

ხანდაზმულთა შინმოვლა

თენგიზ ვერულავა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

ია ადგიშვილი, ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში, საქართველოს კარიტასის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამის ოფიცერი.

სტატია გამოქვეყნდა ჟურნალ „Forbes Georgia“. იანვარი. 2015 წ.

სტატიის ელ. მისამართი <http://forbes.ge/news/507/xandazmulTa-Sinmovla>

ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისები ჯანდაცვის არც ერთ სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული, გარდა პალიატიური ზრუნვის პროგრამისა. ოჯახი წარმოადგენს ხანდაზმულთათვის ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერს. სასურველია, როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, ასევე სახელმწიფომ, გაითვალისწინოს ოჯახის მიერ გაწეულ შინმოვლის სერვისები და ისინი შესაბამის პროგრამებში ჩართოს.

ხანდაზმულთა ქრონიკული დაავადებები ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა. ოჯახებს მძიმე ტვირთად აწევს ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო ხარჯები. ფიზიკური და ფსიქიკური შეზღუდვებით ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურება მოიცავს სამედიცინო, სოციალურ, ტრანსპორტირებისა და სხვა სერვისებს. ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურების საჭიროება განისაზღვრება ადამიანის ცხოვრების ყოველდღიური აქტივობების (საკვების მიღება, ჩაცმა, დაბანა, ტუალეტი, საწოლიდან წამოდგომა), ასევე ცხოვრების ყოველდღიური ინსტრუმენტალური აქტივობების (საკვების მომზადება, ტრანსპორტირება, მედიკამენტების მიღება, ტელეფონით სარგებლობა) სახით.

ზრუნვა გულისხმობს ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციასა და მართვას – ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ოჯახის წევრებთან ერთად – როგორც ყოველდღიურ საკითხებში, ასევე სამედიცინო შემთხვევების დადგომისას.

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდისა და შობადობის შემცირების ფონზე

ხანდაზმული მოსახლეობის პროცენტული წილი მკვეთრად გაიზარდა. 2012 წლის მონაცემებით, 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი 13.7%-ია. 1995-2012 წლების პერიოდში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა გაიზარდა 70.3-დან 74.7 წლამდე. შედარებისათვის, 2011 წლის მონაცემებით, განვითარებული ქვეყნების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 80.1 წელს.

2012 წლამდე ხანდაზმულებზე (სოციალურად დაუცველი კატეგორიის გარდა) არ ვრცელდებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, შესაბამისად, დაბალი იყო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა. 2012 წლიდან საპენსიო ასაკის მოსახლეობისთვის (60 წლისა და ზემოთ ასაკის ქალები და 65 წლისა და ზემოთ ასაკის მამაკაცები) სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა მოქმედებდა. თუმცა ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისები ჯანდაცვის არც ერთ სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული (გარდა პალიატიური ზრუნვის პროგრამისა). პალიატიური ზრუნვის პროგრამა მოიცავს ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას. 2014 წლიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ხანდაზმულები

(ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) უზრუნველყოფილნი არიან დამხმარე საშუალებებით, რაც ემსახურება მათი ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლებასა და საზოგადოებაში მათ ინტეგრაციას.

იმის გამო, რომ მოვლის სერვისები თითქმის არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით, მათი დაფინანსება უმეტესწილად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, უცხოური დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით. თუმცა ასეთი დაფინანსება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ 2012 წლიდან თბილისის მერია უმწეო და გაჭირვებულ მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებს სიდატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, საწოლს ან სახლს მიჯაჭვული, მარტოხელა ბენეფიციარების შინმოვლას, რომლებსაც ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიის გამო დახმარება ესაჭიროებათ. 2010 წლიდან შინმოვლის სერვისების დაფინანსებაში ჩაერთო ქ. გორის მუნიციპალიტეტი.

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. ექსპერტთა აზრით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას. საქართველოში შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ შემდეგი არასამთავრობო ორგანიზაციები: „საქართველოს კარიტასი“ და „შინმოვლის კოალიცია“ (რომელშიც გაერთიანებულია ფონდი „თაობა“, კავშირი „ადამიანი და ბუნება“, კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“, ასოციაცია „გენეზისი“). „შინმოვლის კოალიცია“ და „საქართველოს კარიტასი“ ხანდაზმულ ბენეფიციარებს შინმოვლის თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. იგი მოიცავს სხვადასხვა სპეციალისტით დაკომპლექტებული გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და

