სარჩევი

შესავალი: პრობლემის განსაზღვრა 3

გარემო პროგრამის განხორციელებისათვის 4

პროგრამის მოკლე ისტორია 4

პროგრამის დოკუმენტების მიმოხილვა 5

თვისებრივი კვლევა პროგრამაში მონაწილე დაინტერესებულ მხარეებთან - სთეიქჰოლდერებთან 6

მეთოდოლოგია 6

ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლებისა და საერთაშორისო პარტნიორების გამოკითხვის შედეგები 6

პროგრამის მომზადება და დაწყება 7

სირთულეები განხორციელების პროცესში 8

მონაცემთა ბაზები 8

დიაგნოსტიკური კომპონენტის დაფინანსება 9

დამოკიდებულება ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებთან 10

პროვაიდერი კლინიკების გამოკითხვის შედეგები 10

პროვაიდერი კლინიკების გამოცდილება და თანამშრომლებს შორის ფუნქციების გადანაწილება 11

ზოგადი შეხედულება C ჰეპატიტის პროგრამასთან დაკავშირებით 12

მედიკამენტის უსაფრთხოების ზომები და ტექნიკური პრობლემები 13

პრობლემები C ჰეპატიტის პროგრამაში პაციენტთა ჩართულობის კუთხით 15

გვერდითი მოვლენების მართვა და მკურნალობის დამყოლობა 16

სარჩევი

სოციალურ-სტრუქტურული ბარიერები 17

დასკვნები 18

რეკომენდაციები 20

მეთოდოლოგია 20

საველე სამუშაოები 21

კვლევის მიგნებები 21

პროგრამაში ჩართული პაციენტების გამოკითხვის შედეგები: . . 21

პაციენტის ინფორმირებულობა C ჰეპატიტის
და ელიმინაციის პროგრამის შესახებ 22

ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა 24

პაციენტების კმაყოფილება მკურნალობის პროგრამით 28

მოლოდინის დრო პროგრამაში ჩართვამდე 28

მკურნალობის დამყოლობა 29

პრობლემები მკურნალობის პროცესში
ვიდეოკამერით სუპერვიზია 29

C ჰეპატიტის და მეთადონის
პროგრამაში ერთდროული ჩართულობა 31

მკურნალი ექიმით და სამედიცინო სერვისით კმაყოფილება . . . 33

პაციენტის დამოკიდებულება
და ქცევითი ცვლილებების ფაქტორები 35

დასკვნები 35

რეკომენდაციები 37

პრობლემის განსაზღვრა

საქართველო მიეკუთვნება C ჰეპატიტის მაღალი გავრცელების ქვეყნებს. 2015 წელს ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მიხედვით, ზრდასრული მოსახლეობის ზოგად მოსახლეობაში C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე დადებითია ქვეყნის მოსახლეობის 7.7%, ხოლო რნმ-დადებითი, ანუ C ჰეპატიტის აქტიური ფორმით დაავადებული, არის მოსახლეობის 5.4% . C ჰეპატიტის ვირუსის მაღალი პრევალენტობის გამო, საქართველო შერჩეული იქნა ერთ-ერთ საპილოტე ქვეყნად, სადაც C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგია დაიგეგმა. საქართველოს მთავრობასა და აშშ ფარმაცევტულ კომპანია „გილეადს“ შორის გაფორმდა ხელშეკრულება, რომლის ფარგლებშიც კომპანიამ პასუხისმგებლობა აიღო, საქართველოს უსასყიდლოდ მიაწოდოს ძვირადღირებული სამკურნალწამლო საშუალებები ყველა პაციენტისათვის ვირუსის სრული ელიმინაციის მიღწევის მიზნით. საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის #169 დადგენილების შესაბამისად დამტკიცდა „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამა“.

პროგრამის ბენეფიციართა შორის არიან ნარკოტიკის მომხმარებელი პაციენტები, რომლებიც C ჰეპატიტის ვირუსით არიან ინფიცირებულები. ამ ჯგუფის მკურნალობაში ჩართვას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს, რადგან კვლევების და აივ/შიდსის პრევენციული პროგრამების მონაცემები აჩვენებს, რომ ნარკოტიკის მომხმარებელთა თემში C ჰეპატიტის გავრცელება 60-70%-მდე მერყეობს. ამ ჯგუფის ქცევის თავისებურებები (შპრიცების, ნემსების და სხვა საინექციო საშუალებების გაზიარება) შესაძლოა ჩაითვალოს ინფექციის გავრცელების წამყვან გზად საქართველოში. სწორედ ამიტომ, C ჰეპატიტის ელიმინაციის ერთ-ერთ აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ნარკოტიკის მომხმარებელი თემის სრულფასოვანი მოცვა ხელმისაწვდომი სამკურნალო პროგრამით.

პროგრამის პირველი ფაზის მონიტორინგის მიზანია, შეისწავლოს პროგრამის მიმდინარეობა, პროგრამაში ნარკოტიკის მომხმარებელთა თემის ჩართვის და მკურნალობის პროცესში არსებული ხარვეზები და ბარიერები.

კვლევა დაფინანსებულია ზრუნვის პლატფორმის პროგრამის ფარგლებში, გერმანული ორგანიზაცია პური მსოფლიოს (Bread for the World) და კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის (CTC) მხარდაჭერით. კვლევა განახორციელა ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელმა.

გარემო პროგრამის განხორციელებისათვის:

პროგრამის მოკლე ისტორია

პროგრამის დაწყებამდე, ქვეყანამ რამდენიმე მნიშვნელოვანი ეტაპი გაიარა. 2011 წლიდან სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებმა პაციენტთა თემის აქტიური ჩართულობით C ჰეპატიტზე ცნობიერების ამაღლების კამპანია განახორციელეს, რომელმაც ამ პრობლემის აქტუალურობა დააყენა სახელმწიფოს დღის წესრიგში. კამპანიის ფარგლებში მოხდა პაციენტთა შორის მკურნალობის მზაობის ამაღლება და მედიკამენტებზე ფასდაკლების სტრატეგიის შემუშავება. 2011-2015 წლებში ასევე ხორციელდებოდა პეგილირებული ინტერფერონითა და რიბავირინით (ორმაგი თერაპია) C ჰეპატიტით და აივ-ით კო-ინფიცირებულ პაციენტთა მკურნალობის პროგრამა, რომელიც „შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის" (გლობალური ფონდი) მიერ იყო დაფინანსებული და „ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის" (შიდსის ცენტრის) მიერ განხორციელდა. 2011 წელს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრომ შეისყიდა ორმაგი თერაპიის კურსები 47 პატიმრის სამკურნალოდ. მკურნალობის შესყიდვა „ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლოს" მიერ საქართველოს წინააღმდეგ გამოტანილი რამდენიმე გადაწყვეტილების შედეგად განხორციელდა .

2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შედეგად ქვეყანაში ხელისუფლება შეიცვალა. ახალი ხელისუფლების პრიორიტეტს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა და მისი დაფინანსების გაზრდა წარმოადგენდა. განსაკუთრებული გადაუდებლობით ცვლილებები სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სისტემას შეეხო. C ჰეპატიტის პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამის შემუშავება 2013 წლის მარტში დაიწყო და 2014 წლის 1 მარტიდან საპატიმრო დაწესებულებებში პროგრამამ ფუნქციონირება დაიწყო. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების შესყიდვის სახელმწიფო ტენდერში მნიშვნელოვანი ფასდაკლება მოხდა, რითაც ქვეყანამ ორმაგი თერაპია მნიშვნელოვანი გაიაფების პირობით მიიღო. ამ ტენდერის ფარგლებში ხელშეკრულება მკურნალობის 1000 კურსზე გაფორმდა.

სასჯელაღსრულების სისტემისთვის შესყიდული პრეპარატების დაკლებული ფასი სამოქალაქო სექტორის იმ პაციენტებზეც გავრცელდა, რომლებიც საკუთარი სახსრებით აპირებდნენ მკურნალობის დაწყებას. ამ ფასად მედიკამენტების შესყიდვა 10,000-მდე პაციენტისთვის იყო შესაძლებელი. 2014 წლის 1 თებერვალს ფასდაკლების პროგრამის სადიაგნოსტიკო, ხოლო 2014 წლის 1 ივლისს მკურნალობის კომპონენტი დაიწყო.

2014 წელს აშშ დაავადებების კონტროლის ცენტრის (CDC) სამხრეთ კავკასიის რეგიონული ოფისის ხელშეწყობით საქართველოს მთავრობამ C ჰეპატიტის პირდაპირი ანტივირუსული მოქმედების წამლების (DAA) მწარმოებელ კომპანია „გილეადთან"

მოლაპარაკებები გამართა. 2014 წლის 15 ნოემბერს საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა დაანონსდა. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით სამუშაო ჯგუფი შეიქმნა, რომელსაც C ჰეპატიტის ელიმინაციის პირველი ფაზის სტრატეგიული გეგმის შემუშავება დაევალა. პირველი ფაზა ღვიძლის დაზიანების მქონე (F3, F4 მეტავირით) 5000 პაციენტის მკურნალობას მოიცავდა. მკურნალობის პროგრამა საქართველოს მთავრობასა და კომპანია „გილეადს" შორის გაფორმებული მემორანდუმის შედეგად გახდა შესაძლებელი და მას საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის დადგენილება დაედო საფუძვლად.

2015 წლის მაისის თვეში პროგრამაში პირველი პაციენტები ჩაერთნენ. 2016 წლის 10 ივნისიდან პროგრამაში პაციენტის ჩართვის ღვიძლის დაზიანების კრიტერიუმი გაუქმდა და დღეის მდგომარეობით, პროგრამაში ჩართვა ყველა პაციენტს შეუძლია, ვისთვისაც დაავადების მკურნალობა სამედიცინო ჩვენებაა. წინამდებარე კვლევის ფარგლებში, ელიმინაციის პროგრამის პირველი ეტაპის შეფასება სწორედ ამ პერიოდს (2015 წლის 20 აპრილი -2016 წლის 10 ივნისი) მოიცავს.

პროგრამის დოკუმენტების მიმოხილვა

პროგრამის შეფასებისთვის შესწავლილი იქნა დადგენილებები და ბრძანებები რომლებიც არეგულირებენ ელიმინაციის პროგრამის პირველი ეტაპის განხორციელებას.

- C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №169 2015 წლის 20 აპრილი ქ. თბილისი

საქართველოს მთავრობის დადგენილებით შეტანილი ცვლილებები:

07/20/2015 N 358
08/25/2015 N 436
10/26/2015 N 553
12/30/2015 N 677
03/25/2016 N 140
03/28/2016 N 141
05/11/2016 N 208
06/17/2016 N 272

- C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმის შემუშავებისა და განხორციელების მიზნით სამუშაო ჯგუფის შექმნის შესახებ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის № 01-312/ო ბრძანება, 2014 წლის 3 დეკემბერი.

შეტანილი ცვლილება: № 01-76/ო 2016 წლის 4 აპრილი.

- საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის გეგმის ფარგლებში, სკრინინგული კვლევებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაზრდის თაობაზე საქართველოს მთავრობის განკარგულება №1974, 2015 წლის 14 სექტემბერი.

შეტანილი ცვლილება:

27/11/2015 N 2558
31/03/2016 N 571

- საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის განკარგულება N 1704, 2016 წლის 18 აგვისტო.

აღნიშნული დოკუმენტებით რეგულირდება პროგრამის განხორციელება. 2015 წლის 20 აპრილის დადგენილებით რეგულირდება მკურნალობის პროგრამაში პაციენტთა შერჩევის, დაავადების მართვის, სადიაგნოსტიკო კვლევების და მკურნალობის რეჟიმების კომპონენტები.

თვისებრივი კვლევა პროგრამაში მონაწილე დაინტერესებულ მხარეებთან - სთეიქჰოლდერებთან

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევა მოიცავდა დაინტერესებული მხარეების - სთეიქჰოლდერების გამოკითხვას მკურნალობის პროგრამის პირველი ფაზის თაობაზე. კვლევის ერთი ნაწილი დაეთმო პროგრამის მოსარგებლეებში, პაციენტებში გამოკითხვას. პაციენტებთან ჩატარებული გამოკითხვის შედეგები მოცემულია მომდევნო თავებში. კვლევის მეორე ნაწილი ჩატარდა პროგრამის შემუშავების, მიწოდების, ზედამხედველობისა და მონიტორინგის განმახორციელებელ სთეიქჰოლდერებთან. კერძოდ, ჩატარდა რამდენიმე ინტერვიუ შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს თანამშრომლებთან და პროგრამის განხორციელებაში მონაწილე საერთაშორისო პარტნიორების წარმომადგენლებთან. პროვაიდერ კლინიკებთან გამოკითხვა ფოკუსირებული დისკუსიის მეშვეობით განხორციელდა. ინტერვიუების და ფოკუს-ჯგუფების შედეგები წარმოდგენილია წინამდებარე სექციებში.

ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლებისა და საერთაშორისო პარტნიორების გამოკითხვის შედეგები

2016 წლის ოქტომბრის თვეში ჩატარდა 4 ინტერვიუ სამინისტროს თანამშრომლებთან და პროგრამის საერთაშორისო პარტნიორებთან. რესპონდენტებს განემარტათ,

რომ კვლევა კონფიდენციალურია. საუბარი წარიმართა სადისკუსიო გზამკვლევის მეშვეობით და შეეხო პროგრამასთან დაკავშირებულ ძირითად ასპექტებს. გამოკითხვის შედეგები წარმოდგენილია შემდეგი სექციების მიხედვით:

- პროგრამის მომზადება და დაწყება;
- სირთულეები განხორციელების პროცესში
- მონაცემთა ბაზები
- დიაგნოსტიკური კომპონენტის დაფინანსება
- დამოკიდებულება ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებთან.

პროგრამის მომზადება და დაწყება

რესპონდენტების თქმით, მკურნალობის პირველი ფაზის დაწყებამდე არსებობდა რამდენიმე პროგრამა (სასჯელაღსრულების სისტემაში, აივ-ით კოინფიცირებულების მკურნალობის და ინტერფერონზე ფასდაკლების პროგრამები), თუმცა, მკურნალობის პირველი ფაზის დაწყება თვისობრივად ახალ მნიშვნელობას ატარებდა. თუკი წინამორბედი პროგრამები განკუთვნილი იყო პაციენტთა გარკვეული კატეგორიებისთვის, ელიმინაციის პროგრამა უნივერსალური ხელმისაწვდომობის წინაპირობად იქცა. გამომდინარე იქიდან, რომ გრძელვადიანი პროგრამის მომზადებას დიდი დრო სჭირდებოდა, გადაწყდა, პირველი ფაზის ფარგლებში გადაუდებელი მკურნალობის შეთავაზება ღვიძლის მძიმე დაზიანებების მქონე პაციენტებისთვის.

სამინისტრომ და საერთაშორისო პარტნიორებმა მუშაობა გაწიეს, რათა პარტნიორ კომპანია „გილეადს“ გადაწყვეტილება მიეღო, ელიმინაციის პროგრამა სწორედ საქართველოში დაწყებულიყო. ამ საკითხების კომუნიკაციაში წამყვანი როლი ითამაშა ამერიკის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის - CDC ატლანტას წარმომადგენლობამ. მოხდა წერილობითი კომუნიკაცია, ჩატარდა შეხვედრები, მოხდა მემორანდუმის გაფორმება.

რესპონდენტების თქმით მნიშვნელოვანი იყო პროცესის მონაწილე ყველა მხარის მიერ შესრულებული როლი. 2014 წლის ნოემბერში სახელმწიფომ გამოთქვა მკაფიო დაინტერესება და მზაობა პროგრამის განხორციელებისთვის. დეკემბერში მინისტრის დადგენილებით შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, რომელმაც შემჭიდროვებულ ვადებში წარმოადგინა მკურნალობის პროგრამის პირველი ფაზის დოკუმენტი. ეს დოკუმენტი საფუძვლად დაედო მთავრობის დადგენილებას, რომლის საფუძველზე პროგრამის განხორციელება დაიწყო 2015 წლის აპრილში.

სამინისტროს თანამშრომლებისთვის პროგრამის დაწყება მნიშვნელოვანი მოტივატორი იყო პროფესიული კუთხით. მათი თქმით, მანამდე უამრავ მოქალაქეს უწევდა დაფინანსების რეფერალური პროგრამის საშუალებით მოძიება. პრობლემა ეხებოდა ათასობით პაციენტს, სახელმწიფო კი ერთეული შემთხვევების დაფინანსებას ახერხებდა. ერთერთი თანამშრომლის განცხადებით, „ჯანდაცვის მოხელისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს, როდესაც აკეთებს საქმეს, რომელიც კონკრეტული ადრესატის ცხოვრებას

უკეთესობისკენ ცვლის. ამ პროგრამაზე მუშაობა საინტერესო იყო, რადგან ის ინოვაციურია. სიამაყის განცდა მაქვს, როდესაც პროგრამის პირველ შედეგებს ვხედავ“.

