



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ნატალია ხუციშვილი

გაფანტული სკლეროზი - დაავადების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
სოციალური ტვირთის შეფასება საქართველოში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი

დისერტაცია

სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი
ჯანდაცვა

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ნინო განუგრავა
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი
თბილისი

2025 წელი

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე:

გაფანტული სკლეროზი - დაავადების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
სოციალური ტვირთის შეფასება საქართველოში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ნატალია ხუციშვილი © თბილისი, 2025 წ.

ანოტაცია

გაფანტული სკლეროზი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის პროგრესირებად, ანთებით და მადემიელინიზებელ დაავადებას, რომელსაც მნიშვნელოვნად მაღალი სოციალური ტვირთი ახლავს თან. გს, ძირითადად, აზიანებს შრომისუნარიან მოსახლეობას, იწვევს პროგრესირებად უნარშეზღუდულობას და გავლენას ახდენს არა მხოლოდ პაციენტის, არამედ მისი ოჯახის წევრებისა და მომვლელების ცხოვრების ხარისხზე. დაავადება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფუნქციონირებაზე.

საქართველოში არ არსებობს სისტემური, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კვლევა, რომელიც გააანალიზებდა გაფანტული სკლეროზის სოციალურ ტვირთს. ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მონაცემების არარსებობა, მზრუნველობის ფორმალური და არაფორმალური სისტემების შეზღუდულობა, ასევე დაავადების მიმართ ინფორმირებულობის დაბალი დონე, ქმნის საჭიროებას ჩატარდეს კომპლექსური შეფასება როგორც პაციენტების, ასევე მათი მომვლელების და ჯანდაცვის პროფესიონალების (ნევროლოგების) პერსპექტივით.

წარმოდგენილი კვლევა მიზნად ისახავდა, პირველად საქართველოში გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ შეფასებას. გამოყენებული იქნა შემდეგი კვლევის დიზაინი: პაციენტებისა და მომვლელების კვლევა ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური დიზაინით საქართველოს ხუთ კლინიკაში 2023 წლის განმავლობაში, ხოლო ნევროლოგებთან (10) ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები. პაციენტების კვლევისას გამოყენებულ იქნა ვალიდირებული ინსტრუმენტი MSQOL-54, რომელიც შესაძლებლობას იძლევა შეფასდეს როგორც ფიზიკური, ასევე მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტები. კვლევაში მონაწილეობდა 384 პაციენტი. მომვლელთა (384) კვლევისას გამოყენებულ იქნა საერთაშორისო ინსტრუმენტი, MSQareQOL, რომელიც ასახავს ემოციურ, სოციალურ და ფუნქციურ მდგომარეობას.

მონაცემთა რაოდენობრივი ანალიზი განხორციელდა SPSS პროგრამით, გამოყენებულ იქნა აღწერით სტატისტიკა, ბივარიაციული ანალიზი და ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელი. ხარისხობრივი ინტერვიუები დაყრდნობილია

შინაარსობრივ ანალიზზე.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა მაღალი სოციალური და ემოციური დატვირთვა როგორც პაციენტებში, ისე მომვლელებში, რისი გამომწვევიცაა მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, სოციალური მხარდაჭერის არარსებობა და ინფორმაციის დეფიციტი. პაციენტების 57%-ს არ მიუწვდება ხელი დაავადების მამოდიფიცირებელ თერაპიაზე. მომვლელების 75%-მა აღნიშნა ძლიერი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური გადაღლა, ხოლო ჯანდაცვის პროფესიონალებმა ხაზი გაუსვეს მულტიდისციპლინური მხარდაჭერის აუცილებლობას.

ნაშრომის შედეგები ხაზს უსვამს საჭიროებას, მოხდეს MS-ის მართვის სისტემური გაძლიერება, დაეფუძნოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომებს და გაფართოვდეს სოციალური და მედიკამენტური დახმარების პროგრამები. აღნიშნული მიგნებები მნიშვნელოვანი ბაზას ქმნის სამომავლო სტრატეგიების დაგეგმვისა და პოლიტიკის შემუშავების პროცესში საქართველოში.

ავტობიოგრაფია

მე, ნატალია ხუციშვილი, დავიბადე 1983 წელს ქალაქ თბილისში.

განათლება:

2022 – 2025 წწ, საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამა. დოქტორანტი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

2006 – 2008 წწ, საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამაგისტრო პროგრამა. მაგისტრი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

2000 – 2006 წწ, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, მედიცინის სკოლა, ზოგადი პროფილის ექიმი.

შრომითი საქმიანობა:

2020 წწ– დღემდე, რომ ჯორჯია, ნეიროიმუნოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი, კავკასიის ქვეყნებში.

2011-2020 წწ, ლე ლაბორატუა სერვისებს წარმომადგენლობა საქართველოში, რეგიონული მენეჯერი.

2006-2011 წწ, ფარმადეპო, გაყიდვების მენეჯერი.

მადლიერების გამოხატვა

მადლიერებას გამოვხატავ ჩემი სამეცნიერო ხელმძღვანელის, ქალბატონ ნინო განუგრავას მიმართ, რომლის ხელმძღვანელობამ, ექსპერტიზამ და უწყვეტმა მხარდაჭერამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ჩემი დისერტაციის წარმატებით დასრულებაში.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუძღვნი საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლას, რომელმაც უზრუნველყო ოპტიმალური აკადემიური გარემო კვლევითი პროცესის წარმართვისთვის.

საგანგებო მადლიერებით მსურს აღვნიშნო საქართველოს ნევროლოგთა საზოგადოების და ექსპერტ ნევროლოგთა წვლილი, რომელთა პროფესიული ჩართულობისა და კლინიკური ექსპერტიზის გარეშე, შეუძლებელი იქნებოდა კვლევის შესრულება.

ასევე გულწრფელ მადლობას ვუხდის გაფანტული სკლეროზის პაციენტთა ორგანიზაციას, რომლის თანამშრომლობამ შესაძლებელი გახადა კვლევის სამიზნე პოპულაციის ჩართვა და მონაცემთა სრულყოფილი შეგროვება.

სარჩევი

შესავალი.....	14
1. ლიტერატურის მიმოხილვა.....	20
1.1 გაფანტული სკლეროზის ეპიდემიოლოგია და კლინიკური მახასიათებლები.....	20
1.2 კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოსტიკა.....	23
1.3 გაფანტული სკლეროზის მკურნალობა.....	25
1.4 გაფანტული სკლეროზის ეკონომიკური და სოციალური ტვირთი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე: გლობალური და ადგილობრივი პერსპექტივა.....	26
1.5 გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი პაციენტებზე.....	28
1.6 გაფანტული სკლეროზის მომვლელების როლი, გამოწვევები და მხარდაჭერის სისტემები.....	34
1.7 ჯანდაცვის პროფესიონალების როლი გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შემცირებაში.....	40
1.8 მულტისექტორული და ინტეგრირებული მიდგომა გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის მართვისთვის.....	42
2. მეთოდები.....	43
2.1. კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	43
2.2 სამიზნე ჯგუფები.....	43
2.2.1. პაციენტების სოციალური ტვირთის შეფასების მეთოდოლოგია.....	43
2.2.2. მომვლელების სოციალური ტვირთის შეფასების მეთოდოლოგია.....	52
2.2.3. ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ სოციალური ტვირთის შეფასების მეთოდოლოგია.....	53
2.3. კვლევის ეთიკური მხარე.....	55
3. ძირითადი შედეგები.....	56
3.1. პაციენტების სოციალური ტვირთის კვლევის შედეგები.....	56
3.2. მომვლელები სოციალური ტვირთის კვლევის შედეგები.....	73
3.3. ჯანდაცვის პროფესიონალების ხარისხობრივი კვლევის შედეგები.....	96
4. დისკუსია.....	100
4.1. გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი პაციენტებზე.....	100
4.2. გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი მომვლელებზე.....	103
4.3. პაციენტებისა და მომვლელების სოციალური ტვირთისა და დემოგრაფიული მახასიათებლების კორელაცია.....	105
4.4. ჯანდაცვის პროფესიონალების როლი.....	106
4.5. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა და ფინანსური ტვირთი.....	108
4.6. საქართველოს კვლევის შედეგების შედარებითი ანალიზი საერთაშორისო	

მონაცემებთან	109
4.7. გაფანტული სკლეროზი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სოციალური ტვირთი	110
კვლევის შეზღუდვები	112
დასკვნები	115
რეკომენდაციები	117
დანართი: ცხრილები.....	120
ბიბლიოგრაფია.....	177

ცხრილების ჩამონათვალი:

ცხრილი 1. პაციენტების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	119
ცხრილი 2. პაციენტების შესახებ არსებული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	120
ცხრილი 3. პაციენტების შესახებ არსებული რაოდენობრივი მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	121
ცხრილი 4. პაციენტების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა	121
ცხრილი 5. შეფასების ქულათა ინტერპრეტაცია. მაჩვენებელი	14
ცხრილი 6. ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულები	132
ცხრილი 7. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით	132
ცხრილი 8. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით	134
ცხრილი 9. მონაწილეთა რაოდენობრივი მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით	135
ცხრილი 10. მონაწილეთა რაოდენობრივი მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით	136
ცხრილი 11. მომვლელების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	136
ცხრილი 12. მომვლელების შესახებ არსებული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	137
ცხრილი 13. მომვლელების პაციენტების შესახებ არსებული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	138
ცხრილი 14. მომვლელების და მათი პაციენტების შესახებ არსებული რაოდენობრივი მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	139
ცხრილი 15. მომვლელების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა	139
ცხრილი 16. მომვლელების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა ოთხი ფაქტორის და ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კომპონენტების მიხედვით	143

ცხრილი 17. მომვლელების მახასიათებლები ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით	144
ცხრილი 18. მომვლელების მახასიათებლები სოციალური კომპონენტის მიხედვით....	146
ცხრილი 19. მომვლელების მახასიათებლები მენტალური კომპონენტის მიხედვით....	148
ცხრილი 20. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 1-ის მიხედვით	150
ცხრილი 21. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 2-ის მიხედვით	152
ცხრილი 22. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 3-ის მიხედვით	154
ცხრილი 23. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 4-ის მიხედვით	156
ცხრილი 24. მომვლელების მახასიათებლები ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით	158
ცხრილი 25. მომვლელების მახასიათებლები სოციალური კომპონენტის მიხედვით....	159
ცხრილი 26. მომვლელების მახასიათებლები მენტალური კომპონენტის მიხედვით	161
ცხრილი 27. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით	163
ცხრილი 28. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით	165
ცხრილი 29. MSQOL-54 შედეგების ანალიზი სხვადასხვა ქვეყნებში	166
ცხრილი 30. CAREQOL-MS შედეგების ანალიზი სხვადასხვა ქვეყნებში	167

დიაგრამების ჩამონათვალი

გრაფიკი 1. პაციენტების ასაკი და მისი განაწილება ჯგუფების მიხედვით.....	56
გრაფიკი 2. პაციენტების განაწილება განათლების და დასაქმების სტატუსის მიხედვით	57
გრაფიკი 3. ინფორმაცია პაციენტების მკურნალობის შესახებ.....	57
გრაფიკი 4. პაციენტების შეზღუდვა 1.5 კილომეტრზე მეტის გავლის დროს და რამდენიმე ან ერთი ბლოკის გავლის დროს.....	59
გრაფიკი 5. პაციენტების მდგომარეობის შეფასება სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით ბოლო 4 კვირაში	60
გრაფიკი 6. პაციენტების შეფასებები მათ ზოგად ჯანმრთელობაზე.....	62
გრაფიკი 7. პაციენტების სექსუალური ცხოვრების პრობლემები ბოლო 4 კვირის განმავლობაში	63
გრაფიკი 8. 100 ქულიანი სკალის დახმარებით წარმოდგენილი მაჩვენებლები.....	64
გრაფიკი 9. ჯანმრთელობის აღქმის 100-ქულიანი სკალის დახმარებით წარმოდგენილი მაჩვენებლები	65
გრაფიკი 10. ცხოვრების ხარისხის ზოგადი მაჩვენებლის 100-ქულიანი სკალის დახმარებით წარმოდგენილი მაჩვენებლები	65
გრაფიკი 11. ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულების მაჩვენებელი, დაანგარიშებული სპეციალური ფორმულით	66
გრაფიკი 12. ფიზიკური კომპონენტი დასაქმების სტატუსის და საცხოვრებელი ადგილის ცვლადების მიხედვით*	68
გრაფიკი 13. ფიზიკური კომპონენტი მკურნალობის სტატუსის და სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის მიხედვით*	68
გრაფიკი 14. ფიზიკური კომპონენტი მკურნალობის სტატუსის და სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის მიხედვით*	70
გრაფიკი 15. მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები	71
გრაფიკი 16. მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები	72
გრაფიკი 17. მომვლელების ასაკი და მისი განაწილება ჯგუფების მიხედვით.....	73
გრაფიკი 18. მომვლელების განაწილება განათლების და დასაქმების სტატუსის მიხედვით	74
გრაფიკი 19. მომვლელების განაწილება სხვა ადამიანისგან დახმარების მიღების მიხედვით	75
გრაფიკი 20. ინფორმაცია პაციენტების მკურნალობის შესახებ.....	75
გრაფიკი 21. პაციენტის ბოლო კვირაში გატარებული დრო პარტნიორთან და ოჯახის წევრებთან/ახლობლებთან.....	76
გრაფიკი 22. მომვლელის მიერ ნამუშევარი და გაცდენილი საათების რაოდენობა ბოლო კვირაში*	77
გრაფიკი 23. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის პირადი ჰიგიენა/მოწესრიგება	78
გრაფიკი 24. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე ზრუნვის გამო დრო აღარ რჩება მომვლელს, რომ იზრუნოს ოჯახის სხვა წევრებზე.....	78

გრაფიკი 25. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის ნერვიულობა/განცდები მაღიზიანებს	79
გრაფიკი 26. მომვლელის ჯანმრთელობა გაუარესდა ბოლო ერთი წლის განმავლობაში	80
გრაფიკი 27. ფიზიკური, სოციალური და მენტალური კომპონენტების აღწერილობითი სტატისტიკა. კომპონენტები მიუთითებს პაციენტის მოვლისგან გამოწვეულ გავლენას მომვლელის ფიზიკურ, სოციალურ და მენტალურ მდგომარეობაზე.....	82
გრაფიკი 28. ოთხი ფაქტორის აღწერილობითი სტატისტიკა. ფაქტორები პაციენტის მოვლისგან გამოწვეულ გავლენას აჩვენებს მომვლელის სხვადასხვა მდგომარეობაზე*	83
გრაფიკი 29. გავლენა ფიზიკურ კომპონენტზე ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით	84
გრაფიკი 30. გავლენა სოციალურ კომპონენტზე პენსიონერის სტატუსის მიხედვით	85
გრაფიკი 31. გავლენა სოციალურ კომპონენტზე ბოლო კვირაში გატარებული დროის მიხედვით	86
გრაფიკი 32. ფაქტორი 1-ის გავლენა ბოლო კვირაში გატარებული დროის მიხედვით	88
გრაფიკი 33. ფაქტორი 2-ის გავლენა პაციენტის დაავადების ტიპის და მკურნალობის სტატუსის მიხედვით.....	89
გრაფიკი 34. ფაქტორი 3-ის გავლენა პაციენტის დაავადების ტიპის და შშმ სტატუსის ცვლადების მიხედვით	90
გრაფიკი 35. ფაქტორი 4-ის გავლენა პაციენტის მკურნალობის სტატუსის და მკურნალობის ტიპის ცვლადების მიხედვით.....	91
გრაფიკი 36. ფაქტორი 4-ის გავლენა ბოლო კვირაში გატარებული დროის მიხედვით	91
გრაფიკი 37. მახასიათებლები, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების ფიზიკურ მდგომარეობაზე. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები *.	92
გრაფიკი 38. მახასიათებლები, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების სოციალურ მდგომარეობაზე. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები *.	94
გრაფიკი 39. მახასიათებლები, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების მენტალურ მდგომარეობაზე. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები *.	95
გრაფიკი 40. პაციენტების და მომვლელების მონაცემების შედარება მათი საცხოვრებელი ადგილის და დასაქმების სტატუსის მიხედვით.	106

ნაშრომში გამოყენებული აბრევიატურები და ტერმინების ჩამონათვალი

გს - გაფანტული სკლეროზი

ცნს - ცენტრალური ნერვული სისტემა

მრტ - მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

დმმ - დაავადების მამოდიფიცირებელი მკურნალობა

EDSS - Expanded Disability Status Scale - უნარშეზღუდულობის სტატუსის

გაფართოებული სკალა

MSFC - Multiple Sclerosis Functional Composite - გაფანტული სკლეროზის ფუნქციური კომპოზიტი

MSQOL-54 - Multiple Sclerosis Quality of Life-54 - გაფანტული სკლეროზის ცხოვრების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი

MSCareQOL - Multiple Sclerosis Caregiver Quality of Life - გაფანტული სკლეროზის მომვლელის ცხოვრების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი

ECTRIMS - European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis -

გაფანტული სკლეროზის მკურნალობისა და კვლევის ევროპული კომიტეტი

GBD - Global Burden of Disease - დაავადების გლობალური ტვირთი

WHO (World Health Organization)- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

NCDC (National Center for Disease Control) - საქართველოს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

მრტ - მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - სტატისტიკური პაკეტი სოციალური მეცნიერებებისთვის

CI - Confidence Interval - სარწმუნოების ინტერვალი

95% CI - სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი

OR (Odds Ratio) - შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებელი

M - Mean (საშუალო) - სტატისტიკურ ანალიზში

SD - Standard Deviation - სტანდარტული გადახრა

(r) - კორელაციის კოეფიციენტი

შესავალი

გაფანტული სკლეროზი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკულ, ანთებით, მადემიელინიზებელ და პროგრესირებად ნეიროდეგენერაციულ დაავადებას, რომელიც გავლენას ახდენს ნერვული იმპულსების გატარების უნარზე და იწვევს ფართო სპექტრის სიმპტომებსა და პროგრესირებად უნარშეზღუდულობას. დაავადება ხასიათდება მაღალი ეკონომიკური და სოციალური ტვირთით.

თემის აქტუალობა

გაფანტული სკლეროზის პირველი სიმპტომები უპირატესად 20-დან 40 წლის ასაკის პერიოდში ვლინდება. გაფანტული სკლეროზი არატრავმული უნარშეზღუდულობის ძირითადი მიზეზია ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში. დაავადებულ ქალთა რაოდენობა 3-ჯერ აღემატება მამაკაცების რიცხვს.

მსოფლიოში 2.8 მილიონი ადამიანია დაავადებულია გაფანტული სკლეროზით. რაც შეეხება გეოგრაფიულ არეალებს, დაავადება უმეტესად ჩრდილოეთის ქვეყნებშია გავრცელებული, მაგალითად რუსეთში, კანადაში, ჩრდილოეთ ამერიკაში. ნაკლებად გვხვდება ეკვატორთან ახლოს მდებარე ქვეყნებში.

საქართველოში ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები პრევალენტობის შესახებ არ მოიპოვება, თუმცა საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიურ მონაცემების ექსტრაპოლირებით და დარგის ექპერტების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ქვეყნის მასშტაბით დაახლოებით 1100-1200 შემთხვევაა დაფიქსირებული (32/100 000). 2021 წელს ინციდენტობის მაჩვენებელი დაავადებათა კონტროლი სცენტრიდან შეადგენს 106 შემთხვევას. საყურადღებოა, რომ ბოლო წლებში გაფანტული სკლეროზის შემთხვევებმა, გლობალურად საგრძნობლად მოიმატა. ეს შესაძლოა, შეცვლილ გარემო ფაქტორებთან ერთად, უკავშირდებოდეს, თანამედროვე მედიცინაში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებულ დიაგნოსტიკური მეთოდებსა და გამარტივებულ დაავადებების გამოვლენა, ამავდროულად დაავადების გაზრდილ ცნობადობასა და მომართიანობას.

დაავადება უარყოფით გავლენას ახდენს პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე, ამასთანავე წარმოადგენს ავადმყოფობით გამოწვეულ მნიშვნელოვან ტვირთს, როგორც ოჯახების, ასევე სახელმწიფოსა და მთლიანად

საზოგადოებისთვის. განვითარებული ქვეყნების მაგალითზე შეიძლება ითქვას, რომ გაფანტული სკლეროზის დროს სახელმწიფოს მიერ ერთ ადამიანზე გაწეული წლიური ხარჯი უფრო მაღალია, ვიდრე ასთმის, დიაბეტის, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების დროს გაწეული დანახარჯები. გაფანტული სკლეროზზე გაწეული პირდაპირი და არაპირდაპირი დანახარჯები პირდაპირ პროპორციულად იზრდება დაავადების პროგრესირებასთან ერთად. მაგ. ესპანეთში ინდივიდის არაპირდაპირი წლიური დანახარჯი დაავადების საწყის ეტაპზე თუ არის 1,115 ევრო, დაავადების შორს წასული ფორმის შემთხვევაში ხდება 15,750 ევრო. ჯანდაცვის პირდაპირი დანახარჯი შეადგენს 4,098 ევრო და 17,067 ევრო. მსგავსი ტენდენცია შეიმჩნევა განვითარებულ ქვეყნების მაჩვენებლებში.

ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალი ხარისხის უნარშეზღუდულობის დროს ძირითადი ხარჯი მოდის არაპირდაპირ დანახარჯებზე, ვინაიდან დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, იზრდება ოჯახის წევრების, ჯანდაცვის სისტემისა და საზოგადოების მხრიდან დახმარების საჭიროება.

ლიტერატურაში ძირითადად მიმოხილულია დაავადების პირდაპირი ეკონომიკური დანახარჯები მაშინ, როდესაც დაავადების სოციალური ტვირთი ნაკლებადაა შესწავლილი.

2015 წელს შეფასდა, რომ გაფანტული სკლეროზის პაციენტებზე არაფორმალური დანახარჯმა შეადგინა 30 საათი და 13 092 ევრო, რაც ვარიებს ქვეყნისა და დაავადების სიხშირის მიხედვით.

არსებული ლიტერატურული მიმოხილვა ძირითადად ფოკუსირებულია გაფანტული სკლეროზის სამედიცინო კლინიკურ ასპექტებზე და ნაკლებად არის განხილული დაავადების ეკონომიკური და სოციალური ტვირთი პაციენტებზე, მათ მომვლელებზე, ოჯახის წევრებსა და საზოგადოებაზე.

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი კომპლექსური საკითხია. საქართველოში ამ მიმართულებით მონაცემები არ მოიპოვება. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ არ არსებობს სისტემური კვლევა, რომელიც შეისწავლიდა პაციენტისა და მომვლელის ურთიერთკავშირს და მათ წინაშე არსებულ გამოწვევებს.

სოციალური ტვირთის შესწავლა ხელს უწყობს რესურსების ეფექტიან ალოკაციას, მხარდაჭერის სისტემების გაუმჯობესებასა და პრევენციული სისტემური ღონისძიებების დაგეგმვას.

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი კომპლექსური საკითხია. საქართველოში ამ მიმართულებით მონაცემები არ მოიპოვება. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ არ არსებობს სისტემური კვლევა, რომელიც შეისწავლიდა პაციენტისა და მომვლელის ურთიერთკავშირს და მათ წინაშე არსებულ გამოწვევებს.

მსგავსი კვლევის ჩატარება საქართველოში კრიტიკულად მნიშვნელოვანია: ეს საშუალებას იძლევა, შეფასდეს არსებული მდგომარეობა და გამოვლინდეს სისტემური ხარვეზები; შემუშავდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკა; შესაძლებელი გახდეს მიზნობრივი პროგრამების დაგეგმვა ყველა ჩართული მხარის საჭიროებების გათვალისწინებით. კვლევის შედეგები შექმნის საფუძველს ინტეგრირებული მიდგომის დასაწერად, რომელიც აუცილებელია რესურსების ალოკაციისა და გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის ეფექტური მართვისთვის ადგილობრივ კონტექსტში.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანია ქვეყნის მასშტაბით მოხდეს, გაფანტული სკლეროზით გამოწვეული სოციალური ტვირთის შესახებ მონაცემების შეგროვება, შეფასება და კვლევის შედეგების საფუძველზე რეკომენდაციების შემუშავება, რათა ეროვნულ დონეზე მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, შემცირდეს დაავადებასთან დაკავშირებული ავადობით, სიკვდილიანობით და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული მართვადი და თავიდან აცილებადი დაავადების ტვირთი.

კვლევის ჰიპოთეზა

გაფანტული სკლეროზი საქართველოში ქმნის მნიშვნელოვან სოციალურ ტვირთს როგორც პაციენტებისთვის, ასევე მომვლელებისთვის, ჯანდაცვის სისტემისთვის და მთლიანად საზოგადოებისათვის.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგია მოიცავდა რაოდენობრივ და ხარისხობრივ დიზაინს, სამიზნე ჯგუფებთან: პაციენტები, მომვლელები და ჯანდაცვის პროფესიონალებთან. კვლევის I ეტაპზე ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუები ჩატარდა გაფანტული სკლეროზის მქონე 384 პაციენტთან, II ეტაპზე – მათ 384 მომვლელთან, ხოლო III ეტაპზე – 10 ჯანდაცვის პროფესიონალთან (ნევროლოგი). სტატისტიკური ანალიზისათვის გამოყენებული იქნა SPSS SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp).

კვლევის თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

კვლევის შედეგები წარმოადგენს სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემებს, რომელიც ხელს უწყობს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებას და სამოქმედო გეგმის განსაზღვრას. პრაქტიკულ სარგებელს წარმოადგენს პაციენტებისა და მომვლელების საჭიროებებზე მორგებული მხარდაჭერის პროგრამების ჩამოყალიბებას.

კვლევის შედეგების მოსალოდნელი სამეცნიერო სიახლე, პრაქტიკული ღირებულება და ცონდის ახალი სახე

პირველად საქართველოში შეფასდება გაფანტული სკლეროზით გამოწვეული სოციალური ტვირთი პაციენტების, მომვლელების, სახელმწიფოსა და საზოგადოების მიმართულებით. მიღებული შედეგების საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები ჯანდაცვის სექტორისა და დაინტერესებული პირებისთვის, რომლის მიზანიც არის მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, შემცირდეს დაავადებასთან დაკავშირებული ავადობით, სიკვდილიანობითა და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული მართვადი და თავიდან აცილებადი დაავადების ტვირთი.

1. პირველად საქართველოში შეფასდა გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი: პაციენტები, მომვლელები და ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ჩატარდა რაოდენობრივი და ხარისხობრივი კვლევა.
2. გამოიკვეთა გაფანტული სკლეროზის მკვეთრად გამოხატული უარყოფითი გავლენა პაციენტების ყოველდღიურობასა და ფუნქციურ შესაძლებლობებზე, რაც იწვევს მათი ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას და შრომისუნარიანობის დაკარგვას.

3. პირველად საქართველოში, მოხდა მომვლელების როლის და სოციალური ტვირთის დეტალური ანალიზი, რაც შესაძლებლობას იძლევა ქვეყანაში შეიქმნას მომვლელთა საჭიროებებზე მორგებული დახმარების მოდელები.
4. კვლევამ წარმოაჩინა არასისტემური და არათანაბარი ხელმისაწვდომობა გაფანტული სკლეროზის სამედიცინო და სოციალური მომსახურების კომპონენტებზე, რაც მიანიშნებს დისკრიმინაციულ მიდგომაზე და ჯანდაცვის პოლიტიკის გაუმჯობესების საჭიროებაზე.
5. საქართველოში გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების 57%-ს მკურნალობაზე ხელი არ მიუწვდება, რაც მნიშვნელოვნად აღემატება ზოგად ევროპულ მაჩვენებლებს და მიანიშნებს სისტემურ პრობლემებზე.
6. პირველად საქართველოში, მოხდა ქართულ ენაზე ადაპტირებული და ვალიდირებული MSQoL-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life) ინსტრუმენტის გამოყენებით, პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შეფასება, რაც იძლევა შესაძლებლობას, დაინერგოს და გამოყენებულ იქნას სტანდარტიზებული ინსტრუმენტი სამომავლო კვლევებში.
7. გამოიკვეთა დაავადების შესახებ დაბალი ინფორმირებულობა როგორც პაციენტებში, ისე მათი მომვლელებში, რაც ზრდის სოციალურ ტვირთს.
8. კვლევამ გამოკვეთა, ჯანდაცვის პროფესიონალების (ნევროლოგები) როლი გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის მართვაში.
9. კვლევის შედეგები, გაკეთებული დასკვნები, საშუალებას იძლევა მტკიცებულებაზე დაფუძნებით შეიქმნას რეკომენდაციები სახელმწიფო და არასახელმწიფო ინსტიტუციებისთვის.
10. კვლევა წარმოადგენს პირველ მცდელობას საქართველოში დაავადების სოციალური ტვირთის მულტისექტორულად აღწერისა და პრევენციული სოციალური პოლიტიკის საფუძვლის შექმნისათვის, რაც ემთხვევა როგორც ჯანმოს სტრატეგიას, ასევე SDG მიზნებს.

ნაშრომის აპრობაცია:

1. სადისერტაციო კვლევის შუალედური შედეგები მოხსენებულია THE 8TH GLOBAL PUBLIC HEALTH CONFERENCE (GLOBEHEAL 2025), 20-21 თებერვალი, 2025.
2. სადისერტაციო ნაშრომის დებულებები და შედეგები მოხსენებულია 4th Edition of International Public Health Conference, 24-26 მარტი, 2025.

დისერტაციის თემასთან დაკავშირებული პუბლიკაციების ნუსხა:

1. Khutsishvili N., Nikoleishvili E., Beruchashvili T., Toidze O., Megrelishvili M., Ganugrava N. Validation of the Georgian Version of the Multiple Sclerosis Quality of Life-54 (MSQOL-54) Questionnaire for Assessing the Quality of Life in Patients With Multiple Sclerosis. Cureus. 2024 Nov 17;16(11):e73881. doi: 10.7759/cureus.73881.
2. Khutsishvili N., Ganugrava N., Janelidze M., Vashadze T., Kiziria M., Megrelishvili M., Tsiskaridze A. Understanding the social burden of multiple sclerosis patients in Georgia: a comprehensive analysis of quality of life and sociodemographic factors. Journal of Public Health (Oxf). 2025 Feb 10:fdaf018. doi: 10.1093/pubmed/fdaf018. Online ahead of print.
3. Khutsishvili, N. (2023). The social and economic burden of multiple sclerosis. Health Policy, Economics and Sociology, 7(1). Retrieved from <https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6657>

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:

დისერტაცია მოიცავს შესავალს, ოთხ თავს, დასკვნებს, პრაქტიკული რეკომენდაციებს, დანართს და გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალს. დისერტაცია დაწერილია 194 გვერდზე, APA-ს სტილის დაცვით, ნაშრომში ჩართულია 30 ცხრილი და 40 გრაფიკული ნახატი. გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი მოიცავს 113 წყაროს.

1. ლიტერატურის მიმოხილვა

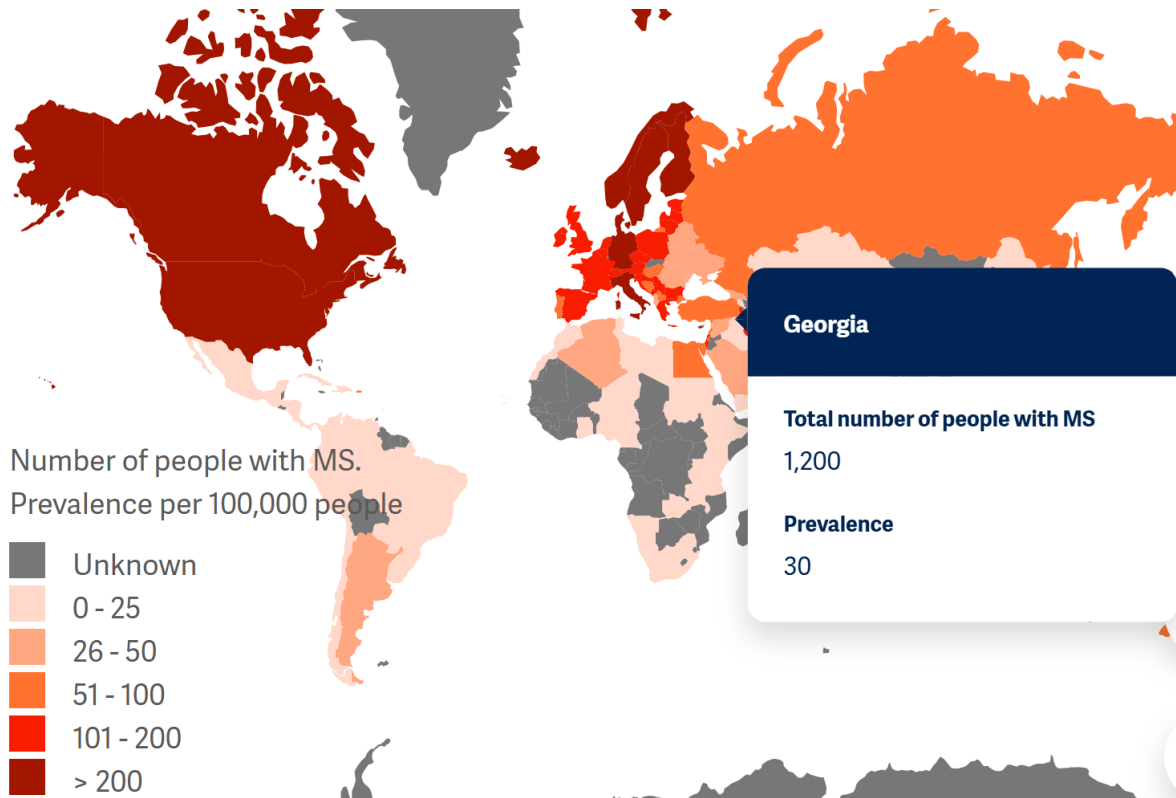
1.1 გაფანტული სკლეროზის ეპიდემიოლოგია და კლინიკური მახასიათებლები

გაფანტული სკლეროზი არის ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული, ანთებითი, მადემიელინიზებული, პროგრესირებადი ნეიროდეგენერაციული დაავადება, რომელიც გამოწვეულია აქსონების (ნერვული უჯრედების) შემომგარსველი მიელინის გარსის დაზიანებით, რაც შედეგად იწვევს ნერვული უჯრედების მიერ იმპულსის გატარების უნარის დაქვეითებას ან სრულად დაკარგვას, გაფანტული სკლეროზის სიმპტომების ფართო სპექტრსა და უნარშეზღუდულობის განვითარებას (Jakimovski et al/ჯაკიმოვსკი და სხვები; 2024; Oh et al/ოჰ და სხვები; 2018).

„გაფანტული სკლეროზის ატლასის“ მესამე პუბლიკაციის მიხედვით, მსოფლიოში

დაავადების პრევალენტობა, საშუალოდ, 36 შემთხვევაა 100000 მოსახლეზე, რაც ნიშნავს, რომ ამ სენით 2.9 მილიონი ადამიანია დაავადებული. ყოველი 3000-იდან 1 ინდივიდს აქვს გაფანტული სკლეროზი (MS Atlas). ბოლო ათწლეულებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ავადმყოფობის გავრცელების არეალი (აშშ-ში დაახლოებით 1 მილიონი ადამიანია გაფანტული სკლეროზით დაავადებული, რაც 1975 წელს გამოქვეყნებულ მონაცემებს ორჯერ აღემატება) (Wallin et al/უალინ და სხვები; 2019), რაც შესაძლოა, დაკავშირებული იყოს როგორც გაზრდილ და გაუმჯობესებულ აღრიცხვიანობასთან, ისე დიაგნოსტიკასთან (60% - გაუმჯობესებული დიაგნოსტიკა, 56% - გაზრდილი ხელმისაწვდომობა მკურნალობაზე, 53% - გაუმჯობესებული აღრიცხვიანობა) (Koch-Henriksen et al/კოხ-ჰენრიკსენ და სხვები; 2021). გლობალურად, დაავადების გავრცელება არათანაბარია და მნიშვნელოვნად განსხვავდება გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით. ეპიდემიოლოგიური კვლევების თანახმად, დაავადების გავრცელება იზრდება ეკვატორიდან პოლუსებისკენ მოძრაობისას. დაავადების გავრცელებაში აღინიშნება სარწმუნო განსხვავება განედური გრადიენტის მიხედვით, განედის თითოეულ გრადუსზე დაავადების პრევალენტობა 1.03-ჯერ იზრდება. მაღალი გავრცელების რეგიონებში (>30 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) შედის ჩრდილოეთი ევროპა, ჩრდილოეთი ამერიკა, კანადა, სამხრეთი ავსტრალია და ახალი ზელანდია. საშუალო გავრცელების ზონებში (5-30 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) მოიაზრება სამხრეთი ევროპა, უკრაინა, სამხრეთი რუსეთი და ცენტრალური აზიის ნაწილი. დაბალი გავრცელების

რეგიონებს (>5 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) კი მიეკუთვნება აფრიკის უდიდესი ნაწილი, სამხრეთი ამერიკა და აზიის სამხრეთი ნაწილი (Simpson et al/სიმპსონი და სხვები; 2023).

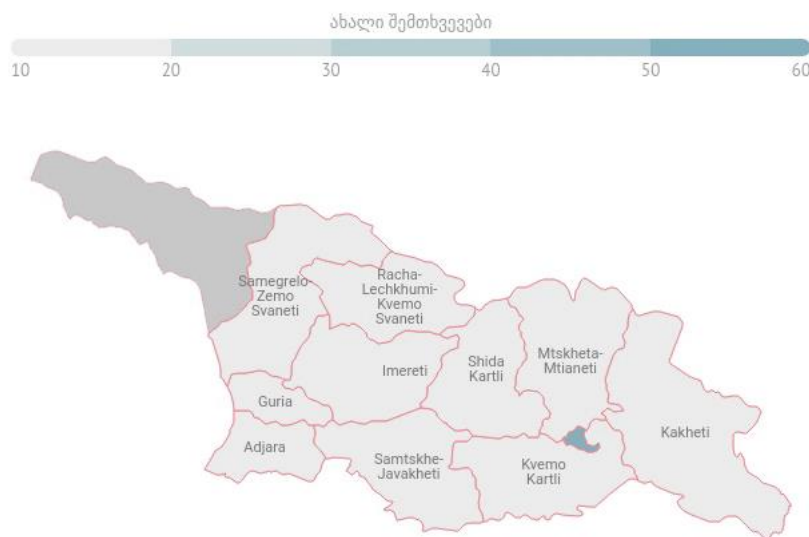


MSInternational federation.MSAtlas2022

საქართველოში ამ დროისთვის არ არსებობს ზუსტი ეპიდემიოლოგიური ცნობები.

ქვეყნის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა და საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ექსტრაპოლირებით საქართველოს პრევალენტობა 26-50/100000-ზე გრადიენტში უნდა მერყეობდეს. გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკისა და დაავადების მამოდიფიცირებელი მკურნალობის რეკომენდაციების ეროვნულ პროტოკოლში აღნიშნულია, რომ არაოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, ექსპერტთა გამოცდილებასა და დასკვნებზე დაყრდნობით, ქვეყანაში გაფანტული სკლეროზის მქონე 1100-1200 პაციენტია (32/100000). ეს მონაცემები მნიშვნელოვნად აღემატება 2010 წელს პ. სარაჯიშვილის სახელობის ნევროლოგიის ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებს, სადაც პრევალენტობა დაფიქსირებულია 10/100000-ზე. აღნიშნული მაჩვენებელი შესაძლოა, მიუთითებდეს გაზრდილ მომართვიანობაზე, აღრიცხვიანობისა

და მონაცემთა დამუშავების გაუმჯობესებისკენ გადადგმულ ნაბიჯებზე (Gugutsidze et al/გუგუციძე და სხვები; 2022).



NCDC. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2022 საქართველოში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წყაროზე დაყრდნობით, გაფანტული სკლეროზის ინციდენტობა 2022 წელს იყო 106. საქართველოს რეგიონების მიხედვით, ყველაზე მაღალი ინციდენტობა თბილისსა და აჭარაში ფიქსირდება, რაც გარკვეულწილად შესაძლოა, ამ რეგიონებში მედიკამენტებით მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამებს უკავშირდებოდეს. საქართველოში გაფანტული სკლეროზის ახალი შემთხვევების გამოვლენა ყველაზე მაღალი და დაახლოებით თანაბარი 20-იდან 40-ამდე და 40-იდან 60 წლამდე ჯგუფებშია (NCDC Georgia/ნსდს საქართველო; 2024).

გაფანტული სკლეროზის ეტიოლოგია უცნობია, თუმცა გამომწვევ ფაქტორებად განიხილება: გენეტიკური წინასწარგანწყობა (დაავადების შედარებით მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება გენეტიკურ ნათესავეებში), აუტოიმუნური პროცესები (ტოქსინები, ექსპოზიცია ვირუსებთან - ებშტეინ-ბარის ვირუსი) და მზის დაბალი ინსოლაცია (D ვიტამინის დეფიციტი), ინფექციები, გარემოს ზემოქმედება, სიმსუქნე/ჭარბი წონა და სხვა (Olsson et al/ოლსონი და სხვები; 2017; Bjornevik et al/ბიორნევიკი და სხვები; 2022).

გაფანტული სკლეროზი ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში იწყება, თუმცა შეიძლება სხვა ასაკობრივ ჯგუფშიც გამოვლინდეს. სტატისტიკური მონაცემებით, პაციენტთა დაახლოებით 85%-ს დიაგნოზი უდასტურდება 20-50 წლის ასაკში. ბავშვთა ასაკში (18 წლამდე) დაავადება გვხვდება შემთხვევების 2-5%-ში, ხოლო 50 წლის შემდეგ - დაახლოებით 10%-ში (Global, regional, and national burden of multiple sclerosis/გაფანტული სკლეროზის გლობალური, რეგიონული და ნაციონალური ტვირთი; 1990-2016).

გაფანტული სკლეროზი მნიშვნელოვნად უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. გლობალური სტატისტიკით, ქალი:მამაკაცი შეფარდება შეადგენს 2.8:1-ს, რაც არსებული კვლევების საფუძველზე შესაძლოა, დაკავშირებული იყოს ჰორმონულ ფაქტორებთან (Bove et al/ბოვე და სხვები; 2023).

1.2 კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოსტიკა

გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკისთვის საჭიროა კომპლექსური მიდგომა. დაავადების დიაგნოსტიკა ძირითადად შესაძლებელია შემდეგი მეთოდებით: ნევროლოგიური გასინჯვა, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ), გამოწვეული პოტენციალები, ლუმბალური პუნქცია, სისხლის ანალიზი, ოფთალმოლოგიური ტესტები (Thompson et al/ტომპსონი და სხვები; 2018).

2017 წლის McDonald-ის კრიტერიუმების მიხედვით, გაფანტული სკლეროზის დადასტურებული დიაგნოზი ემყარება სამი ძირითადი პარამეტრის კომბინაციას: კლინიკური მიმდინარეობა, რადიოლოგიური სურათის შეფასება და თავ-ზურგის ტვინის სითხის ანალიზის მაჩვენებლები. დიაგნოზის დასმის მთავარი კრიტერიუმია დემიელინიზაციის კერების არსებობა ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა უბანში (International Panel on Diagnosis of Multiple Sclerosis/გაფანტული სკლეროზის საერთაშორისო პანელი; 2024).

1996 წელს გაფანტული სკლეროზის საერთაშორისო საზოგადოებამ პირველად ჩამოაყალიბა დაავადების კლასიფიკაცია. დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით გამოიყო ოთხი ძირითადი ფორმა (Lublin FD. et.al/ლუბლინი და სხვები; 1996). დაავადების ირგვლივ დაგროვილი მონაცემების საფუძველზე კლასიფიკაციამ ცვლილება განიცადა და გაფანტული სკლეროზის საერთაშორისო საზოგადოება სამ ძირითად ფორმაზე შეჯერდა: რეკიდიულ-რემისიული, მეორადად პროგრესირებადი და

პირველად პროგრესირებადი, წარმოდგენილი აქტიური და არააქტიური სახით (ტომპსონი და სხვები, 2018).

გაფანტული სკლეროზის რეციდიულ-რემისიული ფორმა დაავადების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა და პაციენტთა 85-90%-ში აღინიშნება. მას ახასიათებს გამწვავებების (რეციდივების) და რემისიების მონაცვლეობა. უმეტეს შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი დაავადების საწყის ეტაპზე, გამწვავების დროს განვითარებული სიმპტომები მნიშვნელოვნად რეგრესირებს ან სრულად ქრება. დროთა განმავლობაში რეციდიულ-რემისიული გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების დიდ ნაწილში (90%) მეორადად პროგრესირებადი გაფანტული სკლეროზი ვითარდება, რა დროსაც იწყება უნარშეზღუდულობის შეუქცევადი ზრდა (Cree et al/კრი და სხვები; 2021).

თუმცა, ბოლო მონაცემების საფუძველზე, საერთაშორისო საზოგადოებების მიერ გაფანტული სკლეროზის კლასიფიკაციაში ცვლილებები შევიდა და დღესდღეობით დაავადების ორივე ფორმა (რეციდიულ-რემისიული და მეორადად პროგრესირებადი) წარმოდგენილია პროგრესული გაფანტული სკლეროზის სახელით (Lublin et al/ლუბლინი და სხვები; 2014). პირველად პროგრესირებადი გაფანტული სკლეროზის შემთხვევაში დაავადების დასაწყისიდანვე აღინიშნება სწრაფი განვითარება, რეციდივებისა და რემისიების პერიოდები არ გამოიყოფა. აგრეთვე, ამ ფორმისთვის დამახასიათებელია სიმპტომებისა და უნარშეზღუდულობის შეუქცევადი პროგრესირება. გაფანტული სკლეროზის პირველად პროგრესირებადი ფორმა პაციენტების 10-15%-ში გვხვდება (Rice et al/რიჩი; 2023).

2014 წელს გაფანტული სკლეროზის განახლებულ კლასიფიკაციაში შეიტანეს კლინიკურად იზოლირებული სინდრომი (ერთჯერადი კლინიკური ეპიზოდი) და რადიოლოგიურად იზოლირებული სინდრომი (Miller et al/მილერი და სხვები; 2022; Okuda et al/ოკუდა და სხვები; 2023).

გაფანტული სკლეროზი ხასიათდება განსხვავებული ფორმითა და კლინიკური გამოვლენით (სიმპტომებით). დაავადების პროგრესირება მიმდინარეობს დასაწყისიდანვე, თუმცა კლინიკური და თვალისა და ტვალის ხილული უნარშეზღუდულობა შესაძლოა, მოგვიანებით გამომჟღავნდეს (Giovannoni et al/ჯოვანონი და სხვები; 2014).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების უნარშეზღუდულობა ფასდება John F. Kurtzke-ს მიერ 1983 წელს შექმნილი EDSS - Expanded Disability Status Scale (Kurtzke et al/კურცკი და სხვები; 1983)-ით, უნარშეზღუდულობის სტატუსის გაფართოებული სკალის მიხედვით. რაც უფრო მაღალია EDSS ქულა (0-10), მით უფრო მკვეთრად არის გამოხატული ფიზიკური უნარშეზღუდულობა.

გაფანტული სკლეროზის პროგრესირების გასაზომად ასევე გამოიყენება: გაფანტული სკლეროზის ფუნქციური კომპოზიტი (MSFC), ფეხის ფუნქციის შეფასება (25-foot walk test), ხელის ფუნქციის შეფასება (9-Hole Peg Test) და სხვა.

1.3 გაფანტული სკლეროზის მკურნალობა

გაფანტული სკლეროზის მკურნალობის თანამედროვე მიდგომაა: გამწვავებების მართვა, მათი სიხშირის შემცირება და უნარშეზღუდულობის პროგრესირების შეჩერება.

მკურნალობა შეიძლება დაიყოს სამ ძირითად ტიპად: რეციდივის მართვა, სიმპტომური მკურნალობა და დაავადების მამოდიფიცირებელი მკურნალობა (დმმ), რომელიც წარმოდგენილია საერთაშორისო სახელმძღვანელო მითითებებსა და ქვეყნების ნაციონალურ პროტოკოლებში (Montalban et al/მონტალბანი და სხვები; 2024). დმმ ამცირებს ახალი გამწვავებების, დაზიანების ახალი კერების განვითარების რისკს, აფერხებს უნარშეზღუდულობის პროგრესირებას (Rashid et al/რაშიდი და სხვები; 2024). პირველი დმმ ხელმისაწვდომი გახდა 1990-იან წლებში (ბეტა ინტერფერონის ჯგუფის მედიკამენტები და გლატირამერის აცეტატი).

ბოლო წლებში აღნიშნული მიმართულებით მნიშვნელოვანი პროგრესი შეინიშნება, შეიქმნა მაღალეფექტიანი მედიკამენტები და დღესდღეობით მსოფლიოში დმმ-ის მთელი არსენალია წარმოდგენილი. თუმცა, მიუხედავად მნიშვნელოვანი მიღწევებისა, მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა კვლავაც პრობლემად რჩება, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) შეფასებით, მსოფლიოში გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტთა მხოლოდ ნახევარი მკურნალობს (WHO Global Health Report/ჯანმო გლობალური ჯანმრთელობის რეპორტი; 2023).

არსებული მედიკამენტებიდან საქართველოში ხელმისაწვდომია: ფინგოლიმოდი,

დიმეთილ ფუმარატი, გლატირამერის აცეტატი, ოფატუმუმაბი და ოკრელიზუმაბი (გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკებისა და დაავადების მამოდიფიცირებელი მკურნალობის რეკომენდაციები ზრდასრულ მოსახლეობაში 2018, moh.gov.ge).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებისათვის დმმ-ის ხელმისაწვდომობა წლების განმავლობაში ძალზე დაბალი იყო. 2019 წლიდან დაავადებულების მკურნალობას აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო აფინანსებს. 2020 წლის გაზაფხულზე ქალაქ თბილისშიც ამოქმედდა ადგილობრივი დაფინანსების პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც თბილისის მუნიციპალიტეტის ბენეფიციარებს შეეძლოთ, ნაწილობრივი დაფინანსებით (80/20) შეეძინათ დმმ. 2024 წლიდან თბილისსა და აჭარაში მცხოვრები გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტები სრული დაფინანსებით იღებენ მედიკამენტებს, ხოლო 2025 წლიდან გაფანტული სკლეროზით დაავადებული იმ პირებისთვის, რომლებიც არ ცხოვრობენ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში, სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა და აღნიშნული პაციენტები დმმ-ს სრული დაფინანსებით მიიღებენ. ამ დროისთვის ქალაქ თბილისის მერიის პროგრამაში ჩართულია 250 ბენეფიციარი, აჭარაში - 50, ხოლო დანარჩენ რეგიონებში მოქმედი სახელმწიფო პროგრამით 100 პაციენტი სარგებლობს (ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სტატისტიკა, 2015-2023).

1.4 გაფანტული სკლეროზის ეკონომიკური და სოციალური ტვირთი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე: გლობალური და ადგილობრივი პერსპექტივა

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი მრავალგანზომილებიანი ფენომენია, რომელიც ასახავს დაავადების ფართო ზეგავლენას საზოგადოებაზე. ის მოიცავს ჯანდაცვის სისტემისთვის გაწეულ პირდაპირ ფინანსურ ხარჯებს, შრომის პროდუქტიულობის შემცირებას, ოჯახური და არაფორმალური მზრუნველობის რესურსების მობილიზებას და პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის მკვეთრ გაუარესებას. დაავადების სოციალური ტვირთის შეფასება მეტად მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემისთვის, რათა რესურსები ოპტიმალურად განაწილდეს და სოციალური მხარდაჭერის ეფექტიანი პროგრამები დაინერგოს.

გაფანტულ სკლეროზთან და მის მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები შეიძლება დაიყოს: პირდაპირ სამედიცინო ხარჯებად (მაგ., მედიკამენტები), პირდაპირ

არასამედიცინო ხარჯებად (მაგ., ფორმალური და არაფორმალური მოვლა), არაპირდაპირ ხარჯებად (მაგ., პროდუქტიულობის დაკარგვა, პენსიაზე ვადამდელი გასვლა) და არამატერიალურ ხარჯებად (მაგ., შფოთვა, ტკივილი და ცვლილებები სოციალურ ფუნქციონირებაში) (Naci et al/ნაცი და სხვები; 2010).

გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ პირებზე დაავადების საშუალო ღირებულება წელიწადში დაახლოებით 28,265 ევროდან 41,529 ევრომდე მერყეობს. ის დიდწილად დამოკიდებულია ქვეყანასა და იმ მეთოდოლოგიაზე, რომელიც დანახარჯების კატეგორიების შესაფასებლად გამოიყენება (Kobelt et al/კობელტი და სხვები; 2017). ხარჯები იზრდება დაავადების პროგრესირების პარალელურად (Blazquez-Fernandez et al/ბლაზკეზ-ფერნანდესი და სხვები; 2020) და არაპირდაპირი ხარჯები ძირითადად ტვირთად აწვება პაციენტებსა და მათ მომვლელებს, ასევე საზოგადოებას.

გაფანტული სკლეროზი ასოცირდება ჯანდაცვის მაღალ უტილიზაციასთან, რაც გულისხმობს: ჯანდაცვის სერვისებს, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ეს უკანასკნელი კი მზარდია დაავადების პროგრესირებისა და უნარშეზღუდულობის ხარისხის პარალელურად (Carlson et al/კარლსონი და სხვები; 2022).

გაფანტული სკლეროზის გლობალური DALY-ს (Disability-Adjusted Life Years - ავადობის ტვირთის საზომი ინსტრუმენტი) შეფასებით, დაავადება მნიშვნელოვანი ტვირთია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის. 2019 წლის მონაცემებით, გაფანტული სკლეროზის გლობალური DALY შეადგენდა 1.2 მილიონს. აღსანიშნავია რეგიონული განსხვავებები: ჩრდილოეთ ამერიკაში - 35.3 DALY 100,000 მოსახლეზე, დასავლეთ ევროპაში - 30.5, აღმოსავლეთ ევროპაში - 25.7 (ერთი DALY წარმოადგენს სრული ჯანმრთელობის ერთი წლის ეკვივალენტის დანაკარგს) (GBD 2016 Multiple Sclerosis Collaborators, Frontiers in Neurology/გაფანტული სკლეროზის კოლაბორაცია; 2019).

ლიტერატურაში ძირითადად მიმოხილულია დაავადების პირდაპირი ეკონომიკური დანახარჯები, ხოლო დაავადების სოციალური ტვირთი ნაკლებადაა შესწავლილი (Rodriguez-Rincon et al/როდრიგეს-რინკონი; 2019).

1.5 გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი პაციენტებზე

გაფანტული სკლეროზი მნიშვნელოვან ფიზიკურ უნარშეზღუდულობას იწვევს, ამავდროულად ნაკლებ გავლენას ახდენს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე, რის გამოც დაავადებას ძალიან მაღალი სოციალური ტვირთი ახლავს თან, უარყოფითად მოქმედებს პაციენტების შრომისუნარიანობასა და პროდუქტიულობაზე, ხშირად პენსიაზე ნაადრევად გასვლის წამყვან მიზეზად გვევლინება (Kobelt et al/კობელტი და სხვები; 2015).

გაფანტული სკლეროზი ასევე განსაზღვრავს დაახლოებით 1,151,478 სხვადასხვა ხარისხის უნარშეზღუდულობას (Kwiatkowski et al/კვიატკოვსკი და სხვები; 2014). დაავადება ახალგაზრდა და შუახნის ასაკის პირებში არატრავმული უნარშეზღუდულობის ძირითადი მიზეზია (Browne et al/ბრაუნი და სხვები; 2013). დიაგნოზიდან 15 წლის შემდეგ, დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, პაციენტების დაახლოებით 50% საჭიროებს სიარულის დამხმარე საშუალებებს. ეს ფაქტორი კი მნიშვნელოვნად მოქმედებს პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე, შრომისუნარიანობასა და სოციალურ აქტივობაზე (Gil-Gonzalez et al/გილ-გონსალესი და სხვები; 2020).

გაფანტული სკლეროზი უპირატესად აზიანებს ახალგაზრდა, შრომისუნარიან მოსახლეობას და იწვევს მნიშვნელოვან სოციალურ, ეკონომიკურ და ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებას როგორც ინდივიდუალურ, ისე საზოგადოებრივ დონეზე (Kavaliunas et al/კავალიუნასი და სხვები; 2021). დაავადების მულტიფაქტორული ბუნება და პროგრესირებადი ხასიათი განაპირობებს მის კომპლექსურ გავლენას პაციენტის ცხოვრების ყველა სფეროზე (Zhang et al/ჯანგი და სხვები; 2019).

გაფანტული სკლეროზის თანამდევია როგორც პირდაპირი ეკონომიკური ხარჯები, ისე არაპირდაპირი დანახარჯები. კერძოდ, დაავადების მქონე ადამიანები, ასევე მათი მეგობრები და ოჯახის წევრები (მომვლელები), რომლებიც უზრუნველყოფენ არაფორმალურ დახმარებას, შეიძლება უჩიოდნენ გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზთან გადაჯაჭვულ ფსიქოსოციალურ პრობლემებს, მათ შორისაა დეპრესია და შფოთვა, მუშაობის სირთულე და მასთან დაკავშირებული პროდუქტიულობის დანაკარგები (გაცდენილი სამუშაო საათები/დღეები), ცვლილებები სოციალურ ფუნქციონირებაში და ა.შ. (Naci et al/ნაცი და სხვები; 2022).

გაფანტული სკლეროზის ეკონომიკური და სოციალური ტვირთის შემსწავლელი კვლევები მცირედ არის წარმოდგენილი, მაგრამ ხანგრძლივი ისტორია აქვს. პირველი კვლევა 1980-იანი წლებით თარიღდება გაერთიანებულ სამეფოში. აღნიშნული კვლევები ბოლო 30 წლის განმავლობაში პერიოდულად ახლდებოდა (Cross et al/კროსი და სხვები; 2014). დღესდღეობით გაფანტული სკლეროზის ტვირთის შეფასების მიმართ გაჩენილი დიდი ინტერესი დაავადების მაღალი სოციალური ღირებულებით აიხსნება (Wundes et al/ვუნდესი და სხვები; 2021).

პაციენტისა და მომვლელის ცხოვრების ხარისხის კვლევა ეფექტური ინსტრუმენტია გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შესაფასებლად. სტანდარტიზებული კითხვარებითა და ინტერვიუებით შესაძლებელია ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ეკონომიკური გავლენის კომპლექსური ანალიზი. დაავადება უარყოფითად მოქმედებს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე. ამასთანავე, ავადმყოფობა მნიშვნელოვანი ტვირთია როგორც პაციენტისთვის, ისე ოჯახისთვის, სახელმწიფოსა და მთლიანად საზოგადოებისთვის (Borreani et al/ბორეანი და სხვები; 2014). განვითარებული ქვეყნების მაგალითზე შეიძლება ითქვას, რომ გაფანტული სკლეროზის დროს სახელმწიფოს მიერ ერთ ადამიანზე გაწეული წლიური ხარჯი უფრო მაღალია, ვიდრე ასთმის, დიაბეტისა და სხვა ქრონიკული დაავადებების დროს გაწეული დანახარჯები (Stenager et al/შტენაგერი და სხვები; 2019).

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით და დამოკიდებულია არა მხოლოდ ეკონომიკურ განვითარებაზე, არამედ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობასა და სოციალური მხარდაჭერის პროგრამების არსებობაზე (Oliva-Moreno et al/ოლივია-მორენო და სხვები; 2017).

2015 წელს შეფასდა, რომ გაფანტული სკლეროზის პაციენტებზე არაფორმალურმა დანახარჯმა 30 საათი და 13 092 ევრო შეადგინა, რაც ქვეყნისა და დაავადების სიმძიმის მიხედვით ვარიირებს. მაგ., ესპანეთში ინდივიდის არაპირდაპირი წლიური დანახარჯი დაავადების საწყის ეტაპზე თუ 1,115 ევროა, დაავადების შორს წასული ფორმის შემთხვევაში 15,750 ევრო ხდება (Campbell et al/კემპბელი და სხვები; 2014). ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალი ხარისხის უნარშეზღუდულობის დროს ძირითადი ხარჯი მოდის არაპირდაპირ დანახარჯებზე, ვინაიდან, დაავადების პროგრესირებასთან ერთად,

იზრდება ოჯახის წევრების, ჯანდაცვის სისტემისა და საზოგადოების მხრიდან დახმარების საჭიროება.

განვითარებულ ქვეყნებში გაფანტული სკლეროზის ეკონომიკური ტვირთი მნიშვნელოვანია. აშშ-ში ერთ პაციენტზე წლიური დანახარჯი დაახლოებით 65,000 დოლარს შეადგენს, რაც მოიცავს როგორც პირდაპირ სამედიცინო ხარჯებს, ისე არაპირდაპირ დანახარჯებს, მათ შორის შრომისუნარიანობის დაქვეითებით გამოწვეულ ეკონომიკურ ზარალს (Jones et al., 2016). გერმანიაში ანალოგიური მაჩვენებელი 40,000 ევროს აღწევს (Flachenecker et al/ფლახენეკერი და სხვები; 2017), ხოლო დიდ ბრიტანეთში - 35,000 ფუნტს (Karampampa et al/კარამპამპა და სხვები; 2012). აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, მიუხედავად შედარებით დაბალი აბსოლუტური მონაცემებისა, დაავადებასთან დაკავშირებული ხარჯები მოსახლეობის შემოსავლებთან მიმართებით დიდი ტვირთია (Kwiatkowski et al/კვიატკოვსკი და სხვები; 2014).

დასაქმებისა და პროფესიული აქტივობის კუთხით მნიშვნელოვანი განსხვავებები შეინიშნება სხვადასხვა რეგიონს შორის. სკანდინავიის ქვეყნებში, სადაც არსებობს სოციალური მხარდაჭერის მძლავრი სისტემა, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების დასაქმების მაჩვენებელი 60%-ამდე აღის. ეს რიცხვი მიღწეულია სპეციალური სახელმწიფო პროგრამების, სამუშაო ადგილების ადაპტაციისა და მოქნილი სამუშაო გრაფიკის დანერგვით (Rommer et al., 2017). სამხრეთ ევროპის ქვეყნებში დასაქმების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალია და 35-40%-ს შეადგენს, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპაში ეს ნიშნული კიდევ უფრო დაბალია და 25%-ს არ აღემატება (Zarghami et al/ზარგამი და სხვები; 2023).

საქართველოში ნაკლებად მოიპოვება მონაცემები არაპირდაპირი სამედიცინო და არასამედიცინო დანახარჯების შესახებ. რაც შეეხება პირდაპირ სამედიცინო დანახარჯებს, კვლევის მიხედვით, პაციენტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საერთო დანახარჯი წელიწადში, საშუალოდ, 30, 000 ლარია. გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებისათვის შშმ პირის სტატუსის მინიჭებით სახელმწიფო გარკვეულწილად ფინანსურად ეხმარება მათ (პენსიას უნიშნავს, რაც ძალზე მწირია), თუმცა ამავდროულად არ არის გათვალისწინებული მომვლელის მხარდაჭერა.

გაფანტულ სკლეროზთან დაკავშირებულია ფსიქოსოციალური სიმპტომების ფართო სპექტრი, მაგ., დეპრესია, შფოთვა და დაღლილობა. დაავადების მქონე ადამიანები

ხშირად განიცდიან დეპრესიას (დაახლოებით 50 პროცენტი), რაც დაავადების პროგრესირების პარალელურად მატულობს. გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზი შესაძლოა გახდეს მენტალური ჯანმრთელობის გაუარესების მიზეზი, დაავადება ასოცირდება სუიციდის გაზრდილ რისკთანაც. (Razaz et al/რაზაზი და სხვები; 2016).

მობილურობის დაქვეითება ან დაკარგვა და ფიზიკური უნარშეზღუდულობა თანხვედრაშია ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოწვევებთან (Cieza et al/კიეზა და სხვები; 2014). გაფანტული სკლეროზით დაავადებული ადამიანების მენტალური ჯანმრთელობის მთავარი პრობლემა არაპროგნოზირებადი მომავლის დაგეგმვის შიშია (Butler et al/ბატლერი და სხვები; 2016).

გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანები აწყდებიან გარკვეულ ბარიერებს სოციალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებით. ფიზიკური სიმპტომები, მაგ., ისეთი, როგორიცაა შარდის შეუკავებლობა, შეიძლება იყოს სტიგმატიზებული და პაციენტებს, რომლებსაც ეს სიმპტომი აღენიშნებათ, არ სურთ გარეთ გასვლა, შედეგად იზოლირდებიან სოციუმისგან და შეიძლება ჰქონდეთ დაბალი სოციალური აქტივობა (Giovannoni et al/ჯოვანონი და სხვები; 2016).

გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზის შემდეგ იცვლება ურთიერთობები, რაც შესაძლოა, განპირობებული იყოს ფიზიკური ცვლილებებით. არ არის გამორიცხული, დაავადებამ სექსუალურ ფუნქციაზეც იქონიოს გავლენა, როგორც პირდაპირი, კერძოდ, დაქვეითდეს ფიზიკური ფუნქციონირება (მაგ., გენიტალური მგრძნობელობა და სექსუალური ლტოლვა, ერექციული დისფუნქცია), ისე არაპირდაპირი (მაგ., დადლილობა, კუნთების სისუსტე/სპასტიურობა), რაც დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მწვავედება (Delaney et al/დილენი და სხვები; 2017).

გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანები ხშირად იზოლირდებიან, რადგან დაავადების განვითარების კვალდაკვალ მათი მობილობა უარესდება და დამოუკიდებლად გადაადგილება რთულდება (Bishop et al/ბიშოპი და სხვები; 2016).

დადლილობა ერთ-ერთი პირველი და პაციენტების მხრიდან ყველაზე ხშირად მოხსენიებული სიმპტომია (პაციენტების 55%), რაც გავლენას ახდენს ადამიანების სოციალურ ცხოვრებასა და შრომისუნარიანობაზე. დადლილობის მაღალი დონე დაკავშირებულია სამუშაოს დაკარგვის გაზრდილ ალბათობასთან. ევროპაში გაფანტული

სკლეროზის ტვირთის შემსწავლელ კვლევებში მონაწილეთა 70-მა პროცენტმა დადლილობა დაასახელა სამუშაო პროდუქტიულობის შემცირების მთავარ მიზეზად. დადლილობა მოხსენიებულია დაავადების „ფარულ სიმპტომად“, რადგან არ იწვევს ხილულ უნარშეზღუდულობას, თუმცა ძლიერად მოქმედებს ცხოვრების ხარისხზე (Fisk et al/ფისკი და სხვები; 1994).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ ძილის დარღვევები, კერძოდ, 66%-ში ფიქსირდება ინსომნია, 41%-ში - დღის განმავლობაში ძილიანობა და შრომის უნარის დაქვეითება (Marrie et al/მარი და სხვები; 2015).

განათლებაზე ხელმისაწვდომობის კუთხით, განვითარებულ ქვეყნებში მოქმედებს სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამები გაფანტული სკლეროზის მქონე სტუდენტებისთვის. კანადის უნივერსიტეტების 85% (Kratz et al/კრაცი და სხვები; 2017) და აშშ-ის უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების 90% ამ საჭიროების მქონე პირებს მხარდაჭერის სპეციალურ პროგრამებს სთავაზობს, რაც მოიცავს როგორც ფიზიკური გარემოს ადაპტაციას, ისე სასწავლო პროცესის მოდიფიკაციას (Hoffman et al/ჰოფმანი და სხვები 2019). ევროკავშირის ქვეყნებში, საშუალოდ, უნივერსიტეტების 70% უზრუნველყოფს მსგავს სერვისებს (Crum et al/კრუმი და სხვები; 2024). სოციალური მხარდაჭერის სისტემების თვალსაზრისით, ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში (შვედეთი, ნორვეგია, დანია) არსებობს კომპლექსური მიდგომა, რომელიც აერთიანებს ფინანსურ დახმარებას, საცხოვრებელი გარემოს ადაპტაციის პროგრამებს, პერსონალური ასისტენტის სერვისსა და პროფესიული გადამზადების შესაძლებლობებს (Benjaminsen et al/ბენჯამინსენი და სხვები; 2014). ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში მხარდაჭერის სისტემები შედარებით ნაკლებად განვითარებულია და ძირითადად ბაზისური ფინანსური დახმარებით შემოიფარგლება (Jansen et al/იანსენი და სხვები; 2006).

ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის მხრივ შეინიშნება მკვეთრი განსხვავებები რეგიონებს შორის. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში პაციენტების აბსოლუტური უმრავლესობისთვის (95%-ზე მეტს) ხელმისაწვდომია თანამედროვე მკურნალობა. აღმოსავლეთ ევროპაში ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალია და 40-60%-ს შეადგენს, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში ხელმისაწვდომობა კიდევ უფრო შეზღუდულია და ხშირად 20%-ს არ აღემატება (Wilsdon et al/ვილსდონი და სხვები; 2014).

გაფანტული სკლეროზის დროს ცხოვრების ხარისხის შეფასება არსებითია დაავადების მართვისა და მკურნალობის სტრატეგიების განსაზღვრისთვის. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანები განიცდიან ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებას, პაციენტთა 70% საუბრობს უარყოფით ზეგავლენაზე, რაც დაკავშირებულია მობილობასთან, თავის მოვლისას გაჩენილ სირთულეებთან, ტკივილსა და/ან დისკომფორტთან. ეს ყველაფერი კი დაავადების პროგრესირებასთან ერთად იზრდება (Mattarozzi et al/მატაროზი და სხვები; 2016).

MSQOL-54 სპეციფიკური ინსტრუმენტია, რომელიც 1995 წელს შექმნეს Vickrey-მ და მისმა კოლეგებმა და დღემდე რჩება ერთ-ერთ ყველაზე ფართოდ გამოყენებად მეთოდად. MSQOL-54 აერთიანებს ზოგად და დაავადებასთან სპეციფიკურად დაკავშირებულ კომპონენტებს, შედგება 54 კითხვისგან, რომლებიც აფასებს ცხოვრების ხარისხის 12 სხვადასხვა დომენს: ფიზიკური ჯანმრთელობა, შეზღუდვები - ფიზიკური და ემოციური პრობლემების გამო, ტკივილი, ემოციური კეთილდღეობა, ენერგია, ჯანმრთელობის აღქმა, სოციალური ფუნქციონირება, კოგნიტიური ფუნქცია, ჯანმრთელობის დისტრესი, სექსუალური ფუნქცია და ცხოვრების ხარისხის საერთო შეფასება (Vickrey et al., 1995). MSQOL-54 გამოირჩევა მაღალი სანდოობითა და ვალიდურობით, რაც დადასტურებულია მრავალი კვლევით სხვადასხვა ქვეყანაში.

თითოეული დომენის ქულა გამოითვლება 0-იდან 100-ამდე სკალაზე, სადაც მაღალი ქულა მიუთითებს ცხოვრების უკეთეს ხარისხზე. MSQOL-54-ის გამოყენება საშუალებას აძლევს კლინიცისტებს, შეაფასონ მკურნალობის ეფექტურობა პაციენტის პერსპექტივიდან, გამოავლინონ ინტერვენციის საჭიროება კონკრეტულ დომენებში და შემდონ მკურნალობის სტრატეგიების ადაპტირება ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით. ეს ინსტრუმენტი ასევე ფართოდ გამოიყენება კლინიკურ კვლევებში, რაც საშუალებას იძლევა, შედარდეს სხვადასხვა თერაპიული მიდგომის გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე (Solari et al/სოლარი და სხვები; 1999).

ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინებით, სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია მიდგომები ამა თუ იმ ასაკობრივი ჯგუფის საჭიროებებისადმი. ახალგაზრდა პაციენტებისთვის აქცენტი კეთდება განათლებისა და კარიერული განვითარების შესაძლებლობებზე, შუახნის ასაკის პაციენტებისთვის - პროფესიული საქმიანობის

შენარჩუნებაზე, ხოლო ხანდაზმული პაციენტებისთვის - ცხოვრების ხარისხისა და დამოუკიდებლობის მაქსიმალურ შენარჩუნებაზე.

საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზი აჩვენებს, რომ გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის ეფექტური მართვა კომპლექსურ მიდგომას მოითხოვს, რომელიც მოიცავს მრავალმხრივი მხარდაჭერის სისტემების განვითარებას, საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებას, პროფესიული რეინტეგრაციის პროგრამების გაძლიერებასა და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის გაუმჯობესებას (Moccia et al/მოჩია და სხვები; 2017).

1.6 გაფანტული სკლეროზის მომვლელების როლი, გამოწვევები და მხარდაჭერის სისტემები

ოჯახური მხარდაჭერის სისტემებში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კულტურული თავისებურებები. სამხრეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც ტრადიციულად ძლიერია ოჯახური კავშირები, დომინირებს ოჯახური მხარდაჭერის მოდელი. ჩრდილოეთ ევროპაში უფრო მეტად გავრცელებულია ინსტიტუციური მხარდაჭერა, სადაც სახელმწიფო და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები არიან წამყვან როლში. აზიის ქვეყნებში კვლავ ძლიერია ტრადიციული ოჯახური მხარდაჭერის სისტემები. პროფესიული რეაბილიტაციის კუთხით, განვითარებულ ქვეყნებში დანერგილია სპეციალური პროგრამები. შვედეთში მოქმედებს სამუშაო ადგილის ადაპტაციის ეფექტური სისტემა, გერმანიაში ფუნქციონირებს პროფესიული გადამზადების სპეციალიზებული ცენტრები, ხოლო ნიდერლანდებში წარმატებით მუშაობს ნახევარ განაკვეთზე დასაქმების მოქნილი სქემები (Kudra et al/კუდრა და სხვები; 2017).

სოციალური ინტეგრაციის მიმართულებით, ევროკავშირის ქვეყნებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ადაპტირებული სპორტული და კულტურული აქტივობების განვითარებას. ასევე მნიშვნელოვანი რესურსები იხარჯება საზოგადოებრივი ტრანსპორტისა და ინფრასტრუქტურის ადაპტაციაზე, რაც ხელს უწყობს პაციენტების სრულფასოვან მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში (Bessing et al/ბესინგი და სხვები; 2021).

საზოგადოების ცნობიერების დონე მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. სკანდინავიის ქვეყნებში, სადაც არსებობს საზოგადოებრივი განათლების ხანგრძლივი ტრადიცია, ცნობიერების დონე მაღალია და მოსახლეობა უკეთ არის ინფორმირებული

დაავადების შესახებ. აღმოსავლეთ ევროპაში ცნობიერების დონე შედარებით დაბალია, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში კვლავ არსებობს მნიშვნელოვანი სტიგმა და მცდარი წარმოდგენები დაავადების შესახებ (Appleton et al/აპლეთონი და სხვები; 2018).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების არაფორმალური მომვლელები ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემის უმნიშვნელოვანესი, თუმცა ხშირად უხილავი რგოლია. მათი როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სადაც ფორმალური მხარდაჭერის სისტემები ნაკლებადაა განვითარებული. სტატისტიკური მონაცემებით, ევროკავშირში დაახლოებით 75,000 მომვლელი უვლის გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტს, აშშ-ში ეს რიცხვი 120,000-ს აღწევს, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოში - 35,000-ს (Thompson et al/ტომპსონი და სხვები; 2017).

გენდერული განაწილება სხვადასხვა ქვეყანაში მნიშვნელოვან ასიმეტრიას აჩვენებს. გერმანიაში მომვლელების 78% ქალია, იტალიაში ეს მაჩვენებელი 82% - ამდენა, ხოლო იაპონიაში - 85%-ამდე. საქართველოში, არსებული კვლევების თანახმად, მომვლელების 89% ქალია, რაც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მონაცემია მსოფლიოში. ამ დისბალანსს კიდევ უფრო ამძიმებს ის ფაქტი, რომ ქალი მომვლელები, საშუალოდ, 5.2-ჯერ მეტ დროს ატარებენ მოვლის პროცესში, ვიდრე მამაკაცები (Maguire et al/მაგუირი და სხვები; 2020).

ეკონომიკური ზეგავლენა განსაკუთრებით თვალსაჩინოა სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე. აშშ-ში მომვლელის საშუალო წლიური დანაკარგი შემოსავალში 15,000 დოლარს შეადგენს, გერმანიაში - 12,000 ევროს, ხოლო დიდ ბრიტანეთში - 11,000 ფუნტს. საქართველოში, მიუხედავად შედარებით დაბალი აბსოლუტური მაჩვენებლებისა (საშუალოდ, 3,500 ლარი წელიწადში), ეს თანხა ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 45%-ია, რაც მნიშვნელოვნად აღემატება განვითარებული ქვეყნების ანალოგიურ მონაცემს (Topcu et al/ტოპცუ და სხვები; 2016).

სახელმწიფო მხარდაჭერის პროგრამები მკვეთრად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. შვედეთში მოქმედებს პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფს მომვლელებს ყოველთვიური ანაზღაურებით (საშუალოდ, 1,800 ევრო) და სოციალური დაცვის პაკეტით. ნორვეგიაში „Omsorgstonad“ სისტემა სთავაზობს მომვლელებს ანაზღაურებად შვებულებას და მოქნილ სამუშაო გრაფიკს. დანიაში „Plejevederlag“ პროგრამა უფინანსებს მომვლელებს პროფესიულ გადამზადებასა და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. გერმანიაში „Pflegeversicherung“ სისტემა უზრუნველყოფს მომვლელებს ყოველთვიური დახმარებით

724 ევრომდე, ასევე საპენსიო და ჯანმრთელობის დაზღვევით. საფრანგეთში “Allocation Personnalisee d’Autonomie” პროგრამა სთავაზობს მომვლელებს ფინანსურ დახმარებას 1,400 ევრომდე თვეში, რაც დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმესა და მომვლელის შემოსავალზე. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მხარდაჭერის სისტემები მნიშვნელოვნად განსხვავდება. პოლონეთში მომვლელები იღებენ მინიმალურ ფინანსურ დახმარებას (დაახლოებით 250 ევროს თვეში), უნგრეთში ეს თანხა 180 ევროა, ხოლო რუმინეთში - 150 ევრო. საქართველოში სახელმწიფო დახმარება მხოლოდ მძიმე შემთხვევებით შემოიფარგლება და თვეში 100 ლარს შეადგენს (Zarzycki et al/ზარზიცი და სხვები; 2020).

კვლევები აჩვენებს მომვლელების ფსიქოემოციური მდგომარეობის მნიშვნელოვან ანსხვავებებს სხვადასხვა ქვეყანაში. შვედეთში მომვლელების 35% დეპრესიულ სიმპტომებზე მიუთითებს, გერმანიაში ეს მაჩვენებელი 42%-ია, იტალიაში - 58%, ხოლო საქართველოში - 67%. შფოთვის მონაცემები კიდევ უფრო მაღალია: შვედეთში - 45%, გერმანიაში - 52%, იტალიაში - 63%, საქართველოში - 72% (Labiano-Fontcuberta et al/ლაბიანო-ფონტკუბერტა და სხვები; 2015).

სოციალური იზოლაციის მაჩვენებლები განსაკუთრებით მაღალია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. პოლონეთში მომვლელების 78% სოციალური კონტაქტების მნიშვნელოვან შემცირებაზე საუბრობს, უნგრეთში ეს ნიშნული 82%-ია, ხოლო ბულგარეთში - 85%. შედარებისთვის, ნიდერლანდებში ეს მაჩვენებელი 45%-ს შეადგენს, ბელგიაში - 48%-ს, ხოლო დანიაში - 42%-ს (Neate et al/ნეატი და სხვები; 2018).

პროფესიული საქმიანობის შეზღუდვა განსხვავებულად გამოიყურება სხვადასხვა ქვეყანაში. ნორვეგიაში მომვლელების მხოლოდ 25% წყვეტს სამსახურს, შვედეთში - 28%, გერმანიაში - 35%. აღმოსავლეთ ევროპაში ეს რიცხვი გაცილებით მაღალია: პოლონეთში - 62%, უნგრეთში - 68%, საქართველოში - 73% (Kaschowitz et al/კაშოვიცი და სხვები; 2017).

მომვლელთა საგანმანათლებლო საჭიროებების დაკმაყოფილების მხრივ სკანდინავიის ქვეყნები ლიდერობენ. ნორვეგიაში მომვლელების 92% გადის სპეციალურ ტრენინგებს, შვედეთში - 88%, დანიაში - 85%. ცენტრალურ ევროპაში ეს მონაცემები საშუალოა: გერმანიაში - 65%, საფრანგეთში - 58%, იტალიაში - 45%, აღმოსავლეთ ევროპაში კი - მნიშვნელოვნად დაბალი: პოლონეთში - 25%, უნგრეთში - 22%, საქართველოში - 12%. დროებითი მოვლის სერვისების (respite care) ხელმისაწვდომობა საგრძნობლად

განსხვავდება რეგიონების მიხედვით. ნიდერლანდებში ამ მომსახურებით მომვლელების 78% სარგებლობს, ბელგიაში - 72%, დანიაში - 85%. აღმოსავლეთ ევროპაში ეს სერვისი ნაკლებად განვითარებულია: ჩეხეთში ხელმისაწვდომია მომვლელების 15%-სთვის, სლოვაკეთში - 12%-სთვის, ხოლო საქართველოში პრაქტიკულად არ არსებობს (Uccelli et al/უცელი და სხვები; 2014).

კვლევები ასევე აჩვენებს მნიშვნელოვან განსხვავებებს მომვლელთა ასაკობრივ სტრუქტურაში. დასავლეთ ევროპაში მომვლელების საშუალო ასაკი 45 წელია, აღმოსავლეთ ევროპაში - 52 წელი. იაპონიაში ეს მაჩვენებელი 58 წელს აღწევს. ახალგაზრდა მომვლელების (18-25 წელი) წილი ყველაზე მაღალია დიდ ბრიტანეთში - 15%, შემდეგ მოდის გერმანია - 12% და საფრანგეთი - 10% (Razaz et al/რაზაზი და სხვები; 2016).

მომვლელთა ფინანსური მდგომარეობის კვლევები აჩვენებს, რომ სიღარიბის რისკი განსაკუთრებით მაღალია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. ბულგარეთში მომვლელების 82% ცხოვრობს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ, რუმინეთში - 78%, მოლდოვაში - 85%. დასავლეთ ევროპაში ეს ნიშნული მნიშვნელოვნად დაბალია: ნორვეგიაში - 12%, შვედეთში - 15%, გერმანიაში - 22% (Ernstsson et al/ერნსტსონი და სხვები; 2016).

საინტერესო ტენდენციებს აჩვენებს მამაკაცი მომვლელების რაოდენობის ზრდა ზოგიერთ ქვეყანაში. შვედეთში ბოლო 5 წლის განმავლობაში მამაკაცი მომვლელების წილი 22%-იდან 32%-ამდე გაიზარდა, დანიაში - 18%-იდან 28%-ამდე, ნიდერლანდებში - 20%-იდან 30%-ამდე. ეს ცვლილება ასახავს გენდერული როლების თანდათანობით ტრანსფორმაციას დასავლურ საზოგადოებებში (Bambara et al/ბამბარა და სხვები; 2014). უმაღლესი განათლების მქონე მომვლელების წილი ასევე მნიშვნელოვნად განსხვავდება. გერმანიაში ეს მაჩვენებელი 45%-ია, საფრანგეთში - 42%, იტალიაში - 38%. აღმოსავლეთ ევროპაში ეს მონაცემები შედარებით დაბალია: პოლონეთში - 28%, უნგრეთში - 25%, რუმინეთში - 22%. სოციალური დაცვის მექანიზმები განსხვავებულად მუშაობს სხვადასხვა ქვეყანაში. დანიის მოდელი უზრუნველყოფს მომვლელებს სრული სოციალური პაკეტით, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის დაზღვევას, საპენსიო დაგროვებასა და ანაზღაურებად შვებულებას (Willson et al/უილსონი და სხვები; 2017).

გერმანიაში მოქმედი სისტემა განსაკუთრებით ეფექტურია პროფესიული ინტეგრაციის კუთხით. დამსაქმებლები იღებენ სახელმწიფო სუბსიდიებს მომვლელების

დასაქმებისთვის, ხოლო მოქნილი სამუშაო გრაფიკი კანონითაა განსაზღვრული. ამის შედეგად გერმანიაში მომვლელების 65% ახერხებს სამსახურის შენარჩუნებას.

საფრანგეთში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მომვლელების ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. ქვეყანაში მოქმედებს 450-ზე მეტი სპეციალიზებული ცენტრი, სადაც მომვლელებს ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპია უტარდებათ. 2023 წლის მონაცემებით, ამ სერვისით 45,000-ზე მეტმა მომვლელმა ისარგებლა. ესპანეთში Ley de Dependencia პროგრამის ფარგლებში მომვლელები იღებენ ყოველთვიურ დახმარებას 400-იდან 800 ევრომდე, პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით. დამატებით, პროგრამა მოიცავს პროფესიულ გადამზადებასა და დასაქმების ხელშეწყობას. იტალიაში რეგიონული პროგრამები მნიშვნელოვნად განსხვავდება. ჩრდილოეთ რეგიონებში მომვლელების მხარდაჭერა უფრო მაღალია - ლომბარდიაში საშუალო თვიური დახმარება 600 ევროს შეადგენს, მაშინ როდესაც სამხრეთ რეგიონებში ეს თანხა 200-300 ევროს არ აღემატება. აზიის ქვეყნებში სიტუაცია განსხვავებულია.

იაპონიაში მოქმედებს სპეციალური სადაზღვევო სისტემა მომვლელებისთვის, რომელიც ფარავს როგორც სამედიცინო, ისე პროფესიული გადამზადების ხარჯებს. სამხრეთ კორეაში კი აქცენტი კეთდება ტექნოლოგიურ მხარდაჭერაზე - მომვლელებს უფასოდ მიეწოდებათ სმარტ მოწყობილობები პაციენტის მონიტორინგისთვის. ირანში ჩატარებული კვლევების თანახმად, მომვლელების 92% ქალია, რაც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია მსოფლიოში. აქედან 78% სრულად წყვეტს პროფესიულ საქმიანობას მოვლის დაწყებისთანავე. სახელმწიფო მხარდაჭერა მინიმალურია და მხოლოდ ძალიან მძიმე შემთხვევებით შემოიფარგლება. ინდოეთში სიტუაცია კიდევ უფრო რთულია. სოფლად მცხოვრები მომვლელების 95% არ იღებს არანაირ ფინანსურ დახმარებას. ურბანულ ცენტრებში მდგომარეობა შედარებით უკეთესია - მუმბაისა და დელიში არსებობს რამდენიმე სათემო ცენტრი, რომლებიც მომვლელებს საბაზისო მხარდაჭერას სთავაზობენ. ჩინეთში, მიუხედავად ეკონომიკური ზრდისა, მომვლელთა მხარდაჭერის სისტემები ჯერ კიდევ განვითარების საწყის ეტაპზეა. შანხაისა და პეკინის მსგავს მეგაპოლისებში 2022 წელს პილოტური პროგრამები დაიწყო, რომლებიც ყოველთვიურ დახმარებას (დაახლოებით 200 დოლარი) და ძირითად სამედიცინო დაზღვევას მოიცავს. ლათინური ამერიკის ქვეყნებში მდგომარეობა მკვეთრად განსხვავდება. ბრაზილიაში მომვლელების მხოლოდ 5% იღებს რაიმე სახის სახელმწიფო დახმარებას. არგენტინაში ეს მაჩვენებელი 12%-ია, ჩილეში - 15%. აფრიკის კონტინენტზე

სიტუაცია განსაკუთრებით მძიმეა. სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკაში, რომელიც რეგიონის ეკონომიკური ლიდერია, მომვლელების მხოლოდ 3% იღებს რაიმე სახის ოფიციალურ მხარდაჭერას. ნიგერიაში, კენიასა და განაში ფორმალური მხარდაჭერის სისტემები პრაქტიკულად არ არსებობს. აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსაბჭოთა ქვეყნებშიც მსგავსი სიტუაციაა. უკრაინაში, ომამდე არსებული მონაცემებით, მომვლელების 82% ქალი იყო, ხოლო მათი 68% უარს ამბობდა კარიერულ წინსვლაზე მოვლის გამო. ბელარუსში სახელმწიფო დახმარება დაახლოებით 150 დოლარია თვეში, მოლდოვაში - 100 დოლარი.

ცენტრალური აზიის ქვეყნებში მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულია. ყაზახეთში, რეგიონის ერთ-ერთ ყველაზე მდიდარ ქვეყანაში, მომვლელების მხარდაჭერის პროგრამები მხოლოდ ახლა იწყებს განვითარებას. უზბეკეთში, ყირგიზეთსა და ტაჯიკეთში ფორმალური მხარდაჭერის სისტემები პრაქტიკულად არ არსებობს.

გაფანტული სკლეროზის მომვლელებთან დაკავშირებული კვლევები აჩვენებს სპეციფიკურ გამოწვევებს. ევროპული მასშტაბური კვლევის თანახმად, რომელიც 2023 წელს ჩატარდა, გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 78% განიცდის მაღალ სტრესს დაავადების არაპროგნოზირებადი ხასიათის გამო (Kanavos et al/კანავოსი და სხვები; 2016; Fantoni-Quinton et al/ფანტონი-ქუინტონი და სხვები; 2016; Fernandez et al/ფერნანდესი და სხვები; 2017).

იტალიური კვლევის მიხედვით, გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 65% აღნიშნავს, რომ განსაკუთრებით რთულია კოგნიტიური სიმპტომების მართვა, რაც მუდმივ ყურადღებასა და ადაპტაციას მოითხოვს. დაახლოებით 45% მიუთითებს, რომ მენტალური სიმპტომების მართვა სერიოზული გამოწვევაა. გერმანული კვლევის მიხედვით, გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 82% საჭიროებს სპეციალურ ტრენინგებს სიმპტომების მართვასთან მიმართებით. ერთმნიშვნელოვნად არ არის მარტივი მობილობასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვა. აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 70% განიცდის დეპრესიას, რაც მნიშვნელოვნადაღემატება სხვა დაავადებების მომვლელების მაჩვენებელს. ამავე კვლევის თანახმად, მომვლელების 55% უჩივის ძილის სერიოზულ დარღვევებს (Peloquin et al/პელოქუინი და სხვები; 2021).

ბრიტანული კვლევა მიუთითებს, რომ გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 68% იძულებულია, შეამციროს სამუშაო საათები ან სრულად დატოვოს სამსახური. ეს

განპირობებულია დაავადების მულტისისტემური ხასიათითა და სიმპტომების არაპროგნოზირებადობით (Corry et al/კორი და სხვები; 2009).

კანადური კვლევის თანახმად, გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 75% განიცდის ქრონიკულ დაღლილობას, რაც უკავშირდება მოვლის ინტენსიურ ხასიათსა და ღამის განმავლობაში პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების აუცილებლობას. გაფანტული სკლეროზის მომვლელების 60% საჭიროებს რეგულარულ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას, თუმცა მხოლოდ 25% იღებს ამ სერვისს. განსაკუთრებით რთულია სიტუაცია სოფლად მცხოვრები მომვლელებისთვის (Cohen et al/კოჰენი და სხვები; 2024). აღნიშნული კვლევები ხაზს უსვამს გაფანტული სკლეროზის მომვლელების განსაკუთრებულ საჭიროებებსა და მხარდაჭერის სპეციალიზებული პროგრამების აუცილებლობას. გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი კომპლექსური ფენომენია, რომელიც მოიცავს როგორც პაციენტის, ისე მომვლელის ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტს. (Carrieri et al/კარიერი და სხვები; 2024; van Wegen et al/ვან ვეგენი და სხვები; 2024).

1.7 ჯანდაცვის პროფესიონალების როლი გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შემცირებაში

“The role of neurologists in addressing the social determinants of health in multiple sclerosis” (2023) სტატიის თანახმად, ნევროლოგები წამყვან როლს ასრულებენ სოციალური დეტერმინანტების იდენტიფიცირებასა და მართვაში. ისინი პასუხისმგებელნი არიან არა მხოლოდ სამედიცინო მკურნალობაზე, არამედ კოორდინაციას უწევენ მულტიდისციპლინურ მიდგომას, რომელიც მოიცავს სოციალურ მუშაკებს, ფსიქოლოგებსა და სხვა სპეციალისტებს (Falet et al/ფალეტი და სხვები; 2020).

ECTRIMS-ის რეკომენდაციებში “Social Aspects in MS Care” ხაზგასმულია ნევროლოგების მნიშვნელოვანი ჩართულობა პაციენტების სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობაში. ეს მოიცავს დასაქმების საკითხებს, განათლების ხელმისაწვდომობასა და სოციალური აქტივობების შენარჩუნებას. COVID-19 პანდემიამ კიდევ უფრო გააძლიერა ნევროლოგების ფუნქციის მნიშვნელობა. European Academy of Neurology-ს ინსტრუქციების თანახმად, ნევროლოგებმა უნდა უზრუნველყონ არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა, არამედ სოციალური მხარდაჭერის კოორდინაციაც დისტანციური სერვისების გამოყენებით. “The evolving role of the multiple

sclerosis specialist nurse”-ის მიმოხილვაში აღნიშნულია, რომ ნევროლოგებისა და სპეციალიზებული ექთნების თანამშრომლობა ეფექტური მოდელია სოციალური ტვირთის სამართავად. აღნიშნული მოდელი განსაკუთრებით წარმატებულია სკანდინავიის ქვეყნებსა და დიდ ბრიტანეთში. თანამედროვე გამოწვევები და სამომავლო პერსპექტივები ცალსახად მნიშვნელოვანია ნევროლოგიური სერვისების განვითარებისთვის. ECTRIMS-ის რეკომენდაციების (2023) თანახმად, ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა სოციალური სერვისების ინტეგრაცია კლინიკურ პრაქტიკაში. ნევროლოგები სისტემატურად საჭიროებენ გადამზადებას სოციალური დეტერმინანტების შეფასებისა და მართვის მიმართულებით (Prosperini et al/პროსპერინი და სხვები; 2024).

ციფრული ტექნოლოგიების განვითარება ქმნის ახალ შესაძლებლობებს სოციალური მხარდაჭერის პროგრამების დანერგვისათვის. European Academy of Neurology-ს გზამკვლევი (2024) განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს ტელემედიცინის როლს სოციალური ასპექტების მართვაში და რეკომენდაციას უწევს ნევროლოგებს, აქტიურად გამოიყენონ ეს შესაძლებლობები (Barin et al/ბარინი და სხვები; 2020).

მიუხედავად გაფანტული სკლეროზის მნიშვნელოვანი სოციალური გავლენისა, აღნიშნული მიმართულებით კვლევები ლიტერატურაში ნაკლებად გვხვდება.

ასეთი კვლევების უმრავლესობა ფოკუსირებულია დაავადების კლინიკურ ასპექტებზე, მკურნალობის მეთოდებსა და ეკონომიკურ ტვირთზე, ხოლო სოციალური ზეგავლენის კომპლექსურ შესწავლას სათანადო ყურადღება არ ეთმობა. განსაკუთრებით მწირია კვლევები დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სადაც სოციალური ტვირთი შესაძლოა, კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი იყოს სოციალური მხარდაჭერის სისტემების ნაკლებობისა და ჯანდაცვის სერვისებზე დაბალი ხელმისაწვდომობის გამო. არსებული კვლევების უმეტესობა ჩატარებულია მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რაც არ იძლევა სრულ სურათს გლობალურ კონტექსტში. ასევე შეზღუდულია გრძელვადიანი კვლევები, რომლებიც შეისწავლიდა სოციალური ტვირთის დინამიკას დროში. (Alexander et al/ალექსანდერი და სხვები 2020; Costelloe et al/კოსტელო და სხვები; 2008).

1.8 მულტისექტორული და ინტეგრირებული მიდგომა გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის მართვისთვის

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შესწავლა მნიშვნელოვანი ასპექტია საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის. ამ მიმართულებით ჩატარებული კვლევები საშუალებას იძლევა, შემუშავდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პოლიტიკა და პროგრამები, რომლებიც ორიენტირებული იქნება როგორც პაციენტების, ისე მათი მომვლელების საჭიროებებზე. კომპლექსური კვლევები, რომლებიც მოიცავს დაავადების სოციალური ზეგავლენის სხვადასხვა ასპექტს, აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეფექტიანი ინტერვენციების დასაგეგმად (Morales-González et al/მორალეს-გონსალესი და სხვები; 2004).

სოციალური ტვირთის შესწავლა საშუალებას იძლევა, გამოვლინდეს ის სპეციფიკური გამოწვევები, რომლებსაც პაციენტები და მათი მომვლელები აწყდებიან სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკურ კონტექსტში. ეს ინფორმაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებისთვის, რათა რეალურ მოთხოვნილებებს მოარგონ მხარდაჭერის პროგრამები. კვლევების საფუძველზე შესაძლებელია, განისაზღვროს პრიორიტეტული მიმართულებები და შემუშავდეს მიზნობრივი ინტერვენციები, რომლებიც გაითვალისწინებს როგორც უნივერსალურ, ისე ქვეყნის საჭიროებებზე დაფუძნებულ სპეციფიკურ ასპექტებს (Gold et al/გოლდი და სხვები; 2016).

სოციალური ტვირთის შესწავლა ხელს უწყობს რესურსების ეფექტიან განაწილებას, მხარდაჭერის სისტემების გაუმჯობესებასა და პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვას. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული დაავადებების, მათ შორის, გაფანტული სკლეროზის პრევალენტობის ზრდის ფონზე.

2. მეთოდები

2.1. კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია, ქვეყნის მასშტაბით შეგროვდეს მონაცემები გაფანტული სკლეროზით გამოწვეული სოციალური ტვირთის შესახებ, შეფასდეს და კვლევის შედეგების საფუძველზე შემუშავდეს რეკომენდაციები, რათა ეროვნულ დონეზე, მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, შემცირდეს დაავადებასთან დაკავშირებული ავადობით, სიკვდილიანობით და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული მართვადი და თავიდან აცილებადი დაავადების ტვირთი.

2.2 სამიზნე ჯგუფები

სამიზნე ჯგუფები არიან გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შეფასების პროცესში ჩართული ყველა მხარე/რგოლი:

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტები

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მომვლელები/ოჯახის წევრები

ჯანდაცვის პერსონალი (ნევროლოგი)

2.2.1. პაციენტების სოციალური ტვირთის შეფასების მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური კვლევის მეთოდის გამოყენებით. მონაწილეების კვლევაში ჩართვა მიმდინარეობდა 2023 წლის მაისიდან დეკემბრის ჩათვლით.

მონაწილეების შერჩევა განხორციელდა საქართველოს 5 კლინიკაში (სადაც გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ხორციელდება).

კვლევის მონაწილე გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების შერჩევა

მიმდინარეობდა საქართველოში არსებული ნევროლოგთა კავშირისა და გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტთა კავშირის ბაზების მონაცემების ანალიზის საფუძველზე.

პაციენტების გამოკითხვა მიმდინარეობდა ექიმთან ვიზიტის დროს, წინასწარი

შეთანხმებისა და წერილობითი თანხმობით.

კვლევის მონაწილეების ზომა შეირჩა აღწერილობითი კვლევებისთვის მოწოდებული მეთოდოლოგიით (წყარო: www.openepi.com), სადაც მოსალოდნელი პროპორცია

განისაზღვრა, როგორც 0.50 (რაც ახდენს შერჩევის ზომის მაქსიმალიზაციას). კვლევის

სიზუსტის ხარისხი (შეცდომის ზღვარი) ± 0.05 მაჩვენებლით, სარწმუნოების დონე -

95%-ით და შესაბამისი პოპულაციის ზომა 1200-ით. დიზაინის ეფექტი გამოითვალა 1.3 ტოლად, რადგან მონაწილეთა შერჩევა არ მიმდინარეობდა რანდომული მეთოდით. მეთოდოლოგიის მიხედვით, შენარჩევის მინიმალური ზომა გამოვიდა 379 მონაწილე. კვლევაში მონაწილეთა შერჩევა განხორციელდა ჩართვის შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზის მქონე პაციენტი

≥18 წლის

ინტერვიუებს მკვლევართან ერთად, უძღვებოდა ექიმი, რომელსაც ჩაუტარდა სპეციალური ტრენინგ შეხვედრა. მონაწილეებს ჩაუტარდათ პირისპირ ინტერვიუ სპეციალური საერთაშორისო, ვალიდირებული კითხვარის MSQOL-54-ის გამოყენებით (ნებართვა მოპოვებულია). კითხვარი მოიცავდა შეკითხვებს პაციენტების სოციოდემოგრაფიულ მონაცემებზე და მათ ფიზიკურ, სოციალურ და მენტალურ მდგომარეობაზე.

მონაცემების დამუშავებისას შეიქმნა 14 მაჩვენებელი, რათა უკეთესად მომხდარიყო პაციენტების სხვადასხვა მდგომარეობის შეფასება, 0-100 ქულიანი სკალის დახმარებით. მონაცემების 100 ქულიან სკალაზე გადასაყვანად თითოეულ პასუხს მიენიჭა შესაბამისი ქულა და მონაცემები ტრანსფორმირდა. შემდგომ ყველა მაჩვენებლისთვის გამოითვალა ჯამური რიცხვიდან საშუალო მაჩვენებელი. აღნიშნული ტრანსფორმაციის შესახებ სრული ინფორმაცია იხილეთ ქვემოთ მოცემულ ცხრილებში:

1. ფიზიკური ჯანმრთელობა

შეკითხვა #	პასუხი			ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2	3		
3.	0	50	100	_____	:10 = _____
4.	0	50	100	_____	
5.	0	50	100	_____	
6.	0	50	100	_____	
7.	0	50	100	_____	

8.	0	50	100	_____	
9.	0	50	100	_____	
10.	0	50	100	_____	
11.	0	50	100	_____	
12.	0	50	100	_____	
ჯამი:				_____	

2. ფუნქციური შეზღუდვები ფიზიკური ჯანმრთელობის გამო

შეკითხვა #	პასუხი		ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2		
13.	0	100	_____	
14.	0	100	_____	
15.	0	100	_____	
16.	0	100	_____	
ჯამი:			_____	:4 = _____

3. ფუნქციური შეზღუდვები ემოციური ჯანმრთელობის გამო

შეკითხვა #	პასუხი		ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2		
17.	0	100	_____	
18.	0	100	_____	
19.	0	100	_____	
ჯამი:			_____	:3 = _____

10. ჯანმრთელობის დისტრესი

შეკითხვა #	პასუხი						ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2	3	4	5	6		
38.	0	20	40	60	80	100	_____	:4 = _____
39.	0	20	40	60	80	100	_____	
40.	0	20	40	60	80	100	_____	
41.	0	20	40	60	80	100	_____	
ჯამი:							_____	

11. სქესობრივი ფუნქცია*

შეკითხვა #	პასუხი						ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2	3	4	5	6		
46.	100	66.7	33.3	0			_____	:4 = _____
47.	100	66.7	33.3	0			_____	
48.	100	66.7	33.3	0			_____	
49.	100	66.7	33.3	0			_____	
ჯამი:							_____	

* პასუხები შეფასდება სქესის გათვალისწინებით, შედეგების მოხსენებაც

განხორციელდება სქესის მიხედვით

12. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებები

შეკითხვა #	პასუხი						ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2	3	4	5	6		
2.	100	75	50	25	0		_____	
ჯამი:							_____	= _____

13. კმაყოფილება სქესობრივი ფუნქციის მდგომარეობის გამო

შეკითხვა #	პასუხი						ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2	3	4	5	6		
50.	100	75	50	25	0		_____	
ჯამი:							_____	= _____

14. ცხოვრების ხარისხის ზოგადი მაჩვენებელი

შეკითხვა #	პასუხი							ქვეჯამი	საბოლოო ქულა 0-100 ქულიანი შკალით
	1	2	3	4	5	6	7		
53.	10	20	30	40	50	60	70	_____	
54.	0	16.7	33.3	50	66.7	83.3	100	_____	
ჯამი:								_____	:2 = _____

ზემონახსენები მაჩვენებლების გამოყენებით შემუშავდა ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულები სპეციალური ფორმულებით. ფორმულების შესახებ სრული ინფორმაცია წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილებში:

ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულის გამოთვლის ფორმულა

კომპონენტი	საბოლოო ქულა	x	წონა	ქვეჯამი
ფიზიკური ფუნქცია	_____	x	0.17	_____ (a)
ჯანმრთელობის აღქმა	_____	x	0.17	_____ (b)
ენერგია/დადლილობა	_____	x	0.12	_____ (c)
ფუნქციური შეზღუდვა/ფიზიკური	_____	x	0.12	_____ (d)
ტკივილი	_____	x	0.11	_____ (e)
სქესობრივი ფუნქცია	_____	x	0.08	_____ (f)
სოციალური ფუნქცია	_____	x	0.12	_____ (g)
ჯანმრთელობის დისტრესი	_____	x	0.11	_____ (h)
ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულა = = ჯამი ქვეჯამებისა (a)-დან (h)-მდე:				_____

მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულის გამოთვლის ფორმულა

კომპონენტი	საბოლოო ქულა	x	წონა	ქვეჯამი
ჯანმრთელობის დისტრესი	_____	x	0.14	_____ (a)
ცხოვრების ხარისხი ზოგადი	_____	x	0.18	_____ (b)
ემოციური კეთილდღეობა	_____	x	0.29	_____ (c)
ფუნქციური შეზღუდვა/ემოციური	_____	x	0.24	_____ (d)
კოგნიტიური ფუნქცია	_____	x	0.15	_____ (e)
მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულა = = ჯამი ქვეჯამებისა (a)-დან (e)-მდე:				_____

სტატისტიკური ანალიზი

შედეგებში წარმოდგენილია აღწერილობითი სტატისტიკის და ბივარიაციული ანალიზის შედეგები, რისთვისაც შეირჩა Chi-square tests, შეფასდა პაციენტების მახასიათებლები სხვადასხვა კომპონენტების და ფაქტორების მიხედვით. სტატისტიკური სარწმუნოება განისაზღვრა p value-ს გამოყენებით, სადაც $p < 0.05$ -ზე მიჩნეული იყო, როგორც სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება. მონაცემების შეყვანა და სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა SPSS 26.0 პროგრამის საშუალებით (Chicago, IL).

