

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმა

თბილისი, 2010



აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმა

შემუშავებულია გლობალური ფონდის პროექტის „აივ/შიდსის პრევენციის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის ღონისძიებების გაფართოება“ ლოტი I „აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული პროგრამების განხორციელებისთვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზის შექმნა ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერების გზით“ ფარგლებში

თბილისი, 2010

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა

ეროვნული გეგმა

შესავალი	1
I. არსებული ვითარება 2007 წლის მდგომარეობით	3
1 აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის მიმართ საერთაშორისო მოთხოვნები.....	3
2 ინსტიტუციური აღწერა	3
2.1 ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტები.....	3
2.2 მარეგულირებელი გარემო	3
2.3 ორგანიზაციულ-ფუნქციური მოწყობა	3
2.4 ინფორმაციის ნაკადები.....	5
2.5 დაინტერესებული მხარეები.....	5
2.6 მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები	6
2.7 საკადრო რესურსები	6
3 ინსტიტუციური შეფასება.....	7
4 დასკვნები.....	9
5 რეკომენდაციები	10
II. ეპიდზედამხედველობის სისტემა.....	13
1 სისტემის კონცეპტუალური ჩარჩო	13
1.1 სისტემის დანიშნულება და ადგილი.....	13
1.2 ძირითადი ცნებები	14
1.3 ძირითადი მიდგომები და პრინციპები.....	16
2 სისტემის ფუნქციური აღწერა	19
2.1 სამიზნე კონტინგენტი	19
2.2 მეთოდები და ინსტრუმენტები	25
2.3 ინფორმაციული მასივები.....	29
2.4 პროდუქტები (ანგარიშები).....	30
3 სისტემის ორგანიზაციული მოწყობა	32
3.1 მონაწილე და პასუხისმგებელი აგენტები.....	33
3.2 საჭირო საკადრო რესურსები და მათი განაწილება.....	37
3.3 ტექნიკური საშუალებები.....	37

III. განხორციელება და რესურსები	38
1 გეგმის განხორციელების მართვა	38
2 დაშვებები და რისკები	39
3 საჭირო რესურსები	41
3.1 რუტინული ეპიდზედამხედველობის ხარჯები	43
3.2 სენტინელური ეპიდზედამხედველობის ხარჯები.....	44
3.3 საინვესტიციო და სხვა ხარჯები	44
IV. დანართები	46
დანართი #1 ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების არსებულ დაწესებულებებში განთავსების შედარებითი ანალიზი	47
დანართი #2 საანგარიშო ცხრილები	52
დანართი #3 ცვლადები და ინდიკატორები	61
დანართი #4 ორგანიზაციული მოწყობა პირველად სამედიცინო დაწესებულებებში	97
დანართი #5 ბიუჯეტის ხარჯების ერთეულის ღირებულების გათვლები.....	98
დანართი #6 აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის საანგარიშო ფორმები	100
დანართი #7 კოდირების წესი	102
ილუსტრაცია 1: ეპიდზედამხედველობის და მასთან დაკავშირებული კომპონენტების მთლიანი რესურსების საჭიროება (ლარებში)	41
ილუსტრაცია 2: მხოლოდ ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირებისათვის რესურსების საჭიროება (ლარებში).....	41
ილუსტრაცია 3: წლიური ოპარაციული დახარჯების ბიუჯეტი (2011 წელი, ლარებში)	42
ილუსტრაცია 4: სამიზნე კონტინენტები და ეპიდზედამხედველობის მიდგომები/ღონისძიებები - 2011 წელი.....	42
ილუსტრაცია 5: რუტინული ეპიდზედამხედველობის ხარჯების გათვლის საფუძვლები (რაოდენობრივი პარამეტრები) – 2011 წელი	43
ილუსტრაცია 6: სენტინელური ზედამხედველობის ოპერაციული ბიუჯეტი - 2011 წელი (ლარებში).....	44
ილუსტრაცია 7: რეგიონული ნკტ ცენტრების განთავსების ვარიანტები	47
ცხრილი 1: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა რეგიონების მიხედვით ინდ # 1	52
ცხრილი 2: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 1	52
ცხრილი 3: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, პროცენტული განაწილება და კუმულატიური რაოდენობა აივ გადაცემის გზების მიხედვით ინდ # 2.....	53
ცხრილი 4: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, პროცენტული განაწილება და კუმულატიური რაოდენობა სქესის, ასაკობრივი ჯგუფებისა და აივ გადაცემის გზების მიხედვით ინდ # 2	53
ცხრილი 5: შიდსის შემთხვევები, ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა რეგიონების მიხედვით ინდ # 3	54
ცხრილი 6: შიდსის შემთხვევები სქესის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით.....	54
ცხრილი 7: შემთხვევის გვიანი გამოვლენის მაჩვენებელი ასაკის, სქესის და გადაცემის გზების მიხედვით ინდ # 6	55

ცხრილი 8:	სიკვდილის შემთხვევები და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (%) აივ ინფიცირებულ პირებში სქესის და ასაკის მიხედვით ინდ # 4.....	55
ცხრილი 9:	სიკვდილის შემთხვევები და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (%) შიდსით დაავადებულებში სქესისა და გადაცემის გზის მიხედვით და და შიდსით დაავადებულთა სიკვდილის პროცენტული განაწილება სიკვდილის მიზეზის ინდ # 5	56
ცხრილი 10:	აივ პრევალენტობა ნკტ-ს გარეშე რუტინული სკრინინგის სამიზნე კონტიგენტში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 11, 12.....	57
ცხრილი 11:	რეგისტრირებული ორსული ქალების აივ ტესტირებით მოცვის მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით ინდ # 13	57
ცხრილი 12:	აივ პრევალენტობა სენტინელურ პოპულაციაში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 7	58
ცხრილი 13:	არვ მკურნალობით მოცვის მაჩვენებელი სქესის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით ინდ # 14.....	58
ცხრილი 14:	12, 24, 36 თვის განმავლობაში არვ თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებელი ინდ # 15	58
ცხრილი 15:	აივ ინფექციის პრევალენტობა რისკ ჯგუფებში ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით (რუტინული ზედამხედველობა) ინდ # 8.....	59
ცხრილი 16:	აივ ინფექციის პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით - რუტინული ზედამხედველობა ინდ # 9 და ინდ # 10.....	59
ცხრილი 17:	ეპიდზედამხედველობაში გამოყენებული ცვლადები და კავშირი ინდიკატორებთან.....	61
ცხრილი 18:	ინდიკატორები და ცვლადები.....	65



შესავალი

საქართველოში აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმა შემუშავდა გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროექტის „აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული პროგრამების განხორციელებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზის შექმნა ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსზე ეპიდზედამხედველობის სისტემის გამდიერების გზით“ ფარგლებში.

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს 2008 წელს სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავებული აივ ინფექცია შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმის განახლებულ ვერსიას.

ეროვნულ გეგმაზე მუშაობს წინ უსწრებდა 2007 წლამდე არსებული აივ ინფექცია შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის საფუძვლიანი შეფასება, შეფასების შედეგების, შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავებული დასკვნების და რეკომენდაციების განხილვა დაინტერესებულ მხარეებთან, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ახალი დიზაინის შემუშავება, მოდერნიზებული სისტემის პილოტირება საქართველოს ორ რეგიონში, თბილისსა და აჭარის რეგიონში, პილოტის შეფასება, და ახალი დიზაინის სისტემის ქვეყნის მასშტაბით დანერგვა.

ეროვნული გეგმის დანიშნულებაა დაეხმაროს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკაზე პასუხისმგებელ მხარეებს გაიაზრონ: ა) აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესების აუცილებლობა, ბ) ოპტიმალური ფუნქციური და ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი გ) ძალისხმევა (ფინანსური რესურსების ჩათვლით) და სამოქმედო გეგმა, რაც ესაჭიროება მოდერნიზებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის ეფექტურ ფუნქციონირებას.

წინამდებარე დოკუმენტი შედგება 4 თავისგან და დანართებისგან.

პირველი თავი „არსებული ვითარება“ ეთმობა 2007 წლამდე არსებული აივ ინფექცია/ შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასების შედეგებს (რომლებიც ვრცელადაა აღწერილი ცალკე ანგარიშში „აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება“).

მომდევნო თავი II „ეპიდზედამხედველობის სისტემა“ სხვადასხვა ჭრილში განიხილავს განახლებულ მოდელს და შედგება, შესაბამისად, შემდეგი ქვე-თავებისგან:

- ქვე-თავი 1 „სისტემის კონცეპტუალური ჩარჩო“ ეთმობა სისტემის დანიშნულების გააზრებას და საკვანძო ცნებების, პრინციპებისა და მიდგომების განსაზღვრებას
- ქვე-თავი 2 „სისტემის ფუნქციური აღწერა“ აღწერს დანიშნულებიდან გამომდინარე სისტემის ძირითად ფუნქციებს: განხილულია ეპიდზედამხედველობის სამიზნე კონტინგენტი, საქმიანობის ძირითადი მეთოდები და ინსტრუმენტები, ინფორმაციული მასივები და პროდუქტები (ანგარიშები).
- ბოლო ქვე-თავი 3 „სისტემის ორგანიზაციული მოწყობა“ ეთმობა წინა ქვე-თავში აღწერილი ფუნქციების განაწილებას სხვადასხვა მონაწილე და პასუხისმგებელ მხარეებზე და მათ შორის ფუნქციური თუ ადმინისტრაციული ურთიერთობების დახასიათებას

თავი III „განხორციელება და რესურსები“ ეთმობა იმ ღონისძიებების ჩამოთვლასა და აღწერას, რაც საჭიროა განახლებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის მდგრადობისა და ეფექტური



ფუნქციონირებისათვის. ამავ თავში განხილულია ძირითადი ვარაუდები და რისკები, რომლებმაც შეიძლება გავლენა იქონიონ ეროვნული გეგმის განხორციელებაზე და ეროვნული გეგმის განხორციელებისთვის საჭირო ფინანსური რესურსები, რომლებიც საფუძვლად დაედება სახელმწიფო დაფინანსებისათვის შესაბამისი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამას.

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს ქვეყნის წამყვანი სპეციალისტების ხანგრძლივი მსჯელობების პროცესში საერთაშორისო თუ ადგილობრივი გამოცდილებისა და მომავლის ახლებური გააზრების შეჯერების, საუკეთესო გადაწყვეტის მიგნების სურვილისა და დაუდალავი შრომის შედეგს.



I. არსებული ვითარება 2007 წლის მდგომარეობით

1 აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის მიმართ საერთაშორისო მოთხოვნები

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

2 ინსტიტუციური აღწერა

2.1 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.

2.2 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.

2.3 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



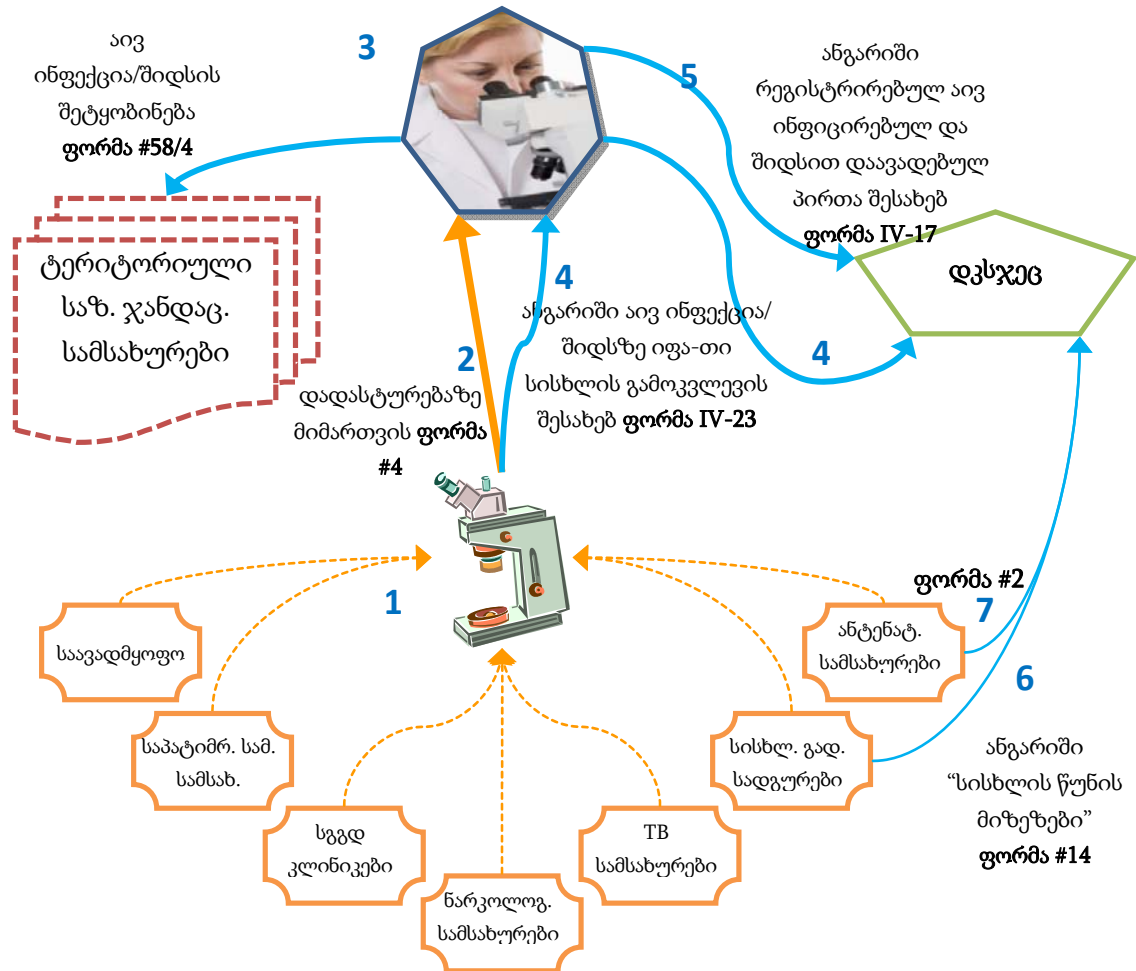
მონაწილე მხარე	პასუხისმგებლობა ცალკეული ფუნქციის მიხედვით				
	აივ ტესტირება	ქცევის კვლევები	დაავადების რეგისტრი	მონაცემთა ანალიზი	ინფორმაციის გამოყენება
ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი (ცენტრალური რეფერენს ლაბორატორიით)	X		X	X	X
დკსჯეც (სტატისტიკის 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				
სგგდ 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				
სგგდ კლინიკები (რეგიონული)	X				
კერძო ლაბორატორიები	X				
ანტენატალური სამსახურები	X				
სავადმყოფოები	X				

1. აივ ეპიდზედამხედველობის ფუნქციათა უმრავლესობა არ არის პროცედურულად ფორმალიზებული და დაფუძნებული სტანდარტულ ტექნიკურ სახელმძღვანელოებზე /მეთოდურ მითითებებზე (და ინსტრუმენტებზე)
2. მაღალი რისკის ჯგუფების ზომის/რაოდენობის განსაზღვრის ფუნქცია (და მეთოდოლოგია) არ არის შემუშავებული და „ობლადაა“ დარჩენილი
3. სარისკო ქცევის შემსწავლელი სუბპოპულაციური (მეორე თაობის) 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.

2.4 ინფორმაციის ნაკადები

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



2.5 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, მეთოდური რეკომენდაციები	უპირატესად პროფესიული
ლაბორატორიები	აივ ტესტირება	ბიოუსაფრთხოება	ხარისხის უზრუნველყოფის	უპირატესად პროფესიული



დაინტერესებული მხარე	როლი	მოთხოვნები	მოლოდინები	მოტივაციები
			სისტემა	
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 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) ვალდებულებების შესრულება

2.6 მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები

1. 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 გადასხმის სადგურებში.
2. 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

2.7 საკადრო რესურსები

1. ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართულ ინსტიტუტებში დასაქმებული ადამიანური რესურსების კომპიუტერთან მუშაობის ბაზისურ ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს ამ ინსტიტუტების ხელმძღვანელები აფასებენ დამაკმაყოფილებლად.
2. რაც შეეხება ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება/ანალიზისათვის, აქ შეფასება არადამაკმაყოფილებელია, რაც უფრო თვალსაჩინოა ადგილობრივი დონისათვის.



3. საკვანძო ტექნიკური კადრების დენადობა არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართულ ინსტიტუტებში როგორც ცენტრალურ, ისე ადგილობრივ დონეზე.
4. 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.

3 ინსტიტუციური შეფასება

საჭიროებებისა და ფაქტორების ანალიზის შედეგები შეიძლება დაჯგუფდეს ოთხ კატეგორიად SWOT ანალიზის მეთოდოლოგიით.



დადებითი	უარყოფითი
ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 დონისპიებების გასატარებლად

შიდა



გარეთა

შესაძლებლობები	საფრთხეები
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 და კონფლიქტურობას. 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

4 დასკვნები

აივ ინფექცია/შიდსი 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 მოთხოვნის მატება (შიდა მოხმარებისათვის)
- სრულად არ არის შესრულებული საერთაშორისო ვალდებულებები

აივ ინფექცია/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 ემსახუროდეს (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 ღიად დატოვებულ საკვანძო შეკითხვას და შეიქმნას საფუძველები, რომელიც განსაზღვრავს თავად სისტემის ძირითად მახასიათებლებს 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 - დეკლარაციის აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობით გათვალისწინებული ფუნქციების უკეთ შესრულებაში.

5 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 სიმრავლის, დერეგულირებისა და დეცენტრალიზაციის პირობებში ლაბორატორიული კვლევის ხარისხის კონტროლს, ნებაყოფლობითი 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 გამიჯვნის 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 მათი 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 გააადვილებს 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 დაიტვირთოს 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



II. ეპიდზედამხედველობის სისტემა

1 სისტემის კონცეპტუალური ჩარჩო

1.1 სისტემის დანიშნულება და ადგილი

აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის **დანიშნულებაა**:

- მიაწოდოს დაინტერესებულ მხარეებს ან გადაწყვეტილების მიმღებს მტკიცებულებები ეპიდემიის მდგომარეობის შესახებ
- შესაძლებლობების ფარგლებში ხელი შეუწყოს ეპიდემიის გავრცელების შემცირებას

გადაწყვეტილებების, რომლებიც ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიერ მიწოდებულ მტკიცებულებებს დაეფუძნებიან, შინაარსი ან თემატიკა მოიცავს:

- ქვეყანაში აივ ეპიდემიის ზომისა და მოსალოდნელი გავრცელების ტენდენციების ადეკვატური ეპიდსაწინააღმდეგო სტრატეგია, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებებისა და სამედიცინო მომსახურების ოპტიმალური კონფიგურაციის დაგეგმვის ჩათვლით
- მაღალი რისკის სუბ-პოპულაციებში ქვევითი ფაქტორების ცვლილებებზე გატარებული ღონისძიებების ეფექტიანობის შეფასება

დანიშნულებიდან გამომდინარე, აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემას ძირითადად სამი ურთიერდაკავშირებული **ფუნქცია** ეკისრება:

- პიროვნების ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
- აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდკვლევა
- ეპიდემიის მდგომარეობის შესახებ სარწმუნო ინფორმაციის ნაკადების გენერირება და მართვა და ამ ინფორმაციის საფუძველზე ეპიდემიის მდგომარეობის შეფასება, ანალიზი და ტენდენციების განსაზღვრა

აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების **ეპიდემიოლოგიური კვლევა** ეფუძნება აივ ინფიცირების ან შიდსის გამოვლენის ცალკეულ შემთხვევას და ემსახურება:

- აივ ინფიცირებულთა დამატებით გამოვლენას იმ პირთა შორის, რომლებსაც ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით კონტაქტი (ეპიდემიოლოგიური კავშირი) ჰქონდათ აივ ინფიცირებულ პირთან (მაგ. დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში სქესობრივი პარტნიორები)
- გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პირიდან აივ ინფექციის შემდგომი გავრცელების თავიდან აცილებას უსაფრთხოების ზომების დაცვით

აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობა, როგორც ავტონომიური სისტემა სპეციფიური შედეგებით (პროდუქტებით) და ფუნქციებით, სხვა გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის სისტემის შემადგენელი ნაწილია. როგორც მისი ნაწილი, იგი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთ ქვესისტემას წარმოადგენს.



1.2 ძირითადი ცნებები

ეპიდემიის მდგომარეობა

ცნება „ეპიდემიის მდგომარეობა“ გულისხმობს როგორც აივ ინფექციისა და შიდსის გავრცელების, ასევე მასზე გავლენის მქონე ფაქტორების (იგივე დეტერმინანტები) სურათისა და დინამიკას.

დეტერმინანტები

ცნება „დეტერმინანტები“ გულისხმობს ყველა ფაქტორს, მათი ბუნების მიუხედავად, რომელიც ამა თუ იმ სახით გავლენას ახდენს აივ ინფექციისა და შიდსის გავრცელებაზე. დეტერმინანტები შეიძლება იყოს: ეთნო-კულტურული თავისებურებები (ღირებულებები და ნორმები), აივ ინფექციის გავრცელებისათვის სარისკო ქცევები (მაგ. უსაფრთხოების წესების დაცვის გარეშე სქესობრივი კონტაქტები ან ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება), სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა (მაგ. შრომის ბაზარზე ახალგაზრდების შესვლის მაჩვენებელი), საინექციო ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელება, სატრანსპორტო კორიდორების არსებობა, მიგრაციული პროცესები და ა.შ.

დეტერმინანტები იყოფა ორ ჯგუფად, იმის მიხედვით, თუ რამდენად სავალდებულოა აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების ეპიდზედამხედველობის სისტემისთვის მათზე დაკვირვება და აღრიცხვა:

სავალდებულო დეტერმინანტები:

- სარისკო ქცევები:
 - არასტერილური საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენება
 - უსაფრთხოების ზომების გარეშე სქესობრივი კავშირები

არასავალდებულო დეტერმინანტები:

- მიგრაციული პროცესები
- ნარკოტრეფიკინგი

„ეპიდზედამხედველობის ინტერვენციები“ (იგივე ეპიდზედამხედველობის „ღონისძიებები“ ან „მომსახურებები“)

გულისხმობს ნებაყოფლობით კონსულტირებას, ტესტირება და ეპიდკვლევას.

ბიოლოგიური ეპიდზედამხედველობა

ბიოლოგიური ეპიდზედამხედველობა გულისხმობს მოსახლეობაში (ან კონკრეტულ სუბ-პოპულაციაში) აივ ინფექციის გავრცელებაზე (აივ ინფექციაზე ტესტირების გზით) მონაცემების შეგროვებას. ბიოლოგიური ზედამხედველობა ხორციელდება სამი ფორმით:

- სამედიცინო დაწესებულებებში:
 - რეგულარული სკრინინგი (იგივე რუტინული ეპიდზედამხედველობა)
 - განსაზღვრულ სუბ-პოპულაციებში სენტინელური ზედამხედველობა



- მაღალი რისკის ჯგუფებში ქცევაზე ზედამხედველობასთან ერთად ბიომარკერული კვლევის ჩატარება, რომელიც წარმოადგენს მეორე თაობის ზედამხედველობას

ქცევითი ზედამხედველობა

გარკვეული დროის ინტერვალით განსაზღვრულ სუბ-პოპულაციურ ჯგუფებში (მაღალი რისკის ჯგუფებში) აივ ინფექციის გავრცელებისთვის სარისკო ქცევების არსებობის (ან ცვლილების) შესწავლა სოციოლოგიური გამოკვლევებით

აივინფექციის რუტინული ეპიდზედამხედველობა

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებში პაციენტების რეგულარული შემოწმება (სკრინინგი) აივ ინფექციაზე (ნებაყოფლობითი კონსულტირებითან ნებაყოფლობითი კონსულტირების გარეშე). რუტინული ეპიდზედამხედველობა უტარდება სამიზნე კონტინგენტში ყველას, ვინც მიმართავს გარკვეული ტიპის (ე.წ. პროფილურ) სამედიცინო დაწესებულებებს (მაგ. ანტენატალურ სამსახურს, ფტიზიატრიულ ან ნარკოლოგიურ კლინიკებს)

სენტინელური ეპიდზედამხედველობა

გარკვეული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებიდან წინასწარ შერჩეულ რამოდენიმე დაწესებულებაში (ე.წ. „საყრდენი ბაზა“) შესული კონტინგენტის აივ ინფექციაზე შემოწმება. სენტინელური ეპიდზედამხედველობა ტარდება იმ სუბ-პოპულაციებში, რომლებიც არაა მოცული რუტინული ეპიდზედამხედველობით (მაგ. სგვი პაციენტები).

მაღალი რისკის პოპულაციები (ჯგუფები)

მაღალი რისკის პოპულაციებს მიუკუთვნება:

- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები
- კომერციული სექსის მუშაკები
- ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცები („მამაკაცები, რომლებსაც აქვთ სექსი მამაკაცებთან“)

აივ ინფექციის შესაძლო შემთხვევა

ნებისმიერი პირი, რომელსაც აღენიშნება რაიმე რისკის ფაქტორი/კლინიკური გამოვლინება და/ან რაიმე მიზნით ხდება მისი კონსულტირება და ტესტირება (ან მხოლოდ ტესტირება) აივ ინფექცია/შიდსზე.

აივ ინფექციის სავარაუდო შემთხვევა

ნებისმიერი პირი, რომლის აივ ინფექციაზე სკრინინგული (მაგ. იმუნოფერმენტული ან სწრაფი/მარტივი მეთოდით) ლაბორატორიული გამოკვლევისას მიღებულია დადებითი შედეგი.

აივ ინფექციის დადასტურებული შემთხვევა

ნებისმიერი პირი, რომლის ლაბორატორიული კონფირმაციული კვლევისას (მაგ. იმუნობლოტინგის მეთოდით) მიღებულია დადებითი შედეგი.



ეპიდზედამხედველობის სისტემაში დარეგისტრირებული აივ ინფექციის შემთხვევა

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში რეგისტრირდება მხოლოდ ისეთი შემთხვევა, რომელიც შეესაბამება სტანდარტულ განსაზღვრებას¹ და რომელზეც არსებობს შესაბამისი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები (განს. აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა #1). დადასტურებული აივ ინფექციის ლაბორატორიული სინჯი, რომელსაც არ ახლავს შესაბამისი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები არ რეგისტრირდება ეპიდზედამხედველობის სისტემაში.

