სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 1

- აივ-ის და შიდსის განმარტება და განსხვავება
- აივ ინფექციის ეტიოლოგია
- აივ-თან დაკავშირებული თარიღები, სიმბოლოები

აივ

ა-დამიანის **ი**-მუნოდეფიციტის **ვ**-ირუსი

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) აზიანებს იმუნურ სისტემას, რაც იწვევს იმუნოდეფიციტს. აივ-ი აქვეითებს ორგანიზმის იმუნიტეტს, რაც გამოიხატება სხვა დაავადებებისა და ინფექციების მიმართ ბრძოლის უნარის დაქვეითებაში. აივ ინფექცია წინ უძღვის შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის ჩამოყალიბებას (შიდსი).

პიროვნება, რომელსაც არ აქვს წესრიგში ჯანმრთელობისა და იმუნიტეტის მდგომარეობა, მოწყვლადი ხდება სხვადასხვა ინფექციების გამომწვევი ბაქტერიების, სხვადასხვა ვირუსების და დაავადების გამომწვევი უცხო ორგანიზმების მიმართ. ამ ინფექციებმა შესაძლებელია გამოწვიოს სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებები.

შიდსი

შ-ეძენილი **ი**-მუნო **დ**-ეფიციტის **ს**-ინდრომი

შეძენილი: ეს დაავადება არ გადაეცემა შთამომავლობით, არ გადაეცემა შემთხვევით ერთი ადამიანიდან მეორეს. აივ-ი უნდა მოხვდეს სისხლში, რათა მოხდეს ადამიანის ინფიცირება.

იმუნოდეფიციტი: იმუნური სისტემა წარმოადგენს ორგანიზმის დაცვის მექანიზმს ინფექციებისა და დაავადებებისაგან. როდესაც იმუნური სისტემა ზიანდება, მას უქვეითდება ბრძოლის უნარი ინფექციურ სნეულებათა წინააღმდეგ, რაც გამოიხატება მის “დეფიციტში”. დროთა განმავლობაში იმუნოდეფიციტური სისტემის მქონე პირი მოწყვლადი ხდება სხვადასხხვა ინფექციების გამომწვევი ბაქტერიების, სხვადასხვა ვირუსების და დაავადების გამომწვევი უცხო ორგანიზმების მიმართ. ამ ინფექციებმა შესაძლებელია გამოიწვიოს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებები.

სინდრომი: აივ ინფექცია იწვევს დაავადებების და ინფექციების სიმპტომთა კომბინაციას. ეს მდგომარეობა ცნობილია, როგორც სინდრომი.

დიაგნოსტიკა

შიდსის დიაგნოზის დადგენა ხდება ორგანიზმში აივ ანტისხეულების ან რაიმე სპეციფიური დაავადების/მდგომარეობის აღმოჩენის საფუძველზე. ამ დიაგნოზის დასმა მხოლოდ ლიცენზირებულ კლინიკას შეუძლია. ორგანიზმში აივ-ის არსებობა არ ნიშნავს იმას, რომ ადამიანს აქვს შიდსი. ყოველი ადამიანი, რომელსაც დაუსვეს "შიდსის დიაგნოზი" აქვს აივ-ი, ხოლო ვისაც აივ-ი აქვს ყველას არ შეიძლება დაუდგინდეს შიდსის დიაგნოზი

აივ-ის მოქმედება ორგანიზმში

T-Helper (CD4+) – ლიმფოციტები

აივ-ის სისხლში შეჭრის შემდეგ, მისი სამიზნე ხდება T-Helper ლიმფოციტები, სისხლის თეთრი უჯრედები (ლიმფოციტები), რომლებიც პასუხს აგებენ იმუნური სისტემის ფუნქციონირებაზე. ამ უჯრედების ერთ-ერთ მთავარ ფუნქციას წარმოადგენს იმუნური პასუხის რეგულაცია სხვადასხვა ინფექციებისა და დაავადების გამომწვევი უცხო ორგანიზმების (ვირუსი, ბაქტერია) მიმართ. როდესაც ვირუსი აინფიცირებს T-Helper ლიმფოციტებს, უჯრედი სიგნალს უგზავნის სხვა უჯრედებს, რომლებიც გამოიმუშავებენ ანტისხეულებს.

აივ ანტისხეულები

აივ ანტისხეულების გამომუშავება ხდება იმუნური სისტემის მიერ უცხო ორგანიზმის შემოჭრისას, რათა თავიდან აიცილოს დაზიანება, რაც შემდგომში დაავადების სახით გამოვლინდება. ანტისხეულების გამომუშავება აუცილებელია იმუნური სისტემის ფუნქციონირებისათვის. ორგანიზმი გამოიმუშავებს სპეციფიურ ანტისხეულს

კონკრეტული დაავადების მიმართ. მაგალითად, თუ დავინფიცირდით წითელას ვირუსით, ამ შემთხვევაში იმუნური სისტემა გამოიმუშავებს "სპეციალურ" ანტისხეულს, რომელიც "შეებრძოლება" კონკრეტულად წითელას ვირუსს. პოლიომელიტის ანტისხეულები ებრძვიან პოლიომელიტის ვირუსს და ა.შ. როდესაც იმუნური სისტემა გამართულად მუშაობს, ის იცავს ორგანიზმს უცხო ორგანიზმების შეჭრისაგან.
აივ-ი აინფიცირებს, ანგრევს T-Helper ლიმფოციტებს და აზიანებს მათ ანტისხეულების გამომუშავებისთვის სიგნალის მიწოდების უნარს. ამას კი მივყევართ იმუნური სისტემის ფუნქციის დათრგუნვამდე.

"ფანჯრის პერიოდი"

ეს პერიოდი გამოიხატება დროის იმ შუალედით, როდესაც ხდება ორგანიზმის აივ-ით დაინფიცირებიდან ანტისხეულების გამომუშავებამდე. ანტისხეულების გამომუშავება შესაძლებელია მოხდეს ორი კვირიდან სამ თვემდე. უმეტეს შემთხვევებში ეს ხდება 8-12 კვირის მანძილზე. ეს კი ნიშნავს, რომ ამ დროს ადამიანი აივ მტარებელი ხდება.
ფანჯრის პერიოდი არის დროის ის შუალედი, როდესაც ორგანიზმში საკმარისი ანტისხეულების გამომუშავება არ ხდება, რის გამოც ვერ ხერხდება მისი აღმოჩენა აივ ანტისხეულებზე გაკეთებულ ანალიზში. ეს ნიშნავს, იმას რომ ფანჯრის პერიოდში აივ ანტისხეულებზე გაკეთებული ანალიზის პასუხი უარყოფითი იქნება, მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანი შესაძლებელია უკვე დაინფიცირებული იყოს, ხოლო ვირუსების სისხლში რაოდენობა ამ დროს საკმაოდ დიდია. აქედან გამომდინარე, არსებობს აივ-ით დაინფიცირების რისკი პარტნიორებს შორის. მით უმეტეს, როდესაც პიროვნებამ ჯერ არ იცის თავისი აივ სტატუსის შესახებ, ხოლო აივ-ის რაოდენობა კი სისხლში საკმაოდ დიდია.

ასიმპტომური პერიოდი

ფანჯრის პერიოდის შემდეგ აივ დადებითი პირები თავს ძალიან კარგად გრძნობენ საკმაოდ დიდი დროის განმავლობაში. ამ დროის განმავლობაში ვირუსი აგრძელებს რეპლიკაციას და T-Helper უჯრედებისა და იმუნიტეტის დაზიანებას საბოლოო განადგურებამდე.

აივ-ის წარმოშობის ისტორია

კაცობრიობის არსებობის ხანგრძლივ ისტორიას მრავალი ეპიდემია ახსოვს, მათ შორისაა აივ ინფექცია/შიდსი, რომელმაც აღმოჩენის დღიდან დიდი ყურადღება მიიქცია და მოკლე ხანში გლობალურ "პრობლემად" იქცა. ამ დაავადების წარმოშობის შესახებ მრავალი თეორია არსებობს და დღემდე სადავოა მისი ზუსტი წარმოშობის ადგილი და თარიღი. აივ ინფექცია/შიდსი კლინიკურად პირველად აღწერეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს, როდესაც ჰომოსექსუალ მამაკაცთა შორის ზედიზედ იქნა დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადებების – პნევმოცისტური პნევმონიისა და კაპოშის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა. აღნიშნული დაავადებები მანამდე მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში იყო აღწერილი. 1982 წელს აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის მიერ ოფიციალურად იქნა რეგისტრირებული შიდსი, როგორც ახალი დაავადება. 1983 წელს შიდსის გამომწვევი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი ერთდროულად აღმოჩენილი იქნა პარიზში (საფრანგეთი) პასტერის ინსტიტუტში - ლუკ მონტანიესა და ბეთესდაში (აშშ) კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში - რობერტ ჰალოს მიერ.

აივ-ის წარმოშობის შესახებ განსხვავებული ვერსიები არსებობს. ზოგიერთი მიიჩნევს, რომ შიდსის გამომწვევი ვირუსი არ არის ახალი – იგი ხანგრძლივად არსებობდა ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში, მაგრამ გლობალურად გავრცელდა მხოლოდ უკანასკნელ ათწლეულებში, რასაც სხვა ფაქტორებთან ერთად ხელი შეუწყო აფრიკიდან იაფფასიანი სისხლის ექსპორტმა ამერიკისა და ევროპის სისხლის ბანკებში.

ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში (მწვანე მაიმუნები, მაკაკები) ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფართოდ იყო გავრცელებული შიდსის ვირუსის წინამორბედი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისათვის. შემდგომში, მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების შედეგად, მაიმუნის ვირუსმა გადალახა სახეობრივი ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში. ამ ვერსიის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ის ფაქტი, რომ ზემოაღნიშნულ მაიმუნებში აღმოჩენილია ე.წ. მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (მივ), რომელიც მათში იწვევს შიდსის მსგავს დაავადებას. გარდა ამისა, ადამიანისა და მაიმუნისაგან გამოყოფილი ვირუსები საკმაოდ ჰგვანან ერთმანეთს გენეტიკური და ანტიგენური თვისებებით. აღსანიშნავია, რომ შიდსის ვირუსი აღმოჩენილია ზაირის, უგანდის და ზოგიერთი სხვა აფრიკული ქვეყნის მცხოვრებთა 50-იან წლებში აღებულ სისხლში, რომელიც ამ ხნის განმავლობაში სხვადასხვა მიზეზის გამო ინახებოდა გაყინულ მდგომარეობაში, ხოლო 60-იან წლებში აფრიკაში აღწერილია ე.წ. ”Slim Disease”, რომელიც კლინიკური ნიშნებით შიდსს მოგვაგონებს.

კიდევ ერთი ჰიპოთეზის მიხედვით, აივ-ი ხელოვნურად შეიქმნა ამერიკის სამხედრო დანიშნულების ლაბორატორიებში, როგორც ბიოლოგიური იარაღი. ეს ვერსია განსაკუთრებით პოპულარული იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ხელმძღვანელთა შორის. იგი თავიდანვე ნაკლებ დამაჯერებელი იყო, ამჟამად კი მთლიანად უარყოფილია.

აივ-თან დაკავშირებული თარიღები და სიმბოლოები

შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღე (შიდსის მსოფლიო დღე)

1987 წლის აგვისტოში ჯეიმს ბანის (James W. Bunn) და თომას ნეთერის (Thomas Netter) მიერ, ჯანდაცვის მოსფლიო ორგანიზაციისთვის წარდგენილ იქნა ინიციატივა შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღისადმი აღსანიშნავი თარიღის შემოღების შესახებ. 1988 წლის 1 დეკემბრიდან კი ეს დღე ყოველწლიურად აღინიშნება მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში.

შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღე ყოველწლიურად 1 დეკემბერს აღინიშნება. ეს არის შესაძლებლობა, რომ მსოფლიოში ერთდროულად ათეულობით მილიონი ადამიანი გართიანდეს აივ ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლისთვის და აჩვენონ საკუთარი მხარდაჭერა აივ დადებით პირთა მიმართ.

შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღისთვის თითქმის ყოველწლიურად იქმნება ახალი თემა და ლოზუნგი. 2017 წლის თემაა: "ჩემი ჯანმრთელობა, ჩემი უფლება", რაც ნიშნავს, იმას რომ ყველას აქვს უფლება იყოს როგორც ფიზიკურად, ასევე ფსიქიკურად ჯანმრთელი.

შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღის თემები წლების მიხედვით

1988	Communication
1989	Youth
1990	Women and AIDS
1991	Sharing the Challenge
1992	Community Commitment
1993	Act
1994	AIDS and the Family
1995	Shared Rights, Shared Responsibilities
1996	One World. One Hope.
1997	Children Living in a World with AIDS
1998	Force for Change: World AIDS Campaign With Young People
1999	Listen, Learn, Live: World AIDS Campaign with Children & Young People
2000	AIDS: Men Make a Difference
2001	I care. Do you?
2002 - 2003	Stigma and Discrimination
2004	Women, Girls, HIV and AIDS
2005	Stop AIDS. Keep the Promise
2006	Stop AIDS. Keep the Promise – Accountability
2007	Stop AIDS. Keep the Promise – Leadership
2008	Stop AIDS. Keep the Promise – Lead – Empower – Deliver
2009 - 2010	Universal Access and Human Rights
2011	Getting to Zero - zero new HIV infections, zero discrimination and zero AIDS-related death
2012	Together we will end AIDS
2013	Zero Discrimination
2014	Close the gap
2015	On the fast track to end AIDS
2016	Hands up for #HIVprevention
2017	My Health, My Right

შიდსით გარდაცვლილთა ხსოვნის დღე

1983 წელს მსოფლიო საზოგადოებამ საფუძველი ჩაუყარა შიდსით დაავადებულთა ხსოვნის საერთაშორისო დღის კამპანიას. ტრადიციულად ეს დღე მაისის მე-3 კვირა დღეს აღინიშნება და დღეისათვის მსოფლიო მოწოდებას მსოფლიოს ყველა ქვეყანა უერთდება.

შიდსით გარდაცვლილთა ხსოვნის საერთაშორისო დღე საშუალებას იძლევა, რომ:

- პატივი მივაგოთ შიდსით გარდაცვლილების ხსოვნას;
- გამოვხატოთ მხარდაჭერა აივ დადებით პირთა მიმართ;
- გავზარდოთ აივ ინფექცია/შიდსზე ცნობიერება საზოგადოებაში
- შევამციროთ აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია

წითელი ლენტი

მსოფლიოში მილიონობით ადამიანი ატარებს წითელ ლენტს, როგორც აივ ინფექცია/შიდსის პრობლემის გაზიარების სიმბოლოს. ეს ლენტი 1991 წელს შექმნა მხატვარმა ფრანკ მურმა.

წითელი ლენტი გამოხატავს:

სოლიდარობა:

ვისაც უშუალოდ შეეხო შიდსის ეპიდემია - ვინც ცხოვრობს აივ ინფექციით, მათ ახლობლებსა და მეგობრებს.

პროტესტი:

აივ დადებით პირთა დისკრიმინაციის და სტიგმის წინააღმდეგ.

იმედი:

მედიცინა სძლევს ვირუსს.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 2

- აივ ინფექციის გადაცემა/არ გადაცემის გზები
- აივ-ით დაინფიცირების სარისკო ქცევები
- სოციალური მუშაკის როლი

აივ-ის გადაცემა და ინფიცირების კონტროლი

აივ-ი სხვა ვირუსებთან (მაგ.: გრიპის) შედარებით საკმაოდ მყიფე ვირუსია, რომელიც არ ვრცელდება ჩვეულებრივი. იმისათვის, რომ მოხდეს აივ-ით ინფიცირება, საჭიროა დაკმაყოფილდეს სამი პირობა: აივ-ის წყაროს არსებობა, ვირუსის მაინფიცირებელი დოზა, სხვა პიროვნების სისხლისადმი მისაწვდომობა.

აივ-ის წყარო და აივ-ის შემცველი ბიოლოგიური სითხეები

ნებისმიერი პირი, რომელიც აივ-ით არის დაინფიცირებული, პოტენციურად აივ-ის წყაროს წარმოადგენს. ბიოლოგიური სითხეები, რომელიც აივ-ის მაინფიცირებელ დოზას შეიცავს არის: სისხლი, სპერმა, ვაგინალური სეკრეტი და დედის რძე. ოფლი, ცრემლი, ნერწყვი, შარდი და სხვა ბიოლოგიური სითხეები შეიცავენ აივ-ს, თუმცა იმდენად მცირე კონცენტრაციით, რომ შეუძლებელია ადამიანის დაინფიცირება. სითხეებში, როგორიცაა: ცერებროსპინალური[1], პერიკარდიული[2], სინოვიალური[3] და პლევრული[4] სითხეები შეიცავენ აივ-ის მაინფიცირებელ დოზას, თუმცა მათი მოხვედრა ერთი ადამიანის ორგანიზმიდან მეორე ადამიანის ორგანიზმში წარმოუდგენელი.

აივ-ით დაინფიცირების რისკი

- <u>ინფიცირებული სისხლის</u> ან მისი კომპინენტების გადასხმა;
- სისხლით დაბინძურებული <u>არასტერილური სამედიცინო</u> იარაღების (მაგ. შპრიცების, სტომატოლოგიური და ქირურგიული იარაღების) გამოყენება:

[1] სითხე, რომელიც გარს ერტყმის თავისა და ზურგის ტვინს, ასევე, მათ შიგა ღრუებს.
[2] გულს გარს აკრავს პერიკარდიუმის პარკი. იგი შედგება გარეთა მემბრანის (პერიკარდიუმისგან) და ჭრისგან (პერიკარდიუმის ღრუ) , რომელიც გარეთა მემბრანასა და გულს შორისაა მოთავსებული. ამ ღრუში არის საამორტიზაციო სითხე (პერიკარიული სითხე
[3] სახსრის ხრტილის მკვებავი სითხე.
[4] სითხე, რომელიც გამოიყოფა პლევრიტის (ფილტვების შემომფარგვლელი აპკების (პლევრის) ანთება, ამ დროს შეიძლება პლევრის ზედაპირზე წარმოიშვას ფიბროზული ნადები, ან პლევრის ღრუში დაგროვდეს სითხე) დროს.

- **დაუცველი** სქესობრივი კონტაქტი (ვაგინალური, ანალური, ორალური);
- **ინფიცირებული დედიდან შვილზე** მუცლადყოფნის, მშობიარობის და ძუძუთი კვების დროს;
- გაუთვალისწინებელი სიტუაციების დროს (მაგ.: საერთო საპარსის და შპრიცების გამოყენება, ტატუირება და სამკაულების ტარების მიზნით სხეულის ნაწილების გახვრეტა)

აივ-ის გადაცემისათვის საჭირო პირობები

აივ-ის ანალური გზით გადაცემა

დაუცველი ანალური სქესობრივი აქტი, სწორ ნაწლავში აივ-ით ინფიცირებული სპერმის ან პრე-ეაკულაციური სითხის მოხვედრისას. აღნიშნული სქეობრივი აქტის ტიპი წარმოადგენს ერთი ადამიანიდან მეორე ადამიანზე აივ-ის გადაცემის ყველაზე მაღალ რისკ ფაქტორს. ანალური აქტი ხშირად იწვევს ლორწოვანი გარსის დაზიანებას, რაც უადვილებს აივ-ს სისხლში შეღწევას.

აივ-ის ვაგინალური გზით გადაცემა

დაუცველი ვაგინალური სქესობრივი აქტი, საშოში აივ-ით ინფიცირებული სპერმის ან პრე-ეაკულაციური სითხის მოხვედრისას, ასევე, მენსტრუაციული სისხლი და ვაგინალური სეკრეტი, წარმოადგენს ერთი ადამიანიდან მეორე ადამიანზე აივ-ის გადაცემის რისკ ფაქტორს.

კვლევებმა აჩვენა, რომ ვაგინალური სქესობრივი აქტის დროს ქალები უფრო მეტად წარმოადგენენ აივ-ით დაინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფს ვიდრე მამაკაცები. სავარაუდოდ, ამის განმსაზღვრელ პირობას წარმოადგენს საშოს ლორწოვანი გარსის ფართო ზედაპირი.

აივ-ის ორალური გზით გადაცემა

დაუცველი ორალური სქესობრივი აქტი, პირის ღრუში აივ-ით ინფიცირებული სპერმის, პრე-ეაკულაციური სითხის ან ვაგინალური სეკრეტის მოხვედრისას წარმოადგენს ერთი ადამიანიდან მეორე ადამიანზე აივ-ის გადაცემის რისკ ფაქტორს.

მსოფლიო მოსახლეობაში არსებობს აზრი იმის შესახებ, რომ ორალური სქესობრივი აქტის დროს აივ-ის გადაცემის რისკი საერთოდ არ არსებობს, თუმცა ეს მოსაზრება არ არის სწორი. აივ-ის გადაცემის რისკი, მიუხედავად იმისა, რომ სხვა სახის სქესობრივი აქტებისაგან (ვაგინალური, ანალური) განსხვავებით მცირეა, თუმცა იგი მაინც არსებობს.

აივ-ი და ორსულობა

ქალი, რომელიც ინფიცირებულია აივ-ით, შესაძლებელია თავის შვილს გადასცეს ვირუსი ფეხმძიმობის, მშობიარობის და ძუძუთი კვების დროს.

1994 წელს მკვლევარებმა აღმოაჩინეს ანტრირეტროვირუსული პრეპარატი AZT[5] (ზიდოვუდინი), რომელმაც დედიდან შვილზე აივ-ის გადაცემის რისკი მნიშვნელოვნად შეამცირა. 2002 წლიდან კი, ზიდოვუდინი და მსგავსი სახის პრეპარატები გამოიყენება ორსულობის პერიოდში აივ-ის გადაცემის პრევენციის მიზნით.

დედიდან შვილზე აივ-ის გადაცემის რისკი არანამკურნალევ შემთხვევაში 25%-ია. ხოლო როდესაც ორსული ინტენსიური მეთვალყურეობის ქვეშ არის და იღებს ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებს, აივ-ის გადაცემის რისკი 2%-ზე დაბალია.

[5] პირველი ანტირეტროვირუსული პრეპარატი, რომლითაც დაიწყეს შიდსის ეფექტური მკურნალობა 1985 წელს

დედიდან შვილზე აივ-ის გადაცემის რისკის შესამცირებლად რეკომენდირებულია საკეისრო კვეთის ჩატარება.

ყოველდღიური კონტაქტები

აივ-ი **არ** გადაეცემა: ჰაერწვეთოვანი გზით, დაცემინებით, დახველებით, შეხებით, ჩახუტებით, ხელის ჩამორთმევით. ასევე, აივ-ის გადაცემა შეუძლებელია რესტორანში საჭმლის მეშვეობით, რომელიც აივ დადებითმა მზარეულმა მოამზადა.

აივ-ი **არ** გადაეცემა ყოველდღიური შეხვედრებით სამსახურში. ასევე, აივ-ის გადაცემა შეუძლებელია საერთო კომპიუტერით, საოფისე ავეჯით, საკანცელარიო ნივთებით, ტელეფონით, საცურაო აუზით, სააბაზანოთი, უნიტაზის დასაჯდომით, შხაპით, კოღოსა და მწერების ნაკბენით, საერთო საკვებითა და ჭურჭლის გამოყენებით.

აივ-ის სისხლით გადაცემის ალბათობა ერთი შემთხვევის საფუძველზე

- ინფექციური აგენტის[6] (აივ) კონცენტრაცია სისხლში;
- ინფექციური აგენტის მდგრადობა (რამდენად ძლიერია);
- ინფექციური აგენტის ვირულენტობა[7];
- ინფექციური აგენტის უნარი შეაღწიოს სისხლში დაზიანებული დაზიანებული ლორწოვანის ან კანის მეშვეობით.

სისხლში ვირუსული დატვირთვა[8] განსაზღვრავს აივ დადებითი პირის ინფიცირების დონეს. კვლევებმა აჩვენა, რომ რაც უფრო მაღალია ვირუსული დატვირთვა სისხლში, მით მეტია აივ-ის გადაცემის რისკი.

---

[6] მიკრობი - (ვირუსი, ბაქტერია და სხვ.)

[7] რომელიმე მიკროორგანიზმის პათოგენობის (დაავადების გამოწვევის) ინტენსივობის უნარი. დამოკიდებულია როგორც ინფექციური აგენტის თვისებებზე, ისე ორგანიზმის მგრძნობელობაზე (იმუნიტეტის მდგომარეობაზე).

[8] ვირუსის რაოდენობა 1მლ პლაზმაში

ამერიკის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემების მიხედვით აივ-ით ინფიცირების ალბათობა 10 000 შემთხვევაზე ერთი რისკ ქცევის საფუძველზე:

- სისხლის გადასხმა - 9000 (90%)
- შპრიცის ან ნემსის **ერთი** გამოყენება – 67 (0,67%)
- **ერთი** მანიპულაცია, რომელიც არღვევს კანის მთლიანობას – 30 (0,3%)
- **ერთი** ვაგინალური სქესობრივი აქტის დროს ქალის შემთხვევაში – 10 (0,1%)
- **ერთი** ვაგინალური სქესობრივი აქტის დროს მამაკაცის შემთხვევაში – 5 (0,05%)
- **ერთი** ანალური სქესობრივი აქტის დროს "მიმღები" ქალის/მამაკაცის შემთხვევაში – 50 (0,5%)
- **ერთი** ანალური სქესობრივი აქტის დროს ინსტერტივის შემთხვევაში – 6.5 (0,065%)
- **ერთი** ორალური სქესობრივი აქტის დროს "მიმღები" ქალის/მამაკაცის შემთხვევაში – 1 (0,01%)
- **ერთი** ორალური სქესობრივი აქტის დროს ინსერტივის შემთხვევაში – 0.5 (0,05%)

სოციალური მუშაკის, როგორც მომსახურების უშუალო მიმწოდებლის როლი

აივ ინფექცია/შიდსის სფეროში როგორც მიკრო, ასევე მეზო დონეზე მომუშავე სოციალური მუშაკისთვის აუცილებელია განმანათლებლის როლის გათავისება. ამ დროს სოციალური მუშაკები ჩართულები არიან სწავლების პროცესში, რათა განუვითარონ სხვადასხვა საჭიროების მქონე ადამიანებს შესაბამისი უნარები ან მისცენ ის ინფორმაცია, რომელიც მათ დაეხმარებათ გარკვეულ კითხვებზე პასუხის გაცემაში. სოციალური მუშაკებს ძირითადად უწევთ:

- განმანათლებლის/ინფორმაციის გამავრცელებლის ფუნქციის შესრულება (მაგ. აივ-ის გადაცემა/არ გადაცემის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის, ტრენინგი სტრესის დაძლევის ტექნიკის შესახებ და ა.შ.);
- ინდივიდუალური კონსულტაცია და ინდივიდუალურ შემთხვევაზე მუშაობა ;
- წყვილური და ოჯახური კონსულტაცია/თერაპია;
- ჯგუფური სესიების (თერაპიული ჯგუფები, მხარდამჭერი ჯგუფები, თვითდახმარების ჯგუფები, უნართა განვითარების ჯგუფები) მოწყობა;

აივ ინფექცია/შიდსი კვეთს პრაქტიკის ყველა სფეროს, მათ შორის, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, ადიქტოლოგიას (ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება), თემის განვითარებას და ჯანდაცვას. სოციალური სამუშაოს პრაქტიკა აგრძელებს განვითარებას ამ სფეროში, რამდენადაც, სოციალური მუშაკები უზრუნველყოფენ აივ დადებით და იმ პირთა მხარდაჭერას, რომელთაც ეს საკითხი უშუალოდ შეეხოთ. მხარდაჭერა გამოიხატება უშუალო კონსულტაციებისა და რეკომენდაციების მიცემაში, მედიკამენტური მკურნალობის პროცესში ჩართვის და სოციალური სამართლიანობისათვის გარკვეული აქტივობების განხორციელებაში.

მსოფლიო მასშტაბით აივ ინფექცია/შიდსი შეეხო მილიონობით პირს და ოჯახს. საქართველოში აივ ინფექციის შემთხვევათა ზრდა კვლავ გრძელდება. მათ რიცხვს მიეკუთვნებიან ახალგაზრდები, ქალები, მამაკაცები, რომელთაც აქვს სექსი მამაკაცებთან და ჰეტეროსექსუალი მამაკაცები, რომლებსაც აქვთ მაღალი რისკის შემცველი ქცევები, როგორიცაა დაუცველი სქესობრივი კავშირი და შპრიცების გაზიარება.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ არ არსებობს ამ დაავადების განკურნების საშუალება, აივ დადებით პირებს უწევთ ცხოვრება ისეთი გამოწვევების თანხმლებით, როგორიცაა: ანტირეტროვირუსული მედიკამენტებისგან გამოწვეული გვერდითი მოვლენები, მწუხარებასთან და დანაკარგთან შეგუება, პირდაპირი კონტაქტი აივ ასოცირებულ სტიგმასთან, რომელიც დღემდე გრძელდება.

სოციალური მუშაკები ფლობენ სათანადო ცოდნას და უნარებს, რათა ეფექტურად იმუშაონ აივ დადებით და მათთან დაკავშირებულ პირებთან (ოჯახის წევრები, მეგობრები, პარტნიორები და შვილები).

ინდივიდუალურ დონეზე, სოციალური მუშაკები აივ დადებითი პირებისადმი უზრუნველყოფენ მომსახურებათა და მხარდაჭერის ფართო სპექტრის მიწოდებას. სოციალური მუშაკებისთვის ნაცნობია ისეთი საკითხები, როგორიცაა: საგანმანათლებლო/სასწავლო პროგრამები და კარიერის დაგეგმვა, ხანმოკლე და ხანგრძლივი პროგრამები შშმ პირებისათვის, საცხოვრისები, ადამიანის უფლებები და კანონმდებლობა, მომსახურებები ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულთათვის, იურიდიული სახის მომსახურებები, ასევე, მომსახურების სახეები ლგბტ პირებისთვის და საკვებით უზრუნველყოფის შესახებ პროგრამები. აივ დადებით პირებთან მომუშავე სოციალური მუშკები ხშირად ასეთ სისტემაში ნავიგატორის როლსაც ასრულებენ, როდესაც მაგალითად, სიღარიბეში მყოფი კლიენტის ინფორმირებას ახდენენ მისთვის შესაბამისი მომსახურებების (არსებობის შემთხვევაში) შესახებ, რაც შემდგომში კლიენტების ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას.

სოციალური მუშაკები, ასევე უზრუნველყოფენ თერაპიას და კონსულტაციას ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა: ახალი დიაგნოზი, ძალადობა ოჯახში, დეპრესია, შფოთვა, მწუხარება და დანაკარგი, და ადიქციები (დამოკიდებულებები). ხშირად ისინი მუშაობენ, მულტიდისციპლინარული ჯგუფის სახით, რომელიც უზრუნველყოს მხარდაჭერით ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანებს. ჯგუფის წევრებს შესაძლოა მოიცავდეს პროფესიონალი ექთანი, ექიმი ინფექციონისტი, აუთრიჩ-მუშაკი, ფსიქოლოგი/ფსიქოთერაპევტი, ფსიქიატრი, საზოგადოებრივი მხარდაჭერის ლიდერი (რომელიც შეიძლება თვითონ თემის წევრიც იყოს), იმუნოლოგი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენელი, იურისტი, სასულიერო პირი.

აივ დადებითი პირების დახმარება

აივ დადებით პირებს საკმაოდ დიდი და მრავალფეროვანი, მაგრამ უარყოფითი ემოციური (შოკი, უარყოფა, დეპრესია, დანაშაულის განცდა, სიბრაზე) გამოცდილება აქვთ დაგროვებული საკუთარი ცხოვრების მანძილზე. მათი უმეტესობა არის იზოლირებული და ეშინიათ საკუთარი ცოდნის და აივ სტატუსის გაზიარების, მათ შორის პარტნიორისთვისაც კი. ასე, რომ ისინი ვერ იღებენ პრევენციულ ზომებს, რათა თავიდან აიცილონ აივ-ის გადაცემა. მათ ვინც გახსნა თავისი სტატუსი, შეიძლება გახდეს დისკრიმინაციის მსხვერპლი საზოგადოების მხრიდან ან საკუთარ სამსახურში. ძალიან ბევრს ეშიანიათ, იმის თუ რა შეიძლება მოხდეს, როდესაც თვითონ გარდაიცვლებიან, და განიცდიან უსუსურობის განცდას, რათა წინასწარ შეემზადონ ასეთი შემთხვევისთვის.

აივ დადებით პირთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა განვითარებად ქვეყნებში ხშირად შეუსაბამოა. მედიკამენტები, რომელთაც შეუძლიათ გაუხანგრძლივონ სიცოცხლე და გაამჯობესონ მათი ცხოვრების ხარისხი (მაგ. AZT), შესაძლოა არ იყოს ხელმისაწვდომი. ბინაზე ზრუნვის სამსახური, აივ დადებით პირებს შესაძლებლობას აძლევს, იყვნენ შინაურულ გარემოში, მაგრამ ამავე დროს შესაძლოა მათ არ ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა სისუფთავესთან და საბაზისო მედიკამენტებთან, რომ სათანდოდ იმკურნალონ. მზრუნველებს, შესაძლოა არ ჰქონდეთ შესაბამისი უნარ-ჩვევები და აუცილებელი რესურსები, რათა უზრუნველყონ ადეკვატური პალიატიური მზრუნველობა და აირიდონ "გადაწვის" სინდრომის რისკი.

სოციალური მუშაკის მოვალეობები:

- ხელი შეუწყოს აივ-ზე პრე და პოსტ ტესტირებზე ხელმისაწვდომობას და შემდგომ შესაბამის სერვისებში ჩართულობას;
- გაამხნევოს და საშუალება მისცეს აივ დადებითი პირს, რომ მან გახსნას საკუთარი აივ სტატუსი პარტნიორ(ებ)თან და ოჯახის წევრებთან;

- დაეხმაროს მშობლებს შვილების ზრუნვის დაგეგმვაში;
- გადაამისამართოს ადგილობრივ ორგანიზაციებში, როგორიცაა თვითდახმარების ცენტრი, მობილური კლინიკა, თავშესაფარი და ჰოსპისი;
- ჩამოაყალიბოს ან/და გააძლიეროს თვითდახმარების ჯგუფები და ქსელი;
- გადაამზადოს და დაეხმაროს აივ დადებით პირთა ახლობლები და მოხალისე მომვლელები;
- გადაამზადოს აივ დადებითი პირები თანასწორგანმანათლებლებად და მოხალისეებად აივ ინფექცია/შიდსის თემაზე;
- გაზადოს ცნობიერება საზოგადოებაში აივ დადებით პირთა უფლებებთან დაკავშირებით და რათა დაძლიოს დისკრიმინაცია;
- განახორციელოს ლობირება მთავრობასთან, რათა აივ დადებითებს ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის შესაბამის სერვისებთან.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 3

- გადაცემაზე მოქმედი ფაქტორები
- პროფილაქტიკის ელემენტები
- აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგია

აივ-ის გადაცემაზე მოქმედი ფაქტორები

აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევათა გავრცელებისთვის პრევენციის ზომების მისაღებად, თავიდანვე მნიშვნელოვანი გახდა აქცენტი გაკეთებულიყო ინფექციის გავრცელების ფაქტორებზე. როგორც ვირუსის აღმოჩენიდან რამდენიმე წელში გაირკვა, ზოგიერთ ქვეყანაში მის გავრცელებას უკვე ეპიდემიის სახე ჰქონდა, ზოგიერთი ქვეყანა კი ეპიდემიის ზღვარზე იდგა.

ვირუსის გავრცელების მიზეზად საკმაოდ ბევრი გავრცელების ფაქტორი აღმოაჩინეს მკვლევარებმა, რომლებიც ერთმანეთს კვეთს:

- გეოგრაფიული (მიგრაცია)
- სოციალური (გენდერი, რელიგია, კულტურა)
- ეკონომიკური (სიღარიბე)
- ფსიქოლოგიური (ქცევითი ფაქტორი, სტრესი, რისკის გაცნობიერება)
- სტიქიური უბედურებები (მიწისძვრა, მაგ., ჰაიტი)
- ბიოლოგიური (წინადაცვეთა, სისხლით "ძმობის შეფიცვა")

გეოგრაფიულ ფაქტორში გაერთიანებულია ისეთი საკითხები, როგორიც არის ქვეყნის გეოგრაფიული მდებარეობა და ქვეყნებს შორის მიგრაცია. საქართველოს მეზობელ ქვეყნებში (რუსეთი, უკრაინა, ბელორუსია) უკვე დიდი ხანია, რაც ეპიდემიაა აივ ინფექცია/შიდსის კუთხით და ვირუსის გავრცელებაც ჩვენს ქვეყანაში, სწორად აქედან მოხდა. სხვადასხვა (სოციალური, ეკონომიკური და სხვ.) მიზეზით ხდებოდა საქართველოს მოქალაქეების ხშირი მიგრირება ზემოაღნიშნულ ქვეყნებში, რამაც განაპირობა ქვეყანაში ვირუსის "შემოტანაც" და გავრცელებაც.

აივ ინფექციის გადაცემაში მნიშვნელოვანია სოციო-ეკნომიკური ფაქტორის გავლენა, რომელმაც განაპირობა ქვეყანაში ვირუსის გავრცელება. ასეთი საკითხებია:

სიღარიბე, გენდერი და თანასწორობა, რელიგია, კულტურა და სხვ.

სიღარიბე

სიღარიბის დროს იზრდება რისკი აივ ინფექციის გადაცემის კუთხით, რადგან მცირეა ინფორმაციის გადაცემა ინფექციის პრევენციის თვალსაზრისით, ასევე ინფორმაციის მიმართ წვდომა და მისი აღქმა. სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში, მაღალი ეკონომიკური სტატუსის მქონე პირები უფრო ნათლად აღიქვამენ აივ ინფექციის პრევენციის საკითხებს, ვიდრე განვითარებადი ქვეყნის ან ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნების მოსახლეობა.

გენდერისა და თანასწორობის პრობლემები

ურთიერთობაში ძალაუფლების ნაკლებობამ შეიძლება გავლენა იქონიოს სქესობრივი აქტის დროს პრეზერვატივის გამოყენების მოთხოვნაზე. ბევრ ქვეყანაში ქალები, სოციალურად და ეკონომიკურად მამაკაცებზე არიან დამოკიდებულნი. ეს კი მათ უძლურს ხდის თავიანთი პარტნიორების მიმართ, სთხოვონ პრეზერვატივი, რადგან ასეთი თხოვნა შეიძლება გახდეს მათი ურთიერთობის დასრულების მიზეზი.

გარკვეული კულტურების მქონე ქვეყნებში, ქალებს არ ეძლევათ საშუალება შეისწავლონ თავიანთი სხეული, რეპროდუქციული და გამრავლების საკითხები. რიგი კულტურები კი, ხელს უწყობენ მამაკაცებს მრავალ-პარტნიორული სქესობრივი ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში, რაც ქალებში სასტიკად აკრძალულია.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) ზრდის აივ-ის გადაცემის რისკს, რადგან აივ დადებით პირს, შესაძლოა აღენიშნებოდეს დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები (აივ-ით ინფიცირებული), რომლებიც წარმოდგენილი იქნება ჭრილობებსა და დაზიანებულ ადგილებში, რაც ამ შემთხვევებში ინფექციის კერებია.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან ინფიცირებული ადამიანის იმუნურ სისტემას ნაკლებად აქვს აივ ინფექციასთან შებრძოლების უნარი. სგგი-გან დაზიანებული

კანის ზედაპირი ან ლორწოვანი გარსი ამცირებს დაცვას, რაც აივ დადებით პირს ხდის უფრო მეტად მოწყვლადს სხვა ინფექციების მიმართ.

მრავალ-პარტნიორობა (პოლიგამია, მრავალცოლიანობა)

"მრავალი პარტნიორის" ყოლა, ნარკოტიკის ინექციურად მოხმარებისას ან სქესობრივი აქტებისათვის, მნიშვნელოვნად ზრდის ადამიანის აივ-ით დაინფიცირების რისკს. პიროვნება, რომელსაც აქვს დაუცველი სქესობრივი აქტი მრავალ პარტნიორთან, ექცევა აივ-ით დაინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ.

გარკვეულ კვლევებში, ამერიკის დაავადებათა კონტროლის ცენტრი "მრავალ პარტნიორს" განსაზღვრავს, როდესაც პიროვნებას წელიწადში ექვსი ან მეტი პარტნიორი ჰყავს. მიუხედავად ამისა, თუ პიროვნებას ერთი პარტნიორი ჰყავს, მაინც შეიძლება აივ-ით დაინფიცირების რისკის ქვეშ იყოს, როდესაც ერთი პარტნიორი არის აივ დადებითი პირი, ხოლო მეორე მასთან დაუცველი სქესობრივი აქტით ან ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარებით კავდება.

სტიგმა და ტაბუ

კულტურული სტიგმა და ტაბუ (სოციალური აკრძალვა), რომლებიც დაკავშირებულია მიუღებელ სქესობრივ აქტივობებთან, ზრდის აივ ინფექციის მიმართ მოწყვლადობას. აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია ხელს უშლის ინფორმაციის მიმართ წვდომაში. პირველ რიგში, მოსახლეობაში ისევ არსებობს ის აზრი, რომ "შიდსი მომაკვდილენებელი დაავადებაა" და ერიდებიან ინფორმაციის მიღებას, მაგრამ მეორე შემთხვევაში, როდესაც იციან რომ აივ სტატუსი სიკვდილთან აღარ არის გაიგივებული, ჩნდება სოციალური იარლიყის (სტიგმა) გაჩენის შიში.

არაინექციური ნარკოტიკები

ისეთი ნივთიერებების მიღება, როგორიცაა ალკოჰოლი და არასაინექციო ნარკოტიკები ე.წ. "ქუჩის ნარკოტიკები", ადამიანს უბიძგებს აივ-ით დაინფიცირების რისკისკენ. აღნიშნული ნივთიერებები მოხმარების შემდეგ, სუსტდება ადამიანის გადაწყვეტილების მიღების

უნარი, რასაც მიჰყავს იგი სახიფათო ურთიერთობებისკენ (საერთო შპრიცების გამოყენება, დაუცველი სქესობრივი აქტი).

პროფილაქტიკა

აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლის ერთადერთი რადიკალური გზა შიდსის ყოვლისმომცველი პროფილაქტიკა რჩება. აივ ინფექცია/ შიდსით დაავადების თავიდან აცილებას, პროფილაქტიკას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკის სპეციფიური საშუალება ვაქცინაა, მაგრამ სამწუხაროდ, აივ ინფექციის საწინააღმდეგო ეფექტიანი ვაქცინის შექმნა ჯერ-ჯერობით ვერ მოხერხდა, მიუხედავად იმისა, რომ დღესდღეობით ამ მიმართულებით მსოფლიოს საკმაოდ დიდი ფინანსური და ინტელექტუალური პოტენციალია მიმართული და რამდენიმე ათეული ვაქცინა გადის აპრობაციას.

ყოფილ საბჭოთა კავშირში შიდსის პროფილაქტიკა ეფუძნებოდა მკაცრ ეპიდზედამხედველობას და იძულებით, გარკვეულწილად დისკრიმინაციული ღონისძიებების გატარებას, მაგრამ ეპიდემიასთან ბრძოლის ასეთი მეთოდი დროებით იძლევა გარკვეულ შედეგს, საბოლოო ჯამში კი მაინც არაეფექტიანია და რაც მთავარია ეთიკური და ჰუმანური თვალსაზრისით მიუღებელია ცივილიზებული საზოგადოებისათვის.

ჩვენი ქვეყნის დემოკრატიულ პრინციპებზე გადასვლასთან ერთად შეიცვალა შიდსთან ბრძოლის კონცეფციაც. საქართველო შეუერთდა რიგის 1993 წლის აპრილის დეკლარაციას შიდსთან ბრძოლის შესახებ (მოიცავს აივ-ის ეპიდემიის საპასუხო პრინციპებს, განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა ტესტირების საკითხებზე). 1995 წლის 21 მარტს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ, რომელიც ითვალისწინებს ყოველგვარი იძულების ღონისძიებების მინიმუმამდე შემცირებას და მთლიანად უზრუნველყოფს აივ დადებით პირთა სამართლებრივ და სოციალურ დაცვას.

ამჟამად, აივ ინფექციის ყოვლისმომცველი პროფილაქტიკა დაფუძნებულია ნდობაზე, მოსახლეობასთან ნებაყოფლობით თანამშრომლობაზე და ფართო სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობაზე, მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდაზე, სამედიცინო დაწესებულებებში უსაფრთხოების ღონისძიებების გატარებაზე და უსაფრთხო სისხლის პრინციპების დაცვაზე.

სადღეისოდ საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკური ღონისძიებები ორი ძირითადი მიმართულებით მიმდინარეობს:

ბიოსამედიცინო (სამედიცინო მანიპულაციების უსაფრთხოება, დონორთა სისხლისა და/ან ორგანოების ტესტირება, სტერილიზაცია-დეზინფექციის პრინციპების დაცვა)

ქცევითი სფერო, მას მიეკუთვნება აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევები. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით დაინფიცირების სარისკო ქცევების მქონე ადამიანთა ჯგუფს მიეკუთვნებიან: ის პირები, რომელთაც აქვთ დაუცველი სქესობრივი კავშირი, ასევე, პირები რომლებიც იმყოფებოდნენ აივ ინფექცია/შიდსის მხრივ არაკეთილსაიმდო ქვეყნებში (უკრაინა , რუსეთი და სხვ.) იძულებით ადგილნაცვალი პირები, ჰემოფილიით ან სხვა დაავადებით სისხლის ხშირი რეციპიენტები. პირები, რომელთაც ჩაიტარეს სამედიცინო მანიპულაცია არასაკმარისად გასტერილებული სამედიცინო იარაღებით. რისკ ჯგუფს მიეკუთვნება გარკვეული პროფესიის სამედიცინო პერსონალი (ქირურგები, გინეკოლოგები, სისხლის ლაბორატორიის თანამშრომლები რომელთაც კონტაქტი აქვთ სისხლთან, ასევე ექთნები, რომლებიც ატარებენ სამედიცინო მანიპულაციებს და სხვ.).

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის შიდსის პროფილაქტიკისათვის სასურველია (ABC პრინციპი):

- თავშეკავება სქესობრივი აქტისგან;
- ოჯახური სიწმინდის ან ერთი ჯანმრთელი სქესობრივი პარტნიორის მიმართ ერთგულების დაცვა ან სქესობრივი პარტიორთა რაოდენობის შემცირება;

- დაუცველი სქესობრივი კონტაქტებისაგან თავის არიდება და შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის დროს პრეზერვატივის წესისამებრ სარგებლობა.

კანისა და ლორწოვანი გარსების ექსპოზიციისას, დაუცველი სქესობრივი კავშირის, აივ დადებითი პირის სისხლით და ბიოლოგიური სითხეებით დაბინძურებული იარაღებით თუ სხვა სარისკო ქცევის შემცველი შემთხვევისას, სასურველია დაუყოვნებლივ, არაუმეტეს 72 საათისა, მივმართოთ შიდსის ცენტრს, სადაც დაზარალებულს ჩაუტარდება სამედიცინო კონსულტაცია და საჭიროების შემთხვევაში აივ ინფექციის პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკური მკურნალობა.

აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის წამყვან ღონისძიებას მიეკუთვნება აქტიური სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება მოსახლეობაში. მისი განათლება ამ დაავადების შესახებ ლექცია-სემინარებისა და საინფორმაციო მასალების დარიგების გზით. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ახალგაზრდების ჩართვას შიდსის პროფილაქტიკის საქმეში, აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს თანატოლთა და თანასწორთა საგანმანათლებლო პროგრამები, როდესაც შიდსის და სხვა დაავადებების შესახებ ინფორმაციას აწვდის მსგავსი სოციალური მდგომარეობის ადამიანი მეორეს - თანატოლი-თანატოლს, ახალგაზრდა –ახალგაზრდას, სტუდენტი-სტუდენტს და ასე შემდეგ.

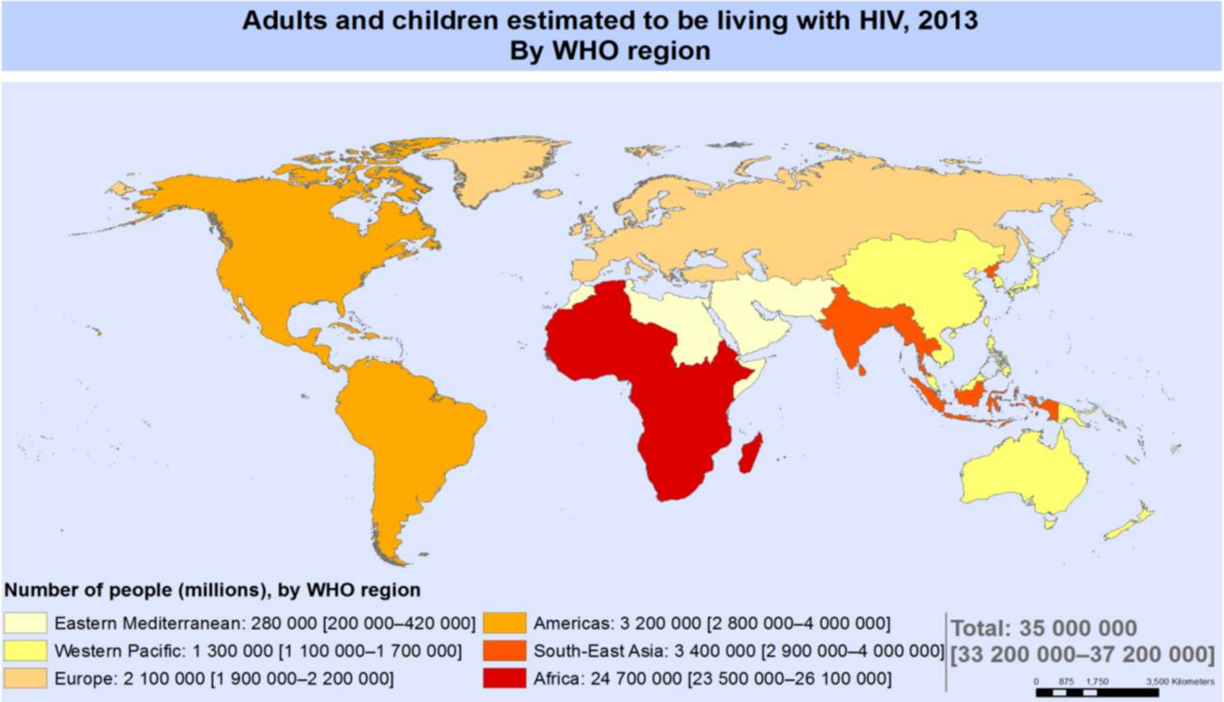
აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელება მსოფლიოში

მსოფლიოში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე დაინფიცირდა თითქმის 78 მლნ ადამიანი და 39 მლნ გარდაიცვალა შიდსით გამოწვეული დაავადებების გამო. 2013 წელს აივ დადებით პირთა რიცხვმა 35 მლნ-ს მიაღწია. ყველაზე უფრო "დაზარალებული" რეგიონი სუბსაჰარული აფრიკის ქვეყნებია, სადაც ცხოვრობს აივ დადებით პირთა 70%.

მსოფლიოში აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რიცხვი მცირდება. 2013 წელს აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელმა 2,1 მლნ შეადგინა, რაც 22%-ით ნაკლებია 2001 წელთან შედარებით. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს ტენდენცია არ ეხება ყველა რეგიონსა და ქვეყანას. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო ხუთი წლის მანძილზე მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში აივ ინფიცირების მაჩვენებლები სტაბილური რჩება, აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში კვლავ შეინიშნება აივ-ის გადაცემის ზრდის მაღალი ტემპი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს შორის. აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია რეგიონის ორ ქვეყანაში, რუსეთის ფედერაციასა და უკრაინაში, რომლებზედაც მოდის აივ ახალი შემთხვევების 90%-ზე მეტი.

ასევე, მცირდება ახალი აივ შემთხვევების მაჩვენებელი ბავშვთა შორის. დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის პრევენციული და პედიატრიული მომსახურეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებამ შეამცირა აივ დადებითი ახალშობილების რაოდენობა.

აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელება მსოფლიოში 2013 წელი



სულ: 35.0 მილიონი [33.2 მილიონი - 37.2 მილიონი]
ახალი შემთხვევები: 2.1 მილიონი [1.9 მილიონი - 2.4 მილიონი]
გარდაიცვალა: 1.5 მილიონი [1.4 მილიონი - 1.7 მილიონი]

ყოველწლიურად სტაბილურად მცირდება შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილობა. ამ მაჩვენებლის პიკი აღინიშნა 2004 წელს, როდესაც გარდაიცვალა 2,1 მლნ ადამიანი. 2011 წელს იგი 1,7 მლნ-მდე შემცირდა. ეს განაპირობა ანტირეტროვირუსული თერაპიის, მოვლისა და მხარდაჭერის პროგრამების გაფართოებამ, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. ანტირეტროვირუსული თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდასთან ერთად ჩრდილოეთ ამერიკაში, დასავლეთ და ცენტრალურ ევროპაში, შიდსით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელმა დაიწყო შემცირება. აზიაში, ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკაში სიკვდილობის რიცხვი სტაბილურია, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპაში გარდაცვლილთა რაოდენობა კვლავ იზრდება.

მსოფლიოში 80-იანი წლების ბოლოს ახალი ძალით შემობრუნდა ტუბერკულოზის ეპიდემია, როგორც მსოფლიო ჯანდაცვის სისტემის უდიდესი პრობლემა. მსოფლიოში ტუბერკულოზის მეორად ეპიდემიას უკავშირებენ აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიას. ტუბერკულოზის შემთხვევების მატება ყველაზე მაღალი იყო და არის აივ ინფექციის მაღალი პრევალენტობის გეოგრაფიულ არეალში. მსოფლიო ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება აივ ინფექციისა და B და C ჰეპატიტების კოინფექციებიც.

მართალია, მსოფლიო სტატისტიკით საქართველო მიეკუთვნება აივ ინფექცია/შიდსის დაბალი პრევალენტობის[1] ქვეყნებს და, რაც კიდევ უფრო საინტერესოა, ამ ქვეყნებს შორისაც ერთ-ერთი ყველაზე ბოლო ადგილი უკავია, მაგრამ, მეორეს მხრივ, შიდსის ეპიდემიის კანონზომიერებიდან გამომდინარე, აივ დადებითი პირების სავარაუდო რიცხვი საქართველოში 6000-ს უტოლდება.

[1] ფართოდ გავრცელება

საქართველოში აივ ინფექციის რეგისტრირებულ შემთხვევათა რიცხვი

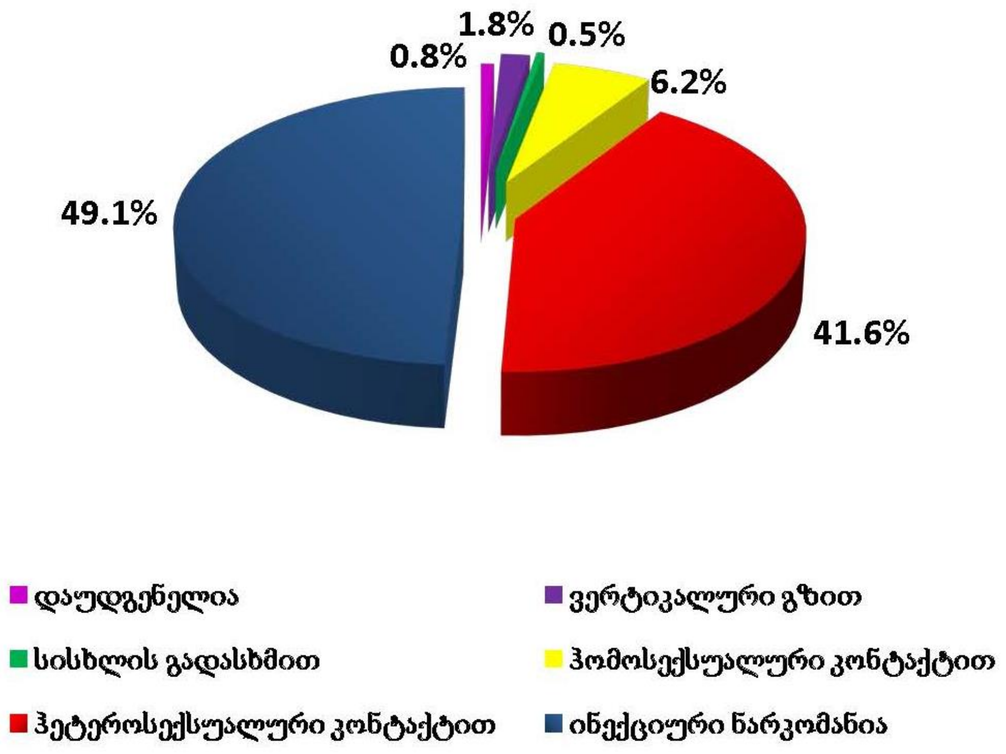
საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პირველი შემთხვევა გამოვლინდა 1989 წელს. საქართველოში 2015 წლის 12 მარტის მონაცემებით ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში რეგისტრირებულია:

აივ-ით ინფიცირების 4803 შემთხვევა, პაციენტთა უმრავლესობა 29-დან 40 წლამდეა.

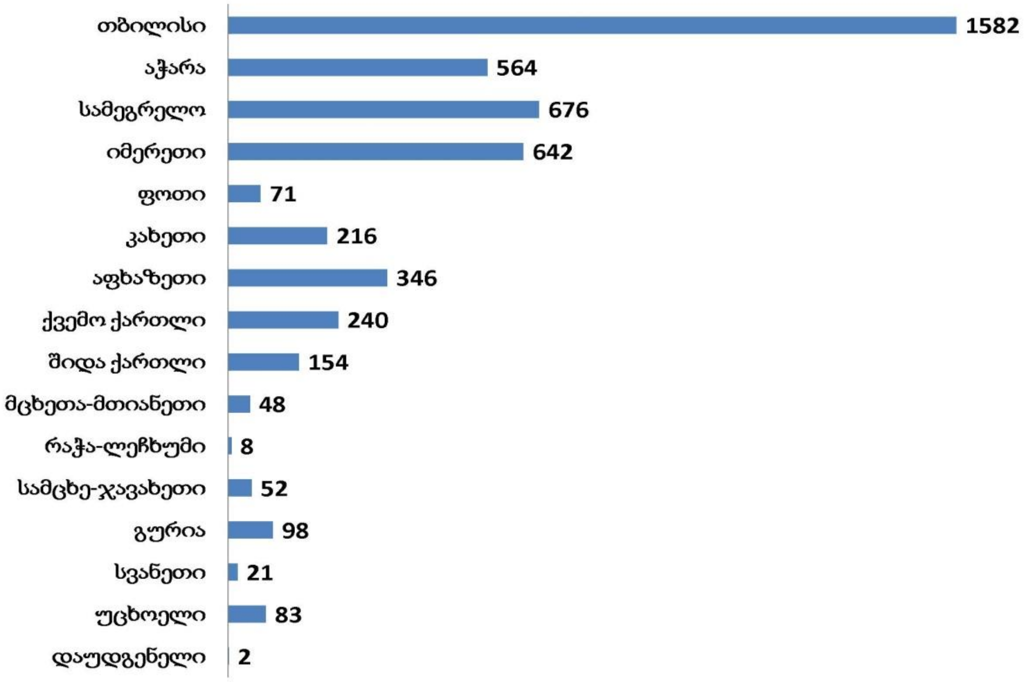
- 3535 - მამაკაცი
- 1268 - ქალი
- შიდსი განუვითარდა 2935 პაციენტს,
- გარდაიცვალა - 996

2015 წელს გამოვლინდა 108 ახალი შემთხვევა. არვ მკურნალობაზეა 2596 პაციენტი, მათგან 39 - ბავშვი (სულ - 85).

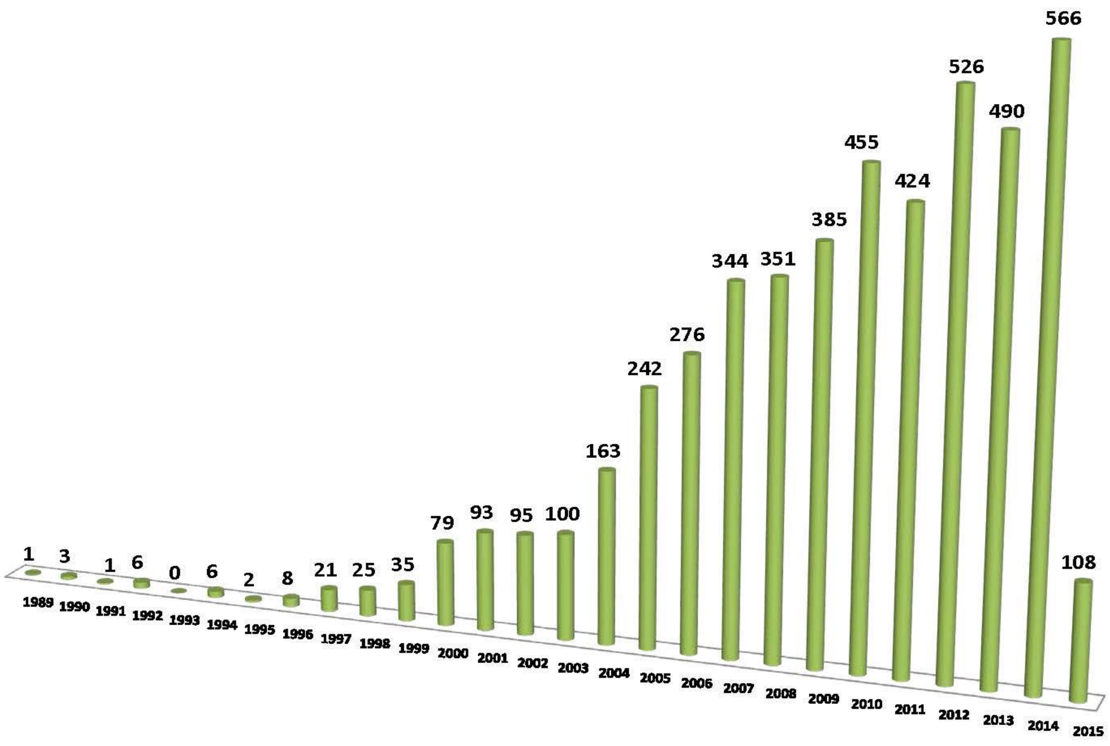
აივ დადებით პირთა განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით



აივ დადებით პირთა განაწილება რეგიონების მიხედვით



საქართველოში გამოვლენილი აივ-ინფექციის ახალ შემთხვევათა დინამიკა წლების მიხედვით



სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 4

- აივ ინფექცია/შიდსის კლინიკა
- ტესტირება აივ-ზე
- აივ-ზე ტესტირების სახეობები და ეტაპები
- ფანჯრის პერიოდი და აივ ტესტზე პასუხი

აივ ინფექცია/შიდსის კლინიკა

ვირუსის გადაცემა

ეს ფაზა მოიცავს ორგანიზმში ვირუსის პირველ შეღწევას. ამ დროს ადამიანი არის აივ-ით ინფიცირებული და ბუნებრივია არ იცის თავისი სტატუსის შესახებ. ვირუსით არსებობისას ორგანიზმში ხუთი დღის შემდეგ კი, დაუცველი კონტაქტების (სქესობრივი აქტი, საერთო შპრიცები) შემთხვევაში შესაძლოა მოხდეს სხვა ადამიანების (პარტნიორების) არაგანზრახ დაინფიცირება. აივ ინფექციის ბუნებრივი მიმდინარეობისას (მკურნალობის გარეშე), გამოყოფენ შემდეგ სტადიებს:

I. მწვავე აივ ინფექცია
II. სეროკონვერსია
III. ასიმპტომური აივ ინფექცია
IV. სიმპტომური აივ ინფექცია
V. შიდსი

მწვავე აივ ინფექცია

აივ ინფექციის პირველი რამოდენიმე კვირის განმავლობაში ინფიცირებულ ადამიანს სისხლში ვირუსის მაღალი კონცენტრაცია აღენიშნება. მწვავე ინფექციის სტადიაში ადამიანთა უმეტესობას ვერ იგებს, რომ იგი აივ ინფიცირებულია. თუმცა არსებობს გარკვეული სიმპტომები, რომელიც ვლინდება მწვავე ინფექციის სტადიაში: არამოტივირებული ცხელება, ლიმფური კვანძების გადიდება, ძლიერი საერთო სისუსტე, სხვადასხვა სახის გამონაყარი კანსა და ლორწოვან გარსებზე და სხვ.

ამ სტადიას ხშირად უწოდებენ “სეროკონვერსიულ სინდრომს” ან “სეროკონვერსიულ დაავადებას”. აღნიშნული სიმპტომები ლაგდება რამდენიმე კვირაში.

სეროკონვერსია

სეროკონვერსია არის ორგანიზმის მიერ ანტისხეულების წარმოქმნა. აივ ინფექციის დროს სეროკონვერსიას უწოდებენ პერიოდს, როდესაც სისხლში პირველად ხდება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების გაჩენა.

ასიმპტომური აივ ინფექცია

ამ პერიოდის განმავლობაში აივ დადებით პირს არ აღენიშნება რაიმე სახის სიმპტომი ან საყურადღებო ნიშანი. იგი შეიძლება გამოიყურებოდეს და თავს გრძნობდეს საკმაოდ ჯანმრთელად. აივ ინფექციის ბუნებრივ მიმდინარეობაში (მკურნალობის გარეშე) პირს შეუძლია იმყოფებოდეს 10 ან მეტი წელიწადის განმავლობაში და მხოლოდ შემდეგ განუვითარდეს შიდსის სტადია.

სიმპტომური აივ ინფექცია

სიმპტომური აივ ინფექციის სტადიის განმავლობაში პიროვნებას ეწყება საყურადღებო ფიზიკური სიმპტომები, რომელიც დამახასიათებელია აივ ინფექციისთვის. თუმცა, ეს სიმპტომები არ არის მხოლოდ აივ ინფექციისთვის დამახასიათებელი. ეს სიმპტომები არის: მუდმივი თავის ტკივილი, წონაში კლება სხეულის მასის 10%-ით და მეტად, დიარეა თვეზე მეტ ხანს, გაციება, რომელიც ძნელად ემორჩილება მკრნალობას, თეთრი ფერის ნადები ენასა და პირის ღრუზე და ა.შ.

შიდსი

შიდსი - ერთი კონკრეტული ვირუსით გამოწვეული დაავადებაა, მაგრამ ამავე დროს იგი წარმოადგენს ამ ვირუსით გამოწვეული იმუნოდეფიციტის ფონზე განვითარებულ დაავადებათა სპექტრს. ამის გამო შიდსის კლინიკური გამოვლინებანი იმდენად მრავალფეროვანი შეიძლება იყოს, რომ შიდსის დიაგნოზის დადგენა მხოლოდ კლინიკური ნიშნების საფუძველზე პრაქტიკულად შეუძლებელია და გადამწყვეტი მისი დიაგნოსტიკისთვის ლაბორატორიული გამოკვლევაა. შესაბამისად, შიდსზე საეჭვო

შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოზი გატარებულ უნდა იქნას ყველა იმ დაავადებასთან, რომელიც შიდსის დროს შეიძლება შეგვხვდეს.

აივ-ის დიაგნოსტიკა (ტესტირება)

აივ ანტისხეულის განსაზღვრა პირველად 1985 წელს მოხდა. მას შემდეგ უკვე განვითარდა მრავალი ტესტ-სისტემა. ამჟამად ამ სახის ანტისხეულებზე ტესტ-სისტემები ორ ეტაპიანი პროცესისგან შედგება: სკრინინგული (პირველადი) და კონფირმაციული (დამადასტურებელი) ტესტი.

ნაბიჯი - 1 სკრინინგული მეთოდი

პირველად, აივ ანტისხეულების გამოვლენა ხდება იმუნოფერმენტული ანალიზის - იფა იგივე ELISA[1] მეთოდით, გამოკვლევის ხანგრძლივობის მიხედვით ეს მეთოდები იყოფა ჩვეულებრივ (ხანგრძლივობა 2-5 საათი) და სწრაფ (საშუალოდ - 20 წუთი) მეთოდებად. ამ მეთოდისთვის ხშირ შემთხვევებში იყენებენ სისხლს რომელიც ვენიდან არის აღებული, სადაც უკეთ არის შესაძლებელი აივ ანტისხეულების აღმოჩენა. სისხლის გარდა აივ ანტისხეულების აღმოჩენა შესაძლებელია ასევე, პირის ღრუს სითხესა და შარდში. როგორც წესი, ტესტები, რომელსაც სკრინინგული მეთოდი მოიცავს, იაფფასიანია.

ტესტის სახეობები, რომელთაც მოიცავს იფა-ს მეთოდი, რომელიც სხვა ბიოლოგიურ სითხეებზე კეთდება აივ ანტისხეულების აღმოსაჩენად:

- **პირის ღრუს სითხის ტესტი** - გამოიყენება პირის ღრუს სითხე (არა მხოლოდ ნერწყვი), რომლის შეგროვებაც ხდება პირის ღრუში, სპეციალური შემაგროვებელი (ჯაგრისის მსგავსი) ხელსაწყოთი. ამ სახის იფა ანტისხეულის ტესტი, იგივენაირია, რაც სტანდარტული, სისხლის გამოყენებით გაკეთებული იფა-ს ტესტი. შემდეგ (კონფირმაციული/დამადასტურებელი) ეტაპზე იმუნობლოტინგის (Western blot) დროს გამოიყენება იგივე პირის ღრუს სითხის ნიმუში.

[1] ELISA - Enzyme Linked Immunosorbent Assay

- **შარდის ტესტი** - სისხლის მაგივრად გამოიყენება შარდი. მგრძნობიარობა და სპეციფიკა (სიზუსტე), ამ შემთხვევაში უფრო ნაკლებია ვიდრე სისხლის და პირის ღრუს სითხეზე ჩატარებული ტესტების დროს. შემდეგ (კონფირმაციული/ დამადასტურებელი) ეტაპზე იმუნობლოტინგის დროს გამოიყენება იგივე შარდის ნიმუში.

ნაბიჯი - 2 კონფირმაციული (დამადასტურებელი) მეთოდი

აივ ინტისხეულებზე არსებულ ტესტთა უმეტესი ნაწილი სტანდარტულია, როდესაც ხდება ტესტისთვის შესაბამისი სითხის (სისხლი, პირის ღრუს სითხე, შარდი) შეგროვება კლიენტებისგან და შემდგომ მათი ლაბორატორიაში გაგზავნა ანალიზისთვის. იმ შემთვევაში, თუ ტესტის პასუხი უარყოფითია (არ აღმოჩნდა აივ ანტისხეული), შედეგი შეიძლება გადაეცეს კლიენტს. დადებითი (აივ ანტისხეულების არსებობა) იფა-ს ანალიზი გადამოწმებული იქნება სხვა სახის, უფრო მაღალტექნოლოგიური ტესტ სისტემით - იმუნობლოტინგით (Western blot).

იმუნობლოტინგი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სპეციფიკური ანტიგენების, ანუ ვირუსის ცალკეული ცილების საწინააღმდეგო ანტისხეულები.

სადღეისოდ ყველაზე ზუსტი და მაღალმგრძნობიარე მეთოდია ვირუსის გენომის (რნმ, დნმ) გამოვლენა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის (PCR - პჯრ) მეთოდით. არსებობს ვირუსის გენომის გამოვლენის ალტერნატიული მეთოდებიც – bDNA (branched chain DNA და NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification). თუმცა თავისი მგრძნობელობითა და სპეციფიკურობით სადღეისოდ ისინი PCR მეთოდს ჩამორჩება. აღნიშნული ტესტის მეშვეობით აივ-ის გენეტიკური მასალის აღმოჩენის საფუძველზე შესაძლებელია დაინფიცირებიდან 1-2 კვირაში. თუმცა ამ სახის ტესტი საკმაოდ ძვირადღირებულია და გამოიყენება, მხოლოდ კონფირმაციის შემთხვევაში.

პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის მეთოდი არის ლაბორატორიული პროცესი, რომლის დროსაც ხდება დნმ-ს ჯაჭვიდან დნმ-ს ფრაგმენტის სელექცია (ამორჩევა) და მისი

გამრავლება იმისათვის, რომ ადვილად მოხდეს მისი ანალიზი. აივ-თან კავშირში - მაღალმგრძნობიარე ტექნოლოგიური მეთოდი, რომელსაც შეუძლია აღმოაჩინოს და დათვალოს აივ-ის რაოდენობა ადამიანის სისხლში ან ლიმფურ კვანძებში. იგივე მყისიერი პჯრ მეთოდი. ეს მეთოდი ლიცენზირებულია მედიკამენტებისა და საკვები პროდუქტების ხარისხის კონტროლის სააგენტოს მიერ, ვირუსული დატვირთვის განსაზღვრისათვის.

PCR, რომელიც 80-იან წლებში დაინერგა, დიდი წინ გადადგმული ნაბიჯია ზოგადად ინფექციური დაავადების, მათ შორის აივ ინფექციის დიაგნოსტიკაშიც. მისი საშუალებით ხდება ინფექციური აგენტის გენეტიკური მასალის ამპლიფიკაცია (გაზრდა) და გამოვლენა იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მისი კონცენტრაცია გამოსაკვლევ მასალაში უკიდურესად მცირეა (1 ვირუსი 100 000 უჯრედზე).

PCR მეთოდი ორი სახისაა: **თვისობრივი** და **რაოდენობრივი**.

თვისობრივი მეთოდი გამოიყენება აივ ინფექციის დიაგნოსტიკისათვის ადრეულ სტადიაზე – სისხლში ანტისხეულების გაჩენამდე, აგრეთვე იფა და იმუნობლოტინგით საჭვო პასუხის მიღების შემთხვევაში. განსაკუთრებით დიდია მისი დიაგნოსტიკური ღირებულება ინფიცირებული დედის ახალშობილის აივ ინფექციის დიაგნოსტირებისას. როგორც ცნობილია, აივ ინფიცირებული დედის ახალშობილს შესაძლოა არაინფიცირების შემთხვევაშიც კი აღენიშნოს აივ ანტისხეულების არსებობა მათი ტრანსპლაცენტური ბარიერის გავლის გამო. ამიტომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ახალშობილის აივ ინფექციის დიაგნოსტიკაში სწორედ PCR მეთოდს ენიჭება.

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

კონფირმაციული ტესტის საბოლოო პასუხის გამოვლენამდე კლიენტს არ უმხელენ პასუხს. მხოლოდ ზუსტი (დადებითი ან უარყოფითი) პასუხის შემთხვევაში ხდება კლიენტისათვის სტატუსის გამხელა.

აივ-ზე ტესტირებისას საკმაოდ მნიშვნელოვანია "**ფანჯრის პერიოდის**" გათვალისწინება. ფანჯრის პერიოდი წარმოადგენს პერიოდს ვირუსის ორგანიზმში შეჭრიდან – აივ ანტისხეულების გამომუშავებამდე. აივ-ზე ტესტირებისას ზუსტად ამ ანტისხეულების გამოვლენა ხდება. სანამ ადამიანი საკმარის ანტისხეულებს გამოიმუშავებს, აივ-ის ანალიზის პასუხი ყოველთვის უარყოფითი იქნება, მიუხედავად იმისა, რომ პიროვნება ნამდვილად შეიძლება იყოს აივ მტარებელი.

აივ ანტისხეულების გამომუშავების საშუალო პერიოდი არის ვირუსის ორგანიზმში შეჭრიდან 2-3 კვირა, თუმცა ტესტისთვის, გამოსავლენად საკმარისი ანტისხეულების გამოვლენას ცოტა მეტი დრო ჭირდება (4-8 კვირა). ამიტომ, უმჯობესია, თუ პიროვნება, რომელსაც აქვს ეჭვი აივ-ით ინფიცირებაზე, ანტისხეულების გამოსავლენ ტესტს გაიკეთებს სარისკო ქცევიდან 1-2 თვის შემდეგ.

აივ-ზე ტესტირების შემდგომ გასათვალისწინებელია შემდეგი სამი ფაქტორი:

1. იმ შემთხვევაში, თუ ანალიზის პასუხი უარყოფითია, ეს ნიშნავს ორ რამეს:
    - პიროვნება არ არის დაინფიცირებული ვირუსით;
    - პიროვნება ახალი დაინფიცირებულია და მის ორგანიზმს ჯერ არ გამოუმუშავებია საკმარისი ანტისხეულები, რაც ანალიზის პასუხის დასადგენად იქნება საკმარისი.

ანალიზზე უარყოფითი პასუხი არ ნიშნავს, რომ პიროვნება არასოდეს დაინფიცირდება აივ-ით. დაინფიცირება მოხდება იმის მიხე დვით, თუ რა სიხშირით განხორციელდება სარისკო ქცევები.

2. კონფირმაციულ ტესტზე დადებითი პასუხი მიუთითებს აივ ანტისხეულების არსებობის შესახებ, რაც ნიშნავს შემდეგს:
    - პიროვნება ინფიცირებულია აივ-ით
3. გაურკვეველი პასუხი:
    - ტესტირების მოცემული მეთოდით ამ ეტაპზე შეუძლებელია დადებითი ან უარყოფითი შედეგის დადგენა.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 5

- კონსულტირება აივ-ზე
- ნებაყოფლობითი ტესტირება და კონსულტირება (VCT)
- ტესტის წინა (პრე-ტესტ) და ტესტის შემდგომი (პოსტ-ტესტ) კონსულტირება
- კონფიდენციალობა და ანონიმურობა

რა არის კონსულტირება?

კონსულტირება ეს არის კერძო საუბარი (დიალოგი) სპეციალურად გადამზადებულ პირთან, რომლის მიზანიც არის დაგეხმაროს, რომ შემდგომში შენ თვითონ დაეხმარო საკუთარ თავს. კონსულტირება გაძლევს ბიძგს, რომ მოიძიო პრობლემის გადაწყვეტის შესაძლო გზები და განიხილო გავლენა, რომელმაც შეიძლება ზემოქმედება იქონიოს შენს ცხოვრებაზე. კონსულტაცია აივ ინფექცია/შიდსზე, რომელსაც აწვდის VCT უფასო და კონფიდენციალურია. ეს კი ნიშნავს, იმას, რომ კონსულტანტი თქვენი თანხმობის გარეშე არავის გაუმხელს ანალიზის შედეგებს. სანამ გაიკეთებდე ანალიზს, კონსულტაცია უნდა მიიღო პირსპირ. ეს ცნობილია, როგორხ პრე-ტესტ კონსულტირების სახელწოდებით და მისი მიზანია უზრუნველყოს თქვენი კარგად ინფრომირებული გადაწყვეტილება, მიუხედავად იმისა, ხართ თუ არა აივ მტარებელი, ასევე, განიხილავს შესაძლო გავლენას, რომელმაც შეიძლება ზემოქმედება იქონიოს შენს ცხოვრებაზე.

ტესტის დასრულების შემდეგ, თქვენ მიიღებთ პოსტ-ტესტ კონსულტაციას. ეს არის კონსულტირება რომლის დროსაც თქვენ უკვე იცით ანალიზის შედეგები. ადამიანები, რომელთაც გაიარეს კარგი პრე და პოსტ-ტესტ კონსულტირება, შეუძლიათ გაუმკლავდნენ "საკუთარ შედეგებს" და დიდი შესაძლებლობაა იმისა, რომ იზრუნებენ საკუთარ ჯანმრთელობაზე, ასევე დაიცავენ სხვებს ინფექციისგან.

კონსულტირება აივ ინფექცია/შიდსზე

აივ ინფექციაზე გამოკვლევა ადამიანის ცხოვრებაში შეიძლება ძალიან მნიშვნელოვანი მოვლენა იყოს და ამიტომ მას ყოველთვის უნდა ახლდეს კონსულტაცია, როგორც გამოკვლევამდე, ასევე გამოკვლევის შემდეგ.

გამოკვლევამდე კონსულტირების მიზანია, პიროვნებას მიეწოდოს შესაძლო პიროვნულ, სამედიცინო, სოციალურ, ფსიქოლოგიურ და საკანონმდებლო ფაქტორებზე, რომლებიც ასოცირებულია აივ ინფექციასთან. ეს ინფორმაცია გადმოცემული უნდა იყოს კლიენტისთვის ადვილად გასაგებ ენაზე. აივ ინფექციაზე გამოკვლევა უნდა ტარდებოდეს

ისე, რომ მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი მის შესახებ ინფორმაციის გახმაურების შანსი. მაქსიმალურად უნდა ვცეთ პატივი პიროვნების უფლებებს და კონსულტირების დროს ამ უფლებებზე აქტიურად უნდა ვისაუბროთ. კონფიდენციალურობა ყოველთვის ზედმიწევნით უნდა იქნას დაცული.

აივ ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ხელმისაწვდომობა აივ ინფექციის გავრცელების ერთ-ერთი ხელისშემშლელი ფაქტორია. აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტირება და ტესტირება მისაწვდომი უნდა იყოს ყველა ადამიანისათვის, და განსაკუთრებით, ორსულისათვის, რომ ჰქონდეთ შესაძლებლობა, გააკეთონ არჩევანი ფეხმძიმობასთან და ოჯახის დაგეგმარებასთან დაკავშირებით. ორსულმა ქალებმა სასურველია ჩაიტარონ გამოკვლევა შიდსზე და დადებითი პასუხის მიღების შემთხვევაში ორსულობის გაგრძელების ან ხელოვნური შეწყვეტის საკითხი გადაწყვიტონ სპეციალისტთან კონსულტაციის შემდეგ.

ქალებს, რომლებმაც გადაწყვიტეს, შეინარჩუნონ ფეხმძიმობა, კონსულტანტს შეუძლია გააცნოს, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ სამკურნალოდ სხვადასხვა საშუალებები, რათა შემცირდეს აივ-ის გადაცემის რისკი ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის დროს. შესაძლებელია, აგრეთვე ბავშვის კვებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვა. შეძლებიდაგვარად, ქალის ნებართვით, კონსულტაციაში ორივე პარტნიორმა უნდა მიიღოს მონაწილეობა, სადაც ერთად განიხილავენ და მიიღებენ გადაწყვეტილებას ახლანდელი და მომავალი ბავშვების შესახებ.

