

ანალიტიკური ანგარიში

მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების
მიერ მკურნალობის შეწყვეტის რისკ ფაქტორების და
გრძელვადიანი შედეგის კვლევა

2013 წელი

სარჩევი

1	შეჯამება	6
2	შესავალი	7
3	კვლევის მეთოდოლოგია	8
4	შედეგები	11
4.1	დემოგრაფია	11
4.2	პაციენტთა სამედიცინო პროფილის ზოგიერთი დეტალი (სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით).....	11
4.3	M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობა	14
4.4	M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ინფორმირებულობის დონე	15
4.5	M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზები.....	18
4.6	რისკ-ფაქტორების ანალიზი, რომლებიც პაციენტს მკურნალობის შეწყვეტისკენ უბიძგებენ.....	23
4.7	გვერდითი მოვლენები, მისი მენეჯმენტი და მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებული სხვა დისკომფორტი.....	29
4.8	ხელმისაწვდომობა სხვადასხვა სერვისზე	30
4.9	დასაქმება	32
4.10	კომუნიკაცია და კულტურული სტერეოტიპები	32
5	ძირითადი შედეგები	34
6	დასკვნა და რეკომენდაციები	38
7	დანართი.....	40
8	გამოყენებული ლიტერატურა.....	68

ცხრილები და დიაგრამების

ცხრილი #1 M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის ფონზე გვერდითი მოვლენების განვითარების სიხშირე.....	13
ცხრილი #2 რესპონდენტთა განაწილება მკურნალობის რეჟიმის მიხედვით	14
ცხრილი #3 რესპონდენტების ჯგუფში ნახველის ანალიზის შედეგები.....	14
ცხრილი # 4რესპონდენტების ინფორმირებულობა სხვადასხვა კლინიკურ ჯგუფში (ნახველის ბოლო ანალიზის მიხედვით).....	17
ცხრილი #5 მიზეზების მნიშვნელობა, რაც განაპირობებს მკურნალობის თვითნებურ შეწყვეტას ...	19
ცხრილი #6 მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების გადანაწილება თვისებრივად ჰომოგენურ ჯგუფებში	20
ცხრილი #7 სხვადასხვა ფაქტორთა და კომბინირებულ ფაქტორთა შანსები და p-მნიშვნელობები ლოგისტიკური რეგრესიიდან.....	24
ცხრილი #9 შანსები და p-მნიშვნელობები ალტერნატიული მრავალცვლადიანი ლოგისტიკური რეგრესიული მოდელიდან.....	27
ცხრილი 11. M/XRD ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის პაკეტის კომპონენტებზე ხელმისაწვდომობა.....	30
დიაგრამა 1. სკრინინგის შედეგები	40
დიაგრამა 2. რესპონდენტთა რეგიონული განაწილება.....	40

დიაგრამა 3. ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა მკურნალობა შეწყვეტილი M/XDR პაციენტების ჯგუფში	41
დიაგრამა 4. მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ მკურნალობაში ხელახალი ჩართვის მაჩვენებელი..	41
დიაგრამა 5. რესპოდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით.....	42
დიაგრამა 6. რესპოდენტთა განაწილება ასაკის მიხედვით.....	42
დიაგრამა 7. რესპოდენტთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით	43
დიაგრამა 7. რესპოდენტთა განაწილება განათლების მიხედვით	43
დიაგრამა 8. რესპოდენტთა განაწილება ძირითადი საქმიანობის მიხედვით	44
დიაგრამა 9. რესპოდენტთა განაწილება ოჯახში სულადობის მიხედვით	44
დიაგრამა 10. რესპოდენტთა განაწილება ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავლის მიხედვით	45
დიაგრამა 11. რესპოდენტების განაწილება შეწყვეტის შემდეგ განმეორებით ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის დაწყების სიხშირის მიხედვით	45
დიაგრამა 12. რესპოდენტთა განაწილება M/XDR TB-ის დიაგნოსტიკის თარიღის მიხედვით ...	46
დიაგრამა 13. რესპოდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.....	46
დიაგრამა 14. რესპოდენტებში თანხლები დაავადებების გავრცელება.....	47
დიაგრამა 15. შემთხვევის სტატუსი	47
დიაგრამა 16. რესპოდენტების განაწილება ბოლო მკურნალობის დაწყების თარიღის მიხედვით.	48
დიაგრამა 17. რესპოდენტებს შორის DST მგრძობელობის პროფილი	48
დიაგრამა 18. რესპოდენტებს შორის საწყის ეტაპზე სტაციონარულ მკურნალობაზე უარის თქმის მიზეზები	49
დიაგრამა 19. რესპოდენტებისთვის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმაციის წყაროები.....	50
დიაგრამა 20. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შესახებ რესპოდენტების ინფორმირებულობის ხარისხი	50
დიაგრამა 21 რესპოდენტთა ოჯახის წევრების ინფორმირება მოსალოდნელი მკურნალობის შესახებ	51
დიაგრამა 22. რესპოდენტთა არადეკვატური ინფორმირების მიზეზები	51
დიაგრამა 23. შეესაბამება თუ არა რეზისტენტულ ტუბერკულოზს და მის მკურნალობა შემდეგი დებულებები.....	52
დიაგრამა 24. რესპოდენტთა განაწილება მკურნალობის ალტერნატიული წყაროს მიხედვით, მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ	52
დიაგრამა 25 მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ გამოყენებული ალტერნატიული საშუალების სახე	53
დიაგრამა 26. რესპოდენტების მიერ ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის რეჟიმის დაცვა	53
დიაგრამა 27. რეზისტენტული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მთავარი მიზეზი/ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი	54

დიაგრამა 28. ძირითადი ფაქტორი/ფაქტორები, რომლებიც ხელს შეუწყობს რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მიერ მკურნალობის დაასრულებას, შეწყვეტის შემთხვევების გარეშე..... 55

დიაგრამა 29. ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის ზეგავლენა ცხოვრების ხარისხზე 56

დიაგრამა 30. რესპონდენტებს შორის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობისას გვერდითი მოვლენების გამოვლენის სიხშირე 56

დიაგრამა 31. გვერდითი მოვლენების აღმოცენების სიხშირე მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე 57

დიაგრამა 32. რესპონდენტების შეფასებით გვერდითი მოვლენების გამოწვევი პრეპარატების რაოდენობა 57

დიაგრამა 33. რეზისტენტული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღების შემდგომ გვერდითი მოვლენების სახეები 58

დიაგრამა 34. რესპონდენტებს შორის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის გვერდითი მოვლენების წარმატებით მართვის სიხშირე 58

დიაგრამა 35. ფაქტორები, რაც ხელს უშლის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვა (რესპონდენტების შეფასებით)..... 59

დიაგრამა 36. რესპონდენტებისთვის ხელმისაწვდომობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტებზე 60

დიაგრამა 37. რესპონდენტებისთვის ხელმისაწვდომობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტებზე საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით 60

დიაგრამა 38. რესპონდენტებისთვის ხელმისაწვდომობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტებზე საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (1) 61

დიაგრამა 39. რესპონდენტების მოსაზრება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის ამათუ იმ კომპონენტის საჭიროების შესახებ..... 61

დიაგრამა 40. რესპონდენტების მოსაზრება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტების საჭიროების თაობაზე..... 62

დიაგრამა 41. მულტირეზისტენტული მკურნალობის კომპონენტებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მიზეზები 62

დიაგრამა 42. რესპონდენტთა კმაყოფილება მკურნალობის სხვადასხვა ასპექტით..... 63

დიაგრამა 43 რესპონდენტთა განაწილება დასაქმების სტატუსი მიხედვით მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში..... 63

დიაგრამა 44. რესპონდენტების მიერ სამუშაოს შენარჩუნება მკურნალობის პერიოდში 64

დიაგრამა 45. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში უმუშევრობის მიზეზები 64

დიაგრამა 46. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში სამუშაოს მოძიების გართულების მიზეზები 65

დიაგრამა 47. რესპონდენტთა მიერ დაავადების სტატუსის გაცნობა	65
დიაგრამა 48. ოჯახის წევრების დამოკიდებულება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულთა მიმართ.....	66
დიაგრამა 49. საზოგადოების დამოკიდებულება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულთა მიმართ.....	66
დიაგრამა 50. რესპონდენტების მიერ მათი დაავადების გამო დისკრიმინაციის ან კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტების გაცნობა.....	67
დიაგრამა 51. რესპონდენტთა სულიერი/ფსიქიკური მდგომარეობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში	67

1 შეჯამება

კვლევის ამოცანებს წარმოადგენდა: მულტირეზისტენტული (MDR) და ზემდგრადი (XDR) ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა მიერ მკურნალობის შეწყვეტის რისკ-ფაქტორების გამოვლენა; მკურნალობის შეწყვეტის გრძელვადიანი შედეგების განსაზღვრა საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით, რაც ხელს შეუწყობს DOTS და DOTS Plus სტრატეგიების უფრო ეფექტურ ფუნქციონირებას და შეამცირებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რისკებს მოსახლეობაში ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით (რომელიც ძირითადად მკურნალობის შეწყვეტითაა განპირობებული).

კვლევის ამოცანების შესრულებისათვის გამოყენებული იქნა სოციოლოგიური კვლევის თვისებრივი (ჯგუფური დისკუსია) და რაოდენობრივი (კვლევა) მეთოდები. რაოდენობრივ კვლევას წინ უსწრებდა ჯგუფური დისკუსიები, რომლის შედეგებიც გამოყენებული იყო ვალიდური კვლევის ინდიკატორების მისაღებად და ანალიტიკურ ანგარიშში ჩასართავად. რაოდენობრივი კვლევა რამდენიმე ეტაპისგან შედგებოდა: შერჩევა, კვლევის ინსტრუმენტის დიზაინი, კითხვარის პრეტესტირება, სავლე სამუშაოების განმახორციელებელი პერსონალის ტრენინგი, სავლე სამუშაოები, მონაცემთა შეტანა/ანალიზი.

კვლევამ აჩვენა, რომ: 1. რესპონდენტები განიცდიან ინფორმაციის ნაკლებობას M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის ზოგიერთ ასპექტებთან მიმართებაში. 2. მკურნალობის შეწყვეტის ძირითადი მიზეზი დაკავშირებულია ურთიერთდამოკიდებულ ფაქტორებთან, რომლებიც ინდივიდუალურ და სისტემურ ხასიათს ატარებს: პაციენტის განწყობა, მედიკამენტების ხარისხი და მათი გვერდითი მოვლენების მართვა, მკურნალობის რეჟიმის დაცვის გამწვანება ფინანსური პრობლემების ან დროის დეფიციტის გამო 3. „სისტემურ“ პრობლემებს შორის აღსანიშნავია M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში შეზღუდული ხელმისაწვდომობა მომსახურების ზოგიერთ მნიშვნელოვან კომპონენტზე (მაგ: სოციალური მუშაკი, დამყოლობის სამსახურის კონსულტანტისა და ფსიქოლოგის მომსახურება).

2 შესავალი

ტუბერკულოზი კვლავაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა მსოფლიოში. საქართველოში უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის სტრატეგიის (DOTS) განხორციელებამ (1995წ.) გააძლიერა ტუბერკულოზის კონტროლის შესაძლებლობები, თუმცა, აღნიშნული ფაქტის მიუხედავად, საქართველო რჩება „მძიმე ტვირთის“ ქვეყნად, 2011 წლის მონაცემებით, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის პრევალენტობა შეადგენს 10.9%-ს ახალ შემთხვევებში და 31.7%-ს წარსულში ნამკურნალებ პაციენტებში.

ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტები ფართოდ დაინერგა 2008 წლიდან. თუმცა M/XDR ტუბერკულოზის პრევალენტობის ზრდა კვლავაც გაგრძელდა.

აღსანიშნავია ისიც, რომ რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა მოითხოვს განსაკუთრებული რეჟიმის დაცვას, მეორე რიგის მედიკამენტებს ხშირად თან ახლავს გვერდითი მოვლენები. ეს შესაძლებელია გახდეს M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი, რაც თავის მხრივ დაავადების გავრცელებისა და რეზისტენტული ფორმებით გამოწვეული სიკვდილობის გაზრდის წინაპირობაა. ასევე, გასათვალისწინებელია რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდა, რაც მძიმე ტვირთად აწვება სისტემას.

საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}, რომ M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის შეწყვეტის მრავალი მიზეზი არსებობს, მაგრამ ზოგადად შესაძლებელია მათი დაჯგუფება მოხდეს ორი დამოუკიდებელი ფაქტორის მიხედვით:

ინდივიდუალური და სისტემური (ჯანდაცვის სისტემა) ფაქტორები. ინდივიდუალური ფაქტორები მიუთითებს მკურნალობის შეწყვეტის ისეთ მიზეზებზე, როგორიცაა – დაავადების სტიგმატიზაცია, რომელიც უკავშირდება ინფორმირებულობის დაბალ დონეს (არა მხოლოდ საზოგადოებაში, არამედ მედპერსონალს შორის), გვერდითი მოვლენების გავლენა, მავნე ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, უმუშევრობა, არასახარბიელო ოჯახური გარემო და ა.შ. სისტემური ფაქტორები მიუთითებს ინსტიტუციურ პრობლემებზე, როგორიცაა – პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის არაეფექტური კომუნიკაცია, ტუბერკულოზის მკურნალობის

სტრატეგიის განხორციელებისა და გვერდითი მოვლენების ეფექტური მართვის პრობლემა და სხვ.

M/XDR პაციენტების მიერ მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზები საქართველოში სათანადოდ არ არის შესწავლილი. 2011 წელს ჩატარებული კვლევა, რომელიც ეხებოდა ფილტვის მულტირეზისტენტული და ზემდგრადი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის ცუდი გამოსავლის რისკ-ფაქტორების შესწავლას, მიუთითებს მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების უფრო სიღრმისეული კვლევის საჭიროებაზე. კვლევის მიხედვით, მკურნალობის შეწყვეტის მაჩვენებელი ძალზე მაღალი იყო (22%), იმის მიუხედავად, რომ პაციენტები იყენებდნენ სხვადასხვა სამედიცინო და ფსიქოლოგიურ მომსახურებებს, უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOTS-ის) ჩათვლით.⁸

3 კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა სოციოლოგიური კვლევის საყოველთაოდ ცნობილი თვისებრივი (ჯგუფური დისკუსიები) და რაოდენობრივი (კვლევა) მეთოდების გამოყენებით.

თვისებრივი კვლევა: სულ ჩატარდა 2 ჯგუფური დისკუსია (თბილისში), რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა ა)ექსპერტების მიერ M/XDR TB პროგრამის შეფასება საქართველოში; ბ) ვალიდური კვლევის ინდიკატორების იდენტიფიცირება, რომელიც გახდა კითხვარის შემუშავების საფუძველი; 3) საბოლოო ანალიტიკური ანგარიშის მიგნებების იდენტიფიცირება. სოციალური კვლევებისა და ანალიზის ინსტიტუტის (ISSA) ანალიტიკოსის მიერ შემუშავდა კვლევის ინსტრუმენტი (გაიდლაინი). მოხდა ჯგუფური დისკუსიის ვიდეო/აუდიო ჩაწერა და მიღებული მასალა გაიშიფრა და განხორციელდა ანალიზი.

გამოკვლევის ტიპი: რაოდენობრივი სოციოლოგიური გამოკვლევა.

კვლევის მეთოდი: პირისპირ ინტერვიუ

ეთიკური მოსაზრებები: აღნიშნული კვლევა განიხილეს და დაამტკიცეს URC-ს და ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ეთიკურმა კომისიებმა.

კვლევის სამიზნე ჯგუფი: ლაბორატორიულად დადასტურებული დიაგნოზის მქონე M/XDR TB პაციენტები, რომლებმაც შეწყვიტეს მკურნალობა 2 ან მეტი თვის განმავლობაში და ჩაერთვნენ ინდივიდუალური მკურნალობის რეჟიმში (ITR)

ტუბერკულოზის ნებისმიერი ცენტრის საშუალებით საქართველოს მასშტაბით, 2008–2013 წლებში.

შერჩევა: კვლევის ყველაზე დიდ სირთულეს წარმოადგენდა კონფიდენციალობის დაცვა და რესპონდენტების „ღიაობის“ უზრუნველყოფა სენსიტიური საკითხების მიმართ. ამ სირთულის თავიდან ასაცილებლად ISSA: 1. გამოიყენა ინფორმირებული თანხმობის ფორმები; 2. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ადმინისტრაციასთან შეთანხმებით შემუშავდა პაციენტების კვლევაში ჩართვის გეგმა.

შერჩევის ჩარჩო: ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ოფიციალური მონაცემები. პაციენტების მონაცემების მოპოვება მოხდა ყველა MDR/XDR პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით – ლაბორატორიულად დადასტურებული დიაგნოზის მქონე M/XDR TB პაციენტები, რომლებსაც ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში დაენიშნათ ინდივიდუალური მკურნალობის რეჟიმი და დაიწყეს მკურნალობა.

შერჩევის დიზაინი: ორსაფეხურიანი კლასტერული შერჩევა (MSCS). მრავალსაფეხურიანი შერჩევის სტრატეგია გულისხმობს გეოგრაფიული ერთეულების შერჩევას. აღნიშნული გეოგრაფიული შერჩევის ერთეულები ცნობილია, როგორც *პირველადი შერჩევის ერთეულები (PSUs)*. კვლევის პირველადი შერჩევის ერთეულები იყო გეოგრაფიული ლოკაციები საქართველოში. საბოლოო შერჩევის ერთეული (**Final Sampling Unit**) იყო რესპონდენტი.

შერჩევის ზომა: წინასწარი თანხმობის საფუძველზე, მკვლევარების ჯგუფი დაუკავშირდა შერჩეულ პაციენტებს რეგიონებში და მოიპოვა თანხმობა ინტერვიუზე. პაციენტების ნაწილმა კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა. საერთო ჯამში გამოიკითხა 163 რესპონდენტი. **შერჩევითი ერთობლიობის მოცულობა:**

რეგიონი	რესპონდენტების რაოდენობა
1 თბილისი	49
2 იმერეთი	27
3 გურია	8
4 სამეგრელო	21
5 აჭარა	8
6 კახეთი	16
7 შიდა ქართლი	12
8 ქვემო ქართლი	5
9 სამცხე ჯავახეთი	8
10 მცხეთა–მთიანეთი	9
ჯამი	163

სკრინინგის შედეგები: სულ განხორციელდა 258 კონტაქტი. სკრინინგის დროს ძირითადად ადგილი ჰქონდა ვიზიტებს სახლში. სატელეფონო კავშირის რაოდენობა შეადგენდა 55–ს, ხოლო კლინიკაში ვიზიტის რაოდენობა იყო 35. ვერ მოხერხდა 87 პაციენტის გამოკითხვა (გარდაცვლილი იყო 28, აქედან უმრავლესობა – 26 პაციენტი – ტუბერკულოზით გარდაიცვალა). პაციენტთა დაახლოებით მეხუთედთან (21.3%) დაკავშირება ვერ მოხერხდა, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებული მისამართების მიხედვით. 8 რესპონდენტმა უარი განაცხადა თანამშრომლობაზე. 64 პაციენტი ხელახლა იყო ჩართული მკურნალობაში. *(იხ. დიაგრამები 1-4)*

პრეტესტირება: კითხვარის შემუშავების შემდგომ „სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტმა“ განახორციელა კითხვარების პრეტესტირება (5 კითხვარი).

საველე სამუშაოები: საველე სამუშაოები ჩატარდა ინტერვიუერების მიერ, რომლებსაც გავლილი ჰქონდათ ტრენინგი. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის უფლებამოსილი წარმომადგენელი დაუკავშირდა იმ პაციენტებს, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ საკვლევი პოპულაციის კრიტერიუმებს. აღნიშნულმა წარმომადგენელმა პაციენტის თანხმობის მოპოვების შემდეგ ISSA–ს ინტერვიუერებს გადასცა პაციენტების სია. საველე სამუშაოები, პაციენტების მოძიების სირთულის გამო, სამ კვირამდე გაგრძელდა.

მონაცემთა კოდირება და კომპიუტერში შეტანა: განხორციელდა კითხვარში ჩართულ ღია შეკითხვებზე რესპონდენტთა მიერ გაცემული პასუხების დაჯგუფება და ფორმალიზაცია, მათთვის კოდების (რაოდენობრივი მაჩვენებლების) მინიჭების გზით. კოდირებული პასუხები შეტანილ იქნა ყოველი კონკრეტული გამოკითხვისთვის შექმნილ ცვლადების აღწერის კომპიუტერულ ბადაში.

მონაცემების დამუშავება და ანალიზი: გამოკითხვის მონაცემები დამუშავდა სოციალურ კვლევათა სტატისტიკური პროგრამის SPSS ბაზაზე, რომელიც უზრუნველყოფს სტატისტიკურ მონაცემებს ცხრილებისა და დიაგრამების სახით. სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი განხორციელდა უნივარიაციული (სიხშირული განაწილებები, ცენტრალური ტენდენციის მაჩვენებლები) და ბივარიაციული (კროსტაბულაცია, კორელაცია) ანალიზის მეთოდების გამოყენებით.

4 შედეგები

4.1 დემოგრაფია

გამოკითხვის შედეგების მიხედვით რესპონდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები სქესის, ასაკის, ოჯახური მდგომარეობის, განათლების, საქმიანობის, და მატერიალური მდგომარეობის შესახებ შემდეგია (დიაგრამები 5-10):

- ✓ **სქესი:** რესპონდენტთა უმრავლესობას მამაკაცები შეადგენენ – 163 გამოკითხულიდან მდედრობითი სქესის წარმომადგენელია მხოლოდ 24 (14.7%);
- ✓ **ასაკი:** რესპონდენტთა ასაკობრივი კატეგორიები შემდეგნაირად გადანაწილდა: ყველაზე მეტი რესპონდენტი რეპროდუქციული ასაკისაა: 25–44 წლის რესპონდენტთა რაოდენობა შეადგენს 97–ს (59.5%). ყველაზე ნაკლები რაოდენობის კი 25 წლამდე (8.6%) და 55 წელს გადაცილებული რესპონდენტები არიან (10.5%);
- ✓ **ოჯახური მდგომარეობა/რამდენი ადამიანი ცხოვრობს რესპონდენტის ოჯახში:** რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (57.7%) დაოჯახებულია, ამასთან თითქმის მესამედი (29.4%) მრავალსულიანი ოჯახიდანაა (5 და მეტი ოჯახის წევრი), რაც საფუძველს გვაძლევს ვისაუბროთ რესპონდენტთა ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის პოტენციურ რისკებზე;
- ✓ **განათლება:** ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი საშუალო/საშუალო ტექნიკური განათლების მქონე რესპონდენტებს აქვთ (73 %);
- ✓ **ძირითადი საქმიანობა:** რესპონდენტთა უმრავლესობა დაუსაქმებელია (64.4%). დასაქმებულთა რაოდენობა 36–ია, რაც შეადგენს გამოკითხულთა 22.1%–ს;
- ✓ **მატერიალური მდგომარეობა:** რესპონდენტთა უმრავლესობა დაბალ მატერიალურ შესაძლებლობას მიუთითებს: 60.7%–ის ოჯახების საშუალო შემოსავალი თვეში (ყველა წყაროს გათვალისწინებით) შეადგენს მაქსიმუმ 300 ლარს (100 ლარამდე შემოსავალი მიუთითა 21–მა რესპონდენტმა (12.9%)). აღნიშნული ფაქტორი კიდევ უფრო ამძიმებს დაავადებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას (მაგ: საკვების ნაკლებობის გამო).

4.2 პაციენტთა სამედიცინო პროფილის ზოგიერთი დეტალი (სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით)

უნდა აღინიშნოს, რომ რესპონდენტების და მათთან დაკავშირებული ინფორმაციის მოპოვების სირთულის გამო ზოგიერთი მონაცემი არასრულყოფილია (აკლია პასუხების გარკვეული რაოდენობა, თუმცა ეს რაოდენობა არ არის დიდი).

163 რესპონდენტიდან XDR ტუბერკულოზით დაავადებულია 25 რესპონდენტი (15.3%), დანარჩენები MDR სტატუსის მატარებლები არიან. შედარებით მეტი რაოდენობის რესპონდენტის M/XDR ტუბერკულოზით დიაგნოსტიკა მოხდა 2011 წელს (39 რესპონდენტი, 23.9%), აღნიშნული პაციენტები თითქმის თანაბრად ნაწილდებიან 2009–12 წლების მიხედვით. სულ 8 რესპონდენტია (4.9%) ისეთი, რომელსაც M/XDR ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაუდგინდა 2008 წლამდე (ანუ საქართველოში DOTS Plus პროგრამის ამოქმედებამდე). მათ თავდაპირველად საქართველოს ფარგლებს გარეთ იმპურნალეს (საქართველოში შესაბამისი პროგრამის ამოქმედებამდე).

როგორც აღმოჩნდა, რესპონდენტთა გარკვეულმა ნაწილმა (55 რესპონდენტი, რაც საერთო შერჩევის 33.7%-ს შეადგენს) შეწყვეტის შემდეგ მკურნალობა ერთხელ ან რამდენჯერმე განაახლა 2 თვეზე ნაკლები დროის განმავლობაში. „შეწყვეტილი მკურნალობის“ ოფიციალური განმარტების (2 ან მეტი თვის განმავლობაში) მიუხედავად, აღნიშნული მონაცემი ყურადღებას მოითხოვს და შესაძლოა შეიცავდეს ჯანმრთელობის პოტენციურ რისკს პაციენტების გარშემომყოფი პირებისა და საზოგადოებისათვის (*იხ. დიაგრამა 11*).

საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით რესპონდენტთა უმრავლესობა ქალაქში მაცხოვრებელია (*დიაგრამა 13*). იძულებით გადაადგილებული პირი არის 9 რესპონდენტი (5.5%), ყოფილი პატიმარი – 40 რესპონდენტი (24.5%). მათგან ნახევარზე მეტი (23 რესპონდენტი) M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობაში ჩაერთო 2011-12 წწ 2013 წელს მკურნალობაში ჩართული აღმოჩნდა მხოლოდ 1 ყოფილი პატიმარი, ხოლო დანარჩენები ჩაერთვნენ მკურნალობაში 2008-10 წწ.

მკურნალობის დაწყებისას: თამბაქოს მომხმარებელი – 80 (49.1%), ალკოჰოლის – 41 (25.2%), ხოლო ინტრავენური ნარკოტიკის მომხმარებელი – 15 რესპონდენტი (9.2%).

M/XDR ტუბერკულოზის თანმხლები დაავადება არ აღენიშნება გამოკითხულთა უმრავლესობას – 118 რესპონდენტს (72.4%). ხოლო 39-მა რესპონდენტმა მიუთითა 1 თანმხლები დაავადების არსებობის შესახებ. დიაბეტის შესახებ მიუთითა 13-მა (8%), C ჰეპატიტის შესახებ – 24-მა (14.7%), აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ – 2-მა (1.2), ფსიქიატრიული პრობლემების შესახებ კი – 16-მა რესპონდენტმა (9.8%). (*იხ. დიაგრამა 14*) M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის განმავლობაში რესპონდენტებს აღენიშნებოდათ შემდეგი სახის მძიმე გვერდითი მოვლენები: (*იხ. ცხრილი 1*)

ცხრილი #1 M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის ფონზე გვერდითი მოვლენების განვითარების სიხშირე

	დიახ	დიახ %	არა	არა %
ჰეპატიტი	18	11	133	81.6
ღვიძლის სხვა დაავადებები	17	10.4	133	81.6
ნევროლოგიური მოვლენები (კრუნჩხვა)	16	9.8	136	83.4
ფსიქოლოგიური მდგომარეობა	32	19.6	120	73.6

რესპონდენტთა უმრავლესობა (47.2%) წარსულში პირველი რიგის მედიკამენტებით მკურნალობდა (რომლის არასათანადო მკურნალობის გამო განუვითარდათ M/XDR ტუბერკულოზი, თუმცა მეორე რიგის მედიკამენტებით მკურნალობა ასევე შეწყვიტეს).

(იხ. დიაგრამა 15)

რღვევითი უბანი (კავერნა) რენტგენოგრაფიის საფუძველზე (M/XDR ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისას) აღენიშნებოდა 75 პაციენტს (46%), ხოლო ორმხრივი ღრუ (კავერნა) – 33 პაციენტს (20.2%). 19 პაციენტის (11.7%) სხეულის მასის ინდექსი დასაშვებ ნორმაზე (18.5) ნაკლები იყო. დამატებითი ქირურგიული ჩარევა დასჭირდა მხოლოდ 8 (4.9%) პაციენტს.

როგორც უკვე აღინიშნა, რესპონდენტთა ნაწილს მკურნალობა რამდენჯერმე აქვს შეწყვეტილი და განახლებული. მკურნალობის ინიცირების ბოლო თარიღები 2008–13 წლებს მოიცავს, სადაც 2013 წელი გამოირჩევა შედარებით მაღალი მაჩვენებლით. *(იხ. დიაგრამა 16)*

M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის ინიცირებისას სტაციონარში იმყოფებოდა 71 (46.3%), ხოლო მკურნალობის შეწყვეტისას – მხოლოდ 7 პაციენტი (4.3%). *(ცხრილი 2)* ამას გარდა მკურნალობის ინიცირებისას ნახველის ბოლო ანალიზის დადებითი შედეგი აღენიშნებოდა 25 პაციენტს (15.3%), ხოლო ნახველის კულტურის ბოლო ანალიზის დადებითი შედეგი – 33 პაციენტს (20.2%). *(ცხრილი 3)*

ცხრილი #2 რესპონდენტთა განაწილება მკურნალობის რეჟიმის მიხედვით

	სტაციონარში		მკურნალობდა ამბულატორიულად		ჯამი	
	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა
მკურნალობის შეწყვეტისას	4.3	7	87.7	143	92	150
M/XDR TB მკურნალობის ინიცირებისას	43.6	71	17.8	29	61.3	100

ცხრილი #3 რესპონდენტების ჯგუფში ნახველის ანალიზის შედეგები

	დადებითი		უარყოფითი		ჯამი	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
ნახველის ბოლო ანალიზის შედეგი (მგბ)	25	15.3	135	82.8	160	98.2
ნახველის ბოლო კულტურის ანალიზი (მგბ)	33	20.2	126	77.3	159	97.5

მედიკამენტებისადმი მგრძობელობის ტესტი: როგორც კვლევამ აჩვენა, 7 (4.3%) რესპონდენტს არ აღმოაჩნდა მგრძობელობა მკურნალობისთვის საჭირო არცერთი ჩამოთვლილი მედიკამენტის მიმართ. 1,2 და მეტი მედიკამენტის მიმართ პაციენტების მგრძობელობა დაახლოებით თანაბრად ნაწილდება. *(იხ. დიაგრამა 17)*

4.3 M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობა

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებიდან აბსოლუტური უმრავლესობა ფილტვის ტუბერკულოზით იყო დაავადებული (მხოლოდ 8 (4.9%) რესპონდენტი აღმოჩნდა ფილტვგარეშე ტუბერკულოზით დაავადებული). ასევე უმრავლესობამ (130 – 79.8% რესპონდენტი) აღნიშნა, რომ დაავადების საწყის ეტაპზე მკურნალობდა სტაციონარში (სტაციონარში არ მკურნალობდა 33 პაციენტი – 20.2%). როგორც აღმოჩნდა, ზოგიერთი პაციენტი საკუთარ დაავადებას მარტივად აღიქვამს, რადგან სტაციონარში მკურნალობის უგულვებელყოფის მიზეზად მიიჩნევს დაავადების ნაკლებ სიმწვავეს და თვლის, რომ არ იყო საჭირო სტაციონარში მოთავსება. *(იხ. დიაგრამა 18)*

4.4 M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ინფორმირებულობის დონე

როგორც კვლევამ აჩვენა, რესპონდენტთა დიდმა უმრავლესობამ (82.8%) M/XDR ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმაცია ძირითადად ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო პერსონალისგან მიიღო. *(იხ. დიაგრამა 19)*

ამას გარდა, რესპონდენტებს უნდა შეეფასებინათ: 1. საკუთარი ინფორმირებულობის დონე M/XDR ტუბერკულოზთან დაკავშირებით; 2. მკურნალობის საწყის ეტაპზე მოხდა თუ არა თავად პაციენტების და მათ ოჯახის წევრების ინფორმირება, თუ როგორ უნდა წარმართულიყო მკურნალობა.