1.3 ძირითადი მიდგომები და პრინციპები

1.3.1 პრინციპები

ნებაყოფლობითობა

გულისხმობს, რომ ეპიდზედამხედველობის ინტერვენციები ხორციელდება მხოლოდ პიროვნების ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში: აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ნებისმიერ საფეხურზე პირს მიეწოდება ჯერ ინფორმაცია (ახსნა-განმარტება, რჩევა) და მისი სურვილის შემთხვევაში ტარდება ტესტირება, კონსულტირება ან ეპიდკვლევა.

ნებაყოფლობითობის პრინციპიდან გამომდინარე, პირს შეუძლია:

- ჩაიტაროს ტესტის წინა კონსულტირება და უარი განაცხადოს ტესტირებაზე და შესაბამისად, ტესტის შემდგომ კონსულტირებაზე
- უარი განაცხადოს ტესტის წინა კონსულტირებაზე და პირდაპირ ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექციაზე და გაიაროს ტესტის შემდგომი კონსულტირება
- ჩაიტაროს ტესტის წინა კონსულტირება, ტესტირება აივ ინფექციაზე და არ მოვიდეს პასუხის მისაღებად (და შესაბამისად, აღარ ჩაიტაროს ტესტის შემდომი კონსულტირება)
- ჩაიტაროს ტესტის წინა კონსულტირება, ტესტირება აივ ინფექციაზე, მივიდეს პასუხის მისაღებად და უარი განაცხადოს ტესტის შემდგომ კონსულტირებაზე.

ინფორმირებული თანხმობა

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, ცნება „ინფორმირებული თანხმობა“ გულისხმობს - პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობას ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მათ მიეწოდათ ინფორმაცია:

- ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;
- ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- გ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;
- დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტებისა და ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

¹ აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდური რეკომენდაციების შესაბამისად



- ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- ვ) "ა"-ე ქვეპუნქტებში ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ;

კონფიდენციალობა

კონფიდენციალობის (იგივე „პირადი საიდუმლოს შენახვის“) პრინციპი გულისხმობს პირადი (ამ შემთხვევაში აივ ინფექციასთან დაკავშირებით) ინფორმაციის საიდუმლოების შენახვას და მესამე პირისთვის გამხელას მხოლოდ პიროვნების თანხმობის შემთხვევაში.

კონფიდენციალობის პრინციპი მოითხოვს, რომ აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში პირადი მონაცემები ხელმისაწვდომი გახდეს მხოლოდ პირის იდენტიფიკაციის გამომრიცხავი ფორმით.

აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობისთვის კონფიდენციალობის დაცვა გულისხმობს არა მხოლოდ ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე სპეციალისტების მიერ პიროვნების აივ ინფექციის სტატუსზე ინფორმაციის შენახვას და დაცვას, არამედ ეპიდზედამხედველობის მომსახურების გაწევისას ისეთი გარემოს შექმნას, რომელიც ხელს შეუწყობს კონფიდენციალობის დაცვას.

ანონიმურობა

ანონიმურობის პრინციპი გულისხმობს, რომ ეპიდზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე პირს შეუძლია არ გაამჟღავნოს ვინაობა და მიიღოს ეპიდზედამხედველობის სისტემის სერვისები (კონსულტირება, ტესტირება ან ეპიდკვლევა).

ანონიმურობის ხარისხის მიხედვით კვლევის სახეები შემდეგია:

კვლევის სახეები	ანონიმურობა	კონფიდენციალობის დაცვა	აღწერა / განმარტება
ორგანიზაციასთან ბმული ტესტირება	დაბალი	აუცილებელია და რთულია	ლაბორატორიაში ტესტირებისათვის გასაგზავნის სისხლის/შრატის ნიმუშის თანხმლები ინფორმაცია მოიცავს დაწესებულების დასახელებას, ნიმუშის ნომერს რომელიც უკავშირდება კონსულტაციის ნომერს და ამით შესაძლებელია პიროვნების სახელის და გვარის იდენტიფიცირება
ორგანიზაციასთან ბმული ანონიმური ტესტირება	მაღალი	აუცილებელია შედარებით იოლია	ლაბორატორიაში ტესტირებისათვის გასაგზავნის სისხლის/შრატის ნიმუშის თანხმლები ინფორმაცია მოიცავს დაწესებულების დასახელებას, ნიმუშის ნომერს რომელიც არ უკავშირდება კონსულტაციის ნომერს. პასუხისათვის მოსული პირის იდენტიფიცირება და მისთვის პასუხის მიწოდება ხდება მისი ანონიმური ნომრის მიხედვით



კვლევის სახეები	ანომიმურობა	კონფიდენციალობის დაცვა	აღწერა / განმარტება
ორგანიზაციასთან დაუკავშირებელი ანონიმური ტესტირება	სრული	თავისთავად დაცულია	სისხლის ნიმუშის თანხმლები ინფორმაცია არ მოიცავს არანაირ საიდენტიფიკაციო ინფორმაციას. ასეთი სახის ტესტირება არ გამოიყენება ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრებში და გამოიყენება ბიომარკერული და ქცევითი კვლევების დროს

არჩევანის თავისუფლება

გულისხმობს, რომ ეპიდზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე მომხმარებელს შეძლებისდაგვარად ეძლევა არჩევანის გაკეთების საშუალება, რაც მოიცავს არა მხოლოდ კანონმდებლობით განსაზღვრულ უფლებებს (მაგ. უფლება დათანხმდეს ან უარი თქვას აივ ტესტირებაზე), არამედ ტესტირების ჩატარებისთვის, ინფორმირებისა და პოსტ-ტესტ კონსულტირებისათვის, საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო დაკვირვებისა ან მკურნალობისათვის შესაბამისი მომსახურების მიმწოდებლის არჩევას.

1.3.2 მიდგომები

One Stop Service

გულისხმობს ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სამივე ეტაპის ორგანიზებას პიროვნების ვიზიტების მინიმალური რაოდენობით და მაქსიმალური კომფორტით (გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, კონფიდენციალობის გარანტია, სტიგმატიზაციის მინიმალური საშიშროება). ეს შეიძლება იყოს ნებაყოფლობითი პრე-ტესტ კონსულტირებისა და ტესტირების, აგრეთვე ინფორმირებისა და პოსტ-ტესტ კონსულტირების ერთდროულად ჩატარება შეძლებისდაგვარად ერთსა და იგივე დაწესებულებაში და სპეციალისტის მიერ.

ინფორმაციის ვერიფიკაცია და განახლება

ეპიდემიოლოგიური კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე შესაძლებელია ახალი ეპიდემიოლოგიური სურათი გამოიკვეთოს (კონტაქტები, გადაცემის გზები, სარისკო ქცევები), რაც ითხოვს მონაცემთა ბაზაში პირადი ინფორმაციის შევსება/სრულყოფას ან ცვლილებას; ეპიდზედამხედველობის ინფორმაციული სისტემა ასეთ შემთხვევაში პიროვნების მონაცემების განახლების საშუალებას უნდა იძლეოდეს სპეციალური პროცედურის დაცვით (მონაცემების შემთხვევით შეცვლის/დაზიანების გამორიცხვის მიზნით).

ეტაპობრივი განვითარება

საქართველო განეკუთვნება ეპიდემიის დაბალი გავრცელების სტატუსის მქონე ქვეყანათა ჯგუფს; „ეტაპობრივი განვითარების“ მიდგომა გულისხმობს, რომ აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციური და ორგანიზაციული მოწყობა უნდა:

- აკმაყოფილებდეს ეპიდემიის დაბალი გავრცელების სტატუსის მქონე ქვეყნისათვის რეკომენდებულ ყველა მოთხოვნას
- ითვალისწინებდეს კონცენტრირებული ეპიდემიის სტატუსის მქონე ქვეყნებისთვის მოწოდებულ შედარებით მაღალ მოთხოვნებს და საჭიროების შემთხვევაში, გააჩნდეს ამ



მოთხოვნების დაკმაყოფილების შესაძლებლობა მინიმალური ინვესტიციითა და სისტემის გადაწყობით

„ეტაპობრივი განვითარების“ მიდგომა ზოგავს ეპიდზედამხედველობის შექმნისა და ფუნქციონირებისთვის საჭირო ქვეყნის რესურსებს, უსადაგებს რა მათ არსებულ და საპროგნოზო (შესაძლო) მოთხოვნილებებს.

2 სისტემის ფუნქციური აღწერა

ეპიდზედამხედველობის სისტემა ფუნქციურად აღიწერება ზემოხსენებული სამი ძირითადი ფუნქციის გარშემო.

პირველ ფუნქციასთან („ეპიდემიის მდგომარეობის შესახებ სარწმუნო ინფორმაციის ნაკადების გენერირება და მართვა“) დაკავშირებით სისტემა დეტალურად არის აღწერილი ქვეთავში 2.3 „ინფორმაციული მასივები“. რუტინული და სენტინელური ეპიდზედამხედველობით მოპოვებული ინფორმაციის ნაკადების გენერირებისა და მართვის ნაწილში ეს ფუნქცია მთლიანად დამოკიდებულია დანარჩენი ორი ფუნქციის, მეტწილად ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების წარმატებით გააზრებასა და განხორციელებაზე.

2.1 სამიზნე კონტინგენტი

აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის ფუნქციური გააზრებისთვის ამოსავალი წერტილია ეპიდზედამხედველობის კონტინგენტის განსაზღვრა და თითოეულის მიმართ, ეპიდზედამხედველობის ძირითადი დანიშნულებიდან (ეპიდემიის მდგომარეობაზე ინფორმაციის მოპოვება და ეპიდემიის გავრცელების პრევენცია) გამომდინარე, მეთოდების განსაზღვრა.

ეპიდზედამხედველობის კონტინგენტის შერჩევა ითვალისწინებს საერთაშორის გამოცდილებებისა და რეკომენდაციებს და ეფუძნება აგრეთვე ქვეყნის სპეციფიკასა და საჭიროებებს. ეპიდზედამხედველობის მონაცემების მოპოვების მეთოდები განსხვავდება თავიანთი დანიშნულებით, მასშტაბით, საჭიროებებითა და შესაძლებლობებით და შემდეგნაირად შეიძლება დაჯგუფდეს:

მონაცემთა შეგროვების მეთოდები	ითხოვს სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების მაღალ ხარისხს	ითხოვს სამიზნე კონტინგენტის სრულ (მაღალ) მოცვას სამედიცინო მომსახურებით	იძლევა სამიზნე კონტინგენტში პრევენციის საშუალებას	ანონიმურობა
<ul style="list-style-type: none"> ბიოლოგიური ზედამხედველობა: 				
<ul style="list-style-type: none"> ○ რუტინული 	დიახ	დიახ	დიახ	არა
<ul style="list-style-type: none"> ○ სენტინელური 	დიახ	არა	არა	შესაძლებელია
<ul style="list-style-type: none"> კვლევები: 				
<ul style="list-style-type: none"> ○ ბიომარკერული 	არა	არა	არა	სრული
<ul style="list-style-type: none"> ○ ქვევითი 	არა	არა	არა	სრული

აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობისთვის ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური სტატუსისა და სპეციფიკის გათვალისწინებით ინტერესს წარმოადგენენ შემდეგი სუბ-პოპულაციები:



სამიზნე კონტინგენტი	აივ ინფექციის ალბათობა ²	ზომა (რაოდენობა) გაზომვადია	სამედიცინო მომსახურებით მოცვის შესაძლებლობა	აქტუალობა (მნიშვნელობა) ეპიდზედამხედველობისთვის	
				შემთხვევის გამოვლენა და პრევენცია	ეპიდემიის გავრცელების შეფასება
1. ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები, რომელიც მიმართავს ფტიზიატრიულ კლინიკებს	საშუალო	დიახ	მაღალი	დიახ	დიახ
2. ორსულები, რომლებიც იღებენ ანტენატალურ მომსახურებას	დაბალი	დიახ	მაღალი	დიახ	დიახ
3. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, რომელიც მიმართავს ნარკოლოგიურ კლინიკებს	მაღალი	დიახ ³	დაბალი	დიახ	დიახ
4. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ პირები	მაღალი	დიახ	მაღალი	დიახ	დიახ
5. სისხლის დონორები	დაბალი	დიახ	მაღალი	დიახ	დიახ
6. კონტიგენტი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებებს სგგი-ს გამო	საშუალო	არა	დაბალი	არა	დიახ
7. კონტიგენტი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებებს B და C ჰეპატიტის გამო	საშუალო	არა	დაბალი	დიახ	დიახ
8. ნებისმიერი პირი შიდსზე სავარაუდო კლინიკური ნიშნებით	მაღალი	არა	დაბალი	დიახ	არა
მაღალი რისკის ჯგუფები, რომლებიც:					
9. არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს	მაღალი	არა	შეუძლებელია	არა	დიახ
10. მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს	მაღალი	არა	მაღალი	დიახ	არა

² დაბალი ეპიდემიის სტატუსიდან გამომდინარე ალბათობის გრადაცია პირობითია

³ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ზომის განსაზღვრა რთულია, თუმცა შესაძლებელია იმ ნაწილის, რომელიც მიმართავს ნარკოლოგიურ კლინიკებს.



სამიზნე კონტინგენტის მიმართ ეპიდზედამხედველობის ინტერესების, ამ კონტინგენტის სპეციფიკისა და ეპიდზედამხედველობის არსენალში მონაცემების შეგროვების მეთოდებისა და ღონისძიებების შესაძლებლობების გათვალისწინებით (ზედა ორი მატრიცის შეჯერებით) ეპიდზედამხედველობის ორი ფუნქცია (ეპიდემიის მდგომარეობაზე ინფორმაციის მოპოვება და ეპიდემიის გავრცელების პრევენცია) შემდეგნაირად ნაწილდება:

სამიზნე კონტინგენტი	რუტინული	სენტინელური ზედამხედველობა	ბიომარკერული და ქცევითი კვლევები
1. კონტინგენტი, რომელიც მიმართავს ფტიზიატრიულ კლინიკებს			
2. ორსულები			
3. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, რომელიც მიმართავს ნარკოლოგიურ კლინიკებს			
4. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფი პირები			
5. სისხლის დონორები			
6. კონტინგენტი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებებს სგი-ს გამო			
7. კონტინგენტი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებებს B და C ჰეპატიტის გამო			
8. ნებისმიერი პირს შიდაზე სავარაუდო კლინიკური ნიშნებით	რეკომენდაციის სახით		
მაღალი რისკის ჯგუფები, რომლებიც:			
9. არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს			
10. მიმართავენ არაპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებებს ⁴	რეკომენდაციის სახით		

კონტინგენტი, რომელიც მიმართავს ფტიზიატრიულ კლინიკებს

ტუბერკულოზის შემთხვევები მჭიდროდ არის დაკავშირებული აივ ინფექციასთან. მსოფლიოში აივ ინფიცირებული ადამიანების დაახლოებით ერთი მესამედი ერთდროულად ინფიცირებულია აივ-ით და ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით. აივ ინფექცია ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომელიც ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების გავრცელებასა და დაავადების მიმდინარეობაზე ახდენს ზეგავლენას.

ტუბერკულოზის აქტიური ფორმის გამოვლენა ხშირ შემთხვევაში დაკავშირებულია აივ ინფიცირებული პაციენტის ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით პირველად ინფიცირებასთან.

⁴ იგულისხმება ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება ფტიზიატრიულის, ნაკროლოგიური და სისხლის გადასხმის სადგურების გარდა, რომელსაც შეიძლება მიმართოს მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენელმა ჯანმრთელობის პრობლემის ბუნების (პროფილის) მიუხედავად



ტუბერკულოზით დაავადებულებში აივ ინფექციის ადრეული დიაგნოსტიკა საშუალებას იძლევა დროულად იქნას დაწყებული ანტიტუბერკულოზური და არც თერაპია, რომელიც დაავადების გამოსავალს ბევრად კეთილსაიმედოს ხდის. ამიტომ ტუბერკულოზით დაავადებულების აივ კონსულტირების და ტესტირების ცენტრებისადმი 100%-იანი ხელმისაწვდომობა საკმაოდ მნიშვნელოვანია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულია ყველა დაწესებულებაში, სადაც არის ტუბერკულოზით დაავადებულთა მაღალი კონცენტრაცია (ტუბ დისპანსერი, ტუბ საავადმყოფო და სხვა) ამუშავდეს ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების კაბინეტები.

ამდენად, საქართველოში აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემა ბიოლოგიური ზედამხედველობის რეგულარული შემოწმებით (სკრინინგი) სრულად მოიცავს ამ კონტინგენტს, გამომდინარე იქიდან რომ სპეციალიზებული დაწესებულებები და პაციენტების ნაკადები აღრიცხვადია, „მართულია“ პროგრამული სახელმწიფო დაფინანსების პირობებში. მომავალში, თუ ამულატორიული ფტიზიატრიული მომსახურება (დიაგნოსტიკა და მკურნალობა) სრულად ინტეგრირდება პირველად ჯანდაცვაში, ამ ფუნქციის რეალიზაციის სქემა შესაბამისად გადაისინჯება.

ორსულები, რომლებიც სარგებლობენ ანტენატალური სამედიცინო მომსახურებით

ორსულებში აივ ინფექციის გავრცელების დადგენა მოწოდებულია, როგორც ზოგად მოსახლეობაში აივ ინფექციის გავრცელების არაპირდაპირი საზომი (პრევალენტობის პროქსი მაჩვენებელი). კონცენტრირებული და განსაკუთრებით, გენერალიზებული ეპიდემიის სტატუსის ქვეყნებში ორსულების აივ ინფექციაზე გამოკვლევას პრევენციული დატვირთვა აქვს, პირველ რიგში, ახალშობილის ინფიცირების თავიდან ასაცილებლად.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად⁵ ორსულთა რუტინული სეროლოგიური გამოკვლევა აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის საკვანძო ღონისძიებაა კონცენტრირებული და გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნებში და განიხილება დამატებით ღონისძიებად დაბალი ეპიდემიის სტატუსის ქვეყნებისთვის.

საქართველოში 2006 წლიდან სახელმწიფო პროგრამული დაფინანსების ფარგლებში ანტენატალურ კლინიკებში ტარდება ორსულთა რუტინული სკრინინგი აივ ინფექციაზე. ამ ეტაპზე შეუძლებელია ანტენატალურ კლინიკებში სრულყოფილი ნებაყოფლობითი ტესტის წინა კონსულტირების ჩატარება და სკრინინგი მიმდინარეობს ე.წ. "opt-out" მიდგომით. ამ უკანასკნელის სასარგებლოდ მეტყველებს ისიც, რომ ბოლო დროის მტკიცებულებების მიხედვით "opt-out" მიდგომის დროს ტესტირების მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ე.წ. "opt-in" მიდგომით, რაც სრულყოფილ პრეტესტ კონსულტირებას და ორსულის წერილობით თანხმობას გულისხმობს.

⁵ WHO, UNAIDS Guidelines for Conducting HIV Sentinel Serosurveys among Pregnant Women and Other Groups, UNAIDS/03.49E 2003



ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, რომლებიც მიმართავენ ნარკოლოგიურ კლინიკებს

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების მხოლოდ მცირე ნაწილი მიმართავს სპეციალიზებულ ნარკოლოგიურ კლინიკებს (სავარაუდოდ 1000 პირი წელიწადში). ასევე რთულია ამ სუბ-პოპულაციის ზომის დადგენა და ამ სუბ-პოპულაციაში აივ ინფექციის გავრცელების გაზომვა (გასაზომად მოწოდებულია ბიომარკერული სოციოლოგიური კვლევა). მიუხედავად ამისა, სწორედ ამ სუბ-პოპულაციაშია აივ ინფექციის გავრცელების ყველაზე მაღალი საფრთხე და ამდენად, გამართლებულია გადაცემის პრევენციის მიზნით შემთხვევებზე დაფუძნებული რუტინული ეპიდზედამხედველობა ნარკოლოგიური კლინიკების პაციენტებში.

ნარკოლოგიური კლინიკები შედარებით მცირერიცხოვანი და აღრიცხვადია, გააჩნიათ სრულფასოვანი ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების დანერგვის კარგი პოტენციალი.

სასჯელადსრულების დაწესებულებებში მყოფი პირები

ასეთი პირები წარმოადგენენ მიკობაქტერიის ძირითად რეზერვუარს და მათ შორის საკმაოდ ჭარბობს მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლები (ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით). მათი სამიზნე კონტინგენტად გამოყოფა გამართლებულია აივ ინფექციის გავრცელების პრევენციის მიზანშეწონილობით.

სისხლის დონორები

ამ კონტინგენტში სისხლის აივ ინფექციაზე გამოკვლევა სავალდებულოა აივ ინფექციის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად. საქართველოს სპეციფიკიდან გამომდინარე, დონორთა უმრავლესობა გარკვეულ (არაოფიციალურ „პროფესიონალთა“) ჯგუფს წარმოადგენს და ვერ გამოდგება ზოგად მოსახლეობაში ეპიდემიის გავრცელების საზომად. რუტინული ეპიდზედამხედველობის დანარჩენი სამიზნე კონტინგენტისაგან განსხვავებით, სისხლის დონორებს ტესტირება უტარდებათ სავალდებულო წესით ტესტირების წინა ნებაყოფლობითი კონსულტირების გარეშე.

კონტიგენტი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებს სგგი-ს გამო

ამ სუბ-პოპულაციაში აივ ინფექციის გამოვლენის ალბათობა უფრო მაღალია, ვიდრე ზოგად მოსახლეობაში, მაგრამ დაბალი ეპიდემიის სტატუსის ქვეყანაში პრევენციის მიზნით ამ კონტინგენტში შემთხვევებზე დაფუძნებული ეპიდზედამხედველობა არ არის მიზანშეწონილი. გამართლებულია მხოლოდ ეპიდემიის გავრცელების შეფასების მიზნით ეპიდზედამხედველობა. საქართველოს სპეციფიკიდან გამომდინარე, სადაც სგგი-ს გამო პიროვნებები მიმართავენ სხვადასხვა დაწესებულებებს და პრაქტიკულად შეუძლებელია სამედიცინო მომსახურების (პაციენტთა ნაკადების) აღრიცხვა, გამართლებულია მხოლოდ სენტინელური მეთვალყურეობა წინასწარ განსაზღვრულ რამდენიმე სპეციალიზებულ კლინიკაში.

იმავდროულად, სამედიცინო პრაქტიკის პროტოკოლებში (მათი დანერგვის შემთხვევაში) რეკომენდებულია აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ჩატარება ყველა პირისთვის, რომელიც მიმართავს ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებას სგგი დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მიზნით.



კონტინგენტი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებებს B და C ჰეპატიტის გამო

აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგიის თვალსაზრისით ეს სუბ-კონტინგენტი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აივ ინფექციის გავრცელების გზასთან მსგავსების გამო. სგგი-ს მსგავსად, პაციენტთა ეს ნაკადები არაორგანიზებულია და ეპიდზედამხედველობისთვის შეუძლებელია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სრულად მოცვა რუტინული ეპიდზედამხედველობის დასაწერად. ამ მიზეზის გამო ამ კონტინგენტზე განხორციელდება სენტინელური ზედამხედველობა რამოდენიმე სპეციალიზებულ კლინიკაში ეპიდემიის გავრცელების შესაფასებლად.

ეპიდზედამხედველობის ღონისძიებების პარალელურად B და C ჰეპატიტების დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის სამედიცინო პროტოკოლებში რეკომენდებულია აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების შეტანა (თუ ასეთი პროტოკოლები დაინერგება⁶)

ნებისმიერი პირი შიდსზე სავარაუდო კლინიკური ნიშნებით

დაბალი ეპიდემიის სტატუსის მიუხედავად კლინიკური ნიშნებით აივ ინფექცია/შიდსის შესაძლო შემთხვევის გამოვლენა ძალიან მნიშვნელოვანია როგორც ეპიდემიის პრევენციის, ისე დროული კვალიფიციური მკურნალობისა და მოვლის თვალსაზრისით. სავსებით ლოგიკურია, რომ ეპიდზედამხედველობის რუტინულ გამოკვლევას დაექვემდებაროს ნებისმიერი პირი, რომელსაც დაუდგინდება სავარაუდო კლინიკური ნიშნები. მხოლოდ იმის გამო, რომ ამის განხორციელება უახლოეს მომავალში შეუძლებელია კლინიკური პრაქტიკის რეგულირების (ხარისხის უზრუნველყოფის/კონტროლის) არ არსებობის გამო, რჩება ეპიდზედამხედველობის შედარებით „რბილი“ მიდგომა - შესაბამისი კლინიკური რეზიდენტურის პროგრამებში შიდსზე სავარაუდო კლინიკური ნიშნების შეტანა და სამედიცინო მეთოდურ რეკომენდაციებში/პროტოკოლებში შესაბამისი დამატებების გაკეთება.

მაღალი რისკის ჯგუფები, რომლებიც არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს

ამ სუბ-პოპულაციაზე დაკვირვება მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ ინფექციის პრევალენტობის დასადგენად (ბიო-მარკერული კვლევები) და ქცევითი ფაქტორების/რისკების გასაზომად (ქცევითი კვლევები).

მაღალი რისკის ჯგუფები, რომლებიც მიმართავენ არაპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებებს

მაღალი რისკის ჯგუფის ნებისმიერმა წარმომადგენელმა შეიძლება მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას ჯანმრთელობის პრობლემით (ჩვენებით), რომელიც არ უკავშირდება მის სარისკო ქცევას. ამ კონტინგენტში სასურველია სრული ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ჩატარება აივ ინფექციის გამოვლენისა და გავრცელების პრევენციის მიზნით. რადგან ამ ეტაპზე შეუძლებელია ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში სათანადო ნკტ დანერგვა და მათი მოცვა რუტინული ზედამხედველობით, შიდსზე სავარაუდო ნიშნების მქონე პირების ანალოგიურად, ამ სუბ-პოპულაციისთვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს რეკომენდაცია უნდა გაეწიოს, რომ ანამნეზში მაღალი რისკის ქცევის გამოვლენისას პაციენტებს შესთავაზონ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება.

⁶ დანერგვაში იგულისხმება არა მხოლოდ პროტოკოლების შექმნა/არსებობა ან სამედიცინო პერსონალის მზადება, არამედ მათი პრაქტიკაში გამოყენებაზე რეალური ზედამხედველობის მექანიზმების ამოქმედება



ზოგადი მოსახლეობა, რომელიც თვითდინებით მიმართავს სპეციალიზებულ (აივ/შიდსის) დაწესებულებას

ნებისმიერი ადამიანი, დამოუკიდებლად იმისა, განეკუთვნება თუ არა რუტინული ეპიდზედამხედველობის კონტინგენტს ან მაღალი რისკის ჯგუფს, თვითდინებით მიმართავს სპეციალიზებულ (შიდსის) სამედიცინო დაწესებულებას. ასეთ შემთხვევაში, სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულება განიხილება, როგორც „პირველადი დაწესებულება“, სადაც:

- თვითდინებით მისულ პირს უტარდება ტესტის წინა კონსულტირება,
- ივსება შემთხვევის ანგარიშგების ფორმა
- პირველადი ტესტირების ან დადასტურების შედეგის მიუხედავად უტარდება ტესტის შემდგომი კონსულტირება
- დადასტურების შემთხვევაში და აივ ინფიცირებულის თანხმობის შემდეგ უტარდება კლინიკური გამოკვლევა და გადადის კლინიკური მეთვალყურეობის ეტაპზე.

