

# **მითითება**

**სამაჩხანალო-ზომოვინაქიანი დანჯაბაბონს  
მონსონის მუშაქონ ნონონაქიქონთ  
ნივ-ქანსიქიქონსა დანჯონსიქიქონს  
სანიქიქონს შანსაქიქონს  
2007 წონს მანიქონ**

ქანდაქვის მსოქონი მხანონსაქონს  
განქონს აქიქონს/ქიქონს ქიქონსიქიქონსი ქიქონსაქონს

# შინაახსი

## ძირითადი დებულებები

<b>1. შესავალი</b> . . . . .	3
1.1. ამოსავალი მონაცემები . . . . .	10
1.2. კლიენტის ინიციატივით ინფექციაზე კონსულტირება-ტესტირების მასშტაბის ზრდა . . . . .	10
1.3. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ინფექციაზე კონსულტირება-ტესტირების მასშტაბის ზრდა. . . . .	11
1.4. სახელმძღვანელო დოკუმენტის ადაპტაცია . . . . .	13
<b>2. ამოცანები</b> . . . . .	14
<b>3. ტერმინოლოგია</b> . . . . .	15
<b>4. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების რეკომენდაციები აივ-ინფექციის ეპიდემიის სხვადასხვა სტადიაზე</b> . . . . .	17
4.1. რეკომენდაციები ეპიდემიის ნებისმიერ სტადიაზე . . . . .	17
4.1.1. სიმპტომატიკის მქონე პაციენტები . . . . .	17
4.1.2. ბავშვები, რომელთაც აღენიშნებათ სიმპტომები და არიან ინფიცირების რისკის ქვეშ. . . . .	18
4.1.3. ცირკუმციზია (წინდაცვეთა) მამაკაცებში, როგორც აივ-ინფექციის პროფილაქტიკის ზომა . . . . .	18
4.2. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირება გენერალიზებული ეპიდემიის დროს . . . . .	18
4.2.1. აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში . . . . .	18
4.2.2. დანერგვის პრიორიტეტები . . . . .	18
4.3. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირება აივ-ეპიდემიის კონცენტრირებულ და საწყის სტადიაზე . . . . .	22
4.3.1. პრიორიტეტული აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით, პაციენტებისთვის აივ-ინფექციის კლინიკური გამოვლინებით . . . . .	22
4.3.2. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის ვარიანტები სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში . . . . .	22
4.4. დასკვნითი რეკომენდაციები . . . . .	23
<b>5. ხელშემწყობი გარემოს შექმნა</b> . . . . .	25
5.1. აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული რეკომენდებული მომსახურება. . . . .	25
5.2. მხარდაჭერა შესაბამისი პოლიტიკის გატარებისა და სოციალური და სამართლებრივი მექანიზმების შემუშავების გზით. . . . .	27
5.2.1. ძირითადი ელემენტები . . . . .	27
5.2.2. დამატებითი ღონისძიებები . . . . .	29
<b>6. პროცესი და მისი ძირითადი ეტაპები</b> . . . . .	30
6.1. ტესტირებადელი კონსულტირება და ინფორმირებული თანხმობის მიღება . . . . .	30
6.1.1. ინფორმაციის მიწოდების მინიმალური მოცულობა, ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად . . . . .	31
6.1.2. დამატებითი ინფორმაცია ორსული ქალებისთვის და მათთვის, ვინც გეგმავს ბავშვის გაჩენას . . . . .	31
6.1.3. ბავშვების ტესტირების თავისებურებები . . . . .	31
6.1.4. მოზარდთა ტესტირების თავისებურებები . . . . .	32
6.1.5. მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები . . . . .	33
6.1.6. შემდგომი მოქმედების ტაქტიკა, ტესტირებაზე უარის შემთხვევაში . . . . .	33
6.2. ტესტირების შემდგომი კონსულტირება. . . . .	33
6.2.1. აივ-უარყოფითი პირების ტესტირების შემდგომი კონსულტირება . . . . .	33
6.2.2. აივ-დადებითი პირების ტესტირების შემდგომი კონსულტირება . . . . .	33
6.2.3. აივ-დადებითი ორსული ქალების ტესტის შემდგომი კონსულტირება . . . . .	33
6.3. პაციენტის გაგზავნა აივ-ინფექციის სხვა სამსახურებში . . . . .	34
6.4. ტესტირების პერიოდულობა . . . . .	35
<b>7. აივ-ტესტირების ტექნოლოგიები</b> . . . . .	36
7.1. ფაქტორები, რომლებიც განხილვას საჭიროებს . . . . .	36
7.2. ტესტირების ალგორითმები . . . . .	37
<b>8. დანერგვის პროცესთან დაკავშირებული საკითხები</b> . . . . .	38
<b>9. მონიტორინგი და შეფასება.</b> . . . . .	39
დანართი . . . . .	40
დამატებითი წყაროები . . . . .	40

# ძიხითანი ებჯეზები

## 1. შესავალი

წინამდებარე დოკუმენტი იმ ქვეყნებისთვის შემუშავდა, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკების ინიციატივით ჩატარებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შესახებ საბაზისო ოპერატიულ მითითებას საჭიროებენ. დოკუმენტი ფართო საზოგადოებისთვის არის გამიზნული, კერძოდ, ჯანდაცვის ორგანიზაციების ხელმძღვანელებისთვის, აივ/შიდსთან ბრძოლის პროგრამების ავტორებისა და კოორდინატორებისთვის, მედიცინის მუშაკებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის, რომლებიც მოქალაქეებს აივ-ინფექციასთან დაკავშირებულ დახმარებას უწევენ, ასევე – სამოქალაქო საზოგადოების ჯგუფებისთვის.

საპარის სამხრეთით, აფრიკის ქვეყნებში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური გამოკითხვები ცხადყოფს, რომ საშუალოდ, მოსახლეობის საერთო რაოდენობიდან მამაკაცების 12% და ქალების 10% შემოწმდა აივ-ინფექციაზე და გაეცნო ტესტირების შედეგებს. საკუთარი აივ-სტატუსის შესახებ ადამიანების ინფორმირებულობის ამაღლებას გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება აივ-ინფექციის მკურნალობის, თავის მოვლისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით. აღნიშნული ზომა საშუალებას აძლევს აივ-ინფიცირებულ ადამიანებს, აივ-ინფექციის სხვა ადამიანებზე გადაცემის თავიდან ასაცილებლად საჭირო ინფორმაცია და უნარ-ჩვევები მიიღონ. აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას დიდი მნიშვნელობა აქვს აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საქმეში – ეს ის მიზნებია, რომლებიც 2005 წელს 8 ქვეყნის ლიდერების შეკრებაზე და გაეროს 2006 წლის გენერალურ ასამბლეაზე იქნა დასახული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) და გაეროს აივ/შიდსის ერთობლივი პროგრამა (UNAIDS) რეკომენდაციას იძლევიან ფართოდ დაინერგოს კლიენტის ინიციატივით ჩატარებული აივ-ტესტირებითა და კონსულტირებით სარგებლობის მასშტაბის ზრდისკენ მიმართული ღონისძიებები და ამაღროვლად სხვა დამატებითი ინოვაციური მიდგომის დანერგვის აუცილებლობაზეც მიუთითებენ. სამედიცინო დაწესებულებები აივ-ინფიცირებულ ადამიანებთან კონტაქტის ერთ-ერთი ძირითადი ადგილია. ადამიანებს ისეთი სახის მომსახურება სჭირდებათ, როგორცაა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, ზრუნვა და მხარდაჭერა. მეორე მხრივ, როგორც მაღალგანვითარებული მრეწველობის, ისე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნების ფაქტობრივი მონაცემები ცხადყოფს, რომ სამედიცინო დაწესებულებები სრულად არ იყენებენ დიაგნოსტიკისა და კონსულტირების არსებულ ფართო შესაძლებლობებს მაშინ, როდესაც აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკების ინიციატივით ხელს უწყობს დიაგნოსტიკას და აივ-ინფექციასთან დაკავშირებულ მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობას. შეიმჩნევა შეშფოთება, პაციენტების იძულების პოტენციურად შესაძლო შემთხვევების და მათი სტატუსის გამჟღავნების ნეგატიური შედეგების გამო, რაც კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია მედიცინის მუშაკების ადეკვატური სწავლება და მათი საქმიანობის, ხელმძღვანელობისა და მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ზედმიწევნითი მონიტორინგისა და შეფასების პროგრამები.

წინამდებარე დოკუმენტი იძლევა რეკომენდაციას, რათა მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირება განხორციელდეს რეჟიმში «ოპტ-აუთი», რომელიც ასევე გულისხმობს პაციენტების “გამართივებულ ინფორმირებულობას” ტესტის ჩატარებამდე – WHO-ს მიერ 2003 წელს შემუშავებული პოლიტიკის ვარიანტებისა და UNAIDS/WHO-ს ერთობლივი პროგრამის აივ-ტესტირებასთან დაკავშირებული პოლიტიკის შესახებ განცხადების (2004წ.) შესაბამისად. ამ მიდგომის თანახმად, აივ-ტესტირების ჩატარება რეკომენდებულია: 1) ყველა პაციენტისთვის, რომელსაც კლინიკური გამოვლინებები აღენიშნება, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს აივ-ინფექციით, მიუხედავად ეპიდემიის სტადიისა; 2) როგორც სამედიცინო გამოკვლევის სტანდარტული პროცედურა, ყველა იმ პირისთვის, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს სამედიცინო დახმარებისთვის გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში; 3) შედარებით შერჩევით რეჟიმში – კონცენტრირებული და დაწყებითი ეპიდემიის პირობებში. თუ პირს არ სურს აივ-ტესტირების გავლა, მან ფორმალურად უნდა განაცხადოს უარი ტესტზე. იმ ჯგუფებთან, რომლებსაც აივ-ტესტირების სტატუსის გამჟღავნებისადმი უკიდურესად უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ, შეიძლება საჭირო გახდეს საკითხების დამატებით განხილვა აივ-ტესტირებაზე უარის თქმის უფლებასთან, აივ-ტესტირებისა და სტატუსის გამჟღავნების რისკისა და სარგებლის ბალანსთან, ასევე სოციალურ მხარდაჭერასთან დაკავშირებით. ყველაზე მგრძობიარე ჯგუფებთან მუშაობისას ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად შეიძლება “ოპტ-აუთ” მიდგომის მიზანმიმართული გამოყენება.

აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკების ინიციატივით უნდა ჩატარდეს აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურების რეკომენდებული პაკეტის პირობებში,

რომელიც აღწერილია მე-5 ნაწილში; რეკომენდებულია მისი განხორციელება ეროვნული გეგმის ფარგლებში, რომელიც ანტივირუსული თერაპიისადმი საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ითვალისწინებს ყველა იმ პირისთვის, რომელიც ამგვარ თერაპიას საჭიროებს. მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის პარალელურად აუცილებელია ზომების მიღება პოლიტიკის გასატარებლად და სოციალური თუ სამართლებრივი მექანიზმების შესაქმნელად, რომელთა მიზანია პაციენტებისთვის პოზიტიური შედეგების მიღწევისთვის მაქსიმალურად ხელშეწყობა და პოტენციური ნეგატიური შედეგების მინიმუმამდე შემცირება.

წინამდებარე მითითების ეროვნულ დონეზე ადაპტაციის მიზნით, საჭირო გახდება ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შეფასება, მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების რისკებისა და უპირატესობების შედარება, კერძოდ, აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის სფეროში არსებული რესურსებისა და გამოყენებული პრაქტიკის შედარება და ასევე, სოციალური და სამართლებრივი დაცვის არსებული მექანიზმების ადეკვატურობის ანალიზი. მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ადაპტაცია და დანერგვა მთავარ დაინტერესებულ მონაწილეებთან, მათ შორის სამოქალაქო საზოგადოების ჯგუფებსა და აივ/შიდსით ინფიცირებულ ადამიანებთან შეთანხმებით უნდა მოხდეს.

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მთავარი პრინციპი თითოეული პაციენტის ინტერესების დაცვა უნდა იყოს. კერძოდ, საჭიროა, თითოეულ პაციენტს მიეწოდოს საკმარისი ინფორმაცია ტესტირებაზე ინფორმირებული ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილების მისაღებად, კონფიდენციალურობის წესის მკაცრად დაცვა, ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის ჩატარება და პაციენტისთვის შემდგომი დახმარების აღმოსაჩენად შესაბამის სამსახურებში მიმართვის გაფორმება.

ის ფაქტი, რომ UNAIDS/WHO-ს ერთობლივი პროგრამა მხარს უჭერს მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პრაქტიკას, არ ნიშნავს იძულებითი აივ-ტესტირების მხარდაჭერას. UNAIDS/WHO-ს ერთობლივი პროგრამა მხარს არ უჭერს ტესტირების სავალდებულო ან იძულებით პრაქტიკას საზოგადოების ჯანდაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე.

## 2. ხეკომენდაციები

რეკომენდაციები მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების შესახებ წინამდებარე დოკუმენტში აივ-ინფექციის ეპიდემიის სტადიების მიხედვით არის წარმოდგენილი.

### 1. აივ-ეპიდემიის სანყისი სტადია

მიუხედავად იმისა, რომ აივ-ინფექცია მრავალი წელია არსებობს, იგი ფართო მასშტაბით არასდროს გავრცელებულა მოსახლეობის ამა თუ იმ ჯგუფში. რეგისტრირებული შემთხვევები იმ პირებს ეხება, რომლებიც ძალზე მაღალი ქვევითი რისკით ხასიათდებიან: სექს-ბიზნესის მუშაკები, ინიექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, მამათმავლები. რაოდენობრივი ეკვივალენტი: მოსახლეობის არც ერთ ჯგუფში აივ-ინფექციის 5%-ზე მაღალი მდგრადი გავრცელება არ აღინიშნება.

### 2. აივ-ინფექციის კონცენტრირებული ეპიდემია

აივ-ინფექცია სწრაფად გავრცელდა მოსახლეობის განსაზღვრულ ჯგუფებში, მაგრამ ჯერ არ “გაუდგამს ფეხს” მთელ მოსახლეობაში. ეპიდემიის მოცემული სტადია მოსახლეობის განსაზღვრულ ჯგუფებში რისკის აქტიური ქსელებით ხასიათდება. ეპიდემიის შემდგომ გავრცელებას განსაზღვრავს მაღალი ინფიცირებულ ჯგუფებსა და დანარჩენ მოსახლეობას შორის კონტაქტების სიხშირე და ხასიათი. რაოდენობრივი ეკვივალენტი: აივ-ინფექციის გავრცელება სტაბილურად აჭარბებს 5%-ს მოსახლეობის ერთ ჯგუფში მაინც, თუმცა მისი მახვენებელი 1%-ზე ნაკლებია ქალაქში მცხოვრებ ორსულ ქალებში.

### 3. აივ-ინფექციის გენეხალიზებული ეპიდემია

აივ-ინფექციის მყარად აქვს ფეხსი გადგმული მთელ მოსახლეობაში. მიუხედავად იმისა, რომ გავრცელებული რისკის ჯგუფებს განუსაზღვრელად დიდი წვლილი მიუძღვით აივ-ინფექციის გავრცელების საქმეში, სქესობრივი კონტაქტების სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში საკმარისია ეპიდემიის გასავრცელებლად და არ არის დამოკიდებული ინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფებზე. რაოდენობრივი ეკვივალენტი: აივ-ინფექციის გავრცელება (პრევალენტობა) ორსულ ქალებში სტაბილურად აჭარბებს 1%-ს.

#### • ხეკომენდაციები ეპიდემიის ნებისმიერი სტადიაზე

## ძიხითანი ეხჯეჯეხი

- აიგ-ეპიდემიის ნებისმიერ სტადიაზე მედიცინის მუშაკები პაციენტების ქვემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიებს უნდა ურჩევდნენ აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის, როგორც კლინიკური დახმარების სტანდარტული ელემენტის ჩატარებას;
- ყველა მოზარდის, მოზარდსა და ბავშვს, რომლებიც მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას ამა თუ იმ ჩივილით, სიმპტომებით ან პათოლოგიური მდგომარეობით, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს აიგ-ინფექციით. აღნიშნულში შედის შემდეგი, თუმცა არა მხოლოდ: ტუბერკულოზი და სხვა პათოლოგიები, რომლებიც აღწერილია WHO-ს აიგ-ინფექციის კლინიკური სტადიების კლასიფიკაციით;
- აიგ-ინფიცირებული დედების ახალშობილებს – როგორც ამ ბავშვებზე სამედიცინო დაკვირვების სტანდარტულ ელემენტს;
- ბავშვებს, რომელთაც ზრდის შეფერხება ან კვების დარღვევები აღენიშნებათ გენერალიზებული ეპიდემიის დროს და, რიგ სიტუაციაში, ეპიდემიის სხვა სტადიებზეც; კერძოდ, როდესაც ბავშვებში, მიუხედავად ჩატარებული დიეტოთერაპიისა, დადებითი ეფექტი არ შეიმჩნევა;
- მამაკაცებს, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ ცირკუმციზიის (წინადაცვეთის) მოთხოვნით, აიგ-ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით.

### ● **ხეკომენდაციები გენეხილიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში**

გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში, ხელშემწყობი გარემოსა და ადეკვატური რესურსების არსებობის პირობებში, აიგ-პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და მოვლის რეკომენდებული პაკეტის სახით, მედიცინის მუშაკები აიგ-ტესტირებასა და კონსულტირებას ყველა ზრდასრულსა და მოზარდს უნდა სთავაზობდნენ, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს. ეს რეკომენდაცია ეხება დახმარების როგორც თერაპიულ, ისე ქირურგიულ სახეებს, სახელმწიფო და კერძო დაწესებულებებს, სტაციონარულ და ამბულატორიულ პირობებს, მათ შორის მობილურ და აუთრიჩის სამსახურებს.

მედიცინის მუშაკები უნდა სთავაზობდნენ აიგ-ტესტირებასა და კონსულტირებას, როგორც სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარების სტანდარტულ ელემენტს ყველა პაციენტს, მიუხედავად იმისა, თუ რა მიზეზით მიმართავს პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებას და აღენიშნება თუ არა მას აიგ-ინფექციის ნიშნები.

სიმძლავრეებისა და რესურსების დეფიციტის შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების ეტაპობრივი დანერგვა. შეიძლება განისაზღვროს შემდეგი პრიორიტეტული სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც მოხდება მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა:

- ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებები, მათ შორის ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებები;
- მშობიარობამდელი, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი დახმარების დაწესებულებები;
- სამედიცინო სამსახურები, რომლებიც ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფებს ემსახურებიან;
- სამედიცინო დაწესებულებები 10 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის;
- ქირურგიული სამსახურები;
- მოზარდთა სამსახურები;
- რეპროდუქტიული ჯანმრთელობის სამსახურები, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის სამსახურები.

### ● **შესაძლო ვახიანტები აიგ-ინფექციის კონცენტრირებული და სანყისი ეპიდემიის შემთხვევაში**

კონცენტრირებული და სანყისი ეპიდემიის პირობებში არ არის რეკომენდებული, მედიცინის მუშაკებმა ყველა პაციენტს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას დახმარებისთვის მიმართავს, აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება ურჩიონ, რადგან აიგ-ინფიცირების რისკი უმეტესი მათგანისთვის მაღალი არ არის. მოცემულ პირობებში აუცილებელია აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის შეთავაზება ყველა ზრდასრული ადამიანისთვის, მოზარდისა და ბავშვისთვის, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს ამა თუ იმ ჩივილითა და სიმპტომებით, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს აიგ-ინფექციით, მათ შორის ტუბერკულოზით დაავადებულებისთვის და პერინატალურ პერიოდში აიგ-ინფექციასთან დადასტურებული კონტაქტის მქონე ბავშვებისთვის.

თუ დაკვირვების შედეგები აჩვენებს, რომ აიგ-ინფექციის გავრცელების მანყენებელი ტუბერკულოზით დაავადებულ პირებს შორის ძალზე მცირეა, ასეთი პაციენტებისთვის აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის პირველადი ჩატარება შეიძლება არ გახდეს საჭირო.

დაწყებითი ან კონცენტრირებული ეპიდემიის პირობებში გადაწყვეტილება იმის შესახებ, თუ რომელ სამედიცინო დაწყებულებაში და რა სახით ჩატარდეს აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკების ინიციატივით, უნდა ეფუძნებოდეს ადგილზე ეპიდემიოლოგიური და სოციალური სიტუაციის შეფასების შედეგებს. ამასთან, შეიძლება განხილულ იქნას მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის მიზანშეწონილობა შემდეგ სამედიცინო-სანიტარულ სამსახურებში:

- სქესობრივი გზით გადამცემი ინფექციების სამსახურები;
- სამედიცინო სამსახურები, რომლებიც ყველაზე მაღალი რისკის მოსახლეობას ემსახურებიან;
- მშობიარობამდელი, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი დახმარების დაწყებულებები;
- ტუბერკულოზთან ბრძოლის სამსახურები.

### 3. ხელშემწყობი გახელო

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირება და აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის რეკომენდებული პაკეტის მიხედვით კონსულტირება უნდა ჩატარდეს, როგორც მე-5 ნაწილშია აღწერილი. არ არის აუცილებელი, ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი მომსახურება იმ დაწყებულებაში განხორციელდეს, სადაც ტესტირება მიმდინარეობს, თუმცა მომსახურების სხენებულ სახეებზე პაციენტს ხელი უნდა მიუწვდებოდეს, შესაბამის ადგილობრივ სტრუქტურებში მისი გაგზავნით. ანტირეტროვირუსული თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა არ უნდა განხილვებოდეს, როგორც მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების აბსოლუტური წინაპირობა, თუმცა, უკიდურეს შემთხვევაში საჭიროა მკურნალობის ამ მეთოდის დანერგვის პროგნოზირება ეროვნული გეგმის ფარგლებში, რომელიც ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ითვალისწინებს.

ჩველი ბავშვის კვების საკითხებთან დაკავშირებით ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკა და კონსულტირება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დედიდან შეიღზე აივ-ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის საქმეში. ამგვარი ჩარევები უნდა შედიოდეს იმ ორსული ქალების მომსახურების სტანდარტულ პაკეტში, რომელთაც აივ-ინფექცია აღმოაჩნდათ მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დროს.

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პარალელურად საჭიროა ზომების მიღება იმგვარი პოლიტიკის გატარებისა და სოციალური და სამართლებრივი მექანიზმების რეალიზების მიზნით, რომელთა მიზანია პაციენტებისთვის პოზიტიური შედეგების მაქსიმალურად ხელშეწყობა და პოტენციური ნეგატიური შედეგების მინიმუმამდე შემცირება. აღნიშნულში შედის შემდეგი ზომები:

- მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება და სოციალური მობილიზაცია;
- ადეკვატური რესურსებისა და ინფრასტრუქტურის უზრუნველყოფა;
- მედიცინის მუშაკების სწავლება;
- მედიცინის მუშაკების პროფესიული ქცევისა და საჩივრების წარდგენის წესების შემუშავება;
- მონიტორინგისა და შეფასების საიმედო სისტემის შექმნა.

გრძელვადიან პერსპექტივაში მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ოპტიმალური განხორციელება იმ კანონებისა და პოლიტიკის მიღებას, მონიტორინგსა და დაცვის კონტროლს საჭიროებს, რომლებიც აივ-სტატუსის ნიშნით აღამიანთა დისკრიმინაციის წინააღმდეგ არის მიმართული, ასევე – ქცევითი რისკისა და გენდერული ფაქტორების მიღებას, მონიტორინგსა და დაცვას. რადგან გაეროს აივ/შიდსის ერთობლივი პროგრამა (UNAIDS) და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) აივ-სტატუსის ნებაყოფლობითი გამჟღავნებისა და პარტნიორის ეთიკურად მისაღები ფორმით ინფორმირებულობისა და კონსულტაციის რეკომენდაციას იძლევიან, ეროვნულ პოლიტიკასა და ეთიკურ კოდექსებში უნდა შევიდეს თავები, სადაც აღწერილი იქნება პარტნიორის ინფორმირებულობის უფლება მკაცრად დაცვნილ სიტუაციებში.

რივ ქვეყნებში შეიძლება ისეთი პოლიტიკისა და ზუსტად განსაზღვრული სამართლებრივი მექანიზმების შემუშავებისა და დანერგვის აუცილებლობა წამოიჭრას, რომლებიც დაადგენს: 1) მინიმალურ ასაკს და/ან იმ გარემოებებს, რომლებშიც მოზარდი უფლებამოსილი იქნება, ინფორმირებული თანხმობა გასცეს საკუთარი და ოჯახის სხვა წევრების აივ-ტესტირებაზე და 2) მოზარდის არაფორმალური თანხმობის ან მისი სახელით ოფიციალური ინფორმირებული თანხმობის მიღების წესს.

