევე სგგი-ზე და საჭიროების შემთხვევაში შეთავაზებული უნდა იქნას აივ პროფილაქტიკური თერაპია.

ვინ შეიძლება ჩაატაროს აივ-ზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

აივ-ზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება შეიძლება ჩაატაროს მედიცინის მუშაკმა, ექთანმა, სოც მუშაკმა და სხვა ყველა იმ პიროვნებამ, ვისაც გავლილი აქვს აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერთიფიცირებული სასწავლო კურსი და მიღებული აქვს შესაბამისი სერთიფიკატი.

კონსულტირება და ტესტირება შესაძლებელია ჩატარდეს როგორც დაწესებულებაში, ასევე

საველე პირობებში ე.წ. გასვლითი კონსულტირება და ტესტირება, სადაც გამოყენებული იქნება სპეციალური საველე სატრანსპორტო საშუალება (მობილური ამბულატორია).

რას მოიცავს აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება მოიცავს პიროვნებისათვის აივ ინფექციაზე რისკის შეფასებას და ტესტირების შეთავაზებას, აივ-ზე ტესტირებას და ტესტირების შედეგების მიწოდებას, მონაცემების შევსებას და ანგარიშგებას დადგენილი წესის მიხედვით (იხილეთ დანართი აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება).

აივ ინფექციაზე ტესტირების კონფიდენციალურობის საკითხები

საზოგადოებაში აივ ინფექცია, ისევე როგორც ონკოლოგიური დაავადებები, ტუბერკულოზი და სხვ. სტიგმატიზირებულ დაავადებად ითვლება, რის გამოც ადამიანები ერიდებიან აივ ინფექციაზე ტესტირებას; თავს იკავებენ სხვას გაუმჟღავნონ თავიანთი აივ სტატუსი, სიფრთხილეს იჩენენ მიაკითხონ შესაბამის სამსახურებს მხარდაჭერისა და ზრუნვისათვის. ამის გამო, მნიშვნელოვანია რომ აივ ინფექციაზე გამოკვლევა იყოს მკაცრად კონფიდენციალური. ტესტირების მაჩვენებლის გაზრდის და აივ ინფიცირებულების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის მიზნით ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტს ჰქონდეს ანონიმური ტესტირების ჩაიტარების შესაძლებლობა.

საქართველოს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ მე-9 მუხლი მთლიანად ეთმობა აივ ინფექციაზე გამოკვლევის კონფიდენციალურობის საკითხებს. ამ კანონს და სხვა საერთაშორისო გაიდლაინების თანახმად აივ ინფექციაზე ტესტირება მკაცრად კონფიდენციალურია, რომელსაც უნდა იცავდეს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება. ექიმის მიერ კონფიდენციალურობის დაცვა ასევე მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ პაციენტი ენდოს ექიმს და გაუმხილოს ყველა ის ინფორმაცია, რაც მნიშვნელოვანი იქნება მისი შემდგომი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის.

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად აივ ინფექციაზე გამოკვლევის შედეგები უნდა მიიღოს თვითონ პაციენტმა (არა მისმა ოჯახის წევრმა, მეგობარმა და ა.შ) თუ არ არის ამ პაციენტის მიერ წინასწარ გაცხადებული იმ მესამე პირის შესახებ, რომელსაც უფლება აქვს შეიტყოს მისი გამოკვლევის შედეგი.

სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულია აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინი, სადაც გაწერილია აივ ინფექცია/შიდსზე მონაცემების კონფიდენციალურად შენახვის წესები. ამ გაიდლაინის მიხედვით ზოგადი მოთხოვნები შემდეგია:

თითოეულ დაწესებულებაში გამოყოფილი უნდა იყოს კონკრეტული პიროვნება, ვისაც უშუალოდ დაეკისრება საერთო პასუხისმგებლობა მონაცემთა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით.

თითოეულმა დაწესებულებამ უნდა შეიმუშაოს მონაცემთა უსაფრთხოებისა და კონფიდენციალურობის მოთხოვნებისა და პროცედურების დოკუმენტი.

აღნიშნულ დოკუმენტს ყოველწლიურად უნდა გაეცნოს და ხელი მოაწეროს თითოეულმა თანამშრომელმა იმის ნიშნად, რომ ისინი გაეცნენ და მზად არიან დაიცვან აღნიშნული მოთხოვნები. ყოველი ახალი თანამშრომელი ასევე ხელს აწერს აღნიშნულ დოკუმენტს, რათა მას მიეცეს ეპიდზედამხედველობის მონაცემებზე მუშაობის ნებართვა.

დაწესებულების თითოეული თანამშრომელი, ვისაც ხელი მიუწვდება ეპიდზედამხედველობის მონაცემებზე, ინდივიდუალურად აგებს პასუხს საკუთარი სამუშაო ადგილის, კომპიუტერის, და ეპიდზედამხედველობის კონფიდენციალურ მონაცემთა შემცველი სხვა მოწყობილობების დაცვაზე. ეს კონკრეტულად გულისხმობს პასუხისმგებლობას გასაღებზე, ასევე პაროლსა და კოდზე, რომელთა დაკარგვის ან ინფორმაციის გაჟონვის შემთხვევაში იქმნება სხვებისათვის კონფიდენციალურ ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა.

თითოეული დაწესებულება ვალდებულია ყოველწლიურად თავისი თანამშრომლებისათვის მოაწიოს ტრენინგი, რომელიც სპეციალურად მიემდგვნება მონაცემთა უსაფრთხოებისა და კონფიდენციალობის დაცვის საკითხებს.

ეპიდზედამხედველობის კონფიდენციალური ინფორმაციის გაცემა დაწესებულების მიერ არა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნებისათვის ხდება მხოლოდ სასამართლოს შესაბამისი მოთხოვნა/გადაწყვეტილების შემთხვევაში ან ყველა სხვა შემთხვევაში, რაც რეგულირდება არსებული კანონმდებლობის მიხედვით.

დაწესებულებამ უნდა შეიმუშაოს დოკუმენტი იმის მითითებით, თუ რომელ კონკრეტულ თანამშრომელს რა ტიპის ინფორმაციაზე მიუწვდება ხელი, მათ შორის, განსაზღვროს იმ თანამშრომელთა სია, რომლებსაც ხელი მიუწვდებათ პერსონალური იდენტიფიკაციის შემცველ ეპიდზედამხედველობის მონაცემებზე.

დაწესებულებამ უნდა განსაზღვროს თუ ვინ არის დაწესებულებაში პასუხისმგებელი ეპიდზედამხედველობისათვის განკუთვნილი კორესპონდენციის ფოსტით მიღებაზე და გაგზავნაზე.

ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინის მიხედვით განსაზღვრული ანგარიშგება

ანგარიშგების მიზნები

აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მიზანია აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევების შესახებ აკურატული, დროული და სრული ინფორმაციის მოგროვება და მიწოდება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრისათვის, რომელიც გამოყენებული იქნება:

აივ/შიდსის მქონე პირების მახასიათებლების და რისკ ფაქტორების დადგენის;

აივ-ის ახლად რეგისტრირებული შემთხვევების, აივ პრევალენტობის და დაავადების ტვირთის ტენდენციების მონიტორინგის;

ჯანდაცვის სისტემაზე ფაქტობრივი და მოსალოდნელი ზეგავლენის შეფასების და ჯანდაცვის რესურსების საჭიროებების განსაზღვრის

ადვოკატირების ეფექტური სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელებისათვის

სახელმწიფო და სხვა პროგრამების დაგეგმვისა და მონიტორინგისა და შეფასებისათვის.

ანგარიშგებას დაქვემდებარებული მოვლენები და შემთხვევის სტანდარტული განმარტება

ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ადრე არა ანგარიშგებული აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკებული ყველა შემთხვევა ექვემდებარება ანგარიშგებას შემთხვევის ეროვნული სტანდარტული განმარტების შესაბამისად.

შესაძლო შემთხვევა - პიროვნება, რომელიც მოაკითხავს ნკტ ცენტრს კონსულტირებისა და/ან ტესტირებისათვის განიხილება როგორც შესაძლო შემთხვევა

სავარაუდო შემთხვევა - თუ პიროვნებას პირველადი გამოკვლევის შედეგად მიღებული იქნა აივ დადებითი პასუხი, ის განიხილება როგორც სავარაუდო შემთხვევა (სავარაუდო აივ ინფიცირებული)

დადასტურებული შემთხვევა - როდესაც პიროვნებას კონფირმაციული კვლევით დაუდასტურდება აივ ინფექციის დიაგნოზი

აივ ინფექციის შემთხვევად განისაზღვრება 18 თვის ან უფროსი ასაკის ინდივიდი, ეროვნული განსაზღვრებებისა და მოთხოვნების შესაბამისი ლაბორატორიული კრიტერიუმების საფუძველზე დადასტურებული აივ ინფექციით, რომელიც დიაგნოსტიკებულია ნებისმიერ კლინიკურ სტადიაზე, შიდსის ჩათვლით. აივ ინფექციის დიაგნოზი ისმება ლაბორატორიული კრიტერიუმების საფუძველზე.

აივ ინფექცია /შიდსის ეპიდზედამხედველობის ახალი სისტემა ითვალისწინებს აივ ინფექციაზე ტესტირებული ყველა შემთხვევის ანგარიშგებას, რომელზეც არსებობს შესაბამისი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები. ანგარიშგებას ექვემდებარება ნებისმიერი აივ ინფექციით ახლად დიაგნოსტიკებული ან წარსულში დიაგნოსტიკებული პირი დაავადების ნებისმიერ კლინიკურ სტადიაზე, რომელიც არ არის რეგისტრირებული ეპიდზედამხედველობის სისტემაში.

თავი 2 - სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

ზოგადი მიმოხილვა

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) არის დაავადებები, რომლებიც გადაეცემა დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით, თუმცა ზოგიერთი მათგანის გადაცემის სხვა გზაც არის რეგისტრირებული. სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს აივ/შიდსთან ერთად მიეკუთვნება ვენერიული დაავადებები როგორცაა: გონორეა, სიფილისი, ტრიქომონიაზი, ქლამიდიაზი, სოკოვანი ინფექციები, ვირუსული ინფექციები: ციტომეგალოვირუსული, ჰერპეს-ვირუსული, საშოს მეჭეჭები და სხვა დღესდღეობით მსოფლიოში 30-მდე სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა რეგისტრირებული. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები წარმოადგენენ საშიშროსნოს გარე ორსულობების, თვითნებური აბორტების, ნაადრევი მშობიარობების, ახალშობილთა პათოლოგიების განვითარების რისკ-ფაქტორებს. ორსულებში სიფილისი არის მკვდრადშობადობის შემთხვევათა 25%-ის და ნეონატალური სიკვდილობის 14%-ის მიზეზი.

მსოფლიოში ყოველწლიურად სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) 448 მილიონი ახალი შემთხვევა რეგისტრირდება. დაავადებულთა შორის ქალების რიცხვი 2-ჯერ აღემატება მამაკაცების რიცხვს. სგგი განსაკუთრებით ხშირია 18-25 წლის ახალგაზრდებში.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით საქართველოში 2015 წელს რეგისტრირებული სგგი შემთხვევების რაოდენობამ 12,000 მიაღწია. რეგისტრირებული პაციენტებიდან ყველაზე მეტი დაავადებული

იყო ტრიქომონიაზით(64%); რასაც მოსდევდა ქლამიდიოზი (შემთხვევათა 19%); სიფილისი (11%) და გონორეა (6%).

ჩვეულებრივ, სგგი სქესობრივი გზით ვრცელდება, რადგან დაავადების გამომწვევი მიკრობი ცხოვრობს სასქესო ორგანოების გამონაყოფში და გადაეცემა სპერმით და ვაგინალური სეკრეტით. ინფექციის წყარო სგგი-ს მქონე სქესობრივი პარტნიორია, მიუხედავად იმისა, აქვს თუ არა მას დაავადების ნიშნები. ხშირად ადამიანი ინფექციის მხოლოდ მტარებელია და მას ამ დაავადების ნიშნები არ აქვს გამოხატული. ამ შემთხვევაშიც იგი დაავადების გადაცემის წყაროს წარმოადგენს.

როგორც ზემოთ ავლინებით სგგი დაავადებები გადაეცემა დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით ინფიცირებულ ადამიანთან. ამასთან ერთად სგგი შესაძლებელია გადაეცეს:

- ინფიცირებული პირის სასქესო ორგანოების ან ბიოლოგიურ სითხეებთან (სპერმა, ვაგინალური სეკრეტი) შეხებით
- სგგი დაავადებულთან მჭიდრო საყოფაცხოვრებო კავშირით;
- ზოგიერთი სგგი შესაძლებელია გადაეცეს ინფიცირებული სისხლის გადასხმით ან სხვადასხვა სახის სამედიცინო მანიპულაციებით (აივ/შიდსი, B და C ჰეპატიტი, სიფილისი და სხვა).
- ვერტიკალური გზით - ინფიცირებული დედიდან ნაყოფზე/ახალშობილზე
- შეიძლება ერთი და იგივე ინფექცია რამდენჯერმე გადაგედოთ ან ერთდროულად რამდენიმე ინფექცია გქონდეთ.

სგგი გადაეცემა ხდება როგორც ჰეტეროსექსუალური (სხვადასხვა სქესის პარტნიორები), ისე ჰომოსექსუალური (ერთი სქესის პარტნიორები) სქესობრივი კავშირის დროს, ასევე, ვაგინალური, ანალური და ორალური სქესობრივი კავშირით. შესაძლებელია ადამიანი ერთდროულად რამდენიმე სგგი-თ დაინფიცირდეს.

სგგი არ გადაეცემა:

- ხელის ჩამორთმევით,
- სახელურებზე ხელის მოკიდებით,
- საერთო აბანოსა და საცურაო აუზის,
- საერთო ჭურჭლის და საკვების გამოყენებით
-

სგგი დამახასიათებელი ზოგადი სიმპტომები:

სგგი შესაძლებელია საერთოდ უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს (ფარული პერიოდი) ან მრავალი სხვადასხვა სიმპტომით იყოს გამოხატული. სგგი სიმპტომების ზოგადი ნიშნები შემდეგია:

- თეთრად შლა, ჭარბი ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი საშოდან;
- გამონადენი სასქესო ასოდან;
- ხშირი შარდვა, წვა და ტკივილი შარდვის დროს;
- ქავილი და/ან გამონაყარი სასქესო ორგანოების და უკანა ტანის მიდამოში;
- ნახეთქები, წყლულები, ჩირქოვანი ბუმტუკები გარეთა სასქესო ორგანოებზე, სწორი ნაწლავის გარშემო, პირის ღრუში;
- ლიმფური ჯირკვლების გადიდება საზარდულების მიდამოში;
- ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს.

ამ ნიშნებიდან ერთი ან რამოდენიმეს ერთობლიობა ხშირ შემთხვევაში მიგვანიშნებს სგგი ინფექციის არსებობაზე. ამასთან აუცილებლად გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ზემოაღნიშნული ჩივილების არსებობა არ ნიშნავს აუცილებლად სგგი-თ ინფიცირებას და არც მათი არარსებობა გამორიცხავს დაავადების არ არსებობას. სგგი საბოლოო დიაგნოზი მხოლოდ სრული გამოკვლევით ისმება.

სგგი დიაგნოსტიკა

ერთი ან რამოდენიმე სიმპტომის არსებობის შემთხვევაში, ან იმ შემთხვევაში თუ თქვენი პარტნიორი ინფიცირებულია რომელიმე სგგი-თ და თქვენ არ გაქვთ ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები აუცილებელია მიმართოთ სპეციალისტს. დაავადების დიაგნოსტიკა ხდება პაციენტის ანამნეზის (ჩივილების), გასინჯვის და ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე.

ძირითადი ლაბორატორიული გამოკვლევებია:

- საშოდან ნაცხის მიკროსკოპული დათვალიერება და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- სისხლში და ბიოლოგიურ სითხეებში ინფექციის გამომწვევის გამოვლენა ე.წ. კულტივაციის (მიკროორგანიზმის ზრდის ხელშემწყობი პირობების შექმნა) მეთოდით;
- სისხლში ინფექციის გამომწვევის სპეციფიური ანტიგენისა და მის მიმართ გამომუშავებული ანტისხეულის განსაზღვრა.
- სისხლში მიკროორგანიზმის ყველაზე სპეციფიური მახასიათებლის - დნმ, ან რნმ-ის განსაზღვრა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდით.

სგგი მკურნალობა

სგგი დაავადებების დიდი ნაწილი განკურნებადია დროული დიაგნოსტიკისა და სწორი მკურნალობის შედეგად. დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის სწორი რეჟიმის შერჩევას, რადგან არასწორად ნამკურნალებმა დაავადებამ შესაძლებელია მიიღოს ქრონიკული ხასიათი და გამოიწვიოს რიგი გართულებები.

სწორი მკურნალობა ინიშნება მხოლოდ სპეციალისტის მიერ სპეციალურ გამოკვლევებზე დაყრდნობით. მკურნალობის შედეგი ფასდება განმეორებითი ლაბორატორიული ანალიზით. მკურნალობა შეიძლება უშედეგო იყოს, თუ მოხდება სქესობრივ ურთიერთობის გაგრძელება სრულ გამოჯანმრთელებამდე. ასევე მნიშვნელოვანია პარტნიორების ერთდროული მკურნალობა (სიმპტომების არარსებობის მიუხედავად).

სიფილისი

სიფილისი ფართოდ გავრცელებული, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა, რომლის გამომწვევია ბაქტერია მკრთალი სპიროქეტა (*Treponema Pallidum*) და აზიანებს სასქესო ორგანოებს, კანსა და ლორწოვან გარსს, თუმცა შესაძლოა მოხდეს სხეულის სხვა ნაწილების ჩართვაც, მათ შორის თავის ტვინის და გულის.

ადამიანის ინფიცირება შესაძლებელია:

- დაავადებულ ადამიანთან:დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით,
- ინფიცირებულის ვაგინის, პენისის, ანუსის ან პირის ლორწოვან გარსთან კონტაქტით
- დაავადებულის წყლულებისა და გამონაყარის სითხესთან კონტაქტით
- დაინფიცირებული სისხლის საშუალებით (შპრიცი, ნემსი, ქირურგიული იარაღები)
- დაავადებული დედის მიერ შვილის დაავადება მუცლადყოფნის ან მშობიარობის დროს.
- ინფიცირება შეიძლება მოხდეს მთლიანობა დარღვეული კანიდან, დაავადებულის სპერმასთან, ვაგინასთან, გამონაყარის სითხესთან, სისხლთან კონტაქტის შემთხვევაში.

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ პირველად, მეორეულ, ლატენტურ, გვიან და ნეიროსიფილისს. ყველა ეტაპს გააჩნია დავისი დამახასიათებელი სიმპტომები:

პირველადი სიფილისი - სიმპტომების განვითარება ხდება დაინფიცირებიდან 10 დღიდან სამ თვემდე პერიოდში. პაციენტს აღენიშნება მცირე, უმტკივნეულო წყლული (მაგარი შანკრი) სხეულის იმ ნაწილზე, საიდანაც მოხდა ინფექციის გადაცემა, ძირითადად გენიტალიებზე, სწორი ნაწლავის არეში, ენაზე ან ტუჩებზე. შანკრი ტიპიურ შემთხვევაში ერთია, თუმცა შესაძლოა იყოს მრავლობითი წყლულებიც. შანკრი ყველაზე ხშირად ვითარდება სასქესო ორგანოებზე 75%-ში, პაციენტების 1/3 იგი აღინიშნება პირის ღრუში და ტუჩებზე. შესაძლებელია შანკრი განვითარდეს სწორ ნაწლავსა და ფრჩხილებზე, რაც იშვიათ ხასიათს ატარებს. გარდა შანკრის არსებობისა, პაციენტს ასევე შესაძლოა აღენიშნებოდეს გამონაყარი სხეულის ნებისმიერ ნაწილზე, ხელების და ფეხების ჩათვლით. განსაკუთრებით ყურადღება გასამახვილებელია გამონაყარი, რომელიც ლოკალიზებულია ტერფებზე. დაავადებას ასევე შესაძლებელია თან ახლდეს გრიპის მსგავსი სიმპტომები: თავის ტკივილი, სიცხე, შესიებული და მტკივნეული ლიმფური ჯირკვლები, სახსრების და ყელის ტკივილი.

კლინიკური ნიშნები შესაძლებელია მკურნალობის გარეშე გაქრეს და დაავადება გადავიდეს მეორე ფაზაში, რომელსაც **მეორეული სიფილისი** ეწოდება და ვითარდება შანკის გაჩენიდან 2-10 კვირის შემდეგ. მეორეული სიფილისისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებია გამონაყარი, რომელიც შემოფარგლულია და წითელი ან მოწითალო-მოყავისფრო ფერისაა, წყლულები მთელ სხეულზე, მათ შორის ხელისა და ფეხის გულებზე; ცხელება; დაღლილობა და დისკომფორტის შეგრძნება; მტკივნეულობა და გაღიზიანება. აღნიშნული სიმპტომები შესაძლოა უკუგანვითარდეს რამოდენიმე კვირაში ან გაგრძელდეს 1 წლამდე.

თუ არ მოხდა მეორეული სიფილისის სწორი მკურნალობა დაავადება გადადის **მესამე ფაზაში, რასაც ლატენტური სიფილისი** ეწოდება. ამ დროს პაციენტი ინფიცირებულია, მაგრამ მას სიფილისისათვის დამახასიათებელი ნიშნები არ ახასიათებს.

დაავადების შემდეგი სტადია არის გვიანი სიფილისი, როდესაც ბაქტერია ვრცელდება და იწვევს კანის, ძვლების და სხვადასხვა შინაგანი ორგანოების დაზიანებას. პაციენტს აღენიშნება გულ-სისხლძარღვთა პრობლემები: აორტის ან სხვა სისხლძარღვების ანევრიზმა და ანთება. სიფილისმა შესაძლოა ასევე, გამოიწვიოს გულის სარქველების დეფექტი, მაგ. აორტის სარქველის მანკი.

ნეიროსიფილისი ეს არის დაავადების ყველაზე გვიანი სტადია, როდესაც ზიანდება ადამიანის ნერვული სისტემა და ეს შესაძლებელია გამოვლინდეს ინფიცირებიდან საშუალოდ 5 წლის შემდეგ. ნეიროსიფილისის დროს პაციენტს გამოხატული აქვს ნევროლოგიური პრობლემები, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ინსულტი, კოორდინაციის დარღვევა, დაბუყება, დამბლა, მხედველობის პრობლემები და პიროვნების ცნობიერების შეცვლა - დემენცია.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა: სიფილისის დიაგნოსტიკა ხდება ტრიპონემული ტესტებით, როგორცაა იმუნოფლოუორესცენციის მეთოდი, და არატრიპონემული მეთოდი, რომელიც ხშირად გამოიყენება დიაგნოზის დასმის მიზნით. არატრიპონემულ მეთოდებს მიეკუთვნება RPR, VDRL და TPHA მეთოდები, ასევე შესაძლებელია სუმარული და IgM ანტისხეულების ტესტით სიფილისის დიაგნოსტიკა. ნეიროსიფილისის და ახალშობილთა ტესტირებისათვის გამოიყენება პჯრ მეთოდით გამოკვლევა.

მკურნალობა ტარდება მხოლოდ დიაგნოზის დადასტურების და ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ. რე-ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით დაუშვებელია მკურნალობის პერიოდში სქესობრივი კავშირი.

გონორეა

ყველაზე გავრცელებული ვენერიული დაავადება. მსოფლიოში ყოველწლიურად ინფიცირდება 60 მლნ-ზე მეტი ადამიანი. დაავადების გამომწვევია გონოკოკი და ის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ იწვევს დაავადება გონორეას. გონორეა ზრდის უნაყოფობისა და საშვილოსნოს გარე ორსულობის ალბათობას. შემთხვევათა ნახევარზე მეტში დაავადება თან ახლავს შარდსასქესო სისტემის სხვა დაზიანებებს. არანამკურნალებმა შემთხვევებმა ასევე შეიძლება პაციენტის სიბრძნვე გამოიწვიოს. გონოკოკით ინფიცირებულმა ორსულმა შესაძლოა დაინფიციროს ახალშობილი, რომლისაც უვითარდება თვალის და/ან სასუნთი გზების სერიოზული პრობლემები.

გონორეისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებია:

- თეთრი ან ჩირქოვანი გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან
- ტკივნეული ან გახშირებული შარდვა
- მუცლის ტკივილი და სისუსტე (ქალებში)
- წვა ან ტკივილი შარდვის ან დეფეკაციის დროს
- სპაზმები ან ტკივილი ჭიპის მიდამოში

დაავადება გადაეცემა სქესობრივი გზით - დაინფიცირების ალბათობა 50%-ია. და ვერტიკალური გზით (ახალშობილი შეიძლება დაინფიცირდეს დაავადებული დედისგან სამშობიარო გზების გავლის დროს).

გონორეა არ გადაეცემა საყოფაცხოვრებო გზით, აუზის, აბანოს, საერთო ჭურჭლის ან პირსახოცის საშუალებით დაავადების გადადების შანსი მიზერულია. გონორეის საინკუბაციო პერიოდი საშუალოდ 2-დან 10 დღეა, იშვიათად გრძელდება 1 თვე მეტ ხანს. გონორეის პირველი ნიშნები თავს იჩენს საინკუბაციო პერიოდის დასრულების შემდეგ და ძირითადად გამოხატულია შარდგამომყოფ არხში ქავილისა და ტკივილის შეგრძნებით. რამდენიმე დღის შემდეგ ხდება ურეთრის გარეთა ხვრელის შემუპება, ჩირქოვანი, უსიამოვნო სუნის გამონადენი, შესაძლოა, მცირე ზომის წყლულების გაჩენა.

ქალებში გონორეის გამოხატულება ძირითადად საშოდან გამონადენითა და შარდვის დროს ტკივილით გამოიხატება, მამაკაცებში ეს დაავადება მწვავე ურეთრიტის ფორმას იძენს და დაავადებულ **მამაკაცებს** აღნიშნებათ ჩირქოვანი გამონადენი და ტკივილი შარდვის დროს. არასწორი ან არანამკურნალებ შემთხვევაში გონორეა შესაძლებელია გადავიდეს ქრონიკულ ფორმაში, რასაც მოსდევს მწვავე და რემისიის პერიოდები. ქრონიკულმა გონორეამ შესაძლოა გამოიწვიოს პროსტატიტი, სათესლე ჯირკვლების ანთება და იშვიათ შემთხვევაში შესაძლებელია დაახიანოს თირკმელი და შარდის ბუშტი.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა: დიაგნოზის დადგენა ხდება გამონადენის შემოწმებით. გონორეის თვითმკურნალობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ქრონიკული ფორმის ჩამოყალიბება.

ქლამიდიოზი

ქლამიდიოზი, უჯრედშიდა პარაზიტის - ქლამიდიას მიერ გამოწვეული ანთებითი დაავადებაა, რომელიც ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ სეგი დაავადებებს მიეკუთვნება მსოფლიოში. ქლამიდიით ინფიცირება ხდება სქესობრივი (ვაგინალური, ანალური, ორალური) გზით, პირადი მოხმარების საგნებიდან, თეთრეულიდან, ამრიგად გამორიცხული არ არის ოჯახის ყველა წევრის დაავადება. ქლამიდიით დაავადებული დედა მშობიარობის პროცესში აინფიცირებს თავის ახალშობილს. ქლამიდიოზი იწვევს როგორც სასქესო ორგანოების დაავადებებს, ისე თვალის დაავადებებს, რასაც მხედველობის დაზიანებასა და სიბრმავემდე მივყავართ. ჯანმოს მონაცემებით საერთო სიბრმავეების მიზიზის 15% ქლამიდიით ინფიცირება წარმოადგენს.