2.2 მეთოდები და ინსტრუმენტები

2.2.1 ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება (ნკტ) წარმოადგენს ვიზიტორისათვის კონფიდენციალურ გარემოში მიწოდებულ სამედიცინო სერვისს, ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში თან ახლავს ტესტის წინა კონსულტირება, ტესტირება და ტესტის შემდგომი კონსულტირება.

ნკტ შესაძლებელია იყოს პიროვნების მიერ ინიცირებული (ე.წ. client-initiated) და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ინიცირებული (ე.წ. provider-initiated) - როდესაც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს პირი ჯანმრთელობის გარკვეულ მდომარეობასთან დაკავშირებით (მაგ. ტუბერკულოზის, სგგი ან ვირუსული ჰეპატიტის გამო) და სამედიცინო დაწესებულებაში კლინიკური ჩვენებით (სავარაუდო სიმტკომების/კლინიკური ნიშნების არსებობის) ან ეპიდემიოლოგიური ჩვენებით პაციენტს შესთავაზებენ ტესტის წინა კონსულტირებასა და ტესტირებას. ნებისმიერ შემთხვევაში კონსულტირება და ტესტირება ნებაყოფლობითია.

საქართველოში, როგორც დაბალი ეპიდემიის სტატუსის ქვეყანაში, ეპიდზედამხედველობა ეფუძნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ინიცირებულ ნებაყოფლობით კონსულტირებასა და ტესტირებას. პიროვნების მიერ ინიცირებული ნებაყოფლობითი კონსულტაციის დანერგვა რომელიმე ჯანდაცვის დაწესებულების ბაზაზე, სულ მცირე რეგიონულ დონეზე, ამ ეტაპზე არ არის მიზანშეწონილი. ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების არსებულ დაწესებულებებში განთავსების შედარებითი ანალიზი აჩვენებს, რომ საკმაოდ რთულია ერთი რომელიმე ტიპის დაწესებულების სასარგებლოდ არჩევანის გაკეთება. რაც უფრო მთავარია, ჯერ არ არის გამოკვეთილი სურათი, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებების (სავადმყოფოების, ამბულატორიების) პრივატიზაციისა და ოპტიმიზაციის შედეგად შეიქმნება ქვეყანაში. ამდენად, სასურველია ეს საკითხი ხელახალი ანალიზისა და განსჯის საგანი გახდეს მას შემდეგ, როდესაც მეტი სიცხადე იქნება სამედიცინო მომწოდებლების ბაზარზე და ასევე განისაზღვრება აივ ინფექციის კლინიკური მომსახურებისა და შიდსის მკურნალობის მომსახურების მიმწოდებლის ორგანიზაციული ფორმები.



შესაბამისად, ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება შედეგა შემდეგი ღონისძიებებისაგან (კომპონენტებისაგან):

ავი ტესტის წინა კონსულტირება

ნკტ სპეციალისტი საკონსულტაციოდ მოსულ პირს (შესაძლო შემთხვევა) აწვდის ინფორმაციას ავი ინფექცია/შიდსის შესახებ, გამოკითხავს მას ავი ასოცირებული სარისკო ქცევების თაობაზე, განუმარტავს ავი ტესტირების შესაძლო შედეგებს (სავარაუდო დადებითი, დადებითი, უარყოფითი), აფასებს ამ პირის ინფიცირების რისკს და ცდილობს მიიღოს ინფორმირებული თანხმობა ავი ტესტირებაზე.

სისხლის აღება

ტესტირებისათვის გამოიყენება სისხლი ან სისხლის შრატის. ანალიზისათვის ვენიდან აღებული უნდა იქნას 3 მლ ოდენობის სისხლი, რომელიც უნდა მოთავსდეს სპეციალურ სინჯარაში და უსაფრთხოების ზომების გათვალისწინებით გადაიგზავნოს ლაბორატორიაში ტესტირებისათვის რომელიმე სარწმუნო მეთოდით (მაგ. სწრაფი/მარტივი ან იმუნოფერმენტული მეთოდით).

ავი ტესტირება

ტესტირება ამჟამად შესაძლებელია იმუნოფერმენტული ან სწრაფი მარტივი მეთოდით. დადებითი პასუხის მიღების შემთხვევაში რეციპიენტი ითვლება სავარაუდო შემთხვევად და სისხლის/შრატის ნიმუში კონფირმაციისათვის იგზავნება შესაბამის დაწესებულებაში დამადასტურებელი (კონფირმაციული) მეთოდით გამოსაკვლევად. თუ ავი ტესტირება ჩატარდა რაიონში ან რეგიონულ ცენტრში, სადაც არ ფუნქციონირებს კონფირმაციული ლაბორატორია, მაშინ მასალა (სპეციალურ სინჯარაში უსაფრთხოების ზომების დაცვით და თანმხლები დაშიფრული კოდით) იგზავნება დამადასტურებელ ლაბორატორიაში⁷.

ტესტის შემდგომი კონსულტირება

დამადასტურებელი ლაბორატორია ყველა შემოსული სავარაუდო შემთხვევის გამოკვლევის შედეგების შესახებ ინფორმაციას (დადებითია თუ უარყოფითი) უგზავნის სინჯის გამომგზავნ პირველად დაწესებულებას; მხოლოდ დადებითი კონფირმაციული ტესტის შემთხვევაში, ტესტის შედეგს გარდა პირველადი დაწესებულებისა, ატყობინებს ასევე დესჯეც-ს სადაც ინფორმაცია შედის მონაცემთა ბაზაში (დაშიფრული კოდი, თარიღი და დადასტურების შედეგი).

ტესტირების შედეგის (პასუხის) მისაღებად პირი მიმართავს პირველად დაწესებულებას (სადაც ჩატარდა ტესტის წინა კონსულტირება ან სისხლის აღება ტესტირებისთვის). ნკტ სპეციალისტი ტესტირების შედეგის მიუხედავად სთავაზობს პირს ტესტის შემდგომ კონსულტირებას:

- ტესტის შემდგომი კონსულტირება ავი უარყოფითი სტატუსის მქონე პირებისათვის - ნკტ სპეციალისტი ატყობინებს ტესტირების შედეგს და აწვდის ინფორმაციას ავი გადაცემის გზებზე, სარისკო ფაქტორებსა და პრევენციულ ღონისძიებებზე.
- ტესტის შემდგომი კონსულტირება ავი დადებითი სტატუსის მქონე პირებისათვის - ნკტ სპეციალისტი ატყობინებს საბოლოო პასუხს, აცნობს ეპიდემიოლოგიურ რეჟიმს, ცდილობს

⁷ ლაბორატორიული სინჯის გაგზავნის მეთოდოლოგიას განსაზღვრავს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი და ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შესაბამისი ნორმატიული აქტის სახით



არსებული კონტაქტების დადგენას მათი შემდგომი ეპიდემიოლოგიური კვლევისათვის. სთავაზობს კლინიკური გამოკვლევისა და მეთვალყურეობისათვის მიმართოს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებას

2.2.2 რუტინული სკრინინგი ნკტ-ის გარეშე

რუტინული სკრინინგი არაანონიმური ნკტ-ის გარეშე (ე.ს. “opt-out” მიდგომა) მიმზიდველი და გამართლებულია იმ შემთხვევებში, როცა:

- სამიზნე კონტინგენტის ზომა დიდია, მაგრამ სასურველია ან აუცილებელია მათი სრული მოცვა პრევენციის მიზნით (მაგ. დედიდან შვილზე გადაცემის პროფილაქტიკისათვის, სისხლის პრეპარატების გამოყენებისას და ა.შ.)
- რესურსები (ფინანსური, ტექნიკური, პროფესიული) დეფიციტურია

რუტინული სკრინინგის ეს მეთოდი დღეს გამოიყენება ანტენატალურ კლინიკებში აღრიცხვაზე მყოფი ორსულებისა და სისხლის დონორების აივ ინფექციაზე ეპიდზედამხედველობისთვის.

პრინციპული განსხვავება რუტინულ ეპიდზედამხედველობაში სრულფასოვანი ნკტ-ით და ნკტ-ს გარეშე მდგომარეობს შემდეგში:

ზედამხედველობის ღონისძიებები და მეთოდები	რუტინული ზედამხედველობა ნკტ-ით	რუტინული ზედამხედველობა, ბმული, ნკტ-ის გარეშე
ტესტის წინა კონსულტირება	ტარდება ნკტ სპეციალისტის მიერ პირველად დაწესებულებაში	არ ტარდება; პირველად დაწესებულებაში ხდება პირის ინფორმირება, სადაც იგი აცხადებს თანხმობას ან უარს ტესტირებაზე
ტესტის შემდგომი კონსულტირება	ტარდება პირველად დაწესებულებაში ნკტ სპეციალისტის მიერ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ არ ტარდება პირველად დაწესებულებაში ▪ ატარებს დესჯეც-ის (ცენტრალური ან რეგიონული) ეპიდემიოლოგი
თითოეული ტესტირებული შემთხვევის შესახებ ანგარიშგება	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ნკტ სპეციალისტი ავსებს ფორმას სრულად ტესტის წინა კონსულტირების ეტაპზე; ▪ ფორმა ეგზავნება დესჯეც-ს ტესტირების შედეგის მიღების შემდეგ ▪ ინფორმაციული ნაკადი შეიცავს ყველა ცვლადს 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ სისხლის ადებისას ლაბორანტი/ექთანი ავსებს შემოკლებულ ფორმას ▪ ფორმა იგზავნება დესჯეც-ში ტესტირების შედეგის დალოდების გარეშე ▪ ინფორმაციული ნაკადი შეიცავს მხოლოდ რამდენიმე ცვლადს: <ul style="list-style-type: none"> ○ ასაკი, სქესი ○ პიროვნების საკონტაქტო ინფორმაცია (სახელი და გვარი, მისამართი, საკონტაქტო ტელეფონები)
ანონიმურობა	პირს შეუძლია არ გაამჟღავნოს ვინაობა, მას ენიჭება უნიკალური საიდენტიფიკაციო კოდი	ანონიმურობა არ არსებობს - ცნობილია პიროვნების ვინაობა (აივ ინფექციაზე გამოსაკვლევადა სისხლის ადების დროს)



ზედამხედველობის ღონისძიებები და მეთოდები	რუტინული ზედამხედველობა ნკტ-ით	რუტინული ზედამხედველობა, ბმული, ნკტ-ის გარეშე
კონფიდენციალობის დაცვა	საკმაოდ მაღალი: პიროვნების აივ ინფიცირების სტატუსი ცნობილია მხოლოდ VCT-ის სპეციალისტისთვის	საკმაოდ მაღალი, თუ <ul style="list-style-type: none"> აივ ტესტირების შედეგი არ უბრუნდება პირველად დაწესებულებას; აივ ინფიცირების სტატუსი ცნობილია მხოლოდ დკსჯეც-ის სპეციალისტისათვის მალიან დაბალი, თუ აივ ტესტირების პასუხი ბრუნდება პირველად დაწესებულებაში

რუტინული ნკტ-ს გარეშე ეპიდზედამხედველობის ყველაზე სუსტი მხარეა კონფიდენციალობის დაცვის სირთულე. კონფიდენციალობის დაცვა შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, თუ პიროვნების ინფორმირება და შესაბამისად, ტესტის შემდგომი კონსულტირება არ ხორციელდება იმავე პირველად დაწესებულებაში, სადაც პირს აუღეს სისხლი ტესტირებაზე და შეავსეს მისი პირადი ფორმა (report) საკონტაქტო ინფორმაციის მითითებით.

ტექნიკური თვალსაზრით, უნიკალური საიდენტიფიკაციო კოდის ნაცვლად გამოიყენება გაცილებით მარტივი კოდი - ორი მდგენელისგან (მაგ. პირველადი დაწესებულების კოდი და აივ ინფექციაზე ტესტირების/ რეგისტრაციის ჟურნალში გატარების რიგითი ნომერი) მიღებული კომპოზიტური ცვლადი. ასეთი ცვლადი, თავისთავად უნიკალურია და დკსჯეც-ის მონაცემთა ბაზაში პიროვნების ადვილად პოვნის საშუალებას იძლევა.

2.2.3 ეპიდემიოლოგიური კვლევა

ეპიდემიოლოგიური კვლევა ტარდება:

- აივ დადებითი სტატუსის დადგენის შემდეგ ტესტის შემდგომ კონსულტირებასთან ერთად (ე.წ. „პირველადი ეპიდკვლევა“) და შემდგომ, კლინიკური დაკვირვებისა და მკურნალობის ეტაპზე

მაღალი რისკის ჯგუფების, ტუბერკულოზით დაავადებულების და მსჯავრდებულების პირველად ეპიდკვლევას ატარებენ შესაბამისი პირველადი დაწესებულებების ნკტ სპეციალისტები, სადაც პირს ჩაუტარდა ტესტის წინა კონსულტირება და ტესტირება (ნარკოლოგიური კლინიკები, ფტიზიატრული კლინიკები და სასჯელადსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურები).

დადასტურებული შემთხვევის ეპიდემიოლოგიური კვლევა ითვალისწინებს:

- შემდეგი სახის ინფორმაციის მოპოვებას:
 - ინფორმაცია პირის ოჯახური მდგომარეობის შესახებ (თუ მანამდე არ იყო ცნობილი)
 - ინფორმაცია პარტნიორების (ნემსის, სქესობრივი პარტნიორები) შესახებ
 - ინფორმაცია ჩატარებული სამედიცინო მანიპულაციების (მაგ. დონაცია/ტრანსფუზია, ქირურგიული ჩარევა) შესახებ
- შესაძლო ზემოთ აღნიშნული კონტაქტების მოძიებას, მათ კონსულტირებასა და აივ ინფექციაზე ტესტირებას, აივ ინფიცირებულ პაციენტზე მუდმივი მეთვალყურეობის წარმოებას დაავადების პროგრესირების, წამლების რეგულარული მიღების, გამოკვლევების პერიოდული ჩატარების და ა.შ) საკითხებზე.



მომდევნო ეტაპზე, თუ აივ ინფიცირებული პირი მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას კლინიკური გამოკვლევისა და მეთვალყურეობისათვის, თანხმობის შემთხვევაში, ეპიდკვლევას აგრძელებს დაწესებულებაში არსებული ეპიდემიოლოგი .

2.2.4 ბიომარკერული და ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები

ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში, კომერციული სექსის მუშაკებში და ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში ბიომარკერული და ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევების ჩატარების მეთოდოლოგია დეტალურად არის აღწერილი ბიომარკერული კომპონენტით ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევების მეთოდურ სახელმძღვანელოში.

2.2.5 სამედიცინო დაწესებულებების კვლევა პრაქტიკის უსაფრთხოებაზე

სამედიცინო დაწესებულებების კვლევას ატარებს დკსჯეც საკუთარი რესურსებით ან სარგებლობს სხვა ორგანიზაციის მომსახურებით.

სამედიცინო დაწესებულებების უსაფრთხო პრაქტიკის კვლევის მეთოდოლოგია და კვლევის შედეგების ანალიზის/ ანგარიშის ფორმატი განხილულია სამედიცინო დაწესებულებებში უსაფრთხო პრაქტიკის შეფასების მეთოდურ სახელმძღვანელოში..

2.3 ინფორმაციული მასივები

2.3.1 ბიოლოგიური ეპიდზედამხედველობა

2.3.1.1 აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობა

ნკტ-ით

მონაცემების პირველადი რეგისტრაცია ხორციელდება პირველადი სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე ტესტის წინა კონსულტირებისას ნკტ-ს სპეციალისტის მიერ.

ნკტ-ს სპეციალისტი ავსებს აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა #1 (იხ. დანართი #6 ნახ. 1), სადაც სავალდებულო ცვლადების გარდა მითითებულია მხოლოდ პიროვნების უნიკალური იდენტიფიკატორი - დამიფრული კოდი, რომლის შედგენის მეთოდოლოგია მოცემულია დანართი #7-ში.

შევსებული ფორმები დადგენილი წესით ეგზავნება დკსჯეც-ს (გაგზავნის წესი დეტალურად არის აღწერილი აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში).

დკსჯეც-ის მონაცემების ოპერატორს შეჰყავს მოწოდებული ფორმები საინფორმაციო სისტემაში, რის შემდეგაც ანგარიშები იგზავნება არქივში.

კლინიკური ზედამხედველობის ეტაპზე ეპიდკვლევის შედეგად ახალი გარემოებების დადგენისას ივსება იგივე ფორმა, სადაც მითითებულია გადასინჯული ცვლადები და ეგზავნება დკსჯეც-ს ბაზაში ჩანაწერის გასანახლებლად.

ნკტ-ს გარეშე

მონაცემების პირველადი რეგისტრაცია ხორციელდება პირველადი სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე სისხლის ადების დროს ლაბორანტის/ექთანის მიერ.



სისხლის აღების შემდეგ ექთანი/ლაბორანტი ავსებს ნკტ-ს გარეშე ანგარიშის ფორმა #3-ს (იხ. დანართი #6, ნახ. 2), სადაც მითითებულია პიროვნების საკონტაქტო ინფორმაცია, სქესი, ასაკი და უნიკალური იდენტიფიკატორი (მარტივი კოდი - დაწესებულების კოდისა და რეგისტრაციის ჟურნალში ტესტის რიგითი ნომერი) და დადგენილი წესით აგზავნის დკსჯეც-ში (გაგზავნის წესი აღწერილია აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში).

დკსჯეც მონაცემების ოპერატორს შეჰყავს მოწოდებული ფორმა #3 (იხ. დანართი #6, ნახ. 2) საინფორმაციო სისტემაში (ყველა ცვლადი საკონტაქტო ინფორმაციის გარდა), რის შემდეგაც ფორმა #3 იგზავნება არქივში.

კონფირმატორი ლაბორატორია აგზავნის სისხლის ლაბორატორიული დადასტურების შედეგის შეტყობინების ფორმა #4.2-ს (იხ. დანართი #6, ნახ. 3) დკსჯეც-ში, სადაც მითითებულია დადასტურების შედეგი. დკსჯეც-ის ოპერატორს შეჰყავს შესაბამის ჩანაწერში დამადასტურებელი ლაბორატორიიდან მიღებული ინფორმაცია (შედეგი და დადასტურების თარიღი).

კონფირმატორული ლაბორატორიიდან დადებითი პასუხის მიღებისთანავე, დკსჯეც-ის ეპიდემიოლოგი ტესტის ნომრის მიხედვით ნახულობს პირველადი დაწესებულებიდან მიღებული ნკტ-ს გარეშე ანგარიშის ფორმა #3-ში მოცემული პიროვნების საკონტაქტო ინფორმაციას და უკავშირდება ორსულს პოსტ-ტესტ კონსულტირების და ეპიდკვლევის ჩასატარებლად. ეპიდკვლევის ჩატარების შემდეგ დკსჯეც-ის ეპიდემიოლოგი ავსებს აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა #1-ს (იხ. დანართი #6, ნახ. 1) და აწვდის ცენტრის მონაცემთა ოპერატორს, რომელსაც შეჰყავს მონაცემთა ბაზაში.

2.3.1.2 აივ ინფექცია/შიდსის სენტინელური ეპიდზედამხედველობა

საყრდენ ბაზაზე სისხლის აღების და ტესტირებისას ექიმი/ლაბორანტი ავსებს აივ ინფექციაზე სენტინელური კვლევის ანგარიშის ფორმას #4 (იხ. დანართი #6, ნახ. 4).

სენტინელური კვლევის ანგარიშის ფორმა #4 დადგენილი წესით (გაგზავნის წესი აღწერილია აივ ინფექციის შემთხვევათა სენტინელური ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში) ეგზავნება დკსჯეც-ს, სადაც მონაცემთა ოპერატორს შეჰყავს მონაცემები საინფორმაციო სისტემაში.

2.3.2 ქცევაზე ზედამხედველობა

ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევით მიღებული მონაცემთა შედეგები სტანდარტული ფორმატით მიეწოდება დკსჯეც-ს. კვლევის ანგარიშში ასახულია ყველა ცვლადი და ინდიკატორი შემუშავებული პასპორტების შესაბამისად.

2.4 პროდუქტები (ანგარიშები)

აივ ინფექციისა და შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნულ მოხსენებაში თავს იყრის საანგარიშო პერიოდში გაწეული მუშაობის შედეგები.

ეროვნული მოხსენება შედგება ორი სავალდებულო ნაწილისაგან:

- 1) აღწერილობითი ნაწილი
- 2) დეტალური ცხრილები



მომავალში, ეროვნულ მოხსენებას შეიძლება დაემატოს მესამე ნაწილი, რომელიც დაეთმობა ეპიდემიის განვითარებაზე ქვეყნის საპასუხო ღონისძიებების ეფექტიანობის შეფასებას (ე.წ. „ანალიტიკური ნაწილი“).

2.4.1 აღწერილობითი ნაწილი

აღწერილობითი ნაწილი ეთმობა აივ-ინფექციის მდგომარეობის დახასიათებას საკვანძო მახასიათებლებით, კერძოდ:

- ქვეყანაში აივ/შიდსის სიტუაციის აღწერას დროის კონკრეტული მომენტისათვის (კალენდარული წლის ბოლო)
- ქვეყანაში აივ/შიდსის ეპიდემიის განვითარების ტენდენციას.

აღნიშნულ ნაწილში თვალსაჩინოებისათვის გამოყენებული იქნება გრაფიკები (იმ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომლებიც განთავსებულია მოხსენების მომდევნო „ცხრილების“ ნაწილში).

აღწერილობითი ნაწილი შედგება შემდეგი თავებისგან:

აივ/შიდსის შემთხვევათა აღრიცხვიანობა

აღნიშნული თავი დაფუძნებულია აივ/შიდსის რეგისტრირებული შემთხვევების მონაცემებზე და მოიცავს შემდეგ ქვეთავებს:

- აივ ინფექციის ახალი შემთხვევები (ლაბორატორიულად დადასტურებული აივ ინფექციის ყველა შემთხვევა კლინიკური სტადიის მიუხედავად)
- შიდსის ახალი შემთხვევები (კლინიკური სტადია)
- სიკვდილიანობა

ტენდენციები ნაჩვენებია 5 წლიანი პერიოდისათვის შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების მაჩვენებელი, შიდსის ინციდენტობა და შემთხვევის გვიანი გამოვლენის მაჩვენებელი სქესის, ასაკის და რეგიონის მიხედვით, აივ გადაცემის სხვადასხვა გზის ხვედრითი წილის შედარება წლების მიხედვით,

ზემოთ ჩამოთვლილი დეზაგრეგაციის ცვლადების სქესის, ასაკის და რეგიონის გარდა, სიკვდილიანობა დამატებით დეზაგრეგირებულია სიკვდილის მიზეზის მიხედვით: შიდსთან ასოცირებული დაავადების/მდგომარეობის და შიდსთან დაუკავშირებული მიზეზის გამო.

ანტირეტროვირუსული (არვ) მკურნალობა

ქვეთავში აღწერილია (1) არვ მკურნალობით მოცვა, (2) არვ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების გადარჩენის მაჩვენებლები (survival)

სენტინელური ეპიდზედამხედველობა

ქვეთავი დაეთმობა აივ ინფექციისა და შიდსის გავრცელების აღწერას შემდეგ სენტინელურ პოპულაციებში⁸:

- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის მქონე პირები

⁸ სენტინელური ზედამხედველობის სამიზნე კონტინგენტი ჩამოთვლილია პირობითად და შეიძლება შეიცვალოს ქვეყნის აივ ინფექციაზე ეპიდზედამხედველობის სისტემის განვითარების პროცესში



- B და C ჰეპატიტის მქონე პირები⁹

აივ ინფექციაზე ჩატარებული გამოკვლევები

ქვეთავი დაეთმო აივ ინფექციაზე ტესტირების მოცვის აღწერას აღიწერება მხოლოდ ის სუბპოპულაციები, რომელთა ზომა ცნობილია: ორსულები, პატიმრები და ტუბერკულოზით დაავადებულები

- დამატებით აღიწერება დონორებში ჩატარებული სკრინინგული ტესტების რაოდენობა და გამოვლენილი აივ ინფექციის დადებითი შემთხვევები

ბიო-ქცევითი ეპიდზედამხედველობა

ქვეთავში შეჯამებულია მაღალი რისკის პოპულაციებში ჩატარებული ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევების საკვანძო შედეგები, როგორცაა:

- აივ ინფექციის პრევალენტობა
- ცოდნა აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის შესახებ
- სარისკო ქცევები

2.4.2 ცხრილების ნაწილი

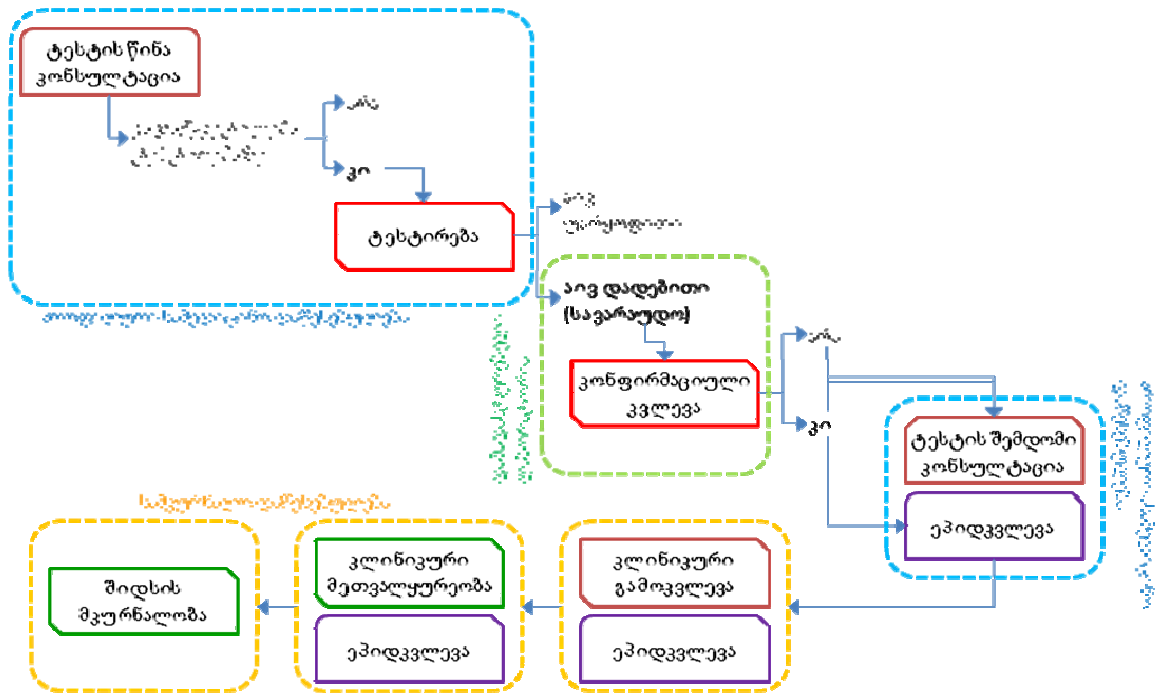
გამომდინარე იქიდან, რომ ეპიდზედამხედველობის სისტემით გენერირებული ინფორმაცია სტანდარტული ელექტრონული ფორმატით ხელმისაწვდომი იქნება ნებისმიერი დაინტერესებული მხარისათვის, ეროვნულ მოხსენებაში სავალდებულო ცხრილების რაოდენობა მინიმუმამდე იქნა დაყვანილი.