#### 4. ტესტირებამდეგი კონსულტირება და ინფორმირებუგი თანხმობის მიღება

ადგილობრივი პირობების მიხედვით, ტესტირებამდეგი ინფორმაციის გაცემა შესაძლებელია პირისპირ საუბრის ან ჯგუფური საინფორმაციო საუბრების დროს. ინფორმირებუგი თანხმობის გაცემა ყოველთვის ინდივიდუალურად, პრივატულ პირობებში და მედიცინის მუშაკის თანდასწრებით უნდა ხდებოდეს. როდესაც მედიცინის მუშაკი პაციენტს აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის გავლას ურჩევს, მან საუბარში უნდა ჩართოს მინიმუმ შემდეგი ელემენტები:

- ჩამოაყალიბოს მიზეზები, რომელთა გამოც რეკომენდებულია აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის გავლა;
- ახსნას აივ-ტესტირების კლინიკური და პროფილაქტიკური სარგებლობა და აუწყოს პაციენტს ნეგატიური შედეგების შესაძლო რისკის შესახებ, როგორცაა დისკრიმინაცია, ოჯახის დაშლა და ძალადობა;
- აუწყოს პაციენტს იმ დაწესებულებათა შესახებ, რომლებიც დახმარებას გაუწევენ მას ტესტის უარყოფითი და დადებითი შედეგების შემთხვევაში და მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია ანტირეტროვირუსული თერაპიის შესაძლებლობის შესახებ;
- დაადასტუროს, რომ ტესტის შედეგები კონფიდენციალურ ინფორმაციას წარმოადგენს, რომელიც არ ეცნობება არავის, გარდა მედიცინის მუშაკებისა, რომლებიც უშუალოდ არიან დაკავებული პაციენტისთვის დახმარების აღმოჩენით;
- აუხსნას პაციენტს, რომ მას უფლება აქვს, უარი თქვას ტესტირებაზე, შესაბამისად, ტესტირება მხოლოდ იმ შემთხვევაში ჩატარდება, თუ პაციენტი არ გამოიყენებს უარის თქმის უფლებას;
- აუხსნას პაციენტს, რომ მისი მხრიდან აივ-ტესტირებაზე უარის თქმა არ იმპლიკედებს მის ხელმისაწვდომობაზე სამედიცინო დახმარების სხვა სახეებისადმი, რომელთა გაწევაც არ არის პაციენტის აივ-სტატუსზე დამოკიდებული;
- ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში – აუხსნას პაციენტს, რომ მისთვის მიზანშეწონილი იქნება, აივ-ინფიცირების შესახებ აცნობოს იმ ადამიანებს, რომელთაც შეიძლება დაემუქროს აივ-ინფიცირების რისკი;
- მისცეს პაციენტს შეკითხვების დასმის საშუალება.

თუ ადგილობრივი კანონმდებლობა ინფიცირებულ პირს ავალდებულებს აივ-სტატუსის გამჟღავნებას მისი სქესობრივი პარტნიორისადმი ან იმ პირებისადმი, რომლებთან ერთადაც ინიექციურ ნარკოტიკს მოიხმარს, საჭიროა პაციენტის ინფორმირება ასეთი კანონების შესახებაც.

როგორც წესი, საუბრის დროს ტესტირებაზე პაციენტის ზეპირი თანხმობის მიღებაც საკმარისია. იმ ქვეყნებში, სადაც გათვალისწინებულია ინფორმირებუგი თანხმობის წერილობითი ფორმით მიღება, რეკომენდებულია შესაბამისი კანონმდებლობის გადახედვა.

მოსახლეობის ზოგიერთი ჯგუფი შეიძლება მეტად უარყოფითად იყოს განწყობილი იძულებითი ტესტირებისადმი და აივ-სტატუსის გამჟღავნების ისეთი ნეგატიური შედეგებისადმი, როგორცაა დისკრიმინაცია, ძალადობა, ოჯახის რღვევა, თავისუფლების აღკვეთა. ასეთ შემთხვევებში ინფორმირებუგი თანხმობის მიღების გარანტიის მიზნით შეიძლება წინამდებარე დოკუმენტით გათვალისწინებული მინიმალური მოთხოვნების გარდა საჭირო გახდეს დამატებითი ცნობები.

დამატებითი ინფორმაცია ორსული ქალებისთვის და მათთვის, ვინც ბავშვის გაჩენას გეგმავს, ასეთია:

- აივ-ინფექციის ახალშობილზე გადაცემის რისკი;
- ზომები, რომლებიც შეიძლება მივიღოთ დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირების მიზნით, მათ შორის ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკა და კონსულტირება ჩვილის კვების საკითხებზე;
- სარგებლობა, რომელიც ბავშვისთვის დედის ორგანიზმში აივ-ინფექციის ადრეულ გამოვლენას მოაქვს.

არასრულწლოვანი ასაკის ბავშვებთან და მოზარდებთან (ჩვეულებრივ, 18 წლამდე ასაკის) აუცილებელია სპეციალური პირობების დაცვა. არასრულწლოვანი ბავშვები არ სარგებლობენ ინფორმირებუგი თანხმობის გაცემის იურიდიული უფლებამოსილებით. თუმცა მათ უფლება აქვთ, მონაწილეობა მიიღონ ყველა გადაწყვეტილებაში, რომელიც მათ სიცოცხლეს ეხება და ღიად გამოხატონ აზრი, მათი განვითარების დონის შესაბამისად. საჭიროა ყველა არსებული შესაძლებლობის გამოყენება, რათა ბავშვს აუხსნათ მომხდარის არსი და მისი არაფორმალური თანხმობა მივიღოთ. ოფიციალური ინფორმირებუგი თანხმობის მიღება აუცილებელია ბავშვის რომელიმე მშობლისგან ან მეურვისგან. ბავშვებისგან და მოზარდებისგან ინფორმირებუგი თანხმობის მიღების საკითხები უფრო დეტალურად განხილულია პუნქტში 6.13.

ტესტირებაზე პაციენტის უარი არ უნდა იწვევდეს სხვა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითებას ან პაციენტისთვის მათზე უარის თქმას.

## 5. ტესტირების შემდგომი კონსულტირება

ტესტირების შემდგომი კონსულტირება აივ-ტესტირების განუყოფელი ნაწილია და იგი უნდა ჩაუტარდეს ყველა პირს, რომელმაც ტესტირება გაიარა, ტესტირების შედეგების (როგორც დადებითის, ისე უარყოფითის) გაცნობასთან ერთად. ტესტის უარყოფითი შედეგის მქონე პირების კონსულტირებაში შემდეგი მინიმალური ინფორმაციის მიწოდება უნდა შედიოდეს:

- ტესტის შედეგის არსის ახსნა, აივ-ანტიხეულების გამოვლენის ფარულ პერიოდზე პირის ინფორმირებულობა და რისკის ფაქტორის ცოტა ხნის წინ ზემოქმედების შემთხვევაში, განმეორებითი ტესტირების შესახებ რეკომენდაციის გაცემა;
- ძირითადი რჩევები აივ-ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის მეთოდებთან დაკავშირებით;
- მამაკაცისა და ქალის პრეზერვატივებით მომარაგება და ინსტრუქტაჟის ჩატარება მათი მოხმარების შესახებ.

მედიცინის მუშაკი და პაციენტი ერთობლივად გადაწყვეტენ, სჭირდება თუ არა პაციენტს შესაბამის დაწესებულებისთვის მიმართვა უფრო დეტალური ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის ან დამატებითი პროფილაქტიკური მხარდაჭერის მისაღებად.

აივ-ტესტირების დადებითი შედეგის შემთხვევაში, მედიცინის მუშაკი ვალდებულია:

- პაციენტს ნათლად და ტაქტიანად აუხსნას შედეგები და მისცეს დრო, დაფიქრდეს ტესტირების შედეგზე;
- დარწმუნდეს, რომ პაციენტს ესმის შედეგების არსი;
- მისცეს პაციენტს შეკითხვების დასმის საშუალება;
- დაეხმაროს პაციენტს ტესტის შედეგებით გამოწვეული ემოციური შოკის დაძლევაში;
- განიხილოს ყველა აქტუალური პრობლემა და დაეხმაროს პაციენტს იმის გარკვევაში, თუ მის გარემოცვაში ვინ არის ისეთი პიროვნება, ვისაც შეუძლია მისთვის დაუყოვნებელი დახმარების აღმოჩენა;
- აღწეროს შემდგომი დაკვირვების სახეები, რომელთა ჩატარებაც შესაძლებელია მოცემულ სამედიცინო დაწესებულებაში და პაციენტის საცხოვრებელი მისამართის მიხედვით. ამასთან, ყურადღება გაამახვილოს მკურნალობის, დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის პრევენციის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის სამსახურებზე;
- აცნობოს პაციენტს აივ-ინფიცირების თავიდან აცილების გზების შესახებ, რაშიც სხვა ზომებთან ერთად მამაკაცისა და ქალის პრეზერვატივების გაცემა და მათი მოხმარების შესახებ მითითებების გაცემაც შედის;
- მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია სხვა ადეკვატური პროფილაქტიკური ზომების შესახებ, როგორცაა სრულფასოვანი კეება, კონტრაცეპციის მიღება, ხოლო უბნებში, რომლებიც ენდემურია მაღარი ინსიდენციით, ინსექტიციდებით დამუშავებული მწერების საწინააღმდეგო ბადეების გამოყენება;
- პაციენტთან ერთად განიხილოს ტესტის შედეგების სხვა პირებისთვის გამუდვანების შესაძლო ვარიანტები – როდის, რა სახით და ვისთვის მოხდეს გამუდვანება;
- რეკომენდაციის გაწევა და შეთავაზება პაციენტის პარტნიორისა და შვილებისთვის, აივ-ტესტირება და კონსულტაცია ჩაიტარონ და შესაბამის დაწესებულებებს მიმართონ;
- შეაფასოს ძალადობისა და სუიციდის რისკი და განიხილოს პაციენტის ფიზიკური უსაფრთხოების დაცვის შესაძლო ნაბიჯები, განსაკუთრებით, თუ საქმე ეხება აივ-ინფიცირებულ ქალს;
- დაუნიშნოს პაციენტს დაწესებულებაში გამოცხადების კონკრეტული თარიღი და დრო შემდგომი დაკვირვების ჩასატარებლად ან პაციენტის გასაგზავნად შესაბამის დაწესებულებაში სამკურნალოდ, მოსავლელად, კონსულტირებისა და მხარდაჭერის მისაღებად (მაგ., როგორცაა ტუბერკულოზის მკურნალობა, ოპორტუნისტული ინფექციების პროფილაქტიკა, სქესობრივი გზით გადადები ინფექციების მკურნალობა, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება, მშობიარობამდელი დახმარება, ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპია, სტერილური ნემსებისა და შპრიცების მიღება).

ტესტის დადებითი პასუხის მქონე ორსული ქალების ტესტირების შემდგომი კონსულტირების პროცესში აუცილებელია ყურადღება მიექცეს შემდეგ საკითხებს:

- მშობიარობის დაგეგმვას;
- ანტირეტროვირუსული პრეპარატების გამოყენებას ქალის ჯანმრთელობისთვის (თუ არსებობს შესაბამისი ჩვენება) და დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის თავიდან აცილებისთვის;
- სრულფასოვან კეებას, მათ შორის რკინის პრეპარატებისა და ფოლიუმის მჟავის მიღებას;
- ჩვილის კვების ვარიანტების შეთავაზებას და დედისთვის დახმარების გაწევას, რათა მოცემული ვარიანტებიდან ყველაზე შესაფერისი შეარჩიოს;
- ახალშობილის აივ-ტესტირებასა და, საჭიროების შემთხვევაში, მისი შემდგომი დაკვირვების ორგანიზაციას;
- პარტნიორის ტესტირებას.

## 6. ტესტირების პეიხიოლეობა

რეკომენდაციები ტესტირების პერიოდულობის შესახებ იმ რისკის ხარისხის მიხედვით გაიცემა, რომლის წინაშეც პაციენტი დგას, არსებული საკადრო და ფინანსური რესურსების, ასევე, მოცემულ რეგიონში ან მოსახლეობის ჯგუფში აივი-ინფექციის ახალი შემთხვევების გამოვლენის სისწილის გათვალისწინებით. იმ პირებისთვის, რომლებიც აივი-ინფექციების შედარებით მაღალი რისკის ქვეშ არიან, რეკომენდებულია განმეორებითი ტესტირების ჩატარება ყოველ 6-12 თვეში ერთხელ.

აივი-უარყოფითი ქალებისთვის რეკომენდებულია ტესტირების გავლა ყოველი დაორსულებისას. გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში აივი-უარყოფითი ქალებისთვის ასევე რეკომენდებულია განმეორებითი ტესტირების ჩატარება ორსულობის გვიანდელ ეტაპზეც.

## 7. აივი-ტესტირების ტენოლოგია

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივი-ტესტირებისა და კონსულტირების მიზნით სწრაფი აივი-ტესტების გამოყენების უპირატესობა განსაკუთრებით იმ დაწესებულებებში, სადაც არ არის განვითარებული ლაბორატორიული მომსახურება, არის შედეგის თვალსაჩინოება და მისი მიღების სისწრაფე, რაც ზრდის შედეგების სარწმუნოებას, იძლევა დიდი რაოდენობის პაციენტების ტესტირების საშუალებას და თავიდან აგვაცილებს შეცდომებს რეგისტრაციის დროს. სწრაფი ტესტების ჩატარება არ საჭიროებს ლაბორატორიულ პირობებს სპეციალური აღჭურვილობით. ტესტირება შეიძლება ჩატარდეს პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარების დაწესებულებებშიც.

ELISA-ტესტების გამოყენებას ისეთ სიტუაციებში ენიჭება უპირატესობა, როდესაც საჭიროა დიდი რაოდენობის ტესტების ერთდროულად ჩატარება და ტესტის შედეგების მიღება სასწრაფო არ არის (მაგალითად, სტაციონარული ავადმყოფების შემთხვევაში) ან რეფერენს-ლაბორატორიების პირობებში. ELISA-ტესტები სპეციალურ ლაბორატორიულ აღჭურვილობასა და კვალიფიციურ პერსონალს საჭიროებს.

იმ საკითხის გადაწყვეტისას, მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივი-ტესტირებისა და კონსულტირების მიზნით სწრაფი აივი-ტესტი ჩატარდეს თუ ELISA-ტესტი, გასათვალისწინებელია ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ტესტების ჩატარების პირობები; ტესტ-კომპლექტების, რეაგენტებისა და აღჭურვილობის ღირებულება და არსებობა; კადრები, რესურსები და ინფრასტრუქტურა; შესამოწმებელი სინჯების რაოდენობა; სინჯების შეგროვებისა და ტრანსპორტირების ორგანიზაცია; რამდენად აქვთ პაციენტებს შესაძლებლობა, დამატებით გამოცხადდნენ შედეგების მისაღებად.

ვირუსოლოგიური ტესტები, მიუხედავად მათი სირთულისა და სიძვირისა, რეკომენდებულია აივი-ინფექციის გამოსავლენად 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში.

## 8. დანეხვის პიოცესთან დაკავშირებული საკითხები

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის ოპტიმალური გზების დასახვა დამოკიდებული იქნება ამა თუ იმ კონკრეტულ ქვეყანაში არსებული სიტუაციის შეფასების შედეგებზე, კერძოდ, ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების, არსებული ინფრასტრუქტურის, ფინანსური და საკადრო რესურსების, აივი-პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და მხარდაჭერის გატარებული ზომების ხარისხის, პოლიტიკისა და კანონმდებლობით გათვალისწინებული აივი-ტესტირების ისეთი ნეგატიური შედეგებისგან დაცვის მექანიზმების შეფასების შედეგებზე, როგორცაა აივი-ინფექციის ფაქტით გამოწვეული დისკრიმინაცია და ძალადობა. ძლიერი სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის პირობებში და/ან, როდესაც მედიცინის მუშაკები არ ფლობენ საჭირო უნარჩვევებს, ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩასატარებლად ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე და კონფიდენციალობის დაცვით, წინასწარ, ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვამდე საჭიროა რესურსების გამოყოფა და გამოყენება მოცემული პრობლემების გადასაჭრელად. გადაწყვეტილებები დანერგვის პროცესთან დაკავშირებით მიღებულ უნდა იქნას ყველა დაინტერესებულ მხარესთან, მათ შორის სამოქალაქო საზოგადოებრივ და აივი/შიდსით ინფიცირებული ადამიანების ჯგუფებთან ერთად.

## 9. მონიტორინგი და შეფასება

მონიტორინგი და შეფასება გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივი-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანერგვის საქმეში; მათი გამოყენება საჭიროა პროგრამის კონსერვაციული ასპექტების დამატებით მოზნობრივ შეფასებებთან ერთად. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის მანევენებლებისა და მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების ხარისხის რეგულარულმა შეფასებამ (ტესტირების პროცედურა, ტესტირებამდელი ინფორმირება, თანხმობის მიღება ტესტირებაზე, ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია) შეიძლება ხელი შეუწყოს ეფექტურობის ზრდას, საზოგადოებაში აივი-ტესტირებისა და კონსულტაციის მომსახურების საყოველთაოდ აღიარებასა და მაღალ ხარისხს.

# 1. შესავალი

## 1.1. ამოსავლი მონაცემები

უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებულად შეიმჩნევა პოლიტიკური აქტივობა, საქმიანობის გაძლიერება და რესურსების მნიშვნელოვანი მოცულობით მობილიზება აივ/შიდსის პანდემიასთან საბრძოლველად. 2006 წლის ივნისში გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ მოიწონა ძალისხმევის გაძლიერების საერთო კურსი როგორც აივ/შიდსის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის, ისე ყველა იმ ადამიანზე ზრუნვისა და მხარდაჭერის მიზნით, რომლებიც ასეთ ზრუნვასა და მხარდაჭერას საჭიროებენ. ამ კურსის მიზანი 2010 წლისთვის მკურნალობაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მაქსიმალური უზრუნველყოფაა.

მიუხედავად ბოლოდროინდელი მიღწევებისა, აივ-ინფიცირებული პირების რიცხვმა 2006 წლის ბოლოს 39,5 მილიონს მიაღწია. 2006 წელს ინფექციის 4 მილიონზე მეტი ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა. ინფექცია ყველაზე მეტად კვლავაც საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკის ქვეყნებშია გავრცელებული, სადაც აივ-ინფექციით 24,7 მლნ ადამიანი დაავადებული (დაავადებულთა საერთო რაოდენობის თითქმის 2/3); ეპიდემიის მასშტაბი აღმოსავლეთ ევროპასა და აზიაში კვლავაც იზრდება.

საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკის თორმეტ ქვეყანაში ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა გამოკითხვებმა, სადაც აივ/შიდსით ინფიცირების ძალიან მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება, ცხადყო, რომ მოსახლეობის საერთო რაოდენობიდან საშუალოდ მამაკაცების 12% და ქალების 10% შემოწმდა აივ-ინფექციაზე და გაეცნო ტესტირების შედეგებს. სამედიცინო მომსახურების არასრული დაფარვის, მოსახლეობის მხრიდან მიმართვის დაბალი აქტივობის და აივ-სტატუსის შესახებ ნაკლებად ინფორმირებულობის შედეგია ის, რომ აივ-ინფიცირებულ ადამიანთა უმეტესობა ტესტირებასა და კონსულტაციას პირველად გადის დაავადების უკვე აშკარა კლინიკური გამოხატულების სტადიაზე.

ანტირეტროვირუსული თერაპიის ჩატარების შემთხვევაში საუკეთესო შედეგები დაავადებისა და სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით მიიღწევა, როდესაც აივ-ინფექციის დადგენა ტერმინალური იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დადგომამდე ხდება. იმ რეგიონებშიც კი, სადაც ანტირეტროვირუსული თერაპია ხელმისაწვდომი არ არის, პაციენტებისა და მათი შვილებისთვის დიდად სასარგებლოა კოტრიმოქსაზოლისა და ანტირეტროვირუსული პრეპარატების პროფილაქტიკური გამოყენება დედიდან შვილზე ინფექციის გადაცემის თავიდან ასაცილებლად. ადრეულ ეტაპზე დიაგნოზის დასმა ასევე აივ-ინფიცირებული პაციენტებისთვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდებისა და საჭირო უნარ-ჩვევებით აღჭურვის საშუალებას იძლევა, სხვა პირებზე ინფექციის გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით.

აივ-ტესტირებასთან დაკავშირებული პოლიტიკის შესახებ განცხადების შესწორებულ ვარიანტში, რომელიც UNAIDS/WHO-მ 2004 წლის ივნისში გამოაქვეყნეს, ხაზგასმულია აივ-სტატუსის შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლების მნიშვნელობა აივ-პროფილაქტიკაზე, მკურნალობასა და ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით. განცხადება პოლიტიკის შესახებ რეკომენდაციას უწევს როგორც აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას კლიენტის ინიციატივით (რომელიც ასევე ცნობილია სახელწოდებით “ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება”, ანუ ნკტ), ისე აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით.

## 1.2. კლიენტის ინიციატივით ინფექციაზე კონსულტირება-ტესტირების მასშტაბის ზედა

აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების წამყვანი მექანიზმის საფუძველია თავად კლიენტის სურვილი. თუმცა, როგორც მაღალ შემოსავლიან ქვეყნებში, ისე რესურსების დეფიციტის პირობებში აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მომსახურების მიერ კლიენტის ინიციატივით მომსახურებული პაციენტების რაოდენობა არ არის საკმარისი. WHO და UNAIDS რეკომენდაციას იძლევიან გაიზარდოს კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებითა და კონსულტირებით სარგებლობის მასშტაბი.

კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე მიმართვას ხშირად ხელს უშლის იგივე ფაქტორები, რომლებიც აფერხებს აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული სხვა სახის მომსახურების გამოყენებას. საუბარია ისეთ პრობლემებზე, როგორცაა სტიგმა და დისკრიმინაცია, შეზღუდული ხელმისაწვდომობა მკურნალობაზე, მოვლასა და, საერთოდ, სამედიცინო მომსახურებაზე; ასევე, გენდერული უთანასწორობა. აზიის ოთხ ქვეყანაში ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას მაშინ, როდესაც მათი პარტნიორი უკვე დაავადებულია, რის გამოც დიაგნოზიც, პროფილაქტიკაც, მკურნალობაცა და ზრუნვაც არაფექტურია. მიზეზი, რის გამოც ადამიანები დროულად არ მიმართავენ აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას, ინფიცირების ინდივიდუალური რისკის გაუცნობიერებლობაა, რაც განსაკუთრებით მამაკაცებისთვის არის დამახასიათებელი.

დამბრკოლებელი მიზეზებისადმი ნოვატორული მიდგომის გამოყენებით შესაძლებელია გაუმჯობესდეს კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე ხელმისაწვდომობა და გაიზარდოს

## 1. შესავალი

მისი მომსახურებით სარგებლობის მასშტაბი. სწრაფი ტესტების პრაქტიკაში დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეამცირა დროის ინტერვალი ტესტირებასა და ტესტის შედეგის მიღებას შორის; სპეციალურად შექმნილი მოსახერხებელი პირობები (ტესტირების ჩატარება უშუალოდ სამსახურში, მობილურ ამბულატორიებში და ღამის საათებში) შესამჩნევად ზრდის აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე კლიენტის მიმართვის სიხშირეს. ახალ, პერსპექტიულ მიდგომად მიიჩნევა აივ-ტესტირება და კონსულტირება ბინაზე, რომელიც არცთუ იშვიათად ტარდება ოჯახის წევრების დემოგრაფიული გამოკითხვის პარალელურად, მაგრამ ყველაზე ხშირად იგი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ჩარევის ერთ-ერთ კომპონენტს წარმოადგენს.

### 1.3. მედიცინის მუშაეთა ინიციატივით ინფექციაზე კონსულტირება-კესტირების მასშტაბის ზედა

სამედიცინო დაწესებულებები – ეს აივ-ინფიცირებულ ადამიანებთან კონტაქტის ერთ-ერთი ძირითადი ადგილია. დაავადებული ადამიანები მომსახურების ისეთ სახეებს საჭიროებენ, როგორცაა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, ზრუნვა და მხარდაჭერა. მეორე მხრივ, როგორც მაღალგანვითარებული მრეწველობის, ისე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნების ფაქტობრივი მონაცემები ცხადყოფს, რომ სამედიცინო დაწესებულებები სრულად არ იყენებენ დიაგნოსტირებისა და კონსულტირების არსებულ ფართო შესაძლებლობებს. სამედიცინო დოკუმენტაციის ანალიზმა, რომელიც კანბერის (ავსტრალია) სქესობრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ ცენტრში განხორციელდა, ცხადყო, რომ აივ-დადებითი პაციენტების ნახევარზე მეტს, რომელთაც გვიან დაესვათ დიაგნოზი, ადრეც მიუძღვრათავს ჯანდაცვის დაწესებულებისთვის სამედიცინო დახმარების მისაღებად და თითქმის ყველა მათგანს დაუდგინდა ერთი ნიშანი მაინც, რომლის გამოც მედიცინის მუშაკებს აუცილებლად უნდა ევარაუდათ, რომ საჭირო იყო აივ-ტესტირება და კონსულტირება. უგანდაში ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ზრდასრულ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს შორის, რომელთაც აივ-ტესტირების ჩატარება შესთავაზეს (დაახლოებით მათ ნახევარს მომავალში აივ-ინფექცია აღმოაჩნდა), 83%-მა საკუთარი აივ-სტატუსის შესახებ არაფერი იცოდა, მიუხედავად იმისა, რომ მათგან 88%-ს გასული ექვსი თვის განმავლობაში სამედიცინო დახმარების მისაღებად მიუძღვრათავს.

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით ჩატარებული აივ-ტესტირება და კონსულტირება სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-ინფექციის გაცილებით სისტემატიზებული გამოვლენის საშუალებას იძლევა, რაც აუმჯობესებს პაციენტების ხელმისაწვდომობას აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის საჭირო მომსახურებაზე.

ვეროპის რიგ განვითარებულ ქვეყნებში აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით დანერგულია მშობიარობამდელი დახმარების გაწვევისას. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირების დანერგვამ მნიშვნელოვნად გაზარდა მოცემული მომსახურებით სარგებლობის მასშტაბი, რაზეც მეტყველებს აშშ-ში, გაერთიანებულ სამეფოში, ჰონგ-კონგში, სინგაპურში, ნორვეგიასა და კანადაში შესრულებული ნაშრომების შედეგები. ისინი ცხადყოფენ, რომ კლიენტების უმრავლესობა (4/5 და მეტი) ტესტირებაზე დათანხმდა. აივ-ინფექციის მაღალი პროცენტული მაჩვენებლითა და იმ ინფიცირებული ადამიანების დიდი რაოდენობის გამო, რომელთაც არ იციან საკუთარი აივ-სტატუსი და ასევე, იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ადეკვატურად გათვითცნობიერებული პაციენტები ნაკლებად სარისკო წესით ცხოვრებას იწყებენ, დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის ცენტრებმა (აშშ) 2006 წლის სექტემბერში განახლებული მითითებები გამოსცეს, სადაც 13-დან 64 წლის ყველა იმ ადამიანის აივ-სკრინინგის ჩატარებას უწევს რეკომენდაციას, რომლებიც აშშ-ის სამედიცინო დაწესებულებებს დახმარებისთვის მიმართავენ.

რიგი საშუალო და დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის (როგორცაა ბოტსვანა, კენია, მალავი, უგანდა და სამხრეთ აფრიკა) პრაქტიკაში დანერგულია ტესტირება და კონსულტირება, რომლებიც სხვადასხვა პირობებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ტარდება. მიუხედავად მცირე რაოდენობის მონაცემებისა, დაბალ და საშუალოშემოსავლიანი ქვეყნებში მშობიარობამდელი დახმარების გაწვევის პირობებში ჩატარებული კვლევების შედეგები გვიჩვენებს, რომ ორსული ქალები საერთო ჯამში დადებითად არიან განწყობილი ტესტირებისადმი, თუ მიიჩნევენ, რომ ტესტირებამ შეიძლება ბავშვს სარგებელი მოუტანოს.

კვლევების შედეგები ცხადყოფს, რომ როგორც საკმარისი რესურსების, ისე მათი დეფიციტის პირობებში ტესტირების მასშტაბი დიდია იქ, სადაც მას განიხილავენ და სთავაზობენ რუტინული წესით და სადაც ეს მომსახურება ინტეგრირებულია მშობიარობამდელ მომსახურებაში.

გარდა ამისა, იმ სამუშაოების მზარდი რიცხვი, რომლებიც სხვა და არა მშობიარობამდელი დახმარების პირობებში ტარდება, იმედისმომცემია. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებამდე და ტესტირების შემოდების შემდეგ მიღებული მონაცემების შედარება აშკარად მიუთითებს მოცემული მომსახურებით სარგებლობის მასშტაბის ზრდას. იმასვე ცხადყოფს გამოკვლევები, რომლებიც ჩატარდა

მშობიარობის შემდგომი განყოფილებების ბაზაზე ბოტსვანაში, ზამბიის პედიატრიულ განყოფილებებში, ტუბერკულოზის კაბინეტებში, ასევე პედიატრიულ განყოფილებებში, უგანდის სამშობიარო ბლოკებსა და სქესობრივი გზით გადადები ინფექციების კაბინეტებში. ქალაქ მბარარას (უგანდა) ბაზაზე ჩატარებული კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა კორელაციური კავშირი აივ-ტესტირებით სარგებლობის მასშტაბის ზრდასა და პაციენტების კლინიკური მანევრებლების გაუმჯობესებას შორის. იმ პაციენტებში, რომელთაც აივ-ინფექცია მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირების პრაქტიკაში დანერგვის შემდეგ დაუდგინდათ, დაავადების პროცესი შედარებით ადრეულ კლინიკურ სტადიაზე იყო და CD4 უჯრედების რაოდენობაც მეტი აღმოჩნდა, ვიდრე იმ პაციენტების შემთხვევაში, რომელთაც დიაგნოზი მანამდე დაუსვეს; პირველი ჯგუფის პაციენტებს ეს აძლევდა საშუალებას, შედარებით დროულად ჩატარებინათ მკურნალობა.

გამოითქვა ეჭვი, რომ მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებამ და კონსულტირებამ შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო დაწესებულებისთვის მიმართვისგან თავშეკავება კლიენტების მხრიდან. ფაქტობრივი მონაცემები, მიუხედავად მათი სიმწირისა, არ ადასტურებენ ასეთ საფრთხეს. ბოტსვანაში, მშობიარობამდელი დახმარების დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პრაქტიკაში დანერგვას არც მშობიარობამდელი მომსახურებით სარგებლობის მასშტაბისა და არც იმ ადამიანთა პროცენტული მანევრებლის შემცირება გამოუწვევია, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებას ტესტის შედეგების გასაგებად მიმართავენ. ანალოგიური კვლევების შედეგად ზიმბაბვეში დადგინდა, რომ ტესტირების შემდგომი კონსულტირებისა თუ ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკის ჩატარებას ნეგატიური ზემოქმედება არ სდევს თან.

ჩატარებული სამეცნიერო კვლევები ადასტურებს, რომ მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირებისადმი პაციენტთა შორის დადებითი განწყობა შეიმჩნევა. აშშ-ში ჰოსპიტალიზებული პაციენტების გამოკითხვამ ცხადყო, რომ მათ უმეტესობაში შეთავაზება აივ-ინფექციაზე ტესტირების შესახებ უარყოფით ემოციებს არ აღძრავდა. კინშასის (კონგოს დემოკრატიული რესპუბლიკა) ტუბერკულოზის დისპანსერში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების სამი სხვადასხვა მოდელის შედარებამ ცხადყო, რომ პაციენტების 2/3-ზე მეტი “ოპტ-აუთს” ანიჭებს უპირატესობას, რაც გულისხმობს ტესტირებას ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი აქტიურად არ აპროტესტებს ტესტირებას, მიუხედავად გაერცელებული აზრისა, თითქოს ტესტირებაზე უარის თქმა გარკვეულწილად ძნელი იყოს.

გარდა ამისა, შეშფოთება გამოითქვა იმის გამო, რომ ინფორმირებულობის ამაღლებასა და აივ-სტატუსის გამჟღავნებას შეიძლება მოჰყოლოდა სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის ხარისხის ზრდა, სოციალური კავშირების რღვევა და ძალადობის ზრდა. 17 ქვეყნის გამოკვლევის შედეგებმა ცხადყვეს, რომ ნეგატიურ შედეგებს, რომლებიც სტატუსის გამჟღავნებას მოჰყვა, შემთხვევათა 3-15%-ში ძალადობაც ახლდა თან. სხვა ავტორები უფრო დაბალ ან უფრო მაღალ ციფრებს ასახელებენ. ამასთან, უკანასკნელი (მაღალი მანევრებლები) შინაური ძალადობის სიხშირესთან იყო დაკავშირებული. აშშ-ში პარტნიორების ინფორმირებულობის საკითხის შემსწავლელი კვლევების სისტემურმა ანალიზმა სულ რამდენიმე არასასურველი შედეგი გამოავლინა, ხოლო ტანზანიაში ჩატარებული ერთ-ერთი გამოკითხვის თანახმად, რესპონდენტების დახლოებით ნახევარმა პარტნიორის მხრიდან მხარდაჭერის შესახებ განაცხადა. ზამბიისა და კენიის ნაშრომების მიხედვით, აივ-ინფიცირებული ქალების უმეტესობას ახლობლები თანაგრძნობით მოეკიდნენ, მათ შორის ისეთ ქალებსაც, რომლებიც ახლობლებისაგან უარყოფით რეაქციას ელოდნენ.

ამგვარად, ჩვენს ხელთ არსებული მონაცემები საშუალებას იძლევა, დაბეჯითებით განვაცხადოთ, რომ მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირება შესაძლებელია ის დამატებითი საშუალება აღმოჩნდეს, რაც მკურნალობის, პროფილაქტიკის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას შეუწყობს ხელს.

მეორეს მხრივ, არსებული შეშფოთება ხაზს უსვამს მედიცინის მუშაკების ადეკვატური სწავლებისა და მათი ხელმძღვანელობის დიდ მნიშვნელობას პაციენტების პოტენციურად შესაძლო იძულების შემთხვევებთან თუ სტატუსის გამჟღავნების მოსალოდნელ ნეგატიურ შედეგებთან დაკავშირებით. განსაკუთრებით, კონსულტირების, ინფორმირებული თანხმობის მიღებისა და ტესტების შედეგების კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხებში. საჭირო გახდება ზედმიწევნითი მონიტორინგისა და შეფასების ჩატარება, განსაკუთრებით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის ეტაპზე, მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებითა და კონსულტირებით მაქსიმალური სარგებლის მისაღებად პოტენციური ნეგატიური შედეგების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით.

#### 1.4. სახელმძღვანელო დოკუმენტის ადაპტაცია

წინამდებარე დოკუმენტში მოყვანილი გლობალური ხასიათის რეკომენდაციების ადაპტირება უნდა მოხდეს კონკრეტულ ადგილობრივ ეპიდემიოლოგიურ და სოციალურ პირობებთან. ადაპტაციის პროცესში საჭირო გახდება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ამა თუ იმ პირობებში დანერგვის დადებითი და უარყოფითი მხარეების შეჯერება, არსებული რესურსების, აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის გავრცელებული პრაქტიკისა და შექმნილი სოციალური თუ სამართლებრივი მექანიზმებისა და მოქმედი პოლიტიკის შეფასება. გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში შეზღუდული რესურსებისა და პოტენციალის პირობებში შესაძლოა მიზანშეწონილი იყოს ტესტირებისა და კონსულტირების ეტაპობრივი დანერგვა, რომელიც ყველაზე მნიშვნელოვანი სამედიცინო სამსახურებიდან დაიწყება.

წინამდებარე სახელმძღვანელო დოკუმენტის ადაპტაცია და მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა უნდა განხორციელდეს ყველა დაინტერესებულ მხარესთან, მათ შორის სამოქალაქო საზოგადოების წევრებთან და იმ ადამიანებთან კონსულტაციის საფუძველზე, რომლებიც აივ/შიდსით არიან ინფიცირებული. დეტალური მონიტორინგი და შეფასება საშუალებას მოგვცემს ოპტიმალურად გამოვიყენოთ არსებული რესურსები და თავიდან ავიცილოთ ისეთი ნეგატიური შედეგები, როგორცაა სტიგმატიზაცია, ძალადობა, კონფიდენციალურობის დაუცველობა, იძულება ან აივ-ინფექციის მკურნალობაზე და აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული დახმარების სხვა სახეებზე პაციენტის მოთხოვნის არდაკმაყოფილება.

ის ფაქტი, რომ WHO და UNAIDS მხარს უჭერენ მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვას, არ ნიშნავს იძულებითი ან აუცილებელი აივ-ტესტირების მხარდაჭერას. მედიცინის მუშაკების ყოველდღიური საქმიანობის მთავარი პრინციპი თითოეული პაციენტის საუკეთესო ინტერესების ეფექტურად დაცვა უნდა იყოს. კერძოდ, აუცილებელია, თითოეული პაციენტი საკმარისად იქნას ინფორმირებული, რაც აუცილებელია მისგან ტესტირებაზე ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად, კონფიდენციალურობის წესების მკაცრად დაცვა, ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის ჩატარება და შესაბამის სამსახურში მიმართვის გაფორმება შემდგომი დახმარების აღმოსაჩენად.

## 2. ანოსანაბი

წინამდებარე დოკუმენტი სამედიცინო დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით განხორციელებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების საბაზო ოპერატიული სახელმძღვანელოა. იგი გათვალისწინებულია ფართო საზოგადოებისთვის, კერძოდ, ჯანდაცვის ორგანიზაციების ხელმძღვანელებისთვის, აივ/შიდსთან ბრძოლის პროგრამების ავტორებისა და კოორდინატორებისთვის, ჯანდაცვის სისტემისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების მუშაკებისთვის, რომლებიც აივ-ინფექციასთან დაკავშირებულ დახმარებას გასწევენ. მოცემულ დოკუმენტში დეტალურად არ არის განხილული კლიენტის ინიციატივით აივ-კონსულტირებისა და ტესტირების საკითხები, რადგან მათ შესახებ სათანადო სახელმძღვანელო დოკუმენტები უკვე შემუშავებულია და მათ WHO და UNAIDS ყველა შესაძლო გზით უჭერენ მხარს.

სახელმძღვანელო დოკუმენტის მიზანია იმ ამოცანების კომპლექსური გადაწყვეტა, რომლებიც კლინიკური ეფექტურობის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებების ასპექტებს გულისხმობს, სამედიცინო ეთიკის გათვალისწინებით. ეს ამოცანებია:

- აივ-ინფიცირებული პირებისთვის საშუალების მიცემა, ნებაყოფლობით მიიღონ საჭირო ინფორმაცია საკუთარი მდგომარეობის შესახებ; ისარგებლონ აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურებით, თავიდან აიცილონ აივ-ინფექციის შემდგომი გადაცემა; დაცულნი იყვნენ აივ-ინფიცირების ფაქტით გამოწვეული სტიგმატიზაციისგან, დისკრიმინაციისა და ძალადობისგან;
- მკურნალობისა და პროფილაქტიკის შედეგების გაუმჯობესება;
- თითოეული ადამიანის ავტონომიის, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალურობის უფლებების დაცვის ხელშეწყობა ყველა შესაძლო გზით;
- მეცნიერულად დასაბუთებული პოლიტიკითა და პრაქტიკით სარგებლობის ხელშეწყობა და მათ დასანერგად ხელსაყრელი პირობების შექმნის მხარდაჭერა;
- მედიცინის მუშაკთა როლისა და ვალდებულებების დაწვრილებით აღწერა აივ-ტესტირებაზე, კონსულტირებასა და მათთან დაკავშირებულ ჩარევის სხვა ზომებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საქმეში.

დოკუმენტი UNAIDS/WHO აივ-ტესტირების პოლიტიკის შესახებ 2004 წლის განცხადების თანახმად არის შემუშავებული და შემდეგ თემებს მოიცავს:

- განახლებული ტერმინოლოგია მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ჩატარებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების საკითხებში (მე-3 ნაწილი);
- მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების შესახებ რეკომენდაციები, ებიდემიის სხვადასხვა სტადიისა და მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის მიხედვით, მათ შორის ბავშვებისა და მოზარდების გათვალისწინებით (მე-4 ნაწილი);
- ისეთი ხელშეწყობის პირობების დახასიათება, როგორცაა აივ/შიდსის რეკომენდებული სამსახურების არსებობა, ასევე, დანერგვისთვის საჭირო შესაბამისი პოლიტიკის, სოციალური და სამართლებრივი მექანიზმების არსებობა (მე-5 ნაწილი);
- მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ორგანიზაციის რეკომენდებული მეთოდის აღწერა, კერძოდ, ტესტის ჩატარებამდე ინფორმირებულობის მინიმალურად საჭირო ზომის, ინფორმირებული თანხმობის მიღებისა და ინფორმირებულობის დახასიათება ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის დროს (მე-6 ნაწილი);
- ტესტირების ტექნოლოგიის მოკლე მიმოხილვა (მე-7 ნაწილი);
- მოცემული დოკუმენტის ეროვნულ ადგილობრივ პირობებთან ადაპტაციის საკითხების მოკლე მიმოხილვა (მე-8 ნაწილი);
- მონიტორინგისა და შეფასების მოკლე აღწერა (მე-9 ნაწილი).

წინამდებარე დოკუმენტი ფაქტობრივი მონაცემებისა და ექსპერტთა დასკვნების განხილვის შედეგების მიხედვით არის შედგენილი, რომლებიც 2006 წლის ივლისში WHO და UNAIDS მიერ ორგანიზებულ საკონსულტაციო სხდომაზე ჩამოყალიბდა. დოკუმენტის შედგენისას გათვალისწინებულ იქნა ონლაინ-კონსულტაციების პროცესში 150-ზე მეტი ორგანიზაციისგან და ცალკეული სპეციალისტებისგან მიღებული შენიშვნები და წინადადებები, 2006 წლის ნოემბრიდან 2007 წლის თებერვლამდე მიმდინარე პერიოდში, და მრავალრიცხოვან ორგანიზაციებთან თუ ექსპერტებთან ჩატარებული დამატებითი კონსულტაციების შედეგები.

### 3. სპეციფიკა

წინამდებარე დოკუმენტში გამოყენებულია შემდეგი ტერმინოლოგია:

**აივ-ტესტირება და კონსულტირება კლიენტის ინიციატივით** (ასევე ცნობილია “ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების” სახელწოდებით) იმ პრინციპს ეფუძნება, რომ ადამიანი აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების თხოვნით თავად აქტიურად მიმართავს იმ დაწესებულებას, რომელიც ასეთ მომსახურებას ეწვეა. კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შემთხვევაში ძირითადი ყურადღება ისეთ საკითხებს ეთმობა, როგორცაა პირადი რისკის შეფასება და მართვა, აივ-ტესტირების ჩატარების სურვილი და მსჯელობა მისი შესაძლო შედეგების გარშემო, რისკის შემცირების ინდივიდუალური სტრატეგიის შემუშავება. აივ-ტესტირება და კონსულტირება კლიენტის ინიციატივით სხვადასხვა პირობებში ტარდება, მათ შორის – სამედიცინო დაწესებულებებში, სამედიცინო დაწესებულებებს გარეთ მდებარე ავტონომიურ პუნქტებში, მობილური ამბულატორიების ბაზაზე, სხვადასხვა კომუნალურ სტრუქტურაში და სახლის პირობებშიც კი.

**აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით** – აღნიშნული გულისხმობს აივ-ტესტირებასა და კონსულტაციას, როგორც სტანდარტულ პროცედურას, რომლის ჩატარებასაც მედიცინის მუშაკი ურჩევს პაციენტს, რომელმაც სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას მიმართა. ასეთი ტესტირებისა და კონსულტირების მთავარი მიზანია დახმარების გაწევა კონკრეტული კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებაში და/ან ამა თუ იმ სამედიცინო ჩარევის დანიშნისას, რისთვისაც აუცილებელია პაციენტის აივ-სტატუსის ცოდნა.

მედიცინის მუშაკები ვალდებული არიან, ნებისმიერ ინდივიდს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას აივ-ინფექციით გამოწვეული ამა თუ იმ ჩივილითა თუ სიმპტომებით მიმართავს, აივ-ტესტირება და კონსულტირება შესთავაზონ, როგორც კლინიკური დახმარების სტანდარტული ელემენტი. კერძოდ, საუბარია ტუბერკულოზით დაავადებულებსა და იმ პირებს, რომლებზეც არსებობს ეჭვი, რომ ტუბერკულოზით არიან დაავადებული.

აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ასევე მიმართულია აივ-ინფექციის ფარული შემთხვევების გამოვლენისკენ იმ ადამიანთა შორის, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავენ, როდესაც არ არსებობს აშკარა ეჭვი ინფიცირებაზე. ამიტომ მედიცინის მუშაკებმა იმ პაციენტებს, რომელთაც არ აღემატებათ აივ-ინფექციისთვის დამახასიათებელი აშკარა კლინიკური ნიშნები, გარკვეულ ვითარებაში შეიძლება აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება ურჩიონ. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი პაციენტები შეიძლება სინამდვილეში აივ-ინფექციის მატარებლები იყვნენ და საკუთარი დადებითი აივ-სტატუსის ცოდნა მათთვის სასარგებლო იქნება, რათა მათ სპეციალური პროფილაქტიკური და/ან სამკურნალო მომსახურება მიიღონ. ასეთ პირობებში აივ-ტესტირება და კონსულტაცია მედიცინის მუშაკის რეკომენდაციით ტარდება, როგორც მომსახურების იმ პაკეტის ელემენტი, რომელიც ყველა პაციენტისთვის იქნება შეთავაზებული სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში სამედიცინო დახმარების გაწევისას.

საზგასმულია, რომ კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მსგავსად, მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირებაც ნებაყოფლობითია და მისი ჩატარებისას აუცილებელია შემდეგი სამი ძირითადი პრინციპის მკაცრად დაცვა. ეს პრინციპებია – ინფორმირებული თანხმობა, კონსულტირება და კონფიდენციალურობა.

არსებობს სხვადასხვა მოსაზრება იმის შესახებ, მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტაცია ჩატარდეს ე.წ. “ოპტ-აუთ” თუ “ოპტ-ინ” რეჟიმში.

“ოპტ-ინ” მიდგომისას პაციენტი, ტესტირებამდელი კონსულტაციის მიღების შემდეგ ფორმალურად ადასტურებს თანხმობას ტესტირებაზე. ეს მიდგომა კლინიკური გამოკვლევის ისეთი სპეციალური მეთოდების გამოყენებაზე ინფორმირებული თანხმობის მიღების ანალოგიურია, როგორცაა ღვიძლის ბიოპსია ან ქირურგიული ოპერაცია.

“ოპტ-აუთ” მიდგომის შემთხვევაში, თუ პირს ტესტირებამდელი კონსულტაციის მიღების შემდეგ არ სურს აივ-ტესტირების გავლა, მან ფორმალურად უნდა განაცხადოს უარი. ეს მიდგომა ანალოგიურია ინფორმირებული თანხმობის მიღების გამოკვლევების ჩვეულებრივი, არაინვაზიური მეთოდების გამოყენებაზე, როგორცაა მაგალითად, მკერდის უჯრედების რენტგენოგრაფია, სისხლის ანალიზი და სხვა. უმეტეს შემთხვევაში, თუ პაციენტი არ ამბობს უარს, მედიცინის მუშაკის რეკომენდაცია საკმარისი საფუძველია ტესტირების ჩასატარებლად.

WHO-ს მიერ 2003 წელს შემუშავებული პოლიტიკის ვარიანტებისა და UNAIDS/WHO აივ-ტესტირებასთან დაკავშირებული პოლიტიკის შესახებ განცხადების (2004 წ.) თანახმად, წინამდებარე დოკუმენტი მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარებას “ოპტ-აუთ” რეჟიმში გვთავაზობს. გარდა ამისა, დოკუმენტში მოცემულია რეკომენდაცია იმის შესახებ, რომ გარკვეულ ვითარებაში, მაგალითად, ისეთ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც მოსახლეობის მეტად

მგრძობიარე ჯგუფებს ემსახურება, შესაძლოა, უპირანი იყოს “ოპტ-ინ” მიდგომის გამოყენება. მიუხედავად გამოყენებული მიდგომისა – იქნება ეს “ოპტ-ინ” თუ “ოპტ-აუთი” – საბოლოო შედეგი ერთნაირი უნდა იყოს: პაციენტისგან ინფორმირებული თანხმობის ან უარის მიღება მედიცინის მუშაკის მიერ შეთავაზებულ აივ-ტესტირებაზე. მოცემულ დოკუმენტში ტერმინები “ოპტ-ინ” და “ოპტ-აუთ” ზოგადად არ გამოიყენება, არამედ გამოიყენება ცნება “აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით”, რომელიც გულისხმობს პაციენტის ინფორმირებულ უფლებას, უარი თქვას აივ-ტესტირებაზე.

დოკუმენტი არ ასხვავებს აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას, რომელიც “დიაგნოსტიკური” მიზნებით ტარდება (ანუ უტარდებათ პაციენტებს, რომელთაც აივ-სიმპტომატიკა აღენიშნებათ), და აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას, რომლის ჩატარების რეკომენდაციასაც აძლევენ იმ პირებს, რომლებიც შეიძლება ინფიცირებული იყვნენ, მაგრამ არ აღენიშნებათ აივ-ინფექციის არანაირი კლინიკური გამოვლინება. ანალოგიურად, არ გამოიყენება ტერმინები “აივ-სკრინინგი”, “რუტინული დანიშნულება”, “რუტინული რეკომენდაცია”, არამედ გამოიყენება “აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით”.

მოცემული დოკუმენტი აღწერს სიტუაციებს, რომლებშიც მედიცინის მუშაკმა პაციენტს აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის გავლა უნდა ურჩიოს.

**აივ-ტესტირება და კონსულტირება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით არ არის სავალდებულო ან იძულებითი. WHO და UNAIDS არ უჭერენ მხარს სავალდებულო და იძულებითი ტესტირების პრაქტიკას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე.**

## 4. მენიუსი მუშათა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების რეკომენდაციები წინამდებარე დოკუმენტში მოყვანილია აივ-ინფექციის ეპიდემიის სტადიების მიხედვით (ჩანართი 1).

### ჩანართი 1: აივ-ინფექციის ეპიდემიის ტიპოლოგია

WHO და UNAIDS აივ-ინფექციის ეპიდემიის შემდეგ სტადიებს გამოყოფენ:

#### 1. აივ-ეპიდემიის საწყისი სტადია

მიუხედავად იმისა, რომ აივ-ინფექცია მრავალი წელია არსებობს, იგი არასდროს გავრცელებულა ფართო მასშტაბით მოსახლეობის ამა თუ იმ ჯგუფში. რეგისტრირებული შემთხვევები იმ პირებს ეხება, რომლებიც ძალზე მაღალი ქცევითი რისკით ხასიათდებიან: სექს-მუშაკები, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, მამათმავლები. რაოდენობრივი ეკვივალენტი: მოსახლეობის არც ერთ ჯგუფში აივ-ინფექციის 5%-ზე მაღალი მდგრადი გავრცელება არ აღინიშნება.