ქლამიდიოზი არ ხასიათდება სპეციფიური კლინიკური ნიშნებით. მისი სიმპტომები სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების სიმპტომების მსგავსია.

ქალებში ქლამიდია საშვილოსნოს ყელის, ფალოპის მილების, საკვერცხეების ანთებას იწვევს, რომელიც 50-75% უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. გარკვეული პერიოდის შემდეგ ქალები შესაძლებელია უჩიოდნენ ქრონიკული მენჯის ტკივილს, ეროზიების წარმოქმნასა საშვილოსნოს ყელის მიდამოში საშვილოსნოს და საკვერცხეების და ფალოპის მილების ანთებას. ქლამიდიოზმა ასევე შესაძლებელია გამოიწვიოს შვილოსნობის პრობლემები და გარე ორსულობა.

მამაკაცებში ქლამიდია შემთხვევათა 50%-ში სიმძიმის, მოშარდვისას წვის შეგრძნებით, სასქესო ორგანოდან გამონადენით, სათესლეების შესიებითა და გადიდებით და გამაგრებით გამოიხატება. შესაძლებელია დაავადებულ ადამიანს აღენიშნებოდეს ცხელება, სასქესო ორგანოდან ჩირქოვანი გამონადენი. დაგვიანებული ან არასწორი მკურნალობის შედეგად შესაძლებელია ინფექციის გავრცელება სათესლეებში მოხდეს და გამოიწვიოს უნაყოფობა. ერთეულ შემთხვევებში პროსტატიტი.

ქლამიდიის ქრონიკულმა ფორმამ (მწვავე ხშირად გადადის ქრონიკულ ფორმამი) შესაძლოა გამოიწვიოს ტრაქომა (კონიუქტივიტი - ინფექცია ვრცელდება თვალიდან თვალზე თითს ამოსმით, საერთო პირსახოცით და ტანსაცმლის ხმარებით), ართრიტი (გამოიხატება ტრიადით : სახსრების ანთება, ურეთრიტი (ქალებში საშვილოსნოს ანთება), კონუქტივიტი) და ვენერიული ლიმფოგრანულომატოზი (საზარდულის ლიმფური კვანძების ანთება და გადიდება, გენიტალიების დაწყლულება იშვიათად გამოვლინდება სწორი ნაწლავის ანთების სახით). გარდა ამისა, ადამიანი რჩება დაავადების მტარებელი და ინფექციის გავრცელების წყარო.

ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკა წარმოებს სპეციალური ლაბორატორიული მეთოდით, რასაც წინ უნდა უსწრებდეს ტრიქომონიაზზე, გონორეაზე და კანდიდზე გამოკვლევა.

ტრიქომონიაზი

ტრიქომონიაზი ინფექციაა, რომელსაც მიკრობი - ტრიქომონა იწვევს. იგი ფართოდ გავრცელებული, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა, მაგრამ სხვა ადამიანებზე შეიძლება გადავიდეს დაავადებულის პირადი ნივთების გამოყენებითაც.

დაავადების სიმპტომების და ხანგრძლივობის მიხედვით განასხვავებენ შემდეგ ფორმებს: პირველადი ტრიქომონიაზი: მწვავე, ქვემწვავე, მცირე სიმპტომიანი და ქრონიკული ფორმა.

მწვავე და ქვემწვავე ფორმა ხასიათდება დიდი რაოდენობით ქაფიანი ჩირქოვანი გამონადენით, გარეთა სასქესო ორგანოების წვით და ქავილით. სიმძიმის შეგრძნობები მცირე მენჯის მიდამოში; უძილობით, ნევროზული მდგომარეობით, მტკივნეული შარდვით. ამ დროს სასქესო ორგანოები შეშუპებული და ჰიპერემულია, არც თუ იშვიათად ყალიბდება საშვილოსნოს ყელის ეროზია. მცირე სიმპტომიანი ფორმის დროს დამახასიათებელია სასქესო ორგანოებიდან გამონადენი; ქავილი და წვა არის ან მცირე ინტერვალებით ან საერთოდ არ არის.

ქრონიკული ფორმა ხასიათდება ხანგრძლივი მიმდინარეობით და რეციდივებით. რეციდივის მიზეზი შეიძლება იყოს პირადი ჰიგიენის დაუცველობა და ექსტრაგენიტალური დაავადებები, რომლებიც აქვეითებს იმუნიტეტს (მაგ.: გრიპი, გაციება).

ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია მცირე გამონადენი და ვულვის ქავილი. ხოლო გამწვავებისას ვლინდება ყველა ის სიმპტომი, რაც მწვავე ფორმას ახასიათებს. ქრონიკული ფორმის დროს, შესაძლოა ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე არ იყოს გამწვავება, მაგრამ დაავადებული მიკრობის მატარებელია და შეუძლია სხვა ადამიანის ინფიცირება.

ადამიანის პაპილომა ვირუსი (გენიტალური მეჭეჭი)

ადამიანის პაპილომა ვირუსი (აპვ) ვირუსთა ჯგუფია, რომელიც ძალზე გავრცელებულია მსოფლიოში და და ხუთი ადამიანიდან ოთხის ინფიცირებას აპვ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება, რომელიც 100-ზე მეტ სხვადასხვა შტამსა და ტიპს აერთიანებს. მათ შორის 13-ზე მეტი სახეობა ონკოგენურია და 70%-ში საშვილოსნოს ყელის კობოს იწვევს. დაახლოებით 40 ტიპი დაბალი რისკისაა და გენიტალური (სასქესო) ორგანოების - საშვილოსნოს, ვულვის, ვაგინის, სწორი ნაწლავის, ანუსის მეჭეჭების წარმოქმნას იწვევს. ადამიანის პაპილომა ვირუსის გარკვეული ტიპები კი ხელებსა და ფეხებზე მეჭეჭების წარმოქმნას უწყობენ ხელს.

გენიტალური მეჭეჭებილორწოვანი გარსის კეთილთვისებიან წანაზარდება, რომლებიც სხვადასხვა ფორმის, ზომის და რაოდენობისაა - ბრტყელი ან ზედაპირიდან წამოწეული, ერთეული ან მრავლობითი, მცირე ან დიდი. ეს წანაზარდები უმთავრესად საშოს, ანუსის, საშვილოსნოს ყელის, ასოს, საზარდულის არეებში ჩნდება. გენიტალური მეჭეჭების დიაგნოზის დასმა მხოლოდ დათვალეირებით არის შესაძლებელი.

ადამიანის პაპილომა ვირუსი ორგანიზმში მოხვედრის შემდეგ, შემთხვევათა 90%-ში თავისით გამოიდევენება; დანარჩენ 10%-ს უვითარდება პერსისტენტული (მუდმივი) პაპილომა ვირუსული ინფექცია.

გენიტალურ კონდილომატოზს (სასქესო ორგანოების მეჭეჭებს) ახასიათებს სიმპტომები – წვა, ქავილი და ტკივილი.

აპვ გადაეცემა მხოლოდ სქესობრივი გზით ხდება, გადაცემის ალბათობა ყველაზე მაღალია პირველი სქესობრივი კონტაქტის დროს.

დიაგნოზი: აპვ დიაგნოსტიკა ხდება PAP ტესტის საშუალებით. PAP-ტესტის დროს ხდება საშვილოსნოს ყელიდან უჯრედების აღება და აღებული ნაცხის მიკროსკოპში დათვალეირება. საშვილოსნოს ყელის ნაცხის გამოკვლევა სახეშეცვლილი (ანომალური) უჯრედების დროულად გამოვლენის საშუალებას იძლევა. ეს კი თავის მხრივ, (მაღალი რისკის

მქონე პაპილომა ვირუსის ტიპის არსებობის შემთხვევაში) საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკას უწყობს ხელს.

თავი 3 - სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები:

- ძირითადი ცნებები, განსაზღვრებები და ტერმინები
- რეპროდუქციული უფლებები

რა არის სექსუალური ჯანმრთელობა

ფართო თვალსაზრისით, სექსუალური ჯანმრთელობა არის პიროვნების პერსონალური აღქმა საკუთარი სექსუალური კეთილდღეობისა. ეს არის ფიზიკური, ემოციური, სოციალური და ინტელექტუალური ასპექტების ერთობლიობა, რომელიც ხელს უწყობს პიროვნების განვითარებას, კომუნიკაციას და სიყვარულს. სექსუალობა გავლენას ახდენს ადამიანების აზრებზე, გრძნობებზე და ურთიერთობებზე და ადამიანებს უქმნის მოტივაციას, იპოვონ საყვარელი ადამიანი, სითბო და ინტიმური ურთიერთობები. ის შესაძლოა სხვადასხვაგვარად გამოიხატოს და დამოკიდებულია იმ გარემოზე, რომელშიც ადამიანი არსებობს.

რა არის რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

ეს არის სრული ფიზიკური, ემოციური და სოციალური კეთილდღეობა და არა უბრალოდ დაავადებების და /ან ზოგადი უძლურების არარსებობა რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციონირებაში. ეს განსაზღვრება გვეუბნება, რომ სათანადო რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მქონე ადამიანებს აქვთ უფლება, ჰქონდეთ შესაფერისი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება, დაგეგმონ, ჰყავდეთ შვილები თუ არა, თავად გადაწყვიტონ, როდის და რამდენი შვილი იყოლიონ. *(ეს განსაზღვრება მიღებულია 1994 წელს, ქაიროს საერთაშორისო კონფერენციაზე, რომელიც ეძღვნებოდა მოსახლეობასა და განვითარებას. განსაზღვრება ემყარება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მიღებულ ჯანმრთელობის განსაზღვრებას. კონფერენციაზე მონაწილეობას იღებდა 20,000 დელეგატი სხვადასხვა ქვეყნის სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებიდან, გაერთიანებული ერების სააგენტოებიდან და მედიის წარმომადგენლები. ისინი შეიკრიბნენ, რომ განეხილათ მოსახლეობისთვის მნიშვნელოვანი პრობლემები, მათ შორის მიგრაცია, ოჯახის დაგეგმარება, შობადობის კონტროლი და ქალების განათლება).*

რა საკითხებს მოიცავს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა - ეს არის ზრუნვის საგანი ქალებისა და მამაკაცებისათვის მთელი ცხოვრების მანძილზე, დაწყებული ადრეული ასაკიდან ხანდაზმულობამდე.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოიცავს შემდეგ სფეროებს:

- **სექსუალური ჯანმრთელობა** (პასუხისმგებლობით გამსჭვალული, დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სქესობრივი ცხოვრება);
- **რეპროდუქციული თავისუფლება** (შესაბამისი ინფორმაციის, მეთოდებისა და სერვისების ხელმისაწვდომობა);
- **უსაფრთხო დედობა** (უსაფრთხო ორსულობა, მშობიარობა და ჯანმრთელი ბავშვები).

სხვადასხვა კულტურაში არსებული დისკრიმინაციული დამოკიდებულება გოგონებისა და ქალების მიმართ დიდ ზეგავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ წარიმართება მათი ცხოვრება მომავალში. განათლებასა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის აუცილებლობის საკითხი წარმოიშობა

ადრეულ ასაკსა და მოზარდობაში და აქტუალური რჩება რეპროდუქციულ ასაკში. ის ეხება ისეთ საკითხებს, როგორცაა: ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, რეპროდუქციული სისტემის ინფექციები, ორსულობის პერიოდში ადეკვატური კვება და მოვლა, ასევე ზრუნვა ქალთა სოციალური სტატუსისა და საშვილოსნოსა და მკერდის კიბოს საკითხებზე.

მამაკაცების დამოკიდებულება გენდერისა და სექსუალური ურთიერთობების საკითხებთან ხშირ შემთხვევაში ბავშვობიდანვე ყალიბდება და შემდგომ მყარდება მთელი ცხოვრების მანძილზე. მამაკაცებისთვის მნიშვნელოვანია ადრეული სოციალიზაცია, მხარდაჭერა და უწყვეტი განათლება სექსუალურ პასუხისმგებლობასთან მიმართებაში, რათა მათ მიიღონ სრულყოფილი სიამოვნება პარტნიორული და ოჯახური ცხოვრებისგან.

ფართო მიმართულებები, რომელიც შედის რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის სფეროში, შემდეგია:

- ოჯახის დაგეგმვა;
- ანტენატალური ზრუნვა, მშობიარობისას კვალიფიციური დახმარება და პოსტნატალური ზრუნვა (*ანტენატალური* პერიოდი არის ჩანასახის სიცოცხლის პერიოდი მშობიარობამდე; *პოსტნატალური* პერიოდი - ნაყოფის დაბადების შემდეგ პერიოდი);
- სამეანო და ნეონატალური გართულებებისა და გადაუდებელი დახმარების მართვა (ნეონატალური არის ნაყოფის დაბადებიდან 30 დღის პერიოდი. იგივე ახალშობილობის პერიოდი);
- აბორტის პრევენცია და არაუსაფრთხოდ განხორციელებული აბორტით გამოწვეული გართულებების მკურნალობა;
- რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციებისა (რტი) და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი), მათ შორის აივ/შიდსის (აივ - ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი, შიდსი - შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი) პრევენცია და მკურნალობა. (რტი და სგგი მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიების რიგს განეკუთვნება. ორგანიზმზე მათი მავნე ზეგავლენა გენიტალური ტრაქტის პირველად დაზიანებაში გამოიხატება).
- საშვილოსნოსა და ძუძუს კიბოს დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.
- ძუძუთი ექსკლუზიური კვების წახალისება, სწავლება და მხარდაჭერა (*ძუძუთი ექსკლუზიური კვება*, ანუ დაბადებიდან ექვსი თვის განმავლობაში)
- სუბ-ფერტილობისა და ინფერტილობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა, ქალთა წინდაცვეთის პრაქტიკის აღმოფხვრაზე აქტიური ზრუნვა, მოზარდთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და გენდერული ძალადობის პრევენცია (*სუბ-ფერტილობა* ნიშნავს დაორსულების შემცირებულ უნარს, რომელიც შესაძლებელია თავადაც მოგვარდეს და რიგ შემთხვევაში საჭიროებს მკურნალობას; *ინფერტილობა* არის უნაყოფობა)

სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები, როგორც ადამიანის უფლებების შემადგენელი ნაწილი

რეპროდუქციული და სექსუალური უფლებები ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციით აღიარებული უფლებების მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. ეს დეკლარაცია შემუშავებულია 1948 წელს 10 დეკემბერს, გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ; საქართველოში ძალაშია საქართველოს უზენაესი საბჭოს 1991 წლის 15 სექტემბრის დადგენილებით.

რეპროდუქციული და სექსუალური უფლებები ესაზღვრება დეკლარაციაში გამოცხადებულ პიროვნების ძირითად უფლებებს - სიცოცხლის, არჩევანის თავისუფლების, პირადი ხელშეუხებლობის, განათლების, ინფორმირებულობის. თანასწორუფლებიანობა და არადისკრიმინაციული მიდგომა მნიშვნელოვანია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების ხარისხიანი განხორციელებისათვის.

გამომდინარე იქიდან, რომ რეპროდუქციული უფლებების დაცვა არის ადამიანის უფლებების დაცვა, სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ამ უფლებების დაცვა. მაგალითისთვის განვიხილოთ ხარისხიანი განათლების, სამედიცინო სერვისებისა და სოციალური დაცვის ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ასაკის ქალებისთვის. თუ სახელმწიფო არ ზრუნავს ამ მიმართულებით, ამან შესაძლოა გამოიწვიოს დედათა სიკვდილიანობა და ეს იმას ნიშნავს, რომ სახელმწიფო არღვევს ამ უფლებებს.

სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები

1. სიცოცხლის უფლება

არც ერთი ადამიანის სიცოცხლეს არ უნდა ემუქროდეს საფრთხე და საშიშროება სამედიცინო მომსახურების მიუწვდომლობის გამო.

2. პირადი თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება

ნებისმიერ ადამიანს აქვს პირადი სქესობრივი და რეპროდუქციული ცხოვრების უფლება, ისე რომ არ შელახოს სხვა ადამიანის უფლებები.

3. დისკრიმინაციის ყველა ფორმისაგან თავისუფლებისა და თანასწორუფლებიანობის უფლება

არც ერთი ადამიანი არ უნდა მოექცეს დისკრიმინაციის ქვეშ, მისი სქესობრივი და რეპროდუქციული ცხოვრების, სამედიცინო დახმარების მიღების ან მომსახურების, მისი რასობრივობის, საქორწილო სტატუსის, ოჯახური მდგომარეობის, ასაკის, ენის, სარწმუნოების, ნაციონალური ან სოციალური წარმოშობის, ქონების, დაბადების ან სხვა სტატუსის გამო.

4. პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობისა და კონფიდენციალურობის უფლება

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერი სამსახური, მათ შორის ინფორმაციული და საკონსულტაციო, ვალდებულნი არიან უზრუნველყონ კლიენტის პიროვნული, ინფორმაციული და საკონსულტაციო კონფიდენციალურობა.

5. მრწამსის თავისუფლება

ყველა ადამიანს აქვს მრწამსის და სიტყვის თავისუფლების უფლება, მიუხედავად თავისი სქესობრივი და რეპროდუქციული ცხოვრების წესისა.

6. განათლების და ინფორმაციის უფლება

ყველა ადამიანს აქვს უფლება მიიღოს ინფორმაცია ფერტილურობის რეგულაციისა და დაუგეგმავი ორსულობის რისკის თავიდან აცილების მეთოდების უპირატესობის შესახებ.

7. ქორწინებისა და ოჯახის არჩევის უფლება

ნებისმიერ სრულწლოვან ადამიანს აქვს უფლება დაქორწინდეს, დაგეგმოს და შექმნას ოჯახი მიუხედავად რასის, ნაციონალურობის და სარწმუნოებისა.

8. ბავშვის გაჩენისა და ოჯახის დაგეგმვის გადაწყვეტილების მიღების უფლება

ყველა ადამიანს აქვს ბავშვის გაჩენისა და ოჯახის დაგეგმვის უფლება. ყველა ადამიანს აქვს უფლება აირჩიოს არასასურველი ორსულობისაგან თავის დაცვის უსაფრთხო და მისთვის მისაღები მეთოდი.

9. სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

ყველა ადამიანს აქვს უფლება, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში, მიიღოს უმაღლესი დონის სამედიცინო მომსახურება.

10. მეცნიერული პროგრესის მიღწევების გამოყენების უფლება

ყველა ადამიანს აქვს ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის საზიანო რეპროდუქციული მომსახურებისაგან დაცვის უფლება. ასევე მას აქვს უფლება იყოს ინფორმირებული აღნიშნული მომსახურების შესახებ.

11. პოლიტიკაში მონაწილეობისა და შეკრების თავისუფლების უფლება.

ადამიანებს აქვთ უფლება შეიკრიბონ, განიხილონ და გაუწიონ პროპაგანდა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და უფლებებთან დაკავშირებულ საკითხებს.

12. უღმობელი და დამამცირებელი დამოკიდებულებისგან დაცვის უფლება.

ნებისმიერ მოქალაქეს, ქალს თუ მამაკაცს აქვს უფლება, იქნას დაცული დამამცირებელი დამოკიდებულებისა და ძალადობისგან, რაც უკავშირდება მათ რეპროდუქციულ ფუნქციებს.

საერთაშორისო კონვენციები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

საერთაშორისო შეთანხმებები, რომელებიც რატიფიცირებულია საქართველოს მიერ და რომელთა ეფექტიან რეალიზაციასაც კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის:

1) ქაიროს საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამის თანახმად,

მონაწილე ქვეყნებმა (მათ შორის საქართველომ) უნდა “უზრუნველყონ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, შესაბამისი ასაკის ყველა ინდივიდისათვის, რაც შეიძლება სწრაფად, არა უგვიანეს 2015 წლისა”.

2) ათასწლეულის დეკლარაცია. საქართველომ აღნიშნულ დეკლარაციას ხელი მოაწერა 2000 წელს და, ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესაბამისად, ჩამოაყალიბა ამოცანები, რომელებიც მიღწეულ უნდა იქნას ეროვნულ დონეზე 2015 წლისათვის.

ათასწლეულის განვითარების რვა მიზნიდან სამი რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას ეხება:

- დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება – დედათა სიკვდილობის კოეფიციენტის შემცირება სამი მეოთხედით;

- ბავშვთა სიკვდილობის შემცირება – 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის კოეფიციენტის შემცირება ორი მესამედით;

- აივ/შიდსის, მალარიისა და სხვა დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლა – აივ/შიდსის გავრცელების შეჩერება და უკუქცევის დაწყება.

2008 წელს ათასწლეულის მიზნებს დაემატა მე-5 მიზანი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურებზე უნივერსალური/საყოველთაო ხელმისაწვდომობა.

კიდევ ორი დოკუმენტი, რომელთაც კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს რეპროდუქციული ჯანმრთელობისათვის, არის:

3) კონვენცია ქალთა მიმართ ყველა ფორმის დისკრიმინაციის აღმოფხვრის შესახებ

საქართველოს მიერ ხელმოწერილი და რატიფიცირებულია 1994 წელს. აღნიშნული დოკუმენტი წარმოადგენს ქალთა უფლებების დაცვის ძირითად საერთაშორისო სამართლებრივ

დოკუმენტს;

4) ქალთა მეოთხე მსოფლიო კონფერენციის სამოქმედო პლატფორმა (პეკინი, 1995).

დოკუმენტი საქართველოს მიერ რატიფიცირებულია ქაიროს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის მომდევნო წელს და კიდევ ერთხელ ადასტურებს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მნიშვნელობას “ქალებისათვის თანასწორობის, განვითარებისა და მშვიდობის” მიზანთა მისაღწევად.

ქაიროს კონფერენციის დოკუმენტისა და ჯანმრთელობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიის შესაბამისად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკა საქართველოს მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებათა დაკმაყოფილების და სახელმწიფო ვალდებულებათა რეალიზაციის მიზნით, საზღვრავს “რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშემწყობი მეთოდების, ტექნოლოგიებისა და სამსახურების ერთობლიობას”, რომლებშიც შედის:

1. ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული სერვისები, ინფორმაცია, განათლება, კონსულტაცია;
2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვა, რომელიც მოიცავს ანტენატალურ და მშობიარობის შემდგომ დახმარებას, უსაფრთხო მშობიარობას და ახალშობილთა მოვლას, ძუძუთი კვების ხელშეწყობის ჩათვლით;
3. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (აივ/შიდსის ჩათვლით) და რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციების პრევენცია, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
4. უსაფრთხო აბორტისა და აბორტის შემდგომი დახმარების ხელმისაწვდომობა;
5. სქესობრივი ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
6. მოზარდთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა;
7. მამაკაცთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და მამაკაცთა კონსტრუქციული თანამონაწილეობა;
8. უშვილობის პრევენცია და მკურნალობა;
9. რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეების პრევენცია, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეული გამოვლენა და მკურნალობა.

სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ეროვნული პოლიტიკა და საკანონმდებლო ბაზა

2006 წელს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის სხდომაზე დაისვა საკითხი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხთა ქვეყნისთვის პრიორიტეტიზაციაზე და აღინიშნა, რომ ეს საკითხი საჭიროებს ნორმატიული აქტებით რეგულირებას. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 6 ივლისის No 184 ბრძანებით შეიქმნა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის სამუშაო ჯგუფი, რომელმაც სამთავრობო, არასამთავრობო და საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების წარმომადგენელთა აქტიური თანამონაწილეობით შეიმუშავა საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო - დოკუმენტი.

ამ დოკუმენტის საფუძველს წარმოადგენს საქართველოს მთავრობის მიერ აღებული ვალდებულება, დაიცვას ქვეყნის თითოეული მოქალაქის ჯანმრთელობის უფლება, ხარისხიან სერვისებსა და ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით. შესაბამისად, ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის

მდგომარეობის გაუმჯობესება, რაც გულისხმობს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის ამაღლებას, არაგადამდები და ინფექციური დაავადებების შემცირებას, იმუნიზაციის მაჩვენებლების ზრდას, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას. აღნიშნული პრიორიტეტები სრულ შესაბამისობაშია საქართველოს კონსტიტუციით, საკანონმდებლო, კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებითა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით ნაკისრ ვალდებულებებთან.

2007 წლის 27 თებერვალს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტში გაიმართა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის რეგულირების ჩარჩო-დოკუმენტის პირველი სამუშაო ვერსიის პრეზენტაცია და განხილვა. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაევალა, გაგრძელებულიყო აქტიური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის რეგულირების ჩარჩო-დოკუმენტის საბოლოო ვარიანტის შემუშავების მიზნით. დოკუმენტში დეტალურად არის აღწერილი ნებისმიერი ასაკის ქალთა და მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილების გზები; განხილულია ის სისტემური საკითხები (ჯანდაცვის სახელმწიფო რეგულირება, მართვის საინფორმაციო სისტემები, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაფინანსება), რომელთა გარეშე შეუძლებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის წარმატებული და ეფექტიანი განხორციელება.

დოკუმენტში განხილულ პოლიტიკურ ხედვას საფუძვლად უდევს საერთაშორისო შეთანხმებები, რომლებიც რატიფიცირებულია საქართველოს მიერ და რომელთა ეფექტიან რეალიზაციასაც კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის.

საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო – დოკუმენტში ასახულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმძღვანელო პრინციპები და საკვანძო პრაქტიკული მიმართულებები, რომლებიც დაეხმარება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სხვა სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურებს, პარტნიორ და დონორ ორგანიზაციებს პრიორიტეტული მიზნების მიღწევაში. დოკუმენტი აწესრიგებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შესაბამისობას როგორც მისი განხორციელების ინსტრუმენტებთან, ისე -საერთაშორისო ხელშეკრულებებით ნაკისრ ვალდებულებებთან.

ის ეფუძნება:

- ა) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის სფეროს მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ადამიანის უფლებების (მათ შორის, რეპროდუქციული უფლებების), ათასწლეულის განვითარების მიზნების ძირითად პრინციპებსა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით ნაკისრ სხვა ვალდებულებებს;
- ბ) შესაბამისი ჯანდაცვითი პროგრამებისა და მათი დაფინანსების ურთიერთშესაბამისობის ანალიზს;
- გ) ჯანდაცვის რეფორმის პრიორიტეტულ მიმართულებებს, რომელთაგან უმთავრესია ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის (ფინანსური, გეოგრაფიული) ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;
- დ) ქაიროს სამოქმედო გეგმას, რომელიც ავალდებულებს სახელმწიფოს “პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მეშვეობით, შესაბამისი ასაკის ყველა ინდივიდისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას უმოკლეს ვადებში” (პარაგრაფი 7.6).
- ე) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესაბამისი სერვისების ინტეგრირებას და მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას მომსახურების პირველ დონეზე.

სახელმწიფოს მიერ დაგეგმილი პოლიტიკის ერთ-ერთი ამოცანაა ქვეყნის მასშტაბით კოორდინირებული გახდეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებული პროგრამები, მაგრამ ამავე დროს აღინიშნება, რომ "რესურსების სიმწირე ხელს უშლის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტს, როგორც უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების, ასევე, ზოგადად, ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული პოლიტიკის შედეგების ამსახველი თანმიმდევრული, სრულყოფილი და ზუსტი მონაცემთა ბაზის შექმნაში", რაც ხელს უშლის ქვეყნის მასშტაბით განხორციელებული, პრობლემაზე მიმართული საქმიანობების მიმოხილვას და ანალიზს.