16 ცხრილის ფორმატი ძირითადი მაჩვენებლებითა და დეზაგრეგაციის ცვლადებით აღწერილია დანართში (იხ. „საანგარიშო ცხრილები“, გვ. 52)

3 სისტემის ორგანიზაციული მოწყობა

რუტინული ეპიდზედამხედველობის მაგალითზე ეპიდზედამხედველობის ზემოაღწერილ ფუნქციებს შორის კავშირი და განაწილება შემსრულებელ აგენტებზე სქემატურად შემდეგნაირად გამოიყურება:

⁹ აივ ინფექციისა და ჰეპატიტების ეპიდზედამხედველობის სისტემის ინტეგრაციის შემდეგ



ტესტის წინა კონსულტირება, ტესტირება (სულ მცირე სისხლის აღება) და ტესტის შემდგომი კონსულტირება ხდება ერთი და იმავე სამედიცინო დაწესებულებაში. აივ სავარაუდო დადებით შემთხვევაში, სქემის თანახმად, პირველადი ტესტის ჩამტარებელი სუბიექტი სისხლს აგზავნის დამადასტურებელ ლაბორატორიაში დადგენილი წესით (სისხლის ტრანსპორტირების წესები დეტალურადაა აღწერილი აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში) თუ კონფირმაციული ტესტი იძლევა უარყოფით შედეგს აივ ინფექციაზე, პირველად დაწესებულებაში მას უტარდება ტესტის შემდგომი კონსულტირება, ხოლო დადებითი პასუხის შემთხვევაში ტესტის შემდგომ კონსულტირებასთან ერთად ეპიდკვლევა იმავე ნკტ-ის სპეციალისტის მიერ. აივ დადებითი სტატუსის მქონე პირს ეძლევა რჩევა მიმართოს სპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებას, სადაც მას საჭიროა ჩაუტარდეს კლინიკური გამოკვლევა და კლინიკური დაკვირვების რეჟიმის შერჩევა.

მას მერე, რაც აივ დადებითი სტატუსით პირი მიმართავს შიდსის სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს, მასზე გრძელდება ეპიდზედამხედველობა ამ დაწესებულების ექიმ-ეპიდემიოლოგის მიერ. როგორც წესი, ეს გულისხმობს ე.წ. პასიურ ეპიდკვლევას, როდესაც პაციენტს ეძლევა რჩევა-დარიგება აივ ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილებასთან და კონტაქტში მყოფი პირების აივ ინფექციაზე შემოწმების აუცილებლობასთან დაკავშირებით. ეპიდკვლევის შედეგად მიღებული დამატებითი/ახალი ინფორმაცია განახლდება/დაემატება პიროვნების მონაცემებს ეპიდზედამხედველობის მონაცემთა ბაზაში.

3.1 მონაწილე და პასუხისმგებელი აგენტები

3.1.1 რუტინული ეპიდზედამხედველობა ნკტ-ით

რუტინულ ეპიდზედამხედველობაში მონაწილე აგენტები სქემატურად ასე არიან განაწილებული:

ისარი #1:

სამედიცინო დაწესებულებაში (პირველად სამედიცინო დაწესებულებაში) მიმართვისას სამედიცინო პერსონალი პირს აგზავნის ამავე დაწესებულების ნკტ-ს სპეციალისტთან, რომელიც მას უტარებს ტესტის წინა კონსულტირებას.

ისარი #2:

აივ ინფექციაზე ტესტირებაზე პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში ნკტ-ს კაბინეტში პაციენტს უღებენ სისხლს და აგზავნიან ლაბორატორიაში, სულ ერთია - ეს ლაბორატორია განთავსებულია იმავე დაწესებულებაში, თუ კონტრაქტირებულ ლაბორატორიაში.

ისარი #2.1

სწრაფი მარტივი/იმუნოფერმენტული მეთოდით კვლევის შედეგს ლაბორატორია უგზავნის პირველად დაწესებულებას.

ისარი (a)

ლაბორატორიიდან პასუხის მიღებისთანავე პირველადი დაწესებულება ასრულებს გამოკვლეული პირის პირადი ინფორმაციის შევსებას და დეზაგრეგირებულ მონაცემებს (დაშიფრული პირადი იდენტიფიკატორით) აგზავნის დკსჯეც-ში დადგენილი წესით (გაგზავნის წესი აღწერილია აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში).

ისარი 2.2

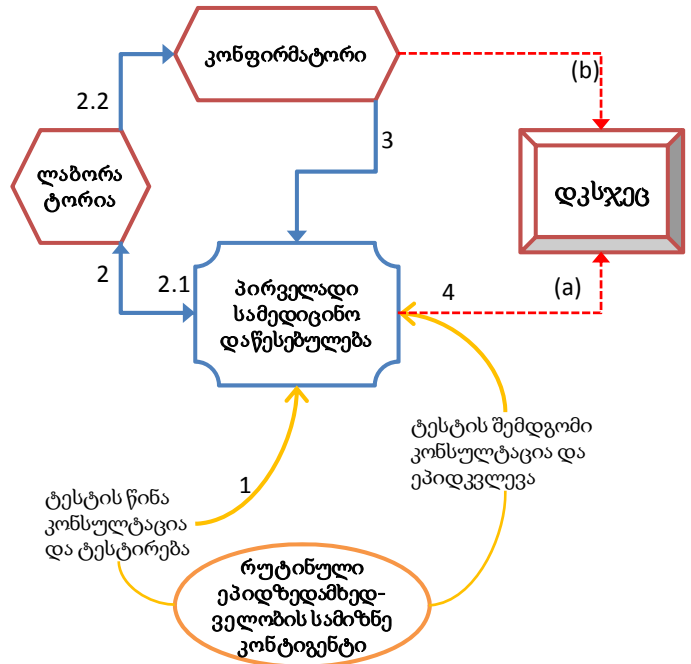
სავარაუდო შემთხვევაში ლაბორატორია უგზავნის სისხლის სინჯს (პირადი დაშიფრული კოდით) დამადასტურებელ ლაბორატორიას.

ისარი 3:

დამადასტურებელი ლაბორატორია უგზავნის პირველად დაწესებულებას კონფირმაციის პასუხს დადგენილი წესით (გაგზავნის წესი აღწერილია აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში).

ისარი (b):

დადებითი კონფირმაციული ტესტის შემთხვევაში კონფირმაციული ლაბორატორია უგზავნის დკსჯეც-ს კონფირმაციული ტესტის პასუხს დადგენილი წესით (გაგზავნის წესი აღწერილია აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში).



3.1.2 რუტინული ეპიდზედამხედველობა ნკტ-ს გარეშე

პირველად დაწესებულებებში ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სამსახურის გარეშე რუტინული ეპიდზედამხედველობის მონაწილე აგენტები და მათ შორის ფუნქციური კავშირები შემდეგია:

ისარი #1:

პირი მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც ხდება პირის ინფორმირება აივ ინფექციაზე ტესტირებაზე.

ისარი #2

თანხმობის შემთხვევაში ლაბორანტი იღებს სისხლს, აკეთებს ჩანაწერს აივ ინფექციაზე ტესტირების სარეგისტრაციო ჟურნალში, ტესტის ნომერს მიუთითებს აივ ტესტირებისათვის ცალკე სინჯარაზე და აგზავნის გამოსაკვლევად.

ისარი #3

სავარაუდო შემთხვევაში ლაბორატორია უგზავნის სინჯარას სისხლით დამადასტურებელ ლაბორატორიას.

ისარი (a)

პირველადი სამედიცინო დაწესებულება ავსებს სპეციალურ ფორმას, სადაც მითითებულია პიროვნების საკონტაქტო ინფორმაცია, და უგზავნის ფორმას დკსჯეც-ს დადგენილი წესით (გაგზავნის წესი აღწერილია აივ ინფექცია/შიდსის რუტინული ეპიდზედამხედველობის მეთოდურ რეკომენდაციებში).

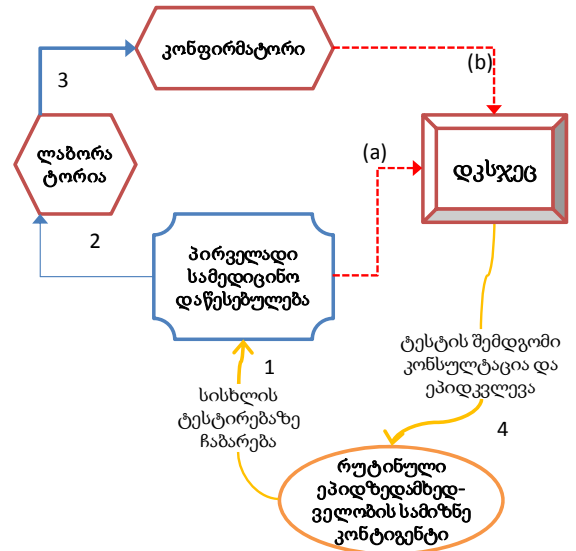
ისარი (b)

კონფირმატორი იღებს სისხლის მასალას, რომელზეც მითითებულია კოდი, ატარებს კონფირმაციულ ლაბორატორიულ კვლევას და დადებითი შედეგის შემთხვევაში უგზავნის სპეციალური შეტყობინების ფორმით დკსჯეც-ს.

ისარი #4

დკსჯეც-ს ინფორმაციულ სისტემაში შეაქვს პირველადი დაწესებულებიდან მოწოდებული ცვლადები საკონტაქტო ინფორმაციის გარდა, ხოლო მიღებულ ფორმებს ინახავს სპეციალურ არქივში.

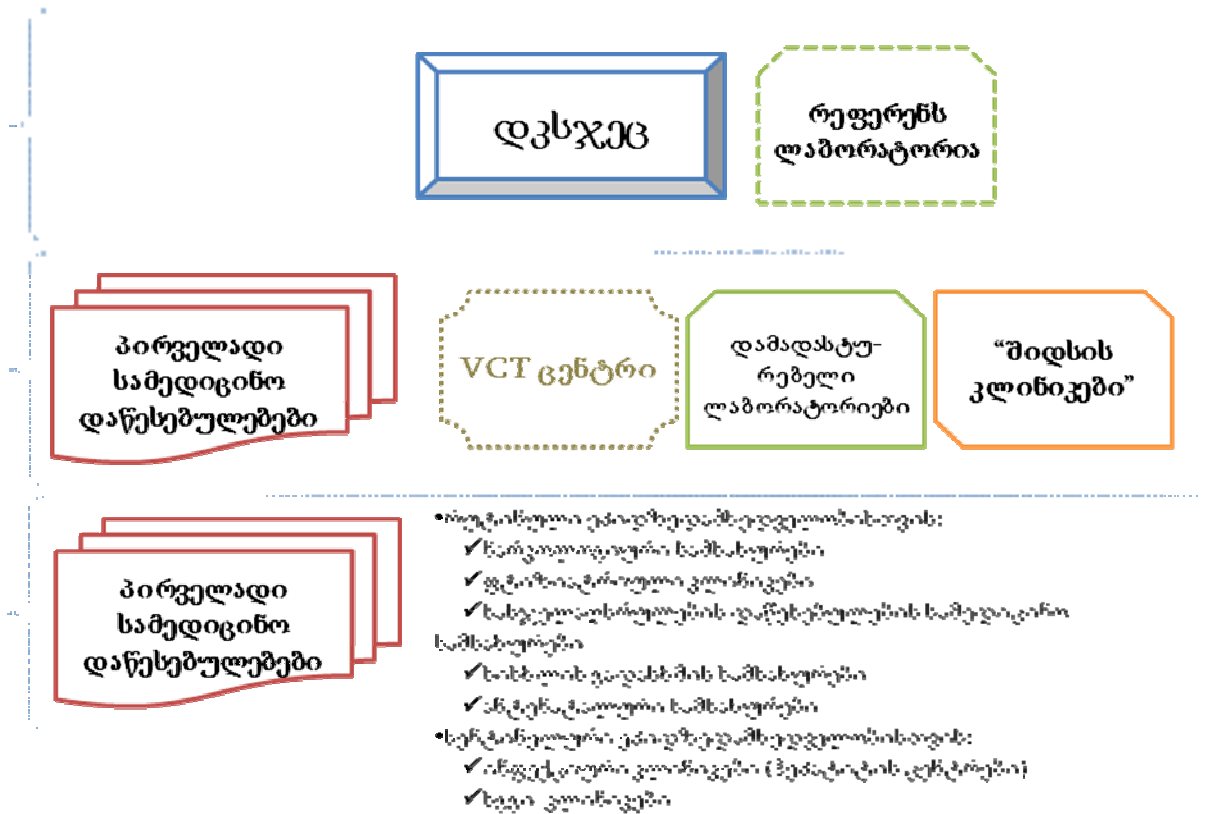
თუ დადასტურდა აივ ინფექცია, დკსჯეც ნახულობს პირველადი დაწესებულებიდან გამოგზავნილ ფორმას არქივში, სადაც მითითებულია საკონტაქტო ინფორმაცია, უკავშირდება გამოკვლეულ პირს ტელეფონით და უნიშნავს შეხვედრას პიროვნებისთვის მოსახერხებელ ადგილზე, სადაც მოხდება პიროვნების ინფორმირება და ჩაუტარდება ტესტის შემდგომი კონსულტირება.



3.1.3 მოწყობა ადმინისტრაციული დონეების მიხედვით

რაიონის დონე

რაიონულ (პირველ) დონეზე განლაგებულია პირველადი სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც ტარდება ტესტის წინა კონსულტირება. უშუალოდ, ტესტირება/ლაბორატორიული კვლევა ტარდება ან პირველადი დაწესებულების ლაბორატორიაში ან კონტრაქტირებულ ლაბორატორიაში.



რეგიონული დონე¹⁰

რეგიონულ დონეზე ასევე შეიძლება არსებობდეს პირველადი დაწესებულებები, რომლებსაც მიმართავს სამედიცინო მომსახურების მისაღებად სამიზნე კონტინგენტი. ამ დაწესებულებებში იგულისხმება აგრეთვე ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, სადაც კლინიკური ნიშნებით ეჭვი იქნება მიტანილი შიდსზე ანდა სამედიცინო მომსახურება გაეწევა მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებს.

იმავე დონეზე არსებობს კონფირმატორი ლაბორატორია (დღეისათვის ერთადერთი ლაბორატორია განთავსებულია თბილისში, მაგრამ მოსალოდნელია მათი აღმოცენება დანარჩენ რეგიონულ ცენტრებში).

რეგიონულ დონეზე არსებობს ე.წ. „შიდსის კლინიკები“ - სპეციალიზებული სამედიცინო სამსახური აივ ინფიცირებულთა კლინიკური მეთვალყურეობისა და შიდსით დაავადებულთა სამკურნალოდ.

¹⁰ ქალაქი თბილისი ამ სქემაში მოიაზრება როგორც რეგიონი (თავისი ადმინისტრაციული რაიონებით) და არა როგორც დედაქალაქი ან ნაციონალური/ცენტრალური დონე



რეგიონულ დონეზე ასევე ფუნქციონირებს ცალკე მდგომი ნკტ ცენტრები, ორგანიზებული არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ დონორების მხარდაჭერით. ეს ცენტრები ძირითადად ემსახურებიან მაღალი რისკის ჯგუფებს.

ეპიდზედამხედველობის აგენტების ამგვარი განაწილება ადმინისტრაციული დონეების მიხედვით გულისხმობს, რომ პირს (მაგ. პერიფერიაზე მცხოვრებს) არ სჭირდება მიმართოს რეგიონულ დონეს მანამ, ვიდრე არ დასჭირდება კლინიკური გამოკვლევა და პატრონაჟი (და შემდგომში მკურნალობა).

ეროვნული დონე¹¹

ამ დონეზე განთავსებულია დსკჯეც

3.2 საჭირო საკადრო რესურსები და მათი განაწილება

3.2.1 ნკტ სპეციალისტები

პირველად სამედიცინო დაწესებულებებში (რუტინული ეპიდზედამხედველობისთვის) გათვალისწინებულია ნკტ-ის სპეციალისტი იმის ნაცვლად, რომ ეს მომსახურება გასწიონ კლინიკის პროფილურმა სპეციალისტებმა (მაგ. ნარკოლოგებმა - ნარკოლოგიურ კლინიკებში, ან ფტიზიატრებმა - ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებებში) (შედარებითი ანალიზი იხილეთ ქვემოთ - დანართი #4 „ორგანიზაციული მოწყობა პირველად სამედიცინო დაწესებულებებში“, გვ. 97).

3.2.2 მონაცემების შეყვანა და მართვა

მონაცემების შეყვანას ახორციელებს დსკჯეც-ს მონაცემების ოპერატორი.

საინფორმაციო სისტემაში მონაცემების შეყვანის გარდა მონაცემების ოპერატორი პასუხისმგებელია ფორმების/ანკეტების არქივირებაზე.

მონაცემების ოპერატორების რაოდენობას განსაზღვრავს რუტინული ეპიდზედამხედველობის სამიზნე კონტინგენტის ზომა.

საინფორმაციო სისტემა ავტომატურად ახდენს ინდიკატორების გამოთვლას და ცხრილების გენერირებას ელექტრონულ ან ბეჭდვით ფორმატში.

3.3 ტექნიკური საშუალებები

აივ ინფექცია/ შიდსის ეპიდზედამხედველობის ინფორმაციული სისტემის გამართული ფუნქციონირებისათვის საჭირო ტექნიკური საშუალებები, კერძოდ კომპიუტერული აღჭურვილობა (სერვერი, სამუშაო სადგურები, ქსელის ინფრასტრუქტურა) დსკჯეც-ში 2009 წლის დეკემბერში განახლდა და შეიქმნა პროგრამული უზრუნველყოფა, რაც საჭიროა მონაცემების შესაყვანად, გადასამუშავებლად და ანგარიშების მოსამზადებლად.

ეპიდზედამხედველობის სისტემის გამართული ფუნქციონირებისათვის საჭიროა სისხლის აღების, შენახვის, უსაფრთხო ტრანსპორტირებისა და განადგურების ტექნიკური საშუალებები, რომელთა ტექნიკური მახასიათებლები განისაზღვრება შესაბამის მეთოდურ სახელმძღვანელოებში.

¹¹ ეროვნული არ ნიშნავს, რომ ეს აგენტები აუცილებლად განთავსებული უნდა იყვნენ დედაქალაქში.



III. განხორციელება და რესურსები

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის ეროვნული გეგმით (2009 წლის რედაქციით) გათვალისწინებული ეპიდზედამხედველობის ახალი სისტემის დანერგვის, მათ შორის ოპტიმალური მოდელის შერჩევიდან გამომდინარე სპეციფიური ღონისძიებები პრაქტიკულად სრულფასოვნად ხორციელდება და 2010 წლის ბოლომდე დასრულდება.

ამდენად, წინამდებარე თავი მოიცავს საკითხებს, რომლებიც ეხება

- ამ გეგმის რეალიზაციას, ანუ დაგეგმილი რუტინული ქმედებების მართვას მოსალოდნელი საფრთხეების თავიდან აცილების ან გამკლავების ჩათვლით
- გეგმის სრულფასოვანი რეალიზაციისათვის რესურსების საჭიროებების გათვლებს

1 გეგმის განხორციელების მართვა

გეგმის თანახმად, აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის მართვის ფუნქცია სახელმწიფოს მხრიდან ეკისრება დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრეროგატივაა, გეგმით გათვალისწინებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირების ღონისძიებები:

- განაწილდება ჯანმრთელობის დაცვის რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამაში (და შესაბამისად წარიმართება სახელმწიფო ფინანსების ხარჯვა), თუ
- თავს მოიყრის ერთ ცალკე მდგომ აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის (ქვე)პროგრამაში, და ფინანსური ნაკადები და პროგრამის განხორციელების სრული მართვა მოხდება ერთი სუბიექტიდან (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან)

ნებისმიერ შემთხვევაში, სისტემის გამართული ფუნქციონირებისთვის საჭირო ყველა ღონისძიება მოცული იქნება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ით.

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის (და ამ გეგმის განხორციელების) მართვის ფუნქცია დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისგან მოითხოვს შემდეგი საქმიანობის გაწევას:

პროცესის მართვის კუთხით:

- სისტემაში ყველა მონაწილე მხარის მიერ დაკისრებული მოვალეობის შესრულებაზე (იგულისხმება დროულობა და ხარისხი) ზედამხედველობა და შეუსრულებლობის შემთხვევაში რეაგირება (რომლის მექანიზმები - ადმინისტრაციული თუ ხელშეკრულებითი / ფინანსური განისაზღვრება შესაბამისი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით)



- სამუშაო პროცესში სირთულეების გაჩენისას მიზეზების ან გაუმჯობესების საშუალებების შესწავლა და შეძლებისდაგვარად ცვლილებების შეტანა ეროვნული გეგმის განხორციელებაში, ან ეროვნული გეგმის ან სახელმწიფო პროგრამის გადასინჯვის რეკომენდაციების მომზადება (თუ ამას ითხოვს საჭირო ცვლილებები)

მიღებული ინფორმაციის დამუშავებისა და ანალიზის კუთხით:

- საინფორმაციო სისტემის გამართულად მუშაობაზე ზრუნვა, რაც თავის მხრივ მოიცავს:
 - სერვერული ინფრასტრუქტურისა და პროგრამული ნაწილის მოვლას (ე.წ. მონაცემთა ბაზების ადმინისტრირებას, აგრეთვე IT ინფრასტრუქტურის შეუფერხებელ მუშაობას)
 - ინფორმაციული ნაკადების ხარისხის კონტროლს და დიგიტალიზაციას (ქალაქ-მატარებლებიდან მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში შეტანას)
- მონაცემების დამუშავებით ანგარიშების გენერირებას და ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის რეგულარულ შეფასებას და ანალიზს
- ანალიზის შედეგად დაზუსტების, გადამოწმების ან ნებისმიერი სახის რეაგირების საჭიროების განსაზღვრას და სათანადო მოქმედებას კომპეტენციის ფარგლებში

მეთოდოლოგიის (მიდგომების) დაცვისა და გაუმჯობესების კუთხით:

- მონაცემთა შეგროვების (ქალაქ-მატარებელზე რეგისტრაციის) ფორმების მოდიფიცირების, ასევე ინფორმაციული ნაკადების ცვლილებების საჭიროებების დადგენა, შეფასება და ეროვნულ გეგმაში (ან მხოლოდ მეთოდურ სახელმძღვანელოში) ცვლილებებზე რეკომენდაციების მომზადება
- ეპიდემიოლოგიური ანალიზისათვის ცვლადების, მაჩვენებლების ან დეფინიციების გადასინჯვის საჭიროებების განსაზღვრა და მეთოდურ სახელმძღვანელოში ცვლილებებზე რეკომენდაციების მომზადება
- მეთოდური სახელმძღვანელოს განახლების შემთხვევაში ინფორმაციული სისტემის განახლებისთვის ტექნიკური დავალების მომზადება და მომსახურების შესყიდვა

ხაზი უნდა გაესვას, რომ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრზე ეროვნული გეგმის განხორციელების მართვის ფუნქციის დელეგირება არ ანთავისუფლებს სამინისტროს ეროვნული გეგმის წარმატებით განხორციელებაზე ზედამხედველობისგან და მოითხოვს მისგან ადმინისტრაციული თუ სახელშეკრულებო მექანიზმების გამოყენებით უზრუნველყოს დელეგირებული მართვის ფუნქციის სრულფასოვანი შესრულება.

2 დაშვებები და რისკები

აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის წინამდებარე ეროვნული გეგმა აგებულია ძირითად დაშვებაზე, რომ უახლოესი 5 წლის მანძილზე ქვეყნის ეპიდემიის სტატუსი არ გადავა გენერელიზებულში და უარეს შემთხვევაში, გახდება კონცენტრირებული. იმ შემთხვევაში, თუ ეს ვარაუდი არ გამართლდა, საჭირო გახდება ეროვნული გეგმის გადასინჯვა და სულ მცირე, შემდეგი კორექტივების შეტანა:



- მოდელირების ინსტრუმენტში სამიზნე კონტინგენტებისთვის განკუთვნილი ეპიდზედამხედველობის ღონისძიებების გადასინჯვა (რაც შესაბამისად აისახება ბიუჯეტზე)
- ცალკე მდგომი ნკტ-ს სამსახურების შექმნა რეგიონულ ცენტრებსა და უმეტეს რაიონულ ცენტრებში

მნიშვნელობით მეორე დაშვება, რასაც ეფუძნება წინამდებარე გეგმა, წარმოადგენს საქართველოს მთავრობის მიერ აივ ინფექციის ეპიდემიის გავრცელების წინააღმდეგ აღებული შიდა თუ საერთაშორისო ვალდებულებებისა და დაპირებების შესრულებას. თუ ეს დაშვება მცდარია და აივ/შიდსის თემატიკა მთლიანობაში და კერძოდ, ეპიდზედამხედველობა, არ წარმოადგენს სახელმწიფოს პრიორიტეტს ჯანმრთელობის პოლიტიკის სფეროში, მაშინ საჭირო გახდება ბაზისურ მოდელში გარკვეულ ღონისძიებებზე უარის თქმა და ამით ეპიდზედამხედველობის რესურსების საჭიროებების შესაბამისობაში მოყვანა ქვეყნის შესაძლებლობებთან.