პაციენტების მიერ ინფორმირების დონის თვითშეფასება მაღალია – M/XDR ტუბერკულოზის თავისებურებების, მკურნალობის, ცხოვრების წესის და ა.შ. შესახებ მაჩვენებლები მოექცა მაღალი შეფასების ველში. ასევე მაღალია მკურნალობის საწყის ეტაპზე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების (ტუბერკულოზის ცენტრის სამედიცინო პერსონალის მიერ) ინფორმირების მაჩვენებელი, თუმცა თავად პაციენტები უფრო მეტად არიან ინფორმირებულნი, ვიდრე მათი ოჯახის წევრები. სულ 57 (35%) პაციენტი აღმოჩნდა ისეთი, ვინც აღნიშნა, რომ სამედიცინო პერსონალმა კარგად ვერ გაარკვია (თავად პაციენტი, ან მისი ოჯახის წევრები) თუ როგორ უნდა წარმართულიყო მკურნალობა. მიზეზების დასახელებისას მათ 72% (36 პაციენტი) გაუჭირდა პასუხის გაცემა. 16 პაციენტმა (27.5%) კი მიზეზად სამედიცინო პერსონალის პაციენტებისადმი უგულისყურო დამოკიდებულება დაასახელა. *(იხ. დიაგრამები 20, 21, 22)* (უნდა აღინიშნოს, რომ განსხვავება არ არის პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების სამედიცინო პერსონალის მიერ არასათანადო ინფორმირების მიზეზებს შორის).

დემოგრაფიულ ჭრილში გამოვლინდა, რომ ყველაზე მაღალ თვითშეფასებას ინფორმირებულობის თვალსაზრისით 25–34 წლის რესპონდენტები ავლენენ.

გამოიკვეთა ერთგვარი წინააღმდეგობა – მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობამ M/XDR ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმაცია ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო პერსონალისგან მიიღო და აღნიშნა, რომ დეტალურად იყო ინფორმირებული, შეფასების ნეიტრალურ ველს ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის სერვისების შესახებ ინფორმაციის ფლობა უახლოვდება, რაც შესაძლოა მიუთითებდეს ინფორმირების გარკვეულ ხარვეზებზე. სწორედ ამ ფაქტის დადასტურებაა ტესტ-კითხვარის შედეგები, რომელიც რესპონდენტებს მიეცათ

შესაფასებლად იმ მიზნით, რომ გამოვლენილიყო მათი ინფორმირებულობის რეალური დონე M/XDR ტუბერკულოზის შესახებ. შეინიშნება ერთგვარი განსვლა რესპონდენტების თვითშეფასებასა და მათ რეალურ ინფორმირების დონეს შორის. როგორც აღმოჩნდა, რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა სწორადაა ინფორმირებული მხოლოდ იმ სამი დებულების შესახებ, რომლებიც ასახავს: 1. დაავადების საწყის ეტაპზე ბაცილაგამომყოფი პაციენტის სტაციონარში მკურნალობის საჭიროებას (აღსანიშნავია, რომ ამ პაციენტთაგან უმრავლესობა – 129 რესპონდენტი (79.1%) – M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის საწყის ეტაპზე სწორედ სტაციონარში იმყოფებოდა); 2. კვების, ჰიგიენისა და მკურნალობის სპეციფიკური რეჟიმის დაცვას; 3. რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების რისკს რეგულარული ტუბერკულოზის მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში. რაც შეეხება დანარჩენ დებულებებს, სახეზე გვაქვს გარკვეული „ჩავარდნა“ (არასწორად გაცემული პასუხები და იმ რესპონდენტთა მაღალი ხვედრით წილი, ვისაც გაუჭირდა პასუხის გაცემა), რაც პერსპექტივაში არა მხოლოდ თავად პაციენტების, არამედ მათი ოჯახის წევრების და საზოგადოების ჯანმრთელობას უქადის საფრთხეს. მაგ:

- ✓ რესპონდენტთა დაახლოებით მესამედისთვის ბაცილაგამომყოფი M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული პირი არ არის საშიში გარშემომყოფებისთვის, თუ მისი პირადი ნივთები იქნება იზოლირებული;
- ✓ დაახლოებით მეხუთედი თვლის, რომ ხანდახან რომელიმე მედიკამენტ(ებ)ის მიღების გამოტოვებით, M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული პირის ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე არ შეექმნება და თუ თავს უკეთ იგრძნობენ შეუძლიათ აღარ განაგრძონ (შეწყვიტონ) მკურნალობა;
- ✓ ასევე რესპონდენტთა დაახლოებით მეხუთედი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით პიროვნულ პასუხისმგებლობას ნაკლებად გრძნობს: მათ მიაჩნიათ, რომ აუცილებელი არა არის M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულმა ბაცილაგამომყოფმა პირმა გამოიყენოს სამედიცინო ნიღაბი საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში.
- ✓ ცალკე აღნიშნას მოითხოვს ის ფაქტი, რომ იმ პაციენტთაგან, ვისაც აღნიშნებოდათ დადებითი შედეგი ნახველის კულტურის (ბოლო) ანალიზის მიხედვით, 12-მა მიუთითა, რომ პირადი ნივთების იზოლირების შემთხვევაში ბაცილაგამომყოფი პაციენტი არ არის საშიში გარშემომყოფებისათვის, 4-მა პაციენტმა აღნიშნა, რომ თუ დაავადებული თავს უკეთ იგრძნობს, შეუძლია

შეწყვიტოს მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პაციენტების რაოდენობა არ არის დიდი, ისინი პოტენციურ რისკს ქმნიან გარშემომყოფებისთვის, რომლის ძირითადი მიზეზი არასწორი/არასაკმარისი ინფორმირებაა (იხ. ცხრილი 4)

ცხრილი # 4 რესპონდენტების ინფორმირებულობა სხვადასხვა კლინიკურ ჯგუფში (ნახველის ბოლო ანალიზის მიხედვით)

		ნახველის ბოლო კულტურის ანალიზი (მგბ)					
		დადებითი		უარყოფითი		ჯამი	
		რაოდენობა	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით (მგბ+)	შეესაბამება არ	12	36.4%	32	25.4%	44	27.7%
დაავადებული პირი არ არის საშიში მასთან ახლო კონტაქტში მყოფი ინდივიდებისათვის (მაგ: ოჯახის წევრები) დაავადების გავრცელების თვალსაზრისით, თუ მისი პირადი ნივთები იქნება იზოლირებული	შეესაბამება	20	60.6%	67	53.2%	87	54.7%
მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით	არ	1	3.0%	27	21.4%	28	17.6%
დაავადებული პაციენტი	შეესაბამება	4	12.1%	29	23.0%	33	20.8%
მკურნალობის გარკვეულ ეტაპზე თავს კარგად გრძნობს, მის ჯანმრთელობას საფრთხე აღარ ემუქრება და შეუძლია არ დაასრულოს მკურნალობა	მიჭირს	28	84.8%	77	61.1%	105	66.0%
მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით	არ	1	3.0%	20	15.9%	21	13.2%
დაავადებული პაციენტი	შეესაბამება	28	84.8%	77	61.1%	105	66.0%
მკურნალობის გარკვეულ ეტაპზე თავს კარგად გრძნობს, მის ჯანმრთელობას საფრთხე აღარ ემუქრება და შეუძლია არ დაასრულოს მკურნალობა	მიჭირს	1	3.0%	20	15.9%	21	13.2%

- ✓ რაც შეეხება ინფორმაციის ფლობას შემდეგი საკითხის შესახებ: M/XDR ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკრობაქტერია სულ მცირე, რომელი ორი მედიკამენტის მიმართაა გამძლე – ამ შემთხვევაშიც საქმე გვაქვს ინფორმაციის

ნაკლებობასთან: სწორი პასუხი გასცა 40.5%-მა, თუმცა მათ შორის აღმოჩნდა 17 რესპონდენტი (18.4%), რომლებმაც ალტერნატიულ დებულებაზე ასევე დადებითად უპასუხეს (ე.ი. რეალურად არ ფლობდნენ სწორ ინფორმაციას). გამოდის, რომ რეალურად ამ დებულების შესახებ სწორად ინფორმირებულთა ხვედრითი წილი შეადგენს 22.1%-ს. *(იხ. დიაგრამა 23)*

4.5 M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზები.

რესპონდენტებს მიეცათ M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების ჩამონათვალი, რომლის მიხედვითაც უნდა განესაზღვრათ თუ რამდენად მნიშვნელოვანია თითოეული მათგანი მკურნალობის ექიმთან შეთანხმების გარეშე შეწყვეტის დროს. როგორც კვლევამ აჩვენა, ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზები, რის გამოც შესაძლებელია M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულმა პაციენტმა მკურნალობა თვითნებურად შეწყვიტოს, დაკავშირებულია მედიკამენტებთან. კერძოდ, პაციენტები პრობლემად მიიჩნევენ მედიკამენტების ხარისხს, მისაღები აბების დიდ რაოდენობას, მკურნალობის რეჟიმს და ხანგრძლივობას (რაც ასევე დაკავშირებულია მედიკამენტების ყოველდღიურ მიღებასთან). ყველაზე ხაზგასასმელია მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები (როგორც კვლევის მიხედვით დასტურდება, გვერდითი მოვლენები აღენიშნებოდა გამოკითხული 163 პაციენტიდან 137-ს, ე.ი 84%-ს). იმ პაციენტებიდან (26 – 16%), ვისაც არ აღენიშნებოდა გვერდითი მოვლენები მკურნალობის განმავლობაში, მხოლოდ 15-მა მიუთითა, რომ აღნიშნული მიზეზი არ არის მნიშვნელოვანი. *(იხ. ცხრილი 5)*

ცხრილი #5 მიზეზების მნიშვნელობა, რაც განაპირობებს მკურნალობის თვითნებურ შეწყვეტას

მიზეზების მნიშვნელოვნება, რომლის გამოც შესაძლებელია შეგეწყვიტათ მკურნალობა ექიმთან შეთანხმების გარეშე	Mean	Mode
გვერდითი მოვლენების გამო	3.95	5
სამედიცინო პერსონალისადმი (ექიმი, ექთან) უნდობლობის/ დაბალი კომპეტენციის გამო	1.47	1
ექიმების მხრიდან არასათანადო/უგულისყურო დამოკიდებულების გამო	1.47	1
მედიკამენტების დაგვიანებით მოწოდების გამო	1.34	1
მკურნალობის რეჟიმთან ვერშეგუების გამო	3.38	5
მკურნალობის ხანგრძლივობის გამო	3.16	1
მედიკამენტების დიდი რაოდენობის გამო	3.59	5
სტაციონარის არარსებობის გამო	1.20	1
სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ცუდი პირობების გამო	1.31	1
სტაციონარში დაწოლის სურვილის არქონის გამო	1.58	1
მედიკამენტების ხარისხის გამო	3.09	5
სოციალური/ფინანსური პრობლემების გამო	2.38	1
იმის გამო, რომ ვერ ვიღებდი ვაუჩერს	2.04	1
დასაქმების გამო/დროის უქონლობის გამო	1.67	1
სამედიცინო დაწესებულების (ტუბ. ცენტრის) სიმორის გამო	1.56	1
ხელი მეშლემოდა სამუშაოს მოძიებაში	1.41	1
საცხოვრებელი ადგილის შეცვლის გამო	1.17	1
მკურნალობის ტრადიციული მეთოდების (ექიმბაში და ა.შ.) გამოყენების გამო	1.11	1
საზოგადოების ნეგატიური დამოკიდებულების გამო ტუბ. დაავადებულების მიმართ (დაავადების გამჟღავნების შიში)	1.23	1
დეპრესიის გამო	2.69	1
ოჯახისგან მხარდაჭერის არარსებობის გამო	1.36	1
მკურნალობის დაწყებიდან გარკვეული დროის შემდეგ მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესების გამო	1.73	1
ნივთიერებაზე (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული საშუალება) დამოკიდებულების გამო	1.32	1
ჩავთვალე, რომ მკურნალობას აზრი არ ჰქონდა	1.91	1

ფაქტორული ანალიზის მეთოდით კვლევის შედეგად გამოიყო სულ **4 ფაქტორი**, რომელთა მიხედვითაც ჩამოთვლილ მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზებს პაციენტები გარკვეული ნიშნით ერთად მოიაზრებენ, ე.ი. მოხდა მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების გადანაწილება თვისებრივად ჰომოგენურ ჯგუფებში, რომელთაც პირობითად ეწოდათ გარკვეული სახელები:

I ფაქტორი – „სისტემური და სოციალურ/კულტურული ფაქტორი“

II ფაქტორი – „მედიკამენტები/მკურნალობის რეჟიმი“

III ფაქტორი – „ნივთიერებაზე დამოკიდებულება“

სტაციონარის არარსებობა გამოიყო ცალკე (მე-4) ფაქტორად, რომელზეც მიუთითა მხოლოდ 6-მა რესპონდენტმა. *(იხ. ცხრილი 6)*

ცხრილი #6 მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების გადანაწილება თვისებრივად ჰომოგენურ ჯგუფებში

„სისტემური და სოციალურ/კულტურული ფაქტორი“	„მედიკამენტები/მკურნალობის რეჟიმი“	„ნივთიერებაზე დამოკიდებულება“
სამედიცინო პერსონალისადმი (ექიმი/ექთან) უნდობლობა	გვერდითი მოვლენები	ნივთიერებაზე (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული საშუალება) დამოკიდებულება
ექიმების მხრიდან არასათადო/უგულისყურო დამოკიდებულება	მკურნალობის რეჟიმთან ვერშეგუება	მკურნალობის გაგრძელების უაზრობად მიჩნევა
მედიკამენტების დაგვიანებით მიწოდება	მკურნალობის ხანგრძლივობა	
სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული ცუდი პირობები	მედიკამენტების დიდი რაოდენობა	
სტაციონარში დაწოლის სურვილის არქონა	მედიკამენტების ხარისხი	
სოციალური/ფინანსური პრობლემები	დასაქმება/დროის უქონლობა	
სამედიცინო დაწესებულების (ტუბ.ცენტრის) სიშორე	საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა	
მკურნალობის ტრადიციული მეთოდების (ექიმბაში და ა.შ.) გამოყენება	დეპრესია	
საზოგადოების ნეგატიური დამოკიდებულება ტუბ. დაავადებულების მიმართ	ვაუჩერის მიღების შეუძლებლობა (გაუქმება)	
ოჯახისგან მხარდაჭერის არარსებობა	სამუშაოს მოძიებაში ხელის შეშლა	
მკურნალობის დაწყებიდან გარკვეული დროის შემდეგ მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესება		

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულმა რესპონდენტებმა ერთ ფაქტორში გააერთიანეს სისტემური პრობლემები, რომელიც ძირითადად უკავშირდება ექიმების კომპეტენციასა და პაციენტებისადმი მათ არასათანადო დამოკიდებულებას, კლინიკაში არსებულ ცუდ პირობებს, ასევე სამედიცინო დაწესებულების სიშორეს, რომელიც შესაძლოა

სტაციონარში დაწოლის სურვილზე უარყოფითად აისახებოდა. სწორედ აღნიშნული პრობლემების გამო შესაძლოა პაციენტმა მიმართოს მკურნალობის ალტერნატიულ საშუალებას – მაგ: ექიმბაშს. ზემოაღნიშნული პრობლემები დაკავშირებულია სოციალურ/ფინანსურ და კულტურულ პრობლემებთან. მაგ. დაბალი ფინანსური შესაძლებლობა დაკავშირებულია სამუშაოს მოძიების სირთულეებთან. მნიშვნელოვანია სტიგმის ზეგავლენა, არა მხოლოდ საზოგადოებაზე, არამედ პაციენტთა ოჯახის წევრებზეც.

რაც შეეხება მეორე ფაქტორს, ამ შემთხვევაში პრაქტიკულად დასტურდება მკურნალობის შეწყვეტის ძირითადი მიზეზების ზოგადი შეფასებისას მიღებული შედეგი – იგი მიუთითებს M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის დროს გამოყენებულ მედიკამენტებთან დაკავშირებულ პრობლემებზე (გვერდითი მოვლენები, ხარისხი, მედიკამენტების დიდი რაოდენობით მიღების აუცილებლობა, ზოგადად მკურნალობის რეჟიმი და ამ ჩამოთვლილისგან გამოწვეული დეპრესია - რომელიც მნიშვნელოვანი ფაქტორია, თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობამ M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობაში ჩართვის შემდგომ განწყობის საგრძნობი გაუარესების შესახებ მიუთითა). დასაქმების/დროის უქონლობის პრობლემა მედიკამენტების მიღებასთანაა უშუალოდ დაკავშირებული, ვინაიდან დასაქმებული პაციენტების უმრავლესობა დამსაქმებელთან არ ამხელს ინფორმაციას მისი დაავადების შესახებ. საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა კი შესაძლოა პაციენტის დამატებითი დემოტივატორი გახდეს მკურნალობის გაგრძელებასთან მიმართებაში (მაგ: ვერ მოახერხოს ტუბ ცენტრთან/მედპერსონალთან დაკავშირება, სიშორის და ა.შ. გამო).

რაც შეეხება მესამე ფაქტორს – საინტერესოა, რომ თავად ნივთიერებაზე დამოკიდებული პირების (ალკოჰოლისა ჭარბი და ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები) ძირითადი ნაწილი აღნიშნულ მიზეზს (ნივთიერებაზე დამოკიდებულებას) მკურნალობის შეწყვეტის მნიშვნელოვან მოტივატორად არ მიიჩნევენ (ალკოჰოლის მომხმარებლები – 29 პაციენტი 41-დან; ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები – 8 პაციენტი 15-დან). ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელთა უმრავლესობა (9 რესპონდენტი) კი მკურნალობის გაგრძელების უაზრობას უსვამს ხაზს.

როგორც კვლევამ აჩვენა, მკურნალობის შეწყვეტის შემდგომ 19 პაციენტი (11.7%) აღმოჩნდა ისეთი, ვინც ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა ალტერნატიული წყაროს საშუალებით გააგრძელა ძირითადად კერძო ექიმთან. ეს ერთის მხრივ ზოგადად მკურნალობის სისტემისადმი უნდობლობაზე მიუთითებს, ხოლო მეორეს მხრივ,

საფრთხეს ქმნის ამგვარი ტიპის პაციენტების გარშემომყოფი ადამიანებისთვის, ვინაიდან რთულდება მათი ჯანმრთელობის კონტროლი (მაგ: არის თუ არა პაციენტი ბაცილაგამომყოფი). მკურნალობის პროცესში (შეწყვეტამდე) რესპონდენტების თქმით, მათი ძირითადი ნაწილი რეგულარულად (ყოველდღიურად) იღებდა მკურნალობისთვის საჭირო მედიკამენტებს. ე.წ. „ურჩი“ პაციენტების რაოდენობა მხოლოდ 31 (19%) აღმოჩნდა. თუმცა გაირკვა, რომ 132 რესპონდენტიდან – 81% (ვინც ყოველდღიურად იღებდა მედიკამენტებს) დიდი უმრავლესობა – 101 რესპონდენტი (76.5% მოცემული ჯგუფიდან) მკურნალობის შეწყვეტის მთავარ შესაძლო მიზეზად გვერდით მოვლენებს ასახელებდა (შედარებისთვის: მკურნალობის რეჟიმთან ვერშეგუება დაასახელა 132-დან 86-მა (65.2% მოცემული ჯგუფიდან), ხოლო მედიკამენტების დიდი რაოდენობა – 88 რესპონდენტმა (66.7% მოცემული ჯგუფიდან)) (იხ. დიაგრამები 24, 25,26).

რესპონდენტებს უნდა დაესახელებინათ ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც შესაძლოა გახდეს M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მთავარი მიზეზი. მიღებული მონაცემი გარკვეულწილად ამყარებს რესპონდენტთა მიერ მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების შეფასებაში აღნიშნულ შედეგს: მოცემულ შემთხვევაში, რესპონდენტთა ნახევარი მედიკამენტების მიერ გამოწვეულ გვერდით მოვლენებზე მიუთითებს. მეორე ადგილზე, მკურნალობის შეწყვეტის ყველაზე მნიშვნელოვან ფაქტორებს შორის აღმოჩნდა სოციალური/ფინანსური პრობლემები თუმცა არ უნდა გამოგვრჩეს მხედველობიდან სხვა ფაქტორებიც, რომელთა ხვედრითი წილი მეტ-ნაკლებად გადანაწილებულია (მცირე განსხვავებებით). (იხ. დიაგრამა 27)

მედიკამენტებს და ზოგადად მკურნალობის რეჟიმს უკავშირდება M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის დასრულების ძირითადი მოტივატორების აღწერაც. რესპონდენტთა უმრავლესობამ მიუთითა 3 ძირითადი მოტივატორი (პირველი მოტივატორის საგრძნობი უპირატესობით): 1. გაუმჯობესებული ხარისხის მედიკამენტებით მკურნალობა, რომელსაც მინიმუმამდე ექნება დაყვანილი გვერდითი მოვლენები; 2. კვების ვაუჩერის აღდგენა და პაციენტების ფინანსური დახმარების გაძლიერება (ვაუჩერების სახით); 3. მკურნალობის თავისუფალი რეჟიმი პაციენტებისათვის (რომელიც მოიცავს მედიკამენტების რაოდენობის შემცირებას, მედიკამენტების სახლში მიტანის შესაძლებლობის გაადვილებას და ა.შ.) (იხ. დიაგრამა 28)

4.6 რისკ-ფაქტორების ანალიზი, რომლებიც პაციენტს მკურნალობის შეწყვეტისკენ უბიძგებენ

სხვადასხვა რისკ-ფაქტორი სხვადასხვა სიძლიერის გავლენას ახდენს პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტის გადაწყვეტილებაზე. ამ გავლენათა უკეთ შესაფასებლად ჩატარებულ იქნა სტატისტიკური ანალიზი ლოგისტიკური რეგრესიის გამოყენებით. ეს მიდგომა საშუალებას იძლევა, დადგინდეს, თუ რამდენად ზრდის ფაქტორის არსებობა პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტის შანსს¹.

იმისთვის, რომ შედარდეს ფაქტორთა გავლენის დონეები მკურნალობის მიტოვებაზე, საჭიროა პაციენტების ჯგუფი, რომელთაც მიატოვეს მკურნალობა, შედარდეს პაციენტთა იმ ჯგუფთან, რომლებიც აგრძელებენ მკურნალობას. ლოგისტიკური რეგრესიის გამოყენებით დგინდება, თუ რამდენად იცვლება მკურნალობის შეწყვეტის შანსი, თუ ფაქტორი არსებობს. რაც დიდია ეს განსხვავება, მით უფრო მნიშვნელოვანია ფაქტორის გავლენა მკურნალობის შეწყვეტაზე.

ანალიზის პირველ ეტაპზე მოხდა პაციენტთა კლასიფიცირება. ყველა გამოკითხულ პაციენტს 2008-2013 წლების განმავლობაში რაღაც ეტაპზე უკვე შეწყვეტილი ჰქონდა მკურნალობა (ერთხელ ან რამდენჯერმე), ამიტომ კლასიფიცირება მოხდა შემდეგნაირად: გამოიყო პაციენტები, რომელთაც მკურნალობა გააგრძელეს შეწყვეტის შემდგომ და პაციენტები, რომელთაც მკურნალობა არ გაუგრძელებიათ. პირველ ჯგუფში გაერთიანდნენ პაციენტები, რომლებიც გამოკვლევის პერიოდში იმყოფებოდნენ კლინიკაში ან 2013 წელს რეგისტრირებული იყვნენ მკურნალობის კურსზე (სულ 25 რესპონდენტი - 15.3%). ყველა დანარჩენი პაციენტი (სულ 138 რესპონდენტი, - 84.7%) გაერთიანდა მეორე ჯგუფში.

განალიზდა ის ფაქტორები, რომლებიც დადგინდა თვისებრივი კვლევის (ფოკუს ჯგუფები) რისკ-ფაქტორებად და კვლევითი მონაცემების ფაქტორული ანალიზის შედეგად. პირველ ჯერზე, ყოველი ფაქტორისთვის დათვლილ იქნა ლოგისტიკური ერთცვლადიანი რეგრესიული მოდელი მათი მნიშვნელოვნობის გამოსავლენად. შემდგომ, აგებულ იქნა მრავალცვლადიანი ლოგისტიკური რეგრესიული მოდელი ფაქტორთა ერთდროული გავლენის დასადგენად.

¹მკურნალობის შეწყვეტის შანსი განისაზღვრება, როგორც მკურნალობის შეწყვეტის ალბათობა შეფარდებული გაგრძელების ალბათობასთან.

ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ ფოკუს ჯგუფებზე აღნიშნული და ფაქტორული კვლევით გამოვლენილი რისკ-ფაქტორებიდან მხოლოდ 7 მათგანია მნიშვნელოვანი ერთცვლადიან რეგრესიაში (იხ. ცხრილი 7).

ცხრილი #7 სხვადასხვა ფაქტორთა და კომბინირებულ ფაქტორთა შანსები და P-მნიშვნელობები ლოგისტიკური რეგრესიიდან

ფაქტორთა სახელები შემოკლებულია ადგილის გამო. შანსები აღნიშნავს მკურნალობის მიტოვების შანსების ფარდობას. NaN აღნიშნავს გამოთვლების შეცდომით დასრულებას.

ჯგუფი	ფაქტორი	ერთცვლადიანი მოდელი		მრავალცვლადიანი მოდელი	
		შანსის ფარდობა (95% ნ.ი.)	P-მნიშვ.	შანსის ფარდობა (95% ნ.ი.)	P-მნიშვ.
სამედიცინო ერვისის პრობლემები	გვერდითი მოვლენები	6.68 (2.73, 17.29)	<0.001	4.08 (1.15, 14.69)	0.029
	ვერ შეეგუა მკურნალობას	11.22 (3.99, 40.21)	<0.001		
	დიდი რაოდენობის მედიკამენტი	3.51 (1.47, 8.71)	0.005		
	მედიკამენტები უხარისხოა	3.62 (1.42, 10.53)	0.011		
ფინანსური და დროითი შეზღუდვები	მკურნალობა ხანგრძლივია	8.42 (3.01, 30.07)	0.001	7.94 (2.45, 30.17)	<0.001
	მკურნალობის დრო არ აქვს	1.24 (0.38, 5.59)	0.742		
	მკურნალობის გამო ვერ ეძებს სამუშაოს	0.58 (0.16, 2.72)	0.431		
	ვაუჩერს ვერ იღებს აქვს	0.58 (0.23, 1.53)	0.248		
	სოციალურ/ფინანსური პრობლემები	0.94 (0.39, 2.46)	0.894		
განწყობა	აქვს დეპრესია	5.48 (1.79, 23.91)	0.008	12.00 (2.94, 69.53)	0.002
	მკურნალობას უაზროდ თვლის	NaN	0.989		
ტუბერკულოზის სირთულე	აქვს კავერნა	7.68 (2.74, 27.45)	0.001	0.14 (0.03, 0.51)	0.004
	აქვს XDR-TB	0.27 (0.10, 0.77)	0.011		
	ნახველის კულტურის ანალიზი დადებითია	7.70 (30.8, 19.93)	<0.001		
	აქვს მხარდაჭერა ოჯახიდან	0.58 (0.24, 1.40)	0.213		
				0.24 (0.06, 0.79)	0.024

ამ ფაქტორებზე მრავალცვლადიანი ანალიზისას საუკეთესო მოდელში მხოლოდ 3 მათგანი აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი (*იხ. Error! Reference source not found. 8*). იმისთვის, რომ დადგენილიყო რაც შეიძლება მეტი ფაქტორის გავლენა მკურნალობის შეწყვეტაზე, ფაქტორები დაჯგუფებულ იქნა თემატურად (დაჯგუფება მოცემულია *ცხრილში 8-ში*) და ჩატარდა ლოგისტიკური რეგრესია კომბინირებული ფაქტორების გამოყენებით. ასეთი დაჯგუფების პირობებში, ყველა კომბინირებული ფაქტორი სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (*იხ. ცხრილი 7*). საერთო ჯამში, კომბინირებული ფაქტორები 15 ინდივიდუალური ფაქტორისგან შედგება.

ცხრილი #8. ინდივიდუალური ფაქტორებისგან შემდგარი ალტერნატიული ლოგისტიკური რეგრესიული მოდელი
 მოცემულია ფაქტორები, მათი შანსები და p-მნიშვნელობები. შანსები აღნიშნავს მკურნალობის მიტოვების შანსების ფარდობას

ფაქტორი	შანსის ფარდობა (95% ნ.ი.)	P-მნიშვნელობა
გვერდითი მოვლენები	5.07 (1.73, 16.01)	0.004
სოციალურ/ფინანსური პრობლემები	2.02 (0.68, 6.80)	0.228
აქვს დეპრესია	3.30 (0.87, 16.34)	0.099
აქვს XDR-TB	0.30 (0.10, 0.95)	0.032
აქვს მხარდაჭერა ოჯახიდან	0.34 (0.11, 1.01)	0.052

ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ გამოიყოფა *ორი ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი*, რომლებიც განსაკუთრებით დიდ გავლენას ახდენენ პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტის გადაწყვეტილებაზე. პირველი ფაქტორია პაციენტის **განწყობა**: დეპრესიული მდგომარეობა ან მკურნალობის უაზროდ ჩათვლა მკურნალობის შეწყვეტის შანსს 12.00-ჯერ ზრდის (95% ნდობის ინტერვალია [2.94, 69.53]). მეორე ფაქტორია პაციენტის **ფინანსური/დროითი შეზღუდვა**: ასეთი პრობლემის არსებობა მკურნალობის

შეწყვეტის შანსს 7.94-ჯერ ზრდის (95% ნ.ი. [2.45, 30.17]). ეს შედეგები ბუნებრივია და ადასტურებს, რომ მკურნალობის სურვილი და შესაძლებლობა პაციენტის მხრიდან აუცილებელია მკურნალობის ჩასატარებლად.