საინტერესოა, რომ სახელმწიფოს მიერ რეპროდუქციულ პოლიტიკაში აქცენტირებულია პრობლემა:

"შობადობის დაბალი მაჩვენებელი, თანამედროვე კონტრაცეფციის დაბალ გამოყენებას და აბორტების გავრცელებასთან ერთად, მიუთითებს თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროების არსებობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის დაგეგმვის სერვისები შესულია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ამბულატორიული მომსახურების პაკეტში და დონორების მხარდაჭერით, კონტრაცეპტივები ხელმისაწვდომია სოფლის ამბულატორიების დონეზეც, საქართველოში აბორტი ჯერ კიდევ რჩება შობადობის რეგულირების ყველაზე გავრცელებულ მეთოდად. ფინანსური და გეოგრაფიული ბარიერების გამო, საქართველოს მოსახლეობა ვერ იღებს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ყველაზე ძირითად დახმარებასაც კი, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორებზე ქვეყანაში". სწორედ ამ საკითხის დარეგულირება გახდა პოლიტიკის ძირითადი საყურადღებო თემა.

ხარისხიანი მომსახურების და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, რეპროდუქციასა და სექსუალობასთან დაკავშირებულ საკითხებში თვითგამორკვევის შესაძლებლობა ეფუძნება ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის უმაღლესი სტანდარტის მოთხოვნის უფლებას.

ეს უფლებები და პრინციპები ასახულია საქართველოს კანონმდებლობაში და გამოყენებული იქნება, როგორც აღნიშნული პოლიტიკის და მის განსახორციელებლად შემუშავებული პროგრამების ეფექტურობის საზომი. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობა ქმნის თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამის საფუძველს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვისათვის, აგრეთვე, უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების განვითარებისათვის. ამ მხრივ საყურადღებოა შემდეგი კანონები:

- „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
- „პაციენტის უფლებების შესახებ“;
- „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
- „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“;
- „აივ/შიდსის შესახებ“;
- კანონი მავნე ზეგავლენისაგან არასრულწლოვანთა დაცვის შესახებ.

ზოგადად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქვეყანაში არსებობს ხელშემწყობი გარემო რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის პროგრამების სრული მასშტაბით განხორციელებისთვის:

- საკანონმდებლო ბაზა საქართველოს კონსტიტუციის, ჯანმრთელობის დაცვის კანონის, პაციენტთა უფლებების კანონის, შესაბამისი საერთაშორისო კონვენციების მხარდამჭერი მემორანდუმების, აგრეთვე ცალკეული ნორმატიული აქტების სახით;
- საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტის მიერ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის

(განსაკუთრებით ახალგაზრდობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის) პროგრამების განხორციელება ქვეყნის ერთ-ერთ პრიორიტეტად გამოცხადდა;

- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების პრიორიტეტულობის, დანერგვის და განხორციელების სისტემატიზირებულ ხედვას;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს განზრახვა გაატაროს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკა ჯანდაცვის პროგრამებში;
- არსებობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭო – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული საკონსულტაციო ორგანო, რომელიც სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობით შეიმუშავებს რეკომენდაციებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში;
- ქვეყანაში წარმოებს კვლევები, რომელთა შედეგებიც საფუძვლად შეიძლება დაედოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების სამომავლო შემუშავებას.

მიუხედავად ზემოთ ჩამოთვლილისა, ნათელია, რომ ასევე არსებობს ხარვეზები, რომლებიც შეიძლება წარმოადგენდეს ბარიერებს ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების განხორციელებისათვის:

- არ არის მკაფიოდ ჩამოყალიბებული დაფინანსების და განხორციელების სახელმწიფო სტრატეგია ახალგაზრდობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებისა;
- საკმარისად არ კოორდინირდება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ჩართული ორგანიზაციების (სამთავრობო, არასამთავრობო და საერთაშორისო) მუშაობა;
- არ არსებობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების შედეგების და სხვა რელევანტური ინფორმაციის ერთიანი ბაზა;
- განათლების სისტემა არ არის სრულფასოვნად ჩართული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებში;
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში განათლების ან/და სხვა ინტერვენციების საჭიროებების გამოვლენის კვლევები არ არის საკმარისი;
- ტერმინი “სქესობრივი ჯანმრთელობა” საკმაოდ იშვიათად ჟღერს ნორმატიულ აქტებში და მისი არსი ჯერ კიდევ ბოლომდე გარკვეული არ არის.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის ხედვა

საქართველოს სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ეროვნული პოლიტიკა და საკანონმდებლო ბაზა ეფუძნება საერთაშორისო შეთანხმებებში განსაზღვრულ შემდეგ სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებებს (მოცემულია მხოლოდ საყურადღებო პუნქტები):

- ყველა წყვილის ან ცალკეული პირის ძირითადი უფლება შეუზღუდავად და პასუხისმგებლობით გადაწყვიტოს, რამდენი შვილი იყოლიოს, რა ინტერვალით და როდის, და ამისათვის გააჩნდეს სათანადო ინფორმაცია და საშუალებები;
- უფლება, მიისწრაფოდეს უმაღლესი სტანდარტის სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის მიღწევისადმი (რაც გულისხმობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხიან მომსახურებას და ზუსტი, სრული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას დისკრიმინაციის გარეშე);
- უფლება, მიიღოს გადაწყვეტილება რეპროდუქციასა და სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებით, დისკრიმინაციის, იძულებისა და ძალადობის გარეშე. ქვემოთ ჩამოთვლილია ადამიანის ძირითადი უფლებები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჭრილში ჩართული განმარტებებით. ეს უფლებები შემუშავებულია ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო დოკუმენტებში და ასახულია საქართველოს კანონმდებლობაში, და ამიტომ, ყველა შესაძლებლობა უნდა იყოს გამოყენებული იმისათვის, რომ ჯანდაცვის სისტემა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება ორგანიზებული იყოს ისე, რომ ხელი შეუწყოს, რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალისა და მამაკაცის მიერ აღნიშნული უფლებების რეალიზაციას. (მოცემულია მხოლოდ საყურადღებო პუნქტები)
- აზრის თავისუფლება: ყოველ ადამიანს აქვს უფლება, თავისუფლად განსაზღვროს და იმოქმედოს სქესობრივი და რეპროდუქციულ ცხოვრებასთან მიმართებაში. ეს ნიშნავს, რომ სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე აზრის თავისუფლება არ უნდა შეიზღუდოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რელიგიური, ფილოსოფიური თუ კულტურული შეხედულებების გამო.
- ინფორმაციისა და განათლების უფლება: ყოველ ადამიანს, ქალსა თუ მამაკაცს, და ყველა ბავშვს აქვს უფლება, მიიღოს განათლება და ჰქონდეს თანაბარი ხელმისაწვდომობა ახალ და შესაბამის ინფორმაციაზე მომსახურების, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ნებისმიერი სხვა საკითხზე.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ათასწლეულის განვითარების მიზნები

ათასწლეულის განვითარების 8 მიზნიდან 3 მიმართულია ჯანმრთელობაზე და ყოველი მათგანი კავშირშია რეპროდუქციულ და სექსუალურ ჯანმრთელობასთან.

- **მიზანი 4:** ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება;
- **მიზანი 5:** დედათა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;
- **მიზანი 6:** აივ/შიდსის, მალარიისა და სხვა დაავადებების დაძლევა

2008 წელს ათასწლეულის მიზნებს დაემატა მე-5 მიზანი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურებზე უნივერსალური/საყოველთაო ხელმისაწვდომობა.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მჭიდრო კავშირშია სოციალურ და ეკონომიკურ განვითარებასთან.

საყოველთაო ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებებზე ხელს უწყობს ათასწლეულის მიზნების მიღწევას.

ჟურნალისტები და მასობრივი მედიასაშუალებები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ მოსახლეობის ინფორმირების, ასევე მთავრობის მიერ დასახული მიზნების მიღწევის

მონიტორინგის კუთხით.

განვითარების ექსპერტები აღნიშნავენ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და ადამინების კეთილდღეობას შორის მჭიდრო კავშირს. მაგალითად: თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენება ეხმარება წყვილებს, აირიდონ დაუგეგმავი ორსულობა და ამით დაიცვან დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობა.

რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ხელს უწყობს ჯანსაღ ორსულობას და იცავს ქალებსა და მამაკაცებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ/შიდსისგან.

ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და დედათა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მოითხოვს ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას, რის შედეგადაც ხელმისაწვდომი ხდება ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდები, ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლა, მშობიარობის კვალიფიციური მიღება და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება.

აივ/შიდსის პროფილაქტიკა სამთავრობო სტრუქტურებისგან მოითხოვს დიდ ყურადღებას, საინფორმაციო კამპანიებისა და სერვისების სწორად დაგეგმვას და პრევენციის ხელშეწყობას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა:

- ◆ უმნიშვნელოვანესი ნაწილია პირველადი ჯანდაცვისა, რომელიც ნებისმიერი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი საყრდენი და საზრუნავია;
- ◆ მთლიანად მოიცავს ფერტილური ასაკის მოსახლეობას, ე.ი. მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს საზოგადოების შრომისუნარიანი მოსახლეობის ნაწილის ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას;
- ◆ მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია ქალთა ადამიანის უფლებების რეალიზაციისა და წინაპირობაა „ქალთა სრული განვითარებისა და წინსვლის უზრუნველყოფისათვის, რათა მათ გარანტირებული ჰქონდეთ ადამიანის უფლებებისა და მამაკაცთან თანასწორობის საფუძველზე ძირითადი თავისუფლებების გამოყენება და მიღება“ (გაეროს კონვენცია „ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის ლიკვიდაციის შესახებ“, 1979).

რჯ მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა ნიშნავს, რომ ამ სერვისების მომხმარებლებს აქვთ საშუალება, გააკეთონ ფუნდამენტური არჩევანი თავიანთ ჯანმრთელობასთან და ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით, რასაც შედეგად მოაქვს გაუმჯობესებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ხელს უწყობს სიღარიბის შემცირებას (მიზანი 1).

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები:

- ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები
- ოჯახის დაგეგმვის მხრივ მდგომარეობა საქართველოში

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი ტენდენციების მიმოხილვა საქართველოში

საქართველოში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა

საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველი ეროვნული კვლევა 1999-2000 წლებში ჩატარდა, რითაც შეიქმნა მოსახლეობის საწყისი საბაზისო მონაცემები რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ამ სფეროში ჯანდაცვის მომსახურების გამოყენების შესახებ. შედეგებმა ცხადყო თანამედროვე კონტრაცეპტული საშუალებების გამოყენების დაბალი დონე და არასასურველი ორსულობების დიდი რიცხვი, რამაც გარდაუვალი გახადა ჯანდაცვის ახალი სტრატეგიისა და პროგრამების შემუშავება და განხორციელება და ჯანდაცვის რეფორმის ხელშეწყობა. ამის შემდეგ მეტად ინტენსიური გახდა ხელშეწყობა ოჯახის დაგეგმვის პროგრამებისადმი, გაძლიერდა საგანმანათლებლო და საზოგადოებრივი ჯგუფების საქმიანობა.

მას შემდეგ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ ტარდება გაეროს მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA) და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID) ფინანსური მხარდაჭერით; 2010 წელს კვლევას გაეროს ბავშვთა ფონდმაც (UNICEF) დაუჭირა მხარი. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებს ახორციელებდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით. აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილება უზრუნველყოფდა ტექნიკურ დახმარებას კვლევის დიზაინის, შერჩევის, კითხვართა შემუშავების, ტრენინგის, მონაცემთა დამუშავებისა და ანგარიშგების თვალსაზრისით.

კვლევა საშუალებას იძლევა დინამიკაში იქნას შესწავლილი მოსახლეობაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების დონის, ქცევებისა და არსებული პრაქტიკის სხვადასხვა ასპექტები. კვლევის მონაცემები მნიშვნელოვანია საქართველოს ეროვნული განვითარების პროგრამების მონიტორინგისთვის და აგრეთვე “ათასწლეულის განვითარების მიზნების” შესაბამისი ინდიკატორების მიღწევის მონიტორინგისათვის.

კვლევების შედეგები საშუალებას აძლევს სამინისტროს ადევნოს თვალყურს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში უმთავრესი ინდიკატორების დინამიკას და ეხმარება იმ საკითხების განსაზღვრაში, სადაც ჩარევას აუცილებელი, რათა გაუმჯობესდეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში.

ქვემოთ მოცემულია 2010 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ზოგიერთი შედეგები:

ორსულობის დაგეგმვა

- 1999 წლიდან – 2010 წლის პერიოდში განხორციელებული კვლევების მიხედვით შეიცვალა სურათი ახალგაზრდა ასაკის ქალებში კიდევ ერთი შვილის გაჩენასთან მიმართებაში. თუ 1999 წლის კვლევის მიხედვით, შედარებით ახალგაზრდა ასაკის ქალებს პირველი ბავშვის გაჩენიდან 2 წლის განმავლობაში სურდათ კიდევ ერთი ან მეტი შვილის ყოლა (61%), 2005 წელს ეს მონაცემი იყო 44%-ს, ხოლო 2010 წელს ეს მაჩვენებელი ჩამოვიდა 29%-მდე. თუმცა გაცილებით გაიზარდა ეს მაჩვენებელი 30 წლის და უფროსი ასაკის ქალებს შორის
- გამოკითხულთა 36% განაცხადა, რომ ბოლო ორსულობა იყო დაუგეგმავი და არასასურველი.

ხელოვნური აბორტი

- 1999 წლიდან საქართველოში ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტი თანდათანობით მცირდებოდა (3.7 1999 წელს); 2005-2010 წლების შუალედში მაჩვენებელმა მკვეთრად დაიკლო და 1.6 ხელოვნური აბორტი შეადგინა ერთ ქალზე (48%-იანი კლება 2005 წლის მონაცემთან შედარებით). ეს მონაცემი ოდნავ დაბალია აღმოსავლეთ ევროპისა და ოდნავ მაღალია ცენტრალური აზიის ამავე პერიოდის მაჩვენებლებზე.
- 1999 წლიდან პირველად დაფიქსირდა, რომ ცოცხლად შობადობა საქართველოში უფრო მეტია, ვიდრე ხელოვნური აბორტების რაოდენობა (0.8/1). ეს ძირითადად

განპირობებულია შობადობის გაზრდით და ხელოვნური აბორტების შემცირებით 20-24, 25-29 და 30-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

- ხელოვნური აბორტების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გამოვლინდა 25-29 და 30-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (შესაბამისად 102 და 83 ხელოვნური აბორტი 1,000 ქალზე).

ცოდნა კონტრაცეფციის მეთოდებისა და მათი გამოყენების შესახებ

- რესპონდენტების უმრავლესობას (96%) გაგონილი აქვს ერთი რომელიმე თანამედროვე კონტრაცეპტივის შესახებ;
- გამოკითხულ ქალთა უმრავლესობამ არ იცის, რამდენად ეფექტურია თანამედროვე კონტრაცეპტიული საშუალება;
- კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება თითქმის გაორმაგდა 1999 წელთან შედარებით (1999 წელს, გამოკითხულ ქალთა 20% იყენებდა თანამედროვე კონტრაცეფციას, ხოლო 2010 წლის მონაცემით, ეს პროცენტი გაიზარდა 35%-მდე).

ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები (კონტრაცეფცია)

კონტრაცეფცია (ლათ. Contraception - ჩასახვის საწინააღმდეგო) – ორსულობის თავიდან აცილება მექანიკური, ქიმიური და სხვა საშუალებებით.

კონტრაცეფციის რამოდენიმე მეთოდი არსებობს:

- ▶ ბუნებრივი მეთოდი
- ▶ შეწყვეტილი სქესობრივი კონტაქტი
- ▶ ბარიერული მეთოდები
- ▶ ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი
- ▶ საშვილოსნოს შიგა საშუალებები
- ▶ ჰორმონული საშუალებები
- ▶ ქალის სტერილიზაცია
- ▶ მამაკაცის ვაზექტომია

ბუნებრივი მეთოდი

ოჯახის დაგეგმვის ბუნებრივი მეთოდი ეხმარება ქალს, გაარკვიოს თავისი "ნაყოფიერი" და "უნაყოფო" დღეები, მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ნიშნების დაფიქსირებისა და აღნიშვნის საშუალებით.

ბუნებრივი მეთოდი ქალს ეხმარება გაარკვიოს, თუ როდის ხდება მის ორგანიზმში კვერცხუჯრედის მომწიფება (ოვულაცია). ეს ხდება თვეში ერთხელ, მენსტრუალური ციკლის 12-დან 16 დღემდე, მაგრამ ყველა ქალისთვის ეს ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობაზე (ციკლი ითვლება მენსტრუაციის მოსვლის პირველი დღიდან შემდეგი მენსტრუაციის მოსვლის პირველ დღემდე).

ქალის ორგანიზმში სპერმატოზოიდს შეუძლია იცოცხლოს 7-8 დღე, კვერცხუჯრედს კი - 72 სთ. ეს ის პერიოდია, როცა შესაძლებელია სპერმატოზოიდის და კვერცხუჯრედის შერწყმა და განაყოფიერება. ვინაიდან სპერმატოზოიდს შეუძლია, იარსებოს ხანგრძლივად, სქესობრივმა კავშირმა ოვულაციამდე 7-8 დღის განმავლობაში შესაძლოა გამოიწვიოს ფეხმძიმობა.

ბუნებრივი მეთოდების წარუმატებლობის მაჩვენებელი შეადგენს 10-30 ორსულობას 100 მომხმარებელზე წელიწადში.

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი

- ▶ სპერმა არ ხვდება საშოში და ამის გამო არ ხდება განაყოფიერება;
- ▶ შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდის გამოყენებისას უნდა მოხდეს საშოდან ასოს გამოღება ეაკულაციამდე.

ამ მეთოდის კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 4-18 ორსულობას 100 ქალზე წელიწადში.

ბარიერული მეთოდები

ბარიერულ კონტრაცეფტივებს განეკუთვნება კონდომი (მამაკაცის და ქალის), დიაფრაგმა და ჩაჩი, სპერმიციდები.

კონდომი კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდია, რომელიც ხელს უშლის სპერმის მოხვედრას ქალის რეპროდუქციულ სისტემაში. კონდომები განსხვავდებიან ფორმის, ფერის, საცხის, სისქის, მასალის

შემადგენლობის მიხედვით. კონდომი შეიძლება დამუშავდეს სპერმიციდებით დამატებითი დაცვისათვის. თუ ინსტრუქციის მიხედვით იქნება გამოყენებული, კონდომის ეფექტურობა 96-98% -ს აღწევს. ეს ნიშნავს, რომ წელიწადში 100-დან შეიძლება დაფეხმძიმდეს 2-4 ქალი.

- კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ/შიდსისგან;
- მარტივი და მოსახერხებელი მეთოდია;
- ხელმისაწვდომია;
- არ გააჩნია გვერდითი მოვლენები და გართულებები.

დიაფრაგმა და ჩაჩი

დიაფრაგმა და ჩაჩი კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდებია. მათ ისე ათავსებენ საშოში, რომ დაფაროს საშვილოსნოს ყელი. ვაგინალური (საშოსშიერი) დიაფრაგმა დრეკადი არშიის მქონე რბილი რეზინის მომრგვალებული გუმბათივითაა. დიაფრაგმა და ჩაჩი უნდა დამუშავდეს სპერმიციდებით დამატებითი დაცვისთვის.

სპერმიციდები

სპერმიციდები კონტრაცეფციის ქიმიურ მეთოდს წარმოადგენს. სპერმიციდი ქიმიური ნივთიერებებია, რომლებიც კლავს სპერმას, ანგრევს სპერმატოზოიდების მემბრანას, რაც აქვეითებს მათ მოქნილობასა და კვერცხუჯრედის განაყოფიერების უნარს. არსებობს სხვადასხვა ტიპის სპერმიციდი:

- აეროზოლი
- ვაგინალური აბები
- საცხები, კრემები, სანთლები
- ღრუბელი

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი (ლამ) არის ძუძუთი კვების პროცესზე დაფუძნებული კონტრაცეპციის მეთოდი.

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდის კრიტერიუმებია:

- მხოლოდ ძუძუთი კვება პირველი 6 თვის განმავლობაში.
- კვება ჩვილის მოთხოვნილების მიხედვით (კვების დღის რეჟიმი არაუმეტეს 4სთ-ისა, ღამის რეჟიმი არაუმეტეს 6სთ-ისა).
- ქალს არა აქვს მენსტრუალური ციკლი (ფიზიოლოგიური ამენორეა).

ლამ ნაკლებად ეფექტურია, თუ ზემოჩამოთვლილი სამი პირობიდან არ არის დაცული თუნდ ერთი მაინც:

- ბავშვი არის 6 თვეზე მეტი ასაკის;
- ბავშვი ღებულობს დამატებით საკვებს;
- ქალს აღუდგა მენსტრუალური ციკლი.

სწორად გამოყენების შემთხვევაში მეთოდის ეფექტურობა 98%-მდეა 100 ქალიდან მშობიარობიდან 6 თვის განმავლობაში ორსულდება 2 ქალი.

საშვილოსნოსშიგა საშუალებები („სპირალი“)

პლასტმასის ან სპილენძის პატარა მოწყობილობა (შეიძლება შეიცავდეს ჰორმონს) თავსდება საშვილოსნოში და ხელს უშლის კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის შეხვედრას, ასევე კვერცხუჯრედის მიმაგრებას საშვილოსნოს კედელზე.

სშს ტიპები

არსებობს სშს ორი ტიპი: მედიკამენტური (სპილენძის ან ჰორმონული) და არამედიკამენტური. ბევრ ქვეყანაში არამედიკამენტური სშს ამოღებულია, რადგან მათი ეფექტურობა ნაკლებია, გვერდითი მოვლენების სიხშირე კი უფრო მაღალია, ვიდრე მედიკამენტური სშს.

სშს იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

- სპილენძის შემცველი სშს: TCu380A, TCu380S, Nova-T, ML Cu375 და სხვა;
- ჰორმონშემცველი: პროგესტასერტი (შეიცავს პროგესტერონს), მირენა (შეიცავს ლევონორგესტრელს)
- ინერტული (არამედიკამენტური) ლიპისის მარყუჟი

სშს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული კონტრაცეპციის მეთოდია. ამჟამად მას 140 მლნ. ქალი იყენებს. სშს პოპულარულია: ჩინეთში, შვეციაში, დანიაში, ფინეთში, ნორვეგიაში, ლათინურ ამერიკაში. სშს საქართველოში პოპულარობით პირველ ადგილზეა. მას რეპროდუქციული ასაკის ქალების 10% იყენებს.

სშს არ იწვევს აბორტს (ორსულობის შეწყვეტას), არამედ მოქმედებს უშუალოდ განაყოფიერების პროცესზე. ამცირებს სპერმატოზოიდის მოძრაობის უნარს.

ორსულობის მაჩვენებელი მერყეობს 0,2-0,7-მდე 100 ქალზე წელიწადში (ჰორმონშემცველი და სპილენძშემცველი სშს). ინერტული სშს-თვის ეს მაჩვენებელი 2-ზე მეტია.

ჰორმონული კონტრაცეფცია

ჰორმონალური კონტრაცეფციის ნაირსახეობაა აბები, რომლებიც შეიცავს 2 ჰორმონს: ესტროგენი და გესტაგენი. აბები აჩერებს ყოველთვიურად საკვერცხეების მიერ კვერცხუჯრედის გამომუშავებას. გარდა ამისა, არსებობს ერთი ჰორმონის შემცველი აბებიც, რომელთა გამოყენება ძირითადად ძუძუთი კვების დროს ხდება.

საინექციო კონტრაცეფცია (ინექცია) ეფექტურია გაკეთებიდან 8-12 კვირის განმავლობაში.

იმპლანტანტი

იმპლანტატი თავსდება კანქვეშ და თანაბრად გამოყოფს ჰორმონ გესტაგენს, რომელიც ხელს უშლის სპერმატოზოიდისა და კვერცხუჯრედის შეხვედრას.

ქალისა და მამაკაცის სტერილიზაცია

ეს მეთოდი იშვიათად გამოიყენება და წარმოადგენს საშვილოსნოს მილების გადაკვანძვას ქალებში, ხოლო მამაკაცებში - სპერმატოზოიდის გამტარი მილების გადაჭრას.

გადაუდებელი კონტრაცეფცია

ეს მეთოდი გამოიყენება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ადამიანს ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი ან დაუშვა შეცდომა კონტრაცეპტივის გამოყენებისას და, შესაბამისად, არსებობს არასასურველი ორსულობის რისკი. ამ მეთოდის გამოყენება რეგულარულად დაუშვებელია.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის ორი გზა არსებობს:

- 1) სპეციალური აბების მიღება სქესობრივი კავშირიდან 72 საათის განმავლობაში.
- 2) საშვილოსნოს შიდა საშუალებების ჩადგმა სქესობრივი კავშირიდან 5 დღის განმავლობაში.

რა არის აბორტი?

აბორტი ეწოდება ორსულობის შეწყვეტას 22 კვირის ვადამდე. არსებობს თვითნებური და ხელოვნური აბორტები.

თვითნებური აბორტი არ არის დამოკიდებული ორსულის სურვილზე და გამოწვეულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის სხვადასხვა დარღვევით.

ხელოვნური აბორტი არის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ორსულის სურვილის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის ან სხვა მიზეზის გამო.

მედიკამენტური აბორტი ორსულობის ადრეულ სტადიაზე:

არსებობს სპეციალური პრეპარატი, რომელსაც ქალი იღებს ექიმის დანიშნულებითა და კონტროლით (ბოლო მენსტრუაციის პირველი დღიდან არ უნდა იყოს გასული 63 დღეზე მეტი) პრეპარატი იწვევს ორსულობის შეწყვეტას და ჩანასახის გამოდევნას.

მინი-აბორტი: კეთდება არაუგვიანეს ორსულობის 6 კვირის ვადაზე და გულისხმობს ორსულობის შეწყვეტას ვაკუუმ-ასპირაციული მეთოდით (ჰაერის უარყოფითი წნევის მოქმედებით ჩანასახის ნაწილების გამოტანა საშვილოსნოს ღრუდან გარეთ). პროცედურა უნდა ჩატარდეს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში (რეპროდუქტოლოგიური კაბინეტი, ქალთა კონსულტაცია, სამშობიარო სახლი, გინეკოლოგიური განყოფილება).

აბორტი საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვკვით: კეთდება ორსულობის 6-12 კვირის ვადაზე შესაბამის

სამედიცინო დაწესებულებაში (რეპროდუქტოლოგიური კაბინეტი, ქალთა კონსულტაცია, სამშობიარო სახლი, გინეკოლოგიური განყოფილება). ამ დროს ხდება საშვილოსნოს ყელის მექანიკური გაფართოვება, სპეციალური ქირურგიული ინსტრუმენტებით ნაყოფისა და მომყოლოს გარეთ გამოტანა და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გამოფხვკა.

არავითარ შემთხვევაში არ მიმართოთ ორსულობის შეწყვეტის "შინაურ" მეთოდებს და არ ჩაიტაროთ აბორტი სამედიცინო დაწესებულების გარეთ ან არასპეციალისტის მიერ. ეს თქვენ შეიძლება სიცოცხლის ფასად დაგიჯდეთ!