ყველა რესპონდენტის აზრით, ამ პროცესში მნიშვნელოვანი იყო პროფესიული და პაციენტთა თემის ჩართულობა. კლინიცისტები მონაწილეობდნენ მკურნალობის პროტოკოლების შემუშავებაში, სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლები ახდენდნენ პაციენტთა საჭიროებების ადვოკატირებას.

საერთაშორისო პარტნიორების თქმით საქართველოში დაწყებული პროგრამა მსოფლიო მნიშვნელობას ატარებდა. ამრიგად, პროგრამისთვის შეირჩა მკურნალობის საკონსულტაციო ჯგუფი TAG, რამაც განაპირობა პროგრამაზე საერთაშორისო ზედამხედველობის წარმართვა.

როგორც სამინისტროს თანამშრომლების, ისე სხვა სთეიქჰოლდერების აზრით, ძალიან დროული იყო პროგრამის დაწყება, თუმცა პროცესების უმოკლეს ვადებში წარმართვამ, თავდაპირველ ეტაპზე გარკვეული სირთულეები წარმოშვა.

აღსანიშნავია, რომ ერთი მხრივ, სახელმწიფოსა და მეორე მხრივ, საერთაშორისო და სამოქალაქო სექტორის წარმომადგენლებს შორის დიაგნოსტიკური კვლევების დაფინანსებაზე შეთანხმება არ ყოფილა მიღწული. პარტნიორებისთვის პრობლემური იყო დიაგნოსტიკურ კვლევებში პაციენტის ფინანსური თანამონაწილეობის საკითხი.

თავდაპირველ ეტაპზე აზრთა სხვადასხვაობა იყო მედიკამენტის უსაფრთხოებასთან და მკურნალობის DOT რეჟიმთან დაკავშირებით. დაწესდა მკაცრი ზომები მედიკამენტის მიმოქცევის გასაკონტროლებლად. სამინისტროს თანამშრომელი აღნიშნავს, რომ ამან გამოიწვია ადმინისტრაციული რუტინის ზრდა. მისი თქმით პროგრამის განხორციელებისას მნიშვნელოვანი დარღვევები მედიკამენტის კონტროლის კუთხით არ დაფიქსირებულა.

მიუხედავად ზემოთქმული წინააღმდეგობებისა, სთეიქჰოლდერები აღნიშნავენ, რომ შემჭიდროვებულ ვადებში პროგრამის დაწყება აუცილებელი იყო ერთი მხრივ, საზოგადოებაში არსებული დიდი ინტერესის, მეორეს მხრივ კი იმ პაციენტთა დიდი რაოდენობის გამო, რომლებმაც მრავალი წლის განმავლობაში ვერ მოახერხეს მკურნალობა და ღვიძლის მძიმე დაზიანებით გარდაცვალების საფრთხის წინაშე იდგნენ.

სირთულეები განხორციელების პროცესში

რესპონდენტები საუბრის დროს პროგრამის განხორციელებაში გამოკვეთილ პრობლემებზე ამახვილებენ ყურადღებას. მათთვის ამ კუთხით მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მონაცემთა ბაზების, დიაგნოსტიკური კომპონენტის დაფინანსების და ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლების პროგრამაში ჩართვის პრობლემები.

მონაცემთა ბაზები

პროგრამის განხორციელებისთანავე პრობლემები შეიქმნა მონაცემთა შეყვანის და მათზე წვდომის კუთხით. სპეციალურად შექმნილ საინფორმაციო სისტემაში „სტოპ C“

არ ხდებოდა ისეთი მონაცემების შეგროვება, რომელიც პროგრამის მიმდინარეობის შეფასებას გახდიდა შესაძლებელს. საერთაშორისო პარტნიორების თქმით, მონაცემების შეგროვება და მათთან წვდომა პრობლემატური დარჩა დღემდე.

სამინისტროს თანამშრომლებისთვის რთული იყო საბაზისო მონაცემების მოგროვება, ვინაიდან არ არსებობდა მონაცემთა ერთიანი ბაზა. „სტოპ C" იყო პირველი საინფორმაციო ბაზა და მისი გამოყენება ძირითადად ადმინისტრაციული და შედარებით შეზღუდულად კლინიკური მიზნებით ხდებოდა. კომისიის მიერ დაზუსტებაზე გაგზავნილი განაცხადების ხელახლა დარეგისტრირების დროს ხდებოდა დუბლირებები, რაც ხელით ჩასწორების საჭიროებას ქმნიდა.

სამინისტროს წარმომადგენლის თქმით, მკურნალობის მეორე ეტაპისთვის შემუშავდა ახალი, უფრო დახვეწილი ბაზა, სადაც აღნიშნული ხარვეზები გამოსწორდა. მისი თქმით, ხორციელდება ბაზების ინტეგრაცია. ახალი პაციენტების მონაცემების შეყვანა მხოლოდ ახალ ბაზაში ხდება. ძველი ბაზა კი ფუნქციონირებას 2017 წლის თებერვალში შეწყვეტს.

დიაგნოსტიკური კომპონენტის დაფინანსება

საერთაშორისო პარტნიორების თქმით, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენდა დიაგნოსტიკური კომპონენტის დაფინანსება. შემოთავაზებული იყო დაფინანსების რამდენიმე წყარო:

1. სახელმწიფო ბიუჯეტი;
2. მუნიციპალური ბიუჯეტი;
3. პაციენტის მიერ გადახდილი თანხა.

ამ სამ წყაროს შორის ბალანსი დამოკიდებული იყო პაციენტის სოციალურ სტატუსსა და საცხოვრებელ ადგილზე.

რესპონდენტების ამ მექანიზმის არსებობის შედეგად პაციენტები რამდენიმე პრობლემის წინაშე დადგნენ:

1. პაციენტებმა ვერ შეძლეს დიაგნოსტიკური კვლევების ჩატარება და პროგრამაში ჩართვა თანადაფინანსების არქონის გამო;

2. იმ მუნიციპალიტეტებში, რომლებიც თანადაფინანსებას სთავაზობდნენ პაციენტებს, გართულებული იყო მათი ნავიგაცია კლინიკას, სამინისტროს და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოებს შორის;

3. პაციენტებმა, რომლებმაც მკურნალობა დაიწყეს, ვერ შეძლეს მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგის კვლევის (SVR 12) ჩატარება, რითაც ვერ შეიტყეს მკურნალობის გამოსავალი და ამ მონაცემების დაფიქსირება არც პროგრამაში მოხდა სრულფასოვნად.

სამინისტროს თანამშრომლის აზრით, დაფინანსების პრობლემები თავდაპირველ ეტაპზე გამოვლინდა, როდესაც მუნიციპალური წყაროდან თანადაფინანსების საკითხები არ იყო გარკვეული. ამის მაჩვენებელი იყო ინდივიდუალურ რეჟიმში სამინისტროსთვის დამატებითი დაფინანსების თხოვნის განცხადებები. შემდეგ ეტაპზე მართლაც მწვავედ დადგა

SVR 12-ის საკითხი. სწორედ ამის გამო 2016 წლის იანვრიდან სახელმწიფომ ანალიზების ანაზღაურების მექანიზმი ამ კვლევაზეც გაავრცელა. აღსანიშნავია, რომ მკურნალობის მეორე ეტაპზე ამ ტესტის ჩატარება პაციენტისთვის სრულიად უფასოა.

დამოკიდებულება ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებთან

რესპონდენტების თქმით, ნიმ-ების პროგრამაში ჩართვის საკითხი არაერთხელ დადგა კომისიის დღის წესრიგში. პაციენტთან კონტრაქტში ჩადებული იყო მუხლი, რომ ნარკოტიკის მოხმარება პროგრამის წესების დარღვევაა და შესაძლებელია მკურნალობის შეწყვეტის გადაწყვეტილების საფუძველი გახდეს. სამინისტროს განცხადებით ამ მუხლის კონტრაქტში ჩადება იურიდიული დეპარტამენტის მოთხოვნით მოხდა, რათა თავიდან ყოფილიყო აცილებული გართულებები. თუმცა, სამოქალაქო საზოგადოების და პაციენტთა თემის მოთხოვნის შესაბამისად კონტრაქტიდან ამ მუხლის ამოღება 2015 წლის ნოემბრის დასაწყისში მოხდა.

საერთაშორისო პარტნიორების განცხადებით, ისინი კომისიის სხდომებზე და TAG-ის მუშაობის პროცესში მუდმივად აღნიშნავენ პაციენტთა ამ ჯგუფის მკურნალობის პროგრამის მეორე ეტაპზე პრიორიტეტულად ჩართვის საჭიროებაზე. ასევე საუბარი მიმდინარეობს ზიანის შემცირების ცენტრების ბაზაზე მკურნალობის პროგრამების პილოტირების კუთხით.

სამინისტროს თანამშრომლის თქმით, ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების ბაზაზე მკურნალობის პილოტირების საკითხი განხილვის აქტიურ ფაზაშია. თუმცა საერთაშორისო პარტნიორები ინტერვიუში ამბობენ, რომ მნიშვნელოვანი იქნება მკურნალობის დაწყება ნემსებისა და შპრიცების პროგრამებშიც. ამის საჭიროებას ისინი განსაკუთრებით ხედავენ ელიმინაციის ნიშნულების მისაღწევად. ამ პროგრამებს, მათი თქმით გადამწყვეტი მნიშვნელობა ექნებათ პაციენტთა დეტექციის, ინფექციისა და რეინფექციის შემთხვევების პრევენციის, მკურნალობაში ნიმ-ების სათანადო რაოდენობით ჩართვის და მკურნალობის დამყოლობის და ეფექტურობის მხრივ.

საერთაშორისო პარტნიორებმა ასევე აღნიშნეს პროგრამის სამომავლო პერსპექტივები და დასძინეს, რომ მნიშვნელოვანია ამ ეტაპზე მოხდეს პროგრამის გრძელვადიანი ხედვის ჩამოყალიბება და მკურნალობის მომავალი სტრატეგიების შემუშავება, განსაკუთრებით წარუმატებლად ნამკურნალები პაციენტებისთვის.

სთეიქჰოლდერებმა ინტერვიუს დასასრულს აღნიშნეს, რომ ამ პრობლემებზე მუშაობა მიმდინარეობს და ბევრი მათგანი უკვე დაძლეულია მკურნალობის მეორე ეტაპის პროგრამაში.

პროვაიდერი კლინიკების გამოკითხვის შედეგები

კვლევის ფარგლებში ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა პროგრამის განმახორციელებელ კლინიკებში - პროვაიდერებში. კვლევა ჩატარდა 2016 წლის ოქტომბრის თვეში. შერჩეული იყო 2 კლინიკა, თბილისსა და გორში, ერთი მათგანი კერძო პროვაიდე-

რი იყო, ხოლო მეორე - სახელმწიფო.

ორივე ფოკუს-ჯგუფის ჩატარების წინ, ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებთან მოხდა კვლევის მიზნების წარდგენა. მონაწილეებს განემარტათ, რომ კვლევა კონფიდენციალურია.

ფოკუს-ჯგუფებში მონაწილეობდნენ კლინიცისტები, ლაბორანტები, კლინიკის მმართველი და ადმინისტრაციული რგოლის თანამშრომლები, რომლებსაც შეხება ჰქონდათ, როგორც თავიანთ კლინიკებში პროგრამის მართვასთან, ისე პროგრამული მონაცემების „სტოპ C" ბაზაში ატვირთვასთან.

დისკუსია წარიმართა სადისკუსიო გზამკვლევის მეშვეობით. კვლევის შედეგები წარმოდგენილია, შემდეგი სექციების მიხედვით:

- პროვაიდერი კლინიკების გამოცდილება და თანამშრომლებს შორის ფუნქციების გადანაწილება;
- ზოგადი შეხედულება C ჰეპატიტის პროგრამასთან დაკავშირებით;
- მედიკამენტის უსაფრთხოების ზომები და ტექნიკური პრობლემები;
- პრობლემები C ჰეპატიტის პროგრამაში პაციენტთა ჩართულობის კუთხით;
- გვერდითი მოვლენების მართვა და მკურნალობის დამყოლობა;
- სოციალურ-სტრუქტურული ბარიერები.

პროვაიდერი კლინიკების გამოცდილება და თანამშრომლებს შორის ფუნქციების გადანაწილება

პროვაიდერ კლინიკებში პროგრამის დაწყებამდე გარკვეული გამოცდილება არსებობდა. თუ თბილისში იყვნენ ექიმები, რომლებიც ორმაგი თერაპიის (პეგილირებული ინტერფერონი და რიბავირინი) პერიოდში უწევდათ პაციენტების მომსახურება, გორში მომუშავე ექიმების გამოცდილება პროგრამის დაწყებამდე ძირითადად თბილისელი პაციენტების მკურნალობას უკავშირდებოდა. მათი თქმით, რეგიონში თითქმის საერთოდ არ ხდებოდა დაავადების მკურნალობა მძიმე ფინანსური ტვირთის გამო. რეგიონის ექიმების თქმით, პაციენტებს ინტერფერონზე ფასდაკლების პროგრამაშიც კი უჭირდათ ჩართვა. აღსანიშნავია, რომ გორის სამხედრო ჰოსპიტალში ხდებოდა სამხედრო მოსამსახურეების და რეზერვისტების სკრინინგი. კლინიკის წარმომადგენლების თქმით, C ჰეპატიტის პრობლემის აქტუალობა მათ კლინიკაში ყოველთვის იდგა, რადგან რეზერვისტებთან ჩატარებული სკრინინგი დაავადების მაღალ გავრცელებაზე მეტყველებდა. თბილისის კლინიკა ჩართული იყო ინტერფერონის ფასდაკლების პროგრამაში და უფრო მეტი მზაობა ჰქონდა პროგრამის დასაწყისი ეტაპისთვის. ამ ეტაპზე ორივე პროვაიდერთან კვლევა და მკურნალობა კლინიკაში ხორციელდება სრულფასოვნად. რეგიონის კლინიკა მხოლოდ გენოტიპირების ტესტს აკეთებს ქვეკონტრაქტორ კლინიკაში.

პროვაიდერი კლინიკის თანამშრომლებს შორის კლინიკური და ადმინისტრაციული ფუნქციების გადანაწილება ხდება ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებით, როგორე-

ბიცაა: კლინიკის ზომა, საშტატო ერთეულების რაოდენობა და დატვირთვა, პაციენტთა ნაკადი და სხვა. შიდა რეგულაციების მიხედვით ხდება ადმინისტრაციული ფუნქციების გადანაწილება სხვადასხვა სპეციალისტზე.

კლინიკის თანამშრომლები საკუთარ ფუნქციებს შემდეგნაირად აღწერენ:

კლინიცისტი - აწარმოებს პირველად კონსულტაციას პაციენტთან, ნიშნავს დიაგნოსტიკურ კვლევებს, ახდენს კვლევის შედეგების ინტერპრეტაციას, და წერს დანიშნულებას, ამზადებს ფორმა 100-ს პაციენტთა ჩართვის კომისიაზე წარსადგენად. პროგრამაში ჩართვის შემდეგ კლინიცისტი ახორციელებს პაციენტის მკურნალობისა და მონიტორინგისთვის საჭირო ღონისძიებებს. აღსანიშნავია, რომ მეორე ფაზის დაწყებამდე, რიგ კლინიკებში მომუშავე ექიმებს მონაცემების შეყვანა „სტოპ C“-ში თავად უწევდათ. პაციენტების გაზრდილი ნაკადის დროს ზოგიერთ კლინიკაში ამისთვის ადმინისტრაციული რესურსის დამატება მოუწიათ.

ლაბორატორია - აწარმოებს გამოკვლევებს. აღსანიშნავია, რომ მეორე ეტაპის დაწყების შემდეგ, ლაბორატორია პირდაპირ ტვირთავს გამოკვლევების შედეგებს მონაცემთა ახალ ბაზაში.

ადმინისტრატორ/რეგისტრატორს - ევალება პაციენტების რეგისტრაცია, ანალიზების პასუხების გაცემა, დოკუმენტაციის შემოწმება, ფინანსურ მოდულში მონაცემების შეყვანა, ფინანსური ინფორმაციის ატვირთვა და გადაგზავნა კვლევების საფასურის ანაზღაურებასთან დაკავშირებით, შეტყობინების დატოვება გამოკვლევის შესაბამისი კოდებით მკურნალობაში ჩართვამდე და მონიტორინგის ეტაპზე, ქეისის დახურვა.