სამედიცინო სერვისში არსებული პრობლემები ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია. გვერდითი მოვლენები, ხანგრძლივი და (დაბალი ხარისხის) მედიკამენტებით დატვირთული მკურნალობა მკურნალობის შეწყვეტის შანსს 4.08-ჯერ ზრდის (95% ნ.ი. [1.15, 14.69]).

თუკი პაციენტის ტუბერკულოზის მდგომარეობა რთულია (პაციენტს აქვს XDR-TB, კავერნა, ან მისი ნახველის კულტურის ანალიზი დადებითია), მის მიერ მკურნალობის დასრულების (უწყვეტად გაგრძელების) შანსი იზრდება 7.24-ჯერ (95% ნ.ი. [1.96, 30.19]).

ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია **სოციალური მხარდაჭერა**. პაციენტებს, რომლებიც მეგობრულ დამოკიდებულებაში არიან საკუთარ ოჯახებთან, მკურნალობის დასრულების შანსი 4.24-ჯერ ეზრდებათ (95% ნ.ი. [1.27, 16.47]). ამის გათვალისწინებით, ცოტა უცნაურია, რომ პაციენტთა ძალიან მცირე ნაწილი (3.68%) ასახელებს ოჯახისგან მხარდაჭერის ნაკლებობას მკურნალობის შეწყვეტის მნიშვნელოვან მიზეზად. ეს შეიძლება იმით აიხსნას, რომ პაციენტები ერიდებიან საჯაროდ საკუთარი ოჯახის შესახებ ნეგატიურ კონტექსტში საუბარს.

ექსპერტთა და გამოკითხულ რესპონდენტთა მიერ ხაზგასმულ იქნა, რომ გვერდითი მოვლენები მკურნალობის მიტოვების ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს. ლოგისტიკური რეგრესიის შედეგებმა აჩვენა, რომ ეს ფაქტორი მნიშვნელოვანია ერთცვლადიან მოდელში, მაგრამ მრავალცვლადიან მოდელში ის მხოლოდ სხვა ცვლადებთან კომბინაციაშია მნიშვნელოვანი (*იხ. Error! Reference source not found. 7 და 9*). შეიძლება დავასკვნათ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტები მკურნალობის შეწყვეტისას გვერდით მოვლენებს მთავარ მიზეზად ასახელებენ, რეალურად სხვა სამედიცინო სერვისის პრობლემებიც სახეზეა: ანუ, მკურნალობის ხანგრძლივობა, მედიკამენტთა ხარისხი და მკურნალობის რეჟიმი შესაძლოა პრობლემას წარმოადგენდეს და იწვევდეს გვერდით მოვლენებს, მაგრამ მიზეზად მხოლოდ ეს უკანასკნელი სახელდება².

2. უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტები ზოგჯერ არ ფლობენ საკმარის ინფორმაციას მედიკამენტის კონკრეტული გვერდითი მოვლენის შესახებ და როდესაც გვერდითი მოვლენა იჩენს თავს, მიაწერენ ამ მედიკამენტის უხარისხობას.

ლოგისტიკური რეგრესიით ანალიზმა აჩვენა, რომ ფაქტორი - პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებით გამოწვეული მკურნალობის შეწყვეტა - მნიშვნელოვნად არ ცვლის მკურნალობის მიტოვების შანსს არც ერთცვლადიან და არც მრავალცვლადიან მოდელებში (იხ. ცხრილი 9).

ცხრილი #9 შანსები და P-მნიშვნელობები ალტერნატიული მრავალცვლადიანი ლოგისტიკური რეგრესიული მოდელიდან

ფაქტორი	შანსის ფარდობა (95% ნ.ი.)	P-მნიშვნელობა
გვერდითი მოვლენები	2.24 (0.66, 7.93)	0.197
ვერ შეეგუა მკურნალობას	2.07 (0.53, 9.22)	0.308
მედიკამენტების რაოდენობა დიდია	1.74 (0.30, 10.46)	0.537
მედიკამენტები უხარისხია	1.36 (0.38, 5.01)	0.634
ფინანსური და დროითი პრობლემები	4.60 (1.20, 21.09)	0.034
განწყობა	7.67 (1.63, 48.93)	0.017
ტუბერკულოზის სირთულე	0.20 (0.07, 0.76)	0.021
აქვს მხარდაჭერა ოჯახიდან	0.27 (0.07, 1.00)	0.051

შენიშვნა: როგორც ცხრილიდან ჩანს, „სამედიცინო სერვისების პრობლემებში“ შემავალი ინდივიდუალური ცვლადები არამნიშვნელოვანია.

ზემოაღნიშნულის მსგავსად, ვერც სოციალური სტიგმის არსებობის მნიშვნელოვნობა გამოვლინდა. პაციენტთა აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (96.93%) მიუთითა, რომ სტიგმას არ მოუხდენია მნიშვნელოვანი გავლენა მათ გადაწყვეტილებაზე, მიეტოვებინათ მკურნალობა. ლოგისტიკური ანალიზის მიხედვით, არც ეს ფაქტორი აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი ერთცვლადიან თუ მრავალცვლადიან მოდელებში (იხ. ცხრილი 9).

ექსპერტების მიერ გამოითქვა მოსაზრება, რომ პაციენტის სრულად ინფორმირება ტუბერკულოზის მკურნალობაში ჩართვისას ხშირად პრობლემატურია. ანალიზმა აჩვენა, რომ პაციენტის ინფორმირებულობასა და მკურნალობის მიტოვებას შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირის დადგენა ვერ ხერხდება (იხ. ცხრილი 9) ეს მოულოდნელი არაა იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა 85.27% დეტალურ

ინფორმაციას იღებს მკურნალობაში ჩართვისას, ხოლო 94.47% - ძირითად რეკომენდაციებს მაინც. ამ მხრივ ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტების უმრავლესობა ენდობა ექიმებს (91.41%) და ექიმებისგან ნეგატიურ დამოკიდებულებას არ აღნიშნავს (92.63%). ეს ორი ფაქტორი არ აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი არც ერთცვლადიან და არც მრავალცვლადიან მოდელებში (*იხ. ცხრილი 9*).

კავშირი დემოგრაფიასა და მკურნალობის შეწყვეტას შორის ვერ დადგინდა. განსაკუთრებით მოულოდნელია, რომ არ არსებობს კავშირი შემოსავალსა და მკურნალობის შეწყვეტის შანსს შორის. თუმცა, მონაცემების სიხშირული ანალიზი აჩვენებს, რომ გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობის (150 ადამიანის, ან 92%-ის) ოჯახების შემოსავალი არ აღემატება 600 ლარს. ასე რომ, გამოკითხული პაციენტები ამ ნიშნით ჰომოგენურ ჯგუფს წარმოადგენენ და კავშირის დადგენა ამის გამო ვერ ხერხდება. უნდა აღინიშნოს, რომ ასევე ვერ დადგინდა კავშირი პატიმრობასა და მკურნალობის შეწყვეტას შორის (*იხ. ცხრილი 9*). კვლევაში 40 პატიმარი მონაწილეობდა, ხოლო სულ 163 ადამიანი იქნა გამოკვლეული. ამ განაწილების გათვალისწინებით, მოსალოდნელია, რომ კავშირი რეალურად არ არსებობს და ეს არ წარმოადგენს სტატისტიკური პროცედურის შეცდომას.

ცხრილი #10 შანსები და P-მნიშვნელობები ერთცვლადიანი ლოგისტიკური რეგრესიებიდან იმ ფაქტორებისთვის, რომლებიც აღნიშნული იყო ფოკუს ჯგუფებზე და ფაქტორულ ანალიზში, მაგრამ ანალიზისას სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ აღმოჩნდა.

ფაქტორი	შანსის ფარდობა (95% ნ.ი.)	P-მნიშვნელობა
ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა	3.43 (0.65, 63.23)	0.242
არსებობს სტიგმა	NaN*	0.991
ინფორმირებულობის დონე მაღალია	1.48 (0.25, 28.03)	0.719
არ ენდობა ექიმებს	NaN	0.988
ექიმებისგან გრძნობს ნეგატიურ დამოკიდებულებას	2.08 (0.38, 38.87)	0.439
აქვს 300 ლარზე მაღალი შემოსავალი ოჯახზე	2.08 (0.64, 9.40)	0.269
პატიმარია	0.91 (0.31, 2.36)	0.853

* NaN აღნიშნავს გამოთვლების შეცდომით დასრულებას.

4.7 გვერდითი მოვლენები, მისი მენეჯმენტი და მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებული სხვა დისკომფორტი

მულტი-რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს, რომლებიც მკურნალობენ მეორე რიგის პრეპარატებით შეიძლება გააჩნდეთ სხვადასხვაგვარი გვერდითი მოვლენები. მათი უმრავლესობა არ არის მწვავე და შესაძლებელია იმართოს მკურნალობის შეწყვეტის გარეშე. თუმცა გვერდითი მოვლენების მძიმე და არანამკურნალები შემთხვევები პაციენტის სიცოცხლისთვის შესაძლოა სახიფათო აღმოჩნდეს. გვერდითი მოვლენების არაადეკვატური მართვა ზრდის მკურნალობის შეწყვეტისა და წარუმატებელი გამოსავლის ალბათობას.

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული კვლევებით^{11,12,13} დადგენილია, რომ მეორე რიგის პრეპარატებით მკურნალობას თან ახლავს ოტოტოქსიკურობა, ფსიქიატრიული, ნევროლოგიური, ენდოკრინული, დერმატოლოგიური და საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივი გვერდითი მოვლენები, ელექტროლიტური ცვლის დარღვევები და სხვა მწვავე მოვლენები. მნიშვნელოვანია აღნიშნული გვერდითი მოვლენების სწრაფი დიაგნოსტიკა, მანამ სანამ ისინი მსუბუქად არიან გამოხატული. მაგალითად ფსიქიატრიული გვერდითი მოვლენები შესაძლოა დაიწყოს პაციენტის გაღიზიანებადობით, შფოთვით და პიროვნული ცვლილებებით, ამ შემთხვევაში ფსიქო-სოციალურ და სოციო-ეკონომიკურ სტრესორებზე მოქმედებით, ჯგუფური თერაპიისა და ანტიდეპრესიული მედიკამენტების ჩართვით შეგვიძლია თავიდან ავიცილოთ დეპრესია. კვლევაში მონაწილე პაციენტების 84% აღნიშნავს რომ ჰქონდა გვერდითი მოვლენები მკურნალობის პროცესში, ხოლო გამოკითხულთა 71% მიაჩნია რომ გვერდით მოვლენებთან გამკლავება ვერ მოხერხდა ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის პერიოდში. ყოფილ პაციენტთა ნახევარი (49.6%) აღნიშნავს რომ გვერდითი მოვლენები დაეწყო მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 2-3 კვირის განმავლობაში. ყველაზე ხშირად დასახელებული სიმპტომებია ღებინება/გულის რევა, სისუსტე და თავის ტკივილი/თავბრუს ხვევა. ფსიქიატრიულ გვერდით მოვლენებს როგორც არის მოუსვენრობა და დეპრესია, ასახელებს პაციენტების 40% რაც შესაძლოა კავშირში იყოს გასულ წელს ჩატარებული KAP-კვლევის შედეგთან¹⁴- მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მხოლოდ 27.8% ჩაუტარდა ფსიქოლოგის კონსულტაცია.

კითხვაზე რატომ ვერ მოხერხდა მედიკამენტების გვერდით მოვლენებთან გამკლავება, 20% აღნიშნავს რომ ტუბერკულოზის მკურნალობის ფარგლებში არ შედიოდა გვერდითი

მოვლენების მართვისთვის საჭირო მედიკამენტები და პროცედურები. 10%-ს მიაჩნია რომ სამედიცინო პერსონალმა ვერ მოახერხა გვერდითი მოვლენების ადეკვატური მართვა ხოლო 26% მიაჩნია რომ გვერდითი მოვლენები იყო უკიდურესად მძიმე. *(იხ დიაგრამები 29-35)*

4.8 ხელმისაწვდომობა სხვადასხვა სერვისზე

რესპონდენტებს მიეწოდათ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის ცალკეული კომპონენტების ჩამონათვალი, რომლის მიხედვითაც უნდა დაესახელებინათ იყო თუ არა ხელმისაწვდომი მათთვის საჭირო ყველა კომპონენტი. ასევე უნდა შეეფასებინათ იმ კომპონენტებით კმაყოფილების დონე, რომელიც მათთვის ხელმისაწვდომი აღმოჩნდა მკურნალობის პროცესში.

როგორც კვლევაში აჩვენა, რესპონდენტთა ძირითადი ნაწილისთვის ხელმისაწვდომი აღმოჩნდა მათთვის საჭირო ყველა კომპონენტი (98 რესპონდენტი – 60.1%). ამავე დროს, ჩამოთვლილთაგან ერთი კომპონენტი მაინც იყო ხელმისაწვდომი კვლევაში ჩართული ყველა რესპონდენტისათვის.

აღსანიშნავია, რომ მოცემულ კვლევაში აღმოჩნდა რესპონდენტთა კატეგორია, ვისთვისაც არ იყო ხელმისაწვდომი მათთვის საჭირო M/XRD ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობისთვის 1, 2 ან 3 კომპონენტი. ცხრილში მითითებულია თუ კონკრეტულად რომელი კომპონენტები არ იყო ხელმისაწვდომი რესპონდენტებისათვის. *(იხ.ცხრილი 11)*
 ცხრილი 11. M/XRD ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის პაკეტის კომპონენტებზე ხელმისაწვდომობა

	რამდენი კომპონენტი არ						ჯამი
	1	2	3	4	5	6	
ტუბერკულოზის ცენტრის ექიმის კონსულტაცია		1	1			2	4
ამბულატორიული გამოკვლევები		3	1				4
სტაციონარში მკურნალობა	4	2	2			1	9
ტუბერკულოზის სამკურნალო მედიკამენტები		1					1
სოციალური მუშაკის მომსახურება	8	11	8	4	3	2	36
ფსიქოლოგის მომსახურება			8	4	3	2	17
დამყოლობის სამსახურის კონსულტანტის მომსახურება	1	2	8	4	3	1	19
მომვლელის მომსახურება		10	6	3	3	2	24
ექითნის მომსახურება	1	1	2				4
გვერდითი მოვლენების სამკურნალო მედიკამენტები	10	7	3	1	3	2	26
ჯამი	24	38	39	16	15	12	144

ამ რესპონდენტთა საერთო რიცხვი არცთუ მცირეა იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ M/XRD ტუბერკულოზის მკურნალობის სერვისები, პროგრამაში ჩართული პაციენტებისათვის ძირითადად უფასოა. ამას გარდა 74-მა რესპონდენტმა აღნიშნა (ეს კი გამოკითხულთა 45.4%-ია), რომ ერთი ან მეტი მკურნალობის კომპონენტი საერთოდ არ არსებობს მის საცხოვრებელ ადგილას. ხაზგასასმელია ის ფაქტიც, რომ რესპონდენტებმა „არ არსებობს ჩემს საცხოვრებელ ადგილას“ მიუთითეს ისეთ მნიშვნელოვან კომპონენტებზე, როგორცაა სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგისა და დამყოლობის კონსულტანტის მომსახურება (რომლებსაც შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულონ მკურნალობის წარმატებით, შეწყვეტის გარეშე დასრულებაში). **თუმცა აქვე ისიც უნდა ითქვას, რომ თავად პაციენტებსაც არ აქვთ გაცნობიერებული აღნიშნული კომპონენტების მნიშვნელობა.** მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი თვლის, რომ სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგისა და დამყოლობის კონსულტანტის მომსახურება არ სჭირდებათ. ამგვარ პაციენტებს შორის 3 ისეთი რესპონდენტიცაა, ვინც მიუთითა, რომ არ სჭიროებს ტუბერკულოზის ცენტრის ექიმის კონსულტაციასა და ამბულატორიულ გამოკვლევებს. ზოგადად, იმ რესპონდენტების რაოდენობა, ვინც აღნიშნა, რომ არ სჭირდება მკურნალობის ერთი კომპონენტი მაინც შეადგენს 111-ს (68.1%). მათ შორის, რესპონდენტთა ყველაზე დიდმა რაოდენობამ კი დაასახელა, რომ არ სჭირდება M/XRD ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის 1 ან 2 კომპონენტი მაინც. *(იხ. დიაგრამები 36-40)*

M/XRD ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის რომელიმე კომპონენტის არახელმისაწვდომობის ძირითად მიზეზად რესპონდენტების მიერ აღნიშნული სერვისების შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე დასახელდა. საგულისხმოა, რომ პაციენტთა ნახევარზე მეტს – 55.4%-ს, გაუჭირდა პასუხის გაცემა, რაც შესაძლოა ისევ არასაკმარის/დაბალ ინფორმირებულობაზე მიუთითებდეს. *(იხ. დიაგრამა 41)*

რაც შეეხება იმ სერვისებით რესპონდენტთა კმაყოფილებას, რომლებიც M/XRD ტუბერკულოზით დაავადებულებმა მიიღეს, გამოკითხვა აჩვენებს, რომ მომსახურებით კმაყოფილების ხარისხი, ზოგიერთ სერვისთან მიმართებაში საკმაოდ მაღალია. მაღალია ასევე ზოგადად მკურნალობის პროცესის და პირობების შეფასება, თუმცა ეს არ გამორიცხავს ამ მიმართულებით ხარვეზების არსებობას: რესპონდენტებისათვის ძირითად პრობლემას წარმოადგენს როგორც M/XRD ტუბერკულოზის, ასევე გვერდითი მოვლენების საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობა (უნდა აღინიშნოს, რომ M/XRD ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების შეფასებისას 76-მა

რესპონდენტმა (46.6%) მიუთითა, რომ მედიკამენტების ხარისხი მკურნალობის შეწყვეტისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია, ხოლო 118-მა რესპონდენტმა (72.4%) მნიშვნელოვან ფაქტორად გვერდითი მოვლენები დაასახელა). *(იხ. დიაგრამა 42)*

4.9 დასაქმება

გამოკითხულთა უმრავლესობა – 69.3% M/XDR ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმის პერიოდში არ იყო დასაქმებული (დასაქმებულთაგან არცერთი რესპონდენტი აღმოჩნდა ნარკოტიკის მომხმარებელი), ხოლო დასაქმებულთაგან მხოლოდ 28 პაციენტმა (17.2%) გააგრძელა მუშაობა დიაგნოზის დასმის შემდგომ. *(იხ. დიაგრამა 43)*

დარჩენილი 135 რესპონდენტი (82.7%), ვინც ან არ მუშაობდა M/XDR ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმის პერიოდში, ან ვეღარ გააგრძელა მუშაობა, უმუშევრობის ორ ძირითად მიზეზს ასახელებს: 1. სამსახურის შოვნის შეუძლებლობა; 2. ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის გამო მუშაობის შეუძლებლობა. *(იხ. დიაგრამა 44)*

როგორც კვლევამ აჩვენა, იმ რესპონდენტების დიდ ნაწილს (69.3% (113 რესპონდენტი)– მათგან 13 ალკოჰოლის მომხმარებელია), რომლებიც დიაგნოზის დასმის პერიოდში არ იყვნენ დასაქმებულები, არც უცდიათ სამუშაოს მოძიება, დაავადების სპეციფიკურობის, ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის, მუშაობის სურვილის არქონის გამო: *(იხ. დიაგრამა 45-46)*

4.10 კომუნიკაცია და კულტურული სტერეოტიპები

ძირითადად, M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულები ოჯახის წევრებთან, მეგობრებთან, ნათესავებთან და მეზობლებთან არ მალავენ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ისეთი რესპონდენტი, რომელსაც არავისთან უსაუბრია დაავადებაზე, არ გამოვლინდა. მათი 98.2% აღნიშნავს, რომ დაავადების შესახებ ოჯახის წევრებმა იციან. თანამშრომელთა ინფორმირებულობის მნიშვნელოვნად დაბალი მაჩვენებელი (11%) ერთი მხრივ გამოწვეულია M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულთა უმუშევრობის მაღალი მაჩვენებლით (68.5%), მეორე მხრივ, ამგვარი ურთიერთობების დაბალი სოციალური სიმჭიდროვით და შესაძლოა, სამსახურის დაკარგვის შიშითაც. მდებარეობითი სქესის ყველა რესპონდენტის ოჯახს აქვს ინფორმაცია მათი დაავადების შესახებ. სოფელში მცხოვრები რესპონდენტების ნათესავები და მეზობლები შედარებით მეტად არიან ინფორმირებულნი რესპონდენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. თუ პაციენტი გახსნილია რომელიმე ერთ ჯგუფთან, ის, როგორც წესი, გახსნილია

რამდენიმე სხვა ჯგუფთანაც, კერძოდ, ოჯახის წევრებთან გახსნილობა კავშირშია მეზობლებთან, ნათესავებთან და მეგობრებთან გახსნილობასთან.

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მათ, ძირითადად, მეგობრული ან კეთილგანწყობილი დამოკიდებულება აქვთ იმ ადამიანებთან, ვისთანაც ურთიერთობენ: როგორც იმ ადამიანთა ჯგუფთან, რომლებთანაც პაციენტები ემოციურ კავშირებს ამყარებენ, ასევე სამედიცინო პერსონალთან. გამოკითხვის მიხედვით, ზემოთ დასახელებულ ჯგუფებთან დამაბულ ან კონფლიქტურ ურთიერთობაზე რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე რაოდენობა მიუთითებს. გასათვალისწინებელია, რომ დამაბული, ისევე როგორც მეგობრული ურთიერთობების ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი ოჯახის წევრებზე მოდის. მაღალია ნეიტრალური ურთიერთობების მაჩვენებლებიც: რესპონდენტებს ყველაზე ნეიტრალური ურთიერთობა ე.წ. „პირველადი ჯგუფებიდან“ (მეზობლები, ნათესავები, მეგობრები, ოჯახის წევრები) მეზობლებთან აქვთ.

რესპონდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ისინი შესაბამისი მხარდაჭერით სარგებლობდნენ ახლობლებისგან, როდესაც შეიტყვეს დიაგნოზის შესახებ. კერძოდ, 54.6% ძლიერ მხარდაჭერას ოჯახის წევრებისგან გრძნობდა, შედარებით ნეიტრალურს – მეზობლებისგან. მნიშვნელოვანია, რომ ის პაციენტები, რომლებსაც ჰქონდათ გვერდითი მოვლენები M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატების მიღებისას, უფრო მეტად მიუთითებდნენ ოჯახის წევრების, ნათესავებისა და მეზობლების ძლიერ მხარდაჭერაზე.

რესპონდენტთა 30.7% ფიქრობს, რომ საზოგადოება გულგრილია M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულთა პრობლემის მიმართ, 28.8% მიიჩნევს, რომ საზოგადოება გამოხატავს თანაგრძნობას, თუმცა არ იჩენს აქტიურობას დასახმარებლად. მათი 14.7% აღნიშნავს, რომ საზოგადოება არაკეთილგანწყობილია M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულთა მიმართ, ხოლო გამოკითხულთაგან მხოლოდ 9.2% ასახელებს, რომ საზოგადოება ცდილობს დახმარებას. ასეთი პროცენტული განაწილება მიანიშნებს, რომ M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულთა ძირითადი ნაწილი საზოგადოების მხრიდან არასაკმარის თანაგრძნობას იღებს. ზოგადად, ახლობლებთან ურთიერთობის ხარისხი (განსაკუთრებით, ოჯახის წევრებთან) დაკავშირებულია იმასთან, საზოგადოების როგორ დამოკიდებულებას გრძნობს M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული ადამიანი. გარშემომყოფებისგან ნეგატიური დამოკიდებულება არასდროს უგრძვნია რესპონდენტების 52.8%-ს, ხოლო ხშირად ან ზოგჯერ – 46%-ს. რასაკვირველია, ეს უკანასკნელი მჭიდრო კავშირშია ახლობლებთან ურთიერთობასთან. **ის ფაქტი, რომ**

გამოკითხულთა თითქმის ნახევარს უგრძვნია გარშემომყოფთა ნეგატიური დამოკიდებულება, კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს საზოგადოების დამოკიდებულებას ტუბერკულოზით დაავადებული ადამიანებისადმი.

ემოციური მდგომარეობა, მისი ცვლილება M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის დაწყების შემდეგ, თავის მხრივ, კავშირშია როგორც პაციენტის აღქმასთან, თუ როგორია საზოგადოების დამოკიდებულება M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულთა მიმართ, ასევე ახლობლებთან ურთიერთობის ხასიათთან. **M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის დაწყების შემდეგ პაციენტები ძირითადად უფრო მშფოთვარეები, აგრესიულები, დეპრესიულები ან პესიმისტურები, გულჩათხრობილები გახდნენ**, სულიერი/ფსიქიკური მდგომარეობა არ შეცვლია მათ მეოთხედს, ხოლო უფრო მშვიდი და გაწონასწორებული მხოლოდ 5.5% გახდა.

დაავადების გამო სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში (ტუბერკულოზის ცენტრის გარდა) სამედიცინო მომსახურებაზე დაუსაბუთებელი უარი რესპონდენტთა 11.6% მიიღო. მედპერსონალის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხელოვნურად გაჭიანურებაზე რესპონდენტთა 13.5% მიუთითებს. დიდია როგორც ტუბერკულოზის ცენტრის, ასე სხვა სამედიცინო დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის მიერ კონფიდენციალურობის პრინციპის დარღვევის შემთხვევების ხვედრითი წილიც. აღნიშნული მონაცემები კორელაციაშია იმასთან, თუ რამდენად ხშირად უგრძვნია პაციენტს დაავადების გამო გარშემომყოფებისგან ნეგატიური დამოკიდებულება. **ამ მონაცემების მიხედვით ნათლად ჩანს პაციენტებისადმი გულგრილი დამოკიდებულება**. თუმცა, მიუხედავად ამისა, ტუბერკულოზის ცენტრის პერსონალთან ურთიერთობას რესპონდენტთა მხოლოდ 4.3%, ხოლო სხვა სამედიცინო დაწესებულების პერსონალთან ურთიერთობას მხოლოდ 3.7% აღწერს, როგორც დამაბულს ან კონფლიქტურს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ რესპონდენტთაგან ტუბერკულოზის ცენტრის სამედიცინო პერსონალისგან მეტ-ნაკლებ მხარდაჭერას უფრო მეტი გრძნობს, ვიდრე სხვა სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალისგან.

(იხ. დიაგრამები 47-51)

5 ძირითადი შედეგები

კვლევის შედეგების მიხედვით, პაციენტთა 11% (28 პაციენტი) გარდაიცვალა M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ (28 გარდაცვლილიდან 26 –ის გარდაცვალების მიზეზს M/XDR ტუბერკულოზი წარმოადგენდა). დაავადებულთა

ნახევარზე მეტი კი (თითქმის 60%) რეპროდუქციული ასაკისაა. დაახლოებით ამავე რაოდენობის რესპონდენტი დაბალ სოციალურ ფენას მიეკუთვნება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საფრთხის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ არსებობს პაციენტთა გარკვეული ნაწილი (მოცემულ კვლევაში - 33.7%), რომლებმაც გარკვეულ პერიოდში მკურნალობა შეწყვიტეს 2 თვეზე ნაკლები დროის განმავლობაში. პაციენტთა დიდმა ნაწილმა M/XDR ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმაცია ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის მედპერსონალისგან მიიღო. იმის მიუხედავად, რომ რესპონდენტების უმრავლესობა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან მათთვის ინფორმაციის მიწოდების ხარისხის შესახებ უკმაყოფილებას არ გამოთქვამდა, ერთგვარი წინააღმდეგობა გამოვლინდა მათ მოსაზრებებში: 1. ისინი ყველაზე ნაკლებ ინფორმირებულად თვლიდნენ თავს ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის სერვისების შესახებ (რესპონდენტები შედარებით სწორ ინფორმაციას მკურნალობის ყველაზე გავრცელებული ე.წ. „წესების“ შესახებ ფლობენ, როგორცაა მაგ: სპეციფიკური რეჟიმისა და ჰიგიენის დაცვა, სტაციონარში მკურნალობა და ა.შ.); 2. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმირების დონის თვითშეფასება (რესპონდენტების მიერ) და რეალური ცოდნა ერთმანეთისგან განსხვავებულია. ხარვეზები (რომელიც ინფორმაციის ნაკლებობითაა გამოწვეული) შეინიშნება ისეთ დებულებებთან მიმართებაში, რომლებიც შეიცავენ არა მხოლოდ M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებული ინდივიდის, არამედ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საფრთხეს.

რესპონდენტთა უმრავლესობა ფილტვის ტუბერკულოზითაა დაავადებული, მათი M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის ინიცირების თარიღი თითქმის თანაბრად ნაწილდება 2008 – 2012 წლებზე (რამოდენიმე პაციენტი 2013 წელსაა რეგისტრირებული).

რაც შეეხება კვლევის ცენტრალურ საკითხს – M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზებს, ერთგანზომილებიანი სიხშირული ანალიზისას გამოვლინდა, რომ ძირითადი მიზეზი მედიკამენტების მიერ გამოწვეული გვერდითი მოვლენებია (რესპონდენტთა უმრავლესობამ ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზის დასახელებისას სწორედ აღნიშნული მიზეზი მიუთითა). დანარჩენ მიზეზებს შორის გამოიკვეთა სოციალური/ფინანსური პრობლემები. თუმცა საკითხი დგას ამგვარად: ის პაციენტები, რომლებიც აგრძელებენ მკურნალობას (მოცემული კვლევის მიხედვით იგულისხმებიან პაციენტები, ვინც შეწყვეტის შემდეგ ხელახლა ჩაერთო მკურნალობაში და კვლევის მიმდინარეობისას იმყოფებოდა სტაციონარში, ან ხელახლა დარეგისტრირდა

2013 წელს) ასევე მიუთითებენ ანალოგიური პრობლემების შესახებ. ეს ნიშნავს, რომ ცალსახად ვერ ვისაუბრებთ M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობის შეწყვეტის რომელიმე რისკ-ფაქტორის არსებობის შესახებ. სწორედ ამას ადასტურებს რეგრესიული ანალიზი, რომლის საშუალებითაც მოხდა ფაქტორების თემატური დაჯგუფება და ლოგისტიკური რეგრესია განხორციელდა კომბინირებული ფაქტორების გამოყენებით. სწორედ აღნიშნული მეთოდით დადასტურდა, რომ გვერდითი მოვლენები არ არის ცალსახად მნიშვნელოვანი ფაქტორი მკურნალობის შეწყვეტის თვალსაზრისით, არამედ იგი ერთიანდება ზოგადად მეორე რიგის მედიკამენტებთან დაკავშირებულ პრობლემებთან (მკურნალობის შეწყვეტის შანსი 4.08-ჯერ იზრდება (95% ნ.ი. [1.15, 14.69])). მკურნალობის შეწყვეტის **ორი ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი** აღმოჩნდა **პაციენტის განწყობა** (დეპრესია)³ - შეწყვეტის შანსს 12.00-ჯერ ზრდის (95% ნდობის ინტერვალა [2.94, 69.53]). და **პაციენტის ფინანსური/დროითი შეზღუდვა** - მკურნალობის შეწყვეტის შანსს 7.94-ჯერ ზრდის (95% ნ.ი. [2.45, 30.17]). ამას გარდა, მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღმოჩნდა **სოციალური მხარდაჭერის** (ოჯახი, ახლობლები) არსებობა (მკურნალობის დასრულების შანსი 4.24-ჯერ იზრდება (95% ნ.ი. [1.27, 16.47]) მსგავსი ტენდენციები გამოვლინდა ფაქტორული ანალიზის შედეგადაც: ერთი შეხედვით პაციენტები ნაკლებ პრეტენზიას ავლენდნენ ტუბერკულოზის ცენტრის სერვისების მიმართ, თუმცა ლატენტურად არსებული უარყოფითი განწყობები ასევე გამოჩნდა ფაქტორული ანალიზის მიერ, როდესაც ერთ ფაქტორში გაერთიანდა „სისტემური“ და ასევე მასთან გადაჯაჭვული სოციალურ-კულტურული ასპექტები, ხოლო მეორე ფაქტორში - მედიკამენტებთან დაკავშირებული პრობლემები (მედიკამენტების ხარისხი, გვერდითი მოვლენები, დიდი რაოდენობით ყოველდღიურად მიღების პრობლემა, ზოგადად მკურნალობის რეჟიმი და ა.შ.) და დეპრესია.

