



აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება

კვლევის სრული ანგარიში

მოკლე შინაარსი	i
1 მეთოდოლოგია.....	i
2 ძირითადი მიგნებები.....	i
2.1 აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის მიმართ საერთაშორისო მოთხოვნები	i
2.2 ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები	i
2.3 მარეგულირებელი გარემო.....	i
2.4 ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა.....	ii
2.5 ინფორმაციული ნაკადები	iii
2.6 დაინტერესებული მხარეები.....	iv
2.7 მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები	v
2.8 საკადრო რესურსები.....	v
3 შეფასება და დასკვნები	vi
3.1 დასკვნები.....	viii
3.2 რეკომენდაციები	ix
შესავალი.....	1
I. მეთოდოლოგია.....	2
1 ჩადრმავებული ინტერვიუები.....	2
2 ჩანაწერების მიმოხილვა, ინვენტარიზაცია, გამოკითხვა	3
2.1 დაწესებულებების შერჩევა	3
2.2 რესპონდენტები	6
2.3 მონაცემთა ანალიზი	6
3 ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსია	6
II. კვლევის შედეგები	9
1 აივ ინფექციაზე ეპიდზედამხედველობის მიმართ საერთაშორისო მოთხოვნები და გავრცელებული მიდგომები	9
1.1 მიმოხილვა.....	9
1.1.1 აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ მოთხოვნები	9
1.1.2 ზედამხედველობის სისტემის მიმართ მოთხოვნები ეპიდემიის სხვადასხვა სტატუსის ქვეყნებში	10



1.1.3	აივ ინფექციის ზედამხედველობის ძირითადი ინდიკატორები	11
1.1.4	მონაცემთა შეგროვების მეთოდები და წყაროები.....	12
1.1.5	მონაცემთა მიმოქცევა და ანალიზი	14
1.2	შეჯამება	15
2	ინსტიტუციური აღწერა	15
2.1	ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები	15
2.1.1	მიმოხილვა.....	16
2.1.2	შეჯამება	28
2.1.3	ძირითადი მიგნებები.....	29
2.2	მარეგულირებელი გარემო.....	29
2.2.1	მიმოხილვა.....	30
2.2.2	შეჯამება	39
2.2.3	ძირითადი მიგნებები.....	40
2.3	ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა.....	40
2.3.1	მიმოხილვა.....	40
2.3.2	შეჯამება	61
2.3.3	ძირითადი მიგნებები.....	64
2.4	ინფორმაციის ნაკადები	64
2.4.1	მიმოხილვა.....	64
2.4.2	შეჯამება	69
2.4.3	ძირითადი მიგნებები.....	70
2.5	დაინტერესებული მხარეები.....	71
2.6	მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები	72
2.6.1	მიმოხილვა.....	72
2.6.2	შეჯამება და ძირითადი მიგნებები.....	73
2.7	საკადრო რესურსები.....	73
2.7.1	მიმოხილვა.....	73
2.7.2	შეჯამება და ძირითადი მიგნებები.....	75
III.	ინსტიტუციური შეფასება.....	75
1	საჭიროებები	75
1.1	საჭიროებების გააზრება	75
1.2	ფაქტორების ანალიზი	78
1.2.1	გარემო ფაქტორები	79
1.2.2	სისტემის შიდა ფაქტორები.....	84
2	SWOT ანალიზი	89
IV.	დასკვნა და რეკომენდაციები.....	92
1	დასკვნები	92
2	რეკომენდაციები.....	93
V.	დანართები.....	96



დანართი #1	ჩაღრმავებული ინტერვიუს კითხვარი ძირითადი ინფორმანტებისათვის	97
დანართი #2	ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი ცენტრალური დონის ინსტიტუტებისათვის	103
დანართი #3	ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის	112
დანართი #4	ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი შიდსის ლაბორატორიების/ სისხლის გადასხმის სადგურებისათვის.....	123
დანართი #5	ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი პოლიკლინიკა/ საავადმყოფო/ ვენდისპანსერი/ ქალტა კონსულტაციებისათვის	131
დანართი #6	ფოკუსური დისკუსიის მეთოდური მითითებები	139
დანართი #7	მიმოქცევაში არსებული აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა შეტყობინებისთვის გამოყენებული ფორმები (ცვლადების მითითებით)	143
დანართი #8	მიმოქცევაში არსებული აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა ანგარიშებისთვის გამოყენებული ფორმები (ცვლადების მითითებით)	145
დანართი #9	რაოდენობრივი მონაცემები (ცხრილები)	148
დანართი #10	გამოყენებული ლიტერატურა	162
ილუსტრაცია 1:	აივ ინფექციის ზედამხედველობის სტანდარტული ინდიკატორები.....	11
ილუსტრაცია 2:	ინფორმაციული ნაკადები	70
ილუსტრაცია 3:	პრობლემების ხე (აგრეგირებული)	76
ილუსტრაცია 4:	აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ნაკლოვანებები.....	77
ილუსტრაცია 5:	აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის დაბალი შესაძლებლობების მიზეზთა ჯგუფები. 79	
ილუსტრაცია 6:	აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის SWOT ანალიზი.....	90
ცხრილი 1:	კვლევაში გამოყენებული მეთოდები.....	2
ცხრილი 2:	ჩარღამეული ინტერვიუს რესპოდენტები	2
ცხრილი 3:	შერჩეული დაწესებულებების განაწილება სხვადასხვა მახასიათებლებით	4
ცხრილი 4:	რაიონული ლაბორატორია / სისხლის სადგური.....	6
ცხრილი 5:	რაიონული და რეგიონული სჯც	6
ცხრილი 6:	პროვაიდერები პოლიკლინიკა/ საავადმყოფო/ სგგი კლინიკა/ ქალთა კონსულტაცია	7
ცხრილი 7:	ფოკუსური ჯგუფის შემადგენლობა – ტბ ეროვნული პროგრამა, ვენ სენსულობათა ინ-ი, ნარკოლოგიის ინ-ი, პენეტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახური.....	7
ცხრილი 8:	აივ ინფექცია/შიდსის-თან დაკავშირებული ზოგიერთი ღონისძიება განმახორციელებლის და უზრუნველყოფის მიხედვით.....	26
ცხრილი 9:	მონაწილე მხარეები და პასუხისმგებლობების განაწილება.....	57
ცხრილი 10:	დაინტერესებული მხარეები	71
ცხრილი 11:	შემთხვევების რეგისტრაცია	148
ცხრილი 12:	აივ ტესტირება	148
ცხრილი 13:	წერილობითი ინსტრუქციები - ლაბორატორიული მასალის აღება, შენახვა, გაგზავნა.....	148
ცხრილი 14:	ბიოლოგიური მასალის გაგზავნა	149



ცხრილი 15:	ადგილობრივი დაწესებულებების ანგარიშები.....	149
ცხრილი 16:	დაწესებულების სია ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში.....	149
ცხრილი 17:	დაწესებულებების სია საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებში.....	150
ცხრილი 18:	კომპიუტერული საშუალებები.....	150
ცხრილი 19:	აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე ადამიანური რესურსები დაწესებულებების მიხედვით.....	156
ცხრილი 20:	პერსონალის ცოდნის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელების მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები).....	159
ცხრილი 21:	კადრების დენადობის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელების მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები).....	160
ცხრილი 22:	კადრების მოტივაციის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელთა მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები).....	160
ცხრილი 23:	პერსონალის მიერ გავლილი ტრეინინგი	160

აკრონიმები

დსჯეც	(ლ. საყვარელიძის სახელობის) დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი
სგგი	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (STI)
მ&შ	მონიტორინგი და შეფასება
BSS	ქცევაზე დაფუძნებული კვლევები ბიომარკერული კომპონენტით
სზჯსდ	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
პჯდ	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება
სჯც	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი



მოკლე შინაარსი

1 მეთოდოლოგია

საქართველოში აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება ჩატარდა გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროექტის „აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული პროგრამების განხორციელებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზის შექმნა ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსზე ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერების გზით“ ფარგლებში, როგორც აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმის შემუშავების მოსამზადებელი ეტაპი.

კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იქნა ლიტერატურის მიმოხილვა, თვისობრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები.

2 ძირითადი მიგნებები

2.1 აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის მიმართ საერთაშორისო მოთხოვნები

- აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ ძირითადი საერთაშორისო მოთხოვნები სტანდარტიზირებულია და მისადაგებულია ეპიდემიის სტატუსთან:
 - განსაზღვრულია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ინდიკატორები (ბიოლოგიური, ქცევითი და სოციო-დემოგრაფიული)
 - განსაზღვრულია დეზაგრეგაციის ცვლადები: ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული არეალი, ქალაქი/სოფელი, სუბ-პოპულაციური ჯგუფები და რისკ ფაქტორები
 - აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მოწყობის სპეციფიკის მიუხედავად ქვეყნას აქვს ვალდებულება სტანდარტულ ფორმატში რეგულარულად მიაწოდოს ინფორმაცია შესაბამის საერთაშორისო ორგანიზაციებს/სტრუქტურებს EuroHIV, ENAADS და EHIDS ბაზების გასახლბლად

2.2 ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები

საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტებში ასახულია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის განვითარებაზე სახელმწიფოს ხედვა - აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა აღიარებულია 2015 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელების შეჩერებისა და უკუპროცესის დაწყების მიზნის მიღწევის ოთხიდან ერთ-ერთ სტრატეგიად.

2.3 მარეგულირებელი გარემო

1. აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის განხორციელების პასუხისმგებლობა და უფლებამოსილებები ნორმატიულ სივრცეში არ არის განსაზღვრული



2. ნორმატიული სივრცეში არ არის დარეგულირებული აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სფეროში ორ ან მეტ სუბიექტს შორის ურთიერთობის პროცესი, თუ არ ჩავთვლით სამედიცინო დაწესებულებების ცალმხრივ ვალდებულებას სამედიცინო სტატისტიკის მიწოდების შესახებ.

2.4 ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა

მონაწილე მხარე	პასუხისმგებლობა ცალკეული ფუნქციის მიხედვით				
	აივ ტესტირება	ქცევის კვლევები	დაავადების რეგისტრი	მონაცემთა ანალიზი	ინფორმაციის გამოყენება
ცენტრალური დონე					
სახელმწიფო საკოორდინაციო მექანიზმი					X
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო					X
ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი (ცენტრალური რეფერენს ლაბორატორიით)	X		X	X	X
დკსჯეც (სტატისტიკის სამსახური, აივ/შიდსის ეპიდ. განყოფილება)				X	?
სისხლის გადასხმის ცენტრალური ბანკი	X				
ფილტვისა და ტუბერკულოზის ს/კ ინსტიტუტი	X			X	
ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი (ცენტრალური)	X				
სგდ ინსტიტუტი (ცენტრალური)	X				
პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახური (ალდაგი-ბისიაი)	X				
არასამთავრობო ორგანიზაციები	X	X		X	X
ადგილობრივი დონე					
რაიონული/რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურები					
რეგიონული ლაბორატორიები (შიდსის ცენტრ. ლაბ. ქვედანაყოფები)	X				
სისხლის გადასხმის რეგიონული სადგურები	X				
სგდ კლინიკები	X				

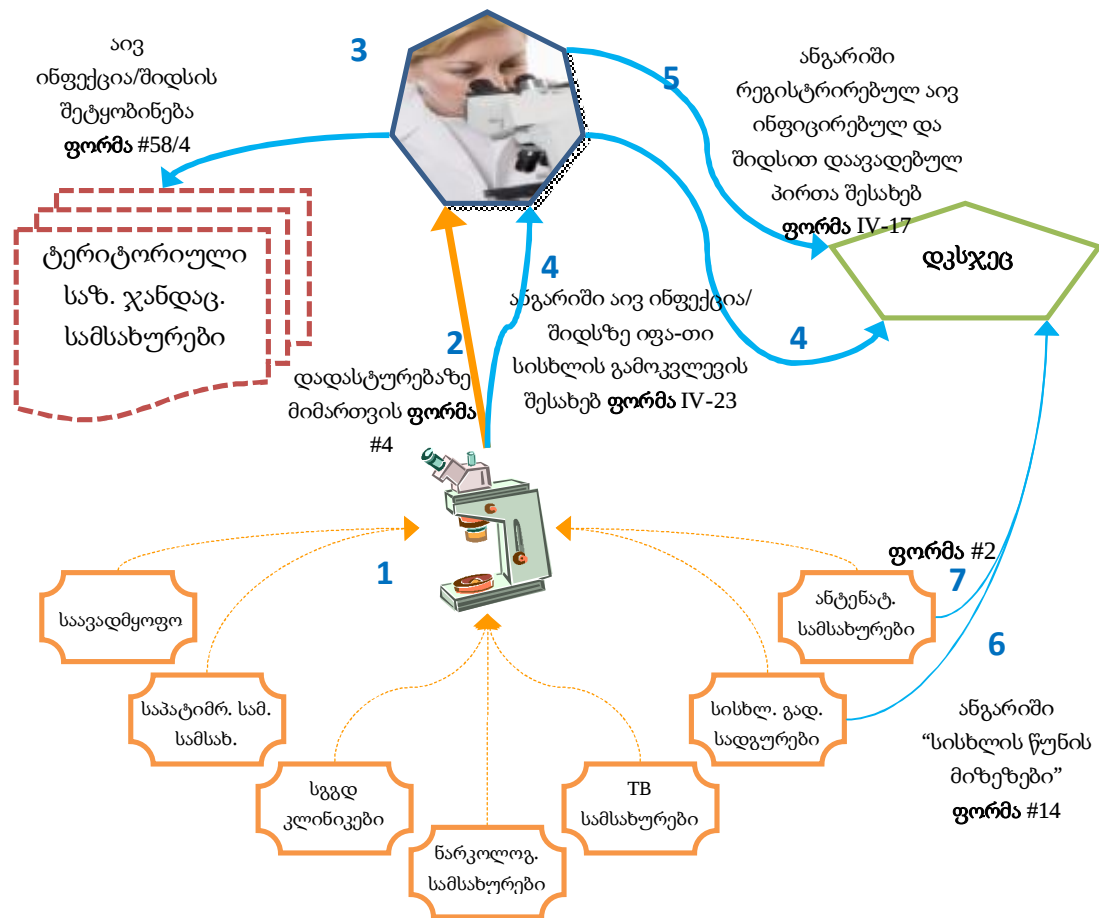


მონაწილე მხარე	პასუხისმგებლობა ცალკეული ფუნქციის მიხედვით				
	აივ ტესტირება	ქცევის კვლევები	დაავადების რეგისტრი	მონაცემთა ანალიზი	ინფორმაციის გამოყენება
(რეგიონული)					
კერძო ლაბორატორიები	X				
ანტენატალური სამსახურები	X				
საავადმყოფოები	X				

1. აივ ეპიდზედამხედველობის ფუნქციათა უმრავლესობა არ არის პროცედურულად ფორმალიზებული და დაფუძნებული სტანდარტულ ტექნიკურ სახელმძღვანელოებზე /მეთოდურ მითითებაზე (და ინსტრუმენტებზე)
2. მაღალი რისკის ჯგუფების ზომის/რაოდენობის განსაზღვრის ფუნქცია (და მეთოდოლოგია) არ არის განსაზღვრული და „ობლადაა“ დარჩენილი
3. სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური (მეორე გენერაციის) კვლევები (BSS) არ არის ინსტიტუციონიზირებული, ტარდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, რომლებიც სარგებლობენ სტანდარტული მეთოდოლოგიით და გააჩნიათ გამოცდილი პროფესიული რესურსები.
4. არ არის დანერგილი მონაცემთა ანალიზის სტანდარტული ფორმატი და ჩარჩო.

2.5 ინფორმაციული ნაკადები

1. პირველად რგოლში მონაცემების შეგროვება არ არის სტანდარტიზებული.
2. მონაცემების გადაცემა ხდება აგრეგირებული სახით (ქვემოდან ზემოთ)
3. ტესტის გამოგზავნა დაწესებულებას უმეტეს შემთხვევაში პასუხი/ინფორმაცია არ უბრუნდება



2.6 დაინტერესებული მხარეები

- აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში დაინტერესებული მხარეები, მათი როლი, მოთხოვნები, მოლოდინები და მოტივაციები აღწერილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

დაინტერესებული მხარე	როლი	მოთხოვნები	მოლოდინები	მოტივაციები
სამედიცინო დაწესებულებები	შიდსის შემთხვევების იდენტიფიკაცია, რეგისტრაცია, ანგარიშგება	სიმარტივე, მკაფიო ინსტრუქციები	ხელმისაწვდომი სტანდარტული ფორმები, გაიდლაინები	უპირატესად პროფესიული
ლაბორატორიები	აივ ტესტირება	ბიოუსაფრთხოება	ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა	უპირატესად პროფესიული
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები	ანგარიშგება, მონაცემთა ანალიზი	ინტეგრირებული სისტემა	მარალი ხარისხის მონაცემები	პროფესიული და ფინანსური
სამინისტრო, მისი სტრუქტურები	პოლიტიკის, სტრატეგიის შემუშავება	საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობა	გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო ინფორმაცია	უპირატესად პროფესიული
არასამთავრობო	სარისკო ქცევის	პერიოდულობა,	სახელმწიფო	პროფესიული და



დაინტერესებული მხარე	როლი	მოთხოვნები	მოლოდინები	მოტივაციები
ორგანიზაციები	შემსწავლელი კვლევები	გეოგრაფიული მოცვა	დაფინანსება	ფინანსური
GFATM დაფინანსებული პროექტი	აივ ეპიდემიაზე ეროვნული პასუხის ფინანსური მხარდაჭერა ქვეყნის განაცხადის თანახმად	შესაძლებელი იყოს ეპიდემიაზე და გამომწვევ ფაქტორებზე ზემოქმედების შუალედური და საბოლოო შედეგების შეფასება	ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ამსახველი სარწმუნო რეგულარული ანგარიშები	გამართული ანგარიშგება (შედეგების დემონსტრირება) დონორის წინაშე
დონორები	ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების მხარდაჭერა, რომელსაც სახელმწიფო ჯერ თავად ვერ უზრუნველყოფს	საერთაშორისო პრაქტიკის (გამოცდილებისა) და სტანდარტების გათვალისწინება და დანერგვა	მათ მიერ მხარდაჭერილი ფუნქციების ინსტიტუციონალიზაცია	საერთაშორისო (გლობალურ დონეზე) ვალდებულების შესრულება

2.7 მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები

- ადგილობრივი დონის დაწესებულებებში არსებული მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა ძალზედ მწირია. კერძოდ, კომპიუტერული საშუალებები, შიდა ქსელი და ინტერნეტი პრაქტიკულად არ არსებობს სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, ლაბორატორიებსა და სისხლის გადსხმის სადგურებში.
- მდგომარეობა ამ მხრივ ბევრად უკეთესია ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში. დკსჯეც-ში არის საკმარისი მატერიალური ტექნიკური საშუალებები ანალიზის წარმოებისთვის, მაგრამ ის არასაკმარისია თანამედროვე ინფორმაციის მართვის სისტემის დასაწერად

2.8 საკადრო რესურსები

- ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართულ ინსტიტუტებში დასაქმებული ადამიანური რესურსების კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს ამ ინსტიტუტების ხელმძღვანელები აფასებენ დამაკმაყოფილებლად.
- რაც შეეხება ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზისათვის, აქ შეფასება არადააკმაყოფილებელია, რაც უფრო თვალსაჩინოა ადგილობრივი დონისათვის.
- საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართულ ინსტიტუტებში როგორც ცენტრალურ ისე ადგილობრივ დონეზე.
- ამ ინსტიტუტებში დასაქმებული საკვანძო ტექნიკური კადრები მოტივირებულნი არიან აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში გათვალისწინებული სამუშაოს



განსახოციელებლად, თუმცა მათი პროფესიული მოტივაცია უფრო მაღალია ფინანსურ
მოტივაციასთან შედარებით. ისინი ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის
დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს და არ აშინებთ სიახლეების დანერგვა.

3 შეფასება და დასკვნები

საჭიროებებისა და ფაქტორების ანალიზის შედეგები შეიძლება დაჯგუფდეს ოთხ კატეგორიად
SWOT ანალიზის მეთოდოლოგიით (იხ. ილუსტრაცია 6 ქვემოთ).



დადებითი	უარყოფითი
ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
• ანალიზისა და აივ ეპიდემიის შესახებ ანგარიშების წარმოების ფუნქცია დაეკისრა პროფილურ საჯარო დაწესებულებას, რომელსაც საკმარისი პროფესიული და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი გააჩნია • ქვეყანაში არსებობს ბიოლოგიური და ქცევითი კვლევის გამოცდილება და ტექნიკური რესურსები. • საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობა დაბალია • მონაწილე მხარეები დაინტერესებული და მოტივირებული არიან სისტემის განახლებით	• არ არსებობს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ერთიანი კონცეპტუალური ჩარჩო • პრაქტიკულად არ არსებობს ვერტიკალური სუბორდინაციის ან ანგარიშგების სისტემა ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე სახელმწიფო სტრუქტურებს (სამსახურებს) შორის • ინფორმაციული ნაკადები, დაწყებული პირველადი რეგისტრაციიდან დამთავრებული ანალიზით არ არის სტანდარტიზებული • დღეს გამოყენებული ინფორმაციის შეგროვებისა და ანგარიშგების წესები და ფორმები ტექნიკურად გაუმართავია და პრაქტიკულად უსარგებლოა სრულფასოვანი ანალიზისათვის • პირველად რგოლში სამედიცინო დაწესებულებებს არ გააჩნიათ საკმარისი რესურსები და დაინტერესება ხარისხიანად შეაგროვონ და გადასცენ ეპიდზედამხედველობისათვის საჭირო ინფორმაცია • სათანადოდ არ გამოიყენება ინფორმირების ელემენტი კონსულტირებისა და მომავალში ეპიდზედამხედველობის სხვა ღონისძიებების გასატარებლად

მიდა



გარეთა	შესაძლებლობები	საფრთხეები
	- ქვეყნის საერთაშორისო ვალდებულებები, როგორც ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტებში აივ ეპიდზედამხედველობის რეალურად ასახვის წინაპირობა - დკსჯეც-ის რეგიონული სტრუქტურების ამოქმედება ქმნის აივ ეპიდზედამხედველობისათვის საკვანძო ფუნქციების სუბ-ნაციონალურ დონეზე თავმოყრის შესაძლებლობას - აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ინტეგრაცია სხვა გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის სისტემაში (ერთიანი ეპიდზედამხედველობის სისტემის შემქმნა) - საერთაშორისო პარტნიორების მხარდაჭერა და დაგროვილი საერთაშორისო გამოცდილება თანამედროვე ეპიდზედამხედველობის მეთოდოლოგიის სტანდარტიზაციის, ქვეყნისთვის მისასადაგებლად და დასაწერად	- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დერეგულირება და ჯანდაცვის ბაზარზე სტანდარტიზებული აღრიცხვიანობისა და ანგარიშგების დანერგვის შეზღუდული შესაძლებლობები („ხელსაწყოების“ სიმწირე სახელმწიფოს არსენალში) - ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის მართვის სისტემაში დაუსრულებელი ცვლილებები (ორგანიზაციულ-ფუნქციური გადაწყობები) - გაუმართავი საკანონმდებლო პრაქტიკა, რომელიც იტანს აუცილებელი სამართლებრივი ნორმების არარსებობას, კონფლიქტურობას ან უადგილობას - საჯარო პოლიტიკაში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღების პრაქტიკის არ არსებობა და, შესაბამისად, დაბალი მოთხოვნილება არგუმენტებზე/ინფორმაციაზე - შესაძლებელია ტესტირების რაოდენობის მატება და, დადასტურების დეცენტრალიზაციის შემთხვევაში, ინფორმაციული ნაკადების/წყაროების გაზრდა, რაც რთულად განსახორციელებელია თანამედროვე საინფორმაციო - კომუნიკაციური სისტემის გამოყენების გარეშე

3.1 დასკვნები

დღეს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა აკმაყოფილებს ქვეყნის შიდა მოთხოვნილებებს და ნაწილობრივ, საგარეო ვალდებულებებით განპირობებულ მოთხოვნილებასაც, რაც სრულებით არ ნიშნავს, რომ იგი განახლება/გაუმჯობესებას არ საჭიროებს:

- სისტემის ფუნქციონირებაში მონაწილე მხარეები უკმაყოფილო არიან არსებული ვითარებით და სურთ მისი გაუმჯობესება



- ახლო მომავალში მოსალოდნელია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობაზე მოთხოვნების მატება (შიდა მოხმარებისათვის)
- სრულად არ არის შესრულებული საერთაშორისო ვალდებულებები

აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში თვისობრივ განახლებას ძირითადად საჭიროებს:

- ინფორმაციული ნაკადების მართვა და ანალიზი
- ეპიდკვლევისა და კონსულტირების მექანიზმები

ყველა ეს ძირითადი თუ ნაკლებად მნიშვნელოვანი თვისობრივი განახლება უნდა ემსახურებოდეს (ძირითადი მოთხოვნები განახლებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ):

- კონფიდენციალობის პრინციპის რეალურად დაცვას
- გადაწყვეტილების მისაღებად სანდო და ტექნიკურად გამართული ინფორმაციის (მტკიცებულებების) გენერირებას

ჩარევების მხრივ ყველაზე პრიორიტეტულია:

- ქვეყანაში აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის კონცეპტუალური ჩარჩოს შემუშავება ყველა დაინტერესებული მხარის მონაწილეობით - პასუხი უნდა გაეცეს ყველა ღია დატოვებულ საკვანძო შეკითხვას და შეიქმნას საფუძვლები, რომელიც განსაზღვრავს თავად სისტემის ძირითად მახასიებლებებს და მისი დანერგვა-ფუნქციონირების გეგმას
- კონცეპტუალური გააზრების საფუძველზე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციური და ორგანიზაციული მოწყობა და მისი ნორმატიულ სივრცეში ასახვა
- ეპიდზედამხედველობის ყველა ფუნქციის/ღონისძიების სტანდარტიზაცია ქვეყნის შესაძლებლობებთან მისადაგებული მეთოდოლოგიის შემუშავებით, ტექნიკური პერსონალის მომზადებითა და სტანდარტების დაცვაზე მუდმივი ზედამხედველობით

მხოლოდ ამ ორი ჩარევის განხორციელების შემდეგ არის შესაძლებელი თანამედროვე ინფორმაციულ-ანალიტიკური სისტემის დანერგვა, რომელიც დაეხმარება ყველა მონაწილე მხარესა და ძირითად მომხმარებელს - დესჯეც-ს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობით გათვალისწინებული ფუნქციების უკეთ შესრულებაში.

3.2 რეკომენდაციები

რეკომ 1: მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო განეკუთვნება დაბალი პრევალენტობის ქვეყანას, სასურველია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა შეიქმნას კონცენტრირებული ეპიდემიის სტატუსის მქონე ქვეყნების მოთხოვნების გათვალისწინებით, რაც გულისხმობს:

- 1.1) მაღალი რისკის ჯგუფებში ქცევითი ფაქტორების და აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის ცვლილებაზე მონიტორინგს
- 1.2) მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ სუბპოპულაციურ ჯგუფებში ქცევითი რისკ ფაქტორების გამოვლენასთან ერთად ზოგად პოპულაციასთან მათი კავშირების დადგენას



რეკომ 2: აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ტექნიკურ მეთოდოლოგიური მახასიათებლების განსაზღვრამდე აუცილებელია სისტემის კონცეპტუალური გააზრება ყველა დაინტერესებული მხარის მიერ იმ ნაკლოვანებისა და გამოცდილების გათვალისწინებით, რაც გამოიკვეთა კვლევის შედეგად. კონცეპტუალურმა ჩარჩომ:

- 1.1) პასუხი უნდა გასცეს რამოდენიმე კითხვას, რომელიც ეხება ლიბერალური ჯანდაცვის ბაზარზე მონაწილე მხარეთა სიმრავლისა, დერეგულირებისა და დეცენტრალიზაციის პირობებში ლაბორატორიული კვლევის ხარისხის კონტროლს, ნებაყოფლობით კონსულტირების ორგანიზებასა და ინფორმაციული ნაკადების მართვას
- 1.2) უნდა განმარტოს აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის სისტემის სხვა გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის სისტემაში რეალური ინტეგრაციის ან გამოიჯვანის მიზანშეწონილობა და შესაძლებლობა (შესრულებადობა)
- 1.3) უნდა დააფიქსიროს მკაფიოდ სახელმძღვანელო პრინციპები და მიდგომები, რის მიხედვითაც გაკეთდება არჩევანი ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობის ალტერნატივებს შორის
- 1.4) უნდა განსაზღვროს ის წესები (ნორმები), რომლის საფუძველზე გადაისინჯება კანონმდებლობა

რეკომ 3: აუცილებელია ინფორმირების, კონსულტირებისა და ეპიდკვლევის ფუნქციების „ერთ ჭერ ქვეშ“ მოქცევის შესაძლებლობისა და მიზანშეწონილობის განხილვა, განსაკუთრებით პერიფერიაზე. სასურველია მათ ერთ ჭერ ქვეშ „დაბინავების“ შემდეგ შემთხვევების დადასტურების დეცენტრალიზაციის საკითხის გაანალიზება და გადაწყვეტილების მიღება:

- 1.5) ნებისმიერ შემთხვევაში, ეპიდზედამხედველობის განახლებული სისტემა უნდა ერგებოდეს მონაწილე მხარეთა სიმრავლეს (მათ შორის დამადასტურებელი დაწესებულების) არარეგულირებად ჯანდაცვის ბაზარზე
- 1.6) დადასტურების შედეგზე ინფორმირება, პოსტ-ტესტ კონსულტირება და ეპიდკვლევა სასურველია განახორციელოს ერთმა სუბიექტმა, რაც გაადვილებს კონფიდენციალობის დაცვას და ნდობის დამყარებას აივ ინფიცირებულსა და ეპიდზედამხედველობის სისტემას შორის

რეკომ 4: კონცეპტუალური გააზრების შემდეგ ნორმატიული აქტების გადასინჯვისას აუცილებელია, რომ:

- 1.7) აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის საკითხები გამოკვეთილად დაფიქსირდეს ყველგან, სადაც მათი გაერთიანება/ინტეგრაცია სხვა დაავადებების ეპიდზედამხედველობასთან არ არის მიზანშეწონილი (კონცეპტუალური ჩარჩოს თანახმად)



- 1.8) ყველგან, სადაც განისაზღვრება ერთი მხარის (სუბიექტის) ვალდებულება, მკაფიოდ განისაზღვროს ადმინისტრირების მექანიზმი (ანუ რა ელის სუბიექტს, თუ ვალდებულებას არ შეასრულებს, რა ფორმით ხდება ანგარიშგება ან ვალდებულების შესრულების შეფასება, რა საპასუხო ვალდებულება აქვს მეორე მხარეს და ა.შ.)

რეკომ 5: ინფორმაციული ნაკადების ტექნიკური მახასიათებლებისა და მართვის დაგეგმვისას სასურველია, რომ

- 1.9) ჯერ მკაფიოდ განისაზღვროს ანალიტიკური პროდუქტების ფორმატი და შინაარსი (შიდა და გარე მოხმარებისათვის რაოდენობრივ მახასიათებელთა მატრიცა დეზაგრეგაციის ცვლადებით), და მხოლოდ ამის შემდეგ შედგეს მონაცემების პირველადი რეგისტრაციისა და გადაცემის მეთოდური ინსტრუქციები და ხელსაწყოები
- 1.10) ძირითადი ინდიკატორების შექმნის სახელმძღვანელოს თანახმად (UNAIDS, 2007), ქვედა დონიდან ზედა დონეზე მონაცემთა ანგარიშგება მოხდეს ისეთივე დეზაგრეგირებული ფორმით, როგორი ფორმითაც მონაცემები გროვდება ქვედა დონეზე.

რეკომ 6: ინფორმაციული ნაკადების დაგეგმვისას უმჯობესია მინიმალურად დაიტვირთონ პირველადი რგოლები, რადგან არ არსებობს მათი წახალისების, შესრულებული სამუშაოს ხარისხის გაკონტროლების ან ადმინისტრაციული მართვის ბერკეტები; ტექნიკური თვალსაზრისით ეს ნიშნავს:

- 1.11) ინფორმაციის შეგროვების მაქსიმალურად გამარტივებულ ფორმატს (მინუმამდე შემცირდეს იმ ცვლადების რაოდენობა, რომელთა რეგისტრაცია და შემდგომში გადაცემა მოუწევთ ამ დაწესებულებებს) ქალაქდამატარებელზე
- 1.12) მონაცემების ელექტრონულ ბაზაში შეყვანის ინტერფეისი თავიდან იყოს ცენტრალიზებული (ანუ ერთ ადგილზე იყრიდეს თავს ინფორმაცია ქალაქდამატარებელზე) და, მხოლოდ ხარჯთ-ეფექტიანობისა და ხარისხის არგუმენტების გათვალისწინებით, მოხდეს ამ ფუნქციის დეკონცენტრაცია
- 1.13) საწყის ეტაპზე გამოვლენის მაჩვენებლის (detection rate)-ის გამოთვლა მოხდეს მხოლოდ გარკვეულ სუბ-პოპულაციებში (მაგ. ორსულები, ტუბერკულოზით დაავადებულები და სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში პატიმრები), ვინაიდან სხვა სამედიცინო დაწესებულებებიდან ყველა პირველად კვლევაზე დეზაგრეგირებული სახით სრულყოფილი ინფორმაციის მიღება არარეალურია; მომავალში, ყოველთვის შეიძლება სხვა სუბ-პოპულაციებზე ჩატარებული ყველა ტესტირების მონაცემების დამატება ძირითადი საინფორმაციო ნაკადისთვის



შესავალი

საქართველოში აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება ჩატარდა გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროექტის „აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული პროგრამების განხორციელებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზის შექმნა ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსზე ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერების გზით“ ფარგლებში, როგორც აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმის შემუშავების მოსამზადებელი ეტაპი.

წინამდებარე ანგარიში შედგება რამოდენიმე თავისაგან:

პირველი თავი „მეთოდოლოგია“ აღწერს, თუ რა მეთოდების გამოყენებით ჩატარდა აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება.

მომდევნო თავი „კვლევის შედეგები“ ანგარიშის აღწერილობითი ნაწილია: ცალ-ცალკე აღწერილია აივ ეპიდზედამხედველობის სისტემის სხვადასხვა ასპექტები, როგორიცაა აივ ინფექციაზე ეპიდზედამხედველობის მიმართ საერთაშორისო მოთხოვნები და გავრცელებული მიდგომები, ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები, მარეგულირებელი გარემო, ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა, ინფორმაციის ნაკადები, დაინტერესებული მხარეები, მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები და საკადრო რესურსები. თითოეული თემისთვის/საკითხისთვის მიმდევრობითი ქვეთავი, როგორც წესი შეიცავს მიმოხილვას, შეჯამებასა და ძირითადი მიგნებების ჩამონათვალს.

თავი „ინსტიტუციური შეფასება“ ეთმობა ძირითადი მიგნებების ანალიზს. მსჯელობა ორი კუთხით არის წარმოდგენილი: აივ ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესების საჭიროებები და ე.წ. SWOT ანალიზი, სადაც შეჯამებულია სისტემის ძლიერი და სუსტი მხარეები, აგრეთვე შესაძლებლობები და საფრთხეები.

ბოლო თავი „დასკვნა და რეკომენდაციები“ წინა თავის ლოგიკური გაგრძელებაა და ფორმულირებულია დასკვნები შესაბამისი რეკომენდაციებით (აივ ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმის შესამუშავებლად).

დანართებში წარმოდგენილია კვლევის მეთოდოლოგიური დოკუმენტები (ე.წ. ინსტრუმენტები), აგრეთვე რაოდენობრივი მონაცემები (სტატისტიკური ცხრილები) და დამუშავებული ლიტერატურის ჩამონათვალი.

მკვლევართა ჯგუფი მადლობას უხდის კვლევაში მონაწილე ყველა მხარეს, ვინც დრო დაუთმო და წვლილი შეიტანა კვლევის სხვადასხვა ეტაპზე, მონაცემების მოპოვებიდან ანალიზისა და დასკვნების ფორმულირების ჩათვლით.



I. მეთოდოლოგია

კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იქნა ლიტერატურის მიმოხილვა, თვისობრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები.

აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ მოთხოვნები, საერთაშორისო მიდგომები, ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები და საკანონმდებლო გარემო სფეროს ექსპერტების მონაწილეობით შესწავლილ იქნა ლიტერატურის მიმოხილვის მეთოდით. ყველა დანარჩენ საკითხზე ჩატარდა კომპლექსური კვლევები, რომლის მეთოდოლოგია დეტალებში განხილულია ქვემოთ.

კვლევის ამოცანების მისაღწევად გამოყენებული იქნა როგორც რაოდენობრივი ისე ხარისხობრივი კვლევის მეთოდები, რომლებიც შეჯამებულია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

ცხრილი 1: კვლევაში გამოყენებული მეთოდები

შეფასების კომპონენტი	შეფასების მეთოდი		
	ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვა	ჩაღრმავებული ინტერვიუ	ფოკუსური ჯგუფი
ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა		X	
დაინტერესებული მხარეები		X	
ინფორმაციის ნაკადები	X		
მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები	X		
საკადრო რესურსები (უნარ-ჩვევები და მოტივაციები)	X		X

1 ჩაღრმავებული ინტერვიუები

კვლევის პირველი და მეორე ამოცანის შესასრულებლად, ანუ ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემის ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობის და დაინტერესებული მხარეების შესაფასებლად ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჩატარდა რესპონდენტებთან, რომლებიც წარმოადგენდნენ შემდეგ ორგანიზაციებს/ინსტიტუტებს:

ცხრილი 2: ჩაღრმავებული ინტერვიუს რესპონდენტები

ორგანიზაცია	რესპონდენტი
1. გლობალური ფონდის საქართველოს პროექტი	1
2. ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი	1
3. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო	1
4. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი	1
5. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის ლაბორატორია	1
6. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (ეპიდზედამხედველობის და სტატისტიკის განყოფილებები)	2
7. სისხლის გადასხმის რესპუბლიკური სადგური	1



8. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისი	1
9. გაეროს განვითარების პროგრამა UNDP	1
10. ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“ საქართველოს ოფისი	1
11. არასამთავრობო ორგანიზაციები (ბემონი, თანადგომა)	1

ჩაღრმავებული ინტერვიუსათვის გამოყენებული იყო სპეციალური კითხვარი (დანართი #1, გვ. 97). ფუნქციური მოწყობის შეფასება ითვალისწინებდა ყველა იმ ფუნქციის განხილვას, რომლებიც მოიაზრება/ხორციელდება აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის საერთაშორისო პრაქტიკაში. აქცენტი კეთდებოდა იმ ხარვეზებზე/პრობლემებზე, რომლებიც დღეისათვის აღინიშნება ქვეყანაში ამ ფუნქციების განხორციელების თვალსაზრისით. ორგანიზაციული მოწყობის თვალსაზრისით, ინფორმაცია შეგროვდა თუ ვინ არიან სისტემაში მონაწილე ძირითადი მხარეები და როგორ არის აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ფუნქციები და შესაბამისი პასუხისმგებლობები განაწილებული მათ შორის. დაინტერესებული მხარეების შეფასება ითვალისწინებდა იმის გარკვევას, თუ ვინ არიან აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში დაინტერესებული მხარეები, რა როლი აქვთ მათ სისტემის მუშაობაში და რა მოთხოვნები, მოლოდინები და მოტივაციები აღენიშნებათ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემასთან მიმართებაში.

ჩაღრმავებული ინტერვიუ ასევე ითვალისწინებდა იმის გარკვევას, თუ საერთო ჯამში რამდენად კმაყოფილები არიან რესპონდენტები აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემით, და რა არის მათი რეკომენდაციები არსებული სისტემის შესაცვლელად/ გასაუმჯობესებლად.

გარდა ამისა, ინტერვიუს ბოლოს რესპონდენტები საუბრობდნენ აივ/შიდსის მხრივ სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგებზე.

2 ჩანაწერების მიმოხილვა, ინვენტარიზაცია, გამოკითხვა

ინფორმაციის ნაკადების, მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეებისა და საკადრო რესურსების შეფასება მოხდა ერთდროულად ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე შერჩეულ დაწესებულებებში. ინფორმაციის ნაკადები შეფასდა ამ დაწესებულებებში არსებული შესაბამისი ჩანაწერების (რეგისტრაცია, შეტყობინება, ანგარიშგება, ანლიზი) მიმოხილვის საფუძველზე. მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეების შესაფასებლად გამოყენებული იქნა ინვენტარიზაციის მეთოდი. საკადრო რესურსების, კერძოდ მათი პროფესიული უნარ-ჩვევების შესახებ მონაცემები შეიკრიბა რესპონდენტების გამოკითხვით პირდაპირი ინტერვიუს საშუალებით. სამივე ინსტრუმენტი შემუშავებული იყო 4 ვარიანტად – ცალ-ცალკე ცენტრალური დონის ინსტიტუტებისათვის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებისათვის, ლაბორატორიების/სისხლის გადასხმის სადგურებისათვის და ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის (პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, სავადმყოფო, ვენდისპანსერი, ქალთა კონსულტაცია) (დანართი #2 გვ. 103, დანართი #3 გვ. 112, დანართი #4 გვ. 123, დანართი #5 გვ. 131).

2.1 დაწესებულებების შერჩევა

ჩანაწერების მიმოხილვის, ინვენტარიზაციისა და გამოკითხვისათვის შეირჩა შემდეგი დაწესებულებები:

ცენტრალური დონის ინსტიტუტები

- ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი



- ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის აივ ეროვნული რეფერენს ლაბორატორია
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
- სისხლის გადასხმის რესპუბლიკური სადგური
- პენეტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახური
- კანისა და ვენ სნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი
- ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
- ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

ადგილობრივი დაწესებულებები

ადგილობრივი დაწესებულებები შეირჩა თბილისში, აჭარასა და სამეგრელოში შემდეგი ორი მოსაზრების საფუძველზე: ა) აივ/შიდსის რეგისტრირებულ შემთხვევათა უმეტესი ნაწილი მოდის სწორედ ამ სამ რეგიონზე; და ბ) პროექტის ღონისძიებების გეგმის მიხედვით ეპიდზედამხედველობის რეფორმირებული მოდელის დანერგვა უნდა მოხდეს ორ პილოტურ რეგიონში თბილისსა და ბათუმში.

შერჩევის ზომა, ანუ დაწესებულებების რაოდენობა, დაწესებულების ტიპისა და ადგილმდებარეობის მიხედვით განისაზღვრა შემდეგნაირად:

ცხრილი 3: შერჩეული დაწესებულებების განაწილება სხვადასხვა მახასიათებლებით

დაწესებულების ტიპი	რეგიონი	რაიონი	#	დაწესებულება
ლაბორატორია	სამეგრელო	ზუგდიდი	1.	ქ. ზუგდიდის რეფერენს ლაბორატორია
		სენაკი	2.	სენაკის რაიონული საავადმყოფოს შიდსის ლაბორატორია და სისხლის გადასხმის კაბინეტი
	აჭარა	ბათუმი	3.	ქ. ბათუმის ინფექციური საავადმყოფოს შიდსის ცენტრის ლაბორატორია
		ქობულეთი	4.	ქობულეთის საავადმყოფოს ლაბორატორია
	თბილისი		5.	ქ.თბილისის ლაბორატორია „ტესტი“
		სულ	5	
სისხლის გადასხმის სადგური	სამეგრელო	ზუგდიდი	6.	ქ. ზუგდიდის სისხლის გადასხმის დეპარტამენტი
	აჭარა	ბათუმი	7.	ქ. ბათუმის სისხლის გადასხმის სადგურის შიდსის ლაბორატორია
	თბილისი		8.	ქ. თბილისის სისხლის გადასხმის სადგური
		სულ	3	
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი	სამეგრელო	ზუგდიდი	9.	სამეგრელოს (ზუგდიდის) რეგ სჯც
		ხობი	10.	ხობის რაი სჯც
	აჭარა	ბათუმი	11.	აჭარის (ბათუმის) რეგ სჯც
		ქობულეთი	12.	ქობულეთის რაი სჯც
	თბილისი		13.	ქ. თბილისის მერიის სჯც
			14.	ვაკე-საბ. რაი სჯც



დაწესებულების ტიპი	რეგიონი	რაიონი	#	დაწესებულება
		სულ	6	
პოლიკლინიკა	სამეგრელო	ზუგდიდი	15.	ქ. ზუგდიდის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანება
		ხოზი	16.	ხოზის რაიონული პოლიკლინიკა
	აჭარა	ბათუმი	17.	ქ. ბათუმის მე-2 პოლიკლინიკა
		ქობულეთი	18.	ქობულეთის რაიპოლიკლინიკა (საოჯახო მედიცინის ცენტრი)
	თბილისი		19.	ქ. თბილისის 26-ე პოლიკლინიკა
		სულ	5	
ქალთა კონსულტაცია	სამეგრელო	ზუგდიდი	20.	ქ. ზუგდიდის ქალთა კონსულტაცია
	აჭარა	ბათუმი	21.	ქ. ბათუმის სამშობიარო სახლის ქალთა კონსულტაცია
	თბილისი		22.	აკად. კ. ჩაჩავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და მეანობა-გინეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტის ქალთა კონსულტაცია
		სულ	3	
ვენ-დისპანსერი	სამეგრელო	ზუგდიდი	23.	ქ. ზუგდიდის ვენ დისპანსერი
	აჭარა	ბათუმი	24.	ქ. ბათუმის ვენ დისპანსერი
	თბილისი		25.	ქ. თბილისის ვენ დისპანსერი
		სულ	3	
საავადმყოფო	სამეგრელო	ზუგდიდი	26.	ქ. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკა“.
	აჭარა	ბათუმი	27.	ქ. ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო
	თბილისი		28.	აკად. ო. ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი
		სულ	3	
ცენტრალური დონის დაწესებულებები	თბილისი		29.	შიდსის ცენტრი
			30.	შიდსის ცენტრის რეფერენს ლაბორატორია
			31.	დკსჯეც
			32.	სისხლის პრეპარატების რესპ. ცენტრი
			33.	კანისა და ვენ სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი
			34.	ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
			35.	ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი
	სულ		7	

კონკრეტული დაწესებულებების შესარჩევად გამოყენებული იყო შემდეგი მიდგომა: თითოეულ რეგიონში, შესაბამისი პროფილის რამდენიმე დაწესებულების არსებობის პირობებში, კონკრეტული დაწესებულებები შეირჩა რანდომულად (შემთხვევითი ციფრების დასახელება გვერდთ მყოფი ისეთი ადამიანის მიერ, ვინც არ იყო გათვითცნობიერებული თუ რა მიზანს ემსახურებოდა ეს პროცედურა) დაწესებულებების არსებული სიიდან, რომელიც მოიპოვებოდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივ სამსახურებში.



2.2 რესპონდენტები

თითოეულ შერჩეულ დაწესებულებაში რესპონდენტად შერჩეული იყო ე.წ. „საუკეთესო ინფორმანტი“, ანუ ადამიანი ვინც ყველაზე კარგად ერკვევა შეფასებისათვის საინტერესო საკითხებში. საჭიროების შემთხვევაში, გამოკითხვაში მონაწილეობდა რამდენიმე ადამიანი, თუ რომელიმე საკითხი სცილდებოდა ერთი რესპონდენტის კომპეტენციას და მოითხოვდა სხვა თანამშრომლების ჩართვას.

2.3 მონაცემთა ანალიზი

რაოდენობრივი მონაცემები შეყვანილი და გაანალიზებული იქნა SPSS v13.0 გამოყენებით. ძირითადად ანალიზი იყო აღწერილობითი.

3 ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსია

საკადრო რესურსების მოტივაციები აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ფუნქციების უკეთ განსახორციელებლად (აგრეთვე ის პრობლემები/ ხარვეზები, რომლებიც შეინიშნება პროფესიული კადრების ცოდნასა და უნარ-ჩვევებში აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ფუნქციების განსახორციელებლად) შესწავლილი იქნა ჯგუფური დისკუსიების საშუალებით. ჯგუფური დისკუსიის წარმართვისათვის შემუშავებული და გამოყენებული იქნა სპეციალური მეთოდური მითითებები (იხ. დანართი #6, გვ. 139).

ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიის თითოეული სესია საშუალოდ 1.5 საათი გრძელდებოდა. დისკუსიები ჩატარდა შემდეგ 4 ჯგუფში:

ცხრილი 4: რაიონული ლაბორატორია / სისხლის სადგური

რეგიონი	რაიონი	#	დაწესებულება	თანამდებობა	რაოდენობა
აჭარა	ბათუმი	1.	შპს აჭარის სისხლის გადასხმის რესპ. სადგური	მენეჯერი	1
		2.	შპს ბათუმის ინფ. საავადმყოფო	მენეჯერი	1
	ქობულეთი	3.	სისხლის გადასხმის განყოფილება	ლაბორანტი	1
სამეგრელო	ზუგდიდი	4.	ასოციაცია „ქსენონი“ ლაბორატორია	მენეჯერი	1
		5.	ზუგდიდის მ/პ კლინიკური საავადმყოფო „რესპუბლიკა“	ლაბორანტი	1
	სენაკი	6.	ს.ს სენაკის რაი საავადმყოფო	ლაბორანტი	1
				სულ	8

ცხრილი 5: რაიონული და რეგიონული სჯც

რეგიონი	რაიონი	#	დაწესებულება	თანამდებობა	რაოდენობა
აჭარა	ბათუმი	1.	აჭარის სჯ სამმართველო	ეპიდემიოლოგი	2
	ქობულეთი	2.	აჭარის სჯს, ქობულეთის განყოფილება		
	ხელვაჩაური	3.	ხელვაჩაურის სჯ სამმართველო	დირექტორი	2
	ქედა	4.	ქედის სჯ განყოფილება		



I. მეთოდოლოგია

სამეგრელო	სენაკი	5.	სენაკის სჯც	დირექტორი	4
	წალენჯიხა	6.	წალენჯიხის სჯც		
	ზუგდიდი	7.	ზუგდიდის სჯც		
	ხობი	8.	ხობის სჯც		
				სულ	8

ცხრილი 6: პროვაიდერები პოლიკლინიკა/ საავადმყოფო/ სგკი კლინიკა/ ქალთა კონსულტაცია

რეგიონი	რაიონი	#	დაწესებულება	თანამდებობა	რაოდენობა
აჭარა	ბათუმი	1.	ბათუმის საოჯახო მედიცინის ცენტრი	დირექტორის მოადგილე	1
		2.	ბათუმის რესპ. კლინიკური საავადმყოფო	ეპიდემიოლოგი	1
		3.	შპს. აჭარის კანისა და ვენ.სნეულებათა რეგ. ცენტრი	დირექტორი	1
		4.	ბათუმის სამშ. სახლი, ქალთა კონსულტაცია	ეპიდემიოლოგი	1
სამეგრელო	ზუგდიდი	5.	ზუგდიდის მოზრდილთა პოლიკლინიკა	დირექტორის მოადგილე	1
		6.	ზუგდიდის სამედიცინო ცენტრი, სამეანო/გინეკ. დეპარტამენტი	დირექტორი	1
		7.	ზუგდიდის კანისა და ვენ. სნეულებათა დისპანსერი	დირექტორი	1
		8.	ზუგდიდის ქალთა კონსულტაცია	დირექტორი	1
				სულ	8

ცხრილი 7: ფოკუსური ჯგუფის შემადგენლობა – ტბ ეროვნული პროგრამა, ვენ სნეულებათა ინ-ი, ნარკოლოგიის ინ-ი, პენეტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახური

რაიონი	#	დაწესებულება	თანამდებობა	რაოდენობა
თბილისი	1.	ს.ს ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი	დირექტორი	1
			ექიმი	1
	2.	კანისა და ვენ.სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი	დირექტორი	1
			ექიმი	1
	3.	ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი	მონაცემთა მენეჯერი	1
	4.	ალდაგი-ციხეების პროექტი	მენეჯერის ასისტენტი	1
	5.	სასჯელ აღსრულების დეპარტამენტი	ექიმი ექსპერტი	1
			სულ	7

თითოეულ ჯგუფურ დისკუსიას ატარებდა ორი ექსპერტი: მოდერატორი - რომელიც უძღვებოდა დისკუსიას და ფასილიტატორი - რომლის ფუნქციებშიც შედიოდა რესპონდენტების პერსონალური მახასიათებლების შესახებ ჩანაწერების გაკეთება, ლოგისტიკური საკითხების მოგვარება და დისკუსიის შესახებ ჩანიშვნების გაკეთება. ოთხივე ჯგუფური დისკუსია ჩატარებული იქნა ქართულ ენაზე. ჯგუფების ყველა მონაწილემ თანხმობა განაცხადა როგორც დისკუსიაში მონაწილეობაზე, აგრეთვე, დისკუსიის აუდიოფირზე ჩაწერაზე.



ყველა ჯგუფური დისკუსია ჩაწერილი იქნა აუდიოფირზე, რომლის მიხედვითაც შემდგომ გაკეთებული იქნა ტრანსკრიპტები. კოდების სქემის შესაქმნელად გამოყენებულ იქნა სტანდარტული მეთოდოლოგია, რათა მომხდარიყო მონაცემების (როგორც არის საკადრო რესურსების მოტივაცია, ფაქტორები, რომელიც განაპირობებენ ხარვეზებს საკადრო რესურსების ცოდნასა და უნარ-ჩვევებში ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ფუნქციების განსახორციელებლად, და ა. შ.) ორგანიზება.



II. კვლევის შედეგები

1 აივ ინფექციაზე ეპიდზედამხედველობის მიმართ

საერთაშორისო მოთხოვნები და გავრცელებული მიდგომები

1.1 მიმოხილვა

ზოგადად, აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა ემსახურება ქვეყანაში ეპიდემიის შემცირებას: ზედამხედველობის სისტემამ უნდა გამოავლინოს აივ ინფექციისა და შიდსის ახალი შემთხვევები, სისტემატურად შეაგროვოს სრული და სარწმუნო ინფორმაცია აივ ინფექციის განაწილების და გავრცელების ტენდენციების შესახებ. ამ ინფორმაციის საფუძველზე კი უნდა მოხდეს საპასუხო ღონისძიებების დაგეგმვა და განხორციელება, აივ ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამების მონიტორინგი.¹

აივ ინფექციის რუტინული ეპიდზედამხედველობის სისტემა აღრიცხავს მხოლოდ აივ ინფექციის შემთხვევებს და არ არის მგრძნობიარე ინფექციის პოტენციური გავრცელების პროგნოზირების მიმართ. უახლესი ე.წ. მეორე თაობის ეპიდზედამხედველობის სისტემა კი აგროვებს რა მონაცემებს რისკის შესახებ, ახდენს ჯანდაცვის სისტემის ადრეულ ინფორმირებას ეპიდემიის მოსალოდნელი გავრცელების შესახებ.

1.1.1 აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ მოთხოვნები

მნიშვნელოვანია აივ ინფექცია შიდსის ზედამხედველობის სისტემის დიზაინის საწყის ეტაპზევე ყურადღება გამახვილდეს შემდეგზე: ა) რა უნდა გაიზომოს (რომელი ბიოლოგიური და ქცევითი ინდიკატორები უნდა იქნეს გამოყენებული), ბ) რა მეთოდები უნდა იქნეს გამოყენებული მონაცემთა შესაგროვებლად გ) რომელი სუბ-პოპულაციები უნდა შეირჩეს შესასწავლად, დ) სად უნდა გაიზომოს (რომელი გეოგრაფიული არეალი), ე) როგორი სიხშირით უნდა გაიზომოს (მონაცემთა შეგროვების სიხშირე), ვ) როგორ უნდა გაიზომოს, ზ) როგორ უნდა გაანალიზდეს მონაცემები

ზოგადად, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემას შემდეგი მოთხოვნები წაეყენება:

- შეაგროვოს ინფორმაცია ქვეყანაში აივ ინფექციის გავრცელების, ახალი ინფექციის წყაროს შესახებ და ამ მონაცემების საფუძველზე შეაფასოს ქვეყანაში აივ ეპიდემიის ზომა და მოსალოდნელი გავრცელების ტენდენცია
- გამოავლინოს მაღალი რისკის სუბ-პოპულაციური ჯგუფები და გეოგრაფიული არეები, სადაც საჭიროა ეპიდსაწინააღმდეგო ინტერვენციების დაგეგმვა და განხორციელება
- შეისწავლოს მაღალი რისკის სუბ-პოპულაციურ ჯგუფებში ქცევითი ფაქტორები და დროის განმავლობაში მოახდინოს დაკვირვება ქცევითი ფაქტორების ცვლილებაზე.