კლინიკის მენეჯერის ფუნქციებში შედის: წამლების კლინიკაში მიღება, პაციენტთა სიების გადაგზავნა, ისეთი საკითხების დოკუმენტირება და შეტყობინება, როგორიცაა პაციენტის მიერ ვიზიტის ან ტესტირების გაცდენა, მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა, პაციენტის გარდაცვალება. მას ასევე ევალება პროგრამის ფარგლებში დაგროვილი პირადი ინფორმაციის, ვიდეოჩანაწერების და სხვა სახის მონაცემების დაცვა და კონტროლი.

ზოგადი შეხედულება C ჰეპატიტის პროგრამასთან დაკავშირებით

პროვაიდერები მიესალმებიან სახელმწიფოს მიერ გადადგმულ ქმედით ნაბიჯებს C ჰეპატიტის ელიმინაციის კუთხით. ისინი აცხადებენ, რომ პროგრამის დაწყებამდე პაციენტთა თითზე ჩამოსათვლელ რაოდენობას უწევდნენ დახმარებას. მათი თქმით, ძალზე დროული იყო მკურნალობის პირველი ფაზის დაწყება ღვიძლის დაზიანების მქონე პაციენტებში, რამაც ბევრ მათგანს შეუნარჩუნა სიცოცხლე. გა-

მომდინარე იქიდან, რომ ფორსირებულად ხდებოდა პროცესები, თავდაპირველ ეტაპზე გარკვეული საკომუნიკაციო ხასიათის პრობლემები გაჩნდა. თუმცა, პროგრამის დაწყებისთანავე პრაქტიკაში მოხდა პროცესების დახვეწა, რამაც პროგრამის შემდგომი განხორციელება უფრო გაამარტივა.

თბილისის კლინიკებში პროგრამის დაწყების პარალელურად ხდებოდა კლინიკის თანამშრომლების ინფორმირება პროგრამის დოკუმენტებთან, პროცედურებთან, „სტოპ C"-ში მონაცემთა ატვირთვასთან დაკავშირებით. თბილისში ექიმების ტრენინგი პროგრამის დაწყების პარალელურად განხორციელდა.

რეგიონში, სადაც კლინიკების პროვაიდერთა რიცხვში ჩართვა მოგვიანებით მოხდა, ნაკლები პრობლემები შეიქმნა პროგრამის შესახებ ინფორმაციის კომუნიკაციის კუთხით. თანამშრომლებმა გაიარეს ტრენინგები, როგორც კლინიკურ ისე ადმინისტრაციულ საკითხებში.

პრობლემები იყო სამინისტროსა და კლინიკებს შორის კომუნიკაციაში პროგრამის მიმდინარეობის დროსაც. გამომდინარე იქიდან, რომ სხვადასხვა პაციენტის დიაგნოსტიკის ანაზღაურება სხვადასხვაგვარად ხდება, მათ შეიმუშავეს შიდა კოდები, რათა პაციენტებს შორის დიფერენციაცია მომხდარიყო. მათ უკვე გატარებული ჰყავდათ 400-მდე პაციენტი, როდესაც ანაზღაურების თავდაპირველმა სისტემამ ცვლილება განიცადა (გაჩნდა დაფინანსება თბილისის ბიუჯეტიდან) და ფინანსური ანაზღაურებისთვის მინიჭებული ექვსნიშნა კოდის ხელახლა მინიჭება მოუწიათ. დისკუსიის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ სამინისტროს მხრიდან ცვლილებებზე კომუნიკაციისთვის საკმარისი დრო უნდა იყოს მიცემული და კლინიკების ინფორმირება წინასწარ ხდებოდეს წერილობით.

კლინიცისტებმა კმაყოფილება გამოთქვეს იმ შესაძლებლობებით, რომელიც მათ პროგრამამ მისცა თეორიული და პრაქტიკული გამოცდილების კუთხით. მათ დასძინეს, რომ პირველი ფაზის დროს კარგი იქნებოდა დამატებითი ტრენინგების ჩატარება რთული პაციენტების მართვის საკითხებზე. თუმცა, აღინიშნა, რომ ამ მხრივ, ძალიან სასარგებლო იყო ECHO-ს ვებინარები.

მიუხედავად განხორციელების თავდაპირველ ეტაპზე აღმოჩენილი ხარვეზებისა, დისკუსიის მონაწილეები პროგრამას დადებითად აფასებენ. ისინი აღნიშნავენ, რომ გამოვლენილი ხარვეზები მუშაობის პროცესში დაიხვეწა. თუ თავდაპირველად სირთულეები ასევე გამოიწვია პაციენტთა ნაკადმა, შემდეგ ეს პრობლემაც თანდათანობით მოიხსნა პროგრამის გაფართოების პარალელურად.

მედიკამენტის უსაფრთხოების ზომები და ტექნიკური პრობლემები

დისკუსიის ამ ნაწილში მონაწილეებმა ისაუბრეს პროგრამაში მონაწილეობის ტექნიკურ მხარეებზე, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესაძლებლობებზე, პროგრამის მონაცემების შეგროვებაზე და მონაცემთა ბაზაში ატვირთვაზე. მათ ასევე ისაუბრეს ჯანდაცვის სისტემის სხვა რგოლებთან ურთიერთქმედებაზე და

სამოქალაქო სექტორთან თანამშრომლობაზე.

პროვაიდერების შერჩევის ეტაპზე გათვალისწინებული იყო ის ძირითადი მოთხოვნები, რომლებიც კლინიკებს უნდა დაეკმაყოფილებინათ პროგრამის დაწყებამდე. კლინიკებს ჰქონდათ ტექნიკური საშუალებები, რომ ჩართულიყვნენ განხორციელებაში. ერთ შემთხვევაში, კლინიკა ფლობდა დიაგნოსტიკის სრულფასოვნად ჩატარების შესაძლებლობას, მეორე შემთხვევაში სახელმწიფომ სარგებლობაში გადასცა ელასტოგრაფი. კლინიკებს ჰქონდათ შიდა სარეგისტრაციო სისტემა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მართვის შიდა პროცედურები. მიუხედავად ამისა, პროგრამაში ჩართვისას კლინიკებს მოუწიათ დამატებითი ღონისძიებების გატარება.

ამ ღონისძიებების გატარების აუცილებლობა მედიკამენტის უსაფრთხოების მოთხოვნამ გამოიწვია. კერძოდ, პროვაიდერებს დასჭირდათ წამლის შესანახი სპეციალური ოთახის მოწყობა, რომელიც აღჭურვილი იყო რკინის კარით, ცეცხლგამძლე სეიფით და მაღალი გარჩევადობის კამერებით. გარდა ამისა, დიდი ხარჯების გაწევა მოუწიათ გადაღებული მასალის გარე მეხსიერების მატარებლებზე შენახვის კუთხით. ერთერთ კლინიკას გარე მეხსიერების შეძენა 500 ლარი უჯდება და მათი თქმით ამგვარი ხარჯის გაწევა 45 დღეში ერთხელ უწევთ. ამ ხარჯების გაწევა კლინიკას საკუთარი რესურსით უწევს, რაც შეიძლება ბარიერი იყოს რეგიონის კლინიკებისთვის.

განსაკუთრებით პრობლემური იყო მუშაობა „სტოპ C“-ში. თანამშრომლებს ხშირად უწევდათ ერთი და იგივე მონაცემების პროგრამაში შეყვანა, რადგან რამდენიმეჯერ შეყვანილი მონაცემები ხშირ შემთხვევაში არ ჩანდა. მათ მუდმივად უწევდათ პროგრამაში შეყვანილი მონაცემების გადამოწმება, რათა არ დამდგარიყო პრობლემები ანალიზების ანაზღაურებასთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, ექიმს განმეორებით უწევდა იმ მონაცემების სისტემაში ხელით შეყვანა, რასაც ლაბორატორია გასცემდა. ამრიგად არამიზნობრივად ხდებოდა ექიმის დროის გამოყენება. აღსანიშნავია, რომ ამ ხარვეზების გამო კლინიცისტების პაციენტებთან კომუნიკაციის დრო შეზღუდული იყო. დისკუსიის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ მსგავსი პრობლემები მინიმუმამდე იქნა დაყვანილი მას შემდეგ, რაც ახალი ბაზა გახდა ფუნქციური.

პროვაიდერების თქმით, თავდაპირველ ეტაპზე გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა სამოქალაქო სექტორთან ურთიერთქმედებას, რადგან პაციენტთა საყოველთაო სკრინინგის ამუშავება მოგვიანებით მოხდა, შედარებით მცირე იყო ორსულთა და ქირურგიული მანიპულაციების პაციენტების სკრინინგიდან რეფერირებულ პაციენტთა რიცხვი. სწორედ ამის გამო დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა ზიანის შემცირების სერვისების მიმწოდებლებთან თანამშრომლობას. პროვაიდერები აღნიშნავენ, რომ პაციენტთა დიდი წილი სწორედ არასამთავრობო სექტორიდან რეფერირებულ პაციენტებზე მოდიოდა. გორის კლინიკის თანამშრომლებმა განსაკუთრებით აღნიშნეს ზიანის შემცირების სერვისების ადგილობრივ მიმწოდებელთან - „ნაბიჯი მომავლისკენ“ პარტნიორული ურთიერთობა.

ასევე მნიშვნელოვანი იყო თანამშრომლობა ზიანის შემცირების პროგრამებთან პაციენტთა მზაობისა და დამყოლობის ღონისძიებების კუთხით. ამ პროგრამებიდან რე-

ფერირებულ პაციენტებს სწორი წარმოდგენა ჰქონდათ მკურნალობის პროცესზე და ზოგ შემთხვევაში სარგებლობდნენ სოციალური თანხლების სერვისით.

პრობლემები C ჰეპატიტის პროგრამაში პაციენტთა ჩართულობის კუთხით

დისკუსიის ყველა მონაწილემ ერთხმად აღნიშნა, რომ ძირითადი პრობლემა პაციენტთა პროგრამაში ჩართვის კუთხით ფინანსურ მხარეს უკავშირდებოდა. დაბნეულობას იწვევდა ის, რომ დიაგნოსტიკური კვლევების ანაზღაურება სხვადასხვაგვარად ხდებოდა პაციენტთა გარკვეული კატეგორიებისთვის.

საინფორმაციო საშუალებებით გავრცელებული იყო ინფორმაცია, რომ მკურნალობა პაციენტისთვის უფასო იქნებოდა. თუმცა, მას შემდეგ, რაც პაციენტები იგებდნენ დიაგნოსტიკის კომპონენტში თანადაფინანსების შესახებ, ისინი უკმაყოფილებას ექიმების მიმართ გამოთქვამდნენ.

დაფინანსების არსებული სისტემით, რთული იყო პაციენტების დაყოფა კატეგორიებად მათი მუდმივი საცხოვრებელი ადგილისა და სოციალური სტატუსის მიხედვით. დაფინანსების ძირითადი წყარო იყო სახელმწიფო პროგრამა. დაფინანსების დამატებით წყაროს ადგილობრივი მუნიციპალიტეტები გამოყოფდნენ. ამიტომ, ხშირ შემთხვევაში, ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების შესაძლებლობებსა და ნებაზე იყო დამოკიდებული დაფინანსების ოდენობა. ასევე იყო პრობლემები იმასთან დაკავშირებით, რომ სოციალური სტატუსის ცვლილებას გარკვეული დრო სჭირდება. თუკი პაციენტი მკურნალობის პროცესში იცვლიდა სოციალურ სტატუსს, ის მკურნალობის ბოლომდე თავდაპირველი სტატუსის შესაბამისად იღებდა ანაზღაურებას.

პრობლემა იყო მუნიციპალიტეტის ფარგლებში და მის გარეთ მცხოვრებ პაციენტებთან მიმართებითაც. ყველა მუნიციპალიტეტს დიაგნოსტიკის ხარჯების ანაზღაურების საკუთარი პრაქტიკა ჰქონდა. მაგალითად, ზოგიერთი მუნიციპალიტეტი ხარჯების გარკვეულ პროცენტს უფინანსებდა სოციალური სტატუსის მიხედვით, ხოლო ზოგიერთი ერთჯერადად. გარდა ამისა, პაციენტები, რომლებიც ერთჯერადი დაფინანსებისთვის მიმართავდნენ ადგილობრივ მუნიციპალიტეტს, იღებდნენ ან მკურნალობის წინა დიაგნოსტიკის, ან მკურნალობის დროს ჩასატარებელი მონიტორინგის კვლევების ანაზღაურებას. მათ უწევდათ არჩევანის გაკეთება, კვლევების რომელ ეტაპზე მოეთხოვათ ანაზღაურება. შესაბამისად, უმეტესი მათგანი მკურნალობაში ჩართვამდე საჭირო კვლევებისთვის ითხოვდა თანადაფინანსებას მუნიციპალიტეტებისაგან და პრობლემა ექმნებოდა მონიტორინგის კვლევების საფასურის გადახდასთან დაკავშირებით. იყო შემთხვევები, როდესაც პაციენტებმა უარი განაცხადეს მკურნალობის გაგრძელებაზე. ამ პრობლემის ერთერთი შედეგი ისიც იყო, რომ პაციენტთა ნაწილმა ჩაიტარა საბოლოო კვლევა (SVR 12).

მისასალმებელი იყო თბილისის მერიის მიერ მუნიციპალური ბიუჯეტიდან დიაგნოსტიკის თანადაფინანსების გამოყოფა. თუმცა, ამან ვითარება ვერ შეამსუბუქა რეგიონებში. პროგრამის საწყის ეტაპზე, ვიდრე სხვა მუნიციპალიტეტები ჩაერთვებოდ-

ნენ ხარჯების ანაზღაურებაში, იყო რეგიონში მცხოვრები პაციენტების თბილისში, ნათესავებთან რეგისტრაციის შემთხვევებიც.

დამატებით ბარიერს წარმოადგენდა რეგიონებიდან ტრანსპორტირების ხარჯები. ეს პრობლემა განსაკუთრებით პროგრამის პირველ ეტაპზე იყო აქტუალური, როდესაც მხოლოდ თბილისის კლინიკებში ხდებოდა მკურნალობა.

დამატებითი პრობლემები შეექმნათ საზღვარგარეთ დროებით გამგზავრების მსურველებს. კერძოდ, იმ შემთხვევაში, თუ მედიკამენტის ახალი ბოთლის გაცემის დროს პაციენტი საზღვარგარეთ იმყოფება, ამისათვის საჭიროა წინასწარი ნებართვის მიღება, რაც დროსა და ბიუროკრატიას უკავშირდება. თუკი პაციენტმა გარკვეული დროით ადრე არ იცის გამგზავრების საჭიროების შესახებ, ის ვერ მოახერხებს მედიკამენტის საჭირო რაოდენობით თან წაღებას.

დისკუსიის მონაწილეებმა აღნიშნეს ისიც, რომ ფინანსური და გეოგრაფიული ბარიერების გამო მრავალმა პაციენტმა თქვა უარი მკურნალობის პროგრამაში ჩართვაზე. ექიმებს ხშირად უწევდათ დაფინანსების დამატებითი წყაროების შესახებ პაციენტის ინფორმირება. პაციენტები იშვიათ შემთხვევებში იყვნენ გარკვეული დიაგნოსტიკის დაფინანსებასთან და მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებით და ეს კომუნიკაციის პრობლემებს იწვევდა.

გვერდითი მოვლენების მართვა და მკურნალობის დამყოლობა

გამომდინარე იქიდან, რომ მკურნალობის პირველი ფაზა ღვიძლის მძიმე დაზიანებების მქონე პაციენტებისთვის იყო განკუთვნილი, დისკუსიის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ პაციენტებს ხშირად აღენიშნებოდათ პრობლემები მკურნალობის პროცესში. ეს პრობლემები ძირითადად გამოწვეული იყო ღვიძლის ციროზით და სხვა გართულებებით. იშვიათ შემთხვევებში ფიქსირდებოდა მედიკამენტით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები.

ინტერფერონიანი რეჟიმის პაციენტებში მკურნალობის გარკვეულ ეტაპზე საჭირო ხდებოდა რეჟიმის ცვლილება. რიბავირინის მიღებით გამოწვეული ანემიის მართვა, ძირითადად მედიკამენტის დოზის დაკლებით ხდებოდა. იშვიათ შემთხვევაში საჭირო იყო დამატებითი მედიკამენტების შეძენა, რომელსაც პროგრამა არ ანაზღაურებდა.

ციროზის გართულების შემთხვევაში ხდებოდა პაციენტის რეფერირება და შესაბამისი ხარჯების ანაზღაურება ციროზის პროგრამის მიხედვით ხდებოდა.

დისკუსიის მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც პაციენტები ფინანსური პრობლემების წინ დგებოდნენ. მაგალითად, როდესაც საჭირო იყო გასტროსკოპიის ჩატარება, ან მოუწიათ პრეპარატების შეძენა და თითო აბში (რეკორმონი, რევოლეიინი) 70 ლარის გადახდა. ფინანსური პრობლემების გამო რამდენიმე პაციენტს მოუწია მკურნალობის შეწყვეტა.