წინამდებარე გეგმის განხორციელებისა და ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირების წინაშე მდგარი საფრთხეებიდან ყველაზე სერიოზულია რუტინული სკრინინგინგის დროს ცალკეული შემთხვევების რეგისტრირებისა და ანგარიშგების მექანიზმების ქმედითუნარიანობა. ეს საფრთხე არ არის მხოლოდ აივ ინფექციაშიდსის ეპიდზედამხედველობისთვის სპეციფიური და მთლიანობაში, ეხება ჯანმრთელობის დაცვის ინფორმაციული სისტემის გამართულ მუშაობას. საფრთხე არსებობს იმდენად, რამდენადაც ჯანმრთელობის დაცვის ბაზრის რეგულირების არსებული ღონისძიებებში მაღალია ალბათობა იმისა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებმა სრულფასოვნად (სრული მოცულობით, დროულად და ხარისხიანად) არ დაარეგისტრირონ შემთხვევები, ან მოახდინონ ანგარიშგება. ეს საფრთხე შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად არის გათვალისწინებული ეპიდზედამხედველობის ფუნქციურ მოწყობაში. ინფორმაციული ნაკადები მიება სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სახელშეკრულებო მართვის მექანიზმებს - ძირითადი მომსახურებისთვის ანაზღაურების მისაღებად გათვალისწინებული იქნება აივ ეპიდზედამხედველობის ღონისძიებების სათანადოდ შესრულება. თუმცა ეს მიდგომა არ არის საკმარისი რისკის პრევენციისათვის:

- ჯანმრთელობის პროგრამების დიზაინში და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებების პირობებში, აგრეთვე ამ ხელშეკრულებების/სახელმწიფო პროგრამების მართვისას აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის „ინტერესები“ შეიძლება არ იყოს სრულად გათვალისწინებული
- არ არსებობს არავითარი გარანტია, რომ ეპიდზედამხედველობის სისტემისათვის „საყრდენი“ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები არ შეიცვლება (გაუქმების ჩათვლით) და უბრალოდ გაქრება რუტინული სკრინინგით მოცული სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელდაწესებულებებზე ზემოქმედების ერთადერთი მექანიზმი

პირველ შემთხვევაში რისკის მართვა შედარებით ადვილია და საჭიროებს დეკლარაციას, აგრეთვე ყველა დაინტერესებული მხარის დროულ აქტიურობასა და ადვოკაციას, რომ ეპიდზედამხედველობის ინტერესები ადეკვატურად იყოს გათვალისწინებული ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის ყველა ეტაპზე.

რაც შეეხება მეორე რისკს, ერთადერთი გამოსავალი არის ნორმატიულ სივრცეში ცვლილებების შეტანა: ქმედითი ნორმების განსაზღვრა, რომელიც დააკისრებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შემთხვევების რეგისტრაციისა და ანგარიშგების ვალდებულებას და მკაფიოდ განსაზღვრავს აღსრულების მექანიზმებს.



3 საჭირო რესურსები

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის რესურსების საჭიროების გათვლა ჩატარდა აივ/შიდსის ეპიდემიის წანააღმდეგ ეროვნული სტრატეგიის განფასების პარალელურად და ითვალისწინებს იმ ღონისძიებებს (და მათი დაფინანსებას), რომელიც უშუალო კავშირშია ეპიდზედამხედველობის სისტემასთან.

აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემა კონტექსტის გარეშე რომ წარმოვიდგინოთ, მაშინ რესურსების საჭიროება შემდეგი იქნებოდა:

ილუსტრაცია 1: ეპიდზედამხედველობის და მასთან დაკავშირებული კომპონენტების მთლიანი რესურსების საჭიროება (ლარებში)

სისტემის კომპონენტები	წლები						სულ
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
რუტინული							
პრევენცია	1,970,994	1,982,448	1,993,902	2,009,174	2,024,446	2,041,627	12,022,591
ზედამხედველობა	137,370	137,460	137,550	137,670	137,790	137,925	825,765
სულ რუტინული	2,108,364	2,119,908	2,131,452	2,146,844	2,162,236	2,179,552	12,848,356
სენტინელი	107,160	107,160	107,160	107,160	107,160	107,160	642,960
BSS	380,000	105,000	380,000	75,000	410,000	30,000	1,380,000
სამედ. დაწ. კვლევა	30,000	0	0	0	0	0	30,000
სულ ოპერაციული	2,625,524	2,332,068	2,618,612	2,329,004	2,679,396	2,316,712	14,901,316
ინვესტიცია	9,800	9,800	9,800	9,800	9,800	9,800	58,800
ჯამში	2,635,324	2,341,868	2,628,412	2,338,804	2,689,196	2,326,512	14,960,116

საშუალო წლიური რესურსების საჭიროება ვარირებს 2.3 და 2.7 მილიონ ლარს შორის. აქედან დაახლოებით 900 ათასი ყოველწლიურად ესაჭიროება რუტინულ ეპიდზედამხედველობას, რომელიც ორ ქვეკატეგორიად იყოფა - „პრევენცია“ და „ზედამხედველობა“.

რადგან რუტინულ ეპიდზედამხედველობაში შემავალი გარკვეული ღონისძიებები ეროვნულ სტრატეგიაში „პრევენციულ ღონისძიებებად“ განიხილება, რესურსების სუფთა საჭიროებები ეპიდზედამხედველობის გეგმის განსახორციელებლად ასე გამოიყურება:

ილუსტრაცია 2: მხოლოდ ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირებისათვის რესურსების საჭიროება (ლარებში)

მხოლოდ ზედამხედველობა	2011	2012	2013	2014	2015	2016	სულ
სისტემის კომპონენტები							
რუტინული	137,370	137,460	137,550	137,670	137,790	137,925	825,765
სენტინელი	107,160	107,160	107,160	107,160	107,160	107,160	642,960
BSS	380,000	105,000	380,000	75,000	410,000	30,000	1,380,000
სამედ. დაწ. კვლევა	30,000	0	0	0	0	0	30,000
ინვესტიცია	9,800	9,800	9,800	9,800	9,800	9,800	58,800
	664,330	359,420	634,510	329,630	664,750	284,885	2,937,525

საშუალო წლიური საჭიროება განისაზღვრება 300 ათასიდან 650 ათასამდე და ფლუქტუაციის ძირითადი მიზეზია BSS კვლევები.

პირობითად, სისტემის განვითარებისა და ფუნქციონირებისათვის საჭირო რესურსები დაიყო ორ ჯგუფად:

- ოპერაციული (იგივე მიმდინარე ხარჯები) - რომლებიც ჭირდება სისტემის ყოველდღიური ფუნქციონირების ხარჯების დაფარვას



III. განხორციელება და რესურსები

- საინვესტიციო (იგივე ერთჯერადი ხარჯები) - რომლებიც ჭირდება სისტემის შესაძლებლობების (ტექნიკური, პროფესიული) გაუმჯობესებას ერთჯერადად ან განმეორებით დროის შედარებით დიდ მონაკვეთზე

საინვესტიციო ხარჯები ყოველწლიურად გულისხმობს პერსონალში (პროფესიულ კადრებში) ინვესტირებას ტრენინგების სახით (9.8 ათასი ლარი წელიწადში).

ოპერაციული ხარჯების გათვლა გაკეთდა ეპიდზედამხედველობის სისტემის ოთხი კომპონენტისათვის ცალ-ცალკე:

ილუსტრაცია 3: წლიური ოპერაციული დახარჯების ბიუჯეტი (2011 წელი, ლარებში)

ხარჯების ბიუჯეტი							
ოპერაციული ხარჯები				სულ	პრევენცია	ზედამხედველობა	
რუტინული სკრინინგი	სულ	პრევენცია	ზედამხედველობა	სულ	პრევენცია	ზედამხედველობა	
კონსულტირება	360,030	348,030	12,000	17%	18%	9%	
ტესტირება სწრაფი/მარტივი	1,499,190	1,424,850	74,340	71%	72%	54%	
ტრანსპორტირება	133,978	121,662	12,240	6%	6%	9%	
კონფირმაცია	90,988	76,452	11,040	4%	4%	8%	
დამხმარე ზედამხედველობა	2,100	0	2,100				
მონაცემების შეყვანა	25,650	0	25,650	1%	0%	19%	
სულ რუტინული სკრინინგი	2,111,936	1,970,994	137,370	100%	100%	98%	80%
სენტინელი							
კონსულტირება ან რეგისტრაცია	18,000			17%			
ტესტირება სწრაფი/მარტივი	49,560			46%			
ტრანსპორტირება	2,800			3%			
კონფირმაცია	36,800			34%			
მონაცემების შეყვანა	0			0%			
სულ სენტინელი	107,160			100%			4%
BSS	380,000						14%
სამედიცინო დაწესებულებების კვლევა	30,000						1%
სულ ოპერაციული ხარჯები				2,629,096			100%

რუტინულ და სენტინელურ ეპიდზედამხედველობაზე რესურსები დაყოფილია ქვე-კატეგორიებად ისევე ფუნქციური კომპონენტების მიხედვით. რაც შეეხება ბიომარკერულ და ქცევით კვლევებს (BSS) და სამედიცინო დაწესებულებების კვლევას, რესურსების საჭიროება მოცემულია აგრეგირებული სახით.

ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირება ეფუძნება შემდეგ სამიზნე კონტინგენტს და ეპიდზედამხედველობის მიდგომებს/ღონისძიებებს:

ილუსტრაცია 4: სამიზნე კონტინგენტები და ეპიდზედამხედველობის მიდგომები/ღონისძიებები - 2011 წელი

სამიზნე კონტინგენტი	ზომა (მოსაცავი) ეპიდ. ტიპი	ბმული	VCT	VCT	შეთავსებით	სენტ.	საეჭვო შემთხვევები	
				კაბინეტ. რაოდ-ა	VCT დაწესებ რაოდ-ა	ბაზების რაოდ-ა		
1 ინექციური ნარკომანიები	6,000 რუტინული	კი	კი	16	0	2	5.00%	300
2 ორსულები	55,000 რუტინული	კი	არა	0	203	4	0.04%	22
3 TB პაციენტები	6,000 რუტინული	კი	კი	0	16	2	2.00%	120
4 პათიმრები (HRG)	10,000 რუტინული	კი	კი	16	0	2	5.00%	500
5 სისხლის დონორები	44,000 რუტინული	კი	არა	0	14	0	0.02%	9
6 სფი-ს პაციენტები	0 სენტინელი	არა	არა	2	0	2	3.00%	0
7 B და C ჰეპატიტის პაციენტები	0 სენტინელი	არა	არა	2	0	2	3.00%	0
8 შიდსზე საეჭვო კლინიკური ნიშნებით	0 რეკომენდაცია			3,000	0	0	0.00%	0
9 HRG - არ მიმართავენ სამ. დაწესებულებებს	0 BSS				0	0	5.00%	0
10 HRG - მიმართავენ სამ. დაწესებულებებს	750 რუტინული	კი		15	0	0	5.00%	38
	121,750							



სრულფასოვანი რუტინული სკრინინგი ნკტ-ით (VCT) უტარდება დაახლოებით:

- 6000 ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელს 16 სამედიცინო დაწესებულებაში
- 6 ათასამდე ფტიზიატრიული კლინიკის პაციენტს, დაახლოებით 16 სპეციალიზებულ დაწესებულებაში სადაც ნკტ მომსახურების ფუნქცია შეთავსებული აქვთ კლინიკის სპეციალისტებს
- 10 ათასამდე პატიმარს მაღალი რისკის ჯგუფებიდან 16 სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებაში სადაც იფუნქციონირებს ნკტ კაბინეტები

არასრული, ნკტ-ის გარეშე რუტინული სკრინინგი უტარდება:

- დაახლოებით 55 ათასამდე ორსულს 203 დაწესებულებაში (სადაც სისხლის აღების და ეპიდზედამხედველობის მეთოდოლოგიით გათვალისწინებული ანგარიშგების დონისძიებები შეთავსებული აქვს ძირითად სამედიცინო პერსონალს)
- სავარაუდოდ 44 ათას სისხლის დონორს 14-მდე სისხლის გადასხმის დაწესებულებაში ან კაბინეტში.

სენტინელური ეპიდზედამხედველობა სგვი-ს პაციენტებს და B და C ჰეპატიტით დაავადებულ პაციენტებს 2-2 სამეთვალყურეო ბაზის მეშვეობით.

3.1 რუტინული ეპიდზედამხედველობის ხარჯები

წინასწარი გათვლებით, სრულფასოვანი ანკეტები (case based report ფორმები) შეივსება 22,000 პიროვნებისთვის, ხოლო მოკლე (რამდენიმე ცვლადიანი) ანკეტები - 99,000 პიროვნებისთვის. ამ ანკეტების გადაგზავნასა და სისტემაში შეყვანაზე გათვალისწინებულია წელიწადში 38 ათასი ლარი.

ილუსტრაცია 5: რუტინული ეპიდზედამხედველობის ხარჯების გათვლის საფუძვლები (რაოდენობრივი პარამეტრები) – 2011 წელი

	სულ	პრევენცია	ზედამხედვ
ანკეტები რუტინული სკრინინგის	22,000	16,000	6,000
ანკეტები რუტინული VTC-ის გარეშე	99,000	99,000	0
ნკტ-ს გარეშე შეთავს დაწესებულების რაოდენობა	217	217	0
ნკტ კაბინეტების რაოდენობა	32	32	0
ნკტ შეთავსებით ექიმების რაოდენობა	16	0	16
ტესტები რომელსაც ტრანსპორტირება ჭირდება	66,000	60,000	6,000
საექვო შემთხვევები რუტინული	989	831	120

სულ საჭირო იქნება 32 ნკტ კაბინეტის შექმნა და ფუნქციონირება, ხოლო ნკტ-ს ფუნქციებს შეითავსებს 217 სპეციალისტი (მაგ. ფტიზიატრი). ამ სიმძლავრის ფუნქციონირებისათვის საჭიროა 360 ათასი ლარი იმის გათვალისწინებით, რომ ნკტ კაბინეტებში სპეციალისტის ხელფასი ანაზღაურდება სრულად, ხოლო 217, სადაც ნკტ-ს შეითავსებენ ვიწრო სპეციალისტები (მაგ. ფტიზიატრები), ხარჯი იქნება ხელფასზე დანამატი (ნკტ-თვის).

სამიზნე კონტინგენტიდან გამომდინარე:



- მარტივი/სწრაფი მეთოდით ტესტირება ჩაუტარდება 121 ათას პირს, რისი საერთო ღირებულებაც შეადგენს დაახლოებით 1.5 მილიონ ლარს, საიდანაც უდიდესი ნაწილი (1.42 მილიონი) შეადგენს პრევენციის ხარჯს და სუფთა ეპიდზედამხედველობის ხარჯად ითვლება 74 ათასი ლარი
- აივ ინფექციის სავარაუდო შემთხვევების რაოდენობა შეადგენს 989, რაც განსაზღვრავს დადასტურებისათვის ტრანსპორტირებისა და შესაბამისი ლაბორატორიული ტესტირების ხარჯებს 134 ათასი ლარისა და 91 ათასი ლარის ოდენობით (შესაბამისად). აქედან ჯამში მხოლოდ 23 ათასი ლარი წარმოადგენს უშუალოდ ეპიდზედამხედველობის ხარჯებს, დანარჩენი ივარება პრევენციული ღონისძიებების ბიუჯეტით

3.2 სენტინელური ეპიდზედამხედველობის ხარჯები

გათვალისწინებულია 4 სამეთვალყურეო ბაზის არსებობა. თითოეულ ბაზაზე აივ ინფექციაზე გამოკვლევა ჩაუტარდება 1000 პირს.

აივ ინფექციაზე სავარაუდო შემთხვევების პროგნოზი შეადგენს 400-ს, რაც განსაზღვრავს დასადასტურებლად ტრანსპორტირებისა და ლაბორატორიული კვლევის ხარჯებს.	სენტინელის ბაზები	4
ერთ ბაზაზე სენტინელის კონტიგენტი		1,000
საექვო შემთხვევები სენტინელი		400
ტესტები ტრანსპორტირების საჭიროებით		1,000
ნკტ სენტინელში		0
სენტინელი ნკტ-ს გარეშე		4

სამეთვალყურეო ბაზაზე არ არის გათვალისწინებული ნკტ კაბინეტების არსებობა.

ამ გათვლების საფუძველზე სენტინელური ეპიდზედამხედველობის ხარჯების სტრუქტურა შემდეგია:

ილუსტრაცია 6: სენტინელური ეპიდზედამხედველობის ოპერაციული ბიუჯეტი - 2011 წელი (ლარებში)

სენტინელი		
კონსულტირება ან რეგისტრაცია	18,000	17%
ტესტირება სწრაფი/მარტივი	49,560	46%
ტრანსპორტირება	2,800	3%
კონფორმაცია	36,800	34%
მონაცემების შეყვანა	0	0%
სულ სენტინელი	107,160	100%

ხარჯების უდიდესი ნაწილი მოდის ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე - ჯამში 77%. მონაცემების შეყვანის ხარჯები იმდენად უმნიშვნელოა (შემთხვევების მცირე მოცულობისა და ცვლადების რაოდენობის გათვალისწინებით), რომ ბიუჯეტში ცალკე დანახარჯების სახით არ აისახა.

3.3 საინვესტიციო და სხვა ხარჯები

აივ ინფექცია/ შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის დასანერგად რესურსების საჭიროების გათვალისწინებით გათვალისწინებული იქნა მხოლოდ ინვესტიციები საკადრო (პროფესიულ) რესურსებში, რადგან:

- სისტემის შეფასებამ აჩვენა, რომ ცენტრალურ დონეზე ინფორმაციის მართვისთვის არსებობს საკმარისი ტექნიკური და საკომუნიკაციო საშუალებები



- სისტემის დიზაინი არ ითხოვს მონაცემების დეცენტრალიზებულ შეყვანას და იმ შემთხვევაშიც კი, თუ გადაწყდება მონაცემების შეყვანა/დამუშავება რეგიონულ დონეზე, დკსჯეც-ს რეგიონულ სამსახურებს ამისათვის საჭირო ტექნიკური საშუალებები გააჩნიათ
- სისტემის ფუნქციონირებისათვის საჭირო მეთოდოლოგიის დიდი ნაწილი შემუშავდა გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

ვინაიდან სისტემის დანერგვისას უკვე მოხდა სპეციალისტების მომზადება ნებაყოფლობითი

კონსულტირებისა და ტესტირების

სამიზნე კონტიგენტი 48

ჩატარებაში, სამომავლოდ

სამიზნე კონტინგენტი რეზერვით 53

გათვალისწინებულია მხოლოდ

ტრენინგების რაოდენობა 4

შეზღუდულ კონტიგენტზე (4

ტრენინგი სულ 53 მონაწილეზე).

სხვა ხარჯები, რომლებსაც მოითხოვს გეგმის განხორციელების მართვის ფუნქცია, კერძოდ გეგმის განხორციელებაზე ზედამხედველობა, ანალიტიკური სამუშაო და ინფორმაციული სისტემის შენახვა (მონაცემთა ბაზის ადმინისტრირება), დაიფარება დკსჯეც-ის ადმინისტრაციული ბიუჯეტით.



IV. დანართები



დანართი #1 ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების არსებულ დაწესებულებებში განთავსების შედარებითი ანალიზი

ილუსტრაცია 7: რეგიონული ნკტ ცენტრების განთავსების ვარიანტები

დაწესებულება	ფუნქცია	ხელმისაწვდომობა	მომხმარებელი	სისტემაში ინტეგრაცია	ინვესტიცია
სისხლის ბანკი/სისხლის გადასხმის სადგური	-	-	+	0	0/+
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი	+/0	+	+/0	+	0/+
შიდსის ცენტრები/ სადიაგნოსტიკო ლაბორატორიები	+	+	+	0	0/+
კერძო ლაბორატორია	-	+	+	-	0
საავადმყოფოები	0	+	+	-	0
ნარკოლოგიური ან სხვა ვიწრო პროფილის მქონე დაწესებულებები	0	0	-	-	0
არასამთავრობო ორგანიზაციები	0	0	+	0	+/0
დამოუკიდებელი VCT ცენტრები	+	-/0	+	-	-

სისხლის ბანკი/სისხლის გადასხმის სადგური

სისხლის ბანკი/სისხლის გადასხმის სადგურისთვის ნკტ-ს ფუნქცია უცხოა - მათი ძირითადი დანიშნულებაა უსაფრთხო (ინფექციებისგან თავისუფალი) სისხლის და სისხლის პროდუქტებით საავადმყოფოების უზრუნველყოფა. ამდენად, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ფუნქცია მათთვის არაორგანულია და აღიქმება როგორც დამატებითი ტვირთი (ნაკლებად დაკავშირებული ძირითად საქმიანობასთან).

ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით სისხლის ბანკები ასევე ნაკლებად მნიშვნელოვანია იმის გამო, რომ სისხლის ბანკები ძირითადად კონცენტრირებულია ქ. თბილისში, (5 სისხლის ბანკი) და დასავლეთ საქართველოს რამოდენიმე რეგიონში (აჭარა, იმერეთი, სამეგრელო, ქვემო ქართლი). გარდა ამისა, სახელმწიფოში მიმდინარეობს საუბარო სისხლის ბანკების გამსხვილების და დასავლეთ და აღმოსავლეთ საქართველოში ერთი მსხვილი სისხლის ბანკის ჩამოყალიბების შესახებ, რაც თავის მხრივ გაართულებს მოსახლეობის ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობას.

რაც შეეხება მომხმარებლის დონეზე, სისხლის ბანკი მიჩნეულია ერთ-ერთ სტრუქტურად, სადაც მომხმარებელს არ ექნება კონსულტირებისა და ტესტირების ჩატარების მიზნით რაიმე ბარიერი (მაგ. სტიგმატიზაციის საფრთხე).



სისხლის ბანკების ინტეგრაცია ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო სისტემაში შეფასდა ნეიტრალურად: მართალია ისინი წარმოადგენენ შედარებით კარგად ორგანიზებულ ავტონომიურ სუბიექტებს, არსებობს მათი „რბილი მეთოდებით“ რეგულირების მექანიზმები და შესაძლებელია ხელშეკრულების საშუალებით მათი მოქცევა ეპიდზედამხედველობის სისტემაში. მეორეს მხრივ, სისხლის დონორების რუტინული შემოწმება აივ ინფექციაზე უპირატესად განიხილება (კონცეპტუალური თვალსაზრისით), როგორც სისხლის პრეპარატების დამზადების ერთ-ერთი ტექნოლოგიური ეტაპი და არა როგორც ეპიდზედამხედველობის ღონისძიება.

რაც შეეხება ინვესტირების მიზანშეწონილობას, სისხლის ბანკები იმსახურებენ შედარებით მაღალ შეფასებას: დაწესებულებები აღჭურვილია იმ სამედიცინო აპარატურით, რაც აუცილებელია აივ ტესტირებისათვის, თუმცა სისტემაში არ არის სპეციალისტი, რომელიც შეძლებს ნებაყოფლობითი კონსულტირების ჩატარებას და შემდგომში ინფიცირებული პაციენტების მეთვალყურეობას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები

ფუნქციურად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი ერთ-ერთი ყველაზე ახლოს მდგომი სტრუქტურაა, რომლის ფუნქციებშიც შესაძლებელია შევიდეს აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება. მათი ფუნქციები ითვალისწინებს სხვადასხვა ინფექციებზე მეთვალყურეობას, ამიტომ აივ ინფექცია/შიდსზე მეთვალყურეობა ორგანულად დაემატება მათ ძირითად საქმიანობას. მიუხედავად არსებული ფუნქციური სიახლოვისა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრისათვის დამატებითი ფუნქცია იქნება აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტირების ჩატარება, რაც მოითხოვს დამატებითი კადრების მომზადებას ან არსებულის გადამზადებას.

ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები არსებობს ყველა რეგიონში, ამიტომ ამ მხრივ ის განიხილება როგორც დადებითი ერთეული.

მომხმარებლის თვალსაზრისით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი ფასდება დადებით ერთეულად, თუ არ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ როგორც ყველა სახელმწიფო სტრუქტურაში, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრში, მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა მოზიდვა ზოგად მისახლეობასთან შედარებით რთულია.

ეპიდზედამხედველობის სისტემაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ინტეგრაციის შესაძლებლობა მაღალია.

ინფრასტრუქტურის თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ნაწილი აღჭურვილია ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისათვის საჭირო აპარატურითა, ჰყავთ ეპიდემიოლოგები, რომლებსაც შეუძლიათ ჩატარონ ეპიდემიოლოგიური კვლევა, თუმცა აუცილებელია მათი მომზადება ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი კონსულტირების საკითხებზე.

შიდსის სადიაგნოსტიკო ცენტრები/ლაბორატორიები

ამ დაწესებულებებში გაერთანებულია ორი სხვადასხვა სახის დაწესებულება: ა) შიდსის ცენტრები, რომლებიც ინტეგრირებულია ინფექციურ საავადმყოფოებში და ამჟამად ფუნქციონირებს ქ. თბილისში, ბათუმში, ზუგდიდსა და ქუთაისში, და ბ) შიდსის სადიაგნოსტიკო ლაბორატორიები რომლებიც ძირითადად განთავსებულია სხვადასხვა დაწესებულების (ძირითადად საავადმყოფოების) ბაზაზე.



შიდსის სადიაგნოსტიკო ცენტრების ფუნქციას წარმოადგენს აივ ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება, აივ ინფიცირებულების ეპიდზედამხედველობა, მათი კონტაქტების მოძიება, ოპორტუნისტული ინფექციების პროფილაქტიკა და მკურნალობა და ასევე აივ ინფიცირებულების მკურნალობა ანტირეტროვირუსული თერაპიით. ამიტომ შიდსის ცენტრები ფუნქციურად ყველაზე ახლოსაა ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების ფუნქციებთან შესაბამისობაში.

რაც შეეხება შიდსის სადიაგნოსტიკო ლაბორატორიებს, მათ მოვალეობაში შედის მხოლოდ აივ ინფექცია/შიდსზე ლაბორატორიული ტესტირება და შედეგის მიწოდება გამომგზავნი დაწესებულებისა თუ პიროვნებისათვის. ამდენად, ნკტ-ს ფუნქცია არც თუ ისე ორგანულია ძირითადი საქმიანობისთვის, როგორც ეს შიდსის ცენტრების შემთხვევაში.

ხელმისაწვდომობა შედარებით დაბალია, რადგან შიდსის ცენტრები სადღეისოდ განთავსებულია მხოლოდ დედაქალაქში და დასავლეთ საქართველოს 3 რეგიონში (სამეგელო, იმერეთი, აჭარა). მომავალში დაგეგმილია მათი გახსნა აღმოსავლეთ საქართველოს რეგიონშიც.

რაც შეეხება შიდსის სადიაგნოსტიკო დაწესებულებებს, მათი ხელმისაწვდომობა მაღალია, ის არსებობს საქართველოს ყველა რეგიონში (პასიური სახით თითქმის ყველა რაიონში). ამ დაწესებულებების უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ის, რომ ისინი ძირითადად განლაგებულია საავადმყოფოს ბაზაზე სტრუქტურული ერთეულის სახით, შესაბამისად საავადმყოფოს პროფილის შეცვლის შედეგად, შესაძლებელია ამ დაწესებულებამ შეწყვიტოს ფუნქციონირება ან გაუქმდეს აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა.