ფსიქოსოციალური მომსახურების მიწოდებას ბინაზე იმ პირთათვის, რომლებიც დროებით ან მუდმივად საწოლს არიან მიჯაჭვულნი. სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ „შინმოვლის კოალიციის“ სამსახურში ჩართულია ექიმი, რომელიც ექთანთან ერთად მოსარგებლისათვის ინდივიდუალურ სამუშაო გეგმას ადგენს. „საქართველოს კარიტასის“ სერვისში ექიმი არ არის ჩართული, მაგრამ სოციალური მუშაკი სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში მონაწილე ოჯახის ექიმების მეშვეობით ახერხებს სერვისების მიწოდებას. „საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციართა საჭიროებების მიხედვით უზრუნველყოფს ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებას, „შინმოვლის კოალიციის“ ექიმი კი კონსულტაციას უწევს და ამისამართებს პაციენტებს სპეციალისტებთან. ორგანიზაციები ბენეფიციართა აღრიცხვაზე აყვანის კრიტერიუმად იყენებენ მათი სოციალურად დაუცველის სტატუსს.

საქართველოში მოქმედი ორგანიზაციები შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერის მეშვეობით. მაგალითად, ერთ-ერთი ასეთი ორგანიზაციის, „საქართველოს კარიტასის“, დაფინანსების წყაროებს (2013 წ.) შეადგენდნენ: უცხოური ქველმოქმედება (82.8%), სახელმწიფო დაფინანსება (14.8%) და ჯიბიდან გადახდები (2.4%). აღნიშნული განაპირობებს ბევრ სირთულეს, და განსაკუთრებით შინმოვლის სერვისებზე პაციენტთა დაბალ ხელმისაწვდომობას.

ხანდაზმულთა მოვლის სერვისები უფრო ხშირად არაფორმალური სერვისების სახითაა წარმოდგენილი. ფორმალური ზრუნვა გულისმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალების მიერ გაწეულ მომსახურებას, რომლის ხარჯებს აფინანსებენ მოსარგებლები, ან სახელმწიფო და, როგორც წესი, მომსახურება გარკვეულ კანონებსა და წესებს ექვემდებარება. არაფორმალური მოვლა კი გულისხმობს ახლობლების, ოჯახის, მეგობრების, მეზობლებისა და სოციალური ქსელის სხვა წევრების მიერ გაწეულ მომსახურებას.

ხანდაზმულთათვის ზრუნვას უმთავრესად ოჯახის წევრები ეწევიან, რომელთა შორის ყველაზე მეტი წვლილი მიუძღვით მეუღლეებს, ან მათი არარსებობის შემთხვევაში – ზრდასრულ შვილებს.

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის, „ჯანდაცვის პოლიტიკა და მენეჯმენტის“, ფარგლებში ჩატარდა კვლევა, რომლის მიზანს შეადგენდა არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ გაწეული შინმოვლის სერვისების, მოვლაზე დამოკიდებულ ხანდაზმულთა ცხოვრების მდგომარეობის, მათი რეალური საჭიროებებისა და მათ მიერ შინმოვლის სერვისებზე გაწეული დანახარჯების შესწავლა. გამოკითხულ იქნა „საქართველოს კარიტასში“ აღრიცხვაზე მყოფი 65 წელს ზემოთ შინმოვლაზე დამოკიდებული 300 ბენეფიციარი (მონაწილეობაზე დათანხმდა 283 ბენეფიციარი – 94.3%). გამოკითხულთაგან 146 იყო მამაკაცი (51.6%), ხოლო 137 – ქალი (48.4%). 65-79 წლის ასაკისა შეადგენდა 84.8%, ხოლო 80-98 წლის ასაკის – 15.2%.

არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ხანდაზმულებისთვის გაწეული მომსახურება სრულად ვერ ფარავს მოვლისთვის აუცილებელ ხარჯებს. გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ დაავადებების სიმძიმიდან გამომდინარე, ოჯახების მიერ მედიკამენტებზე გაწეული ყოველთვიური ხარჯი შეადგენს: 21-40 ლარი (გამოკითხულთა 18%), 41-60 ლარი (14.8%), 81-100 ლარი (13.1%), 151-200 ლარი (12.4%), 201-300 ლარი (8.5%), 300 ლარზე მეტი (7.4%). მიუხედავად იმისა, რომ ბენეფიციარები იღებენ პენსიას, ხოლო სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებულია საბაზისო მედიკამენტებზე წლიურად 100 ლარის ფარგლებში მედიკამენტების შეძენა 50%-იანი თანაგადახდით, მათი დანახარჯები მედიკამენტებზე მაინც მაღალია. ბენეფიციართა 49.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად მედიკამენტებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. 48.1%-მა აღნიშნა, რომ სრულად შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები, ხოლო 2.8% საერთოდ ვერ შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები.