#### 2. აივ-ინფექციის კონცენტრირებული ეპიდემია

აივ-ინფექცია სწრაფად გავრცელდა მოსახლეობის განსაზღვრულ ჯგუფებში, მაგრამ ჯერ არ «გაუდგამს ფეხს» მთლიან მოსახლეობაში. ეპიდემიის აღნიშნული სტადია მოსახლეობის განსაზღვრულ ჯგუფებში რისკის აქტიური ქსელებით ხასიათდება. ეპიდემიის შემდგომ გავრცელებას მაღალინფიცირებულ ჯგუფებსა და საერთო მოსახლეობას შორის კონტაქტების სიხშირე და ხასიათი განსაზღვრავს. რაოდენობრივი ეკვივალენტი: აივ-ინფექციის გავრცელება სტაბილურად აჭარბებს 5%-ს მოსახლეობის ერთ ჯგუფში მაინც, თუმცა მისი მახვენებელი 1%-ზე ნაკლებია ქალაქში მცხოვრებ ორსულ ქალებში.

#### 3. აივ-ინფექციის გენერალიზებული ეპიდემია

აივ-ინფექციას მყარად აქვს ფეხი გადგმული მთლიან მოსახლეობაში. მიუხედავად იმისა, რომ გაზრდილი რისკის ჯგუფებს განუსაზღვრელად დიდი წვლილი მიუძღვით აივ-ინფექციის გავრცელების საქმეში, სქესობრივი კონტაქტების სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში საკმარისია ეპიდემიის გასავრცელებლად და არ არის დამოკიდებული ინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფებზე. რაოდენობრივი ეკვივალენტი: აივ-ინფექციის გავრცელება ორსულ ქალებში სტაბილურად აჭარბებს 1%-ს.

## 4.1. რეკომენდაციები ეპიდემიის ნებისმიერ სტადიაზე

### 4.1.1. სიმპტომის მქონე პაციენტები

როდესაც პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებას ჩივილებითა და დაავადების სიმპტომებით მიმართავს, ცხადია, იგი იმედოვნებს, რომ დიაგნოზს დაუსვამენ და საჭირო კლინიკურ დახმარებას გაუწევენ. აივ-ეპიდემიის ნებისმიერ სტადიაზე მედიცინის მუშაკები აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის, როგორც კლინიკური დახმარების სტანდარტული ელემენტის ჩატარებას უნდა ურჩევდნენ ყველა ზრდასრულს, მოზარდსა თუ ბავშვს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას ამა თუ იმ ჩივილით, სიმპტომით ან პათოლოგიური მდგომარეობით მიმართავს, რაც შეიძლება აივ-ინფექციით იყოს გამოწვეული.

აივ-ინფექციის შესაძლო კლინიკური გამოვლინებების რიცხვში შედის ტუბერკულოზი და სხვა პათოლოგია, რომელიც აღწერილია WHO-ის აივ-ინფექციის კლინიკური სტადიების კლასიფიკაციაში, მაგრამ მისით არ შემოიგარგლება: აივ-ინფექცია შეიძლება გამოვლინდეს სხვადასხვა არასპეციფიკური და უმნიშვნელო დარღვევებით.

აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის გაგვას ყველაზე ხშირად პაციენტს სთავაზობენ სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესში, როდესაც მისი მდგომარეობა მწვავეა, თუმცა მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული, რომ პირები, რომელთაც ისეთი კლინიკური გამოვლინებები აღინიშნებათ, რომლებიც აივ-ინფიცირების ეჭვს ბადებს, შეიძლება სამედიცინო დაწესებულებას სხვა სახის მომსახურების მისაღებად მიმართავდნენ. ისეთი პაციენტებისთვის, რომელთაც აივ-ინფექციისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები აღინიშნებათ, აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარებლობა არადაამაკაყოფილებელი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე მიუთითებს.

#### 4.1.2. ბავშვები, ხომელთაყ სიმკომები აღნიშნებათ და ინფიციების ხისის ქვეშ ახიან

დედიდან ბავშვზე აიგ-ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის პროგრამების განხორციელების დროს სამედიცინო დაკვირვების მნიშვნელოვანი პროცესია იმ ბავშვების აიგ-სტატუსის დადგენა, რომელთაც აიგ-ინფექციასთან მუცლადყოფნის, მშობიარობის დროს ან ძუძუთი კვების პერიოდში აქვთ შეხება. ამიტომ ყველა ჩვილისთვის, რომელიც აიგ-ინფიცირებული დედისგან იბადება ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო ინფიცირების რისკის ქვეშ არის, რეკომენდებულია აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის, როგორც სამედიცინო დაკვირვების სტანდარტული კომპონენტის ჩატარება.

სიცოცხლის პირველი 18 თვის განმავლობაში საჭიროა აიგ-ტესტები, რომლებიც ვირუსული ნაწილაკების ან მათი წარმოებულების აღმოჩენას ეფუძნება (ვირუსოლოგიური ტესტირება), რადგან მეთოდები, რომლებიც აიგ-ანტიბიოტიკების გამოვლენას ეყრდნობა, ყოველთვის არ იძლევა ბავშვის აიგ-სტატუსის სარწმუნო სურათს. თუმცა ვირუსოლოგიური მეთოდები, როგორც წესი, გაცილებით ძვირად ღირებულა და ტექნიკურად რთული.

ბავშვებში აიგ-ინფექცია ძალიან სწრაფად პროგრესირებს და მათთვის დამახასიათებელია კლინიკური გამოვლინებების არასპეციფიკური ხასიათი. ამიტომ გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში აიგ-ტესტირება და კონსულტაცია საჭიროა ჩაუტარდეს ყველა ბავშვს, რომელსაც ზრდაში შეფერხება და კვებითი დარღვევა აღენიშნება. გარკვეულ სიტუაციაში, მაგალითად, როდესაც კვებითი დარღვევის შემთხვევაში სწორად დანიშნულ დიეტურ მკურნალობას შედეგი არ მოაქვს და მოცემული ფაქტის ახსნა ვერ ხერხდება, მიზანშეწონილია აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანიშვნა, აიგ-ინფექციის სხვა ადგილობრივი ეპიდემიური მახასიათებლების შემთხვევაშიც კი.

იმის დადგენა, თუ რამდენად საჭიროებს ბავშვი აიგ-ტესტირებას, დამუშავებული კლინიკური ალგორითმების გამოყენებით შეიძლება (მაგალითად, ალგორითმებით, რომლებიც ბავშვთა ასაკის დაავადებების ინტეგრირებული მართვის სახელმძღვანელო პრინციპებში არის მოცემული).

#### 4.1.3. ციხემციზია (ნინადევეთა) მამაკაცებში, ხოგოხ აიგ-ინფექციის ჰიფიდაქტივის ზომა

უკანასკნელმა კვლევებმა ცხადყო, რომ მამაკაცებში ცირკუმციზიის ეფექტურობა, მამაკაციდან ქალზე აიგ-ინფექციის გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით, თითქმის 60%-ის ტოლია. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, WHO-მ და UNAIDS-მა გამოსცეს რეკომენდაციების სერია, რომლებშიც მამაკაცებში წინადაცვეთის, როგორც აიგ-ინფექციის პროფილაქტიკის ზომის ეფექტურობა მტკიცდება. მოცემული რეკომენდაციები ძირითადად მამაკაცებში წინადაცვეთის პოპულარიზაციასთან არის დაკავშირებული იმ რეგიონებში, სადაც აიგ-ინფექცია ფართოდ არის გავრცელებული და სადაც წინადაცვეთის ტრადიცია ნაკლებად არსებობს. ამ რეკომენდაციების თანახმად, კარგია, თუ ყველა მამაკაცს, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას ცირკუმციზიის მოთხოვნით, აიგ-ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით, აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარებას ურჩევენ.

### 4.2. მედიცინის მუშაყთა ინიციატივით აიგ-ტესტირება და ყონსულტაცია გენეხალიზებული ეპიდემიის დროს

#### 4.2.1. აიგ-ტესტირებისა და ყონსულტაციის ჩატარება ყველა სამედიცინო დანესებლებაში

გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში, თუ არსებობს ხელშემწყობი გარემო და ადეკვატური რესურსები, კერძოდ, აიგ-პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და მოვლის რეკომენდებული სტანდარტები (იხ. მე-5 ნაწილი), მედიცინის მუშაკები ყველა ზრდასრულსა და მოზარდს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს, უნდა სთავაზობდნენ აიგ-ტესტირებასა და კონსულტაციას. ეს რეკომენდაცია ეხება დახმარების როგორც თერაპიულ, ისე ქირურგიულ სახეებს, სახელმწიფო და კერძო დაწესებულებებს, სტაციონარულ და ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობას, მათ შორის მობილურ და აუთორიის სამსახურებს.

მედიცინის მუშაკები აიგ-ტესტირებასა და კონსულტაციას, როგორც კლინიკური დახმარების სტანდარტულ ელემენტს უნდა სთავაზობდნენ ყველა პაციენტს, მიუხედავად იმისა, აღენიშნება თუ არა მას ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც აიგ-ინფექციის არსებობაზე მიუთითებენ.

#### 4.2.2. დანესების ჰიოხიტუტები

გენერალიზებული ეპიდემიის დროს რესურსებისა და სიმძლავრეების დეფიციტის შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანერგვის პროცესში რიგითობის განსაზღვრა – შეირჩევა ის პრიორიტეტული სამედიცინო დაწესებულება

ბები და მოსახლეობის ჯგუფები, საიდანაც აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა დაიწყო. პრიორიტეტული სამედიცინო დაწესებულებების ან პაციენტების ჯგუფების შერჩევა რეკომენდებულია ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური სიტუაციისა და სოციალური კონტექსტის შეფასების შედეგებზე დაყრდნობით. ასეთი შეფასების ჩატარების ძირითადი ეტაპები აღწერილია მე-8 ნაწილში.

შესაძლებელია შემდეგი პრიორიტეტული სამედიცინო დაწესებულებების დადგენა, სადაც მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა მოხდება:

- *ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებები, მათ შორის ტუმბორკულოზთან ბრძოლის დაწესებულებები*

გენერალიზებული ეპიდემიის დროს ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფებს შორის, როგორც წესი, ბევრია აივ-ინფიცირებული, რომელთაც დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და მოვლა სჭირდებათ. რადგან იმუნოდეფიციტის ყველაზე მძიმე შემთხვევებშიც კი, რაც აივ-ინფექციით არის გამოწვეული, ყოველთვის არ ხდება დაავადების ტიპური კლინიკური ნიშნების გამოვლენა, აივ-ინფექციის ფართო გავრცელების რეგიონებში საჭიროა ჩატარდეს ყველა ჰოსპიტალიზებული პაციენტის აივ-ტესტირება და კონსულტაცია. კერძოდ, საუბარია ტუმბორკულოზით დაავადებულ პაციენტებზე და პირებზე, რომლებიც ტუმბორკულოზით დაავადების ეჭვქვეშ არიან.

მიუხედავად იმისა, რომ ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფებთან შედარებით, ამბულატორიული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა ჩვეულებრივ ნაკლებად საგანგაშოა, გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება საჭიროა ყველა იმ პირისთვის, რომელიც ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებს დახმარებისთვის მიმართავს.

- *მშობიარობამდელი, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი დახმარების დაწესებულებები*

ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე ჩატარებული აივ-ტესტირება და კონსულტაცია საშუალებას აძლევს ორსულ ქალებს, პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და მოვლის მომსახურებით ისარგებლონ და საჭირო დახმარება მიიღონ საკუთარ შეილებზე აივ-ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირების მიზნით.

ქალების დიდი ნაწილი სამედიცინო დაწესებულებას მხოლოდ მშობიარობის მიზნით მიმართავს და არ აქვს გავლილი აივ-ტესტირება და კონსულტაცია ორსულობის პერიოდში. ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკის ჩატარება დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის პრევენციის მიზნით ეფექტურია ორსულობის პერიოდში, მშობიარობის დროს და ადრეულ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში უფრო ეფექტურია, მისი ეფექტურობა ასევე დადასტურდა მშობიარობის დაწყების მომენტში ხოლო ჩვილისთვის დაბადებისთანავე. აქედან გამომდინარე, აივ-ტესტირება და კონსულტაცია რეკომენდებულია ჩატარდეს ყველა იმ ქალს მშობიარობის პერიოდში, რომლის აივ-სტატუსი უცნობია, ხოლო თუ ამგვარი ზომის მიღება მშობიარობის პერიოდში შეუძლებელია, მაშინ იგი უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება მალე მშობიარობის შემდეგ.

თუ აივ-ტესტირება პირველად ტარდება, მშობიარობის შემდგომ პერიოდში უნდა ჩატარდეს – სასურველია, პირველ დღეებში, რათა დედამაც და ბავშვმაც აივ-სამსახურების მომსახურებით, მხარდაჭერითა და ბავშვის კვების საკითხებთან დაკავშირებით კონსულტაციით ისარგებლონ. საჭიროების შემთხვევაში კი ბავშვის აივ-სტატუსი დადგინდება.

ჩვილის კვების საკითხებთან დაკავშირებით ანტირეტროვირუსულ პროფილაქტიკასა და კონსულტაციას დიდი მნიშვნელობა აქვს დედიდან ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემის პრევენციის მიზნით და ასეთი ჩარევა იმ ორსული ქალების მომსახურების სტანდარტულ პაკეტში უნდა შედიოდეს, რომელთაც მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შედეგად დაუდგინდათ აივ-ინფექცია. ასეთ პირობებში ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს აივ-ის სწრაფი ტესტების გამოყენებას, რომლებიც საჭირო ზომების დროულად დანიშნისა და განხორციელების საშუალებას იძლევა.

[მნიშვნელოვანია, რომ ტესტის უარყოფითი შედეგების მქონე ქალებს ინფიცირების პროფილაქტიკის მიზნით დაწყებულ გავლილ დახმარება ორსულობისა და ძუძუთი კვების დროს, რადგან მოცემულ პერიოდში გოგირდკონვერსიის შემთხვევაში დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის რისკი ძალიან დიდია.](#)

ქალებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაცია, გამოვლენილი აივ-ინფექციის შესახებ საქმის კურსში ჩააყენონ პარტნიორი და ურჩიონ მას, გაიაროს აივ-ტესტირება და კონსულტაცია. პარტნიორის ტესტირება შეიძლება ჩატარდეს სამედიცინო დაწესებულებაში, მაგალითად, ოჯახური წყვილის კონსულტირების შემდეგ ან პარტნიორის გაგზავნით სამსახურებში, რომლებიც აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას კლიენტის ინიციატივით ეწევიან.

• *სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სამსახურები*

გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში აივ-ინფექცია ძირითადად ჰეტეროსექსუალური კავშირების შედეგად ვრცელდება. ამასთან, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ვირუსის გადაცემისა და აივ-ინფიცირების რისკს ზრდის. დაწესებულებები, სადაც სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებს მკურნალობენ, სქესობრივად აქტიური მამაკაცებისა და ქალების საკუთარი აივ-სტატუსის შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლებისა და მათთვის აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და მოვლის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის მნიშვნელოვანი რესურსია.

შესაბამისად, გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში რეკომენდებულია აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების შეთავაზება ყველა პირისთვის, რომელიც დაწესებულებას ან სქესობრივი ჯანმრთელობის სამსახურებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციასთან დაკავშირებული დახმარების მისაღებად მიმართავს, ასევე, აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება უნდა შეთავაზოთ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადებულ პაციენტებს, რომლებიც ნებისმიერ სხვა სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ.

საჭიროა, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადებულ პაციენტებს ყველა შესაძლო გზით ვურჩიოთ, რათა მათ პარტნიორებს შესთავაზონ, მათაც გაიარონ აივ-ტესტირება და კონსულტაცია. პარტნიორის ტესტირება შეიძლება სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდეს, მაგალითად, ოჯახური წყვილის კონსულტირების შემდეგ ან პარტნიორის წარგზავნით სამსახურებში, რომლებიც აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას კლიენტის ინიციატივით ახორციელებენ.

• *სამედიცინო სამსახურები, რომლებიც ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფებს ემსახურებიან*

ეპიდემიის ნებისმიერ სტადიაზე არის მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები, რომლებიც აივ-ინფიცირების შედარებით მაღალი რისკის წინაშე დგანან. კერძოდ ასეთ ჯგუფებში შედიან: სექს-ბიზნესის მუშაკები და მათი კლიენტები, ინიექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, მამათმავლები, თავისუფლების აღკვეთის ადგილზე მყოფი პირები, მიგრანტები და ლტოლვილები. ამ ჯგუფების წარმომადგენლებს, როგორც წესი, ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით უფრო მეტი პრობლემა აქვთ და ხელიც ნაკლებად მიუწვდებათ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე.

აუცილებელია სტრატეგიების შემუშავება, რომლებიც მოცემული ჯგუფების აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობისა და ამ მომსახურებით სარგებლობის მასშტაბის ზრდისკენ იქნება მიმართული. კერძოდ ეს უნდა განხორციელდეს ნოვატორული მიდგომების ხარჯზე, რომლებიც კლიენტების მოზიდვაზე იქნება ორიენტირებული. ასეთ მიდგომებში შეიძლება შედიოდეს მობილური ამბულატორიების ან სხვა სამსახურების გამოყენება ადგილობრივ თანასახოვადებებში, ზიანის შემცირების პროგრამები და აუთრიჩის სხვა ვარიანტები. პირებს, რომლებიც თავისუფლების აღკვეთის ადგილებზე იმყოფებიან, მუდმივად უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე, მაგრამ არ უნდა ექვემდებარებოდნენ იძულებით აივ-ტესტირებას. კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მცდელობის ერთ-ერთ ზომას უნდა წარმოადგენდეს ახალი წამოწყებები სოციალური მობილიზაციისა და განათლების სფეროში, რომელთა მიზანიც იქნება, ხელი შეუწყონ ადამიანების დაინტერესებას, გაიგონ საკუთარი აივ-სტატუსი და ისარგებლონ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებით.

ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფები, აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით სპეციფიკური სამედიცინო მო-თხოვნების გამო, ხშირად საჭიროებენ დახმარების სპეციალურ სახეებს, მაგალითად, მწვავე მდგომარეობის დადგომისას, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ან ნარკოტიკ-დამოკიდებულების შემთხვევაში. ამდენად, ყველა პაციენტს, რომელიც ასეთ დაწესებულებებსა და სამსახურებს მიმართავს, უნდა ვურჩიოთ აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება, თუ ამგვარი ზომა ეპიდემიოლოგიურად და სოციალურად მისაღებია. მოცემულ პირობებში, სამედიცინო მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის გეგმების ფარგლებში უპირველესი ყურადღება უნდა დაეთმოს შესაბამისი პოლიტიკის გატარებისა და აუცილებელი სოციალური და სამართლებრივი მხარდაჭერის მექანიზმების შემუშავების საკითხებს (იხ. თავი 5.2).

აივ-ინფექციის გადაცემის ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფები შეიძლება, ყველაზე მეტად მგრძობიარე აღმოჩნდეს იძულების, დისკრიმინაციის, ძალადობის, სოციალური იზოლაციის, დაპატიმრების და აივ-ინფიცირების ფაქტის გამჟღავნებით გამოწვეული სხვა ნეგატიური მოვლენებისადმი. აუცილებელია გათვალისწინებული იქნას იმ სამედიცინო მუშაკების სპეციალური მომზადება და მათ საქმიანობაზე კონტროლი, რომლებიც დახმარებას უწევენ ასეთ კონტინგენტს, ინფორმირებული თანხმობისა და კონფიდენციალურობის პრინციპების დაცვის მიზნით. შეიძლება საჭირო გახდეს აივ-ტესტირებაზე

უარის თქმის უფლების, აიგ-ტესტირებისა და სტატუსის გამჟღავნების რისკისა და სარგებლის ბალანსისა და სოციალური მხარდაჭერის საკითხების დამატებით განხილვა. ყველაზე მგრძობიარე ჯგუფებთან მუშაობისას ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს “ოპტ-აუთ” მიდგომის გამოყენება.

ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფებისა და მათი ინტერესების წარმომადგენლების ჩართვა აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების პროტოკოლების შემუშავების პროცესში და ასევე, მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების მონიტორინგსა და შეფასებაში ხელს შეუწყობს უფრო შესაფერისი და მისაღები პრაქტიკული მიდგომების გამოყენებას.

ჯანდაცვის სამსახურები ასევე უნდა უზრუნველყოფდნენ პაციენტების მიმართვის მექანიზმებს ადგილობრივი თანასახოგადობებისა და სამოქალაქო საზოგადოებრივი ჯგუფების დონეზე არსებულ ორგანიზაციაში, რომელიც პაციენტებს პროფილაქტიკის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურებას შესთავაზებს.

• *სამსახურები 10 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის*

გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში ბავშვების მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომელიც დახმარებას სამედიცინო დაწესებულებაში იღებს, აიგ-ინფიცირებულია. ბავშვებში აიგ-ინფექცია უფრო სწრაფად პროგრესირებს, ვიდრე ზრდასრულ ადამიანებში და ამასთან, სიმპტომატიკა ხშირად არასპეციფიკურ ხასიათს ატარებს. აიგ-ინფიცირებული ბავშვების მინიმუმ 1/4 1 წლამდე ასაკში იღუპება იმის გამო, რომ არ მიუწვდებოდათ ხელი დახმარებაზე და იმავე მიზეზით იღუპება აიგ-ინფიცირებული ბავშვების უმეტესობა 5 წლამდე ასაკში. ანტირეტროვირუსული თერაპია და/ან ჩარევის ისეთი ზომები, როგორცაა პროფილაქტიკა კოტრიმოქსაზოლის გამოყენებით, მნიშვნელოვნად ამცირებს ბავშვთა დაავადებასა და სიკვდილიანობას, რაც აშკარად მეტყველებს ბავშვებში აიგ-ინფექციის ადრეული გამოვლენის დიდ მნიშვნელობაზე.

ამდენად, გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში აიგ-ტესტირება და კონსულტირება რეკომენდებულია ყველა ბავშვისთვის, რომელსაც დახმარებას უწევს პედიატრიული დაწესებულება.

არსებობს ბავშვების ტესტირებასთან დაკავშირებით ინფორმირებული თანხმობის მიღების სპეციალური წესი (იხ. მე-6 ნაწილი).

რადგან ბავშვის ორგანიზმში სიცოცხლის პირველ წელს შეიძლება იყოს დედის ანტისხეულები, სეროლოგიური ტესტები ყოველთვის არ იძლევა ბავშვის აიგ-სტატუსის სარწმუნო სურათს. იდეალური ვარიანტია, თუ ბავშვს 18 თვის ასაკამდე შეძლებისდაგვარად ჩაუტარდება აიგ-ტესტირება ვირუსოლოგიური მეთოდების გამოყენებით (იხ. მე-7 თავი).

რადგან ბავშვები, როგორც წესი, სამედიცინო დაწესებულებებში მშობლებთან ერთად მოდიან, ეს იძლევა შესაძლებლობას, აიგ-ტესტირებასა და კონსულტაციაზე გაიგზავნოს როგორც ავადმყოფი ბავშვის მშობელი, ისე მისი და-ძმა, მაგალითად – მშობლების კონსულტირების შემდეგ სამედიცინო დაწესებულებაში ან მათი მიმართვით იმ დაწესებულებაში, რომელიც აიგ-ტესტირებასა და კონსულტირებას კლიენტის ინიციატივით განახორციელებს. აიგ-ტესტირება და კონსულტირება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აიგ-ინფიცირებული ბავშვების მშობლებისა და იმ მშობლებისთვის, რომელთაც არ გაუვლიათ ტესტირება «დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის პრევენციის» მომსახურების ფარგლებში.

• *ქირურგიული სამსახურები*

აიგ-ტესტირების ჩატარება მხოლოდ “ინფექციური კონტროლის” მიზნით არ არის გამართლებული, რადგან უსაფრთხოების წინასწარი სტანდარტული ზომების მიღება საჭიროა ყველა პაციენტის შემთხვევაში, მისი აიგ-სტატუსის მიუხედავად. დაუშვებელია, აიგ-ტესტირების შედეგების მიხედვით პაციენტს უარი ეთქვას ქირურგიულ ან კლინიკურ მომსახურებაზე, რომელსაც იგი საჭიროებს.

მიუხედავად იმისა, რომ სხვა პროფილის პაციენტებთან შედარებით, ქირურგიულ პაციენტებში აიგ-ინფექციის გავრცელება ზოგადად დაბალია, გენერალიზებული ეპიდემიის დროს რეკომენდებულია, აიგ-ტესტირება და კონსულტაცია ჩაუტარდეს ყველა პირს, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებებში გაეწევა ქირურგიული დახმარება. გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანიშნის ამოცანა ქირურგიული პროფილის პაციენტებისთვის და ყველა იმ პირისთვის, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს, იმაში მდგომარეობს, რომ ხელი შეეწყოს აიგ-ინფექციის დროულ გამოვლენას და კლიენტებისთვის ოპტიმალური დახმარებისა და მხარდაჭერის აღმოჩენას.

ასევე რეკომენდებულია, აიგ-ტესტირება და კონსულტირება შეეთავაზოს ყველა მამაკაცს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას ცირკუმციზიის (წინადაცვეთის) თხოვნით მიმართავს, აიგ-ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით.

• *მოზარდთა სამსახურები*

გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში მოზარდები (10-19 წლის ასაკის), განსაკუთრებით კი გოგონები აივ-ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ არიან. სამედიცინო დაწესებულების კედლებში მოზარდებთან კონტაქტი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით მათი ინფორმირებულობისა და კონსულტირების საშუალებას იძლევა. ამიტომ გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში მოზარდთა ჯანდაცვის სამსახურებში რეკომენდებულია მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პრიორიტეტული წესით დანერგვა.