მომხმარებლისათვის შიდსის ცენტრები, ისევე როგორც შიდსის ლაბორატორიები არ ქმნიან რაიმე უხერხულობას როგორც ზოგადი მოსახლეობის, ისე მაღალი რისკის ჯგუფის პირებისათვის, იმის გამო რომ ეს ცენტრები/ლაბორატორიები ინტეგრირებულნი არიან ისეთი პროფილის დაწესებულებებში, სადაც ხდება როგორც მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა, ისე ზოგადი მოსახლეობის ვიზიტი. ამდენად, ასეთ დაწესებულებებში მისვლა არ შექმნის უხერხულობას რომელიმე გამოსაკვლევი კონტინგენტისათვის (სტიგმატიზაციის თვალსაზრისით).

სისტემაში ინტეგრაცია საშუალოა, ხოლო რაც შეეხება ინფრასტრუქტურას ის საკმაოდ მაღალია ამ დაწესებულებებში. გარდა იმისა, რომ დაწესებულებები აღჭურვილია აპარატურით, ექიმ-ლაბორანტებს გავლილი აქვთ ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების ტრენინგი, მაგრამ ამ შემთხვევაში აუცილებელია მათი რე-ტრენინგი და დამატებით ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარებაზე ტრენინგი.

კერძო ლაბორატორიები

კერძო ლაბორატორიები ფუნქციურად არ შეესაბამება ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრებს. მათთვის ნკტ-ს ფუნქცია არაორგანულია.

ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის, აგრეთვე მომხმარებლის თვალსაზრისით ეს დაწესებულებები მაღალ შეფასებას იმსახურებენ, რადგან არ ქმნიან უხერხულობას სტიგმატიზაციის კუთხით.

ეპიდზედამხედველობის სისტემაში მათი ინტეგრაციის შესაძლებლობა საკმაოდ დაბალია, ისევე როგორც ინფრასტრუქტურაში ინვესტიციის მიზანშეწონილობა.



საავადმყოფოები

საავადმყოფოების დადებითი და უარყოფითი მხარეები თითქმის იგივეა, რაც შიდსის სადიაგნოსტიკო ლაბორატორიების, იმ განსხვავებით რომ, ეპიდზედამხედველობის სისტემაში საავადმყოფოების ინტეგრაციის შესაძლებლობა საკმაოდ დაბალია (განსაკუთრებით, მიმდინარე პრივატიზაციის გათვალისწინებით).

ნარკოლოგიური ან სხვა ვიწრო პროფილის მქონე დაწესებულებები

ამ დაწესებულებების ქვეშ მოიაზრება ნარკოლოგიური დისპანსერები, კანისა და ვენ დაავადებთა დისპანსერი ან სხვა მსგავსი ვიწრო პროფილის დაწესებულებები. ფუნქციურად ეს დაწესებულებები ნაწილობრივ ესადაგება ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების ფუნქციებს, რადგან ისინი ემსახურებიან აივ მაღალი რისკის ქცევის მქონე კონტინგენტს. სადაც ტარდება ნარკოტიკების მოხმარებასა და/ან სხვა დაავადებებზე კონსულტირება და ტესტირება, რაც ნაწილობრივ შედის აივ ინფექცია/შიდსის კონსულტირების საკითხებში. ამდენად, მათთვის ნკტ-ს ფუნქცია ორგანულია.

ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით ეს დისპანსერები განთავსებულია ყველა რეგიონის და თითქმის ყველა რაიონის დონეზე. რაიონებში ისინი ძირითადად ინტეგრირებული არიან პირველადი ჯანდაცვის ან საავადმყოფოს ბაზაზე.

რაც შეეხება მომხმარებელს, ამ პროფილის დაწესებულებები მისაღებია აივ ასოცირებული მაღალი რისკის ქცევის მქონე პირებისათვის (ნარკოტიკების მომხმარებლები, სხვა პაციენტები), მაგრამ შესაძლოა უხერხულობა შექმნას ზოგადი მოსახლეობისა და სხვა პირებისათვის.

ამ დაწესებულებების სისტემაში ინტეგრაცია თითქმის უტოლდება საავადმყოფოების ინტეგრაციის დონეს და არ არის დამაკმაყოფილებელი.

ინვესტიციების მიზანშეწონილობა შეფასდა ნეიტრალურად: არსებობს კადრი, რომლის გადამზადების შედეგად შესაძლებელია მომზადდეს კონსულტანტები, მაგრამ დამატებით საჭირო იქნება ეპიდემიოლოგიის ფუნქციის შეთავსება. მეორეს მხრივ, ამ დაწესებულებების ორგანიზაციული მოწყობა მიმდინარე პრივატიზაციის გათვალისწინებით კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს (ამ ეტაპზე) ინვესტიციის მიზანშეწონილობას.

არასამთავრობო ორგანიზაციები

ფუნქციურად არასამთავრობო ორგანიზაციების ნაწილი (როგორც არის ბემონი, თანადგომა, აივ შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტ ცენტრი და სხვა მსგავსი პროფილის დაწესებულებები) პასუხობს აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების ფუნქციებს. ამ დაწესებულებების ფუნქციებში შედის აივ/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება. სხვა დანარჩენი არასამთავრობო ორგანიზაციები ძირითადად ემსახურება აივ პრევენციას მაღალი რისკის ჯგუფის პირებსა და ზოგად მოსახლეობაში.

ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით ის არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომლებიც დაკავებულია ნებაყოფლობითი კონსულტირებითა და ტესტირებით, ისევე როგორც შიდსის ცენტრები, ძირითადად ლოკალიზებულია თბილისსა და დასავლეთ საქართველოში.

მომხმარებლის თვალსაზრისით, არასამთავრობო ორგანიზაციები დადებითად ფასდება, როგორც რისკის ჯგუფის პირების, ისე ზოგადი მოსახლეობისათვის.



სისტემაში ინტეგრაცია დაბალია, ხოლო ინფრასტრუქტურაში ინვესტიციის მიზანშეწონილობაშედარებით მაღალია.

დამოუკიდებელი VCT ცენტრები

ფუნქციურად ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების ცენტრები პირდაპირ პასუხობს მოსახლეობის კონსულტირების და ტესტირების ფუნქციებს როგორც მაღალი რისკის ქცევის მქონე პირების, ისე ზოგადი მოსახლეობისათვის.

ამ დაწესებულებების ფუნქციებში შედის აივ/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება, მაგრამ ამავდროულად მათ არ აქვთ ეპიდემიოლოგიური კვლევის ჩატარების უნარები.

ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, დამოუკიდებელი ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების ცენტრები მცირე რაოდენობითაა და აუცილებელია მათი ყველა რეგიონში ჩამოყალიბება.

მომხმარებლის თვალსაზრისით, აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების ცენტრები საკმაოდ მიმზიდველია, თუ ამ დაწესებულებებში ჩატარდება როგორც აივ, ისე სხვა სისხლის გზით გადამდები დაავადებების და სგვი პრევენცია.

სისტემაში ინტეგრაცია და ინფრასტრუქტურა ამ ეტაპზე ფასდება უარყოფითად. საჭიროა ინფრასტრუქტურის (როგორც მატერიალურ-ტექნიკური, ისე ადამიანური რესურსების) გაზრდა.



დანართი #2 საანგარიშო ცხრილები

ცხრილი 1: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა რეგიონების მიხედვით | ინდ # 1

	2005		2006		2007		2008		2009		კუმულატიური
	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	
თბილისი											
აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკა											
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა											
გურია											
იმერეთი											
კახეთი											
მცხეთა-მთიანეთი											
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი											
სამეგრელო-ზემო სვანეთი											
სამცხე-ჯავახეთი											
ქვემო ქართლი											
შიდა ქართლი											
საქართველო სულ											

ცხრილი 2: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით | ინდ # 1

	2005		2006		2007		2008		2009		კუმულატიური
	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	
კაცი											
0-14											
15-24											
25+											
კაცი სულ											
ქალი											
0-14											
15-24											
25+											



ქალი სულ											
სულ											

ცხრილი 3: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, პროცენტული განაწილება და კუმულატიური რაოდენობა აივ გადაცემის გზების მიხედვით | ინდ # 2

	2005		2006		2007		2008		2009		კუმულატიური
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება											
ჰომოსექსუალური კონტაქტი											
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი											
სისხლის გადასხმა											
დედიდან-შვილზე											
დაუდგენელი											
სულ		100		100		100		100		100	

ცხრილი 4: აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, პროცენტული განაწილება და კუმულატიური რაოდენობა სქესის, ასაკობრივი ჯგუფებისა და აივ გადაცემის გზების მიხედვით | ინდ # 2

	2005		2006		2007		2008		2009		კუმულატიური	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
კაცი (ასაკი 15+)												
ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება												
ჰომოსექსუალური კონტაქტი												
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი												
სისხლის რეციპიენტი												
დაუდგენელი												
კაცი სულ		100		100		100		100		100		100
ქალი (ასაკი 15+)												
ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება												
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი												
სისხლის რეციპიენტი												
დაუდგენელი												
ქალი სულ		100		100		100		100		100		100
ბავშვი (ასაკი <15)												
დედიდან შვილზე												



სისხლის რევიპიენტი											
სხვა / დაუდგენელი											
ბავშვი სულ		100		100		100		100		100	

ცხრილი 5: შიდსის შემთხვევები, ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა რეგიონების მიხედვით | ინდ # 3

	2005		2006		2007		2008		2009		კუმულატიური
	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	
თბილისი											
აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკა											
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა											
გურია											
იმერეთი											
კახეთი											
მცხეთა-მთიანეთი											
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი											
სამეგრელო-ზემო სვანეთი											
სამცხე-ჯავახეთი											
ქვემო ქართლი											
შიდა ქართლი											
საქართველო სულ											

ცხრილი 6: შიდსის შემთხვევები სქესის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით

	2005		2006		2007		2008		2009		კუმულატიური
	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	n	მაჩვენებელი	
კაცი											
0-14											
15-24											
25+											
კაცი სულ											
ქალი											
0-14											
15-24											
25+											



ქალი სულ																			
	სულ																		

ცხრილი 7: შემთხვევის გვიანი გამოვლენის მაჩვენებელი ასაკის, სქესის და გადაცემის გზების მიხედვით | ინდ # 6

	2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
ასაკი										
0-14										
15-24										
25+										
სქესი										
კაცი										
ქალი										
გადაცემის გზა										
ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება										
ჰომოსექსუალური კონტაქტი										
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი										
სისხლის რეციპიენტი										
დედიდან-შვილზე										
დაუდგენელი										
	სულ									

ცხრილი 8: სიკვდილის შემთხვევები და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (%) აივ ინფიცირებულ პირებში სქესის და ასაკის მიხედვით | ინდ # 4

	2005			2006			2007			2008			2009			კუმულატიური		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
ქალი																		
0-14																		
15-24																		
25+																		
ქალი სულ																		
კაცი																		
0-14																		
15-24																		



25+																		
კაცი სულ																		
	სულ																	

ცხრილი 9: სიკვდილის შემთხვევები და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (%) შიდსით დაავადებულებში სქესისა და გადაცემის გზის მიხედვით და და შიდსით დაავადებულთა სიკვდილის პროცენტული განაწილება სიკვდილის მიზეზის | ინდ # 5

	2005			2006			2007			2008			2009			კუმულატიური		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
სქესი																		
ქალი																		
0-14																		
15-24																		
25+																		
კაცი																		
0-14																		
15-24																		
25+																		
გადაცემის გზა																		
ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება																		
ჰომოსექსუალური კონტაქტი																		
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი																		
სისხლის რეციპიენტი																		
დედიდან-შვილზე																		
დაუდგენელი																		
სიკვდილის მიზეზი																		
შიდსთან დაკავშირებული მიზეზი																		
შიდსთან დაუკავშირებული მიზეზი																		
უცნობი																		
	სულ																	



ცხრილი 10: აივ პრევალენტობა ნკტ-ს გარეშე რუტინული სკრინინგის სამიზნე კონტიგენტში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით | ინდ # 11, 12

	2005			2006			2007			2008			2009		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
სამიზნე კონტიგენტი															
კაცი															
0-14															
15-24															
25+															
კაცი სულ															
ქალი															
0-14															
15-24															
25+															
ქალი სულ															
სულ სამიზნე კონტიგენტი															

ცხრილი 11: რეგისტრირებული ორსული ქალების აივ ტესტირებით მოცვის მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით | ინდ # 13

	2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
თბილისი										
აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკა										
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა										
გურია										
იმერეთი										
კახეთი										
მცხეთა-მთიანეთი										
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი										
სამეგრელო-ზემო სვანეთი										
სამცხე-ჯავახეთი										
ქვემო ქართლი										
შიდა ქართლი										
საქართველო სულ										



ცხრილი 12: აივ პრევალენტობა სენტინელურ პოპულაციაში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით | ინდ # 7

	2005			2006			2007			2008			2009		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
სამიზნე კონტინგენტი															
კაცი															
0-14															
15-24															
25+															
კაცი სულ															
ქალი															
0-14															
15-24															
25+															
ქალი სულ															
სულ სამიზნე კონტინგენტი															

ცხრილი 13: არე მკურნალობით მოცვის მაჩვენებელი სქესის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით | ინდ # 14

	2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
სქესი										
კაცი										
ქალი										
ასაკი										
<15										
15+										
სულ										

ცხრილი 14: 12, 24, 36 თვის განმავლობაში არე თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებელი | ინდ # 15

	12 თვე		24 თვე		36 თვე	
	N	%	n	%	n	%
სქესი						
კაცი						
ქალი						



IV. დანართები

ასაკი					
<15					
15+					
გადაცემის გზა					
ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება					
ჰომოსექსუალური კონტაქტი					
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი					
სისხლის რეციპიენტი					
დედიდან-შვილზე					
დაუდგენელი					
სულ					

ცხრილი 15: აივ ინფექციის პრევალენტობა რისკ ჯგუფებში ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით (რუტინული ზედამხედველობა) | ინდ # 8

	2005			2006			2007			2008			2009		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
რისკ-ჯგუფი															
კაცი															
0-14															
15-24															
25+															
კაცი სულ															
ქალი															
0-14															
15-24															
25+															
ქალი სულ															
სულ რისკ-ჯგუფი															

ცხრილი 16: აივ ინფექციის პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით - რუტინული ზედამხედველობა | ინდ # 9 და ინდ # 10

	Y1			Y2			Y3			Y4			Y5		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
სამიზნე კონტინგენტი															
კაცი															



0-14																
15-24																
25+																
კაცი სულ																
ქალი																
0-14																
15-24																
25+																
ქალი სულ																
	სულ სამიზნე კონტინგენტი															



დანართი #3 ცვლადები და ინდიკატორები

ცხრილი 17: ეპიდზედამხედველობაში გამოყენებული ცვლადები და კავშირი ინდიკატორებთან

ცვლადი სახელი	ცვლადის დეფინიცია	ინდიკატორი	მონაცემთა წყარო	შენიშვნა
1) უნიკალური ნომერი	შემთხვევის განმასხვავებელი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
2) დაბადების თარიღი	პიროვნების დაბადების თარიღი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
3) სქესი	პიროვნების სქესი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
4) რაიონი, სადაც ცხოვრობს გამოკვლეული	ქალაქი ან რაიონი, რომელშიც ცხოვრობს გამოკვლეული		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
5) მომართვის თარიღი	პიროვნებისთვის სისხლის აღების თარიღი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
6) ნკტ სპეციალისტი	ივსება მხოლოდ ნკტ-ით რუტინული სკრინინგის დროს და გამოიყენება ხარისხის შიდა კონტროლისათვის		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
7) გამომგზავნი დაწესებულება	დაწესებულების კოდური ნომერი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
8) რისკის ჯგუფები	რისკის ჯგუფების ჩამონათვალი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
9) დაბადების ქვეყანა	ქვეყანა, რომელშიც დაიბადა პაციენტი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა
10) მოქალაქეობა	ქვეყანა, რომლის მოქალაქეცაა გამოკვლეული		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა
11) წინა დადებითი კონფირმაციული ტესტის წელი	წინა კონფირმაციული დადებითი ტესტის თარიღი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა
12) გადაცემის გზა	აივ-ის გადაცემის ყველაზე მეტად სავარაუდო გზა		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
13) ჰეტერო სუბ-კატეგორია	ჰეტეროსექსუალური გზით აივ გადაცემის სუბკატეგორიები		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა
14) დედიდან-შვილზე გადაცემის სუბკატეგორია	დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის სუბკატეგორიები		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა
15) არგ მკურნალობა	ნებისმიერი სახის არგ თერაპია რომელიც ჩაუტარდა შიდსის განვითარებამდე			TESSy-ს მოთხოვნა
16) შიდსის ინდიკატორული დაავადება	შიდსის სტანდარტულ განმარტებაში მითითებული ინდიკატორული დაავადებები			TESSy-ს მოთხოვნა
17) სიკვდილის მიზეზი	შიდსთან დაკავშირებული ან არ-დაკავშირებული მიზეზი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
18) აივ-ის ტიპი	აივ ინფექციის გამომწვევი ვირუსის ტიპი			
ლოგიკური ცვლადები¹²				
19) აივ დიაგნოზის თარიღი	პირველი აივ პოზიტიური კონფირმაციული ტესტის თარიღი		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	5) მომართვის თარიღი + 18)

¹² ქმნის პროგრამა (არ ჭირდება ხელით დაფიქსირება)



IV. დანართები

ცვლადი სახელი	ცვლადის დეფინიცია	ინდიკატორი	მონაცემთა წყარო	შენიშვნა
				აივ-ის ტიპი
20) შიდსის დიაგნოზის დასმის თარიღი	დიაგნოზის დასმის თარიღი კლინიკური და/ან ლაბორატორიული		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	5) მომართვის თარიღი + 16) შიდსის ინდიკატორული დაავადება
21) დაავადების სტადია	აივ ინფექცია/შიდსის სტადია ინფიცირებულის რეგისტრაციის მომენტში			თუ ცვლადი #20 არის NULL, მაშინ „აივ ინფექცია“, თუ არა „შიდსი“
22) გამოსავალი	ინფორმაცია ინფიცირებულის სიცოცხლის სტატუსის შესახებ		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა. თუ ცვლადი #17 არის NULL, მაშინ გამოსავალი არის „ცოცხალია“, თუ არა „სიკვდილი“
23) სიკვდილის შეტყობინების თარიღი	თარიღი როდესაც გარდაცვალების შეტყობინება მოხდა ეროვნული ზედამხედველობის სისტემისათვის		ეპიდზედამხედველობის ბაზა	TESSy-ს მოთხოვნა 5) მომართვის თარიღი + 17) სიკვდილის მიზეზი
გამოთვლილი და დამაჯგუფებელი ცვლადები ინდიკატორებისათვის				
24) მოსახლეობა	საქართველოს მოსახლეობა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მონაცემებით		ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტი	
25) ორსულთა რაოდენობა	დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით წლის მანძილზე ქვეყანაში რეგისტრირებული ორსულების რაოდენობა (რეგიონების და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით)		დკსჯც	
26) ცოცხალი აივ ინფიცირებული პირების რაოდენობა	წლის ბოლოსთვის კუმულაციური აივ შემთხვევების რაოდენობას გამოკლებული ამავე წლის დასაწყისისთვის კუმულაციური სიკვდილის შემთხვევები	4	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
27) ცოცხალი შიდსით დაავადებულების რაოდენობა	წლის ბოლოსთვის შიდსით დაავადებულთა კუმულაციურ რაოდენობას გამოკლებული ამავე წლის დასაწყისისთვის კუმულაციური სიკვდილის შემთხვევები	5	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
28) ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკობრივი ჯგუფები: <15, 15-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50+			
29) აივ გამოკვლევები სენტინელში	აივ ინფექციაზე სენტინელით გამოკვლეული პირების რაოდენობა	7	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
30) აივ-ზე გამოკვლეული რაოდენობა (რუტინული ნკტ-ს	რუტინული ნკტ-ს გარეშე სკრინინგით გამოკვლეული რაოდენობა სამიზნე კონტაქტში	11, 12	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	



IV. დანართები

ცვლადი სახელი	ცვლადის დეფინიცია	ინდიკატორი	მონაცემთა წყარო	შენიშვნა
გარეშე)				
31) აივ დადებითი შემთხვევების რიცხვი (რუტინული ნკტ-ს გარეშე)	რუტინული ნკტ-ს გარეშე სკრინინგით დადგენილი აივ დადებითი შემთხვევების რაოდენობა სამიზნე კონტიგენტში	11, 12	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
32) აივ-ზე გამოკვლეული რაოდენობა (რუტინული ნკტ-ით)	რუტინული ნკტ-ით სკრინინგით გამოკვლეული რაოდენობა სამიზნე კონტიგენტში	9, 10	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
33) აივ დადებითი შემთხვევების რიცხვი სამიზნე კონტიგენტში (რუტინული ნკტ-ით)	რუტინული ნკტ-ით სკრინინგით დადგენილი აივ დადებითი შემთხვევების რაოდენობა სამიზნე კონტიგენტში	9, 10	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
34) აივ ინფიცირებულები - სენტინელი	სენტინელური ზედამხედველობით დადგენილი აივ დადებითი შემთხვევები	7	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
35) აივ-ზე გამოკვლეულთა რაოდენობა რისკ ჯგუფებში	რუტინული ნკტ-ით გამოკვლეული რაოდენობა რისკ ჯგუფების მიხედვით	8	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
36) აივ-დადებითი შემთხვევების რიცხვი რისკის ჯგუფებში	რუტინული ნკტ-ით დადგენილი აივ დადებითი შემთხვევების რაოდენობა რისკ ჯგუფებში	8	ეპიდზედამხედველობის ბაზა	
37) აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა, ვინც წლის ბოლოსთვის იმყოფება არე მკურნალობაზე		14	კლინიკური ბაზა	
38) ინფიცირებულთა რაოდენობა, რომელთაც ესაჭიროებათ არე მკურნალობა	პაციენტები რომლებიც კლინიკური მდგომარეობს გამო საჭიროებენ მკურნალობას ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად: – ამჟამად არსებული კრიტერიუმები: CD4 უჯრედების რიცხვი < 200 ან პაციენტს აქვს შიდს ინდიკატორული დაავადება – სამომავლო კრიტერიუმები: CD4 უჯრედების რიცხვი ≤ 350 ან პაციენტს აქვს შიდს ინდიკატორული დაავადება	14	კლინიკური ბაზა	
39) მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების რიცხვი, რომლებიც ცოცხლები არიან მკურნალობის დაწყებიდან 12, 24, 36 თვის შემდეგ	პაციენტი ითვლება მკურნალობაზე თუ მას ექიმის დანიშნულებით ერთხელ მაინც აქვს გატანილი მედიკამენტი, რომელიც დანიშნულ იქნა აივ/შიდსის მკურნალობის მიზნით და არა ინფექციის დედიან შვილზე გადაცემის ან ექსპოზიციის შემდგომი პროფილიქტიკისათვის. პაციენტები, რომლებმაც მკურნალობა დაიწყეს საანაგარიშო პერიოდის დამთავრებამდე მინიმუმ 12 (24, 36) თვით ადრე და	15	კლინიკური ბაზა	



ცვლადი სახელი	ცვლადის დეფინიცია	ინდიკატორი	მონაცემთა წყარო	შენიშვნა
	<i>ცოცხლები არიან და განაგრძობენ მკურნალობას მისი დაწყებიდან 12 (24, 36) თვის თავზე</i>			
40) პაციენტების რიცხვი, რომლებმაც დაიწყო არე მკურნალობა 12, 24, 36 თვის წინ	<i>პაციენტების საერთო რიცხვი, რომელთაც დაიწყო მკურნალობა საანგარიშო პერიოდის დამთავრებამდე მინიმუმ 12 (24, 36) თვით ადრე, მათ შორის ვინც შეწყვიტა მკურნალობა და გარდაიცვალა</i>	15	კლინიკური ბაზა	
41) დონორის ტიპი		11		
42) ინფიცირებულის კლინიკურ ზედამხედველობაზე აყვანის თარიღი	პაციენტისთვის ისტორიის გახსნის თარიღი		კლინიკური ბაზა	



ცხრილი 18: ინდიკატორები და ცვლადები

ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
1. აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების მაჩვენებელი	ერთი წლის განმავლობაში ახლად რეგისტრირებული აივ ინფექციის შემთხვევების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე	მრიცხველი - ერთი წლის განმავლობაში ახლად გამოვლენილი აივ ინფექციის შემთხვევათა რაოდენობა	ცვლადი (19)	ცხრილი 1 "აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა რეგიონების მიხედვით ინდ # 1" ცხრილი 2 „აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 1“	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3), რეგიონი (4)	
		მნიშვნელი - იმავე წლის განმავლობაში მოსახლეობის საშუალო რაოდენობა	ცვლადი (24)			
2. აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების პროცენტული განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით	ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილი აივ შემთხვევების პროცენტული განაწილება აივ ინფექციის გადაცემის გზების მიხედვით	მრიცხველი - ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული აივ შემთხვევათა რაოდენობა გადაცემის კონკრეტული გზის მიხედვით	ცვლადი (12), (19)	ცხრილი 3 „აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, პროცენტული განაწილება და კუმულატიური რაოდენობა აივ გადაცემის გზების მიხედვით ინდ # 2“ ცხრილი 4 „აივ ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, პროცენტული განაწილება და კუმულატიური რაოდენობა სქესის, ასაკობრივი ჯგუფებისა და აივ გადაცემის გზების მიხედვით ინდ # 2	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3),	
		მნიშვნელი - ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებულ აივ შემთხვევათა საერთო რაოდენობა	ცვლადი (19)			



