



CRG ბარიერების შეფასება ტუბერკულოზის მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის საქართველოში

დონორი: Global Fund

პროგრამა : TB REP 2.0

**კოორდინატორი ორგანიზაცია:
PAS Center - Centre for Health Policy and
Studies**

**პროექტის შემსრულებელი:
ა/ო „ახალი ვექტორი“**

**პროექტის ვადები:
აგვისტო, 2019 - მაისი, 2020**

პროექტზე მუშაობდნენ:

კონსტანტინე ლაბარტყავა - პროექტის მენეჯერი

მარიამ ჯიბუტი - კვლევის კონსულტანტი

ლია ბერიტაშვილი - იურიდიული საკითხების კონსულტანტი

ლაშა ლორია - გენდერული საკითხების კონსულტანტი

რეკომენდატორები

მარი ჩოხელი, TB People

გვანცა კვინიკაძე, TB People

კვლევა შესაძლებელი გახდა PAS (Center For Health Policies and Studies) ცენტრის მხარდაჭერით, TB REP პროგრამის ფარგლებში, Global Fund ის დაფინანსებით. დოკუმენტში მოცემული ინფორმაცია არ წარმოადგენს უშუალოდ PAS ცენტრის შეხედულებებს. გვსულს მადლობა გადავუხადოთ ცენტრს და პროექტში ჩართულ აქტორებს.

განსაკუთრებით, მადლობას ვუხდით ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრს და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს კვლევის პროცესში გამოჩენილი მხარდაჭერისა და შეტანილი წვლილისათვის.

ასევე, მადლობას ვუხდით კვლევის პროცესში ჩართულ პაციენტებს, ექსპერტებს და სტეიკჰოლდერებს;

შინაარსი

აბრევიატურები	5
შეჯამება	6
შესავალი	9
შეფასების მიზანი	10
ცხრილი 1. ბარიერები, რეკომენდაციები, დონისძიებები	11
შეფასების მეთოდები	17
1. ძირითადი ჯგუფი	17
2. დაინტერესებული მხარეების შეხვედრები	17
3. სამაგიდო მიმოხილვა	18
4. სამიზნე პოპულაციისთვის პრიორიტეტის მინიჭება	19
5. მონაცემთა შეგროვება	20
ლიტერატურული მიმოხილვა	23
1. სამართლერივი ასპექტები / ადამიანის უფლებები	23
გენდერი	29
ახალი აღმოჩენები	34
ძირითადი პოპულაცია	35
ტუბერკულოზის ტესტირებები	38
იძულებით გადაადგილებული პირები	40
7. სტიგმა	42
8. ზოგადი	45
მიგნებების შეჯამება (TB JOURNEY 7 საფეხურის მიხედვით)	47
I - სიმპტომების ამოცნობის ძირითადი ბარიერები	47
II- მკურნალობის მოძიების ძირითადი ბარიერები	47
III-სწორი დიაგნოზის დასმის ძირითადი ბარიერები	48
IV - მკურნალობის დაწყების ძირითადი ბარიერები	48
V-მკურნალობაზე დამყოლობისთვის მხარდაჭერის მიღების ბარიერები	49
VI-მკურნალობის დასრულების ძირითადი ბარიერები	49
VII- მკურნალობის შემდგომი სერვისების მიღების ძირითადი ბარიერები	50

დანართები

51

საკონსულტაციო ჯგუფის წევრები და მათი ორგანიზაციები	51
გამოყენებული წყაროები / დოკუმენტები	51
საორიენტაციო შეხვედრა	53
შეხვედრას დაესწრნენ:	53
სამიზნე პოპულაციების პრიორიტიზების შეხვედრა	54
მონაწილეთა სია	55
ვალიდაციური შეხვედრა	56
Participant List	57
სამიზნე პოპულაციების პრიორიტიზებისთვის გამოყენებული ინსტრუმენტი	58
სამიზნე ინფორმანტებთან ინტერვიუ	60
სიდრმისეული ინტერვიუების სადისკუსიო გეგმა	64
ფოკუს ჯგუფები	68
ფოკუს ჯგუფის სადისკუსიო გეგმა	68
საზოგადოება- სტიგმაფოკუს ჯგუფის სადისკუსიო გეგმა	72
ოჯახი-სტიგმაფოკუს ჯგუფის სადისკუსიო გეგმა	73

აბრევიატურები

CRG	თემი, უფლებები, გენდერი
CSO	სამოქალაქო ორგანიზაცია
DOT	ზედამხედველობის ქვეშ მკურნალობა
GF	გლობალური ფონდი
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
IDP	იძულებით გადაადგილებული პირები
KAP	ცოდნის, დამოკიდებულებისა და ქცევის კვლევები
MDR TB	მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი
MOH	საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
NCDC	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
NCTBLD	ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
NGO	არასამთავრობო ორგანიზაცია
NSP	ეროვნული სტრატეგიული გეგმა
NTP	ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
PHR	მაღალი რისკის მქონდე პოპულაცია
PWID	ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები
PWTB	ადამიანები ტუბერკულოზის დიაგნოზით
SMT	ჩანაცვლებითი თერაპია
TB	ტუბერკულოზი
WHO	მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია
XDR TB	ზემდგრადი ტუბერკულოზი

შეჯამება

ეს შეფასება განახორციელდა “ახალი ვექტორის” მიერ “ტუბერკულოზის მკურნალობის ადამიანზე მორგებული მკურნალობის მოდელის ხარისხის გაუმჯობესება- DR-TB- ის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესების მიზნით, ზრუნვის ახალი მოდელი” ან TB-REP 2.0 პროექტის ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია გლობალური ფონდის მიერ.

მოხსენება ჩამოყალიბდა სამაგიდო მიმოხილვის, ინტერვიუების და ფოკუს ჯგუფების განხილვების შედეგად მიღებული ხარისხობრივი მონაცემების დამუშავების საშუალებით. ყველა ინსტრუმენტი დამტკიცებულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ბიოეთიკის საბჭოს მიერ. შეფასების მეთოდები მოიცავდა ორ მულტისტეიკჰოლდერების /დაინტერესებული მხარეების შეხვედრას, რათა დადგენილიყო შეფასების პრიორიტეტები, და შემდგომში, შემუშავებულიყო ბარიერების გადაჭრისთვის საჭირო სამოქმედო გეგმა. გარდა ამისა, შეიქმნა ძირითადი სამუშაო ჯგუფი რათა CRG შეფასების იმპლემენტაციისთვის ეხელმძღვანელა.

დაინტერესებული მხარეების დახმარებით სამი ძირითადი პოპულაცია გამოიკვეთა: პატიმრები (ყოფილი პატიმრები), იძულებით გადაადგილებული პირები (დევნილები) და ადამიანები, რომლებიც იყენებენ ნარკოტიკებს (PWID). შეფასება მიზნად ისახავს უფრო ღრმად გამოიკვლიოს ამ პოპულაციების წინაშე არსებული რისკები და ბარიერები.

შეფასებისას გამოვლენილი ბარიერები კატეგორიზირებულია ტუბერკულოზის საფეხურების მიხედვით. გამოიყოფა 7 საფეხური და მათ შორისაა ტუბერკულოზის სიმპტომების ამოცნობა, დიაგნოზირება, მკურნალობა, მხარდაჭერა და მკურნალობის შემდგომი პერიოდი. შეფასებამ ასევე განსაზღვრა ბარიერები გენდერის, სტიგმის და ადამიანის უფლებების სფეროებში. ქვემოთ მოცემულია ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერები:

გენდერი: საქართველოში ტუბერკულოზის დიაგნოზი უფრო მეტ კაცს დაუსვეს, ვიდრე ქალს. ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ ტუბერკულოზის მქონე ქალები შესაძლოა უფრო მეტად აგვიანებენ მკურნალობის პროცესში ჩართვას ოჯახური პასუხისმგებლობების, ფინანსური პრობლემების (განსაკუთრებით ღარიბ რეგიონებში), ან ბავშვებზე ზრუნვის გამო. აგრეთვე, როგორც წესი, ქალებს უფრო ნაკლებად უჭერენ მხარს ოჯახის წევრები. კაცებთან შედარებით ქალთა ცნობიერება ტუბერკულოზის შესახებ უფრო დაბალია. თუმცა, მკურნალობის შედეგები ქალების შემთხვევაში უკეთესია ვიდრე კაცების, მათ შორის მკურნალობის წესების დაცვის კუთხითაც. მამაკაცები დიაგნოზირებას და მკურნალობას სამსახურის და ანაზღაურების დაკარგვის შიშის გამო აგვიანებენ. რესპონდენტებმა განსაკუთრებით ხაზი გაუსვეს ტუბერკულოზის ფსიქოლოგიურ ასპექტს, რომ მამაკაცები პრომისუენარონი ხდებიან მკურნალობის დროს და საჭიროებენ მხარდაჭერას. LGBTI პირებმა გამოთქვეს შიში, რომ შესაძლოა ჯანდაცვის პერსონალი მათ არასათანადოდ მოეხდინოს.

სტიგმა: სტიგმა ტუბერკულოზის ყველა სტადიაზე დიდი ბარიერია, რაც ხელს უშლის ტუბერკულოზის დიაგნოზირებას და მკურნალობას, მათ შორის გენდერული სპექტრის გათვალისწინებით. იგი გავლენას ახდენს სამიზნე პოპულაციებზე და ტუბერკულოზის მქონე პირებზე, რომლებიც კონკრეტულად არ მიეკუთვნებიან დაუცველ ან რისკ ჯგუფებს. ჩვენმა შეფასებამ დაადგინა, რომ სტიგმამ და დისკრიმინაციის შიშმა შეაჩერა რესპოდენტები, ოჯახის წევრებისთვის და დამსაქმებლებისთვის, ეთქვათ, რომ ტუბერკულოზი ჰქონდათ. ტუბერკულოზის სამკურნალო მედიკამენტების მიღება DOT ექთნების დახმარებით არ წარმოადგენდა საუკეთესო ვარიანტს იმ ადამიანებისთვის, ვინც ერიდებოდა საკუთარი დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას თემში.

ადამიანის უფლებები: ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, სამედიცინო დაწესებულებები პაციენტებს უტარებენ ფასიან ტესტებს, იქამდე სანამ მიაწვდიან ტუბერკულოზის უფასო ტესტირების არსებობის შესახებ ინფორმაციას. სხვადასხვა სახელმწიფო სამსახურმა შეიძლება მოსთხოვოს აპლიკანტს მიაწოდოს ტუბერკულოზის მკურნალობის ისტორია, რაც არ შეესაბამება შრომის კანონმდებლობას. როდესაც ადამიანი არის სოციალურად დაუცველი და იღებს მკურნალობის სტიმულირებისთვის თანხას, სახელმწიფომ შესაძლოა ეს ინსენტივი ჩათვალოს დამატებით შემოსავალად, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს სოციალური დახმარების გაუქმება.

სამიზნე პოპულაციები: ნარკოტიკის მომხმარებელმა პირებმა განაცხადეს, რომ სამკურნალო დაწესებულებებს სამართლებრივი დევნის შიშის გამო ერიდებიან. იძულებით გადაადგილებული პირებისათვის ჯანმრთელობის ობიექტების ტერიტორიული ბარიერებიარსებითია. იძულებით გადაადგილებული პირები განსაკუთრებით ერიდებიან თავისი დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის გაზიარებას, რათა არ მოხდეს მათი ან მათი ოჯახის სტიგმატიზება, ვინაიდან ისინი ცხოვრობენ მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში. ორმაგი სტიგმის შემთხვევა ხშირია, როდესაც საქმე ტუბერკულოზის დიაგნოზირებას და PWID პირებს ან ყოფილ პატიმრებს ეხება.

ძირითადი რეკომენდაციები:

- ინფორმაციული დეფიციტის შევსება ტუბერკულოზის შესახებ გენდერზე, სამიზნე პოპულაციებზე და ადამიანის უფლებებზე ორიენტირებული ინფორმაციის მიწოდებით.
- ტუბერკულოზის მქონე ადამიანების უფლებების ადვოკატირება, მათ შორის მუშაობის უფლების, დისკრიმინაციისა და კონფიდენციალურობის ჩათვლით.
- მკურნალობის ინსენტივების მიღების მიუხედავად, ტუბერკულოზის მქონე პირებისთვის სოციალური დახმარების გაგრძელების ადვოკატირება.
- ინვესტიცია ტუბერკულოზის პროგრამის შესაძლებლობების გაძლიერების კუთხით, განსაკუთრებით კი პერიფერიებში, იმ ობიექტების ჩათვლით, რომლებიც იძულებით გადაადგილებულ პირებს ემსახურებიან.

- ადვოკატირების, რომელიც სამოქალაქო საზოგადოების წევრებს, მათ შორის სამიზნე პოპულაციებს და LGBTQI მხარდამჭერ ორგანიზაციებს საშუალებას მისცემს შეიმუშაოს ტუბერკულოზის სერვისების მიწოდების კუთხით ერთი ფანჯრის პრინციპი.
- ამბულატორიული მკურნალობის ადვოკატირების გაგრძელება და ადამიანებზე ორიენტირებულ მოდელის დანერგვა, სერვისების დიფერენცირების და მათი კონკრეტულ პაციენტებზე მორგების გზით.
- პაციენტების დამყოლობის გაზრდა პაციენტებისთვის და მათი ოჯახის წევრებისთვის გენდერულად სენსიტიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გაწევით (თანასწორგანმანათლებლების, ან სოციალური მუშაკების მიერ).

შესავალი

“ტუბერკულოზის მკურნალობის ადამიანზე მორგებული მკურნალობის მოდელის ხარისხის გაუმჯობესება- DR-TB- ის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესების მიზნით, ზრუნვის ახალი მოდელი” ან TB-REP 2.0 დაფინანსებულია გლობალური ფონდის მიერ, ძირითადი მიმღები PAS, ჯანმრთელობის პოლიტიკის და კვლევების ცენტრის მეშვეობით. პროექტი ხორციელდება აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის 11 ქვეყანაში (სომხეთი, აზერბაიჯანი, ბელორუსია, საქართველო, ყაზახეთი, ყირგიზეთი, მოლდოვა, ტაჯიკეთი, თურქმენეთი, უკრაინა, უზბეკეთი). პროექტი ითვალისწინებს არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობას ტუბერკულოზის მკურნალობაში, ადამიანებზე ორიენტირებული მზრუნველობის წარმოებაში, ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებასა და მდგრადობის უზრუნველყოფაში.

TB REP 2.0- ის ქოლგის ქვეშ, PAS ჯანმრთელობის პოლიტიკის და კვლევების ცენტრმა გამოაცხადა მცირეგრანტი CRG (თემი, უფლებები, გენდერი) შეფასებების წარმოებისათვის რამდენიმე პრიორიტეტულ ქვეყანაში, ტუბერკულოზის დიაგნოზირებასა და მკურნალობის წვდომისათვის ბარიერების გამოსავლენად, განსაკუთრებით ტუბერკულოზის სამიზნე და მოწყვლად პოპულაციებში.

პროგრამის ფარგლებში, საქართველოს მხრიდან, კვლევის ჩატარებაზე გრანტის მოპოვება არასამთავრობო ორგანიზაცია „ახალ ვექტორს“ ერგო. არასამთავრობო ორგანიზაცია „ახალი ვექტორი“ წარმოადგენს საქართველოში პირველ ნარკოტიკების მომხმარებელთა სათემო ორგანიზაციას, რომელიც საქმიანობას ახორციელებს 2006 წლიდან. სათემო ორგანიზაციის მისიაა: „ნარკოტიკების მომხმარებელთა, მათ შორის აივ დადებითი, B და C ჰეპატიტებით და ტუბერკულოზით დაავადებულთა გაჯანსაღების და საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობა“. შესაბამისად ორგანიზაცია ახორციელებს სერვისულ საქმიანობას ზიანის შემცირების კუთხით, ასევე წარმართავს საადვოკაციო პროცესებს და მონაწილეობს სხვადასხვა გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში ანდილობრივ და ეროვნულ დონეზე.

შეფასების მიზანი

პროექტის მიზანი:

შეფასება თემის, უფლებების, გენდერის და სტიგმატიზების საკითხებს ტუბერკულოზზე რეაგირების სტრატეგიების გაძლიერების კუთხით მოიცავს, იმ ადამიანების მოძიების გზით, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემის მიღმა რჩებიან.

პროექტის ამოცანები:

გადაწყვეტილების მიმღები პირების და შესაბამისი დაინტერესებული მხარეების თემის, უფლებების და გენდერის საკითხების საქართველოში ტუბერკულოზის შეფასების პროცესში ჩართვა.

2. ბარიერების იდენტიფიცირება და დაძლევა, რომლებიც დაკავშირებულია ტუბერკულოზის მქონე ადამიანების თემის, უფლებების, გენდერის და სტიგმატიზების საკითხებთან.

3. კონკრეტული რეკომენდაციების ჩამოყალიბება და მოქმედების გეგმაში წვლილის შეტანა, იმისთვის რომ შემცირდეს აღნიშნული ბარიერები.

შეფასების შედეგად გამოვლინდა 40 ბარიერი, მათგან 25 - ისათვის მულტი-სტეიკჰოლდერებმა /დაინტერესებულმა მხარეებმა ვალიდაციური პროცესის შედეგად პრიორიტიზება მიანიჭეს 25 მათგანს და წარმოადგინეს რეკომენდაციები მათ გადასაჭრელად. წარმოდგენილი რეკომენდაციები მიემართება ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე პირების სათემო, უფლებრივ, გენდერულ და ზოგად ბარიერებს.). აღსანიშნავია, რომ ბარიერთა და რეკომენდაციათა უმეტესობა ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე ზოგადი პოპულაციისთვის და შერჩეული სამიზნე პოპულაციებისთვის (ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები, იძულებით გადაადგილებული პირები, ყოფილი პატიმრები) მსგავსი იყო. ის შემთხვევები, რომელთა ბარიერი/რეკომენდაცია ერგებოდა რომელიმე კონკრეტულ სამიზნე პოპულაციას, გამოკვეთილია ბარიერებისა და რეკომენდაციების ცხრილი 1-ში.

ცხრილი 1. ბარიერები, რეკომენდაციები, ღონისძიებები

ბარიერები, რომლებსაც პრიორიტეტს დაინტერესებული მხარეები ანიჭებენ	დაინტერესებული მხარეების რეკომენდაციები	შეთავაზებული ღონისძიებები
• I- სიმპტომების ამოცნობის ძირითადი ბარიერები		
- ინფორმაციის ნაკლებობა/ მათ შორის სიმპტომების შესახებ (ეხება სამიზნე პოპულაციებს და გენდერის საკითხებსაც) - აივ ინფექციის მქონე ადამიანებს არ აქვთ ინფორმაცია ტუბერკულოზის შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ მაღალია კოინფექციის რისკი - ქალები პრიორიტეტს არ ანიჭებენ მკურნალობის ძიებას სხვა ვალდებულებების გამო.	- ცნობიერების და ცოდნის ამაღლება/ გენდერულ თანასწორობაზე ორიენტირებული ინფორმაციული კამპანია, რომელიც პირებს მიაწვდის განახლებულ ინფორმაციას, სად უნდა გაიარონ ძირითადი სამედიცინო შემოწმება და როგორ ამოიცნონ დაავადების სიმპტომები. - მექანიზმების ჩამოყალიბება, რომლებიც დაეხმარება ქალებს, რომ ოჯახური ვალდებულებების გამო უარი არ თქვან მკურნალობის მოძიებაზე. - ბარიერების დაძლევა ინფორმაციული კამპანიის გზით მსოფლიო ტუბერკულოზის დღეზე.	- გაკეთდეს გენდერულად სენსიტიური, ცნობიერების ასამაღლებლად მოკლე ვიდეო, რომელიც შეეხება ტუბერკულოზის შესახებ არსებულ გამოცდილებებს, თემის/ოჯახის მხარდაჭერის საჭიროებას, ტუბერკულოზის ტესტირების დაწესებულებების რუკას და მკურნალობის ცენტრების ცხელი ხაზების ნომრებს. (ინფოგრაფიკული ვიდეო მოამზადა New Vector-მა TB REP 2.0-ის ფარგლებში) - გაკეთდეს მინიმუმ ერთი ღონისძიება ტუბერკულოზით დაზარალებული თემებთან (მაგალითად ეთნიკური უმცირესობები) მომუშავე ორგანიზაციებთან ერთად მსოფლიო ტუბერკულოზის დღეს, მათ შორის კულტურულად მისაღები აქტივობების განხორციელება ტუბერკულოზით დაზარალებულ თემთან ახლოს. - ელექტრონული სწავლების პლატფორმა - ქსელი "TBpeople" მუშაობს ელექტრონული სწავლების პლატფორმის შემუშავებაზე, რომელსაც სავარაუდოდ ეწოდება "TEACH METB", ("PASCenter" თანამშრომლობით "TB-REP 2.0" პროექტის ფარგლებში) რომელიც უზრუნველყოფს ინტერაქტიულ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ტრენინგებს თემებზე, რომლებიც კავშირშია ტუბერკულოზის პრევენციასთან, დიაგნოზირებასთან, მკურნალობასთან, მზრუნველობასთან, ადამიანის უფლებების მხარდაჭერასთან, ინტეგრაციაზე ორიენტირებულ მკურნალობასთან, ადვოკატირებასთან, კომუნიკაციასთან, ცნობიერების ამაღლებასთან, სერვისის კონტროლთან და ასე შემდეგ. რაც მთავარია, კურსები მიეწოდება ყველა სამიზნე ჯგუფს ადვილად

		ხელმისაწვდომი, ვიდეო ლექციების, კითხვის მასალებისა და პრაქტიკული სავარჯიშოების შერწყმის გზით. ეს პლატფორმა შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც ინსტრუმენტი ქალთა ინფორმირებულობის ასამაღლებლად.
II- მკურნალობის მოძიების ძირითადი ბარიერები		
- ინფორმაციის ნაკლებობა იმის შესახებ თუ სად უნდა მიმართონ სამედიცინო შემოწმების გასავლელად. (ეხება სამიზნე პოპულაციებს და გენდერულად სენსიტიურ საკითხებსაც) - ფინანსური პრობლემები (განსაკუთრებით რურალურ დასახლებებში) და ოჯახის ბიუჯეტზე ნაკლები კონტროლი, მკურნალობის პარალელურად, ჯიბიდან გადასახადების დაფარვას კომპლექსურს ხდის. - ქალები მოკლებული არიან მხარდაჭერას შემოწმების დროს. (ქალები მარტო მიდიან შემოწმებაზე, ოჯახის წევრები, როგორც წესი კაცებს უფრო უჭერენ მხარს). - LGBTQI თემის წარმომადგენლებს აქვთ შიში, რომ საკუთარი იდენტობის გამო, მათ არასათანადოდ მოექცევიან, გახდებიან სტიგმის მსხვერპლნი. - ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმის პირ-მა შემდეგ შესაძლოა გადადოს მკურნალობის მოძიება დისტანციის გამო(ძირითადად რეგიონები, ასევე ეხებათ იძულებით გადაადგილებულ პირებს) - ნარკოტიკული საშუალების მომხმარებლები, (მეტადონის პროგრამის გარეთ) შიშობენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში ვიზიტი კანონის წინაშე გამოააშკარავებს მათ.	- თემის საჭიროებების გათვალის-წინება (ნარკომომხმარებლები/ LGBTQI თემი). სერვისების ერთი ფანჯრის პრინციპით მიწოდების შესაძლებლობა - მეტი კამპანიის განხორციელება ცნობიერების ასამაღლებლად, დაწყებული განათლების სისტემით.	- მრგვალი მაგიდის ორგანიზება, რომელშიც მონაწილეობას მიიღებენ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრის, ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის, ჯანდაცვის სამინისტროს და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების წარმომადგენლები. მათ შორის სამიზნე პოპულაციებთან და გენდერის საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციები. - ადვოკატირება ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის დეცენტრალიზებისთვის. უფლება მიეცეთ სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებს შეიმუშაონ ერთი ჩარჩოს პრინციპი. - განათლების სამინისტროსთან თანამშრომლობით სამედიცინო პროფილის მქონე უნივერსიტეტები და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციები წარადგენენ გენდერის ელემენტის სენსიტიურობას სასწავლო გეგმებში. განათლების სამინისტროსთან თანამშრომლობით სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციები სასკოლო სასწავლო გეგმის სახით წარადგენენ ინფორმაციას ტუბერკულოზის შესახებ. (რისკები, პრევენცია, სიმპტომები, დიაგნოზი, მკურნალობა, ზრუნვა და სტიგმა).

- III- სწორი დიაგნოზის დასმის ძირითადი ბარიერები		
- ქალების შემთხვევაში ნაკლებად მიაქვთ ეჭვი, რომ მათ შესაძლოა ტუბერკულოზი ჰქონდეთ, ამიტომ დიაგნოსტიკის პროცესი შესაძლოა გაჭინაურდეს. - ტუბერკულოზზე ეჭვის არსებობის შემთხვევაში, ზოგჯერ ოჯახის ექიმები ტესტირებას პაციენტს იმ დაწესებულებაში უტარებენ, სადაც მუშაობენ და უფასო ტესტირებისთვის დაუყოვნებლივ არ აგზავნიან ტუბერკულოზის მკურნალობის დაწესებულებებთან.	- ინფორმირებულობის ასამაღლებელი კამპანია, რომელიც მიაწვდის განახლებული ინფორმაციას, სად უნდა გაიარონ ძირითადი სამედიცინო შემოწმება და როგორ შეძლონ სიმპტომების ამოცნობა. (მათ შორის ტუბერკულოზის საერთაშორისო დღის ფარგლებში) - სპეციალური სადიაგნოზიკო ინსტრუმენტების შექმნა და პრაქტიკაში გამოყენება, რათა ოჯახის ექიმებმა გადაამისამართონ პაციენტები ტუბერკულოზის მკურნალობის ცენტრებში. - ოჯახის მიერ ქალების მხარდაჭერის საგანმანათლებლო კამპანია, რომელიც მიზნად დაისახავს ქალთა როლის გაძლიერებას როგორც თემის და ოჯახის ჯანმრთელი და სრულფასოვანი წევრისა. მიზნობრივი კამპანია ეთნიკური ჯგუფებისთვის და ქალებისთვის. - აივ/შიდსის თემთან და მათთან მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების პერსონალისთვის ტრენინგების ჩატარება ტუბერკულოზის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად.	არსებული ცოდნის შეფასება, ტუბერკულოზის სფეროში მომუშავე სამოქალაქო საზოგადოების ინფორმაციული საჭიროებების დაკმაყოფილება: ხარვეზების გამოსავლენად ყველაზე ეფექტური აქტივობებია: მაგ. მოკლევადიანი ტრენინგი, არსებული ონლაინ რესურსის მითითება, სპეციალური (ონლაინ) რესურსის ან მასალების შემუშავება. ადვოკატირება იმისათვის, რომ ინდენტიფიცირებული ინტერვენციები ჩართული იყოს გლობალური ფონდის მიმდინარე მხარდაჭერილ აქტივობებში.