მოზარდთა ტესტირებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინფორმირებული თანხმობის მიღების საკითხებს (იხ. მე-6 თავი).

• *რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურები, მათ შორის ოჯახის დაბეზვვის სამსახურები*

საკუთარი აივ-სტატუსის ცოდნა შეიძლება ქალს დაეხმაროს, მიიღოს დამოუკიდებელი და დასაბუთებული გადაწყვეტილება კონტრაცეპტული საშუალებების გამოყენებით შვილების სასურველი რაოდენობის, ორსულობებს შორის ინტერვალებისა და ორსულობის დაგეგმვის შესახებ. ამიტომ გენერალიზებული ეპიდემიის შემთხვევაში რეკომენდებულია მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ჩართვა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურების მომსახურების პაკეტში.

რეკომენდებულია, აივ-ინფიცირებულ ქალებს შევთავაზოთ, თავად ურჩიონ პარტნიორს, გაიაროს აივ-ტესტირება და კონსულტაცია. პარტნიორის ტესტირება შეიძლება ჩატარდეს სამედიცინო დაწესებულებაში, მაგალითად, ოჯახური წევლის კონსულტირების შემდეგ ან პარტნიორის გაგზავნით იმ სამსახურებში, რომლებიც აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას კლიენტის ინიციატივით ეწევიან.

### **4.3. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და უონსუელსიხება აივ-ეპიდემიის უონსუელსიხებულ და სანის სტადიაზე**

#### **4.3.1. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით პიოპიოტეტილი აივ-ტესტირება და უონსუელსიხება პაციენტებისთვის აივ-ინფექციის ელინიუი გამოვლინებით**

ეპიდემიის საწყის და კონცენტრირებულ სტადიაზე არ არის საჭირო, მედიცინის მუშაკებმა აივ-ტესტირება და კონსულტირება ყველა იმ პირს შესთავაზონ, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს, რადგან უმეტესი მათგანისთვის აივ-ინფიცირების რისკი მაღალი არ არის. ასეთ პირობებში რეკომენდებულია, აივ-ტესტირება და კონსულტირება უპირველეს ყოვლისა ყველა ზრდასრულს, მოზარდსა და ბავშვს შევთავაზოთ, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას ამა თუ იმ პათოლოგიური გადასრების მიზეზით მიმართავს, რაც შეიძლება აივ-ინფექციით იყოს გამოწვეული, მათ შორის – ტუბერკულოზით დაავადებულებს, ასევე, ბავშვებს, რომელთაც შეხება ჰქონდათ აივ-ინფექციასთან პერინატალურ პერიოდში.

თუ დაკვირვების შედეგები გვიჩვენებს, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულებს შორის აივ-ინფექციის გავრცელება უმნიშვნელოა, ასეთი პაციენტებისთვის დიაგნოსტიკური აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პრიორიტეტული ჩატარება შეიძლება არ ჩაითვალოს საჭიროდ.

#### **4.3.2 სხვადასხვა სამედიცინო დანებებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და უონსუელსიხების დანებების ვაიანები**

მიუხედავად იმისა, რომ აივ-ინფექციის გავრცელების მოცულობა ქვეყნის მასშტაბით შეიძლება დაბალი იყოს, ეს მაჩვენებელი და/ან ინფექციის გადაცემის რისკი შეიძლება გაიზარდოს ცალკეულ რეგიონებში, მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში ან იმ პირებს შორის, რომლებიც კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავენ. დაწყებითი ან კონცენტრირებული ეპიდემიის პირობებში გადაწყვეტილება იმის შესახებ, თუ რომელ სამედიცინო დაწესებულებაში და რა სახით განხორციელდეს მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირება, უნდა ეფუძნებოდეს ადგილზე ეპიდემიოლოგიური და სოციალური სიტუაციის შეფასების შედეგებს. გარდა ამისა, შეიძლება განხილულ იქნას მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის შესაძლებლობა იმ დაწესებულებებში, რომლებიც შემდეგ სამედიცინო-სანიტარულ მომსახურებას გასწევენ:

• *სქსობრივი გზით გადადები ინფექციების დაწესებულებები*

გამოიყენება რეკომენდაციები, რომლებიც მოცემულია გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებისთვის (იხ. ნაწილი 4.2.2).

- სამედიცინო სამსახურები ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის

გამოიყენება რეკომენდაციები, რომლებიც მოცემულია გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებისთვის (იხ. ნაწილი 4.2.2).

- მშობიარობამდელი, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი დახმარების დაწესებულებები

რიგმა ქვეყნებმა, სადაც ეპიდემიის კონცენტრირებული ან დაწყებითი სტადია აღინიშნება, მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პოლიტიკა ყველა ორსული ქალისთვის დანერგეს, აივ-ინფექციის ბავშვებზე გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით.

სხვა, განსაკუთრებით კი ძალზე შეზღუდული რესურსების მქონე ქვეყნები არ ატარებენ “ვირუსის დედიდან ბავშვზე გადაცემის პრევენციის” პროგრამებს და საკუთარ ძალებს სხვა მათთვის პრიორიტეტული მიმართულებებისკენ მიმართავენ. დაწყებითი ან კონცენტრირებული ეპიდემიის პირობებში გადაწყვეტილება იმის შესახებ, ჩატარდეს თუ არა მოცემულ სამსახურებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტაცია, უნდა ეფუძნებოდეს არსებული რესურსებისა და ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური და სოციალური სიტუაციის შეფასების შედეგებს. შეიძლება უპრიანი იყოს აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება იმ ორსული ქალებისთვის, რომლებიც ეროვნული ან ადგილობრივი კრიტერიუმებით აივ-ინფიცირების გაზრდილი რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნებიან.

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ქვეყანამ აივ/შიდსის ეროვნულ გეგმებში უნდა ჩართოს დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის საკითხები იმ შემთხვევაშიც კი, თუ დაწყებით ეტაპზე საუბარია “ვირუსის დედიდან ბავშვზე გადაცემის პრევენციის” კომპლექსური პროგრამის მხოლოდ ცალკეული ელემენტების დანერგვაზე. ორსული ქალების კონსულტირებისას მშობიარობამდელი დახმარების ფარგლებში რეკომენდებულია მათი ინფორმირება “ვირუსის დედიდან ბავშვზე გადაცემის პრევენციისა” და აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების საკითხების შესახებ.

კონცენტრირებული ან დაწყებითი ეპიდემიის შემთხვევაში მედიცინის მუშაკებმა არ უნდა ურჩიონ აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება ყველა ბავშვს, რომელსაც პედიატრიულ დახმარებას აღმოუჩენენ. აივ-ტესტირება უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ ბავშვებს, რომელთაც პათოლოგიური გადახრები დაუდგინდათ, რაც პოტენციურად დაკავშირებულია აივ-ინფექციასთან ან იმ ბავშვებს, რომლებიც ინფიცირების აშკარა რისკის ქვეშ არიან.

#### 4.4. დასკვნითი ხელოვნება

##### **ეპიდემიის ნებისმიერ სტადიაზე**

სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-ტესტირება და კონსულტირება შეიძლება შევთავაზოთ შემდეგი კატეგორიის პაციენტებს:

- ყველა მოზრდილს, მოზარდსა და ბავშვს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას ამა თუ იმ ჩივილით, სიმპტომებით ან პათოლოგიური მდგომარეობით მიმართავს, რაც შეიძლება აივ-ინფექციაზე მიუთითებდეს, მათ შორის ტუბერკულოზით დაავადებულებს\*;
- ბავშვებს, რომლებიც ინფიცირების აშკარა რისკის ქვეშ არიან და ბავშვებს, რომლებიც აივ-ინფიცირებული ქალების შეილები არიან;
- ბავშვებს, რომელთაც ზრდის შეფერხება ან კვების დარღვევები აღინიშნებათ და მიუხედავად ჩატარებული დიეტოთერაპიისა, დადებითი ეფექტი არ შეიმჩნევა გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში;
- მამაკაცებს, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებას აივ-ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით ცირკუმციზიის (წინადაცვეთის) მოთხოვნით მიმართავენ.

\* თუ დაკვირვების შედეგები გვიჩვენებს, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულებს შორის აივ-ინფექციის გავრცელება ძალზე დაბალია, ასეთი პაციენტების დიაგნოსტიკური აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პრიორიტეტული ჩატარება შეიძლება არ ჩაითვალოს საჭიროდ.

### **ბენეფიციარული ეკიდეზის პირობებში**

რეკომენდებულია, აივ-ტესტირება და კონსულტირება დამატებით შევთავაზოთ ყველა სამედიცინო დაწესებულების ყველა პაციენტს, მათ შორის თერაპიული და ქირურგიული დახმარების შემთხვევაშიც – სახელმწიფო და კერძო დაწესებულებებში, სტაციონარულ და ამბულატორიულ პირობებში, მათ შორის მობილურ და აუთრიჩის სამსახურებში.

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ეტაპობრივი დანერგვის შემთხვევაში რეკომენდებულია პრიორიტეტის მინიჭების შემდეგი საორიენტაციო რიგის დაცვა, ადგილობრივი პირობების გათვალისწინებით:

- თერაპევტული პროფილის ამბულატორიული და სტაციონარული დაწესებულებები, მათ შორის ტუბერკულოზის დაწესებულებები;
- მშობიარობამდელი, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი დახმარების დაწესებულებები;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სამსახურები;
- სამედიცინო სამსახურები, რომლებიც ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფებს ემსახურებიან;
- სამსახურები 10 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის;
- მოზარდთა სამსახურები;
- ქირურგიული სამსახურები;
- რეპოდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურები, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებიც.

### **აივ-ინფექციის კონცენტრირებული და დაწყებითი ეკიდეზის პირობებში**

რეკომენდებულია დამატებით განვიხილოთ მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის შესაძლებლობა შემდეგ სამედიცინო-სანიტარულ სამსახურებში:

- სქესობრივი გზით გადამცემი ინფექციების სამსახურები;
- სამედიცინო სამსახურები, რომლებიც ყველაზე მაღალი რისკის მოსახლეობას ემსახურებიან;
- მშობიარობამდელი, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი დახმარების დაწესებულებები;
- ტუბერკულოზთან ბრძოლის სამსახურები.

# 5. ხანგრძლივი ბაზრობის შექმნა

მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ჩატარებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესება, რაც აივ-ინფექციის დროული გამოვლენით, მისი შემდგომი გავრცელების თავიდან აცილებითა და აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით მიიღწევა. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა უნდა გულისხმობდეს იძულებითი ტესტირებისა და აივ-სტატუსის არასანქცირებული გამჟღავნებისგან დაცვის ზომების მიღებას, ასევე იმ ფაქტის პოტენციური ნეგატიური შედეგების თავიდან აცილებას, როდესაც ადამიანის აივ-სტატუსის შესახებ გარშემო მყოფები გეზულობენ. პოტენციურ ნეგატიურ მოვლენებში შედის დისკრიმინაციული დამოკიდებულება მედიცინის მუშაკთა მხრიდან, ტესტირების ფინანსური ტვირთი, ინდივიდუალური აივ-სტატუსის არასანქცირებული გამჟღავნება, რასაც დისკრიმინაცია და ძალადობა მოჰყვება. ქალები, აივ-ინფიცირების ფაქტის გამჟღავნების შემთხვევაში, მამაკაცებთან შედარებით მეტად განიცდიან დისკრიმინაციას, ძალადობას, უფრო ხშირია ოჯახის რღვევის შემთხვევები და სოციალური იზოლაციის რისკი. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში ქალების აივ-სტატუსის პრობლემების შესახებ ჩატარებული კვლევების შედეგები უმეტეს შემთხვევაში პოზიტიურ რეაქციას გვიჩვენებენ აივ-სტატუსის გამჟღავნებაზე, მაინც აქვს ადგილი ქალის აივ-სტატუსის გამჟღავნებით პროვოცირებულ ძალადობის ფაქტებს, რაც დღის წესრიგში აყენებს პროფილაქტიკური ზომების მიღების აუცილებლობას.

დადებითი შედეგები უმეტესად მაშინ აღინიშნება, როდესაც აივ-ტესტირება და კონსულტაცია კონფიდენციალურობის დაცვით და ინფორმირებული თანხმობის მიღების პირობებში ტარდება. მუშაკები შესაბამის კვალიფიკაციას ფლობენ, პაციენტი მიმართავს იღებს შემდგომი დაკვირვების სამსახურებში, მოქმედებს სათანადო სოციალური პოლიტიკა და სამართლებრივი მექანიზმები დისკრიმინაციის თავიდან ასაცილებლად.

## 5.1. აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული ჰეგონიზებული მომსახურება

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირება და კონსულტირება აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურების რეკომენდებული პაკეტის პირობებში უნდა ჩატარდეს, რომელიც აღწერილია ცხრილში N1. არ არის აუცილებელი, ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი მომსახურება იმ დაწესებულებაში განხორციელდეს, სადაც ტესტირება მიმდინარეობს, თუმცა მათზე პაციენტს ხელი უნდა მიუწვდებოდეს, რაც შესაბამის ადგილობრივ სტრუქტურებში მისი გაგზავნის მექანიზმების გამოყენებით უნდა განხორციელდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ ანტირეტროვირუსული თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობები იზრდება, მოსახლეობას მსოფლიოს ყველა კუთხეში ასეთ თერაპიაზე ხელი არ მიუწვდება. თუმცა ცხრილში N1 აღწერილი ზრუნვისა და მხარდაჭერის მომსახურების პაკეტის გამოყენებამ შეიძლება მაინც მოგვიტანოს მნიშვნელოვანი დადებითი შედეგები იმ პირების ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვალსაზრისით, რომელთაც აივ-ინფექცია დაუდგინდათ. ანტირეტროვირუსული თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა არ უნდა იქნას განხილული, როგორც მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების აუცილებელი წინაპირობა, თუმცა უნდა დაიგეგმოს მკურნალობის ამ მეთოდის დანერგვა ეროვნული გეგმის ფარგლებში, რაც ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ითვალისწინებს ყველა იმ პირისთვის, რომელსაც ასეთი მკურნალობა სჭირდება.

ჩვილის კვების საკითხებთან დაკავშირებით ანტირეტროვირუსული თერაპია და კონსულტაციები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ დედიდან ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის საქმეში. ეს ჩარევები იმ ორსული ქალების მომსახურების სტანდარტულ პაკეტში უნდა შედიოდეს, რომელთაც მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შედეგად აივ-ინფექცია დაუდგინდათ.

რესურსების დეფიციტის პირობებში სამედიცინო დაწესებულებები ყოველთვის ვერ ახერხებენ ფართო სპექტრის პროფილაქტიკური მომსახურების გაწევას ყველა აივ-უარყოფითი პირისთვის. ზოგჯერ ამის აუცილებლობაც არ არის. უმეტეს შემთხვევაში მომსახურების სრული სპექტრის გაწევა შესაძლებელი ხდება საცხოვრებელი მისამართის მიხედვით, პირის შესაბამის სტრუქტურებში და სხვა სამსახურებში გაგზავნით.

**ცხრილი N1: აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული მომსახურება, რომლის გაწევაც რეკომენდებულია მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების სამედიცინო დაწესებულებების პრაქტიკაში დანერგვასთან დაკავშირებით:**

- ინდივიდუალური ან ჯგუფური ტესტირებამდელი ინფორმირება
- ძირითადი პროფილაქტიკური მომსახურება პირებისთვის აივ-ტესტის უარყოფითი შედეგებით:
  - ინდივიდების ან ოჯახური წევრების ტესტირების შემდგომი პროფილაქტიკური კონსულტირება აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით, პროფილაქტიკის სამსახურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით;
  - მამაკაცებისა და ქალების პრეზერვატივების პოპულარიზაცია და დარიგება;
  - ნემსებისა და შპრიცების დარიგება და ზიანის შემცირების სხვა ზომები ნარკოტიკის ინიექციური მომხმარებლების სასარგებლოდ;
  - პროფილაქტიკა ინფიცირების რისკის ფაქტორების ზემოქმედების შემდეგ, ჩვენების მიხედვით.
- ძირითადი პროფილაქტიკური მომსახურება პირებისთვის აივ-ტესტის დადებითი შედეგებით:
  - გამოცდილი მუშაკის მიერ ინდივიდუალური ტესტირების შემდგომი კონსულტირება, პროფილაქტიკის სამსახურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით და პაციენტის გაგზავნით პროფილაქტიკური, მკურნალობისა და მოვლის მომსახურების მისაღებად, არსებული ჩვენებების მიხედვით;
  - დახმარების აღმოჩენა, როდესაც საჭიროა აივ-ინფიცირების ფაქტის შესახებ პარტნიორის საქმის კურსში ჩაყენება, ოჯახური წევრების კონსულტირება;
  - პარტნიორისა და შვილების აივ-ტესტირება და კონსულტირება;
  - კონსულტირება შედარებით უსაფრთხო სექსისა და რისკის შემცირების საკითხებზე, მამაკაცებისა და ქალების პრეზერვატივების პოპულარიზაცია და დარიგება;
  - ნემსებისა და შპრიცების დარიგება და ზიანის შემცირების სხვა ზომები ნარკოტიკის ინიექციური მომხმარებლების სასარგებლოდ;
  - ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკის ჩატარებით ორსული ქალების დახმარება, დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით;
  - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების გაწევა, კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეპციის საშუალებების შესახებ.
- მოვლისა და მხარდაჭერის ძირითადი მომსახურება პირებისთვის აივ-ტესტის დადებითი შედეგებით:
  - სწავლება, ფსიქოსოციალური დახმარება, თანასწორგანმანათლებელთა ჯგუფების დახმარება აივ-ინფექციის კონტროლის საქმეში;
  - პროცესის პერიოდული კვლევა და კლინიკური სტადიის დადგენა;
  - ტიპური ოპორტუნისტული ინფექციების მკურნალობა;
  - პროფილაქტიკა კოტრიმოქსაზოლით;
  - ტუბერკულოზის სკრინინგი და ჩვენების შემთხვევაში, მისი მკურნალობა და პროფილაქტიკური თერაპიის ჩატარება;
  - ჩვენების მიხედვით, მალარიის პროფილაქტიკა და მკურნალობა;
  - სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მკურნალობა;
  - პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომატური მკურნალობა;
  - კონსულტაცია და მხარდაჭერა ჩარევის სხვა ზომებთან, მაგალითად, უსაფრთხო სასმელი წყლის საკითხებთან დაკავშირებით;
  - კონსულტირება კვების საკითხებთან დაკავშირებით;
  - კონსულტირება ჩვილის კვების საკითხებთან დაკავშირებით;
  - ანტირეტროვირუსული თერაპია, რამდენადაც აღნიშნულის ჩატარება შესაძლებელია.

## 5.2. მხახდაჭეხა შესახამისი პოლიტიკის გატახებისა და სოციალური და სამაჩორებხვი მექანიზმების შემუშავების გზით

მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის პარალელურად საჭიროა ზომების მიღება პოლიტიკის განხორციელებისა და სოციალური და სამართლებრივი მექანიზმების შექმნის მიზნით, რომელთა ამოცანაც პაციენტებისთვის დადებითი შედეგების მაქსიმალურად ხელშეწყობა და პოტენციური უარყოფითი შედეგების მინიმუმამდე დაყვანა იქნება.

### 5.2.1. ძიხითი ელემენტები

სამედიცინო დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩასატარებლად საჭიროა პოლიტიკის შემდგომი ელემენტები და სოციალურ-სამართლებრივი მექანიზმები:

- **მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება და სოციალური მობილიზაცია**

რეკომენდებულია კამპანიის ჩატარება, რომლის მიზანი იქნება აივ/შიდსის პრობლემასთან დაკავშირებით მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება, აივ/შიდსით ინფიცირებულ ადამიანთა უფლებების დაცვა, აივ-ტესტირებისა და საკუთარი აივ-სტატუსის შესახებ ახლობლების საქმის კურსში ჩაყენების პოპულარიზაცია და ასევე მოსახლეობისთვის ინფორმაციის მიწოდება აივ-ტესტირების, პროფილაქტიკის, მოვლისა და მხარდაჭერის არსებული სამსახურების შესახებ.

- **ადეკვატური რესურსები და ინფრასტრუქტურა**

სამედიცინო დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანერგვის პოლიტიკის შემუშავებისა და საკითხების დაგეგმვის პროცესში მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული დამატებითი რესურსების საჭიროება. კერძოდ, რესურსების, რომლებიც საჭიროა კადრების მოსამზადებლად, კლინიკური ინფრასტრუქტურის გასავითარებლად და სახარჯი მასალების შესაძენად (აივ-ტესტ-კომპლექტები და სხვ.).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და გაეროს აივ/შიდსის ერთობლივი პროგრამა იძლევიან რეკომენდაციას, მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება შეძლებისდაგვარად არ უკავშირდებოდეს პირდაპირ დამატებით ხარჯს (მომსახურების გაწევის დამატებით თანხას), რომელიც პაციენტმა უნდა დაფაროს. რესურსები, რომლებიც გამოყოფილია მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დასაწარმოებლად, არ უნდა იქმნებოდეს სხვა აუცილებელი მომსახურების ხარჯზე, მათ შორის კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის შემთხვევაშიც.

სამედიცინო დაწესებულებაში აუცილებელია შესაფერისი პირობების უზრუნველყოფა, რაშიც შედის კომფორტული ოთახების მოწყობა ინდივიდუალური კონსულტაციების ჩასატარებლად და შენობების უზრუნველყოფა სამედიცინო დოკუმენტაციის შესანახად, რომლებიც ბოქლომზე იკეტება. შეიძლება, საჭირო გახდეს დამატებითი რესურსები ადგილობრივი ორგანიზაციების დასახმარებლად, რომლებიც პაციენტებს შემდგომ კონსულტირებას ჩაუტარებენ, მხარდაჭერასა და სხვა სახის მომსახურებას გაუწევენ.

- **მედიცინის მუშაკთა სწავლება**

სავარაუდოდ, მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დასაწარმოებლად საჭირო გახდება მედიცინის მუშაკებისა და ადმინისტრაციული პერსონალის დამატებითი სწავლებისა და მათი საქმიანობის კონტროლის დარგში მნიშვნელოვანი ინვესტიციის ჩადება.

სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის მოვალეობების გადანაწილებამ რიგ სიტუაციებში შეიძლება ხელი შეუწყოს კადრების დეფიციტით გამოწვეული სირთულეების დაძლევის. ასე მაგალითად, წინასწარ ცოდნამიღებულ და სამედიცინო განათლების არმქონე მუშაკთა გარკვეულ კატეგორიებს შეიძლება, დაევალოს აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება კვალიფიციური სამედიცინო მუშაკების ხელმძღვანელობით, რომლებიც სპეციალიზებულ უნარ-ჩვევებს ფლობენ. ასეთი მუშაკებისთვის, რომელთაც არა აქვთ სამედიცინო განათლება, მნიშვნელოვანი საკადრო წყაროს შეიძლება წარმოადგენდნენ თავად აივ/შიდსით ინფიცირებული ადამიანები, შიდსით დაავადებულთა დამხმარე ორგანიზაციები და სხვა ადგილობრივი სტრუქტურები, ასევე, სამოქალაქო საზოგადოების ჯგუფები. რიგ შემთხვევებში მედიცინის იმ მუშაკთა კატეგორიების რაოდენობის ზრდამ, რომლებიც უფლებამოსილნი არიან, აივ-ტესტირება და კონსულტაცია ჩატარონ, მათ შორის – სწრაფი ტესტებიც, შეიძლება დღის წესრიგში დააყენოს ადგილობრივი კანონებისა და ნორმატივების გადახედვა.

მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვამდე საკმარისი დროით ადრე უნდა შექმნა და განხორციელდეს იმ პერსონალის სასწავლო პროგრამები, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებებში ჩაატარებს აივ-ტესტირებასა და კონსულტაციას ისევე, როგორც პაციენტებთან მომუშავე ნებისმიერი სხვა პერსონალის შემთხვევაში. სასწავლო პროგრამებმა უნდა მოიცვას შემდეგი თემები:

- *ეთიკური პრინციპების დაცვა ინფორმირებული თანხმობის მიღებისას*

მედიცინის მუშაკთა საქმიანობა ინფორმირებული თანხმობის მიღებისას მუდმივ ხელმძღვანელობასა და კონტროლს საჭიროებს. პაციენტებმა ადეკვატური ინფორმაცია უნდა მიიღონ, რომელიც საკმარისი იქნება მათთვის ინდივიდუალური ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილების მისაღებად, რათა თანხმობა ან უარი განაცხადონ ტესტის ჩატარებაზე. პაციენტებს ასევე უნდა ჰქონდეთ სრული და უპირობო შესაძლებლობა, იძულების რაიმე საფრთხის გარეშე თქვან უარი შემოთავაზებულ აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე. დაწვრილებითი მითითებები ინფორმირებული თანხმობის მიღების შესახებ მოცემულია მე-6 ნაწილში.

