



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

საქართველო

აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების
ეროვნული ანგარიში



საანგარიშო პერიოდი: 2010 - 2011

აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების
ეროვნული ანგარიში

ს ა ქ ა რ თ ვ ე ლ ო

საანგარიშო პერიოდი

2010 წლის იანვარი -2011 წლის დეკემბერი

სარჩევი

I. არსებული მდგომარეობა	3
ა) მონაწილეთა ჩართულობა ანგარიშის შედგენის პროცესში	3
ბ) საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიის სტატუსი	3
გ) პოლიტიკა და პროგრამული რეაგირება	5
დ) ინდიკატორების მიმოხილვა/ცხრილში	8
II. აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიური სურათი	14
III. აივ ინფექცია/ შიდსის ეროვნული მახასიათებლები	18
IV. საუკეთესო გამოცდილება	19
V. ძირითადი გამოწვევები და სამკურნალო ქმედებები	21
VI. ქვეყნის განვითარების პარტნიორების ხელშეწყობა	23
VII. მონიტორინგი და შეფასება	31
დანართი 1.	
აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ანგარიშის მომზადების პროცესი	34
დანართი 2.	
ეროვნული ვალდებულებები და პოლიტიკის მექანიზმი (NCPI) 2012	35

I. არსებული მდგომარეობა

ა) მონაწილეთა ჩართულობა ანგარიშის შედეგის პროცესში

აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ეროვნული ანგარიში მომზადდა იმ ინდიკატორების მიხედვით, რომელიც განისაზღვრა მეთოდური სახელმძღვანელოს რეკომენდაციების შესაბამისად. 2011 წლის პოლიტიკური დეკლარაციის განხორციელების მონიტორინგისათვის საჭირო ძირითადი ინდიკატორების შექმნამ მოითხოვა მთავარ მონაწილესუბიექტებთანამდენიმეეროვნული საკონსულტაციო შეხვედრა (გლობალური პროგრესის ანგარიშის თავდაპირველი სამუშაო შეხვედრა გაიმართა 2011 წლის ნოემბერში, ქვეყნის პროგრესის ანგარიშის შუალედური შეხვედრა – თებერვალში და ანგარიშის ვალიდაციის შეხვედრა - 2012 წლის მარტში) და წერილობითი განხილვები. სპეციფიური ინდიკატორებისათვის მონაცემები განხილულ იქნა სამთავრობო, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტთა მიერ. UNAIDS-ის რეკომენდაციებზე დაყრდნობით მოხდა თითოეული ეროვნული ინდიკატორის მონაცემების და ეროვნული ანგარიშის სამუშაო ვერსიის წარმოდგენა, განხილვა და დამტკიცება ფართო შეხვედრებზე. აღნიშნულ შეხვედრებს ესწრებოდნენ საქართველოს მთავრობის და სხვა საერთაშორისო, ადგილობრივი სამთავრობო და არასამთავრობო სუბიექტების წარმომადგენლები.

აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ეროვნული ანგარიში შემუშავდა თანამონაწილეობის პრინციპით, რომელსაც საერთო კოორდინირებას უწევდნენ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც) და ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი (CCM), UNAIDS-ის ადგილობრივ წარმომადგენლობასთან მჭიდრო თანამშრომლობით. დკსჯეც ახდენდა ყველა კონსულტაციისა და მონაცემთა შეგროვების ფასილიტაციას.

სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციებს შორის შეხვედრების შედეგად ასევე შემუშავდა ეროვნული ვალდებულებებისა და პოლიტიკის მექანიზმი (NCPI). პირველი სამუშაო ვერსიის შემუშავების შემდეგ ის გაზიარებულ იქნა ფართო აუდიტორიისათვის და ყველა დაინტერესებულ სუბიექტს საშუალება მიეცა, გაეკეთებინა საკუთარი კომენტარი ამ სამუშაო ვერსიაზე. ყველა კომენტარი განხილულ იქნა და აისახა საბოლოო ანგარიშში. დკსჯეც-მა მიღებული სამუშაო ვერსია წარმოადგინა 2012 წლის 30 მარტს დასკვნით ეროვნულ საკონსულტაციო შეხვედრაზე, რომელსაც მონაწილე სუბიექტების ფართო სპექტრი ესწრებოდა.

ბ) საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდემიის სტატუსი

მოსახლეობის 0.05%-ის ინფიცირებით საქართველო აივ-ინფექციის დაბალი გავრცელების ქვეყნებს მიეკუთვნება. განახლებული გამოთვლების მიხედვით (სპექტრუმი EPP) ცოცხალი აივ-ინფიცირებულების რაოდენობა ქვეყანაში 2010 წელს განისაზღვრა 4400 და 2011 წელს 5000 ადამიანით, ხოლო ვირუსის გავრცელება ძირითადად შემოიფარგლება ყველაზე მაღალი რისკის პოპულაციით (MARF). ჰომოსექსუალებში ჩატარებული უკანასკნელი ბიომარკერის კომპონენტის მქონე ქცევითი ზედამხედველობის კვლევით

(Bio-BSS), რომელიც 2010 წელს ჩატარდა თბილისში, აღმოჩნდა, რომ ჰომოსექსუალი მამაკაცების 6.4% იყო ინფიცირებული და, სავარაუდოდ, ყველაზე მაღალი გავრცელება არის დედაქალაქში.

თუმცა, გარდა ჰომოსექსუალ მამაკაცებში დანყებული ეპიდემიისა, არსებობს მომავალში აივ-ინფექციის სწრაფი გავრცელების რისკი ინექციური ნარკომანიის, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და B და C ჰეპატიტების მაღალი გავრცელების გამო; ასევე, მომატებული მიგრაციის გამო საქართველოსა და იმ მეზობელ ქვეყნებს შორის (მაგ., რუსეთი, უკრაინა), სადაც აივ-ინფექციის მზარდი ეპიდემია აღინიშნება.

ამ ანგარიშში წარმოდგენილი ყველა მონაცემი აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და ქცევის შესახებ, ისევე, როგორც აივ-ინფექციის პრევალენტობის ინდიკატორები მაღალი რისკი პოპულაციისთვის – მიღებულია Bio-BSS-ებით, რომლებიც ჩატარდა საერთაშორისო დაფინანსების მქონე ორი პროგრამის ფარგლებში:

1. USAID-ის მიერ დაფინანსებული Research Triangle Institute (RTI საქართველოს აივ-პრევენციის პროექტი (GHPP)) – Save the Children-სა და Program for Appropriate Technologies in Health-თან პარტნიორობით – რომლის მიზანია ყველაზე მაღალი რისკის პოპულაციაში აივ-პრევენციის ღონისძიებების შემუშავება და განხორციელება, მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ-ინფექციის პრევენციის ხელშეწყობა, რათა ავიცილოთ აივ-ინფექციის გავრცელება ზოგად პოპულაციაში. მუშაობის პროცესში ჩართული იყო ორი ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია – „თანადგომა“ და „ბემონი“, რომელთა აქტივობები მიმართული იყო მაღალი რისკის პოპულაციებში აივ ინფექციის საპრევენციო ღონისძიებების შემუშავებისა და განხორციელებისკენ.

2. გლობალური ფონდის მხარდაჭერით განხორციელებული აივ-ინფექციის პროექტი საქართველოში, რომელიც ჩატარდა გლობალური პროექტების განმხორციელებელი ცენტრის (GPIC) მიერ. ქცევითი ზედამხედველობის კვლევების განხორციელებაზე პასუხისმგებელი მთავარი პარტნიორი არის საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. პროექტის განხორციელებაში მონაწილე პარტნიორები ასევე არიან ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები „თანადგომა“ და „ბემონი“.

ამ პროექტების ფარგლებში საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებში ჩატარდა ქცევითი ზედამხედველობის კვლევების რამდენიმე რაუნდი ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში, ჰომოსექსუალებში, კომერციულ სექს-მუშაკ ქალებსა და პატიმრებში. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და ჰომოსექსუალ მამაკაცებში გამოყენებულ იქნა რესპონდენტის მეთოდით შერჩევის მეთოდოლოგია (Respondent Driven Sampling methodology, RDS), ხოლო კომერციულ სექს-მუშაკ ქალებში – დროის და მდებარეობის მიხედვით შერჩევა (Time-and-Location Sampling). ეს მეთოდოლოგიები საერთაშორისოადაა აღიარებული, როგორც ყველაზე მეტად რეკომენდებული მიდგომა დაფარული პოპულაციების ნვდომისათვის. აღნიშნული BSS მეთოდოლოგიები თითოეული მაღალი რისკის ჯგუფისათვის იყენებს თითქმის სტანდარტიზებულ კითხვარს. სტანდარტული მეთოდოლოგიებისა და კვლევის ინსტრუმენტების გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა მონაცემთა შეგროვების გამოყენება ქალაქებსა და წლებს შორის შედარებითი ანალიზისათვის. ეს ანგარიში მოიცავს აგრეგირებულ მონაცემებს, რათა წარმოდგენილ იქნას ინფორმაცია კვლევის რაც შეიძლება მეტი ადგილიდან.

გ) პოლიტიკა და პროგრამული რეაგირება

ჯანდაცვაში აივ/შიდსთან დაკავშირებული გაზრდილი პრობლემის გათვალისწინებით, საქართველოს მთავრობამ გამოიყენა სხვადასხვა მექანიზმი და რესურსი ეპიდემიის გავლენის შესამსუბუქებლად. აივ-ინფექციაზე ეფექტური რეაგირებისათვის აუცილებელ სხვადასხვა ფაქტორად აღიარებული იქნა ეროვნული და საერთაშორისო სუბიექტების, მათ შორის, სამოქალაქო საზოგადოების ფართო სპექტრის, კოორდინირებული ჩართულობა.

1996 წლიდან აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამების კოორდინირება ხდებოდა აივ/შიდსის, სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და სხვა სოციალურად საშიში დაავადებების სამთავრობო კომისიების, შესაბამისი სამინისტროებისა და სგგი/აივ-ის სფეროში მომუშავე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ. სამთავრობო კომისიების გამოცდილებაზე დაყრდნობით და საქართველოში გლობალური ფონდის მხარდაჭერის დაწყების საპასუხოდ 2002 წელს დაფუძნდა ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი (CCM). საქართველოში აივ-ინფექციაზე რეაგირება რომ პოლიტიკურ ვალდებულებას წარმოადგენს, ამას ის ფაქტიც ადასტურებს, რომ CCM-ს ხელმძღვანელობს საქართველოს პირველი ლედი სანდრა ელისაბედ რულოვსი.

ეროვნული რეაგირების კოორდინირებისათვის CCM მოქმედებს მულტისექტორული მანდატით და აერთიანებს წარმომადგენლობების ფართო სპექტრს ყველა რელევანტური სამინისტროდან, სამთავრობო დაწესებულებებიდან, გაეროდან, სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებიდან, ბილატერალური და მულტილათერალური სააგენტოებიდან, ისევე, როგორც ორგანიზაციებიდან, რომლებიც წარმოადგენენ აივ-ინფიცირებულადამიანებს. CCM-ში არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლობის გასაზრდელად, ადგილობრივი არასამთავრობოების არჩევა როტაციის პრინციპით ხდება სგგი/აივ-ის პრევენციის სპეციალური კომისიიდან (PTF) [Prevention Task Force], რომელიც 30-ზე მეტი სამთავრობო, არასამთავრობო და დონორი ორგანიზაციის გამაერთიანებელი პროფესიული ქსელია. PTF მიჩნეულია პროფესიული და სამოქალაქო საზოგადოების ეფექტურ ფორუმად იმ სუბიექტებისათვის, რომლებიც აქტიურად არიან ჩართულნი საქართველოში აივ-ინფექციის პოლიტიკის შემუშავებისა და ადვოკატირების ინიციატივებში.

UNAIDS-ის „სამი ერთიანის“ პრინციპის საპასუხოდ, რომელიც მოიცავს მოწოდებას შიდსის ეროვნული რეაგირების საუკეთესო კოორდინირებისაკენ ერთიანი სამოქმედო სტრატეგიის ფარგლებში, 2007 წლის მაისში CCM გახდა საქართველოს ერთადერთი ეროვნული საკოორდინაციო ორგანო. CCM-ს დაეკისრა მთავარი როლი კოორდინირებული რეაგირებისათვის საჭირო ეროვნული ადვოკატირების პროგრამის შემუშავებაში, ეროვნულ აივ-სტრატეგიასთან დაკავშირებული პოლიტიკისა და კანონმდებლობის შემუშავებაში და ქვეყნის მასშტაბით აივ-ინფექციის პროგრამების მონიტორინგსა და შეფასებაში. CCM-ის ოფიციალური სტატუსი კანონმდებლობით დადგინდა 2009 წლის აივ/შიდსის კანონის ფარგლებში.

აივ/შიდსთან დაკავშირებული მეორე სტრატეგიული დოკუმენტი – ეროვნული სტრატეგიული სამოქმედო გეგმა (NSPA) საქართველოში აივ/შიდსის პრევენციაზე, მკურნალობაზე, მზრუნველობასა და მხარდაჭერაზე უნივერსალური წვდომის არსებობისთვის – შეიქმნა 2006 წელს 2003-2007 წლებში არსებული პირველი NSPA-ის გადახედვაზე დაყრდნობით. 2006-2010 წლების NSPA-ში განსაზღვრული იყო პოლიტიკისა და პროგრამირების პრიორიტეტები აღნიშნული პერიოდისათვის და მოიცავდა ოთხ დიდ სტრატეგიულ

ამოცანას: (1) ეპიდზედამხედველობა; (2) პრევენცია; (3) მკურნალობა, მზრუნველობა და მხარდაჭერა და (4) ეროვნული ვალდებულებები.

2009-2010 წლებში UNAIDS-ის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით, აქტიური ჩართულობითა და ინტერაქტიული პროცესების წარმართვით შემუშავდა 2011-2016 წლების ეროვნული სტრატეგიული სამოქმედო გეგმა (NSPA). ეროვნული კონსულტაციების სერიაში უშუალოდ იყო ჩართული და პროცესში დიდი წვლილი შეიტანა 50-ზე მეტმა ეროვნულმა ექსპერტმა, პოლიტიკის შემქმნელმა, ასევე სამოქალაქო საზოგადოებისა და საერთაშორისო სუბიექტმა.

ამ პროცესების შედეგად შექმნილი საბოლოო დოკუმენტი დეტალურად იქნა გადახედილი მსოფლიო ბანკის შიდსის სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის (ASAP) ფარგლებში. მიღებული რეკომენდაციების ვალიდაციის შემდეგ სტრატეგია დამტკიცებულ იქნა CCM-ის მიერ 2010 წლის აგვისტოში.

„CCM-ის სამდინგოს შესაძლებლობების გაზრდა და საჭირო სისტემებით/ინსტრუმენტებით უზრუნველყოფა, რომლებიც განაპირობებენ მაკოორდინირებელი ფუნქციის განხორციელებას“ არის NSPA 2011-2016-ის ერთ-ერთი სტრატეგიული პრიორიტეტი, თავის მხრივ, ხუთი მთავარი სტრატეგიული მიმართულებით: (1) კოორდინირება და ადვოკატირება, (2) პრევენცია, (3) მკურნალობა, (4) მზრუნველობა და მხარდაჭერა, (5) ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება.

საქართველოს ახალი, 2011-2015 წლების ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის (http://www.moh.gov.ge/files/2011/failebi/xarisxiani-jandacva/jandacva_Eng.pdf) მიღებასთან ერთად, კიდევ ერთხელ იქნა ხაზგასმული ახალი სტრატეგიული გეგმის მიზანი – შეიზღუდოს აივ-ინფექციის ეპიდემიის ზრდა მაღალი რისკის პოპულაციებში და გაუმჯობესდეს PLHIV-ის გამოსავალი კოორდინირების დახვეწისა და ეროვნული რეაგირების ადვოკატირების გაძლიერებით.