• IV- მკურნალობის დაწყების ძირითადი ბარიერები

• შიში, რომ “ქალი, რომელსაც ჰქონდა ტუბერკულოზი შეიძლება ვეღარ დაქორწინდეს”. • ტუბერკულოზის მქონე ქალს შესაძლოა დაშორდეს მეუღლე და ტუბერკულოზის ქონის გამო შვილების ნახვის საშუალება არ მიეცეთ. (პარტნიორის, ოჯახის წევრების ძალისხმევით). • ტუბერკულოზით დაავადებული პირებს ემინიათ, რომ მათი დიაგნოზი ზეგავლენას მოახდენს სამუშაო პოზიციაზე. ამის გამო, მათ ურჩევნიათ, რომ არ ჩაერთონ მკურნალობის პროცესში, რათა არ გამჟღავნდეს მათი დიაგნოზი. (ასევე ეხებათ იძულებით გადაადგილებულ პირებს, რამდენადაც ცხოვრობენ შედარებით მჭიდროდ დასახლებულ პუნქტებში) • პაციენტები ერიდებიან მათი დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას, რათა ოჯახის წევრების და გარშემომყოფების მიერ მათი სტიგმატიზება არ მოხდეს. (ასევე ეხებათ იძულებით გადაადგილებულ პირებს, რამდენადაც ცხოვრობენ შედარებით მჭიდროდ დასახლებულ პუნქტებში) • სხვადასხვა სახელმწიფო სამსახურმა შეიძლება მოითხოვოს სამუშაოზე მიღების განაცხადთან ერთად ტუბერკულოზის მკურნალობის ისტორია. კანონი არ აწესებს აღნიშნულ მოთხოვნას, თუმცა მოთხოვნა შესაძლოა დაწესდეს დამსაქმებლის ნებით.	• საინფორმაციო აქტივობა მსოფლიო ტუბერკულოზის დღესთან დაკავშირებით • ეროვნულმა პროგრამამ განიხილოს რეგიონში დიაგნოსტიკური ცენტრების გაძლიერების საკითხი. • სამთავრობო სისტემასა და სამოქალაქო ორგანიზაციებს შორის თანამშრომლობის გაძლიერება იმისთვის, რომ გაუმჯობესდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობის დიაგნოზირება. • ამბულატორიული მკურნალობის ადვოკატირება; • ტუბერკულოზის სამსახურსა და ამ სფეროში მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების თანამშრომლობის გაძლიერება	• ჯანდაცვის სამინისტრომ იმუშაოს სადიაგნოსტიკო დისპანსერების გაძლიერებაზე რეგიონებში. • ჯანდაცვის სამინისტრომ გააგრძელოს ამბულატორიული მკურნალობისთვის ადვოკატირება, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანზე ორიენტირებულ მკურნალობის მოდელს, მათი სიტუაციური საჭიროებების თანახმად.
---	---	---

• V- მკურნალობაზე დამყოლობისთვის მხარდაჭერის მიღების ბარიერები

• მკურნალობის გადადება ოჯახური ვალდებულებების გამო, მათ შორის ბავშვების მოვლის ვალდებულება. • საზოგადოებაში არსებობს მითი, რომ წამალი ჯერ არ არის გამოცდილი და ტესტირება ამ პირებზე ხორციელდება.	• ცნობიერების /ინფორმირებულობის ასამაღლებელი კამპანია, რომელიც მიაწვდის განახლებული ინფორმაციას, სადა უნდა გაიარონ ძირითადი სამედიცინო შემოწმება და როგორ შეძლონ სიმპტომების ამოცნობა. (მათ შორის ტუბერკულოზის საერთაშორისო დღის ფარგლებში) • ოჯახის მიერ ქალების მხარდაჭერის საგანმანათლებლო კამპანია, რომელიც მიზნად ისახავს ქალთა როლის გაძლიერებას როგორც თემის და ოჯახის ჯანმრთელი და სრულფასოვანი წევრისა. მიზნობრივი კამპანია ეთნიკური ჯგუფებისთვის და ქალებისთვის. • მკურნალობის პროცესში მხარდაჭერთა ცნობიერების ამაღლება მამაკაცთა მენტალური ჯანმრთელობის მხარდაჭერის საჭიროებებზე. • საგანმანათლებლო კამპანია რომელიც მიზნად ისახავს, მიაწოდოს ინფორმაცია პირებს, რომ არ შეიძლება მკურნალობის შეწყვეტა ჯანმრთელობის ფიზიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების გამო. (მაგალითად, ილუსტრირებული ლექციები).	• NTP და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებმა უნდა იმუშაონ საერთო მხარდაჭერის გეგმაზე. უზრუნველყონ პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ფსიქოლოგიური და სოციალური მომსახურების მიწოდება. ფსიქოლოგიური სერვისი უნდა იყოს გენდერულად სენსიტიური (ქალებისთვის, მამაკაცებისთვის, ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის) • მრგვალი მაგიდის ორგანიზება, რომელიც ხელს შეუწყობს მთავრობის მიერ ჯანდაცვის სფეროში ტუბერკულოზთან დაკავშირებული შესყიდვების ტენდერების რაოდენობის გაზრდას (შესაძლებლობის შესაბამისად).
---	--	--

• VI- -მკურნალობის დასრულების ძირითადი ბარიერები

• სოციალურად დაუცველი პირი, რომელიც იღებს სოციალურ დახმარებას, პროგრამის ინსენტივი აღერიცხება, როგორც შემოსავალი და სოციალური დახმარება შესაძლოა მოეხსნას. • ზოგიერთ ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებას აქვს ინფრასტრუქტურული პრობლემები, რაც პაციენტებს მკურნალობის მიტოვებისკენ უბიძგებს. • პაციენტები უარს ამბობენ DOT-ის მედლის მიერ სახლში მოწოდებულ მედიკამენტებზე, რადგან შიშობენ, რომ ვინმემ შეიძლება დაინახოს. • საზოგადოებამ შესაძლოა აღიქვას ტუბერკულოზის მქონე პაციენტი, როგორც ნარკომომხმარებელი ან ყოფილი პატიმრი (რაც ორმაგი სტიგმაა) • მკურნალობის შეჩერება, რადგან ფიზიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა მკურნალობის დასრულებამდე; • მამაკაცებმა განაცხადეს, რომ თავს გამოუსადეგარად თვლიდნენ, სუიციდური ფიქრები აწუხებდათ – ამის გამო შეწყვიტეს მკურნალობა. • ნარკოტიკის მომხმარებელ პაციენტებში უკეთესობა გვიან შეინიშნება, ამის გამო მათ შესაძლოა ნაადრევად შეწყვიტონ მკურნალობა.	• უზრუნველყოფა, რომ ოჯახის წევრებმაც მიიღონ კონსულტაცია ფსიქოლოგთან; • აივ/მიდის თემის და მათთან მომუშავე ორგანიზაციების ცნობიერების ასამაღლებელი ტრენინგები ტუბერკულოზთან დაკავშირებით. • შესაბამის ორგანიზაციასთან ადვოკატირება იმისა, რომ ინსენტივები არ აღირიცხოს, როგორც შემოსავალი. • ტუბერკულოზის სამსახურმა ითანამშრომლოს ამ სფეროში მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რათა განხორციელდეს ამბულატორიული საქმიანობა. • სკოლებსა და საბავშვო ბაღებში ტესტირება კონფიდენციალური უნდა იყოს.	- უფლებებისა და კონფიდენციალურობის საკითხებზე მრგვალი მაგიდის ორგანიზება; - მაღალი დონის შეხვედრისთვის ორგანიზების გაწევა ჯანდაცვის სამინისტროს, სოციალური მომსახურების სააგენტოს, შემოსავლების სამსახურის, კორექსონდენტი ბანკის მონაწილეობით, იმის თაობაზე, რომ ინსენტივი არ აღირიცხოს, როგორც შემოსავალი. - ტესტირების კონფიდენციალურობის დაცვა ჯანდაცვის სამინისტრომ და ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებებმა უზრუნველყონ.
---	---	---

• VII- მკურნალობის შემდგომი მომსახურების მიღების ძირითადი ბარიერები

• პაციენტები ვერ აცნობიერებენ მკურნალობის შემდგომი პროცედურების საჭიროებას (განმეორებითი ტესტირება) მას შემდეგ რაც დაასრულებენ მკურნალობას. ყოფილი პაციენტებს არ სურთ, რომ ცხოვრების ეს პერიოდი შეახსენონ.	• აუცილებელია ექიმების ინფორმირება პაციენტების მკურნალობის შემდგომი შემოწმების შესახებ, მაშინაც როცა მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა უმჯობესდება. • მკურნალობის შემდგომი მომსახურების მიღების პროცესში ჩართვის წამახალისებელი აქტივობების დანერგვა.	• საინფორმაციო კამპანია მკურნალობის შემდგომ პერიოდში ტესტირების აუცილებლობაზე (აღნიშნული საკითხი დაფარულია TB REP 2.0 პროგრამის ფარგლებში „ახალი ვექტორის“ მიერ სემუშავებულ ვიდეო რგოლში) • NTP-მ უნდა გააგრძელოს პაციენტების ინფორმაციით უზრუნველყოფა - მკურნალობის შემდგომი გადამოწმების აუცილებლობის შესახებ.
--	--	---

შეფასების მეთოდები

1. ძირითადი ჯგუფი

ძირითადი სამიზნე ჯგუფი შეიქმნა შეფასების მიზნების გადახედვისათვის 2019 წლის 5 სექტემბერს. ძირითადი ჯგუფი, ასევე მიზნად ისახავს გასცეს/მიიღოს უკუკავშირი და დაზარალებული მოსახლეობის ჩართულობას გაუწიოს დახმარება.

ჯგუფის წევრები შეირჩნენ მათი ტუბერკულოზის სფეროში გამოცდილების მიხედვით. ძირითადად, წევრები იყვნენ არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, რომლებსაც სხვადასხვა პროექტების ფარგლებში უმუშავიათ და ურთიერთობა ჰქონიათ ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებთან. ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებისთვის მედიკამენტების, სოციალური და ფსიქოლოგიური სერვისების მიწოდების გარდა, წარმომადგენლები, ასევე, მონაწილეობდნენ ადვოკატირების პროცესებში, რომ ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები უზრუნველყოთ საჭირო სერვისებით და უფლებებით. შეფასების მიზნების გადახედვისათვის ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებების ეროვნული ცენტრის წარმომადგენელიც იყო ძირითად ჯგუფში. სულ 7 წევრი იყო ჩართული ძირითადი ჯგუფის მუშაობაში.

პირველი გაცნობითი შეხვედრა 2019 წლის 5 სექტემბერს გაიმართა პირისპირ, სადაც პროექტი და პროექტის პერსონალი წარადგინეს. ამის შემდეგ, პროცესი წარიმართა ინტერნეტის საშუალებით. ზირითადადმა ჯგუფის წევრებმა კონსულტაცია გაიარეს სხვადასხვა თემებზე, მათ შორის პროტოკოლის და ინსტრუმენტების, მოწვეული დაინტერესებული მხარეების, ექსპერტების, საექსპერტო ინტერვიუებსა და მოხსენებებში ჩართვის შესახებ.

2. დაინტერესებული მხარეების შეხვედრები

დაინტერესებული მხარეების შეხვედრის მიზნები იყო:

- წინასწარი სამაგიდო მიმოხილვის შედეგების დადგენა, რეკომენდაციების მიცემა და მონაცემების შეგროვების საშუალებების დამტკიცება, კონსენსუსის მიღწევა შეფასების პრიორიტეტულ პოპულაციებთან დაკავშირებით, საზოგადოებასთან, უფლებებთან, სქესთან და სტიგმასთან დაკავშირებული პრიორიტეტული ბარიერების წარდგენა, განხილვა და დამტკიცება.
- რეკომენდაციების გაზიარება თუ როგორ უნდა, მოიხსნას ბარიერები, რომლებსაც პრიორიტეტი მიენიჭება
- მოქმედებების შემუშავება ტუბერკულოზის ეროვნულ სტრატეგიაში ჩასართავად, გლობალური ფონდის გრანტის ფარგლებში.

მონაწილეთა შემადგენლობა: მრავალ დაინტერესებულ მხარეში შედიოდნენ შესაბამისი სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციები, მომსახურების მიმწოდებელი სტრუქტურების წარმომადგენლები, ტუბერკულოზით დაავადებული პირები.

პრიორიტეტის მინიჭების მრავალი დაინტერესებული მხარის სამუშაო შეხვედრა გაიმართა 24 ოქტომბერს 2019წ. ხოლო დადასტურების სამუშაო შეხვედრა – 27 თებერვალს 2020წ.

3. სამაგიდო მიმოხილვა

სამაგიდო მიმოხილვა შეიცავდა და ჩამოყალიბდა მთელი შეფასების განმავლობაში. პერსონალის სამი წევრი მუშაობდა დოკუმენტებზე: კვლევის კონსულტანტი, იურიდიული კონსულტანტი, და გენდერის კონსულტანტი. ინფორმაცია მიღებულ იქნა სხვადასხვა წყაროებიდან, მათ შორის, ეროვნული გეგმებიდან, გამოქვეყნებული კვლევითი ნაშრომებიდან, მოხსენებებიდან, სტატისტიკური მასალა მიღებულ იქნა შესაბამისი სტრუქტურებიდან. (ტუბერკულოზის ცენტრი, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი, პენიტენციური სისტემა და სხვა) სრული ჩამონათვალი იხილეთ დანართში.

სამაგიდო მიმოხილვის და 2015 წლის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრის კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის პროტოკოლის თანახმად შემდეგი ტუბერკულოზის მაღალი რისკის ჯგუფები გამოიკვეთა განსახილველად:

1. ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების ოჯახის წევრები და სხვა კონტაქტში მყოფი პირები
2. პათიმრობაში მყოფი პირები და პათიმრობიდან გათავისუფლებული პირები;
3. აივ/შიდსის მქონე პირები;
4. ადამიანები რომლებიც მოიხმარენ ნარკოტიკებს, თამბაქოს და ალკოჰოლის მომხმარებლები.
5. დიაბეტის მქონე პირები;
6. პაციენტები კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით
7. მენტალური პრობლემების მქონე პაციენტები;
8. პაციენტები, რომლებიც გადიან რადიოთერაპიას, სტეროიდულ და ციტოსტატიკურ მკურნალობას
9. მცირე სხეულის მასის მქონე პირები
10. პაციენტები ორგანოს გადანერგვის შემდეგ;
11. ჰემოდიალიზის პაციენტები;
12. წარსულში ტუბერკულოზის მქონე პირები
13. დაუცველი ადამიანები:
 - a. იძულებით გადაადგილებული პირები (დევნილი);
 - b. საერთო საცხოვრებელში მცხოვრები პირები
 - c. უსახლკარო ადამიანები;
 - d. მიგრანტები;

14. ტუბერკულოზზე მომუშავე პერსონალი
15. მალაროელები
16. ბავშვები(მათ შორის ROMA)

4. სამიზნე პოპულაციისთვის პრიორიტეტის მინიჭება

პროცესი

პრიორიტეტის მინიჭების სამუშაო შეხვედრაზე მუშაობის დაწყებამდე მონაწილეებს გააცნეს სამუშაო შეხვედრის მიზნები და ამოცანები, ასევე დავალების აღწერა და მნიშვნელობა, პრიორიტეტულობის ცხრილი, პრიორიტეტის მინიჭების სისტემა და სამიზნე პოპულაციების ჩამონათვალი. დავალების დაწყებამდე მონაწილეები დაიყვნენ სამ მცირე ჯგუფში, თითოეულ ჯგუფს დაევალა 5 სამიზნე პოპულაციას განხილვა. მათ დავალება პრიორიტეტის მინიჭების სისტემის მიხედვით უნდა შეესრულებინათ, განეხილათ თითოეული სამიზნე პოპულაცია ცალ-ცალკე და საბოლოოდ წარედგინათ მათი ნამუშევარი მოსმენაზე. მოსმენაზე განხილვის და შედარების შედეგად 3 ძირითადი სამიზნე პოპულაცია შეირჩა:

დაინტერესებული პირების ჩართულობა

როგორც სამთავრობო ისე არასამთავრობო და თემის ორგანიზაციების ჩართულობა უაღრესად მნიშვნელოვანია, რადგან სხვადასხვა მოსაზრებების მხედველობაში მიღება გახდა შესაძლებელი, რამაც განაპირობა ტუბერკულოზით დაზარალებული პირების ძირითადი ბარიერების შესახებ პროდუქტიული განხილვის ჩატარება. არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებს აქვთ ტუბერკულოზით დაზარალებულ პირებთან მუშაობის გამოცდილება და კომპეტენცია, რომ მათი წარმომადგენლის სახით იაუბრონ. მონაწილეების ჩამონათვალში შედიან ორგანიზაციები, რომლებიც მუშაობენ ნარკომომხმარებელ პირებზე, ვინაიდან ნარკომომხმარებლები ერთ-ერთ რისკ ჯგუფს წარმოადგენენ. მათ აღნიშნეს, რომ ნარკომომხმარებლებს აქვთ დამატებითი სპეციალური საჭიროებები, როდესაც საქმე ტუბერკულოზის მკურნალობას და მის შესახებ ინფორმირებულობას ეხება. წარმომადგენლებმა ასევე აღნიშნეს, რომ საქართველოში არსებული ნარკოპოლიტიკის გათვალისწინებით, ტუბერკულოზით დაავადებული პირების რისკჯგუფში და ტუბერკულოზით დაავადებული ყოფილ პატიმართა რისკჯგუფში ხშირ შემთხვევაში ერთიდაიგივე პირები შეიძლება შედიოდნენ.

სამი პრიორიტეტული სამიზნე პოპულაცია, ქულებით და აღწერით

სამიზნე პოპულაცია	ქულა	აღწერა
ნარკომომხმარებლები	5	საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარება კანონდარღვევად ითვლება. ამის გამო ნარკომომხმარებლები დახურული ჯგუფია, სადაც უფრო რთულია მთავრობის მიერ გაწეული მომსახურებების განხორციელება. მიუხედავად ამისა, ეს არის ჯგუფი, რომელსაც ცნობიერების ამაღლება და უფლებების დაცვა სჭირდება.
იძულებით გადაადგილებული პირები	4	ტუბერკულოზი კვლავ აღმოჩნდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემა, საბჭოთა კავშირისგან დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ. იძულებით გადაადგილებულ პირთა დიდი რაოდენობა იძულებული გახდა სხვა რეგიონში გადასულიყო და მინიმალური კომფორტის პირობებში ეცხოვრა, რის გამოც ბევრი მათგანი ტუბერკულოზით დაავადდა..
ყოფილი პატიმრები.	5	ციხეებში ტუბერკულოზის გავრცელების მაღალი მაჩვენებელია, რადგან ბევრი ადამიანი სივრცეში იმყოფება, მინიმალური კომფორტის პირობებში. პატიმარს ციხეში მკურნალობის გამოცდილება აქვს, რადგან მკურნალობის პროგრამა ციხეში ხორციელდება. მათ შესაძლოა განსხვავებული გამოცდილება ჰქონდეთ.

5. მონაცემთა შეგროვება

ინფორმაციის მოსაპოვებლად გამოყენებული მეთოდები

თვისობრივი ინფორმაცია სტიგმის, გენდერის, იურიდიული და ნებისმიერი სამიზნე პოპულაციის სპეციფიკური ბარიერების დასადგენად შეგროვდა შემდეგი მეთოდებით:

- სამაგიდო კვლევა
- ინტერვიუები მთავარ ინფორმატორებთან (ექსპერტებთან)
- სიღრმისეული ინტერვიუები - ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებთან, მათი ოჯახის წევრებთან, მომსახურების მიმწოდებლებთან;
- ფოკუს ჯგუფები

შეფასების პროტოკოლი, ასევე ინტერვიუს სახელმძღვანელო, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი ეთიკის საბჭოს წარუდგინეს 2019 წლის 3 დეკემბერს და დამტკიცდა 2019 წლის 9 დეკემბერს.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში მონაცემთა შეგროვების პროცესია წარმოდგენილი, რომელიც მოიცავს იდენტიფიცირებულ რესპონდენტებს, მეთოდს, მონაწილეთა რაოდენობას ასევე, როგორ შეირჩნენ მონაწილეები.

შეგროვებულ მონაცემთა ცხრილი

მონაცემთა შეგროვება		მეთოდი	მონაწილეთა რაოდენობა	ინსტრუმენტი თემის, ადამიანთა უფლებების და გენდერის პროტოკოლში	მონაწილეები
1	ტუბერკულოზის მქონე ან წარსულში ტუბერკულოზის მქონე პირები – ძირითადი	IDI	30 (გენდერული ბალანსი): 7 PWUD, 7 ადამიანები პატიმრობის ისტორიით, 7 IDP, 2 LGBTQI, 7 ძირითადი პოპულაცია	დაავადების და მკურნალობის სიდრმისული ინტერვიუს სახელმძღვანელო	ტუბერკულოზის მქონე პირები (გენდერული ბალანსი), რომლებსაც დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს.
2	ტუბერკულოზის მქონე პირები – ძირითადი	FGD	10	ტუბერკულოზის მქონე პირთა-სტიგმა ფოკუს ჯგუფების განხილვის სახელმძღვანელო - საერთო	ტუბერკულოზის მქონე პირები (გენდერული ბალანსი), რომლებსაც დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს.
3	ტუბერკულოზის მქონე პირები – ქალები	FGD	6	ტუბერკულოზით დაზარალებული პირების ფოკუს ჯგუფების განხილვის სახელმძღვანელო - გენდერი	ტუბერკულოზის მქონე ქალები, რომლებსაც, დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს.
4	ტუბერკულოზის მქონე პირები – კაცები	FGD	10	ტუბერკულოზით დაზარალებული პირების ფოკუს ჯგუფების განხილვის სახელმძღვანელო - გენდერი	ტუბერკულოზის მქონე კაცები, რომლებსაც, დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს.
5	ტუბერკულოზის მქონე პირები – KP PWID	FGD	10	ტუბერკულოზით დაზარალებული პირების ფოკუს ჯგუფების განხილვის სახელმძღვანელო – შერჩეული სამიზნე პოპულაციები	სამიზნე პოპულაციები, რომელთაც გასული 5 წლის განმავლობაში დაუდგინდათ ტუბერკულოზის დიაგნოზი. სამიზნე პოპულაციების ჯგუფი არის გენდერულად სენსიტიური (მაგალითად: ნარკომომხმარებლები, ქალი სექსუალური მომსახურების მფლობელები, 10 წევრი გენდერის მიხედვით დაყოფილი ორად (5 ქალი, 5 კაცი))
6	ტუბერკულოზის მქონე პირები – KP ადამიანები პატიმრობის ისტორიით	FGD	6		ოჯახის წევრები, რომლებიც ზრუნავდნენ ტუბერკულოზის მქონე პირსზე, რომელსაც დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს.
7	ტუბერკულოზის მქონე პირები – KP IDP	FGD	6		
8	ტუბერკულოზის მქონე პირები - ოჯახი	FGD	6	ოჯახის-სტიგმა ფოკუს ჯგუფის განხილვის სახელმძღვანელო + გენდერული საკითხები	ოჯახის წევრები, რომლებიც ზრუნავდნენ ტუბერკულოზის მქონე პირსზე, რომელსაც დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს.
9	თემი	FGD	10	თემი-სტიგმა ფოკუს ჯგუფის განხილვის სახელმძღვანელო	2-3 სამეზობლოს წარმომადგენლები, სადაც დაფიქსირებულია ტუბერკულოზის შემთხვევები გასული 5 წლის განმავლობაში.
10	ჯანდაცვის მუშაკები (HCW)	FGD	10	ჯანდაცვის მუშაკები-გენდერული ფოკუს ჯგუფების განხილვის სახელმძღვანელო (სულ 10 მონაწილე)	ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებიც გასული 5 წლის განმავლობაში აწვდიდნენ ტუბერკულოზის მქონე პირებს სერვისებს.
11		FGD	10	ჯანდაცვის მიმწოდებლების ფოკუს ჯგუფის განხილვის სახელმძღვანელო - შერჩეული სამიზნე პოპულაციები და ადამიანის უფლებები (სულ 10 მონაწილე)	

12	დაინტერესებული მხარეები – ძირითადი ინფორმატორები	KII	25	სამიზნე ინფორმატორების ინტერვიუს სახელმძღვანელო	ქვეყნის პოლიტიკოსები და ექსპერტები (ადამიანის უფლებები, გენდერი, სტიგმა და სამი შერჩეული სამიზნე პოპულაცია); NCDC და NTP.
13	ძირითადი ჯგუფი	FGD	6	საკანონმდებლო და პოლიტიკური გარემო	ქვეყნის პოლიტიკოსები და ექსპერტები (ჯანმრთელობის, სოციალური, იურიდიული), ქვეყნის ექსპერტები (იურიდიული, გენდერი, სამიზნე პოპულაციები, სტიგმის საკითხები) და მედიის თანამშრომლები
სულ მონაწილეები: 145					

მონაწილეთა ჩართვის კრიტერიუმები

ყველა (ზემოთ ხსენებული) მონაწილე ასაკობრივ კრიტერიუმს უნდა აკმაყოფილებდეს, უნდა იყოს 18 წლის ან უფროსი. ყველა მონაწილემ განაცხადა თანხმობა იმის შესახებ, რომ მონაცემები გამოყენებულ იქნას შეფასების პროცესში. რესპოდენტები იყვნენ: 1. წარმომადგენელი პაციენტები 2018/2019 კოჰორტიდან ან პირები რომლებსაც დიაგნოზი გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს. 2. ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებიც პაციენტებს სამკურნალო სერვისებს ტუბ-დაწესებულებებში აწვდიან, შერჩეული შესაბამისი ორგანიზაციის მიერ. 3. ადგილობრივი მმართველობის სააგენტოებსა და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებში შერჩეული სამიზნე ინფორმატორები. თითოეულ თემაზე რესპოდენტთა არჩევისას გამოყენებულ იქნა ცხრილში მოცემული სტრუქტურა:

საკანონმდებლო გარემო	სტიგმა	გენდერი
• ტუბერკულოზით დაზარალებული პირი, რომელსაც გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს დიაგნოზი ან/და • დაინტერესებულია ან მუშაობს ადამიანის უფლებათა მიმართულებით, სამართლებრივი მნიშვნელობის კავშირშია ტუბერკულოზზე რეაგირების პროცესთან.	• 2018 ან 2019 წლის კოჰორტის წევრი • 2018 ან 2019 წლის კოჰორტის ოჯახის წევრი • ბოლო კოჰორტის წევრი (ე.წ. “ძირითადი”) • 2018 ან 2019 წლის კოჰორტის ჯანდაცვის მიმწოდებლები	• ტუბერკულოზით დაზარალებული პირი, რომელსაც გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს დიაგნოზი ან/და • დაინტერესებულია ან მუშაობს გენდერთან დაკავშირებულ საკითხებზე ტუბერკულოზზე რეაგირების პროცესში. სამიზნე პოპულაციები • ტუბერკულოზით დაზარალებული პირი, რომელსაც გასული 5 წლის განმავლობაში დაუსვეს დიაგნოზი ან/და • თვლიან, რომ ეკუთვნიან ზემოაღნიშნულ სამიზნე პოპულაციის ჯგუფებს. ან/და • დაინტერესებული არიან ან მუშაობენ ზემოაღნიშნულ სამიზნე პოპულაციებთან ტუბერკულოზზე რეაგირებასთან კავშირში.