2.2.2. მომვლელების სოციალური ტვირთის შეფასების მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური კვლევის მეთოდის გამოყენებით. მონაწილეთა კვლევაში ჩართვა მიმდინარეობდა 2023 წლის მაის-დეკემბრის პერიოდში. მონაწილეების შერჩევა განხორციელდა საქართველოს 5 კლინიკაში. მომვლელების გამოკითხვა მიმდინარეობდა მათი ზრუნვის ქვეშ მყოფი პაციენტების ექიმთან ვიზიტის დროს, წინასწარი შეთანხმებისა და წერილობითი თანხმობის საფუძველზე. კვლევის მონაწილეების შენარჩევის ზომა განისაზღვრა აღწერილობითი კვლევებისთვის მოწოდებული მეთოდოლოგიით (წყარო: www.openepi.com), სადაც მოსალოდნელი პროპორცია დადგინდა, როგორც 0.50 (რაც ახდენს შერჩევის ზომის მაქსიმალიზაციას). კვლევის სიზუსტის ხარისხი (შეცდომის ზღვარი) განისაზღვრა ± 0.05 მაჩვენებლით, სარწმუნოების დონე - 95%-ით და შესაბამისი პოპულაციის ზომა 1200-ით. დიზაინის ეფექტი გამოთვლილ იქნა 1.3 ტოლად, რადგან მონაწილეთა შერჩევა არ მიმდინარეობდა რანდომული მეთოდით. მეთოდოლოგიის მიხედვით, შენარჩევის მინიმალური ზომა იყო 379 მონაწილე.

კვლევაში მონაწილეთა შერჩევა განხორციელდა ჩართვის სხვადასხვა კრიტერიუმის დახმარებით:

მონაწილე იყო გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტის მომვლელი/ოჯახის წევრი
იყო ≥ 18 წლის

უვლიდა/ზრუნავდა პაციენტზე, რომელსაც დიაგნოზი დაუდასტურდა 3

ნევროლოგისგან შემდგარი კონსილიუმის საფუძველზე

ინტერვიუებს მკვლევართან ერთად, უძღვებოდა ექიმის ასისტენტი. მონაწილეებს ჩაუტარდათ პირისპირ ინტერვიუ სპეციალური, საერთაშორისო, ვალიდირებული სტრუქტურირებული კითხვარის (MSQoL) დახმარებით. კითხვარი მოიცავდა შეკითხვებს

მომვლელების სოციოდემოგრაფიულ მონაცემებზე და მომვლელების ფიზიკურ, სოციალურ და მენტალურ მდგომარეობაზე.

მონაცემების დამუშავებისას შეიქმნა ფიზიკური, სოციალური და მენტალური კომპონენტები:

ფიზიკური კომპონენტის შეკითხვები - 16,18,19,21;

მენტალური კომპონენტის შეკითხვები - 1,2,3,4,5,6,7,8,13,14,15,16,17,18,19,20,22;

სოციალური კომპონენტის შეკითხვები - 9,10,11,12,23,24.

მონაცემების დამუშავებისას გამოიყო ოთხი ფაქტორი:

ფაქტორი 1 - გავლენა ჯანმრთელობაზე, ოჯახსა და სოციალურ მდგომარეობაზე - შეკითხვები 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 19, 21, 22, 23, 24.

ფაქტორი 2 - ემოციური გავლენა - შეკითხვები 1, 2, 4, 15, 18, 20.

ფაქტორი 3 - მხარდაჭერის საჭიროება - შეკითხვები 8, 12, 17.

ფაქტორი 4 - ემოციური რეაქციები პაციენტის სტატუსზე - შეკითხვები 13, 14.

სტატისტიკური ანალიზი

შედეგებში წარმოდგენილია აღწერილობითი სტატისტიკისა და ბივარიაციული ანალიზის შედეგები, რომელთა ჩასატარებლად შეირჩა Chi-square tests, შეფასდა მომვლელების მახასიათებლები სხვადასხვა კომპონენტებისა და ფაქტორების მიხედვით.

მულტივარიაციული ანალიზი განხორციელდა Binary logistic regression მოდელით.

სტატისტიკური სარწმუნოება განისაზღვრა Odds ratios-ს (OR) 95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალისა (CI) და p value-ს გამოყენებით, სადაც $p < 0.05$ -ზე მიჩნეული იყო, როგორც სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება. მონაცემების შეყვანა და სტატისტიკური ანალიზი გაკეთდა SPSS 26.0 პროგრამის საშუალებით (Chicago, IL).

2.2.3. ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ სოციალური ტვირთის შეფასების მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა ხარისხობრივი მეთოდით, ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუების სახით, რაც საშუალებას აძლევდა რესპონდენტებს, გაეზიარებინათ თავიანთი ხედვები, გამოცდილება და გამოწვევები. კითხვარი მოიცავდა 13 ძირითად საკითხს, რომლებიც ორგანიზებული იყო სამი თემატური მიმართულებით:

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შეფასება

პაციენტისა და მომვლელის/მზრუნველის შესახებ ინფორმაციის მოგროვება

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შეფასება ქვეყანაში

კვლევაში მონაწილეობდა 10 ნევროლოგი, რომლებიც პრაქტიკულ საქმიანობას ეწევიან სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში. მონაწილეთა გეოგრაფიული განაწილება იყო შემდეგი: 8 ნევროლოგი თბილისიდან, 1 - ქუთაისიდან და 1 - ბათუმიდან.

რესპონდენტების შერჩევა განხორციელდა მიზნობრივი შერჩევის მეთოდით, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მკურნალობაში მათი გამოცდილების გათვალისწინებით.

შერჩევის კრიტერიუმები:

პროფესიული გამოცდილება: 5 ან მეტი წლის პრაქტიკა ნევროლოგიაში და, კერძოდ, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება. ინფორმირებული თანხმობის ფორმაზე ხელმოწერა.

მონაცემთა შეგროვება

ინტერვიუების დაწყებამდე მონაწილეებს მიეწოდათ დეტალური ინფორმაცია კვლევის მიზნის, პროცედურებისა და ეთიკური საკითხების შესახებ. ყველა მონაწილემ ხელი მოაწერა ინფორმირებული თანხმობის ფორმას. ინტერვიუები ჩატარდა 2025 წლის იანვარ-მარტში, პირისპირ რეჟიმში. ინტერვიუ, საშუალოდ 35-50 წუთის განმავლობაში გრძელდებოდა, რომლის ძირითადი თემატიკა იყო გაფანტული სკლეროზის გავლენა პაციენტებზე, მომვლელებსა და საზოგადოებაზე და მათი, ნევროლოგების, როლი დაავადების სოციალური ტვირთის მართვაში.

ინტერვიუების გაშიფვრის პროცესი 3 ძირითად ეტაპს მოიცავდა: ინტერვიუების სრული ტექსტის შექმნა, გაწმენდილი ვერსიის მომზადება – ტექსტის გასუფთავება. შემდგომ განხორციელდა მონაცემების თემატურად დაჯგუფება ოთხ ძირითად ბლოკად: ფინანსური ტვირთი (მკურნალობის ხარჯები, სადაზღვევო პრობლემები) ფსიქოსოციალური გავლენა (დეპრესია, სტიგმა, პაციენტებისა და მომვლელების ფსიქოემოციური მდგომარეობა), ფიზიკური და პროფესიული ზემოქმედება (შრომისუნარიანობის შემცირება, მობილობის პრობლემები) და ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა (სახელმწიფო და კერძო მხარდაჭერა).

2.3. კვლევის ეთიკური მხარე

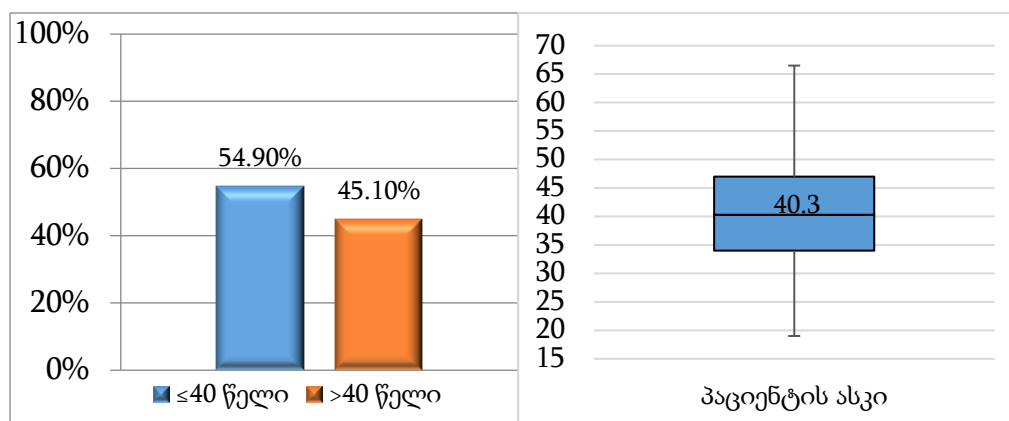
კვლევის დაწყებამდე, მიღებულ იქნა საქართველოს უნივერსიტეტის ეთიკის კომისიის თანხმობა (GREC-04-23). საერთაშორისო კითხვარების (MSQOL-54, MSCareQOL) ადგილობრივად ადაპტაციისა და ვალიდაციის ნებართვა მოპოვებულია ავტორებისგან. მონაცემების მოპოვებისას და სტატისტიკური ანალიზის დროს დაცული იყო ანონიმურობის პრინციპი. თითოეულ პაციენტს მიენიჭა საიდენტიფიკაციო ნომერი, რის შემდეგაც დამუშავდა მონაცემები. მონაწილეების კონფიდენციალურობის დაცვის მიზნით ყველა პერსონალური მონაცემი დაიშიფრა, ხოლო ანალიზისა და ანგარიშის მომზადების პროცესში გამოყენებულ იქნა მხოლოდ ანონიმიზებული ინფორმაცია.

3. ძირითადი შედეგები

3.1. პაციენტების სოციალური ტვირთის კვლევის შედეგები

კვლევაში მონაწილეობდა 384 პაციენტი. მონაწილეთა უმრავლესობა ($n=268$, 69.5%) იყო ქალი, რაც ასახავს გაფანტული სკლეროზისთვის დამახასიათებელ გენდერულ განაწილებას (2.8:1). პაციენტების 54.9% ($n=211$) ≤ 40 წლის გახლდათ, ხოლო საშუალო ასაკი იყო 40.3 წელი, რაც ადასტურებს, რომ დაავადება ძირითადად ახალგაზრდა, შრომისუნარიან მოსახლეობას აზიანებს (SD – 9.1; მინიმალური – 19 წელი და მაქსიმალური – 67 წელი) (გრაფიკი 1).

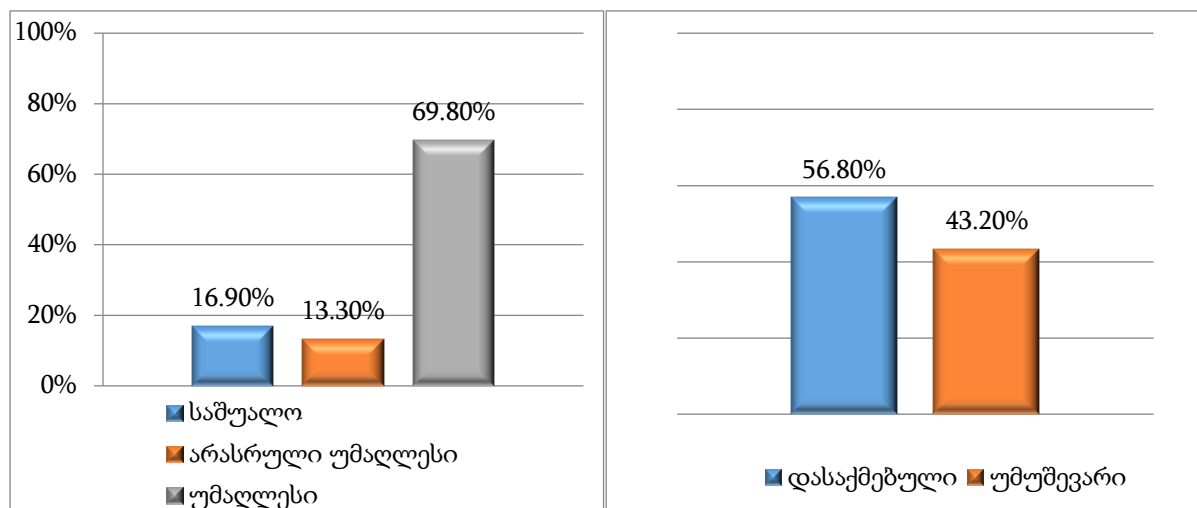
გრაფიკი 1. პაციენტების ასაკი და მისი განაწილება ჯგუფების მიხედვით



გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

პაციენტების საშუალო ასაკი პაციენტის დიაგნოზის დროს იყო 33.7 წელი (SD=8.5; მინიმალური – 16 და მაქსიმალური – 60). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მონაწილეები შემდეგნაირად გადანაწილდნენ: ქალაქი – 60.4% ($n=233$) და რეგიონი – 39.6% ($n=152$), ურბანული მოსახლეობის მაღალი წარმომადგენლობა, შესაძლოა მიუთითებდეს ცენტრალიზებულ ჯანდაცვის სისტემაზე და ქალაქში სერვისების უკეთეს ხელმისაწვდომობაზე. მონაწილეების უმრავლესობას ($n=268$, 69.8%) ჰქონდა უმაღლესი განათლება. პაციენტების 56.8% ($n=218$) დასაქმებული იყო, აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს დაავადების ნეგატიურ გავლენაზე (გრაფიკი 2).

გრაფიკი 2. პაციენტების განაწილება განათლების და დასაქმების სტატუსის მიხედვით

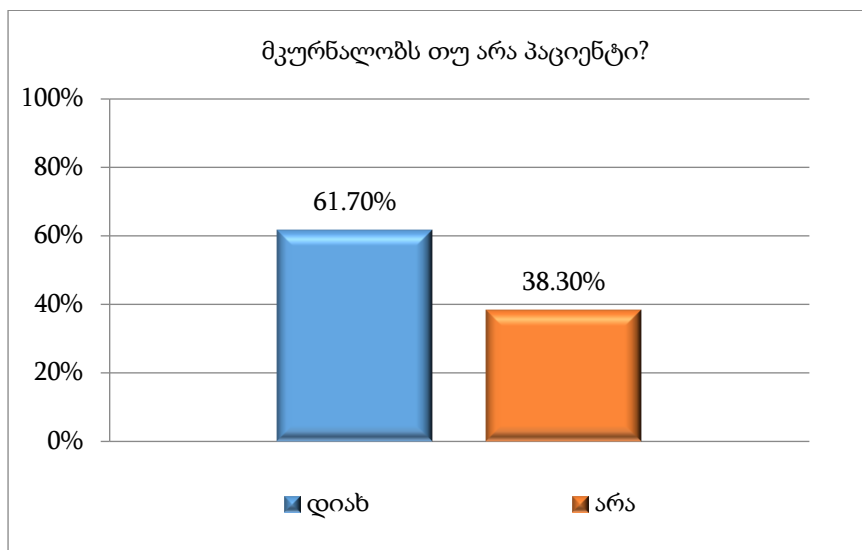


ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით მონაწილეები შემდეგნაირად გადანაწილდნენ:

განქორწინებული - 1.6% (n=6), დაოჯახებული - 68.8% (n=264), დასაქორწინებელი - 22.1% (n=86) და ქვრივი - 7.6% (n=29). პაციენტების 65.1%-ს (n=250) ჰყავს შვილ(ებ)ი, მათ შორის ერთი შვილი ჰყავს 25.5%-ს (n=98), ორი შვილი - 33.6%-ს (n=129), ხოლო 2-ზე მეტი - 6.0%-ს (n=23) (ცხრილი 1).

პაციენტების 86.5%-მა (n=332) აღნიშნა, რომ აქვს მორეციდივე დაავადება, 9.4%-მა (n=36) - პირველადად პროგრესული დაავადება, ხოლო 3.4%-მა (n=13) - მეორადად პროგრესული. პაციენტების მიერ დასახელებული EDSS ქულები შემდეგნაირად გადანაწილდა: 1-3-მდე - 53.9% (n=208), 3-4-მდე - 21.6% (n=83) და 4-8 - 24.5% (n=94), EDSS განაწილება აჩვენებს, რომ კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობას (53.9%) არ აქვს ან აღენიშნება მსუბუქი უნარშეზღუდულობა. მონაწილეების 61.7%-მა (n=237) აღნიშნა, რომ მკურნალობს. მათ შორის ყველა (100%) იყო მედიკამენტურ მკურნალობაზე (გრაფიკი 3).

გრაფიკი 3. ინფორმაცია პაციენტების მკურნალობის შესახებ



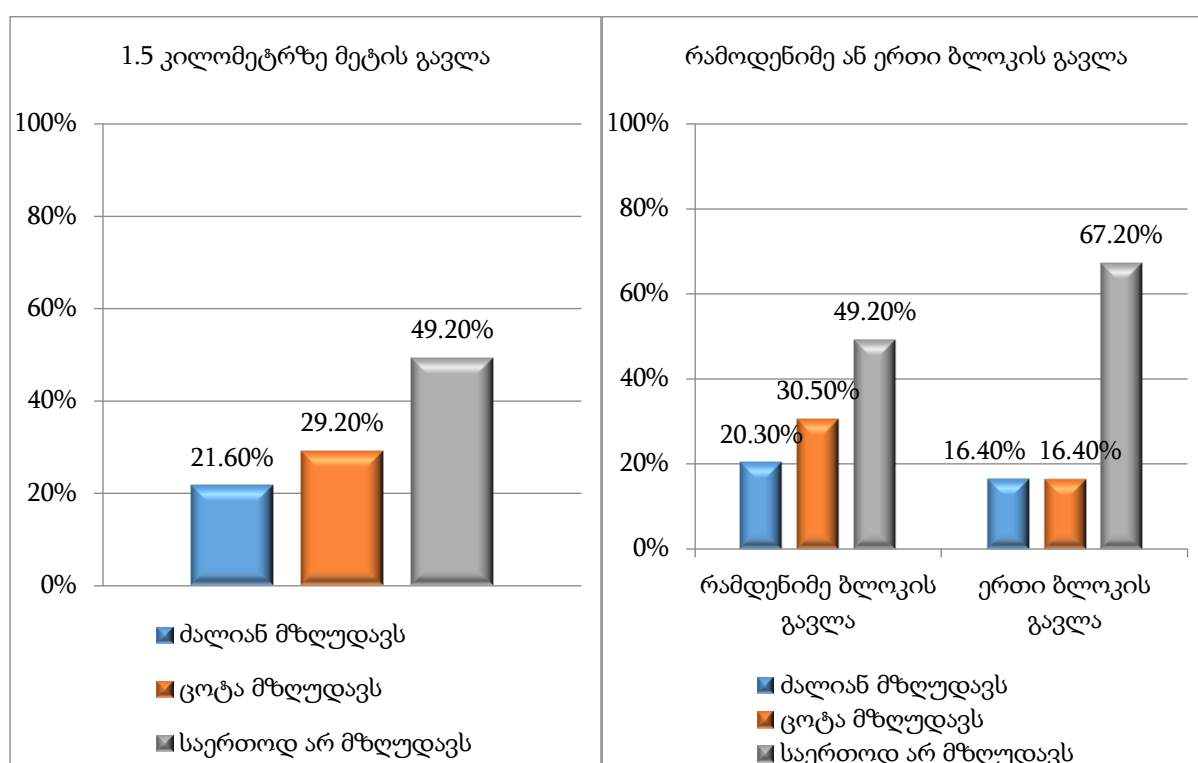
თუმცა, პაციენტების მხოლოდ 37.2%-მა (n=143) განაცხადა, რომ ჩართულია სახელმწიფო პროგრამაში. მონაწილეების 6.3%-ის (n=24) თქმით, სარგებლობს ეტლით, ასევე მონაწილეთა 1.0%-მა (n=4) აღნიშნა, რომ იღებს მეტყველების თერაპევტის მომსახურებას. მონაწილეების 8.3%-მა (n=32) აღნიშნა, რომ არის შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე პირი, რაც შესაძლოა საზოგადოებაში დაავადების სტიგმის არსებობაზე მიუთითებდეს. პაციენტების 45.8%-მა (n=176) დააზუსტა, რომ არის მუდმივ მკურნალობაზე (ცხრილი 2).

პაციენტების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა

შეკითხვაზე: როგორ შეაფასებდით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობას? - შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: ძალიან კარგი - 13.0% (n=50), კარგი - 33.6% (n=129), საშუალო - 41.1% (n=158) და ცუდი - 12.2% (n=47). მონაწილეების თითქმის ნახევარმა (44.8%, n=172) განაცხადა, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა წინა წელთან შედარებით არ შეცვლილა. პაციენტების 22.1%-ს (n=85) ფიზიკური აქტივობები, როგორიცაა სირბილი, სიმძიმის აწევა, სპორტულ აქტივობაში მონაწილეობა ძალიან ზღუდავს. ზომიერი აქტივობები, როგორიცაა მაგიდის გადატანა, მტვერსასრუტის გამოყენება, ბოულინგი ან გოლფის თამაში, ასევე ძალიან უჭირს 19.8%-ს (n=76). ეს მონაცემები აჩვენებს, რომ დაახლოებით ყოველ მეხუთე პაციენტს აქვს მნიშვნელოვანი ფიზიკური შეზღუდვები, რაც პირდაპირ გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე. პაციენტების 17.2%-ს (n=66) ძალიან, ხოლო 26.0%-ს (n=100) ცოტათი ზღუდავს სასურსათო ნივთების აწევა ან ტარება. მოხრა ან დახრა ძალიან ურთულდება მონაწილეთა 19.5%-ს

(n=75). პაციენტები საგრძნობლად იზღუდებიან ასევე 1.5 კილომეტრზე მეტის და რამდენიმე ან ერთი ბლოკის გავლის დროს, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს პაციენტების დამოუკიდებლობის ხარისხს (გრაფიკი 4).

გრაფიკი 4. პაციენტების შეზღუდვა 1.5 კილომეტრზე მეტის გავლის დროს და რამდენიმე ან ერთი ბლოკის გავლის დროს



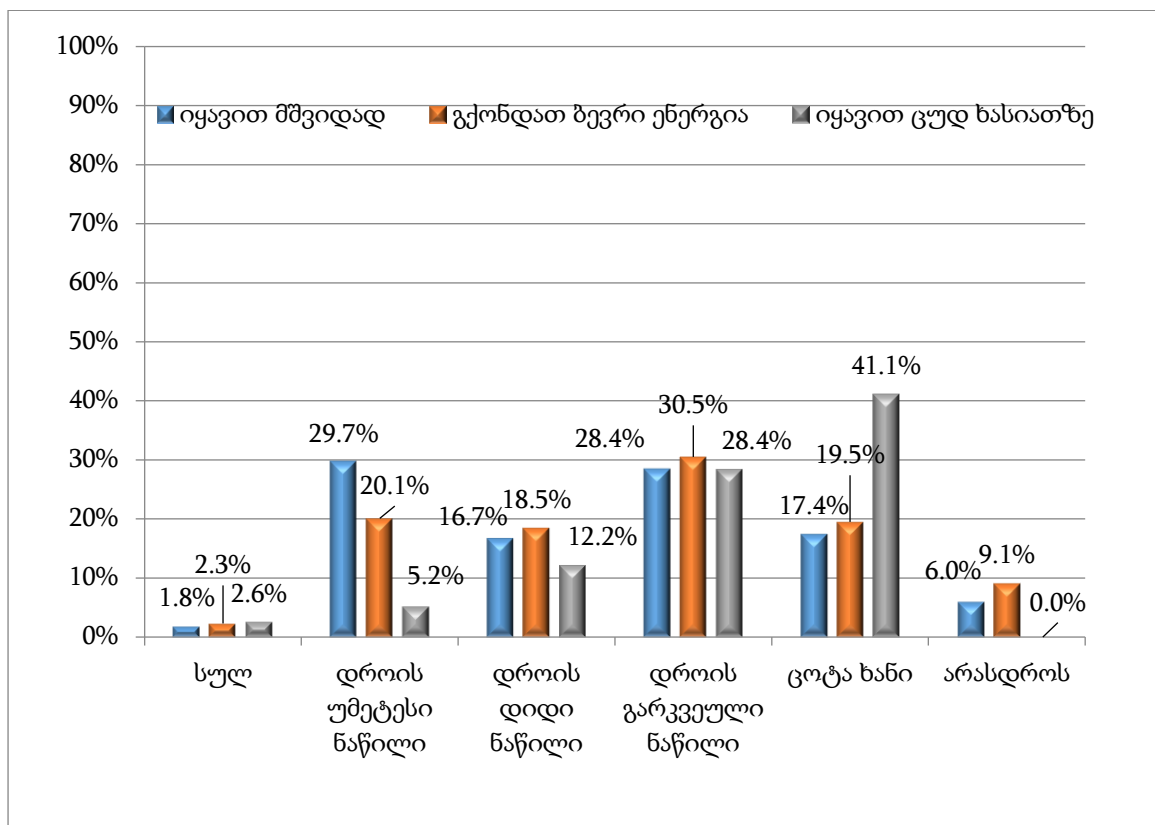
მონაწილეთა 14.1%-მა (n=54) განაცხადა, რომ ძალიან იზღუდება ბანაობის ან ჩაცმის დროს, იზღუდება თვითმომსახურება. პაციენტების 39.1%-მა (n=150) ბოლო ოთხი კვირის განმავლობაში სამუშაოს ან სხვა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო შეამცირა დრო, რომელიც სამუშაოზე ან სხვა საქმიანობაზე უნდა დაეხარჯა, დაახლოებით ყოველ მეორე პაციენტს აქვს შეზღუდვა შრომითი საქმიანობის შესრულებისას, რაც პირდაპირ უკავშირდება ეკონომიკურ ზარალს. იგივე მიზეზის გამო მონაწილეთა 43.0% (n=165) მიიჩნევს, რომ მიაღწია იმაზე ნაკლებს, ვიდრე სურდა. ასევე 40.9% (n=157) შეზღუდული იყო სამუშაოს მხრივ ან სხვა

საქმიანობაში, ხოლო 37.5%-ს ($n=144$) გაუჭირდა სამუშაოს ან სხვა საქმიანობის შესრულება. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში სამუშაოს ან სხვა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას ემოციური მდგომარეობის გამო პაციენტების 35.4%-მა ($n=136$) შეამცირა დრო, რომელიც სამუშაოზე ან სხვა საქმიანობაზე უნდა დაეხარჯა, რაც ხაზს უსვამს დაავადების კომპლექსურ ხასიათს. იგივე მიზეზის გამო მონაწილეთა 34.9% ($n=134$) ფიქრობს, რომ მიაღწია იმაზე ნაკლებს, ვიდრე სურდა. ასევე 37.2% ($n=143$) შეზღუდული იყო სამუშაოს მხრივ ან სხვა საქმიანობაში, ხოლო 37.2%-ს ($n=143$) გაუჭირდა სამუშაოს ან სხვა საქმიანობის შესრულება.

კითხვაზე, თუ რა სიძლიერის სხეულის ტკივილი ჰქონიათ ბოლო 4 კვირის განმავლობაში, 13.5%-მა ($n=52$) უპასუხა, რომ ჰქონდა საშუალო ტკივილი, 5.5%-მა ($n=21$) - ძლიერი, ხოლო 2.6%-მა ($n=10$) ძალიან ძლიერი. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში მონაწილეების 8.9%-ს ($n=34$) - საკმაოდ, ხოლო 4.7%-ს ($n=18$) ძალიან შეუშალა ხელი ტკივილმა მათი ჩვეული სამუშაოს შესრულებაში, რაც აჩვენებს, რომ ტკივილი არა მხოლოდ სუბიექტური დისკომფორტია, არამედ გავლენას ახდენს პაციენტების ფუნქციურ შესაძლებლობებსა და ცხოვრების ხარისხზე.

მაჩვენებლები, თუ როგორ გრძნობდნენ თავს ბოლო 4 კვირის განმავლობაში სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით (გრაფიკი 5).

გრაფიკი 5. პაციენტების მდგომარეობის შეფასება სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით ბოლო 4 კვირაში

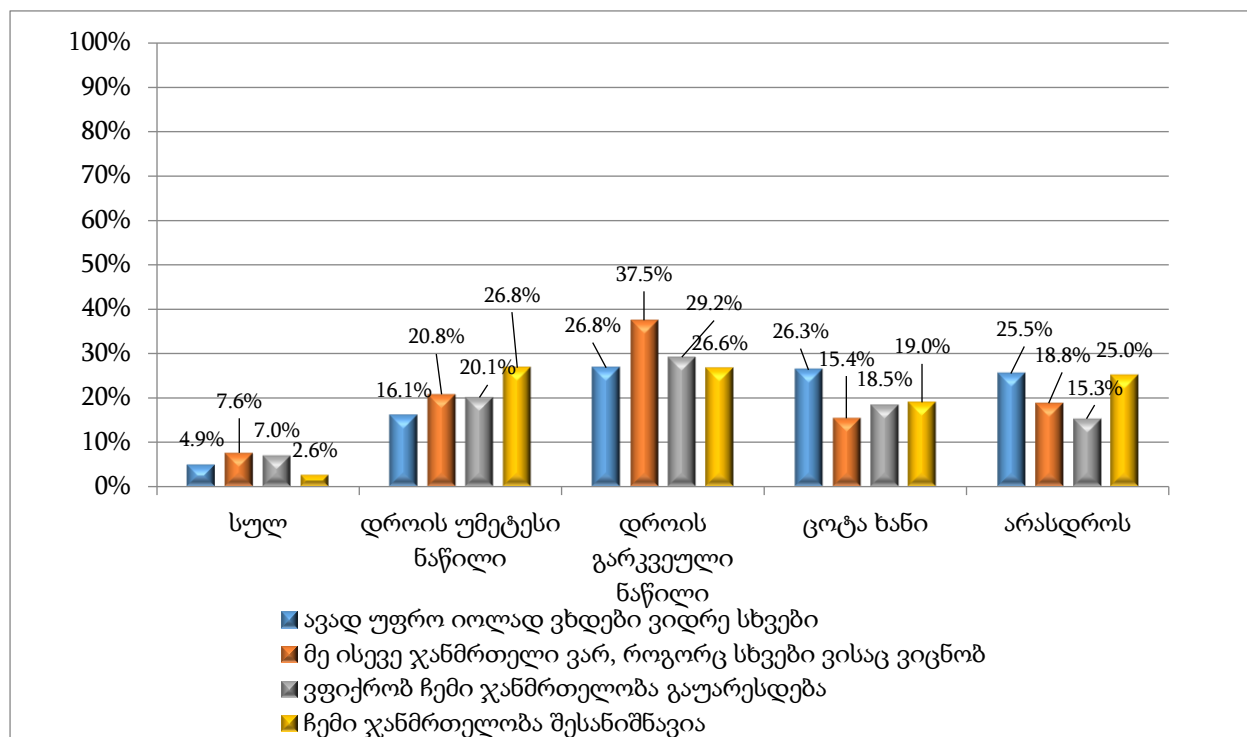


ბოლო 4 კვირის განმავლობაში მონაწილეთა მხოლოდ 3.6% (n=14) გრძნობდა თავს სულ მხნედ. მონაწილეთა ნაწილი ბოლო 4 კვირაში სრულად (3.1%, n=12) ან დროის უმეტესი ნაწილი (12.5%, n=48) ძალიან განერვიულებული იყო. მონაწილეთა 9.4%-მა (n=35) აღნიშნა, რომ ბოლო 4 კვირაში დროის დიდი ნაწილის განმავლობაში თავს გამოფიტულად გრძნობდა. ბოლო 4 კვირაში პაციენტების მხოლოდ 3.6% (n=4) იყო სულ ბედნიერი, ხოლო 25.5% (n=98) - დროის უმეტესი ნაწილი. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში მონაწილეების 6.8% (n=26) იყო სულ დადლილი, ხოლო 12.5% (n=48) - დროის უმეტესი ნაწილი, რაც სტრესის მაღალ დონეზე მიუთითებს.

შეკითხვაზე, ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენად უშლიდა ხელს პაციენტებს მათი ფიზიკური ჯანმრთელობა ან ემოციური მდგომარეობა მათ ყოველდღიურ აქტივობებში ჩართვაში (როგორიცაა სტუმრობა მეგობრებთან, ნათესავებთან და ა.შ.) - შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: სულ - 4.9% (n=19), დროის უმეტესი ნაწილი - 16.1% (n=62), დროის გარკვეული ნაწილი - 26.8% (n=103), ცოტა ხანს - 26.3% (n=101) და საერთოდ არა - 25.8% (n=99), პაციენტების ნახევარზე მეტს (53.1%) აქვს საშუალო ან მაღალი დონის სოციალური შეზღუდვები, რაც ნეგატიურად აისახება მათ ცხოვრების ხარისხზე.

მაჩვენებლები პაციენტების ზოგადი ჯანმრთელობის შესახებ (გრაფიკი 6).

გრაფიკი 6. პაციენტების შეფასებები მათ ზოგად ჯანმრთელობაზე

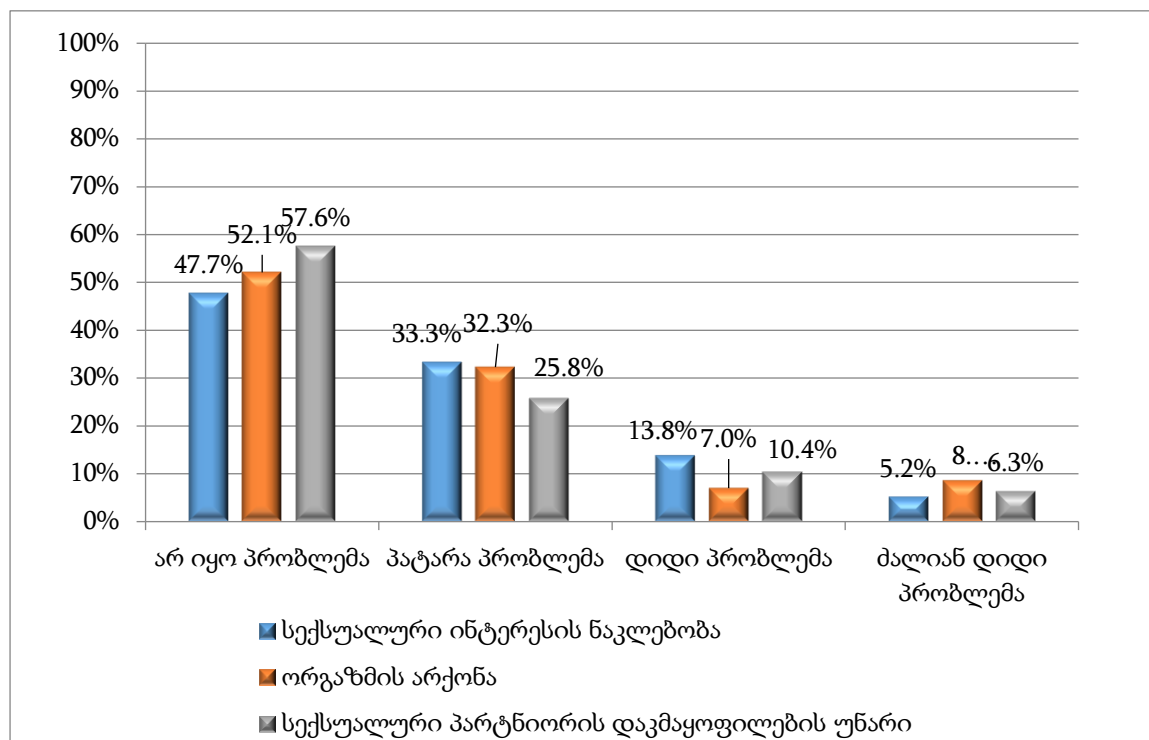


ბოლო 4 კვირის განმავლობაში მონაწილეების 5.7% (n=22) - სულ, ხოლო 17.4% (n=67) დროის უმეტესი ნაწილი არამოტივირებული იყო მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. პაციენტების 7.0% (n=27) - სულ, ხოლო 11.2% (n=43) დროის უმეტესი ნაწილი წუხდა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. პაციენტების 11.5% (n=44) დროის უმეტესი ნაწილი დამძიმებული იყო ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, პაციენტები მრავალმხრივ ფსიქოლოგიურ სირთულეებს აწყდებიან, კარგავენ მოტივაციას, რაც უარყოფითად აისახება მკურნალობის გამოსავალსა და ცხოვრების ხარისხზე.

ბოლო 4 კვირის განმავლობაში პაციენტების კოგნიტური ფუნქციის შესაზომად, პაციენტები შეფასდნენ სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით. მონაწილეთა 5.5%-ს (n=21) - სულ, ხოლო 2.3%-ს (n=9) დროის უმეტესი ნაწილი ჰქონდა ფიქრის ან კონცენტრაციის პრობლემა. მონაწილეების 3.4%-ს (n=13) - დროის უმეტესი ნაწილი, ხოლო 9.4%-ს (n=36) დროის დიდი ნაწილი ჰქონდა მეხსიერების სირთულეები. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში პაციენტების სექსუალური ცხოვრების შეფასების მაჩვენებლები. პაციენტების დაახლოებით ათიდან ერთს აქვს კოგნიტური დარღვევები, რაც მაჩვენებლებთან შედარებით, დასაშვებ საზღვრებშია, მაგრამ საჭიროებს ყურადღებას,

რადგან კოგნიტური ფუნქციები კრიტიკულია ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებისათვის (გრაფიკი 7).

გრაფიკი 7. პაციენტების სექსუალური ცხოვრების პრობლემები ბოლო 4 კვირის განმავლობაში



შეკითხვაზე, თუ საერთო ჯამში, რამდენად კმაყოფილი იყვნენ პაციენტები მათი სექსუალური ცხოვრებით ბოლოს 4 კვირის განმავლობაში? - შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: ძალიან კმაყოფილი - 31.3% (n=120), ნაწილობრივ კმაყოფილი - 27.6% (n=106), არც კმაყოფილი და არც უკმაყოფილო - 21.6% (n=83), ნაწილობრივ უკმაყოფილო - 7.8% (n=30) და ძალიან უკმაყოფილო - 11.7% (n=45). მონაწილეთა 9.1%-მა (n=35) აღნიშნა, რომ ბოლო 4 კვირის განმავლობაში საკმაოდ შეუშალა ხელი ნაწლავის ან შარდის ბუშტის ფუნქციის პრობლემებმა მათ ყოველდღიურ აქტივობებში ჩართვას ოჯახთან, მეგობრებთან, მეზობლებთან ან ჯგუფებთან. მონაწილეთა 11.7% (n=45) აღნიშნა, რომ გასული 4 კვირის განმავლობაში საკმაოდ იმოქმედა ტკივილმა მათი ცხოვრების ხარისხზე. შეკითხვაზე: თუ როგორ შეაფასებდნენ მათი ცხოვრების ხარისხს 10 ბალანში შეფასების სისტემით? - შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: 0-3 ქულა - 14.3% (n=55), 4-5 ქულა - 21.1% (n=81), 6-8 ქულა - 43.2% (n=166) და 9-10 ქულა - 21.4% (n=82). პაციენტების 1.3% (n=5) მიიჩნევდა, რომ მათი ცხოვრება საშინელებაა, 7.3% (n=28)

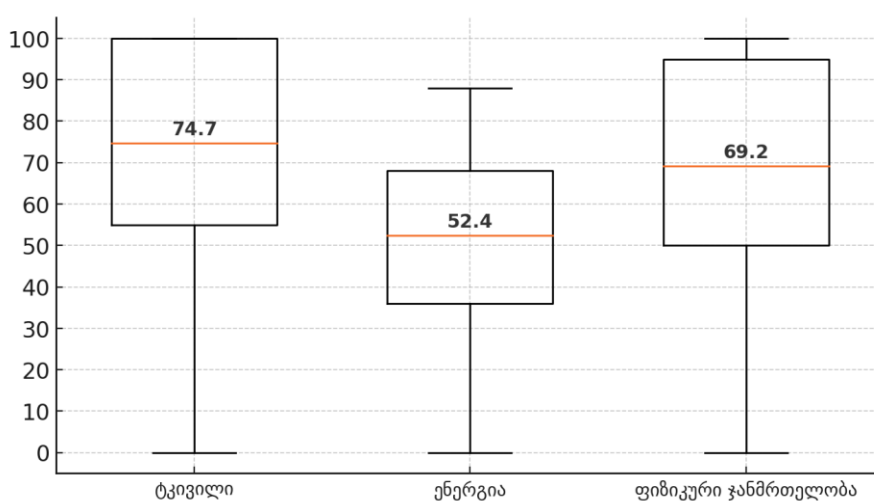
უბედურად თვლიდა თავს, ხოლო 21.6% ($n=83$) უკმაყოფილო იყო თავისი ცხოვრებით, 30.2%-ის ნეგატიური თვითშეფასება (საშინელი, უბედური, უკმაყოფილო) შეფასების მნიშვნელოვანი ინდიკატორია.

მონაცემების დამუშავებისას შეიქმნა 14 მაჩვენებელი, რათა შეფასებულიყო პაციენტების სხვადასხვა მდგომარეობა 0-100 ქულიანი სკალის დახმარებით (ცხრილი 5).

მაჩვენებლების შექმნის შესახებ სრული ინფორმაცია იხილეთ მეთოდებში.

ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი იყო 69.2 (SD - 33.7), ფუნქციური შეზღუდვების საშუალო მაჩვენებელი ფიზიკური ჯანმრთელობის გამო - 59.9 (SD 33.7), ფუნქციური შეზღუდვების საშუალო მაჩვენებელი ემოციური ჯანმრთელობის გამო - 64.1 (SD 43.1). ტკივილის საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 74.7 (SD 25.8), ემოციური კეთილდღეობის საშუალო მაჩვენებელმა - 60.5 (SD 18.5), ენერგიის საშუალო მაჩვენებელმა - 52.4 (SD 18.7) (ცხრილი 5) (გრაფიკი 8).

გრაფიკი 8. 100 ქულიანი სკალის დახმარებით წარმოდგენილი მაჩვენებლები

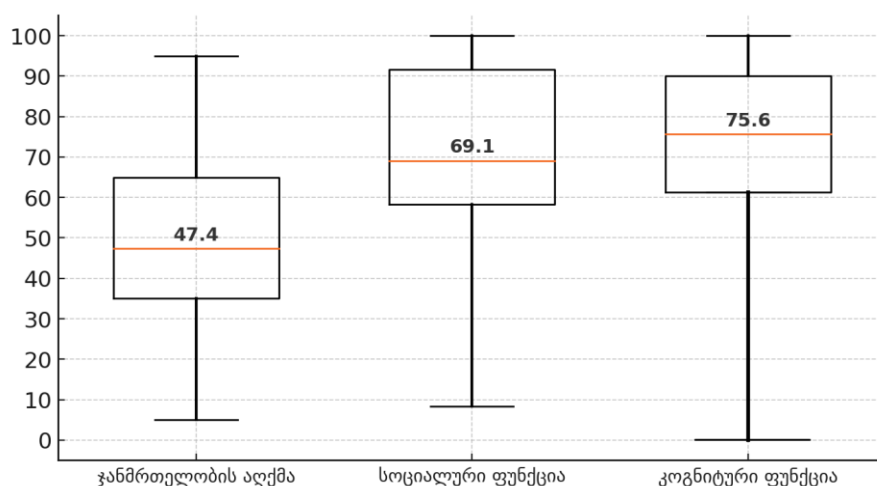


*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

ჯანმრთელობის აღქმის საშუალო მაჩვენებელი იყო 47.4, სტანდარტული გადახრით 20.0. სოციალური ფუნქციის საშუალო მაჩვენებელი - 69.1, სტანდარტული გადახრით 23.0. კოგნიტური ფუნქციის საშუალო მაჩვენებელი - 75.6, სტანდარტული გადახრით 21.8 (ცხრილი 6) (გრაფიკი 9). პაციენტების უმრავლესობას შენარჩუნებული აქვს კოგნიტური

ფუნქციები, ნაწილობრივ ჰქონდა შეზღუდული სოციალური ურთიერთობები, პაციენტთა დიდი უმრავლესობა საკუთარ ჯანმრთელობას უარყოფითად აღიქვამს.

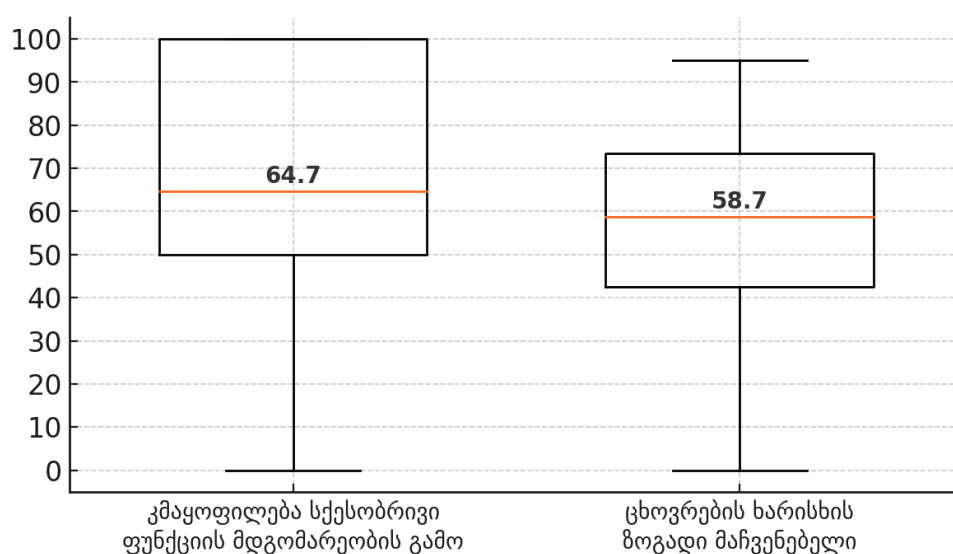
გრაფიკი 9. ჯანმრთელობის აღქმის 100-ქულიანი სკალის დახმარებით წარმოდგენილი მაჩვენებლები



*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

ჯანმრთელობის დისტრესის საშუალო მაჩვენებელი იყო 64.0, სტანდარტული გადახრით 29.2. სქესობრივი ფუნქციის საშუალო მაჩვენებელი - 76.2, პაციენტების უმრავლესობას შენარჩუნებული აქვს ნორმალური სექსუალური ფუნქცია, თუმცა მაღალი სტანდარტული გადახრა (28.2) შესაძლოა სენსიტიურ კითხვაზე პასუხისგან თავის არიდებაზე მიუთითებდეს. სტანდარტული გადახრით 28.2. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებების საშუალო მაჩვენებელი - 49.5, სტანდარტული გადახრით 26.6. სქესობრივი ფუნქციის მდგომარეობის გამო კმაყოფილების საშუალო მაჩვენებელი - 64.7, სტანდარტული გადახრით 32.9. ცხოვრების ხარისხის ზოგადი მონაცემის საშუალო მაჩვენებელი - 58.7, (საშუალოზე დაბალი) სტანდარტული გადახრით 21.6 (ცხრილი 7) (გრაფიკი 10).

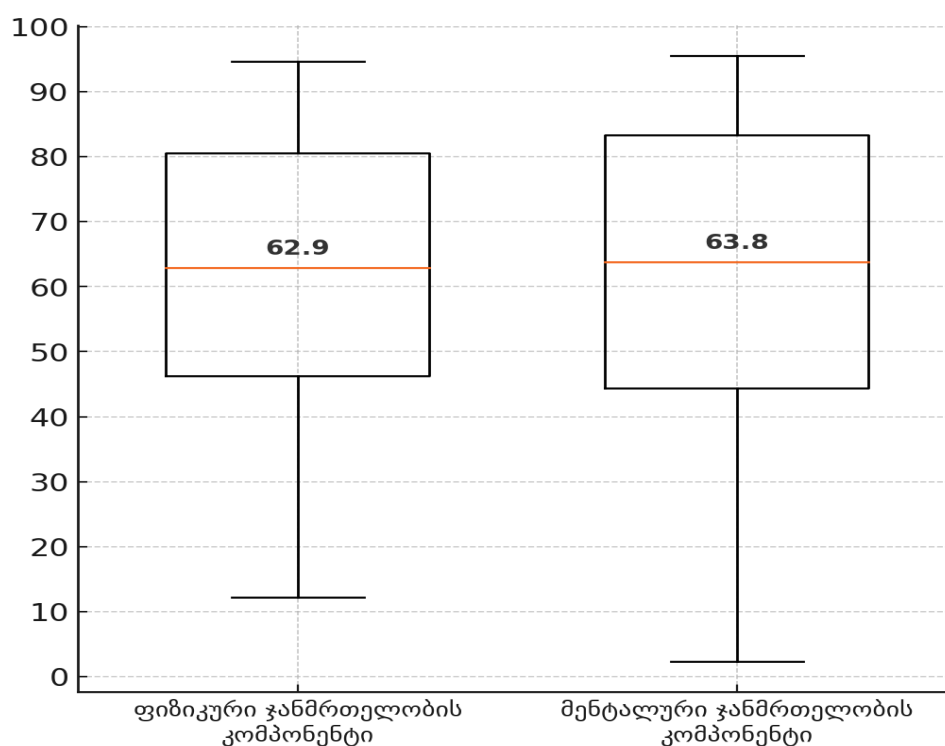
გრაფიკი 10. ცხოვრების ხარისხის ზოგადი მაჩვენებლის 100-ქულიანი სკალის დახმარებით წარმოდგენილი მაჩვენებლები



*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

წინასწარ შექმნილი 14 მაჩვენებლის გამოყენებითა და სპეციალური ფორმულებით მოხდა ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულების გამოთვლა (დეტალური ინფორმაცია მოცემულია მეთოდებში). შედეგების მიხედვით, ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის საშუალო მაჩვენებელი იყო 62.9, სტანდარტული გადახრით 21.9. ხოლო, მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის საშუალო მაჩვენებელი - 63.8, სტანდარტული გადახრით 22.8 (ცხრილი 8) (გრაფიკი 11).