იცი თუ არა, რომ:

- ქალი შეიძლება დაორსულდეს პირველივე სქესობრივი კავშირის შედეგად;
- ქალი შეიძლება დაორსულდეს თუ მას აქვს სქესობრივი კავშირი მენსტრუაციის დროს;
- ქალი შეიძლება დაორსულდეს იმისდა მიუხედავად, განიცდის ის ორგაზმს, თუ არა;
- ქალი შეიძლება დაორსულდეს შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის შემთხვევაშიც;
- ქალი შეიძლება დაორსულდეს თუ არასწორად იქნა გამოყენებული ნებისმიერი ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება;
- ქალი შეიძლება დაორსულდეს თუ გამოყენებული იქნა "შინაური" ჩასახვის საწინააღმდეგო მეთოდები: საშოს გამორეცხვა, მალამოები, სანთლები და სხვა;
- ქალი შეიძლება დაორსულდეს და მისი საქალწულე აპკის მთლიანობა დარღვეული არ იყოს;
- ქალიშვილი ან ქალი შეიძლება დაორსულდეს ნებისმიერი სქესობრივი კავშირის შედეგად, თუ ცოცხალი სპერმატოზოიდები (მამაკაცის სასქესო უჯრედები) მოხვდება საშოში.

აბორტთან დაკავშირებული მუხლები საქართველოს კანონმდებლობიდან:

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 136-ე მუხლის მიხედვით, საქართველოს ყველა მოქალაქეს აქვს უფლება დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და დაბადების დრო. სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა ქალის ჯანმრთელობის დაცვა აბორტების შემცირების გზით (მ139.პ.1). ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტა ნებადართულია მხოლოდ ლიცენზირებული ექიმის მიერ, თუ ა) ორსულობის ხანგძლივობა არ აღემატება თორმეტ კვირას და ბ) ორსულს სამედიცინო დაწესებულებაში ჩაუტარდა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან გასულია 5 დღის მოსაფიქრებელი ვადა. ამასთან გასაუბრების დროს ექიმი ვალდებულია უპირატესობა მიანიჭოს ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას და ყველანაირად შეეცადოს დაარწმუნოს ქალი ნაყოფის შენარჩუნების აუცილებლობაში. თუმცა ყველა შემთხვევაში "არჩევანი დედის პრეროგატივაა

პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მიხედვით (თავი 41 მუხლი 22) სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას. აბორტის შემთხვევაში აუცილებელია წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა.

არასრულწლოვანის უფლებები - მუხლი 40

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის

მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის, ამ კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია.

2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:

ა) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ქმედუნარიანად ითვლება;

ბ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.

მუხლი 41

1. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების გამწევს მიმართა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ მიზეზთა გამო.

2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

3. არასრულწლოვან პაციენტს, რომლის ასაკი აღემატება 16 წელს, უფლება აქვს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ იგი სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

აბორტს დიდი ზიანის მოტანა შეუძლია ქალის ჯანმრთელობისათვის

აბორტი:

- ასუსტებს ორგანიზმის დამცველობით უნარს და ხშირად ამწვავებს სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებებს;
- შეიძლება გახდეს უშვილობის, თვითნებური აბორტების, გართულებული ორსულობისა და მშობიარობის მიზეზი;
- შეიძლება გახდეს ჰორმონული მოშლილობებისა და მენსტუალური ციკლის დარღვევის მიზეზი;
- ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს კიბოს განვითარებას;
- ხშირად არის ქალის ნაადრევი დაბერების და «კლიმაქსის» მიზეზი;
- როგორც ფსიქოლოგიური ტრავმა, შეიძლება გახდეს ნევროზებისა და ფსიქიკის სხვადასხვა ტიპის აშლილობის მიზეზი;
- შეიძლება გახდეს წყვილებში სქესობრივი უთანხმოებისა და შემდგომში სერიოზული ოჯახური კონფლიქტების მიზეზი.

ამრიგად, აბორტი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ ქალზე, არამედ მის ოჯახსა და მთლიანად საზოგადოებაზეც. არსებობს აბორტის ალტერნატივა- კონტრაცეფცია, არასასურველი ორსულობისაგან თავდაცვა და უპირატესობა მას უნდა ენიჭებოდეს და არა

აბორტს, როგორც ოჯახის დაგაგმვის მეთოდს.

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები:

- გენდერი და სქესი
- გენდერული თანასწორობა

გენდერი და სქესი

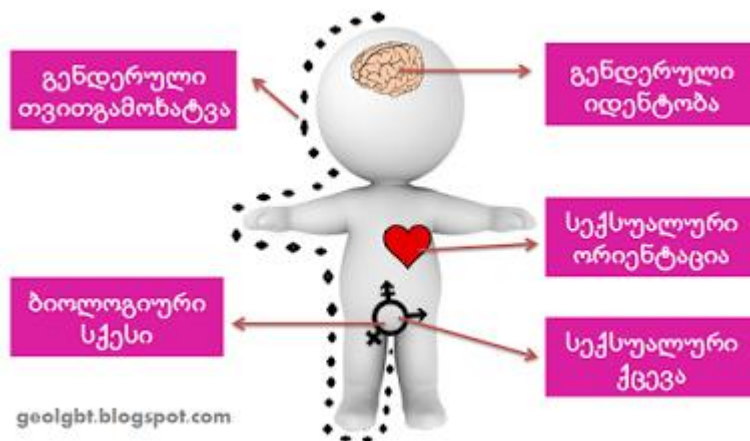
როდესაც ბავშვი იბადება მასზე ამბობენ: "ის ბიჭია" ან "ის გოგოა". დაბადების მოწმობაში კი სქესის გრაფას ორიდან ერთი ნიშნით აღნიშნავენ: "მამრობითი" ან "მდედრობითი". შემდგომ კი არქმევენ სქესისთვის შესაფერის სახელს და პატარაობიდანვე ასწავლიან საკუთარ გენდერს: "შენ ხომ ბიჭი ხარ? ბიჭები არ ტირიან", "გოგო ხარ და თოჯინებით უნდა ითამაშო! ფეხბურთის თამაში შენი საქმე არ არის" და ა.შ.

კონცეფცია "ბიჭი VS გოგო" გაცილებით უფრო რთულია ვიდრე ერთი შეხედვით ჩანს და არ არის მხოლოდ მარტივი დიქტომია. მართალია, რომ ადამიანებს ყველაფრის მარტივი კლასიფიკაცია გვიყვარს, მაგრამ ბუნება გენდერის და სექსუალობის საკითხებს ბევრად უფრო ფართო სპექტრში ათავსებს.

ადამიანის სექსუალობა ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, ემოციური და ქცევით თავისებურებათა ერთობლიობაა, რომელიც უკავშირდება სექსუალური ლტოლვის გამოვლენასა და დაკმაყოფილებას. სექსუალობა სხვადასხვა ასპექტში გამოიხატება: ქცევაში, ფანტაზიაში, გენდერულ როლებში, დამოკიდებულებებში, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობაში და ა.შ. მის ჩამოყალიბებაზე გავლენას ახდენს ბიოლოგიური, სოციალური, ფსიქოლოგიური, სამართლებრივი, რელიგიური, კულტურული, ეთიკური, ეკონომიკური, პოლიტიკური და სხვა ფაქტორები. საბოლოო ჯამში კი ადამიანის სექსუალობა 5 კომპონენტში ერთიანდება:

1. ბიოლოგიური სქესი
2. გენდერული იდენტობა
3. სექსუალური ორიენტაცია
4. გენდერული თვითგამოხატვა
5. სექსუალური ქცევა

ეს ხუთი კომპონენტი კი თავის მხრივ სხვადასხვა ასპექტებს მოიცავს. ეს სქემები და ქვემოთ მოყვანილი განმარტებები კი დაგეხმარებათ მათ გაცნობიერებასა და გააზრებაში. შეგიძლიათ საკუთარი თავი ამ ხუთ სკალაზე განათავსოთ და გააცნობიეროთ თქვენი სექსუალობის სხვადასხვა ასპექტები.



1. ბიოლოგიური სქესი

სქესი ეხება ქალისა და მამაკაცის ფიზიოლოგიურ ატრიბუტებს. ადამიანები იზადებიან მამაკაცებად ან ქალებად და ეს განაპირობებს იმას, რომ მათ შეუძლიათ მაგ: იმშობიარონ, ასწიონ უფრო მძიმე საგნები, ძუძუთი კვებონ, იმღერონ უფრო მაღალ რეგისტრში და ა.შ. ამიტომ ვამბობთ, რომ სქესი ბიოლოგიით განისაზღვრება.

სქესი ადამიანის ბიოლოგიური მახასიათებლების ერთობლიობაა, რომელიც განარჩევს მდედრობითი და მამრობითი სქესის ორგანიზმებს და 6 კრიტერიუმის საფუძველზე განისაზღვრება:

1. *ქრომოსომული სქესი* - მამრობითი სქესის ორანიზმში XY, ხოლო მდედრობითში - XX ქრომოსომებით განისაზღვრება
2. *გონადური სქესი* - მამრობითი სქესის ორგანიზმში სათესლეებით, ხოლო მდედრობითში - საკვერცხეებით განისაზღვრება
3. *გამეტური სქესი* - მამრობითი სქესის ორგანიზმში სპერმატოზოიდებით, ხოლო მდედრობითში - კვერცხუჯრედით განისაზღვრება
4. *ჰორმონალური სქესი* - მამრობითი სქესის ორგანიზმში ანდროგენებით, ხოლო მდედრობითში - ესტროგენებით განისაზღვრება
5. *გამრავლების შინაგანი სტრუქტურა* - მამრობითი სქესის ორგანიზმში ასეთი რამ არ არსებობს, ხოლო მდედრობითში საშვილოსნოთი განისაზღვრება
6. *გარე სასქესო ორგანოები* - მამრობითი სქესის ორგანიზმში პენისით, ხოლო მდედრობითში - ვაგინით განისაზღვრება.

ადამიანს ამ 6 კრიტერიუმიდან თითოეული მათგანი ან ერთი ან მეორე სქესისთვის დამახასიათებელი აქვს. მაგ: თუ ადამიანს აქვს XX ქრომოსომა, საკვერცხეები, კვერცხუჯრედი, ესტროგენი, საშვილოსნო და ვაგინა იგი მდედრობითი სქესის არის. თუმცა ადამიანთა გარკვეულ რაოდენობას შეიძლება მოცემული 6 კრიტერიუმიდან რამდენიმე ერთი სქესისთვის, ხოლო დანარჩენი მეორე სქესისთვის დამახასიათებელი გააჩნდეს. მათ ტერმინით - "ინტერსექსუალი" მოიხსენიებენ.



მოცემულ სკალაზე ადამიანები სქესის მიხედვით შესაბამისად შეგვიძლია გადავანაწილოთ. ადამიანთა გარკვეული რაოდენობა ან უკიდურეს მარჯვენა ან უკიდურეს მარცხენა წერტილში განთავსდება. დანარჩენები კი ამ მონაკვეთის ნებისმიერ წერტილში აღმოჩნდებიან.

მართალია, რომ სქესი მყარი ფიზიკური მოცემულობაა, თუმცა თანამედროვე სამყაროში შესაძლებელია მისი შეცვლა გარკვეული პროცედურების საშუალებით. მაგ: ჰორმონალური თერაპიის დროს იცვლება ადამიანის ჰორმონალური სქესი, ხოლო სქესის კლავიანიჭების ქირურგიული ოპერაციის შედეგად გარე სასქესო ორგანოს და გამრავლების შინაგანი სტრუქტურის შეცვლა შესაძლებელია.

2. გენდერი და გენდერული იდენტობა

გენდერი ეხება შეხედულებებს, მოლოდინებსა და წესებს ქალებისა და მამაკაცებისათვის. იგი სოციალურად არის განპირობებული. ამ შეხედულებების გადამცემია ოჯახი, ავტორიტეტული ადამიანები, რელიგიური და კულტურული დაწესებულებები, სკოლა, მედია, თანატოლთა წრე, ადამიანის სოციალიზაციისთვის მნიშვნელოვანი ადამიანები და ინსტიტუტები.

გენდერი არის სოციალური სტატუსი, რომელიც განსაზღვრავს ინდივიდის შესაძლებლობებს:

- განათლებაში
- პროფესიულ საქმიანობაში
- ძალაუფლების იერარქიაში
- სექსუალობაში
- საოჯახო საქმიანობაში
- რეპროდუქციულ ქცევაში

გენდერული როლი არის სოციალურ-კულტურული მოლოდინი, იმის შესახებ, თუ რა არის შესატყვისი ქცევა კაცისთვის და ქალისთვის. (ასევე გამოხატული: ჩაცმის სტილში, მეტყველებაში, ჟესტებში და.ა.შ.)

გენდერული როლების მაგალითია:

კაცი - ექთანი; ქალი - მეხანძრე.

ეს ჯერ კიდევ გამონაკლისს წარმოადგენს!

გენდერული როლები ფესვგამდგარია:

- ❑ პიროვნებათშორის ურთიერთობებში: მაგ. როცა მამაკაცი პატიჟებს ქალს პაემანზე უფრო მიღებულია, ვიდრე პირიქით.
- ❑ ოჯახში: ქალს და დედას მეტი ვალდებულება აქვს, მიუხედავად იმისა მუშაობს თუ არა.
- ❑ რეკრეაციულ საქმიანობებში: ქალი ნაკლები გატაცებით თამაშობს ფეხბურთს, ხოლო კაცი ნაკლები გატაცებით კერავს.

გენდერულ როლებზე მოქმედებს ასაკი, ეთნიკური კუთვნილება, სოციალური კლასი, ეკონომიკური პირობები, რელიგია და სხვ.

გენდერული იდენტობა ადამიანის გენდერული თვითაღქმაა. ადამიანი საკუთარ თავს მამაკაცად ან ქალად შეიძლება აღიქვამდეს. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში გენდერული თვითაღქმა შესაძლოა კაცის და ქალის გენდერს შორის იყოს ან საერთოდ სცილდებოდეს მას. იქედან გამომდინარე, რომ გენდერული იდენტობა შინაგანი, ინტერნალური მოცემულობაა, ის შესაძლოა არ იყოს ხილული სხვებისთვის.



მოცემულ სკალაზე ადამიანები გენდერული იდენტობის მიხედვით შესაბამისად შეგვიძლია მარტივად განვითავსოთ. ადამიანთა გარკვეული რაოდენობა ან უკიდურეს მარჯვენა ან უკიდურეს მარცხენა წერტილში განთავსდება. დანარჩენები კი ამ მონაკვეთის ნებისმიერ წერტილში აღმოჩნდებიან. თუ ადამიანმა საკუთარი თავი მოცემულ სკალაზე შუა წერტილიდან

მოშორებით, მაგალითად მარცხნივ, მაგრამ არა უკიდურეს წერტილში განათავსა, ეს ნიშნავს იმას, რომ იგი საკუთარ თავს რადიკალურად ქალად არ აღიქვამს, მაგრამ ცალსახად არც მამაკაცია. ასეთ გენდერულ იდენტობას ბი-გენდერის სახელით მოიხსენიებენ. ასევე შესაძლოა შეგხვდეთ ტერმინი "არა-განსაზღვრული გენდერი".

ბი-გენდერი არის ადამიანი, რომელიც კაცის და ქალის გენდერს შორისაა და სიტუაციიდან გამომდინარე შესაბამისად ცვლის ამ ორი გენდერული იდენტობისთვის დამახასიათებელ ქცევებს.

თუმცა გენდერული თვითაღქმა მხოლოდ 3 გენდერული იდენტობით არ შემოიფარგლება. იგი ბევრად უფრო მრავალფეროვანია, ვიდრე ერთი შეხედვით ჩანს. დანარჩენ გენდერულ იდენტობებს ქოლგა ტერმინით - "არაბინარული გენდერი" მოიხსენიებენ. იგი აერთიანებს იმ გენდერულ იდენტობებს, რომლებიც არ ჯდება გენდერის ბინარულ სისტემაში.

გთავაზობთ რამდენიმე არაბინარული გენდერული იდენტობის ჩამონათვალსა და მათ განმარტებებს:



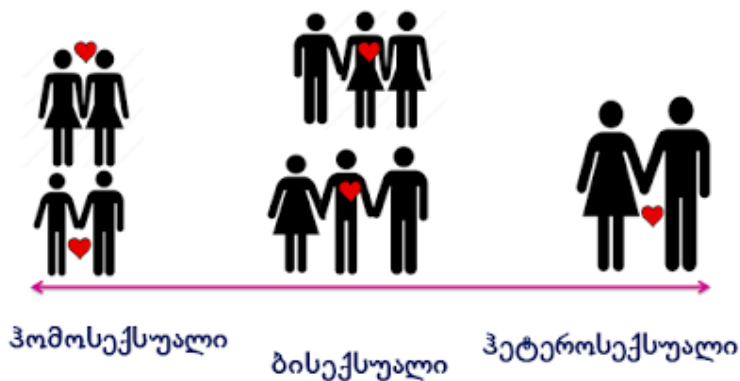
გენდერქვიარი - ადამიანი, რომელიც არ იდენტიფიცირდება როგორც კაცი ან ქალი და შეიძლება საკუთარი თავის აღსაწერად გამოიყენოს გენდერულად ნეიტრალური ნაცვალსახელები.



აგენდერი - ადამიანი, რომელსაც გენდერული თვითაღქმა საერთოდ არ აქვს.

3. სექსუალური ორიენტაცია

სექსუალური ორიენტაცია ადამიანის ფიზიკური, რომანტიული და ემოციური მიზიდულობაა სხვა ადამიანის მიმართ.



მოცემულ სკალაზე ადამიანები სექსუალური ორიენტაციის მიხედვით შესაბამისად შეგვიძლია მარტივად განვათავსოთ. ადამიანთა გარკვეული რაოდენობა ან უკიდურეს მარჯვენა ან უკიდურეს მარცხენა წერტილში განთავსდება. დანარჩენები კი ამ მონაკვეთის ნებისმიერ წერტილში აღმოჩნდებიან. თუ ადამიანმა საკუთარი თავი მოცემულ სკალაზე შუა წერტილში ან მისგან მოშორებით, მაგალითად მარჯვნივ, მაგრამ არა უკიდურეს წერტილში განათავსა, ეს ნიშნავს იმას, რომ იგი საკუთარ თავს რადიკალურად ჰეტეროსექსუალად არ აღიქვამს, მაგრამ ცალსახად არც ჰომოსექსუალია. ასეთ გენდერულ იდენტობას ბისექსუალობის სახელით მოიხსენიებენ.

აღნიშნული ტერმინები მარტივად შევიძლია ასე განვმარტოთ:

ჰომოსექსუალი - არის ადამიანი, ვისაც იზიდავ საკუთარი სქესის მქონე ადამიანი. მამრობითი სქესის ჰომოსექსუალ ადამიანებს ტერმინით - "გეი" მოიხსენიებენ, ხოლო მდედრობითი სქესის ჰომოსექსუალებს ტერმინით - "ლესბოსელი".

ჰეტეროსექსუალი - არის ადამიანი, ვისაც იზიდავს მეორე სქესის ადამიანი. მაგ: მდედრობითი სქესის ადამიანს იზიდავს მამრობითი სქესის ადამიანი და პირიქით.

ბისექსუალი - არის ადამიანი, ვისაც იზიდავს როგორც თავისივე, ასევე მეორე სქესის მქონე ადამიანი. მაგ: მამრობითი სქესის ადამიანს იზიდავს როგორც მამრობითი, ასევე მდედრობითი სქესის მქონე ადამიანი.

მაგრამ, სექსუალური ორიენტაცია მხოლოდ 3 სახის არ არის. არსებობენ ადამიანები, რომლებსაც ფიზიკური, რომანტიული და ემოციური მიზიდულობა არცერთი სქესისა და გენდერის მქონე ადამიანის მიმართ არ აქვთ ან ნებისმიერის მიმართ შეიძლება ჰქონდეთ. შესაბამისად მათ ასექსუალები და პანსექსუალები ეწოდებათ.



ასექსუალი - არის ადამიანი, ვისაც ფიზიკური, რომანტიული და ემოციური მიზიდულობა რომელიმე სქესის მქონე ადამიანთან საერთოდ არ გააჩნიათ. თუმცა შესაძლებელია იშვიათად, მაგრამ მაინც გაუჩნდეთ დაბალი ინტენსივობით ასეთი სახის მიზიდულობები სხვა ადამიანთა მიმართ. ასევე შესაძლებელია დაამყაროს სექსუალური კონტაქტი (მაგ: ბავშვის გაჩენისთვის ან

ინტერესის გამო).

პანსექსუალი - არის ადამიანი. ვისაც ფიზიკური, რომანტიული და ემოციური მიზიდულობა ნებისმიერი სქესის, გენდერის და სექსუალური ორიენტაციის მქონე ადამიანის მიმართ შეიძლება ჰქონდეს. ხშირად პანსექსუალი და ბისექსუალი ადამიანები ერთმანეთში ერევათ. თუმცა ეს მარტივი სქემა დაგეხმარებათ განსხვავებების აღქმაში.

4. გენდერული თვითგამოხატვა

გენდერული თვითგამოხატვა ადამიანის გენდერული იდენტობის გარეგანი გამოხატულებაა. იგი ვლინდება ჩაცმის სტილში, ქცევებში, მანერებში, თმის ვარცხნილობაში და ა.შ. თითოეული კულტურა განსაზღვრავს გენდერის გარეგნული გამოხატულების ფორმას. მაგ: მაჰმადიანურ კულტურაში ქალებს ევალებათ ჩადრის ტარება, ხოლო მამაკაცებს არა. თითქმის მთელს მსოფლიოში ტანსაცმლის მაღაზიები ორ სექციადაა გაყოფილი და ცალ-ცალკეა განთავსებული ქალისათვის და მამაკაცისათვის შესაფერისი ტანსაცმელი, რაც განარჩევს მამაკაცისთვის ტიპიურ და ქალისთვის ტიპიურ ჩაცმის სტილს ერთმანეთისგან. ასევეა ქცევაც: მამაკაცებს ხისტი ქცევების გამოხატვა მოეთხოვებათ, ხოლო ქალებს პირიქით.

კულტურული განპირობებულობა გავლენას ახდენს გენდერული აღქმის გარეგან გამოხატულებაზე. ის რაც დასავლეთ ევროპულ და ამერიკულ კულტურაში ნორმას წარმოადგენს, აფსოლიტურად საწინააღმდეგოდ ვლინდება სხვადასხვა პირველყოფილ საზოგადოებებში, სადაც მაგალითად, ქალების ჩაცმულობის სტილი (სამკაულები და სხვადასხვა აქსესუარები) მამაკაცის ჩაცმულობის სტილი უფროა.

ძირითად შემთხვევაში ქალისათვის ტიპიურ ქცევებსა და ჩაცმის სტილს ფემინურს, ხოლო მამაკაცისთვის ტიპიურ ქცევებსა და ჩაცმის სტილს მასკულინურს უწოდებენ.



მოცემულ სკალაზე ადამიანები გენდერული თვითგამოხატვის მიხედვით შესაბამისად გადაინაწილებიან. მკვეთრად ფემინური ქცევებისა და ჩაცმის სტილის მქონე ადამიანი უკიდურეს მარცხენა, ხოლო მკვეთრად მასკულინური ქცევებისა და ჩაცმის სტილის მქონე ადამიანი უკიდურეს მარჯვენა წერტილში აღმოჩნდებიან. დანარჩენები კი ამ მონაკვეთის ნებისმიერ წერტილში დალაგდებიან.

ჩვენ, ადამიანები მიჩვეულნი ვართ, სხვები მოვიხსენიოთ გენდერული იდენტობის აღმნიშვნელი ტერმინებით. სასაუბრო ენაში ხშირად ვიყენებთ ტერმინებს ქალი და მამაკაცი. ამის საშუალებას ადამიანის გენდერული გამოხატულება გვაძლევს. მაგრამ არსებობენ ადამიანები, რომელთა გენდერული თვითგამოხატვა არც მხოლოდ ფემინური და არც მხოლოდ მასკულინურია. გამოხატვის ამგვარ სტილს ანდროგინული ეწოდება. ანდროგინი ადამიანი შეიძლება ატარებდეს კაბას (რაც ტიპიურად ქალისთვის არის დამახასიათებელი) და წვერს (რაც ტიპიურად მამაკაცისთვის არის დამახასიათებელი) ერთდროულად. ეს კი ბინარული გენდერული გამოხატულების ფორმას აბუნდოვნებს.

მოცემულ სკალაზე ადამიანთა განთავსებისას სიფრთხილე უნდა გამოვიჩინოთ და აუცილებლად გავითვალისწინოთ კულტურული, სოციალური და ინდივიდუალური კოტექსტი. ის რაც შესაძლოა ჩვენ მივიჩნიოთ ტიპიურად ქალისთვის დამახასიათებლად, აღსაწერი ადამიანის კულტურისათვის შესაძლოა ტიპიურად მამაკაცური აღმოჩნდეს ან ინდივიდი აღქმა არ იყოს ისეთი, როგორც ჩვენი.

აღსანიშნავია ასევე ბოლო პერიოდში მოდის საკმაოდ ცნობილი სტილი - ლამბერსექსუალობა. იგი სწორედაც გენდერის მასკულიზური ფორმის გამოხატულებაა, ხოლო მეტროსექსუალობა - ფემინურის.

5. სექსუალური ქცევა

სექსუალური ქცევა ადამიანის შესაძლებლობაა, დაამყაროს სქესობრივი კავშირი საკუთარი ან საპირისპირო სქესის ადამიანთან. იგი დაკავშირებულია ადამიანის და მისი პარტნიორის/პარტნიორების ბიოლოგიურ სქესთან, სექსუალურ ორიენტაციასთან და გენდერულ იდენტობასთან. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა სექსუალური ორიენტაცია განსხვავებული იყოს სექსუალური ქცევისგან. მაგ: შესაძლოა ჰეტეროსექსუალ ქალს ჰქონდეს ჰომოსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი.

სექსუალური ქცევა შეიძლება იყოს ჰეტეროსექსუალური, ჰომოსექსუალური ან ცელიბატური.



ჰეტეროსექსუალური ქცევა არის სქესობრივი პრაქტიკა, რომლის დროსაც აქტორები არიან მამრობითი და მდედრობითი სქესის მქონე ადამიანები.



ჰომოსექსუალური ქცევა არის სქესობრივი პრაქტიკა, რომლის დროსაც აქტორები არიან ერთი და იგივე სქესის მქონე ადამიანები: მდედრობითი და მდედრობითი ან მამრობითი და მამრობითი.

ცელიბატური ქცევა არის სქესობრივი პრაქტიკებისგან თავის შეკავება.

გენდერული თანასწორობა

გენდერული თანასწორობა არის მდგომარეობა, როდესაც ქალსა და მამაკაცს აქვთ თანაბარი პირობები და ცხოვრებისეული შანსები თავიანთი პოტენციალის სრული რეალიზაციისათვის, თანაბრად მოწაწილეობდნენ პოლიტიკური, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული

განვითარების პროცესებში და თანაბრად სარგებლობდნენ საზოგადოებრივი სიკეთებით, შესაძლებლობებითა და რესურსებით. გენდერული თანასწორობა გულისხმობს, რომ ქალსა და მამაკაცს აქვთ:

- თანაბარი მატერიალური კეთილდღეობა
- თანაბარი საშუალებები და შესაძლებლობები
- თანაბარი მონაწილეობა გადაწყვეტილების მიღებაში
- თანაბარი კონტროლი რესურსებზე და მოგებაზე

გენდერული უთანასწორობის ბევრი მაგალითი არსებობს, ესენია:

- ქალების შემოსავალი არის 10% მსოფლიოს მთლიანი შემოსავლებიდან, მაშინ, როცა სამუშაო საათების 66 % ქალებზე მოდის;
- ბავშვების 2/3, რომლებიც მოწყვეტილნი არიან განათლების მიღების შესაძლებლობას არიან გოგონები;
- 876 მილიონი წერა-კითხვის უცოდინარი ზრდასრული ადამიანიდან 75% არის ქალები;
- ტრეფიკინგის ყოველი 5 მსხვერპლიდან 4 არის ქალი;
- ქალების 30%-მდე ყოფილა პარტნიორის მხრიდან სექსუალური ან ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი;
- დღეს 125 მილიონ ქალსა და გოგონას ჩატარებული აქვს გენიტალიების დამახინჯება/წინდაცვეთის პროცედურა.