გამოკითხულთა 71% მიიჩნევს რომ გვერდით მოვლენებთან გამკლავება ვერ მოხერხდა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში, ხოლო ძირითად მიზეზებად კი ასახელებს გვერდითი მოვლენების უკიდურეს სიმძიმეს, მათი

³ აღსანიშნავია, რომ დეპრესიას/მუსვენრობას გამოკითხულთა 40% მიუთითებს როგორც ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ **გვერდით მოვლენას**. ხოლო თითქმის 60% M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობაში ჩართვის შემდგომ პესიმიზმისა და დეპრესიის გაძლიერებას უჩივის. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია კვლევაში ჩართულ რესპონდენტთა დაბალი სოციალური ფონი (რესპონდენტთა 60.7%-ის ოჯახების საშუალო შემოსავალი თვეში შეადგენს მაქსიმუმ 300 ლარს) და უმუშევრობა (რესპონდენტთა 69.3% დაუსაქმებელია)

მკურნალობისთვის საჭირო მედიკამენტებისა და პროცედურების არარსებობას და სამედიცინო პერსონალის მიერ გვერდითი მოვლენების ადეკვატური მენეჯმენტის ნაკლებობას/არარსებობას.

სწორედ ზემოთ აღწერილ პრობლემებს უკავშირდება პაციენტთა მიერ გამოთქმული მოსაზრებები M/XDR ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის დასრულების ძირითადი მოტივატორების შესახებ: 1. უკეთესი ხარისხის მედიკამენტები (გვერდითი მოვლენების გარეშე, ან მინიმალური გამოვლენით); 2. მკურნალობის თავისუფალი რეჟიმი; 3. მნიშვნელოვანია აგრეთვე ვაუჩერების საკითხი/ფინანსური დახმარების გაძლიერება – რესპონდენტებს მიაჩნიათ რომ საჭიროა კვებითი ვაუჩერის აღდგენა (რაც კავშირშია რესპონდენტთა დაბალ ფინანსურ შესაძლებლობასთან)

ცალკე აღსანიშნავია მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის კომპონენტების ხელმისაწვდომობის საკითხი. გამოკითხულთა დიდი ნაწილისთვის ხელმისაწვდომი არ იყო ან არ არსებობდა მის საცხოვრებელ ადგილას მკურნალობის ზოგიერთი კომპონენტი (მათ შორის ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტები, როგორცაა ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, დამყოლობის კონსულტანტი). კვლევაში დაფიქსირდა რესპონდენტების დაბალი ინტერესი აღნიშნული კომპონენტების მიმართ (არ მიიჩნევენ საჭიროდ), რომლის საფუძველს არასაკმარისი ინფორმირება წარმოადგენს.

M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულთა ძირითადი ნაწილი საზოგადოების მხრიდან ე.წ. პასიურ კეთილგანწყობაზე საუბრობს და გარშემომყოფების ნეგატიურ დამოკიდებულებას ხშირად ან ზოგჯერ გრძნობს (მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტთა არცთუ მცირე ნაწილი სარგებლობს ოჯახისა და ახლობლების ემოციური მხარდაჭერით/კეთილგანწყობით და არცერთი რესპონდენტი არ გამოვლინდა, რომელსაც არავისთან უსაუბრია საკუთარი დაავადების შესახებ). ეს მიუთითებს ტუბერკულოზით დაავადებულ ადამიანთა შესახებ არსებულ სტიგმაზე. სტიგმის არსებობა შეინიშნება არა მხოლოდ საზოგადოების, არამედ მედპერსონალის მხრიდანაც – ადგილი აქვს ფაქტებს, რომელიც დისკრიმინაციისა და დანაშაულის ნიშნებს ატარებს (მაგ: სამედიცინო მომსახურებაზე დაუსაბუთებელი უარი აღნიშნა 11.6%-მა, ხოლო სამედიცინო მომსახურების ხელოვნური გაჭიანურება მიუთითა 13.5%. კვლევაში ასევე აღინიშნა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტები – 18 რესპონდენტი).

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევების მსგავსად, სადაც მკურნალობის შეწყვეტის ორ ძირითად - ინდივიდუალურ და სისტემურ

რისკ-ფაქტორებზე (რომლებიც თავის მხრივ სხვადასხვა ფაქტორებს აერთიანებს) ხდებოდა ხაზგასმა, აღნიშნულმა კვლევამ მსგავსი ტენდენდენცია გამოავლინა, კერძოდ: რეგრესიული და ფაქტორული ანალიზის შედეგად გამოვლენილი ძირითადი რისკ-ფაქტორები ურთიერთდაკავშირებულია. მაგ: დეპრესია (ასევე მკურნალობის უაზრობად მიჩნევა) შესაძლებელია გამოწვეული იყოს როგორც მედიკამენტის მიერ (ფსიქიატრიული გვერდითი მოვლენის სახით, რომელთან გამკლავებას დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის გაგრძელების თვალსაზრისით) და მედიკამენტებთან დაკავშირებული სერვისებით უკმაყოფილობის გამო (რეგრესიული ანალიზისას გამოვლენილი ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი - გვერდით მოვლენებთან კომბინირებული ფაქტორები - ხარისხი, ხანგრძლივობა, მკურნალობის რეჟიმი - მაგ: ფაქტორული ანალიზისას განლაგდა დეპრესიასთან ერთად), ასევე დაკავშირებული იყოს დაბალ ფინანსურ შესაძლებლობასთან და/ან სამსახურის დაკარგვის შიშთან (ფინანსური/დროითი შეზღუდვა -) და სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობასთან. ზემოაღნიშნულთან კავშირში შეგვიძლია განვიხილოთ „სისტემური პრობლემის“ ნაწილი - მაგ: ფსიქოლოგის, დამყოლობის სამსახურის კონსულტანტის არარსებობა ან პაციენტის მიერ ამ კომპონენტის არასაჭიროდ მიჩნევა - რაც პაციენტი-ჯანდაცვის პროვაიდერის კომუნიკაციის ხარვეზზე მიუთითებს (პაციენტების უმრავლესობის მიერ კვლევაში გამოვლენილი ექიმებისადმი ნდობის მიუხედავად).

6 დასკვნა და რეკომენდაციები

მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას რომ MXDR ტუბერკულოზის მკურნალობის შეწყვეტის რისკ-ფაქტორები ძირითადად ფსიქო-სოციალური და სოციო-ეკონომიკური ხასიათისაა.

მკურნალობის შეწყვეტის რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში ერთის მხრივ სახეზე გვაქვს პაციენტთა განწყობა, ხოლო მეორეს მხრივ მასთან გადაჯაჭვული სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები და „სისტემური პრობლემები“. მკურნალობის გაგრძელების მოტივაციის გასაძლიერებლად საჭიროა:

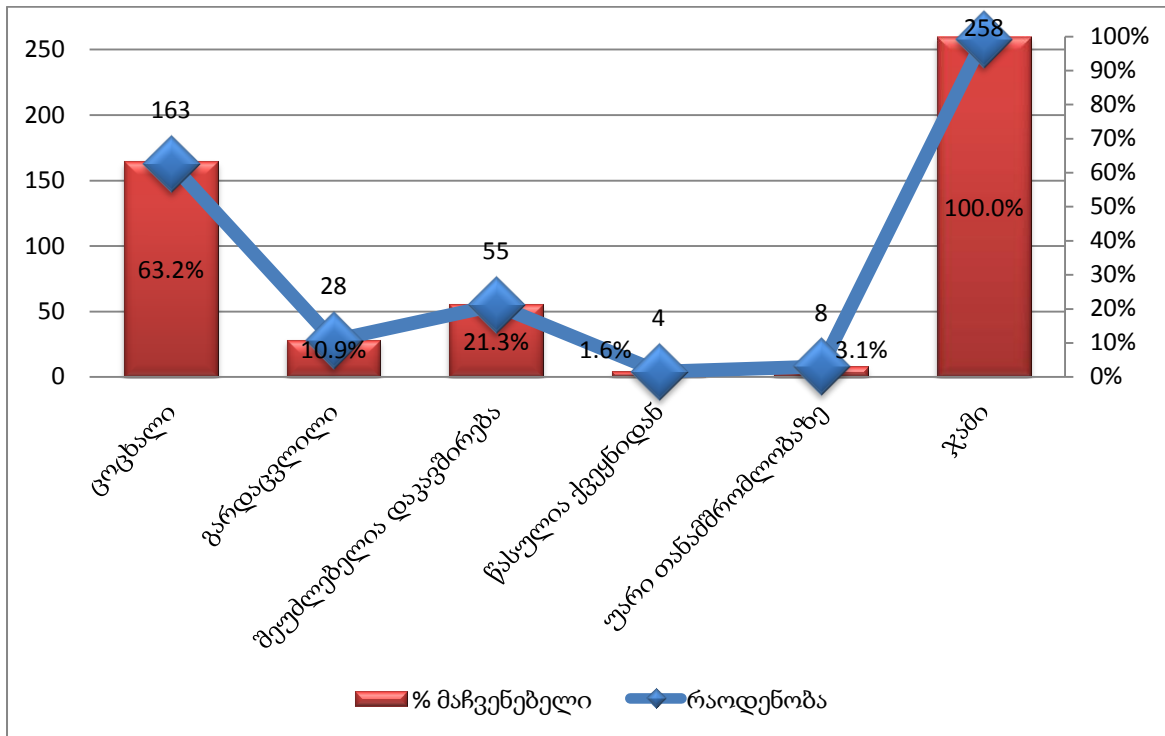
- გვერდითი მოვლენების ეფექტური მართვისთვის (განსაკუთრებით ფსიქიატრიული გვერდითი მოვლენების) პროტოკოლების და ალგორითმების შემუშავება და მათი დანერგვა, გვერდითი მოვლენების ადრეული გამოვლინება და მკურნალობა (მაგ: ჯგუფური თერაპიისა და ანტიდეპრესანტული მედიკამენტების ჩართვით). ამას გარდა, პრეპარატები და სერვისები, რომელიც

დაკავშირებულია მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების მართვასთან უნდა იყოს მკურნალობის კომპლექსური პროგრამის ნაწილი და მიეწოდებოდეს პაციენტს ანტიტუბერკულოზურ მედიკამენტებთან ერთად.

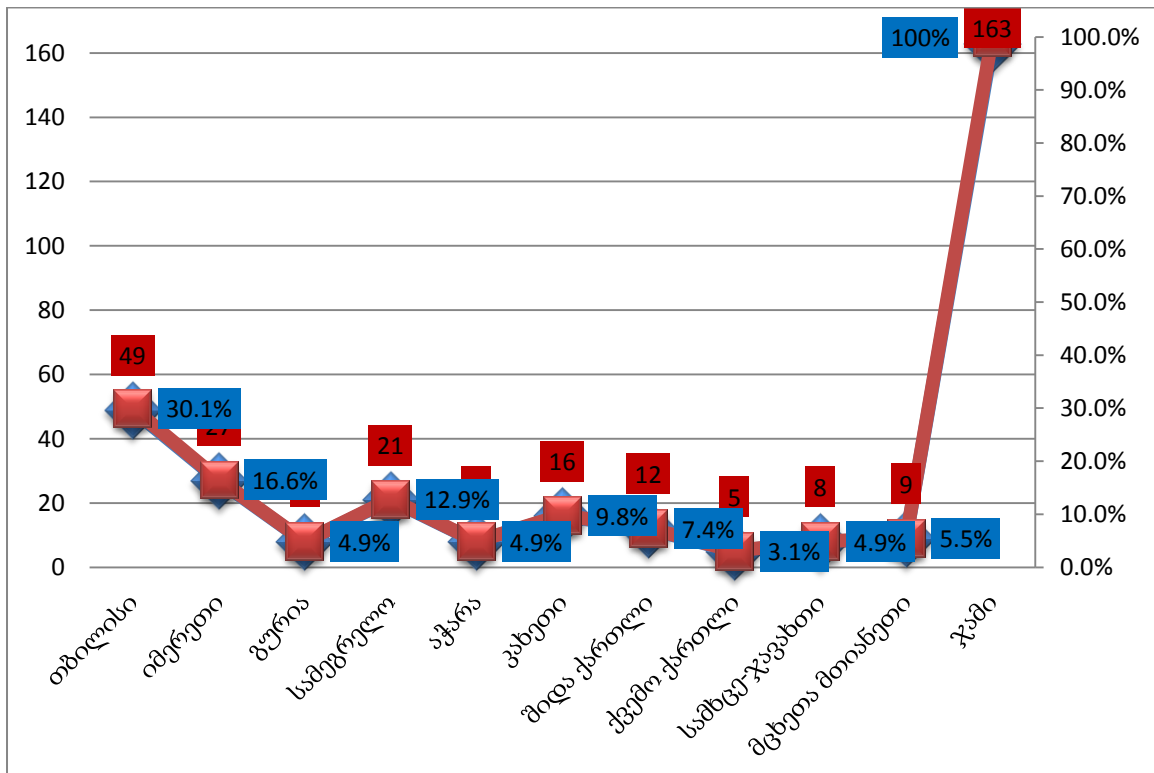
- გასათვალისწინებელია, პაციენტთა მოთხოვნა ვაუჩერებით უზრუნველყოფისა და ფინანსური დახმარების გაზრდის შესახებ (რაც, როგორც აღინიშნა მკურნალობის გაგრძელების ერთ-ერთ მოტივატორია, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის, რომლებიც პაციენტთა მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენენ).
- იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა მდგომარეობის სირთულე (მაგ: რღვევითი უბან(ებ)ის არსებობა) დაკავშირებული იყო მკურნალობის გაგრძელების მოტივაციასთან, შესაძლებელია პაციენტებისათვის M/XDR ტუბერკულოზისა და მისი მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება მოხდეს არა მხოლოდ პოზიტივზე აქცენტირებით („ტუბერკულოზი იკურნება“ და ა.შ.), არამედ პარალელურად ხაზი გაესვას მის ნეგატიურ შედეგებს (განსაკუთრებით მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში).
- მნიშვნელოვანია აგრეთვე, სოციალური მხარდაჭერის გაძლიერების ხელშეწყობა - პირველ რიგში პაციენტების და განსაკუთრებით მათი ოჯახის წევრების, სათანადო ინფორმირების უზრუნველყოფის გზით. მკურნალობის კომპლექსურ ნაწილში უფრო ქმედითად უნდა იქნას ჩართული სწორედ ის კომპონენტები, რომელთა არახელმისაწვდომობის, არასაჭიროების ან არარსებობის შესახებ მიუთითებენ რესპონდენტები (მაგ: ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, დამყოლობის სამსახურის კონსულტანტი), რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს პაციენტი-ჯანდაცვის პროვაიდერის უფრო ეფექტურ კომუნიკაციას მკურნალობის დასრულების საკითხთან მიმართებაში. როგორც არაერთხელ აღინიშნა M/XDR ტუბერკულოზით დაავადებულებს ემოციური, სულიერ-ფსიქიკური მდგომარეობის გამოსწორება სჭირდებათ, რაც, შესაძლოა, გახდეს M/XDR ტუბერკულოზის მკურნალობისადმი მათი დამოკიდებულების შეცვლის წინაპირობა.

7 დანართი

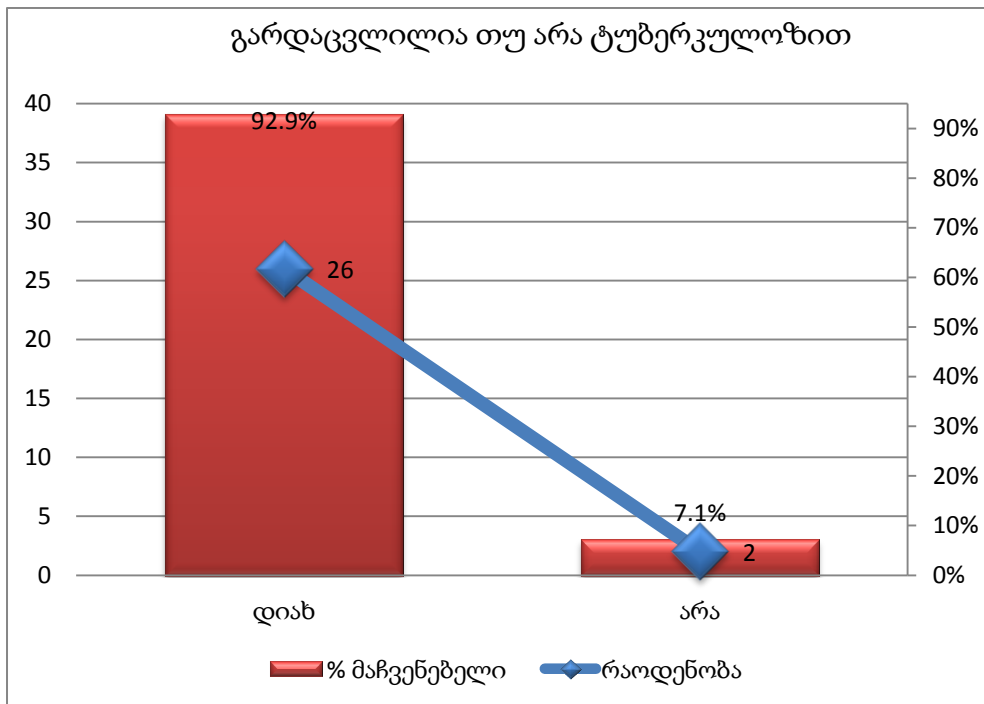
დიაგრამა 1. სკრინინგის შედეგები



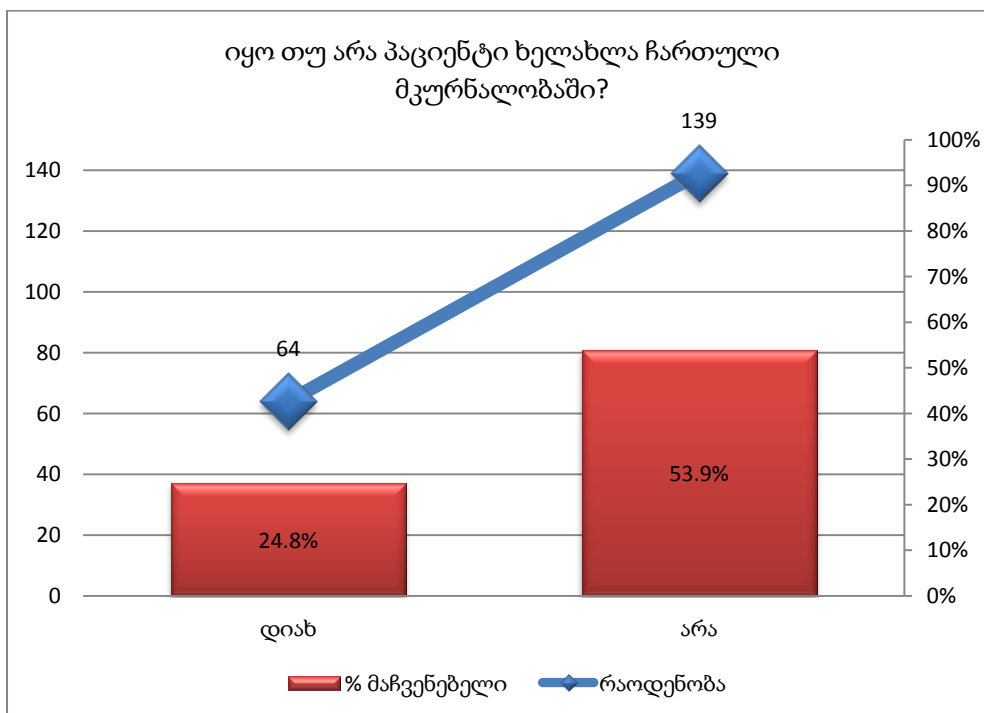
დიაგრამა 2. რესპონდენტთა რეგიონული განაწილება



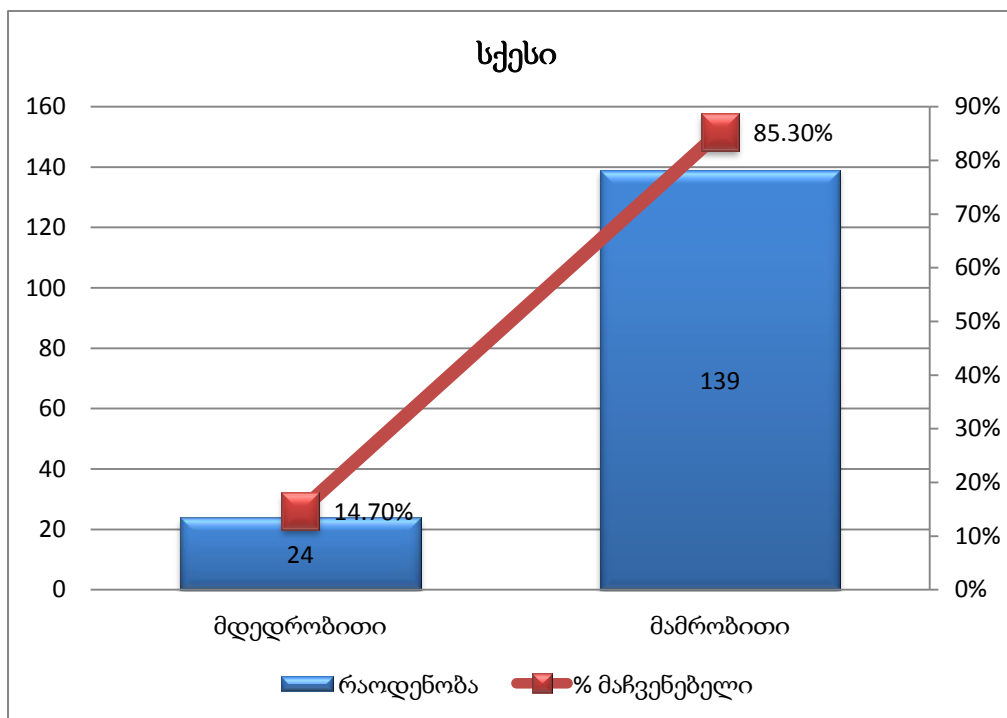
დიაგრამა 3. ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა მკურნალობა შეწყვეტილი M/XDR პაციენტების ჯგუფში



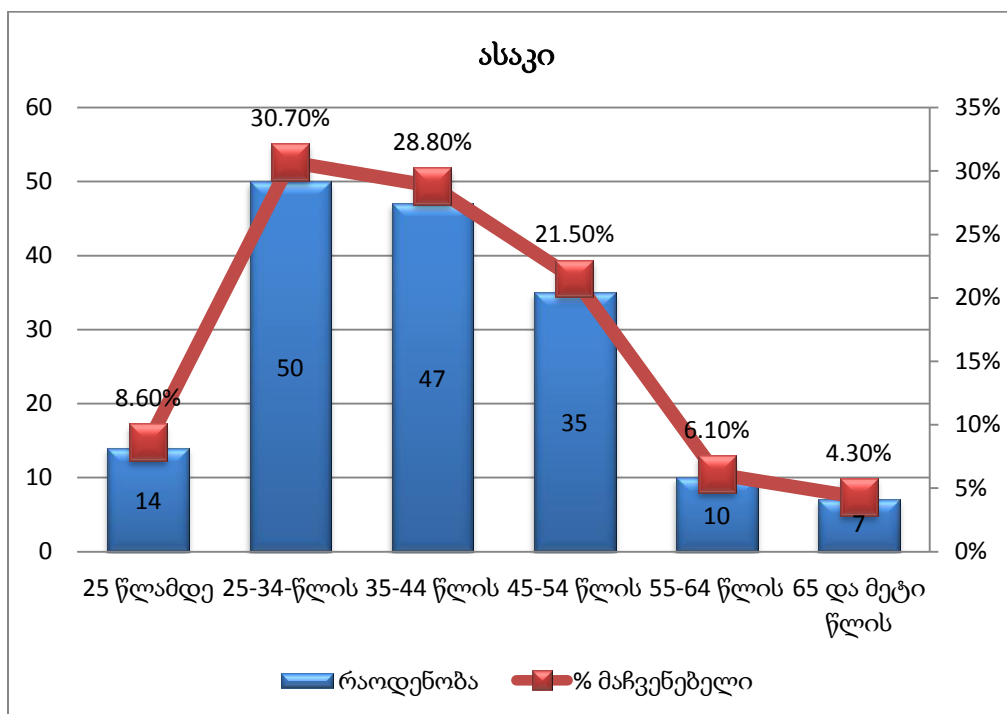
დიაგრამა 4. მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ მკურნალობაში ხელახალი ჩართვის მაჩვენებელი



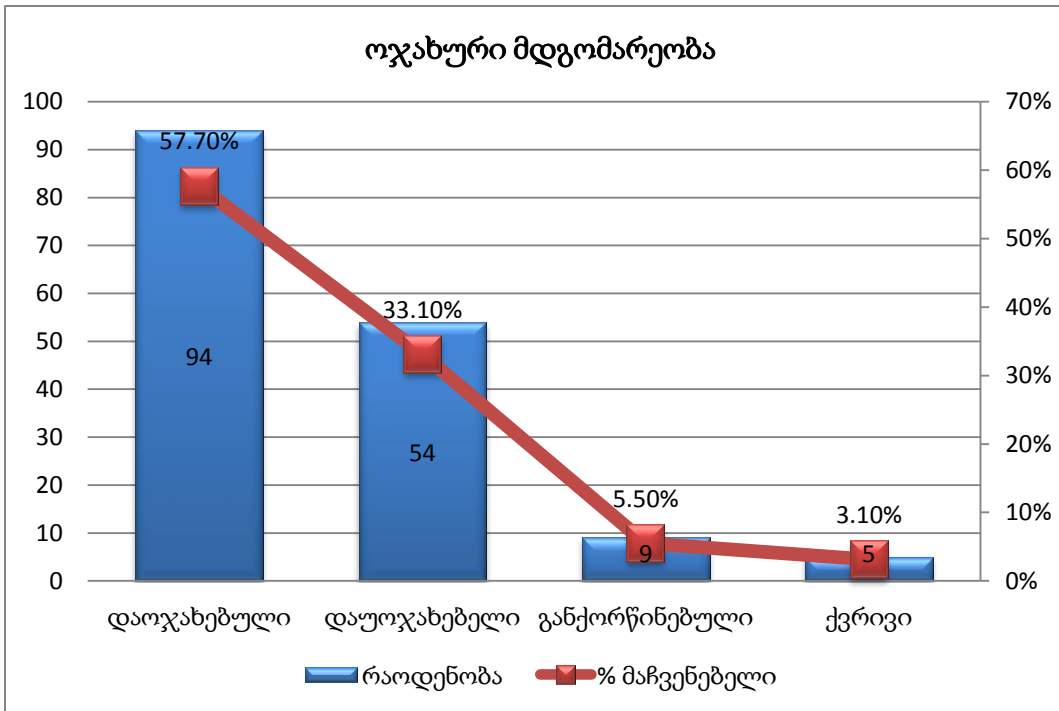
დიაგრამა 5. რესპოდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით



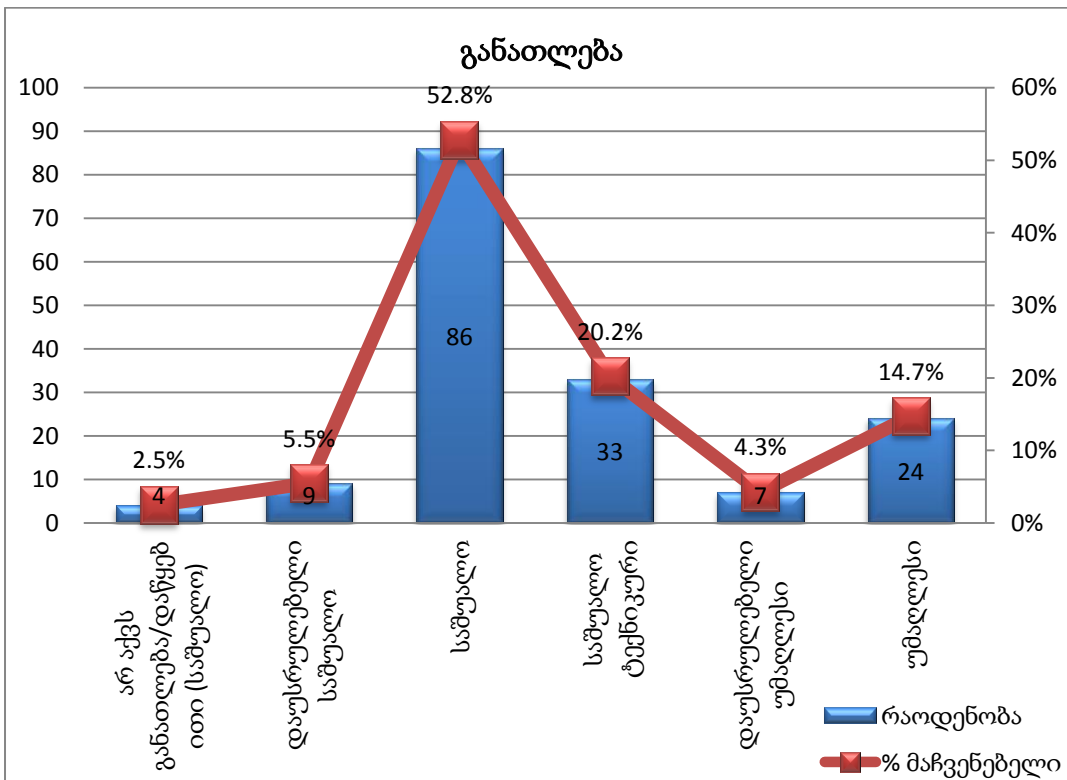
დიაგრამა 6. რესპოდენტთა განაწილება ასაკის მიხედვით