ეროვნული რეაგირების ეფექტური და გეგმვის, კოორდინირებისა და განხორციელებისათვის შემუშავდა აივ/შიდსის მონიტორინგისა და შეფასების სისტემა და სტრატეგია მრავალი დაინტერესებული სუბიექტის მონაწილეობით, CCM-ის ზედამხედველობითა და UNAIDS-ის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით. დაფუძნდა ტექნიკური სამუშაო ჯგუფი (TWG), რომელიც შედგენილი იყო აივ-ინფექციაზე ეროვნული რეაგირების განხორციელებაში ჩართული სხვადასხვა ორგანიზაციებიდან წარმოდგენილი დამოუკიდებელი ექსპერტებით. ექსპერტებმა მიმოიხილეს სახვადასხვა საერთაშორისო სახელმძღვანელო და სტანდარტიზებული მეთოდოლოგიები აივ/შიდსის მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების შესახებ და განხორციელეს ვიზიტები და ინტერვიუები საქართველოში აივ/შიდსთან დაკავშირებული საჭიროებების უკეთესად გასაგებად (დეტალური აღწერა იხილეთ ქვემოთ, პარაგრაფი VII).

აივ-ინფექციის მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული სისტემა და სტრატეგია, მათ შორის, სამოქმედო სახელმძღვანელო და გეგმა, შემუშავდა სამუშაო შეხვედრებისა და ეროვნული კონსულტაციების ფართო წარმომადგენლობითი პროცესის დროს. შეხვედრებმა შესაძლებელი გახადა აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობების ამ ახალი ეროვნული ინსტრუმენტის მაქსიმალური სინთეზი WHO/UNICEF/UNAIDS-ის აივ-ანგარიშგების და UNGASS დეკლარაციის მონიტორინგის ინსტრუმენტებთან.

მონიტორინგისა და შეფასების ახალი სისტემა და დოკუმენტი დამტკიცდა ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ 2011 წლის ივნისში.

მონიტორინგისა და შეფასების ახალი სისტემა მნიშვნელოვნად განავითარებს აივ ინფექცია/ შიდსის თანამედროვე ეპიდზედამხედველობას, რომელსაც საფუძველი ჩაეყარა 2007 წელს გლობალური ფონდის ტექნიკური და ფინანსური დახმარებით. ეპიდზედამხედველობის სისტემა მოიცავს სამ კომპონენტს: რუტინულ ეპიდზედამხედველობას, სენტინელურ ეპიდზედამხედველობას და ქცევითი ზედამხედველობის კვლევებს მაღალი რისკის ჯგუფებში.

დკსჯეც-ი წარმოადგენს მთავარ ეროვნულ სააგენტოს, რომელიც პასუხისმგებელია აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობაზე. ეს როლი შერწყმულია მისი, როგორც მონიტორინგისა და შეფასების ახალი სისტემის განმახორციელებელ ფუნქციასთან.

დეტალურად გაიწერა ეროვნული ეპიდზედამხედველობის გეგმა, სტანდარტული ფორმების შეგროვების წესი და მეთოდოლოგიური სახელმძღვანელო მონაცემთა ანალიზისათვის. ეპიდზედამხედველობის ახალი სისტემის დანერგვა ნორმატიულად დამტკიცდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით #217/ო 23.07.2010 განვითარების ინსტიტუციონალიზაციის მხარდასაჭერად.

საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერების მიზნით აივ/შიდსის ეროვნული პროგრამისთვის შეგროვდა მონაცემები. პროექტი დაფინანსდა გლობალური ფონდის მიერ და განხორციელდა საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ მიერ სხვადასხვა ორგანიზაციებთან პარტნიორობით. ამ ორგანიზაციებს მიეკუთვნება ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“, ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრი „თანადგომა“. პროექტი გრძელდებოდა 2008 წლის თებერვლიდან 2010 წლის დეკემბრამდე. პროექტის მთავარი მიზანი იყო აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის რეფორმა, რომელიც მოიცავდა 3 ძირითად კომპონენტს, თითოეული მათგანი კი - აქტივობების სერიას.

დ) ინდიკატორების მიმოხილვა

მიზანი 1. აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გავრცელების განახევრება 2015 წლისთვის									
ინდიკატორი		მაჩვენებელი						კომენტარი	
2011	პროცენტული განაწილება 15-24 წლის ქალებისა და მამაკაცების, რომლებმაც სწორად იციან აივ ინფექციის სქესობრივი გადაცემის პრევენციის გზები და არ იზიარებენ ყველაზე გავრცელებულ მცდარ შეხედულებებს აივ გადაცემის შესახებ (პროცენტული მაჩვენებელი ყველა იმ რესპონდენტის, რომელთაც სწორად უპასუხეს ხუთივე შეკითხვაზე)	სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
		10.22%	11.23%	9.25%	9.47%	15.65%	6.60%	14.85%	
2011	შეკითხვა 1: შესაძლებელია თუ არა აივ გადაცემის რისკის შემცირება სქესობრივი კონტაქტით მხოლოდ ერთ არაინფიცირებულ პარტნიორთან, რომელსაც არ ჰყავს სხვა პარტნიორი	სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
		66.74%	66.30%	67.15%	64.27%	71.37%	62.88%	76.13%	
2011	მე-2 შეკითხვაზე „შეუძლია თუ არა ადამიანს აივ-ინფიცირების რისკის შემცირება ყოველი სქესობრივი კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენებით?“ უპასუხა „დიახ“	სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
		65.46%	72.08%	59.15%	72.06%	72.14%	54.45%	69.03%	
2011	მე-3 შეკითხვაზე „შეიძლება თუ არა აივ-ინფიცირებული გამოიყურებოდეს ჯანმრთელად?“ უპასუხა „დიახ“	სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
		49.33%	47.44%	48.47%	46.26%	50.38%	48.47%	56.77%	
2011	მე-4 შეკითხვაზე „შესაძლებელია თუ არა აივ-ინფიცირება კოლოს ნაკბენით?“ (ან ქვეყნისთვის სპეციფიური შეკითხვა) უპასუხა „დიახ“	სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
		26.72%	28.35%	25.16%	26.87%	32.06%	22.70%	30.32%	
2011	მე-5 შეკითხვაზე „შესაძლებელია თუ არა აივ-ინფიცირება ინფიცირებულ ადამიანთან საკვების გაზიარებით?“ (ან ქვეყნისთვის სპეციფიური შეკითხვა) უპასუხა „დიახ“	სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
		46.78%	44.27%	49.17%	41.37%	51.53%	45.40%	57.10%	
ინდიკატორი #1.2		სულ	კაცები	ქალები	კ 15-19	კ 20-24	ქ 15-19	ქ 20-24	კომენტარი
2011	პროცენტული მაჩვენებელი 15-24 წლის ასაკის ახალგაზრდა ქალებისა და მამაკაცების, რომელთაც პირველი სქესობრივი კავშირი ჰქონდათ 15 წლის ასაკამდე	11.44%	23.34%	0.10%	25.50%	17.94%	0.15%	0.00%	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჩატარდა მხოლოდ დედაქალაქში იმ ახალგაზრდებს შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ესწრებოდნენ გაკვეთილებს საჯარო ან კერძო სკოლებში, ამიტომ შედეგები ვერ განზოგადდება მთლიან პოპულაციაზე.
ინდიკატორი #1.3		სულ	ქალები	ქ 15-19	ქ 20-24	ქ 25-49	კომენტარი		
2010	პროცენტული მაჩვენებელი 15-49 წლის ასაკის რესპონდენტებისა, რომელთაც გასული 12 თვის განმავლობაში სქესობრივი კავშირი ჰქონდათ ერთზე მეტ პარტნიორთან	0.52%	0.52%	0.35%	0.45%	0.58%	მონაცემები აღებულია ქართული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევიდან. კვლევის პოპულაცია მოიცავდა 15-44 წლის ასაკის ქალებს. მონაცემები მამაკაცებზე N/A		
ინდიკატორი #1.4		სულ	ქალები	ქ 15-19	ქ 20-24	ქ 25-49	კომენტარი		
2010	პროცენტული მაჩვენებელი 15-49 წლის ასაკის ქალებისა და მამაკაცების, რომელთაც უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ჰყავდათ ერთზე მეტი პარტნიორი და ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს გამოიყენეს კონდომი	18.18%	18.18%	0%	0%	24.00%	მონაცემები აღებულია საქართველოში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევიდან. კვლევის პოპულაცია მოიცავდა 15-44 წლის ასაკის ქალებს. მონაცემები მამაკაცებზე N/A		

ინდიკატორი# 1.5		სულ	ქალები	ქ 15-19	ქ 20-24	ქ 25-49	კომენტარი
2010	პროცენტული მაჩვენებელი 15-49 წლის ასაკის ქალებისა და მამაკაცების, რომელთაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტირება უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე და იციან ტესტირების შედეგები	6.45%	6.45%	3.02%	10.65%	6.12%	მონაცემები აღებულია ქართული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევიდან. კვლევის პოპულაცია მოიცავდა 15-44 წლის ასაკის ქალებს. მონაცემები მამაკაცებზე N/A
ინდიკატორი# 1.6		სულ	15-19	20-24	კომენტარი		
2011	პროცენტული მაჩვენებელი 15-24 წლის ასაკის ახალგაზრდა ქალების, რომლებიც არიან აივ-ინფიცირებულნი.	0.002%	N/A	N/A	საქართველო ითვლება დაბალი პრევალენტობის აივ-ეპიდემიის ქვეყანად. მოცემული ასაკობრივი ჯგუფების შესაბამისი მონაცემები არ არსებობს დანაწევრებული სახით. ანტენატალურ კლინიკებში ტესტირებულთა შორის (ასაკი 15-24) დადებითი შედეგი გამოუვლინდა 5-ს. 15-19: 1 20-24: 4		
ინდიკატორი# 1.7		ყველა სექს მუშაკი ქალი	<25	25+	კომენტარი		
2008	პროცენტული მაჩვენებელი სექს-მუშაკებისა, რომელთაც ორივე შეკითხვაზე უპასუხეს „დიახ“	66.88%	9.09%	69.80%	წყარო: ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ქალ სექს-მუშაკებს შორის თბილისში – 2008 წელი. N=160 (კაცი კომერციული სექს-მუშაკები N/A)		
2008	1-ელ შეკითხვაზე „იცით თუ არა, ვის უნდა მიმართოთ აივ-ტესტირებისთვის?“ უპასუხეს „დიახ“	81.25%	50.00%	88.73%	წყარო: ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ქალ სექს-მუშაკებს შორის თბილისში – 2008 წელი. N=160 (კაცი კომერციული სექს-მუშაკები N/A)		
2008	მე-2 შეკითხვაზე „უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოგცათ თუ არა ვინმემ კონდომი?“ უპასუხა „დიახ“	58.75%	N/A	N/A	წყარო: ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ქალ სექს-მუშაკებს შორის თბილისში – 2008 წელი. N=160 (კაცი კომერციული სექს-მუშაკები N/A)		
ინდიკატორი# 1.8		ყველა ქალი სექს-მუშაკი	<25	25+	კომენტარი		
2008	პროცენტული მაჩვენებელი ქალი და მამაკაცი სექს-მუშაკებისა, რომლებიც აღნიშნავენ კონდომის მოხმარებას უკანასკნელ კლიენტთან	98.75%	100%	98.66%	წყარო: ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ქალ სექს-მუშაკებს შორის თბილისში – 2008 წელი. N=160 (კაცი კომერციული სექს-მუშაკები N/A)		
ინდიკატორი# 1.9		ყველა ქალი სექს-მუშაკი	<25	25+	კომენტარი		
2008	პროცენტული მაჩვენებელი კომერციული სექს-მუშაკებისა, რომელთაც ჩაიტარეს აივ-ტესტირება უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე და იციან ტესტირების შედეგი	27.50%	0%	29.53%	წყარო: ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ქალ სექს-მუშაკებს შორის თბილისში – 2008 წელი. N=160 (კაცი კომერციული სექს-მუშაკები N/A)		
ინდიკატორი# 1.10		ყველა კომერციული სექს-მუშაკი	<25	25+	კომენტარი		
2008	პროცენტული მაჩვენებელი სექს-მუშაკებისა, რომლებიც არიან აივ-ინფიცირებულნი	1.95%	0.00%	2.10%	წყარო: ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ქალ სექს-მუშაკებს შორის თბილისში – 2008 წელი. N=160 (კაცი კომერციული სექს-მუშაკები N/A)		
ინდიკატორი# 1.11		ყველა ჰომოსექსუალი მამაკაცი	<25	25+	კომენტარი		
2010	პროცენტული მაჩვენებელი ჰომოსექსუალი მამაკაცებისა, რომლებიც ჩართულნი არიან აივ-პრევენციის პროგრამაში პროცენტული მაჩვენებელი ჰომოსექსუალი მამაკაცებისა, რომელთაც ორივე შეკითხვაზე უპასუხეს „დიახ“	20.86%	20.99%	20.81%	ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის თბილისში – 2010 წ.		
		ყველა ჰომოსექსუალი მამაკაცი	<25	25+			
2010	პროცენტული მაჩვენებელი ჰომოსექსუალი მამაკაცებისა, რომელთაც 1-ელ შეკითხვაზე „იცით თუ არა, ვის უნდა მიმართოთ აივ-ტესტირებისთვის?“ უპასუხეს „დიახ“	58.63%	N/A	N/A	ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის თბილისში – 2010 წ.		
		ყველა ჰომოსექსუალი მამაკაცი	<25	25+			

2010	პროცენტული მაჩვენებელი ჰომოსექსუალი მამაკაცებისა, რომელთაც მე-2 შეკითხვაზე „უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში მოგცათ თუ არა ვინმემ კონდომი“ უპასუხეს „დიახ“	36.33%	N/A	N/A	ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის თბილისში – 2010 წ.	
ინდიკატორი# 1.12		ყველა ჰომოსექსუალი მამაკაცი	<25	25+	კომენტარი	
2010	პროცენტული მაჩვენებელი მამაკაცებისა, რომლებიც აღნიშნავენ კონდომის გამოყენებას უკანასკნელი ანაღური სექსის დროს მამაკაც პარტნიორთან	67.29%	75.29%	63.59%	ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის თბილისში – 2010 წ.	
ინდიკატორი# 1.13		ყველა ჰომოსექსუალი მამაკაცი	<25	25+	კომენტარი	
2010	პროცენტული მაჩვენებელი ჰომოსექსუალი მამაკაცებისა, რომელთაც უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ჩაუტარდათ აივ-ტესტირება და იციან ტესტირების შედეგი	25.90%	27.91%	25.00%	ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის თბილისში – 2010 წ.	
ინდიკატორი# 1.14		ყველა ჰომოსექსუალი მამაკაცი	<25	25+	კომენტარი	
2010	აივ-ინფიცირებული ჰომოსექსუალი მამაკაცების პროცენტული მაჩვენებელი	7.01%	3.61%	8.51%	ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის თბილისში – 2010 წ.	
ინდიკატორი# 1.15		სულ	საჯარო	პირადი	უცნობი	კომენტარი
2011	სამედიცინო დანახვებულებები, რომელთაც აქვთ აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების სერვისები	35.02%	N/A	N/A	N/A	სამედიცინო დანახვებულებების ტიპის მიხედვით დანაწევრებული მონაცემები არ არსებობს.
ინდიკატორი# 1.17		ქალები			კომენტარი	
2011	პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, რომლებიც საზოგადოებრივ ანტენატალური მზრუნველობით და რომელთაც პირველ ანტენატალურ ვიზიტზე ჩაუტარდათ ტესტირება სიფილისზე	88.09%			დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკის დეპარტამენტი.	
		სულ	15-19	20-24		
2011	პროცენტული მაჩვენებელი ანტენატალური მზრუნველობის პროგრამით მოსარგებლე ქალებისა, რომელთა სიფილისზე ტესტირების შედეგი იყო დადებითი	0.03%	N/A	N/A	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკის დეპარტამენტი. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით დანაწევრებული მონაცემები არ არსებობს.	
2011	პროცენტული მაჩვენებელი ანტენატალური მზრუნველობის პროგრამით მოსარგებლე ქალებისა, რომელთა სიფილისზე ტესტირების შედეგი იყო დადებითი და რომელთაც ჩაუტარდათ მკურნალობა	N/A			მონაცემები არ არსებობს	
	პროცენტული მაჩვენებელი სექს-მუშაკებისა, რომელთაც აქვთ აქტიური სიფილისი	მონაცემები არ არსებობს			მონაცემები არ არსებობს	
	პროცენტული მაჩვენებელი ჰომოსექსუალი კაცებისა, რომელთაც აქვთ აქტიური სიფილისი	მონაცემები არ არსებობს			მონაცემები არ არსებობს	
ინდიკატორი# 1.21		სულ	კაცი	ქალი	კომენტარი	
2011	აივ-ინფიცირებული პატიმრების პროცენტული მაჩვენებელი	0.25%	0.26%	0%	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა პატიმრებს შორის. აივ-ზე ტესტირება ჩაუტარდა 2424 პატიმარს, მათ შორის 2302 მამაკაცს და 122 ქალს. გამოვლინდა აივ-ის 6 ახალი შემთხვევა.	