დისკუსიის პროცესში მკურნალობის დამყოლობის მხრივაც გამოიკვეთა პრობ-

ლემები. რეჟიმის დარღვევები ხშირი არაა. თუმცა დაფიქსირდა მედიკამენტის უსაფრთხოების წესების დარღვევის ერთეული შემთხვევები. ზოგიერთმა კოლოფი დაკარგა, ზოგმა - არასწორი ოდენობების აბები წარმოადგინა გადათვლის დროს. მთლიანობაში ერთერთ კლინიკაში 3 პაციენტს მოუწია DOT რეჟიმზე გადასვლა. ჩვეულებრივ რეჟიმზე ერთი დაბრუნდა, დანარჩენმა DOT რეჟიმით დაასრულა მკურნალობა.

ექიმების თქმით, გაღიზიანება გამოიწვია მედიკამენტის უსაფრთხოების წესებმა. პაციენტების აზრით ამ წესებს მათ კლინიკა უწესებდა და უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ ამის გამო. კლინიკის თანამშრომლების აზრით ორ კვირაში ერთხელ ვიზიტი ზოგიერთი პაციენტისთვის არ არის მოხერხებული, რადგან ეს სატრანსპორტო ხარჯებსაც უკავშირდება. ზოგიერთი ექიმის თქმით, ეს ეხმარება კიდეც მკურნალობის დამყოლობას (აბების გადათვლა, ანალიზები). ექიმების თქმით, თუ მძიმე პაციენტებს ნაკლები პრეტენზია ჰქონდათ პროცედურებთან, უსაფრთხოების ზომებთან და სხვა ბარიერებთან, მკურნალობის მეორე ფაზაში ამ პრობლემებმა მეტი სიხშირით იჩინა თავი.

მათი თქმით, დიდ პრობლემას წარმოადგენს პაციენტთა ინფორმირებულობა მკურნალობის საკითხებზე. კლინიკებში არ ხდება პაციენტებთან კომუნიკაცია თანასწორთა მხრიდან. ექიმები აღნიშნავენ, რომ პაციენტებს გაცილებით მეტი ნდობა აქვთ იმ პაციენტების მიმართ ვინც ჩაერთო მკურნალობაში ან დაასრულა ის, ვიდრე სამედიცინო პერსონალის და კლინიკის ადმინისტრაციის მიმართ.

ერთერთი ექიმის თქმით: „ძალიან დიდი ბედნიერება იქნება, თუ პაციენტებთან კომუნიკაცია გაუმჯობესდება. ნდობის პრობლემაც არის და შესაბამისად, ერთმანეთში ნასაუბრებ პაციენტებთან კომუნიკაცია უკეთესად მყარდება“.

დისკუსია ასევე შეეხო ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებში (ნიმ) დამყოლობის საკითხს. დისკუსიის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ დამყოლობის კუთხით პაციენტთა ამ ჯგუფთან განსაკუთრებული პრობლემა არ ჰქონიათ. ხშირ შემთხვევაში აღნიშნული პაციენტები სხვა პროგრამების მოსარგებლეებიც იყვნენ და ისინი სოციალური სერვისებითაც სარგებლობდნენ. მკურნალობის გამოსავალი როგორც ნიმ, ისე პაციენტთა ზოგად ჯგუფში შედარებადი იყო.

სოციალურ-სტრუქტურული ბარიერები

დისკუსიის დასკვნით ნაწილში საუბარი შეეხო სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფს, რომლებიც განიცდიან სტიგმას. მათ შორის საუბარი იყო ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებზე და იმ სოციალურ-სტრუქტურულ ბარიერებზე, რომლებსაც ისინი აწყდებიან. პაციენტთა ამ ჯგუფში ხშირია სტიგმა, იდენტიფიკაციის შიში, კამერის მეთვალყურეობის ქვეშ მედიკამენტის მიღების წესის მიმართ უნდობლობა (მათი კრიმინალიზებული სტატუსიდან გამომდინარე). ექიმების თქმით, ჩანაცვლებითი თერაპიის პაციენტებში კამერის მომენტი ნაკლებ პრობლემას იწვევს, რადგან ისინი უკვე იდენტიფიცირებულები არიან ჩანაცვლებით პროგრამაში. მათში

ძირითად გალიზიანებას რიგში დგომა იწვევს, რადგან ჩანაცვლებით პროგრამაში ყოველდღიურად უწევთ პრეპარატის მიღების რიგში დგომა.

ალინიშნა, რომ მკურნალობის პროგრამამ ნიმ-ებს შორის სტიგმა შეამცირა კიდეც, ვინაიდან გარდა ამ ჯგუფისა, ეს ინფექცია ასევე გავრცელებულია მოსახლეობის ყველა სხვა ჯგუფში. ექიმების თქმით ეს სტიგმა თავიდან დიასახლისებზე აისახა. ისინი ამბობდნენ: „დედა, საიდან ეს დაავადება, არაფერი ისეთი არ გამიკეთებია, არაფერს გავკარებივარ". პროგრამის ფუნქციონირებასთან ერთად მოსახლეობაში გავრცელდა სწორი ინფორმაცია ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ და პაციენტებიც აღარ ცდილობდნენ თავის მართლებას დადებითი სტატუსის გამო.

ექიმები საუბრობდნენ მაღალ სტიგმაზე საკუთარ კოლეგებს შორის. ისინი ამბობენ, რომ ექიმებს შორის ამ ინფექციას მაღალი გავრცელება აქვს. ექიმებს აქვთ შიში, რომ მათ პროფესიული საქმიანობის შეწყვეტა მოუწევთ. ამიტომ, საჭიროა სამედიცინო პერსონალთან განსაკუთრებული მუშაობა.

დასკვნები

სტეიქჰოლდერები თანხმდებიან, რომ მკურნალობის პროგრამის პირველი ფაზის დაწყება დროული და აუცილებელი იყო. რომ არა, მკურნალობის პროგრამის პირველი ფაზა, მრავალი მოქალაქე ვერ მოესწრებოდა სიცოცხლის შემნარჩუნებელ მკურნალობას. ისინი აღნიშნავენ, რომ ეს პროგრამა მნიშვნელოვანია არამხოლოდ საქართველოსთვის, არამედ მთელი მსოფლიოსთვის. პროგრამის პირველი ფაზის შემუშავების დროს ვერ მოხერხდა მნიშვნელოვან საკითხებზე შეთანხმება, მაგალითად, დიაგნოსტიკის დაფინანსების, მედიკამენტის უსაფრთხოების ზომების და ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლების (ნიმ-ების) ჩართულობის იურიდიული საკითხების თაობაზე. თუმცა, საბოლოოდ, ყველა სტეიქჰოლდერი თანხმდება, რომ პირველი ფაზის დაწყება გადაუდებელი აუცილებლობა იყო.

პროცესთან დაკავშირებით აღსანიშნავია სხვადასხვა სტეიქჰოლდერის მხრიდან ერთმანეთის როლის მნიშვნელობის აღიარება. ამ მხრივ აღსანიშნავია სახელმწიფო ორგანოების და კლინიცისტების ოპერატიული მუშაობა პროგრამის დოკუმენტის მომზადების და მისი განხორციელების პროცესში, პაციენტთა და სათემო ორგანიზაციების როლი პროგრამის შესახებ პაციენტთა ინფორმირების და მკურნალობის პროგრამაში მოზიდვის კუთხით.

ლოგიკურია, რომ ამხელა მასშტაბის, მსოფლიოში უპრეცედენტო პროგრამის დაწყებას თან ახლდა სხვადასხვა სახის სირთულეები. სტრუქტურულ დონეზე რამდენიმე სირთულე აღინიშნა:

მონაცემთა ბაზების კუთხით პრობლემები შეექმნათ, როგორც პროვაიდერ კლინიკებს, ისე პროგრამის ადმინისტრაციას. მონაცემებთან წვდომა სერიოზული პრობლემა იყო პროგრამის საერთაშორისო პარტნიორებისთვის. ამ პრობლემების მოგვარება დაწყებულია და სთეიქჰოლდერები იმედს გამოთქვამენ, რომ მომავალ ეტაპზე ეს

პრობლემა სრულად აღმოიფხვრება.

ყველა სთეიქჰოლდერისთვის თანაბრად მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკური კომპონენტის დაფინანსების საკითხი. განსაკუთრებულ უკმაყოფილებას იწვევს დაფინანსების სქემის განსხვავება პაციენტთა სოციალური სტატუსის და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ეს პაციენტებისთვის პროგრამაში ნავიგაციის სირთულეებს აჩენს, ზრდის ადმინისტრაციულ რუტინას და პაციენტების მხრიდან მკურნალობაში ჩართვის, ან უკვე ჩართული პაციენტებისთვის მკურნალობის გაგრძელების ბარიერს წარმოადგენს. მონაცემთა ბაზებში არსებულ პრობლემებთან ერთად, მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგის დაფინანსების ტვირთი ასევე ართულებს მონაცემების მოგროვებას მკურნალობის გამოსავლის შესახებ.

მკურნალობის პროგრამის წარმატებით მიმდინარეობისთვის მნიშვნელოვანია ნიმ-ების პროგრამაში ჩართულობის ხელშეწყობა. ნიმ-ების მკურნალობის პროგრამებში ჩართვა მათ შორის ზიანის შემცირების პროგრამების ბაზაზე მნიშვნელოვანია, როგორც პროგრამაში პაციენტების მოზიდვის კუთხით, ასევე ელიმინაციის ნიშნულების მისაღწევადაც. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია სამართლებრივი გარემოს ცვლილება, რადგან აღარ ხდებოდეს პაციენტთა ამ ჯგუფის კრიმინალიზაცია. სადამსჯელო ნარკოპოლიტიკის გადახედვის რეკომენდაცია TAG-ის მე-2 შეხვედრაზეც გაკეთდა.

სთეიქჰოლდერები ყურადღებას ამახვილებენ პროგრამის სამომავლო პერსპექტივებზე. მნიშვნელოვანია პროგრამის გრძელვადიანი ხედვის გააზრება და სამომავლო სტრატეგიების დასახვა, მაგალითად, წარუმატებლად ნამკურნალები პაციენტებისთვის.

პროგრამის პროვაიდერებისთვის მნიშვნელოვანია მედიკამენტის უსაფრთხოებიდან გამომდინარე გაწეული ხარჯები, რაც მატერიალურ ტექნიკური ბაზის განახლებას მოითხოვდა და რისი განხორციელებაც კლინიკების საკუთარი რესურსების ხარჯზე მოხდა. ეს ხარჯები ტვირთად აწვება პაციენტებსაც, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც პრეპარატის გადათვლისთვის მოშორებული რეგიონებიდან უწევთ ჩამოსვლა.

სერვისების მიწოდების დონეზე მნიშვნელოვანია ადამიანური რესურსის მუდმივი მომზადების საკითხი როგორც ადმინისტრაციული ისე კლინიკური კუთხით. კლინიკური კუთხით აღსანიშნავია ECHO-ს პროექტის მიერ შეტანილი წვლილი.

პროვაიდერებისთვის ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტთა განათლების და მკურნალობის დამყოლობის ხელშემწყობი ღონისძიებები. ისინი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ პაციენტებთან თანასწორთა მუშაობის აუცილებლობას და მათთვის მკურნალობის პროცესში სოციალური თანხლების უზრუნველყოფას. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია ნიმ-ებთან მიმართებაში.

სტიგმის დაძლევა მნიშვნელოვანი წინაპირობაა პროგრამის განხორციელებისთვის. გარდა ნიმ-ების მიმართ მიმართული სტიგმისა პროვაიდერები საუბრობენ ექიმთა თემში დაავადების მიმართ არსებულ სტიგმაზე.

პროვაიდერებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სამოქალაქო სექტორთან თანამშრომლობას პაციენტთა რეფერირების და მკურნალობის პროგრამების ზიანის შემცირების ბაზაზე პილოტირების კუთხით.

რეკომენდაციები

სთეიქჰოლდერებთან თვისობრივი კვლევის ჩატარების შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი რეკომენდაციები, რომლებიც კვლევაში მონაწილეთა მოსაზრებით აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული მკურნალობის პროგრამის შემდგომ ეტაპზე:

- მოხდეს მონაცემთა ბაზის დახვეწა და გამარტივდეს ბაზებში არსებულ ინფორმაციაზე წვდომა;
- მოხდეს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მონიტორინგის კომპონენტების სრული დაფინანსება პროგრამის ბიუჯეტიდან;
- მოხდეს გვერდითი მოვლენების მართვასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება პროგრამის ბიუჯეტიდან, თუ მათ სხვა პროგრამა არ აფინანსებს;
- გადაიხედოს და გამარტივდეს მედიკამენტის უსაფრთხოების ზომები;
- ნიმ-ების პროგრამაში სრულფასოვანი ჩართვისთვის აუცილებელია:
  - გადაიხედოს მომხმარებლების კრიმინალიზებული სტატუსი;
  - მკურნალობის პროგრამების პილოტირება მოხდეს ზიანის შემცირების (როგორც ჩანაცვლებითი თერაპიის, ისე ნემსებისა და შპრიცების) პროგრამებში;
- მოხდეს პროვაიდერების ადამიანური რესურსის მუდმივი გადამზადება როგორც ადმინისტრაციულ ისე კლინიკურ საკითხებში;
- მოხდეს მკურნალობის დამყოლობის ღონისძიებების ხელშეწყობა პაციენტებისთვის თანასწორთა კონსულტირებისა და სოციალური თანხლების უზრუნველყოფის მხრივ.
- გაგრძელდეს პროგრამის გაფართოება და გაუმჯობესდეს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა;
- გატარდეს სტიგმის დაძლევის ღონისძიებები ნიმ-ებში და სამედიცინო სფეროს მუშაკებში.

თვისებრივი კვლევა პროგრამაში მონაწილე პაციენტებთან

მეთოდოლოგია

C ჰეპატიტის პროგრამის მონიტორინგის კვლევის მეთოდოლოგია და ინსტრუმენტი შემუშავებული იყო სთეიქჰოლდერების აქტიური ჩართულობით. ინსტრუმენტის დამტკიცების შემდეგ, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის კონსულტანტის, მზია ტაბატაძის მიერ მომზადდა კვლევის შესახებ ინფორმაციული პაკეტი, რომელიც წარედგინა ჯანმრთელობის კვლევების ცენტრის ბიოეთიკის კო-

მისიას (Health Research Union; NIH Registration - IRB00009520)[3] განსახილველად. კვლევის ჩატარებაზე ნებართვა გაცემული იქნა 2016 წ. 26 სექტემბერს.

კვლევის ინსტრუმენტი - პროგრამის მონიტორინგი განხორციელდა თვისებრივი კვლევის გზით, რომელიც ითვალისწინებდა ფოკუსურ ჯგუფებში ინტერვიუს და ინდივიდუალურ ინტერვიუს ნარკოტიკის მომხმარებელთა შორის, ამ თემთან მომუშავე სამოქალაქო ორგანიზაციების მენეჯმენტის გუნდთან და სოციალურ მუშაკებთან.

საველე სამუშაოები

თვისებრივი კვლევის მიზანი იყო, პროგრამის განხორციელებაში ოპერაციული ხარვეზების იდენტიფიცირება. თითოეული ინტერვიუს/დისკუსიის დროს მოხდა პროექტის წარდგენა. პროექტის მიზნების და ამოცანების გაცნობა. რესპონდენტებს განემარტათ, რომ კვლევა არის ანონიმური და კონფიდენციალური და ანგარიშში წარმოდგენილი იქნება მოსაზრებები მათი ავტორების იდენტიფიცირების გარეშე. რესპონდენტების ჩართვა კვლევაში მოხდა ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების შემდეგ.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ მოზიდული იქნა ნარკოტიკის მომხმარებლები, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ შემდეგ კრიტერიუმებს;

- პაციენტები, რომელთაც ლაბორატორიულად დადასტურებული ჰქონდათ C ჰეპატიტის დიაგნოზი
- ზრდასრული ასაკის პაციენტები
- ისინი, ვისაც სურდათ მკურნალობის პროგრამაში ჩართვა
- ისინი, ვინც ჩართულები არიან მკურნალობის პროგრამაში, დაასრულეს ან შეწყვიტეს მკურნალობა, ან ელოდებოდნენ რიგს პროგრამაში ჩასართავად.

პროგრამის მონიტორინგის მიზნით კვლევა ჩატარდა საქართველოს 5 დიდ ქალაქში - თბილისი, ბათუმი, თელავი, გორი და ოზურგეთი.

თითოეულ ქალაქში ჩატარდა ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსია და ჩაღრმავებული ინტერვიუები. სულ 32 ადამიანი მონაწილეობდა კვლევაში.

კვლევის მიგნებები

პროგრამაში ჩართული პაციენტების გამოკითხვის შედეგები:

კვლევის ფარგლებში მოხდა C ჰეპატიტის სამკურნალო პროგრამაში ჩართული იმ პაციენტების გამოკითხვა, ვისაც ჰქონდა ისტორიაში ნარკოტიკის მოხმარება ან ამჟამად მოიხმარდა ნარკოტიკს.

3 ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი http://hru.ge/irb/

თვისებრივი კვლევის შედეგები წარმოდგენილია შემდეგი სექციების მიხედვით:

- პაციენტის ინფორმირებულობა C ჰეპატიტის და ელიმინაციის პროგრამის შესახებ
- ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
- პაციენტების კმაყოფილება მკურნალობის პროგრამით
- პაციენტის კმაყოფილება სამკურნალო სერვისით
- პაციენტის პირადი დამოკიდებულება და ქცევითი ცვლილებების მოტივაცია.

პაციენტის ინფორმირებულობა C ჰეპატიტის და ელიმინაციის პროგრამის შესახებ

ნარკოტიკის მომხმარებელმა პაციენტებმა აღნიშნეს, რომ ინფორმაცია C ჰეპატიტის შესახებ ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის ინიცირებამდე შედარებით შეზღუდული იყო. სამკურნალო პროგრამის დაწყებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა ნიმ-ებს შორის მოტივაცია, რომ გაეგოთ მეტი ვირუსის გადაცემის გზების ან მკურნალობის შესახებ. ზოგადად, რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ საჭირო სერვისების ხელმისაწვდომობა ზრდის ინფორმაციაზე მოთხოვნასაც. მსგავსი ტენდენცია დაფიქსირდა, როდესაც MDM France-ის მიერ დაფინანსებული პროგრამის ფარგლებში დაიწყო C ჰეპატიტის ავადობის სიმძიმის შესწავლა. სერვის ცენტრებში განსაკუთრებით გაიზარდა კლიენტების მოდინებამ, როდესაც თემში თანასწორთა მიერ გავრცელდა ინფორმაცია ფიბროსკანით უფასო დიაგნოსტირების შესახებ. სერვისებში მიმართვიანობა გაიზარდა როდესაც სახელმწიფო დაიწყო საინფორმაციო კამპანია C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის შესახებ ინფორმაციის გაზრდის, და მკურნალობაში პაციენტთა მოზიდვის მიზნით. სათემო ორგანიზაციაში მომუშავე სოციალურმა მუშაკმა აღნიშნა, რომ მკვეთრად გაიზარდა C ჰეპატიტის შესახებ საინფორმაციო ბუკლეტის მოთხოვნის რაოდენობა.

> „... ყველა საინფორმაციო საშუალება C ჰეპატიტის პროგრამაზე საუბრობდა. იმის იმედმა, რომ ძვირადღირებული მკურნალობა პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი გახდებოდა, გაზარდა მოტივაცია ნიმ-ებს შორის გაეკეთებინათ ტესტი და ჩართული ყოფილიყვნენ პროგრამაში.

რესპონდენტები აღიარებდნენ, რომ პროგრამის შესახებ ცნობადობა საკმაოდ მაღალი იყო. ამას ხელი შეუწყო სახელმწიფოს ჩართულობამ, რომლისთვისაც ელიმინაციის პროგრამა ერთგვარად „პიარ“ კამპანია გახდა. ხშირი იყო სტატიები ბეჭდვით მედიაში, გადიოდა სატელევიზიო რეკლამები, და ინფორმაცია ვრცელდებოდა სოციალური მედიის საშუალებითაც. თუმცა, არასამთავრობო ორგანიზაციების და თანას-

> „... ზოგადად ასე ხდება, თუ არის უფასო სერვისი, იზრდება ინტერესი ინფორმაციაზეც, და სერვისებში მიმართვაც იზრდება. თუ ადამიანი მკურნალობას ვერ შეძლებს, არც ცდილობს გაიგოს რა მდგომარეობაში აქვს ღვიძლი. თან ძვირია გამოკვლევა, და რისთვის გაიკეთონ? მხოლოდ იმიტომ, რომ ინერვიულონ? „

წორთა შორის ინფორმაციის გავრცელება მაინც გადამწყვეტი აღმოჩნდა.

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ საწყის ეტაპზე იყო გაურკვევლობა, ეჭვიც და უნდობლობაც. მედიაში, განსაკუთრებით სოციალურ მედიაში იბეჭდებოდა ინფორმაცია, რომ საქართველოში ხდებოდა „წამლების“ გამოცდა; ბევრი წერდა, რომ გამორიცხული იყო, ასეთი ძვირადღირებული მედიკამენტები ვინმეს უფასოდ შემოეტანა, თუ რაღაც საეჭვო არ იყო. აღმოჩნდა, რომ ეს ნაკლებად შემაფერხებელი ფაქტორი აღმოჩნდა და უმრავლესობა, მაინც ცდილობდა პროგრამაში ჩართვას, რადგან „ბევრი დასაკარგიც“ არაფერი ჰქონდათ. თუმცა, გარკვეულწილად ისინიც, და მათი თანასწორებიც უფრო სკეპტიკურად იყვნენ განწყობილები. ეს ეჭვი თანდათან განელდა, როდესაც იმატებდა ისეთი პაციენტების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს მკურნალობა და შედეგიც წარმატებული აღმოჩნდა. ასეთი ინფორმაციების დაგროვების შემდეგ ისინიც უფრო ოპტიმისტურები გახდნენ. ამიტომ, მოტივაციაც იზრდებოდა, რომ მკურნალობის რეჟიმი დაეცვათ.

რესპონდენტებმა ასევე აღნიშნეს, რომ მკურნალობის პროგრამაში ჩართვის წინ, არსებობდა გარკვეული დაბნეულობა, როგორ მოეგროვებინათ საჭირო საბუთები და როგორი იქნებოდა მათთვის ფინანსური ტვირთი. ამასთან, თემში არსებობდა ეჭვი, რომ მხოლოდ გარკვეული რაოდენობის პაციენტებს მოუწევდათ უფასო მკურნალობა, რამაც საწყის ეტაპზე გამოიწვია რიგები კლინიკებში, სადაც მოთხოვნილი სადიაგნოსტიკო გამოკვლევები უნდა ჩაეტარებინათ. წარსულში, მათ სმენიათ, რომ იყო გარკვეული დაპირისპირებები პაციენტებს შორის. მაგრამ, ეს საკითხი მალევე დარეგულირდა.

გამოკითხულთა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათთვის უაღრესად მნიშვნელოვანი იყო არასამთავრობო ორგანიზაციების მხარდაჭერა. თუ პროცედურებთან დაკავშირებით რამე გაუგებარი იყო, ისინი ინფორმაციას იღებდნენ როგორც კლინიკებიდან, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების თანამშრომლებისგან. „არასამთავრობო ორგანიზაციებს მაინც სხვა დამოკიდებულება აქვთ; შეიძლება იმიტომ, რომ კლინიკებში უამრავი ადამიანი მიდიოდა და დაკავებულები იყვნენ. არასამთავრობოში უფრო დეტალურად გიხსნიან და ცდილობენ დაგეხმარონ“ - აღნიშნა რამდენიმე რესპონდენტმა.

ყველა რესპონდენტი, რომლებმაც ან დაასრულეს მკურნალობა, ან აგრძელებდნენ მკურნალობას კვლევის ჩატარების პერიოდში, აღნიშნავდა, რომ კლინიკებში არის დაბეჭდილი საინფორმაცია მასალა, ე.წ. პაციენტის ინფორმაცია C ჰეპატიტის, და პროგრამის შესახებ. ექიმთან პირველი ვიზიტის დროს, მათ აძლევდნენ რჩევას, აეღოთ ნაბეჭდი მასალა და წაეკითხათ. გამოკითხულთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ წა-

იკითხა ინფორმაცია, თუმცა ყველაფერი მათთვის ადვილად გასაგებ ენაზე არ იყო. ზოგიერთმა განაცხადა, რომ იმდენად ინფორმირებულები იყვნენ, საჭიროდ არ ჩათვალეს მასალის გაცნობა.

ინფორმირებულობის თვალსაზრისით გამოიკვეთა, რომ არაადეკვატური იყო ინფორმაციის მიწოდება მკურნალობის გართულებებზე და წინააღმდეგჩვენებებზე. ასევე არ არის დაზუსტებული ინფორმაცია მოსალოდნელი ფინანსური ტვირთის შესახებ, და მხოლოდ მკურნალობის პროცესში ხვდებოდნენ, რომ მათ წინასწარ გათვლებზე გაცილებით მეტი ხარჯი ექნებოდათ. რაც მათთვის საკმაოდ პრობლემური ხდებოდა.

პაციენტების ნაწილმა აღნიშნა, რომ ექიმმა მათ გადასცა ტელეფონის ნომრები და უთხრა, დაერეკათ, თუკი რამე გაუგებარი იქნებოდა, ან თუ სხვა პრობლემების გამო დასჭირდებოდალ სხვა მედიკამენტების მიღება. თუმცა, გამოკითხულთაგან, მხოლოდ ორმა რესპონდენტმა თქვა, რომ რამდენჯერმე დარეკა თავის ექიმთან მსგავსი კონსულტაციის მისაღებაად და ორივე კმაყოფილი იყო ექიმის რჩევით.

„კონსულტაციის დროს, ყველა კითხვის დასმის საშუალებაც არ არის, თან ზოგი ექიმი მშრალად გპასუხობს და ველარც ბედავ დამატებით რამე ჰკითხო" - აღნიშნა ერთმა რესპონდენტმა. თუმცა დანარჩენები შეეკამათნენ და თქვეს, რომ მათი ექიმები ძალიან ყურადღებიანები არიან. აღნიშნეს, რომ არასაკმარისია ინფორმაცია სხვადასხვა წამლების შესაძლო ურთიერთზემოქმედების შესახებ თანმხლები დაავადების დროს. მაგ., ერთმა აღნიშნა, რომ იცნობს რამდენიმე ადამიანს, რომელთაც შუნტირება ჰქონდათ გაკეთებული და თავს იკავებდნენ, რადგან ეშინოდათ გართულებების. ერთმა რესპონდენტმა თავად გამოთქვა ეჭვი, რომ მკურნალობის გამო ჰორმონული მდგომარეობა დაერღვა. მკურნალობამდე გაკეთებული ჰქონდა გამოკვლევა და ანალიზი ნორმის ფარგლებში იყო, მაგრამ რამდენიმე თვის შემდეგ ჩიყვი დაუდგინეს და ამას წამლებს აბრალებდა. ამ მოსაზრებამ იქვე მყოფი სხვა პაციენტი, რომელიც მოლოდინის რეჟიმში იყო და მკურნალობაში ჩართვას უახლოეს კვირებში ელოდებოდა, საკმაოდ დააფრთხო. აღმოჩნდა, რომ ყველა რესპონდენტი ისურვებდა არსებობდეს პაციენტების ინფორმაციული ფურცელი, სადაც უფრო სრულფასოვანი ინფორმაცია იქნება მოცემული მკურნალობის შესახებ. მათ ასევე სურთ, კლინიკაში იყოს ადამიანი, რომელსაც ექნება საკმარისი დრო და კვალიფიკაცია, რომ პასუხი გასცეს მათ კითხვებს თანმხლები დაავადებების, მკურნალობის წინააღმდეგჩვენებების, და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

თბილისის მაცხოვრებელთათვის ფინანსური ტვირთი უმნიშვნელო იყო, რადგან თბილისის მერიამ გამოყო თანადაფინანსება და პაციენტის გადასახადი 20-30 ან მაქსიმუმ 50 ლარი იყო პროგრამაში ჩართვის საწყის ეტაპზე. ასევე ყველამ იცოდა, რომ სოციალურად დაუცველებისთვის სრულიად უფასო იყო პროგრამაში ჩართვაც და მკურნალობაც. თუმცა, გაიხსენეს, რომ სმენიათ ერთეული

შემთხვევების შესახებ, როდესაც მცირე გადასახადიც კი პრობლემური ყოფილა ოჯახისთვის. უნდა აღინიშნოს, რომ ოგორც ფოკუსური ჯგუფების, ასევე ინდივიდუალური ინტერვიუების დროს, რესპონდენტებთან საუბრის მთელ პროცესს თან გასდევდა პაციენტების მადლიერებით სავსე კომენტარები, როდესაც მცირე პრობლემაზე აკეთებდნენ აქცენტს, იქვე თავად დასძენდნენ -„ რას დავეძებთ, ასეთ ძვირადღირებულ მკურნალობას როცა გაძლევენ, არა უშავს, ცოტა თანხის გადახდა თუ მოგიწევს... ან, არა უშავს, თუ ლოდინი გიწევს 2 თვე, რომ ჩაგრთონ."

გაცილებით რთული აღმოჩნდა ფინანსური ტვირთი რეგიონებში. თავდაპირველ ნაკადში, ხშირი იყო C ჰეპატიტის ინფიცირებულთა მცდელობა, გაეკეთებინათ თბილისში ჩაწერა ახლობლების ბინაში, თბილისის მერიიდან თანადაფინანსების მიღების მიზნით. რეგიონის პაციენტებიც აღნიშნავდნენ, რომ ამჟამად რეგიონებში, ადგილობრივი მერიებიც/ადგილობრივი მუნიციპალიტეტები გამოყოფენ გარკვეული ტიპის თანადაფინანსებას. თუმცა, პაციენტები აღნიშნავდნენ, რომ დაფინანსების დამტკიცების პროცედურა შედარებით ხანგრძლივია (მერყეობდა 1-დან 2 თვემდე).

აღმოჩნდა, რომ თვითმმართველ ქალაქებში და რაიონულ დონეზე განსხვავებული ფინანსური ტვირთი ჰქონდათ პაციენტებს. მაგ., თელავის რაიონში გამოკითხულებმა აღნიშნეს, რომ თელავის მერია, შეზღუდული ბიუჯეტის გამო, პაციენტებს სთავაზობდა თანადაფინანსებას 100 ლარის ფარგლებში. ერთი პაციენტისთვის წლის განმავლობაში ერთჯერადი დახმარების გაცემა შეუძლია მერიას. რაც შეეხება რაიონის მუნიციპალიტეტს, ის 4-ჯერ მეტ თანხას უხდიდა პაციენტებს (400 ლარამდე წლის მანძილზე). სწორედ ამიტომ, თელავის მაცხოვრებლებს შორის ფინანსური ტვირთი ძალიან დიდია. ისინი აღნიშნავდნენ, რომ ხშირად ოჯახის წევრების, მეგობრების და ნათესავების დახმარებას ითხოვენ, რომ გადასახადების გადახდა შეძლონ. ამას ემატება ის ფაქტი, რომ კახეთის რეგიონში არ არსებობს C ჰეპატიტის მკურნალობის მიმწოდებელი დაწესებულება და ისინი იძულებულები ხდებიან თბილისში იმკურნალონ. საწყის ეტაპზე თბილისში დაახლოებით 5 ჯერ მაინც უწევთ ჩასვლა, სანამ პროგრამაში ჩართვისათვის საჭირო ყველა გამოკვლევას და საბუთებს მოაგროვებენ. მკურნალობის პროცესში კი თვეში სულ მცირე 2-ჯერ მგზავრობენ კახეთიდან თბილისში.

მსგავსი პრობლემების სიმწვავე აღიარა ასევე ოზურგეთის რესპონდენტებმა. მათთვის საკმაოდ მძიმე არის პროგრამის საბოლოო ფინანსური ტვირთი, და მათ აღნიშნეს, რომ პირადად იცნობდნენ სულ მცირე ერთ ადამიანს, რომელსაც აქვს სურვილი, იმკურნალოს, მაგრამ ვერ ბედავს, რადგან ეჭვობს, რომ შეძლებს მკურნალობის სრული კურსის ჩატარებას და საჭირო გამოკვლევების დაფინანსებას თანხის უქონლობის გამო. ოზურგეთის პაციენტებმა აღნიშნეს, რომ მათი ძირითადი ნაწილი ირჩევს ბათუმში გაიაროს მკურნალობა, გეოგრაფიული სიახლოვის გამო. ხშირად, პაციენტები ცდილობენ ერთად მოგროვდნენ და გაინაწილონ მანქანის ან საწვავის ხარჯები. ის პაციენტები, რომლებიც ბათუმში მკურნალობენ, აღნიშნეს, რომ თითოეული ვიზიტისთვის სულ მცირე დამატებით 25 ლარი მაინც სჭირდებათ, რაც მათთვის მძიმე გადასახდელია. რესპონდენტთა შორის იყო პაციენტი, რომელმაც აირჩია თბილისში მკურნალობა. მან აღნიშნა, რომ თბილისში თითოეული ვიზიტისათვის შეიძლება 100

ლარამდეც დასჭირდეს და მიუხედავად იმისა, რომ უჭირს თანხის გადახდა, მაინც ცდილობს, რომ ვიზიტების განრიგს დაემორჩილოს.