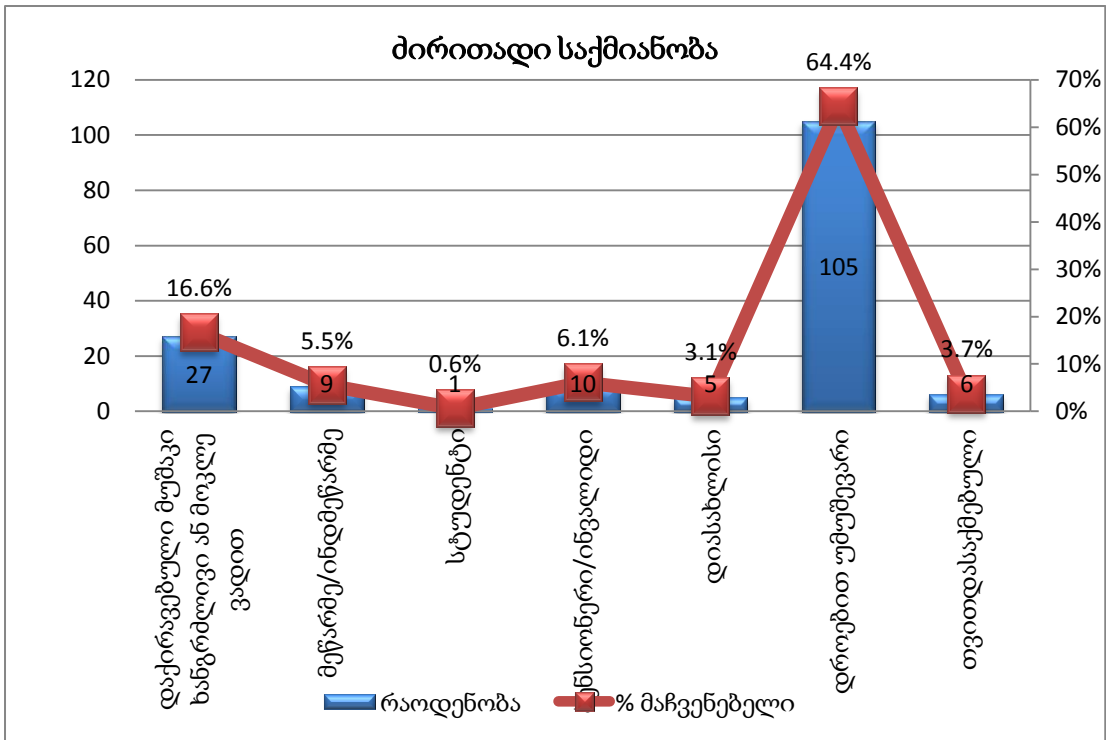
დიაგრამა 7. რესპოდენტთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით



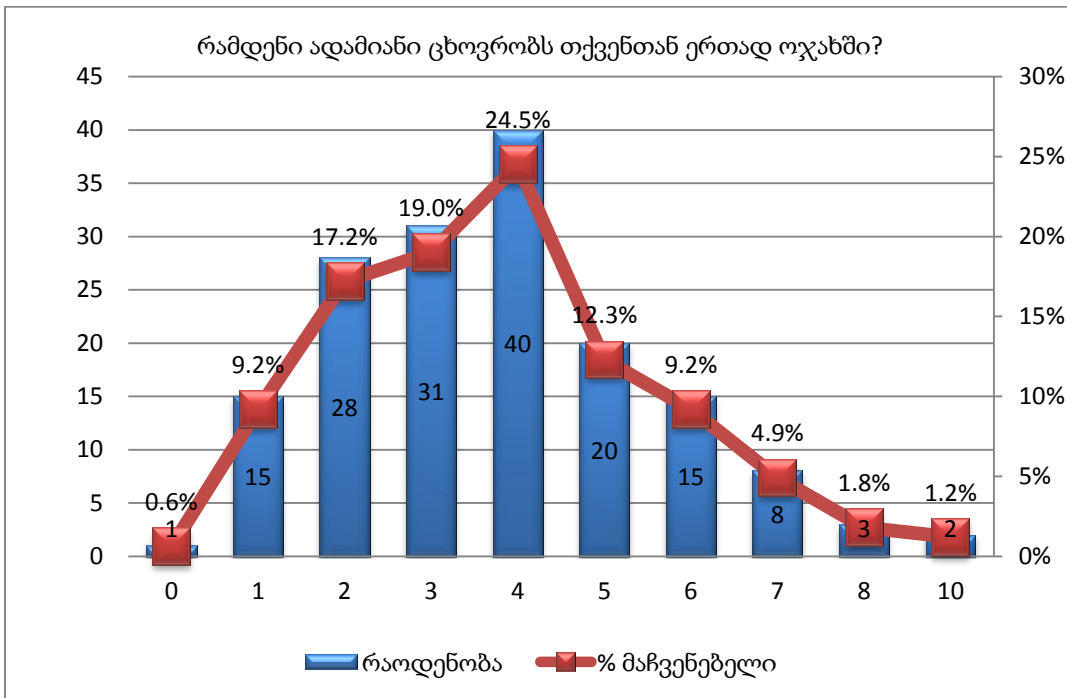
დიაგრამა 7. რესპოდენტთა განაწილება განათლების მიხედვით



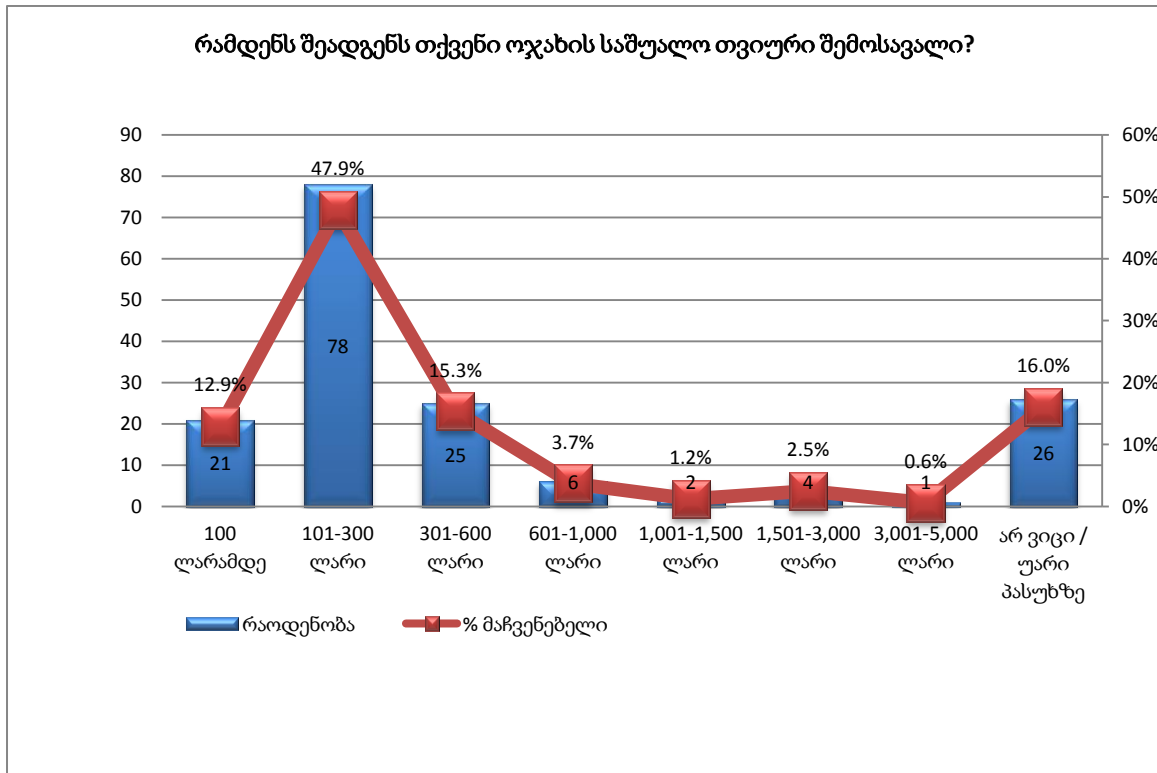
დიაგრამა 8. რესპოდენტთა განაწილება ძირითადი საქმიანობის მიხედვით



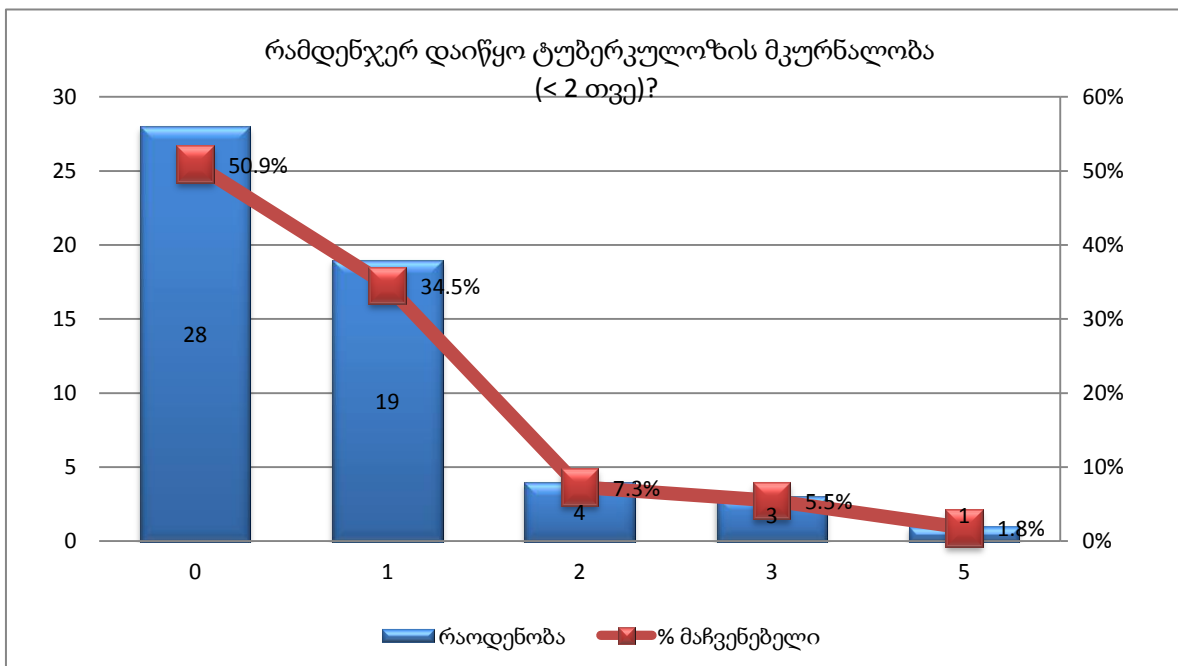
დიაგრამა 9. რესპოდენტთა განაწილება ოჯახში სულადობის მიხედვით



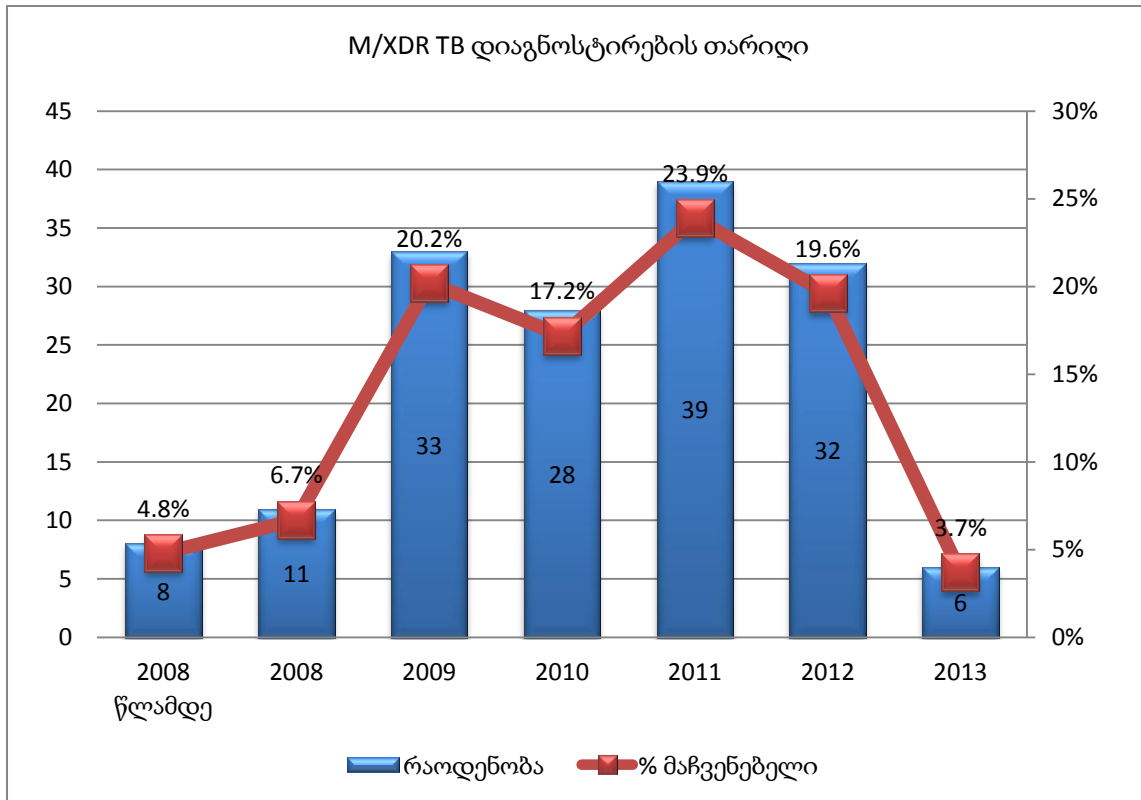
დიაგრამა 10. რესპოდენტთა განაწილება ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავლის მიხედვით



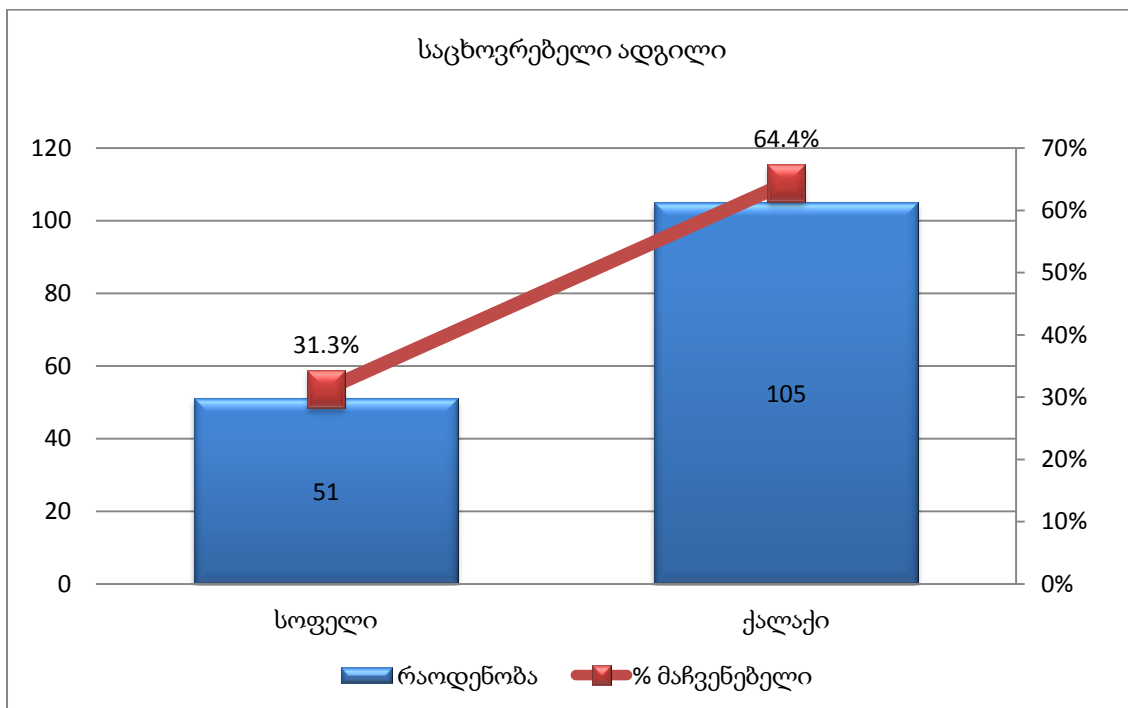
დიაგრამა 11. რესპოდენტების განაწილება შეწყვეტის შემდეგ განმეორებით ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის დაწყების სიხშირის მიხედვით



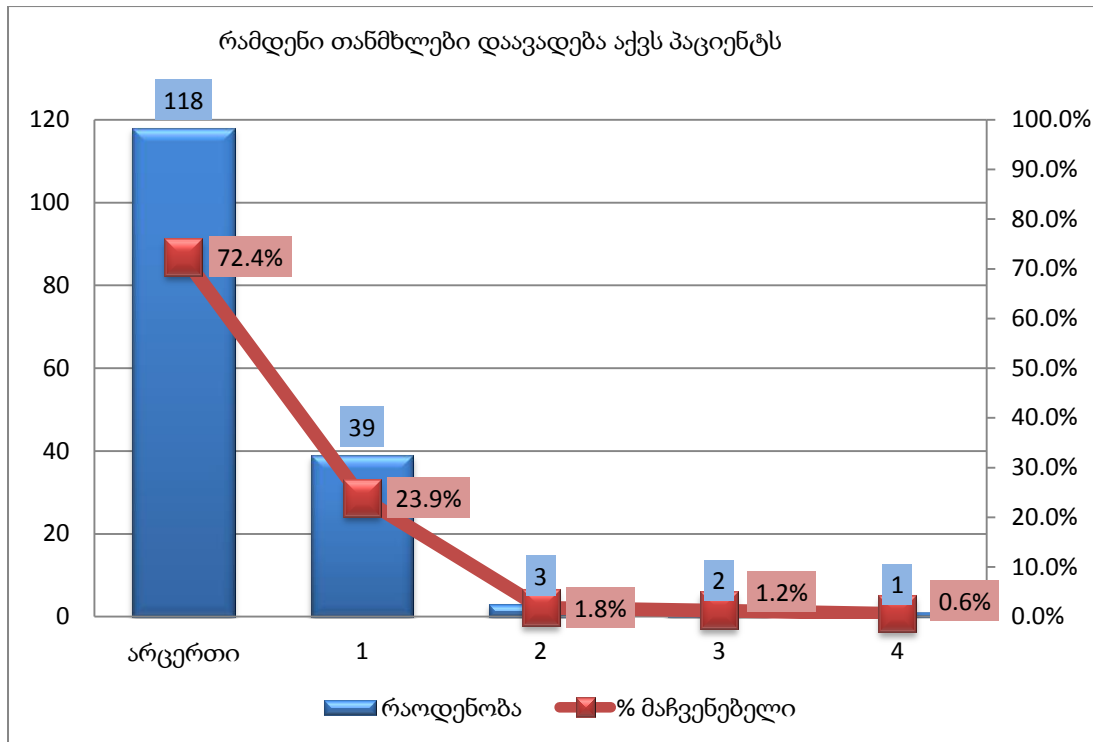
დიაგრამა 12. რესპონდენტთა განაწილება M/XDR TB-ის დიაგნოსტიკის თარიღის მიხედვით



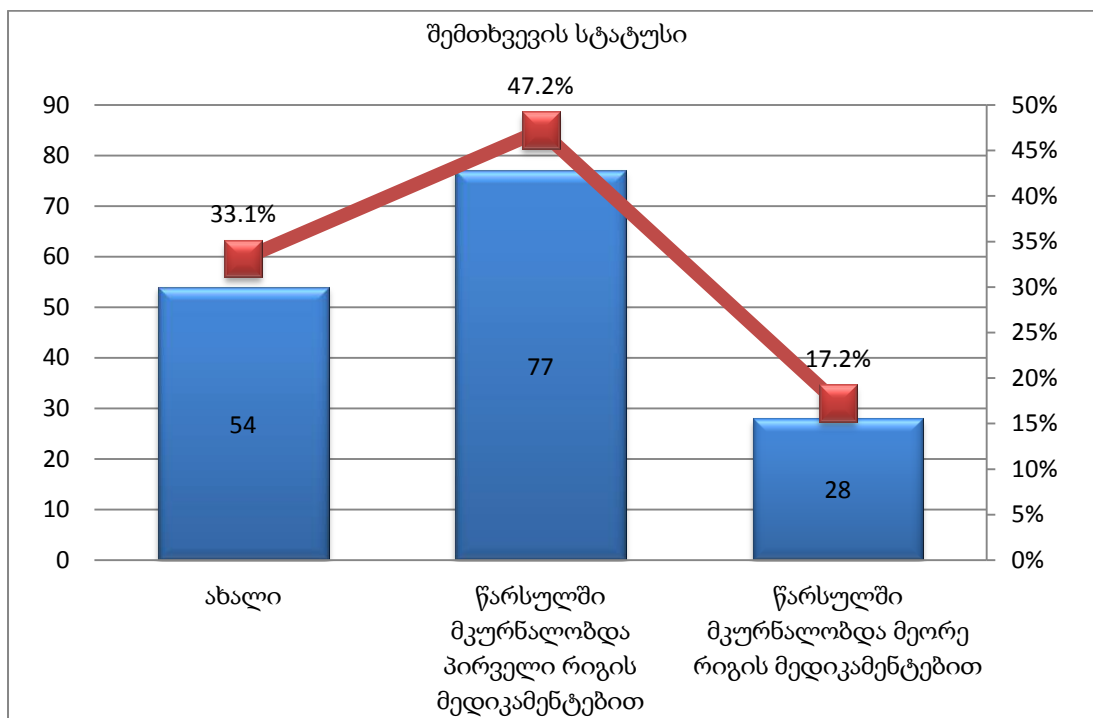
დიაგრამა 13. რესპონდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



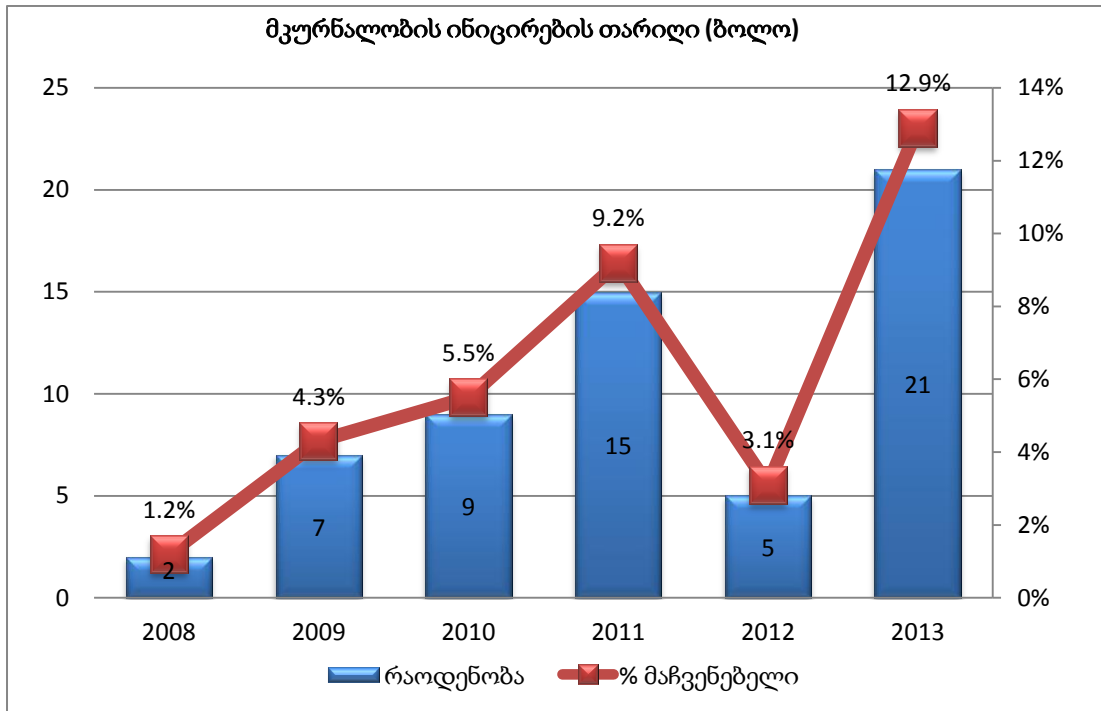
დიაგრამა 14. რესპოდენტებში თანხლები დაავადებების გავრცელება



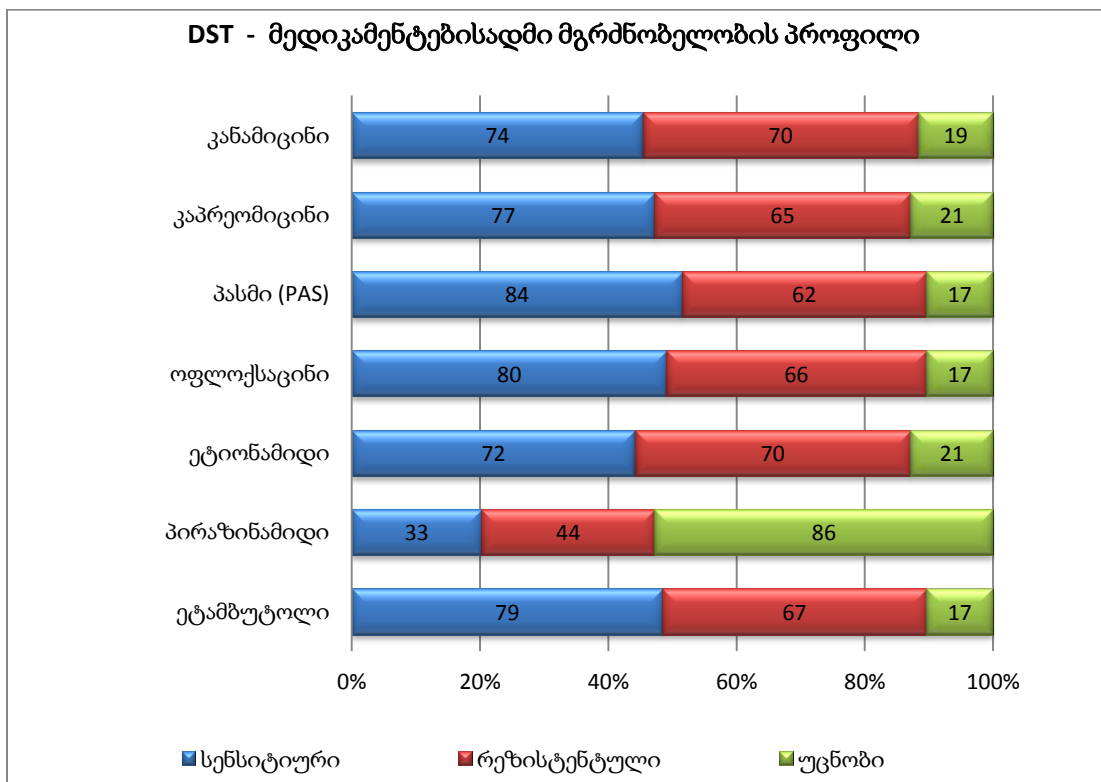
დიაგრამა 15. შემთხვევის სტატუსი



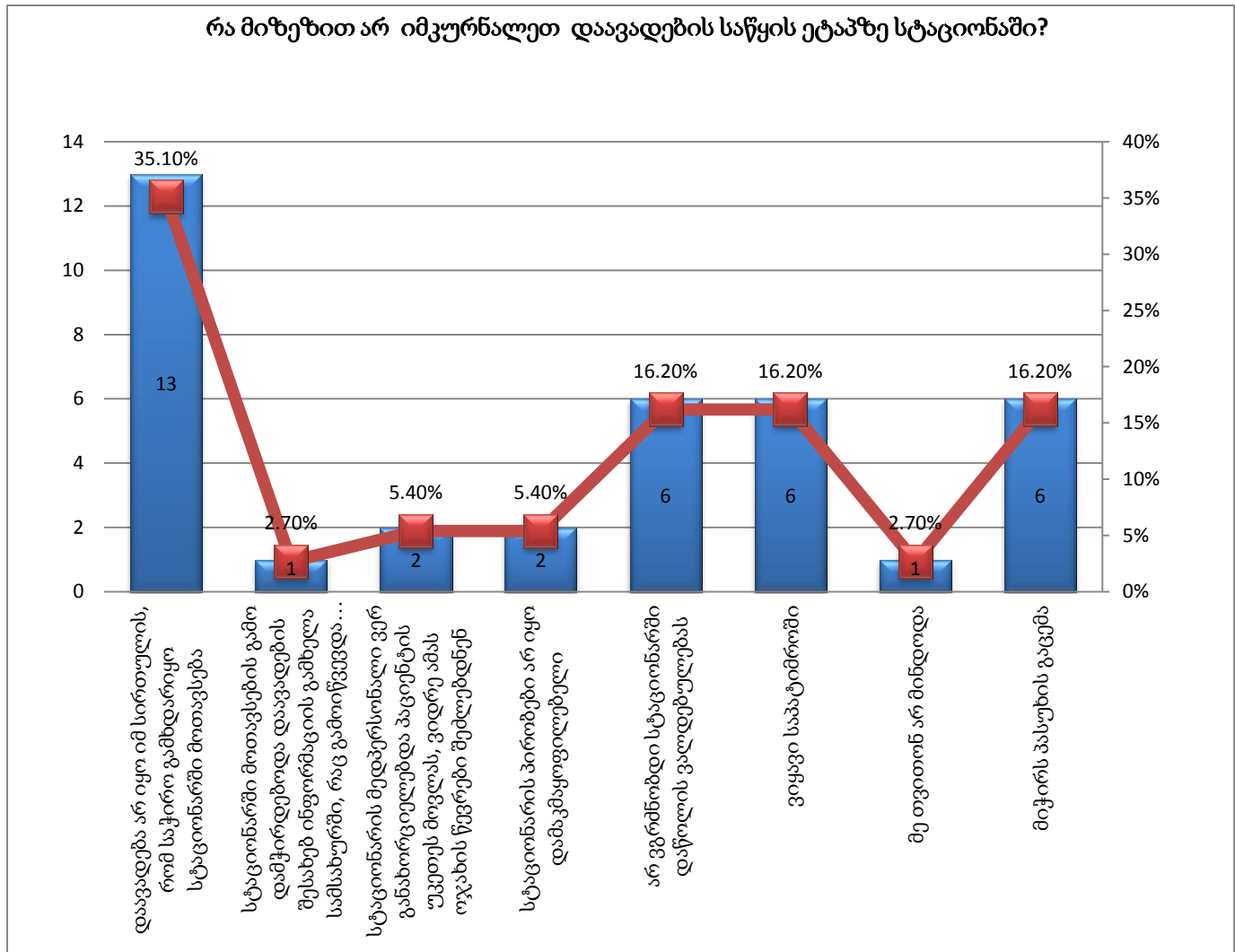
დიაგრამა 16. რესპონდენტების განაწილება ბოლო მკურნალობის დაწყების თარიღის მიხედვით



