

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო  
უნივერსიტეტი

ეკატერინე მინდორაშვილი

საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის  
ეფექტურობა -პაციენტების პერსპექტივიდან

სოციალური მუშაობა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია სოციალური მუშაობის მაგისტრის  
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამაგისტრო ნაშრომის ხელმძღვანელი: თამარ მახარაძე  
ასოცირებული პროფესორი, საჯარო პოლიტიკის დოქტორი.

თბილისი

2017

## ანოტაცია

სოციალური მუშაობის მაგისტრატურის შემაჯამებელი ნაშრომის ფარგლებში ჩატარდა კვლევა. საკვლევ საკითხს წარმოადგენს საქართველოში C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ეფექტურობის განსაზღვრა - პაციენტების პერსპექტივიდან. კვლევა ჩატარდა თბილისში, ქვემო ქართლის რამოდენიმე რეგიონში, ბათუმსა და ბორჯომში მცხოვრებ რესპოდენტებთან. კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს პროგრამაში მონაწილე ყოფილმა და ამჟამინდელმა პაციენტებმა.

ლიტერატურის მიმოხილვიდან შემდეგი საკითხები გამოიკვეთა: მკურნალობის პროცესი დაკავშირებულია პაციენტის ფიზიკურ და ფსიქო-სოციალურ სირთულეებთან, აქედან გამომდინარე ისინი საჭიროებენ ძლიერ თანადგომის ქსელს და მხარდაჭერას; C-ჰეპატიტის მქონე პაციენტები მთელ რიგ გამოწვევებს ხვდებიან, ისინი საზოგადოებაში საკმაოდ მარგინალიზებული ჯგუფია; ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმა იწვევს ვნებათაღელვას და დაავადების გადადების მიმართ გაზვიადებულ შიშს, რის გამოც პაციენტი შეიძლება გახდეს სოციალური იზოლაციის მიზეზი.

ამ საკითხების შესასწავლად გამოყენებული იქნა კვლევის თვისებრივი მეთოდი - სატელოფონო ინტერვიუ. კვლევის შედეგებიდან გამოიკვეთა შემდეგი: მკურნალობა დაკავშირებულია პაციენტის ფსიქო-სოციალურ სირთულეებთან; ამ სირთულეების დასაძლევად პროგრამაში აუცილებელია კვალიფიციური კადრის დამატება - ექიმის, ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკის სახით; სტიგმასთან ბრძოლის კუთხით კლინიკის მომსახურე პერსონალმა სახელმწიფოსთან ერთად უნდა განახორციელოს პაციენტთა ადვოკატირება; მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვისთვის არსებითია ოჯახის მხარდაჭერა და პაციენტების გაძლიერება, როგორც მორალურად, ასევე ფსიქოლოგიურად.

## Anotation

There was conducted research within frameworks of summarizing MA course of social work. Research matter is definition of efficiency of C hepatitis elimination program in Georgia- from perspectives of patients. Research was conducted among respondents living in Tbilisi, several regions of Kvemo Kartli, Batumi and Borjomi. In investigation took part former and present patients participating in the program.

From literature review there were marked out the following questions: treatment process is connected to physical and psycho -social difficulties of patients, therefore they need network of strong support and sympathy; patients with C hepatitis are faced the whole range of challenges, they are quite marginalized group in the society; stigma connected to hepatitis causes anxiety and excess fear of transmitting, because of which patient can become reason of social isolation.

For study of these questions there was used featured method of research- phone interview. From results of research there was marked out the following: treatment is connected to psycho-social difficulties of patient; in order to overcome these difficulties it is necessary to add qualified personnel in the program- in person of doctor, psychologist and social worker; from the point of view of struggling with stigma clinic serving personnel shall advocate patients together with the state; for effectiveness of treatment process support of family is essential, as well as strengthening of patients, as morally, so psychologically.

## სარჩევი

ანოტაცია.....	2
Anotation .....	3
1. შესავალი.....	5
საკითხის აქტუალობა.....	8
ლიტერატურის მიმოხილვა .....	13
საქართველოში არსებული მდგომარეობა .....	28
კვლევის მიზანი და ამოცანები .....	32
კვლევის მეთოდოლოგია: .....	32
კვლევის შედეგების ანალიზი .....	34
დასკვნა და რეკომენდაციები .....	56
გამოყენებული ლიტერატურა .....	59
დანართი#1 .....	64
დანართი #2 .....	66

## 1. შესავალი

C-ჰეპატიტი არის ღვიძლის დაავადება, რომელიც გამოწვეულია C-ჰეპატიტის ვირუსით. ამ ვირუსს შეუძლია გამოიწვიოს ღვიძლის, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ინფექცია. ის შეიძლება იყოს მსუბუქად მიმდინარე და მხოლოდ რამდენიმე კვირა გაგრძელდეს, ან მძიმე ქრონიკული, რომელიც ადამიანს მთელი სიცოცხლის მანძილზე გაჰყვება. (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014).

C-ჰეპატიტი უსიმპტომო დაავადებაა, რომლის დიაგნოსტიკა მირითადად მძიმეა მაშინ, როდესაც ადამიანი ექიმს მიმართავს სხვა დაავადების გამო, ამიტომ დროული დიაგნოსტიკისთვის მნიშვნელოვანია ანალიზები. დაავადების განვითარება ინდივიდუალურია და განსხვავებულად შეიძლება წარმართოს თითოეული ადამიანისათვის. იმისათვის რომ პაციენტმა შეაჩეროს ვირუსის განვითარება, აუცილებელია ერთგვარად მისი ცხოვრების სტილის შეცვლა და გარკვეული წესების დაცვა.

C-ჰეპატიტი მსოფლიო ჯანდაცვის უაღრესად აქტუალური პრობლემაა და მისი მნიშვნელობა დღითიდღე იზრდება. C-ჰეპატიტსწამყვანი ადგილი უჭირავს მსოფლიო ავადობის, სიკვდილიანობის, ჰოსპიტალიზაციისა და შრომისუნარიანობის მაჩვენებლების დაქვეითების თვალსაზრისით.

ბოლო დრომდე ქრონიკული C-ჰეპატიტის სამკურნალოდ მიღებული ერთადერთი ეფექტური საშუალება პეგილირებული ინტერფერონის და რიბავირინის კომბინაცია იყო. რომელიც მთელ მსოფლიოში ე.წ. „სტანდარტული ორმაგი თერაპიის“ სახელწოდებითაა ცნობილი. „სტანდარტული ორმაგი თერაპიის“ ეფექტურობა და ხანგძლივობა მნიშვნელოვნად განსხვავებულია გენოტიპით ინფიცირებისას. დღესდღეისობით მკურნალობა ადრეულ ეტაპზეცაა შესაძლებელი. ხშირ შემთხვევაში მედიკამენტების მიღება და ზოგადად, მკურნალობის პროცესი ადამიანის სხეულში გარკვეულ ცვლილებებს იწვევს, რაც განაპირობებს ფიზიკურ სირთულეებსაც. პაციენტისთვის მნიშვნელოვანია ექიმისგან მიიღოს ინფორმაცია იმ საკითხებისა და ჩამონათვალის შესახებ, თუ რისი აკრძალვა არის მნიშვნელოვანი მკურნალობის

პროცესში. პაციენტისთვის აუცილებელია იმ ფაქტორების ცოდნა, რომელმაც შესაძლოა მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზემოქმედება მოახდინოს. ამიტომ, ხშირად, მკურნალობის დროს პაციენტებს უწევთ გარკვეულ ფაქტორებზე უარის თქმა, რომელიც გარკვეულწილად ცვლის კიდევ მათი ცხოვრების წესს.

ფიზიკურ სირთულეებთან და იმ აკრძალვებთან ერთად, რომლის დაცვა აუცილებელია მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვისთვის, ამ ყოველივეს თან ერთვის პაციენტის ფსიქო-სოციალური სირთულეებიც, რომელიც მკურნალობის პროცესის თანმხლები მოვლენაა.

C ჰეპატიტი წარმოადგენს დაავადებას, რომელიც იწვევს არამხოლოდ ღვიძლის დაზიანებას, არამედ, ასევე, ფსიქოლოგიურ, ოჯახურ და სოციალურ პრობლემებსაც.

ცნობა ვირუსული ჰეპატიტით დაავადების შესახებ თითქმის ყოველთვის ძლიერი სტრესია, რაც გამოწვეულია: C ჰეპატიტის შესახებ არასტრუქტურირებული შემაშფოთებელი ინფორმაციის არსებობით; პიროვნების ინდივიდუალური ფსიქოლოგიური თავისებურებებით; შფოთვითა და ცუდი განწყობით, რაც ხშირად ხელს უშლის ადამიანს ადექვატურად შეაფასოს სამედიცინო სიტუაცია, რაც შემდგომ სერიოზულ პრობლემად იქცევა. (Fried, 2002).

პაციენტები, რომელთაც აქვთ C -ჰეპატიტის ვირუსი საზოგადოებაში საკმაოდ მარგინალიზებული ჯგუფია. ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმა იწვევს ვნებათაღელვას და დაავადების გადადების მიმართ გაზვიადებულ შიშს, რის გამოც პაციენტი შეიძლება გახდეს სოციალური იზოლაციის მიზეზი. იმის გამო, რომ მკურნალობის პერიოდში პაციენტი ნაკლებად აკონტროლებს საკუთარ ქცევასა და ემოციებს, მნიშვნელოვანია ისეთი გარემოს შექმნა, სადაც იქნება მშვიდი ფონი და პოზიტიური განწყობა. მკურნალობის პროცესში გარკვეული სირთულეების დასაძლევად პაციენტისათვის აუცილებელია მეგობრების, ნათესავების, პარტნიორის, თანამშრომლების, ორგანიზაციების, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პერსონალებისგან მხარდაჭერა, რომლებიც ორიენტირებული უნდა იყოს მათ გამლიერებასა და თვითშეფასების ამაღლებაზე.

საერთაშორისო შეფასებებზე დაყრდნობით, საქართველოც C-ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2016 წლის მონაცემების მიხედვით ვირუსულ ჰეპატიტებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები აქტუალურია საქართველოშიც, აქედან გამომდინარე, 2015 წელი საქართველოში C-ჰეპატიტთან ბრძოლის წლად გამოცხადდა, შემუშავდა C-ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამა. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში შემუშავდა გადაუდებელ ღონისძიებთა გეგმა, რომლის ძირითადი მიზანია C-ჰეპატიტით გამოწვეული ავადობის, სიკვდილიანობის და ინფექციის შემცირება დაავადების პრევენციაზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ეტაპობრივი უზრუნველყოფით. (საქართველოს მთავრობა, 2015).

აღნიშნული ნაშრომის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ეფექტურობის განსაზღვრა - პაციენტების პერსპექტივიდან. მათი მხრიდან იმ სირთულეებისა და ბარიერების წარმოჩენა, რომელიც თავს იჩენს მკურნალობის პროცესში, ასევე, კვლევის პროცესში მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით იმ ფაქტორების შესწავლა და შესაბამისი ლიტერატურის ანალიზი, რაც ხელს უშლის ან პირიქით ეხმარება პაციენტებს C -ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართულობასა და მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვას.

## საკითხის აქტუალობა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანო) მონაცემებზე დაყრდნობით, დღეისათვის მსოფლიოში C-ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირებულია დაახლოებით 71 მილიონი ადამიანი. (World Health Organization,2017).

ყოველწლიურად მსოფლიოში მილიონი ადამიანი იღუპება ქრონიკული ჰეპატიტის და მასთან ასოცირებული ღვიძლის ციროზითა და კიბოს გამო. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2017 მონაცემებით C ვირუსული ჰეპატიტით ყოველწლიურად 399 000 ათასი ადამიანი იღუპება, დაავადება გავრცელებულია ყველა ქვეყანაში მაგრამ არათანაბრად (World Health Organization,2017).

C ჰეპატიტით მსოფლიოს დაახლოებით 3%-ია ინფიცირებული, თუმცა ვირუსის გავრცელება განსხვავებულია გეოგრაფიული რეგიონების თუ ქვეყნების მიხედვით. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაახლოებით 4 მილიონი ადამიანია ინფიცირებული, სამხრეთ და ცენტრალურ ამერიკაში 2001-2002 წლის მონაცემებით, C - ჰეპატიტის პრევალენტობა 6.3%-ია. (Uribe & Mendez-Sanchez, 2002). ხოლო ჩილეში 0,3% (Munoz et al., 1998). ევროპის სხვა ქვეყნებში C -ჰეპატიტის პრევალენტობა დაახლოებით 1%-ია. (Touzet et al., 2000)ბელგიაში 0.87, (Van Damme, 2002). იტალიაში 3,2%(Tiribelli, 2002).საფრანგეთში 1.3% (Pradat et al., 2001). ყველაზე ხშირად გავრცელებულია აფრიკაში, ცენტრალურ და აღმოსავლეთ აზიაში. (World Health Organization,2017).

C -ჰეპატიტის ვირუსული ინფექციის გადამცემი ძირითადი ფაქტორია სისხლი - ინფიცირება შესაძლოა მოხდეს პირსინგისა და ტატუირების ინსტრუმენტებით, რომლებიც დაბინძურებულია ავადმყოფის ან ინფექციის მატარებლის ინფიცირებული სისხლით, აგრეთვე სამართებლით, მანიკურის საშუალებებით, კბილის ჯაგრისითაც კი. მაგრამ სტატისტიკურად, ინფიცირება უმეტესად ინექციური ნარკოტიკების საერთო შპრიცით მოხმარებისას ხდება. ინფიცირების რისკი მაღალია თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში. სქესობრივი გზით C -ჰეპატიტის გადაცემა შესაძლებელია, მაგრამ გაცილებით იშვიათად. C - ჰეპატიტი არ გადაედება ჰაერწვეთოვანი გზით (საუბრისას, ცემინებისას, ნერწყვით), ხელის ჩამორთმევისას, მოხვევისას, საერთო ჭურჭლის

ხმარებისას. C-ვირუსით დაავადებულებს არ სჭირდებათ იზოლირება ოჯახის წევრებისა და საზოგადოებისგან.(Collins, & Swan, 2013).

C - ჰეპატიტის საინკუბაციო პერიოდი 2 კვირიდან 6 თვემდე გრძელდება. C - ჰეპატიტის სიმპტომები შესაძლოა არც კი გამოვლინდეს და დაავადება მხოლოდ მაშინ აღმოაჩინონ, როდესაც საქმე ციროზამდე მივა. რაც შეეხება სიმპტომებს, უმეტესად შეინიშნება ასთენია, სისუსტე, დაღლილობა, სიცხე, მადის დაქვეითება, ღებინება. მაგრამ ეს ნიშნები ძალზე არასპეციფიკურია. მხოლოდ ღვიძლის ციროზის დროს მოსალოდნელია სიყვითლე, მუცლის გარშემოწერილობის მომატება, სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავების გაჩენა და სხვა. (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2016).

### **რა ფაქტორები უწყობს ხელს C -ჰეპატიტის განვითარებას**

დაავადების განვითარება ინდივიდუალურია და განსხვავებულად შეიძლება წარიმართოს თითოეული ადამიანისათვის. იმისათვის რომ პაციენტმა შეაჩეროს ვირუსის განვითარება, აუცილებელია ერთგვარად მისი ცხოვრების სტილის შეცვლა და გარკვეული წესების დაცვა. მაგალითად, მკურნალობის პროცესში აკრძალულია ალკოჰოლური სასმელის მიღება, ალკოჰოლის მიღებამ შესაძლოა იმუნური სისტემა საბედისწერო შედეგებამდე მიიყვანოს, რადგან ის ხელს უწყობს ვირუსის გამრავლებას და ღვიძლის დაზიანებას. ამიტომ, პაციენტი, რომელიც მკურნალობის პროცესში ჩაერთვება აუცილებელია ალკოჰოლის მიღებისგან თავის შეიკავოს. ასევე, ყურადღება უნდა მიაქციოს ჯანსაღი ცხოვრების წესს: კვება დაბალანსებულად, ზედმეტი წონის თავიდან აცილება, სპორტით დაკავება, მეტი რაოდენობით სითხის მიღება, არანაირი წამლის მიღება პირადი ექიმის კონსულტაციის გარეშე. (World Health Organization, 2014).

### **C-ჰეპატიტის მკურნალობის საშუალებები**

ბოლო დრომდე ქრონიკული C ჰეპატიტის სამკურნალოდ მიღებული ერთადერთი ეფექტური საშუალება პეგილირებული ინტერფერონის და რიბავირინის კომბინაცია იყო. რომელიც მთელ მსოფლიოში ე.წ. „სტანდარტული ორმაგი თერაპიის“ სახელწოდებითაა ცნობილი. „სტანდარტული ორმაგი თერაპიის“ ეფექტურობა და ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად განსხვავებულია გენოტიპით ინფიცირებისას.

დღესდღეისობით მკურნალობა ადრეულ ეტაპზეცაა შესაძლებელი. იმ შემთხვევაში თუ გვაქვს C-ჰეპატიტის ვირუსის მე-2 ან მე-3 გენოტიპი, განკურნების ალბათობა 80%-ია. იმ შემთხვევაში თუ გვაქვს 1, მე-4, ან მე-5 გენოტიპი, მკურნალობის შედეგიანობა 50%-ზე მეტია. (Manns et al., 2001; Zeuzem, 2004).

ხშირ შემთხვევაში მედიკამენტების მიღება და ზოგადად, მკურნალობის პროცესი ადამიანის სხეულში გარკვეულ ცვლილებებს იწვევს, რაც განაპირობებს ფიზიკურ სირთულეებსაც.

### ***ფიზიკური სირთულეები***

C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში მედიკამენტების მიღება იწვევს გარკვეულ გვერდით მოვლენებსაც, მიუხედავად იმისა, რომ გვერდითი მოვლენები საკმაოდ მძიმეა, ისინი იშვიათად წარმოადგენენ სიცოცხლისთვის საშიშროებას.

მკურნალობის დროს თავს იჩენს შემდეგი: გრიპის მაგვარი სიმპტომები(მაღალი ტემპერატურა, ტკივილი, ციება, გულისრევის შეგრძნება) ეს სიმპტომები როგორც წესი ვლინდება ხოლმე ინექციის შემდეგ 2-დან 24 საათის განმავლობაში; სისუსტე (დაღლილობის შეგრძნება), მკურნალობის პროცესში დაღლილობის შეგრძნება ჩვეულებრივი მოვლენაა. ეს შეიძლება ანემიის (C -ჰეპატიტის მკურნალობის კიდევ ერთი გვერდითი მოვლენა)სიმპტომი იყოს. ეს ასევე შეიძლება დაკავშირებული იყოს საკვების არასაკმარისი რაოდენობით მიღებასთან; C -ჰეპატიტის მკურნალობისას ხშირია წონაში კლება. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს მადის დაკარგვით, დიარეითდა/ან გულისრევით. წონაში კლების თავიდან ასაცილებლად და ენერჯის შენარჩუნებისთვის ექიმები პაციენტებს ურჩევენ, რომ მცირე დოზით ხშირად მიიღონ საკვები; ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესმა შეიძლება კანთან დაკავშირებული პრობლემებიც გამოიწვიოს: კანის სიმშრალე, ქავილი, გამონაყარი. (Collins, & Swan, 2009).

მკურნალობის პროცესმა შესაძლოა გამოიწვიოს გემოვნების ცვლილება (დისგევზია), აღნიშნული შეიძლება მოიცავდეს პირში არასასიამოვნო გემოს ან მეტალის გემოს შეგრძნებას; *პირის სიმშრალე* - ეს შეიძლება იყოს კბილისმიერი ან ღრძილისმიერი პრობლემები; სუნთქვის უკმარისობა; ხველა; უძილობა - მკურნალობის დროს ძილის უკმარისობა ამძიმებს სხვა გვერდით მოვლენებს,

განსაკუთრებით მათ რომლებიც დაკავშირებულია პაციენტის შეგრძნებებთან და გუნება-განწყობილებასთან; C -ჰეპატიტის მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს ასევე სხვა გართულებებაც, როგორცაა თიროიდთან (ჰორმონების მარეგულირებელი) და მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემები. (Fordet al., 2007).