მიზანი 2. აივ-ის გავრცელების შემცირება 50%-ით 2015 წლისთვის

ინდიკატორი# 2.1		N:					კომენტარი
2011	ნემსებისა და შპრიცების პროგრამის ფარგლებში თითოეულ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში (ინმ)-ზე წლიურად გაცემული შპრიცების რაოდენობა	22					წყაროს წარმოდგენის მონაცემთა ბაზები, რომლებსაც ქმნის და პროგრამის განმახორციელებელს აწვდის არსებული ათივე ცენტრი.
ინდიკატორი# 2.2		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	კომენტარი
2009	პროცენტული მაჩვენებელი ინმ-ისა, რომლებიც აღნიშნავენ უკანასკნელი სქესობრივი კავშირის დროს კონდომის გამოყენებას	22.42%	N/A	N/A	N/A	N/A	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა N=1127. ინმ-ის შესწავლა მოხდა საქართველოს 5 სხვადასხვა წერტილში: თბილისი, გორი, თელავი, ზუგდიდი და ბათუმი 2008-2009 წლებში. (ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის კითხვარის მიხედვით მნიშვნელოვანი შედეგები გამოვთვალეთ მხოლოდ ინმ-თა რიცხვი, რომელთაც ჰქონდათ სქესობრივი კავშირი წლის განმავლობაში და არა თვის) ბოლო
ინდიკატორი# 2.3		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	კომენტარი
2009	პროცენტული მაჩვენებელი ინმ-ისა, რომლებიც აღნიშნავენ სტერილური საინექციო საშუალებების გამოყენებას უკანასკნელი ინექციის დროს	48.09%	N/A	N/A	42.96%	48.83%	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა N=1127. ინმ-ის შესწავლა მოხდა საქართველოს 5 სხვადასხვა წერტილში: თბილისი, გორი, თელავი, ზუგდიდი და ბათუმი 2008-2009 წლებში. სქესის მიხედვით დანაწევრება არ არის შესაძლებელი.
ინდიკატორი# 2.4		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	კომენტარი
2009	პროცენტული განაწილება იმ ადამიანებისა, რომლებიც მოიხმარდნენ ინექციურ ნარკოტიკებს, ჩაიტარეს აივ-ტესტი გასული 12 თვის განმავლობაში და იციან ტესტის პასუხი	5.68%	N/A	N/A	4.93%	5.79%	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა N=1127. 2008-2009 წლებში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების გამოკვლევა მოხდა საქართველოს 5 სხვადასხვა ადგილას: თბილისში, გორში, თელავში, ზუგდიდში და ბათუმში. სქესის მიხედვით დაყოფილი მონაცემები არ არის ხელმისაწვდომი
ინდიკატორი# 2.5		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	კომენტარი
2011	პროცენტული მაჩვენებელი აივ-ინფიცირებულებისა, რომლებიც იყენებენ ინექციურ ნარკოტიკებს	3.91%	3.95%	2.08%	0.32%	4.44%	აივ-ინფექციის ეროვნული ზედამხედველობის მონაცემთა ბაზა
ინდიკატორი# 2.6		N:					კომენტარი
2010	ოპოიდების ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფ პირთა რაოდენობა	1632					სახელმწიფო პროგრამა და გლობალური ფონდი
2011	ოპიატების მომხმარებელთა რაოდენობა (ინექციური და არაინექციური მომხმარებლები)	10000					ექსპერტთა აზრი
ინდიკატორი# 2.7		N:					კომენტარი
2011	ნემსებისა და შპრიცების პროგრამის პუნქტების რაოდენობა	10					ამ 10 პუნქტიდან, „თანადგომის“ ერთი ცენტრი მუშაობს კონფლიქტურ რეგიონ აფხაზეთში, უმთავრესად სოხუმში
2011	ჩანაცვლებითი თერაპიის (OST) პუნქტების რაოდენობა	16					10 სახელმწიფო პროგრამა, 6 გლობალური ფონდის
მიზანი 3. დედიდან ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემის აღმოფხვრა 2015 წლისთვის და შიდსთან ასოცირებული დედათა სიკვდილობის მკვეთრი შემცირება							
ინდიკატორი# 3.1							კომენტარი
2011	აივ-დადებითი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც მიიღეს ანტირეტროვირუსული პრეპარატები დედიდან ბავშვზე გადაცემის შესამცირებლად	112.50%					ეროვნული კლინიკური მონაცემთა ბაზა; სპექტრში EPP.

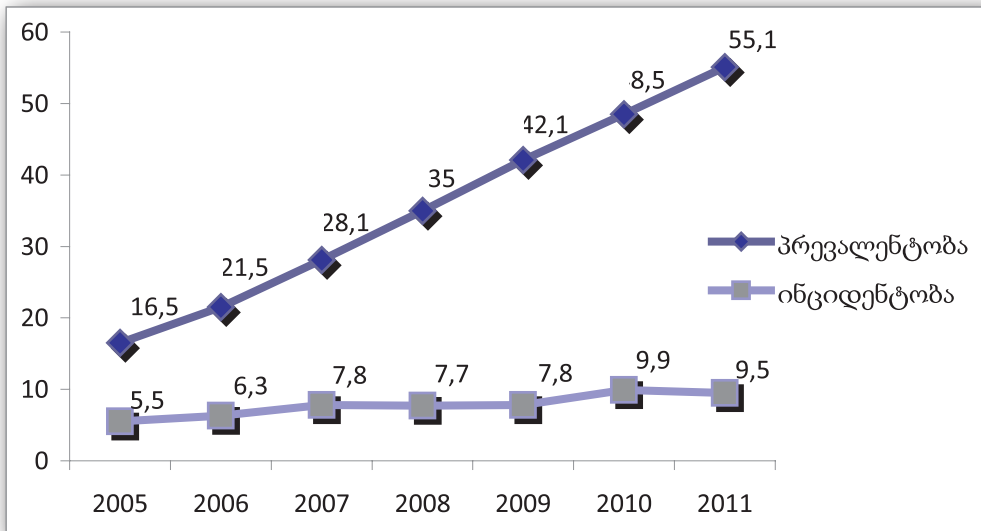
ინდიკატორი# 3.2		კომენტარი									
2011	აივ-დადებითი დედების იმ ახალშობილთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტი დაბადებიდან 2 თვის განმავლობაში	96.5%								26-დან ერთმა ახალშობილმა დატოვა ქვეყანა მანამ, სანამ აივ-ის PCR ტესტი ჩატარდა	
ინდიკატორი# 3.3		კომენტარი									
2011	გასულ 12 თვეში ნამშობიარები აივ-დადებითი ქალების შვილებში აივ-ინფექციის გამოთვლილი პროცენტული მაჩვენებელი	12.50%								სპექტრუმი EPP	
ინდიკატორი# 3.4		კომენტარი									
2011	პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, რომელთაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტირება და პასუხი მიიღეს ორსულობისას ან მშობიარობისას ან მშობიარობის შემდგომ (<72 საათზე), მათ შორის ისინი, ვისი აივ-სტატუსიც მანამდე იყო ცნობილი	82%								მნიშვნელად გამოვიყენეთ ორსული ქალების არა გამოთვლილი რაოდენობა, არამედ რეალური, რეგისტრირებული რიცხვი. (წყარო - დკსჯეც-ის სტატისტიკის დეპარტამენტი)	
ინდიკატორი# 3.7		კომენტარი									
2011	იმ ჩვილთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც დაიბადნენ დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის საპრევენციოდ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე მყოფი აივ-ინფიცირებული ქალებისგან	87.5%								წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, შიდსის ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა	
ინდიკატორი# 3.10		კომენტარი									
2011	კვების პრაქტიკის გავრცელება (მხოლოდ ძუძუთი კვება, ხელოვნური კვება, შერეული კვება/სხვა) აივ-ინფიცირებული ქალების ახალშობილებში DPT3 ვიზიტზე	100% ხელოვნური კვება								აივ-დადებითი დედების ყველა ჩვილი 6 თვის განმავლობაში უზრუნველყოფილია ხელოვნური საკვებით გლობალური ფონდის მიერ	
ინდიკატორი# 3.13		კომენტარი:									
2011	ორსულები, რომლებიც მოიხმარენ ინექციურ ნარკოტიკებს	N/A								საქართველოში 2011 წელს არც ერთი ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი ორსული არ დაფიქსირებულა	
მიზანი 4. 2015 წლისთვის ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე მყოფი 15 მილიონი აივ-ინფიცირებულის ყოლა											
ინდიკატორი# 4.1b		სულ	კაცი	ქალი	<15	15+	MSM	IDUs	მიგრანტი პატიმარი	კომენტარი	
2011	იმ პირთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც დაუდგინდათ აივ-ინფექციის დიაგნოზი, ესაჭიროებათ მკურნალობა და იღებენ მას	97.6%	97.76%	97.1%	100%	97%	100%	98%	100%	100%	მნიშვნელი A გამოთვლილია CD4 <200 მიხედვით, რაც წარმოადგენდა ჩართვის კრიტერიუმს საქართველოში 2011 წელს
ინდიკატორი# 4.2		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	კომენტარი				
2011	აივ-ინფიცირებულ მოზრდილთა და ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ანტირეტროვირუსული მკურნალობიდან 12 თვის შემდეგ ისევ იმყოფებიან მკურნალობაზე.	78.81%	76.33%	85.07%	70%	79.20%	წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, აივ-ინფიცირებულითა ზრუნვისა და მხარდაჭერის პროგრამის ეროვნული ელექტრონული მონაცემთა ბაზა				
ინდიკატორი# 4.2a		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	კომენტარი				
2011	აივ-ინფიცირებული ინექციური ნარკოტიკების იმ მომხმარებელთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ანტირეტროვირუსული მკურნალობიდან 12 თვის შემდეგ ისევ იმყოფებიან მკურნალობაზე.	75.19%	75.59%	50.00%	0%	75.19%	აივ/შიდსის ეროვნული ეპიდზედამხედველობის მონაცემები				
ინდიკატორი# 4.2c		კომენტარი									
2011	პროცენტული მაჩვენებელი იმ მოზრდილებისა და ბავშვებისა, რომლებიც ცოცხალი არიან და კვლავ იტარებენ მკურნალობას ანტირეტროვირუსული თერაპიის დანაყოფიდან 60 თვის შემდეგ (2006 წლიდან)	63%								წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, აივ-ინფიცირებულითა ზრუნვისა და მხარდაჭერის პროგრამის ეროვნული ელექტრონული მონაცემთა ბაზა	

ინდიკატორი# 4.2d												კომენტარი
2011	პროცენტული მაჩვენებელი იმ აივ-ინფიცირებული ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისა, რომლებიც ცოცხალი არიან და კვლავ იტარებენ მკურნალობას ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყებიდან 60 თვის შემდეგ (2006 წლიდან)	57%										აივ/შიდსის ეროვნული ეპიდემიოლოგიის მონაცემები
ინდიკატორი# 4.4												კომენტარი
2011	ანტირეტროვირუსული პრეპარატების მიწოდებული იმ სამედიცინო დაწესებულებების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც გასული 12 თვის განმავლობაში ერთხელ ან მეტჯერ გამოელიათ რომელიმე აუცილებელი პრეპარატის მარაგი	0%										წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, აივ-ინფიცირებულთა ზრუვისა და მხარდაჭერის პროგრამის ეროვნული ელექტრონული მონაცემთა ბაზა
ინდიკატორი# 4.5		სულ	კაცი	ქალი	<25	25+	MSM	IDUs	მიგრ.	CSW	პატიმ.	
2011	იმ აივ-ინფიცირებულების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც დიაგნოზის მომენტში უკვე ესაჭიროებათ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა	45.52%	47.00%	41.94%	50.00%	45.45%	24.00%	49.21%	50.00%	0.00%	56.25%	
მიზანი 5. 2015 წლისათვის შემცირდეს აივ-ინფიცირებულებში ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა 50%-ით												
ინდიკატორი# 5.1		სულ	კაცი	ქალი	<15	15+	კომენტარი					
2011	გამოთვლილი აივ-დადებითი TB პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც იღებდნენ ტუბერკულოზის და აივ-ინფექციის მკურნალობას	113%	N/A	N/A	N/A	N/A	ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა 2011 წლის რეგისტრები და გამოთვლები ჯანმრთელობის „შეაჩერე ტუბერკულოზის“ 2010 წლის მონაცემთა ბაზიდან. (გამოთვლილი მნიშვნელოვანი დანაწევრებული სქესის და ასაკის მიხედვით აღნიშნულ ბაზაში არ მოიპოვება)					
ინდიკატორი# 5.3		რაოდენობა		%		კომენტარი						
2011	დროის მოცემულ პერიოდში აივ-მზურნელობაში ჩართულ პირთა მთლიან რაოდენობაში იმ ბავშვთა და მოზრდილთა რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებლები, რომლებიც ახალი ჩართულები არიან აივ-მზურნელობის პროგრამაში და დაიწყეს მკურნალობა ლატენტურ ტუბერკულოზზე (იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობა)	64		15.76%		წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, აივ-ინფიცირებულთა ზრუვისა და მხარდაჭერის პროგრამის ეროვნული ელექტრონული მონაცემთა ბაზა						
ინდიკატორი# 5.4		რაოდენობა		%		კომენტარი						
2011	დროის მოცემულ პერიოდში აივ-მზურნელობაში ჩართულ პირთა მთლიან რაოდენობაში იმ ბავშვთა და მოზრდილთა რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც ბოლო ვიზიტის დროს შეფასდა და აღირიცხა მათი TB სტატუსი	387		100%		წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, აივ-ინფიცირებულთა ზრუვისა და მხარდაჭერის პროგრამის ეროვნული ელექტრონული მონაცემთა ბაზა						
მიზანი 7. განვითარების სექტორის ხელშეწყობა												
ინდიკატორი# 7.2		სულ ქალი	ქ 15-19	ბ 20-24	ქ 25-49	კომენტარები:						
2011	15-49 წლის ასაკის ქალებში იმ ქალების პროპორცია, რომლებიც ოდესმე ყოფილან გათხოვილი ან ჰყოლიათ პარტნიორი და ბოლო 12 თვის განმავლობაში მათზე განხორციელებულა მამაკაცი პარტნიორის მხრიდან ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობა	1.87%	5.38%	2.19%	1.69%	მონაცემები აღებულია საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებიდან (RHS)						
ინდიკატორი# 7.6		რაოდენობა		%		კომენტარი						
2011	აივ-მზურნელობის პროგრამაში ჩართულ მოზრდილთა და ბავშვთა რაოდენობა			1852		წყარო: ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, აივ-ინფიცირებულთა ზრუვისა და მხარდაჭერის პროგრამის ეროვნული ელექტრონული მონაცემთა ბაზა						
ინდიკატორი# 7.7		რაოდენობა		%		კომენტარი						
2011	აივ-მზურნელობის პროგრამაში ჩართულ იმ მოზრდილთა და ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი C ჰეპატიტზე			100%		ეროვნულ გაილაინზე დაყრდნობით, აივ-მზურნელობის პროგრამაში ჩართული ყველა შემთხვევა შემომხდა ჰეპატიტზე.						

II. აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიური სურათი

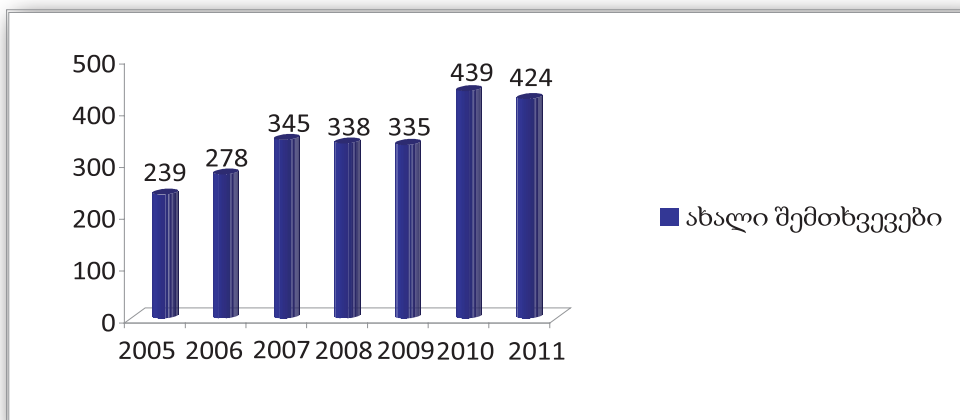
იმის მიუხედავად, რომ საქართველო ჯერ კიდევ რჩება აივ ინფექციის დაბალი გავრცელების ქვეყნების რიგში (სურათი 1), არსებობს ეპიდემიის ზრდის საშიშროება ინტრავენური ნარკოტიკების ფართოდ გავრცელებული მოხმარებისა და საქართველოსა და მეზობელ მაღალი პრევალენტობის მქონე ქვეყნებს – როგორცაა უკრაინა და რუსეთი – შორის მოსახლეობის გადაადგილება.

სურათი 1. აივ/შიდსის პრევალენტობისა და ინციდენტობის მაჩვენებლები 2005-2011 წლებში, 100000 მოსახლეზე.



2011 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით, საქართველოში რეგისტრირებულია აივ ინფექციის 3033 შემთხვევა. პირველი შემთხვევა აღინიშნა 1989 წელს. ამის შემდგომ, ყოველწლიურად აღწერილ შემთხვევათა რაოდენობა მცირე იყო, მაგრამ 2000-2003 წლებიდან 2006 წლამდე ეს მაჩვენებელი 100-დან 250-მდე გაიზარდა (სურათი 2).

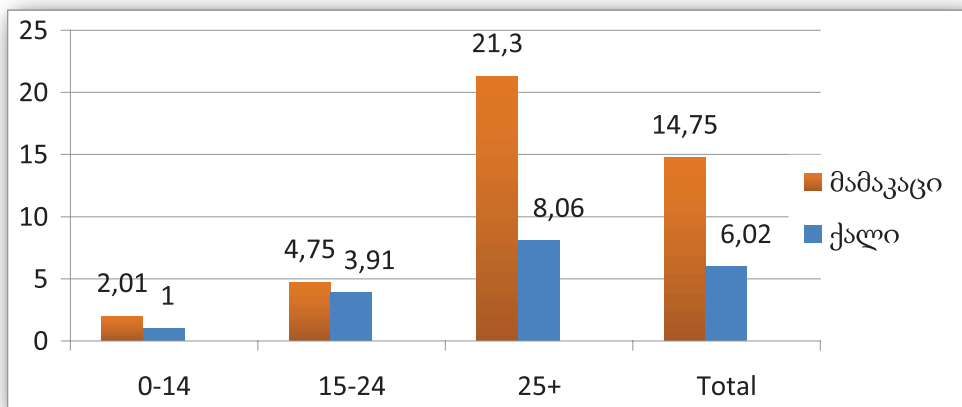
სურათი 2. აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით



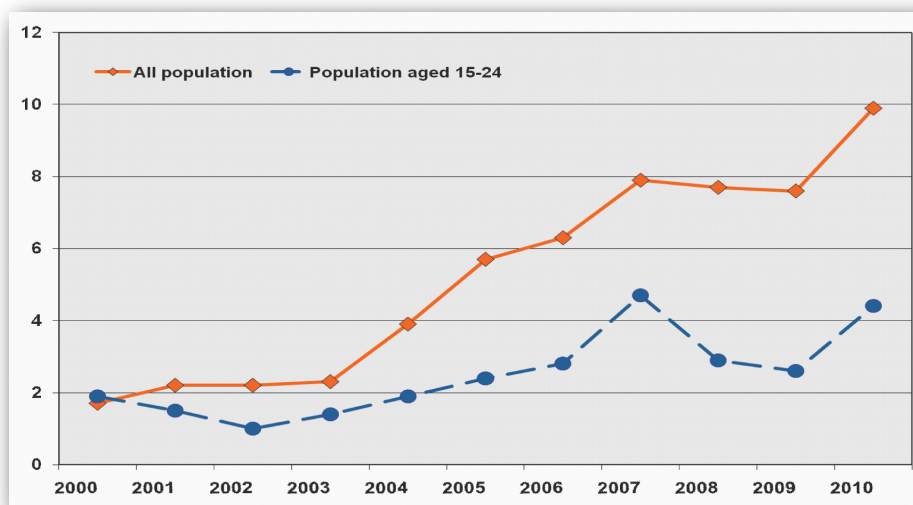
დაავადების ასაკისა და სქესის მიხედვით ეპიდემიოლოგიური გავრცელების სურათი მიუთითებს, რომ ინფიცირებულთა დიდი უმრავლესობა მიეკუთვნება 25-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფს. სქესის მიხედვით ინფიცირებულთა რაოდენობრივი განსხვავებაც ყველაზე მეტად ამ ასაკობრივ ჯგუფშია, ხოლო სქესის მიხედვით განსხვავება მინიმალურია 15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. წინა წლებში აივ ინფიცირებული მამაკაცებისა და ქალების პროცენტული განაწილება იყო, შესაბამისად, 75% და 25%. 2011 წელს ეს თანაფარდობა შეიცვალა და მამაკაცი წარმოადგენენ შემთხვევათა 70%-ს, ხოლო ქალები - 30%-ს. აღნიშნული ცვლილება შეიძლება აიხსნას ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების (ინმ) სქესობრივ პარტნიორებში აივ ინფექციის გავრცელებით.

ეროვნული ზედამხედველობის მონაცემთა ბაზის მიხედვით, აივ ინფექციის ყველაზე მაღალი გავრცელება აღინიშნება 25+ ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი 3, 4). აღნიშნულ ჯგუფში აივ ინფექციის გავრცელება 3-ჯერ მაღალია მამაკაცებში ქალებთან შედარებით (სურათი 3). აღსანიშნავია, რომ 25 წლის ქვემოთ ინფიცირებულებში სქესის მიხედვით განსხვავება თითქმის არ აღინიშნება. რაც შეეხება ინფიცირებულ ბავშვთა კონტინენტს, 2011 წლის ბოლოს 15 წლამდე ასაკის რეგისტრირებულ ბავშვთა საერთო რაოდენობამ მიაღწია 73-ს. 2010 წელს აივ ინფიცირებულ ბავშვთა ახალი შემთხვევების რაოდენობაა 12, ხოლო 2011 წელს – 6.

სურათი 3. აივ-ინფექციის ახლადგამოვლენილი შემთხვევების მაჩვენებელი სქესისა და ასაკობრივი მაჩვენებლების მიხედვით, 2010 წელი (100 000 მოსახლეზე)



სურათი 4. აივ/შიდსის ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე, საქართველო



გეოგრაფიულად, აივ ინფექცია საქართველოს რეგიონებში არათანაბრად არის გავრცელებული. ინფიცირებულთა მესამედზე მეტი ცხოვრობს დედაქალაქში (თბილისში), 31% აჭარასა და სამეგრელოში. 2010 წლის მონაცემებით, აივ ინფექციის გავრცელება თბილისში შეადგენდა 14.14, სამეგრელოში - 13.5 და აჭარაში 9.05-ს 100 000 მოსახლეზე.¹

დადგენილია, რომ ორსულებში აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი არის საუკეთესო შესაძლებლობა ინფექციის გავრცელების შესაფასებლად ზოგად მოსახლეობაში. ეს რიცხვი დგინდება რუტინული ზედამხედველობით. ზედამხედველობის მონაცემების მიხედვით (დკსჯეც 2010), იმ ორსულების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ, რომელთაც მიმართეს ანტენატალურ კლინიკებს, ჩაიტარა აივ ტესტირება ანტენატალური მზრუნველობის პროგრამის (PMTCT) ფარგლებში.

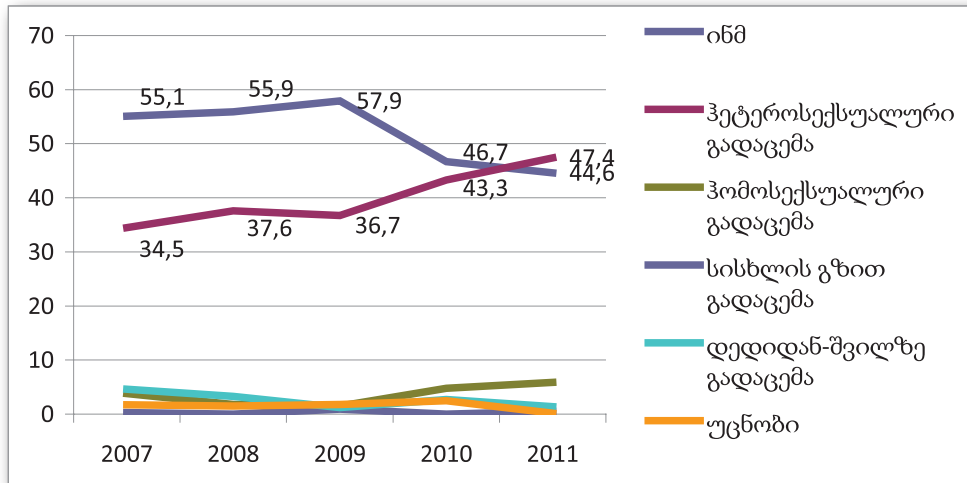
2010 წელს ტესტირებულ ორსულთა რაოდენობამ შეადგინა 45 246, რომელთა შორის 17 აღმოჩნდა აივ-დადებითი. მათ შორის 6 იყო <25 ასაკის, ხოლო 11 – ≥25. მეტიც, 2011 წელს აივ ინფექციაზე ტესტირება გაიარა 45 819 ორსულმა, საიდანაც გამოვლინდა 15 აივ. დადებითი. მათ შორის 5 შემთხვევა გამოვლინდა <25 ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო 10 – ≥25 ასაკობრივ ჯგუფში.

2010 წელს ორსულებში აივ ტესტირებით მოცვის მაჩვენებელი იყო 82.1%, ხოლო ინფექციის გავრცელება - 0.04%. 2011 წელს ეს რიცხვები, შესაბამისად, შეადგენს 82.3% და 0.03%. 2010 წლის ორსულთა ტესტირების მოცვის მაჩვენებელს ამყარებს ამავე წელს ჩატარებული ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. კვლევამ დაადასტურა, რომ ანტენატალური მომსახურების მოცვა საქართველოში შეადგენს დაახლოებით 98%.² აივ ეპიდემიის ადრეულ წლებში საქართველოში, ისევე როგორც აღმოსავლეთ ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება იყო აივ ინფექციის გავრცელების მთავარი გზა. 2009 წლიდან დაიწყო ზრდა ჰეტეროსექსუალური გადაცემის გზით შემთხვევების რაოდენობამ (სურათი 5) და გახდა დომინანტური 2011 წელს. 2010 წელს ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებამ შეადგინა 46.7% აივ გადაცემის გზებს შორის, მაშინ, როდესაც ჰეტეროსექსუალური გზით გადაცემა შეადგენდა 43.3%. 2011 წლის მონაცემებით, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება აივ ინფექციის გადაცემის გზას წარმოადგენდა შემთხვევათა 44.6%-ში, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი შემთხვევათა 47.4%-ში. აღსანიშნავია, რომ ეპიდემიური სურათის ეს ცვლილება ეხება მხოლოდ ახალ შემთხვევათა განაწილებას.

1 დკსჯეც-ის წლიური სტატისტიკური ცნობარი

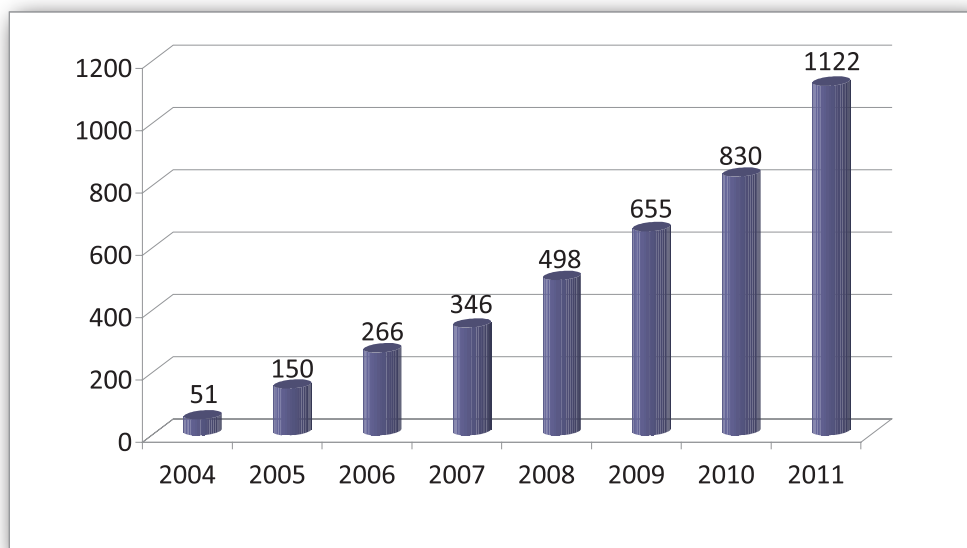
2 დკსჯეც-ის წლიური სტატისტიკური ცნობარი

სურათი 5. აივ-ინფექციის გადაცემის გზების პროცენტული განაწილება წლების მიხედვით



ბოლო წლებში საგრძნობლად გაიზარდა ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა რაოდენობა. 2004-2011 წლებში ასეთ პაციენტთა რიცხვი 22-ჯერ გაიზარდა.

სურათი 6. ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა რაოდენობა საქართველოში



გრაფიკებში გამოყენებული მონაცემთა წყაროები:

დკსჯეც-ის აივ რუტინული ზედამხედველობის ბაზა.

დკსჯეც-ის სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემები.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის ბაზა.

III. აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული მახასიათებლები

აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებები ხორციელდება რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში: აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამა, უსაფრთხო სისხლის პროგრამა და ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამა, რომლის მიზანია დედიდან შვილზე ინფექციის გადაცემის პრევენცია.

აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციული სახელმწიფო პროგრამის მთავარი ამოცანაა ახალი შემთხვევების ადრეული აღმოჩენა დაავადების გავრცელების შესამცირებლად და მკურნალობის ხელმისაწვდომობა პაციენტებისათვის. ეს პროგრამა ფარავს ნებაყოფლობით კონსულტირებასა და ტესტირებას მაღალი რისკის ჯგუფებში, რომელთაც მიეკუთვნება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, ჰომოსექსუალური ურთიერთობის მქონე მამაკაცები, კომერციული სექს-მუშაკი ქალები, აგრეთვე ტუბერკულოზით დაავადებულები, სგვი პაციენტები, პატიმრები, B და C ჰეპატიტით დაავადებულები, შიდსის კლინიკური ნიშნებით დაავადებულები, აივ ინფიცირებულებთან კონტაქტირებულნი, სისხლის დონორები, ორსულები.

აივ ინფექცია/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის მკურნალობის კომპონენტი ფარავს სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის სერვისებს. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა მთლიანად გლობალური ფონდის მიერ არის დაფარული. უსაფრთხო სისხლის პროგრამით გათვალისწინებულია სისხლის, სისხლის პროდუქტებისა და ორგანოების დონორთათვის სავალდებულო ტესტირება აივ ინფექციაზე, B და C ჰეპატიტისა და სიფილისზე ყველა დონაციის წინ.

აივ ინფექცია/შიდსის სახალი ეპიდემიის და მხედველობის სისტემა ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედდა 2010 წლის იანვარში. გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ მიერ შემუშავდა აივ ეპიდემიის და მხედველობის ელექტრონული ბაზა. რუტინული ეპიდემიის და მხედველობის ახალი სისტემით დაიწყო შემთხვევაზე დაფუძნებული ელექტრონული მონაცემების შეგროვება ყოველ ტესტირებულ ინდივიდზე. მონაცემთა შეყვანის შემდეგ პროგრამული ბაზა ავტომატურად ქმნის სხვადასხვა ტიპის ანალიტიკურ ანგარიშს მონაცემთა დასადასტურებლად.

ციხეებში ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების (ნკტ) ცენტრების ჩამოყალიბება მოხდა გლობალური ფონდის პროექტის დახმარებით. საქართველოს მასშტაბით პენიტენციურ სისტემაში ამოქმედდა თექვსმეტი ნკტ ცენტრი, სადაც თითქმის 6000 პატიმარი სარგებლობს აივ კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისით.

აივ ინფექცია/შიდსის მონიტორინგისა და შეფასების სისტემა სარწმუნო მონაცემებზე დაყრდნობით მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ინტერვენციების დაგეგმვას სტრატეგიული მიზნებისა და ამოცანების შესასრულებლად და სასურველი შედეგის მისაღწევად. ის იძლევა

აივ/შიდსზე ეროვნული რეაგირების პროგრესზე თვალყურის მიდევნების საშუალებას და აადვილებს აივ/შიდსის მულტისექტორული და დეცენტრალიზებული ინტერვენციების ინფორმირებული და საფუძვლიანი გადაწყვეტილებების მიღებასა და პოლიტიკას.

ბოლო წლებში დიდი ყურადღება მიექცა პალიატიურ მზრუნველობას, რომელიც შეადგენს აივ ინფიცირებულთა მკურნალობისა და მოვლის პაკეტის აუცილებელ კომპონენტს. 2008 წლიდან პალიატიური მზრუნველობის სერვისი წარმატებით აგრძელებს მუშაობას საქართველოში და ამ სერვისის მიზანია, გააუმჯობესოს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სიცოცხლის ხარისხი ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და სულიერი პრობლემების გადაჭრის გზით სამკურნალო და პრევენციული საშუალებებით.

IV. საუკეთესო გამოცდილება

საერთაშორისო ექსპერტების მიერ აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობისა და მზრუნველობის სისტემა საუკეთესოდაა მიჩნეული ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის და ერთ-ერთ საუკეთესოდ – მცირე და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობისა და მოვლის პროგრამას ახორციელებს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, რომელთან ერთადაც პარალელურად მუშაობს სამი რეგიონული სამედიცინო ცენტრი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამისა და გლობალური ფონდის პროექტის დახმარებით. აღსანიშნავია, რომ გლობალური ფონდის დახმარება არის გადამწყვეტი მკურნალობის საკითხში. 2004 წლიდან საქართველო არის ერთადერთი ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებს შორის, რომელმაც მიაღწია თითქმის უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაში (არვ). მკურნალობის ხელმისაწვდომობის შედეგების გაანალიზებით ჩანს, რომ პროგრამის ეს ნაწილი წარმატებულია 2004 წლიდან. მკურნალობაში ჩართვის ეფექტური შერჩევის ალგორითმი, რომელიც მოიცავს ყველა რეგისტრირებული პაციენტის კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონიტორინგს 4 თვეში ერთხელ, გარანტიას აძლევს ყველა პაციენტს, რომელიც საჭიროებს მკურნალობაში ჩართვას, რომ დროულად დაიწყება მათი არვ თერაპია. ეროვნული გაიდლაინების მიხედვით, არვ თერაპიის მონიტორინგი ეფუძნება CD4 უჯრედების რაოდენობას, აივ-1 ვირუსულ დატვირთვას და, სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში, რეზისტენტობის განსაზღვრას პრეპარატების მიმართ.

წარმატებული მკურნალობის მიღწევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობაზე დამყოლობას. პროგრამის ხელშეწყობით ხდება პაციენტის გათვითცნობიერება, დამყოლობის მონიტორინგი და კონსულტირება იმ მიზნით, რომ პაციენტმა დაიწყოს და არ შეწყვიტოს მკურნალობა. აღნიშნული პროგრამა 2008 წლიდან მუშაობს და დამყარებულია მობილური ჯგუფების მიერ ქვეყნის მასშტაბით კარდაკარ მუშაობაზე. 2011 წელს ახლად დიაგნოსტირებული პაციენტების 90%-ზე მეტი ჩართულია აივ კლინიკური მზრუნველობის პროგრამაში ეროვნულ ან რეგიონულ დონეზე.

სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელსა და პაციენტს შორის ურთიერთდობაზე დამყარებული კავშირი და დამხმარე სერვისების ხელმისაწვდომობა ხელს უწყობს

პაციენტების შენარჩუნებას და შეწყვეტილი მკურნალობის მაჩვენებელი მხოლოდ 5%-ია. არც პროგრამის მონაცემები მიუთითებს, რომ მკურნალობის შეწყვეტას უმეტესად განაპირობებს სიკვდილის შემთხვევები, რაც, თავის მხრივ, გამოწვეულია აივ-ინფექციის გვიანი დიაგნოსტიკით.

ინფიცირებულთა სიცოცხლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად საქართველოში არსებობს სხვა სერვისებიც, მათ შორის პალიატიური (სტაციონარული ან სახლის პირობებში) მზრუნველობა, საკვებით დახმარება, წამალდამოკიდებულებისა და ტუბერკულოზის სერვისებთან მჭიდრო კავშირი და პაციენტების თვითდახმარების ცენტრების ქსელი.

მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობა არსებობს აივ და ტუბერკულოზის საინააღმდეგო სამსახურებს შორის. 2007 წლის აივ/ტუბერკულოზის კონფექციის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების შედეგად გაიზარდა კოლაბორაციული აქტივობები – შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, დაინერგა აივ ტესტირებით სკრინინგი ტუბ.პაციენტებში და ტუბერკულოზის სკრინინგი აივ ინფიცირებულებში. ბოლო წლებში განსაკუთრებით გაძლიერდა ტუბერკულოზის შემთხვევების ძიება აივ ინფიცირებულ პირებში, რაც მოიცავს თანამედროვე ლაბორატორიულ მეთოდებს ტუბერკულოზის აქტიური და ლატენტური ფორმების გამოსავლენად. ამჟამად, ყველა პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება ერთდროულად აივ და ტუბერკულოზური ინფექციები, ჩაუტარდება ორივე დაავადების უფასო მკურნალობა.

აივ ინფექციის ვერტიკალური გადაცემის ელიმინაციის თვალსაზრისით საქართველოში სიტუაცია უმჯობესდება. ამ პროცესის მთავარი ხელშემწყობი ფაქტორია დედიდან შვილზე გადაცემის გზის პრევენციული სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. ეს სერვისი მოიცავს ორსულთა აივ-ტესტირებას რუტინულად და აივ-პოზიტიურ ორსულებსა და მათ ახალშობილებში პროფილაქტიკურ არც თერაპიას. 2005 წლიდან ვერტიკალური გადაცემის არცერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა იმ ახალშობილებს შორის, რომელთა დედებიც ჩართულნი იყვნენ პრევენციულ პროგრამაში.

საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობოდა მკურნალობის სქემის მორჩილებას, როგორც მკურნალობის ეფექტურობისა და გამოსავლის ერთ-ერთ დეტერმინანტს.

ქვეყნის აივ პროგრამის მთავარ ნარმატივად რჩება არც-სუნივერსალური ხელმისაწვდომობა. განსაკუთრებული ქების ღირსია საქართველოში თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპის აღიარება. მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში შეინიშნება ინმ-ებისთვის არც თერაპიის მიწოდებისგან თავშეკავება, რადგან არსებობს მოლოდინი მათი მხრიდან მკურნალობაზე დაუმორჩილებლობისა. საქართველოში კი აივ/შიდსის მკურნალობისა და მზრუნველობის პროგრამამ შეძლო ინმ-ების სრულად ჩართვა სამედიცინო სერვისებში და დღეისთვის ისინი საქართველოში არც მკურნალობაზე მყოფ პირთა უმრავლესობას წარმოადგენენ. არც მკურნალობის პროგრამის ანალიზი აჩვენებს მკურნალობის ერთნაირად წარმატებულ შედეგს წამალდამოკიდებულების ისტორიის მიუხედავად და ეჭვის ქვეშ აყენებს იმ შეხედულებას, რომ ინმ-ები არიან რთულად დამყოლები მკურნალობის მიმართ.

2010-2011 წლებში მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადაიდგა არც თერაპიის დაწყების კრიტერიუმების შეცვლის თვალსაზრისით, რომელსაც საფუძვლად დაედო 2010 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციები. CCM-ის ხელმძღვანელობით და ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-

პრაქტიკული ცენტრის, როგორც გლობალური ფონდის ძირითადი მიმღების, ძალისხმევით შეიცვალა სამკურნალო პროგრამა და დაემატა ახალი მოთხოვნები. მკურნალობაში ჩართვის ახალი კრიტერიუმები სრულად დაინერგა 2012 წელს.

ორი მნიშვნელოვანი ინიციატივა დაიწყო 2011 წელს. პირველი ინიციატივა დაკავშირებული არც თერაპიასთან და წარმოადგენს წამლისადმი რეზისტენტობის სტრატეგიის განხორციელებას. აღნიშნული სტრატეგიის მიზანია დაეხმაროს არც თერაპიის პროგრამას რეზისტენტული აივ ფორმის გადაცემის პრევენციული ღონისძიებების შემუშავებაში. მეორე ინიციატივა ეხება აივ და C ჰეპატიტით კოინფექციას. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა HCV ინფექციის მაღალი პრევალენტობა, რაც განაპირობებს ავადობასა და სიკვდილობას აივ-ინფიცირებულ პირთა შორის საქართველოში. კვლევა გამოყენებული იყო გლობალური ფონდის აპლიკაციისთვის და წარმატებით შეძლო კოინფიცირებულ პაციენტებში C ჰეპატიტის მკურნალობისთვის დაფინანსების მოპოვება. პროგრამაში პაციენტების ჩართვა დაიწყო 2011 წელს.

2011 წელს ასევე მოხდა შიდსის საინფორმაციო კომპიუტერული სისტემის გაშვება (AHIS). ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მიერ შექმნილი ეს პროგრამა მოიცავს აივ ინფექცია/შიდსის ყველა კლინიკურ დაწესებულებას ქვეყნის მასშტაბით და იგი მისაბამ მაგალითად იქცა ჯანდაცვის სხვა მიმართულებებისთვის. AHIS ინახავს ეპიდემიის დანყებიდან დღემდე რეგისტრირებული თითოეული პაციენტის ეპიდემიოლოგიურ, კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს. იგი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პაციენტის ინდივიდუალურ მენეჯმენტში, ისევე როგორც პროგრამის მონიტორინგსა და დაგეგმვაში. ასევე, AHIS თავს უყრის მნიშვნელოვან მონაცემებს ეროვნული აივ ინფექცია/შიდსის M&E სისტემისთვის.

V. ძირითადი გამოწვევები და სამკურნალო ქმედებები

მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომლის წინაშეც დგას სამკურნალო სერვისები, აივ-ინფიცირების გვიანი დიაგნოსტიკით განპირობებული პაციენტთა ადრეული სიკვდილიანობაა. არც თერაპიის პროგრამის გამოსავლის 5-წლიანმა შეფასებამ აჩვენა, რომ შორსნასული იმუნოდეფიციტი დიაგნოზის დასმის მომენტისას სიკვდილიანობის გამომწვევი მთავარი პრობლემაა (Tsertsvadze et al., AIDS Res.Treat. 2011). როგორც წინამდებარე ანგარიში გვიჩვენებს, ახლად დიაგნოსტირებული აივ-ინფიცირებული პაციენტების დიდი ნაწილი მიმართავს ჯანდაცვის სამსახურს ქრონიკული აივ-ინფექციის გვიან სტადიაზე. ეს მდგომარეობა უცვლელი რჩება უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში. ამ პრობლემას ორი მთავარი მიზეზი განაპირობებს: მაღალი რისკის პოპულაციის დაბალი მოცვა აივ-ტესტირებით და, როგორც ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური

იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მიერ ჩატარებული ოპერაციული კვლევა ამტკიცებს, სამედიცინო დაწესებულებებში არასწორი დიაგნოსტიკა შესაბამისად, ადრეული დიაგნოსტიკის გასაუმჯობესებლად შემუშავებული იქნა ორი სტრატეგიული მიდგომა:

- აივ ტესტირებითა და კონსულტირებით მაღალი რისკის პოპულაციის, განსაკუთრებით ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მოცვის გაზრდა.
- აივ-ინფიცირების მსგავსი მიდგომარეობების დროს ტესტირებისა და კონსულტირების დანერგვა ჯანდაცვის სისტემაში, განსაკუთრებული ფოკუსირებით პირველად ჯანდაცვაზე.

აივ-დადებითი ადამიანების სტიგმა და დისკრიმინაცია კვლავაც მთავარ ბარიერს წარმოადგენს აივ პრევენციისა და სერვისების უტილიზაციისათვის. უარყოფითი დამოკიდებულება და მოსახლეობის დაბალი თვითშეგნება ასევე ქმნის დაბრკოლებებს. საზოგადოებრივი მიდგომის, სახელმწიფო სისხლის სამართლის, რეგულაციების, ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების პოლიტიკისა და ნარკოტიკების მომხმარებელთა და პატიმართა შორის პრევენციული მუშაობის მიღმა მრავალი შემზღუდავი ფაქტორია. ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების პრევენციისა და კონტროლის შესახებ კანონები არ იძლევა ეფექტური ინტერვენციების ჩატარების საშუალებას საზოგადოებასა და პენიტენციურ სისტემაში. ამდენად, საქართველოში აივ-პოლიტიკის მომავალი განვითარების მიზნით აუცილებელია სამართლებრივი გარემოს გაუმჯობესება საკითხზე ორიენტირებული და მიზანმიმართული ადვოკატირებით.