IV. დანართები

ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
3. შიდსის ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე	ერთი წლის განმავლობაში ახლად დიაგნოსტირებული შიდსის შემთხვევების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე	მრიცხველი - ერთი წლის განმავლობაში ახლად დიაგნოსტირებული შიდსის შემთხვევათა რაოდენობა	ცვლადი (20)	ცხრილი 5 „შიდსის შემთხვევები, ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე და შემთხვევების კუმულატიური რაოდენობა რეგიონების მიხედვით ინდ # 3	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3), რეგიონი (4)	
		მნიშვნელი - იმავე წლის განმავლობაში მოსახლეობის საშუალო რაოდენობა	ცვლადი (24)			
4. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი აივ ინფიცირებულ პირებში	ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული სიკვდილის შემთხვევების პროცენტი აივ ინფიცირებულ პირებში	მრიცხველი - ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული სიკვდილის შემთხვევების აბსოლუტური რაოდენობა აივ ინფიცირებულ პირებში	ცვლადი (17)	ცხრილი 8 ” სიკვდილის შემთხვევები და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (%) აივ ინფიცირებულ პირებში სქესის და ასაკის მიხედვით ინდ # 4”	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3)	რაც უფრო გაიზრდება არც მკურნალობაზე მყოფი აივ ინფიცირებულთა რიცხვი, მით უფრო უნდა შემცირდეს აივ ინფიცირებულთა სიკვდილის შემთხვევები. ამასთანავე, თუ შემცირდება აივ-თან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევები, აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა გაიზრდება (ანუ გაიზრდება პრევალენტობა). მნიშვნელოვანია, რომ პრევალენტობის ამგვარი ზრდა, შეცდომით არ იყოს დაკავშირებული ეპიდემიის მასშტაბების ზრდასთან.
		მნიშვნელი-იმავე წლის განმავლობაში ცოცხალი აივ ინფიცირებული პირები	ცვლადი (26)			
5. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შიდსით დაავადებულებში	ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული შიდსთან დაკავშირებული	მრიცხველი-ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული შიდსის სიკვდილის შემთხვევების აბსოლუტური რაოდენობა	ცვლადი (17)	ცხრილი 9 ”სიკვდილის შემთხვევები და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (%) შიდსით დაავადებულებში სქესისა და გადაცემის გზის	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3), გადაცემის	



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
	სიკვდილის შემთხვევების პროცენტი შიდსით დაავადებულებში	მნიშვნელი-იმავე წლის განმავლობაში ცოცხალი შიდსით დაავადებული პირები.	ცვლადები (27)	მიხედვით და და შიდსით დაავადებულთა სიკვდილის პროცენტული განაწილება სიკვდილის მიზეზის ინდ # 5”	გზები (12)	
6. შემთხვევის გვიანი გამოვლენის მაჩვენებელი	ერთი წლის განმავლობაში გვიან სტადიაზე გამოვლენილი აივ შემთხვევების პროცენტი იმავე წლის განმავლობაში კლინიკურ ზედამხედველობაზე აყვანილ აივ შემთხვევებიდან	მრიცხველი – ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებულ აივ შემთხვევათა რაოდენობა, რომელთაც კლინიკურ ზედამხედველობაზე აყვანისას CD4 ≤350 უჯრ/მმ ³ ან დაესვათ შიდსის დიაგნოზი	ცვლადი (20)		ასაკობრივი ჯგუფები(27), სქესი (3), გადაცემის გზა (12)	შემთხვევის გვიანი გამოვლენის მაჩვენებლის შემცირება შეიძლება განპირობებული იყოს სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით ან/და მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაუმჯობესებით.
		მნიშვნელი – იმავე წლის განმავლობაში კლინიკურ ზედამხედველობაზე აყვანილი აივ შემთხვევები	ცვლადი (19)			
7. აივ პრევალენტობა სენტინელურ პოპულაციაში	განსაზღვრული დროის განმავლობაში განსაზღვრულ სენტინელურ სუბპოპულაციაში აივ შემთხვევების პროცენტი ამავე სუბპოპულაციაში ტესტირებულთა საერთო რაოდენობიდან	მრიცხველი – განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში გარკვეულ სუბპოპულაციაში გამოვლენილი აივ შემთხვევების რაოდენობა	ცვლადი (34)	ცხრილი 12 ”აივ პრევალენტობა სენტინელურ პოპულაციაში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 7“	ასაკობრივი ჯგუფი (27) სქესი (3), სამიზნე კონტიგენტი	
		მნიშვნელი – იმავე დროის პერიოდში იმავე სუბპოპულაციაში ტესტირებულთა საერთო რაოდენობა	ცვლადი (29)			



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
8. აივ ინფექციის პრევალენტობა მაღალი რისკის ჯგუფებში (რუტინული ნკტ-ით ეპიდზედამხედველობა)	ერთი წლის განმავლობაში მაღალი რისკის ჯგუფებში რუტინული ეპიდზედამხედველობის პირობებში აივ შემთხვევების პროცენტი იმავე ჯგუფში ტესტირებულთა საერთო რაოდენობიდან	მრიცხველი – რუტინული ეპიდზედამხედველობით ერთი წლის განმავლობაში მაღალი რისკის ჯგუფებში გამოვლენილი აივ შემთხვევების რაოდენობა	ცვლადი (36)	ცხრილი 15 "აივ ინფექციის პრევალენტობა რისკ ჯგუფებში ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით (რუტინული ზედამხედველობა) ინდ # 8	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3)	
		მნიშვნელი – რუტინული ეპიდზედამხედველობით იმავე წლის განმავლობაში იმავე რისკ ჯგუფში აივ-ზე ტესტირებულთა რაოდენობა	ცვლადი (35)			
9. აივ ინფექციის პრევალენტობა ტუბერკულოზიან პაციენტებში (რუტინული ნკტ-ით)	ერთი წლის განმავლობაში აივ შემთხვევების პროცენტი აივზე ტესტირებულ ტუბერკულოზიან პაციენტებში (რუტინული ნკტ-ით)	მრიცხველი – ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილი აივ შემთხვევები ტუბერკულოზიან პაციენტებში	ცვლადი (33)	ცხრილი 16 "აივ ინფექციის პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით - რუტინული ზედამხედველობა ინდ # 9 და ინდ # 10"	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3)	
		მნიშვნელი ერთი წლის განმავლობაში აივ-ზე გამოკვლეული ტუბერკულოზიან პაციენტთა რაოდენობა	ცვლადი (32)			
10. აივ ინფექციის პრევალენტობა პათიმრებში (რუტინული ნკტ-ით)	ერთი წლის განმავლობაში აივ შემთხვევების პროცენტი აივ-ზე ტესტირებულ პათიმართა შორის	მრიცხველი – ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილი აივ შემთხვევების რაოდენობა პათიმრებში	ცვლადი (33)	ცხრილი 10 "აივ პრევალენტობა ნკტ-ს გარეშე რუტინული სკრინინგის	ასაკობრივი ჯგუფები (27), სქესი (3)	



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
		მნიშვნელი- იმავე წლის განმავლობაში აივ-ზე გამოკვლეული პაციენტების რაოდენობა	ცვლადი (32)	სამიზნე კონტიგენტში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 11, 12“		
11. აივ ინფექციის პრევალენტობა დონორებში (რუტინული ნკტ-ს გარეშე)	ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილ აივ შემთხვევათა პროცენტი აივ-ზე ტესტირებულ დონორთა შორის	მრიცხველი – ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილი აივ შემთხვევათა რაოდენობა დონორებში	ცვლადი (31)	ცხრილი 10”აივ პრევალენტობა ნკტ-ს გარეშე რუტინული სკრინინგის სამიზნე კონტიგენტში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 11, 12“	სქესი (3), ასაკობრივი ჯგუფები (27), დონორის ტიპი(41)	
		მნიშვნელი – იმავე წლის განმავლობაში აივ-ზე გამოკვლეულ დონორთა რაოდენობა	ცვლადი(30)			
12. აივ ინფექციის პრევალენტობა ორსულებში (რუტინული ნკტ-ს გარეშე)	ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილი აივ შემთხვევების პროცენტი აივ-ზე ტესტირებულ ორსულთა შორის	მრიცხველი – ერთი წლის განმავლობაში გამოვლენილი აივ შემთხვევათა რაოდენობა ორსულებში	ცვლადი (31)	ცხრილი 10”აივ პრევალენტობა ნკტ-ს გარეშე რუტინული სკრინინგის სამიზნე კონტიგენტში სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ინდ # 11, 12“	ასაკობრივი ჯგუფები (27)	
		მნიშვნელი – იმავე წლის განმავლობაში აივ-ზე გამოკვლეულ ორსულთა რაოდენობა	ცვლადი (30)			
13. რეგისტრირებულ ორსულთა აივ ტესტირებით მოცვის	ერთი წლის განმავლობაში რეგისტრირებული ორსულებიდან იმ	მრიცხველი – ერთი წლის განმავლობაში აივზე ტესტირებულ ორსულთა რაოდენობა	ცვლადი(30)	ცხრილი 11”რეგისტრირებული ორსული ქალების აივ ტესტირებით მოცვის მაჩვენებელი რეგიონების	რეგიონი (4)	



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
მაჩვენებელი	ორსულთა პროცენტი, რომელთაც ჩაუტარდათ აივ ტესტირება	ერთი წლის განმავლობაში ახლად რეგისტრირებული ორსულების რაოდენობა	ცვლადი (25)	მიხედვით ინდ # 13“		
14. არე მკურნალობით მოცვის მაჩვენებელი	არე მკურნალობაზე მყოფ აივ ინფიცირებულთა პროცენტი იმ აივ ინფიცირებულთაგან, ვისაც ეროვნული გაიდლაინების მიხედვით ესაჭიროება არე მკურნალობა	მრიცხველი – აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა, ვინც წლის ბოლოსთვის იმყოფება არე მკურნალობაზე	ცვლადი (37)	ცხრილი 13 ”არე მკურნალობით მოცვის მაჩვენებელი სქესის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით ინდ # 14“	სქესი (3), ასაკობრივი ჯგუფები (27)	
		მნიშვნელი – იმავე წლის განმავლობაში აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა, რომელთაც ესაჭიროებათ არე მკურნალობა ეროვნული გაიდლაინის მიხედვით	ცვლადი (38)			
15. 12, 24, 36 თვის განმავლობაში არე თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებელი	არე მკურნალობაზე მყოფი ცოცხალი პაციენტების პროცენტი მკურნალობის დაწყებიდან 12, 24 და 36 თვის თავზე	მრიცხველი- მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების რიცხვი, რომლებიც ცოცხლები არიან მკურნალობის დაწყებიდან 12, 24 და 36 თვის შემდეგ	ცვლადი (39)	ცხრილი 14 ”12, 24, 36 თვის განმავლობაში არე თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებელი ინდ # 15“		
		მნიშვნელი -პაციენტების საერთო რიცხვი, რომლებმაც დაიწყეს არე თერაპია 12, 24 და 36 თვის წინ შესაბამისად	ცვლადი(40)			



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
16. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც ბოლო 12 თვის მანძილზე აივ ინფექციაზე ჩაიტარა ტესტირება და იცის შედეგი	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის მანძილზე ჩაიტარეს ტესტი აივ-ზე და იციან შედეგი			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	აივ სტატუსის ცოდნა კრიტიკულია აივ ინფექციის შემდგომი გავრცელების შესაჩერებლად. ინდიკატორი აფასებს ნკტ სერვისების ხელმისაწვდომობას სამიზნე ჯგუფში
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
17. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პრევენციული პროგრამებით მოცვა	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც იცის, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება, ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღიათ კონდომი და სტერილური სტერილური საინექციო საშუალება (ნემსი/შპრიცი/პეპელა)	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც დადებითად პასუხობს სამივე შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს ბოლო 12 თვის პერიოდს. თუ ხელმისაწვდომია აგრეთვე მონაცემები ბოლო 3, 6 თვის პერიოდისათვის დაურთეთ ანგარიშს
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
18. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პრევენციული პროგრამებით მინიმალური მოცვა	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც იცის, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება და ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია სტერილური საინექციო საშუალება, ან კონდომი ან საინფორმაციო მასალა ან საგანმანათლებლო ინფორმაცია	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელმაც იცის თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება და რომელმაც დადებითად უპასუხა დანარჩენ კითხვათაგან სულ მცირე ერთს			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს პრევენციული პროგრამებით მინიმალურ მოცვას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
19. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პრევენციული პროგრამებით ინტეგრირებული მოცვა	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც იცის, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება და ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია ყველა ქვემოთჩამოთვლილი: სტერილური საინექციო საშუალება, კონდომი, საინფორმაციო მასალა, საგანმანათლებლო ინფორმაცია	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელმაც იცის თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება და რომელმაც დადებითად უპასუხა დანარჩენ ოთხ კითხვას			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს პრევენციული პროგრამებით ინტეგრირებული მოცვას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
20. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სტერილური საინექციო საშუალებით მომარაგება	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია სტერილური საინექციო საშუალება	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც დადებითად პასუხობს შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> სქესი ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს პრევენციული პროგრამებით მინიმალურ მოცვას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
21. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა კონდომებით მომარაგება	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია კონდომი	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც დადებითად პასუხობს შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> სქესი ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს პრევენციული პროგრამებით მინიმალურ მოცვას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
22. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა საინფორმაციო მასალებით მომარაგება	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია საინფორმაციო მასალა	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც დადებითად პასუხობს შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> სქესი ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს პრევენციული პროგრამებით მინიმალურ მოცვას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
23. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა საგანამანათლებლო ინფორმაციით მოცვა	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია საგანამანათლებლო ინფორმაცია	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც დადებითად პასუხობს შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> სქესი ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს პრევენციული პროგრამებით მინიმალურ მოცვას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
24. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა მიერ სტერილური საინექციო საშუალების გამოყენება ნარკოტიკის ბოლო ინექციისას	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც ნარკოტიკის ბოლო ინექციისას გამოიყენა სტერილური ერთჯერადი ნემსი/შპრიცი/პეპელა	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს სტერილური საინექციო საშუალების გამოყენებას ბოლო ინექციისას			<ul style="list-style-type: none"> სქესი ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებულ სარისკო ქცევას
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
25. უსაფრთხო ინექცია ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ნარკოტიკის ბოლო ინექციისას არ	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც უარყოფითად პასუხობს შვიდივე შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> სქესი ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინექციური ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებული აივ ინფექციის გავრცელება რამდენიმე ფაქტორით განისაზღვრება,



IV. დანართები

ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
შორის ნარკოტიკის ბოლო ინექციისას	გამოუყენებია: ადრე სხვის მიერ ნახმარი ნემსი/შპრიცი; თავშეყრის ადგილას დატოვებული ნემსი/შპრიცი; სხვის მიერ წინასწარ შეესებული შპრიცი; შპრიცი, რომელიც შეივსო სხვისი ნახმარი შპრიციდან; სავარუდოდ დაბინძურებული საზიარო საინექციო ატრიბუტიკა (ჭურჭელი/ ბამბა/ ფილტრი/წყალი); საერთო კონტეინერიდან ნარკოტიკის ხსნარი, რომელიც მისი თანდასწრების გარეშე მომზადდა;	მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ნარკოტიკის ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				როგორცაა: (i) აივ ეპიდემიის გავრცელება; (ii) ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელება; (iii) ინმ-ების მიერ დაბინძურებული საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენების გავრცელება; (iv) სქესობრივი კავშირები და კონდომის გამოყენება ინმ-ებს შორის და ინმ-ებს და ზოგადი პოპულაციის წარმომადგენლებს შორის. ინდიკატორი იძლევა ინფორმაციას მე-3 ფაქტორზე.
26. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ კონდომის	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ბოლო 12 თვეში და გამოიყენა კონდომი ბოლო	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც ადასტურებს კონდომის გამოყენებას ბოლო სქესობრივი კავშირისას			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
გამოყენება ბოლო სქესობრივი კავშირისას	სქესობრივი კავშირისას	მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ნარკოტიკის ინექციას ბოლო თვეში და სქესობრივ კავშირს ბოლო 12 თვეში				
27. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ კონდომის გამოყენება რეგულარულ სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ბოლო 12 თვეში და გამოიყენა კონდომი რეგულარულ სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც ადასტურებს კონდომის გამოყენებას რეგულარულ სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ნარკოტიკის ინექციას ბოლო თვეში და სქესობრივ კავშირს რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო 12 თვეში			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	
28. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ კონდომის გამოყენება შემთხვევით	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ბოლო 12 თვეში და გამოიყენა კონდომი შემთხვევით სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც ადასტურებს კონდომის გამოყენებას შემთხვევით სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას	სქესობრივი კავშირისას	მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ნარკოტიკის ინექციას ბოლო თვეში და სქესობრივ კავშირს შემთხვევით სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო 12 თვეში				
29. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ კონდომის გამოყენება ფასიან სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, ვისაც ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ბოლო თვეში და გამოიყენა კონდომი ფასიან სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც ადასტურებს კონდომის გამოყენებას ფასიან სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირისას მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც აღნიშნავს ნარკოტიკის ინექციას ბოლო თვეში და სქესობრივ კავშირს ფასიან სქესობრივ პარტნიორთან ბოლო 12 თვეში			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	
30. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ცოდნა აივ	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, რომელთაც იციან რომ: აივ ინფექციისგან დაცვა	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც სწორად პასუხობს ხუთივე შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ცრუ წარმოდგენა, რომ გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს არ შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია ხელს უწყობს



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
ინფექციის სქესობრივი გზით გავრცელების პრევენციის გზების შესახებ და აივ-ის გადაცემის გზებზე გავრცელებული მცდარი მოსაზრებების უარყოფა	შესაძლებელია მუდმივი და სანდო სქესობრივი პარტნიორის ყოლის შემთხვევაში; აივ-ის გადაცემის რისკი მცირდება კონდომის სწორად გამოყენებით; გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია; აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს კბენით; აივ ინფექცია არ გადადის აივ ინფიცირებულთან საკვების გაზიარებით	მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც პასუხობს ხუთივე კითხვაზე "არ ვიცი"-ს ჩათვლით. რესპონდენტები, რომელთაც არ სმენიათ აივ/შიდსის შესახებ უნდა ჩაითვალოს მნიშვნელში.				დაუცველ სქესობრივ კავშირს. ცრუ წარმოდგენების უარყოფა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც გადაცემის გზების ცოდნა
31. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა ცოდნა აივ	ინმ-ებში იმ პირთა პროცენტი, რომელთაც იციან რომ: აივ ინფექციისგან დაცვა	მრიცხველი: ინმ-თა რაოდენობა, რომელიც სწორად პასუხობს შვიდივე შეკითხვას			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი იძლევა ინფორმაციას ცოდნაზე აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ აქცენტით ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებულ



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
ინფექციის სქესობრივი და საინექციო გზებით გავრცელების შესახებ	შესაძლებელია მუდმივი და სანდო სქესობრივი პარტნიორის ყოლის შემთხვევაში; აივ-ის გადაცემის რისკი მცირდება კონდომის სწორად გამოყენებით; გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია; პირი შეიძლება დაავადდეს აივ-ინფექციით, თუკი ის გამოიყენებს სხვის მიერ გამოყენებულ საინექციო საშუალებას; სავარაუდოდ დაბინძურებულ საზიარო საინექციო ატრიბუტიკას (ჭურჭელი/ ბამბა/ ფილტრი/წყალი) და მისი თანდასწრების გარეშე მომზადებულ საინექციო ხსნარს საერთო კონტეინერიდან; ნარკოტიკის მომზადებელმა პირმა შეიძლება დაიცვას თავი აივ ინფექციისგან არაინექციურ ნარკოტიკზე გადასვლით	მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც პასუხობს ექვსივე კითხვაზე "არ ვიცი"-ს ჩათვლით. რესპონდენტები, რომელთაც არ სმენიათ აივ/შიდსის შესახებ უნდა ჩაითვალოს მნიშვნელში.				ქვევებზე



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
32. აივ პრევალენტობა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში	ინმ-ებში აივ ინფიცირებულ პირთა პროცენტი	მრიცხველი: აივ ინფიცირებულ ინმ-ის რაოდენობა			<ul style="list-style-type: none"> ▪ სქესი ▪ ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$ 	
		მნიშვნელი: ინმ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა, რომელიც ტესტირებულია აივზე და რომელიც აღნიშნავს ნარკოტიკის ინექციას ბოლო თვის განმავლობაში				
33. აივ პრევალენტობა კომერციული სექს-მუშაკებში აივ დადებით პირთა პროცენტი	კომერციულ სექს-მუშაკებში აივ დადებით პირთა პროცენტი	მრიცხველი: აივ დადებითი სექს-მუშაკების რაოდენობა			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს სამიზნე ჯგუფში აივ ინფექციის გავრცელებას UNGASS ინდიკატორი
		მნიშვნელი: აივ-ზე ტესტირებული რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				
34. სექს-მუშაკებს შორის აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი	სექს-მუშაკებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც ბოლო 12 თვის მანძილზე ჩაიტარა აივ ინფექციაზე ტესტირება და შეიტყო შედეგი	მრიცხველი: იმ სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც ბოლო 12 თვის მანძილზე ჩაიტარა აივ ინფექციაზე ტესტირება და შეიტყო შედეგი			ასაკი: <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\leq 24 / \geq 25$ 	ინდიკატორი აფასებს სამიზნე ჯგუფში ნკტ სერვისების ხელმისაწვდომობას, ასევე ამ სერვისებისადმი მიმართვიანობას UNGASS ინდიკატორი



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				
35. კომერციული სექსის მუშაკთა პრევენციული პროგრამებით მოცვა	სექს-მუშაკებს შორის იმ პირთა პროცენტი, ვინც იცის, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება და ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღიათ კონდომი	მრიცხველი: იმ სექს-მუშაკების რაოდენობა, დადებითად პასუხობს ორივე შეკითხვას მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს სამიზნე ჯგუფის მოცვას პრევენციული პროგრამების მინიმალური პაკეტით. UNGASS ინდიკატორი
36. სექს-მუშაკების ცოდნა აივ ინფექციის სქესობრივი გზით	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც იცის, რომ: აივ ინფექციისგან დაცვა შესაძლებელია	მრიცხველი: იმ სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც სწორად პასუხობს ხუთივე შეკითხვას			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ცრუ წარმოდგენა, რომ გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს არ შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია, ხელს უწყობს დაუცველ



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
გავრცელების პრევენციის გზების შესახებ და აივ-ის გადაცემის გზებზე გავრცელებული მცდარი მოსაზრებების უარყოფა	მუდმივი და სანდო სქესობრივი პარტნიორის ყოლის შემთხვევაში; აივ-ის გადაცემის რისკი მცირდება კონდომის სწორად გამოყენებით; გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია; აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს კბენით; აივ ინფექცია არ გადადის აივ ინფიცირებულთან საკვების გაზიარებით	მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				სქესობრივ კავშირებს. ცრუ წარმოდგენების უარყოფა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც გადაცემის გზების ცოდნა UNGASS ინდიკატორი
37. სექს-მუშაკების ცოდნა აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გავრცელების პრევენციის გზების	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც იცის, რომ: ადამიანი შეიძლება დაინფიცირდეს აივ-ით სხვის გამოყენებული	მრიცხველი: იმ სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც დადებითად პასუხობს ექვსივე შეკითხვას			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი იძლევა დამატებით ინფორმაციას ქვეყნისთვის დამახასიათებელი ცრურწმენის შესახებაც („პირველი სისხლის ჯგუფის მქონე ადამიანს არ



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
შესახებ და აივ-ის გადაცემის გზებზე გავრცელებული მცდარი მოსაზრებების უარყოფა	ნემსის-შპრიცის გამოყენების შედეგად; აივ ინფექციისგან დაცვა შესაძლებელია მუდმივი და სანდო სქესობრივი პარტნიორის ყოლის შემთხვევაში; აივ-ის გადაცემის რისკი მცირდება კონდომის სწორად გამოყენებით; გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია; აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს კბენით; აივ ინფექცია არ გადადის აივ ინფიცირებულთან საკვების გაზიარებით	მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				შეიძლება, დაემართოს აივ ინფექცია და სგგი“). ცოდნა ფასდება ამ ცრურწმენის უარყოფის ჩათვლითაც. (ნაციონალური ინდიკატორი)
38. სექს-მუშაკებში კონდომის გამოყენება ბოლო კლიენტთან სქესობრივი კონტაქტის დროს	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც გამოიყენა კონდომი ბოლო კლიენტთან სქესობრივი კონტაქტის დროს	მრიცხველი: იმ სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც გამოიყენა კონდომი ბოლო კლიენტთან სქესობრივი კონტაქტის დროს			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი გადაფასებულ მონაცემს მოგვცემს კონდომის მუდმივი გამოყენებისა. მაგრამ ალტერნატიული მეთოდია იმის კითხვა, თუ რა სიხშირით გამოიყენებოდა კონდომი



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				კლიენტებთან (ყოველთვის/ ხშირად/არასოდეს) დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, ხოლო ეს მეთოდი კი გახსენების გადახრას მოგვცემს. ზოგადად, მოსალოდნელია, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენების ტენდენცია ასახავს კონდომის მუდმივი გამოყენების ტენდენციას. UNGASS ინდიკატორი
39. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება სექს-მუშაკებს შორის	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც გამოიყენა ნარკოტიკები ინექციური გზით ბოლო 12 თვის განმავლობაში	მრიცხველი: იმ სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც მოიხმარა ნარკოტიკი ინექციური გზით ბოლო 12 თვის მანძილზე			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს, თუ რამდენად გადამფარავია კომერციული სექსი და ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება. ზოგიერთ ქვეყანაში ასეთი პატერნი ძალიან გავრცელებულია. მნიშვნელოვანია ამ ინდიკატორი კონტროლი, რადგან თუ მსგავსი სურათი საქართველოშიც დამკვიდრდა, პრევენციული პროგრამების დაგეგმვა არსებითად შეიცვლება. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
40. სექს-მუშაკებში კონდომის მუდმივი გამოყენება კლიენტებთან ბოლო ერთი თვის განმავლობაში	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას კლიენტებთან ბოლო ერთი თვის განმავლობაში	მრიცხველი: სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას კლიენტებთან ბოლო ერთი თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი იძლევა დამატებით ინფორმაციას კლიენტებთან სარისკო ქცევის შესახებ. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების საერთო რაოდენობა				
41. სექს-მუშაკებში კონდომის გამოყენება რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სექსობრივი კავშირის დროს	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სექსობრივი კავშირის დროს	მრიცხველი: სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სექსობრივი კავშირის დროს			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	სარისკო სექსობრივი ქცევა რეგულარულ პარტნიორთან, ასეთი პარტნიორის მიმართ სექს-მუშაკების დამოკიდებულების გამო, მაღალია. მოსალოდნელია, რომ ბოლო სექსობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენების ტენდენცია ასახავს კონდომის მუდმივი გამოყენების ტენდენციას. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს რეგულარული პარტნიორის ყოლას				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
42. კონდომის გამოყენება რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს	მრიცხველი: სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს			ასაკი $\leq 24 / \geq 25$	სარისკო სქესობრივი ქცევა რეგულარულ პარტნიორთან, ასეთი პარტნიორის მიმართ სექს-მუშაკების დამოკიდებულების გამო, მაღალია. მოსალოდნელია, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენების ტენდენცია ასახავს კონდომის მუდმივი გამოყენების ტენდენციას. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს რეგულარული პარტნიორის ყოლას				
43. სექს მუშაკებში კონდომის მუდმივი გამოყენება რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო 12 თვის განმავლობაში	სექს-მუშაკების პროცენტი, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო 12 თვის განმავლობაში	მრიცხველი: სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო 12 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი დამატებით ინფორმაციას მოგვცემს რეგულარულ პარტნიორთან სარისკო ქცევის შესახებ. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი სექს-მუშაკების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს რეგულარული პარტნიორის ყოლას				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
44. აივ-ის პრევალენტობა ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში	ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში აივ ინფიცირებულ პირთა პროცენტი	მრიცხველი: აივ ინფიცირებულ MSM-ების რაოდენობა			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს სამიზნე ჯგუფში აივ ინფექციის გავრცელებას UNGASS ინდიკატორი
		მნიშვნელი: აივ-ზე ტესტირებული რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა				
45. ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებს შორის აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი	ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც ბოლო 12 თვის მანძილზე აივ ინფექციაზე ჩაიტარა ტესტირება და შეიტყო შედეგი	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც ბოლო 12 თვის მანძილზე აივ ინფექციაზე ჩაიტარა ტესტირება და შეიტყო შედეგი			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს სამიზნე ჯგუფში ნკტ სერვისების ხელმისაწვდომობას, ასევე ამ სერვისებისადმი მიმართვიანობას UNGASS ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა				
46. ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცების პრევენციული პროგრამებით მოცვა	ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში იმ პირთა პროცენტი, ვინც იცის, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ზე	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც დადებითად პასუხობს ორივე შეკითხვას			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს სამიზნე ჯგუფის მოცვას პრევენციული პროგრამების მინიმალური პაკეტით. UNGASS ინდიკატორი