ლიტერატურული მიმოხილვა

და კვლევის შედეგების აღწერა

1. სამართლებრივი ასპექტები / ადამიანის უფლებები

საქართველოში ადამიანის უფლებათა დაცვის კანონმდებლობა უნდა დავყოთ ორ ნაწილად, როგორც შიდა, ასევე საერთაშორისო კანონმდებლობაში არის გაწერილი ადამიანის უფლებები, რომელიც თავის მხრივ უკავშირდება პაციენტთა უფლებებს და მეტად ჩაშლილია და დაკონკრეტებულია უფლებები, რომლებიც სპეციფიკურად პაციენტები საჭიროებენ. საქართველოს კანონმდებლობაში ადამიანის უფლებები არის დაცული, როგორც კონსტიტუციით ასევე, კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, კანონით პაციენტთა უფლებების შესახებ, კანონით ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ, პატიმრობის კოდექსით და კანონით პატიმრობის შესახებ, რომელიც იცავს პატიმართა უფლებებსა და პენიტენციური სისტემის რეგულირების სფეროს მოიცავს. პირის შრომით უფლებებს კი იცავს, როგორც კონსტიტუცია ასევე უფრო კონკრეტული კანონები, როგორებიცაა შრომის კოდექსი და კანონი საჯარო სამსახურის შესახებ. როგორც სამაგიდო კვლევაშია აღნიშნული პაციენტთა უფლებები შესაძლებელია დარღვეულიყო ამ სამართლებრივი კუთხით. როგორც ჩატარებული კვლევიდან გამოიკვეთა ასევე დგება საჭიროება იქნეს განხილული საქართველოში მოქმედი „საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონი“, რომელიც უზურნველყოფს ექიმთა სამართლებრივ პასუხისმგებლობას, ეს იქნება კონფიდენციალურობის დათქმისა თუ უფლების ბოროტად გამოყენების საკითხში. საქართველოში ასევე მოქმედებს „სოციალური დახმარების შესახებ კანონი“, რომელიც უზურნველყოფს ადამიანის იმ უფლებებს, რომლითაც აღჭურავს სახელმწიფო, მიიღოს შემწეობა გარკვეული სოციალური მოწყვლადობის დროს. ტუბერკულოზთან ბრძოლისათვის ასევე შეიქმნა ეროვნული სტრატეგია, რომლის განხორციელების პერიოდია 2019-2022 წლები. იგი უზურნველყოფს ტუბერკულოზის პრევენციისა და კონტროლის მარეგულირებელი საკანონმდებლო აქტების გამართულ მუშაობას, რომელთა ფარგლებშიც რეგულირდება მოქალაქის უფლება, მიიღოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება დისკრიმინაციისაგან თავისუფალ გარემოში, სადაც დაცული იქნება ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებული უფლებები, თავისუფლებები და გარანტიები.

	ბარიერები ადამიანის უფლებების ქრილში	ადგილობრივი კანონმდებლობის განხილვა
I ეტაპი - სიმფტომების ამოცნობა	საზოგადოებაში ინფორმირებულობის ნაკლებობა ტუბერკულოზის დაავადების სიმპტომების შესახებ..	„ტუბერკულოზის შესახებ კანონი“ სახელმწიფო სტრუქტურებს ავალდებულებს ტუბერკულოზის კონტროლისათვის შეიმუშაონ მექანიზმები. კერძოდ მე-3 თავის მე-9 მუხლის 1-ლი ნაწილი ეხება ტუბერკულოზის თავიდან აცილებასთან დაკავშირებულ სამუშაოებსა და ღონისძიებებს, ხოლო „დ“ ქვეპუნქტი განმახორციელებელ ორგანოებს ტუბერკულოზის შესახებ საინფორმაციო-საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარებას პირდაპირ ავალდებულებს.
	ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობის ნაკლებობა, რაც იწვევს რეაგირების ნაკლებობასა და პაციენტის რეფერირების დაგვიანებას.	ექიმთა ინფორმირებულობის ამაღლებას ასევე სახელმწიფო სტრუქტურა უნდა ანხორციელებდეს, როგორც უკვე აღინიშნა ზემოთ და ასევე „საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონი“ ექიმს ავალდებულებს განახორციელოს საკუთარი კარიერული წინსვლა და განათლების უწყვეტად მიღება. ასევე ჯანმრთელობის შესახებ კანონის შესაბამისად 48-ე მუხლი სახელმწიფოს ექიმების ინფორმირებულობის ამაღლებაზე ზრუნვას ავალდებულებს.
II ეტაპი - მკურნალობის მოძიება	ოჯახის ექიმების მხრიდან უფლებების ბოროტად გამოყენება, რაც გულისხმობს ძვირადღირებული კვლევების ჩატარებას კლინიკაში.	ჯანმრთელობის შესახებ კანონის 30-ე მუხლის თანახმად სამედიცინო პერსონალს მოეთხოვება იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით, ისინი ვალდებული არიან იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად. ასევე მათი მოვალეობაა პაციენტთან ურთიერთობის პროცესში, არ იმოქმედონ ანგარებით მათი ან მესამე პირის სასარგებლოდ. ძვირადღირებული კვლევების ჩატარების აუცილებელი მოთხოვნა კი არღვევს ამ მუხლით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს..
	რეგიონებში გეოგრაფიული ბარიერები გამოიკვეთა, რადგანაც იქ არსებობს დისკრიმინაციული მოპყრობა. პირი მოდის დედაქალაქში, რათა იქ ჩაიტაროს გამოკვლევები, მისი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ხდება სერვისების მიღება, რაც ვერ ხერხდება დედაქალაქში და ვერ იღებს სერვისებს უფასოდ და თანხის გადახდა უწევს.	დისკრიმინაციული მოპყრობა არღვევს პირის უფლებებს, რომელიც გარანტირებულია როგორც საერთაშორისო სამართლით, ისე ეროვნული კანონმდებლობით. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე-6 მუხლის თანახმად, დაუშვებელია პაციენტების დისკრიმინაცია რაიმე ნიშნით. მკურნალობის დაწყებამდე და შემდეგ.
	ადამიანის შრომითი უფლებები ირღვევა, როდესაც არ უნარჩუნდება სამსახური და ხანგრძლივი მკურნალობის გამო კარგავს მას.	ტუბერკულოზის მკურნალობა მოიცავს ხანგრძლივ პერიოდს, სტაციონარში მოთავსებას გარკვეული ვადით და შემდგომ მკურნალობის გაგრძელებას, რაც ხელს უშლის პირს იყოს დასაქმებული და პროდუქტიული შრომით სივრცეში. საქართველოს კანონმდებლობა, შრომით უფლებებს იცავს ზოგადად, როგორც ეს მოცემულია კონსტიტუციაში, ხოლო შრომის კოდექსით გათვალისწინებული არ არის პაციენტის მკურნალობის პროცესში სამუშაო ადგილის შენარჩუნება. დამსაქმებელმა შესაძლოა შეწყვიტოს შრომითი ხელშეკრულება თუ შრომისუნარიობის ვადა აღემატება ზედიზედ 40 კალენდარულ დღეს, ან 6 თვის განმავლობაში საერთო ვადა აღემატება 60 კალენდარულ დღეს.

II–III Key Barriers to Seeking Care and Key Barriers to Getting an Accurate Diagnosis	საპატიმროში მყოფი პაციენტები უარს ამბობენ მედიკამენტების მიღებაზე, რათა მათი მდგომარეობა დამძიმდეს და კანონის საფუძველზე მოხდეს მათი ვადაზე ადრე განთავისუფლება.	ქვეყნის შიდა კანონმდებლობაში პატიმართა უფლებებს აწესრიგებს, როგორც კანონი პატიმრობის შესახებ ასევე პატიმრობის კოდექსი. პატიმრობის შესახებ კანონის 67-ე მუხლი უშვებს რომ პატიმარი ავადმყოფობის გამო იქნეს სასჯელისგან განთავისუფლებული. პატიმარს უნდა ჰქონდეს განუკურნებელი სენი ან ძალიან მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამ საკითხზე მსჯელობს სასამართლო და იღებს გადაწყვეტილებას მოკვლევის საფუძველზე. ასევე პატიმრობის კოდექსიც ითვალისწინებს 39-ე მუხლის საბუძველზე ავადმყოფობის გამო მსჯავდებული განთავისუფლებას. რა თქმა უნდა კანონით გათვალისწინებული განთავისუფლების დროს ყურადღება ექცევა დანაშაულის სიმძიმესა და სახეს. კანონში ეს ჩანაწერი ქმნის პატიმრებისათვის იმის შეხედულებას, რომ ისინი აუცილებლად განთავისუფლდებიან სასჯელისგან თუკი ექნებათ ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობა. ამის გამო კი ისინი უარს ამბობენ მკურნალობაზე და თვითნებურად იმძიმებენ ჯანმრთელობის მდგომარეობას..
	სკოლაში: „თვითონ დამრიგებელმა მოითხოვა, რომ გამოსაშვებ სადამოშუ არ წამოსულიყო მოსწავლე“. „მას სკოლაში არ უშვებდნენ“ „თვითმკვლელობის მცდელობა ჰქონდა“	ამ ოთხი შემთხვევის განხილვა შესაძლებელია ერთ ჭრილში, ირლვეა ადამიანის თანასწორობის უფლება/ დისკრიმინაციის აკრძალვა. ოთხი შემთხვევიდან სამი არის მომხდარი საჯარო დაწესებულებაში, ხოლო მესამე კერძო კლინიკაში. მიუხედავად ამისა სახელმწიფოს ევალება აკონტროლოს ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებული დაწესებულებისა და ექიმის მიერ წარმოებულ საქიანბა დამოუკიდებელი იქნება ეს თუ საჯარო დაწესებულებაში, ექიმი იყოს მოუკერძოებელი და დისკრიმინაციისგან თვისუფალი გარემო შეუქმნას პაციენტებს. ხოლო რაც შეეხება საჯარო დაწესებულებაში მომხდარ დარღვევებს, საბავშვო ბაღსა და სკოლაში, დაუშვებელია პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო დისკრიმინაცია.
	„ბიძას ჰქონდა ტუბერკულოზის დაავადება და ბავშვი გამოაგდეს ბაღიდან“.	
	პაციენტს ბაღში დაყავდა ბავშვი და როდესაც გაიგეს მისი ტუბერკულოზის დიაგნოზის შესახებ სირცხვილის კოლიდორი მოუწყეს და გამოაგდეს ბავშვი ბაღიდან.	
	პაციენტი სამსახურიდან გამოუშვიათ მისი სამედიცინო მდგომარეობის გამო.	
IV Key Barriers to Beginning Treatment	პირი სტომატოლოგთან ვიზიტის დროს არ მიიღეს, მომსახურებაზე უარი უთხრეს და განუცხადეს, რომ მისთვის განკუთვნილ „სპეციალურ“ სტომატოლოგიურ კლინიკაში წასულიყო.	
	როდესაც პირი არის სოციალურად დაუცველი და იღებს მკურნალობისათვის წამახალისებელ თანხას, სახელმწიფო მას ამ თანხას უთვლის შემოსავლის წყაროდ და ანიჭებს ქულას. შედეგად პირს ეხსნება სოციალური დახმარება ან უმცირდება იგი. ეს ქმნის დამატებით ბარიერს.	ქვეყნის შიდა კანონმდებლობა ითვალისწინებს პირებისათვის, რომლებიც არიან სოციალურად დაუცველები (აქვთ ფინანსური თუ საცხოვრებელი სახლისა და შემოსავლის პრობლემები) ფინანსურ უზრუნველყოფას. სახელმწიფო მათ აფასებთ ქულების მიხედვით და უნაწილებს საარსებო მინიმუმს. ზემოთხსენებულ ურთიერთობას აწესრიგებს კანონი „სოციალური დახმარების შესახებ“ ეს კანონი ვრცელდება საქართველოში კანონიერ საფუძველზე მუდმივად მცხოვრებ, სპეციალური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებზე, დატაკ ოჯახებსა და უსახლკარო პირებზე. მე-7 მუხლის მიხედვით საარსებო შემწეობა ეძლევა ოჯახებს იმ მიზეზით, რომ მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა იქნეს გაუმჯობესებული. „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ კანონის საფუძველზე გაცემულ წამახალისებელ თანხას, სოციალური დახმარების მაკონტროლებელი ორგანო თვლის შემოსავლად და უხსნის საარსებო შემწეობას, რადგან თვლიან, რომ მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა. აღნიშნული ქმედება არსებითად არღვევს წმახალისებელი თანხის სამართლებრივ დანიშნულებას.

IV Key Barriers to Beginning Treatment	მკურნალობაში ჩართვისათვის განკუთვნილი წამახალისებელი თანხის 100 ლარის ჩარიცხვა პირს 2 თვე დაუგვიანდა.	„ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ კანონი მე-17 მუხლის საფუძველზე პაციენტისათვის ფულადი წახალისების გადაცემას ითვალისწინებს. სახელმწიფომ აუცილებელია იგი უზრუნველყოს დროულად რამდენადაც იგი ატარებს წამახალისებელ ხასიათს და დამყოლობაზე მოქმედებს. ასევე ეს თანხა გათვალისწინებულია ტრანსპორტირებისათვის კვებისათვის და დამატებითი ხარჯების წარმოქმნისათვის. როდესაც თანხა გვიანდება პაციენტს უწევს საკუთარი ხარჯებით დაფაროს იგი ან თუ არ აქვს ასეთი, შეწყვეტოს მკურნალობა.
V ეტაპი - მკურნალობის პროცესში დამყოლობის საჭირო მხარდაჭერა	„პაციენტს ერთ-ერთი ტუბ დისპანსერის დააწესებულებაში გაჩერება გაუჭირდა, იყო ინფრასტრუქტურული პრობლემები და არ იყო წყალი“.	„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე-6 მუხლი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მართვის მექანიზმების კონტროლის ვალდებულებას აკისრებს სახელმწიფოს, , მისი „კ“ ქვეპუნქტი კი სახელმწიფოს ავალდებულებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმები და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი იყოს გამართული. როდესაც ტუბ დაწესებულებას არ აქვს წყალი და აქვს ინფრასტრუქტურული პრობლემები სახელმწიფოს მხრიდან არის დარღვეული კონტროლის მექანიზმი.
	განკურნებულ პაციენტს პოლიციის აკადემიაში სწავლა უნდოდა და იგი სამედიცინო მდგომარეობის გამო არ მიიღეს.	საქართველოს კონსტიტუციის 27-ე მუხლი პირის განათლების მიღების უფლებას იცავს. ყველას აქვს განათლების და მისი ფორმის არჩევის უფლება. ეს ნიშნავს, რომ ამ უფლების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო შეზღუდვა არის ზემონახსენები უფლების დარღვევა.

	პირი, როდესაც არის ბაცილ გამომყოფი, არანებაყოფლობითი იზოლირების კანონის აღსრულების მექანიზმები არ არსებობს, იგი არ გულისხმობს იძულებით მკურნალობას, იგი გულისხმობს მხოლოდ იზოლირებას.	„ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ კანონში არის არანებაყოფლობითი იზოლირების მექანიზმი. მე-15 მუხლი განსაზღვრავს მის გამოყენების წესსა და პირობებს. არ არსებობს მე-16 მუხლით გათვალისწინებული პაციენტის უზრუნველყოფის ისეთი საშუალებები როგორებიცაა: საცხოვრებელი, კვება, ტანსაცმელი და ა.შ. ეს მექანიზმი არ მუშაობს და არანებაყოფლობითი იზოლირების შემთხვევები ბოლო 5 წელი არ გვქონია, თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის არქივის ცნობების მიხედვით.
ზოგადი	საჯარო სამსახურში ითხოვენ ინფორმაციას ტუბერკულოზის დაავადების შესახებ, პირი არის თუ არა ნამკურნალები სიცოცხლის განმავლობაში.	საქართველოში მოქმედებს კანონი „საჯარო სამსახურის შესახებ“ რომელშიც არის ჩამოთვლილი იმ სავალდებულოდ წარსადგენი დოკუმენტაციის, ნუსხა რომელიც საჯარო დაწესებულებამ უნდა მოითხოვოს, მაშინ როდესაც პირს დასაქმება სურს. ამ კანონის მე-17 მუხლი განსაზღვრავს თუ რომელი პირი არ შეიძლება მიიღონ საჯარო სამსახურში. ამ ჩამონათვალში არის „ე“-ი რომელიც ამბობს, რომ პირი ვერ დაიკავებს საჯარო სამსახურში თანამდებობას თუ მისი სამედიცინო დასკვნის თანახმად მისი ჯანმრთელობა მოცემულ თანამდებობის დასაკავებლად აუცილებელ მოთხოვნებს არ აკმაყოფილებს. დოკუმენტაციის ჩამონათვალის ნუსხაში არ არის მოცემული ტუბერკულოზის შესახებ ცნობის მოთხოვნა, ამას საჯარო დაწესებულება თვითნებურად ანხორციელებს. პირს მოცემულ ბარიერში ჰქონდა დასრულებული მკურნალობა, რაც გულისხმობს, რომ იგი იყო სრულიად ჯანმრთელი და მის ყოფილ პაციენტობის ისტორიას არ უნდა დაებრკოლებინა საჯარო სამსახური დაესაქმებინათ იგი. უნდა აღინიშნოს, რომ ტუბ დაწესებულებიდან ინფორმაციის გამოთხოვისას, დოკუმენტში არ არის მითითებული ტუბერკულოზის რა ფორმა ჰქონდა გადატანილი პირს.

რომელი მონაცემები და ინფორმაცია არის არასაკმარისი

სამაგიდო კვლევაზე მუშაობის დროს გამოიკვეთა რამდენიმე ბარიერი. უსაფრთხო სამუშაო გარემოს შექმნასა და არანებაყოფლობით იზოლაციაზე ტუბერკულოზის მქონე პირებისათვის ბოლო 5 წლის მანძილზე არის ინფორმაციის ნაკლებობა. არ არსებობს რაიმე კონკრეტული შემთხვევაზე ცნობები სამედიცინო დაწესებულებაში დისკრიმინაციის ფაქტებთან დაკავშირებით. პერსონალურ მონაცემთა დაცვის უფლებების დარღვევასთან დაკავშირებით ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებებსა და მომსახურებების მომწოდებელ ორგანიზაციაში არ არის ხელმისაწვდომი. ღებტ თემისადმი დამოკიდებულება და მათთვის ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობა და მათი პრობლემები აშკარად არ გამოვლენილა, არ არსებობს ასეთი ინფორმაციის შემცველი დოკუმენტი.

კვლევა ხელს შეუწყობს საქართველოში ტუბერკულოზის სამართლებრივი გარემოს გაგებას. შეფასების ბოლოს გვექნება ზუსტი სტატისტიკა ადამიანის უფლებების დარღვევის შესახებ. უკედ მოხდება ბარიერების გაცნობა, რომელიც იწვევს მკურნალობის შეწყვეტას, ან ეხება მკურნალობის არ დაწყებას, ან მკურნალობის დასრულებას. იქნება მსჯელობა ადამიანის უფლებების დარღვევის კონკრეტულ შემთხვევებზე და განისაზღვრება პრობლემური ქცევა მომსახურების მომწოდებლებსა და სამედიცინო დაწესებულებებში. ამ ყოველივედან გამომდინარე განისაზღვრება პრობლემური სფეროები და გამოსწორების გზები.

შეჯამებისთვის

ხაზგასასმელია, რომ კვლევის პროცესში, პირისპირი ინტერვიუებისა და ფოკუს-ჯგუფების დროს, სამართლებრივ ასპექტებზე საუბრისას რესპონდენტები არ აკონკრეტებენ მნიშვნელოვან დეტალებს: რა პერიოდში მოხდა ეს, სად მოხდა, ვის მიერ იქნა ჩადენილი ფაქტი, ვის მიმართ იყო ფაქტი, რა შედეგები მოჰყვა დისკრიმინაციას/ უფლების დარღვევას და ა.შ.

გენდერი

საქართველოს კონსტიტუციის მე-11 მუხლი (მიღებული ცვლილებები საქართველოს პარლამენტის მიერ 2017 წელს) 1 და კანონი გენდერულ თანასწორობაზე (მიღებული საქართველოს პარლამენტის მიერ 2010 წელს),² იძლევა გარანტიას, რომ ქალსაც და კაცსაც გააჩნია თანაბარი შესაძლებლობები და უფლებები, იგი აღიარებს საჭიროებას, რათა როგორც ქალებმა ასევე კაცებმაც, მიაღწიონ სამართლიანობას და აღმოფხვრან უთანასწორობა.³

სოციალურ იერარქიაში ქალთა და კაცთა პოზიციას, იქნება ეს მატერიალური თუ სიმბოლური, გენდერი განსაზღვრავს, გენდერი არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი მათ ცხოვრებისეულ გამოცდილებებშიც. იგი ძლიერი სოციალური ფაქტორია და აისახება ჯამრთელობაზე, რომელიც შემდგომეხება ისეთ ცვლადებს, როგორებიცაა: ასაკი, ოჯახური სტრუქტურა, შემოსავალი, განათლება და სოციალური ხელშეწყობა, ასევე სხვა ქმედითი ფაქტორებიც.⁴

ეროვნული ტუბერკულოზის სტრატეგია, რომელიც გათვლილია 2019-2022⁵ წლებზე, მოიაზრებს თანაბარ ხელმისაწვდომობას ტუბერკულოზის სერვისებზე, მიუხედავად გენდერისა ანდაც სოციალური სტატუსისა, მაგრამ იგი არ განაცალკევებს საჭიროებებს გენდერზე დამყარებულ ჩარევებთან დაკავშირებით. სტრატეგია ხაზს უსვამს, რომ სპეციალური ყურადღება უნდა დაეთმოს კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებს, მათ შორის მოწყვლად ჯგუფებს. ესენია: პატიმრები, ყოფილი პატიმრები, შიდსით დაავადებული პირები, ნარკოტიკების მომხმარებლები. გენდერული სხვაობა კი სტრატეგიაში მხოლოდ მაშინ არის ნახსენები, როდესაც აღწერს ეპიდემიურ სიტუაციას, სადაც დიდი პროცენტულობა მამაკაცების (70%) ახალ და განმეორებით შემთხვევებს წარმოადგენს: ტუბერკულოზის კაცთა/ქალთა შეფარდება არის 2:1.

საქართველოს ტუბერკულოზის კონტროლის 2016-2020⁶ წლების ეროვნული სტრატეგია (NSP) აკონკრეტებს ორი ტიპის კვლევითი აქტივობის მხარდაჭერას, ესენია: 1) კლინიკური კვლევა, მოიაზრებს მონაწილეობას ინტერნაციონალურ მედიცინურ კვლევაში / კლინიკური პროცესები, და 2) ოპერაციური კვლევა, რომლის პრიორიტეტიც ტუბერკულოზის კონტროლის ინტერვენციის იმპლემენტაციაა. აქედან გამომდინარე,

¹ Amendments adopted by the Parliament of Georgia in 2017
<https://matsne.gov.ge/en/document/view/30346?publication=35>

² Adopted by the Parliament of Georgia in 2010
<https://matsne.gov.ge/en/document/download/91624/3/en/pdf>

³ Geostat.ge, Women and me in Georgia, 2018
https://www.geostat.ge/media/23369/WM_ge-2018.pdf

⁴ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2004

⁵ National Strategy for Tuberculosis Control in Georgia 2019-2022
<http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/National-Strategy-for-Tuberculosis-Control-in-Georgia-2019-2022.pdf>

⁶ National Strategic Plan for Tuberculosis Control in Georgia 2016-2020
<http://tsp.ecom.ngo/files/Tuberculosis-National-Strategic-Plan-2016-2020.pdf>

ტუბერკულოზთან გენდერზე რეაგირებითი მიდგომა არ არის კვლევით და არც ეროვნული პროგრამით ხელშეწყობილი.