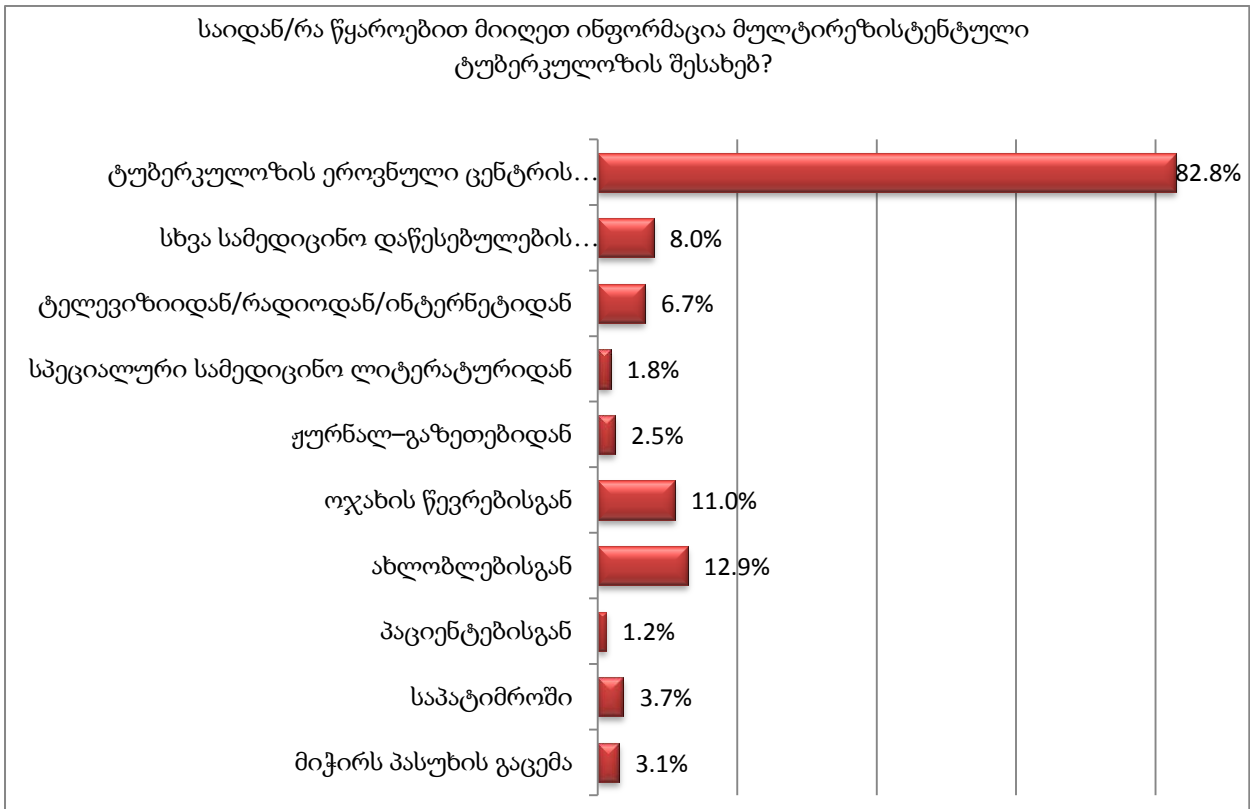
დიაგრამა 17. რესპონდენტებს შორის DST მგრძობელობის პროფილი



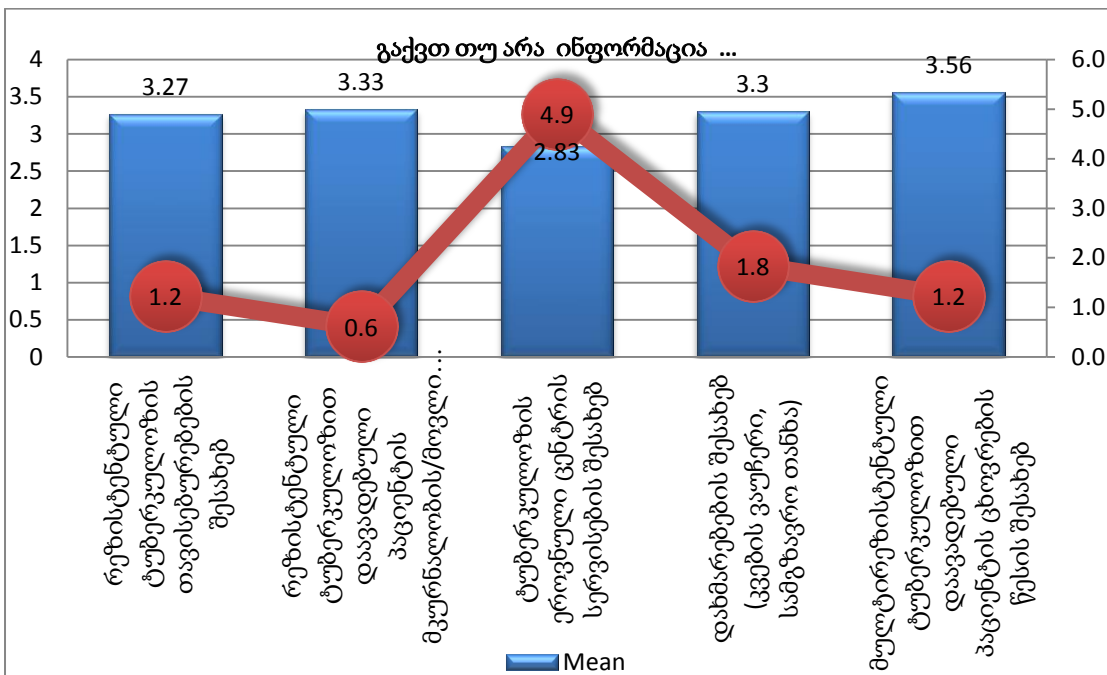
დიაგრამა 18. რესპონდენტებს შორის საწყის ეტაპზე სტაციონარულ მკურნალობაზე უარის თქმის მიზეზები



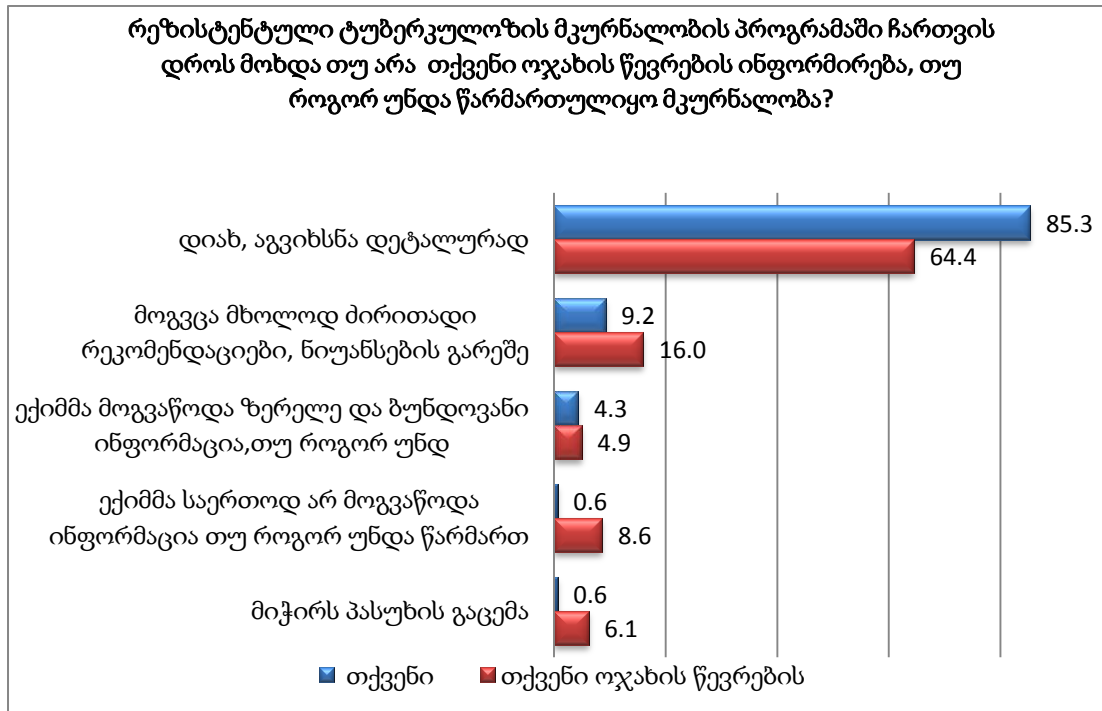
დიაგრამა 19. რესპონდენტებისთვის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმაციის წყაროები



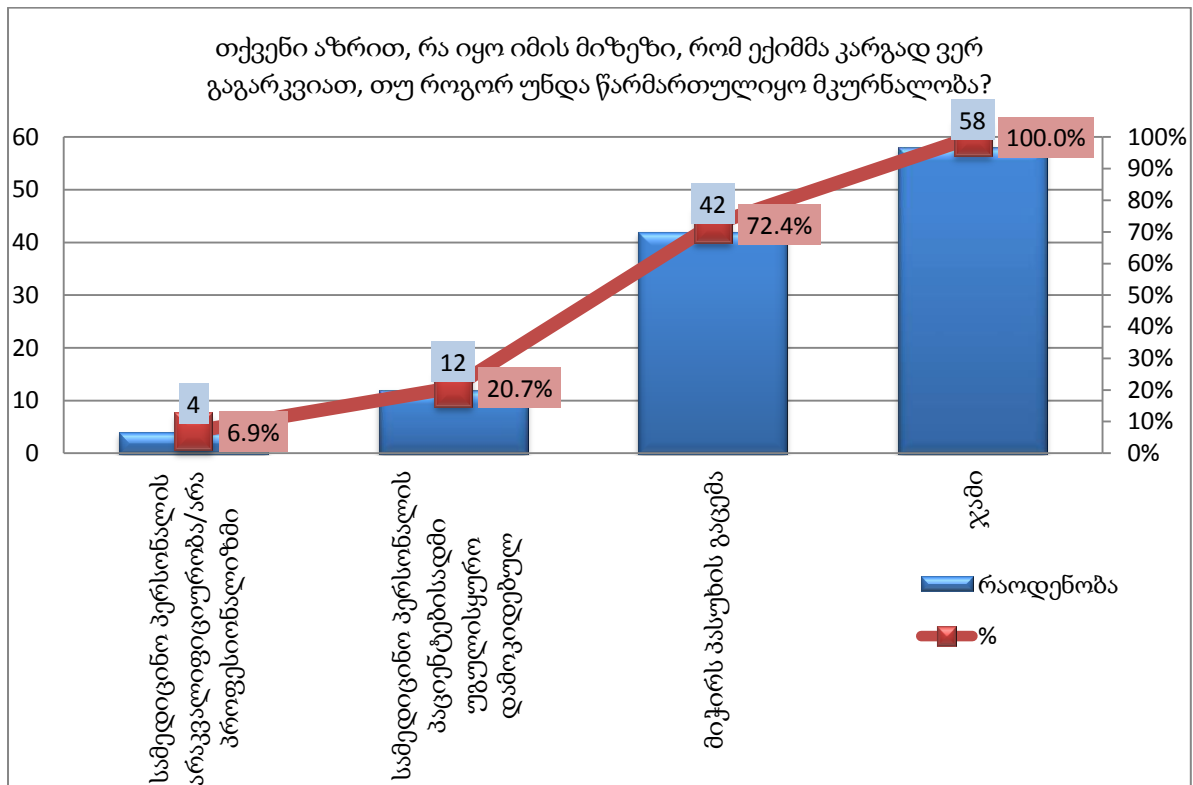
დიაგრამა 20. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შესახებ რესპონდენტების ინფორმირებულობის ხარისხი



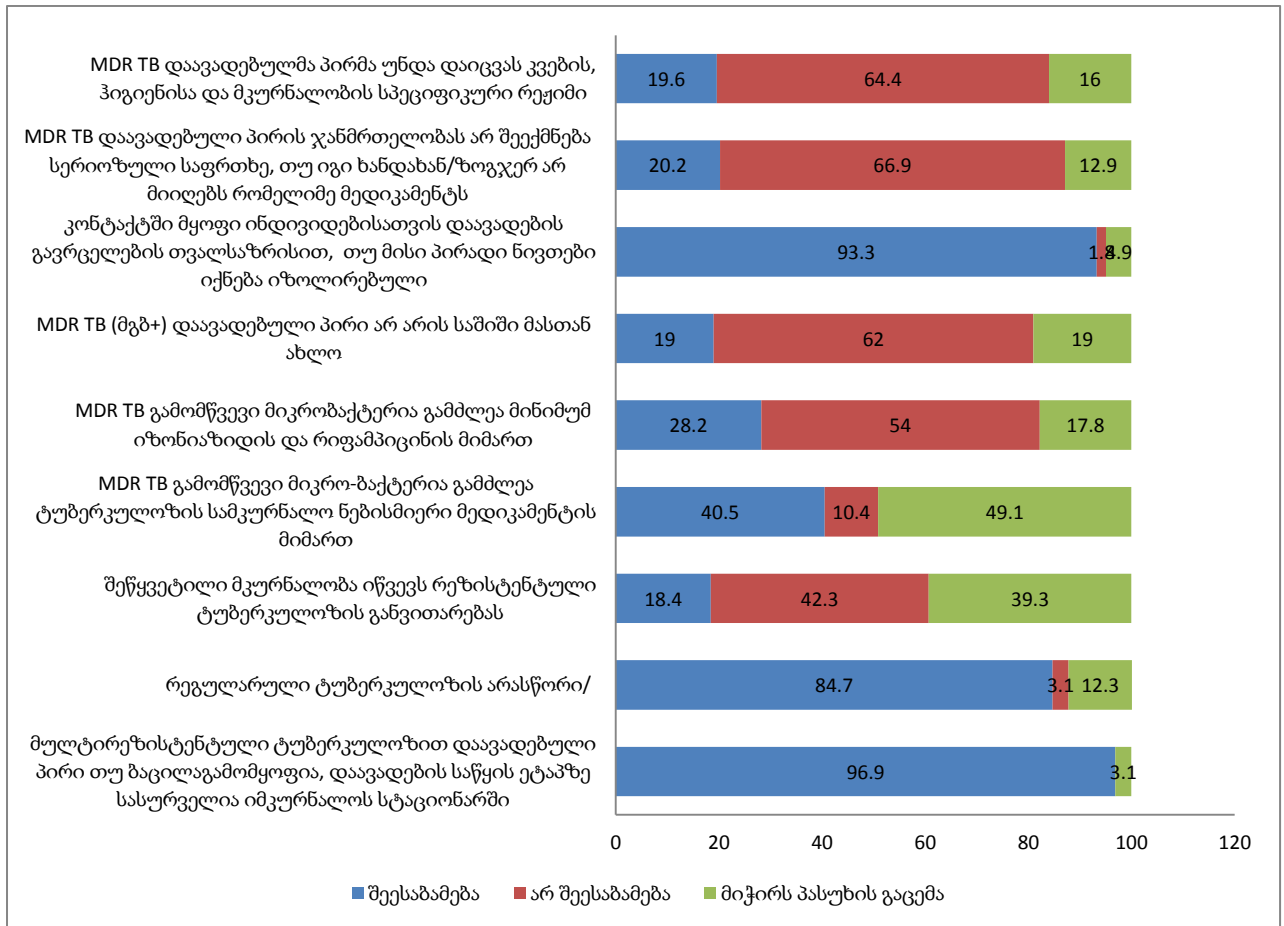
დიაგრამა 21 რესპონდენტთა ოჯახის წევრების ინფორმირება მოსალოდნელი მკურნალობის შესახებ



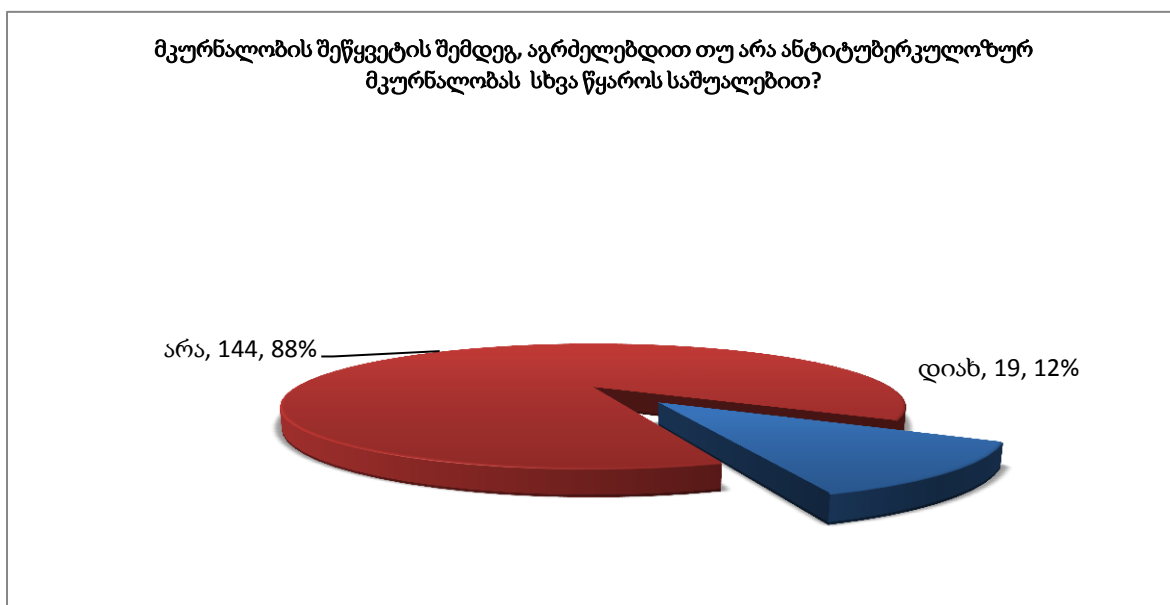
დიაგრამა 22. რესპონდენტთა არაადეკვატური ინფორმირების მიზეზები



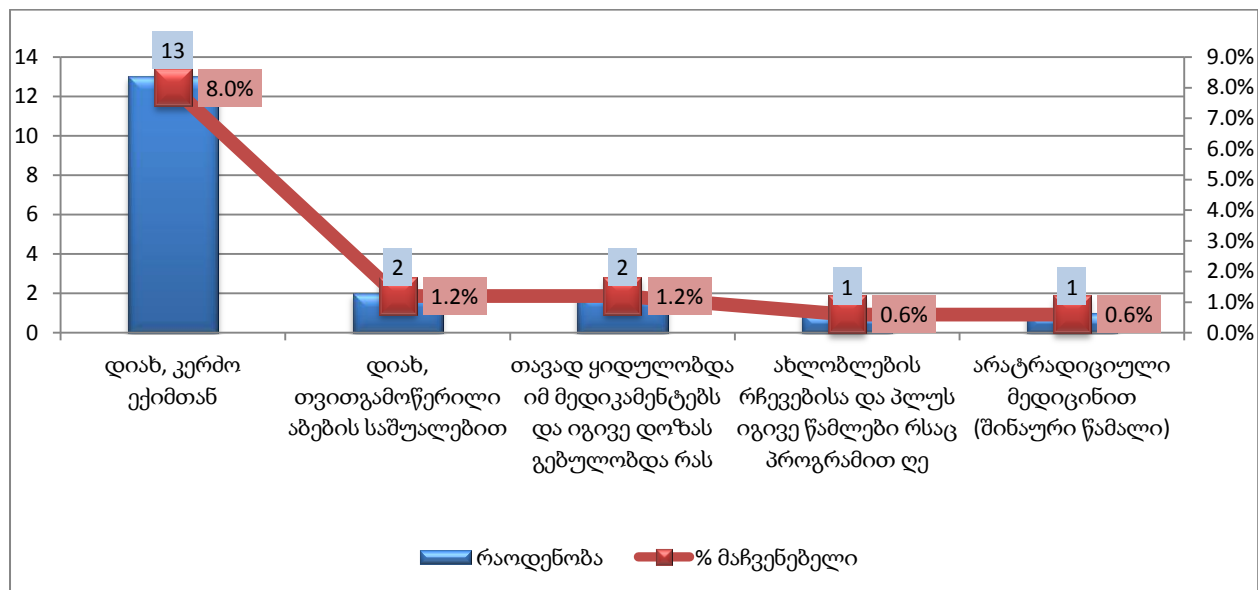
დიაგრამა 23. შეესაბამება თუ არა რეზისტენტულ ტუბერკულოზს და მის მკურნალობა შემდეგი დებულებები



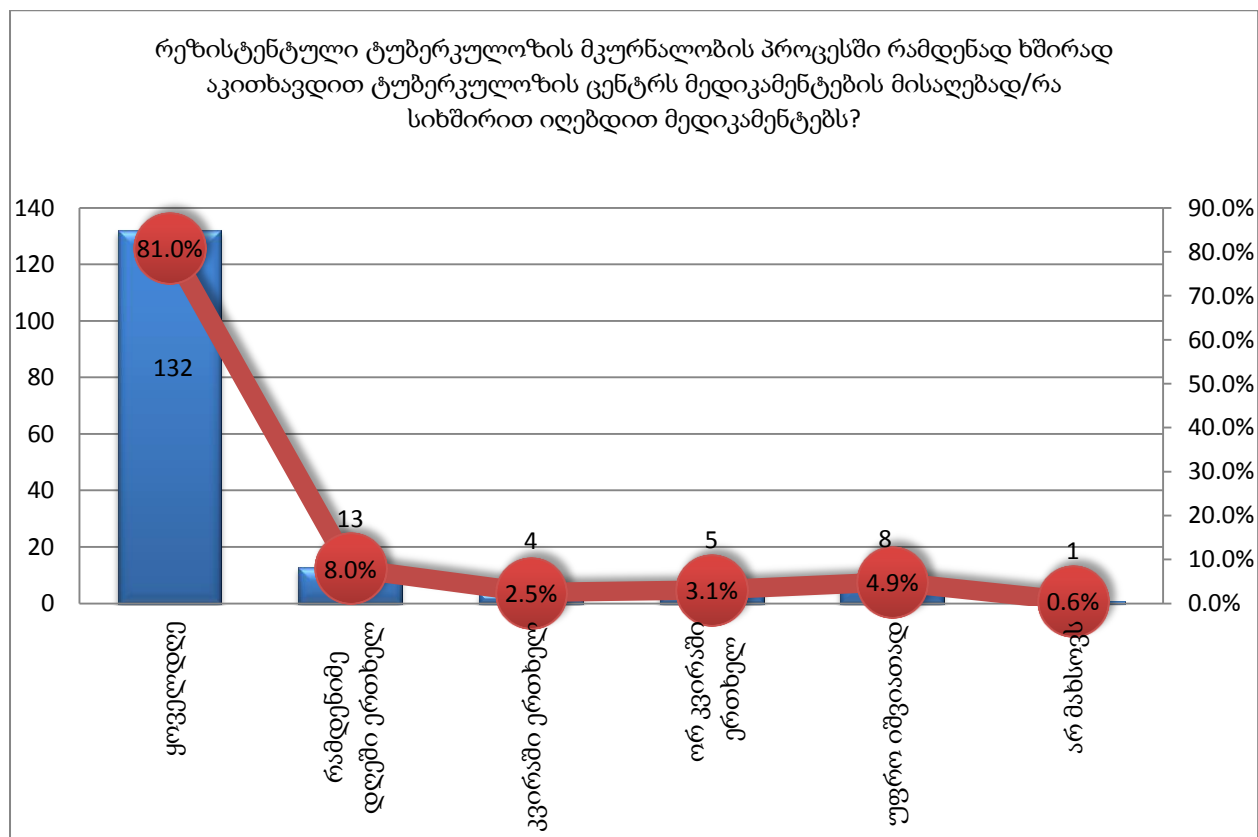
დიაგრამა 24. რესპონდენტთა განაწილება მკურნალობის ალტერნატიული წყაროს მიხედვით, მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ



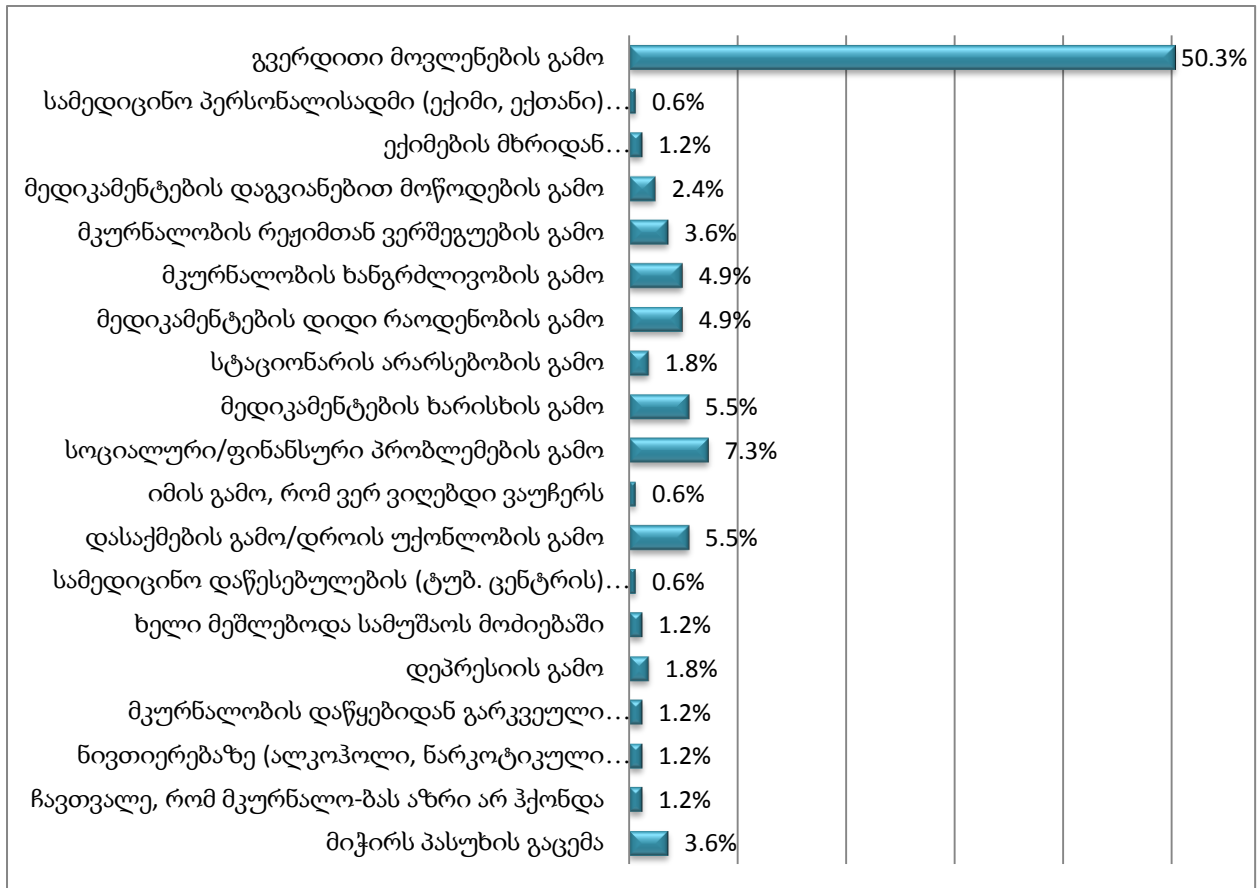
დიაგრამა 25 მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ გამოყენებული ალტერნატიული საშუალების სახე



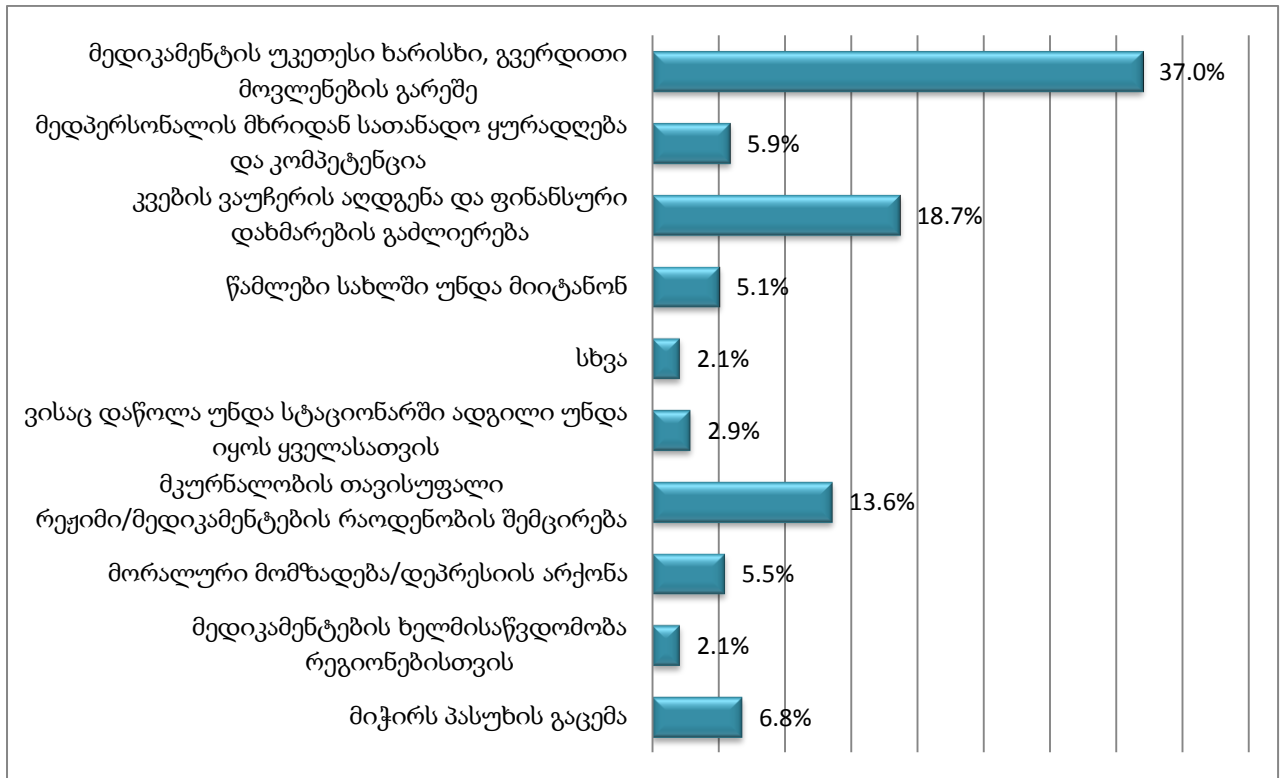
დიაგრამა 26. რესპოდენტების მიერ ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის რეჟიმის დაცვა



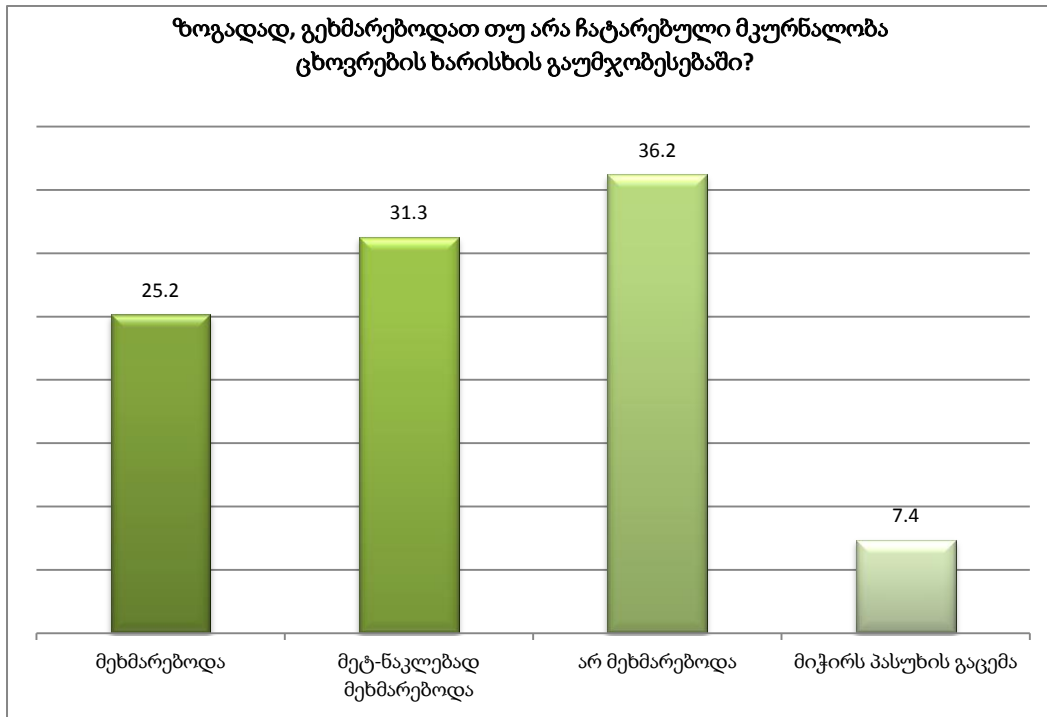
დიაგრამა 27. რეზისტენტული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის შეწყვეტის მთავარი მიზეზი/ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი



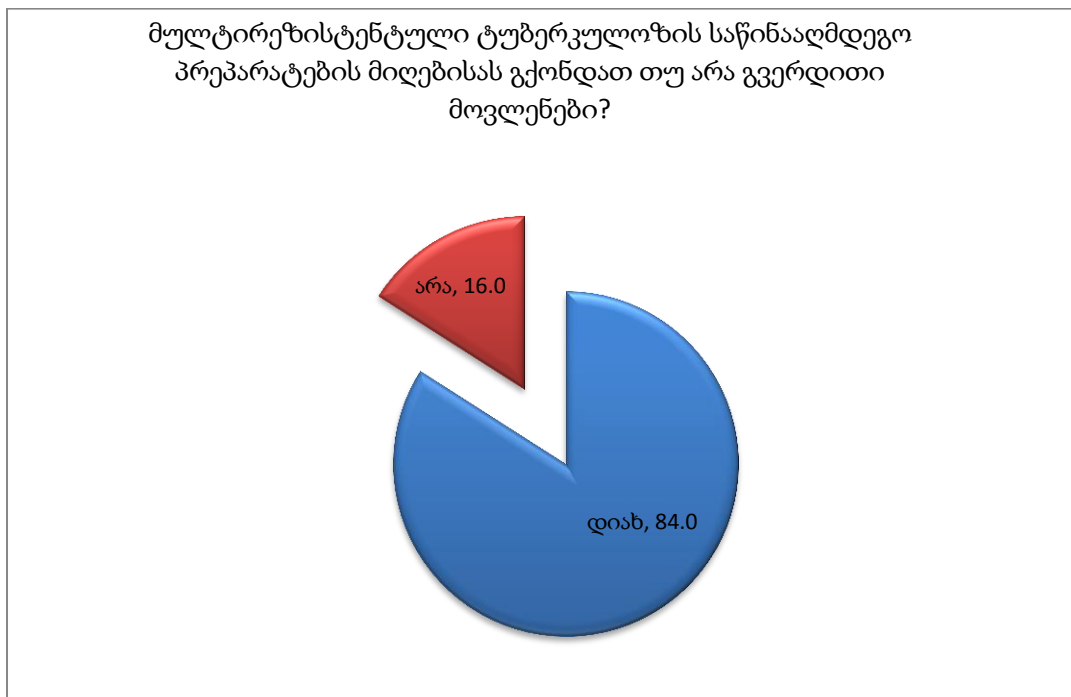
დიაგრამა 28. ძირითადი ფაქტორი/ფაქტორები, რომლებიც ხელს შეუწყობს რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მიერ მკურნალობის დაასრულებას, შეწყვეტის შემთხვევების გარეშე



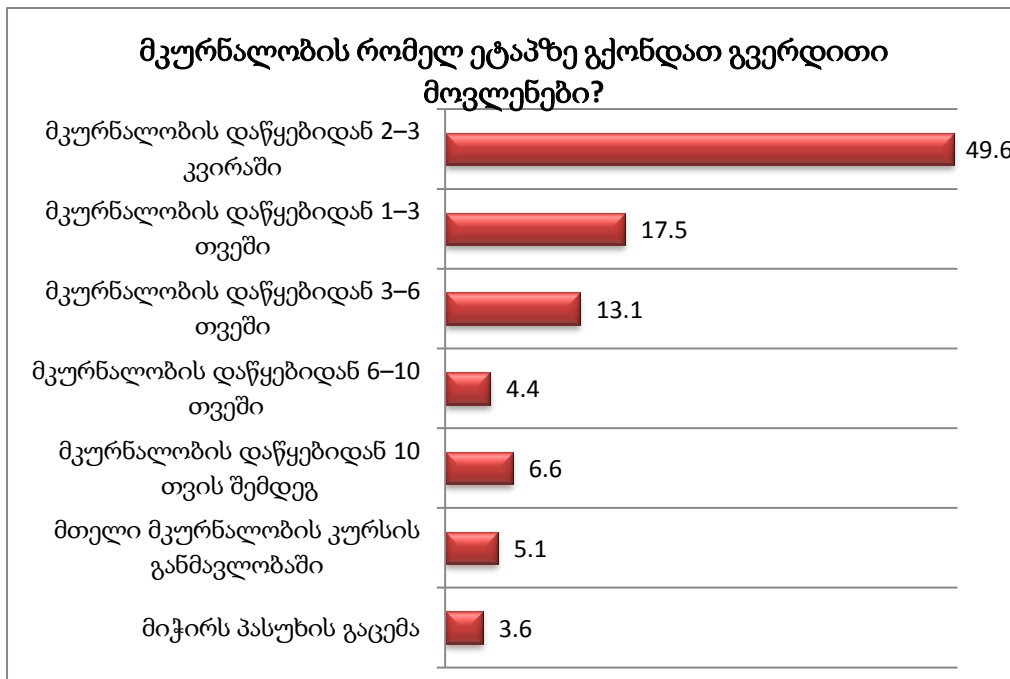
დიაგრამა 29. ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის ზეგავლენა ცხოვრების ხარისხზე



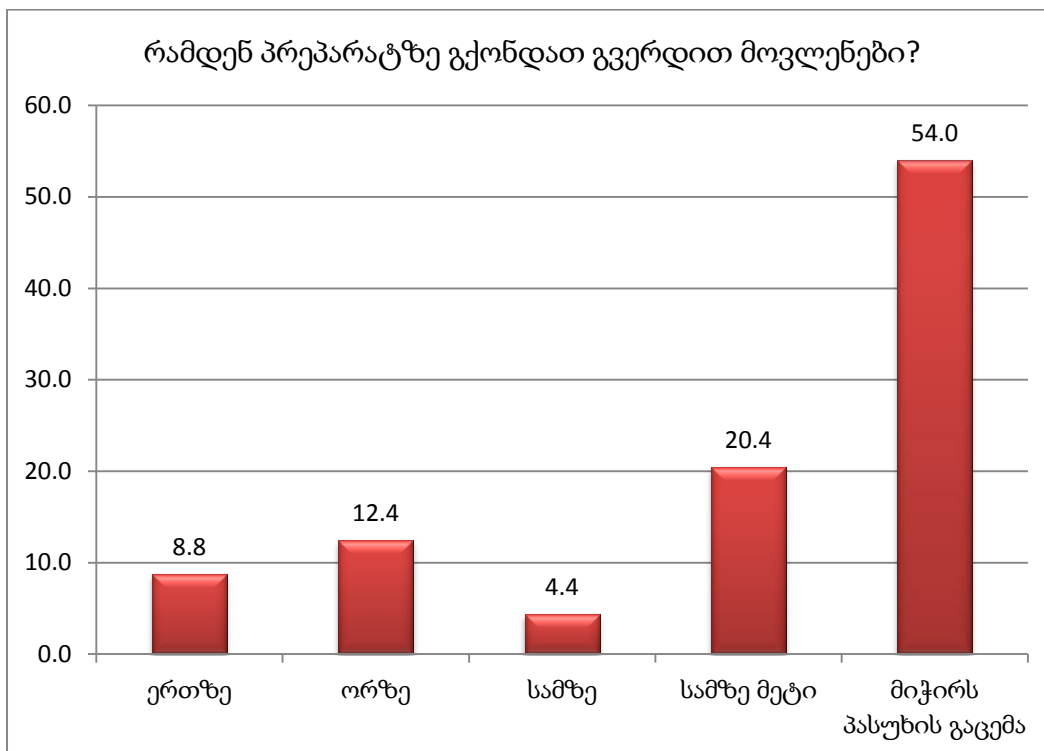
დიაგრამა 30. რესპონდენტებს შორის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობისას გვერდითი მოვლენების გამოვლენის სიხშირე



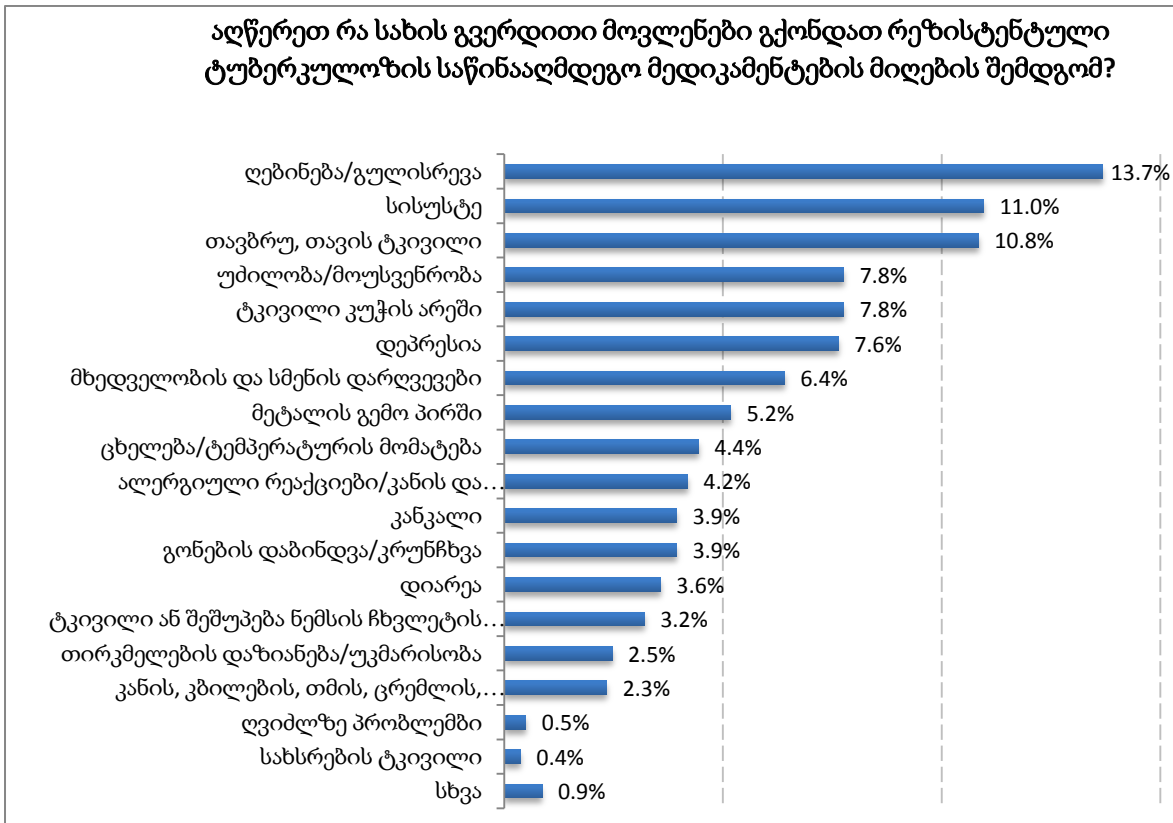
დიაგრამა 31. გვერდითი მოვლენების აღმოცენების სიხშირე მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე



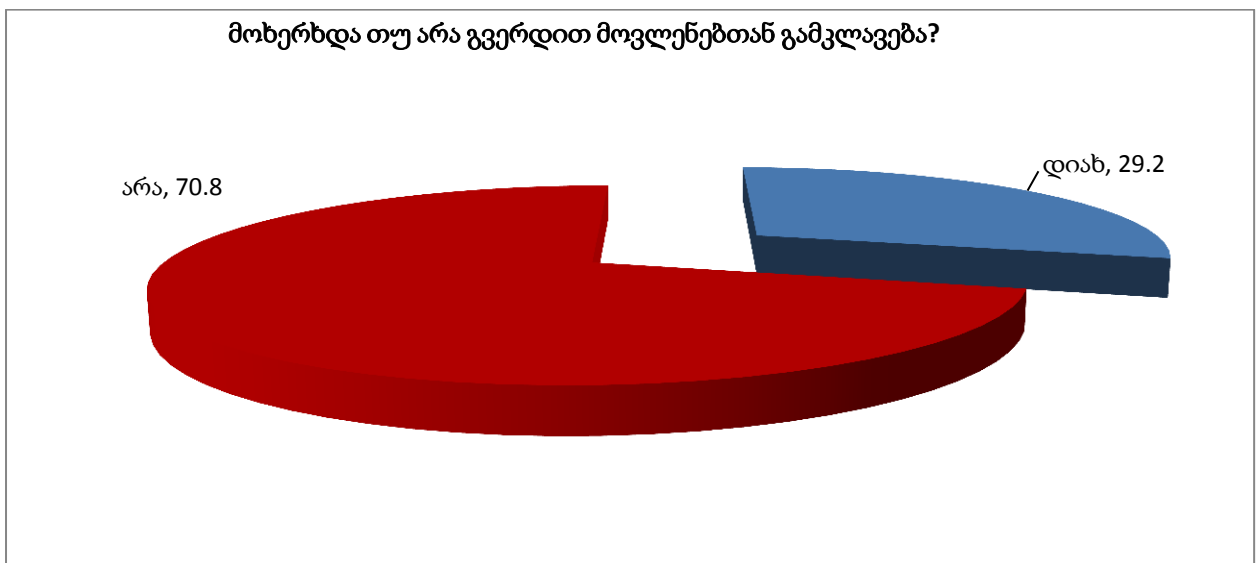
დიაგრამა 32. რესპონდენტების შეფასებით გვერდითი მოვლენების გამოწვევი პრეპარატების რაოდენობა



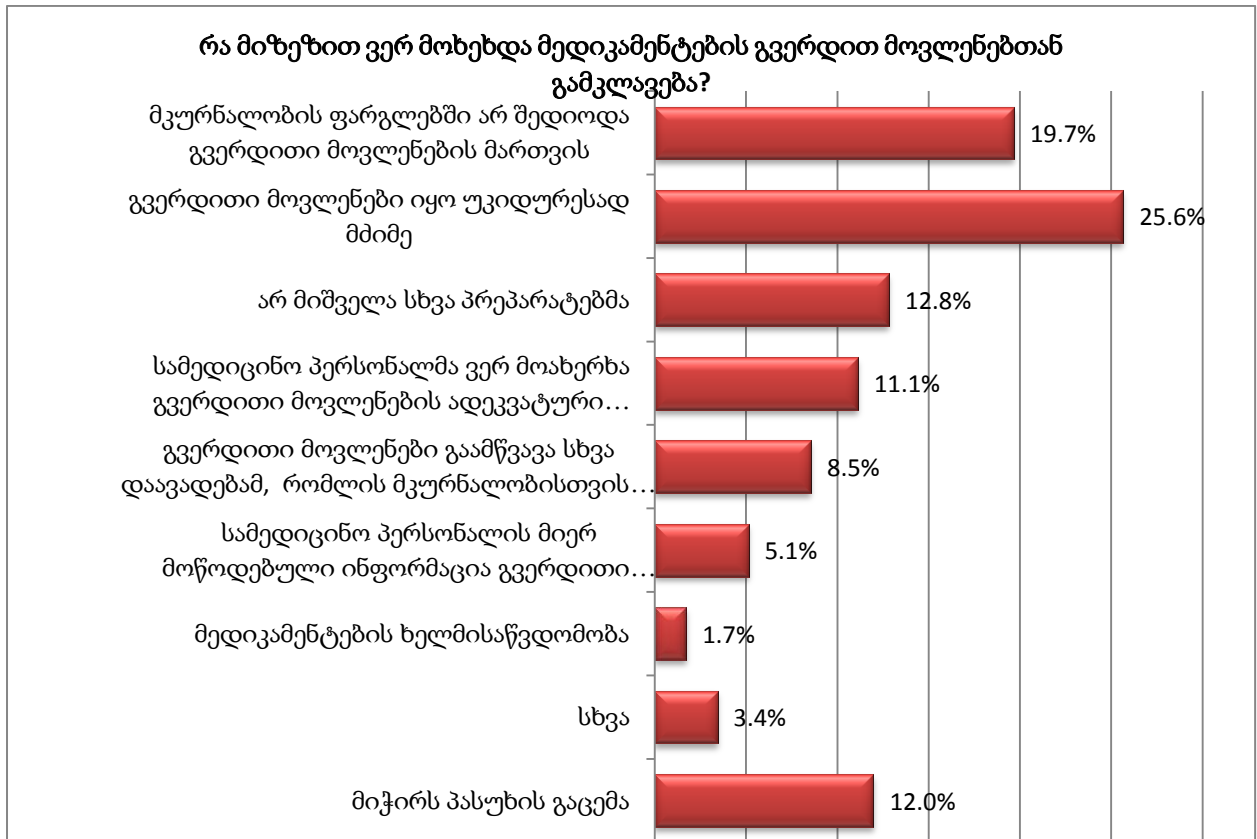
დიაგრამა 33. რეზისტენტული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღების შემდგომ გვერდითი მოვლენების სახეები



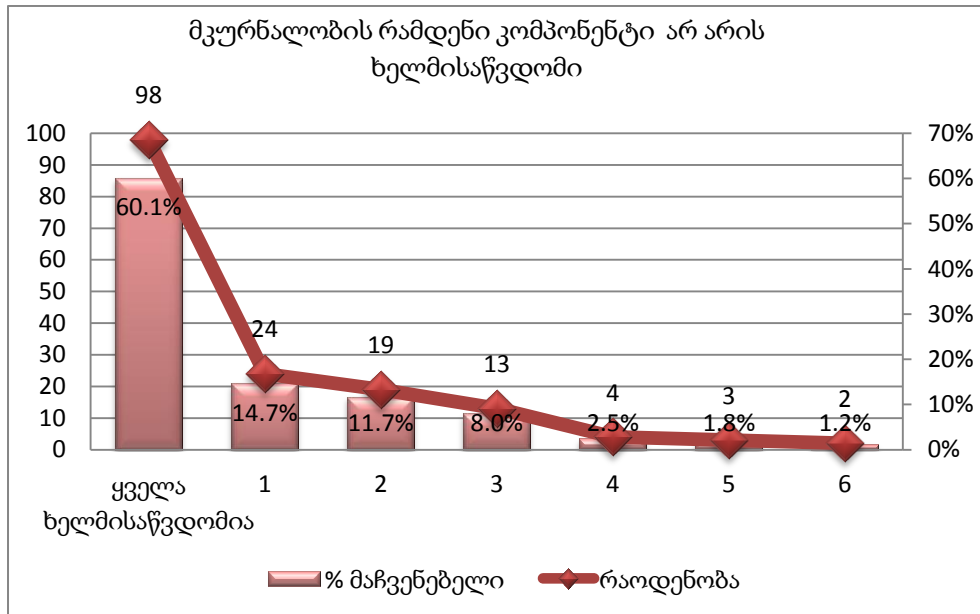
დიაგრამა 34. რესპონდენტებს შორის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის გვერდითი მოვლენების წარმატებით მართვის სიხშირე



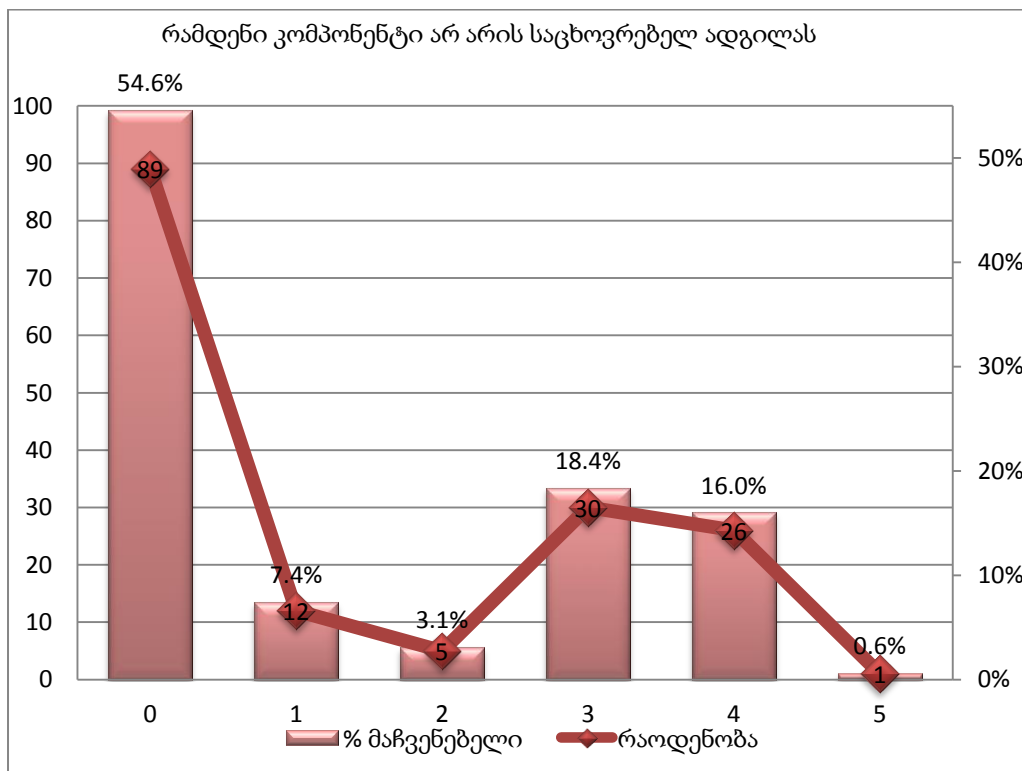
დიაგრამა 35. ფაქტორები, რაც ხელს უშლის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვა (რესპონდენტების შეფასებით)



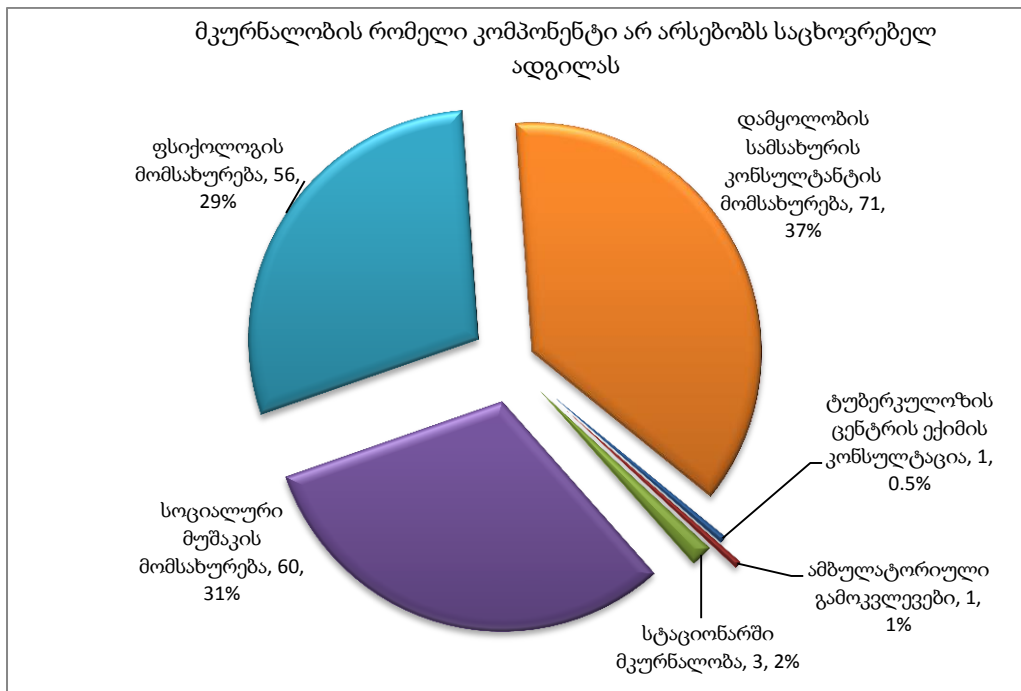
დიაგრამა 36. რესპონდენტებისთვის ხელმისაწვდომობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტებზე



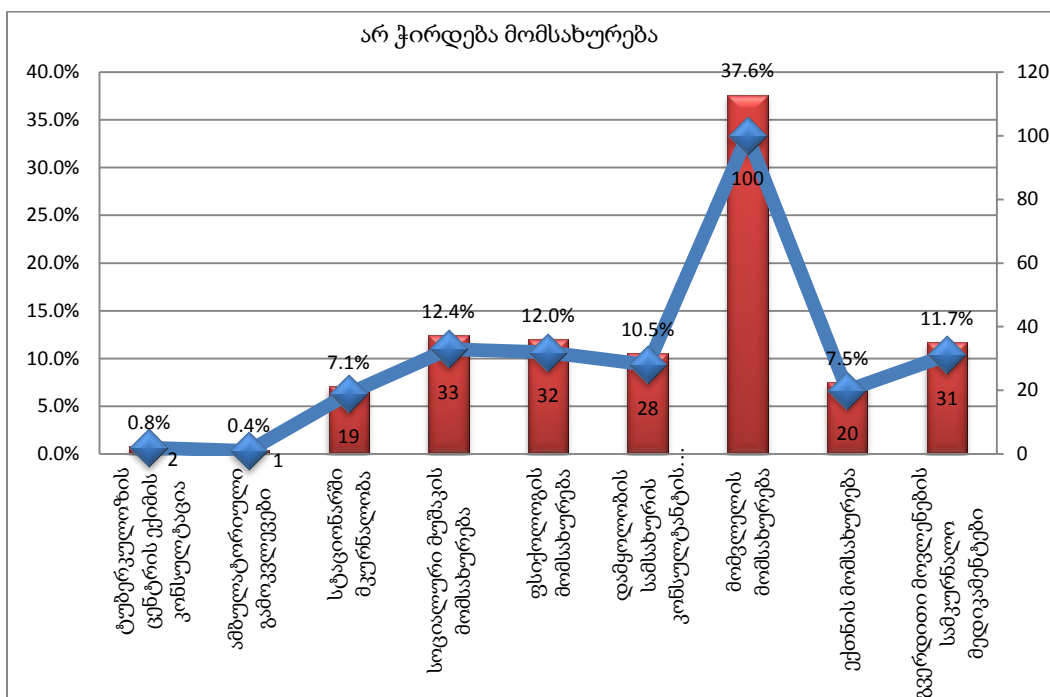
დიაგრამა 37. რესპონდენტებისთვის ხელმისაწვდომობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტებზე საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



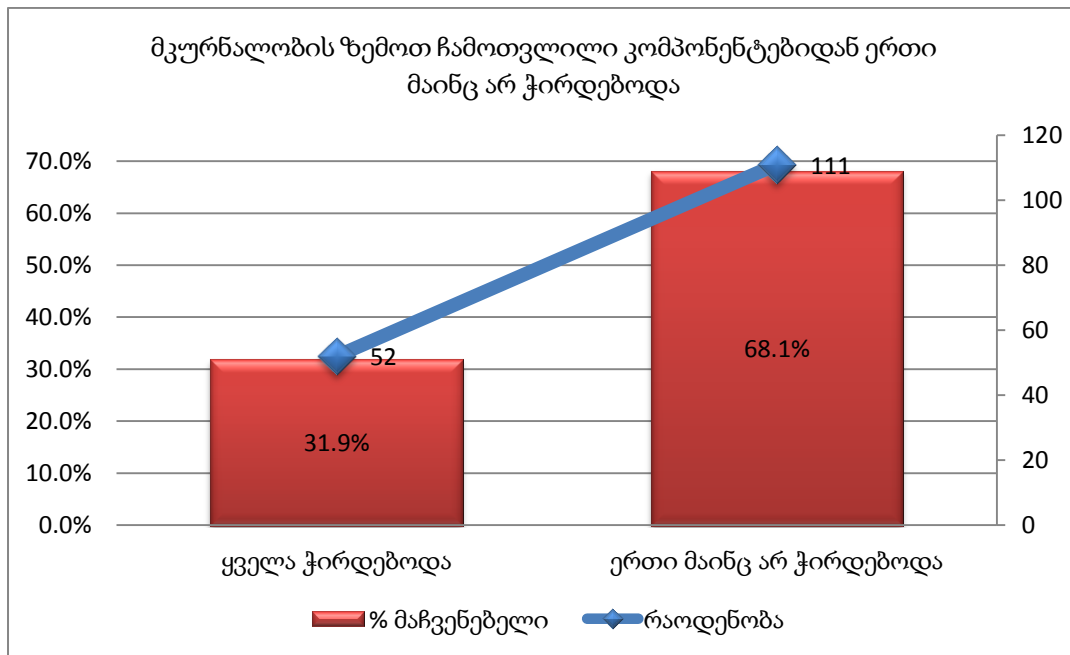
დიაგრამა 38. რესპონდენტებისთვის ხელმისაწვდომობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტებზე საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (1)



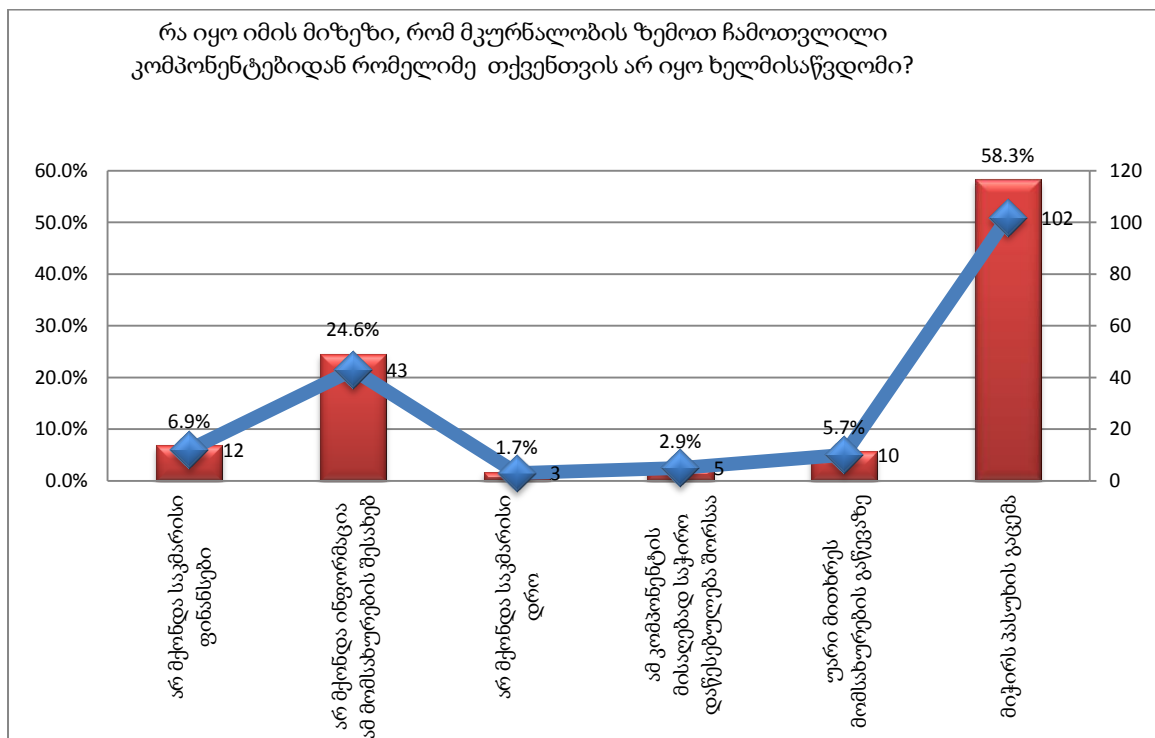
დიაგრამა 39. რესპონდენტების მოსაზრება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის ამათუ იმ კომპონენტის საჭიროების შესახებ