გაეროს გუნდი აქტიურად არის ჩართული და მჭიდროდ თანამშრომლობს CCM-სა და აივ-ზე რეაგირების ეროვნული და საერთაშორისო ორგანიზაციების ფართო საზოგადოებასთან სამართლებრივი გარემოს გაუმჯობესების მისაღწევად ქვეყანაში. 2009 წელს გლობალური ფონდის აივ/შიდსის პროგრამისა და გაეროს მჭიდრო თანამშრომლობის შედეგად შემუშავდა აივ-ინფექციისა და შიდსის ახალი პროგრესული კანონმდებლობა, რომელიც დამტკიცდა პარლამენტის მიერ. ნარკოტიკული ნივთიერებების კანონმდებლობის პროექტი შემუშავდა გაეროს სააგენტოებისა და ევროკავშირის UNDP SCAD (South Caucasus Anti Drug) პროგრამის მჭიდრო თანამშრომლობით და 2009 წელს განხილულ იქნა პარლამენტში. თუმცა, საერთაშორისო სააგენტოების შეუპოვარი ადვოკატირების მიუხედავად, სამსუხაროდ, ადეკვატური ნაბიჯების გადადგმა ნარკოტიკული ნივთიერებების დეკრიმინალიზაციისა და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში ეფექტური აივ-პრევენციის განხორციელების მიზნით ვერ მოხერხდა.

ნარკოტიკების მოხმარებლებისა და პატიმრებისთვის სამართლებრივი დამარეგულირებელი ბარიერების შეზღუდვა ამ საკითხებზე მულტისექტორული მუშაობის ნახალისებითა და ეფექტური პოლიტიკის შემუშავებით ხსენებულ პოპულაციაში აივ/შიდსის ეფექტური ინტერვენციების ჩატარების საშუალებას მოგვცემს, რაც ერთ-ერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენს NSPA-ისთვის (National HIV Strategic Plan of Action) 2011-16.

2011 წელს საქართველოს აივ პრევენციის პროექტმა (GHPP) დახმარება გაუწია პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის კომიტეტს საერთაშორისო ნარკოპოლიტიკისა და გაეროს კონვენციის ფარგლებში ეროვნული ნარკოპოლიტიკისა და არსებული სამართლებრივი ჩარჩოს შეფასებაში. პროექტის ფარგლებში შემუშავდა მოხსენება – მომავლის დაგეგმვა: საქართველოში ნარკოპოლიტიკის ვარიანტები,

რომელიც მიმოიხილავს ეროვნულ ნარკოპოლიტიკას და იძლევა რეკომენდაციებს, მოიცავს გზამკვლევს საქართველოში ნარკოპოლიტიკის რეფორმების განხორციელების შესახებ.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს მთავრობის უახლესი სტატისტიკა გვიჩვენებს მნიშვნელოვან მიღწევებს დანაშაულთან ბრძოლაში, მათ შორის ნარკოვაჭრობის შემცირებას. ახალ უწყებათაშორის საბჭოს ნარკომანიის საკითხებზე (საქართველოს პრეზიდენტის გადაწყვეტილებით 2011 წლის ნოემბრიდან) CCM-თან მჭიდრო თანამშრომლობით შეუძლია გამოთქვას მომავალი განვითარებისთვის ადეკვატური გარემოს შექმნის სურვილი.

VI. ქვეყნის განვითარების პარტნიორების ხელშეწყობა

U.S. Agency for International Development (USAID)

USAID-მა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის კონტროლში. 2010 წლის თებერვალში USAID-მა წამოიწყო ახალი 5-წლიანი პროექტი სახელწოდებით „საქართველოს აივ პრევენციის პროექტი“ (GHPP). პროექტის მიზანია მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ-ინფექციის პრევენცია ზოგად პოპულაციაში მისი გავრცელების ხელის შეშლის მიზნით.

მაღალი რისკის პოპულაციებისთვის აივ-პრევენციის აქტივობების შემუშავებისა და განხორციელებისთვის GHPP-ის თანამონაწილობით მთელ რიგ ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან იმუშავეს RTI International-მა და მისმა ქვეკონტრაქტორმა პარტნიორებმა: **Save the Children, Program for Appropriate Technologies in Health (PATH)**. GHPP აივ-პრევენციის მიზნით ავითარებს და ახორციელებს სხვადასხვა აქტივობებს მაღალი რისკის პოპულაციებში, განსაკუთრებით ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და მათ პარტნიორებში, ჰომოსექსუალ კაცებში, ქალ სექს-მუშაკებსა და იმ ახალგაზრდებში, რომლებიც არიან რისკის ქვეშ. პროექტი ინდივიდის, თემის, საზოგადოებისა და პოლიტიკის დონეზე მუშაობს აივ-დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებაზე საქართველოში. 2010-2011 წლებში აქტივობები განხორციელდა საქართველოს 6 დიდ ქალაქში.

მაღალი რისკის პოპულაციებთან GHPP მუშაობს ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარებით, ცდილობს ხელი შეუწყოს პრევენციას და ნებაყოფლობითი კონსულტაციებისა და ტესტირების (ნკტ) რიცხვის ზრდას შესაბამის ცენტრებსა და მოძრავ ლაბორატორიებში. B და C ჰეპატიტის სწრაფი ტესტირების პრევენციის პროგრამის წამოწყებამ განაპირობა აივ კონსულტირებისა და ტესტირების შემთხვევათა ზრდა.

GHPP-მ შეძლო თემის დონეზე იმ ინტერვენციის (Community level Intervention - CLI),

პილოტირება და განვითარება, რომლის სამიზნე ჯგუფი იყო ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები და მათი გარემოცვა. ინტერვენციის მიზანს წარმოადგენდა მათი ჩართვა ქცევის მდგრად ცვლილებაში. 2010-2011 წლების თელავში ჩატარებული პილოტის შედეგების საფუძველზე CLI მოდელის მასშტაბი ამჟამად ფართოვდება.

ახალგაზრდობაზე ფოკუსირებული კომპონენტის ნაწილში GHPP საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან პარტნიორობით წარმატებით ახორციელებს ჯანმრთელი ცხოვრების სასწავლო პროგრამას თბილისსა და თელავში. ამჟამად იდგმება ნაბიჯები ამ პროგრამის დანერგვისთვის ყველა საშუალო სკოლაში ქვეყნის მასშტაბით.

2011 წლის მარტსა და ივნისში GHPP-მ ჩატარა საქართველოში პირველი ქცევითი ეპიდემიოლოგიის კვლევა სკოლის მოსწავლეებსა და სტუდენტებს შორის თბილისში. კვლევამ მოიპოვა მონაცემები აივ/შიდსთან დაკავშირებული განათლების, დამოკიდებულებისა და ქცევის შესახებ ახალგაზრდობში (ასაკი 15-24).

UNAIDS

1999 წლიდან გაეროს აივ/შიდსის ჯგუფი გადამწყვეტ როლს ასრულებს საქართველოში შიდსზე ეროვნული რეაგირების გაფართოების ფინანსირებასა და ტექნიკურ აღჭურვაში. გაეროს აივ/შიდსის პროგრამის (UNAIDS) დახმარებით შეიქმნა ახალი ეროვნული სტრატეგიული მოქმედების გეგმა – NSPA 2011-16, რომელიც დამტკიცდა CCM-ის მიერ 2010 წლის აგვისტოში. NSPA 2011-16 ეფუძნება UNADS-ის სტანდარტს (2009-11). იგი უზრუნველყოფს, რომ 2015 წლისთვის განხორციელდეს გლობალური სტრატეგია – „დაიყვანე ნულამდე“ და შესრულებულ იქნას 2011 წლის მიზნები, ისევე როგორც საქართველოს ახალი პოლიტიკური დეკლარაციის ვალდებულებები. მას 5 ძირითადი სტრატეგიული არე გააჩნია: 1) კოორდინაცია და ადვოკატირება, 2) პრევენცია, 3) მკურნალობა, 4) მზრუნველობა და დახმარება, 5) ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება. აღსანიშნავია, რომ ახალი ეროვნული ჯანდაცვის სტრატეგია 2011-2015 მხარს უჭერს აივ ინფექციის NSPA-ის მთავარ მიზნებს.

2010-11 წლებში UNAIDS-ის მონაწილეობით ჩამოყალიბდა ეროვნული აივ ინფექციის M&E სისტემა და დამტკიცდა CCM-ის მიერ 2011 წლის ივნისში. ამან შესაძლებელი გახადა ახალი ეროვნული ანგარიშწარმდგენი ინსტრუმენტისა მაქსიმალური ჰარმონიზება გამოცდილ საერთაშორისო აივ-მონიტორინგის სისტემებთან.

გლობალური ფონდი აივ ინფექციასთან, მალარიასა და ტუბერკულოზთან ბრძოლაში (TGF)

2004 წლიდან გლობალური ფონდის (TGF)-ის მიერ მობილიზებული თანხები გადამწყვეტ როლს ასრულებს აივ/შიდსზე ეროვნული რეაგირების გაფართოებაზე საქართველოში. ქვეყნის კონსოლიდირებული წინადადება „აივ/შიდსის ეფექტური პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებაზე არსებული ეროვნული რეაგირების ხელშეწყობა და გაფართოება, აივ-ინფიცირებულთა სიცოცხლის გახანგრძლივება მკურნალობისა და მზრუნველობის გაუმჯობესებით საქართველოში“ დაიწყო 2010 წლის 1 იანვარს. ეს პროექტი

უზრუნველყოფს მდგრად განვითარებას და შესაძლებლობის ფარგლებში აფართოებს აივ/შიდსის ეფექტური პრევენციის, მკურნალობისა და მზრუნველობის პროგრამების მოცვას, ეხმარება საქართველოში მეორე-მეექვსე რაუნდების პროექტებში ინიცირებულ ინტერვენციებს, ასევე, ახალნაშობებულ მეცხრე რაუნდის პროექტებს, რომლებიც ემსახურება ოპორტუნისტული ინფექციების მკურნალობასა და საქართველოში აივ-ინფექციის სამკურნალო პრეპარატების რეზისტენტობასთან დაკავშირებული სტრატეგიის განხორციელებას. კონსოლიდირებული წინადადების შედეგად პირველი ფაზისთვის TGF-მა გამოყო 24 მილიონი ევრო (EUR 24,209,417.00, საბჭოს მიერ დამტკიცებული თანხა), 2010 წლის იანვარი-2012 წლის 31 დეკემბერი.

გლობალური ფონდი მნიშვნელოვან დახმარებას უწევს ყველა ძირითად სტრატეგიას განსაკუთრებული აქცენტირებით შემდეგ ფაქტორებზე:

- აივ/შიდსის პრევენციის, მკურნალობის, მზრუნველობისა და დახმარების ინტერვენციების განხორციელებისთვის გარემოს შექმნა;
- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ორიენტირებული პრევენციული ღონისძიებების ხარისხისა და დაფარვის ზონის გაზრდა;
- სამოქალაქო სექტორსა და პატიმრებში ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ფსიქოსოციალური დახმარებისა და მკურნალობის (MST) დაფარვის ზონის გაზრდა;
- მაღალი რისკის მქონე პოპულაციებში – ქალი სექს-მუშაკები, ჰომოსექსუალი მამაკაცები და პატიმრები – აივ/შიდსის და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის პროგრამების ხელშეწყობა და გაფართოება;
- უსაფრთხო სისხლის სერვისებისთვის ხარისხის მენეჯმენტის სისტემის განვითარება;
- აივ-ინფიცირებულთა გადარჩენისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება, მათ შორის აივ მკურნალობის ხელშეწყობა და დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია;
- აივ-ინფიცირებულებზე მზრუნველობა და მათი დახმარება, რაც პალიატიურ მზრუნველობასაც მოიცავს;
- აივ-პრეპარატებზე რეზისტენტობის პრევენციისა და შეფასების ეროვნული სტრატეგიის დანერგვა და განხორციელება;
- ოპორტუნისტული და კონფექციების მართვის გაუმჯობესება;
- მაღალი რისკის პოპულაციებში ქცევის ცვლილების პროგრესისა და პრევენციული ღონისძიებების ეფექტურობის ამსახველი ბაზის შექმნა პოლიტიკასა და პრაქტიკაში შემდგომი გამოყენებისთვის;
- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში აივ-თან დაკავშირებული ინტერვენციების ხელმისაწვდომობაზე სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავლენის შემცირება.

საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“

საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ (CIF) არასამთავრობო, არაკომერციული ორგანიზაციაა, რომელიც 1994 წელს დაარსდა გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემების მხარდაჭერის მანდატით. დაარსებიდან CIF-მა განახორციელა 120-ზე მეტი პროგრამა და კვლევა 18 ქვეყანაში. CIF მუშაობს აივ/შიდსზე 2004 წლიდან. 2008 წლიდან აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალურ

ფონდთან ერთად CIF მუშაობდა აივ/შიდსის ეროვნული პროგრამის ბაზაზე აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერებით. პროექტის პარტნიორები იყვნენ შემდგომი ორგანიზაციები: ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“ და ასოციაცია „თანადგომა“. იგი მოიცავს შემდგომ კომპონენტებს: 1) აივ/შიდსის რუტინული საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება (აივ ინფექციისა და შიდსის შემთხვევების შეტყობინება); 2) აივ/შიდსის მეორე თაობის ეპიდზედამხედველობაზე დაფუძნებული ქცევითი კვლევების ჩატარება ბიომარკერის კომპონენტით; 3) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაინფიცირებულ პაციენტებში სენტინელური ზედამხედველობის დაარსება და განხორციელება.

პირველი კომპონენტი გულისხმობს შემდგომ აქტივობებს: ა) არსებული აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება, ბ) აივ/შიდსის ეროვნული ეპიდზედამხედველობის გეგმის შემუშავება, გ) აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინები/პროტოკოლები (შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრების, რეგისტრაციის, შეტყობინების, გამოძიების ფორმები), დ) ტრენინგები აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემაში ჩართული ორგანიზაციების პერსონალისთვის, ე) ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე აივ/შიდსის მონაცემთა დამუშავებისა და ანალიზის პროგრამული უზრუნველყოფა.

პროექტის მეორე კომპონენტი ითვალისწინებს აივ/შიდსის სენტინელური ეპიდზედამხედველობის გაიდლაინების გაუმჯობესებას, როგორებიცაა რეგისტრაციის, შეტყობინების ფორმები და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები. სენტინელური ეპიდზედამხედველობის მონაცემების შეგროვება აივ/შიდსის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სტატისტიკის შექმნისა და საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის გაძლიერების საშუალებას გვაძლევს.

მესამე კომპონენტი ფოკუსირებულია მეორე თაობის ეპიდზედამხედველობის სტანდარტული გაიდლაინების განვითარებაზე, მათ შორის სტანდარტიზებული მეთოდოლოგიის და ბიომარკერული კომპონენტით ქცევითი ზედამხედველობის კვლევების ჩატარებაზე ინფექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში, კომერციულ სექს-მუშაკებსა და პატიმრებში. ამ კომპონენტის ქვეშ 2008-2010 წლებში პარტნიორ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით ჩატარდა 10 BSS სხვადასხვა გეოგრაფიულ რეგიონებში.

მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაცია

მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის საქართველოს ოფისმა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა შესაძლებლობის განვითარება-გაძლიერების პროცესში. ჯანმოს დახმარებით, 2009-2011 წლებში ჩატარდა შემდეგი აქტივობები:

- ყოველწლიური სემინარების ჩატარება აივ/შიდსის კლინიკური მართვის შესახებ წამყვანი ევროპელი ექსპერტების მიერ;
- ადგილობრივი სპეციალისტების ტრენინგები ქვეყნის გარეთ;
- ეროვნული გაიდლაინების განახლება მკურნალობისა და მზრუნველობის ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით;
- აივ-ინფექციის გვიანი გამოვლენის შემთხვევების კვლევა.

გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)

გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს მეორე ეროვნული პროგრამის ფარგლებში (2011-2015) ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები (SRH&R) წარმოადგენს ერთ-ერთ განსაკუთრებულ მიმართულებას აივ/შიდსის პრევენციისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობისთვის.