2017 წელს ჩატარებული კურაციოს კვლევები,⁷ ხაზს უსვამს ისეთ ფაქტორებს, რაც შედეგად განაპირობებს მკურნალობაზე დაყოლიებას, იქნება ეს ოჯახი თუ ჯგუფური მხარდაჭერა, ფინანსური წნეხი და ცოდნა, რომელიც ძლიერ დამოკიდებულია ინდივიდის გენდერზე. დამყოლობისთვის მხარდაჭერა არის ტუბერკულოზის პროგრამის მთავარი ნაწილი. იგი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი პაციენტებისთვის, რომლებსაც M/XDR-TB აქვთ და საჭიროებენ ხანგრძლივ (ორ წლამდე) მკურნალობას, დღიურ ვიზიტს საავადმყოფოებში და განიცდიან მწვავე ეფექტებს, გამოწვეული ტუბერკულოზის მედიკამენტებით. დამატებით, სხვადასხვა სოციალური თუ ეკონომიკური ფაქტორები პაციენტებს მკურნალობის დამთავრებაში ხელს უშლის, მაგალითად მუშაობის გაგრძელების საჭიროება, რათა უზრუნველყონ ოჯახის შემოსავალი. მთავარი ფაქტორები რომლებიც ხელს უწყობს ან აკნინებს მკურნალობაზე დამყოლობას არის შემდეგი: ორგანიზაციული სტრუქტურა ტუბერკულოზის მკურნალობის და ზედამხედველობის სერვისების; რეგულაციები; ფინანსური წნეხი; ცოდნა; დამოკიდებულება და პრაქტიკა ტუბერკულოზის მკურნალობაზე; პიროვნული ნიშანთვისებები (ქმედითი ჩვევები); უკუშედეგები გამოწვეული მკურნალობისგან; „დაავადების“ და „კარგად ყოფნის“ ინდივიდუალური ინტერპრეტაცია, ოჯახი და საზოგადოების მხარდაჭერა.

ქართველ ქალებს მამაკაცებთან შედარებით ოდნავ უკეთესი მკურნალობის შედეგები აქვთ. მაგრამ არ არის არანაირი ეროვნული კვლევები ამ ფენომენის აღსაწერად, კურაციო (2017) აცხადებს, რომ ის პაციენტები, რომლებმაც ტუბერკულოზზე მკურნაობა წარმატებით გაიარეს, განაცხადეს, რომ მათი მოტივაციის მთავი წყარო იყო როგორც საჭიროება ოჯახის წევრებზე ზრუნვის, ასევე საკუთარი ჯამრთელობა. ამ პაციენტებს ჰქონდათ სწორი აღქმა დაავადების სერიოზულობის დამასთან დაკავშირებული რისკების, აქედან გამომდინარე სცადეს, რომ დაესრულებინათ მკურნალობა, რათა თავიდან აერიდებინათ თავიანთი ოჯახის წევრების და მეგობრებისთვის პრობლემების შექმნა. სწორედ ეს შესაძლოა იქნას მიჩნეული ქალთა უკეთესი შედეგების მიზეზად, ვინაიდან მათ გააჩნიათ მეტი პასუხისმგებლობის განცდა საკუთარ ოჯახზე და შვილებზე; „... ჩემი მოტივაციის ფაქტორი იყო როგორც ჩემი შვილი, ასევე ჩემი ქმარი. არ მიღოდა მათთვის რამე მევნო ...“ პაციენტი, რომელმაც მკურნალობა წარმატებით გაიარა (კურაციო, 2017).

ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ბოლო სამი წლის მანძილზე, TB-HIV-ის თანადაინფიცირების ახალი და რეციდიული შემთხვევების წარმატების მაჩვენებელი ქალებში კაცებზე ნაკლებია. თუმცა, ამ განსხვავების ასახსნელად თვისობრივი მტკიცებულება არ არსებობს.

ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის მიხედვით (2016-2020), ტუბერკულოზით რეგისტრირებულ ახალ შემთხვევებში, თითქმის 70% მამაკაცია. დაავადება მეტწილად

⁷ Barriers and Facilitators to Adherence to Treatment Among Drug Resistant TB Patients in Georgia, 2017, Curatio foundation. <http://curatiofoundation.org/factors-that-enhance-or-hinder-treatment-adherence-among-drug-resistant-tb-patients-in-georgia/>

მოსახლეობის ახალგაზრდა და ეკონომიურად პროდუქტიულ ნაწილზე მოქმედებს: ტუბერკულოზის შემთხვევების თითქმის ორი მესამედი არის 15-დან 44-ამდე ასაკობრივ ჯგუფში. მიუხედავად იმისა, რომ აივ ინფექციური დაავადება მეტწილად მამაკაცებში გვხვდება, ქალთა პროპორცია ამ დაავადებით ზრდად ტენდენციას აქვს და 2014 წელს 31%-საც მიაღწია. აივ ინფექცია მეტწილად კონცენტრირებულია პოპულაციის ძირითად ნაწილში: მამაკაცები, რომლებსაც სექსუალური კავშირი აქვთ მამაკაცებთან (MSM), ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი (PWID) და სექს მუშაკები (SWs). კონტაქტების კვლევები სერინინგი და LGBT თემში აქტიური საძიებო კვლევები, მათ შორის ვინც ცხოვრობს აივ-ით, მოიხსენებს, რომ საქართველოში არსებითია ამოუცნობი ტუბერკულოზის შემთხვევების ტვირთი. განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებში. მნიშვნელოვანი დროით ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და შესაბამისი მკურნალობის წამოწყების გაჭიანურება გვხვდება ისეთ ინდივიდებში, რომელთაც აქვთ შეზღუდული წვდომა ჯანდაცვის სისტემებზე (NSP 2016-2020).

კვლევები საქართველოში ტუბერკულოზის შესახებ ცნობიერებაზე ტრანსგენდერ ინდივიდებში ფაქტობრივად არ არსებობს. ეროვნული ანგარიში ჰომოსექსუალი მამაკაცების უფლებების დარღვევებზე, ისევე როგორც ტრანსგენდერებში. კერძოდ ჯანდაცვის უფლების მიმართულებით, საქართველოში 2018 წელს ზღწერს ჯანდაცვის და ადამიანის უფლებების დარღვევას. ტრანსგენდერი ქალი, რომელსაც აღმოაჩნდა პნევმონია, გადაყვანილი იქნა ტუბერკულოზის ცენტრში. აღწერილია ექიმების მხრიდან სამსახურეობრივი მოვალეობის დროს ზიზღმწერული დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ. ისინი იყენებდნენ ფრაზებს „ეს გოგოა თუ ბიჭი?“, „მანიკური უსვიათ?“, „როგორც ჩანს გეი კლუბში იყავი და ამიტომაც ხარ ავად.“ აქედან გამომდინარე, იმისათვის რომ გვესმოდეს თუ როგორ ბარიერებს დახელოვანებულნი აქვთ შეხება ტრანსგენდერებს ტუბერკულოზის პრევენციის გზად, საჭიროა კვლევა და მზრუნავი დაწესებულებების თავმოყრილი რელევანტური მონაცემები და მათი ანალიზის ხელშეწყობა. ამის გარდა რელევანტური ტრეინინგი გენდერზე, პრობლემებზე და ადამიანურ უფლებებზე ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პირებსაც უნდა ჩაუტარდეს.

2017 წელს ფონდის კურაციოს მიერ შედგენილმა შესანიშნავმა კვლევამ აჩვენა გვერდითი ეფექტების არსებობა, სიხშირე და მართვა, რაც მნიშვნელოვნად გავლენას ახდენს ტუბერკულოზის მკურნალობის დაცვაზე. კვლევაში მონაწილე ბევრმა პაციენტმა ისაუბრა მკურნალობასთან დაკავშირებულ ფიზიკურ და გონებრივ გვერდითი მოვლენების შესახებ. ყველა დაკარგულმა თუ მობრუნებულმა პაციენტმა გვერდითი მოვლენები მკურნალობის შეწყვეტის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად დაასახელა. გვერდითი მოვლენების კონტროლი მოითხოვს სამედიცინო პერსონალის მიერ სხვადასხვა ორგანოს სისტემების ცოდნას. მეტიც, ექსპერტების აზრით, ტუბერკულოზის სამკურნალო საშუალებებით გამოწვეული გვერდითი ეფექტების მართვისთვის აუცილებელია სპეციფიკური ცოდნა და გამოცდილება (კურაციო, 2017).

⁸ National report on the violation of human rights of gay men, other MSM and trans people, in particular right to health, in Georgia in 2018
<http://www.equality.ge/wp-content/uploads/2019/10/403330988-National-Report-on-the-Violation-of-Human-Rights-of-Gay-Men-Other-MSM-and-Trans-People-in-Particular-Right-to-Health-in-Georgia-in-2018-1.pdf>

ტუბერკულოზის ეროვნულმა ცენტრმა ასევე გაანალიზა გენდერული მკურნალობის მკურნალობის მაჩვენებლები ბოლო სამი წლის განმავლობაში. ანალიზი აჩვენებს, რომ ახალ და რეციდივ შემთხვევებში, ისევე როგორც მკურნალობას შემთხვევები 2013 წლიდან 2017 წლამდე, ქალებში მკურნალობის წარმატების მაჩვენებლები ოდნავ უკეთესია, ვიდრე მამაკაცებში. 2017 წელს მკურნალობის ერთადერთი მონაცემები გამონაკლისია, სადაც მამაკაცებში წარმატებული მკურნალობის სიჩქარე ოდნავ მეტია, ვიდრე ქალებში (64%, 61% -ით, შესაბამისად). ამასთან, ეს განსხვავებები სტატისტიკურად არ არის მნიშვნელოვანი გენდერისთვის (საქართველოში ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის კვლევა მაღალი რისკის ჯგუფებსა და ზოგად მოსახლეობაში, ჯანდაცვის კვლევის ცენტრი 2019). ანგარიში მომზადდა გლობალური ფონდის ეგიდით და გაგვიზიარა ჯანდაცვის კვლევის წევრის წარმომადგენელმა).

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციაზე დაყრდნობით, მამაკაცებს მეტი აქვთ რისკი ტუბერკულოზის გადადების და მისგან სიკვდილის, ვიდრე ქალებს. კვლევების შედეგებმა ერთიანად აჩვენა, რომ მოზარდობამდე ასაკის ქალებში და კაცებში ტუბერკულოზის ინფექციების პროცენტურობა დიდად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან. თუმცა დაახლოებით 15 წლის ასაკის შემდეგ, როდესაც მოზარდებთან ასოცირებული ბიოლოგიური და სოციალური ცვლილებები განასხვავებს სქესებს, მამაკაცები ამ ინფექციების მაჩვენებელით ქალებს ასწრებენ. მეტიც, ასაკის მატებასთან ერთად, მამაკაცებს ინფექციიდან დაავადებამდე პროგრესირების მეტი ალბათობა აქვთ. იგივე ტენდენციებია შენიშნული საქართველოშიც (ჯამრთელობის კვლევითი ცენტრი 2019).

სხვა ქცევითი განსხვავებები ქალებსა და მამაკაცებს შორის, რამაც შეიძლება მამაკაცებში სუსტი იმუნიტეტის შემთხვევაში ხელი შეუწყოს ინფექციიდან აქტიურ ტუბერკულოზამდე პროგრესირებას არის შემდეგი: მოწევა, ალკოჰოლიზმი, მიგრაცია და ზოგიერთ შემთხვევაში, პათიმრობა და ა.შ. (ჯანდაცვის კვლევითი ცენტრი 2019)

ტუბერკულოზის ცენტრზე დაყრდნობით, აივ ინფექციის ტესტირება ბოლო წლების მანძილზე მნიშვნელოვნად გაზრდილია, 2014 წლის 67%-იდან 93%-94%-ამდე 2016-2018 წლებში. ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე პაციენტებს შორის, აივ ინფექციაზე ტესტირება ქალებშიც და კაცებშიც თანაბარია. მაგრამ ქალებში ფილტვთან კავშირის არ მქონე ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა შედარებით რთულია და დამატებით ძალისხმევას საჭიროებს. ქალებს, რომლებსაც ფილტვის ტუბერკულოზი აქვთ, მამაკაცებისაგან განსხვავებულ სიმპტომებს ავლენენ, ხოლო მიკროსკოპით ნერწყვზე ტესტირებამ შესაძლოა დადებითი პასუხი არც აჩვენოს, ანდაც ფილტვის დაზიანება იმდენად მწვავე არ აღმოჩნდეს ქალებში, როგორც კაცებში, რის შედეგადაც ქალების ხშირი არასწორი დიაგნოსტიკა ხდება. ტუბერკულოზი ქალების კონკრეტულ ჯგუფში გაცილებით სწრაფად პროგრესირებს, ვიდრე იმავე ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებში. ქალებში ასევე მეტად სწრაფია ფილტვის გარე (ტუბერკულოზის ინფექცია, რომელიც ჩნდება ფილტვის გარე მიდამოში) ტუბერკულოზის გავრცელება ვიდრე კაცებში. ასეთივე შემთხვევაა გენიტალიის ტუბერკულოზზეც, რომლის დიაგნოსტიკაც რთულია და იდენტიფიცირებულია, როგორც მნიშვნელოვანი ფაქტორი უშვილობის ისეთ შემთხვევებში სადაც ტუბერკულოზის

სწრაფი გავრცელებაა (ეს დასკვნა უპირატესობის მქონია ჩვენს მთავარ ინფორმატორთან ინტერვიუში და ეთანხმება გაეროს განვითარების პროგრამის 2015 წლის მოხსენებას).

გენდერის შესწავლისას გამოყენებული ინსტრუმენტებით იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად იდენტიფიცირებულია სხვა დაუცველი ჯგუფები, მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ხანდაზმული ადამიანები, მათ შორის ასაკოვანი ქალები, ტუბერკულოზისა და აივ / შიდსის პროგრამებში. დაინტერესებული მხარეები აღნიშნავენ, რომ ზემოხსენებული ჯგუფები არ არიან ნახსენები სტრატეგიული დოკუმენტებში, რადგან აივ და ტუბერკულოზის სერვისებზე წვდომის მათი სპეციფიკური საჭიროებები არ არის მხარდაჭერილი რაიმე მონაცემებით ან პრაქტიკული დაკვირვებით (ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი 2019).

ჯანდაცვის მუშაკთა შორის არაერთი გამოკითხვა ჩატარდა აივ / ტუბერკულოზის ცოდნის, სტიგმისა და დისკრიმინაციის შესახებ ცნობიერების და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებების შესახებ. ამასთან, საქართველოში არ ჩატარებულა სამედიცინო პერსონალის გენდერული ცნობიერების შესწავლა (ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი 2019).

ქვეყანაში ტუბერკულოზთან დაკავშირებით ქალთა და გოგონებთა შესახებ სპეციფიკური პოლიტიკა არ არის შემუშავებული. ტუბერკულოზის შესახებ სპეციფიკური პოლიტიკა არც კაცებზე და ვაჟებზე არ არის წარმოდგენილი. ქვეყანაში LGBT და ტრანსგენდერ ინდივიდებზე ორიენტირებული პოლიტიკა, ანდაც სპეციალური სერვისები, არ არის ხელმისაწვდომი. არ არის მონაცემები არც ქვეყანაში ტრანსგენდერი ადამიანების რაოდენობის შესახებ. მათი დაუცველობა ტუბერკულოზის მიმართ, არც მისი გავრცელება და სპეციფიკური საჭიროება ამ დაავადებისათვის არ არის შესწავლილი (ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი 2019).

უფრო მეტიც, გენდერის მიმართ მგრძნობიარე სტატისტიკის არარსებობა აივ / ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამებისთვის, არც გენდერული მგრძნობიარე ინდიკატორები და ეროვნული ანგარიშგების სტანდარტები, რათა დადგინდეს, თუ რა ტიპის მონაცემები უნდა იყოს რეგულარულად წარმოდგენილი (ყოველწლიურად მაინც), აივ და ტუბერკულოზის პროგრამებისთვის.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, 2017 წელს კურაციის ფონდმა აჩვენა ის ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს მკურნალობის დაცვაზე. მაგრამ, სამწუხაროდ, მონაცემები არ არის გენდერული ნიშნით დაყოფილი და არც თვისებრივი ანალიზებია გაკეთებული გენდერული განზომილებების უკეთ გაცნობის მიზნით, მკურნალობის დაცვასთან დაკავშირებით.

უფრო მეტიც, გვერდითი მოვლენების მართვის გენდერული განსხვავებები უნდა გამოიკვლიოს და მკურნალობის სახელმძღვანელო მითითებებში მოექცეს.

ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებული მონაცემები აჩვენებს, რომ ტუბერკულოზის სიკვდილიანობა უფრო მაღალია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში.

ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს მკურნალობის დაცვასთან და სხვა სოციალურ ფაქტორებთან; ამასთან, კვლევა კომპლექსურია და საჭიროებს დამატებით გამოკვლევას.

ასევე, არის მოსაზრება, რომ მამაკაცებს ჰქონდათ ტუბერკულოზთან დაკავშირებული მეტად მაღალი წიგნიერება, ვიდრე ქალებს, ხოლო ეს განსხვავება ერგება გენდერთან დაკავშირებულ სხვაობებს ზოგად წიგნიერებაზე. დამატებით, ზოგადი წიგნიერებაც და წიგნიერება ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ჯანმრთელობის სტატუსის; სამწუხაროდ, საქართველოში სტატიები ანდაც კვლევები ამ ინტერპრეტაციის ხელშესაწყობად არ არსებობს.

წითელი მსხვილი ხაზი უნდა გაესვას იმ ფაქტს, რომ ჩვენს დაკვირვებაში აღწერილი შემთხვევები და ბარიერები, რომლებიც ტუბერკულოზის გზას აღწერს, ყველა ნაწილში არ ეფუძნება რელევანტური კვლევის ინფორმაციას, და რომ არსებობს შესაბამისი სამეცნიერო მონაცემების ნაკლოვანება.

ახალი აღმოჩენები

ფოკუს ჯგუფებთან დისკუსიის და სხვადასხვა ინტერვიუების შემდეგ ცალსახა გახდა ის მდგომარეობა, რომელიც მტკიცე მზაობაშია მთავარ ბარიერებთან, რომ მკურნალობის დაწყება და ის შიში, რაც ტუბერკულოზთან არის დაკავშირებული, ქალებზე მეტ გავლენას ახდენს ვიდრე მამაკაცებზე. ხშირად ეს იწვევს ქალების ეკონომიკურად და სოციალურად დაუცველ მდგომარეობაში მოქცევას. რადგანაც მათი შვილების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა მჭიდრო კავშირშია დედის მდგომარეობასთან. ტუბერკულოზს ქალებზე და მათ ოჯახებზე სერიოზული სირთულეების წარმოქმნა შეუძლია.

ვინაიდან შრომის გადანაწილებაში, როლებში თუ მოვალეობებში გენდერებს შორის სხვაობა იწვევს ქალებსა თუ კაცებში ტუბერკულოზის განსხვავებულ შედეგებს. ერთ დაკვირვებაში, პაციენტმა ქალებმა განაცხადეს შვილებზე ზრუნვის უუნარობის შესახებ, ასევე სირთულე საოჯახო საქმეების განხორციელებისას, მათი ფიზიკური მდგომარეობის დაქვეითებიდან გამომდინარე. ამასობაში პაციენტმა მამაკაცებმა გამოთქვეს წუხილი შემოსავლის დაკარგვასა და უუნარობაზე, რათა უზრუნველყონ საოჯახო საჭიროებების ხარჯები: „მამაკაცებმა გამოხატეს, რომ თავს უსარგებლოდ გრძნობდნენ, რომ უჩინოდ მთავრობდნენ თვითმკვლელობის აზრები, რაც შედეგად მკურნალობის შეწყვეტისკენ უბიძგებდათ.“

ფოკუს ჯგუფებთან დისკუსიამ გამოავლინა, რომ გენდერთან დაკავშირებული სხვაობები ტუბერკულოზის მკურნალობაში, შესაძლოა ფუძეს იღებდეს გენდერზე დაყრდნობილ განსხვავებებში იმ ბარიერებსა თუ შეფერხებებში, რაც ტუბერკულოზის სევისებთან წვდომას ზღუდავს. გენდერული განსხვავება ბარიერებში, რომლებიც ზღუდავს ტუბერკულოზის სერვისებთან წვდომას, არსებობს ინდივიდუალურ და მომწოდებლის / სისტემის დონეებზე. ეს ბარიერები მოიცავს პირდაპირ და არაპირდაპირ ხარჯს, რაც ტუბერკულოზის სერვისებს გააჩნია; გავლენა ოჯახის ბიუჯეტზე; არამუდმივი ან შეთავსებადი დასაქმება; დისტანცია ტუბერკულოზის სერვისებთან და წვდომა ტრანსპორტირებაზე; ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ცნობის და ცნობიერების

სიმწირე; განსხვავება ოჯახში გენდერით დაყოფილ როლებსა თუ სტატუსში; სერვისის მომწოდებელთა ვარაუდები (ტუბერკულოზის შემთხვევებს მამაკაცებში მეტად ეჭვობენ ვიდრე ქალებში - ეს შემდგომ არასწორ დიაგნოზებს იწვევს); სერვისის მომწოდებელთა რაოდენობა და კატეგორია; ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის სახელმძღვანელო პრინციპების დაცვა და ქალი და ლგბტ პაციენტების კმაყოფილება ტუბერკულოზის სერვისებით.

ჯანმრთელობის წიგნიერების საკითხთან დაკავშირებით, შეფასებამ გამოავლინა გენდერული განსხვავება ტუბერკულოზთან დაკავშირებულ ცოდნაში.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციაზე, UNDP-ზე და ჩვენს ფოკუს ჯგუფებთან დისკუსიაზე დაყრდნობით, რომელიც საზოგადოებაში ქალთა პოზიციას შეეხებოდა, ჩანს რომ ქალთა ჯანმრთელობა არ მიიჩნევა იმდენადვე მნიშვნელოვნად, რამდენადაც კაცების – „ტუბერკულოზის მქონე ქალებს შესაძლოა მოუწიოთ ქმრებთან გაყრა, სწორედ ტუბერკულოზის ქონის გამო, მათ ასევე შესაძლოა შეუწყდეთ შვილებთან კონტაქტიც; (პარტნიორის ანდაც ოჯახის წევრების ძალდატანებით)“ – ფოკუს ჯგუფი.

გენდერული უთანასწორობა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე ეხება ჯანდაცვას და ადამიანის უფლებას, ანელებს საზოგადოების განვითარებას, თავისუფალ სულს, თანამედროვე აზროვნებას და საზოგადოებრივ დამოკიდებულებას და ცუდად ხვდება ქვეყნის ეკონომიკას. ამ მოსაზრებებისა და მსოფლმხედველობიდან გამომდინარე, ძალზედ მნიშვნელოვანია, რაც შეიძლება სწრაფად, დროის მოკლე მონაკვეთში ვალიაროთ ყველა ის ბარიერი, რომელიც იქნა აღმოჩენილი და ძალა არ დავიშუროთ მათ გადასაჭრელად და მოსაგვარებლად. თავისი საჭიროებითა და მნიშვნელობით, ეს მიმდინარე შეფასება, რა თქმა უნდა, ტუბერკულოზთან დაკავშირებული გენდერული ბარიერების გადალახვას ხელს შეუწყობს და შეამსუბუქებს იმ სირთულეებს, რაც მონაცემების ნაკლოვანებით არის გამოწვეული.

ძირითადი პოპულაცია

ყოფილი პატიმრები

სასჯელაღსრულების სისტემაში სამი სახელმწიფო პროგრამაა: ტუბერკულოზის, აივ / შიდსისა და ც ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამები. ეს პროგრამები ხორციელდება შესაბამისი დაავადებების მკურნალობის ეროვნული სახელმძღვანელო პრინციპების დაცვით. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT)⁹ ვიზიტი დადებითად აფასებს ტუბერკულოზის, C- ჰეპატიტის და აივ ინფექციის დიაგნოზსა და მკურნალობაში მიღწეულ პროგრესს.