ზემოთთქმული ფიზიკური სირთულეები და მისი დაძლევის მექანიზმები ერთგვარად იწვევს პაციენტის ცხოვრების წესის შეცვლას, რომლის დაცვა მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვისთვის არსებითია.

### **ცხოვრების წესის შეცვლა**

პაციენტისთვის მნიშვნელოვანია ექიმისგან მიიღოს ინფორმაცია იმ საკითხებისა და ჩამონათვალის შესახებ, თუ რისი აკრძალვა არის მნიშვნელოვანი მკურნალობის პროცესში. პაციენტისთვის აუცილებელია იმ ფაქტორების ცოდნა, რომელმაც შესაძლოა მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზემოქმედება მოახდინოს. ამიტომ, ხშირად, მკურნალობის დროს პაციენტებს უწევთ გარკვეულ ფაქტორებზე უარის თქმა, რომელიც გარკვეულწილად ცვლის კიდევ მათი ცხოვრების წესს.

ცხოვრების წესის ზოგიერთ ცვლილებებს, განსაკუთრებით ალკოჰოლის შემცირებას, ან მასზე უარის თქმას, ასევე შეუძლია C-ჰეპატიტის პროგრესირების რისკის შემცირება. ისეთი ზოგადი ხასიათის ფაქტორები, როგორცაა მოწევის შეწყვეტა, სათანადო კვება და დასვენება და ვარჯიშიმნიშვნელოვანია ყველა პაციენტისთვის. (Collins, & Swan, 2013).

ჭარბი რაოდენობით ალკოჰოლის მიღება საზიანოა ღვიძლისთვის, მიუხედავად იმისა აქვს, თუ არ აქვს ადამიანს C -ჰეპატიტი. ჰეპატიტის შემთხვევაში ალკოჰოლი ზრდის ვირუსულ დატვირთვას, ასევე წამლების ზემოქმედებასაც ნაკლებად ეფექტურს ხდის. (World Health Organization, 2014).

ჯანსაღი და დაბალანსებული დიეტა არის მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობისთვის და ასევე, C -ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესშიც. სპეციფიური პროდუქტების რაციონიდან გამორიცხვას ღვიძლის შორსწასული დაავადების შემთხვევაში შესაძლოა უფრო მეტი მნიშვნელობა ჰქონდეს. (Morris, & Harris, 2011).

ექიმების რეკომენდაციით, მოწვევა მკურნალობის პროცესში მიზანშეწონილი არაა. არსებობს არაგამყარებული მონაცემები, იმის თაობაზე, რომ მოწვევას შეუძლია C-ჰეპატიტის პროგრესირების სტიმულირება. თუმცა ამ კვლევების მონაწილეების უმრავლესობა ასევე მოიხმარს ალკოჰოლს. (Collins, & Swan, 2013).

ფიზიკურ სირთულეებთან და იმ აკრძალვებთან ერთად, რომლის დაცვა აუცილებელია მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვისთვის, ამ ყოველივეს თან ერთვის პაციენტის ფსიქო-სოციალური სირთულეებიც, რომელიც მკურნალობის პროცესის თანმხლები მოვლენაა.

მკურნალობის პროცესი დაკავშირებულია როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ სირთულეებთან. ეს პროცესები იწვევს პიროვნების საკუთარ თავში ჩაკეტვას. ამ ყოველივეს დასაძლევად მათთვის აუცილებელია ვინმესთვის ემოციების გაზიარება, დარდისგან დაცლა. ამ სიტუაციაში მნიშვნელოვანია მხარდაჭერითი სისტემის როლი, რომელმაც უნდა გააძლიეროს პაციენტი, როგორც მკურნალობის პერიოდში, ასევე მისი დასრულების შემდგომ.

## ლიტერატურის მიმოხილვა

### მკურნალობის პროცესში ფსიქო-სოციალური ფაქტორები

როგორც ზემოთ ითქვა, მკურნალობის პროცესი დაკავშირებულია გარკვეულ ფიზიკურ სირთულეებთან, მათ შორის უძილობასთან, რომელიც ხშირად გუნება-განწყობილების ცვლილებასაც იწვევს. ზოგადად, ნებისმიერი სამედიცინო დიაგნოზი ადამიანში შეშფოთებას იწვევს. თუკი ჯანმრთელი ადამიანი დიაგნოზის დასმამდე თავს კარგად გრძნობდა, დაავადების გაგების შემდეგ მისი ემოციური მდგომარეობა საგრძნობლად იცვლება, ახალი ინფორმაციის მოწოდება შოკის მომგვრელია, რაც შემდგომ უკვე იწვევს დეპრესიას.

დეპრესიას ერთ-ერთი გვერდითი ეფექტი, რაც მკურნალობის პროცესის თანმხლები მოვლენაა. ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე უარყოფით ზეგავლენას ის მედიკამენტებიც ახდენს, რომლებიც ვირუსული ჰეპატიტის დასამარცხებლად მიიღება. ინტერფერონისა და რიბავირინის მიღებისას პაციენტს ეწყება დეპრესია. Interferon-ით მკურნალობის დროს დეპრესიის რისკი 23%-დან 44%-მდე იზრდება. Protease inhibitors - კი უფრო ამცირების დეპრესიის გავრცელებას. თუმცა, არის შემთხვევები, როდესაც მკურნალობის დაწყების პერიოდში დეპრესია მაშინვე არ იჩენს თავს, ხშირ შემთხვევაში ის შეუმჩნეველად მიმდინარეობს, მკურნალობის დაწყებიდან 4 ან 12 კვირამდე. C-ჰეპატიტის ვირუსის მქონე პაციენტთა 25% აღენიშნებათ დეპრესია, ჯანმრთელი მოსახლეობის ნაწილს, რომელთაც დეპრესია აწუხებს მხოლოდ 7%-ია. (Porter, 2013).

ვლინდება, რომ პაციენტების 1% დან 2% ჰქონიათ სუიციდური აზრები და მცდელობა, დეპრესიის მიზეზიდან გამომდინარე 2% მკურნალობაც შეწყვიტა. (Porter, & Franciscus, 2015). დეპრესიის სიმპტომები შეიძლება იყოს:

- მოწყენილობა
- ენერჯის ნაკლებობა
- გაღიზიანება, აღშფოთება
- მოუსვენრობა
- ხასიათის ცვლილება

- აპათიისა და უღირსობის განცდა
- უიმედობა
- კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება
- თვითმკვლელობის ფიქრები, ან მცდელობა
- წონაში დაკლება/მომატება
- უძილობა

იმის გათვალისწინებით, რომ C ჰეპატიტის მკურნალობა საკმაოდ ძვირია, ხშირად ეკონომიკური პრობლემები დეპრესიის დაწყების მიზეზიც ხდება, რადგან პაციენტს უიმედობა ეუფლება, რადგან ფინანსური მდგომარეობიდან გამომდინარე მკურნალობის საფასურის გადახდას ვერ შეძლებს. აქედან გამომდინარე, ვერც მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გახდება შესაძლებელი. ეკონომიკური და ჯანმრთელობის პრობლემები იწვევს სიბრაზეს, გაურკვევლობას.(Dan et al.,2006).

Cჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში დეპრესია განსაკუთრებით დამახასიათებელია იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები არიან, განიცდიან ფსიქოლოგიურ სირთულეებს. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების 60-90% არის Cჰეპატიტით ინფიცირებული. Pegylated interferon-alfa-სა და ribavirin-ით მკურნალობისას 30-80% აღნიშნებათ დეპრესია, შფოთვა, გაღიზიანება. (Schaefer, & Mauss, 2008).

დეპრესიის დასაძლევად მკურნალობის პროცესში ხშირად გამოიყენება ანტიდეპრესანტები. ბევრი პაციენტი ამბობს, რომ ანტიდეპრესანტების მიღების შემდეგ მათი ცხოვრების ხარისხი რადიკალურად შეიცვალა. თუმცა, ანტიდეპრესანტები მაშინვე არ მოქმედებს, მას სჭირდება გარკვეული დრო იმისათვის, რომ ეფექტურად იმოქმედოს. მაგრამ ექიმების მოსაზრებით, ანტიდეპრესანტების მიღებამ შესაძლოა ასევე შეასუსტოს ინტერფერონის ზემოქმედებაც, ამიტომ, თვითნებურად პაციენტის მხრიდან ანტიდეპრესანტების მიღება არარეკომენდირებულია.(Porter, 2013).

სპეციალისტები იძლევიან კარგვეულ რჩევებს, თუ რა უნდა გააკეთოს პაციენტმა დეპრესიის დასაძლევად. პირველი მეთოდი არის *საკუთარი თავის დახმარება*. ამისათვის პაციენტს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი ინფორმაცია ვირუსულ ჰეპატიტთან

დაკავშირებით. ზოგჯერ პაციენტი ისმენს, ან კითხულობს არასწორ მასალას, რაც მასში ზრის იმის შიშს, რომ მისი ვირუსი განუკურნებელია, არაფერი ეშველება. ინტერნეტში მოპოვებული ინფორმაციები ხშირად არასაიმედოა, ამიტომ მოსახლეობამ უნდა დააზუსტოს, თუ რამდენად სანდო წყაროს ეცნობა. (Strauss, & Teixeira, 2006).

*ძილი* - იქიდან გამომდინარე, რომ მკურნალობის დროს დამახასიათებელია უძილობა, მნიშვნელოვანია პაციენტმა სრულყოფილად ძილი შეძლოს, რაც მის დადებით გუნება-განწყობაზეც აისახება. (Porter, 2013).

*ალკოჰოლი*, *თამბაქო* უფრო ზრდის დეპრესიის სიმძაფრეს, ამიტომ მნიშვნელოვანია მკურნალობის პერიოდში პაციენტმა უარი თქვას მათ მოხმარებაზე. (Porter, 2013).

*შფოთვა* - ადამიანების უმრავლესობა ფიქრობს, რომ დეპრესია და შფოთვა მონეტის საპირისპირო მხარეს წარმოადგენს, მაგრამ სინამდვილეში ეს ყოველივე ერთდროულად მიმდინარეობს. შფოთვა თან ახლავს დეპრესიას. ამ დროს პაციენტი „აჟიტირებულ“ მდგომარეობაში იმყოფება, ახასიათებს რისხვა, მოუსვენრობა. ზოგ პაციენტს ეზრდება შემაშფოთებელი აზრდები. ხშირად კარგავენ კონტროლს, უჭირთ საკუთარი ემოციებისა და მოქმედებების გაკონტროლება, რაც გამოწვეულია მკურნალობის დროს მათში მიმდინარე ფიზიკური ცვლილებისგან. (Wessely, & Pariente, 2002).

*სტრესი* - დიაგნოზის დასმისას მაღალია სტრესი, განსაკუთრებით იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ინფექციის არსებობას არც კი მოელოდნენ, რადგან არ ჰქონიათ ისეთი ცხოვრებისეული გამოცდილება, რომელსაც შესაძლოა Cჰეპატიტით დაინფიცირება გამოეწვია. ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, რომელიც 2005 წელს ჩატარდა, სადაც მონაწილეობას 98 ახალ დიაგნოზდასმული პაციენტი იღებდა, კვლევის მონაცემებით გამოირკვა, რომ C ჰეპატიტის დიაგნოზის დასმა მათთვის უფრო მეტად სტრესული იყო, ვიდრე განქორწინება, ან შემოსავლის წყაროს დაკარგვა. (Sgorbini et al., 2009).

*მწუხარება* - C3კატიტის დიაგნოზის დასმის შემდეგ მწუხარება თითქმის ყველა პაციენტს ახასიათებს. ამ დროს პაციენტი საკუთარ თავში ეძებს პასუხს, თუ რით დაიშახურა ეს ყველაფერი, შეძლებს თუ არა გადარჩენას.( Sgorbiniet al., 2009).

*გალიზიანება* - მკურნალობის პროცესის ბუნებრივი თანმხლები მოვლენაა. ზოგადად, ადამიანი შეიძლება გაბრაზდეს კონკრეტულ პიროვნებაზე, ან ცხოვრების გარკვეული პერიოდის სირთულეების შესახებ. მკურნალობის პროცესში კი პაციენტის გაბრაზება გამოწვეულია მისი ვირუსული ინფექციის არსებობის გამო, იმის გააზრდებით, რომ მის ცხოვრებაში გარკვეული შეზღუდვები შეიძლება დაწესდეს. გამაღიზიანებელია ადამიანებისგან შეცოდების გრძნობაც, იმის შეხსენება, რომ მათ სიცოცხლეს შეიძლება საფრთხე დაემუქროს. (Danet al.,2006).

*დანაშაულის გრძნობა* - პაციენტი შესაძლოა თავს დამნაშავედ გრძნობდეს, იმის გამო რომ ვერ ახერხებს ადრინდელივით საკუთარი პოტენციალის წარმოჩენას და საზოგადოებაში თავისდამკვიდრებას. განიცდიან, რადგან მის ახლობლებს მასზე ზრუნვა უწევთ; ინფიცირებულ ადამიანს ახსენდება საკუთარი „ცოდვები“ და ეშინია გარშემომყოფთა მხრიდან განსჯისა და განკითხვის. (Younossi et al., 2007).

*შიში* - პაციენტი ხშირად განიცდის შიშს, თუ როგორი იქნება მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მიაღწევს თუ არა პროგრესს, მკურნალობის შედეგი იქნებათუ არა წარმატებული, თუ მის სიცოცხლეს კვლავ საფრთხე შეექმნება. ძირითადი შიში ამ დროს არის სიკვდილზე ფიქრი, შემდგომ უკვე საყვარელი ადამიანების დაკარგვის შიშიც(The Hepatitis C Trust, 2017).

ამ ფსიქოლოგიური წნეხიდან გამომდინარე პაციენტების ნაწილს ხშირად არ უჩნდებათ იმის სირვლილი, რომ ადამიანებთან კონტაქტი დაამყარონ, ერიდებიან საზოგადოების ნაწილთან შეხვედრას, ხშირად სახლში მარტო ყოფნასაც ამჯობინებენ. ზოგიერთ მათგანს ხალხთან შეხვედრა კიდევ უფრო აღიზიანებს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საზოგადოება აქცენტს მათ ვირუსულ ინფექციაზე აკეთებს. ამ დროს ხდება პაციენტთა საზოგადოებისგან სტიგმატიზაცია. (Younossi et al., 2007). სოციალურ ურთიერთობებში ისინი გრძნობენ:

- გაღიზიანებას

- უხასიათობას
- ეგოცენტრულობას
- შეუწყნარებლობას
- დადლილობას

*ჩაკეტულობა*- საკუთარ თავში ჩაკეტვა ასევე C3ეპატიტის მკურნალობის პროცესის გვერდითი ეფექტია, რომელიც პიროვნებისთვის შეიძლება საშიშიც გახდეს. ბევრი პაციენტი განიცდის სტიგმას არა მხოლოდ საზოგადოებისგან, არამედ საკუთარი ოჯახის წევრებისგანაც. ამის გამო ისინი ხშირად მარტო ყოფნას ამჯობინებენ და სოციალური კავშირებისგანაც თავს იკავებენ. არის შემთხვევები, როდესაც ოჯახის წევრებს, თანამშრომლებს, მეგობრებს აქვთ იმის შიში, რომ ვირუსული ინფექცია მათაც გადაედებათ, ეს გარკვეულწილად გამოწვეულია ვირუსული ინფექციის შესახებ ნაკლები ინფორმირებულობით, რადგან არ იციან ის ძირითადი ფაქტორები, რომლებიც ვირუსის გავრცელებას იწვევს. საზოგადოებისგან სტიგმატიზაცია ხდება ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზი, რის გამოც პაციენტები საკუთარ თავში იკეტებიან, მარტო ყოფნას ამჯობინებენ, მალავენ, რომ C3ეპატიტით არიან ინფიცირებული. (Stigma and discrimination around HIV and HCV in healthcare settings, 2012).

მარტოსულობის შეგრძნება ნებისმიერი დაავადების დასამარცხებლად უარყოფითად აისახება, პაციენტს აქვს შეგრძნება, თითქოს მისი არავის ესმის, ამიტომ თავისთვის, მარტო ყოფნას ამჯობინებს, რაც მკურნალობის პროცესს ნაკლებად ეფექტურს ხდის. სპეციალისტების მოსაზრებით, მარტო ყოფნა და საკუთარ თავში ჩაკეტვა მკურნალობის პერიოდში უარყოფით გავლენას ახდენს, როგორც ინდივიდის ფსიქოლოგიურ, ასევე მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზეც. (Porter, 2013).

სამწუხაროდ, იმ ფსიქოლოგიურ სირთულეებს, რომლებსაც პაციენტები მკურნალობის პროცესში განიცდიან, თან ერთვის საზოგადოებაში არსებული სტიგმაც, რომელიც თრგუნავს პიროვნების შინაგან სამყაროს და კიდევ უფრო ამძაფრებს მის მარტოსულობის განცდას.

## **სტიგმა**

პაციენტები, რომელთაც აქვთ C-ჰეპატიტის ვირუსი საზოგადოებაში საკმაოდ მარგინალიზებული ჯგუფია.

ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმა იწვევს ვნებათაღელვას და დაავადების გადადების მიმართ გაზვიადებულ შიშს, რის გამოც პაციენტი შეიძლება გახდეს სოციალური იზოლაციის მიზეზი. საზოგადოებისგან განიცდიან სტიგმას, განსაკუთრებით ის პაციენტები, რომლებიც მავნე ნივთიერებებზე არიან დამოკიდებული; მამაკაცები, რომელთაც სექსუალური ურთიერთობა იმავე სქესის წარმომადგენელთან აქვს; პატიმრები; მიგრანტები; (კერძოდ, სამხრეთ აზიისა და აღმოსავლეთ ევროპის მოსახლეობა). მაშინ როდესაც დიაგნოზის დასმა ხდება, ამ ვირუსის შესახებ ინფორმაციის გააზრება მათთვის დიდი ტვირთია, რომელთან ერთად ცხოვრებისეული ბარიერებისა და ფსიქოლოგიური სირთულეების გადალახვა უწევთ.(Sgorbini et al., 2009). ამ დროს ხდება თვითშეფასების დაქვეითება, უჩნდებათ სირცხვილისა და დანაშაულის გრძნობა, ამას ემატება საზოგადოებაში არსებული სტიგმაც:

*„სტიგმა ეს არის უხილავი კონცეფცია, რომელიც შენშია. თითქოს დამალულია, მაგრამ იცი რომ რეალურია. ის შენში ზის და მოქმედებს შენს აზრებსა და ქმედებებზე.“ (Gore, 2016. p.4)*

პაციენტები გაურბიან ღიად იმის თქმას, რომ C-ჰეპატიტი აქვს, თითქოს ამ თემას ტაბუს ადებენ:

*„ცხოვრობდე C-ჰეპატიტის ვირუსთან ერთად არ არის ადვილი, მითუმეტეს როდესაც ამის გამო გრცხვენია, საზოგადოებაში ვერ გაამხელ. ჩემი ავადმყოფობის შესახებ მხოლოდ ჩემმა პარტნიორმა იცის.“ (Gore, 2016. p.4)*

The American gastrointestinal association-მ ჩაატარა კვლევა საზოგადოების დამოკიდებულებასა და ცნობიერებაზე C-ჰეპატიტის ვირუსთან მიმართებაში. გამოკითხვაში მონაწილეობდა 500 ინფიცირებული პაციენტი და 1,230 ჯანმრთელი ადამიანი. კვლევაში გამოვლინდა, რომ C-ჰეპატიტით ინფიცირებულ პაციენტთა 74% მიიჩნევდა, რომ ეს ინფექცია მხოლოდ ავადმყოფ ადამიანებს, ან მავნე ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პიროვნებას შეიძლებოდა ჰქონოდა. მაგრამ, როდესაც არაინფიცირებული ადამიანები გამოკითხეს, მხოლოდ 30% იზიარებდა მსგავს

მოსაზრებას. კვლევის შედეგებიდან გამოჩნდა, რომ ინფიცირებულ ადამიანთა უმრავლესობას აქვს სტიგმის გამოცდილება, უამრავ არაინფიცირებულ პიროვნებას კი აქვს არასწორი წარმოდგენა C-ჰეპატიტის ვირუსთან დაკავშირებით. (WEBMD, 2016).

მკურნალობის პროცესში და ასევე მკურნალობის დასრულების შემდგომ, პიროვნების საზოგადოებაში ინტეგრაციისთვის მნიშვნელოვანია სახლიდან გარეთ გასვლა და მუშაობა, ამას კვლევებიც ადასტურებს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია პიროვნების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის სამსახური და ხალხთან ურთიერთობა.

საზოგადოებისგან მინიჭებული „სტატუსი“ ინდივიდებს ხელს უშლის ცხოვრების ხარისხის გამოუჯობესებასა და კარგად ყოფნაში, რაც ასევე აფერხებს მათი მკურნალობის პროცესის ეფექტურობას. სტიგმა უარყოფით გავლენას ახდენს მათ თვითშეფასებაზე, ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობაზე, დასაქმებასა და სოციალურ ურთიერთობებზე. ეს არის ერთ-ერთი ის ძირითადი ბარიერი, რომელიც ინდივიდს აფერხებს ტესტირება ჩაიტაროს და შემდგომ უკვე მკურნალობის პროცესს შეუდგეს. (Harris, & Richters, 2006).

ყოფილი წამალდამოკიდებულების ან ამდროინდელი ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლები განსაკუთრებით განიცდიან საზოგადოებისგან სტიგმატიზაციას, რაც კიდევ უფრო ართულებს მათ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას. საზოგადოებაში არსებულ სტიგმაზე, რომელიც განსაკუთრებით ინექციურ ნარკოტიკის მომხმარებლებს უკავშირდება, ამასთან დაკავშირებით ავსტრალიაში 2001-2002 წელს ჩატარეს კვლევა, სადაც მონაწილეობა 504 C-ჰეპატიტით ინფიცირებულმა ადამიანმა მიიღო.

კვლევის ინტერესს წარმოადგენდა გაერკვიათ, თუ როგორია ცხოვრება C-ჰეპატიტით, რამდენად განიცდიან პაციენტები საზოგადოებისგან დისკრიმინაციას. ნახევარზე მეტმა 57.5%-მა (290 მონაწილეზე მეტი) განაცხადა, რომ C-ჰეპატიტით ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებისას დაინფიცირდნენ. დისკრიმინაციის ფაქტები მონაწილეთა 64.7%-მა (326 მონაწილე) გაიხსენა. ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლები განსაკუთრებით მძაფრად საუბრობენ საზოგადოებისგან

გარიყულობასა და სტიგმაზე, რომლებიც სახლში ყოფნას უფრო ამჯობინებდნენ, ვიდრე გარეთ გასვლას და ადამიანებთან ურთერთობას. (Treloar,& Bryant, 2006).

სამწუხაროდ, ინფიცირებული ადამიანები არა მარტო საზოგადოებისგან განიცდიან სტიგმას, არამედ საკუთარი ოჯახის წევრებისგანაც. რაც ხშირად დაკავშირებულია ჰეპატიტის შესახებ ნაკლებ ინფორმირებულობასთან, რადგან ოჯახის წევრების მხრიდან არის იმის შიში, რომ ვირუსი მათაც გადაეღებათ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 257 მონაწილიდან 147 ჰქონდა სტიგმატიზაციის გამოცდილება, რომელთაგან 48% თავს მარტოსულად,თავიანთი ოჯახისგან გარიყულადგრძნობდა. კვლევაში მონაწილეები იხსენებენ, რომ მათ საკუთარი ოჯახის დატოვებაც მოუწიათ, რადგან ოჯახის წევრებს ეშინოდათ, რომ ისინიც C-ჰეპატიტით დაინფიცირდებოდნენ. (Zickmund et al., 2003).

C -ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის გაზრდა, დამოკიდებულებისა და ქცევის შეცვლა საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტების იზოლაცია, მოხდეს მკურნალობის შეწყვეტის პრევენცია და გაუმჯობესდეს მკურნალობაზე დამყოლობა. ამ მიზნის მისაღწევად კი დიდი როლი აკისრიათ სამედიცინო დაწესებულებებსა და მომსახურე პერსონალის ჩართულობასაც.

### **მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია**

სტიგმის შედეგია ის, რომ პაციენტები საზოგადოების დანარჩენილი ნაწილისგან თავს გარიყულად გრძნობენ, თითქოს ეშინიათ კიდევ, რომ მათი არსებობით სხვას ზიანს მიაყენებენ. სამწუხაროდ, ბევრი პაციენტი განიცდის სტიგმას არა მხოლოდ საზოგადოებისგან, არამედ, თავად საავადმყოფოს მომსახურე პერსონალისგან.

რეალურად, დისკრიმინაციის შემთხვევები უფრო მეტია, ვიდრე ეს ლიტერატურაში აისახება ხოლმე, რადგან პაციენტები ვერ ამხელენ მომსახურე პერსონალის მხრიდან უგულვებელყოფასა და მათ მიმართ ნეგატიურ დამოკიდებულებას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 147 ადამიანს სტიგმის გამოცდილება ჰქონდა, აქედან 30% სტიგმატიზაციის მაგალითსთავად მომსახურე პერსონალისგან ასახელებს. (Zickmundet al.,

2003).სამედიცინო დაწესებულება აღმოჩნდა ის გარემო, სადაც ეს 30% ყველაზე მეტად გრძნობდა გარიყულობასა და მათდამი უნდობლობას.

C-ჰეპატიტისა და ინექციურ წამალდამოკიდებულებას შორის ცნობილი კავშირის გამო, დაავადების სტატუსი ინფიცირებული პირების სტიგმატიზებას ახდენს. კვლევები ცხადყოფს, რომ მომსახურე პერსონალი ინექციურ ნარკოტიკების მომხმარებლებს უყურებენ როგორც საშიშ, მატყუარა ინდივიდებს და მათ მიმართ უფრო მეტად მომთხოვნებიც არიან. ის ინფიცირებული პაციენტები, რომლებიც არასდროს ყოფილან ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები კვლევებში მაინც აცხადებენ, რომ მომსახურეპერსონალის მხრიდან მათ მიმართ დამოკიდებულება იდენტური იყო, როგორც ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების შემთხვევაში. სამწუხაროდ, არის შემთხვევები, როდესაც მომსახურე პერსონალის ნეგატიური დამოკიდებულების გამო, პაციენტს მკურნალობის პროცესის გაგრძელების სურვილი აღარ აქვს. (NSW Ministry Of Health, 2012).

იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტი განიცდის სტიგმატიზაციას საზოგადოების დიდი ნაწილისგან, მომსახურე პერსონალის როლი პაციენტის უფლებების დაცვაც უნდა იყოსდა აქცენს არა მარტო მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, არამედ ფსიქოლოგიური სირთულეების დაძლევის კუთხითაც უნდა აკეთებდეს. ამისათვის კი აუცილებელია პერსონალის შერჩევისას მათი კვალიფიკაციის გათვალისწინება. მაგალითად, ავსტრალიაში ჯანმრთელობის სამინისტროს 2014-2017 წლების სამოქმედო გეგმაში გათვალისწინებულია მომსახურე პერსონალის მუდმივი გადამზადება და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება, იმ მიზნისთვის, რომ ინფიცირებულ ინდივიდებს მიაწოდონ ხარისხიანი მომსახურება და რაც მთავარია, არ მოხდენს მათი სტიგმატიზაცია თავად მომსახურე პერსონალისა და კლინიკების მხრიდან. (Australian Government, 2014).

მაგალითისათვის, ერთ-ერთი პაციენტის მოსაზრება, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი იყო მომსახურე პერსონალისთანადგომა:

*„კლინიკის მომსახურე პერსონალის გუნდი ყველანაირად მარწმუნებდა, რომ ჩემი ვირუსი დაძლეული იქნებოდა, მკურნალობის პროცესში ჩემი მონაწილეობის როლიც*

საკმაოდ გაზარდეს, ვიყავი აქტიური და თავს ისე ვგრძნობდი, თითქოს მათი გუნდის ნაწილი მეცვახლდით. მარწმუნებდნენ, რომ ჩვენ ერთად ამ ვირუსს აუცილებლად დავამარცხებდით და ასეც მოხდა. (Gore, 2016. p.6).

სოციალური მუშაკი- სოციალური სამუშაოს დარგი, კეთილდღეობის გაუმჯობესების მიზნით, ხელს უწყობს სოციალურ ცვლილებებს, ადამიანთა ურთიერთობის პრობლემების მოგვარებას, ხალხის გათავისუფლებასა და გაძლიერებას. ადამიანის ქცევისა და სოციალური სისტემების თეორიების გამოყენებით, იგი ერევა ადამიანისა და მისი გარემომცველი სამყაროს ურთიერთობაში. ადამიანის უფლებებისა და სოციალური სამართლიანობის პრინციპები ფუნდამენტურია სოციალური სამუშაოსთვის.(შატბერაშვილი, 2011). ამ განმარტების თანახმად, სოციალური მუშაობა განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს ადამიანთა უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვაზე. პროფესია ფოკუსირებულია ინდივიდების კეთილდღეობაზე, შესაბამისად, C-ჰეპატიტით ინფიცირებული პაციენტები, რომელთაც ხშირ შემთხვევაში არ ძალუძთ თავიანთი უფლებების დაცვა დამოუკიდებლად, უჭირთ გარკვეულ სერვისებში ჩართვა, საზოგადოებაში ინტეგრაცია, მათ სჭირდებათ გაძლიერება და სტრუქტურების დახმარება. ერთ-ერთი ასეთი გახლავთ სოციალური მუშაობა.

ზოგადად სოციალური მუშაკის როლი პიროვნების გაძლიერებაზე, მისთვის შესაბამისი რესურსების მოძიებასა და მხარდაჭერაზეა ორიენტირებული. C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში სოციალური მუშაკის როლი წარმოჩენილია, როგორც ინდივიდის გაძლიერებაზე და მისთვის საჭირო რესურსების მოძიებაზე, როგორც შეიძლება იყო ფინანსური თანხა, რომელიც მკურნალობისთვის ესაჭიროება; მონაწილეობას იღებს ისეთი პოლიტიკის შემუშავებაში, რომელიც მხარს უჭერს პაციენტის ღირსებასა და თავმოყვარეობას; სოციალურ მუშაკებს განმანათლებლის როლიც აკისრიათ, პაციენტებს აწვდიან ინფორმაციას ინფექციის პრევენციისა და ყოველდღიური ბაზისური საჭიროებების შესახებ; ეწევიან ადვოკატირების; ეხმარებიან სერვისების მოძიებაში და მონაწილეობას ღებულობენ პაციენტის მკურნალობის პროცესის გეგმის შემუშავებაში. (Tomaszewski, 2011).

2014 წლის ვირუსული ჰეპატიტის საერთაშორისო კონფერენციაზე წარმოთქმულ იქნა მოსაზრება, თუ რა როლი აკისრია სოციალურ მუშაკს C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვისთვის. გაჟღერდა მოსაზრება, რომ სოციალურ მუშაკებს აქვთ შესაბამისი ცოდნა და ძალა იმისათვის, რომ C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინალური ჯგუფის მუშაობა უფრო მეტად ნაყოფიერი და ეფექტური გახადოს. აქვთ შესაბამისი კვალიფიკაცია, რომ პაციენტი გააძლიეროს, ხელი შეუწყოს ინდივიდისა და სამედიცინო პეროსანილის ურთიერთობების გაღრმავებას, შეეცადოს იმ პაციენტების საზოგადოებაში ინტეგრაციას, რომლებიც საზოგადოებისგან მარგინალიზებული არიან. გააძლიეროს ისინი, როგორც მორალურად, ასევე ფინანსურად. წარმოაჩინოს პაციენტის ის უნარები, რომელსაც ის ფლობს. დაეხმაროს ოჯახური, სამსახურეობრივი ურთიერთობების მოგვარებაში, შეეცადოს პაციენტი უფრო მეტად კონტაქტური გახდეს და ნაკლებად სცხვენოდეს მისი ვირუსული ინფექციის შესახებ. (Medscape, 2014).

*ფსიქოლოგი* - როგორც სხვა დაავადებების შემთხვევაში, ასევე C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესშიც ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ფსიქოლოგებს დიდი როლი აკისრიათ პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში. იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს მკურნალობის დაწყებიდან პირველ კვირაში ეწყებათ გარკვეული სირთულეები (დაღლილობა, უძილობა, თავის ტკივილი, გაღიზიანება) იწვევს პაციენტის შეშფოთებას, პაციენტი ვერ აკონტროლებს საკუთარ ქცევასა და ემოციებს, ეწყება დეპრესია. ამ შემთხვევაში აუცილებელია ფსიქოლოგის ჩართულობა და კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდის გამოყენება, რათა მოხდეს მისი ემოციური მდგომარეობის დარეგულირება, სტრესის დაძლევა და იმ უნარების გამომუშავება, რომელიც დაეხმარება მკურნალობის პროცესის სირთულეების დაძლევაში. (Evon et al., 2013).

ხშირ შემთხვევაში ოჯახის წევრები ვერ ახერხებენ პაციენტების თანადგომას, რადგან ეს ყოველივე გარკვეულ ბარიერებთანაც არის დაკავშირებული. არ იციან შესაბამისი ინფორმაცია ვირუსული ინფექციის შესახებ და აქვთ იმის შიში, რომ დაავადება შეიძლება მათაც გადაედოთ. ამ შემთხვევაში, ფსიქოლოგი დიდ როლს

თამაშობს პაციენტისა და ოჯახის წევრების ურთიერთობების დარეგულირებაში. მას შეუძლია ოჯახს ადექვატური ინფორმაცია მიაწოდოს, თურა რისკები არსებობს ვირუსის გავრცელების. ასევე, ცხოვრების წესის შეცვლასთან დაკავშირებული საკითხებიც, როგორც ზემოთ ითქვა, მკურნალობის პროცესში პაციენტს გარკვეული წესების დაცვა ევალება. მაგალითად, დიეტის დაცვა, მეტი სითხის მიღება, ნაკლები ფიზიკური დატვირთვა, ამ ყოველივეს შესრულებში პაციენტისთვის ოჯახის წევრების დახმარებას გადამწყვეტი როლი აქვს. (Caudhary, & Sharma, 2016).

ფსიქოლოგები ასევე ერთვებიან პაციენტის სოციალური ურთიერთობების დარეგულირებაში, როგორც შეიძლება იყოს პაციენტისთვის მეგობრებთან უფრო მეტი კონტაქტი, იმისთვის რომ მოხდეს პაციენტის განტვირთვა და ემოციური დაძაბულობის მოხსნა მნიშვნელოვანია მეგობრების წრეში ყოფნა და დარდისგან დაცლა. (Evon et al., 2013).

### **მხარდაჭერითი სისტემის როლი**

როგორც ზემოთ ითქვა, მკურნალობის პროცესი დაკავშირებულია, როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ სირთულეებთან. იმის გამო, რომ მკურნალობის პერიოდში პაციენტი ნაკლებად აკონტროლებს საკუთარ ქცევასა და ემოციებს, მნიშვნელოვანია ისეთი გარემოს შექმნა, სადაც იქნება მშვიდი ფონი და პოზიტიური განწყობა. მკურნალობის პროცესში გარკვეული სირთულეების დასამლევადა პაციენტისათვის აუცილებელია მეგობრების, ნათესავების, პარტნიორის, თანამშრომლების, ორგანიზაციების, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პერსონალებისგან მხარდაჭერა, რომლებიც ორიენტირებული უნდა იყოს მათ გაძლიერებასა და თვითშეფასების ამაღლებაზე.

მხარდაჭერ სისტემას მნიშვნელოვანი როლი აქვს პაციენტის ემოციურ მდგომარეობაზე, თუ პაციენტის ირგვლივ მშვიდი, მოსიყვარულე ხალხია, ის ახერხებს ვიღაცას, ან რაღაცას მოეჭიდოს, ძალა მოიკრიბოს, ბალანსი აღადგინოს და ფეხზე წამოდგენს. განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ის მკურნალობის პროცესს გადის. (Porter, 2012).

ოჯახის მხარდაჭერა - მკურნალობის პროცესში პაციენტის მნიშვნელოვანია ოჯახის წევრების მხარდაჭერა. ეს გარკვეულ სირთულეებთანაც არის დაკავშირებული, რადგან როდესაც პაციენტი თავს ცუდად გრძნობს, გაღიზინებულია, ამას ოჯახის წევრებიც ხედავენ. ამ დროს ოჯახის წევრების ნებისყოფიც არსებითია, რათა თავად მათ შემდონ საკუთარი ემოციების გაკონტროლება და ინფიცირებული ადამიანის გაძლიერება. ღია ურთიერთობა და მათთან ხშირი საუბარი არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი, იმისათვის რომ გავიგოთ, თუ რას განიცდის ის. თუმცა სპეციალისტების მოსაზრებით, პაციენტის მხრიდან არ უნდა ველოდეთ ბოლომდე გახსნილობას, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ინდივიდი ინფიცირებამდეც არ იყო კომუნიკაბელური და უშუალო, ასეთი ადამიანები მკურნალობის პროცესში კიდევ უფრო იკეტებიან და ოჯახის წევრებთანაც საუბრისაგან თავს იკავებენ. მაგრამ, არსებობენ ადამიანთა კატეგორია, რომელთაც საუბარი და საკუთარი გრძნობების გამოხატვა ესაჭიროებათ, ამ დროს კი ოჯახის წევრები წარმოადგენენ ძლიერ თანადგომის ქსელს, რადგან საყვარელი ადამიანების გვერდში დგომას უფრო მეტად ეხმარება პაციენტს, რომ მკურნალობის პროცესი უფექტურად წარმატოს. ინტერფერონის მიღების დროს დამახასიათებელია დეპრესია, ამიტომ სპეციალისტები გვირჩევენ, თუკი ვართ პაციენტის ოჯახის წევრი, ან მეგობარი, ჩვენ უნდა გავხდეთ მისი ძლიერი რგოლი, რომელიც გააძლიერებს და დაეხმარება მკურნალობის პროცესისთვის დამახასიათებელი სირთულეების დაძლევაში. იმ პერიოდში, როდესაც მედიკამენტები იწყებს მოქმედებას მნიშვნელოვანია მათთან ხშირი საუბარი, სუფთა ჰაერზე გასეირნება, ან პაციენტის ექიმთან კონსულტაცია და მასთან ერთად ალტერნატიული გზების მოფიქრება. (Porter, & Franciscus, 2015).

აქედან გამომდინარე, ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია დეპრესიის შემცირებისთვის, როგორ შეგვიძლია მათ დავეხმაროთ? სპეციალისტები გვთავაზობენ შემდეგ ალტერნატივას: ვუყუროთ მათთან ერთად ფილმებს; ხშირად ვისეირნოთ სუფთა ჰაერზე; მონაწილეობა მივიღოთ სპორტულ აქტივობებში; მკურნალობის დროს პაციენტების ნაწილს ექმნება კითხვის პრობლემა, ასეთ შემთხვევაში პაციენტთან ერთად წავიკითხოთ მისთვის სასურველი წიგნები;

მოვუსმინოთ მუსიკას და რაც მთავარია, არ განვიკითხოთ ვირუსული ინფექციის გამო, რადგან ეს კიდევ უფრო თრგუნავს პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას. (Porter, 2012).

პაციენტის ოჯახის წევრებისა და მეგობრებისგან თანადგომა, სიყვარულის გრძნობა და მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია მკურნალობის პროცესის ეფექტურად წარმართვისთვის. იქიდან გამომდინარე, რომ პაციენტების ნაწილი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო კარგავს სამსახურს, უჭირს მკურნალობისთვის საჭირო თანხის გადახდაც, ამ დროს ოჯახის ფინანსური მხარდაჭერაც მეტად მნიშვნელოვანი ხდება, რადგან ძლიერი თანადგომის ქსელის გარეშე ინდივიდი ვერ შეძლებს მკურნალობის წარმატებით გაგრძელებასა და დასრულებას.(Tsai et al., 2016).

2016 წელს BMC health Services Research-მაჩაატარა კვლევა C-ჰეპატიტით ინფიცირებულ პაციენტებთან. ერთი-ერთი რესპოდენტის მოსაზრება, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა მისთვის ოჯახის თანადგომას:

*„კალატოზი ვიყავი, როდესაც მკურნალობა დავიწყე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო სამსახურში სიარული გამიჭირდა, აქედან გამომდინარე, სამსახურიდან წასვლაც მომიწია. რაც ჩემს ფინანსურ მდგომარეობაზე უარყოფითად აისახა. ჩემს გოგონას ტვირთად დავაწეე, ის უზრუნველყოფდა ყოველდღიურ დანახარჯებსა და მკურნალობის საფასურის გადახდას“.* (Tsai et al.,p8).

კიდევ ერთი მონაწილე გამოხატავს მადლიერებას მისი ოჯახის წევრებისა და ექიმების მიმართ, რომლებიც მკურნალობის პროცესში როგორც მორალურად, ასევე ფინანსურად აძლიერებდნენ:

*„როდესაც კლინიკაში მივედი ჩემი მდგომარეობის გამო ექიმი ძალიან შეწუხდა, ყველანაირად ცდილობდა ჩემს დამშვიდებას. ჩემი შვილი სახლიდან შორს მუშაობდა, მაგრამ ყოველ დღე მირეკავდა, მამხნევებდა. ჩემი მდგომარეობის გამო სამივე შვილი შემფოთებული იყვნენ , მათგან დიდ სითბოსა და სიყვარულს ვგრძნობდი“.* (Tsai et al.,p3).

თუკი ოჯახის წევრი გაიგებს, რომ არსებობს მხარდაჭერითი ჯგუფები, სადაც მსგავსი პრობლემის პაციენტები იკრიბებიან, აუცილებელია მოხდეს ინდივიდის

წახალისება, რათა მონაწილეობა მიიღოს ასეთ აქტივობებში. ამ ჯგუფებში ჩართულობის მიზანი არის ის, რომ მოხდეს საკუთარი გრძნობების, სიბრაზისგან დაცლა და საზოგადოებაში ინტეგრაცია. (Morris, & Harris, 2011). მაგალითად, ინგლისში შექმნილია სპეციალური ორგანიზაციები, რომლებიც ფუნქციონირებს იმ მიზნისთვის, რომ პაციენტმა მკურნალობის პროცესში თავი კომფორტულად იგრძნოს, მიიღოს შესაბამისი ინფორმაცია ვირუსული ინფექციის და მისი დაძლევის მექანიზმების შესახებ. გარკვეული ჯგუფები, რომელთაც ერთი პრობლემა აერთიანებს იკრიბებიან, ერთმანეთს საკუთარ გამოცდილებას უზიარებენ, ხდება მათ პრობლემებზე ღიად საუბარი. ერთ-ერთი ასეთი ორგანიზაციაა - „The International Network of people who use drugs“, შექმნილია მათთვის, ვინც მავნე ნივთიერებებზეა დამოკიდებული და ამავე დროს აქვს C-ჰეპატიტი. მუშაობენ გუნდურად, იმისათვის რომ დაიცვან ადამიანთა უფლებები, განსაკუთრებით მათი, ვინც ნარკოტიკებს მოიხმარს, ერთად სწავლობენ ზიანის შემცირების ზომებს. ასევე „The Hepatitis C Trust“, ორგანიზაცია, სადაც იქმნება სპეციალური პროშურები, გვიზიარებენ თითოეული პაციენტის ინდივიდუალურ გამოცდილებას, პაციენტებს აწვდის მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებულ რჩევებს, ქმნის ადამიანთა ჯგუფს, რომლებიც ერთიანი ძალებით ცდილობენ ერთმანეთის გაძლიერებას, საკუთარი უფლებების დაცვას და მხარდაჭერითი ჯგუფების ჩამოყალიბებას. (Morris, & Harris, 2011).

როგორც უკვე არაერთხელ აღინიშნა, C -ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში გარკვეული სირთულეების დასაძლევად აუცილებელია პაციენტს გაეწიოს სრულყოფილი და დროული მომსახურება. მიდგომა აუცილებლად მოითხოვს პროფესიონალთა და დაწესებულებათა კოორდინირებულ მოქმედებას, რაც ხელს უწყობს მკურნალობის პროცესის სრულყოფილად წარმართვას.

როგორც ლიტერატურის მიმოხილვიდან გავიგეთ, მკურნალობის პროცესი დაკავშირებულია მთელ რიგ გამოწვევებთან, რომლის დასაძლევად აუცილებელია პაციენტის გაძლიერება და მისი მხარდაჭერა, როგორც ოჯახის, ასევე სახელმწიფოს მხრიდან.

## საქართველოში არსებული მდგომარეობა

### პრობლემის განსაზღვრა

C -ჰეპატიტის ვირუსული ინფექციის გავრცელების პრობლემა საქართველოშიც აქტუალურია. 2012 წელს ჩვენს ქვეყანაში C -ჰეპატიტის 1864 შემთხვევა, 2013 წელს 2026 შემთხვევა დაფიქსირდა. C-ჰეპატიტის ინციდენტობა წინა წელთან შედარებით გაიზარდა 7,7%-ით, დაავადების როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ფორმის შემთხვევათა ხარჯზე. (კაციტაძე და სხვა, 2015).

ეროვნული სტატისტიკის მიხედვით 2014 წელს საქართველოში დარეგისტრირდა C -ჰეპატიტის 2 647 შემთხვევა, რომელთაგან 226 (8.5%) იყო მწვავე. მწვავე და ქრონიკული C -ჰეპატიტის აღრიცხული შემთხვევები ყველაზე ხშირია 30-59 და 20-29 ასაკობრივ ჯგუფებში. ასაკობრივი გადანაწილების მხრივ შემთხვევათა განაწილება წლების განმავლობაში უცვლელია. ეპიდზედამხედველობის მონაცემების სიმწირის მიუხედავად, C -ჰეპატიტით ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ უფრო ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები არიან. (კაციტაძე და სხვა, 2016).

2015 წელს ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მიხედვით, ზრდასრული მოსახლეობის ზოგად მოსახლეობაში C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე დადებითია ქვეყნის მოსახლეობის 7.7%, ხოლო C -ჰეპატიტით აქტიური ფორმით დაავადებული არის ქვეყნის მოსახლეობის 5.4%. დაავადების მძიმე ტვირთიდან გამომდინარე, საქართველოს მთავრობამ საერთაშორისო პარტნიორების აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების, ფარმაცევტული კომპანია „გილუადის“ და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) - აქტიური მხარდაჭერით, მიზნად დაისახა ქვეყანაში ეპიდემიის ელიმინაცია, რის შედეგადაც საქართველო გახდა მსოფლიოში ერთ-ერთი პირველი სამოდელო ქვეყანა. (საქართველოს მთავრობა, 2015). საქართველოს მთავრობასა და აშშ შორის გაფორმდა ხელშეკრულება. კომპანიამ პასუხისმგებლობა აიღო, საქართველოს უსასყიდლოდ მიაწოდოს ძვირადღირებული სამკურნალო საშუალებები, ვირუსის სრული ელიმინაციის მიღწევის მიზნით.

2015 წლის 20 აპრილს საქართველოს მთავრობის #169 დადგენილებით დამტკიცდა „C -ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამა“. C -ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის განმახორციელებელი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო გახლავთ.

მთავრობის #169 დადგენილების თანახმად, პროგრამის მიზანია „საქართველოში C -ჰეპატიტით გამოწვეული ავადობის, სიკვდილიანობისა და ინფექციის გავრცელების შემცირება დაავადების პრევენციაზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ეტაპობრივი უზრუნველყოფის გზით.“ (საქართველოს მთავრობა, 2015).

პროგრამაში მონაწილე შეიძლება იყოს საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის მქონე პირი. (საქართველოს მთავრობა, 2015). თუმცა, საქართველოს მთავრობის 2016 წლის #272 დადგენილების თანახმად, პროგრამაში მონაწილეები ასევე გახდნენ პენიტენციურდაწესებულებაში განთავსებული ბრალდებულები/მსჯავრდებულები, აივ ინფექცია /შიდსის HCV კონინფექციის მქონე ბენეფიციარები. (საქართველოს მთავრობა, 2016).

პროგრამის პირველი ფაზა ღვიძლის დაზიანების მქონე 5000 პაციენტის მკურნალობას მოიცავდა. 2016 წლის 10 ივნისიდან პროგრამაში პაციენტის ჩართვის ღვიძლის დაზიანების კრიტერიუმი გაუქმდა და დღეის მდგომარეობით, პროგრამაში ჩართვა ყველა პაციენტს შეუძლია, ვისთვისაც დაავადების მკურნალობა სამედიცინო ჩვენებაა.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს C -ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობის პროცესის მონიტორინგისთვის აუცილებელი კვლევების ჩატარების უზრუნველყოფას, C -ჰეპატიტით დაავადებულ პირთაფარმაცევტული პროდუქტით უზრუნველყოფას(პეგილირებული ინტერფერონისა და რიბავირინის შესყიდვას, სოფოსბუვირით უზრუნველყოფას), მედიკამენტების ლოჯისტიკას.(საქართველოს მთავრობა, 2015).

## **დაფინანსების მეთოდოლოგია**

საქართველოში C -ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის მე-19 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტის ფარგლებში, მკურნალობის წინა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მონიტორინგისთვის საჭირო კვლევების თანაგადახდა შეადგენს 70%, გარდა სოციალურად დაუცველთა ოჯახების ერთიან ბაზაში“ რეგისტრირებული იმ ოჯახების წევრებისთვის, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს, რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 30%-ს. თანაგადახდების დაფინანსება სრულად ან ნაწილობრივ ხორციელდება ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ (თბილისის მერია, აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, ბათუმის მერია, შიდა ქართლის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის, იმერეთის მუნიციპალიტეტები და სხვ.) პაციენტები უსასყიდლოდ ღებულობენ უახლოესი თაობის ძვირადღირებულ მედიკამენტებს, როგორცაა: სოფოსბუვირი, ჰარვონი, ინტერფერონი და რიბავირინი. (საქართველოს მთავრობა, 2015).

2017 წლის იანვრიდან თბილისის მერიამ C -ჰეპატიტის დიაგნოსტიკის დაფინანსება შეწყვიტა. 2017 წლამდე თბილისში რეგისტრირებულ მოქალაქეებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო აფინანსებს 30%-ით, მერია კი 60%-ით. თანადაფინანსების წესი შეუნარჩუნდათ მხოლოდ სოციალურად დაუცველებს.

## **მკურნალობა**

ქვეყანაში არსებობს ჰეპატიტის მართვისთვის საჭირო შესაბამისი ინფრასტრუქტურული, მატერიალურ-ტექნიკური და ადამიანური რესურსები.

საქართველოში C -ჰეპატიტით დაავადებულის მართვის უფლება აქვს ექიმი-ინფექციონისტის და გასტროენტეროლოგის სერთიფიკატის მქონე ყველა ექიმს. ქვეყანაში არსებული 492 ექიმი-ინფექციონისტისა და 124 გასტროენტეროლოგიდან C -ჰეპატიტის მკურნალობის სათანადო გამოცდილება გააჩნია 93 ექიმს და ისინი ჩართულები იყვნენ ელიმინაციის პირველი ფაზის განხორციელებაში. (საქართველოს მთავრობა, 2016).

2016 წლის აპრილისთვის C -ჰეპატიტის სამკურნალო სერვისების მიწოდება ხორციელდებოდა 16 დაწესებულებაში ქვეყნის მასშტაბით მათ შორის 8 ცენტრი - თბილისში 3, ქუთისში 3, გორში 2 და თითო-თითო ბათუმში, ზუგდიდსა და რუსთავში.

სულ ქვეყნის მასშტაბით ფუნქციონირებს 7 პჯრ ლაბორატორია (4 თბილისში).

ელიმინაციის პროგრამის დაწყებიდან 2016 წლის 15 თებერვლამდე პროგრამაში დარეგისტრირდა 17830 C -ჰეპატიტის ვირუსის რნმ-დადებითი ადამიანი, მკურნალობა დაიწყო 5955-მა მათგანმა, აქედან 3416-მა მკურნალობა დაასრულა, 2330 აგრძელებს და 290-მა ნაადრევად შეწყვიტა მკურნალობა. (საქართველოს მთავრობა, 2016).

საქართველოში C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის პირველი ფაზის შეფასების კვლევა, 2016 წელს „ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის“ მიერ ჩატარდა, სადაც გამოკითხული იყო მხოლოდ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელი პაციენტები, რომლებიც ასევე ჩართული იყვნენ C -ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამაში.

მაგრამ, არ არსებობს სხვა კვლევა, სადაც დაფიქსირდებოდა დანარჩენი პაციენტების მოსაზრებები, თუ რამდენად კმაყოფილი არიან ელიმინაციის პროგრამით; რა სირთულეებს უკავშირდება მკურნალობის პროცესი, როგორი იყო დაძლევის მექანიზმები, რა შეიცვალა პროგრამის შემდგომ მათ ცხოვრებაში; როგორია მათი ჯანმრთელობის, ფსიქოლოგიური და სოციალური მდგომარეობა მკურნალობის შემდგომ.

აქედან გამომდინარე, აღნიშნული კვლევა საჭირო და მეტი ინფორმაციის მომცემი იქნება თავად პროგრამის განმახორციელებელისთვის (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო), ასევე, პროგრამის მოსარგებლეებისთვისაც. კვლევა დაეხმარება ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებს უკეთ გაანალიზონ სიტუაცია და ის პრობლემური საკითხები, რომლებიც პაციენტთა მკურნალობის პროცესიდან ვლინდება.

საინტერესოა იმ პაციენტების დამოკიდებულებისა და აზრის გაგება, რომლებიც მონაწილეობენ პროგრამაში, ან დაასრულეს მკურნალობა, თუ როგორ აფასებენ პროგრამის ეფექტურობას.

## კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამისადმი პაციენტების დამოკიდებულებისა და მათი მხრიდან პროგრამის ეფექტურობის განსაზღვრა.

კვლევის ამოცანას წარმოადგენდა პაციენტების მოსაზრებების შესწავლა შემდეგ საკითხებზე:

- ✓ მკურნალობის პროცესში აღმოცენებული ფსიქო-სოციალური სირთულეები და გამოწვევები;
- ✓ სამედიცინო პერსონალის პროფესიული კვალიფიკაცია;
- ✓ სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობის პროცესში;
- ✓ პროგრამის დახვეწა გაუმჯობესებისათვის საჭირო ნაბიჯები

## კვლევის მეთოდოლოგია:

მოცემულ კვლევაში გამოყენებული იყო თვისებრივი კვლევა, კერძოდ - სატელეფონო ინტერვიუს მეთოდი. იქიდან გამომდინარე, რომ კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პაციენტთა თვალით დანახული პროგრამის ეფექტურობის განსაზღვრა, სატელეფონო ინტერვიუს რესპოდენტები მხოლოდ პაციენტები იყვნენ.

პაციენტების მოძიება, მათთან დაკავშირება და ინტერვიუს აღება მოხდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დახმარებით, მკვლევარის მიერ მათთვის წარდგენილი იქნა კვლევის მიზანი, ამოცანები და კითხვარი. მასალების გაცნობის შემდგომ მათ დახმარების მზაობა გამოხატეს.

რესპოდენტებთან ინტერვიუს დაგეგმის დრო მოხდა წინასწარი შეთანხმებით, ასევე, თითოეული ინტერვიუს დროს მოხდა მკვლევარის ვინაობის გაგება, კვლევის მიზნისა და ამოცანების გაცნობა. რესპოდენტებს განემარტათ, რომ კვლევა იყო ანონიმური და კონფიდენციალური, ანგარიშში წარმოდგენილი იქნებოდა მოსაზრებები

მათი ავტორების იდენტიფიცირების გარეშე. რესპოდენტების კვლევაში ჩართვა მოხდა ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების შემდეგ.

რესპოდენტების შერჩევა მოხდა შემდეგი კრიტერიუმებით: პაციენტები, რომლებმაც ლაბორატორიულად დადასტურებული ჰქონდათ C-ჰეპატიტის დიაგნოზი; ისინი, ვინც ჩართული არიან მკურნალობის პროგრამაში ან დაასრულეს მკურნალობა.

სულ ჩატარდა 16 სატელეფონო ინტერვიუ, რომელთა საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 45 წუთს.

კვლევაში მონაწილეობდა ორივე სქესის წარმომადგენელი 5 ქალბატონი და 11 მამაკაცი. მათი ასაკი კი 37-დან 64 წლამდე გახლდათ. სატელეფონო ინტერვიუ შედგა თბილისში, ასევე რამოდენიმე რეგიონში მცხოვრებ რესპოდენტებთანაც - ქვემო ქართლიდან: რუსთავში, გარდაბანში, სოფ. ლემშვენიერაში, სოფ. სართიჭალაში; ბორჯომში და ბათუმში მცხოვრებ რესპოდენტებთან.

კვლევის ინსტრუმენტს წარმოადგენდა სადისკუსიო გეგმა. მომზადდა კითხვარი პროგრამაში მონაწილე პაციენტებისთვის. (კითხვარი მოცემულია დანართში #1)

დროისა და ფინანსური რესურსების გამო ვერ მოხერხდა მთლიანი პოპულაციის მოცვა; იქიდან გამომდინარე, რომ C-ჰეპატიტის დიაგნოზი საკმაოდ კონფიდენციალურია, ინტერვიუს დროს რამოდენიმე პაციენტის შემთხვევაში ვერ მოხერხდა მათგან ყველა შეკითხვაზე გულწრფელი პასუხის მიღება.

მონაცემთა ანალიზი განხორციელდა ლიტერატურის მიმოხილვით - საკვლევ პრობლემასთან დაკავშირებული ლიტერატურის მოძიება და განხილვა.

ჩატარებული ინტერვიუების ტრანსკრიპტების მომზადება და მიღებული ინფორმაციის დამუშავება.

## კვლევის შედეგების ანალიზი

კვლევის მონაცემები გაანალიზებული იქნა კვლევის ინსტრუმენტში მოცემული თემების შესაბამისად.

### პაციენტების ინფორმირებულობა C-ჰეპატიტის და ელიმინაციის პროგრამის მიმართ

2015 წლიდან სახელმწიფომ დაიწყო საინფორმაციო კამპანია C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის შესახებ ინფორმაციის გაზრდის და მკურნალობაში პაციენტთა მოზიდვის მიზნით.

C-ჰეპატიტის ვირუსის მქონე პაციენტებმა აღნიშნეს, რომ ამ პროგრამის შესახებ ცნობადობა მაშინ გაიზარდა, როდესაც სახელმწიფომ ამ პროგრამის „პიარ“ კამპანია დაიწყო. ხშირი იყო სტატიები, რომელსაც ჟურნალ-გაზეთებში კითხულობდნენ, ინტერნეტ საშუალებების დახმარებით ნახულობდნენ ბროშურებსა და მოწოდებებს, გადიოდა სატელევიზიო რეკლამები, ინფორმაცია ვრცელდებოდა სოციალური მედიის საშუალებით, რამაც ხელი შეუწყო იმას, რომ სერვისებში მიმართვიანობა გაიზარდა.

რესპოდენტებმა აღიარეს, რომ თავდაპირველად იყო ეჭვიც და უნდობლობაც. საზოგადოებაშიც ვრცელდებოდა ხმები, რომ გამორიცხული იყო ასეთი მვირადღირებული მედიკამენტების სრულიად უსასყიდლოდ მიღება, ბევრ მათგანს ეჭვიც კი ეპარებოდა წამლების ეფექტურობაში. თუმცა, ამ ფაქტორმა მაინც ვერ შეაფერხა პაციენტთა პროგრამაში ჩართვა, რადგან თავიანთი ფინანსური საშუალებებით მკურნალობას დამოუკიდებლად ვერ შეძლებდნენ, ამიტომ „გარისკვა“ ამჯობინეს:

*„თავდაპირველად ეჭვიც კი მეპარებოდა, რამდენად რეალური იყო ეს პროგრამა, მაგრამ სხვა გზა არ მქონდა, ჩემი სახსრებით წამლების ყიდვას მაინც ვერ შევძლებდი, ამიტომ უნდა გამერისკა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)*

მკურნალობასთან და მედიკამენტებთან დაკავშირებული ეჭვიც თანდათან ნელდებოდა მას შემდეგ, რაც პროგრამაში მონაწილე პაციენტთა რაოდენობა გაიზარდა, რომლებმაც მონაწილეობა მიიღეს სახელმწიფო პროგრამაში, გაიარეს მკურნალობის გარკვეული პროცედურა და ზოგმა წარმატებითაც კი დაასრულა. ასეთი ინფორმაციის გავრცელება სტიმული აღმოჩნდა იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც პროგრამის

წამოწყებამდეც მკურნალობდნენ და მკურნალობის პროცესის სირთულეების გამო ელიმინაციის პროგრამის მედიკამენტების ეფექტურობას სკეპტიკურად უყურებდნენ.

პროგრამის ეფექტურად მიმდინარეობის პროცესთან დაკავშირებული ინფორმაციის დაგროვების შემდეგ ისინიც ოპტიმისტურები გახდნენ, შეეცადნენ ექიმის რჩევაც გაეთვალისწინებათ, რამაც მათი მოტივაცია უფრო მეტად გაზარდა:

*„მე ამ პროგრამის დაწყებამდეც ვმკურნალობდი, ადრინდელმა წამლებმა ისეთი ცუდი შედეგი მომცა, რომ რამის გამაგიჟა, ამიტომ მეგონა, რომ ამ პროგრამის მედიკამენტებიც ცუდად იმოქმედებდა, თავს ვიკავებდი, მაგრამ ჩემი ოჯახის წევრების და ექიმის რჩევა გავითვალისწინე. თან გავიგე, რომ მკურნალობა ეფექტური იყო, ამიტომ მეც ჩავერთე პროგრამაში.“ (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 48წ.)*

ამასთან ერთად, საზოგადოებაში მკურნალობის პროცესში ჩართვის წინ არსებობდა ეჭვიც, თუ როგორი იქნებოდა მკურნალობის დაფინანსების მეთოდოლოგია, ფიქრობდნენ, რომ დაფინანსების უპირატესობა მხოლოდ იმ პაციენტებს მიენიჭებოდათ, რომლებიც სოციალურად დაუცველთა ერთიან ბაზაში იყო რეგისტრირებული. დაბნეულობას იწვევდა ისიც, თუ როგორ უნდა მოეგროვებინათ ყველა საჭირო საბუთი, მაგრამ რესპოდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება თავად კლინიკების დამხარებით მოხდა. თავდაპირველად ეს ყოველივე დაკავშირებული იყო ძალიან დიდ რიგებთან, მაგრამ დროთა განმავლობაში ეს ყოველივე დარეგულირდა:

*„არვიცოდი ვისთვის უნდა მიმემართა, ან საერთოდ რა საბუთები უნდა მომეგროვებინა. შემდეგ ახლობელმა დამაკვალა, რომ კლინიკაში მივსულიყავი და ასეც მოვიქეცი. იქ ჩამომითვალეს ყველა ის საბუთი, რაც დამჭირდებოდა და შემდეგ უკვე ანალიზები გავიკეთე.“ (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 52წ.)*

ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ კლინიკებში არის სპეციალური დაბეჭდილი საინფორმაციო მასალა, ე.წ. ბროშურები C-ჰეპატიტისა და პროგრამის შესახებ. ექიმის პირველ ვიზიტამდე თითქმის ყველა პაციენტმა აღნიშნა, რომ მათ კლინიკაში ურჩევდნენ ჯერ ამ ინფორმაციას გაცნობოდნენ. ზოგიერი მათგანი, ვინც ადრეც

მკურნალობდა და ვირუსულ ინფექციასთან დაკავშირებით გარკვეული ცოდნაც დაუგროვდათ, საჭიროდ არც ჩათვალეს ამ მასალას გაცნობოდნენ.

ინფორმირებულობის თვალსაზრისით გამოიკვეთა, რომ არაადექვატური იყო ინფორმაციის მიწოდება მკურნალობის გართულებებზე. ასევე არ არის დაზუსტებული ინფორმაცია მოსალოდნელი ფინანსური ტვირთის შესახებ, მხოლოდ მკურნალობის პროცესში ხვდებოდნენ, რომ მათ გაცილებით მეტი ფინანსური ხარჯი ექნებოდათ, რაც ზოგიერთისთვის საკმაოდ პრობლემური აღმოჩნდა.

### **ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა**

თბილისის მაცხოვრებელი რესპოდენტებისთვის ფინანსური ტვირთი უმნიშვნელო იყო, რადგან თბილისის მერიამ გამოყო თანადაფინანსება და მკურნალობის დაწყების საწყის ეტაპზე პაციენტებს მხოლოდ უმნიშვნელო თანხის გადახდა უწევდათ, დაახლოებით 100 ლარამდე. ასევე, პაციენტებმა იცოდნენ რომ სოციალურად დაუცველთათვის პროგრამაში ჩართვა და მკურნალობაც სრულიად უფასო იყო. თუმცა კლინიკაში ყოფნის დროს სმენიათ, რომ მათ გარშემო მყოფი პაციენტები, რომლებიც სოციალურად დაუცველები იყვნენ იმ მცირე თანხის გადახდაც კი გაუჭირდათ:

*„ მე ჩემი ოჯახის დახმარებით არ გამჭირვებია მინიმალური თანხის გადახდაც კი, მაგრამ კლინიკაში შევხვდი ერთ ადამიანს, რომელსაც იმ მინიმალური თანხის გადახდაც გაუჭირდა, რადგან სხვა დამხმარე არავინ ჰყავდა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 42წ.)*

თუმცა, ისიც უნდა ითქვას, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობა მაღლიერების გრძნობით არიან სახელმწიფოს მიმართ, რადგან მიუხედავად ზოგიერთისთვის ფინანსური პრობლემებისა, მთავრობას მაღლობას უხდიან ძვირადღირებული მედიკამენტების უსასყიდლოდ გადაცემისთვის.

*„ რას დავეძებდი გამოკვლევებში დახარჯულ თანხას, წამლები ისეთი ძვირი ღირს რომ მაგას ჩემი სახსრებით ვერასდროს შევიძენდი. მხოლოდ მაღლობა შემიძლია ვთქვა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 42.წ)*

ინტერვიუს დროს ზოგიერთ მათგანს ეუხერხულებოდა კიდევ რაღაც დეტალებზე, ან ფინანსურ საკითხზე ყურადღების გამახვილება, რადგან მედიკამენტების უსასყიდლოდ მიცემისთვის მაღლიერები არიან. ზოგიერთმა ისიც დასძინა, რომ 2 თვიანი რიგში დგომაც აიტანა, რათა პროგრამაში მოხვედრილიყო.

თუმცა, ფინანსური ტვირთი უფრო მეტად რთული აღმოჩნდა რეგიონებში მცხოვრები რესპოდენტებისთვის. ერთ-ერთი მათგანი თბილისში ნათესავთან ჩაეწერა, იმ მოტივით, რომ თბილისის მერიისგან თანადაფინანსება მოეპოვებინა. ქვემო ქართლში მცხოვრებმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ თანადაფინანსების გადახდისთვის გარდაბნის მუნიციპალიტეტი და გამგებელი დაეხმარა:

*„მკურნალობის დაწყებამდე კვლევებისთვის თანხა არ მქონდა, ამიტომ გარდაბნის გამგებელს მივმართე. მისი დახმარებით საჭირო თანხა დამიფინანსეს, რომ არა მისი დახმარება ალბათ ბანკიდან სესხის გამოტანა მომიწევდა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 52წ.)*

თუმცა პაციენტები აღნიშნავენ, რომ დაფინანსების დამტკიცების საკითხი ხანგძლივი პროცესია, რაც დისკომფორტსა და ნერვიულობას იწვევს, რადგან არ იცოდნენ ზუსტი პასუხი, მოხვდებოდნენ თუ არა პროგრამაში.

ფინანსურ პრობლემას უკავშირდება ასევე მგზავრობის ხარჯებიც, რადგან ქვემო ქართლში მცხოვრები ერთ-ერთი რესპოდენტი სოფლიდან კვირაში ერთხელ თბილისში ჩადის, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე კიდევ უფრო უძნელდება მგზავრობაც. პირველი ეტაპის მკურნალობა ამ პაციენტს გარდაბნის გამგეობამ დაუფინანსა, ხოლო მეორე ეტაპის გავლისთვის ჩასატარებელი ლაბორატორიული ანალიზების თანხის დასაფარად ბანკიდან სესხის გამოტანა მოუწია.

*„ბანკიდან სესხი გამოვიტანე, სხვა გზა არ მქონდა, ოჯახში 4 უმუშევარი ვართ, ჩემები ვერ დამეხმარებოდნენ, დღეს მიწევდა ბანკში თანხის შეტანა და ისიც გადავადებინე. მგზავრობისთვისაც ცალკე თანხის გადახდა მიწევს და როდემდე შევძლებ სოფლიდან თბილისში სიარულს არ ვიცი“ (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 64წ.)*

დაფინანსებასთან დაკავშირებით უსამართლობის განცდა ჰქონდა ერთ-ერთ რესპოდენტს, რომელიც ქვემო ქართლში, სოფელ სართიჭალაში ცხოვრობს, მკურნალობას კი თბილისში გადიოდა. მისი თქმით, ანალიზების თანაგადახდა რეგიონის მცხოვრებისთვის 70%-იყო, მიუხედავად იმისა რომ ის დევნილია, დევნილთა დახმარებაც მხოლოდ თბილისში მცხოვრებ პაციენტებს შეეხოთ, მას კი არა, რადგან რეგიონიდან თბილისში ჩადიოდა სამკურნალოდ:

*„ მართალია დიდი თანხაც არაა გადასახდელი, მაგრამ ასე ხალხს რატომ არჩევენ ვერ ვხვდები. დევნილი ყველგან დევნილია, მაგრამ თბილისში რადგან ვმკურნალობდი ჩემი დევნილთა დახმარება დედაქალაქში არ შემეხო“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)*

ფინანსური ბარიერების შესახებ მწვავე კომენტარი გააკეთეს ბათუმში მცხოვრებმა რესპოდენტებმაც. ბათუმის მერიის თანადაფინანსებით პაციენტს შეიძლება მხოლოდ 10%-ის გადახდა მოუწიოს, მაგრამ ზოგს ამ თანხის გადახდის საშუალებაც არ აქვს. ერთ-ერთმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ კლინიკაში ერთი ადამიანი გაიცნო, რომელსაც ფინანსურად ძალიან უჭირდა, მისთვის 10-% ის გადახდაც კი პრობლემას წარმოადგენდა. მიუხედავად იმისა, რომ ბათუმის მერიამ პაციენტს 10% დაუფინანსა უკმაყოფილებას მაინც გამოთქვამს, რადგან პასუხს დიდი ხნის განმავლობაში ელოდა:

*„ბათუმის მერიას ძალიან მწირი დაფინანსება აქვს, ეგ რომ მცოდნოდა საერთოდ არ შევიტანდი საბუთებს, იმდენი მაწვალეს და მარბენინეს. მარტივად გადასაწყვეტია, მაგრამ ორგანიზება აკლდა, რაც ქმნის სრულ ქაოსს. თბილისში სხვაგვარადაა, აქ სხვანაირად“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 47წ.)*

გაურკვეველია დაფინანსების მოდელები ადგილობრივი მუნიციპალიტეტებიდან, რადგან პაციენტები სხვადასხვა რაოდენობით იღებენ დაფინანსებას. ეს კი რესპოდენტებში უსამართლობის განცდას იწვევს. განსხვავებულია დაფინანსების ოდენობა, როგორც ქალაქების მიხედვით, ასევე ერთი და იგივე რეგიონში ქალაქსა და სოფელში. ასევე, რესპოდენტების მხრიდან გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ თანადაფინანსების ეს გზა შესაძლოა მალე ამოიწუროს ბიუჯეტში

არასაკმარისი ბიუჯეტის შემთხვევაში, რაც უფრო დაამძიმებს პაციენტების ფინანსურ მდგომარეობას და გაუჭირდებათ პროგრამაში მონაწილეობის მიღება.

### **პაციენტების კმაყოფილება მკურნალობის პროგრამით, მომსახურე პერსონალითა და კლინიკით**

პაციენტების უმრავლესობა კმაყოფილია პროგრამის არსებობით. მათი უმრავლესობა უკვე იცნობს ადამიანს, რომელმაც წარმატებით დაასრულა მკურნალობის პროცესი, ამიტომ ისინიც ოპტიმისტურად არიან განწყობილი. პროგრამის წარმატებით ფუნქციონირებას და კარგი შედეგების გაგებამ პაციენტებში გააქარწყლა ის ექვი, რაც თავდაპირველად ჰქონდათ ძვირადღირებული მედიკამენტების შემოტანის პერიოდში.

პაციენტები იმდენად კმაყოფილები არიან ამ პროგრამით, რომ ეუხერხულემათ კიდევ რაიმე ხარვეზზე საუბარი, როგორც რესპოდენტები აღნიშნავენ, მათთვის ძვირადღირებული მედიკამენტების უსასყიდლოდ გადაცემა დიდი შეღავათია, ამიტომ არ სურთ უმადურები იყვნენ სახელმწიფოს წინაშე, რადგან ამ პროგრამის არსებობამ მათი ცხოვრება სრულიად შეცვალა:

*„როდესაც გავიგე რომ C-ჰეპატიტი მქონდა დიდი ტრამვა მივიღე. მეგონა, რომ ჩემი ცხოვრება ამით დასრულდებოდა, ვერ შევძლებდი მუშაობას და ჩემი ოჯახი ლუკმა-პურის გარეშე დარჩებოდა. მაგრამ მკურნალობა დავიწყე და ეს ფიქრებიც გამიქრა, მომავლის იმედი ისევ დამიბრუნდა.“ (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 48წ.)*

განსაკუთრებულ მადლიერებას ის პაციენტები გამოხატავენ, რომლებიც წლების განმავლობაში მკურნალობდნენ, მაგრამ მათთვის ელიმინაციის პროგრამა უფრო ეფექტური აღმოჩნდა.

*„მე დიდი ხანია ვმკურნალობდი, ეს იყო ჩემი მეოთხე მცდელობა. ადრე ინტერფერონით ვმკურნალობდი, მაგრამ უშედეგოდ. მეოთხედ რომ გავიგე ანალიზის პასუხები ჩემს სიხარულს საზღვარი არ ჰქონდა, რადგან გავიგე რომ მე ეს ბრძოლა მოვიგე. ამაზე დიდი ბედნიერება მგონი არაფერია.“ (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 48წ.)*

ის პაციენტები, რომლებიც ელიმინაციის პროგრამის დაწყებამდეც მკურნალობდნენ, აღნიშნავენ, რომ მათთვის წინა მკურნალობის გამოცდილება მეტად მტკივნეული იყო, რადგან მედიკამენტები, რომლებსაც სვამდნენ იწვევდა გარკვეულ ფიზიკურ სირთულეებს, ბარიერებთან ერთად მათთვის სასურველ შედეგს ნაკლებად ღებულობდნენ:

*„ამ პროგრამამ ჩემი ცხოვრება რადიკალურად შეცვალა. მკურნალობის პროცესიც ნაკლებად მტკივნეული იყო. მე ამ პროგრამის დაწყებამდეც ვმკურნალობდი, მაშინ მედიკამენტები ისე მოქმედებდა, რომ თავი დავანებე მკურნალობას, ვამბობდი მირჩევნია მოვკვდეთო, საშინელ მდგომარეობაში ვიყავი. ელიმინაციის პროგრამამ კი სრულიად შეცვალა ჩემი ჯანთელობის მდგომარეობა, სირთულეებიც ადრინდელთან შედარებით ნაკლები იყო, ახლა ვმუშაობ კიდევ“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 40წ.)*

პაციენტების უმრავლესობა კლინიკის კმაყოფილია. ზოგიერთი რესპოდენტი უკმაყოფილებას გამოხატავს იმის გამო, რომ დიდხანს უწევთ რიგში დგომა. ასევე, წუხილი გამოითქვა იმის გამო, რომ ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგებიც იგვიანებს. რესპოდენტების ნაწილს, რომლებიც თბილისში მკურნალობენ, მიაჩნიათ რომ ორგანიზება აკლდა ამ ყველაფერს, რადგან პაციენტების მიღების დრო არასწორად ჰქონდათ გადანაწილებული. ერთ-ერთი პაციენტის მოსაზრებით განსაკუთრებით რთული იყო კლინიკაში სიარული, მაშინ როდესაც სამუშაო საათები ემთხვეოდა და რიგში დიდხანს დგომა აფერხებდა სამსახურში დროულად დაბრუნებას, რაც ხშირად დისკომფორტს უქმნიდა:

*„სამსახურში შეთანხმებული ვიყავი, იცოდნენ რომ კლინიკაში მიწევდა წასვლა, მაგრამ უფროსთან სულ მეუხერხულებოდა, რადგან ხშირად მაგვიანდებოდა კიდევ“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 40წ.)*

ზოგიერთი პრობლემად მიიჩნევს იმასაც, რომ ერთ დღეს ხდება ანალიზების გაკეთება და მედიკამენტების გადათვლაც, რაც უფრო დიდ რიგებს ქმნის:

*„თავდაპირველად როდესაც პროგრამაში ჩავერთე 2016 წლის დასაწყისში უფრო დიდი რიგები იყო, 1 საათზე მეტი მჭირდებოდა რომ ჩემი რიგი მოსულიყო, ახლა შედარებით გამოსწორებულია მდგომარეობა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 37წ.)*

პაციენტების უმრავლესობა კმაყოფილია თავისი ექიმით. ზოგიერთი რესპოდენტის შემთხვევაში, ექიმებიმათ არა მარტო ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით უწევდა კონსულტაციას, არამედ ფსიქოლოგიური სირთულეების დაძლევის მექანიზმების შემუშავებაშიც ეხმარებოდა.

რესპოდენტთა უმრავლესობა მაღლიერების გრძნობითაა გამსჭვალული მისი პირადი ექიმის მიმართ, რადგან დაეხმარნენ ცხოვრების წესის შეცვლაში, მოტივაციის ამაღლებაში:

*„ჩემი ექიმის დახმარებით მივხვდი, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი იყო პროგრამაში ჩემი მონაწილეობა, რადგან ამ პროგრამას სკეპტიკურად ვუყურებდი, ექიმის დახმარებით საბოლოოდ მაინც ჩავერთე პროგრამაში და დღეის მდგომარეობით კარგი შედეგებიც მაქვს“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 40წ.)*

ზოგიერთი რესპოდენტი აღნიშნავს ექიმების გადაღლილობას იმის გამო, რომ მათ რამოდენიმე როლის მორგება უწევთ, როგორც ექიმის, ასევე ფსიქოლოგის. რამოდენიმე პაციენტმა აღნიშნა, რომ მკურნალობის გვერდითი ეფექტების გამო ექიმს შესჩივლა, ზოგიერთმა მათგანმა დამამშვიდებელი აბების გამოწერაც კი ითხოვა, რაზედაც ექიმმა უარი განაცხადა, პაციენტს სთხოვა როგორმე „გაემლო“, რამაც პაციენტების უფრო მეტად გაღიზიანება გამოიწვია, რადგან მათთვის მკურნალობის გვერდითი ეფექტები გაუსაძლისი აღმოჩნდა.

რესპოდენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ ექიმების გადაღლილობის გამო მათდამი გულგრილი დამოკიდებულებაც იგრძნობა, რადგან ვერ იღებენ გარკვეულ საკითხებზე სრულყოფილ პასუხს.

მკურნალი ექიმით უკმაყოფილება გამოთქვა ქვემო ქართლში მცხოვრებმა რესპოდენტმა, რომელმაც აღნიშნა, რომ ქალაქ რუსთავის კლინიკაში მისვლით ექიმისგან ისეთი გულგრილი დამოკიდებულება იგრძნო, რომ სურვილიც დაეკარგა

მკურნალობა იმ კლინიკაში გაეგრძელებინა, ამიტომ იძულებული გახდა მკურნალი ექიმი დედაქალაქში შეერჩია.

რესპოდენტების დიდმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ ექიმებს არ აქვთ იმდენი დრო და კვალიფიკაცია, რომ პაციენტს სათანადო ფსიქოლოგიური დახმარება გაუწიონ. კითხვაზე საჭიროა თუ არა კლინიკაში სულ მცირე ერთი ფსიქოლოგის ყოფნა, უმრავლესობა რესპოდენტმა დადებითი პასუხი განაცხადა, რადგან მიაჩნიათ, რომ ფსიქოლოგი პაციენტს უფრო მეტ დროს დაუთმობს და მოუსმენს, რადგან მკურნალ ექიმებს არ შესწევთ იმდენი ძალა და ენერჯია, რომ პაციენტის ფსიქოლოგიური პრობლემების მოგვარებაზეც იზრუნონ. უმრავლესობა პაციენტების მოსაზრებით, კლინიკაში სულ მცირე ერთი ფსიქოლოგი მაინც უნდა იყოს:

*„ჩემი ექიმი იმდენად გადატვირთული იყო თავისი სამუშაო გრაფიკიდან გამომდინარე, რომ ჩემს ფსიქოლოგიურ პრობლემებზე საუბარიც კი მერიდებოდა, მუდმივად მაჩქარებდა, რადგან რიგში ბევრი ხალხი იყო. ვფიქრობ, ფსიქოლოგის დახმარება საუკეთესო იქნებოდა, მაგრამ ჩემთვის მისი დახმარება არავის შემოუთავაზებია . მგონი არც ჰყავდათ ფსიქოლოგი“. (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 37წ.)*

თუმცა, შედარებით ასაკოვანი რესპოდენტები ფსიქოლოგის ინსტიტუტს არ ცნობენ, ფიქრობენ, რომ ფსიქოლოგის დახმარება არ ესაჭიროებათ, რადგან საკუთარი თავის ფსიქოლოგები თავად არიან:

*„ფსიქოლოგის დახმარება არ მჭირდებოდა, ჩემი თავის ფსიქოლოგი მე თვითონ ვიყავი. საერთოდაც ვფიქრობ, რომ საჭირო არცაა მისი მუშაობა კლინიკაში“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 64წ.)*

ზოგიერთი რესპოდენტის მოსაზრებით, ფსიქოლოგის როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც განსაკუთრებულ ფსიქოლოგიურ სირთულეებს განიცდიან, ვინც მარტოხელაა და არ ჰყავს ძლიერი თანადგომის ქსელი. ამ დროს ვიღაცის მხარდაჭერა მეტად მნიშვნელოვანია, ამიტომ ზოგიერთი პაციენტი მიიჩნევს, რომ ასეთი ადამიანების შემთხვევაში პროგრამაში ფსიქოლოგის როლი უმნიშვნელოვანესია:

*„ფსიქოლოგი რომ ყოფილიყო კარგი იქნებოდა, რადგან შეხვედრილვარ ისეთ ადამიანებს, რომლებიც საკუთარ ქცევასაც კი ვერ მართავენ, აგრესულებიც არიან, მათ ფსიქოლოგის დახმარება ნამდვილად სჭირდებათ, ექიმმა რომელი ერთი უნდა გააკეთოს, ამ დროს ექიმის გარდა სხვა არავინაა ვინც პაციენტს დაეხმარება“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 45წ.)

კვლევის შედეგებიდან ვგებულობთ, რომ კლინიკაში რესპოდენტების უმრავლესობა არც კი შეხვედრია ფსიქოლოგს, არც მისი დახმარება შემოუთავაზებიათ. ფიქრობენ, რომ ამ პროგრამაში ფსიქოლოგები საერთოდ არ ჰყავთ.

მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში - უელსში მოსახლეობის დაახლოებით 12,000-14,000 C-ჰეპატიტის ვირუსით არის ინფიცირებული. უელსში მკურნალობის პროცესში ჩართულია პროფესიონალთა გუნდი, რომლებიც ზრუნავენ პაციენტთა როგორც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, ასევე მათ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერასა და სტიგმასთან ბრძოლის საკითხებზე, რაშიც მოიაზრება ფსიქოლოგის დახმარებაც. (Gore, 2016).

### **მკურნალობის პროცესში პაციენტების ფსიქო-სოციალური ცვლილება**

როგორც ლიტერატურის ანალიზიდან გავიგეთ, C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესი და მედიკამენტების მიღება დაკავშირებულია ორგანიზმში გარკვეულ ცვლილებებთან, რაც იწვევს ფიზიკურ სირთულეებსაც. კვლევის რესპოდენტთა უმრავლესობა აცხადებს, რომ აღენიშნებოდათ უმადობა; წონაში მომატება/კლება; მუდმივი თავის ტკივილი; კუჭის წყლული; ხშირი გულისრევა; ერთ-ერთი პაციენტის შემთხვევაში, რომელიც ინტერფერონს სვამდა ახასიათებდა ტემპარატურის მომატებაც, სპაზმური ხველა, რომელიც დღემდე დასჩემდა; ასევე პაციენტებისთვის დამახასიათებელი იყო ქავილის შეგრძნება; კანის გაუხეშება; სახსრების ტკივილის გამო ერთ-ერთი პაციენტის გადმოცემით მისმა ახლობელმა მკურნალობას თავიც კი დაანება:

*„იმდენად გაუსაძლისი ტკივილი ჰქონდა რომ რიბავერინს თავი დაანება, ახლა მხოლოდ ჰარვონით მკურნალობს, ისიც ექიმის დახმარებით“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი 48წ.)

პაციენტების უმრავლესობა მკურნალობის პერიოდში გრძნობს ზოგად სისუსტეს, რაც თავის მხრივ აისახა მათ შრომისუნარიანობაზეც. ამ მიზეზის გამო ერთ-ერთ მათგანს სამსახურზე უარის თქმაც მოუწია, რადგან მშენებლობაზე მუშაობდა და მისთვის მკურნალობის პერიოდში ფიზიკური დატვირთვა აკრძალული იყო.

ფიზიკური სისუსტის გამო რამოდენიმე მათგანი ისევ უმუშევარია, რადგან მკურნალობის პერიოდში მუშაობისგან თავს იკავებდნენ, ფიქრობდნენ, რომ ფიზიკური ძალა არ ეყოფოდათ, იმისათვის რომ სათანადოდ ემუშავათ; პაციენტები უჩივიან მუდმივად უძილობის შეგრძენებას, ზოგიერთი რესპოდენტი საერთოდვერ იძინებდა, რაც შემდგომ უკვე მათ ნერვიულ ფსიქიკაზეც აისახა, რადგან უძილობამ მათი გაღიზიანება გამოიწვია:

*„ ყველაფერი მალიზიანებდა, ექიმს ვთხოვდი, რომ დამაძინებელი მოეცა, მაგრამ უარზე იყო, მეუბნებოდა, რომ დანარჩენი წამლების მოქმედებას შეასუსტებსო. როგორ გავუძელი არვიცი, უძილობა ყველაზე ცუდად მოქმედებდა, არაფრის ხალისი არ მქონდა, წნევაც მივარდებოდა“.*

ხშირად უძილობა იწვევს ფსიქოლოგიურ სირთულეებსაც, რაც რესპოდენტების შემთხვევაშიც განმეორდა. დამაბულობა და გაღიზიანება რამოდენიმე პაციენტის მკურნალობის პროცესის გვერდითი მოვლენები იყო. მუდმივად აღიზიანებდათ ხმაური, ამიტომ საზოგადოების თავშეყრის ადგილებს ერიდებოდნენ და მარტო ყოფნას ამჯობინებდნენ:

*„სკოლაში შვილების გამოსაყვანად ქუჩაში რომ გავიდოდი მანქანების სიგნალების ხმაც კი მალიზიანებდა, ერთი სული მქონდა სახლში როდის მივიდოდი ხოლმე“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი 48წ.)*

გაგება იმისა რომ C-ჰეპატიტით ხარ ინფიცირებული უკვე სტრესული მომენტია, რასაც პაციენტები ხშირად განიცდიან, სანამ ადაპტაციას გაივლიან და მათ მდგომარეობას გაიაზრებენ. პაციენტების უმრავლესობისთვის პირველი კვირა ყველაზე სტრესული აღმოჩნდა:

*„როდესაც გავიგე რომ C-ჰეპატიტი მქონდა გაოგნებული ვიყავი, 3 დღე სახლიდან ვერ გავდიოდი, მხოლოდ სიკვდილზე ვფიქრობდი, მეგონა ვერ გადავრჩებოდი“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 52წ.)

ასევე, დამახასიათებელი იყო უიმედობის განცდაც, ზოგიერთის შემთხვევაში ფიქრობდნენ, რომ გადარჩენის ნაკლები შანსი ექნებოდათ. ასეთი უიმედობის განცდამ მოიცვა ერთ-ერთი ქალბატონიც, რომელიც ექიმი არის. მისი 5 კოლეგა C-ჰეპატიტის ვირუსს ემსხვერპლა. ისიც თავისი სამუშაო სპეციფიკიდან გამომდინარე, ოპერაციაში მონაწილეობის დროს დაინფიცირდა, ამიტომ მისთვის ვირუსული ჰეპატიტის არსებობის გაგება სტრესული აღმოჩნდა:

*„ეს რომ გავიგე უძრავი გავხდი, ვფიქრობდი რომ ჩემი კოლეგების ბედი მეც მეწვეოდა, გადარჩენაზე საუბარიც ზედმეტი იყო. გამახსენდა წარსულში განცდილი ტკივილი და ამას დაემატა ჩემი ინფიცირებაც. საერთოდ ჩვენ, ექიმები ყოველთვის დიდი რისკის ქვეშ ვართ, რომ ადვილად დავინფიცირდეთ. რავიცი სასწაული მოხდა, ამ პროგრამაში მოვხვდი, უკეთესობა ნამდვილად შეიმჩნევა, ახალი ანალიზების შედეგებს ველოდები“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 63წ.)

არამარტო იმის ცოდნა, რომ C-ჰეპატიტით ხარ ინფიცირებული, არამედ სტრესულია იმის გააზრებაც, რომ შესაძლოა ისეთი მაღალფუნქციური აღარ იყო, ვერ დაეხმარო შენს ოჯახს, განიცადო საზოგადოებისგან შეცოდება, ეს უფრო მეტად სტრესული აღმოჩნდა კვლევაში მონაწილე ერთ-ერთი რესპოდენტისთვის:

*„პირველი ის გავიფიქრე რომ შეიძლებოდა ჩემს შვილებს მამა აღარ ჰყოლოდათ, ოჯახში შემომტანი აღარავინ იქნებოდა. სტრესული იყო იმაზე ფიქრიც, რომ ჩემს ოჯახს ტვირთად დავაწვებოდი, რადგან მკურნალობა ფინანსებთან იყო დაკავშირებული“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)

ერთ-ერთი რესპოდენტი, რომელიც ასევე ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელიც იყო, იმდენად მოიცვა დეპრესიამ, რომ სახლიდან გასვლას ერიდებოდა, არც ოჯახის წევრებთან კონტაქტობდა, რადგან მიაჩნდა, რომ ეს მისი პრობლემა იყო და სხვა არ უნდა შეეწუხებინა:

*„ყველაფერზე და ყველაზე გაბრაზებული ვიყავი, ყველას ვუყვიროდი, არავის ნახვა არ მინდოდა, ჩემიანებიც კი მაღიზიანებდნენ, საკუთარ თავში ვიყავი ჩაკეტილი და სახლიდან არ გავდიოდი, არც მეგობრებს ვნახულობდი, არ მინდოდა ჩემი გაღიზიანება მათთვის მეჩვენებინა, ჩემთვის მარტო ყოფნა მინდოდა“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 37წ.)

საზოგადოებაში კონტაქტს ერიდებოდა ზოგიერთი პაციენტიც, რადგან დაკომპლექსებულიც იყვნენ, რადგან მკურნალობის პერიოდში მოუწიათ ცხოვრების წესის შეცვლა, რაშიც მოიზარებოდა დიეტის დაცვა, სასმელისგან თავის შეკავება, მათი ნაწილი გაურბოდა შევითხვებისგან პასუხის გაცემას, რადგან არ სურდათ დეტალებზე საუბარი და საზოგადოებაში იმის გამჟღავნება რომ C-ჰეპატიტით იყვნენ ინფიცირებული:

*„არ დავდიოდი დაბადების დღეებზე, მერიდებოდა ყველასთან იმის ახსნა, რომ ღვინოს ვერ დავლევდი, ქართველების ამბავი ხომ იცით, როგორი დაძალება ვიცი“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)

მკურნალობის პერიოდში ზოგიერთი მათგანისთვის სტრესული აღმოჩნდა სწორედ ამ ცვლილებებთან შეჩვევაც, რაც უკავშირდებოდა მაგალითად დიეტის დაცვას, თუმცა იმასაც აღნიშნავენ, რომ ყველაფერს ადაპტაცია სჭირდება და ამასაც ნელ-ნელა შეეჩვივნენ, რადგან „სხვა გზა“ არ ჰქონდათ:

*„მამაკაცისთვის არაა ადვილი დიეტის დაცვა, თავიდან ძალიან გამიჭირდა, სასმელზეც მომიწია უარის თქმა და უკვე წლებია წვეთიც კი არ დამილევია, თავიდან დაძაბული ვიყავი, საქეიფოდაც არ მივდიოდი, სახლში ვიყავი ძირითადად“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 48წ.)

### **მხარდაჭერითი სისტემის როლი მკურნალობის პროცესში**

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, პაციენტთა უმრავლესობისთვის მნიშვნელოვანი და არსებითი აღმოჩნდა ოჯახისა და მეგობრების მხარდაჭერა. რადგან ფიქრობენ, რომ იმ სირთულეებიდან გამომდინარე, რაც მკურნალობის პროცესისთვის არის დამახასიათებელი, მხარდაჭერის გარეშე ამ ყოველივეს გადატანა წარმოუდგენლად

მიაჩნიათ. უმრავლესობა პაციენტმა აღნიშნა, რომ არა ოჯახისა და მეგობრების მხარდაჭერა ალბათ მკურნალობის პროცესს ბოლომდე ვერც მიიყვანდნენ.

მაგალითისთვის, კანადაში, ტორონტოში არსებობს მხარდაჭერითი ჯგუფები, რომელსაც თანატოლების მხარდაჭერ ჯგუფებს უწოდებენ, შექმნილია იმ მიზნისთვის, რომ ინტერფერონის მიღების პერიოდში გამოწვეული გვერდითი ეფექტები (ხასიათის ცვლილება, გაღიზიანება, სუიციდური ფიქრები) დაძლეულ იქნას. ამ თერაპიას შეუძლია შეამციროს დეპრესია და გაზვიადებული შიში ვირუსული ინფექციის მიმართ. თერაპიის პერიოდში ხდება პაციენტების ცნობიერების ამაღლება, ინფორმაციის მიწოდება თუ რა ცვლილებები მიმდინარეობს ორგანიზმში მედიკამენტების მიღების დროს, როგორ მოქმედებენ წამლები ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებზე. ეს კონკრეტული თერაპია ეხმარება და ფუნქციონირების იმ მიზნისთვის, რომ ადამიანი საკუთარ თავში არ ჩაიკეტოს, მოხდეს საკუთარი გამოცდილების ერთმანეთისთვის გაზიარება. სპეციალიზირებულ თერაპევტთან ერთად განიხილავენ რთულ ემოციურ შემთხვევებს და მსჯელობენ პრობლემის დაძლევის ეფექტურ საშუალებებზე. (Hepatitis C Peer Support Group Manual, 2008).

სამწუხაროდ, კვლევის შედეგებიდან ვგებულობთ, რომ საქართველოს კლინიკებში არ არსებობს ასეთი მხარდაჭერითი ჯგუფები, სადაც პაციენტებს საშუალება მიეცემოდათ, რომ ერთმანეთს საკუთარი პრობლემები და გამოცდილება გაუზიარონ. რესპოდენტები მხოლოდ ოჯახისა და მეგობრების მხარდაჭერაზე საუბრობენ, სხვა სახის მხარდაჭერითი ჯგუფური შეხვედრებისა და საგანმანათლებლო სესიების გამოცდილება არ ჰქონიათ.

იქიდან გამომდინარე, რომ მკურნალობის დროს საჭიროა პაციანტისთვის დიეტის დაცვა, მნიშვნელოვანია ამ საკითხშიც ოჯახის დახმარება და პაციენტის ხელშეწყობა:

*„ოჯახის წევრები ძალიან მეხმარებოდნენ, მაგალითად ჩემს დებთან სტუმრად რომ მივდიოდი ცდილობდნენ ის საჭმელი დაეხვედრებინათ, რაც შემეძლო რომ მეჭამა, ჩემმა მეუღლემ იცოდა რომ დილით ფაფა უნდა მეჭამა, შემდეგ წიწიბურა, ბევრ სითხეს ვიღებდი და ჩემი მეუღლეც ხშირად მახსენებდა ხოლმე“.* (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)

მკურნალობის პროცესის დროს ოჯახის მხირდან პაციენტის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა მეტად მნიშვნელოვანია. რადგან რესპოდენტებიც აღნიშნავენ, რომ პირველ რიგში ოჯახისგან არ უნდა იგრძნო თავი გარიყულად, რადგან მათი მხარდაჭერა საშუალებას იძლევა რომ პაციენტი ვიღაცას ან რაღაცას მიეყრდნოს, სტიმული მიეცეს, რომ მკურნალობის პროცესი წარმატებით გაიაროს:

*„ჩემი მეუღლე ინფექციონისტი იყო და კლინიკაში გავიცანით ერთმანეთი, დავოჯახდით, გამოჯანმრთელებაში ძალიან დამეხმარა, მნიშვნელოვანი იყო ის, რომ თავი სრულფასოვნად მაგრძნობინა, ჩემი მდგომარეობა ჩვეულებრივად მიიღო, მეხმარებოდა ფსიქოლოგიური სირთულეების დაძლევაში, რომ არა ის, მე მკურნალობის პროცესს ბოლომდე როგორ მივიყვანდი ვერ გეტყვით“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 48წ.)*

რესპოდენტების მოსაზრებით, იმისათვის რომ პაციენტი საკუთარ თავში არ ჩაიკეტოს და თავი მარტოსულად არ იგრძნოს, არსებითია ოჯახის წევრების მხარდაჭერა და მათი გაძლიერება:

*„ჩემი ოჯახის წევრები მეხმარებოდნენ რომ თავი მარტო არ მეგრძნო. სახლიდან არ გავდიოდი, ხალხსაც ვერიდებოდი, ოჯახის წევრები კი უფრო გააქტიურდნენ, საშუალებას არ მაძლევდნენ რომ მოვდუნებულიყავი, სახლის საქმეებითაც არ მტვირთავდნენ, რადგან იცოდნენ რომ ჩემთვის ფიზიკური დატვირთვა არ შეიძლებოდა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 52წ.)*

პაციენტების უმრავლესობას წარმოუდგენლად მიაჩნია ოჯახისა და მეგობრების თანდგომის გარეშე მკურნალობის პროცესის წარმატებით დასრულება, ამიტომ თანაგრძნობასაც კი გამოხატავენ იმ ადამიანების მიმართ, ვინც კლინიკაში შეხვდათ, რომლებსაც არ ჰყავდათ ძლიერი თანადგომის ქსელი და სირთულეების გადალახვა მარტო უწევდათ:

*„კლინიკაში შევხვედრილვარ ისეთ ადამიანებს, რომლებიც სრულიად მარტო იყვნენ, რაღაცნაირი დაუცველები, არც არავინ ჰყავდათ რომ გაემხნეებინათ, ძალიან მეცოდებოდნენ, მე ჩემი ოჯახი მედგა გვერდით, კლინიკაშიც მეუღლეს მივყავდი, ზოგი კი სრულიად მარტო დადიოდა“ (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 44წ.)*

იქიდან გამომდინარე, რომ მკურნალობის პროცესისთვის დამახასიათებელია პაციენტის გაღიზიანება და ქცევის ცვლილება, შესაძლოა ოჯახში კონფლიქტიც გამოიწვიოს, რაც პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას კიდევ უფრო ართულებს, ამიტომ რესპოდენტების მოსაზრებით ოჯახის წევრების თავშეკავებულობა და იმ პერიოდისთვის პაციენტისთვის ანგარიშის გაწევა მეტად მნიშვნელოვანია:

*„კლინიკაში გავიცანი ერთი ადამიანი, რომელსაც მეუღლე გაუნაწყენდა იმის გამო რომ C-ჰეპატიტი აღმოაჩნა, მაგაზე კიდევ ცალკე ნერვიულობდა და ძალიან განიცდიდა. ამ დროს კი მეუღლის მხარდაჭერა უფრო მნიშვნელოვანია, მეტი ძალა გეძლევს, რომ სირთულეებს უფრო ადვილად გაუმკლავდე“ (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 49წ.)*

რესპოდენტების ნაწილის მოსაზრებით, ოჯახის წევრების ჩართულობა მკურნალობის პროცესშიც კარგი იქნებოდა, რადგან ხშირად დაინტერესებული არიან მკურნალობის პროცესის გვერდითი მოვლენების შესახებ, ამ დროს კი მათი ინფორმაციის წყარო ძირითადად პაციენტია. ზოგიერთ შემთხვევაში ოჯახის წევრებს სჭირდებათ იმ ინფორმაციის მიწოდება, რომ მკურნალობის პროცესი დაკავშირებულია გარკვეულ გვერდით მოვლენებთან, რომლის დროსაც პაციენტს უჭირს საკუთარი ქცევის გაკონტროლება და ესაჭიროება მხარდაჭერა. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში არ არსებობს ისეთი სერვისი, რომელიც პაციენტების ოჯახის წევრებს მოემსახურება, მოხდება მათი ინფორმირებულობა და იმ მეთოდების შესწავლა, თუ როგორ უნდა დაეხმარონ ოჯახის წევრს მკურნალობის პროცესში წარმოჩენილი სირთულეების დამლევაში.

*„კარგი იქნებოდა რაიმე სერვისი ოჯახის წევრებისთვისაც რომ არსებობდეს, ჩემ გარშემო ვიცი ისეთი ადამიანები, რომლებსაც უთანხმოება მოუვიდათ ოჯახის წევრებთან, კარგი იქნებოდა მათაც რაიმე სახის დახმარება, ან ინფორმაცია რომ მიაწოდოს ვინმემ, რადგან პაციენტს ამ დროს თავისი გასჭირვებია და ზოგს სახლში კიდევ კონფლიქტები აქვს“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 47წ.)*

## სტიგმა

იქიდან გამომდინარე, რომ C-ჰეპატიტის ვირუსული ინფექციის არსებობას გარკვეული უკმაყოფილება მოჰყვება ხოლმე თავად ოჯახის წევრების მხრიდანაც, უფრო ნეგატიურია საზოგადოების დამოკიდებულებაც C-ჰეპატიტის ვირუსის მქონე პაციენტების მიმართ.

C-ჰეპატიტისა და ინექციურ წამალდამოკიდებულებას შორის ცნობილი კავშირის გამო, დაავადების სტატუსი ინფიცირებული პირების სტიგმატიზებას ახდენს.

თავად პაციენტებს შორის გამოიკვეთა გარკვეული დისკრიმინაცია და სტიგმაც, რომელიც დაკავშირებულია C-ჰეპატიტისა და ინექციურ ნარკოტიკის მომხმარებლებს შორის. რესპოდენტთა დიდი ნაწილის მხრიდან ადგილი ჰქონდა თავის გამართლებას და მკვლევარისთვის იმის ახსნას, რომ C-ჰეპატიტის ვირუსი ძირითადად ნარკომანებისთვისაა დამახასიათებელი, ისინი კი ნარკომანები არასდროს ყოფილან, მაგრამ მათგან დამოუკიდებელი მიზეზებიდან გამომდინარე მაინც დაინფიცირდნენ:

*„ ეს დაავადება ძირითადად ნარკომანებს ახასიათებთ, კლინიკაში ბევრ ასეთ ადამიანს შევხვდი, რომლებსაც უფრო მძიმე მდგომარეობა ჰქონდათ, უფრო მეტად აგრესიულებიც იყვნენ და ემჩნეოდათ, რომ უფრო მეტი რამ აწუხებდათ“. (ინტერვიუს რესპოდენტი ქალბატონი, 37წ.)*

*„მე ნარკომანი არასდროს ვყოფილვარ, დღემდე ვერ ვხვები საიდან დავინფიცირდი“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)*

არის შემთხვევები, როდესაც მკურნალობის პროცესში პაციენტები სამუშაო გარემოში გარკვეულ სირთულეებს აწყდებიან. არსებობს გარკვეული სტიგმაც, რომ მათ მუშაობა ნაკლებად შეუძლიათ, დააზარალებს დამსაქმებელს და ა.შ. ამას მოწმობს კვლევაც, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარდა. კვლევაში მონაწილეობას 200 ადამიანი იღებდა, რომელთაგან 135 მათგანი მუშაობის პერიოდში მკურნალობდა. აქედან 37.8% დამსაქმებელთან მკურნალობის პროცესს მალავდა, ზოგიერთი მათგანი ნანობდა კიდევ, რომ C-ჰეპატიტის ვირუსის შესახებ თანამშრომლებთან და უფროსებთან გაამხილა:

*„ჩემი უფროსი ფიქრობდა, რომ კიბო მქონდა, მეც დავნებდი და ვაფიქრებინე თითქოს ასეც იყო.“*

*„თანამშრომლების დამოკიდებულებებიდან ვგრძნობდი, რომ მათგან განსხვავებული ვიყავი, თითქოს გვერდით „ჭუჭყიანი“ ადამიანი ჰყავდათ. ვერც გამეგო, ჩემს თავსრა ხდებოდა“.*

*„მკურნალობის პროცესში ჩემს მომხმარებლებლებს აღარ ჰქონდათ სურვილი, რომ მომავალში ჩემთან ერთად ბიზნეს საქმიანობა გაეგრძელებინათ.“ (Manos et al.,2013)*

ასეთივე რეალობაა საქართველოშიც, დისკრიმინაციულ შემთხვევაზე საუბრობს კვლევის ერთ-ერთი ერთი რესპოდენტიც, რომელიც სამსახურში იმის გამო არ აიყვანეს, რომ მისი დაინფიცირების შესახებ ინფორმაცია გაამჟღავნა, ასევე უფროსი არ იყო იმის მომხრე, რომ მის თანამშრომელს კლინიკაში გასვლის გამო რამოდენიმე საათით სამუშაო ადგილი დაეტოვებინა:

*„ერთ-ერთ კერძო კომპანიაში მივედი, სამსახურის დაწყება მინდოდა, მაგრამ ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა რომ აუუხსენი აშკარად არ ესიამოვნათ, ისიც მითხრეს, რომ სამსახურიდან კლინიკაში გასვლა გამიჭირდებოდა, ამიტომ მუშაობა ვერ დავიწყე“.*  
*(ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 42წ.)*

კვლევის შედეგებიდან გამომჟღავნდა, რომ სამსახურეობრივ გარემოში პაციენტებს ხშირად უწევდათ თავის გამართლება, იმასთან დაკავშირებით, რომ ისინი ნარკომანები არ არიან და მათგან დამოუკიდებელი მიზეზის გამო დაინფიცირდნენ, თუმცა უფროსების მხრიდან ეჭვს ყოველთვის გრძნობდნენ:

*„სამსახურში უფროსი, თანამშრომლებიც მეკითხებოდნენ თუ რა გზით დავინფიცირდი, ვინც კარგად მიცნობდა იცოდნენ რომ ნარკომანი არასდროს ვყოფილვარ, თუმცა ხშირად თავის გამართლება მაინც მიწევდა, რაც უფრო მეტად მაღიზიანებდა, ამიტომ ზოგჯერ სამსახურის დატოვებაზეც კი ვფიქრობდი“.*  
*(ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 44წ.)*

მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი სტიგმასთან ბრძოლის საკითხში. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებობს სპეციალური სამუშაო კანონი, რომელიც იცავს პაციენტის უფლებებს მათ სამუშაო გარემოში, ზოგიერთ შტატებს უფრო მეტად მოქნილი კანონები აქვს, განსხვავებით ფედერალური კანონისგან. ასევე, არსებობს სპეციალური ორგანიზაციაც, მაგალითად - The American with Disability Act

(ADA), რომელიც პაციენტთა უფლებების დაცვაზეა ორიენტირებული. (Porter, & Franciscus, 2014).

ინგლისში, სახელმწიფოს C-ჰეპატიტის ბრძოლის სტრატეგიის შემუშავებისას გათვალისწინებული იქნა სტიგმასთან და საზოგადოების დამოკიდებულებებთან შეცვლის გეგმაც. ამისათვის ისინი ატარებენ საზოგადოებრივ კამპანიებს, სადაც ხდება მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება და შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება ჰეპატიტის ვირუსულ ინფექციებთან დაკავშირებით. კამპანიის მიზანი გახლავთ, ადამიანებმა გაიგონ დაავადების გავრცელებისა და პრევენციის შესახებ. მნიშვნელოვნად აღიქვან ადამიანთა მხარდაჭერა და იმ ბარიერების გამომჟღავნება, რომელსაც პაციენტები ყოველდღიურ ცხოვრებაში აწყდებიან. მაგ. სოციალურ ურთიერთობებში, დასაქმებისას და ა.შ. (Welsh Government, 2015).

საქართველოშიც, სახელმწიფოს C-ჰეპატიტის ბრძოლის სტრატეგიის შემუშავებისას გათვალისწინებული იქნა სტიგმასთან და საზოგადოების დამოკიდებულებებთან შეცვლის გეგმაც, სადაც გათვალისწინებულია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება C-ჰეპატიტის ვირუსის ინფექციის შესახებ. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ კვლევაში მონაწილე პაციენტების უმრავლესობა საქართველოში ვერ გრძნობს სახელმწიფოს მხარდაჭერას მათ სამუშაო გარემოში, რადგან არ არსებობს სპეციალური კანონი, რომელიც მათ უფლებებს დაიცავს, გარკვეულ შეღავათს დაუწესებს, რომ სამუშაო საათების დროს კლინიკაში გასვლის პერიოდი საპატიოდ ჩაეთვალოს:

*„ვცდილობდი კლინიკაში მალულად გავსულიყავი, უფროსს ვერ ვეუბნებოდი, რომ ტაბლეტების გადასათვლელად მიწევდა წასვლა, არც იცოდა C-ჰეპატიტი რომ მეონდა, რომ გამემხილა სამსახურის დაკარგვის მეტი შანსი მექნებოდა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 50წ.)*

საზოგადოების მხრიდან ნეგატიურ დამოკიდებულებასა და მათი მხრიდან შეცოდებაზე საუბრობს რამოდენიმე რესპოდენტი, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ ეუხერხულებათ ზედმეტშეკითხვებზე პასუხის გაცემა. დღემდე ერიდებიან საზოგადოების თავშეყრის ადგილებს, რადგან იციან რომ ყურადღების ქვეშ მოექცევიან, რაც ნაკლებად სასიამოვნოა და ზოგიერთ შემთხვევაში მათ გაღიზიანებასაც იწვევს:

*„დღემდე ვერიდები ქორწილებში, ან დაბადების დღეებზე საირულს. ხშირად მეკითხებიან რატომ არ ვჭამ ამა თუ იმ საჭმელს, ან რატომ არ ვსვამ ალკოჰოლს. არ მინდა ყველასთვის იმის ახსნა, რომ C-ჰეპატიტი მაქვს, ამას კიდევ ზედმეტი შეკითხვებიც მოჰყვება ხოლმე, მირჩევნია სახლში დავრჩე და მშვიდად ვიყო“ (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 37წ.)*

### **სოციალური მუშაკის როლი**

კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა უმრავლესობას არ ჰქონდა ინფორმაცია იმასთან დაკავშირებით, თუ ვინ არის სოციალური მუშაკი, რა ფუნქციები აკისრია მას, რომელ დაწესებულებებსა და სამინისტროში მუშაობს, ან რა კატეგორიის ინდივიდებს ეხმარება.

*„სოციალური მუშაკი ვინ არის არ ვიცი, არც არასდროს გამიგია მის შესახებ“.*

*„მკურნალობის დროს მხოლოდ ექიმთან მქონდა შეხება, არც ფსიქოლოგი, არც სოციალური მუშაკი არ შემხვედრია, არც ვიცი მისი სამუშაო ფუნქციების შესახებ“.*

საქართველოსგან განსხვავებით, მაგალითად ბრიტანეთში განსაკუთრებით დიდია სოციალური მუშაკის როლი როგორც C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში, ასევე მისი დასრულების შემდგომ. ის ეხმარება პაციენტებს კარიერის შექმნაში, უსახლკაროებისთვის თავშესაფრის მოძიებაში, ინდივიდის უნარებისა და ნიჭის წარმოჩენაში, თვითშეფასების ამაღლებაში, პიროვნულ გაძლიერებაში, ცნობიერების ამაღლებაში, თუ რა რისკებს უკავშირდება მისი ვირუსული ინფექცია და რა არის საჭირო იმისათვის, რომ მკურნალობის პროცესი სათანადოდ და ნაყოფიერად წარიმართოს. ის ადამიანები, რომლებმაც ოჯახისგან მხარდაჭერა არ აქვთ და საკუთარ თავში იკეტებიან, ამის დასაძლევად სოციალური მუშაკი ცდილობს პაციენტის სოციალური და ოჯახური ურთიერთობების დარეგულირებას; ვირუსული ინფექციის გამო შესაძლებელია ინდივიდი უმუშევარი დარჩეს, ამიტომ სოციალური მუშაკი ეხმარება ფინანსური შემწეობების მიღებაში, რითიც ცდილობს პაციენტის ეკონომიკურ გაძლიერებას. (National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine, 2016)

მკვლევარმა კვლევაში მონაწილე რესპოდენტებს ბრიტანეთის მაგალითზე მიაწოდა ინფორმაცია თუ რა როლი აკისრია სოციალურმუშაკს C-ჰეპატიტის მკურნალობის პროცესში. ამ ინფორმაციის გაგების შემდეგ, საინტერესო იყო რესპოდენტების მოსაზრება, თუ რამდენად ხედავენ ისინი სოციალური მუშაკის როლს ჯანდაცვის სისტემაში, კონკრეტულად კი C-ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამაში.

რესპოდენტებს მოსაზრებები ორად გაიყო, ზოგიერთი მათგანი საერთოდ ვერ ხედავს სოციალური მუშაკის როლს C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში, რადგან მიიჩნევენ, რომ თუკი პროგრამაში ფსიქოლოგი იმუშავებს, რომელიც ინდივიდებს ფსიქოლოგიური სირთულეების დაძლევაში დაეხმარება, სოციალური მუშაკის როლს უმნიშვნელოდ აღიქვამენ:

*„მე ვფიქრობ, რომ პაციენტის ფსიქოლოგიური დახმარება, თუნდაც სტრესის დაძლევა ფსიქოლოგის კომპეტენციაში უფრო შედის, ვიდრე სოციალური მუშაკის“.*  
(ინტერვიუს რესპოდენტიქალბატონი 63წ.)

*„ჩემი აზრით სოციალური მუშაკი ნაკლებადაა საჭირო, ამ ყველაფერს ფსიქოლოგი უფრო გააკეთებდა, ვიდრე სოციალური მუშაკი“* (ინტერვიუს რესპოდენტიმამაკაცი 47წ.)

რესპოდენტების მხრიდან სოციალური მუშაკის როლი C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში შემდეგ კატეგორიებში გამოიკვეთა:

*„ ჩემი აზრით, ისეთ პაციენტებს, რომლებსაც არ ჰყავთ ოჯახის წევრი და მარტოა, სოციალური მუშაკი მასეთ ადამიანებს უნდა ეხმარებოდეს, კლინიკაში მე შევხვედრილვარ ისეთ ადამიანს, რომელსაც დამხმარე არავინ ჰყავდა, მაგ შემთხვევაში ასეთი ადამიანების დასახმარებლად სოციალური მუშაკის როლს ვხედავ“*(ინტერვიუს რესპოდენტიმამაკაცი 37წ.)

*„ კლინიკაში იმდენად დიდი ქაოსია, ზოგმა არც იცის დაფინანსებისთვის ვის უნდა მიმართოს, ვერ გაურკვევია რა საბუთები შეაგროვოს, ამ ყველაფერს ექიმს ეკითხებიან, რომლისგანაც ხშირად პასუხს ვერ იღებენ, რადგან ექიმს საკმარისი დრო არ*

აქვს, სოციალური მუშაკი თუკი ასეთ ადამიანებს მიაწვდის ინფორმაციას კარგი იქნებოდა“ (ინტერვიუს რესპოდენტიქალბატონი 63წ.)

„ჩემი აზრით სოციალური მუშაკი მარტოხელა პაციენტებს უნდა ეხმარებოდეს, მე გამიმართლა რადგან ჩემს გარშემო არიან თბილი და ყურადღებიანი ადამიანები, მაგრამ კლინიკაში ისეთებიც მინახავს, ვისაც პატრონი არ ჰყავდა“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი, 50წ.)

„ვფიქრობ სოციალური მუშაკის საჭიროებაა ინდივიდუალურია, ჩემთვის პირადად ვერც ვერაფერს ვერ გადაწყვეტდა. სამსახურის მოძიების მხრივ თუკი დაეხმარება მაგ მხრივ ვხედავ მის როლს. მე ამ ყოველივეს ჩემით ვაგვარებდი“. (ინტერვიუს რესპოდენტი მამაკაცი 44წ.)

ერთ-ერთი პაციენტის მოსაზრებით, სოციალური მუშაკისროლი C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში წარმოუდგენია, როგორც სისტემებთან მაკავშირებელი, რომელიც პაციენტების გულისტკივილს და პრობლემებს შესაბამის ორგანოებთან მიიტანს, მოაწესრიგებს და მოაგვარებს ისეთ ბარიერებს, როგორცაა პაციენტების მგზავრობასთან დაკავშირებული პრობლემები, კლინიკებში რიგში დგომისა და დროის გადანაწილების საკითხები, რადგან პაციენტთა ნაწილს მიაჩნია, რომ პრობლემას და ქაოსს რიგში დიდხანს დგომა ქმნის, თითოეულ პაციენტებს არ აქვთ თავისი დრო, თუ როდის უნდა შევიდეს ექიმთან ვიზიტზე.