- 2010 წელს UNFPA, UNICEF და USAID-მა ერთობლივად ხელი შეუწყვეს „ჯანსაღი და ჰარმონიული განათლების ეროვნული კონცეფციისა და კურიკულუმის“ (შემუშავებულია EU/UNFPA “RHIYC” პროექტის ფარგლებში) პრინციპების ჩართვას განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ ეროვნულ საგანმანათლებლო გეგმაში. ზემოხსენებული მოიცავს აივ/შიდსის პრევენციის შესახებ ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლებას.
- ახალგაზრდული პოლიტიკა, რომელიც მოიცავს ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების, ასევე აივ პრევენციის საკითხებს, შემუშავდა 2011 წელს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს თაოსნობით, UNICEF-ისა და UNFPA/საქართველოს მხარდაჭერით.
- UNFPA/საქართველო აგრძელებს პარტნიორობას ათასწლეულის განვითარების მიზნების საპარლამენტო ჯგუფთან. ეს ჯგუფი მუშაობს პოლიტიკის რიგ საკითხებზე, რომლებიც უკავშირდება ათასწლეულის განვითარების მიზნებს (MDG), მათ შორის ახალგაზრდების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას და უფლებებს და აივ პრევენციის საკითხებს.
- UNICEF-სა და USAID-თან თანამშრომლობით UNFPA/საქართველომ 2010 წელს მხარი დაუჭირა მესამე ეროვნული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევას, კითხვარში აივ/შიდსის თემაზე ცალკე იყო გამოყოფილი თავი, რომელიც მოიცავდა UNGASS-ის ინდიკატორებთან დაკავშირებულ შეკითხვებს.
- UNFPA/საქართველო ინარჩუნებს ქვეყანაში უსასყიდლო კონტრაცეპტივების ერთ-ერთი ძირითადი მომწოდებლის როლს და უზრუნველყოფს უწყვეტ მომარაგებას თანამედროვე კონტრაცეპტივებით, მათ შორის, კონდომებით.
- UNFPA/საქართველო-მ ქვეყნის მასშტაბით ხელი შეუწყო 20 ახალგაზრდული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამედიცინო და საინფორმაციო ცენტრის გახსნას ახალგაზრდებზე მორგებული აივ/შიდსისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ინტეგრაციის მდგრადობის უზრუნველყოფისთვის გამოიყენება პარტნიორული სტრატეგია კერძო სექტორთან. UNFPA-დან ცენტრებს მუდმივად მიენიჭება კომბინირებული ტესტ-კიტები (აივ ინფექცია, C ჰეპატიტი, B ჰეპატიტი და სიფილისი).
- UNFPA/საქართველო ხელს უწყობს ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების და აივ პრევენციის საკითხებზე შემდეგი საშუალებებით: ახალგაზრდულ საზაფხულო ბანაკებში თანასწორთა განათლების ტრენინგები, საქართველოში თანასწორ-განმანათლებელთა ქსელის გაფართოება, ახალგაზრდული ფესტივალების ორგანიზება, რომლებიც ემსახურება ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობასა და ახალგაზრდებს შორის ცოდნის გაზიარებას.
- UNFPA/საქართველომ განახორციელა აივ/შიდსის პრევენციაზე მიმართული საქმიანობები მაღალი რისკის მქონე სამიზნე ჯგუფებისათვის, როგორებიცაა: ძალოვანი სტრუქტურები, იძულებით გადაადგილებული ახალგაზრდები და უსახლკარო ბავშვები, კომერციული სექს-მუშაკი ქალები, მამაკაცები, რომელთაც

სექსი აქვთ მამაკაცებთან.

- UN Cares პროგრამის ფარგლებში (UNFPA/საქართველოს ორგანიზებით) 2010-2011 წლებში გაეროს თანამშრომლებისა და საქართველოს პარლამენტის კომიტეტების სპეციალისტებისთვის ჩატარდა ტრენინგების სერია აივ/შიდსის პრევენციასთან დაკავშირებულ ასპექტებზე.

ვორლდ ვიჟენ საქართველო World Vision Georgia (WVG)

ცნობილია, რომ მოსახლეობის იმიგრაცია და მობილობა მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს აივ-ინფექციის გავრცელებისთვის სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში (საქართველო, სომხეთი და აზერბაიჯანი). ამ დემოგრაფიული კრიზისის აღმოსაფხვრელად 2007-2011 წლებში ერთობლივი ძალისხმევით საქართველოს, სომხეთისა და აზერბაიჯანის ოფისებმა განახორციელეს პროექტი „აივ-ინფექციაზე მობილობის ზეგავლენის პრევენცია და მისი შემსუბუქების გზები“. პროექტის მიზანი იყო აივ/შიდსის შესახებ ცნობიერების ამაღლება და აივ-ისა და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების რისკის შემცირება მობილურ პოპულაციებს შორის შემდეგი საშუალებებით: 1) აივ/შიდსისა და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების შესახებ განათლების დონის ამაღლება; 2) პრევენციული საშუალებების გამოყენების გაზრდა სამოქალაქო საზოგადოების მოქმედ სუბიექტებთან პარტნიორობით.

შემდგომ განვითარებასა და პროექტების შედეგებზე დაყრდნობით World Vision Georgia-მ წამოიწყო ახალი ერთობლივი სამნლიანი პროექტი – „ერთობლივი სასაზღვრო გადაკვეთის ადვოკატირება აივ-პრევენციისთვის“. ახალი პროექტის მიზანია აივ/შიდსის მიმართ მიგრანტების მონყვლადობის შემცირება და ადამიანთა უფლებების გაძლიერება. პროექტი ახორციელებს გენდერული და ოჯახური ძალადობის მსხვერპლთა ადვოკატირებას სამოქალაქო საზოგადოების მოქმედ პირებთან და სამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად, ცდილობს მიგრანტების სოციალურ-კულტურული მონყვლადობის შემცირებას, გაუმჯობესებული და მდგრადი პრევენციისადმი ნდომის გაზრდას, მზრუნველობისა და დახმარების სერვისების დანერგვას საკუთარ და დანიშნულების (მასპინძელ) ქვეყნებში.

ქვეყანაში მოქმედი რამდენიმე ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციაა, რომელთაც მნიშვნელოვანი წვლილი აქვთ შეტანილი აივ/შიდსის პრევენციის საქმეში:

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საინფორმაციო და საკონსულტაციო ცენტრი – თანადგომა

ასოციაციის მთავარი მიზანია საქართველოს მოსახლეობის ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. ამ დროისათვის თანადგომას გააჩნია ფილიალები - საინფორმაციო/საკონსულტაციო ცენტრები სამ რეგიონში: ბათუმში, ზუგდიდსა და ქუთაისში.

2002 წლიდან თანადგომა საქართველოში ემსახურება სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებს –

კომერციულ სექს-მუშაკ ქალებს, ჰომოსექსუალ მამაკაცებს, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და პატიმრებს. მომსახურება გულისხმობს ინდივიდუალურ კონსულტირებას ცხელი ხაზის საშუალებით და პირადი შეხვედრით; დახმარების პროგრამებს; ნებაყოფლობით კონსულტაციას და ტესტირებას აივ-ინფექციაზე როგორც თანადგომის ცენტრებში, ასევე მობილურ ლაბორატორიებში; სგვი ტესტირებას და მკურნალობას „ჯანმრთელობის კაბინეტებში“, რომლებიც მოქმედებენ GFATM-ის მიერ დაფინანსებული პროგრამის ფარგლებში; თანასწორთა განათლებას და კონდომებისა და სხვა მასალების მიწოდებას.

თბილისში 2010 წელს ჰომოსექსუალებში ჩატარდა ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა, რომელიც მოიცავს ამ პოპულაციის 278 წევრს. კვლევის ჩატარების გარდა, პარალელურად ხდებოდა ამ ჯგუფის პოპულაციის ზომის გამოთვლა.

თანადგომის მთავარი დონორები აივ/შიდსის სფეროში არიან USAID/RTI, GFATM, ასევე გარკვეულწილად (არა მომსახურებით, არამედ ადვოკატირებასთან დაკავშირებით) – amfAR (2011), RFSU/SIDA (სქესობრივი განათლება) UNFPA (UN-ის მთელი პერსონალის განათლება აივ-ინფექციაზე).

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი (GHRN)

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი დაარსდა 2006 წელს და მასში გაერთიანებულია 21 არასამთავრობო ორგანიზაცია. ქსელი 2008 წლიდან დღემდე არის გლობალური ფონდის გრანტების სუბრეციპიენტი – ახორციელებს პროექტს „ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების მოცვის გაფართოება აივ/შიდსზე პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერების გზით“. ქსელი ახორციელებს ზიანის შემცირების პროგრამებს ქვეყნის 9 ქალაქში (თბილისში (2 ცენტრი), გორი, თელავი, ქუთაისი, სამტრედია, ბათუმი, ზუგდიდი, ფოთიდასოხუმი). იგი უზრუნველყოფს აივ/შიდსის პრევენციის პროგრამებით ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების მნიშვნელოვანი ნაწილის მოცვას (ყოველთვიურად დაახლოებით 3500-4000 ბენეფიციარი) სხვადასხვა სერვისებით, მათ შორის სტერილური საინექციო აღჭურვილობით, კონდომებით, საინფორმაციო საგანმანათლებლო მასალებით, პრეპარატი ნალოქსონით ზედოზირების პრევენციის მიზნით. გარდა ამისა, ქსელის სერვის ცენტრები სთავაზობენ მომხმარებლებს სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და იურიდიულ კონსულტაციებს.

გარდა დაბალზღურბლოვანი პროგრამებისა, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი ახორციელებს საადვოკაციო პროგრამებს, რომლებიც ემყარება ადამიანის უფლებებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრინციპებს. ქსელი წარმოდგენილია უწყებათაშორის ანტინარკოტიკულ საბჭოში და აქტიურად ლობირებს მტკიცებულებებზე დამყარებულ ნარკოპოლიტიკას. ქსელი ხელს უწყობს სათემო ორგანიზაციების გაძლიერებასა და თემის მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებისა და პროგრამების განხორციელების პროცესებში ყველა დონეზე.

ქალთა და ბავშვთა დაცვის კავშირი (MCCU)

არასამთავრობო ორგანიზაცია „ქალთა და ბავშვთა დაცვის კავშირი“ დაარსდა 2000 წელს. ორგანიზაციის აქტივობები დაკავშირებულია ინფექციურ დაავადებებთან, მათ შორის

აივ-ინფექციის პრევენციასთან, კონსულტირებასა და განათლებასთან. მთავარი სამიზნე ჯგუფებია რეპროდუქციული ასაკის ქალები და მათი პარტნიორები, ასევე ბავშვები და ახალგაზრდები.

MCCU-მ განახორციელა სხვადასხვა პროექტი აივ/შიდსის სფეროში:

- „საქართველოში დედიდან ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემის პრევენცია“, დაფინანსებული ელიზაბეტ გლეიზერის პედიატრიული შიდსის ფონდის მიერ. პროექტის მიზანი იყო ორსული ქალებისათვის აივ-ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების შემუშავება და განხორციელება, ასევე დედიდან ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემის პრევენცია. აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული ტრენინგი ჩაუტარდა ჯანდაცვის დაახლოებით 400 მუშაკს (მეანები/გინეკოლოგები და პედიატრები). ტრენინგებისათვის MCCU-ს მიერ დაინერა და გამოიცა ცნობარი „აივ/შიდსი“. აივ-ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისები დაინერგა საქართველოს დედაქალაქ თბილისის ყველა პრენატალური ზედამხედველობის ცენტრში. აივ-ინფექციაზე კონსულტაცია და ტესტირება ჩაუტარდა 30 000-ზე მეტ ორსულს, ხოლო აივ-დადებით დედებს და მათ ჩვილებს ჩაუტარდათ პროფილაქტიკური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა.
- „ინფორმაცია აივ-ინფექციის შესახებ ორსულთა და მეძუძური დედებისათვის“ World Vision-თან თანამშრომლობით. ამ პროექტის ამოცანა იყო აივ-ინფექციის შესახებ ცოდნის დონის ამაღლება დაბალი სოციალური მდგომარეობის მქონე ახალგაზრდა ქალებში. პროექტის განმავლობაში სოციალურ მუშაკებსა და სამშობიარო სახლების ჯანდაცვის მუშაკებს ჩაუტარდათ ტრენინგები აივ-ინფექციისა და აივ-ინფექციაზე ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი კონსულტაციის საკითხებზე. შემუშავდა, დაიბეჭდა და გავრცელდა ორი ცნობარი აივ-ინფექციის შესახებ (სოციალური მუშაკებისა და ჯანდაცვის მუშაკებისათვის) და სხვადასხვა საგანმანათლებლო მასალები ახალგაზრდა ქალებისათვის. სოციალური მუშაკები, რომელთაც გაიარეს ტრენინგები ახალგაზრდა დედებს უტარებდნენ კონსულტაციებს აივ ინფექციის შესახებ და აფასებდნენ ამ კონსულტაციების ეფექტურობას კონსულტაციამდე და მის შემდგომ ჩატარებული გამოკითხვით.
- „ჯანდაცვის მუშაკებში სისხლის გზით გადაცემული ინფექციების გავრცელება და ინფორმირებულობა მათ შესახებ“, დაფინანსებული ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრის (NIH) და NATO-ს პროგრამის, „მეცნიერება მშვიდობისა და უსაფრთხოებისთვის“ მიერ. პროექტის ფარგლებში 1480 ჯანდაცვის მუშაკი იქნა გამოკითხული (KAP კითხვარი) აივ-ინფექციისა და ჰეპატიტების შესახებ, ასევე ჩატარდა სისხლის ანალიზები სისხლის გზით გადაცემული ინფექციების გავრცელების შესაფასებლად.

2011 წელს MCCU-მ განახორციელა პროექტი „თანასწორთა განათლება ჯანმრთელობის პრობლემების, მათ შორის აივ-ინფექციის თემაზე“ ახალგაზრდებს შორის უნივერსიტეტებში, განვეულთა საწვრთნელ ცენტრებში, საშუალო სკოლებში და ასევე კანონთან კონფლიქტში მყოფ მოზარდებში. პროექტი შესრულდა RTI International-თან პარტნიორობით, რომელიც ახორციელებს USAID-ის მიერ დაფინანსებულ აივ-ინფექციის პრევენციის პროგრამას საქართველოში. პროექტის ფარგლებში თბილისში და საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში აივ/შიდსის შესახებ განათლება მიიღო 1000-ზე მეტმა ადამიანმა.

2007 წლიდან დღემდე ბორდოს უნივერსიტეტთან პარტნიორობით MCCU ახორციელებს პროექტს სახელწოდებით „დაბალი აივ-პრევალენტობის ქვეყნებში წყვილებზე ორიენტირებული პრენატალური აივ-კონსულტაციისა და ტესტირების გავლენა საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე“, რომელიც დაფინანსებულია ANRS-ის (საფრანგეთის შიდსის კვლევების ეროვნული სააგენტო) მიერ. პროექტის ამოცანაა ჩატარდეს წყვილებზე ორიენტირებული პრენატალური აივ-კონსულტაციები ახალგაზრდა ორსულ ქალებში და შეფასდეს აივ/შიდსთან, სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მიდგომების და ქცევის ცვლილებები. ეს არის მულტიცენტრული საერთაშორისო ინტერვენციული კვლევა 4 ურბანულ რეგიონში, სადაც აივ-ინფექციის პრევალენტობა ნაკლებია 10%-ზე და სადაც ხელმისაწვდომია PMTCT სერვისები. ეს ქალაქებია: იაუნდე (კამერუნი), პრუნი (ინდოეთი), სანტო დომინგო (დომინიკელთა რესპუბლიკა) და თბილისი (საქართველო). ამ ინტერვენციული კვლევის ფარგლებში ანტენატალური მეთვალყურეობის კლინიკებში მისული ქალები ინდივიდუალურად და რანდომულად ნაწილდებიან ორ ჯგუფში: ერთ ჯგუფს უტარდება ტესტირების შემდგომი სტანდარტული აივ-კონსულტაცია, ხოლო მეორეს ტესტირების შემდგომი წყვილებზე ორიენტირებული კონსულტაცია. შემდეგ ფასდება წყვილებზე ორიენტირებული კონსულტაციის ზეგავლენა პარტნიორის აივ-კონსულტირებისა და ტესტირების ინციდენტობაზე, წყვილების კონსულტაციაზე და აივ/შიდსთან დაკავშირებულ მიდგომებსა და ქცევებზე, ასევე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციაზე.