რესპონდენტთა უდიდესმა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მკურნალობის ბოლოსათვის, პაციენტის მიერ გადახდილი თანხა მიუხედავად თანადაფინანსებისა, ზოგჯერ 1000 ლარამდე აღწევს, ან შესაძლოა ამ თანხასაც აჭარბებდეს. აქედან გამომდინარე, მათი უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ პროგრამას აქვს სერიოზული ფინანსური ბარიერები განსაკუთრებით მათი თემისთვის, გამომდინარე იქიდან, რომ მათი უმრავლესობა დასაქმებული არაა.

ფინანსური ტვირთი, რომელიც თავისთავად მაღალია ლაბორატორიული გამოკვლევებისათვის მკურნალობის მონიტორინგის ფარგლებში, განსაკუთრებით მძიმე ხდება, როდესაც პაციენტებს უწევთ შორს გამგზავრება თავიანთი საცხოვრებელი სახლებიდან. ყველა ერთხმად ითხოვდა, რომ მეტი სამკურნალო დაწესებულება გაიხსნას მათ რეგიონში, რომელიც შეამსუბუქებს პაციენტისთვის ტვირთს, და გააუმჯობესებს როგორც ფინანსურ, ასევე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. განსაკუთრებული წუხილი გამოთქვა კახეთის რეგიონმა, რომლის გარკვეული რაიონები/სოფლები საკმაოდ დიდი მანძილით არიან დაშორებული თბილისისგან, რაც ზრდის ტრანსპორტირების თანხას და მგზავრობისათვის საჭირო დროსაც.

ფინანსური ბარიერების შესახებ მწვავე კომენტარები გააკეთეს ბათუმის ბენეფიციარებმაც. ისინი აღნიშნავდნენ, რომ ბათუმის მერიის თანადაფინანსების შემდეგ პაციენტს შესაძლოა მხოლოდ 10%-ის გადახდა უწევდეს, მაგრამ ამ თემის დიდ ნაწილს ამ თანხის გადახდის საშუალებაც არა აქვს. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ იბრძვის სოციალურად დაუცველის სტატუსისთვის, მაგრამ უშედეგოდ. სოციალურმა მუშაკმა იქვე დაადასტურა, რომ ეს რესპონდენტი უაღრესად მძიმე საცხოვრებელ პირობებში ცხოვრობს და შემოსავალი პრაქტიკულად არ გააჩნია. მიუხედავად ამისა, ამ პაციენტმა შეძლო ახლობლების დახმარების საშუალებით პროგრამაში ჩართვა. თუმცა, იყო ერთი რესპონდენტი, რომელიც კვლევაში მოვიდა, რომ გაეზიარებინა თავისი პრობლემა - ეს პირი თავს იკავებს პროგრამაში ჩართვისაგან, რადგან იცის, რომ მისი ოჯახის შემოსავალი საკმარისი არ იქნება. მან ასევე აღნიშნა, რომ დასაწყისში შესაძლოა გარკვეული თანხა ეშოვნა ახლობლების დახმარებით, მაგრამ რაღაც ეტაპზე, შესაძლოა მკურნალობის გაგრძელება, ვეღარ მოეხერხებინა. სწორედ ამ მიზეზის გამო, ის ჯერ თავს იკავებს პროგრამაში ჩართვისგან, და მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეძლებს მკურნალობას, თუ ეცოდინება, რომ სახელმწიფო ყველა ხარჯს დაფარავს.

მიუხედავად იმისა, რომ აჭარის რეგიონისთვის, ბათუმში ამჟამად ორი კლინიკა ახორციელებს სამკურნალო პროგრამას (ინფექციური საავადმყოფო, და საზღვაო ჰოსპიტალი), გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა შეზღუდული რჩება რაიონებში და დაშორებულ სოფლებში მცხოვრები პირებისათვის. განსაკუთრებით მწვავედ დაისვა პრობლემა ხულოს და შუახევის მოსახლეობისათვის. აღინიშნა, რომ პირადად იცნობენ რამდენიმე ადამიანს, რომლებიც ინფიცირებულები არიან, და რომლებიც უარს აცხადებენ პროგრამაში ჩართვაზე უსახსრობის გამო და იმ ბარიერის გამო, რომელიც მათ ექნებათ ბათუმში მგზავრობასთან დაკავშირებით. რესპონდენტებმა აღ-

ნიშნეს, რომ ზოგჯერ, წლის განმავლობაში 6 თვის მანძილზე აჭარის მაღალმთიანი რეგიონები ან მოწყვეტილი არიან ბათუმს, ან ძალიან რთული ხდება მგზავრობა. ამ ბარიერების არსებობის გამო, ადამიანები უარს აცხადებენ მკურნალობაზე.

გაურკვეველია დაფინანსების მოდელები ადგილობრივი მუნიციპალიტეტებიდან, რადგან პაციენტები, სხვადასხვა რაოდენობით იღებენ დაფინანსებას. ეს იწვევს უსამართლობის განცდას. განსხვავებულია დაფინანსების სქემები (ოდენობა) როგორც ქალაქების მიხედვით სხვადასხვა რეგიონში, ასევე, ერთი და იგივე რეგიონში ქალაქისა და სოფლის მიხედვით. პაციენტების უმრავლესობა ინფორმირებულია, რომ თვითმმართველობიდან თანადაფინანსება პაციენტისთვის წლის მანძილზე ერთჯერადად ხორციელდება. თუმცა, ერთმა რესპონდენტმა (რეგიონს კონფიდენციალურობის

„თავიდან 180 ლარით დამაფინანსეს, შემდეგ კიდევ წარვუდგინე ინვოისები და 273 ლარი კვლავ მომცეს. ცოტა მისაყვედურა, მითხრა, ხომ იცი, რომ წელიწადში მხოლოდ ერთხელ გეკუთვნითო, მაგრამ უარი ვერ მითხრა„

დაცვის მიზნით არ ვასახელებთ) აღნიშნა, რომ გამგებელთან პირადი ნაცნობობა აკავშირებდა და რამდენჯერმე მიიღო დაფინანსება.

რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ თუ მკურნალობა ეფექტიანი არ აღმოჩნდებოდა 3 თვეში და ექიმი გადაწყვეტდა, რომ მკურნალობა უნდა გაგრძელებულიყო, მათ სერიოზული ფინანსური პრობლემები ელოდათ, რადგან წარმოდგენა არ ჰქონდათ, როგორ უნდა მოეხერხებინათ დამატებითი თანხის მოპოვება.

გარდა ამისა, რესპონდენტებს შორის როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში არსებობს წუხილი, რომ ქალაქების მერიის სამსახურებიდან და თვითმმართველობიდან მიღებული თანადაფინანსება არ არის გამყარებული რამე ოფიციალური რეზოლუციით, და დაფინანსების გადაწყვეტილება განიხილება ინდივიდუალური შემთხვევების განხილვის გზით; გარდა ამისა, რეგულაციების არარსებობისა და ვალდებულებების გაურკვევლობის გამო, ზოგიერთი რესპონდენტი ფიქრობს, რომ თანადაფინანსების ეს გზა შესაძლოა ამოიწუროს არასაკმარისი ბიუჯეტების შემთხვევაში, ან შეიძლება მხოლოდ თანამდებობის პირების პიროვნულ კეთილგანწყობაზე იყოს დამოკიდებული, და ამრიგად, არასტაბილურია. ასევე გამოითქვა სიფრთხილე, რომ არჩევნების შემდეგ, არ არსებობს მყარი გარანტია, რომ თანადაფინანსების ეს მოდელები კვლავ ძალაში დარჩება.

მკურნალობის დასრულებისას მონიტორინგის ლაბორატორიული გამოკვლევებისთვის რამდენიმე პაციენტმა თავად გადაიხადა თანხა, რაც საკმაოდ მძიმე იყო მათთვის, მაგრამ შედეგის გაგების სურვილი იმდენად დიდი იყო, რომ საშუალება გამოძებნეს. რამდენიმე პაციენტმა აღნიშნა, რომ გამოკვლევა გაიკეთეს მკურნალობის დასრულების შემდეგ, მაგრამ თანხა მათ არ გადაუხდიათ. ასეთი რესპონდენტები თბილისიდან იყვნენ და გამოთქვეს ვარაუდი, რომ MDM -ის პროექტი დაეხმარათ მათ საბოლოო სადიაგნოსტიკო გამოკვლევის ღირებულების გადახდაში.

კითხვაზე, ჰქონდათ თუ არა აღებული ბანკიდან სესხი, მკურნალობის ხარჯების დასაფარად, ყველამ უარყოფითი პასუხი გასცა. ძირითადად, გამოხმაურება ერთნაირი შინაარსის იყო - მათ შემოსავალი საერთოდ არა აქვთ, ან ისე მცირე აქვთ, რომ ბანკი სესხს არ გასცემდა; უფრო მეტიც, ბანკი თუ დასთანხმდებოდა, მათ გადახდის იმედი ნაკლებად ექნებოდათ და თავადაც არ გაბედავდნენ პროცენტიანი ვალის აღებას. ამიტომ, ფინანსების მოპოვებისთვის ძირითადი გზა ისევ ოჯახის წევრებისგან და მეგობრებისგან თანხის მოგროვება იყო.

პაციენტების კმაყოფილება მკურნალობის პროგრამით

ზოგადად, ძალიან დიდია პაციენტების კმაყოფილება პროგრამით. ისინი, ძალიან ოპტიმისტურად უყურებენ მკურნალობის შედეგებს. მათი უმრავლესობა იცნობს ადამიანს, რომელმაც უკვე დაასრულა მკურნალობა და საბოლოო შედეგი წარმატებული აღმოჩნდა. თემში ინფორმაციის გაცვლა C ჰეპატიტის ნამკურნალევი პაციენტების შესახებ სწრაფად და ფართოდ ვრცელდება, რომელიც მათთვის ყველაზე სანდოა და იმედის მომცემი. წარმატებების შესახბე ინფორმაციის გავრცელების გამო, ძალიან მალე მოხდა იმ ეჭვების გაქარწყლება, რაც თავადაპირველად მოჰყვა ამ ძვირადღირებული მედიკამენტების შემოტანას.

პროგრამით კმაყოფილება იმდენად ძლიერია, რომ როდესაც პრობლემების შესახებ ეკითხები, უხერხულობასაც გრძნობენ, რომ პრობლემებზე ისაუბრონ. აღნიშნავენ, რომ არ სურთ, უმადურები აღმოჩნდნენ და ყოველი პრობლემის დასახელების წინ, ისევ იმეორებენ, რომ ეს დახმარება მათთვის უაღრესად მნიშვნელოვანი იყო. ერთმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ ამ მკურნალობამ მისი ცხოვრების აზრი შეცვალა.

„როდესაც გავიგე, რომ C ჰეპატიტი მქონდა, ჩემთვის თითქოს ყველაფერი დამთავრდა. გადავწყვიტე, რომ არასოდეს დავოჯახდებოდი... ახლა, როდესაც მკურნალობა დავიწყე, ყველაფერი შემეცვალა. ცხოვრებას ხელახლა ვიწყებ. ცოლის მოყვანასაც ვაპირებ და ოჯახიც მეყოლება და შვილებიც„.

მიუხედავად, კმაყოფილებისა, აბსოლუტურად ყველა აღიარებს, რომ ფინანსური ბარიერი ყველა ინფიცირებულს არ აძლევს საშუალებას, ისარგებლოს ამ პროგრამით და წუხილს გამოთქვამენ იმათ მიმართ, ვისთვისაც პროგრამა მაინც არაა ხელმისაწვდომი.

მოლოდინის დრო პროგრამაში ჩართვამდე

ზოგადად, პაციენტები აღნიშნავენ, რომ პროგრამაში ჩართვამდე საშუალოდ 1,5 -2 თვე სჭირდებათ, რაც გამომდინარე იქიდან, რომ მაღალეფექტურ და ძვირადღირებულ მედიკამენტებს უფასოდ იღებდნენ, მიაჩნიათ, რომ ადეკვა-

ტურია და ამით უკმაყოფილებას არ გამოთქვამენ. იყო ერთეული შემთხვევები, როცა მოლოდინი 3 თვემდე გაგრძელდა. ერთმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ ელოდა 5-6 თვე, თუმცა ეს მისი პირადი გადაწყვეტილება იყო, რადგან ელოდებოდა მედიკამენტი ჰარვონის შემოსვლას პროგრამაში.

მკურნალობის დამყოლობა

პაციენტების უდიდესი უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ იცავს ექიმის მიერ მკურნალობის გამოწერილ რეჟიმს. მხოლოდ თბილისში აღნიშნეს, რომ იცნობენ პაციენტებს, რომლებმაც თვითნებურად შეცვალეს რეჟიმი. რამდენიმე მათგანმა გაიხსენა კონკრეტული ნაცნობი მათი თემიდან, რომლებმაც თვითნებურად შეცვალეს დოზები (მედიკამენტების მიღების სიხშირე), როდესაც გვერდითმა მოვლენებმა შეაწუხეს. „რამდენიმე ვიცი, რომ რიბავერინის ერთი დოზა საერთოდ ამოაგდო, რადგან ძალიან ცუდად ხდებოდა" - თქვა რესპონდენტმა თბილისიდან. ამ პაციენტების მკურნალობის შედეგები უცნობია.

გამოკითხვაში იყო 2 პაციენტი, რომელიც აღნიშნავდა, რომ მათთვის მძიმე იყო ინტერფერონის გვერდითი მოვლენები, და რამდენჯერმე მკურნალობის შეწყვეტის ზღვარზეც კი იყვნენ. ერთ-ერთი ასეთი პაციენტი ასევე ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაშიც იყო ჩართული C ჰეპატიტის სამკურნალო პროგრამის პარალელურად. მან აღნიშნა, რომ მკურნალობის დროს ბევრი უხერხულობა ექმნება. რამდენიმე რესპონდენტმა ასევე გამოთქვა სურვილი, რომ მათთვის ხელმისაწვდომი გახდეს მედიკამენტები ყველაზე ხშირად გავრცელებული გვერდითი მოვლენების მართვისათვის.

პაციენტები განსაკუთრებული მადლიერებით აღნიშნავდნენ ფაქტს, რომ მათ ეძლეოდათ კლინიკის არჩევის უფლება. რაც მათთვის უფრო მოხერხებულია, რომ აერჩიათ ის კლინიკები, რომლებიც მათთვის გეოგრაფიულად უფრო მოხერხებული იყო. თუმცა, არჩევანის უფლებით უფრო თბილისში სარგებლობენ, რადგან ქალაქში რამდენიმე კლინიკა ფუნქციონირებს. რეგიონებიდან აღნიშნეს, რომ მათი არჩევანი შეზღუდულია, რადგან გეოგრაფიულად ყველაზე ახლომდებარე კლინიკის შერჩევა შეუძლიათ, სადაც სიარული ნაკლებად ძვირი იქნება მათთვის. თუმცა, ამ უფლებით რამდენიმემ ისარგებლა და მიუხედავად იმისა, რომ რეგიონში ცხოვრობდა და მის საცხოვრებელთან უფრო ახლოს მდებარე კლინიკების არსებობდნენ, მათ აირჩიეს თბილისში მკურნალობა და ამ გადაწყვეტილების უფლებით კმაყოფილებაც გამოთქვეს.

პრობლემები მკურნალობის პროცესში
ვიდეოკამერით სუპერვიზია

რესპონდენტების დამოკიდებულება და მათი აზრი გაიყო, როდესაც საუბარი იყო პირველი მედიკამენტის მიღების, და მედიკამენტების დათვლის დროს ვიდეო კამერებით მეთვალყურეობის შესახებ. ზოგიერთისთვის ეს გამაღიზიანებელი და დამამცირებელი იყო თავდაპირველად, მაგრამ თანდათანობით ამ

მოთხოვნასაც შეეგუენ და პრობლემა არა აქვთ. მით უმეტეს, დროთა განმავლობაში უკვე დაგროვდა ნდობა, რომ კამერებით მათი დაფიქსირების მიუხედავად, ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დარღვევის, ან სხვა მიზნებით პაციენტების იდენტიფიცირების შემთხვევების შესახებ რამე საეჭვო შეტყობინებები არ სმენიათ. ამან

იმის ჩვენებას, რომ მედიკამენტი მაკლდა, ვერც გავბედავდი... ამიტომ, ჩემს ნაცნობს გამოვართვი ერთი ტაბლეტი, ასე ვთქვათ, დროებით ვითხოვე. მერე როცა დავითვალეთ, უკან დავუბრუნე. ასე მომიწია რამდენჯერმე მკურნალობის დასრულებამდე. კურსის ბოლოს უბრალოდ გამოვიდა, რომ ერთი ტაბლეტით ნაკლები მივიღე, თუმცა ამას მკურნალობის შედეგზე ცუდი გავლენა არ ჰქონია.

გარკვეულწილად გაზარდა ნდობის ფაქტორი, და პროტესტი განელდა. თუმცა, პაციენტებისთვის ვიდეოკამერით სუპერვიზიის მიზანი ბუნდოვანი იყო, და საჭიროა, რომ უფრო დაწვრილებითი განმარტება მიეწოდებოდეს პაციენტს, რომ მიხვდეს, რა მიზანს ემსახურება კამერით მეთვალყურეობა.

პაციენტების დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ არასოდეს ჰქონიათ მედიკამენტის არასაკმარისი რაოდენობა და პრობლემა არასოდეს შექმნიათ მედიკამენტების კამერის წინ დათვლისას. თბილისში რამდენიმე რესპონდენტმა გაიხსენა, რომ ჰქონდათ შემთხვევები, როდესაც ერთი ტაბლეტი დააკლდათ და თვითონაც ვერ ხვდებიან, რატომ მოხდა ასე. თუმცა, იმის შიშით, რომ თუ მედიკამენტები დააკლდებოდათ, ექიმები მიიღებდნენ გადაწყვეტილებას, რომ ყველა დოზა პაციენტს მიეღო კლინიკაში (DOT-ის პრინციპით) და არა ბინაზე, ვიდეოკამერის სუპერვიზიის ქვეშ, ისინი ნაცნობ-მეგობარ პაციენტებთან აგვარებდნენ პრობლემას ნაკლული მედიკამენტის დროებით 'სესხების' გზით.

რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ სმენიათ, რომ რამდენიმე პაციენტს ერთდროულად დააკლდა მედიკამენტები ერთად, მაგრამ ეს ინფორმაცია გადამოწმებული არ იყო. სმენიათ, რომ ერთ-ერთ პაციენტს მთელი ფლაკონი დააკლდა, ვერც ცარიელი ფლაკონი წარმოადგინა და ანალიზებით დაადგინეს, რომ შედეგიც არ ჩანდა, და სავარაუდოდ, პაციენტი არ იღებდა მედიკამენტს, და ის პაციენტი პროგრამიდან გარიცხეს კიდეც. თუმცა, ეს ჭორის სახით არის გავრცელებული და ინფორმაციის დასაბუთება კვლევის ფარგლებში არ მომხდარა.

ზოგადად, ასევე ჭორის სახით არის გავრცელებული ინფორმაცია, რომ დასავლეთ საქართველოში არის უცხოელების მხრიდან მოთხოვნა, რომ შეიძინონ მედიკამენტები მაღალ ფასში, მაგრამ არც ერთი რესპონდენტი პირადად არ იცნობს პაციენტს, რომელმაც თავისი წილი მედიკამენტები სხვას მიჰყიდა.

C ჰეპატიტის და მეთადონის პროგრამაში ერთდროული ჩართულობა

ყველაზე სერიოზული პრობლემები, რომელიც იდენტიფიცირებული იყო გამოკითხულთა დიდი ნაწილის მიერ, შეეხებოდა მეთადონის პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს. გამოკითხულთა შორის რამდენიმე თავად აღმოჩნდა მეთადონის პროგრამის ბენეფიციარი და მათ თავიანთ გამოცდილებაზე დაყრდნობით რამდენიმე ტიპის პრობლემაზე გაამახვილეს ყურადღება:

მოუხერხებელი რეჟიმი - მეთადონის მიღება საჭიროა უზმოდ, ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტები კი ჭამის შემდეგ უნდა მიიღონ და გარკვეული მედიკამენტების მიღებისას საკმაოდ დიდი რაოდენობის წყლის მიღებაცააა რეკომენდებული. ვინაიდან მეთადონზე ყოველ დილით უწევთ წასვლა, პაციენტებმა აღნიშნეს, რომ ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტებსაც უზმოდ იღებენ სახლში და მერე მიდიან მეთადონის მისაღებად.

გვერდითი მოვლენები ზღუდავს მათ უნარს, მივიდნენ ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ყოველდღიურად: ყველაზე მწვავე საკითხად იყო წამოჭრილი გვერდითი მოვლენების მართვა მეთადონის პროგრამაში ჩართული პაციენტებისთვის. ბევრი აღნიშნავდა, რომ ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფ პაციენტებში გვერდითი მოვლენები უფრო დიდი სიმწვავით ხასიათდებოდა. რამდენიმემ აღნიშნა, რომ იცნობს ისეთებსაც, რომელთაც რიბავერინის მიღების შემდეგ მენტალური ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემები გამოუვლინდათ. ასეთი დისკომფორტის, და ზოგჯერ მძიმე ფიზიკური მდგომარეობის ფონზე, მეთადონის პროგრამის პაციენტს არა აქვს საშუალება, დარჩეს ბინაზე და ის იძულებულია, წავიდეს მეთადონის პროგრამაში მედიკამენტის მისაღებად. ეს ზოგჯერ გაუსაძლისი და პრობლემური ხდება. ასეთი გამოცდილების მქონე რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ მათთვის სერიოზული ხელშეწყობა იქნებოდა, თუ C ჰეპატიტის მკურნალობაში და მეთადონის პროგრამაში ერთდროულად ჩართულ პაციენტებს მისცემენ უფლებას, მეთადონის რამდენიმე დღიანი დოზა გაიტანონ ბინაზე. თუ ასეთი შეღავათი იქნება დამტკიცებული, პაციენტებს მძიმე გვერდითი მოვლენების დროს, შეეძლებათ სახლიდან გაუსვლელად მიიღონ მეთადონი, რაც მნიშვნელოვნად გა-

„მეთადონი უზმოზე უნდა მიიღო, ისე აზრი არა აქვს... ყოველდღე სანამ პროგრამაში წავალ, C ჰეპატიტის სამკურნალო წამლებს ვსვამ სახლში და მერე გავდივარ სახლიდან. ვიცი, რომ ჰეპატიტის წამლები ჭამის მერე უნდა მივიღო, მაგრამ ამას ვერ ვახერხებ, იმ წამლებსაც უჭმელზე ვსვამ. არ გამომდის, წავიდე მეთადონისთვის პროგრამაში, მერე მოვბრუნდე სახლში, ვისაუზმო და მერე დავლიო ჰეპატიტის წამლები და მერე ისევ გავიდე სამსახურში. კარგი იქნებოდა, ჰეპატიტის მკურნალობის პერიოდში, მეთადონის მარაგს სახლში გვაძლევდნენ... თუ ხელის შეწყობა უნდათ, ბარემ ეგეც გაგვიკეთონ...„

აუმჯობესებს პროგრამებით კმაყოფილებას.

ზოგადად, რამდენიმე პაციენტმა აღნიშნა, რომ მეტადონის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის განსაკუთრებული მხარდაჭერა იქნებოდა, რომ მეთადონზე ყოველდღე სიარული არ სჭირდებოდეთ. მათ თავისი, და სხვების სახელით განაცხადეს, რომ ზოგჯერ გვერდითი მოვლენები სიმწვავის გამო მათ სახლიდან გასვლაც უჭირთ მეთადონის მისაღებად. პაციენტები ხაზს უსვამდნენ, რომ იცნობენ მეთადონის პროგრამაში მყოფ პაციენტებს, რომლებიც ასევე ფიქრობენ, რომ მეთადონის პროგრამის მოსარგებლეებს განსაკუთრებული რეჟიმი უნდა შეუქმნან, სანამ C ჰეპატიტის მკურნალობას გადიან.

სამკურნალო პროგრამისთვის საჭირო დროის ხანგრძლივობა: აღნიშნეს, რომ ცალ-ცალკე კლინიკების არსებობის გამო, თუ ჰეპატიტის კლინიკაშიც აქვთ დანიშნული მისვლა, დღის მნიშვნელოვანი ნაწილი ეკარგებათ, იმისათვის, რომ ჯერ მეთადონში მივიდნენ და შემდეგ მეორე კლინიკაში. მგზავრობის დროის და პროცედურებისთვის საჭირო დროის გათვალისწინებით, დასაქმებული პაციენტებისთვის, ეს გარკვეული დისკომფორტია. თუმცა, ერთმა იქვე დასძინა: „ეს საქართველოა... მთელი დღეც რომ გავაცდინო, კი არავინ მეტყვის საყვედურს სამსახურში...“ მიუხედავად

„საწოლში წოლა გინდა ზოგჯერ, ისე ცუდად ხარ. მაგრამ, მეთადონისთვის თავს ძალას ვატანდი, ვდგებოდი, რომ პროგრამაში წავსულიყავი და წამალი მიმეღო„

იმისა, რომ ამ პრობლემას რამე ნეგატიური შედეგები არ მოუტანია, პაციენტები ფიქრობენ, რომ კლინიკაში ვიზიტისთვის არიან ჩაწერილები, სულ მცირე იმ დღისათვის მაინც მეთადონის პროგრამიდან შეღავათები უნდა ჰქონდეთ.

ერთ-ერთმა რესპონდენტმა გაგვიზიარა შფოთვა, რომ პენიტენციურ სისტემაში მოხვედრისას იმ პაციენტებს, რომლებიც სამოქალაქო სექტორში იყვნენ ჩართული როგორც C ჰეპატიტის, ასევე მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში, უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა, რომ გააგრძელონ გახანგრძლივებული ჩანაცვლებითი თერაპია ციხეშიც, სანამ C ჰეპატიტის სამკურნალო საშუალებებს იღებს. ეს იქნება პაციენტისთვის დაზოგვითი თერაპია, რომ არ გახდეს იძულებული ერთდროულად გაუმკლავდეს პატიმრობით გამოწვეულ სტრესს, ჩანაცვლებითი თერაპიის დოზის შემცირებით და ჰეპატიტის სამკურნალწამლო საშუალებებით გამოწვეულ თანმხლებ არასასიამოვნო შეგრძნებებს. იმისათვის, რომ ეს საკითხი დამოკიდებული არ იყოს ცალკეული პენიტენციური დაწესებულების ადმინისტრაციის ნებაზე, იგი უნდა რეგულირდებოდეს ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის შესახებ ოფიციალური დოკუმენტით.

თუმცა რესპონდენტების მხრიდან ამ საკითხზე საუბარი არ ყოფილა ინტერვიუების დროს, ზიანის შემცირების ქსელის თანამშრომელმა ასევე გამოთქვა წუხილი იმის გამო, რომ ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს დოზის გაზრდა, რომელიც რეკომენდებუ-

ლია ჯანმოს მიერ, არ ხორციელდება ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების ექიმთა მიერ. ეს საკითხი, საჭიროებს მოკვლევას მკურნალი ექიმების ჩართულობით, რომ შემუშავდეს მკაფიოდ გაწერილი რეკომენდაცია მედიკამენტების დოზის ცვლილებასთან დაკავშირებით იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც პარალელურ რეჟიმში ჩართულები არიან C ჰეპატიტის სამკურნალო პროგრამაშიც.

მკურნალი ექიმით და სამედიცინო სერვისით კმაყოფილება

პაციენტების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ ძალიან კმაყოფილია თავისი ექიმით. განსაკუთრებული მადლიერება გამოთქვეს პაციენტებმა, რომლებიც მკურნალობდნენ თბილისის 2 კლინიკაში - „ჰეპა“ და „ჯანმრთელობის კავშირი“. თუმცა, ანგარიშში 2 კლინიკის დასახელება არ გამორიცხავს, რომ პაციენტები სხვა კლინიკებშიც ძალიან კმაყოფილები არიან ექიმის სერვისით.

თუმცა ზოგიერთი აღნიშნავდა მისი ექიმის გადაღლილობას, ან პაციენტის მიმართ მკვეთრად გულგრილ დამოკიდებულებას. ბევრმა აღნიშნა, რომ ექიმებს ნაკლებად აინტერესებთ გაზარდონ მკურნალობის დამყოლობა. რესპონდენტთა გარკვეულმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ მკურნალობის რაღაც ეტაპზე ჰქონიათ გადაღლის და გაღიზიანების ეტაპი და უფიქრიათ მკურნალობის შეწყვეტა. რეჟიმის შესაძლო დარღვევის ძირითად მიზეზად ყოველთვის სახელდებოდა გვერდითი მოვლენები. ამ მხრივ, უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ ის პაციენტები უფრო უჩიოდნენ გვერდით მოვლენებს, რომლებიც ინტერფერონსაც იღებდნენ. როდესაც რესპონდენტებს ვკითხეთ, რომელიმეს ხომ არ ჰქონდა შეწყვეტილი მკურნალობა, არც ერთმა არ აღიარა, რომ მიატოვა პროგრამა მკურნალობის დასრულებამდე. რამდენიმემ აღიარა, რომ ექიმს შესჩივლა, რომ გვერდითი მოვლენები აუტანელი იყო. თუმცა, მათგან უმეტესობამ თქვა, რომ ექიმებს არ გამოუჩენიათ განსაკუთრებული მცდელობა, გადაერწმუნებინათ პაციენტები. უფრო მეტიც, რამდენიმემ თქვა, რომ ექიმმა პირდაპირ შესთავაზა პაციენტს, შეეწყვიტა მკურნალობა, თუ გვერდითი მოვლენები გაუსაძლისი იყო. ყველამ აღნიშნა, რომ კლინიკებში ექიმებს არ აქვთ დრო და, სავარაუდოდ, კვალიფიკაცია და დაინტერესება, ჩაუტარონ ასეთ „მერყევ“ პაციენტებს ფსიქოლოგიური დახმარება. თითქმის ყველა რესპონდენტი ფიქრობს, რომ კლინიკაში სულ მცირე ერთი ფსიქოლოგი მაინც უნდა იყოს, რომელიც პაციენტებს უფრო დიდ დროს დაუთმობს და მოუსმენს.

> „...კლინიკებში უნდა არსებობდეს ფსიქოლოგის შტატი. პაციენტს ნამდვილად სჭირდება პერიოდულად ფსიქოლოგთან საუბარი, ზოგჯერ შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი, ვიდრე ექიმთან კონსულტაციის დრო არის გამოყოფილი.„

მკურნალი ექიმით მკვეთრი უკმაყოფლება გამოთქვეს ბათუმის რესპონდენტებმა. თითქმის ყველა აღნიშნავდა, რომ ექიმი ჯ.დ. ბათუმის ინფექციური საავადმყოფოდან ძალიან უყურადღებოდ ექცეოდა პაციენტებს. ისინი, არ ფიქრობენ, რომ ეს

დამოკიდებულება გარკვეულწილად უკავშირდებოდა მათ მიერ ნარკოტიკის მოხმარების ფაქტს, თუმცა ამასაც არ გამორიცხავდნენ. მათი შეფასებით, ეს ექიმი ყველა პაციენტს ერთნაირად უღირსად ექცევა; პაციენტები კითხვის დასმას ვერ ბედავენ და საშუალება, რომ ჰქონდეთ, ექიმს გამოცვლიდნენ. მათ აღნიშნეს, რომ ბათუმში არის საზღვაო ჰოსპიტალი, რომელიც პროგრამას ემსახურება და სიამოვნებით გადავიდოდნენ სამკურნალოდ ექიმ დათო მურვანიძესთან, რომელიც ძალიან ყურადღებიანი და გულისხმიერია ყველა პაციენტის მიმართ; თუმცა მკურნალობის მიმდინარეობის დროს კლინიკის გამოცვლა ვერ ხერხდება.

პაციენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ სოციალური დახმარება მკურნალობის პერიოდში სასურველია. თუნდაც ტრანსპორტირების ხარჯების დაფარვა, მნიშვნელოვნად გაზრდის ხელმისაწვდომობას. ოჯახის ჩართულობაც მკურნალობაში სასურველი იქნებოდა. ოჯახის წევრები ხშირად არიან დაინტერესებულები პროგრამის და მკურნალობის გვერდითი მოვლენების ან გამოსავლის შესახებ, და მათთვის ინფორმაციის წყარო ძირითადად თავად პაციენტია. რესპონდენტების ნაწილი ფიქრობს, რომ სასარგებლო იქნებოდა ოჯახის წევრების ინფორმირებისთვის სპეციალური სერვისების არსებობა. ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ეს დაეხმარებოდა ოჯახის წევრებს, უკეთ გაეგოთ პაციენტებისთვის და შევიდნენ მათ მდგომარეობაში, როდესაც აწუხებთ გვერდითი მოვლენები. „იქნებ მერე არ ამავსონ ყოველდღიური უკმაყოფილებით და საყვედურებით, რომ მე უვარგისი ვარ, ოჯახისთვის მხოლოდ თავის ტკივილი ვარ და არანაირი სარგებელი მათთვის არ მომაქვს“ - დაამატა ერთმა ნარკოტიკის მომხმარებელმა პაციენტმა.

ბათუმის რესპონდენტთა ჯგუფი და სოციალური მუშაკები გამოთქვამენ უკმაყოფილებას იმის გამო, რომ ექიმთან ვიზიტისას დიდხანს უწევთ რიგში დგომა. განსაკუთრებული წუხილი გამოითქვა იმის გამო, რომ პაციენტების ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგები იგვიანებს, ან საერთოდ იკარგება. პაციენტების სისხლის აღება ხდება ბათუმში, მზადდება შრატი და შემდეგ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მიერ ხდება მისი ტრანსპორტირება თბილისის ლაბორატორიაში. თუმცა, პასუხები ხშირად არ მოდის, ზოგჯერ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრიდან ეუბნებიან, რომ შრატი არ იყო ვარგისიანი ანალიზისთვის, თუმცა იმ ინფორმაციას, რომელი პაციენტის შრატი აღმოჩნდა უვარგისი, დროულად არ აწვდიან, რის გამოც განმეორებით სისხლის აღების პროცედურა უსაზღვროდ ჭიანურდება. სოციალური მუშაკი აღნიშნავს, რომ ამ პრობლემის შესახებ რამდენჯერმე ჰქონდათ ელექტრონული მიმოწერა ცენტრის თანამშრომლებთან, მაგრამ პრობლემა ჯერ კიდევ გადაჭრილი არაა.

რამდენიმე პაციენტმა წამოჭრა საკითხი, რომ ვენოპუნქტურისთვის თანამედროვე დანადგარები უნდა იქნეს შეძენილი. ეს განსაკუთრებით პრობლემურია ნარკოტიკის მომხმარებელი პაციენტებისთვის, რომელთაც ძალიან დაზიანებული ვენები გააჩნიათ, და ხშირად ლაბორატორიული გამოკვლევებისთვის სისხლის ნიმუშის აღება მათთვის ტრავმული პროცედურაა. მათი რეკომენდაციით სასურველია, კლინიკები აღიჭურვონ პორტატული ულტრაბგერითი სკანერის მოწყობილობებით, რომელიც

აჩვენებს კანქვეშ ვენების განლაგებას და ეხმარება ექიმებს პროცედურის მარტივად ჩატარებაში.

პაციენტის დამოკიდებულება და ქცევითი ცვლილებების ფაქტორები

გამომდინარე იქიდან, რომ კვლევაში მონაწილე პაციენტები ნარკოტიკის მომხმარებელთა თემიდან შეირჩა, კვლევა ასევე დაინტერესდა, ხომ არ შეცვალა წარმატებული მკურნალობის შედეგმა მათი დამოკიდებულება ნარკოტიკის მოხმარების მიმართ. გამოკითხულთაგან, არც ერთმა არ აღნიშნა, რომ განკურნების გამო მოტივაცია გაეზარდათ, და გადაწყვიტეს, რომ ნარკოტიკი არ მოიხმარონ. ისინი, ასევე ვერ ასახელებდნენ ვინმეს, მათი თანატოლებიდან, რომლებმაც ან შეწყვიტეს, ან აპირებდნენ ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტას.

თუმცა განკურნება არ ზრდის პაციენტების მოტივაციას, რომ ნარკოტიკის მოხმარება შეწყვიტონ და უფრო ჯანმრთელი ცხოვრების წესით იცხოვრონ, მაგრამ მათი დამოკიდებულება უსაფრთხო ინექციების მიმართ, ძალიან პოზიტიურია. ყველა აღნიშნავს, რომ ადრეც ერიდებოდნენ, მაგრამ მკურნალობის შემდეგ საერთოდ გამორიცხავენ, რომ არასტერილური ნემსი, შპრიცი ან სხვა საინექციო ჭურჭელი გამოიყენონ. ყველა ადეკვატურად არის ინფორმირებული რეინფექციის საფრთხის შესახებ, და დარწმუნებულები არიან, რომ „ამხელა სიკეთეს წყალში არ გადაყრიდნენ.“ აქედან უნდა ვივარაუდოთ, რომ C ჰეპატიტის მკურნალობის პოზიტიური შედეგი არის მრავალ დონეზე - ინდივიდუალურად და საზოგადოებისთვის როგორც C ჰეპატიტის, ასევე აივ ინფექციის გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით.

დასკვნები

საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ინიცირება წარმოადგენს მნიშვნელოვან პოზიტიურ მოვლენას, რომელმაც უზრუნველყო ძვირადღირებული და ეფექტური მკურნალობის პროგრამის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. პაციენტების და, ზოგადად, საზოგადოების კმაყოფილება ამ პროგრამის მიმართ უკვე საყოველთაოდ არის დეკლარირებული. თუმცა მაინც რჩება გარკვეული პროგრამული ან სისტემური ხარვეზები, რომლებიც ამ კვლევის ფარგლებში იქნა იდენტიფიცირებული.

ყველაზე სერიოზულ დაბრკოლებად კვლავ რჩება **ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.** ეს უკანასკნელი, ასევე იწვევს პაციენტისთვის ფინანსური ტვირთის ზრდას. კვლევაში მონაწილეობდნენ პირები, რომლებიც ან თავად ვერ ახერხებენ, ან პირადად იცნობენ C ჰეპატიტით ინფიცირებულ ადამიანებს, რომლებიც უარს ამბობენ პროგრამაში ჩართვაზე ან ფინანსური პრობლემების, ან მგზავრობასთან დაკავშირებული პრობლემების, ან ერთდროულად ორივე მიზეზის გამო, რაც საფრთხეს

უქმნის ინფექციის ელიმინაციის ამბიციური მიზნის მიღწევას.

დაფინანსების მოდელები თვითმმართველობიდან არ არის ადეკვატური; ხშირად მოდელები გაურკვევლობას და უსამართლობის შეგრძნებას იწვევს პაციენტებში. ადგილობრივი მუნიციპალიტეტებიდან/ქალაქების მერიებიდან მიღებული თანადაფინანსება არაა მდგრადი, რადგან არ არის სისტემურად გამყარებული ოფიციალური ვალდებულებით და ემყარება პოლიტიკურ ნებას. ეს მექანიზმი შესაძლებელია შეიცვალოს ქვეყანაში პოლიტიკური და ეკონომიკური მდგომარეობის ცვლილებების შესაბამისად: იგი შესაძლოა შემცირდეს ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში, ან საერთოდ შეწყდეს თანადაფინანსების პრაქტიკა. გარდა ამისა, თანადაფინანსების სქემები განსხვავებულია და თანხის მოცულობა სტანდარტიზებული არაა, რაც ხელს უშლის პაციენტს, წინასწარ ზუსტად დაგეგმოს მისი ფინანსური მონაწილეობის ტვირთი მკურნალობის მთელი კურსის მანძილზე.

ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩართული პაციენტებისთვის იქმნება დამატებითი ბარიერები კლინიკაში ყოველდღიური ვიზიტის აუცილებლობის გამო. არსებული გვერდითი მოვლენების გამო, პაციენტებს უჭირთ მეთადონის პროგრამაში ვიზიტები და მკურნალობის პერიოდში მედიკამენტის გარკვეული მარაგის ბინაზე გატანის რეკომენდაციას აჟღერებენ.

პროგრამის ნაკლოვანებად იქნა დასახელებული **ექიმების გადატვირთული გრაფიკი,** რომელიც ზღუდავს მათ უნარს, უფრო გულისხმიერად მოექცნენ პაციენტებს. თუმცა ეს არ არის სისტემური პრობლემა, მაგრამ ერთეულ შემთხვევებში ექიმების მხრიდან გამოხატულია **არასასურველი დამოკიდებულება და დამამცირებელი** დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ.

რესპონდენტები ეჭვობენ, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუარესდება, თუ არ მოხდება მკურნალობის პროგრამაში ჩართული **კლინიკების ქსელის გეოგრაფიული გაფართოება** და პაციენტების ნაკადის გაზრდის შემთხვევაში თუ არ მოხდება **როგორც კლინკების, ასევე ექიმების რიცხოვნების ადეკვატური ზრდა.**

ფლებოტომიის გართულებული პროცედურა ასევე გამოვლინდა პროგრამის ერთ-ერთ ხარვეზად, რომელიც განსაკუთრებულად პრობლემულია ნარკოტიკის მომხმარებელ პაციენტთათვის, რომელთაც ვენები დაზიანებული აქვთ.

აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მიერ **სისხლის შრატების და ტესტირების შედეგების დაგვიანება, ან გაბნევა** ასევე უქმნის პაციენტებს პრობლემებს, მიიღონ დროული ინფორმაცია თავიანთი სტატუსის და მკურნალობის შუალედური შედეგების შესახებ.

ფსიქოლოგიური და სოციალური დახმარების არარსებობა აფერხებს პროგრამის სრულყოფილად განხორციელებას. არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი რესპონდენტების მიერ შეფასდა, როგორც მნიშვნელოვანი განსაკუთრებით პაციენტების ინფორმირებისთვის, პროგრამაში ჩართვამდე პაციენტის მხარდაჭერისთვის, რაც გამოიხატებოდა ზოგჯერ ინსტრუქციების და რჩევების გაცემით, ზოგჯერ კი უშუალოდ ჩართულობით საბუთების მომზადების თვალსაზრისით, ან პაციენტის თანხლებით შესაბამისი სერვისის მისაღებად.

რეკომენდაციები

1. ფინანსური ბარიერები სრულად უნდა მოიხსნას ყველა პაციენტისთვის, განსაკუთრებით კი ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფისთვის, მათ შორის ნარკოტიკის მომხმარებელთა თემისთვის. სრული დაფინანსება უნდა მოიცავდეს პროგრამაში ჩართვამდე გამოკვლევების, მკურნალობის პროცესში ყველა ლაბორატორიული კვლევის, და ასევე მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგისათვის ლაბორატორიული კვლევების დანახარჯების სრულ დაფინანსებას.
2. თუ თანადაფინანსების ნაწილი კვლავ გაიცემა თვითმმართველობიდან, უნდა შეიქმნას დაფინანსების მოდელების გარკვეული სტანდარტული რეგულაციები, პროცესი უნდა გახდეს გამჭვირვალე და თანადაფინანსების მოცულობა მკაფიოდ პროგნოზირებადი.
3. სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს გეოგრაფიული ბარიერების შემცირებაზე კლინიკების ქსელის გაფართოების გზით. ეს პრობლემა განსაკუთრებული სიმწვავით გამოიხატა კახეთის რეგიონში, რომლის უკიდურესად დაშორებული სოფლებიდან თბილისამდე მანძილი საკმაოდ დიდია და მგზავრობა მოითხოვს მეტ რესურსს, როგორც დროის, ასევე თანხის თვალსაზრისით.
4. გეოგრაფიული ბარიერების შემცირების სტრატეგიები თუ ვერ დაინერგება, პაციენტების მიერ მკურნალობის დამყოლობის გაუმჯობესების და პაციენტების კმაყოფილების გაზრდის მიზნით, უნდა მოხდეს ტრანსპორტირების ხარჯების სუბსიდირება ცენტრალური, ან ადგილობრივი ხელისუფლების მხრიდან.
5. პაციენტების ნაკადის გაზრდის შემთხვევაში უნდა მოხდეს კლინიკების, ასევე ექიმების რიცხოვნების ადეკვატური ზრდა, რომ თავიდან აცილებული იქნეს ექიმების ისედაც გადატვირთული გრაფიკის ზედმეტად გადატვირთვა, რომელიც ნეგატიურად აისახება მკურნალობის სერვისის ხარისხზე.
6. თითოეულ კლინიკაში, სასურველია, დამატებული იქნეს სულ მცირე ერთი ფსიქოლოგის შტატი, რომელიც პაციენტს საშუალებას მისცემს, მიიღოს პროფესიონალის რჩევები, როდესაც განიცდიან ფსიქოლოგიურ დისკომფორტს, ან იმყოფებიან მკურნალობის დამყოლობის დარღვევის საფრთხის წინაშე.
7. ყველაზე ხშირად მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების მართვისათვის მოწყვლად პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ მედიკამენტური საშუალებები, რომ პაციენტებს გაუმარტივდეთ გვერდით მოვლენებთან ბრძოლა, რაც გაზრდის მკურნალობის დამყოლობას და შეამცირებს გვერდითი მოვლენების გამო მკურნალობის შეწყვეტის ალბათობას.
8. ექიმების მხრიდან მასტიგმატიზებელი და არაეთიკური მოპყრობის ფაქტები უნდა გამოაშკარავდეს და კლინიკების ადმინისტრაციიდან რეაგირება უნდა იქნეს დოკუმენტირებული. ასეთი ფაქტების გამომჟღავნების მიზნით შესაძლებელია დაინერგოს პაციენტების კმაყოფილების გამოკითხვა, ან შესაძლოა კლინიკების გასასვლელში (შედარებით პრივატულ გარემოში) მოეწყოს წერილების და მოსაზრებების ყუთები.

9. თუმცა პაციენტების უკმაყოფილების ტალღა ვიდეოკამერით სუპერვიზიის გამო შემცირებულია, სასურველია, პაციენტებს უფრო ნათლად განემარტოთ ვიდეოკამერით სუპერვიზიის აუცილებლობა და მისი მიზნები.

10. არასამთავრობო და სათემო ორგანიზაციების ჩართულობა, რომელიც ამჟამად მოხალისეობის პრინციპზე ხდება, უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი დამატებითი ინსენტივიზაციის, ან სოციალური მუშაკის/ფსიქოლოგის დამატებითი საშტატო ერთეულების დამატების გზით. მათი ფუნქცია შესაძლოა იქნეს შემდეგი: დაეხმარონ პაციენტებს პროგრამაში ჩართვის წინა ეტაპზე საბუთების მოგროვებაში და კლინიკების არჩევაში; მკურნალობის პროცესში მხარდამჭერი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და დამყოლობის კონსულტირება; პაციენტთა სკოლების ფუნქციონირების მდგრადობა, რომ მოხდეს საინფორმაციო-საგანმანათლებლო მუშაობა პაციენტთან, მისი ოჯახის წევრებთან/მიკროსოციალური გარემოს დონეზე; საგანმანათლებლო მუშაობის დროს განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს C ჰეპატიტის რეინფექციის პრევენციაზე.

11. შემუშავდეს სტანდარტი ერთდროულად მიმდინარე C ჰეპატიტის და ჩანაცვლებითი პროგრამების სამკურნალო რეჟიმების დახვეწის მიზნით. მათ შორის:

ა. მკაფიოდ განისაზღვროს სტანდარტი მეთადონის დოზის ცვლილების შესახებ;

ბ. C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამის მოსარგებლის პენიტენციურ სისტემაში მოხვედრისას, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს გახანგრძლივებული ჩანაცვლებითი თერაპიის კურსი, რომელიც ემყარება არა დაწესებულების ადმინისტრაციის ნებას, არამედ რეგულირდება სამინისტროს ბრძანებით.

გ. პაციენტის მხრიდან დამყოლობის კარგი ისტორიის შემთხვევაში, დასაშვები გახდეს მეთადონის გარკვეული რაოდენობის დოზის წინასწარი გაცემა, ან სხვა უფლებამოსილი პირებისათვის მედიკამენტის გაცემა.

12. რეკომენდებულია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის საინფორმაციო ბარათის შინაარსის გადახედვა და დაგროვილ გამოცდილებაზე დაფუძნებით, მიწოდებული ინფორმაციის ხარისხის გაუმჯობესება.

13. რეკომენდებულია ულტრაბგერითი პორტატული სკანერების გამოყენების დანერგვა კლინიკებში, განსაკუთრებით ნარკოტიკის მომხმარებელთა თემში ფლებოტომიის პროცედურის გამარტივების მიზნით.

14. გაძლიერდეს საადვოკაციო საქმიანობა, რომლის ფარგლებშიც მოხდება კვლევის მიგნებების, საჭიროებების და რეკომენდაციების განხილვა სთეიქჰოლდერებთან.

15. თვისებრივი კვლევის მონაცემების საფუძველზე იდენტიფიცირებულია გარკვეული ხარვეზები და პრობლემები. ამ მიგნებებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია დაიგეგმოს კვლევა, რომელიც C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამას შეაფასებს რაოდენობრივი მაჩვენებლებით. ასევე რეკომენდებულია განმეორებითი (follow up) კვლევის, ან მონიტორინგის ჩატარება, რომელიც შეაფასებს რეკომენდაციების შედეგად პროგრამაში განხორციელებული ცვლილებების ხარისხს და მის შედეგებს.