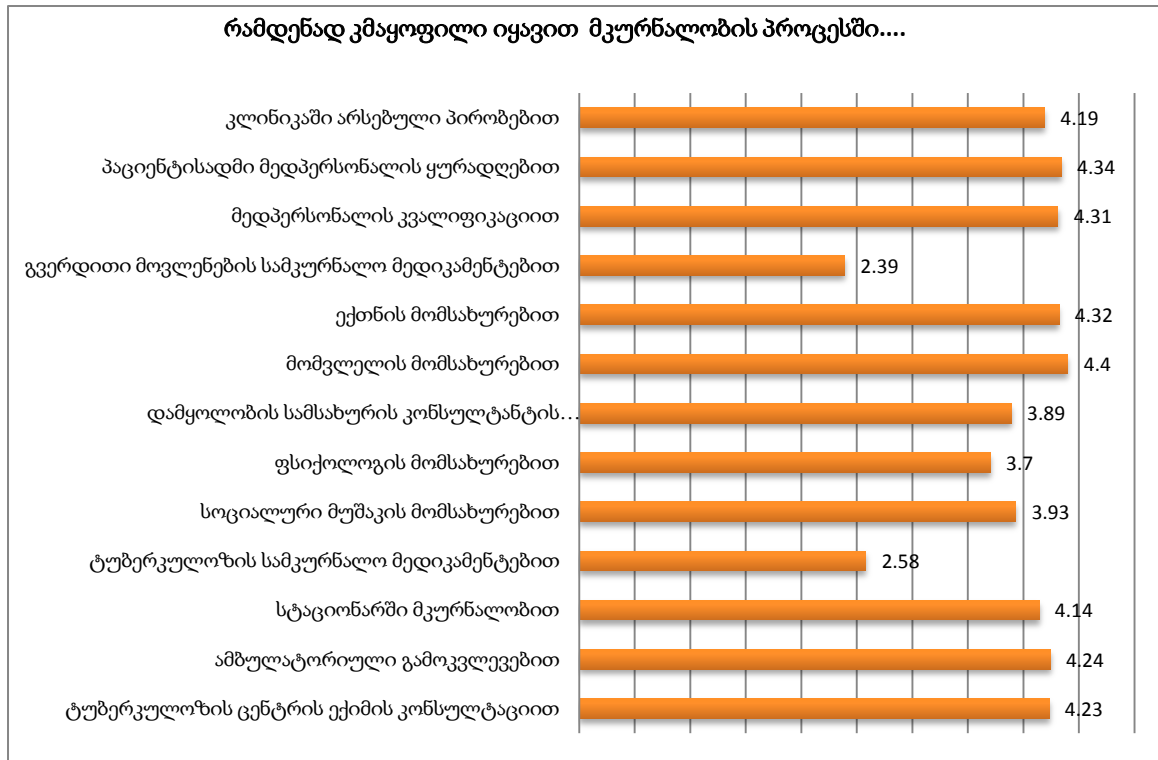
დიაგრამა 40. რესპონდენტების მოსაზრება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სრული პაკეტის კომპონენტების საჭიროების თაობაზე



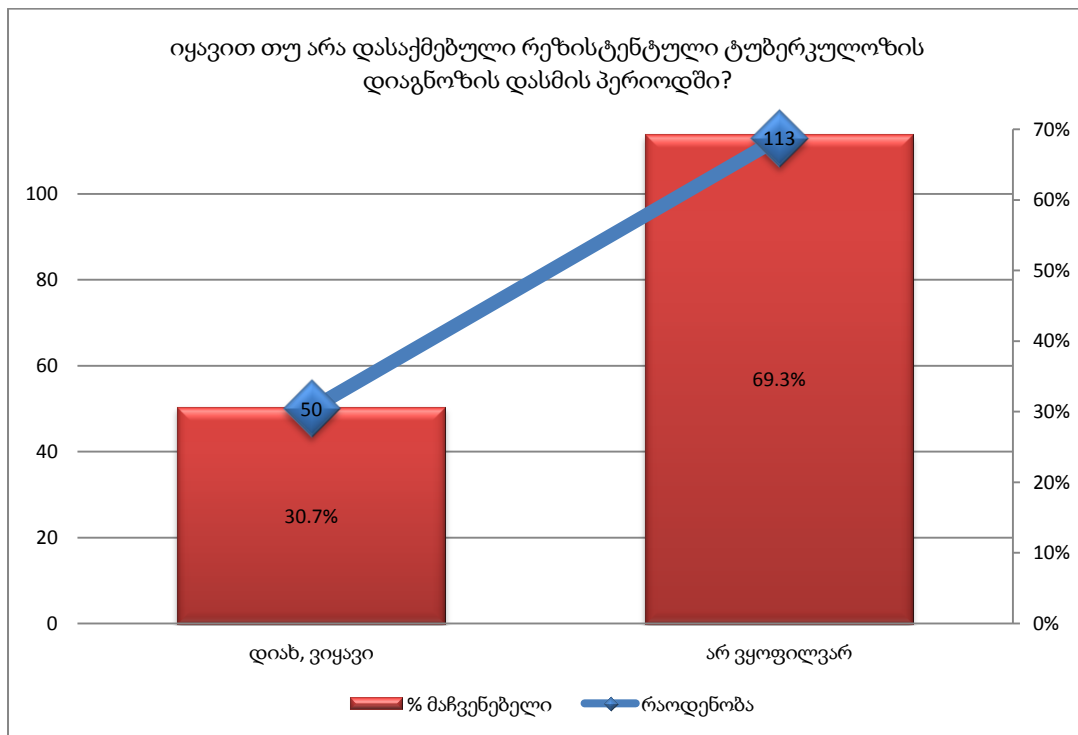
დიაგრამა 41. მულტირეზისტენტული მკურნალობის კომპონენტებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მიზეზები



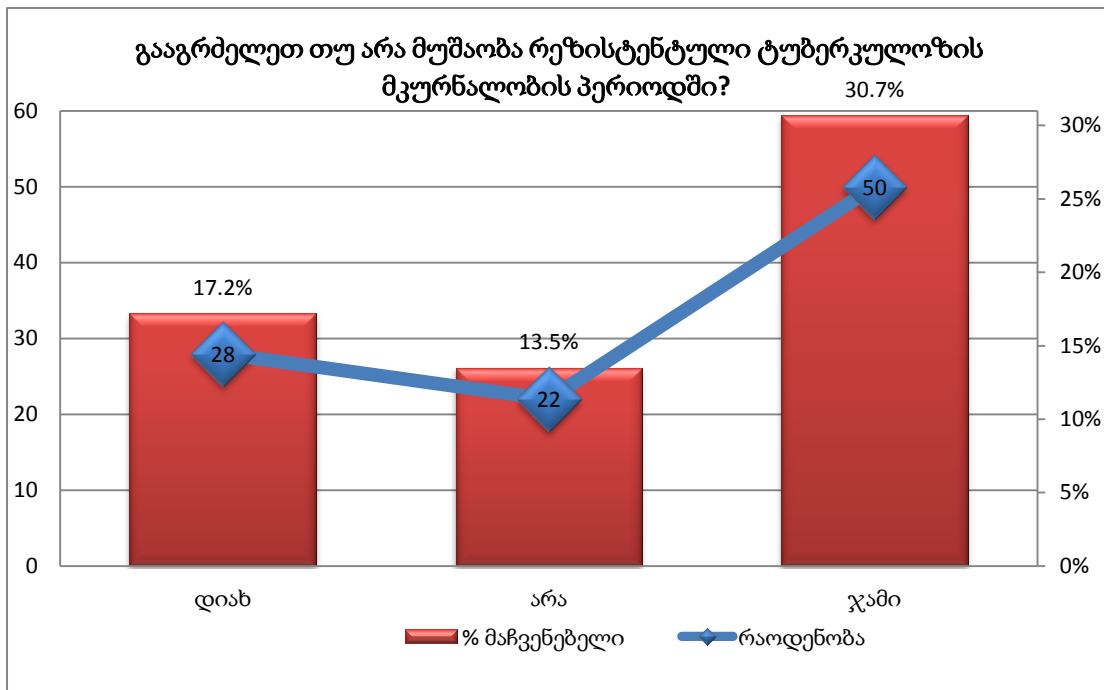
დიაგრამა 42. რესპონდენტთა კმაყოფილება მკურნალობის სხვადასხვა ასპექტით



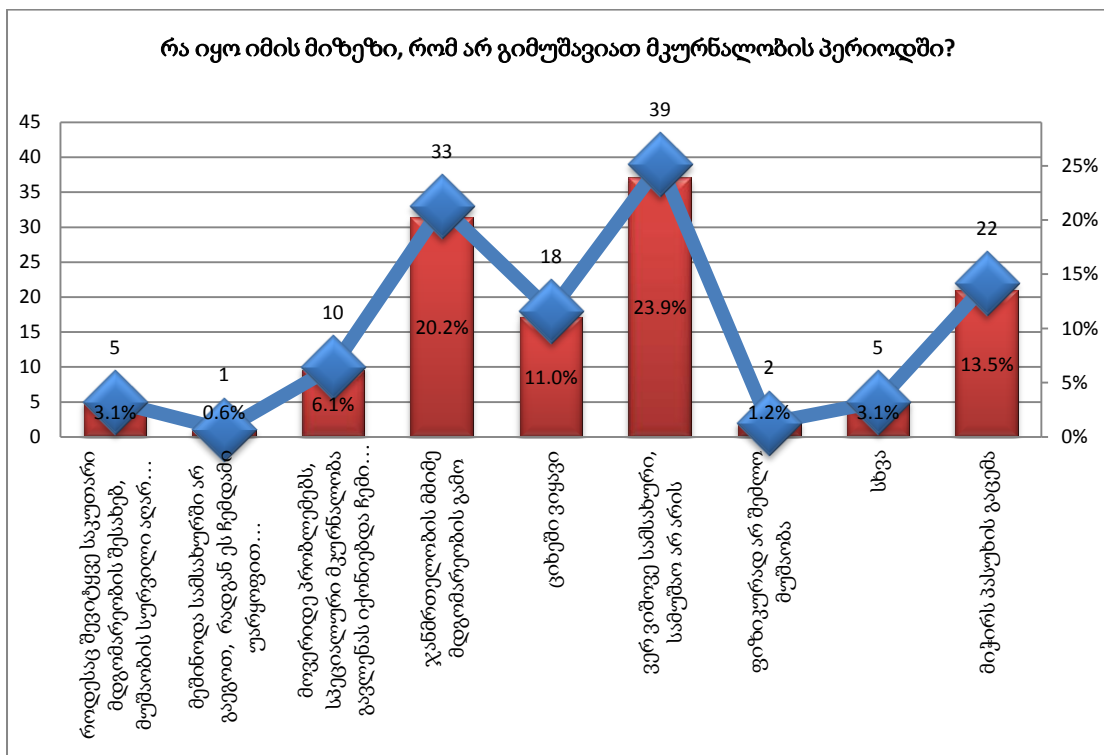
დიაგრამა 43 რესპონდენტთა განაწილება დასაქმების სტატუსი მიხედვით მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში.



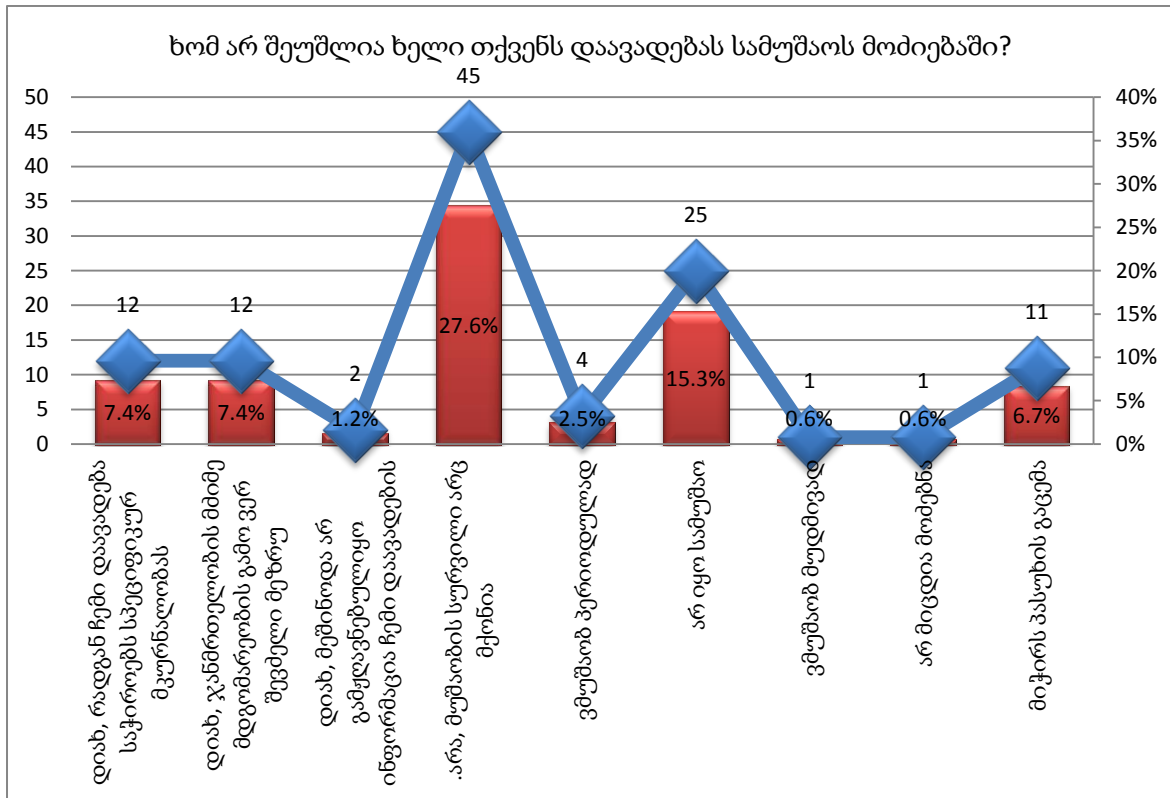
დიაგრამა 44. რესპონდენტების მიერ სამუშაოს შენარჩუნება მკურნალობის პერიოდში



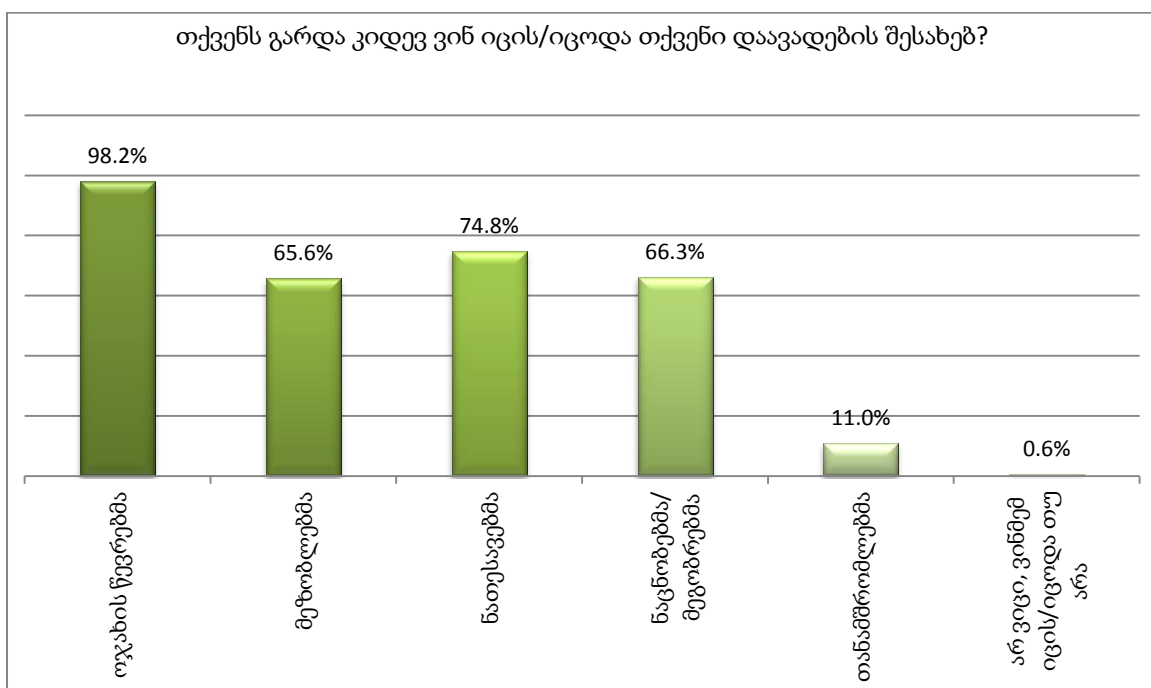
დიაგრამა 45. მულტირეისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში უმუშევრობის მიზეზები



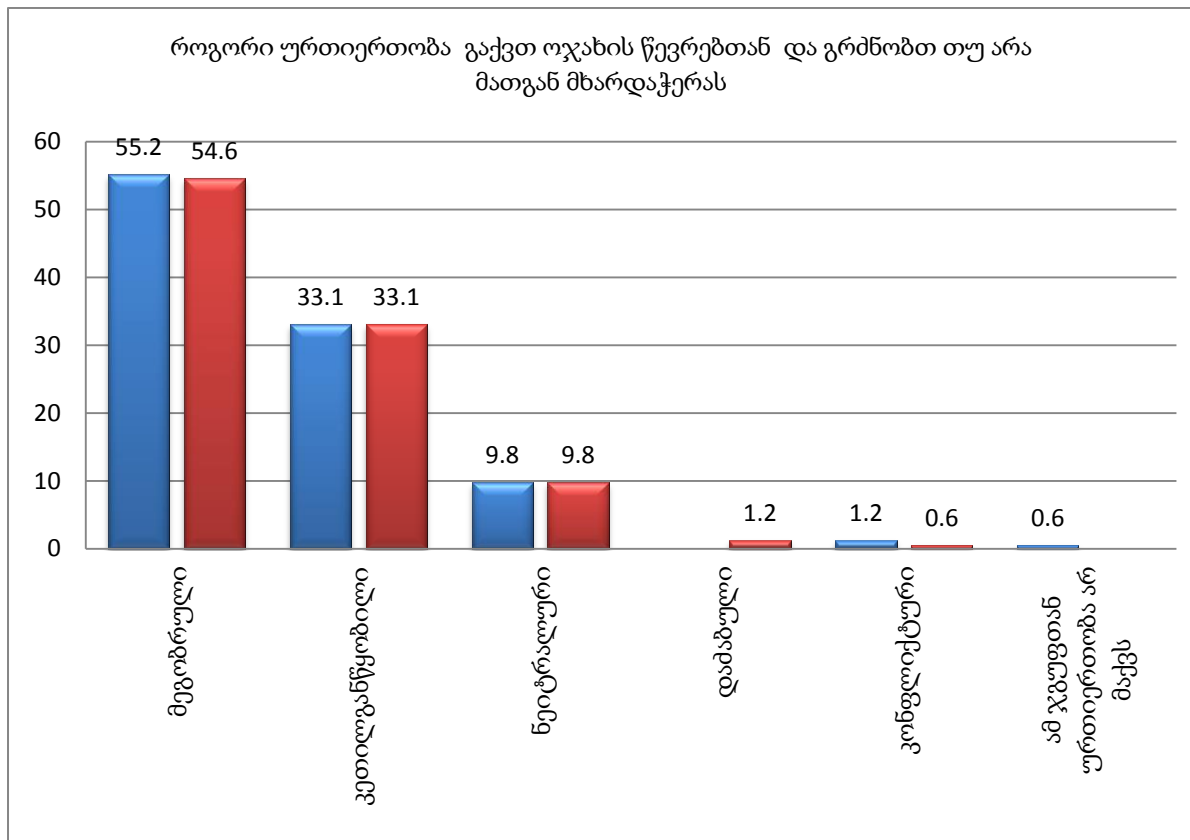
დიაგრამა 46. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში სამუშაოს მოძიების გართულების მიზეზები



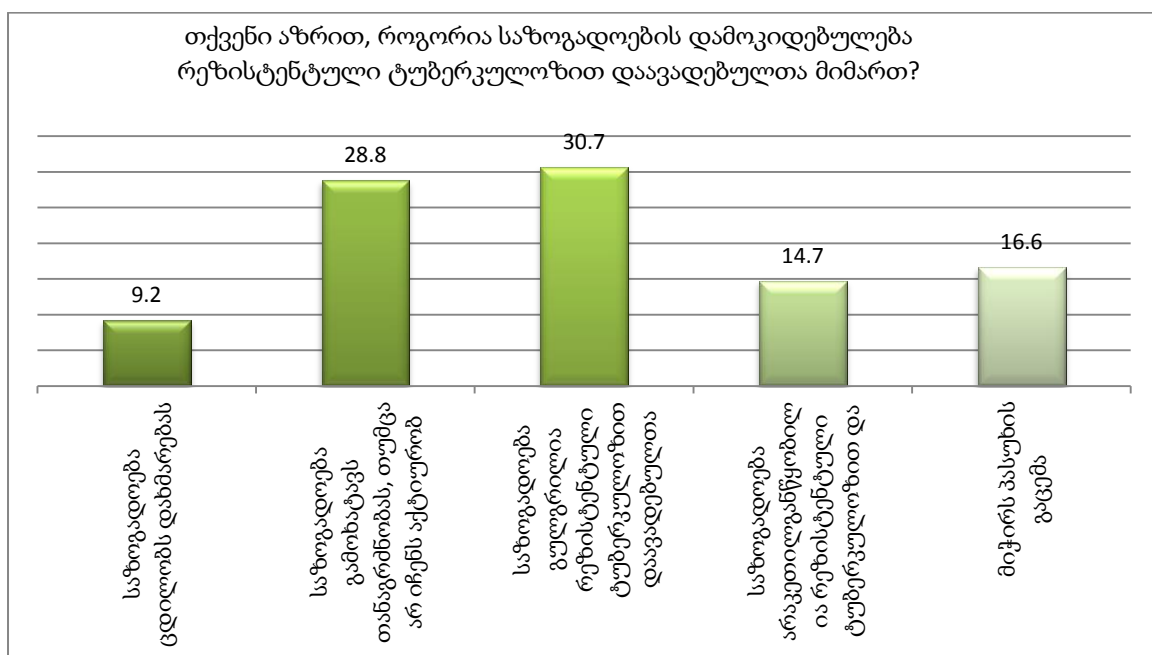
დიაგრამა 47. რესპონდენტთა მიერ დაავადების სტატუსის გაცნობა



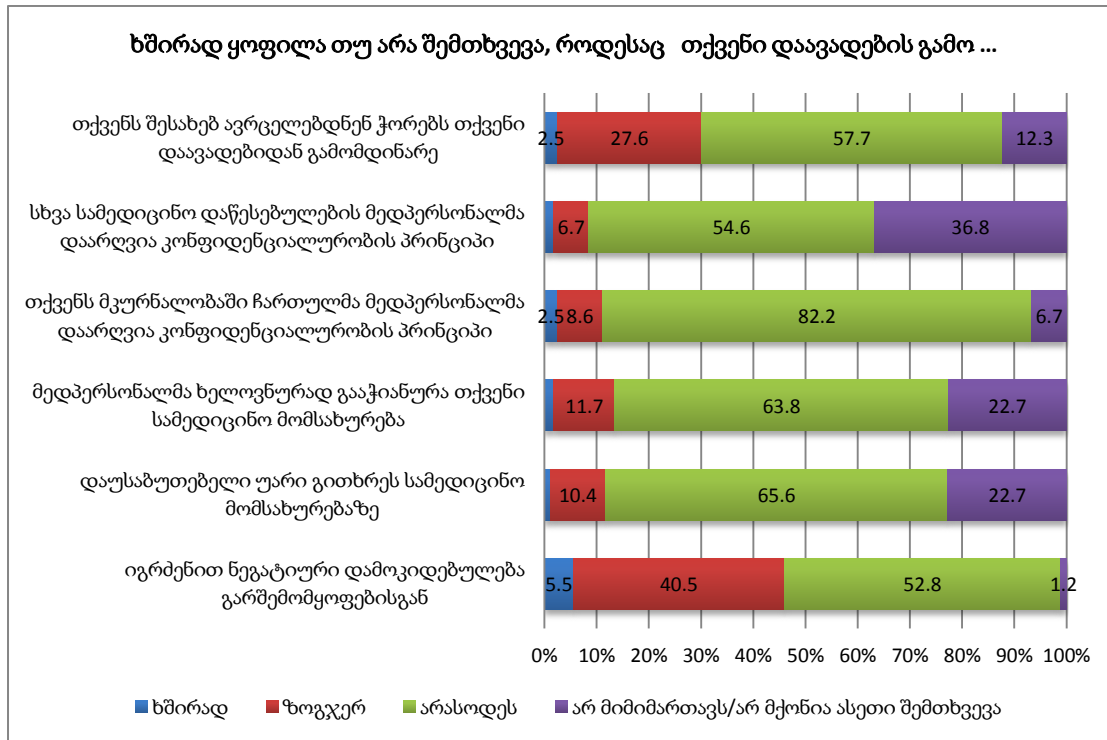
დიაგრამა 48. ოჯახის წევრების დამოკიდებულება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულთა მიმართ



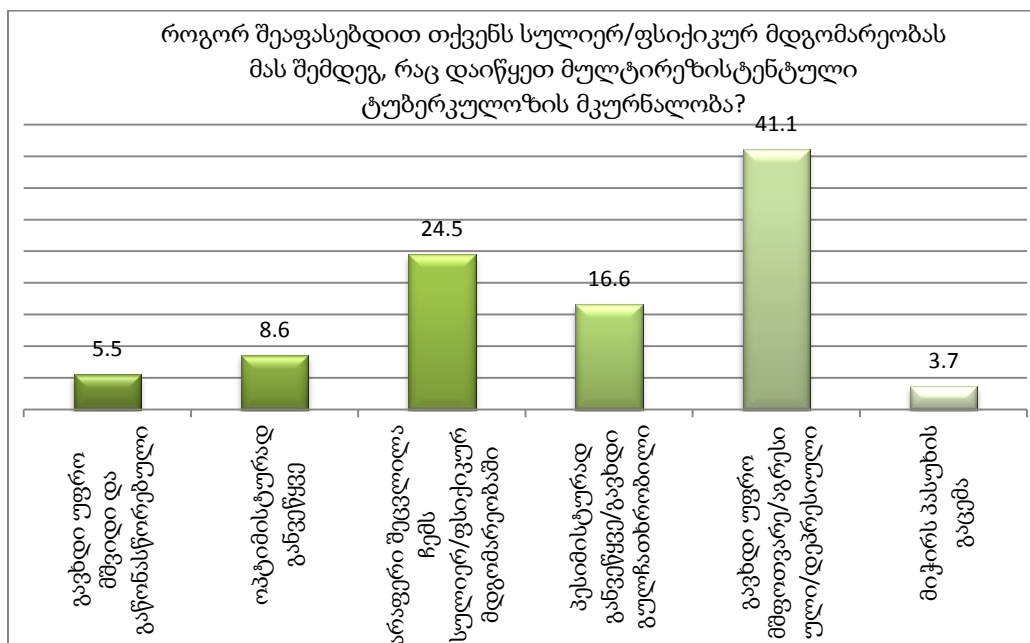
დიაგრამა 49. საზოგადოების დამოკიდებულება მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულთა მიმართ



დიაგრამა 50. რესპონდენტების მიერ მათი დაავადების გამო დისკრიმინაციის ან კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტების გაცნობა



დიაგრამა 51. რესპონდენტთა სულიერი/ფსიქიკური მდგომარეობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში



1. Multidrug and extensively drug resistant TB (M/XDR TB). 2010 Global Report on Surveillance and Response. World Health Organization.
2. Tuberculosis MDR-TB and XDR-TB. 2011 progress report. World Health Organization
3. Factors Associated with default from Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment, South Africa, 1999-2001. Final results from a case-control study in 5 provinces. Report prepared by the Tuberculosis Lead Programme Medical Research Council, Pretoria, South Africa together with the International Research and Programs Branch, Division of TB Elimination, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA July 2005;
4. Jakubowiak W.M, Bogorodskaya E.M., Borisov E.S., Danilova D.I., Kourbatova E.K.; Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007 Jan;11(1):46-53
5. A national study to identify factors associated with default from tuberculosis treatment, South Africa, 2002. Results from a case-control study in 8 provinces. Report prepared by the Tuberculosis Lead Programme Medical Research Council, Pretoria, South Africa Together with the International Research and Programs Branch, Division of TB Elimination, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA November 2009;
6. Franke MF, Appleton SC, Bayona J, Arteaga F, Palacios E, Llaro K, Shin SS, Becerra MC, Murray MB, Mitnick CD. Risk factors and mortality associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Clin Infect Dis.* 2008 Jun 15;46(12):1844-51
7. Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V, Subramani R, Gopi PG, Selvakumar N, Ganapathy S, Charles N, Rajamma J, Narayanan PR; Risk factors and associated with default failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002 Sep;6(9):780-8.
8. Adjunctive surgery improves treatment outcomes among patients with multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis. Gegia M, Kalandadze I, Kempker RR, Magee MJ, Blumberg HM. *Int J Infect Dis.* 2012 May;16(5):e391-6. doi:10.1016/j.ijid.2011.12.018. Epub 2012 Mar 17. PMID: 22425494.
9. A. Toczek, H. Cox, P. du Cros, G. Cooke, N. Ford. Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013 Mar;17(3):299-307. doi: 10.5588/ijtld.12.0537;
10. T. H. Holtz, J. Lancaster, K. F. Laserson, C. D. Wells, L. Thorpe, K. Weyer. Risk factors associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment, South Africa, 1999-2001. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006 Jun;10(6):649-55
11. Torun, T., G. Gungor, et al. (2005). "Side effects associated with the treatment of multidrug-resistant tuberculosis." *Int J Tuberc Lung Dis* 9(12): 1373-1377.11
12. Bloss, E., L. Kuksa, et al. (2010). "Adverse events related to multidrug-resistant tuberculosis treatment, Latvia, 2000-2004." *Int J Tuberc Lung Dis* 14(3): 275-281.
13. Shin, S. S., A. D. Pasechnikov, et al. (2007). "Adverse reactions among patients being treated for MDR-TB in Tomsk, Russia." *Int J Tuberc Lung Dis* 11(12): 1314-1320.
14. Knowledge, Attitude and Practice Survey among High Risk Groups and General Population in Georgia. Summary report 2012, USAID Georgia TB Prevention Project, available at www.tpp.ge