¹ CDC definition of public health surveillance, 1988



II. კვლევის შედეგები

- შეაგროვოს ინფორმაცია, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიერ გასატარებელი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების და ჯანდაცვის მომსახურების დაგეგმვა
- შეაფასოს განხორციელებული სპეციფიკური ეპიდსაწინააღმდეგო ინტერვენციების შედეგები
- მოახდინოს მომავალი 5 წლისთვის აივ ინფექციის მოსალოდნელი გავრცელების პროგნოზირება

ევროპის რეგიონში შემავალ ქვეყნებს მოეთხოვებათ ეროვნული ინფორმაციის გარკვეული პერიოდულობით მიწოდება WHO და UNAIDS ევროპის რეგიონის კოლაბორაციული ცენტრისთვის. კერძოდ, აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევებზე მონაცემები ყოველ 6 თვეში მიეწოდება შიდსის ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის ევროპის ცენტრს (EuroHIV). ანონიმური შიდსის შემთხვევების ინდივიდუალური მონაცემების ინტეგრირება ხდება ევროპის არააგრეგირებული შიდსის შემთხვევების მონაცემთა ბაზაში (ENAADS). აივ ინფექციის შემთხვევების ანონიმური არააგრეგირებული მონაცემები ინტეგრირდება ევროპის აივ ინფექციის მონაცემთა ბაზაში (EHIDS)². შესაბამისად ქვეყნის ეპიდზედამხედველობის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს საერთაშორისო ორგანიზაციების მოთხოვნებსაც.

აივ ინფექციის პრევალენტობის მონაცემების განახლება ხდება ყოველწლიურად ევროპის აივ ინფექციის პრევალენტობის მონაცემთა ბაზაში, რომელიც შეიცავს რისკის სუბპოპულაციაში აივ ინფექციის პრევალენტობის აგრეგირებულ მონაცემებს (სისხლის დონორები, ორსულები და სხვა).

1.1.2 ზედამხედველობის სისტემის მიმართ მოთხოვნები ეპიდემიის სხვადასხვა სტატუსის ქვეყნებში

WHO და UNAIDS კლასიფიკაციის თანახმად ქვეყნები აივ ინფექციის ეპიდემიის სტატუსის მიხედვით დაყოფილია სამ ჯგუფად: 1) დაბალი პრევალენტობის, 2) კონცენტრირებული ეპიდემიის და 3) გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნებად.

ქვეყნების ამგვარ კლასიფიკაციას საფუძველად უდევს სხვადასხვა პოპულაციურ ჯგუფში აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი. დროის განმავლობაში ქვეყანაში აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებლის ცვლილების გამო შესაძლებელია ქვეყანამ ერთი ჯგუფიდან მეორეში გადაინაცვლოს. სხვადასხვა ეპიდემიის სტატუსის მქონე ქვეყნების ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ განსხვავებული მოთხოვნები დგას.

დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებში ნებისმიერ პოპულაციურ ჯგუფში აივ ინფექციის პრევალენტობა 5%-ზე დაბალია. შესაბამისად, ზედამხედველობის სისტემა ფოკუსირებული უნდა იყოს მაღალი რისკის პოპულაციურ ჯგუფებში აივ ინფექციის პრევალენტობის და ქცევითი მონაცემების შეგროვებაზე, დროის მიხედვით აკვირდებოდეს ამ ჯგუფებში ქცევითი ფაქტორების ცვლილებას, რამაც შესაძლოა ქვეყანაში აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის გაზრდა გამოიწვიოს.

კონცენტრირებული ეპიდემიის ქვეყნებში აივ ინფექციის პრევალენტობა 5%-ზე მეტია მაღალი რისკის სუბ-პოპულაციურ ჯგუფებში და 1% ზე დაბალია ქალაქის მოსახლეობის ორსულ ქალებში. ზედამხედველობის სისტემამ უნდა აწარმოოს მაღალი რისკის ჯგუფებში ქცევითი ფაქტორების და

² WHO Regional Office for Europe; Methods for Second Generation HIV Surveillance Implementation For Countries of Central and Eastern Europe (CEE) and The Baltic States



II. კვლევის შედეგები

აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის ცვლილებაზე მონიტორინგი, გამოავლინოს არა მარტო ქვევითი რისკ ფაქტორები რისკის ქვეშ მყოფ სუბპოპულაციურ ჯგუფებში, არამედ კავშირები ამ სუბპოპულაციურ ჯგუფებსა და ზოგად პოპულაციას შორის.

გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნებში აივ ინფექციის პრევალენტობა 1%-ზე მაღალია ორსულ ქალებში. ზედამხედველობის სისტემა ფოკუსირებული უნდა იყოს აივ ინფექციის პრევალენტობის და მაღალი რისკის ქვევითი ფაქტორების მონიტორინგზე ზოგად პოპულაციაში.

ამჟამად საქართველო მიეკუთვნება დაბალი პრევალენტობის ქვეყანას. შესაბამისად, აივ ეპიდზედამხედველობის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს ამგვარი ქვეყნების მიმართ წაყენებულ მოთხოვნებს. თუმცა ქვეყნის ზედამხედველობის სისტემა ისე უნდა მოეწყოს, რომ ეპიდემიოლოგიური სტატუსის ცვლილებისას სისტემამ ადვილად განიცადოს მოდიფიცირება და უპასუხოს იმ მოთხოვნებს, რომელიც კონცენტრირებული ეპიდემიის ქვეყნებს წაყენებათ.

1.1.3 აივ ინფექციის ზედამხედველობის ძირითადი ინდიკატორები

აივ ინფექციის ზედამხედველობისთვის შემუშავებულია სტანდარტული ინდიკატორები, რომელთა შედარება შესაძლებელია დროის და გეოგრაფიული არეალის მიხედვით. ამ ინდიკატორების უმრავლესობა წარმოდგენილი უნდა იყოს ასაკისა და სქესის მიხედვით და ზოგიერთი მათგანი სხვა ცვლადების მიხედვითაც, მაგალითად როგორცაა რისკ-ჯგუფი³. ინდიკატორები იყოფა სამ ჯგუფად: 1) ბიოლოგიური ინდიკატორები, 2) ქვევითი ინდიკატორები და 3) სოციო-დემოგრაფიული ინდიკატორები. ძირითადი ინდიკატორების ჩამონათვალი მოცემულია ქვემოთ.

ილუსტრაცია 1: აივ ინფექციის ზედამხედველობის სტანდარტული ინდიკატორები

ბიოლოგიური ინდიკატორები	1. აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებელი 2. სქესობრივად გადამდებ დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებელი 3. ტუბერკულოზის პრევალენტობის მაჩვენებელი 4. შიდსის შემთხვევები 18 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში 5. შიდსის შემთხვევები 18-25 წ. ასაკობრივ ჯგუფში 6. შიდსის შემთხვევები 25 წლის ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფში
ქვევითი ინდიკატორები	1. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სულ მცირე ერთ არარეგულარულ პარტნიორთან სქესობრივი კავშირის მქონეთა ხვედრით წილი 2. არარეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს დამცავი საშუალების გამოყენების ხვედრითი წილი 3. ახალგაზრდებში: ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირის დროს 4. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლების ხვედრითი წილი, რომლებმაც ინექციური ნარკოტიკული საშუალების ბოლო მოხმარების დროს გამოიყენა სტერილური შპრიცი 5. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლებში არასტერილურ საზიარო შპრიცებისა და ჭურჭლის

³ UNAIDS/WHO; Guidelines for Second Generation HIV Surveillance, 2000



II. კვლევის შედეგები

	გამოყენების ხვედრითი წილი 6. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში ბოლო სექსუალური კავშირის დროს დამცავი საშუალების გამოყენების ხვედრითი წილი 7. კომერციულ სექს მუშაკებში: უკანასკნელი კვირის განმავლობაში პარტნიორი კლიენტების რაოდენობა 8. კომერციულ სექს მუშაკებში: ქალ და მამაკაც კომერციულ სექს მუშაკების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც უკანასკნელი სქესობრივი კავშირის დროს გამოიყენა დამცავი საშუალება 9. მამაკაცების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც მამაკაცებთან ბოლო ანალური სქესობრივი კავშირის დროს გამოიყენეს დამცავი საშუალება
სოციო-დემოგრაფიული ინდიკატორები	1. სოციო-ეკონომიკური და განათლების სტატუსი 2. მოქალაქეობა ან მიგრანტის სტატუსი 3. ოჯახური მდგომარეობა 4. ორსულობის ჯერადობა (ანტენატალური კლინიკებისთვის)

1.1.4 მონაცემთა შეგროვების მეთოდები და წყაროები

აივ/შიდსის ზედამხედველობისთვის მონაცემთა შეგროვების სხვადასხვა მეთოდი და წყარო არსებობს: 1) ბიოლოგიური ზედამხედველობა, რაც გულისხმობს სხვადასხვა პოპულაციურ ჯგუფებში აივ ინფექციის პრევალენტობის მონაცემების შეგროვებას, 2) ქცევითი ზედამხედველობა, რაც გულისხმობს სუბ-პოპულაციურ ჯგუფებში ქცევითი მონაცემების შეგროვებას, 3) აივ-ინფექცია/შიდსის შემთხვევების რუტინული ზედამხედველობა და 4) მონაცემთა სხვა წყაროები⁴.

1.1.4.1 ბიოლოგიურ ზედამხედველობას მიეკუთვნება:

განსაზღვრულ სუბ-პოპულაციურ ჯგუფებში სენტინელური ზედამხედველობა

სენტინელური (სათვალთვალო ბაზებით) ზედამხედველობის მიზანს განსაზღვრულ სუბ-პოპულაციაში აივ ინფექციის გავრცელებაზე დაკვირვება წარმოადგენს. სენტინელურ ბაზებად ძირითადად იყენებენ არსებულ სამკურნალო დაწესებულებებს, რომლებსაც მიმართავენ ზოგადი პოპულაციის წარმომადგენლები. მაგ. სქესობრივად გადამდებ დაავადებათა კლინიკები, ტუბერკულოზის სამკურნალო კლინიკები. უნდა აღინიშნოს, რომ სენტინელური ზედამხედველობა უნდა ჩატარდეს იმ პოპულაციურ ჯგუფებში, რომლებშიც აივ ინფექციის სკრინინგი ქვეყანაში რუტინულად არ მიმდინარეობს.

აივ ინფექციის რეგულარული სკრინინგი ორსულ ქალებში

ქვეყნებს, მიუხედავად ეპიდემიის სტატუსისა, ეძლევათ რეკომენდაცია აივ ინფექციის გავრცელების მონაცემები შეაგროვონ არა მარტო მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ პოპულაციურ ჯგუფებში, არამედ პოპულაციის იმ ჯგუფებშიც, რომელიც მეტნაკლებად წარმოადგენს ზოგად პოპულაციას (მაგ. ორსული ქალები). ორსული ქალები ზოგადი პოპულაციისთვის

⁴ UNAIDS/WHO; Guidelines for Second Generation HIV Surveillance; 2000



II. კვლევის შედეგები

არამართო კარგ პროქსი ინდიკატორს წარმოადგენენ, არამედ ისინი ადვილად ხელმისაწვდომებიც არიან სეროპრევალენტური კვლევების ჩასატარებლად⁵

აივ ინფექციის რეგულარული სკრინინგი პროფესიულ კოჰორტებში

ვინაიდან ორსულ ქალებში აივ ინფექციაზე ზედამხედველობა არ იძლევა მონაცემებს მამაკაცებში აივ ინფექციის გავრცელების შესახებ, ზოგად პოპულაციაში აივ ინფექციის გავრცელების ტენდენციის შესახებ უფრო სრული სურათის შესაქმნელად ქვეყნებს ეძლევათ რეკომენდაცია მონაცემები შეაგროვონ პოპულაციის სხვა ჯგუფებშიც (წვევამდელები, მიგრანტები).

აივ ინფექციის რეგულარული სკრინინგი სისხლის დონორებში.

სისხლის დონორების აივ ინფექციაზე რუტინული სკრინინგის შედეგად მიღებული მონაცემები წარმოადგენს ზოგად პოპულაციაში აივ ინფექციის გავრცელების ერთ-ერთ მაჩვენებელ ინდიკატორს.

სერო-პრევალენტური კვლევები მაღალი რისკის პოპულაციურ ჯგუფებში (ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური გზით მომხმარებლები, მეძავეები, ჰომოსექსუალური კონტაქტის მქონე მამაკაცები)

1.1.4.2 ქვევაზე ზედამხედველობას მიეკუთვნება:

გარკვეული დროის ინტერვალით განსაზღვრულ სუბ-პოპულაციურ ჯგუფებში რეგულარული ქვევაზე ზედამხედველობის კვლევები

1.1.4.3 აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევების რუტინულ ზედამხედველობას მიეკუთვნება

- აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევაზე დაფუძნებული ანგარიშგება ასაკის, სქესის, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის და რისკის ჯგუფის მიხედვით
- აივ/შიდსის შემთხვევების ანგარიშგება გადაცემის გზების მიხედვით
- აივ ინფექციაზე ტესტირებულ შემთხვევათა რაოდენობის ყოველწლიური ანგარიშგება ასაკის, სქესის, პაციენტთა ჯგუფის, სენტინელური ბაზის მითითებით

აივ ინფექციის და შიდსის შემთხვევების ანგარიშგების სისტემა იძლევა მოცემულ პოპულაციაში ვირუსის არსებობის სიგნალს და შეუძლია გამოავლინოს ის სუბ-პოპულაციური ჯგუფები, რომელზეც საჭიროა განხორციელდეს შემდგომი ზედამხედველობა.

1.1.4.4 მონაცემთა სხვა წყაროებს მიეკუთვნება

- ვიტალური სტატისტიკა
- სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა ზედამხედველობა
- ტუბერკულოზის ზედამხედველობა

მეორე გენერაციის (თაობის) ზედამხედველობის სისტემა არ იყენებს რაიმე განსხვავებულ მეთოდს მონაცემთა შესაგროვებლად. მეორე გენერაციის ზედამხედველობა იყენებს ორი სხვადასხვა

⁵ UNAIDS/CDC/WHO, Guidelines for Conducting HIV Sentinel Serosurveys among Pregnant Women and Other Groups; 2003



II. კვლევის შედეგები

მეთოდით (ბიოლოგიური და ქცევაზე ზედამხედველობა) შეგროვებულ მონაცემებს ერთმანეთის გადასამოწმებლად და ახდენს ამ ორი სხვადასხვა ჯგუფის მონაცემების კომბინაციას, რითაც კვლევის შედეგები იძენს მტკიცებულების უფრო მაღალ ხარისხს. მეორე გენერაციის ზედამხედველობის სისტემა მორგებული უნდა იყოს ქვეყანაში ეპიდემიის სტატუსთან და უნდა პასუხობდეს კონკრეტული ქვეყნის საჭიროებებს.

დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებში, რომლებსაც ამჟამად საქართველო მიეკუთვნება, მეორე გენერაციის ზედამხედველობის სისტემის უპირველეს ამოცანას მაღალი რისკის ჯგუფების იდენტიფიცირება და ამ ჯგუფებში აივ ინფექციის გავრცელებაზე და ქცევითი ფაქტორების ცვლილებაზე დაკვირვება წარმოადგენს. მეორე გენერაციის ზედამხედველობის სისტემა უნდა იყოს დინამიური, რაც გულისხმობს იმას, რომ ქვეყანაში ეპიდემიის სტატუსის შეცვლის შედეგად სისტემამ უნდა შეიცვალოს თავისი ფოკუსი და შესაბამისად მოერგოს ქვეყნის ახალ საჭიროებებს. მეორე გენერაციის ზედამხედველობის შედეგად მიღებული მონაცემები გამოყენებული უნდა იქნეს პრევენციული ინტერვენციების დასაგეგმად და განხორციელებული ინტერვენციების გავლენის შესაფასებლად.

1.1.5 მონაცემთა მიმოქცევა და ანალიზი

სოციო-დემოგრაფიული მონაცემების და აივ/შიდსის ტესტირების შედეგები უნდა გადაეცეს ქვედა დონიდან რეგიონულ/ეროვნულ დონეზე, რათა მოხდეს მონაცემთა ბაზაში მონაცემების შეყვანა, ანალიზი და მონაცემთა შენახვა. მონაცემთა ბაზაში მონაცემები უნდა შევიდეს როგორც რუტინული ზედამხედველობის სისტემიდან ასევე სეროპრევალენტური კვლევებიდან. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ქვედა დონიდან მონაცემთა ანგარიშგება ეროვნულ დონეზე უნდა მოხდეს ისეთივე დეზაგრეგირებული ფორმით, როგორი ფორმითაც მონაცემები გროვდება ქვედა დონეზე. ასეთივე დეზაგრეგირებული ფორმით უნდა იყოს მონაცემები ანგარიშგებული გლობალურ დონეზე.⁶

მნიშვნელოვანია ეროვნულ დონეზე არსებობდეს აივ/შიდსის ეროვნული რეესტრი, („Registry“), რომელიც წარმოადგენს იმ ძირითად ინსტრუმენტს, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელი იქნება სხვადასხვა საჭირო ანალიზის წარმოება.

აივ ინფექციის მონაცემთა ანალიზისთვის, პრევენციისა და ანგარიშის მომზადებისთვის რეკომენდებულია:

- აივ ინფექციის პრევალენტობის ანალიზი ასაკის, სქესის, გეოგრაფიული არეალის, ქალაქი/სოფელის, სუბ-პოპულაციური ჯგუფის და რისკ ფაქტორის მითითებით
- დროის განმავლობაში პრევალენტობის ტენდენციის ანალიზი ასაკის, სქესის, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის, ქალაქი/სოფელის, სუბ-პოპულაციური ჯგუფის და რისკ ფაქტორის მიხედვით
- გრაფიკები და ცხრილები: პრევალენტობა და სანდოობის ინტერვალები წლის, ასაკის, სქესის, სენტინელური ბაზის, სუბ-პოპულაციური ჯგუფის, გეოგრაფიული არეალის და ქალაქი/სოფელი ადგილმდებარეობის მიხედვით
- რუკები: პრევალენტობის დონე თითოეულ სენტინელურ ბაზაზე

⁶ UNAIDS, Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS; Guidelines on Construction of Core Indicators, March, 2007



შიდსის მონაცემთა ანალიზისთვის, პრეზენტაციისა და ანგარიშის მომზადებისთვის რეკომენდებულია:

- გრაფიკები და ცხრილები: შემთხვევების რაოდენობა ასაკის, სქესის, გეოგრაფიული არეალის და გადაცემის გზის მიხედვით
- რუკები; შემთხვევების რაოდენობა გეოგრაფიული არეალის მიხედვით⁷.

1.2 შეჯამება

- აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ ძირითადი მოთხოვნები სტანდარტიზირებულია და მისადაგებულია ეპიდემიის სტატუსთან:
 - o განსაზღვრულია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ინდიკატორები (ბიოლოგიური, ქცევითი და სოციო-დემოგრაფიული)
 - o განსაზღვრულია დეზაგრეგაციის ცვლადები: ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული არეალი, ქალაქი/სოფელი, სუბ-პოპულაციური ჯგუფები და რისკ ფაქტორები
 - o აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მოწყობის სპეციფიკის მიუხედავად ქვეყანას აქვს ვალდებულება სტანდარტულ ფორმატში რეგულარულად მიაწოდოს ინფორმაცია შესაბამის საერთაშორისო ორგანიზაციებს/სტრუქტურებს EuroHIV, ENAADS და EHIDS ბაზების გასახლებლად
- მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო განეკუთვნება დაბალი პრევალენტობის ქვეყანას, შესაძლებელია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა შეიქმნას კონცენტრირებული ეპიდემიის სტატუსის მქონე ქვეყნების მოთხოვნების გათვალისწინებით, რაც გულისხმობს:
 - o მაღალი რისკის ჯგუფებში ქცევითი ფაქტორების და აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის ცვლილებაზე მონიტორინგს
 - o მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ სუბპოპულაციურ ჯგუფებში ქცევითი რისკ ფაქტორების გამოვლენასთან ერთად ზოგად პოპულაციასთან მათი კავშირების დადგენას
- ძირითადი ინდიკატორების შექმნის სახელმძღვანელოს თანახმად (UNAIDS, 2007), ქვედა დონიდან ზედა დონეზე მონაცემთა ანგარიშგება უნდა მოხდეს ისეთივე დეზაგრეგირებული ფორმით, როგორი ფორმითაც მონაცემები გროვდება ქვედა დონეზე.

2 ინსტიტუციური აღწერა

2.1 ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები

- რა არის სახელმწიფოს ხედვა აივ/შიდს-ის გავრცელებასთან ბრძოლაში?
- რომელი პოლიტიკის დოკუმენტები განსაზღვრავენ სახელმწიფო პრიორიტეტებს (ამოცანებსა და მიდგომებს)?

⁷ WHO Recommended Surveillance Standards WHO/CDC/CSR/ISR/99.2



II. კვლევის შედეგები

- რა შედეგების მიღწევას ისახავს სახელმწიფო პოლიტიკა?
- რამდენად წარმატებულია პროგრესი ამ შედეგების მისაღწევად?
- შედეგების მიღწევისთვის რა შემაფერხებელი თუ ხელშეწყობი ფაქტორები არსებობენ?

2.1.1 მიმოხილვა

სახელმწიფო პოლიტიკა აივ/შიდსის გავრცელებასთან ბრძოლაში ასახულია შემდეგ დოკუმენტებში:

- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტი (2000-2009), 1999
- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009), 1999
- სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში, 2007
- ეკონომიკური განვითარების და სიღარიბის დაძლევის ეროვნული პროგრამა, 2003
- აივ/ შიდსთან საბრძოლველი ეროვნული სტრატეგიული გეგმა (2006-2010), 2007
- ტუბერკულოზ-აივ ინფექციასთან საბრძოლველი ეროვნული სტრატეგიული გეგმა (2007-2011), 2007
- 2008 წლის სახელმწიფო პროგრამები:
 - ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა 2008 წელს
 - დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა
 - აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა
 - სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა
- მუნიციპალური პროგრამები
- ათასწლეულის განვითარების დეკლარაცია, 2000
- ვალდებულებათა დეკლარაცია მიღებული გაეროს გენერალური ასამბლეის აივ/შიდსისადმი მიმდევნილ სპეციალურ სესიაზე, 2001
- დუბლინის დეკლარაცია მიღებული მინისტრთა კონფერენციაზე „ბარიერების გადალახვა - პარტნიორობა აივ/შიდსთან ბრძოლისათვის ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში“, 2004
- დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა აივ/შიდსზე გადაუდებელი პასუხის რეგიონალური პროგრამა, 2002
- ვაშინგტონის კონსულტაცია „სამი ერთის“ პრინციპებზე, 2004

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტი (2000-2009), 1999

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტი შემუშავდა 1999 წელს. იგი წარმოადგენდა საბაზისო სტრატეგიულ დოკუმენტს, რომელიც განსაზღვრავდა მიზნებს და ამოცანებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისათვის შემდეგი 10 წლიანი პერიოდისათვის. აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში ჩატარებულმა და მიმდინარე რეფორმებმა ჯანდაცვის დაფინანსების, რეგულირების, ჰოსპიტალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართულებით, აგრეთვე განხორციელებულმა ინსტიტუციურმა ცვლილებებმა აქტუალობა დაუკარგა აღნიშნულ დოკუმენტს, თუმცა სადღეისოდ მისი განახლება არ მომხდარა.



II. კვლევის შედეგები

პოლიტიკის დოკუმენტი აივ-ინფექცია/შიდსის კონტროლსა და პრევენციას განსაზღვრავს, როგორც ერთ-ერთ პრიორიტეტულს. თავებში 2.5 „გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება“ და 2.7 „ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვა“ ერთ-ერთ მიზნად დასახულია სგდ-ს და შიდსის პრევენცია, რომელიც უნდა განხორციელდეს ა) აქტიური გამოვლენის მეთოდების ეფექტურობის გაუმჯობესების და ბ) ინდივიდუალურ თავდაცვით მეთოდებზე საზოგადოების განათლების გზით.

პოლიტიკის დოკუმენტი განსაზღვრავს:

- მონაწილე მხარეებს და მათ პასუხისმგებლობებს:
 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი - დაგეგმვა და პროგრამების მართვა
 - დაავადებათა კონტროლის ცენტრი, შიდსის ცენტრი და მისი რეგიონული ცენტრები, სისხლის გადასხმის სადგურები - პროგრამების განხორციელება.
- ვერტიკალურ პროგრამებს

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009), 1999

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისა და მონიტორინგის გეგმას წარმოადგენს. იგი განსაზღვრავს დაფინანსების წყაროებს, მექანიზმებს. მსგავსად პოლიტიკის დოკუმენტისა 1999 წლის შემდეგ მისი განახლება განვითარებული ცვლილებების შესაბამისად არ მომხდარა.

სტრატეგიული გეგმა განმარტავს, რომ შიდსის პრევენციასთან დაკავშირებული მიზნობრივი პროგრამები (როგორცაა შიდსის პროფილაქტიკის, უსაფრთხო სისხლის პროგრამები) ფინანსდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადმორიცხული თანხებით, რომელსაც განკარგავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. დოკუმენტის მიხედვით დეპარტამენტს დაეკისრა ისეთი პასუხისმგებლობები, როგორიცაა ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზი და მართვა და სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის ზედამხედველობა.

სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში, 2007

ეს დოკუმენტი შემუშავდა 2007 წელს. იგი აღწერს საქართველოს მთავრობის მიერ ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსების, რეგულირების მიმართულებით დასახულ რეფორმებს.

პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებების დოკუმენტი არ არის 1999 წლის პოლიტიკის დოკუმენტის მსგავსად ფართო და დეტალიზებული, შესაბამისად იგი კონკრეტულად არაფერს ამბობს აივ/ შიდსთან დაკავშირებით. დოკუმენტი განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითად მიზანს, როგორც: „მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონის გაუმჯობესება, რაც გულისხმობს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის ამაღლებას, არაგადამდები და ინფექციური დაავადებების ტვირთის შემცირებას, გაზრდილ იმუნიზაციის მაჩვენებლებს, დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებას.“



II. კვლევის შედეგები

სადღეისოდ ეს დოკუმენტი არ არის ფორმალურად დამტკიცებული და იგი პროექტის სახით არის ხელმისაწვდომი საქართველოს ჯანმრთელობის, შრომის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ გვერდზე⁸.

ეკონომიკური განვითარების და სიღარიბის დაძლევის ეროვნული პროგრამა, 2003

ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის ეროვნული პროგრამის ერთ-ერთი მიზანია ადამიანური კაპიტალის განვითარება. პროგრამა განმარტავს, რომ ადამიანური კაპიტალის ძირეული განმსაზღვრელია ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ერთ-ერთ საფრთხედ აღიარებულია აივ/შიდსის პრობლემა. პროგრამა ასევე აზუსტებს ქვეყანაში აივ/შიდსთან დაკავშირებით არსებული მონაცემების არასანდოობას.

დოკუმენტში ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის მიზნები დაკავშირებულია ათასწლეულის განვითარების მიზნებთან, მათ შორის აივ ინფექციასთან მიმართებაში - 2015 წლისათვის აივ/ ინფექციის გავრცელების შეჩერება და უკუპროცესის დაწყება.

აივ/ შიდსთან ბრძოლის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა 2006-2010⁹

აივ/შიდსთან საბრძოლველი პირველი ეროვნული სტრატეგიული გეგმა შემუშავდა 2002 წელს იმჟამად მოქმედი სამთავრობო კომისიის ხელმძღვანელობით და საერთაშორისო ტექნიკური დახმარებით და მოიცავდა 2003-2007 წწ პერიოდს.

გეგმის განახლება მოხდა 2006 წელს, UNGASS-ის ანგარიშზე და 2006 წლის დასაწყისში ეროვნულ დონეზე ჩატარებული კონსულტაციის შედეგად მიღებულ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით. დოკუმენტში ბოლო ცვლილებები შევიდა 2007 წლის დასაწყისში ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების შესაბამისად¹⁰.

დოკუმენტში ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის მიზნები დაკავშირებულია ათასწლეულის განვითარების მიზნებთან, მათ შორის აივ ინფექციასთან მიმართებაში - 2015 წლისათვის აივ/ ინფექციის გავრცელების შეჩერება და უკუპროცესის დაწყება.

გეგმის მიზანია საქართველოში აივ ინფექციის რისკის, ეპიდემიისადმი დაუცველობის (vulnerability) და მისი გავლენის შემცირება. გეგმა განსაზღვრავს მისი 5-წლიანი (2006-2010) განხორციელების ძირეულ შედეგებს :

- 2010 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელება შენარჩუნებულია 5%-ზე ქვემოთ (1% ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლებში 2004 წელს, 1.3% კომერციულ სექს მუშაკებში 2004 წ., 4.3% ჰომოსექსუალური კონტაქტის მქონე მამაკაცებში 2005 წ.)
- 2010 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელება ორსულ ქალებში შენარჩუნებულია 1%-ზე ქვემოთ (0.06% 2005 წელს)
- 2010 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელება 15-24 წლის ასაკის პირებში შენარჩუნებულია 5%-ზე ქვემოთ (0.67% 2005 წელს)

⁸ <http://www.moh.gov.ge/page.php?2>

⁹ დოკუმენტი ხელმისაწვდომია მხოლოდ ინგლისურ ენაზე

¹⁰ ანგარიში განხილულია 2007 წლის იანვრის განახლებული ვერსია



II. კვლევის შედეგები

- ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ გადარჩენილ მოზრდილთა და ბავშვთა % 2010 წლისათვის აღემატება 90-ს (88% 2005 წელს)
- 2010 წლისათვის აივ/შიდსის გამო დაობლებულ და დაუცველ ბავშვთა და მოზარდთა რაოდენობა ყოველწლიურად შენარჩუნებულია 100-ზე ქვემოთ (კუმულაციურად 103 ბავშვი და მოზარდი 2005 წელს)
- 2010 წლისათვის შიდსით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები შენარჩუნებულია 1000-ზე ქვემოთ (189 შემთხვევა 2004 წელს).
- მონიტორინგის და შეფასების სისტემა და მონაცემთა ბაზა შესაბამისობაშია „სამი ერთი“¹¹ სტრატეგიის პრინციპებსა და UNAIDS-ის რეკომენდაციებთან დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებისთვის სტანდარტულ ინდიკატორებზე
- 2010 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელება შენარჩუნებულია 5%-ზე ქვემოთ ტუბერკულოზით დაავადებულ პირებში (2.3% 2006 წელს)

გეგმა განსაზღვრავს ოთხ სტრატეგიულ მიმართულებას: 1) აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა, 2) პრევენცია, 3) მკურნალობა, დახმარება და მხარდაჭერა, 4) ეროვნული ვალდებულებები (national commitment).

თითოეული სტრატეგიული მიმართულებისთვის მოყვანილია მოსალოდნელი შედეგები შესაბამისი ინდიკატორებით და სამიზნეთი (გამოსავალი). გეგმა გვაწვდის აგრეთვე სტრატეგიული მიმართულებების განხორციელების სამუშაო გრაფიკს წამყვანი და პარტნიორი სააგენტოების იდენტიფიცირებით, დაფინანსების წყაროებით, ბიუჯეტით და დაფინანსების სტატუსით.

სტრატეგიული მიმართულება - 1) აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა

დოკუმენტი მოკლედ მიმოიხილავს ზედამხედველობის სისტემის პრეისტორიას, სადაც მოცემულია შემდეგი: „2007 წლიდან აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა გახდა ერთიანი ეროვნული შეტყობინებას დაქვემდებარებული ყველა დაავადებების ეპიდზედამხედველობის პროგრამის ნაწილი, რომელსაც მართავს დკსჯეც¹² და იგი შესაძლოა დაკავშირებულ იქნეს სგვი და B და C ჰეპატიტის ზედამხედველობასთან ქვეყნის მასშტაბით. მონაცემები გროვდება და ანალიზდება დკსჯეც-ს მიერ ყოველთვიურად და მიეწოდება სმჯსდ სამინისტროს. თუმცა ზედამხედველობის სისტემის არც ერთ დონეზე არ არსებობს ქვევაზე დაფუძნებული ზედამხედველობის განხორციელების შესაძლებლობები“.

დოკუმენტი აღწერს ზედამხედველობის სისტემის ძირითად ხელისშემშლელ ფაქტორებს:

- არ არის დანერგილი და არ ფუნქციონირებს ერთიანი ეროვნული მონიტორინგის და შეფასების და ზედამხედველობის სისტემა
- ქვეყნის დონეზე დაინტერესებულ მხარეთა შესაძლებლობები არაადეკვატურია მონიტორინგსა და შეფასებაში და ზედამხედველობაში
- ეროვნულ დონეზე სარისკო ქვევაზე მეთვალყურეობისათვის მე-2 თაობის ზედამხედველობის სისტემა არ არის დანერგილი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზის შესაძლებლობები შეზღუდულია
- ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით ქვენაციონალურ დონეზე ძლიერ შეზღუდულია.

¹¹ Three Ones strategy

¹² დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



II. კვლევის შედეგები

მიმართულების სამიზნე (გამოსავალი):

- აივ/შიდსის პროგრამირების სტრატეგიული დაგეგმვისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზა ეპიდემიის განმსაზღვრელი მაღალი რისკის ჯგუფებზე ფოკუსით დანერგილია
- აივ/შიდსზე მე-2 გენერაციის ზედამხედველობა დანერგილია და მდგრადია

მიმართულების მოსალოდნელი შედეგები:

- აივ/შიდსის მე-2 თაობის ზედამხედველობა (სენტინელური და ქცევაზე დაფუძნებული სუბ-პოპულაციური კვლევები ბიომარკერის კომპონენტით) განხორციელებულია 4 რეგიონში. ქცევითი და ბიომარკერის მონაცემები ხელმისაწვდომია შემდეგ ჯგუფებზე: ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექს მუშაკები, ჰომოსექსუალური კონტაქტის მქონე მამაკაცები, პატიმრები, ტუბრეკულოზით, სგგი-თ, B და C ჰეპატიტით დაავადებული პირები, ორსული ქალები.
- აივ/შიდსის მართვის საინფორმაციო სისტემა დანერგილია ქვეყნის მასშტაბით, შემთხვევათა ანგარიშგების და რეგისტრების ჩათვლით.
- ქვენაციონალურ დონეზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესებულია 30-40%-ით.

ძირითადი ღონისძიებები:

- ყველა 10 რეგიონში აივ სენტინელური ბაზები იქნება იდენტიფიცირებული და ჩატარდება მათი მონიტორინგი. სენტინელური ბაზები მოიცავს: სგგი, ტუბ კლინიკებს, კლინიკებს, სადაც B და C ჰეპატიტის პაციენტებს უწევთ მომსახურეობას, ქალთა კონსულტაციებს, პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებს.
- პერიოდული კვლევები ქცევითი და ბიომარკერული კომპონენტით ჩატარდება სუბ-პოპულაციებში, როგორცაა ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექს მუშაკები, ჰომოსექსუალური კონტაქტის მქონე მამაკაცები, იძულებით გადაადგილებული პირები, პატიმრები, მიგრანტები, სამხედრო პირები. კვლევები ჩატარდება ორწლიანადმი ერთხელ.
- (შეეხება ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისებს).
- ქვეყნის მასშტაბით შემუშავდება აივ/შიდსის მართვის საინფორმაციო სისტემა, რათა გაძლიერდეს მონიტორინგის და შეფასების შესაძლებლობები აივ/შიდსის პასუხის ყველა კომპონენტში. საინფორმაციო სისტემა დაკავშირებული იქნება ქვეყნის მასშტაბით ყველა ადგილთან, სადაც მიეწოდება აივ/შიდს-თან დაკავშირებული სერვისები.
- უცხოური ტექნიკური დახმარება გამოყენებული იქნება გაეროს თემატური ჯგუფის სააგენტოებს მიერ მონიტორინგისა და შეფასების სისტემისა და ზედამხედველობის სისტემის შემუშავების დასრულებისთვის.
- დამატებით ჩატარდება ღონისძიებები შესაძლებლობების გასაძლიერებლად, როგორცაა პერსონალის ტრეინინგი, რეგიონალური და რაიონული აივ დიაგნოსტიკური და რეფერალური (შიდსის ცენტრის) ლაბორატორიების გაძლიერება, დახმარება ინფორმაციული ტექნოლოგიების აღჭურვილობის მხრივ და სხვა.

მიუხედავად იმისა, რომ სტრატეგიული გეგმა განახლდა 2007 წელს სამუშაო გეგმაში არის უზუსტობები განხორციელების ვადებთან და განმახორციელებელ ორგანიზაციებთან დაკავშირებით. მაგ: ეროვნული აივ/შიდსის მე-2 თაობის ზედამხედველობის გეგმის



II. კვლევის შედეგები

შემუშავება დაგეგმილია 2006 წელს და წამყვან დაწესებულებებამ მოყვანილია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი და შიდსის ცენტრი. აღსანიშნავია, რომ დოკუმენტის არსებული ვერსია შეიცავს კითხვებს, კომენტარებს, რაც არ აძლევს მას დასრულებული დოკუმენტის სახეს.

სტრატეგიული მიმართულება - 4) ეროვნული ვალდებულებები

პრესტორიაში მიმოხილულია, რომ „სამი ერთის“ სტრატეგიებიდან ქვეყანამ შეიმუშავა: ერთი აივ/შიდსის სამოქმედო გეგმა (1) და ერთი ნაციონალური აივ/შიდსის მაკოორდინირებელი ორგანო¹³ (2). სადღესოდ არ არის შემუშავებული ერთი შეთანხმებული მონიტორინგის და შეფასების სისტემა ქვეყნის დონეზე (3).

თითოეული სამი კომპონენტისათვის მოწოდებულია სამიზნე (გამოსავალი), მოსალოდნელი შედეგები და ძირითადი ღონისძიებები. მესამე კომპონენტისთვის განსაზღვრულია შემდეგი:

- სამიზნე (გამოსავალი):
 - o 2007 წლისათვის მმშ სისტემა დანერგილი და მდგრადია
- მოსალოდნელი შედეგები:
 - o 2006 წლისათვის ერთი ერთიანი მმშ სისტემა დანერგილია და 2007 წლისათვის იგი სრულად ფუნქციონირებს
 - o მმშ-ში ჩართულ პერსონალს აქვს სისტემის ოპერირების ტექნიკური შესაძლებლობა
 - o მმშ პერსონალი მომზადებულია ინტეგრირებული მმშ მონაცემთა ბაზის გამოყენებაზე
 - o მმშ სისტემა და მონაცემთა ბაზა შესაბამისობაშია „სამი ერთის“ სტრატეგიის პრინციპებსა და UNAIDS-ის რეკომენდაციებთან დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებისთვის სტანდარტულ ინდიკატორებზე
 - o მმშ სისტემით მიღებული მონაცემები ფართოდ არის გავრცელებული დაინტერესებულ მხარეთა შორის.
- ძირითადი ღონისძიებები:
 - o მმშ განყოფილება დაარსებულია დაწესებულებაში ეროვნულ დონეზე - საზოგადოებრივ ჯანდაცვის დეპარტამენტში, შიდსის ცენტრში, გლობალური ფონდის პროექტის მიმღებ დაწესებულებაში
 - o მმშ განყოფილებისათვის ტექნიკური დახმარება (ინფორმაციულ ტექნოლოგიებში)
 - o უცხოური ტექნიკური დახმარების გამოყენებით ნაციონალური პარტნიორების ტრენინგი მმშ საკითხებზე
 - o ტექნიკური დახმარების გამოყენება ეროვნული მმშ გეგმის შემუშავებისათვის ინსტიტუციურ და მოსახლეობის დონეზე (ადმინისტრაციული სტატისტიკური სისტემა, პროგრამული ინდიკატორები, BSS¹⁴ კვლევები)
 - o ყოველწლიური მმშ სისტემის ანგარიშები გამოქვეყნებულია ვებ გვერდებზე და სამედიცინო სტატისტიკის პუბლიკაციებში.

აღსანიშნავია, რომ სტრატეგიული გეგმა არ არის დამტკიცებული საქართველოს პარლამენტის დადგენილებით, საქართველოს მთავრობის დადგენილებით ან პრეზიდენტის ბრძანებულებით. გეგმა განხილული და დამტკიცებულია მხოლოდ ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ 2007 წელს და არ წარმოადგენს ნორმატიულ აქტს.

¹³ საკოორდინაციო საბჭო

¹⁴ ქვეყაზე დაფუძნებული კვლევები ბიომარკერული კომპონენტით



ტუბერკულოზ და აივ ინფექციასთან საბრძოლველი ეროვნული სტრატეგიული გეგმა (2007-2011), 2007

აღნიშნული სტრატეგიული გეგმა შემუშავდა 2007 წლის დასაწყისში და წარმოადგენს აივ/შიდსთან საბრძოლველი სტრატეგიული გეგმის დანართს. დოკუმენტში მოყვანილია ტუბერკულოზის და აივ/შიდსის პროგრამების SWOT ანალიზი, სადაც ერთ-ერთ ნაკლოვანებად აღიარებულია ტუბერკულოზის/აივ ინფექციის ზედამხედველობის გეგმის არარსებობა.

გეგმა განსაზღვრავს თუ რა გავლენა, გამოსავალი და შედეგების ექნება განხორციელებულ ღონისძიებებს და მათ ბიუჯეტს.

- გავლენა
 - ტუბერკულოზით ავადობის შემცირება აივ ინფიცირებულებში
 - ტუბერკულოზით სიკვდილიანობის შემცირება აივ ინფიცირებულებში
- გამოსავალი:
 - ტუბერკულოზის/აივ კოლაბორაციულ ღონისძიებათა ეფექტური კოორდინაცია
 - ტუბ/აივ პაციენტთა გაუმჯობესებული ხელმისაწვდომობა აივ სერვისებისადმი
 - ტუბ/აივ პაციენტთა გაუმჯობესებული ხელმისაწვდომობა ტუბ სერვისებისადმი
- აივ პროგრამის შედეგები:
 - B.1 კოლაბორაციული ტუბ/აივ ღონისძიებები ჩართულია აივ/შიდსის ეროვნულ წლიურ გეგმაში
 - B.2 ტუბერკულოზის გამოვლენა გაუმჯობესებულია აივ ინფიცირებულებში
 - B.3 გაზრდილია უნივერსალური ხელმისაწვდომობა ტუბ მკურნალობისადმი აივ ინფიცირებულებისათვის
 - B.4 კო-ტრიმოქსაზოლით რუტინული პროფილაქტიკური თერაპია უზრუნველყოფილია ტუბ/აივ პაციენტებისათვის
- გაერთიანებული აივ და ტუბ პროგრამების შედეგები:
 - C.1 ტუბ/აივ ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ჩართულია ტუბერკულოზის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში და აივ/შიდსის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში
 - C.2 ეროვნული ტუბ/აივ სამუშაო ჯგუფის ეფექტური მუშაობა უზრუნველყოფილია
 - C.3 ტუბ/აივ ეროვნული გაიდლაინები შემუშავებული და დანერგილია
 - C. 4 ტუბ/აივ მმშ გეგმა ჩართულია ორივე პროგრამის მმშ სისტემებში
 - C.5 პენიტენციალურ სისტემაში ტუბ/აივ ღონისძიებები ხორციელდება შეთანხმებულად
 - C. 6 ინფექციის კონტროლი ტუბ და აივ დაწესებულებებში გაუმჯობესებულია

სახელმწიფო პროგრამები

პირველი სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მიმართული იყო აივ/შიდსის პრევენციასა და კონტროლზე ამოქმედდა 1994 წელს.

2006 წლის ჩათვლით აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის კომპონენტი იყო სახელმწიფო პროგრამის ნაწილი¹⁵, რომელსაც მართავდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ხოლო განმახორციელებელი შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი.

¹⁵ მაგ. 2005 წელს - ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციისა და სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა; 2006 წელს - დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა.



II. კვლევის შედეგები

2007 წლის დასაწყისში განხორციელებული რეფორმების შედეგად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი შეუერთდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს, ხოლო მისი პროგრამების შემუშავება/მართვის ფუნქცია გადაეცა სამინისტროს.

2007 წელს არც ერთი სახელმწიფო პროგრამა არ მოიცავდა აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის კომპონენტს.

ქვემოთ აღწერილია 2008 წლის სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც შეეხება აივ/შიდსის პრევენციასა და კონტროლს. ცხრილი 8 (გვ. 26) კი შეჯამებულად წარმოადგენს ზოგიერთ ღონისძიებას, მათ განმახორციელებელს და ფინანსურ უზრუნველყოფას პროგრამების მიხედვით.

ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის 2008 წლის სახელმწიფო პროგრამა, 2008¹⁶

პროგრამა მოიცავს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელთა რეალიზება უზრუნველყოფს გადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილებას ეპიდზედამხედველობის და კონტროლის ღონისძიებათა გზით.

თავში 1.2 მოყვანილია აივ ინფექციის სტატისტიკური მაჩვენებლები და გამახვილებულია ყურადღება, რომ ოფიციალური სტატისტიკა აივ ინფექციასთან მიმართებაში არ ასახავს ქვეყანაში არსებულ რეალურ სურათს და აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესება გადაუდებელ ამოცანად რჩება.

პროგრამის ერთ-ერთი ამოცანაა: გადამდებ დაავადებათა დროული გამოვლენის გაუმჯობესება ეპიდზედამხედველობის, მათ შორის ლაბორატორიულ სამსახურებზე დაფუძნებული სისტემის გამართული მუშაობის გზით. ამოცანის შესასრულებლად სამხარეო და მუნიციპალურ ცენტრებში უნდა განხორციელდეს ეპიდზედამხედველობა, ხოლო მისი ხარისხის უზრუნველსაყოფად უნდა ჩატარდეს მონიტორინგი (სამხარეო ცენტრების მიერ მუნიციპალური ცენტრების, ხოლო მუნიციპალური ცენტრების მიერ - დაწესებულებების).

თავში 1.3 „ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების კონტექსტი ქვეყანაში“ მოყვანილია ქვეყნის მიერ აღებული ვალდებულებები გადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში, მათ შორის ათასწლეულის განვითარების მიზანი¹⁷. აქვე განმარტებულია, რომ ამ მიზნების მიღწევა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვის და ჰოსპიტალური სექტორის კუთხით. პროგრამას თან ახლავს დანართი, სადაც სხვა პრიორიტეტულ დაავადებებთან ერთად აღწერილია აივ/შიდსის პრევენციის და კონტროლისათვის განსახორციელებელ ღონისძიებათა ნუსხა და უზრუნველყოფის მექანიზმები. აქვე დაზუსტებულია, რომ აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა განხორციელდება თვით დაავადებათა კონტროლის ცენტრის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების მიერ არსებული პროგრამის¹⁸ ფარგლებში, ხოლო შემთხვევის ეპიდემიოლოგიური კვლევა განხორციელდება საზოგადოებრივი

¹⁶ შეფასებისას გამოყენებული იყო პროგრამის სამუშაო ვერსია; ანგარიშის მომზადების დღისათვის პროგრამა არ არის დამტკიცებული ნორმატიული აქტით.

¹⁷ 2015 წლისათვის აივ/ ინფექციის გავრცელების შეჩერება და ეპიდემიის უკუპროცესის დაწყება.

¹⁸ დღევანდელი მდგომარეობით ასეთი (სპეციფიური) პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც მოიაზრებოდა დოკუმენტის შედგენისას აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის განხორციელება, აღარ არსებობს



II. კვლევის შედეგები

ჯანმრთელობის ცენტრების მიერ მუნიციპალური პროგრამის ფარგლებში. პროგრამაში განმარტებულია, რომ ყველა გადამდებ დაავადებასთან მიმართებაში ეპიდზედამხედველობას ქვეყნის დონეზე ახორციელებს დესჯეც და იგი საჭიროებისას ერთეუბა ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში.

პროგრამა ამოქმედდება 2008 წლის მარტიდან. პროგრამის დაფინანსება მოხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, მართვას განახორციელებს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ხოლო პროგრამის ღონისძიებებს განახორციელებენ მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები.

დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა¹⁹, 2008

დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის უსაფრთხო სისხლის კომპონენტის ფარგლებში ტარდება დონორული სისხლის დიაგნოსტიკა ინფექცია/შიდსზე ექსპრეს და იმუნოფერმენტული მეთოდით.

პროგრამა განსაზღვრავს გამოკვლევების ღირებულებას. პროგრამის დაფინანსება მოხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ხელშეკრულების და სატენდერო პირობებს განსაზღვრავს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო სმჯსდ სამინისტროსთან შეთანხმებით.

აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა²⁰

პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება:

- აივ ინფექცია/შიდსზე მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა (როგორცაა აივ ასოცირებული მაღალი რისკის ქცევის მქონე პირები, აგრეთვე აივ ინფიცირებული დედის ახალშობილები) კონსულტირება და ტესტირება სკრინინგული და კონფირმაციული კვლევებით
- აივ ინფექცია/ შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამბულატორიული მომსახურებით (ინსტრუმენტული დიაგნოსტიკა, ოპორტუნისტული ინფექციების მკურნალობა და პროფილაქტიკა, ლაბორატორიული მონიტორინგი, ვიზიტი/კონსულტაცია)
- აივ ინფექცია/ შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა სტაციონარული მკურნალობით (შიდს ინდიკატორული დაავადებების ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, აივ ინფექცია/შიდსის თანმხლები დაავადებების (მაგ: ღვიძლის უკმარისობა და ა.შ) ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა).

პროგრამა განსაზღვრავს კონსულტაციის და ტესტირების ღირებულებას.

პროგრამის დაფინანსება მოხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. პროგრამას განახორციელებენ საქართველოში ლიცენზირებული დაწესებულებები, რომლებსაც გააჩნიათ აივ/ინფექცია შიდსის მკურნალობაზე შესაბამისი ლიცენზია.

ხელშეკრულების პირობებს განსაზღვრავს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო სმჯსდ სამინისტროსთან შეთანხმებით.

¹⁹ ანგარიშის მომზადების დღისათვის პროგრამა არ არის დამტკიცებული ნორმატიული აქტით.

²⁰ ანგარიშის მომზადების დღისათვის პროგრამა არ არის დამტკიცებული ნორმატიული აქტით.



II. კვლევის შედეგები

სამეანო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა²¹, 2008

პროგრამის ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტი განსაზღვრავს ორსულთა ანტენატალური ვიზიტის დროს მისაწოდებული მომსახურების მოცულობას. პირველი ვიზიტის დროს 13 კვირის ორსულობის ვადაზე სხვა მომსახურებასთან ერთად ყველა ორსულისათვის უნდა ჩატარდეს აივ ანტისხეულების (ანტიგენის) განსაზღვრა სისხლის შრატში (სწრაფი/მარტივი მეთოდით). აღსანიშნავია, რომ მომსახურეობის პაკეტი არ აკონკრეტებს ორსულთათვის ნებაყოფლობითი კონსულტირების ჩატარებას.

პროგრამის დაფინანსება მოხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ხელშეკრულების და სატენდერო პირობებს განსაზღვრავს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო სშჯსდ სამინისტროსთან შეთანხმებით.

მუნიციპალური პროგრამები

ადგილობრივ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციებს ახორციელებს ადგილობრივი თვითმმართველობის მიერ დაარსებული სამსახურები (ცენტრები). განსახორციელებელ ფუნქციათა შესასრულებლად დაფინანსების წყაროები განსხვავებულია: მიზნობრივი ტრანსფერები სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (დელეგირებული უფლებამოსილებისთვის), დკსჯეც-ს კონტრაქტი ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების პროგრამის ფარგლებში და ადგილობრივი ბიუჯეტი (ექსკლუზიური უფლებამოსილებისთვის).

კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ განსაზღვრავს თვითმმართველი ერთეულებისთვის დელეგირებულ უფლებამოსილებებს, 2008 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტი კი - მიზნობრივ ტრანსფერებს მათ შესასრულებლად²². დელეგირებული და ექსკლუზიური უფლებამოსილებების შესასრულებლად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებმა უნდა შეიმუშაონ მუნიციპალური პროგრამა და დასამტკიცებლად წარუდგინონ ადგილობრივ თვითმმართველობას.

სშჯსდ მინისტრის 2008 წლის 9 თებერვლის სარეკომენდაციო წერილი, რომელიც მიმართულია ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებისადმი, დეტალურად აღწერს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების რეკომენდებულ საშტატო განაწილებას, განსახორციელებელ ფუნქციებს დაფინანსების წყაროების მიხედვით. ტრანსფერით დასაფინანსებელ ფუნქციებს შორის არის გადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა, ხოლო დკსჯეც-ს კონტრაქტით - ეპიდზედამხედველობის სისტემით (სასწრაფო შეტყობინება, სენტინელური, რუტინული) მიღებული მონაცემების რეგისტრაცია, ხარისხის შეფასება, დაზუსტება და გადაცემა დადგენილი წესის მიხედვით. წერილი ასევე იძლევა ბიუჯეტის განმარტებებს ტრანსფერით მიღებულ დაფინანსებაზე, თუმცა აივ ინფექცია ცალკე აღნიშნული არ არის.

აღსანიშნავია, რომ სარეკომენდაციო წერილი არ იძლევა რეკომენდაციას ადგილობრივი სამსახურის ორგანიზაციულ სტატუსზე, რაც არ არის განსაზღვრული არც კანონში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, ან სხვა ნორმატიულ დოკუმენტში.

²¹ ანგარიშის მომზადების დღისათვის პროგრამა არ არის დამტკიცებული ნორმატიული აქტით.

²² ადგილობრივ უფლებამოსილებებს განეკუთვნება „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონით, აგრეთვე ორი სხვა კანონით „სამხედრო ვალდებულებისა და სამხედრო სამსახურის შესახებ“, „სამხედრო სარეზერვო სამსახურის შესახებ“ განსაზღვრული ვალდებულებები.



II. კვლევის შედეგები

საყურადღებოა, აგრეთვე, რომ ბიუჯეტის კანონში მიზნობრივ ტრანსფერებში არ არის გამოჯნული მხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უფლებამოსილებებისათვის გამოყოფილი თანხები. მიუხედავად იმისა, რომ სარეკომენდაციო წერილი აზუსტებს ეპიდზედამედველობაში ეპიდკვლევებზე სავარადაუო ხარჯების ოდენობას, ეს ფუნქციები შესაზლოა არ დაფინანსდეს სრულყოფილად, ვინაიდან უცნობია საერთო მიზნობრივი ტრანსფერში საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ხარჯების ხვედრითი წილი.

ცხრილი 8: აივ ინფექცია/შიდსის-თან დაკავშირებული ზოგიერთი ღონისძიება განმახორციელებლის და უზრუნველყოფის მიხედვით

ღონისძიება	განმახორციელებელი	უზრუნველყოფა
დონორის სისხლის კვლევა სწრაფი/მარტივი და იმუნოფერმენტული მეთოდით	კონტრაქტირებული ლაბორატორიები ²³	დაავადებათა პრევენციის პროგრამა (უსაფრთხო სისხლის კომპონენტი)
ეპიდზედამედველობა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური	ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების პროგრამა;
ეპიდზედამედველობა ეროვნულ დონეზე	დესჯც	დესჯც-ს ბიუჯეტი
ეპიდემიოლოგიური კვლევა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური	მუნიციპალური პროგრამა
ორსულთა ტესტირება სწრაფი/მარტივი მეთოდით	ანტენატალური კლინიკები	სამეანო მომსახურების პროგრამა
ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება მაღალი რისკის ჯგუფის პირებისათვის	აივ/შიდსის მკურნალობაზე ლიცენზიის მქონე დაწ.	აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის პროგრამა
არამაღალი რისკის პირთა ტესტირება სკრინინგული, იმუნოფერმენტული მეთოდით, პოლიმერაზხაჭკვური რეაქციით	ლაბორატორიები ²⁴	ინდივიდის პირადი სახსრები
დადასტურება იმუნობლოტინგის მეთოდით	აივ/შიდსის მკურნალობაზე ლიცენზიის მქონე დაწ.	აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის პროგრამა
მკურნალობა ამბულატორიული და სტაციონარული	აივ/შიდსის მკურნალობაზე ლიცენზიის მქონე დაწ.	აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის პროგრამა; გლობალური ფონდის პროექტი

²³ როგორც მითითებულია პროგრამაში, თუმცა შესაძლოა იგულისხმება თავად სისხლის გადასხმის სადგურები, რომლებსაც გააჩნიათ აივ ინფექციის კვლევის შესაძლებლობა

²⁴ სწრაფი/მარტივი და იმუნოფერმენტული მეთოდით კვლევის შესაძლებლობების მქონდე ლაბორატორიები აღურიცხავია



ათასწლეულის განვითარების დეკლარაცია

2000 წლის სექტემბერში ათასწლეულის დეკლარაციაზე ხელის მოწერით, საქართველომ ვალდებულება აიღო განსაზღვროს და განახორციელოს ათასწლეულის განვითარების 8 მიზანი საქართველოს კონკრეტული საჭიროებებიდან გამომდინარე. მე-6 მიზანი ითვალისწინებს აივ/შიდსის, მალარიის და სხვა დაავადებების დამლევას, რომლის მისაღწევად ქვეყანამ დასახა შემდეგი ამოცანა: 2015 წლისათვის აივ/ ინფექციის გავრცელების შეჩერება და უკუპროცესის დაწყება. ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელების პირველი ანგარიში (2004)²⁵ ხაზს უსვამს ინფორმაციული ბაზის განვითარების მნიშვნელობას, რათა მოხდეს საწყისი და სამომავლო მონაცემების შედარება და ანალიზი. ამავე ანგარიში აფასებს არსებულ შესაძლებლობებს მიზნების პროგრესის მონიტორინგისა და ანგარიშგებისათვის. მე-6 მიზნისათვის რაოდენობრივი, ხარისხობრივი ინფორმაცია, სტატისტიკური ანალიზი, ინფორმაციის გამოყენება პოლიტიკის შემუშავებისათვის და ინფორმაციის გავრცელება / ანგარიშგება შეფასებულია როგორც სუსტი.