ქალების მონაწილეობა პოლიტიკაში ასევე ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნიშანია იმისა, თუ რამდენად ხდება გენდერული თანასწორობის გათვალისწინება კონკრეტულ სახელმწიფოში. რამდენიმე მონაცემი მსოფლიო სტატისტიკიდან:

- 2016 წლის ივნისის მონაცემებით პარლამენტის ადგილების 22,8% უკავიათ ქალებს (11,3% - 1995 წელს);
- 2017 წლის იანვრის მონაცემებით: 10 ქალი სახელმწიფოს მეთაური და 9 - მთავრობის მეთაური;
- 1994 წელს მსოფლიოში ქალი მინისტრების წილი იყო 6%, 2015 წელს-18%.
- შემთხვევათა მხოლოდ 19%-ში არიან ქალები უმაღლესი სასამართლოების თავმჯდომარეები;
- ქალების პარლამენტში ყველაზე მაღალი რიცხვი არის რუანდაში (63,8%);
- 38 სახელმწიფო, სადაც ქალთა რაოდენობა პარლამენტში არის 10% ზე ნაკლები.

თუ გადავხედავთ საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშს ქალთა უფლებრივი მდგომარეობისა და გენდერული თანასწორობის შესახებ, საინტერესო ინფორმაციას წავაწყდებით:

- საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2015 წელს, ოჯახის შექმნის მიზეზით, სწავლა 13-დან 17 წლამდე 408 მოსწავლემ შეწყვიტა, ხოლო 168 შემთხვევაში, სწავლას თავი 18 წელს მიღწეულმა პირმა დაანება.
- 2015 წელს 611 არასრულწლოვანი პირის ქორწინება დარეგისტრირდა. თითქმის სამჯერ მეტია საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მონაცემები, რომლებიც ბავშვის რეგისტრაციის მომენტში არასრულწლოვანი მშობლების რაოდენობას შეეხება.
- საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მონაცემების თანახმად, 2015 წელს გამოცემული შემაკავებელი ორდერების მიხედვით გამოვლინდა 2726 ოჯახში ძალადობის ფაქტი.
- საქართველოს მთავარი პროკურატურის მონაცემებით, 2015 წელს ქალთა

მკვლელობისა და მკვლელობის მცდელობის 28 შემთხვევა გამოვლინდა. აქედან, 16 შემთხვევა ოჯახში ძალადობის პირობებში იქნა ჩადენილი, უმრავლესობა ჩადენილია პარტნიორის, ყოფილი პარტნიორის ან პირის მიერ, რომელსაც უარი ეთქვა პარტნიორულ ურთიერთობაზე.

გენდერული უთანასწორობა ემყარება გენდერულ სტერეოტიპებსა და იმ გენდერულ როლებს, რომლებიც გავრცელებულია საზოგადოებათა უმრავლესობაში. ასეთი სტერეოტიპებია:

- ქალის ადგილი სახლშია, ხოლო მამაკაცისა - სახლს გარეთ;
- ქალი უნდა იყოს რბილი, დამთმობი, მზრუნველი;
- ქალს არ შეუძლია, წარმატებით მართოს და უხელმძღვანელოს დიდ საქმეს;
- ქალს ევალება მხოლოდ წვრილმანი, ყოველდღიური საქმის შესრულება;
- ქალი კარგი შემსრულებელია, მაგრამ არა შემოქმედი;
- ქალის ინტელექტუალური შესაძლებლობები მამაკაცისა ჩამოუვარდება;
- ქალის მოვალეობაა, თავი მოაწონოს მამაკაცს, შეასრულოს რეპროდუქციული ფუნქცია (დაბადოს და გაზარდოს რაც შეიძლება მეტი შვილი), იზრუნოს ქმარზე, საკვებზე და სისუფთავეზე.
- მამაკაცი აგრესიული და უხეშია;
- მამაკაცი აზროვნებს ლოგიკაზე დაყრდნობით, სწრაფად და ეფექტურად იღებს გადაწყვეტილებებს;
- მამაკაცი არის უფრო ნიჭიერი, ვიდრე ქალი;
- ნაკლებად ემოციური, შეუძლია პრობლემის არსის დანახვა და არ წვრილმანდება დეტალებზე;
- საზოგადოებრივი და პოლიტიკური გადაწყვეტილებები, თავისუფალი დრო, გართობა, გადაადგილების თავისუფლება, აგრესიულობის გამოხატვა, ინტელექტუალური საქმიანობა და ყოველდღიურობისგან გათავისუფლება – მამაკაცის პრეროგატივაა.

საქართველოს კანონმდებლობა დღეისათვის საკმაოდ კარგად არეგულირებს გენდერული თანასწორობისა და, რაც მნიშვნელოვანია, გენდერული ძალადობის საკითხებს. კანონები, ორგანოები და მარეგულირებელი დოკუმენტები, რომლებიც ამ საკითხებს ეხება, შემდეგია:

- **2006 წ.** - საქართველოს კანონი ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ
- **2010 წ.** - საქართველოს კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ
- **2014 წ.** - საქართველოს კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ
- **2017 წ.** - საქართველოს პარლამენტის გენდერული თანასწორობის საბჭომ განაახლა მუშაობა
- არსებობს საქართველოში გენდერული თანასწორობის პოლიტიკის განხორციელების ღონისძიებათა **2014–2016 წლების** სამოქმედო გეგმა

სახელმწიფო პოლიტიკა უნდა ითვალისწინებდეს გენდერული თანასწორობის საკითხებს და უნდა არსებობდეს თანასწორობის წახალისება, მაგალითად:

- ისლანდიაში, მაგალითად, შვებულება-დეკრეტი ახალშობილის მოსავლელად ეძლევა როგორც ქალს, ასევე კაცს. 9-თვიანი შვებულება (80% ანაზღაურებით) იყოფა 3 ნაწილად, საიდანაც 1/3 სავალდებულოა, ქალისათვის, 1/3-კაცისათვის, დარჩენილი 1/3 კი ან ქალი, ან კაცი, როგორც გადაწყვეტს წყვილი.
- შვედეთში, ასევე, წყვილს, რომელსაც ყავს ახალშობილი, ეძლევა ანაზღაურებადი დეკრეტი საერთო ჯამში 480 დღე. ამ დღეების გამოუყენებლობის შემთხვევაში

დეკრეტის გამოუყენებელი დღეები იკარგება და ასევე იკარგება განკუთვნილი ანაზღაურებაც.

გაეროს მიერ 2013 წელს ჩატარებულმა კვლევამ შეისწავლა საზოგადოების დამოკიდებულება გენდერულ თანასწორობაზე პოლიტიკასა და ბიზნესში. საგულისხმოა კვლევის რამდენიმე შედეგი:

- საქართველოს მოსახლეობის აბსოლუტურმა უმრავლესობამ არ იცის კანონის არსებობის შესახებ, რომელიც აძლევს საშუალებას მამაკაცს აიღოს დეკრეტული შვებულება (69% - არა, 22% - არ ვიცი).
- ამასთან, გამოკითხულთა უმრავლესობა (46%) არ მიიჩნევს საჭიროდ მსგავსი კანონის არსებობას.
- ამ მხრივ განსხვავება არ შეიმჩნევა მამაკაცებისა და ქალების დამოკიდებულებებს შორის - გამოკითხულ მამაკაცთა 47% და ქალთა 46% არ მიაჩნია საჭირო კანონით რეგულირდებოდეს კაცისთვის დეკრეტული შვებულების აღების საკითხი.

გენდერული თანასწორობის დადებითი შედეგები:

- ბავშვები უკეთესად ვითარდებიან სოციალურად და ემოციურად, ამყარებენ უფრო ჯანსაღ ურთიერთობებს თანატოლებთან;
- მცირდება ბავშვთა სიკვდილიანობა;
- სიცოცხლის ხანგრძლივობა მატულობს;
- საშუალებას აძლევს ქალს, რომ იმუშაოს, ისწავლოს ან აწარმოოს სხვა სახის სასარგებლო მოღვაწეობა;
- განათლების დონე მატულობს;
- ოჯახის შემოსავალი იზრდება;
- სახელმწიფო დოვლათი იზრდება;
- არის საწინდარი მამაკაცის კარგი განწყობისა და თვითშეგრძნებისათვის;
- მამაკაცები ნაკლებად არიან კრიმინალში ჩართულები და ეწევიან ნაკლებ სარისკო ცხოვრებას;
- მცირდება კრიმინალი;
- მცირდება ნარკოდამოკიდებულება და სხვა მავნე ჩვევები.

საერთაშორისო რეკომენდაციები (ზოგიერთი):

- განათლება და ცნობიერების დონის ამაღლება
- მედიის ჩართულობა
- სახელმწიფო სტრუქტურების ჩართულობა
- მამაკაცთა ჩართულობა
- სამოქალაქო და ქალთა ორგანიზაციების გააქტიურება
- კანონმდებლობის მოწესრიგება (კანონის შესრულებაზე თვალის მიდევნება)
- ჯანდაცვისა და სოციალურ სერვისებზე ქალთა ხელმისაწვდომობის გაზრდა
- ქალთა მეტი ჩართულობა გადაწყვეტილებების მიღებაში

დანართები

დანართი 1: აივშიდსის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

რომელი ტესტები უნდა იქნას გამოყენებული

უნდა აღინიშნოს, რომ მეოთხე თაობის ტესტების გამოშვებამ რომელის საშუალებითაც ბიოლოგიურ სითხეში (სისხლი, შრატ, პლაზმა) ხდება როგორც აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების, ასევე P24 ანტიგენის აღმოჩენა, მნიშვნელოვნად შეამცირა სერონეგატიური ფანჯრის პერიოდი და შესაძლო გახადა აივ-ით ინფიცირება განისაზღვროს ექსპოზიციიდან 28 დღის განმავლობაში (ნაცვლად 56 დღისა).

“სერონეგატიური ფანჯრის პერიოდი” ეწოდება აივ-ის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ პერიოდს, სანამ მოხდება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამომუშავება, რასაც საშუალოდ 4-8 კვირა ესაჭიროება.

იმ შემთხვევაში თუ იმუნოფერმენტული ან/და სწრაფი მარტივი მეთოდით გამოკვლევისას სისხლში ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეში ნანახი იქნა აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულები, პაციენტი ითვლება როგორც აივ ინფექციაზე საეჭვო და ხდება მისი სისხლის ნიმუშიდან გადამოწმება დამადასტურებელი ე. წ კონფირმაციული მეთოდით.

კონფირმაციული მეთოდებიდან ძირითადად გამოიყენება იმუნობლოტინგის მეთოდი.

აივ ინფიცირებულად (დადებითად) ითვლება 18 თვეზე უფროსი ასაკის მოზარდი და მოზრდილი, რომელსაც სისხლში/შრატში/პლაზმაში ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეში დაუდასტურდება აივ ანტისხეულების არსებობა კონფირმაციული (იმუნობლოტინგის) მეთოდით.

1.2 აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა ახალშობილებსა და 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და აშშ დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრის რეკომენდაციების მიხედვით აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკა ახალშობილებსა და 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში დამყარებულია აივ-ის გენეტიკური მასალის განსაზღვრზე პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით (პჯრ);

1.3 რა სიხშირით უნდა მოხდეს გამოკვლევა

პიროვნების აივ-ზე ტესტირების პერიოდულობა დამოკიდებულია პაციენტის სარისკო ქცევასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჯანდაცვის მუშაკის რეკომენდაცია, რა პერიოდულობით ჩაიტაროს პიროვნებამ ტესტირება აივ ინფექციაზე მხოლოდ რეკომენდაციის სახეს ატარებს და ეს რეკომენდაცია დამყარებულია ქცევით ან კლინიკურ მდგომარეობაზე.

იმის გამო, რომ აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების წარმოქმნას და შესაბამისად აივ დიაგნოზის დასმას სულ მცირე ექსპოზიციიდან 28-56 დღე სჭირდება (მე-4 და მე-3 თაობის ტესტების გამოყენების შემთხვევაში), აივ-ზე განმეორებითი ტესტირება შეთავაზებული უნდა იყოს ყველა იმ ადამიანისათვის, რომლებსაც აივ-ით დაინფიცირების რისკი 4-8 კვირის ფარგლებში ჰქონდათ.

განმეორებითი ტესტირების პერიოდი ასევე დამოკიდებულია დაწესებულების მიერ გამოყენებულ ტესტებზე. თუ დაწესებულება იყენებს მე-4 თაობის ტესტებს, მაშინ პაციენტის განმეორებითი ტესტირება შესაძლებელია ერთი თვის შემდეგ, ხოლო თუ მესამე და უფრო დაბალი თაობის ტესტების გამოყენება ხდება, განმეორებითი ტესტირება რეკომენდირებულია 3 თვის შემდეგ.

იმ შემთხვევაში თუ პიროვნებას აქვს მწვავე აივ ინფექციის ერთ ერთი სიმპტომი (რაც შესაძლებელია ახალი ინფიცირების მაჩვენებელი იყოს, და ამ დროს შესაძლებელია განვითარდეს ერთ-ერთი შემდეგი სიმპტომებიდან ცხელება, ყელის ტკივილი, გამონაყარი სახესა და ტანზე, წყლულოვანი გამონაყარი პირის ღრუში, საყლაპავსა და გენიტალური ორგანოების ლორწოვანზე, ლიმფური კვანძების გადიდება და სხვა) რეკომენდებულია ამ პიროვნების ტესტირება ზემოთ აღნიშნული სიმპტომების არსებობის პერიოდში და უარყოფითი პასუხის მიღების დროს რეკომენდირებულია მისი ხელმეორე გამოკვლევა 1-3 თვის შემდეგ.

აივ ინფიცირებული დედიდან დაბადებული ბავშვის ტესტირება აივ ინფექციაზე რეკომენდირებულია დაბადებიდან 48 საათის ხოლო განმეორებითი ტესტირება 6 კვირის შემდეგ. მესამე ტესტირება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულებზე 18 თვის ასაკში.

იმ შემთხვევაში თუ ახალშობილი იღებდა აივ ინფიცირებული ქალის რძეს, მისი გამოკვლევა რეკომენდირებულია დედის აივ სტატუსის დადგენისას და განმეორებითი ტესტირება ძუძუთი კვების შეწყვეტიდან 1- 3 თვის შემდეგ.

განმეორებითი ყოველწლიური ტესტირება რეკომენდირებულია იმ პირებისათვის, რომლებსაც ხშირად აქვთ სარისკო ქცევა. მაგ. დაუცველი სქესობრივი კავშირი სხვადასხვა პარტნიორთან, ნარკოტიკის ინექციური მოხმარებისას სხვისი ნემსის გამოყენება, არიან აივ ინფიცირებული პირების სქესობრივი პარტნიორები და სხვ.

დანართი 2: აივ ინფექციაზე ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი კონსულტაცია

ზოგადი დებულებები

აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება ეს არის კონფიდენციალური დიალოგი პიროვნებასა და კონსულტანტს შორის, რომელიც მთავრდება აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტირების გადაწყვეტილების მიღებით და ამ პიროვნებისათვის ტესტირების შედეგის მიწოდებით.

აივ კონსულტირება და ტესტირება არის ნებაყოფლობითი (გარდა კანონმდებლობით/რეგულაციებით გათვალისწინებული გარკვეული გამონაკლისებისა) და დაფუძნებული პიროვნების სურვილზე, ჩაიტაროს კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე.

აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტირების და ტესტირების მიზანია: მოსახლეობის ცოდნის დონის ამაღლება, გადაცემის გზების ბლოკირება მოსახლეობის განათლების მეშვეობით, აივ ინფიცირებულების გამოვლენა და მათი ჩართვა ქვეყანაში არსებული მზრუნველობის, მოვლის და მკურნალობის მოკლე და გრძელვადიან პროგრამებში.

აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმის თანახმად განისაზღვრა ზოგადი პრინციპები, რომლებიც აუცილებლად დაცული უნდა იყოს კონსულტირებისა და ტესტირების პროცესში.

მინიმალური სტანდარტები შემდეგია:

1. **ნებაყოფლობითობა**– საკონსულტაციოდ მისულმა პირმა თვითონ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტირების შესახებ. თუ მას არ სურს გამოკვლევის ან კონსულტირების ჩატარება, კონსულტანტმა პატივი უნდა სცეს მის გადაწყვეტილებას. იმ შემთხვევაში თუ პიროვნება თანახმაა, ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე, მან უნდა მისცეს ინფორმირებული თანხმობა, რომელიც შესაძლებელია იყოს ზეპირი ან წერილობითი.

2. **კონფიდენციალობა** – კონსულტირება, რომელიც ტარდება აივ ინფექცია/შიდსის საკითხებზე, უნდა იყოს მკაცრად კონფიდენციალური, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ გამოსაკვლევ პირსა და კონსულტანტს შორის საუბარი არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მესამე პირისათვის. კონსულტანტის მხრიდან კონფიდენციალობის დარღვევა, რამაც შესაძლოა პირდაპირი ან არაპირდაპირი ზიანი მიაყენოს გამოსაკვლევ პირს, ისჯება ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობით. (საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, თავი III, მუხლი 21, თავი V, მუხლი 27-30, კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ).

ზოგიერთ შემთხვევაში საკონსულტაციოდ მოსულ პირს სურვილი აქვს კონსულტირებას დაესწროს მისი ახლობელი (ოჯახის წევრი, მეგობარი ან სხვა). ამ შემთხვევაში ლაპარაკია გაზიარებულ კონფიდენციალობაზე. ამ შემთხვევაში კონსულტანტი ვალდებულია დამსწრე პირს გააცნოს ინფორმაცია კონფიდენციალობის დაცვის შესახებ.

3. **კონსულტირების აუცილებლობა** – კონსულტანტი ვალდებულია ყველა იმ პიროვნებას, რომელიც მოაკითხავს საკონსულტაციო ცენტრს აივ-ზე გამოსაკვლევად, შესთავაზოს ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი კონსულტირება.

4. აივ პოზიტიური პირების მხარდაჭერა – არც ერთი აივ პოზიტიური პირი არ უნდა იყოს დისკრიმინირებული და ყველა მათგანს აქვს უფლება მიიღოს სრულყოფილი ინფორმაცია აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის, მკურნალობის, მოვლის და მზრუნველობის შესახებ. ასევე უნდა მიიღოს ინფორმაცია ზემოთ აღნიშნულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესახებ.

აივ კონსულტირების სხვადასხვა ტიპები

UNAIDS-ის და WHO-ს რეკომენდაციებით შემუშავებულია კონსულტირების და ტესტირების 4 ძირითადი მიდგომა:

პიროვნების მიერ ინიცირებული ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

ამ სახის ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება არის პიროვნების (შესაძლო შემთხვევის) მიერ ინიცირებული, რაც იმას ნიშნავს რომ პიროვნება თავისი სურვილით (ექიმის შეთავაზების გარეშე) აკითხავს საკონსულტაციო ცენტრს და იტარებს კონსულტირებას და ტესტირებას აივ ინფექცია/შიდსზე.

1. დიაგნოზის დადგენის მიზნით კონსულტირება და ტესტირება

ამ სახის მომსახურება ითვალისწინებს პიროვნების კონსულტირებას და ტესტირებას დიაგნოზის დადგენის მიზნით. მისი გამოყენება ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც პიროვნებას გამოხატული აქვს შიდსის რაიმე სახის კლინიკური ნიშანიან ეპიდემიოლოგიურად მიეკუთვნება მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფს (მსმ, ნიმ, კსმ, კსმ პარტნიორი და სხვა). ამ დროს კონსულტანტი რეკომენდაციას უწევს ამ პიროვნებას ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე.

2. კონსულტანტის მიერ ინიცირებული აივ კონსულტირება და ტესტირება

ასეთ შემთხვევაში ნკტ კონსულტანტი აქტიურ მონაწილეობას იღებს და თვითონ სთავაზობს პიროვნებას აივ კონსულტირებას და ტესტირებას.

ზემოთ განხილული ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების 3 მიდგომა განსხვავდება მხოლოდ იმით, თუ ვის მიერ არის ინიცირებული კონსულტირების და ტესტირების ჩატარება. სამივე მიდგომის ერთ-ერთ აუცილებელ კომპონენტს ნებაყოფლობითობა (როგორც კონსულტირების, ასევე ტესტირების მხრივ) წარმოადგენს და დაფუძნებულია პაციენტის სურვილზე, გაიგოს თავისი აივ სტატუსი.

3. აივ ინფექცია/ შიდსზე სავალდებულო ტესტირება

აივ ინფექცია/შიდსზე სავალდებულო ტესტირება უტარდება სისხლის ან სისხლის პროდუქტების, ორგანოების და სპერმის დონორებს. ამ შემთხვევაში დონორს არ უტარდება ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი კონსულტირება, რისთვისაც ინფორმირებული თანხმობა საჭირო არ არის.

აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტის წინა კონსულტირების პროტოკოლი

ტესტის წინა კონსულტირების დროს მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს პიროვნების სქესს, სოციალურ სტატუსს, ენას. აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტის წინა კონსულტირება ძირითადად შედგება 5 ეტაპისაგან,

ესენია:

1. საუბრის დაწყება/ შესავალი
2. აივ ინფიცირების რისკის შეფასება
3. ინფორმაციის მიწოდება აივ ტესტირების შესახებ
4. ინფორმაციის მიწოდება აივ ტესტირების შედეგების მიწოდების შესახებ
5. აივ ტესტირებაზე ინფორმირებული თანხმობა

I ეტაპი - შესავალი

კონსულტანტი ტესტის წინა კონსულტირებას იწყებს მისალმებით და პიროვნებისთვის საკუთარი თავის წარდგენით, რის შემდეგაც კონსულტანტი:

- პიროვნებას აწვდის ინფორმაციას კონფიდენციალობის შესახებ;
- სთხოვს პიროვნებას დაასახელოს ნებისმიერი სახელი, რითაც კონსულტანტმა შეიძლება მიმართოს მას;
- უხსნის პიროვნებას, რომ სრული ანონიმურობის მიზნით მას ენიჭება დაშიფრული კოდი, რის შესაქმნელადაც საჭიროა პიროვნებას დაუსვას რამოდენიმე შეკითხვა. აქვე განუმარტავს, რომ პიროვნებას უფლება აქვს მოიტყუოს, მოიგონოს დასმულ კითხვებზე პასუხები, მაგრამ სთხოვს, რომ მომავალშიც, რომელ დაწესებულებასაც არ უნდა მიმართოს მან, დასმულ შეკითხვებს აუცილებლად იგივე პასუხები გასცეს ანუ მოიტყუოს ყოველთვის ერთნაირად. ამასთან ერთად კონსულტანტი აწვდის პიროვნებას ინფორმაციას ომის შესახებ, რომ კოდით ჩატარებული გამოკვლევის შემდეგ გამოკვლეულ პიროვნებას მიენიჭება ასევე კოდის სახით და ამ გამოკვლევის ცატარების შემდეგ მის აივ ტესტირების ცნობაზე არ დაიწერება პიროვნების სახელი და გვარი.
- კონსულტანტი ასევე აწვდის ინფორმაციას პაციენტს, რომ გარკვეულ შემთხვევებში (თუ პაციენტს დაუდასტურდა აივ ინფექცია) და ის მოისურვებს სამკურნალო სერვისებში ჩართვას ვალდებული იქნება გაამჟღავნოს თავისი სახელი და გვარი და პირადი ნომერი და რომ ეს ინფორმაცია კონფიდენციალურად იქნება შენახული.

უნიკალური იდენტიფიკატორის/დაშიფრული კოდის მინიჭების შემდეგ კონსულტანტი არკვევს რამდენად დაკავშირებულია პიროვნების პროფესიული საქმიანობა სამედიცინო სფეროსთან, რადგან შემდეგში განსაზღვროს რამდენად შესაძლებელია მასთან საუბრის დროს სამედიცინო ტერმინების გამოყენება.

კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას:

- რა ინფორმაცია გააჩნია მას აივ ინფექციის შესახებ (როგორ გადაეცემა აივ ინფექცია, რამდენად ბევრია საქართველოში აივ ინფიცირებული და ა.შ).
- ნებისმიერი პასუხის მიღების შემთხვევაში (სწორი ან არასწორი) კონსულტანტი წაახალისებს პიროვნებას გაცემული პასუხების გამო და ამავე დროს უსწორებს იმ არასწორ ინფორმაციას, რომელიც პიროვნებამ მიაწოდა. *მაგ. მე მოხარული ვარ რომ თქვენ საკმაო ინფორმაცია გაგაჩნიათ აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. თქვენ აღნიშნეთ, რომ აივ ინფექცია გადაეცემა დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით, რაც სრული სიმართლეა, მაგრამ მე დავამატებდი, რომ აივ ინფექცია გადაეცემა როგორც ჰეტეროსექსუალური (ქალსა და მამაკაცს შორის), ასევე ჰომოსექსუალური (მამაკაცებს შორის) სქესობრივი კონტაქტით. თქვენს მიერ ჩამოთვლილ გადაცემის გზებში თქვენ გამოგრჩათ დაგესახელებინათ გადაცემის ისეთი გზა, როგორცაა ინფიცირებული დედიდან ნაყოფის (მუცლად ყოფნის პერიოდში), ახალშობილის (მშობიარობის მომენტში) ან ახალშობილის ძუძუთი კვების პერიოდში ინფიცირების რისკი. თქვენ ასევე აღნიშნეთ, რომ დაავადება შეიძლება გადაეცეს საერთო ჭურჭლის გამოყენებით და*

კოლოს კბენით. ეს გავრცელებული მითია საზოგადოებაში, მაგრამ ეს ასე არ არის. აივ ინფექცია არ გადაეცემა ... (და ა.შ).

ყველა შემთხვევა ინდივიდუალურია და კონსულტანტმა უნდა გააკეთოს ინტერპრეტაცია:

- კონსულტანტი პიროვნებას განუმარტავს ტერმინებს „აივ ინფექცია“ და „შიდსი“ და უხსნის მათ შორის განსხვავებას.
- კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას ადრე ჩატარებული აქვს თუ არა აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლევა.

შეკითხვების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- ხომ ვერ მეტყვი, ადრე თუ გაგიკეთებიათ გამოკვლევა აივ ინფექციაზე?
- როდის ჩაგიტარდათ ბოლო ტესტირება?
- ტესტირება იყო საქართველოში თუ მის ფარგლებს გარეთ?
- რა იყო ტესტირების მიზეზი?
- ხომ არ გახსოვთ, როგორი იყო შედეგი?

II ეტაპი - აივ ინფიცირების რისკის შეფასება

აივ ინფიცირების რისკის შესაფასებლად მნიშვნელოვანია პიროვნების გამოკითხვა დაიწყოს ნაკლებად მგრძობიარე შეკითხვებით.