ტუბერკულოზზე ტესტირებასავალდებულოა. პირველი ტუბერკულოზის ტესტი პატიმარს პატიმრობის დროს უტარდება, გულმკერდზე რენტგენით, (პატიმრობაში გადაცემის დროს, სასამართლოს შემდეგ) და განმეორებითი ტესტირება ტარდება ყოველ მესამე

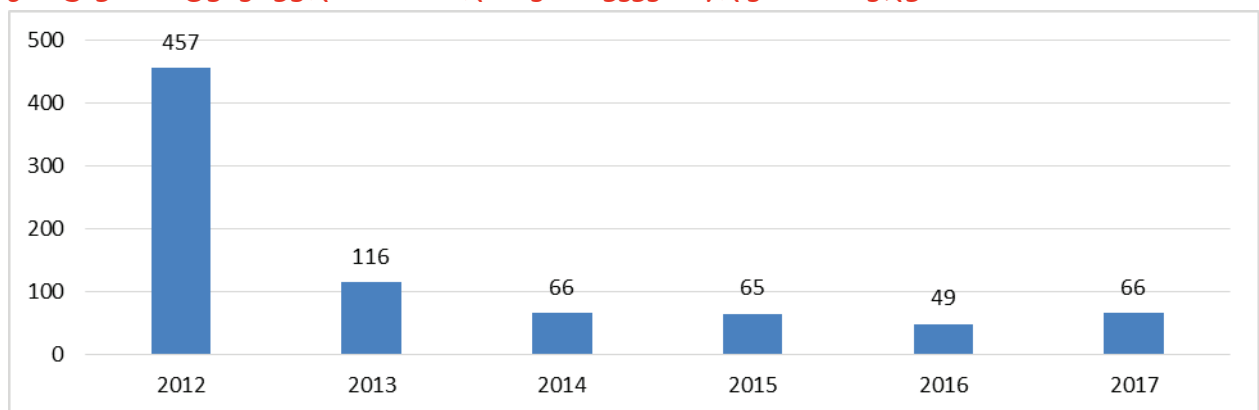
⁹ Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) 2018 <https://rm.coe.int/1680945eca>

თვეს. ეჭვის შემთხვევაში, დამატებითი დიაგნოსტიკა ხორციელდება. ტუბერკულოზის გართულებული ფორმების სამკურნალოდ იყენებენ ახალი თაობის მედიკამენტებს, მათ შორის ბედაქილინს და ლაინაზოლიდს; 2015 წლის სექტემბრიდან, სასჯელაღსრულების სისტემაში ყველა „წარუმატებელი მკურნალობის“ ახალი მედიკამენტებით მკურნალობა დაიწყო - ბედოლინინი და ლაინაზოლიდი. (ტუბერკულოზის მართვის პროგრამის სახელმწიფო ვებ – გვერდი)¹⁰

ტუბერკულოზის მეორე პატიმრებს ენიშნებათ სპეციალური დიეტა, პაციენტების ელექტრონული რეგისტრაციის სისტემა და მკურნალობის პროცესი სრულიად ეროვნული ტუბერკულოზის ცენტრის მიერაა კოორდინირებული. 2012 წელს ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების რიცხვი 457 იყო, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მონაცემებით, 2014 წელს აჩვენა - 66, 2015 წელს - 65, 2016 წელს - 49, ხოლო 2017 წელს ტუბერკულოზის 66 ახალი შემთხვევა (იხილეთ გრაფიკი 1). აღსანიშნავია, რომ პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზით დაავადებულთა რაოდენობის შემცირების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად მაღალია, ვიდრე ქვეყანაში (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2016 წელს საქართველოში არის ტუბერკულოზით დაავადებული რეგისტრირებული 3329 შემთხვევა, მათ შორის 2615 წარმოადგენს ახალ შემთხვევებს) და 2013 წლიდან, სასჯელაღსრულების სისტემაში ტუბერკულოზით დაავადებულთა სიკვდილის შემთხვევები არ დაფიქსირებულა.

2017 წელს, (2016 – 2.1%) სასჯელაღსრულების სისტემაში ტუბერკულოზის ახალი და რეციციული შემთხვევების 2.8%-ი დაფიქსირდა.

გრაფიკი 1 - ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევები წლების მიხედვით



ზოგადად პოზიტიური დინამიკის ფონის არსებობისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს DR-TB-ს სკრინინგს და მონიტორინგს. 2016 წლის მდგომარეობით, რეზისტენტული ტუბერკულოზის 4 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა, 2017 წელს 15 აღირიცხა.

¹⁰ <http://www.sps.gov.ge/ka/saqmianoba/penitenciuri-jandacvis-servisi/tuberkulozis-marthvis-sakhelmtsifo-programa.html>

ტუბერკულოზის KAP 2019-ის (Health Research Union, 2019) თანახმად, პაციმრებს შორის სიმპტომების ამოცნობა გაიზარდა. მიუხედავად სიღრმისეული ინტერვიუებისა, აღნიშნული იქნა, რომ ექიმთან ვიზიტი დანიშნული შეიძლება იყოს, მხოლოდ სიმპტომების გამოვლენიდან რამდენიმე დღის შემდეგ და მაშინ, როდესაც წარდგენილი იქნება მოთხოვნა.

გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს ნარკოპოლიტიკის კანონის თანახმად, ნარკოტიკების მოხმარება სისხლის სამართლის დანაშაულია და პირები, რომლებიც ნარკოტიკებს მოიხმარენ, შესაძლოა ციხეში აღმოჩნდნენ. ამ გზით რისკები შეიძლება უფრო მაღალი იყოს, რადგან როგორც პაციმრები, ასევე ნარკომომხმარებლები მაღალი რისკის ჯგუფები არიან. დასუსტებული იმუნური სისტემით და ციხის ინფრასტრუქტურით, ისინი მეტად დაუცველები არიან, ვიდრე ოდესმე..

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები

იმ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, რომელსაც ტუბერკულოზის სერვისების სამოქალაქო ორგანიზაციებისთვის გზამკვლევი გვაწვდის, იმ ადამიანებზე, რომლებიც ნარკოტიკებს ინექციით იღებენ, TUBIDU. ეს ჯგუფი, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების (PWID) ხშირ შემთხვევაში დაუცველი სოციალური ფენის ნაწილს წარმოადგენენ, რომლებსაც სხვა მრავალი რისკ ფაქტორებიც გააჩნიათ, რაც მათთვის ტუბერკულოზის რისკსაც ზრდის (TB). (Guidance for community based organizations on tuberculosis services for people who inject drugs, TUBIDU, 2014)¹¹ ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით, ის ადამიანები, რომლებიც არალეგალურ ნარკოტიკებს მოიხმარენ, ინფიცირების შემდეგ აქვთ მეტად მაღალი რისკი აქტიური ტუბერკულოზის განვითარების, ტუბერკულოზის მაღალი რისკი ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლებში ასოცირდება აივ ინფექციასთან, ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლებს მეტი გადახრა აქვთ პაციმრობისკენ, რთულ საცხოვრებელ პირობებში ყოფნის ან ცუდი ვენტილაციის მქონე სახლებში ცხოვრებისკენ, უსახლკარობისკენ, ცუდი კვებისკენ და ალკოჰოლიზმთან ასოცირაციისკენ. ყველა ეს ფაქტორი ართულებს ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლებში (PWID) ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკას, რადგან მათ მეტად კომპლექსური საჭიროებები აქვთ და მკურნალობაზე წვდომა შეზღუდული აქვთ. ამრიგად, საჭიროა ნარკომომხმარებელთა საჭიროებებზე უფრო კოორდინირებული რეაგირება, რათა ყველა შესასვლელ პუნქტში უზრუნველყოფილი იქნას პრევენციის, მკურნალობისა და მოვლის სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. PWID-სთან მომუშავე საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს (CBOs) აქვთ მრავალი შესაძლებლობა ჰქონდეთ ისეთი სერვისები, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლაში დახმარების გაწევა, როგორიცაა ადგილობრივი კონტექსტის გააზრება და მათი წევრების საჭიროებები. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) ასევე რეკომენდაციას უწევს ტუბერკულოზთან და საზოგადოებასთან ერთად ადამიანების მონაწილეობის უფრო აქტიურ პოპულარიზაციას ტუბერკულოზის კონტროლის თვალსაზრისით. ლიტერატურა უამრავ მტკიცებულებას გვაწვდის იმის

¹¹ <https://www.aidsactioneurope.org/en/publication/guidance-community-based-organizations-tuberculosis-services-people-who-inject-drugs>

შესახებ, თუ რა სარგებელს მოაქვს საზოგადოებისა და CBO-ების მეტად აქტიური ჩართულობა ისეთ ფუნქციებში, რასაც ტრადიციულად ჯანდაცვის სისტემა განაგებდა. თემის და სამოქალაქო საზოგადოების აქტიური ჩართულობა ტუბერკულოზზე საპასუხოდ, იძლევა ადამიანებისათვის შესძლებლობას, რომ სწრაფად მოახერხონ ტუბერკულოზის დიაგნოზირება და თავიანთ თემში მიიღონ მეტად ხარისხიანი მკურნალობა. ეს განსაკუთრებით ასეა ისეთ გაჭირვებულ და მოწყვლად ჯგუფებში, რომლებსაც ზოგადად ხელი ტუბერკულოზის სერვისებთან არ მიუწვდებათ და რთულია მათთან წვდომა. მკურნალობის შედეგები ასევე გაუმჯობესებულია და ტუბერკულოზით დაავადებული პირები უფლებამოსილნი არიან მიიღონ გადაწყვეტილებები ზრუნვის ტიპზე, რომელიც საუკეთესოდ შეესაბამება მათ და მათ თემსაც. თემებზე დაყრდნობილი ტუბერკულოზის მკურნალობა არის სარგებელიანი, სხვა საავადმყოფოებზე დაყრდნობილ და სტანდარტულ ამბოლატორულ მზრუნველობით მოდელთან შედარებით. გზამკვლევი განკუთვნილია ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებთან სამუშაოდ. ხოლო მთავარი ინტერვენცია ტუბერკულოზის კონტროლთან დაკავშირებით უნდა იყოს ასეთი: ინიტენსირებული ტუბერკულოზის აღმოჩენები, მოიაზრებს აქტიური შემთხვევების აღმოჩენებს, კონტაქტების კვლევის და აქტიური გადაცემა ჯანდაცვის სერვისებზე. ინფექციის კონტროლი. იზონიაზიდო (INH) პრევენციული თერაპია. ხელშეწყობა მათი ვინც ამჟამად მკურნალობს ტუბერკულოზს და მათი პოვნა, ვინც მკურნალობა შეწყვიტა. ტუბერკულოზის მკურნალობის ხელმისაწვდომობა (DOT-ის იმპლემენტირება). ინფორმირება, განათლება და კონსულტაცია ხალხთან, რომლებიც ნარკოტიკებს მოიხმარენ, მათ საახლობლოსთანაც და ფართო თემთან.

საქართველოში ინექციურ ნარკომომხმარებლებს მეტწილად „ზიანის შემამცირებელი საქართველოს ქსელის „ წევრი ორგანიზაციები იღებენ უწევნ მოცვას. პროექტის ფარგლებში, GHRN-მ წარმოადგინა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის სქრინინგი, რათა ტუბერკულოზი ადრეულად გამოეკვლინა და ეწარმოებინა ტუბერკულოზის პრევენციაზე და დროულ დიაგნოსტიკაზე ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებები.

2016 წლის 12 თვიანი საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში, 17,208 ბენეფიციარმა (მათ შორის 560 PWID პაციენტმა) სერვის ცენტრებში გაიარა სქრინინგი, სპეციალური კვლევარით ტუბერკულოზის შესახებ. ტუბერკულოზზე სპეციალიზირებულ სადიაგნოსტიკო/სამკურნალო კლინიკებში მოხდა იმ ინდივიდების დროული გადამისამართება, რომლებზეც არსებობდა ადეკვატური ეჭვი.

ტუბერკულოზის სავარაუდო სიმპტომებით 487 ბენეფიციარი გადამისამართდა, (მათ შორის 8 PWID პარტნიორი), 21 ბენეფიციარი დარეგისტრირდა ტუბერკულოზის მკურნალობის პროგრამაში. (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის ანგარიში 2016)¹²

¹² http://hrn.ge/assets/uploads/%E1%83%AC%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98%20%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98/2016_%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98.pdf

ტუბერკულოზის ტესტირებები

	2014	2015	2016
TB სკრინინგი	4075	9868	17208
გადამისამართებული	396	418	487
რეგისტრირებული ეროვნულ პროგრამაში	33	31	21

2017 წელს, ნარკოტიკული სერვისები ჩაუტარდა 10,370 ნარკომომხმარებელს. ჩატარდა აბსტინენტზე დამყარებული ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა, პაციენტთა 14% (1473 ადამიანი) და 8897 ადამიანი მონაწილეობდა ოპიოიდური საყოფაცხოვრებო თერაპიის მიმდინარეობაში, მათ შორის 33 ქალი. სასჯელაღსრულების სისტემაში სუბოქსონის შემცველ პროგრამაში 1832 ადამიანი მონაწილეობდა, ხოლო 7065 მონაწილეობდა მეთადონის ჩანაცვლების პროგრამაში, მათ შორის 491 (487 კაცი და 4 ქალი). შემცველთა პროგრამაში ჩართულთა უმრავლესობა (44.1%) იყო 35-44 წლის ასაკში. აბსტინენციის მკურნალობაში მონაწილე პირთა უმრავლესობას (73%) ჩაუტარდა სტაციონარული დახმარება.

როგორც აღინიშნა, მონაცემები ძირითადად ეხებოდა ისეთ პაციენტებს, რომლებიც ჩაერთნენ ჩანაცვლების თერაპიაში და გაიარეს მომსახურება ზიანის შემამცირებელ წერტილებში. სიდრმისეული ინტერვიუებიდან გამომდინარე უნდა აღინიშნოს, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, რომლებიც არ არიან ჩართულნი ამ ნახსენებ სერვისებში, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ გაიარონ ტუბერკულოზზე მკურნალობა. ამის მიუხედავად ის არის, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებს გააჩნიათ შიში, რომ მხილებულნი იქნებიან შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან. საქართველოს ნარკოპოლიტიკაზე დაყრდნობით, ნარკოტიკების მოხმარება ითვლება სისხლის სამართლის დანაშაულად.

მეორეს მხრივ, დადასტურებულია, რომ სამკურნალო დაწესებულებებს არ აქვთ ვალდებულება რომ გათქვან პაციენტი ნარკოტიკების მოხმარების გამო, პირიქით, კონფიდენციალურობა არის მთავარი პრიორიტეტი. მიუხედავად ამისა, ეს ინფორმაცია არ არის საკმარისად გავრცელებული იმისათვის, რომ ამ ჯგუფების ნდობა მოიპოვოს.

როგორც აღინიშნა, ნარკომომხმარებლები, რომლებმაც მომსახურება გაიარეს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელში, ტუბერკულოზის კითხვარით სკრინინგის შემდეგ, ხდება მათი გადამისამართება ტუბერკულოზის ცენტრში. მიუხედავად იმისა, რომ ტუბერკულოზის პროცედურები უფასოა და აფინანსებს სახელმწიფო, პირები გადმომისამართებული სამოქალაქო საზოგადოებების მიერ (CSOs) გადიან ფასიან პროცედურებს და ცნობა ვალიდურია მხოლოდ მაშინ, როდესაც გაწერილია ოჯახის ექიმის მიერ.

ხანგრძლივი მკურნალობის რეჟიმების დაცვა განსაკუთრებით პრობლემური შეიძლება იყოს ნარკომომხმარებლებისთვის. ისინი შესაძლოა წააწყდნენ ბარიერებს, როგორებიცაა ხანგრძლივი მკურნალობის პერიოდი, გამოწვეული მათი სუსტი იმუნიტეტის მიერ, რაც იწვევს დემოტივაციას და მკურნალობის შედეგიანობაზე პესიმისტურ დამოკიდებულებას. ხოლო გარკვეული დროის შემდეგ პროგრესის ვერ შენიშვნის გამო, ისინი მკურნალობას წყვეტენ.

მომსახურების მიმღები ნარკომომხმარებლები ასევე აწყდებიან დროის / რესურსების მართვის ორმაგ ბარიერს. რაც იმას ნიშნავს, რომ პირებს უწევთ ორი განცალკევებულ დაწესებულებაში ვიზიტი, ნარკოტიკების ჩამნაცვლებელი და ტუბერკულოზის სამკურნალო წამლებისათვის. ამის გამო ნაკლებად მოსალოდნელია თუ როგორ მიყვებიან ისინი მკურნალობას ბოლომდე. ექსპერტების რეკომენდაციაა, რომ უმჯობესია სხვადასხვა ტიპის მკურნალობა მათ ერთ ადგილას ჩაუტარდეთ, უმჯობესია სანდო სამოქალაქო საზოგადოებაზე დაყრდნობით.

იძულებით გადაადგილებული პირები

ტუბერკულოზმა საქართველოში კვლავ იჩინა თავი, როგორც სერიოზულმა საზოგადოებრივმა ჯანდაცვის პრობლემამ. 1997 წელს, ტუბერკულოზის აქტიური მოქმედების სიხშირე და ჭარბობა დაახლოებით 100 და 200 შემთხვევა იყო 100 000 მოსახლეზე (გამოუქვეყნებელი მონაცემები). 1992–1993 წლებში საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოში წამოიჭრა კონფლიქტები და რამოდენიმე ასეული ათასი ეთნიკური ქართველი იძულებული გახდა დაეტოვებინათ თავიანთი სახლები აფხაზეთის ჩრდილო – დასავლეთ პროვინციაში. იძულებით გადაადგილებულ პირთა მნიშვნელოვანი ნაწილი დედაქალაქ თბილისში დასახლდა, მათი უმრავლესობა მჭიდროდ დასახლდა ყოფილ სასტუმროებში, საავადმყოფოებში და სხვა რეზიდენციებში, რომლებიც ახლა ლტოლვილთა საერთო საცხოვრებლად გადაკეთდნენ.

2001 წელს ჩატარდა გამოკვლევა, რომ გამოვლენილიყო ინფექციების მაჩვენებლები ამ ობიექტებში. საერთო საცხოვრებელში მცხოვრებთა შორის აქტიური ტუბერკულოზის მაჩვენებელი, რომელთაც არ ჰქონდათ ტუბერკულოზის წინასწარი ისტორია, საკმაოდ მაღალი იყო, 537/100 000. ეს მთლიანი საქართველოს მოსახლეობის მაჩვენებელზე თითქმის ორჯერ მეტია, საქართველოში 200/100 000. ამასთან, საერთო საცხოვრებელში მყოფთა აქტიური ტუბერკულოზის დაახლოებით 10 მანამდე ცნობილი შემთხვევა 4000-იდან კვლევიდან გამოირიცხა. TST პოზიტიური შედეგის პრევალენტობა იძულებით გადაადგილებულ პირებში შეიძლება იყოს უფრო მაღალი, ვიდრე სხვა ქართველებში. (The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, ტომი 5, ნომერი 2, 2001 წლის 1 თებერვალი, გვ. 164-169 (6) ¹³

ქვეყნის დანარჩენ ნაწილთან შედარებით, ღევნილებს განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდებათ. აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2018 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, საქართველოში

13 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11258510/>

რეგისტრირებულია აფხაზეთიდან 241 900 იძულებით გადაადგილებული პირი, მათ შორის 0-16 წლოვან ჯგუფში 61 168 ბავშვი.

იძულებით გადაადგილებულ პირებს (დევნილებს) ემსახურება 7 ადგილი თბილისში, 2 იმერეთის რეგიონში, 5 სამეგრელოს რეგიონში (პოლიკლინიკა / ამბულატორიული კლინიკა). უშუალოდ აფხაზეთის A / R ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში თბილისში ფუნქციონირებს ერთი საავადმყოფო. დევნილთა სამედიცინო ქსელში დაახლოებით 400 თანამშრომელია დასაქმებული.

მიმართვა დევნილთა სამედიცინო დაწესებულებებში (2016-2017)

რეგიონი	2016	2017
თბილისი	77,131	78,242
იმერეთი	19,964	16,383
სამეგრელო	52,226	42,579
მთლიანად	149,321	137,204

2015-2017 წლების საშუალო სიხშირის მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, რესპირატორული დაავადებები წამყვანი მიზეზია 0-16 წლოვანების ბავშვებში რესპირატორული ავადმყოფობის.¹⁴

აღინიშნა, რომ იმის გათვალისწინებით, რომ დევნილები მთელს ქვეყანაში ვრცელდება, ხოლო დიდი ნაწილი რეგიონების მახლობლად მდებარეობს, სიმპტომების ამოცნობის შემდეგ, დევნილებმა შეიძლება ურჩიონ გამგზავრება თბილისში გამგზავრებისთვის, ვიდრე ადგილობრივ პუნქტთან ვიზიტი. ეს დაკავშირებულია უნდობლობასთან და ზოგ შემთხვევაში, ზუსტი დიაგნოზის მისაღებად. ამ პრობლემაზე საუბრისას უნდა აღინიშნოს, რომ ამ დღესდღეობით საქართველო მთელი ქვეყნის მასშტაბით აღჭურვილია 16 GeneXperts-ის აპარატით, რაც ეფექტური საშუალებაა ზუსტი დიაგნოზის მისაღებად. მაგრამ ეს ინფორმაცია ახალია მოსახლეობისთვის და მეტ გავრცელებას საჭიროებს. (Xpert MTB მუნიციპალიტეტის მიხედვით - ინფორმაცია მოგვანდა ჯანმრთელობის კვლევის კავშირმა)

¹⁴ ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოქალაქეების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ჯანდაცვის სამინისტრო, <https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2019/Failebi/16.08.2019.pdf>

Xpert MTB მუნიციპალიტეტის მიხედვით
ყვარელი
გარდაბანი
საგარეჯო
დუშეთი
ჭიათურა
ზესტაფონი
თერჯოლა
თბილისი
წალენჯიხა
ხულო
მარნეული
წყალტუბო
ქუთაისი
ქობულეთი
ახალქალაქი
Akhalkalaki

- მცირე კომენტარის ფორმით უნდა შეფასდეს სპეციფიკური პრობლემები რისკ ჯგუფებთან დაკავშირებით. გენდერთან დაკავშირებულ მონაცემებში შესამჩნევი უფსკრულია, არ არსებობს ინფორმაცია იმ დისკუსიაზე, თუ როგორი წვდომა აქვთ კონკრეტულ გენდერებს სერვისებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ არსებობს გენდერული დისბალანსი, რომელიც დაკავშირებულია რისკ ჯგუფების არჩევადი, რადგან ძირითადი პოპულაციები, მაგალითად, ყოფილი პატიმრები და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, მათში ქალთა წილი დაბალია, რაც ასევე თვალსაჩინო იყო რესპოდენტების დაქირავების დროს.
- KAP 2019-ის (Health Research Union, 2019) უახლესმა გამოკვლევამ გაზარდა ცნობიერება პატიმართათვის და ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის. მაგრამ იგი კვლავ არ მოიცავს კონკრეტულ პრობლემებს და ბარიერებს ამ პოპულაციებში, მისი ძირითადი მიზნობრიობა დაავადების შესახებ ცნობიერების და ცოდნის გაზრდაა.
- როგორც ჩანს დევნილები რისკ ჯგუფებად არ მოიაზრებიან. მათი სიტუაცია მეტწილად ზოგად ბარიერებად არის შეფასებული.

7. სტიგმა

სტიგმა განისაზღვრება, როგორც არასასურველი სხვაობა, იგი წარმოშობს უცხო სიძულად, გარიყვას და ცრუ რწმენების რიგს, ეს კი დაავადების შესახებ ცნობიერების და გაგების ნაკლებობითაა გამოწვეული. კავშირშია არასაკმარის და არაადეკვატურ ცოდნასთან (სტერეოტიპები). სტიგმა იწვევს სტიგმატიზებული ადამიანის მიმართ ზიზღს, დისკრიმინაციასა და ინდივიდუალის სოციალურ გარიყვას. ამრიგად, იგი წარმოშობს თვით-შეზღუდვებს და დაბალ თვითშეფასებას, რაც დამატებით ხელს უწყობს ტუბერკულოზით დაავადებული ინდივიდების ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას.

იმისგაგება, თუ რამდენად ახდენს სტიგმა გავლენას ინდივიდის ცხოვრებაზე, დასტურდება იმით, რომ სტიგმა იწვევს თვითდევრადაციას და სოციალური ურთიერთობებიდან გარიყვას, რაც ემატება არსებულ სირთულეებს ოჯახში და პროფესიულ ურთიერთობებში.

KAP TB 2019-ზე (ცოდნა, პრაქტიკა, დამოკიდებულებები) დაყრდნობით, ჯანმრთელობისა და კვლევის კავშირის მიერ ჩატარებული მონაცემებით, ტუბერკულოზთან ასოცირებული სტიგმა შემცირდა, მაგრამ იგი კვლავ აქტუალურია როგორც ანტი-ტუბერკულოზის პაციენტებში ასევე ყოფილ ტუბერკულოზის პაციენტებში (5.1%-ი ტუბერკულოზის პაციენტების და წარსულში ტუბერკულოზის პაციენტების 9.7%-მა განაცხადეს, რომ მორცხვები იყვნენ - მკურნალობის პროცესში მყოფი პაციენტების 18.3%-ი ხოლო ყოფილი პაციენტების 13.1%-ი საკუთარ თავს სდებს ბრალს თავისივე დიაგნოზის გამო).

2016 წელს, ფონდმა კურაციომ ჩაატარა თვისობრივი კვლევა, რათა გამოიკვლიოს ის ფაქტორები რაც აძლიერებს თუ აფერხებს ტუბერკულოზის მკურნალობის დაცვას სამოც DR-TB პაციენტში.¹⁵ დასკვნები დაყოფილი იქნა სტრუქტურული, სოციალური, პიროვნული და ჯანმრთელობის სისტემის ფაქტორებში. ამ ფაქტორების გადახედვა შესაძლებელია სტიგმის ბარიერების შესაბამისად.

კვლევის თანახმად, პაციენტები მალავენ ინფორმაციას მათი ავადმყოფობის შესახებ და თავს არიდებენ სხვებთან ურთიერთობას, რადგან მათ ეშინიათ, რომ ხალხის დამოკიდებულება შეიცვლება მათ მიმართ. ზოგიერთი პაციენტი არ გათქვამს ტუბერკულოზის დიაგნოზს თავიანთ დამსაქმებელთან, იმ სტიგმის შიშით, რომ სამსახურს დაკარგავენ.

ამავე კვლევის თანახმად, ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მხრიდან მხარდაჭერის არარსებობა უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის დაცვაზე. ოჯახის წევრების მკურნალობის პროცესის მხარდაჭერით და DOT ვიზიტის დროს პაციენტის თანმხლება, მკურნალობის დაცვას სტიმულირებს. გარდა ამისა, თანატოლების გავლენა: პაციენტთა უმეტესობამ თქვა, რომ მათი გადაწყვეტილება მედიკამენტების მიღების გაგრძელებასთან დაკავშირებით გამოწვეული იყო იმ მკურნალობის მიტოვების უარყოფითი შედეგების

¹⁵ Barriers and facilitators to adherence to treatment among Drug Resistant Tuberculosis Patients in Georgia, Curation international Foundation, 2017
<http://curatiofoundation.org/factors-that-enhance-or-hinder-treatment-adherence-among-drug-resistant-tb-patients-in-georgia/>

გამო, რაც მათ სხვა პაციენტებში ნახეს. ინფორმაციის გაცვლა იმ სირთულეებზე, რაც სხვა პაციენტებმა გადალახეს, დადებით გავლენას ახდენს მკურნალობის დაცვაზე.