კონსულტირება არ უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ დედიდან ბავშვზე გადაცემის პროფილაქტიკის საშუალებების გაცნობით, არამედ გამოიყენებული უნდა იყოს ყოველმხრივი მიდგომა იმისათვის, რომ დაკმაყოფილდეს სეროპოზიტიური ქალების ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მოთხოვნილებები.

კონსულტირების დროს მნიშვნელოვანია კლიენტს ავუხსნათ, რომ გამოკვლევის შედეგები აბსოლუტურად უტყუარი არ არის. შესაძლოა არსებობდეს როგორც ცრუ დადებითი, ასევე ცრუ უარყოფითი შედეგი. თუმცა არსებობს დამადასტურებელი მეთოდი, რომელიც

პირველადი გამოკვლევით მიღებულ დადებით შედეგს დაადასტურებს ან გამორიცხავს და ეს მეთოდი აბსოლუტურად სანდოა. ასევე, განხილულ უნდა იქნას საკითხი ე.წ. “ფანჯრის პერიოდის” შესახებ, როდესაც პიროვნება ინფიცირებულია, მაგრამ ანტისხეულების გამომუშავება მისმა ორგანიზმმა ჯერ ვერ მოასწრო, რის გამოც გამოკვლევის შედეგები უარყოფითია. ეს შეიძლება გრძელდებოდეს ინფიცირებიდან 8-12 კვირის მანძილზე.

პიროვნების რისკის ქცევის შეფასების მიხედვით აუხსენით, რამდენად არის დადებითი პასუხის მიღების ალბათობა. მიაწოდეთ ინფორმაცია გამოკვლევის სარგებლიანობის (ადრეული დიაგნოსტიკის უპირატესობა, მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, დისპანსერული მეთვალყურეობა) შესახებ. დარწმუნდით, რომ პიროვნება მზად არის, ჩაიტაროს გამოკვლევა.

საკონსულტაციოდ მოსულ პიროვნებას სასურველია განემარტოს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს გამოკვლევის პასუხის შეტყობას. მივაწოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ გამოკვლევის შედეგის პასუხის მიღება შესაძლებელია მხოლოდ ტესტირების შემდგომ კონსულტაციაზე. აუხსენით, რომ პასუხს (როგორც დადებითს, ასევე უარყოფითს) ვერ გასცემთ ტელეფონით ან სხვა საკომუნუკაციო საშუალებით, ვერ გაუმხელთ მის მიერ გამოგზავნილ სხვა პიროვნებას.

თუ გამოსაკვლევი პიროვნება თანახმაა ჩაიტაროს გამოკვლევა აივ ინფექციაზე, გააცანით თანხმობის ფორმა, შესთავაზეთ საინფორმაციო მასალები (ბუკლეტი, ბროშურა, სამახსოვრო, გაზეთი “ფრთხილად შიდსი”), დაუტოვეთ თქვენი საკონტაქტო ინფორმაცია, შეუთანხმდით ტესტის შემდგომი კონსულტაციის დროზე და ააღებინეთ სისხლი გამოსაკვლევად.

კონფიდენციალური და ანონიმური ტესტირება

კონფიდენციალური ტესტირებისას (აივ ანტისხეულების გამოვლენა), კლიენტი სამედიცინო მუშაკს უმხელს თავის ნამდვილ ვინაობას, ხოლო ეს ინფორმაცია კი რჩება სამედიცინო ჩანაწერებში ტესტირების შედეგებთან ერთად, რომელიც

კონფიდენციალურია და არ არის სხვებისათვის ხელმისაწვდომი (სამედიცინო ან სხვა სპეციალური საჭიროების შემთვევაში).

ანონიმური ტესტირების (აივ ანტისხეულების გამოვლენა) შემთხვევაში კლიენტს აქვს უფლება სამედიცინო პერსონალს არ მიაწოდოს რეალური პირადი ინფორმაცია. შესაბამისად, სამედიცინო ჩანაწერებში არ იქნება ასახული კლიენტის რეალური პირადი ინფორმაცია.

აივ-ზე ტესტირება მხოლოდ პირის თანხმობითაა შესაძლებელი (განსაკუთრებული შემთხვევების გარდა). თანხმობა შეიძლება მოიცავდეს მკურნალობის რეჟიმს. შეიძლება იყოს, როგორც ვერბალური, ასევე წერილობითი. თუმცა, უმჯობესია კლიენტთან თანხმობას ჰქონდეს დოკუმენტირებული ფორმა.

ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება (VCT)

VCT ნიშნავს ნებაყოფლობით კონსულტირებას და ტესტირებას. VCT მომსახურებას ადამიანი ირჩევს მაშინ, როდესაც გადაწყვეტს, რომ აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ მიღებული ინფორმაცია მას დაეხმარება მიიღოს და გააცნობიეროს გადაწყვეტილება აივ-ზე ტესტის გაკეთების შესახებ. აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკური და პრევენციული სახის ღონისძიებები გარკვეულ ბიძგს აძლევს მოსახლეობას, რათა მოხდეს მათი აივ-ზე ტესტირება. მიჩნეულია, რომ რაც მეტი ადამიანი გაივლის შემოწმებას აივ-ზე, მით უფრო ნაკლები იქნება სტიგმა, რომელიც ასოცირდება აივ ტესტირებასთან. ასევე, თუ უფრო ადრეულ სტადიაზე აღმოვაჩენთ, რომ აივ მტარებელი ვართ, ჩვენ შევძლებთ:

- ვიცოდეთ მეტი ვირუსის შესახებ და თუ რა გავლენას აქვს მას ჩვენს ორგანიზმზე;
- მოვუაროთ ჩვენს ჯანმრთელობას, ვიყოთ ჯანმრთელები იმდენ ხანს, რამდენ ხანსაც ეს არის შესაძლებელი;
- მივიღოთ ინფორმაცია და კონსულტაცია იმის შესახებ, თუ როგორ ვიცხოვროთ პოზიტიურად ვირუსთან ერთად. რაც ნიშნავს, იმ ფაქტის მიღების სწავლას, რომ

ჩვენ ვართ აივ დადებითი, ამასთანავე, ემოციური მხადაჭერის ძებნა, ჯანსაღი კვება, სტრესის დონის კონტროლის ჩვენს ცხოვრებაში, დავრწმუნდეთ, რომ არ მოხდა ჩვენი რე-ინფიცირება და დავგეგმოთ მომავალი;

- ვისწავლოთ ოპორტუნისტული ინფექციების[1] ნიშნების (სიმპტომები) ცნობა, რითაც ჩვენ შევძლებთ ვიმკურნალოთ დროულად;
- რესურსების მოძიება, რომელიც დაგვეხმარება ვმართოთ ჩვენი აივ სტატუსი საზოგადოებაში;
- პროფილაქტიკური საშუალებების (პრეპარატების, მკურნალობის) შესახებ ინფორმაციის მოძიება. ეს პრეპარატები არ განკურნავს აივ ინფექციას, მაგრამ დაგვიცავს ზოგიერთი ოპორტუნისტული ინფექციისგან, როგორიც არის ტუბერკულოზი, პნევმონია და ა.შ.
- მედიკამენთებთან ხელმისაწვდომობა, რომელიც ამცირებს ორსული დედიდან ნაყოფზე (ან ახალშობილზე) ვირუსის გადაცემის რისკს;
- მივიღოთ ემოციური მხარდაჭერა და შევუერთდეთ მხარდამჭერ ჯგუფებს;
- დავრწმუნდეთ იმაში, რომ არავინ დავაინფიცირეთ და არ მომხდარა ჩვენი რე-ინფიცირება;
- ვისწავლოთ სტრესის მართვა ჩვენს ცხოვრებაში

იმ შემთხვევაში, თუ ჩვენ არ ვართ აივ დადებითი, VCT მოტივირებას, გვიკეთებს, იმაში, რომ ჩვენი ანალიზი აივ ანტისხეულებზე არის უარყოფითი და შეგვიძლია მივიღოთ ისინი, ვინც არიან ინფიცირებული აივ-ით.

[1] დაავადებები, გამოწვეული სხვადასხვა სახის ორგანიზმებით, რომელიც როგორც წესი არ იწვევს დაავადებას ნორმალური იმუნური სტატუსის მქონე პირებში. შიდსის სტადიაში ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი ოპორტუნისტული ინფექციები: *Pneumocystis carinii*-ით გამოწვეული პნევმოცისტური პნევმონია, კაპოშის სარკომა, ვირუსული და სოკოვანი ინფექციები, ზოგიერთი სახის სიმსივნეები

პრე-ტესტ კონსულტირება და მოლოდინები

დღევანდელი მდგომარეობით აივ-ის განკურნების საშუალებები არ არსებობს, სამაგიეროდ არის ამ საკითხთან დაკავშირებული სოციალური სტიგმა, აივ ინფექცია შემაშინებელ ფაქტად ევლინება მრავალ ადამიანს, განსაკუთრები კი მათ, ვინც ფიქრობს, რომ ისინი შეიძლება დაინფიცირდნენ აივ-ით. ზოგიერთმა ადამიანმა კი შეიძლება იგნორირება გაუკეთსო ვირუსის არსებობის ფაქტს. მაგრამ ზუსტად პირადი ფაქტორების გათვალისწინებით შესაძლებელია მივიდეს ტესტირება-კონსულტირების მისაღებად. აღსანიშნავია, რომ ბევრი ადამიანმა აღმოაჩინა, აივ-ზე ტესტირების გავლის შემდეგ მათ "სულიერი" სიმშვიდის განცდა დაეუფლათ. ვირუსის აღმოჩენიდან დღემდე აივ ტესტირების სტანდარტებმა დიდი გზა გაიარა და დაიხვეწა. დღეისათვის, ბევრი შესაძლებლობა არსებობს მათთვის, ვინც დაინტერესდება ტესტირების საკითხებით. პრე-ტესტ კონსულტირებას შეუძლია დაეხმაროს, მისცეს ინფორმაცია და დაამშვიდოს ადამიანი. რომელსაც გადაწყვეტილი აქვს გაიკეთოს ანალიზი აივ-ზე.

პრე-ტესტ კონსულტაცია ხშირად წარიმართება პროფესიონალი და გადამზადებული კონსულტანტის მიერ, რომელიც შეიძლება სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელიც იყოს, კონფიდენციალურ გარემოში. ამ პერიოდში კლიენტს შეიძლება ჰქონდეს აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებული დანაშაულის, შიშის განცდა ან დაძაბულობის განცდა, ასევე, იმის განცდა, რომ მას შეხედავენ სხვანაირი თვალით და განიკითხავენ მისი ქცევის გამო. პრე-ტესტ კონსულტირება ეხმარება კლიენტს, თავი იგრძნოს ნაკლებად დაძაბულად და ყურადღება გაამახვილოს ტესტირებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, განსაკუთრებით კი, ანალიზის შედეგებზე.

აივ-ზე პრე-ტესტ კონსულტირების დროს, კლიენტებს უჩნდებათ კითხვები, რომლებიც დაკავშირებულია მათ ქცევებთან, რომლებიც განახორციელეს წარსულში. როგორც წესი, ვირუსის გადაცემა დაკავშირებულია ბიოლოგიური სითხეების მეშვეობით და ეს კი ასოცირდება ისეთ ქცევებთან, როგორიცაა, დაუცველი სქესობრივი კავშირები, შპრიცების გაზიარება და სხვა. ამან კი შესაძლოა გარკვეული უხერხულობა (დისკომფორტის განცდა)

შეუქმნათ კონსულტანტთან ურთიერთობისას. ზუსტი ინფორმაციის მიღება მნიშვნელოვანია, რამდენადაც კონსულტანტი ზუსტად განსაზღრავს, თუ რა გზით იყო შესაძლებელი აივ-ით დაინფიცირება.

აივ-ზე პრე-ტესტ კონსულტირება კლიენტს შესაძლებლობას აძლევს დასვას ნებისმეირი კითხვა, რომელიც ეხება ვირუსს, გადაცემის გზას ან ტეტს აივ-ზე. თავის მხრივ კონსულტანტი გაგესაუბრებათ ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა:

- რატომ გადაწყვიტეთ, რომ მოსულიყავით კონსულტაციაზე
- რა არის კონსულტაცია და კონსულტანტის როლი
- როგორია თქვენი, პიროვნული ისტორია
- თუ გაქვთ რაიმე, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები
- რა რისკები გაქვთ, რომ იყოთ აივ-ით ინფიცირებული
- რა იცით აივ ინფექცია/შიდსზე
- აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფორმაცია, ანალიზის პროცედურის ჩათვლით და ასევე, რა შეუძლიათ გააკეთოს აივ დადებითმა პირმა, რომ დარჩეს ჯანმრთელი, როგორ და სადამდეც არის ეს შესაძლებელი
- რა ალტერნატიული გზები არსებობს თქვენი პრობლემის გადასაწყვეტად;
- პირველად, რა საკითხებს გინდა, რომ შეეხოთ
- რა გავლენას მოახდენს ანალიზის დადებითი, გაურკვეველი ან უარყოფითი შედეგი თქვენს ცხოვრებაში და როგორ ფიქრობთ, როგორი რეაქცია გექნებათ შედეგების მიღებისას;
- თქვენი ტესტის გაკეთების დადებითი და უარყოფითი მხარეები
- რა სახის მხარდამჭერითი სისტემა (მეზოგარემო) გაქვთ, ვის გაუმხელდით თქვენი აივ ანტისხეულებზე ანალიზის პასუხს, თუ ის დადებითი იქნება;
- როგორ უმკლავდებოდით პრობლემებს წარსულში.

პოსტ-ტესტ კონსულტირება

პოსტ-ტესტ კონსულტირება აივ-ზე წარმაოდგენს ორ ეტაპიან კონსულტირების სისტემას, სადაც კონსულტანტის დახმარებით კლიენტი იგებს აივ ანტისხეულებზე ტესტის გაკეთების მნიშვნელობას და აივ ინფექციის გადაცემასთან დაკავშირებულ რისკ ფაქტორებს, მორალურ და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. კონკრეტულად, ამ სახის კონსუტლაციის დროს, კლიენტის აივ ტესტის პასუხები უკვე ხელმისაწვდომია. პოსტ-ტესტ კონსულტაცია ჩატარება დამოკიდებულია ტესტის პასუხებზე, რადგან ზოგიერთი სახის ტესტი, რომელიც ტარდება აივ აინტსიხეულებზე გრძელდება 1-2 დღე.

კლიენტები, რომელის აივ-ზე ტესტის პასუხიც დადებითი იყო, საკუთარი სტატუსის გაგების შემდეგ შესაძლოა თავი იგრძნონ დათრგუნულად. გამოცდილ კონსულტანტს შეუძლია უდიდესი დახმარება გაუწიოს კლიენტს და აუხსნას მას მკურნალობის სპეციფიკა. ასევე, ესაუბროს კონკრეტულ (კლიენტისთვის სპეციფიურ) პრობლემებზე, რომელიც შეიძლება კლიენტს ჰქონდეს დაინფიცირების საკითხთან დაკავშირებით, დააკავშიროს აივ დადებითთა თემს და ჩართოს მხარდაჭერით ჯგუფში. ამას გარდა, კიდევ ერთხელ გაამახვილოს ყურადღება სქესობრივად გადაცემის რისკებზე და გააცნოს კლიენტს დაცული სქესობრივი კავშირის დადებითი მხარეები.

მიუხედავად ამისა, აივ ანტისხეულებზე ტესტის გავლა გარკვეულ შიშთან არის დაკავშირებული, ამიტომ პოსტ-ტესტ კონსულტირებისას კონსულტანტი:

- გაძლევთ თქვენი ტესტის (ანალიზის) შედეგებს;
- გაძლევთ საშუალებას გამოხატოთ თქვენი განცდები, იმის შესახებ, რომ აივ ანტისხეულებზე ჩატარებული ტესტი დადებითია, უარყოფით ან გაურკვეველია.
- გეხმარებათ დაუბრუნდეთ საკითხებს, რომელიც წამოჭერით პრე-ტესტ კონსულტირებისას, მათ შორის სამომავლო გეგმებზე და იმაზე რაც აქამდე გააკეთეთ;

- გაგესაუბრება მიმდინარე პრობლემებზე და დაგეხმარება, რომ მიიღო გადაწყვეტილება და ამოირჩიო სამოქმედო გეგმა;
- პასუხი გასცეს ნებისმიერ კითხვას, რომელიც გაქვთ და მოგაწოდოთ სასარგებლო ინფორმაცია;
- განიხილავს ცხოვრებას პოზიტიურ ასპექტში
- გაძლევს პოზიტიურ ინფორმაციას თუ რა რესურსები არსებობს თქვენს თემში, რომელიც დაგეხმარებათ.

აივ ანტისხეულებზე ანალიზის პასუხი არასოდეს ეძლევათ ტელეფონის მეშვეობით. თქვენ, შედეგები შეგიძლიათ მიიღოთ მხოლოდ პირისპირ კონსულტაციის სახით.

კონსულტაცია, როდესაც პირი იღებს აივ დადებითი პასუხის შემდეგ

ამ სახის კონსულტაციას მიღება შესაძლებელია, ანალიზის პასუხების გაგების შემდეგ. კონსულტირების მიზნები არის, რომ:

- დაგეხმარებათ გაუმკლავდეთ იმ ფაქტს, რომ უკვე აივ დადებითი ხართ;
- გაგამხნევებთ, რომ აკონტროლოთ თქვენი ჯანმრთელობა და აიღოთ პასუხისმგებლობა თქვენს ცხოვრებაზე (სიცოცხლეზე);
- დაგეხმარებათ, რომ მიიღოთ თქვენი პასუხი (აივ სტატუსი) და იცხოვროთ პოზიტიურად აივ ინფექციასთან ერთად;
- განიხილოთ თქვენი აივ სტატუსის სხვა ადამიანებისთვის გამხელის დადებითი და უარყოფითი მხარეები;
- დაგეხმარებათ თქვენი პრობლემების გარკვევასა და გადაჭრაში;
- უზრუნველგყოფთ ემოციური და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერით;
- დაგეხმარებათ მხარდაჭერითი სისტემის (გარემოს) გაძლიერებაში;
- დაგეხმარებათ დაგეგმოთ მომავალი;
- მიმოიხილავს სიკვდილთან დაკავშირებულ საკითხებს;
- გადაგამისამართებთ/დაგაკავშირებთ თქვენს თემთან და აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებულ საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციებთან/პროგრამებთან.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია – 6

- კრიზისი
- სტრესი
- ტრავმა (აივ დადებითი სტატუსის გაგება)
- პოსტ ტრავმატული სტრესული აშლილობა
- შფოთვა
- დეპრესია
- დემენცია

აივ-ზე დადებით პასუხთან დაკავშირებული ფსიქოსომატური პრობლემები

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხებისადმი "გადამეტებული" ყურადღების (იპოქონდრია ან ფარული იპოქონდრია) შემთხვევაში ვლინდება სომატური აშლილობები, რაც შეიძლება გამოვლინდეს ფიზიოლოგიურ ტკივილში. ამ შემთხვევაში, როდესაც ჯანმრთელობის სერიოზულ დაზიანებას აქვს ადგილი, შეიძლება საქმე მივიდეს ფსიქიკურ პრობლემებამდე. ზოგჯერ, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები ადამიანს უკარგავს მოტივაციას ეძებოს მკურნალობის გზები და გაიუმჯობესოს ცხოვრების ხარისხი. ადამიანი, რომელსაც დაუსვეს აივ-ის დიაგნოზი, ხშირად არის რისკის ქვეშ რომ განუვითარდეთ ესა თუ ის ფსიქოლოგიური (ან ფსიქიკური) პრობლემა, შესაძლოა ეს მოხდეს ანალიზის პასუხების გაგებამდეც.

ტრავმა

კრიზისის ზოგადი თავისებურებანი

განვიხილოთ ჩვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში არსებული რამდენიმე კრიზისული სიტუაცია. მაგალითისთვის ავიღოთ ახლობელი ადამიანის სიკვდილი - ვთქვათ ახალგაზრდა ქალს დაეღუპა მეუღლე. ამგვარი ფაქტი, სამწუხაროდ, არც თუ ისე იშვიათად გვხვდება. ეს დანაკარგის ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე ფორმაა. დანაკარგი სხვა კრიზისულ სიტუაციებსაც ახლავს თან, ისეთებს როგორებიცაა განქორწინება, გაქურდვა, "არასრულფასოვანი" ბავშვის დაბადება და სხვა. ქმრის უეცარი დაღუპვა ანგრევს ქალის ყოველდღიურ, ჩვეულ სამყაროს. საქმე მარტო იმაში არაა, რომ ის ეჯახება სიმარტოვეს და მისგან გამომდინარე უამრავ პრობლემებს. მან უარი უნდა თქვას იმ საერთო გეგმებზე და მიზნებზე, რომლებსაც ცოლ-ქმარი ერთად აგებდნენ. შესაძლოა, ქმარი მას უზრუნველყოფდა მატერიალურად, ბევრი სხვადასხვა ნივთით, რომლებსაც ის უკვე ვეღარც კი ამჩნევდა, და უცებ შეიგრძნო მათი უქონლობა. უფრო მეტიც, ის თავის თავს აქამდე აღიქვამდა როგორც "მის ცოლს", ახლობლებიც და მეზობლებიც მას აღიქვამდნენ როგორც ქმრის "მეორე ნახევარს", და თვითონაც ძალზედ მიჯაჭვული იყო მასზე. კრიზისი

იმაში კი არ მდგომარეობს, რომ ქალმა ქმარი დაკარგა - არამედ მან დაკარგა საკუთარი თავის ნაწილი.

დანაკარგი მით უფრო მტკივნეულია ჩვენთვის, რამდენადაც ის მოულოდნელია. თუ მოვლენა თანდათანობით ვითარდება, ადამიანი ასწრებს გააცნობიეროს მოვლენის გარდაუვალობა და რაღაც მოიმოქმედოს. მაგრამ თუ მოვლენა სწრაფად ვითარდება, ან მოულოდნელად ხდება, ადამიანი ვერ ასწრებს გააკონტროლოს სიტუაცია. ამიტომ მოულოდნელი დანაკარგი განიცდება როგორც მოვლენა, რომელიც ჩვენს კონტროლს არ ექვემდებარება.

ავიღოთ მეორე მაგალითი, ვთქვათ ქმრის ღალატის სიტუაცია. აქაც საქმე გვაქვს დანაკარგთან. ქალი განიცდის ოჯახის სიმყარის გრძნობის დაკარგვას. შეიძლება მას ერთი წუთითაც არ ეპარებოდა ეჭვი იმაში, რომ მეუღლეს ის უყვარს. სწორედ ამაში მდგომარეობდა მისი "შეცდომა", მით უმეტეს თუ ქმარი მუდმივად ცდილობდა დაემტკიცებინა მისთვის თავისი ერთგულება და მალავდა ღალატის ფაქტს. კრიზისული სიტუაცია მაშინ შეიქმნა, როდესაც ღალატს ფარდა აეხადა და ქალი უსიამოვნო აღმოჩენის წინაშე დადგა. მართლაც ძალიან მტკივნეულია, როდესაც უცაბედად აღმოვაჩენთ, რომ რაღაც მოვლენები, რომლებსაც მნიშვნელობას ვანიჭებთ, ჩვენს ზურგს უკან ხდება - ეჭვის ქვეშ დგება ჩვენი რეალობის აღქმის სიზუსტე. ამავე დროს, ღალატის ფაქტის აღმოჩენას თან ახლავს დამცირების მტკივნეული განცდა, რომელიც არღვევს ისეთ წარმოდგენას საკუთარ თავზე როგორიც არის - "მე კარგი მეუღლე ვარ და ჩემს ქმარს ვუყვარვარ".

მოვიშველიოთ კიდევ ერთი მაგალითი - სამსახურიდან უეცარი დათხოვნა. ეს ფაქტი არყევს ადამიანის წარმოდგენას საკუთარ თავზე, როგორც კომპეტენტურ, კარგ მუშაკზე ("ხელმძღვანელობა აფასებს ჩემს მუშაობას და პატივს მცემს"). ადამიანი ამ შემთხვევაში მოწყვეტილი რჩება იმ რესურსებისგან, რომელსაც იყენებდა საკუთარ თავში რწმენის გასამყარებლად. ეს ფაქტი მას მოულოდნელად განსაცდელში აგდებს. მან არ იცის რა მოელის მომავალში, შეძლებს თუ არა ახალი სამუშაოს პოვნას, როგორ მიიღებენ ამ ფაქტს ოჯახის წევრები, შეიცოდებენ მას თუ გაკიცხავენ? მოწესრიგებული სამყაროდან უეცრად

ის გაურკვეველ სამყაროში გადადის, მისი ყოველდღიური ჩვეულებები და დღის წესრიგი კარგავენ აზრს. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს არა მარტო არაკონტროლებად მოვლენასთან, დანაკარგთან და დამცირებასთან, არამედ აქ შემოდის კრიზისის კიდევ ორი მნიშვნელოვანი დამახასიათებელი ნიშანი - მომავლის განუსაზღვრელობა და ცხოვრების ჩვეული წესის მოულოდნელი რღვევა. თუმცა თუ გავიხსენებთ წინა ორ მაგალითს კრიზისის ამ ნიშნებს იქაც უჭირავს თავისი ადგილი.

ყოველი ჩვენთაგანი სიკვდილს აღიქვამს როგორც აბსტრაქტულ ფაქტს და უჭირს მისი მიღება. ჩვენ გავურბივართ სიკვდილის რეალობას ყოველდღიურ ცხოვრებაში. ამავე დროს ყოველ ჩვენთაგანს აქვს ილუზორული კონტაქტი სიკვდილთან გაზეთის, მოთხრობების, პიესების, ფილმების მეშვეობით. მაგრამ ფილმებში ნაჩვენები და მოთხრობებში აღწერილი სიკვდილის ათასგვარი ნაირსახეობა ვერ ახდენს ჩვენზე საკმარის ზემოქმედებას, რათა ჩვენი საკუთარი სიცოცხლის დასასრული მისაწვდომი და გასაგები გახადოს. პირიქით, ისინი წარმოაჩენს სიკვდილს, როგორც გამონაკლის შემთხვევას, რომელიც შეიძლება დაემართოს სხვებს, მაგრამ არა ჩვენ. ამიტომ ადამიანთა უმრავლესობისათვის ნებისმიერი მოვლენა, რომელიც არყევს საკუთარი უკვდავების რწმენას, კრიზისს იწვევს, მაშინაც კი, როდესაც ამის რეალური საშიშროება არ არსებობს.

სიკვდილის საფრთხესთან შეჯახება არა მხოლოდ სოციალური კატაკლიზმების დროს ხდება. ამ ფაქტებს ადგილი აქვს ყოველდღიურ ცხოვრებაშიც. მაგალითად მძიმე დაავადების ან ფიზიკური განადგურების მუქარის დროს, ან კიდევ ავტოავარიების შემთხვევებში. ეს მოვლენები ადამიანს ფაქტის წინაშე აყენებს, რომ მისი მომავალი შეზღუდულია, მისი სიცოცხლე არ ყოფილა უსასრულო.

მატრავმირებელი მოვლენა

არსებობს მოვლენები, რომლებიც იმდენად მოულოდნელია, აღსავსეა ძალადობით და საფრთხით, რომ მათ შეიძლება მატრავმირებელი ვუწოდოთ. თუმცა ტრავმატული და არატრავმატული სტრესის გამიჯვნა ერთობ პირობითია, მაინც ტრავმა გულისხმობს ადამიანის უსაფრთხოებაზე მიმართულ უეცარ, მასიურ, დაუძლეველ მუქარას.

ტრავმატული სტრესი კატასტროფის დამახასიათებელი ნიშანია. პერსონალი, რომელიც ცდილობს კატასტროფის მსხვერპლს დაეხმაროს, თვითონ ეჯახება მძაფრ ემოციურ განცდებს. ამ სახის ფსიქოტრავმები ძალიან რთულად გადაიტანება. მატრავმირებელი მოვლენის კიდევ ერთი დამახასიათებელი ნიშანია ის, რომ ის ვითარდება ძალიან სწრაფად. იმდენად სწრაფად, რომ ხშირად ადამიანში გაოგნებას და გაშეშებას იწვევს - მას უქრება ბუნებრივი თვითგადარჩენის სურვილიც კი.

დამხმარეს მთავარი საზრუნავი მძიმე კრიზისის შედეგად დაზარალებულთა მხარდაჭერაა. მაგრამ მძიმე კრიზისის მსხვერპლთა შორის საკმაოდ ბევრს გააჩნია ტრავმატული გამოცდილება. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში დამხმარის მიზანი არა მარტო კრიზისის გადალახვის ხელის შეწყობა, არამედ, აგრეთვე, ტრავმირებული ადამიანის განცდების შემსუბუქება და სულიერი წონასწორობის აღდგენაა. ხშირად ფსიქოსოციალურ დახმარებას "ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის" სახელწოდებით მოიხსენებენ. მაგრამ თვით სიტყვა "რეაბილიტაციაც" ხომ აღდგენას ნიშნავს. ის არა მარტო ადამიანის ნორმალური სოციალური და ყოფითი ფუნქციონირების აღდგენას ნიშნავს, არამედ მისი ღრმა სულიერი სამყაროს აღდგენასაც გულისხმობს. აქედან გამომდინარე, სრულიად აუცილებელია დამხმარე ზედმიწევნით კარგად ერკვეოდეს ტრავმატული სტრესისა და მისგან გამოწვეული პრობლემების ფსიქოლოგიაში, რათა ეფექტურად ააგოს ტრავმირებული ადამიანის დახმარების სტრატეგია.

ადამიანი მოქმედებს იმ წარმოდგენების საფუძველზე, რომლებიც მას საკუთარი თავის და სამყაროს შესახებ აქვს. ეს წარმოდგენები მას მთელი ცხოვრების მანძილზე უყალიბდება და მის გამოცდილებაში იდებს ბინას. ყოველ ადამიანს გააჩნია სამყაროსა და "მე"-ს საკუთარი, განუმეორებელი მოდელი, რომელიც ხაზს უსვამს მის ინდივიდუალობას. ამის გარდა ადამიანს გააჩნია ე. წ. ბაზისური წარმოდგენები საკუთარ თავსა და სამყაროზე, რომლებიც განაპირობებს მის სხვა ადამიანებთან მსგავსებას. ეს ბაზისური წარმოდგენები, ანუ რწმენის სისტემა, ადამიანს ადრეულ ასაკში, ბავშვობაში უყალიბდება და იმთავითვე დაცვით ფუნქციას ასრულებს. ასაკთან და ცხოვრებისეული გამოცდილების შეძენასთან

ერთად ეს წარმოდგენები განიცდიან გარკვეულ ცვლილებებს, მაგრამ ზრდასრულ ასაკშიც საკმაო სიმყარით გამოირჩევიან და თავის ტყვეობაში ამყოფებენ ადამიანს. ამიტომ მათ უფრო ხშირად ბაზისურ ილუზიებს უწოდებენ. ესენია:

1. საკუთარი უკვდავების ილუზია;
2. სამყაროს მარტივად (როგორც მოწესრიგებულის, წვდომადის და სამართლიანის) აღქმის ილუზია;
3. საკუთარი თავის პოზიტიურად აღქმის ილუზია.

სწორედ ამ ბაზისური წარმოდგენების ნგრევას იწვევს ტრავმატული სტრესი. ის მოულოდნელად და უხეშად ცვლის ადამიანში არსებულ ჩვეულ მოდელს როგორც სამყაროს, ასევე საკუთარი თავისა. განვიხილოთ ყოველი მათგანი ცალ-ცალკე.

1. **საკუთარი უკვდავების ილუზია.** როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჩვენ თითქმის ყოველდღე გვიწევს გაგონება ავტოავარიების, მკვლელობების, კიბოს, შიდსის შესახებ, მაგრამ გვჯერა, რომ ჩვენ ეს არ დაგვემართება. ასეთი რწმენა გვიცავს შიშისა და შფოთვისაგან და უსაფრთხოების განცდას გვიქმნის. ჩვენთვის ძნელია იმის წარმოდგენა, რომ როდესღაც უნდა მოვკვდეთ.

მატრავმირებელი მოვლენის დროს ადამიანი ეჯახება მკაცრ რეალობას. ის პირისპირ რჩება ფიზიკური განადგურების რეალურ საფრთხესთან. აქ მან უკვე უნდა აღიაროს, რომ შესაძლებელია მოკვდეს. მაგრამ მას "არ სურს" მიიღოს ეს რეალობა, მას უჭირს ამ ფაქტთან შერიგება, რადგანაც ის კარდინალურად ცვლის სამყაროს მისეულ აღქმას. დაცული, მყუდრო სამყარო უცებ ქაოტურ, საშიშროებით აღსავსე სამყაროდ წარმოჩნდება, რომელშიც აღარ არის გამორიცხული საბედისწერო შემთხვევები და უსაფრთხოების არავითარი გარანტია არ არსებობს.

2. **სამყაროს მარტივად აღქმის ილუზია.** ადამიანს აუცილებლად სჭირდება იმის რწმენა, რომ სამყაროში მიმდინარე მოვლენები მოაზრებადია, მოწესრიგებულია და სამართლიანი, რათა თავი მშვიდად იგრძნოს. მას სჯერა, რომ "რასაც იმსახურებს, იმას მიიღებს".

მატრავმირებელი მოვლენის მსხვერპლი განიცდის სამყაროს წვდომის ტოტალურ ნგრევას - "რატომ დამემართა ეს", "რა დავაშავე, რა ცოდვა მქონდა ასეთი?", "რა უსამართლოდ არის მოწყობილი სამყარო".

3. **"მე"-ს პოზიტიურად აღქმის ილუზია.** ჩვეულებრივ ადამიანი საკმაოდ დადებითად აფასებს საკუთარ თავს. მას აქვს რწმენა, რომ ის ძლიერია და ბევრი რამ შეუძლია. მაგრამ როდესაც ადამიანი ეჯახება სიტუაციას, რომელიც მის კონტროლს არ ექვემდებარება, თავს საცოდავ, სუსტ და უსუსურ არსებად მიიჩნევს. კრიზისის მსხვერპლი განიცდის დამცირებას და სირცხვილს იმის გამო, რომ "მას ეს მოუვიდა", "ვერ შეძლო ამის თავიდან აცილება".

ამრიგად, ტრავმა, ისევე როგორც ზემოდ აღწერილი ყოფითი კრიზისები, იმით იწყება, რომ ობიექტური რეალობა დარტყმას აყენებს ჩვენს ჩვეულ წარმოდგენებს სამყაროსა და საკუთარ თავზე, ანგრევს იმ რწმენებს, რომლებიც გვეხმარებიან თავი უსაფრთხოდ ვიგრძნოთ. ბაზისური წარმოდგენების წყალობით ჩვენ ვცხოვრობთ შიშისა და სასოწარკვეთის გარეშე. მაგრამ სანამ ეს ილუზიები მხარდაჭერას პოულობენ როგორც ჩვენი, ასევე საზოგადოების მხრიდან, ჩვენ პოტენციურად მოწყვლადი ვრჩებით. რეალობა არ გულისხმობს აბსოლუტურ საიმედოობასა და სრულყოფილებას. ყოველთვის არსებობს იმის საშიშროება, რომ ჩვენი რწმენა ოდესმე არ დადასტურდება.

მატრავმირებელი მოვლენა იძულებულს ხდის ადამიანს შეცვალოს საკუთარი "მე"-სა და სამყაროს ჩვეული მოდელი, რომელიც უკვე ვეღარ ასახავს არსებულ რეალობას. მაგრამ ამ შემთხვევაში არ კმარა მათში მხოლოდ უმნიშვნელო კორექტივების შეტანა, როგორც ეს ჩვეულებრივი, ცხოვრებისეული კრიზისების დროს ხდება. მატრავმირებელი მოვლენა ადამიანს იმდენად სასტიკ და ულმობელ რეალობასთან აჯახებს, იმდენად ძლიერ დარტყმას აყენებს მის "მე"-ს, რომ მოითხოვს არსებული მდგომარეობის ძირფესვიან გააზრებას, რაც ვერ მიიღწევა ერთბაშად და უმტკივნეულოდ.

დამხმარესათვის მნიშვნელოვანია შეძლოს შეაფასოს კრიზისში მყოფის "მე"-სა და მასთან დაკავშირებული სამყაროს სურათის რომელმა ნაწილმა განიცადა ზარალი. ეს საუკეთესო

ნაბიჯია არა მარტო იმისათვის, რომ ღრმად ჩავწვდეთ იმ ადამიანის პრობლემებს, რომელსაც ვეხმარებით. ეს გვიადვილებს იმ გზების მოძიებას, რომლებიც საშუალებას მისცემს დაზარალებულს ააგოს საკუთარი "მე"-სა და სამყაროს ახალი, ადექვატური მოდელი, რომელიც რეალობას შეესაბამება.

ტრავმატული სტრესი

ადამიანის ცხოვრება შემთხვევებისა და მოვლენების გრძელი ჯაჭვია. ყოველ მათგანს ადამიანი განიცდის და გამოაქვს შესაბამისი გაკვეთილები. თითოეულ მოვლენას აქვს სიუჟეტი თავისი დასაწყისით, გაგრძელებითა და დასასრულით. თუ მოვლენამ ყველა ეს სტადია გაიარა, როგორიც არ უნდა იყოს ის ჩვენთვის, სასიამოვნო თუ უსიამოვნო, მან თავისი თავი ამოწურა. ჩვენ ამ მოვლენიდან გამოვიტანეთ ის გამოცდილება, რომელიც გვჭირდებოდა. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ჩვენ წინაშე ინფორმაციის ისეთი მოცულობაა, რომ თავს ვერ ვართმევთ ამ ამოცანას. მაგალითად, ვუსმენთ ლექციას, რომელიც მოკლე დროში იმდენ ახალ ინფორმაციას გვაწვდის, რომ ვერ ვასწრებთ მის გადამუშავებას. მოგვიანებით, რამოდენიმე დღის შემდეგ, მასალის გააზრების და ათვისების შემდეგ, უკვე თავისუფლად ვფლობთ ამ ინფორმაციას. ასე ხდება ინფორმაციული გადატვირთვის დროს. იმ მოვლენებში, სადაც დიდია ემოციური დატვირთვა, მათი გადამუშავებაც შეიძლება დროში გაიწელოს და მოგვიანებით იქნას ათვისებული, მაგალითად ძილში. მოვლენათა უმრავლესობას ადამიანი უმკლავდება და მისი გადამუშავების შედეგად იკრებს ცხოვრებისეულ გამოცდილებას. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ძალიან ბევრი ჩვენთვის მნიშვნელოვანი რამ ძალიან სწრაფად ხდება და გვაოგნებს - სახეზეა ინფორმაციული და ემოციური გადატვირთვა. ასეთი ინციდენტების გადამუშავება შეიძლება საერთოდ არ მოხდეს, მაგრამ ის ინახება ჩვენს მეხსიერებაში, როგორც შემთხვევის გაყინული ასლი, რათა მოგვიანებით მოხდეს მისი გადამუშავება. მომხდარი ინციდენტი თავს გვახსენებს უსიამოვნო მოგონებებში და ითხოვს გადაჭრას.

მსგავს სიტუაციასთან გვაქვს საქმე ტრავმატული სტრესის დროს. ტრავმატული ინციდენტი და მასთან დაკავშირებული მძიმე განცდები ადამიანისგან მის გადამუშავებას მოითხოვს. "თავს აჩვენებს", თითქოს ის ახლა, ამჟამად ხდება. მაგრამ რადგანაც ტრავმის უდიდესი ნაწილი ადამიანისთვის გამაოგნებელი რჩება, გონება მას ნაწილ-ნაწილ "აწვდის". აწვდის ზუსტად იმდენს, რამდენსაც შეუძლია ის გაუმკლავდეს. ადამიანი ვერ ამჩნევს, რომ ეს მისი ტრავმის გადაუმუშავებელი ნაწილებია, ფიქრობს რომ ეს ამჟამად ხდება და თვლის მათ ინტუიციურ რეაქციებად აწმყოში მიმდინარე მოვლენებზე (მაგალითად, უჩვეულო აფორიაქება, პანიკა, ცრემლიანობა, ღრმა სევდა, განრისხება, მძვინვარება). ადამიანის ტვინი ცდილობს ეს უჩვეულო რეაქციები შეუსაბამოს არსებულ სიტუაციას, მაგრამ მეტწილად ამას ვერ ახერხებს. მსგავსი რეაქციები საგონებელში აგდებს მასაც და მის გარშემო მყოფ ადამიანებსაც.

წარსულ ტრავმასთან დაკავშირებული უნებლიე რეაქციები შეიძლება დროთა განმავლობაში მიყუჩდეს და ისეთი დიდი ინტენსივობით აღარ მიიპყროს ადამიანის ყურადღება. მაგრამ საკმარისია რაიმე შემთხვევითმა სტიმულმა ტრავმასთან მსგავსება ჰპოვოს, ის კვლავ აღძრავს მასთან დაკავშირებულ ავტომატურ რეაქციებს. მაგალითად, ადამიანს შეიძლება დაეწყოს თავის ტკივილი, როდესაც ის უახლოვდება ხიდს, ან ის უეცრად თავს არიდებს და გაურბის წითელი ფერის ავტომობილს. სინამდვილეში ეს გადაუმუშავებელი ტრავმატული განცდები "ცდილობენ მიიპყრონ" ადამიანის ყურადღება.

ტრავმატული სცენების უნებლიე გამოცოცხლება, "დაუპატიჟებელი მოგონებები" ფსიქოლოგიურ ლიტერატურაში ცნობილია "წარსული მოგონებების გამონათების", ანუ Flashback-ის სახელწოდებით (Flashback კინოს ტერმინია და მიმდინარე მოქმედებაში მოკლე რეტროსპექტიული კადრების ჩართვას აღნიშნავს).

ადამიანის გონება ცდილობს ტრავმატული ცნობიერების ახალ რეალობასთან შერიგებას. ერთის მხრივ აქტიურად გაურბის ყველაფერ იმას, რაც მის ტრავმატულ განცდებთან არის დაკავშირებული: გაურბის ფიქრებს, საუბარს ამის შესახებ ("ტრავმაზე არ ლაპარაკობენ"), იმ სიტუაციებსა და მოქმედებებს, იმ ადგილებს, რომლებიც ტრავმატულ სცენებს

აცოცხლებს. ადამიანი ვერ იხსენებს ტრავმატული ინციდენტის მნიშვნელოვან ეპიზოდებს - ყველაზე მტკივნეული ფრაგმენტები ცნობიერების მიღმა რჩება. შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანის ფსიქიკა თავდაცვის მიზნით აიძულებს მას გაექცეს სინამდვილეს. ეს ე. წ. დროში გახანგრძლივებული განრიდებაა, რომელიც ხშირად ისეთ ფორმებს იღებს, რომ ადამიანს სრულიად უქრება მგრძნობელობა, თითქოს ტრავმატული ინციდენტი საერთოდ არ გადახდენია თავს. ჩვეულებრივ ყოფით ცხოვრებაში კი ეს ვლინდება როგორც ყოველგვარი ინტერესის დაკარგვა იმის მიმართ, რაც ადრე აღელვებდა - მას აღარაფერი იტაცებს, ირგვლივმყოფი ახლობლების და ადამიანების მიმართ გაუცხოებული და გულგრილი ხდება. განრიდება ხშირად იმდენად აჩლუნგებს ემოციებს, რომ ადამიანი კარგავს უნარს იყოს სპონტანური, განიცადოს შემოქმედებითი აღმაფრენა, ისეთი ძლიერი გრძნობები, როგორიცაა სიყვარული, სიხარული.

განრიდებასთან პარალელურად ხდება ე. წ. ფსიქიური ჩართულობა იმ განცდებში, რომლებმაც ადამიანს ტრავმა მიაყენეს. უმეტესწილად ეს ვლინდება აკვიატებული მოგონებებისა და ფლასჰბაცკ-ების სახით. ისინი ადამიანში აღძრავენ მძაფრ და მტკივნეულ გრძნობებს, რადგანაც მათ თან ახლავს შიშისა და საკუთარი უსუსურობის განცდა. ეს განცდები სიზმრებსა და ღამის კოშმარებშიც იჩენს თავს. მაგრამ ამავე დროს ტრავმირებული ადამიანისთვის დამახასიათებელია წყვეტილი ძილი და დაძინების სირთულეები, რაც უკვე განრიდების მექანიზმით იხსნება - ადამიანი მისდა უნებურად ეწინააღმდეგება დაძინებას, რომ კვლავ არ შეეჯახოს მძიმე სცენებს სიზმარში.

ტრავმატული სტრესის კიდევ ერთი გამოვლინებაა ე. წ. ზესიფხიზლე. ერთის მხრივ, ადამიანი თითქოს დარაჯობს საკუთარ თავს, რათა შემთხვევით არ წააწყდეს ისეთ "წყაროს", რომელიც აღძრავს მასში წარსულის მტკივნეულ განცდებს. მას აღარ სურს კვლავ აღმოჩნდეს იმ "ჯოჯოხეთში", რომელსაც თავი დააღწია. მეორეს მხრივ კი, ზესიფხიზლე რეაქციაა ტრავმატულ ინციდენტში გამოვლილი ადამიანისა, რომელსაც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ექსტრემალურ სიტუაციაში მოუწია ყოფნა, სადაც ფხიზლად ყოფნა

მისი გადარჩენის საწინდარი იყო. ადამიანი მუდმივად დაძაბულია, ერთგვარ "მზადყოფნაშია", რათა ნებისმიერ მომენტში აირიდოს შინაგანი და გარეგანი მუქარა.

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანი ცნობიერად გაურბის წარმოდგენებში ტრავმატულ სცენებთან კვლავ შეჯახებას, არაცნობიერად ის ტრავმას განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს თავის ცხოვრებაში. საქმე იმაშია, რომ ტრავმატული სტრესი განცდილ გრძნობათა ინტენსივობის მიხედვით ადამიანისთვის განვლილი მთელი ცხოვრების ტოლფასია - ადამიანი თავს შეიგრძნობს ცხოვრებაში ბევრ ჭირ-ვარამ-გადატანილ, დაბრძენებულ ადამიანად. მას შესაძლოა ისეთი გრძნობა დაეუფლოს, რომ ცხოვრებაში უკვე ყველაფერი ნახა და მის მომავალ არსებობას აზრი აღარ აქვს. ადამიანის ცხოვრება თითქოს ორ ნაწილად არის დაყოფილი - "ეს იყო მანამდე..." და "ეს კი მას შემდეგ...". ხშირ შემთხვევებში ტრავმირებულ ადამიანს უქრება სურვილი ააგოს მომავალი ცხოვრება (მაგალითად, იზრუნოს კარიერაზე, დაქორწინდეს, იყოლიოს შვილები). უმეტესწილად ეს ფენომენი საომარ მოქმედებებში მონაწილე მებრძოლებს უვითარდებათ, რომლებმაც განსაკუთრებით მწვავე და ინტენსიური ტრავმა განიცადეს. ჩვეულებრივი "მშვიდობიანი" ცხოვრება მათ უფერული და მოსაწყენი ეჩვენებათ. ხშირად, "შთაბეჭდილებების დეფიციტი" რომ აინაზღაურონ, გაუმართლებელ რისკზე მიდიან (მაგალითად, ეწერებიან "დაქირავებულ" მებრძოლეებად "ცხელ წერტილებში", მუშაობას იწყებენ პირად მცველებად). ტრავმირებულ ადამიანთა ეს კატეგორია თავს განიცდის "ჩვეულებრივი" ცხოვრებისთვის არაადეკვატურ, შეუსაბამო, ზედმეტ, ყველასაგან უარყოფილ პიროვნებად. ამიტომ ისინი ხშირად მიმართავენ ალკოჰოლს, ნარკოტიკებს, ზოგჯერ ძალადობას და თვითმკვლელობასაც კი. ტრავმირებული ადამიანის ალკოჰოლისადმი და ძლიერმოქმედი წამლებისადმი ლტოლვა შეიძლება იმითაც აიხსნას, რომ ის ამით ცდილობს ჩაიხშოს მძიმე და აუტანელი განცდები.

ტრავმირებული ადამიანის სულიერი მდგომარეობა შეიძლება ასედაც დავახასიათოთ - მისთვის არ არსებობს დასრულებული, დაბოლოებული წარსული და არც უსაზღვრო, ფართო მომავალი, რაც საშულებას მისცემდა მას საიმედოდ ეგრძნო თავი აწმყოში.

ტრავმატული სტრესის ფუნდამენტური კომპონენტებია შფოთვა და დეპრესია. შფოთვას ასაზრდოებს აწმყოსა და მომავლის განუსაზღვრელობა, დეპრესიას კი უიმედობის განცდა. გამუდმებულმა შფოთვამ შეიძლება ადამიანში აღძრას წარსული ტრავმის დროს განცდილი დაძაბულობა და საფრთხის მოლოდინი, ხოლო ჩვეულებრივ ყოფით სიტუაციაში წარმოშვას მოჭარბებული შიშისა და პანიკის რეაქციები. უიმედობამ და უსიამოვნო გრძნობათა ნაკადმა კი შეიძლება ადამიანი სასოწარკვეთამდე მიიყვანოს. სტრესზე რეაგირების ეს ფორმები ასე თუ ისე "გასაგებია" ჩვენთვის და მათ შესახებ ბევრი გვსმენია. მაგრამ ტრავმატულ სტრესს ამავე დროს ახასიათებს ისეთი ფენომენები, როგორიცაა განრისხება, სირცხვილის გრძნობა და ბრალეულობის განცდა. ეს დესტრუქციული ემოციები ადამიანის ღირსების გრძნობას ხელყოფს და ამიტომ განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს.

განრისხებას აქვს ადგილი, როდესაც ადამიანი ნაწყენია და თავს შეურაცხყოფილად გრძნობს. უმეტეს შემთხვევებში ეს ადამიანის ნორმალური რეაქციაა დამცირებასა და უსამართლობაზე. განრისხებული ადამიანისთვის ძნელია სხვისი აზრის მიღება. მას მხოლოდ იმის გაგონება უნდა, რაც ადასტურებს მის აზრს და მის ემოციებს ეთანხმება. მას არ სურს დამშვიდება, სანამ თავის "სიმართლეს" არ გაიტანს.

ამავე დროს განრისხება - ეს არის რეაქცია შიშზე, ანუ რეაქცია იმაზე, რომ ჩვენს უსაფრთხოებას საშიშროება ემუქრება. და მართლაც, თუ გავაანალიზებთ სიტუაციებს როდესაც გაბრაზებული ვართ, აღმოვაჩენთ, რომ სანამ განვრისხდებოდეთ მანამდე აუცილებლად შევიგრძენით რაღაც მუქარა. შეიძლება ამ მუქარას არავითარი საფუძველი არ ჰქონდა, მაგრამ იმ მომენტში მოჩვენებითი მუქარა ჩვენთვის სრულიდ "ცხადი" იყო. თუ ადამიანმა ცხოვრების მკაცრი გამოცდა გაიარა, მისი ნერვიული სისტემა ისე არის გაწვრთნილი, რომ შეუძლია წამში შეამჩნიოს მოსალოდნელი საშიშროება, მაშინაც კი, როდესაც ამის მხოლოდ უმნიშვნელო საბაბი არსებობს. აქედან გამომდინარეობს ტრავმირებული ადამიანისთვის დამახასიათებელი უეცარი რეაქცია - "გამძვინვარება". სწორედ ასეთი რეაქციების გამო წუხან ყოფილი მებრძოლები. ისინი ჩივიან, რომ მათ ასეთ

მომენტებში არ ძალუძთ "თავის მოთოკვა", "არ იციან რა ემართებათ", "ვერ აკონტროლებენ საკუთარ თავს", თუმცა შემდეგ კი "ნანობენ მომხდარის შესახებ".

ზოგ შემთხვევებში განრისხება აგრესიაში გადადის. აგრესია ისევე როგორც განრისხება, ერთის მხრივ ადამიანის დაცვითი რეაქციაა საკუთარი უსუსურობის და შინაგანი ფრუსტრაციის (დაუკმაყოფილებლობის) გრძნობის დასაძლევად. მეორეს მხრივ, ეს არის პროექცია (გადატანა) გარემოზე იმ ტკივილისა და განცდების (შიში, დამცირება, შეურაცხყოფა, დაცინვა) განსამუხტავად, რომლის ტყვეობაშიც ის იმყოფება. რა თქმა უნდა ასეთ "აფეთქებებს" დროებითი შვება მოაქვთ ტრავმირებული ადამიანისთვის. უფრო მეტიც, შესაძლოა "მათი მეშვეობით" ადამიანი თავიდან იცილებს კონტროლის დაკარგვის უკიდურეს ფორმებს, მაგალითად ფსიქოტურ "გახლეჩას", მაგრამ, მაინც მნიშვნელოვანია არ დავუშვათ, რომ მრისხანება ფიზიკურ აგრესიაში გადაიზარდოს და ადამიანმა ზიანი მიაყენოს, როგორც საკუთარ თავს, ასევე ირგვლივმყოფ ადამიანებს.

სრულიად აუცილებელია დამხმარე ერკვეოდეს თუ ვის მიმართ შეიძლება იყოს მიმართული განრისხება და აგრესია, მით უმეტეს რომ ამ რეაქციების ობიექტი შეიძლება თვითონაც აღმოჩნდეს. მან უნდა გაითვალისწინოს, რომ ტრავმირებული ადამიანის განრისხება შეიძლება სინამდვილეში სრულებითაც არ იყოს იმ ადამიანზე მიმართული, რომელიც ამ აგრესიის ობიქტი ხდება. ადამიანისთვის, რომელმაც გამოიარა შიში, ძალადობა, დამცირება, შეურაცხყოფა, დაცინვა და აბუჩად აგდება, მისი აგრესიის ობიექტი პირველ რიგში ის ადამიანები ან ადამიანთა ერთობლიობაა, რომლებმაც ეს ტკივილი მიაყენეს. მეორეს მხრივ, ტრავმირებულ ადამიანს შებღალული ღირსების გრძნობის შედეგად შეიძლება ბრაზი საკუთარი მისამართითაც გაუჩნდეს, რომ "მან ვერ შეძლო აგრესორისთვის სამაგიეროს მიზღვევა", რომ "უსუსური აღმოჩნდა იმ სიტუაციაში". და მესამეც - ის საკუთარ უბედურებაში ადანაშაულებს ხელისუფლებას და საზოგადოების იმ ნაწილს, რომელთა მთავარი საზრუნავი ადამიანთა უსაფრთხოებაა. განსაკუთრებული აგრესია მათ უჩნდებათ იმ ადამიანების მიმართ, ვისაც მათი აზრით "შეეძლოთ" ტრაგედიის თავიდან აცილება. "რეალურ" სუბიექტებზე, "მტრებზე" მიმართული აგრესია

ხშირ შემთხვევებში პროეცირდება (გადაიტანება) ტრავმირებული ადამიანის უშუალო სოციალურ გარემოცვაზე, ახლობლებზე, მეგობრებზე, ამხანაგებზე, კოლეგებზე, უკიდურეს შემთხვევებში თვით ღმერთზეც კი. სწორედ ამ გარემოებათა გამო არ არის გამორიცხული, რომ დამხმარე აგრესიის ობიექტი აღმოჩნდეს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, განრისხება შეიძლება განვიხილოთ როგორც ჩანაცვლება ისეთი ემოციებისა, როგორიცაა შიში და საკუთარი უსუსურობის განცდა. ორივე მათგანი ახდენს ზემოქმედებას ადამიანის თავმოყვარეობაზე და აქვეითებს მას. ადამიანის ღირსების შემლახველი ემოციაა აგრეთვე სირცხვილის გრძნობა. ეს ის გრძნობაა, როდესაც ადამიანს უჩნდება სურვილი სადმე შორს გაიქცეს და დაიმალოს. მას თან ახლავს შეგრძნება, თითქოს ვიღაც "მოსამართლე" გითვალთვალებს, რომელსაც მიაჩნია, რომ შენ ყოვლად უღირსი და საძაგელი ადამიანი ხარ. პრობლემა იმაშია, რომ ჩვენ თვითონ ვართ საკუთარი თავის "მოსამართლე".

სირცხვილის გრძნობა უპირატესად ძალადობის მსხვერპლს უჩნდება. მაგალითად, სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი განიცდის სირცხვილს იმის გამო რაც გადახდა. მსგავსი განცდა ეუფლება ნებისმიერი ძალადობის მსხვერპლს. რამდენადაც ირაციონალური არ უნდა მოგვეჩვენოს მსგავსი რეაქცია, ის აბსოლუტურად ბუნებრივია. საქმე იმაშია, რომ აშკარად არა, მაგრამ გულის სიღრმეში ჩვენ ნაწილობრივ მაინც ვადანაშაულებთ მსხვერპლს მომხდარში. ყოველი ჩვენგანი ფარულად თვლის, რომ დაზარალებული ცოტათი მაინც პასუხისმგებელია საკუთარ ბედზე. ეს პირდაპირ კავშირშია ადამიანის ბაზისურ ილუზიასთან, "რომ ჩვენ ვცხოვრობთ სამართლიან სამყაროში, სადაც ადამიანი საბოლოოდ იმას იღებს, რასაც იმსახურებს". აქედან გამომდინარე სირცხვილის გრძნობა, რომელსაც მსხვერპლი განიცდის, ემთხვევა მის საკუთარ რწმენას "სამყაროს სამართლიანობის შესახებ" - რომ "ის იმსახურებდა იმას, რაც გადახდა". საჭიროა გარკვეული დრო, რომ მან შეძლოს შეცვალოს თავისი წარმოდგენები და აღიდგინოს შელახული ღირსების გრძნობა.

განსაკუთრებული დესტრუქციულობით გამოირჩევა ადამიანის ღირსების გრძნობის შემლახველი ემოცია - ბრალეულობის განცდა. ეს ემოცია გამოხატავს მორალური პასუხისმგებლობის გრძნობას იმ მოქმედებებზე, რომლებმაც ტკივილი ან ზიანი მიაყენეს სხვას. კრიზისში მყოფი ადამიანისთვის ბრალეულობის განცდა შეიძლება დაკავშირებული იყოს, მაგალითად, იმასთან, რომ მან ევაკუაციის დროს, აურზაურში, სიჩქარის ან გაუბედაობის გამო სათანადო ყურადღება არ გამოიჩინა ნათესავის ან მეგობრის მიმართ და ამჟამად არც კი იცის რა ბედი ეწია მას.

ბრალეულობის გრძნობა ტრავმატული სტრესის ბაზისური განცდაა. ადამიანი, რომელიც განიცდის ბრალეულობის გრძნობას, თითქოს ცდილობს დასაჯოს საკუთარი თავი და იწყებს თვითგვემას, სხვაგვარად რომ ვთქვათ - ახორციელებს აუტოდესტრუქციულ ქცევას. ის თითქოს "იჭედება" წარსულში, წინ აღარ ისწრაფვის და შესაძლოა კიდეც თვლიდეს, რომ ის საერთოდ არ არის ცხოვრების ღირსი.

ბრალეულობის გრძნობა შეიძლება სამი გზით წარმოიშვას:

1. საკუთარი თავის დადანაშაულება წარმოსახული ცოდვების გამო. მაგალითად, ადამიანმა შეიძლება ჩათვალოს, რომ მისი ახლობელი იმიტომ დაიღუპა, რომ ერთერთი წაკინკლავების დროს გაბრაზებულმა მან ის დასწყევლა.

2. საკუთარი თავის დადანაშაულება იმის გამო, რომ არ მოვიმოქმედეთ ის, რაზეც ჩვენს წარმოდგენაში პასუხისმგებლობა გვეკისრა. რა თქმა უნდა, ნებისმიერ სიტუაციაში შეიძლება ადამიანმა ისეთი რამ იპოვო, რისი სხვაგვარად გაკეთება აგვაცილებდა უბედურებას. ამ დროს ტიპიური განცდებია: "რომ არ მეჩქარა...", "სათანადო ყურადღება რომ გამომეჩინა...", "ქუჩაში რომ არ გამეშვა..." და ა. შ.

3. საკუთარი თავის დადანაშაულება მხოლოდ იმის გამო, რომ შენ ცოცხალი დარჩი, სხვა კი დაიღუპა - ე. წ. "გადარჩენილის ბრალი", სხვაგვარად მას კიდევ უწოდებენ "საკონცენტრაციო ბანაკების ტყვეთა სინდრომს". ადამიანს ახასიათებს ძლიერი ბუნებრივი სწრაფვა გადარჩეს, სხვისი სიცოცხლის ფასადაც კი. შეიძლება წარმოიშვას არაცნობიერი

დაკმაყოფილება და შვება იმისგან, რომ შენ გადარჩი მაშინ როცა სხვა დაიღუპა. სწორედ ეს გრძნობები ასაზრდოვებენ "გადარჩენილის" ბრალეულობის განცდას. ამ დროს ადამიანი განიცდის უკიდურეს პასუხისმგებლობას. ის თითქოს ვალდებულია "მის მაგივრადაც იცოცხლოს", რაც მძიმე ტვირთია და არც არის საჭირო. ადამიანმა მხოლოდ საკუთარი ცხოვრებით უნდა იცხოვროს და არა სხვისი.

მართალია, ტრავმას ახასიათებს ისეთი გამოვლინებებიც, რომლებმაც შეიძლება საგონებელში ჩაგვაგდოს, მაგრამ აქ არაფერია არანორმალური. პირიქით, ეს არის ნორმალური რეაქცია არანორმალურ მოვლენებზე. სწორედ ეს გარემოება უნდა გაიგოს და გაითვალისწინოს დამხმარემ უპირველეს ყოვლისა. დახმარების პროცესში სრულიად დაუშვებელია იმის გაფიქრებაც კი, ან თუნდაც ქვეცნობიერი განწყობა იმისა, რომ ჩვენ პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე. განსაცდელში მყოფ ადამიანს ისიც ეყოფა, რომ თვითონ ეპარება ეჭვი საკუთარ ჯანმრთელობაში. დამხმარეს უპირველესი ამოცანაა ადამიანი ამის საწინააღმდეგოში დაარწმუნოს და ჩაუნერგოს მას საკუთარი ძალების რწმენა.

არსებობს მეორე უკიდურესობაც. შეიძლება ყველა ის განცდები და ემოციები, რომლებიც ტრავმირებულ ადამიანს ახასიათებს მხოლოდ სოციალურ ფაქტორებსა და ცხოვრებისეულ გარემოებებს მივაწეროთ და სრულიად უგულველვყოთ ადამიანის სულიერი პრობლემები. მაგალითად: "რა თქმა უნდა მას ექნება დეპრესია, ამდენი რამ გადახდა, თან არც სახლი აქვს და არც სამსახური, შიმშილით ხდება სული". ასეთი მიდგომაც ხელს გვიშლის ღრმად ჩავწვდეთ კრიზისში მყოფი ადამიანის სამყაროს, უფრო მეტიც, ამ მიდგომამ შეიძლება პროფესიონალურ უსუსურებამდე და პესიმიზმამდეც მიგვიყვანოს.

ერთმანეთისაგან შეიძლება განვასხვავოთ ტრავმატულ გამოცდილებაზე რეაგირების ოთხი სტადია. ესენია: უარყოფა - ტრავმირებული ადამიანის მიერ ობიექტური რეალობის არ მიმღებლობა, უარყოფა; პროტესტი - ნებისმიერი საშუალებით ყურადღების მიპყრობის მცდელობა; სასოწარკვეთილება - ნოსტალგია ტრავმამდელ წარსულზე, მომხდარის გადასინჯვა, მისი ახსნის მცდელობა, დამნაშავის ძიება; დაძლევა - გადაწყვეტილება გლოვის შეწყვეტის შესახებ და ახალ ემოციურ კავშირებში ჩართვა.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია – 7

- დეპრესია
- შფოთვა
- დემენცია

დეპრესია

აივ-თან დაკავშირებულ ერთ-ერთ გავრცელებულ ფსიქიკურ პრობლემას წარმოადგენს დეპრესია. იგი ძირითადად ხასიათდება, როგორც მწუხარების ან სასოწარკვეთის პერმანენტულად განცდა. დეპრესიის ასევე, შესაძლოა განვითარდეს ემოციური აპათია ან "გადაწვის" (burnout) სინდრომი. ხშირ შემთხვევაში დეპრესიის დროს გამოხატულია ფიზიკური დაღლის განცდა და ინტერსის დაკარგვა იმ საქმიანობაზე რასაც პიროვნება ადრე სიამოვნებით ასრულებდა. ადამიანი, რომელიც "იტანჯება" დეპრესიით შესაძლოა არ ჰქონდეს სოციალური ფუქციონირებაში ჩართვის სურვილი (მაგ.: კომუნიკაცია, ურთიერთობა და სხვ.), მას ხშირ შემთხვევაში ურჩევნია იყოს საწოლში, მიუხედავად იმისა, რომ დამატებით შესაძლოა აღენიშნებოდეს ძილის ფუნქციის დარღვევა (უძილობა, ჩაძინების გაძნელება, წყვეტილი და ხანმოკლე ძილი). ამ პერიოდში არსებული აზრები და განცდები შესაძლოა მომდინარეობდეს როგორ ბიოლოგიური ასევე ემოციური პრობლემებიდან გამომდინარე. ამის მაპროვოცირებელი კი აივ-ზე დიაგნოზიდან გამოწვეული სტრესია, რაც შემდგომში ტრავმით გვევლინება, რომელსაც გარკვეული პერიოდის შემდეგ (მინიმუმ ორი კვირა) დეპრესიის მდგომარეობამდე მიჰყავს ადამიანი. ამ დროს გამოხატულმა: ენერგიის ნაკლებობამ (შესაძლოა საერთო სისუსტის სახით), მადის

დაკარგვამ და სხვა ფიზიკურმა ფაქტორებმა შესაძლოა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს დეპრესიის განვითარებისთვის, განსაკუთრებით კი ის, ვინც აცნობიერებს საკუთარ აივ დადებით სტატუსს.

ამრიგად, დეპრესია განიხილება როგორც გუნებ-განწყობის, ინტერესის, ხალისის პროგრესირებადი დაქვეითება სულ მცირე ორი კვირის განმავლობაში, რასაც თან ახლავს ინდივიდის სოციალური (მათ შორის სამსახურებრივი/ პროფესიული) და ფიზიკური აქტივობის მნიშვნელოვანი დაქვეითება.

მისი სინონიმებია: ჯანდაცვის პროფესიონალები იყენებენ ტერმინებს: დეპრესია, კლინიკური დეპრესია, დეპრესიული დაავადება, დეპრესიული სინდრომი, მელანქოლია.

კლინიკური სიმპტომატიკა

გარეგნობა - დეპრესიული პაციენტი გამოირჩევა ტიპური გარეგნობით; მოუწესრიგებელია, მოუვლელია, შეცვლილი აქვს გამომეტყველება: დაშვებულია ტუჩის კუთხეები, შუბლი შეჭმუხნულია, მზერა ჩამქრალი, ქუთუთოები დამძიმებული, იშვიათად ახამხამებს თვალებს. მხრები ჩამოვარდნილია, თავჩაქინდრული და თვალებდახრილია, ჟესტიკულაცია მინიმუმამდეა დაყვანილი, ზოგჯერ კი სრული ამიმიაა. მიუხედავად ღრმა დეპრესიისა, ზოგი ავადყოფი სახეზე ღიმილს ინარჩუნებს - მომღიმარი ანუ ირონიული დეპრესია.

გუნება-განწყობა - დომინირებადია მელანქოლიური აფექტი, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ნაღვლიანი, დათრგული, მელანქოლიური გუნებაგანწყობით.

ვიტალური კომპონენტი შეიძლება სხვადასხვა სიძლიერით იყოს გამოხატული, მსუბუქი მოდუნებიდან და სიცოცხლის ტონუსის დაქვეითებიდან გაქვავებამდე და სრული უმწეობის განცდამდე. ვიტალური განცდა - ,,სულიერი ტკივილის”, ,,გულზე ლოდის”, ,,სიმძიმის”, ,,სულის მარწუხებში მოქცევის” შეგრძნებით, რომელსაც ზოგჯერ თან ახლავს მოსალოდნელი უბედურების დაუძლეველი განცდა. ვიტალური ნაღველის განცდას უფრო ხშირად თან ახლავს შფოთვა და ყალიბდება შფოთვით-ნაღვლიანი აფექტი, ხოლო

ემოციური განცდების უკმარისობის, განურჩევლობის არსებობის დროს ყალიბდება აპათიური აფექტი.

დეპრესიის სიმპტომები:

გუნებ-განწყობის დარღვევა – დეპრესიული გუნებ-განწყობა (მწუხარება, ნაღვლიანობა).

ანჰედონია - ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა.

დეპრესიული ფიქრები – ჩაფიქრება, პესიმიზმი, დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება, მორცხვობა, უიმედობა, სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

ფიზიკური და ბიოლოგიური ცვლილებები – ძილის დარღვევები, წონის დაქვეითება ან პირიქით, მომატება (მადის დაქვეითება ან მომატება), დაღლილობა, ენერგიის დაქვეითება.

ფსიქომოტორული ცვლილებები – აზროვნების შენელება, კონცენტრირების უნარის დაქვეითება, მოძრაობის შენელება, აჟიტირება, ლიბიდოს დაქვეითება.

დეპრესიის კლინიკური სურათი სიმძიმის ხარისხის მიხედვით

დეპრესიული ეპიზოდი შეიძლება იყოს მსუბუქი, საშუალო (ზომიერი) და მძიმე.

მსუბუქი დეპრესიის დროს ავადმყოფი გარეგნულად არ გამოიყურება დათრგუნულად. უჩივის გუნება-განწყობის დაქვეითებას, უღონობას, სიამოვნების მიღების უნარის დაკარგვას, მომატებულ გაღიზიანებადობას, ძილის დარღვევას – უჭირს ჩაძინება, ღამით უტყდება ძილი და მხოლოდ გამთენიისას იძინებს. ,,ბიოლოგიური" ნიშნები, როგორც წესი, არ ვლინდება, თუმცა გუნება-განწყობა შეიძლება იცვლებოდეს დღის განმავლობაში, საღამოს ჩვეულებრივ უარესია, ვიდრე დილით. მსუბუქი დეპრესიის დროს უფრო ხშირად გვხვდება ე. წ. ,,ნევროზული" სიმპტომები: ფობია, შფოთვა ობსესიური და ისტერიული სიმპტომები, რის გამოც ზოგი ავტორი მსუბუქ დეპრესიას ნევროზულ დეპრესიას უწოდებს. ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება გაძნელებულია.

საშუალო დეპრესია ხასიათდება სიმპტომების ზომიერებით და ჰარმონიული დეპრესიული ტრიადით - გუნება-განწყობის დაქვეითება, სიხარულის განცდის უნარის დაკარგვა, პესიმისტური აზროვნება, ენერგიის დაქვეითება, რაც ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების გაუარესებას და შრომის უნარის დაქვეითებას იწვევს.

მძიმე დეპრესიის დროს კლინიკურ სურათში დომინირებს დათრგუნული მელანქოლიური გუნებ-განწყობა (დარდი, შფოთვა, ნაღველი), ინტერესების დაკარგვა, განურჩევლობა, ანჰედონია. დარღვეულია ინტერპერსონული ურთიერთობები და ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირება. გამოხატულია იდეატორული და მოტორული შეკავება. ვითარდება ადინამიური, ანუ შეკავებული დეპრესია ან ზოგჯერ ფსიქიკური ანესთეზია.

გართულებები

დეპრესიით დაავადებულ პაციენტებს შორის 20 - ჯერ უფრო მაღალია სუიციდის რისკი. სუიციდის რისკი იზრდება ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის საწყის პერიოდში, ამიტომ პაციენტები, რომლებიც მკურნალობენ ანტიდეპრესანტებით, განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას საჭიროებენ. სუიციდის მაღალ რისკზე მიუთითებს:

- პაციენტის მიერ სიკვდილზე ან სუიციდზე საუბარი. ფრაზები: “ჩემი ოცნებაა მკვდარი ვიყო” ან “მე ვფიქრობ, გარდაცვლილები ჩვენზე ბედნიერები არიან”, ან “კარგი იქნებოდა დამეძინა და არასოდეს გამღვიძებოდა”;
- თვითდაზიანებები: ხელების და ფეხების დასერვა, სიგარეტით მიყენებული დამწვრობა;
- გუნებ-განწყობის უეცარი აწევა (დეპრესიის მიმდინარეობისას ან ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე უეცრად ამაღლებული გუნება-განწყობა). ეს შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ პიროვნებამ გადაწყვიტა სუიციდის განხორციელება და ამ გადაწყვეტილების გამო თავს უკეთ გრძნობს.

ეპიდემიოლოგია

- მსოფლიოში მოსახლეობის 5% დაავადებულია დეპრესიით; იმავდროულად სიცოცხლის მანძილზე დეპრესიით დაავადების რისკი დაახლოებით 20%-ს შეადგენს;
- ყოველი მერვე ადამიანი, ანუ საერთო პოპულაციის 15%, ცხოვრებაში ერთხელ მაინც საჭიროებს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას დეპრესიის გამო;
- დეპრესიის პრევალენსი განვითარებულ ქვეყნებში შეადგენს 2.3-3..2% -ს კაცებს შორის და 4.5-9.3 %-ს ქალებს შორის;.
- დეპრესია, მოსახლეობის დაინვალიდების თვალსაზრისით, 2020 წელს დაიკავებს მეორე ადგილს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემდეგ;
- დეპრესიის ინსიდენსი პირველად ჯანდაცვაში 10 დან 14 %-მდეა იმ პაციენტებს შორის, რომლებიც რაიმე მიზეზით მიმართავენ ექიმს;
- ანტიდეპრესანტების გამოყენების სიხშირე მნიშვნელოვნად გაიზარდა. აშშ-ში ანტიდეპრესანტების გამოყენება ორჯერ გაიზარდა 1995 - 2002 წლებში;
- საქართველოში დეპრესიის თაობაზე ზუსტი სტატისტიკური მონაცემები არ არსებობს. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით, რომელიც ეყრდნობა ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერების მონაცემებს, გუნებ-განწყობის აშლილობების პრევალენსი 2007 წლისთვის შეადგენდა 5160 შემთხვევას, აქედან 1948 ქალი იყო; ინსიდენსი – 189;
- პაციენტთა მხოლოდ 1/3 აკითხავს ფსიქიატრს;
- შემთხვევების მხოლოდ 1/4¼-ში ხდება სწორი დიაგნოსტირება და ინიშნება ადეკვატური მკურნალობა; აქედან 50% ამა თუ იმ მიზეზით წყვეტს მკურნალობას;
- დიდი დეპრესიული ეპიზოდის დროს დასრულებული სუიციდის სიხშირე 15-20%-ია, რაც 20-ჯერ უფრო მაღალია ვიდრე მთლიან პოპულაციაში და 3-4-ჯერ უფრო მაღალი, ვიდრე სხვა ფსიქიკური აშლილობების დროს;
- შემთხვევათა 60%-ში დაავადება იძენს ქრონიკულ ხასიათს;
- პირველი დეპრესიული ეპიზოდის შემდეგ ავადმყოფების 5-10%-ს უვითარდება მანიაკალური მდგომარეობა;

- გენდერული თანაფარდობა: შემთხვევათა 2/3 ქალია;
- დეპრესიას თან ახლავს შფოთვა შემთხვევათა 60_70%-ში;
- დეპრესიული ეპიზოდი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გადაიტანა ქალების 20-25%-მა, მამაკაცების 7-12%-მა;
- ატიპური დეპრესიის გავრცელება პოპულაციაში 0,7%-ია და მისი მანიფესტაციის საშუალო ასაკი 35 წელია;
- სიცოცხლის მანძილზე დისთიმიის განვითარების რისკი 3_6%-ს შეადგენს, ავადობა 2_ჯერ მეტია ქალებში.

ეტიოლოგია

რადგან დეპრესიას აქვს მრავალი მიზეზი, ზოგჯერ დეპრესიის გამომწვევ მიზეზებს ყოფენ სამ ჯგუფად: ფსიქოლოგიური, ნეიროენდოკრინული და სოციალური ფაქტორები.

- **ფსიქოლოგიური ფაქტორი:** სტრესი იწვევს გუნებ-განწყობის პროგრესირებად დაქვეითებას, საკუთარი თავისადმი პატივისცემის დაქვეითებას და მომავლისადმი უიმედობას. საკუთარი თავისადმი ნეგატიური დამოკიდებულება ,,საქმეები ცუდად მიდის" "იმიტომ, რომ მე ვარ `ცუდი", ,,ყოველთვის ყველაფერი ცუდად იქნება", მომავლის პესიმისტური ხედვა _ მარცხის მოლოდინი;
- **ნეიროენდოკრინული ფაქტორი:** დეპრესიას იწვევს ქიმიური ნივთიერებების დონის ცვლილება თავის ტვინში. მაგ.: მენსტრუალური ციკლის, ორსულობის, მშობიარობის, მენოპაუზის პერიოდში ორგანიზმში ჰორმონების დონის ცვალებადობა განაპირობებს გუნებ-განწყობის ცვალებადობას. კვლევებით დადასტურებულია, რომ დეპრესიულ პირებს აქვთ ნეიროტრანსმისტების, კერძოდ სეროტონინის, ნორადრენალინის და დოპამინის დაბალი დონე;
- **სოციალური ფაქტორი:** მძიმე შრომა, სიღარიბე, სოციალური იზოლაცია, ახლობლების გარდაცვალება, მოზარდობის ასაკში სტრესული შემთხვევები;
- **მემკვიდრეობა:** დადასტურებულია, რომ ადამიანების დაახლოებით 20% -ს აქვს 5-HTT გენი; ეს ის ადამიანები არიან, რომლებიც განწყობილნი არიან დეპრესიისადმი

სტრესულ მდგომარეობის შედეგად. მეორე მხრივ, დეპრესიის ოჯახური ანამნეზის მქონე ბევრ პირს არ უვითრდებათ დეპრესიული მდგომარეობა, მაშინ, როცა არაოჯახური ანამნეზის მქონე პირები ავადდებიან დეპრესიით.

- **დეპრესიის სხვა მიზეზები:** ალკოჰოლის ჭარბად მიღება, ნარკოტიკების მოხმარება, ზოგიერთი მედიკამენტის გამოყენება.
- **კომორბიდული დაავადებები:** ქრონიკული დაავადებები ზრდიან დეპრესიის განვითარების რისკს. დეპრესიის შეფასებისას პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ უნდა დადგინდეს: დეპრესია პირველადი პროცესია თუ ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებების სიმპტომი: გულის იშემიური დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ცერებროვასკულარული დაავადებები, ჰიპოთირეოიდიზმი, ჰიპერთირეოიდიზმი.
- **ასაკობრივი თავისებურებები:**

პრეპუბერტატული პერიოდი - სომატური ჩივილები, აჟიტაცია, შფოთვა, ფობიები;

პუბერტატული პერიოდი - ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ჭარბი მოხმარება, ოპოზიციური და ანტისოციალური ქცევა, დაუდევრობა, სიძნელეები სწავლაში, სკოლის გაცდენა, შემთხვევითი ნაცნობობა, ნეგატიური შეფასებისადმი მომეტებული მგრძნობელობა;

სიბერე - ინტელექტუალური დარღვევები, ყურადღების იოლი გადანაცვლება, მეხსიერების დაქვეითება, დეზორიენტირება, ცნობიერების აბნევა, ფსევდოდემენცია ან დემენცია შერწყმული დეპრესიასთან, აპათია.

დაავადების დიაგნოზი

DSM IV - ს მიხედვით დეპრესიის დიაგნოზი მართლზომიერია, თუ პაციენტს ქვემოთ ჩამოთვლილი ცხრა სიმპტომიდან აქვს ხუთი ან მეტი სიმპტომი. სიმპტომები შესაძლოა გამოვლინდეს ორკვირიანი პერიოდით, ან ყოველდღიურად და გამოიხატოს პირვანდელი ფუნქციონირების ცვლილებით. სახეზე უნდა იყოს სულ მცირე ერთი-ერთი ამ ორ

სიმპტომთაგან: 1) დეპრესიული გუნებ-განწყობა ან 2) ინტერესის ან სიამოვნების განცდის დაკარგვა.

სულ მცირე ხუთი სიმპტომი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:

1. დეპრესიული გუნებ-განწყობა;
2. ინტერესის ან სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა;
3. წონის დაქვეითება ან პირიქით მომატება (მადის დაქვეითება ან მომატება);
4. ძილის დარღვევები;
5. დაღლილობა, ენერგიის დაქვეითება;
6. ფსიქომოტორული აჟიტირება ან შენელება;
7. კონცენტრირების ან გადაწყვეტილების მიღების შიში;
8. დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება;
9. სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

გამოვლენილი სიმპტომების მიხედვით დეპრესია შესაძლოა იყოს:

- მსუბუქი – ხუთი ან ექვსი დეპრესიული სიმპტომი ფუნქციონირების დაქვეითებით;
- საშუალო – სიმპტომები და ფუნქციონირების დაქვეითება მსუბუქსა და საშუალოს შორის;
- მძიმე – სახეზეა სიმპტომების უმრავლესობა ფუნქციონირების გამოხატული დაქვეითებით.

ICD-10 იყენებს დეპრესიის 10 სიმპტომს:

- დეპრესიული გუნებ-განწყობა;
- ინტერესის, სიამოვნების მიღების უნარის დაქვეითება;
- მომავლისადმი პესიმისტური განწყობა;
- მადის დარღვევა (მადის დაქვეითება ან მომატება);
- ძილის დარღვევები;
- ფსიქომოტორული აჟიტირება ან პირიქით შენელება;
- დაღლილობა, ენერგიის დაქვეითება;

- დაბალი თვითშეფასება ან დანაშაულის შეგრძნება;
- კონცენტრირების და ყურადღების უნარის დაქვეითება;
- სიკვდილზე ფიქრი ან სუიციდური აზრები.

ICD-10 –ის მიხედვით სიმპტომები იყოფა 4 ძირითად ჯგუფად:

- დეპრესია არ არის (4 სიმპტომზე ნაკლები);
- მსუბუქი დეპრესია (4 სიმპტომი);
- საშუალო სიმძიმის დეპრესია (5-6 სიმპტომი);
- მძიმე დეპრესია (7 და მეტი სიმპტომი).

სიმპტომები სახეზე უნდა იყოს სულ მცირე 2 კვირა.

შფოთვა

კიდევ ერთი თვალსაჩინო სიმპტომი აივ დადებით სტატუსთან დაკავშირებით, რომელიც ფსიქიკურ აშლილობაზე მიგვითითებს არის შფოთვა. როგორც წესი, აივ ანტისხეულების ანალიზამდე და ანალიზის შემდგომ პერიოდში გამოვლენილი შფოთვამ შესაძლოა სხვა სახის პრობლემები გამოიწვიოს ადამიანის ცხოვრებაში. დაძაბულობის განცდა მაინც დიდია მიუხედავად იმისა, მათი აივ-ზე გაკეთებული ანალიზის პასუხი დადებითი თუ უარყოფითი. შფოთვა ხშირად ვლინდება უკიდურესი დარდის განცდის, აზრების სწრაფი მონაცვლეობით და უუნარობის, უმოქმედობის განცდა. ამასთან დაკავშირებით შეიძლება გამოიყოფა ისეთი ფიზიკური სიმპტომები, როგორიცაა: გასტროენტეროლოგიური პრობლემები, ხელის გულების გაოფლიანება, გახშირებული გულის ცემა, გულის წასვლა და გულის რევის შეგრძნება განსაკუთრებით შფოთიანობის დონის მომატების დროს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც აივ დადებით პირს აღენიშნება დეპრესია ან შფოთვა ან ორივე ერთად, ან ადგილი აქვს სხვა სახის ფსიქიკური პრობლემის გამოვლინებას, უმჯობესია, თუ ამ დროს მოხდება პროფესიონალის (ფსიქოთერაპევტის, კლინკური სოციალური მუშაკის,

ფსიქიატრის და სხვ.) ჩართულობა დაწყებული კონსულტაციით დამთავრებული თერაპიული სესიებით. ამ დროს შესაძლოა პრობლემები განხილულ იქნას აივ ინფექციის ჭრილში, კლიენტის გამოცდილების გათვალისწინებით. პროფესიონალი, სხვადასხვა სახის ინტერვენციების მეშვეობით ეხმარება კლიენტს, რის შედეგადაც აივ დადებით პირს საშუალება ეძლევა გაიუმჯობესოს საკუთარი ცხოვრების ხარისხი და იზრუნოს სხვა ადამიანებზეც.

დემენცია

დემენცია არის შეძენილი, პროგრესირებადი და შეუქცევადი ინტელექტუალური, პიროვნული, ემოციური და მნესტიკური დაქვეითება.
დემენცია წარმოადგენს კლინიკურ სინდრომს, რომელსაც სხვადასხვა გამომწვევი მიზეზი გააჩნია და შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ინტელექტის, მეხსიერებისა და პიროვნების შეძენილი გლობალური დაქვეითება ცნობიერების შეცვლის გარეშე.

დემენციის შემთხვევაში, განსხვავებით ფოკალური ან სპეციფიკური დაზიანებისგან, როგორიცაა აფაზია, ან ამნეზია, ქვეითდება ორი, ან ორზე მეტი ფსიქიკური ფუნქცია. ფუნქციათა გაუარესების სტაბილური და მდგრადი ხასიათი განასხვავებს დემენციას დელირიუმისაგან, როდესაც შეცვლილი ცნობიერების ფონზე ვლინდება გარდამავალი ხასიათის კოგნიტური დეფიციტი.

დემენციის კლინიკური ნიშნები

1. შემეცნებითი ფუნქციები:
    - მეხსიერების დაქვეითება;
    - ყურადღებისა და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება;
    - აფაზია, აგნიზოა, აპრაქსია;
    - დეზორიენტაცია;
    - დაგეგმვის უუნარობა.
2. ქცევითი დარღვევები

- უცნაური (შეცვლილი) და დეზორგანიზებული ქცევა;
- მოუსვენრობა (უჭირთ ერთ ადგილზე გაჩერება, ეწევიან მოხეტიალე ცხოვრებას);
- თავის მოვლისა და ჰიგიენის უარყოფა;
- ანტისოციალური ქცევა;
- ქცევითი განმუხრუჭება.

3. გუნებ-განწყობა
   - შფოთვა
   - დეპრესია
4. აზროვნება
   - დაქვეითება, გაღარიბება
   - ინკოჰერენტულობა
   - რიგიდულობა
   - ბოდვითი იდეები
5. აღქმა
   - ილუზია
   - ჰალუცინაცია
6. თვითშეფასება
   - დაქვეითება
   - უკრიტიკობა საკუთარი მდგომარეობის მიმართ

აივ ასოცირებული დემენცია

აივ ინფექციის ნეირობიოლოგიური გართულებები შესაძლებელია იყოს პირველადი და მეორადი. პირველადი გართულებები განპირობებულია ნერვულ სისტემაზე ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის უშუალო მოქმედებით. მეორადი კი - აივ ინფექციით

განპირობებული ნეოპლაზმური წარმონაქმნების, ცერებროვასკულური გართულებებისა ან ოპორტუნისტული ინფექციებით გამოწვეული ცვლილებებით.

აივ ინფექციის დროს დამახასიათებელია კლინიკური ტრიადა:

1. პროგრესირებადი კოგნიტური დაქვეითება
2. მოტორული დისფუნქცია
3. ქცევითი აშლილობები

კლინიკური ნიშნები:

1. აღინიშნება შეძენილი კოგნიტური დარღვევები, სულ ცოტა, შემდეგ ორ სფეროში: ყურადღება/კონცენტრაცია, ინფორმაციული პროცესის სისწრაფე, აბსტრაგირება/მსჯელობა, სივრცითი ორიენტაცია, მეხსიერება/დასწავლა, მეტყველება (ეს დარღვევები გამოხატული უნდა იყოს არანაკლებ ერთი თვის მანძილზე). კოგნიტური დარღვევები უნდა იწვევდეს სოციალური ფუნქციონირების გაუარესებას სამსახურში ან ყოველდღიურ ცხოვრებაში.
2. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან აღინიშნება, სულ ცოტა, ერთი სიმპტომი:

ა) შეძენილი მოტორული დარღვევები

ბ) მოტივაციური ან ემოციური პათოლოგია, ან სოციალური ქცევის ცვლილებები.

გ) ნათელი ცნობიერების პერიოდი საკმარისად ხანგრძლივია, რომ შევაფასოთ “1” პუნქტი.

დ) არ არსებობს ზემოთ აღწერილი კოგნიტური ან ქცევითი დარღვევების სხვა მიზეზი (მაგ., ცნს-ის სხვა ინფექციები და ა.შ).

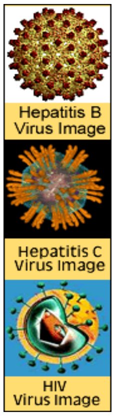
დემენციის მკურნალობისას აუცილებელია:

1. დიაგნოსტიკური შეფასება (ფსიქიატრიული, ნევროლოგიური და სომატური სტატუსის შეფასება);
2. სიმპტომების შეფასება და მონიტორინგი;
3. უსაფრთხოებაზე ზრუნვა (პაციენტის მიერ ძალადობისა და სუიციდის რისკის შეფასება, მოვლისა და სუპერვიზიის ადექვატურობის შეფასება);
4. პაციენტისა და მისი ოჯახის განათლება.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 8



- ჰეპატიტი B (HBV) და ჰეპატიტი C (HCV)
- კლინიკა და დიაგნოსტიკა
- პრევენცია და პროფილაქტიკა (ვაქცინაცია და მკურნალობა)
- ჰეპატიტების (B და C) შედარება აივ ინფექციასთან (HIV)

ვირუსული ჰეპატიტი

ჰეპატიტი არის ღვიძლი ანთება, რომელიც ძირითადად გამოწვეულია ვირუსული ინფექციით. არსებობს ხუთი ტიპის (A, B, C, D, და E) ვირუსი, რომელიც იწვევს ჰეპატიტს. დღეისათვის, მსოფლიოში დაახლოებით ყოველ მეთორმეტე ადამიანს აქვს ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი (500 მილიონი ადამიანი). ვირუსული ჰეპატიტი შედის გავრცელებულ ინფექციათა 10-ეულში, რომელიც იწვევს ისეთ გართულებებს, როგორიც არის ციროზი და ღვიძლის კიბო.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰეპატიტის გამომწვევი მიზეზი, ვირუსული ჰეპატიტების (B და C) გარდა წარმოადგენს: ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება (ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა (შაქრიანი დიაბეტი, თირეოტოქსიკოზი (ჩიყვი)), ღვიძლის ქრონიკული ინტოქსიკაციით, შემდგომი ანთებით რეაქციით, ქრონიკული ინფექციის, ზოგჯერ პარაზიტული ინვაზიის ფონზე (ლეიშმანიოზი, ექინოკოკოზი, ამებიაზი, ასკარიდოზი და სხვ.) და მედიკამენტებით.

ჰეპატიტი A და E გამომწვევი, როგორც წესი დაბინძურებული წყალი ან საკვებია (გადაცემის გზა - ფეკალურ-ორალური). ჰეპატიტი B, C და D გამომწვევად კი გვევლინება დაინფიცირებულ ბიოლოგიურ სითხეებთან პარენტალური[1] კონტაქტი. ზოგადად გადაცმის გზებს კი წარმოადგენს: დაბინძურებული სისხლი და სისხლის კომპონტებთან შეხება, ინვაზიური[2] სახის სამედიცინო პროცედურები დაბინძურებული სამედიცინო იარაღების გამოყენებით, მშობიარობის დროს (ბავშვზე გადაცემის რისკი), ოჯახის წევრიდან ბავშვზე და დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის დროს.

მიუხედავად იმისა, რომ ჰეპატიტი ხშირ შემთხვევაში არ იწვევს სერიოზულ გართულებებს, დაავადებამ შეიძლება მიიღოს ქრონიკული ხასიათი, რამაც თავის მხრივ შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის სერიოზული დაზიანება.

---

[1] პირი, რომელიც წარმოადგენს ბავშვის მეურვეს ან აღმზრდელს

[2] მაგ.: ნებისმიერი სახის ჩარევა, რომელიც ითვალისწინებს კანის მთლიანობის დარღვევას

ვირუსული B ჰეპატიტი (HBV)

თავიდან, B ჰეპატიტის ანტიგენები[3] (ავსტრალიელ აბორიგენში აღმოჩენილი ცილა - “ავსტრალიური ანტიგენი” HB - 1965წ.) და შემდეგ, უკვე მოგვიანებით (1969წ.) B ჰეპატიტის ვირუსი, აღმოაჩინა ექიმმა ბარუხ სამუელ ბლუმბერგმა (1925-2011წწ.), რომელმაც შემდგომ (1976წ.) ნობელის პრემიაც კი მიიღო მისი აღმოჩენისათვის. თავდაპირველად ვირუსი იწოდებოდა, როგორც "ავსტრალიური ანტიგენი", რადგან ანტიგენების აღმოჩენა, ავსტრალიელი აბორიგენის სისხლის ნიმუშში მოხდა.

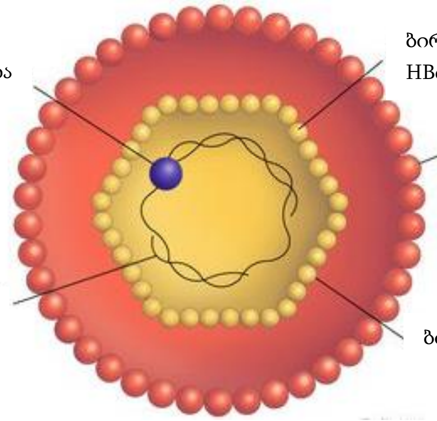
დღეისათვის, მსოფლიოს 1/3 მოსახლეობა (2 მილიარდი ადამიანი) არის დაინფიცირებული B ჰეპატიტის ვირუსით. აქედან, 350 მილიონ ადამიანს აქვს დაავადების ქრონიკული ფორმა. ყოველ წელიწადს აღინიშნება 4 მილიონი B ჰეპატიტის მწვავე კლინიკური შემთხვევა და დაახლოებით ყოველწლიურად 1 მილიონი ადამიანი იღუპება ქრონიკულად აქტიური ვირუსით გამოწვეული ციროზით ან ღვიძლის კიბოთი (ჰეპატოცელულარული კარცინომა - HCC).

B ჰეპატიტის ვირუსის შედგება სტანდარტული დნმ-ის ორმაგი სპირალისგან, რომელიც მოქცეულია ნუკლეოკაპსიდურ ბირთვში, რომლის შემადგენელი ანტიგენებია (HBcAg) და (HBeAg), რომელსაც გარს აკრავს ლიპოპროტეინული გარსი, რისი შემადგენელი ნაწილიც არის ანტიგენი (HBsAg).

HBsAg - ვირუსის გარსის ანტიგენი

HBcAg - ბირთვის ანტიგენი

HBeAg - ბირთვის გარსის ანტიგენი



---

[3] მოლეკულური ნივთიერება, რომელიც ააქტიურებს იმუნურ სისტემას ანტისხეულების წარმოსაქმნელად (ცილებს, რომელიც ებრძვის ანტიგენს). იმუნური სისტემა ანტიგენს განიხილავს როგორც უცხო სხეულს და წარმოქმნის ანტისხეულებს მასთან საბრძოლველად. ანტიგენი ძირითადად უცხო ნივთიერებაა, როგორიცაა ბაქტერია, ვირუსი, ან სხვა რომელიც შეიჭრება ადამიანის ორგანიზმში.

ორგანიზმი, ინდივიდუალურად გამოიმუშავებს ყოველი ანტიგენისთვის სპეციფიურ ანტისხეულს. მაგ.: HBsAg ანტიგენისთვის - HBs ანტისხეულს და ა.შ.

გადაცემის გზები და სიმპტომატიკა

B ჰეპატიტის მაინფიცირებელი დოზის შემცველი ბიოლოგიური სითხეები:

- სისხლი
- სპერმა
- ვაგინალური სეკრეტი

B ჰეპატიტი გადაეცემა:

- სისხლი
- დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი
- ვერტიკალური გზა

სიმპტომატიკა

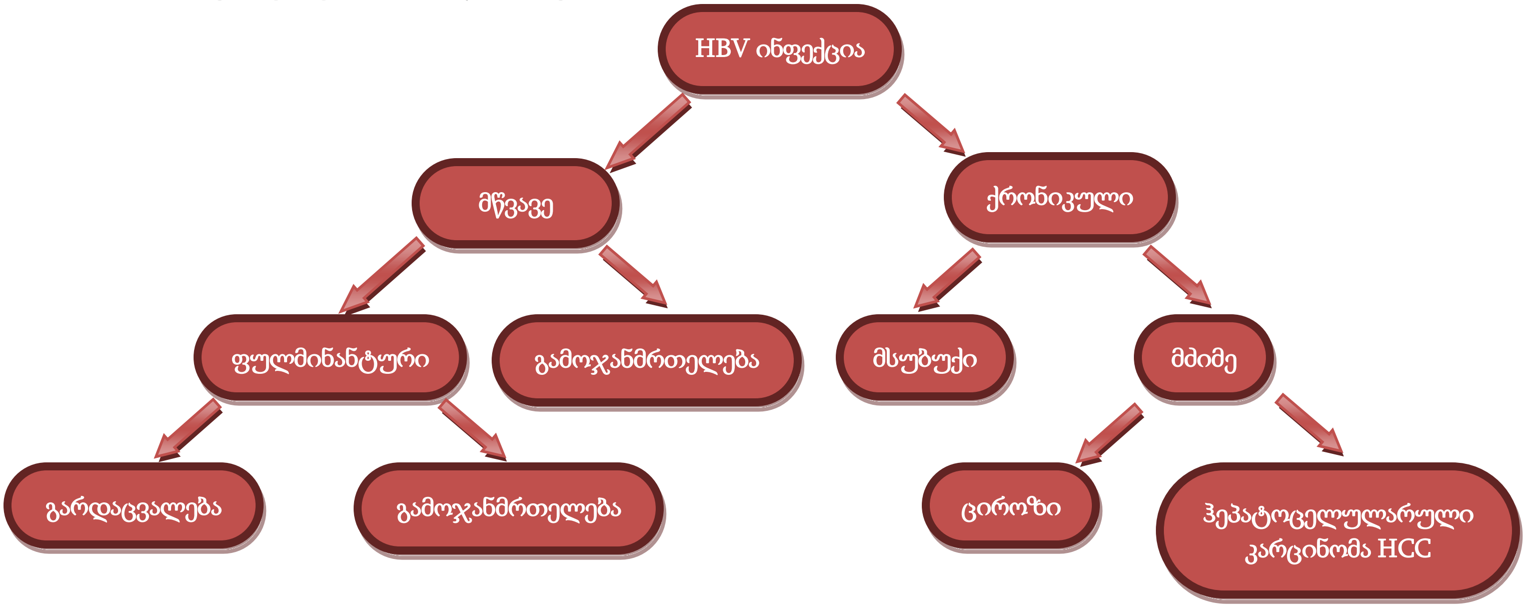
ადამიანთა უმეტესობას არ აღენიშნება რაიმე სახის სიმპტომი ინფექციის მწვავე ფაზაში, თუმცა ზოგადად გამოიყოფა შემდეგი სახის სიმპტომატიკა, რაც შეიძლება გამოვლინებული იქნას დაავადების მწვავე მიმდინარეობის ბოლო რამდენიმე კვირის მანძილზე:

- კანის და თვალების სიყვითლე
- მუქი ფერის შარდი
- ძლიერი საერთოს სისუსტე

- გულისრევის განცდა ან გულისრევა
- მუცლის ძლიერი ტკივილი
- დიარეა
- თავის ძლიერი ტკივილი
- გახანგრძლივებული დაბალი ტეპერატურა
- მადის დაკარგვა

B ჰეპატიტის ინკუბაციური პერიოდი მოიცავს 30-180 დღეს (საშუალოდ 90 დღეს). ვირუსის აღმოჩენა შესაძლებელია ინფიცირებიდან 30-60 დღის შემდეგ, თუმცა ეს პერიოდი რიგ შემთხვევებში შეიძლება ცვალებადი იყოს. ინფექციის კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, იმუნურ მდგომარეობაზე (სტატუსზე), აღმოჩენის პერიოდზე და სტადიაზე, როდესაც მოხდა ინფექციის იდენტიფიცირება.

B ჰეპატიტის მიმდინარეობა



დიაგნოსტიკა

არსებობს სხვადასხვა ტესტ-სისტემები, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია ადამიანის გამოკვლევა B ჰეპატიტზე. ანალიზის მიერ შესაძლებელია გამოვლინდეს როგორც მწვავე ასევე ქრონიკული ინფექცია. არსებობს დიაგნოსტიკის სამი სახე, რომელიც კეთდება ანტისხეულებზე და ანტიგენებზე:

- B ჰეპატიტის ვირუსის გარსის ანტიგენი (HBsAg) და კონკრეტულად ამ ანტიგენის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებული ანტისხეული (anti-HBs)
- ანტისხეული (anti-HBc IgM and anti-HBc IgG), რომელიც გამომუშავდება B ჰეპატიტის ბირთვის ანტიგენის (HBcAg) წინააღმდეგ
- B ჰეპატიტის ანტიგენი (HBeAg) და კონკრეტულად ამ ანტიგენის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებული ანტისხეული (anti-HBe)

HBV სეროლოგიური მარკერები ჰეპატიტის მქონე პაციენტებისათვის

ანალიზის შედეგები			ინტერპრეტაცია
HBsAg	anti-HBc/ IgM anti-HBc	anti-HBs	
-	-	-	უარყოფითი პასუხი (მოწყვლადი)
-	+	+	გადატანილი HBV ინფექცია და იმუნიტეტი B ჰეპატიტის ვირუსზე
-	-	+	გადატანილი HBV ინფექცია და იმუნიტეტი B ჰეპატიტის ვირუსზე, **ვაქცინის პასუხი**
+	+/+	-	მწვავე HBV ინფექცია
+	+/-	-	ქრონიკული HBV ინფექცია
-	+	-	გაურკვეველი პასუხი, ინტერპრეტირების ვარიანტები: 1. განკურნებული HBV ინფექცია (ხშირ შემთხვევაში); 2. ცრუ დადებითი, უარყოფითი პასუხი (მოწყვლადი); 3. ქრონიკული HBV ინფექციის დაბალი მაჩვენებელი; 4. განკურნებული მწვავე HBV ინფექცია.

ვაქცინაცია და მკურნალობა

B ჰეპატიტი თვითგანკურნებად დაავადებად ითვლება, რადგან 85-90%-ში გამოჯანმრთელებით სრულდება, თუმცა, 10-15%-ში არსებობს ქრონიკული B ჰეპატიტის განვითარების რისკი. ამ ეტაპზე არსებობს მკურნალობის ორი მთავარი საშუალება:

- ანტივირუსული - რომლის მიზანია HBV ინფექციის დასუსტება ან/და განადგურება ვირუსების რეპლიკაციაში ჩარევის გზით;

- იმუნო მოდულატორები - რომლის მიზანია დაეხმაროს ადამიანის იმუნურ სისტემას, რომ მაქსიმალურად გააძლიეროს დაცვა ვირუსის საწინააღმდეგოდ.

ოთხი წლის შემდეგ, რაც B ჰეპატიტის ვირუსი (1969წ.) აღმოაჩინეს, ექიმმა ბლუმბერგმა და მილმანმა პირველებმა აღმოაჩინეს B ჰეპატიტის ვაქცინა[4]. 1981 წელს აშშ-ის წამლისა და საკვები პროდუქტების ხარისხის კონტროლის სააგენტომ (FDA) დაამტკიცა B ჰეპატიტის ვაქცინა, რომელიც 1982 წლიდან ხელმისაწვდომი გახდა. 1991 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ რეკომენდაცია გაუწია ეროვნულ იმუნიზაციის პროგრამებს (13 წლამდე ბავშვების ვაქცინაციისთვის) იმ ქვეყნებში სადაც B ჰეპატიტის პრევალენტობა 8%-ზე მეტი იყო. თუმცა მსოფლიოს ძირითად ნაწილს, მათ შორის საქართველოშიც 2002 წლიდან აღინიშნება ვაქცინის ოფიციალური შემოსვლა და გამოყენება.

ვაქცინაციის პროცესი მოიცავს სამი ან ოთხი დოზის გაკეთებას, რომელიც შემდგომ B ჰეპატიტზე მინიმუმ 20 წლის და მაქსიმუმ მთელი სოცოცხლის განმავლობაში იძლევა იმუნიტეტს.

რაც შეეხება ადამიანში HBV ინფექციის არსებობისას მკურნალობის საკითხებს, არ არსებობს მწვავე B ჰეპატიტის სპეციფიური სამკურნალო პრეპარატები, თუმცა ხდება

---

[4] ნივთიერება, რომელიც შეიცავს ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმის ანტიგენურ კომპონენტს. იმუნური პასუხის სტიმულაციით ვაქცინა იცავს ორგანიზმს ამ დაავადების შემდგომი განვითარებისაგან. არსებობს ვაქცინის 2 სახე: პრევენციული და თერაპიული (სამკურნალო)

დაავადების მართვა ერთ თვიანი სიმპტომატური მკურნალობის და დიეტის სახით, რომელიც დაახლოებით 3-6 თვე გრძელდება.

ქრონიკული B ჰეპატიტი სრულად არ იკურნება, მაგრამ შესაძლებელია მისი პროგრესირების შეჩერება. ჰეპატიტის ამ ფორმის სამკურნალოდ მოწოდებული მედიკამენტები მიმართულია ვირუსის გამრავლების შეფერხებაზე, რაც ღვიძლის შემდგომი დაზიანების და გართულებების თავიდან აცილებას უწყობს ხელს. მკურნალობის ოპტიმალური ხანგრძლივობაა ერთი წელი. მისი მკურნალობა ძირითადად ხდება ინტეფერონით. ამ ეტაპზე არსებობს დამტკიცებული ინტერფერონის შემდეგი სახეობები: interferon-α-2a და interferon-α-2b, რომლებიც იყენებენ B ჰეპატიტის ქრონიკული ფორმის მკურნალობის პროცესში.

ვირუსული C ჰეპატიტი (HCV)

რთულია ისაუბრო C ჰეპატიტის ვირუსის წარმოშობაზე, რადგან არ არის შემონახული 60 წელზე მეტი ხნის სისხლის ნიმუშები, რომლის ვირუსზე გამოკვლევაც იქნებოდა შესაძლებელი. მიუხედავად ამისა, ვირუსების განვითარებას თუ გავითვალისწინებთ, შესაძლოა C ჰეპატიტის ვირუსი რამდენიმე ასეული ათასი წლისაც კი იყოს. ზოგიერთი მეცნიერი მის წარმოშობას 35 მილიონი წლის წინაც კი ვარაუდობს, სხვა ტიპის ვირუსის (HGV/GBV-C) მუტაციის საფუძველზე. არსებობს მოსაზრებაც, რომ დაახლოებით 200 წლის წინ მოხდა C ჰეპატიტის 6 მთავარ გენოტიპად დაყოფა, ხოლო მათ წარმოშობა კი მოხდა დაახლოებით 400 წლის წინ. წარმოშობის ადგილი უცნობია, რადგან ვირუსი ნაპოვნია დედამიწის სხვადასხვა კუთხეში.

1960-1970წწ.

მეცნიერებმა შეიმუშავეს სისხლის ტესტები, რომლებიც საშუალებას აძლევდათ აღმოეჩინათ ჰეპატიტი A (1973) და ჰეპატიტი B (1963), მაგრამ აღნიშნულ ჰეპატიტებზე ტესტირებული ბევრი სისხლის ნიმუშის შედეგი უარყოფითი იყო. ამიტომ მეცნიერებმა

სისხლის ნიმუშები, რომელზეც ჰეპატიტი A და ჰეპატიტი B ჩატარებული ანალიზი უარყოფითი აღმოჩნდა, კლასიფიცირება მოახდინეს და ცალკე შემთხვევებად. ხოლო მოგვიანებით ამ შემთხვევათა (სისხლის ნიმუშთა) 90-95% C ჰეპატიტის ვირუსის შემცველი აღმოჩნდა.

1980-1990წწ.

1989 წლიდან უკვე შემუშავებული იქნა C ჰეპატიტის აღმომჩენი ტესტ სისტემა, მაგრამ შემოწმება მხოლოდ 1990 წლიდან დაიწყო, თუმცა მხოლოდ 1992 წლიდან იქნა შესაძლებელი, რომ სისხლში სრულყოფილად ყოფილიყო აღმოჩენილი ვირუსი.

ყოველ წელს 3-4 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება C ჰეპატიტის ვირუსით. დღეისათვის დაახლოებით 170 მილიონი ადამიანს აქვს დაავადების ქრონიკული ფორმა და არის იმის რისკის ქვეშ, რომ განუვითარდეს ღვიძლის ციროზი ან/და ღვიძლის კიბო. ყოვეწლიურად 350 ათას ადამიანზე მეტი იღუპება C ჰეპატიტთან დაკავშირებული ღვიძლის დაავადებით.

მას ვისაც დაუდგინდა HCV, მხოლოდ 40% არის იმის შანსი, რომ ინფექცია თვითგანკურნებულ იქნას სრულიად დანარჩენ შემთხვევაში ის იღებს ქრონიკულ ფორმას. აქედან, 20%-ში განვითარდა ღვიძლის ციროზი და 20%-მდე კი ღვიძლის კიბო.

გადაცემის გზები

C ჰეპატიტი, როგორც წესი ძირითადად სისხლის გზით გადაეცემა, ეს შესაძლებელია მოხდეს:

- C ჰეპატიტით დაბინძურებული სისხლის გადასხმით;
- შპრიცების გაზიარებით;
- C ჰეპატიტით დაიფიცირებული დედიდან შვილზე მშობიარობის დროს;

ასევე, დაუცველი სქესობრივი კავშირით, თუმცა ამ გზით C ჰეპატიტის გადაცემაში აუცილებლად დაინფიცირებული სისხლი უნდა ფიგურირებდეს.

სიმპტომატიკა (მწვავე და ქრონიკული ფაზა)

C ჰეპატიტის ინკუბაციური პერიოდი წარმოადგენს 2 კვირიდან 6 თვემდე პერიოდს. მწვავე C ჰეპატიტის ინკუბაციური პერიოდი წარმოადგენს 6-10 კვირას. ამ პერიოდში, ინფიცირებულ პირთა 80% ვერ გრძნობს და არ აღენიშნებათ რაიმე სახის სიმპტომები. მათ, ვისაც ინფექციის მწვავე ფორმა აქვთ შესაძლოა აღენიშნებოდეთ ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა:

- მადის დაკარგვა;
- ღებინება;
- ძლიერი საერთო სისუსტე;
- მუცლის ძლიერი ტკივილი;
- მუქი ფერის შარდი;
- კანის სიყვითლე

ახლად დაინფიცირებული პირების 75-85% შესაძლოა განუვითარდეს დაავადების ქრონიკული ფორმა (მინიმუმ 6 თვის შემდეგ) და ქრონიკული ფორმის მქონე პირების 60-70%-ში კი ვითარდება ღვიძლის ქრონიკული დაავადება, 5-20%-ს ციროზი და 1-5% იღუპება ციროზით ან ღვიძლის კიბოთი. ღვიძლის კიბოს 25% C ჰეპატიტის ვირუსის მიზეზით არის გამოწვეული. მიუხედავად ამისა, ციროზის და ჰეპატოცელულარული კარცინომის განვიათრება ხდება არანაკლება 20 წლიას. ამიტომაც მეცნიერები C ჰეპატიტს "ალერსიან სიკვდილსაც" კი უწოდებენ.

დიაგნოსტიკა

C ჰეპატიტის წინააღმდეგ გამომუშავებული ანტისხეულების აღმოჩენა შეუძლებელია 12-27 კვირის განმავლობაში. სამი ძირითადი სახის ტესტირება არის აპრობირებული:

- ანტისხეულებზე:
    1. იფა (ELISA);
    2. რეკომბინანტური იმუნობლოტინგი (RIBA)
- PCR;
- გენოტიპის განმსაზღვრელი ტესტი.

მკურნალობა

არსებობს C ჰეპატიტის 1-11 გენოტიპი, რომელთაც აქვთ საკუთარი ქვეტიპი (a, b, c, და ა.შ.). გენოტიპები 1-3 ყველაზე გავრცელებულია მსოფლოში. ქვეტიპები 1a და 1b მსოფლიოში C ჰეპატიტით დაინციფირებულთა 60%-ს აღენიშნება. გენოტიპი 3 გავრცელებულია უმეტესად, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიასა და ასევე მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში მერყეობს მისი რაოდენობა. გენოტიპი 4 გავრცელებულია შუა აღმოსავლეთში, ეგვიპტესა და ცენტრალურ აფრიკაში. გენოტიპი 5 ექსკლუზიურად სამხრეთ აფრიკაშია და გენოტიპები 6-11 კი, გავრცელებულია აზიაში.

გენოტიპი 1 და გენოტიპი 4 ყველაზე ნაკლებად ემორჩილება მკურნალობას, ხოლო გენოტიპი 2 და გენოტიპი 3 ყველაზე მეტად. თუმცა ანტივირუსულ მკურნალობას იყენებენ ყველა გენოტიპის არსებობის შემთხვევაში.

ამ ეტაპზე არ არსებობს რაიმე სახის ვაქცინა C ჰეპატიტის საწინააღმდეგოდ, თუმცა მეცნიერები დღემდე მუშაობენ ამ თემასთან დაკავშირებით. სამაგიეროდ იქმნება ახალი

ანტივირუსული პრეპარატები, რომლებიც ეფექტურია მკურნალობის დროს და ახდენს ღვიძლის კიბოს ჩამოყალიბებისთვის საჭირო პერიოდის გახანგრძლივებას.

ამ ეტაპზე 2003 წლიდან, ოქროს სტანდარტად ითვლება პეგილირებული ინტერფერონი-□□რიბავირინთან კომბინირებული მიღება. მკურნალობის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია და მერყეობს 12-24 თვემდე, რაც C ჰეპატიტის გენოტიპზეა დამოკიდებული. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ პრეპარატები საკმაოდ ტოქსიურია და იწვევს სხვადასხვა სახის გვერდით მოვლენებს, რის გამოც რიგ შემთხვევებში ხდება მკურნალობის შეწყვეტა.

მკურნალობის საფუძველზე შესაძლებელია ღვიძლის ფუნქციონირების და საბოლოო ჯამში კი, პაციენტის ცხოვრების გახანგრძლივება და მისი ხარისხის გაუმჯობესება. ამ ეტაპზე ყველაზე პრობლემატურად შეიძლება ჩათვალოს ის ფაქტი, რომ მკურნლობა საკმაოდ ძვირი ჯდება მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში, რის გამოც საკმაოდ ბევრი ადამიანი ცხოვრებას ლეტალურად ასრულებს. თუმცა არსებობს სხვადასხვა სახის პროგრამები, რომელიც აძლევს მათ მკურნალობაში ჩართვის საშუალებას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით, ყოველი წლის 28 ივლისს აღინიშნება მსოფლიო ჰეპატიტის დღე.

აივ ინფექცია, ჰეპატიტი C და ჰეპატიტი B

	აივ	ჰეპატიტი B	ჰეპატიტი C
გადაცემის გზა: სისხლი	კი	კი	კი
სპერმა	კი	კი	იშვიათად (სისხლთან კავშირის შემთხვევაში
ვაგინალური სეკრეტი	კი	კი	იშვიათად (სისხლთან კავშირის შემთხვევაში
დედის რძე	კი	არა (შესაძლოა მხოლოდ სისხლთან კავშირის შემთხვევაში	არა (შესაძლოა მხოლოდ სისხლთან კავშირის შემთხვევაში
ნერწყვი	არა	არა	არა
სამიზნე	იმუნური სისტემა	ღვიძლი	ღვიძლი
ნემსის ჩხვლეტით სისხლის დაინფიცირების რისკი	0,5%	1-31%	2-3%
სიმსივნის განვითარების რისკი	არა	კი	კი
ვაქცინა	არა	კი	არა
ქრონიკული დაავადება (ფორმა)	კი	ხშირად	ხშირად

	აივ	ჰეპატიტი B	ჰეპატიტი C
მშრალი სტერილიზაცია (აუტოკლავი)	170⁰C-ზე - 1-2 საათი	160⁰C-ზე - 1 საათი	120⁰C-ზე - 20 წუთი
მშრალი გარემო (ოთახის ტემპერატურა)	30 წმ - 1 წთ	7-8 დღე	16 საათიდან - 4 დღემდე
სველი გარემო (სითხეში - ოთახის ტემპერატურა)	11 დღე	მინიმუმ 6 თვე	7-8 თვე
ქლორი/მათეთრებელი	კი	კი	კი

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 9

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი)

- ქლამიდიოზი
- გონორეა
- სიფილისი
- ტრიქომონიაზი
- ჰერპესი
- ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV)

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი)

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უდიდეს პრობლემას წარმოადგენს. დღეისათვის, მსოფლიოში ეს ინფექციები, ადამიანებში მრავალი დაავადების გამომწვევს და სიკვდილის მიზეზსაც კი წარმოადგენს. სგგი-ზე გავლენას ახდენს ჯანდაცვის, სოციალურ და ეკონომიკურ ფაქტორები, განსაკუთრებით კი განვითარებად ქვეყნებში.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) არის ინფექციები, რომელიც ძირითადად სქესობრივი გზით გადადის (თუმცა არსებობს სგგი-ს სხვა გზით გადაცემის რისკებიც). სგგი-ის გამომწვევია: ბაქტერია, ვირუსი ან პროტოზოა[1]. მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში ვირუსული ინფექციების ზრდა ჩვეულებრივი ამბავია, მაშინ როდესაც განვითარებად ქვეყნებში ვირუსულ ინფექციებს ბაქტერიული სგგი-ის გავრცელებაც ემატება. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები იწვევს სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს, რომელსაც ვენერიული დაავადებების სახელითაც მოიხსენიებენ ხოლმე.

დღეისათვის ცნობილია 30-მდე სგგი, თუმცა მათ შორის გავრცელებულია რამდენიმე: ქლამიდიოზი (*Chlamydia trachomatis*) - 92 მილიონი, ტრიქომონიაზი (*Trichomonas vaginalis*), პაპილომა ვირუსი (*HPV*), სიფილისი (*Treponema pallidum*) - 12 მილიონი, გონორეა (*Neisseria gonorrhoeae*) - 62 მილიონი, ჰერპესი (HSV-1, HSV-2), აივ (HIV), ჰეპატიტები (HAV, HBV, HCV) და სხვ.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციათა უმეტესობის აღმოჩენა მარტივია და განკურნება შესაძლებელია, აივ-ის, პაპილომა ვირუსის და ჰერპესის გარდა.

[1] ერთუჯრედიანი ორგანიზმი, (ამებას ჩათვლით), რომელსაც შეუძლია პარაზიტული დაავადება გამოიწვიოს.

ქლამიდიოზი

ქლამიდიოზის გამომწვევია ბაქტერია Chlamydia trachomatis. იგი შეიძლება გადაეცეს ერთი ადამიანიდან მეორეს, ნებისმიერი სახის დაუცველი სქესობრივი კავშირის დროს. ასევე, შესაძლოა ბაქტერიის ვერტიკალური გზით (დედიდან შვილზე) გადაცემაც მშობიარობის დროს.

სიმპტომატიკა

ქლამიდიოზის სიმპტომები , ჩვეულებრივ მჟღავნდება ინფიცირებიდან ერთი-სამი კვირის განმავლობაში. თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, ადამიანი ვერ ხვდება, რომ მას ქლამიდიოზი აქვს. ნავარაუდევია, რომ ქლამიდიოზით ინფიცირებულ ქალთა 75%-მა და მამაკაცთა 50%-მა არ იცის ინფიცირების შესახებ.

როდესაც სიმპტომები მჟღავნდება, მამაკაცებში, ჩვეულებრივ ეს გამოიხატება პენისიდან რძისებრი გამონადენით, განსაკუთრებით დილაობით და შარდვისას წვის შეგრძნებით. ასევე, შესაძლებელია, სათესლე ჯირკვლების შეშუპება და ტკივილი.

ქალების შემთხვევაში, ქლამიდიოზი შეიძლება გამომჟღავნდეს ვაგინიდან რძისებრი გამონადენით და მუცლისა და წელის პატარა ტკივილებით, ან ტკივილებით სქესობრივი აქტის დროს. ასევე შესაძლებელია ვაგინალური სისხლდენა სქესობრივი აქტის დროს და მენსტრუალური ციკლის შუა პერიოდში. ასევე შესაძლებელია ტკივილი შარდვისას.

ქლამიდიოზის არანამკურნალევმა შემთხვევამ ქალებში შეიძლება გამოიწვიოს მენჯის ანთებითი დაავადება, რასაც შედეგად შეიძლება მოჰყვეს საშვილოსნოსგარე ორსულობა და უშვილობა. უშვილობა შესაძლებელია მამაკაცების შემთხვევაშიც. მამაკაცებს, უფრო იშვიათად კი ქალებს ქლამიდიოზის დროს შეიძლება განუვითარდეთ რაითერის სინდრომი (თვალებისა და სახსრების წვა, კანის გაღიზიანება), რომელმაც შეიძლება ართრიტის რთული ფორმა გამოიწვიოს.

დიაგნოსტირება

ქლამიდიოზის დიაგნოსტირება ხდება პენისის ან საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღებით და მარტივი შარდის ანალიზით. ნაცხის აღება არცთუ სასიამოვნო პროცედურაა, მაგრამ კეთდება სწრაფად. ზოგიერთ კლინიკაში, ქლამიდიოზის დიაგნოსტირებისათვის ასევე ხორციელდება შარდის ანალიზი.

ხშირ შემთხვევაში ქლამიდიოზის არსებობის დასადგენად საჭიროა თითქმის ერთი კვირა და აუცილებლად უნდა დაუკავშირდეთ კლინიკას, რათა შეიტყოთ ანალიზის შედეგი და, იმ შემთხვევაში, თუ ქლამიდიოზი დადასტურდა, ექიმმა უნდა დაგინიშნოთ მკურნალობა.

მკურნალობა

ქლამიდიოზის მკურნალობა ხდება ანტიბიოტიკების მეშვეობით. აუცილებელია მიიღოთ ყველა აბი, რათა ინფექცია სრულად აღმოიფხვრას ორგანიზმიდან. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ინფიცირებული პირის პარტნიორმაც გაიაროს მკურნალობის კურსი მანამ, სანამ პაციენტი კვლავ აღადგენს სქესობრივ კავშირს. სიმპტომები შეიძლება გაგრძელდეს პრეპარატების მიღებიდან კიდევ რამდენიმე დღის განმავლობაში, რადგანაც ანტიბიოტიკს დრო სჭირდება იმისათვის, რომ იმოქმედოს.

ამ პერიოდში უმჯობესია მოხდეს სქესობრივი აქტისგან თავშეკავება (პრეზერვატივითაც კი), სანამ არ დასრულდება მკურნალობის კურსი. ეს აუცილებელია რეინფიცირების თავიდან ასაცილებლად.

გონორეა

გონორეა არის სქესობრივი გზით გადამდები ბაქტერიული დაავადება და იგი შეიძლება გადავიდეს ნებისმიერი სახის სქესობრივი კავშირით. გონორეა შეიძლება გადაედოს ბავშვს დედისაგან მშობიარობის პროცესში და გამოიწვიოს ბავშვის თვალის ინფექცია, რაც დაკავშირებულია დაბრმავების მაღალ რისკთან, თუკი მისი მკურნალობა არ მოხდა დროულად და სწორად.

სიმპტომები

გონორეის სიმპტომები ჩვეულებრივ მჟღავნდება ინფიცირებიდან 2-10 დღის განმავლობაში. თუმცა, ზოგი ადამიანი შეიძლება ვერც მიხვდეს, რომ ინფიცირებულია, რამდენადაც სიმპტომები ყოველთვის არ იჩენს თავს, ან ძალზე უმნიშვნელოდ არის გამოხატული. მამაკაცებში სიმპტომები ჩვეულებრივ გამოიხატება პენისიდან მოყვითალო ან მონაცრისფრო გამონადენით და წვით შარდვისას. ასევე შესაძლებელია სათესლე ჯირკვლების შეშუპება და ტკივილი.

ქალებში სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს წვის შეგრძნებას შარდვისას და უფერულ ან სისხლნარევ გამონადენს ვაგინიდან.

არა ნამკურნალევ შემთხვევაში, გონორეამ შეიძლება გამოიწვიოს უფრო სერიოზული პრობლემები ჯანმრთელობისათვის, მათ შორის მენჯის ინფექციები ქალებში, რომელსაც შედეგად მოსდევს ტკივილი, უშვილობა და საშვილოსნოსგარე ორსულობა, ხოლო მამაკაცებში –პრობლემები სათესლე ჯირკვლებზე და ურეთრის (შარდსაწვეთის) შევიწროვება.

დიაგნოსტირება

გონორეის დიაგნოსტირებისათვის ხდება ნაცხის აღება პენისის თავიდან, ურეთრიდან, ყელიდან ან საშოდან. ნაცხის აღების პროცესი არცთუ სასიამოვნოა. ამის ნაცვლად

შესაძლებელია შარდის ანალიზის გაკეთება. ჩვეულებრივ, ნაცხის ანალიზის შედეგის გაგება შესაძლებელია დაუყოვნებლივ მამაკაცებისათვის და ხშირ შემთხვევაში ქალებისთვისაც, მაგრამ გონორეის დიაგნოსტირება ყელში მოითხოვს გარკვეულ დროს. თუმცა, სადაც არ უნდა იყოს ლოკალიზებული ინფექცია, დასკვნითი შედეგების მიღება შესაძლებელია მქსიმუმ სამ დღეში.

მკურნალობა

გონორეის მკურნალობა ხდება ანტიბიოტიკების მეშვეობით. პრეპარატის მიღება, ჩვეულებრივ, ხდება ინექციის გზით. 7 დღის შემდეგ, ხელმეორედ გასინჯვის შემთხვევაში ექიმი ამოწმებს, რომ განიკურნეთ თუ არა ინფექციისაგან. ძალზე მნიშვნელოვანია, თავის შეკავება ნებისმიერი სახის სქესობრივი აქტისგან ამ პერიოდის განმავლობაში, რამდენადაც შესაძლებელია გონორეით რეინფიცირება ან ინფექციის გადაცემა პარტნიორისათვის.

სიფილისი

სიფილისი არის ბაქტერიული ინფექცია. ამ დაავადებას აქვს სამი სტადია: საწყისი, მეორე და მესამე. საწყის და მეორე სტადიებზე ინფექციის გადაცემის რისკი ყველაზე მაღალია.

სიფილისი შეიძლება გადაეცეს სიფილისის წყლულებთან კონტაქტისას ნებისმიერი სახის სქესობრივი აქტის დროს. იგი ასევე გადადის სიფილისის მეორე სტადიის წყლულებთან ახლო ფიზიკური კონტაქტით. ეს წყლულები ადამიანს სხეულის ნებისმიერ ადგილზე შეიძლება ჰქონდეს. სიფილისი ასევე გადადის სისხლთან კონტაქტის შემთხვევაში და დედიდან შვილზე.

სიმპტომები

სიფილისმა შეიძლება გამოიწვიოს სიმპტომების სპექტრი. ზოგ შემთხვევაში კი, სიმპტომები საერთოდ არ არის შესამჩნევი. დაავადების ადრეულ სტადიაზე სიმპტომები ადვილად შეიძლება დარჩეს ყურადღების მიღმა.

სიფილისით (საწყისი სტადია) ინფიცირების მომენტიდან, ინფიცირების ადგილზე მალევე შეიძლება გაჩნდეს მცირე წყლულები, ლაქები ან იარები (შანკრებად წოდებული). ეს, ჩვეულებრივ, პენისზე, ანუსსა და ვაგინაში (ან მის გარშემო), ან პირის ღრუში ხდება. შანკრები არ არის მტკივნეული და, ჩვეულებრივ, ადვილად იკურნება. მათ შეიძლება თან ახლდეს ლიმფური ჯირკვლების შეშუპება.

სიფილისის მეორე სტადიამ შეიძლება გამოიწვიოს გაღიზიანება სხეულზე, მტევნებსა და ქუსლებზე, ლიმფური ჯირკვლების შეშუპება, მაღალი სიცხე, კუნთების ტკივილი, თავის ტკივილი, ხმაური ყურებში და, იშვიათ შემთხვევაში, მენინგიტი. წყლულები, როგორც წესი, ძლიერ გადამდებია. სიფილისის მეორე სტადია, ჩვეულებრივ, ვითარდება ინფიცირებიდან ექვსი თვის განმავლობაში.

სიფილისის მესამე სტადია შეიძლება განვითარდეს ინფიცირებიდან დაახლოებით ათი ან მეტი წლის შემდეგ და ამან შეიძლება გამოიწვიოს გულისა, ტვინის (ნეიროსიფილისი), ძვლებისა და კანის თითქმის სრული დაზიანება. არანამკურნალევ შემთხვევაში სიფილისი იწვევს სიკვდილს.

დიაგნოსტირება

სქესობრივი ჯანმრთელობის ზოგადი გამოკვლევა, ჩვეულებრივ, მოიცავს სისხლის ანალიზს სიფილისზე, გარდა ამისა, ნებისმიერი წყლულიდან აღებულ უნდა იქნეს ნაცხი. ორგანიზმს შეიძლება დაახლოებით 3 თვე დასჭირდეს იმისათვის, რომ აწარმოოს სიფილისის გამომწვევი ბაქტერიის ანტისხეულები, ამდენად, ინფიცირების შემდეგ მალევე გაკეთებულმა ანალიზმა შეიძლება დაავადება არ გამოამჟღავნოს.

მკურნალობა

სიფილისის საბოლოო განკურნებისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია პაციენტმა სწორად მიიღოს ექიმის მიერ გამოწერილი ყველა პრეპარატი, რათა მოხდეს ინფექციის სხვა პირთათვის გადაცემის აცილება ან ბაქტერიით რეინფიცირება. აუცილებელია მკურნალობის კურსის საბოლოო დასრულებამდე მოხდეს თავშეკავება სქესობრივი აქტზე.

სისხლის საკონტროლო ანალიზები კეთდება მკურნალობის დასრულებიდან 1, 2, 3, 6 და 12 თვის ინტერვალებით, რათა პაციენტი დარწმუნებული იყოს, რომ დაავადება სრულად არის განკურნებული.

ტრიქომონიაზი

ტრიქომონას ვაგინალისი არის სქესობრივი გზით გადამდები გავრცელებული ინფექცია, რომელსაც იწვევს პროტოზოა - მიკროსკოპიული პარაზიტი. ტრიქომონიაზი ვრცელდება მამაკაცსა და ქალს შორის დაუცველი სქესობრივი კავშირის შედეგად.

სიმპტომები

ქალებში სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს ჭარბ ვაგინალურ გამონადენს, ვაგინალურ ქავილს, წელის ტკივილს, ტკივილს სქესობრივი აქტის დროს და ხშირ შარდვას. ხშირ შემთხვევაში, მამაკაცებს სიმპტომები არ შეემჩნევათ, მაგრამ თუკი მათ აქვთ გამონადენი პენისიდან, მათ უჩნდებათ წვის შეგრძნება შარდვისას და შარდვის ხშირი მოთხოვნილება.

დიაგნოსტირება

დიაგნოსტირება ხდება ვაგინიდან ან პენისიდან გამონადენის ნაცხის მიკროსკოპული ანალიზით და ხშირად პასუხის გაგება შესაძლებელია დაუყოვნებლივ. ხოლო თუ განხორციელდა ნაცხის კულტივირება, შედეგი მიღებულ იქნება ერთი კვირის ვადაში.

მკურნალობა

ტრიქომონიაზის მკურნალობა ხდება ანტიბიოტიკების მეშვეობით. აუცილებელია ყველა აბი სათანადოდ იქნეს მიღებული, რათა მოხდეს დაავადების სრული განდევნა ოგანიზმიდან. მკურნალობის კურსის დასრულების შემდეგ პაციენტს მოუწევს გაიაროს განმეორებითი შემოწმება, რათა დადასტურდეს, რომ დაავადება სრულად არის განკურნებული. სასურველია, რომ მკურნალობის პერიოდში მოხდეს სქესობრივი აქტზე უარის თქმა, ხოლო პაციენტის პარტნიორ(ებ)მა გაიაროს ასეთივე კურსის პაციენტთან ერთად. ეს პროცედურა გამორიცხავს რეინფიცირებას.

ჰერპესი

ჰერპესი მჟღავნდება მტკივნეულ წყლულებითა და გამონაყარით პირის ღრუში, სასქესო ორგანოს მიდამოებში ან ანუსის გარშემო. ჰერპესი გამოწვეულია საერთო ვირუსით, რომელსაც ეწოდება ჰერპესის სიმპლექსის ვირუსი (HSV).

ინფიცირების შემთხვევაში ვირუსი სამუდამოდ რჩება ნერვულ უჯრედებში. პირმა შეიძლება არც იცოდეს, რომ არის ინფიცირებული ჰერპესით. უმეტესწილად იგი მიძინებულია და არ ამჟღავნებს რაიმე სიმპტომებს. დროდადრო შეიძლება თავი იჩინოს მცირე გამონაყარმა, განსაკუთრებით თუ ადამიანის იმუნური სისტემა დასუსტებულია. თუმცა სტრესმა, საერთო გაცივებამ ან ძლიერმა ულტრაიისფერმა დასხივებამ შეიძლება გამოიწვიოს აქტიური ჰერპესის სიმპტომები.

არსებობს ჰერპესის ორი ძირითადი სახეობა, რომლებიც იწვევს ორალურ და გენიტალურ ინფექციას. HSV-1 ჩვეულებრივ იწვევს ორალურ ჰერპესს ან გაციების წყლულებს – მტკივნეული გამონაყარი ტუჩის ნაპირზე, იქ სადაც ტუჩი უერთება სახის კანს. ზოგჯერ იგივე შეიძლება გაჩნდეს ნესტოზე, ღრძილებზე ან სასაზე. მას ასევე შეუძლია გამოიწვიოს გენიტალური ინფექცია.

მტკივნეული გენიტალური ან ანალური წყლულები, რომლებსაც ზოგ შემთხვევაში თან სდევს მაღალი სიცხე, თავის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, შეიძლება გამოიწვიოს HSV-1 და HSV-2. ჰერპესის წყლულის განვითარებამდე შეიძლება გაჩნდეს ქავილის ან წვის შეგრძნება. ეს შეგრძნებები მიუთითებს იმაზე, რომ ვირუსი მოძრაობს ნერვის გასწვრივ კანის მიმართულებით. კანზე კი ის აჩენს მცირე გამონაყარს, რომელიც მალევე ივსება სითხით. შემდეგ მას უჩნდება ფუფხი და მის მორჩენას, ჩვეულებრივ ერთი ან ორი კვირა სჭირდება, თუკი ადამიანის იმუნური სისტემა ნორმალურ მდგომარეობაშია.

გავრცელება

ვირუსი ვრცელდება ერთი ადამიანიდან მეორეზე ამ წყლულებისა და ლორწოვანი გარსის კონტაქტის შემთხვევაში, ანუ კოცნისა და სქესობრივი კონტაქტის დროს.

აივ ინფექციის არსებობის შემთხვევაში ჰერპესის გამომჟღავნება უფრო ხშირი, მწვავე და ხანგრძლივია. ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება მოხდეს წყლულის ინფიცირება სხვა ბაქტერიით ან სოკოვანი ინფექციით. გარდა ორალური და გენიტალური წყლულებისა, ჰერპესმა შეიძლება გამოიწვიოს ყელისა და თვალების გაღიზიანებაც.

დიაგნოსტირება

ჰერპესის დიაგნოსტირება ხდება წყლულიდან აღებულ ნაცხში ვირუსის კულტივირების გზით ან ვირუსის აღმოსაჩენად ფლურესცენტული სკრინინგის გამოყენებით. ანალიზი, რომელიც სწავლობს უშუალოდ ვირუსის გენეტიკურ მასალას, გამოიყენება გამოკვლევის მიზნით, მაგრამ, ჩვეულებრივ, არ არის ხელმისაწვდომი.

ჰერპესის არსებობა კუჭ-ნაწლავსა და სწორ ნაწილავში დგინდება ბოჭკოვან- ოპტიკური ინსტრუმენტებით.

აპვ (HPV) – ადამიანის პაპილომავირუსი

გენიტალური აპვ არის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია, რომელსაც იწვევს ადამიანის პაპილომავირუსი. ადამიანის პაპილომავირუსი ჰქვია ვირუსების ჯგუფს, რომელშიც შედის 100-ზე მეტი სხვადასხვა შტამი ან ტიპი. ამ ვირუსთაგან 30-ზე მეტი ვრცელდება სქესობრივი გზით. ეს ვირუსები ახდენს ქალისა და მამაკაცის გენიტალური არეების ინფიცირებას, მათ შორის პენისის, საშოს (ვაგინის გარე მიდამოები), ანუსის კანის და ვაგინის, საშვილოსნოს ყელისა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის.

გავრცელება

აპვ-ს ტიპები, რომლებიც აზიანებს გენიტალურ არეებს, უპირველეს ყოვლისა ვრცელდება გენიტალური კონტაქტის მეშვეობით. აპვ ინფექციებს უმეტეს შემთხვევებში არ გააჩნია სიმპტომები ან ნიშნები; ამდენად, ინფიცირებულთა უმეტესობამ არ იცის დაავადების შესახებ, მაგრამ მათ შეუძლიათ გადასდონ ვირუსი თავიანთ სქესობრივ პარტნიორებს.

სიმპტომები

უმეტეს შემთხვევაში, ადამიანმა, რომელიც ინფიცირებულია აპვ ვირუსით, არ იცის ამის შესახებ. ვირუსი არსებობს კანში ან ლორწოვან გარსში და, ჩვეულებრივ, არ იწვევს სიმპტომებს. ზოგ შემთხვევაში ჩნდება ხილვადი გენიტალური კოჟრები ან ადგილი აქვს პრე-სიმსივნურ ცვლილებებს საშვილოსნოს ყელზე, საშოზე, ანუსზე ან პენისზე. არც თუ ისე იშვიათია აპვ ვირუსის შედეგად ანალური ან ვაგინალური კიბო.

დიაგნოსტირება

ქალებში აპვ ვირუსის დიაგნოსტირება მეტწილად ხდება პაპანიკოლაუს ტესტის საფუძველზე. პაპანიკოლაუს ტესტი არის საშვილოსნოს ყელის აპვ ვირუსით გამოწვეული კიბოს ან პრე-სიმსივნური ცვლილებების სკრინინგის პირველადი საშუალება.

მკურნალობა

აპვ ვირუსით გამოწვეული დაავადების განკურნება შეუძლებელია, თუმცა ქალებში უმეტეს შემთხვევაში ვირუსი თავისთავად ქრება. აღსანიშნავია, რომ არსებობს ვაცქინა. მკურნალობის არსებული საშუალებები მიმართულია კანისა და ლორწოვანი გარსის აპვ ვირუსით გამოწვეულ ცვლილებებზე, როგორიცაა კოჟრები და საშვილოსნოს ყელის პრე-სიმსივნური ცვლილებები.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და მასთან ასოცირებული სიმპტომები						
	ს გ გ ი	საშარდე მილიდან გამონადენი	ვაგინიდან გამონადენი	წყლული გენიტალიებზე	სიმპტომები კანზე	სხვა
ბაქტერია	ქლამიდია	++	+/-			
	გონორეა	++	+/-			
	სიფილისი			++	+	+
ვირუსი	ჰერპესი (HSV-1, HSV-2)	(+)	(+)	++		
	პაპილომა (HPV)	(+)	(+)		+	+
პროტოზოა	ტრიქომონიაზი	(+)	++			

ს გ გ ი	გამომწვევი	სამიზნე	გადაცემის გზა	სიმპტომები
ქლამიდია	ბაქტერია	შარდსადენი მილი (მამაკაცებშიც და ქალებშიც), ვაგინა, საშვილოსნოს ყელი, საშვილოსნოს შიდა შრე, ანუსი, სწორი ნაწლავი	დაუცველი სქესობრივი კავშირი (ანალური, ორალური, ვაგინალური) ინფიცირებულ პირთან, დედიდან შვილზე მშობიარობისას	ქალებში: ვაგინიდან გამონადენი ან ტკივილები სქესობრივი აქტის დროს. წვა შარდვისას. მამაკაცებში: სათესლე ჯირკვლების შეშუპება და ტკივილი, პენისიდან რძისებრი გამონადენით, შარდვისას წვის შეგრძნებით
გონორეა	ბაქტერია	შარდსადენი მილი (მამაკაცებშიც და ქალებშიც), საშვილოსნოს ყელი, ფალოპის მილები, ანუსი, პირის ღრუ, ყელი	დაუცველი სქესობრივი კავშირი (ანალური, ორალური, ვაგინალური) ინფიცირებულ პირთან, დედიდან შვილზე მშობიარობისას	ქალებში: ვაგინიდან მოყვითალო ან სისხლიანი გამონადენი, ტკივილი ან წვა შარდვისას. მამაკაცებში: პენისიდან მოყვითალო ან მონაცრისფრო გამონადენით, შარდვისას წვის ან ტკივილის შეგრძნება, ხშირი შარდვა, სათესლე ჯირკვლების შეშუპება ან ტკივილი შესაძლოა ინფექცია მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ
სიფილისი	ბაქტერია	გენიტალია, ვაგინა, ანუსი, სწორი ნაწლავი, ტუჩები და პირის ღრუ	უშუალო კონტაქტი დაუცველი სქესობრივი კავშირის (ანალური, ორალური, ვაგინალური) დროს ინფიცირებულ პირთან, დედიდან შვილზე მშობიარობისას	პატარა ზომის მტკივნეული წყლულები, ცხელება, ლიმფური კვანძების გადიდება, ყელის ტკივილი, წონაში კლება, მცირედი თმის ცვენა, თავის და კუნთების ტკივილი, მოტორული დისნფუქცია (პარალიზი), მგრძნობელობის დაკარგვა, თანდათანობით მხედველობის დაკარგვა, დემენცია
ჰერპესი	ვირუსი (HSV-1, HSV-2)	პირის ღრუ, პენისი, ქალის გარეგანი სასქესო ორგანოები	უშუალო კონტაქტი კანთან დაუცველი სქესობრივი კავშირის (ანალური, ორალური, ვაგინალური) დროს ინფიცირებულ პირთან, როდესაც წყლულები გამოხატულია, კოცნისას	დიდი და პატარა ზომის წყლულები, გამონაყარი, მუწუკი, გადიდებული გლანდები, ტკივილი ან წვა სასქესო ორგანოს არეში ან პირზე
პაპილომა	ვირუსი (HPV)	სავილოსნოს ყელი, ვაგინა, ქალის გარეგანი სასქესო ორგანოები, პენისი, პენისის მიმდებარე არე, შარდსადენი მილი, ანუსი	კანთან უშუალო კონტაქტი, მაშინაც კი, როდესაც სიმპტომები გამოხატული არ არის	გენიტალური მეჭეჭები, ზოგიერთი შტამის დროს შესაძლოა განვითარდეს სიმსივნე აღინიშნება 14-19 წლის ასაკის მოზარდების 25%-ში
ტრიქომონიაზი	პროტოზოა	საშვილოსნოს ყელი, შარდსადენი მილი	დაუცველი სქესობრივი კავშირი (ანალური, ორალური, ვაგინალური) ინფიცირებულ პირთან,	ქალებში: ჭარბ ვაგინალურ გამონადენს, ვაგინალურ ქავილს, წელის ტკივილს, ტკივილს სექსის დროს და ხშირ შარდვას. მამაკაცებში: ხშირ შემთხვევაში სიმპტომები არ შეემჩნევათ, გამონადენი წვის შეგრძნება შარდვისას და შარდვის ხშირი მოთხოვნილება

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 10

ქცევის ცვლილების კომუნიკაცია

ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის არსი

შეცვლის კომუნიკაცია *(Behavior Change Communication, BCC)* - ეს არის ინსტრუმენტი, რომლის მეშვეობითაც ხდება ქცევის შეცვლის წახალისება და მხარდაჭერა; იგი მიმართულია ცალკეულ ინდივიდებსა და ადამიანთა ჯგუფებში რისკის შემცირებაზე და ხორციელდება ჯანმრთელობის შესახებ წინასწარ შერჩეული გზავნილების სხვადასხვა საკომუნიკაციო არხებით გავრცელების გზით.

მიზანმიმართული და წინასწარ დაგეგმილი ღონისძიებები ხელს უწყობს სამიზნე ჯგუფების მოტივირებას, შეცვალონ რისკის შემცველი ქცევა და ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შეინარჩუნონ პოზიტიური ცვლილებები. ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგია ასევე ითვალისწინებს სამიზნე ჯგუფების სოციალურ კონტექსტს და ადვოკატირებისა და თემის მობილიზაციის საშუალებით ცდილობს, შექმნას ხელშემწყობი გარემო ქცევის შესაცვლელად.

მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფები საქართველოში

მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფი არის იმ ადამიანთა ჯგუფი, რომლებიც მსგავსი ცხოვრების წესისა და ქცევის თავისებურებების გამო ხასიათდებიან განსაკუთრებული მოწყვლადობით აივ-ით ინფიცირებისა და ვირუსის სხვებისთვის გადაცემის თვალსაზრისით. ასეთ ქცევებს მიეკუთვნება: დაუცველი სქესობრივი კავშირი, ფსიქოაქტიური ნივთიერების ერთი, საერთო შპრიცით და ნემსით მოხმარება

რიგი სხვა ქვეყნების მსგავსად, საქართველოშიც აივ ინფექცია სწორედ მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებშია კონცენტრირებული. ამ ჯგუფებში აივ ინფიცირების რისკის შემცირებაზე ძალისხმევისა და რესურსების მიმართვა თავიდან აგვაცილებს ეპიდემიის შემდგომ ესკალაციას და გრძელვადიან პერსპექტივაში მნიშვნელოვნად შეამცირებს აივ/შიდსთან დაკავშირებულ სამომავლო დანახარჯებს.

ამავე დროს, ყველა ქვეყანაში უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ ეს ჯგუფები ძნელად ხელმისაწვდომია. ხშირად ეს არის ფარული, იზოლირებული, მარგინალიზებული, სტიგმატიზებული პოპულაცია; ამიტომ, ძალიან რთულია ამ ჯგუფების წარმომადგენლებში უსაფრთხო ქცევის დანერგვა.

საქართველოში მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებს მიეკუთვნება: სექსის მუშაკი ქალები, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები და მსმ-ები (მამაკაცი, რომელსაც სექსი აქვს მამაკაცთან). ქცევის შეცვლის სტრატეგიის წინამდებარე დოკუმენტში თითოეული სამიზნე ჯგუფისათვის მოცემულია ჯგუფის სპეციფიკა, ქცევის თავისებურებები და ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებები.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი ჯგუფებისა, დოკუმენტში ასევე გამოყოფილია მამრობითი სქესის მოზარდები და ახალგაზრდები და მოწოდებულია ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგია ამ ჯგუფისათვის. ეს გადაწყვეტილება ემყარება 2011 წელს აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით განხორციელებული კვლევის მიგნებებს. ახალგაზრდა მამაკაცების ცალკე ჯგუფად გამოყოფა არ უნდა იქნას აღქმული, თითქოს მხოლოდ ახალგაზრდა მამაკაცები არიან მოწყვლადნი ინფიცირების მიმართ.

აღიარებულია, რომ აივ ინფიცირების თვალსაზრისით გოგონები და ქალები მოსახლეობის განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფს მიეკუთვნებიან მათი ბიოლოგიური, ფიზიოლოგიური, სოციალური თუ კულტურული თავისებურებების გამო. ზოგიერთ ქვეყანაში, სადაც ქალთა უფლებები ხშირად ირღვევა, სადაც ქალების სოციალურეკონომიკური სტატუსი გაცილებით დაბალია მამაკაცების სტატუსთან შედარებით და სადაც ქალები ხშირად

ძალადობის მსხვერპლნი ხდებიან, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მდედრობითი სქესის ახალგაზრდებთან მუშაობას. თუმცა, საქართველოში ახალგაზრდა გოგონები, სავარაუდოდ, ნაკლებად მოწყვლადნი არიან აივ ინფიცირების თვალსაზრისით ვიდრე ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში. ახალგაზრდებში ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ გოგონებისათვის ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირისაგან თავშეკავება საკმაოდ გავრცელებული ტრადიციაა. ასევე არ არსებობს სტატისტიკური მონაცემები, რომელიც დაადასტურებდა, რომ ახალგაზრდა ქალებში ნარკოტიკის მოხმარება სერიოზული პრობლემაა; ქვეყანაში არსებული მონაცემებით ახალგაზრდა გოგონებზე სექსუალური ძალადობის ფაქტები ხშირი არ არის. საქართველოში არსებული კვლევები და პრევენციული პროგრამების პრაქტიკული გამოცდილება არ მიანიშნებს, რომ მოზარდი გოგონების კომერციულ სექსში ჩართვა რეალურ პრობლემას წარმოადგენს საქართველოში.

ყოველივე ზემოთ თქმულის გათვალისწინებით, ვინაიდან ახალგაზრდა გოგონებში არ ვლინდება მაღალი რისკის შემცველი სპეციფიკური ქცევები, შესაბამისად, ქცევის შეცვლაზე მიმართული კომუნიკაციის სპეციფიკური სტრატეგია ამ კონკრეტული ჯგუფისათვის წინამდებარე დოკუმენტში წარმოდგენილი არ არის. თუმცა, სადავო არაა, რომ ახალგაზრდებთან (გოგონებთან და ვაჟებთან) საგანმანათლებლო მუშაობა ქვეყნის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრიორიტეტად რჩება. სქესობრივი განათლების და ცხოვრების ჯანსაღის წესის დამკვიდრების მიზნით სკოლებში უნდა დაინერგოს სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამები; უნდა გაფართოვდეს თანასწორთა განათლების პროგრამებიც, რომლებიც დაეხმარებიან ახალგაზრდებს, სწორი, ინფირმირებული არჩევანი გააკეთონ საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ; მნიშვნელოვანი აქცენტი უნდა გაკეთდეს ახალგაზრდებში სასიცოცხლოდ აუცილებელი უნარ-ჩვევების (მათ შორის კონდომის სწორად გამოყენების და პარტნიორთან კონდომის გამოყენებაზე მოლაპარაკების უნარების) ჩამოსაყალიბებლად. რეკომენდებულია, რომ ახალგაზრდებში გარკვეული პერიოდულობით, სისტემატურად ჩატარდეს ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები, რომ მოხდეს სარისკო ქცევების ადრეული სასიგნალო ნიშნების გამოვლენა და მათზე დროული რეაგირება.

კომერციული სექსის მუშაკი ქალები[1][2]

ამ ჯგუფის ზოგადი მახასიათებლების შესახებ ინფორმაციას საფუძვლად უდევს საქართველოში განხორციელებული კვლევები და სხვადასხვა პრევენციული პროგრამის პრაქტიკული გამოცდილება. თბილისსა და ქუთაისში კომერციული სექსის მუშაკების რამდენიმე კატეგორია არსებობს: ა) ქუჩაში მომუშავე, ბ) საუნაში (ან აბანოში) მომუშავე, გ) სასტუმროში მომუშავე და დ) მობილური ტელეფონით მომუშავე სექს-მუშაკები. უკანასკნელ პერიოდში დაკვირვების შედეგად არსებობს ეჭვი, რომ სექს-ბიზნესში ჩართული ქალების გარკვეული ნაწილი პარტნიორების საძიებლად და კომერციული სექსის მოლაპარაკების მიზნით იყენებს ინტერნეტ საიტებს. ამ ჯგუფის შესახებ სანდო ინფორმაცია ჯერჯერობით არ არსებობს, თუმცა, სავარაუდოდ, ინტერნეტ საიტებზე მომუშავე კომერციულ სექს-მუშაკები ინტერვენციებისთვის ძნელად ხელმისაწვდომი იქნებიან. ზოგადად, სექს-მუშაკების ყოველი კატეგორია განსხვავებულ ადგილებში იყრის თავს და სხვადასხვა ტიპის კლიენტურას ემსახურება. ამდენად, თითოეული კატეგორია წარმოადგენს გარკვეულ "სტატუსს" სექს-მუშაკებს შორის.

ბათუმში სექს-მუშაკების კატეგორიები თბილისის მსგავსია, იმ განსხვავებით, რომ ბათუმში პრაქტიკულად არ გვხვდება ქუჩაში მომუშავე სექს-მუშაკები. ამ ჯგუფის ყველაზე დაბალი ფენის წარმომადგენლები თავს იყრიან ეგრეთ წოდებულ "ბარებში", რომლებიც წარმოადგენენ პატარა დაწესებულებებს, სადაც შესაძლებელია სქესობრივი მომსახურების შესახებ მოლაპარაკება და ზოგიერთ შემთხვევაში მისი მიღებაც. ასევე არ არიან ქუჩაში მომუშავე სექს-მუშაკები ზუგდიდში. თელავში ძირითადად მობილური ტელეფონით მომუშავე სექს-მუშაკებია. აღნიშნული კატეგორიებიდან პრევენციული სამსახურებისთვის შედარებით ადვილია კონტაქტის დამყარება ქუჩაში, საუნებში (აბანოებში) და სასტუმროში მომუშავე სექს-მუშაკებთან, მაშინ როდესაც ყველაზე ძნელად ხელმისაწვდომი მობილური

---

[1] ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით კომერციული სექსის მუშაკებს შორის საქართველოში (თბილისი, ბათუმი), კვლევის ანგარიში, 2009. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი «თანადგომა»

[2] Behavior Change Communication Strategy for Men who have Sex with Men and Female Sex Workers in several cities of Georgia (Tbilisi, Batumi, Kutaisi, Telavi), 2001. Tanadgoma Center for Information and Counseling on Reproductive Health, 2011. Georgian HIV Prevention Project.

ტელეფონით მომუშავე სექსმუშაკები არიან, განსაკუთრებით, თბილისში. თუმცა, მათთან კონტაქტის დამყარება მეტ-ნაკლებად შესაძლებელია ზუგდიდსა და ქუთაისში.

აივ ინფექციის გავრცელება კომერციული სექსის მუშაკ ქალებში დაბალი რჩება - 2%-ზე ნაკლები ბოლო 15 წლის განმავლობაში. პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი ბოლო კვლევა ჩატარდა 2014-ში, ხოლო ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით - 2017 წელს. კსმ-ს პოპულაციის სავარუდო ზომა ქვეყნისთვის განისაზღვრა როგორც 6525[3]; თბილისში კსმ-ების სავარაუდო რაოდენობა 600, ხოლო ბათუმში - 700 არის.[4] კსმ-თა უმრავლესობა 40-ზე მეტი წლისაა. კომერციული სექსის თავისებურება საქართველოში უცვლელია ბოლო 15 წლის განმავლობაში, რაც განასხვავებს მას სხვა ყოფილი საჭოთა რესპუბლიკებისაგან. კერძოდ, ნარკოტოკის ინექციური მოხმარების გავრცელება, კერძოდ, ქუჩაში და დაწესებულებებში მომუშავე ქალბატონებში, არ ვლინდება. ახალი ტენდენციაა არა-ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარების ზრდა ორივე ქალაქში (სედატიური/საძილე აბები - თბილისში, მარიხუანა - ბათუმში). 2014 წელთან შედარებით, უფრო დიდი წილი აღნიშნავს არა-ინექციური ნარკოტიკის მოხმარებას ბოლო 12 თვის მანძილზე ორივე ქალაქში: 11% (2017) vs. 6.3% (2014) თბილისში, 20% (2017) vs. 5.8% (2014) ბათუმში. ეს ზრდა სტატისტიკურად სარწმუნოა.

ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები (ნიმ)

საქართველოში ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლების შესახებ ზუსტი და სანდო სტატისტიკა არ არსებობს. ოფიციალური სტატისტიკის მოპოვება შეიძლება შინაგან საქმეთა და/ან იუსტიციის სამინისტროებიდან, რომლებიც მხოლოდ ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების ფაქტს ამოწმებენ და ადასტურებენ. მათი მონაცემების

---

[3] ქალი სექს-მუშაკების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. კვლევის ანგარიში. 2017 http://curatiofoundation.org/wpcontent/uploads/2015/10/254.pdf

[4] აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები სექს-მუშაკებს შორის საქართველოს ორ ქალაქში. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა თბილისსა და ბათუმში. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. კვლევის ანგარიში. 2017. http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/FSWIBBS-PSE-report-2017-GEO.pdf

მიხედვით ვერ ვიმსჯელებთ იმაზე, არის თუ არა ეს ახლად გამოვლენილი შემთხვევები, და ვერც იმაზე, აქედან რამდენია ეპიზოდური მომხმარებელი და წამალდამოკიდებული.

2016-2017 წწ-ში ჩატარებული პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი კვლევის თანახმად, რომელიც შვიდ დიდ ქალაქში ჩატარდა, ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა მოზრდილ მოსახლეობაში 2.24% -ია (2.13-2.39)[5], რაც გლობალურად რიგით მესამე ყველაზე მაღალი, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპისა და შუა აზიის რეგიონში - რიგით მეორე ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით და ადგილობრივ ექსპერტთა კონსენსუსის საფუძველზე ნიმ-ების პოპულაციის სავარაუდო ზომა განისაზღვრა 52,500-ით (50,000-56,000), რაც მიანიშნებს, რომ ნარკოტიკების პრობლემური მომხმარებლების სავარაუდო რაოდენობა 5% -ით გაიზარდა 2014 წელთან შედარებით. აივ ინფექციის პრევალენტობა აღნიშნულ ჯგუფში არ შეცვლილა 2009 წლის მერე და იგი მერყეობს 2.4 და 2.3 შორის.

მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან

პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელმა ბოლო კვლევამ მსმ პოპულაციის ზომა განსაზღვრა 17,200 ინდივიდით[6]. ამ ჯგუფში აივ პრევალენტობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში: 3.7%-იდან 2007 წელს, 20.7%-მდე 2015-ში[7]. შიდსის ცენტრის მიერ ახლახან ჩატარებულმა კოჰორტულმა კვლევამაც აჩვენა აღნიშნულ ჯგუფში ძალიან მაღალი ინციდენტობა: 6 ახალ შემთხვევამდე დაკვირვების 100 ადამიან-წელზე. ეს კარგად ხსნის აივ-ის მზარდ პრევალენტობას[8].

---

[5] აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 7 ქალაქში, 2016 – 2017. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი.კვლევის ანგარიში, 2017

[6] პოპულაციის ზომის შეფასება მამაკაცებში, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საინფრომაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. კვლევის ანგარიში. 2014 http://www.georgiaccm.ge/wp-content/uploads/MSM-PSE-09.12.2014_Geo.pdf

[7] ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით საქართველოს ორ ძირითად ქალაქში მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან.მამაკაცებთან. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საინფრომაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. კვლევის ანგარიში. 2015 http://curatiofoundation.org/ge/bio-behavioralsurveillance-survey-among-men-who-have-sex-with-men-in-two-major-cities-of-georgia-2015/

[8] Chokoshvili O, Kepuladze K, Tsintsadze M et al. High prevalence and incidence of HIV, syphilis and viral hepatitis among men who have sex with men in Georgia: Findings of the Georgian MSM Cohort. 16th European AIDS Conference. Milan, Italy; 2017.

თბილისში მსმ-ებში არსებობს გარკვეული იერარქია და განსხვავებული ქვეჯგუფები, ე.წ. სეგმენტები. მსმ-ების ჯგუფი შეიძლება 2 პარამეტრის მიხედვით დაიყოს: 1) სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი (ე.წ. "ფულიანები" და "უფულოები") და 2) კომერციულ სექსში ჩართულობა.

1. მსმ-ების აღწერა სოციალური სტატუსის მიხედვით.

დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე მსმ-ები – ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან: მსმ-ები, რომლებიც რეგიონიდან ან სხვა ქალაქიდან ჩამოვიდნენ დედაქალაქში სამუშაოს ან სხვა მატერიალური სარგებლის მიღების მიზნით; ამ ჯგუფს მიეკუთვნება ასევე დედაქალაქში მცხოვრები მსმ-ები, რომელთაც დაბალი შემოსავალი აქვთ ან საერთოდ არა აქვთ შემოსავალი.

შედარებით მაღალი სოცილურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე მსმ-ები – ამ ჯგუფში შემავალ ადამიანებს შედარებით მაღალი შემოსავალი აქვთ და შეუძლიათ, ეწვიონ ბარებს, კლუბებსა და თავშეყრის სხვა ადგილებს; ამ ჯგუფს მიეკუთვნებიან, აგრეთვე, ე.წ. "ელიტური გეები", ანუ ადამიანები მაღალი თანამდებობით, შოუ-ბიზნესის წარმომადგენლები, ზოგადად, "ცნობადი" სახეები.

როგორც წესი, ამ ორი – მაღალი და დაბალი - ფენის წარმომადგენლები ყოველდღიურ ცხოვრებაში ერთმანეთს არ ხვდებიან. რაც უფრო მაღალია მსმ-ის სოციალური სტატუსი, მით ნაკლებია იმის ალბათობა, რომ ის კომერციულ სექსში იქნება ჩართული; ასევე, ნაკლებია ამ ქვეჯგუფში შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტების სიხშირეც.

2. მსმ-ების აღწერა კომერციულ სექსში ჩართულობის მიხედვით.

კომერციულ სექსში ჩართული მსმ-ები – ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან შედარებით დაბალი სოციალურეკონომიკური სტატუსის მქონე მსმ-ები, რომლებიც მატერიალური ანაზღაურების სანაცვლოდ სექსუალურ მომსახურეობას სთავაზობენ სხვა მამაკაცებს. მათი მოძიება შესაძლებელია ქალაქის ტერიტორიაზე ღია თავშეყრის ადგილებში (ე.წ "პლეშკებზე"); ასევე, ზოგიერთ დახურულ ადგილებშიც – აბანოებში, საუნებში.

ურთიერთობების მქონე მამაკაცები, რომლებიც რეგიონიდან ან სხვა ქალაქიდან ჩამოვიდნენ დედაქალაქში სამუშაოს ან სხვა მატერიალური სარგებლის მიღების მიზნით; ამ ჯგუფს მიეკუთვნება ასევე დედაქალაქში მცხოვრები მსმ-ები, რომელთაც დაბალი შემოსავალი აქვთ ან საერთოდ არა აქვთ შემოსავალი.

მსმ-ები, რომლებიც არ არიან ჩართული კომერციულ სექსში – ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან საშუალო და შედარებით მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე მსმ-ები. მათი მოძიება შესაძლებელია: ქალაქის ტერიტორიაზე ღია თავშეყრის ადგილებში, რომლებიც ცნობილია, როგორც კომერციული სექსის მუშაკი მამაკაცების თავშეყრის ადგილები, სადაც ისინი ეძებენ კომერციულ ან არაკომერციულ სქესობრივ პარტნიორს; დახურულ გასართობ ადგილებში – კაფეები, ბარები, აბანოები, კინოთეატრები.

ქცევაზე მოქმედი ფაქტორებია: სოციალურ-ეკონომიკური გარემო, კულტურული კონტექსტი, აივ ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია, არსებული გამოცდილება

სოციალურ-ეკონომიკური გარემო

სოციალურ ეკონომიკური კონტექსტი, თავის მხრივ მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა: სიღარიბის დონე, შემოსავლები, მოზარდთა სექსუალობასთან დაკავშირებული მკაცრი, ტრადიციული ღირებულებები და ნორმები[9].

კულტურული კონტექსტი

წეს-ჩვეულებებისა და მორალურ-კულურული ნორმების სპეციფიკიდან გამომდინარე, ქართულ საზოგადოებაში კვლავაც რჩება ტრადიციულად ჩამოყალიბებული, თანამედროვე ევროპული ქვეყნებისაგან განსხვავებული დამოკიდებულება მოზარდთა სექსუალობის მიმართ, რაც, პირველ რიგში, ქორწინებამდე ქალწულობის შენარჩუნების აუცილებლობის მოთხოვნაში ვლინდება. ცნობილია, რომ საქართველოში დამკვიდრებული ტრადიციების თანახმად, განსხვავებულია ქალების და მამაკაცების

---

[9] კვლევა "ოჯახური ურთიერთობები და თაობათა ურთიერთდამოკიდებულება", გაეროს მოსახლეობის ფონდი, მოსახლეობის კვლევის ეროვნული ცენტრი, 2010.

სქესობრივი ქცევა ქორწინებამდე: ქალები, როგორც წესი, იწყებენ სქესობრივ აქტივობას ოჯახის შექმნასთან ერთად, ხოლო მამაკაცები უფრო ადრე. საქართველოს მოსახლეობის 80% ფიქრობს, რომ ქალს სექსი ქორწინებამდე არ უნდა ჰქონდეს, 72%-ის აზრით კი, ქორწინების გარეშე მამაკაცთან სქესობრივი ურთიერთობა ქალისთვის არც ერთ ასაკში არ არის დაშვებული[9].

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია[10][11]

აივ ასოცირებულ სტიგმასთან დაკავშირებით საქართველოში ჩატარებული კვლევების თანახმად, სტიგმა და დისკრიმინაცია აივ დადებითთა მიმართ საკმაოდ დიდ მასშტაბებს იღებს ჩვენს ქვეყანაში. გამოიკვეთა დისკრიმინაციის სხვადასხვა ფორმა: აივ დადებითი სტატუსის მქონე პირთა უარყოფა და მათთვის თავის არიდება; აივ დადებითთა დისკრიმინაცია სამედიცინო სფეროს მუშაკთა, სოციალური ჯგუფებისა და ოჯახის წევრთა მხრიდან; აივ დადებითთა იზოლირება (ან იზოლირების მცდელობა) და ძალადობა მათ მიმართ, ვინც ჩათვალეს აივ დადებითი სტატუსის მატარებლად ან მიაკუთვნეს რომელიმე “რისკ ჯგუფს”. საზოგადოების აივ დადებითებისადმი მტრულ დამოკიდებულებას ხშირად თვით აივ დადებითის პიროვნულ მახასიათებლებს უკავშირებენ; ხშირ შემთხვევაში საზოგადოება აღიქვამს აივ დადებითს, როგორც ნარკომანს, მეძავს ან ჰომოსექსუალს. როგორც წესი, საქართველოში ეს სოციალური ჯგუფები სტიგმატიზირებულნი არიან. ყოველივე ეს ართულებს მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფების მოცვას აივ პრევენციული პროგრამებით.

სტიგმატიზაციის, დისკრიმინაციისა და აივ დადებითთა მიმართ აგრესიული საქციელის მთავარი გამომწვევი მიზეზი შიშია. იმის გამო, რომ საზოგადოებას აივ ინფექციის შესახებ ზოგჯერ ელემენტარული ცოდნაც არ გააჩნია, ბევრს ჰგონია რომ ინფექციისაგან საკუთარი თავის, ოჯახის წევრთა და სხვათა დაცვის ერთადერთი გზა აივ დადებითთა იზოლაციაა.

[10] საქართველოში მაცხოვრებელ აივ დადებითთა მოწყვლადობის შეფასების ეროვნული ანგარიში, გაეროს განვითარების პროგრამა, სტრატეგიულ გამოკვლევათა ინსტიტუტი. 2007

[11] აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის განსაზღვრა თბილისის, ბათუმისა და ზუგდიდის მოსახლეობაში, საზოგადოებრივი გაერთიანება “ბემონი”, ასოციაცია “თანადგომა”. 2008

მიუხედავად ფართომასშტაბიანი საგანმანათლებლო კამპანიებისა, მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე არაადეკვატურია. ეს განსაკუთრებით აისახა ქალაქების მიხედვით. აივ/შიდსის შესახებ ინფორმირებულობის დონე შედარებით მაღალია თბილისის მოსახლეობაში, ვიდრე რეგიონებში. განსხვავება ცოდნის დონის მიხედვით აღინიშნება სქესის მიხედვითაც. კერძოდ, მამაკაცები უფრო მეტად არიან გათვითცნობიერებულები აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ, ვიდრე ქალი რესპონდენტები.

ქალი რესპონდენტების ნაკლებად ინფორმირებულობის პრობლემის გადაწყვეტა განსაკუთრებულ მიდგომებს მოითხოვს. მნიშვნელოვანი რესურსები უნდა იქნეს მიმართული ქალებში საგანმანათლებლო საქმიანობის გაფართოების მიზნით. ეს პრობლემა კიდევ უფრო მწვავეა, იმის გათვალისწინებით, რომ ქალები განსაკუთრებულად მოწყვლადნი არიან აივ ინფექციის თვალსაზრისით, რასაც განაპირობებს როგორც ბიოლოგიური, ასევე სოციალური, კულტურული, ეკონომიკური და სხვა ფაქტორები. კვლევამ ასევე დაადასტურა, რომ ინფორმირებულობის დონე მნიშვნელოვნად განაზღვრავს დადებითთა მიმართ დამოკიდებულებას. კარგად ინფორმირებული რესპონდენტები უფრო იშვიათად ამჟღავნებენ აივ დადებითი პირების მიმართ ნეგატიურ დამოკიდებულებას.

ინფორმირებულობის დონის შესწავლამ აჩვენა, რომ მოსახლეობაში ძირითადად იციან აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გადაცემის გზების, ისევე როგორც აივ ინფექციისაგან თავდაცვის გზების შესახებ (მონოგამური ურთიერთობა და კონდომის გამოყენება სქესობრივი კონტაქტების დროს). თუმცა, მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს ცრურწმენების და ე.წ. “მცდარი წარმოდგენების” წინააღმდეგ ბრძოლას. მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ფიქრობს, რომ ბავშვი შეიძლება დაინფიცირდეს დადებით ბავშვთან თამაშის დროს ან ჯანმრთელ პირს შეიძლება გადაეცეს ვირუსი შიდსით დაავადებული ადამიანის მოვლით. მსგავსი მცდარი შეხედულებების შესაცვლელად სწორი გზავნილების განმეორებითი მიწოდება აუცილებელი იქნება განათლების დონის ასამაღლებლად.

ფაქტორები, რომლებიც ქცევის ცვლილების განხორციელებისთვისაა საჭირო

საქართველოს გამოცდილება ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სფეროში

საქართველოში საკმაოდ მძლავრად განვითარებული და კომპეტენტური არასამთავრობო სექტორია. აივ პრევენციის სფეროში მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციებს მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებთან მუშაობის ხანგრძლივი გამოცდილება გააჩნიათ. ისინი ყურადღებით ადევნებენ თვალს მსოფლიოში არსებულ წარმატებულ პრაქტიკას, რეგულარულად ატარებენ სამიზნე ჯგუფების კვლევებს მათი თავისებურებებისა და საჭიროებების შესწავლის მიზნით. ამავე დროს, ეს ორგანიზაციები წარმატებით იყენებენ ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სხვადასხვა მიდგომას. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერ კიდევ მცირეა ასეთი ორგანიზაციების რიცხვი, განსაკუთრებით კი რეგიონებში.

გასვლითი საველე სამუშაო (აუთრიჩი)

ამ ტექნიკის გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა ფარულ პოპულაციასთან კონტაქტის დასამყარებლად. გამოიყენება სხვადასხვა მიდგომა: სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების იდენტიფიკაცია, თანასწორების ან სპეციალურად განსწავლული პერსონალის შეხვედრა სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლებთან მათი თავშეყრის ადგილებზე; მაგალითად, კომერციული სექსის მუშაკებთან შეხვედრა ქუჩაში, ან მსმ-ზთან შეხვედრა იმ ადგილებში, სადაც ისინი იკრიბებიან. განსხვავებულ მიდგომას საჭიროებენ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები, რადგან საქართველოში არ არსებობს სპეციალური ადგილები, სადაც ისინი იკრიბებიან; შესაბამისად, მათთან კონტაქტის დამყარება განსაკუთრებულ ძალისხმევას მოითხოვს. ქართული არასამთავრობო ორგანიზაციები ცდილობენ, ამ ჯგუფს მისწვდნენ თემზე ორიენტირებული ინტერვენციის ინოვაციური მეთოდების დანერგვით; თანამშრომლობენ ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებთან; მუშაობენ ე.წ. “ბიზნეს-ადვოკატებთან” (“ბიზნეს-ადვოკატები”– ადამიანები, რომელთაც თავიანთი საქმიანობის გამო შეიძლება ჰქონდეთ კონტაქტი სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლებთან. მაგალითად, სტილისტი სილამაზის სალონში,

მიმტანი კაფეში, ბარის ან სასტუმროს მფლობელი, ტოტალიზატორის თანამშრომელი და ა.შ.). მსმ-ბთან სამუშაოდ ხდება ახალი ინოვაციური მიდგომების დანერგვა ინტერნეტით (ვებგვერდებისა და სოციალური ქსელის საშუალებით).

არასამთავრობო ორგანიზაციებმა თანდათანობით მოახერხეს მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფების ნდობის მოპოვება. მათი მუშაობა ეყრდნობა სამიზნე პოპულაციის ღრმა და საფუძვლიან ცოდნას. სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციებისთვის ყველაზე დიდ სირთულეს სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენელთა დიდ რაოდენობასთან პირისპირ კონტაქტის დამყარება წარმოადგენს. თუკი მხედველობაში მივიღებთ იმ დროის და რესურსების დანახარჯს, რაც სამიზნე ჯგუფების ნდობის მოპოვებასა და მათ მოძიებას სჭირდება, შეიძლება ითქვას, რომ პირისპირ კონტაქტი აივ პრევენციის მეტად ეფექტური, მაგრამ ძვირი მიმართულებაა.

თანასწორთა განათლება

თანასწორთა განათლება ასევე წარმატებით გამოიყენება მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებთან პრევენციული მუშაობის პროცესში. სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების მიერ რეგულარულად ხდება თანასწორგანმანათლებელთა შერჩევა და სწავლება სამიზნე პოპულაციასთან სამუშაოდ. თანასწორთა განათლების კონცეფციის თანახმად, თანასწორგანმანათლებლებად უნდა შეირჩეს სამიზნე ჯგუფების ის წარმომადგენლები, რომლებიც თანასწორებისთვის მისაღებია და მათი მხრიდან პატივისცემას იმსახურებენ და, ამავე დროს, განათლება და ინტელექტი აძლევთ იმის საშუალებას, რომ გადასცენ სწორი გზავნილები და ინფორმაცია. ამ თვალსაზრისით, განსაკუთრებულ სირთულეს წარმოადგენს თანასწორთა განათლების მიდგომის განხორციელება ქუჩაში მომუშავე სექს-მუშაკებთან. უპირველეს ყოვლისა, ძნელია ამ ჯგუფის ისეთი წარმომადგენლების მოძიება, რომლებიც ზემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ. გარდა ამისა, ქუჩაში მომუშავე სექს-მუშაკები დაყოფილი არიან მცირე, 4-5 წევრისგან შემდგარ ჯგუფებად, რომლებიც სხვადასხვა ტერიტორიაზე მუშაობენ, ერთმანეთს კონკურენტებად აღიქვამენ და სხვა ჯგუფებთან კონტაქტი არ აქვთ.

შესაბამისად, ასეთი სექს-მუშაკები ერთმანეთს თანასწორებად არ აღიქვამენ, ეს კი თანასწორთა განათლების წარმატებული განხორციელების უმთავრესი საწინდარია.

ასევე საკმაოდ რთულია, თუმცა ძალიან ეფექტური თანასწორთა განათლების მიდგომის გამოყენება ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში. თანასწორგანმანათლებლებად სამუშაოდ ხდება როგორც ნარკოტიკების აქტიური მომხმარებლების შერჩევა, ასევე იმ მომხმარებლების ჩართვა, ვინც შეწყვიტა ნარკოტიკების მოხმარება. ორივე მიდგომას აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები. ნარკოტიკების აქტიურ მომხმარებელს აქვს ყოველდღიური ინტენსიური კონტაქტი თავის თანასწორებთან, რაც მას უადვილებს თავისი ფუნქციის შესრულებას; თუმცა, იმის გამო, რომ აქტიურად მოიხმარს ნარკოტიკს, დიდია იმის ალბათობა, რომ საქმეს ზერელედ მოეკიდოს. ამ თვალსაზრისით, უფრო სანდოა ადამიანი, რომელიც წარსულში მოიხმარდა ნარკოტიკებს, მაგრამ არსებობს იმის საშიშროება, რომ ნარკოტიკების აქტიურ მომხმარებლებთან სისტემატიური კონტაქტის შედეგად თავადაც განაახლოს ნარკოტიკის მოხმარება. ყოველივე ამის გამო, ძალიან ხშირად ხდება თანაწორგანმანათლებელთა გადინება და ამ ჯგუფთან მომუშავე სპეციალისტებს მუდმივად უხდებათ ახალ-ახალი თანასწორგანმანათლებლების მოძიება და დატრენინგება.

რაც შეეხება მოზარდებსა და ახალგაზრდებს, ამ ჯგუფთან თანასწორთა (ამ შემთხვევაში, თანატოლთა) განათლება ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა ორგანიზაციის მიერ და ამ ასაკობრივი ჯგუფისთვის ყველაზე ეფექტურ მიდგომად ითვლება.

ნაბეჭდი საინფორმაციო მასალები და საინფორმაციო კამპანია

საქართველოში აივ პრევენციაზე მომუშავე ორგანიზაციებს სამიზნე ჯგუფებისათვის განკუთვნილი საინფორმაციო მასალების (ბუკლეტები, ლიფლეტები, პლაკატები, კალენდრები და ა.შ.) შექმნის საკმაოდ მდიდარი გამოცდილება აქვს. ასევე ფართოდ გამოიყენება ამ მასალების მომზადებისა და ტესტირების პროცესში სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენელთა ჩართვა.

საქართველოში ზოგადი მოსახლეობის ინფორმირების კამპანია, ძირითადად, ერთჯერადი აქციების ხასიათს ატარებს. დაბალი პრევალენტობის გამო, სახელმწიფო თუ დონორი ორგანიზაციების დაფინანსებით მიმდინარე პროგრამები ძირითიდად ითვალისწინებენ მიზანმიმართულ მუშაობას მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებთან, ხოლო ზოგადი მოსახლეობის განათლებაზე ან სტიგმის საწინააღმდეგო და დადებითთა უფლებების შესახებ საინფორმაციო კამპანიები წელიწადში მხოლოდ 2-ჯერ თუ იგეგმება (1 დეკემბერს - შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღის, ან მაისის თვის მესამე კვირას - შიდსით გარდაცვლილთა ხსოვნის საერთაშორისო დღის აღსანიშნავად). საგანმანათლებლო კამპანია უნდა იყოს რეგულარული ხასიათის დაუნდა იყენებდეს საინფორმაციო წყაროების ყველა შესაძლო საშუალებას.

აუთრიჩის, თანასწორთა განათლებისა და საინფორმაციო მასალების გამოყენებით ხდება სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენელთა მოცვა და გადამისამართება საკონსულტაციო ცენტრებში, სადაც მათ სთავაზობენ ანონიმურ, უფასო, კონფიდენციალურ კონსულტირებას და ტესტირებას აივ-ზე, ვირუსულ ჰეპატიტებზე და სქესობრივი გზით გადამდებ სხვა ინფექციებზე.

ეფექტური მიდგომები ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სფეროში

საქართველოს მოსახლეობაში აივ ინფექციის გავრცელება კვლავ დაბალ დონეზე რჩება, თუმცა სტაბილურად იზრდება მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებში. თუკი ეს ფაქტი უყურადღებოდ დარჩება, არსებობს იმის რეალური საშიშროება, რომ აივ ეპიდემია გასცდება ამ ჯგუფებს და ზოგად პოპულაციას მოიცავს. ამიტომ, ძალიან მნიშვნელოვანია ქართული რეალობის შესაბამისი ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის ისეთი სტრატეგიების შემუშავება, რომლებიც უზრუნველყოფს მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებში სარისკო ქცევების შემცირებას და თავიდან აგვაცილებს ეპიდემიის გენერალიზებას.

ამ ჯგუფების წარმომადგენლები ხშირად თავს იზოლირებულად, საზოგადოებისაგან მოწყვეტილად გრძნობენ. მათში ქცევის პოზიტიური ცვლილებების წასახალისებლად

აუცილებელია ტოლერანტული და მხარდამჭერი სოციალური გარემოს შექმნა, რაც, თავის მხრივ, გაზრდის მათ თვითშეფასებას და უბიძგებს იმისკენ, რომ იზრუნონ საკუთარ უსაფრთხოებაზე.

ამ ჯგუფების განსაკუთრებული მოწყვლადობის გამო, აუცილებელია ისეთი პოლიტიკის გატარება, რომელიც დაიცავს ამ ჯგუფების წარმომადგენელთა სამოქალაქო და ადამიანის უფლებებს, გაზრდის მათ ნდობას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუტების მიმართ. უაღრესად მნიშვნელოვანია მათი ჩართვა ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგიული დაგეგმვის პროცესში.

რაც უფრო შემცირდება თითოეული სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელთა იზოლაცია და თავდაცვით პოზიციაში ყოფნა, მით უფრო გაიზრდება იმის ალბათობა, რომ შეიცვალოს მათი სარისკო ქცევა უფრო უსაფრთხო ქცევით. ასევე, რაც უფრო ნაკლები იქნება საზოგადოებაში გამკიცხავი და მადისკრიმინირებელი განწყობა ამ ადამიანების მიმართ, მით უფრო გაიზრდება მათი ნდობა და თვითშეფასება. ამის მიღწევა კი შეიძლება მათში სოციალური და კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების გამომუშავებითა და კონსულტირებისა და ტესტირების ადვილად ხელმისაწვდომი სერვისების შეთავაზებით.

ინფორმაცია განსჯისათვის

უკვე დიდი ხანია, პრევენცია აღარ ჯერდება ისეთი ერთმნიშვნელოვანი გზავნილების გამოყენებას, რომლებიც მარტივად კარნახობს მოწყვლად ჯგუფებს, რა უნდა გააკეთონ. მხოლოდ ცოდნაზე დაფუძნებული პრევენციული სტრატეგიები რომ საკმარისი არ არის, ამის კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს თამბაქოს მწეველები, რომელთა უმრავლესობამ კარგად იცის, რომ მოწევა იწვევს ნაადრევ სიკვდილს. ქცევის შეცვლის კომუნიკაცია იყენებს უფრო დახვეწილ და სიღრმისეულ სტრატეგიებს, რომლებიც ითვალისწინებს გარემო ფაქტორების ზემოქმედებას ცოდნაზე, განწყობებსა და ქცევაზე და რომლებიც, როგორც აღმოჩნდა, უფრო მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ქცევის შეცვლაზე.

ქცევის შეცვლა პროცესია, რომელიც მოიცავს მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენელთა მიერ იმის გაცნობიერებას, თუ რაში მდგომარეობს პრობლემა, რატომ არის ეს მათთვის მნიშვნელოვანი და რატომ უნდა მიიღონ გადაწყვეტილება, რომ ჯანმრთელობისათვის საზიანო ქცევა შეცვალონ. მშრალი ინფორმაციის მიწოდება სრულიად არ არის საკმარისი ქცევის შესაცვლელად. ადამიანმა უნდა გაითავისოს, რა სარგებელს მოუტანს შეცვლილი ქცევა თავად მას და მის გარემოცვას და მხოლოდ ამის შემდეგ მიიღოს გადაწყვეტილება, მაღალი რისკის შემცველი ქცევა შეცვალოს უფრო უსაფრთხო ქცევით.

პიროვნებათაშორისი (ინტერპერსონალური) კომუნიკაცია

მსმ-ები, სექს-მუშაკი ქალები, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები ზოგადი პოპულაციის შედარებით მცირე ნაწილს წარმოადგენენ. მათთვის მიზანმიმართული გზავნილების მიწოდება მასობრივი კომუნიკაციის საშუალებით ნაკლებად ეფექტურია. შესაბამისად, აქცენტი უნდა გაკეთდეს ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის ისეთ მიდგომებზე, როგორიცაა ინდივიდუალურ დონეზე და მცირე ჯგუფებთან მუშაობა.

პიროვნებათაშორისი კომუნიკაციის მიდგომები მოქმედებს ძირითადად პერსონალურ ფაქტორებზე, როგორიცაა ცოდნა, განწყობები, განზრახვა, უნარები და თვითშეფასება. გამოიყენება შემდეგი ტექნიკები: ინდივიდუალური კონსულტირება, წყვილის კონსულტირება, დისკუსია მცირე ჯგუფებში და უნარების დემონსტრირება. სერვისების პაკეტში უნდა ჩაიდოს აგრეთვე რისკის შემცირებისათვის აუცილებელი სხვადასხვა უნარ-ჩვევის გავარჯიშება და ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება. დადასტურებულია, რომ ჩარევა, რომელიც ხორციელდება თავად სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლების, მაგალითად, თანასწორგანმანათლებლების მიერ, პოზიტიურ შედეგს იძლევა ფარული პოპულაციის მოცვის გაზრდის თვალსაზრისით. ძალიან კარგია, თუკი ნებისმიერი ინტერვენციის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში მონაწილეობას მიიღებენ სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლები. ერთი მხრივ, ეს ხელს შეუწყობს ადეკვატური მიდგომების შემუშავებას და, მეორე მხრივ, გაზრდის სამიზნე პოპულაციის

წარმომადგენელთა ნდობას. ასევე, სტრატეგიული დაგეგმვის საწყის ეტაპზევე სამიზნე ჯგუფებიდან შერჩეული ლიდერების ჩართვა ზრდის წარმატების შანსს.

თანასწორთა და საზოგადოებრივი ნორმების შეცვლა

თანსწორთა და საზოგადოებრივი ნორმების შეცვლა საკმაოდ რთული ამოცანაა, მაგრამ ინდივიდუალურ დონეზე ქცევის შეცვლა უფრო გართულდება, თუკი კოლექტიური ნორმების შეცვლის მეშვეობით ვერ მოვახერხებთ მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებისათვის მხარდამჭერი ატმოსფეროს უზრუნველყოფას. ამის მიღწევა შესაძლებელია მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენელთა და საზოგადოებრივი ლიდერების, მათ შორის, იურისტებისა და მედიცინის მუშაკთა ერთობლივი მუშაობით.

კვლევის არეალის გაფართოება მოწყვლადი ჯგუფების ქცევის შესასწავლად

ქცევის შესასწავლად რაციონალური სტრატეგიის შექმნის საფუძველს კვლევა წარმოადგენს - ერთი მხრივ, სტრატეგიული დაგეგმვა უნდა ემყარებოდეს მეცნიერულ მტკიცებულებებს და, მეორე მხრივ, სტრატეგიის განხორციელების ეფექტიც ასევე კვლევის შედეგად უნდა შეფასდეს. ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის ეფექტური სტრატეგიები, უპირველეს ყოვლისა, დაფუძნებულია სამიზნე ჯგუფების სარისკო ქცევების, ქცევის შეცვლის ბარიერებისა და პოზიტიური ქცევის ხელშემწყობი ფაქტორების შესწავლაზე.

საქართველოში არსებობს იმის პოტენციალი, რომ ჩატარდეს თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი კვლევები ქცევის შესასწავლად და სწორედ არსებული კვლევები დაედოს საფუძვლად ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგიულ დაგეგმვას; თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ საჭიროა დამატებითი კვლევა მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფების ქცევის თავისებურებებში უკეთ გარკვევის მიზნით. ამავე დროს, ძალიან მნიშვნელოვანია იმის შესწავლა, თუ როგორ ზემოქმედებას ახდენს სოციალური გარემოს შეცვლა ქცევით მახასიათებლებზე.

საინფორმაციო მასალები

ქართული არასამთავრობო ორგანიზაციები უპირატესობას ანიჭებენ ე.წ “მცირე მედიის” ნიმუშების (ბუკლეტები, ბროშურები, ლიფლეტები) გამოყენებას. ამ ნაზეჭდ საინფორმაციო მასალებში საკმაოდ დიდი ადგილი ეთმობა ტექსტს, ხოლო ილუსტრაციების სახით, ძირითადად, აბსტრაქტული სიმბოლოები ან დახატული პერსონაჟები გამოიყენება. იშვიათად შეხვდებით პოზიტიური დატვირთვის მქონე ვიზუალურ ხატებს, სადაც ნაჩვენებია რეალური ადამიანები, რომლებმაც მოახერხეს ქცევაში დადებითი ცვლილებების განხორციელება.

მიუხედავად იმისა, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციები თავიანთ საქმიანობაში აქტიურად იყენებენ გასვლით ტექნიკას (აუთრიჩს), პრაქტიკულად არ არსებობს ისეთი საინფორმაციო მასალა, რომელიც აუთრიჩის მუშაკებს სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლებთან მუშაობას გაუადვილებდა. საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ კომუნიკაციის ხარისხი მნიშვნელოვნად უმჯობესდება, თუკი გასვლითი სესიის დროს პერსონალი იყენებს დამხმარე მასალას ილუსტრირებული გზამკვლევის სახით, რომელიც მნიშვნელოვნად გააადვილებს ძირითადი გზავნილების გადაცემასა და პირისპირ კომუნიკაციას.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ქცევის შეცვლასა და პრაქტიკულ უნარებზე აქცენტის გარეშე (მაგალითად, როგორ დავითანხმოთ პარტნიორი კონდომის გამოყენებაზე, როგორ გავასუფთაოთ ნახმარი საინექციო მოწყობილობა), მხოლოდ მშრალი ინფორმაციის გადაცემა ნაკლებად ეფექტურია.

დაინტერესებული პირების ჩართვა

მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებისათვის ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის შემუშავების დროს ყველაზე დიდ სირთულეს წარმოადგენს ისეთი მიდგომების შემუშავება, რომლებიც საშუალებას მისცემს აივ-პრევენციის სპეციალისტებს, ადვილად

მისწვდნენ ამ ჯგუფების წარმომადგენლებს და მოახერხონ მათი ჩართვა პრევენციულ საქმიანობაში.

მოწყვლად ჯგუფებში ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის წარმატებით განხორციელების უმნიშვნელოვანესი ელემენტი არის სტრატეგიის დაგეგმვის დაწყებისთანავე ამ ჯგუფების წარმომადგენელთა პროცესში ჩართვა. ეს ადამიანები ყველაზე უკეთ იცნობენ სამიზნე პოპულაციას და თანასწორთა მხრიდან ბევრად მეტი ნდობით სარგებლობენ, ვიდრე პრევენციული სამსახურების პერსონალი. მათი აქტიური ჩართულობა მნიშვნელოვნად ზრდის იმის შანსს, რომ ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგია გასაგები და მისაღები იქნება ბენეფიციარებისათვის. ამავე დროს, ამ ადამიანების მონაწილეობა დაეხმარება პრევენციის სპეციალისტებს გადაწყვეტილებების მიმღებ პირებთან ეფექტური საადვოკაციო საქმიანობის განხორციელებაში და ხელს შეუწყობს მოწყვლადი ჯგუფებისადმი სტიგმის შემცირებას.

აუთრიჩი თანასწორთა მონაწილეობით

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, აღიარებულია აუთრიჩის ეფექტურობა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან, კომერციული სექსის მუშაკებთან, მსმებთან და მამრობითი სქესის მოზარდებთან. თანასწორებზე ორიენტირებული მიდგომები ეფექტურია იმის გამო, რომ მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლები ბევრად უფრო გახსნილად საუბრობენ თავიანთ თანასწორებთან სექსუალობისა და რისკის შემცირების სტრატეგიების შესახებ. ამ ორი მიდგომის გაერთიანება კიდევ უფრო კარგ შედეგს იძლევა. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ რაც უფრო ინტენსიურად ხორციელდება აუთრიჩი თანასწორთა მონაწილეობით და რაც უფრო ინტერაქტიურია სამიზნე პოპულაციის წარმომადგენლებსა და თანასწორგანმანათლებლებს შორის კონტაქტი, მით უფრო მაღალია მოწყვლადი ჯგუფების მიმღებლობა ქცევის შეცვლის რეკომენდაციის მიმართ. აუთრიჩი თანასწორთა მონაწილეობით ხორციელდება სამიზნე ჯგუფების წინასწარ შერჩეული და დატრენინგებული წარმომადგენლების მიერ, რომლებიც თავიანთ თანასწორებთან კონტაქტს ამყარებენ მათ საცხოვრებელ ბინებში ან თავშეყრის ადგილებზე.

ეს მიდგომა საქართველოში გარკვეულ პრობლემებს აწყდება - ძალიან რთულია თანასწორგანმანათლებლების ინტერესის ხანგრძლივი დროით შენარჩუნება წამახალისებელი (ფულადი ან არაფულადი) სტიმულის გარეშე – გარკვეული დროის შემდეგ მათ მოხალისედ მუშაობის ინტერესი უქრებათ, მით უმეტეს, რომ მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლებს საკმაოდ სერიოზული მატერიალური პრობლემები აქვთ.

ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება სამიზნე ჯგუფებთან

კონტაქტისათვის ახალი ტექნოლოგიები, როგორიცაა სატელეფონო ცხელი ხაზი, მოკლე ტექსტური შეტყობინება, ინტერაქტიური დიგიტალური მედია-საშუალებები – ინტერნეტი/სოციალური მედია (ვებ-გვერდები, სკაიპი, ფეისბუქი) შეიძლება გამოყენებული იყოს მოწყვლად ჯგუფებთან კონტაქტის დასამყარებლად და მათთვის პრევენციული გზავნილების მისაწოდებლად.

ქართულმა არასამთავრობო ოგანიზაციებმა გარკვეულ წარმატებებს მიაღწიეს ინტერნეტის გამოყენებით მსმებთან მუშაობის თვალსაზრისით – იმ ვებ-საიტებზე, რომლებსაც ხშირად სტუმრობენ ამ ჯგუფის წარმომადგენლები, განათავსეს პრევენციული გზავნილები და ინფორმაცია, ასევე სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების სარეკლამო ბანერები.

მოწყვლადი ჯგუფების სტიგმატიზაციის გათვალისწინებით, ახალი ტექნოლოგიების გამოყენებით დისტანციურად ინფორმაციის მიწოდება ანინიმურობის შენარჩუნების გარანტიას იძლევა და მომხიბლავია ამ ჯგუფების წარმომადგენლებისთვის.

თუმცა, ახალი ტექნოლოგიების გამოყენებით ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის დაგეგმვის დროს აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული ქართული საზოგადოების თავისებურებები. ერთ-ერთი საინფორმაციო კამპანია, რომელიც ჩატარდა გასულ წელს, გულისხმობდა მობილური სატელეფონო კავშირის აბონენტებისათვის ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრევენციული გზავნილების (“იცოდეთ და სხვებსაც უთხარით, რომ...”) მოკლე ტექსტური შეტყობინებით გაგზავნას. ამ გზავნილებმა აბონენტთა გარკვეული ნაწილის შეშფოთება და უარყოფითი რეაქცია გამოიწვია.

ასევე, მხედველობაშია მისაღები საზოგადოების უდიდესი ნაწილის მკვეთრად უარყოფითი დამოკიდებულება მსმებისა და კომერციული სექსის მუშაკების მიმართ და ამ ჯგუფებისთვის კომუნიკაციური გზავნილების დაგეგმვა და საკომუნიკაციო არხების შერჩევა განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს. სექს-მუშაკებისა და ჰომოსექუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებისთვის სპეციფიკური და მკაფიო პრევენციული გზავნილები და მასალები უნდა ვრცელდებოდეს ინტერპერსონალური კომუნიკაციის დონეზე და არა მასობრივი საინფორმაციო საშუალებების მეშვეობით.

რაც შეეხება მამრობითი სქესის მოზარდებსა და ახალგაზრდებს, საქართველოს მოსწავლეთა და სტუდენტთა უდიდეს ნაწილს გააჩნია ინტერნეტთან ყოველდღიური წვდომა, ამიტომ მათთან კონტაქტის დამყარება და ინფორმაციის გაცვლა ბევრად უფრო ადვილია, იქნება ეს ონლაინ-დისკუსია, თუ კონსულტირება ინტერნეტის მეშვეობით.

საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ელექტრონული მედია საშუალებების გამოყენებით ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ინფორმაციის გავრცელება ზრდის სამიზნე პოპულაციის მოცვას და ხელს უწყობს პრევენციული სამსახურების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას.

სტიგმა და მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფები

მოსახლეობაში, ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებში და თავად მოწყვლად ჯგუფებში სტიგმის ხელმშემწყობ ყველაზე დიდ ფაქტორს წარმოადგენს ცოდნის დეფიციტი იმის შესახებ, თუ როგორ გადაეცემა და როგორ არ გადაეცემა აივ-ი. საყოფაცხოვრებო კონტაქტებით დაინფიცირების შიში სტიგმის ძირითად მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს, რასაც ხელს უწყობს გავრცელებული აზრი იმის შესახებ, რომ მოწყვლად ჯგუფებთან საყოფაცხოვრებო კონტაქტით იზრდება ინფიცირების ალბათობა.

ამ მცდარი წარმოდგენების ჩამოყალიბებისთვის გარკვეული პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებსაც ეკისრება. არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ მედიცინის

მუშაკები უარს ამბობენ აივ პოზიტიური ადამიანების მომსახურებაზე და მათთან უბრალო კონტაქტსაც კი გაურბიან დაინფიცირების შიშის გამო.

აივ/შიდსთან ასოცირებულმა სხვადასხვა მეტაფორამ თავისი წვლილი შეიტანა მცდარი სტერეოტიპების ჩამოყალიბებაში. მაგალითად, საზოგადოების მიერ აივ ინფექცია ხშირად აღიქმება როგორც “სხვების” დაავადება; სხვებში კი უმთავრესად მოიაზრებენ იმ ადამიანებს, რომლებიც ხშირად სტიგმატიზებულია გარკვეული მიზეზების გამო. მაგ.: სქესობრივი ორიენტაცია, ნარკოტიკების მოხმარება, სექს-ბიზნესში ჩართულობა – ყველა ეს ფაქტორი ადამიანებს საბაბს აძლევს, უარყონ ის ფაქტი, რომ ისინიც რისკის ქვეშ იმყოფებიან და შეიძლება დაავადდნენ.

საზოგადოების ამ განწყობას კიდევ უფრო აძლიერებს დამკვიდრებული ტერმინი - “მაღალი რისკის ჯგუფები”, როგორც ხშირად უწოდებენ მოწყვლად, ანუ მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებს. ტერმინის - “მაღალი რისკის ჯგუფები” - გამოყენებისას იქმნება ილუზია, რომ ის, ვინც თავს არ მიაკუთვნებს ამ ჯგუფებს, დაცულია ინფექციისგან. გარდა ამისა, ეს ტერმინი გულისხმობს, რომ ინფიცირების რისკი მხოლოდ ჯგუფის შიგნით არსებობს, და ადამიანები ფიქრობენ: «მე ნარკოტიკს არ მოვიხმარ, არც მეძავი ვარ, ამიტომ აივ ინფექციის საფრთხე მე არ მემუქრება». დაინფიცირების რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს არა რომელიმე ჯგუფისადმი მიკუთვნებულობა, არამედ ისეთი ქცევა, რომელიც კონკრეტული ინდივიდის ინფიცირების საფრთხეს ზრდის.

იმის გამო, რომ აივ-ეპიდემია მარგინალიზებულ ჯგუფებთან და საზოგადოებისათვის მიუღებელ ქცევასთან ასოცირდება, ნებისმიერი აივ პოზიტიური ადამიანი აღიქმება, როგორც მარგინალური ჯგუფის წარმომადგენელი, და ზოგიერთ მათგანს შეიძლება ისეთი იარლიყი მიაკრან, რომელიც სინამდვილეს არ შეესაბამება. მაგალითად, მამაკაცები არ ამხელენ საკუთარ აივ-სტატუსს იმის შიშით, რომ მათ ჰომოსექსუალებად ჩათვლიან. ზუსტად ასევე, ქალები არ ლაპარაკობენ თავიანთ სეროსტატუსზე, რადგან მათ დაუყოვნებლივ მიაკრავენ “საეჭვო ყოფაქცევის” ან სექსბიზნესის წარმომადგენლის იარლიყს.

მეორე მხრივ, აივ ეპიდემია აძლიერებს ცალკეული ადამიანების ან ადამიანთა ჯგუფების სტიგმატიზაციას, რომლებიც ისედაც საზოგადოებისაგან იზოლირებულნი არიან და ეს მათ კიდევ უფრო მოწყვლადს ხდის ინფექციის მიმართ. ამ მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლები უფრო დათრგუნულად გრძნობენ თავს, რადგან ირგვლივმყოფები ეჭვობენ, რომ ისინი დადებითნი არიან აივ-ით. ეს კიდევ უფრო ართულებს ამ ჯგუფებთან მუშაობას.

გამომდინარე ყოველივე ზემოთქმულიდან, ძალიან მნიშვნელოვანია სტიგმის შემცირებაზე მიმართული მასობრივი საინფორმაციო კამპანიების წარმოება, სადაც ძირითადი აქცენტი გაკეთებული იქნება საზოგადოებაში დამკვიდრებული ცრუ წარმოდგენების და სტერეოტიპების აღმოფხვრაზე.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 11

- ინტერვიუ სოციალურ სამუშაოში
- ინტერვიუს ჩატარების ძირითადი ტექნიკები
- პირველი ინტერვიუ კლიენტთან
- ინტევიუს ჩატარებისათვის აუცილებელი ტექნიკები
- ინტერვიუს დასასრული
- ეფექტური კონსულტანტი/სოციალური მუშაკი ტრანსაქციული ანალიზის მიხედვით

ინტერვიუ სოციალურ სამუშაოში

ინტერვიუს ჩატარების ძირითადი ტექნიკები

პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკისათვის ინტერვიუ წარმოადგენს კლიენტთან მუშაობის უმთავრეს მეთოდს. სხვა სიტყვებით, ინტერვიუირება განიხილება, როგორც "სოციალური მუშაკის ყველაზე ფუნდამენტალური აქტივობა". სოციალური სამუშაოს ინტერვიუ ორიენტირებულია სოციალური სამუშაოს შინაარსზე და მიზნად ისახავს სოციალური სამუშაოს მიზნების მიღწევას.

ინტერვიუს აქვს თავისი მიზანი, სტრუქტურა, მიმართულება და ფოკუსი. ინტერვიუს მიზანია კლიენტსა და პრაქტიკოსს შორის ინფორმაციის გაცვლა, რომელიც მიგვიყვანს სტრატეგიების დაგეგმვასა და პრობლემის გადაჭრამდე. სტრუქტურა, მიმართულება და ფოკუსი ცვალებადობს იმის მიხედვით, თუ სად, ვისთან და რა ვითარებაში ტარდება ინტერვიუ.

ინტერვიუს წარმატებისათვის მნიშვნელოვანია რაპორტის (ეფექტური კომუნიკაცია, კლიენტის მუშაობის პროცესში წარმატებული ჩართვა, მისი ნდობის მოპოვება) დამყარება და ყურადღების კლიენტის აქტუალურ პრობლემებსა და ემოციურ მდგომარეობაზე წარმართვა.

ინტერვიუს საშუალებით უნდა ხორციელდებოდეს:

- სიტუაციაში გარკვევა
- არსებითი ინფორმაციის ამოღება
- კლიენტის ემოციური ფუნქციონირების შეფასება
- კლიენტის კოგნიტური ფუნქციონირების შეფასება
- გარკვევა იმაში, თუ რა ტრავმები აქვს კლიენტს გადატანილი

- გარკვევა იმაში, თუ რა მოლოდინები აქვს კლიენტს პრაქტიკოსთან მუშაობის მიმართ
- მიზნებზე შეთანხმება და კონტრაქტი

შემდეგი ფაქტორები (ტექნიკები) უწყობენ ხელს ინტერვიუს წარმატებას:

- ემპათია და ემპათიური მოსმენა: თანდასწრება და მინიმალური მხარდაჭერა
- პერეფრაზირება: კლიენტის მონათხრობის მისთვის სხვა სიტყვებით მიწოდება
- რეფლექსია (შინაარსების და გრძნობების)
- შეჯამება
- ეფექტური გადასვლები
- ინტერპრეტაცია
- თვითგახსნა

პირველი ინტერვიუ კლიენტთან

პირადი ინტერვიუს დაწყებამდე საჭიროა გარკვეული მოსამზადებელი სამუშაოების ჩატარება.

- კლიენტის შესახებ თქვენს ხელთ არსებული ინფორმაციის დამუშავება (მომართვის ფორმა, დემოგრაფიული ინფორმაცია, სამედიცინო ისტორია, პირადი საქმე და ა.შ);
- ინტერვიუს ჩატარების ადგილისა და დროითი ჩარჩოების განსაზღვრა (რეკომენდებულია ინტერვიუს წყნარ, განცალკევებულ ადგილას ჩატარება. დროის თვალსაზრისით, უმჯობესია ინტერვიუ 50-60 წთ-ის განმავლობაში გრძელდებოდეს);
- ინტერვიუს სტრუქტურის დაგეგმვა (გამოვიყენებთ თუ არა ინტერვიუს რაიმე ფორმას).

- ჩანაწერების გაკეთების საკითხი (ზოგი სოციალური მუშაკი კლიენტთან საუბრისას ამჯობინებს არ გააკეთოს ჩანაწერები, მაშინ როცა სხვათა აზრით მიზანშეწონილია ჩანაწერების ინტერვიუს მსვლელობისას გაკეთება, რათა მოგვიანებით შესაძლებელი იყოს კლიენტისაგან მიღებული ინფორმაციის აღდგენა. ასევე მიღებულია კლიენტთან საუბრის მაგნიტოფონზე ჩაწერა, მხოლოდ ამასთან დაკავშირებით აუცილებელია კლიენტის ნებართვის მოპოვება).

კლიენტთან შეხვედრის დროს სოციალურმა მუშაკმა უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი:

- თუ კლიენტს ოფისში ხვდებით, მისი შემოსვლისთანავე ფეხზე ადექით და საკუთარი თავი წარუდგინეთ; მიუთითეთ იმ ადგილის შესახებ, სადაც გსურთ რომ დაჯდეს. თუ კლიენტს ოფისის გარეთ ხვდებით (მის სახლში, ნეიტრალურ ტერიტორიაზე), მაშინ აუცილებელია პირადობის მოწმობისა წარდგენა და იმ ორგანიზაციის დასახელება, რომელსაც თქვენ წარმოადგენთ;
- ყურადღებით შეარჩიეთ ადგილი, სადაც დასხდებით. დარწმუნდით, რომ ფიზიკური ფაქტორების ზეგავლენა კომუნიკაციაზე ან რაიმე ბარიერი გამორიცხულია. მაგალითად, თუ ინტერვიუს ატარებთ ოფისში, თქვენსა და კლიენტს შორის არ უნდა იყოს მაგიდა; არ უნდა ისხდეთ სხვადასხვა სიმაღლის სკამებზე;
- გაითვალისწინეთ, რომ სასურველია კლიენტი ინტერვიუზე მარტო მოვიდეს. სხვა ადამიანების დასწრებამ შეიძლება შეზღუდოს ადამიანი, იყოს სოციალურ მუშაკთან ბოლომდე გულახდილი. შეეცადეთ, რომ არ უპასუხოთ სატელეფონო ზარებს, ასევე თავიდან აიცილეთ კოლეგების შემოსვლა ოთახში ინტერვიუს მსვლელობისას. ხმაურმა შეიძლება გაუფანტოს კლიენტს ყურადღება ან დაძაბოს იგი;
- ყურადღება მიაქციეთ თქვენს ჩაცმულობას. სასურველია, რომ ინტერვიუს ჩატარებისას აკადემიურ, სადა სამოსს მიანიჭოთ უპირატესობა;

- განუმარტეთ კლიენტს კონფიდენციალურობის პრინციპი და მისი შეზღუდვები. გახსოვდეთ, რომ კლიენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია ყოველთვის კონფიდენციალურია, გარდა შემდეგი შემთხვევებისა:

1. თუ კლიენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის გაცემა სოციალურ მუშაკს კანონის მიერ ევალება;
2. თუ კლიენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია საფრთხეს უქმნის თავად კლიენტს ან სხვა პირს;
3. თუ არსებობს კლიენტის წერილობითი თანხობა მესამე პირის/უწყებისათვის ინფორმაციის გაცემის თაობაზე.
4. თუ შემთხვევის განხილვას აქვს პროფესიული ხასიათი (შემთხვევის კონფერენცია, სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულ მომსახურებით მიმწოდებელთან ინფორმაციის გაცვლა და სხვა).

ინტერვიუს ჩატარებისათვის აუცილებელი უნარები

- "გამხსნელი (ღია) კითხვა"- რა არის ის, რამაც ჩემამდე მოგიყვანათ?
- ინტერვიუს მსვლელობისას იყავით გულისხმიერი და კლიენტს თავი მაქსიმალურად კომფორტულად აგრძნობინეთ. არავითარ შემთხვევაში არ მიიღოთ თავდაცვითი ან კონფრონტაციული პოზა.
- აკონტროლეთ თქვენი ხმა და ხმის ტონი _ თქვენს ხმაში არ უნდა იგრძნობოდეს აგრესია, დადანაშაულება ან მუქარა.
- აირჩიეთ ინტერვიუს ჩატარების საშუალო ტემპი. ნუ დააჩქარებთ კლიენტს, გამოიყენეთ პაუზები კითხვებს შორის, მაგრამ თავი აარიდეთ ინტერვიუს პროცესის მეტისმეტად გაწელვასაც, რადგან ეს კლიენტის მოდუნებას გამოიწვევს.
- ინტერვიუს ეფექტურად ჩატარებისათვის აუცილებელია კლიენტთან რაპორტის დამყარება.

- გამოიყენეთ აქტიურად მოსმენისა და პერიფრაზირების ტექნიკები. ყურადღება და აქტიური მოსმენა სოციალური სამუშაოს ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია და ითვალისწინებს:
  1. თვალებით კონტაქტს (მხოლოდ არა გამომწვევს);
  2. ბგერების გამოყენებას (მაგ, აჰა, მ-მ) და არავერბალურ კომუნიკაციებს (თავის დაქნევა), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ თქვენ ყურადღებით უსმენთ კლიენტს;
  3. აღქმას არა მხოლოდ იმის, თუ რას ამბობს კლიენტი, არამედ იმისაც, თუ როგორ აკეთებს ამას. ყურადღება მიაქციეთ კლიენტის სიტყვებს, ხმის ტონს, პოზას, არავერბალურ კომუნიკაციას.

- პერიფრაზირება არის კლიენტის სიტყვების შეჯამება და გადმოცემა იმისათვის, რომ გადამოწმდეს კლიენტის ნათქვამისა და ჩვენს მიერ აღქმულის შესაბამისობა. პერიფრაზირება გვეხმარება იმის დაზუსტებაში, თუ რამდენად სწორად გავიგეთ კლიენტის ნათქვამი ან კლიენტის მიერ სიტუაციის შეფასება.
- დაეხმარეთ კლიენტს პრობლემის იდენტიფიკაციაში (განსაზღვრაში). იმისათვის, რომ კლიენტთან მუშაობა წარმატებული პროცესი იყოს, საჭიროა სოციალურმა მუშაკმა და კლიენტმა მოახდინონ პრობლემის სწორი იდენტიფიკაცია ინტერვიუს მსვლელობის დროს, რათა მოხდეს საჭირო ჩარევის სწორად დაგეგმვა.
- ინტერვიუს დროს აწარმოეთ მაქსიმალურად მიზანორიენტირებული და ეფექტური გამოკითხვა. გახსოვდეთ, რომ ინტერვიუს დროს კითხვების დასმა არის მრავალმიზნობრივი და ემსახურება: ინფორმაციის მიღებას, კლიენტის აზრების, გრძნობების, ფიქრების და შეხედულებების გაგებას და ეხმარება კლიენტს და სოციალურ მუშაკს, ნებისმიერ მომავალ სამუშაოზე შეთანხმების მიღწევაში.
- დასვით ღია შეკითხვები მაგ: როგორ გრძნობთ თავს? ამგვარად დასმული კითხვა კლიენტს საშუალებას აძლევს მისი პასუხი იყოს უფრო სრული და ამომწურავი, ვიდრე შეკითხვა - გაბრაზდით?

- თავი აარიდეთ კითხვის რატომ? ხშირ გამოყენებას. მაგალითად, ნაცვლად კითხვისა, თუ რატომ გაიქეცით სამშობიარო სახლიდან, უნდა იკითხოთ: რა იყო მიზეზი ან რამ გაიძულათ გაქცეულიყავით სამშობიარო სახლიდან? ეს კითხვა არ არის განსჯითი და იძლევა სრული პასუხის შესაძლებლობას.
- ნუ დასვამთ რამოდენიმე შეკითხვას ერთდროულად. კლიენტს შეიძლება დაავიწყდეს წინა შეკითხვა, სანამ ბოლოს მოისმენს. მაგალითად, თუ სოციალური მუშაკი კითხულობს: რა რეაქცია გქონდათ, როდესაც შეიტყვეთ რომ ორსულად ხართ? სად არის ბავშვის მამა? სად ცხოვრობდით? ამ დროს მნიშვნელოვანი ინფორმაციის დაკარგვის დიდი საშიშროებაა. დასვით თითო შეკითხვა და დაელოდეთ კლიენტის პასუხს.
- ნუ დაეხმარებით კლიენტს პასუხის გაცემაში. მან შეიძლება ჩათვალოს, რომ უმჯობესია მხოლოდ თავის დაქნევით დაგეთანხმოთ ან გაბრაზდეს.
- ნუ დაუსვამთ კლიენტს მიმმართველ შეკითხვებს, ანუ ისეთ შეკითხვებს, რომლებიც კლიენტს თქვენთვის სასურველი პასუხისაკენ უბიძგებს. მაგ. როდესაც ქმარმა მიგატოვათ თქვენ თავს უსუსურად გრძნობდით, ხომ ასეა?
- ნუ გადახვალთ დაუყოვნებლივ შემდეგ შეკითხვაზე. გახსოვდეთ, რომ ინტერვიუს ეფექტურობისათვის, თქვენ გჭირდებათ რაც შეიძლება მეტი ინფორმაციის შეგროვება. ინტერვიუ - ეს არ არის კითხვარი. ეს არის საუბრის ჩატარება გარკვეული მიზნით.
- თავი აარიდეთ სტერეოტიპების ზეგავლენასა და წინასწარი განწყობის შექმნას.
- გახსოვდეთ შერჩევით მოსმენის და კეთილად განწყობის ეფექტის საშიშროება.

1. შერჩევითი მოსმენა ხდება მაშინ, როდესაც ჩვენ უკვე გვაქვს გარკვეული შეხედულება კლიენტზე (სტერეოტიპი) და შემდგომ გვესმის მხოლოდ ის, რაც შეესაბამება ამ სტერეოტიპს. სხვა დანარჩენი ჩვენ ან არ გვესმის ან არასწორად ვიგებთ კვლავ სტერეოტიპიდან გამომდინარე.

2. კეთილად განწყობის ეფექტი იქმნება მაშინ, როდესაც ჩვენ ვხედავთ მსგავსებას კლიენტთან. მაშინ, ჩვენ გვესმის ის, რაც მიუთითებს კლიენტის დადებით მხარეებზე და იგნორირებას ვუკეთებთ სხვა დანარჩენს, რაც არ ჯდება აღნიშნული შეხედულების ჩარჩოებში.

- მოერიდეთ პროფესიული ან სხვა რაიმე ტიპის ჟარგონის გამოყენებას. ისაუბრეთ გასაგები ენით. დარწმუნდით, რომ კლიენტს ესმის თქვენი.
- ხშირად გაიმეორეთ კლიენტის ნათქვამი. გამეორება ემსახურება ორ მიზანს: პირველი - აძლევს კლიენტს საშუალებას უფრო დაწვრილებით გამოთქვას თავისი აზრები, მეორე - გეხმარებათ გაიგოთ, რამდენად სწორად გაუგეთ კლიენტს
- იყავით პირდაპირი კლიენტთან. თუ რაღაც ვერ გაიგეთ, სთხოვეთ განგიმარტოთ
- თუ კლიენტი ამბობს იმას, რაც ეწინააღმდეგება მის წინა გამონათქვამს, გახსოვდეთ შემდეგი:

1. ნუ გაუკეთებთ ამას იგნორირებას - შეეცადეთ უკეთ გაუგოთ კლიენტს და გაერკვიოთ სიტუაციაში.
2. შეინარჩუნეთ არააგრესიული და არაგანმკიცხავი საუბრის ტონი, პოზა.
3. დაფიქრდით, რამ მიიყვანა კლიენტი აშკარა ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრებამდე. მაგ. შეიძლება კლიენტი თავს უხერხულად გრძნობდეს და აქედან გამომდინარე, დაბნეულადაც კი; იქნებ მას ეშინია სიმართლის თქმა? ან იქნებ, თქვენ ვერ გაუგეთ კლიენტს.

- არ გაუკეთოთ იგნორირება კლიენტის სიტყვებს, თუ კლიენტი მიგანიშნებთ რაიმე პრობლემაზე ან საზრუნავზე და შემდეგ სწრაფად ცვლის თემას. დაუბრუნდით ამ თემას მოგვიანებით, მიეცით კლიენტს ამ თემაზე უფრო დაწვრილებით საუბრის საშუალება.
- გამოიჩინეთ სენსიტიურობა კულტურული თავისებურებებისადმი

ინტერვიუს დასასრული

- დარწმუნდით იმაში რომ, როგორც თქვენთვის, ასევე კლიენტისათვის გასაგებია ვინ და რა უნდა გააკეთოს შემდგომში.
- დარწმუნდით იმაში, რომ თქვენს კლიენტს ჩაწერილი აქვს თქვენი სახელი და ორგანიზაციის დასახელება, მისამართი და ტელეფონი;
- თუ იგეგმება შემდგომი მუშაობა კლიენტთან, დარწმუნდით იმაში, რომ კლიენტთან მომავალი შეხვედრა ზუსტადაა შეთანხმებული;
- თუ ჯერ არანაირი სამუშაო არ დაგიგეგმიათ, აუცილებელია კლიენტმა იცოდეს, რომ სურვილის შემთხვევაში მას შეეძლება თქვენს ორგანიზაციასთან დაკავშირება. დარწმუნდით იმაში, რომ კლიენტმა იცის, როგორ დაგიკავშირდეთ.

ეფექტური კონსულტანტი/სოციალური მუშაკი ტრანსაქციული ანალიზის მიხედვით

თანამედროვე ტრანსაქციულ ანალიზში ეფეტური კონსულტანტი ითვალისწინებს უპირველეს ყოვლისა სამ ძირითად მოთხოვნას. ეს მოთხოვნებია: კლიენტის უზრუნველყოფა ნებართვით, დაცვით და საკუთარი პოტენციით (ქმედიუნარიანობით).

ნებართვით უზრუნველყოფა

ნებართვა გულისხმობს კლიენტის უზრუნველყოფას საკუთარი თავის, სხვა ადამიანთა და სამყაროს შესახებ ახალი გზავნილებით, რომელიც რეალისტურად ასახავს პიროვნების ზრდასრულ რესურსებსა და არჩევანის თავისუფლებას. კლიენტს შეუძლია მათი გამოყენება ძველი, შეზღუდული და დამანგრეველი გზავნილების სანაცვლოდ (რომლებიც შესაძლოა მან ბავშვობაში აითვისა).

მაგალითები:

"შენ გაქვს ფიქრის და გადაწყვეტილების მიღების უნარი";

"შენ ფასეული და საკმარისად კარგი ხარ";

"შენ შეგწევს უნარი გადარჩე და დაიკმაყოფილო შენი მოთხოვნილებები იმ შემთხვევაშიც კი, თუ დღე-ღამეს მუშაობაში არ გაასწორებ";

"როგორც ზრდასრული ადამიანი, შენ გადარჩები მაშინაც კი, თუ შენთვის ძვირფასი ადამინიანისაგან მხარდაჭერას ვერ მიიღებ".

დასაშვებია ამ გზავნილთა პირდაპირ (ვერბალურად) გადაცემაც, თუმცა უფრო ეფექტური და გაცილებით მნიშვნელოვანია ნებართვის კონგრუენტულად[1] მოდელირება თავად თერაპევტის/სოციალური მუშაკის მხრიდან. მაგალითად, თუ გსურთ მიაწოდოთ კლიენტს გზავნილი: "შენ გაქვს ნათლად აზროვნების უნარი", შეგიძლიათ პირდაპირ უთხრათ ეს, მაგრამ იგი უფრო კარგად აღიქვამს ამ ნებართვას, თუ თქვენი ქცევით აჩვენებთ, რომ თავად გჯერათ ეს. მოდელირების ერთ-ერთი საშუალებაა თანამიმდევრულად შესთავაზოთ მას იფიქროს მის მიერ წამოწეულ თემებსა და გადაწყვეტილებებზე სესიის განმავლობაში (ან საშინაო დავალების სახით). ამ შემთხვევაში განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო, რომ კლიენტის ნაცვლად ფიქრის "ცდუნებას" თავი აარიდოთ (მაგალითად, თუ კლიენტისთვის დასმული შეკითხვა მასში დაბნეულობას გამოიწვევს, არ შეავსოთ მის მიერ გამოტოვებული სიტყვა ან არ დაეხმაროთ შესაბამისი შედარებისა თუ მეტაფორის მოძებნაში, არამედ დაელოდოთ, ვიდრე იგი საკუთარ პასუხს მოძებნის). მოდელირების განსხვავებული ხერხია აჩვენოთ მას, რომ თქვენ თავად ფიქრობთ და ნათლად აზროვნებთ.

ნებართვის მოდელირებისას კონგრუენტულობის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია თერაპევტს/სოციალურ მუშაკს თავად ჰქონდეს მიღებული ნებართვა, რომლის მოდელირებასაც აპირებს.

[1] საკუთარი ქცევისა და სიტყვების ურთიერთშესაბამისობის უზრუნველყოფა

დაცვით და საკუთარი პოტენციით უზრუნველყოფა:

თუ კლიენტი მიიღებს ნებართვებს, ბუნებრივია იგი დაიწყებს იმ დირექტივებისა და ინსტრუქციების დარღვევას, რომლებიც მან ბავშვობაში აითვისა. ეს ცვლილება გაუცნობიერებლად (ცნობიერების მიღმა) მან შესაძლოა აღიქვას რისკის შემცველად, ხშირად, სასიცოცხლო მნიშვნელობის საფრთხედაც კი. შესაძლოა მას შეეშინდეს ერთგვარი კატასტროფის (უარყოფილობის, განდევნილობის, მიტოვებულობის განცდები). ამდენად, გაუცნობიერებლად კლიენტი თერაპევტისგან/სოციალური მუშაკისგან ელის (და საჭიროებს კიდეც!) დაცვას საკუთარი კატასტროფიზირებული ფანტაზიებისაგან. ამავე დროს, ეს მოლოდინი გულისხმობს, რომ თერაპევტი/სოციალური მუშაკი ფლობს საკმარის პოტენციას და ძალას უზრუნველყოს კლიენტი საჭირო მხარდაჭერითა და დაცვით. მაგალითად, თქვენ მუშაობთ კლიენტთან, რომელსაც სურს უფრო თავისუფლად გამოხატოს საკუთარი განცდები და შესაბამისად, მიეცით მას ნებართვა: "შენ გაქვს უფლება თავისუფლად გამოხატო საკუთარი განცდები შენთვის, როგორც ზრდასრულისთვის მისაღები და უსაფრთხო ფორმით." თუ განცდების გამოხატვასთან დაკავშირებული შეზღუდვა გამომდინარეობს ჩვილობისას მის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებიდან -"თუ ჩემს განცდებს გამოვხატავ, დედა მიმატოვებს და აღარასოდეს დაბრუნდება", კლიენტი შესაძლოა, გაუცნობიერებლად კვლავ გრძნობების დაფარვის ამ ინფანტილურ მოტივაციას ჩაებღაუჭოს. იმისათვის, რომ მან თქვენს მიერ შემოთავაზებული ნებართვა რეალურად გამოიყენოს, "შეშინებული ბავშვის ნაწილი" კლიენტში ჯერ უნდა დარწმუნდეს, რომ თქვენ შეგწევთ ძალა დაიცვათ იგი მიტოვების/უარყოფის/დევნისა და სიკვდილისაგან (ანუ კატასტროფიზირებისაგან). კლიენტი მიაღწევს ამას, თუ იგი (იგივე ნაწილი მის პიროვნებაში) აღგიქვამთ თქვენ, როგორც ადექვატური ძალის მქონე და საჭირო დაცვის უზრუნველყოფისთვის შესაბამის პიროვნებას (ობიექტს).

კლიენტის დაცვის ინტრაფსიქიკურად უზრუნველყოფა გულისხმობს თერაპიულ ინტერვენციათა გარკვეულ თანამიმდევრობას (ე.წ. სათადარიგო სარქველების ბლოკირების პროცედურა), რომელიც ითვალისწინებს, ზოგადად ნებისმიერ კატასტროფიზირებულ

წარმოდგენათა ბლოკირებას. ამ წარმოდგენებზე მუშაობა მოიცავს სამი ძირითადი ფსიქოლოგიური საფრთხის: თვითმკვლელობის, მკვლელობის და ფსიქიკური აშლილობის პროფილაქტიკას (კატასტროფიზაცია სრულიად განსხვავებული ფორმულირებების მიუხედავად მუშაობის პროცესში საბოლოოდ ეხება ამ სამ ძირითად საფრთხეს). სათადარიგო სარქველების ბლოკირების პროცედურა ეტაპობრივ სამუშაოს წარმოადგენს და მკურნალობის სხვადასხვა საფეხურზე კლიენტის პრობლემატიკის სპეციფიკურობის შესაბამისად ანუ ადექვატური ინტენსივობით მუშავდება.

როგორც ნებართვის, ასევე დაცვისა და საკმარისი პოტენციის შესახებ გზავნილის გადაცემაც მოითხოვს, უპირველეს ყოვლისა, კონგრუენტულ მოდელირებას. ცვლილების პროცესში თერაპევტი/სოციალური მუშაკი დარწმუნებული უნდა იყოს კლიენტის დაცვისა და მხარდაჭერის საკუთარ უნარსა და ცოდნაში (რომ იგი უფრო დიდ ძალას ფლობს, ვიდრე კლიენტის "ფანტაზირებული" მშობელი). თერაპიულ სივრცეში მისი მუშაობა, თავისთავად უკვე წარმოადგენს პოტენციის ერთგვარ მოდელირებას. მაგალითად, თერაპევტი/სოციალური მუშაკი უკვე ფლობს ძალას, თუ კი მან იცის რას აკეთებს და რა მიზნით აკეთებს (ინტერვენციის ადექვატურად, დროულად და ეკონომიურად გამოყენება). თერაპევტის/სოციალური მუშაკის მხრიდან საკუთარი ფსიქოლოგიური პრობლემატიკის გაცნობიერების მაღალი ხარისხი, ცოდნა და ჯანსაღი ფუნქციონირება, თუნდაც არსებული პიროვნული თუ გარემოებრივი დაბრკოლებების გათვალისწინებით (მეუღლესთან გაყრის პროცესი, სამსახურეობრივი ან ეკონომიური პრობლემები, ურთერითობის პრობლემები და ა.შ.) პოტენციის მოდელირების კიდევ ერთი საშუალებაა. ამავედროს, მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ კლიენტისა და თერაპევტის/სოციალური მუშაკის ფსიქოლოგიურ პრობლემათა დამთხვევის ან მსგავსების შემთხვევებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კონკრეტულად ამ აღნიშნული საკითხის მიმართ თერაპევტის/სოციალური მუშაკის პოტენციის ხარისხის განსაზღვრა: **თქვენ შეგიძლიათ მხოლოდ იმდენად დაეხმაროთ კლიენტს, რამდენადაც დაეხმარეთ ან ეხმარებით საკუთარ თავს**. ამდენად, ასეთ შემთხვევებში მიზანშეწონილია:

1. საკუთარ თერაპევტთან ან სუპერვაიზორთან კონსულტაცია და საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოთერაპიულ პროცესში ჩართვა პირადი ფსიქოთერაპიის მიზნით (რადგან აუცილებელია, თუნდაც ერთი ნაბიჯით უსწრებდეთ კლიენტს აღნიშნული პრობლემის გარკვევასა და აღმოფხვრაში);
2. კლიენტის გადაგზავნა სხვა თერაპევტთან (კლიენტთან უკვე დამყარებული ურთიერთნდობის გამო, გადაგზავნა შესაძლოა მტკივნეულად იქნას აღქმული მისი მხრიდან. ამდენად, ძალზე მნიშვნელოვანია ღიად, დაუფარავად ავუხსნათ კლიენტს გადაგზავნის მიზეზი და მოვამზადოთ ამ პროცესისათვის.

დაცვის უზრუნველყოფის მიზნით სასურველია ორი ან რამოდენიმე შესაძლო ალეტრანტიული თერაპევტის შერჩევა და მასთან თავად მოლაპარაკება. უკიდურეს შემთხვევაში შესაძლებელია თერაპიის პროცესის დროებით შეჩერება და განახლება იმ დროისათვის, როცა თერაპევტი/სოციალური მუშაკის უკვე მზად იქნება კლიენტთან მოცემულ საკითხზე სამუშაოდ.

სოციალური სამუშაო აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მქონე პირებთან

გიორგი წოწკოლაური
სოციალური სამუშაოს მაგისტრი, დოქტორანტი

ლექცია - 12

- ცრურწმენა
- სტერეოტიპი
- აივ-თან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია

ცრურწმენა

ადამიანისთვის დამახასიათებელი ყველა სისუსტიდან არც ერთს არ გააჩნია ისეთი დამანგრეველი ძალა, როგორიც ადამიანის ღირსებასა და სოციალურ ურთიერთობებთან დაკავშირებულ წინასწარ შექმნილ ცრურწმენებს. ცრურწმენის არსებობა იმის მანიშნებელია, რომ დამახინჯებულია სოციალური რეალობა – ადამიანების გონებაში შექმნილია სიტუაცია, რომელსაც შეუძლია დაამციროს და გაანადგუროს სხვა ადამიანების ცხოვრება.

ცრურწმენა (Prejudice) არის წინასწარ დასწავლილი დამოკიდებულება (attitude) სამიზნე ობიექტის მიმართ, რომელიც მოიცავს ნეგატიურ გრძნობებს (არმოწონება ან შიში), ნეგატიურ შეხედულებებს (სტერეოტიპებს), რომლებიც ამართლებენ არსებულ დამოკიდებულებებს და ქცევით განზრახვებს, რათა აცილებულ, კონტროლირებულ, დომინირებულ ან განადგურებულ იქნან ისინი, ვინც მოცემულ სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნება.

მაგალითად, ნაცისტი ლიდერები კანონებსაც კი ქმნიდნენ, რათა განემტკიცებინათ თავიანთი ცრურწმენები, რომ ებრაელები დაბალი დონის ადამიანები არიან და რომ ისინი ცდილობენ დაღუპვამდე მიიყვანონ არიული კულტურა.

მცდარი შეხედულება კვალიფიცირდება, როგორც ცრურწმენა, თუ ის ეწინააღმდეგება ცვლილებას, მისი სიმცდარის ნათელი მტკიცებულებების არსებობის მიუხედავად. ცრურწმენები ასრულებს გარკვეული ფილტრის როლს, რომელიც ყოველთვის მიჯნავს ადამიანებს სხვა ადამიანებისაგან და ათავსებს მათ სამიზნე ჯგუფში ერთხელ განხორციელებული კატეგორიზირების შესაბამისად.

ცრურწმენის საწყისები

ერთ-ერთი სამწუხარო ჭეშმარიტება, რომელიც გამოამჟღავნა ცრურწმენების შესწავლამ, არის ის სინამდვილე, რომლითაც ადამიანები შეიძლება უარყოფითად განაწყო მათი "ჯგუფისათვის" უცხო ადამიანებისადმი.

სოციალური კატეგორიზაცია არის პროცესი, რომლითაც ადამიანები საკუთარი სოციალური გარემოს ორგანიზებას ახდენენ, მიაკუთვნებენ რა ადამიანებს საკუთარ და სხვათა ჯგუფებს.

კატეგორიზაციის ყველაზე მარტივი და ყოვლისმომცველი ფორმაა ინდივიდის მიერ იმის განსაზღვრა, თუ ვინ არის მისი მსგავსი და ვინ არა. ადამიანები სოციალურ სამყაროს ორად ყოფენ: შიდაჯგუფებად (In-groups) – ჯგუფები, რომლებთანაც ადამიანი საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას ახდენს და გარეჯგუფებად (out-groups) – იმ ჯგუფებად, რომლებთანაც ადამიანები იდენტიფიკაციას არ ახდენენ.

ამ კოგნიტური განსხვავებების შედეგია შიდაჯგუფური მიკერძოება – საკუთარი ჯგუფის გადაფასება, სხვასთან შედარებით (Jones, 1997). ადამიანები, რომლებიც განიხილებიან, როგორც გარეჯგუფის წევრები, უფრო ხშირად ხდებიან მტრული გრძნობებისა და უსამართლო დამოკიდებულების ობიექტები. მინიმალურად შესამჩნევი მინიშნებაც კი საკმარისია, რომ გამოიწვიოს ტენდენციურობა და ცრურწმენის ჩამოყალიბება მათ მიმართ, ვინც გარეჯგუფს მიეკუთვნებიან.

შემთხვევით არჩეული ნიშანი იწვევს ჯგუფის სოლიდარობას!

ჰოლანდიაში ჩატარებული ექსპერიმენტების სერიაში ცდის პირები შემთხვევითად დაყვეს ორ ჯგუფად: მწვანეებად და ლურჯებად. ცდის პირებს იმის მიხედვით, თუ რომელ ჯგუფს მიაკუთვნეს, დაურიგეს მწვანე ან ლურჯი კალმები და სთხოვეს, ეწერათ, შესაბამისად, მწვანე ან ლურჯ ქაღალდებზე. ექსპერიმენტატორები ჯგუფების წევრებს მიმართავდნენ მათი ჯგუფის ფერის შესაბამისი ტერმინით/სახელით და, თუმცა, ფერის მიხედვით განსაზღვრულ კატეგორიებს არავითარი ფარული

ფსიქოლოგიური მნიშვნელობა არ გააჩნდა და ჯგუფის წევრების შერჩევაც სრულიად შემთხვევით მოხდა, ისინი საკუთარ ჯგუფს უფრო დადებითად აფასებდნენ, ვიდრე – მეორე ჯგუფს. მეტიც, მხოლოდ და მხოლოდ ფერთა განსხვავებაზე დაფუძნებული ეს შიდაჯგუფური მიკერძოება მანამდეც კი გამოვლინდა, ვიდრე ცდის პირები ექსპერიმენტული დავალების შესრულებას დაიწყებდნენ (Rabbie, 1981). ის, რამაც თავი იჩინა თუნდაც ამ "ფერების" ექსპერიმენტში, წარმოადგენს სოციალური კატეგორიზაციის სწრაფ გამოვლინებას.

განსხვავებული ჯგუფების წევრები, ძალიან ხშირად, ურთიერთობას იწყებენ, როგორც უცხოები, მაგრამ თითქმის მაშინვე ავლენენ გასაოცარ ერთსულოვნებას – სწამთ, რომ მათი შიდაჯგუფის წევრები ყველაზე სასიამოვნო და კარგად მომუშავე ხალხია. როდესაც დგება რესურსების განაწილების დრო, ადამიანები ყველაფერს აკეთებენ, რათა არაფერი უწილადონ გარეჯგუფის წევრებს. ასეთი შედეგები თავს იჩენს იმის მიუხედავად, რომ გარეჯგუფი რისკის ქვეშ დგება და მიუხედავად იმისა, რომ შიდა და გარეჯგუფების ზოგიერთ წევრს შორის, შესაძლოა, კარგი ურთიერთობებიც იყოს (Park & Rothbat, 1982; Quattrone, 1986).

თუ ყველა ამ ძალას გამოვიყენებთ ხელოვნურად შექმნილ ჯგუფებში, თქვენ შეგეძლებათ, დააკვირდეთ, თუ როგორ ხდება ცრურწმენები ასე დაუნდობელი რეალურ ცხოვრებაში. ცრურწმენებმა ადვილად შეიძლება მიგვიყვანოს რასიზმამდე – ადამიანის დისკრიმინაციის ფორმამდე, რომელიც დაფუძნებულია კანის ფერზე ან ეთნიკურ წარმოშობაზე და სექსიზმამდე – ადამიანის დისკრიმინაციის ფორმამდე, რომელიც დაფუძნებულია სქესობრივ ნიშანზე. "ჩვენ" და "ისინი"-ს განსხვავებების საწყისი ტენდენციები, ხშირად, მაშინ ძლიერდება, როდესაც ჩნდება შთაბეჭდილება, რომ რესურსები შეზღუდულია და ის, შესაძლოა, მხოლოდ ერთ ჯგუფს ერგოს. ფაქტობრივად, ადამიანი, რომელსაც ახასიათებს ცრურწმენებისადმი დაქვემდებარებულობის მაღალი ხარისხი, უფრო მეტად მსჯელობენ იმის შესახებ, ადამიანებიდან ვინ რომელ კატეგორიას ეკუთვნის.

ცრურწმენა და რასობრივი ხასიათის მსჯელობა

სტუდენტების ჯგუფს შესავსებად მისცეს სკალა, რომელიც ზომავდა მათ დამოკიდებულებას აფრო-ამერიკელების მიმართ. მათ შეფასებებზე დაყრდნობით, ერთი ჯგუფი კლასიფიცირდა, როგორც ცრურწმენების მქონე, მეორე კი – როგორც ცრურწმენების არ მქონე. შემდეგ ორივე ჯგუფის სტუდენტებს სთხოვეს, დაეთვალიერებინათ ფოტოების სერია, რომლებზეც სახეები იყო გამოსახული და ხმამაღლა დაეხარისხებინათ ისინი, როგორც "თეთრი" ან "შავი". ზოგიერთი სახის კლასიფიცირება ძალიან ადვილი იყო მაშინ, როცა ზოგიერთი სახე ძალზე გაურკვევლად გამოიყურებოდა. მკვლევარებს ჰქონდათ ჰიპოთეზა, რომ ცრურწმენების მქონე ადამიანები უფრო გულმოდგინედ მოეკიდებოდნენ "სწორი" რასობრივი შეფასებების გაკეთებას. მკვლევარებმა იწინასწარმეტყველეს, რომ ცრურწმენების მქონე სტუდენტები უფრო მეტ დროს დაუთმობდნენ ორაზროვანი სახეების კლასიფიცირებას. ფაქტობრივად, ცრურწმენების მქონე სტუდენტებმა თითოეული ორაზროვანი სურათის ამოცნობაზე ერთი წამით მეტი დრო დახარჯეს, ვიდრე მათ, ვისაც არ გააჩნდა რასობრივი ცრურწმენები (Blascovich et al., 1997). ეს ექსპერიმენტი აჩვენებს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ცრურწმენების მქონე ადამიანებისათვის სხვა ადამიანების კლასიფიცირება "ჩვენებად" და "სხვებად".

ბოლო დროს მკვლევარებმა შეძლეს უფრო ზუსტად აღენუსხათ ცრურწმენების არ ქონა, რაც გამოიხატა იმით, რომ ასეთი ადამიანები ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ ადამიანებს შორის განსხვავებებს (Phillips & Ziller, 1997). ადამიანებს, რომლებსაც მაღალი ქულები აქვთ უნივერსალური ორიენტაციის სკალაზე, ახასიათებთ ისეთი ტიპის დებულებებზე დათანხმების ტენდენცია, როგორიცაა "როდესაც ვინმეს ვხვდები, ვცდილობ, განვსაზღვრო მსგავსება ჩემსა და მას შორის" და უარყოფენ ისეთ დებულებებს, როგორიცაა "ზევრი რამის თქმა შემიძლია ადამიანზე, თუ ვიცი, რა სქესისაა ის". ამგვარად, ზოგიერთ ადამიანს შეუძლია სამყაროს შიდა- და გარეჯგუფებად დაყოფის ტენდენციის დაძლევა.

ჩვენ ვნახეთ, თუ რამდენად სწრაფად მივყავართ ცრურწმენებს ადამიანების "ჩვენ" და "ისინი" ჯგუფებად დაყოფამდე. ახლა კი ვნახოთ, როგორ ერთვება სტერეოტიპები ცრურწმენების ფუნქციონირებაში.

სტერეოტიპების ეფექტები

ჩვენ შეგვიძლია გამოვიყენოთ სოციალური კატეგორიზაციის ძალა მრავალი სახის ცრურწმენის საწყისების ასახსნელად. იმისათვის, რომ ავხსნათ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე ცრურწმენების გავლენა, ჩვენ უნდა ავხსნათ მეხსიერების ის სტრუქტურები, რომლებიც მნიშვნელოვნად ამყარებენ მათ, კერძოდ, კი – სტერეოტიპები.

სტერეოტიპები

წარმოადგენს ადამიანების გარკვეულ ჯგუფებთან დაკავშირებულ განზოგადებებს, რომელიც გარკვეულ მახასიათებლებს მიაწერენ მთელ ჯგუფს.

ეჭვი არ არის, რომ თქვენ სტერეოტიპების ფართო სპექტრს იცნობთ. რა შეხედულებები გაქვთ კაცებსა და ქალებზე? ებრაელებზე, მუსულმანებსა და ქრისტიანებზე? აზიელებზე, აფრო-ამერიკელებზე, ამერიკის მკვიდრ მოსახლეობაზე, ლათინოამერიკელებზე და კავკასიელებზე? რა გავლენას ახდენენ ეს შეხედულებები, ამ ადამიანებთან თქვენს ურთიერთობებზე? თქვენი შეხედულებების გამო თავს არიდებთ ხოლმე მათთან ურთიერთობას?

ვინაიდან სტერეოტიპები ასე ძლიერად ერთვებიან მოლოდინებში, ისინი ხშირად უწყობენ ხელს იმ სიტუაციების წარმოქმნას, როდესაც ადამიანები თვითონ აგებენ საკუთარ სოციალურ რეალობას. გაითვალისწინეთ, რა როლს ასრულებენ სტერეოტიპები იმ შეფასებით მსჯელობებში, რომლებიც სოციალურ გარემოში რაიმეს "არსებობას" ეხება. ადამიანები "მონაცემების ნაკლებობის" საკუთარი სტერეოტიპებიდან გამომდინარე ინფორმაციით შევსების ტენდენციით ხასიათდებიან:

“მე არ ვაპირებ შიდსიანთან ერთად სადმე დაჯდომას – შეიძლება რამე გადამედოს”. ასევე, ადამიანებს შეუძლიათ (არა აქვს მნიშნელობა, იციან თუ არა) სტერეოტიპული ინფორმაციის ქცევითი დადასტურებისათვის გამოყენება. მაგალითად, თუ თქვენ ასაბუთებთ, რომ ებრაელები ცუდი მეგობრები არიან, თქვენ არასოდეს მისცემთ მათ შესაძლებლობას, რომ საწინააღმდეგო დაგიმტკიცონ. ამაზე უარესი არის ის, რომ გაიმყარებენ თუ არა საკუთარ მოსაზრებებს, ადამიანები აღარაფრად აგდებენ სხვების, მათი სტერეოტიპებისთვის შეუსაბამო მოსაზრებებს.

არაპოპულარული სტერეოტიპი – შეუსაბამო ინფორმაცია!

რა ხდება მაშინ, როდესაც თქვენ იღებთ ინფორმაციას, რომლის ნაწილიც ამყარებს თქვენს შეხედულებებს, მეორე ნაწილი კი ეწინააღმდეგება მას? ერთ-ერთ კვლევაში ექსპერიმენტატორებმა სტუდენტები დაყვეს ორ – ჰომოსექსუალიზმის მიმართ ძლიერი და სუსტი ცრურწმენების – მქონე ჯგუფებად. ამის შემდეგ თითოეული სტუდენტი თანმიმდევრობით კითხულობდა ორ მეცნიერულ ნაშრომს ჰომოსექსუალიზმის შესახებ. ერთ ნაშრომში მოცემული იყო სტერეოტიპის შესაბამისი დასკვნა, რომ ჰომოსექსუალიზმი უნდა შეფასდეს სქესთაშორის ქცევებთან (cross-gender behaviors) მიმართებაში, მეორეში კი – სტერეოტიპის საწინააღმდეგო დასკვნა, რომ ჰომოსექსუალიზმი არ უნდა იქნას შეფასებული სქესთაშორის ქცევებთან მიმართებაში. როდესაც ორივე ჯგუფის სტუდენტები აფასებდნენ ორივე ნაშრომის მეცნიერულ დონეს, მათ მაღალი შეფასება მისცეს იმ ნაშრომს, რომელიც, შესაბამისად, ემთხვეოდა მათ შეხედულებას. მაგალითად, ძლიერი ცრურწმენების მქონე ცდის პირებმა მეტი მეცნიერული ღირსება მიაწერეს იმ ნაშრომს, რომელიც განამტკიცებდა სქესთაშორის სტერეოტიპს. მეტიც, ამ ორი ნაშრომის წაკითხვის შემდეგ, რომლებიც ფაქტობრივად, მხოლოდ აბალანსებდნენ ერთმანეთს, სტუდენტებმა დაადასტურეს, რომ მათ განუმტკიცდათ საკუთარი აზრის სისწორის რწმენა (Munro & Ditto, 1997).

ეს ექსპერიმენტი გვიჩვენებს, თუ რატომ არ ამცირებს მხოლოდ ინფორმაციას

ცრურწმენებს: ადამიანებს გააჩნიათ მიდრეკილება მნიშვნელობა არ მიანიჭონ იმ ინფორმაციას, რომელიც ეწინააღმდეგება მათ მთავარ სტერეოტიპებს.

სტერეოტიპულ ჯგუფებს ახასიათებთ საფრთხე, რომელსაც კლოდ სტილმა (Claude Steel) და მისმა კოლეგებმა სტერეოტიპული საფრთხე უწოდეს (Steel, 1997; Steel & Aronson, 1995, 1998). სტერეოტიპული საფრთხე ჩნდება მაშინ, როდესაც ადამიანები აღმოჩნდებიან ისეთ სიტუაციებში, რომლებთანაც დაკავშირებულია სტერეოტიპის ნეგატიური ასპექტები. მაგალითად, აფრო-ამერიკელების მიერ უნარების ტესტების შესრულება უარესდება, როგორც კი უჩნდებათ ეჭვი, რომ ტესტის შედეგები შეესაბამება შავკანიანების სწავლის დაბალუნარიანობის სტერეოტიპებს. ეს ფაქტორები ამლიერებს უარყოფით სტერეოტიპებს და სტერეოტიპულად განწყობილი ადამიანების ცხოვრების დეფორმაციას იწვევს.

დარწმუნებულიც რომ იყოთ, რომ თქვენ არ გაგააჩნიათ ცრურწმენები, მაინც სავარაუდოა, რომ თქვენც გაქვთ თანამედროვე საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპები. ამ სტერეოტიპების ცოდნამ, შესაძლოა, გიბიძგოთ არაცნობიერ დონეზე მათი გამოყენებისაკენ (Devine & Monteith, 1999). იმ ადამიანებმაც კი, რომელთა შეხედულებებიც თავისუფალია ცრურწმენებისგან, შესაძლოა, მაინც განახორციელონ ავტომატური აქტები, რომლებიც გულისხმობენ წარსული და აწმყო გარემოცვის მრავალი წყაროდან მიღებულ გაუცნობიერებელ ცრურწმენებს. შეხედეთ თქვენ მეგობრებს: ისინი იგივე ეთნიკურ ჯგუფს ეკუთვნიან, რომელსაც თქვენ? თუ ასეა, რატომ?

ცრურწმენის შექმნა ადვილია, მაგრამ დაძლევა – ძნელი!

ცრურწმენების დაძლევა

სოციალურ ფსიქოლოგიაში ერთ-ერთმა კლასიკურმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ “ჩვენ” ჯგუფის დაპირისპირებამ ჯგუფთან “ისინი”, შესაძლოა, მიგვიყვანოს სერიოზულ მტრობამდე. 1954 წლის ზაფხულში მუზაფერ შერიფმა (Muzafer Sheerif) და მისმა

კოლეგებმა (1961/1988) ორ ჯგუფად დაყოფილი ბიჭები წაიყვანეს ოკლაჰომის შტატის სახელმწიფო პარკში. ჯგუფებს, პირობითად, უწოდეს "არწივები" და "ჩხაკუნები". თითოეული ჯგუფი თვითონ უვლიდა თავის თავს. მაგალითად, ბიჭები დაეხეტებოდნენ, ცურავდნენ, საჭმელს ამზადებდნენ და ერთი კვირის განმავლობაში არაფერი იცოდნენ მეორე ჯგუფის არსებობის შესახებ. ჯგუფებმა ერთმანეთი ბეისბოლში, ფეხბურთსა და ბაგირის გადაწევაში შეჯიბრების დროს გაიცნეს. ასეთ დასაწყისს ორ ჯგუფს შორის გამძვინვარებული მეტოქეობა მოჰყვა. დაწვეს ერთმანეთის ალმები, დაარბიეს და გაძარცვეს საცხოვრებელი კაბინები და საკვების გამო ნამდვილი ბრძოლა გააჩაღეს. როგორ უნდა შემცირებულიყო ასეთი მტრობა?

ერთმანეთზე დამოკიდებულებების აუცილებლობა

ექსპერიმენტატორებმა სცადეს პროპაგანდისტული ხერხი – ერთ ჯგუფს უქებდნენ მეორეს. ამან არ გაჭრა. ამის შემდეგ შეეცადნენ ჯგუფებისთვის ისეთი გარემო შეექმნათ, რომელიც გამორიცხავდა შეჯიბრს. არც ამან იმოქმედა. მტრობა მაშინაც გრძელდებოდა, როდესაც ჯგუფები ერთად უყურებდნენ ფილმს. ბოლოს მკვლევარებმა ერთი რამ მოიფიქრეს. მათ უნდა შეექმნათ ისეთი პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტაც შესაძლებელი იქნებოდა საერთო მიზნების დასახვითა და თანამშრომლობითი აქტივობით. მაგალითად, მკვლევარებმა შექმნეს ისეთი სიტუაცია, რომ ბიჭებს ხრამიდან ტვირთი უნდა ამოეთრიათ. საერთო ამოცანის წყალობით მტრობა გაქრა და, ფაქტობრივად, ბიჭები საუკეთესო მეგობრები გახდნენ "ჯგუფების საზღვრები" დარღვევის გარეშე.

ამ ექსპერიმენტმა დაადასტურა კონტაქტის ჰიპოთეზა, რომ მტრულ ჯგუფებს შორის პირდაპირი კონტაქტი ამცირებს ცრურწმენებს (Allport, 1954). ბიჭებს ერთად ყოფნის გარდა სხვა აღარაფერი სურდათ და, პირიქით, ექსპერიმენტმა ისიც აჩვენა, რომ ცრურწმენების დასაძლევად წახალისებული უნდა იქნას ადამიანების ერთმანეთზე დამოკიდებულება და საერთო მიზნები.

ერთი წუთით დაფიქრდით, როგორ შეგიძლიათ გამოიყენოთ ეს ცოდნა იმ

სიტუაციებში, რომლებშიც ხართ ჩართულნი. მაგალითად, წარმოიდგინეთ, რომ თქვენ ხართ დაპირისპირებული თანამშრომლების ხელმძღვანელი. რას მოიმოქმედებდით ამ დაპირისპირების აღმოსაფხვრელად?

კონტაქტის ჰიპოთეზა (Cotact hipothesis) – იდეა, რომ მტრულ ჯგუფებს შორის პირდაპირი კონტაქტი ამცირებს ცრურწმენებს.

სტრატეგიაში, რომელიც ცნობილია "ასაწყობი სურათების" მეთოდის (Jigsaw technique) სახელით, თითოეულ ბავშვს მოსამზადებლად ეძლევა მთელი მასალის ნაწილი და შემდეგში მან ეს მასალა ჯგუფის დანარჩენ წევრებს უნდა გააცნოს. წარმატება ფასდება მთელი ჯგუფის მიერ წარმოდგენილი პრეზენტაციის დონეზე დაყრდნობით. ამდენად, მნიშვნელოვანი და ფასეულია ჯგუფის თითოეული წევრის წვლილი. ასეთი ასაწყობი სურათების მეთოდით მომუშავე კლასებში რასული კონფლიქტები შემცირდა, ვინაიდან მანამდე ურთიერთდაპირისპირებული თეთრი, ლათინოსი და ზანგი სტუდენტები ერთად იყვნენ საერთო მიზნებით გაერთიანებულ ჯგუფებში (Aronson & Gonzales, 1988; Gonzales, 1983).

განვიხილოთ ერთი ახალგაზრდა ყმაწვილის, კარლოსის შემთხვევა. კარლოსს იგნორირებას უკეთებდნენ იმის გამო, რომ მისი მშობლიური ენა არ იყო ინგლისური; მას დაევალა ჯგუფში, რომელიც ჯოზეფ პულიტცერის პრემიის მოპოვებას ცდილობდა, განსაკუთრებული როლის შესრულება. გუნდის სხვა წევრებს უნდა მოეფიქრებინათ, როგორ მიეწოდებინათ მისთვის ინფორმაცია, რომლის პრეზენტაციაც უნდა მოეხდინა მას შემდგომში. თანაგუნდელების მოთმინებისა და გამამხნევებელი შენიშვნების საპასუხოდ, კარლოსს მათ მიმართ თბილი გრძნობები გაუჩნდა და ისიც გაარკვია, რომ პრემიის მოპოვების ამბავი ნამდვილი არ იყო. მან სათანადოდ შეაფასა, როგორც საკუთარი თავი, ისე – თანაგუნდელები. (ჩვენ სიხარულით უნდა აღვნიშნოთ, რომ კარლოსმა ტეხასში კოლეჯის დამთავრების შემდეგ სწავლა გააგრძელა ჰარვარდის იურიდიულ სკოლაში).

მიუხედავად იმისა, რომ ცრურწმენებთან დაკავშირებული, აქ მოყვანილი

მაგალითების უმრავლესობა აშშ-ს ფარგლებშია მოპოვებული, ფაქტობრივად, ყველა საზოგადოება განასხვავებს შიდა და გარე ჯგუფებს.

ცრურწმენებთან დაკავშირებული სავალალო რეალობა ისაა, რომ ძალზე მინიმალური მანიშნებელიც კი საკმარისია, მავნე ტენდენციების ჩამოყალიბებისათვის. კვლევებმა ცხადყო, რომ სოციალური კატეგორიზაცია სწრაფად კრავს უცხო ადამიანებს მჭიდროდ შეკავშირებულ ჯგუფებად, რომლებიც შიდაჯგუფების წევრებს უფრო პოზიტიურად აღიქვამენ, ვიდრე – გარეჯგუფების წევრებს. სტერეოტიპები ზღუდავენ ადამიანის მიერ "რეალობის" განცდას. კვლევები აჩვენებს, რომ განსხვავებული ჯგუფების წევრთა დამეგობრება იწვევს ცრურწმენების შემცირებას.

ქცევები, რომლებიც ადასტურებენ მოლოდინებს

კიდევ ერთხელ განვიხილოთ ბოსტონის სკოლის მაგალითი. ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ მასწავლებლებმა განახორციელეს ქცევათა მთელი რიგი, რომელმაც მათ შესაძლებლობა მისცა დროის ხანგრძლივი დროის მანძილზე დაედასტურებინათ თავიანთი მოლოდინები. მარკ სნაიდერმა (Mark Snyder 1984) შემოიტანა ტერმინი ქცევითი დადასტურება იმ პროცესის აღსანიშნად, რომლის მეშვეობითაც/რომლითაც ერთი პიროვნების მოლოდინები მეორის მიმართ რეალურად ზემოქმედებს ამ უკანასკნელის ქცევაზე იმგვარად, რომ დასტურდება მისი საწყისი ჰიპოთეზა.

ქცევითი დადასტურება (Behavioral confirmation) – პროცესი, რომლის მეშვეობითაც ადამიანები იქცევიან სხვების სპეციფიურად მოსალოდნელი რეაქციების შესაბამისად და შემდეგ, ამ რეაქციებს იყენებენ თავიანთი შეხედულებების დასადასტურებლად.

მაგალითად, წარმოიდგინეთ, რომ თქვენ ვიღაცისგან იღებთ ინტერვიუს, რომელზეც გითხრეს, რომ ის მორცხვია ან ინტროვერტია. ამ კითხვებიდან რომელს შეარჩევდით ინტერვიუსთვის (Snyder &Swann, 1978)?

1. რას მოიმოქმედებდით იმისათვის, რომ გამოგეცოცხლებინათ წვეულება?
2. როგორ სიტუაციაში იქნებოდით უფრო წარმატებული?

3. რა ფაქტორები გიშლით ხელს, რომ რეალურად გაიხსნათ სხვა ადამიანების მიმართ?
4. როგორ სიტუაციაში ხართ უფრო მეტად მოლაპარაკე?

დავუშვათ, თქვენ შეარჩიეთ მეორე შეკითხვა, როგორც ამას უმეტესობა აკეთებს, როდესაც მათ სჯერათ, რომ ინტროვერტს ესაუბრებიან. განა უფრო მეტად ალბათური არ არის, რომ ამ შეკითხვაზე ძალზე ექსტრავერტი პიროვნებაც კი სათანადო პასუხს გაგცემთ? ამგვარად, მოლოდინი “მე უნდა ვესაუბრო ვიღაცას, ვინც ინტროვერტია”, განაპირობებს ქცევით არჩევანს “მე უნდა დავსვა კითხვები, რომლებსაც, ჩვეულებისამებრ, ინტროვერტ ადამიანებს უსვამენ”, რომელსაც მივყავართ მოლოდინის პოტენციურ დადასტურებამდე: “თუ ის მიპასუხებს ამ შეკითხვაზე, მე მივხვდები, რომ ის მართლაც ინტროვერტი ყოფილა”.

რამდენად მძლავრია ქცევითი დადასტურების ძალები? პასუხი ანალოგიურია იმისა, რაც ჩვენ გავაკეთეთ თვითქმნადი წინასწარმეტყველების შემთხვევაში. ეს დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად ხელმისაწვდომია გარშემო არსებული სწორი ინფორმაცია.

მოლოდინები ყველაზე ეფექტიანია მაშინ, როდესაც გარემოს აქტუალური მდგომარეობა – სამიზნის “რეალურობა” - ორაზროვანი ან განუსაზღვრელია. ამ პირობებში ყველაზე უფრო მოსალოდნელია, რომ ადამიანი დაეყრდნობა არა “მონაცემებს”, არამედ დასკვნები გაკეთდება შინაგანი ფაქტორებიდან გამომდინარე.

ქცევითი დადასტურების საზღვრები, აგრეთვე, დამოკიდებულია სამიზნის, ინტერაქციასთან დაკავშირებულ მოტივაციაზე. სხვა გამოკვლევაში მამაკაცი - აღმქმელების - ერთ ჯგუფს აჩვენეს ფოტოები და დაარწმუნეს, რომ მათთან ტელეფონზე მოსაუბრე ქალები - სამიზნეები - ნორმალური წონისანი იყვნენ, მეორე ჯგუფის წევრები კი დარწმუნებულნი იყვნენ, რომ ქალბი ჭარბი წონისანი იყვნენ. ზოგ შემთხვევაში ქალებს (რომელთა ფაქტიური წონა არ შეესაბამებოდა ფოტოზე გამოსახულს) სთხოვეს, მონაწილეობა მიეღოთ სატელეფონო საუბარში და ამოეცნოთ მათთან მოსაუბრე მამაკაცის პიროვნული თავისებურებები. სხვა შემთხვევაში კი ქალების მიზანი იყო მშვიდი და სასიამოვნო საუბრის გაბმა პარტნიორ მამაკაცებთან. ზოგადად, ეს მეორე სიტუაცია

ქმნიდა ქცევით დადასტურებას: სამიზნეების ქცევა მამაკაცების მიერ ფასდებოდა, როგორც სიმსუქნის დამადასტურებელი (მაგალითად, ქალები ფასდებოდნენ, როგორც ნაკლებად გულღიები და უბედურები). თუმცა, როდესაც სამიზნეები ცდილობდნენ ნფორმაციის მოძიებას, ქცევით დადასტურებას აღარ ჰქონდა ადგილი (Snyder & Haugen,1995). ეს ექსპერიმენტი გვაფიქრებინებს, რომ ნორმალური სოციალური ინტერაქციის იმპულსი ადამიანებს უფრო მეტ შესაძლებლობას აძლევს, სამყარო გაიაზრონ და შესაბამისობაში მოიყვანონ თავიანთ ქცევებთან და დამოკიდებულებებთან (attitudes), სტერეოტიპების ჩათვლით.

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა და დისრკიმინაცია

აივ/შიდსის ეპიდემია კვლავ რჩება დინამიკურ და მზარდი ხასიათის ეპიდემიად, რომელმაც საოცარი სისწრაფით მოიცვა მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა კონტინენტი, ყველა ქვეყანა და დაამტკიცა, რომ აივ-ით თანაბრად შეიძლება დაინფიცირდეს ყველა რასის, სქესის, ასაკის, ეროვნების, სექსუალური ორიენტაციის, განათლებისა და სარწმუნოების მიუხედავად. შიდსი რეგისტრირებულია მსოფლიოს 216 ქვეყანაში. ინფიცირებულთა 90% განვითარებად ქვეყნებზე მოდის. აქედან, 3/5 აფრიკის კონტინენტის მცხოვრებია. (ზადრიძე და გაბუნია, 2007)

აივ ეპიდემიის გამოჩენა აბსოლუტურად მოულოდნელი მოვლენა იყო მსოფლიოში და კაცობრიობაც, ასევე მოუმზადებელი იყო ეპიდემიის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის. ექსპერტების აზრით, დღეს ორგვარი აივ ეპიდემია არსებობს: თავად დაავადების ეპიდემია და შიშის, უმეცრების, განკიცხვისა და კოლექტიური გაუცხოვების ეპიდემია. თუმცა, ასე იყო ყოველთვის - კაცობრიობის მთელი არსებობის მანძილზე ეპიდემიების მიმართ შიში ადამიანიების გაუმართლებელი და სასტიკი დევნის მიზეზები ხდებოდა. (UNESCO, 2003)

ეპიდემიები ჩნდება, ვრცელდება, შემდეგ ქრება - მათ ყოველთვის აქვთ დასაწყისი და დასასრული. ეპიდემიის თავისებურება იმაშია, რომ მან შეიძლება ადამიანებისთვის „უჩვეულო“ დაავადებით სიკვდილიანობა გამოიწვიოს. ადამიანიები ეპიდემიას აღიქვამენ, როგორც კატასტროფას და ღვთის სასჯელს, რაც, საბოლოო ჯამში საზოგადოებაში პანიკასა

და შიშს იწვევს. ერთი მხრივ, შიში ცუდი არ არის - ამ შიშის წყალობით გაჩნდა მეცნიერება ეპიდემიოლოგია, ეპიდემიების კონტროლის მეთოდები, შეიქმნა ანტიბიოტიკები და სხვა ეფექტური სამკურნალო საშუალებები.

სამწუხაროდ, ეს შიში ხშირად ირაციონალურ და დამანგრეველ ხასიათს იღებს. ასე იყო საუკუნეების მანძილზე, ასე ხდება დღესაც... თითქოსდა, მეცნიერების განვითარებას, ადამიანის უფლებების კონცეფციის შექმნას, თანამედროვე ცხოვრების მიღწევებს ადამიანი ცოტა უფრო ლოგიკური უნდა გაეხადა. მაგრამ აივ ეპიდემიამ გვაჩვენა, რომ შუა საუკუნეების შემდეგ ამ თვალსაზრისით ბევრი არაფერი შეცვლილა. (UNESCO, 2003)

ევროპაში შავი ჭირის ყველაზე ცნობილი აფეთქება „შავი სიკვდილის“ სახელწოდებით არის ცნობილი. ეპიდემია დაიწყო მილანში 1348 წელს, სამი წლის განმავლობაში მთელი ევროპა მოიცვა და 25 მილიონი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა. მაშინ „შავი სიკვდილის“ ბევრი ახსნა არსებობდა და ყველა მათგანი არასწორი იყო. ყველაზე პოპულარული იდეა იმაში მდგომარეობდა, რომ შავი ჭირის მიზეზი ებრაელები არიან, რომლებიც ჭებს და სხვა წყალსატევებს წამლავენ. ეპიდემიასთან ბრძოლის „კეთილშობილური“ მოტივით, ქალაქ ბაზელის თავკაცებმა ქალაქში მცხოვრები ყველა ებრაელი საჯაროდ დაწვეს ცოცხლად.

რენესანსის ეპოქაში შავი ჭირის ანალოგებად სიფილისი და ყვავილი მოევლინა კაცობრიობას. კოლუმბის ამერიკიდან დაბრუნების შემდეგ ევროპაში ახალი, სიფილისის ეპიდემია დაიწყო, რომელმაც ბრალდებების ახალი ტალღა მოიტანა. რუსეთში სიფილისს „პოლონურ დაავადებას“ უწოდებდნენ, პოლონეთში - „გერმანულ დაავადებას“. ამავე დროს, გერმანელები ინგლისელები და იტალიელები ერთხმად ამტკიცებდნენ, რომ ეს ფრანგების დაავადებაა. თუმცა, ამ აზრს არ იზიარებდნენ ფრანგები, რომლებიც თვლიდნენ, რომ სიფილისის გავრცელებაზე პასუხისმგებლები ნეაპოლელები არიან. დანიელები და პორტუგალიელები ყველაფერში ესპანელებს ადანაშაულებდნენ, ხოლო იაპონელები - პორტუგალიელებს. (ЮНЭЙДС, 2005, Май)

მე-19-ე საუკუნეში ქოლერისა და ტუბერკულოზის ეპიდემიები დაიწყო და ამ დაავადების მსხვერპლთა წინააღმდეგაც ამუშავდა სტიგმისა და დისკრიმინაციის მანქანა. მე-20-ე

საუკუნეში ვაქცინებისა და ანტიბიოტიკების შექმნამ ადამიანებს იმის რწმენა გაუჩინა, რომ პრაქტიკულად ნებისმიერი ინფექციის დამარცხება შეიძლება. მოგვიანებით, აივ ეპიდემიამ გვაჩვენა, რომ ოპტიმიზმი ნაადრევი გამოდგა.

ისტორიამ დაგვანახა, რომ დროდადრო თავს იჩენს ახალი, ადრე უცნობი ინფექციები, ბრუნდება ძველი ინფექციები - ქოლერა, ტუბერკულოზი. ნათელია, რომ ეპიდემიასთან ბრძოლა აუცილებელია. ეპიდემიასთან ბრძოლა პირველ რიგში, მის გამომწვევთან ბრძოლას ნიშნავს. ჩვენ საკმარისი ინფორმაცია გაგვაჩნია საიმისოდ, რომ ქოლერა ან ტუბერკულოზი ამორალური ქცევის შედეგად ან ღმერთის მიერ მოვლენილ სასჯელად არ მივიჩნიოთ. იგივე შეიძლება ითქვას შიდსზეც. ინფექციები ადამიანთა ცხოვრების განუყოფელი ნაწილია და სანამ ჩვენ ამას არ ვაღიარებთ, პროგრესს ვერ მივაღწევთ - ვირუსის ნაცვლად ვიბრძოლებთ ადამიანებთან და კვლავ დავთესავთ დარდსა და ტკივილს. (ЮНЭЙДС, 2005, Май)

აივ ინფექცია/შიდსი კლინიკურად პირველად აღწერეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს, როდესაც ჰომოსექსუალ მამაკაცთა შორის ზედიზედ იქნა დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადების - პნემოცისტური პნევმონიისა და კაპოშის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა. აღნიშნული დაავადებები მანამდე მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში იყო აღწერილი. აქედან გამომდინარე, ამ მოვლენამ თავიდანვე ხელი შეუწყო, როგორც აივ ინფექციის სტიგმატიზირებას, ასევე ადამიანთა გარკვეული ჯგუფების გამოყოფას და მათ მიერ დისკრიმიანციული ქმედებების განხორციელებას. (Horizons, 2002)

როგორ იცვლებოდა წარმოდგენები შიდსზე:

- შიდსი ემართება მხოლოდ ჰომოსექსუალ მამაკაცებს;
- შიდსი ემართება მხოლოდ ჰომოსექსუალ მამაკაცებს, ნარკომანებს და სისხლის რეციპიენტებს;
- შიდსი ემართება მხოლოდ ჰომოსექსუალ მამაკაცებს, ნარკომანებს, სისხლის რეციპიენტებს, მეძავებს, აზიელ ქალებს და აფრიკელ კაცებს;

- შიდსი ემართება მხოლოდ ჰომოსექსუალ მამაკაცებს, ნარკომანებს, სისხლის რეციპიენტებს, მეძავებს, აზიელ ქალებს, აფრიკელ კაცებს, ორსულებს და ცნობილ მსახიობებს;
- შიდსი ემართება მხოლოდ ჰომოსექსუალ მამაკაცებს, ნარკომანებს, სისხლის რეციპიენტებს, მეძავებს, აზიელ ქალებს, აფრიკელ კაცებს, ორსულებს, ცნობილ მსახიობებს, პოლიტიკოსებს, მედდებს და სტომატოლოგებს;
- შიდსი ემართება მხოლოდ ჰომოსექსუალ მამაკაცებს, ნარკომანებს, სისხლის რეციპიენტებს, მეძავებს, აზიელ ქალებს, აფრიკელ კაცებს ორსულებს, ცნობილ მსახიობებს, პოლიტიკოსებს, მედდებს, სტომატოლოგებს, ექიმებს, პოლიციელებს, კრიმინალებს, მფრინავებს, ფერმერებს, მენეჯერებს, გამყიდველებს, მორწმუნეებს, ათეისტებს, მასწავლებლებს, სტუდენტებს, მეცნიერებს, მეხანძრეებს, სპორტსმენებს, ქალაქელებს და სოფლელებს; (International HIV/AIDS Alliance, 2007)

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია გლობალური მოვლენებია, ისინი გვხვდება მსოფლიოს ყველა ქვეყანასა და რეგიონში. მათი წარმოშობის მიზეზები მრავალგვარია - ეს არის ამ დაავადების შესახებ არასრულყოფილი ინფორმაცია, სხვადასხვა მითები ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ, ცრურწმენები, ეპიდემიის შესახებ მედიით გავრცელებული დაუზუსტებელი ცნობები. და ბოლოს, სექსუალობასთან, ნარკოტიკების მოხმარებასთან, ავადმყოფობასა და სიკვდილთან დაკავშირებული შიში და ა.შ.

სტიგმა (ბერძ. Stigma - ლაქა, დამღა) - ჩვენამდე შორეული წარსულიდან მოვიდა. ეს სიტყვა წარმოიშვა ანტიკურ საბერძნეთში, სადაც მონებსა და დამნაშავეებს გახურებული შანთით დამღას ადებდნენ მათი სტატუსის აღსანიშნავად. სტიგმა განიხილება, როგორც ძლიერი სოციალური იარლიყი, რომელიც ამ იარლიყის მქონე ადამიანს ან ადამიანთა ჯგუფს ირგვლივმყოფების თვალში მნიშვნელოვან დისკრედიტაციას უკეთებს.

სტიგმა შეიძლება დავუკავშიროთ ადამიანის ისეთ მახასიათებლებს, როგორც არის კანის ფერი, ქცევები, წარმომავლობა და ა.შ. ცალკეულ კულტურაში გარკვეული ნიშნები აღიქმება, როგორც მადისკრედიტირებელი ან არაღირსეული. ამიტომ, სტიგმატიზაცია უფრო პიროვნების გაუფასურების, დევალვაციის პროცესს ასახავს, ვიდრე მის ჭეშმარიტ არსებას. (USAID, 2006)

აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის აღმოცენება მოულოდნელი არ ყოფილა. იგი დაფუძნებულია ადამიანთა ცნობიერებაში ღრმად ფესვგადგმულ ისეთ შიშებზე, რომლებიც წარსულში არ არსებობდა. მაგალითად, კეთრის, ქოლერის ან შავი ჭირის მიმართ. ეს სტიგმა ვითარდება არსებული ნეგატიური წარმოდგენების ნიადაგზე. ხშირად ფიქრობენ, რომ აივ ინფიცირებულებმა დაიმსახურეს ის, რაც მათ დაემართათ, საკუთარი საქციელის გამო. ასეთი „ცუდი ქცევა“ დაკავშირებულია სექსთან ან საზოგადოებისათვის მიუღებელ ქცევასთან, მაგალითად, ნარკოტიკების მოხმარებასთან. ითვლება, რომ აივ პოზიტიური მამაკაცები - ეს მხოლოდ ჰომოსექსუალები, ბისექსუალები ან/და ის კაცები არიან, ვინც მეძავების მომსახურეობით სარგებლობენ. ხოლო აივ ინფიცირებულ ქალებს საეჭვო სქესობრივი კონტაქტები ჰქონდათ, ან სექს-ბიზნესის წარმომადგენლები არიან. მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების მიერ შიდსის წარმოდგენა, როგორც „ქალების დაავადების“, „შავების დაავადებების“, „გეების შავი ჭირის“ და ა.შ. ასევე, ქმნის სტიგმას და აძლიერებს ამ სტერეოტიპებსა და წარმოდგენებს. ზოგიერთი აფრიკელი და აზიელი ლიდერის აზრით, შიდსი დასავლეთის დაავადებად ითვლება, მაშინ, როცა დასავლეთში შიდსი აფრიკასთან ასოცირდებოდა.

ამავე დროს, აშკარაა თვითსტიგმატიზაციის გამოვლენა, ე.წ. შიანაგანი სტიგმა, ანუ სირცხვილის გრძნობა, რომელსაც განიცდიან თავად ინფიცირებულები, ეჯახებიან რა საზოგადოების მხრიდან ნეგატიურ რეაქციას. თვითსტიგმატიზაცია კი იწვევს დეპრესიას, საკუთარ თავში ჩაკეტვას, არასრულფასოვნების განცდას, რაც ძალასართმევს და ბრალეულობის გრძნობას უჩენს ადამიანს. (Deborah, et. al., 2003)

აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა აღმოცენდება სირცხვილისა და შიშის მძლავრი კავშირის ნიადაგზე - სირცხვილის იმიტომ, რომ შიდსის გავრცელების ძირითად გზებად სექსი და ნარკოტიკების მოხმარება ითვლება; და შიშის იმიტომ, რომ შიდსი შედარებით ახალი დაავადებაა და ითვლება სასიკვდილოდ. გაკიცხვა, სირცხვილი და შიში შიდსის ეპიდემიას იატაკქვეშეთში დევნის, რაც ინფექციის გავრცელებას იდეალურ პირობებს უქმნის.

სტიგმის, როგორც მოვლენის განსაზრღვრა მრავალგვარად შეიძლება, მაგრამ ყოველთვის, როცა სტიგმაზე ვსაუბრობთ, საჭიროა გამოვყოთ სტიგმის დამახასიათებელი სამი ძირითადი მიზანი:

1. **ხაზი ესმება ადამიანებს შორის განსხვავებას და ეს განსხვავება ითვლება მნიშვნელოვნად.** ჩვეულებრივ, ადამიანები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან, მაგრამ ამ განსხვავებათა უმრავლესობას პრინციპულ მნიშვნელობას არ ანიჭებენ (თვალის ფერი, პასპორტის ნომერი, თმის სიგრძე და ა.შ.). მაგრამ თუკი ადამიანების სტიგმატიზაცია ხდება, მაშინ მათი განმასხვავებელი ნიშნები აღიქმება, როგორც სოციალურად მნიშვნელოვანი (კანის ფერი, აივ სტატუსი) და ამ განმასხვავებელი ნიშნების მიხედვით ადამიანებს ჰყოფენ ურთიერთსაწინააღმდეგო კატეგორიებად („თეთრები" და „შავები", „ბრმები" და „მხედველები", „აივ დადებითები" და „აივ უარყოფითები").
2. განმასხვავებელი ნიშნების მქონე ადამიანებს უარყოფით თვისებებს მიაწერენ. ჩვენთვის დამახასიათებელია სტერეოტიპული აზროვნება. ჩვენი სტერეოტიპული შეხედულებები სხვა ადამიანებზე უმრავლეს შემთვევაში არასწორია, მაგრამ ისინი შეიძლება ნეიტრალურ ან დადებით ხასიათს ატარებდნენ. მაგალითად: „ყველა ქალი ზრუნავს საკუთარ შვილებზე", „ქართველები ემოციურები ვართ", მაგრამ როდესაც საუბარია სტიგმაზე, სტერეოტიპები ყოველთვის ნეგატიურია: „აივ დადებითი ადამიანი საშიშია", „აივ ინფიცირებულები შეგნებულად ასნებოვნებენ სხვებს", „შიდსით ავადდებიან ამორალური საქციელის გამო" და ა.შ. ანუ, იმ ადამიანებს, რომელთაც მხოლოდ ერთი ნიშანი აერთიანებს (სისხლში აივ-ის არსებობა), მიაწერენ

ისეთ ნეგატიურ თვისებებს, რომლებსაც ვირუსთან არანაირი კავშირი არ აქვთ: სხვებისათვის საფრთხის შემცველი, სურვილი, ზიანი მიაყენოს ადამიანებს, ამორალური ქცევა და ა.შ.

3. ადამიანებს ყოფენ ორ ჯგუფად: „ჩვენ" და „ისინი". სტიგმატიზაციის პროცესში ვაზროვნებთ კატეგორიებით: „ჩვენ" და „ისინი". ასეთი დაყოფა გვაძლევს საშუალებას, ვიფიქროთ, რომ „ისინი" არ არიან ისეთები, როგორებიც „ჩვენ „ ვართ. ეს დამოკიდებულება ხშირად შეიმჩნევა ჩვენს გამოთქმებში. მაგალითად, არავინ ამბობს „გრიპით ინფიცირებული", რადგან ადამიანი, რომელსაც გრიპი აქვს, ერთ-ერთი ჩვენთაგანია." ამავე დროს, ხშირად ვამბობთ: „აივ ინფიცირებული", რითაც ამ ადამიანის მთელი ინდივიდუალობა მის ინფექციამდე დაგვყავს. (UNAIDS, 2006)

აივ დადებითი სტატუსის მქონე ადამიანების სტიგმატიზაციას ხელს უწყობს მთელი რიგი ფაქტორებისა:

1. აივ ინფექცია/შიდსი არის დაავადება, რომელიც საფრთხეს უქმნის ადამიანის სიცოცხლეს, ხოლო სიკვდილის თემა ჩვენს საზოგადოებაში ტაბუდადებულია და აშინებს მას;
2. აივ ინფექცია გადამდებია (ისევე როგორც ყველა სხვა ინფექციები), მაგრამ საზოგადოებაში ჯერ კიდევ დაბალია მისი გავრცელებისა და პროფილაქტიკის გზების შესახებ ინფორმირებულობის დონე;
3. აივ ეპიდემია ასოცირებულია ისედაც სტიგმატიზირებულ ჯგუფებთან, როგორიცაა ნარკოტიკების მომხმარებლები, სექს-მუშაკები, ჰომოსექსუალები;
4. აივ ეპიდემია ეხება სექსის თემას, რომელიც ტაბუირებულია, დაკავშირებულია სხვდასხვა სახის შიშთან, ბრალეულობის განცდასთან და ა.შ.;
5. აივ ეპიდემია განსაკუთრებით შეეხო ადამიანებს, რომლებიც ხშირად დისკრიმინირებულ მდგომარეობაში იმყოფებიან ან არათანაბარი უფლებებით სარგებლობენ: ქალებს, მოზარდებს, ნარკოტიკების მომხმარებლებს და სხვ. (Deborah, L. B. et al., 2003)

დისკრიმინაცია - „ამოქმედებული“ სტიგმა

დისკრიმინაცია - (ლათ. discriminatio - განსხვავება) - არის ადამიანთა გარკვეული ჯგუფის წევრთა უფლებების დაკნინება რომელიმე ნიშნის მიხედვით (ეროვნული, რასობრივი, გენდერული, სექსუალური ორიენტაციის, დაავადების და ა.შ.).

სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაცის მანკიერი წრე

დისკრიმინაცია სამი კომპონენტისგან შედგება: მადისკრიმინირებელი განწყობები, მადისკრიმინირებელი ქცევა და დისკრიმინაციის აქტი. პირველი ორი კომპონენტი ეხება იმ ადამიანებს, ვინც სოციალური ნორმების ჩარჩოებში ეტევა. ხოლო მესამე კომპონენტი აღნიშნავს სოციალური ჩარჩოებში და მათ გარეთ მყოფ პირთა ურთიერთობებს. სტიგმა ხელს უწყობს მადისკრიმინირებელი განწყობების ჩამოყალიბებას, ეს განწყობები ხშირად გამოიხატება მადისკრიმინირებელ ქცევებში, რასაც შედეგად დისკრმინაციის აქტი მოყვება. თავის მხრივ, დისკრიმინაციის აქტი კიდევ უფრო აღრმავებს სტიგმას. ასეთი ურთიერთქმედება ქმნის სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის მანკიერ წრეს. (ЮНЭЙДС, 2002)

სტიგმაზე საუბრისას ხშირად მხედველობიდან გვრჩება ერთი მნიშვნელოვანი მომენტი - სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური ძალაუფლება. ყველა ადამიანს შეუძლია მიაკეროს იარლიყი სხვას, მაგრამ ძალაუფლების გარეშე ეს სტიგმა ვერ იქცევა დისრკიმინაციად.

დისკრიმინაცია - ეს არის სტიგმა, რომელიც მოქმედებად გადაიქცა. დისკრიმინაცია შესაძლებელია მხოლოდ საზოგადოებაში ძალაუფლებისა და კონტროლის არათანაბარი გადანაწილების შემთხვევაში. მაგალითად, პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს მასტიგმატიზირებელი შეხედულებები ექიმების შესახებ და თვლიდეს, რომ ყველა ექიმი ცუდად ექცევა აივ პოზიტიურ ადამიანებს და ცუდად მკურნალობს. მსგავსი შეხედულებები წარმოადგენს სტიგმას, მაგრამ მათ არ მივყავართ დისკრიმინაციამდე.

მაგრამ თუკი ექიმს აქვს სტიგმა პაციენტის მიმართ, უკვე დისკრიმინაცია რეალურად შესაძლებელი ხდება და მას შეუძლია უარი თქვას პაციენტის მკურნალობაზე.

დისკრიმინაციის პოლიტიკურ-სამართლებრივი ასპექტი

აივ-თან ასოცირებული სტიგმატიზაცია და დისკრიმინაცია შეიძლება განმტკიცებული იქნეს კანონმდებლობითა და ადმინისტრაციული ზომების დახმარებით, რომლებიც „დანარჩენი საზოგადოების" დაცვის აუცილებლობით აისნება. სტიგმატიზაციისა და დისკიმინაციული ქმედებების მაგალითებია: სავალდებულო სკრინინგი და ტესტირება, სავალდებულო ინფორმირება აივ/შიდსით დაავადების შესახებ, ანონიმურობაზე უფლების შეზღუდვა, დაავადებულთა შეზღუდვა მუშაობაზე, სამედიცინო დახმარებაზე, მათი იზოლაცია, ჩაკეტვა და იძულებითი მკურნალობა.

დისკრიმინაციის ერთ-ერთ ნათელ მაგალითს მიგრაციისა და საზღვარგარეთ წასვლის შეზღუდვა წარმოადგენს. მიუხედავად, ფართოდ გავრცელებული მოსაზრებისა, რომ აივ პოზიტიური ადამიანების თავისუფალი გადაადგილების შემზღუდავი კანონები არაეფექტურია, ბევრმა ქვეყანამ აიღო კურსი მათი მგზავრობისა და მიგრაციის შეზღუდვაზე. დისკრიმინაციული პრაქტიკა მოიცავს იმ პირების სავალდებულო ტესტირებას აივ-ზე, რომელსაც სურთ მიიღონ მუშაობის უფლება. ეს მოთხოვნა ვრცელდება იმათზე, ვისაც სჭირდება ტურისტული ვიზა და ვინც ღიად განაცხადა თავის აივ სტატუსზე. ქვეყანაში შესვლის დროს აივ/შიდსით დაავადებულ ადამიანებს ხშირად ეუბნებიან უარს აივ/შიდსის სამკურნალო მედიკამენტების შეტანაზე. (ЮНЭЙДС, 2006)

აივ/შიდსის ნიადაგზე აღმოცენებული სტიგმატიზაცია და დისკრიმინაცია კიდევ უფრო აძლიერებს უცხოელებისა და მარგინალური ჯგუფებისადმი ისედაც უარყოფით დამოკიდებულებას. მაგალითად, იმ ქვეყნებიდან ჩამოსული ტურისტები, სადაც ეპიდემია არის ოფიციალურად გამოცხადებული, ან ის ადამიანები, ვისი გარეგნული იერსახეც ეჭვს ბადებს, რომ ისინი ჰომოსექსუალები ან სექს-ბიზნესის წარმომადგენლები არიან, შეიძლება დამატებით შეამოწმონ, დაკითხონ, გაჩხრიკონ.

სექს-ბიზნესში ჩართული უცხოელები შეიძლება გაასახლონ ქვეყნიდან, რადგან ითვლება, რომ ისინი საფრთხეს უქმნიან ადგილობრივ კლიენტებს. ეპიდემიის დასაწყისში, ბევრი ცნობა იყო ევროპისა და აზიის ქვეყნებში აფრიკელი სტუდენტების დაპატიმრებისა და დეპორტაციის შესახებ.

სტიგმა - ეს არის სწორედ ის, რაც საზოგადოებაში „წესრიგის დასამყარებლად“ გამოიყენება. მაგ., ბევრი ქვეყანა თანხმობის დაბალანსებას აღწევს „ნორმალურობის“ დაპირისპირებით „სხვებთან“ ან „არაბუნებრივებთან“. ამგვარად, ქვეყნები ქმნიან „განსხვავებებს“ სოციალური კონტროლის დამყარების მიზნით.

თუ გამოვალთ იქიდან, რომ სტიგმატიზაცია პროცესია, რომელიც ადამიანების ჯგუფებს შორის განსხვავებებს ადგენს და ამის საფუძველზე არსებულ სტრუქტურაში შეიძლება გავაკეთოთ დასკვნა, რომ სტიგმა და დისკრიმინაცია სოციალური უთანასწორობის შესანარჩუნებლად გამოიყენება. სტიგმატიზაცია არა მარტო ამ განსხვავების დადგენის საშუალებას იძლევა, არამედ მთავარ როლს თამაშობს ამ განსხვავებების სოციალურ უთანასწორობად ტრანსფორმირებაში კლასობრივ, გენდერულ, რასობრივ, ეთნიკურ და სექსუალურ საფუძველზე.

საბოლოო ჯამში, სტიგმა და დისკრიმინაცია ხელს უწყობს ეპიდემიის გავრცელებას. ამიტომ, ეპიდემიის განვითარების მთელი ისტორიის მანძილზე ცდილობდნენ ამ მოვლენებთან გამკლავებას. თითქოსდა, შესაძლებელი იყო, რომ ყველაზე ეფექტური სოციალური ან კანონმდებლობასთან დაკავშირებული ღონისძიებები ყოფილიყო. თუმცა, ახალი კანონების მეშვეობით ან უკვე არსებული კანონმდებლობისათვის ძალის მინიჭებით „წესრიგის დამყარება“ დისკრიმინაცის ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენს, რომელიც კანონმდებლობის იგნორირებით ან შეუსრულებლობით გამოიხატება. ეს კი მეტყველებს ხელისუფლების უუნარობაზე, მიიღოს პრევენციული ზომები, მიაწოდოს სრულფასოვანი მკურნალობა და მოვლა აივ/შიდსისადმი განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფებსა და აივ/შიდსით დაავადებულ ადამიანებს. (Международный Альянс ВИЧ/СПИД в Украине, 2004)

„გადარჩენის“ სტრატეგიები

აივ/შიდსის დიაგნოზზე რეაქცია მრავალგვარი შეიძლება იყოს, ისინი ვინც ხანგრძლივად ავადმყოფობდა და დიდი ხნის განმავლობაში არ ჰქონდა ნორმალური მუშაობისა და სოციალური აქტივობის საშუალება, მეტ-ნაკლებად მზად არან ასეთი დიაგნოზისათვის. უფრო მეტიც, დიაგნოზის დასმამ შეიძლება შვებაც კი გამოიწვიოს, რადგან ამით გაურკვევლობის პერიოდი სრულდება. იმათ კი, ვინც მზად არ იყო განუკურნებელი დაავადების დიაგნოზისთვის, შეიძლება ძალიან მწვავე რეაქცია ჰქონდეთ ახალ ამბავზე. დიაგნოზის შეტყობინების მომენტში ემოციურ მხარდაჭერას და ანტიკრიზისულ ღონისძიებებს ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. (UNAIDS, 2007, 19-23 August)

შიდსის დიაგნოზმა შეიძლება ოჯახის წევრები და მეგობრები შეუკავშიროს, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში სქესობრივი პარტნიორები გაურბიან ან ხელს კრავენ აივ ინფიცირებულ ადამიანს, ან უარყოფენ დიაგნოზს.

აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოზის სტიგმატიზაცია აძნელებს გადაწყვეტილების მიღებას იმის შესახებ, ვის უნდა ეცნობოს დიაგნოზი. ავადმყოფმა ადამიანმა შეიძლება გადაწყვიტოს არ უთხრას თავისი დაავადების შესახებ სხვებს ან აწოდებს არაზუსტ ან არასრულ ინფორმაციას.

ომებისა და რევოლუციების მსგავსად, ეპიდემიების აფეთქება ქმნის კონტროლის დაკარგვის ატმოსფეროს, ემოციურ მორევში აქცევს საზოგადოებას, რაც თავის მხრივ იწვევს ირაციონალურ შიშს, უნდობლობას, პანიკას. ადამიანები მოითხოვენ „გადამწყვეტი ზომების მიღებას“ და იწყებენ „დამნაშავეების“ ძებნას. პირველ რიგში, სწორედ მათ ადანაშაულებენ, ვინც ყველაზე მეტად ზარალდება ეპიდემიის გამო, ანუ ინფიცირებულებს. არაინფიცირებული უმრავლესობის მხრიდან ნეგატიური და ზოგჯერ აგრესიული დამოკიდებულების პირობებში აივ დადებითი სტატუსის მქონე ადამიანები იძულებულები ხდებიან გამოიმუშავონ ქცევის გარკვეული სტრატეგიები, რომელთაც შეიძლება ვუწოდოთ „სტიგმის მართვა“. განარჩევენ სტიგმის მართვის სტრატეგიების ორ

ძირითად ფორმას: **რეაქტიულს** და **პროაქტიურს.** ასეთი დაყოფა დაფუძნებულია იმაზე, იღებენ თუ არა ინფიცირებული ადამიანები არსებულ მასტიგმატიზირებელ ნორმებს. (UNAIDS, 2007, 19-23 August)

სტიგმის მართვის რეაქტიული სტრატეგიები წარმოადგენს აივ პოზიტიური პირების რეაქციას მათ დაავადებასთან დაკავშირებულ მძიმე, მატრამვირებელ სიტუაციაზე. ეს არის დაცვითი ხასიათის მცდელობა, თავიდან აიცილონ ან შეარბილონ სტიგმის ზემოქმედება. მაგრამ ამავე დროს, გულისხმობს საზოგადოებაში არსებული იმ ნორმებისა და ღირებულებების მიღებას, რომლებიც იწვევენ სტიგმას. რეაქტიული სტრატეგიების მაგალითებია: ადამიანები ცდილობენ დამალონ საკუთარი აივ სტატუსი, აღიარონ, რომ აქვთ სხვა, უფრო ნაკლებად სტიგმატიზებული დაავადება (მაგ., ავთვისებიანი სიმსივნე ან ჰეპატიტი „C") და არა აივ ინფექცია ან შიდსი.

სტიგმის დაძლევაზე მიმართული რეაქტიული სტრატეგიებია:

1. **ანონიმურობისა და დიაგნოზის საიდუმლოდ შენახვის სტრატეგია.** ნეგატიურად განწყობილი გარემოცვისაგან თავის დაცვის მიზნით ადამიანები არ ამხელენ თავიანთ დადებით აივ სტატუსს. დიაგნოზის გახსნა ხშირად იწვევს მათი უფლებებისა და შესაძლებლობების შეზღუდვას.
2. **ვირუსის საშიშროების იგნორირება.** ეს სტრატეგია უფრო მოგვიანებით ფორმირდება. დიაგნოზთან დაკავშირებულ პირველ განცდებთან გამკლავების შემდეგ ადამიანები გამოიმუშავებენ განცდას, რომ დაავადება საშიში არ არის.
3. **ფიზიკური და სოციალური თვითგანადგურების სტრატეგია** ხასიათდება იმ გავრცელებული წარმოდგენის აღიარებითა და მიღებით, რომლის თანახმადაც ინფიცირების შემდეგ სწრაფი სიკვდილი გარდაუვალია. ასეთი სტრატეგია უბიძგებს აივ დადებით პირებს აირჩიონ (შეინარჩუნონ) ცხოვრების ისეთი წესი, რომელიც მათ თვითგანადგურებამდე მიიყვანს. (Horizons, 2002)

სტიგმის მართვის პროაქტიური სტრატეგიები გულისხმობს სტიგმის გამომწვევი სოციალური ნორმების არმიღებას. ასეთი სტრატეგიების მაგალითებია: აივ

პოზიტიურების მონაწილეობა საგანმანათლებლო მუშაობაში საზოგადოებაში პრობლემის მიმართ ადექვატური დამოკიდებულების ფორმირების მიზნით. სოციალური აქტივიზმი - ადამიანი ერთვება ეპიდემიის წინააღმდეგ მიმართულ მოძრაობაში, შიდსის პრობლემაზე რომელიმე ორგანიზაციის მუშაობაში და ამ საქმიანობას პროფესიად ხდის. აივ აქტივიზმი მათ თვითრეალიზაციისა და საზოგადოებრივ კარიერას შექმნის საშუალებას აძლევს, ეხმარება ყოველდღიურ ცხოვრებაში. (Horizons, 2002)

პრევენციული ინტერვენციის სახელმძღვანელო

აივ ინფიცირების თვალსაზრისით მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებთან სამუშაოდ

აპრილი, 2013 წელი

დოკუმენტი მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ დაფინანსებული ”საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის” ფარგლებში, სამმხრივი მიმართულების კვლევითი ინსტიტუტისა (RTI International) და ორგანიზაციის „გადავარჩინოთ ბავშვები“ (Save the Children International) მიერ, ადგილობრივი პარტნიორი ორგანიზაციების - საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრის „თანადგომა“ გამოცდილებაზე დაყრდნობით .

შესავალი

ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ დაფინანსებული „საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის“ (GHPP) მიზანია მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებში აივ პროფილაქტიკის ღონისძიებების მხარდაჭერა, რათა თავიდან იქნას აცილებული ზოგად პოპულაციაში აივ ინფექციის გავრცელება. საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის ღირებულება 6 მილიონ დოლარზე მეტია, მისი განხორციელება დაიწყო 2010 წლის თებერვალში და დასრულდება 2014 წლის დეკემბერში.

საქართველოში აივ პრევენციის პროექტს ახორციელებს სამმხრივი მიმართულების კვლევის ინსტიტუტი (RTI International) და მისი პარტნიორი ორგანიზაცია „გადავარჩინოთ ბავშვები“ (SCI), ადგილობრივ პარტნიორებთან - საზოგადოებრივ გაერთიანება „ბემონთან“ და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ ცენტრთან „თანადგომა“ ერთად. პროექტი მხარს უჭერს ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებს მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებზე მიმართული აივ პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებაში. მცირე გრანტების პროგრამის ფარგლებში მოხდა უფრო მეტი ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩართვა აივ პრევენციის აქტივობებში. პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციების პოტენციალის ამაღლების გზით, საქართველოში აივ პრევენციის პროექტმა მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებსა და განსაკუთრებული რისკის მქონე ახალგაზრდებზე მიმართული აივ პრევენციული სამსახურების ხელმისაწვდომობის გაფართოებას.

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს აივ ინფიცირების თვალსაზრისით მაღალი რისკის შემცველი ქცევის მქონე ჯგუფებისათვის აივ პრევენციული სერვისების მიწოდების სახელმძღვანელოს. სახელმძღვანელოში მოცემულია საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის ფარგლებში, საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონისა“ და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრის „თანადგომა“ მიერ 2010-2012 წლებში შემუშავებული, ადაპტირებული და აპრობირებული აივ პრევენციული სერვისების საბაზისო პაკეტი. უნდა აღინიშნოს, რომ ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლებისათვის განკუთვნილი პრევენციული მიდგომა ეყრდნობა თემზე ორიენტირებული ინტერვენციის (Community level intervention, CLI) მოდელს.

ამ სახელმძღვანელოს პროექტი გადასცემს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს (დკსჯეც), ასევე აივ პრევენციული სერვისების მიმწოდებელ ყველა დაინტერესებულ, ადგილობრივ

არასამთავრობო ორგანიზაციას, რათა ხელი შეუწყოს მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის აივ პრევენციული სერვისების მიწოდებას..

გარდა ამისა, პროექტის მიერ დაქირავებულმა ადგილობრივმა კონსულტანტმა მოახდინა აივ პრევენციული სტრატეგიებისა და ინტერვენციების განფასება[1] და განსაზღვრა პრევენციული პაკეტის ერთეულის ფასები, რაც საშუალებას მისცემს დკსჯეც-ს მთელი ქვეყნის მასშტაბით აივ პრევენციული პროგრამების დაგეგმვისა და დაფინანსების დროს გამოიყენოს სტანდარტული მიდგომა.

დოკუმენტში აღწერილი პრევენციული ჩარევები განკუთვნილია შემდეგი სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლებისათვის:

1. ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები (ნიმ)
2. კომერციული სექსის მუშაკი ქალები (კსმ) და
3. ჰომოსექსუალური ქცევის მქონე მამაკაცები ანუ მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ).

სახელმძღვანელო მოიცავს შემდეგ საკითხებს:

1. სოციალური სამუშაოს განსაზღვრება და დანიშნულება
2. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან
3. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებლების მეუღლეებთან/პარტნიორებთან
4. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის კომერციული სექსის მუშაკ ქალებთან
5. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის მამაკაცებთან, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან

დანართებში მოცემულია დამატებითი სახელმძღვანელო მითითებები შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

1. ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე
2. სისხლის აღებისა და ტრანსპორტირების წესები
3. ტუბერკულოზთან დაკავშირებულ საკითხებზე კონსულტირების ალგორითმი

---

[1] მაღალი რისკის ჯგუფებში პრევენციული ინტერვენციების განფასების შედეგები

1. სოციალური სამუშაოს განსაზღვრება და დანიშნულება

სოციალური სამუშაო ემსახურება დაუცველი და დისკრიმინირებული ფენების (როგორც ცალკეული ინდივიდის, ასევე ინდივიდთა ჯგუფების) დაცვას. სოციალური მუშაკები მოღვაწეობენ სრულიად განსხვავებულ სფეროებში, როგორიცაა: მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები, მოხუცები, ფიზიკური და ფსიქიკური დარღვევების მქონე ავადმყოფები, ეთნიკური ჯგუფები და ა.შ.

პროფესიის მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, სოციალური სამუშაოს განსხვავებული დეფინიციები არსებობს. ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ეროვნული ასოციაციის (NASW) დეფინიციის მიხედვით:

> “სოციალური სამუშაო წარმოადგენს პროფესიულ მოღვაწეობას, რომელიც გულისხმობს ინდივიდთა, ჯგუფთა თუ საზოგადოების გარკვეული ნაწილის დახმარებას სოციალური ფუნქციონირების უნარის აღდგენასა და გაუმჯობესებაში და მათი მიზნების შესატყვისი საზოგადოებრივი პირობების შექმნაში.”

სოციალური სამუშაოს დანიშნულებაა სოციალური ფუნქციის გაუმჯობესება, რაც მოიცავს პრევენციას, აღდგენას და რემედიაციას.

პრევენცია გულისხმობს დაუცველი ადამიანების ან საზოგადოებას მოწყვეტილი, საზოგადოებისაგან უარყოფილი ფენებისათვის სერვისების დროულ მიწოდებას, მანამ, ვიდრე თავს იჩენს გარკვეული დისფუნქციები (ან დაავადებები).

აღდგენა მიზნად ისახავს იმ კლიენტების რეაბილიტაციას, რომელთა ფუნქციონირება უკვე დაქვეითებულია ფიზიკური და/ან ფსიქიკური პრობლემების გამო.

რემედიაცია გულისხმობს არსებული პრობლემის შემცირებას ან აღმოფხვრას.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სოციალური სამუშაო მომსახურების ფართო არეალს მოიცავს და, შესაბამისად, სოცმუშაკის როლი დამოკიდებულია იმ სფეროზე, რომელშიც მას უხდება მოღვაწეობა.

როგორი უნდა იყოს სოციალური მუშაკი

მიუხედავად იმისა, რომ სოცმუშაკებს მომსახურების სხვადასხვა სფეროში უხდებათ მოღვაწეობა, არსებობს სოციალური სამუშაოს ძირითადი ფასეულობანი (მომსახურების ხარისხი შენარჩუნება, პიროვნების ღირსების პატივისცემა,

ადამიანთა შორის არსებული ურთიერთობის მნიშვნელობა, კომპეტენტურობა), რომლებიც საერთოა ნებისმიერ სფეროში მომუშავე სოცმუშაკისათვის და რომელთა დაცვა მოეთხოვება სოციალური მომსახურების სფეროში მოღვაწე ნებისმიერ ადამიანს. გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ სოცმუშაკს, როგორც პიროვნებას, უნდა გააჩნდეს გარკვეული თვისებები და უნარ-ჩვევები, რათა მან შეძლოს სოციალური სამუშაოს ძირითადი ფასეულობების ზედმიწევნით დაცვა და პატივისცემა, რაც სოციალური სამუშაოს წარმატებით განხორციელების საწინდარია.

სოციალური მუშაკის პროფესიულ უნარებს და თვისებების განეკუთვნება:

- → მგრძნობიარობა სხვა ადამიანების ქცევისა და განწყობების მიმართ;
- → ემოციური სტაბილობა;
- → სხვა ადამიანებში ნდობის გამოწვევის უნარი;
- → ადამიანებისადმი ნდობა;
- → პატივისცემა სხვა ადამიანების უფლებების მიმართ;
- → პატივისცემა სხვისი ღირებულებებისადმი;
- → წინასწარი განწყობის არქონა;
- → პროფესიული ვალდებულებების გაცნობიერება.

სოციალური მუშაობის თავისებურებები

სოციალური სამუშაო წარმოადგენს დახმარების პროცესს ცალკეული ინდივიდის (ან წყვილის), ინდივიდთა ჯგუფის ან საზოგადოების გარკვეული ფენის სოციალური ფუნქციონირების უნარის აღდგენასა და გაუმჯობესებაში. ეს პროცესი 4 ძირითადი ფაზისაგან შედგება: I. შესწავლა, შეფასება და დაგეგმვა; II. განხორციელება და მიზნის მიღწევა; III. დასრულება, შეფასება; IV. მონიტორინგი

I ფაზა: შესწავლა, შეფასება და დაგეგმვა გულისხმობს:

1. რაპორტის დამყარებას, რაც ნიშნავს მუშაობის პროცესში კლიენტის წარმატებულ ჩართვას, მისი ნდობის და კეთილგანწყობის მოპოვებას. რაპორტის დამყარების ხელისშემწყობი ფაქტორებია:
   - → არაგანსჯითი მიდგომა;
   - → კლიენტის მიღება ისეთად, როგორიც ის არის;
   - → კლიენტისათვის თვითგამორკვევის საშუალების მიცემა;
   - → კლიენტის ღირსების, ინდივიდუალობისა და პრობლემის გადაჭრის ხედვის პატივისცემა;
   - → ემპათიის გამოხატვა.
2. კლიენტის პრობლემის შესწავლას პრობლემასა და გარემოზე ამომწურავი ინფორმაციის შეგროვებით;

3. პრობლემის მრავალმხრივ სისტემურ შეფასებას; ასევე, იმ სისტემების და რესურსების შეფასებას, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ (ან შეუძლიათ ითამაშონ) მოცემულ სიტუაციაში;
4. კლიენტის მოტივაციის ამაღლებას ისეთ შემთხვევაში, თუ მას არაადეკვატური მოტივაცია აქვს;
5. მისაღწევი მიზნების კლიენტთან შეთანხმებას.

II ფაზა: განხორციელება და მიზნის მიღწევა გულისხმობს ინტერვენციას;

III ფაზა: დასრულება, ანუ კლიენტის მომზადება იმისათვის, რომ გარკვეული დროის შემდეგ მან დამოუკიდებლად შეძლოს საკუთარი პრობლემის დაძლევა; შედეგის შენარჩუნების სტრატეგიის დაგეგმვა.

IV ფაზა: მონიტორინგი, რაც გულისხმობს იმის გადამოწმებას, თუ რამდენად ნარჩუნდება მიღწეული შედეგი.

ეფექტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები

→ ურთიერთობის დროს სოცმუშაკს უნდა შეეძლოს, გამოიყენოს ეფექტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები:
→ კლიენტის მოსმენა;
→ პარაფრაზირება;
→ ემპათია;
→ ღია პოზა;
→ ადეკვატური ჩაცმულობა და მაკიაჟი - ის არ უნდა იყოს გამომწვევი და კონტაქტში ბარიერის შემქმნელი;
→ გასაგებ ენაზე საუბარი - სასურველია, არ დავტვირთოთ საუბარი სამედიცინო თუ სხვა სპეციფიკური ტერმინოლოგიით. კლიენტისთვის ნათელი უნდა იყოს მიწოდებული ინფორმაცია, სოცმუშაკი უნდა საუბრობდეს კლიენტისთვის გასაგებ ენაზე.

2. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან (ნიმ)

სამიზნე ჯგუფის აღწერა – ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან (ნიმ) საველე მუშაობის პრინციპები და თავისებურებები

ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები ფარულ და სტიგმატიზებულ ჯგუფს მიეკუთვნებიან. იმის გამო, რომ ნარკოტიკის მოხმარება კანონით ისჯება და ნარკომომხმარებლებს აქვთ პოლიციასთან და სხვა, მათ შორის, სამედიცინო სამსახურებთან ურთიერთობის ნეგატიური გამოცდილება, ნარკოტიკების მომხმარებელთა უმრავლესობა თავს არიდებს ნებისმიერ იმ დაწესებულებასთან კონტაქტს, რომელიც ასოცირებულია (რეალურად ან მათ წარმოსახვაში) საჯარო სამსახურებთან და, ამასთანავე, ნაკლებად ენდობიან ამ დაწესებულებათა წარმომადგენლების რჩევებს.

საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარება ამჟამად სისხლის სამართლის დანაშაულს მიეკუთვნება. ამდენად, არსებული რეალობიდან გამომდინარე, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან უშუალოდ ქუჩაში კონტაქტის დამყარებისას არსებობს რიგი სიძნელეები. კერძოდ, ეს განპირობებულია როგორც საზოგადოებაში ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების მიმართ არსებული მადისკრიმინირებელი დამოკიდებულებით, ასევე ნარკომომხმარებელთა საპასუხო უნდობლობით არა მარტო ზოგადად საზოგადოების, არამედ მომხმარებელთა სხვა დაჯგუფებების მიმართაც.

აქედან გამომდინარე:

→ სოცმუშაკებს უხდებათ ნდობით აღჭურვილი პირის მონახვა ისევ მათი წრიდან, ამ პირთან ნდობის მოპოვება, რაც მთლიანად სოცმუშაკის პროფესიონალიზმსა და მოხერხებაზეა დამყარებული და ხშირად რამოდენიმე ნახვის და გასაუბრების შემდეგ მიიღწევა. როცა საკონტაქტო პირისთვის გასაგები ხდება ინტერვენციის მიზანი, ჩნდება დაინტერესება სოცმუშაკებთან აქტიური კონტაქტისადმი. კონდომები, ერთჯერადი შპრიცები თუ უსაფრთხო ინექციისათვის საჭირო სხვა საშუალებები და ბროშურები ჩვეულებრივ გაიცემა არა მარტო საკონტაქტო პირისთვის საკმარისი რაოდენობით, არამედ მისი მეგობრებისთვის გადასაცემადაც.

→ თავიდანვე სოცმუშაკი აკეთებს აქცენტს იმაზე, რომ ურთიერთობის ანონიმურობა და კონფინდენციალურობა დაცული იქნება.

→ როგორც წესი, ნდობის მოპოვების შემდეგ კონტაქტზე გამოდიან ჯგუფის სხვა წევრებიც. თავიდან მათი სოცმუშაკთან ურთიერთობა აივ/შიდსზე,

ჰეპატიტებზე და სქესობრივი გზით გადამდებ სხვა დაავადებებზე ინფორმაციის გადაცემით შემოიფარგლება. თუმცა ეს არ არის ლექციის სახით გადაცემული მასალა, ისინი აქტიურად ერთვებიან საუბარში და სოცმუშაკს უზიარებენ თავის გამოცდილებას და ცოდნას. საჭიროების შემთხვევაში სოცმუშაკები ახდენენ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების მიმართვას შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებებში.

→ გასვლითი სამუშაოები მოიცავს ქალაქგარეთ ტერიტორიებსაც.

გასვლითი საველე სამუშაო ჯგუფი

გასვლით შეხვედრებს ახორციელებს ჯგუფი ორი სოციალური მუშაკის შემადგენლობით. იმისდა მიხედვით, თუ რა ზომისაა ტერიტორია, რომელსაც სოციალური მუშაკები მოიცავენ, ასევე, თუ რა რაოდენობის და ტიპის მასალებს ავრცელებენ სოციალური მუშაკები, ასევე, იმის გათვალისწინებით, თუ როგორ გეგმავს ორგანიზაცია თავის აქტივობებს, სოციალური მუშაკების ჯგუფს შესაძლოა მანქანაც ემსახურებოდეს. სოციალურ მუშაკთა წყვილი შესაძლებელია დაკომპლექტებული იყოს პრინციპით ქალი და მამაკაცი. რაც შეეხება სოციალური მუშაკების პროფესიულ განათლებას, სასურველია, ერთი სოცმუშაკი იყოს პროფესიონალი ფსიქოლოგი ან სოციალური მუშაკი, ხოლო მეორე კი - ექიმი, რამდენადაც პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებისას პროგრამის კლიენტებს ხშირად წმინდა სამედიცინო სახის შეკითხვები უჩნდებათ. თუმცა, იმის მიხედვით, თუ როგორ რესურსებს ფლობს კონკრეტული ორგანიზაცია, მაგალითად, თუ ორგანიზაციის შტატში არიან ექიმი-კონსულტანტები, რომლებთანაც მოხდება შემდგომი გადამისამართება, ექიმი სოციალური მუშაკის არსებობა აუცილებელი შეიძლება არც იყოს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ არსებობს გავრცელებული პრაქტიკა, როდესაც სოციალური სამუშაოს, კერძოდ კი გასვლითი სამუშაოების შესასრულებლად ხდება უშუალოდ სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების აყვანა და მათი სპეციალური მომზადება. ეს ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა, თუმცა, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია მონიტორინგისა და სუპერვიზიის მკაფიო სისტემის დანერგვა.

როდესაც სოციალური მუშაკები მანქანით ახორციელებენ გასვლით მუშაობას, მძღოლის ფუნქცია, სოცმუშაკებთან შედარებით, პასიურია. იგი არ შედის კონტაქტში მიზნობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებთან. მისი მოვალეობა შემოიფარგლება სოცმუშაკების სამუშაო წერტილებზე მიყვანით.

გასვლისათვის განკუთვნილი ავტომობილი უნდა იყოს:

→ ტექნიკურად გამართული;

→ ოთხკარიანი (რათა უზრუნველყოფილ იქნას მუშაობის კომფორტული პირობები);

→ მცირეგაბარიტიანი (არ იყოს ასოცირებული ძალოვანი სტრუქტურების სატრანსპორტო საშუალებებთან).

გასვლითი სამუშაო იგეგმება დროის იმ მონაკვეთში, როდესაც შესაძლებელია სამიზნე ჯგუფის მაქსიმალური მოცვა. დროის შერჩევა შესაძლოა იყოს დამოკიდებული ზოგიერთ გარე ფაქტორზე. რეკომენდებულია, სოცმუშაკების ჯგუფმა გასვლითი სამუშაო სამიზნე ჯგუფთან აწარმოოს ოპტიმალური ინტერვალით (მაგ. კვირაში ორჯერ, ან განსახორციელებელი სამუშაოს განრიგის შესაბამისად).

გასვლისთვის აუცილებელი აღჭურვილობა:
→ სოცმუშაკების საიდენტიფიკაციო ბარათები;
→ საინფორმაციო მასალა;
→ კონდომები;
→ სტერილური შპრიცები და უსაფრთხო ინექციისთვის საჭირო სხვა საშუალებები;
→ მოსახერხებელი ჩანთა (სასურველია ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგოთი);
→ კალმისტარი, რვეული (შეხვედრების მნიშვნელოვანი მომენტების ჩასანიშნად);

→ *წყვილში მუშაობის სპეციფიკა და უსაფრთხოების ზომები:* გასვლითი სამუშაოს ეფექტიანობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია წყვილში მუშაობა და უსაფრთხოების ზომების დაცვა. ამიტომ სასურველია, მეწყვილეებმა დაარეგულირონ შემდეგი ძირითადი მომენტები:
→ ჯგუფი უნდა წარმოადგენდეს ერთიან ორგანიზმს. არ შეიძლება, ჯგუფის წევრებს შორის არსებობდეს უთანხმოება და კონფლიქტი. თუკი ეს არსებობს, ეცადეთ, დაუყოვნებლივ მოაგვაროთ. აუხსენით თქვენს მეწყვილეს თქვენი მდგომარეობა და განცდები. მიუთითეთ, თუ რა იწვევს მსგავს განცდებს თქვენში. წინააღმდეგ შემთხვევაში პერმანენტული სტრესული გარემო აისახება მუშაობის პროცესზე და სერიოზულ ზიანს მიაყენებს მის ეფექტიანობას. გახსოვდეთ, რომ თქვენი კლიენტები ყველაფერს გრძნობენ და რომ მათ არ დარჩებათ ყურადღების მიღმა თქვენი ემოციური მდგომარეობა.
→ იყავით ჩართული პროცესში. მიუხედავად იმისა, პასიური ხართ თუ არა კლიენტთან საუბრის მომენტში, მოუსმინეთ დიალოგს თქვენს მეწყვილესა და კლიენტს შორის. ამით თავიდან აიცილებთ:
  ➢ იგივე საკითხის წამოჭრას, რაზეც სულ ცოტა ხნის წინ ისაუბრეს;
  ➢ კლიენტის გაღიზიანებას, რომელსაც გამოიწვევს განცდა, რომ მას არ უსმენდნენ;
  ➢ მეწყვილეში უკმაყოფილების განცდას იმის გამო, რომ თქვენ არ ხართ ჩართული პროცესში და უყურადღებოდ ტოვებთ მას.
→ მოუსმინეთ ერთმანეთს. არ ჩაუჭრათ სიტყვა თქვენს მეწყვილეს, მიეცით საშუალება, დაასრულოს სათქმელი.

- → არ იკამათოთ ერთმანეთთან კლიენტთან ურთიერთობის დროს. თქვენ კლიენტისთვის ორივე თანაბარუფლებიანი და კომპეტენტური პირი ხართ. შეინარჩუნეთ ეს მდგომარეობა. ნუ დააბნევთ მას - რომელს დაუჯეროს? ნუ გამოიწვევთ მასში განცდას - "ჯერ თვითონ გაერკვიეთ და მერე მესაუბრეთ". დიდი ალბათობაა, რომ ეს შეამცირებს თქვენი მუშაობის ეფექტიანობას.
- → მიეცით ერთმანეთს დადებითი და უარყოფითი უკუკავშირი. იყავით ღია და მიმღები თქვენი მეწყვილის განცდების და ემოციების მიმართ. აუცილებელია, რომ შეძლოთ უკუკავშირის არა მარტო გაცემა, არამედ მიღებაც. ნუ შეაფასებთ მას, უბრალოდ მიუთითეთ კონკრეტული ქცევა და აღწერეთ ის განცდა და ემოციები, რომელიც ამ ქცევამ გამოიწვია თქვენში. მსგავსი დამოკიდებულება თავისუფალს და კომფორტულს გახდის თქვენს ურთიერთობას და აგარიდებთ გაურკვევლობას, ზედმეტ ქებას თუ კრიტიკას.
- → შეთანხმდით არავერბალურ მინიშნებებზე. ნებისმიერ დროს შეიძლება დაგჭირდეთ არავერბალური ნიშნები. მაგ: წასვლის დროა ან ჯგუფში ცუდი ემოციური ფონია და სხვა. არავერბალური ნიშნები განსაკუთრებით გამოგადგებათ კონფლიქტური სიტუაციების თავიდან აცილების დროს.
- → იყოლიეთ ერთმანეთი თვალთახედვის არეში (სოც. მუშაკები და მძღოლი). თუ მაინც მოხდა და ერთმანეთს საკმაო მანძილით მოშორდით, კლიენტთან ისე დადექით, რომ ერთმანეთი მუდმივად თვალთახედვის არეში გყავდეთ. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ არავერბალური მინიშნებები.
- → სოცმუშაკები ზოგჯერ აწყდებიან სიძნელეებს ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან წყვილში მუშაობის დროს. შეიძლება მოხდეს ისე, რომ ნარკომომხმარებელი უარს ამბობდეს ორ სოცმუშაკთან საუბარზე, არ იხსნებოდეს ან არ უნდოდეს თავის ინექციურ პარტნიორებთან კონკრეტულ საკითხზე ჩაღრმავება. ამ შემთხვევაში, თუ სოცმუშაკები გრძნობენ, რომ ნარკომომხმარებელი რომელიმე ერთთან გაიხსნება და გამოხატავს საუბრის სურვილს, დასაშვებია გამონაკლისი და მასთან პირისპირ რჩება ერთი. ასეთი გამონაკლისები განპირობებულია ამ ტიპის ადამიანების ფსიქიკური თავისებურებებით, სტიგმატიზაციით, უნდობლობით ყველა იმ ადამიანის მიმართ, ვინც მათ წრეს არ ეკუთვნის. ამიტომ, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან ურთიერთობის მსგავს შემთხვევებში სოცმუშაკებს განსაკუთრებული სიფრთხილე მართებთ.
- → აღნიშნული სიძნელეების გათვალისწინებით, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებთან ქუჩაში კონტაქტის დამყარება ყოველთვის ვერ ხერხდება, რის გამოც სოცმუშაკები იძულებულნი არიან, მივიდნენ უშუალოდ მათი თავშეყრის ადგილას, თუნდაც სახლში, რომელიც ძირითადად ნარკოტიკის მოხმარების ადგილია და არავითარ შემთხვევაში მათი ოჯახი.
- → სოცმუშაკის დამოკიდებულება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებთან უნდა იყოს მაქსიმალურად კეთილგანწყობილი და გულღია, მათი ქმედების ყოველგვარი განსჯის და მითითებების გარეშე. არავითარ შემთხვევაში არ

უნდა დასვათ პირდაპირი კითხვები მათთვის მტკივნეულ საკითხებზე, რაც ძირითადად ნარკოტიკების მოხმარებასთანაა დაკავშირებული.

გასვლითი სამუშაოს წარმოებისას სოცმუშაკს ეკრძალება:
→ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკულ ნივთიერებათა ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა;
→ ალკოჰოლის მიღება სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებთან ერთად;
→ სქესობრივი კავშირი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელთან;
→ ფულის სესხება სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლისაგან ან მათთვის.

გასვლითი საველე მუშაობა (აუთრიჩი) აივ/ვირუსული ჰეპატიტებით ინფიცირების რისკის შესამცირებლად

ნარკომომხმარებელთა თემის ნდობის მოპოვება აივ პრევენციული პროგრამების ეფექტური განხორციელების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან წინაპირობას წარმოადგენს. ამ მიზნის მისაღწევად, სოციალურმა მუშაკმა ყოველთვის უნდა დაიცვას ქვემოთ მითითებული ზოგადი წესები:
→ ეცადეთ, იპოვოთ წყნარი ადგილი
→ დარწმუნდით, რომ კლიენტს აქვს დრო და თქვენთან საუბრის სურვილი
→ მიაწოდეთ თანამიმდევრული, სრულყოფილი და ნეიტრალური ინფორმაცია
→ ისაუბრეთ კლიენტისათვის გასაგებ ენაზე
→ არ მოეპყროთ მფარველურად
→ მოუსმინეთ ყურადღებით
→ დააკვირდით კლიენტის ემოციებს
→ აჩვენეთ თქვენი დაინეტერესება, აგრძნობინეთ, რომ გესმით მისი, ზრუნავთ მასზე
→ მოეპყარით პატივისცემით
→ ხელი შეუწყვეთ პოზიტიურ ცვლილებებს კლიენტის ქცევასა და განწყობებში
→ არ განსაჯოთ ან დაადანაშაულოთ კლიენტი, თუკი ის სასურველ ქცევას ვერ განახორციელებს
→ შეწყვიტეთ საუბარი შესაბამის დროს: ნუ განაგრძობთ საუბარს იმ შემთხვევაში, თუკი კლიენტს სადმე ეჩქარება ან მობეზრდა თქვენთან ურთიერთობა

<u>**ნაბიჯი 1:**</u> სოციალური მუშაკი უნდა დაუკავშირდეს ნიმ-ს/ნიმ-ების ჯგუფს და შეუთანხმდეს შეხვედრაზე

როგორ:
ნიმ-ს შეიძლება მისწვდეთ:
→ ნაცნობი ნარკოტიკის მომხმარებლის მეშვეობით
→ ყოფილი ნარკოტიკის მომხმარებლის მეშვეობით

→ არამომხმარებელი მეგობრის მეშვეობით
→ პრობაციის სამსახურის მეშვეობით
→ თანასწორგანმანათლებლების მეშვეობით
→ საინფორმაციო კამპანიის მეშვეობით
→ მეუღლის/პარტნიორის მეშვეობით
→ ოჯახის წევრების მეშვეობით
→ ე.წ. „ბიზნეს-ადვოკატების" (სილამაზის სალონის ან ტოტალიზატორის თანამშრომელი, ოფიციანტი კაფეში ან ბარში) მეშვეობით
→ სხვა სერვისების მეშვეობით
→ საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში, სადაც, ჩვეულებრივ, ნარკოტიკების მომხმარებლები იკრიბებიან (ტოტალიზატორი, პარკი, უბანი).

სად:

სოციალური მუშაკი შეიძლება შეხვდეს და ესაუბროს ნიმ-ს შემდეგ ადგილებში:

→ შესთავაზეთ შეხვედრა და საუბარი კლიენტის ბინაში
→ შესთავაზეთ ორგანიზაციის ოფისში მოსვლა
→ კაფეში - ნეიტრალური ადგილია, არ მიიქცევთ სხვების ყურადღებას, სოციალურმა მუშაკმა შეიძლება კლიენტი დაპატიჟოს ყავაზე ან გამაგრილებელ სასმელზე, თუმცა ეს დამატებით დანახარჯს მოითხოვს
→ პარკი ან სხვა დასასვენებელი ადგილი
→ საზოგადოებრივი თავშეყრის სხვა ადგილი - ქუჩა, ეზო, ტოტალიზატორი

ნაბიჯი 2: სოციალურმა მუშაკმა უნდა დაამყაროს საწყისი კონტაქტი კლიენტთან.

პროცედურა:

→ სოციალური მუშაკი წარადგენს პროექტს და საკუთარ თავს
→ სოციალური მუშაკი აცნობს კლიენტს იმ სერვისებს, რომელთაც მისი ორგანიზაცია სთავაზობს ნიმ-ებს.
→ სოციალური მუშაკი ეკითხება კლიენტს, აქვს თუ არა საკმარისი დრო და აქვს თუ არა სურვილი, ისაუბროს ნარკოტიკის მოხმარების საკუთარ გამოცდილებასა და აივ ინფექციასთან დაკავშირებულ საკითხებზე და თანხმობის მიღების შემდეგ განაგრძოს მასთან მუშაობა.
→ თუკი კლიენტმა უარყო შეთავაზება, სოცმუშაკი გადასცემს მას საინფორმაციო მასალებს და საკონტაქტო ინფორმაციას და სთხოვს კლიენტს, მოგვიანებით დაუკავშირდეს მას.

ნაბიჯი 2: სოციალური მუშაკი აწვდის კლიენტს ინფორმაციას აივ/შიდსით/ვირუსული ჰეპატიტებით ინფიცირების რისკის შემცირების კონსულტირებისა და შეთავაზებული სერვისების შესახებ.

რა არის მნიშვნელოვანი?

→ ინმ-ებს არ გააჩნიათ სწორი ინფორმაცია აივ ინფექციისა და ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის გზების შესახებ, რამეთუ ნარკოტიკების მოხმარებისა და აივ/შიდსის შესახებ ინფორმაციას ისინი სხვადასხვა სანდოობის მქონე წყაროდან იღებენ, ძირითადად, სხვა ნარკოტიკების მომხმარებლებისაგან. ისინი იღებენ მცდარ ინფორმაციას და ხშირად სჯერათ მისი. ნარკომომხმარებლებმა არ იციან, როგორ მოიპოვონ ობიექტური ინფორმაცია და სოციალურ მუშაკს შეუძლია, წარმართოს და ხელი შეუწყოს მათ ამ პროცესში, რათა დაეხმაროს ინმ-ებს სწორი არჩევანის გაკეთებაში.

→ აივ/ვირუსული ჰეპატიტებით ინფიცირების რისკის შემცირების კონსულტირების მიზანია, დაეხმაროს კლიენტებს, უკეთ გაერკვნენ საკუთარ გრძნობებში, მოსაზრებებში, ქცევებში და გარემოში, რათა თავი დაიცვან ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკებისაგან.

→ ამას გარდა, კონსულტირება აივ პოზიტიურ კლიენტებს სთავაზობს მნიშვნელოვან ფსიქო-სოციალურ მხარდაჭერას, ეხმარება მათ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში და ასწავლის, როგორ შეამცირონ სქესობრივი თუ ნარკოტიკის მოხმარებელი პარტნიორებისთვის და შვილებისთვის აივ-ის გადაცემის რისკი.

→ სოციალური მუშაკი უნდა დაეხმაროს კლიენტს ინექციური ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების გაცნობიერებაში.

→ ნიმ-ებმა არ იციან, სად და როგორ უნდა ჩაიტარონ უფასო კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე/B და C ჰეპატიტებზე.

→ ნარკომომხმარებლებმა არ იციან იმის შესახებ, რომ მათ მეუღლეებს/პარტნიორებსაც სჭირდებათ ინფორმაცია და ტესტირება აივ-ზე.

→ ნიმ-ებს არა აქვთ ინფორმაცია, რომ აივ-ინფიცირებულებისათვის საქართველოში ანტირეტროვირუსული მკურნალობა უფასოა; ხშირად არ აქვთ ინფორმაცია ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლებისათვის განკუთვნილი სერვისების (მაგ., შპრიცების გაცვლის პროგრამა, ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა და სხვ.) შესახებ.

რისკის შემცირების კონსულტირების ზოგადი აღწერა

→ ჩარევა მოიცავს 2 სესიას - ტესტირებამდელი და ტესტირების შემდგომი კონსულტირება, რომელთა შორისაც ტარდება კლიენტის გამოკვლევა აივ-ზე, B და C ჰეპატიტების ვირუსებზე. ჩარევა საშუალებას აძლევს კლიენტს, გაიგოს საკუთარი სეროსტატუსი და მიიღოს ინფორმაცია ქცევის შეცვლის სასურველი მოდელების შესახებ ვირუსების გადაცემის რისკის შესამცირებლად.

→ პირველი სესიის დროს კლიენტს მიეწოდება ინფორმაცია აივ-ის, B და C ჰეპატიტების ვირუსების, სხვა სგგი-ის გადაცემისა და ინფიცირების თავიდან აცილების გზების შესახებ, ყურადღება მახვილდება როგორც ნარკოტიკის მოხმარებასთან, ასევე სქესობრივ აქტივობასთან დაკავშირებულ რისკებზე.
→ მეორე სესიაზე კვლავ ხდება რისკის შემცირებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის განხილვა; ასევე, კლიენტთან ერთად იგეგმება სარისკო ქცევის შეცვლისა და უსაფრთხო ქცევის შენარჩუნების ინდივიდუალური სტრატეგია.

კომპონენტი	ფორმატი	საქმიანობა	პერსონალი	ადგილმდებარეობა
I სესია	ინდივიდუალური ან ჯგუფური სესია	1. აივ/ვირუსული ჰეპატიტებით/სგგით ინფიცირების რისკის შესამცირებელი ინფორმაცია და გზავნილები 2. რისკის შემცირების უნარების მოდელირება და რეპეტიცია 3. ტესტირებამდელი კონსულტირება აივ-ზე	კონსულტანტი, სოცმუშაკი	ოფისში, ანდა ქუჩაში, სხვა ადგილას
აივ ტესტირება	კონფიდენციალური და ანონიმური ტესტირება	ლაბორატორიული გამოკვლევა აივ ანტისხეულებზე	კონსულტანტი, სოცმუშაკი	ოფისში ან ოფისის გარეთ
II სესია	ინდივიდუალური სესია	1. ტესტის შედეგების შეტყობინება 2. შემდგომი ნაბიჯების დაგეგმვა 3. რისკის შემცირების სტრატეგიის გადახედვა 4. ქცევის ცვლილების მოტივაციის გაძლიერება 5. გადამისამართება	კონსულტანტი, სოცმუშაკი	ოფისში, ანდა ქუჩაში, სხვა ადგილას

რა არის რისკის შემცირების კონსულტირების სარგებელი?

კვლევებით დადასტურდა, რომ რისკის შემცირების კონსულტირების შედეგად:
→ ნიმ-ებში მცირდება ნარკოტიკების მოხმარებასთან და სქესობრივ აქტივობასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევა.
→ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები ამცირებენ ინექციისა და საინექციო ატრიბუტიკის გაზიარების სიხშირეს, იზრდება სტერილური ნემსის/შპრიცის და კონდომის გამოყენების სიხშირე.

- → მცირდება იმ პარტნიორების რაოდენობა, ვისთანაც ხდება საინექციო მოწყობილობის გაზიარება, იზრდება გამოყენებული საინექციო მოწყობილობის უსაფრთხო განადგურების პრაქტიკა.

სოციალურმა მუშაკმა უნდა ჰკითხოს კლიენტს, აქვს თუ არა მას საკმარისი დრო და სურს თუ არა ტესტირებამდელი კონსულტაციის მიღება და თანხმობის შემთხვევაში განაგრძოს კლიენტთან მუშაობა.

თუკი კლიენტმა უარყო შეთავაზება, სოცმუშაკი გადასცემს მას საინფორმაციო მასალებს და საკონტაქტო ინფორმაციას და სთხოვს კლიენტს, მოგვიანებით დაუკავშირდეს მას.

__ნაბიჯი 3:__ სოციალურმა მუშაკმა უნდა ჩაატაროს *რისკის შემცირების კონსულტირების I სესია: პერსონალური რისკის შეფასება და რისკის შემცირების სტრატეგიები*

სესია მიზნად ისახავს კლიენტის საჭიროებებზე მორგებული რისკის შემამცირებელი გზავნილების მიწოდებას და ქცევის შეცვლის მალისხმევის მხარდაჭერას. I სესიაზე განიხილება შემდეგი საკითხები:

- → საბაზისო ინფორმაცია აივ ინფექციის/ვირუსული ჰეპატიტების/სხვა სგგი-ის შესახებ
- → ინექციასთან დაკავშირებული რისკები და პრევენციული სტრატეგიები
- → სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული რისკები და პრევენციული სტრატეგიები
- → წამალდამოკიდებულების მკურნალობისა და ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტის სარგებელი
- → ინფორმაცია აივ/HCV ანტისხეულებზე და HBV ანტიგენზე ნებაყოფლობითი ტესტირების შესახებ
- → რისკის შემცირების მხარდასაჭერად პრევენციული მასალების გადაცემა, საჭიროების შემთხვევაში გადამისამართება

პროცედურა:

- → ოფისში ჩატარების შემთხვევაში, სესია უნდა მიმდინარეობდეს კომფორტულ და მყუდრო ადგილას
- → კონსულტანტმა/სოციალურმა მუშაკმა ყოველთვის უნდა განუმარტოს კლიენტს თავისი როლი
- → მნიშვნელოვანია, რომ სესიის დაწყებამდე კლიენტებს მიეწოდოს ინფორმაცია, რა საკითხებზე იქნება საუბარი და სავარაუდოდ, რამდენ ხანს გასტანს სესია

→ წამახალისებელი შეკითხვებით, კლიენტის წუხილის გაზიარებითა და მხარდაჭერის შეთავაზებით, კონსულტანტს შეუძლია კლიენტის რისკებთან დაკავშირებული უფრო მკაფიო და სრულყოფილი სურათის მიღება
→ სესიის შეჯამებამდე კონსულტანტი ეკითხება კლიენტს, ხომ არა აქვს შეკითხვები

სოციალურმა მუშაკმა უნდა განუმარტოს კლიენტს, რა არის ტესტირების მოსალოდნელი სარგებელი, ხაზი გაუსვას ტესტირების ნებაყოფლობითობას და მოტივაციური ინტერვიუირების ტექნიკების გამოყენებით ეცადოს, გადააწყვეტინოს კლიენტს ტესტირების ჩატარება

რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

→ საკუთარი აივ სტატუსის ცოდნა ადამიანს ეხმარება, შეცვალოს თავისი ქცევა ისე, რომ თავიდან იქნას აცილებული სხვების დაინფიცირება
→ ასეთი ცოდნა საშუალებას მისცემს ადამიანს, შეცვალოს თავისი ცხოვრების წესი, იზრუნოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე, დროულად დაიწყოს მკურნალობა
→ ეს ინფორმაცია დაეხმარება ადამიანს ოჯახის დაგეგმარებაში, საშუალებას მისცემს მას და მის პარტნიორს, თავიდან აიცილონ ინფიცირებული დედიდან შვილზე ვირუსის ვერტიკალური გადაცემის რისკი

როგორ დავეხმაროთ კლიენტს, რომ მიიღოს ტესტირების ჩატარების გადაწყვეტილება?

→ სოციალურმა მუშაკმა მკაფიოდ უნდა განუმარტოს კლიენტს, რომ იმის გასაგებად, ინფიცირებულია თუ არა ადამიანი, ერთადერთი გზა არსებობს - ტესტირება აივ-ზე
→ სოციალურმა მუშაკმა უნდა უთხრას კლიენტს, რომ მისი ორგანიზაცია სთავაზობს უფასო სწრაფ ტესტირებას აივზე/B და C ჰეპატიტებზე
→ ასევე, ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ ტესტირება ანონიმური და კონფიდენციალურია
→ ნიმ შეიძლება გადამისამართდეს სხვა სერვისებში

რა არის ტესტირების სარგებელი?

→ აივ სტატუსის ცოდნა სხვების ინფიცირების თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა
→ აღწერეთ ტესტირების პროცედურა (სწრაფი ტესტი, პასუხის დაუყოვნებლივ მიღება, ტესტირების შემდგომი კონსულტირება)
→ ინფიცირებულ ნიმ-ს ეძლევა საშუალება, შეცვალოს თავისი ქცევა ისე, რომ დაიცვას ინფიცირებისაგან „ნემსის“ და სქესობრივი პარტნიორები

- → ნიმ-ს შეეძლება, ურჩიოს ტესტირება თავის მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს
- → ინფიცირებულ ნიმ-ს საშუალება მიეცემა, დროულად დაიწყოს მკურნალობა, რაც მას თავიდან აცილებს გართულებებს

ნაბიჯი 4: ნებაყოფლობითი ტესტირება აივ-ზე, *B* და *C* ჰეპატიტების ვირუსებზე

აივ, HBV **და** HCV ტესტირება და პრე- და პოსტ-ტესტ კონსულტირება მხოლოდ იმ შემთხვევაში ტარდება, თუკი პირი თანხმობას განაცხადებს ამაზე. სასურველია, ჩატარდეს სწრაფი აივ, HBV **და** HCV ტესტირების პროცედურა.

ნაბიჯი 5: სოციალურმა მუშაკმა უნდა ჩაატაროს რისკის შემცირების კონსულტირების II სესია: რისკის შემამცირებელი ძალისხმევის გაძლიერება და მხარდაჭერა

პროცედურა:

- → სესია უნდა ჩატარდეს მყუდრო, იზოლირებულ ოთახში/სივრცეში.
- → ამ სესიის დროს კონსულტანტი/სოცმუშაკი აწვდის აივ, HBV და HCV პოსტ-ტესტ ინფორმაციას იმ პირებს, ვინც ჩაიტარა გამოკვლევა და განმეორებით განიხილავს რისკის შემცირების სტრატეგიებს ყველა იმ კლიენტთან, ვისაც ჩაუტარდა I სესია, იმის მიუხედავად, გაიარა ტესტირება თუ არა.
- → ამ სესიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ტესტის შედეგებზე და დაახლოებით 25-35 წუთის განმავლობაში გრძელდება; თუმცა, ზოგიერთი აივ პოზიტიური კლიენტი 60 წუთამდე დროს მოითხოვს.
- → სესია მიმდინარეობს იმის მიხედვით, თუ როგორია აივ/HBV/HCV ტესტირების პასუხი; სხვადასხვაგვარი მიდგომა გამოიყენება დადებითი და უარყოფითი შედეგების შემთხვევაში.
- → კლიენტებთან, ვინც უარი განაცხადა ტესტირებაზე და არ იცის საკუთარი სეროსტატუსი, სესია მიმდინარეობს იმ ფორმატში, როგორიც რეკომენდებულია სერონეგატიურ კლიენტებთან.
- → იმ კლიენტებთან, ვინც უარი განაცხადა ტესტირებაზე, მაგრამ ამბობს, რომ აივ ინფიცირებულია, სესია მიმდინარეობს იმ ფორმატში, როგორიც რეკომენდებულია სეროპოზიტიურ კლიენტებთან

II სესიაზე შემდეგი საკითხები განიხილება:

- → ტესტის შედეგების მიწოდება (თუკი შესაძლებელია)
- → ტესტის შედეგების მნიშვნელობა
- → I სესიაზე განხილული პრევენციული გზავნილების გადახედვა
- → საუბარი სამედიცინო დახმარებისა და ადრეული მკურნალობის შესახებ (სეროპოზიტიურ კლიენტებთან)

- → პარტნიორების შეტყობინება სეროპოზიტიური კლიენტებისათვის (აივ დადებითი სტატუსის მქონე პირნი ეთიკურად და სამართლებრივად ვალდებულნი არიან, შეატყობინონ სქესობრივ პარტნიორებს და ე.წ. შპრიცის მეგობრებს ინფიცირების პოტენციური რისკის შესახებ)
- → საინფორმაციო მასალის გადაცემა, გადამისამართება სხვა სერვისებში კლიენტის საჭიროებების გათვალისწინებით
- → სესიის შეჯამების წინ, სოცმუშაკმა უნდა ჰკითხოს კლიენტს, ხომ არ აქვს რაიმე შეკითხვა.

ნაბიჯი 6: სოციალურმა მუშაკმა უნდა მიაწოდოს კლიენტს ინფორმაცია *აივ/ტუბერკულოზით კოინფექციის* შესახებ

რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

- → აივ პოზიტიური ადამიანების 60%-ს აქვს ტუბერკულოზის ინფექციის განვითარების რისკი
- → არსებობს მტკიცებულება, რომ შიდსის მქონე პაციენტთა დაახლოებით მესამედის სიკვდილის მიზეზი ტუბერკულოზია
- → ტუბერკულოზის უფასო დიაგნოსტირება და მკურნალობა შესაძლებელია და კლიენტი უნდა გადამისამართდეს შესაბამის დაწესებულებაში

კლიენტს უნდა ვკითხოთ, ხომ არა აქვს ტუბერკულოზის ინფექციისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და საჭიროების შემთხვევაში სოცმუშაკმა ის უნდა გაგზავნოს ტუბერკულოზის სამკურნალო ადგილობრივ დაწესებულებაში.

ნაბიჯი 7: სოციალურმა მუშაკმა უნდა მოახდინოს ნიმ-ების გადამისამართება

- → სოციალურმა მუშაკმა უნდა მიაწოდოს კლიენტს ინფორმაცია ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის განკუთვნილი სერვისების შესახებ
- → ნიმ-ები შეიძლება გადამისამართდეს ხელმისაწვდომ ზიანის შემცირების, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო და ჯანდაცვის სხვა სამსახურებში
- → სოცმუშაკმა უნდა მიაწოდოს კლიენტს ჯანმრთელობის, სოციალური და სხვა სერვისების მისამართი და საკონტაქტო ინფორმაცია

ნაბიჯი 8: სოციალურმა მუშაკმა უნდა გადასცეს ნიმ-ებს შესაბამისი პრევენციული მასალა , რათა ხელი შეუწყოს რისკის შემცირებას

დაბოლოს, კონსულტანტმა/სოცმუშაკმა უნდა გადასცეს კლიენტს ნაბეჭდი საინფორმაციო მასალა იმ თემებზე, რომლებიც განხილული იყო საკონსულტაციო სესიაზე. უნდა გადაეცეს ასევე შესაბამისი სერვისების ჩამონათვალი, სხვა პრევენციული მასალა (მაგ., კონდომები).

ნაბიჯი 9: სოციალურმა მუშაკმა უნდა გააძლიეროს და ხელი შეუწყოს „თოვლის გუნდის" პრინციპით კლიენტების მოზიდვას შემდეგნაირად:

- → სთხოვოს კლიენტს, გადასცეს ინფორმაცია თანასწორებს
- → განიხილოს მასთან ერთად, როგორ მოხდება ეს
- → ჩართოს ნარკომომხმარებლები საინფორმაციო მასალების მომზადებასა და გავრცელებაში, სხვ.

ნაბიჯი 10: სოციალური მუშაკი უნდა იცნობდეს მოზარდი/ახალგაზრდა ნიმ-ების თავისებურებებს

მოზარდი/ახალგაზრდა ნიმ-ების პოპულაციის მახასიათებლები:

- → ახალგაზრდები არიან ცნობისმოყვარენი და უფრო ადვილად ექცევიან თანატოლთა ზეგავლენის ქვეშ. როგორც წესი, ისინი ნარკოტიკებს თანატოლთა ჯგუფში მოიხმარენ, ემორჩილებიან თანატოლთა ნორმებს
- → ეს განსაკუთრებით ფარული პოპულაციაა
- → ახალგაზრდების ინფორმირებულობის დონე ნარკოტიკებისა და აივ ინფექციის შესახებ დაბალია
- → ისინი უარყოფენ, რომ აივ ინფიცირების რისკის ქვეშ იმყოფებიან
- → ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებას იწყებენ შემთხვევითი ექსპერიმენტირების სახით, ზოგადად ნარკოტიკების მოხმარების ფონზე
- → ახალგაზრდები უფრო ხანგამოშვებით (და არა რეგულარულად) მოიხმარენ ნარკოტიკს და უფრო ხშირად ეტანებიან თვითნაკეთ ნარკოტიკებს
- → ამ ასაკობრივი ჯგუფისთვის ნაკლებად არის დამახასიათებელი სტრუქტურირებული ნარკოტიკის მომხმარებელთა ჯგუფის წევრობა
- → ისინი ნარკოტიკს სარისკო გარემოში იკეთებენ
- → ამ ასაკობრივ ჯგუფში დამოკიდებულების დაავადება და ნარკოტიკის მოხმარებით გამოწვეული ზიანიც ნაკლებად არის გამოხატული
- → მათ უფრო მეტი სქესობრივი პარტნიორი ჰყავთ და უფრო ხშირად აქვთ დაუცველი სექსი
- → მათ ნაკლებად იციან, სად და როგორ მიიღონ პრევენციული ან სამკურნალო მომსახურება და ნაკლებად აქვთ ამ მომსახურებით სარგებლობის სურვილი
- → არსებული სერვისები მათთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომია, მათ შორის, ასაკობრივი შეზღუდვების გათვალისწინებით

რა უნდა გააკეთოს სოცმუშაკმა მოზარდი/ახალგაზრდა ნიმ-ების მხარდასაჭერად, რათა მათ მიაკითხონ ნკტ და სხვა პრევენციულ სერვისებს?

→ მიაწოდოს ადეკვატური ინფორმაცია - ინტენსიური და მუდმივი პრევენციული გზავნილების მეშვეობით
→ დაეხმაროს გადაწყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევების გამომუშავებაში
→ ჩართოს ალტერნატიულ აქტივობაში - საინფორმაციო კამპანია, მასალების გავრცელება
→ ეცადოს, გაუგოს კლიენტს და გააცნობიეროს ის ზეწოლა, რომელსაც შეიძლება განიცდიდეს ახალგაზრდა ნარკოტიკის მომხმარებელი, რაც მას მოხმარების სარისკო პრაქტიკისკენ უბიძგებს
→ უნდა ეცადოს, დაარწმუნოს კლიენტი, შეამციროს და საერთოდ შეწყვიტოს ნარკოტიკის მოხმარება
→ მიაწოდოს ინფორმაცია, რომ არაინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელსაც აქვს ინფიცირების რისკი, სხვა ნარკომომხმარებელთან, კომერციული სექსის მუშაკთან ან სხვა სქესობრივ პარტნიორთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის შედეგად
→ სამიზნე პოპულაციასთან კონტაქტი დაამყაროს მათთვის ბუნებრივ გარემოში
→ მიაწოდოს ინფორმაცია სარისკო ქცევების შესახებ, ხელი შეუწყოს უსაფრთხო ქცევის დანერგვას
→ შეიმუშაოს სტრატეგიები რისკის შემცველი ქცევების შესამცირებლად

ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

→ რა არის აივ/შიდსი
→ როგორ გადაეცემა აივ-ი
→ როგორ ავიცილოთ თავიდან აივ-ით ინფიცირება (საინექციო მოწყობილობის შესახებ ინფორმაციის ჩათვლით)
→ როგორ გამოვიყენოთ კონდომი
→ რა სერვისები და სამკურნალო დაწესებულებები არის მათთვის ხელმისაწვდომი (შპრიცების გაცვლის პროგრამა, ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა, ნარკოლოგიური კლინიკები, სხვა სამკურნალო და სოციალური სერვისები), როგორ მიწვდნენ ამ სერვისებს, სხვა საჭირო ინფორმაცია

სოცმუშაკს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ მათი მუშაობისთვის უმნიშვნელოვანესია ეთიკური ნორმების დაცვა: ანონიმურობა, კონფიდენციალობა, პროგრამაში ნებაყოფლობითი მონაწილეობა, კლიენტისადმი კეთილგანწყობა.

რა უნარ-ჩვევები უნდა გამოიმუშავონ ახალგაზრდებმა?

- → პარტნიორთან უსაფრთხო სექსზე საუბარი
- → კონდომის სწორად გამოყენება
- → როგორ ამოვიცნოთ და ავარიდოთ თავი სარისკო სიტუაციებს
- → რთულ სიტუაციებში გადაწყვეტილების მიღების უნარი
- → თვითშეფასების ამაღლება
- → სად და როგორ მივიღოთ დახმარება
- → კომუნიუკაციური უნარ-ჩვევები

სარეგისტრაციო სისტემა

ყოველი გასვლითი სამუშაოს შემდეგ ივსება სარეგისტრაციო ფორმა. სასურველია სარეგისტრაციო ფორმების შევსება უახლოეს პერიოდში (შემდეგ გასვლამდე), რათა არ მოხდეს გარკვეული მონაცემების დაკარგვა (დავიწყება). შემდგომში ხდება არსებული ფორმების მიხედვით ორგანიზაციის/პროექტის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში შეყვანა.

3. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებლების მეუღლეებთან/პარტნიორებთან

ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების (ნიმ) მეუღლეები და მუდმივი სქესობრივი პარტნიორები აივ/B და C ჰეპატიტების ვირუსებით ინფიცირების თვალსაზრისით მოწყვლად ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ჩვეულებრივ, ნარკომომხმარებლები და მათი მეუღლეები/პარტნიორები ნარკოტიკის მოხმარებასა და აივ ინფექციასთან დაკავშირებით ერთმანეთთან საუბარს გაურბიან. ხშირად, პარტნიორებმა არ იციან, რომ რისკის ქვეშ იმყოფებიან. სავარაუდო მაღალი რისკის სიტუაციების განხილვით და კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების განვითარებით, ისინი შეძლებენ, დაარწმუნონ თავიანთი ნარკოტიკის მომხმარებელი მეუღლეები/პარტნიორები, დაიცვან საკუთარი თავი და ირგვლივმყოფები.

ამ მიზნის მისაღწევად, სოციალურმა მუშაკმა ყოველთვის უნდა დაიცვას ქვემოთ მითითებული ზოგადი წესები:

- → ეცადეთ, იპოვოთ წყნარი ადგილი
- → დარწმუნდით, რომ კლიენტს აქვს დრო და თქვენთან საუბრის სურვილი
- → მიაწოდეთ თანამიმდევრული, სრულყოფილი და ნეიტრალური ინფორმაცია
- → ისაუბრეთ კლიენტისათვის გასაგებ ენაზე
- → არ მოეპყროთ მფარველურად
- → მოუსმინეთ ყურადღებით
- → დააკვირდით კლიენტის ემოციებს
- → აჩვენეთ თქვენი დაინეტერესება, აგრძნონინეთ, რომ გესმით მისი, ზრუნავთ მასზე
- → მოეპყარით პატივისცემით
- → ხელი შეუწყვეთ პოზიტიურ ცვლილებებს კლიენტის ქცევასა და განწყობებში
- → არ განსაჯოთ ან დაადანაშაულოთ კლიენტი, თუკი ის სასურველ ქცევას ვერ განახორციელებს
- → შეწყვიტეთ საუბარი შესაბამის დროს: ნუ განაგრძობთ საუბარს იმ შემთხვევაში, თუკი კლიენტს სადმე ეჩქარება ან მობეზრდა თქვენთან ურთიერთობა

ნაბიჯი 1: სოციალური მუშაკი უნდა დაუკავშირდეს ნიმ-ის მეუღლეს/პარტნიორს და შეუთანხმდეს შეხვედრაზე

როგორ:

ნიმ-ს შეიძლება მისწვდეთ:

- → ნაცნობი ნარკოტიკის მომხმარებლის მეშვეობით
- → ნაცნობი ნარკოტიკის მომხმარებლის მეუღლის მეშვეობით

→ ყოფილი ნარკომომხმარებლის მეშვეობით
→ მეგობრის მეშვეობით
→ თანასწორგანმანათლებლების მეშვეობით
→ საინფორმაციო კამპანიის მეშვეობით
→ ოჯახის წევრების მეშვეობით
→ ე.წ. „ბიზნეს- ადვოკატების" (სილამაზის სალონის თანამშრომელი, ოფიციანტი კაფეში ან ბარში, მაღაზიის გამყიდველი) მეშვეობით
→ პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციების მეშვეობით
→ სხვა სერვისების მეშვეობით

სად:

სოციალური მუშაკი შეიძლება შეხვდეს და ესაუბროს ნიმ-ის მეუღლეს/პარტნიორს შემდეგ ადგილებში:

→ შესთავაზეთ შეხვედრა და საუბარი კლიენტის ბინაში
→ შესთავაზეთ თქვენი ორგანიზაციის ოფისში მოსვლა
→ კაფეში - ნეიტრალური ადგილია, არ მიიქცევთ სხვების ყურადღებას, სოციალურმა მუშაკმა შეიძლება კლიენტი დაპატიჟოს ყავაზე ან გამაგრილებელ სასმელზე, თუმცა ეს დამატებით დანახარჯს მოითხოვს
→ პარტნიორი ორგანიზაციის ოფისი
→ სილამაზის სალონი

<u>ნაბიჯი 2:</u> სოციალურმა მუშაკმა უნდა დაამყაროს საწყისი კონტაქტი კლიენტთან.

პროცედურა:

→ სოციალური მუშაკი წარადგენს პროექტს და საკუთარ თავს
→ სოციალური მუშაკი აცნობს კლიენტს იმ სერვისებს, რომელთაც მისი ორგანიზაცია სთავაზობს ნიმ-ებს და მათ პარტნიორებს.
→ სოციალური მუშაკი ეკითხება კლიენტს, აქვს თუ არა საკმარისი დრო და აქვს თუ არა სურვილი, ისაუბროს ნარკოტიკის მოხმარების საკუთარ გამოცდილებასა და აივ ინფექციასთან დაკავშირებულ საკითხებზე და თანხმობის მიღების შემდეგ განაგრძობს მასთან მუშაობას.
→ თუკი კლიენტმა უარყო შეთავაზება, სოცმუშაკი გადასცემს მას საინფორმაციო მასალებს და საკონტაქტო ინფორმაციას და სთხოვს კლიენტს, მოგვიანებით დაუკავშირდეს მას.

<u>ნაბიჯი3:</u> სოციალური მუშაკი აწვდის კლიენტს ინფორმაციას აივ/შიდსით/ვირუსული ჰეპატიტებით ინფიცირების რისკის შემცირების კონსულტირებისა და შეთავაზებული სერვისების შესახებ.

რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

→ ინმ-ების მეუღლეები ნარკოტიკების მოხმარებისა და აივ/შიდსის შესახებ ინფორმაციას მრავალი წყაროდან იღებენ, ძირითადად, მედია საშუალებებიდან და ნაცნობ-მეგობრებისაგან. ზოგჯერ ისინი იღებენ მცდარ ინფორმაციას და ხშირად სჯერათ მისი.

→ სოციალურმა მუშაკმა უნდა მიაწოდოს ნარკომომხმარებლის მეუღლეს/პარტნიორს ობიექტური ინფორმაცია, რათა გაიზარდოს მისი ინფორმირებულობის დონე და შეიცვალოს მისი დამოკიდებულება, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს მისი ქცევის შეცვლას და ინფიცირების რისკის შემცირებას.

→ სოციალურმა მუშაკმა ხაზი უნდა გაუსვას აივ და ჰეპატიტის ვირუსებზე ტესტირების მნიშვნელობას.

რისკის შემცირების კონსულტირების ზოგადი აღწერა

→ ჩარევა მოიცავს 2 სესიას - ტესტირებამდელი და ტესტირების შემდგომი კონსულტირება, რომელთა შორისაც ტარდება კლიენტის გამოკვლევა აივ-ზე, B და C ჰეპატიტების ვირუსებზე. ჩარევა საშუალებას აძლევს კლიენტს, გაიგოს საკუთარი სეროსტატუსი და მიიღოს ინფორმაცია ქცევის შეცვლის სასურველი მოდელების შესახებ ვირუსების გადაცემის რისკის შესამცირებლად.

→ პირველი სესია კლიენტს აწვდის ინფორმაციას აივ-ის, B და C ჰეპატიტების ვირუსების, სხვა სგგი-ის გადაცემისა და ინფიცირების თავიდან აცილების გზების შესახებ, ყურადღება მახვილდება როგორც ნარკოტიკის მოხმარებასთან, ასევე სქესობრივ აქტივობასთან დაკავშირებულ რისკებზე.

→ მეორე სესიაზე, ტესტის შედეგის შეტყობინების შემდეგ, კვლავ ხდება რისკის შემცირებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის განხილვა; ასევე, კლიენტთან ერთად იგეგმება სარისკო ქცევის შეცვლისა და უსაფრთხო ქცევის შენარჩუნების ინდივიდუალური სტრატეგია.

კომპონენტი	ფორმატი	საქმიანობა	პერსონალი	ადგილმდებარეობა
I სესია	ინდივიდუალური ან ჯგუფური სესია	1. აივ/ვირუსული ჰეპატიტებით/სგგით ინფიცირების რისკის შესამცირებელი ინფორმაცია და გზავნილები 2. რისკის შემცირების უნარების მოდელირება და რეპეტიცია	კონსულტანტი, სოცმუშაკი	ოფისში, ანდა ქუჩაში, სხვა ადგილას

		3. ტესტირებამდელი კონსულტირება აივ-ზე		
აივ ტესტირება	კონფიდენციალური და ანონიმური ტესტირება	ლაბორატორიული გამოკვლევა აივ ანტისხეულებზე	კონსულტანტი, სოცმუშაკი	ოფისში ან ოფისის გარეთ
II სესია	ინდივიდუალური სესია	1. ტესტის შედეგების შეტყობინება 2. შემდგომი ნაბიჯების დაგეგმვა 3. რისკის შემცირების სტრატეგიის გადახედვა 4. ქცევის ცვლილების მოტივაციის გაძლიერება 5. გადამისამართება	კონსულტანტი, სოცმუშაკი	ოფისში, ანდა ქუჩაში, სხვა ადგილას

რა არის რისკის შემცირების კონსულტირების სარგებელი?

კვლევებით დადასტურდა, რომ რისკის შემცირების კონსულტირების შედეგად:

- → ნიმ-ების პარტნიორები მნიშვნელოვნად ამცირებენ სქესობრივ ურთიერთობებთან დაკავშირებულ საკუთარ სარისკო ქცევას
- → ისინი ხელს უწყობენ თავიანთი ნარკომომხმარებელი პარტნიორების რისკის შემცველი ქცევების შემცირებას
- → ისინი აცნობიერებენ საკუთარ რისკს

სოციალურმა მუშაკმა უნდა ჰკითხოს კლიენტს, აქვს თუ არა მას საკმარისი დრო და სურს თუ არა ტესტირებამდელი კონსულტაციის მიღება და თანხმობის შემთხვევაში განაგრძოს კლიენტთან მუშაობა.

თუკი კლიენტმა უარყო შეთავაზება, სოცმუშაკი გადასცემს მას საინფორმაციო მასალებს და საკონტაქტო ინფორმაციას და სთხოვს კლიენტს, მოგვიანებით დაუკავშირდეს მას.

ნაბიჯი 4: სოციალურმა მუშაკმა უნდა ჩაატაროს *რისკის შემცირების კონსულტირების I სესია: პერსონალური რისკის შეფასება და რისკის შემცირების სტრატეგიები*

სესია მიზნად ისახავს კლიენტის საჭიროებებზე მორგებული რისკის შემამცირებელი გზავნილების მიწოდებას და ქცევის შეცვლის ძალისხმევის მხარდაჭერას. I სესიაზე განიხილება შემდეგი საკითხები:

- → საბაზისო ინფორმაცია აივ ინფექციის/ვირუსული ჰეპატიტების/სხვა სგგი-ის შესახებ

- → სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული რისკები და პრევენციული სტრატეგიები
- → ინფორმაცია აივ ინფექციის/ვირუსული ჰეპატიტების ვერტიკალური გადაცემის შესახებ
- → ინფორმაცია ნარკოტიკების ინექციასთან დაკავშირებული რისკების და პრევენციული სტრატეგიების შესახებ
- → ინფორმაცია აივ/HCV ანტისხეულებზე და HBV ანტიგენზე ნებაყოფლობითი ტესტირების შესახებ
- → რისკის შემცირების მხარდასაჭერად პრევენციული მასალების გადაცემა, საჭიროების შემთხვევაში გადამისამართება

პროცედურა:

- → ოფისში ჩატარების შემთხვევაში, სესია უნდა მიმდინარეობდეს კომფორტულ და მყუდრო ადგილას
- → კონსულტანტმა/სოციალურმა მუშაკმა ყოველთვის უნდა განუმარტოს კლიენტს თავისი როლი
- → მნიშვნელოვანია, რომ სესიის დაწყებამდე კლიენტებს მიეწოდოს ინფორმაცია, რა საკითხებზე იქნება საუბარი და სავარაუდოდ, რამდენ ხანს გასტანს სესია
- → წამახალისებელი შეკითხვებით, კლიენტის წუხილის გაზიარებითა და მხარდაჭერის შეთავაზებით, კონსულტანტს შეუძლია კლიენტის რისკებთან დაკავშირებული უფრო მკაფიო და სრულყოფილი სურათის მიღება
- → სესიის შეჯამებამდე კონსულტანტი ეკითხება კლიენტს, ხომ არ აქვს შეკითხვები.

სოციალურმა მუშაკმა უნდა განუმარტოს კლიენტს, რა არის ტესტირების მოსალოდნელი სარგებელი, ხაზი გაუსვას ტესტირების ნებაყოფლობითობას და მოტივაციური ინტერვიუირების ტექნიკების გამოყენებით ეცადოს, გადააწყვეტინოს კლიენტს ტესტირების ჩატარება

რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

- → საკუთარი აივ სტატუსის ცოდნა ადამიანს ეხმარება, შეცვალოს თავისი ქცევა ისე, რომ თავიდან იქნას აცილებული სხვების დაინფიცირება
- → ასეთი ცოდნა საშუალებას მისცემს ადამიანს, შეცვალოს თავისი ცხოვრების წესი, იზრუნოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე, დროულად დაიწყოს მკურნალობა
- → ეს ინფორმაცია დაეხმარება ადამიანს ოჯახის დაგეგმარებაში, საშუალებას მისცემს მას და მის პარტნიორს, თავიდან აიცილონ ინფიცირებული დედიდან შვილზე ვირუსის ვერტიკალური გადაცემის რისკი

როგორ დავეხმაროთ ნარკომომხმარებლის პარტნიორს, რომ მიიღოს ტესტირების ჩატარების გადაწყვეტილება?

→ სოციალურმა მუშაკმა მკაფიოდ უნდა განუმარტოს კლიენტს, რომ იმის გასაგებად, ინფიცირებულია თუ არა ადამიანი, ერთადერთი გზა არსებობს - ტესტირება აივ-ზე

→ სოციალურმა მუშაკმა უნდა უთხრას კლიენტს, რომ მისი ორგანიზაცია სთავაზობს უფასო სწრაფ ტესტირებას აივზე/B და C ჰეპატიტებზე

→ ასევე, ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ ტესტირება ანონიმური და კონფიდენციალურია

→ ნიმ-ს მეუღლე/პარტნიორი შეიძლება გადამისამართდეს სხვა სერვისებში

რა არის ტესტირების სარგებელი?

→ აივ სტატუსის ცოდნა სხვების ინფიცირების თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა

→ აღწერეთ ტესტირების პროცედურა (სწრაფი ტესტი, პასუხის დაუყოვნებლივ მიღება, ტესტირების შემდგომი კონსულტირება)

→ ნიმ-ის ინფიცირებულ პარტნიორს ეძლევა საშუალება, შეცვალოს თავისი ქცევა ისე, რომ დაიცვას ინფიცირებისაგან „ნემსის" და სქესობრივი პარტნიორები

→ ნიმ-ს შეეძლება, ურჩიოს ტესტირება თავის მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს

→ ინფიცირებულ ნიმ-ს საშუალება მიეცემა, დროულად დაიწყოს მკურნალობა, რაც მას თავიდან აცილებს გართულებებს

__ნაბიჯი 5:__ *ნებაყოფლობითი ტესტირება აივ-ზე, B და C ჰეპატიტების ვირუსებზე*

აივ, HBV **და** HCV ტესტირება და პრე- და პოსტ-ტესტ კონსულტირება მხოლოდ იმ შემთხვევაში ტარდება, თუკი პირი თანხმობას განაცხადებს ამაზე. უნდა ჩატარდეს სწრაფი აივ, HBV **და** HCV ტესტირების პროცედურა.

__ნაბიჯი 6:__ სოციალურმა მუშაკმა უნდა ჩაატაროს რისკის შემცირების კონსულტირების II სესია: რისკის შემამცირებელი ძალისხმევის გაძლიერება და მხარდაჭერა

პროცედურა:

→ II სესია უნდა ჩატარდეს მყუდრო, იზოლირებულ ოთახში/სივრცეში.

→ ეს სესია აწვდის აივ, HBV და HCV პოსტ-ტესტ ინფორმაციას იმ პირებს, ვინც ჩაიტარა გამოკვლევა და განმეორებით განიხილავს რისკის შემცირების სტრატეგიებს ყველა იმ კლიენტთან, ვისაც ჩაუტარდა I სესია, იმის მიუხედავად, გაიარა ტესტირება თუ არა.

- → ამ სესიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ტესტის შედეგებზე და დაახლოებით 25-35 წუთის განმავლობაში გრძელდება; თუმცა, ზოგიერთი აივ პოზიტიური კლიენტი 60 წუთამდე დროს მოითხოვს.
- → სესია მიმდინარეობს იმის მიხედვით, თუ როგორია აივ/HBV/HCV ტესტირების პასუხი; სხვადასხვაგვარი მიდგომა გამოიყენება დადებითი და უარყოფითი შედეგების შემთხვევაში.
- → კლიენტებთან, ვინც უნარი განაცხადა ტესტირებაზე და არ იცის საკუთარი სეროსტატუსი, სესია მიმდინარეობს ისევე, როგორც სერონეგატიურ კლიენტებთან.
- → იმ კლიენტებთან, ვინც უარი განაცხადა ტესტირებაზე, მაგრამ ამბობს, რომ აივ ინფიცირებულია, სესია მიმდინარეობს ისევე, როგორც სეროპოზიტიურ კლიენტებთან

II სესიაზე შემდეგი საკითხები განიხილება:

- → ტესტის შედეგების მიწოდება (თუკი შესაძლებელია)
- → ტესტის შედეგების მნიშვნელობა
- → I სესიაზე განხილული პრევენციული გზავნილების გადახედვა
- → საუბარი სამედიცინო დახმარებისა და ადრეული მკურნალობის შესახებ (სეროპოზიტიურ კლიენტებთან)
- → პარტნიორების შეტყობინება (სეროპოზიტიური კლიენტებისათვის - უნდა შეატყობინონ თავიანთ ნარკოტიკის მომხმარებელ და სქესობრივ პარტნიორებს ინფიცირების პოტენციური რისკის შესახებ)
- → საინფორმაციო მასალის გადაცემა, გადამისამართება
- → სესიის შეჯამების წინ, სოცმუშაკმა უნდა ჰკითხოს კლიენტს, ხომ არ აქვს რაიმე შეკითხვა

რა არის კარგი კომუნიკაციის/მოლაპარაკების სარგებელი?

- → მეუღლეებს/პარტნიორებს შეეძლებათ, დაარწმუნონ თავიანთი ნარკომომხმარებელი პარტნიორები, ჩაიტარონ აივ/HBV/HCV ტესტირება
- → მეუღლეებს/პარტნიორებს შეეძლებათ თავიანთი პარტნიორების დარწმუნება, უსაფრთხო საინექციო პრაქტიკის დანერგვით დაიცვან საკუთარი თავი, თავიანთი მეუღლეები და მომავალი შვილები
- → ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში, დაუკავშირდნენ შესაბამის სერვისებს
- → კომუნიკაციური უნარები დაეხმარება მათ, ღიად ისაუბრონ თავიანთ პარტნიორებთან აივ პრევენციის სტრატეგიებზე და უსაფრთხო სექსზე

<u>ნაბიჯი 7:</u> სოციალურმა მუშაკმა უნდა მოახდინოს ნიმ-ების გადამისამართება

→ ნიმ-ების პარტნიორები შეიძლება გადამისამართდნენ შესაბამის ხელმისაწვდომ სამსახურებში
→ სოცმუშაკმა უნდა მიაწოდოს კლიენტს ჯანმრთელობის, სოციალური და სხვა სერვისების მისამართი და საკონტაქტო ინფორმაცია

ნაბიჯი 8: სოციალურმა მუშაკმა უნდა გადასცეს ნარკომომხმარებელთა მეუღლეებს/პარტნიორებს შესაბამისი პრევენციული მასალა, რათა ხელი შეუწყოს რისკის შემცირებას

დაბოლოს, კონსულტანტმა/სოცმუშაკმა უნდა გადასცეს კლიენტს ნაბეჭდი საინფორმაციო მასალა იმ თემებზე, რომლებიც გახილული იყო საკონსულტაციო სესიაზე. უნდა გადაეცეს ასევე შესაბამისი სერვისების ჩამონათვალი, სხვა პრევენციული მასალა (მაგ., კონდომები).

ნაბიჯი 9: სოციალურმა მუშაკმა უნდა გააძლიეროს და ხელი შეუწყოს „თოვლის გუნდის" პრინციპით კლიენტების მოზიდვას შემდეგნაირად:
→ სთხოვოს კლიენტს, გადასცეს ინფორმაცია თანასწორებს
→ განიხილოს მასთან ერთად, როგორ მოხდება ეს
→ ჩართოს ნარკომომხმარებლების პარტნიორები საინფორმაციო მასალების მომზადებასა და გავრცელებაში, სხვ.

სოცმუშაკს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ მათი მუშაობისთვის უმნიშვნელოვანესია ეთიკური ნორმების დაცვა: ანონიმურობა, კონფიდენციალობა, პროგრამაში ნებაყოფლობითი მონაწილეობა, კლიენტისადმი კეთილგანწყობა.

სარეგისტრაციო სისტემა

ყოველი გასვლითი სამუშაოს შემდეგ ივსება სარეგისტრაციო ფორმა. სასურველია სარეგისტრაციო ფორმების შევსება უახლოეს პერიოდში (შემდეგ გასვლამდე), რათა არ მოხდეს გარკვეული მონაცემების დაკარგვა (დავიწყება). შემდგომში ხდება არსებული ფორმების მიხედვით ორგანიზაციის/პროექტის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში შეყვანა.

4. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის კომერციულ სექს-მუშაკ ქალებთან (კსმ)

სამიზნე ჯგუფის აღწერა – სექს-ბიზნესის სტრუქტურა

საქართველოში დღესდღეობით პროსტიტუცია იურიდიული ჩარჩოების მიღმაა - იგი არც ნებადართულია და არც აკრძალული. სექს-მუშაკების თავშეყრის (სამუშაო) ძირითად ადგილებს წარმოადგენს:

→ ქუჩა;
→ საუნა;
→ სასტუმრო, ბარ-რესტორანი;
→ საროსკიპო (ბორდელი);
→ სახლი/ბინა (მობილურ ტელეფონზე გამოძახებით).

ქუჩა - ღია სისტემა, იერარქიულად ყველაზე დაბალი საფეხური. ამ კატეგორიის სექს-მუშაკები მიეკუთვნებიან სოციალური, ეკონომიკური და ინტელექტუალური თვალსაზრისით ყველაზე დაბალ დონეს. თუმცა, აქვე არის გარკვეული გრადაცია ადგილისა და სამუშაო საათების მიხედვით. ამ კატეგორიის სექს-მუშაკებს არ აქვთ სტრუქტურა, მუშაობენ დამოუკიდებლად, ყოველგვარი „პატრონისა" და დაქვემდებარების გარეშე.

საუნა – იყოფა ორ ძირითად კატეგორიად:

საუნები, სადაც სექს-მუშაკები მუდმივად არ იმყოფებიან. ამ კატეგორიის საუნებში სხვადასხვა ადგილებზე მომუშავე სექს-მუშაკებს (ქუჩა, ბარ-რესტორანი და სხვა) მოჰყავთ თავისი კლიენტები სერვისის მისაწოდებლად. ისინი არ ექვემდებარებიან საუნის მეპატრონესა თუ ადმინისტრაციულ წესებს და არ არიან ანგარიშვალდებულნი მათ მიმართ. იხდიან მხოლოდ იმ თანხას, რაც შედის საუნის საათობრივ თუ სხვა მომსახურებაში (ბარი, თეთრეული და სხვა).

საუნები, სადაც სექს-მუშაკები მუდმივად იმყოფებიან. ეს კატეგორია არის იერარქიულად უფრო მაღალი დონე. ასეთ სექს-მუშაკებს ჰყავთ დაწესებულების მეპატრონე, ხშირ შემთხვევაში "სუტენიორი", მუშაობა სტრუქტურირებულია, მიეკუთვნებიან სოციალური, ეკონომიკური და ინტელექტუალური თვალსაზრისით შედარებით მაღალ საფეხურს. თვით ამ კატეგორიაშიც არის გრადაცია, რომელიც დამყარებულია საუნის პრესტიჟულობაზე. საუნა დახურული სისტემაა. არსებობს ადმინისტრაცია (უშუალოდ საუნის მფლობელი ან დაქირავებული პირი), რომელთან შეთანხმებითაც ხდება სექს-მუშაკის სამუშაო პირობების განსაზღვრა. აქ არსებული დაცვის სამსახური უზრუნველყოფს როგორც დაწესებულების, ასევე სექს-მუშაკების უსაფრთხოებას.

სერვისის მიწოდება ხდება ადგილზე (ხშირ შემთხვევაში სექს-მუშაკები გაფორმებული არიან, როგორც მასაჟისტი, მიმტანი ბარში და სხვა დამხმარე პერსონალი).

სასტუმრო - მსგავსია კატეგორიისა „საუნა“. ამ კატეგორიაშიც, ისევე, როგორც საუნებში, ადგილზე მომუშავე სექს-მუშაკების უმრავლესობა გაფორმებულია მიმტანებად და სხვა დამხმარე პერსონალად.

ბარ-რესტორანი (დისკოთეკა) - ასევე სტრუქტურირებული სისტემაა. განსხვავებით საუნისა და სასტუმროსაგან, აქ არ ხდება სექს-მუშაკის მიერ კლიენტისათვის სერვისის მიწოდება. ეს არის ადგილი მხოლოდ კლიენტის მოძიებისა და დაკონტაქტებისათვის.

საროსკიპო (ბორდელი) – იერარქიულად ყველაზე მაღალი დონე; დახურული სისტემა; ჰყავს მეპატრონე; მომსახურება ხდება ადგილზე.

სახლი/ბინა (მობილურ ტელეფონზე გამოძახებით)– ცალკე უნდა გამოვყოთ სექს-მუშაკების ჯგუფი, რომელთანაც კლიენტის დაკავშირება ხდება ტელეფონის საშუალებით. ისინი კლიენტებს სერვისს აწვდიან საუნებსა და სასტუმროებში და არ ექვემდებარებიან დაწესებულების მეპატრონეს.

შენიშვნა: იმის გამო, რომ ხშირია კომერციულ სექს-მუშაკ ქალთა მიგრაცია ერთი ადგილიდან მეორეში, მკვეთრი ზღვარის გავლება სექს-მუშაკთა კატეგორიებს შორის გაძნელებულია. მაგ., ზოგი კატეგორიის საუნა და ქუჩის გარკვეული ადგილი იერარქიულად ერთ კატეგორიას განეკუთვნება, და სწორედ ამ კატეგორიებს შორის ხშირია სექს-მუშაკთა მიგრაცია. თუმცა, შესაძლებელია სექს-მუშაკების სხვადასხვა იერარქიულ საფეხურებზე მიგრირებაც გარკვეული პირობების დაკმაყოფილების და/ან არდაკმაყოფილების შემთხვევაში.

გასვლითი შეხვედრების განხორციელება კომერციულ სექს-მუშაკ ქალებთან (კსმ)

გასვლითი საველე სამუშაო ჯგუფი

გასვლით შეხვედრებს ახორციელებს ჯგუფი ორი სოციალური მუშაკის შემადგენლობით. იმისდა მიხედვით, თუ რა ზომისაა ტერიტორია, რომელსაც სოციალური მუშაკები მოიცავენ, ასევე, თუ რა რაოდენობის და ტიპის მასალებს ავრცელებენ სოციალური მუშაკები, ასევე, იმის გათვალისწინებით, თუ როგორ გეგმავს ორგანიზაცია თავის აქტივობებს, სოციალური მუშაკების ჯგუფს შესაძლოა მანქანაც ემსახურებოდეს. სოციალურ მუშაკთა წყვილი შესაძლებელია

დაკომპლექტებული იყოს პრინციპით ქალი და მამაკაცი. რაც შეეხება სოციალური მუშაკების პროფესიულ განათლებას, სასურველია, ერთი სოცმუშაკი იყოს პროფესიონალი ფსიქოლოგი ან სოციალური მუშაკი, ხოლო მეორე კი - ექიმი, რამდენადაც პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებისას პროგრამის კლიენტებს ხშირად წმინდა სამედიცინო სახის შეკითხვები უჩნდებათ. თუმცა, იმის მიხედვით, თუ როგორ რესურსებს ფლობს კონკრეტული ორგანიზაცია, მაგალითად, თუ ორგანიზაციის შტატში არიან ექიმი-კონსულტანტები, რომლებთანაც მოხდება შემდგომი გადამისამართება, ექიმი სოციალური მუშაკის არსებობა აუცილებელი შეიძლება არც იყოს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ არსებობს გავრცელებული პრაქტიკა, როდესაც სოციალური სამუშაოს, კერძოდ კი გასვლითი სამუშაოების შესასრულებლად ხდება უშუალოდ სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების აყვანა და მათი სპეციალური მომზადება. ეს ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა, თუმცა, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია მონიტორინგისა და სუპერვიზიის მკაფიო სისტემის დანერგვა.

როდესაც სოციალური მუშაკები მანქანით ახორციელებენ გასვლით მუშაობას, მძღოლის ფუნქცია, სოცმუშაკებთან შედარებით, პასიურია. იგი არ შედის კონტაქტში მიზნობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებთან. მისი მოვალეობა შემოიფარგლება სოცმუშაკების სამუშაო წერტილებზე მიყვანით.

გასვლისათვის განკუთვნილი ავტომობილი უნდა იყოს:

→ ტექნიკურად გამართული;
→ ოთხკარიანი (რათა უზრუნველყოფილ იქნას მუშაობის კომფორტული პირობები);
→ მცირეგაბარიტიანი (არ იყოს ასოცირებული ძალოვანი სტრუქტურების სატრანსპორტო საშუალებებთან);
→ მანქანაზე განთავსებული უნდა იყოს ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგო.

გასვლითი შეხვედრის დაგეგმვა

გასვლითი სამუშაო იგეგმება დროის იმ მონაკვეთში, როდესაც შესაძლებელია სამიზნე ჯგუფის მაქსიმალური მოცვა. დროის შერჩევა დამოკიდებულია გარე ფაქტორებზე, კერძოდ:

→ მიგრაცია ერთი ადგილიდან მეორეზე;
→ წელიწადის დრო (სეზონი);
→ რაიმე სხვა გაუთვალისწინებელი ფაქტორები.

რეკომენდებულია, სოცმუშაკების ჯგუფმა გასვლითი სამუშაო სამიზნე ჯგუფთან აწარმოოს ოპტიმალური ინტერვალით (მაგ. კვირაში ერთხელ, ან განსახორციელებელი სამუშაოს განრიგის შესაბამისად).

გასვლისთვის აუცილებელი აღჭურვილობა

→ სოცმუშაკების საიდენტიფიკაციო ბარათები;
→ საინფორმაციო მასალა;
→ კონდომები და ლუბრიკანტები;
→ მოსახერხებელი ჩანთა (სასურველია ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგოთი);
→ კალმისტარი, რვეული (შეხვედრების მნიშვნელოვანი მომენტების ჩასანიშნად);
→ სოცმუშაკის ფორმა (მაგალითად, ჟილეტი ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგოთი).

კონტაქტის დამყარება

განსაზღვრულია ორი ტიპის კონტაქტი:
→ პირველადი კონტაქტი;
→ განმეორებითი კონტაქტი

პირველადი კონტაქტის მსვლელობა

გაცნობა

გაცნობის დროს სოცმუშაკმა კლიენტს უნდა შეატყობინოს:
→ საკუთარი სახელი;
→ მოკლე ინფორმაცია ორგანიზაციის შესახებ;
→ სამუშაოს მიზანი და აღწერილობა.

სოციალურმა მუშაკმა უნდა დაარწმუნოს კლიენტი ურთიერთობის კონფიდენციალურობასა და ანონიმურობაში

გაცნობის პროცესში მნიშვნელოვანია, დაიწყოს შემდეგი საკითხების გამორკვევა:
→ ინფორმაციის მიღება კომერციული სექს-მუშაკი ქალის შესახებ (ცოდნის დონე აივ/შიდსის, ვირუსული ჰეპატიტების, სგგი-ების შესახებ, სარისკო ქცევები, სექს-ბიზნესში ჩართულობის ინდივიდუალური დეტალები და სხვ.);
→ კლიენტის ფსიქოლოგიური პორტრეტის შექმნა, შემდგომში მასთან ურთიერთობის გასაადვილებლად;
→ ინფორმირება და კონსულტირება რელევანტურ საკითხებზე;
→ საინფორმაციო მასალების, ორგანიზაციის კოორდინატების, კონდომების მიწოდება;

→ საჭიროების შემთხვევაში შესაბამის სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ დაწესებულებაში მიმართვა;

გაცნობის შეხვედრი ბოლოს აუცილებელია კონტაქტიდან გამოსვლა და დამშვიდობება.

განმეორებითი კონტაქტის მსვლელობა

→ მისალმება;
→ გარემოს და მისი ამჟამინდელი მდგომარეობის შეფასება;
→ წინა შეხვედრის/შეხვედრების მსვლელობისას წამოჭრილი საკითხების მიმოხილვა (რაიმე გაურკვეველი ხომ არ დარჩა, არის თუ არა რაიმე დამატებითი შეკითხვები და სხვა);
→ სარისკო ქცევის შეფასება (გამოიყენეთ ნებისმიერი ხელსაყრელი შემთხვევა. მაგ: თუ სექს-მუშაკი ეს-ეს არის მოვიდა ადგილზე, შეეკითხეთ: თქვენ ახლა კლიენტისგან დაბრუნდით? ჰკითხეთ, გამოიყენა თუ არა მან კონდომი. ისაუბრეთ ამის შესახებ. ასეთი მიდგომა უფრო უშუალოსა და ბუნებრივს გახდის თქვენს დიალოგს);
→ დამატებითი ინფორმაციის მიწოდება;
→ კონდომების და სხვა საჭირო მასალების მიწოდება;
→ კონტაქტიდან გამოსვლა, დამშვიდობება.

კონტაქტისას გასათვალისწინებელია კლიენტის სურვილი, თუ როგორ ურჩევნია საუბარი, მის გარემოცვასთან ერთად თუ ცალკე, ინდივიდუალურად.

წინასწარ არაფერს დაპირდეთ კლიენტს (მაგ: მისვლის კონკრეტული დრო). შეიძლება ობიექტური მიზეზების გამო თქვენ ეს დაპირება ვერ შეასრულოთ!

ღია და დახურული სისტემის თავისებურებანი და მუშაობის სპეციფიკა

გამომდინარე ღია და დახურული სისტემების თავისებურებებიდან, ურთიერთობის დამყარება მოითხოვს სხვადასხვა მიდგომას (იხ. სექს-ბიზნესის სტრუქტურა).
ქუჩა, როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ღია სისტემაა. სექს-მუშაკები მუშაობენ არასტრუქტურირებულად და დამოუკიდებლად. აქედან გამომდინარე, სოცმუშაკის მიერ კონტაქტის დამყარება და შემდგომი ურთიერთობა ხდება პირდაპირ, უშუალოდ კომერციულ სექს-მუშაკ ქალთან (იხ. კონტაქტის დამყარება). იმის გამო, რომ ამ კატეგორიის სექს-მუშაკები მიეკუთვნებიან სოციალური, ეკონომიკური და ინტელექტუალური თვალსაზრისით ყველაზე დაბალ საფეხურს, მათთან მუშაობა უნდა გამოირჩეოდეს მეტი სკრუპულოზურობით. დაბალი ინფორმირებულობა სგგი-

ების, აივ/შიდსისა და უსაფრთხო სქესობრივ ურთიერთობების საკითხებზე ქმნის სარისკო ქცევების დიდ საფრთხეს.

საუნა, სასტუმრო, ბარ-რესტორანი, საროსკიპო – ყველა ეს კატეგორია წარმოადგენს დახურულ სისტემას. გამომდინარე იქიდან, რომ ამ დაწესებულებებს ჰყავთ მეპატრონე და მუშაობა სტრუქტურირებულია, პირველი ნაბიჯი სექს-მუშაკებთან დასაკონტაქტებლად უნდა გადაიდგას საუნის მეპატრონესთან თუ პასუხისმგებელ პირთან უშუალო დაკონტაქტებით. ანუ, პირველ რიგში სოცმუშაკებმა მოლაპარაკება უნდა აწარმოონ დაწესებულების ადმინისტრაციასთან. მათ უნდა წარუდგინონ:

- → საკუთარი თავი;
- → ორგანიზაცია და მისი კოორდინატები;
- → შეხვედრის მიზნები და ამოცანები;
- → საინფორმაციო მასალა;
- → თავდაცვის საშუალებები;
- → აღნიშნონ კონფიდენციალურობა და ანონიმურობა;
- → აუხსნან, რომ მათი თანამშრომლობა არ იქნება საუნის ჩვეული ფუნქციონირებისათვის ხელის შემშლელი და რომ მუშაობის გრაფიკი შეთანხმებული იქნება ადმინისტრაციასთან.

სექს-მუშაკებთან უშუალო დაკონტაქტება ხდება მხოლოდ ადმინისტრაციის თანხმობის შემთხვევაში. (იხ. კონტაქტის დამყარება)

ყოველივე ზემოთქმული შეეხება იმ კატეგორიის საუნებს, სადაც სექს-მუშაკები მუდმივად იმყოფებიან.

წყვილში მუშაობის სპეციფიკა და უსაფრთხოების ზომები

გასვლითი სამუშაოს ეფექტურობის ხელშემწყობი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია წყვილში მუშაობა და უსაფრთხოების ზომების დაცვა. ამიტომ სასურველია, მეწყვილეებმა დაარეგულირონ შემდეგი ძირითადი მომენტები:

- → ჯგუფი უნდა წარმოადგენდეს ერთიან ორგანიზმს. არ შეიძლება, ჯგუფის წევრებს შორის არსებობდეს უთანხმოება და კონფლიქტი. თუკი ეს არსებობს, ეცადეთ დაუყოვნებლივ მოაგვაროთ. აუხსენით თქვენს მეწყვილეს თქვენი მდგომარეობა და განცდები. მიუთითეთ, თუ რა იწვევს მსგავს განცდებს თქვენში. წინააღმდეგ შემთხვევაში პერმანენტული სტრესული გარემო აისახება მუშაობის პროცესზე და სერიოზულ ზიანს მიაყენებს მის ეფექტურობას. გახსოვდეთ, რომ თქვენი კლიენტები ყველაფერს გრძნობენ და რომ მათ არ დარჩებათ ყურადღების მიღმა თქვენი ემოციური მდგომარეობა.

→ იყავით ჩართული პროცესში. მიუხედავად იმისა, პასიური ხართ თუ არა კლიენტთან საუბრის მომენტში, მოუსმინეთ თქვენს მეწყვილესა და კლიენტს შორის დიალოგს. ამით თავიდან აიცილებთ:
   1. იგივე საკითხის წამოჭრას, რაზეც სულ ცოტა ხნის წინ ისაუბრეს;
   2. კლიენტის გაღიზიანებას, რომელსაც გამოიწვევს განცდა, რომ მას არ უსმენდნენ;
   3. მეწყვილეში უკმაყოფილების განცდას იმის გამო, რომ თქვენ არ ხართ ჩართული პროცესში და უყურადღებოდ ტოვებთ მას.

→ მოუსმინეთ ერთმანეთს. არ ჩაუჭრათ სიტყვა თქვენს მეწყვილეს, მიეცით საშუალება დაასრულოს სათქმელი.

→ არ იკამათოთ ერთმანეთთან კლიენტთან ურთიერთობის დროს. თქვენ კლიენტისთვის ორივე თანაბარუფლებიანი და კომპეტენტური პირი ხართ. შეინარჩუნეთ ეს მდგომარეობა. ნუ დააბნევთ მას _ რომელს დაუჯეროს? ნუ გამოიწვევთ მასში განცდას _ "ჯერ თვითონ გაერკვიეთ და მერე მესაუბრეთ". დიდი ალბათობაა, რომ ეს შეამცირებს თქვენი მუშაობის ეფექტურობას.

→ მიეცით ერთმანეთს დადებითი და უარყოფითი უკუკავშირი. იყავით ღია და მიმღები თქვენი მეწყვილეს განცდების და ემოციების მიმართ. აუცილებელია, რომ შეძლოთ უკუკავშირის არა მარტო გაცემა, არამედ მიღებაც. ნუ შეაფასებთ მას, უბრალოდ მიუთითეთ კონკრეტული ქცევა და აღწერეთ ის განცდა და ემოციები, რომელიც ამ ქცევამ გამოიწვია თქვენში. მსგავსი დამოკიდებულება თავისუფალს და კომფორტულს გახდის თქვენს ურთიერთობას და აგარიდებთ გაურკვევლობას, ზედმეტ ქებას თუ კრიტიკას.

→ შეთანხმდით არავერბალურ მინიშნებებზე. ნებისმიერ დროს შეიძლება დაგჭირდეთ არავერბალური ნიშნები. მაგ: წასვლის დროა, კლიენტები მოგროვდნენ ან ჯგუფში ცუდი ემოციური ფონია და სხვა. არავერბალური ნიშნები განსაკუთრებით გამოგადგებათ კონფლიქტური სიტუაციების თავიდან აცილების დროს.

→ არ მოშორდეთ თქვენს მეწყვილეს, განსაკუთრებით ღამით მუშაობის დროს, იქნება ეს ღია თუ დახურული სისტემა. თუ კლიენტის ქცევით ხვდებით, რომ მას სჭირდება ჯგუფიდან იზოლირება, შეარჩიეთ სხეულის ისეთი მდებარეობა, რომელიც ვიზუალურად გაგმიჯნავთ ჯგუფისგან და თქვენი მეწყვილისაგან, მაგრამ ამავე დროს მასთან ახლოს იქნებით. მაგ: ოდნავ შებრუნდით ჯგუფისაგან და ერთი-ორი ნაბიჯით მოშორდით მას. იქონიეთ მხედველობითი კონტაქტი თქვენს მეწყვილესთან.

→ იყოლიეთ ერთმანეთი თვალთახედვის არეში (სოც. მუშაკები და მძღოლი). თუ ეს მოხდა და ერთმანეთს მაინც საკმაო მანძილით მოშორდით, კლიენტთან ისე დადექით, რომ ერთმანეთი მუდმივად თვალთახედვის არეში გყავდეთ. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ სექს-მუშაკი ქალის კლიენტთან და სხვა გარეშე თუ ახლო პირთან კონფლიქტურ სიტუაციას აქვს ადგილი. განსაკუთრებით ღამით ხშირია ნასვამი კლიენტები, რაც ზრდის რისკის ფაქტორს. ეცადეთ, აარიდოთ თავი მათთან დიალოგში შესვლას, საუბარშ

გამოიყენეთ მოკლე პასუხები და ფრაზები. გამოიყენეთ კონფლიქტური სიტუაციების მართვის უნარ-ჩვევები. შეინარჩუნეთ სიმშვიდე და იყავით გაწონასწორებულები.

→ ნუ შეხვალთ ღამით დახურულ სისტემაში (საუნა, ბარ-რესტორანი, სასტუმრო), თუ იქ არ არის იზოლირებული სამუშაო გარემო.

→ ნუ გადმოხვალთ მანქანიდან, როცა ხედავთ, რომ სექს-მუშაკებს აშკარად მათი კლიენტები ჭარბობენ. ასეთ სიტუაციაში მაინც ვერ იმუშავებთ. სხვა დროს მიდით.

→ შეარჩიეთ გასვლებისთვის ოპტიმალური დრო მაგალითად, როდესაც ნაკლებ დატვირთული სამუშაო პერიოდია. ამას რამოდენიმე უპირატესობა აქვს:

1. მცირდება რისკის ფაქტორი (არ არის სექს-მუშაკთა კლიენტების სიჭარბე);
2. სექს-მუშაკების უმრავლესობა თავისუფალია და არ ცდებიან მუშაობას;
3. არ იწვევთ დახურული დაწესებულებების მეპატრონეთა აგრესიას;
4. სექს-მუშაკთა უმრავლესობა თავისუფალია და მათი ყურადღება მთლიანად მომართულია თქვენზე. შესაბამისად, რელევანტური მუშაობა უფრო ეფექტურია.

გასვლითი სამუშაოს წარმოებისას სოცმუშაკს ეკრძალება:

→ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული ნივთიერებათა ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა;
→ ალკოჰოლის მიღება სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებთან ერთად;
→ სქესობრივი კავშირი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელთან;
→ ფულის სესხება სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლისაგან ან მათთვის.

გასვლითი სამუშაოს დროს განსახილველი თემები

კომერციული სექსის მუშაკებთან გასვლითი საველე მუშაობის მუშაობის დროს საუბარი შეიძლება მრავალფეროვან თემებს შეეხოს. ამ ჯგუფთან აივ-ის პრევენციული პროგრამების განხორციელების თვალსაზრისით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხები:

- აივ ინფექცია/შიდსი: დეტალური ინფორმაცია დაავადების, მასზე ტესტირების, მისი გავრცელების გზების, მიმდინარეობისა და პრევენციის შესახებ;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები: ყველაზე მეტად გავრცელებული სგგი, სგგი სიმპტომატიკა, ტესტირება, თვითმკურნალობის პრაქტიკის მავნებლობა;
- უსაფრთხო სქესობრივი ქცევა: კონდომის და ლუბრიკანტის გამოყენებისა და შენახვის წესები;
- კლიენტების/პარტნიორების კონდომის გამოყენებაში დასარწმუნებლად აუცილებელი კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები;

- ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ დეტალური ინფორმაცია: გადაცემის გზები, ტესტირება, მკურნალობის შესაძლებლობები;
- აივ ინფექციისა და ტუბერკულოზის კოინფექცია;
- ინფორმაცია ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების და პრევენციული სტრატეგიების შესახებ;
- მათ სამუშაოსთან დაკავშირებული საფრთხეების, მაგალითად, ძალადობის შესახებ ინფორმაცია და უსაფრთხოების წესების დაცვა;
- ინფორმაცია იმ სერვისების თუ დაწესებულებების შესახებ, რომლებიც არსებობს სხვა ორგანიზაციებში ამ ჯგუფის წარმომადგენლებისათვის. ასეთებია, მაგალითად, სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო დაწესებულებები, ძალადობაზე მომუშავე ორგანიზაციები თუ სხვა.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია სექს-მუშაკების მოტივირება, რომ გაიზარდოს მათი ჩართულობა აივ-ის პრევენციულ პროგრამებში. მათ შეუძლიათ, იყვნენ მოხალისეები, თანასწორგანმანათლებლები, მიიღონ მონაწილეობა სხვადასხვა დაგეგმილ ღონისძიებაში, ჩაერთონ სექს-მუშაკების ჯგუფისათვის პრევენციული პროგრამების დაგეგმვაში.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი საკითხებისა, რომლებიც განიხილება საველე სამუშაოს დროს, სასურველია, სექს-მუშაკებისათვის იქვე, მათ სამუშაო ადგილებზე, ხელმისაწვდომი იყოს აივ ინფექციაზე და სხვა სგგი-იზე სწრაფი ტესტირება. ტესტირების მიტანა უშუალოდ სამუშაო და თავშეყრის ადგილებზე მნიშვნელოვნად ზრდის ტესტირების ჩატარების მაჩვენებლებს სექს-მუშაკებს შორის. ქუჩაში ეს შესაძლებელია განხორციელდეს სპეციალურად აღჭურვილი მობილური ლაბორატორიის გამოყენების გზით. თუ ამის საშუალება არ არის, გარკვეული პირობების (იზოლირებული ოთახი) არსებობისას შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირება განხორციელდეს დახურულ სისტემებშიც. თუმცა, აუცილებელია ამაზე ადმინისტრაციის თანხმობა და ტესტირებისათვის აუცილებელი მასალების ადგილზე მიტანა. (აივ-ზე ტესტირების დეტალური ალგორითმისათვის იხ. დანართი 1: **ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე**).

სარეგისტრაციო სისტემა

ყოველი გასვლითი სამუშაოს შემდეგ ივსება სარეგისტრაციო ფორმა. სასურველია სარეგისტრაციო ფორმების შევსება უახლოეს პერიოდში (შემდეგ გასვლამდე), რათა არ მოხდეს გარკვეული მონაცემების დაკარგვა (დავიწყება). შემდგომში ხდება არსებული ფორმების მიხედვით ორგანიზაციის/პროექტის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში შეყვანა.

5. სახელმძღვანელო მითითებები გასვლითი სამუშაოებისთვის მამაკაცებთან, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ)

სამიზნე ჯგუფის აღწერა – მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ)

მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების (მსმ) ჯგუფი შესაძლებელია დაიყოს ორი პარამეტრის მიხედვით. ესენია: სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი („ფულიანები“ და „უფულოები“, თავად სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების ლექსიკონის გამოყენებით) და კომერციულ სექსში ჩართულობა.

1. მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების (მსმ) აღწერა სოციალური სტატუსის მიხედვით

1.1. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე მსმ. ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან: მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები, რომლებიც ჩამოვიდნენ ამ კონკრეტულ ქალაქში (ყველაზე ხშირად ეს დედაქალაქია) სხვა ქალაქიდან/რეგიონიდან სამუშაოს ან სხვა მატერიალური სარგებლის შოვნის მიზნით; ასევე, მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები, რომლებიც ცხოვრობენ ამ კონკრეტულ ქალაქში, აქვთ დაბალი შემოსავალი, ან საერთოდ არ აქვთ შემოსავალი, ან არიან უმუშევრები (ხშირად ესენი არიან პირები, რომლებიც სიღარიბის ზღვარს მიღმა იმყოფებიან).

1.2 შედარებით მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე მსმ. ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან ადამიანები, რომლებსაც შედარებით მაღალი შემოსავალი აქვთ და შეუძლიათ ეწვიონ ბარებს, კლუბებსა და სხვა თავშეყრის ადგილებს; ასევე, ეგრეთ წოდებული „ელიტარული გეები“, სადაც მოიაზრებიან ადამიანები მაღალი თანამდებობით, შოუ ბიზნესის წარმომადგენლები, ზოგადად, ცნობადი სახეები.

როგორ წესი, ამ ორი – ”მაღალი” და “დაბალი” - ფენის წარმომადგენლები არ ხვდებიან ერთმანეთს ყოველდღიურ ცხოვრებაში. თუმცა, მათ შორის არსებობს გარკვეული ტიპის ურთიერთობა: ძირითადად ეს გულისხმობს ნაცნობობას ან სხვა ჯგუფისადმი მიკუთვნებულ ადამიანთან სქესობრივი კონტაქტების დამყარებას. რაც უფრო მაღალია მსმ დონე, მით უფრო ნაკლებია იმის ალბათობა, რომ ის კომერციულ სექსში იქნება ჩართული, ასევე, ნაკლებია შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტების სიხშირეც. და პირიქით, რაც უფრო დაბალია მსმ დონე, მით უფრო მეტია სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობა და ხშირია კომერციულ სექსში ჩართულობა.

2. მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების (მსმ) აღწერა კომერციულ სექსში ჩართულობის მიხედვით

2.1 კომერციულ სექსში ჩართული მსმ. ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან ადამიანები, რომლებიც მიეკუთვნებიან შედარებით დაბალ სოციალურ-ეკონომიკურ ფენას და მატერიალური ანაზღაურების სანაცვლოდ სექსუალურ მომსახურებას სთავაზობენ სხვა მამაკაცებს.
კომერციულ სექსში ჩართულობის ძირითადი მიზეზებია: ფული, პარტნიორების ხშირი ცვლის შესაძლებლობა, კარგი დროის გატარების შესაძლებლობა.

მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების (მსმ) ეს კატეგორია ასე შეიძლება აღიწეროს: დაბალი სოციალური ფენის წარმომადგენლები დუხჭირი ეკონომიკური მდგომარეობით, ამ კონკრეტული ქალაქის მკვირდნი ან რეგიონული ქალაქიდან/სოფლიდან ჩამოსულნი გარკვეული დროით; უმრავლესობას არ აქვს სხვა დასაქმება ან სამუშაო (მათგან საკმაოდ ბევრი სტუდენტია); როგორც წესი, ისინი არ არიან დაქორწინებული ან მეუღლისაგან განცალკევებით ცხოვრობენ, ჰყავთ შემთხვევითი ან რეგულარული მდედრობითი სქესის პარტნიორები. მათი მოძიება შესაძლებელია: ქალაქის ტერიტორიაზე ღია თავშეყრის ადგილებში (ეგრეთ წოდებულ „პლეშკებზე“); ასევე, ზოგიერთ დახურულ ადგილებშიც - დაწესებულებებში (აბანოები, საუნები, სხვა), რომლებიც ცნობილია, როგორც მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების (მსმ) შეხვედრის ადგილები.

2.2 მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები, რომლებიც არ არიან ჩართული კომერციულ სექსში. ამ ჯგუფში ძირითადად შედიან ადამიანები, რომლებიც მიეკუთნებიან საშუალო და შედარებით მაღალ სოციალურ-ეკონომიკურ ფენას. ჰომოსექსუალურ კონტაქტებს ისინი ძირითადად შემდეგი მიზეზების გამო ამყარებენ: სიამოვნება, სექსუალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, პარტნიორების ხშირი ცვლის შესაძლებლობა.

მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების (მსმ) ეს კატეგორია ასე შეიძლება აღიწეროს: საშუალო ან შედარებით მაღალი სოციალური ფენის წარმომადგენლები ნორმალური ეკონომიკური მდგომარეობით; ამ ქალაქის მკვირდნი ან რეგიონული ქალაქიდან/სოფლიდან ჩამოსულნი გარკვეული დროით; უმრავლესობას აქვს სხვა დასაქმება ან სამუშაო; როგორც წესი, ისინი არ იმყოფებიან ქორწინებაში, ზოგიერთ შემთხვევაში ჰყავთ შვილები, ჰყავთ შემთხვევითი ან რეგულარული მდედრობითი სქესის პარტნიორები. მათი მოძიება შესაძლებელია: ქალაქის ტერიტორიაზე ღია თავშეყრის ადგილებში (რომლებიც ცნობილია, როგორც კომერციული სექსის მუშაკი მამაკაცების თავშეყრის ადგილები), სადაც ისინი ეძებენ კომერციულ ან არაკომერციულ სქესობრივ პარტნიორს; ქალაქის ტერიტორიაზე ღია თავშეყრის ადგილებში

(რომლებიც ცნობილია, როგორც მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცების თავშეყრის ადგილები); დახურულ გასართობ ადგილებში (კაფეები, ბარები, აბანოები, კინოთეატრები და სხვა), რომლებიც ცნობილია, როგორც ადგილები, სადაც მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები (მსმ) შეიძლება შეხვდნენ ერთმანეთს.

გასვლითი შეხვედრების განხორციელება მამაკაცებთან, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ)

გასვლითი საველე სამუშაო ჯგუფი

გასვლით შეხვედრებს ახორციელებს ჯგუფი ორი სოციალური მუშაკის შემადგენლობით. იმისდა მიხედვით, თუ რა ზომისაა ტერიტორია, რომელსაც სოციალური მუშაკები მოიცავენ, ასევე, თუ რა რაოდენობის და ტიპის მასალებს ავრცელებენ სოციალური მუშაკები, ასევე, იმის გათვალისწინებით, თუ როგორ გეგმავს ორგანიზაცია თავის აქტივობებს, სოციალური მუშაკების ჯგუფს შესაძლოა მანქანაც ემსახურებოდეს. სოციალურ მუშაკთა წყვილი შესაძლებელია, დაკომპლექტებული იყოს პრინციპით ქალი და მამაკაცი. რაც შეეხება სოციალური მუშაკების პროფესიულ განათლებას, სასურველია, ერთი სოცმუშაკი იყოს პროფესიონალი ფსიქოლოგი ან სოციალური მუშაკი, ხოლო მეორე კი - ექიმი, რამდენადაც პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებისას პროგრამის კლიენტებს ხშირად წმინდა სამედიცინო სახის შეკითხვები უჩნდებათ. თუმცა, იმის მიხედვით, თუ როგორ რესურსებს ფლობს კონკრეტული ორგანიზაცია, მაგალითად, თუ ორგანიზაციის შტატში არიან ექიმი-კონსულტანტები, რომლებთანაც მოხდება შემდგომი გადამისამართება, ექიმი სოციალური მუშაკის არსებობა აუცილებელი შეიძლება აღარ იყოს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ არსებობს გავრცელებული პრაქტიკა, როდესაც სოციალური სამუშაოს, კერძოდ კი გასვლითი სამუშაოების შესასრულებლად ხდება უშუალოდ სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების აყვანა და მათი სპეციალური მომზადება. ეს ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა, თუმცა, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია მონიტორინგისა და სუპერვიზიის მკაფიო სისტემის დანერგვა.

როდესაც სოციალური მუშაკები მანქანით ახორციელებენ გასვლით მუშაობას, მძღოლის ფუნქცია სოცმუშაკებთან შედარებით პასიურია. იგი არ შედის კონტაქტში მიზნობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებთან. მისი მოვალეობა შემოიფარგლება სოცმუშაკების სამუშაო წერტილებზე მიყვანით.

გასვლისათვის განკუთვნილი ავტომობილი უნდა იყოს:

→ ტექნიკურად გამართული;
→ ოთხკარიანი (რათა უზრუნველყოფილ იქნას მუშაობის კომფორტული პირობები);

- → მცირეგაბარიტიანი (არ იყოს ასოცირებული ძალოვანი სტრუქტურების სატრანსპორტო საშუალებებთან);
- → მანქანაზე განთავსებული უნდა იყოს ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგო.

გასვლითი შეხვედრის დაგეგმვა

გასვლითი სამუშაო იგეგმება დროის იმ მონაკვეთში, როდესაც შესაძლებელია სამიზნე ჯგუფის მაქსიმალური მოცვა. დროის შერჩევა დამოკიდებულია გარე ფაქტორებზე, კერძოდ:

- → მიგრაცია ერთი ადგილიდან მეორეზე;
- → წელიწადის დრო (სეზონი);
- → რაიმე სხვა გაუთვალისწინებელი ფაქტორები.

რეკომენდებულია, სოცმუშაკების ჯგუფმა გასვლითი სამუშაო სამიზნე ჯგუფთან აწარმოოს ოპტიმალური ინტერვალით (მაგ. კვირაში ერთხელ, ან განსახორციელებელი სამუშაოს განრიგის შესაბამისად).

გასვლისთვის აუცილებელი აღჭურვილობა:

- → სოცმუშაკების საიდენტიფიკაციო ბარათები;
- → საინფორმაციო მასალა;
- → კონდომები და ლუბრიკანტები;
- → მოსახერხებელი ჩანთა (სასურველია ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგოთი);
- → კალმისტარი, რვეული (შეხვედრების მნიშვნელოვანი მომენტების ჩასანიშნად);
- → სოცმუშაკის ფორმა (მაგალითად, ჟილეტი ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო ლოგოთი).

კონტაქტის დამყარება

განსაზღვრულია ორი ტიპის კონტაქტი:

- → პირველადი კონტაქტი;
- → განმეორებითი კონტაქტი

პირველადი კონტაქტის მსვლელობა

გაცნობა

გაცნობის დროს სოცმუშაკმა კლიენტს უნდა შეატყობინოს:

- → საკუთარი სახელი;

→ მოკლე ინფორმაცია ორგანიზაციის შესახებ;
→ სამუშაოს მიზანი და აღწერილობა.

სოციალურმა მუშაკმა უნდა დაარწმუნოს კლიენტი ურთიერთობის კონფიდენციალურობასა და ანონიმურობაში

გაცნობის პროცესში მნიშვნელოვანია, დაიწყოს შემდეგი საკითხების გამორკვევა:

→ ინფორმაციის მიღება მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცის შესახებ (ცოდნის დონე აივ/შიდსის, ვირუსული ჰეპატიტების, სგგი-ების შესახებ, სარისკო ქცევები, სექს-ბიზნესში ჩართულობის ინდივიდუალური დეტალები და სხვ.);
→ კლიენტის ფსიქოლოგიური პორტრეტის შექმნა, შემდგომში მასთან ურთიერთობის გასაადვილებლად;
→ ინფორმირება და კონსულტირება რელევანტურ საკითხებზე;
→ საინფორმაციო მასალების, ორგანიზაციის კოორდინატების, კონდომების, ლუბრიკანტების მიწოდება;
→ საჭიროების შემთხვევაში შესაბამის სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ დაწესებულებაში მიმართვა;

გაცნობის შეხვედრი ბოლოს აუცილებელია კონტაქტიდან გამოსვლა და დამშვიდობება.

განმეორებითი კონტაქტის მსვლელობა

→ მისალმება;
→ გარემოს და მისი ამჟამინდელი მდგომარეობის შეფასება;
→ წინა შეხვედრის/შეხვედრების მსვლელობისას წამოჭრილი საკითხების მიმოხილვა (რაიმე გაურკვეველი ხომ არ დარჩა, არის თუ არა რაიმე დამატებითი შეკითხვები და სხვა);
→ სარისკო ქცევის შეფასება (გამოიყენეთ ნებისმიერი ხელსაყრელი შემთხვევა. მაგ: თუ მსმ სექმუშაკებთან ხართ ველზე, და სექს-მუშაკი ეს-ეს არის მოვიდა ადგილზე, შეეკითხეთ: თქვენ ახლა კლიენტისგან დაბრუნდით? ჰკითხეთ, გამოიყენა თუ არა მან კონდომი. ისაუბრეთ ამის შესახებ. ასეთი მიდგომა უფრო უშუალოსა და ბუნებრივს გახდის თქვენს დიალოგს);
→ დამატებითი ინფორმაციის მიწოდება;
→ კონდომების, ლუბრიკანტების და სხვა საჭირო მასალების მიწოდება;
→ კონტაქტიდან გამოსვლა, დამშვიდობება.

კონტაქტისას გასათვალისწინებელია კლიენტის სურვილი, თუ როგორ ურჩევნია საუბარი, მის გარემოცვასთან ერთად თუ ცალკე, ინდივიდუალურად.

წინასწარ არაფერს დაპირდეთ კლიენტს (მაგ: მისვლის კონკრეტული დრო). შეიძლება ობიექტური მიზეზების გამო თქვენ ეს დაპირება ვერ შეასრულოთ!

წყვილში მუშაობის სპეციფიკა და უსაფრთხოების ზომები

გასვლითი სამუშაოს ეფექტურობის ხელშემწყობი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია წყვილში მუშაობა და უსაფრთხოების ზომების დაცვა. ამიტომ სასურველია, მეწყვილეებმა დაარეგულირონ შემდეგი ძირითადი მომენტები:

→ ჯგუფი უნდა წარმოადგენდეს ერთიან ორგანიზმს. არ შეიძლება, ჯგუფის წევრებს შორის არსებობდეს უთანხმოება და კონფლიქტი. თუკი ეს არსებობს, ეცადეთ დაუყოვნებლივ მოაგვაროთ. აუხსენით თქვენს მეწყვილეს თქვენი მდგომარეობა და განცდები. მიუთითეთ, თუ რა იწვევს მსგავს განცდებს თქვენში. წინააღმდეგ შემთხვევაში პერმანენტული სტრესული გარემო აისახება მუშაობის პროცესზე და სერიოზულ ზიანს მიაყენებს მის ეფექტურობას. გახსოვდეთ, რომ თქვენი კლიენტები ყველაფერს გრძნობენ და რომ მათ არ დარჩებათ ყურადღების მიღმა თქვენი ემოციური მდგომარეობა.

→ იყავით ჩართული პროცესში. მიუხედავად იმისა, პასიური ხართ თუ არა კლიენტთან საუბრის მომენტში, მოუსმინეთ თქვენს მეწყვილესა და კლიენტს შორის დიალოგს. ამით თავიდან აიცილებთ:

4. იგივე საკითხის წამოჭრას, რაზეც სულ ცოტა ხნის წინ ისაუბრეს;
5. კლიენტის გაღიზიანებას, რომელსაც გამოიწვევს განცდა, რომ მას არ უსმენდნენ;
6. მეწყვილეში უკმაყოფილების განცდას იმის გამო, რომ თქვენ არ ხართ ჩართული პროცესში და უყურადღებოდ ტოვებთ მას.

→ მოუსმინეთ ერთმანეთს. არ ჩაუჭრათ სიტყვა თქვენს მეწყვილეს, მიეცით საშუალება დაასრულოს სათქმელი.

→ არ იკამათოთ ერთმანეთთან კლიენტთან ურთიერთობის დროს. თქვენ კლიენტისთვის ორივე თანაბარუფლებიანი და კომპეტენტური პირი ხართ. შეინარჩუნეთ ეს მდგომარეობა. ნუ დააბნევთ მას _ რომელს დაუჯეროს? ნუ გამოიწვევთ მასში განცდას _ "ჯერ თვითონ გაერკვიეთ და მერე მესაუბრეთ". დიდი ალბათობაა, რომ ეს შეამცირებს თქვენი მუშაობის ეფექტურობას.

→ მიეცით ერთმანეთს დადებითი და უარყოფითი უკუკავშირი. იყავით ღია და მიმღები თქვენი მეწყვილეს განცდების და ემოციების მიმართ. აუცილებელია, რომ შეძლოთ უკუკავშირის არა მარტო გაცემა, არამედ მიღებაც. ნუ შეაფასებთ მას, უბრალოდ მიუთითეთ კონკრეტული ქცევა და აღწერეთ ის განცდა და ემოციები, რომელიც ამ ქცევამ გამოიწვია თქვენში. მსგავსი დამოკიდებულება თავისუფალს და კომფორტულს გახდის თქვენს ურთიერთობას და აგარიდებთ გაურკვევლობას, ზედმეტ ქებას თუ კრიტიკას.

- → შეთანხმდით არავერბალურ მინიშნებებზე. ნებისმიერ დროს შეიძლება დაგჭირდეთ არავერბალური ნიშნები. მაგ: წასვლის დროა, კლიენტები მოგროვდნენ ან ჯგუფში ცუდი ემოციური ფონია და სხვა. არავერბალური ნიშნები განსაკუთრებით გამოგადგებათ კონფლიქტური სიტუაციების თავიდან აცილების დროს.
- → არ მოშორდეთ თქვენს მეწყვილეს, განსაკუთრებით ღამით მუშაობის დროს, იქნება ეს ღია თუ დახურული სისტემა. თუ კლიენტის ქცევით ხვდებით, რომ მას სჭირდება ჯგუფიდან იზოლირება, შეარჩიეთ სხეულის ისეთი მდებარეობა, რომელიც ვიზუალურად გაგმიჯნავთ ჯგუფისგან და თქვენი მეწყვილისაგან, მაგრამ ამავე დროს მასთან ახლოს იქნებით. მაგ: ოდნავ შებრუნდით ჯგუფისაგან და ერთი-ორი ნაბიჯით მოშორდით მას. იქონიეთ მხედველობითი კონტაქტი თქვენს მეწყვილესთან.
- → იყოლიეთ ერთმანეთი თვალთახედვის არეში (სოც. მუშაკები და მძღოლი). თუ მაინც მოხდა და ერთმანეთს საკმაო მანძილით მოშორდით, კლიენტთან ისე დადექით, რომ ერთმანეთი მუდმივად თვალთახედვის არეში გყავდეთ. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ არავერბალური მინიშნებები.
- → არ შეხვიდეთ კომერციულ სექსში ჩართული მსმ კლიენტთან და სხვა გარეშე თუ ახლო პირთან კონფლიქტურ სიტუაციაში. განსაკუთრებით ღამით ხშირია ნასვამი კლიენტები, რაც ზრდის რისკის ფაქტორს. ეცადეთ აარიდოთ თავი მათთან დიალოგში შესვლას, გამოიყენეთ მოკლე პასუხები და ფრაზები. გამოიყენეთ კონფლიქტური სიტუაციების მართვის უნარ-ჩვევები. შეინარჩუნეთ სიმშვიდე და იყავით გაწონასწორებულები.
- → ნუ შეხვალთ ღამით დახურულ სისტემაში (საუნა, ბარ-რესტორანი, სხვა), თუ იქ არ არის იზოლირებული სამუშაო გარემო.

გასვლითი სამუშაოს წარმოებისას სოცმუშაკს ეკრძალება:

- → ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული ნივთიერებათა ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა;
- → ალკოჰოლის მიღება სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებთან ერთად;
- → სქესობრივი კავშირი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელთან;
- → ფულის სესხება სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლისაგან ან მათთვის.

გასვლითი სამუშაოს დროს განსახილველი თემები

მსმ-ებთან გასვლითი საველე მუშაობის მუშაობის დროს კლიენტებთან საუბარი შეიძლება მრავალფეროვან თემებს შეეხოს. მსმ პოპულაციაში აივ-ის პრევენციული პროგრამების თვალსაზრისით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხები:

- აივ ინფექცია/შიდსი: დეტალური ინფორმაცია დაავადების, მასზე ტესტირების, მისი გავრცელების გზების, მიმდინარეობისა და პრევენციის შესახებ;

- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები: ყველაზე მეტად გავრცელებული სგგი, სგგი სიმპტომატიკა, ტესტირება, თვითმკურნალობის პრაქტიკის მავნებლობა;
- უსაფრთხო სქესობრივი ქცევა: კონდომის და ლუბრიკანტის გამოყენებისა და შენახვის წესები;
- კლიენტების/პარტნიორების კონდომის გამოყენებაში დასარწმუნებლად აუცილებელი კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები;
- ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ დეტალური ინფორმაცია: გადაცემის გზები, ტესტირება, მკურნალობის შესაძლებლობები;
- აივ ინფექციისა და ტუბერკულოზის კოინფექცია;
- ინფორმაცია ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების და პრევენციული სტრატეგიების შესახებ;
- ქალი პარტნიორების ყოლის შემთხვევაში ინფექციების გადაცემის რისკების შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება;
- ინფორმაცია იმ სერვისების თუ დაწესებულებების შესახებ, რომლებიც არსებობს სხვადასხვა ორგანიზაციებში მსმ ჯგუფის წარმომადგენლებისათვის. ასეთებია, მაგალითად, სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო დაწესებულებები, ლგბტ თემატიკაზე მომუშავე არასამთავრობო თუ სათემო ორგანიზაციები და სხვა.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია მსმ კლიენტების მოტივირება, რომ გაიზარდოს მათი ჩართულობა აივ-ის პრევენციულ პროგრამებში. მათ შეუძლიათ, იყვნენ მოხალისეები, თანასწორგანმანათლებლები, მიიღონ მონაწილეობა სხვადასხვა დაგეგმილ ღონისძიებაში, ჩაერთონ მსმ პოპულაციისათვის პრევენციული პროგრამების დაგეგმვაში. გარკვეულწილად, ეს ემსახურება ამ ჯგუფის გაძლიერებას, მისი წარმომადგენლების თვითშეფასების ამაღლებას და მათ მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებას.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი საკითხებისა, რომლებიც განიხილება საველე სამუშაოს დროს, სასურველია, მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცებისათვის იქვე, მათი თავშეყრის ადგილებზე, ხელმისაწვდომი იყოს აივ ინფექციაზე და სხვა სგგი-ზე სწრაფი ტესტირება. ტესტირების მიტანა უშუალოდ სამუშაო და თავშეყრის ადგილებზე მნიშვნელოვნად ზრდის ტესტირების ჩატარების მაჩვენებლებს. ქუჩაში ეს შესაძლებელია განხორციელდეს სპეციალურად აღჭურვილი მობილური ლაბორატორიის გამოყენების გზით. თუ ამის საშუალება არ არის, გარკვეული პირობების (იზოლირებული ოთახი) არსებობისას შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირება განხორციელდეს დახურულ სისტემებშიც (ბარებში, კლუბებში). თუმცა, აუცილებელია ამაზე ადმინისტრაციის თანხმობა და ტესტირებისათვის აუცილებელი მასალების ადგილზე მიტანა. (აივ-ზე ტესტირების დეტალური ალგორითმისათვის იხ. დანართი 1: **ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე**).

სარეგისტრაციო სისტემა

ყოველი გასვლითი სამუშაოს შემდეგ ივსება სარეგისტრაციო ფორმა. სასურველია სარეგისტრაციო ფორმების შევსება უახლოეს პერიოდში (შემდეგ გასვლამდე), რათა არ მოხდეს გარკვეული მონაცემების დაკარგვა (დავიწყება). შემდგომში ხდება არსებული ფორმების მიხედვით ორგანიზაციის/პროექტის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში მონაცემების შეყვანა.

6. დანართები

დანართი 1

ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე

იმისათვის, რომ ადამიანმა გაიგოს, არის თუ არა აივ-ინფიცირებული, უნდა ჩაიტაროს სისხლის ანალიზი აივ-ზე. ანალიზის ჩატარებამდე ყოველი შემთხვევა განისაზღვრება, როგორც შესაძლო ინფიცირებული. გასათვალისწინებელია სეროკონვერსიის ("ფანჯარა") პერიოდის არსებობაც (6-8 კვირა).

ტესტირება მიმდინარეობს რამდენიმე ეტაპად:

→ თუ პირველ ეტაპზე (სკრინინგული ტესტი, სწრაფი ტესტი) პასუხი უარყოფითია - შემთხვევა არ განისაზღვრება, როგორც სავარაუდო ინფიცირებული, კონფირმაციული ტესტის ჩატარება საჭიროებას არ წარმოადგენს. შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი განმეორებითი ტესტირება (სკრინინგული ტესტი, სწრაფი ტესტი) სეროკონვერსიის ("ფანჯარა") პერიოდის გავლის შემდეგ.

→ თუ პირველ ეტაპზე (სკრინინგული ტესტი, სწრაფი ტესტი) პასუხი დადებითია - შემთხვევა განისაზღვრება, როგორც სავარაუდო ინფიცირებული, კონფირმაციული ტესტის ჩატარება საჭიროებას წარმოადგენს. მიზანშეწონილია ვენური სისხლის ნიმუშის აღება და გადაგზავნა სპეციალიზებულ რეფერალურ ლაბორატორიაში სისხლის აღებისა და ტრანსპორტირების ეროვნულ მეთოდურ რეკომენდაციებთან შესაბამისობაში. ალტერნატიულ ვარიანტს წარმოადგენს უშუალოდ კლიენტის გადამისამართება რეფერალურ ლაბორატორიაში.

→ მხოლოდ ყველა ეტაპზე (სკრინინგი, კონფირმაცია) მიღებული დადებითი პასუხის შემდეგ ხდება შემთხვევის განსაზღვრება, როგორც დადასტურებული ინფიცირებული, ანუ ადამიანი აივ-ინფიცირებულია.

ტესტირება აივ/შიდსზე:

→ სკრინინგი (ამოცნობა) - სწრაფი ტესტი*, იმუნოფერმენტული ანალიზი (ELISA) *

→ კონფირმაცია (დადასტურება) - ბლოტინგი (Western Blot) *, პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია (თვისობრივი)**

→ კონტროლი - პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია (რაოდენობრივი)**, p24**, გენომური ანალიზი**, CD4 უჯრედები***

---

*ადამიანის სისხლი **ვირუსული დატვირთვა ***იმუნური სისტემა

კონსულტირება აივ/შიდსზე

არსებობს ნებაყოფლობითი ტესტირება და კონსულტირება აივ/შიდსზე, რომელიც რამდენიმე საფეხურისგან შედგება:

აივ-ზე ტესტირებამდე კონსულტირების ნაბიჯები:

1. დაამყარეთ კონტაქტი
   → მიესალმეთ კლიენტს
   → წარადგინეთ საკუთარი თავი
   → აუხსენით კლიენტს, რომ კონსულტირება და ტესტირება აივ-ზე კონფიდენციალურია
   → ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს რაიმე შეკითხვები
   → დაუთმეთ დრო კლიენტის შეკითხვებზე პასუხს, სანამ დაიწყებთ კონსულტირებას

2. დაეხმარეთ კლიენტს რისკის შეფასებაში
   → ჰკითხეთ კლიენტს, რამ უბიძგა ტესტირებისაკენ
   → შეაფასეთ, თუ რამდენად მაღალია კლიენტის რისკი, დაინფიცირდეს აივ-ით

ჰკითხეთ კლიენტს:	*დიახ*	*არა*
ჰქონია თუ არა მას სქესობრივი კონტაქტები სხვადასხვა პარტნიორთან?	☐	☐
ჰქონია თუ არა მას სქესობრივი კონტაქტები (ვაგინალური, ანალური ან ორალური) რომელიმე პარტნიორთან პრეზერვატივის გარეშე?	☐	☐
ხომ არ არის ის ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი და ხომ არ იყენებს საზიარო შპრიცებს?	☐	☐
ჰქონია თუ არა სქესობრივი ურთიერთობები ვინმესთან, ვინც იყენებს საზიარო შპრიცებს?	☐	☐
ხომ არ ჰქონია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციური დაავადებები, ან აქვს თუ არა ამ ინფექციების დამახასიათებელი სიმპტომები (გამონადენი, ტკივილი შარდვის დროს, ქავილი საზარდულის არეში ან წყლულები)?	☐	☐
ხომ არ ჰქონია სქესობრივი ურთიერთობა ფულის ან ნარკოტიკების სანაცვლოდ?	☐	☐
ხომ არ იყენებს ალკოჰოლურ სასმელებს, მარიხუანას ან ინექციურ ნარკოტიკებს სქესობრივი კავშირის დამყარებამდე?	☐	☐

3. აუხსენით აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზები
   → თუ კლიენტი დადებითად პასუხობს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ კითხვას, მისი აივ-ით დაინფიცირების რისკი მატულობს და მან უნდა გაიაროს ტესტირება ამის გამოსარიცხად

- → თუ კლიენტი უარყოფითად პასუხობს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ კითხვას, შესაძლოა, ის არ არის რისკის ქვეშ, მაგრამ უნდა გაიაროს ტესტირება ამის დასადასტურებლად
- → აუხსენით კლიენტს, რომ არსებობს 3-თვიანი "ფანჯრის პერიოდი" (აივ-ზე სწრაფი ტესტირების შედეგები ასახავენ კლიენტის სტატუსს 3 თვის წინ. თუ კლიენტი ბოლო სამი თვის მანძილზე ჩართული იყო ზემოთ ჩამოთვლილი ქცევის მოდელებიდან რომელიმეში, აუცილებელია განვიხილოთ განმეორებითი ტესტირების შესაძლებლობა.

4. მოუყევით ტესტირების შესახებ
   - → როგორ ჩატარდება ტესტირება და ტესტირების რა სახეები გამოიყენება
   - → როდის იქნება შედეგები და როგორ და როდის შეუძლია კლიენტს მათი მიღება
   - → რას ნიშნავს შედეგები (უარყოფითი, დადებითი, გაურკვეველი)

თუ:	ეს ნიშნავს:
უარყოფითი	კლიენტი არ იყო ინფიცირებული 3 თვის წინ
დადებითი	კლიენტი სავარაუდოდ აივ ინფიცირებულია, საჭიროა დამადასტურებელი (კონფირმაციული) ტესტის ჩატარება
გაურკვეველი	კლიენტის სისხლის ანალიზი არასაკმარისად ინფორმატიულია. აუცილებელია განმეორებითი ტესტირება სწრაფი ტესტების გამოყენებით, რათა განისაზღვროს კლიენტის აივ სტატუსი

5. კლიენტთან ერთად შეიმუშავეთ ერთობლივი გეგმა აივ-ით ინფიცირების რისკის შესამცირებლად
   - → განსაზღვრეთ და განიხილეთ ქცევის უსაფრთხო მოდელები
   - → შეაფასეთ კლიენტის უნარი, გაუმკლავდეს სირთულეებს (რამდენად ნერვიულობს, იყენებს თუ არა სოციალურ მხარდაჭერას)

6. ჩაატარეთ ტესტირება აივ-ზე
   - → ხაზი გაუსვით კონფიდენციალობას და მიიღეთ თანხმობა ტესტირებაზე
   - → აუხსენით კლიენტს შედეგების მიღების პროცედურა - ტესტირების ხანგრძლივობა, (სწრაფი ტესტების შემთხვევაში 5-15 წუთი) და ტელეფონით შედეგის შეტყობინების შეუძლებლობა
   - → შეადგინეთ კლიენტის ანონიმური საიდენტიფიკაციო კოდი
   - → აიღეთ სისხლი ანალიზისათვის
   - → ჩაატარეთ სწრაფი ტესტირება

აივ-ზე ტესტირების შემდგომი კონსულტირების ნაბიჯები უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში:

1. შეატყობინეთ კლიენტს ტესტის შედეგი
   - → შეატყობინეთ კლიენტს ტესტის შედეგი
   - → ყურადღება მიაქციეთ კლიენტის პირველ რეაქციას და მის მოთხოვნას
   - → განიხილეთ ტესტის შედეგი

თუ შედეგი უარყოფითია, მაშინ:
ახსენით უარყოფითი შედეგის მნიშვნელობა
→ კლიენტი არ იყო ინფიცირებული სამი თვის წინ → ტესტის შეზღუდულობა (სეროკონვერსია ანუ "ფანჯრის პერიოდი") → განიხილეთ განმეორებითი ტესტირების შესაძლებლობა სამი თვის შემდეგ, "ფანჯრის პერიოდის" გათვალისწინებით, აგრეთვე იმ შემთხვევაში, თუ კლიენტი ახალ რისკებს ექვემდებარება
განსაზღვრეთ და განიხილეთ ქცევის უფრო უსაფრთხო მოდელი → განიხილეთ და შეადგინეთ გეგმა მომავალში ინფიცირების თავიდან აცილებასთან დაკავშირებით, შემდეგი პუნქტების ჩათვლით: → თავის შეკავება სქესობრივი კონტაქტებისაგან თუ ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებისაგან → მონოგამური ურთიერთობები ინფორმირებულ, უარყოფითი სტატუსის მქონე პარტნიორთან → კონდომის გამოყენება → თავის შეკავება საზიარო ნემსების/შპრიცების გამოყენებისგან და სქესობრივი კონტაქტებისგან იმათთან, ვინც იყენებს საზიარო ნემსებს/შპრიცებს → სქესობრივი პარტნიორების რიცხვის შეზღუდვა

2. დაასრულეთ შეხვედრა
   - → განსაზღვრეთ, თუ რა მხარდაჭერას საჭიროებს კლიენტი (კრიზისული მდგომარეობიდან გამოყვანა, თვითდახმარების ჯგუფები, სანიტარიული განათლება)
   - → მიაწოდეთ კლიენტს კონდომები და საინფორმაციო მასალები (თუ ასეთები გაქვთ) აივ-ის, სგგი-ის და კონდომების სწორი გამოყენების შესახებ, ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია მხარდაჭერის სოციალური და სამედიცინო სამსახურების შესახებ
   - → ჰკითხეთ კლიენტს, აქვს თუ არა რაიმე კითხვები, ეჭვები და ხომ არ სურს საკუთარი აზრის გამოთქმა თქვენს მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საპასუხოდ
   - → დაემშვიდობეთ კლიენტს

აივ-ზე ტესტირების შემდგომი კონსულტირების ნაბიჯები დადებითი პასუხის შემთხვევაში:

1. შეატყობინეთ კლიენტს ტესტის შედეგი
   → შეატყობინეთ კლიენტს ტესტის შედეგი
   → ყურადღება მიაქციეთ კლიენტის პირველ რეაქციას და მის მოთხოვნას
   → განიხილეთ ტესტის შედეგი

თუ შედეგი დადებითია, მაშინ:
ახსენით დადებითი შედეგის მნიშვნელობა
→ კლიენტი არის სავარაუდოდ ინფიცირებული → კლიენტი, სავარაუდოდ, ინფიცირების წყაროს წარმოადგენს დაავადების განვითარება და პროგნოზი დამოკიდებულია ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაზე
სამედიცინო რეკომენდაციები → განიხილეთ აივ-სტატუსის ცოდნის უპირატესობები → კლიენტის აივ-სტატუსის დადასტურებისთვის აუცილებელია დამადასტურებელი (კონფირმაციული) ტესტის ჩატარება ➢ დამადასტურებელი (კონფირმაციული) ტესტის ჩასატარებლად საჭიროა აივ ინფექციაზე კვლევის ანგარიშის ფორმა №1 შევსება, ვენური სისხლის ნიმუშის აღება და გადაგზავნა რეფერალურ ლაბორატორიაში სისხლის აღებისა და ტრანსპორტირების ეროვნულ მეთოდურ რეკომენდაციებთან შესაბამისობაში ➢ ალტერნატიულ ვარიანტს წარმოადგენს უშუალოდ კლიენტის გადამისამართება რეფერალურ ლაბორატორიაში → განიხილეთ გეგმიური სამედიცინო ღონისძიებები (მკურნალობის საკითხები, წამალთდამოკიდებულების მკურნალობა, ფსიქოლოგიური თერაპია) → დაეხმარეთ კლიენტს, შეადგინოს სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების გეგმა
ემოციური მხარდაჭერა → შეაფასეთ კლიენტის ემოციური მდგომარეობა → განიხილეთ მასთან ერთად შემდგომი დახმარების გეგმა, მიმართეთ იგი თვითდახმარების ჯგუფში
პარტნიორის გაფრთხილება → განიხილეთ ყველა ამჟამინდელი და ყოფილი სქესობრივი პარტნიორის ან/და იმ პარტნიორების, რომელთანაც იყენებდა ერთსა და იმავე საინექციო საშუალებებს, გამოვლენისა და კონსულტირების აუცილებლობა → შეადგინეთ კლიენტთან ერთად იმ პირების შეტყობინების გეგმა, ვინც შეიძლება იყოს ინფიცირების რისკის ქვეშ
განსაზღვრეთ და განიხილეთ ქცევის უფრო უსაფრთხო მოდელი → განიხილეთ კლიენტთან ერთად იმის გეგმა, თუ როგორ უნდა დაიცვას თავი და აიცილოს თავიდან სხვა პირებისათვის ინფექციის გადაცემა → განიხილეთ კლიენტთან ყველაფერი, რაც მან იცის რისკის შემცირების

შესახებ საკუთარი თავისთვის და თავის პარტნიორებისთვის, შემდეგი პუნქტების ჩათვლით:
- → თავის შეკავება სქესობრივი კონტაქტებისაგან თუ ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებისაგან
- → მონოგამური ურთიერთობები ინფორმირებულ პარტნიორთან
- → კონდომის გამოყენება
- → თავის შეკავება საზიარო ნემსების/შპრიცების გამოყენებისგან და სქესობრივი კონტაქტებისგან იმათთან, ვინც იყენებს საზიარო ნემსებს/შპრიცებს
- → სქესობრივი პარტნიორების რიცხვის შეზღუდვა
- → მივაწოდოთ ინფორმაცია ვერტიკალური გადაცემის შესახებ

2. დაასრულეთ შეხვედრა
- → განსაზღვრეთ, თუ რა მხარდაჭერას საჭიროებს კლიენტი (კრიზისული მდგომარეობიდან გამოყვანა, თვითდახმარების ჯგუფები, სანიტარული განათლება)
- → მიაწოდეთ კლიენტს კონდომები და საინფორმაციო მასალები (თუ ასეთები გაქვთ) აივ-ის, სგგი-ის და კონდომების სწორი გამოყენების შესახებ, ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია მხარდაჭერის სოციალური და სამედიცინო სამსახურების შესახებ
- → ჰკითხეთ კლიენტს, აქვს თუ არა რაიმე კითხვები, ეჭვები და ხომ არ სურს საკუთარი აზრის გამოთქმა თქვენს მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საპასუხოდ
- → შეძლებისდაგვარად ეცადეთ მომავალში კლიენტთან კონტაქტის შენარჩუნებას

დანართი 2

სისხლის აღებისა და ტრანსპორტირების წესები

აივ ინფექცია/შიდსზე და B/C ჰეპატიტებზე გამოსაკვლევი სისხლის აღების წესები

სწრაფი მარტივი ტესტის ჩასატარებლად შესაძლებელია როგორც ახალი სისხლის, ისე სისხლის შრატის/პლაზმის გამოყენება. ახალი სისხლის მიღება შესაძლებელია როგორც თითიდან, ისე ვენიდან.

1. თითიდან სისხლის წვეთის მისაღებად ხდება თითის ბალიშის დამუშავება სპირტიანი საფენით, შემდეგ მსუბუქი მოჭერა გვერდებიდან და ჩხვლეტა სპეციალური ერთჯერადი სკარიფიკატორით. მიღებული წვეთიდან ერთჯერადი

მიკროპიპეტით ხდება შესაბამისი ტესტისთვის საჭირო რაოდენობის ასპირაცია (20-დან 80 მკლ-მდე) და გადატანა ტესტირების ზოლში/ფოსოში. აღნიშნულ ზოლში/ფოსოში ტესტის ინსტრუქციის შესაბამისად ხდება გამხსნელის რამდენიმე წვეთის დამატება და დაყოვნება 10-15 წთ-ის განმავლობაში, სანამ მიღებული იქნება ტესტის და კონტროლის ამსახველი თვალნათლივი მაჩვენებლები. აღწერილი პროცედურის განმავლობაში სისხლთან შეხებაში მყოფი მასალები (სკარიფიკატორი, საფენი, პიპეტი, ტესტირების ზოლი/ფოსო) თავსდება ბიოლოგიური ნარჩენების სპეციალურ კონტეინერში.

2.სისხლის აღება ხდება ვენიდან ასეპტიკის და უსაფრთხოების წესების დაცვით ერთჯერადი ნემსის საშუალებით 3-5 მლ რაოდენობით. ვენაპუნქცია სრულდება ტექნიკით „ნემსის კვეთა ზევით“.

აღებული სისხლი უნდა მოთავსდეს სტერილურ, მშრალ სინჯარაში მოთავსება ხდება შემდეგნაირად: შპრიცს უნდა მოშორდეს ნემსი, ჩაიდოს სინჯარაში და ნელა (დაბალი წნევით) უნდა ჩაისხას ეტიკეტირებულ სინჯარაში. ნემსი და გამოყენებული შპრიცი მოთავსებული უნდა იყოს ე.წ უსაფრთხოების ყუთში „Safe box"-ში, სხვა შემთხვევაში მან შეიძლება გამოიწვიოს პერსონალის დაინფიცირების საფრთხე.

სინჯარა უნდა მოთავსდეს შტატივში კოლტის წარმოქმნამდე 10-20 წთ-ის განმავლობაში, შემდეგ გატანილი იქნას ლაბორატორიაში საანალიზოდ ან შესაძლებელია შენახული იქნას მაცივარში 2-8 გრადუსამდე 24 საათის განმავლობაში.

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

<u>საანალიზოდ აღებული მასალის დამუშავების წესები</u>

ცენტრიფუგის სინჯარაში გამოსაკვლევი სისხლის დაყოვნება შესაძლებელია ოთახის ტემპერატურაზე კოლტის წარმოქმნამდე და შემდეგ მაცივარში 2-8^{0}C 24 საათის განმავლობაში. ნიმუშიანი სინჯარები მოთავსებული უნდა იყოს შტატივში, რომელიც მოთავსდება კონტეინერში და ასე იქნას გადატანილი ლაბორატორიაში.

იმ შემთხვევაში თუ არ არის ნიმუშის მიტანის შესაძლებლობა დადგენილ დროში, მაშინ საკვლევ მასალად გაიგზავნება სისხლის შრატი ან პლაზმა.

<u>შრატის/ პლაზმის გამოყოფის რამოდენიმე ვარიანტია შესაძლებელი:</u>

1. ვენიდან აღებული სისხლის 3-5 მლ რაოდენობას, რომელიც ჩასხმულია ცენტრიფუგის სინჯარაში 15-30 წთ-ის განმავლობაში აყოვნებენ ოთახის ტემპერატურაზე (18-25^{0}C). სისხლის შედედების შემდეგ ერთჯერადი წკირის გამოყენებით სისხლის კოლტი უნდა მოიხსნას სინჯარის კედლიდან, შემდეგ მოხდეს მისი ცენტრიფუგირება 1000-1500 ბრ/წთ-ში 5-10 წთ-ის განმავლობაში.

2. სისხლი საანალიზო სინჯარაში მოთავსების შემდეგ თავსდება თერმოსტატში 38^{0}C-ზე 30 -60 წუთის განმავლობაში. ამის შემდეგ სტერილური მინის წკირით ან პასტერის პიპეტით სინჯარის კედლიდან ჩამოიხსნება შედედებული სისხლი. სინჯარა დაყოვნდება 2-8^{0}C 1-2 სთ-ის განმავლობაში, რის შედეგადაც მოხდება შრატის გამოყოფა.

შრატი ან პლაზმის გამოყოფის შემდეგ საანალიზო მასალა გადატანილი უნდა იყოს ეპენდორფის სინჯარაში, რომელიც უნდა იყოს იგივე წესით ეტიკეტირებული, როგორც სისხლის სინჯარა. შრატის ან პლაზმის შენახვა შესაძლებელია 7 დღის განმავლობაში, მაცივარში 2-8^{0}C ტემპერატურაზე. უფრო ხანგრძლივი დროით შენახვა შესაძლებელია საყინულეში -20^{0}C და უფრო დაბალ ტემპერეტურაზე. დასაშვებია ნიმუშის მხოლოდ ერთჯერადი გაყინვა- გამოლღობა.

საანალიზოდ აღებული მასალის ტრანსპორტირების წესები

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

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

იმ შემთხვევაში თუ საჭიროა შრატის/ პლაზმის ტერიტორიულად დაშორებულ ლაბორატორიაში (მაგ, რეფერენს ლაბორატორია ან სხვ) გადატანა, იგივე სისხლის შრატი ან პლაზმა მინიმუმ 200-250 მკლ-ის რაოდენობით გადატანილი უნდა იქნეს ჰერმეტულად თავდახურულ სინჯარაში (ეპენდორფის სინჯარაში), ეტიკეტირებული იგივე კოდით. შესაძლებელია გამოყენებული იქნას საავადმყოფოს ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტი. ასეთ შემთხვევაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება

სინჯარების სწორ შეფუთვას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და საერთაშორისო სატრანსპორტო ორგანიზაციების მიერ შემუშავებულია მასალების შეფუთვის საერთაშორისო რეკომენდაციები;

1. სინჯარა მოთავსებული უნდა იყოს წყალგაუმტარ, თავსახურიან კონტეინერში ტემპერატურული რეჟიმის დაცვით
2. კონტეინერი უნდა შეიფუთოს მყიფე მასალაში, რომელსაც აქვს დაღვრილი მასალის შეწოვის უნარი
3. ეს ყველაფერი უნდა მოთავსდეს მეორე წყალგაუმტარ თავსახურიან კონტეინერში და დაილუქოს (შესაძლებელია თვითმწებავი პაკეტების გამოყენებაც).
4. თანმხლები დოკუმენტაცია ჩაიდოს ცალკე თვითმწებავ ან დალუქულ პაკეტში, რომელიც მიემაგრება მე-3 პუნქტში აღწერილ კონტეინერს.
5. კონტეინერის გარეთა შეფუთვის ეტიკეტი უნდა აჩვენებდეს რომ კონტეინერში მოთავსებულია პათოლოგიური მასალა.
6. გზავნილს გარედან უნდა მიეთითოს გამომგზავნი დაწესებულების დასახელება, მისამართი და ტელეფონის ნომერი, ასევე მიმღები დაწესებულების დასახელება, მისამართი და ტელეფონის ნომერი.
7. კონტეინერის გადატანისას არ უნდა მოხდეს მისი ფიზიკური დაზიანება

პათოლოგიური მასალის შემცველი პაკეტის გახსნა შეუძლია მხოლოდ ლაბორატორიის მუშაკს. იმ შემთხვევაში თუ მოხდა მასალის დაღვრა (რომელიც სწორად შეფუთვისას მხოლოდ შიგნით დარჩება) აუცილებელია კონტეინერის დეზინფიცირება, შემდეგ დაღვრილი მასალის მოშორება და გარეცხვა.

დანართი 3

ტუბერკულოზთან დაკავშირებულ საკითხებზე კონსულტირების ალგორითმი

რა უნდა გვახსოვდეს:

→ ტუბერკულოზი განკურნებადია;
→ ტუბერკულოზი აირ-წვეთოვანი გზით ვრცელდება;
→ საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა საქართველოში;
→ დაავადებული ადამიანი, რომელიც არ მკურნალობს, წელიწადში აინფიცირებს 10-15 ადამიანს;
→ სგგი/აივ/შიდსის მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობა ტუბერკულოზის რისკ-ჯგუფსაც წარმოადგენს;
→ ტუბერკულოზი ნებისმიერ ადამიანს შეიძლება შეეხოს;
→ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა უფასოა.

ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები:

→ ფილტვის ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები
  - ხველა, რომელიც 2-3 კვირაზე მეტხანს გრძელდება
  - ტკივილი მკერდის არეში
  - ჰაერის უკმარისობა
  - სისხლიანი ნახველი
  - სხვა სიმპტომები
  - წონაში კლება
  - დაღლილობის შეგრძნება
  - სიცხიანობა (37-38°)
  - ოფლიანობა, უხშირესად ღამით
  - უმადობა

ტუბერკულოზზე ეჭვი შეგვაქვს, თუ ჩივილები გრძელდება 2 კვირაზე მეტ ხანს და ბანალური გაციების საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარება ეფექტს არ იძლევა

ეჭვის შეტანის შემთხვევაში ვაგზავნით კლიენტს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

საქართველოს კანონი
აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ

მუხლი 1. კანონის მიზანი და რეგულირების სფერო

1. ამ კანონის მიზანია ფიზიკურ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის, სახელმწიფო და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულება აივ ინფექცია/შიდსთან მიმართებით.

2. ეს კანონი განსაზღვრავს საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობისა და მოვლის, მათზე ზრუნვის საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს.

მუხლი 2. საქართველოს კანონმდებლობა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ

საქართველოს კანონმდებლობა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, ამ კანონისა და სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 3. კანონში გამოყენებულ ტერმინთა განმარტება

ამ კანონის მიზნებისათვის კანონში გამოყენებულ ტერმინებს აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;

ბ) აივ ინფექცია – ინფექციური დაავადება, რომელსაც იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;

გ) შიდსი – შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი;

დ) აივ სტატუსი – ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგად დადასტურებული მონაცემი ფიზიკური პირის აივ-ით ინფიცირების შესახებ;

ე) მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება – იურიდიული პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას: აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას/ხელშეწყობასა და მოვლას;

ვ) სამედიცინო დაწესებულება – იურიდიული პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას;

ზ) ზიანის შემცირება – მიდგომა, რომელიც მიზნად ისახავს გარკვეული ტიპის ინდივიდუალური ქცევით, სპეციფიკური სოციალური ან სამედიცინო მანიპულაციით ან არახელსაყრელი გარემოთი გამოწვეული ზიანის შემცირებას;

თ) ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა – მოკლევადიანი ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, რომელიც ამცირებს პოტენციური ექსპოზიციის შემდეგ აივ-ით ინფიცირების ალბათობას;

ი) ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება – ინფორმაციის მიწოდების, მხარდაჭერის და ტესტირების ნებაყოფლობითი პროცესი, რომლის მიზანია, პირს მისცეს საშუალება, მიიღოს გადაწყვეტილება აივ ტესტირებაზე, და დაეხმაროს მას ტესტირების შედეგების ინტერპრეტაციაში.

მუხლი 4. აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების კოორდინაცია

1. საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების განხორციელებისა და კოორდინირებული უწყებათაშორისი მუშაობის უზრუნველსაყოფად იქმნება ერთიანი სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭო (შემდგომში – საბჭო).

2. საბჭოს შემადგენლობა და საქმიანობის წესი განისაზღვრება დებულებით, რომელსაც ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა.

3. საბჭო თავის საქმიანობაში ხელმძღვანელობს საქართველოს კონსტიტუციით, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით, საქართველოს კანონებით, კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებითა და დებულებით.

4. საბჭო საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში უფლებამოსილია კოორდინაცია გაუწიოს სახელმწიფო, ადგილობრივ, საზოგადოებრივ და სხვა ორგანიზაციათა (დაწესებულებათა) შეთანხმებულ მოქმედებებს, განახორციელოს მათი საქმიანობის მონიტორინგი, გამოითხოვოს მუშაობისათვის საჭირო დოკუმენტაცია, მოიძიოს შესაბამისი რესურსები საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების განხორციელების მიზნით, ოპერატიულად მოახდინოს რეაგირება აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებულ საკითხებზე, მონაწილეობა მიიღოს აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებული კანონმდებლობის შემუშავებაში, შეიმუშაოს შესაბამისი რეკომენდაციები და ხელი შეუწყოს საერთაშორისო თანამშრომლობის გაფართოებას, უზრუნველყოს ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებებთან დაკავშირებული ინიციატივების/საკითხების სამთავრობო დონეზე განხილვა და გადაწყვეტილებების მიღებისა და განხორციელების ხელშეწყობა.

მუხლი 5. სახელმწიფო პოლიტიკა აივ ინფექცია/შიდსის სფეროში

აივ ინფექცია/შიდსის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

ა) აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;

ბ) სამედიცინო მომსახურებაზე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა უფლების დაცვა;

გ) ფიზიკურ პირთა ინფორმირება აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი ტესტირების შესახებ, აგრეთვე საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული იმ გამონაკლისების თაობაზე, როცა სავალდებულო ტესტირება კანონმდებლობითაა დაშვებული;

დ) ფიზიკურ პირთა ინფორმირება მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან/და ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, მხარდაჭერის/ხელშეწყობისა და მოვლის, მათ შორის, სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული დახმარების ფორმებისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;

ე) აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების, აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, მხარდაჭერის/ხელშეწყობისა და მოვლის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობა;

ვ) ფიზიკურ პირთა უფლებების, პატივისა და ღირსების დაცვა და მათი დისკრიმინაციის თავიდან აცილება აივ ინფექცია/შიდსთან მიმართებით;

ზ) აივ ინფექცია/შიდსის სფეროში საყოველთაოდ აღიარებული პროფესიული და ეთიკური სტანდარტების დამკვიდრება;

თ) აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ერთიანი მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის ჩამოყალიბება და დანერგვა, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ეროვნული სისტემის გაძლიერება/ხელშეწყობა, სამედიცინო დახმარებისა და სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი აივ ინფექცია/შიდსთან მიმართებით;

ი) მოსახლეობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა აივ ინფექცია/შიდსის სფეროში უნივერსალური უსაფრთხოების წესებისა და ნორმების დაცვის ზედამხედველობის მეშვეობით;

კ) პენიტენციურ დაწესებულებაში აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მხარდაჭერის/ხელშეწყობის და მოვლის, აგრეთვე ზიანის შემცირების ხელშეწყობა;

ლ) დედიდან ნაყოფზე/ახალშობილზე აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება და მისი განხორციელების უზრუნველყოფა, აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ორსულთათვის, ორსულთა ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება მათი ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, კონფიდენციალურობის დაცვით;

მ) აივ ინფექციაზე ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის ღონისძიებების დანერგვა.

საქართველოს 2010 წლის 24 სექტემბრის კანონი №3617 - სსმ I, №50, 24.09.2010 წ., მუხ.326

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3554 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 6. ფიზიკურ პირთა ტესტირება აივ ინფექციაზე

1. საქართველოს მოქალაქეს, აგრეთვე საქართველოს ტერიტორიაზე მუდმივად ან დროებით მცხოვრებ ან მყოფ ნებისმიერ პირს, უცხოელსა და მოქალაქეობის არმქონე პირს უფლება აქვთ, გაიარონ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე, მათ შორის, ანონიმურად და კონფიდენციალურად. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის აივ ინფექციაზე/შიდსზე დიაგნოსტიკისას გამოვლენილი დადებითი შედეგის შესახებ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირების წესი, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად, განისაზღვრება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.

2. ფიზიკური პირის ტესტირება აივ ინფექციაზე ტარდება მისგან ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ.

3. აივ ინფექციაზე ტესტირება სავალდებულოა:

ა) სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დონორთათვის;

ბ) ორგანოებისა და ორგანოთა ნაწილების დონორთათვის;

გ) ქსოვილების დონორთათვის;

დ) კვერცხუჯრედისა და სპერმის დონორთათვის.

4. სამედიცინო დაწესებულება უფლებამოსილია ახალშობილს მშობლის თანხმობის გარეშე ჩაუტაროს ტესტირება აივ ინფექციაზე იმ შემთხვევაში, თუ მშობლის აივ სტატუსი უცნობია, იგი უარს აცხადებს ტესტირებაზე და არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი მისი ინფიცირებულობის შესახებ.

5. აივ ინფექციაზე სავალდებულო ტესტირების სხვა შემთხვევები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

საქართველოს 2015 წლის 28 მაისის კანონი №3610 - ვებგვერდი, 04.06.2015წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3056- ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 7. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკა , მკურნალობა , პროფილაქტიკა , მხარდაჭერა/ხელშეწყობა და მოვლა

1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, მხარდაჭერის/ხელშეწყობისა და მოვლის დროულობას და უწყვეტობას სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში, ქვეყანაში აღიარებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.

2. აივ ინფიცირებულს/შიდსით დაავადებულს უფლება აქვს, თავად აირჩიოს, ნებისმიერ დროს შეცვალოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, უარი განაცხადოს მკურნალობაზე ან/და შეწყვიტოს დაწყებული სამედიცინო მომსახურება.

3. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, პროფილაქტიკა, მხარდაჭერა/ხელშეწყობა და მოვლა უნდა წარიმართოს კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციის (გაიდლაინის) შესაბამისად.

მუხლი 8. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებისა და პერსონალის ვალდებულებები

1. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას/ხელშეწყობასა და მოვლას ახორციელებს მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება.

2. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია პირს, რომელმაც დადგენილი წესით გაიარა ტესტირება აივ ინფექციაზე, მიაწოდოს სრული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, თუ პირი უარს არ აცხადებს ინფორმაციის მიღებაზე. პირისათვის ინფორმაციის არმიწოდების ან ინფორმაციის მოცულობის შეზღუდვის საკითხი რეგულირდება საქართველოს კანონმდებლობით.

3. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია დიაგნოზთან ერთად პირს მიაწოდოს ინფორმაცია აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების პრევენციის უზრუნველყოფის ღონისძიებების შესახებ, რომლებიც სავალდებულოა სხვათა უსაფრთხოებისათვის და რომელთა დარღვევისთვისაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილია შესაბამისი პასუხისმგებლობა.

4. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია შესთავაზოს პირს და, მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში, უზრუნველყოს აივ ინფექციაზე ტესტის წინა და შემდგომი კონსულტირება.

5. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას/ხელშეწყობას ან/და მოვლას, ვალდებულია საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით აწარმოოს აღრიცხვა.

6. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას/ხელშეწყობას ან/და მოვლას, ვალდებულია აივ ინფიცირებულს/შიდსით დაავადებულს მოსთხოვოს ინფორმაცია იმ პირის/პირთა შესახებ, რომელთანაც/რომლებთანაც მას ჰქონდა ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით რისკის შემცველი კონტაქტი.

7. აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის მიერ ამ კანონის მე-11 მუხლის მე-2 პუნქტით დადგენილი მოთხოვნის შეუსრულებლობის შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას/ხელშეწყობას ან/და მოვლას, ვალდებულია პირის მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიაწოდოს ინფორმაცია პირის აივ დადებითი სტატუსის შესახებ, თუ ცნობილია მისი მეუღლის/სქესობრივი პარტნიორის ვინაობა.

მუხლი 9. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობა

1. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მხარდაჭერას/ხელშეწყობას ან/და მოვლას, ასევე ნებისმიერი იურიდიული და ფიზიკური პირები, რომლებსაც აქვთ ინფორმაცია პირის აივ ინფიცირების/შიდსით დაავადების შესახებ, ვალდებული არიან საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით დაიცვან ინფორმაციის კონფიდენციალურობა.

2. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია დაიცვას აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის შესახებ თავის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობა როგორც აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ.

3. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების მიერ აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია:

ა) თუ აივ ინფიცირებულისაგან/შიდსით დაავადებულისაგან მიღებულია ინფორმირებული თანხმობა;

ბ) თუ არსებობს აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის წინასწარგანცხადებული წერილობითი თანხმობა მისი გარდაცვალების შემთხვევაში ინფორმაციის გაცემის შესახებ;

გ) საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ სხვა შემთხვევებში.

4. აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის შესახებ ინფორმაციის სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით გაცემა დასაშვებია, თუ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პირის იდენტიფიკაცია.

5. აივ ინფიცირებულს/შიდსით დაავადებულს უფლება აქვს, თავად განსაზღვროს პირი/პირები, რომელსაც/რომელთაც შეიძლება მიეწოდოს ინფორმაცია მისი აივ სტატუსის შესახებ.

მუხლი 10. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა უფლებები

1. დაუშვებელია აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა სამოქალაქო, პოლიტიკური, სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული უფლებებისა და თავისუფლებების შეზღუდვა მხოლოდ აივ დადებითი სტატუსის საფუძველზე, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. დაუშვებელია აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მიმართ ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებული უფლებების, თავისუფლებებისა და გარანტიების შეზღუდვა, რომლებიც ამ პუნქტში არ არის მოხსენიებული, მაგრამ თავისთავად გამომდინარეობს საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების პრინციპებიდან.

2. აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის სამუშაოდან დათხოვნა ან მისთვის სამუშაოზე მიღებაზე უარის თქმა მხოლოდ აივ დადებითი სტატუსის გამო დაუშვებელია, გარდა იმ საქმიანობებისა, სადაც არსებობს მასთან კონტაქტში მყოფი პირის დაინფიცირების მაღალი რისკი. აღნიშნულ საქმიანობათა ნუსხას ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

3. აივ ინფიცირებულს/შიდსით დაავადებულს უფლება აქვს, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისაგან მიიღოს სრული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობის, სამედიცინო მომსახურების სახეების, საფასურის, თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3056- ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 11. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა პასუხისმგებლობა და მოვალეობა

1. აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით პასუხს აგებს სხვა პირისთვის შიდსის შეყრის საფრთხის შექმნისათვის და შიდსის გადაცემისათვის.

2. აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული, რომლისთვისაც ცნობილია საკუთარი აივ დადებითი სტატუსი, ვალდებულია დადგენილი წესით აცნობოს მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს საკუთარი აივ ინფიცირების შესახებ.

მუხლი 12. კანონის ამოქმედებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებები

1. ამ კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის განმავლობაში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა შეიმუშაოს და დაამტკიცოს ამ კანონის ამოქმედებისათვის საჭირო შესაბამისი სამართლებრივი აქტები.

2. ამ კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის განმავლობაში საქართველოს მთავრობამ უზრუნველყოს:

ა) საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების განხორციელებისა და კოორდინირებული უწყებათაშორისი მუშაობის ერთიანი სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოს დებულების შემუშავება და დამტკიცება;

ბ) აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ერთიანი მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის ჩამოყალიბება და დანერგვა.

მუხლი 13. ძალადაკარგულად ცნობილი აქტი

ამ კანონის ამოქმედებისთანავე ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 1995 წლის 21 მარტის №683 კანონი „ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის/შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ" (საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 1994–1995, №№23–26, მუხ. 557).

მუხლი 14. კანონის ამოქმედება

ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი მ. სააკაშვილი
თბილისი,
2009 წლის 17 ნოემბერი.
№2042 _ IIს

საქართველოს კანონი
პაციენტის უფლებების შესახებ

თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1
ამ კანონის მიზანია მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა.

მუხლი 2
ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებსა და კეთილდღეობას მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით უპირატესი მნიშვნელობა აქვს.

მუხლი 3
საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებების შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონის, ამ კანონისა და სხვა ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 4
კანონში გამოყენებულ ტერმინებს (თუ არ არის განსაკუთრებული მითითება) აქვთ შემდეგი მნიშვნელობა:
ა) გენომი – ქრომოსომების ერთობლიობა, რომელიც შეიცავს მემკვიდრეობით ფაქტორებს (გენებს);
ბ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების შემთხვევაში – პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე მას შემდეგ, რაც მას მიეწოდა ინფორმაცია:
ბ.ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;
ბ.ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
ბ.გ) სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული, პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელი რისკის შესახებ;
ბ.დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკის და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
ბ.ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
ბ.ვ) ამ მუხლის „ბ.ა"–ბ.ე" ქვეპუნქტებით გათვალისწინებულ ინფორმაციასთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ;
გ) პალიატიური მკურნალობა – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქება;
დ) პაციენტი – ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით;
ე) პაციენტის ნათესავი – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;
ვ) პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი – პაციენტის მეურვე ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;
ზ) სამედიცინო მომსახურების გამწევი – პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას;
თ) სამედიცინო მომსახურება – დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა;
ი) სამედიცინო ჩანაწერები – სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ ქაღალდზე, აგრეთვე ინფორმაციის სხვადასხვა მატარებლებზე, მათ შორის, კომპიუტერში დაფიქსირებული ინფორმაცია პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებით;
კ) ტერმინალური მდგომარეობა – უკურნებელი დაავადების სიკვდილისწინა სტადია.
ლ) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.
საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4722-სსმI, №18, 22.05.2007წ., მუხ152
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 5
საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

მუხლი 6
1. პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო აკრძალულია.
2. ამა თუ იმ დაავადებასთან დაკავშირებით პაციენტის უფლებების შეზღუდვის პირობებს განსაზღვრავს საქართველოს კანონმდებლობა.

მუხლი 7
პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას.

მუხლი 8
პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი.

მუხლი 9
საქართველოს მოქალაქეს, რომელიც იმყოფება სხვა სახელმწიფოში, აგრეთვე უცხო ქვეყნის მოქალაქესა და მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომლებიც იმყოფებიან საქართველოში, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარანტირებული აქვთ საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად, ხოლო მათი არარსებობისას მოქმედებს იმ ქვეყნის კანონმდებლობა, სადაც პირი იმყოფება.

მუხლი 10
პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:
ა) კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია:
ა.ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;
ა.ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;
ა.გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;
ა.დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;
ბ) სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;
გ) სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.

თავი II. მკურნალობისა და მოვლის უფლება

მუხლი 11
სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 12
1. სახელმწიფო იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომლის გადაუდებლად განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება.
2. თუ პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების გამწევს არა აქვს შესაძლებლობა აღმოუჩინოს პაციენტს ასეთი მომსახურება, იგი ვალდებულია მიაწოდოს პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს სრული ინფორმაცია, თუ სად შეიძლება გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება.

მუხლი 13
1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტებს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებით.
2. იშვიათი დაავადებების ჩამონათვალს განსაზღვრავს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მუხლი 14
სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ადამიანთა, ტექნიკური, ფინანსური ან/და სხვა რესურსების

დეფიციტის შემთხვევაში პოტენციური პაციენტის შერჩევა ხდება მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით, სხვა ფაქტორების გაუთვალისწინებლად.

მუხლი 15
პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მოითხოვოს მისი ღირსების, ტრადიციების, აღმსარებლობისა და პიროვნული ფასეულობების პატივისცემა.

თავი III. ინფორმაციის მიღების უფლება

მუხლი 16
1. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.
2. სახელმწიფო ვალდებულია მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია.

მუხლი 17
1. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან მცირეწლოვანების შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავს და კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ:
ა) გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორების შეტანა; სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიწოდებული ახალი ინფორმაცია;
ბ) მოითხოვონ სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი.
2. სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის, აგრეთვე მათი ასლის მიღების შესახებ მოთხოვნა წერილობით წარედგინება სამედიცინო დაწესებულებას.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 18
1. პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია:
ა) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;
ბ) საქართველოს კანონმდებლობითა და სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესით განსაზღვრული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;
გ) განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
დ) სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;
ე) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
ვ) განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
ზ) დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;
თ) სამედიცინო მომსახურების გამწევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.
2. პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს. პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი ამას დაჟინებით მოითხოვს.
3. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი მოცულობის შეზღუდვის გადაწყვეტილებას ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის კომისია, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას – სხვა ექიმი. ინფორმაციის მიუწოდებლობაზე ან მისი მოცულობის შეზღუდვაზე დასაბუთებული გადაწყვეტილება ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში.
4. თუ პაციენტი მცირეწლოვანია ან არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებულ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების გამწევი პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს აწვდის.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 19
პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაცია მიეწოდებათ მათი აღქმის უნარის გათვალისწინებით. განმარტების მიცემისას სპეციალური ტერმინები მინიმალურად უნდა იქნეს გამოყენებული.

მუხლი 20
პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

მუხლი 21
ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების მიღებისას მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, რომელსაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

თავი IV. თანხმობა

მუხლი 22
1. სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის მიღება. ინფორმირებული თანხმობის მიღება წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურების გაწევას.
2. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას:
ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;
ბ) აბორტი;
გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია;
დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;
ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;
ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;
ზ) გენეტიკური ტესტირება;
თ) გენური თერაპია;
ი) სხივური თერაპია;
კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია;
ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.
3. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება აუცილებელია მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 23
1. ქმედუნარიან და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიან პაციენტს უფლება აქვს მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, აგრეთვე შეწყვიტოს უკვე დაწყებული სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის ან მისი შეწყვეტის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული.
2. აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიანი პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი შემთხვევებისა.

მუხლი 24
1. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ, თუ მითითებული გარემოებები გამოწვეულია:
ა) განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით;
ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას.
2. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ დაასახელოს პირი, რომელიც ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გარემოებების არსებობისას მიიღებს გადაწყვეტილებას მისთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენის შესახებ.
საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4722-სსმI, №18, 22.05.2007წ., მუხ152

მუხლი 25
1. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს, სამედიცინო მომსახურების გამწევს უფლება აქვს, ეს გადაწყვეტილება სასამართლოში

გაასაჩივროს.

2. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევას, რის გარეშეც გარდაუვალია მისი სიკვდილი ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, მაგრამ პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძებნა ვერ ხერხდება, სამედიცინო მომსახურების გამწევი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების გათვალისწინებით.

3. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევას, რის გარეშეც გარდაუვალია მისი სიკვდილი, მაგრამ პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების გაწევის წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების გამწევი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების გათვალისწინებით.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 26

1. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია მისი სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებას.

2. მხარდაჭერის მიმღები და მცირეწლოვანი პაციენტების სწავლების ობიექტად გამოყენების საკითხები რეგულირდება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით.

3. პაციენტის თანხმობა არ არის აუცილებელი იმ შემთხვევებში, თუ სასწავლო მიზნით გამოიყენება:

ა) პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაცია, რომელიც არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას;

ბ) მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესში მიღებული მასალა (შარდი, სისხლი, სხვა ქსოვილები), რომლითაც უზრუნველყოფილია პაციენტის ანონიმურობა.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

თავი V. პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობა და ხელშეუხებლობა

მუხლი 27

სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ.

მუხლი 28

1. სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ:

ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა;

ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;

გ) სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია;

$გ^{1}$) ინფორმაცია შეეხება ოჯახში ძალადობის შესაძლო ჩადენის ფაქტს ან/და არსებობს ძალადობის განმეორების საშიშროება და ეს ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ შესაბამის სახელმწიფო ორგანოს პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დასაცავად;

დ) ამას ითვალისწინებს საქართველოს კანონმდებლობა.

2. სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე სხვა პირებისათვის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა ნაგულისხმევად შეიძლება ჩაითვალოს.

საქართველოს 2014 წლის 17 ოქტომბრის კანონი №2691 - ვებგვერდი, 31.10.2014წ.

მუხლი 29

პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში სამედიცინო მომსახურების გამწევის ჩარევა აკრძალულია, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა:

ა) ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკის, მისი მკურნალობისა და მოვლისათვის. ამ შემთხვევებში პაციენტის თანხმობა აუცილებელი პირობაა;

ბ) საფრთხე ექმნება პაციენტის ოჯახის წევრთა ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს;

გ) პაციენტზე ან/და მისი ოჯახის წევრზე ხორციელდება ოჯახში ძალადობა და არსებობს ძალადობის განმეორების საშიშროება, თუკი ჩარევა აუცილებელია პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დასაცავად.

საქართველოს 2014 წლის 17 ოქტომბრის კანონი №2691 - ვებგვერდი, 31.10.2014წ.

მუხლი 30

სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას.

თავი VI. უფლებები გენეტიკური კონსულტაციისა და გენური თერაპიის სფეროში

მუხლი 31

აკრძალულია პირის დისკრიმინაცია გენეტიკური მემკვიდრეობის გამო.

მუხლი 32

დაავადების განმაპირობებელი გენის გამოვლენის ან დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილების განმსაზღვრელი ტესტირება დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი მიზანია:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვა;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევა.

მუხლი 33

ადამიანის გენის მოდიფიცირებისათვის განსაზღვრული ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პრევენციის მიზნით და თუ იგი არ ითვალისწინებს პაციენტის შთამომავლობის გენომის შეცვლას.

მუხლი 34

აკრძალულია სქესის შერჩევის მიზნით ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადების თავიდან აცილება.

თავი VII. ორსულისა და მეძუძური დედის უფლებები

მუხლი 35

ორსულს და მეძუძურ დედას უფლება აქვთ სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია ორსულობის, მშობიარობის ან ლოგინობის პერიოდში დაგეგმილი ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის შემთხვევაში ნაყოფზე ან ახალშობილზე შესაძლო პირდაპირი ან ირიბი მავნე ზემოქმედების შესახებ.

მუხლი 36

1. მშობიარეს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება მისთვის და ნაყოფისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ, გარდა ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

2. მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას და რომელიც მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია.

მუხლი 37

მშობიარეს უფლება აქვს მშობიარობის დროს გვერდით იყოლიოს მეუღლე ან სხვა მისთვის სასურველი პირი.

მუხლი 38

მელოგინე ქალს უფლება აქვს გვერდით იყოლიოს ახალშობილი, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი, ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით მის სხვაგან გადაყვანას არ გადაწყვეტს, აგრეთვე საკუთარი შეხედულებისამებრ კვებოს ახალშობილი.

თავი VIII. არასრულწლოვანის უფლებები

მუხლი 39

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა არასრულწლოვანისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 40

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის, ამ კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია.

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

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

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

[გ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის მიზნით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკისას დადებითი შედეგი გამოვლინდა. ამ შემთხვევაში 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ არსებობს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა ამ ინფორმაციის მიწოდებაზე ან/და პაციენტი უარს აცხადებს შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებაზე და პაციენტი, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ქმედუნარიანად არ ითვლება.*(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 სექტემბრიდან)*]

3. ამ მუხლის მე-2 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ინფორმირების წესს განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

საქართველოს 2015 წლის 28 მაისის კანონი №3609 - ვებგვერდი, 04.06.2015წ.

მუხლი 41

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

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

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

[მუხლი 41

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

2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება გაეწევა მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა; ამასთანავე, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

3. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს, ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე. პაციენტის ამ გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს. *(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 სექტემბრიდან)*]

საქართველოს 2015 წლის 28 მაისის კანონი №3609 - ვებგვერდი, 04.06.2015წ.

მუხლი 42

1. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

2. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობით. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 43

არასრულწლოვან პაციენტს აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება. მიწოდებული ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს მის ასაკსა და გონებრივი განვითარების დონეს.

თავი IX. სამხედრო მოსამსახურის, წვევამდელისა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულის უფლებები

მუხლი 44
სამხედრო მოსამსახურეს, წვევამდელსა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულს ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრისათვის აქვთ დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის მოთხოვნისა და ჩატარების უფლება.

თავი X. პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირის უფლებები
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2703-სსმI, №12, 24.03.2010წ., მუხ.45

[თავი X. პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირის უფლებები *(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)*]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3551 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 45
1. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.
2. პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე პირს უფლება აქვს, მოითხოვ ოს სათანადო სამედიცინო გამოკვლევა, დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება და საჭიროებისას – სამედიცინო მომსახურება.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2703-სსმI, №12, 24.03.2010წ., მუხ.45

[მუხლი 45
1. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისათვის უზრუნველყოფილია სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.
2. პირს უფლება აქვს, პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე მოითხოვოს სათანადო სამედიცინო გამოკვლევის, დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება, აგრეთვე საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო მომსახურების გაწევა. *(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)*]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3551 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 46
პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2703-სსმI, №12, 24.03.2010წ., მუხ.45

[მუხლი 46
პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით. *(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)*]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3551 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 47
პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების ადმინისტრაციას შეუძლია შეზღუდოს პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირის უფლება – აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი. ეს გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს სასამართლოში.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2703-სსმI, №12, 24.03.2010წ., მუხ.45

[მუხლი 47
პენიტენციური დაწესებულების ადმინისტრაციას შეუძლია ამ დაწესებულებაში მოთავსებულ პირს შეუზღუდოს სამედიცინო მომსახურების გამწევის არჩევის უფლება. ეს გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს სასამართლოში. *(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)*]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3551 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

თავი XI. დასკვნითი დებულება

მუხლი 48
ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე
თბილისი,

2000 წლის 5 მაისი.
№283–IIს

საქართველოს კანონი
ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ
თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1

ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

მუხლი 2

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, ამ კანონის და სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 3

გამოყენებულ ცნებებს, თუ კანონში არ არის განსაკუთრებული მითითება, აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) ავტონომია პაციენტის – პაციენტის უფლება, დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი;

ბ) აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;

გ) არამართვადი ინფექციები – ინფექციური დაავადებები, რომელთა წინააღმდეგ არ არსებობს სპეციფიკური პროფილაქტიკის მაღალეფექტური საშუალებები;

დ) დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა – უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

დ[1]) დამოუკიდებელი საექთნო საქმიანობა – შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

ე) დონორი – ცოცხალი ადამიანი ან გარდაცვლილი, რომლისგანაც იღებენ ორგანოს, ორგანოთა ნაწილს, ქსოვილს სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის ან სხვა ადამიანის მკურნალობის მიზნით;

ვ) ევთანაზია – უკურნებელი სენით დაავადებული, სიკვდილისწინა სტადიაში მყოფი ავადმყოფის სიცოცხლის განზრახ შეწყვეტა მისივე თხოვნით;

ზ) ენდემური დაავადება – განსაზღვრულ ტერიტორიაზე მოქმედი მავნე ფაქტორებით ან ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი რაიმე ფაქტორის დეფიციტით გამოწვეული დაავადება;

ზ[1]) ვაუჩერი – სახელმწიფოს მიერ მიზნობრივი ჯგუფისათვის გადაცემული, მიმოქცევადი მატერიალიზებული ან/და არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი, რომელიც განკუთვნილია სამედიცინო მომსახურების ან პირადი დაზღვევის დასაფინანსებლად;

თ) თანდაყოლილი დაავადება – ჰიპოთირეოზი, ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია ან ადრენოგენიტალური სინდრომი;

ი) განსაკუთრებით საშიში პათოგენები – იმ განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევი, მაღალი გადამდებლობის მქონე ბიოლოგიური აგენტები და ტოქსინები, რომლებსაც შეუძლიათ მძიმე ზიანი მიაყენონ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას;

კ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ;

კ[1]) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) – მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელსაც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ- სამართლებრივი აქტით ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;

კ[2]) კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანამიმდევრობა, რომლებსაც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;

ლ) კრიტიკული მდგომარეობა – ჯანმრთელობის მოშლის ფორმა, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე საფრთხეშია და დაუყოვნებელი მკურნალობის გარეშე სიკვდილი გარდაუვალია;

მ) მეორე აზრი – ავადმყოფობის დიაგნოზის, პროგნოზის, მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შესახებ იმ სპეციალისტის აზრი, რომელსაც პაციენტი მიმართავს მკურნალი ექიმის გვერდის ავლით იმ შემთხვევაში, თუ იგი არ არის დარწმუნებული დიაგნოზისა და მკურნალობის სისწორეში ან განზრახული სამკურნალო მეთოდის გამოყენებას თან სდევს სერიოზული შედეგები (მაგალითად, დამასახიჩრებელი ოპერაცია);

ნ) მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა – „სოციალური სიკვდილი“, ქრონიკული უგონო მდგომარეობა,

რომლისთვისაც დამახასიათებელია სიფხიზლისა და ძილის მონაცვლეობა და, ამავე დროს, ქცევითი ან თავის ტვინის აქტიურობისათვის დამახასიათებელი გაცნობიერებული ქმედებების, გარემო გამღიზიანებლებზე და მოვლენებზე ადეკვატური რეაქციის არარსებობა;

ო) მცდარი სამედიცინო ქმედება – ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა;

ო[1]) მხარდაჭერის მიმღები – საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მე-12 მუხლის მე-4 და მე-5 ნაწილებით განსაზღვრული პირები;

პ) ნაგულისხმები თანხმობა – სიტუაცია, როდესაც პაციენტმა მიმართა ექიმს სამედიცინო დახმარების მისაღებად, ხოლო ეს უკანასკნელი, მიუხედავად წერილობითი ან სიტყვიერი შეთანხმების არსებობისა, გაესაუბრა მას, გასინჯა და ა.შ. ამ მომენტიდან ექიმს ეკისრება კანონით გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა პაციენტის მიმართ;

ჟ) პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა – გვამის გაკვეთა სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმის მიერ სიკვდილის მიზეზის ან/და დაავადების დიაგნოზის დადგენის, სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით;

რ) პაციენტი – პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს სამედიცინო დახმარებით;

ს) პაციენტის ნათესავი – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით, აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;

ტ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;

ტ[1]) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება – სამედიცინო დახმარება, რომლის გარეშეც გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება;

ტ[2]) ოჯახის ექიმი – ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უფლება აქვს პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ყველა ასაკის ორივე სქესის პირს;

ტ[3]) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი – ნორმატიული აქტით დადგენილი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ პროფილაქტიკური აცრების ჩატარების ასაკობრივი მაჩვენებლები, ვადები და წესები;

ტ[4]) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;

ტ[5]) პალიატიური მკურნალობა – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებით შემსუბუქება;

უ) რეანიმაცია – სიცოცხლის აღდგენისათვის გამოყენებული ღონისძიებების კომპლექსი;

ფ) რეციპიენტი – პაციენტი, რომლისათვისაც გადანერგვის მიზნით განკუთვნილია დონორისაგან აღებული ორგანოები, ორგანოთა ნაწილები ან ქსოვილები;

ფ[1]) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა – სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლისა და, შესაბამისად, კონტროლის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობის გზით;

ქ) განსაკუთრებით საშიში ინფექციები – მაღალი პათოგენობის მქონე ბიოლოგიური აგენტებით გამოწვეული დაავადებები, რომლებიც განსაკუთრებულ რისკს უქმნის ადამიანის ან/და ცხოველის ჯანმრთელობას;

ღ) სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა – ადამიანზე ან ცხოველზე ჩატარებული ნებისმიერი ექსპერიმენტი, რომლის ერთადერთი ან ერთ-ერთი მიზანია მედიცინის სფეროში ცოდნის გაღრმავება;

ყ) სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება;

შ) სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი – სამედიცინო დახმარების იმ მოცულობის ჩამონათვალი, რომლის საფასურის ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს;

ჩ) სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო – ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფესიული საქმიანობის პროცესში პაციენტის ფიზიკური, ფსიქიკური მდგომარეობის, მისი საზოგადოებრივი ან

სამსახურებრივი საქმიანობის, ოჯახური ან პირადი ცხოვრების შესახებ მიღებული ინფორმაცია; მოიცავს ექიმისათვის მიმართვის ფაქტსაც, აგრეთვე, სიკვდილის გარემოებებს;

ჩ[1]) სამედიცინო საქმიანობა (სამედიცინო მომსახურება) – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასთან, გაუმჯობესებასთან და აღდგენასთან (ფსიქიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ფიზიკურ რეაბილიტაციასთან), პალიატიურ მზრუნველობასთან, პაციენტის სამედიცინო მოვლასთან, პროთეზირებასთან, პაციენტის სამედიცინო ტრანსპორტირებასთან, პაციენტის სამედიცინო განათლებასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზასთან, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებთან და სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეულ, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებულ თანმხლებ მომსახურებასთან და ხორციელდება დადგენილი წესით;

ც) სამედიცინო ჩარევა – ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელსაც ატარებს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით;

ც[1]) ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი – ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი და სხვა პირები, რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან, სასამართლო - სამედიცინო ექსპერტიზასთან, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები, სამედიცინო და ჯანმრთელობის სერვისების მენეჯერები;

ც[2]) სამედიცინო ტექნოლოგიები -– სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციურ-ტექნოლოგიური მოწყობის წესი;

ც[3]) საოჯახო მედიცინა – პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული სამედიცინო დისციპლინა, დამოუკიდებელი და სხვა დისციპლინებისაგან განსხვავებული პროფესიული მზადების, კვლევისა და კლინიკური საქმიანობის სისტემით;

ც[4]) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა – საპროცესო მოქმედების წარმოებისას წამოჭრილი სამედიცინო-ბიოლოგიური საკითხების დადგენის პროცესი;

ძ) სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტები – ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის გამოყენებული პრეპარატები, რომელთა მუდმივი მიღება აუცილებელია სიცოცხლის, ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად (მაგ. ინსულინი);

ძ[1]) სპეციალობის აღწერილობა – იმ საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალი, რომელთა ცოდნა და ათვისება აუცილებელია ამა თუ იმ საექიმო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმისათვის;

წ) ტერმინალური სტადია – უკურნებელი დაავადების ან მდგომარეობის სიკვდილისწინა სტადია;

ჭ) ტვინის სიკვდილი – თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის ზედა სეგმენტების ფუნქციების სრული და შეუქცევადი შეწყვეტა სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის სპეციალური საშუალებებით შენარჩუნების ფონზე;

ხ) უწყვეტი სამედიცინო განათლება – უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებული სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებასა და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა);

ხ[1]) უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადება – უმაღლესი სამედიცინო განათლების შემდგომი პროფესიული მზადება, რომელიც ეფუძნება პრაქტიკულ საექიმო საქმიანობას და რომლის მიზანია საექიმო სპეციალობის დაუფლება;

ხ[2]) უწყვეტი პროფესიული განვითარება – უმაღლესი სამედიცინო განათლების და უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა;

ჯ) ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა – შრომის, ყოფა-ცხოვრების, დასვენების, კვების, სწავლების, აღზრდის, რადიაციული და ქიმიური უსაფრთხოების განმსაზღვრელი სანიტარიულ-ჰიგიენური წესებისა და ნორმების და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესების დაცვაზე ზედამხედველობა, ქვეყნის საზღვრებზე სახელმწიფო სანიტარიულ-ჰიგიენურ და სანიტარიულ-საკარანტინო ზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკითხები;

ჰ) ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (ჯანმრთელობის განმტკიცება) – ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განსამტკიცებლად მიმართული საგანმანათლებლო, სოციალური, ეკონომიკური, გარემოს და პროფესიული ფაქტორების კომპლექსი;

ჰ[1]) ეპიდემიოლოგიური კონტროლი – გადამდები დაავადებების ეპიდემიური პროცესის მართვის პროფილაქტიკურ და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა სისტემა.

ჰ) (ამოღებულია);

ჰ[3]) ამოუცნობი გვამი – გვამი, რომლის აღმოჩენის შემდეგ, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად განხორციელებული ღონისძიებების მიუხედავად, დადგენილ ვადაში ვერ მოხერხდა მისი იდენტიფიცირება და რომლის დაკრძალვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო;

ჰ[4]) უპატრონო გვამი – გვამი, რომელიც იდენტიფიცირებულია, მაგრამ შეუძლებელია გარდაცვლილის ნათესავის, კანონიერი წარმომადგენლის ან მემკვიდრეობის მიღებაზე უფლებამოსილი სხვა პირის დადგენა (მოძიება), და რომლის დაკრძალვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო;

ჰ[5]) შერჩევითი კონტროლი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენტური ორგანოს მიერ დარღვევის რისკის შეფასების შესაბამისად განხორციელებული ადმინისტრაციული ქმედება.

ჰ[6]) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094);

ჰ[7]) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094);

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50
საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2003 წლის 6 ივნისის კანონი №2331 – სსმ I, №19, 01.07.2003 წ., მუხ.125
საქართველოს 2003 წლის 18 ივლისის კანონი №2527 – სსმ I, №22, 08.08.2003 წ., მუხ.162
საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163
საქართველოს 2006 წლის 7 დეკემბრის კანონი №3836 - სსმ I, №48, 22.12.2006წ., მუხ.317
საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149
საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171
საქართველოს 2007 წლის 8 ივნისის კანონი №4921 - სსმ I, №22, 19.06.2007წ., მუხ.202
საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75
საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509
საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.
საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 4

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;

გ) ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში;

დ) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და მისი მართვადობის უზრუნველყოფა;

ე) პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ პაციენტთა, აგრეთვე ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილთა დისკრიმინაციისგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას;

[ე) პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის, აგრეთვე ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილი პირის დისკრიმინაციისაგან დაცვა სამედიცინო დახმარების გაწევისას; ***(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)]***

ვ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება;

ზ) მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;

თ) ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა;

ი) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;

კ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ შორის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მათში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;

ლ) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ექიმთა სერტიფიცირების, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემისათვის;

მ) სახელმწიფოს, საზოგადოების, თითოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში, საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვაში;

ნ) სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და თანაბარუფლებიანი არსებობა;

ო) მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება;

პ) სახელმწიფოს მიერ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება; სახელმწიფო სექტორის ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების თვითანაზღაურებისა და თვითმმართველობის უზრუნველსაყოფად საფინანსო, სამეურნეო, სახელშეკრულებო ურთიერთობებისა და მართვის სისტემის ავტონომია კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

ჟ) არსებული რესურსების შესაბამისად სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო-ბიოლოგიური და ჯანმრთელობის დაცვის კვლევათა დაფინანსება, ამ მიზნით კერძო სექტორიდან სახსრების მოსაზიდად ხელსაყრელი პირობების შექმნა;

რ) პროფესიული გაერთიანებების, აგრეთვე სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებაში კონსულტაციების, სამეცნიერო და პროფესიული განხილვების, სათანადო პროექტების შემუშავების, პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობის გზით;

ს) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094).

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509
საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.
საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

თავი II. მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

მუხლი 5

საქართველოს მოქალაქესა და საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირს უფლება აქვთ, ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით, რასაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და სამართლებრივი ფორმისა.

საქართველოს 2012 წლის 25 მაისის კანონი №6301 – ვებგვერდი, 12.06.2012წ.

მუხლი 6

1. დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი დამოკიდებულების გამო.

2. დაუშვებელია პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას.

[2. დაუშვებელია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების გაწევისას. *(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)*]

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 7

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს მისთვის გასაგები ფორმით მიიღოს ამომწურავი და ობიექტური ინფორმაცია, აგრეთვე, მოიძიოს მეორე აზრი საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გარდა ამ კანონის 41-ე მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

მუხლი 8

1. სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკურ და პალიატიური მზრუნველობის პროცესებში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა. სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვალი, რომელთა ჩატარებისათვის აუცილებელია წერილობითი თანხმობა, განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

2. სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე ავადმყოფის და ჯანმრთელი მოხალისის უფლებები დაცულია საქართველოს კანონმდებლობით და ადამიანზე ბიოსამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების აღიარებული საერთაშორისო ნორმებით.

3. სამედიცინო განათლების პროცესში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 9

პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით და ამ კანონის 76-ე მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისა, აგრეთვე, უფლება აქვს უარი თქვას სამეცნიერო კვლევაში ან სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობაზე.

მუხლი 10

ყველა ქმედუნარიან პირს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება განუკურნებელი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში აღმოჩენის შემთხვევაში მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ.
საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 11

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის სამედიცინო ჩარევის ჩატარება, სამედიცინო განათლებისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში მისი ჩართვა დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის მიერ წარსულში (როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი) განცხადებული ნების გათვალისწინებით, ხოლო ასეთი ნების არარსებობისას – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 12

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევის აუცილებლობისას ან მისი სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის დროს სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება მხოლოდ პაციენტის ინტერესების გათვალისწინებით.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 13

პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, მათ შორის, შიმშილობის დროს, დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. სამედიცინო დახმარება განხორციელდება ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

[მუხლი 13

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, მათ შორის, შიმშილობის დროს, დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. სამედიცინო დახმარება გაიწევა ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით. ***(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)***]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 14

პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი და, ან სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით. ხელშეკრულება უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას.

თავი III. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა, ორგანიზაცია და დაფინანსება

მუხლი 15

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი.
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75
საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

მუხლი 16

1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებია:

ა) ექიმთა სერტიფიცირება, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება, სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემა;

ბ) სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი;

გ) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება;

დ) სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება;
ე) ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;
ვ) პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;
თ) სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;
ი) სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელის შეწყობა;
კ) სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი;
ლ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელის შეწყობა სათანადო ინსტიტუციური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით;
მ) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094).
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირების მიერ შესაბამისი უფლებამოსილების განხორციელებისათვის საქართველოს მთავრობის დადგენილებით შესაძლებელია დაწესდეს მომსახურების საფასური და მისი განაკვეთები, განისაზღვროს საფასურის გადახდისა და გადახდილი საფასურის დაბრუნების წესები, აგრეთვე საფასურის გადახდისაგან გათავისუფლების პირობები.
საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50
საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171
საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509
საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.
საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.

მუხლი 16^{1}. (ამოღებულია)
საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.
საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.

მუხლი 17
ადგილობრივი თვითმმართველობის და მმართველობის ორგანოები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას უზრუნველყოფენ მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

მუხლი 18
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვაში, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში, მონაწილეობენ პროფესიული გაერთიანებები და სხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები.

მუხლი 19
1. სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ" საქართველოს კანონით ან ვაუჩერის საშუალებით.
2. სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის პირადი დაზღვევა ხორციელდება ვაუჩერის საშუალებით.
3. ვაუჩერის გამოყენებით სამედიცინო მომსახურება ან პირადი დაზღვევა, მათ შორის, ვაუჩერის განაღდება და განაღდებასთან დაკავშირებული ოპერაციები, არ არის სახელმწიფო შესყიდვა.
4. ვაუჩერი პერსონიფიცირებულია. მისი მესაკუთრე შეიძლება იყოს პირი ან პირთა წრე (ოჯახი, თემი და სხვა). არასრულწლოვნის უფლებების რეალიზება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.
5. ვაუჩერის პირობების თანახმად, მის მესაკუთრეს აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის თავისუფლად არჩევის უფლება.
6. სადაზღვევო ორგანიზაციისათვის სადაზღვევო ვაუჩერის გადაცემა გათანაბრებულია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსით გათვალისწინებულ სადაზღვევო შესატანთან (პრემიასთან).
7. საქართველოს კანონმდებლობით განისაზღვრება გონივრული ვადა, რომლის გაშვებისას სადაზღვევო ორგანიზაციის შეურჩევლობის შემთხვევაში შერჩევა (გამოვლენა) შეიძლება განხორციელდეს ვაუჩერის პირობებით.
8. იმ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის გამოვლენა, რომელიც თანახმაა ვაუჩერის პირობებით მომსახურების გაწევაზე, შეიძლება განხორციელდეს აღნიშნული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ ვაუჩერის პირობებით დადგენილი წესით ნების გამოხატვის საფუძველზე.
9. ერთნაირი ვაუჩერებით მათი მესაკუთრეები სამედიცინო ან სადაზღვევო მომსახურებას იღებენ თანაბარი

პირობებით, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე.

10. განკარგული ვაუჩერის განაღდება ხორციელდება შესაბამისი გამნაღდებელი საბიუჯეტო ორგანიზაციის მიერ ვაუჩერის წარმდგენი ორგანიზაციებისათვის თანხის გაცემით.

11. ვაუჩერის პირობები (მათ შორის, ვაუჩერის მიმღები ორგანიზაციების ნების გამოხატვის, ვაუჩერის გაცემის წესები, სამედიცინო მომსახურებათა ნუსხა, ვაუჩერის ღირებულება, აგრეთვე ვაუჩერის გამოყენებასთან და ანაზღაურებასთან დაკავშირებული საკითხები და სხვა) განისაზღვრება საქართველოს კანონით ან/და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 20

1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ოფიციალური სტატისტიკის მართებულობას, სიზუსტეს, დროულობას და საჯაროობას კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი ვალდებულია დადგენილი წესით სამედიცინო-სტატისტიკური ინფორმაცია მიაწოდოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

მუხლი 21

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს, რომელიც დადგენილი წესით მონაწილეობს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, შესრულებული სამუშაო უნაზღაურდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად დამტკიცებული ანაზღაურებისა და დაფინანსების წესების მიხედვით.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171

მუხლი 22. (ამოღებულია)

საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171

თავი IV. სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭება

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 23

1. სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა არაკომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის საქმიანობისაგან.

2. სერტიფიკატის მინიჭებისას სახელმწიფო იძლევა გარანტიას, რომ მის მფლობელ სპეციალისტს უნარი აქვს, აწარმოოს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობა ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 24

1. სერტიფიცირება არის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების დონის შეფასება მედიცინის ცალკეულ სპეციალობაში, რაც ხორციელდება უნიფიცირებული სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის მეშვეობით.

2. სერტიფიცირება სავალდებულოა დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების მოსაპოვებლად.

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 25. (ამოღებულია)

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

მუხლი 26

სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება წარიმართება „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონისა და საქართველოს სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების შესაბამისად.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75
საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

თავი V. სამედიცინო საქმიანობა

მუხლი 27

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი მოწოდებულია ინდივიდის, ოჯახის და მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის დასაცავად. სამედიცინო საქმიანობის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 28
დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირს, რომელმაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი შესაბამის სპეციალობაში.
საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 29
1. საქართველოს ან უცხო ქვეყნის მოქალაქეს ან მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომელმაც განათლება ან დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლება საზღვარგარეთ მიიღო, საქართველოში საქმიანობის განხორციელება შეუძლია მხოლოდ საგანმანათლებლო დოკუმენტების აღიარების ან/და დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლების მოპოვების შემდეგ.
2. უცხო ქვეყნის საგანმანათლებლო დოკუმენტების აღიარება ხდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.
საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 30
1. სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით – ადამიანის პატივისა და ღირსების აღიარების, სამართლიანობის, თანაგრძნობის პრინციპებით, აგრეთვე პროფესიული ეთიკის შემდეგი ნორმებით:
ა) იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად;
ბ) არ გამოიყენოს თავისი პროფესიული ცოდნა და გამოცდილება ჰუმანიზმის პრინციპების საწინააღმდეგოდ;
გ) პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებული პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას იყოს თავისუფალი და დამოუკიდებელი, არ იმოქმედოს ანგარებით;
დ) იზრუნოს პროფესიული საქმიანობის პრესტიჟის ამაღლებაზე, პატივისცემით მოეპყრას კოლეგებს.
2. სამედიცინო დაწესებულება და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი ვალდებული არიან დაიცვან ინტერესთა შეუთავსებლობის შემდეგი ნორმები:
ა) პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში პაციენტებთან ურთიერთობისას არ იმოქმედონ ანგარებით, მათ შორის, მესამე პირის სასარგებლოდ;
ბ) არ შევიდნენ გარიგებაში რომელიმე სამედიცინო დაწესებულებასთან ან/და ფარმაცევტულ კომპანიასთან იმ მიზნით, რომ პირადი კომერციული დაინტერესების სანაცვლოდ გამოიყენებენ პაციენტებს და ამით რაიმე მატერიალურ სარგებელს ნახავენ;
გ) პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში დაუშვებელია ფარმაცევტული პროდუქტის განმასხვავებელი ნიშნის მქონე სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების გამოყენება.
3. ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების დარღვევა გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულების ან/და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.
4. აკრძალულია პირმა, თავისი თანამდებობრივი ან სხვაგვარი უპირატესობიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული პერსონალისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების საწინააღმდეგო ქმედება.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 31
სამედიცინო სპეციალობათა ნუსხას, რომელთა მიღება დასტურდება სახელმწიფო საგანმანათლებლო სერტიფიკატით, ერთობლივად შეიმუშავებენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისა და განათლების სამინისტროები, და ამტკიცებს საქართველოს განათლების სამინისტრო.

მუხლი 32
1. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს:
ა) დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების გზით მიღებული საექიმო და საექთნო სპეციალობების ნუსხას;
ბ) მომიჯნავე საექიმო სპეციალობების ნუსხას:
გ) მომიჯნავე საექთნო სპეციალობების ნუსხას;

დ) სხვა სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას;

ე) იმ სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას, რომლებშიც ეკრძალება მუშაობა ამა თუ იმ დაავადების მქონე დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტს.

2. ექიმს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატში აღნიშნულ სპეციალობაში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტს სჭირდება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ან/და აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და შესაბამისი სპეციალობის ექიმის მოძიება ვერ ხერხდება.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 33

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება აქვს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულ პირს, რომელმაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 34

ექიმის პროფესია თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რაც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას.

მუხლი 35

სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები საჯაროდ, დიპლომის მიღების წინ, სახელმწიფო ენაზე დებენ ექიმის ფიცს. ფიცის ტექსტად გამოიყენება „მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მეორე გენერალური ასამბლეის 1948 წლის ჟენევის დეკლარაცია“.

მუხლი 36

ექიმს უფლება აქვს, სამედიცინო დახმარება გაუწიოს პაციენტს, თუ იგი, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი მოითხოვს ამას ან ნებას რთავს ექიმს, გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, ან თუ, ნაგულისხმები თანხმობის შემთხვევაში, პაციენტი, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას სამედიცინო დახმარების გაწევისას.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 37

ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ:

ა) არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;

ბ) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება.

მუხლი 38

1. ექიმი ვალდებულია აღმოუჩინოს პაციენტს სამედიცინო დახმარება და უზრუნველყოს მისი უწყვეტობა, თუ:

ა) არსებობს ოფიციალურად გაფორმებული (წერილობითი) ან სიტყვიერი შეთანხმება;

ბ) გამოხატულია სიცოცხლისათვის საშიში, მათ შორის თვითმკვლელობის მცდელობით განპირობებული მდგომარეობა, ან პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას ექიმის სამუშაო ადგილზე.

2. ყველა სხვა შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების აღმოჩენასთან დაკავშირებული მოვალეობანი, მათ შორის მისი უწყვეტობის უზრუნველყოფის მოვალეობა, ექიმს ეკისრება მაშინვე, როდესაც იგი იწყებს სამედიცინო დახმარებას.

მუხლი 39

არასამუშაო ადგილზე შესაძლებლობების ფარგლებში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ექიმის, ისევე, როგორც ნებისმიერი მოქალაქის, მოვალეობაა. ამ დროს დაუშვებელია რაიმე საზღაურის მოთხოვნა.

მუხლი 40
ექიმი ვალდებულია პაციენტებისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით.

მუხლი 41
ექიმი ვალდებულია პაციენტს სრული ინფორმაცია მიაწოდოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გამონაკლის შემთხვევაში პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების საკითხი რეგულირდება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ.
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 42
მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამოძიებო ორგანოები, ან ეს აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.

მუხლი 43
1. ექიმი და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პერსონალი ვალდებული არიან:
ა) დადგენილი წესით აწარმოონ ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში;
ბ) არასამუშაო ადგილზე სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას წერილობით ასახონ და დანიშნულებისამებრ გადასცენ ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ.
2. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 44
ექიმი ვალდებულია პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ პირს სამედიცინო დახმარება გაუწიოს მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, გარდა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა, როცა თანხმობის მიღება შეუძლებელია პაციენტის მძიმე მდგომარეობის გამო. ექიმი აგრეთვე ვალდებულია უარი თქვას ისეთ ჩარევაზე, რომელიც ეწინააღმდეგება სამედიცინო და ეთიკურ ნორმებს.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

[მუხლი 44
ექიმი ვალდებულია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებულ პირს სამედიცინო დახმარება გაუწიოს მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, გარდა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა, როცა თანხმობის მიღება ამ პირის მძიმე მდგომარეობის გამო შეუძლებელია. ექიმი აგრეთვე ვალდებულია უარი თქვას ისეთ ჩარევაზე, რომელიც სამედიცინო და ეთიკურ ნორმებს ეწინააღმდეგება. ***(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)***]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 45
სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია შესაბამის დაწესებულებებს დადგენილი წესით გადასცეს ინფორმაცია:
ა) გადამდები დაავადების დიაგნოზის დადგენისას ან ასეთზე ეჭვის მიტანისას;
ბ) სხეულის ფიზიკური, ქიმიური, სხივური, თერმული დაზიანების შემთხვევაში;
გ) უპატრონო ან ამოუცნობი გვამის შესახებ.

მუხლი 46
თუ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში სათანადო ანაზღაურების მიღება არ არის ექიმისა და პაციენტის შეთანხმების საგანი, დაწესებულება შრომის ხელშეკრულების (კონტრაქტის) შესაბამისად უზრუნველყოფს ექიმს ადეკვატური ანაზღაურებით.

მუხლი 47
სახელმწიფო ინტერესებიდან გამომდინარე, მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში, აგრეთვე ზოგიერთ რეგიონში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისთვის შეიძლება დაწესდეს შეღავათები და დანამატები ხელფასზე. აღნიშნული სპეციალობებისა და რეგიონების ჩამონათვალს ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა.
საქართველოს 1999 წლის 9 ივნისის კანონი №2088 – სსმ I, №24(31), 26.06.1999 წ., მუხ.116
საქართველოს 2000 წლის 13 დეკემბრის კანონი №691 – სსმ I, №50, 27.12.2000 წ., მუხ.147
საქართველოს 2003 წლის 29 იანვრის კანონი №1955 – სსმ I, №5, 19.02.2003 წ., მუხ.31
საქართველოს 2005 წლის 23 დეკემბრის კანონი №2476 - სსმ I, №56, 28.12.2005წ., მუხ.416

საქართველოს 2013 წლის 20 სექტემბრის კანონი №1241 – ვებგვერდი, 08.10.2013წ.

მუხლი 48

სახელმწიფო ქმნის პირობებს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნის გაღრმავებისა და, შესაბამისად, პროფესიული სტატუსის ამაღლების უზრუნველსაყოფად.

მუხლი 49

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალს უფლება აქვს, დაესწროს და მონაწილეობა მიიღოს საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებულ პროფესიულ შეკრებაში ან სხვა სახის ღონისძიებაში, მისი ჩატარების ადგილისა და დაფინანსების წყაროს მიუხედავად.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 50

მცდარი სამედიცინო ქმედებისათვის ექიმი პასუხს აგებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 51

ექიმს უფლება აქვს, პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, გამოწეროს და/ან დანიშნოს ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი და მკურნალობის მეთოდი.

მუხლი 52

გენური თერაპია დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:

ა) მისი მიზანია ფატალური დაავადების პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა;

ბ) არ არსებობს მკურნალობის სხვა, უფრო მარტივი და უსაფრთხო მეთოდი;

გ) მიღებულია პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა;

დ) მეცნიერების განვითარების თანამედროვე დონე შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს, რომ მკურნალობა არ გამოიწვევს ადამიანის შთამომავლობის გენომის არასასურველ შეცვლას.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

თავი VI. სამედიცინო დაწესებულება

მუხლი 53

1. სამედიცინო დაწესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას. სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო რესურსებში სამედიცინო საქმიანობიდან მიღებული წილი შეადგენს არანაკლებ 75%-ს, ხოლო მის ბალანსზე არსებული ძირითადი ფონდების საშუალო წლიური ღირებულების არანკლებ 75%-ისა გათვალისწინებულია ამ მუხლის მე-2 პუნქტში აღნიშნული ფუნქციების განსახორციელებლად.

1^1. წინა წელთან შედარებით შიდა სტანდარტებით შესრულებული სამედიცინო მომსახურებით და სხვა ეკონომიკური საქმიანობით მიღებული შემოსავლის 100% რჩება სამედიცინო დაწესებულების განკარგულებაში, რომლის განაწილებას ეკონომიკური კლასიფიკატორის მიხედვით, როგორც წესი, ახდენს დაწესებულების ხელმძღვანელი სამეთვალყურეო საბჭოსთან შეთანხმებით, ამასთან, შრომის ანაზღაურების ფონდი უნდა შეადგენდეს შემოსავლის არანაკლებ 30%-ს.

2. სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციაა:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა;

ბ) დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა ან/და პაციენტების რეაბილიტაცია ან/და პალიატიური მზრუნველობა;

გ) სამეანო საქმიანობა;

დ) ფარმაცევტული საქმიანობა;

ე) (ამოღებულია);

ე) (ამოღებულია);

ვ) გვამის პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა;

ზ) ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებების განხორციელება.

3. სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებები ვალდებული არიან დაიცვან სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2003 წლის 18 ივლისის კანონი №2527 – სსმ I, №22, 08.08.2003 წ., მუხ.162
საქართველოს 2006 წლის 7 დეკემბრის კანონი №3836 - სსმ I, №48, 22.12.2006წ., მუხ.317
საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 54

1. სამედიცინო საქმიანობის სფეროში შესაბამისი უფლების დამადასტურებელ დოკუმენტს (ლიცენზიას ან /და ნებართვას) გასცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2. (ამოღებულია).

3. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხას ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50
საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 55

შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის /ნებართვის გაუქმების წესი განისაზღვრება „ ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ “ საქართველოს კანონით.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 56

სამედიცინო დაწესებულების მიერ ისეთი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელება, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით ექვემდებარება ლიცენზიის ან /და ნებართვის მიღებას, არ შეიძლება განხორციელდეს სათანადო ლიცენზიის ან /და ნებართვის გარეშე.

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 57

1. სამედიცინო დაწესებულება შეიძლება იყოს სამეწარმეო ან არასამეწარმეო იურიდიული პირი.

2. სამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს „მეწარმეთა შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად;

3. არასამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 58

1. სამედიცინო დაწესებულება, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით, სარგებლობს პროფესიული და საფინანსო დამოუკიდებლობით.

2. სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება შეიქმნას ფონდი მცდარი სამედიცინო ქმედების გამო სამედიცინო პერსონალის მიმართ საჩივრის აღძვრის შემთხვევისათვის. ფონდი იქმნება სამედიცინო პერსონალის შენატანებისა და კანონმდებლობით ნებადართული სახსრებისაგან.

მუხლი 59

1. სამედიცინო დაწესებულება საქმიანობას წარმართავს თავისი წესდების მიხედვით, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. სამედიცინო დაწესებულება, საკუთარი შემოსავლების ფარგლებში, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, განსაზღვრავს შრომის ორგანიზაციისა და ანაზღაურების წესს, ფორმას და ოდენობას.

3. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ნარდობლივია. მისი ოდენობა და პირობები განისაზღვრება:

ა) ცალკეულ სპეციალობაში მაქსიმალური დატვირთვის ნორმატივით, რასაც დადგენილი წესით ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

ბ) შრომის ხელშეკრულებით (კონტრაქტით) სამედიცინო დაწესებულებასა და ცალკეულ მუშაკს შორის.

4. (ამოღებულია).

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 60

1. პაციენტისათვის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლების ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის დადგენილი წესით ფორმდება ხელშეკრულება, რომელშიც ასახულია გასაწევი სამედიცინო მომსახურების და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები და ოდენობა. თუ პაციენტი მცირეწლოვანია ან არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ხელშეკრულება ფორმდება მის ნათესავთან ან კანონიერ წარმომადგენელთან.

2. სამედიცინო მომსახურების პროცესში და მისი დამთავრების შემდეგ ამ მუხლის პირველ პუნქტში აღნიშნული მხარეები ვალდებულნი არიან ზუსტად შეასრულონ ხელშეკრულების პირობები. თუ ერთ-ერთი მხარე უარს განაცხადებს ხელშეკრულების შესრულებაზე, მეორე მხარეს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს.

3. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი, მისი

ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი უარს განაცხადებს ხელშეკრულების გაფორმებაზე, რაც დადასტურდება დადგენილი წესით გაფორმებულ აქტში, და პაციენტს არ აღენიშნება კრიტიკული მდგომარეობა, სამედიცინო დაწესებულებას უფლება აქვს, უარი განაცხადოს მკურნალობის დაწყებაზე.

4. მაღალმთიან რეგიონებში ჯანმრთელობის დაცვა უფასოა და ხორციელდება სახელმწიფოს ხარჯზე. სახელმწიფო უზრუნველყოფს მაღალმთიან რეგიონებში სამედიცინო დაწესებულებათა შენარჩუნებასა და განვითარებას. პარალელურად დაიშვება კერძო სამედიცინო მომსახურება და მედიკამენტების რეალიზაცია საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

საქართველოს 1999 წლის 9 ივნისის კანონი №2088 – სსმ I, №24(31), 26.06.1999 წ., მუხ.116
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 61

სახელმწიფო, შესაძლებლობის ფარგლებში, უზრუნველყოფს სამედიცინო ინფორმატიკის და სამედიცინო სტატისტიკის დაწესებულებების, სამედიცინო საინფორმაციო (კომპიუტერული) რესურსცენტრების და სამედიცინო ბიბლიოთეკების ტექნიკურ აღჭურვას და მოდერნიზებას.

მუხლი 62

სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის უფლებებისა და სამედიცინო ეთიკის ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად იქმნება სამედიცინო ეთიკის კომისია; კომისიის შექმნის საფუძვლები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 63

ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხს კანონმდებლობით დადგენილი წესით აკონტროლებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მუხლი 63[1]

1. სამედიცინო საქმიანობა, რომელიც ამბულატორიულად /დღის სტაციონარის პირობებში ხორციელდება და მაღალ რისკს შეიცავს, რეგულირდება სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით და ექვემდებარება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის სავალდებულო შეტყობინებას.

2. ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობების (შემდგომ – მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა) ჩამონათვალი განისაზღვრება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

3. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტი მიიღება მთავრობის დადგენილებით. იგი შეიცავს მოთხოვნებს სამედიცინო აპარატურის, ხელსაწყოების, ჰიგიენური პირობებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებით.

4. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულება მოწმდება შერჩევითი კონტროლით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული წესის შესაბამისად. მისი შეუსრულებლობა იწვევს პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

5. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულების შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება მხოლოდ ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრულ, შეტყობინებისადმი დაქვემდებარებულ საქმიანობებზე. ამასთანავე, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის ხელმისაწვდომობა დაინტერესებული პირებისათვის.

6. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება წელიწადში ერთხელ. ამ შემთხვევაში არ გამოიყენება „სამეწარმეო საქმიანობის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე -3 მუხლის მე -2 პუნქტი.

7. თუ სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელი ახორციელებს ლიცენზიით/ნებართვით გათვალისწინებულ საქმიანობას, მას უფლება აქვს, შეტყობინების გარეშე აწარმოოს ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული რომელიმე საქმიანობა იმ შემთხვევაში, თუ მისი სალიცენზიო/სანებართვო პირობები მოიცავს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს და თუ ეს საქმიანობა ხორციელდება ერთ ფაქტობრივ მისამართზე. ამ შემთხვევაში შერჩევითი კონტროლი ხორციელდება მხოლოდ „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული მოთხოვნების შესაბამისად.

8. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის დადგენილი სავალდებულო შეტყობინების ფორმა უნდა შეიცავდეს ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული სამედიცინო საქმიანობის (საქმიანობების) დასახელებას, პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემებს, მისამართს, საკონტაქტო ინფორმაციას.

9. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის /მომსახურების მიმწოდებელთათვის დადგენილი სავალდებულო შეტყობინების ფორმა შესაძლებელია შეივსოს ელექტრონულად.

10. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის /მომსახურების მიმწოდებელთათვის

სავალდებულო შეტყობინების ფორმას და წესს ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი. ეს წესი უნდა ითვალისწინებდეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის /მომსახურების მოქმედი მიმწოდებლებისათვის სავალდებულო შეტყობინების განსხვავებულ ვადას.
საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282
საქართველოს 2013 წლის 13 დეკემბრის კანონი №1776 - ვებგვერდი, 28.12.2013წ.

თავი VII. წამალი და ფარმაცევტული საქმიანობა

მუხლი 64
მოსახლეობის ხარისხიანი, უსაფრთხო და ეფექტიანი ფარმაცევტული პროდუქციით უზრუნველყოფა, ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების, იმპორტის, დისტრიბუციის, რეალიზაციის მიმართ სახელმწიფო მოთხოვნების და მათი შესრულების კონტროლი რეგულირდება შესაბამისი კანონმდებლობით.
საქართველოს 1999 წლის 9 ივნისის კანონი №2088 – სსმ I, №24(31), 26.06.1999 წ., მუხ.116
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

თავი VIII. სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობები და სამედიცინო ტექნოლოგიები

მუხლი 65. (ამოღებულია)
საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 66
სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობის საპროექტო დამუშავება, წარმოება, ექსპლუატაცია და შეკეთება ხორციელდება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 67
1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან ერთად აწარმოებს სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავებასა და დანერგვას.
2. გაზომვის საშუალების ტიპის დამტკიცება, მისი რეესტრში შეტანა, იმპორტი და წარმოება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

თავი IX. ფსიქიატრიული დახმარება

მუხლი 68
სახელმწიფო ხელს უწყობს ფსიქიკურად დაავადებულ პირთათვის სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას.

მუხლი 69
ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვა, საზოგადოების დაცვა ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივად საშიში ქმედებისაგან, აგრეთვე, ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და იმ პირთა უფლებები და მოვალეობები, რომელთაც უშუალო კავშირი აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულებთან, წესრიგდება საქართველოს კანონით „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“.

თავი X. სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი
საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 70
1. ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა სახელმწიფოს მოვალეობაა. სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებსა და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებებს შეიმუშავებს და ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
2. უწყებრივ სანიტარიულ-ჰიგიენურ წესებსა და ნორმებს ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
3. მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის და სათანადო ზედამხედველობის საკითხები წესრიგდება საქართველოს კანონმდებლობით.
4. საქართველოში მოქმედი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები, წესები და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს საერთაშორისო ნორმებს.
საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 71

1. საქართველოს მოსახლეობის უფლება რადიაციულ უსაფრთხოებაზე ხორციელდება ღონისძიებათა კომპლექსით, რომელიც ითვალისწინებს:

ა) მაიონიზებელი გამოსხივების წყაროების გამომყენებელი ფიზიკური და იურიდიული პირების მიერ რადიაციული უსაფრთხოების დაწესებული მოთხოვნების შესრულებას;

ბ) ადამიანის ორგანიზმზე მაიონიზებელი გამოსხივების ზეზღვრული დოზის მოქმედებისა და გარემოს რადიაქტიური დაბინძურების აღკვეთას.

2. გარემოს რადიაციული მონიტორინგისათვის, მოსახლეობის რადიაციული უსაფრთხოებისათვის პასუხისმგებელია სახელმწიფო.

მუხლი 72

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოსა და სხვა ფაქტორების უარყოფითი გავლენის თავიდან აცილების მიზნით შემუშავებული და დამტკიცებული სანიტარიულ-ჰიგიენური, სანიტარიულ-ეპიდემიასაწინააღმდეგო წესებისა და ღონისძიებების შესრულება სავალდებულოა ქვეყნის ტერიტორიაზე მოქმედი ნებისმიერი ფიზიკური, აგრეთვე იურიდიული პირისათვის, საკუთრების, ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარების მიუხედავად.

თავი XI. დაავადებათა კონტროლი

მუხლი 73

1. გადამდები (მათ შორის ზოოანთროპონოზური, ზოონოზური ბუნების), ენდემური დაავადებებისა და ეპიდემიების, აგრეთვე, განსაკუთრებით გავრცელებული არაგადამდები დაავადებების კონტროლი შესაბამისად სახელმწიფო ხელისუფლების ცენტრალური და ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოების პრეროგატივაა.

2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ადამიანთა და ცხოველთა განსაკუთრებით საშიში ზოოანთროპონოზული დაავადებებისაგან და ტოქსიკოინფექციებისაგან დაცვის მიზნით, სახელმწიფო ხელისუფლების შესაბამის დაწესებულებებთან ერთად შეიმუშავებს სათანადო პროგრამებს და ახორციელებს ურთიერთშეთანხმებულ ღონისძიებებს.

მუხლი 74

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ადგენს განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხას და შეიმუშავებს განსაკუთრებით გავრცელებული გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, მათ შორის, ენდემური დაავადებების, ეპიდემიოლოგიური შესწავლის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებებს.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 75

სახელმწიფო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციების საფუძველზე ხელმძღვანელობს ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებათა კომპლექსს:

ა) იმუნოპროფილაქტიკურ და საკარანტინო ღონისძიებებს;

ბ) სათანადო სამკურნალო, საპროფილაქტიკო ღონისძიებებს გადამდები დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე მოქალაქეთათვის;

გ) სხვადასხვა ობიექტების ინფიცირებისაგან დაცვას და ინფიცირებული ობიექტების გაუვნებლობას;

დ) ეპიდემიასაწინააღმდეგო ვითარებაში ბრძოლას გადამტანების წინააღმდეგ;

ე) სამედიცინო პერსონალის ეპიდემიოლოგიური მზადყოფნისათვის საჭირო ღონისძიებების განხორციელებას.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 76

განსაკუთრებით საშიში გადამდები დაავადების არსებობაზე დასაბუთებული ეჭვის დასადასტურებლად მოქალაქეთა შემოწმების საჭიროებისას ეს უკანასკნელნი ვალდებულნი არიან ჩაიტარონ ყველა სათანადო გამოკვლევა; გამოკვლევის ჩატარებისას დაცული უნდა იქნეს მოქალაქეთა ღირსება და მათი ძირითადი უფლებები.

მუხლი 77

განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ექსპორტ-იმპორტი რეგულირდება საქართველოს კანონმდებლობის

შესაბამისად.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 78

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს და ამტკიცებს პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარს და მისი განხორციელებისათვის საჭირო სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას.
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 79

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს ენდემიური დაავადებების ნუსხას, რომელთა კონტროლი, მკურნალობა სამედიცინო დაწესებულებაში და სათანადო დაფინანსება სახელმწიფოს პრეროგატივაა.

თავი XII. სოციალურად საშიში დაავადებები და დაავადებები, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას

მუხლი 80

სახელმწიფო უზრუნველყოფს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ღონისძიებების განხორციელებას. აღნიშნულ საქმიანობას იგი წარმართავს კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გზით. ტუბერკულოზთან ბრძოლის მიზანია ცალკეული პაციენტების განკურნება, მათი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაცია, მოსახლეობაში ამ დაავადების გავრცელების შემცირება და აღმოფხვრა.

მუხლი 81

სახელმწიფო წარმართავს ენტერული და პარენტერული ჰეპატიტების პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, დისპანსერული მეთვალყურეობის, მკურნალობისათვის საჭირო ღონისძიებებს.

მუხლი 82

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და მათი კონტროლისათვის საჭირო ღონისძიებებს წარმართავს თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად, ეპიდემიოლოგიური ვითარების გათვალისწინებით, მოსახლეობაში საგანმანათლებლო მუშაობის, მისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდების გზით. სახელმწიფო განსაზღვრავს თავის პოლიტიკას პროსტიტუციის მიმართ და ქვეყანაში შექმნილი მდგომარეობის მიხედვით ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს.

მუხლი 83

საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის, მოვლისა და ზრუნვის საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს აწესრიგებს საქართველოს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“.
საქართველოს 2009 წლის 17 ნოემბრის კანონი №2043 - სსმ I, №37, 30.11.2009წ., მუხ.277

მუხლი 84

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების განზრახ გავრცელება ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 85

სახელმწიფო, ნაკისრი ვალდებულებების ფარგლებში, იმ დაავადებების მქონე პირებს, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას (შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი და სხვა) უზრუნველყოფს სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტებით, დაავადებასთან დაკავშირებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაციით.

თავი XIII. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85[1]

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ვალდებულებები აისახება შესაბამის სახელმწიფო და ადგილობრივ პროგრამებში.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85²

საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა განხორცილებისათვის „ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის შესაბამისად იქმნება ქალაქებისა და რაიონების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები, რომელთა მეთოდურ ხელმძღვანელობას ახორციელებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85³

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების კომპეტენციას განეკუთვნება:

ა) ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა აღრიცხვისა და შეტყობინების სისტემის ჩამოყალიბება, მიღებული მონაცემების ანალიზი და პროგნოზირება;

ბ) ეპიდზედამხედველობა და ეპიდკონტროლი დაავადებათა მიზეზების, მათი გადაცემის გზების და რისკფაქტორების გამოვლენისა და შესწავლის მიზნით;

გ) ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისა და მოსახლეობისათვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდება და რეკომენდაციების მომზადება ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენების მიზეზების, გავრცელებისა და კონტროლის შესახებ;

დ) გადამდები, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების შეზღუდვის ან აღმოფხვრის ღონისძიებების დაგეგმვა;

ე) უსაფრთხო სისხლით უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების დაგეგმვა;

ვ) არაინფექციური (გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური დაავადებების, ტრავმების, იოდის და სხვა მიკროელემენტების, ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული და სხვა) დაავადებების პროფილაქტიკა;

ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის ხელშეწყობა;

თ) ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფისათვის ხელშეწყობა.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 86

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით სახელმწიფო მხარს უჭერს თამბაქოს წევის და ალკოჰოლის ნაწარმის ჭარბი გამოყენების საპროფილაქტიკო ღონისძიებებს და ქმნის მათი განხორციელების მექანიზმებს. საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოწევა და მცირეწლოვანთათვის თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის მიყიდვა წესრიგდება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 87

ნებადართული პრეპარატების არასწორი მოხმარების და აკრძალული პრეპარატების გამოყენების აღსაკვეთად საჭირო ღონისძიებები მოიცავს სათანადო საკანონმდებლო ბაზის შექმნას, მათი გამოყენების შემთხვევების ადრეულ გამოვლენას და მომხმარებლების მკურნალობას, საგანმანათლებლო მუშაობას და რისკის ჯგუფის საპროფილაქტიკოდ გამიზნული ღონისძიებების განხორციელებას.

თავი XIV. (სათაური ამოღებულია)

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 88

დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა სახელმწიფო პრიორიტეტია; სახელმწიფო ქმნის წანამძღვრებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში ახალგაზრდული, არასამთავრობო ორგანიზაციების, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების მონაწილეობისათვის, განსაკუთრებით სასწავლო, სამუშაო და დასასვენებელ - გასართობ დაწესებულებებში დაავადებების განვითარების რისკის შესამცირებლად.

მუხლი 89

სახელმწიფო განსაზღვრავს სტრატეგიულ მიმართულებებს, შეიმუშავებს სათანადო პროგრამებს დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის ხელშესაწყობად, განსაკუთრებით ბავშვთა და მოზარდთა შორის და უზრუნველყოფს მათ განხორციელებას.

მუხლი 89¹

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, მათ შორის საოჯახო მედიცინის განვითარებისათვის აუცილებელ სამართლებრივ ბაზას და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობის წესს შეიმუშავებს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

თავი XV. მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვა საგანგებო მდგომარეობების – სტიქიური უბედურების და ტექნიკური კატასტროფების დროს

მუხლი 90
სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვისათვის სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკური კატასტროფის დროს. ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოები, სამედიცინო დაწესებულებები და შესაბამისი პროფესიული გაერთიანებები მონაწილეობენ მოსალოდნელი კატასტროფების სამედიცინო უზრუნველყოფის პროგრამების შემუშავება - განხორციელებაში.

მუხლი 91
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სახელმწიფო ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებთან ერთად, სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკური კატასტროფის სამედიცინო უზრუნველყოფისათვის საჭირო სამობილიზაციო რეზერვის პირველი რიგის მატერიალურ ფასეულობათა მარაგის დაგროვებას, დაკომპლექტებას, გამოყენებისათვის მზაობას და მის პერიოდულ განახლებას ახორციელებს დადგენილი წესით.

მუხლი 92
სამედიცინო დაწესებულებებს უნდა ჰქონდეთ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შეთანხმებული საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების გეგმა, რომელიც ეროვნული რეაგირების გეგმის შესაბამისი იქნება.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 93
საგანგებო მდგომარეობის, ეპიდემიური აფეთქების ეპიდემიის შედეგად დაზიანებულთა და დაავადებულთა სამედიცინო დახმარების ხარჯებს სახელმწიფო გაიღებს.
საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

თავი XVI. პროფესიული დაავადებები

მუხლი 94
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განიხილავს და ამტკიცებს პროფესიული დაავადებების ნუსხას და იმ პროფესიული საქმიანობის ჩამონათვალს, რომელსაც თან ახლავს პროფესიული დაავადების განვითარების რისკი.

მუხლი 95
დამსაქმებელი ვალდებულია მიაწოდოს მუშაკს ამომწურავი ინფორმაცია საწარმოში ან დაწესებულებაში პროფესიული დაავადების განვითარების რისკის თაობაზე, მავნე ფაქტორების არსებობისა და მათი ზეგავლენის თავიდან აცილებისათვის საჭირო ღონისძიებათა შესახებ.

თავი XVII. სამედიცინო განათლება

მუხლი 96
საამისოდ უფლებამოსილ სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებებში საექიმო, ფარმაცევტულ, საექთნო და სხვა სამედიცინო სპეციალობებზე სწავლება მიმდინარეობს უმაღლესი და საშუალო პროფესიული განათლების ფორმით, სახელმწიფო საგანმანათლებლო სტანდარტების შესაბამისად.

მუხლი 97
1. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ექიმის პროფესიული მზადება-დახელოვნება მოიცავს უმაღლესისშემდგომ პროფესიულ მზადებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას.
2. უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მიზანია რომელიმე საექიმო სპეციალობის დაუფლება, ხოლო უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანი – ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება მის საექიმო სპეციალობაში, ისე, რომ მისი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.
საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 98

მუხლი 98

1. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღება ხდება ერთსაფეხურიანი სწავლების საფუძველზე, სპეციალური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის შესაბამისად.

2. სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დიპლომირებულ კურსდამთავრებულს უფლება აქვს:

ა) გაიაროს უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების კურსი და სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ მიიღოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება;

ბ) განახორციელოს კვლევითი და პედაგოგიური საქმიანობა მედიცინის თეორიულ დარგებში ან ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სფეროში, რომელიც არ გულისხმობს დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას;

გ) იმუშაოს უმცროს ექიმად.

საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 99

ექიმის უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების საკითხები განისაზღვრება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 100

ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტები, შესაბამისი ფორმები და მათში ექიმის მონაწილეობის შეფასების კრიტერიუმები და წესი განისაზღვრება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.

საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 101

სამედიცინო და ფარმაცევტული პროფილის კოლეჯები და საშუალო პროფესიული სასწავლებლები პროფესიულ კადრებს ამზადებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისა და განათლების სამინისტროების მიერ შემუშავებული და საქართველოს განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცებული პროგრამების მიხედვით.

მუხლი 102 (ამოღებულია)

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XVIII. ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობა

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 103

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესებისათვის ან სიკვდილისათვის, ან პაციენტისათვის მიყენებული მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 104

პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს ექიმს, ექთანს, მედიცინის სხვა მუშაკს ან სამედიცინო დაწესებულებას უჩივლოს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციაში, ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოში, სასამართლოში, ან დავის გამრჩევ სხვა ორგანოში.

თავი XIX. სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევა

მუხლი 105

სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის დროს ადამიანის, როგორც სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის ობიექტის, უფლებები და ლაბორატორიული ცხოველებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულების პრინციპები დაცული უნდა იქნეს საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად.

მუხლი 106

ნებისმიერი სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევა უნდა შეესაბამებოდეს საქართველოში მიღებულ სამეცნიერო კვლევის ნორმებს, რომლის საფუძველია ლაბორატორიული ცდების და ცხოველებზე

ექსპერიმენტების ზედმიწევნით ზუსტად ჩატარება და სათანადო ლიტერატურის ამომწურავი ცოდნა. ადამიანსა ან ცხოველებზე წარმოებული სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის მიზნები, ამოცანები, მეთოდები, მოსალოდნელი შედეგები და კვლევის რისკი მითითებული უნდა იყოს კვლევის სამეცნიერო გეგმაში. ნებისმიერი კვლევა უნდა ჩატარდეს ამ გეგმის ფარგლებში.

მუხლი 107

კვლევის სამეცნიერო გეგმა განხილული და რეცენზირებული უნდა იქნეს მკვლევარისა და დამფინანსებლისაგან დამოუკიდებელი სპეციალური კომისიის და სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ.

მუხლი 108

ადამიანის მონაწილეობით დაგეგმილი სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის დაწყებამდე უნდა მოხდეს კვლევის რისკის და კვლევის მოსალოდნელი დადებითი შედეგების ურთიერთშედარება. სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას, ადამიანის, როგორც კვლევის ობიექტის ინტერესები და კეთილდღეობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესები. კვლევის რისკი შემცირებული უნდა იქნეს მინიმუმამდე. იგი არ უნდა აჭარბებდეს კვლევის ობიექტისთვის მოსალოდნელ სარგებლობას და / ან კვლევის მიზნების მნიშვნელობას.

მუხლი 109

ადამიანს, როგორც სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, წინასწარ უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია კვლევის მიზნების, მეთოდების, მოსალოდნელი შედეგების, კვლევის რისკის და მასთან დაკავშირებული შესაძლო დისკომფორტის შესახებ. სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მასში მონაწილე პირის წერილობით გაფორმებული ინფორმირებული თანხმობის გარეშე. ადამიანს, როგორც სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, აუცილებლად უნდა ეცნობოს მისი უფლების შესახებ უარი თქვას კვლევაში მონაწილეობაზე კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე, მიუხედავად მის მიერ წინასწარ გაცხადებული თანხმობისა.

მუხლი 110

მხარდაჭერის მიმღები შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი ამ კანონის 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მან მიიღო შესაბამისი მხარდაჭერა. მცირეწლოვანი შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი ამ კანონის 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მიღებულია მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 111

კვლევის დროს დაცული უნდა იყოს მცირეწლოვნების, ორსულების, მეძუძური ქალების უფლებები. ამ კატეგორიის პირი მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მისთვის პირდაპირი და მნიშვნელოვანი სარგებლობის მომტანი იქნება, ან მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები ამ პირის ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი სარგებლობის მომტანი არ იქნება, მაგრამ სარგებლობას მოუტანს ამავე კატეგორიის სხვა პირებს, და მსგავსი მეცნიერული შედეგების მიღება სხვა კატეგორიის პირების გამოკვლევისას შეუძლებელია.
საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 112

პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირები სარგებლობენ ამ კანონის 108-ე და 109-ე მუხლებში განცხადებული ყველა უფლებით. ამ პირთა მონაწილეობა სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევაში დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მათ ჯანმრთელობას პირდაპირ და მნიშვნელოვან სარგებლობას მოუტანს.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

[**მუხლი 112**

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირი სარგებლობს ამ კანონის 108-ე და 109-ე მუხლებით გათვალისწინებული ყველა უფლებით. სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევაში ამ პირის მონაწილეობა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მის ჯანმრთელობას პირდაპირ და მნიშვნელოვან სარგებლობას მოუტანს. ***(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)***]
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 112[1]

1. სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით დასაშვებია უპატრონო ან/და ამოუცნობი გვამის ან მისი ანატომიური სტრუქტურების გამოყენება იმ საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებების მიერ, რომლებიც ახორციელებენ სამედიცინო, საგანმანათლებლო და სამეცნიერო პროგრამებს, აგრეთვე სამედიცინო

და საექსპერტო დაწესებულებების მიერ, თუ:
ა) პირის გარდაცვალების ფაქტის დადგენიდან საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ვადაში ვერ მოხერხდა მისი ნათესავის, კანონიერი წარმომადგენლის, მემკვიდრეობის მიღებაზე უფლებამოსილი სხვა პირის ან გარდაცვლილთან სხვაგვარად დაკავშირებული პირის მოძიება (დადგენა);
ბ) პირს სიცოცხლეში არ განუცხადებია უარი გარდაცვალების შემდეგ მისი სხეულის ან მისი სხეულის ანატომიური სტრუქტურების ამ მუხლით გათვალისწინებული მიზნით გამოყენებაზე;
გ) დაცულია საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ყველა სხვა პირობა.
2. დაუშვებელია სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით უპატრონო ან/და ამოუცნობი გვამის ან მისი ანატომიური სტრუქტურების გამოყენება, თუ არსებობს საფუძველი ვარაუდისათვის, რომ მისი (მათი) ამგვარად გამოყენება შელახავს გარდაცვლილის რელიგიურ შეხედულებებს.
3. საგანმანათლებლო, სამეცნიერო ან სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენების შემდეგ უზრუნველყოს მისი დაკრძალვა დადგენილი წესით.
საქართველოს 2007 წლის 8 ივნისის კანონი №4921 - სსმ I, №22, 19.06.2007წ., მუხ.202

მუხლი 113
ცხოველებზე სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას მკვლევარი ვალდებულია დაიცვას საექსპერიმენტო ცხოველებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულების ყველა არსებული პრინციპი.

თავი XX. ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღება და გამოყენება

მუხლი 114
ადამიანის მიერ ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების (შემდგომ – „ორგანო“) გაცემა სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ, მათი სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის, მკურნალობის, მეცნიერული კვლევის და სწავლების მიზნით, ნებაყოფლობითი აქტია.

მუხლი 115
საქართველოს ყველა მოქალაქეს აქვს ორგანოს სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ გაცემაზე თანხმობის ან უარის წერილობით გაცხადების უფლება. თანხმობის დამადასტურებელი განცხადება მიიღება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ განმცხადებელი ქმედუნარიანია. დაუშვებელია პიროვნებაზე რაიმე ფორმით ზემოქმედება ზემოთ აღნიშნულის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად.

მუხლი 116
ცოცხალი დონორის ორგანოს გამოყენება სხვა ადამიანის სამკურნალოდ ან/და გადასანერგად დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ცოცხალი დონორი არის:
ა) რეციპიენტის გენეტიკური ნათესავი;
ბ) რეციპიენტის მეუღლე, თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 1 წელი;
გ) რეციპიენტის მეუღლის შვილი, დედა (დედამთილი/სიდედრი), მამა (მამამთილი/სიმამრი), შვილიშვილი, ბებია, პაპა, და (მული/ცოლისდა), ძმა (მაზლი/ცოლისძმა), შვილის მეუღლე (რძალი/სიძე), შვილიშვილის მეუღლე (რძალი/სიძე), დის მეუღლე (სიძე), ძმის მეუღლე (რძალი), თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 2 წელი.
შენიშვნა: ამ მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრულმა ყველა პოტენციურმა ცოცხალმა დონორმა, საჭიროების შემთხვევაში, შეიძლება გადაინერგოს იმ ნათესაური კავშირის მქონე ადამიანის ორგანო, რომლის მიმართაც მას აქვს დონორობის უფლება.
საქართველოს 2010 წლის 18 ივნისის კანონი №3113 - სსმ I, №31, 05.07.2010წ., მუხ.196
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509
საქართველოს 2014 წლის 21 მარტის კანონი №2152 - ვებგვერდი, 04.04.2014წ.

მუხლი 117
1. არასრულწლოვანი (გარდა მცირეწლოვანისა) ცოცხალი დონორისაგან ძვლის ტვინის აღება სხვა ადამიანისათვის გადასანერგად დასაშვებია, თუ:
ა) ძვლის ტვინის აღება არ იმოქმედებს დონორის ჯანმრთელობაზე, რასაც ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად დაადასტურებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ორი ექიმი;
ბ) ძვლის ტვინი გადასანერგად განკუთვნილია დონორის პირველი ან მეორე რიგის გენეტიკური ნათესავისათვის, რომლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სიცოცხლისათვის საშიშია და არ არსებობს მკურნალობის სხვა საშუალება.
2. ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტებში აღნიშნულ შემთხვევებში აუცილებელია არასრულწლოვანის, მისი მშობლების (მშობლის), ხოლო მშობლების მზრუნველობას მოკლებული არასრულწლოვანის შემთხვევაში, კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა, დადასტურებული მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოების მიერ.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 118
თუ მიღებული სამედიცინო სტანდარტებით გარდაცვლილი შესაფერი კანდიდატია ორგანოს ასაღებად, ამასთან, მას სიცოცხლეში არა აქვს გაცხადებული თანხმობა ან უარი გაცემაზე და არ არის საფუძველი იმის დასაშვებად, რომ გაცემა ეწინააღმდეგება მის რელიგიურ რწმენას, ეთიკურ პრინციპებს, ორგანოს აღება შეიძლება მხოლოდ გარდაცვლილის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით. თუ ამ უკანასკნელთა მოძიება ვერ მოხერხდა, გვამიდან ორგანოების აღება არ შეიძლება.

მუხლი 119
გარდაცვლილის ორგანოს აღება შეიძლება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც სიკვდილის ფაქტს, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად, დაადგენს ორი ან მეტი ექიმი, რომელთაგანაც არც ერთი არ მონაწილეობს ტრანსპლანტაციის პროცესში. სიკვდილის კონსტატაცია უნდა მოხდეს მედიცინის თანამედროვე დონის შესატყვისი მეთოდებით და კრიტერიუმებით, რომლებიც შეესაბამება საქართველოს ექიმთა პროფესიული გაერთიანებებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ დამტკიცებულ ეთიკურ მოთხოვნებს და პროფესიულ სტანდარტებს.

მუხლი 120
რეციპიენტისათვის გადასანერგად განკუთვნილი ორგანოს შერჩევა უნდა წარმოებდეს ანონიმურობის პრინციპის დაცვით და მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით, სხვა რაიმე პრივილეგიების გაუთვალისწინებლად.

მუხლი 121
აკრძალულია გადასანერგად ან სამკურნალოდ განსაზღვრული ორგანოებით ვაჭრობა, მათი საზღვარგარეთ შეძენა ან ექსპორტი საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის და / ან საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევით. სამედიცინო პერსონალს ეკრძალება ორგანოს აღებასა და გამოყენებაში მონაწილეობა, თუ მან იცის ან აქვს დასაბუთებული ეჭვი, რომ ზემოაღნიშნული ხორციელდება გარიგებით.

მუხლი 122
აკრძალულია ორგანოზე მოთხოვნილების რეკლამა, აგრეთვე, მისი რეკლამირება რაიმე საზღაურის მიღების ან გაცემის მიზნით. ნებისმიერ პირს ან დაწესებულებას ეკრძალება ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებულ საქმიანობაში მონაწილეობისათვის საზღაურის მიღება, გარდა აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარებისთვის განსაზღვრული დასაბუთებული თანხისა.

თავი XXI. სისხლის და სისხლის კომპონენეტების დონორობა

მუხლი 123
1. მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და მეცნიერული კვლევის მიზნით დონორის მიერ სისხლის და სისხლის კომპონენტების გაცემა ნებაყოფლობითი აქტია;
2. დონორისაგან სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება ხორციელდება მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის მიღების და წინასწარი აუცილებელი სამედიცინო გამოკვლევის შემდეგ.

მუხლი 124
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს დონორობის წინააღმდეგ ჩვენებებს.

მუხლი 125
1. სისხლის და სისხლის კომპონენეტების აღება დასაშვებია 18- დან 65 წლის ასაკამდე დონორისაგან;
2. არასრულწლოვანისაგან (მცირეწლოვანის გარდა) სისხლის და სისხლის კომპონენტების აღება დასაშვებია მხოლოდ გადაუდებელი მდგომარეობის დროს და ალტერნატიული მკურნალობის შესაძლებლობის არარსებობისას. ამ შემთხვევაში აუცილებელია არასრულწლოვანის, მისი მშობლების (მშობლის) ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა.

მუხლი 126
სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დამზადება, შენახვა და გამოყენება წარმოებს საერთაშორისოდ აღიარებული მოთხოვნების შესაბამისად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული წესით.

მუხლი 127
სისხლისა და მისი კომპონენტების დამზადებას, დამუშავებასა და შენახვას ახორციელებს „ლიცენზიებისა და

ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით უფლებამოსილი სამედიცინო დაწესებულება.
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 128
დონორის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 129
1. აკრძალულია სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირისაგან.
[1. აკრძალულია სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისაგან. ***(ამოქმედდეს 2015 წლის 1 ივლისიდან)***]
2. აკრძალულია სისხლითა და მისი კომპონენტებით ვაჭრობა მოგების მიზნით, მათი საზღვარგარეთ შეძენა ან ექსპორტი საქართველოს კანონმდებლობის და/ან საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევით.
საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 130
სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დონორობის სხვა საკითხები რეგულირდება საქართველოს კანონით „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“.

თავი XXII. უსაფრთხო დედობა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა

მუხლი 131
1. შრომითი საქმიანობის იმ სახეების ჩამონათვალს, რომლითაც არ შეიძლება იყოს დაკავებული ორსული ქალი და მეძუძური დედა, აგრეთვე შრომითი საქმიანობის შეწყვეტის ვადებს მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდეგ, განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
2. აღნიშნული ვადების განმავლობაში ანაზღაურება უნდა განხორციელდეს დადგენილი წესით.

მუხლი 132
1. სახელმწიფო ხელს უწყობს უსაფრთხო დედობას, საწარმოებსა და დაწესებულებებში ბავშვთა მოვლისათვის საჭირო პირობების შექმნის და დაფინანსების საკანონმდებლო უზრუნველყოფას, დედათა და ბავშვთა უფლებების დაცვის აუცილებლობის შესახებ საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებას.
2. ორსული ქალის სამედიცინო მეთვალყურეობა, მშობიარობისა და მშობიარობისშემდგომი სამედიცინო დახმარება უზრუნველყოფილია საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.
საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 133
1. ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების სამედიცინო ასპექტების მართვა, ბავშვებისათვის რეალურად შესაძლო უმაღლესი დონის სამედიცინო დახმარების, მათ შორის, უპირველეს ყოვლისა, პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტული ამოცანაა.
2. სახელმწიფო ხელს უწყობს ახალშობილების, ჩვილი და სხვა ასაკის ბავშვების უსაფრთხო და ადეკვატური საკვებით უზრუველყოფას, ბუნებრივი კვების მხარდაჭერას და ქალის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის დაცვას.

მუხლი 134
სახელმწიფო უზრუნველყოფს მემკვიდრული და თანდაყოლილი დაავადებების გამოვლენას ახალშობილთა შორის წინასწარ განსაზღვრული პრიორიტეტების მიხედვით.

მუხლი 135
სახელმწიფო უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას ობოლი და მშობლების ზრუნვას მოკლებული, ფიზიკური და ფსიქიკური დეფექტების მქონე ბავშვებისათვის განკუთვნილ დაწესებულებებში.

თავი XXIII. ოჯახის დაგეგმვა

მუხლი 136

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებებს რეპროდუქციის სფეროში საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 137

სახელმწიფო უზრუნველყოფს დასაქორწინებელ, აგრეთვე, შვილის ყოლის მსურველ წყვილთა უფასო ნებაყოფლობით სამედიცინო - გენეტიკურ კონსულტაციას.

მუხლი 138

კონტრაცეპტივების წარმოება, იმპორტი და გავრცელება ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 139

1. ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა აბორტების შემცირების გზით სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა.

2. ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტა ნებადართულია მხოლოდ სათანადო უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ, თუ:

ა) ორსულობის ხანგრძლივობა არ აღემატება თორმეტ კვირას;

ბ) ორსულს სამედიცინო დაწესებულებაში ჩაუტარდა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე გასულია 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს უპირატესობა ენიჭება ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას. აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალის პრეროგატივაა. აბორტისწინა ექიმის კონსულტაციის/წინასწარი გასაუბრების წესი განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2014 წლის 1 აგვისტოს კანონი №2646 - ვებგვერდი, 08.08.2014წ.

მუხლი 140

1. აბორტის რეკლამა აკრძალულია.

2. 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით, რომელთა ჩამონათვალი დგინდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.

საქართველოს 2014 წლის 1 აგვისტოს კანონი №2646 - ვებგვერდი, 08.08.2014წ.

მუხლი 141

განაყოფიერება დონორის სპერმით ნებადართულია:

ა) უშვილობის გამო, ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას, ან მარტოხელა ქალის განაყოფიერებისათვის, თუ მიღებულია უშვილო წყვილის ან მარტოხელა ქალის წერილობითი თანხმობა. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში უშვილო წყვილი ან მარტოხელა ქალი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით და უფლებამოსილებით. დონორს არა აქვს განაყოფიერების შედეგად დაბადებული ბავშვის მამად ცნობის უფლება;

ბ) (ამოღებულია).

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 142

1. ადამიანის კლონირება გენური ინჟინერიის მეთოდების გამოყენებით აკრძალულია.

2. სახელმწიფო აკონტროლებს გამოკვლევებს გენური ინჟინერიის სფეროში კანონით დადგენილი წესით.

მუხლი 143

1. ექსტრაკორპორული განაყოფიერება ნებადართულია:

ა) უშვილობის მკურნალობის მიზნით, აგრეთვე, ცოლის ან ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას, წყვილის ან დონორის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენებით, თუ მიღებულია წყვილის წერილობითი თანხმობა;

ბ) თუ ქალს არა აქვს საშვილოსნო, განაყოფიერების შედეგად მიღებული ემბრიონის სხვა ქალის („სუროგატული დედის“) საშვილოსნოში გადატანის და გამოზრდის გზით; წყვილის წერილობითი თანხმობა აუცილებელია.

2. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში წყვილი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით და უფლებამოსილებით; დონორს ან „სუროგატულ დედას“ არა აქვს დაბადებული ბავშვის მშობლად ცნობის უფლება.

მუხლი 144

ხელოვნური განაყოფიერების მიზნით შესაძლებელია გაყინვის მეთოდით კონსერვირებული ქალის

და მამაკაცის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენება. კონსერვაციის დრო განისაზღვრება წყვილის სურვილისამებრ, დადგენილი წესით.

მუხლი 145

ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეფციის – სტერილიზაციის გამოყენება ნებადართულია:

ა) (ამოღებულია);

ა[1]) მხოლოდ სათანადო ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ;

ბ) თუ არსებობს პაციენტის წერილობითი მოთხოვნა;

გ) თუ პაციენტს ექიმმა ჩაუტარა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან სტერილიზაციამდე გასულია ერთი თვის მოსაფიქრებელი ვადა;

დ) თუ პაციენტი აკმაყოფილებს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ კრიტერიუმებს.

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XXIV. კრიტიკული მდგომარეობა, სიკვდილი და ევთანაზია

მუხლი 146

კრიტიკულ მდგომარეობაში და / ან ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ავადმყოფს ან მის ნათესავს, ან კანონიერ წარმომადგენელს აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაციის და სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება.

მუხლი 147

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ავადმყოფის მკურნალობა, პალიატიური მზრუნველობა, გარდაცვლილის მოვლა ხორციელდება მისი პატივისა და ღირსების დაცვით. გარდაცვლილის მოვლა-პატრონობა ხორციელდება პირის მიერ სიცოცხლეში განცხადებული, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის სურვილის შესაბამისად.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 148

1. ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

2. ტერმინალურ სტადიაში ავადმყოფის უგონო მდგომარეობაში ყოფნის შემთხვევაში მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მომაკვდავი ადამიანის ღირსების დაცვის მიზნით და მისი (პაციენტის) პიროვნული შეხედულებების გათვალისწინებით უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 149

უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს უტარდება სათანადო მკურნალობა, თუ ავადმყოფს წინასწარ, როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, არ ჰქონია განცხადებული უარი სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 150

მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფის მკურნალობა მიმდინარეობს დაზღვევის პროგრამით განსაზღვრული წესების მიხედვით.

მუხლი 151

სამედიცინო პერსონალს, აგრეთვე ნებისმიერ სხვა პირს, ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება.

მუხლი 152

ავადმყოფის სიკვდილის კონსტატაცია, ამ უკანასკნელის შესახებ ცნობის გაცემა ხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კრიტერიუმებისა და წესის მიხედვით. გარდაცვლილის სამედიცინო დოკუმენტაცია წარმოადგენს საექიმო საიდუმლოს ამ კანონის 42- ე მუხლით გათვალისწინებული გამონაკლისების გარდა. დოკუმენტაცია ინახება კანონმდებლობით განსაზღვრული ვადით.

მუხლი 153

პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთას ახორციელებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმი სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც ფლობს სათანადო საქმიანობის ლიცენზიას. გაკვეთა აუცილებელია, თუ არის ეჭვი განსაკუთრებით საშიში ინფექციით გამოწვეულ სიკვდილზე. ყველა სხვა შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა ხორციელდება რელიგიური ან სხვა მოტივების, აგრეთვე გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული ნების გათვალისწინებით, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.
საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XXIV[1]. სამედიცინო ექსპერტიზა

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 153[1]
სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის საკითხები წესრიგდება საქართველოს კანონით „სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“.
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 153[2]
1. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისა და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება შეუძლია მხოლოდ სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმს, „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით უფლებამოსილ სამედიცინო დაწესებულებაში.
2. სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა და სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესს განსაზღვრავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XXV. გარდამავალი დებულებანი

მუხლი 154
1. სამედიცინო განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალს 2001 წლის 1 ივნისიდან ეკრძალება დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე. ცალკეული სპეციალობების მიხედვით გამოცდების ჩაბარების გრაფიკსა და პირობებს ადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
2. პირს, რომელმაც 2001 წლის 1 ივნისამდე მიმართა სასერტიფიკაციო საბჭოს, მაგრამ არ ჩაუტარდა სასერტიფიკაციო გამოცდა, 2001 წლის 1 სექტემბრამდე ეძლევა დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება.
3. არასამედიცინო განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალს 2002 წლის 1 იანვრიდან ეკრძალება დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე.
4. (ამოღებულია).
5. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ამ კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის განმავლობაში უნდა შეიმუშაოს და დაამტკიცოს შემდეგი ნორმატიული აქტები:
ა) სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულების პასპორტი – კადრების, ტექნიკური აღჭურვილობისა და ჩასატარებელი სამუშაოს მოცულობის ამსახველი დოკუმენტი;
ბ) (ამოღებულია);
გ) (ამოღებულია);
დ) (ამოღებულია);
ე) (ამოღებულია);
ვ) (ამოღებულია);
ზ) დროებითი შრომისუუნარობის ექსპერტიზის ჩატარების და საავადმყოფო ფურცლის გაცემის წესის შესახებ;
თ) სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესი;
ი) სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესი;
კ) (ამოღებულია).
6. (ამოღებულია).
7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2010 წლის 1 დეკემბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმა და წესი და რეესტრის წარმოების წესი.

8. საქართველოს მთავრობამ 2010 წლის 1 დეკემბრამდე უზრუნველყოს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის მიღება.
საქართველოს 1999 წლის 24 დეკემბრის კანონი №91 – სსმ I, №52(59), 31.12.1999 წ., მუხ.253
საქართველოს 2000 წლის 24 თებერვლის კანონი №162 – სსმ I, №8, 15.03.2000 წ., მუხ.14
საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50
საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
საქართველოს 2003 წლის 18 ივლისის კანონი №2527 – სსმ I, №22, 08.08.2003 წ., მუხ.162
საქართველოს 2006 წლის 7 დეკემბრის კანონი №3836 - სსმ I, №48, 22.12.2006წ., მუხ.317
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75
საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 154[1]. (ამოღებულია)
საქართველოს 2000 წლის 13 დეკემბრის კანონი №691 – სსმ I, №50, 27.12.2000 წ., მუხ.147
საქართველოს 2002 წლის 15 თებერვლის კანონი №1296 – სსმ I, №4, 05.03.2002 წ., მუხ.24
საქართველოს 2003 წლის 29 იანვრის კანონი №1955 – სსმ I, №5, 19.02.2003 წ., მუხ.31
საქართველოს 2005 წლის 23 დეკემბრის კანონი №2476 - სსმ I, №56, 28.12.2005წ., მუხ.416

მუხლი 154[2]
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2007 წლის 1 ოქტომბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს „ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ.
საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

თავი XXVI. დასკვნითი დებულებანი

მუხლი 155
ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

მუხლი 155[1]
2007 წლის 1 ივლისიდან ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 1997 წლის 18 აპრილის კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ (პარლამენტის უწყებანი, №17-18, 9 მაისი, 1997, გვ. 55).
საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 155[2]
2008 წლის 1 მაისიდან ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 2003 წლის 8 მაისის კანონი „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“ (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, №14, 3.06.2003, მუხ. 96).
საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე.
თბილისი,

1997 წლის 10 დეკემბერი.
№1139–Iს

პრეამბულა

სიტყვისა და გამოხატვის თავისუფლება ადამიანის ერთ–ერთი ძირითადი უფლებაა. ჟურნალისტის ნებისმიერი პროფესიული უფლება–მოვალეობა გამომდინარეობს საზოგადოების უფლებიდან, იყოს ინფორმირებული მოვლენებისა და თვალსაზრისების შესახებ.

ქარტია ეფუძნება ევროპის საბჭოს „ადამიანის ძირითად უფლებათა და თავისუფლებათა ევროპული კონვენციის" მე–10 მუხლსა და „ჟურნალისტების საერთაშორისო ფედერაციის" მიერ აღიარებულ „ჟურნალისტების ქცევის პრინციპების დეკლარაციას". ეს პრინციპები პროფესიული ქცევის სტანდარტად დამკვიდრდა იმ ჟურნალიტებისთვის, რომლებიც მოიპოვებენ, გადასცემენ და ავრცელებენ ინფორმაციასა და კომენტარებს მიმდინარე მოვლენებზე.

საქართველოს მედიის წარმომადგენლები ვცნობთ და ვაღიარებთ ქვემოთ ჩამოთვლილი პრინციპების დაცვის ვალდებულებას და ამ ვალდებულებასთან დაკავშირებულ პასუხისმგებლობას. საქართველოს კანონმდებლობის ფარგლებში, პროფესიულ საკითხებს მხოლოდ ჩვენივე კოლეგების უფლებამოსილებად განვიხილავთ და გამოვრიცხავთ ხელისუფლების ან სხვა ძალის ნებისმიერი სახით ჩარევას ამ უფლებამოსილებების განხორციელებაში.

ქარტია

1. ჟურნალისტმა პატივი უნდა სცეს სიმართლეს და საზოგადების უფლებას – მიიღოს ზუსტი ინფორმაცია.

2. დაუშვებელია ჟურნალისტის იძულება, პროფესიული საქმიანობისას მოიქცეს ან აზრი გამოხატოს საკუთარი სინდისის წინააღმდეგ.

3. ჟურნალისტმა უნდა გადასცეს ინფორმაცია მხოლოდ იმ ფაქტებზე დაყრდნობით, რომელთა წყარო დადასტურებულია.

ჟურნალისტმა არ უნდა მიჩქმალოს მნიშვნელოვანი ფაქტები, არ უნდა გააყალბოს დოკუმენტები და ინფორმაცია.

4. ინფორმაციის, ფოტოების ან დოკუმენტების მოპოვებისას ჟურნალისტმა მხოლოდ კეთილსინდისიერი და სამართლიანი მეთოდები უნდა გამოიყენოს.

5. მედია ვალდებულია, შეასწოროს გამოქვეყნებული არსებითად არაზუსტი ინფორმაცია, რომელსაც შეცდომაში შეჰყავს საზოგადოება.

6. ჟურნალისტის მორალური პასუხისმგებლობაა, არ გაამჟღავნოს კონფიდენციურად მოპოვებული ინფორმაციის წყარო.

7. ჟურნალისტს უნდა ესმოდეს მედიის მიერ დისკრიმინაციის წახალისების საფრთხე; ამიტომ ყველაფერი უნდა იღონოს ნებისმიერი პირის დისკრიმინაციის თავიდან ასაცილებლად რასის, სქესის, სექსუალური ორიენტაციის, ენის, რელიგიის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული ან სოციალური წარმოშობის საფუძველზე ან რაიმე სხვა ნიშნით.

8. ჟურნალისტი ვალდებულია, დაიცვას ბავშვის უფლებები; პროფესიული საქმიანობისას უპირატესი მნიშვნელობა მიანიჭოს ბავშვის ინტერესებს, არ მოამზადოს და არ გამოაქვეყნოს ბავშვების შესახებ ისეთი სტატიები ან რეპორტაჟები, რომლებიც საზიანო იქნება მათთვის. ჟურნალისტმა არ უნდა ჩამოართვას ინტერვიუ და არ უნდა გადაუღოს ფოტო 16 წელზე ნაკლები ასაკის მოზარდს მშობლის ან მეურვის თანხმობის გარეშე იმ საკითხებზე, რომლებიც მისი ან სხვა რომელიმე მოზარდის კეთილდღეობას ეხება.

9. სარედაქციო მასალები მკვეთრად უნდა გაიმიჯნოს მარკეტინგული, სარეკლამო და სპონსორის მიერ დაფინანსებული მასალებისაგან.

10. ჟურნალისტმა პატივი უნდა სცეს ადამიანის პირად ცხოვრებას და არ შეიჭრას პირად ცხოვრებაში, თუ არ არსებობს განსაკუთრებული საზოგადოებრივი ინტერესი.

11. ჟურნალისტმა უმძიმეს პროფესიულ დანაშაულად უნდა მიიჩნიოს შემდეგი ქმედებები:

- ფაქტის განზრახ დამახინჯება;
- ნებისმიერი სახის ქრთამის, საჩუქრის ან სხვა სარგებლის მიღება პროფესიულ საქმიანობაზე გავლენის მოხდენის სანაცვლოდ;
- პლაგიატი.

ჟურნალისტთა ეთიკის კოდექსი

ჟურნალისტთა ეთიკის კოდექსი გამოიყენება როგორც შიდა სარეგულაციო ექანიზმი, ერთგვარი სახელმძღვანელო, რომელიც ემყარება მორალურ პრინციპებს და აერთაშორისოდ აღიარებულ ნორმებს. წარმოდგენილი კოდექსი შემუშავებულია "საქართველოს ჟურნალისტთა დამოუკიდებელი ასოციაციაის" მიერ 2000 წელს (მიღებულია 2001 წელს). ქვემოთ მოყვანილი წესები, რომლებიც ჟურნალისტური საქმიანობის ნორმებს აღწერენ, მთლიანად შეესაბამება ევროსაბჭოს რეკომენდაციებს სიტყვის თავისუფლებისა და ჟურნალისტური მოღვაწეობის ნორმების შესახებ, აგრეთვე, ჟურნალისტთა საერთაშორისო ფედერაციის დეკლარაციას ჟურნალისტური მოღვაწეობის თაობაზე. "ჟურნალისტთა ეთიკის კოდექსის" შემუშავებაში მონაწილეობა მიიღო საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციამ და საქართველოს მომხმარებელთა კავშირმაც. მათი შენიშვნები აგრეთვე გათვალისწინებულია ამ კოდექსში. "ჟურნალისტთა ეთიკის კოდექსის" ქართულ მედიაში საერთაშორისო ნორმების დამკვიდრებისკენ არის მიმართული, რაც საბოლოოდ ადამიანთა უფლების დაცვას ისახავს მიზნად. ჩვენ მივესალმებით ყოველი ჟურნალისტის, მედია ორგანიზაციის გადაწყვეტილებას იხელმძღვანელოს ამ კოდექსით.

პრეამბულა

საქართველოში სიტყვის თავისუფლება გარანტირებულია ქვეყნის ძირითადი კანონით - კონსტიტუციით, რომელიც მოიცავს აზრის, შეხედულების თავისუფლად გამოხატვის, გავრცელების, ასევე ინფორმაციის მოპოვებისა და გამოქვეყნების უფლებას. ჟურნალისტი ამ უფლებათა რეალიზების ძირითადი ინსტრუმენტია. მასმედიის ნებისმიერმა წარმომადგენელმა უნდა გაიცნობიეროს საზოგადოების

წინაშე აღებული პასუხისმგებლობა - დაიცვას საზოგადოების უფლება იცოდეს სიმართლე. ჟურნალისტმა პატიოსნად და კეთილსინდისიერად უნდა განახორციელოს პროფესიული მოვალეობანი. "ჟურნალისტური ეთიკის კოდექსი" შექმნილია ჟურნალისტთა ეთიკის ძირითადი პრინციპების დასაცავად. მას არ გააჩნია კანონის ძალა.

1. სიმართლე

საზოგადოებამდე სიმართლის მიტანა ჟურნალისტის უპირველესი მოვალეობაა.

1.1 ჟურნალისტი მოვალეა არ დამალოს ინფორმაცია, რომლის მნიშვნელობა და შინაარსი მას საზოგადოების საერთო ინტერესის საგნად აქცევს.

1. 2 ჟურნალისტმა უნდა გამოაქვეყნოს ისეთი შეხედულებებიც, რომელსაც ის არ ეთანხმება. იმ მოვლენათა გაშუქებისას, რომლებიც აზრთა სხვადასხვაობით ხასიათდება, მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული მხარეთა თანაბრად წარმოჩენის პრინციპი.

2. ობიექტურობა

ჟურნალისტი მუდამ უნდა იცავდეს სამართლიანი კრიტიკისა და კომენტირების უფლებას.

2. 1 ნებისმიერი სახის ინფორმაციული მასალა (ვიდეო, აუდიო, ტექსტობრივი და ფოტომასალა) მაქსიმალური სიფრთხილითა და ყურადღებით უნდა გადამოწმდეს, რათა ფაქტი დამახინჯებულად არ გადმოიცეს. ჭორი და ვარაუდი აუცილებლად უნდა გადამოწმდეს.

2. 2 არადოკუმენტალურ ილუსტრაციას, ფოტო და ვიდეომონტაჟს, ასევე სხვა სახეცვლილებას, რომელსაც საზოგადოების შეცდომაში შეყვანა შეუძლია, შესაბამისი მინაწერი უნდა გაუკეთდეს.

2.3 ამა თუ იმ გაზეთის ან სხვა საინფორმაციო საშუალების მიერ გამოქვეყნებული მასალის მიმოხილვისას, არ უნდა შეიცვალოს მისი ძირითადი შინაარსი. ტექსტის შემცირებამ, ან რაიმე დამატებამ არ უნდა გამოიწვიოს სტატიის ძირითადი აზრის დამახინჯება და არ უნდა დაუშვას საზოგადოების მიერ მცდარი აზრის გამოტანა.

2.4 ჟურნალისტი ყოველთვის უნდა ასახელებდეს თავის ვინაობას ინფორმაციის წყაროსთან მუშაობისას. ეს პრინციპი შეიძლება დაირღვეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ინფორმაცია საზოგადოების განსაკუთრებულ ინტერესს ეხება და მისი მოპოვება სხვა გზით შეუძლებელია. (იხილეთ 3.3) ჟურნალისტმა განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ინტერვიუს რეზიუმეს სახით გადმოცემისას, იმისთვის, რომ არ შეილახოს რესპონდენტის, როგორც თანაავტორის უფლება.

2.5 მკითხველთა წერილები რედაქციაში შემოსული წერილი უნდა გამოქვეყნდეს შესაბამისი მინაწერით, იმისთვის, რომ საზოგადოებამ იცოდეს ვინ არის ავტორი. ამასთან, წერილიდან უნდა ჩანდეს, რომ ავტორს სურს მისი გამოქვეყნება.

რედაქცია დამოუკიდებლად იღებს შემოსული წერილის გამოქვეყნების, ან აღნიშნულზე უარის თქმის გადაწყვეტილებას. ამ მიზნით, შესაბამისად უნდა იყოს განხილული წერილის შინაარსი. კერძოდ, ეხება, თუ არა ის საზოგადოების საერთო ინტერესს.

ჟურნალისტებმა სიფრთხილე უნდა გამოიჩინონ, რათა არ გამოქვეყნდეს მკითხველთა ისეთი წერილები, რომლებიც მესამე პირის დამამცირებელ განცხადებებს შეიცავენ.

რედაქციამ საშუალება უნდა მისცეს დაინტერესებულ პირს, იმავე საშუალებით პასუხი გასცეს მის მიმართ გამოთქმულ ბრალდებას, რომელსაც გამოქვეყნებული წერილი შეიცავდა. ფიქტიურ მკითხველთა წერილების გამოქვეყნება საზოგადოების მოტყუებაა.

იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს რაიმე ეჭვი წერილის წარმოშობასთან დაკავშირებით, ჟურნალისტი ვალდებულია გადაამოწმოს იგი. სარედაქციო კოლეგიამ მაქსიმალურად უნდა დაიცვას შემოსული წერილის შინაარსი, მისი შემცირების შემთხვევაში. ამასთან, კოლეგიამ, წერილის შემცირებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილება აუცილებლად უნდა შეათანხმოს მის ავტორთან.

3. პატიოსნება

3.1 მოვლენები და სიახლეები ჟურნალისტმა უნდა აღწეროს მხოლოდ იმ ფაქტებზე დაყრდნობით, რომელთა უტყუარობაშიც ის დარწმუნებულია. ჟურნალისტმა არ უნდა დამალოს არსებითი ინფორმაცია ან გააყალბოს დოკუმენტები.

3.2 ჟურნალისტმა თავი უნდა აარიდოს ინფორმაციის, სიახლეებისა და ფოტოსურათების უკანონო გზით მოპოვებას.

3.3 მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევაში შესაძლოა ჟურნალისტური კვლევის საიდუმლოდ წარმართვა. კერძოდ, თუ ის ააშკარავებს საზოგადოებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვან ინფორმაციას, რომლის მიღება სხვა გზით შეუძლებელი იყო. საზოგადოებრივი ინტერესი არ ამართლებს სიახლეთა მოპოვების მიზნით ჩადენილ უკანონობას.

3.4 ინფორმაციის გადმოცემისას, ან კომენტირებისას დაშვებული უზუსტობა (თუ ის მომავალში ასეთად იქნა აღიარებული), იმავდროულად და იმავე საშუალებით უნდა შესწორდეს იმავე უწყების ან ჟურნალისტის მიერ, რომელმაც ინფორმაცია გამოაქვეყნა. ამასთან ერთად, უარმყოფელი განცხადება მაშინაც უნდა გაკეთდეს, როდესაც დაშვებული შეცდომა სხვა ადგილას საჯაროდ იქნა აღიარებული.

4.კონფიდენციალურობა

ჟურნალისტმა უნდა დაიცვას პროფესიული საიდუმლოება - კონფიდენციალურად მოწოდებული ინფორმაციის წყარო. ამ წესის წესაბამისად, ჟურნალისტმა უნდა დაიცვას გაუმჟღავნებლობის თაობაზე, ინფორმატორისთვის მიცემული პირობა. ეს პირობა შეიძლება დაირღვეს მხოლოდ მაშინ, თუ ინფორმაცია კრიმინალური აქტის დაგეგმვას, ან ადამიანთა სიცოცხლისათვის მოსალოდნელ საშიშროებას ეხება.

5. დამოუკიდებლობა

ჟურნალისტმა არ უნდა დაუშვას მისი საქმიანობის კერძო ინტერესებით, ბოროტად გამოყენება.

5.1 ჟურნალისტმა პროფესიული მოვალეობანი გარეშე პირთა ჩაურევლად უნდა განახორციელოს. კერძოდ, ხელისუფლების, ან სხვა გარეშე პირთა მხრიდან ზემოქმედებამ არ უნდა ხელყოს ჟურნალისტური საქმიანობის დამოუკიდებლობა და არ უნდა შეცვალოს ჟურნალიტური მასალების შინაარსი. მასმედიის ნებისმიერი წარმომადგენელი ვალდებულია წინააღმდეგობა გაუწიოს ყველას, ვინც მათ დამოუკიდებლობას ლახავს. ეს პრინციპი ეხება იმ შემთხვევებსაც, როდესაც მასალაში მოყვანილი ფაქტების გაყალბებას იმ საინფორმაციო უწყების ხელმძღვანელი ცდილობს, სადაც ჟურნალისტი მუშაობს.

5.2 ჟურნალისტი რომელიც პარალელურად სამთავრობო უწყებაში მუშაობს, ვალდებულია თავიდან აიცილოს ინტერესთა კონფლიქტი და გამიჯნოს საჯარო მოვალეობები ჟურნალისტური საქმიანობისაგან, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა ჟურნალისტური საქმიანობა საჯარო მოვალეობების განუყოფელი ნაწილია.

5.3 გაუმართლებელია მესამე პირის კერძო, ან ფინანსური ინტერესების გავლენის ქვეშ მომზადებული სარედაქციო მასალის ან შეხედულების გამოქვეყნება. რეკლამა და სარედაქციო მასალა ნათლად უნდა იყოს გამიჯნული. იმისათვის, რომ

საზოგადოების შეცდომაში შეყვანა თავიდან იქნას აცილებული, რეკლამა შესაბამისი ფორმით, მინაწერით, ან კომენტარით უნდა გამოქვეყნდეს.

5.4 ჟურნალისტის მიერ საზოგადოების წინაშე აღებული პასუხისმგებლობა ზღუდავს ფარულ რეკლამას სარედაქციო მასალების მეშვეობით.

5.5 ჟურნალისტური საქმიანობის დამოუკიდებლობისა და მიუკერძოებლობის პრინციპი გამორიცხავს ჟურნალისტის მიერ ისეთი სახის საჩუქრის მიღებას, რომელსაც მისი პროფესიული თავისუფლების ხელყოფა შეუძლია.

6. ადამიანის უფლებების პატივისცემა

ჟურნალისტი პატივს უნდა სცემდეს ადამიანის პირად ცხოვრებას და სოციალურ გარემოს, რომელშიც ის ცხოვრობს. თუმცა, თუ ამა თუ იმ პირის მიერ ჩადენილი ქმედება უკავშირდება საზოგადოებას, ეს საკითხი შესაძლებელია განხილულ იქნას ჟურნალისტთა მიერ. ასეთ შემთხვევებში ჟურნალისტებმა უნდა გამოიჩინონ სიფრთხილე, რათა არ ხელყონ სხვა გარეშე პირთა პირადი უფლებები.

6.1 ჟურნალისტმა სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს სამართალდარღვევის, ან უბედურ ფაქტებთან დაკაშირებული მოვლენების აღწერისას. ის უნდა ეცადოს, თავისი საქციელით საფრთხეში არ ჩააგდოს ადამიანთა სიცოცხლე. ასეთი მოვლენების აღწერისას, გაუმართლებელია დაზარალებულის, ეჭვმიტანილის ან მათი ნათესავების ვინაობის დასახელება ან ისეთი ინფორმატიული მასალის გამოქვეყნება, რაც აშკარად, ამ პირთა იდენტიფიკაციის საშუალებას იძლევა. იმისათვის, რომ საზოგადოება გაერკვეს მოვლენაში ვინაობის იდენტიფიცირება არ არის აუცილებელი. ეს წესი შეიძლება დაირღვეს მხოლოდ ისეთი გარემოებებისას, როდესაც დაზარალებული ან ეჭვმიტანილი ცნობილი პიროვნებაა (თანამდებობის პირი, საზოგადო მოღვაწე და სხვა), რაც მოვლენას ფართო საზოგადოებრივ ინტერესს უკავშირებს.

6.2 გაუმართლებელია სისხლის სამართლის ძებნასთან, გამოძიებასთან ან სასამართლო პროცესთან დაკავშირებულ რეპორტაჟში ტენდენციური სახის კომენტარისა თუ შეფასების კეთება. დანაშაულის ჩადენაში ეჭვმიტანილი, ბრალდებული, განსასჯელი პირი არ შეიძლება დამნაშავედ იქნას წარმოდგენილი მანამ, ვიდრე მის მიერ დანაშულის ჩადენა არ დამტკიცდება კანონით გათვალისწინებული წესით და არ დადგინდება კანონიერ ძალაში შესული, სასამართლოს გამამტყუნებელი განაჩენით.

6.3 განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა იყოს გამოჩენილი იმ კრიმინალური ფაქტების აღწერისას, სადაც საქმე არასრულწლოვანს ეხება. არასრულწლოვანთა მომავლის პატივისცემის პრინციპი ზღუდავს არასრულწლოვან დამნაშავეთა სახელებისა თუ გამოსახულების გამოქვეყნებას. გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კანონით დადგენილი წესით, ასეთ პირზე ძებნაა გამოცხადებული. ეს წესი ეხება იმ შემთხვევებსაც, როდესაც დაზარალებული არასრულწლოვანია.

6. 4 ჟურნალისტმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოიჩინოს სტიქიურ, ან სხვა უბედურ შემთხვევებში. მან ასეთი შემთხვევების დროს, პრიორიტეტად უნდა მიიჩნიოს ადამიანთა სიცოცხლის გადარჩენა და სამსახურეობრივი მოვალეობა მეორე პლანზე დააყენოს. ასეთ შემთხვევებში, დაუშვებელია დაზარალებულთა გრძნობებით მანიპულირება.

6. 5 დაუშვებელია პიროვნების დისკრიმინაცია რასის, სქესის, ეროვნების, რელიგიის, ფიზიკური მდგომარეობის, სექსუალური , პოლიტიკური ორიენტაციისა და სოციალური ნიშნით. ჟურნალისტი უნდა მოერიდოს ადამიანის რომელიმე ამ ნიშნისადმი კუთვნილების დასახელებას, თუ ეს აუცილებელი არ არის მომხდარ ფაქტში თუ მოვლენაში საზოგადოების გასარკვევად. ჟურნალისტმა მაქსიმალური სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს, რათა არ ხელყოს ინდივიდის პატივი და ღირსება.

6.6 დაუშვებელია პლაგიატი, უსაფუძვლო დადანაშაულება.

"ჟურნალისტური ეთიკის კოდექს"-ში გათვალისწინებულია ჟურნალისტთა პროფესიული საქმიანობის საერთაშორისოდ აღიარებული პრინციპები. კოდექსის ტექსტი მოამზადა: საქართველოს ჟურნალისტთა დამოუკიდებელი ასოციაცია. 2000 წელი. ექსპერტიზა: საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია, საქართველოს მომხმარებელტა კავშირი, 2000 წელი. "საქართველოს ჟურნალისტთა დამოუკიდებელი ასოციაცია" ჟურნალისტთა საერთაშორისო ფედერაციის (www.ifj.org) IFJ- ს წევრი ორგანიზაციაა. ის ასევე, კავკასიისა და შუა აზიის ჟურნალისტური ორგანიზაციების ქსელის (www.CASCFEN.org) დამფუძნებელი და სრულუფლებიანი წევრია. ყურადღება: აღნიშნული დოკუმენტის გამოქვეყნება ნებადართულია მხოლოდ მისი ორიგინალური წყაროს მითითებით. ტექსტის ცვლილება ან რაიმე სახით დამახინჯება, ან წყაროს შეცვლა დაუშვებელია.