ვალდებულებათა დეკლარაცია მიღებული გაეროს გენერალური ასამბლეის აივ/შიდსისადმი მიმდგენილ სპეციალურ სესიაზე²⁶, 2001

გაეროს ასამბლეის სპეციალურ სესიაზე მიღებული დეკლარაციით საქართველო 189 წევრ სახელმწიფოთა შორის გლობალურ კონსენსუსს შეუერთდა, რომელიც შეეხებოდა ათასწლეულის განვითარების მიზნის მისაღწევად შემუშავებულ სამოქმედო ჩარჩოს. დეკლარაციის ვალდებულებათა შესრულების პროგრესის საჩვენებლად ქვეყნები ვალდებული არიან მოამზადონ ყოველწლიური ანგარიში მოწოდებული ინდიკატორების გამოყენებით და წარადგინონ UNAIDS-ში.

ქვეყნის მიერ მომზადებული და წარდგენილია ორი ანგარიში. პირველი ანგარიში მოიცავს 2003-2005 წლების პერიოდს, ხოლო მეორე - 2006 წელს²⁷. აღნიშნული ანგარიში სექციაში „გამოწვევები და გასატარებელი ქმედებები“ აქცენტს აკეთებს პრობლემურ საკითხებზე, როგორცაა ეროვნული მონიტორინგის და შეფასების სისტემის არარსებობა და ეპიდზედამხედველობის სისტემა. ამ უკანასკნელთან მიმართებაში ანგარიში ამბობს: „სექტინელური ზედამხედველობა უნდა გაფართოვდეს, რათა მიღებულ იქნეს სანდო ქვეყნითი, ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური მონაცემები, რაც დაეხმარება მთავრობას ეფექტური და მიზანმიმართული პოლიტიკის შემუშავებაში. ბოლო წლების განმავლობაში ქვეყანაში დაგროვდა მნიშვნელოვანი ეპიდემიოლოგიური და პროგრამული მონაცემები, თუმცა ისინი გაფანტულია და არ გამოიყენება ანალიზისა და სინთეზისთვის.“

²⁵ Millennium Development Goals in Georgia, Tbilisi 2004

²⁶ The Declaration of Commitment from UN General Assembly Special Sessions on HIV/AIDS (2001);

²⁷ Monitoring and Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Georgia Country report, reporting period January 1 – December 33, 2006. <http://www.globalfund.ge>. წარდგენილია 2008 წლის იანვარში CRIS ფაილთან ერთად.



დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა აივ/შიდსზე გადაუდებელი პასუხის რეგიონალური პროგრამა²⁸.

დეკლარაციის ვალდებულებათა შესასრულებლად დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობის ქვეყნებმა შეიმუშავეს აივ/ შიდსზე გადაუდებელი პასუხის რეგიონალური პროგრამა, რომელსაც სახელმწიფოთა ლიდერებმა 2002 წელს მოაწერეს ხელი.

დუბლინის დეკლარაცია მიღებული მინისტრთა კონფერენციაზე „ბარიერების გადალახვა - პარტნიორობა აივ/შიდსთან ბრძოლისათვის ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში“²⁹, 2004

დუბლინის დეკლარაცია მიღებულ ვალდებულებათა შესასრულებლად განსაზღვრავს 33 ღონისძიებას რომელთა შორის მე-14 შეხება ზედამხედველობის სისტემას: „დაფინანსდეს, გაუმჯობესდეს ზედამხედველობის სისტემა და მოხდეს მისი ჰარმონიზება საერთაშორისო სტანდარტებთან ეპიდემიის, სარისკო ქცევების და აივ/ინფექციისადმი მგრძნობელობის (vulnerability) მეთვალყურეობისა და მონიტორინგისათვის.“

ვაშინგტონის კონსულტაცია „სამი ერთის“ პრინციპებზე³⁰, 2004

ეროვნულ დონეზე აივ/შიდსის წინააღმდეგ საბრძოლველად ქმედებების კოორდინაციისათვის რეკომენდებულია ქვეყნებმა გაითვალისწინონ შემდეგი ძირეული პრინციპები:

- ერთი შეთანხმებული აივ/შიდსის სამოქმედო გეგმა, რაც ქმნის საფუძველს ყველა პარტნიორის კოორდინირებული მუშაობისათვის
- ერთი ნაციონალური აივ/შიდსის მაკოორდინირებელი ორგანო
- ერთი შეთანხმებული მონიტორინგის და შეფასების სისტემა ქვეყნის დონეზე

საქართველოს მიერ ეს პრინციპები აღიარებულია აივ ინფექციასთან ბრძოლის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში (2006-2010).

2.1.2 შეჯამება

- სახელმწიფო პოლიტიკა ისახავს შემდეგი ძირითადი შედეგის მიღწევას: “2015 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელების შეჩერება და უკუპროცესის დაწყება”
- ზემოხსენებული შედეგის მისაღწევად სახელმწიფო პოლიტიკა ისახავს აივ ინფექციის რისკის, ეპიდემიისადმი დაუცველობისა და ეპიდემიის გავლენის შემცირებას. განსაზღვრულია ოთხი სტრატეგიული მიმართულება:
 - აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა
 - აივ ინფექციის გავრცელების პრევენცია
 - მკურნალობა, დახმარება და მხარდაჭერა

²⁸ The Regional program of urgent response to the HIV/AIDS Epidemic Commonwealth of Independent States (May 2002);

²⁹ The Dublin declaration adopted at the Ministerial Conference “breaking the barriers - partnership to fight HIV/AIDS” in Europe & Central Asia” (November 2004);

³⁰ “Three Ones” key principles. “Coordination of National Responses to HIV/AIDS” Guiding principles for national authorities and their partners. Washington Consultation, UNAIDS (25 April, 2004);



II. კვლევის შედეგები

- o ეროვნული ვალდებულებები (“სამი ერთის“ ფარგლებში)
- მიუხედავად იმისა, რომ „აივ/ შიდსთან საბრძოლველი ეროვნული სტრატეგიული გეგმა 2006-2010“ არ არის ნორმატიული დოკუმენტი, მასში ყველაზე მკაფიოდ არის განცხადებული სახელმწიფოს ხედვა აივ ინფექციასთან ბრძოლასთან და კერძოდ, ეპიდზედამხედველობის სისტემის განვითარებასთან დაკავშირებით.
- სახელმწიფო პოლიტიკა აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემასთან დაკავშირებით ეფუძნება შემდეგი შემაფერხებელი ფაქტორების გაცნობიერება-აღიარებას:
 - o ერთიანი ეროვნული მმშ და ზედამხედველობის სისტემის არარსებობა
 - o სუსტი შესაძლებლობები (სავარაუდოდ სისტემის)
 - o მეორე თაობის ზედამხედველობის სისტემის არ არსებობა
 - o ნებაყოფლობითი ტესტირებისადმი დაბალი ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით პერიფერიაზე
- სახელმწიფო პოლიტიკა აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებით ხორციელდება კონკრეტული სახელმწიფო პროგრამების მეშვეობით, როგორცაა:
 - o ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის 2008 წლის სახელმწიფო პროგრამა
 - o აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა
 - o საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუნიციპალური პროგრამები
 - o სამეანო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა
 - o უსაფრთხო სისხლის კომპონენტი დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამაში

2.1.3 ძირითადი მიგნებები

საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტებში ასახულია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის განვითარებაზე სახელმწიფოს ხედვა - აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა აღიარებულია 2015 წლისათვის აივ ინფექციის გავრცელების შეჩერებისა და უკუპროცესის დაწყების მიზნის მიღწევის ოთხიდან ერთ-ერთ სტრატეგიად.

2.2 მარეგულირებელი გარემო

წინამდებარე თავში განხილულია საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებული სამართლებრივი ჩარჩო და აღწერილია თითოეულ ნორმატიულ აქტი, რომელიც ამ სფეროში მოქმედებს.

მოცემულია როგორც კანონების, ასევე კანონქვემდებარე აქტების აღწერა მხოლოდ აივ ინფექცია/ შიდსის კუთხით. ყველა ნორმატიული აქტი განხილულია კონკრეტულად იმ მუხლების გათვალისწინებით, რომლებიც გარკვეული ხარისხით ეხება წინამდებარე კვლევის საგანს.

დასკვნითი თავი იხილავს შვედეთისა და ფინეთის მაგალითებს. ეს ანალიზი ეფუძნება შესაბამისი ქვეყნების საკანონმდებლო აქტების ნორმებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე სახელმწიფო ორგანოების ვებ-გვერდებიდან მიღებულ ინფორმაციას. ამ მაგალითების



მიმოხილვა საინტერესოა საუკეთესო პრაქტიკის ქვეყნების საქართველოსთან შედარების თვალსაზრისით.

2.2.1 მიმოხილვა

საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ (N683, 21 მარტი 1995)

საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ წარმოადგენს ძირითად საკანონმდებლო აქტს, რომელიც აწესრიგებს აივ ინფექცია/შიდსთან ბრძოლის პრინციპებს. კანონი საკმაოდ ზოგადი ხასიათისაა და განსაზღვრავს პირთა შიდსზე გამოკვლევის, მკურნალობის და პროფილაქტიკური მეთვალყურეობის საკითხებს.

კანონი ადგენს, რომ აივ ინფექცია შიდსის წინააღმდეგ არსებობს სახელმწიფო პოლიტიკა და კონკრეტული ორგანოები, რომლებიც ახორციელებენ სხვადასხვა ღონისძიებებს. აღსანიშნავია შიდსის სამთავრობო კომისია და შიდსთან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის ეროვნულ პროგრამა. შიდსის სამთავრობო კომისია (რომელსაც ქმნის პრეზიდენტი) ხელმძღვანელობს და კოორდინირებს შიდსთან ბრძოლის დარგში სხვადასხვა სახელმწიფო უწყებების საქმიანობას. ეს კანონი მიუთითებს, რომ პრეზიდენტი, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციების საფუძველზე, ამტკიცებს შიდსთან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის ეროვნულ პროგრამას, რომლის შესრულებაშიც მონაწილეობს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო და სხვა კერძო და საჯარო დაწესებულებები. კანონი ასევე განმარტავს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს აქვს აივ ინფექცია/შიდსის საწინააღმდეგო სპეციალიზებული სამსახური, რომელიც ამ დარგში ახორციელებს სამედიცინო ხასიათის ღონისძიებებს; ხოლო შიდსით დაავადებულ ადამიანთა უფლებების დაცვის კუთხით – ფუნქციონირებს სახალხო დამცველის იურიდიული სამსახური.

კანონის მე-3 თავი განსაზღვრავს საქართველოში მცხოვრებ პირთა აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლევის საკითხებს და ადგენს ძირითად პრინციპებს ამ მიმართულებით. შიდსზე გამოკვლევა საქართველოში ნებაყოფლობითია და ანონიმურობის დაცვა გარანტირებულია კანონით. გამოკვლევა რიგ შემთხვევებში (საქართველოს მოქალაქეებისთვის და საქართველოში კანონიერად მცხოვრები უცხოელებისთვის) სახელმწიფოს პროგრამული დაფინანსებით ხორციელდება.

კანონის მე-4 თავი ეხება აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა გამოკვლევას, მკურნალობასა და პროფილაქტიკურ მეთვალყურეობას. პროფილაქტიკურ მეთვალყურეობას ექვემდებარება საქართველოში მცხოვრები ყველა პირი დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში. ეს წარმოადგენს შიდსის გავრცელების თავიდან აცილების ერთ-ერთ ღონისძიებას.

კანონის მე-5 თავი განსაზღვრავს აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებული ადამიანების უფლება-მოვალეობებს, პასუხისმგებლობას და უზრუნველყოფს მათ სოციალურ დაცვას. კანონი ადგენს სხვადასხვა სოციალურ შეღავათებს დაავადებულთათვის, მათ მკურნალობასა და ზედამხედველობას სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. აგრეთვე კანონით დაცულია ასეთ პირთა კონფიდენციალურობა. აივ ინფიცირებულ პირთათვის დაწესებულია მოვალეობები და პასუხისმგებლობა ამ დაავადების გავრცელებასთან დაკავშირებით, რომლის შეუსრულებლობაც ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით.



II. კვლევის შედეგები

დასკვნითი მე-6 თავი აწესრიგებს სამედიცინო პერსონალის უფლება-მოვალეობებს, პასუხისმგებლობასა და სოციალურ დაცვასთან დაკავშირებულ ურთიერთობებს. აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლევის დამადასტურებელი ცნობებისა და სერტიფიკატების გაცემის უფლება აქვთ მხოლოდ აივ/შიდსის საწინააღმდეგო სპეციალიზებული სამსახურის დაწესებულებებს. კანონი აგრეთვე ადგენს სამედიცინო ან სხვა სახის მანიპულაციების ჩატარებისას აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა შეუსრულებლობაზე პასუხისმგებლობას.

საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (N1139, 10 დეკემბერი 1997)

კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ მხოლოდ ერთ მუხლში მოიხსენიებს შიდსთან დაკავშირებულ საკითხებს. მუხლი 83 ადგენს, რომ აივ ინფექცია/შიდსის მარეგულირებელი ნორმები დადგენილია სპეციალურ კანონში. ეს მუხლი აკეთებს მითითებას ზემოთ განხილულ კანონზე ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ. აქედან გამომდინარე, კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ დეტალურად არ აწესრიგებს აივ/შიდსთან დაკავშირებულ სამართლებრივ რეჟიმს. აღსანიშნავია მხოლოდ ზოგადი ხასიათის 82-ე მუხლი, რომელიც აცხადებს: „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და მათი კონტროლისათვის საჭირო ღონისძიებებს წარმართავს თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად, ეპიდემიოლოგიური ვითარების გათვალისწინებით, მოსახლეობაში საგანმანათლებლო მუშაობის, მისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდების გზით. სახელმწიფო განსაზღვრავს თავის პოლიტიკას პროსტიტუციის მიმართ და ქვეყანაში შექმნილი მდგომარეობის მიხედვით ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს.“

საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ (N5069, 27 ივნისი 2007)

კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ მიზნად ისახავს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობას, ასევე გადამდები და არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილებას.

ამ კვლევის მიზნებისათვის აღსანიშნავია მე-15 მუხლი, რომელიც აწესებს სპეციფიკური ინფექციების პრევენციასა და კონტროლს. აივ/შიდსი მოხსენიებულია ერთ-ერთ სპეციფიკურ ინფექციად, რომლის დროსაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს პრევენციისა და კონტროლის ერთიანი სახელმწიფო სტრატეგიის შემუშავებას და მისი განხორციელების ორგანიზებას. ამ მუხლის მე-2 პუნქტი მიუთითებს სპეციალურ კანონზე და განმარტავს: „სამინისტრო სპეციალური კანონმდებლობით ადგენს სისხლის ჩაბარებისა და გადასხმის კონტროლთან, სისხლისა და მისი კომპონენტების უსაფრთხოებასა და ხარისხთან, მათ წარმოებასთან, შენახვასა და გამოყენებასთან, დონორის ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვასთან დაკავშირებულ ნორმებს.“

სამინისტროს ვალდებულებები გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის სფეროში დადგენილია მე-7 მუხლში. ვალდებულებათა სიაში მოხსენიებულია სამინისტროს ვალდებულება გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის დარგში. კანონი მიუთითებს, რომ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის



II. კვლევის შედეგები

სამართლებრივი აქტით განისაზღვრება იმ საქმიანობათა ნუსხა, რომლებიც დაკავშირებულია გადამდები დაავადებების გავრცელების მაღალ რისკთან და შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებების ჩამონათვალი.

საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ (N687, 21 მარტი 1995)

ეს კანონი მიზნად ისახავს სოციალური, ეკონომიკური, სამართლებრივი, სამედიცინო ღონისძიებების მეშვეობით საქართველოში სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის განვითარების უზრუნველყოფასა და დონორის უფლებების დაცვას.

გადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებით, ნიშანდობლივია მხოლოდ რამდენიმე მუხლი. კანონი განსაზღვრავს, რომ დონორობისთვის აუცილებელია ადამიანი არ იყოს დაავადებული ინფექციური სნეულებებით. კანონი აკისრებს დონორს ვალდებულებას, სამედიცინო შემოწმების დროს შეატყობინოს მედიცინის მუშაკებს მისთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადება; ხოლო მოქალაქე, რომელიც თავისი დაავადებების შესახებ ცნობებს განზრახ დამალავს ან დაამახინჯებს, პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N241/ნ, 5 დეკემბერი 2000) სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის წინააღმდეგ ჩვენებების განსაზღვრის შესახებ

ამ ნორმატიულ აქტში აღსანიშნავია მხოლოდ რამდენიმე მითითება აივ ინფექცია /შიდსის საკითხზე. დადგენილია, რომ სისხლის გადასხმის დაწესებულებაში აქტიური დონორების აღრიცხვაზე აყვანის დროს ივსება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული ფორმა, რომელშიც დონორი ხელმოწერით ადასტურებს, რომ იგი არ არის შიდსის ვირუსის და სხვა დაავადებათა მატარებელი.

დონორობის უკუჩვენებების შესახებ მუხლში განსაზღვრულია, რომ დონორობის წინააღმდეგჩვენებები იყოფა 2 ჯგუფად: ა) აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენებები; ბ) შეფარდებითი ანუ დროებითი წინააღმდეგჩვენებები. დონორობის აბსოლუტურ წინააღმდეგჩვენებას წარმოადგენს შიდსი, აივ მატარებელი და შიდსის რისკ ჯგუფებისადმი მიკუთვნება (ჰომოსექსუალიზმი, ნარკომანია, პროსტიტუცია, ალკოჰოლიზმი, ტატუირება, ნემსის ჩხვლეტა).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N 299/ნ 16 აგვისტო 2001) საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის დაწესებულებებისადმი წაყენებული სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური მოთხოვნების დამტკიცების შესახებ

ეს ნორმატიული აქტი ერთ-ერთ თავში ადგენს მოთხოვნებს დონორის შერჩევისა და სისხლის დამზადებისადმი. ამ კვლევის მიზნებისათვის აღსანიშნავია ბრძანების მხოლოდ ერთი პუნქტი, რომელიც ადგენს, რომ დონორის შერჩევისას (მთლიანი სისხლის დონორი) საჭიროა გაირკვეს სხვადასხვა მონაცემები; შიდსის/ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის მატარებელი სამუდამოდ თავისუფლდება დონორობიდან.

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი (N2287, 22 ივლისი 1999)

სისხლის სამართლის კოდექსი ადგენს პასუხისმგებლობას განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადების შეყრასთან დაკავშირებით. კერძოდ, დასჯად ქმედებადაა



II. კვლევის შედეგები

ალიარებული სხვისთვის განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადების შეყრის საფრთხის განზომილად შექმნა ან ასეთი დაავადების შეყრა. ასეთი ქმედება ორი ან მეტი პირის მიმართ, ან წინასწარი შეცნობით ორსული ქალის მიმართ დამამძიმებელ გარემოებად ითვლება და პასუხისმგებლობაც შესაბამისად უფრო მკაცრია.

საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი (15 დეკემბერი 1984)

ადმინისტრაციული სამართალდარღვევები შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებში გათვალისწინებულია მე-5 თავში. მაგრამ, კოდექსში არცერთი მუხლი არ ეხება აივ ინფექციას ან განსაკუთრებით საშიშ ინფექციურ დაავადებებს. იგი მხოლოდ ადგენს პასუხისმგებლობას ვენერიული სენის შეყრის წყაროს და ავადმყოფთა ისეთი კონტაქტების დაფარვისათვის, რომლებიც სენის შეყრის საშიშროებას ქმნიან. შინაარსობრივად ეს მუხლი სრულიად არ ვრცელდება აივ ინფექცია/შიდსზე.

საქართველოს კანონი სტატისტიკის შესახებ (N1071, 12 ნოემბერი 1997)

ყველა სახელმწიფო უწყება და სამსახური ვალდებულია სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტს და მის ტერიტორიულ ორგანოს, კანონით დადგენილ ფარგლებში და განსაზღვრულ ვადებში, უსასყიდლოდ წარუდგინოს სტატისტიკურ სამუშაოთა სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული უტყუარი და სრული სტატისტიკური მონაცემები. ამ კანონის თანახმად, წარმოდგენილი მონაცემები კონფიდენციალურია, თუ ისინი დაკვირვების ერთეულის იდენტიფიკაციის საშუალებას იძლევა.

ეს კანონი არ აკონკრეტებს სამედიცინო ხასიათის სტატისტიკასა და შიდსთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეგროვება-ანალიზს. თუმცა, ამ კუთხით აღსანიშნავია ამ კანონის საფუძველზე გამოცემული „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N101/ნ, 5 აპრილი 2005) სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ

ეს ბრძანება ადგენს საქართველოში გადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის და კონტროლის სააღრიცხვო და შეტყობინების ფორმებს, მათი წარმოების და ანალიზის წესსა და წარდგენის ვადებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტერიტორიული ორგანოები, ქალაქების, რაიონების და სამხარეო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები, სამედიცინო სფეროს სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებები და საქართველოს ტერიტორიაზე განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებები³¹ უზრუნველყოფენ შესაბამისი ინფორმაციის შეგროვებასა და წარდგენას საჯარო სამართლის იურიდიული პირისთვის, კერძოდ, ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრისათვის. დაწესებულებებს აკისრიათ ვალდებულება გადასცენ სხვადასხვა სამედიცინო სტატისტიკური ხასიათის ინფორმაცია,

³¹ სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების გაუქმების შემდეგ სამართლებრივი თვალსაზრისით გაურკვეველია, როგორ განისაზღვრება „სამედიცინო დაწესებულება“



II. კვლევის შედეგები

მათ შორის წარადგინონ ყოველთვიური ანგარიში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ.

სამედიცინო დაწესებულებების ვალდებულება ინფექციური დაავადებების გამოვლენაში მოიცავს გადამდები დაავადების ყველა შემთხვევის აღრიცხვას სამიზნე ტერიტორიაზე, მიუხედავად იმისა პაციენტი მიმართავს კერძო პრაქტიკის ექიმს, თუ დაწესებულებას. ვალდებულება აგრეთვე გულისხმობს მოსახლეობისთვის ინფორმაციის მიწოდებას ინფექციური დაავადებების შემთხვევების დაუყოვნებლივ შეტყობინების მნიშვნელობის, მკურნალობის მოსალოდნელი რისკისა და პოტენციური უპირატესობების შესახებ.

მინისტრის ბრძანება ადგენს ინფექციურ დაავადებათა აღრიცხვის სტანდარტულ ჟურნალს, სადაც უნდა დარეგისტრირდეს ყველა გამოვლენილი ინფექციური დაავადება სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების მიერ; გადამდებ დაავადებათა/მდგომარეობათა ყველა შემთხვევა, რომელიც გამოვლენილია სამოქმედო ტერიტორიაზე, ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მიერ რეგისტრირდება ინფექციურ დაავადებათა რეგისტრაციის ჟურნალში.

ნორმატიული აქტით განსაზღვრულია, რომ აივ ინფექცია/შიდსის გამოვლენის შემთხვევაში დამადასტურებელი დაწესებულება ვალდებულია საბოლოო დადასტურებიდან 72 საათის განმავლობაში, სპეციალური შეტყობინების სახით აცნობოს იმ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს, რომლის ტერიტორიაზეც ფაქტიურად ცხოვრობს პიროვნება. რაიონული/რეგიონული სჯც აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევის ეპიდკვლევას აწარმოებს მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის დაკვეთის (სპეციალური დავალების) ფარგლებში, არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად.

ბრძანების ზოგად დებულებებში მითითებულია, რომ „გადამდებ დაავადებათა მართვის ეფექტურობა დამოკიდებულია ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირებაზე. ეპიდზედამხედველობის სისტემა მოიცავს: შემთხვევათა/ეპიდაფეთქებათა გამოვლენას, რეგისტრაციას, კვლევას, დადასტურებას, მონაცემთა ანგარიშგებას, საპასუხო რეაგირებასა და მზადყოფნასთან დაკავშირებულ ქმედებებს, უკუკავშირისა და კომუნიკაციას.“

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N40/6 7 თებერვალი 2007) 2007 წლის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ

ეს ბრძანება განმარტავს, რომ საქართველოში იზრდება ისეთი ინფექციების რიცხვი, როგორიცაა შიდსი და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები. ამ ინფექციებთან საბრძოლველად გამოკვლევები ტარდება პირველ რიგში მოსახლეობის რისკ-ჯგუფებში, მათ შორის სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში. ასეთი კვლევების დროს ხშირად ვლინდება დაავადების ლატენტური ფორმები, რომლებიც ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით უფრო დიდ საშიშროებას წარმოადგენს მოსახლეობისათვის, ვიდრე დაავადების მანიფესტირებული ფორმა. ეს პროგრამა ითვალისწინებს სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე კვლევების წარმოებას სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებსა და ფოკუს-ჯგუფებში.

მოსალოდნელ შედეგთა შორის ნორმატიული აქტი აღწერს აივ ინფიცირებულთა დროულ გამოვლენას მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა (მ.შ. ნარკომანების, ჰომოსექსუალების,



II. კვლევის შედეგები

მეძაგების და სხვა) ნებაყოფლობითი უფასო გამოკვლევის შედეგად და აივ ინფექცია/შიდსზე მათი ცოდნის დონის გაუმჯობესებას.

ბრძანებით დამტკიცებული სახელმწიფო პროგრამის ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის კომპონენტი (თავი VIII) ფარავს აივ ინფექცია/შიდსის სტაციონარული მომსახურებას, რაც გულისხმობს დიაგნოსტიკურ მომსახურებასა და მკურნალობას; ხოლო შიდსის პროფილაქტიკის ქვეკომპონენტი მოიცავს 16 ღონისძიებას.

საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება (N 587, 8 ოქტომბერი 1998)

შიდსთან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ

ამ ბრძანებულებაში ბოლო ცვლილებები შეტანილია 2002 წელს. ბრძანებულება ზოგადად აღწერს ქვეყანაში გასატარებელ ღონისძიებებს, სტრატეგიას და ავალებს სხვადასხვა სახელმწიფო უწყებებს მიიღონ შესაბამისი ზომები შიდსის პროფილაქტიკის დარგში. ბრძანებულება ადგენს შიდსის სამთავრობო კომისიის შემადგენლობას („ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ“ კანონის საფუძველზე), რომელიც შიდსთან ბრძოლის საქმეში სხვადასხვა უწყებებს უწევს კოორდინაციას.

შეიძლება ითქვას, რომ ეს ნორმატიული აქტი მოძველებულია და არ შეესაბამება არსებულ რეალობას. მაგალითად, შესავალში ბრძანებულება მიუთითებს რომ საერთაშორისო ექსპერტები შიდსის თვალსაზრისით საქართველოს მიიჩნევენ მაღალი რისკის ზონად. აქედან გამომდინარე, ეს აქტი არ არის ნიშანდობლივი არსებული სამართლებრივი მდგომარეობის მომხილვისას.

საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დებულება (ბრძანება N 107 /ნ, 2007 წლის 28 მარტი)

ეს ცენტრი არის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი. იგი საქმიანობას ახორციელებს ცენტრალური აპარატისა და ტერიტორიული ერთეულების მეშვეობით. მას გააჩნია მთელი რიგი ფუნქციები და უფლებამოსილებანი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწეობის თვალსაზრისით. ცენტრის უფლებამოსილებას განეკუთვნება მეცნიერულ საფუძველზე დაყრდნობით გადამდები დაავადებების და რისკების გამოვლენა, საინფორმაციო სისტემის ფუნქციონირება, დაავადებათა კონტროლი და პრევენცია. მისი ფუნქციაა აგრეთვე გადამდები დაავადებების ერთიანი ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, სათანადო ზომების მიღება მისთვის დებულებით დადგენილ ფარგლებში. ცენტრი აგრეთვე აგროვებს და აწარმოებს სამედიცინო სტატისტიკას.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი აგრეთვე ახორციელებს ლაბორატორიულ საქმიანობას. მის კომპეტენციაში შედის ეროვნული რეფერალური ლაბორატორიების ორგანიზება და ფუნქციონირება; განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებთან დაკავშირებული საქმიანობა და ლაბორატორიების ბიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. გარდა ამისა, ცენტრის ერთ-ერთ ფუნქციას განეკუთვნება საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა და მათთვის ინფორმაციის მიწოდება.



შენიშვნა:

2001 წელს „შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის რესპუბლიკური ცენტრი“ გაერთიანდა „ინფექციური პათოლოგიის ცენტრთან“ და დაფუძნდა „სს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი.“ ეს ცენტრი პასუხისმგებელია ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკის, ეპიდზედამხედველობის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის მომსახურებაზე და სამეცნიერო კვლევით საქმიანობაზე.³²

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი არის კერძო სამართლის იურიდიული პირი და საქმიანობას ახორციელებს სამეწარმეო სამართლის ფარგლებში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N 144/ო 1 მაისი 2007) საქართველოში შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტებისა და ქვეყანაში შიდსის და ტუბერკულოზის მიმართულებით მიმდინარე სხვა პროგრამების ერთიანი სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოს შექმნის შესახებ

ამ ბრძანების ძალით შეიქმნა შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტებისა და ქვეყანაში შიდსისა და ტუბერკულოზის მიმართულებით მიმდინარე სხვა პროგრამების ერთიანი **სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭო**. საბჭო დაფუძნდა გლობალურ ფონდსა და ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელ ცენტრს შორის დადებული ხელშეკრულების და სხვა პროგრამების კოორდინაციის, რეკომენდაციების და მონიტორინგის მიზნით. საბჭოს საქმიანობაში, მისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, შეიძლება მონაწილეობა მიიღოს სხვადასხვა არასამთავრობო და სამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებმა.

შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის მიმართულებით საკოორდინაციო საბჭო ახორციელებს მულტისექტორულ საქმიანობას, სხვადასხვა დაინტერესებულ პირთა მონაწილეობით. იგი კოორდინირებს უწევს გლობალური ფონდისა და სხვა ჯანდაცვის პროექტებს შორის თანამშრომლობას და აგრეთვე უზრუნველყოფს შიდსთან დაკავშირებით სამთავრობო დონეზე საკითხების გატანასა და განხილვას.

გარდა გლობალური ფონდის პროექტებისა, საბჭო ასევე მხარს უჭერს და აფასებს სხვადასხვა კერძო სექტორის ორგანიზაციების საქმიანობას, რომლებიც ქვეყანაში მოღვაწეობენ შიდსის მიმართულებით. საბჭო შესაბამის გარემოს უქმნის და უწევს რეკომენდაციებს შიდსის დარგში პროექტების განმახორციელებელ ორგანიზაციებს.

საბჭოს უფლებამოსილებას განეკუთვნება ქვეყანაში შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის სფეროში დასახული ამოცანების შესრულების ხარისხის შესწავლა და რეკომენდაციების შემუშავება; გლობალურ ფონდსა და სხვა დონორ ორგანიზაციებში შიდსის პროექტების დაფინანსების თაობაზე წინადადებების წარადგენა; პროგრამული ანგარიშების მოთხოვნა აივ/შიდსის საკითხებთან დაკავშირებული სხვა პროექტებიდან.

³² <http://aidscenter.ge/>



საუკეთესო პრაქტიკის ქვეყნების – ფინეთისა და შვედეთის გამოცდილება და შედარებითი მიმოხილვა

შედარებისთვის საინტერესოა ფინეთისა და შვედეთის მაგალითების განხილვა ქვეყანაში ეპიდზედამხედველობის და შიდსთან ბრძოლის კუთხით, შესაბამისი კანონმდებლობის არსებობის პირობებში. ორივე ქვეყანას გააჩნია კანონი გადამდები დაავადებების შესახებ. აღსანიშნავია, რომ საქართველოს, შვედეთისა და ფინეთისგან განსხვავებით, მიღებული აქვს ცალკე სპეციალური კანონი შიდსზე. ნიშანდობლივია ის, რომ ორივე ქვეყანას გააჩნია სახელმწიფო სამოქმედო გეგმა და მკაფიოდ გაწერილი გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლის სტრატეგია, რომელსაც მისდევს ქვეყნის ყველა კომპეტენტური უწყება ურთიერთ–თანამშრომლობის გამორჩეული ხარისხით.

ფინეთში გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლის ორგანოა გადამდები დაავადებების სათათბირო ორგანო/კომიტეტი, რომლის საქმიანობაც განისაზღვრება მთავრობის დადგენილებით. აქ ანალოგია ნათელია საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით შექმნილ შიდსის სამთავრობო კომისიასთან, შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ კანონზე დაყრდნობით. ფინეთის ექსპერტულ უწყებას (გადამდებ დაავადებათა ბრძოლის საქმეში) წარმოადგენს ეროვნული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტი. ქვეყანაში მოქმედებს გადამდები დაავადებების შესახებ კანონის საფუძველზე მიღებული ჯანდაცვის მინისტრის ნორმატიული აქტები.

ფინეთში გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლაში უმთავრეს როლს ასრულებს ჯანმრთელობის და სოციალურ საკითხთა სამინისტროს მთელი სისტემა. სამინისტრო თავის ნორმატიულ აქტებში ჩამოთვლის გადამდებ დაავადებებს და მათთან ბრძოლის პრინციპებს, აგრეთვე ორგანიზაციულ საკითხებს. მსგავსი ნორმატიული სახის ჩამონათვალი და დაავადებათა ნუსხა საქართველოშიც მოქმედებს.

ფინეთის ჯანდაცვის სამინისტროს გააჩნია ადგილობრივი ერთეულები, პროვინციის სახელმწიფო სამსახურები, რომლებსაც ეკისრებათ სამოქმედო ტერიტორიაზე გადამდები დაავადებების მონიტორინგის ფუნქცია (საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთეულების ანალოგიურად), დაავადებებთან ბრძოლის დაგეგმარება, მართვა და ამ დარგში შესაბამისი ნორმების შესრულებაზე ზედამხედველობა. ადგილობრივი ერთეულები ჯანდაცვის სამინისტროს მიმართავენ წინადადებებით ამა თუ იმ გადამდებ ზომების მისაღებად, გადამდები დაავადებების აღკვეთის მიზნით. საქართველოსგან განსხვავებით, ფინეთში გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლაში კანონქვემდებარე აქტის ძალით აგრეთვე ჩართულია რაიონული საავადმყოფოები/ჯანდაცვის ცენტრები (რაიონები დაყოფილია საავადმყოფოთა სამოქმედო ტერიტორიის მიხედვით), რომლებიც უზრუნველყოფენ: მათ სამოქმედო ტერიტორიაზე გადამდები დაავადების მკურნალობისთვის აუცილებელი სპეციალიზებული მომსახურების ხელმისაწვდომობას, საჭირო ტრენინგების ორგანიზებას, სხვადასხვა დონეზე (მაგ. რეგიონულ დონეზე) ინფორმაციულ მხარდაჭერას არსებული გადამდები დაავადებების თაობაზე.

ინფორმაციის მოგროვებისა და რეკომენდაციების თვალსაზრისით, ფინეთის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტის ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის და კონტროლის დეპარტამენტი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. იგი თანამშრომლობს ადგილობრივ ერთეულებთან და აწვდის მათ ინსტრუქციებს; იგი ასევე თანამშრომლობს რეგიონულ და ცენტრალურ ჯანდაცვის უწყებებთან. აივ ინფექციის



II. კვლევის შედეგები

შესახებ ექიმის შეტყობინება პირდაპირ ეგზავნება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ინსტიტუტს, რომელიც ახორციელებს შემდგომ რეაგირებას (პერსონალური მონაცემების დაცვით უგზავნის ჯანდაცვის ცენტრის ექიმსა და რაიონულ საავადმყოფოს ექიმს, რომელსაც ეხება გადამდებ დაავადებებზე მუშაობა). შეტყობინების ვალდებულება ეკისრებათ ასევე საშიში დაავადებების პათოგენებზე მომუშავე ლაბორატორიებს.

ფინეთის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუტს გააჩნია შიდსის სპეციალიზებული ლაბორატორია (რეფერალური ლაბორატორია) და შიდსის სამმართველო. ინსტიტუტი მართავს ეროვნულ გადამდებ დაავადებათა რეესტრს, რომელიც დადგენილია კანონით. ეს ორგანიზაცია ახორციელებს შიდსზე ე.წ. პასიურ და აქტიურ ზედამხედველობას; მას გააჩნია მნიშვნელოვანი ექსპერტის როლი შიდსთან ბრძოლასთან დაკავშირებულ პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებში. საქართველოს მსგავსად, ეს დაწესებულება ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს, თუმცა საკმაოდ მძლავრ როლს ასრულებს გადამდებ დაავადებათა პრევენციის სფეროში.

შვედეთის კანონით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზნების შესახებ (2003) უფრო განმტკიცდა ადრე არსებული შვედეთის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის როლი, განსაკუთრებით კი ამ დაწესებულების შიდსის საბჭო. ინსტიტუტი ხელმძღვანელობს მთავრობის დონეზე მიღებულ შიდსისა და სექსობრივი დაავადებების პრევენციის ეროვნულ სამოქმედო გეგმას.

შვედეთში მოქმედი გადამდებ დაავადებათა შესახებ კანონი მიზნად ისახავს დაავადების მოსახლეობის დაცვისა და დაავადებული პირის უფლებების დაცვის საკითხები. როგორც საქართველოში, შვედეთშიც გადამდებ დაავადებებზე გამოკვლევა ნებაყოფლობითია. შვედეთის ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ეროვნული საბჭო პასუხისმგებელია რეგულირებაზე, გადამდებ დაავადებათა ზედამხედველობისა და ქვეყნის მასშტაბით ამ მიმართულებით გატარებულ ღონისძიებათა კოორდინაციაზე.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საქმიანობა განაწილებულია შვედეთის 21 თემის საბჭოებსა და 290 ადგილობრივ თვითმმართველობებს შორის. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი ახორციელებს სტატისტიკის მართვას ადგილობრივი ერთეულებისათვის. 1992 წლიდან ინსტიტუტი მუშაობს შიდსთან ბრძოლის პრევენციულ ზომებზე, რომლებიც ხორციელდება მიზანმიმართულ „შიდსისა და სექსუალურად გადამდები დაავადებების წინააღმდეგ ღონისძიებების“ პროექტის საფუძველზე. ინსტიტუტი აქტიურად თანამშრომლობს არასამთავრობო სექტორთანაც, საქართველოში მოქმედი საკოორდინაციო საბჭოს მსგავსად. ამის გარდა, შვედეთში მოქმედებს ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის ინსტიტუტი, რომელიც ასევე სამთავრობო ორგანიზაციაა. მისი მისიაა ინფექციური დაავადებების ეპიდზედამხედველობა და პრევენციის ხელშეწყობა მოქალაქეებს შორის. ამ ინსტიტუტის უმთავრეს ფუნქციას წარმოადგენს კონკრეტულად გადამდებ დაავადებებზე ზედამხედველობა და არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზი, როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე საერთაშორისო დონეზე. ზედამხედველობა ხორციელდება „თემის გადამდებ დაავადებათა კონტროლის სამედიცინო მუშაკებთან“ მჭიდრო კავშირში.

საქართველოსგან განსხვავებით, (სადაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უწყება სამინისტროს ექვემდებარება) შვედეთის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი არის დამოუკიდებელი ორგანო, რომელიც შექმნილია მთავრობის



II. კვლევის შედეგები

დადგენილების საფუძველზე, სკანდინავიაში გადამდებ დაავადებათა სტატისტიკას აწარმოებს თვით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უწყება სამინისტროსგან დამოუკიდებლად.

რაც შეეხება სისხლის სამართლის ნორმებს, თითქმის ყველა ევროპულ ქვეყანაში, ისევე როგორც საქართველოში, განსაკუთრებით საშიში დაავადების განზრახ შეყრა იწვევს სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობას.

2.2.2 შეჯამება

- აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებულ „თამაშის წესებს“ ძირითადად განსაზღვრავს „საქართველოს კანონი სტატისტიკის შესახებ“ და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (#101/ნ, აპრილი 2005).
 - o აღნიშნული ბრძანების თანახმად განსაზღვრულია მხარეთა ვალდებულებები:
 - § სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებული არიან აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობისათვის შეაგროვონ და გადასცენ შესაბამისი ინფორმაცია (სტატისტიკური ფორმებით)
 - § აივ ინფექციის გამოვლენის შემთხვევაში დამადასტურებელი დაწესებულება ვალდებულია 72 საათში შეტყობინების სახით აცნობოს შესაბამის (ტერიტორიულ) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს
 - o არ არის ნათელი, რა მოყვება რომელიმე ზემოხსენებული ვალდებულების შეუსრულებლობას (ან არასრულყოფილად შესრულებას)
- „საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ მხოლოდ ზოგადად განმარტავს სახელმწიფოს ვალდებულებას გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის დარგში
- „საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ“ ძირითადად განსაზღვრავს აივ ინფექციაზე გამოკვლევის, აგრეთვე პროფილაქტიკასთან დაკავშირებულ მხარეთა უფლებებსა და ვალდებულებებს (ანონიმურობა, კონფიდენციალობა და ა.შ.)
- ნორმატიულ სივრცეში აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის განხორციელების ფუნქცია და შესაბამისი უფლებამოსილობები არ არის ცალსახად განსაზღვრული და, სავარაუდოდ, ნაგულისხმებია სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის დებულებით (გადამდებ დაავადებათა ერთიანი ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში)
- კანონმდებლობის თანახმად, გადამდები დაავადებების ერთიანი ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა არის **ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის** ფუნქცია. მისი უფლებამოსილების სფეროს განეკუთვნება:
 - o გადამდები დაავადებებისა და რისკების გამოვლენა
 - o საინფორმაციო სისტემის ფუნქციონირება



0 დაავადებათა კონტროლი და პრევენცია

2.2.3 ძირითადი მიგნებები

- აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის განხორციელების პასუხისმგებლობა და უფლებამოსილებები ნორმატიულ სივრცეში არ არის განსაზღვრული
- ნორმატიული სივრცეში არ არის დარეგულირებული აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სფეროში ორ ან მეტ სუბიექტს შორის ურთიერთობის პროცესი, თუ არ ჩავთვლით სამედიცინო დაწესებულებების ცალმხრივ ვალდებულებას სამედიცინო სტატისტიკის მიწოდების შესახებ.

2.3 ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა

2.3.1 მიმოხილვა

2.3.1.1 ორგანიზაციული მოწყობა

2007 წლის აპრილამდე აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობას „აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, რომელსაც მართავდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, ახორციელებდა ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის (შემდგომში შიდსის ცენტრი) 11 რეგიონულ და 56 რაიონულ ლაბორატორიასთან და რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების ეპიდემიოლოგებთან ერთად. რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებში მომუშავე რამდენიმე ეპიდემიოლოგიდან ერთ-ერთი გამოყოფილი იყო აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაზე (თუმცა ოფიციალურად მათ ამის გაკეთება არ ევალებოდათ). რესპონდენტების აზრით, ეს იყო „**ეპიდზედამხედველობის აწყობილი სისტემა**“.

2007 წლის აპრილის შემდეგ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა შევიდა გადამდებ დაავადებათა ერთიანი ეპიდზედამხედველობის ქვეშ, რომელზეც ოფიციალურად პასუხისმგებელია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (შემდგომში დკსჯეც), დკსჯეც-ს ფარგლებში სპეციალურად შეიქმნა აივ/შიდსის ეპიდგანყოფილება, სადაც მხოლოდ ორი ეპიდემიოლოგია დასაქმებული. აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციის გადაცემა დკსჯეც-ისთვის არ მომხადარა ბრძანების საფუძველზე, „**აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამა უბრალოდ არ შევიდა სახელმწიფო პროგრამების ნუსხაში და ბიუჯეტის ახალ კანონში**“. შესაბამისად, „**ამ პროგრამის გაუქმებას კონკრეტული ავტორიც კი არ ჰყავს**“. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ დკსჯეც-ს აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის განხორციელება დაწესებულების დებულების მიხედვით დაევა, რომელშიც მითითებულია ზოგადად გადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა, კონკრეტული ფუნქციების გაწერის გარეშე: „**დებულებაში მითითებულია, რომ დკსჯეც-მ ეპიდზედამხედველობა ცალკე გამოყოფილი საშტატო ერთეულით უნდა განახორციელოს**“.

2.3.1.2 ფუნქციები

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის საერთაშორისო პრაქტიკაში აღიარებული ძირითადი ფუნქციები (აივ-ტესტირება/ სეროზედამხედველობა, შეტყობინება/ ანგარიშგება, სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები, დაავადებათა რეგისტრი და კოჰორტული კვლევა, მონაცემთა ანალიზი, ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება) მეთოდოლოგიური ან ორგანიზაციული თვალსაზრისით ფორმალურად არ არის განსაზღვრული/ გაწერილი შესაბამისი



II. კვლევის შედეგები

ნორმატიული დოკუმენტებით (მაგ., მინისტრის ბრძანება, ან მეთოდური მითითებები/ გაიდლაინები).

აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა

ამჟამად მაღალი რისკ ჯგუფების ტესტირება აივ/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება შიდსის ცენტრის (თბილისში) და 8 რეგიონული ლაბორატორიის მიერ. ეს ლაბორატორიები განლაგებულია დიდ ქალაქებში (ბათუმი, ზუგდიდი, ქუთაისი, თელავი, ახალციხე, ფოთი, რუსთავი, გორი). საექვო შემთხვევის (დადებითი სწრაფი ტესტი) გამოვლენისას ინდივიდის სისხლი/შრავი კონფირმაციისთვის იგზავნება შიდსის ცენტრში მიმართვის ფორმა #4-თან ერთად.

სისხლის გადასხმის ცენტრალური სადგური 16 რეგიონულ და რაიონულ სისხლის გადასხმის სადგურთან ერთად ახორციელებს „დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის უსაფრთხო სისხლის კომპონენტს“, რომლის ფარგლებშიც მათ ევალებათ დონორთა სკრინინგული გამოკვლევა 4 ინფექციაზე, მათ შორის აივ ინფექციაზე. თითოეული საექვო დადებითი პასუხის შემთხვევაში, ინდივიდის ბიოლოგიური მასალა მიმართვის ფორმა #4-თან ერთად იგზავნება შიდსის ცენტრში კონფირმაციისთვის.

აივ ტესტირება ხორციელდება ასევე ფილტვისა და ტუბერკულოზის ეროვნულ ცენტრში გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში. სისხლის აღება ხდება ტუბ. დაწესებულებაში და ტესტირებისთვის სისხლი/შრავი იგზავნება შიდსის ცენტრში.

ქალთა კონსულტაციებში და იმ პოლიკლინიკებში, რომლებიც მოსახლეობას აწვდიან ანტენატალურ სერვისებს, სამეანო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ორსულთა ტესტირება აივ ინფექციაზე. საექვო შემთხვევის (დადებითი სწრაფი ტესტი) გამოვლენისას ორსულის სისხლი/ შრავი კონფირმაციისთვის იგზავნება შიდსის ცენტრში მიმართვის ფორმა #4-თან ერთად.

პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახური ახორციელებს მაღალი რისკის პატიმრების (ნარკომანები) ტესტირებას. ტესტირება სავალდებულოა და ტესტირებისათვის სისხლი იგზავნება შიდსის ცენტრში. გარდა ამისა, როგორც პენიტენციალური სამსახურის წარმომადგენელმა აღნიშნა, ისინი აკეთებენ უკვე ინფიცირებული პაციენტების კონტაქტების დადგენას და აღნიშნულ ინფორმაციას აგზავნიან შიდსის ცენტრში შემდგომი რეაგირებისათვის:

„... ჩვენთან ყველაფერი კარგად არის, ჩვენ ინფორმაციას ვვლობთ, თუმცა ტესტირება ყველა პატიმარს არ უტარდება. ჩვენ ვიცით ვის უნდა გავუკეთოთ ტესტირება...“. რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ აღნიშნული ფუნქციების განხორციელება ხდება სამსახურეობრივი ფუნქციის ფარგლებში.

უახლოეს წარსულში პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახურის ფუნქციების შესრულება გადაეცა ალდაგი/ბისიას, რომლის წარმომადგენლებმაც აღნიშნეს, რომ ისინი მათი ფუნქციის ფარგლებში გეგმავენ პენიტენციალურ სისტემაში ყველა ახლად შესული პატიმრის სკრინინგულ გამოკვლევას აივ ინფექციაზე, რომელიც მათ საშუალებას მისცემს სრულად კონტროლირებადი გახადონ ვითარება ამ დაავადებასთან მიმართებაში: *„...დღეს არაფერი ხდება პენიტენციალურ სისტემაში, რაც ხდება ის საკმაოდ მცირე ფრგამენტია. ჩვენ ვგეგმავთ ყველა პატიმრის აივ ტესტირებას და იმ შემთხვევაში თუ პატიმარი სხვა კოლონიაში/ადგილზე იქნა გადაყვანილი, ის აუცილებლად უკვე დადგენილი სტატუსით შევა იქ...“.*

როგორც კანისა და ვენ სნეულებათა ინსტიტუტის წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა კლინიკებში პაციენტების ტესტირება აივ ინფექციაზე მიმდინარეობს



II. კვლევის შედეგები

მალიან წყვეტილად. სახელმწიფო პროგრამა საერთოდ არ ითვალისწინებს სგგი პაციენტების აივ ინფექციაზე ტესტირებას.

USAID – ის მიერ დაფინანსებული „სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა და აივ ინფექციის პრევენციის“ პროექტის ფარგლებში, რომელსაც ახორციელებს ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“, ქუთაისის ვენ დისპანსერის და ბათუმის დედათა და ბავშვთა რესპუბლიკური ცენტრის ბაზებზე გაიხსნა ჯანდაცვის კაბინეტები ანონიმური კონსულტაციებისათვის, სადაც ხდება სგგდ და აივ ინფექციაზე ტესტირება (სერვისი უფასო და კონფიდენციალურია).

უნდა აღინიშნოს, რომ არსებობს დაწესებულებები (მაგ.საავდმყოფოები), რომლებიც თავიანთი სახსრებით იძენენ ტესტ კიტებს და ატარებენ პაციენტების ტესტირებას აივ ინფექციაზე. ასეთ შემთხვევაში ტესტირების ხარჯებს იღებს თავად პაციენტი. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ლაბორატორიების სრული სია, რომლებიც ქვეყნის მასშტაბით აივ ინფექციის ტესტირებას ახორციელებს არ არსებობს.

შიდსის ცენტრის რეფერენს ლაბორატორიაში მოდის ყველა საექმო გამოვლენილი შემთხვევა: სისხლის გადასხმის სადგურებიდან, ლაბორატორიებიდან და ნებისმიერი დაწესებულებიდან. კონფირმაცია მთელი საქართველოს მასშტაბით ხორციელდება მხოლოდ შიდსის ცენტრში.

შემთხვევათა ანგარიშგება

ლაბორატორიები, რომლებიც „აივ/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის“ განხორციელებაში იღებენ მონაწილეობას, ანგარიშგებას ახდენენ შიდსის ცენტრში ფორმა # 23-ით ყოველთვიურად, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ სტატისტიკური ფორმა #23 რომელიც მინისტრის 101/ნ ბრძანებით არის ნორმატიულად დამტკიცებული, წარმოადგენს წლიურ სტატისტიკურ ფორმას. ლაბორატორიების მიერ ეს ფორმა გამოიყენება თვიური ანგარიშგებისთვის.

სისხლის გადასხმის სადგურები, რომლებიც მონაწილეობენ დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის უსაფრთხო სისხლის კომპონენტში ასევე ახდენენ დონორების აივ ინფექციაზე ტესტირების ანგარიშგებას შიდსის ცენტრთან ყოველთვიურად ფორმა #23-ით. სისხლის გადასხმის სადგურები ასევე აგზავნიან ანგარიშგებს სისხლის გადასხმის ცენტრალურ სადგურში ფორმა #868-ით (ანგარიშგაქტურა შესრულებული სამუშაოს შესახებ). ეს ანგარიშები მოიცავს მხოლოდ ჩატარებული გამოკვლევების რაოდენობას (არა საექმო შემთხვევებს) და ასევე ფინანსურ ინფორმაციას. სისხლის გადასხმის სადგურები ასევე სტატისტიკური წლიური ფორმა #14-ით (დამტკიცებულია მინისტრის 101/ნ ბრძანებით) ანგარიშგებას ახდენენ დკსჯეც-ში. ამ ფორმაში ეთითება სისხლის აბსოლუტური წუნის მიზეზი. თავის მხრივ სისხლის გადასხმის ცენტრალური სადგური ყოველთვიურად ფორმა #23-ით ანგარიშგებას აწარმოებს შიდსის ცენტრთან.

აღსანიშნავია ის, რომ ქვეყანაში არსებობს დონორთა ერთიანი ბაზა, სადაც შესულია დონორთა სახელობითი სია გამოკვლევის შედეგებთან ერთად. აღნიშნულ ბაზაში ინფორმაციის შეტანა ხდება ცალკეული სისხლის გადასხმის სადგურის მიერ. შესაბამისად, ერთ-ერთი სისხლის გადასხმის სადგურის მიერ დაწუნებული დონორის მონაცემების შეყვანის შემთხვევაში ნებისმიერ სადგურში არსებულ ბაზაში, დონორის გვარის გასწვრივ ითება წითელი ფერი, რაც იმის მანიშნებელია რომ დონორის სისხლის ჩაბარება არ შეუძლია.

ქალთა კონსულტაციები არ ახდენენ ანგარიშგებას შიდსის ცენტრში. ქალთა კონსულტაციები ანგარიშგებას აწარმოებენ დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში ყოველთვიური ფორმა



II. კვლევის შედეგები

IV-02 -ით. ეს ფორმა დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 05.04.2005 წლის #101/5 ბრძანებით. აღნიშნული ფორმის II ქვეთავის „ორსულთა მეთველყოფიერება“ მე-7 პუნქტში ხდება აივ ინფექციაზე გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობის მითითება. ფორმა IV-02-ით (რომელიც მოწოდებულია ქალთა კონსულტაციებისთვის) ანგარიშგებას არ აწარმოებენ პოლიკლინიკები, რომლებიც მოსახლეობას აწვდიან ანტენატალურ სერვისებს, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ახდენენ ორსულთა ტესტირებას.

ქალთა კონსულტაციები და პოლიკლინიკები, რომლებიც მოსახლეობას აწვდიან ანტენატალურ სერვისებს, ანგარიშგებას ახდენენ ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოში, რომელსაც ინფორმაციას აწვდიან ჩატარებული გამოკვლევების რაოდენობაზე. ასევე, „ორსულთა აივ ინფექციისა და ბ ჰეპატიტის კვლევაზე სამედიცინო საქონლის ხარჯვის აღრიცხვის ფორმით“ ანგარიშგებას ახდენენ ვიშნევსკაია-როსტროპოვიჩის ფონდთან, რადგან ეს ფონდი ამარაგებს კონსულტაციებს გამოკვლევისთვის საჭირო ტესტ-კიტებით.

ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა ანგარიშგებას აწარმოებს გლობალურ ფონდთან და აწვდის ინფორმაციას ტესტირებულთა საერთო რაოდენობაზე და აივ ინფიცირებულთა რაოდენობაზე. ასევე, ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა ანგარიშგებას ახდენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონში ტუბერკულოზის შემთხვევების და ტბ პაციენტებში აივ ინფექციის შესახებ.

შიდსის ცენტრი ანგარიშგებას აწარმოებს დესჯეც-თან მინისტრის 101/5 ბრძანებით დამტკიცებული წლიური ფორმა #23-ით (დარგობრივი სტატისტიკური ანგარიშგება, „ანგარიში აივ ინფექცია/შიდსზე იფა-თი სისხლის გამოკვლევის შედეგების შესახებ“), ფორმა #17, (წლიური უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვება) რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 05.04 05 #101/5 ბრძანებით, დანართი 1-ით „ანგარიში კალენდარული წლის განმავლობაში რეგისტრირებულ აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულ პირთა შესახებ“ (ახლად რეგისტრირებული შემთხვევები) და დანართი 2-ით „ანგარიში აივ ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულ პირთა შესახებ“ (შემთხვევათა სრული სტატისტიკა მოცემული წლის ბოლოსთვის). ეს დანართები ნორმატიულად დამტკიცებულები არ არის.

არსებული რეგულაციებით სისტემაში დღეისათვის მოწოდებული შეტყობინებისა და ანგარიშგების ფორმები დეტალურად არის აღწერილი დანართებში, რომლებიც თან ერთვის მოცემული შეფასების ანგარიშს (იხ. დანართი #7, გვ. 143 და დანართი #8, გვ. 145).

სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები

როგორც დესჯეც-ის თანამშრომლებმა აღნიშნეს სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები ამჟამად მათი ფუნქციაა, მაგრამ ვერ ახორციელებენ სახელმწიფო დაფინანსების არარსებობის გამო.