სტიგმატიზაცია უარყოფითად მოქმედებს ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში მედიკამენტების მიღებაზე. მზაობაში, სტიგმა მოიაზრება არ დაცვის დამოუკიდებელ რისკ ფაქტორად. ბევრმა კვლევამ მოიცვა ის მექანიზმი, რომლის მიხედვითაც სტიგმა გავლენას ახდენს მედიკამენტების მიღებაზე. ზოგი ვარაუდობს, რომ სტიგმატიზაცია ამცირებს პაციენტების თვითშეფასებას, თვითეფექტურობას და თვითდაჯერებულობას, რაც თავის მხრივ ამცირებს მათ მკურნალობის რეჟიმის დაცვას. ტუბერკულოზით დაავადებულმა პაციენტებმა შეიძლება თავი აარიდონ მედიკამენტების მიღებას ან მათი დისპანსერიდან აღებას, რათა თავიანთი მდგომარეობა ნაცნობებს დაუმალონ.¹⁶

ზემოაღნიშნული სხვადასხვაგვარად იქნა განხილული შეფასების დროს. როგორც აღმოჩნდა, პაციენტები თავს არიდებენ თავიანთი დიაგნოზის გათქმას, რათა თავიდან აიცილონ სტიგმატიზება ოჯახის წევრების ან გარემოს მხრიდან. პრობლემა კავშირშია თვითსტიგმატიზებასთან და ასევე გავლენას ახდენს მხარდაჭერაზე რასაც პაციენტი ტუბერკულოზის მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე იღებს. ვინაიდან ტუბერკულოზის მქონე პირები ამჯობინებენ მდუმარებას, არსებობს მაღალი შანსი მათი თვითიზოლაციის და სტატუსის დამალვის. ამან შეიძლება საფრთვე წარმოქმნას როგორც მათთვის ასევე მათი გარშემომყოფთათვისაც.

გარდა ამისა, ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე პირებს ეშინიათ სამასხურის პოზიციის დაკარგვის, თუკი ისინი ცხადყოფენ მათ მდგომარეობას. ამის გათვალისწინებით, ისინი ამჯობინებენ მკურნალობის არ გავლას, იმ შიშით, რომ მათი კარიერა და სოციალური პოზიცია შეიძლება მოირყეს.

იმ პირთათვის, ვისაც არ შეუძლია DOT ცენტრებში ვიზიტის განხორციელება, ცენტრები სთავაზობენ მედიკამენტების მიტანის სერვისს, რაც ძალზედ საჭირო საშუალებაა. მიუხედავად ამისა, არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტები უარს აცხადებენ DOT-ის მედლის მიერ მოტანილ მედიკამენტებზე, რადგან ვინმემ შესაძლოა შენიშნოს ისინი;

სტიგმატიზაციის ბარიერები ტუბერკულოზის სტატუსზე არ ჩერდება, ის ასევე უკავშირდება ორმაგ სტიგმატიზაციას. რაც იმას ნიშნავს, რომ პირის ტუბერკულოზის სტატუსი შეიძლება გამოჩნდეს საზოგადოებისთვის, როგორც ინდიკატორი იმისა, რომ ეს ადამიანი უკავშირდება სხვა სტიგმატიზირებულ ჯგუფებს. უფრო ზუსტად რომ ვთქვათ, საზოგადოება შეიძლება მოიხსენიებდეს ასეთ პირს, როგორც ნარკოტიკების მომხმარებელს ან ყოფილი პატიმარს (ეს არის ორმაგი სტიგმის შემთხვევა);

¹⁶ Nonadherence to Antituberculosis Medications: The Impact of Stigma and Depressive Symptoms, 2017
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5928710/>

ბარიერები ასევე ეხება იმ ფაქტს, რომ ტუბერკულოზის პროგრამა უფასოა და მედიკამენტების საფასური დაფარული. საზოგადოებას სწამს იმ მითის, რომ მედიკამენტებს სამედიცინო ტესტირება არ გაუვლიათ, თვლიან რომ ის ექსპერიმენტატულია და ტესტირება ხდება ტუბერკულოზის პაციენტებზე;

მიუხედავად სტიგმის ზოგადი გავლენის შეფასებისა მკურნალობის დაცვასა და ტუბერკულოზის პაციენტებზე, ჯერ კიდევ გამოსასწორებელია მრავალი ხარვეზი, რათა ფართო სურათი უკეთ გამოჩნდეს. არსებულ ინფორმაციასთან დაკავშირებით, აუცილებელია გამოვყოთ, რომ:

- ტუბერკულოზის პრიორიტეტული კვლევა ორიენტირებულია კლინიკურ და საკონტროლო ზომებზე.
- ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმა განიხილება ზოგადად და ინფორმაცია არის მიმოფანტული.
- ხელმისაწვდომი კვლევების თანახმად, სტიგმა თავისთავად განიხილება როგორც ტერმინი და არ იმლება ინდიკატორებად, რომლებიც საჭიროა სტიგმის გასაზომად; (არ არის გამოყენებული სტიგმის საზომი მასშტაბები)
- ინფორმაცია ტრადიციულ რწმენებზე, მითებზე, სოციალურ დისტანციაზე, გადაჭარბებულ სენტიმენტალობაზე - არ არის სტიგმის ქოლგის ქვეშ მოქცეული, არამედ მათი ანალიზი ხდება დამოუკიდებლად.

გარდა ამისა, საჭიროა სტიგმატიზაციის განხილვა სხვადასხვა თვალსაზრისით და კუთხით:

- სტიგმის სიტუაციური განხილვა:
 - ოჯახი
 - საზოგადოება / გარემო
 - სამუშაო ადგილი
 - სამედიცინო პერსონალი
- სტიგმის განხილვა მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე (მკურნალობის დაწყებამდე, მკურნალობის დროს)
- სტიგმის განხილვა, როგორც დამოუკიდებელ და დამატებით ფაქტორად სტიგმის იურიდიული და გენდერული ფოკუსი

8. ზოგადი

KAP TB 2019-ის მიხედვით, საქართველოში ცნობიერება იმის, რომ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობაზე წვდომა უფასოა, გაუმჯობესდა და საკმაოდ მაღალია ტუბერკულოზით დაავადებულ ადამიანებში (97%), რადგან მათ უკვე აქვთ საკუთარი ოჯახის წევრების უფასო დიაგნოზირებისა და მკურნალობის გამოცდილება. სხვა რისკ ჯგუფების და ზოგადი მოსახლეობის გამოკვლევისას აღმოჩნდა, რომ მხოლოდ 60-70%-

მა იცოდა უფასო დიაგნოსტიკის და მკურნალობის სერვისების შესახებ. ეს აღსანიშნავია, რადგან ამ სერვისებზე ინფორმაციის ნაკლებობამ შესაძლოა დროში გაწელოს ტუბერკულოზის დროული იდენტიფიკაცია და მკურნალობა.

შეფასების დროს ბარიერებმა და დიზორიენტაციამ ხშირად იჩინეს თავი (ინფორმაციის ნაკლებობა იმის შესახებ, თუ სად მივიდნენ სამედიცინო შემოწმების გასავლელად). ეს ბარიერი აჭიანურებს შესაბამის დაწესებულებებში დროულ მიმართვებს, რაც ზრდის დაავადების გავრცელების რისკს.

გარდა ამისა, როდესაც არსებობს ეჭვი ტუბერკულოზის შესახებ, ზოგიერთ შემთხვევაში ექიმები სინჯავენ პაციენტს იმ დაწესებულებაში სადაც თავად მუშაობენ და არ ამისამართებენ მათ ტუბერკულოზის ობიექტებზე უფასო გამოკვლევის მისაღებად. ამის გათვალისწინებით, ეს დიზორიენტაცია კავშირშია ფინანსური რესურსის მზარდ ხარჯთან და სამედიცინო პერსონალის მიმართ უნდობლობასთან.

იმის საჭიროება, რომ პაციენტებს ხშირად მიეწოდოთ სწორი ინფორმაცია, კარგად ჩანს იმ შემთხვევებში, როდესაც ისინი მკურნალობას დროზე ადრე წყვეტენ, რადგან ფიზიკური მდგომარეობა უუმჯობესდებათ და სიმპტომებიც აღარ აქვთ; სიტუაციის არასწორი შეფასება იწვევს მკურნალობის ნაკლებ დაცვას და მდგომარეობის ხელახალ გაუარესებას.

ეს ბარიერი დგას არა მხოლოდ მკურნალობის დროს, არამედ მკურნალობის დასრულების შემდეგაც. ბარიერი უკავშირდება პაციენტების მხრიდან იმის არ ცოდნას, რომ ტუბერკულოზის მკურნალობის შემდეგ მედ პერსონალს დაუკავშირდნენ; ამის მენეჯმენტი რთულია, რადგან ტუბერკულოზის პერსონალს არ მოეთხოვება ინფორმაციის მიწოდება ან შეხსენება მას მერე რაც მკურნალობა დამთავრებულია. ეს პაციენტებისთვისაც შემაწუხებელი აღმოჩნდა, რადგან მათ არ სურთ თავიანთი წარსული პრობლემები შეახსენონ. ამის გათვალისწინებით, ეს ინფორმაცია უნდა განმეორდეს და მივიდეს მათთან, მანამ ისინი კვლავ პროგრამაში არიან ჩართულნი და კავშირი აქვთ DOT-ის მედლებთან, ისევე როგორც სხვა პერსონალთან.

გასათვალისწინებელია, რომ არჩეული რისკ-ჯგუფების გარეთ, აივ / შიდსით დაავადებული პირები დასახელებული იქნა მნიშვნელოვან ჯგუფად. ჯგუფთან დაკავშირებით გამოიკვეთა კონკრეტული ბარიერი. ჩანდა, რომ აივ-ით დაავადებულ პირებს არ აქვთ ინფორმაცია ტუბერკულოზის შესახებ, ტუბერკულოზის მაღალი რისკის მიუხედავად;

მიგნებების შეჯამება (TB JOURNEY 7 საფეხურის მიხედვით)**(სტეიკჰოლდერების ვალიდაციური შეხვედრის მიხედვით)****I - სიმპტომების ამოცნობის ძირითადი ბარიერები**

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიდრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
გენდერი	დაავადების შესახებ ცოდნის/ სიმპტომების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა (განსაკუთრებით, ქალებში) მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები „ვალდებულების“ გამო პრიორიტეტს არ ანიჭებენ საკუთარ მკურნალობას.	მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები „ვალდებულების“ გამო პრიორიტეტს არ ანიჭებენ საკუთარ მკურნალობას.	დაავადების შესახებ ცოდნის/ სიმპტომების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა (განსაკუთრებით, ქალებში) მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები „ვალდებულების“ გამო პრიორიტეტს არ ანიჭებენ საკუთარ მკურნალობას.

II- მკურნალობის მოძიების ძირითადი ბარიერები

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიდრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
გენდერი	მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები ნაკლებად იღებენ მხარდაჭერას და ასისტირებას, შემოწმებაზე მისვლისას (ვიზიტს ქალები ძირითადად მარტო ახორციელებენ, კაცის შემთხვევაში ოჯახის მხრიდან მხარდაჭერა და ასისტირება მეტად გამოხატულია.)	LGBTQI თემის წარმომადგენლებს აქვთ შიში, რომ საკუთარი იდენტობის გამო, მათ არასათანადოდ მოექცევიან, გახდებიან სტიგმის მსხვერპლნი.	ფინანსური პრობლემები (განსაკუთრებით რურალურ დასახლებებში) და ოჯახის ბიუჯეტზე ნაკლები კონტროლი, მკურნალობის პარალელურად, ჯიბიდან გადასახადების დაფარვას კომპლექსურს ხდის.
PWID	ნარკოტიკული საშუალების მომხმარებლები, (მეტადონის პროგრამის გარეთ) შიშობენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში ვიზიტი კანონის წინაშე გამოააშკარავებს მათ.		

III-სწორი დიაგნოზის დასმის ძირითადი ბარიერები

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიღრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
სამართლებრივი მხარე/ ადამიანის უფლებები	როდესაც ოჯახის ექიმს აქვს ეჭვი ტუბერკულოზზე, შესაძლოა მათ პაციენტი ტესტირებაზე გადაამისამართონ საკუთარ დაწესებულებაში და არა ტუბერკულოზის ცენტრში, სადაც მათ უფასო ტესტირება ჩაუტარდებოდათ.		
Gender	მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები შემთხვევაში, ტუბერკულოზზე ეჭვი ნაკლებად მიაქვთ, ვიდრე კაცებში – ეს შესაძლოა არასწორი დიაგნოსტიკის საფუძველი გახდეს		მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები შემთხვევაში, ტუბერკულოზზე ეჭვი ნაკლებად მიაქვთ, ვიდრე კაცებში - ეს შესაძლოა არასწორი დიაგნოსტიკის საფუძველი გახდეს

IV - მკურნალობის დაწყების ძირითადი ბარიერები

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიღრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
სამართლებრივი მხარე/ადამიანის უფლებები	საჯარო სამსახურში დასაქმებისას. დამსაქმებელს აქვს უფლება მოითხოვოს ტუბერკულოზის ისტორიის შესახებ ინფორმაცია, ეს არ არის კანონით დადგენილი აუცილებელი მოთხოვნა.		
გენდერი			არსებობს შიში, რომ ქალბატონები, რომელთაც ტუბერკულოზი ჰქონდათ, ვერ დაქორწინდებიან. მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები, რომელთაც ტუბერკულოზი აქვთ, შესაძლოა განქორწინების წინაშე დადგნენ, ასევე შეუზღუდოთ კონტაქტის უფლება შვილებთან (პარტნიორის და ოჯახის სხვა წევრების ძალისხმევით)
სტიგმა	ტუბერკულოზის მქონე ადამიანები არ ამხელენ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, რადგან შიშობენ, ეს მათ: • ოჯახის წევრებთან ურთიერთობას • სამუშაო პოზიციას საფრთხეს შეუქმნის. ამ ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობის მიზნით, ისინი თავს არიდებენ მკურნალობაში ჩართვას. არსებობს მითი, რომ გამოყენებული მედიკამენტები ჯერ არ არის დატესტილი და მათ პაციენტებზე ტესტავენ		

V-მკურნალობაზე დამყოლობისთვის მხარდაჭერის მიღების ბარიერები

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიდრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
სამართლებრივი მხარე/ადამიანის უფლებები	როდესაც სოციალურად დაუცველი პირი იღებს ინსენტივს მკურნალობის პერიოდში, მას თანხა უფიქსირდება, როგორც შემოსავალი - ამის გამო ექსნება სოციალური დახმარება.		
გენდერი	გადაღებული მკურნალობა ოჯახური მოვალეობების გამო, მათ შორის შვილების მოვლის მიზეზით.		გადაღებული მკურნალობა ოჯახური მოვალეობების გამო, მათ შორის შვილების მოვლის მიზეზით.
PWID	შესაძლოა ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებისთვის მკურნალობა გახანგრძლივდეს, რაც მათ პროგრამაში დარჩენის მოტივაციაზე აისახება.		
სტიგმა		ტუბერკულოზის მქონდე პირები შესაძლოა აღქმული იყვნენ, როგორც ნარკოტიკული საშუალების მომხმარებელნი ან ყოფილი პატიმრები (ორმაგი სტიგმა)	

VI-მკურნალობის დასრულების ძირითადი ბარიერები

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიდრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
გენდერი		მამაკაცები ამჟღავნებენ გამოუსადეგარობის გრძნობას, სუიციდური აზრების ქონას - ანებებენ თავს მკურნალობას	
PWID	ნარკოტიკული საშუალების მომხმარებლებმა შესაძლოა არ შეასრულონ რეგულარული ვიზიტები და მკურნალობას გამოეთიშონ.		
სტიგმა	პაციენტები უარს აცხადებენ, რომ DOT მედდამ მათ მედიკამენტები სახლში მიაწოდონ, შიშით, რომ ვინმე ამას დაინახავ.		

VII- მკურნალობის შემდგომი სერვისების მიღების ძირითადი ბარიერები

ბარიერი	ინტერვიუ ინფორმანტებთან	სიდრმისეული ინტერვიუ	ფოკუს-ჯგუფი
ზოგადი	პაციენტები ვერ აცნობიერებენ მკურნალობის შემდგომი პროცედურების საჭიროებას მას შემდეგ რაც დაასრულებენ მკურნალობას. ყოფილი პაციენტებს არ სურთ, რომ ცხოვრების ეს პერიოდი შეახსენონ.		

დანართები

საკონსულტაციო ჯგუფის წევრები და მათი ორგანიზაციები

1	მარი ჩოხელი	TB People
2	მაია ქაჯაია	ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი
3	გოჩა გაბოძე	ასოციაცია ბროწეული
4	ნიკოლოზ მირზაშვილი	TB People
5	მალხაზ დავითაშვილი	ტუბერკულოზისა და ფილტვების დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
6	ნინო წერეთელი	თანადგომა
7	დავით კახაბერი	თანასწორობის მოძრაობა

გამოყენებული წყაროები / დოკუმენტები

- European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms.
- European Convention on Human Rights and Biomedicine.
- The Constitution of Georgia.
- Law of Georgia on Patient Rights.
- Code of Imprisonment.
- Law of Georgia on Personal Data Protection.
- State Audit Office report. 2017
- Public Defender's Report 2018.
- Annual Statistics Report of the Ministry of Corrections and Legal Assistance 2014-2017.
- National Statistics Office of Georgia.
- Medical services in the penitentiary system, The European Union for Georgia, 2018
- Declaration of the rights of people affected by Tuberculosis - StopTBPartnership, TB People
- Barriers and facilitators to adherence to Treatment among Drug-Resistant Tuberculosis Patients in Georgia, Curation international Foundation, 2017
- Barriers and Facilitators to Adherence to Treatment among Drug-Resistant Tuberculosis Patients in Georgia, Curatio International Foundation, 2017
- Tuberculosis System Overview in Georgia, Curatio International Foundation, 2017
- WHO country profile, 2017
- WHO, Tuberculosis finance profile, 2017

- WHO, Tuberculosis profile, 2017
- INDICATORS IN THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS ASSOCIATED WITH TB INCIDENCE, 2016
- Tuberculosis financing report, Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Labour, Health and Social Affairs of Georgia, 2018
- Tuberculosis diagnostics, Governmental protocol, 2018
- TB/HIV co-infection management governmental guide, 2007
- Guidance for community-based organizations on tuberculosis services for people who inject drugs, TUBIDU, 2014
- Georgian Harm Reduction Network Report 2016
- National Report regarding the health conditions of the citizens of Georgia, MOH, 2018
- Tuberculosis management national strategy for 2015-2020 years, MOH, 2014
- Country profile, Aidsfund, 2018
- Country Profile, National Center for Disease Control and Public Health;
- Assessment of diagnostics and treatment gender barriers for HIV/AIDS and Tuberculosis, HRU, 2019
- TB KAP 2019, HRU, 2019

მულტი-სტეიკჰოლდერების შეხვედრის დღის წესრიგი და მონაწილეთა სია

საორიენტაციო შეხვედრა

05.09.2019

მისასალმებელი სიტყვა	17:00
TB REP 2.0 პროექტის პრეზენტაცია (მიზნები; ამოცანები; პროცესი) კვლევის აქტივობების, პროცესის წარდგენა; საკონსულტაციო ჯგუფის მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა პროექტში;	17:30
დისკუსია	18:00

შეხვედრას დაესწრნენ:

1	მარი ჩოხელი	TB People
2	მაია ქაჯაია	ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი
3	გოჩა გაბოძე	ასოციაცია ბროწეული
4	ნიკოლოზ მირზაშვილი	TB People
5	მალხაზ დავითაშვილი	ტუბერკულოზისა და ფილტვების დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
6	ნინო წერეთელი	თანადგომა
7	კონსტანტინე ლაბარწყავა	ახალი ვექტორი
8	მარიამ ჯიბუტი	ახალი ვექტორი
9	ლია ბერიტაშვილი	ახალი ვექტორი

Attendance was also confirmed by the Equality movement and Medicines Du monde – Georgia representative (MdM). But sadly they could not attend current meeting. Information about the meeting was shared with them and they were invited in the further correspondence.

სამიზნე პოპულაციების პრიორიტიზების შეხვედრა

დღის წესრიგი:

ყავა/რეგისტრაცია	09:30-10:00
მისასალმებელი სიტყვა: • "ახალი ვექტორი" - კონსტანტინე ლაბარტავა • სიტყვა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლისგან; - ირმა ხონელიძე • სიტყვა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის წარმომადგენელთა მხრიდან; - ზაზა ავალიანი • ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი - თენგიზ ცერცვაძე • PAS Center - ლილიანა კარაულანი	10:00-10:30
სამაგიდე კვლევის პრეზენტაცია – საზოგადოება, უფლებები და გენდერული ასპექტები საქართველოში (კვლევითი კონსულტანტი – მარიამ ჯიბუტი; იურიდიული კონსულტანტი – ლია ბერიტაშვილი; გენდერული კონსულტანტი - სალომე გორელიშვილი)	10:30-11:00
შეფასების ინსტრუმენტებისა და პროტოკოლის წარდგენა (კვლევის კონსულტანტი - მარიამ ჯიბუტი)	11:00-11:30
სადილი	11:30-12:30
ტუბერკულოზის მაღალი რისკის ჯგუფების დადგენა და პრიორიტეტული შეფასება: – პრიორიტეტული ფორმის შევსება სამუშაო მაგიდის მიმოხილვით გათვალისწინებული მონაცემების მიხედვით – ტუბერკულოზის მაღალი რისკის ჯგუფების დადგენა პრიორიტეტული ფორმის შესაბამისად – შედეგების წარდგენა	12:30-13:45
შეხვედრის შეჯამება და დახურვა	13:45-14:15
ყავის შესვენება	14:15-14:30

მონაწილეთა სია

1	მაკა რევიშვილი	Hepa+
2	მარიამ გალდავა	კანვენნი კლინიკა
3	ფატი გაბუნია	ინფექციური დაავადებათა კონტროლის ცენტრი
4	გოჩა გაბოძე	ასოციაცია ბროწეული
5	მალხაზ დავითაშვილი	ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი
6	ნინო ბადრიძე	შიდსის ცენტრი
7	ნათია ხონელიძე	CCM Secretariat
8	აკაკი აბუთიღზე	ინფექციური პათოლოგიებისა და შიდსის ცენტრი
9	ირმა ხონელიძე	NCDC
10	მაკა დანელია	NCDC
11	გვანცა კვინიკაძე	Network TB people
12	ნიკოლოზ მირზაშვილი	TB people
13	ნიკოლოზ ვასნაზიშვილი	საქართველოს პარლანეტის ჯანდაცვის კომიტეტის წევრი
14	ლაშა აბესაძე	„ახალი ვექტორი“
15	ზაზა ავალიანი	ტუბერკულოზის ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
16	ია ყამარაული	ჯანდაცვის სამინისტრო
17	თამარ კიკვიძე	MDM
18	ქეთი გორდელაძე	საქართველოს წითელი ჯვარი
19	თამარ კილაძე	ჰეპა+
20	კახაბერ კეპულაძე	„თანადგომა“
21	გიორგი სოსელია	MDM
22	მაია ჯავახიშვილი	„ბემონი“
23	ნიკოლოზ ჩხარტიშვილი	შიდსის ცენტრი
24	მაია კობაიძე	„ბემონი“
25	მზია ტაბატაძე	ალტერნატივა ჯორჯია.