ა) სქესობრივი კონტაქტით აივ ინფიცირების რისკი

საწყისი შეკითხვები ძირითადად ეხება პიროვნების სქესობრივ კონტაქტებს. თავდაპირველად კონსულტანტი იღებს ინფორმაციას:

- პიროვნების ოჯახური მდგომარეობის შესახებ
- სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობაზე
- დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების არსებობაზე
- შემთხვევითი სქესობრივი პარტნიორების შესახებ (სიხშირე, კონტაქტი სექს მუშაკთან, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთან, მსმ თემის წარმომადგენელთან და სხვ)
- გადატანილიან ამჟამად მქონე სქესობრივი დაავადებების შესახებ
- პიროვნების სქესობრივი ორიენტაციის შესახებ (ჰეტერო, მსმ, სხვა)
- როდის ჰქონდა ბოლო სარისკო დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი.

კონსულტანტი აფასებს პიროვნების სქესობრივი კონტაქტით რისკის ინფიცირების საფრთხეს და კიდევ ერთხელ ესაუბრება აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გადაცემის გზების და მისი პრევენციული ღონისძიებების შესახებ.

ბ) ნარკოტიკების მოხმარებით აივ ინფიცირების რისკი

ნარკოტიკების მოხმარებით აივ ინფიცირების რისკის დასადგენად კონსულტანტი პიროვნებას თავდაპირველად ეკითხება ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარების შესახებ.

შეკითხვების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- რამდენად ხშირად იღებთ ალკოჰოლს და რომელ სასმელს ანიჭებთ უპირატესობას?

- ეწევით სიგარეტს?
- დაახლოებით რამდენ ღერს ეწევით დღეში?
- ოდესმე მოგიწევიათ მარიხუანა?
- ამჟამად თუ ეწევით?

ეს კითხვები არ არის დაკავშირებული აივ ინფიცირებასთან, მაგრამ საჭიროა შედარებით უფრო მკაფიოდ შეკითხვებზე (როგორცაა ნარკოტიკების მოხმარება) გადასასვლელად.

ნარკოტიკების მოხმარება

ამ ნაწილში კონსულტანტი აუცილებლად აკეთებს შესავალს, იმის გამო, რომ მანდაანახოს პიროვნებას, რომ იგი არ კიცხავს მას ნარკოტიკების გამოყენებისათვის.

შეკითხვების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- ბევრი ადამიანი ინტერესის მიზნით ერთხელ მაინც იკეთებს ნარკოტიკს, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ეს პიროვნება ნარკოტიკების მოხმარებელია, ეს უბრალოდ ინტერესითაა გამოწვეული. თქვენ ხომ არ გქონიათ მსგავსი შემთხვევა? დადებითი პასუხის შემთხვევაში კონსულტანტი ეკითხება ნარკოტიკების გამოყენების გზას (ინტრავენური, ინტრამუსკულარული, პერორალური და ა.შ) და რა ასაკში მოხდა ნარკოტიკის პირველი მიღება.
- მას შემდეგ ერთხელ მაინც თუ გაგიკეთებიათ ნარკოტიკი ვენაში ან კუნთში (არ არის მიზანშეწონილი სამედიცინო ტერმინების გამოყენება)?
- როდესაც ნარკოტიკი გაიკეთეთ, ხომ არ გამოგიყენებიათ სხვის მიერ ნახმარი ნემსი, შპრიცი ან სხვა რაიმე ჭურჭელი ნარკოტიკის მოსამზადებლად, ან მასალა (მაგ, ბამბა, ფილტრი, ჯამი და სხვ)?
- რამდენად ხშირად იყო ასეთი შემთხვევა და იქნებ გაიხსენოთ, ბოლოს როდის მოხდა ეს ფაქტი (რამდენი ხნის წინ)?
- თუ იცოდით ამ პიროვნების აივ სტატუსი? ან ხომ არ უთქვამს მას, რომ იგი ინფიცირებული იყო B ან/და C ჰეპატიტის ვირუსით?
- მოგვიანებით ხომ არ გაგიგიათ იმის შესახებ, რომ პიროვნება, რომლის ნემსი გამოიყენეთ აივ ინფიცირებული იყო?
- ამჟამად თუ იყენებთ ნარკოტიკებს?
- თუ მოუხმარია ვინმეს თქვენი გამოყენებული ნემსი, შპრიცი ან სხვა რაიმე ზიარი მასალა?
- ხომ არ გაგიგიათ ამ პიროვნების აივ ინფიცირების შესახებ?
- თუ გაქვთ ინფორმაცია საქართველოში მოქმედი ზიანის შემცირების პროგრამების (შპრიცების გაცვლის პროგრამა, მეტადონით ჩანაცვლების პროგრამა და სხვა). რამდენად გქონიათ ამ პროგრამაში ჩართვის მცდელობა?

ამ კითხვებზე პასუხის მიღების შემდეგ კონსულტანტი ხელმეორედ აფასებს ნარკოტიკების მოხმარებით აივ ინფიცირების გადაცემის რისკს, აწვდის ინფორმაციას აივ ინფექციის ნარკოტიკების მოხმარებით გადაცემის შესაძლებლობაზე და ინფორმაციას პრევენციული ღონისძიებების შესახებ.

გ) აივ ინფექციის გადაცემის რისკი სამედიცინო ინვაზიური მანიპულაციებით

შეკითხვების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- ხომ ვერ მეტყვიტ როდესმე თუ გადაუსხამთ თქვენთვის სისხლი ან სისხლის შემცველი პროდუქტები?
- თუ გახსოვთ რამდენი ხნის წინ და რომელ საავადმყოფოში?
- ხომ არ გაგიკეთდათ რაიმე სახის ოპერაცია ან აბორტი?

ამის შემდეგ კონსულტანტი კვლავ აფასებს დაინფიცირების რისკს, აჯამებს აივ ინფიცირების სარისკო ფაქტორებს და პიროვნებას აძლევს რეკომენდაციას ტესტირებაზე. ტესტირებაზე რეკომენდაციის მისაცემად კონსულტანტმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს ე.წ „ფანჯრის პერიოდის“ არსებობა. თუ პიროვნებას სარისკო ფაქტორი აღენიშნებოდა მხოლოდ „ფანჯრის პერიოდში“ მას რეკომენდაციას აძლევს ტესტირება ჩაიტაროს სარისკო ფაქტორის არსებობიდან 3 თვის შემდეგ.

III ეტაპი - ინფორმაცია აივ ტესტირების შესახებ

კონსულტანტი სარისკო ფაქტორების არსებობიდან გამომდინარე პიროვნებას აძლევს რეკომენდაციას ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექციაზე და უხსნის ტესტირების პროცედურას.

1. ტესტირების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების შემთხვევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ტესტირების მეთოდის გამოყენებას. თუ ტესტირება ხდება სწრაფი/მარტივი მეთოდით თითიდან აღებული სისხლის წვეთიდან, მაშინ პიროვნებას უნდა აეხსნას სისხლის აღების ეს მეთოდი, ხოლო თუ მოხდება ნერწყვის ტესტირების გამოყენება, მაშინ მას უნდა მიეცეს ინფორმაცია თუ როგორ ხდება ტესტირება ამ მეთოდით.

- ვენიდან აღებული სისხლი აუცილებელი იქნება საეჭვო შემთხვევის მიღების შემთხვევაში სისხლის ნიმუშის კონფირმატორ დაწესებულებაში გამოგზავნისას. 3-5 მლ სისხლის აღება ხდება ვენიდან ერთჯერადი შპრიცით. სინჯარაზე მითითებული იქნება მხოლოდ ის დაშიფრული კოდი, რომელიც თქვენთან ერთად შევიმუშავეთ;
- პასუხების ინტერპრეტაცია: უარყოფითი პასუხი ნიშნავს, რომ თქვენ არ ხართ აივ ინფიცირებული ანუ ვირუსი არ არის თქვენს ორგანიზმში და თქვენი სარისკო ქცევის შედეგად არ მომხდარა თქვენი ინფიცირება;

სწრაფი ტესტირებით მიღებული დადებითი შემთხვევა არის მხოლოდ სავარაუდო აივ ინფიცირება და არ ნიშნავს პაციენტის საბოლოო დადებით შედეგს. ეს ინფორმაცია უნდა იყოს მიწოდებული გამოსაკვლევი პიროვნებისათვის სანამ მას ჩაუტარდება ტესტირება.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- ამ გამოკვლევით მიღებული დადებითი პასუხი ნიშნავს, რომ თქვენ შესაძლოა იყოთ აივ ინფიცირებული. ამის დასადგენად თქვენი თანხმობის შემთხვევაში ვენიდან აგიღებთ 3 მლ სისხლს და გავაგზავნით კონფირმატორ დაწესებულებაში საბოლოო პასუხის მისაღებად, რასაც შესაძლოა დასჭრდეს 10 სამუშაო დღე. დამადასტურებელი პასუხი საბოლოოდ განსაზღვრავს თქვენს აივ სტატუსს.

აუცილებლად უნდა იქნას ყურადღება გამახვილებული ფანჯრის პერიოდზე. იმ შემთხვევაში თუ პიროვნებას სარისკო ქცევა აღენიშნებოდა მხოლოდ „ფანჯრის პერიოდში“ კონსულტანტი სთხოვს მას ანალიზის ჩასატარებლად მოვიდეს სარისკო ქცევიდან 3 თვის გასვლის შემდეგ. თუ პიროვნებას სარისკო ქცევა აღენიშნებოდა როგორც „ფანჯრის პერიოდში“, ასევე ადრე პერიოდშიც, მაშინ კონსულტანტი სთავაზობს პიროვნებას ჩაიტაროს ტესტირება აივ

ინფექციაზე და განუმარტავს, რომ ტესტირება არ ვრცელდება ბოლო 3 თვის მანძილზე არსებული სარიკსო ქცევებით ინფიცირების დასადგენად. ტესტი შეიძლება იყოს უარყოფითი, ხოლო თქვენ აივ ინფიცირებული, რადგან X დღეების (თვეების)წინ, თქვენ აღნიშნეთ რომ გქონდათ ისეთი სარიკსო ქცევა როგორცაა ნარკოტიკების მოხმარება სხვისი ნემსით (ან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი), რაც არ გამოვლინდება ამჟამად ჩატარებულ ანალიზში. ამისათვის თქვენ რეკომენდაცია გეძლევათ Y დღის (თვის) შემდეგ, კიდევ ერთხელ ჩაიტაროთ დამატებითი გამოკვლევა.

IV ეტაპი - ინფორმაცია შედეგის შეტყობინების შესახებ

ინფორმაციის მიწოდების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

თქვენი ტესტირების შედეგები ჩვენთვის ცნობილი იქნება xx წუთში (თუ ხდება სწრაფი ტესტირება). ხოლო თუ დაგვჭირდა თქვენი სისხლის ნიმუშის რეფერენს ლაბორატორიაში გაგზავნა დიაგნოზის დადასტურების მიზნით საჭირო იქნება 10 სამუშაო (2 კვირა) დღე. პასუხის გაცემა მოხდება მხოლოდ პირადად თქვენზე, თქვენს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე თქვენთვის მინიჭებული კოდის მიხედვით. პასუხის გასაგებად რომ მობრძანდებით თქვენ უნდა წარმოადგინოთ თქვენი დაშიფრული კოდი. ამიტომ გთხოვთ, კარგად დაიმახსოვრეთ თქვენი დაშიფრული კოდი. პასუხი არ გაიცემა ტელეფონით და არ გაიცემა სხვა პიროვნებაზე, თუ მე თქვენგან არ მექნა მიღებული თანხმობა კონკრეტული პიროვნებისათვის ინფორმაციის მიწოდებაზე.

V ეტაპი - აივ ტესტირებაზე ინფორმირებული თანხმობა

კონსულტანტი იღებს პიროვნებისგან ზეპირ თანხმობას ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექციაზე.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია: *თუ თქვენ თანახმა ხართ, ჩაიტაროთ ტესტირება აივ ინფექციაზე, ექთანი/ფლებოტომისტი ავიღებთ და ჩვენ ჩაგიტარებთ ტესტირებას აივ ინფექციაზე (ნერწყვის ტესტის გამოყენებისას მიცემული იქნება შესაბამისი ინფორმაცია).*

ტესტირებაზე ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში, კონსულტანტი აგროვებს გარკვეულ მონაცემებს, რომელიც საჭირო იქნება ეპიდზედამხედველობის ფორმის (ფორმა 1) შესავსებად. ფორმა # 1 და მისი შევსების წესი იხილეთ დანართ 4-ში.

აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტის შემდგომი კონსულტირების პროტოკოლი

ტესტის შემდგომი კონსულტირების ძირითად მიზანს წარმოადგენს გამოკვლეული პიროვნებისათვის აივ ტესტირების პასუხის შეტყობინება, აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციული ღონისძიებების შეხსენება, პიროვნების სამომავლო გეგმების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება, პიროვნების ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა და აივ ინფიცირებულის შემთხვევაში მისი სპეციალიზებულ კლინიკაში მიმართვა დისპანსერიზაციისა და შემდგომი მეთვალყურეობის მიზნით.

ტესტის შემდგომი კონსულტირება თავის მხრივ იყოფა:

1. აივ დადებითი შედეგის მქონე პირის (აივ პოზიტიურის)
2. აივ უარყოფითი შედეგის მქონე პირის (აივ ნეგატიური)

როგორც ტესტის წინა, ასევე ტესტის შემდგომი კონსულტირებისას მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს პიროვნების სქესს, სოციალურ სტატუსს, ენას.

ტესტის შემდგომი კონსულტირებისას დაუშვებელია:

- საუბრის ტელეფონით წარმართვა
 - პიროვნებისათვის ტესტის შედეგების დამალვა
 - ტესტის შედეგების გამხელა სხვა პირისათვის პიროვნების ინფორმირებული თანხმობის გარეშე (როგორც აივ პოზიტიური, ისე აივ ნეგატიურებისათვის).
- ტესტის შემდგომი კონსულტირება ხდება პიროვნებასთან შეთანხმებულ დროს. თუ პიროვნება არ მოვიდა შეთანხმებულ დროს, კონსულტანტი ტესტის შემდგომ კონსულტირებას ატარებს პიროვნების შემდეგი ვიზიტის დროს.

I ეტაპი - შესავალი*

ტესტის შემდგომ კონსულტირებას კონსულტანტი იწყებს მისალმებით და ზოგადი ფრაზებით. კონსულტანტი აქვებს პაციენტის იმისათვის, რომ იგი მოვიდა ტესტის შედეგების გასაცნობად და აფასებს, რამდენად მზადაა პიროვნება, გაიგოს აივ ტესტირების შედეგი.

მაგ. სასიამოვნოა, რომ მობრძანდით თქვენი ტესტის პასუხის მისაღებად, ეს იმას ნიშნავს, რომ თქვენ ზრუნავთ როგორც თქვენს ჯანმრთელობაზე, ასევე თქვენს ახლობლებზე.

კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას:

1. როგორ გრძნობდით თავს მას მერე რაც სისხლი ჩააბარეთ?
2. თქვენთან ერთად ხომ არ არის ვინმე, ვინც გასურთ, რომ დაესწროს თქვენ ტესტის შემდგომ კონსულტირებას და თქვენთან ერთად გაიგოს თქვენი ტესტირების შედეგი?

თუ კონსულტანტი ჩათვლის, რომ პიროვნება არ არის მზად ტესტის პასუხის გასაგებად, კონსულტანტი აგრძელებს ზოგადი ხასიათის საუბარს.

მაგ. ხომ არ შეიცვალა რამე, მას შემდეგ რაც თქვენ სისხლი ჩააბარეთ?

როდესაც კონსულტანტი თვლის, რომ პიროვნება მზად არის, შეიტყოს ტესტის შედეგი, კონსულტანტი სთხოვს პიროვნებას, გადასცეს დაშიფრული კოდი, რომლის წარდგენის შემდეგ კონსულტანტი ნახულობს ამ პიროვნების პასუხს. პასუხის გადაცემის მომენტში, კონსულტანტი კიდევ ერთხელ ამოწმებს რამდენად შეესაბამება პიროვნების მიერ დასახელებული კოდი კონვერტში ჩადებულ შედეგზე მოცემულ დაშიფრულ კოდს.

იმ შემთხვევაში თუ საკონსულტაციოდ მოსულ პირს არ ახსოვს (ან დაკარგა) თავისი კოდი, კონსულტანტი თავიდან ადგენს პიროვნების დაშიფრულ კოდს. თუ პიროვნება განსხვავებულად პასუხობს დასმულ კითხვებს, ვიდრე პრე ტესტ კონსულტირების დროს, რის გამოც დგება განსხვავებული კოდი, მაშინ კონსულტანტი უარს აცხადებს პიროვნებისთვის ტესტირების პასუხის მიცემაზე. ამ შემთხვევაში ალტერნატიული ვარიანტია შედგეს ახალი კოდი და პიროვნებამ თავიდან ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექციაზე.

კონსულტანტი ვალდებულია პიროვნებას აუხსნას, თუ რატომ ვერ მისცემს პასუხს ზუსტი კოდის გარეშე.

კონსულტანტი პიროვნებას განმარტებას აძლევს შემდეგნაირად:

- მე კარგად მესმის, რომ თქვენ დაინტერესებული ხართ, მიიღოთ თქვენი ტესტის პასუხი,

მაგრამ გამოკვლევის პასუხზე მითითებულია მხოლოდ თქვენი დაშიფრული კოდი. მე არ ვიცი არც თქვენი სახელი და არც გვარი, ამიტომ შეუძლებელია მოვახდინო თქვენი სისხლის ნიმუშის იდენტიფიცირება.

- იქნებ კიდევ ერთხელ გაიხსენოთ, როგორი იყო თქვენი კოდი. მე შეკითხვების დასმით შეძლებისდაგვარად დაგეხმარებით ერთად აღვადგინოთ თქვენი დაშიფრული კოდი.
- ამ შემთხვევაში კონსულტანტი იმეორებს იმ შეკითხვებს, რომელიც აუცილებელია დაშიფრული კოდის შესაქმნელად.
- სამწუხაროდ, თქვენს მიერ მოცემული ინფორმაცია არ შეესაბამება არც ერთ დაშიფრულ კოდს, ამიტომ მე ვერ შევძლებ თქვენ მოგაწოდოთ ტესტირების შედეგი.
- თუ თქვენ დაინტერესებული ხართ, აუცილებლად გაიგოთ თქვენი ტესტირების შედეგი, შეგიძლიათ ახალი, თქვენს მიერ ამჟამად დასახელებული დაშიფრული კოდით კიდევ ერთხელ ჩაიტაროთ ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე. სხვა შემთხვევაში ჩვენ არ გვაქვს არანაირი შესაძლებლობა მოვახდინოთ თქვენი გამოკვლევის შედეგის იდენტიფიცირება.

იმ შემთხვევაში, თუ პიროვნება სწორად ასახელებს თავის დაშიფრულ კოდს, კონსულტანტი კიდევ ერთხელ გადაამოწმებს კონვერტში ჩადებული კოდის სისწორეს და გადასცემს მას პაციენტს.

**** ეს ნაწილი განკუთვნილია მხოლოდ იმ შემთხვევებისათვის, როდესაც აივ გამოკვლევის პასუხი საჭიროებს გარკვეულ დროს და პიროვნება ხელახლა უნდა მოვიდეს მისი პასუხის მისაღებას (და არ ხდება მისი ტესტირების იქვე წარმართვა).**

ამის შემდეგ კონსულტაცია აივ დადებითი და უარყოფითი პირებისათვის სხვადასხვა სახისაა.

ტესტის შემდგომი კონსულტირება აივ ნეგატიური პირებისათვის

II ეტაპი - პასუხების მიწოდება

თუ პიროვნებას პასუხს ვაწვდით წერილობით ფორმით, მაშინ მას აუცილებლად თან უნდა მოჰყვეს სიტყვიერი განმარტება. კონსულტანტი პასუხს აწოდებს ბუნებრივი ხმით, ყოველგვარი აღელვების და ემოციის გარეშე.

კონსულტანტის მიერ მიცემული განმარტების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- „თქვენი ტესტის შედეგი უარყოფითია, რაც იმას ნიშნავს, რომ თქვენს სისხლში/ნერწყვში ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულები არ არის აღმოჩენილი და თქვენ არ ხართ აივ ინფიცირებული“.
- კონსულტანტი აუცილებლად აკეთებს პაუზას, იმისათვის რომ პიროვნებას მისცეს თავისი ტესტის შედეგის გააზრების საშუალება. იმ შემთხვევაში, თუ პიროვნება ტესტის წინა კონსულტირებაზე აღნიშნავდა სარისკო ქცევას ბოლო 3 თვის განმავლობაშიც, კონსულტანტი ახსენებს მას ინფორმაციას ფანჯრის პერიოდის შესახებ.
- იმის გამო, რომ X დღეების/კვირების წინ თქვენ გქონდათ აივ ინფიცირებასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევა, მე ვთავაზობთ კიდევ ერთხელ ჩაიტაროთ განმეორებითი ტესტირება აივ ინფექციაზე Y დღეების/კვირების შემდეგ. მაგ. თუ პიროვნებას სარისკო ქცევა ჰქონდა ტესტირებამდე 4 კვირით ადრე, კონსულტანტმა

უნდა შესთავაზოს მას განმეორებითი კვლევის ჩატარება 4-6 კვირის შემდეგ (ტესტ სიტემის მახასიათებლებიდან გამომდინარე).

III ეტაპი - აივ პრევენციის ღონისძიებები

ამ ეტაპზე კონსულტანტი კიდევ ერთხელ ამახვილებს ყურადღებას აივ ინფექციის გადაცემის გზებზე და დაავადების პრევენციაზე.

კონსულტანტის მიერ მიცემული განმარტების შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- თქვენ ალბათ გახსოვთ ჩვენი წინა საუბრიდან, რომ აივ ინფექცია გადაეცემა:
- აივ ინფიცირებულ პაციენტთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით (როგორცერთი სქესის პარტნიორების ურთიერთობით, რასაც ჰომოსექსუალური კავშირი ეწოდება, ასევე განსხვავებული სქესის პარტნიორების ე.წ. ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის დროს);
- აივ ინფიცირებული პირის ნემსის, შპრიცის და სხვა ნარკოტიკების მოსამზადებელი ზიარი ჭურჭლის გამოყენებით;
- შეუმოწმებელი, აივ ინფიცირებული პირის სისხლის და სისხლის პროდუქტების გადასხმით;
- ნაყოფის (ჯერ კიდევ არ დაბადებული ბავშვის) ინფიცირება შესაძლებელია მოხდეს თუ ორსული არის აივ ინფიცირებული.
- ახალშობილის ინფიცირება ასევე შესაძლებელია მშობიარობის და ძუძუთი კვების პერიოდში.
- ვინაიდან აივ ინფიცირებული ხშირ შემთხვევაში ჯანმრთელად გამოიყურება და შესაძლოა მან არ იცოდეს თავის აივ ინფიცირების შესახებ, ამიტომ აივ ინფიცირების თავიდან აცილების ყველაზე კარგი საშუალება პროფილაქტიკაა. ამისათვის, კიდევ ერთხელ შეგახსენებთ, რომ უმჯობესია:
- გყავდეთ ერთი, ჯანმრთელი მუდმივი პარტნიორი, სხვა შემთხვევაში კი სქესობრივი კონტაქტისას აუცილებლად გამოიყენეთ პრეზერვატივი ყველა სქესობრივი კონტაქტის დროს.
- თავი აარიდეთ ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებას, სხვა შემთხვევაში ყოველთვის გამოიყენეთ ახალი ნემსი და შპრიცი (უარი თქვით სხვის მიერ ნახმარი, ასევე თქვენს მიერ ერთხელ უკვე გამოყენებული ნემსის და შპრიცის ხმარებაზე). არასოდეს არ გამოიყენოთ ზიარი ჭურჭელი ან სხვა ნივთები(ბამბა, ფილტრი, ჯამი და ა.შ).
- **დამატებით ქალებისათვის:** ორსულობის პერიოდში აუცილებლად ჩატარეთ ტესტირება აივ ინფექციაზე და თუ თქვენ აღმოჩნდით აივ პოზიტიური, სპეციალური პროფილაქტიკური მკურნალობა, რომელიც ხელმისაწვდომია და უფასოა ყველა აივ ინფიცირებული ორსულისათვის, მინიმუმამდე შეამცირებს ნაყოფის/ახალშობილის ინფიცირების რისკს.
- მე კიდევ ერთხელ მინდა შეგახსენოთ, რომ აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს და სხვა მწერების კბენით, ინფიცირებულ პირთან საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში ერთად ყოფნით (მაგ, საბავშვო ბაღი, სკოლა, ინსტიტუტი და ა.შ), აივ ინფიცირებული

პირის ხელის ჩამორთმევით, გადაკოცნით, საერთო თეთრეულის და ჭურჭლის (არა ნარკოტიკების მოსამზადებელი) გამოყენებით.

კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას, ხომ არ სურს მას რაიმე დამატებითი ინფორმაციის მიღება. იმ შემთხვევაში, თუ კონსულტანტს არ გააჩნია შესაბამისი ინფორმაცია პიროვნების მიერ დასმულ შეკითხვაზე, მან არ უნდა დამალოს ეს ფაქტი და უთხრას პიროვნებას, რომ ის შეეცდება ამ ინფორმაციის მოპოვებას/გადამოწმებას და გააგებინებს ამ პიროვნებას თუ იგი ისურვებს ამ ინფორმაციის მისაღებად ხელმეორედ მოსვლას.

კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას:

- *ხომ არ გსურთ რაიმე დამატებითი ინფორმაციის გაგება იმ საკითხებთან დაკავშირებით რაზეც ამჟამად ვისაუბრეთ?*
- *ხომ არ იყო რაიმე საკითხი თქვენთვის გაუგებარი და/ან გინდათ უფრო დეტალურად ვისაუბროთ რომელიმე საკითხზე?*

IV ეტაპი - რისკის შემცირების გეგმა

იმ შემთხვევაში თუ საკონსულტაციოდ მოსულ პირს ტესტის წინა კონსულტირებისას ჰქონდა გარკვეული სარისკო ქცევები/ფაქტორები კონსულტანტი სთავაზობს ამ პიროვნებას ერთად დასახონ რისკის შემცირების გეგმა. თუ პიროვნება არ ისურვებს ამ თემაზე საუბარს, მაშინ კონსულტანტი ამთავრებს კონსულტირებას.

იმ შემთხვევაში თუ პიროვნება თანახმაა, განიხილოს ეს საკითხი კონსულტანტთან ერთად, მაშინ რისკის შემცირების გეგმა იყოფა 3 ძირითად ნაბიჯად:

ნაბიჯი 1

კონსულტანტი ეკითხება ამ პიროვნებას მის აზრს, თუ რას ფიქრობს, როგორ შეიძლება ეს პიროვნება დარჩეს აივ უარყოფითი.

- *თქვენ უკვე იცით როგორ გადაეცემა აივ ინფექცია და როგორ შეიძლება თავიდან აიცილოთ ეს დაავადება. ამასთან ერთად, თქვენ აღნიშნეთ რომ გქონდათ გარკვეული სარისკო ქცევა (მაგ. დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი). როგორ ფიქრობთ, რა შეიძლება გააკეთოთ იმისათვის, რომ თავიდან აიცილოთ შემდგომში ასეთი საქციელი?*

ნაბიჯი 2

კონსულტანტი წამოჭრის რისკის შემცირების თემას და პიროვნებას აწოდებს რისკის შემცირების რამოდენიმე ალტერნატიულ ვარიანტს. რჩევები არ ატარებს დირექტიულ ხასიათს, ის მხოლოდ ამ პიროვნებისთვის ინფორმაციის მიწოდების ხასიათისაა.

მაგ. როგორ ფიქრობთ, უმჯობესი ხომ არ იქნება, ყოველთვის თან იქონიოთ პრეზერვატივი და შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტის დროს თქვენ აღარ მოგიწევთ დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი? ან ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევაში: მე კარგად მესმის, რომ ძნელია ნემსის ყიდვაზე დროის დაკარგვა, როდესაც თქვენ საშუალება გაქვთ იმ მომენტში გაიკეთოთ სხვის მიერ გამოყენებული შპრიცი. ამ შემთხვევაში, იქნებ ჯობდეს, თუ გაქვთ რაიმე მუდმივი ადგილი, სადაც ხდება თქვენი ნარკოტიკების გამოყენება, ყოველთვის გქონდეთ ახალი ნემსი და შპრიცი დატოვებული, რომ არ გამოიყენოთ სხვისი ნემსი? ან უკიდურეს შემთხვევაში რამოდენიმეჯერ, კარგად გამოავლოთ ანადულარი ცივი წყალი, ინფიცირების თავიდან

აცილების მიზნით?

ნაბიჯი 3

რეფერალი სხვადასხვა სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებში

მაგ, თუ პიროვნებას აქვს ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტები, კონსულტანტი აწოდებს მას ინფორმაციას, რომ ასეთი სარისკო ქცევით იგი შეიძლება დაინფიცირებულიყო სხვადასხვა სქესობრივი გზით გადადები ინფექციებით (მაგ. სიფილისი, B ჰეპატიტი, გონორეა და სხვ). ამ შემთხვევაში კონსულტანტი აძლევს ინფორმაციას იმ ქალაქში/რაიონში არსებული დაწესებულებების ჩამონათვალს, სადაც ამ პიროვნებას შეუძლია ჩაიტაროს გამოკვლევა სგგი-ზე. მაგ. *რადგან თქვენ აღნიშნეთ, რომ გქონდათ ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი, ხომ არ ისურვებდით ჩაგეტარებინათ ტესტირება ისეთ დაავადებებზე, როგორცაა სიფილისი, გონორეა და ა.შ. რადგან ეს დაავადებები, ისევე როგორც აივ ინფექცია/შიდსი შესაძლებელია გადაეცეს დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის დროს. მე მოგაწოდებთ ინფორმაციას იმ კლინიკების შესახებ, თუ სად შეგიძლიათ ჩაიტაროთ ტესტირება ამ დაავადებებზე. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში რეფერალის შეთავაზება უნდა მოხდეს სამკურნალო დაწესებულებებში და/ან ზიანის შემცირების პროგრამებში ჩართულ კლინიკებში.*

V ეტაპი - კონსულტირების დამთავრება

კონსულტირების დამთავრების წინ კონსულტანტი კიდევ ერთხელ ეკითხება პიროვნებას თუ აინტერესებს მას დამატებით რამე და აძლევს შეკითხვების დასმის საშუალებას.

- *მე შევეცადე მოკლედ მომიწოდებინა თქვენთვის აუცილებელი ინფორმაცია, რაც აივ ინფექციისთან არის დაკავშირებული. ხომ არ გსურთ უფრო ღრმად განვიხილოთ რომელიმე საკითხი, ან ხომ არ გაქვთ რამე დამატებითი შეკითხვები.*
- *კონსულტანტი შეძლებისდაგვარად პასუხობს პიროვნების მიერ დასმულ შეკითხვებს. დამშვიდობებისას კონსულტანტი კიდევ ერთხელ ახსენებს პიროვნებას განმეორებითი ტესტირების მნიშვნელობას თუ ამ პიროვნებას ჰქონდა რამე გარკვეული სარისკო ქცევა ტესტირებამდე 3 თვის განმავლობაში.*
- *მე კიდევ ერთხელ მინდა შეგახსენით, რომ კარგი იქნება თუ გაიმეორებთ აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტირებას --- კვირების შემდეგ, რადგან თქვენ მაინც გქონდათ სარისკო ქცევა, რომელიც „ფანჯრის პერიოდს ემთხვეოდა“*
- *თუ თქვენ გექნებათ ამის სურვილი, თქვენ შეგიძლიათ მოაკითხოთ ჩვენს დაწესებულებას, ან მომართოთ სხვა ნებისმიერ საკონსულტაციო ცენტრს შემდგომი კვლევისათვის.*

კონსულტანტი კიდევ ერთხელ აქებს პიროვნებას გადადგმული ნაბიჯისათვის. ამის შემდეგ კონსულტანტი არ ავსებს ფორმა # 1-ის დამატებით პუნქტებს და მას მეორე თვის დასაწყისში სხვა ფორმებთან ერთად გადააგზავნის დაავადებათა კონტროლის ცენტრში.

ტესტის შემდგომი კონსულტირება აივ დადებითი პირებისთვის (სკრინინგით მიღებული

დადებითი შედეგი).

პასუხების მიწოდება

- კონსულტანტი ეუბნება პიროვნებას რომ მისი ტესტი აივ ინფექციაზე დადებითია, რაც იმას ნიშნავს, რომ მკაცრად რეკომენდირებულია ამ პირისთვის განმეორებითი სისხლის აღება ვენიდან და ამ სისხლის ნიმუშის რეფერენს ლაბორატორიაში გადაგზავნა.
- კონსულტანტი აწვდის ინფორმაციას ტესტის ცრუ დადებითი შედეგის მიღების ალბათობის შესახებ;
- კონფირმაციული ტესტირებისათვის საჭირო დროის შესახებ
- კონფირმაციული შედეგების მიღებამდე რეკომენდირებული პრევენციული ღონისძიებების შესახებ (რომ არ მოხდეს სხვისი შესაძლო ინფიცირება)
- სთხოვს პიროვნებას მოვიდეს საბოლოო პასუხების მისაღებად 2 კვირის შემდეგ და სთხოვს მას მისცეს საკონტაქტო ინფორმაცია (პაციენტის დაკარგვის შემთხვევაში მისი მოძიების მიზნით).

სავარაუდო ფორმატი ასეთია:

- *თქვენი სისხლის/ნერწყვის ნიმუშის ტესტირებისას ჩვენ მივიღეთ აივ-ზე დადებითი შედეგი, რაც იმას ნიშნავს რომ აუცილებელია თქვენი სისხლის განმეორებითი აღება და მისი რეფერენს ლაბორატორიაში გადაგზავნა დამადასტურებელი მეთოდებით გამოსაკვლევად.*
- *საბოლოო პასუხი გვექნება 2 კვირაში (10 სამუშაო დღეში).*
- *მინდა მოგაწოდოთ ინფორმაცია ტესტის ცდომილების შესახებ, რაც იმას ნიშნავს რომ პირველადი დადებითი შედეგის დადასტურება ყოველთვის არ ხდება (ანუ პაციენტი შესაძლებელია საბოლოო გამოკვლევით არ იყოს აივ ინფიცირებული). ამას მხოლოდ დამადასტურებელი მეთოდით გამოკვლევა გვიჩვენებს.*
- *მინდა გთხოვოთ, რომ დამადასტურებელი პასუხის მიღებამდე თავი შეიკავებთ დაუცველი სქესობრივი კონტაქტებისგან (თუნდაც თქვენს მუდმივ პარტნიორთან და არ გაუზიაროთ თქვენს მიერ გამოყენებული საინექციო მოწყობილობა თქვენს პარტნიორს, რადგან თქვენი ინფიცირების შემთხვევაში, მასაც აივ-ით დაინფიცირების საფრთხის ქვეშ აყენებთ.*
- *თუ ეს თქვენთვის პრობლემას არ წარმოადგენს, იქნებ მითხრათ თქვენი საკონტაქტო ინფორმაცია, რომ მე დაგიკავშირდეთ და დაგინიშნოთ შეხვედრა იმ შემთხვევაში თუ პასუხები დანიშნულ დროზე ადრე იქნა მოწოდებული, ოღონდ წინასწარ უნდა შევთანხმდეთ, რომ მე მაქვს უფლება ინფორმაცია მოგაწოდოთ იმის შესახებ, რომ პასუხები მზად არის და შეგიძლიათ მას მოაკითხოთ. პასუხს ტელეფონით ვერ გავცემთ.*

ამის შემდეგ კონსულტანტი აძლევს საშუალებას პაციენტს მისცეს კითხვების დასმის საშუალება და მისცეს გამოსაკვლევად მისული პაციენტს მისი საკონტაქტო ინფორმაცია დამატებითი კითხვების გაჩენისას პასუხის გაცემის მიზნით.

შემდეგ მას უთანხმდება ვიზიტის დროზე და ემშვიდობება პაციენტს დამადასტურებელი პასუხების მიღებამდე.

კონსულტანტი არ ავსებს ფორმა # 1-ის დამატებით პუნქტებს და ელოდება კონფირმაციული ტესტირების შედეგებს.

აივ დადებითი პირებისთვის ტესტის შემდგომი კონსულტირება (კონფირმაციით მიღებული დადებითი შედეგი).

I ეტაპი - შესავალი

ტესტის შემდგომ კონსულტირებას კონსულტანტი იწყებს მისალმებით და ზოგადი ფრაზებით. კონსულტანტი აქვებს პაციენტის იმისათვის, რომ იგი მოვიდა ტესტის შედეგების გასაცნობად და აფასებს, რამდენად მზადაა პიროვნება, გაიგოს აივ ტესტირების შედეგი.

მაგ. სასიამოვნოა, რომ მობრძანდით თქვენი ტესტის პასუხის მისაღებად, ეს იმას ნიშნავს, რომ თქვენ ზრუნავთ როგორც თქვენს ჯანმრთელობაზე, ასევე თქვენს ახლობლებზე.

კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას:

- როგორ გრძნობდით თავს მას მერე რაც სისხლი ჩააბარეთ?
- თქვენთან ერთად ხომ არ არის ვინმე, ვინც გასურთ, რომ დაესწროს თქვენ ტესტის შემდგომ კონსულტირებას და თქვენთან ერთად გაიგოს თქვენი ტესტირების შედეგი?
- თუ კონსულტანტი ჩათვლის, რომ პიროვნება არ არის მზად ტესტის პასუხის გასაგებად, კონსულტანტი აგრძელებს ზოგადი ხასიათის საუბარს.

მაგ. ხომ არ შეიცვალა რამე, მას შემდეგ რაც თქვენ სისხლი ჩააბარეთ?

როდესაც კონსულტანტი თვლის, რომ პიროვნება მზად არის, შეიტყოს ტესტის შედეგი, კონსულტანტი სთხოვს პიროვნებას, გადასცეს დამიფრული კოდი, რომლის წარდგენის შემდეგ კონსულტანტი ნახულობს ამ პიროვნების პასუხს.

II ეტაპი - პასუხების მიწოდება

პასუხის მიწოდება უარყოფითი შედეგის დროს

წერილობითი პასუხიდ გადაცემას აუცილებლად უნდა მოჰყვეს სიტყვიერი განმარტება. კონსულტანტი პასუხს აწოდებს ბუნებრივი ხმით, ყოველგვარი აღელვების და ემოციის გარეშე.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

თქვენი ტესტირების შედეგები მოვიდა და მინდა გაცნობით, რომ თქვენი გამოკვლევის შედეგი დამადასტურებელი მეთოდით უარყოფითია, რაც იმას ნიშნავს რომ თქვენ არ ხართ აივ ინფიცირებული და პირველადი პასუხი იყო ცრუ დადებითი.

ამის შემდეგ კონსულტანტი აუცილებლად აკეთებს პაუზას, იმისათვის რომ პიროვნებას მისცეს თავისი ტესტის შედეგის გააზრების და ემოციის გამოხატვის საშუალება.
კონფირმაციით მიღებული უარყოფითი პასუხის ტესტის შემდგომი კონსულტაცია გრძელდება ისეთივე ფორმატით, როგორც სკრინინგით მიღებული უარყოფითი შედეგი.

პასუხის მიწოდება დადებითი შედეგის დროს

წერილობითი პასუხიდ გადაცემას აუცილებლად უნდა მოჰყვეს სიტყვიერი განმარტება. კონსულტანტი პასუხს აწოდებს ბუნებრივი ხმით, ყოველგვარი აღელვების და ემოციის გარეშე.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

თქვენი ტესტირების შედეგები მოვიდა და მინდა გაცნობით, რომ თქვენი გამოკვლევის შედეგი დამადასტურებელი მეთოდით დადებითია, რაც იმას ნიშნავს რომ თქვენ აივ ინფიცირებული ხართ და აუცილებლად გჭირდებათ მკურნალობის პროგრამაში ჩართვა.

ამის შემდეგ კონსულტანტი აუცილებლად აკეთებს პაუზას, იმისათვის რომ პიროვნებას მისცეს თავისი ტესტის შედეგის გააზრების და ემოციის გამოხატვის საშუალება.

ტესტის შემდგომი კონსულტირებისას კონსულტანტს არ აქვს უფლება:

- გამოხატოს თავისი ემოცია
- მისცეს პაციენტს უსაფუძვლო დაპირებები
- გამოიჩინოს გადამეტებული ზრუნვა
- პაციენტის შეცოდების მიზნით გადადოს ტესტის შემდგომი კონსულტირება

III ეტაპი - დახმარების ეტაპი

მას შემდეგ რაც პაციენტი გაიგებს, რომ აივ ინფიცირებულია, კონსულტანტი საშუალებას აძლევს მას გამოხატოს თავისი ემოცია და მისი დამშვიდების შემდეგ აწვდის ინფორმაციას შესაძლო პროგრამაში ჩართვის შესახებ.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- ის, რომ თქვენ აივ ინფიცირებული ხართ არ ნიშნავს იმას, რომ შიდასი გაქვთ. ამისათვის დამატებითი გამოკვლევებია საჭირო, რომელიც თუ თქვენ თანახმა იქნებით ჩაგიტარდებათ სპეციალიზებულ დაწესებულებაში აღრიცხვაზე დადგომის შემდეგ.
- დღესდღეობით არსებული წამლები აივ ინფიცირებულ პაციენტს საშუალებას აძლევს შეინარჩუნოს მისი ჯანმრთელობა დიდი ხნის განმავლობაში. ეს წამლები ხელმისაწვდომია საქართველოში მცხოვრები საქართველოს ყველა მოქალაქისათვის, თუ ის დარეგისტრირდება შესაბამის კლინიკაში. ამაზე დეტალურად ამ დაწესებულების კონსულტანტები და ექიმები გაგესაუბრებიან.
- თუ უფრო დეტალურად გაინტერესებთ ეს საკითხი, მე შევეცდები მოგაწოდოთ ჩემს ხელთ არსებული ინფორმაცია.

კონსულტანტი პაციენტს საშუალებას აძლევს დასვას შეკითხვები.

IV ეტაპი - აივ ინფექციის გადაცემა და პაციენტის მოვალეობები

კონსულტანტი კიდევ ერთხელ ახსენებს პაციენტს ინფორმაციას აივ ინფექციის გადაცემის

გზების შესახებ და იმ აუცილებელი ეპიდემიოლოგიური რეჟიმის დაცვისშესახებ, რაც მნიშვნელოვანია სხვა პიროვნების აივ ინფიცირების თავიდან ასაცილებლად.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

1. თქვენ ალბათ გახსოვთ ჩვენი წინა საუბრიდან, რომ აივ ინფექცია გადაეცემა:

- აივ ინფიცირებულ პაციენტთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით (როგორც პეტერო, ისე ჰომოსექსუალური კავშირის დროს);
- აივ ინფიცირებული პირის ნემსის, შპრიცის და სხვა ნარკოტიკების მოსამზადებელი ზიარი ჭურჭლის გამოყენებით;
- ნაყოფის (ჯერ კიდევ არ დაბადებული ბავშვის) ინფიცირება შესაძლებელია მოხდეს თუ ორსული არის აივ ინფიცირებული.
- ახალშობილის ინფიცირება ასევე შესაძლებელია მშობიარობის და ძუძუთი კვების პერიოდში.

2. ამიტომ გთხოვთ:

- თავი შეიკავეთ დაუცველი სქესობრივი კონტაქტებისგან როგორც თქვენს მუდმივ პარტნიორთან, ასევე შემთხვევითი სქესობრივ პარტნიორებთანაც, რომ არ მოხდეს მათი ინფიცირება (თუ უკვე არ მოხდა მათი ინფიცირება).
- ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებისას გამოიყენეთ მხოლოდ თქვენი ინსტრუმენტები, რადგან თქვენს მიერ გამოყენებული ინსტრუმენტების ხმარებით შესაძლებელია მოხდეს სხვა ადამიანის ინფიცირება
- ყოველთვის ცალკე იქონიეთ ისეთი ნივთები, რომლებიც შესაძლებელია დაისვაროს თქვენი სისხლით, მაგ საპარსი, მანიკურის და პედიკურის მოწყობილობა და სხვ.
- უარი თქვით სისხლის, პლაზმის, ორგანოების და სპერმის დონორობაზე, ვინაიდან ეს გამოიწვევს რეციპიენტის (იმ პიროვნების, ვინც უნდა მოიხმაროს ეს პროდუქტი) ინფიცირებას.
- **დამატებით ქალებისათვის:** ორსულობის პერიოდში აუცილებლად ჩაიტარეთ სპეციალური პროფილაქტიკური მკურნალობა, რომელიც ხელმისაწვდომია და უფასოა ყველა აივ ინფიცირებული ორსულისათვის, ეს მინიმუმამდე შეამცირებს ნაყოფის/ახალშობილის ინფიცირების რისკს.

3. ვინაიდან აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს და სხვა მწერების კბენით, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში ერთად ყოფნით (მაგ, საბავშვო ბაღი, სკოლა, ინსტიტუტი და ა.შ), აივ ინფიცირებული პირის ხელის ჩამორთმევით, გადაკოცნით, საერთო თეთრეულის და ჭურჭლის გამოყენებით, თქვენ არანაირი შეზღუდვა არ გაქვთ ამ მდგომარეობებთან დაკავშირებით.

კონსულტანტი ეკითხება პიროვნებას, ხომ არ სურს მას რაიმე დამატებითი ინფორმაციის მიღება. იმ შემთხვევაში, თუ კონსულტანტს არ გააჩნია შესაბამისი ინფორმაცია პიროვნების დასმულ შეკითხვაზე, მან არ უნდა დამალოს ეს ფაქტი და უთხრას პიროვნებას, რომ ის შეეცდება ამ ინფორმაციის მოპოვებას/გადამოწმებას და გააგებინებს ამ პიროვნებას თუ იგი ისურვებს ამ ინფორმაციის მისაღებად ხელმეორედ მოსვლას.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

1. ხომ არ გსურთ რაიმე დამატებითი ინფორმაციის გაგება იმ საკითხებთან დაკავშირებით, რაზეც ამჟამად ვისაუბრეთ?
2. ხომ არ იყო რაიმე საკითხი თქვენთვის გაუგებარი და/ან გინდათ უფრო დეტალურად ვისაუბროთ რომელიმე საკითხზე?

V ეტაპი - აივ ინფიცირებული პარტნიორის ნოტიფიკაცია

ტესტის შემდგომი კონსულტირების შემდეგი ეტაპი დაკავშირებულია პაციენტის მხარდაჭერასა და მისი აივ სტატუსის გამხელასთან.

კონსულტანტი ეკითხება პაციენტს თუ აქვს სურვილი ვინმეს გაუმხილოს მისი აივ პოზიტიური სტატუსი და რა შესაძლო რეაქცია შეიძლება ჰქონდეს ამ პიროვნებას.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- როგორ ფიქრობთ არის თქვენს გარშემო ისეთი ადამიანები, რომლებსაც შეგიძლიათ გაუმხილოთ თქვენი აივ სტატუსი?
- რას ფიქრობთ, რა რეაქცია ექნებათ ამ ადამიანებს?
- შეუძლიათ მათ თქვენი ემოციური მხარდაჭერა?
- ხომ არ გაქვთ სურვილი დაგაკავშიროთ სხვა აივ ინფიცირებულებთან, რომლებმაც უკვე გაიარეს ეს ეტაპი? (იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი თანახმაა მსგავს მომსახურებაზე, კონსულტანტი აძლევს ინფორმაციას მსგავსი ორგანიზაციის შესახებ)
- საქართველოში არსებობს არასამთავრობო ორგანიზაცია „_____“, რომლებიც დაფუძნებულია აივ ინფიცირებული პაციენტების მიერ. მათთან კავშირი თქვენ შესაძლებლობას მოგცემთ ადვილად დაძლიოთ ის პირველი ეტაპი, რომელიც მოჰყვება დიაგნოზის დასმის შემდეგ გამოწვეულ დისკომფორტს.
- თუ თქვენ გაქვთ ამის სურვილი, მე ეხლა ტელეფონით დავუკავშირდები ამ ორგანიზაციის წარმომადგენლებს ან შემიძლია მოგცეთ მათი საკონტაქტო ინფორმაცია და თქვენ თვითონ დაუკავშირდით მათ.

კონსულტანტი ინფორმაციას აწვდის პაციენტს, რომ მან თავისი აივ დადებითი სტატუსი აუცილებლად უნდა შეატყობინოს მის მეუღლეს ან მუდმივ სქესობრივ პარტნიორს.

შესაძლო ფორმატი შემდეგია:

- როგორც თქვენ უკვე იცით, აივ ინფექციით ინფიცირება შესაძლებელია მოხდეს დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით. იმის გამო, რომ მეუღლესთან და მუდმივ სქესობრივ პარტნიორთან ხშირ შემთხვევაში სქესობრივი კონტაქტი დაუცველია, აუცილებელია მისი (მეუღლის/ სქესობრივი პარტნიორის) აივ ინფექცია შეიძლება ტესტირება. ამის გამო თქვენ აუცილებლად უნდა აცნობოთ მას თქვენი აივ დადებითი სტატუსის შესახებ.
- როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეძლებთ ამის გაკეთებას?
- იცის თქვენმა მეუღლემ/პარტნიორმა იმის შესახებ, რომ თქვენ ჩაიტარეთ გამოკვლევა აივ ინფექციაზე?
- თუ არა, რატომ არ უთხარით ამის შესახებ? რა იყო ამის მიზეზი?
- ხომ არ გინდათ რომ ჩვენ მივაწოდოთ ეს ინფორმაცია?
- თქვენი მეუღლის აივ ტესტირება მოხდება კონფიდენციალობის სრული წესების დაცვით. მისი კონსულტირება შესაძლებელია თქვენი თანდასწრებით ან თქვენს გარეშე, ეს თქვენი და თქვენი მეუღლის სურვილებზე დამოკიდებული.
- მე ასევე გთხოვთ შეძლებისდაგვარად სთხოვოთ იმ ადამიანებს მოვიდნენ კონსულტირებაზე, ვისთანაც გქონდათ სარისკო ქცევა (დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი, გაზიარებული ნემსი და შპრიცი და ა.შ), რადგან აივ ინფექციის ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა საკმაოდ მნიშვნელოვანია მათი ჯანმრთელობისათვის.
- დამატებით რაიმე ხომ არ გაინტერესებთ ამ საკითხებთან დაკავშირებით?

- კონსულტანტი საშუალებას აძლევს პაციენტს დასვას შეკითხვები მისთვის საინტერესო საკითხებზე.

VI ეტაპი - რეფერალი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში შემდგომი მეთვალყურეობისათვის

კონსულტანტი სთავაზობს პაციენტს აღრიცხვაზე დადგეს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში მისი შემდგომი მეთვალყურეობის, მკურნალობის და დამატებითი გამოკვლევების ჩასატარებლად.

ამისათვის, ის სთავაზობს პაციენტს სოციალური მუშაკის დახმარებას და პაციენტის მიყოლას სპეციალიზირებულ კლინიკაში. თუ პაციენტს არ სურს სოც მუშაკის თანხლება, მაშნ კონსულტანტი პაციენტის თანდასწრებით ათანხმებს სპეციალიზირებული კლინიკის თანამშრომელთან პაციენტის შესაძლო ვიზიტის დროს.

ამის შემდეგ კონსულტანტი ავსებს ფორმა 1-ის დარჩენილ ველებს და დანარჩენ ფორმებთან ერთად აგზავნის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრში სხვა ფორმა 1-ებთან ერთად მომდევნო თვის პირველ რიცხვებში.

დანართი 3: აივ/შდსზე გამოკვლევის მიზნით სისხლის ალებისა და ტრანსპორტირების წესები

სისხლის ალება ხდება ვენიდან ასეპტიკის და უსაფრთხოების წესების დაცვით, ერთჯერადი ნემსის საშუალებით, 3-5 მლ რაოდენობით. ვენაპუნქცია სრულდება ტექნიკით „ნემსის კვეთა ზევით“. აღებული სისხლი უნდა მოთავსდეს სტერილურ, მშრალ სინჯარაში. მოთავსება ხდება შემდეგნაირად: შპრიცს უნდა მოშორდეს ნემსი, შპრიცი უნდა ჩაიდოს სინჯარაში და ნელა (დაბალი წნევით) უნდა ჩაისხას ეტიკეტირებულ სინჯარაში. ნემსი და გამოყენებული შპრიცი მოთავსებული უნდა იყოს ე.წ. უსაფრთხოების ყუთში „Safe box“- ში, სხვა შემთხვევაში მან შეიძლება გამოიწვიოს პერსონალის დაინფიცირების საფრთხე. სინჯარა უნდა მოთავსდეს შტატივში კოლტის წარმოქმნამდე 10-20 წთ-ის განმავლობაში, შემდეგ გატანილი იქნას ლაბორატორიაში საანალიზოდ ან შესაძლებელია შენახული იქნას მაცივარში 2-8°C-მდე 24 საათის განმავლობაში.

საველე პირობებში სისხლის ალების შემთხვევაში რეკომენდებულია სისხლის ნიმუშის გადატანა თავსახურიდან, სტერილურ სინჯარაში. სინჯარები მოთავსებული უნდა იქნას თავსახურიდან კონტეინერებში და სპეციალური ტემპერატურული რეჟიმის დაცვით (2-8° C). ტემპერატურის შენარჩუნებისათვის გამოყენებული უნდა იყოს ყინულის პაკეტები. ყინული ისე უნდა იყოს ჩადებული, რომ ის არ უნდა ეხებოდეს სისხლის ერთეულებს, (რადგან ამან შესაძლებელია გამოიწვიოს ჰემოლიზი). სამუშაოს დამთავრების შემდეგ სისხლის ალების ადგილი კარგად უნდა იყოს დამუშავებული სადეზინფექციო ხსნარებით, მოქმედი ინსტრუქციის შესაბამისად.

საანალიზოდ აღებული მასალის დამუშავების წესები

ცენტრიფუგის სინჯარაში გამოსაკვლევი სისხლის დაყოვნება შესაძლებელია ოთახის ტემპერატურაზე კოლტის წარმოქმნამდე და შემდეგ მაცივარში 2-8°C 24 საათის განმავლობაში. ნიმუშიანი სინჯარები მოთავსებული უნდა იყოს შტატივში, რომელიც მოთავსდება კონტეინერში და ასე იქნას გადატანილი ლაბორატორიაში. იმ შემთხვევაში თუ არ არის ნიმუშის მიტანის შესაძლებლობა დადგენილ დროში, მაშინ საკვლევ მასალად გაიგზავნება სისხლის შრატის ან პლაზმა.

შრატის/ პლაზმის გამოყოფის რამოდენიმე ვარიანტია შესაძლებელი:

1. ვენიდან აღებულ 3-5მლ სისხლს, რომელიც ჩასხმულია ცენტრიფუგის სინჯარაში, 15-30 წთ-ის განმავლობაში აყოვნებენ ოთახის ტემპერატურაზე (18-25°C). სისხლის შედედების შემდეგ ერთჯერადი წკირის გამოყენებით სისხლის კოლტი უნდა მოიხსნას სინჯარის კედლიდან, შემდეგ მოხდეს მისი ცენტრიფუგირება 1000-1500 ბრ/წთ-ში 5-10 წთ-ის განმავლობაში.

2. სისხლი, საანალიზო სინჯარაში მოთავსების შემდეგ, თავსდება თერმოსტატში 38°C-ზე 30 -60 წუთის განმავლობაში. ამის შემდეგ სტერილური მინის წკირით ან პასტერის პიპეტით სინჯარის კედლიდან ჩამოიხსნება შედედებული სისხლი. სინჯარა დაყოვნდება 2-8°C 1-2 სთ-ის განმავლობაში, რის შედეგადაც მოხდება შრატის გამოყოფა.

შრატის ან პლაზმის გამოყოფის შემდეგ საანალიზო მასალა გადატანილი უნდა იყოს ეპენდორფის სინჯარაში, რომელიც უნდა იყოს იგივე წესით ეტიკეტირებული, როგორც სისხლის სინჯარა. შრატის ან პლაზმის შენახვა შესაძლებელია 7 დღის განმავლობაში, მაცივარში 2-8°C ტემპერატურაზე. უფრო ხანგრძლივი დროით შენახვა შესაძლებელია საყინულეში -20°C და უფრო დაბალ ტემპერატურაზე. დასაშვებია ნიმუშის მხოლოდ ერთჯერადი გაყინვა - გამოღობა.

საანალიზოდ აღებული მასალის ტრანსპორტირების წესები

სინჯარების გადატანა ყველაზე ოპტიმალურია ჩანთა-მაცივრებით. დაუშვებელია სინჯარების (კონტეინერების) გადატანა პირადი სარგებლობის ნივთებით (მაგ. ხელჩანთები).

იმ შემთხვევაში, თუ ლაბორატორია ახლოსაა საკონსულტაციო ცენტრთან (არ საჭიროებს ტრანსპორტს) შესაძლებელია მთლიანი სისხლის გადატანა, რომელიც მოთავსებული იქნება ეტიკეტირებულ სინჯარაში, შტატივში და კონტეინერში. ნებისმიერ შემთხვევაში კონტეინერს თან უნდა ახლდეს მომართვის ფორმა (H ინდივიდუალური ფორმა -იხილეთ დანართი 4), თითოეულ სისხლის ნიმუშზე.

იმ შემთხვევაში თუ საჭიროა შრატის/პლაზმის ტერიტორიულად დაშორებულ ლაბორატორიაში (მაგ, რეფერენს ლაბორატორია ან სხვ.) გადატანა, იგივე სისხლის შრატი ან პლაზმა მინიმუმ 200-250 მკლ-ის რაოდენობით გადატანილი უნდა იქნეს ჰერმეტიკულად თავდახურულ სინჯარაში (ეპენდორფის სინჯარაში), ეტიკეტირებული იგივე კოდით. შესაძლებელია გამოყენებული იქნას საავადმყოფოს ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტი. ასეთ შემთხვევაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სინჯარების სწორ შეფუთვას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და საერთაშორისო სატრანსპორტო ორგანიზაციების მიერ შემუშავებულია მასალების შეფუთვის საერთაშორისო რეკომენდაციები;

1. სინჯარა მოთავსებული უნდა იყოს წყალგაუმტარ, თავსახურიან კონტეინერში ტემპერატურული რეჟიმის დაცვით
2. კონტეინერი უნდა შეიფუთოს მყიფე მასალაში, რომელსაც აქვს დაღვრილი მასალის შეწოვის უნარი
3. ეს ყველაფერი უნდა მოთავსდეს მეორე წყალგაუმტარ თავსახურიან კონტეინერში და დაილუქოს (შესაძლებელია თვითმწებავი პაკეტების გამოყენებაც).
4. თანმხლები დოკუმენტაცია ჩაიდოს ცალკე თვითმწებავ ან დალუქულ პაკეტში, რომელიც მიემარგება მე-3 პუნქტში აღწერილ კონტეინერს.
5. კონტეინერის გარეთა შეფუთვის ეტიკეტი უნდა აჩვენებდეს, რომ კონტეინერში მოთავსებულია პათოლოგიური მასალა.
6. გზავნილს გარედან უნდა მიეთითოს გამომგზავნი დაწესებულების დასახელება, მისამართი და ტელეფონის ნომერი, ასევე მიმღები დაწესებულების დასახელება, მისამართი და ტელეფონის ნომერი.
7. კონტეინერის გადატანისას არ უნდა მოხდეს მისი ფიზიკური დაზიანება პათოლოგიური მასალის შემცველი პაკეტის გახსნა შეუძლია მხოლოდ ლაბორატორიის მუშაკს. იმ შემთხვევაში თუ მოხდა მასალის დაღვრა (რომელიც სწორად შეფუთვისას მხოლოდ შიგნით დარჩება) აუცილებელია კონტეინერის დეზინფიცირება, შემდეგ დაღვრილი მასალის მოშორება და გარეცხვა.

დანართი 4: ანგარიშების ფორმები და მისი შევსების წესი

აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა #1 და მისი შევსების წესი

ფორმა 1 შედგება 3 ნაწილისგან. პირველი ნაწილი ივსება ტესტის წინა კონსულტაციის შემდეგ, როდესაც პაციენტი თანხმობას აცხადებს ტესტირებაზე. მეორე ნაწილი ივსება მას შემდეგ, თუ პაციენტის კვლევის შედეგად მიღებული იქნება **დადებითი შედეგი და ეს შედეგი დადასტურებული იქნა კონფირმაციული მეთოდით**. ხოლო მე-3 ნაწილი ივსება სპეციალიზირებული კლინიკის თანამშრომლების მიერ.

ფორმა 1 შემდგენალია:

1. კოდი		
2. უბნის თარიღი	3. სქესი <input type="checkbox"/> მამაკაცი <input type="checkbox"/> მდედრი	4. უბნის მფარვე
5. მიმწოდებლის თარიღი	6. ნკტ სტატუსი	7. გამოწვევის დასტურება
8. მიმწოდებლის	10. წინ ტესტის შედეგი 1. დადებითი 2. უარყოფითი 3. უცნობი 4. არ ჩატარებულა	11. რისკი აქვს აივს 1. ინტექსტუალური 2. სქესობრივი 3. შპს სქესობრივი 4. არცერთი
9. რაიონი	12. ვადეცის უბანი (თბილისი გარეუბანი) 1. ინტეგრირებული 2. სავაჭრო-სამრეწველო სტრუქტურის კონცეფცია 3. სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 4. სოციალური-სამრეწველო კონცეფცია 5. ადგილობრივი-სამრეწველო კონცეფცია 6. უცნობი 7. სხვა	13. პეტრო-სტრუქტურა 1. არსებული-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 2. კონცეფცია-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 3. კონცეფცია-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 4. კონცეფცია-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 5. არსებული-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 6. კონცეფცია-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 7. არსებული-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია
15. ანგარიშის მფარვე	16. მოვლის ინფორმაციული დაფიქსირება	14. დაავადების მართვის მეთოდები 1. ანტირეტროვირული მედიკამენტები 2. არსებული-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 3. დაავადების მართვის მეთოდები 4. არსებული-სამრეწველო-სამრეწველო კონცეფცია 5. სხვა 6. არსებული
<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> უცნობი		სოფლის <input type="checkbox"/> და <input type="checkbox"/> უარე <input type="checkbox"/> არადა
17. სივლევის მფარვე		
1. სოფლის ინფორმაციული	2. სოფლის ინფორმაციული	3. უცნობი
სტატუსი <input type="checkbox"/> და <input type="checkbox"/> უარე <input type="checkbox"/> არადა		
სტატუსი <input type="checkbox"/> და <input type="checkbox"/> უარე <input type="checkbox"/> არადა		

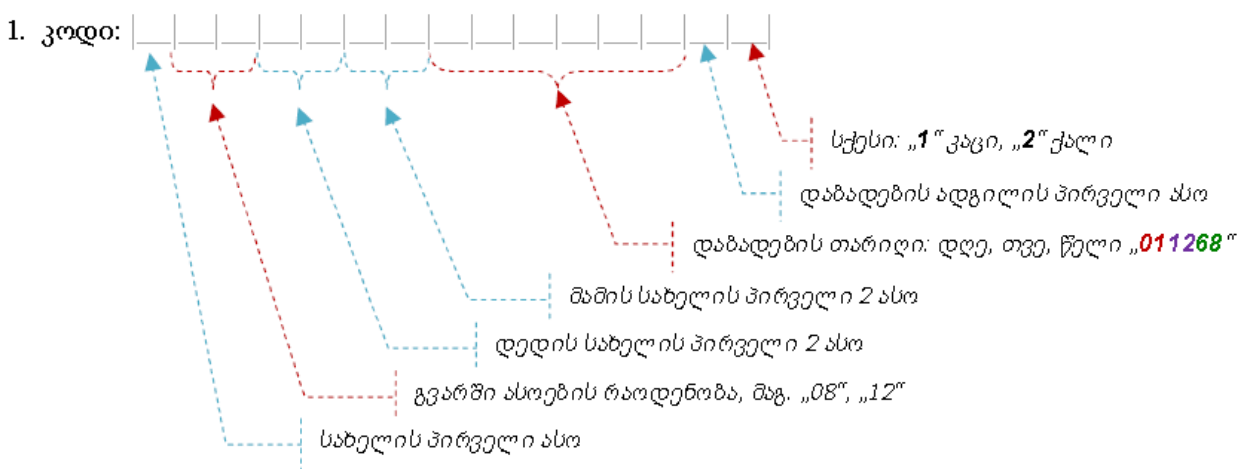
იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი აივ ტესტის წინა კონსულტაციის შემდეგ თანახმაა ჩაიტაროს გამოკვლევა აივ ინფექციაზე, ნკტ კონსულტანტი ავსებს აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის #1 ფორმის პირველ 11 ცვლადს, რომელთა შევსების წესიც მოცემულია ქვემოთ (ცხრილი ---).

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი უარს აცხადებს ტესტირებაზე და პაციენტისთვის სისხლის აღება არ ხორციელდება, მაშინ ნკტ სპეციალისტი აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა #1 არ ავსებს და, შესაბამისად, არ ახორციელებს ანგარიშგებას ქვეყნის ეპიდემიოლოგიის სისტემაში.

ცხრილი 2. აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის სტანდარტული ცვლადები 1 – 11 და მათი განმარტება

ცვლადის დასახელება	ცვლადის განმარტება
1) კოდი	პიროვნების განმასხვავებელი უნიკალური იდენტიფიკატორი/დაშიფრული კოდი, რომლის შედგენის წესი აღწერილია დანართ ---
2) დაბადების თარიღი	ინდივიდის დაბადების თარიღი – დაბადების თარიღი ფიქსირდება დღე/თვე/წელი ფორმატით.
3) სქესი	აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლეული ინდივიდის სქესი – არჩევანი კეთდებაკოდირებული ჯგუფებიდან: 1) მამრობითი, 2) მდედრობითი.
4) რაიონი	საქართველოს ადმინისტრაციული რაიონი, რომელშიც ფაქტობრივად ცხოვრობს ინდივიდი.
5) მომართვის თარიღი	პაციენტისთვის სისხლის აღების თარიღი ფიქსირდება დღე/თვე/წელი ფორმატით.
6) ნკტ სპეციალისტი*	ნკტ სპეციალისტის პირადი კოდი, რომელიც მიენიჭება ტრენინგის წარმატებით გავლის შემთხვევაში
7) გამომგზავნი დაწესებულება	სამედიცინო დაწესებულების კოდი.
8) რისკის ჯგუფი	უნდა მიეთითოს ყველა შესაძლო ვარიანტი შემდეგი ჯგუფებიდან: 1) ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი, 2) კომერციული სექსის მუშაკი, 3) ჰომო/ბისექსუალი, 4) არც ერთი.
9) დაბადების ქვეყანა	ჩაწერეთ ქვეყნის დასახელება, სადაც დაიბადა პიროვნება.
10) მოქალაქეობა	ჩაწერეთ ქვეყნის სახელწოდება, რომლის მოქალაქეც ამჟამად არის პიროვნება.
11) წინა დადებითი კონფირმაციული ტესტის თარიღი	მიუთითეთ ადრე ჩატარებული კონფირმაციული დადებითი ტესტის თარიღი – მიუთითეთ მხოლოდ წელი.

აივ/შიდსზე გამოსაკვლევი პაციენტის 15 ნიშნა კოდის შევსების წესი



კონსულტანტი გამოსაკვლევ პიროვნებას ეკითხება შემდეგ ინფორმაციას შესაბამისი თანმიმდევრობით:

1. სახელის მხოლოდ პირველ ასოს და წერს პირველ უჯრაში (არ ეკითხება სახელს!)
2. გვარში ასოების რაოდენობას, რომელიც იწერება მე-2 და მე-3 უჯრაში; თუ ასოების რაოდენობა <10, წინ ეწერება „0“-ს, მაგ. „05“ ან „08“
3. დედის სახელის პირველ ორ ასოს, რომელიც იწერება მე-4 და მე-5 უჯრაში (არ ეკითხება დედის სახელს!)
4. მამის სახელის მხოლოდ პირველ ორ ასოს, რომელიც იწერება მე-6 და მე-7 უჯრაში (არ ეკითხება მამის სახელს!)
5. დაბადების რიცხვს, თვეს და წელს და ასეთივე თანამიმდევრობით იწერება 8-13 უჯრებში: თუ დაბადების რიცხვი და /ან თვე 1-დან 9 ჩათვლითაა, მაშინ წინ ეწერება „0“ (მაგ. 01,03; 05,08 და ა.შ.) წლის ჩაწერისას იწერება დაბადების წლის მხოლოდ ბოლო 2 ციფრი. მაგ. დაბადებული 1991 წელი, მაშინ უჯრაში იწერება 91.
6. დაბადების ადგილის მხოლოდ პირველ ასოს, რომელიც იწერება მე-14 (არ ეკითხები დაბადების ადგილს!)
7. განსაზღვრავს სქესს და ბოლო უჯრაში წერს „1“-ს თუ კაცია, „2“-ს თუ ქალია.

ნიმუში:

სახელი	გვარი	დედის სახელი	მამის სახელი	დაბადების თარიღი	დაბადების ადგილი	სქესი	15 ნიშნა კოდი
ინგა	ბალათურია	ლია	ვლადიმერი	05,03,1989	თბილისი	2	ი09ლივლ050389თ2
დავით	ლიფონავა	ალა	ზაზა	12,08,2000	საქობო	1	დ08ალზა120800ს1
ლიანა	სირამე	ეკა	გია	15,12,1984	თელავი	2	ლ06ეკგი121284თ2
ალი	კველია	ნინო	სოსო	03,11,2001	სვირი	1	ა07ნისო031101ს1

ფორმის შევსებისას დაშვებული შეცდომის გასწორების წესი

ნკტ სპეციალისტი ჯვარედინად (X) გადახაზავს შეცდომით შემოხაზულ ნომერს და თავიდან შემოხაზავს სწორ ნომერს წრიულად (O). შეცდომით ჩაწერილი ასოს გადახაზვა ასევე ხდება ჯვარედინად (X) და მის მაგივრად თავზე იწერება სწორი ასო.

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არ არის აივ ინფიცირებული (გამოკვლევის შედეგი უარყოფითია) აღარ შეივსება დანარჩენი გრაფები და ფორმები გაიგზავნება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში მომდევნო თვის პირველ რიცხვებში.

იმ შემთხვევაში თუ პაციენტს აივ ინფექცია დაუდასტურდა კონფირმაციული მეთოდით, ხდება მომდევნო 12-14 გრაფების შევსება და შემდეგ მისი გაგზავნა ანგარიშგების მიზნით.

ცხრილი 3. აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის სტანდარტული ცვლადები 12 – 14 და მათი განმარტება

ცვლადის დასახელება	ცვლადის განმარტება
12) გადაცემის გზა	აივ ინფექციის გადაცემის ყველაზე მეტად სავარაუდო გზა – უნდა შემოიხაზოს მხოლოდ ერთი ვარიანტი შემდეგი კოდირებული ჯგუფებიდან: 1) ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება, 2) ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი, 3) ჰომოსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი, 4) სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გადასხმა, 5) დედიდან შვილზე

	გადაცემა, 6) უცნობია, 7) პაციენტთან კონტაქტი დაიკარგა.
13) ჰეტერო – სუბკატეგორია	უნდა შემოიხაზოს ყველაზე მეტად სავარაუდო ერთი სუბკატეგორია. ჰეტეროსექსუალური გზით აივ გადაცემის სპეციფიკაციისთვის განსაზღვრულია შემდეგი კატეგორიები: 1) არის გენერალიზებული აივ ეპიდემიის ქვეყნიდან, 2) კონტაქტი ჰომოსექსუალ მამაკაცთან, 3) კონტაქტი ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთან, 4) კონტაქტი ჰემოფილიით დაავადებულთან, 5) პარტნიორი არის გენერალიზებული აივ ეპიდემიის ქვეყნიდან, 6) კონტაქტი აივ ინფიცირებულთან, რომელიც არ მიეკუთვნება ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიებს, 7) პარტნიორის აივ სტატუსი უცნობია.
14) დედიდან-შვილზე გადაცემის სუბკატეგორია	უნდა შემოიხაზოს ყველაზე მეტად სავარაუდო ერთი სუბკატეგორია. დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის სპეციფიკაციისთვის განსაზღვრულია შემდეგი კატეგორიები: 1) დედა არის ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი, 2) დედა არის გენერალიზებული აივ ეპიდემიის ქვეყნიდან, 3) დედა დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით და არ მიეკუთვნება არც ერთ ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორია

ფორმა #1-ის მე-12-14 გრაფები

12. გადაცემის გზა (შემოხაზე მხოლოდ ერთი)	13. ჰეტერო-სუბკატეგორია	14. დედიდან-შვილზე გადაცემის სუბკატეგორია
1. ინექციური ნარკოტიკები	1. არის გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნიდან	1. დედა არის ნარკოტიკების მომხმარებელი
2. ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი	2. კონტაქტი ჰომოსექსუალ მამაკაცთან	2. არის გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნიდან
3. ჰომოსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი	3. კონტაქტი ნარკოტიკთან	3. დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით და არ მიეკუთვნება არცერთ ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიას
4. სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გადასხმა	4. კონტაქტი ჰემოფილიით დაავადებულთან	4. არის სისხლის რეციპიენტი
5. დედიდან-შვილზე გადაცემა	5. პარტნიორი გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნიდან	5. სხვა/დადუგენელი
6. უცნობია	6. კონტაქტი აივ ინფიცირებულთან, რომელიც არ მიეკუთვნება ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიას	6. არ არის ცნობილი
7. დაიკარგა	7. პარტნიორის სტატუსი უცნობია	

მე-12-მე-14 გრაფები ივსება შემდეგნაირად:

კონსულტანტი არკვევს პაციენტის დაინფიცირების გზას და შესაბამისად შემოხაზავს მხოლოდ 1 ნომერს მე-12 გრაფაში. იმ შემთხვევაში თუ პიროვნება ერთდროულად აღნიშნავს დაინფიცირების რამდენიმე რისკ ფაქტორს, უპირატესობა ენიჭება შემდეგი რიგითობით:

1. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება
2. დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები
3. დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არ აღნიშნავს არც ერთ ზემოთ ჩამოთვლ სარისკო ფაქტორებს მაშინ კონსულტანტი კიდევ ერთხელ ეკითხება პაციენტს სისხლის და სისხლის პროდუქტების გადასხმის ისტორიას.

- ჰემოტრანსფუზიის შესახებ დადებითი პასუხის მიღების შემთხვევაში, შესაძლებელია შემოიხაზოს სისხლი და სისხლის პროდუქტების გადასხმა
- ჰემოტრანსფუზიის შემთხვევაში უარყოფითი პასუხის მიღების შემთხვევაში “უცნობია“

მე-15-მე-17 გრაფების შევსება ხდება პაციენტის აივ/შიდსის სპეციალიზირებულ კლინიკაში მიმართვის და შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ ამ დაწესებულების წარმომადგენლის მიერ.

H ინდივიდუალური ფორმა და მისი შევსების წესი

H ინდივიდუალური ფორმა თან უნდა ახლდეს რეფერენს დაწესებულებაში სავარაუდო დადებითი სისხლის ნიმუშის გასაგზავნ ნიმუშს.

შემთხვევის ლაბორატორიული კვლევის მოთხოვნის ფორმა (H-ინდივიდ.)

ნაწილი A (ივსება დამკვეთი დაწესებულებაში; „ველზე“) _____
(მოუთხოვთ პროექტის/გრანტის/პროგრამის დასახელება და/ან №)

პაციენტი: სახელი, გვარი / პირადი ნომერი _____ ასაკი _____ სქესი _____ ტელ. _____

მისამართი _____ დაავადების მოკლე ანამნეზი _____
(მოუთხოვთ წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი, სიმპტომების გამოვლენის თარიღი და ა.შ.)

დამგავი კონტეინერის № _____ ნიმუში: _____ ჭურჭლის № _____ ადების თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____
(დასახელება)

სინჯი: _____ საიდენტიფიკაციო № _____ დამზადების თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____
(დასახელება)

საკვლევი ნოზოლოგია: ა) _____ / ბ) _____
გამოკვლევის მეთოდი: ბაქტერიოლოგია. გამოკვლევის მეთოდი: სეროლოგია

საკვლევი ნოზოლოგია: გ) _____ / დამკვეთი _____
გამოკვლევის მეთოდი: მოლეკულური დიაგნოსტიკა (დაწესებულება, გარემოება „ველი“ და სხვ.)

ნიმუშის/სინჯის: მიმღები დაწესებულება _____ გამომკვლევი დაწესებულება _____

ტრანსპორტირება: პასუხისმგებელი პირი: _____ გაგზავნის თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____
(სახელი, გვარი, თანამდებობა)

ნაწილ A-ს შევსებაზე პასუხისმგებელი პირი _____ / _____ / _____
(ცხელ/სახელი, გვარი) (ცხელ/სახელი, გვარი) (სტა-სახელი, გვარი)

ნაწილი B1 (რეგისტრაცია 1-ლი მიმღები დაწესებულების ცენტრალურ მიმღებში). მიღების თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____

ქვენაწილი 1-1. ნიმუშის სარეგისტრაციო № _____ სინჯის საიდენტიფიკაციო № _____
ნიმუშის/სინჯის მდგომარეობა: სტანდარტული არასტანდარტული.
ნიმუშის/სინჯის დანიშნულება: ადგილზე გამოსაკვლევი. ნიმუში/სინჯი გადაეცა: ლაბორატორია _____
 სატრანზიტო. (შეავსეთ **ქვენაწილი 1-2**) რეგისტრატორი _____

ქვენაწილი 1-2 (ივსება 1-ლი დაწესებულების ცენტრალურ მიმღებში, **სატრანზიტო** ნიმუშის/სინჯისათვის) დამგავი კონტეინერის № _____

ნიმუშის/სინჯის: მე-2 მიმღები დაწესებულება _____ გამომკვლევი დაწესებულება _____

ტრანსპორტირებაზე პასუხისმგებელი პირი / კურიერი _____ გაგზავნის თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____

ნაწილი B2. (რეგისტრაცია მე-2 მიმღები დაწესებულების ცენტრალურ მიმღებში) მიღების თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____

ქვენაწილი 2-1. ნიმუშის სარეგისტრაციო № _____ სინჯის საიდენტიფიკაციო № _____
ნიმუშის/სინჯის მდგომარეობა: სტანდარტული არასტანდარტული.
ნიმუშის/სინჯის დანიშნულება: ადგილზე გამოსაკვლევი. ნიმუში/სინჯი გადაეცა: ლაბორატორია _____
 სატრანზიტო. (შეავსეთ **ქვენაწილი 2-2**) რეგისტრატორი _____

ქვენაწილი 2-2 (ივსება მე-2 დაწესებულების ცენტრალურ მიმღებში, **სატრანზიტო** ნიმუშის/სინჯისათვის) დამგავი კონტეინერის № _____

ნიმუშის/სინჯის: მე-3 მიმღები და გამომკვლევი დაწესებულება _____

ტრანსპორტირებაზე პასუხისმგებელი პირი / კურიერი _____ გაგზავნის თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____

ნაწილი B3. (რეგისტრაცია გამომკვლევი დაწესებულების ცენტრალურ მიმღებში). მიღების თარიღი ____/____/____ დრო _____ : _____
ნიმუშის/სინჯის მდგომარეობა: სტანდარტული არასტანდარტული.
ადგილზე გამოსაკვლევი. ნიმუში/სინჯი გადაეცა: ლაბორატორია _____ რეგისტრატორი _____

დანართი 5: დამატებითი საკითხავი მასალის ჩამონათვალი

1. საქართველოს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ:
<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/90088>
2. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ:
http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pdf
3. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ:
http://momxmarebeli.ge/images/file_615084.pdf
4. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ:
http://momxmarebeli.ge/images/file_720000.pdf
5. საქართველოს კანონი მავნე ზეგავლენისაგან არასრულწლოვანთა დაცვის შესახებ:
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/15652>
6. გაეროს კონვენცია „ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის ლიკვიდაციის შესახებ“, 1979:
<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>
7. აივ/სგგი კომპლექსური პროგრამების განხორციელება მამაკაცებისთვის, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან
8. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/>
9. კომპლექსური აივ/სგგი პროგრამების იმპლემენტაცია სექს-მუშაკებისთვის
<https://georgia.unfpa.org/ka/publications>

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. „HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings“, HIV in Europe Secretariat ,Copenhagen HIV Programme, 2012
2. Gazzard B et al. Indicator disease-guided testing for HIV – the next step for Europe. HIV Medicine; (Suppl. 2), 34-40, 2008
3. World Health Organization and UNAIDS Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO, Geneva
.http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/index.html, 2007
4. British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, Children’s HIV Association. Don’t forget the children: Guidance for the HIV testing of children with HIV-positive parents. <http://www.chiva.org.uk/health/conferences/previous/dontforget> (accessed 29 April 2010), 2009
5. NICE NICE Public Health Guidance 33: Increasing the uptake of HIV testing to reduce undiagnosed infection and prevent transmission among black African communities living in England . www.nice.org.uk, 2011
6. Department of Health Improving the detection and diagnosis of HIV in non-HIV specialties including primary care. www.dh.gov.uk, 2007
7. Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC). A strategic HTC program framework., 2012, Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf
8. Priority Interventions, HIV/AIDS Prevention, Treatment, and care in the health sector, WHO, HIV/AIDS Department, 2010; http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_
9. HIV diagnoses, A guide for selecting rapid diagnostic test kits, published in January 2009. WHO, UNAIDS
http://www.unicef.org/supply/files/HIV_DIAGNOSIS_A_Guide_for_Selecting_RDT_Jan08.pdf
10. European Action Plan for HIV/AIDS 2012-2015. Regional Committee for Europe EUR/RC61/Inf.Doc./8Sixty-first session; Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148517/RC61_InfDoc8.pdf
11. Hoffman; Rockstroh; HIV 2010; medizin Fokus Verlag, Hamburg; www.hivbook.com
12. WHO. mother to child transmission of HIV; <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en>
13. PMTCT Strategic vision 2010–2015 http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf HIV for non HIV specialists, diagnosing the undiagnose – a practical guide for Healthcare professionals in Secondary care, medical foundation and sexual Health 2008.