გრაფიკი 11. ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულების მაჩვენებელი, დაანგარიშებული სპეციალური ფორმულით

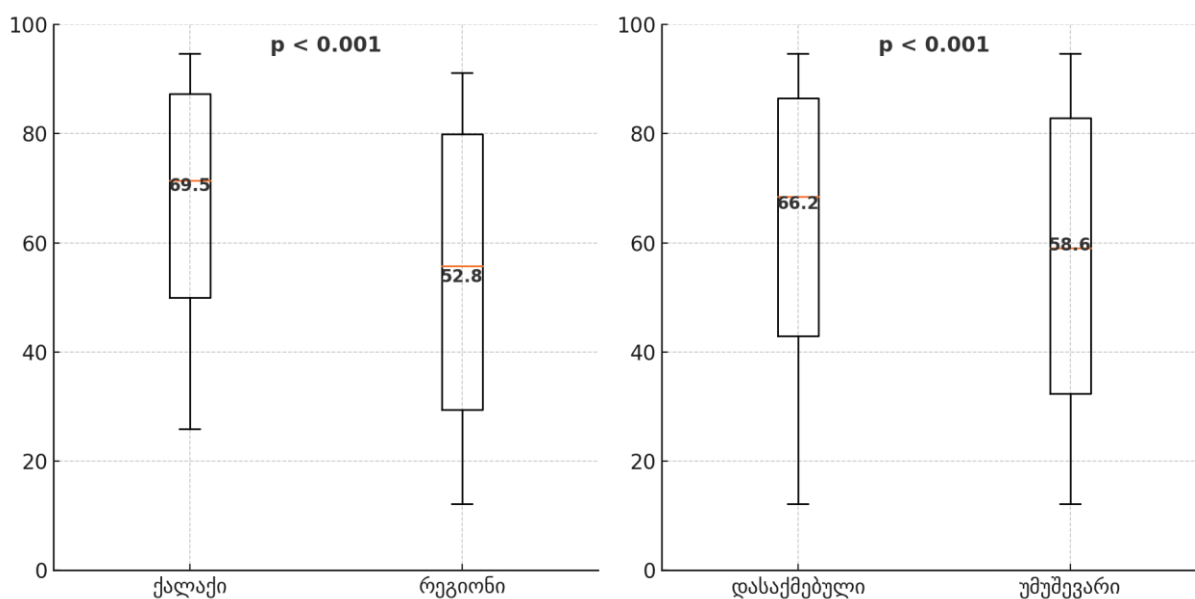


*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

ბივარიაციული ანალიზის შედეგები

ბივარიაციული ანალიზისათვის შეირჩა independent T-test და correlation მეთოდები (ცხრილი 9-10). პროცესში გამოვლინდა ცვლადებს შორის რამდენიმე სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება. შედეგების მიხედვით, ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებლის დაბალი რაოდენობა (60.3, SD=21.6) დაფიქსირდა მდებარეობითი სქესის მქონე პაციენტებში, შედარებით მამაკაცებთან (69.0, SD=21.3, $p<0.001$). ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, >40 წლის პაციენტებში (58.7, SD=22.8) ფიზიკური ჯანმრთელობის უფრო დაბალი საშუალო მაჩვენებელი გამოვლინდა, ≤40 წლის პირებთან შედარებით (66.4, SD=20.5; $p=0.001$). ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით, სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა საცხოვრებელი ადგილისა და დასაქმების სტატუსის გათვალისწინებითაც, რაც შესაძლოა მიუთითებს, რომ სოციალ-ეკონომიკური ფაქტორები გავლენას ახდენენ ცხოვრების ხარისხზე (გრაფიკი 12).

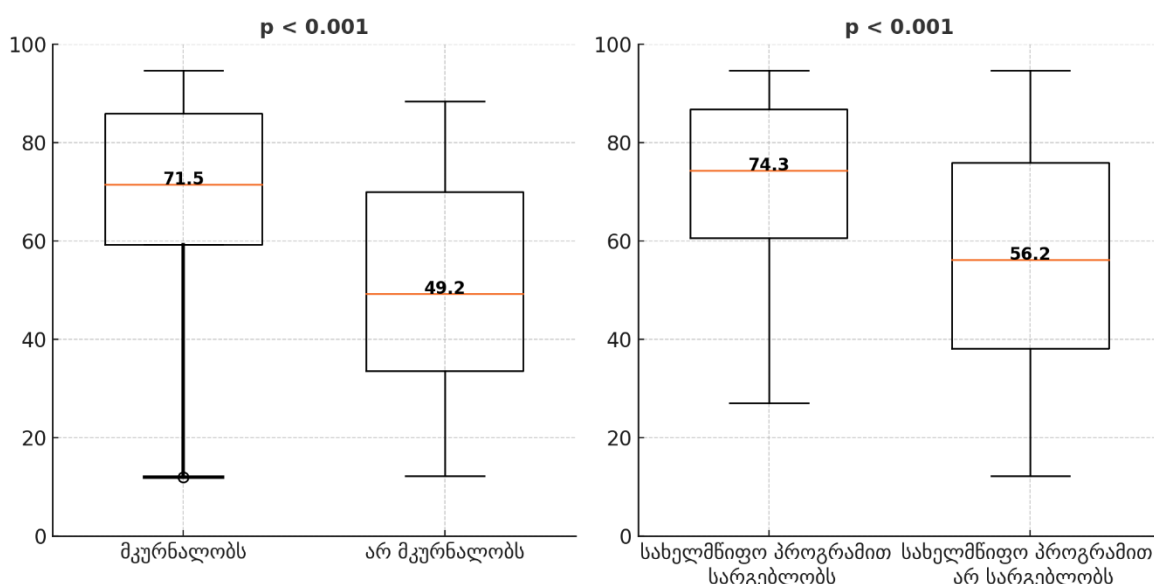
გრაფიკი 12. ფიზიკური კომპონენტი დასაქმების სტატუსის და საცხოვრებელი ადგილის ცვლადების მიხედვით*



*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

პაციენტებს, რომელთაც ჰყავდათ შვილ(ებ)ი (60.5, SD=22.0), ფიზიკური ჯანმრთელობის უფრო დაბალი საშუალო მაჩვენებელი ჰქონდათ, უშვილო პაციენტებთან შედარებით, (67.4, SD=21.0; $p=0.003$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა EDSS ქულების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვითაც. EDSS 1-3 ქულის მქონე პაციენტებს (71.9, SD=17.2) ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი ჰქონდათ იმ პაციენტებთან შედარებით, რომელთა EDSS ქულა 3-4-ამდე (58.7, SD=23.5; $p<0.001$) ან 4-8-ის (46.9, SD=19.3; $p<0.001$) ჩათვლით იყო. ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით, სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა მკურნალობის სტატუსისა და სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის გათვალისწინებითაც (გრაფიკი 13).

გრაფიკი 13. ფიზიკური კომპონენტი მკურნალობის სტატუსის და სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის მიხედვით*



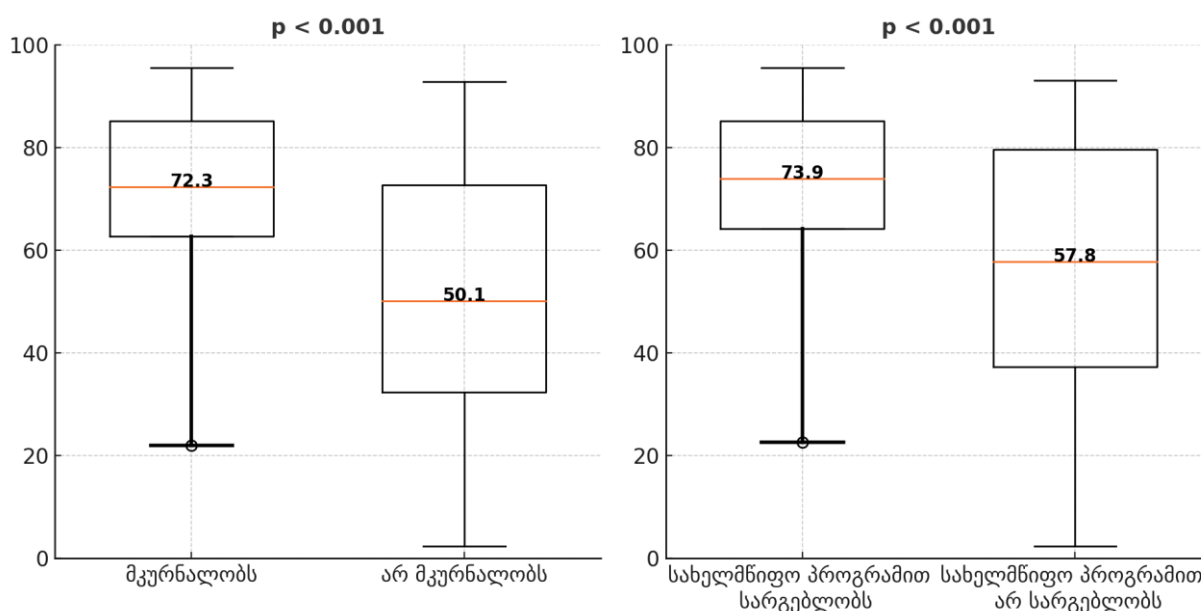
*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

ეტლით მოსარგებლე პაციენტებს (37.8, SD=18.2) ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებლის დაბალი რაოდენობა ჰქონდათ იმ პაციენტებთან შედარებით, რომლებიც არანაირი სამედიცინო სერვისით არ სარგებლობდნენ (64.6, SD=21.2; $p < 0.001$). შშმ სტატუსის მქონე პაციენტებს (37.0, SD=17.1) ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი დაბალი ჰქონდათ, სხვა პაციენტებთან შედარებით (65.3, SD=20.7; $p < 0.001$). პაციენტებს, რომლებიც მუდმივად მკურნალობდნენ (74.0, SD=15.0), ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი ჰქონდათ, სხვა პაციენტებთან შედარებით (53.5, SD=22.4; $p < 0.001$).

სტატისტიკური ანალიზისას მონაწილეთა სხვადასხვა მახასიათებლის მიხედვით შედარდა მენტალური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებლები, შედეგად გამოვლინდა მახასიათებლებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 10). ქალაქში მცხოვრებ პაციენტებს (69.5, SD=19.6) მენტალური ჯანმრთელობის უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებელი ჰქონდათ, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ მონაწილეებს (55.1, SD=24.7; $p < 0.001$). პაციენტებს, რომელთაც ჰყავდათ შვილ(ებ)ი (61.8, SD=23.1), მენტალური ჯანმრთელობის უფრო დაბალი საშუალო მაჩვენებელი ჰქონდათ უშვილო პაციენტებთან შედარებით (67.5, SD=22.0; $p = 0.02$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა

EDSS ქულების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვითაც. EDSS 1-3 ქულის მქონე პაციენტებს (69.6, SD=21.4) მენტალური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი ჰქონდათ იმ პაციენტებთან შედარებით, რომელთა EDSS ქულა 3-4-ამდე (61.0, SD=24.6; $p=0.004$) ან 4-8-ის (53.5, SD=20.2; $p<0.001$) ჩათვლით იყო. მენტალური კომპონენტის მიხედვით, სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა მკურნალობის სტატუსისა და სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის გათვალისწინებითაც (გრაფიკი 14).

გრაფიკი 14. ფიზიკური კომპონენტი მკურნალობის სტატუსის და სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის მიხედვით*



*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით წითელი ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

ეტლით მოსარგებლე პაციენტებს (50.0, SD=19.7) მენტალური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებლის დაბალი რაოდენობა ჰქონდათ იმ პაციენტებთან შედარებით, რომლებიც არანაირი სამედიცინო სერვისით არ სარგებლობდნენ (64.8, SD=22.8; $p=0.002$). შშმ სტატუსის მქონე პაციენტებს (47.0, SD=20.5) ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი დაბალი ჰქონდათ, სხვა პაციენტებთან შედარებით (65.3, SD=22.4; $p<0.001$). პაციენტებს, რომლებიც მუდმივად მკურნალობდნენ (74.2, SD=15.2), ფიზიკური

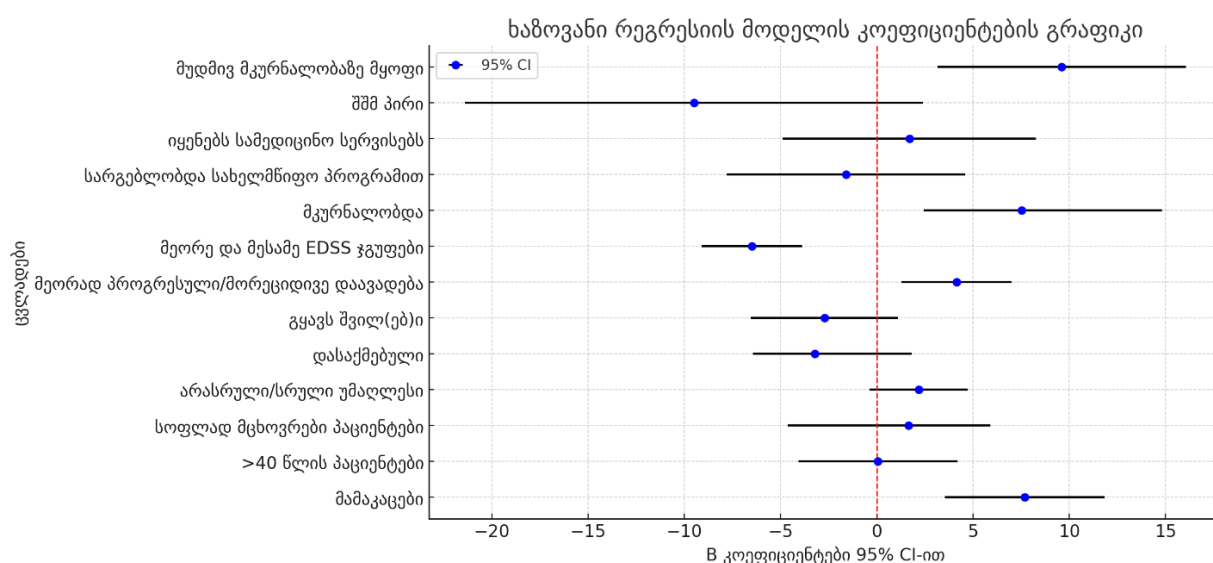
ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი ჰქონდათ, სხვა პაციენტებთან შედარებით (55.0 , $SD=24.5$; $p<0.001$).

სტატისტიკური ანალიზისას შეფასდა კორელაცია მონაწილეების რაოდენობრივ მახასიათებლებს შორის (ცხრილი 9 და 10). შედეგების მიხედვით, სტატისტიკურად სარწმუნო ნეგატიური კორელაცია გამოვლინდა პაციენტების ასაკს ($r=(-0.14)$, $p=0.005$), EDSS ქულას ($r=(-0.49)$, $p<0.001$), დაავადების ხანგრძლივობას ($r=(-0.16)$, $p=0.001$) და ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტს შორის (ცხრილი 9). აგრეთვე, სტატისტიკურად სარწმუნო ნეგატიური კორელაცია დაფიქსირდა პაციენტების EDSS ქულასა და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტს შორის ($r=(-0.25)$, $p<0.001$) (ცხრილი 10).

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

მონაცემების სტატისტიკური ანალიზისას შედარდა ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მახასიათებლები, სადაც გამოყენებულ იქნა ლინეარული რეგრესიის მოდელი. აღნიშნულ მოდელში შევიდა ყველა ის დამოუკიდებელი ცვლადი, რომლებიც სტატისტიკურად სარწმუნო იყო ბივარიაციული ანალიზის დროს: სქესი, ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, დასაქმების სტატუსი, შვილების ყოლა, დაავადების ტიპი, EDSS ქულების ჯგუფები, მკურნალობის სტატუსი, სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა, სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა, შშმ სტატუსი და მუდმივი მკურნალობის ცვლადი. შედეგების მიხედვით, ფიზიკური ჯანმრთელობის დამოუკიდებელი რისკფაქტორებია: მამრობითი სქესი ($B=7.68$, $95\%CI: 3.53-11.84$), მეორადად პროგრესირებადი/მორეციდივე დაავადება ($B=4.14$, $95\%CI: 1.28-7.00$), EDSS ქულების მეორე და მესამე ჯგუფი ($B=(-6.49)$, $95\%CI: (-9.11)-(-3.88)$), მკურნალობა ($B=9.53$, $95\%CI: 4.25-14.81$) და მუდმივად მკურნალობა ($B=9.61$, $95\%CI: 3.15-16.06$) (გრაფიკი 15).

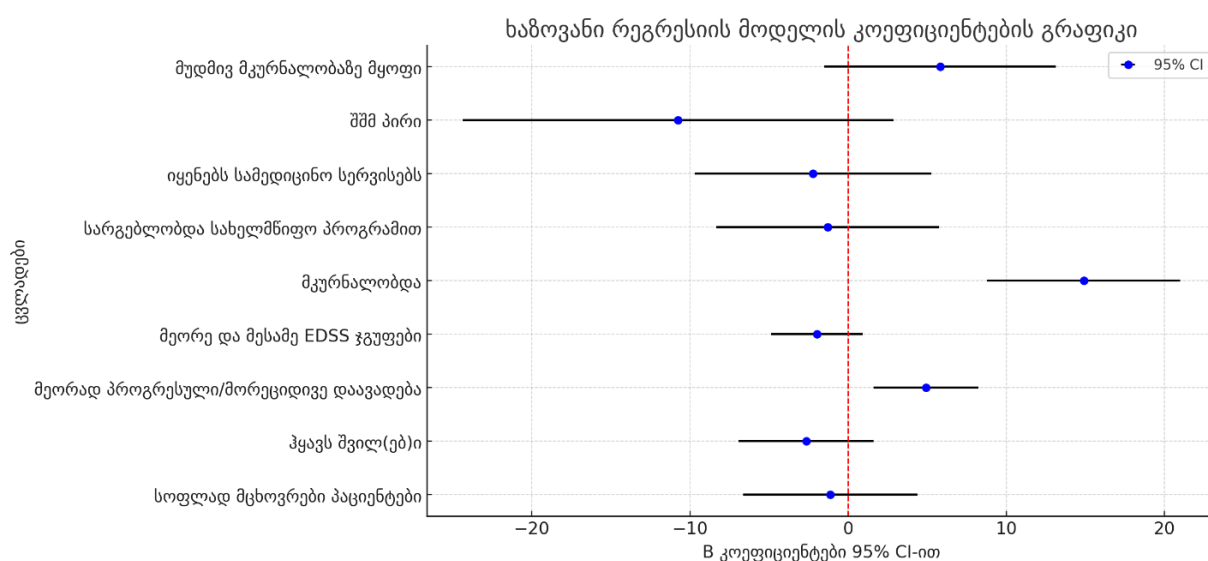
გრაფიკი 15. მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები



*თითოეული ცვლადი შედარებულია მის რეფერენს ჯგუფს (მაგ., „ქალი სქესი“ შედარებულია „მამრობით სქესთან“, „ასაკი ≤ 40 წელი“ შედარებულია „ასაკი >40 წელთან“ და ა.შ.). წითელი წყვეტილი ხაზი 0-ზე მიუთითებს ეფექტის არ ქონას; სარწმუნოების ინტერვალები, რომლებიც კვეთენ ამ ხაზს, ნიშნავს, რომ აღნიშნული განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნო არ იყო.

მონაცემების სტატისტიკური ანალიზისას შედარდა მახასიათებლები მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, სადაც გამოვიყენეთ ხაზოვანი რეგრესიის მოდელი. აღნიშნულ მოდელში შევიტანეთ ყველა ის დამოუკიდებელი ცვლადი, რომლებიც სტატისტიკურად სარწმუნო იყო ბივარიაციული ანალიზის დროს: საცხოვრებელი ადგილი, შვილების ყოლა, დაავადების ტიპი, EDSS ქულების ჯგუფები, მკურნალობის სტატუსი, სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა, სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა, შშმ სტატუსი და მუდმივი მკურნალობის ცვლადი. შედეგების მიხედვით, ფიზიკური ჯანმრთელობის დამოუკიდებელი რისკფაქტორებია: მეორადად პროგრესირებადი/მორეციდივე დაავადება ($B=4.91$, 95%CI: 1.59-8.24) და მკურნალობა ($B=14.89$, 95%CI: 8.78-21.00) (გრაფიკი 16).

გრაფიკი 16. მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

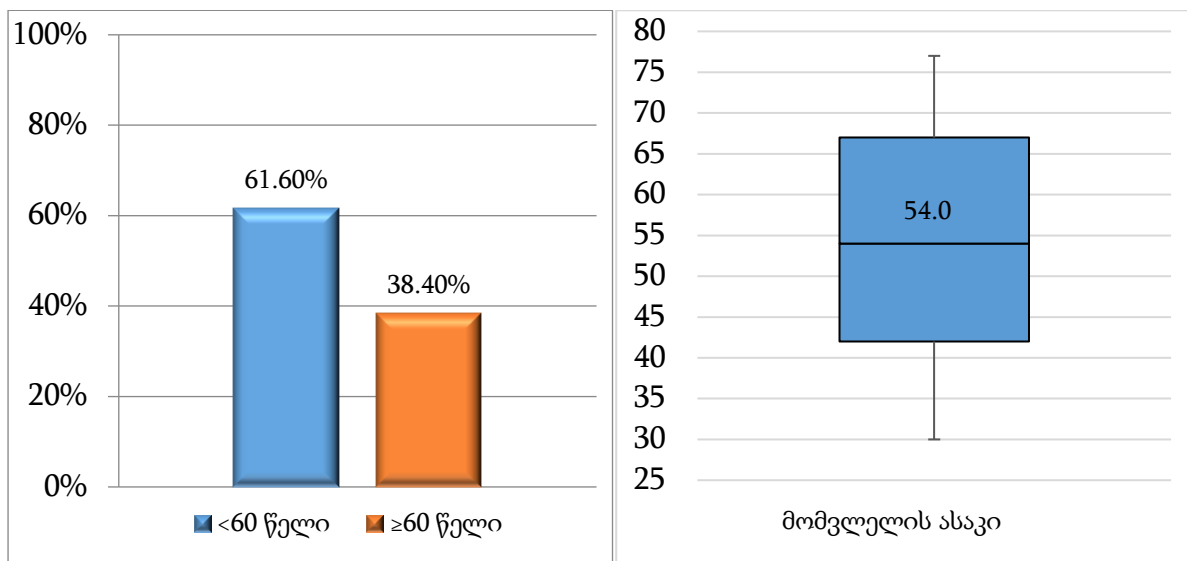


*თითოეული ცვლადი შედარებულია მის რეფერენს ჯგუფს (მაგ., „მკურნალობდა“ შედარებულია იმ პაციენტებს ვინც არ მკურნალობდა, „ჰყავს შვილები“ შედარებულია იმ პაციენტებს ვისაც არ ჰყავდათ შვილები და ა.შ.). წითელი წყვეტილი ხაზი 0-ზე მიუთითებს ეფექტის არ ქონას; სარწმუნოების ინტერვალები, რომლებიც კვეთენ ამ ხაზს, ნიშნავს, რომ აღნიშნული განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნო არ იყო.

3.2. მომვლელები სოციალური ტვირთის კვლევის შედეგები

კვლევაში, სულ, მონაწილეობდა 384 მომვლელი. მონაწილეთა უმრავლესობა ($n=300$, 77.9%) იყო ქალი. მომვლელების 61.6% ($n=237$) <60 წლის გახლდათ, ხოლო საშუალო ასაკი იყო 54 წელი ($SD = 12.0$; მინიმალური - 30 წელი და მაქსიმალური - 77 წელი) (გრაფიკი 17).

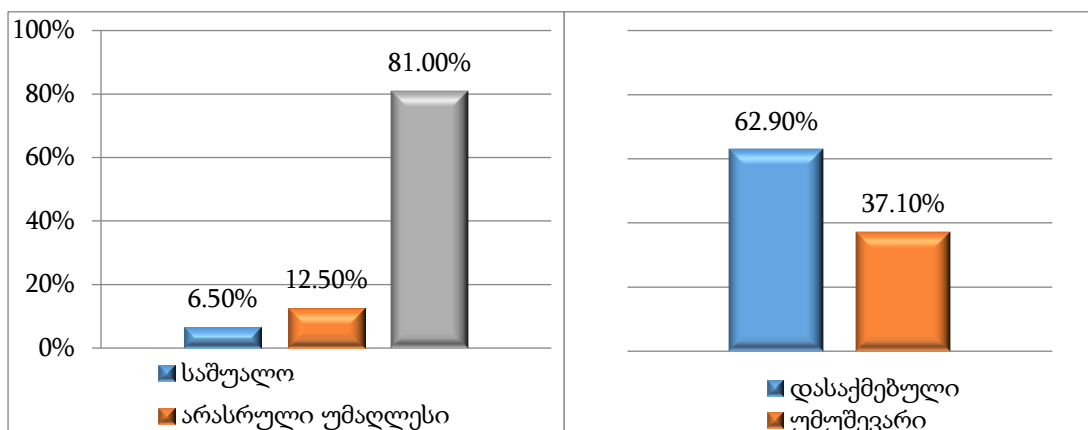
გრაფიკი 17. მომვლელების ასაკი და მისი განაწილება ჯგუფების მიხედვით



*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

მომვლელების საშუალო ასაკი პაციენტის დიაგნოზის დასმის დროს იყო 35.1 წელი (SD=8.7; მინიმალური - 13 და მაქსიმალური - 63). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მონაწილეები თითქმის თანაბრად გადანაწილდნენ: ქალაქი - 47.8% (n=184) და რეგიონი - 52.2% (n=242). მომვლელების 37.1%-ს (n=143) პენსიონერის სტატუსს ატარებდა, რაც შედარებით მაღალია მათი საშუალო ასაკის (54 წელი) გათვალისწინებით და სავარაუდოდ უკავშირდება არაფორმალური მოვლის ტვირთს. მონაწილეების უმრავლესობას (n=312, 81.0%) ჰქონდა უმაღლესი განათლება. მომვლელების 62.9% (n=242) დასაქმებული იყო (გრაფიკი 18).

გრაფიკი 18. მომვლელების განაწილება განათლების და დასაქმების სტატუსის მიხედვით



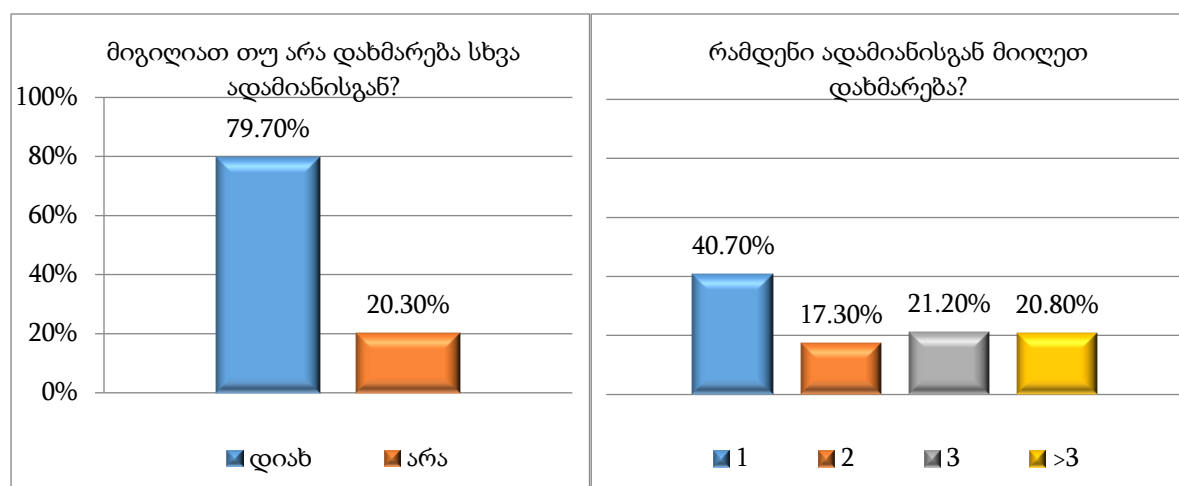
ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით მონაწილეები შემდეგნაირად გადანაწილდნენ: განქორწინებული - 19.7% (n=76), დაოჯახებული - 50.1% (n=193), დასაქორწინებელი - 15.3% (n=59) და ქვრივი - 14.8% (n=57) (ცხრილი 11).

მომვლელების 39.5% (n=152) პაციენტის მშობელია, ხოლო 33.0% (n=127) - და ან ძმა.

მომვლელების უმრავლესობა (n=288, 74.8%) პაციენტთან ცხოვრობს, რაც მიუთითებს მუდმივ ზრუნვაზე და ოჯახის წევრებზე დაკისრებულ ყოველდღიურ

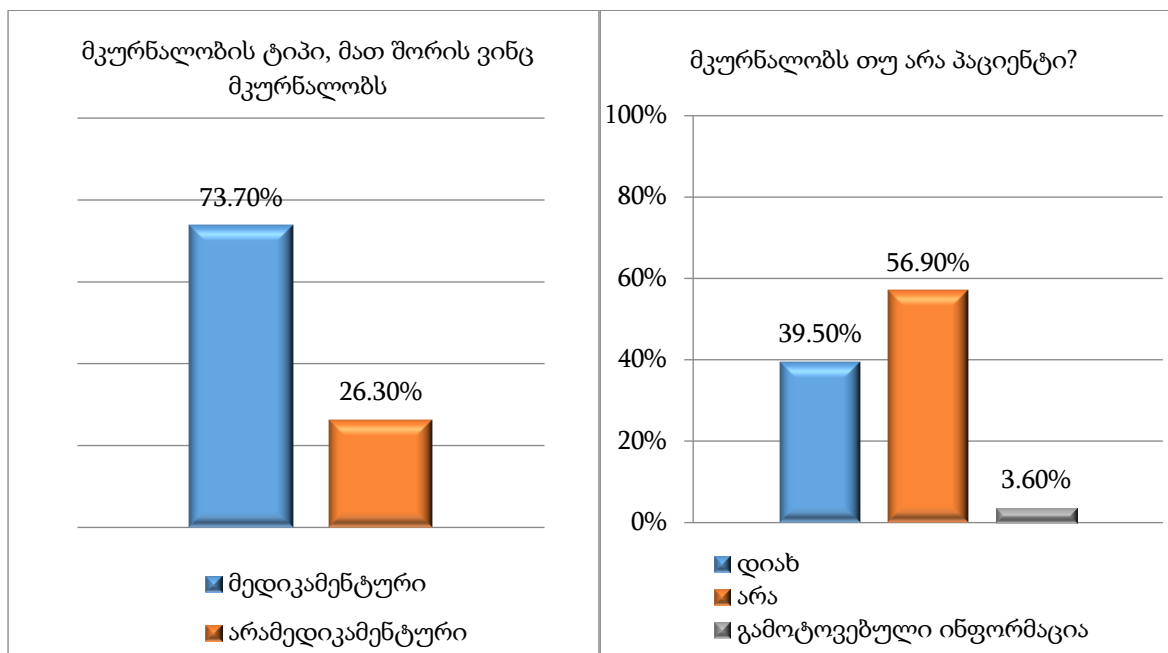
პასუხისმგებლობაზე. მონაწილეთა 79.7%-მა (n=307) აღნიშნა, რომ მიუღია დახმარება სხვა ადამიანისგან, მათ შორის 40.7%-ს - ერთი ადამიანისგან, 21.2%-ს - 3 ადამიანისგან, 20.8%-ს - >3 ადამიანისგან, 17.3%-ს - 2 ადამიანისგან (ცხრილი 12; გრაფიკი 19).

გრაფიკი 19. მომვლელების განაწილება სხვა ადამიანისგან დახმარების მიღების მიხედვით



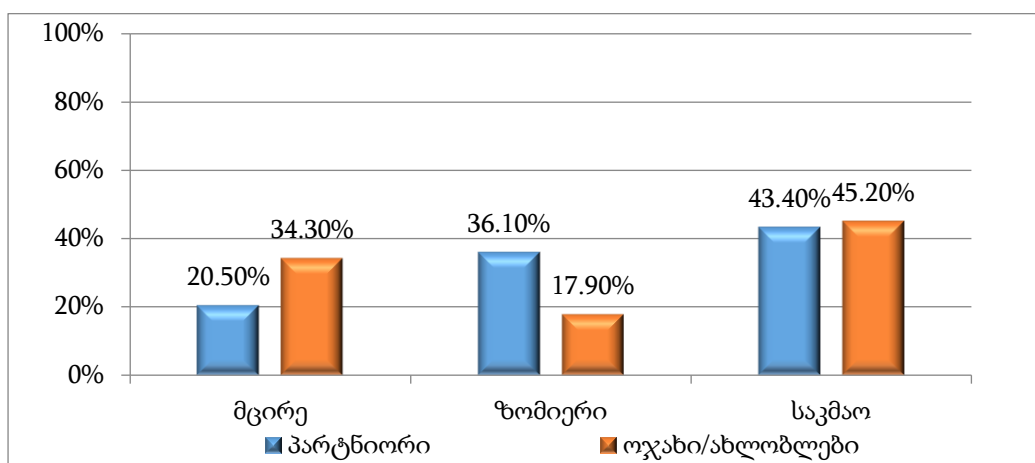
მომვლელების 32.2%-მა (n=124) განაცხადა, რომ მის პაციენტს აქვს მეორადად პროგრესირებადი დაავადება, 15.6%-მა (n=60) - პირველადად პროგრესირებადი დაავადება, ხოლო 52.2%-მა (n=201) საერთოდ არ იცოდა საკუთარი პაციენტის დაავადების ტიპი, რაც მიუთითებს კომუნიკაციის პრობლემებზე ჯანდაცვის სისტემასა და ოჯახებს შორის. მომვლელების მიერ დასახელებული პაციენტის EDSS ქულები შემდეგნაირად გადანაწილდა: 1-3-ამდე - 5.7% (n=22), 3-4 - 4.7% (n=18), 5-6 - 3.9% (n=15), ხოლო 85.7%-ს (n=330) არ ჰქონდა ინფორმაცია პაციენტის EDSS ქულის შესახებ, რაც დაავადების შესახებ არსებულ დაბალ ინფორმირებულობაზე მეტყველებს. მომვლელების 39.5%-მა (n=152) თქვა, რომ მათი პაციენტი მკურნალობდა, მათ შორის 73.7% (n=112) იყო მედიკამენტურ მკურნალობაზე, ხოლო 26.3% (n=40) - არამედიკამენტურ მკურნალობაზე (გრაფიკი 20).

გრაფიკი 20. ინფორმაცია პაციენტების მკურნალობის შესახებ



მონაწილეების 9.1%-მა (n=35) დააზუსტა, რომ მისი პაციენტი სარგებლობს ეტლით. მომვლელების 49.1%-ის (n=189) თქმით, მისი პაციენტი არის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი. მომვლელების მიერ ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო შემდეგნაირად გადანაწილდა: მცირე - 20.5% (n=79), ზომიერი - 36.1% (n=139) და საკმაო - 43.4% (n=167). მონაწილეების 34.3%-მა (n=132) აღნიშნა, რომ ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარა მცირე დრო (გრაფიკი 21).

გრაფიკი 21. პაციენტის ბოლო კვირაში გატარებული დრო პარტნიორთან და ოჯახის წევრებთან/ახლობლებთან

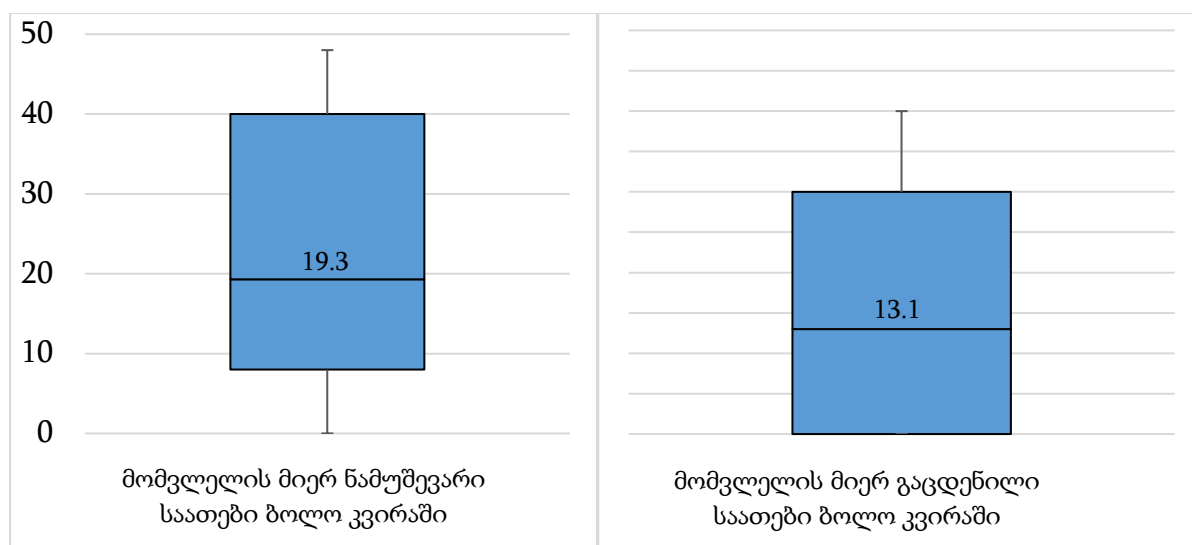


მომვლელთა ყოველდღიური რუტინისა და საქმიანობის დაგეგმვა ხშირად ხორციელდება მათი ზრუნვის ქვეშ მყოფი პაციენტების საჭიროებების მიხედვით. მომვლელების

მხოლოდ 16.6%-მა ($n=64$) განაცხადა, რომ ბოლო კვირაში იყო თეატრში ან კინოში ან რამე სხვა ღონისძიებაზე (ცხრილი 12).

მომვლელების მიერ ბოლო კვირაში ნამუშევარმა საათებმა, საშუალოდ, 19.3 შეადგინა, ხოლო მათ მიერ ბოლო კვირაში გაცდენილი საათები, საშუალოდ, 13.1 იყო (გრაფიკი 22; ცხრილი 13-14).

გრაფიკი 22. მომვლელის მიერ ნამუშევარი და გაცდენილი საათების რაოდენობა ბოლო კვირაში*



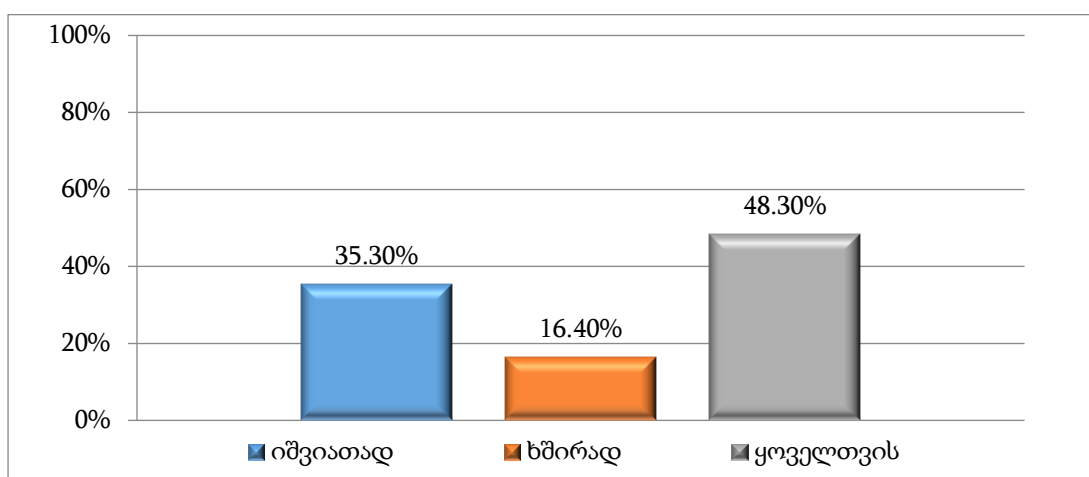
*გრაფიკი წარმოადგენს პირველ და მესამე კვარტილს, მის შიგნით ხაზი წარმოადგენს საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო ჯოხები წარმოადგენს მინიმალურ და მაქსიმალურ მაჩვენებლებს.

მომვლელების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა

კვლევის შედეგები ავლენს მომვლელთა მძიმე ფსიქოლოგიურ დატვირთვას და პაციენტზე ზრუნვის კომპლექსურ გამოწვევებს. მომვლელების 51.7%-მა ($n=199$) განაცხადა, რომ ხშირად ნერვიულობს/ღელავს მისი მზრუნველობის ქვეშ მყოფ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე. მონაწილეების 64.7% ($n=249$) - ყოველთვის, ხოლო 35.3% ($n=136$) ხშირად ფიქრობს შეზღუდულ მობილობასთან დაკავშირებულ სირთულეებზე, რაც დამახასიათებელია მისი მზრუნველობის ქვეშ მყოფი გაფანტული სკლეროზის მქონე პირისთვის. მომვლელების 51.7% ($n=199$) - ხშირად, ხოლო 48.3% ($n=186$) ყოველთვის ფიქრობს, რომ გადაადგილება და მოგზაურობა რთულია გაფანტული

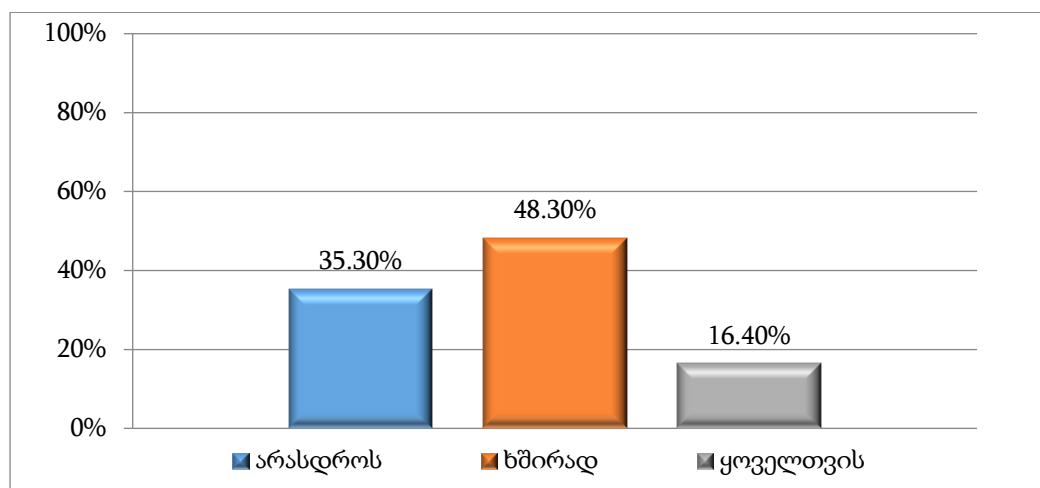
სკლეროზის მქონე პირთან ერთად, რაც მომვლელთა სოციალური იზოლაციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს ასახავს. ყველა მომვლელი (100%) ყოველთვის ნერვიულობს მისი მზრუნველობის ქვეშ მყოფი გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის დადლილობაზე. შეკითხვაზე, გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის დადლილობა მომვლელისთვის ძალიან რთულია თუ არა, შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: არასდროს - 16.4% (n=63), იშვიათად - 35.3% (n=136), ხშირად - 16.4% (n=63) და ყოველთვის - 31.9% (n=123). მონაწილეების 48.3% (n=186) ფიქრობს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის პირადი ჰიგიენა/მოწესრიგება ყოველთვის ძნელად შესასრულებელია, რაც პაციენტთა ფუნქციური დამოუკიდებლობის მნიშვნელოვან შეზღუდვასა და მომვლელთა ფიზიკურ დატვირთვაზე მიუთითებს (გრაფიკი 23).

გრაფიკი 23. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის პირადი ჰიგიენა/მოწესრიგება



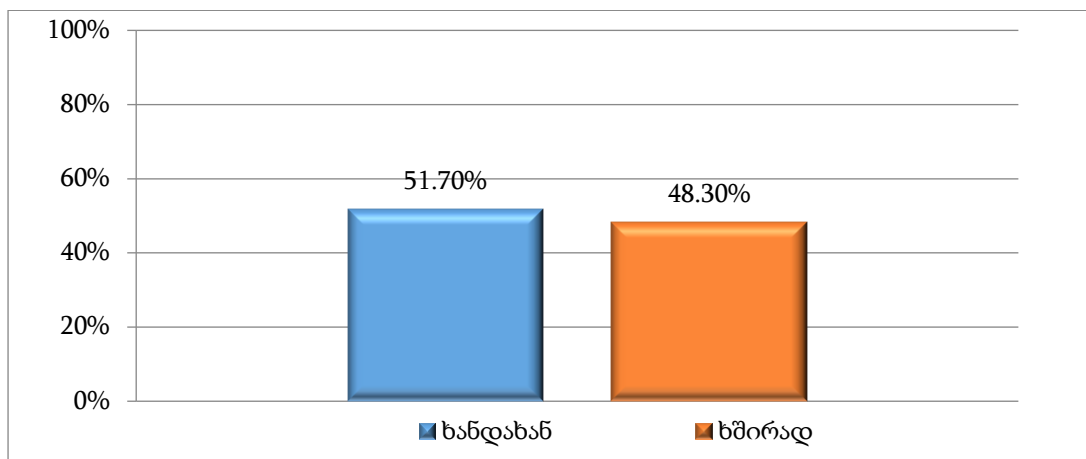
კვლევის შედეგები ასახავს მომვლელთა გამოხატულ იზოლაციას და პაციენტზე ზრუნვასთან დაკავშირებულ ფსიქო-სოციალურ ზეგავლენას. მომვლელების თითქმის ნახევარმა (n=186, 48.3%) აღნიშნა, რომ თავს ყოველთვის მართოდ გრძნობს, როდესაც უწევს გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე ზრუნვა, ყურება და მხარდაჭერა. მონაწილეთა 83.65%-მა (n=322) ისაუბრა, რომ სხვა მომვლელებთან ურთიერთობის შედეგად მისი მდგომარეობა გაუმჯობესდება. მომვლელების 35.3%-მა (n=136) განაცხადა, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე ზრუნვის გამო დრო არ რჩება, იზრუნოს ოჯახის სხვა წევრებზე (გრაფიკი 24).

გრაფიკი 24. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე ზრუნვის გამო დრო აღარ რჩება მომვლელს, რომ იზრუნოს ოჯახის სხვა წევრებზე



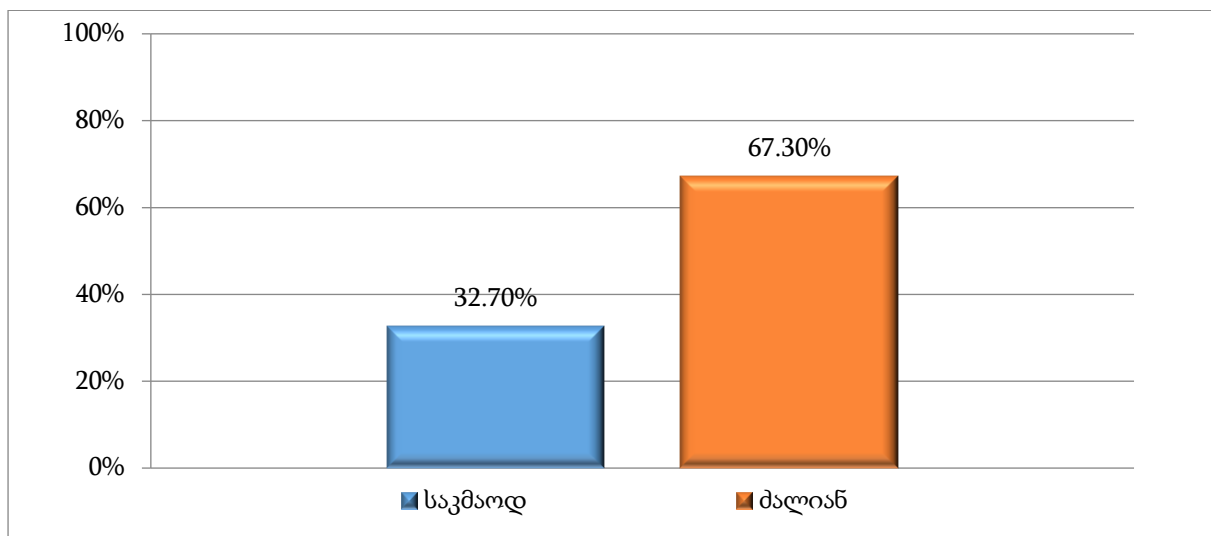
დაავადება გავლენას ახდენს მომვლელების ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, მონაწილეების 35.3% (n=136) - იშვიათად, ხოლო 32.0% (n=123) ხშირად ფიქრობს, რომ გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია მის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. მომვლელების 64.7% (n=249) ფიქრობს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე ზრუნვა ხშირად მოქმედებს მისი ცხოვრების სტილზე. შეკითხვაზე, აკლია თუ არა მომვლელს იმ ადამიანებთან ურთიერთობა ოჯახური წრის გარეთ, რომლებმაც იციან დაავადების შესახებ და შეუძლია, მათ გაუზიაროს საკუთარი მდგომარეობა, პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: არასდროს - 35.3% (n=136), ხშირად - 32.0% (n=123) და ყოველთვის - 32.7% (n=126). მონაწილეთა 83.6%-ში (n=322) - ხშირად, ხოლო 16.4%-ში (n=63) ყოველთვის იწვევს განწყობის ცვლილებას გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის მდგომარეობა/დამოკიდებულება. მონაწილეთა 51.7%-ს (n=199) - ხანდახან, ხოლო 48.3%-ს (n=186) ხშირად აღიზიანებს გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის ნერვიულობა/განცდები (გრაფიკი 25).

გრაფიკი 25. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის ნერვიულობა/განცდები მაღიზიანებს



მომვლელების 32.7% (n=126) ხშირად თავს სევდიანად გრძნობს გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის გამო. ინტიმურ ურთიერთობებზე ზეგავლენა ძალიან მაღალია, შეკითხვაზე, თუ როგორ მოქმედებს გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტის მოვლა მომვლელის ურთიერთობებზე პარტნიორთან, როგორც სექსუალური ისე ემოციური გზით, შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: იშვიათად - 16.4% (n=63), ხანდახან - 35.3% (n=136) და ხშირად - 48.3% (n=186). მომვლელების 16.4%-ს (n=63) ხანდახან ან ხშირად ჰგონია, რომ, სულ მცირე, ფსიქოლოგიური დახმარება კარგი იქნებოდა მისთვის, რათა უკეთ იზრუნოს გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე. მონაწილეების 51.7%-ს (n=199) - ხანდახან, ხოლო 48.3%-ს (n=186) ხშირად ცუდად სძინავს მას შემდეგ, რაც გაიგო, რომ მისთვის ახლობელ ადამიანს აქვს გაფანტული სკლეროზი. მომვლელების უმრავლესობამ (n=249, 64.7%) აღნიშნა, რომ ხშირად გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე საღამოობით ზრუნვა ხელს უშლის, ღამით კარგად დაისვენოს. მომვლელების 64.7%-ს (n=249) საკმაოდ ეშინია გაფანტული სკლეროზის პროგრესისა და შედეგების. მომვლელების 67.3% (n=259) მიიჩნევს, რომ მისი ჯანმრთელობა ძალიან გაუარესდა ბოლო ერთი წლის განმავლობაში (გრაფიკი 26).