სარისკო ქცევების შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები საქართველოში ტარდება, თუმცა ასეთი კვლევების დაგეგმვასა და განხორციელებაში სახელმწიფოს როლი ამ ეტაპისათვის ნულოვანია „ამისათვის საჭირო რესურსების ან უზრალოდ შესაბამისი სურვილის არარსებობის გამო“. შესაბამისად, რესპონდენტთა აზრით, სწორედ ეს განაპირობებს იმას, რომ მსგავსი კვლევების ინსტიტუციონალიზაცია არ მომხდარა ქვეყანაში.

ქვეყანაში სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევების უმრავლესობა ჩატარებულია საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით, კერძოდ



II. კვლევის შედეგები

არასამთავრობო ორგანიზაციების „ბემონი“ და „თანადგომას“ მიერ USAID-ის მიერ დაფინანსებული „სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა და აივ ინფექციის პრევენციის პროექტის“ ფარგლებში, რომელსაც ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“ ახორციელებს. ამ პროექტის ფარგლებში 6 წლის განმავლობაში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში და მეძავეებში, თბილისში ჩატარდა 3 კვლევა, ბათუმში 2 კვლევა და ქუთაისში 1 კვლევა. 2007 წელს კი ჰომოსექსუალებში 1 კვლევა ჩატარდა თბილისში. როგორც ფონდის „გადავარჩინოთ ბავშვები“ წარმომადგენელი აღნიშნავს, ეს კვლევები ჩატარებულია საერთაშორისო მეთოდოლოგიაზე დაყრდნობით, რომელიც წლების განმავლობაში იხვეწებოდა, შემუშავებულია კვლევის პროტოკოლოები და ინსტრუმენტები. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ერთიანი კატალოგი ყველა ამ კვლევის შესახებ არ არსებობს.

„სამწუხაროდ ვერ მოხერხდა კვლევის ჩატარება ახალგაზრდებთან, რომელიც ასევე რისკ-ჯგუფია (ეს იყო დონორის გადაწყვეტილება, რომელსაც უნდოდა აქცენტი გაკეთებულიყო ძალიან მაღალი რისკის ჯგუფებზე). კვლევები ტარდება 2 წელიწადში ერთხელ. თუმცა შეიძლება უფრო იშვიათადაც ჩატარდეს ანუ 3-4 წელიწადში ერთხელ. რეალურად ქვევის ცვლილებაზე დაკვირვება ასეთ მოკლე პერიოდში შეუძლებელია“.

მაღალი რისკის მქონე პოპულაციის ჯგუფების ზომის განსაზღვრა

როგორც დკსჯეც-ის წარმომადგენლებმა აღნიშნეს მაღალი რისკის მქონე პოპულაციის ჯგუფების ზომის განსაზღვრა შედის მათ ფუნქციებში, მაგრამ არ ახორციელებენ.

ყველა რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ ქვეყანაში მაღალი რისკის ჯგუფები რაოდენობრივად განსაზღვრული არ არის. ამის მიზეზად კი საჭირო ფინანსური რესურსების და შესაბამისი ადაპტირებული მეთოდოლოგიის არ არსებობას და ადგილობრივი ტექნიკური ექსპერტიზის დეფიციტს ასახელებენ. ფონდის „გადავარჩინოთ ბავშვები“ პროექტის ფარგლებში დაგეგმილია ამ კვლევის ჩატარება ნარკომანებში. როგორც „ბემონის“ წარმომადგენელმა აღნიშნა, მსგავსი კვლევის ჩატარება დაგეგმილია გაეროს განვითარების პროგრამის ეგიდით განხორციელებული სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის (SCAD) ფარგლებში, თუმცა რა მეთოდოლოგიით უცნობია. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ დარგის ექსპერტები აღნიშნული ფუნქციის განხორციელების მნიშვნელობას ჯეროვნად აფასებენ, რაც მათი აზრით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ ინფექციის პრევალენტობის სწორად განსაზღვრისა და მეცნიერული კვლევების სწორად დაგეგმვისათვის.

„...ამის ძალიან დიდი საჭიროებაა ქვეყანაში. შიდსისთვის ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფია ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები და ვერავინ გეტყვით ზუსტ ციფრსა და ეპიდმონაცემებს ამ ჯგუფის შესახებ...“

„... ამის შესაბამისი მეთოდოლოგია არ არსებობს ქვეყანაში...“

„...ლეგალური გარემო, რა თქმა უნდა ხელისშემშლელი ფაქტორია, რის გამოც გვ პროექტის ფარგლებში მოხდა ნარკომანიაზე კანონის ლიბერალიზაცია, რამდენადაც პროექტის წარმატება მეტწილად ამაზე იყო დამოკიდებული...“

„...ეს ფუნქცია არ მუშაობს, თუმცა მიმაჩნია, რომ ეს მხოლოდ ჩვენი პრობლემა არ არის, სხვა ქვეყნებსაც აწუხებთ ეს პრობლემა ...“



II. კვლევის შედეგები

„...სტიგმა ნამდვილად არის, საჭიროა სოც მუშაკების უფრო მეტი ჩართულობა ამ საკითხში...“

„...ეს იყო ჩადებული ფონდის „გადავარჩინოთ ბავშვები“ პროექტის წლებიდან გეგმაში ნარკომანთა ჯგუფისათვის. მოვიძიეთ მსოფლიოში ცნობილი კონსულტანტები, თუმცა ჯერ მათი ჩამოყვანა ვერ მოხერხდა. ასევე, ვიცი რომ ამას აპირებს SCAD-ის პროგრამა...“

„... ეს არ ტარდება და ამის მიზეზი არის სახელმწიფოს მხრიდან შესაბამისი სურვილისა და ამისათვის საჭირო თანხების არარსებობა ...“

„...მაღალი რისკის ჯგუფების ზომის განსაზღვრა მნიშვნელოვნად მიმაჩნია ზოგადად და განსაკუთრებით ნარკომანიასთან მიმართებაში, რამდენადაც ის ატარებს პანდემიურ ხასიათს...“

დაავადების რეგისტრი და კოჰორტული კვლევა

შიდსის ცენტრში არსებობს აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა რეგისტრი. კოჰორტული კვლევა ტარდება არა მარტო ეპიდზედამხედველობის გამო, არამედ იმისათვის, რომ არ გამოჩნდეს მკურნალობის მომენტი. ყველა ინფიცირებული აუცილებლად მიდის შიდსის ცენტრში 4 თვეში ერთხელ და გადის გამოკვლევების გარკვეულ პაკეტს. ამასთან, აღსანიშნავია ის, რომ როგორც ეს გლობალური ფონდის პროგრამის წარმომადგენელმა აღნიშნა, მათი პროგრამის ფარგლებში მოხდა არსებული ბაზის გამარტივება.

„...ის ბაზა, რაც ჰქონდა შიდსის ცენტრს, იყო ძალიან მძიმე. ის საინტერესო იყო კლინიკისთვის, თუმცა იყო მოუქნელი და მძიმე ზოგადად ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის დანახვისთვის ქვეყანაში. ჩვენს მიერ შექმნილი ბაზაც შორს არის იდეალურისგან, რამდენადაც მიმაჩნია, რომ ის მეტწილად მორგებულია ჩვენი პროგრამის, ვიდრე ზოგადად ქვეყნის საჭიროებებს...“.

დაავადებულთა კოჰორტაზე დაკვირვებას შიდსის ცენტრი ახორციელებს „სპეციალური კლინიკური მეთოდური რეკომენდაციების“ შესაბამისად.

„...ჩვენ ყველანიარ ინფორმაციას ვფლობთ ჩვენი პაციენტების შესახებ. ისინი მუდმივად ჩვენი მეთვალყურეობის ქვეშ არიან. დაკვირვება, რომელიც მიმდინარეობს სპეციალური კლინიკური მეთოდური რეკომენდაციების შესაბამისად საშუალებას გვაძლევს სწორად განვსაზღვროთ მკურნალობის ტაქტიკა...“

მონაცემების ანალიზი

რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ მონაცემთა ანალიზი ქვეყანაში დღესდღეობით ხორციელდება, თუმცა არ არსებობს ანალიზის ჩარჩო და კონკრეტული მეთოდოლოგიები: გარდა ამისა, რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მონაცემთა ანგარიშებაში არსებული პრობლემები არ იძლევა სრულყოფილი და უფრო სიღრმისეული ანალიზის გაკეთების საშუალებას.

მონაცემთა ანალიზი დღეს-დღეისობით დკსჯეც-ს ფუნქციაა. თუმცა შიდსის ცენტრი ამას ინერციით არასრულფასოვნად მაინც ასრულებს. როგორც ამ ცენტრის წარმომადგენელმა აღნიშნა, „რაიმე შემოქმედებითი ანალიზი და შემდეგ მისი განზოგადება და მის საფუძველზე რაღაც დასკვნების დადება არ ხდებოდა და არც ამჟამად არ ხდება“.



„...დღეს რაც ხორციელდება, ეს მარტივი ანალიზია, რაც განზოგადების საშუალებას არ გაძლევს“.

ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება

როგორც რესპონდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, ინფორმაციის დისემინაცია ხდება, თუმცა არ ხდება ინფორმაციის გამოყენება პოლიტიკის შემუშავებაში.

ინფორმაციის დისემინაცია სისტემის სხვადასხვა დონეზე საკმაოდ არაორგანიზებულად ხდება და, ამასთან, დღეს ქვეყანაში არ არსებობს ინტერესი ანალიზის შედეგების გამოყენებაზე *„ანგარიშების უმრავლესობა თაროზე არის შემოდებული“.*

ზოგიერთი ექსპერტის აზრით, ქვეყანაში ინფორმაციის წარმატებით გამოყენების მაგალითად შეიძლება ჩაითვალოს ქვეყნის მიერ მომზადებული 2002-2007 წლის სტრატეგიული გეგმის დოკუმენტი, რამაც საფუძველი დაუდო გლობალური ფონდის შიდსის კომპონენტის პირველი პროექტის მიღებას.

გლობალური ფონდის პროექტების წარმომადგენლის თქმით ინფორმაციის გავრცელება ხდება გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში, რასაც თანმიმდევრული ხასიათი არა აქვს. ინფორმაცია ჯანდაცვის სამინისტროს მიეწოდება ანგარიშის სახით, საზოგადოებას კი სხვადასხვა ღონისძიებებზე პრეზენტაციების სახით. გლობალური ფონდი ინფორმაციას იყენებს მომავალი აქტივობების დასაგეგმად. ამის მიხედვით ხდება მიმდინარე და ახალი პროექტების გადახედვა და გლობალური ფონდის პროექტების ბიუჯეტის დაგეგმვა. სახელმწიფო პროგრამების მხრივ, გადაწყვეტილებები მიიღება გაურკვეველი პრინციპით.

ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“ პროექტის მიერ პროექტში ჩატარებული კვლევების მონაცემების გამოყენება ხდება პროექტის მომავალ სტრატეგიებზე მუშაობისას.

„მაგალითად კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში დაავადების გადაცემა შესაძლებელია საზიარო ჭურჭლითაც. ამის შემდეგ საინფორმაციო კამპანიის მიმართულება შეიცვალა“.

ქვეყნის დონეზე ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“ პროექტის ფარგლებში ჩატარებული მეორე გენერაციის კვლევების მონაცემებს მხოლოდ UNGASS ანგარიშის მოსამზადებლად იყენებენ.

2.3.1.3 პრობლემები/ხარვეზები ფუნქციების განხორციელების თვალსაზრისით

აივ ტესტირება/სეროზედამხედველობა

აივ ტესტირებისა და სეროზედამხედველობის ფუნქციის განხორციელებასთან დაკავშირებულ უმნიშვნელოვანეს ხარვეზად დასახელდა შესაბამისი ლაბორატორიებისათვის ხარისხის გარე კონტროლის არარსებობა. რესპონდენტები, ამავე დროს, აღნიშნავენ, რომ ამ ფუნქციის განსახორციელებლად საჭირო კადრების კვალიფიკაცია საკმაოდ მაღალია და შესაბამის ლაბორატორიებს ამისათვის საჭირო აღჭურვილობაც გააჩნიათ.

მეორე მნიშვნელოვან პრობლემად აღნიშნულ ფუნქციასთან მიმართებაში დასახელდა ლაბორტორიული მასალის ტრანსპორტირების პრობლემები რეგიონებიდან, რაც ძირითადად საზოგადოებრივი ტრანსპორტით ხდება. სისხლის ან სისხლის შრატის გაგზავნა შიდსის ცენტრში ხდება ძირითადად შემთხვევითი პირის მიერ (პაციენტის ახლობელი, ნათესავი, ლაბორანტის ნათესავი, ნაცნობი) საჭირო ფინანსური რესურსების არარსებობის გამო.

გარდა ამისა, დარგის ექსპერტები უარყოფითად აფასებენ სახელმწიფო დაფინანსების შემცირების ფაქტს ტესტირებასთან დაკავშირებით.



II. კვლევის შედეგები

ასევე, ამ მხრივ მნიშვნელოვან ხარვეზად დასახელდა აივ ინფექციის სპეციფიკასა და უსაფრთხო სისხლის პროგრამის ფარგლებში დონორის მიერ სისხლის ჩაბარების პერიოდულობას შორის შეუსაბამობა (აივ ინფექციას ახასიათებს 3 თვიანი „ფანჯრის“ პერიოდი, მაშინ როცა დონორს სისხლის ჩაბარების უფლება 2 თვეში ერთხელ ეძლევა).

„...ხარისხის კონტროლი მთლიანად ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის პრობლემაა საქართველოში. წამყვანი ლაბორატორიები, არა მარტო შიდსის, ცდილობენ შიდა კონტროლის ელემენტების შემოღებას. თვითონ შიდსს აქვს შიდა კონტროლი, მაგრამ გარე კონტროლი საერთოდ არ არსებობს...“

„...ბოლო წლებში საკმაოდ შემცირდა ტესტირების სახელმწიფო დაფინანსება ...“

„...სისხლის დამამზადებლები აკმაყოფილებენ ევროპულ სტანდარტებს. ტარდება ყველა გამოკვლევა, რაც აუცილებელია სისხლის კვლევისთვის, თუმცა მიმაჩნია რომ გასაუმჯობესებელია მოწოდებული ტესტების ხარისხის კონტროლი. გარდა ამისა, აივ ინფექციას აქვს 3 თვიანი ფანჯრის პერიოდი, მაშინ როცა ჩვენთან დონორს შეუძლია 2 თვეში ერთხელ მოსვლა სისხლის ჩასაბარებლად. ეს საკითხიც დასარეგულირებელია. უსაფრთხო სისხლის პროგრამა უნდა განისაზღვროს ქვეყანაში, როგორც პრიორიტეტული ...“

„...ტესტირება და სეროზედამედველობის ფუნქცია შიდსის ცენტრის ლაბორატორიაში მართლაც წარმატებით ხორციელდება. ჩვენთან მოდის სხვადასხვა ქვეყნის ტესტ-სისტემები, მათი გადამოწმება ხდება ჩვენს მიერ. ამასთან, ჩვენ ერთი ტესტის პასუხით არ ვკმაყოფილდებით და ყოველთვის ვახდენთ გადამოწმებას 2-3 სხვადასხვა სახის ტესტით. ყოველთვის ვამოწმებთ ტესტებს რამდენად სენსიტიურია ის, როცა სისხლში ანტისხეულების დაბალი კონცენტრაციაა, მაღალ კონცენტრაციას კლინიკური ნიშნებიც შესაძლოა ახლდეს...“

„...ტესტ-სისტემები ზოგ შემთხვევაში უხარისხოა და ვერ იჭერს რეალურად არის თუ არა იქ დაავადება. ცენტრის დონეზე ეს კონტროლდება, თუმცა არ ვიცი რა ხდება ამ მხრივ რეგიონებში ...“

„... ტესტირების საკითხი კარგად არის მოგვარებული. ამისათვის სათანადო აღჭურვილობაც არის და კადრებიც კარგად არიან მომზადებულნი. რეგიონის შიდსის ცენტრების თანამშრომლები ხშირად ჩამოდიან თბილისში მათთვის სპეციალურად ორგანიზებულ ტრენინგებზე...“

„...მოწოდებული ტესტების ხარისხი საკმაოდ მაღალია. მცირე გამოწკლისების გარდა, პრაქტიკულად ყველა საექვო დადებითი პასუხის დადასტურება ხდება შიდსის ცენტრში. თუმცა, მიუხედავად ამისა, მე მაინც არ ვკმაყოფილდები ერთი ტესტის პასუხით და ყოველი შემთხვევისთვის გადამოწმებას მაინც ვახდენ გაგზავნამდე ...“

„...ტესტირება უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხდება რეგისტრირებული ტესტებით, რომელიც სტანდარტულია როგორც ცენტრისთვის, ასევე რეგიონებისთვის, თუმცა ტესტების კონტროლი მაინც პრობლემატურ საკითხად რჩება...“



II. კვლევის შედეგები

„... ყველა ტესტ-სისტემას თავისი ინსტრუქცია და მეთოდოლოგია მოყვება. მას თან ახლავს შიდა კონტროლი. რაც შეეხება გარე კონტროლს - ეს არ ხდება...“

„...ბიოლოგიური მასალის ტრანსპორტირების პრობლემა ძალიან მწვავედ დგას ქვეყანაში. სისხლის ან სისხლის შრატის ჩამოტანა ძირითად შემთხვევებში ხდება შემთხვევითი პიროვნების მიერ ამისათვის საჭირო რესურსების არარსებობის გამო...“

ანგარიშგება

გამოკითხულ რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობის აზრით, ქვეყანაში აივ/შიდსის შემთხვევათა ანგარიშგების ფუნქცია სისტემურ რეფორმას საჭიროებს. სისტემის სხვადასხვა დონის მონაწილე მხარეების მიერ, მათი მუშაობის სპეციფიკიდან გამომდინარე, ხაზი გაესვა აღნიშნულ ფუნქციასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა ხარვეზებს. დარგის ექსპერტების აზრით, ანგარიშგების არსებული ფუნქცია არაკოორდინირებულია: ანგარიშგების შესაბამისი პასუხისმგებლობები (ვინ, სად, რა ფორმატით) არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული ყველა მონაწილე მხარისათვის. აქედან გამომდინარე, რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ საჭიროა ანგარიშგების სტანდარტული პროცედურებისა და ფორმატის შემუშავება/ სრულყოფა, რაც უზრუნველყოფს მონაცემების ხარისხის გაუმჯობესებას. გარდა ამისა, აღნიშნული ფუნქციის წარმატებით განხორციელების ხელისშემშლელ პრობლემებად დასახელდა:

- ანგარიშგების სისტემაში ჩართული დონეებისა და დაწესებულებების ზუსტი ჩამონათვალის არარსებობა ქვეყანაში (მათ შორის კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ჩამონათვალი). ფუნქციონირებს მრავალი ლაბორატორია, სადაც ტარდება ტესტირება, ყველანაირი პრე ან პოსტ ტესტირების გარეშე, მათგან ანგარიშგება არ ხდება არც შიდსის რეგ ლაბორატორიაში, არც დესჯეც-ში. „...**ებლა ყველა ლაბორატორიას მისცეს უფლება აივ ტესტირება განახორციელოს. მე სრულადაც არ ვიცი იმ ლაბორატორიების ჩამონათვალი, ვინც ინფორმაცია უნდა მომაწოდოს. შესაბამისად, ზოგი მათგანი აგზავნის ინფორმაციას, ზოგი - არა. გაიხსნა უამრავი კერძო ლაბორატორია, რომლებიც აკეთებენ აივ ტესტირებას. მე ჯერ არ მახსოვს მათ ოდესმე რამე გამოეგზავნათ ჩვენთან ...**“
- ცენტრალურ დონეზე დესჯეც-ს მოუხსნეს კონტროლის ფუნქცია „...**პრობლემა არის ის, რომ სამედიცინო სტატისტიკის სამსახურს მოუხსნეს კონტროლის ფუნქცია. როცა კონტროლი იხსნება - ინფორმაციასაც არავინ გაწვდის...**“
- უცნობია იმ პაციენტთა მონაცემები, რომელთაც ტესტირება ჩაუტარდათ არაპროგრამულად. „...**ქვეყანაში არსებობს უამრავი ლაბორატორია, რომელიც არცერთ პროგრამაში არ მონაწილეობს, ამ ლაბორატორიებში ტარდება ტესტირება, მაგრამ ეს მონაცემები არ იყრის თავს სისტემაში...**“

აღინიშნა რომ დროულად არ ხდება ინფორმაციის მოწოდება როგორც პერიფერიებიდან შიდსის ცენტრში, ასევე შიდსის ცენტრიდან ქვედა დონეზე. ანგარიშგების საკითხი შედარებით მოწესრიგებულია კონკრეტული პროგრამების ფარგლებში, სადაც მოქმედებს პროგრამული (და არა ორგანიზაციული) სუბორდინაციის მკაფიო სქემები, რომლის ფარგლებშიც განსაზღვრულია ანგარიშგების როგორც ფორმატი და ადრესატი, ასევე პერიოდულობაც.

გარდა ამისა, ინფორმაციის მიმღები ორგანიზაციის წარმომადგენლებმა განსაკუთრებული ხაზგასმით აღნიშნეს აგრეგირებული ანგარიშგების ფორმატის სრულყოფილებასა და ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემები. კერძოდ, აღინიშნა ის რომ ანგარიშგების დღევანდელი ფორმატი არ



II. კვლევის შედეგები

ითვალისწინებს იმ აუცილებელ პარამეტრებს, რაც ქვეყანას დაავადების სრულფასოვანი ეპიდემიოლოგიური ანალიზისთვის ესაჭიროება: მაგ. არ ხდება ტესტირებულთა საერთო რაოდენობის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება, რამდენადაც ანგარიშგების არსებული ფორმები არ მოიცავს ისეთ საჭირო ცვლადებს, როგორიც არის ასაკობრივი ჯგუფები (მაგ. ფორმა #23 და #17), სიკვდილის მიზეზის მითითება (ფორმა #17) და ა.შ. ამასთან, აღინიშნა რომ საჭიროა პირველ რიგში განისაზღვროს ანალიზის სტანდარტული ფორმატი, და შემდგომში ამასთან შესაბამისობაში მოვიდეს ანგარიშგების ფორმებში წარმოდგენილი მონაცემების ელემენტები და სტრუქტურა.

„... ლაბორატორიები შეტყობინების ჩვენს მიერ შემუშავებულ ფორმასთან ერთად გვიგზავნიან დარგობრივი სტატისტიკური ანგარიშგების თვიურ ფორმა #23-ს. იქ ტესტირებულთა შესახებ ინფორმაციის დაყოფა ხდება კონტინგენტის კოდისა და სქესის მიხედვით, თუმცა არ არის ასაკობრივი დაყოფა. ჩვენი აზრით, თითქმის მარტივი ფორმა შევიმუშავეთ, მაგრამ ადგილებზე ფორმების შევსება ძალიან გაუჭირდათ. არა და ეპიდემიოლოგიური ანალიზისთვის ასაკობრივ ჯგუფებს ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება...“

„...შიდსის ცენტრთან ანგარიშგებას ახდენს მხოლოდ ის 8 ლაბორატორია, რომელიც ძველი სტრუქტურით დაგვრჩა ჩვენ...“

„...რადგანაც ტესტირება არის ნებაყოფლობითი და ზოგ შემთხვევაში მათი რეგისტრაცია არის ანონიმური, ეს ქმნის დუბლირების საფრთხეს...“

„... ხშირად არ ხდება გარდაცვალების მიზეზის მითითება. მნიშვნელოვანია, რომ ანგარიშგების ფორმაში მითითებული იყოს გარდაცვალების მიზეზი შიდსია თუ არა...“

„...ჩემთან მოდის აგრეგირებული მონაცემები, მე კი ანალიზის გასაკეთებლად მჭირდება დაშლილი მონაცემები, რასაც შიდსის ცენტრს ვთხოვ ხოლმე და მიგზავნიან...“

ჯანდაცვის სერვისების მოხმარება

რესპონდენტების მხრიდან აღინიშნა, რომ ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანდაცვის სერვისების მოცვის თვალსაზრისით, რაც ასევე ითვალისწინებს აივ/შიდსზე ზედამხედველობას, არ არის საკმარისი ფინანსები, მაშინ როცა მღალი ხარისხის სერვისების მიწოდება ტექნიკურად შესაძლებელია.

„...შიდსის დარგში საქართველო განსხვავდება ბევრი განვითარებადი ქვეყნებისაგან იმით, რომ ჩვენ შეგვიძლია ისეთი სერვისები მივაწოდოთ ადამიანს, რისი მიწოდებაც არ შეუძლია ბევრ განვითარებულ ქვეყანას, მხედველობაში მაქვს ლაბორატორიული გამოკვლევების დონე და ხარისხი და ინტელექტუალური დახმარება, მაგრამ მოსახლეობის ამ სერვისებით საყოველთაო მოცვის თვალსაზრისით არ არის საკმარისი ფინანსები...“.

გაიდლაინები/მეთოდური მითითებები

როგორც რესპონდენტებმა აღნიშნეს, აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინები არ არის შემუშავებული.



II. კვლევის შედეგები

“...ინგლისური გაიდლაინი (UNAIDS, WHO) არის ნათარგმნი. მაგრამ ეს არ იყო ოფიციალურად დამტკიცებული გაიდლაინი. მაშინ ჩატარდა ჯანმოს სემინარი და ეს გაკეთდა მონაწილეებისთვის“

“... არის მეთოდური რეკომენდაციები მაგრამ არა ზედამხედველობისთვის, ეს პროგრამას ახლავს თან, იციან რა ფორმა უნდა შეავსონ და როცა სისხლს აგზავნიან ფორმას მოაყოლებენ. მეთოდურ რეკომენდაციებში ისიც იყო მითითებული თუ რამდენი ხანი შეიძლება შრატის შენახვა, როგორ უნდა იყოს გადმოგზავნილი“.

სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელთა ცოდნის დონე

როგორც რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, დაწესებულებებში პროვაიდერთა ცოდნის დონე დაბალია დაავადების შემთხვევის გამოვლენასთან დაკავშირებით, უცნობია ინფორმირებულია თუ არა დაწესებულებების პერსონალი აივ/შიდსის ანგარიშგების პროცედურასთან დაკავშირებით. ასევე, პროვაიდერების მიერ არ არის გაცნობიერებული მონაცემთა სრულად და დროულად ანგარიშგების მნიშვნელობა. აღინიშნა ისიც, რომ პროვაიდერთა ცოდნის დონე დაბალია პაციენტების კონსულტირების საკითხებშიც. სახელმწიფო დაწესებულებებში კონსულტირება სათანადო დონეზე არ ხდება. პროვაიდერებს არა აქვთ ელემენტარული ეპიდემიოლოგიური ცოდნა.

“...ცოდნის დონე ძალიან დაბალია. საერთოდ ტერმინი ზედამხედველობა არ ესმით ძალიან ბევრს ვინც ამ საკითხზე მუშაობს, ეპიდემიოლოგიური ელემენტარული ცოდნა არა აქვთ“

“...ხალხი რომელიც აწარმოებს ანგარიშგებას მუდმივად უნდა გადიოდნენ სწავლების კურსს“.

“...საჭიროა ცოდნის დონის ამაღლება საკანონმდებლო ბაზის საკითხებზე, რისი უფლება აქვს ექიმს და რისი პაციენტს...“

მოსახლეობის განათლება

აღინიშნა, რომ მოსახლეობის ინფორმირების კუთხით ბევრია ნაკლოვანება, როგორც შიდსის ცენტრის სტრუქტურების, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების მხრიდან.

“...გარდა იმისა, რომ მოსახლეობა ღებულობს ინფორმაციას ჯანდაცვის დაწესებულებებში, საჭიროა ზოგადად ფართო მასების ინფორმირება, მასმედიის როლი გამოჩნდა აქ, მასმედიას უნდა უბიძგონ ამ სექტორში მომუშავე ორგანიზაციებმა და თავის საქმიანობაში ჩართონ ის...“

“...რეპროდუქციული კვლევისა და UNICEF -ის ორ დიდ კვლევაში ასახული იყო მოსახლეობის ცოდნის დონის მნიშვნელობა აივ-ის პროფილაქტიკისთვის, სამწუხაროდ, გამოჩნდა, რომ ცოდნის დონე ძალიან დაბალი იყო“.

სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები

აღნიშნული კვლევების განმახორციელებელი ორგანიზაციის წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ კვლევის დაგეგმვის პროცესში ძალიან დაბალია მონაწილე მხარეების ჩართულობა



II. კვლევის შედეგები

„მიუხედავად დოკუმენტების გაზიარებისა და ინტერესებულ და მონაწილე მხარეებს შორის, მათგან უკუკავშირი ან საერთოდ არ არის ან იშვიათად ხდება“.

გარდა ამისა, აღინიშნა ისიც, რომ ინსტრუმენტის სტანდარტიზაციას ხელს უშლის ქვეყანაში მონიტორინგისა და შეფასების ერთიანი სისტემის არარსებობა, რასთან შესაბამისობაშიც უნდა მოვიდეს შემდგომში ყველა ცალკეული პროგრამის თუ კვლევის ინდიკატორები.

ასევე აღინიშნა ისიც, რომ აღნიშნული ფუნქციის განხორციელებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევები სულ რამდენიმე ადამიანს გააჩნია ქვეყანაში. შესაბამისად, კადრების მომზადება და კვალიფიკაციის ამაღლება მეცნიერული კვლევების მაღალ დონეზე განხორციელების მიმართულებით ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ღონისძიებად დასახელდა.

„...ეს საკმაოდ მნიშვნელოვანი ფუნქციაა, თუმცა არარეგულარულად ხორციელდება. ამ ფუნქციის განხორციელება სახელმწიფოს მიერ არ ხორციელდება, მისი გაკეთება დიდი ხანია არასამთავრობო ორგანიზაციებმა აიღეს თავის თავზე. თუმცა, მიმაჩნია რომ არის საკმაოდ არაკოორდინირებული. როცა ასეთი კვლევა იგეგმება, ეპიდემიოლოგმა უნდა შეასრულოს აქ ძირითადი როლი ...“

„... ამ ტიპის კვლევების ჩატარება სპეციალურ მეთოდოლოგიურ მიდგომებს საჭიროებს, რაც არ გვაქვს. და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, არ ხდება კვლევების ინსტიტუციონალიზაცია...“

„... ადრე ასეთი ტიპის კვლევები ტარდებოდა შიდსის ცენტრის მიერ ამერიკიდან მიღებული გრანტის ფარგლებში, თუმცა ამას აკლდა მეცნიერული სანდოობის მომენტი...“

„...ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“ 2002 წლიდან ახორციელებს ასეთი ტიპის კვლევებს. ჩვენი პროექტის ფარგლებში ჩატარებულ კვლევებში გამოყენებულია საერთაშორისო მეთოდოლოგია და ხდება რეპრეზენტატიული ჯგუფების შერჩევა. ჩვენი პროექტის ფარგლებში შეიქმნა კვლევის პროტოკოლები, დაიხვეწა მეთოდოლოგია, ინსტრუმენტები, რომელსაც უკვე გლობალური ფონდიც იყენებს. თუმცა ჩვენ არ გვიმუშავია ახალგაზრდებთან, როგორც რისკ-ჯგუფთან. დონორის მოთხოვნით მხოლოდ გენსაკუთრებულად მაღალი რისკის ჯგუფების კვლევა ტარდებოდა...“

„...ძირეული სისუსტე ასეთი კვლევებისა არის კიდეც ის, რომ კითხვები არ არის ის რაც აინტერესებს გაეროს, ქვეყანას. ეს უნდა ხდებოდეს წლების, ჯგუფების ქალაქების მიხედვით. გარდა ამისა, ჰომოსექსუალი მამაკაცების კითხვარში გამორჩენილია „ბოლო სექსის დროს კონდომის გამოყენების“ შესახებ შეკითხვა. ამიტომ როცა მსგავსი კვლევების ინსტრუმენტი დგება, მასში მონაწილე მხარეების ჩართულობა უნდა იყოს ძალიან მაღალი...“

„...ასეთი ტიპის კვლევები ძირითადად დონორზეა დამოკიდებული და ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. არ არსებობს ქვეყანაში კვლევათა კატალოგი, რაც ძალიან მნიშვნელოვნად მიმაჩნია...“



II. კვლევის შედეგები

„... ასეთი კვლევები ტარდება შერჩეულ რეგიონებში მხოლოდ, რაც საერთო სურათს ვერ ასახავს...“

„...ასეთი ტიპის კვლევები ჩატარებულია, თუმცა არ არსებობს ერთიანი ბაზა. ადრე ერთიანი ბაზა არსებობდა ჯანდაცვის ეროვნულ ინსტიტუტში, რომელიც გაუქმდა. გარდა ამისა, სხვადასხვა ორგანიზაციებიდან სულ 3-4 ადამიანი არსებობს, ვისაც შეუძლია ასეთი კვლევების ჩატარება ...“

„...ასეთი კვლევების ჩატარების დროს ჩვენ ვიყენებთ ჩვენთვის საინტერესო ინდიკატორებს, რომლებიც ნელ-ნელა შესაბამისობაში მოდის საერთაშორისო ინდიკატორებთან. თუ ქვეყანა შეიმუშავებს მონიტორინგისა და შეფასების ერთიან სისტემას, ჩვენც მოვერგებით ...“

შემთხვევათა ეპიდკვლევა

შემთხვევათა ეპიდკვლევასთან დაკავშირებით ძირეულ პრობლემად დასახელდა ეპიდკვლევისათვის საჭირო სტანდარტული ინსტრუმენტის/ ფორმატის არარსებობა. გარდა ამისა, აღინიშნა ისიც, რომ ინფიცირებულთა უფლებებზე განსაკუთრებული აქცენტირება კანონში სერიოზულ ბარიერს უქმნის ეპიდკვლევის განხორციელებას („შესაძლოა კითხვარის ნახევარიც ვერ შეავსო...“).

გარდა ამისა, მნიშვნელოვან პრობლემად ამ მიმართულებით დასახელდა ერთწლიანი „ჩავარდნის პერიოდი“ (შიდსის ცენტრი ახორციელებს არასრულფასოვნად, დეკლარაციას არ აწვდის), რაც რესპონდენტთა აზრით, შემდგომში უარყოფითად აისახება ქვეყნის ეპიდსიტუაციაზე ზოგადად.

ამასთან, ეპიდკვლევის განხორციელების მნიშვნელოვან ბარიერად დასახელდა, „მესამე პირის“ ჩართვა პროცესში, რაც ეპიდზედამხედველობის ფუნქციის დეკლარაციის გადამტეხს უკავშირდება. ხარვეზებია ეპიდკვლევის ჩატარებასთან მიმართებაში პერსონალის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მხრივაც.

„...ადამიანს ჯერ იმას, რომ ეტყვი, რომ ინფიცირებული ხარო და თან აუხსნი, რომ ეს ინფორმაცია სრულიად კონფიდენციალურად დარჩებაო და მერე უცხად ეტყვი, რომ ეხლა წადი სხვაგან და ახლა იმათ მოუყევი შენი მდგომარეობა თქო, წავა? ბევრი აღარ წავა ...“

„...ეპიდკვლევას შიდსის ცენტრი დღესაც ახორციელებს ძველი ინერციით, თუმცა არა იმ მასშტაბით, როგორც ეს ადრე იყო. ამასთან, ანგარიშგებას ამის შესახებ არავისთან აღარ ვაწარმოებთ, რადგან ამ ფუნქციის განხორციელება ჩვენ აღარ გვევალება ...“

„...საჭიროა შემუშავდეს შემთხვევათა ანგარიშგებისა და ეპიდკვლევის სტანდარტული ფორმატი...“

„...აქ ერთი მნიშვნელოვანი წინააღმდეგობაა: იმდენად დიდი აქცენტია გაკეთებული ინფიცირებულის უფლებებზე, რომ რა უნდა გააკეთო მას მერე რაც შემთხვევას გამოავლენ, არ იცი...ყველაფერი უკვე ინფიცირებულის ნებაზეა დამოკიდებული და შენი ფუნქცია რაში მდგომარეობს მაშინ?“



II. კვლევის შედეგები

„...ეპიდკვლევას ადრე აკეთებდა შიდსის ცენტრი რეგიონების საზ. ჯანდაცვის ეპიდემიოლოგების დახმარებით, თუმცა ეს არ იყო მათი ოფიციალური ფუნქცია...“

„...დესჯეც-ს ამ ფუნქციის განხორციელება დაევალა, თუმცა ამისათვის საკმარისი არც ადამიანური რესურსი და არც ფინანსები არ გააჩნია დღესდღეობით...“

“...რაც ჩვენ ცოდნა გვაქვს პრაქტიკიდან არის მიღებული...ეპიდკვლევაზე საჭიროა ტრეინინგი.....ჩემს თანამშრომლებს ამ მხრივ შემიძლია დავუწერო საშუალოზე დაბალი ქულა...“

“...სემინარები საჭიროა...ჩემთან მხოლოდ ორს შეუძლია ეპიდკვლევის გაკეთება, დანარჩენებს არა...“

მონაცემთა ანალიზი

მნიშვნელოვან პრობლემად ამ მიმართულებით დასახელდა ქვეყანაში აივ/შიდსის მონაცემების სტანდარტული ანალიზის ჩარჩოს და ფორმატის არარსებობა. რესპონდენტთა აზრით, მონაცემთა სრულფასოვანი ანალიზის ჩასატარებლად ხელისშემშლელი ფაქტორია მონაცემების არასრულყოფილება და მეთოდოლოგიური უზრუნველყოფის არარსებობა – „მიღებული ინფორმაცია მხოლოდ ზედაპირული ანალიზის საშუალებას იძლევა, სასურველია იყოს კომპიუტერული ბაზები და პროგრამები ანალიზისათვის“. ასევე, სერიოზული პრობლემაა სისტემის ქვედა რგოლის პერსონალის (მონაცემთა მომწოდებლების) მიერ ანალიზის მნიშვნელობის არასათანადოდ შეფასება.

„...ინერციის დონეზე მონაცემთა ანალიზს ახორციელებს შიდსის ცენტრი, თუმცა ყოველგვარი ფინანსური უზრუნველყოფის გარეშე...“

„...მონაცემთა ანალიზი ჩვენს (დესჯეც-ს სამედიცინო სტატისტიკის სამსახური) ფუნქციაში შედის. სისტემის ქვედა დონეებზე პერსონალს არ ესმის ანალიზის მნიშვნელობა, რაც აისახება მათი მხრიდან არასრულფასოვან ანგარიშგებაში...“

„...აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის განსაზღვრა გამოკვლეულ კონტინგენტს შორის დღეს შეუძლებელია, რამდენადაც მონაცემები ტესტირებულთა საერთო რაოდენობის შესახებ არ არსებობს...“

„...ჩვენთან (დესჯეც) რა მწირი ინფორმაციაც მოდის, ის საშუალებას გვაძლევს მხოლოდ ზედაპირული ანალიზი გავაკეთოთ. სასურველია იყოს კომპიუტერული ბაზები და პროგრამები ანალიზისთვის...“

„...ჩვენი პროგრამის (ფონდი „გადავარჩინოთ ბავშვები“) ფარგლებში ხდება მონაცემთა ანალიზი, რაც პროგრამული ინდიკატორების გაზომვას ითვალისწინებს. საკმაოდ საინტერესო ინფორმაცია დაგროვდა პროგრამის ფარგლებში წლების მანძილზე...“



II. კვლევის შედეგები

„...არსებობს გარკვეული შესაძლებლობები და გამოცდილებაც მონაცემთა ანალიზის მხრივ. საქართველოში 1998 წლიდან დაედო საფუძველი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ ყოველწლიური ეროვნული მოხსენების მომზადებას, რომელსაც აკეთებდა ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი. ამაზე მუშაობდა გარკვეული ჯგუფი და არსებობდა მეთოდოლოგია, რომელიც მუდმივად იხვეწებოდა...“

„... ადამიანური რესურსები არსებობს და მიმაჩნია, რომ პასუხისმგებლობა ამ მხრივ უნდა აიღოს სახელმწიფომ. რაც შეეხება კომპიუტერულ უზრუნველყოფას, ამ მხრივ პრობლემა არ დგას...“

„...თვითი ანგარიშები, რომელსაც შიდსის ცენტრი იღებს 8 რეგიონული ლაბორატორიიდან არ მოცავს მონაცემების დაყოფას ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, რაც ანალიზისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ...“

„...რაიმე სახის შემოქმედებითი ანალიზის წარმოება არ ხდებოდა ჩვენს (შიდსის ცენტრის) მიერ რომელიც რაღაც განზოგადების საშუალებას მოგვცემდა ...“

2.3.1.4 აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემის ზოგადი შეფასება

რესპონდენტების უკმაყოფილების მთავარ მიზეზს სისტემის პრაქტიკულად არარსებობა/ არასრულყოფილება და სისტემასთან მიმართებაში საკანონმდებლო „ვაკუუმი“ წარმოადგენს. სისტემა დღეს ორგანიზაციულად და ფუნქციურად მოუწყობელია, არ არის მკაფიოდ ჩამოყალიბებული და გამიჯნული სისტემაში მომუშავე მხარეების ფუნქციები და პასუხისმგებლობები.

„...ძველი სისტემა აღარ მუშაობს და ახალი არ შექმნილა. სისტემა მოითხოვს სრულყოფას არსებულ პირობებში. პირობები შეიცვალა, მაგრამ სისტემა დარჩა არასრულყოფილი, ძირითადი პრობლემა სტრუქტურის ჩამოყალიბება...“

„...ეპიდზედამხედველობის სისტემა აღარ არსებობს, არ არის გაწერილი, საკანონმდებლო ვაკუუმი...“

„...ვინ რას აკეთებს, რომელი პროგრამის ფარგლებში და ვისი დაფინანსებით უცნობია...“

„...არ არსებობს ერთიანობა და კოორდინაცია, მონიტორინგის ერთიანი სისტემა. ის რაც კეთდება, არის გაფანტული და ფრაგმენტული...“

რესპონდენტების უკმაყოფილებას იწვევს ის ფაქტიც, რომ ბოლო 2-3 წელიწადში საკმაოდ შემცირდა სახელმწიფო დაფინანსება აივ ტესტირებისათვის, და პირიქით გაიზარდა დონორების დაფინანსების წილი.

„...სტრატეგიული გეგმის ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტია ფინანსური კომპონენტი, სადაც ხდება ანალიზი თუ რა სახსრებია საჭირო, რა სახსრები არსებობს და როგორია დეფიციტი“



II. კვლევის შედეგები

„ერთ-ერთი საშიშროებაა ის, რომ სტრატეგიული გეგმის 70% ფინანსდება დონორების მიერ და როგორც კი ქვეყანა მაკროეკონომიკური მაჩვენებლებით გადავა საშუალო ქვედა განვითარების ქვეყნებიდან საშუალო ზედა დონეზე (არის ამის შანსი, რადგან ქვეყანა ეკონომიურად ვითარდება) ამ დროს დონორული დახმარება რადიკალურად შემცირდება. მაგ.: გლობალურ ფონდს აქვს თავისი კრიტერიუმები, თუ რა ტიპის ქვეყნებს უნდა გამოუყოს გრანტები. ამიტომ სახელმწიფო უნდა იყოს მზად...“

2.3.1.5 სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგები

როგორც რესპონდენტებმა აღნიშნეს, პროგრესია ორსულთა კვლევის თვალსაზრისით (80%-იანი მოცვა), რაც შეეხება ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების ტესტირებას და უსაფრთხო სისხლის პროგრამას აღინიშნება თითქმის 100%-იანი მოცვა.

ერთიანი შეთანხმებული მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის შექმნის თვალსაზრისით პროგრესია ის, რომ UNAIDS-ის მხარდაჭერით ქვეყანაში შეიქმნა ეროვნული სამუშაო ჯგუფი ამ სისტემის შესაქმნელად.

ყველაზე დიდი მიღწევაა ის, რომ 100%-ით იფარება მკურნალობის მოთხოვნილება. არ არის მიღწევები პრევენციის კუთხით, რაც სამუშაოდ ფინანსებზეა დამოკიდებული.

2.3.1.6 რესპონდენტთა რეკომენდაციები

რესპონდენტთა რეკომენდაციები აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით შეიძლება შეჯამდეს და ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

- „აუცილებელია საკანონმდებლო ან ნორმატიულ დონეზე ავიდეს ლაბორატორიული მასალის აღების, ტრანსპორტირების და ცივი ჯაჭვის გამოყენების წესი“.
- „უნდა გაფართოვდეს რისკის ჯგუფების გამოკვლევა სახელმწიფო დაფინანსების ხარჯზე, რაც ხელს შეუწყობს აივ/შიდსის ადრულ გამოვლენას და თავიდან აგვაცილებს ინფექციის გავრცელებას“.
- „უნდა გაუმჯობესდეს ყველა პროფილის ექიმთა სწავლება, რათა თავიდან ავიცილოთ დაგვიანებული დიაგნოსტიკა“.
- „აუცილებლად უნდა შეიქმნას სტრუქტურა და პროგრამული დაფინანსება იმისათვის, რომ უკეთ შესრულდეს ყველა გამოვლენილი შემთხვევის ეპიდკონტაქტების კვლევა“.
- „უნდა შეიქმნას მეორე გენერაციის ეპიდზედამხედველობის მოწესრიგებული სისტემა რისკის ჯგუფებში, რათა ქვეყანა ფლობდეს რეალურ სიტუაციას, თუ როგორია პრევალენტობა სხვადასხვა რისკის ჯგუფში“.
- „იმისათვის რომ ეპიდზედამხედველობა დროულად და ხარისხიანად ხორციელდებოდეს, უნდა შეიქმნას სტანდარტები, უნდა გაიმიჯნოს ფუნქციები მონაწილე მხარეებს შორის, ფუნქციები უნდა იყოს გაწერილი“.
- „ზუსტად უნდა შეფასდეს და აღირიცხოს VCT პროგრამები“.



II. კვლევის შედეგები

- „პერსონალი, ვინც აწარმოებს ანგარიშგებას მუდმივად უნდა გადიოდეს სწავლების კურსს“.
- „განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს სისხლის ბანკების გამართული სამსახურის ჩამოყალიბებას. უნდა მოხდეს სისხლის გადასხმის სამსახურის მოწესრიგება სამართლებრივი/ორგანიზაციული, ტექნიკური და საკადრო თვალსაზრისით“.
- „გასაძლიერებელია მოსახლეობის საგანმანათლებლო მუშაობა აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმის აღმოსაფხვრელად“.
- „აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ახალი, ჰორიზონტალური სამსახურის შექმნის მექანიზმი უნდა განვიხილოთ მთლიანად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის მოწყობის კონტექსტში. სტრატეგიულად ეს სისტემა უნდა იყოს საერთო ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ინტეგრირებული, მაგრამ მას უნდა ჰქონდეს შესაბამისი, ადეკვატური, კარგად მოწყობილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ეპიდემიოლოგიური სამსახური მთელ ქვეყანაში“.
- „უნდა დაინერგოს რამდენიმე რეგისტრი: პირველ რიგში დაბადების რეგისტრი, კიბოს რეგისტრი, ინფარქტის და ბევრი სხვა. ასეთი გამოცდილება არსებობს განვითარებულ ქვეყნებში. თუ ეს პროგრამა სათავეს დაუდებს შიდსის ნამდვილი რეგისტრის შექმნას, ყველა თავისი კომპონენტით ეს იქნება ძალიან დიდი მიღწევა. როდესაც ეს კონცეპტუალურად შეიქმნება, სახელმწიფომ მხარი უნდა დაუჭიროს 2-3 რეგისტრის შექმნას“.
- „უნდა მოხდეს დეკჯეც-ს გაძლიერება, რათა მან თავის თავზე აიღოს აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფუნქცია. უახლოეს მომავალში უნდა ჩამოყალიბდეს კარგად კოორდინირებული სისტემა, მკაცრად გაწერილი ფუნქციებით“.
- „სარისკო ქცევების შემსწავლელი კვლევების ჩასატარებლად სტანდარტიზებული უნდა იყოს ელემენტარული კითხვები მაინც, რათა შესაძლებელი იყოს მონაცემთა შედარება წლების და რეგიონების მიხედვით“.
- „ამ სექტორში მომუშავე ორგანიზაციებმა თავიანთ საქმიანობაში უნდა ჩართონ მასმედია მოსახლეობის ფართო მასების ინფორმირებისთვის. საჭიროა კოორდინაცია, რათა არ მოხდეს ფუნქციების გადაფარვა, დაიზოგოს რესურსები (ადამიანური და ფინანსური) და მოიმატოს ინფორმირებულობაში“.
- „ქვეყანას გაუჩნდა უზარმაზარი დონორი გლობალური ფონდის სახით, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ის ყოველთვის იარსებებს, ადრე თუ გვიან, ქვეყანას მოუწევს ამ ვალდებულების თავზე აღება, ეტაპობრივად, წყვეტილობის გარეშე“.



II. კვლევის შედეგები

2.3.1.7 სისტემაში მონაწილე მხარეები

2.3.1.7.1 პასუხისმგებლობები

აივ/შიდსის ეპიდზედამედველობის სისტემაში მონაწილე ძირითადი მხარეები და მათი პასუხისმგებლობები ცალკეული ფუნქციის მიხედვით აღწერილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილი 9:

ცხრილი 9: მონაწილე მხარეები და პასუხისმგებლობების განაწილება

მონაწილე მხარე	პასუხისმგებლობა ცალკეული ფუნქციის მიხედვით				
	აივ ტესტირება	ქცევის კვლევები	დაავადების რეგისტრი	მონაცემთა ანალიზი	ინფორმაციის გამოყენება
ცენტრალური დონე					
სახელმწიფო საკოორდინაციო მექანიზმი					X
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო					X
ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი (ცენტრალური რეფერენს ლაბორატორიით)	X		X	X	X
დესჯეც (სტატისტიკის სამსახური, აივ/შიდსის ეპიდ. განყოფილება)				X	?
სისხლის გადასხმის ცენტრალური ბანკი	X				
ფილტვისა და ტუბერკულოზის ს/კ ინსტიტუტი	X			X	
ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი (ცენტრალური)	X				
სგდ ინსტიტუტი (ცენტრალური)	X				
პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახური (ალდაგი-ბისიაი)	X				
არასამთავრობო ორგანიზაციები	X	X		X	X
ადგილობრივი დონე					
რაიონული/რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურები					
რეგიონული ლაბორატორიები (შიდსის ცენტრ ლაბ ქვედანაყოფები)	X				
სისხლის გადასხმის	X				



II. კვლევის შედეგები

მონაწილე მხარე	პასუხისმგებლობა ცალკეული ფუნქციის მიხედვით				
	აივ ტესტირება	ქვეყნის კვლევები	დაავადების რეგისტრი	მონაცემთა ანალიზი	ინფორმაციის გამოყენება
რეგიონული სადგურები					
სგდ კლინიკები (რეგიონული)	X				
კერძო ლაბორატორიები	X				
ანტენატალური სამსახურები	X				
საავადმყოფოები	X				

ცენტრალური დონის მონაწილე მხარეების ფუნქციები უპირატესად მონაცემთა ანალიზი და ინფორმაციის გამოყენებაა. ადგილობრივი დონის მონაწილე მხარეების ფუნქცია კი მხოლოდ აივ ტესტირებით შემოიფარგლება.

2.3.1.7.2 მონაწილე მხარეების პროგრამული/ინფორმაციული დაქვემდებარება

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში მონაწილე მხარეების დიდი უმრავლესობა ორგანიზაციული მოწყობის თვალსაზრისით დამოუკიდებელი სტრუქტურაა და ადმინისტრაციულად არ ექვემდებარება ერთმანეთს. დაქვემდებარებას უპირატესად ადგილი აქვს გარკვეული პროგრამების ფარგლებში.

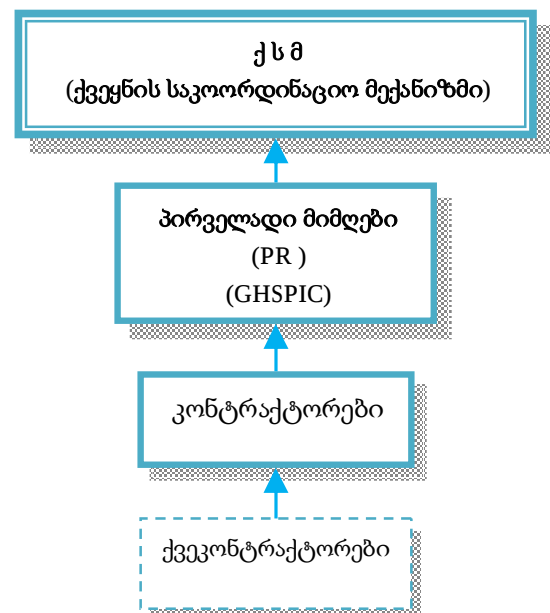
შიდსის ცენტრის ბათუმისა და ზუგდიდის შიდსის ცენტრები ექვემდებარებიან მხოლოდ გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში: „...ეს პროგრამა რომ დასრულდება, ისინი ჩვენთან არანაირად ანგარიშვალდებულები არ იქნებიან. ისინი დამოუკიდებელი იურიდიული ერთეულები არიან...“.

სისხლის გადასხმის ცენტრალურ ბანკს ხელშეკრულება „დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის უსაფრთხო სისხლის კომპონენტის“ ფარგლებში აქვს დადებული სხვადასხვა რეგიონის სისხლის გადასხმის სადგურებთან: „... სისხლის გადასხმის სადგურებიდან მე ვიღებ ინფორმაციას დონორების სახელობითი სიის შესახებ და ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რამდენი სისხლი დამზადდა. ამასთან, მე ვიღებ ფინანსურ ინფორმაციას. ამ პროგრამის გარდა, ისინი არანაირად ჩემთან ანგარიშვალდებულები არ არიან...“

შესაბამისად, სუბორდინაციის საერთო სქემის აგება ყველა მონაწილე მხარისთვის შეუძლებელია. ქვემოთ წარმოდგენილ სქემებზე ნაჩვენებია სუბორდინაციის სქემები კონკრეტული პროგრამებისათვის:

გლობალური ფონდის პროგრამა

გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში სუბორდინაციის სქემა არის ძალიან მარტივი. ქვეკონტრაქტორები პროგრამის ანგარიშს ყოველთვიურად აგზავნიან გლობალური ფონდის კონტრაქტორ ორგანიზაციასთან (ამაზე არის მიბმული ფინანსური ანაზღაურების საკითხი).



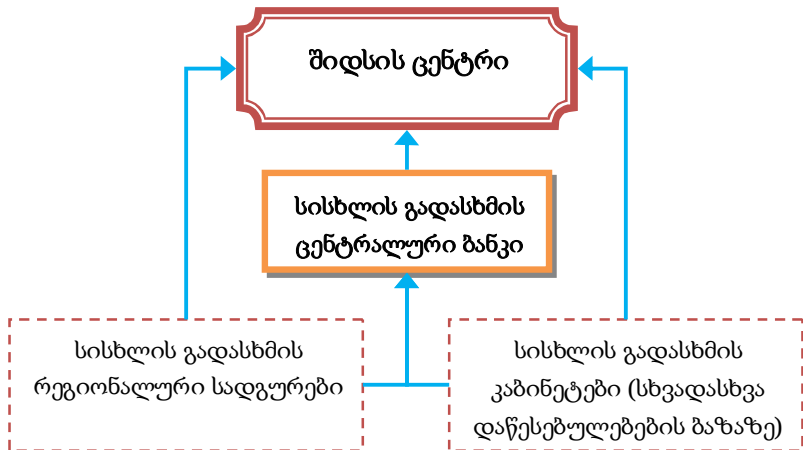


II. კვლევის შედეგები

შესაბამისად, კონტრაქტორები ასევე ყოველთვიურად ანგარიშს აგზავნიან გლობალური ფონდის პროგრამის თანხის პირველად მიმღებთან (PR), რომელიც, თავის მხრივ, პროგრამის მიმდინარეობის შესახებ ანგარიშვალდებულია ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოსთან, სადაც ხდება ანგარიშის ჩაბარება პრეზენტაციების სახით პროგრამის თითოეული კომპონენტის მიხედვით.

დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის უსაფრთხო სისხლის კომპონენტი

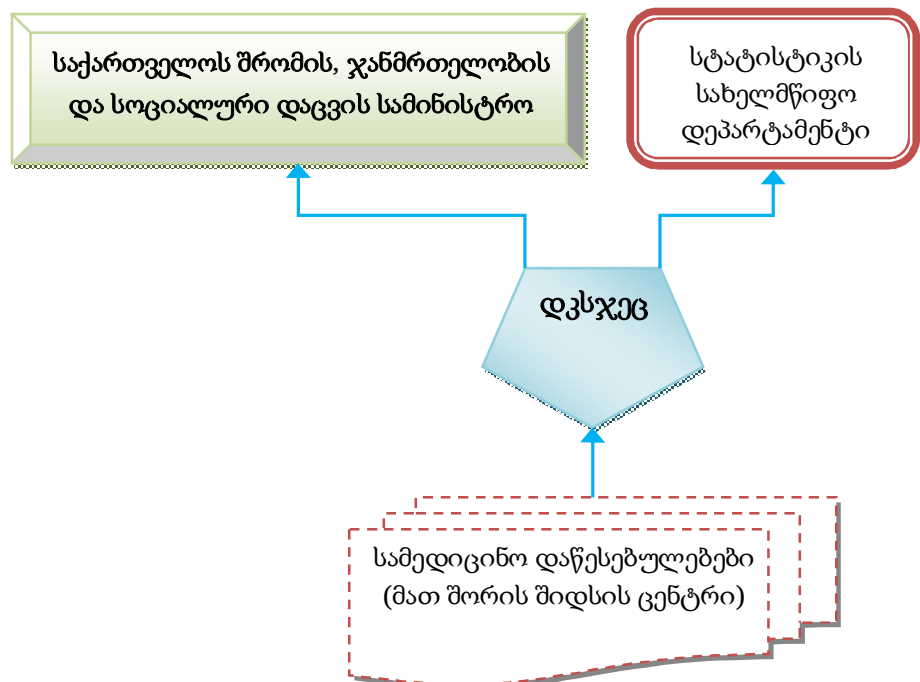
უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სისხლის გადასხმის რეგიონალური სადგურები სისხლის ცენტრალურ ბანკს აწვდიან ინფორმაციას დონორთა შესახებ (დონორების სახელობითი და კოდირებული სია, რა რაოდენობის სისხლის დამზადება მოხდა თვის განმავლობაში,



ჩატარებული ტესტების რაოდენობა და ამასთან დაკავშირებული ფინანსური ანგარიში). რაც შეეხება აივ ინფექციაზე გამოკვლეული დონორების შესახებ ინფორმაციას, როგორც ეს სისხლის ცენტრალური ბანკის წარმომადგენელმა აღნიშნა, ამას სისხლის გადასხმის სადგურები გარდა სისხლის ცენტრალური ბანკისა, პირდაპირ შიდსის ცენტრშიც აგზავნიან.

ინფორმაციული დაქვემდებარება, რომელიც რეგულირდება დამტკიცებული სტატისტიკური ფორმების შესაბამისი ბრძანებებით

მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული სტატისტიკური ანგარიშგების ფორმებით დკსჯეც-ს სტატისტიკის განყოფილება ანგარიშებს იღებს სამედიცინო დაწესებულებებიდან (მათ შორის აივ ინფექცია/შიდსზე). დკსჯეც, თავის მხრივ, ანგარიშგებას ახდენს

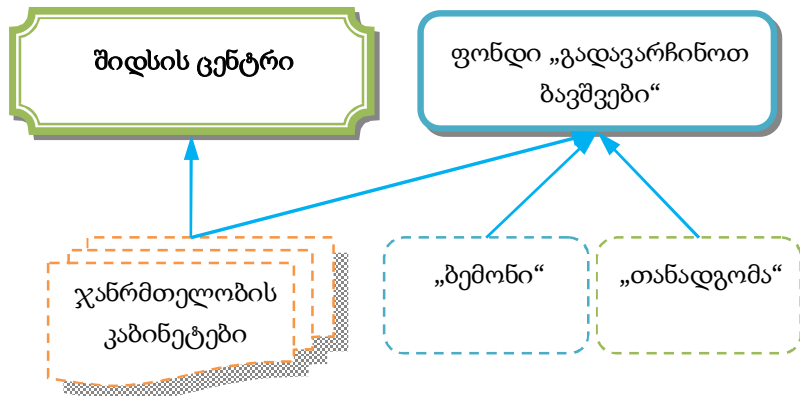


II. კვლევის შედეგები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან სამინისტროს შიდა ორგანიზაციული ბრძანების საფუძველზე (ყოველი წლის ივლისის თვეში), ხოლო სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტთან წლის ბოლოს აგზავნიან სხვადასხვა სტატისტიკური ფორმიდან ამოკრებილ შეჯამებულ ინფორმაციას.

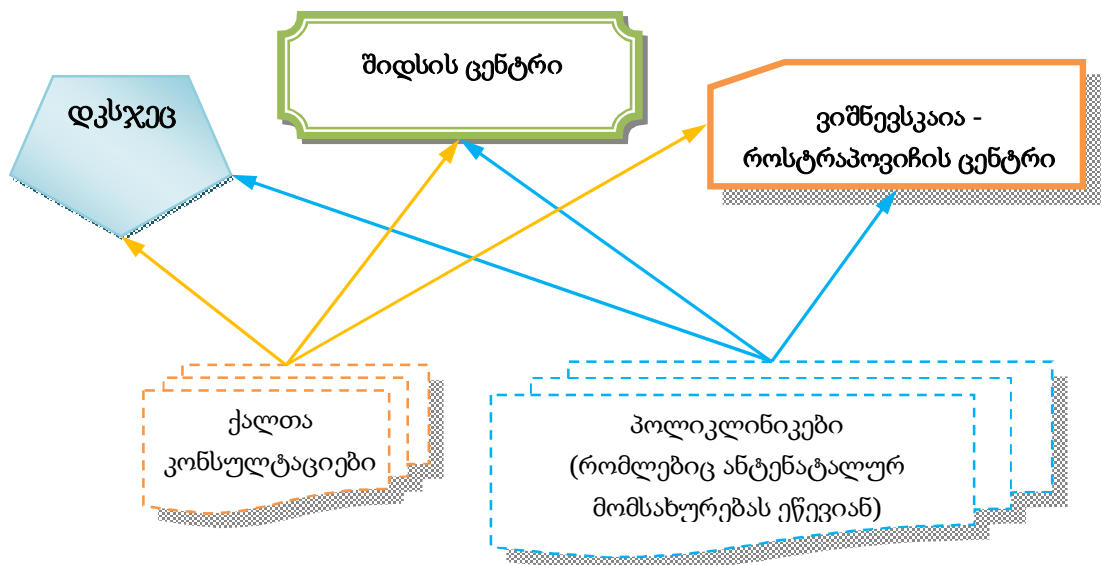
სგდ და აივ ინფექციის პრევენციის პროგრამა

აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში გახსნილი ჯანმრთელობის კაბინეტები პროგრამულ ანგარიშგებას ახდენენ ფონდთან „გადავარჩინოთ ბავშვები“. რაც შეეხება ინფორმაციას საექვო დადებითი პასუხების შესახებ, ის იგზავება შიდსის ცენტრში კონფიდენციალური კვლევისათვის.



სამეანო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტი

სამეანო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტის ფარგლებში ქალთა კონსულტაციები და ის პოლიკლინიკები, რომლებიც მოსახელობას აწვდიან ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისს, ანგარიშგებას ახდენენ ვიშნევსკაია-როსტროპოვიჩის ფონდთან (ანგარიშგებასთან არის მიზნული ფინანსური ანაზღაურების საკითხი). გარდა ამისა, აღნიშნული დაწესებულებები ინფორმაციას აგზავნიან პირდაპირ დესჯეც-ს სტატისტიკურ განყოფილებაში ყოველთვიურად (ტესტირებულთა რაოდენობა, მათ შორის დადებითი და ა.შ.).





2.3.2 შეჯამება

- ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემა ორგანიზაციულად

და ფუნქციურად მოუწყობელია

ფუნქციები

- აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემის ფარგლებში, საერთაშორისო პრაქტიკაში აღიარებული ძირითადი ფუნქციებიდან, საქართველოში სხვადასხვა მასშტაბითა და წარმატებით ხორციელდება:
 - აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა
 - სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები
 - დაავადებათა რეგისტრი და კოჰორტული კვლევა
 - მონაცემთა ანალიზი და
 - ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება
- აღნიშნული ფუნქციებიდან მეთოდოლოგიური ან ორგანიზაციული თვალსაზრისით ფორმალურად მხოლოდ ნაწილია განსაზღვრული/გაწერილი (მაგ. სამინისტროს ბრძანებები, გაილდინგები/მეთოდური მითითებები).
- გარკვეული ხარვეზები/პრობლემები/წინააღმდეგობები აღნიშნება თითოეული არსებული ფუნქციის განხორციელების თვალსაზრისით. კერძოდ:
 - შემთხვევათა ანგარიშგება – არ ხდება ინდივიდუალური შემთხვევების ანგარიშგება, არ არსებობს შესაბამისი სტანდარტული ფორმატი, ასევე არ არის დეტალურად განსაზღვრული სხვადასხვა დონისა და ტიპის დაწესებულებების პასუხისმგებლობები შიდსის შემთხვევათა ანგარიშგებასთან მიმართებაში.
 - აივ ტესტირება/სეროზედამხედველობა – ქვეყანაში არ მუშაობს აივ ტესტირების განმახორციელებელი ლაბორატორიების ხარისხის გარე კონტროლის სისტემა. ლაბორატორიული მასალის ტრანსპორტირება უპირატესად ხდება საზოგადოებრივი ტრანსპორტით, ბიოუსაფრთხოების ელემენტარული მოთხოვნების დაცვის გარეშე. დღეისათვის კონფირმაციის ფუნქციას ასრულებს ერთი სუბიექტი („ბუნებრივი მონოპოლისტი“), თუმცა არსებული წესებით ეს ფუნქცია შესაძლებელია ორმა ან მეტმა დაწესებულებამ შეასრულოს
 - სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები – ამ კვლევების უმრავლესობა ქვეყანაში ჩატარებულია საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით. ერთიანი კატალოგი ყველა ამ კვლევის შესახებ არ არსებობს, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს იმაზე მსჯელობას, თუ რამდენად ამომწურავი და წარმომადგენლობითი იყო აღნიშნული კვლევები. არ მომხდარა ამ კვლევების ინსტიტუციონალიზაცია სახელმწიფო დაფინანსების თვალსაზრისით, ასევე არ არსებობს ქვეყანაში მეორე გენერაციის კვლევების (BSS) დაგეგმვის, კვლევის ინსტრუმენტების ადაპტირებისა და განხორციელების კოორდინაციის მექანიზმი

„... ეპიდზედამხედველობამ დაკარგა მისი მთავარი ფუნქცია - აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის განსაზღვრა გამოკვლეულ კონტინგენტს შორის“



II. კვლევის შედეგები

- o ქვეყანაში მაღალი რისკის ჯგუფები რაოდენობრივად განსაზღვრული არ არის. მთავარი პრობლემა აქ არის საჭირო ფინანსური რესურსების და შესაბამისი ადაპტირებული მეთოდოლოგიების არარსებობა, ასევე ადგილობრივი ტექნიკური ექსპერტიზის დეფიციტი
- o დაავადებათა რეგისტრი და კოჰორტული კვლევა – ახორციელებს შიდსის ცენტრი, რომლის ბაზაზეც არსებობს როგორც შიდსით დაავადებულთა ისე აივ ინფიცირებულთა მონაცემთა ბაზა. აღნიშნული ბაზის სტრუქტურა და კოჰორტული კვლევის მეთოდოლოგია საჭიროებს გაუმჯობესებას, რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ინფორმაციის მოპოვებას ქვეყანაში აივ/შიდსის მკურნალობის და გამოსავლების შესახებ.
- o ეპიდკვლევა – არ არის კონცეპტუალურად გააზრებული ეპიდკვლევის ჩატარების საჭიროება/აუცილებლობა საქართველოში დღეისათვის არსებული ეპიდსიტუაციის, ასევე არსებული ადამიანური და ფინანსური რესურსების გათვალისწინებით. არ არსებობს აივ/შიდსის ეპიდკვლევის სტანდარტული ინსტრუმენტი/ ფორმატი. გაურკვეველია თუ ვინ არის პასუხისმგებელი ეპიდკვლევაზე სხვადასხვა დონეზე, რამდენად უზრუნველყოფილია ეპიდკვლევა ფინანსურად და არსებობს თუ არა ადგილებზე შესაბამისი მომზადების მქონე ადამიანური რესურსები. არსებული საკანონმდებლო ბაზა და რეგულაციები გარკვეულ ბარიერს ქმნიან ეპიდკვლევის ჩასატარებლად, რაც პირველ რიგში უკავშირდება კონფიდენციალობის პრობლემას.
- o მონაცემთა ანალიზი – არ არსებობს აივ/შიდსის მონაცემების სტანდარტული ანალიზის ჩარჩო და ფორმატი. ეს გარკვეულწილად უკავშირდება ანგარიშგებულ მონაცემების სიმწირესა და ხარვეზებს. მნიშვნელოვანი პრობლემაა აივ/შიდსის ერთიანი მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის არარსებობა ქვეყანაში, კერძოდ ის რომ არ არსებობს ეროვნული ინდიკატორების ნაკრები, რომელიც მნიშვნელოვანი გზამკვლევი იქნებოდა მონაცემთა ანალიზისათვის.
- o ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება – რესურსების ალოკაცია, პროგრამების დაგეგმვა და განხორციელება ნაკლებად ემყარება არსებულ მონაცემებსა და ინფორმაციას.
- ზოგადად, რესპონდენტების უკმაყოფილების მთავარ მიზეზს სისტემის პრაქტიკულად არარსებობა/ არასრულყოფილება და სისტემასთან მიმართებაში არსებული საკანონმდებლო „ვაკუუმი“ წარმოადგენს. სისტემა დღეს ორგანიზაციულად და ფუნქციურად მოუწყობელია, არ არის მკაფიოდ ჩამოყალიბებული და გამიჯნული სისტემაში მომუშავე მხარეების ფუნქციები და პასუხისმგებლობები.
- ამ ფონზე, კვლევამ გამოავლინა გარკვეული პოზიტიური მხარეებიც – კერძოდ, პროგრესი აღნიშნება ორსულთა კვლევის თვალსაზრისით (80%-იანი მოცვა), ტუბ. პაციენტების ტესტირებისა და უსაფრთხო სისხლის პროგრამის გაფართოების თვალსაზრისით (100%-იანი მოცვა). ასევე ის ფაქტიც, რომ ქვეყანაში დაიწყო მუშაობა მონიტორინგისა და შეფასების ერთიანი სისტემის შექმნაზე.

მონაწილე მხარეები და ფუნქციების განაწილება

- აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში მონაწილე ძირითადი მხარეები და მათი პასუხისმგებლობები ცალკეული ფუნქციის მიხედვით აღწერილია ზემოთ ცხრილი 9: მონაწილე მხარეები და პასუხისმგებლობების განაწილება“გვ: 57:



II. კვლევის შედეგები

- ეპიდზედამხედველობის ფუნქციის გადაცემა დკსჯეც-ზე 2007 წელს არ მომხდარა ბრძანების საფუძველზე:
 - გაქრა „აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამა“
 - ფუნქცია ნაგულისხმები სახით (ზოგადად გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში) აისახა დკსჯეც-ს დებულებაში (მექანიზმების დაკონკრეტების გარეშე)
 - „აღნიშნული ფუნქციის განსახორციელებლად დკსჯეც-ს საკმარისი არც ფინანსური და არც საკადრო რესურსი გააჩნია“
- მანამდე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობაზე პასუხისმგებელი იყო ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი (შიდსის ცენტრი):
 - ეპიდკვლევას თბილისში აწარმოებდა თავად ცენტრი, ხოლო დანარჩენ ტერიტორიაზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების ეპიდემიოლოგები (არაოფიციალურად „მიმაგრებული“ აივ ინფექციაზე) მიზნობრივი დაფინანსების გარეშე
 - შიდსის ცენტრის საქმიანობა ფინანსდებოდა „აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამით“, რომელსაც ქმნიდა და მართავდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი და ტენდერში ალტერნატივის არარსებობის გამო განმხორციელებლად „იმარჯვებდა“ შიდსის ცენტრი
- დღეისათვის შიდსის ცენტრი პასუხისმგებელია აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობაზე, ხოლო ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შეფასება და მეორე გენერაციის კვლების ჩატარება გახდა დკსჯეც-ს მოვალეობა
- თუ ადრე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა ხორციელდებოდა სახელმწიფო პროგრამით, ახლა ეს ფუნქცია რუტინულად უნდა განხორციელდეს დკსჯეც-ის შტატიანი თანამშრომლებითა და დაწესებულების სახსრებით, ყოველგვარი დამატებითი სახსრების გამოყოფის/დამატების გარეშე (პროგრამულად ანდა დაწესებულების ბიჯეტში)
- ყველა საექვო დადებითი შემთხვევის კონფირმაციულ კვლევასა და სეროზედამხედველობას აწარმოებს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის ლაბორატორია.
- სამ ძირითად ქალაქში (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი) არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ (უცხოეთიდან დაფინანსებით) ტარდება მაღალი რისკის ჯგუფების კვლევა აივ ინფექციაზე (ანონიმურად) და მეორე გენერაციის BSS კვლევები 2 წელიწადში ერთხელ პროექტის „სგდ და აივ ინფექციის პრევენციის“ პროექტის ფარგლებში
- ალდაგი-ბისიაისთვის პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახურის ფუნქციის გადაცემამდე პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო სამსახური თავად ახდენდა მაღალი რისკის პატიმრების იდენტიფიკაციას, მათი სურვილის მიუხედავად სისხლის აღებას და გამოკვლევაზე გაგზავნას შიდსის ცენტრში. ამ ფუნქციის გაგრძელებას გეგმავს ალდაგი-ბისიაი (ALADAGI-BCI).



2.3.3 ძირითადი მიგნებები

- აივ ეპიდზედამხედველობის ფუნქციათა უმრავლესობა არ არის პროცედურულად ფორმალიზებული და დაფუძნებული სტანდარტულ ტექნიკურ სახელმძღვანელოებზე (და ინსტრუმენტებზე)
- მაღალი რისკის ჯგუფების რაოდენობის განსაზღვრის ფუნქცია (და მეთოდოლოგია) არ არის განსაზღვრული და „ობლადა“ დარჩენილი
- სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები (BSS) არ არის ინსტიტუციონიზირებული, ტარდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, რომლებიც სარგებლობენ სტანდარტული მეთოდოლოგიით და გააჩნიათ გამოცდილი პროფესიული რესურსები.
- არ არის დანერგილი მონაცემთა ანალიზის სტანდარტული ფორმატი და ჩარჩო.

2.4 ინფორმაციის ნაკადები

2.4.1 მიმოხილვა

2.4.1.1 შემთხვევათა იდენტიფიკაცია / რეგისტრაცია

რეგისტრირებული შემთხვევები

შეფასებაში ჩართული 28 ადგილობრივი დონის დაწესებულებიდან აივ ინფექცია/შიდსის (ერთეული) შემთხვევები ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული იყო მხოლოდ 13-ში. შემთხვევები საერთოდ არ იყო რეგისტრირებული პოლიკლინიკებში და 6-დან 4 საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრში (იხ. ცხრილი 11 „შემთხვევების რეგისტრაცია“, გვ. 148).

სტანდარტული ფორმები/პროცედურები

ვერცერთ ადგილობრივი დონის დაწესებულებაში ვერ იქნა ნანახი:

- აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა რეგისტრაციის სპეციალური სტანდარტული ჟურნალი
- აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრება
- აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინი/მეთოდური მითითება.

აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა რეგისტრაციას ადგილი ჰქონდა მხოლოდ ერთეულ დაწესებულებებში არასტანდარტული ჟურნალების გამოყენებით, აღნიშნული ჟურნალები ყველა დაწესებულების მიერ საკუთარი ხელით იყო შემუშავებული. ზოგიერთ დაწესებულებაში აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა რეგისტრაციისათვის გამოიყენებოდა გადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ჟურნალი 60/A ამ მიზნისათვის სპეციალურად მოწოდებული სტანდარტული ჟურნალის არარსებობის გამო.

კონფიდენციალობის უზრუნველყოფა

აივ ინფექცია/ შიდსის შემთხვევების რეგისტრაციის არასტანდარტული ჟურნალების შენახვის პირობები და წესები არ გამორიცხავდა კონფიდენციალურ ინფორმაციაზე არაუფლებამოსილი პერსონალის ხელმისაწვდომობას. კერძოდ, ეს ჟურნალები, რომლებიც როგორც წესი აფიქსირებენ პიროვნების სახელს, გვარს, ასაკს, მისამართს არ ინახება სპეციალურ სათავსოებში, ხშირად ისინი



ინახება დაწესებულებაში აღნიშნულ საკითხზე პასუხისმგებელი პირის კაბინეტში, მაგიდაზე ან მაგიდის უჯრაში. უმრავლეს შემთხვევაში კაბინეტის და/ან უჯრის კარი არ იკეტება, თუმცა დაწესებულების თანამშრომლები დარწმუნებულები არიან, რომ მათ გარდა ოთახში სხვა არავინ შედის და რომ შევიდეს კიდეც, იციან, რომ მათ ნივთებს და საბუთებს ხელს არავინ ახლებს.

2.4.1.2 ლაბორატორიული ტესტირება / დადასტურება

აივ ტესტირება

აივ ტესტირება კეთდება ადგილობრივი დაწესებულებების უმრავლესობაში სწრაფი მარტივი მეთოდების გამოყენებით, გამოწვეულია მხოლოდ პოლიკლინიკები (თუმცა ზოგიერთ პოლიკლინიკაში ამის შესაძლებლობა არსებობს და აქვე კიდევაც ტესტ-კიტები). შეფასებული სჯც-ებიდან აივ ტესტირება (სწრაფი მარტივი მეთოდით) ტარდება მხოლოდ თბილისის მერიის სამსახურის დაქვემდებარებაში მყოფ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განყოფილებაში. აღნიშნული ლაბორატორია აივ ტესტირებას ახორციელებს შიდა სტანდარტით, შესაბამისად, ტესტების შეძენაც შიდა სტანდარტით ხდება. სჯც-ის ცენტრალური ლაბორატორია აივ ტესტირებას ახორციელებს ერთ-ერთ ქალთა კონსულტაციასთან დადებული ხელშეკრულების ფარგლებში (იხ. ცხრილი 12 „აივ ტესტირება“, გვ. 148).

ტესტირების მეთოდი

დაწესებულებებში, სადაც ტესტირება კეთდება, გამოიყენება სწრაფი მარტივი მეთოდი, ხოლო 6 დაწესებულებაში (თბილისის საავადმყოფო, თბილისის ვენ დისპანსერი, თბილისის სისხლის გადასხმის სადგური და ლაბორატორია, ზუგდიდის და ბათუმის ლაბორატორიები) სწრაფ მარტივ ტესტთან ერთად გამოიყენება IFA მეთოდი. ამასთან, თბილისის სისხლის გადასხმის სადგურის წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ ისინი ძირითადად იმუნოფერმენტულ კვლევას აკეთებენ.

წერილობითი ინსტრუქციები

წერილობითი ინსტრუქციები იმის შესახებ თუ როგორ უნდა მოხდეს ბიოლოგიური მასალის აღება, შენახვა და გაგზავნა აივ ტესტირებისათვის/დადასტურებისათვის ნაწახი იქნა ადგილობრივი დონის მხოლოდ ორ დაწესებულებაში: თბილისის სისხლის გადასხმის სადგურში და თბილისის ერთ-ერთ ლაბორატორიაში (ე.წ. „სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები“). რაც შეეხება დანარჩენ შეფასებულ დაწესებულებებს, ერთ-ერთმა ქალთა კონსულტაციამ აღნიშნა, რომ მსგავს ინფორმაციას მოიცავს ერთ-ერთ ტრენინგზე დარიგებული მასალა, ყველა სხვა დაწესებულების წარმომადგენელმა აღნიშნეს, რომ მსგავსი სახის დოკუმენტი მათ დაწესებულებაში არ არსებობს (იხ. ცხრილი 13 „წერილობითი ინსტრუქციები - ლაბორატორიული მასალის აღება, შენახვა, გაგზავნა“, გვ. 148).

ბიოლოგიური მასალის გაგზავნა

ბიოლოგიური მასალის აღება და გაგზავნა ტესტირებისათვის/დადასტურებისათვის არ ხდება მხოლოდ პოლიკლინიკებში (პოლიკლინიკები საჭიროების შემთხვევაში უშუალოდ პაციენტს აგზავნიან), სხვა დაწესებულებები ერთეული გამოწვეულების გარდა ბიოლოგიურ მასალას ტესტირებისათვის/დადასტურებისათვის აგზავნიან სხვა დაწესებულებაში (დადასტურებისათვის გაგზავნა როგორც წესი ხდება შიდსის ცენტრში) (იხ. ცხრილი 14 „ბიოლოგიური მასალის გაგზავნა“, გვ. 149).

მასალის გაგზავნის შემთხვევაში, როგორც წესი იგზავნება სისხხლი ან სისხლის შრავი. მასალის შენახვა გაგზავნამდე 15 დაწესებულებიდან 4-ში არ ხდება, რამდენადაც აღებული მასალა მაშინვე იგზავნება ლაბორატორიაში ტესტირებისათვის. შვიდმა დაწესებულებამ აღნიშნა, რომ მასალა



II. კვლევის შედეგები

ეპიდორფის სინჯარით ინახება საყინულეში, ხოლო დანარჩენ ორ დაწესებულებაში - მასალა ინახება მაცივარში გაუყინავად.

მასალის ტრანსპორტირება

მხოლოდ თბილისის საავადმყოფოს წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ მასალის გაგზავნა ტესტირებისათვის/დადასტურებისათვის ხდება სპეციალური ტრანსპორტით ეპიდორფის სინჯარით, რომელიც მოთავსებულია ცელოფნის პარკში. თბილისის სხვა დაწესებულებებიდან (ვენ დისპანსერი და ქალთა კონსულტაცია) ლაბ. მასალის გაგზავნა ტესტირებისათვის ხდება ჩვეულებრივი ტრანსპორტით ასევე ეპიდორფის სინჯარებით. რაც შეეხება რეგიონებს, მასალის ტრანსპორტირება ხდება ხელით (სინჯარით, თავდახურული შპრიცით და ა.შ), როგორც წესი პაციენტის ან მისი ახლობლების მიერ.

რეგიონებში მდებარე ლაბორატორიებში მასალის ტრანსპორტირება ახლო მდებარე დაწესებულებებიდან ხდება ხელით, ზოგ შემთხვევაში ნებისმიერი ტრანსპორტით ან კურიერის საშუალებით. ერთმა ლაბორატორიამ (ბათუმის შიდსის ლაბორატორია) აღნიშნა, რომ მასალის ტრანსპორტირება მათთან ციხეებიდან („...*პირითადად ციხეებიდან მოდის*“) ხდება ცივი ყუთის საშუალებით.

ადგილობრივმა ლაბორატორიებმა და სისიხლის გადასხმის სადგურებმა აღნიშნეს, რომ მასალას ისინი სპეციალური კონტეინერებით აგზავნიან თბილისის შიდსის ცენტრის ლაბორატორიაში დადასტურებისათვის. ამისათვის გამოიყენება ცივი ყუთი და მრავალჯერადი გამოყენების კონტეინერი. მასალის გაგზავნა ზოგ შემთხვევაში ხდება მატარებლით (ატანენ ნაცნობ პიროვნებას), ზოგჯერ კი თავად ექიმს მიაქვს.

მიმართვის ფორმა

თბილისის სამკურნალო დაწესებულებებიდან შიდსის ცენტრში დადასტურებისათვის გაგზავნილ მასალას თან ერთვის მიმართვის ფორმა #4, რომელიც შემუშავებულია შიდსის ცენტრის მიერ, მაგრამ არცერთი ბრძანებით დამტკიცებული არ არის. რეგიონებიდან კი, მასალასთან ერთად იგზავნება განსხვავებული ინფორმაციის შემცველი არასტანდარტული მიმართვის ფორმები, სადაც ყველგან ხდება სახელის და გვარის მითითება. უმრავლეს შემთხვევებში მითითებულია ასაკი, მითითებულია გესტაციის ასაკი (ერთ-ერთი ქალთა კონსულტაციის შემთხვევაში), განყოფილების დასახელება (ერთ-ერთი საავადმყოფოს შემთხვევაში), ასევე ისტორიის ნომერი. მიმართვის ერთ ფორმაში სხვა ინფორმაციასთან ერთად დაფიქსირებული იყო პაციენტის მისამართი.

ლაბორატორიები მასალასთან ერთად იღებენ მიმართვის არასტანდარტულ ფორმებს, სადაც როგორც წესი, მითითებულია: სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი. მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში მითითებულია კოდი (კონტინენტის სტანდარტული კოდირება).

ანალიზის პასუხის მიღება

ტესტის პასუხის მიღების დროულობასთან დაკავშირებით შეფასებულ იმ 14 ადგილობრივ დაწესებულებაში, სადაც ტარდება ტესტირება, თითქმის ყველგან განსხვავებული სურათი ინახა. პასუხს ზოგი დაწესებულება საერთოდ არ იღებს (14-დან 3 დაწესებულება). ისინი კი, ვინც პასუხს იღებს, ზოგი იმ დღესვე იღებს ამ ინფორმაციას, ზოგი 1-4 დღის ვადაში ან 1 კვირის შემდეგ (ტელეფონის საშუალებით). ერთ-ერთმა დაწესებულებამ აღნიშნა, რომ პასუხს ის ტესტირების დღესვე იღებს.



პაციენტის ინფორმირება ტესტის შედეგის შესახებ

რაც შეეხება პაციენტის ინფორმირებას ტესტის პასუხის შესახებ, პოლიკლინიკებში განაცხადეს, რომ დადებით შემთხვევას მათთან ადგილი არასდროს ჰქონია. საავადმყოფოს წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ მათთან ძირითადად ტერმინალურ სტადიაზე მყოფი ავადმყოფების გამოვლენა ხდება და დაავადებაზე ექვის მიტანაც სწორედ კლინიკური ნიშნებით ხდება. დადებითი პასუხის შემთხვევაში პაციენტის ინფორმირება ხდება მკურნალი ექიმის მიერ (ერთ-ერთი საავადმყოფოს წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტის ახლობლის ინფორმირებას ახდენენ პირდაპირ, რამდენადაც „**ხშირ შემთხვევაში თვითონ პაციენტი კრიზისულ მდგომარეობაში იმყოფება დაავადების სიმძიმის გამო**“). ქალთა კონსულტაციისა და ვენ დისპანსერების წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ ისინი არ ახდენენ პაციენტის ინფორმირებას და ამ მიზნით ისინი პაციენტებს აგზავნიან შიდსის ცენტრში.

პაციენტის ინფორმირების საკითხთან დაკავშირებით განსხვავებული სურათია სხვადასხვა ლაბორატორიაში/ სისხლის გადსხმის სადგურში. ერთ-ერთმა მათგანმა აღნიშნა, რომ პაციენტის ინფორმირება უარყოფითი პასუხის შესახებ მათ მიერ ხდება, ხოლო დადებით პასუხს მხოლოდ შიდსის ცენტრი ატყობინებს. ერთ-ერთი ლაბორატორიის წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ პირველადი დადებითი პასუხის შემთხვევაში ისინი პაციენტს ეუბნებიან, რომ იგი დამატებით კვლევას საჭიროებს და უხსნიან სად წავიდეს. მხოლოდ ბათუმის შიდსის ცენტრის ლაბორატორიის წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ ისინი პაციენტებს პრე და პოსტ ტესტ კონსულტირების სერვისს სთავაზობენ, რომლის დროსაც ეუბნებიან პასუხს.

2.4.1.3 შეტყობინება/ ანგარიშგება

შეტყობინება

მოქმედი რეგულაციების მიხედვით, ლაბორატორიები, რომლებიც ახორციელებენ აივ ინფექციის კონფირმაციას, სასწრაფო შეტყობინებას (ფორმა # 58-4) აგზავნიან საზ. ჯანმრთელობის ადგილობრივ სამსახურებში, თუმცა უნდა აღნიშნოს, რომ საზ. ჯანმრთელობის 6 შესწავლილი ცენტრიდან 4-ში ვერ იქნა ნანახი აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევის შესახებ მიღებული შეტყობინება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ საკითხი დგება თუ რამდენად საჭიროა ლაბორატორიების მიერ საზ. ჯანმრთელობის ცენტრების სასწრაფო შეტყობინების რეჟიმი, მაშინ როდესაც საპასუხო ქმედების თვალსაზრისით არანაირი ურგენტული ღონისძიებების გატარება საზ. ჯანმრთელობის სამსახურის მიერ არ არის გათვალისწინებული.

ანგარიშგება

ყველა შესწავლილ ადგილობრივ დაწესებულებაში მკვლევარები სპეციალურად ითხოვნენ ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში გაგზავნილი ბოლო სტანდარტული აგრეგირებული ანგარიშის ჩვენებას. ძალზედ საყურადღებოა, რომ ასეთი ანგარიში ადგილობრივი დონის 28 დაწესებულებიდან მხოლოდ ერთში, კერძოდ ზუგდიდის შიდსის ლაბორატორიაში იყო ნანახი (იხ. ცხრილი 15 „ადგილობრივი დაწესებულებების ანგარიშები“, გვ. 149).

წერილობითი ინსტრუქცია

ცენტრალური დონის დაწესებულებებში ვერ იქნა ნანახი/ არ არსებობს წერილობითი ინსტრუქცია საინფორმაციო სისტემის იერარქიაში ქვემდგომი ერთეულებისათვის თუ სად და როგორ უნდა მოხდეს აივ/შიდსის ანგარიშგება. შესაბამისად, მსგავსი წერილობითი ინსტრუქცია იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მოხდეს აივ ინფექციის/შიდსის შემთხვევათა შეტყობინება/ანგარიშგება არ არსებობს ადგილობრივი დონის არცერთ შეფასებულ დაწესებულებაში.



დაწესებულებების/ერთეულების განახლებული სია

დაწესებულებების განახლებული სია, საიდანაც ცენტრალური დონის ინსტიტუტი იღებს ანგარიშებს გააჩნია დკსჯეც-ს, შიდსის ცენტრსა და ნარკოლოგიის ინსტიტუტს (იხ. ცხრილი 16 „დაწესებულების სია ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში“, გვ. 149).

სამიზნე ტერიტორიაზე არსებული დაწესებულებების/ლაბორატორიების განახლებული სია არ არსებობდა საზ. ჯანმრთელობის არცერთ შეფასებულ ცენტრში (იხ. ცხრილი 17 „დაწესებულებების სია საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებში“, გვ. 150).

კონფიდენციალობა

ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში არსებობს ანგარიშგებული ინფორმაციის კონფიდენციალურად შენახვის პრაქტიკა: მაგ. დკსჯეც-ს აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგიის განყოფილებას აქვს შიდსის ცენტრის მიერ მიწოდებული ინფიცირებულების ელექტრონული ბაზა. აღნიშნული კომპიუტერი ქსელში ჩართული არ არის, კომპიუტერის ჩართვისათვის აუცილებელი კოდური სიტყვა ცნობილია მხოლოდ განყოფილების სამი თანამშრომლისათვის, და ოთახიდან გასვლის შემთხვევაში კარები გასაღებით იკეტება.

შიდსის ცენტრი ინფიცირებულთა სახელებსა და გვარებს ინახავს სპეციალური პაპკებით კარდაში, რომელიც გასაღებით იკეტება და ხელმისაწვდომია შეზღუდული რაოდენობის ადამიანებისათვის. გარდა ამისა, არსებობს კომპიუტერული ბაზა, რომლის პაროლზეც ხელი მიუწვდება მხოლოდ დაწესებულების სამ ეპიდემიოლოგს. რაც შეეხება არქივს, ინფორმაცია 5 წლის შემდგომ გადადის არქივში დალუქული სახით.

ეპიდკვლევა

აივ/შიდსის ეპიდკვლევის შევსებული ბარათი ნანახი იქნა მხოლოდ ქობულეთის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრში, და ეს კვლევა ჩატარებული იყო 2005 წელს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესწავლილ სხვა 5 ცენტრში შევსებული ეპიდკვლევის ბარათი (2 ან 3 წლის ან უფრო მეტი ხანდაზმულობის) საერთოდ ვერ იქნა ნანახი.

ანალიზი

აივ/შიდსის მონაცემების ეპიდემიოლოგიური ანალიზი ტარდება მხოლოდ ცენტრალურ დონეზე. ცენტრალური დონის ინსტიტუტებიდან აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ანალიზი კეთდება შიდსის ცენტრის, დკსჯეც-ის (აივ/შიდსის ეპიდგანყოფილება) და ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის მიერ. ამ უკანასკნელის ფარგლებში ტარდება სტანდარტული ანალიზი, რომელიც ითვალისწინებს გავრცელების შეფასებას გეოგრაფიული რეგიონებისა და დროის მიხედვით. შესაბამისად, აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგიური პროფილის ამსახველი პროგრამული ტექნიკური ანგარიშის მომზადება ზემოთაღნიშნული ანალიზის საფუძველზე ხდება მხოლოდ ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში და ამ ანგარიშის ტექნიკური მომხმარებელია გლობალური ფონდი.

საყურადღებოა, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის 6 ცენტრიდან მხოლოდ ერთი ცენტრი (ბათუმის) ატარებს აივ/შიდსის მონაცემების ანალიზს და ამ ანალიზის საფუძველზე ამზადებს აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგიური პროფილის ამსახველ ტექნიკურ ანგარიშს. ამ ანგარიშის მომხმარებელი არის ადგილობრივი მთავრობა.



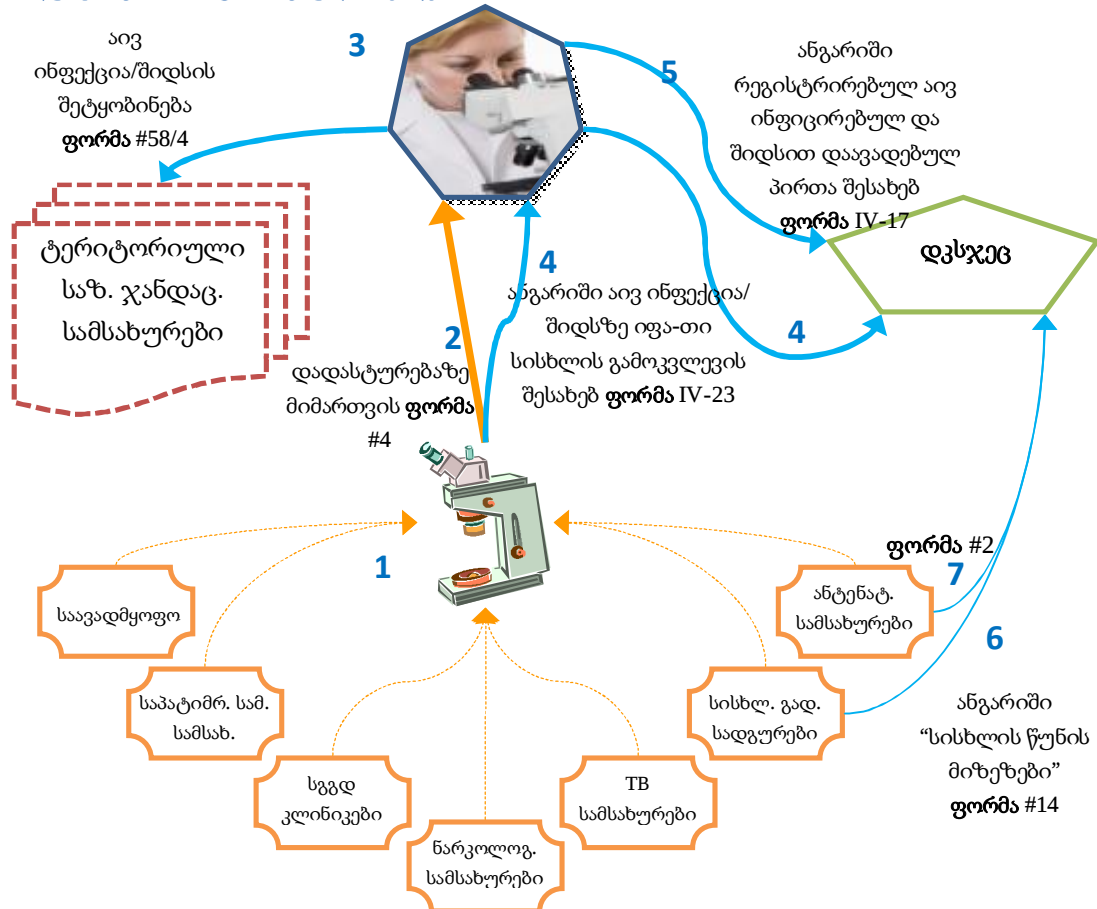
უკუკავშირი

უკუკავშირი აივ/შიდსის ეპიდემიოდევლოგიის სისტემაში პრაქტიკულად არ წარმოებს. ცენტრალური დონის ინსტიტუტები ქვედა საფეხურებზე მყოფ დაინტერესებულ ერთეულებს/დაწესებულებებს სიტყვიერ ინფორმაციას აწვდიან მოთხოვნის შესაბამისად.

2.4.2 შეჯამება

- არ არსებობს ინფორმაციული ნაკადების ტექნიკური აღწერილობა და ერთიანი სურათი:
 - o სადაც აღწერილი იქნებოდა ინფორმაციის წყაროები, გადაცემის გზები, ფორმატი, პერიოდულობა, ანალიზისა და ანგარიშების ფუნქციები
 - o რომელიც შეასრულებდა სახელმძღვანელოს ფუნქციას აივ ინფექციის ეპიდემიოდევლოგიაში მონაწილე მხარეებისთვის და ინფორმაციის მართვის სისტემის აწყობისთვის
- ცენტრალურ დონეზე ეპიდემიოლოგიური ანალიზისათვის სარწმუნო ინფორმაცია აივ ინფექციაზე გამოკვლევების რაოდენობის შესახებ არ მოიპოვება
- პირველად დაწესებულებებში (სამედიცინო დაწესებულებები საკუთარი ლაბორატორიული სიმძლავრეებით ან ცალკე მდგომი ლაბორატორიები) ჩატარებული ტესტების შესახებ (სქემაზე ისრები #1) ინფორმაციის შეგროვება და შენახვა არ არის რეგლამენტირებული და სტანდარტიზებული
- პირველადი რგოლიდან:
 - o იფა მეთოდით ჩატარებული კვლევების შესახებ ანგარიშგება წარმოებს აგრეგირებული მონაცემებით ფორმა #23-ით - ანგარიშები იგზავნება დამადასტურებულ დაწესებულებაში (ისარი #4), თუმცა ლოგიკურად ეს ფორმა უნდა იგზავნებოდეს დესჯეც-ში (სადაც თავს იყრის ყველა სტატისტიკური ფორმა)
 - o თუ იფა მეთოდით ჩატარებული ტესტი დადებითია, სისხლი/შრავი (ან პიროვნება) იგზავნება დასადასტურებლად ფორმა #4-ის თანხლებით (ისარი #2 სქემაზე). ფორმა #4 შეიცავს გამოკვლეულის პირად მონაცემებს (გვარი, სახელი, მამის სახელი, ასაკი, ეროვნება და მოქალაქეობა, საცხოვრებელი ადგილი) ღია სახით

ილუსტრაცია 2: ინფორმაციული ნაკადები



- დამადასტურებელი დაწესებულება: უზენაესი ტერიტორიულ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებს შეტყობინებას ფორმა \$58/4-ით (ისარი #3) - ასაკი აგრეგირებული სახითაა, სქესის გრაფა შეიცავს უჯრას „უცნობი“ (რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პირველადი ინფორმაცია შეიძლება არასრული იყოს, ანუ სქესის გარეშე); პირადი ინფორმაციის მაგივრად მითითებულია სარეგისტრაციო ნომერი 60/A-ში.
- დესჯეც ანგარიშებს ღებულობს სამი წყაროდან - მონაცემები აგრეგირებულია შემდეგი სახით:
 - o დამადასტურებელი დაწესებულებიდან ფორმა IV-17-ში (ისარი #5) და ფორმა IV-23 (ისარი #4)
 - o სისხლის გადასხმის სადგურიდან (ისარი #6)
 - o ანტენატალური სამსახურებიდან (პოლიკლინიკების გარდა) - ფორმა #2 (ისარი #7)

როგორც ეს სქემაზე, მოჩანს, ინფორმაცია რაიმე სახით არ უზრუნდება სამედიცინო დაწესებულებას ან ლაბორატორიას, სადაც პირველადი ტესტირება ჩატარდა.

2.4.3 ძირითადი მიგნებები

1. პირველად რგოლში მონაცემების შეგროვება არ არის სტანდარტიზებული.



II. კვლევის შედეგები

2. მონაცემების გადაცემა ხდება არაგრეგირებული სახით (ქვემოდან ზემოთ)
3. ტესტის გამოგზავნა დაწესებულებას ძირითადად პასუხი/ინფორმაცია არ უბრუნდება

2.5 დაინტერესებული მხარეები

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში დაინტერესებული მხარეები, მათი როლი, მოთხოვნები, მოლოდინები და მოტივაციები აღწერილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

ცხრილი 10: დაინტერესებული მხარეები

დაინტერესებული მხარე	როლი	მოთხოვნები	მოლოდინები	მოტივაციები
სამედიცინო დაწესებულებები	შიდსის შემთხვევების იდენტიფიკაცია, რეგისტრაცია, ანგარიშგება	სიმარტოვე, მკაფიო ინსტრუქციები	ხელმისაწვდომი სტანდარტული ფორმები, გაიდლაინები	უპირატესად ფინანსური
ლაბორატორიები	აივ ტესტირება	ბიოუსაფრთხოება	ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა	უპირატესად ფინანსური
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები	ანგარიშგება, მონაცემთა ანალიზი	ინტეგრირებული სისტემა	მაღალი ხარისხის მონაცემები	პროფესიული და ფინანსური
სამინისტრო, მისი სტრუქტურები	პოლიტიკის, სტრატეგიის შემუშავება	საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობა	გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო ინფორმაცია	უპირატესად პროფესიული
არასამთავრობო ორგანიზაციები	სარისკო ქცევის შემსწავლელი კვლევები	პერიოდულობა, გეოგრაფიული მოცვა	სახელმწიფო დაფინანსება	პროფესიული და ფინანსური
GFATM დაფინანსებული პროექტი	აივ ეპიდემიაზე ეროვნული პასუხის ფინანსური მხარდაჭერა ქვეყნის განაცხადის თანახმად	შესაძლებელი იყოს ეპიდემიაზე და გამომწვევ ფაქტორებზე ზემოქმედების შუალედური და საბოლოო შედეგების შეფასება	ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ამსახველი სარწმუნო რეგულარული ანგარიშები	გამართული ანგარიშგება (შედეგების დემონსტრირება) დონორის წინაშე
დონორები	ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების მხარდაჭერა, რომელსაც სახელმწიფო ჯერ თავად ვერ უზრუნველყოფს	საერთაშორისო პრაქტიკის (გამოცდილებისა) და სტანდარტების გათვალისწინება და დანერგვა	მათ მიერ მხარდაჭერილი ფუნქციების ინსტიტუციონალიზაცია	საერთაშორისო (გლობალურ დონეზე) ვალდებულების შესრულება



2.6 მატერიალურ-ტექნიკური სიმბლავრეები

2.6.1 მიმოხილვა

2.6.1.1 კომპიუტერული საშუალებები

კომპიუტერული საშუალებები, რომლებიც გამოიყენება ეპიდზედამხედველობის მიზნებისათვის არ არსებობს ადგილობრივი დონის 28 დაწესებულებიდან 13-ში. აღსანიშნავია, რომ კომპიუტერული ტექნიკა, რომელიც არსებობს შესწავლილ დაწესებულებებში ძირითადად კარგ მუშა მდგომარეობაშია (იხ. ცხრილი 18 „კომპიუტერული საშუალებები“, გვ. 150).

შიდა (ლოკალური) ქსელი არსებობს შემდეგ დაწესებულებებში:

- 1) ქ. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკა“.
- 2) ქ. ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო
- 3) ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
- 4) ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი
- 5) შიდსის ცენტრი
- 6) დკსჯეც

ინტერნეტი არსებობს შემდეგ დაწესებულებებში:

- 1) თბილისის მერიის სჯც
- 2) ქ. ბათუმის ინფექციური საავადმყოფოს შიდსის ცენტრის ლაბორატორია
- 3) ქ. თბილისის ლაბორატორია „ტესტი“
- 4) ქ. ზუგდიდის რეფერენს ლაბორატორია
- 5) ქ. ბათუმის სისხლის გადასხმის სადგურის შიდსის ლაბორატორია
- 6) ქ. თბილისის სისხლის გადასხმის სადგური
- 7) ქ. ზუგდიდის სისხლის გადასხმის დეპარტამენტი
- 8) ქ. თბილისის საავადმყოფო (აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი)
- 9) ქ. ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო
- 10) ქ. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკა“.
- 11) ქ. ბათუმის სამშობიარო სახლის ქალთა კონსულტაცია
- 12) ქ. თბილისის აკად. კ.ჩაჩავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და მეანობა-გინეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტის ქალთა კონსულტაცია
- 13) ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
- 14) ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი
- 15) კანისა და ვენ სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი
- 16) ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის რეფერენს ლაბორატორია



II. კვლევის შედეგები

17) ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი

18) დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2.6.2 შეჯამება და ძირითადი მიგნებები

- ადგილობრივი დონის დაწესებულებებში არსებული მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა ძალზედ მწირია. კერძოდ, კომპიუტერული საშუალებები, შიდა ქსელი და ინტერნეტი პრაქტიკულად არ არსებობს სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, ლაბორატორიებსა და სისხლის გადსხმის სადგურებში.
- მდგომარეობა ამ მხრივ ბევრად უკეთესია ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში. დსკჯეც-ში არის საკმარისი ტექნიკური საშუალებები ანალიზის წარმოებისთვის, მაგრამ ის არასაკმარისია თანამედროვე ინფორმაციის მართვის სისტემის დასაწერად

2.7 საკადრო რესურსები

2.7.1 მიმოხილვა

2.7.1.1 აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე ადამიანური რესურსები

ცენტრალური დონის დაწესებულებებში, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებაში დასაქმებული კადრების 64.2% არის 45 წლამდე, ხოლო 35.8% - 45-დან 65 წლამდე. ადგილობრივი დონის დაწესებულებებში კი განსხვავებული ვითარებაა: კადრების 34.6% არის 45 წლამდე, 63.2% - 45-დან 65 წლამდე, ხოლო ძალიან მცირე ნაწილი (2.1%) არის 65 წელს ზევით. დაახლოებით 74.9% იმ ადამიანებისა, რომელთაც ფორმალური თუ პრაქტიკული შეხება აქვთ ეპიდზედამხედველობის ფუნქციის განხორციელებასთან არის მდებარეობითი სქესის (79.2% ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში, 73.6% ადგილობრივ დაწესებულებებში). შეფასებულ დაწესებულებებში თითქმის ყველა თანამშრომელი არის სრულ განაკვეთზე (მცირე გამონაკლისის გარდა: სულ 3 ადამიანი - 1 ლაბორანტი და 2 ექიმი მუშაობს შეთავსებით). ამასთან, ცენტრალური დონის დაწესებულებებში ეპიდზედამხედველობის ფუნქციით დაკავებული კადრების დაახლოებით 58.5%-ს აქვს მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟი, ხოლო ადგილობრივი დონის დაწესებულებებისათვის იგივე მაჩვენებელი 87.4%-ს შეადგენს (იხ. ცხრილი 19 „აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე ადამიანური რესურსები დაწესებულებების მიხედვით“, გვ. 156).

2.7.1.2 პერსონალის პრაქტიკული უნარ-ჩვევები, მოტივაცია და სიახლეებისადმი მიმდებლობა

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებაში ჩართული პერსონალის პრაქტიკული უნარ-ჩვევები, მოტივაცია, და სიახლეებისადმი მიმდებლობა შეფასდა დაწესებულების ხელმძღვანელების მიერ 9 შეკითხვაზე (3 კითხვა უნარ-ჩვევებზე, 3-მოტივაციაზე, 3 – სიახლეების მიმდებლობაზე) 5 ბალიანი (1-დან =სრულიად არ ვეთანხმები, 5-მდე = სრულიად ვეთანხმები) შეფასებით. მონაცემები გაანალიზდა დაწესებულებების დონის (ადგილობრივი და ცენტრალური) მიხედვით.

ცხრილი 20 „პერსონალის ცოდნის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელების მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები)“ (გვ. 159) უჩვენებს, რომ თანამშრომლების კომპიუტერთან მუშაობის უნარ-ჩვევებს, როგორც შედარებით უკეთესს ისე აფასებენ



II. კვლევის შედეგები

ცენტრალური დონის დაწესებულებათა ხელმძღვანელები ადგილობრივი დონის დაწესებულებათა ხელმძღვანელებისაგან განსხვავებით.

ცხრილი 21 კადრების დენადობის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელების მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები) (გვ. 160) უჩვენებს, რომ დაწესებულებათა ხელმძღვანელების შეფასების მიხედვით, კადრების დენადობა დიდ პრობლემას არ წარმოადგენს არც ადგილობრივი და არც ცენტრალური დონის დაწესებულებებში. ხელმძღვანელები არ ეთანხმებიან იმ განცხადებას რომ ძალიან გამწვანებულია კვალიფიციური კადრების სამუშაო ადგილზე ხანგრძლივად დაკავება. ასევე, ხელმძღვანელები არ თვლიან რომ კადრების დენადობა ხელს უშლის მათ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკვანძო ფუნქციების განხორციელებაში.

როგორც ცენტრალური ისე ადგილობრივი დონის დაწესებულებათა ხელმძღვანელები, საშუალოდ არც ეწინააღმდეგებიან და არც ეთანხმებიან იმ აზრს, რომ ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებაში მონაწილე მათი თანამშრომლები მოტივირებულები არიან დაკისრებული მოვალეობების/სამუშაოს შესასრულებლად. უნდა აღინიშნოს, რომ ხელმძღვანელები სრულიად ეთანხმებიან იმას, რომ იგივე თანამშრომლები ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს, და არ აშინებთ დაწესებულების მუშაობაში სიახლეების დანერგვა (იხ. ცხრილი 22 „კადრების მოტივაციის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელთა მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები)“, გვ. 160).

რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზის შედეგები შესაბამისობაშია ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსიის შედეგად მოპოვებულ ხარისხობრივ მონაცემებთან. კერძოდ, ფოკუსური ჯგუფების რესპონდენტების აზრით გარკვეული ხარვეზები აღინიშნება აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებაში ჩაბმული თანამშრომლების ფინანსურ მოტივაციასთან დაკავშირებით.

„...გვაქვს ენთუზიაზმი და თუ ფინანსური მოტივაციაც იქნება... ფინანსური მოტივაცია აუცილებელია...“

„...მე იმის თქმა მინდა, რომ თანამშრომლებს მეტი მოტივაცია სჭირდებათ...“

„...ხელფასები არის ძალიან დაბალი...“

„...ფუნქციებს პროგრამა და ფული სჭირდება. ჩემს ეპიდემიოლოგს 200 ლარი რომ აქვს ხელფასი, მე ვერ ვეტყვი მიდი და იკვლიე შიდსიანის კონტაქტები-თქო. ჰაერი არ არის დღეს უფასო და შიდსიანთან მუშაობა უნდა იყოს უფასო?...“

„...ფული უნდა მისცენ ხალხს. ადრე ტბ-ზე, შიდსზე ვინც მუშაობდა, იმათ ჰქონდათ ხელფასებზე დანამატი.....დიდი ხელფასები უნდა ჰქონდეს ამ ხალხს...“

2.7.1.3 ტრეინინგი

ცხრილი 23 „პერსონალის მიერ გავლილი ტრეინინგი“ (გვ. 160) უჩვენებს, რომ ადგილობრივი დონის 28 დაწესებულებიდან, სადაც შეფასება ჩატარდა, მხოლოდ 3 დაწესებულების (2 რაიონული ლაბორატორია და 1 რაიონული სჯც) თანამშრომლებს (მინიმუმ ერთს მაინც დაწესებულებიდან) ჰქონდათ როდესმე გავლილი ტრეინინგი აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში.



2.7.2 შეჯამება და ძირითადი მიგნებები

- ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართულ ინსტიტუტებში დასაქმებული ადამიანური რესურსების კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს ამ ინსტიტუტების ხელმძღვანელები აფასებენ დამაკმაყოფილებლად.
- რაც შეეხება ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზისათვის, აქ შეფასება არადამაკმაყოფილებელია, რაც უფრო თვალსაჩინოა ადგილობრივი დონისათვის.
- საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართულ ინსტიტუტებში როგორც ცენტრალურ ისე ადგილობრივ დონეზე.
- ამ ინსტიტუტებში დასაქმებული საკვანძო ტექნიკური კადრები მოტივირებულნი არიან აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში გათვალისწინებული სამუშაოს განსახორციელებლად, თუმცა მათი პროფესიული მოტივაცია უფრო მაღალია ფინანსურ მოტივაციასთან შედარებით. ისინი ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს და არ აშინებთ სიახლეების დანერგვა.

III. ინსტიტუციური შეფასება

ინსტიტუციური შეფასება ორ ნაწილისაგან შედგება:

- ანალიზის თვალსაზრისით, პირველი ნაწილი „საჭიროებები“ უყურებს დღევანდელ დღეს და ეძებს მიზეზებს აწმყოსა და წარსულში (სად ვართ და როგორ მივედით აქამდე)
- მეორე ნაწილი „SWOT ანალიზი“ ორიენტირებულია მომავალზე - ეთმობა დღევანდელი ვითარების ანალიზს იმისათვის, რომ მომავლის დაგეგმვისას მაქსიმალურად გამოვიყენოთ ძლიერი მხარეები და შესაძლებლობები (opportunities), შევამციროთ სისუსტეები და გავითვალისწინოთ (თუ შესაძლებელია, თავი ავარიდოთ) საფრთხეები

1 საჭიროებები

1.1 საჭიროებების გააზრება

გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობისთვის გამოყენებული ძირითადი ცნებები, მიდგომები და ინფორმაციული ნაკადები არ არის გააზრებული და მისადაგებული აივ ინფექციის სპეციფიკასთან, რაც ხშირად იწვევს გაუგებრობას ყველასთვის ცნობილი ტერმინებით სარგებლობისას. ისეთი ტერმინები, როგორიცაა „იდენტიფიკაცია“, „შეტყობინება“ ან „ანგარიშგება“ უფრო ინერციით გამოიყენება და სხვა შინაარსობრივი დატვირთვა აქვს.

აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებით ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტებისა და მარეგულირებელი გარემოს, აგრეთვე ამ სისტემის მიმართ მოთხოვნების ანალიზით იკვეთება შემდეგი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები - იხ. ილუსტრაცია 3 ქვემოთ.

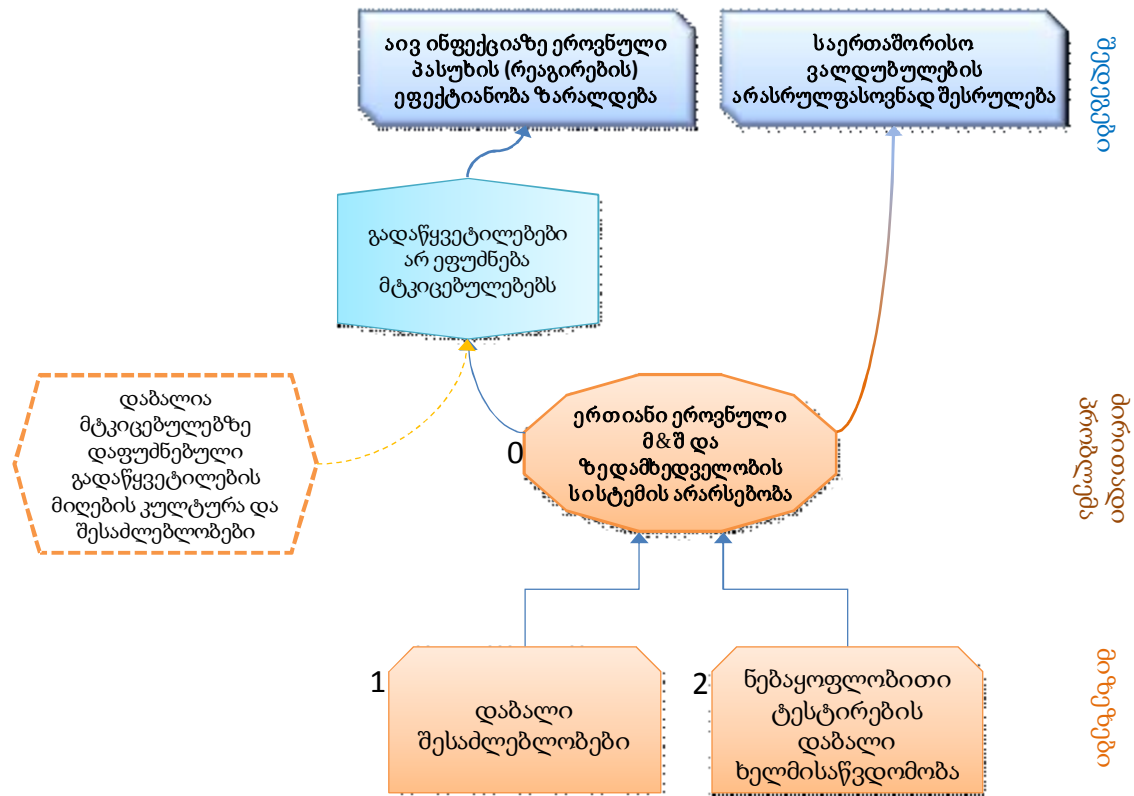
აივ/ შიდსთან საბრძოლველ ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში (2006-2010) განცხადებულია, რომ არ არსებობს ერთიანი ეროვნული მმშ და ზედამხედველობის სისტემა („ძირითადი პრობლემა“

III. ინსტიტუციური შეფასება

პრობლემათა ხეში). ერთიანი ეროვნული მმშ და ზედამხედველობის სისტემის არარსებობა უშუალოდ იწვევს საერთაშორისო ვალდებულებების სრულფასოვნად შეუსრულებლობას („შედეგები“ პრობლემათა ხეში). გარდა ამისა, ის ვერ ამარაგებს გადაწყვეტილების მიმღებს საკმარისი მტკიცებულებებით (რომ არსებობდეს მოთხოვნილება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღების პრაქტიკა და შესაძლებლობები); საბოლოო ჯამში ზარალდება აივ ინფექციაზე ეროვნული პასუხის (რეაგირების) ეფექტიანობა („შედეგი“ პრობლემათა ხეში). ერთიანი ეროვნული მმშ და ზედამხედველობის სისტემის არარსებობა იმდენადაა პრობლემა, რამდენადაც ზიანს აყენებს აივ ინფექციაზე ეროვნული პასუხის ეფექტიანობასა და საერთაშორისო ვალდებულებების სრულფასოვნად შესრულებას.

რაც შეეხება ძირითადი პრობლემის გამომწვევ მიზეზებს, აივ/შიდსთან საბრძოლველ ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში (2006-2010) დასახელებულია ორი ფაქტორი: „დაინტერესებულ მხარეთა დაბალი შესაძლებლობები“ და „ნებაყოფლობითი ტესტირების დაბალი ხელმისაწვდომობა“ („მიზეზები“ პრობლემათა ხეში).

ილუსტრაცია 3: პრობლემების ხე (აგრეგირებული)



რაში მდგომარეობს „...ზედამხედველობის სისტემის არარსებობა“?

ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად კვლევის ძირითადი მიგნებების პირველადი ანალიზის შედეგად იკვეთება არსებული ვითარების სურათი, სადაც ჩანს, თუ რა არ გვაკმაყოფილებს (რა გვაწუხებს). არ იქნება მართებული ვთქვათ, რომ აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის სისტემა საერთოდ არ არსებობს. ის ფუნქციონირებს, მაგრამ სერიოზული ნაკლოვანებებით. კვლევის შედეგად გამოვლენილი ნაკლოვანებები დაგვუფდა და

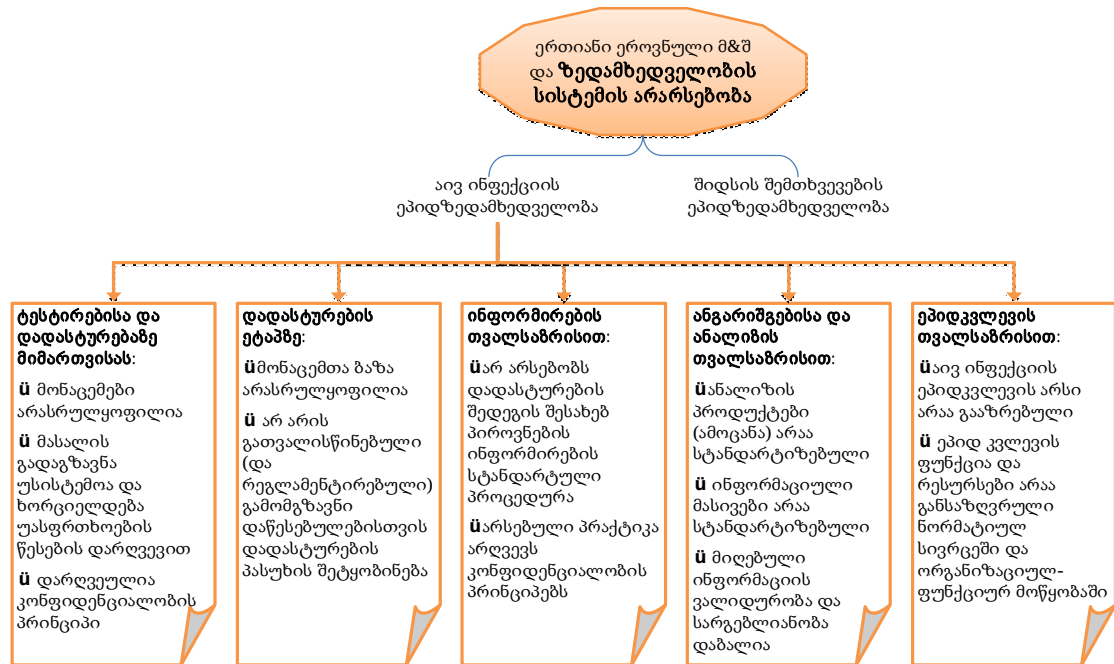


III. ინსტიტუციური შეფასება

ჩამოთვლილია ქვემოთ ცალკე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობისთვის და ცალკე - შიდსის შემთხვევებისთვის.

აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებით გამოვლენილი ნაკლოვანებები შეიძლება დაჯგუფდეს სისტემის კომპონენტების მიხედვით შემდეგნაირად:

ილუსტრაცია 4: აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ნაკლოვანებები



1. ტესტირებისა და დადასტურებისთვის მიმართვის თვალსაზრისით:

1.1. ინფორმაცია გამოკვლეული პირების შესახებ არასრულყოფილია:

1.1.1. არ არის სტანდარტული ფორმატი ინფორმაციის რეგისტრაციისათვის

1.1.2. არ არის დადგენილი ინფორმაციის შენახვის და დადასტურებაზე გადაცემის (სტანდარტიზებული) წესები

1.2. სისხლის (შრატის) ტრანსპორტირება ხდება ყოველგვარი წესების დაცვის გარეშე, რაც:

1.2.1. საფრთხეს უქმნის ადამიანებს

1.2.2. საეჭვოს ხდის დადასტურების სიზუსტეს

1.3. ძირშივე ირღვევა კონფიდენციალობა, როცა დადასტურებაზე იგზავნება პიროვნების საკონტაქტო/საპასპორტო მონაცემები ფორმა #4-ის მიხედვით

2. დადასტურების თვალსაზრისით:



- 2.1. მონაცემთა ბაზაში არ რეგისტრირდება დადასტურებისთვის გაგზავნილი ყველა შემთხვევა დეზაგრეგირებული სახით, თუნდაც იმ მონაცემების საფუძველზე, რომელიც მიეწოდება ფორმა #4-ის მეშვეობით
- 2.2. ელექტრონული მონაცემთა ბაზა იწარმოება მხოლოდ დადასტურებულ შემთხვევებზე
- 2.3. საერთოდ არ არის გათვალისწინებული დადასტურებულ შემთხვევაზე გამომგზავნი მხარის შეტყობინება, შესაბამისად არ არის დადგენილი წესები და მეთოდოლოგია: ამის სანაცვლოდ, დადასტურებულ შემთხვევაზე დადგენილი წესის (ბრძანება #1016-ის) თანახმად შეტყობინება ეგზავნება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ტერიტორიალურ სამსახურს (ფორმა #58/4) გაურკვეველი დანიშნულებით ან სარგებლით ეპიდზედამხედველობის თვალსაზრისით
3. ინფორმირების თვალსაზრისით:
 - 3.1. არ არსებობს სტანდარტული პროცედურა, რომელიც განსაზღვრავს დადასტურების შედეგის შესახებ პიროვნების ინფორმირებას (დადასტურების შედეგის მიუხედავად), გამომგზავნ დაწესებულებაში დადასტურების შედეგის რეგისტრაციას და დადებითი პასუხის შემთხვევაში, პიროვნების კონსულტირებასა და ეპიდკვლევის ჩატარებას
 - 3.2. არსებული პრაქტიკა არღვევს კონფიდენციალობის პრინციპებს, უქმნის დისკომფორტს აივ ინფიცირებულს და ართულებს შემდგომი კონსულტირების, დაკვირვებისა და ეპიდკვლევის წარმოებას
4. ანგარიშგებისა და ანალიზის თვალსაზრისით:
 - 4.1. ანალიზისთვის არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული ტექნიკური ამოცანა და არ არის სტანდარტიზებული ანალიზის პროდუქტები (გარე და შიდა მოხმარებისთვის)
 - 4.2. არ არის სისტემატიზებული ინფორმაციის მასივები, რომელიც საჭიროა ანალიზისთვის
 - 4.3. ანგარიშგების არსებული პრაქტიკით (ფორმა IV-23, ფორმა IV-17) მიღებული ინფორმაციის ვალიდურობა ან სარგებელი გამართული ანალიზისთვის ძალიან დაბალია
5. ეპიდკვლევის თვალსაზრისით
 - 5.1. აივ ინფექციის ეპიდკვლევის არსი (დანიშნულება) კონცეპტუალურად არ არის გააზრებული და არ არსებობს კონკრეტული მოთხოვნები
 - 5.2. აივ ინფექციის ეპიდკვლევის ფუნქცია (შინაარსისაგან დამოუკიდებლად) და ამ ფუნქციის შესასრულებლად სახსრები არც ნორმატიულ სივრცეში და არც ორგანიზაციულად არ არის განსაზღვრული

რაც შეეხება შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობას, სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობაში არ გამოიყენება შიდსის კლინიკური შემთხვევის სტანდარტული განმარტება და მისი კლინიკურად დადგენის სახელმძღვანელო

1.2 ფაქტორების ანალიზი

თუ დავუბრუნდებით პრობლემების ხეს (აგრეგირებულს) (იხ. ილუსტრაცია 3, გვ. 76), ეროვნულ სტრატეგიაში სახელდება ძირითადი პრობლემის ორი მიზეზი. რაში მდგომარეობს ამ ორ მიზეზთაგან პირველი - „დაბალი შესაძლებლობები“?

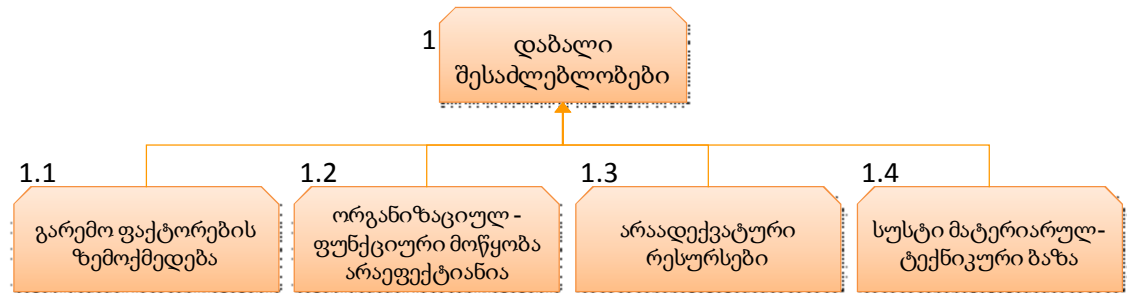


ანუ რა ფაქტორები განაპირობებენ არსებული სისტემის დაბალ შესაძლებლობას („უუნარობას“), შესრულოს თავისი ფუნქცია და დააკმაყოფილოს მინიმალური მოთხოვნები (ქვეყნის შიდა და გარე მოხმარებისთვის)?

ამ შეკითხვაზე პასუხი შეიძლება ვეძებოთ ოთხ სფეროში (მიმართულებით):

- გარემო ფაქტორები, მაგ. ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტების დეკლარაციული ბუნება, არასრულყოფილი ნორმატიული (საკანონმდებლო) სივრცე, სახელმწიფოს განვითარების კურსი (მაგ. მაქსიმალური დერეგულაცია) ანდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სისტემური ცვლილებები (საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლა ჯანდაცვის ბაზრის დაბალანსების გარეშე, სექტორის მართვის სისტემაში გაუთავებელი ორგანიზაციული „გადაწყობები“)
- სისტემის შიდა ფაქტორები (1.2 – 1.4 ილუსტრაციაზე ქვემოთ):
 - o სისტემის ორგანიზაციულ და ფუნქციურ მოწყობასთან დაკავშირებული ფაქტორები
 - o რესურსები: საკადრო რესურსები, მატერიალ-ტექნიკური ბაზა და მიმდინარე (ოპერაციული) სახსრები
 - o მეთოდოლოგიური თუ ტექნიკური ხასიათის ფაქტორები (რომლებიც უკავშირდება საქმის „როგორ“ ან „რანაირად“ კეთებას)

ილუსტრაცია 5: აივ ინფექციის ეპიდზედამედველობის დაბალი შესაძლებლობების მიზეზთა ჯგუფები



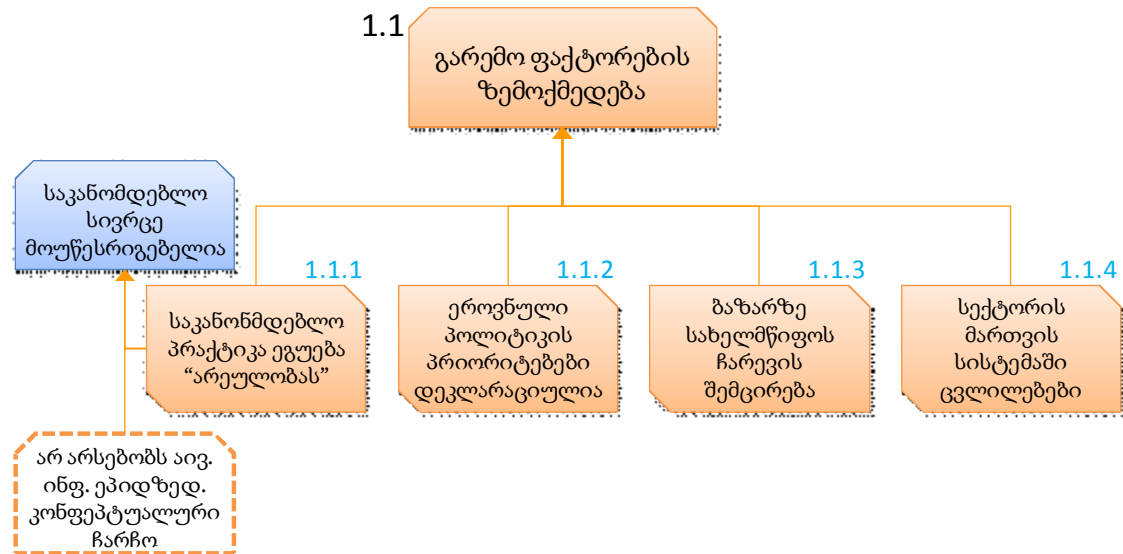
პრაქტიკული მოსაზრებიდან გამომდინარე, ქვემოთ ანალიზისას შეგნებულად არ შევეცდებით რამდენიმე საფეხურიანი (სართულიანი) პრობლემების ხეების აგებას. ზემოხსენებულ ოთხ სფეროში დაჯგუფებულ ფაქტორებს შორის მიზეზ-შედეგობრივ კავშირს გავაანალიზებთ და გამოვკვეთავ მხოლოდ იქ, სადაც ეს ღირებულია და წაადგება დასკვნების გამოტანას.

1.2.1 გარემო ფაქტორები

გარემო ფაქტორების გააზრება მნიშვნელოვანია იმდენად, რამდენადაც ისინი:

- აფერხებენ ან ხელს უწყობენ სისტემის შესაძლებლობების გაუმჯობესებას ან გაძლიერებას
- ქმნიან ან თრგუნავენ მოტივაციებს (ან მოთხოვნილებას) შესაძლებლობების გასაუმჯობესებლად

გარემო ფაქტორებისა და აივ ინფექციაზე ეპიდზედამედველობის სისტემაზე ზეგავლენის ანალიზი ძირითადად ოთხი საკითხის გარშემო იწარმოებს:



საკანონმდებლო გარემო

ის, რაც არ მოგვწონს გარემოში, შეიძლება იყოს შედეგი და არა მიზეზი, რომელსაც სისტემის დაბალ შესაძლებლობებს დავაბრალებთ.

გამოკვლევამ აჩვენა, რომ საკანონმდებლო სივრცეში სისტემის გამართული მუშაობისათვის აუცილებელი უამრავი არსებითი მომენტი ან არ არის განსაზღვრული, ან ბუნდოვანია და კონფლიქტში მოდის სხვა ნორმებთან. ექსპერტთა გამოკითხვისას ეს ვითარება ხშირად სახელდება ეპიდზედამხედველობის სისტემაში არსებული პრობლემის მიზეზად. ეს საკმაოდ სადაო და სახიფათო, თუმცა მეტად პოპულარული მიდგომაა. სადაოა იმდენად, რამდენადაც საკანონმდებლო სივრცის მოუწესრიგებლობა (რაც არ არის სადაო!) შეიძლება მივიჩნიოთ სხვა, უფრო ძირეული მიზეზ(ებ)ის შედეგად. სახიფათოა იმდენად, რამდენადაც თუ ეს ასეა და გამოგვრჩება მხედველობიდან ძირეული მიზეზები, ვერც ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფეხზე დაყენებას შევძლებთ და საკანონმდებლო გარემოს ხარისხიც (გამართულობა) არსებითად უცვლელი დარჩება.

ჩვენს კონკრეტულ შემთხვევაში, გარემო ფაქტორებიდან რაც საკანონმდებლო სივრცეს ეხება, წუხილის საგანი ისაა, რომ საკანონმდებლო გარემო მშვენივრად გულისხმობს ასეთ ვითარებას (არეულობას), იმის მაგივრად, რომ საკანონმდებლო პრაქტიკამ ე.წ. „დამცავი როლი“ შეასრულოს - ანუ არ დაუშვას გამომრიცხავი ან უვარგისი ნორმების არსებობა და უმოკლეს დროში შეავსოს სიცარიელე და ამით, ერთგვარი სტიმული მისცეს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული სამართლებრივი ნორმების გამართვას.

მაშინ რა არის აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის გარშემო საკანონმდებლო გარემოში შექმნილი ვითარების ძირეული მიზეზი?

ძირეული მიზეზია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის კარგად გააზრებული და დაინტერესებული მხარეების მიერ აღიარებული კონფეკტუალური ჩარჩოს არ არსებობა. ამაზე ელემენტარულად მიუთითებენ ის კითხვები, რომლებიც პასუხს ელიან და, რომლებზეც პასუხის გაცემის გარეშე ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული ძალისხმევა დარჩება ისევე ფრაგმენტული, როგორიც დღეს არის.

III. ინსტიტუციური შეფასება

შეიძლება კიდევ უფრო ღრმად ჩავწვდეთ ამ კონცეპტუალური ჩარჩოს არარსებობის მიზეზებს. ეს შეიძლება იყოს ელმენტარული მოუცლელობა (როცა „ფიქრის დრო“ არასოდეს არ არის, რადგან სასწრაფოდ რაღაც უნდა მოიმოქმედო), სიზარმაცე (როცა გირჩევნია, ანალოგიური პრაქტიკა სხვა ქვეყნებიდან ან სხვა დაავადებებისთვის განკუთვნილი მექანიკურად გადმოიღო), დაინტერესებულ მხარეთა დეფიციტი ან საერთოდ არარსებობა (როცა კონცეპტუალური გააზრების საჭიროებას ნაკლებად ხედავს ვინმე ან ვინც ხედავს, ის ვერ ქმნის ამინდს), თემის „მონოპოლიზაცია“ (როცა საჯარო პოლიტიკის რომელიმე საკითხზე სახელმწიფო მართვა ე.წ. „დახურული კონტურით“ ხორციელდება და აფერხებს სხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართულობას) და ა.შ.



მიზეზების ღრმა ანალიზის გარეშეც ცხადია, რომ ქვეყანაში აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის კონცეპტუალური ჩარჩოს შემქნის გარეშე შეუძლებელი იქნება არა მხოლოდ საკანონმდებლო სივრცეში სამართლებრივი ნორმების დალაგება, არამედ სისტემის დიზაინის, აწყობისა და ფუნქციონირებისათვის სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვანი ძალისხმევის ეფექტიანობის მიღწევა.

ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები

ქვეყანას საკმაოდ მკაფიოდ აქვს განცხადებული, თუ რა მიზანს ემსახურება სახელმწიფო პოლიტიკა აივ ინფექციის გავრცელებასთან დაკავშირებით, რაც თავისთავად დადებითი (მასტიმულირებელი) ფაქტორია. თუმცა იმის გათვალისწინებით, რომ სახელმწიფო პოლიტიკის ეს მიზანი განისაზღვრა წინა ხელისუფლების მიერ (2003 წელს ეკონომიკური განვითარების და სიღარიბის დაძლევის ეროვნულ პროგრამაში), მისი გავლენა ხელისუფლების მოკლე თუ გრძელ ვადიან გადაწყვეტილებებზე სათუთაა. სახელმწიფო პოლიტიკის ეს მიზანი სიტყვა-სიტყვით მეორდება უკვე ახალი ხელისუფლების დროს შემუშავებულ აივ/შიდსთან ბრძოლის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში (2006-2010), რომელიც სამუშაოდ არ არის ფორმალურად დამტკიცებული სახელმწიფო პოლიტიკის დოკუმენტი, რომელიც ავალდებულებს სხვადასხვა დონის გადაწყვეტილების მიმღებს გაუწიოს მას ანგარიში. ის ფასეულია, როგორც ყველა გამართული ტექნიკური დოკუმენტი, რომელშიც ჩანს, რომ ეროვნული პოლიტიკის მიზნის მისაღწევი ოთხი სტრატეგიიდან ერთ-ერთი აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სფეროა. უფრო მეტიც, დოკუმენტი გადმოსცემს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის მომავალი სისტემისადმი ტექნიკურ მოთხოვნებს (აღწერილობებს) და საჭირო ღონისძიებებს (თავისი შედეგებით).

არცაა გასაკვირი, რომ აივ ინფექციის და შიდსის ეპიდზედამხედველობა ცალკე არ არის ასახული საჯარო პოლიტიკის ისეთ ინსტრუმენტებში (როგორიცაა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები ან საბიუჯეტო კანონმდებლობა), რომლებიც განცხადებული პრიორიტეტის სისრულეში მოყვანას ჭირდება. იმის დადგენა, რომ სახელმწიფო ზურგს არ აქცევს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის საკითხებს, საჭიროებს სახელმწიფო პროგრამებისა და ბიუჯეტის კანონის დეტალურ ექსპერტულ ანალიზს. აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა „ამოფარებულია“ ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოებისა და ზოგადად გადამდებ დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობის ღონისძიებებს (თუ არ ჩავთლით აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამას, სადაც ნაწილობრივ ფინანსდება და რეალიზდება ეპიდზედამხედველობის ფუნქციები). ეს თავისთავად უარყოფითი ფაქტორი არ არის. პირიქით, მისასაღმებელიც იქნებოდა, თუ გვექნებოდა გადამდები დაავადებების



ინტეგრირებული ეპიდზედამხედველობის სისტემა, სადაც სპეციფიკის გათვალისწინებით აივ ინფექციასა და შიდსის შემთხვევებზე ეპიდზედამხედველობა ხორციელდება ისეთ დაავადებებთან ერთად, როგორიცაა ვირუსული ჰეპატიტი B ან C, სგდ, TB და ა.შ.

საჯარო პოლიტიკის პრიორიტეტიზაციაზე (რაც აისახება რესურსების განაწილებაზე და საბოლოო შედეგზე პახუსისმგებლობების ფიქსაცია) გავლენის უფრო მეტი პოტენციალი აქვს ქვეყნის საგარეო ვალდებულებებს, რომლებიც ძირითადად უკავშირდება ათასწლეულის განვითარების დეკლარაციას, ვალდებულებათა დეკლარაციას მიღებული გაეროს გენერალური ასამბლეის აივ/შიდსისადმი მიძღვნილ სპეციალურ სესიაზე (2001) და დუბლინის დეკლარაციას (2004). ამ საერთაშორისო სამართლის ე.წ. „რბილ“ ინსტრუმენტებთან მიერთება ქმნის დაინტერესებული მხარეებისთვის (თუ ასეთები არიან) უფრო ეფექტიანი ადვოკაციის წინაპირობებს, მაგრამ არ არის საკმარისი, რომ ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტების დეკლარაციული ხასიათი სასიკეთოდ შეიცვალოს.

ამ შესაძლებლობების რეალიზაცია აყენებს თანამედროვე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის გამართვისა და ფუნქციონირების მხარდასაჭერად ეფექტიანი ადვოკაციის საჭიროებას (როგორც ჯანდაცვის სისტემის შიგნით, ისე მის გარეთ საჯარო პოლიტიკის არენაზე).

აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობა, როგორც ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტი, მკაფიოდ არ არის განცხადებული და სადაც განცხადებულია, მას არ აქვს საკმარისი წონა გავლენა იქონიოს გადაწყვეტილების მიღებაზე საჯარო პოლიტიკის სფეროში.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები და ქვეყნის განვითარების მიმართულებები

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის და ქვეყნის განვითარების არჩეული კურსი პირდაპირ და ირიბად მოქმედებს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მოწყობასა და ფუნქციონირებაზე. უამრავ ფაქტორს შორის (ზეგავლენის/მნიშვნელობის მიხედვით) აღნიშნას იმსახურებს ორი:

- სახელმწიფოს მინიმალური ჩარევა ბაზარზე (ლიბერალურ-დემოკრატიული საუკეთესო ფასეულობების/ტრადიციების შესაბამისად):
 - o საჯარო პოლიტიკის პრაქტიკულად ყველა, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის მაქსიმალური დერეგულირება და
 - o სახელმწიფოს როლის შემცირება სამედიცინო მომსახურების წარმოებაში
- ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის მართვის სისტემაში დაუსრულებელი ცვლილებები (ორგანიზაციული-ფუნქციური გადაწყობები)

ჩვენი ანალიზის საგანს არ წარმოადგენს ამ პროცესების (ფაქტორების) მიზანშეწონილობა ანდა განხორციელების ტექნოლოგიის მართებულობა.

რა გავლენა აქვს ჯანდაცვის ბაზარზე სახელმწიფოს ჩარევის შემცირებას აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემაზე?

ეს საკითხი, კერძოდ კი ამ ფაქტორის გავლენა ზოგადად ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის გაუმჯობესებასა და ფუნქციონირებაზე საკმაოდ დეტალურად არის გაანალიზებული 2007-2008 წლებში Health Metrics Network-ის მხარდაჭერით ჩატარებულ ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის



III. ინსტიტუციური შეფასება

შეფასებასა და მისი განვითარების სტრატეგიაში³³. თუ ამ შეფასებას დავესესხებით, პირველი ფაქტორი ქმნის სერიოზულ სირთულეებს ეპიდზედამხედველობისთვის კრიტიკული მონაცემების რეგისტრაციისა და ინფორმაციის გენერირება/გადაცემისათვის: სახელმწიფო სტრუქტურებს არ გააჩნიათ ადმინისტრაციული ბერკეტები მოთხოვონ სამედიცინო დაწესებულებებს ინფორმაციის შეგროვება/მიწოდება, არაფერი რომ ვთქვათ, ამ ინფორმაციის ხარისხის კონტროლზე.

ამის გარდა, ჯანდაცვის სფეროს დერეგულირება და ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური აპარატურის ხელმისაწვდომობა ქმნის ყველა პირობას, რომ პრაქტიკულად ნებისმიერმა სუბიექტმა ჩაატაროს აივ ინფექციაზე ტესტირება (სწრაფი/მარტივი მეთოდით ან არაპირდაპირი იმუნოფლურესცენტული (IFA) მეთოდით). დღეს ასეთი სუბიექტები აღურიცხავია (და პრაქტიკულად შეუძლებელია მათი სრული ინვენტარიზაცია) და მათ მიერ ტესტირების წარმოების ხარისხზე ზედამხედველობა არ ხორციელდება. მიუხედავად იმისა, რომ აივ ინფექციის დადასტურებას დღეს ერთ სუბიექტი ახდენს, არ არის გამორიცხული დადასტურების (Western Blot-ის ან PCR-ის მეთოდით) ტექნიკური საშუალება სხვა სუბიექტებსაც ქონდეთ. საბოლოო ჯამში, იქმნება აივ ეპიდზედამხედველობის სისტემის დიზაინის პლურალისტულ და მაქსიმალურად დერეგულირებულ გარემოზე მორგების საჭიროება. ეს გარემოება (ლიბერალური საბაზრო ურთიერთობების მიდგომები თუ „თამაშის წესები“) შეიძლება მივიჩნიოთ, როგორც მოცემულობა და კონცეპტუალური გააზრებისას ვეძებთ პასუხები ისეთ კითხვებზე, როგორიცაა:

- უნდა გახორციელდეს თუ არა დადასტურების ლაბორატორიულ კვლევაზე ხარისხის კონტროლი და როგორ განხორციელდება ხარისხის კონტროლი?
- როგორ იქნება უზრუნველყოფილი ეპიდზედამხედველობისათვის საჭირო ინფორმაციული ნაკადები საკვანძო მონაწილე მხარეების (პირველი რიგისა და დამადასტურებელი კვლევის ლაბორატორიების) სიმრავლისა და არარეგულირებული ჯანდაცვის ბაზრის პირობებში?
- როგორ მოხერხდება კონფიდენციალობის დაცვა ტესტირების ჩამტარებელთა სიმრავლის პირობებში (მაგ. კოდირების სტანდარტის სწავლება და დაცვა)?

ამ კითხვებზე პასუხის გაცემის გარეშე ძნელია ცალსახად ითქვას, უარყოფით თუ დადებით ფაქტორს წარმოადგენს ჯანდაცვის ბაზარზე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემაზე სახელმწიფოს ჩარევის შემცირება. შემდგომ ანალიზში ჩვენ შევეცდებით ნაწილობრივ მაინც გავცეთ პასუხი ამ შეკითხვებს და ჩამოვყალიბოთ რეკომენდაციები, რომლებიც წადგება კონცეპტუალური გააზრებისას საბოლოო პასუხების პოვნას.

რაც შეეხება ჯანდაცვის სექტორის მართვის სისტემაში დაუსრულებელ ორგანიზაციულ და ფუნქციურ ცვლილებებს, ეს ფაქტორი უარყოფით გავლენას ახდენს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობაზე შემდეგი მოსაზრებების გამო:

- მოთამაშეთა ხშირი ცვლილებისას „გზაში იკარგება“ საკვანძო ფუნქციები ან ამ ფუნქციების გადაცემა მექანიკურად (ფორმალურად) ხდება
- სარისკო ხდება ინვესტიცია ერთ სტრუქტურაში, თუ არ არის ცნობილი, რამდენ ხანს იარსებებს ეს სტრუქტურა ან დაკისრებული ექნება აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ესა თუ ის ფუნქცია

³³ საერთაშორისო ფონდი კურაციო; „საქართველოში ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის განვითარების სტრატეგიული გეგმა“, 2008 წელი



ჯანდაცვის სექტორის (ისევე როგორც სახელმწიფო მართვის) არასრული დეცენტრალიზაციის ფონზე შესუსტებულია ურთიერთკავშირი ცენტრალურ და პერიფერიულ სტრუქტურებს შორის; ეს პირველ რიგში ეხება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებს. იმისათვის, რომ ადგილობრივმა სამსახურებმა შეასრულონ ფუნქციები (ექსკლუზიური თუ დელეგირებული კომპეტენციის ფარგლებში), ამისათვის უმეტეს ადმინისტრაციულ ერთეულში ფინანსური სახსრები არასაკმარისია და საჭირო ხდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან ტრანსფერტები. იმავდროულად, ცენტრალური დონიდან პასუხის მოთხოვნისა და ზედამხედველობის მექანიზმები არ არის ეფექტური:

- ადგილობრივი სამსახურები ადმინისტრაციულად ექვემდებარებიან ადგილობრივ ხელისუფლებას და ცენტრალური ბიუჯეტიდან სახსრების მიღების მიუხედავად გაურკვეველია, ჯანდაცვის სექტორის მართვის ცენტრალურ სტრუქტურებს შორის ვისთან არიან ამ თანხებით გაწეულ საქმიანობაზე და შედეგებზე ანგარიშვალდებულებები
- ძირითად ინსტრუმენტად, რითაც სარგებლობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრალური სამსახური ადგილობრივი სამსახურების აივ ინფექციის ზედამხედველობაში ჩასაბმელად და სამართავად, რჩება ხელშეკრულებითი ურთიერთობა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში (ანუ დაკვეთის მიცემა და შესაბამისად მოთხოვნა).

შესაბამისად, კონცეპტუალური გააზრებისთვის ღიად რჩება კითხვა: არის თუ არა მიზანშეწონილი აივ ინფექციისა და სხვა გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის გასაუმჯობესებლად გარკვეული ფუნქციების გატანა ცენტრალური სამსახურებიდან პერიფერიაზე დეკონცენტრაციის სახით?

1.2.2 სისტემის შიდა ფაქტორები

ის, თუ ვინ არიან ძირითადი მონაწილე მხარეები, როგორია მათი მოლოდინები, შესაძლებლობები თუ ფუნქციები, დეტალურად არის განხილული აღწერილობით ნაწილსა და შეჯამებებში.

ის, თუ რამდენად გამართული (ან გაუმართავია) ორგანიზაციულ-ფუნქციური თვალსაზრისით სისტემა, შეიძლება გავანალიზოთ მოთხოვნილება-მიწოდების ჭრილში. ამ მიდგომით, ეპიდზედამხედველობის სისტემის ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა იმდენადაა გამართული, რამდენადაც აკმაყოფილებს მოთხოვნილებას. თუ ამ დაშვებას ავიღებთ ათვლის წერტილად, მაშინ პირველი კითხვა, რასაც უნდა გავცეთ პასუხი:

რა მოთხოვნილება არსებობს დღეს (ან იარსებებს მომავალში) აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემაზე?

ქვეყანაში აივ ეპიდზედამხედველობაზე მოთხოვნილება ორ გარემოებაზეა დამოკიდებული: საერთაშორისო ვალდებულების ფარგლებში ანგარიშგება (ე.წ. „გარე მოხმარება“) და აივ ეპიდემიაზე ეროვნული პასუხის ფარგლებში გადაწყვეტილების მისაღებად და სამოქმედოდ მტკიცებულებების საჭიროება. თუ ქვეყანაში „არამოდურია“ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღება საჯარო პოლიტიკის სფეროში (აივ ინფექციის თუ ჯანმრთელობის დაცვის სხვა აქტუალურ საკითხებზე), მაშინ მოთხოვნილებას ძირითადად საგარეო მოხმარება განაპირობებს.

სამწუხაროდ, დღეისათვის მოთხოვნილების მხრივ სიტუაცია სწორედ რომ ასეთია. ამის საილუსტრაციოდ საკმარისია 2008 წლის აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა, სადაც (ბიუჯეტის თანხის ოდენობას თუ არ ჩავთლით) ერთი ციფრიც კი არ წერია, რომელიც დაახასიათებდა ეპიდსიტუაციას, დაასაბუთებდა

III. ინსტიტუციური შეფასება

დაგეგმილი ღონისძიებების მასშტაბის თანაზომიერებას ანდა აღწერდა, რა გაზომვადი შედეგის მიღწევას აპირებს სახელმწიფო.

თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ქვეყანა ახერხებს სრულად თუ არა, საკმაოდ კარგად გაართვას თავი ნაკისრ საერთაშორისო ვალდებულებებს, (რის საილუსტრაციოდ გამოდგება გაეროს გენერალური ასამბლეის ვალდებულებათა დეკლარაციის მონიტორინგის ფარგლებში ქვეყნის 2006 წლის ანგარიში), შეიძლება მივიჩნიოთ, რომ თავისი ორგანიზაციული თუ ფუნქციური თვალსაზრისით, არსებული ეპიდზედამხედველობის სისტემა აკმაყოფილებს მოთხოვნილებებს, რამდენადაც უკმაყოფილო არ უნდა იყვნენ ექსპერტები ან საქმეში ჩახედული მხარეები (ე.წ. „მხარეულები“).

ნიშანდობლივია ისიც, რომ აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესების სურვილი და ინტერესი მოდის უფრო სისტემის შიგნით არსებული მხარეებიდან, ვიდრე მომხმარებლებისგან (გადაწყვეტილებების მიმღებებისაგან საჯარო პოლიტიკის სფეროში).

გამოდის, რომ სრულებით არ არის საჭირო გავანალიზოთ არსებული ორგანიზაციული და ფუნქციური მოწყობის ნაკლოვანებები, თუ კი აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა პასუხობს არსებულ მოთხოვნილებებს.

უდაოა, რომ ზემოაღწერილი „მოთხოვნილება-მიწოდების ბალანსი“ დიდ ხანს არ შენარჩუნდება:

- ადრე თუ გვიან საჯარო პოლიტიკის სფეროში ფეხს მოიკიდებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების პრაქტიკა; როცა ეს მოხდება და პოლიტიკის განმსაზღვრელი ან განმახორციელები მოიკითხავს არგუმენტებს/ინფორმაციას და აღმოჩდება, რომ მისი მიწოდება ეპიდზედამხედველობის სისტემას არ შეუძლია, გვიან იქნება. სარწმუნო ინფორმაციითა და მტკიცებულებებით უწყვეტი მომარაგების აწყობას თუნდაც 5 წლის შემდეგ თადარიგის დაჭერა დღეს ესაჭიროება.
- თუ ეპიდემიამ იმძლავრა და კონცენტრირებული სტატუსი მიიღო, თვისობრივად გაიზრდება (საჯარო პოლიტიკის სივრცეში) მოთხოვნები ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ და ასევე მოიმატებს მოცულობითი დატვირთვები

ამდენად, სისტემის ორგანიზაციული და ფუნქციური მოწყობის ანალიზი უმჯობესია ავაგოთ ჰიპოთეტურ დაშვებაზე: მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მისაღებად მაღალი მოთხოვნა რომ არსებობდეს აივ ეპიდემიისა და შიდსის გავრცელებასთან დაკავშირებულ ინფორმაციაზე, რის საშუალებას იძლევა არსებული ორგანიზაციული და

ფუნქციური მოწყობა?

დავიწყოთ

ანალიზისა და

ანგარიშგების ფუნქციით - ის

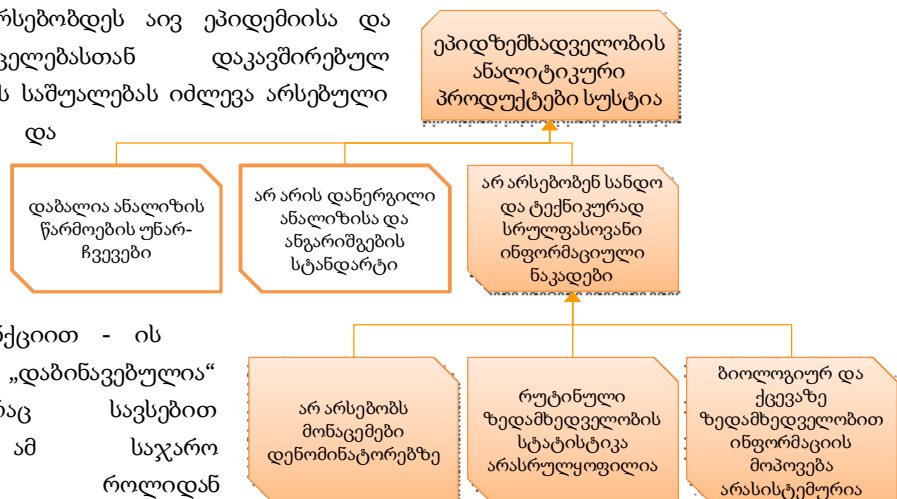
დღეისათვის „დაბინავებულია“

დესჯეც-ში, რაც სავსებით

ლოგიკურია ამ საჯარო

დაწესებულების როლიდან

გამომდინარე. უშლის თუ არა ხელს





რამე დკსჯეც-ს წარმატებით შეასრულოს ეს ფუნქცია? ჩავთვალოთ, რომ ეპიდემიის შესახებ ინფორმაციული ნაკადები გამართულია. კვლევამ აჩვენა, რომ დკსჯეც-ს გააჩნია საკმარისი პროფესიული თუ მატერიალური რესურსი ანალიზის ჩასატარებლად, თუ შემუშავდება ანალიზისა და ანგარიშის სტანდარტული ფორმატი და დამატებითი მომზადება ჩაუტარდება აივ ინფექციის საკითხებზე მომუშავე ტექნიკურ პერსონალს.

ის, რომ დღეს დკსჯეც-ს არ შეუძლია სრულფასოვანი ანალიზი, რა თქმა უნდა უკავშირდება სანდო და ტექნიკურად სრულფასოვანი ინფორმაციული ნაკადების არარსებობას. ინფორმაციით მომარაგებასთან დაკავშირებით ანალიზი სამი მიმართულებით შეიძლება:

- ანალიზისათვის საჭირო დენომინატორების არარსებობა (ან არასანდოობა)
- რუტინული ზედამხედველობით გენერირებული ინფორმაციის ხარვეზები
- ბიოლოგიური და ქცევითი ზედამხედველობის კვლევების ფრაგმენტულობა და ინფორმაციის ხარისხი

ყველა მონაწილე მხარე პირნათლად რომ ასრულებდეს ინფორმაციის მოპოვების, შეგროვებისა და გადაცემის მოვალეობას, ანგარიშგების ფორმები იმდენად გაუმართავია ტექნიკური თვალსაზრისით, რომ შეუძლებელია დეზაგრეგირებული ცვლადების მიღება და ანალიზის წარმოება (რაც ეწინააღმდეგება საერთაშორისო სტანდარტებს/მოთხოვნებს). აგრეგირებული სახით გადაცემული ინფორმაციაც პრაქტიკულად გამოუყენებელია, რადგან დაჯგუფებისთვის გამოყენებული კატეგორიები (კერძოდ „კონტიგენტის კოდი“ ფორმა #23 მიხედვით) არ არის ურთიერთგამომრიცხავი და გაუგებრობას იწვევს საანგარიშო ფორმის შევსებისა (მაგ. ფორმა #4-ის, ფორმა #23-ის ან ფორმა #17-ის) და შემდეგ მიღებული ინფორმაციის ინტერპრეტაციისას.

თუ სწრაფი/დადებითი ან IFA მეთოდით გამოკვლეულ სეროპოზიტიურ შემთხვევებზე ინფორმაცია დეზაგრეგირებული სახით ასე თუ ისე იყრის თავს დადასტურებისათვის მიმართვისას (ფორმა #4-ით) ერთ დაწესებულებაში, დანარჩენ კვლევებზე (სეროუარყოფითზე) დეზაგრეგირებული ინფორმაცია საერთოდ არ გადაიცემა და ანალიზსაც არ ექვემდებარება.

რაც შეეხება მაღალი რისკის ჯგუფების რაოდენობის შეფასებას და ინფორმაციის მიწოდებას ანალიზისთვის, ეს ფუნქცია „ობლად“ დარჩა. უფრო მეტიც, არ არის დადგენილი დენომინატორის განსაზღვრისთვის სტანდარტული მეთოდოლოგია.

ბიოლოგიური და ქცევითი ზედამხედველობა ძირითადად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ უცხოური დაფინანსებით. ინფორმაციის შეგროვების ეს მეთოდი და წყარო არ არის ინსტიტუციონირებული ქვეყნის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში, თუმცა 2006-2010 წლების სტრატეგიულ გეგმაში მკაფიოდაა განცხადებული ამ გადაწყვეტილების შესახებ. საგულისხმოა ის, რომ ასეთი კვლევების გამოცდილება უკვე არსებობს და არსებობენ მომზადებული (ტექნიკური) კადრები.

არანაკლებ საინტერესო ვითარებაა აივ ინფექციის დადასტურების შემდგომ პროცესების გარშემო, იგულისხმება დადასტურების შედეგის შეტყობინება, პიროვნების ინფორმირება და ეპიდკვლევა. არსებული წესის თანახმად, დადასტურების შემთხვევაში შეტყობინება (ფორმა #58/4) ეგზავნება ტერიტორიული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს (აივ ინფიცირებულის ფაქტიური ცხოვრების მისამართის მიხედვით). იდეაში, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს მოეთხოვება „შემთხვევის რეგისტრაცია“ და მონაცემების გამოყენება „სიტუაციური ანალიზისათვის“. გაურკვეველია, რა საჭიროა ტერიტორიულ სამსახურში შემთხვევის



III. ინსტიტუციური შეფასება

რეგისტრაცია, როცა ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ეს უკვე მოხდა დამადასტურებლის დონეზე. საერთოდ გაუგებარია, რა „სიტუაციურ ანალიზზე“ საუბარი, როცა თავისი შინაარსით (ცვლადების სტრუქტურითა და აგრეგაციის ხარისხით) შეტყობინების ფორმა არ იძლევა არც ეპიდკვლევის ჩატარების საშუალებას ადგილზე (რაც უფრო ლოგიკური იქნებოდა), ხოლო ეს ინფორმაცია შეიძლება უკეთესად (ბევრად უფრო კვალიფიციურად) გაანალიზდეს ცენტრალურ დონეზე და რეგულარულად (უკვე დამუშავებული) მიეწოდოს ტერიტორიული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებს (რომ „ფლობდნენ ვითარებას ადგილზე“ პასიურად მაინც).

საერთოდ არ არის გააზრებული აივ ინფიცირებულის ინფორმირების მნიშვნელობა და პროცესი:

- არ არსებობს არავითარი პროცედურა ან სტანდარტი, რომელიც განსაზღვრავს ვინ და როგორ ატყობინებს დადასტურებაზე მიმართვის შედეგს (დადებითს ან უარყოფითს) კონფიდენციალობის დაცვით
- დადასტურების დადებითი პასუხის შემთხვევაში პიროვნების ინფორმირების მომენტი არასაკმარისად გამოიყენება ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ეპიდკვლევისთვის, ანუ იკარგება ერთადერთი შანსი (თუ არ ჩავთლით საპატიმროებს), აივ ინფექცია არ დარჩეს ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიღმა

ეს ნაკლებად ეხება იმ შემთხვევებს, როცა პიროვნება უშუალოდ მიმართავს დამადასტურებელ დაწესებულებას და იქვე პირადად ღებულობს პასუხს გამოკვლევის შესახებ. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში (როცა სისხლი იგზავნება პერიფერიიდან), ინფორმირება ხდება სხვადასხვა გზით და, როგორც წესი, ასეთ დროს კონფიდენციალობა სრულად დარღვეულია.

რაც შეეხება აივ ინფექციის შემთხვევების ეპიდკვლევას, არ არის ნათელი, რას ემსახურება და რამდენად მიზანშეწონილია (ხარჯთ-ეფექტურია) მისი წარმოება. დღეს ეს ფუნქცია ფორმალურად არსებობს და მათი

განხორციელება შედის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების კომპეტენციაში (ნაგულისხმევი სახით). მართლაც, რომ მოინდომონ მათ თითოეულ დადასტურებულ შემთხვევაზე ეპიდკვლევის ჩატარება, შეტყობინების ფორმა ამის არავითარ საშუალებას არ იძლევა. კვლევამ აჩვენა, რომ დადასტურებულ შემთხვევაზე შეტყობინების ფორმა (#58/4) არ იქნა ნაპოვნი გამოკვლეული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებში.

ფაქტია, რომ აივ ინფექციის ეპიდკვლევის დანიშნულება გააზრებას მოითხოვს; უნდა აიწონ-დაიწონოს რამდენად გამართლებულია მისი ჩატარება დაბალი პრევალენტობის ან კონცენტრირებული ეპიდემიის დროს, როდესაც ეპიდემია ძირითადად მაღალი რისკის ჯგუფებშია. მოსაფიქრებელია, შესაძლებელია თუ არა მისი შეთავსება კონსულტირების

კითხვები, რომლებიც უპასუხოდაა დარჩენილი და, რომლებზეც პასუხის გარეშე შეუძლებელია გამართული სისტემის შემქნა:

- რა მიზანს ემსახურება აივ ინფექციის ეპიდკვლევა? მიზნიდან გამომდინარე, რომელი მიდგომაა ოპტიმალური?
- არის თუ არა მიზანშეწონილი შიდსის ეპიდზედამხედველობა ემყარებოდეს შემთხვევების კლინიკური ნიშნებით დადგენას?
- რა ბერკეტების გამოყენებით შეიძლება პირველად რგოლში ხარისხიანი მონაცემების შეგროვება და ანგარიშგება?
- არის თუ არა გამართლებული და შესაძლებელი დადასტურების ფუნქციის „დემონოპოლიზაცია“?



III. ინსტიტუციური შეფასება

ფუნქციასთან და აქცენტირება აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკაზე, ვიდრე ინფექციის წყაროს დადგენაზე (რაც პრაქტიკულად შეუძლებელია სექსის მუშაკებსა და ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლებში).

მხოლოდ ასეთი კონცეპტუალური გააზრების შემდეგ შესაძლებელია მსჯელობა იმაზე, თუ ვინ შეიძლება და რა სახით აიღოს ინფორმირების, კონსულტირებისა და ეპიდკვლევის ფუნქციები ისე, რომ დაცული იყოს კონფიდენციალობა და გათვალისწინებული იყოს სტიგმატიზაციის საშიშროება.

ასეთი კონცეპტუალური გააზრებისას საჭირო იქნება კვლევის ხელმისაწვდომობის საკითხის განხილვაც, განსაკუთრებით დადასტურებასთან დაკავშირებით. შეიძლება ბევრად უფრო მოხერხებული იყოს დადასტურების, და მასთან მიმართული კონსულტირებისა და ეპიდკვლევის „გატანა“ რეგიონალურ დონეზე (ანუ დეცენტრალიზაცია). შემდეგ გადასაწყვეტი იქნება, ვინ შეიძლება იკისროს ეს ფუნქცია, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ტერიტორიულმა სამსახურმა, სისხლის გადასხმის სადგურმა თუ სხვა სამედიცინო დაწესებულებამ (სტიგმატიზაციის საფრთხის გათვალისწინებით). არსებული პრაქტიკა, როცა დადასტურების შემდეგ პიროვნებასთან კონტაქტში შედის მესამე (ან მეტი) პირი, რაც დისკომფორტს უქმნის პიროვნებას კონფიდენციალობის დარღვევის გამო, შეიძლება შეიცვალოს, თუ ეს კონტაქტი შემოიფარგლება მხოლოდ ორ პირის ურთიერთობით.

კვლევამ აჩვენა, რომ ტექნიკური საშუალებების მხრივ (როგორც მოსალოდნელი იყო), სიტუაცია დამაკმაყოფილებელია ცენტრალურ დონეზე, მაგრამ რესურსების დეფიციტია პერიფერიაზე. საგრძნობი ინვესტიციის გარეშე (რისი მიზანშეწონილობა ცალკე გათვლებს მოითხოვს) გამორიცხულია ინფორმაციისა და კომუნიკაციის თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით პირველად რგოლში ინფორმაციის რეგისტრაცია და გადაცემა. თუ არ გახდება აუცილებელი პირველად რგოლში ყველა ტესტირებულზე (სწრაფი/მარტივი მეთოდით) მონაცემების რეგისტრაცია და გადაცემა, ასეთი თანამედროვე ტექნოლოგიის საჭიროება არც არსებობს. მთავარია ის, რომ შემთხვევების დამადასტურებელს და დკსჯეც-ს გააჩნია საკმარისი ტექნიკური საშუალება ელექტრონულ ფორმატში ინფორმაციის გადაყვანის, დამუშავება და ანალიზისათვის. თუ საჭირო გახდება რეალურ (on line) რეჟიმში მომუშავე საინფორმაციო სისტემის ამოქმედება, მაშინ საჭირო იქნება დამატებითი ინვესტიცია.

და ბოლოს, კვლევამ აჩვენა, რომ ეპიდზედამხედველობის ღონისძიებები, რაც უკავშირდება ინფორმაციულ ნაკადებს, პრაქტიკულად პირდაპირ არ ფინანსდება არც ერთი წყაროდან და რეალური ხარჯების ტვირთი დაკისრებული აქვთ მონაწილე მხარეებს. გაუმჯობესებული სისტემის დიზაინის ეტაპზე ეს გარემოება გასათვალისწინებელია - **თუ მკვეთრად გაიზრდება ინფორმაციის შეგროვება-გადაცემასთან დაკავშირებული დატვირთვა მონაწილე მხარეებზე, შეიძლება გარდაუვალი გახდეს ხარჯების ნაწილის დაფინანსება მაინც.**

ეპიდზედამხედველობის მატერიალურ ტექნიკური ბაზა და ფინანსური სახსრების საჭიროება შეიძლება მკვეთრად გაიზარდოს, თუ მოიმატებს პირველადი გამოკვლევების რაოდენობა და, სავარაუდოდ, სწრაფი/მარტივი მეთოდით სეროპოზიტიური შემთხვევების დადასტურების აუცილებლობა. ასეთ შემთხვევაში ისევ აქტუალური ხდება დადასტურების ფუნქციის ცენტრალურ დონეზე შენარჩუნებისა და რეგიონალურ დონეზე „გატანის“ საკითხი (რომელსაც შეეცხეთ ზემოთ გარემო ფაქტორების ანალიზისას).



2 SWOT ანალიზი

საჭიროებებისა და ფაქტორების ანალიზის შედეგები შეიძლება დაჯგუფდეს ოთხ კატეგორიად SWOT ანალიზის მეთოდოლოგიით (იხ. ილუსტრაცია 6 ქვემოთ).

არ არის გასაკვირი, რომ ჩამონათვალი მარჯვენა სვეტში (ურყოფითი ფაქტორები/მხარეები) უფრო ვრცელია, ვიდრე დადებითი/ძლიერი მხარეები.



ილუსტრაცია 6: აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის SWOT ანალიზი

	დადებითი	უარყოფითი
	ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
მბდა	- ანალიზისა და აივ ეპიდემიის შესახებ ანგარიშების წარმოების ფუნქცია დაეკისრა პროფილურ საჯარო დაწესებულებას, რომელსაც საკმარისი პროფესიული და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი გააჩნია - ქვეყანაში არსებობს ბიოლოგიური და ქცევითი კვლევის გამოცდილება და ტექნიკური რესურსები. - საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობა დაბალია - მონაწილე მხარეები დაინტერესებული და მოტივირებული არიან სისტემის განახლებით	- არ არსებობს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ერთიანი კონცეპტუალური ჩარჩო - პრაქტიკულად არ არსებობს ვერტიკალური სუბორდინაციის ან ანგარიშგების სისტემა ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე სახელმწიფო სტრუქტურებს (სამსახურებს) შორის - ინფორმაციული ნაკადები, დაწყებული პირველადი რეგისტრაციიდან დამთავრებული ანალიზით არ არის სტანდარტიზებული - დღეს გამოყენებული ინფორმაციის შეგროვებისა და ანგარიშგების წესები და ფორმები ტექნიკურად გაუმართავია და პრაქტიკულად უსარგებლოა სრულფასოვანი ანალიზისათვის - პირველად რგოლში სამედიცინო დაწესებულებებს არ გააჩნიათ საკმარისი რესურსები და დაინტერესება ხარისხიანად შეაგროვონ და გადასცენ ეპიდზედამხედველობისათვის საჭირო ინფორმაცია - სათანადოდ არ გამოიყენება ინფორმირების ელემენტი კონსულტირებისა და მომავალში ეპიდზედამხედველობის სხვა ღონისძიებების გასატარებლად



გარეთა	შესაძლებლობები	საფრთხეები
	- ქვეყნის საერთაშორისო ვალდებულებები, როგორც ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტებში აივ ეპიდზედამხედველობის რეალურად ასახვის წინაპირობა - დკსჯეც-ის რეგიონალური სტრუქტურების ამოქმედება ქმნის აივ ეპიდზედამხედველობისათვის საკვანძო ფუნქციების სუბ-ნაციონალურ დონეზე თავმოყრის შესაძლებლობას - აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ინტეგრაცია სხვა გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის სისტემაში (ერთიანი ეპიდზედამხედველობის სისტემის შემქმნა) - საერთაშორისო პარტნიორების მხარდაჭერა და დაგროვილი საერთაშორისო გამოცდილება თანამედროვე ეპიდზედამხედველობის მეთოდოლოგიის სტანდარტიზაციის, ქვეყნისთვის მისასადაგებლად და დასანერგად	- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დერეგულირება და ჯანდაცვის ბაზარზე სტანდარტიზებული აღრიცხვიანობისა და ანგარიშგების დანერგვის შეზღუდული შესაძლებლობები („ხელსაწყოების“ სიმწირე სახელმწიფოს არსენალში) - ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის მართვის სისტემაში დაუსრულებელი ცვლილებები (ორგანიზაციულ-ფუნქციური გადაწყობები) - გაუმართავი საკანონმდებლო პრაქტიკა, რომელიც იტანს აუცილებელი სამართლებრივი ნორმების არარსებობას, კონფლიქტურობას ან უადგილობას - საჯარო პოლიტიკაში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღების პრაქტიკის არ არსებობა და, შესაბამისად, დაბალი მოთხოვნილება არგუმენტებზე/ინფორმაციაზე - შესაძლებელია ტესტირების რაოდენობის მატება და, დადასტურების დეცენტრალიზაციის შემთხვევაში, ინფორმაციული ნაკადების/წყაროების გაზრდა, რაც რთულად განსახორციელებელია თანამედროვე საინფორმაციო - კომუნიკაციური სისტემის გამოყენების გარეშე



IV. დასკვნა და რეკომენდაციები

1 დასკვნები

დღეს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა აკმაყოფილებს ქვეყნის შიდა მოთხოვნილებებს და, ნაწილობრივ, საგარეო ვალდებულებებით განპირობებულ მოთხოვნილებასაც, რას სრულებით არ ნიშნავს, რომ იგი განახლება/გაუმჯობესებას არ საჭიროებს:

- სისტემის ფუნქციონირებაში მონაწილე მხარეები უკმაყოფილო არიან არსებული ვითარებით და სურთ მისი გაუმჯობესება
- ახლო მომავალში მოსალოდნელია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობაზე მოთხოვნილების მატება (შიდა მოხმარებისათვის)
- სრულად არ არის შესრულებული საერთაშორისო ვალდებულებები

აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში თვისობრივ განახლებას ძირითადად საჭიროებს:

- ინფორმაციული ნაკადების მართვა და ანალიზი
- ეპიდკვლევისა და კონსულტირების მექანიზმები

ყველა ეს ძირითადი თუ ნაკლებად მნიშვნელოვანი თვისობრივი განახლება უნდა ემსახურებოდეს (ძირითადი მოთხოვნები განახლებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიმართ):

- კონფიდენციალობის პრინციპის რეალურად დაცვას
- გადაწყვეტილების მისაღებად სანდო და ტექნიკურად გამართული ინფორმაციის (მტკიცებულებების) გენერირებას

ჩარევების მხრივ ყველაზე პრიორიტეტულია:

- ქვეყანაში აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის კონცეპტუალური ჩარჩოს შემუშავება ყველა დაინტერესებული მხარის მონაწილეობით - პასუხი უნდა გაეცეს ყველა ღია დატოვებულ საკვანძო შეკითხვას და შეიქმნას საფუძვლები, რომელიც განსაზღვრავს თავად სისტემის ძირითად მახასიათებლებს და მისი დანერგვა-ფუნქციონირების გეგმას
- კონცეპტუალური გააზრების საფუძველზე აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციური და ორგანიზაციული მოწყობა და ნორმატიულ სივრცეში ასახვა
- ეპიდზედამხედველობის ყველა ფუნქციის/ლონისმიერების სტანდარტიზაცია ქვეყნის შესაძლებლობებთან მისადაგებული მეთოდოლოგიის შემუშავებით, ტექნიკური პერსონალის მომზადებითა და სტანდარტების დაცვაზე მუდმივი ზედამხედველობით

მხოლოდ ამ ორი ჩარევის განხორციელების შემდეგ არის შესაძლებელი თანამედროვე ინფორმაციულ-ანალიტიკური სისტემის დანერგვა, რომელიც დაეხმარება ყველა მონაწილე მხარესა და ძირითად მომხმარებელს - დეკლარაციას აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობით გათვალისწინებული ფუნქციების უკეთ შესრულებაში.



2 რეკომენდაციები

რეკომ 1: მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო განეკუთვნება დაბალი პრევალენტობის ქვეყანას, სასურველია აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემა შეიქმნას კონცენტრირებული ეპიდემიის სტატუსის მქონე ქვეყნების მოთხოვნების გათვალისწინებით, რაც გულისხმობს:

- 1.1) მაღალი რისკის ჯგუფებში ქცევითი ფაქტორების და აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებლის ცვლილებაზე მონიტორინგს
- 1.2) მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ სუბპოპულაციურ ჯგუფებში ქცევითი რისკ ფაქტორების გამოვლენასთან ერთად ზოგად პოპულაციასთან მათი კავშირების დადგენას

რეკომ 2: აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ტექნიკურ მეთოდოლოგიური მახასიათებლების განსაზღვრამდე აუცილებელია სისტემის კონცეპტუალური გააზრება ყველა დაინტერესებული მხარის მიერ იმ ნაკლოვანებისა და გამოცდილების გათვალისწინებით, რაც გამოიკვეთა კვლევის შედეგად. კონცეპტუალურმა ჩარჩომ:

- 2.1) პასუხი უნდა გასცეს რამოდენიმე კითხვას, რომელიც ეხება ლიბერალური ჯანდაცვის ბაზარზე მონაწილე მხარეთა სიმრავლისა, დერეგულირებისა და დეცენტრალიზაციის პირობებში ლაბორატორიული კვლევის ხარისხის კონტროლს, ნებაყოფლობით კონსულტირების ორგანიზებასა და ინფორმაციული ნაკადების მართვას
- 2.2) უნდა განმარტოს აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის სისტემის სხვა გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის სისტემაში რეალური ინტეგრაციის ან გამიჯვნის მიზანშეწონილობა და შესაძლებლობა (შესრულებადობა)
- 2.3) უნდა დააფიქსიროს მკაფიოდ სახელმძღვანელო პრინციპები და მიდგომები, რის მიხედვითაც გაკეთდება არჩევანი ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობის ალტერნატივებს შორის
- 2.4) უნდა განსაზღვროს ის წესები (ნორმები), რომლის საფუძველზე გადაისინჯება კანონმდებლობა

რეკომ 3: აუცილებელია ინფორმირების, კონსულტირებისა და ეპიდკვლევის ფუნქციების „ერთ ჭერ ქვეშ“ მოქცევის შესაძლებლობისა და მიზანშეწონილობის განხილვა, განსაკუთრებით პერიფერიაზე. სასურველია მათ ერთ ჭერ ქვეშ „დაბინავების“ შემდეგ შემთხვევების დადასტურების დეცენტრალიზაციის საკითხის გაანალიზება და გადაწყვეტილების მიღება:

- 3.1) ნებისმიერ შემთხვევაში, ეპიდზედამხედველობის განახლებული სისტემა უნდა ერგებოდეს მონაწილე მხარეთა სიმრავლეს (მათ შორის დამადასტურებელი დაწესებულების) არარეგულირებად ჯანდაცვის ბაზარზე



- 3.2) დადასტურების შედეგზე ინფორმირება, პოსტ-ტესტ კონსულტირება და ეპიდკვლევა სასურველია განახორციელოს ერთმა სუბიექტმა, რაც გაადვილებს კონფიდენციალობის დაცვას და ნდობის დამყარებას აივ ინფიცირებულსა და ეპიდზედამხედველობის სისტემას შორის

რეკომ 4: კონცეპტუალური გააზრების შემდეგ ნორმატიული აქტების გადასინჯვისას აუცილებელია, რომ:

- 4.1) აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის საკითხები გამოკვეთილად დაფიქსირდეს ყველგან, სადაც მათი გაერთიანება/ინტეგრაცია სხვა დაავადებების ეპიდზედამხედველობასთან არ არის მიზანშეწონილი (კონცეპტუალური ჩარჩოს თანახმად)
- 4.2) ყველგან, სადაც განისაზღვრება ერთი მხარის (სუბიექტის) ვალდებულება, მკაფიოდ განისაზღვროს ადმინისტრირების მექანიზმი (ანუ რა ელის სუბიექტს, თუ ვალდებულებას არ შეასრულებს, რა ფორმით ხდება ანგარიშგება ან ვალდებულების შესრულების შეფასება, რა საპასუხო ვალდებულება აქვს მეორე მხარეს და ა.შ.)

რეკომ 5: ინფორმაციული ნაკადების ტექნიკური მახასიათებლებისა და მართვის დაგეგმვისას სასურველია, რომ

- 5.1) ჯერ მკაფიოდ განისაზღვროს ანალიტიკური პროდუქტების ფორმატი და შინაარსი (შიდა და გარე მოხმარებისთვის რაოდენობრივ მახასიათებელთა მატრიცა დეზაგრეგაციის ცვლადებით), და მხოლოდ ამის შემდეგ შედგეს მონაცემების პირველადი რეგისტრაციისა და გადაცემის მეთოდური ინსტრუქციები და ხელსაწყოები
- 5.2) ძირითადი ინდიკატორების შექმნის სახელმძღვანელოს თანახმად (UNAIDS, 2007), ქვედა დონიდან ზედა დონეზე მონაცემთა ანგარიშგება მოხდეს ისეთივე დეზაგრეგირებული ფორმით, როგორი ფორმითაც მონაცემები გროვდება ქვედა დონეზე.

რეკომ 6: ინფორმაციული ნაკადების დაგეგმვისას უმჯობესია მინიმალურად დაიტვირთონ პირველადი რგოლები, რადგან არ არსებობს მათი წახალისების, შესრულებული სამუშაოს ხარისხის გაკონტროლების ან ადმინისტრაციული მართვის ბერკეტები; ტექნიკური თვალსაზრისით ეს ნიშნავს:

- 6.1) ინფორმაციის შეგროვების მაქსიმალურად გამარტივებულ ფორმატს (მინუმამდე შემცირდეს იმ ცვლადების რაოდენობა, რომელთა რეგისტრაცია და შემდგომში გადაცემა მოუწევთ ამ დაწესებულებებს) ქაღალდამატარებელზე
- 6.2) მონაცემების ელექტრონულ ბაზაში შეყვანის ინტერფეისი თავიდან იყოს ცენტრალიზებული (ანუ ერთ ადგილზე იყრიდეს თავს ინფორმაცია ქაღალდმატარებელზე) და, მხოლოდ ხარჯთ-ეფექტიანობისა და ხარისხის არგუმენტების გათვალისწინებით, მოხდეს ამ ფუნქციის დეკონცენტრაცია



- 6.3) საწყის ეტაპზე გამოვლენის მაჩვენებლის (detection rate)-ის გამოთვლა მოხდეს მხოლოდ გარკვეულ სუბ-პოპულაციებში (მაგ. ორსულები, ტუბერკულოზით დაავადებულები და სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში პატიმრები), ვინაიდან სხვა სამედიცინო დაწესებულებებიდან ყველა პირველად კვლევაზე დეზაგრეგირებული სახით სრულყოფილი ინფორმაციის მიღება არარეალურია; მომავალში, ყოველთვის შეიძლება სხვა სუბ-პოპულაციებზე ჩატარებული ყველა ტესტირების მონაცემების დამატება ძირითადი საინფორმაციო ნაკადისთვის



V. დანართები



დანართი #1 ჩაღრმავებული ინტერვიუს კითხვარი ძირითადი ინფორმანტებისათვის

შესავალი

მე მქვია XXXXX.

თქვენ მონაწილეობთ შეფასებაში, რომელიც ტარდება საერთაშორისო ფონდი კურაციის მიერ გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაძლიერების პროგრამის ფარგლებში. აღნიშნული შეფასების მიზანია ხელი შეუწყოს აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესებას საქართველოში. დღეს 30 წუთის განმავლობაში მინდა ვისაუბროთ იმაზე, თუ რას ფიქრობთ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შესახებ, კერძოდ თუ როგორია ამ სისტემის ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა, ვინ არიან მონაწილე და დაინტერესებული მხარეები, რა მიღწევებია აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების მხრივ და რა უნდა გაუმჯობესდეს ამ მიმართულებით.

მე შეგახსენებთ თქვენს უფლებას ნებაყოფლობით მიიღოთ მონაწილეობა ამ ინტერვიუში. ამ ინტერვიუში გაზიარებული ინფორმაცია სრულად კონფიდენციალურია.

თქვენ შეგიძლიათ არ გაცეთ პასუხი რომელიმე თქვენთვის არასასურველ შეკითხვას ინტერვიუს დროს ან ნებისმიერ დროს შეწყვიტოთ მონაწილეობის მიღება.

პრაქტიკული მიზნებიდან გამომდინარე მოხდება ინტერვიუს მსვლელობის აუდიოჩაწერა, რომლის საფუძველზეც მომზადდება აუდიოჩანაწერების ტრანსკრიპტი. კონფიდენციალურობის დაცვის მიზნით 6 თვის შემდეგ ჩანაწერი განადგურდება. ტრანსკრიპტიდან ამოღებული იქნება თქვენი სახელი და სხვა პირადი ინფორმაცია. ამ შეფასების შედეგები შეიძლება გამოყენებული იყოს პუბლიკაციებისთვის, მაგრამ წარმოდგენილი იქნება იმგვარად, რომ არ მოხდეს მონაწილეთა სახელების იდენტიფიცირება.

მე მაქვს რამოდენიმე სპეციფიური შეკითხვა, რომლებსაც გამოვიყენებ ამ ინტერვიუს დროს. მინდა დავიწყო აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ორგანიზაციულ ფუნქციური მოწყობის საკითხით;

ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა

1. პირველ რიგში, გთხოვთ აღწეროთ თუ რა ფუნქციებია განსაზღვრული (გააზრებული, ჩამოყალიბებული, გაწერილი) აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემის ფარგლებში? ჩვენთვის ასევე საინტერესოა ინფორმაცია იმ პროგრამების (სახელმწიფო თუ დონორების მიერ დაფინანსებული) შესახებ, რომელთა ფარგლებშიც ხდება ამ ფუნქციების განხორციელება.

გადავითხეთ რათა დარწმუნდეთ, რომ რესპონდენტი საუბრობს საერთაშორისო პრაქტიკაში განხორციელებად ყველა ძირითად ფუნქციაზე. ინტერვიუს მსვლელობაში მკაფიო პასუხი უნდა მივიღოთ არის თუ არა კონკრეტულად განსაზღვრული/ გაწერილი და ხორციელდება თუ არა თითოეული ეს ფუნქცია, რომელ დონეზე (ადგილობრივი, რეგიონული, ცენტრალური) და რომელი პროგრამის ფარგლებში:

ფუნქციები:



- შემთხვევათა ანგარიშგება
- აიკ ტესტირება/ სეროზედამედველობა
- სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები
- მაღალი რისკის მქონე პოპულაციის ჯგუფების ზომის განსაზღვრა
- დაავადების რეგისტრი და კოჰორტული კვლევა
- მონაცემების ანალიზი
- ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება

ფუნქციები შესაძლოა განსაზღვრული/ გაწერილი იყოს:

- სამინისტროს ბრძანებები
- გაიდლაინები/ მეთოდური მითითებები

2. ახლა, გთხოვთ ვისაუბროთ თუ რა ხარვეზები/პრობლემები/ წინააღმდეგობები აღინიშნება თითოეული არსებული ფუნქციის განხორციელების თვალსაზრისით?

გადავითხეთ რათა დარწმუნდეთ, რომ რესპონდენტი საუბრობს თითოეულ ძირითად ფუნქციაზე (კითხვა 1), როგორც დონეების (ადგილობრივი, რეგიონული, ცენტრალური) ასევე ცალკეული პროგრამის ფარგლებში. თითოეული ფუნქცია განხილული უნდა იყოს ცალკეული კომპონენტების მიხედვით:

- შემთხვევათა ანგარიშგება
 - იდენტიფიკაცია, რეგისტრაცია (შემთხვევათა სტანდარტული განსაზღვრება)
 - ანგარიშგება
 - ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია
 - პროვაიდერთა ცოდნის დონე
 - მოსახლეობის განათლება
- აიკ ტესტირება/ სეროზედამედველობა
 - ლაბორატორიული ტესტირების მეთოდოლოგია
 - ინფრასტრუქტურა და სხვა მატერიალური რესურსები
 - ადამიანური რესურსები, მათი ცოდნის დონე
 - ხარისხის უზრუნველყოფა (შიდა და გარე)
- სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები
 - არსებობს თუ არა კვლევათა კატალოგი (ანუ ქვეყანაში ჩატარებული ყველა კვლევის ჩამონათვალი მოკლე აღწერილობით)



- ეროვნული ინსტიტუტებისა და ადამიანური რესურსების ტექნიკური შესაძლებლობები
- ეროვნული ინსტიტუტების ჩართულობა
- ინსტიტუციონალიზაცია
- მაღალი რისკის მქონე პოპულაციის ჯგუფების ზომის განსაზღვრა
 - სტიგმა, არახელშემწყობი ლეგალური გარემო
 - ტექნიკური/ მეთოდოლოგიური სირთულეები
- დაავადების რეგისტრი და კოჰორტული კვლევა
 - გეოგრაფიული მოცვა
 - დაკვირვებიდან გამოთიშვა
- მონაცემების ანალიზი
 - ინსტიტუტებისა და ადამიანური რესურსების ტექნიკური შესაძლებლობები
 - კომპიუტერული უზრუნველყოფა
- ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება
 - უკუკავშირი
 - პოლიტიკის შემუშავება
 - პროგრამების დაგეგმვა და განხორციელება

3. ვინ არიან აივ/შიდსის ზედამხედველობის სისტემაში მონაწილე ძირითადი მხარეები?

გადავითხეთ რათა დარწმუნდეთ, რომ რესპონდენტი საუბრობს ყველა პოტენციურ მონაწილე მხარეზე ადგილობრივ, რეგიონულ და ცენტრალურ დონეზე. მნიშვნელოვანია გავარკვიოთ თუ როგორია თითოეული მონაწილე მხარის ორგანიზაციული მოწყობა და ადმინისტრაციული დაქვემდებარება (მონაწილე მხარეთა ადმინისტრაციული დაქვემდებარების უკეთ წარმოსაჩენად ააგეთ სუბორდინაციის მარტივი გრაფიკული სქემები, შესაძლებელია სხვადასხვა ფუნქციისთვის ან პროგრამისთვის უმჯობესი იყოს ცალკე სქემის წარმოდგენა):

- ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი
- ჯანდაცვის სამინისტრო
- შიდსის ცენტრი
- შიდსის ცენტრალური რეფერალური ლაბორატორია



- დავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი (ამ სტრუქტურაში ამჟამად არსებული სამედიცინო სტატისტიკის ყოფილი ცენტრი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყოფილი დეპარტამენტი)
- სისხლის გადასხმის ცენტრალური სადგური
- პენეტენციალური სისტემის შესაბამისი სამსახური
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სახელმწიფო პროგრამა
- ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
- ნარკომანიის პრევენციისა და კონტროლის სახელმწიფო პროგრამა
- არასამთავრობო ორგანიზაციები
- რაიონული/რეგიონული დონის ლაბორატორიები
- პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებები
- საავადმყოფოები
- რაიონული/რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები
- სისხლის გადასხმის რაიონული/რეგიონული სადგურები
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების კლინიკები
- ქალთა კონსულტაციები
- სხვ.

4. როგორაა განაწილებული აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ფუნქციები და შესაბამისი პასუხისმგებლობები მონაწილე მხარეებს შორის დღეისათვის ქვეყანაში განხორციელებული პროგრამების მიხედვით?

გადავითხეთ ყველა მონაწილე მხარეს (შეკითხვა 3) და ყველა ძირითად ფუნქციაზე (შეკითხვა 1). პასუხისმგებლობები შესაძლოა მოიცავდეს: პოლიტიკის შემუშავებას, პროგრამულ დაგეგმვას, დაფინანსებას, განხორციელებას, ტექნიკურ დახმარებას, ზედამხედველობას, მონიტორინგს და შეფასებას, ხარისხის უზრუნველყოფას, და ა.შ. შეეცადეთ პასუხი გაცემული იყოს შემდეგი ფორმატის მიხედვით:

მონაწილე მხარე	პასუხისმგებლობა ცალკეული ფუნქციის მიხედვით (უნდა მიეთითოს თუ ეს პასუხისმგებლობა განსაზღვრულია რომელიმე კონკრეტული პროგრამის ფარგლებში)						
	შემთხვევათა ანგარიშგება	აივ ტესტირება	ქცევის კვლევები	მაღალი რისკის სუბპოპულაციების განსაზღვრა	დაავადების რეგისტრი	მონაცემთა ანალიზი	ინფორმაციის გამოყენება



დაინტერესებული მხარეები

5. ვინ არიან აივ/შიდსის ზედამხედველობის სისტემაში დაინტერესებული მხარეები? რა როლი (მომხმარებელი, განმახორციელებელი, ზედამხედველი) აქვთ მათ ზედამხედველობის სისტემის მუშაობაში და რა მოთხოვნები (მაგ. სიმარტივე, საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობა), მოლოდინები (მაგ. გაუმჯობესებული პროგრამირება და მართვა) და მოტივაციები (პროფესიული, ფინანსური) გააჩნიათ? ამ კითხვაზე პასუხი წარმოდგენილი უნდა იყოს შემდეგი ფორმატის მიხედვით:

დაინტერესებული მხარე	როლი ზედამხედველობის სისტემაში	მოთხოვნები	მოლოდინები	მოტივაციები
პროვაიდერები				
ლაბორატორიები				
შაზ ჯანდაცვის ცენტრები				
სამინისტრო და მისი სტრუქტურები				
ინფიცირებულები და პაციენტები				
არასამთავრობო ორგანიზაციები				
შხვ.				

6. ახლა, მინდა გკითხოთ თუ საერთო ჯამში რამდენად კმაყოფილი ხართ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემით?

გადავითხეთ თუ რა არის მთავარი უკმაყოფილების მიზეზი:

- სისტემის ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა
- სისტემის ტექნიკური დიზაინი
- სისტემის ადმინისტრაცია/მართვა
- დაფინანსების სიმწირე
- სხვა

7. წინა კითხვაზე თქვენი პასუხიდან გამომდინარე, რა უნდა შეიცვალოს?

გადავითხეთ თუ რა რეკომენდაციებს მოგვცემდა:

- უახლოესი პერიოდისათვის
- შორეულ პერსპექტივაში

სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგები

8. და ბოლოს გვინდა ვისაუბროთ აივ/შიდსის მხრივ სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგების შესახებ. მოგეხსენებათ, რომ სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი პრიორიტეტებია პრევენცია, ... (ეს სექცია უნდა შეივსოს ეროვნული პოლიტიკის მიმოხილვის დოკუმენტიდან).



გადავითხეთ რამდენად წარმატებულია პროგრესი ამ შედეგების მისაღწევად და რა
შემაფერხებელი თუ ხელშეწყობი ფაქტორები არსებობენ

პრიორიტეტი 1

პრიორიტეტი 2

...

9. მარეგულირებელი გარემოს შეფასების შემდგომ ამ ინტერვიუს კითხვარში უნდა ჩაემატოს
შეკითხვა (ან შეკითხვების კომბინაცია) რომელიც პასუხს გასცემს შემდეგ საკითხს: “არსებობს
თუ არა შესაბამისობა დადგენილ ნორმებსა და რეალობას შორის”.

გმადლობთ სასრგებლო ინფორმაციის მოწოდებისთვის.



დანართი #2 ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი ცენტრალური დონის ინსტიტუტებისათვის

ჩანაწერების მიმოხილვის ინსტრუმენტი

- ჩანაწერების გადახედვა უნდა განხორციელდეს თითოეულ შერჩეულ დაწესებულებაში.
- რესპონდენტის იდენტიფიცირება უნდა მოხდეს დაწესებულების ხელმძღვანელებთან/ წარმომადგენლებთან საწყისი/მოსამზადებელი შეხვედრის დროს შემდეგი კითხვის მეშვეობით: “ვინ არის პასუხისმგებელი აივ/შიდსის შესახებ მონაცემების რეგისტრაციასა და ანგარიშგებაზე თქვენს დაწესებულებაში?”
- პასუხი უნდა გაეცეს თითოეულ შეკითხვას და პასუხები უნდა ჩაიწეროს ინტერვიუერის/ შემფასებლის მიერ შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტის შეფასების შემდგომ.
- უნდა მოხდეს თითოეული სრულად თუ ნაწილობრივ შევსებული რეგისტრაციის ჟურნალის და სტატისტიკური ფორმის ფოტოკოპირება ჩანაწერების გადახედვის დასრულებისთანავე. დაწესებულების დასახელება ასევე უნდა მიეთითოს ფოტოასლზე.

1. ანგარიშგება ქვემდგომი ინსტანციებიდან

1.1 გთხოვთ გვიჩვენოთ თქვენს ცენტრში/ პროგრამაში აივ/შიდსის ეროვნული მასშტაბით რეგისტრირებული შემთხვევები წლების მიხედვით?

წელი	აივ ინფიცირებული	შიდსი
2008		
2007		
2006		
2005		

1.2 გთხოვთ გვიჩვენოთ 2007 წლის შემთხვევების რაოდენობა იმ დაწესებულებების ტიპის მიხედვით სადაც მოხდა შემთხვევების პირველადი რეგისტრაცია

2007 წელი	აივ ინფიცირებული	შიდსი



1.3 გთხოვთ გვიჩვენოთ 2007 წლის შემთხვევების რაოდენობა საინფორმაციო სისტემის იერარქიაში ქვემდგომი ერთეულების/დაწესებულებების ტიპის მიხედვით საიდანაც მიიღეთ ანგარიშები აივ/შიდსის შემთხვევების შესახებ

2007 წელი	აივ ინფიცირებული	შიდსი

1.4 გთხოვთ აღწეროთ, რამდენი სახის და რა ტიპის ანგარიშებს იღებთ აივ/შიდსის შესახებ საინფორმაციო სისტემაში ქვემდგომი ინსტანციებიდან?

ინტერვიუერი აფიქსირებს დაკვირვების შედეგებს:

1.5 შეგიძლიათ გვიჩვენოთ თქვენს მიერ მიღებული აივ/შიდსის შემთხვევების შესახებ ბოლო ანგარიში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

ა) ანგარიში არსებობს

კი არა

თუ კი, როდის, ვის მიერ და როგორ მოხდა ამ ანგარიშის გამოგზავნა

ბ) ანგარიშის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა



თუ კი, რომელი ფორმა _____

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, და სხვ) რაც დაფიქსირებულია ანგარიშში

1.6 არსებობს თუ არა წერილობითი ინსტრუქცია საინფორმაციო სისტემის იერარქიაში ქვემდგომი ერთეულებისათვის თუ სად და როგორ უნდა მოხდეს აივ/შიდსის ანგარიშგება?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

თუ კი, რომელი ანგარიშებს ეხება ეს

1.7 გაქვთ თუ არა იმ ერთეულების/დაწესებულებების სია (მათი კომპეტენციების მითითებით) საიდანაც იღებთ აივ/შიდსის ანგარიშებს?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

1.8 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინი/ მეთოდური მითითება (შესაძლოა იყოს ბრძანების სახით)?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

გაიდლაინი არსებობს

კი არა

თუ კი, რომელი _____

1.9 როგორ ინახება მიღებული აივ/შიდსის ანგარიშები თქვენს ცენტრში?



ინტერვიუერი აღწერს დაკვირვების შედეგებს

2. ანგარიშგება ზემდგომ ინსტანციებში

2.1 შეგიძლიათ გვიჩვენოთ თქვენს მიერ მომზადებული/გაგზავნილი აივ/შიდსის ბოლო ანგარიში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

ა) ანგარიში არსებობს

კი არა

თუ კი, როდის, ვის მიერ და როგორ მოხდა ამ ანგარიშის გაგზავნა

ბ) ანგარიშის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი ფორმა _____

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული მდებარეობა, რისკის ჯგუფი, გადაცემის გზა, და სხვ) რაც ფიქსირდება ანგარიშში

3. ანალიზი

3.1 ხდება თუ არა აივ/შიდსის ეპიდ მონაცემების ანალიზი თქვენს ცენტრში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:



კი არა

თუ კი, როგორია ამ ანალიზის ფორმატი (მაგ. ადგილი, დრო, ინდივიდი)

თუ არა, რა არის ამის მიზეზი

3.2 ხდება თუ არა აივ/ შიდსის ეპიდემიოლოგიური პროფილის ამსახველი პროგრამული/ ეროვნული ტექნიკური ანგარიშის მომზადება ზემოთაღნიშნული ანალიზის საფუძველზე?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

თუ კი, როგორია ამ ანგარიშის ფორმატი (მაგ. სიხშირე/გავრცელება გეოგრაფიული რეგიონის, დროის, რისკ ჯგუფების, სხვა სუბპოპულაციური ჯგუფების, სოციალურ ეკონომიური სტატუსის მიხედვით, და სხვ.)

3.3 თუ კი, ვინ არის ამ ტექნიკური ანგარიშის მომხმარებელი?

4. უკუკავშირი

4.1 რა სახის უკუკავშირი გაქვთ აივ/შიდსის ეპიდზედამედველობის სისტემაში ქვედა საფეხურებზე მყოფ ერთეულებთან/ დაწესებულებებთან?

ინტერვიუერის დაკვირვება (მაგ. ანგარიშების/ ეპიდემიოლოგიური ბიოულექტივების მომზადება და დისემინაცია, კონფერენციების და სამუშაო შეხვედრების ჩატარება, ადგილზე ვიზიტები და ტექნიკური დახმარება, და სხვ)



ინვენტარიზაცია ინსტრუმენტი

5. მატერიალურ ტექნიკური სიმძლავრეები

5.1 რა კომპიუტერულ საშუალებებს ფლობთ თქვენს ცენტრში/პროგრამაში, რომლებიც ემსახურებიან აივ/ შიდსის ეპიდზედამხედველობის მიზნებს?

ინტერვიუერი ავსებს ქვემოთა ცხრილს კომპიუტერულ ტექნიკაზე უშუალო დაკვირვების შემდეგ

აღჭურვილობის დასახელება	მოდელი	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
კომპიუტერი					
მონიტორი					
პრინტერი					
უწყვეტი კვებ ბლკ					
ქსეროქსი					
ფაქსი					

5.2 თუ არსებობს შიდა (ლოკალური) ქსელი, რომელიც ერთმანეთთან აკავშირებს კომპიუტერებს?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

5.3 არის თუ არა კომპიუტერები ჩართული ინტერნეტში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა (გადასვლა 5.7)



5.4 თუ კი, აღწერეთ როგორ არის ჩართული (მაგ. დაკავშირება ხდება სატელეფონო ხაზიდან მოდემის საშუალებით, არსებობს DSL),

5.5 როგორია ინტერნეტთან კავშირის ხარისხი, სიჩქარე?

5.6 რა გიჯდებათ თვეში საშუალოდ ინტერნეტით სარგებლობა?

5.7 თუ კავშირი ინტერნეტთან არ არის, რა არის ამის მიზეზი?

რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტი

6. საკადრო რესურსები

6.1 რა კადრებია დასაქმებული თქვენს დაწესებულებაში ვინც რაიმე სახით მონაწილეობს აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში?

მოცემული ცხრილი უნდა შეივსოს ყველა იმ საშტატო ერთეულებზე, რომლებსაც ფორმალური შეხება აქვთ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებასთან (შემთხვევათა ანგარიშგება, აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა, სარისკო ქცევის შემსწავლელი კვლევები, დაავადებათა რეგისტრი, მონაცემების ანალიზი, ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება)

	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრული	შეთავსება	<45	45–65	>65	<5 წ	>10წ
A	ექიმი										
B	ექთანი										
C	ლაბორანტი										
E	სტატისტიკოსი										
F	ეპიდემიოლოგი										
G	მენეჯერი										
H											



6.2 როგორ შეაფასებდით თქვენი თანმშრომლების პროფესიულ უნარჩვევებს კომპიუტერულ-საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენების და მონაცემების დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ეთანხმები	არ ეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ეთანხმები	ეთანხმები	სრულიად ეთანხმები

a) ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას (ჩართვა, გამორთვა, მარტივი დოკუმენტის შედგენა ტექსტურ პროგრამაში, დოკუმენტის ამობეჭდვა)						
b) ფლობენ საჭირო უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას კომპიუტერული საკომუნიკაციო საშუალებების გამოსაყენებლად (შეუძლიათ ელ ფოსტით სარგებლობა, შეუძლიათ ინტერნეტში მუშაობა)						
c) ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის კარგ უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით (მონაცემთა ბაზის შედგენა (Excel), სტატისტიკური ანალიზი (მაგ. საშუალოს გამოთვლა Excel-ის ბაზაში), მონაცემების გრაფიკული პრეზენტაცია (Excel))						

6.3 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობას?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ეთანხმები	არ ეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ეთანხმები	ეთანხმები	სრულიად ეთანხმები

--	--	--	--	--	--	--



V. დანართები

a) კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ჩვენს დაწესებულებაში						
b) ძალიან გამწვანებულია კვალიფიციური კადრების სამუშაო ადგილზე ხანგრძლივად დაკავება						
c) კადრების დენადობა ხელს გვიშლის აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკვანძო ფუნქციების განხორციელებაში						

6.4 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების მოტივაციას აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში განსახორციელებელ სამუშაოსთან მიმართებაში?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

მოტივირებულები არიან დაკისრებული მოვალეობების/ სამუშაოს შესასრულებლად						
ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს						
ამინებთ დაწესებულების მუშაობაში სიახლეების დანერგვა						



დანართი #3 ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის

ჩანაწერების მიმოხილვის ინსტრუმენტი

- ჩანაწერების გადახედვა უნდა განხორციელდეს თითოეულ შერჩეულ დაწესებულებაში.
- რესპონდენტის იდენტიფიცირება უნდა მოხდეს დაწესებულების ხელმძღვანელებთან/ წარმომადგენლებთან საწყისი/მოსამზადებელი შეხვედრის დროს შემდეგი კითხვის მეშვეობით: “ვინ არის პასუხისმგებელი აივ/შიდსის შესახებ მონაცემების რეგისტრაციასა და ანგარიშგებაზე თქვენს დაწესებულებაში?”
- პასუხი უნდა გაეცეს თითოეულ შეკითხვას და პასუხები უნდა ჩაიწეროს ინტერვიუერის/ შემფასებლის მიერ შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტის შეფასების შემდგომ.
- უნდა მოხდეს თითოეული სრულად თუ ნაწილობრივ შევსებული რეგისტრაციის ჟურნალის და სტატისტიკური ფორმის ფოტოკოპირება ჩანაწერების გადახედვის დასრულებისთანავე. დაწესებულების დასახელება ასევე უნდა მიეთითოს ფოტოასლზე.

1. შემთხვევათა შეტყობინება

მიგიღიათ თუ არა აივ/შიდსის შემთხვევების შესახებ შეტყობინება თქვენს ცენტრში?

კი არა (გადასვლა 1.4)

1.2 თუ კი, გთხოვთ გვიჩვენოთ შემთხვევების რაოდენობა წლების და დაწესებულებების ტიპის მიხედვით?

ა) აივ ინფიცირების შემთხვევები

წელი	სულ	ლაბორატორია	პჯდ	საავადმყოფო	ვენ დისკ	ქალთა კონს	სხვა
2008							
2007							
2006							
2005							

ბ) შიდსის შემთხვევები

წელი	სულ	ლაბორატორია	პჯდ	საავადმყოფო	ვენ დისკ	ქალთა კონს	სხვა
2008							
2007							
2006							
2005							



1.3 იყო თუ არა აივ/შიდსის შემთხვევის შეტყობინება დაწესებულებებიდან სტანდარტული ფორმის გამოყენებით?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

თუ კი, რომელი ფორმით _____

1.4 არსებობს თუ არა წერილობითი ინსტრუქცია თქვენი სამიზნე ტერიტორიაზე არსებული დაწესებულებებისათვის თუ სად და როგორ უნდა მოხდეს აივ/შიდსის შემთხვევების შეტყობინება?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

1.5 გაქვთ თუ არა ცენტრში თქვენს სამიზნე ტერიტორიაზე არსებული ლაბორატორიების განახლებული (2008 წლის) სია მათი კომპეტენციების მითითებით?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

რეგისტრაცია

2.1 შეგიძლიათ თუ არა გვიჩვენოთ სარეგისტრაციო ჟურნალი რომელსაც იყენებთ აივ/შიდსის შემთხვევათა რეგისტრაციისათვის?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) ჟურნალი არსებობს

კი არა

ბ) ჟურნალის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი _____

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, მომართვის თარიღი, და სხვ) რაც ფიქსირდება ჟურნალში შემთხვევის შესახებ



2.2 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის შემთხვევის სტანდარტული განმარტება ცენტრში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

სტანდარტული განმარტება წერილობითი ფორმით არსებობს

კი არა

2.3 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინი/ მეთოდური მითითება
(შესაძლოა იყოს ბრძანების სახით) დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

გაიდლაინი არსებობს

კი არა

თუ კი რომელი _____

2.4 როგორ იწახება აივ/შიდსის შემთხვევების შესახებ რეგისტრირებული მონაცემები (მაგ. იგივე
სარეგისტრაციო ჟურნალი) თქვენს ცენტრში?

ინტერვიუერი აღწერს დაკვირვების შედეგებს

3. ლაბორატორიული ტესტირება/დადასტურება

3.1 კეთდება თუ არა აივ ტესტირება თქვენს ცენტრში?

კი არა (გადასვლა 4.1)

3.2 თუ კი, რომელი მეთოდით?



3.3 მოდის თუ არა ინდივიდი ლაბორატორიული ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებიდან?

კი არა

3.4 იღებთ თუ არა ბიოლოგიურ მასალას ლაბორატორიული ტესტირებისათვის სხვა
დაწესებულებიდან?

კი არა (გადასვლა 4.1)

3.5 რომელი მასალა იგზავნება: _____

3.6 როგორ ხდება ამ მასალის აღება _____

3.7 როგორ ინახავთ ამ მასალას _____

3.8 როგორ ხდება ამ მასალის ტრანსპორტირება _____

3.9 რა ინფორმაციას იღებთ მასალასთან ერთად _____

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) ინფორმაციის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი ფორმა _____

3.10 გაქვთ თუ არა რაიმე ინსტრუქცია თუ როგორ უნდა მოხდეს ბიოლოგიური მასალის აღება,
შენახვა, და გამოგზავნა აივ ტესტირებისათვის?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

3.11 დადებითი ტესტის შემთხვევაში აგზავნით თუ არა მასალას ცენტრალურ რეფერენს
ლაბორატორიაში დადასტურებაზე?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

თუ კი, სად და როგორ ხდება გაგზავნა (ტრანსპორტირება, კონტეინერი, თანმხლები ინფორმაცია)



3.11 გაქვთ თუ არა ინსტრუქციები/ გაიდლაინები თუ როგორ უნდა მოხდეს ლაბ მასალის გაგზავნა დადასტურებაზე?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

3.13 როგორ ხდება ინდივიდის ინფორმირება ტესტის შედეგის შესახებ?

4. ანგარიშგება

4.1 შეგიძლიათ გვიჩვენოთ თქვენს მიერ ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში გაგზავნილი აივ/შიდსის ბოლო ანგარიში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

ა) ანგარიში არსებობს

კი არა

თუ კი, როდის, ვის მიერ და როგორ მოხდა ამ ანგარიშის გაგზავნა _____

ბ) ანგარიშის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი ფორმა _____

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული მდებარეობა, რისკის ჯგუფი, გადაცემის გზა, და სხვ) რაც ფიქსირდება ანგარიშში



5. ანალიზი

5.1 ხდება თუ არა აივ/შიდსის ეპიდ მონაცემების ანალიზი თქვენს ცენტრში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

თუ კი, როგორია ამ ანალიზის ფორმატი (მაგ. ადგილი, დრო, ინდივიდი)

თუ არა, რა არის ამის მიზეზი

5.2 ხდება თუ არა აივ/ შიდსის ეპიდემიოლოგიური პროფილის ამსახველი ტექნიკური ანგარიშის მომზადება ზემოთაღნიშნული ანალიზის საფუძველზე?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

თუ კი, როგორია ამ ანგარიშის ფორმატი (მაგ. სიხშირე/გავრცელება გეოგრაფიული რეგიონის, დროის, რისკ ჯგუფების, სხვა სუბპოპულაციური ჯგუფების, სოციალურ ეკონომიური სტატუსის მიხედვით, და სხვ.)

5.3 თუ კი, ვინ არის ამ ტექნიკური ანგარიშის მომზადებელი?

6. ეპიდ კვლევა

6.1 ატარებთ თუ არა აივ/შიდსის ეპიდ კვლევას შეტყობინების მიღებისას?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა



6.2 შეგიძლიათ გვიჩვენოთ ეპიდ კვლევის ბოლოს შევსებული ბარათი?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს::

ა) ეპიდ კვლევის ბარათი არსებობს

კი არა

ბ) ბარათის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი რომელი _____

გ) ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, კონტაქტები,, და სხვ) რაც ფიქსირდება ეპიდ კვლევის დროს?

6.3 სად და როგორ ინახება შევსებული ეპიდკვლევის ბარათი?

ინტერვიუერის დაკვირვება

6.2 კიდევ სხვა რა საპასუხო ქმედებას ახორციელებთ შეტობინების მიღებისას?

ინტერვიუერის დაკვირვება



7. ტრეინინგი

7.1 თქვენ ან თქვენი ცენტრის თანამშრომლებს გაუვლიათ თუ არა როდესმე ტრეინინგი აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში?

ინტერვიუერი ამის დამადასტურებელი სერტიფიკატების, ტრეინინგის მასალებზე დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

ინვეტარიზაცია/დაკვირვების ინსტრუმენტი

5. მატერიალურ ტექნიკური სიმბლავრები

5.1 რა კომპიუტერულ საშუალებებს ფლობთ თქვენს ცენტრში?

ინტერვიუერი ავსებს ქვემოთა ცხრილს კომპიუტერულ ტექნიკაზე უშუალო დაკვირვების შემდეგ

აღჭურვილობის დასახელება	მოდელი	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
A. კომპიუტერი					
B.					
C.					
D. მონიტორი					
E.					
F.					
G. პრინტერი					
H.					
I. უწყვეტი კვებ ბლკ					
J.					
K. ქსეროქსი					
L.					
M. ფაქსი					
N.					
O.					
P.					

5.2 თუ არსებობს შიდა (ლოკალური) ქსელი, რომელიც ერთმანეთთან აკავშირებს რამდენიმე კომპიუტერს?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა



5.3 არის თუ არა კომპიუტერები ჩართული ინტერნეტში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა (გადასვლა 5.7)

5.4 თუ კი, აღწერეთ როგორ არის ჩართული (მაგ. დაკავშირება ხდება სატელეფონო ხაზიდან მოდემის საშუალებით, არსებობს DSL),

5.5 როგორია ინტერნეტთან კავშირის ხარისხი, სიჩქარე?

5.6 რა გიჯდებათ თვეში საშუალოდ ინტერნეტით სარგებლობა?

5.7 თუ კავშირი ინტერნეტთან არ არის, რა არის ამის მიზეზი?

რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტი

6. საკადრო რესურსები

6.1 რა კადრებია დასაქმებული თქვენს დაწესებულებაში ვინც რაიმე სახით მონაწილეობს აივ/მიდის ეპიდზედამხედველობაში?

მოცემული ცხრილი უნდა შეიცავდეს ყველა იმ საშტატო ერთეულზე, რომელსაც ფორმალური შეხება აქვთ აივ/მიდის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებასთან (შემთხვევათა ანგარიშგება, აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა, სარისკო ქცევის შემსწავლელი კვლევები, დაავადებათა რეგისტრი, მონაცემების ანალიზი, ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება)

	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრული	შეთავსება	<45	45–65	>65	<5 წ	>10წ
A	ექიმი										
B	ექთანი										
C	ლაბორანტი										
E	სტატისტიკოსი										
F	ეპიდემიოლოგი										



	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრული	შეთავსება	<45	45–65	>65	<5 წ	>10წ
G	მენეჯერი										
H											

6.2 როგორ შეაფასებდით თქვენი თანმშრომლების პროფესიულ უნარჩვევებს კომპიუტერულ–საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენების და მონაცემების დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
შრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a)	ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ უნარ–ჩვევებსა და ცოდნას (ჩართვა, გამორთვა, მარტივი დოკუმენტის შედგენა ტექსტურ პროგრამაში, დოკუმენტის ამობეჭდვა)					
b)	ფლობენ საჭირო უნარ–ჩვევებსა და ცოდნას კომპიუტერული საკომუნიკაციო საშუალებების გამოსაყენებლად (შეუძლიათ ელ ფოსტით სარგებლობა, შეუძლიათ ინტერნეტში მუშაობა)					
c)	ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის კარგ უნარ–ჩვევებსა და ცოდნას მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით (მონაცემთა ბაზის შედგენა (Excel), სტატისტიკური ანალიზი (მაგ. საშუალოს გამოთვლა Excel-ის ბაზაში), მონაცემების გრაფიკული პრეზენტაცია (Excel))					

6.3 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობას?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ



V. დანართები

ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ჩვენს დაწესებულებაში						
b) ძალიან გაძნელებულია კვალიფიციური კადრების სამუშაო ადგილზე ხანგრძლივად დაკავება						
c) კადრების დენადობა ხელს გვიშლის აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკვანძო ფუნქციების განხორციელებაში						

6.4 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების მოტივაციას აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში განსახორციელებელ სამუშაოსთან მიმართებაში?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) მოტივირებულები არიან დაკისრებული მოვალეობების/ სამუშაოს შესასრულებლად						
b) ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს						
c) აშინებთ დაწესებულების მუშაობაში სიახლეების დანერგვა						



დანართი #4 ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი შიდსის ლაბორატორიების/ სისხლის გადასხმის სადგურებისათვის

ჩანაწერების მიმოხილვის ინსტრუმენტი

- ჩანაწერების გადახედვა უნდა განხორციელდეს თითოეულ შერჩეულ დაწესებულებაში.
- რესპონდენტის იდენტიფიცირება უნდა მოხდეს დაწესებულების ხელმძღვანელებთან/ წარმომადგენლებთან საწყისი/მოსამზადებელი შეხვედრის დროს შემდეგი კითხვის მეშვეობით: “ვინ არის პასუხისმგებელი აივ/შიდსის შესახებ მონაცემების რეგისტრაციასა და ანგარიშგებაზე თქვენს დაწესებულებაში?”
- პასუხი უნდა გაეცეს თითოეულ შეკითხვას და პასუხები უნდა ჩაიწეროს ინტერვიუერის/ შემფასებლის მიერ შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტის შეფასების შემდგომ.
- უნდა მოხდეს თითოეული სრულად თუ ნაწილობრივ შევსებული რეგისტრაციის ჟურნალის და სტატისტიკური ფორმის ფოტოკოპირება ჩანაწერების გადახედვის დასრულებისთანავე. დაწესებულების დასახელება ასევე უნდა მიეთითოს ფოტოასაზე.

1. შემთხვევათა რეგისტრაცია

1.1 როდესმე გქონიათ თუ არა აივ დადებითი ტესტის შემთხვევა თქვენს დაწესებულებაში?

კი არა (გადასვლა 1.4)

1.2 თუ კი, გთხოვთ გვიჩვენოთ შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით?

წელი	დადებითი ტესტების საერთო რაოდენობა	დადასტურებული ცენტრალურ რეფერენს ლაბორატორიაში
2008		
2007		
2006		
2005		

1.3 შეგიძლიათ თუ არა გვაჩვენოთ სარეგისტრაციო ჟურნალი, რომელშიც მოხდა აივ შემთხვევათა რეგისტრაცია?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) ჟურნალი არსებობს

კი არა

ბ) ჟურნალის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა



თუ კი, რომელი _____

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, მომართვის თარიღი, და სხვ) რაც ფიქსირდება ჟურნალში შემთხვევის შესახებ

1.4 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის შემთხვევის სტანდარტული განმარტება დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

სტანდარტული განმარტება წერილობითი ფორმით არსებობს

კი არა

1.5 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინი/ მეთოდური მითითება (შესაძლოა იყოს ბრძანების სახით) დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

გაიდლაინი არსებობს

კი არა

1.6 როგორ ხდება აივ ინფიცირების შემთხვევების შესახებ რეგისტრირებული მონაცემების (მაგ. იგივე სარეგისტრაციო ჟურნალის) შენახვა დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი აღწერს დაკვირვების შედეგებს

2. ლაბორატორიული ტესტირება/დადასტურება

2.1 კეთდება თუ არა აივ ტესტირება თქვენს დაწესებულებაში?

კი არა (გადასვლა 2.3)

2.2 თუ კი, რომელი მეთოდით?



2.3 მოდის თუ არა ინდივიდი ლაბორატორიული ტესტირებისათვის თქვენს დაწესებულებაში?

კი არა

2.4 იღებთ ბიოლოგიურ მასალას ლაბორატორიული ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებებიდან?

კი არა (გადასვლა 3.1)

2.5 რომელი მასალა იგზავნება: _____

2.6 როგორ ხდება ამ მასალის აღება _____

2.7 როგორ ინახავთ ამ მასალას ტესტირებამდე _____

2.8 როგორ ხდება ამ მასალის ტრანსპორტირება _____

2.9 რა ინფორმაციას იღებთ მასალასთან ერთად _____

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) ინფორმაციის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი ფორმა _____

2.10 გაქვთ თუ არა რაიმე ინსტრუქცია თუ როგორ უნდა მოხდეს ბიოლოგიური მასალის აღება,
შენახვა, და გამოგზავნა აივ ტესტირებისათვის?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

3.11 დადებითი ტესტის შემთხვევაში აგზავნით თუ არა მასალას ცენტრალურ რეფერენს
ლაბორატორიაში დადასტურებაზე?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა



თუ კი, სად და როგორ ხდება გაგზავნა (ტრანსპორტირება, კონტეინერი, თანმხლები ინფორმაცია)

3.11 გაქვთ თუ არა ინსტრუქციები/ გაიდლაინები თუ როგორ უნდა მოხდეს ლაბ მასალის გაგზავნა დადასტურებაზე?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

2.11 რამდენ ხანში და როგორ აწვდით დაწესებულებებს პასუხს ლაბორატორიული ტესტირების შედეგის შესახებ?

2.12 როგორ ხდება ინდივიდების ინფორმირება ტესტის შედეგის შესახებ?

3. შეტყობინება/ ანგარიშგება

3.1 შეგიძლიათ გვიჩვენოთ აივ ინფიცირების შემთხვევის ბოლო შეტყობინება/ ანგარიში, რომელიც გაგიგზავნიან ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) არსებობს თუ არა

შეტყობინება არსებობს	ანგარიში არსებობს
კი არა	კი არა
თუ კი, როდის, სად და როგორ მოხდა გაგზავნა	თუ კი, როდის, სად და როგორ მოხდა გაგზავნა

ბ) ფორმატი

შეტყობინების ფორმატი სტანდარტულია	ანგარიშის ფორმატი სტანდარტულია
კი არა	კი არა
თუ კი, რომელი	თუ კი, რომელი

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, მომართვის თარიღი, და სხვ) რაც ფიქსირდება შეტყობინებაში/ანგარიშში

შეტყობინება	ანგარიში



3.2 გაქვთ თუ არა წერილობითი ინსტრუქცია თუ სად და როგორ უნდა მოხდეს აივ ინფიცირების შემთხვევების შეტყობინება/ანგარიშგება?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი

არა

4. ტრეინინგი

4.1 თქვენ ან თქვენი დაწესებულების თანამშრომლებს გაუვლიათ თუ არა როდესმე ტრეინინგი აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში?

კი

არა

ა) ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

არის თუ არა ამის დამადასტურებელი სერტიფიკატი, ტრეინინგის მასალები

კი

არა

ინვეტარიზაცია/დაკვირვების ინსტრუმენტი

5. მატერიალურ ტექნიკური სიმძლავრეები

5.1 რა კომპიუტერულ საშუალებებს ფლობთ თქვენს დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი ავსებს ქვემოთა ცხრილს კომპიუტერულ ტექნიკაზე უშუალო დაკვირვების შემდეგ

აღჭურვილობის დასახელება	მოდელი	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
A. კომპიუტერი					
B.					
C.					
D. მონიტორი					
E.					
F.					
G. პრინტერი					
H.					
I. უწყვეტი კვებ ბლკ					
J.					
K. ქსეროქსი					
L.					
M. ფაქსი					
N.					
O.					
P.					



5.2 თუ არსებობს შიდა (ლოკალური) ქსელი, რომელიც ერთმანეთთან აკავშირებს რამდენიმე კომპიუტერს?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

5.3 არის თუ არა კომპიუტერები ჩართული ინტერნეტში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა (გადასვლა 5.7)

5.4 თუ კი, აღწერეთ როგორ არის ჩართული (მაგ. დაკავშირება ხდება სატელეფონო ხაზიდან მოდემის საშუალებით, არსებობს DSL),

5.5 როგორია ინტერნეტთან კავშირის ხარისხი, სიჩქარე?

5.6 რა გიჟდებათ თვეში საშუალოდ ინტერნეტით სარგებლობა?

5.7 თუ კავშირი ინტერნეტთან არ არის, რა არის ამის მიზეზი?

რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტი

6. საკადრო რესურსები

6.1 რა კადრებია დასაქმებული თქვენს დაწესებულებაში ვინც რაიმე სახით მონაწილეობს აიკ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში?

მოცემული ცხრილი უნდა შეიცავდეს ყველა იმ საშტატო ერთეულზე, რომელსაც ფორმალური შეხება აქვთ აიკ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებასთან (შემთხვევათა ანგარიშგება, აიკ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა, სარისკო ქცევის შემსწავლელი კვლევები, დაავადებათა რეგისტრი, მონაცემების ანალიზი, ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება)



	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრული	შეთავსება	<45	45–65	>65	<5 წ	>10წ
A	ექიმი										
B	ექთანი										
C	ლაბორანტი										
E	სტატისტიკოსი										
F	ეპიდემიოლოგი										
G	მენეჯერი										
H											

6.2 როგორ შეაფასებდით თქვენი თანმშრომლების პროფესიულ უნარჩვევებს კომპიუტერულ–საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენების და მონაცემების დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ უნარ–ჩვევებსა და ცოდნას (ჩართვა, გამორთვა, მარტივი დოკუმენტის შედგენა ტექსტურ პროგრამაში, დოკუმენტის ამობეჭვდა)						
b) ფლობენ საჭირო უნარ–ჩვევებსა და ცოდნას კომპიუტერული საკომუნიკაციო საშუალებების გამოსაყენებლად (შეუძლიათ ელ ფოსტით სარგებლობა, შეუძლიათ ინტერნეტში მუშაობა)						
c) ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის კარგ უნარ–ჩვევებსა და ცოდნას მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით (მონაცემთა ბაზის შედგენა (Excel), სტატისტიკური ანალიზი (მაგ. საშუალოს გამოთვლა Excel-ის ბაზაში), მონაცემების გრაფიკული პრეზენტაცია (Excel))						



6.3 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობას?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ჩვენს დაწესებულებაში						
b) ძალიან გამძლეებულია კვალიფიციური კადრების სამუშაო ადგილზე ხანგძლივად დაკავება						
c) კადრების დენადობა ხელს გვიშლის აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკვანძო ფუნქციების განხორციელებაში						

6.4 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების მოტივაციას აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში განსახორციელებელ სამუშაოსთან მიმართებაში?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) მოტივირებულები არიან დაკისრებული მოვალეობების/ სამუშაოს შესასრულებლად						
b) ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს						
c) აშინებთ დაწესებულების მუშაობაში სიახლეების დანერგვა						



დანართი #5 ჩანაწერების მიმოხილვა/ ინვენტარიზაცია/ გამოკითხვის ინსტრუმენტი პოლიკლინიკა/ საავადმყოფო/ ვენდისპანსერი/ ქალტა კონსულტაციებისათვის

- ჩანაწერების გადახედვა უნდა განხორციელდეს თითოეულ შერჩეულ დაწესებულებაში.
- რესპონდენტის იდენტიფიცირება უნდა მოხდეს დაწესებულების ხელმძღვანელებთან/ წარმომადგენლებთან საწყისი/მოსამზადებელი შეხვედრის დროს შემდეგი კითხვის მეშვეობით: “ვინ არის პასუხისმგებელი აივ/შიდსის შესახებ მონაცემების რეგისტრაციასა და ანგარიშგებაზე თქვენს დაწესებულებაში?”
- პასუხი უნდა გაეცეს თითოეულ შეკითხვას და პასუხები უნდა ჩაიწეროს ინტერვიუერის/ შემფასებლის მიერ შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტის შეფასების შემდგომ.
- უნდა მოხდეს თითოეული სრულად თუ ნაწილობრივ შევსებული რეგისტრაციის ჟურნალის და სტატისტიკური ფორმის ფოტოკოპირება ჩანაწერების გადახედვის დასრულებისთანავე. დაწესებულების დასახელება ასევე უნდა მიეთითოს ფოტოასლზე.

1. შემთხვევათა იდენტიფიკაცია/ რეგისტრაცია

1.1 როდესმე გქონიათ თუ არა აივ/შიდსის შემთხვევა თქვენს დაწესებულებაში?

კი არა (გადასვლა 1.4)

1.2 თუ კი, გთხოვთ გვიჩვენოთ შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით?

წელი	აივ ინფიცირებული	შიდსი
2008		
2007		
2006		
2005		

1.3 შეგიძლიათ თუ არა გვაჩვენოთ სარეგისტრაციო ჟურნალი, რომელშიც მოხდა აივ/შიდსის შემთხვევათა რეგისტრაცია?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) ჟურნალი არსებობს

კი არა

ბ) ჟურნალის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი _____



გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, მომართვის თარიღი, და სხვ) რაც ფიქსირდება ჟურნალში შემთხვევის შესახებ

1.4 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის შემთხვევის სტანდარტული განმარტება დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

სტანდარტული განმარტება წერილობითი ფორმით არსებობს

კი არა

1.5 გაქვთ თუ არა აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინი/ მეთოდური მითითება (შესაძლოა იყოს ბრძანების სახით) დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

გაიდლაინი არსებობს

კი არა

1.6 როგორ ხდება აივ/შიდსის შემთხვევების შესახებ რეგისტრირებული მონაცემების (მაგ. იგივე სარეგისტრაციო ჟურნალის) შენახვა დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი აღწერს დაკვირვების შედეგებს

2. ლაბორატორიული ტესტირება/დადასტურება

2.1 კეთდება თუ არა აივ ტესტირება თქვენს დაწესებულებაში?

კი არა (გადასვლა 2.3)

2.2 თუ კი, რომელი მეთოდით?



2.3 აგზავნით თუ არა პაციენტს ლაბორატორიული ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებაში?

კი არა

2.4 აგზავნით თუ არა პაციენტის ბიოლოგიურ მასალას ლაბორატორიული ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებაში?

კი არა (გადასვლა 3.1)

2.5 რომელი მასალა იგზავნება: _____

2.6 როგორ ხდება ამ მასალის აღება _____

2.7 როგორ ინახავთ ამ მასალას გაგზავნამდე _____

2.8 როგორ ხდება ამ მასალის ტრანსპორტირება _____

2.9 რა ინფორმაციას აგზავნით მასალასთან ერთად _____

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) ინფორმაციის ფორმატი არის სტანდარტული

კი არა

თუ კი, რომელი ფორმა _____

2.10 გაქვთ თუ არა რაიმე ინსტრუქცია თუ როგორ უნდა მოხდეს ბიოლოგიური მასალის აღება, შენახვა, და გაგზავნა აივ ტესტირებისათვის?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

2.11 რამდენ ხანში და როგორ იღებთ პასუხს ლაბორატორიული ტესტირების შედეგის შესახებ?

2.12 როგორ ხდება პაციენტის ინფორმირება ტესტის შედეგის შესახებ?



3. შეტყობინება/ ანგარიშგება

3.1 შეგიძლიათ გვიჩვენოთ აივ/შიდსის შემთხვევის ბოლო შეტყობინება/ ანგარიში, რომელიც გაგიგზავნიათ ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს შემდეგ კითხვებს:

ა) არსებობს თუ არა

შეტყობინება არსებობს	ანგარიში არსებობს
კი არა	კი არა
თუ კი, როდის, სად და როგორ მოხდა გაგზავნა	თუ კი, როდის, სად და როგორ მოხდა გაგზავნა

ბ) ფორმატი

შეტყობინების ფორმატი სტანდარტულია	ანგარიშის ფორმატი სტანდარტულია
კი არა	კი არა
თუ კი, რომელი	თუ კი, რომელი

გ) დეტალურად ჩამოწერეთ ის მონაცემები (მაგ. სახელი, გვარი, ასაკი, სქესი, მისამართი, გადაცემის გზა, მომართვის თარიღი, და სხვ) რაც ფიქსირდება შეტყობინებაში/ანგარიშში

შეტყობინება	ანგარიში

3.2 გაქვთ თუ არა წერილობითი ინსტრუქცია თუ სად და როგორ უნდა მოხდეს აივ/შიდსის შემთხვევების შეტყობინება/ანგარიშგება?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი არა

4. ტრეინინგი

4.1 თქვენ ან თქვენი დაწესებულების თანამშრომლებს გაუვლიათ თუ არა როდესმე ტრეინინგი აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში?

კი არა



ა) ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

არის თუ არა ამის დამადასტურებელი სერტიფიკატი, ტრეინინგის მასალები

კი

არა

ინვეტარიზაცია/დაკვირვების ინსტრუმენტი

5. მატერიალურ ტექნიკური სიმძლავრეები

5.1 რა კომპიუტერულ საშუალებებს ფლობთ თქვენს დაწესებულებაში?

ინტერვიუერი ავსებს ქვემოთა ცხრილს კომპიუტერულ ტექნიკაზე უშუალო დაკვირვების შემდეგ

აღჭურვილობის დასახელება	მოდელი	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
A. კომპიუტერი					
B.					
C.					
D. მონიტორი					
E.					
F.					
G. პრინტერი					
H.					
I. უწყვეტი კვებ ბლკ					
J.					
K. ქსეროქსი					
L.					
M. ფაქსი					
N.					
O.					
P.					

5.2 თუ არსებობს შიდა (ლოკალური) ქსელი, რომელიც ერთმანეთთან აკავშირებს რამდენიმე კომპიუტერს?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი

არა

5.3 არის თუ არა კომპიუტერები ჩართული ინტერნეტში?

ინტერვიუერი დაკვირვების შედეგად პასუხობს:

კი

არა (გადასვლა 5.7)



5.4 თუ კი, აღწერეთ როგორ არის ჩართული (მაგ. დაკავშირება ხდება სატელეფონო ხაზიდან მოდემის საშუალებით, არსებობს DSL),

5.5 როგორია ინტერნეტთან კავშირის ხარისხი, სიჩქარე?

5.6 რა გიჯდებათ თვეში საშუალოდ ინტერნეტით სარგებლობა?

5.7 თუ კავშირი ინტერნეტთან არ არის, რა არის ამის მიზეზი?

რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტი

6. საკადრო რესურსები

6.1 რა კადრებია დასაქმებული თქვენს დაწესებულებაში ვინც რაიმე სახით მონაწილეობს აივ/მიდის ეპიდზედამხედველობაში?

მოცემული ცხრილი უნდა შეივსოს ყველა იმ საშტატო ერთეულზე, რომლებსაც ფორმალური შეხება აქვთ აივ/მიდის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციების განხორციელებასთან (შემთხვევათა ანგარიშგება, აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა, სარისკო ქცევის შემსწავლელი კვლევები, დაავადებათა რეგისტრი, მონაცემების ანალიზი, ინფორმაციის დისემინაცია და გამოყენება)

	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრული	შეთავსება	<45	45–65	>65	<5 წ	>10წ
A	ექიმი										
B	ექთანი										
C	ლაბორანტი										
E	სტატისტიკოსი										
F	ეპიდემიოლოგი										
G	მენეჯერი										
H											



6.2 როგორ შეაფასებდით თქვენი თანშრომლების პროფესიულ უნარჩვევებს კომპიუტერულ-საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენების და მონაცემების დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას (ჩართვა, გამორთვა, მარტივი დოკუმენტის შედგენა ტექსტურ პროგრამაში, დოკუმენტის ამობეჭდვა)						
b) ფლობენ საჭირო უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას კომპიუტერული საკომუნიკაციო საშუალებების გამოსაყენებლად (შეუძლიათ ელ ფოსტით სარგებლობა, შეუძლიათ ინტერნეტში მუშაობა)						
c) ფლობენ კომპიუტერთან მუშაობის კარგ უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით (მონაცემთა ბაზის შედგენა (Excel), სტატისტიკური ანალიზი (მაგ. საშუალოს გამოთვლა Excel-ის ბაზაში), მონაცემების გრაფიკული პრეზენტაცია (Excel))						

6.3 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობას?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულიად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

--	--	--	--	--	--	--



V. დანართები

a) კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ჩვენს დაწესებულებაში						
b) ძალიან გამწვანებულია კვალიფიციური კადრების სამუშაო ადგილზე ხანგრძლივად დაკავება						
c) კადრების დენადობა ხელს გვიშლის აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკვანძო ფუნქციების განხორციელებაში						

6.4 როგორ დაახასიათებდით თქვენი დაწესებულების საკვანძო ტექნიკური კადრების მოტივაციას აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ფარგლებში განსახორციელებელ სამუშაოსთან მიმართებაში?

ინსტრუქცია: გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული შკალა, რათა მიუთითოთ, თუ რამდენად ეთანხმებით ან არ ეთანხმებით თითოეულ მოსაზრებას. თითოეული პუნქტის გასწვრივ ცალკეული საშტატო ერთეულისათვის სპეციალურად გამოყოფილ გრაფაში მიუთითეთ ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება თქვენს პასუხს. გახსოვდეთ, არ არსებობს ამ კითხვებზე სწორი ან მცდარი პასუხები, დაწერეთ მხოლოდ ის, რაც თქვენ მიგაჩნიათ მართებულად.

1	2	3	4	5
სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არც ვეწინააღმდეგები და არც ვეთანხმები	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები

a) მოტივირებულები არიან დაკისრებული მოვალეობების/ სამუშაოს შესასრულებლად						
b) ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს						
c) აშინებთ დაწესებულების მუშაობაში სიახლეების დანერგვა						



დანართი #6 ფოკუსური დისკუსიის მეთოდური მითითებები

მე მქვია XXXXX.

თქვენ მონაწილეობთ შეფასებაში, რომელიც ტარდება საერთაშორისო ფონდი კურაციის მიერ გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაძლიერების პროგრამის ფარგლებში. აღნიშნული შეფასების მიზანია ხელი შეუწყოს აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესებას საქართველოში. დღეს ?? წუთის განმავლობაში მინდა ვისაუბროთ იმაზე თუ რას ფიქრობთ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შესახებ, კერძოდ თუ როგორია ამ სისტემაში ჩართული პროფესიული კადრების ცოდნა და უნარ-ჩვევები, მოტივაციები და რა უნდა გაუმჯობესდეს ამ მიმართულებით.

მე შეგახსენებთ ფოკუსური ჯგუფების დისკუსიებში მონაწილეობის პროცედურებს და თქვენს უფლებას ნებაყოფლობით მიიღოთ მონაწილეობა ამ კვლევაში. ამ დისკუსიაში გაზიარებული ინფორმაცია სრულად კონფიდენციალურია და არ უნდა გავრცელდეს ჯგუფის გარეთ. შესაბამისად, თქვენი შეხედულებების კონფიდენციალურობა დაცული იქნება თუ ყველა მონაწილე იცავს ამ წესს.

შეგიძლიათ არ გაცეთ პასუხი რომელიმე თქვენთვის არასასურველ შეკითხვას დისკუსიის დროს ან ნებისმიერ დროს შეწყვიტოთ მონაწილეობის მიღება ამ კვლევაში. თუმცა თქვენს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია მონაწილეობის შეწყვეტამდე, გამოყენებული იქნება კვლევის მიზნისთვის, ჯგუფური დისკუსიის ინტერაქტიული თავისებურებიდან გამომდინარე.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე მოხდება დისკუსიის მსვლელობის აუდიოჩაწერა. კონფიდენციალურობის დაცვის მიზნით 6 თვის მანძილზე მოხდება აუდიოჩაწერების ტრანსკრიპტი და შემდეგ ჩანაწერი განადგურდება. ტრანსკრიპტიდან ამოღებული იქნება თქვენი სახელი და სხვა პირადი ინფორმაცია. ამ კვლევის შედეგები შეიძლება გამოყენებული იყოს პუბლიკაციებისთვის, მაგრამ წარმოდგენილი იქნება იმგვარად, რომ არ მოხდეს მონაწილეთა სახელების იდენტიფიცირება.

არის თუ არა ვინმე წინააღმდეგი მოხდეს ჯგუფის აუდიოჩაწერა? (თუ ვინმე წინააღმდეგია გააკეთეთ ხელით ჩანაწერები)

მე მაქვს რამოდენიმე სპეციფიური შეკითხვა, რომლებსაც გამოვიყენებ ამ დისკუსიის დროს. უპირველეს ყოვლისა მსურს თქვენს შესახებ ვისაუბროთ. [მოდერატორი შემდეგ სთხოვს მონაწილეებს დაასახელოონ თავიანთი სახელები, პროფესია და საცხოვრებელი ადგილი].

ახლა კი, მინდა დავიწყო აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართული პროფესიული კადრების ცოდნისა და უნარ-ჩვევები

ცოდნა და უნარ-ჩვევები

1. პირველ რიგში, გთხოვთ ვისაუბროთ იმაზე თუ რამდენად მონაწილეობს თქვენი დაწესებულება აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში? კერძოდ რა ფუნქციების განხორციელება გევალებათ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემის ფარგლებში? ჩვენთვის



ასევე საინტერესოა ინფორმაცია იმ პროგრამების (სახელმწიფო თუ დონორების მიერ დაფინანსებული) შესახებ, რომელთა ფარგლებშიც ხდება ამ ფუნქციების განხორციელება.

გადავითხეთ რათა დარწმუნდეთ, რომ რესპონდენტები საუბრობენ თავიანთი დაწესებულების/ პროგრამის შესაბამის ძირითად ფუნქციებზე. ინტერვიუს მსვლელობაში მკაფიო პასუხი უნდა მივიღოთ არის თუ არა კონკრეტულად ხორციელდება თუ არა თითოეული ეს ფუნქცია და რომელი პროგრამის ფარგლებში. მნიშვნელოვანია ასევე გავარკვიოთ თუ რამდენად ესმით მონაწილეებს თითოეული ამ ფუნქციის შინაარსი (ანუ უნდა საკამრისი არ არის ზედაპირული პასუხი “დიახ ჩვენ ამას ვაკეთებთ”, არამედ უნდა ჩავევითხოთ თუ რას და როგორ აკეთებენ ამ ფუნქციის ფარგლებში).

თითოეულ ფუნქციაზე საუბრისას გადავითხეთ, თუ რამდენად მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ ამ ფუნქციების განხორციელება თავიანთ დაწესებულების დონეზე, ამ ეტაპზე ქვეყანაში არსებული აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გათვალისწინებით.

ფოკუსური ჯგუფების შემადგენლობის მიხედვით აქცენტები უნდა გაკეთდეს შემდეგ ფუნქციებზე

ფუნქცია	1. რაი ლაბ/ სისხლის სადგური	2. რაი/ რეგ სჯც	3. პჯდ/ საავ სგგდ კლინ/ ქალთა კონსლ	4. ტბ/ სგგდ/ ნარკ პროგრამა/ ციხე
შემთხვევათა ანგარიშგება	+	++	++	++
აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა	++	++	+	++
სუბპოპულაციური კვლევები		++		++
მონაცემების ანალიზი		++		++
ინფორმაციის დისემინაცია		++		++
ინფორმაციის გამოყენება		++		++

2. ახლა, გთხოვთ ვისაუბროთ თუ როგორია თქვენი დაწესებულების/პროგრამის პროფესიული კადრების ცოდნა და უნარჩვევები აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის აღნიშნული ფუნქციების განსახორციელებლად? რა ხარვეზები/პრობლემები აღინიშნება? და რა არის ამის მიზეზი?

გადავითხეთ რათა დარწმუნდეთ, რომ რესპონდენტი საუბრობს ცოდნასა და უნარ-ჩვევებზე რომლებიც აუცილებელია მათთვის პრიორიტეტული თითოეული ძირითადი ფუნქციის (ცხრილი, კითხვა 1), განსახორციელებლად.

- შემთხვევათა ანგარიშგება
 - o აივ/შიდსის შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრება
 - o შემთხვევების რეგისტრაციის ფორმატი და პროცედურები
 - o შეტყობინების ფორმა და პროცედურები



- ანგარიშების ფორმა და პროცედურები
- შეტყობინებასთან/ანგარიშგებასთან დაკავშირებული ეთიკური და ლეგალური საკითხები
- აივ ტესტირება/ სეროზედამხედველობა
 - აივ/შიდსის შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრება
 - შემთხვევების რეგისტრაციის ფორმატი და პროცედურები
 - შეტყობინების ფორმა და პროცედურები
 - ანგარიშების ფორმა და პროცედურები
 - შეტყობინებასთან/ანგარიშგებასთან დაკავშირებული ეთიკური და ლეგალური საკითხები
- სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური კვლევები
 - მაღალი რისკის ჯგუფების ცოდნა
 - სხვადასხვა კვლევის დიზაინი
 - რესპონდენტების შერჩევის მეთოდოლოგია
 - კვლევის ინსტრუმენტები
 - კვლევასთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხები
 - მონაცემების მენეჯმენტი
- მონაცემების ანალიზი
 - ანალიზის სტანდარტული ფორმატი
 - კომპიუტერული მონაცემთა ბაზები
 - სტატისტიკური ანალიზი კომპიუტერული პროგრამების გამოყენებით
 - მონაცემების გრაფიკული პრეზენტაცია
- ინფორმაციის დისემინაცია
 - ინფორმაციული პროდუქტების დიზაინი
 - ინფორმაციის დისემინაციის არხები
- ინფორმაციის გამოყენება
 - პოლიტიკის შემუშავება
 - პროგრამების დაგეგმვა და განხორციელება
 - ადვოკატირება



მოტივაციები

3. ახლა ვისაუბროთ იმაზე თუ რამდენად მოტივირებულები არიან თქვენი დაწესებულების/პროგრამის პროფესიული კადრები? რა არის მათი მოტივაციის ძირითადი წყარო რომ უკეთ განახორციელონ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ძირითადი ფუნქციები.

გადაეკითხეთ შემდეგ ფაქტორებზე:

- სამსახურობრივი პასუხისმგებლობა
- აივ/შიდსის პრობლემის მნიშვნელობის გათვითცნობიერება
- თანამედროვე ინფორმაციულ სისტემაში მონაწილეობა
- ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების შესაძლებლობა
- ფული/ხელფასი

რეკომენდაციები

4. ახლა გთხოვთ მოგვაწოდოთ თქვენი რეკომენდაციები თუ რა უნდა გაკეთდეს იმისათვის რომ გაუმჯობესდეს თქვენი პროფესიული კადრების ცოდნა და უნარჩვევები და გაიზარდოს მათი მოტივაცია აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციების უკეთ განსახორციელებლად

რეკომენდაციები ჩამოაყალიბეთ ორ ჯგუფად:

- ცოდნისა და უნარჩვევების გაუმჯობესება
 - ტრეინინგები
 - დამხმარე ზედამხედველობა (სამუშაო ადგილზე ტრეინინგი და ტექნიკური დახმარება)
 - გაიდლაინების/მეთოდური მითითებებით უზრუნველყოფა
- მოტივაციის გაზრდა
 - პროფესიული მოტივაცია
 - ფინანსური მოტივაცია
 - ჩატარებული მუშაობის შეფასება

გმადლობთ სასრგებლო ინფორმაციის მოწოდებისთვის!



დანართი #7 მიმოქცევაში არსებული აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა შეტყობინებისთვის გამოყენებული ფორმები (ცვლადების მითითებით)

ლაბორატორიული კვლევის მიმართვის ფორმა #4: (შემუშავებულია შიდსის ცენტრის მიერ, არ არის დამტკიცებული ნორმატიულად).

წარმოადგენს მიმართვის ფორმას (ცვლადები: პიროვნების გვარი, სახელი, მამის სახელი, დაბადების თარიღი, სქესი, ეროვნება, მოქალაქეობა, საცხოვრებელი ადგილი, რეგიონი, ქალაქი, დაწესებულების შიფრი, დაწესებულების დასახელება, პროგრამის სახელწოდება, სისხლის მიმღები დაწესებულების დასახელება, სამუშაო ადგილის (სასწავლებლის) დასახელება, კონტინგენტის კოდი (ფორმა #23-ის მიხედვით), სკრინინგული გამოკვლევა (თარიღი, შედეგი, ტესტ-სისტემა, სერიის #), სისხლის გამომგზავნი დაწესებულების მისამართი (საფოსტო ინდექსი, ტელეფონი), სისხლის გამომგზავნი პირის გვარი, სახელი, თანამდებობა, ხელმოწერა).

მიმართვის არასტანდარტული ფორმები:

სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებიდან (ინფექციური საავადმყოფო, სეფსისის ცენტრი, დამწვრობის ცენტრი, TB ეროვნული ცენტრი, პენიტენციური სისტემა და ა.შ.) შიდსის რეფერენს ლაბორატორიაში იგზავნება მიმართვის სხვადასხვა სტრუქტურის არასტანდარტული ფორმები. მაგ.: დამწვრობის ცენტრის მიმართვის ფორმა შეიცავს შემდეგ ცვლადებს: სახელი, გვარი, სქესი, დაბადების წელი, მისამართი, სისხლის აღების თარიღი, გამოკვლევის შედეგი შიდსზე, ხოლო ინფექციური საავადმყოფოდან მიღებული მიმართვის ფორმა შემდეგ ინფორმაციას: პიროვნების სახელი, გვარი, ისტორიის #, განყოფილების დასახელება, ექიმის ხელმოწერა, შედეგი.

აივ ინფექცია/შიდსის შეტყობინების ფორმა 58/4:

აივ ინფექცია/შიდსის დადასტურების შემთხვევაში დამადასტურებელი დაწესებულება ვალდებულია საბოლოო დადასტურებიდან 72 საათის განმავლობაში, სპეციალური შეტყობინების სახით აცნობოს იმ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს, რომლის ტერიტორიაზეც ფაქტიურად ცხოვრობს პიროვნება. ინფორმაცია კონფიდენციალურია. აღნიშნულ ფორმაში ივსება შემდეგი მონაცემები:

- შეტყობინების გაგზავნის ადგილი (რაიონი, დაწესებულება);
- ვის მიერ არის შეტყობინება გაგზავნილი (გ.ს. თანამდებობა, დაწესებულება), ხელმოწერა, მისი საკონტაქტო მისამართი, ტელ, ფაქსი, ელ.ფოსტა;
- სარეგისტრაციო ნომერი 60/A-ში;
- მონაცემები დაავადებულის შესახებ: სქესი (მდედ, მამრ, უცნობი), ასაკობრივი ჯგუფის მითითებით 0-1, 1-14, 5-14, 15-19, 20-29, 30-59, 60+, უცნობია;
- დიაგნოზი, დასმის თარიღი: რიცხვი, თვე, წელი;

ფორმა ივსება ინდივიდუალურად ყოველ დადასტურებულ შემთხვევაზე და იგზავნება ნებისმიერი ხელთარსებული საშუალებებით: ფოსტა, კურიერი, ელ.ფოსტა, ტელეფონი, ფაქსი და სხვ. სასწრაფო შეტყობინების გაგზავნის ზოგადი წესის შესაბამისად. შეტყობინების მიმღები სჯც პერსონალი არეგისტრირებს შემთხვევას და მონაცემებს იყენებს სიტუაციური



ანალიზისთვის. მათ არ აქვთ უფლება მოითხოვონ გამომგზავნი დაწესებულებებიდან დამატებითი ინფორმაცია აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის შესახებ. რაიონული/ რეგიონული სჯც აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევის ეპიდკვლევას აწარმოებს მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის დაკვეთის (სპეციალური დავალების) ფარგლებში, არსებული კანონმდებლობის დაცვით.



დანართი #8 მიმოქცევაში არსებული აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა ანგარიშგებისთვის გამოყენებული ფორმები (ცვლადების მითითებით)

ფორმა #23 (წლიური).

დარგობრივი სტატისტიკური ანგარიშგება, „ანგარიში აივ ინფექცია/შიდსზე იფა-თი სისხლის გამოკვლევის შედეგების შესახებ“ (დამტკიცებულია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს #58/ო 14.02.96 ბრძანებით). ანგარიში მოიცავს შემდეგ მონაცემებს:

- ა) „გამოკვლეული კონტინგენტი“ (დასახელება, კოდი), „გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა“ (სქესის მიხედვით), „მათ შორის იფა-თი სეროპოზიტიური“. ასევე, ფორმა #23-ს ერთვის ორი არასტანდარტული ქვე-ანგარიში: ა) „ანგარიში კალენდარული წლის განმავლობაში რეგისტრირებულ აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულ პირთა შესახებ“ (ახლად რეგისტრირებული შემთხვევები („სულ“, „შიდსი“, „აივ“, და „გარდაცვლილები“) სქესისა და დაინფიცირების გზის მიხედვით) და
- ბ) „ანგარიში აივ ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულ პირთა შესახებ (შემთხვევათა სრული სტატისტიკა მოცემული წლის ბოლოსთვის)“ (რეგისტრირებული წლის ბოლოს („სულ“, „შიდსი“, „აივ“) სქესისა და დაინფიცირების გზის მიხედვით).

ფორმა IV-02 (თვიური)

უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვება (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 05.04.2005 წლის #101/ნ ბრძანებით): II ქვეთავის „ორსულთა მეთველყურება“ მე-7 პუნქტში ხდება აივ ინფექციაზე გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობის მითითება.

„ორსულთა აივ ინფექციაზე და ბ ჰეპატიტის კვლევაზე სამედიცინო საქონლის ხარჯვის აღრიცხვის ფორმა“ (ორსულთა ტესტირება).

რომელიც ხარჯვის შესახებ ინფორმაციასთან ერთად მოიცავს შემდეგ მონაცემებს: აივ-ინფექციაზე კვლევის სწრაფი ტესტ-სისტემით ტესტირებულ ორსულთა რაოდენობა და მათ შორის, დადებითი შემთხვევების რაოდენობა.

ფორმა IV-14, (წლიური), უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვება

აღნიშნული ფორმა შეთანხმებულია საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება - სტატისტიკის დეპარტამენტთან 02.02. 2005 წლის #3/1-03/02 წერილით.

ფორმა IV-14 დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 05.04 05 #101/ნ ბრძანებით. ეს ფორმა მოწოდებულია სისხლის დამამზადებელი სადგურების და სისხლის გადასხმის განყოფილებების მიერ ანგარიშების წარმოსადგენად. მას წარუდგენენ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანებით განსაზღვრულ ვადაში. ფორმა შეიცავს შემდეგ ინფორმაციას:



1. მონაცემები ანგარიშის წარმდგენი დაწესებულების შესახებ - მისამართი, საკუთრების ფორმა (სახელმწიფო, არასახელმწიფო), ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა, ეკონომიკური საქმიანობის ძირითადი სახე, ტელეფონი და დაკვირვების პერიოდი.
2. შტატები საანგარიშო წლის ბოლოსათვის - ექიმები, საშუალო მედპერსონალი, უმცროსი მედპერსონალი, სხვა პერსონალი.
3. დონორთა რაოდენობა - დონორთა საერთო რაოდენობა, მათ შორის აქტიური (ფასიანი დონორები), უსასყიდლო დონორები, ნათესავი დონორები, პლაზმის დონორები და იმუნური დონორები.
4. სისხლის დამზადება და პლაზმის გადამუშავება - აქ მოცემულია რაოდენობრივი მონაცემები შემდეგი დასახელებული სისხლის პროდუქტების: დამზადებული სისხლი ჰემოკონსერვანტის გარეშე; დამზადებული უსასყიდლო სისხლი ჰემოკონსერვანტის გარეშე; ლაზორატორიებში, განყოფილებებში, ფრაქციერების კორპუსებში, პრეპარატებზე გადამუშავებული პლაზმა.
5. დონორთა სისხლის გამოყენება - მოცემულია მონაცემები, რომელიც ეხება დაწესებულებაში დამზადებული ან შემოსული სისხლის რეალიზებას. პროდუქციის სახეობის მიხედვით (კონსერვირებული სისხლი; სისხლი ჰემოკონსერვანტის გარეშე) მოცემულია დამზადებული, სხვა დაწესებულებიდან მიღებული, სხვა სამკურნალო დაწესებულებებზე გადასასხმელად გაცემული სისხლის რაოდენობა. აგრეთვე, კომპონენტების, პრეპარატებისა და სტანდარტული შრატების დასამზადებლად; ბაქტერიოლოგიური კონტროლისათვის; ლაზორატორიული გამოკვლევისათვის, აბსოლუტური წუნის და ხანდაზმულობის, კოლტის, ჭრილობის არსებობის გამო ჩამოწერილ ი სისხლის რაოდენობა. ბოლოს თანდართულია გრაფა, სადაც აღინიშნება ნაშთი საანგარიშო წლის ბოლოსთვის პროდუქციის სახეობის მიხედვით (კონსერვირებული სისხლი; სისხლი ჰემოკონსერვანტის გარეშე).
6. სისხლის აბსოლუტური წუნის მიზეზი - საანგარიშო ფორმის ამ ნაწილში მოცემულია, ის მიზეზები, რის გამოც დაწესებულებაში სისხლი გამოსაყენებლად უვარგისად ცნეს. ეს მიზეზებია: სიფილისი; ავსტრალიური ანტიგენი (HBsAg); C- ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ანტისხეულები (ანტი HC); ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ 1,2); ბაქტერიული დაბინძურება; ბილირუბინი; სხვა მიზეზები.
7. სისხლის ფორმიანი ელემენტების და პლაზმის ნედლეულის რესურსების გამოყენება:
 - 7.1. მოცემულია დაწესებულებაში შემოსული ნედლეულის (სახეობის მიხედვით (სისხლის ფორმიანი ელემენტები; სისხლის პლაზმა; მათ შორის ანტისტაფილოკოკური; ანტირეზუსი) ნაშთი საანგარიშო წლის დასაწყისისათვის, სისხლისგან დამზადებულთა, პლაზმაციტოფორეზით, ერითროციტების სპონტანური დალექვით, ცენტრიფუგირებით, სეპარირებით და სხვა დაწესებულებიდან გადასამუშავებლად მიღებული სისხლის რაოდენობა.
 - 7.2. მოცემულია დაწესებულებაში გახარჯული ნედლეულის (სახეობის მიხედვით (სისხლის ფორმიანი ელემენტები; სისხლის პლაზმა; მათ შორის ანტისტაფილოკოკური; ანტირეზუსი) სხვა დაწესებულებებში დასამუშავებლად გაცემული სისხლის რაოდენობა. აგრეთვე იმ პროდუქტის რაოდენობები, რომლებიც



გამოყენებულია წარმობადასრულებული სახით, რომლებიც დაწუნებულია ხანდაზმულობის გამო და ბოლოს მოცემულია ნაშთი საანგარიშო წლის ბოლოს.

8. სისხლის გამოყენებისა და პრეპარატების წარმოების გეგმური დავალების შესრულება და მათი გამოყენება.

ფორმა IV-17, (წლიური), უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვება

აღნიშნული ფორმა შეთანხმებულია საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება - სტატისტიკის დეპარტამენტთან 02.02. 2005 წლის #3/1-03/02 წერილით.

ფორმა IV-17 დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 05.04 05 #101/ნ ბრძანებით.

ეს ფორმა მოწოდებულია სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწებებულებების მიერ რეგისტრირებულ აიგ ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულ პირთა შესახებ ანგარიშების წარმოსადგენად. ამ ფორმას წარადგენენ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწებებულებები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანებით განსაზღვრულ ვადაში. ფორმა შემდეგი ნინფორმაციის მატარებელია:

მონაცემები ანგარიშის წარმდგენი დაწესებულების შესახებ - მისამართი, საკუთრების ფორმა (სახელმწიფო, არასახელმწიფო), ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა, ეკონომიკური საქმიანობის ძირითადი სახე, ტელეფონი და დაკვირვების პერიოდი.

ჩამოთვლილია რისკ-ჯგუფები: სისხლის პრეპარატების რეციპიენტები, ნარკომანები, სქესობრივი კონტაქტებით, ვერტიკალური გადაცემით და დაუდგენელი მიზეზებით განპირობებული ინფიცირების რაოდენობა სქესის მიხედვით, რომელიც თავის მხრივ დაყოფილია: რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა (მათ შორის საერთო რაოდენობა, აიგ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა რაოდენობა) საანგარიშო წლის დასაწყისში; ახლად გამოვლენილ (მათ შორის საერთო რაოდენობა, აიგ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა რაოდენობა); გარდაცვლილთა რაოდენობა; საანგარიშო წლის ბოლოსათვის რეგისტრირებულთა რაოდენობა (მათ შორის საერთო რაოდენობა, აიგ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა რაოდენობა).



დანართი #9 რაოდენობრივი მონაცემები (ცხრილები)

ცხრილი 11: შემთხვევების რეგისტრაცია

დაწესებულების ტიპი	შემთხვევების რეგისტრაცია ბოლო 4 წლის მანძილზე („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა	0	5
საავადმყოფო	3	3
ვენ დისპანსერი	1	3
ქალთა კონსულტაცია	3	3
სისხლის გადსხმის სადგური	3	3
რაიონული ლაბორატორია	3	5
რაიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
	15	28

ცხრილი 12: აივ ტესტირება

დაწესებულების ტიპი	აივ ტესტი კეთდება („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა	0	5
საავადმყოფო	3	3
ვენ დისპანსერი	2	3
ქალთა კონსულტაცია	3	3
სისხლის გადსხმის სადგური	3	3
რაიონული ლაბორატორია	4	5
რაიონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
	16	28

ცხრილი 13: წერილობითი ინსტრუქციები - ლაბორატორიული მასალის აღება, შენახვა, გაგზავნა

დაწესებულების ტიპი	არსებობს თუ არა წერილობითი ინსტრუქციები მასალის აღების, შენახვის, გაგზავნის შესახებ („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა	0	5
საავადმყოფო	0	3
ვენ დისპანსერი	0	3
ქალთა კონსულტაცია	1	3
სისხლის გადსხმის სადგური	1	3
რაიონული ლაბორატორია	0	5
რაიონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
	3	28



ცხრილი 14: ბიოლოგიური მასალის გაგზავნა

დაწესებულების ტიპი	იგზავნება თუ არა ბიოლოგიური მასალა ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებაში („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა	0	5
საავადმყოფო	3	3
ვენ დისპანსერი	2	3
ქალთა კონსულტაცია	3	3
სისხლის გადასხმის სადგური	3	3
რაციონული ლაბორატორია	3	5
რაციონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
	15	28

ცხრილი 15: ადგილობრივი დაწესებულებების ანგარიშები

დაწესებულების ტიპი	ბოლო 4 წლის განმავლობაში გაგზავნილი ბოლო სტანდარტული ანგარიში („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა ³⁴	0	5
საავადმყოფო ³⁵	0	3
ვენ დისპანსერი ³⁶	0	3
ქალთა კონსულტაცია ³⁷	0	3
სისხლის გადასხმის სადგური ³⁸	0	3
რაციონული ლაბორატორია ³⁹	1	5
რაციონული საზ ჯან ცენტრი ⁴⁰	0	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი ⁴¹	0	3
	1	28

ცხრილი 16: დაწესებულების სია ცენტრალური დონის ინსტიტუტებში

დაწესებულების ტიპი	იგზავნება თუ არა ბიოლოგიური მასალა ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებაში („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა	0	5
საავადმყოფო	3	3

³⁴ ფორმა #IV-17

³⁵ ფორმა #IV-17, ან ფორმა #23

³⁶ ფორმა #IV-17, ან ფორმა #23

³⁷ ფორმა #IV-2, ან ფორმა #IV-17, ან ფორმა #23

³⁸ ფორმა #IV-14

³⁹ ფორმა # 23

⁴⁰ ფორმა #IV-17, ან ფორმა #23

⁴¹ ფორმა #IV-17, ან ფორმა #23



V. დანართები

ვენ დისპანსერი	2	3
ქალთა კონსულტაცია	3	3
სისხლის გადსხმის სადგური	3	3
რაციონული ლაბორატორია	3	5
რაციონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
	15	28

ცხრილი 17: დაწესებულებების სია საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებში

დაწესებულების ტიპი	იგზავნება თუ არა ბიოლოგიური მასალა ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებაში („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
რაციონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
	0	6

ცხრილი 18: კომპიუტერული საშუალებები

დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
სამეგრელოს (ზუგდიდის) რეგ სჯც	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	0			
აჭარის (ბათუმის) რეგ სჯც	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	0	1	0
	ფაქსი	1	0	1	0
ვაკე-საბურთალოს რაი სჯც ⁴²	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			

⁴² დაწესებულების ოთახები არ არის დაცული. ამის გამო მათ მფლობელობაში არსებული კომპიუტერები ინახება მერიის ჯანდაცვის სამსახურში.



V. დანართები

დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
ქ. თბილისის მერიის სჯც	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	1	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქობულეთის რაი სჯც	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	0	0	1
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ზოზის რაი სჯც	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. თბილისის სისხლის გადასხმის სადგური	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	0			
ქ. ბათუმის სისხლის გადასხმის სადგურის შიდსის ლაბორატორია	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	1	1	0	0
ქ. ზუგდიდის სისხლის გადასხმის დეპარტამენტი	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ზუგდიდის რეფერენს	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0



V. დანართები

დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
ლაბორატორია	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ.თბილისის ლაბორატორია „ტესტი“	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	1	1	0	0
ქ. ბათუმის ინფექციური საავადმყოფოს შიდასის ცენტრის ლაბორატორია	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	1	0	0	1
ქობულეთის საავადმყოფოს ლაბორატორია	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
სენაკის რაი საავადმყოფოს შიდასის ლაბორატორია და სისხლის გადსხმის კაბინეტი	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ზუგდიდის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანება	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ხოზის რ-ნის პოლიკლინიკა	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			



დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
ქ. ბათუმის მე 2 პოლიკლინიკა	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქობულეთის რ-ნის პოლიკლინიკა	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ.თბილისის ს.ს 26-ე პოლიკლინიკა	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
აკად. კ.ჩაჩავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და მეანობა-გინეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტის ქალთა კონსულტაცია	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ზუგდიდის ქალთა კონსულტაცია	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ბათუმის ქალთა კონსულტაცია	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			



V. დანართები

დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
ქ. თბილისის კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ბათუმის ვენ დისპანსერი	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ზუგდიდის ვენ დისპანსერი	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
აკად. ო. ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკა“	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ქ. ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო	კომპიუტერი	0			
	მონიტორი	0			
	პრინტერი	0			
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
დკსჯეც	კომპიუტერი	4	4	0	0
	მონიტორი	4	4	0	0



V. დანართები

დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
	პრინტერი	3	3	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	4	4	0	0
	ქსეროქსი	2	2	0	0
	ფაქსი	1	1	0	0
სისხლის პრეპარატების რესპუბლიკური ცენტრი	კომპიუტერი	2	2	0	0
	მონიტორი	2	2	0	0
	პრინტერი	2	2	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	0			
შიდსის ცენტრი	კომპიუტერი	5	5	0	0
	მონიტორი	5	5	0	0
	პრინტერი	3	3	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	5	5	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	1	1	0	0
კანისა და ვენ სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	0			
	ქსეროქსი	0			
	ფაქსი	0			
ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი	კომპიუტერი	2	2	0	0
	მონიტორი	2	2	0	0
	პრინტერი	2	2	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	0			
შიდსის ცენტრის რეფერენს ლაბორატორია	კომპიუტერი	3	3	0	0
	მონიტორი	3	3	0	0
	პრინტერი	3	3	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	0			
ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა	კომპიუტერი	1	1	0	0
	მონიტორი	1	1	0	0
	პრინტერი	1	1	0	0
	უწყვეტი კვებ ბლკ	1	1	0	0



V. დანართები

დაწესებულება	აღჭურვილობის დასახელება	რაოდენობა	რომელთაგანაც:		
			1. კარგ მუშა მდგომარეობაში	2. არ მუშაობს შეკეთება შესაძლებელია	3. არ მუშაობს შეკეთება შეუძლებელია
	ქსეროქსი	1	1	0	0
	ფაქსი	1	1	0	0

ცხრილი 19: აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე ადამიანური რესურსები დაწესებულებების მიხედვით

დაწესებულების დასახელება	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრული	შეთავსება	< 45	45-65	> 65	< 5	> 10
სამეგრელოს (ზუგდიდის) რეგ სჯც	დირექტორი	1		1	1			1			1
	დირექტორის მოადგილე	1	1		1			1			1
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1		1				1
აჭარის (ბათუმის) რეგ სჯც	დირექტორი	1	1		1			1		1	
	დირექტორის მოადგილე	1	1		1			1		1	
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1		1				1
ვაკე-საბ. რაი სჯც	მთ. სპეციალისტი	1	1		1			1			1
ქ. თბილისის მერიის სჯც	პროგრ. განმ. ჯგ. უფროსი	1	1		1			1			1
	მთ. სპეციალისტი	1	1		1		1				1
	ლაბ. გამგე	1	1		1			1			1
ქობულეთის რაი სჯც	განყ. გამგე	1		1	1			1			1
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1		1				1
ხოზის რაი სჯც	დირექტორი	1	1		1			1			1
	ეპიდემიოლოგი	2	2		2			2			2
ქ. თბილისის სისხლის გად. სადგური	განყ. გამგე	1	1		1			1		1	
	ექ. ლაბორანტი	1	1		1			1			1
	ლაბორანტი	1	1		1			1			1
ქ. ბათუმის სისხლის გად. სადგ. შიდსის ლაბორატორია	დირექტორი	1		1	1			1			1
	ექ. ლაბორანტი	2	2		2			2			2
ქ. ზუგდიდის სისხლის გადასხმის დეპარტამენტი	დირექტორი	1		1	1			1			1
	ექ. ლაბორანტი	2	2		2		1	1			1
	ტრანსფუზიოლოგი	1	1		1		1				1



V. დანართები

დაწესებულების დასახელება	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრულ- წლო	შეთავ- სება	< 45	45- 65	> 65	< 5	> 10
	ექთ. ლაბორანტი	5	5		5		2	3			5
ქ. ზუგდიდის რეფერენს ლაბორატორია	ლაბ. გამგე	1	1		1		1				1
	ექთ. ლაბორანტი	1	1		1		1				1
	ექთ. რეგისტრატორი	1	1		1		1				1
	ლაბ. ხელმძღვანელი	1	1		1			1			1
ქ. თბილისის ლაბორატორია „ტესტი“	ექ. ლაბორანტი	1	1		1			1			1
	ლაბორანტი	1	1		1		1				1
	ექიმი	2	1	1	2			2			2
ქ. ბათუმის ინფექციური საავადმყოფოს შიდსის ცენტრის ლაბორატორია	ექ. ლაბორანტი	1	1		1			1			1
	უფროსი ექთანი	1	1		1			1			1
	ექ. ლაბორანტი	4	4		4		3	1		1	3
ქობულეთის საავადმყოფოს ლაბორატორია	ლაბორანტი	5	5		5		5			2	3
	ექ. ლაბორანტი	1	1		1		1				1
სენაკის რაი საავადმყოფოს შიდსის ლაბორატორია და სისხლის გადსახმის კაბინეტი	ლაბორანტი	1	1		1			1			1
	ლაბორანტი	1	1		1			1			1
ქ. ზუგდიდის აშშ-პოლიკლინიკური გაერთიანება	პერსონალი არ მონაწილეობს ეპიდზედამხედველობაში										
ხოზის რაიპოლიკლინიკა	პერსონალი არ მონაწილეობს ეპიდზედამხედველობაში										
ქ. ბათუმის მე-2 პოლიკლინიკა	პერსონალი არ მონაწილეობს ეპიდზედამხედველობაში										
ქობულეთის რაიპოლიკლინიკა (საოჯახო მედიცინის ცენტრი)	პერსონალი არ მონაწილეობს ეპიდზედამხედველობაში										
ქ. თბილისის ს.ს. 26-ე პოლიკლინიკა	პერსონალი არ მონაწილეობს ეპიდზედამხედველობაში										
აკად. კ. ჩაჩავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და მენოპა-გინეკოლოგიის ს/კ	გენ. დირექტორი	1		1	1			1			1
	დირექტორის მოადგილე	2	2		2			2		1	1
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1		1				1
	სამკ. დიაგ. ცენტრ.	1	1		1		1				1



დაწესებულების დასახელება	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრულ- ლი	შეთავ- სება	< 45	45- 65	> 65	< 5	> 10
ინსტიტუტის ქალთა კონსულტაცია	ხელმძღ.										
	ლაბორატორიის ხელმ.	1	1		1		1				1
	ექ. ლაბორანტი	3	3		3		1	2			3
ქ. ზუგდიდის ქალთა კონსულტაცია	დირექტორი	1	1		1			1			1
	ექიმი	12	12		12			12			12
	ლაბორანტი	1	1		1		1				1
ქ. ბათუმის სამშობიაროს ქალთა კონსულტაცია	გინეკოლოგი	16	16		16		4	11	1		16
	ექ. ლაბორანტი	3	3		3		3				3
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1		1				1
	ექთანი	5	5		5		5				5
	ექ. ლაბორანტი (აივ)	2	2		2		2				2
ქ. თბილისის კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი	დირექტორი	1		1	1			1			1
	დირექტორის მოადგილე	1		1	1			1			1
	ექიმი	2	1	1	2		2				2
	ლაბ. გამგე	1	1		1			1			1
ქ. ბათუმის ვენ დისპანსერი	დერმატო-ვენეროლოგი	5	2	3	5		2	3		2	3
	გინეკოლოგი	1	1		1		1			1	
	ექთანი	4	4		4		1	2	1	1	3
ქ. ზუგდიდის ვენ დისპანსერი	დირექტორი	1		1	1		1				1
	ექიმი	3	2	1	3		1	2			3
	ექთანი	1	1		1			1			1
აკად. ო. ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი	ლაბ. დეპ-ის ხელმ.	1	1		1		1				1
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1			1			1
	ექ. ლაბორანტი	1	1		1			1			1
ქ. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკა“	სტატისტიკოსი	1	1		1		1				1
	გინეკ. განყ. გამგე	1	1		1			1			1
	ეპიდემიოლოგი	1	1		1			1			1
	უფროსი ექთანი	1	1		1			1			1
	ექიმები	21	12	9	21		6	13	2	5	16
ქ. ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო	ეპიდემიოლოგი	1	1		1		1			1	
	ექიმი	30	5	25	30		5	25		5	25
	ლაბორანტი	2	2		2			2			2
დკსჯეც	სამსახურის უფროსი	1	1		1			1			1
	ტექნოლოგი	1	1		1			1			1
	ანალიტიკოსი	2	2		2			2			2
	ეპიდემიოლოგი	2	2		2		2			2	



V. დანართები

დაწესებულების დასახელება	საშტატო ერთეულის დასახელება	საერთო რაოდენობა	სქესი		განაკვეთი		ასაკობრივი ჯგუფი			მოცემულ თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი	
			მდედრ	მამრ	სრულ-სება	შეთავ-სება	< 45	45-65	> 65	< 5	> 10
	ექიმი	1	1		1		1			1	
სისხლის პრეპარატების რესპ. ცენტრი	ლაბ. გამგე	1	1		1		1				1
	უფროსი ლაბორანტი	1	1		1			1			1
	ექ. ლაბორანტი	1	1		1			1			1
შიდსის ცენტრი	დირექტორი	1		1	1			1			1
	ეპიდემიოლოგი	6	3	3	6		6			3	3
	ექიმი	8	8		6	2	7	1		4	4
კანისა და ვენ სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი	დირექტორი	1		1	1			1			1
	ლაბ. გამგე	1	1		1			1			1
	ექ. ლაბორანტი	1	1		1			1			1
ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი	კოორდინატორი	1	1		1		1				1
	მთ. კონსულტანტი	1	1		1		1			1	
	კონსულტანტი	2	1	1	2		2			1	1
	ლაბორანტი	1	1		1		1				1
	ექთანი	1	1		1		1			1	
	სოც. მუშაკი	2	2		2		1	1		2	
	თანასწორთა განმანათ.	6	4	2	6		6			6	
შიდსის ცენტრის რეფერენს ლაბორატორია	ექიმი	3	3		2	1		3			3
	ლაბორანტი	1	1		1		1				1
	რეგისტრატორი	1	1		1		1				1
ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა	ადმ. დირექტორი	1		1	1		1				1
	დირექტორის მოადგილე	1	1		1			1			1
	ეპიდემიოლოგი	3	2	1	3		1	2		1	2
	GF პროექტის კოორდინატორი	1		1	1			1			1

ცხრილი 20: პერსონალის ცოდნის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელების მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები)

	დაწესებ დონე	N	საშუალო ქულა	სტანდ გადახრა	P (ANOVA)
ფლობერ კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას (ჩართვა, გამოერთვა, მარტივი დოკუმენტის შედგენა ტექსტურ პროგრამაში, დოკუმენტის ამობეჭდვა)	ადგილ	28	3,21	1,42	0,012
	ცენტრ	7	4,71	0,76	
ფლობერ საჭირო უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას კომპიუტერული საკომუნიკაციო	ადგილ	28	2,71	1,46	0,005



V. დანართები

საშუალებების გამოსაყენებლად (ელ ფოსტით სარგებლობა, შეუძლიათ ინტერნეტი მუშაობა)	ცენტრ	7	4,43	0,79	
ფლობერ კომპიუტერთან მუშაობის კარგ უნარ-ჩვევებსა და ცოდნას მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზის ჩატარების თვალსაზრისით (მონაცემთა ბაზის შედგენა (Excel), სტატისტიკური ანალიზი, მაგ. საშუალოს გამოთვლა, გრაფიკული პრეზენტაცია)	ადგილ	28	2,11	1,17	0,013
	ცენტრ	7	3,43	1,27	

ცხრილი 21: კადრების დენადობის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელების მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები)

	დაწესებ დონე	N	საშუალო ქულა	სტანდ გადახრა	P (ANOVA)
კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ჩვენს დაწესებულებაში	ადგილ	28	4,57	0,57	0,54
	ცენტრ	7	4,71	0,49	
ძალიან გაძნელებულია კვალიფიციური კადრების სამუშაო ადგილზე ხანგრძლივად დაკავება	ადგილ	28	1,96	0,96	0,31
	ცენტრ	7	1,57	0,53	
კადრების დენადობა ხელს გვიშლის აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველო-ბასთან დაკავშირებული საკვანძო ფუნქციების განხორციელებაში	ადგილ	28	1,75	0,52	0,15
	ცენტრ	7	1,43	0,53	

ცხრილი 22: კადრების მოტივაციის შეფასება დაწესებულებების ხელმძღვანელთა მიერ (1=სრულიად არ ვეთანხმები, 5= სრულიად ვეთანხმები)

	დაწესებ დონე	N	საშუალო ქულა	სტანდ გადახრა	P (ANOVA)
მოტივირებულები არიან დაკისრებული მოვალეობების/ სამუშაოს შესასრულებლად	ადგილ	28	3,25	1,29	0,65
	ცენტრ	7	3,00	1,29	
ხედავენ თანამედროვე ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ სარგებელს	ადგილ	28	4,46	0,64	0,71
	ცენტრ	7	4,57	0,79	
აშინებთ დაწესებულების მუშაობაში სიახლეების დანერგვა	ადგილ	28	1,64	0,73	0,53
	ცენტრ	7	1,86	1,07	

ცხრილი 23: პერსონალის მიერ გავლილი ტრენინგი

დაწესებულების ტიპი	იგზავნება თუ არა ბიოლოგიური მასალა ტესტირებისათვის სხვა დაწესებულებაში („დიახ“)	სულ დაწესებულებების რაოდენობა
პოლიკლინიკა	0	5
საავადმყოფო	0	3
ვენ დისპანსერი	0	3



V. დანართები

ქალთა კონსულტაცია	0	3
სისხლის გადსხმის სადგური	0	3
რაიონული ლაბორატორია	2	5
რაიონული საზ ჯან ცენტრი	1	3
რეგიონული საზ ჯან ცენტრი	0	3
	3	28



დანართი #10 გამოყენებული ლიტერატურა

- 1) UNAIDS, Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS; Guidelines on Construction of Core Indicators, March, 2007
- 2) UNAIDS/WHO; Guidelines for Second Generation HIV Surveillance; 2000
- 3) UNAIDS/CDC/WHO, Guidelines for Conducting HIV Sentinel Serosurveys among Pregnant Women and Other Groups; 2003
- 4) WHO Regional Office for Europe; Methods for Second Generation HIV Surveillance Implementation For Countries of Central and Eastern Europe (CEE) and The Baltic States
- 5) CDC definition of public health surveillance, 1988
- 6) WHO Recommended Surveillance Standards WHO/CDC/CSR/ISR/99.2
- 7) USAID “Assessment of HIV/AIDS surveillance in the Europe and Eurasia region”, January 2005
- 8) აივ/ შიდსთან ბრძოლის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა 2006-2010
- 9) ეკონომიკური განვითარების და სიღარიბის დაძლევის ეროვნული პროგრამა, 2003
- 10) ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტი (2000-2009), 1999
- 11) საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009), 1999
- 12) სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში, 2007
- 13) ტუბერკულოზ და აივ ინფექციასთან საბრძოლველი ეროვნული სტრატეგიული გეგმა (2007-2011), 2007
- 14) ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის 2008 წლის სახელმწიფო პროგრამა, 2008
- 15) დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა, 2008
- 16) აივ ინფექცია/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა
- 17) სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა, 2008
- 18) Millennium Development Goals in Georgia, Tbilisi 2004
- 19) The Declaration of Commitment from UN General Assembly Special Sessions on HIV/AIDS; 2001
- 20) Monitoring and Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Georgia Country report, reporting period January 1 – December 31, 2006. <http://www.globalfund.ge>
- 21) The Regional program of urgent response to the HIV/AIDS Epidemic Commonwealth of Independent States, May 2002;
- 22) The Dublin declaration adopted at the Ministerial Conference “breaking the barriers - partnership to fight HIV/AIDS in Europe & Central Asia”, November 2004;
- 23) “Three Ones” key principles. “Coordination of National Responses to HIV/AIDS” Guiding principles for national authorities and their partners. Washington Consultation, UNAIDS, 25 April, 2004;



- 24) საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ (N683, 21 მარტი 1995)
- 25) საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (N1139, 10 დეკემბერი 1997)
- 26) საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ (N5069, 27 ივნისი 2007)
- 27) საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ (N687, 21 მარტი 1995)
- 28) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N241/5, 5 დეკემბერი 2000) სისხლის და მისი კომპონენტების დონორობის წინააღმდეგ ჩვენებების განსაზღვრის შესახებ
- 29) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N 299/5 16 აგვისტო 2001) საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის დაწესებულებებისადმი წაყენებული სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური მოთხოვნების დამტკიცების შესახებ
- 30) საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი (N2287, 22 ივლისი 1999)
- 31) საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი (15 დეკემბერი 1984)
- 32) საქართველოს კანონი სტატისტიკის შესახებ (N1071, 12 ნოემბერი 1997)
- 33) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N101/5, 5 აპრილი 2005) სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ
- 34) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N40/5 7 თებერვალი 2007) 2007 წლის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ
- 35) საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება (N 587, 8 ოქტომბერი 1998) შიდსთან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ
- 36) საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დებულება (ბრძანება N 107 /5, 2007 წლის 28 მარტი)
- 37) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება (N 144/ო 1 მაისი 2007) საქართველოში შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტებისა და ქვეყანაში შიდსის და ტუბერკულოზის მიმართულებით მიმდინარე სხვა პროგრამების ერთიანი სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოს შექმნის შესახებ
- 38) Strategic plan for the development of health information system in Georgia, Curatio International Foundation, 2008