IV. დანართები

ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
	კონფიდენციალური ტესტირების ჩატარება, და ბოლო 12 თვის მანძილზე პრევენციული პროგრამებისგან მიუღია კონდომი	მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა				
47. ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში	ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცების პროცენტი, ვინც იცის, რომ: აივ ინფექციისგან დაცვა შესაძლებელია მუდმივი და სანდო სქესობრივი პარტნიორის ყოლის შემთხვევაში; აივ-ის გადაცემის რისკი მცირდება კონდომის სწორად გამოყენებით; გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია; აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს კბენით; აივ ინფექცია არ გადადის აივ ინფიცირებულთან საკვების გაზიარებით	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც სწორად პასუხობს ხუთივე შეკითხვას მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	<p>ცრუ წარმოდგენა, რომ გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს არ შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია, ხელს უწყობს დაუცველ სქესობრივ კავშირებს.</p> <p>ცრუ წარმოდგენების უარყოფა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც გადაცემის გზების ცოდნა UNGASS ინდიკატორი</p>



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
48. ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ სექს-მუშაკებს შორის	ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცების პროცენტი, ვინც იცის, რომ: აივ ინფექციისგან დაცვა შესაძლებელია მუდმივი და სანდო სქესობრივი პარტნიორის ყოლის შემთხვევაში; აივ-ის გადაცემის რისკი მცირდება კონდომის სწორად გამოყენებით; გარეგნულად ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს აივ ინფექცია; აივ ინფექცია არ გადაეცემა კოლოს კბენით; აივ ინფექცია არ გადადის აივ ინფიცირებულთან საკვების გაზიარებით; აივ ინფექცია შეიძლება დაემართოს პირველი სისხლის ჯგუფის მქონე ადამიანს.	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც დადებითად პასუხობს ექვსივე შეკითხვას მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი იძლევა დამატებით ინფორმაციას ქვეყნისთვის დამახასიათებელი ცრურწმენის შესახებაც („პირველი სისხლის ჯგუფის მქონე ადამიანს არ შეიძლება, დაემართოს აივ ინფექცია და სგგი“). ცოდნა ფასდება ამ ცრურწმენის უარყოფის ჩათვლითაც. ნაციონალური ინდიკატორი
49. კონდომის გამოყენება ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს მამრობითი სქესის	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი ბოლო 6 თვეში და ვინც გამოიყენა კონდომი	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც გამოიყენა კონდომი ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	მოსალოდნელია, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენების ტენდენცია კარგად ასახავს კონდომის მუდმივი გამოყენების



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
პარტნიორთან	ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს მამრობითი სქესის პარტნიორთან	მნიშვნელი: იმ რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაც პარტნიორთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში				ტენდენციას. ეს ინდიკატორი ზომავს პროგრესს უსაფრთხო ქცევის მიმართულებით ისეთი ანალური კონტაქტების აღრიცხვით, რომლებიც დაცულია და გამორიცხავს აივ-ის გადაცემას. UNGASS ინდიკატორი
50. კონდომის გამოყენება ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს მამრობითი სქესის შემთხვევით პარტნიორთან	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამრობითი სქესის შემთხვევით პარტნიორთან ბოლო 6 თვეში და ვინც გამოიყენა კონდომი ასეთ პარტნიორთან ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც გამოიყენა კონდომი ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს შემთხვევით მამაკაც პარტნიორთან მნიშვნელი: იმ რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი შემთხვევით მამაკაც პარტნიორთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	მოსალოდნელია, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენების ტენდენცია კარგად ასახავს კონდომის მუდმივი გამოყენების ტენდენციას. ეს ინდიკატორი ზომავს პროგრესს უსაფრთხო ქცევის მიმართულებით ისეთი ანალური კონტაქტების აღრიცხვით, რომლებიც ხდება შემთხვევით პარტნიორებთან, დაცულია და გამორიცხავს აივ-ის გადაცემას.



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
51. კონდომის გამოყენება ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს მამრობითი სქესის რეგულარულ პარტნიორთან	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამრობითი სქესის რეგულარულ პარტნიორთან ბოლო 6 თვეში და ვინც გამოიყენა კონდომი ასეთ პარტნიორთან ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს	მრიცხველი: იმ MSM-ების რაოდენობა, ვინც გამოიყენა კონდომი ბოლო ანალური სქესობრივი კონტაქტის დროს რეგულარულ მამაკაც პარტნიორთან			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	მოსალოდნელია, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენების ტენდენცია კარგად ასახავს კონდომის მუდმივი გამოყენების ტენდენციას. ეს ინდიკატორი ზომავს პროგრესს უსაფრთხო ქცევის მიმართულებით ისეთი ანალური კონტაქტების აღრიცხვით, რომლებიც ხდება რეგულარულ პარტნიორთან, დაცულია და გამორიცხავს აივ-ის გადაცემას. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: იმ რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი რეგულარულ მამაკაც პარტნიორთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში				
52. კონდომის გამოყენება ბოლო ანალური კონტაქტის დროს მამრობითი სქესის კომერციულ მუშაკთან	MSM-ების პროცენტი, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას კომერციულ სექს-მუშაკ მამაკაცთან ბოლო ანალური სქესობრივი კავშირის დროს	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას კომერციულ სექს-მუშაკ მამაკაცთან ბოლო ანალური სქესობრივი კავშირის დროს			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ეს ინდიკატორი ზომავს პროგრესს უსაფრთხო ქცევის მიმართულებით ისეთი ანალური კონტაქტების აღრიცხვით, რომლებიც დაცულია და გამორიცხავს აივ-ის გადაცემას, მაგრამ სპეციფიკურია ისეთი სქესობრივი აქტის კუთხით,



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
		მნიშვნელი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კომერციულ მამაკაც პარტნიორთან სქესობრივ კონტაქტს ბოლო 6 თვის განმავლობაში				რომელიც მატერიალური ანაზღაურების სანაცვლოდ მიმდინარეობს. ნაციონალური ინდიკატორი
53. მამრობითი სქესის პარტნიორების რაოდენობა	მამრობითი სქესის პარტნიორების რაოდენობის მედიანა ბოლო 6 თვის განმავლობაში	მამრობითი სქესის პარტნიორების რაოდენობის მედიანა ბოლო 6 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაწვდის საკვლევ ჯგუფში არსებული სარისკო ფაქტორის - მრავალი პარტნიორის ყოლის შესახებ. ნაციონალური ინდიკატორი
54. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებში	MSM-ების პროცენტი, ვინც გამოიყენა ნარკოტიკები ინექციური გზით ბოლო 12 თვის განმავლობაში	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც გამოიყენა ნარკოტიკები ინექციური გზით ბოლო 12 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი აფასებს, თუ რამდენად გავრცელებულია ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება სამიზნე ჯგუფში. მნიშვნელოვანია ამ ინდიკატორის კონტროლი, რადგან თუ მსგავსი სურათი საქართველოშიც დამკვიდრდა, პრევენციული პროგრამების დაგეგმვა არსებითად შეიცვლება. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
55. კონდომის მუდმივი გამოყენება მამრობითი სქესის პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი ბოლო 6 თვეში და ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას მამრობითი სქესის პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას მამრობითი სქესის პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი მამაკაც პარტნიორთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი დამატებით ინფორმაციას მოგვცემს სარისკო ქცევის შესახებ ზოგადად მამრობითი პარტნიორებთან. დაუცველი ანალური სქესობრივი კავშირის ინდიკატორის გამოსათვლელად გამოიყენება MSM ის რაოდენობა რომელიც არ აღნიშნავს კონდომების მუდმივ გამოყენებას ანალური სქესობრივი კავშირის დროს. ნაციონალური ინდიკატორი



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
56. კონდომის მუდმივი გამოყენება მამრობითი სქესის შემთხვევით პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი შემთხვევით მამრობით პარტნიორებთან ბოლო 6 თვეში და ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას ასეთ პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას მამრობითი სქესის შემთხვევით პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს ბოლო ექვსი თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი დამატებით ინფორმაციას მოგვცემს სარისკო ქცევის შესახებ მამრობითი სქესის შემთხვევით პარტნიორებთან. დაუცველი ანალური სქესობრივი კავშირის ინდიკატორის გამოსათვლელად გამოიყენება MSM ის რაოდენობა რომელიც არ აღნიშნავს კონდომების მუდმივ გამოყენებას ანალური სქესობრივი კავშირის დროს. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი შემთხვევით მამაკაც პარტნიორთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში				
57. კონდომის მუდმივი გამოყენება მამრობითი სქესის რეგულარულ პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი რეგულარულ მამრობით პარტნიორთან ბოლო 6 თვეში და ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას ასეთ პარტნიორებთან	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას მამრობითი სქესის რეგულარულ პარტნიორებთან ანალური კონტაქტის დროს ბოლო ექვსი თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი დამატებით ინფორმაციას მოგვცემს სარისკო ქცევის შესახებ მამრობითი სქესის რეგულარულ პარტნიორებთან. დაუცველი ანალური სქესობრივი კავშირის ინდიკატორის გამოსათვლელად გამოიყენება MSM ის რაოდენობა რომელიც არ აღნიშნავს კონდომების მუდმივ



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
	ანალური კონტაქტის დროს	მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ ჰქონდა ანალური სქესობრივი კონტაქტი რეგულარულ მამაკაც პარტნიორთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში				გამოყენებას ანალური სქესობრივი კავშირის დროს. ნაციონალური ინდიკატორი
58. კონდომის მუდმივი გამოყენება მამრობითი სქესის კომერციულ პარტნიორებთან ანალური სქესობრივი კონტაქტების დროს	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰყავდა მამრობითი სქესის ფასიანი სქესობრივი პარტნიორი ბოლო 6 თვეში და ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას მამრობითი სქესის კომერციულ პარტნიორებთან	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის მუდმივ გამოყენებას მამრობითი სქესის კომერციულ პარტნიორებთან ბოლო 6 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი დამატებით ინფორმაციას მოგვცემს კომერციულ პარტნიორებთან სარისკო ქცევის შესახებ. დაუცველი ანალური სქესობრივი კავშირის ინდიკატორის გამოსათვლელად გამოიყენება MSM ის რაოდენობა რომელიც არ აღნიშნავს კონდომების მუდმივ გამოყენებას ანალური სქესობრივი კავშირის დროს. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კომერციული პარტნიორის ყოლას ბოლო 6 თვის განმავლობაში				



ინდიკატორი	დეფინიცია	მრიცხველი/ მნიშვნელი	გამოყენებული ცვლადები	ცხრილი	დეზაგრეგაცია	ინტერპრეტაცია
59. კონდომის გამოყენება მდედრობითი სქესის პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს	MSM-ების პროცენტი, ვისაც ჰქონდა სქესობრივი კონტაქტი მდედრობითი სქესის პარტნიორთან ბოლო 12 თვეში და ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას მდედრობითი სქესის პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას მდედრობითი სქესის პარტნიორთან ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი იძლევა ინფორმაციას კალ პარტნიორებთან სარისკო ქცევის შესახებ. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების რაოდენობა, ვინც აღნიშნავს მდედრობითი პარტნიორის ყოლას ბოლო 12 თვის განმავლობაში				
60. დიაგნოსტირებული სგგი ბოლო 12 თვის განმავლობაში	MSM-ების პროცენტი, ვისაც დაესვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის დიაგნოზი ბოლო 12 თვის განმავლობაში	მრიცხველი: MSM-ების რაოდენობა, ვისაც დაუდგინეს სგგი ბოლო 12 თვის განმავლობაში			ასაკი: $\leq 24 / \geq 25$	ინდიკატორი იძლევა ინფორმაციას აივ-ის გადაცემის მომატებული რისკის შესახებ სგგი-ის არსებობის შემთხვევაში. გარდა ამისა, ინდიკატორი გვაძლევს ეპიდემიოლოგიურ ინფორმაციასაც. ნაციონალური ინდიკატორი
		მნიშვნელი: რესპონდენტი MSM-ების საერთო რაოდენობა				



დანართი #4 ორგანიზაციული მოწყობა პირველად სამედიცინო დაწესებულებებში

VCT-ზე გამოყოფილი (dedicated) სპეციალისტი	პროფილური სპეციალისტები მომზადებული VCT-ში
<ul style="list-style-type: none"> • დადებითი მხარეები: <ul style="list-style-type: none"> ○ კადრების იაფად და სწრაფად მომზადება (და კვალიფიკაციის ამაღლება) = დაბალი საინვესტიციო ხარჯი ○ გარანტირებული და მაღლი ხარისხის VCT მომსახურება ○ კონფიდენციალურობის დაცვის მაღალი ხარისხი ○ ინფორმაციის რეგისტრირებისა და გადაცემის მაღალი ორგანიზება და ხარისხი 	<ul style="list-style-type: none"> • დადებითი მხარეები: <ul style="list-style-type: none"> ○ შედარებით დაბალი მიმდინარე ხარჯები ○ ორგანიზაციული სიმარტივე და მდგრადობა ○ პაციენტისთვის ფართო არჩევანი
<ul style="list-style-type: none"> • ნაკლოვანი მხარეები: <ul style="list-style-type: none"> ○ კადრების დენადობის გამო სისტემის არამდგრადობა ○ შედარებით მაღალი მიმდინარე ხარჯი ○ პაციენტის არჩევანში შეზღუდვა ○ ორგანიზაციული პრობლემა: ○ დაწესებულების კადრი (პროგრამული დაფინანსებით)?, თუ ○ ეპიდემიოლოგის (დკსჯეც) კადრი (ადმინისტრაციული დაფინანსებით)? 	<ul style="list-style-type: none"> • ნაკლოვანი მხარეები: <ul style="list-style-type: none"> ○ კონფიდენციალობის დაცვის დაბალი ხარისხი ○ ინფორმაციის რეგისტრაციისა დაბალი ორგანიზება და ხარისხი ○ მაღალი საინვესტიციო ხარჯი ○ შედარებით დაბალი ხარისხის მომსახურება



დანართი #5 ბიუჯეტის ხარჯების ერთეულის ღირებულების გათვლები

ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება					
შრომის ანაზღაურება		რაოდ-ა	ხელფასი თვეში	გადასა- ხადი	სულ წელიწადში
სპეციალისტი		1	300	100.00	4,800
ექთანი (ლაბორანტი)		1	50	16.67	800
სხვა		0	100	33.33	0
სულ შრომის ანაზღაურება					5,600
ფართობი და სხვა ხარჯები	ერთ	რაოდ-ა	ფასი		სულ წელიწადში
არენდა	კვ. მ/თვეში	10	2		240
კომუნალური ხარჯები	კვ.მ/თვეში	10	2		240
საკანცელარიო ნივთები	სპეც/თვეში	1	5		60
სხვადასხვა					0
სულ ფართობი და სხვა ხარჯები					540
სულ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება					6,140

ხელფასზე დანამატი ნკტ-თვის	1	50	16.67	800
----------------------------	---	----	-------	-----

ტესტირება					
პირველადი ლაბორატორიული გამოკვლევა		რაოდ-ა	ფასი		სულ წელიწადში
იმუნოფერმენტული/სწრაფი მარტივი		1	11		10
სინჯარა		1	0.17		0.17
სულ პირველადი ლაბორატორიული გამოკვლევა					10.17
ტრასპორტირება		1	2		10
იმუნობლოტინგის მეთოდით გამოკვლევა		1	85		95

მონაცემების შეგროვება/გადაცემა/დამუშავება					
მონაცემების შეყვანა - რუტინული სკრინინგი					
ცვლადების რაოდენობა					35
ცვლადის შეყვანის ხანგრძლივობა (წმ)					5
ერთი ანკეტის შეყვანის დრო (წმ)					175
სამუშაო დღეების რაოდენობა					260
სამუშაო დღის ხანგრძლივობა					8
ცვლადების რაოდენობა (ანკეტა VCT-ის გარეშე)					5
ერთი ანკეტის (VCT-ის გარეშე) შეყვანის დრო (წმ)					25
ხარჯები		რაოდ-ა	ხელფასი თვეში/ ფასი	გადასა- ხადი	სულ წელიწადში
ოპერატორი		1	500	166.67	8,000
ფორმების/ანკეტების დაბეჭდვა		1	0.05		0.05
ანკეტების გაგზავნა		1	0.1		0.10
სულ ხარჯები წელიწადში					8,000



კვლევები	
BSS IDU	50,000
BSS SW	45,000
BSS MSM	50,000
სულ BSS	145,000

დაწესებულებების კვლევა უსაფრთხოების შესაფასებლად 1,000

ინვესტიცია კადრებში				
ტრენინგები				
ერთ ტრენინგში მონაწილეთა რაოდენობა				15
რეზერვი				10%
ტრენინგის ერთი კურსის ხანგრძლივობა (დღ)				5
ტრენინგის კურსის რაოდენობა წელიწადში				1
ტრენინგის ღირებულება				
ანაზღაურება	ჰონორარი დღეში	დღეების რაოდენობა	გადასახადი	სულ
მასწავლებელი	100	5	33	667
ასისტენტი	0	5	0	0
სულ ანაზღაურება				667
ლოჯისტიკა				
დღიური	100	6	33	800
ფართობის დაქირავება	200	5		1,000
სასწავლო მასალები/საკანცელარიო ნივთები	5	15		75
სულ ლოჯისტიკა				1,875
სულ ტრენინგის ღირებულება				2,542



დანართი #6 აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის საანგარიშო ფორმები

ნახ. 1: აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა #1

1. კოდი:					
2. დაბ. თარიღი	___/___/___	3. სქესი:	1 მამრ 2 მდედრ	4. რაიონი	
5. მომართვის თარიღი	___/___/___	6. ნკტ სპეციალისტი		7. გამომგზავნი დაწესებულება	
				8. რისკის ჯგუფი (შემოხაზე რამდენიც საჭიროა)	
				1. ინ. ნარკ. მომხმ.	
				2. სექს მუშაკი	
				3. ჰომო/ბისექსუალი	
				4. არც ერთი	
9. დაბადების ქვეყანა		10. მოქალაქეობა		11. წინა დადებ. კონფ. ტესტის წელი	
12. გადაცემის გზა (შემოხაზე მხოლოდ ერთი)		13. ჰეტერო-სუბ კატეგორია (შემოხაზე მხოლოდ ერთი)		14. დედიდან-შვილზე გადაცემის სუბკატეგორია (შემოხაზე მხოლოდ ერთი)	
1. ინექციური ნარკომანია		1. არის გენერალიზებული აივ ეპიდემიის ქვეყნიდან		1. დედა არის ნარკოტიკების მომხმარებელი	
2. ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი		2. კონტაქტი ჰომო/ბისექსუალ მამაკაცთან		2. არის გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნიდან	
3. ჰომოსექსუალური სქესობრივი კონტაქტი		3. კონტაქტი ინ. ნარკ. მომხმარებელთან		3. დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით და არ მიეკუთვნება არცერთ ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიას	
4. სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გადასხმა		4. კონტაქტი ჰემოფილით დაავადებულთან		4. არის სისხლის რეციპიენტი	
5. დედიდან შვილზე გადაცემა		5. პარტნიორი გენერალიზებული ეპიდემიის ქვეყნიდან		5. სხვა	
6. უცნობია		6. კონტაქტი აივ ინფიცირებულთან, რომელიც არ მიეკუთვნება ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიებს		6. არ არის ცნობილი	
7. პიროვნებასთან კონტაქტი დაიკარგა		7. პარტნიორის აივ სტატუსი უცნობია			
15. არე მკურნალობა			16. შიდსის ინდიკატორული დაავადება		
<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> უცნობია			/ / /		
17. სიკვდილის მიზეზი					
1. აივ-თან დაკავშირებული		2. აივ-თან დაუკავშირებელი		3. უცნობია	

ნახ. 2: ნკტ-ს გარეშე ანგარიშის ფორმა # 3

ნკტ-ს გარეშე რუტინული სკრინინგის "ბაზა": | | | | | | | |

ტესტის #	მომართვის თარიღი	ასაკი	სქესი	სახელი	გვარი	ქალაქი/რაიონი	ტელეფონი და მისამართი
	___/___/___		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ				
	___/___/___		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ				
	___/___/___		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ				



ნახ. 3: ლაბორატორიული დადასტურების შედეგის შეტყობინების ფორმა #4.2

კონფირმატორის კოდი: |_|_|_|_|_|_|_|_|

ტესტის #	ტესტის თარიღი	აივ-ის ტიპი
_ _ _ _ _ / _ _ _ _ _	___/___/___	<input type="checkbox"/> აივ1 <input type="checkbox"/> აივ2 <input type="checkbox"/> აივ1/2
_ _ _ _ _ / _ _ _ _ _	___/___/___	<input type="checkbox"/> აივ1 <input type="checkbox"/> აივ2 <input type="checkbox"/> აივ1/2
_ _ _ _ _ / _ _ _ _ _	___/___/___	<input type="checkbox"/> აივ1 <input type="checkbox"/> აივ2 <input type="checkbox"/> აივ1/2

გამოგზავნის თარიღი: ___/___/___

პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა: _____

ნახ. 4: აივ ინფექციაზე სენტინელური კვლევის ანგარიშის ფორმა #4

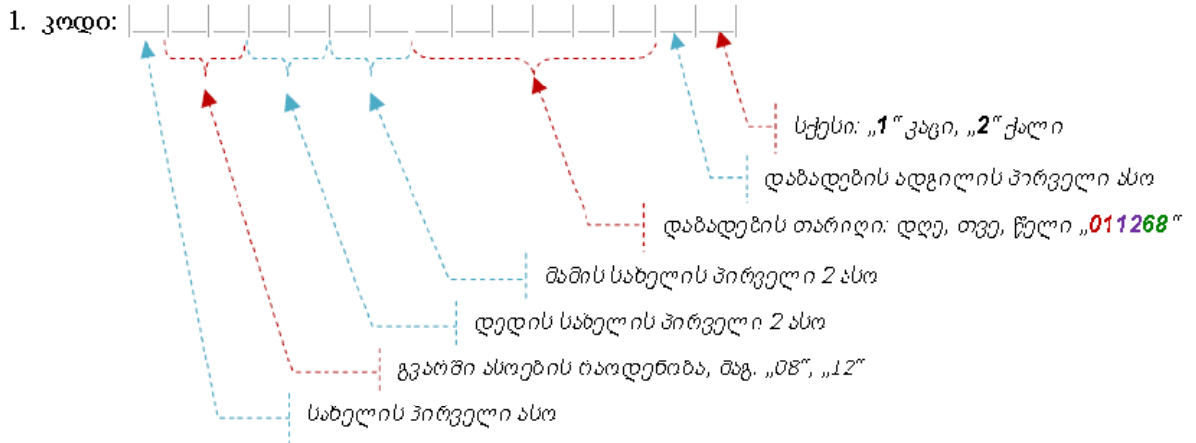
სენტინელის ბაზა: |_|_|_|_|_|_|_|_|

თვე და წელი: |_|_|/|_|_|

ტესტის #	ასაკი	ასაკი
		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ
		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ
		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ
		<input type="checkbox"/> მამრ <input type="checkbox"/> მდედ



დანართი #7 კოდირების წესი



ნიმუში:

სახელი	გვარი	დედის სახელი	მამის სახელი	დაბადების თარიღი	დაბადების ადგილი	სქესი	კოდი
ბონდო	ჯიქია	მაია	პეტრე	05/07/1980	ბორჯომი	კაცი	805მაპე05078081
მაია	პეტრიაშვილი	ნინო	გიორგი	14/12/2001	თბილისი	ქალი	მ11ნიგი141201თ2

ინსტრუქცია:

1. ეკითხები **სახელის მხოლოდ პირველ** ასოს და წერ პირველ უჯრაში (არ ეკითხები სახელს!)
2. ეკითხები გვარის სიგრძეს - ასოების რაოდენობას და წერ მე-2 და მე-3 უჯრაში; თუ ასოების რაოდენობა <10, წინ უწერ „0“-ს, მაგ. „05“ ან „08“
3. ეკითხები **დედის სახელის მხოლოდ პირველ ორ** ასოს და წერ მე-4 და მე-5 უჯრაში (არ ეკითხები დედის სახელს!)
4. ეკითხები **მამის სახელის მხოლოდ პირველ ორ** ასოს და წერ მე-6 და მე-7 უჯრაში (არ ეკითხები მამის სახელს!)
5. ეკითხები **დაბადების თარიღს** და წერ 8-13 უჯრებში: მაგ. თუ დაბადების თარიღია 1 დეკემბერი, 1968 წელი, მაშინ ექვს უჯრაში წერ **011268**
6. ეკითხები დაბადების ადგილის **მხოლოდ პირველ ასოს** და წერ მე-14 (ბოლოდან მეორე) უჯრაში (არ ეკითხები დაბადების ადგილს)
7. განსაზღვრავ სქესს და ბოლო უჯრაში წერ „1“-ს თუ კაცია, „2“-ს თუ ქალია.