## დასკვნა და რეკომენდაციები

„C- ჰეპატიტი მსოფლიო ჯანდაცვის უაღრესად აქტუალური პრობლემაა და მისი მნიშვნელობა დღითიდღე იზრდება. C- ჰეპატიტს წამყვანი ადგილი უჭირავს მსოფლიო ავადობის, სიკვდილიანობის, ჰოსპიტალიზაციისა და შრომისუნარიანობის მაჩვენებლების დაქვეითების თვალსაზრისით. C ჰეპატიტი წარმოადგენს დაავადებას, რომელიც იწვევს არამხოლოდ ღვიძლის დაზიანებას, არამედ, ასევე, ფსიქოლოგიურ, ოჯახურ და სოციალურ პრობლემებსაც.

საერთაშორისო შეფასებებზე დაყრდნობით, საქართველოც C-ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება. 2015 წლის 20 აპრილს საქართველოს მთავრობის #169 დადგენილებით დამტკიცდა „C -ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამა“, რომლის მიზანია საქართველოში C -ჰეპატიტით გამოწვეული ავადობის, სიკვდილიანობისა და ინფექციის გავრცელების შემცირება დაავადების პრევენციაზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ეტაპობრივი უზრუნველყოფის გზით.

საქართველოში C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ინიცირება წარმოადგენს მნიშვნელოვან პოზიტიურ მოვლენას, რომელმაც უზრუნველყო მვირადღირებული და ეფექტური მკურნალობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. პაციენტებისა და მათი ოჯახების კმაყოფილება ამ პროგრამის მიმართ უკვე საყოველთაოდ არის აღიარებული. თუმცა აღნიშნული კვლევის ფარგლებში გარკვეული ხარვეზებიც იქნა იდენტიფიცირებული.

დაბრკოლებად კვლავ რჩევა ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. კვლევაში მონაწილეობდნენ პირები, რომლებიც თავად ვერ ახერხებდნენ, ან პირადად გაიცნეს კლინიკაში ის ადამიანები, რომლებსაც ფინანსური და მგზავრობასთან დაკავშირებული პრობლემები აქვთ, რამაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს მათ ელიმინაციის პროგრამაში მონაწილეობას. ფინანსური ბარიერები სრულად უნდა მოიხსნას, განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფებისა და ისეთი პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ

ჰყავთ ძლიერი თანადგომის ქსელი. სრულად დაფინანსება უნდა მოიცავდეს პროგრამაში ჩართვამდე გამოკვლევების, მკურნალობის პროცესში და მის შემდგომ ლაბორატორიული კვლევების დანახარჯების სრულ დაფინანსებას.

პროგრამის ხარვეზად გამოიკვეთა ექიმების გადატვირთული გრაფიკი, რომელიც ზღუდავს მათ უნარს მეტი გულისყურით მოეკიდონ პაციენტის საჭიროებებსა და პრობლემას. ასევე, რესპოდენტების მოსაზრებით, კლინიკებში ქაოისის დასარეგულირებლად აუცილებელია ექიმების რაოდენობის გაზრდაც.

ასევე, აუცილებელია პაციენტებისთვის მკურნალობის გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაციის სრულყოფილად მიწოდება, რისი ახსნის დროც ხშირად ექიმებს არ რჩებათ, ამიტომ პაციენტების რაოდენობის გაზრდის შემთხვევაში უნდა გაიზარდოს კლინიკების, ასევე ექიმების რაოდენობაც, იმისათვის რომ მოხდეს პაციენტებისთვის ხარისხიანი სერვისის მიწოდება.

ფსიქოლოგიური და სოციალური დახმარების არარსებობა აფერხებს პროგრამის ეფექტურად განხორციელებას. პროგრამაში უნდა არსებობდეს ისეთი სერვისი, რომელიც ორიენტირებული იქნება პაციენტის მხარდაჭერაზე, რაც გამოიხატება ზოგჯერ ინსტრუქციებისა და რჩევების გაცემით, უშუალო ჩართულობით პაციენტისთვის საჭირო საბუთების მომზადების თვალსაზრისით.

კვლევის შედეგებიდან გამოიკვეთა, რომ მკურნალობის პროცესის გვერდითი მოვლენები ხელს უშლის ინდივიდს სრულყოფილ ფუნქციონირებასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციაში. იმ ფსიქოლოგიური სირთულეების დასაძლევად, რომელსაც პაციენტები მკურნალობის პროცესში განიცდიან, აუცილებელია თითოეულ კლინიკაში დამატებულ იქნას სულ მცირე ერთი ფსიქოლოგის შტატი, რომელიც პაციენტს საშუალებას მისცემს მიიღოს პროფესიონალის რჩევები, დაეხმარება სირთულეების დაძლევის მექანიზმების შემუშავებაში და შეამცირებს გვერდითი მოვლენების გამო მკურნალობის შეწყვეტის ალბათობას.

კვლევის შედეგებიდან ვლინდება, რომ პაციენტების უმრავლესობას მკურნალობის პროცესში არ ჰქონია ისეთი პროფესიონალი კადრის მხარდაჭერა, როგორც არის სოციალური მუშაკი. რესპოდენტთა უმრავლესობამ არც კი იცის, თუ ვინ

არის სოციალური მუშაკი, რა ფუნქციები აქვს მას. პროგრამის ეფექტურად განხორციელებისთვის მნიშვნელოვანია სოციალური მუშაკის საშტატო ერთეულის დამატებაც. კვლევის შედეგებში გამოვლენილი ბარიერების დასაძლევად მათი ფუნქცია შესაძლოა იქნეს შემდეგი: დაეხმარონ პაციენტს პროგრამაში ჩართვამდე საბუთების მოგროვებაში, მკურნალობის პროცესში ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და დამყოლობის კონსულტირება, ასევე მსგავსი პრობლემის მქონე პაციენტებთან/მათი ოჯახის წევრებთან საგანმანათლებლო ჯგუფური სესიების მოწყობა, მათი ინფორმირებულობის გაზრდის მიზნით.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, პაციენტთა უმრავლესობა მნიშვნელოვნად მიიჩნევს მხარდაჭერითი სისტემის როლს მკურნალობის პროცესში, განსაკუთრებით კი გამოიკვეთა ოჯახის როლი. მაგრამ, პროგრამაში არსებობენ ისეთი ადამიანები, რომელთაც არ აქვთ ოჯახისგან ძლიერი მხარდაჭერა. პროგრამაში სასურველია ფუნქციონირებდეს ოჯახის დამხმარე სერვისიც.

კვლევის შედეგებიდან ვგებულობთ, რომ მკურნალობის პერიოდში და მის შემდგომ პაციენტებს სამუშაო გარემოში ხვდებათ გარკვეული ბარიერები, ღიად ვერ საუბრობენ მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემაზე, რადგან აქვთ სამსახურის დაკარგვის შიში. პაციენტთა მოსაზრებით, აუცილებელია სახელმწიფო დონეზე მათი უფლებების დაცვა სამსახურებრივ გარემოში, ისეთი რეგულაციების შექმნა, რომელიც ინდივიდს სამუშაო საათებში საპატიოდ ჩაუთვლის რამოდენიმე საათით კლინიკაში წასვლას და სამსახურის ტერიტორიის დროებით დატოვებას.

პროგრამაში არსებული ბარიერების მიუხედავად, C-ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის არსებობა მნიშვნელოვანია როგორც თითოეული C-ჰეპატიტით ინფიცირებული პაციენტისთვის და მათი ოჯახებისთვის, ზოგადად ქართული საზოგადოებისთვისაც, რადგან ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და კეთილდღეობისთვის გაღებული თანხა მომავლის მნიშვნელოვანი ინვესტიცია და მაღალფუნქციონირებადი საზოგადოების საწინდარია.

## გამოყენებული ლიტერატურა

- Caudhary, M., & Sharma, M. (2016). Management of psychological effects through counselling during HCV (hepatitis) treatment. *The International Journal Of Indian Psychology*, 3(2), 106-111.
- Collins, S. & Swan, T. (2009). Guide to hepatitis C for people living with HIV. USA: *Treatment action group*, 56-57.
- Collins, S. & Swan, T. (2013). Guide to hepatitis c for people living with HIV. USA: *Treatment action group*, 14-84.
- Dan, A., Martin, L.M., Crone, C., Farmer, D.W., Wise., T.,Robbins, S.C., &Younossi, Z.M. (2006). Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *Journal Of Hepatology*, 44. 491-496.
- Dan, A., Martin, L.M., Crone, C., Farmer, D.W., Wise., T.,Robbins, S.C., &Younossi, Z.M. (2006). Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *Journal Of Hepatology*, 44. 491-496.
- Evon, D.M., Colin, C., Fried, M.W.,& Keefe, F.J. (2013). Chronic hepatitis C and antiviral treatment regimens: where can psychology contribute. *J Consult Clin Psychol*, 81(2), 361-374.
- Ford, C., Halliday, K., Foster, G., Gore C., Jack, K., Rowan, N., Saville, S., Willot, S., & Young, D. (2007) Guidline for the prevention, testing, treatment and management of hepatitis c in primary care.UK: *Royal College of General Practitioners*, 18-19.
- Fried, M.W. (2002). Side effects of therapy of hepatitis c and their management.*Journal of Hepatology*, 36(5).
- Gore, Ch. (2016) Hepatitis c in Wales: perspectives, challenges & solutions.*The Hepatitis C Trust*, UK, 4-9.

- Harris, M., & Richters, J. (2006). ISSN 1448-563X, *Psychosocial aspects of living with hepatitis-C*. NCHSR.University Of New South Wales, 2-4.
- Medscape (2014) updates March, 2014. *Social workers to play role in improving hep C treatment*. Retrieved May, 2017, From <http://www.medscape.com/viewarticle/822189>
- Morris, D., & Harris, M. (2011). Living with hepatitis c and treatment options. *Hepatitis C Care*. London: *National Institute for Health Reaserch*, 24-38.
- Morris, D., & Harris, M. (2011). Living with hepatitis c and treatment options. *Hepatitis C Care*. London: *National Institute for Health Reaserch*, 24-38.
- Munoz, G., Velasco, M., Thiers, V., Hurtado, C., Brahm, J., & Larrondo-L. (1998). Prevalence and genotypes of hepatitis C virus in blood donors and in patients with chronic liver disease and hepatocarcinoma in a Chilean population. *Rev Med Chil*, 126(9), 1035-1042.
- Porter, L.K. (2013) Coping with depression and hepatitis C. *A Publication Of The Hepatitis C Support Project*. U.S. Sacramento, 2-4.
- Porter, L.K., & Franciscus, A. (2015). Treatmens side effect management: interferon-based therapies. *A Publication Of The Hepatitis C Support Project*. U.S. Sacramento: *Hepatitis C Support Project*, 8-11.
- Pradat, P., Caillat-Vallet, E., Sahajian, F., Bailly, F., Excler, G., Sepetjan, M., & Fabry, J. (2001). Prevalence of hepatitis C infection among general practice patients in the Lyon area, France. *Eur J Epidemiol*, 17(1), 47-51.
- Schaefer, M., & Mauss, S. (2008). Hepatitis C treatment in patients with drug addiction: clinical management of interferon-alpha – associated psychiatric side effects. *Curr Drug Abuse Rev*, 1(2), 177-87.
- Sgorbini, M., O'Brien, L., & Jackson, D. (2009). Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 18, 2282-2291.

- NSW Ministry Of Health. (2012). Stigma and discrimination around HIV and HCV in healthcare settings:research report. *NCHSR*. 10-15.
- Strauss, E., & Teixeira, M.C.D.(2006). Quality of life in hepatitis C. *Journal of the international Association For The Story Of The Liver*, 26(7), 755-760.DOI: 10.1111/j.1478-3231.2006.01331.x
- The Hepatitis C Trust. (2017) *The Hepatitis C Trust*.Retrieved May, 2017,from <http://www.hepctrust.org.uk/information/living-hepatitis-c/mental-and-emotional-attitude>
- Tiribelli, C. (2002). The spectrum of the liver disease in the general population: lesson from the dionysos study. *Med Arh*, 56(1 Suppl 1), 29-30.
- Tomaszewski, E.P. (2011). HIV/AIDS and hepatitis co-infection: an emerging health issue. Human rights and international affairs division. USA: *National Association Of Social Workers*.
- Touzet, S., Kraemer, L., Colin, C., Pradat, P., Lanoir, D., Bailly, F. (2000). Epidemiology of hepatitis C virus infection in seven European Union countries: a critical analysis of the literature. HENCORE Group. Hepatitis C European Network for Cooperative Research. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 12(6), 667-678.
- Treloar, K., & Bryant, J. (2006). Hepatitis C and injecting-related discrimination in New South Wales, Australia. *Journal OfDrugs: Education, Prevention And Policy*, 13(1)
- Tsai, S.M., Kao, J.T., & Tsai, Y.F. (2016). How hepatitis C patients manage the treatment process of pegylated interferon and ribavirin therapy: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16, 3-18.
- Uribe, M., & Mendez-Sanchez, N. (2002). Hepatitis c in Mexico. *Rev Gastroenterol Mex*, 67 Suppl 2, S7-8.
- Van Damme, P., Thyssen, A., & Van Loock, F. (2002). Epidemiology of hepatitis c in Belgium: present and future. *Acta Gastroenterol Belg*, 65(2), 78-79.

Wessely, S., & Pariente, C. (2002). Fatigue, depression and chronic hepatitis C infection. *J of Psychological Medicine*, 32, 2-9.

WEBMD (2016). Health information services website. *Coping with the stigma of hepatitis c*. Retrieved May, 2017, from WebMD: <http://www.webmd.com/hepatitis/hepc-guide/hepatitis-c-coping#1-2>.

World Health Organization.(2017).Hepatitis C. Retrieved April, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>

World Health Organization. (2014). *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis c infection*. Geneva, Switzerland. 53-54.

Younossi, Z., Kallman, J., & Kincaid, J. (2007, March). The effects of HCV infection and management on health-related quality of life. *Journal Of Hepatology*, 45(3), 806-810.

Zickmund, S., Ho, E.Y., Masunda, M., Ippolito, L., & Labrecque, D.R. (2003) Stigmatization and quality of life of patients with hepatitis C. *Journal Of General Internal Medicine*, 18(10), 835-844.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.(2017). *C ჰეპატიტი. ნანახია: აპრილი, 2017. ვებგვერდი* <http://www.ncdc.ge/Category/Article/45>

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი.(2017). *რა არის C ჰეპატიტი, მისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ნანახია: აპრილი, 2017. ვებგვერდი* <http://hrn.ge/content/38>

კაციტაძე, გ., ზედგენიძე, ი., იმნაძე, პ., სტურუა, ლ., ცანავა შ., & ცინცაძე, მ. (2015). *B და C ჰეპატიტები საქართველოში*. 3(19). თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

კაციტაძე, გ., ზედგენიძე, ი., იმნაძე, პ., სტურუა, ლ., ცანავა შ., & ცინცაძე, მ. (2016). *B და C ჰეპატიტები საქართველოში*. 3(20). თბილისი: საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საქართველოს მთავრობა. (20 აპრილი, 2015წ.). საქართველოს მთავრობის დადგენილება #169 C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების თაობაზე. თბილისი, საქართველო.

საქართველოს მთავრობა.(17 ივნისი, 2016წ.). საქართველოს მთავრობის დადგენილება #272 „C -ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის #169 დადგენილებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე. თბილისი, საქართველო.

საქართველოს მთავრობა.(18 აგვისტო, 2016წ.). საქართველოს მთავრობის განკარგულება #1704 საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე. თბილისი, საქართველო.

შატბერაშვილი, ნ. (2011).*სოციალური მუშაობა და სოციალური ადვოკატობა - სოციალური მუშაკები ადამიანების სოციალური უფლებების დასაცავად. თბილისი, საქართველო.*

## დანართი#1

### სიღრმისეული ინტერვიუს გზამკვლევი პაციენტებისთვის

1. როგორ გაიგეთ C-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის შესახებ?

**ჩაძიება:** ვინ მიაწოდა ინფორმაცია, რამდენად ადვილი იყო ამ პროგრამის შესახებ დეტალური ინფორმაციის მიღება, როდის გაიგო პროგრამის შესახებ

2. როგორი მოლოდინები გქონდათ პროგრამის დაწყებამდე?

**ჩაძიება:** რატომ ჩაერთო პროგრამაში? რა იყო მისი მოტივაციის ძირითადი მიზეზი? რისი მიღწევა უნდოდა ყველაზე მეტად - ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, სტიგმის დაძლევა, სრულფასოვანი ცხოვრების დაბრუნება და სხვა..

3. რას იტყვით პროგრამაში მონაწილე მომსახურე პერსონალზე, კლინიკაზე?

**ჩაძიება:** ვისთან უწევდა ურთიერთობა - ექიმი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი ? როგორ შეაფასებდა მათ პროფესიონალიზმს, მომსახურებას. პაციენტთან ურთიერთობის უნარს, ეთიკურ მხარეს.. რამდენად კმაყოფილია კლინიკით - მისი ადგილმდებარეობა - მოსახერხებელი იყო მისთვის, კომფორტული გარემო და სხვა

4. რა სახის სირთულეებმა იჩინა თავი მკურნალობის დროს და როგორი იყო დაძლევის მექანიზმები?

**ჩაძიება:** ფიზიკური სირთულეები (გულისრევა, ტკივილი..) და ფსიქოლოგიური (დეპრესიული გუნებაგანწყობილება, ზოგადი გაღიზიანება), პრობლემები ოჯახის წევრებთან ურთიერთობებში, ზოგადად სოციალურ ურთიერთობებში, სასმელისგან თავის შეკავება. როგორ ახერხებდა ამ სირთულეების დაძლევას, ვინ ეხმარებოდა

5. მკურნალობის პროცესში როგორი იყო თქვენი სოციალური ურთიერთობები?

**ჩაძიება:** მისმა ახლობლებმა თუ იცოდნენ, რომ მონაწილეობას იღებდა ამ პროგრამაში? რამე თუ შეიცვალა მათთან ურთიერთობის პროცესში

6. რას იტყვით პროგრამის შედეგზე, მის ეფექტურობაზე, რამდენად გამართლდა თქვენი მოლოდინები?

**ჩაბიება:** მიიღო თუ არა ის შედეგი, რისი მოლოდინიც ჰქონდა? როგორია მისი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური მდგომარეობა ახლა, რა შეიცვალა მის ცხოვრებაში?

7. რის შეცვლას ისურვებდით პროგრამის უფრო ეფექტურად განხორციელებისათვის?

**ჩაბიება:** უკეთესი შედეგის მისაღებად ან იმ სირთულეების დასაძლევად, რაც მკურნალობის პროცესში შეხვდა, რამე მომსახურებას ხომ არ დაამატებდა - მაგალითად, პროგრამის შესახებ ინფორმაციის უკეთ გავრცელება, ფსიქოლოგის ან ნარკოლოგის კონსულტაცია, სოციალური მუშაკის მომსახურება და სხვა.. ან რამეს ხომ არ შეცვლიდა მკურნალობის პროცესში..

8. პროგრამაში მონაწილეობის პროცესში, როგორ ხედავთ სოციალური მუშაკის როლს?

**ჩაბიება:** მკურნალობის პროცესში ჰქონია თუ არა შეხება, თუკი პაციენტს არ ჰქონია შეხება სოციალურ მუშაკთან, ავუხსნათ მისი ფუნქციები და გავარკვიოთ მათი თვალით დანახული სოციალური მუშაკის როლი)

დასწრთი #2

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Ekaterine Mindorashvili

Master Thesis on the topic

Efficiency of C hepatitis elimination program in Georgia – from  
perspectives of patients

Social work

Thesis submitted to obtain the Master's Degree in Social Work

Supervisor: Tamar makharadze

Associate professor at Ivane Javakhishvili

Tbilisi State University

Tbilisi

2017