26	მარიამ ჯიბუტი	„ახალი ვექტორი“
27	ლია ბერიტაშვილი	„ახალი ვექტორი“
28	ლილიანა კარაულანი	PAS Center
29	ნონა ტრუსბეკოვა	TBC Consult
30	სალომე გორელიშვილი	„ახალი ვექტორი“
31	კონსტანტინე ლაბარტყავა	„ახალი ვექტორი“
32	კონსტანტინე რუხაძე	GeNPUD

ვალიდაციური შეხვედრა

ყავა/რეგისტრაცია	09:30-10:00
მისასალმებელი სიტყვა პრეზენტაციების წარდგენა	10:00-10:30
შედეგების პრეზენტაცია - თემი, იურიდიული საკითხები, გენდერი (კვლევის კონსულტანტი - მარიამ ჯიბუტი; იურიდიული კონსულტანტი - ლია ბერიტაშვილი; გენდერის საკითხების კონსულტანტი - ლაშა ლორია)	10:30-11:30
ჯგუფური სამუშაო ბარიერების პრიორიტიზირების ვალიდაციისთვის TB Journey -ს მიხედვით	11:30-12:30
ჯგუფების მიერ პრეზენტაცია	12:30-13:00
სადილი	13:00-14:00
ჯგუფური სამუშაო რეკომენდაციების ვალიდაციისთვის	14:00-15:00
ჯგუფების მიერ პრეზენტაცია	15:00-15:30
ჯგუფური სამუშაო სამოქმედო გეგმის შემუშავებისთვის	15:30-16:30
ყავის შესვენება	16:30- 16:45
ჯგუფების მიერ პრეზენტაცია	16:45-17:15
შემდეგი ნაბიჯების დაგეგმვა და დასრულება	17:15 – 17:30

PARTICIPANT LIST

1	ია ყამარაული	ჯანდაცვის სამინისტრო
2	დავით ნარსია	ჯანდაცვის სამინისტრო
3	გვანცა კვინიკაძე	Network TB People
4	თინათინ ხარებავა	პაციენტთა კავშირი
5	Cristine Celan	Pas Center
6	მალხაზ დავითაშვილი	ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი
7	Nonna Turusbekova	TBC Consultant
8	არჩილ რეხვიაშვილი	„თანადგომა“
9	მაკა დანელია	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
10	მალხაზ ბერძენიშვილი	„ახალი ვექტორი“
11	ხათუნა ქუთათელაძე	საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი
12	ნათია ხონელიძე	კურაციო
13	ნიკოლოზ მირზაშვილი	TB people
14	ლაშა აბესაძე	„ახალი ვექტორი“
15	ზაზა ავალიანი	ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
16	ლაშა ლორია	„ახალი ვექტორი“
17	ლალი ჯაშია	ეროვნული ცენტრი
18	ქეთი გორდელაძე	საქართველოს წითელი ჯვარი
19	თამარ კილაძე	ჰეპა+
20	ნანა კაპანაძე	„ახალი ვექტორი“
21	მარიამ ჩოხელი	OSG F
22	ირინა გრძელიძე	CCM
23	მაია ქაჯაია	ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი
24	ადა ბესელია	„ალტერნატივა ჯორჯია“
25	მარიამ ჯიბუტი	„ახალი ვექტორი“
26	ლია ბერიტაშვილი	„ახალი ვექტორი“
27	ირინა ხონელიძე	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
28	მიხეილ თავაძე	„ახალი ვექტორი“
29	კონსტანტინე ლაბარტყავა	„ახალი ვექტორი“
30	კონსტანტინე რუხაძე	GeNPUD

სამიზნე პოპულაციების პრიორიტიზებისთვის გამოყენებული ინსტრუმენტი

Stop TB პარტნიორობის CRG შეფასების ინტეგრირებული პროტოკოლის პრიორიტეტიზების ინსტრუმენტის საფუძველზე;

	შეფასება 1	შეფასება 2	შეფასება 3	შეფასება 4	შეფასება 5		შეფასება 6	ჯამური შეფასება დისკუსიის ჩათვლით	
	დაავადების წყაროებთან კონტაქტი	ბიოლოგიური რისკი	ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობის ბარიერები	ზრუნვის ბოლომდე მიყვანის ბარიერები	ახალი შემთხვევების ალბათობა		არსებული მონაცემებით ინფიცირებული პოპულაციის ზომა		
სამიზნე ჯგუფები	კონტაქტი დაავადებულ ადამიანებთან. წყაროსთან.	დაავადების ალბათობა იმუნური მდგომარეობით	გენდერული, სოციალური, იურიდიული ბარიერები	სტიგმა, ცხოვრებისეული სირთულეები, სხვა პრობლემები	სოციალური დინამიკა	რისკების ჯამური ქულა, მაქსიმუმ 5	1 – ძალიან დაბალი (<1%) 2 – დაბალი (1-3%) 3 – საშუალო (3-5%) 4 – მაღალი (5-10%) 5 – ძალიან მაღალი (>10%)	ჯამურის შეფასება, მაქსიმუმ 10	პრიორიტიზების დისკუსია
	0 – დაბალი	0 – დაბალი	0 – დაბალი	0 – დაბალი	0 – დაბალი				
	0.5 – საშუალო	0.5 – საშუალო	0.5 – საშუალო	0.5 – საშუალო	0.5 – საშუალო				
	1 – მაღალი	1 – მაღალი	1 – მაღალი	1 – მაღალი	1 – მაღალი				

	სამუშაო ჯგუფის შეფასება	საბოლოო შეფასება
აივ/შიდსის თემი	6	5.5
ნარკოტიკის (ინტრავენული) მომხმარებელი	5	5
ადამიანები პენიტენციურ სისტემაში	5	5
ქვეყნის შიგნით გადაადგილებული პირები X	4	4
მიგრანტები	4	4
უსახლკაროები X	6	6
ონკოლოგიური პაციენტები	2.5	2.5
ალკოჰოლის მომხმარებლები	3.5	7.5
მწველები	6	6
ადამიანები ფსიქიკური პრობლემებით	3	3
პაციენტები დიალიზზე	4	4
ტუპ პერსონალი	1.5	1.5
ბავშვები – ზოგადი	2	2
ბავშვები – რომა	6	6
დიაბეტის მქონე ინდივიდები	1.5	1.5
თავშესაფარში მყოფი ბავშვები X	4	4

სამიზნე ინფორმანტებთან ინტერვიუ

რესპონდენტები და მათი ორგანიზაციები

1. ლალი ჯანაშია	ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
2. ბადრი ტუშელაშვილი	ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
3. გვანცა კვინიკაძე	TB People
4. ნიკა მირზაშვილი	TB People
5. კოტე რუხაძე	GeNPUD
6. ლაშა აბესაძე	ახალი ვექტორი - რუსთავი
7. გოჩა გაბოძე	ბროწეული
8. მარინე გოგია	საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი
9. დალი უშარიძე	ახალი გზა
10. მარი ჩოხელი	OSGF
11. ლაშა ტალიაშვილი	რეალური ხალხი რეალური ხედვა
12. მედეა ხმელიძე	რეალური ხალხი რეალური ხედვა
13. ქეთი კობიაშვილი	TB People
14. ქეთი მინდელი	წითელი ჯვარი
15. ნინო ოსუფაშვილი	პაციენტთა კავშირი
16. მანანა სოლოღაშვილი	HEPA +
17. ნინო წერეთელი	თანადგომა
18. თიკო ხარებავა	დამყოლობის ქეის მენეჯერი
19. ანა ციციშვილი	(EMSEF)
20. თამუნა გოგოლაძე	პაციენტთა კავშირი
21. დავით ჯიქია	პაციენტის კავშირი
22. დავით ჩიხრაძე	გორის მუნიციპალიტეტის სოციალური და ჯანდაცვის სამსახურის უფროსი
23. მანანა ღონდაძე	გორის ტუბერკულოზის ცენტრი
24. ქეთევან ბიძინაშვილი	კავშირი ნაბიჯი მომავლისკენ

მონაწილეთა რაოდენობა - სქესის, ასაკისა და სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორების მიხედვით

ექსპერტი შეირჩა ოთხი გეოგრაფიული ადგილიდან: 20 თბილისში. 2 გორიდან და 1 რუსთავიდან და 1 ზუგდიდიდან.

მათგან - 16 ქალი და 8 კაცი

ექსპერტების ინტერვიუს სადისკუსიო გეგმა

1. აქტივობა: სამიზნე ინფორმანტების გამოკითხვა

ა. ინდივიდუალური როლი

1. შეგიძლიათ აღწეროთ, თქვენი როლი ტუბერკულოზზე რეაგირების კუთხით და რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?
2. როგორ უკავშირდება თქვენი საქმიანობა [შერჩეული სამიზნე პოპულაცია], ასეთისარსებობის შემთხვევაში

ბ. ტუბერკულოზზე ზოგადი რეაგირება

1. თქვენი გადმოსახედიდან, რას შეაფასებდით დადებითად ტუბერკულოზზე რეაგირების პროცესში?

დაზუსტება:კანონები, პოლიტიკა, პრევენცია, იმპლემენტაცია (განხორციელება), მკურნალობის მიზნობრიობა
3. თქვენი გადმოსახედიდან, ტუბერკულოზზე რეაგირების მხრივ რა საჭიროებს განვითარებას?

დაზუსტება:კანონები, პოლიტიკა, პრევენცია, იმპლემენტაცია (განხორციელება), მკურნალობის მიზნობრიობა

გ. შერჩეული სამიზნე პოპულაცია და ტუბერკულოზი

1. როგორ აღწერდით თქვენი ქვეყნის ეროვნული კანონმდებლობისა და პოლიტიკის მიდგომას [შერჩეული სამიზნე პოპულაციის მიმართ]?
2. როგორ ფიქრობთ განსაზღვრავს თუ არა სამიზნე პოპულაციის წევრობა იმას, თუ ვინ დაავადდება ტუბერკულოზით?
3. როგორ ფიქრობთ სამიზნე პოპულაციის წევრობა ახდენს თუ არა გავლენას მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე?
4. როგორ ფიქრობთ, ახდენს თუ არა გავლენას პოპულაციის წევრობა ადამიანების შესაძლებლობაზე ურჩიონ ახლო კონტაქტებს ტუბერკულოზის მკურნალობა?
5. როგორ ფიქრობთ, ეროვნული ტუბერკულოზის პოლიტიკა იღებს თუ არა მხედველობაში შერჩეული სამიზნე პოპულაციის წევრების საჭიროებებს? რა მხრივ?

დ. გენდერის საკითხები და ტუბერკულოზი

1. გთხოვთ ისაუბროთ, რა ტუბერკულოზთან მიმართებით გენდერულ ასპექტში არსებულ საჭიროებებზე.

2. თუ არსებობს რაიმე სპეციფიური საჭიროებები გენდერულ ასპექტში სამიზნე პოპულაციასთან მიმართებით? (რომელთანაც აქვთ შეხება: ნარკოტიკის მომხმარებლები/ იძულებით გადაადგილებული პირები/ყოფილი პატიმრები)
3. როგორ ფიქრობთ გენდერი ახდენს თუ არა გავლენას მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე?
4. როგორ აღწერდით თქვენი ქვეყნის ეროვნული კანონმდებლობისა და პოლიტიკის მიდგომას გენდერული ჭრილის გათვალისწინებით?
5. როგორ ფიქრობთ, ეროვნული ტუბერკულოზის პოლიტიკა იღებს თუ არა მხედველობაში გენდერულ საჭიროებებს? რა მხრივ?

ე. უკეთესი რეაგირების ჩამოყალიბება

თქვენი აზრით, როგორ შეიძლება გაუმჯობესდეს ტუბერკულოზზე რეაგირება, რათა უკეთ შეესაბამებოდეს შერჩეული სამიზნე პოპულაციის საჭიროებებს?

დაზუსტება: მოწყვლადობის შემცირების გზებიდან სერვისზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, მომსახურების მიწოდების მონიტორინგი

თქვენი აზრით, რა არის საჭირო გაუმჯობესებისთვის?

დაზუსტება: საჭირო ცვლილებები კანონმდებლობაში, პოლიტიკა, პრაქტიკა, დაფინანსება, დამოკიდებულებები, მონიტორინგი დაშეფასების პროცესი

არის თუ არა ხელმისაწვდომი თვითდახმარების ჯგუფები, სოციალური სერვისები ან ფსიქოლოგიური კონსულტაციები ტუბერკულოზის მქონე პირებისთვის?

დაზუსტება: სხვაორგანიზაციები, რომლებიც მსგავს სერვისებს აწვდიან, ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში პაციენტებისთვის მენტალური მხარდაჭერის გზები, როგორ მიეწოდათ ინფორმაცია პაციენტებს დაავადების შესახებ, საიდან შეუძლიათ ინფორმაციის მიღებას

ვ. დასასრული

სიდრმისეული ინტერვიუები

სულ 30 სიდრმისეული ინტერვიუ ჩატარდა საქართველოს 5 რეგიონში. არჩეული ქალაქები იყო: თბილისი, რუსთავი, გორი, ზუგდიდი, ბათუმი

სქესის მიხედვით: 60% კაცი, 33.3% ქალი, 6.7% - ტრანსგენდერი

დაჯგუფებით: 7 PWID, 7 იძულებით გადაადგილებული პირი, 7 ყოფილი პატიმარი, 7 შერეული, 2 ტრანსგენდერი ადამიანი.

სიდრმისეული ინტერვიუების სადისკუსიო გეგმა

აქტივობა: დაავადებების დამკურნალობის სწავრითული ინტერვიუ

ა. მიმოხილვა (ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნა)

1. რა ინფორმაცია გაქვთ ტუბერკულოზის შესახებ? გქონდათ ეს ინფორმაცია იქამდე სანამ გაიგებდით თქვენს დიაგნოზს?
დაზუსტება: დაავადების მიზეზი და მკურნალობა
2. თქვენი აზრით, როგორ ესმით თქვენს თემში (ნარკოტიკის მომხმარებლები/ იძულებით გადაადგილებული პირები/ ყოფილი პატიმრები) ტუბერკულოზის არსი?
დაზუსტება: დაავადების მიზეზი და მკურნალობა; თქვენი აზრით, თუკი ტუბერკულოზი განკურნებადია, ისინი მაინც იფიქრებდნენ რომ თქვენგან გადამდები ხართ?
3. თუ თქვენთვის რთული არ იქნება, გთხოვთ მოგვიყვით თქვენი დიაგნოზის შესახებ
დაზუსტება: ინფექციის სახეები, დაავადებების ვადები, დიაგნოზი და მკურნალობა, სტადიების რაოდენობა, ინფექციის მიზეზები
4. აიღეთ თუ არა ვინმესგან ნებართვა, სანამ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებას მიმართავდით?
დაზუსტება: ნებართვა ქმრისგან, ცოლის ან ოჯახის სხვა წევრისგან
5. თუ ერთზე მეტჯერ გქონიათ ტუბერკულოზი, იყო თუ არა რაიმე განსხვავება თითოეულ შემთხვევას შორის?
დაზუსტება: რეაგირება, მკურნალობის პროცესში ცვლილებები

ბ. ბოლო დაავადების შემთხვევის დეტალები

1. თქვენი აზრით, რა მიზეზით/გზით დაავადით ტუბერკულოზით? განიხილებოდა თუ არა თქვენი დიაგნოზი იმ ფაქტთან მიმართებით, რომ ხართ თემის წარმომადგენელი? (ნარკოტიკის მომხმარებლები/იძულებით გადაადგილებული პირები/ყოფილი პატიმრები)
2. რამ გაფიქრებინათ რომ ავად იყავით?
დაზუსტება: სიმპტომები, დაავადების ამოცნობა და ინტერპრეტირება
3. რა გააკეთეთ, როდესაც გაიგეთ, რომ ავად იყავით? რატომ?
დაზუსტება: ჯანდაცვის ხელმისწავდომობა, სიმპტომების გაჩენის შემდეგ გასული დრო
4. შეგიძლიათ აღწეროთ, როგორი, რამდენად რთული იყო/არის მკურნალობა?
დაზუსტება: გამოწვევები და ხელშეწყობა
5. შეგიძლიათ მითხრათ მკურნალობის გვერდითი მოვლენების შესახებ და როგორ გაუმკლავდით მათ?
დაზუსტება: გონებრივი და ფიზიკური გვერდითი მოვლენები, სამედიცინო პერსონალთან გვერდით მოვლანების შესახებ საუბარი, სხვა ტიპის დახმარების მიღება, გვერდითი მოვლენების სამკურნალო წამლების მიღება
6. ვინ და რა ტიპის დახმარება გაგიწიათ მკურნალობის პერიოდში?
დაზუსტება: ოჯახის დახმარება, პაციენტების დახმარება, სოციალური მხარდაჭერა, როგორ დაგეხმარნენ
7. გთხოვთ ისაუბროთ სხვა ფაქტორების შესახებ, რაც ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის განახორციელეთ
დაზუსტება: დამატებითი სამკურნალო პრაქტიკა და წამლები / ცხოვრების სტილის შეცვლა
8. რა შეიცვალა თქვენს ცხოვრებაში, როდესაც ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაგისვეს?
9. გაუწიეთ თუ არა რეკომენდაცია ვინმეს, მისულისყვნენ ტუბერკულოზზე შესამოწმებლად?
Prompts: facility processes for accessing TB contacts, understandings of preventative therapy
10. რა დრო დასჭირდა სიმპტომების აღმოჩენიდან მთავარ პრაქტიკოსამდე/ექიმამდე მისვლას? რა დრო დაგჭირდათ მთავარი პრაქტიკოსისგან/ექიმისგან დიაგნოზის მისაღებად? რა დრო გავიდა დიაგნოზის დასმიდან მკურნალობის დაწყებამდე?
დაზუსტება: შესაძლო დაგვიანება, რატომ მოხდა დაგვიანება?
11. რა იყო თქვენთვის მკურნალობის დაწყების მოტივატორი?
დაზუსტება: ნეგატიური და პოზიტიური მოტივატორები

გ. სტიგმა დამისი გავლენები

1. შეგიძლიათ მომიყვით ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმის შესახებ?
დაზუსტება: როგორ მოგაწოდეს ინფორმაცია, კონსულტაციის პროცესი, დახმარების გაწევა, დაავადების გაგება, კონფიდენციალურობის შესახებ შეთანხმება
2. ვის უთხარით დიაგნოზის შესახებ? რატომ?
დაზუსტება: ოჯახის წევრები, მეგობრები, დამსაქმებელი
3. უმაღლესად თუ არა ვინმეს თქვენს დიაგნოზს? თუ ასეა, რატომ?
დაზუსტება: მეგობრები, დამსაქმებლები, მეზობლები და საშიში რეაქციები
4. შეიცვალა თუ არა თქვენ მიმართ ურთიერთობა, დამოკიდებულებები მას შემდეგ, რაც ტუბერკულოზის დიაგნოზი გაამხილეთ?
დაზუსტება: ოჯახის წევრების და სხვა ადამიანების დამოკიდებულება თქვენ მიმართ (თანამშრომლები, მეზობლები)
5. როგორ გექცეოდნენ დაწესებულებაში?
დაზუსტება: ჯანდაცვის მიმწოდებლები, დაცვა, ადმინისტრაციის პერსონალი, პაციენტები
6. ყოფილხართ თუ არა სტიგმატიზების ან დისკრიმინაციის მსხვერპლი?,
დაზუსტება:
 1. სტიგმატიზება, რამაც ხელი შეგიშალათ ტუბერკულოზის სიმპტომების გაგებაში
 2. მკურნალობის მოძიებაში
 3. სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის დაწყებაში
 4. მკურნალობის მხარდამჭერი სერვისების მიღებაში
 5. მკურნალობის დასრულებაში
 6. მკურნალობის შემდგომი სერვისების მიღებაში

თუ კი, მოგვიყვით თქვენი სტიგმატიზების გამოცდილების შესახებ და როგორ შეგიშალათ ხელი ამან ტუბერკულოზის სერვისების მიღებაში.
7. გსმენიათ/გინახავთ თუ არა თქვენი ნაცნობი ტუბერკულოზით დაავადებული ინდივიდის სტიგმატიზების ან დისკრიმინაციის შესახებ?
დაზუსტება:
 1. სტიგმატიზება, რამაც ხელი შეგიშალათ ტუბერკულოზის სიმპტომების გაგებაში
 2. მკურნალობის მოძიებაში
 3. სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის დაწყებაში
 4. მკურნალობის მხარდამჭერი სერვისების მიღებაში
 5. მკურნალობის დასრულებაში

თუ კი, მოგვიყვით მათი სტიგმატიზების გამოცდილების შესახებ და როგორ შეუშალა ხელი ამან ტუბერკულოზზე რეაგირების სერვისების მოძიებასა და მიღებაში.

დ. ტუბერკულოზის გამოცდილებაზე გენდერის/ტუბერკულოზის სამიზნე პოპულაციის წევრობის გავლენა

როგორ ფიქრობთ იმ ფაქტმა, რომ თქვენ ხართ [ჩასვი შესაფერისი სიტყვა მაგ. ქალი/მამაკაცი/ტრანსგენდერი] რაიმე გავლენა თუ იქონია თქვენს გამოცდილებაზე?

(შენიშვნა ინტერვიუერს: თხოვეთ მათი გამოცდილება შეადარონ საპირისპირო სქესის გამოცდილებას. ანუ, თუ კაცია, ვკითხოთ იგივე გამოცდილება ექნებოდათ თუ არა მათი აზრით ქალებს)

დაზუსტება:

1. რამაც ხელი შეგიშალათ ტუბერკულოზის სიმპტომების გაგებაში
2. მკურნალობის მოძიებაში
3. სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის დაწყებაში
4. მკურნალობის მხარდამჭერი სერვისების მიღებაში
5. მკურნალობის დასრულებაში

ე. დასასრული

ფოკუს ჯგუფები

სულ 10 ფოკუს ჯგუფში ჩატარდა:

- ტუბერკულოზის ცენტრის ადმინისტრაცია
- ტუბერკულოზის DOT სერვისის მომწოდებლები
- იძულებით გადაადგილებული პირები
- ადამიანები, რომლებიც ნარკოტიკულ საშუალებებს მოიხმარენ
- სამიზნე ჯგუფის წევრები
- 3 ჯგუფი ზოგადი პროფილის პაციენტებით (ერთი ჯგუფი კაცების, ერთი ქალების, ერთი შერეული)
- ზოგადი მოსახლეობა
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის ოჯახის წევრები

ჯგუფები გაიმართა საქართველოს ხუთ რეგიონში, კერძოდ ქალაქებში: თბილისში, რუსთავში, გორში, ბათუმში, ზუგდიდში.

ფოკუს ჯგუფის სადისკუსიო გეგმა

აქტივობა: ჯანდაცვის მიმწოდებლების ფოკუს-ჯგუფი- სამიზნეპოპულაციები, ადამიანისუფლებები, გენდერი

ა. სამიზნე პოპულაციის წევრობადადამოკიდებულებები – ჰკითხეთ თითოეული პოპულაციის შესახებ

1. ზოგადად, რაგამომწვევებისწინაშედგასესპოპულაცია?

დაზუსტება: სტიგმა, დისკრიმინაციული კანონები, ადამიანის უფლებათა დარღვევა, დასაქმების გამოწვევები

2. რა ხდის [სპეციფიურისამიზნეპოპულაცია] განსაკუთრებითმოწყვლადს ტუბერკულოზთან მიმართებით?

დაზუსტება: განსაკუთრებული დაავადებების მიმართ მოწყვლადობა, ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, სტიგმა

3. როგორია ტუბერკულოზზე რეაგირების პროცესი [სპეციფიურ სამიზნე პოპულაციებში]?

დაზუსტება: მკურნალობაზეწვდომობა, სტიგმა, განსხვავებული მკურნალობა

4. რა გამოწვევებია [არჩეული სამიზნე პოპულაციისთვის] სერვისების მიწოდების კუთხით?

დაზუსტება: ხელმისაწვდომობა, დაწესებულებების არსებობა, მკურნალობის წესების დაცვა, პოლიტიკა და საკანონმდებლო გამოწვევები

5. გთხოვთ ისაუბროთ, თუ რა ტიპის ბარიერებს შეიძლება გადააწყდნენ ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე პირები შემდეგ საფეხურებზე:
- ტუბერკულოზის სიმპტომების ამოცნობა
 - მკურნალობის მოძიება
 - სწორი დიაგნოზის დასმა
 - მკურნალობის დაწყება
 - მკურნალობის შესაბამისი დახმარების მიღება
 - მკურნალობის დასრულება
 - მკურნალობის შემდგომი გამოსაჯანმრთელებელი სერვისებით სარგებლობა

ბ. უკეთესი რეაგირების ჩამოყალიბება

5. როგორ უნდა შემუშავდეს ტუბერკულოზზე რეაგირების მექანიზმი, რომ ითვალისწინებდეს [შერჩეული სამიზნე პოპულაციის] საჭიროებებს?
- დაზუსტება: მოწყვლადობის შემცირების გზები, მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა
6. რა უნდა გაკეთდეს გაუმჯობესებისთვის?
- მინიშნება: საჭირო ცვლილებები კანონმდებლობა, პოლიტიკა, პრაქტიკა, დაფინანსება, დამოკიდებულებები
7. ცვლილებების გამოსაწვევად როგორი მონიტორინგისა და შეფასების რიცხვები უნდა დაინერგოს?
- დაზუსტება: მონაცემთა შეგროვება, მოხსენება/ანგარიში, დაკომპლექტება

გ. დისკრიმინაციისგან თავისუფლება

1. გსმენიათ თუ არა ისეთი შემთხვევების შესახებ, რომლებიც ტუბერკულოზის პაციენტების დისკრიმინაციად შეიძლება ჩაითვალოს? თუკიმოგვიყვებით ამ შემთხვევების შესახებ. ამ ფაქტის შესახებ პაციენტმა განაცხადა, თუ ჯანდაცვის მიმწოდებელმა ორგანიზაციამ?
2. სამსახურში, სახლში ან თქვენ თქვენს თემში ხომ არ გიგრძნიათ დისკრიმინაცია ან სტიგმატიზება, რამაც ხელი შეგიშალათ პაციენტებისთვის მოგეძიებინათ სამკურნალო დაწესებულება, დაგესვათ სწორი დიაგნოზი, გემკურნალათ მისთვის?
- თუ კი, გთხოვთ მოგვიყვით როგორ შეგიშალათ სტიგმამ და დისკრიმინაციამ პაციენტებისთვის სერვისების მიღებაში ხელი.
3. გინახავთ/გსმენიათ სხვაჯანდაცვის მუშაკების შესახებ, ვისაც იცნობთ პირადად, რომ გამხდარიყო სტიგმატიზების და დისკრიმინაციის მსხვერპლი იმის გამო, რომ ეხმარებოდა ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებს სიმპტომების დადგენაში, მკურნალობის მოძიებაში, სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობაში...

თუ კი, მოგვიყვით, როგორ შეუშალა ხელი სტიგმამ და დისკრიმინაციამ პაციენტებისთვის ზემოაღნიშნული სერვისების მიწოდებაში ხელი.

დ. ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა

1. თუ შეგიძლიათ მოგვიყვით, როგორ მიიღება და ინახება პაციენტის შესახებ ინფორმაცია? მიუწვდებათ თუ არა ხელი პაციენტებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციაზე? არსებობს თუ არა რაიმე მიზეზი, რის გამოც შეიძლება პაციენტს უარი უთხრან ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაზე?
2. გსმენიათ ისეთი შემთხვევის შესახებ, როდესაც პაციენტს დაუსაბუთებლად უთხრეს უარი მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაზე?
3. იღებენ თუ არა პაციენტები ტუბერკულოზის შესახებ ზოგად ინფორმაციას? როგორ ეცნობებათ მათ დიაგნოზის შესახებ? რა ტიპის ინფორმაციას იღებენ?
4. იღებენ თუ არა პაციენტები დეტალურ ინფორმაციას მათი მკურნალობის პროცესის, წინსვლის ან მდგომარეობის გაუარესების შესახებ?

ე. სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

1. აწარმოებთ თუ არა პაციენტების ვიზიტების ჩანაწერებს? აგროვებთ თუ არა ინფორმაციას გაცდენილი ვიზიტების შესახებ?

იცით თუ არა ისეთი პაციენტების შესახებ, რომლებსაც პრობლემები ექმნებათ მკურნალობის ხელმისაწვდომობის კუთხით? (ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო/მგზავრობის ხარჯების გამო. ა.შ)? ემსახურებით ასეთ პაციენტებს?
2. როგორ იმუშავებთ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი გამოტოვებს ვიზიტს (ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო / მგზავრობის საფასურის დაა.შ.)?
3. რა შემთხვევაში შეიძლება ტუბერკულოზის მქონე პიროვნების მკურნალობაზე უარის თქმა? ხომ არ გსმენიათ შემთხვევის შესახებ, როდესაც პიროვნებას უარი უთხრეს მკურნალობაზე მიზეზის განმარტების გარეშე?

ვ. კონფიდენციალურობა

1. შეგიძლიათ აღწეროთ პროცესი/გარემო, როდესაც დიაგნოზი ეცნობება პაციენტს.
2. რა არის თქვენი მონაცემთა დაცვის მექანიზმის ძლიერი მხარე? ვის მიუწვდება ხელი ამ ინფორმაციაზე?
3. რა შემთხვევაში შეიძლება ინფორმაციის მესამე პირებისთვის გაზიარება? ვინ არის ნებართვის მინიჭებაზე უფლება მოსული პირი?

ზ. მოწყვლადობის დინამიკა გენდერის ჭრილში, დიაგნოზიკური დამკურნალობა

1. თქვენი აზრით, რომელი ჯგუფი უფრო მეტად იტარებს ტუბერკულოზზე ტესტირებას - ქალები თუ მამაკაცები? რატომ?

დაზუსტება: სოციალური როლები და აქტივობები, სამსახური, ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, მკურნალობის/მოვლის პასუხისმგებლობები, საცხოვრებელი პირობები, პოლიტიკა

2. წარმოიდგინეთ, რომ 20 ადამიანს ჩაუტარდა გამოკვლევა და აღმოაჩნდათ ტუბერკულოზი. მათ შორის 10 კაცია და 10 ქალი:

- ქალები უფრო იმკურნალებენ თუ მამაკაცები? რატომ?
- ქალები უფრო დაასრულებენ მკურნალობას თუ მამაკაცები? რატომ?
- თქვენი აზრით, საკუთარ ახლო კონტაქტებს პროფილაქტიკისთვის ქალები უფრო მიიყვანენ ტესტირებაზე თუ მამაკაცები?

3. როგორ ფიქრობთ, ტრანსგენდერი ადამიანები დამატებითი რისკის ქვეშ არიან ტუბერკულოზით დაავადების მხრივ? თუ კი რატომ?

დაზუსტება: სოციალური როლები და აქტივობები, სამსახური, ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, მკურნალობის/მოვლის პასუხისმგებლობები, საცხოვრებელი პირობები, პოლიტიკა, პრევენციული თერაპიის გამოყენება

4. არის თუ არა ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის დამატებითი გამოწვევები დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მხრივ?

დაზუსტება: სტიგმა, მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, დამოკიდებულებები, პოლიტიკა

5. როგორ მონაწილეობენ კაცები და ქალები მათი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში?

დაზუსტება: ერთნაირად ითხოვენ თუ არა ქალები და მამაკაცები ინფორმაციას მკურნალობის შესახებ, გადაწყვეტილების მიღებაში მათი ჩართულობა გენდერის გათვალისწინებით

6. არის თუ არა ხელმისაწვდომი სოციალური ან მხარდამჭერი ჯგუფის სერვისები ან ფსიქოლოგიური კონსულტაცია ტუბერკულოზის პაციენტებისთვის?

დაზუსტება: სხვა ორგანიზაციები, რომლებიც მსგავს სერვისებს აწვდიან, ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში პაციენტებისთვის მენტალური მხარდამჭერის გზები, ქალებისა და კაცების ინიციატივა ჩაერთონ მსგავს სერვისებში

6. როგორ ფიქრობთ, რაუნდაგაკეთდეს, რომ ტუბერკულოზზე რეაგირება შეესაბამებოდეს ყველა გენდერის საჭიროებებს?

დაზუსტება: საჭირო ცვლილებები პოლიტიკაში, გენდერული ურთიერთობები, ჯანმრთელობის დაცვა, დამოკიდებულებები

საზოგადოება- სტიგმაფოკუს ჯგუფის სადისკუსიო გეგმა

1 რა ინფორმაციას ფლობთ ტუბერკულოზის დაავადების შესახებ? საიდან მიიღეთ ეს ინფორმაცია?

2 როგორ გესმით სტიგმა? გვითხარით რამდენიმენიშანი/ინდიკატორი, რითაც იცნობთ ტუბერკულოზის გამოსტიგმატიზებას?).

3 თუ გაქვთ/გქონიათ შეხება ადამიანთან ვისაც აქვს ან ჰქონია გადატანილი ტუბერკულოზი? (მეზობელი/მეგობარი/ა.შ)

4 როგორი იყო თქვენი დამოკიდებულება, როდესაც ამ გაიგეთ ამ პიროვნების სდიაგნოზის შესახებ? როგორ აღიქვამდნენ საზოგადოების სხვა წევრები?

5 შეიცვალა თუ არა თქვენი ურთიერთობა ამ ადამიანთან დიაგნოზის შემდეგ? თუ დიახ, გთხოვთ მოგვიყვით როგორ შეიცვალა?

6 თუ გსმენიათ ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე პაციენტის მიმართ, სამკურნალო დაწესებულების მხრიდან განხორციელებული რაიმე დისკრიმინაციული ფაქტის შესახებ? (თუ დიახ, გვიამბეთ) (დააკონკრეტეთ, ეს ინფორმაცია მოგაწოდათ თუ არა თავად პაციენტმა/პირველწყარომ)

7 გინახავთ/გსმენიათ ამ პიროვნების დისკრიმინაციის ან სტიგმატიზების ფაქტის შესახებ, რამაც ხელი შეუშალა:

- ტუბერკულოზის სიმპტომების ამოცნობაში,
- მკურნალობის მოძიებაში,
- სწორი დიაგნოზის დასმაში,
- მკურნალობის დაწყებაში,
- მკურნალობის შესაბამისი დახმარების მიღებაში,
- მკურნალობის დასრულებაში.
- მკურნალობის შემდგომი გამოსაჯანმრთელებელი სერვისებით სარგებლობაში?

თუ კი, მოგვიყვით როგორ შეუშალა ხელი ამ პიროვნებას სერვისების მოძიებასა და მიღებაში?

8 გინახავთ/გსმენიათ პიროვნების ოჯახის წევრის სტიგმატიზების ან დისკრიმინაციის ფაქტის შესახებ, რამაც ხელი შეუშალა მას :

- ტუბერკულოზის სიმპტომების ამოცნობაში,
- მკურნალობის მოძიებაში,
- სწორი დიაგნოზის დასმაში,

- მკურნალობის დაწყებაში,
- მკურნალობისშესაბამისიდახმარებისმიღებაში,
- მკურნალობის დასრულებაში.
- მკურნალობის შემდგომი გამოსაჯანმრთელებელი სერვისებით სარგებლობაში?

თუკი, მოგვიყვითროგორმეუშალა მის ოჯახის წევრებს სტიგმატიზებამ და დისკრიმინაციამ მკურნალობის მოძიებასა და სერვისებითსარგებლობაში დახმარების გაწევაში ხელი?

9რა შეიძლებაგაკეთდესტუბერკულოზისმქონეპირებისთვისტვირთისშესამცირებლად? (პოლიტიკური რეფორმები, კანონიერი ცვლილება, ცნობიერების ამაღლება) დააკონკრეტეთ როგორ

10 დასასრული

ოჯახი-სტიგმაფოკუს ჯგუფის სადისკუსიო გეგმა

- 1 როგორ გესმის სტიგმა? გვითხარით რამდენიმენიშანი, რითაციცნობთ ტუბერკულოზის გამო სტიგმატიზებას?)
- 2 როდის დაუსვეს თქვენს ოჯახის წევრს ტუბერკულოზის დიაგნოზი? როგორი შეგრძნება იყო ეს?
- 3 რა მოიმოქმედეთ მას შემდეგ რაც გაიგეთ მისი დიაგნოზის შესახებ?
- 4 რა დამოკიდებულება აქვთ თვენი ოჯახის წევრის მიმართ ოჯახის სხვა წევრებს, მეზობლებს, თემის წევრებს?
- 5 გთხოვთ თანმიმდევრობით ვისაუბროთ თქვენი ოჯახის წევრის მიერ ტუბერკულოზის მკურნალობის სხვადასხვა საფეხურებზე და რიგ-რიგობით განვიხილოთ თუ როგორ მიმდინარეობდა თითოეული მათგანი თქვენს შემთხვევაში:

(შენიშვნა ინტერვიუერს: ისაუბრეთ ყველა ეტაპზე სათითაოდ. ჯერ დააყადეთ რესპონდენტებს განიხილონ ერთი ეტაპი და მხოლოდ ამის შემდეგ გადადით შემდეგის განხილვაზე)

(შენიშვნა ინტერვიუერს: ყოველი საფეხურის განხილვის შემდეგ დააზუსტეთ, ამ ეტაპზე თუ ჰქონდა ადგილი მათდამი ან მათი ოჯახის წევრისადმი რაიმე სახის სტიგმას)

ეტაპები:

- ტუბერკულოზის სიმპტომების ამოცნობა
- მკურნალობის მოძიება,
- სწორი დიაგნოზის დასმა
- მკურნალობის დაწყება
- მკურნალობის შესაბამისი დახმარების მიღება (მხარდაჭერა, მუდმივი ვიზიტების განხორციელების შესაძლებლობა, ა.შ.)
- მკურნალობის დასრულება
- მკურნალობის შემდგომი გამოსაჯანმრთელებელი სერვისებით სარგებლობა

6 გინახავთ/გსმენიათ სხვა ოჯახის (რომელსაც პირადად იცნობთ) წევრის დისკრიმინაციის და სტიგმატიზების ფაქტის შესახებ, რამაც ხელი შეუშალა მათ მხარი დაეჭირათ ოჯახის წევრისთვის:

- ტუბერკულოზის სიმპტომების ამოცნობაში,
- მკურნალობის მოძიებაში,
- სწორი დიაგნოზის დასმაში,
- მკურნალობის დაწყებაში,
- მკურნალობის შესაბამისი დახმარების მიღებაში,
- მკურნალობის დასრულებაში.
- მკურნალობის შემდგომი გამოსაჯანმრთელებელი სერვისებით სარგებლობაში?

თუკი, მოგვიყვით როგორ შეუშალათ მათ სტიგმატიზებამ და დისკრიმინაციამ მხარ დაჭერა გამოეწვინათ სერვისების მოძიებასა და სარგებლობაში?

7 შეიცვალა თქვენი ოჯახის წევრების სოციალურ-ფსიქოლოგიური მდგომარეობა დიაგნოზირების შემდეგ? თუ დიახ, გთხოვთ აღწეროთ როგორ.

8 შეიცვალა თუ არა თქვენი ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან დიაგნოზის დასმის შემდეგ? თუ დიახ, მოგვიყვით როგორ?

9 რა შეიძლება გაკეთდეს ტუბერკულოზის მქონე პირებისთვის სოციალური ტვირთის შესამცირებლად? შესაძლებელია თუ არა ამის კანონის ან პოლიტიკის საშუალებით რეგულაცია?

10 დასასრული

ბენეფიციარები

აქტივობა: დაავადებების დამკურნალობის ნარატიული ინტერვიუ**ა. მიმოხილვა (ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნა)**

1. რა ინფორმაცია გაქვთ ტუბერკულოზის შესახებ? გქონდათ ეს ინფორმაცია იქამდე სანამ გაიგებდით თქვენს დიაგნოზს?
დაზუსტება: დაავადების მიზეზი და მკურნალობა
2. თქვენი აზრით, როგორ ესმით თქვენს თემში (ნარკოტიკის მომხმარებლები/ იძულებით გადაადგილებული პირები/ყოფილი პატიმრები) ტუბერკულოზის არსი?
დაზუსტება: დაავადების მიზეზი და მკურნალობა; თქვენი აზრით, თუკი ტუბერკულოზი განკურნებადია, ისინი მაინც იფიქრებდნენ რომ თქვენგან გადამდები ხართ?
3. თუ თქვენთვის რთული არ იქნება, გთხოვთ მოგვიყვით თქვენი დიაგნოზის შესახებ
დაზუსტება: ინფექციის სახეები, დაავადებების ვადები, დიაგნოზი და მკურნალობა, სტადიების რაოდენობა, ინფექციის მიზეზები
4. აიღეთ თუ არა ვინმესგან ნებართვა, სანამ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებას მიმართავდით?
დაზუსტება: ნებართვა ქმრისგან, ცოლის ან ოჯახის სხვა წევრისგან
5. თუ ერთზე მეტჯერ გქონიათ ტუბერკულოზი, იყო თუ არა რაიმე განსხვავება თითოეულ შემთხვევას შორის?
დაზუსტება: რეაგირება, მკურნალობის პროცესში ცვლილებები

ბ. ბოლო დაავადების შემთხვევის დეტალები

1. თქვენი აზრით, რა მიზეზით/გზით დაავადით ტუბერკულოზით? განიხილებოდა თუ არა თქვენი დიაგნოზი იმ ფაქტთან მიმართებით, რომ ხართ თემის წარმომადგენელი? (ნარკოტიკის მომხმარებლები/იძულებით გადაადგილებული პირები/ყოფილი პატიმრები)
2. რამ გაფიქრებინათ რომ ავად იყავით?
დაზუსტება: სიმპტომები, დაავადების ამოცნობა და ინტერპრეტირება
3. რა გააკეთეთ, როდესაც გაიგეთ, რომ ავად იყავით? რატომ?
დაზუსტება: ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, სიმპტომების გაჩენის შემდეგ გასული დრო

4. შეგიძლიათ აღწეროთ, როგორი, რამდენად რთული იყო/არის მკურნალობა?
დაზუსტება: გამოწვევები და ხელშეწყობა
5. შეგიძლიათ მითხრათ მკურნალობის გვერდითი მოვლენების შესახებ და როგორ გაუმკლავდით მათ?
დაზუსტება: გონებრივი და ფიზიკური გვერდითი მოვლენები, სამედიცინო პერსონალთან გვერდით მოვლანების შესახებ საუბარი, სხვა ტიპის დახმარების მიღება, გვერდითი მოვლენების სამკურნალო წამლების მიღება
6. ვინ და რა ტიპის დახმარება გაგიწიათ მკურნალობის პერიოდში?
დაზუსტება: ოჯახის დახმარება, პაციენტების დახმარება, სოციალური მხარდაჭერა, როგორ დაგეხმარნენ
7. გთხოვთ ისაუბროთ სხვა ფაქტორების შესახებ, რაც ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის განახორციელეთ
დაზუსტება: დამატებითი სამკურნალო პრაქტიკა და წამლები / ცხოვრების სტილის შეცვლა
8. რა შეიცვალა თქვენს ცხოვრებაში, როდესაც ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაგისვეს?
9. გაუწიეთ თუ არა რეკომენდაცია ვინმეს, მისუღიყვნენ ტუბერკულოზზე შესამოწმებლად?
Prompts: facility processes for accessing TB contacts, understandings of preventative therapy
10. რა დრო დასჭირდა სიმპტომების აღმოჩენიდან მთავარ პრაქტიკოსამდე/ექიმამდე მისვლას? რა დრო დაგჭირდათ მთავარი პრაქტიკოსისგან/ექიმისგან დიაგნოზის მისაღებად? რა დრო გავიდა დიაგნოზის დასმიდან მკურნალობის დაწყებამდე?
დაზუსტება: შესაძლო დაგვიანება, რატომ მოხდა დაგვიანება?
11. რა იყო თქვენთვის მკურნალობის დაწყების მოტივატორი?
დაზუსტება: ნეგატიური და პოზიტიური მოტივატორები

გ. სტიგმა დამისი გავლენები

1. შეგიძლიათ მომიყვეთ ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმის შესახებ?
დაზუსტება: როგორ მოგაწოდეს ინფორმაცია, კონსულტაციის პროცესი, დახმარების გაწევა, დაავადების გაგება, კონფიდენციალურობის შესახებ შეთანხმება
2. ვის უთხარით დიაგნოზის შესახებ? რატომ?
დაზუსტება: ოჯახის წევრები, მეგობრები, დამსაქმებელი
3. უმაღავდით თუ არა ვინმეს თქვენს დიაგნოზს? თუ ასეა, რატომ?
დაზუსტება: მეგობრები, დამსაქმებლები, მეზობლები და საშიში რეაქციები

4. შეიცვალა თუ არა თქვენ მიმართ ურთიერთობა, დამოკიდებულებები მას შემდეგ, რაც ტუბერკულოზის დიაგნოზი გაამხილეთ?
დაზუსტება: ოჯახის წევრების და სხვა ადამიანების დამოკიდებულება თქვენ მიმართ (თანამშრომლები, მეზობლები)
5. როგორ გექცეოდნენ დაწესებულებაში?
დაზუსტება: ჯანდაცვის მიმწოდებლები, დაცვა, ადმინისტრაციის პერსონალი, პაციენტები
6. ყოფილხართ თუ არა სტიგმატიზების ან დისკრიმინაციის მსხვერპლი?
დაზუსტება:
სტიგმატიზება, რამაც ხელი შეგიშალათ ტუბერკულოზის სიმპტომების გაგებაში
მკურნალობის მოძიებაში
სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის დაწყებაში
მკურნალობის მხარდამჭერი სერვისების მიღებაში
მკურნალობის დასრულებაში
მკურნალობის შემდგომი სერვისების მიღებაში
თუ კი, მოგვიყევით თქვენი სტიგმატიზების გამოცდილების შესახებ და როგორ შეგიშალათ ხელი ამან ტუბერკულოზის სერვისების მიღებაში.
7. გსმენიათ/გინახავთ თუ არა თქვენი ნაცნობი ტუბერკულოზით დაავადებული ინდივიდის სტიგმატიზების ან დისკრიმინაციის შესახებ?
დაზუსტება:
სტიგმატიზება, რამაც ხელი შეგიშალათ ტუბერკულოზის სიმპტომების გაგებაში
მკურნალობის მოძიებაში
სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის დაწყებაში
მკურნალობის მხარდამჭერი სერვისების მიღებაში
მკურნალობის დასრულებაში
თუ კი, მოგვიყევით მათი სტიგმატიზების გამოცდილების შესახებ და როგორ შეუშალა ხელი ამან ტუბერკულოზზე რეაგირების სერვისების მოძიებასა და მიღებაში.

დ. ტუბერკულოზის გამოცდილებაზე გენდერის/ტუბერკულოზის სამიზნე პოპულაციის წევრობის გავლენა

1. როგორ ფიქრობთ იმ ფაქტმა, რომ თქვენ ხართ [ჩასვი შესაფერისი სიტყვა მაგ. ქალი/მამაკაცი/ტრანსგენდერი] რაიმე გავლენა თუ იქონია თქვენს გამოცდილებაზე?

(შენიშვნა ინტერვიუერს: თხოვეთ მათი გამოცდილება შეადარონ საპირისპირო სქესის გამოცდილებას. ანუ, თუ კაცია, ვკითხოთ იგივე გამოცდილება ექნებოდათ თუ არა მათი აზრით ქალებს)

დაზუსტება:

რამაც ხელი შეგიშალათ ტუბერკულოზის სიმპტომების გაგებაში

მკურნალობის მოძიებაში

სწორი დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის დაწყებაში

მკურნალობის მხარდამჭერი სერვისების მიღებაში

მკურნალობის დასრულებაში

ე. დასასრული

ინფორმაციული უწყისი

შეფასების პერსონალის წევრი:

გახლავართ ორგანიზაცია „ახალი ვექტორის“ წარმომადგენელი, რომელიც ამჟამად „გლობალური ფონდის“ პროექტის ფარგლებში აწარმოებს შეფასებას. პროექტი მიზნად ისახავს გაარკვიოს თუ რატომ არის ტუბერკულოზის მქონე პირებს შორის დიაგნოზის დასმისა და მკურნალობის შემთხვევების მწირი რაოდენობა. კერძოდ, ჩვენ ვაკვირდებით თუ რა გავლენას ახდენს გენდერი, სტიგმა და იურიდიულ გარემო ტუბერკულოზისადმი მოწყვლადობასა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე. ჩვენ ასევე განვიხილავთ, ტუბერკულოზთან მიმართებით, რა რისკების წინაშე დგანან კონკრეტული ჯგუფები, როგორებიცაა: ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები, პათიმრობის ისტორიის მქონე პირები, დევნილები / იძულებით გადაადგილებული პირები და როგორია მათი მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობები. შეფასება მიზნად ისახავს უკეთესი პოლიტიკის და ჯანდაცვის ღონისძიებების უზრუნველყოფას.

შეფასებაში ვრთავთ უამრავ განსხვავებულ ადამიანს, მათ შორის, გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს, ადამიანებს, რომლებიც ადვოკატირებას უწევენ უკეთესი მკურნალობის პოლიტიკას, ასევე ადამიანებს, რომლებსაც ზიანი მიაღგათ ტუბერკულოზით.

ინფორმაციას ვაგროვებთ სხვადასხვაგვარად მათ შორის:

- ვაწარმოებთ სამაგიდო კვლევას;
- ვესაუბრებით ადამიანებს მკურნალობის მოძიების, მიღების და უზრუნველყოფის გამოცდილების შესახებ.
- ვატარებთ სამიზნე ინფორმატორებთან გასაუბრებას
- ვატარებთ სიდრმისეულ გასაუბრებას;
- ვაწყობთ ფოკუს ჯგუფებთან განხილვას;

გთხოვთ მონაწილეობა მიიღოთ შეფასებაში. ეს იმას არ ნიშნავს, რომ თქვენ ტუბერკულოზი გაქვთ. ეს მხოლოდ იმას ნიშნავს, რომ თქვენი მოასზრება ამ თემასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია.

მთლიანად თქვენზეა დამოკიდებული მიიღებთ თუ არა მონაწილეობას. შესაძლებელია მონაწილეობა ერთ ასპექტში მიიღოთ და სხვა ასპექტში მონაწილეობაზე კი უარი თქვათ. თუ რომელიმე ნაწილში მონაწილეობას გადაწყვეტთ, ხელი უნდა მოაწეროთ შესაბამის “თანხმობის ფორმას”. ეს ფორმა საშუალებას გვაძლევს გამოვიყენოთ თქვენ მიერ მოწოდებული ინფორმაცია. უფლება გაქვთ მოგვიანებით შეიცვალოთ აზრი და შეწყვიტოთ მონაწილეობა, მაშინაც კი თუ იქამდე თანხმობას აცხადებდით. თუ უარს იტყვით შეფასებაში მონაწილეობაზე, ეს არანაირად არ იმოქმედებს თქვენზე.

თქვენ არ გაქვთ რაიმე პირდაპირი სარგებელი შეფასებაში მონაწილეობისთვის, თუმცა იმედი გვაქვს, რომ ეს გამოიწვევს დადებით ცვლილებებს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ რეაგირების პროცესში. ზოგიერთი მონაწილე მიიღებს მცირე ანაზღაურებას ტრანსპორტირების ხარჯებისთვის. ამასთან დაკავშირებით დეტალურადაა აღნიშნული შეფასების მეთოდების შესახებ დამატებით უწყისში.

ნებისმიერი ინფორმაცია, რომელიც შეფასების თანამშრომლებთან კომუნიკაციისას იქნება გაცემული კონფიდენციალურად დარჩება. ინფორმაცია შესაძლოა განხილული იყოს შეფასების თანამშრომლებს შორის, მაგრამ ჩვენ ყველამ ხელი მოვაწერეთ კონფიდენციალურობის ფორმას, რითაც ვაღიარებთ, რომ, თქვენ მიერ მოწოდებული ინფორმაცია წერილობით დოკუმენტებში აისახება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც სხვა პირებს არ ექნებათ საშუალება გაიგონ ვის მიერ გაიცა აღნიშნული ინფორმაცია. მხოლოდ იმ შემთხვევაში გაიცემა აღნიშნულ ინფორმაცია, თუ ინფორმაციის გაუცემლობა ვინმეს საფრთხის ქვეშ დააყენებს.

შეფასება დამტკიცებულია NCDC-ს მიერ. ჩვენ ასევე გვაქვს თანხმობა იმ სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებისგან, რომლის ფარგლებშიც ვმუშაობთ.

თუ გაქვთ რაიმე შეკითხვა, ან უკმაყოფილო ხართ რაიმეზე, ნებისმიერ დროს შეგიძლიათ გამესაუბროთ მე ან ჩემს ერთ-ერთ კოლეგას, ასევე შეგიძლიათ გადახედოთ ჩემს მიერ თქვენს შესახებ დაწერილ ნებისმიერ ინფორმაციას.

საკონტაქტო პირი:

კვლევის კონსულტანტი – მარიამ ჯიბუტი

მობ. +995 555 166 911

ელ.ფოსტა: mariamjibuti3@gmail.com

ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

CRG ბარიერების შეფასება ტუბერკულოზის მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის საქართველოში

გთხოვთმონიშნოთთოთოეულიპუნქტი:

1. ვადასტურებ, რომწავიკითხესაინფორმაციონაწილიკვლევისშესახებდათანახმავარ, ვუპასუხოთქვენსმიერდასმულკითხვებს. ☐
2. მევაცნობიერებ, რომკვლევაშიჩემიმონაწილეობანებაყოფლობითიადამაქსუფლება, ნებისმიერმომენტშიმევეწყვიტომასშიმონაწილეობამიზეზისდასახელებისგარეშე. ☐
3. თანახმავარმონაწილეობამივიდოკვლევაში ☐
4. თანახმავარმოხდესინტერვიუსაუდიოჩაწერა ☐

მონაწილისხელმოწერა _____

ფორმისმომღებისხელმოწერა _____

თარიღი: _____