გრაფიკი 26. მომვლელის ჯანმრთელობა გაუარესდა ბოლო ერთი წლის განმავლობაში

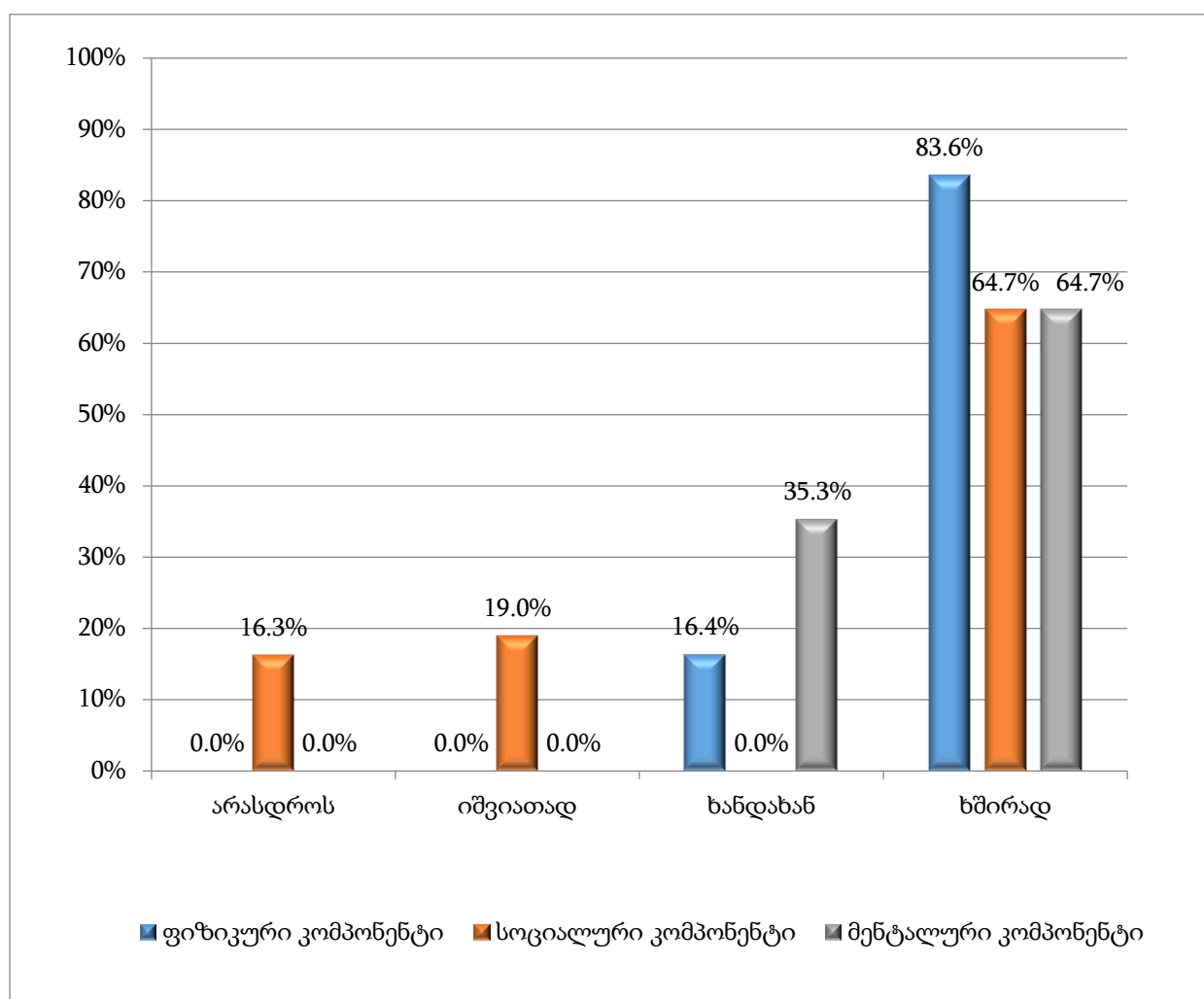


არაფორმალური მოვლა კომპლექსურად აზიანებს მომვლელის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას, შეკითხვაზე, უთმობს თუ არა ნაკლებ დროს საკუთარ გარეგნობასა და კარგად ყოფნას მას შემდეგ, რაც მის ახლობელ ადამიანს გაფანტული სკლეროზი დაუდგინდა, შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: საერთოდ არა - 32.7% (n=126), ცოტათი - 19.0% (n=73), ხანდახან - 31.9% (n=123) და ძალიან - 16.4% (n=63). მონაწილეების 64.7% (n=249) ფიქრობს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე ზრუნვამ საკმაოდ იმოქმედა მის სამსახურზე. მომვლელების 32.7% (n=126) მიიჩნევს, რომ ახლობლის გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია მისი ოჯახის ფინანსურ მდგომარეობაზე (ცხრილი 14).

მომვლელების მდგომარეობა შეფასდა ოთხი ფაქტორისა და ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კომპონენტების მიხედვით. ფაქტორები და კომპონენტები შემუშავდა სხვადასხვა შეკითხვის გაერთიანებით (დეტალური ინფორმაცია იხილეთ მეთოდების ნაწილში). ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით, რომელიც გვიჩვენებს პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას მომვლელის ფიზიკურ მდგომარეობაზე, მომვლელების 83.6% (n=322) ხშირად განიცდის პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას ფიზიკურ მდგომარეობაზე. სოციალური კომპონენტის მიხედვით, რომელიც გვიჩვენებს პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას მომვლელის სოციალურ მდგომარეობაზე, მონაწილეების 64.7% (n=249) ხშირად განიცდის აღნიშნულ გავლენას სოციალურ მდგომარეობაზე. მენტალური კომპონენტის მიხედვით, რომელიც გვიჩვენებს პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას მომვლელის მენტალურ მდგომარეობაზე, მონაწილეების 64.7% (n=249) ხშირად განიცდის პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას მენტალურ

მდგომარეობაზე. მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღმოჩნდა ემოციური კომპონენტი (ფაქტორი 2) - ყველა მომვლელი ხშირად ან ყოველთვის განიცდის პაციენტის მოვლით გამოწვეულ ემოციურ ზეგავლენას (ცხრილი 15, გრაფიკი 27).

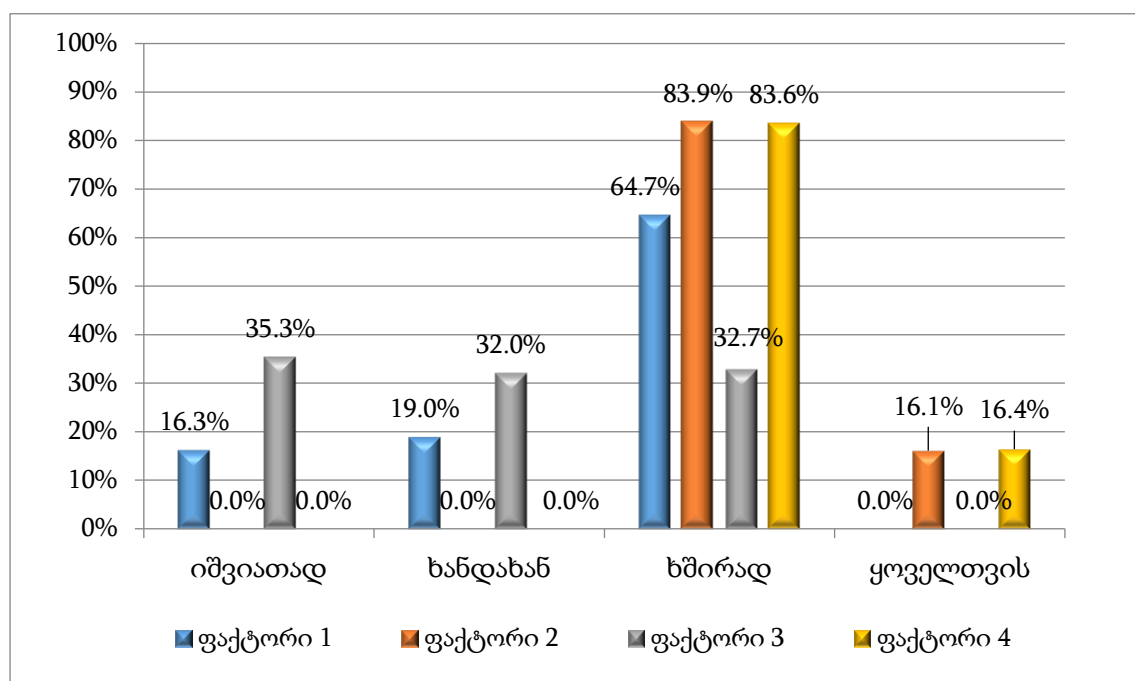
გრაფიკი 27. ფიზიკური, სოციალური და მენტალური კომპონენტების აღწერილობითი სტატისტიკა. კომპონენტები მიუთითებს პაციენტის მოვლისგან გამოწვეულ გავლენას მომვლელის ფიზიკურ, სოციალურ და მენტალურ მდგომარეობაზე



ფაქტორი 1-ის მიხედვით, რომელიც აჩვენებს პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას მომვლელის ჯანმრთელობაზე, ოჯახსა და სოციალურ მდგომარეობაზე, მონაწილეთა 64.7% (n=249) ხშირად განიცდის აღნიშნულ გავლენას. ფაქტორი 2-ის მიხედვით, რომელიც აჩვენებს პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას მომვლელის ემოციურ მდგომარეობაზე, ყველა მომვლელი (100%) ხშირად/ყოველთვის განიცდის პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას ემოციურ მდგომარეობაზე. ფაქტორი 3-ის მიხედვით,

რომელიც გვიჩვენებს მხარდაჭერის საჭიროებას, მომვლელების 32.7%-ს ($n=126$) ხშირად სჭირდება მხარდაჭერა. ფაქტორი 4-ის მიხედვით, რომელიც აჩვენებს მომვლელის ემოციურ რეაქციებს პაციენტის სტატუსზე, მონაწილეების 84.6%-ზე ($n=322$) - ხშირად, ხოლო 16.4%-ზე ($n=63$) ყოველთვის მოქმედებს პაციენტის სტატუსი მის ემოციურ რეაქციებზე (ცხრილი 16, გრაფიკი 28).

გრაფიკი 28. ოთხი ფაქტორის აღწერილობითი სტატისტიკა. ფაქტორები პაციენტის მოვლისგან გამოწვეულ გავლენას აჩვენებს მომვლელის სხვადასხვა მდგომარეობაზე*



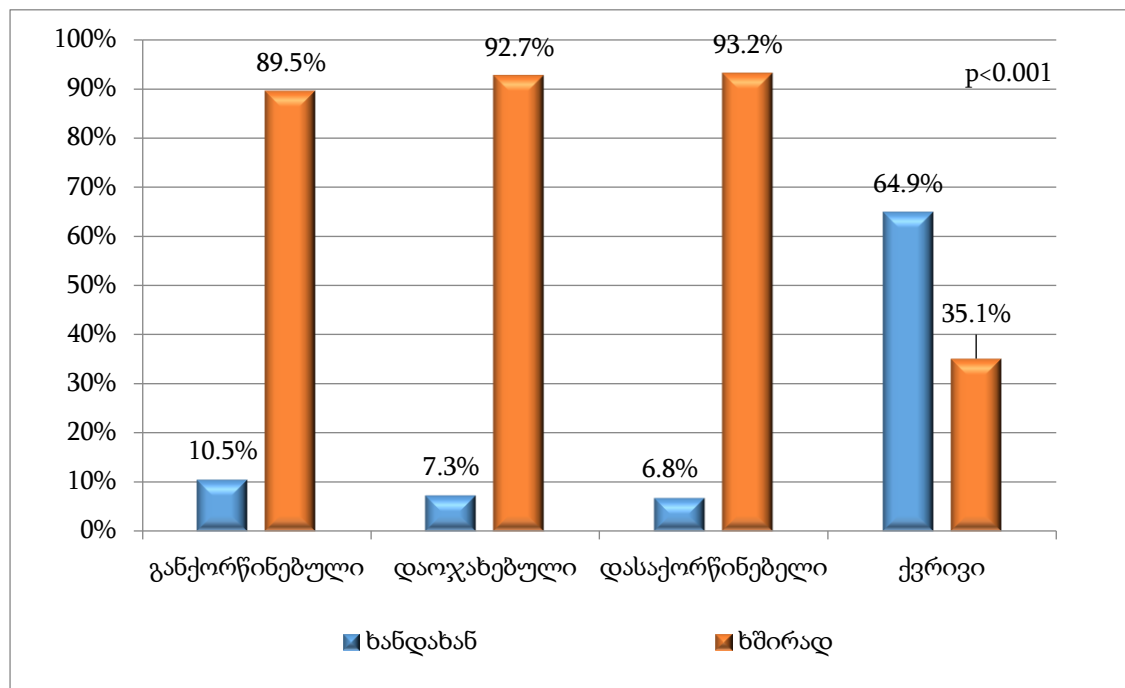
*ფაქტორების განმარტება: ფაქტორი 1 - გავლენა ჯანმრთელობაზე, ოჯახზე და სოციალურ მდგომარეობაზე; ფაქტორი 2 - ემოციური გავლენა; ფაქტორი 3 - მხარდაჭერის საჭიროება; ფაქტორი 4 - ემოციური რეაქციები პაციენტის სტატუსზე.

ბივარიაციული ანალიზის შედეგები

მონაცემთა ანალიზის დროს ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 17). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, ქალაქში მცხოვრები მომვლელების უფრო დიდმა ნაწილმა ($n=117$, 96.2%) აღნიშნა, რომ ხშირად განიცდის პაციენტის მოვლით გამოწვეულ გავლენას ფიზიკურ მდგომარეობაზე, რეგიონში მცხოვრებ მომვლელებთან შედარებით ($n=145$, 72.1%; $p<0.001$). უმუშევარი მონაწილეების

92.3% (n=132) ხშირად განიცდის გავლენას ფიზიკურ მდგომარეობაზე, დასაქმებულ მონაწილეებთან შედარებით, სადაც მხოლოდ 78.5% (n=190) განიცდის ხშირად აღნიშნულ გავლენას ($p<0.001$). ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა ოჯახური მდგომარეობის გათვალისწინებითაც (გრაფიკი 29).

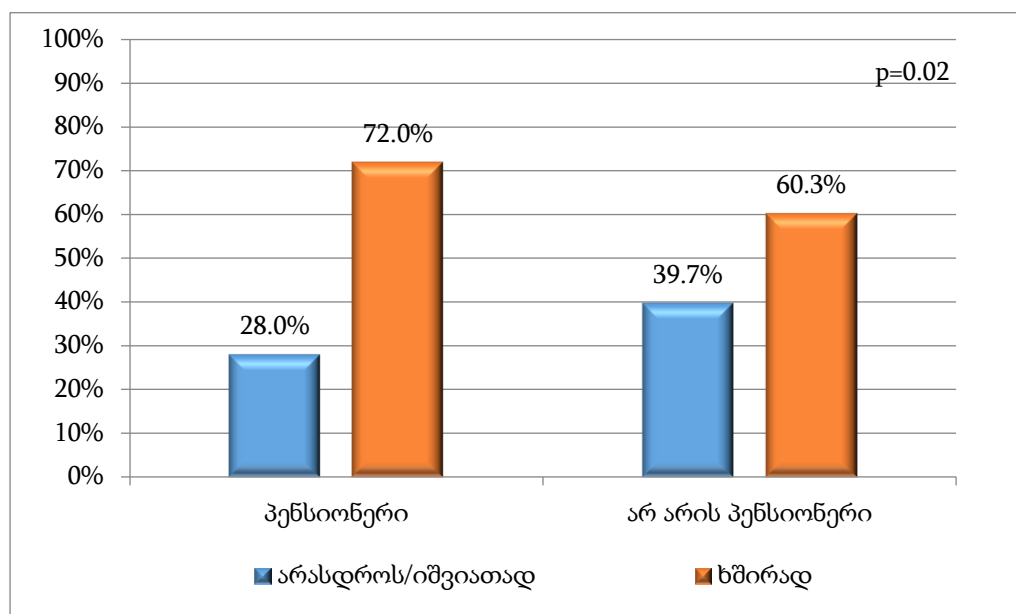
გრაფიკი 29. გავლენა ფიზიკურ კომპონენტზე ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით



იმ პაციენტების მომვლელები (n=59, 98.3%), რომელთაც პირველადად პროგრესირებადი დაავადება ჰქონდათ, უფრო ხშირად განიცდიდნენ გავლენას ფიზიკურ კომპონენტზე, ვიდრე მეორადად პროგრესირებადი პაციენტების მომვლელები (n=77, 62.1%; $p<0.001$). მსგავსი განსხვავება დაფიქსირდა მკურნალობის ტიპის მიხედვითაც, არამედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების ყველა მომვლელმა (n=40, 100%) აღნიშნა პაციენტის მოვლით გამოწვეული გავლენა საკუთარ ფიზიკურ მდგომარეობაზე, მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელებთან შედარებით (n=81, 72.3%; $p<0.001$). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) პაციენტის მომვლელების 91.0%-მა (n=172) ისაუბრა, რომ ხშირად განიცდიდა აღნიშნულ გავლენას ფიზიკურ მდგომარეობაზე, სხვა პაციენტების მომვლელებთან შედარებით (n=150, 76.5%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან და ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვითაც (ცხრილი 17).

მონაცემთა ანალიზის დროს სოციალური კომპონენტის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას თითქმის ყველა ცვლადში გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 18). მამრობითი სქესის მომვლელები ($n=70$, 82.4%) უფრო ხშირად განიცდიდნენ პაციენტის მოვლით გამოწვეულ სოციალურ გავლენას, ვიდრე მდედრობითი სქესის მომვლელები ($n=179$, 59.7%; $p<0.001$). ≥ 60 წლის მომვლელები ($n=107$, 72.3%) მეტად ხშირად განიცდიდნენ აღნიშნულ გავლენას, <60 წლის ასაკის მომვლელებთან შედარებით ($n=142$, 59.9%; $p=0.01$). სტატისტიკური განსხვავება დაფიქსირდა პენსიონერის სტატუსის მიხედვითაც (გრაფიკი 30).

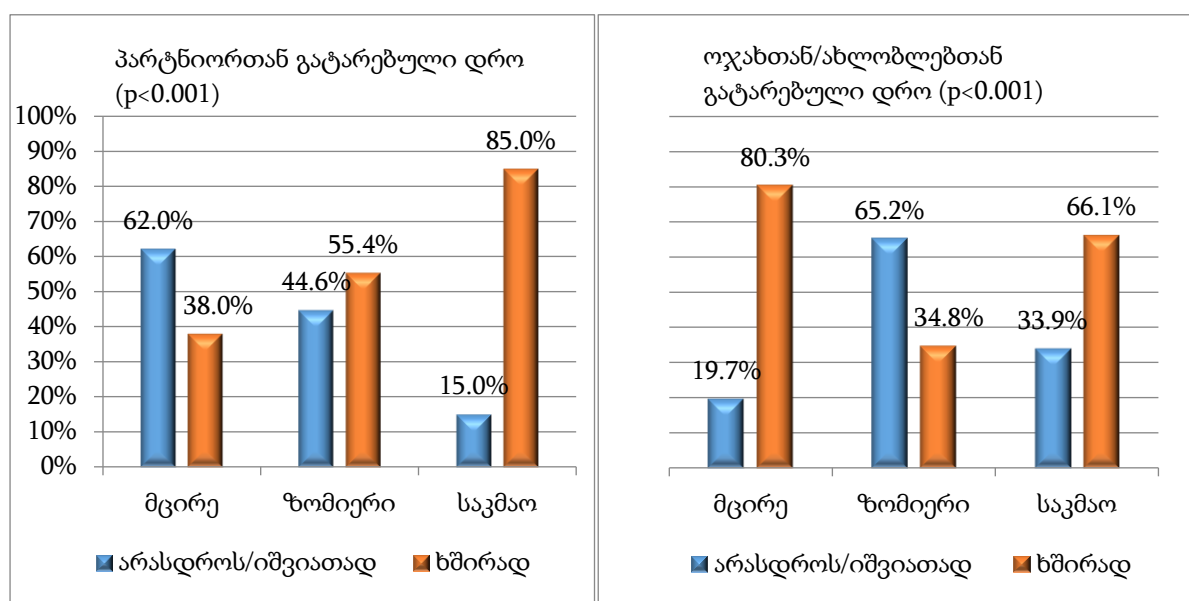
გრაფიკი 30. გავლენა სოციალურ კომპონენტზე პენსიონერის სტატუსის მიხედვით



პირველად პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტის მომვლელების 30.0% ($n=18$) უფრო ხშირად განიცდის სოციალურ გავლენას, ვიდრე მეორედ პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტების მომვლელები ($n=67$, 54.0%; $p=0.002$). იმ პაციენტების მომვლელები ($n=159$, 72.6%), რომლებიც არ მკურნალობენ, უფრო ხშირად განიცდიან პაციენტისგან გამოწვეულ გავლენას სოციალურ მდგომარეობაზე, იმ პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=85$, 55.9%; $p<0.001$), რომლებიც მკურნალობენ. ამასთანავე, მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელების 67.0%-მა ($n=75$) დაადასტურა აღნიშნული გავლენის სიხშირე, არამედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=10$, 25.0%; $p<0.001$). შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტების მომვლელების უმეტესობამ ($n=157$, 83.1%) აღნიშნა,

რომ განიცდის პაციენტისგან გამოწვეულ გავლენას სოციალურ მდგომარეობაზე, სხვა პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=92$, 46.9%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან ან ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვით (გრაფიკი 31).

გრაფიკი 31. გავლენა სოციალურ კომპონენტზე ბოლო კვირაში გატარებული დროის მიხედვით



პაციენტების მომვლელების ($n=52$, 81.3%) უფრო დიდმა ნაწილმა, ვინც ბოლო კვირაში იყო თეატრში, კინოში ან რაიმე სხვა ღონისძიებაზე, ისაუბრა აღნიშნული გავლენის შესახებ თავის სოციალურ მდგომარეობაზე, იმ მომვლელებთან შედარებით, რომლებიც არ ყოფილან ბოლო კვირაში რაიმე ღონისძიებაზე ($n=197$, 61.4%; $p=0.002$).

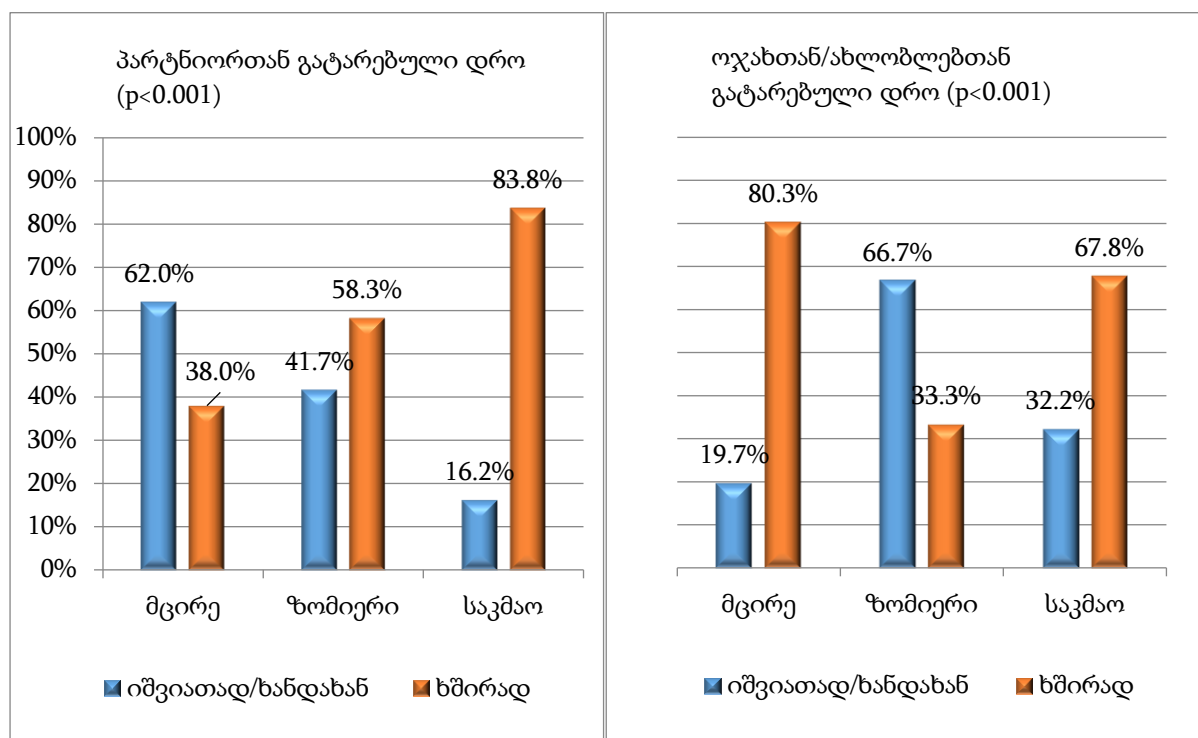
მონაცემთა ანალიზის დროს მენტალური კომპონენტის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას რამდენიმე ცვლადში გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 19). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, ქალაქში მცხოვრები მომვლელები ($n=134$, 72.8%) უფრო ხშირად განიცდიდნენ პაციენტის მოვლით გამოწვეულ მენტალურ გავლენას, რეგიონში მცხოვრებ მომვლელებთან შედარებით ($n=99$, 49.3%; $p<0.001$). დასაქმებული მომვლელების ($n=169$, 69.8%) უფრო დიდი ნაწილი ხშირად განიცდიდა აღნიშნულ გავლენას, უმუშევარ მომვლელებთან შედარებით ($n=64$, 44.8%; $p<0.001$). პირველადად პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტის მომვლელების 31.7% ($n=19$) უფრო ხშირად განიცდიდა

მენტალურ გავლენას, ვიდრე მეორადად პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტების მომვლელები ($n=65$, 52.4%; $p=0.008$). იმ პაციენტების მომვლელები ($n=151$, 68.9%), რომლებიც არ მკურნალობენ, უფრო ხშირად განიცდიან პაციენტისგან გამოწვეულ გავლენას მენტალურ მდგომარეობაზე, იმ პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=76$, 50.0%; $p<0.001$), რომლებიც მკურნალობენ. ამასთანავე, მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელების 55.4%-მა ($n=62$) დაადასტურა აღნიშნული გავლენის სიხშირე, არამედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=14$, 35.0%; $p<0.027$). შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტების მომვლელების უმეტესობამ ($n=141$, 74.6%) განაცხადა, რომ განიცდის პაციენტისგან გამოწვეულ გავლენას მენტალურ მდგომარეობაზე, სხვა პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=92$, 46.9%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან ან ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვით (ცხრილი 9). პაციენტების მომვლელების ($n=53$, 82.8%) უფრო დიდმა ნაწილმა, ვინც ბოლო კვირაში იყო თეატრში, კინოში ან რამე სხვა ღონისძიებაზე, ისაუბრა აღნიშნული გავლენის შესახებ საკუთარ მენტალურ მდგომარეობაზე, იმ მომვლელებთან შედარებით, რომლებიც არ ყოფილან ბოლო კვირაში რაიმე ღონისძიებაზე ($n=180$, 56.1%; $p<0.001$).

მონაცემთა ანალიზის დროს ფაქტორი 1-ის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას სხვადასხვა ცვლადში გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 20). მამრობითი სქესის მომვლელები ($n=70$, 82.4%) უფრო ხშირად განიცდიდნენ ფაქტორი 1-ის გავლენას, მდედრობითი სქესის მომვლელებთან შედარებით ($n=181$, 60.3%; $p<0.001$). ≥ 60 წლის მომვლელები ($n=106$, 71.6%) მეტად ხშირად განიცდიდნენ აღნიშნულ გავლენას, <60 წლის ასაკის მომვლელებთან შედარებით ($n=145$, 61.2%; $p=0.04$). დასაქმებული მომვლელების ($n=170$, 70.2%) უფრო დიდი ნაწილი განიცდიდა ხშირად ფაქტორი 1-ის გავლენას, უმუშევარ მომვლელებთან შედარებით ($n=81$, 56.6%; $p<0.007$). პირველადად პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტების მომვლელების 35.0% ($n=21$) უფრო ხშირად განიცდიდა ფაქტორი 1-ის გავლენას, ვიდრე მეორადად პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტების მომვლელები ($n=65$, 52.4%; $p=0.03$). იმ პაციენტების მომვლელები ($n=157$, 71.7%), რომლებიც არ მკურნალობენ, უფრო ხშირად განიცდიან ფაქტორი 1-ის გავლენას, იმ პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=89$, 58.6%; $p<0.008$), რომლებიც

მკურნალობენ. ამასთანავე, მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელების 67.0%-მა (n=75) ისაუბრა ამ გავლენის სიხშირეზე, არამედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მომვლელებთან შედარებით (n=14, 35.0%; $p<0.001$). შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტების მომვლელების უმეტესობამ (n=156, 82.5%) აღნიშნა, რომ განიცდის ფაქტორი 1-ის გავლენას, სხვა პაციენტების მომვლელებთან შედარებით (n=95, 48.5%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან ან ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვით (გრაფიკი 32) (ცხრილი 20).

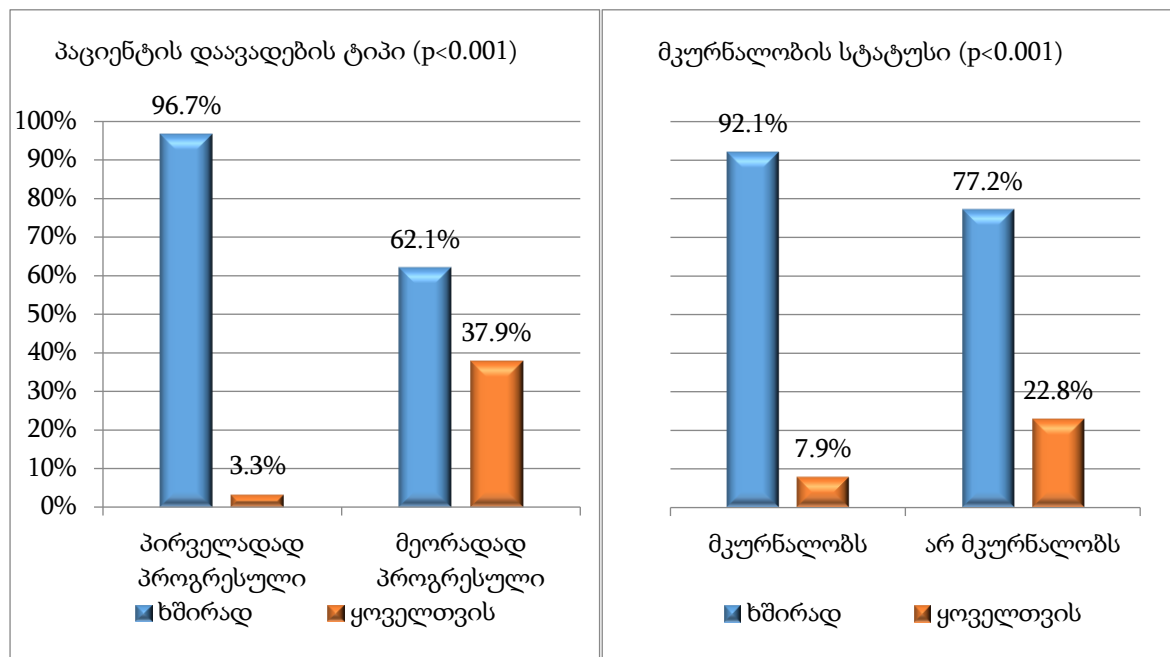
გრაფიკი 32. ფაქტორი 1-ის გავლენა ბოლო კვირაში გატარებული დროის მიხედვით



მონაცემთა ანალიზის დროს ფაქტორი 2-ის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას სხვადასხვა ცვლადში გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 21). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, ქალაქში მცხოვრები მომვლელების უფრო დიდმა ნაწილმა (n=39, 21.2%) აღნიშნა, რომ ყოველთვის განიცდის ფაქტორი 2-ის გავლენას, რეგიონში მცხოვრებ მომვლელებთან შედარებით (n=23, 11.4%; $p<0.01$). დასაქმებული მონაწილეების 21.9% (n=53) ყოველთვის განიცდიდა ფაქტორი 2-ის გავლენას, უმუშევარ მონაწილეებთან შედარებით, რომელთაგან, თავის მხრივ, მხოლოდ 6.3% (n=9) განიცდიდა ყოველთვის

ფაქტორი 2-ის გავლენას ($p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა პაციენტის დაავადების ტიპისა და მკურნალობის სტატუსის ცვლადებში (გრაფიკი 33) (ცხრილი 21).

გრაფიკი 33. ფაქტორი 2-ის გავლენა პაციენტის დაავადების ტიპის და მკურნალობის სტატუსის მიხედვით

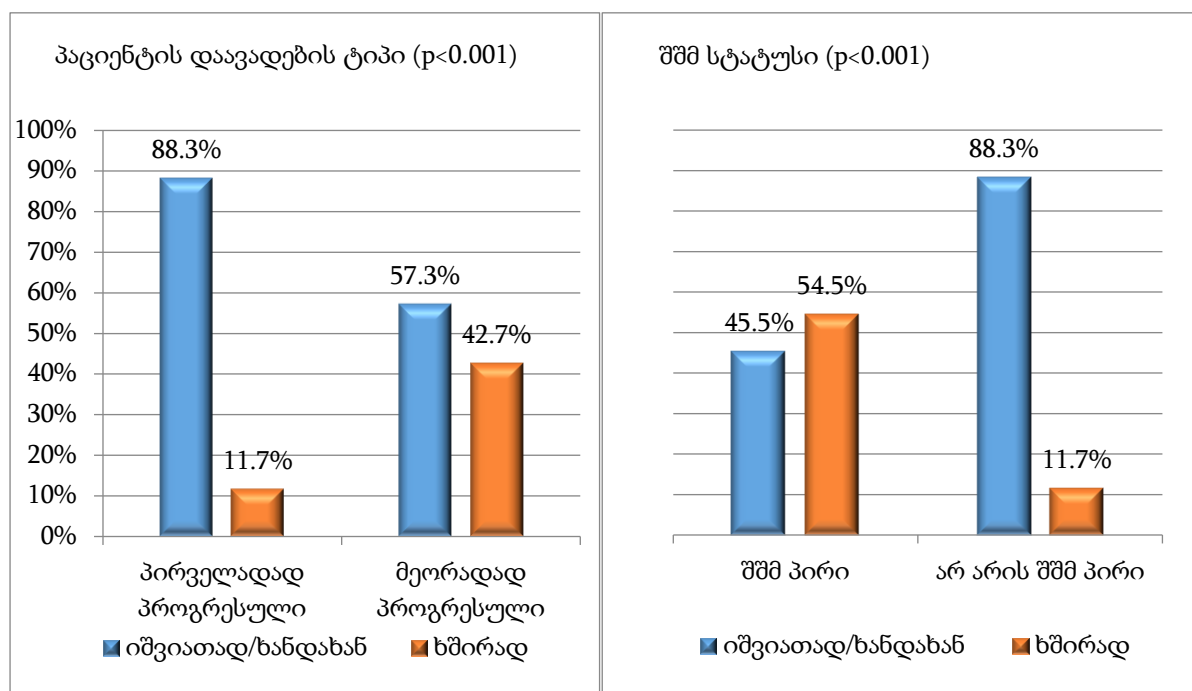


შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტების მომვლელების უფრო დიდმა ნაწილმა ($n=53$, 28.0%) განაცხადა, რომ ყოველთვის განიცდის ფაქტორი 2-ის გავლენას, სხვა პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=9$, 4.6%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან და ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვითაც (ცხრილი 21).

მონაცემთა ანალიზის დროს ფაქტორი 3-ის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას სხვადასხვა ცვლადში გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 22). მამრობითი სქესის მომვლელები ($n=52$, 61.2%) უფრო ხშირად განიცდიან ფაქტორი 3-ს გავლენას, მდედრობითი სქესის მომვლელებთან შედარებით ($n=74$, 24.7%; $p<0.001$). მომვლელები, რომლებიც არ ცხოვრობენ პაციენტთან ($n=51$, 54.8%), უფრო ხშირად განიცდიან ფაქტორი 3-ის გავლენას, იმ მომვლელებთან შედარებით, რომლებიც სულ/ხანდახან ცხოვრობენ პაციენტთან ($n=75$,

25.7%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა პაციენტის დაავადების ტიპისა და შშმ სტატუსის ცვლადების მიხედვითაც (გრაფიკი 34).

გრაფიკი 34. ფაქტორი 3-ის გავლენა პაციენტის დაავადების ტიპის და შშმ სტატუსის ცვლადების მიხედვით

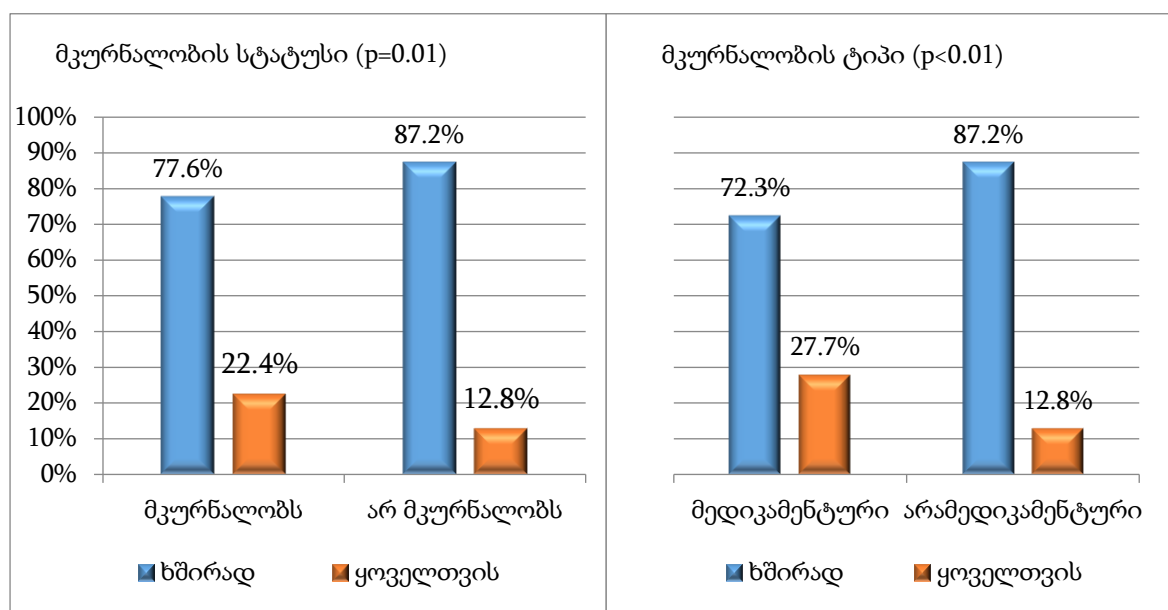


სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან და ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვით და ასევე, ბოლო კვირაში თეატრში, კინოში ან რაიმე სხვა ღონისძიებაზე დასწრების მიხედვით (ცხრილი 22).

მონაცემთა ანალიზის დროს ფაქტორი 4-ის მიხედვით შედარდა მომვლელების სხვადასხვა მახასიათებელი. შედარებისას სხვადასხვა ცვლადში გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები (ცხრილი 23). მამრობითი სქესის მომვლელები ($n=42$, 49.4%) ყოველთვის განიცდიან ფაქტორი 4-ს გავლენას, მდედრობითი სქესის მომვლელებთან შედარებით ($n=21$, 7.0%; $p<0.001$). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რეგიონში მცხოვრები მომვლელების უფრო დიდმა ნაწილმა ($n=49$, 24.4%) აღნიშნა, რომ ყოველთვის განიცდის ფაქტორი 4-ის გავლენას, ქალაქში მცხოვრებ მომვლელებთან შედარებით ($n=14$, 7.6%; $p<0.001$). უმუშევარი მონაწილეების 32.9% ($n=47$) ყოველთვის განიცდის ფაქტორი 4-ის გავლენას, დასაქმებულ მონაწილეებთან შედარებით, რომელთაგან, თავის მხრივ, მხოლოდ 6.6% ($n=16$) განიცდის ყოველთვის ფაქტორი 4-ის

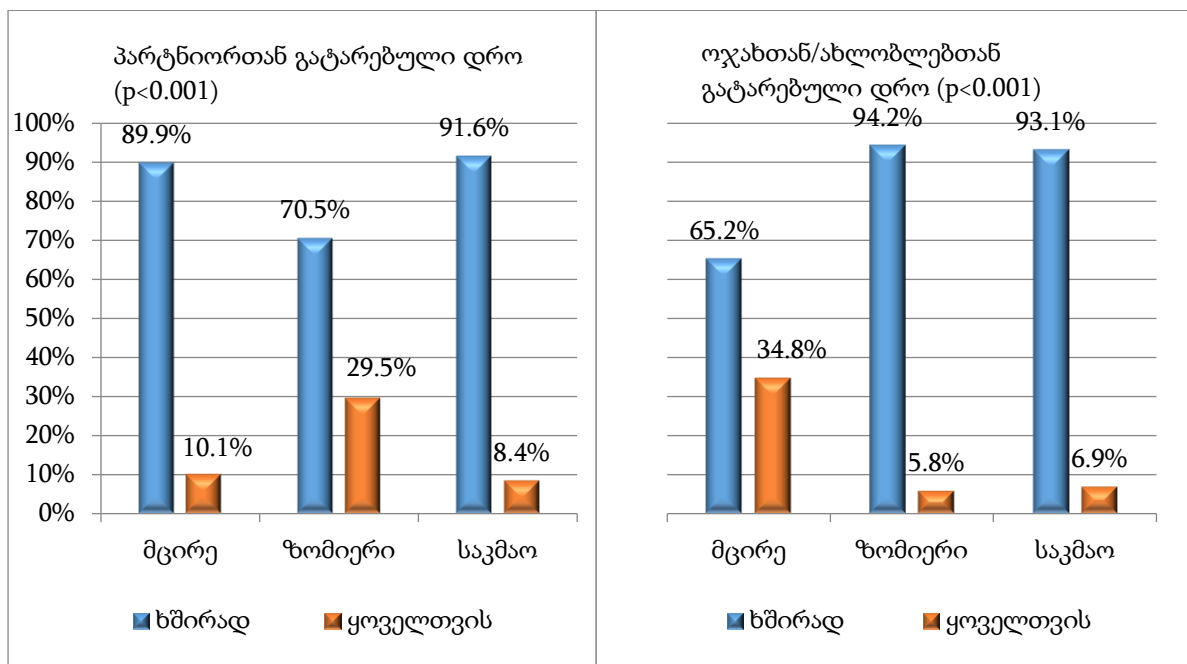
გავლენას ($p<0.001$). მომვლელები, რომლებიც არ ცხოვრობენ პაციენტთან ($n=34$, 36.6%), ყოველთვის უფრო ხშირად განიცდიან ფაქტორი 4-ის გავლენას, იმ მომვლელებთან შედარებით, რომლებიც სულ/ხანდახან ცხოვრობენ პაციენტთან ($n=29$, 9.9%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა პაციენტის მკურნალობის სტატუსისა და მკურნალობის ტიპის მიხედვით (გრაფიკი 35).

გრაფიკი 35. ფაქტორი 4-ის გავლენა პაციენტის მკურნალობის სტატუსის და მკურნალობის ტიპის ცვლადების მიხედვით



შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტების მომვლელების უფრო დიდმა ნაწილმა ($n=49$, 25.9%) აღნიშნა, რომ ყოველთვის განიცდის ფაქტორი 4-ის გავლენას, სხვა პაციენტების მომვლელებთან შედარებით ($n=14$, 7.1%; $p<0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები დაფიქსირდა ბოლო კვირაში პარტნიორთან ან ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დროის მიხედვით (გრაფიკი 36).

გრაფიკი 36. ფაქტორი 4-ის გავლენა ბოლო კვირაში გატარებული დროის მიხედვით

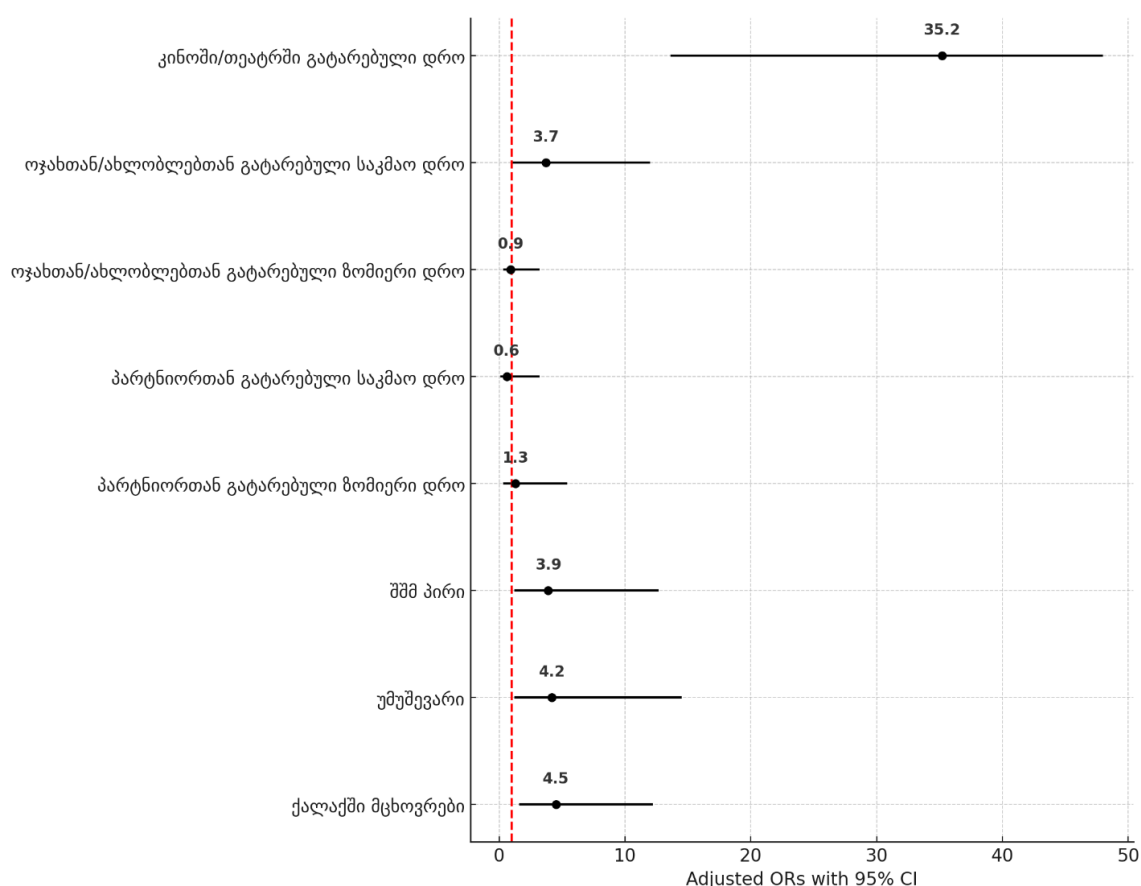


პაციენტების მომვლელების (n=58, 18.1%) უფრო დიდმა ნაწილმა, რომლებიც ბოლო კვირაში არ ყოფილან რაიმე ღონისძიებაზე, განაცხადა ფაქტორი 4-ის გავლენის შესახებ, იმ მომვლელებთან შედარებით, რომლებიც ბოლო კვირაში იყვნენ თეატრში, კინოში ან რაიმე სხვა ღონისძიებაზე (n=5, 7.8%; p=0.04).

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგების მიხედვით, სადაც ბივარიაციული ანალიზის შედეგად დადგენილი ის ცვლადები შევიდა, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების ფიზიკურ მდგომარეობაზე (საცხოვრებელი ადგილი, დასაქმების სტატუსი, შშმ სტატუსი, ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო, ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დრო და ბოლო კვირაში თეატრში/კინოში/სხვა რაიმე ღონისძიებაზე გატარებული დრო), დამოუკიდებელი რისკფაქტორებია: საცხოვრებელი ადგილი (adjusted OR (aOR)=4.5, 95% CI: 1.6-12.2), დასაქმების სტატუსი (aOR=4.2, 95% CI: 1.2-14.5), შშმ სტატუსი (aOR=3.9, 95% CI: 1.2-12.7), ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დრო (aOR=3.7, 95% CI: 1.1-12.0) და ბოლო კვირაში თეატრში/კინოში/რაიმე სხვა ღონისძიებაზე გატარებული დრო (aOR=35.2, 95% CI: 3.6-348.0) (გრაფიკი 37) (ცხრილი 24).

გრაფიკი 37. მახასიათებლები, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების ფიზიკურ მდგომარეობაზე. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები *.

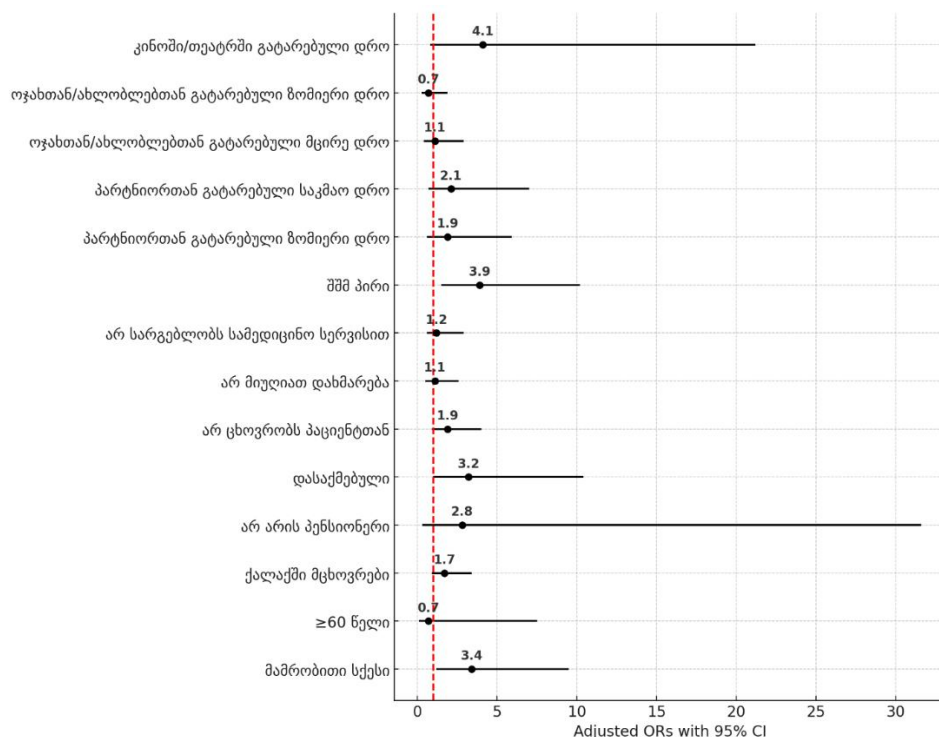


*თითოეული ცვლადი შედარებულია მის საპირისპირო ჯგუფს (მაგ., უმუშევარი პირები შედარებულია დასაქმებულებს და ა.შ.). პარტნიორთან გატარებული ზომიერი და საკმაო დრო შედარებულია ცოტა დროს. ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული ზომიერი და საკმაო დრო შედარებულია ცოტა დროს. წითელი წყვეტილი ხაზი არის 1, რაც მიუთითებს ცვლადებს შორის ასოციაციის არ არსებობაზე; სარწმუნოების ინტერვალები, რომლებიც კვეთენ ამ ხაზს, მიუთითებს სტატისტიკურად არასარწმუნო შედეგებზე.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგების მიხედვით, სადაც ბივარიაციული ანალიზის შედეგად დადგენილი ის ცვლადები შევიდა, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების სოციალურ მდგომარეობაზე (სქესი, ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, პენსიონერის სტატუსი, დასაქმების სტატუსი, ცხოვრობს თუ არა პაციენტთან, მიუღია თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან, სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა, შშმ სტატუსი, ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო, ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დრო და ბოლო კვირაში თეატრში/კინოში/სხვა რაიმე ღონისძიებაზე გატარებული დრო), დამოუკიდებელი რისკფაქტორებია: სქესი

(aOR=3.4, 95% CI: 1.2-9.5) და შშმ სტატუსი (aOR=3.9, 95% CI: 1.5-10.2) (გრაფიკი 38) (ცხრილი 25).

გრაფიკი 38. მახასიათებლები, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების სოციალურ მდგომარეობაზე. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები *.

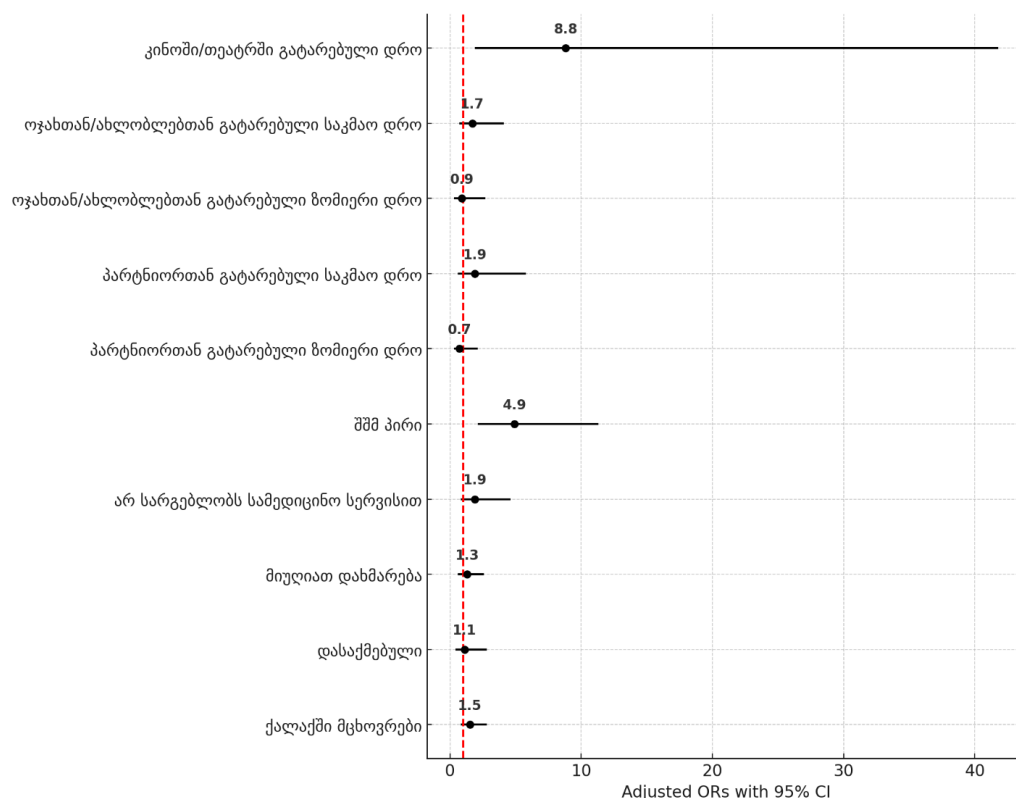


*თითოეული ცვლადი შედარებულია მის საპირისპირო ჯგუფს (მაგ., მამრობითი სქესი შედარებულია მდედრობით სქესს, ≥ 60 წლის პირები შედარებულია < 60 წლის პირებს და ა.შ.). პარტნიორთან გატარებული ზომიერი და საკმაოდ დრო შედარებულია ცოტა დროს. ოჯახთან/ნათესავებთან გატარებული მცირე და ზომიერი დრო შედარებულია საკმაოდ დროს. წითელი წყვეტილი ხაზი არის 1, რაც მიუთითებს ცვლადებს შორის ასოციაციის არ არსებობაზე; სარწმუნოების ინტერვალები, რომლებიც კვეთენ ამ ხაზს, მიუთითებს სტატისტიკურად არასარწმუნო შედეგებზე.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგების მიხედვით, სადაც ბივარიაციული ანალიზის შედეგად დადგენილი ის ცვლადები შევიდა, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების მენტალურ მდგომარეობაზე (საცხოვრებელი ადგილი, დასაქმების სტატუსი, მიუღია თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან, სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა, შშმ სტატუსი, ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო, ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დრო და ბოლო კვირაში თეატრში/კინოში/სხვა

რაიმე ღონისძიებაზე გატარებული დრო), დამოუკიდებელი რისკფაქტორებია: შშმ სტატუსი (aOR=4.9, 95% CI: 2.1-11.3) და ბოლო კვირაში თეატრში/კინოში/რაიმე სხვა ღონისძიებაზე გატარებული დრო (aOR=8.8, 95% CI: 1.9-41.8) (გრაფიკი 39) (ცხრილი 26).

გრაფიკი 39. მახასიათებლები, რომლებიც მოქმედებს მომვლელების მენტალურ მდგომარეობაზე. მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები *.



*თითოეული ცვლადი შედარებულია მის საპირისპირო ჯგუფს (მაგ., დასაქმებული პირები შედარებულია უმუშევრებს და ა.შ.). პარტნიორთან გატარებული ზომიერი და საკმაოდ დრო შედარებულია ცოტა დროს. ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული ზომიერი და საკმაოდ დრო შედარებულია ცოტა დროს. წითელი წყვეტილი ხაზი არის 1, რაც მიუთითებს ცვლადებს შორის ასოციაციის არ არსებობაზე; სარწმუნოების ინტერვალები, რომლებიც კვეთენ ამ ხაზს, მიუთითებს სტატისტიკურად არასარწმუნო შედეგებზე.

3.3. ჯანდაცვის პროფესიონალების ხარისხობრივი კვლევის შედეგები

რესპონდენტთა დემოგრაფიული პროფილი

კვლევაში მონაწილეობდა 10 ნევროლოგი. მათი გეოგრაფიული განაწილება მოიცავდა შემდეგ ქალაქებს: თბილისი (n=8), ქუთაისი (n=1) და ბათუმი (n=1). ყველა მონაწილე იყო კლინიკისტი ნევროლოგი, რომლებსაც ჰქონდათ გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მართვის გამოცდილება.

10 ნევროლოგთან ჩატარებული ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუების ანალიზით გამოვლინდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი თემატური მიმართულება.

გაფანტული სკლეროზის გავლენა პაციენტებზე

ყველა რესპონდენტი (100%) აღნიშნავს, რომ გაფანტული სკლეროზი იწვევს მნიშვნელოვან ფიზიკურ შეზღუდვებს პაციენტებში. ექიმები საუბრობენ, რომ ფიზიკური შეზღუდვები პირდაპირ კორელაციაშია დაავადების ფორმასა და სიმძიმესთან. 7 რესპონდენტი (70%) ხაზს უსვამს ისეთი კოგნიტიური პრობლემის არსებობას, როგორიცაა კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება. ყველა რესპონდენტი (100%) მიუთითებს ფსიქოემოციურ პრობლემებზე, რაც უკავშირდება დიაგნოზთან შეგუებასა და დაავადებასთან თანაცხოვრებას. პროფესიული საქმიანობის შეზღუდვაზე მიაწინებს 9 რესპონდენტი (90%), რაც გამოიხატება სამსახურის შენარჩუნების სირთულეებში, განსაკუთრებით დაავადების პროგრესირებისას. სოციალური აქტივობების შემცირებაზე ამახვილებს ყურადღებას 8 რესპონდენტი (80%), რაც გამოწვეულია როგორც ფიზიკური შეზღუდვებით, ისე სტიგმის არსებობით.

გაფანტული სკლეროზის გავლენა მომვლელებზე

მომვლელებზე გავლენის კუთხით, 9 ნევროლოგი (90%) გამოყოფს ემოციურ გადაღლას, რაც პირდაპირ კავშირშია ქრონიკული დაავადების მქონე პირის მოვლასთან. ფიზიკურ დატვირთვას ხაზს უსვამს 8 რესპონდენტი (80%), განსაკუთრებით დაავადების შორსწასული ფორმის შემთხვევებში.

ყველა რესპონდენტი (100%) საუბრობს მომვლელთა ფინანსურ ტვირთზე, რაც უკავშირდება როგორც პირდაპირ დანახარჯებს, ისე შემოსავლის შემცირებას. 6

რესპონდენტი (60%) აღნიშნავს, რომ მომვლელები ხშირად აწყდებიან პროფესიული კუთხით განვითარების შეფერხებას, მათ შორის სამსახურის დატოვებას ან სამუშაო საათების შემცირებას.

გაფანტული სკლეროზის გავლენა საზოგადოებაზე

საზოგადოებაზე გავლენის კონტექსტში ყველა რესპონდენტი (100%) მიუთითებს შრომისუნარიანობის შემცირებაზე, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ დაავადება ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში იჩენს თავს. 7 რესპონდენტი (70%) ხაზს უსვამს ჯანდაცვის რესურსების გადატვირთვას, ხოლო 5 რესპონდენტი (50%) გამოყოფს სტიგმატიზაციის საკითხს, თუმცა ნაწილი მათგანის თქმით, ბოლო წლებში სტიგმა ნაწილობრივ შემცირდა.

სერვისების ხელმისაწვდომობა

სერვისების ხელმისაწვდომობის კუთხით, ყველა რესპონდენტი (100%) აღნიშნავს, რომ დამატებითი ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში მცხოვრები პაციენტებისთვის, რაც ქმნის მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობას. 9 რესპონდენტი (90%) ყურადღებას ამახვილებს რეაბილიტაციის სერვისების ნაკლებობაზე, ხოლო 8 რესპონდენტი (80%) მიუთითებს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისების პრაქტიკულად არარსებობაზე.

ყველა ნევროლოგი (100%) აცხადებს, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიები პრაქტიკულად არ აფინანსებენ გაფანტულ სკლეროზთან დაკავშირებულ სამედიცინო ხარჯებს. რამდენიმე რესპონდენტის თქმით, პაციენტები ხშირად კარგავენ კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობას დიაგნოზის დასმის შემდეგ.

ფინანსური ტვირთი

ფინანსური ტვირთის თვალსაზრისით, ყველა რესპონდენტი (100%) საუბრობს სახელმწიფოს როლის მნიშვნელობაზე: სიმპტომური თერაპია, გამწვავებების

მკურნალობა, ლაბორატორიული კვლევები და ნეირორეაბილიტაცია. 8 რესპონდენტი (80%) გამოყოფს სამუშაოს დაკარგვასთან დაკავშირებულ შემოსავლის შემცირების საკითხს, ხოლო უკლებლივ ყველა რესპონდენტი (100%) მიუთითებს ოჯახზე დაწოლილ ფინანსურ ტვირთზე.

პაციენტთა ორგანიზაციები

9 რესპონდენტი (90%) ადასტურებს, რომ საქართველოში არსებობს გაფანტული სკლეროზის პაციენტთა ასოციაცია, თუმცა 7 რესპონდენტი (70%) ხაზს უსვამს ამ ორგანიზაციის როლის გაძლიერების მნიშვნელობას პაციენტთა საჭიროებების უკეთ ადვოკატირებისთვის.

დაავადების ტიპისა და სიმძიმის გავლენა

ინტერვიუების ანალიზმა აჩვენა, რომ გაფანტული სკლეროზის ტვირთი პირდაპირპროპორციულია დაავადების ტიპსა და სიმძიმესთან. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში პაციენტებს ხშირად შეუძლიათ აქტიური ცხოვრების შენარჩუნება, მაშინ როცა დაავადების პროგრესირება იწვევს მნიშვნელოვან შეზღუდვებს, პაციენტების ყოველდღიური აქტივობების შემცირებას, ფსიქოლოგიური პრობლემების გაღრმავებასა და ფინანსური ტვირთის ზრდას. შესაბამისად, რაც უფრო მაღალია პაციენტის უნარშეზღუდულობის ხარისხი, მით უფრო მოცულობითია მომვლელის ჩართულობა.

სამედიცინო და არასამედიცინო სერვისები

რესპონდენტების პასუხების მიხედვით, ყველაზე ხშირად გამოყენებად სერვისებად დასახელდა დიაგნოსტიკა და სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული მედიკამენტური თერაპია (იქ, სადაც ხელმისაწვდომია), ხოლო ყველაზე ნაკლებად გამოყენებადად - სიმპტომური თერაპია, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და რეაბილიტაცია.

სოციალური ტვირთის ასპექტები

ინტერვიუების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა: მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და რეაბილიტაციის ხარჯები, სამსახურის დაკარგვასთან დაკავშირებული შემოსავლის შემცირება, დეპრესია, შფოთვა, სტიგმა, უნარშეზღუდულობა, სხვებზე დამოკიდებულება, სოციალური აქტივობების შემცირება, იზოლაცია, დასაქმებასთან დაკავშირებული პრობლემები. რესპონდენტების უმრავლესობა ყველაზე მძიმე ტვირთად მიიჩნევს ფინანსურ და ფსიქოლოგიურ ტვირთს როგორც პაციენტისთვის, ისე მომვლელისთვის.

4. დისკუსია

კვლევა მიზნად ისახავდა გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შეფასებას საქართველოში პაციენტების, მათი მომვლელებისა და ჯანდაცვის პროფესიონალების პერსპექტივიდან. კვლევის შედეგებმა წარმოაჩინა სოციალური, ფიზიკური, მენტალური და ფინანსური გამოწვევები, რომლებსაც აწყდებიან როგორც პაციენტები, ისე მათი მომვლელები და, ზოგადად, საზოგადოება.

4.1. გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი პაციენტებზე

კვლევაში მონაწილეობდა 384 პაციენტი, რომელთა უმრავლესობა (69.5%) იყო ქალი. პაციენტების საშუალო ასაკი შეადგენდა 40.3 წელს, ხოლო დიაგნოზის დასმის დროს საშუალო ასაკი გახლდათ 33.7 წელი. ეს მონაცემები ადასტურებს, რომ გაფანტული სკლეროზი ძირითადად აზიანებს ახალგაზრდა, შრომისუნარიან მოსახლეობას, რაც თანხვედრაშია საერთაშორისო მონაცემებთან (Browne et al/ბროუნი და სხვები; 2014; კობელტი და სხვები; 2017). ნევროლოგებთან ჩატარებული ხარისხობრივი კვლევის შედეგებიც ადასტურებს, რომ ავადმყოფობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მოსახლეობის შრომისუნარიან ნაწილზე, რადგან ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება.

პაციენტების 86.5%-ს აღენიშნებოდა მორეციდივე დაავადება, რომელიც გაფანტული სკლეროზის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა (ტომპსონი და სხვები; 2018). EDSS ქულების მიხედვით, პაციენტების 53.9%-მა 1-3 ქულამდე შეფასება მიიღო, რაც მიუთითებს, რომ კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობას ზომიერი ან მსუბუქი უნარშეზღუდულობა აღენიშნებოდა. თუმცა ხაზგასასმელია ის, რომ პაციენტების მნიშვნელოვან ნაწილს (24.5%) 4-8 ქულა ჰქონდა. ეს კი მიანიშნებს შედარებით მძიმე ფორმებზე, რომლებიც მეტ მხარდაჭერასა და მოვლას საჭიროებს.

აღმოჩნდა, რომ პაციენტების მხოლოდ 61.7% მკურნალობდა, რაც შეიძლება მიუთითებდეს მკურნალობის ხელმისაწვდომობის პრობლემებზე. ეს ფაქტი დადასტურდა ნევროლოგებთან ინტერვიუების დროსაც, სადაც აღინიშნა, რომ დმთ ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში მცხოვრები პაციენტებისთვის, რაც, თავის მხრივ, მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობას ქმნის.

ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის საშუალო მაჩვენებელი იყო 62.9 (SD=21.9), ხოლო მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის - 63.8 (SD=22.8). ბივარიაციული ანალიზით გამოვლინდა, რომ ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი ქალებში უფრო დაბალ ნიშნულზე მიუთითებდა (60.3, SD=21.6), ვიდრე მამაკაცებში (69.0, SD=21.3, $p<0.001$). ასევე, >40 წლის პაციენტებში (58.7, SD=22.8) ფიზიკური ჯანმრთელობის უფრო დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ≤ 40 წლის პირებთან შედარებით (66.4, SD=20.5; $p=0.001$). ეს შედეგები შეესაბამება საერთაშორისო კვლევებს, რომლებიც აჩვენებს, რომ ქალები და უფროსი ასაკის პაციენტები ხშირად უფრო მძიმედ განიცდიან დაავადების ფიზიკურ გავლენას (Koch et al/კოხი და სხვები; 2009).

პაციენტებს, რომელთაც ჰყავდათ შვილები, ფიზიკური ჯანმრთელობის უფრო დაბალი საშუალო მაჩვენებელი ჰქონდათ (60.5, SD=22.0), ვიდრე უშვილოებს (67.4, SD=21.0; $p=0.003$). ეს შეიძლება აიხსნას ბავშვების აღზრდასთან დაკავშირებული დამატებითი ფიზიკური დატვირთვით.

EDSS ქულების მიხედვით, როგორც მოსალოდნელი იყო, EDSS 1-3 ქულის მქონე პაციენტებს (71.9, SD=17.2) ფიზიკური ჯანმრთელობის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი ჰქონდათ იმ პაციენტებთან შედარებით, ვისი EDSS ქულაც 3-4-ამდე (58.7, SD=23.5; $p<0.001$) ან 4-8-ის (46.9, SD=19.3; $p<0.001$) ჩათვლით იყო. ეს ადასტურებს, რომ დაავადების სიმძიმე პირდაპირ კორელაციაშია ფიზიკურ შეზღუდვებთან, რაც ასევე დადასტურდა ნევროლოგებთან ინტერვიუების დროს.

მულტივარიაციული ანალიზით გამოვლინდა, რომ ფიზიკური ჯანმრთელობის დამოუკიდებელი რისკფაქტორებია: მამრობითი სქესი ($B=7.68$, 95%CI: 3.53-11.84), მეორადად პროგრესირებადი/მორეციდივე დაავადება ($B=4.14$, 95%CI: 1.28-7.00), EDSS ქულების მეორე და მესამე ჯგუფი ($B=(-6.49)$, 95%CI: (-9.11)-(-3.88), მკურნალობა ($B=9.53$, 95%CI: 4.25-14.81) და მუდმივი მკურნალობა ($B=9.61$, 95%CI: 3.15-16.06). ეს მიგნებები მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრისა და დაგეგმვისას.

მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ანალიზმა აჩვენა, რომ ქალაქში მცხოვრებ პაციენტებს (69.5, SD=19.6) მენტალური ჯანმრთელობის უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებელი ჰქონდათ, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ მონაწილეებს (55.1, SD=24.7; $p<0.001$). ეს შეიძლება აიხსნას ქალაქში უკეთესი სამედიცინო სერვისების, სოციალური მხარდაჭერის სისტემებისა და ფსიქოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობით.

აგრეთვე, შეიძლება ქალაქში ნაკლები სტიგმატიზაცია იყოს, რის შესახებაც საუბრობდნენ ნევროლოგები ინტერვიუების დროს.

კვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიგნება უკავშირდება გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების დასაქმების მონაცემებს. შედეგების მიხედვით, პაციენტების 56.8% ($n=218$) იყო დასაქმებული, ხოლო 43.2% ($n=166$) - უმუშევარი. ეს რიცხვები საინტერესოა საქართველოს მთელი მოსახლეობის უმუშევრობის მაჩვენებელთან შედარებით, რომელიც, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2023 წლისთვის დაახლოებით 18-19%-ს შეადგენდა (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური). აღნიშნული შედარებიდან ნათლად ჩანს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებში უმუშევრობის მაჩვენებელი (43.2%) მნიშვნელოვნად აღემატება ქვეყნის ზოგად მაჩვენებელს (დაახლოებით 2.3-ჯერ). ეს განსხვავება განსაკუთრებით საყურადღებოა, თუ გავითვალისწინებთ, რომ კვლევის მონაწილეებს შორის მაღალი იყო უმაღლესი განათლების მქონე პირთა წილი (69.8%, $n=268$). დაბალი EDSS ქულის პაციენტთა ჯგუფის (53.9%) არსებობა ადასტურებს, რომ გაფანტული სკლეროზი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტების შრომისუნარიანობასა და დასაქმების შესაძლებლობებზე. მსგავსი სურათი გამოიკვეთა ნევროლოგებთან ინტერვიუებშიც, სადაც 9 რესპონდენტმა (90%) ისაუბრა პროფესიული საქმიანობის შეზღუდვაზე, რაც გამოიხატება სამსახურის შენარჩუნების სირთულეებში, განსაკუთრებით დაავადების პროგრესირებისას. ბივარიაციული ანალიზით გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დასაქმების სტატუსის მიხედვით ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტში - დასაქმებულ პაციენტებს უფრო მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდათ (66.2, $SD=20.7$), ვიდრე უმუშევრებს (58.6, $SD=22.7$; $p<0.001$). ეს ორმხრივ კავშირზე მიუთითებს: ერთი მხრივ, უკეთესი ფიზიკური მდგომარეობის მქონე პაციენტებს მეტი შესაძლებლობა აქვთ დასაქმებისთვის, მეორე მხრივ კი, დასაქმება თავად შეიძლება დადებითად მოქმედებდეს ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე.

ეს მიგნებები მიანიშნებს ინკლუზიური დასაქმების პოლიტიკისა და სამუშაო ადგილების ადაპტაციის მნიშვნელობაზე, რაც გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებში უმუშევრობის მაღალ მაჩვენებელს შეამცირებდა. საჭიროა მოქნილი სამუშაო გრაფიკის, დისტანციური მუშაობის შესაძლებლობების, ადაპტირებული სამუშაო გარემოსა და

პროფესიული გადამზადების პროგრამების განვითარება, რათა პაციენტებმა შეძლონ შრომით ბაზარზე დარჩენა, მიუხედავად დაავადების პროგრესირებისა.

4.2. გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი მომვლელებზე

კვლევაში მონაწილეობდა 384 მომვლელი, უმეტესად (77.9%) ქალები. მომვლელების 61.6% იყო 60 წელზე ნაკლები ასაკის, ხოლო საშუალო ასაკი შეადგენდა 54 წელს.

მომვლელების უმრავლესობას (81.0%) ჰქონდა უმაღლესი განათლება და 62.9% დასაქმებული იყო. ეს მონაცემები აჩვენებს, რომ მომვლელების უმრავლესობა შრომისუნარიანი ასაკისაა და მათ შეიძლება დათმონ თავიანთი კარიერული განვითარების შესაძლებლობები პაციენტის მოვლის გამო.

მომვლელების 39.5% პაციენტის მშობელია, ხოლო 33.0% - და ან ძმა, რაც ადასტურებს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირები ძირითადად ოჯახის წევრების მხარდაჭერით, არაფორმალური ზრუნვით სარგებლობენ. მომვლელების უმრავლესობა (74.8%) პაციენტთან ცხოვრობს, რაც მიუთითებს, რომ მოვლა არის უწყვეტი პროცესი, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მომვლელის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.

მონაცემები აჩვენებს, რომ მომვლელების 79.7% იღებს დახმარებას სხვა ადამიანისგან, რაც მიუთითებს სოციალური მხარდაჭერის მნიშვნელობაზე. თუმცა 20.3% მოკლებულია ამ თანადგომას, რაც ზრდის მათზე დაწოლილ ტვირთს და შეიძლება უარყოფითად აისახოს მათ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე.

მომვლელების 51.7% ხშირად ნერვიულობს/ღელავს გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე, რომელზედაც ზრუნავს. ყველა მომვლელი (100%) ნერვიულობს პაციენტის დადლილობაზე, რაც ადასტურებს, რომ დადლილობა არის გაფანტული სკლეროზის ერთ-ერთი ყველაზე დამაბრკოლებელი სიმპტომი როგორც პაციენტებისთვის, ისე მომვლელებისთვის (Giordano et al/ჯორდანო და სხვები; 2011).

მომვლელების თითქმის ნახევარი (48.3%) აღნიშნავს, რომ თავს ყოველთვის მარტოდ გრძნობს, როდესაც გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე ზრუნავს. ეს მიანიშნებს სოციალური იზოლაციის პრობლემაზე, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს მოვლის ინტენსივობითა და დროის ნაკლებობით სოციალური ურთიერთობებისთვის.

მომვლელების 35.3% აღნიშნავს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის მოვლის გამო დრო არ რჩება, იზრუნოს ოჯახის სხვა წევრებზე. ეს შეიძლება იწვევდეს დამატებით სტრესს ოჯახის წევრებს შორის.

შეკითხვაზე: მოქმედებს თუ არა გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტის მოვლა მომვლელის ურთიერთობებზე პარტნიორთან როგორც სექსუალური, ისე ემოციური გზით? - 48.3% პასუხობს, რომ მოქმედებს და ეს ხშირად ხდება. ასეთი პასუხი მიუთითებს, რომ მოვლა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მომვლელების პირად ცხოვრებაზე და შეიძლება იწვევდეს პარტნიორთან ურთიერთობის გაუარესებას.

მომვლელების 64.7% მიიჩნევს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე ზრუნვამ საგრძნობლად იმოქმედა მათ სამსახურზე. ეს ადასტურებს ნევროლოგების მიერ გამოთქმულ მოსაზრებას, რომ მომვლელები ხშირად აწყდებიან ბარიერებს პროფესიული განვითარების გზაზე, მათ შორისაა სამსახურის დატოვების ან სამუშაო საათების შემცირების შემთხვევები.

მომვლელების 67.3%-ის აზრით, მათი ჯანმრთელობა საგრძნობლად გაუარესდა ბოლო ერთი წლის განმავლობაში. ეს კორელაციაშია ნევროლოგების მიერ მითითებულ ფიზიკურ დატვირთვასა და ემოციურ გადაღლასთან, რაც უკავშირდება ქრონიკული დაავადების მქონე პირის მოვლას.

მომვლელების 32.7% ფიქრობს, რომ მათი ახლობელი ადამიანის გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია მისი ოჯახის ფინანსურ მდგომარეობაზე. ეს ადასტურებს ნევროლოგების მიერ ხაზგასმულ ფინანსურ ტვირთს, რაც უკავშირდება როგორც პირდაპირ დანახარჯებს, ისე შემოსავლის შემცირებას.

კვლევის შედეგებმა გამოავლინა მნიშვნელოვანი განსხვავება დაავადების შესახებ პაციენტებისა და მათი მომვლელების ინფორმირებულობის დონეებს შორის. პაციენტები უკეთესად იყვნენ ინფორმირებულნი საკუთარი დაავადების ტიპისა და სიმძიმის შესახებ, ვიდრე მათი მომვლელები.

მონაცემების ანალიზმა აჩვენა, რომ პაციენტებს ჰქონდათ მკაფიო წარმოდგენა საკუთარი დაავადების ტიპზე. მათი 86.5% (n=332) აღნიშნავდა, რომ აქვს მორეციდივე დაავადება, 9.4% (n=36) - პირველადად პროგრესირებადი, ხოლო 3.4% (n=13) - მეორადად პროგრესირებადი. ამის საპირისპიროდ, მომვლელების მხოლოდ 47.8%-მა (n=184) შეძლო

პაციენტის დაავადების ტიპის იდენტიფიცირება, ხოლო 52.2%-მა (n=201) არ იცოდა საკუთარი პაციენტის დაავადების ტიპი.

კიდევ უფრო დიდი განსხვავება გამოვლინდა EDSS ქულების ცოდნის მხრივ. პაციენტების 100%-მა შეძლო საკუთარი EDSS ქულის მითითება (1-3-ამდე – 53.9%, 3-4-ამდე – 21.6% და 4-8 – 24.5%), მაშინ როცა მომვლელების მხოლოდ 14.3%-მა (n=55) დაასახელა პაციენტის EDSS ქულა, ხოლო 85.7%-ს (n=330) საერთოდ არ ჰქონდა ინფორმაცია ამის შესახებ.

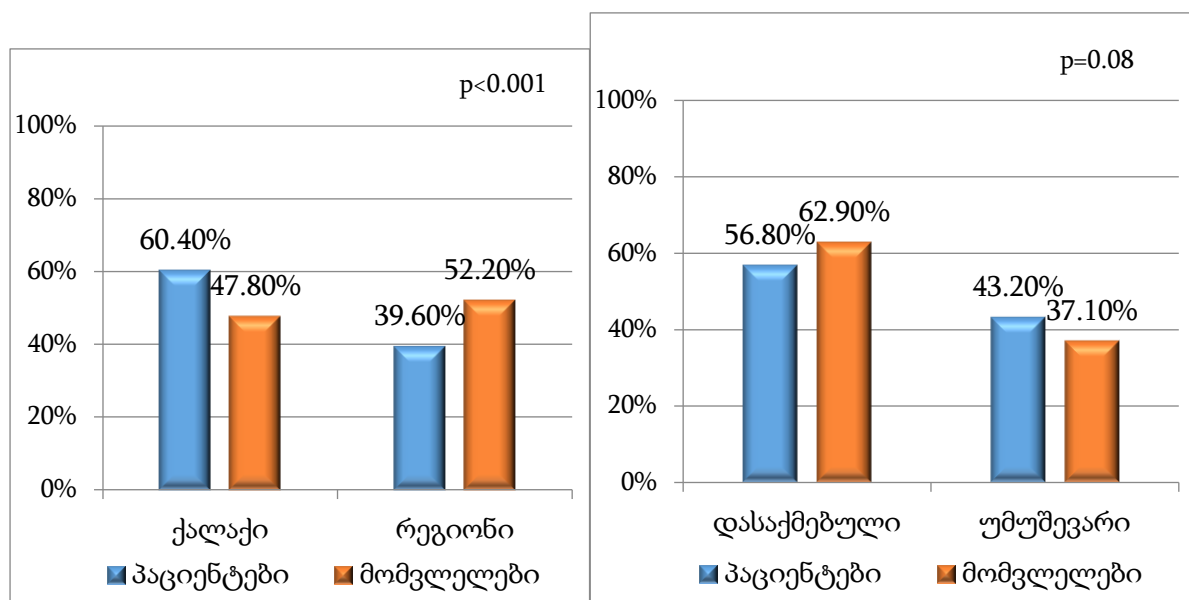
აღნიშნული მიგნება მიუთითებს ექიმებსა და სამედიცინო პერსონალს შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესების საჭიროებაზე არა მხოლოდ პაციენტებთან, არამედ მათ მომვლელებთანაც, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მათი სათანადო ინფორმირებულობა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მომვლელებს ხშირად უწევთ გადაწყვეტილებების მიღება პაციენტის მოვლის პროცესში, რისთვისაც მათ სჭირდებათ სრული ინფორმაცია დაავადების ტიპისა და სიმძიმის შესახებ.

ამასთანავე, ეს მიგნება ხაზს უსვამს ოჯახური განათლების პროგრამების მნიშვნელობას, რომლებიც მიზნად ისახავს როგორც პაციენტების, ისე მათი მომვლელების ინფორმირებას გაფანტული სკლეროზის შესახებ. ასეთი პროგრამები ხელს შეუწყობს უკეთეს კომუნიკაციას ოჯახის წევრებს შორის და დაეხმარება მომვლელებს, კარგად გაიგონ პაციენტის საჭიროებები და გამოწვევები.

4.3. პაციენტებისა და მომვლელების სოციალური ტვირთისა და დემოგრაფიული მახასიათებლების კორელაცია

კვლევის ფარგლებში შედარდა პაციენტებისა და მომვლელების საერთო მახასიათებლები. ბივარიაციული ანალიზის შედეგების მიხედვით, სტატისტიკური განსხვავება დაფიქსირდა ყველა ცვლადს შორის. მდებრობითი სქესის მქონე მონაწილეები უფრო მეტად იყვნენ მომვლელებში (77.9%, n=300), ვიდრე პაციენტებში (69.5%, n=267; p=0.008). ასაკის მიხედვით ჯგუფების განაწილების მხრივ, ასაკოვანი მონაწილეები ჭარბობდნენ მომვლელებში (13.5%, n=52), ვიდრე პაციენტებში (45.1%, n=173; p<0.001). სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა საცხოვრებელი ადგილისა და დასაქმების სტატუსის მიხედვითაც (გრაფიკი 40).

გრაფიკი 40. პაციენტების და მომვლელების მონაცემების შედარება მათი საცხოვრებელი ადგილის და დასაქმების სტატუსის მიხედვით.



ფიზიკური და მენტალური კომპონენტების შედარებით დადგინდა, რომ მომვლელების ფიზიკური კომპონენტის საშუალო მაჩვენებელი (74.8, SD=6.4) უფრო მაღალი იყო, ვიდრე პაციენტების (62.9, SD=21.9; $p<0.001$) (ცხრილი 27). ასევე, მომვლელების მენტალური კომპონენტის საშუალო მაჩვენებელი (73.2, SD=10.7) უფრო მაღალ ნიშნულს აღწევდა, ვიდრე პაციენტების (63.8, SD=22.8; $p<0.001$) (ცხრილი 28). ეს განსხვავებები მოსალოდნელი იყო, რადგან პაციენტები უშუალოდ განიცდიან დაავადების ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ გავლენას.

თუმცა აღსანიშნავია, რომ მომვლელების მაჩვენებლებიც არ არის მაღალი, რაც მათ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ სტრესზე მიუთითებს. ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს ნევროლოგების მიერ ხაზგასმულ ემოციურ გადაღლასა და ფიზიკურ დატვირთვას, რაც დაკავშირებულია ქრონიკული დაავადების მქონე პირის მოვლასთან.

4.4. ჯანდაცვის პროფესიონალების როლი

ნევროლოგებთან ინტერვიუებით გამოვლინდა, რომ გაფანტული სკლეროზი იწვევს მნიშვნელოვან ფიზიკურ შეზღუდვებს პაციენტებში, რაც კორელაციაშია დაავადების

ფორმასა და სიმძიმესთან. ასევე აღინიშნა ისეთი კოგნიტიური პრობლემების არსებობა, როგორც კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება. ეს მოვლენა პაციენტების კვლევის შედეგებითაც დადასტურდა.

ნევროლოგები ხაზს უსვამენ ფსიქოემოციურ პრობლემებს, რაც უკავშირდება დიაგნოზთან შეგუებასა და დაავადებასთან თანაცხოვრებას. ეს თანხვედრაშია პაციენტების კვლევის შედეგებთან, სადაც მონაწილეები აღიარებენ, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო დიდი ხნის განმავლობაში უმოტივაციოდ რჩებოდნენ.

ნევროლოგები აღნიშნავენ, რომ პროფესიული საქმიანობის შეზღუდვა გამოიხატება სამსახურის შენარჩუნების სირთულეებში, განსაკუთრებით დაავადების პროგრესირებისას. ეს შეესაბამება პაციენტების კვლევის შედეგებს, სადაც მონაწილეთა 39.1%-მა ბოლო ოთხი კვირის განმავლობაში შეამცირა სამუშაოს ან სხვა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებაზე დახარჯული დრო.

ნევროლოგები მიუთითებენ, რომ მომვლელებზე გავლენის კუთხით გამოირჩევა ემოციური გადაღლა და ფიზიკური დატვირთვა, განსაკუთრებით დაავადების შორსწასული ფორმის შემთხვევებში. ეს კორელაციაშია მომვლელების კვლევის შედეგებთან, სადაც 67.3% მიიჩნევს, რომ მათი ჯანმრთელობა ძალიან გაუარესდა ბოლო ერთი წლის განმავლობაში.

ფინანსური ტვირთის კუთხით, ნევროლოგები აღნიშნავენ როგორც პირდაპირ დანახარჯებს, ისე შემოსავლის შემცირებას. ეს ემთხვევა მომვლელების კვლევის შედეგებს, სადაც 32.7%-ის აზრით, ახლობელი ადამიანის გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია მისი ოჯახის ფინანსურ მდგომარეობაზე.

სერვისების ხელმისაწვდომობის კუთხით, ნევროლოგები აღნიშნავენ, რომ დმთ ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში მცხოვრები პაციენტებისთვის, რაც ქმნის მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობას. ასევე, ისინი ხაზს უსვამენ რეაბილიტაციის სერვისების ნაკლებობასა და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის პრაქტიკულად არარსებობას.

ეს ადასტურებს, რომ გაფანტული სკლეროზი ხასიათდება მაღალი სოციალური ტვირთით და საქართველოში არსებობს მნიშვნელოვანი გამოწვევები, რაც მოითხოვს

სისტემურ ცვლილებებს ჯანდაცვის პოლიტიკაში, სერვისების განვითარებასა და რესურსების განაწილებაში.

ნევროლოგებთან ინტერვიუების ანალიზით გამოვლინდა, რომ გაფანტული სკლეროზი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს არა მხოლოდ პაციენტებსა და მათ მომვლელებზე, არამედ მთლიანად საზოგადოებასა და ჯანდაცვის სისტემაზე.

ნევროლოგები მიუთითებენ შრომისუნარიანობის შემცირებაზე, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ დაავადება ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში იჩენს თავს. ეს იწვევს პროდუქტიულობის დაკარგვას და, თავის მხრივ, ზრდის არაპირდაპირ ეკონომიკურ ხარჯებს საზოგადოებისთვის.

ნევროლოგები მიუთითებენ შრომისუნარიანობის შემცირებაზე, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ დაავადება ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში იჩენს თავს. ეს იწვევს პროდუქტიულობის დაკარგვას და, თავის მხრივ, ზრდის არაპირდაპირ ეკონომიკურ ხარჯებს საზოგადოებისთვის.

4.5. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა და ფინანსური ტვირთი

ნევროლოგებთან ინტერვიუებიდან გამოვლინდა მნიშვნელოვანი პრობლემები ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის კუთხით. დმთ, რომელიც გაფანტული სკლეროზის მართვის მნიშვნელოვანი კომპონენტია, ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში მცხოვრები პაციენტებისთვის. ეს ქმნის მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობას და უარყოფითად მოქმედებს დაავადების მართვაზე რეგიონებში მცხოვრები პაციენტებისთვის.

ნევროლოგები ხაზგასმით საუბრობენ რეაბილიტაციის სერვისების ნაკლებობასა და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის პრაქტიკულად არარსებობაზე. ეს პრობლემები ასევე დადასტურდა პაციენტებისა და მომვლელების კვლევებში, სადაც გამოვლინდა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საჭიროება.

ფინანსური ტვირთის კუთხით, ნევროლოგები აღნიშნავენ, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიები პრაქტიკულად არ აფინანსებენ გაფანტულ სკლეროზთან დაკავშირებულ სამედიცინო ხარჯებს. ეს ზრდის ფინანსურ ტვირთს პაციენტებისა და მათი

ოჯახებისთვის, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტები ხშირად კარგავენ შემოსავალს დაავადების გამო.

ნევროლოგები ხაზს უსვამენ სახელმწიფოს როლის მნიშვნელობას, განსაკუთრებით მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და ნეირორეაბილიტაციის დაფინანსების კუთხით. ეს მიუთითებს, რომ საჭიროა სახელმწიფო პროგრამების გაფართოება და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა პაციენტისთვის, მიუხედავად მათი საცხოვრებელი ადგილისა.

პაციენტთა ორგანიზაციების როლი

ნევროლოგები ადასტურებენ, რომ საქართველოში არსებობს გაფანტული სკლეროზის პაციენტთა ასოციაცია, თუმცა ყურადღებას ამახვილებენ მისი როლის გაძლიერების მნიშვნელობაზე პაციენტთა საჭიროებების უკეთესად ადვოკატირებისთვის. პაციენტთა ორგანიზაციები შეიძლება გახდნენ საკვანძო მოქმედი პირები პოლიტიკის ფორმირებაში, ცნობიერების ამაღლებასა და პაციენტებისა და მათი მომვლელებისთვის მხარდაჭერის უზრუნველყოფაში (Köpke et al/კოპკე და სხვები; 2014).

4.6. საქართველოს კვლევის შედეგების შედარებითი ანალიზი საერთაშორისო მონაცემებთან

MSQOL-54 (მს პაციენტების ცხოვრების ხარისხი) საქართველოს საშუალო მაჩვენებელი (62.9) აღემატება პოსტსაბჭოთა რეგიონის ქვეყნების (რუსეთი 59.1, სერბეთი 58.4 და ბოსნია 55.7), თუმცა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის განვითარებულ ქვეყნებს (გერმანია, იტალია, ესპანეთი, სლოვენია), აშშ, ბრიტანეთი, ისრაელი, კანადა. განვითარებად ქვეყნებთან შედარებით, საქართველოს მონაცემები მნიშვნელოვნად უკეთესია ვიდრე ირანში (52.4), ჩინეთსა (54.2) და თურქეთში (56.7).

საქართველოს MHC მაჩვენებელი (63.8) აღემატება თითქმის ყველა შედარებული ქვეყნის მონაცემს, გარდა აშშ-ს (66.8). მონაცემები ასახავს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემებში არსებულ სისტემურ გამოწვევებს, რაც ზრდის გაფანტული სკლეროზის სოციალურ ტვირთს პაციენტებზე, ოჯახებსა და საზოგადოებაზე (ცხრილი 29).

საქართველოს გს პაციენტების მომვლელების ტვირთის მაჩვენებლები (49.5) ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების მონაცემებს მნიშვნელოვნად ჩამორჩება

(კანადა 71.2, გერმანია 67.9, ავსტრალია 69.8, პოლონეთი 72.4, ჩეხეთი 69.8, უნგრეთი 75.2, რუმინეთი 78.9). აღნიშნული განსხვავებები ასახავს რამდენიმე მნიშვნელოვან ფაქტორს: საქართველოში ფორმალური მოვლის სერვისებზე შეზღუდულ ხელმისაწვდომობას, ტვირთის არაფორმალურ მომვლელებზე (ოჯახის წევრებზე) დაკისრებას, სოციალური მხარდაჭერის სისტემების განუვითარებლობას. შედარებითი ანალიზი ხაზს ადასტურებს საქართველოში მომვლელებისთვის მხარდაჭერის სისტემების გაძლიერების საჭიროებას და გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის მართვის აუცილებლობას (ცხრილი 30).

4.7. გაფანტული სკლეროზი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სოციალური ტვირთი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსპექტივიდან გაფანტული სკლეროზი მრავალმხრივი გამოწვევაა, რომელიც სცდება ინდივიდუალური პაციენტის ჯანმრთელობის საკითხებს და მოიცავს ფართო სოციალურ და ეკონომიკურ ასპექტებს. წინამდებარე კვლევა ხაზს უსვამს პრობლემის სისტემურ ხასიათს და მიუთითებს კომპლექსური ინტერვენციების საჭიროებაზე. გაფანტული სკლეროზის ტვირთის შემცირება მოითხოვს არა მხოლოდ კლინიკურ ინტერვენციებს, არამედ პოპულაციაზე დაფუძნებულ სტრატეგიებს, რომლებიც მიმართულია ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებაზე, სერვისების თანაბარ ხელმისაწვდომობაზე, ჯანდაცვის პერსონალის გადამზადებასა და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებაზე. ეს მიდგომა შესაბამისობაშია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ბაზისურ პრინციპთან, რომ ჯანმრთელობა არის ფუნდამენტური უფლება და არა პრივილეგია.

გაფანტული სკლეროზი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რომელიც პირდაპირ უკავშირდება ჯანმოს სტრატეგიულ და გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნებს (SDG). კვლევის შედეგების ანალიზი ამ მიზნებთან მიმართებით აყალიბებს საინტერესო შეხედულებებს პოლიტიკის ფორმირებისთვის.

ჯანმოს 2019-2023 წლების სტრატეგიულ გეგმაში ერთ-ერთი მთავარი მიზანია „უნივერსალური ჯანდაცვის მოცვის გაფართოება“, რაც გულისხმობს, რომ ყველა ადამიანს უნდა ჰქონდეს წვდომა ხარისხიან სამედიცინო სერვისებზე, დამატებითი ფინანსური ტვირთის გარეშე. კვლევის შედეგები აჩვენებს მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობას გაფანტული სკლეროზის მართვის კუთხით, განსაკუთრებით დმთ

ხელმისაწვდომობის მხრივ, რაც პირდაპირ ეწინააღმდეგება „უნივერსალური ჯანდაცვის მოცვის“ პრინციპებს.

მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის („ჯანმრთელი ცხოვრება და კეთილდღეობა ყველა ასაკის ადამიანისთვის“) ამოცანა 3.8 მიზნად ისახავს „უნივერსალური ჯანდაცვის მოცვას“. კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ საქართველოში გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი (38.3%) არ მკურნალობს, რაც შეიძლება მიუთითებდეს ხელმისაწვდომობის პრობლემებზე. ეს გამოწვევა მოითხოვს პოლიტიკის ცვლილებებს, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ყველა პაციენტის წვდომა აუცილებელ სამედიცინო სერვისებზე.

ჯანმო ხაზს უსვამს არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის მნიშვნელობას, მათ შორის ისეთი ნევროლოგიური დაავადების, როგორიცაა გაფანტული სკლეროზი. ორგანიზაციის ნევროლოგიურ დაავადებათა გლობალური სამოქმედო გეგმა 2022-2031 წლებისთვის მიზნად ისახავს ნევროლოგიური დაავადებების ტვირთის შემცირებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. კვლევის შედეგები მიუთითებს პაციენტების ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის დაბალ მაჩვენებლებზე (62.9 და 63.8, შესაბამისად), ხაზს უსვამს ამ გეგმის რელევანტურობას საქართველოსთვის.

მდგრადი განვითარების მე-10 მიზანი („შემცირებული უთანასწორობა“) უკავშირდება კვლევის მიგნებებს სერვისების გეოგრაფიული განაწილების კუთხით. კვლევამ აჩვენა, რომ ქალაქში მცხოვრებ პაციენტებს აქვთ მენტალური ჯანმრთელობის უფრო მაღალი მაჩვენებლები (69.5, SD=19.6) რეგიონში მცხოვრებ პაციენტებთან შედარებით (55.1, SD=24.7; $p<0.001$), რაც მნიშვნელოვან უთანასწორობაზე მიუთითებს და მოითხოვს მიზანმიმართულ ინტერვენციებს.

ჯანმოს კონცეფცია „ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში“ გულისხმობს ჯანმრთელობის საკითხების ინტეგრაციას ყველა სექტორის პოლიტიკაში. კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ გაფანტული სკლეროზი გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ჯანმრთელობაზე, არამედ დასაქმებაზე, განათლებაზე, სოციალურ ურთიერთობებსა და ეკონომიკურ კეთილდღეობაზე, რაც მიუთითებს მულტისექტორული თანამშრომლობის მნიშვნელობაზე გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთის შესამცირებლად.

მდგრადი განვითარების მე-5 მიზანი („გენდერული თანასწორობა“) დაკავშირებულია კვლევის შედეგებთან, რომლებიც აჩვენებს, რომ ქალი პაციენტები (60.3, SD=21.6) აჩვენებენ ფიზიკური ჯანმრთელობის უფრო დაბალ მაჩვენებლებს, ვიდრე კაცები (69.0, SD=21.3; $p<0.001$). მომვლელებში გამოკვეთილი გენდერული უთანასწორობა (ქალი - 77.9%) ხაზს უსვამს მხარდაჭერის სისტემების შექმნის აუცილებლობას, რაც უნდა იყოს გათვალისწინებული გაფანტული სკლეროზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო პროგრამების შემუშავებისას.

მდგრადი განვითარების მე-8 მიზანი („ღირსეული სამუშაო და ეკონომიკური ზრდა“) უკავშირდება კვლევის მიგნებებს დასაქმების კუთხით. პაციენტების მხოლოდ 56.8%-ია დასაქმებული, რაც მიუთითებს, რომ მნიშვნელოვანი ნაწილი კარგავს სამუშაოს დაავადების გამო. ინკლუზიური შრომითი პოლიტიკა და სამუშაო ადგილების ადაპტაცია ანგარიშგასაწევი სტრატეგიებია ამ გამოწვევის დასაძლევად.

გაფანტული სკლეროზი ხასიათდება მაღალი სოციალური ტვირთით და მისი შემცირება მოითხოვს მულტისექტორულ მიდგომას, რომელიც ეხმიანება როგორც ჯანმოს სტრატეგიულ ამოცანებს, ისე მდგრადი განვითარების მიზნებს.

კვლევის შეზღუდვები

საქართველოს ცენტრალიზებულმა ჯანდაცვის სისტემამ შესაძლოა ურბანულ ტერიტორიებზე მცხოვრები პაციენტების კვლევაში მეტად ჩართვა გამოიწვია. კვლევაში მონაწილეთა ჩართვის მეთოდოლოგიამ გამორიცხა მძიმე უნარშეზღუდულობის მქონე პაციენტებისა და მათი მომვლელების (EDSS 8-10), მონაწილეობა, რაც ზღუდავს აღნიშნული ჯგუფის სოციალური ტვირთის შესახებ მონაცემებს.

ერთჯერადად ჩატარებული კვლევის დიზაინს შეიძლება არ ჰქონდეს სრულფასოვანი შეფასების მონაცემები და საჭიროებდეს დროში განმეორებით კვლევას.

კვლევაში ჩართულ პაციენტებსა და მომვლელებს შორის შედარებით დაბალი წილი უჭირავს რეგიონის წარმომადგენლებს, რაც დაკავშირებულია ცენტრალიზებულ ჯანდაცვის სისტემასთან და ნევროლოგიური სერვისების ქალაქებში კონცენტრაციასთან, რაც შესაძლოა ზღუდავდეს შედეგების გენერალიზებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

ჯანდაცვის პროფესიონალების შერჩევის მცირე ზომა შესაძლოა ზუსტად არ ასახავდეს ქვეყნის მასშტაბით სურათს.

დასკვნები

გაფანტული სკლეროზი ხასიათდება მაღალი სოციალური ტვირთით პაციენტის, მომვლელისა და მთლიანად საზოგადოებისათვის. აღნიშნული ტვირთი ვლინდება როგორც ეკონომიკურ დანახარჯებში, ასევე ცხოვრების ხარისხის გაუარესებაში, პროდუქტიულობის შემცირებაში, დროებით და მუდმივ შრომისუნარიობასა, ნაადრევი პენსიაზე გასვლაში, რაც საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე კომპლექსურ ზეგავლენას ახდენს.

გაფანტული სკლეროზი ძირითადად ვლინდება ახალგაზრდა, შრომისუნარიან მოსახლეობაში, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებაზე, აზიანებს რეპროდუქციული ასაკის მოქალაქეებს, უარყოფითად აისახება დემოგრაფიაზე. კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ პაციენტების საშუალო ასაკი შეადგენს 40.3 წელს, ხოლო დიაგნოზის დასმის დროს, საშუალო ასაკი გახლდათ 33.7 წელი, რაც აჩვენებს, რომ დაავადება ზიანს აყენებს ყველაზე პროდუქტიულ ასაკობრივ ჯგუფს.

პაციენტებში უმუშევრობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ქვეყნის ზოგად მაჩვენებელს, რაც ხაზს უსვამს დასაქმების ბაზარზე არსებულ ბარიერებს და სამუშაო ადგილების ადაპტაციის აუცილებლობას დაავადების მქონე პირებისთვის. პაციენტებში უმუშევრობის მაჩვენებელი დაახლოებით 2.3-ჯერ აღემატება ქვეყნის ზოგად მაჩვენებელს, მიუხედავად იმისა, რომ კვლევაში ჩართულ პირთა უნარშეზღუდულობის საშუალო შეფასება დაბალი იყო.

კვლევამ აჩვენა მნიშვნელოვანი კავშირი EDSS ქულებსა და ცხოვრების ხარისხს შორის, რაც ადასტურებს, რომ დაავადების პროგრესირებასთან ერთად უარესდება პაციენტების ფიზიკური ჯანმრთელობა და ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლები. აღნიშნული კორელაცია ხაზს უსვამს საჭიროებას ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე დროულ წვდომაზე.

გაფანტული სკლეროზის მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის მიმართულებით გამოიკვეთა დისკრიმინაციული მიდგომა. არანამკურნალებ პაციენტებში მნიშვნელოვნად დაბალია ცხოვრების ხარისხი და მაღალია სოციალური ტვირთი. არსებული რეალობა ქმნის მნიშვნელოვან უთანასწორობას და უარყოფითად მოწმედებს პაციენტებისა და მომვლელების ცხოვრების ხარისხზე.

რეაბილიტაციის სერვისები მწირია და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა პრაქტიკულად არ არსებობს, რაც ზღუდავს პაციენტების სოციალურ ინტეგრაციასა და ცხოვრების ხარისხის ამაღლების შესაძლებლობებს. მულტიდისციპლინური რეაბილიტაციის ცენტრების ნაკლებობა და ფსიქოლოგიური სერვისების არარსებობა პაციენტებს არ აძლევს საშუალებას, შეინარჩუნონ ან გააუმჯობესონ ფუნქციური მდგომარეობა და ეფექტურად გაუმკლავდნენ დაავადებასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა გამოწვევებს.

ქალაქში მცხოვრებ პაციენტებს მენტალური ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლები აქვთ, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებთ, რაც მიუთითებს მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობაზე ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების კუთხით. აღნიშნული შესაძლოა გამოწვეული იყოს ურბანულ დასახლებებში სამედიცინო სერვისების უკეთესი ხელმისაწვდომობითა და სოციალური მხარდაჭერის სისტემების არსებობით.

მომვლელების უმრავლესობა ქალია, რაც მიუთითებს გენდერულ უთანასწორობაზე ზრუნვის სფეროში, რაც ადასტურებს, რომ ზრუნვის ვალდებულება არათანაბრად არის განაწილებული გენდერული ნიშნით, და ხშირად იწვევს მათი პროფესიული და პირადი განვითარების შეფერხებას და ეკონომიკური დამოუკიდებლობის შემცირებას.

ქალი პაციენტების ფიზიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებლები უფრო დაბალია, ვიდრე მამაკაცების, რაც მიუთითებდას გენდერულ უთანასწორობაზე და შესაძლოა განპირობებული იყოს ქალებზე დაკისრებული დამატებითი საოჯახო მოვალეობებით და სტრესის მაღალი დონით.

მომვლელები აღნიშნავენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას, რაც დაკავშირებულია როგორც ფიზიკურ დატვირთვასთან, ისე ემოციურ გადაღლასთან და სტრესთან, რაც თან ახლავს ქრონიკული დაავადების მქონე პირზე ზრუნვას.

მომვლელები ნაკლებად ინფორმირებულნი არიან პაციენტის დაავადების ტიპისა და სიმძიმის შესახებ, რაც დაბალი ცნობადობის შესახებ მიუთითებს.

ვალიდირებული კითხვარების (MSQOL-54 და CAREQOL-MS) რუტინული გამოყენება წარმოადგენს ეფექტურ ინსტრუმენტებს გაფანტული სკლეროზის პაციენტებისა და მომვლელების ცხოვრების ხარისხისა და სოციალური ტვირთის შესაფასებლად საქართველოში, რაც პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის განვითარებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებისთვის, მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს.

რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა რომ გაფანტული სკლეროზი არ წარმოადგენს მხოლოდ კლინიკურ დიაგნოზს — იგი ხასიათდება მაღალი სოციალური ტვირთით, რომელიც მოითხოვს კომპლექსურ, მულტისექტორულ და მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ რეაგირებას სახელმწიფოს, ჯანდაცვის სისტემისა და სამოქალაქო საზოგადოებისგან, რისთვისაც შემუშავებულია შემდეგი რეკომენდაციები:

მულტისექტორული თანამშრომლობა და სოციალური პოლიტიკის ინტეგრაცია.

გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზი სცილდება კლინიკურ ნევროლოგიას და მოიცავს სოციალურ, ეკონომიკურ და საგანმანათლებლო სფეროებს. საჭიროა ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვას, დასაქმებას, განათლებას და ინფრასტრუქტურას.

ჯანდაცვის სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, დმთ თანაბარი ხელმისაწვდომობა საქართველოს ყველა რეგიონში.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ამჟამად მკურნალობა ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში, რაც ქმნის მნიშვნელოვან გეოგრაფიულ უთანასწორობას. სერვისების დეცენტრალიზაცია უზრუნველყოფს რეგიონებში მცხოვრები პაციენტების უკეთეს მომსახურებას.

რეაბილიტაციის სერვისების განვითარება.

მნიშვნელოვანია მულტიდისციპლინური რეაბილიტაციის ცენტრების შექმნა, სადაც პაციენტებს შეეძლებათ ფიზიკური, ოკუპაციური, კოგნიტური და მეტყველების თერაპიის მიღება. კვლევა აჩვენებს, რომ რეაბილიტაციის სერვისები მწირია, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს პაციენტების ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესებას და სოციალურ ინტეგრაციას.

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისების დანერგვა როგორც პაციენტებისათვის, ასევე მომვლელებისათვის.

კვლევის შედეგების მიხედვით, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა პრაქტიკულად არ არსებობს, და რეკომენდებულია ფსიქოლოგიური კონსულტაციებისა და თერაპიის ინტეგრირება გაფანტული სკლეროზის მართვის სტანდარტულ პროტოკოლებში როგორც პაციენტებისთვის, ისე მათი მომვლელებისთვის.

ინკლუზიური დასაქმების პოლიტიკის განვითარება.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებში უმუშევრობის მაჩვენებელი (43.2%) მნიშვნელოვნად აღემატება ქვეყნის ზოგად მაჩვენებელს (18-19%). საჭიროა სახელმწიფოს მიერ იმგვარი პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც წახალისებს მოქნილი სამუშაო გრაფიკის, დისტანციური მუშაობის და ადაპტირებული სამუშაო გარემოს შექმნას. ასევე მნიშვნელოვანია პროფესიული გადამზადების პროგრამების განვითარება, რათა პაციენტებმა შეძლონ შრომით ბაზარზე დარჩენა, მიუხედავად დაავადების პროგრესირებისა. მომვლელების მხარდაჭერის სისტემების განვითარება.

კვლევა აჩვენებს, რომ მომვლელების 67.3% აღნიშნავს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას, ხოლო 64.7% მიუთითებს სამსახურზე ნეგატიურ გავლენას. საერთაშორისო გამოცდილებით, რეკომენდებულია დროებითი მოვლის სერვისების დანერგვა, რაც მომვლელებს დასვენებისა და პირადი საქმეებისთვის დროის გამოყოფის საშუალებას მისცემს. ასევე მნიშვნელოვანია ფინანსური დახმარების პროგრამების განვითარება, განსაკუთრებით მათთვის, ვინც სამსახური დატოვა ოჯახის წევრის მოვლის გამო.

საგანმანათლებლო პროგრამების გაძლიერება.

კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ მომვლელების მხოლოდ 47.8% იცნობს პაციენტის დაავადების ტიპს, ხოლო მხოლოდ 14.3% აქვს ინფორმაცია EDSS ქულების შესახებ. რეკომენდებულია ცნობადობის ამაღლების პროგრამების განვითარება, რომლებიც მიაწვდის ინფორმაციას დაავადების, მისი მართვისა და ხელმისაწვდომი რესურსების შესახებ. ეს გააუმჯობესებს მომვლელების ინფორმირებულობას და მოვლის ხარისხს.

პაციენტთა ორგანიზაციების გაძლიერება.

საქართველოში არსებობს გაფანტული სკლეროზის პაციენტთა ასოციაცია, თუმცა აუცილებელია მისი როლის გაძლიერება. პაციენტთა ორგანიზაციები უნდა გახდნენ აქტიური მონაწილეები ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებაში, საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებასა და პაციენტებისა და მომვლელებისთვის მხარდაჭერის უზრუნველყოფაში.

ეროვნული გაფანტული სკლეროზის რეგისტრის შექმნა.

რეკომენდებულია შეიქმნას ერთიანი ეროვნული რეგისტრი გაფანტული სკლეროზის პაციენტებისთვის, რაც უზრუნველყოფს ზუსტი სტატისტიკური

მონაცემების შეგროვებას, დაავადების პრევალენტობის შეფასებას, მკურნალობის ეფექტურობის მონიტორინგსა და საჭიროებების იდენტიფიცირებას. ეს ხელს შეუწყობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებას. ცხოვრების ხარისხის შეფასების სისტემატიზაცია ვალიდური კითხვარებით და კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვა.

სტანდარტიზებული შეფასების ვალიდირებული ინსტრუმენტების რეგულარული გამოყენება ხელს შეუწყობს არა მხოლოდ პაციენტების მდგომარეობის მონიტორინგს და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებას, არამედ შექმნის მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ საფუძველს ჯანდაცვის პოლიტიკის გასაუმჯობესებლად და რესურსების ეფექტურად გასანაწილებლად.

დანართი: ცხრილები

ცხრილი 1. პაციენტების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
სქესი		
მდედრობითი	267	69.5
მამრობითი	117	30.5
ასაკი		
≤40 წელი	211	54.9
>40 წელი	173	45.1
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	232	60.4
რეგიონი	152	39.6
განათლება		
საშუალო	65	16.9
არასრული უმაღლესი	51	13.3
უმაღლესი	268	69.8
დასაქმების სტატუსი		
დასაქმებული	218	56.8
უმუშევარი	166	43.2
ოჯახური მდგომარეობა		
განქორწინებული	6	1.6
დაოჯახებული	264	68.8
დასაქორწინებელი	85	22.1
ქვრივი	29	7.6
ჰყავს თუ არა შვილ(ებ)ი		
დიახ	250	65.1
არა	134	34.9

შვილების რაოდენობა		
1	98	25.5
2	129	33.6
>2	23	6.0
არ ჰყავს	134	34.9

ცხრილი 2. პაციენტების შესახებ არსებული მახასიათებლების აღწერილობითი
სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
დაავადების ტიპი		
პირველადად პროგრესული	36	9.4
მეორადად პროგრესული	13	3.4
მორეციდივე	332	86.5
სხვა	3	0.8
EDSS ქულა		
1-3 მდე	207	53.9
3-4 მდე	83	21.6
4-8	94	24.5
მკურნალობს თუ არა პაციენტი		
დიახ	237	61.7
არა	147	38.3
მკურნალობის ტიპი (N=147)		
მედიკამენტური	147	100
არამედიკამენტური	0	0.0
სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა		
დიახ	143	37.2
არა	241	62.8
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი		

ეტლი	24	6.3
მეტყველების თერაპევტი	4	1.0
არცერთი	356	92.7
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი		
დიახ	32	8.3
არა	352	91.7
მუდმივი მკურნალობა		
დიახ	176	45.8
არა	208	54.2

ცხრილი 3. პაციენტების შესახებ არსებული რაოდენობრივი მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	საშუალო (SD)	მინიმალური და მაქსიმალური მაჩვენებლები
ასაკი	40.3 (9.1)	19 - 67
ასაკი დიაგნოზის დასმის დროს	33.7 (8.5)	16 - 60
დაავადების ხანგრძლივობა (წლები)	6.6 (5.3)	0 - 28
პაციენტის EDSS ქულა	2.8 (1.4)	0 - 8

ცხრილი 4. პაციენტების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
1. ზოგადად როგორ შეაფასებდით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობას?		
ძალიან კარგი	50	13.0

კარგი	129	33.6
საშუალო	158	41.1
ცუდი	47	12.2
2. ერთი წლის წინანდელ პერიოდთან შედარებით როგორ შეაფასებდით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობას ახლა?		
ბევრად უკეთესი	35	9.1
შედარებით უკეთესი	69	18.0
დაახლოებით იგივე	172	44.8
შედარებით უარესი	69	18.0
ბევრად ცუდი	39	10.2
Q3-Q12. გზლუდავთ თუ არა თქვენი ჯანმრთელობა ამ ყოველდღიურ აქტივობებებში ჩართვისგან?		
3. ენერგიული აქტივობები, როგორიცაა სირბილი, სიმძიმის აწევა, სპორტულ აქტივობაში მონაწილეობა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	85	22.1
დიახ, ცოტა მზლუდავს	186	48.5
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	109	28.4
Missing	4	1.0
4. ზომიერი აქტივობები, როგორიცაა მაგიდის გადატანა, მტვერსასრუტის გამოყენება, ბოულინგი ან გოლფის თამაში		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	76	19.8
დიახ, ცოტა მზლუდავს	92	24.0
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	216	56.3
5. სასურსათო ნივთების აწევა ან ტარება		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	66	17.2
დიახ, ცოტა მზლუდავს	100	26.0
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	218	56.8
6. რამდენიმე საფეხურის ასვლა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	55	14.3
დიახ, ცოტა მზლუდავს	116	30.2

არა, საერთოდ არ მზლუდავს	213	55.5
7. თითო საფეხურზე ასვლა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	44	11.5
დიახ, ცოტა მზლუდავს	74	19.3
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	266	69.3
8. მოხრა, დაჩოქება, დახრა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	75	19.5
დიახ, ცოტა მზლუდავს	85	22.1
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	224	58.3
9. 1.5 კილომეტრზე მეტის გავლა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	83	21.6
დიახ, ცოტა მზლუდავს	112	29.2
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	189	49.2
10. რამდენიმე ბლოკის გავლა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	78	20.3
დიახ, ცოტა მზლუდავს	117	30.5
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	189	49.2
11. ერთი ბლოკის გავლა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	63	16.4
დიახ, ცოტა მზლუდავს	63	16.4
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	258	67.2
12. ბანაობა და ჩაცმა		
დიახ, ძალიან მზლუდავს	54	14.1
დიახ, ცოტა მზლუდავს	55	14.3
არა, საერთოდ არ მზლუდავს	275	71.6
Q13-16. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში გეკონიათ თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილი შეზღუდვები რომელიმე, თქვენი სამუშაოს ან სხვა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობს გამო?		

13. შეამცირეთ დრო, რაც უნდა დაგეხარჯათ სამუშაოზე ან სხვა საქმიანობაზე		
დიახ	150	39.1
არა	234	60.9
14. მიაღწიეთ იმაზე ნაკლებს, ვიდრე გსურდათ		
დიახ	165	43.0
არა	219	57.0
15. შეზღუდული იყავით სამუშაოს მხრივ ან სხვა საქმიანობაში		
დიახ	157	40.9
არა	227	59.1
16. გაგიჭირდათ სამუშაოს ან სხვა საქმიანობის შესრულება		
დიახ	144	37.5
არა	240	62.5
Q17-19. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში გქონიათ თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილი შეზღუდვებიდან რომელიმე თქვენი სამუშაოს ან სხვა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას თქვენი ემოციური მდგომარეობის გამო?		
17. შეამცირეთ დრო, რაც უნდა დაგეხარჯათ სამუშაოზე ან სხვა საქმიანობაზე		
დიახ	136	35.4
არა	248	64.6
18. მიაღწიეთ იმაზე ნაკლებს, ვიდრე გსურდათ		
დიახ	134	34.9
არა	250	65.1
19. შეზღუდული იყავით/გაგიჭირდათ სამუშაოს მხრივ ან სხვა საქმიანობის შესრულებისას		
დიახ	143	37.2
არა	241	62.8
20. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში თქვენმა ჯანმრთელობის და ემოციურმა პრობლემებმა რამდენად შეგიშალათ ხელი თქვენს		

ყოველდღიურ აქტივობებში ოჯახთან, მეგობრებთან, მეზობლებთან ან სხვა ჯგუფებთან?		
საერთოდ არა	132	34.4
ცოტა	122	31.8
საშუალოდ	63	16.4
ცოტათი	36	9.4
ძალიან	31	8.1
Q21-22. ტკივილი		
21. რა სიძლიერის სხეულის ტკივილი გქონდათ ბოლო 4 კვირის განმავლობაში?		
არანაირი	166	43.2
ძალიან სუსტი	81	21.1
სუსტი	54	14.1
საშუალო	52	13.5
ძლიერი	21	5.5
ძალიან ძლიერი	10	2.6
22. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენად შეგიშალათ ხელი ტკივილმა თქვენი ჩვეული სამუშაოს შესრულებაში? (იგულისხმება სამუშაო სახლის გარეთ და სახლის საქმეები)?		
საერთოდ არა	187	48.7
ცოტათი	71	18.5
საშუალოდ	74	19.3
საკმაო	34	8.9
ძალიან	18	4.7
Q34-41. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენი ხანი გრძნობდით თავს...		
23. მხნედ		
სულ	14	3.6
დროის უმეტესი ნაწილი	114	29.7
დროის დიდი ნაწილი	73	19.0

დროის გარკვეული ნაწილი	84	21.9
ცოტა ხანი	62	16.1
არასდროს	37	9.6
24. იყავით ძალიან განერვიულებული		
სულ	12	3.1
დროის უმეტესი ნაწილი	48	12.5
დროის დიდი ნაწილი	33	8.6
დროის გარკვეული ნაწილი	88	22.9
ცოტა ხანი	162	42.2
არასდროს	41	10.7
25. დანადვლიანებულად გრძნობდით თავს, რომ არაფერი გახალისებდათ		
სულ	14	3.6
დროის უმეტესი ნაწილი	30	7.8
დროის დიდი ნაწილი	27	7.0
დროის გარკვეული ნაწილი	79	20.6
ცოტა ხანი	157	40.9
არასდროს	77	20.1
26. იყავით მშვიდად და წყნარად		
სულ	7	1.8
დროის უმეტესი ნაწილი	114	29.7
დროის დიდი ნაწილი	64	16.7
დროის გარკვეული ნაწილი	109	28.4
ცოტა ხანი	67	17.4
არასდროს	23	6.0
27. გქონდათ ბევრი ენერგია		
სულ	9	2.3
დროის უმეტესი ნაწილი	77	20.1
დროის დიდი ნაწილი	71	18.5
დროის გარკვეული ნაწილი	117	30.5

ცოტა ხანი	75	19.5
არასდროს	35	9.1
28. იყავით გულდაწყვეტილი ან ცუდ ხასიათზე		
სულ	10	2.6
დროის უმეტესი ნაწილი	20	5.2
დროის დიდი ნაწილი	47	12.2
დროის გარკვეული ნაწილი	109	28.4
ცოტა ხანი	158	41.1
29. იყავით გამოფიტული		
სულ	16	4.2
დროის უმეტესი ნაწილი	35	9.1
დროის დიდი ნაწილი	36	9.4
დროის გარკვეული ნაწილი	96	25.0
ცოტა ხანი	138	35.9
არასდროს	63	16.4
30. იყავით ზედწონიერი		
სულ	14	3.6
დროის უმეტესი ნაწილი	98	25.5
დროის დიდი ნაწილი	81	21.1
დროის გარკვეული ნაწილი	116	30.2
ცოტა ხანი	64	16.7
არასდროს	11	2.9
31. იყავით დაღლილი		
სულ	26	6.8
დროის უმეტესი ნაწილი	48	12.5
დროის დიდი ნაწილი	73	19.0
დროის გარკვეული ნაწილი	132	34.4
ცოტა ხანი	94	24.5
არასდროს	11	2.9
32. გაღვიძებისას თავი დასვენებულად იგრძენით		

სულ	12	3.1
დროის უმეტესი ნაწილი	72	18.8
დროის დიდი ნაწილი	79	20.6
დროის გარკვეული ნაწილი	116	30.2
ცოტა ხანი	76	19.8
არასდროს	29	7.6
33. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენ ხანს უშლიდა ხელს თქვენი ფიზიკური ჯანმრთელობა ან ემოციური მდგომარეობა თქვენს ყოველდღიურ აქტივობებში ჩართვას (როგორიცაა სტუმრობა მეგობრებთან, ნათესავებთან და ა.შ.)?		
სულ	19	4.9
დროის უმეტესი ნაწილი	62	16.1
დროის გარკვეული ნაწილი	103	26.8
ცოტა ხანი	101	26.3
საერთოდ არა	99	25.8
Q34-37. ზოგადი ჯანმრთელობა. გთხოვთ, მითხრათ თითოეული ეს მოსაზრება სწორია/მართალია თუ არა?		
34. ავად უფრო იოლად ვხდები ვიდრე სხვები		
სულ	19	4.9
დროის უმეტესი ნაწილი	62	16.1
დროის გარკვეული ნაწილი	103	26.8
ცოტა ხანი	101	26.3
საერთოდ არა	98	25.5
35. მე ისევე ჯანმრთელი ვარ, როგორც სხვები ვისაც ვიცნობ		
სულ	29	7.6
დროის უმეტესი ნაწილი	80	20.8
დროის გარკვეული ნაწილი	144	37.5
ცოტა ხანი	59	15.4
საერთოდ არა	72	18.8

36. ვვჩქრობ ჩემი ჯანმრთელობა გაუარესდება		
სულ	27	7.0
დროის უმეტესი ნაწილი	77	20.1
დროის გარკვეული ნაწილი	112	29.2
ცოტა ხანი	71	18.5
საერთოდ არა	97	25.3
37. ჩემი ჯანმრთელობა შესანიშნავია		
სულ	10	2.6
დროის უმეტესი ნაწილი	103	26.8
დროის გარკვეული ნაწილი	102	26.6
ცოტა ხანი	73	19.0
საერთოდ არა	96	25.0
Q38-41. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენი ხანი...?		
38. არამოტივირებული იყავით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო?		
სულ	22	5.7
დროის უმეტესი ნაწილი	67	17.4
დროის დიდი ნაწილი	35	9.1
დროის გარკვეული ნაწილი	82	21.4
ცოტა ხანი	98	25.5
არასდროს	80	20.8
39. იმედგაცრუებული იყავით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო?		
სულ	17	4.4
დროის უმეტესი ნაწილი	47	12.2
დროის დიდი ნაწილი	55	14.3
დროის გარკვეული ნაწილი	68	17.7
ცოტა ხანი	112	29.2
არასდროს	85	22.1
40. წუხდით ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო?		

სულ	27	7.0
დროის უმეტესი ნაწილი	43	11.2
დროის დიდი ნაწილი	78	20.3
დროის გარკვეული ნაწილი	37	9.6
ცოტა ხანი	99	25.8
არასდროს	100	26.0
41. დამძიმებული იყავით ჯანმრთელობის მდგომარეობს გამო?		
სულ	27	7.0
დროის უმეტესი ნაწილი	44	11.5
დროის დიდი ნაწილი	27	7.0
დროის გარკვეული ნაწილი	62	16.1
ცოტა ხანი	107	27.9
არასდროს	117	30.5
Q42-35. კოგნიტიური ფუნქცია - ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენი ხანი...		
42. გქონდათ ფიქრის და კონცენტრაციის პრობლემა?		
სულ	21	5.5
დროის უმეტესი ნაწილი	9	2.3
დროის დიდი ნაწილი	39	10.2
დროის გარკვეული ნაწილი	100	26.0
ცოტა ხანი	116	30.2
არასდროს	99	25.8
43. გაგიჭირდათ თქვენი ყურადღების კონცენტრაციის შენარჩუნება ხანგრძლივ აქტივობაზე?		
სულ	22	5.7
დროის უმეტესი ნაწილი	11	2.9
დროის დიდი ნაწილი	39	10.2
დროის გარკვეული ნაწილი	74	19.3
ცოტა ხანი	129	33.6
არასდროს	109	28.4

44. გქონდათ მეხსიერების სირთულეები?		
სულ	3	0.8
დროის უმეტესი ნაწილი	13	3.4
დროის დიდი ნაწილი	36	9.4
დროის გარკვეული ნაწილი	51	13.3
ცოტა ხანი	152	39.6
არასდროს	129	33.6
45. თქვენმა ოჯახის წევრებმა ან მეგობრებმა შენიშნეს თუ არა რომ გქონდათ მეხსიერების ან კონცენტრაციის პრობლემები?		
სულ	4	1.0
დროის უმეტესი ნაწილი	13	3.4
დროის დიდი ნაწილი	26	6.8
დროის გარკვეული ნაწილი	29	7.6
ცოტა ხანი	119	31.0
არასდროს	193	50.3
Q46-49. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენად იყო შემდეგი პრობლემა?		
46. სექსუალური ინტერესის ნაკლებობა?		
არ იყო პრობლემა	183	47.7
პატარა პრობლემა	128	33.3
დიდი პრობლემა	53	13.8
ძალიან დიდი პრობლემა	20	5.2
47.a ერექციის ქონა ან შენარჩუნება?		
არ იყო პრობლემა	68	58.1
პატარა პრობლემა	31	26.5
დიდი პრობლემა	17	14.5
ძალიან დიდი პრობლემა	1	0.9
47.b არასაკმარისი აღგზნება?		
არ იყო პრობლემა	115	43.1
პატარა პრობლემა	97	36.3

დიდი პრობლემა	36	13.5
ძალიან დიდი პრობლემა	19	7.1
48. ორგანიზმის არქონა?		
არ იყო პრობლემა	200	52.1
პატარა პრობლემა	124	32.3
დიდი პრობლემა	27	7.0
ძალიან დიდი პრობლემა	33	8.6
49. სექსუალური პარტნიორის დაკმაყოფილების უნარი?		
არ იყო პრობლემა	221	57.6
პატარა პრობლემა	99	25.8
დიდი პრობლემა	40	10.4
ძალიან დიდი პრობლემა	24	6.3
50. საერთო ჯამში რამდენად კმაყოფილი იყავით თქვენი სექსუალური ცხოვრებით ბოლოს 4 კვირის განმავლობაში?		
ძალიან კმაყოფილი	120	31.3
ნაწილობრივ კმაყოფილი	106	27.6
არც კმაყოფილი და არც უკმაყოფილო	83	21.6
ნაწილობრივ უკმაყოფილო	30	7.8
ძალიან უკმაყოფილო	45	11.7
51. ბოლო 4 კვირის განმავლობაში რამდენად შეუშალა ხელი ნაწლავის ან შარდის ბუშტის ფუნქციის პრობლემებმა თქვენს ყოველდღიურ აქტივობებში ჩართვას ოჯახთან, მეგობრებთან, მეზობლებთან ან ჯგუფებთან?		
საერთოდ არა	199	51.8
ცოტათი	54	14.1
საშუალოდ	84	21.9
საკმაო	35	9.1
ძალიან	12	3.1
52. გასული 4 კვირის განმავლობაში რამდენად შეუშალა ტკივილმა ხელი ცხოვრების ხარისხს?		

საერთოდ არა	186	48.4
ცოტათი	89	23.2
საშუალოდ	45	11.7
საკმაო	45	11.7
ძალიან	19	4.9
53. ზოგადად, როგორ შეაფასებდით თქვენი ცხოვრების ხარისხს? (10 ბალიანი შკალა)		
0-3	55	14.3
4-5	81	21.1
6-8	166	43.2
9-10	82	21.4
54. შეაფასეთ თქვენი შეხედულება, თუ რა უფრო კარგად აღწერს თქვენს ცხოვრებაზე ზოგადად?		
საშინელება	5	1.3
უბედური	28	7.3
უფრო უკმაყოფილო	83	21.6
შერეული - თანაბრად კმაყოფილი ან უკმაყოფილო	108	28.1
უფრო კმაყოფილი	90	23.4
ბედნიერი	65	16.9
აღფრთოვანებული	5	1.3

ცხრილი 5. შეფასების ქულათა ინტერპრეტაცია. 14 მაჩვენებელი.

მახასიათებელი	საშუალო (SD)	მინიმალური - მაქსიმალური
1. ფიზიკური ჯანმრთელობა	69.2 (33.7)	0 - 100
2. ფუნქციური შეზღუდვები ფიზიკური ჯანმრთელობის გამო	59.9 (43.7)	0 - 100
3. ფუნქციური შეზღუდვები ემოციური ჯანმრთელობის გამო	64.1 (43.1)	0 - 100
4. ტკივილი	74.7 (25.8)	0 - 100

5. ემოციური კეთილდღეობა	60.5 (18.5)	0 - 92
6. ენერგია	52.4 (18.7)	0 - 88
7. ჯანმრთელობის აღქმა	47.4 (20.0)	5 - 95
8. სოციალური ფუნქცია	69.1 (23.0)	8.33 – 100
9. კოგნიტიური ფუნქცია	75.6 (21.8)	0 - 100
10. ჯანმრთელობის დისტრესი	64.0 (29.2)	0 - 100
11. სქესობრივი ფუნქცია	76.2 (28.2)	0 - 100
12. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებები	49.5 (26.6)	0 - 100
13. კმაყოფილება სქესობრივი ფუნქციის მდგომარეობის გამო	64.7 (32.9)	0 - 100
14. ცხოვრების ხარისხის ზოგადი მაჩვენებელი	58.7 (21.6)	0 - 95

ცხრილი 6. ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის ქულები

მახასიათებელი	საშუალო (SD)	მინიმალური - მაქსიმალური
1. ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი	62.9 (21.9)	12.2 – 94.7
2. მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტი	63.8 (22.8)	2.3 – 95.5

ცხრილი 7. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები

მახასიათებელი	საშუალო (SD)	p value
სქესი		
მდედრობითი	60.3 (21.6)	<0.001
მამრობითი	69.0 (21.3)	
ასაკი		

≤40 წელი	66.4 (20.5)	0.001
>40 წელი	58.7 (22.8)	
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	69.5 (18.1)	<0.001
რეგიონი	52.8 (23.3)	
განათლება		
საშუალო*	57.3 (26.2)	
არასრული უმაღლესი	57.4 (19.2)	0.96
უმაღლესი	65.3 (20.8)	0.008
დასაქმების სტატუსი		
დასაქმებული	66.2 (20.7)	0.001
უმუშევარი	58.6 (22.7)	
ოჯახური მდგომარეობა		
განქორწინებული	56.2 (28.8)	0.62
დაოჯახებული*	62.4 (21.9)	
დასაქორწინებელი	65.8 (20.6)	0.20
ქვრივი	60.8 (24.4)	0.74
ჰყავს თუ არა შვილ(ებ)ი		
დიახ	60.5 (22.0)	0.003
არა	67.4 (21.0)	
დაავადების ტიპი		
პირველადად პროგრესული*	48.1 (21.7)	
მეორადად პროგრესული	61.7 (16.5)	0.03
მორეციდივე	64.4 (21.6)	<0.001
EDSS ქულა		
1-3 მდე*	71.9 (17.2)	
3-4 მდე	58.7 (23.5)	<0.001
4-8	46.9 (19.3)	<0.001
მკურნალობს თუ არა პაციენტი		
დიახ	71.5 (17.1)	<0.001

არა	49.2 (21.7)	
სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა		
დიახ	74.3 (16.7)	<0.001
არა	56.2 (21.8)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი		
ეტლი	37.8 (18.2)	<0.001
არცერთი	64.6 (21.2)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი		
დიახ	37.0 (17.1)	<0.001
არა	65.3 (20.7)	
მუდმივი მკურნალობა		
დიახ	74.0 (15.0)	<0.001
არა	53.5 (22.4)	

* აღნიშნული მონაცემი წარმოადგენს რეფერენს ჯგუფს

ცხრილი 8. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები

მახასიათებელი	საშუალო (SD)	p value
სქესი		
მდედრობითი	62.8 (22.4)	0.19
მამრობითი	66.1 (23.7)	
ასაკი		
≤40 წელი	63.1 (23.5)	0.49
>40 წელი	64.7 (22.0)	
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	69.5 (19.6)	<0.001

რეგიონი	55.1 (24.7)	
განათლება		
საშუალო*	60.2 (25.4)	
არასრული უმაღლესი	56.8 (23.6)	0.46
უმაღლესი	66.0 (21.7)	0.06
დასაქმების სტატუსი		
დასაქმებული	65.2 (22.7)	0.17
უმუშევარი	62.0 (22.9)	
ოჯახური მდგომარეობა		
განქორწინებული	52.9 (29.3)	
დაოჯახებული*	63.3 (22.2)	0.42
დასაქორწინებელი	66.2 (22.2)	0.31
ქვრივი	63.2 (28.5)	0.98
ჰყავს თუ არა შვილ(ებ)ი		
დიახ	61.8 (23.1)	0.02
არა	67.5 (22.0)	
დაავადების ტიპი		
პირველადად პროგრესული*	51.7 (23.8)	
მეორადად პროგრესული	51.3 (25.4)	0.96
მორეციდივე	65.4 (22.1)	0.002
EDSS ქულა		
1-3 მდე*	69.6 (21.4)	
3-4 მდე	61.0 (24.6)	0.004
4-8	53.5 (20.2)	<0.001
მკურნალობს თუ არა პაციენტი		
დიახ	72.3 (17.8)	<0.001
არა	50.1 (23.3)	
სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა		
დიახ	73.9 (17.5)	<0.001
არა	57.8 (23.5)	

დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი		
ეტლი	50.0 (19.7)	0.002
არცერთი	64.8 (22.8)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი		
დიახ	47.0 (20.5)	<0.001
არა	65.3 (22.4)	
მუდმივი მკურნალობა		
დიახ	74.2 (15.2)	<0.001
არა	55.0 (24.5)	

* აღნიშნული მონაცემი წარმოადგენს რეფერენს ჯგუფს

ცხრილი 9. მონაწილეთა რაოდენობრივი მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები

მახასიათებელი	ფიზიკური კომპონენტი	p value
	r (კორელაცია)	
ასაკი	-0.14	0.005
ასაკი დიაგნოზის დასმის დროს	-0.05	0.32
EDSS ქულა	-0.49	<0.001
დაავადების ხანგრძლივობა	-0.16	0.001

ცხრილი 10. მონაწილეთა რაოდენობრივი მახასიათებლების შედარება მეტაბოლური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები

მახასიათებელი	მენტალური კომპონენტი	p value
	r (კორელაცია)	
ასაკი	0.05	0.35
ასაკი დიაგნოზის დასმის დროს	0.06	0.28
EDSS ქულა	-0.25	<0.001
დაავადების ხანგრძლივობა	-0.006	0.90

ცხრილი 11. მომვლელების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
სქესი		
მდედრობითი	300	77.9
მამრობითი	85	22.1
ასაკი		
<60 წელი	237	61.6
≥60 წელი	148	38.4
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	184	47.8
რეგიონი	201	52.2
პენსიონერის სტატუსი		
არის პენსიონერი	143	37.1
არ არის პენსიონერი	242	62.9
განათლება		
საშუალო	25	6.5
არასრული უმაღლესი	48	12.5

უმაღლესი	312	81.0
დასაქმების სტატუსი		
დასაქმებული	242	62.9
უმუშევარი	143	37.1
ოჯახური მდგომარეობა		
განქორწინებული	76	19.7
დაოჯახებული	193	50.1
დასაქორწინებელი	59	15.3
ქვრივი	57	14.8

ცხრილი 12. მომვლელების შესახებ არსებული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
ვინ არის მომვლელი პაციენტისთვის		
მშობელი	152	39.5
და ან ძმა	127	33.0
ნათესავი/მეგობარი	53	13.8
მეუღლე/პარტნიორი	29	7.5
შვილი	20	5.2
სხვა	20	1.0
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან		
დიახ	288	74.8
არა	93	24.2
ხანდახან	4	1.0
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან		
დიახ	307	79.7
არა	78	20.3

რამდენი ადამიანისგან მიიღეთ დახმარება? (N=307)		
1	125	40.7
2	53	17.3
3	65	21.2
>3	64	20.8

ცხრილი 13. მომვლელების პაციენტების შესახებ არსებული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
პაციენტის დაავადების ტიპი		
პირველადად პროგრესული	60	15.6
მეორადად პროგრესული	124	32.2
არ ვიცი	201	52.2
პაციენტის EDSS ქულა		
1-3 მდე	22	5.7
3-4	18	4.7
5-6	15	3.9
არ ვიცი	330	85.7
მკურნალობს თუ არა პაციენტი		
დიახ	152	39.5
არა	219	56.9
არ ვიცი	14	3.6
მკურნალობის ტიპი (N=152)		
მედიკამენტური	112	73.7
არამედიკამენტური	40	26.3
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი		

ეტლი	35	9.1
არცერთი	350	90.9
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი		
დიახ	189	49.1
არა	196	50.9
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო		
მცირე	79	20.5
ზომიერი	139	36.1
საკმაო	167	43.4
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო		
მცირე	132	34.3
ზომიერი	69	17.9
საკმაო	174	45.2
არ ვიცი	10	2.6
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე		
დიახ	64	16.6
არა	321	83.4

ცხრილი 14. მომვლელების და მათი პაციენტების შესახებ არსებული რაოდენობრივი მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	საშუალო (SD)	მინიმალური და მაქსიმალური მაჩვენებლები
მომვლელის ასაკი	54.0 (12.0)	30 - 77

მომვლელის ასაკი პაციენტის დიაგნოზის დასმის დროს	34.9 (8.7)	13 - 63
დაავადების ხანგრძლივობა (წლები)	19.2 (13.2)	0 - 54
პაციენტის EDSS ქულა	3.3 (1.6)	1 - 6
მოვლის ხანგრძლივობა (წლები)	13.1 (9.8)	0 - 39
მომვლელის მიერ ნამუშევარი საათები ბოლო კვირაში	19.3 (16.6)	0 - 48
მომვლელის მიერ გაცდენილი საათები ბოლო კვირაში	13.1 (13.4)	0 - 40

ცხრილი 15. მომვლელების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა

მახასიათებელი	N	%
1. ვნერვიულობ/ვღელავ გაფანტული სკლეროზის მქონე პირზე, რომელზეც ვზრუნავ		
ყოველთვის	186	48.3
ხშირად	199	51.7
2. მე ვფიქრობ შეზღუდულ მობილობასთან დაკავშირებულ სირთულეებზე, რაც დამახასიათებელია გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანისთვის, რომელზეც მე ვზრუნავ		
ყოველთვის	249	64.7
ხშირად	136	35.3
3. გადაადგილება და მოგზაურობა გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანთან ერთად რთულია		
ყოველთვის	186	48.3
ხშირად	199	51.7
4. ვნერვიულობ გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის დადლილობაზე, რომელზეც მე ვზრუნავ		
ყოველთვის	384	100
5. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის დადლილობა ჩემთვის ძალიან რთულია		

არასდროს	63	16.4
იშვიათად	136	35.3
ხშირად	63	16.4
ყოველთვის	123	31.9
6. გაფანტული სკლეროზის მეორე ადამიანის პირადი პიგიენა/მოწესრიგება ძალიან რთულია		
იშვიათად	136	35.3
ხშირად	63	16.4
ყოველთვის	186	48.3
7. თავს მარტოდ ვგრძნობ როცა მიწევს გაფანტული სკლეროზის მეორე ადამიანზე ზრუნვა, ყურება და მხარდაჭერა		
არასდროს	63	16.35
იშვიათად	63	16.35
ხშირად	73	19.0
ყოველთვის	186	48.3
8. მე მჯერა, რომ ჩემი მდგომარეობა შეიძლება სხვა მომვლელებთან ურთიერთობის შედეგად გაუმჯობესდეს		
არასდროს	63	16.35
ხშირად	259	67.3
ყოველთვის	63	16.35
9. გაფანტული სკლეროზის მეორე ადამიანზე ზრუნვის გამო დრო არ არ მრჩება ვიზრუნო ოჯახის სხვა წევრებზე		
არასდროს	136	35.3
ხშირად	186	48.3
ყოველთვის	63	16.4
10. გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია ჩემს ყოველდღიურ ცხოვრებაზე		
არასდროს	126	32.7
იშვიათად	136	35.3
ხშირად	123	32.0

11. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე ზრუნვამ შეცვალა ჩემი ცხოვრების სტილი		
არასდროს	63	16.3
ხანდახან	73	19.0
ხშირად	249	64.7
12. მაგლია ადამიანებთან ურთიერთობა ოჯახის წრის გარეთ, რომლებმაც იციან დაავადების შესახებ და შემიძლია მათ გავუზიარო ჩემი მდგომარეობა		
არასდროს	136	35.3
ხშირად	123	32.0
ყოველთვის	126	32.7
13. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის მდგომარეობა/ დამოკიდებულება იწვევს ჩემში განწყობის ცვლილებას		
ხშირად	322	83.6
ყოველთვის	63	16.4
14. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის ნერვიულობა/განცდები მაღიზიანებს		
ხანდახან	199	51.7
ხშირად	186	48.3
15. თავს სევდიანად ვგრძნობ გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანის გამო		
იშვიათად	63	16.4
ხანდახან	196	50.9
ხშირად	126	32.7
16. გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია ჩემს ურთიერთობებზე პარტნიორთან, როგორც სექსუალური ისე ემოციური მხრივ		
იშვიათად	63	16.4
ხანდახან	136	35.3
ხშირად	186	48.3

17. მგონია, რომ სულ მცირე ფსიქოლოგიური დახმარება კარგი იქნებოდა ჩემთვის, რომ უკეთ ვიზრუნო გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე		
არასდროს	123	31.9
იშვიათად	136	35.3
ხანდახან	63	16.4
ხშირად	63	16.4
18. მას შემდეგ რაც გავიგე, რომ ჩემთვის ახლობელ ადამიანს აქვს გაფანტული სკლეროზი ცუდად მძინავს		
ხანდახან	199	51.7
ხშირად	186	48.3
19. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანიზე სადამოებით ზრუნვა ხელს მიშლის, რომ ღამე კარგად დავისვენო		
იშვიათად	63	16.3
ხანდახან	73	19.0
ხშირად	249	64.7
20. მეშინია გაფანტული სკლეროზის პროგრესის და შედეგების		
ხანდახან	136	35.3
საკმაოდ	249	64.7
21. ჩემი ჯანმრთელობა გაუარესდა ბოლო ერთი წლის განმავლობაში		
საკმაოდ	126	32.7
ძალიან	259	67.3
22. მას შემდეგ რაც ჩემს ახლობელ ადამიანს დაუდგინდა გაფანტული სკლეროზი ნაკლებ დროს ვუთმობ საკუთარი თავის გარეგნობას და კარგად ყოფნას		
საერთოდ არა	126	32.7
ცოტათი	73	19.0
ხანდახან	123	31.9
ძალიან	63	16.4

23. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანზე ზრუნვამ იმოქმედა ჩემს სამსახურზე		
საერთოდ არა	63	16.3
ცოტათი	73	19.0
საკმაოდ	249	64.7
24. ჩემი ახლობელი ადამიანის გაფანტულმა სკლეროზმა გავლენა იქონია ოჯახის ფინანსურ მდგომარეობაზე		
საერთოდ არა	60	15.6
მცირედ	63	15.4
ნაწილობრივ	136	35.3
ძალიან	126	32.7

ცხრილი 16. მომვლელების მდგომარეობის აღწერილობითი სტატისტიკა ოთხი ფაქტორის და ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კომპონენტების მიხედვით

მახასიათებელი	N	%
ფიზიკური კომპონენტი (პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის ფიზიკურ მდგომარეობაზე)*		
ხანდახან	63	16.4
ხშირად	322	83.6
სოციალური კომპონენტი (პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის სოციალურ მდგომარეობაზე)*		
არასდროს	63	16.3
იშვიათად	73	19.0
ხშირად	249	64.7
მენტალური კომპონენტი (პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის მენტალურ მდგომარეობაზე)*		
ხანდახან	136	35.3
ხშირად	249	64.7
ფაქტორი 1 (გავლენა ჯანმრთელობაზე, ოჯახზე და სოციალურ მდგომარეობაზე)*		

იშვიათად	63	16.3
ხანდახან	73	19.0
ხშირად	249	64.7
ფაქტორი 2 (ემოციური გავლენა)*		
ხშირად	323	83.9
ყოველთვის	62	16.1
ფაქტორი 3 (მხარდაჭერის საჭიროება)*		
იშვიათად	136	35.3
ხანდახან	123	32.0
ხშირად	126	32.7
ფაქტორი 4 (ემოციური რეაქციები პაციენტის სტატუსზე)*		
ხშირად	322	83.6
ყოველთვის	63	16.4

*ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კომპონენტების და ოთხი ფაქტორის შექმნა განხორციელდა სხვადასხვა შეკითხვების გაერთიანებით. აღნიშნული გაერთიანების შესახებ სრული ინფორმაცია იხილეთ მეთოდების ნაწილში.

ცხრილი 17. მომვლელების მახასიათებლები ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით.

ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	ფიზიკური კომპონენტი		p value
სქესი	ხანდახან	ხშირად	
მდედრობითი	54 (18.0%)	246 (82.0%)	0.10
მამრობითი	9 (10.6%)	76 (89.4%)	
ასაკი			
<60 წელი	41 (17.3%)	196 (82.7%)	0.53
≥60 წელი	22 (14.9%)	126 (85.1%)	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	7 (3.8%)	117 (96.2%)	<0.001
რეგიონი	56 (27.9%)	145 (72.1%)	
პენსიონერის სტატუსი			

არის პენსიონერი	21 (14.7%)	122 (85.3%)	0.49
არ არის პენსიონერი	42 (17.4%)	200 (82.6%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	52 (21.5%)	190 (78.5%)	<0.001
უმუშევარი	11 (7.7%)	132 (92.3%)	
განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	15 (20.5%)	58 (79.5%)	0.28
უმაღლესი	48 (15.4%)	264 (84.6%)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	8 (10.5%)	68 (89.5%)	<0.001
დაოჯახებული	14 (7.3%)	179 (92.7%)	
დასაქორწინებელი	4 (6.8%)	55 (93.2%)	
ქვრივი	37 (64.9%)	20 (35.1%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	51 (17.5%)	241 (82.5%)	0.30
არა	12 (12.9%)	81 (87.1%)	
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	54 (17.6%)	253 (82.4%)	0.20
არა	9 (11.5%)	69 (88.5%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	1 (1.7%)	59 (98.3%)	<0.001
მეორადად პროგრესული	47 (37.9%)	77 (62.1%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			
დიახ	31 (20.4%)	121 (79.6%)	0.07
არა	29 (13.2%)	190 (86.8%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			
მედიკამენტური	31 (27.7%)	81 (72.3%)	<0.001
არამედიკამენტური	0 (0.0%)	40 (100%)	

EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	7 (17.5%)	33 (82.5%)	0.83
3-6-ის ჩათვლით	3 (20.0%)	12 (80.0%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	2 (5.7%)	33 (94.3%)	0.07
არცერთი	61 (17.4%)	289 (82.6%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	17 (9.0%)	172 (91.0%)	<0.001
არა	46 (23.5%)	150 (76.5%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	40 (50.6%)	39 (49.4%)	<0.001
ზომიერი	11 (7.9%)	128 (92.1%)	
საკმაო	12 (7.2%)	155 (92.8%)	
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო			
მცირე	13 (9.8%)	119 (90.2%)	<0.001
ზომიერი	37 (53.6%)	32 (46.4%)	
საკმაო	11 (6.3%)	163 (93.7%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	2 (3.1%)	62 (96.9%)	0.002
არა	61 (19.0%)	260 (81.0%)	

*ფიზიკური კომპონენტი - პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის ფიზიკურ მდგომარეობაზე

ცხრილი 18. მომვლელების მახასიათებლები სოციალური კომპონენტის მიხედვით.

ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	სოციალური კომპონენტი		p value
სქესი	არასდროს/ იშვიათად	ხშირად	
მდედრობითი	121 (40.3%)	179 (59.7%)	<0.001
მამრობითი	15 (17.6%)	70 (82.4%)	
ასაკი			
<60 წელი	95 (40.1%)	142 (59.9%)	0.01
≥60 წელი	41 (27.7%)	107 (72.3%)	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	50 (27.2%)	134 (72.8%)	0.001
რეგიონი	86 (42.8%)	115 (57.2%)	
პენსიონერის სტატუსი			
არის პენსიონერი	40 (28.0%)	103 (72.0%)	0.02
არ არის პენსიონერი	96 (39.7%)	146 (60.3%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	70 (28.9%)	172 (71.1%)	0.001
უმუშევარი	66 (46.2%)	77 (53.8%)	
განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	31 (42.5%)	42 (57.5%)	0.16
უმაღლესი	105 (33.7%)	207 (66.3%)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	9 (11.8%)	67 (88.2%)	<0.001
დაოჯახებული	45 (23.3%)	148 (76.7%)	
დასაქორწინებელი	41 (69.5%)	18 (30.5%)	
ქვრივი	41 (71.9%)	16 (28.1%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	114 (39.0%)	178 (61.0%)	0.007
არა	22 (23.7%)	71 (76.3%)	

მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	92 (30.0%)	215 (70.0%)	<0.001
არა	44 (56.4%)	34 (43.6%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	42 (70.0%)	18 (30.0%)	0.002
მეორადად პროგრესული	57 (46.0%)	67 (54.0%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			
დიახ	67 (44.1%)	85 (55.9%)	0.001
არა	60 (27.4%)	159 (72.6%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			
მედიკამენტური	37 (33.0%)	75 (67.0%)	<0.001
არამედიკამენტური	30 (75.0%)	10 (25.0%)	
EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	13 (32.5%)	27 (67.5%)	0.95
3-6-ის ჩათვლით	5 (33.3%)	10 (66.7%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	21 (60.0%)	14 (40.0%)	0.001
არცერთი	115 (32.9%)	235 (67.1%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	32 (16.9%)	157 (83.1%)	<0.001
არა	104 (53.1%)	92 (46.9%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	49 (62.0%)	30 (38.0%)	<0.001
ზომიერი	62 (44.6%)	77 (55.4%)	
საკმაო	25 (15.0%)	142 (85.0%)	

ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო			
მცირე	26 (19.7%)	106 (80.3%)	<0.001
ზომიერი	45 (65.2%)	24 (34.8%)	
საკმაო	59 (33.9%)	115 (66.1%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	12 (18.8%)	52 (81.2%)	0.002
არა	124 (38.6%)	197 (61.4%)	

*სოციალური კომპონენტი - პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის სოციალურ მდგომარეობაზე

ცხრილი 19. მომვლელების მახასიათებლები მენტალური კომპონენტის მიხედვით.

ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	მენტალური კომპონენტი		p value
სქესი	ხანდახან	ხშირად	
მდედრობითი	118 (39.3%)	182 (60.7%)	0.91
მამრობითი	34 (40.0%)	51 (60.0%)	
ასაკი			
<60 წელი	99 (41.8%)	138 (58.2%)	0.24
≥60 წელი	53 (35.8%)	95 (64.2%)	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	50 (27.2%)	134 (72.8%)	<0.001
რეგიონი	102 (50.7%)	99 (49.3%)	
პენსიონერის სტატუსი			
არის პენსიონერი	51 (35.7%)	92 (64.3%)	0.24
არ არის პენსიონერი	101 (41.7%)	141 (58.3%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	73 (30.2%)	169 (69.8%)	<0.001

უმუშევარი	79 (55.2%)	64 (44.8%)	
განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	31 (42.5%)	42 (57.5%)	0.56
უმაღლესი	121 (38.8%)	191 (61.2%)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	18 (23.7%)	58 (76.3%)	<0.001
დაოჯახებული	53 (27.5%)	140 (72.5%)	
დასაქორწინებელი	37 (62.7%)	22 (37.3%)	
ქვრივი	44 (77.2%)	13 (22.8%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	121 (41.4%)	171 (58.6%)	0.16
არა	31 (33.3%)	62 (66.7%)	
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	106 (34.5%)	201 (65.5%)	<0.001
არა	46 (59.0%)	32 (41.0%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	41 (68.3%)	19 (31.7%)	0.008
მეორადად პროგრესული	59 (47.6%)	65 (52.4%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			
დიახ	76 (50.0%)	76 (50.0%)	<0.001
არა	68 (31.1%)	151 (68.9%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			
მედიკამენტური	50 (44.6%)	62 (55.4%)	0.027
არამედიკამენტური	26 (65.0%)	14 (35.0%)	
EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	10 (45.5%)	12 (54.5%)	0.82
3-6-ის ჩათვლით	14 (42.4%)	19 (57.6%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			

ეტლი	24 (68.6%)	11 (31.4%)	<0.001
არცერთი	128 (36.6%)	222 (63.4%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	48 (25.4%)	141 (74.6%)	<0.001
არა	104 (53.1%)	92 (46.9%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	51 (64.6%)	28 (35.4%)	<0.001
ზომიერი	77 (55.4%)	62 (44.6%)	
საკმაო	24 (14.4%)	143 (85.6%)	
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო			
მცირე	42 (31.8%)	90 (68.2%)	<0.001
ზომიერი	48 (69.6%)	21 (30.4%)	
საკმაო	57 (32.8%)	117 (67.2%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	11 (17.2%)	53 (82.8%)	<0.001
არა	141 (43.9%)	180 (56.1%)	

*მენტალური კომპონენტი - პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის მენტალურ მდგომარეობაზე

ცხრილი 20. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 1-ის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	ფაქტორი 1		p value
სქესი	იშვიათად/ ხანდახან	ხშირად	
მდედრობითი	119 (39.7%)	181 (60.3%)	<0.001
მამრობითი	15 (17.6%)	70 (82.4%)	
ასაკი			

<60 წელი	92 (38.8%)	145 (61.2%)	0.04
≥60 წელი	42 (28.4%)	106 (71.6%)	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	49 (26.6%)	135 (73.4%)	0.001
რეგიონი	85 (42.3%)	116 (57.7%)	
პენსიონერის სტატუსი			
არის პენსიონერი	41 (28.7%)	102 (71.3%)	0.052
არ არის პენსიონერი	93 (38.4%)	149 (61.6%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	72 (29.8%)	170 (70.2%)	0.007
უმუშევარი	62 (43.4%)	81 (56.6%)	
განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	31 (42.5%)	42 (57.5%)	0.13
უმაღლესი	103 (33.0%)	209 (67.0%)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	9 (11.8%)	67 (88.2%)	<0.001
დაოჯახებული	47 (24.4%)	146 (75.6%)	
დასაქორწინებელი	37 (62.7%)	22 (37.3%)	
ქვრივი	41 (71.9%)	16 (28.1%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	112 (38.4%)	180 (61.6%)	0.01
არა	22 (23.7%)	71 (76.3%)	
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	93 (30.3%)	214 (69.7%)	<0.001
არა	41 (52.6%)	37 (47.4%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	39 (65.0%)	21 (35.0%)	0.03
მეორადად პროგრესული	59 (47.6%)	65 (52.4%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			

დიახ	63 (41.4%)	89 (58.6%)	0.008
არა	62 (28.3%)	157 (71.7%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			
მედიკამენტური	37 (33.0%)	75 (67.0%)	<0.001
არამედიკამენტური	26 (65.0%)	14 (35.0%)	
EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	7 (31.8%)	15 (68.2%)	0.91
3-6-ის ჩათვლით	11 (33.3%)	22 (66.7%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	20 (57.1%)	15 (42.9%)	0.004
არცერთი	114 (32.6%)	236 (67.4%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	33 (17.5%)	156 (82.5%)	<0.001
არა	101 (51.5%)	95 (48.5%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	49 (62.0%)	30 (38.0%)	<0.001
ზომიერი	58 (41.7%)	81 (58.3%)	
საკმაო	27 (16.2%)	140 (83.8%)	
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო			
მცირე	26 (19.7%)	106 (80.3%)	<0.001
ზომიერი	46 (66.7%)	23 (33.3%)	
საკმაო	56 (32.2%)	118 (67.8%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	12 (18.8%)	52 (81.2%)	0.003
არა	122 (38.0%)	199 (62.0%)	

*ფაქტორი 1 - გავლენა ჯანმრთელობაზე, ოჯახზე და სოციალურ მდგომარეობაზე

ცხრილი 21. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 2-ის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	ფაქტორი 2		p value
სქესი	ხშირად	ყოველთვის	
მდედრობითი	248 (82.7%)	52 (17.3%)	0.22
მამრობითი	75 (88.2%)	10 (11.8%)	
ასაკი			
<60 წელი	204 (86.1%)	33 (13.9%)	0.14
≥60 წელი	119 (80.4%)	29 (19.6%)	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	145 (78.8%)	39 (21.2%)	0.009
რეგიონი	178 (88.6%)	23 (11.4%)	
პენსიონერის სტატუსი			
არის პენსიონერი	208 (86.0%)	34 (14.0%)	0.15
არ არის პენსიონერი	115 (80.4%)	28 (19.6%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	189 (78.1%)	53 (21.9%)	<0.001
უმუშევარი	134 (93.7%)	9 (6.3%)	
განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	62 (84.9%)	11 (15.1%)	0.79
უმაღლესი	261 (83.7%)	51 (16.3%)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	66 (86.8%)	10 (13.2%)	0.02
დაოჯახებული	151 (78.2%)	42 (21.8%)	
დასაქორწინებელი	55 (93.2%)	4 (6.8%)	
ქვრივი	51 (89.5%)	6 (10.5%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	247 (84.6%)	45 (15.4%)	0.51
არა	76 (81.7%)	17 (18.3%)	

მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	250 (81.4%)	57 (18.6%)	0.009
არა	73 (93.6%)	5 (6.4%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	58 (96.7%)	2 (3.3%)	<0.001
მეორადად პროგრესული	77 (62.1%)	47 (37.9%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			
დიახ	140 (92.1%)	12 (7.9%)	<0.001
არა	169 (77.2%)	50 (22.8%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			
მედიკამენტური	103 (92.0%)	9 (8.0%)	0.91
არამედიკამენტური	37 (92.5%)	3 (7.5%)	
EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	34 (85.0%)	6 (15.0%)	0.88
3-6-ის ჩათვლით	13 (86.7%)	2 (13.3%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	33 (94.3%)	2 (5.7%)	0.08
არცერთი	290 (82.9%)	60 (17.1%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	136 (72.0%)	53 (28.0%)	<0.001
არა	187 (95.4%)	9 (4.6%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	71 (89.9%)	8 (10.1%)	<0.001
ზომიერი	127 (91.4%)	12 (8.6%)	
საკმაო	125 (74.9%)	42 (25.1%)	

ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო			
მცირე	123 (93.2%)	9 (6.8%)	<0.001
ზომიერი	61 (88.4%)	8 (11.6%)	
საკმაო	129 (74.1%)	45 (25.9%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	64 (100%)	0 (0.0%)	<0.001
არა	259 (80.7%)	62 (19.3%)	

*ფაქტორი 2 - ემოციური გავლენა

ცხრილი 22. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 3-ის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	ფაქტორი 3		p value
სქესი	იშვიათად/ ხანდახან	ხშირად	
მდედრობითი	226 (75.3%)	74 (24.7%)	<0.001
მამრობითი	33 (38.8%)	52 (61.2%)	
ასაკი			
<60 წელი	166 (70.0%)	71 (30.0%)	0.14
≥60 წელი	93 (62.8%)	55 (37.2%)	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	131 (71.2%)	53 (28.8%)	0.12
რეგიონი	128 (63.7%)	73 (36.3%)	
პენსიონერის სტატუსი			
არის პენსიონერი	90 (62.9%)	53 (37.1%)	0.16
არ არის პენსიონერი	169 (69.8%)	73 (30.2%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	172 (71.1%)	70 (28.9%)	0.04
უმუშევარი	87 (60.8%)	56 (39.2%)	

განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	57 (78.1%)	16 (21.9%)	0.03
უმაღლესი	202 (64.7%)	110 (35.3%)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	43 (56.6%)	33 (43.4%)	<0.001
დაოჯახებული	119 (61.7%)	74 (38.3%)	
დასაქორწინებელი	50 (84.7%)	9 (15.3%)	
ქვრივი	47 (82.5%)	10 (17.5%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	217 (74.3%)	75 (25.7%)	<0.001
არა	42 (45.2%)	51 (54.8%)	
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	200 (65.1%)	107 (34.9%)	0.07
არა	59 (75.6%)	19 (24.4%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	53 (88.3%)	7 (11.7%)	<0.001
მეორადად პროგრესული	71 (57.3%)	53 (42.7%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			
დიახ	106 (69.7%)	46 (30.3%)	0.24
არა	140 (63.9%)	79 (36.1%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			
მედიკამენტური	72 (64.3%)	40 (35.7%)	0.01
არამედიკამენტური	34 (85.0%)	6 (15.0%)	
EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	24 (60.0%)	16 (40.0%)	1.0
3-6-ის ჩათვლით	9 (60.0%)	6 (40.0%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	28 (80.0%)	7 (20.0%)	0.09

არცერთი	231 (66.0%)	119 (34.0%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	86 (45.5%)	103 (54.5%)	<0.001
არა	173 (88.3%)	23 (11.7%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	63 (79.7%)	16 (20.3%)	0.02
ზომიერი	86 (61.9%)	53 (38.1%)	
საკმაო	110 (65.9%)	57 (34.1%)	
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო			
მცირე	77 (58.3%)	55 (41.7%)	0.002
ზომიერი	57 (82.6%)	12 (17.4%)	
საკმაო	116 (66.7%)	58 (33.3%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	59 (92.2%)	5 (7.8%)	<0.001
არა	200 (62.3%)	121 (37.7%)	

*ფაქტორი 3 - მხარდაჭერის საჭიროება

ცხრილი 23. მომვლელების მახასიათებლები ფაქტორი 4-ის მიხედვით. ბივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	ფაქტორი 4		p value
სქესი	ხშირად	ყოველთვის	
მდედრობითი	279 (93.0%)	21 (7.0%)	<0.001
მამრობითი	43 (50.6%)	42 (49.4%)	
ასაკი			
<60 წელი	200 (84.4%)	37 (15.6%)	0.61
≥60 წელი	122 (82.4%)	26 (17.6%)	
საცხოვრებელი ადგილი			

ქალაქი	170 (92.4%)	14 (7.6%)	<0.001
რეგიონი	152 (75.6%)	49 (24.4%)	
პენსიონერის სტატუსი			
არის პენსიონერი	118 (82.5%)	25 (17.5%)	0.65
არ არის პენსიონერი	204 (84.3%)	38 (15.7%)	
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	226 (93.4%)	16 (6.6%)	<0.001
უმუშევარი	96 (67.1%)	47 (32.9%)	
განათლება			
საშუალო/არასრული უმაღლესი	68 (93.2%)	5 (6.8%)	0.02
უმაღლესი	254 (81.4%)	58 (18.6)	
ოჯახური მდგომარეობა			
განქორწინებული	53 (69.7%)	23 (30.3%)	0.001
დაოჯახებული	162 (83.9%)	31 (16.1%)	
დასაქორწინებელი	54 (91.5%)	5 (8.5%)	
ქვრივი	53 (93.0%)	4 (7.0%)	
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან			
დიახ/ხანდახან	263 (90.1%)	29 (9.9%)	<0.001
არა	59 (63.4%)	34 (36.6%)	
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან			
დიახ	258 (84.0%)	49 (16.0%)	0.67
არა	64 (82.1%)	14 (17.9%)	
პაციენტის დაავადების ტიპი (N=184)			
პირველადად პროგრესული	55 (91.7%)	5 (8.3%)	0.23
მეორადად პროგრესული	119 (96.0%)	5 (4.0%)	
მკურნალობს თუ არა პაციენტი (N=371)			
დიახ	118 (77.6%)	34 (22.4%)	0.01
არა	191 (87.2%)	28 (12.8%)	
მკურნალობის ტიპი (N=152)			

მედიკამენტური	81 (72.3%)	31 (27.7%)	0.009
არამედიკამენტური	37 (92.5%)	3 (7.5%)	
EDSS ქულა (N=55)			
1-3 მდე	30 (75.0%)	10 (25.0%)	0.90
3-6-ის ჩათვლით	11 (73.3%)	4 (26.7%)	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	30 (85.7%)	5 (14.3%)	0.73
არცერთი	292 (83.4%)	58 (16.6%)	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	140 (74.1%)	49 (25.9%)	<0.001
არა	182 (92.9%)	14 (7.1%)	
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო			
მცირე	71 (89.9%)	8 (10.1%)	<0.001
ზომიერი	98 (70.5%)	41 (29.5%)	
საკმაო	153 (91.6%)	14 (8.4%)	
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გატარებული დრო			
მცირე	86 (65.2%)	46 (34.8%)	<0.001
ზომიერი	65 (94.2%)	4 (5.8%)	
საკმაო	162 (93.1%)	12 (6.9%)	
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაიმე ღონისძიებაზე			
დიახ	59 (92.2%)	5 (7.8%)	0.04
არა	263 (81.9%)	58 (18.1%)	

*ფაქტორი 4 - ემოციური რეაქციები პაციენტის სტატუსზე

ცხრილი 24. მომვლელების მახასიათებლები ფიზიკური კომპონენტის მიხედვით.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	ფიზიკური კომპონენტი		Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Unadjusted p value	Adjusted p value
საცხოვრებელი ადგილი	ხანდახან	ხშირად				
ქალაქი	7 (3.8%)	117 (96.2%)	9.8 (4.3-22.1)	4.5 (1.6-12.2)	<0.001	0.004
რეგიონი	56 (27.9%)	145 (72.1%)	1	1		
დასაქმების სტატუსი						
დასაქმებული	52 (21.5%)	190 (78.5%)	1	1	<0.001	0.03
უმუშევარი	11 (7.7%)	132 (92.3%)	3.3 (1.7-6.5)	4.2 (1.2-14.5)		
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი						
დიახ	17 (9.0%)	172 (91.0%)	3.1 (1.7-5.6)	3.9 (1.2-12.7)	<0.001	0.02
არა	46 (23.5%)	150 (76.5%)	1	1		
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო						
მცირე	40 (50.6%)	39 (49.4%)	1	1		
ზომიერი	11 (7.9%)	128 (92.1%)	11.9 (5.6-25.5)	1.3 (0.3-5.4)	<0.001	0.7
საკმაო	12 (7.2%)	155 (92.8%)	13.2 (6.4-27.6)	0.6 (0.1-3.2)	<0.001	0.6

ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლო ბლებთან გაატარებული დრო						
მცირე	13 (9.8%)	119 (90.2%)	1	1		
ზომიერი	37 (53.6%)	32 (46.4%)	0.09 (0.04- 0.2)	0.9 (0.3-3.2)	<0.001	0.9
საკმაო	11 (6.3%)	163 (93.7%)	1.6 (0.7-3.7)	3.7 (1.1-12.0)	0.26	0.03
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოშ ი/რაიმე ღონისძიებაზე						
დიახ	2 (3.1%)	62 (96.9%)	7.3 (1.7- 30.6)	35.2 (13.6-48.0)	0.002	0.002
არა	61 (19.0%)	260 (81.0%)		1		

*ფიზიკური კომპონენტი - პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის ფიზიკურ მდგომარეობაზე

მულტივარიაციული ანალიზისას გამოვითქეთ ისეთი ცვლადები (დაავადების ტიპი, მკურნალობის ტიპი, მკურნალობს თუ არა პაციენტი და EDSS ქულა) რომელთაც ჰქონდათ დიდი რაოდენობით missing ინფორმაცია.

ცხრილი 25. მომვლელების მახასიათებლები სოციალური კომპონენტის მიხედვით.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	სოციალური კომპონენტი		Unadjusted	Adjusted OR	Unadjusted	Adjusted
სქესი	არასდროს/ იშვიათად	ხშირად	OR (95% CI)	(95% CI)	p value	p value
მდედრობითი	121 (40.3%)	179 (59.7%)	1	1	<0.001	0.017
მამრობითი	15 (17.6%)	70 (82.4%)	3.2 (1.7-5.8)	3.4 (1.2-9.5)		

ასაკი						
<60 წელი	95 (40.1%)	142 (59.9%)	1	1	0.01	0.76
≥60 წელი	41 (27.7%)	107 (72.3%)	1.7 (1.1-2.7)	0.7 (0.1-7.5)		
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	50 (27.2%)	134 (72.8%)	2.0 (1.3-3.1)	1.7 (0.9-3.4)	0.001	0.12
რეგიონი	86 (42.8%)	115 (57.2%)	1	1		
პენსიონერის სტატუსი						
არის პენსიონერი	40 (28.0%)	103 (72.0%)	1	1	0.02	0.4
არ არის პენსიონერი	96 (39.7%)	146 (60.3%)	1.7 (1.1-2.6)	2.8 (0.3-31.6)		
დასაქმების სტატუსი						
დასაქმებული	70 (28.9%)	172 (71.1%)	2.1 (1.4-3.2)	3.2 (1.0-10.4)	0.001	0.054
უმუშევარი	66 (46.2%)	77 (53.8%)	1	1		
ცხოვრობთ თუ არა პაციენტთან						
დიახ/ხანდახან	114 (39.0%)	178 (61.0%)	1	1	0.007	0.11
არა	22 (23.7%)	71 (76.3%)	2.1 (1.2-3.5)	1.9 (0.9-4.0)		
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან						
დიახ	92 (30.0%)	215 (70.0%)	1	1	<0.001	0.75
არა	44 (56.4%)	34 (43.6%)	0.3 (0.2-0.6)	1.1 (0.5-2.6)		
დამატებით რომელი სამედიცინო						

სერვისებით სარგებლობს პაციენტი						
ეტლი	21 (60.0%)	14 (40.0%)	1	1	0.001	0.76
არცერთი	115 (32.9%)	235 (67.1%)	3.1 (1.5-6.2)	1.2 (0.6-2.9)		
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობებ ის მქონე პირი						
დიახ	32 (16.9%)	157 (83.1%)	5.5 (3.5-8.9)	3.9 (1.5-10.2)	<0.001	0.005
არა	104 (53.1%)	92 (46.9%)	1	1		
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო						
მცირე	49 (62.0%)	30 (38.0%)	1	1		
ზომიერი	62 (44.6%)	77 (55.4%)	2.0 (1.2-3.6)	1.9 (0.6-5.9)	0.01	0.26
საკმაო	25 (15.0%)	142 (85.0%)	9.3 (5.0-17.3)	2.1 (0.7-7.0)	<0.001	0.21
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობ ლებთან გატარებული დრო						
მცირე	26 (19.7%)	106 (80.3%)	2.1 (1.2-3.6)	1.1 (0.4-2.9)	0.007	0.9
ზომიერი	45 (65.2%)	24 (34.8%)	0.3 (0.2-0.5)	0.7 (0.26-1.9)	<0.001	0.5
საკმაო	59 (33.9%)	115 (66.1%)	1	1		
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში						

ი/რაიმე ლონისძიებაზე						
დიახ	12 (18.8%)	52 (81.2%)	2.7 (1.4-5.3)	4.1 (0.8-21.2)	0.002	0.09
არა	124 (38.6%)	197 (61.4%)	1	1		

*სოციალური კომპონენტი - პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის სოციალურ მდგომარეობაზე

მულტივარიაციული ანალიზისას გამოვითქეთ ისეთი ცვლადები (დაავადების ტიპი, მკურნალობის ტიპი, მკურნალობს თუ არა პაციენტი და EDSS ქულა) რომელთაც ჰქონდათ დიდი რაოდენობით missing ინფორმაცია.

ცხრილი 26. მომვლელების მახასიათებლები მენტალური კომპონენტის მიხედვით.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები*

მახასიათებელი	მენტალური კომპონენტი		Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Unadjusted p value	Adjusted p value
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	50 (27.2%)	134 (72.8%)	2.8 (1.8-4.2)	1.5 (0.8-2.8)	<0.001	0.25
რეგიონი	102 (50.7%)	99 (49.3%)	1	1		
დასაქმების სტატუსი						
დასაქმებული	73 (30.2%)	169 (69.8%)	2.9 (1.9-4.4)	1.1 (0.4-2.8)	<0.001	0.9
უმუშევარი	79 (55.2%)	64 (44.8%)	1	1		
მიგიღიათ თუ არა დახმარება სხვა ადამიანისგან						
დიახ	106 (34.5%)	201 (65.5%)	2.7 (1.6-4.5)	1	<0.001	0.25
არა	46 (59.0%)	32 (41.0%)	1	1.3 (0.6-2.6)		

დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი						
ეტლი	24 (68.6%)	11 (31.4%)	1	1	<0.001	0.16
არცერთი	128 (36.6%)	222 (63.4%)	3.8 (1.8-8.0)	1.9 (0.8-4.6)		
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი						
დიახ	48 (25.4%)	141 (74.6%)	3.3 (2.2-5.1)	4.9 (2.1-11.3)	<0.001	<0.001
არა	104 (53.1%)	92 (46.9%)	1	1		
ბოლო კვირაში პარტნიორთან გატარებული დრო						
მცირე	51 (64.6%)	28 (35.4%)	1	1		
ზომიერი	77 (55.4%)	62 (44.6%)	1.5 (0.8-2.6)	0.7 (0.3-2.1)	0.19	0.57
საკმაო	24 (14.4%)	143 (85.6%)	10.9 (5.8-20.4)	1.9 (0.6-5.8)	<0.001	0.25
ბოლო კვირაში ოჯახთან/ახლობლებთან გაატარებული დრო						
მცირე	42 (31.8%)	90 (68.2%)	1	1		
ზომიერი	48 (69.6%)	21 (30.4%)	0.2 (0.1-0.4)	0.9 (0.3-2.7)	<0.001	0.80

საკმაო	57 (32.8%)	117 (67.2%)	1.0 (0.6-1.6)	1.7 (0.7-4.1)	0.86	0.26
ბოლო კვირაში იყო თუ არა თეატრში/კინოში/რაი მე ღონისძიებაზე						
დიახ	11 (17.2%)	53 (82.8%)	3.8 (1.9-7.5)	8.8 (1.9- 41.8)	<0.001	0.006
არა	141 (43.9%)	180 (56.1%)	1	1		

*მენტალური კომპონენტი - პაციენტის მოვლისგან გამოწვეული გავლენა მომვლელის მენტალურ მდგომარეობაზე
მულტივარიაციული ანალიზისას გამოვითქეთ ისეთი ცვლადები (დაავადების ტიპი, მკურნალობის ტიპი, მკურნალობს თუ არა პაციენტი და EDSS ქულა) რომელთაც ჰქონდათ დიდი რაოდენობით missing ინფორმაცია.

ცხრილი 27. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება ფიზიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

მახასიათებელი	ფიზიკური კომპონენტი		p value
	B კოეფიციენტი	95% CI	
სქესი			
მდედრობითი	-	-	<0.001
მამრობითი	7.68	3.53-11.84	
ასაკი			
≤40 წელი	-	-	0.977
>40 წელი	0.06	(-4.08)-4.20	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	-	-	0.813
რეგიონი	0.64	(-4.63)-5.90	

განათლება			
საშუალო*	-	-	0.095
არასრული უმაღლესი	2.18	(-0.38)-4.73	
უმაღლესი			
დასაქმების სტატუსი			
დასაქმებული	(-2.31)	(-6.43)-1.81	0.270
უმუშევარი	-	-	
ჰყავს თუ არა შვილ(ებ)ი			
დიახ	(-2.72)	(-6.54)-1.10	0.162
არა	-	-	
დაავადების ტიპი			
პირველადად პროგრესული*	-	-	0.005
მეორადად პროგრესული	4.14	1.28-7.00	
მორეციდივე			
EDSS ქულა			
1-3 მდე*	-	-	<0.001
3-4 მდე	(-6.49)	(-9.11)-(-3.88)	
4-8			
მკურნალობს თუ არა პაციენტი			
დიახ	9.53	4.25-14.81	<0.001
არა	-	-	
სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა			
დიახ	(-1.59)	(-7.78)-4.60	0.614
არა	-	-	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	1.69	(-4.90)-8.27	0.615
არცერთი	-	-	

არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	(-9.50)	(-21.40)-2.40	0.117
არა	-	-	
მუდმივი მკურნალობა			
დიახ	9.61	3.15-16.06	0.004
არა	-	-	

ცხრილი 28. მონაწილეთა მახასიათებლების შედარება მენტალური ჯანმრთელობის კომპონენტის მიხედვით, ხაზოვანი რეგრესიის მოდელის გამოყენებით.

მულტივარიაციული ანალიზის შედეგები

მახასიათებელი	მენტალური კომპონენტი		p value
	B კოეფიციენტი	95% CI	
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	-	-	0.684
რეგიონი	(-1.14)	(-6.64)-4.36	
ჰყავს თუ არა შვილ(ებ)ი			
დიახ	(-2.66)	(-6.91)-1.61	0.221
არა	-	-	
დაავადების ტიპი			
პირველადად პროგრესული	-	-	0.004
მეორადად პროგრესული	4.91	1.59-8.24	
მორეციდივე			
EDSS ქულა			
1-3 მდე*	-	-	0.180
3-4 მდე	(-1.98)	(-4.87)-0.92	
4-8			
მკურნალობს თუ არა პაციენტი			

დიახ	14.89	8.78-21.00	<0.001
არა	-	-	
სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა			
დიახ	(-1.30)	(-8.36)-5.76	0.717
არა	-	-	
დამატებით რომელი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობს პაციენტი			
ეტლი	-2.22	(-9.69)-5.25	0.559
არცერთი	-	-	
არის თუ არა პაციენტი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი			
დიახ	(-10.75)	(-24.38)-2.88	0.122
არა	-	-	
მუდმივი მკურნალობა			
დიახ	5.81	(-1.52)-13.14	0.120
არა	-	-	

ნიშანი „-“, უწერია იმ ჯგუფებს, რომლებიც წარმოადგენს რეფერენს ჯგუფს.

ცხრილი 29. MSQOL-54 შედეგების ანალიზი სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	წელი	შენარჩევის ზომა	PHC საშუალო	MHC საშუალო
ირანი	2007	145	52.4	51.9
ჩინეთი	2012	312	52.4	53.8
ბოსნია	2018	142	55.7	54.2
თურქეთი	2006	165	56.7	55.2
სერბეთი	2016	178	58.4	56.9
ბრაზილია	2009	100	58.9	59.3
რუსეთი	2015	234	59.1	57.8

ესპანეთი	2003	185	61.8	60.4
სლოვენია	2017	196	64.1	62.3
აშშ	1995	151	65.2	66.8
იტალია	2007	388	68.3	72.1
დანია	2017	512	69.5	73.2
ნორვეგია	2016	789	69.5	71.3
საქართველო	2024	384	62.9	63.8

ცხრილი 30. CAREQOL-MS შედეგების ანალიზი სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	წელი	შენარჩევს ზომა	საშუალო მაჩვენებელი
ისრაელი	2014	164	41
აშშ	2017	312	44.5
ავსტრალია	2018	189	45.3
ბრიტანეთი	2018	287	46.9
კანადა	2020	224	48.9
გერმანია	2016	156	58.1
საქართველო	2024	384	30.6

ბიბლიოგრაფია

Alexander, S., Peryer, G., Gray, E., Barkhof, F., & Chataway, J. (2021). Wearable technologies to measure clinical outcomes in multiple sclerosis: A scoping review. *Multiple Sclerosis Journal*, 27(11), 1643-1656.

<https://doi.org/10.1177/1352458520946005>

Appleton, D., Robertson, N., Mitchell, L., & Lesley, R. (2018). Our disease: A qualitative meta-synthesis of the experiences of spousal/partner caregivers of people with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1262-1278.

<https://doi.org/10.1111/scs.12601>

Bambara, J. K., Turner, A. P., Williams, R. M., & Haselkorn, J. K. (2014). Social support and depressive symptoms among caregivers of veterans with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 230-235. <https://doi.org/10.1037/a0036312>

Barin, L., Kamm, C. P., Salmen, A., Dressel, H., Calabrese, P., Pot, C., Schippling, S., Gobbi, C., Müller, S., Chan, A., Rodgers, S., Kaufmann, M., Ajdacic-Gross, V., Steinemann, N., Kesselring, J., Puhon, M. A., von Wyl, V., & Swiss Multiple Sclerosis Registry. (2020). How do patients enter the healthcare system after the first onset of multiple sclerosis symptoms? The influence of setting and physician specialty on speed of diagnosis. *Multiple Sclerosis*, 26(4), 489-500.

<https://doi.org/10.1177/1352458518823955>

Benjaminsen, E., Olavsen, J., Karlberg, M., & Alstadhaug, K. B. (2014). Multiple sclerosis in the far north: Incidence and prevalence in Nordland County, Norway. *BMC Neurology*, 14, 226. <https://doi.org/10.1186/s12883-014-0226-8>

Bessing, B., Honan, C. A., van der Mei, I., Taylor, B. V., & Claflin, S. B. (2021). Development and psychometric properties of the Multiple Sclerosis Knowledge

Assessment Scale: Rasch analysis of a novel tool for evaluating MS knowledge.

Multiple Sclerosis, 27(5), 767–777. <https://doi.org/10.1177/1352458520929626>

Bishop, M., & Rumrill, P. D. (2015). Multiple sclerosis: Etiology, symptoms, incidence and prevalence, and implications for community living and employment. *Work*, 52(4), 725–734. <https://doi.org/10.3233/WOR-152200>

Bjornevik, K., Cortese, M., Healy, B. C., Kuhle, J., Mina, M. J., Leng, Y., Elledge, S. J., Niebuhr, D. W., Scher, A. I., Munger, K. L., & Ascherio, A. (2022). Longitudinal analysis reveals high prevalence of Epstein-Barr virus associated with multiple sclerosis. *Science*, 375(6578), 296–301. <https://doi.org/10.1126/science.abj8222>

Borreani, C., Bianchi, E., Pietrolongo, E., Rossi, I., Cilia, S., Giuntoli, M., Giordano, A., Confalonieri, P., Lugaresi, A., Patti, F., Grasso, M. G., de Carvalho, L. L., Palmisano, L., Zaratin, P., Battaglia, M. A., Solari, A., & PeNSAMI project. (2014). Unmet needs of people with severe multiple sclerosis and their carers: Qualitative findings for a home-based intervention. *PLoS One*, 9(10), e109679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109679>

Bove, R., & Chitnis, T. (2014). The role of gender and sex hormones in determining the onset and outcome of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 20(5), 520–526. <https://doi.org/10.1177/1352458513519181>

Browne, P., Chandraratna, D., Angood, C., Tremlett, H., Baker, C., Taylor, B. V., & Thompson, A. J. (2014). Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. *Neurology*, 83(11), 1022–1024. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000768>

Butler, E., Matcham, F., & Chalder, T. (2016). A systematic review of anxiety amongst people with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 10, 145–168. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.10.003>

Campbell, J. D., Ghushchyan, V., Brett McQueen, R., Cahoon-Metzger, S., Livingston, T., Vollmer, T., Corboy, J., Miravalle, A., Schreiner, T., Porter, V., & Nair, K. (2014). Burden of multiple sclerosis on direct, indirect costs and quality of life: National US estimates. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 3(2), 227–236.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2013.09.004>

Carlson, A., & McGinley, M. P. (2022). Healthcare utilization in multiple sclerosis: Impact of disease modifying therapies and comorbidities. *Multiple Sclerosis Journal*, 28(4), 499–501. <https://doi.org/10.1177/13524585221081985>

Charles River Associates. (n.d.). Access to medicines and services for Multiple Sclerosis: Challenges and opportunities. London: Charles River Associates.

Cohen, S. A., Ahmed, N. H., Ellis, K. A., Lindsey, H., Nash, C. C., & Greaney, M. L. (2024). Rural-urban and regional variations in aspects of caregiving, support services and caregiver health in the USA: Evidence from a national survey. *BMJ Open*, 14(10), e081581. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081581>

Corry, M., & While, A. (2009). The needs of carers of people with multiple sclerosis: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 569–588.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00645.x>

Costelloe, L., O'Rourke, K., McGuigan, C., Walsh, C., Tubridy, N., & Hutchinson, M. (2008). The longitudinal relationship between the patient-reported Multiple Sclerosis Impact Scale and the clinician-assessed Multiple Sclerosis Functional Composite. *Multiple Sclerosis*, 14(2), 255–258. <https://doi.org/10.1177/1352458507081274>

Cree, B. A. C., Arnold, D. L., Chataway, J., Chitnis, T., Fox, R. J., Pozo Ramajo, A., Murphy, N., & Lassmann, H. (2021). Secondary progressive multiple sclerosis: New insights. *Neurology*, 97(8), 378–388. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012323>

Cross, A. H., & Naismith, R. T. (2014). Established and novel disease-modifying treatments in multiple sclerosis. *Journal of Internal Medicine*, 275(4), 350–363. <https://doi.org/10.1111/joim.12203>

Crum, A. (2024, September 10). How disability accommodations supported my educational journey. *Multiple Sclerosis News Today*.

Cutter, G. R., Baier, M. L., Rudick, R. A., Cookfair, D. L., Fischer, J. S., Petkau, J., Syndulko, K., Weinshenker, B. G., Antel, J. P., Confavreux, C., Ellison, G. W., Lublin, F., Miller, A. E., Rao, S. M., Reingold, S., Thompson, A., & Willoughby, E. (1999). Development of a multiple sclerosis functional composite as a clinical trial outcome measure. *Brain*, 122(5), 871–882. <https://doi.org/10.1093/brain/122.5.871>

Delaney, K. E., & Donovan, J. (2017). Multiple sclerosis and sexual dysfunction: A need for further education and interdisciplinary care. *NeuroRehabilitation*, 41(2), 317–329. <https://doi.org/10.3233/NRE-172200>

Earle, A., Heymann, J., & Lahaie, C. (2013). An uneven burden: Social disparities in adult caregiving responsibilities, working conditions, and caregiver outcomes. *Research on Aging*, 35(3). <https://doi.org/10.1177/0164027512446028>

Ernstsson, O., Gyllensten, H., Alexanderson, K., Tinghög, P., Friberg, E., & Norlund, A. (2016). Cost of illness of multiple sclerosis: A systematic review. *PLoS One*, 11(7), e0159129. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159129>

European Multiple Sclerosis Platform. (2017). New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe: Results for the United Kingdom. *Multiple Sclerosis*, 23(2_suppl), 204–216. <https://doi.org/10.1177/1352458517708687>

Falet, J. R., Deshmukh, S., Al-Jassim, A., Sigler, G., Babinski, M., & Moore, F. (2020). The neurologist's role in disabling multiple sclerosis: A qualitative study of patient and

care provider perspectives. *Multiple Sclerosis*, 26(7), 837–842.

<https://doi.org/10.1177/1352458519845107>

Fantoni-Quinton, S., Kwiatkowski, A., Vermersch, P., Roux, B., Hautecoeur, P., & Leroyer, A. (2016). Impact of multiple sclerosis on employment and use of job-retention strategies: The situation in France in 2015. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(6), 535–540. <https://doi.org/10.2340/16501977-2093>

Fernández, O., Calleja-Hernández, M. A., Meca-Lallana, J., Oreja-Guevara, C., Polanco, A., & Pérez-Alcántara, F. (2017). Estimate of the cost of multiple sclerosis in Spain by literature review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(4), 321–333. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1358617>

Fisk, J. D., Pontefract, A., Ritvo, P. G., Archibald, C. J., & Murray, T. J. (1994). The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 21(1), 9–14.

Flachenecker, P., Kobelt, G., Berg, J., Capsa, D., Gannedahl, M., & European Multiple Sclerosis Platform. (2017). New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe: Results for Germany. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(2_suppl), 78–90. <https://doi.org/10.1177/1352458517708141>

Fogarty, E., Walsh, C., Adams, R., McGuigan, C., Barry, M., & Tubridy, N. (2013). Relating health-related quality of life to disability progression in multiple sclerosis, using the 5-level EQ-5D. *Multiple Sclerosis*, 19(9), 1190–1196. <https://doi.org/10.1177/1352458512474860>

GBD 2016 Multiple Sclerosis Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(3), 269–285. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30443-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30443-5)

Gil-González, I., Martín-Rodríguez, A., Conrad, R., & Pérez-San-Gregorio, M. Á. (2020). Quality of life in adults with multiple sclerosis: A systematic review. *BMJ Open*, 10(11), e041249. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041249>

Giovannoni, G., Butzkueven, H., Dhib-Jalbut, S., Hobart, J., Kobelt, G., Pepper, G., Sormani, M. P., Thalheim, C., Traboulsee, A., & Vollmer, T. (2016). Brain health: Time matters in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 9(Suppl 1), S5–S48. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.07.003>

Giovannoni, G., Turner, B., Gnanapavan, S., Offiah, C., Schmierer, K., & Marta, M. (2015). Is it time to target no evident disease activity (NEDA) in multiple sclerosis? *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 4(4), 329–333. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2015.04.006>

Gold, R., Toumi, M., Meesen, B., & Fogarty, E. (2016). The payer's perspective: What is the burden of MS and how should the patient's perspective be integrated in health technology assessment conducted for taking decisions on access to care and treatment? *Multiple Sclerosis*, 22(2 Suppl), 60–70. <https://doi.org/10.1177/1352458516650743>

Gugutsidze, D., Gigineishvili, D., Kiziria, M., Vashadze, T., Tsiskaridze, A., & Shakarishvili, R. (2022). Economic burden of multiple sclerosis in Georgia. *Georgian Medical News*, 322, 167–170.

Gugutsidze, D., Gigineishvili, D., Kiziria, M., Vashadze, T., Shakarishvili, R., & Tsiskaridze, A. (2010). Multiple sclerosis in Georgia: Analysis of data from the hospital-based registry. *Multiple Sclerosis*, 16, S55.

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European*

Neuropsychopharmacology, 21(10), 718-779.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.05.005>

Hartley, S., McArthur, M., Coenen, M., Cabello, M., Covelli, V., Roszczynska-Michta, J., Pitkänen, T., Bickenbach, J., & Cieza, A. (2014). Narratives reflecting the lived experiences of people with brain disorders: Common psychosocial difficulties and determinants. PLoS One, 9(5), e96890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096890>

Hoffman, H., Geisthardt, C., & Sucharski, H. (2019). College students and multiple sclerosis: Navigating the college experience. Journal of Postsecondary Education and Disability, 32(2), 119-132.

Idiman, E., Uzunel, F., Ozakbas, S., Yozbatiran, N., Oguz, M., Callioglu, B., Gokce, N., & Bahar, Z. (2006). Cross-cultural adaptation and validation of multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-54) in a Turkish multiple sclerosis sample. Journal of the Neurological Sciences, 240(1-2), 77-80.
<https://doi.org/10.1016/j.jns.2005.09.009>

Jakimovski, D., Bittner, S., Zivadinov, R., Morrow, S. A., Benedict, R. H., Zipp, F., & Weinstock-Guttman, B. (2024). Multiple sclerosis. The Lancet, 403(10422), 183-202.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01473-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01473-3)

Jansen, D. E., Krol, B., Groothoff, J. W., & Post, D. (2004). People with intellectual disability and their health problems: A review of comparative studies. Journal of Intellectual Disability Research, 48(2), 93-102. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00483.x>

Johnson, K. P., Brooks, B. R., Cohen, J. A., Ford, C. C., Goldstein, J., Lisak, R. P., Myers, L. W., Panitch, H. S., Rose, J. W., & Schiffer, R. B. (1995). Copolymer 1 reduces relapse rate and improves disability in relapsing-remitting multiple sclerosis:

Results of a phase III multicenter, double-blind placebo-controlled trial. *Neurology*, 45(7), 1268–1276. <https://doi.org/10.1212/wnl.45.7.1268>

Jones, E., Pike, J., Marshall, T., & Ye, X. (2016). Quantifying the relationship between increased disability and health care resource utilization, quality of life, work productivity, health care costs in patients with multiple sclerosis in the US. *BMC Health Services Research*, 16, 294. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1532-1>

Kanavos, P., Tinelli, M., Efthymiadou, O., Visintin, E., Mossman, J., et al. (n.d.). Is better outcomes in multiple sclerosis by addressing policy change. *London School of Economics*.

Karampampa, K., Gustavsson, A., Miltenburger, C., & Eckert, B. (2012). Treatment experience, burden and unmet needs (TRIBUNE) in MS study: Results from five European countries. *Multiple Sclerosis*, 18(2 Suppl), 7–15. <https://doi.org/10.1177/1352458512441566>

Kaschowitz, J., & Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 173, 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.036>

Kavaliunas, A., Danylaite Karrenbauer, V., & Hillert, J. (2021). Socioeconomic consequences of multiple sclerosis: A systematic literature review. *Acta Neurologica Scandinavica*, 143(6), 587–601. <https://doi.org/10.1111/ane.13411>

Kobelt, G., Eriksson, J., Phillips, G., & Berg, J. (2017). The burden of multiple sclerosis 2015: Methods of data collection, assessment and analysis of costs, quality of life and symptoms. *Multiple Sclerosis*, 23(2_suppl), 4–16. <https://doi.org/10.1177/1352458517708097>

Kobelt, G., Thompson, A., Berg, J., Gannedahl, M., Eriksson, J., MSCOI Study Group, & European Multiple Sclerosis Platform. (2017). New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. *Multiple Sclerosis*, 23(8), 1123–1136.

<https://doi.org/10.1177/1352458517694432>

Koch-Henriksen, N., & Magyari, M. (2021). Apparent changes in the epidemiology and severity of multiple sclerosis. *Nature Reviews Neurology*, 17(11), 676–688.

<https://doi.org/10.1038/s41582-021-00556-y>

Kragt, J. J., Nielsen, J. M., van der Linden, F. A., Polman, C. H., & Uitdehaag, B. M. (2011). Disease progression in multiple sclerosis: Combining physicians' and patients' perspectives? *Multiple Sclerosis*, 17(2), 234–240.

<https://doi.org/10.1177/1352458510385505>

Kratz, A. L., Braley, T. J., Foxen-Craft, E., Scott, E., Murphy, J. F., III, & Murphy, S. L. (2017). How do pain, fatigue, depressive, and cognitive symptoms relate to well-being and social and physical functioning in the daily lives of individuals with multiple sclerosis? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(11), 2160–2166.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.07.004>

Kudra, A., Lees, C., & Morrell-Scott, N. (2017). Measuring carer burden in informal carers of patients with long-term conditions. *British Journal of Community Nursing*, 22(5), 230–236. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.5.230>

Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33(11), 1444–1452.

<https://doi.org/10.1212/wnl.33.11.1444>

Kwiatkowski, A., Marissal, J. P., Pouyfaucou, M., Vermersch, P., Hautecoeur, P., & Dervaux, B. (2014). Social participation in patients with multiple sclerosis:

Correlations between disability and economic burden. *BMC Neurology*, 14, 115.

<https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-115>

Labiano-Fontcuberta, A., Mitchell, A. J., Moreno-Garcia, S., & Benito-Leon, J. (2015). Anxiety and depressive symptoms in caregivers of multiple sclerosis patients: The role of information processing speed impairment. *Journal of the Neurological Sciences*, 349(1-2), 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.01.024>

Lanzillo, R., Chiodi, A., Carotenuto, A., Magri, V., Napolitano, A., Liuzzi, R., Costabile, T., Rainone, N., Freda, M. F., Valerio, P., & Brescia Morra, V. (2016). Quality of life and cognitive functions in early onset multiple sclerosis. *European Journal of Paediatric Neurology*, 20(1), 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2015.08.005>

Lopez-Diego, R. S., & Weiner, H. L. (2008). Novel therapeutic strategies for multiple sclerosis: A multifaceted adversary. *Nature Reviews Drug Discovery*, 7(11), 909–925. <https://doi.org/10.1038/nrd2358>

Lublin, F. D. (2014). New multiple sclerosis phenotypic classification. *European Neurology*, 72(Suppl 1), 1–5. <https://doi.org/10.1159/000367614>

Lublin, F. D., & Reingold, S. C. (1996). Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. *Neurology*, 46(4), 907–911. <https://doi.org/10.1212/wnl.46.4.907>

Maguire, R., & Maguire, P. (2020). Caregiver burden in multiple sclerosis: Recent trends and future directions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 20(7), 18. <https://doi.org/10.1007/s11910-020-01043-5>

Marrie, R. A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P. S., Cutter, G., & Reider, N. (2015). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in

multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis*, 21(3), 305–317.

<https://doi.org/10.1177/1352458514564487>

Mattarozzi, K., Casini, F., Baldin, E., Baldini, M., Lugaresi, A., Milani, P., Pietrolongo, E., Gajofatto, A., Leone, M., Riise, T., Vignatelli, L., D'Alessandro, R., & G.E.Ro.N.I.Mu.S. Group. (2016). Assessing subjective quality of life domains after multiple sclerosis diagnosis disclosure. *Health Expectations*, 19(2), 437–447.

<https://doi.org/10.1111/hex.12367>

McDonald, W. I., Compston, A., Edan, G., Goodkin, D., Hartung, H. P., Lublin, F. D., McFarland, H. F., Paty, D. W., Polman, C. H., Reingold, S. C., Sandberg-Wollheim, M., Sibley, W., Thompson, A., van den Noort, S., Weinshenker, B. Y., & Wolinsky, J. S. (2001). Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 50(1), 121–127. <https://doi.org/10.1002/ana.1032>

Miller, D. H., Chard, D. T., & Ciccarelli, O. (2012). Clinically isolated syndromes. *The Lancet Neurology*, 11(2), 157–169. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70274-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70274-5)

Moccia, M., Palladino, R., Lanzillo, R., Carotenuto, A., Russo, C. V., Triassi, M., & Brescia Morra, V. (2017). Healthcare costs for treating relapsing multiple sclerosis and the risk of progression: A retrospective Italian cohort study from 2001 to 2015. *PLoS One*, 12(1), e0169489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169489>

Montalban, X., Gold, R., Thompson, A. J., Otero-Romero, S., Amato, M. P., Chandraratna, D., Clanet, M., Comi, G., Derfuss, T., Fazekas, F., Hartung, H. P., Havrdova, E., Hemmer, B., Kappos, L., Liblau, R., Lubetzki, C., Marcus, E., Miller, D. H., Olsson, T., Pilling, S., ... Zipp, F. (2018).ECTRIMS/EAN guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 25(2), 215–237. <https://doi.org/10.1111/ene.13536>

Morales-González, J. M., Benito-León, J., Rivera-Navarro, J., Mitchell, A. J., & GEDMA Study Group. (2004). A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: The GEDMA study. *Multiple Sclerosis*, 10(1), 47–54.

<https://doi.org/10.1191/1352458504ms967oa>

Naci, H., Fleurence, R., Birt, J., & Duhig, A. (2010). Economic burden of multiple sclerosis: A systematic review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 28(5), 363–379.

<https://doi.org/10.2165/11532230-000000000-00000>

National Center for Disease Control and Public Health (Georgia). (2024). Statistical Yearbook 2024. <https://www.ncdc.ge>

Neate, S. L., Taylor, K. L., Jelinek, G. A., De Livera, A. M., Brown, C. R., & Weiland, T. J. (2018). Psychological shift in partners of people with multiple sclerosis who undertake lifestyle modification: An interpretive phenomenological study. *Frontiers in Psychology*, 9, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00015>

Oh, J., Vidal-Jordana, A., & Montalban, X. (2018). Multiple sclerosis: Clinical aspects. *Current Opinion in Neurology*, 31(6), 752–759.

<https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000622>

Okuda, D. T., Siva, A., Kantarci, O., Inglese, M., Katz, I., Tutuncu, M., Keegan, B. M., Donlon, S., Hua, leH., Vidal-Jordana, A., Montalban, X., Rovira, A., Tintoré, M., Amato, M. P., Brochet, B., de Seze, J., Brassat, D., Vermersch, P., De Stefano, N., Sormani, M. P., ... Club Francophone de la Sclérose en Plaques (CFSEP). (2014). Radiologically isolated syndrome: 5-year risk for an initial clinical event. *PLoS One*, 9(3), e90509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090509>

Oliva-Moreno, J., Trapero-Bertran, M., Peña-Longobardo, L. M., & Del Pozo-Rubio, R. (2017). The valuation of informal care in cost-of-illness studies: A systematic

review. *PharmacoEconomics*, 35(3), 331–345. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0468-y>

Olsson, T., Barcellos, L. F., & Alfredsson, L. (2017). Interactions between genetic, lifestyle and environmental risk factors for multiple sclerosis. *Nature Reviews Neurology*, 13(1), 25–36. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.187>

Ontaneda, D., Chitnis, T., Rammohan, K., & Obeidat, A. Z. (2024). Identification and management of subclinical disease activity in early multiple sclerosis: A review. *Journal of Neurology*, 271(4), 1497–1514. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-12021-5>

Paz-Zulueta, M., Parás-Bravo, P., Cantarero-Prieto, D., Blázquez-Fernández, C., & Oterino-Durán, A. (2020). A literature review of cost-of-illness studies on the economic burden of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 43, 102162. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.102162>

Péloquin, S., Schmierer, K., Leist, T. P., Oh, J., Murray, S., & Lazure, P. (2021). Challenges in multiple sclerosis care: Results from an international mixed-methods study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 50, 102854. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.102854>

Prosperini, L., Arrambide, G., Celius, E. G., Goletti, D., Killestein, J., Kos, D., Lavorgna, L., Louapre, C., Sormani, M. P., Stastna, D., Ziemssen, T., & Di Filippo, M. (2024). COVID-19 and multiple sclerosis: Challenges and lessons for patient care. *The Lancet Regional Health - Europe*, 44, 100979. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100979>

Rashid, W., Ciccarelli, O., Leary, S. M., Arun, T., Doshi, A., Evangelou, N., Ford, H. L., Hobart, J., Jacob, S., Muraro, P. A., Murray, K., Palace, J., Dobson, R., & Association Of British Neurologists Multiple Sclerosis and Neuroinflammation Advisory Group. (2025). Using disease-modifying treatments in multiple sclerosis:

Association of British Neurologists (ABN) 2024 guidance. *Practical Neurology*, 25(1), 18–24. <https://doi.org/10.1136/pn-2024-004228>

Razaz, N., Tremlett, H., Boyce, T., Guhn, M., Marrie, R. A., & Joseph, K. S. (2016). Incidence of mood or anxiety disorders in children of parents with multiple sclerosis. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 30(4), 356–366. <https://doi.org/10.1111/ppe.12290>

Razaz, N., Tremlett, H., Marrie, R. A., & Joseph, K. S. (2016). Peripartum depression in parents with multiple sclerosis and psychiatric disorders in children. *Multiple Sclerosis*, 22(14), 1830–1840. <https://doi.org/10.1177/1352458516631037>

Rice, C. M., Cottrell, D., Wilkins, A., & Scolding, N. J. (2013). Primary progressive multiple sclerosis: Progress and challenges. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 84(10), 1100–1106. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-304140>

Rodriguez-Rincon, D., Leach, B., Pollard, J., Parkinson, S., Gkousis, E., et al. (n.d.). *Exploring the social burden of multiple sclerosis: A study into the non-clinical impact of the disease, including changes with progression*. RAN Europe.

Rommer, P. S., Sühnel, A., König, N., & Zettl, U. K. (2017). Coping with multiple sclerosis: The role of social support. *Acta Neurologica Scandinavica*, 136(1), 11–16. <https://doi.org/10.1111/ane.12673>

Safiri, S., Ghaffari Jolfayi, A., Mousavi, S. E., Nejadghaderi, S. A., Sullman, M. J. M., & Kolahi, A. A. (2024). Global burden of multiple sclerosis and its attributable risk factors, 1990–2019. *Frontiers in Neurology*, 15, 1448377. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1448377>

Schwenkenbecher, P., Wurster, U., Konen, F. F., Gingele, S., Sühs, K. W., Wattjes, M. P., Stangel, M., & Skripuletz, T. (2019). Impact of the McDonald Criteria 2017 on

early diagnosis of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Frontiers in Neurology*, 10, 188. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00188>

Simpson, S., Jr, Wang, W., Otahal, P., Blizzard, L., van der Mei, I. A. F., & Taylor, B. V. (2019). Latitude continues to be significantly associated with the prevalence of multiple sclerosis: An updated meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 90(11), 1193–1200. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-320189>

Solari, A., Filippini, G., Mendozzi, L., Ghezzi, A., Cifani, S., Barbieri, E., Baldini, S., Salmaggi, A., Mantia, L. L., Farinotti, M., Caputo, D., & Mosconi, P. (1999). Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 67(2), 158–162. <https://doi.org/10.1136/jnnp.67.2.158>

სტატისტიკური კრებული. (2023). *ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების საქალაქო სამსახური. ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სტატისტიკა 2015-2023*.

Stenager, E. (2019). A global perspective on the burden of multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 18(3), 227–228. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30498-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30498-8)

Strickland, K., Worth, A., & Kennedy, C. (2015). The experiences of support persons of people newly diagnosed with multiple sclerosis: An interpretative phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2811–2821. <https://doi.org/10.1111/jan.12758>

Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., Correale, J., Fazekas, F., Filippi, M., Freedman, M. S., Fujihara, K., Galetta, S. L., Hartung, H. P., Kappos, L., Lublin, F. D., Marrie, R. A., Miller, A. E., Miller, D. H., Montalban, X., Mowry, E. M., ... Cohen, J. A. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2), 162–173. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30470-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30470-2)

- Thompson, A. J., Baranzini, S. E., Geurts, J., Hemmer, B., & Ciccarelli, O. (2018). Multiple sclerosis. *The Lancet*, 391(10130), 1622–1636. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30481-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30481-1)
- Thompson, A., Kobelt, G., Berg, J., Capsa, D., Eriksson, J., Miller, D., & European Multiple Sclerosis Platform. (2017). New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe: Results for the United Kingdom. *Multiple Sclerosis*, 23(2_suppl), 204–216. <https://doi.org/10.1177/1352458517708687>
- Topcu, G., Buchanan, H., Aubeeluck, A., & Garip, G. (2016). Caregiving in multiple sclerosis and quality of life: A meta-synthesis of qualitative research. *Psychology and Health*, 31(6), 693–710. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1139112>
- Torkildsen, Ø., Myhr, K. M., & Bø, L. (2016). Disease-modifying treatments for multiple sclerosis: A review of approved medications. *European Journal of Neurology*, 23(Suppl 1), 18–27. <https://doi.org/10.1111/ene.12883>
- Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., et al. (n.d.). *Informal care in the long-term care system* (European Overview Paper, 223037, pp. 1-67).
- Uccelli, M. M. (2014). The impact of multiple sclerosis on family members: A review of the literature. *Neurodegenerative Disease Management*, 4(2), 177–185. <https://doi.org/10.2217/nmt.14.6>
- van Wegen, J., van Egmond, E. E. A., Benedict, R. H. B., Beenakker, E. A. C., & van der Hiele, K. (2022). Subjective cognitive impairment is related to work status in people with multiple sclerosis. *IBRO Neuroscience Reports*, 13, 513–522. <https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.10>

Vickrey, B. G., Hays, R. D., Harooni, R., Myers, L. W., & Ellison, G. W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 4(3), 187–206. <https://doi.org/10.1007/BF02260859>

Wallin, M. T., Culpepper, W. J., Campbell, J. D., Nelson, L. M., Langer-Gould, A., Marrie, R. A., Cutter, G. R., Kaye, W. E., Wagner, L., Tremlett, H., Buka, S. L., Dilokthornsakul, P., Topol, B., Chen, L. H., LaRocca, N. G., & US Multiple Sclerosis Prevalence Workgroup. (2019). The prevalence of MS in the United States: A population-based estimate using health claims data. *Neurology*, 92(10), e1029–e1040. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007035>

Walton, C., King, R., Rechtman, L., Kaye, W., Leray, E., Marrie, R. A., Robertson, N., La Rocca, N., Uitdehaag, B., van der Mei, I., Wallin, M., Helme, A., Angood Napier, C., Rijke, N., & Baneke, P. (2020). Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS, third edition. *Multiple Sclerosis*, 26(14), 1816–1821. <https://doi.org/10.1177/1352458520970841>

Willson, C. L., Tetley, J., Lloyd, C., Messmer Uccelli, M., & MacKian, S. (2018). The impact of multiple sclerosis on the identity of mothers in Italy. *Disability and Rehabilitation*, 40(12), 1456–1467. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300339>

World Health Organization. (2023). *Global Multiple Sclerosis Report: Access to care and treatment disparities*. WHO Global Health Report, Geneva, Switzerland.

Wundes, A., Brown, T., Bienen, E. J., & Coleman, C. I. (2010). Contribution of intangible costs to the economic burden of multiple sclerosis. *Journal of Medical Economics*, 13(4), 626–632. <https://doi.org/10.3111/13696998.2010.525989>

Zarghami, A., Fuh-Ngwa, V., Claflin, S. B., van der Mei, I., Ponsonby, A. L., Broadley, S., Simpson-Yap, S., Ausimmune/AusLong Investigator Group, & Taylor, B. V. (2024). Changes in employment status over time in multiple sclerosis following a first episode

of central nervous system demyelination, a Markov multistate model study. *European Journal of Neurology*, 31(1), e16016. <https://doi.org/10.1111/ene.16016>

Zarzycki, M., Vilchinsky, N., Bei, E., Ferraris, G., Seddon, D., Morrison, V., et al. (2024). Cross-country variations in the caregiver role: Evidence from the ENTWINE-iCohort study. *BMC Public Health*, 24, 898. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18302-6>

Zhang, Y., Taylor, B. V., Simpson, S., Jr, Blizzard, L., & van der Mei, I. (2019). Patient-reported outcomes are worse for progressive-onset multiple sclerosis than relapse-onset multiple sclerosis, particularly early in the disease process. *European Journal of Neurology*, 26(1), 155–161. <https://doi.org/10.1111/ene.13786>