- *კონფიდენციალურობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეშელობის დაცვა*

სწავლებისას დიდი ყურადღება უნდა ეთმობოდეს მედიცინის მუშაკთა პასუხისმგებლობას აივ-ტესტირების შედეგების კონფიდენციალურობის დაცვაზე. პაციენტის ინდივიდუალურ ბარათში მიეთითება როგორც პაციენტის მიერ აივ-ტესტირებაზე ინფორმირებული და ნებაყოფლობითი თანხმობის მიცემის ფაქტი, ისე ტესტის შედეგები. თუ არ გატარდა აივ-ტესტირების შედეგების რეგისტრაცია ან მათი დამალვა მოხდა და არ ეცნობა ისინი მედიცინის იმ მუშაკებს, რომლებიც პასუხს აგებენ პაციენტისთვის დახმარების გაწევაზე, შეიძლება გამოუსწორებელი ზიანი მიადგეს პაციენტის მკურნალობას და იგი არაეფექტური აღმოჩნდეს.

პირად სამედიცინო დოკუმენტაციაზე, მათ შორის ტესტირების შედეგებზე ხელმისაწვდომობის უფლება უნდა ჰქონდეთ მხოლოდ მედიცინის იმ მუშაკებს, რომლებიც უშუალო მონაწილეობას იღებენ კონკრეტული პაციენტის მკურნალობის პროცესში. ეს პრინციპები ეხება არა მხოლოდ დოკუმენტაციას, არამედ ზეპირი კომუნიკაციის დროს გადაცემულ ინფორმაციას. აუცილებელია პაციენტებისთვის რჩევის მიცემა ხელზე გაცემული სამედიცინო დოკუმენტაციის საიმედოდ შენახვის შესახებ. აღნიშნულ დოკუმენტაციაში შედის მშობიარობამდელი დაკვირვების ბარათები და ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების ინდივიდუალური ბარათები.

გარდა ამისა, აუცილებელია პრივატულობის (პაციენტის პირადი ცხოვრების საკითხების ხელშეუხებლობის) პირობების დაცვა. ასე მაგალითად, ინფორმირებული თანხმობის შესახებ მსჯელობა და ამ თანხმობის გაცემა პრივატულ გარემოში უნდა ხდებოდეს, ხოლო აივ-ინფიცირებული პაციენტის ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია და სხვა მსჯელობები პაციენტის აივ-სტატუსთან დაკავშირებით, სხვა პაციენტებისა და იმ თანამშრომლების დაუსწრებლად უნდა ტარდებოდეს, რომელთა მოვალეობაში არ შედის პაციენტის სამედიცინო დახმარება.

იმ სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრატურის თანამშრომლებს, სადაც აივ-ტესტირება და კონსულტაცია ტარდება, შეიძლება სპეციალური სასწავლო კურსის გავლა დასჭირდეთ შესაბამის სამედიცინო დოკუმენტაციასთან მოპყრობის შესასწავლად.

- *სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის რისკის მინიმუმამდე შემცირება სამედიცინო დაწესებულებაში*

აივ-ინფიცირებული ადამიანები ან პირები, რომლებიც, სავარაუდოდ, აივ-ინფიცირებული არიან, ხშირად უჩივიან არაკეთილგანწყობილ და დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას სამედიცინო მუშაკების მხრიდან. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა აივ/შიდსის პრობლემისა და ადამიანის უფლებების შესახებ ეჭიმიებისა და ადმინისტრატორების ინფორმირებულობის საშუალებას იძლევა და აძლევს მათ შესაძლებლობას, პრაქტიკული საქმიანობის სათანადო სტანდარტები დაიცვან.

აუცილებელია პაციენტებთან მომუშავე პერსონალის სპეციალური სწავლება და მათი საქმიანობის კონტროლი, რათა პერსონალმა ეფექტურად შეძლოს აივ/შიდსით ინფიცირებული ან ინფიცირების რისკის ქვეშ მყოფი ადამიანების მოთხოვნების დაკმაყოფილება. საერთოდ, დამოკიდებულება ნებისმიერი პაციენტისადმი პატივისცემისა და სამართლიანობის პრინციპს უნდა ეფუძნებოდეს და არ უნდა იყოს დამოკიდებული პაციენტის აივ-სტატუსზე ან რისკის ხარისხზე, რაც პაციენტის ცხოვრების წესით შეიძლება იყოს გამოწვეული. სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლები ყველა შესაძლო გზით უნდა ეხმარებოდნენ პაციენტებს აივ-ტესტირების პოტენციური უარყოფითი სოციალური შედეგების დაძლევაში. რეკომენდებულია, მედიცინის მუშაკთა სასწავლო გაკვეთილებში მონაწილეობა მიიღონ აივ-ინფიცირებულმა პაციენტებმა და რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებმა.

- *პაციენტების გაზიარება სხვა სამსახურებში*

შეიძლება, საჭირო გახდეს მედიცინის მუშაკთა მომზადება პაციენტების, მათი პარტნიორებისა და ოჯახის წევრების შემდგომი დაკვირვებისა და დახმარებისთვის, მათ შორის კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარების მიზნით, ადგილობრივ დაწესებულებებში გაგზავნის საკითხებთან დაკავშირებით.

• **მედიცინის მუშაკების ძველის წესები და საჩივრების წარდგენის წესი**

სამედიცინო დაწესებულებებში დადგენილი უნდა იყოს მედიცინის მუშაკთა ქცევის ნორმები და პაციენტების მიერ მათი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში საჩივრების წარდგენის წესები. შეიძლება, მიზანშეწონილი იყოს დამოუკიდებელი უფლებამოსილი პირის (ომბუდსმენის) ან პაციენტების ინტერესების დამცველი პირის დანიშვნაც კი, რომელსაც აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ოქმებისა და პერსონალის ქცევის წესების დარღვევის შესახებ ჩივილები გადაეცემა.

• **მონიტორინგისა და შეფასების საიმპლ სისტემა**

მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანერგვის პარალელურად რეკომენდებულია შესაფერისი მონიტორინგის სისტემის შექმნა და გამოყენება. ეს საკითხი უფრო დეტალურად მე-9 თავშია განხილული.

**5.2.2. დამატებითი ღონისძიებები**

არ არის აუცილებელი, ქვემოთ მოცემული ზომები განხილულ იქნას, როგორც მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანერგვის აუცილებელი წინაპირობა, თუმცა მათი მიღება აუცილებელია ეროვნული გეგმების ფარგლებში, რომლებიც აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დაჩქარებას და აივ-პროფილაქტიკაზე, მკურნალობაზე, მოვლასა და მხარდაჭერაზე ყველა ადამიანის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ითვალისწინებს.

• **სოციალური და სამართლებრივი ჩარევის ზომები**

გრძელვადიან პერსპექტივაში მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ოპტიმალური განხორციელება საჭიროებს იმ კანონებისა და პოლიტიკის მიღებას, მონიტორინგისა და დაცვის კონტროლს, რომლებიც აივ-სტატუსის ნიშნით ადამიანთა დისკრიმინაციის წინააღმდეგ არის მიმართული, ასევე აუცილებელია ქცევითი რისკისა და გენდერული ფაქტორების შესახებ კანონებისა და პოლიტიკის შემუშავება, მათი მონიტორინგი და დაცვა. აღნიშნულში შედის პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის, პაციენტის ავტონომიისა და გენდერული თანასწორუფლებიანობის დაცვის სამართლებრივი და სოციალური მექანიზმები. ასეთი მექანიზმების დანერგვა ის ამოცანაა, რომლის გადაჭრაშიც მონაწილეობა უნდა მიიღოს მრავალმა დაინტერესებულმა სტრუქტურამ და პირმა, მათ შორის პარლამენტმა, შინაგან საქმეთა, ჯანდაცვის, იუსტიციის სამინისტროებმა, ასევე სამოქალაქო საზოგადოების წევრებმა. ეს კიდევ ერთხელ მეტყველებს მრავალსექტორული ძალისხმევის აუცილებლობაზე მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დაჩქარების საქმეში.

• **აივ-სტატუსის ნებაყოფლობითი გამოკვლევა და პარტნიორის ეთიკურად მისაღები ფორმით ინფორმირებულობა და კონსულტირება**

UNAIDS და WHO აივ-სტატუსის ნებაყოფლობითი გამჟღავნებისა და პარტნიორის ეთიკურად მისაღები ფორმით ინფორმირებულობისა და კონსულტაციის რეკომენდაციას იძლევიან. ამ მიზნით შეიძლება საჭირო გახდეს ეროვნულ დონეზე გარკვეული პოლიტიკის მიღება და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართლებრივი მექანიზმების შემუშავება, რომლებიც მკაცრად განსაზღვრავს იმ ვითარებას, რომელშიც უნდა მოხდეს პარტნიორის საქმის კურსში ჩაყენება და ასევე, მედიცინისა და სოციალური მუშაკების საქმიანობის პროფესიული ეთიკის პრინციპების დანერგვა. ეს საკითხები, რომლებიც წინამდებარე დოკუმენტის თემატიკის ფარგლებში შედის, ზედმიწევნით განხილულია WHO/UNAIDS პუბლიკაციაში “აივ/შიდსის ეპიდემიის გამოვლენა: აივ-შემთხვევების ხელსაყრელი გამჟღავნების, პარტნიორების ეთიკურად მისაღები ფორმით კონსულტაციის და აივ-შემთხვევების შესახებ ინფორმირებულობის შესაფერისად გამოყენების სახელმძღვანელო პრინციპები.”

# 6. ჰიოსანი და მისი ძირითადი ასპექტები

## 6.1. ტესტირებადი კონსულტირება და ინფორმირებული თანხმობის მიღება

კლიენტის ინიციატივით ორგანიზებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პროცესში, როგორც წესი, საგანმანათლებლო ხასიათის საუბარი ტარდება და ინდივიდუალური რისკის შეფასება ხდება. ამასთან, ძირითადი ყურადღება, როგორც ტესტის ჩატარებამდე, ისე შედეგების მიღების შემდეგ ეთმობა პროფილაქტიკის საკითხების განხილვას.

მრავალ სამედიცინო დაწესებულებაში თანამშრომლებს არა აქვთ რისკის დეტალურად შეფასების დრო. რადგან მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ორგანიზებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მთავარი მიზანი აივ-ინფექციის დროული გამოვლენა და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაა, ტესტირებამდელი გაცნობითი საუბარი შეიძლება გამარტივებული წესით ჩატარდეს. მაგალითად, რისკის ინდივიდუალური შეფასებისა და რისკის შემცირების გეგმის თემები განხილულ იქნას ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის დროს, გამოვლენილი აივ-სტატუსის მიხედვით.

ადგილობრივი პირობებიდან გამომდინარე, ტესტირებამდელი ინფორმაციის მიწოდება შესაძლებელია ინდივიდუალური საუბრის ან ჯგუფური გაცნობითი ხასიათის მსჯელობის ფორმით. ინფორმირებული თანხმობის გაცემა ყოველთვის ინდივიდუალურად ხდება, პრივატულ პირობებში და მედიცინის მუშაკის თანდასწრებით.

### 6.1.1. ინფორმაციის მინორების მინიმალური მოცულობა ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად

როდესაც მედიცინის მუშაკი პაციენტს ურჩევს, აივ-ტესტირება და კონსულტაცია გაიაროს, მან საუბარში უნდა ჩართოს მინიმუმ შემდეგი ელემენტები:

- ჩამოაყალიბოს მიზეზები, რომელთა გამოც რეკომენდებულია აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის გაკლა;
- ახსნას აივ-ტესტირების კლინიკური და პროფილაქტიკური სარგებლობა და აუწყოს პაციენტს ნეგატიური შედეგების შესაძლო რისკის შესახებ, როგორცაა დისკრიმინაცია, ოჯახის დაშლა და ძალადობა;
- აუწყოს პაციენტს იმ დაწესებულებათა შესახებ, რომლებიც დახმარებას გაუწევენ მას ტესტის უარყოფითი და დადებითი შედეგების შემთხვევაში და მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია ანტირეტროვირუსული თერაპიის შესაძლებლობის შესახებ;
- დაადასტუროს, რომ ტესტის შედეგები კონფიდენციალურ ინფორმაციას წარმოადგენს, რომელიც არავის არ ეცნობება, გარდა მედიცინის იმ მუშაკებისა, რომლებიც უშუალოდ არიან დაკავებული პაციენტისთვის დახმარების აღმოჩენით;
- აუხსნას პაციენტს, რომ მას უფლება აქვს, უარი თქვას ტესტირებაზე. შესაბამისად, ტესტირება ჩატარდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არ გამოიყენებს უარის თქმის უფლებას;
- აუხსნას პაციენტს, რომ მისი მხრიდან აივ-ტესტირებაზე უარის თქმა არ იმოქმედებს სამედიცინო დახმარების სხვა სახეებთან მის ხელმისაწვდომობაზე, რომელთა გაწევაც არ არის პაციენტის აივ-სტატუსზე დამოკიდებული;
- ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში – აუხსნას პაციენტს, რომ მისთვის მიზანშეწონილი იქნება, აივ-ინფიცირების შესახებ იმ ადამიანებს აცნობოს, რომელთაც შეიძლება ასევე დაემუქროს აივ-ინფიცირების რისკი;
- მისცეს პაციენტს შეკითხვების დასმის საშუალება.

თუ ადგილობრივი კანონმდებლობა ინფიცირებულ პირს აივ-სტატუსის გამჟღავნებას ავალდებულებს მისი სქესობრივი პარტნიორისადმი ან იმ პირებისადმი, რომლებთან ერთადაც ინექციურ ნარკოტიკს მოიხმარს, საჭიროა პაციენტის ინფორმირება ასეთი კანონების არსებობის შესახებაც.

როგორც წესი, საუბრის დროს ტესტირებაზე პაციენტის ზეპირი თანხმობის მიღებაც საკმარისია. იმ ქვეყნებში, სადაც გათვალისწინებულია ინფორმირებული თანხმობის წერილობითი ფორმით მიღება, რეკომენდებულია შესაბამისი კანონმდებლობის გადახედვა.

მოსახლეობის ზოგიერთი ჯგუფი შეიძლება მეტად მგრძობიარე იყოს იძულებითი ტესტირებისადმი და აივ-სტატუსის გამჟღავნების ისეთი ნეგატიური შედეგებისადმი, როგორცაა დისკრიმინაცია, ძალადობა, ოჯახის რღვევა, თავისუფლების აღკვეთა. ასეთ შემთხვევებში ინფორმირებული თანხმობის მიღების გარანტიის მიზნით შეიძლება, წინამდებარე დოკუმენტით გათვალისწინებული მინიმალური მოთხოვნების გარდა საჭირო გახდეს დამატებითი ცნობების მიწოდებაც. არ არის გამორიცხული,

მედიცინის მუშაკს დამატებით დასჭირდეს იმის აღნიშვნა, რომ ტესტირება ნებაყოფლობითი ხასიათისაა და პაციენტს აქვს მასზე უარის თქმის უფლება. შეიძლება, საჭირო გახდეს დამატებით მსჯელობა იმ საკითხების შესახებ, რომლებიც აივ-ტესტირებისა და სტატუსის გამჟღავნების რისკისა და სარგებლის ბალანსთან არის დაკავშირებული. ასევე შეიძლება საჭირო გახდეს შესაძლო სოციალური დახმარების მიღების შესახებ დეტალური ინფორმაციის მიწოდება.

### **6.1.2. დამატებითი ინფორმაცია ოხსური ქალებისთვის და მათთვის, ვინც ბავშვის გაჩენას გეგმავს**

პუნქტში 6.1.1 მოცემული ცნობების გარდა, ინფორმაცია ორსული ქალებისთვის და მათთვის, ვინც შვილის გაჩენას გეგმავს, უნდა მოიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

- აივ-ინფექციის ახალშობილზე გადაცემის რისკი;
- ზომები, რომლებიც შეიძლება მივიღოთ დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირების მიზნით, მათ შორის – ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკა და კონსულტირება ჩვილის კვების საკითხებზე;
- სარგებლობა, რომელიც ბავშვისთვის დედის ორგანიზმში აივ-ინფექციის აღრეულ გამოვლენას მოაქვს.

### **6.1.3. ბავშვების ტესტირების თავისებულებები**

ბავშვთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის თანახმად, ბავშვებთან დაკავშირებული ნებისმიერი ქმედების განხორციელებისას “უპირველესი ყურადღება ეთმობა ბავშვის ინტერესების დაცვას”. მოცემული დებულება ეხება სამედიცინო დახმარების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებას. ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა პაციენტის შემთხვევაში, აივ-ტესტირება ყოველთვის უნდა ტარდებოდეს ბავშვის ინტერესების მაქსიმალური დაცვით და მისი მიზანი უნდა იყოს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვალსაზრისით ოპტიმალური შედეგების მიღება. თუმცა ბავშვების აივ-ტესტირება და კონსულტირება რიგი თავისებურებებით ხასიათდება, რის გამოც შეიძლება საჭირო გახდეს სოციალური პოლიტიკის შემუშავება ეროვნულ დონეზე.

არასრულწლოვანი ბავშვები არ სარგებლობენ ინფორმირებული თანხმობის გაცემის იურიდიული უფლებამოსილებით. თუმცა მათ უფლება აქვთ, მონაწილეობა მიიღონ ყველა გადაწყვეტილების მიღებაში, რომელიც მათ სიცოცხლეს ეხება და ღიად გამოხატონ საკუთარი აზრი საკუთარი განვითარების დონის შესაბამისად. საჭიროა ყველა არსებული შესაძლებლობის გამოყენება, რათა ბავშვს ავუსხნათ მომხდარის არსი და მიღებულ იქნას მისი არაფორმალური თანხმობა. ნებისმიერ შემთხვევაში, ოფიციალური ინფორმირებული თანხმობის მიღება **აუცილებელია** ბავშვის რომელიმე მშობლისგან ან მეურვისგან.

ბავშვები, რომლებიც განსაკუთრებით არაკეთილსამყოფელ გარემოში იმყოფებიან, მაგალითად, ობოლი, მიტოვებული, საბუთების არმქონე ბავშვები ან რომელთაც ფსიქოლოგიური ტრავმა აქვთ მიღებული, ფსიქიკური აშლილობები ან გონებრივი ჩამორჩენილობა აღენიშნებათ, ხშირად დისკრიმინაციისა და ექსპლუატაციის შედარებით მაღალი რისკის ქვეშ არიან და ნაკლებად მიუწვდებიან ხელი სამედიცინო მომსახურებაზე. აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება რეკომენდებულია ისეთი ბავშვებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ სიმპტომები, რაც, შეიძლება, აივ-ინფიცირების შესაძლებლობაზე მიუთითებდეს, ასევე, როდესაც დედა აივ-ინფიცირებულია. როგორც ნებისმიერი სხვა პაციენტის შემთხვევაში, ბავშვის აივ-ტესტირებაც შეიძლება რეკომენდებული იყოს მხოლოდ ადეკვატური მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის გაწვევის მიზნით.

თუ ბავშვს არ ჰყავს მშობლები და მეურვე, რომლებიც ბავშვის აივ-ტესტირებაზე ინფორმირებულ თანხმობას გაცემდნენ, მედიცინის მუშაკები თანხმობას გამოითხოვენ იმ პირისგან (“მეურვის შემცველი”, “სუროგატი მეურვე”), რომელიც კანონიერ უფლებამოსილებას ფლობს, მიიღოს გადაწყვეტილება ბავშვის საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებით.

ბავშვს აივ-ინფექცია ძირითადად დედისგან გადაეცემა და ამიტომ მისი ტესტის (სეროლოგიური ან ვირუსოლოგიური) დადებითი შედეგი უმეტეს შემთხვევაში დედის, ან შესაძლოა მამის ინფიცირებაზე მიუთითებდეს. ამიტომ აივ-ტესტირება და კონსულტირება რეკომენდებულია აივ-ინფიცირებული ბავშვის როგორც მშობლებისთვის, ისე მისი და-ძმებისთვის და შეძლებისდაგვარად უნდა ჩატარდეს ოჯახური აივ-კონსულტირებისა და ტესტირების ფორმით. დედასთან საუბარში აუცილებელია იმის აღნიშვნა, რომ ბავშვის ტესტის უარყოფითი შედეგი არ გამორიცხავს თავად დედის ინფიცირების შესაძლებლობას.

მედიცინის მუშაკები უნდა ფლობდნენ ბავშვებთან მუშაობის საჭირო კვალიფიკაციას. კერძოდ, ბავშვების კონსულტირება განსხვავდება უფროსებისა და მოზარდების კონსულტირებისგან და საჭიროებს სპეციალურ უნარ-ჩვევებს, მათ შორის ბავშვების განვითარების დონის შეფასებისა და მათთვის გასაგებ ენაზე მათთან ურთიერთობის ცოდნას.

#### 6.1.4. მოზარდთა ტესტირების თავისებულებები

უმეტეს ქვეყანაში მოზარდები სქესობრივ ცხოვრებას საშუალოდ, არასრულწლოვან ასაკში იწყებენ, რის გამოც დამოუკიდებლად, მშობლისა და მეურვის გარეშე ვერ მიმართავენ აივ-ინფექციის პროფილაქტიკის სამსახურებს. რაც შეეხება მოზარდთა ინფორმირებულობას სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებში, ბავშვთა უფლებების კომიტეტმა “№4 საერთო მითითებაში” (მოზარდთა ჯანმრთელობა და განვითარება) განაცხადა, რომ ქვეყნების მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ მოზარდთა შეუფერხებელი ხელმისაწვდომობა შესაბამის ინფორმაციაზე, მიუხედავად მათი ოჯახური მდგომარეობისა და მშობლების (მეურვეების) თანხმობისა, და უნდა აღმოფხვრან ნებისმიერი დაბრკოლება, რომელიც ხელს უშლის მათ სამედიცინო-სანიტარული და ასევე აივ-ინფექციის პროფილაქტიკის მომსახურების მიღებაში. WHO და UNAIDS ქვეყნებს მოუწოდებენ, მისცენ მოზარდებს შესაძლებლობა, დამოუკიდებლად მიმართონ აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის სამსახურებს.

ეროვნული და ადგილობრივი კანონმდებლობა რიგ შემთხვევებში ზუსტად მიუთითებს, თუ რომელი ასაკიდან აქვს ადამიანს უფლება, დამოუკიდებლად მიმართოს სამედიცინო სამსახურებს; არსებობს შემთხვევები, როდესაც კანონმდებლობით განსაზღვრული მინიმალური ასაკი, როდესაც მოზარდს შეუძლია დამოუკიდებლად გასცეს თანხმობა, ამა თუ იმ პროცედურის მიხედვით ვარიანტებს – ასე, მაგალითად, მოზარდებს შეუძლიათ ოფიციალური თანხმობის მიცემა აივ-ტესტირებაზე და პრეზერვატივების მიღება უფრო ადრეულ ასაკში, ვიდრე ქირურგიულ ოპერაციაზე თანხმობის გაცემა. მრავალ ქვეყანაში ამ მიმართებით გაცილებით ფართო უფლებები აქვთ ე.წ. ემანსიპირებულ მოზარდებს (ანუ მოზარდებს, რომლებიც ოფიციალურად არიან დაქორწინებული, არიან ორსულად ან სქესობრივად აქტიური, მოზარდებს, რომლებიც მშობლებისგან დამოუკიდებლად ცხოვრობენ ან რომლებიც თავად არიან მშობლები). ასეთ მოზარდებს თავად შეუძლიათ ოფიციალური თანხმობის გაცემა სხვადასხვა სახის მომსახურებაზე.

ქვეყნების მთავრობებმა უნდა შეიმუშაონ და დანერგონ პოლიტიკის მიმართულება და ზუსტი სამართლებრივი მექანიზმები, რომლებიც განსაზღვრავენ: 1) იმ მინიმალურ ასაკს და/ან იმ გარემოებათა კონკრეტულ ჩამონათვალს, როდესაც მოზარდს აქვს ინფორმირებული თანხმობის მიცემის უფლება საკუთარი თავის ან ოჯახის სხვა წევრების აივ-ტესტირებაზე (ისეთი ოჯახის შემთხვევაში, რომელსაც არასრულწლოვანი განაგებს) და 2) მოზარდისგან არაფორმალური თანხმობის ან მისი სახელით ოფიციალური ინფორმირებული თანხმობის მიღების წესს. სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების პრაქტიკის ხელშეწყობის ზომები უნდა ითვალისწინებდეს კანონებისა და პოლიტიკის საკითხების კონტროლსა და სწავლებას, რომლებიც არასრულწლოვნებისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე თანხმობის მიღებას ეხება, კერძოდ, თუ რომელ ასაკში და რა ვითარებაშია დასაშვები, ვურჩიოთ მოზარდს აივ-ტესტირების გავლა მშობლებისა და მეურვეების თანხმობის გარეშე.

თუ კანონის მიხედვით, მოზარდს ჯერ კიდევ არ აქვს უფლება, ოფიციალური ინფორმირებული თანხმობა გასცეს აივ-ტესტირებაზე, მაგრამ მან უკვე მიაღწია გარკვეულ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ სიმწიფეს, მედიცინის მუშაკმა მას ინდივიდუალურად უნდა მისცეს საშუალება, გასცეს ინფორმირებული თანხმობა აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე, მშობლებისა და მეურვეების მოწვევისა და საქმის კურსში ჩაყენების გარეშე. პაციენტის ტესტირებამდელი ინფორმირებულობა ხდება მისი ასაკის, განვითარებისა და განათლების დონის გათვალისწინებით. თუ მოზარდი არაფორმალურ თანხმობას იძლევა და ამასთან, სათანადოდ აცნობიერებს აივ-ტესტირების რისკსა და სარგებლობას და ტესტის ჩატარების სურვილს გამოთქვამს, მედიცინის მუშაკი პაციენტის მშობლებს ან მეურვეებს მიმართავს, მათგან ოფიციალური ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად.

რიგ შემთხვევებში შეიძლება არ არსებობდეს მშობლებისა და მეურვეებისადმი მიმართვის საშუალება, მათგან ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად. ასეთ შემთხვევაში მედიცინის მუშაკებმა თავად უნდა მიიღონ გადაწყვეტილება, აქვს თუ არა უფლება მოზარდს, მიმართოს სამედიცინო სამსახურს ტესტის ჩატარების მოთხოვნით და მისცეს თანხმობა ტესტის ჩატარებაზე. მედიცინის მუშაკთა მოქმედება არ უნდა სცდებოდეს ადგილობრივი და ეროვნული კანონებისა და ნორმატივების ჩარჩოებს და უნდა იცავდეს პაციენტის საუკეთესო ინტერესებს.

#### 6.1.5. მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები

უკიდურესად მძიმე ან უგონო მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები ვერ შეძლებენ ინფორმირებული თანხმობის მიცემას აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე. ასეთ შემთხვევებში თანხმობის მისაღებად ავადმყოფის უახლოეს ნათესავებს ან მეურვეებს მიმართავენ. ასეთი ადამიანების არარსებობის შემთხვევაში მედიცინის მუშაკებმა პაციენტის საუკეთესო ინტერესების დაცვით უნდა იმოქმედონ.

### 6.1.6. შემდგომი მოქმედების ტაქტიკა ტესტირებაზე უახის შემთხვევაში

პაციენტის მხრიდან ტესტირებაზე უარი არ უნდა გახდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითების ან მის გაწვევაზე უარის თქმის, იძულებითი მკურნალობის ან კონფიდენციალურობის პრინციპის დარღვევის საფუძველი. ტესტირებაზე უარმა ასევე გავლენა არ უნდა იქონიოს პაციენტის ხელმისაწვდომობაზე ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც არ არის მის აივ-სტატუსზე დამოკიდებული. პაციენტს, რომელიც უარს ამბობს ტესტირებაზე, რეკომენდებულია შევთავაზოთ დახმარება, რათა მომავალში გაიაროს ტესტირება და კონსულტაცია კლიენტის ან მედიცინის მუშაკის ინიციატივით.

აივ-ტესტირებაზე პაციენტის უარი უნდა დაფიქსირდეს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში, რათა სამედიცინო დახმარების მისაღებად პაციენტის შემდგომი მიმართვისას შესაძლებელი იყოს მასთან ამ საკითხის შესახებ მსჯელობის განახლება.

## 6.2. ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია

ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია აივ-ტესტირების განუყოფელი ნაწილია და იგი უნდა ჩაუტარდეს ყველა პირს, რომელმაც ტესტირება გაიარა, ტესტირების შედეგების (როგორც დადებითის, ისე უარყოფითის) გაცნობასთან ერთად. იმის გამო, რომ საავადმყოფოს შენობასა და ამბულატორიაში ხშირად უამრავი ადამიანი იყრის თავს, საჭიროა სათანადო ყურადღება მიექცეს იმ ფაქტს, რომ ტესტის შედეგების გაცნობა და შემდგომი კონსულტაცია კონფიდენციალურ გარემოში ხდებოდეს. მედიცინის მუშაკი ან სამედიცინო განათლების არმქონე სპეციალურად ნასწავლი მუშაკი ვალდებულია, პაციენტს ტესტის შედეგები პირადად გააცნოს. საუკეთესო ვარიანტია, როდესაც ტესტირების შემდგომ კონსულტაციას იგივე მუშაკი ატარებს, რომელმაც აივ-ტესტირება და კონსულტაცია ჩაატარა. დაუშვებელია ტესტის შედეგების მოხსენება პაციენტების ჯგუფში.

დაუშვებლად ითვლება, როდესაც მედიცინის მუშაკი აივ-ტესტირებასა და კონსულტაციას ატარებს, ხოლო შემდეგ ვერ გამოინახავს დროს ტესტის შედეგების პაციენტისთვის გასაცნობად. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტმა შეიძლება უარიც კი განაცხადოს ამა თუ იმ დიაგნოსტიკური კვლევის შედეგების გაცნობაზე ან არ დაინტერესდეს შედეგებით, მედიცინის მუშაკი ყველა შესაძლო გზით უნდა ეცადოს, კონფიდენციალურობისა და ტაქტის დაცვით პაციენტს ტესტის შედეგები გააცნოს.

### 6.2.1. აივ-უახყოფითი პირების ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია

ტესტის უარყოფითი შედეგის მქონე პირების კონსულტაციაში უნდა შედიოდეს შემდეგი მინიმალური ინფორმაციის მიწოდება:

- ტესტის შედეგის არსის ახსნა, აივ-ანტისხეულების გამოვლენის ფარულ პერიოდზე პირის ინფორმირებულობა და განმეორებითი ტესტირების შესახებ რეკომენდაციის გაცემა, რისკის ფაქტორის ცოტა ხნის წინ ზემოქმედების შემთხვევაში;
- ძირითადი რჩევები აივ-ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის მეთოდებთან დაკავშირებით;
- მამაკაცისა და ქალის პრეზერვატივებით მომარაგება და ინსტრუქტაჟის ჩატარება მათი მოხმარების შესახებ.

მედიცინის მუშაკი და პაციენტი ერთობლივად გადაწყვეტენ, სჭირდება თუ არა პაციენტს შესაბამისი დაწესებულებისთვის მიმართვა უფრო დეტალური ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის ან დამატებითი პროფილაქტიკური მხარდაჭერის მისაღებად, მაგალითად, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით არსებული სამსახურებისთვის.

### 6.2.2. აივ-დადებითი პირების ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია

აივ-ტესტის დადებითი შედეგების მქონე პირთა ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის მთავარი მიზანია პაციენტებისთვის ფსიქოსოციალური და ტესტის შედეგებით გამოწვეული ემოციური შოკის დაძლევაში დახმარების აღმოჩენა, დახმარების გაწვევა მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურების მისაღებად, ინფექციის შემდგომი გავრცელების თავიდან აცილების ხელშეწყობა და სქესობრივი და ინიექციური პარტნიორების ინფორმირებულობა. მედიცინის მუშაკი ვალდებულია:

- პაციენტს ნათლად და ტაქტიანად აუხსნას შედეგები და მისცეს დრო, დაფიქრდეს ტესტირების შედეგზე;
- დარწმუნდეს, რომ პაციენტს ესმის შედეგების არსი;
- მისცეს პაციენტს შეკითხვების დასმის საშუალება;

- დაეხმაროს პაციენტს ტესტის შედეგებით გამოწვეული ემოციური შოკის დაძლევაში;
- განიხილოს ყველა აქტუალური პრობლემა და დაეხმაროს პაციენტს იმის გარკვევაში, თუ ვინ არის ისეთი პიროვნება მის გარემოცვაში, ვისაც შეუძლია მისთვის დაუყოვნებელი დახმარების აღმოჩენა;
- აღწეროს შემდგომი დაკვირვების სახეები, რომელთა ჩატარებაც შესაძლებელია მოცემულ სამედიცინო დაწესებულებაში და პაციენტის საცხოვრებელი მისამართის მიხედვით. ამასთან, ყურადღება გაამახვილოს მკურნალობის, დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის პრევენციის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის სამსახურებზე;
- აცნობოს პაციენტს აივ-ინფიცირების თავიდან აცილების გზების შესახებ, რაშიც სხვა ზომებთან ერთად მამაკაცისა და ქალის პრეზერვატივების გაცემა და მათი მოხმარების შესახებ მითითებების გაცემაც შედის;
- მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია სხვა ადეკვატური პროფილაქტიკური ზომების შესახებ, როგორცაა სრულფასოვანი კვება, კოტრიმოქსაზოლის მიღება, ხოლო უბნებში, რომლებიც ენდემურია მალარიისადმი, ინსექტიციდებით დამუშავებული მწერების საწინააღმდეგო ბადეების გამოყენება;
- პაციენტთან ერთად განიხილოს ტესტის შედეგების სხვა პირებთან გამჟღავნების შესაძლო ვარიანტები – როდის, რა სახით და ვისთან მოხდეს გამჟღავნება;
- რეკომენდაციის გაწევა და შეთავაზება პაციენტის პარტნიორისა და შვილებისთვის, ჩაიტარონ აივ-ტესტირება და კონსულტაცია და შესაბამის დაწესებულებებს მიმართონ;
- შეაფასოს ძალადობისა და სუიციდის რისკი და განიხილოს პაციენტის ფიზიკური უსაფრთხოების დაცვის შესაძლო ნაბიჯები, განსაკუთრებით, თუ საქმე ეხება აივ-ინფიცირებულ ქალს;
- დაუნიშნოს პაციენტს დაწესებულებაში გამოცხადების კონკრეტული თარიღი და დრო შემდგომი დაკვირვების ჩასატარებლად ან პაციენტის გასაგზავნად შესაბამის დაწესებულებაში სამკურნალოდ, მოსაველეად, კონსულტირებისა და მხარდაჭერის მისაღებად (მაგ., როგორცაა ტუბერკულოზის მკურნალობა, ოპორტუნისტული ინფექციების პროფილაქტიკა, სქესობრივი გზით გადადებული ინფექციების მკურნალობა, ოჯახის დაგვემვის მომსახურება, მშობიარობამდელი დახმარება, ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპია, სტერილური ნემსებისა და შპრიცების მიღება).

**6.2.3. აივ-დადებითი ოხსელი ქალების ტესტის შემდგომი კონსულტაცია**

გარდა პუნქტში 6.2.2 მითითებული ინფორმაციისა, აივ-დადებითი ორსული ქალების ტესტირების შემდგომი კონსულტაციის პროცესში ასევე, აუცილებელია ყურადღება მიექცეს შემდეგ საკითხებს:

- მშობიარობის დაგეგმვას;
- ანტირეტროვირუსული პრეპარატების გამოყენებას ქალის სასარგებლოდ (თუ არსებობს შესაბამისი ჩვენებები) და დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის თავიდან აცილებას;
- სრულფასოვან კვებას, მათ შორის რკინის პრეპარატებისა და ფოლიუმის მჟავის მიღებას;
- ჩვილის კვების ვარიანტების შეთავაზებას და დედისთვის დახმარების გაწევას, რათა მოცემული ვარიანტებიდან ყველაზე შესაფერისი შეარჩიოს;
- ახალშობილის აივ-ტესტირებას და საჭიროების შემთხვევაში, მისი შემდგომი დაკვირვების ორგანიზაციას;
- პარტნიორის ტესტირებას.

**6.3. პაციენტის გაგზავნა აივ-ინფექციის სხვა სამსახურებში**

პაციენტისთვის ტესტის შედეგების გაცნობის პარალელურად რეკომენდებულია მისთვის ინფორმაციის მიწოდება პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურების არსებული სახეების შესახებ. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი რესურსებია ქრონიკული ავადმყოფების დახმარების პროგრამები და აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის ადგილობრივი სამსახურები. ამიტომ საჭიროა ამ სტრუქტურებთან სამუშაო კავშირების დამყარება და შენარჩუნება.

პაციენტის სხვა დაწესებულებაში მიმართვის პროცედურაში როგორც მინიმალური მოთხოვნა, უნდა შედიოდეს შემდეგი პროცედურები: პაციენტის ინფორმირება იმის შესახებ, თუ სად, როდის, როგორ და ვის მიმართოს დახმარების მისაღებად. ოპტიმალური ვარიანტია, როდესაც მედიცინის მუშაკი პაციენტის თანდასწრებით უკავშირდება შესაბამის პიროვნებას და მოელაპარაკება მას მიღების საათების შესახებ და ამასთან, შესაბამის ჩანაწერს აკეთებს პაციენტის სარეგისტრაციო ბარათში. პაციენტის გაგზავნისას გაუგებრობების თავიდან ასაცილებლად თანამშრომელი ორგანიზაციების მუშაკები რეგულარულად უნდა ატყობინებდნენ ერთმანეთს ორგანიზაციაში ყველა საკადრო და პროცედურული ცვლილების შესახებ.

#### 6.4. ტესტირების პეიჰოდელობა

რეკომენდაციები ტესტირების პერიოდულობის შესახებ დამოკიდებულია რისკის ხარისხზე, რომლის წინაშეც დგას პაციენტი, არსებულ საკადრო და ფინანსურ რესურსებზე და ასევე, მოცემულ რეგიონში ან მოსახლეობის ჯგუფში აივ-ინფექციის ახალი შემთხვევების გამოვლენის სიხშირეზე.

განმეორებითი ტესტირების ჩატარება მინიმუმ ყოველ 6-12 თვეში ერთხელ შეიძლება რეკომენდებული იყოს იმ პირებისთვის, რომლებიც აივ-ინფიცირების შედარებით მაღალი რისკის ქვეშ არიან, მათ შორის პაციენტებისთვის, რომელთა ანამნეზშიც დაფიქსირებულია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, ასევე სექს-ბიზნესის მუშაკებისა და მათი კლიენტებისთვის, მამათმავლებისთვის, ინიექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისა და აივ/შიდსით ინფიცირებული პირების სექსუალური პარტნიორებისთვის. მოსახლეობის კონკრეტულ ჯგუფებში აივ-ტესტირების ოპტიმალური პერიოდულობის დასადგენად სხვადასხვა ადგილობრივ პირობებში და აივ-ინფექციის სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლის პირობებში საჭიროა დამატებითი კვლევები.

აივ-ინფიცირებული დედების ორსულობის ან ბავშვის ძუძუთი კვების პერიოდში ნაყოფი და ბავშვი ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. აივ-უარყოფითი ქალებისთვის, განსაკუთრებით თუ ისინი მაღალი რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ ან აივ-ინფექციის გავრცელების მაღალი რისკის ქვეშ არიან, ყოველი შემდგომი ორსულობის დადგომისას რეკომენდებულია ტესტის გავლა რაც შეიძლება მალე.

გენერალიზებული ეპიდემიის პირობებში აივ-უარყოფითი ქალებისთვის ასევე რეკომენდებულია განმეორებითი ტესტირება ორსულობის გვიანდელ ეტაპზე.

ნებისმიერ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს ეჭვი პაციენტის წინა ტესტირებასთან ან წარსულში მიღებული შედეგების სარწმუნოებასთან დაკავშირებით, რეკომენდებულია ახალი აივ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩატარება.

თუმცა ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ არ მოხდეს აივ-ტესტირებით ინფიცირების წინააღმდეგ უსაფრთხოების ზომების ჩანაცვლება. მედიცინის მუშაკები უნდა ახსენებდნენ პირებს უსაფრთხო ქცევის წესების გამუდმებით დაცვის აუცილებლობის შესახებ.

# 7. აივ-სახსიხების ტექნოლოგიები

## 7.1. ფაქტორები, რომლებიც განიხილავს საჭიროებს

მნიშვნელოვან თანამედროვე მიღწევათა რიცხვში შედის ახალი მაღალმგრძობიარე და სპეციფიკური სწრაფი ტესტის დანერგვა ანტისხეულების დასადგენად. ტესტი ჩატარების სიმარტივით გამოირჩევა, არ საჭიროებს სპეციალიზებულ ლაბორატორიულ პირობებს და შეიძლება წყალგაყვანილობისა და ელექტროგაყვანილობის არარსებობის პირობებშიც ჩატარდეს. ზუსტი შედეგები გაცილებით სწრაფად მიიღება, ვიდრე ტრადიციული მყარფაზიანი იმუნოფერმენტული ანალიზით ტესტის შემთხვევაში (ELISA). მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მიზნით სწრაფი აივ-ტესტების გამოყენების უპირატესობა, განსაკუთრებით იმ დაწესებულებებში, სადაც არ არის განვითარებული ლაბორატორიული სამსახურები, არის შედეგის თვალსაჩინოება და მისი მიღების სისწრაფე, რაც ზრდის შედეგების სარწმუნოებას, იძლევა დიდი რაოდენობის პაციენტების ტესტირების საშუალებას და თავიდან აგვაცილებს შეცდომებს რეგისტრაციის დროს. სწრაფი ტესტების ჩატარება არ არის აუცილებელი სპეციალური აღჭურვილობით ლაბორატორიულ პირობებში. ტესტირება შეიძლება ჩატარდეს პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარების დაწესებულებებში სპეციალურად ნასწავლი არასამედიცინო პერსონალის მიერ, მათ შორის იმ მუშაკების მიერაც, რომლებიც კონსულტაციას ატარებენ.

ELISA-ტესტების გამოყენებას უპირატესობა ენიჭება ისეთ სიტუაციებში, როდესაც საჭიროა დიდი რაოდენობის ტესტების ერთდროულად ჩატარება და ტესტის შედეგების მიღება სასწრაფო არ არის (მაგალითად, სტაციონარული ავადმყოფების შემთხვევაში) ან რეფერენს-ლაბორატორიების პირობებში. ELISA-ს ტესტების უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ შესაძლებელია ერთდროულად დიდი რაოდენობის ნიმუშების გამოკვლევა. ამ ტესტების პოტენციური ნაკლია დროის ხანგრძლივი პერიოდი, რომელიც საჭიროა ტესტირების დაწყებისთვის საკმარისი რაოდენობის ნიმუშების მოსაგროვებლად (დაახლოებით 40 ნიმუში), ზედმიწევნით ზუსტი რეგისტრაციის აუცილებლობა, რაც საჭიროა შედეგების შესაფარდებლად გამოკვლეულ პაციენტებთან, და შედეგების მიღების ვადა (ამ მიზნით საჭიროა რამდენიმე საათი), რის გამოც პაციენტს არ ეძლევა საშუალება, ტესტის შედეგებს ტესტირების დღესვე გაეცნოს. ELISA-ტესტები სპეციალურ ლაბორატორიულ აღჭურვილობას საჭიროებს და შესაბამისად, ლაბორატორიის კვალიფიციურ პერსონალს ტესტის ჩასატარებლად, შედეგების გასაფორმებლად და აღჭურვილობას ტექნიკური მომსახურებისათვის.

იმის გადაწყვეტისას, მედიცინის მუშაკების ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მიზნით სწრაფი აივ-ტესტი ჩატარდეს თუ ELISA-ტესტები, შემდეგი ფაქტორები უნდა იქნას მიღებული მხედველობაში:

- ტესტ-კომპლექტების, რეაგენტებისა და აღჭურვილობის ღირებულება და მათზე ხელმისაწვდომობა;
- კადრების, რესურსებისა და ინფრასტრუქტურის არსებობა;
- ლაბორატორიის პერსონალის არსებობა და მისი კვალიფიკაციის დონე;
- შესამოწმებელი სინჯების რაოდენობა;
- სინჯების შეგროვებისა და ტრანსპორტირების შესაძლებლობები;
- ადგილობრივი პირობები ტესტირების ჩასატარებლად;
- პაციენტისთვის მოსახერხებლობა;
- რამდენად აქვთ პაციენტებს შესაძლებლობა, დამატებით გამოცხადდნენ შედეგების მისაღებად.

აივ-ინფექციის გამოვლენა 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში ვირუსოლოგიური მეთოდების გამოყენებას საჭიროებს, რადგან სწრაფი ტესტებისა და ELISA-ტესტების გამოყენებით შეიძლება გართულდეს დადებითი შედეგების ინტერპრეტაცია ბავშვის სხეულში დედის აივ-ანტისხეულების არსებობის გამო. დიაგნოსტიკის ვირუსოლოგიური მეთოდები რთულ პროცესებს ეფუძნება, როგორცაა პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია, აივ-დნმ და აივ-რნმ, რომლებიც ძვირად ღირებულია და მაღალკვალიფიციურ პერსონალს საჭიროებს. WHO ვირუსოლოგიური ტესტირების ორგანიზაციებისთვის რეკომენდაციას უწევს ცენტრალიზებულ მიდგომას, როდესაც ნიმუშების შეგროვება ფილტრის ქაღალდით ხდება, რაც ტროპიკულ პირობებშიც კი ნიმუშების ცენტრალურ ლაბორატორიაში მარტივად ტრანსპორტირების საშუალებას იძლევა.

## 7.2. ტესტირების აღმოჩენები

აივ-ტესტირება დაავადებათა კონტროლის ცენტრის -WHO დაUNAIDS მიერ რეკომენდებული მეთოდისა და ეროვნული ალგორითმების თანახმად უნდა ჩატარდეს. შეიძლება ვისაუბროთ სერიულ (მიმდევრობით) ან პარალელურ ტესტირებაზე.ELISA-ს საფუძველზე ჩატარებული ტესტი თითქმის ყოველთვის სერიული ხასიათისაა, ხოლო სწრაფი ტესტის ალგორითმები შეიძლება იყოს როგორც სერიული, ისე პარალელური.

**სერიული ტესტირების** შემთხვევაში, თუ პირველი ტესტის შედეგი უარყოფითია, მთელი ტესტი აივ-ანტისხეულების არსებობაზე უარყოფითად ჩაითვლება. თუ პირველი ტესტი დადებით შედეგს იძლევა, მეორე ტესტი ტარდება სხვა ანტიგენების და/ან პლატფორმის გამოყენებით. არ არის რეკომენდებული იდენტური, მაგრამ სხვადასხვა სახელწოდებით გაფორმებული ტესტების ერთმანეთთან კომბინაციაში გამოყენება. აივ-ინფექციის 5%-იანი და მეტი გავრცელების პირობებში, თუ მეორე ტესტიც დადებით შედეგს იძლევა, მთელი ტესტი ჭეშმარიტად დადებითად ითვლება. აივ-ინფექციის დაბალი გავრცელების პირობებში, როდესაც დიდია მცდარად-დადებითი შედეგების ალბათობა, შეიძლება საჭირო გახდეს მესამე,დამადასტურებელი ტესტის ჩატარება. WHO დაUNAIDS უმეტეს შემთხვევაში სერიული ტესტირების რეკომენდაციას იძლევიან. ეს მეთოდი შედარებით ეკონომიურად ითვლება, რადგან მეორე ტესტი მხოლოდ პირველი ტესტის დადებითი შედეგის მიღების შემთხვევაში ტარდება.

**პარალელური ტესტირების** შემთხვევაში, რომლის ჩატარებაც რეკომენდებულია მხოლოდ სისხლის აღებისას თითიდან და არა ვენიდან, ერთ სინჯზე ერთდროულად ორ ტესტს აყენებენ სხვადასხვა ანტიგენების და/ან პლატფორმების გამოყენებით. ორივე ტესტის დადებითი და უარყოფითი შედეგების თანხვედრა ფასდება როგორც ჭეშმარიტად დადებითი ან ჭეშმარიტად უარყოფითი საბოლოო შედეგი.

თუ ტესტების შედეგები (სერიულის ან პარალელურის) ერთმანეთისგან განსხვავდება (ერთი დადებითია, ხოლო მეორე – უარყოფითი), საერთო შედეგები კვალიფიცირდება, როგორც დისკორდანტული. ასეთ შემთხვევებში შეიძლება საჭირო გახდეს სპეციალიზებული ლაბორატორიის კონსულტაცია.

ნებისმიერ შემთხვევაში,WHO დაUNAIDS რეკომენდაციას უწევენ არანაკლებ 99% მგრძობელობისა და 98% სპეციფიკურობის აივ-ტესტირების გამოყენებას. რეკომენდებულია პრაქტიკულ პირობებში ტესტების კონკრეტულ კომბინაციათა გამოცდების ჩატარება, სანამ მათი ფართო მასშტაბით დანერგვა მოხდება.

# 8. ეხევის ზოგადი ეხევის სეხევი

მედიცინის მუშაკების ინიციატივით ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის ოპტიმალური გზების დასახვა ამა თუ იმ კონკრეტულ ქვეყანაში არსებული სიტუაციის შეფასების შედეგებზე იქნება დამოკიდებული, კერძოდ, ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების, არსებული ინფრასტრუქტურის, ფინანსური და საკადრო რესურსების, აივ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის გატარებული ზომების ხარისხზე, აივ-ინფექციით გამოწვეული დისკრიმინაციის წინააღმდეგ არსებულ სოციალურ, ორგანიზაციულ და სამართლებრივი დაცვის მექანიზმებზე და კანონმდებლობით გათვალისწინებული აივ-ტესტირების ისეთი ნეგატიური შედეგებისგან დაცვის მექანიზმების შეფასების შედეგებზე, როგორცაა აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული დისკრიმინაცია და ძალადობა. ძლიერი სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის პირობებში და/ან როდესაც მედიცინის მუშაკები არ ფლობენ საჭირო უნარ-ჩვევებს ტესტირებისა და კონსულტაციის ჩასატარებლად, ინფორმირებული თანხმობის მიღების საფუძველზე და კონფიდენციალურობის დაცვით, წინასწარ, დანერგვის დაწყებამდე საჭიროა მოცემული პრობლემების გადასაჭრელად სავალდებულო რესურსების გამოყოფა და მათი მიზნობრივი გამოყენება.

გადაწყვეტილებები მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის მიზანშეწონილობისა და მეთოდების შესახებ მიღებულ უნდა იქნას ყველა დაინტერესებულ მხარესთან შეთანხმებით. ზომები, რომლებიც შეიძლება საჭირო გახდეს წინამდებარე დოკუმენტში აღწერილი საერთო რეკომენდაციების ადაპტაციისთვის, ეროვნულ და ადგილობრივ პირობებში, მოცემულია N2 ცხრილში.

რეგიონებში, სადაც განსაკუთრებით მწვავე მდგომარეობაა აივ/შიდსის თვალსაზრისით, ხშირად განიცდიან კადრებისა და ფინანსების დეფიციტს, რაც ჯანდაცვის მომსახურების დანერგვის შესაძლებლობებს ზღუდავს. როგორც მე-4 ნაწილშია აღწერილი, შეიძლება საჭირო გახდეს მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ტესტირებისა და კონსულტირების ეტაპობრივად დანერგვა, განსაზღვრული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებიდან დაწყებული, სოციალური და ეპიდემიოლოგიური ფაქტორებისა და არსებული რესურსების გათვალისწინებით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს დაგეგმვის კოორდინირებას, კადრების სწავლებას და მომარაგების ორგანიზაციას, რადგან ეს ხელს უწყობს მედიცინის მუშაკებისა და კლიენტის ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების საკითხების სინერჯიასა და სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებს შორის თანამშრომლობის განვითარებას.

**ცხრილი 2: მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შეთანხმებისა და ადაპტაციის დონის დიფერენციალური, მოცემული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ქვეყანაში დანერგვის პროცესში**

1. იმ ქვეყნებში, სადაც მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა იგეგმება, ჯანდაცვის სამინისტრომ ეროვნული საკონსულტაციო სხდომა უნდა მოიწვიოს, რომლის მსვლელობისას დაიგეგმება დანერგვის სტრატეგია და წინამდებარე მითითებების ადგილობრივ პირობებთან ადაპტაცია. სხდომის მონაწილეთა რიცხვში უნდა შედიოდნენ:

- აივ-ტუბერკულოზთან ბრძოლისა და სხვა კლინიკური სამსახურების საქმიანობის ეროვნული პროგრამების მენეჯერები;
- იუსტიციის, სოციალური უზრუნველყოფის, შინაგან საქმეთა, ფინანსთა სამინისტროების წარმომადგენლები;
- მედიცინის მუშაკები;
- მარეგულირებელი ორგანოებისა და პროფესიული ასოციაციების წარმომადგენლები;
- ადგილობრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლები, მათ შორის ქალთა და რელიგიური ორგანიზაციების წარმომადგენლებიც;
- ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლები;
- აივ/შიდსით ინფიცირებული პირები;
- სამართალდამცველები;
- კერძო სექტორის წარმომადგენლები;
- სამართლებრივი და სოციალური დახმარების წარმომადგენლები.

2. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვის ხელშეწყობისა და პაციენტების უფლებების დაცვის მიზნით რეკომენდებულია არსებული პოლიტიკისა და სოციალური და სამართლებრივი მექანიზმების შეფასება და გადასინჯვა. კონკრეტულ შემთხვევაში შეიძლება იგულისხმებოდეს სოციალური და სამართლებრივი დახმარების სამსახურების შექმნა ან საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო კამპანიების ჩატარება სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ.

3. რეკომენდებულია დანერგვისთვის საჭირო რესურსების გათვალისწინება და გამოყოფა, რომლებიც ასევე გამოყენებულ იქნება ტესტირებისთვის საჭირო აღჭურვილობისა და მასალების შესაძენად, მედიცინის მუშაკთა სწავლებისთვის, მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და სოციალური მობილიზაციისთვის.
4. რეკომენდებულია მეთოდური მითითებების, პროტოკოლებისა და მედიცინის მუშაკების პროფესიული ქცევის წესების, ასევე საჭირო სასწავლო სახელმძღვანელოებისა და მასალების შემუშავება ან ადაპტირება. ისინი აივ-ინფექციის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების, არსებული რესურსების, ეთიკის პრინციპებისა და ადამიანის უფლებების, საკანონმდებლო ბაზისა და სოციალურ-კულტურული კონტექსტის გათვალისწინებით უნდა შეიქმნას.
2. იმ ქვეყნებში, რომელთაც მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ეტაპობრივი დანერგვის გადაწყვეტილება მიიღეს, საჭიროა განისაზღვროს პრიორიტეტული კლინიკური სამსახურები, საიდანაც უპირველეს ყოვლისა დაიწყება აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა და შემდგომი დაჩქარება.
3. აუცილებელია გამოიყოს შესაბამისი საკადრო სიმძლავრეები და უზრუნველყოფილ იქნას პერსონალის ადეკვატური სწავლება.
4. მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების საკითხები რეკომენდებულია გათვალისწინებულ იქნას კონტროლის, ხარისხის უზრუნველყოფის, მონიტორინგისა და შეფასების არსებული სისტემებით.
5. სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების მომსახურების მონიტორინგსა და შეფასებაში რეკომენდებულია სამოქალაქო საზოგადოების ჩართვა.
6. სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე აუცილებელია განმტკიცდეს კავშირი სხვადასხვა სამსახურს შორის, აივ-ინფექციასთან დაკავშირებულ მომსახურებაზე აივ-ტესტირებული და კონსულტირებული პაციენტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, მათ შორის პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის ადგილობრივ მომსახურებაზეც.

## 9. მონიტორინგი და შეფასება

მონიტორინგი და შეფასება მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის დანერგვის პროგრამების საკვანძო ელემენტს უნდა წარმოადგენდეს, მოცემული პროგრამების განხორციელების ყველა ეტაპზე. აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის მომსახურების ეროვნულ დონეზე განხორციელებული მონიტორინგი და შეფასება პროგრამის მენეჯერებს შემდეგი ამოცანების გადაჭრის საშუალებას უნდა აძლევდეს:

- დანერგვის პროცესის მონიტორინგი და მათ შორის ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურები, კონფიდენციალურობის დაცვა და კონსულტაციის სათანადო დონეზე ჩატარება;
- პრობლემების გამოვლენა, დანერგვის სტრატეგიების კორექტირება და ადაპტირება;
- მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის ეფექტურობის შეფასება შემდეგი პუნქტების მიხედვით:
  - აიგ-ტესტირებასა და კონსულტირებაზე, ტესტების შედეგებზე ხელმისაწვდომობის ზრდა;
  - აიგ-პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მოვლისა და მხარდაჭერის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდა და მომსახურების ამ სახეებით სარგებლობის მასშტაბის ზრდა;
  - ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება;
  - მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზრდა აიგ-ინფექციის და მკურნალობის საკითხებში;
  - სოციალური ეფექტურობა (კერძოდ, სტატუსის გამჟღავნების სისწირესთან, სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის ხარისხთან და სხვა არასასურველ შედეგებთან დაკავშირებით).
- დანერგვით მიღებული შედეგების ეკონომიკური ეფექტურობისა და მდგრადობის შეფასება;
- შესაბამისი ლაბორატორიული მომსახურების ხარისხის შეფასება;
- იმ მიზეზების შეფასება, რომელთა გამოც საჭიროა აიგ-ტესტირება და კონსულტირება.

მონიტორინგისა და შეფასების დაგეგმვის მიზანი შექმნის დაგეგმვას უნდა იყოს მაჩვენებლების შეგროვების არსებული სტრუქტურებისა და მექანიზმების გამოყენება და არა დამოუკიდებელი სისტემების შექმნა. მონაცემთა შეგროვების მარტივი სტანდარტული ინსტრუმენტების გამოყენება სხვადასხვა დაწესებულებათა საქმიანობის შეფასების საშუალებას იძლევა და ამცირებს სამედიცინო პერსონალის დატვირთვას. აუცილებელია მედიცინის მუშაკებისა და ადმინისტრატორების სწავლება მონაცემთა შეგროვების მეთოდოლოგიაში.

რადგან მონაცემთა მოცულობა, რომელთა შეგროვებაც მონიტორინგის პროცესში ხდება, ყოველთვის შეზღუდული იქნება, რეკომენდებულია დამატებით მოხდეს დანერგვის კონკრეტული ასპექტების მიზნობრივი შეფასებები. ასე მაგალითად, რეკომენდებულია ხარისხის კონტროლის დაწესება სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის მაჩვენებლებისა და გაწეული მომსახურებით (ტესტირების პროცედურა, ტესტირებადელი ინფორმირებულობა, თანხმობის მიღება ტესტირებაზე, ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია) პაციენტების კმაყოფილების ხარისხის რეგულარულმა შეფასებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების სამსახურების მუშაობის ეფექტურობის ზრდასა და აღიარებას.

რეკომენდებულია მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით აიგ-ტესტირებისა და კონსულტაციის მონიტორინგისა და შეფასების ჩატარება სამედიცინო დაწესებულებებთან, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და სამოქალაქო საზოგადოების ჯგუფებთან ერთობლივი მუშაობით, რისი მიზანიც სხვადასხვა მომსახურების მაღალი ხარისხისა და აღიარების ზრდა, მაღალეთიკური სტანდარტების უზრუნველყოფა და ადამიანის უფლებათა დაცვაა.

ამჟამად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების მონიტორინგისა და შეფასების დაწვრილებით რეკომენდაციებს ამუშავებს, მათ შორის მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ჩატარებული აიგ-ტესტირებისა და კონსულტირების მითითებებს. ეს რეკომენდაციები 2007 წელს გამოქვეყნდა.

## დამატებითი წყაროები

მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით ჩატარებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შესახებ არსებული მეთოდური მითითებებისა და სახელმძღვანელოების დიდი არჩევანია მოცემული WHO HIV Testing and Counselling Online Toolkit (მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების ონლაინ ინსტრუმენტარი) ვებ-გვერდზე. ეს გვერდი პერიოდულად ივსება აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების შესახებ არსებული ახალი რესურსებით (ვებ-გვერდი <http://who.arvkit.net/tc/en/index.jsp>); ფაილი PDF ფორმატით ვებ-გვერდზე [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159327X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159327X_eng.pdf)).

შემდეგ დოკუმენტებში და ვებ-გვერდებზე ასევე შესაძლებელია სასარგებლო ინფორმაციის ნახვა, რომელიც მკითხველს მედიცინის მუშაკთა ინიციატივით წარმოებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების დაგეგმვაში, დანერგვასა და წინსვლაში დაეხმარება.

### ანტირეტროვირული თერაპია და კლინიკური დახმარება:

- Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: towards universal access - recommendations for a public health approach, WHO, 2006 revision. <http://www.who.int/entity/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>
- Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access - recommendations for a public health approach, WHO, 2006 version. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines2.pdf>
- Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access - recommendations for a public health approach, WHO, 2006. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/paediatric020907.pdf>
- WHO ARV Toolkit. Website: <http://www.who.int/hiv/toolkit/arv/en/index.jsp>, PDF version: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/9241591161.pdf>
- WHO Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI) and Integrated management of childhood illness (IMCI) - various documents. Web site: <http://www.who.int/hiv/pub/imai/en/>

### პოლიტიკისა და სამართლებრივი რეგულირების საკითხები:

- Policy statement on HIV testing, UNAIDS and WHO, 2004. [http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy\\_en.pdf](http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_en.pdf)
- HIV/AIDS and human rights - international guidelines, UNAIDS and OHCHR, 1996. <http://whqlibdoc.who.int/publications/1998/9211541301.pdf>
- International guidelines on HIV/AIDS and human rights, 2006 consolidated version, UNAIDS and OHCHR. [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf)
- Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights, UNAIDS and IPU, 1999. [http://whqlibdoc.who.int/unaid/1999/UNAIDS\\_99.48E.pdf](http://whqlibdoc.who.int/unaid/1999/UNAIDS_99.48E.pdf) 49.

### აივ-სტატუსის მიზანშეწონილი გამჟღავნება და პარტნიორის ინფორმირებულობა:

- Opening up the HIV/AIDS epidemic: Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting (UNAIDS Best Practice Collection, Key Material, UNAIDS and WHO, Geneva, November 2000). [http://whqlibdoc.who.int/unaid/2000/UNAIDS\\_00.42E.pdf](http://whqlibdoc.who.int/unaid/2000/UNAIDS_00.42E.pdf)

### ძალისა და გოგონების აივ-ტესტირება:

- Addressing violence against women in the context of HIV testing and counselling - a meeting report, WHO 2007 (forthcoming)
- Testing and Counselling for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (TC for PMTCT) Support Tools, CDC, WHO, UNICEF, USAID and PMTCT implementing partners. Web site: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/tc/en/index.html>
- WHO Briefing Note — HIV and Infant Feeding. Conference on Retroviruses and opportunistic infections. Los Angeles, 25-28 Feb 2007. <http://www.who.int/hiv/mediacentre/Infantfeedingbriefingnote.pdf>
- Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS, WHO and UNFPA, 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159425X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159425X_eng.pdf)
- Prevention of mother-to-child transmission of HIV: generic training package, WHO and CDC, 2004. Web site: <http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/PMTCT/>

- Nutrition counselling, care and support for HIV-infected women, WHO, 2004, .

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592125.pdf>

**აივ-ტესტირება და კონსულტირება ტუბერკულოზთან ბრძოლის დაწესებულებებში:**

- Interim policy on collaborative TB/HIV activities WHO/HTM/TB/2004.330.  
([http://www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/index.html))
- CDC and WHO tools on HIV Testing and Counselling in TB Clinical Settings 2007
  - Module One: Introduction, Background, and Rationale .  
[http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb\\_tools/TB%20Module%201\\_12.6.06.pdf](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%201_12.6.06.pdf)
  - Module Two: Understanding the Provider-initiated and Delivered HIV Testing and Counseling Process in the Context of TB Clinical Settings .  
[http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb\\_tools/TB%20Module%202\\_12.7.06.pdf](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%202_12.7.06.pdf)
  - Module Three: Preparing the Provider to Perform PTC .  
[http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb\\_tools/TB%20Module%203\\_12.12.06.pdf](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%203_12.12.06.pdf)
  - Module Four: Administrative, Implementation and Standard Operating Procedures  
[http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb\\_tools/TB%20Module%204\\_12.13.06.pdf](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%204_12.13.06.pdf)
  - Module Five: Clinical Considerations .  
[http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb\\_tools/TB%20Module%205\\_12.6.06.pdf](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%205_12.6.06.pdf)

**50 GUIDANCE ON PROVIDER-INITIATED HIV TESTING AND COUNSELLING IN HEALTH FACILITIES**

- Module Six: Demonstration Clinic .

[http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb\\_tools/TB%20Module%206%20Demo\\_12.1.06.pdf](http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/docs/tb_tools/TB%20Module%206%20Demo_12.1.06.pdf)

**ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფები:**

- WHO online sex work toolkit (Web site: <http://who.arvkit.net/sw/en/index.jsp>; PDF version: [http://www.who.int/entity/hiv/pub/prev\\_care/sexworktoolkit.pdf](http://www.who.int/entity/hiv/pub/prev_care/sexworktoolkit.pdf))
- HIV prevention through harm reduction among injecting drug users .  
<http://www.who.int/hiv/idu/en/index.html>
- Strategies for involvement of civil society in HIV testing within context of “3 by 5»: .  
Focus on marginalized communities, UNAIDS, 2004, .  
[http://data.unaids.org/Topics/Human-Rights/hr\\_refgroup3\\_06\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Topics/Human-Rights/hr_refgroup3_06_en.pdf)

**აივ-ტესტირება და ბავშვები:**

- Convention on the right’s of the child, UN, 1989, Website: .  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/1998/9211541301.pdf>
- Convention on the right’s of the child general comment No 3: HIV/AIDS and the rights of the child, UN, 2003, Website: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9291730254.pdf>
- Integrated Management of Childhood Illnesses (resources). Website:.  
<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubIMCI.htm>

**ტესტირების ტექნოლოგიები:**

- Training package for HIV rapid testing, CDC and WHO, 2006. .  
<http://www.phppo.cdc.gov/dls/ila/hivtraining/default.aspx>
- WHO Guidelines on HIV rapid testing, WHO (to be published)
- Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing: .  
applying a quality system approach, CDC and WHO, 2005.  
[http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/publications/HIVRapidsGuide.pdf](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/HIVRapidsGuide.pdf)
- Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests, UNAIDS/WHO, 1997.  
<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1997/wer7212.pdf>
- The importance of simple/rapid assays in HIV testing, WHO/UNAIDS, 1998 .  
<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1998/wer7342.pdf>.

## ԾՈՆՈՒՄԿՆԵՐ

1. UNAIDS/WHO. *AIDS epidemic update*. Geneva:UNAIDS and World Health Organization; December 2006
2. WHO/UNAIDS/UNICEF. *Towards universal access:scaling up priority HIV/AA interventions in the health sector.Progress Report*. Geneva: World Health Organization, UNAIDS and United Nations Childrens Fund; April.2007
3. Dabis F, Schechter M, Egger M. Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparativeanalysis of databases from low-and high-income countries. *Lancet* 2006, 367:817-24
4. UNAIDS/WHO. *Policy Statement on HIV Testing*. Geneva:UNAIDS and World Health Organization; June2004
5. Paxton S et al. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 2005,17(4):413-24
6. Sahlu T et al. Sexual behaviours, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counselling in Ethiopia. *AIDS*. 1999,13(10):1263-72
7. Stein JA, Nyamathi A. Gender differences in behavioural and psychosocial predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population. *AIDS Care* . 2000,12(3):343-56
8. Obermeyer C Makhlof, M Osborn. The uptake of testing and counseling for HIV: A review of the social and behavioral evidence. *American Journal of Public Health* (in press)
9. Yoder, S, A Katahoire, D Kyaddondo, Z Akol, R Bunnell, and F Kaharuzza. 2006. Home-based HIV Testing and Counseling in a survey context in Uganda. Calverton Maryland: ORC Macro
10. Were W, Mermin J, Bunnell R, Ekwaru J, Kaharuzza F. Home-based model for HIV voluntary counselling and testing. *Lancet*. Volume 361, Issue 9368, 3.May 2003, Page 1569
11. Wolff B et al. Evaluation of a home-based voluntary counselling and testing intervention in rural Uganda. Oxford Journals: *Health Policy and Planning*. 2005, 20(2):109-116
12. McDonald EA, Currie MJ, Bowden FJ. Delayed diagnosis of HIV: missed opportunities and triggers for testing in the Australian Capital Territory. *Sexual Health*, 2006, 3(4):291-295
13. Nakanjako D et al. Acceptance of Routine Testing for HIV among Adult Patients at the Medical Emergency Unit at a National Referral Hospital in Kampala, Uganda. *AIDS and behaviour*. 2006, (Epub ahead of print)
14. 1Op. cit. number 8
15. Gary M et al. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006, 20(10):1447-1450
16. Branson B et al. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report (CDC)*. 2006, 55(RR14):1-17
17. National AIDS and STD Control.Programme: *Guidelines for HIV testing in clinical settings*. Nairobi, Ministry of Health, Republic of Kenya, 2004
18. Weiser SD et al. Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns. *PLoS medicine*. 2006, 3(7):e261
19. Nuwaha F et al. Factors influencing acceptability of voluntary counselling and testing for HIV in Bushenyi district of Uganda. *East African medical journal*. 2002, 79(12):626-32
20. Perez F et al. Acceptability of routine HIV testing (“opt-out”) in antenatal services in two rural districts of Zimbabwe. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2006, 4(14):514-20
21. Zimba C et al. Impact of routine HIV counseling and testing with an opt-out strategy compared to voluntary counseling and testing in the implementation of PMTCT services, Lilongwe, Malawi. XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 13-18, 2006
22. Etiebet M-A et al. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into antenatal care: Learning from the experiences of women in South Africa. *AIDS Care*. 2004,16(1):37-46
23. Shankar A.V et al. Women’s acceptability and husband’s support of rapid HIV testing of pregnant women in India, *AIDS Care*. 2003, 15(6):871-4
24. Miller A. Pilot Implementation of Revised National Policy for Routine Offer of HIV Testing in Antenatal Services: Quantitative and Qualitative Impact in Urban and Rural Zimbabwe.
25. PEPFAR.Implementers Meeting,.Durban, South Africa, June 12-15, 2006 (Abstract 112) 25 .Centers forDisease Control and Prevention. Voluntary HIV testing as a part of routine medical care..*Morbidity and Mortality Weekly Report* 2004 53: 523-526

26. Simpson WM et al. Uptake and acceptability of antenatal HIV testing: randomised controlled trial of different methods of offering the test. *British Medical Journal*. 1998, 316(7127):262-7
27. Op. cit. number 18
28. Op. cit. number 22
29. Thior I et al. Voluntary counseling and testing among post-partum women in Botswana. *Patient education and counselling*, 2007, 65(3):296-302. *Epub* 2006 Oct 9
30. Kankasa, C et al. Routine and Universal Counseling and Testing Among Hospitalized Children at University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia. PEPFAR Implementers Meeting, Durban, South Africa, June 12-15, 2006 (Abstract 215)
31. Corneli A et al. Patient and Provider Perspectives on Improving Access to HIV Testing and Counselling for TB Patient in Kinshasa, Democratic Republic of Congo (DRC). 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio De Janeiro, July 24-27, 2005 (Abstract No. TuPe7.1C19)
32. Nawavvu C et al. Routine HIV Testing for Children: Challenges and Lessons Learned. PEPFAR Implementers Meeting, Durban, South Africa, June 12-15, 2006 (Abstract 223)
33. Homsy J et al. Routine Intrapartum HIV Counseling and Testing for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in a Rural Ugandan Hospital. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. June 2006, 42:149-154.
34. Semafumu E, Ngabirano T. Building on the Success of STD Programmes to Increase Access to Prevention and Care for HIV/AIDS: The Case for Routine Testing and Counseling in STD Patients. PEPFAR Implementers Meeting, Durban, South Africa, June 12-15 2006 (Abstract 69).
35. Andia I. Evolving Clinical Picture Secondary to Routine HIV Testing and Early Linkage to Care at the HIV Clinic at Mbarara Regional Referral Hospital. PEPFAR Implementers Meeting, Durban, South Africa, June 12-15, 2006 (Abstract 195)
36. Steen TW et al. Two and a Half Years of Routine HIV Testing in Botswana. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2007, 44(4):484-8
37. Op. cit number 24
38. Greenwald JL. Routine Rapid HIV Testing in Hospitals: Another Opportunity for Hospitalists to Improve Care. *Journal of Hospital Medicine*. 2006, 1(2):106-112
39. OP.cit. number 29
40. Medley A et al. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Geneva: *Bulletin of the World Health Organization*. 2004, 82(4): 299-307
41. Maman S et al. High rates and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners: Reasons for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS and behaviour*. 2003, 7(4):373-82
42. Gielen AC et al. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(2):111-20
43. Gaillard P et al. Vulnerability of women in an African setting: Lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS*. 2002, 16(6):937-9
44. emraua K et al. Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*, 2005, 19:603 –609
45. Passin WF et al. A systematic review of HIV partner counseling and referral services: client and provider attitudes, preferences, practices, and experiences. *Sexual Transmitted Disease*. 2006, 33(2):1-9
46. Op. cit. number 39
47. USAID/Synergy. *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT*. Meeting Report. Washington DC: USAID, March. 2004
48. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. *Voluntary HIV counselling and testing: manual for training of trainers parts 1 & 2*. 2004
49. World Health Organization Regional Office for Africa. *Regional HIV/AIDS Voluntary Counselling and Testing Guidelines*. Brazzaville, 2005
50. WHO/UNAIDS. Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Clinical Settings: Operational Recommendations. A Meeting Report. WHO/UNAIDS consultation meeting, 3-4 July 2006

51. WHO. *The Right to Know: New Approaches to HIV Testing and Counselling*. Geneva: World Health Organization, 2003 (WHO/HIV/2003.08)
52. Op. cit. number 4
53. Some of these terms were proposed in earlier drafts of this document, and the term “routine offer” was used in the WHO/UNAIDS Policy Statement on HIV Testing and Counselling. The policy Statement will be updated to reflect the terminology used in this document
54. A fourth epidemic scenario, hyperendemic epidemic, has been proposed for HIV programme planning purposes in countries with HIV prevalence greater than 15%. The recommendations made for generalized epidemics in this document would also apply to hyperendemic epidemics. See: *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access*. UNAIDS. 2007
55. WHO. *Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children*. Geneva:WHO, 2006
56. Horwood C., Liebeschütz S., Blauuw D., Cassol S. And Qazi S. Diagnosis of pediatric HIV infection in a primary health care setting with a clinical algorithm. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003, 81 (12)
57. WHO/UNAIDS. *Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming . Conclusions and Recommendations*. World Health Organization and UNAIDS. Geneva: 28 March 2007
58. Bulterys M. et al. Rapid HIV testing during labour: a multicenter study. *JAMA* . 2004, 292:219-223
59. WHO. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: towards Universal Access. Recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO, 2006
60. For more information see: *Toolkit for Targeted HIV/AIDS Prevention and Care in Sex Work Settings*, WHO.2005; *Policy and Programming Guide for HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug User*, WHO 2005; *Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting users: workshop manual*. WHO/UNAIDS 2004
61. M-L. Newell et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*. Volume 364, Issue 9441, 2 October 2004-8 October 2004, Pages 1236-1243
62. Lewis DK, Callaghan M, Phiri K, et al. Prevalence and indicators of HIV and AIDS among adults admitted to medical and surgical wards in Blantyre, Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2003; 97: 91-96
63. Surveillance of HIV among TB patients is a sensitive indicator of the spread of HIV into the general population. Information about HIV prevalence in TB patients is essential to support the scale-up of comprehensive HIV treatment, care and support to HIV-positive TB patients
64. Op. cit. number 40
65. WHO. *Addressing violence against women in the context of HIV testing and counselling - strategies and recommendations*. WHO meeting report January 16-18, 2006. Geneva: (forthcoming)
66. WHO. *TB/HIV -A Clinical Manual*. Second edition. WHO, 2004 WHO/HTM/TB/2004 329
67. *International guidelines HIV/AIDS and human right*, UNAIDS/OHCHR, 2006 consolidated version
68. UNAIDS Best Practice Collection, Key Material, UNAIDS/WHO, Geneva, 2000
69. Family Health International. *Voluntary counselling and testing: a reference guide – responding to the needs of young people, children, pregnant women and their partners*. FHI, 2001
70. *Guidelines for Assuring the Accuracy and Reliability of HIV Rapid Testing: Applying a Quality System Approach*. CDC/WHO. 2005