არსებობს კიდევ მრავალი საერთაშორისო ორგანიზაცია და დონორი, რომელთა შეტანილი წვლილი აღვნიშვნას და დაფასებას იმსახურებს. ჩვენს ქვეყანაში აივ-ინფექციის ფართომასშტაბიანი პრევენციის, მკურნალობისა და კვლევითი აქტივობების განვითარებასა და განხორციელებაში. მათ შორისაა ევროკავშირი, ევროკომისია, ვიშნევსკაია-როსტროპოვიჩის ფონდი (VRF), ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო (OSGF) და სხვა.

VII. მონიტორინგი და შეფასება

2010 წელს UNAIDS-მა დაამტკიცა ეროვნული ექსპერტთა ჯგუფი, რომელსაც უნდა ემუშავა ქვეყანაში ეროვნული მონიტორინგისა და შეფასების შემუშავებაზე. უკანასკნელი UNGASS ანგარიშის შემდეგ ქვეყანაში მნიშვნელოვანი პროგრესი იქნა მიღწეული აივ/შიდსის ეროვნული მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის განვითარებაში.

საქართველოს აივ/შიდსის მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული სტრატეგია მიღებულ იქნა 2011 წელს. ინდიკატორების მთავარ ნაწილებზე შესათანხმებლად ჩატარდა რამდენიმე საკონსულტაციო შეხვედრა და M&E სისტემის კოორდინირების გასაუმჯობესებლად მოხდა ფუნქციების გადანაწილება დანესებულებებს შორის. M&E სტრატეგიული დოკუმენტი მოიცავდა მონაწილე სუბიექტების უკუკავშირს და 2011 წლის მარტში დასამტკიცებლად გადაეცა CCM-ს.

აივ/შიდსის M&E ერთიანი, შეთანხმებული ეროვნული სტრატეგიული დოკუმენტის

აუცილებლობას ამყარებს შემდეგი მიზეზები:

1. შესაძლებლობას იძლევა განვითარდეს ინტეგრირებული ეროვნული და სექტორ-სპეციფიური M&E სისტემები აივ/შიდსზე რეაგირების მხარდასაჭერად;
2. გვეხმარება საერთაშორისო ვალდებულებებისა და ანგარიშგების მოთხოვნების დაკმაყოფილებაში;
3. იძლევა პლატფორმას პარტნიორობის, კონტაქტების დამყარების და თანამშრომლობისათვის ეროვნულ და ადგილობრივ მონაწილე სუბიექტებს შორის აივ/შიდსზე ნაციონალური და დეცენტრალიზებული რეაგირების მონიტორინგისა და შეფასების საქმეში;

დოკუმენტი განსაზღვრავს საქართველოში აივ/შიდსის მონიტორინგისა და შეფასების (M&E) სისტემას. ის შედგება სამი განცალკევებული სექციისგან: აივ-ინფექციის ეროვნული M&E სისტემის დიზაინი; M&E ოპერაციების ცნობარი (რომელიც განსაზღვრავს, თუ როგორ მუშაობს ეროვნული M&E სისტემის ცალკეული კომპონენტები) და სამოქმედო გეგმა (რომელშიც მოცემულია იმ პრიორიტეტების მიმოხილვა, რომელთა განხორციელებაც უნდა მოხდეს ამ სისტემის დამტკიცებიდან სამი წლის განმავლობაში).

ქვეყნის M&E სისტემა აუცილებელია საქართველოს ხელისუფლებისათვის, რათა უფრო ზუსტ მონაცემებზე დაყრდნობით მოხდეს პრობლემის მასშტაბის გამოთვლა, სხვადასხვა ფაქტორების იდენტიფიცირება და საჭირო რესურსების რეალური შემუშავება. შედეგების გამოყენება მოხდება ამ პროგრამული ინტერვენციის საზღვრებისა და მასშტაბის დასადგენად. ადეკვატური მონაცემთა შეგროვება და შეტყობინების მექანიზმები უზრუნველყოფს ეროვნული რეაგირების განხორციელების გამჭვირვალობას და ხელს უწყობს მრავალი ადგილობრივი და საერთაშორისო პარტნიორის, ასევე სამოქალაქო საზოგადოების მონაწილეობას.

სათანადო და ეფექტური M&E სისტემა არის ქვეყანაში აივ-ინფექციაზე რეაგირების ქვაკუთხედი. შედეგები იძლევა იმ მონაცემებს, რომლებიც აუცილებელია პროგრამის მართვისა და გაუმჯობესების, პოლიტიკის ჩამოყალიბებისა და ადვოკატირებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად და აუცილებელია პასუხისმგებლობის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად.

კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია ის, რომ ეს სისტემა აძლიერებს ადგილობრივ საზოგადოებრივ და სამედიცინო დანესებულებებზე დაფუძნებულ პროგრამებს. აივ/შიდსის ეროვნული M&E სტრატეგიული პროგრამა აწვდის მონაწილე სუბიექტებს აივ/შიდსის კარგად კოორდინირებულ, ჰარმონიულ და ფუნქციონალურ M&E სისტემას, რომელიც მათ საშუალებას აძლევს ეფექტურად შეაფასონ, რამდენად კარგად მუშაობს აივ/შიდსისკენ მიმართული ინტერვენციები ეროვნული პროგრამის საბოლოო მიზნის მიღწევაში.

საერთო ჯამში ეს ინფორმაცია სასარგებლოა იმპლემენტაციის მასშტაბის და გამოსავლის გასაგებად და შეიძლება გამოყენებულ იქნას უწყვეტი დაფინანსების უზრუნველსაყოფად აივ/შიდსის პროგრამების განვრცობისათვის.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს ორმაგი როლი აკისრია აივ-ინფექციაზე რეაგირების ეროვნულ მონიტორინგსა და შეფასებაში:

I. აივ ინფექციის M&E სისტემის ეფექტური ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად დკსჯეც-ს დაკისრებულიაქვს CCM-ის ტექნიკური მხარდაჭერის ფუნქცია. დკსჯეც-ი CCM-ის ტექნიკურ სამდივნოსთან მჭიდრო თანამშრომლობით პასუხისმგებელია სხვადასხვა მონაცემთა ნაკადის საერთო კოორდინირებასა და მონაცემების ადვილად ხელმისაწვდომობაზე. დკსჯეც-ის M&E კოორდინატორი გამოიყენებს აივ/შიდსის ეროვნულ მონაცემთა ბაზას მონიტორინგისა და შეფასების ინფორმაციების შესანახად, ხელმისაწვდომი მონაცემების პერიოდული და/ან სპეციფიური ანალიზისათვისა და მონაწილე სუბიექტების მოთხოვნის შესაბამისად M&E კვლევის შედეგების სრული ხელმისაწვდომობისათვის.

II. დკსჯეც-ის მთავარი ფუნქცია არის აივ/შიდსის ზედამხედველობის ეროვნული სისტემის კოორდინირება. აივ-ზედამხედველობის განყოფილების მეშვეობით ცენტრი შეასრულებს შემდეგ ფუნქციებს:

ცენტრალური ფუნქციები:

- მონაცემთა ანალიზი (შესაფერისი IT ინფრასტრუქტურით და პროგრამული ადმინისტრირებით).
- მონაცემთა ანალიზზე დაყრდნობით ანგარიშების შემუშავება, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის რეგულარული შეფასება და ანალიზი.
- ეპიდემიოლოგიური ანალიზისათვის ცვლადების, ინდიკატორების ან დეფინიციების მოდიფიცირებისათვის საჭირო რეკომენდაციების მომზადება.
- აივ-ინფექციის ეროვნული ვებ-პორტალის გაშვება, რათა M&E პროდუქტები შეგროვდეს და ადვილად ხელმისაწვდომი იყოს ყველა მონაწილე სუბიექტისათვის. ეს იქნება საერთო პლატფორმა ქვეყნის დონეზე M&E დოკუმენტებისა და პუბლიკაციების შესანახად.

ხარისხის კონტროლის ფუნქციები:

- ინფორმაციის ნაკადის ხარისხის კონტროლი და მონაცემთა ციფრულ ფორმატში გადატანა
- მონაცემთა შეგროვების ფორმებისა და მონაცემთა ნაკადში ნებისმიერი ცვლილების საჭიროების განსაზღვრა და რეკომენდაციების მომზადება.
- აივ/შიდსის ზედამხედველობაში მონაწილე სუბიექტებისგან მიღებული მონაცემების დროულობისა და ხარისხის კონტროლი.
- ზედამხედველობის სისტემის ნაკლოვანებების განსაზღვრა და რეკომენდაციების შემუშავება მათი გამოსწორებისათვის.
- აივ-ზედამხედველობის მეთოდოლოგიის განახლებისათვის აუცილებელი სერვისების მოპოვება და გადამისამართების პირობების მომზადება.

სისტემის განხორციელებისათვის პირველი ნაბიჯი გადაიდგა დკსჯეც-ში M&E ერთეულის შექმნით. ახლად დანიშნულმა M&E კოორდინატორმა დაიწყო ფუნქციების განხორციელება ეროვნული M&E სამუშაო გეგმის მიხედვით. გადანყდა შედგენილიყო M&E საკითხების სამუშაო ჯგუფი, რომელშიც შევიდოდნენ ექსპერტები სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებიდან.

მიუხედავად დიდი პროგრესისა, ჩვენ ყველამ უნდა გავაკეთოთ უფრო მეტი, უფრო უკეთესად, უნდა ვიყოთ კრეატიულები და ინოვაციურები, რათა მივალწიოთ სამომავლოდ დასახულ მიზნებს.

დანართი 1

აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ანგარიშის მომზადების პროცესი

2011 წლის აივ/შიდსის პოლიტიკურ დეკლარაციაში მოცემული მონიტორინგისათვის აუცილებელი ცენტრალური ინდიკატორების შექმნის გაიდლაინის რეკომენდაციების შესაბამისად, ქვეყნის პროგრესის ეს დოკუმენტი შემუშავდა რამდენიმე ეროვნული საკონსულტაციო შეხვედრის (2011 წლის ნოემბერში გლობალური პროგრესის ანგარიშის პირველი შესავალი სემინარი, ქვეყნის პროგრესის ანგარიშის შუალედური სემინარი თებერვალში და ანგარიშის დამტკიცების სემინარი 2012 წლის მარტში), მთავარ მონაწილე სუბიექტებთან ინდივიდუალური შეხვედრებისა და წერილობითი მიმოხილვების საფუძველზე. სპეციფიური ინდიკატორებისათვის მონაცემების განხილვა მოხდა სამთავრობო, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტების მიერ. ფართო წარმომადგენლობით შეხვედრებზე, რომლებსაც ესწრებოდნენ საქართველოს მთავრობის, ასევე სხვა სახელმწიფო და არასახელმწიფო, მათ შორის საერთაშორისო მოქმედი სუბიექტების წარმომადგენლები, UNAIDS-ის რეკომენდაციებზე დაყრდნობით წარმოდგენილ, განხილულ და დამტკიცებულ იქნა თითოეული ეროვნული ინდიკატორის მონაცემები და ქვეყნის პროგრესის ანგარიშის სამუშაო ვარიანტი.

აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ეროვნული ანგარიში შემუშავდა თანამონაწილეობის პრინციპით, რომელსაც საერთო კოორდინირებას უწევდნენ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც) და ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი (CCM), UNAIDS-ის ადგილობრივ წარმომადგენლობასთან მჭიდრო თანამშრომლობით. დკსჯეც ახდენდა ყველა კონსულტაციისა და მონაცემთა შეგროვების ფასილიტაციას.

სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციებს შორის შეხვედრების შედეგად ასევე შემუშავდა ეროვნული ვალდებულებებისა და პოლიტიკის მექანიზმი (NCPI). პირველი სამუშაო ვერსიის შემუშავების შემდეგ ის გაზიარებულ იქნა ფართო აუდიტორიისათვის და ყველა დაინტერესებულ სუბიექტს საშუალება მიეცა, გაეკეთებინა საკუთარი კომენტარი ამ სამუშაო ვერსიაზე. ყველა კომენტარი განხილულ იქნა და აისახა საბოლოო ანგარიშში. დკსჯეც-მა მიღებული სამუშაო ვერსია წარმოადგინა 2012 წლის 30 მარტს დასკვნით ეროვნულ საკონსულტაციო შეხვედრაზე, რომელსაც მონაწილე მხარეების ფართო სპექტრი ესწრებოდა.

დანართი 2

ეროვნული ვალდებულებები და პოლიტიკის მექანიზმი (NCPI) 2012

ეროვნული ვალდებულებებისა და პოლიტიკის ინსტრუმენტებისათვის (NCPI) მონაცემები შეიკრიბა NCPI კითხვარების გამოყენებით 2011 წლის აივ/შიდსის პოლიტიკურ დეკლარაციაში მოცემული მონიტორინგისათვის აუცილებელი ცენტრალური ინდიკატორების შექმნის გაიდლაინის რეკომენდაციების შესაბამისად. კითხვარები ითარგმნა ქართულად და გავრცელდა ყველა მონაწილე მახერეს შორის. კითხვარის ნაწილი (A) შეივსო მთავრობის ოფიციალური პირების მიერ, ხოლო ნაწილი (B) სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების, ბილატერალური დონორებისა და გაეროს სააგენტოების მიერ.

თითოეული ნაწილის ტექნიკურმა კოორდინატორებმა განიხილეს შევსებული კითხვარები და მოახდინეს მონაცემთა კონსოლიდირება. პირველადი შედეგები განხილულ იქნა დკსჯეც-ის მიერ ორგანიზებულ ეროვნულ საკონსულტაციო შეხვედრაზე 2012 წლის 27 მარტს.

მთავრობის მოხელეებისა და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებისთვის, ბილატერალური დონორებისა და გაეროს სააგენტოებისათვის მოეწყო ორი სხვადასხვა შეხვედრა.

NCPI-ში მონაწილეობას იღებდა შემდეგი ორგანიზაციები:

I. მთავრობა (ნაწილი A)

1. ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი
2. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
3. პენიტენციური სისტემა
4. იუსტიციის სამინისტრო
5. განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო
6. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
7. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი
8. წამალდამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი
9. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებების ეროვნული ცენტრი

II. არასამთავრობო, დონორი და საერთაშორისო ორგანიზაციები:

1. ასოციაცია „თანადგომა“
2. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“
3. World Vision Georgia
4. UNICEF
5. UNAIDS
6. UNFPA
7. საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“
8. მსოფლიო ბანკი

9. USAID

10. გლობალური ფონდი
11. ზიანის შემცირების ქსელი
12. USAID საქართველოს აივ-პრევენციის პროექტი
13. WHO-ს ადგილობრივი ოფისი

აუცილებელი ინფორმაციის მოსაპოვებლად მნიშვნელოვან პირებს ჩაუტარდათ ინტერვიუები სპეციფიურ თემებზე.

შევსებულ კითხვარებზე დაყრდნობით, საკონსულტაციო შეხვედრების პერიოდში ჩატარდა ინტერვიუები და მიღწეულ იქნა შეთანხმება. NCPI პასუხი შეჯამდა და მონაცემთა დადასტურებისა და დამტკიცებისათვის წარდგენილ იქნა 2012 წლის 30 მარტს დასკვნით შეხვედრაზე.

საბოლოო NCPI მონაცემები დაიდო AIDS Progress reporting-ის ვებვერდზე (www.unaids.org/AIDSReporting) და დაერთო ქვეყნის გლობალური პროგრესის ანგარიშს.