მედიკამენტებთან ერთად ბენეფიციარები საჭიროებენ ჰიგიენურ საშუალებებს (ნაწოლების საწინააღმდეგო ლეიბი, საფენი, გადასახვევი საშუალებები და ა.შ). მათი ხარჯი, „კარიტასიდან“ მიღებული მასალების მიუხედავად, საკმაოდ დიდია და ბენეფიციარები ხშირად დამატებით ხარჯებს საჭიროებენ. ჰიგიენური საშუალებებისთვის გამოკითხულთა 35%-ს ყოველთვიურად ესაჭიროება 51-70 ლარი, 25.8%-ს – 21-30 ლარი, 21%-ს – 31-50 ლარი. ექიმის/ექთნის სამედიცინო მეთვალყურეობისთვის გამოკითხულთა 32.2%-ს ყოველთვიურად ესაჭიროება 21-30 ლარი, 31%-ს – 31-50 ლარი. მიუხედავად იმისა, რომ „კარიტასი“ ბენეფიციარებს აწვდის ჰიგიენურ საშუალებებს, გამოკითხულთა 43.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად ჰიგიენურ საშუალებებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. 55.8%-მა აღნიშნა, რომ სრულად შეიძინა ჰიგიენური საშუალებები, ხოლო 1.1% საერთოდ ვერ შეიძინა ჰიგიენური საშუალებები.

აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ შინმოვლის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა დაბალია. მდგომარეობას ართულებს ის გარემოება, რომ გამოკითხულთა 25.1% მარტოხელაა. გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის ოჯახში დასაქმებულია მხოლოდ ერთი წევრი (35.7%), ან საერთოდ არავინაა დასაქმებული (32.2%). გასათვალისწინებელია, რომ გამოკითხული ოჯახების 32.2 %-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 300 ლარზე ნაკლებია.

მიუხედავად დაბალი ხელმისაწვდომობისა, გამოკითხულთა 22.6% თვლის, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ გაწეულმა შინმოვლის სერვისებმა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ხოლო 50.2%-ს მიაჩნია, რომ საშუალოდ გააუმჯობესა. ასევე, 15.9%-ის აზრით, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სოციალური ინტეგრაცია, ხოლო 44.9%-ის აზრით – საშუალოდ გაუმჯობესდა. გამოკითხულთა 59%-ის აზრით, შინმოვლის სერვისები ძალიან სასარგებლოა ფინანსური თვალსაზრისით, რადგან ბენეფიციარები იღებენ კვალიფიციურ სერვისებს, რომელთა გადახდის საშუალება მათ არასდროს

ექნებოდათ. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 38.9%-ის მიხედვით, გაწეული სერვისების გამო, ოჯახის წევრებმა შეძლეს შეენარჩუნებინათ თავიანთი სამსახური ან დაეწყათ ახალი. 51.9%-ის აზრით, ერთი მშობლის მოსაველეად არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ გაწეული შინმოვლის სერვისების წყალობით, ოჯახის წევრებს საკმაოდ დრო რჩებათ მეორე მშობლისთვის ყურადღების მისაქცევად. 84.1%-მა ხაზი გაუსვა, რომ შინმოვლის სერვისების პაკეტი უნდა შეიცვალოს და უნდა გახდეს ბენეფიციართა საჭიროებების შესაბამისი.

ბენეფიციართა უმრავლესობას (50.5%) ყოველდღიური აქტივობების შესასრულებლად სჭირდებათ დახმარება, გარკვეული ნაწილი (8.5%) საერთოდ მიჯაჭვულია საწოლს და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, ხოლო არ საჭიროებს დახმარებას გამოკითხულთა 41%. გამოკითხულთა უმეტესობა (39.2%) 3 წელზე მეტია, რაც მოვლას საჭიროებს, 29.3% – 1-2 წელია, 17.7% – 2-დან 3 წელია. ყოველდღიური აქტივობების შესასრულებლად ქალები უფრო მეტად საჭიროებენ ზრუნვას (55.5%), ვიდრე მამაკაცები (45.9%). ასევე, ქალები უფრო მეტად არიან მიჯაჭვულნი საწოლს და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას (9.5%), ვიდრე მამაკაცები (7.5%). აღნიშნული ადასტურებს, რომ ქალებს უფრო მეტად აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ვიდრე იმავე ასაკის მამაკაცებს.

გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (73.1%) უფრო ხშირად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინმოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით. ბენეფიციართა გამოკითხვით, ყველაზე მეტად საჭიროებენ ექთნის (52.3%), ოჯახის ექიმის (24.4%), ექიმ-სპეციალისტების (23.3%) კვალიფიციურ სამედიცინო დახმარებას.

გამოკითხულთა უმრავლესობა (84.1%) უპირატესობას ანიჭებს შინმოვლას, ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას. ისინი უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათი ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე (ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად საჭირო დახმარება, საწოლს მიჯაჭვული პირის ხანგრძლივი მოვლა), რის გამოც გამოკითხულთა 61.5%-ს ურჩევნია თავიანთი ოჯახის წევრებისგან ან ნათესავებისგან მიიღოს შინმოვლის სერვისები. ამ მხრივ, ოჯახის წევრები საჭიროებენ სპეციალურ ტრენინგებს/კონსულტაციებს შინმოვლის სერვისებზე. გამოკითხულთა შედარებით ნაკლები – 38.5% უპირატესობას ანიჭებს მოვლაში გადამზადებული ექთნების მიერ გაწეულ შინმოვლის სერვისებს.

კვლევების მიხედვით, მამაკაცები (52.1%) მეტ დახმარებას საჭიროებენ ცხოვრების ყოველდღიურ საქმიანობებში, ვიდრე ქალები (47.4%), რაც მიუთითებს, რომ ისინი დამოკიდებულნი არიან მათ მეუღლეებზე და უმეტესწილად სწორედ ეს უკანასკნელნი ახორციელებენ შინმოვლის სერვისებს. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მეუღლეები გაწეულ დახმარებას ოჯახურ მოვალეობად თვლიან და არ მიიჩნევენ მას დახმარებად.

მარტოხელა ქალებიდან და მამაკაცებიდან ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარება ესაჭიროება მამაკაცების 58%-სა და ქალების 42%-ს, რაც მიგვანიშნებს, რომ როდესაც მეუღლე გარდაცვლილია, ასეთი სახის დახმარების საჭიროება იზრდება მამაკაცებში, რადგან ისინი უფრო მეტად არიან დამოკიდებულნი მათი მეუღლის ზრუნვაზე.

ბენეფიციარები, რომლებიც ცხოვრობენ არა მეუღლესთან, არამედ სხვა პირებთან (უმთავრესად შვილებთან) ერთად და გააჩნიათ ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ასევე უპირატესობას ანიჭებენ ზრუნვის დაწესებულებებს. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ხანდაზმულ ადამიანებს არ სურთ მათ ოჯახებს აჰკიდონ ზრუნვის იმაზე მეტი ტვირთი, რასაც ისინი აკეთებენ.

რადგანაც ახლობლები წარმოადგენენ ხანდაზმულთათვის ზრუნვის სერვისების ძირითად მიმწოდებლებს საკუთარ სახლებში, სასურველია მათთვის შესაფერისი ფორმალური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა. ზოგ ქვეყანაში (მაგ., შვედეთში) ოჯახის წევრების მიერ გაწეულ ზრუნვისთვის კანონმდებლობით გამოყოფილია სპეციალური მიზნობრივი გრანტები, რომლებსაც მთავრობა ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოების სახელზე გასცემს. იგი მიმართულია ზრუნვის არაფორმალური მიმწოდებლების სტიმულირებისა და განვითარების მხარდასაჭერად (მაგ. გერმანიაში ოჯახის წევრების მიერ გაწეული შინმოვლის სერვისები სადაზღვევო პაკეტშია ინტეგრირებული).

ზრუნვის საჭიროების მქონე ბენეფიციართა უმრავლესობა დახმარებას იღებს მათი მეუღლეებისა და შვილებისაგან, შესაბამისად, ოჯახი წარმოადგენს ხანდაზმულთათვის ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერს. ეს ფაქტი უნდა იყოს აღიარებული და გათვალისწინებული ხანდაზმულთა პოლიტიკის შემუშავებისას. სასურველია, როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, ასევე სახელმწიფომ გაითვალისწინოს ოჯახის მიერ გაწეული შინმოვლის სერვისები და ისინი შესაბამის პროგრამებში ჩართოს. ოჯახის, როგორც არაფორმალური მიმწოდებლის კომპონენტის ჩართვა შინმოვლის ფორმალურ სერვისებში აამაღლებს ხანდაზმულებისთვის ზრუნვის მოტივაციას. საკუთარ სახლში გაწეული მოვლის სერვისები საგრძნობ დახმარებას გაუწევს როგორც ხანდაზმულებს, ასევე მათ ოჯახებს და, რაც მთავარია, შეამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას.