

# შინმოვლის კონცეფცია

კოალიცია შინმოვლა საქართველოში ჩამოყალიბდა  
ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით  
ჰოლანდიური საქველმოქმედო ფონდისა



კავშირი „ღამიანი და ბუნება“



ფონდი „თაობა“



ონკოპრევენციის ცენტრი

[www.homecare.ge](http://www.homecare.ge)

[homecaregeorgia@yahoo.com](mailto:homecaregeorgia@yahoo.com)

## წინათქმა

წინამდებარე დოკუმენტის შექმნა განპირობებულია საქართველოში შინმოვლის ერთიანი პოლიტიკისა და მომსახურების სისტემის არარსებობით. ამავე დროს, ქვეყანაში დაგროვდა ამ სფეროში მომუშავე რიგი არასამთავრობო ორგანიზაციების ათწლიანი გამოცდილება, რომელიც სერიოზულ განზოგადებას საჭიროებს. თითოეულ ამ ორგანიზაციას აქვს განსხვავებული მომსახურების სპექტრი, შიდა სტანდარტები, სამიზნე ჯგუფები და სხვა.

საქართველოში ერთიანი, შეთანხმებული განვითარების სტრატეგიის შექმნის მიზნით, ჩამოყალიბდა შინმოვლის კოალიცია და დაიწყო პროექტის განხორციელება. კოალიციური პროექტის ფარგლებში დაგეგმილია ყველა იმ კვლევისა თუ სამუშაოს ჩატარება, რომელიც ხელს შეუწყობს საქართველოსთვის ოპტიმალური შინმოვლის მოდელის შექმნას.

კონცეფციაში თავმოყრილი ინფორმაცია აერთიანებს კოალიციის წევრ ორგანიზაციათა მიერ შეთანხმებულ საკითხებს, რათა კოალიციურ პროექტზე მუშაობის პროცესში მაქსიმალურად იქნეს თავიდან აცილებული გაუგებრობები ძირითად საკითხებთან დაკავშირებით, შეიქმნას ერთიანი სალაპარაკო ენა, როგორც კოალიციის შიგნით, ასევე სხვა დაინტერესებულ პირებთან. საქმე იმაშია, რომ შინმოვლის ცნების ინტერპრეტაცია არაერთგვაროვანია არა მარტო ჩვენში, არამედ მთელ მსოფლიოში. კოალიციური პროექტის დასრულების შემდეგ შესაძლებელი გახდება დახვეწილი, პრაქტიკით შემოწმებული და ექსპერტების რჩევების გათვალისწინებით შემუშავებული კონცეფციის დოკუმენტის შექმნა. ამ ეტაპზე კი ის წარმოადგენს შინმოვლის სფეროში მომუშავე ქართული ორგანიზაციების გამოცდილების შეჯგურებისა და შეთანხმების ამსახველ საწყის დოკუმენტს. მისი შემოკლებული ვერსია ბუკლეტის სახით დაიბეჭდა ფართო საზოგადოებისთვის შინმოვლის წარსადგენად.

*ჩვენი მიზანია შევქმნათ შინ, სახლის პირობებში მიწოდებული მომსახურებების სამუშაო მოდელი იმ ადამიანთათვის, რომლებიც მოვლა-მზრუნველობას საჭიროებენ, რათა ეფექტურად დავეხმაროთ მათ ცხოვრების ხარისხის ამაღლებაში, კერძოდ, ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაში.*

## შინამოვლის კონცეფცია

შინამოვლა არის სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიწოდება საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის (შემდგომში „პაციენტი“), რომელთაც ფიზიოლოგიური მდგომარეობის ან ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიების გამო შეზღუდული აქვთ საკუთარი თავის მოვლის უნარი და საჭიროებენ ზრუნვას.

**შინამოვლის მიზანია** გააუმჯობესოს პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი, კერძოდ, გახადოს ეს ადამიანები მათ ყოველდღიურ ქმედებებში შეძლებისდაგვარად დამოუკიდებელნი შინ, მათთვის ჩვეულ საცხოვრებელ პირობებში, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფითა და სრულფასოვანი ცხოვრების ეთიკური ნორმების დაცვით.

### შინამოვლის ამოცანები

1. პაციენტთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა (პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მონიტორინგი);
2. პაციენტთა ხელშეწყობა ყოველდღიურ აქტივობასა (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის დაცვა და სხვ.) და ინსტრუმენტულ აქტივობაში (ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენება);
3. პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რესურსებისა და უნარების გამოვლენა და მათ განვითარებაში დახმარება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შექმნა-განვითარება);
4. პაციენტებისა და მათი გარემოცვის ფსიქო-სოციალური დახმარება (დახმარება ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნაში, ასევე, საჭირო მომსახურების მიღებაში და მისთ.).

სახლის პირობებში მოვლა-მზრუნველობა ეფუძნება „საკუთარ სახლში ცხოვრების“ უპირატესობის დამკვიდრებას შესაბამის დაწესებულებებში გადაყვანასთან შედარებით. ეს იმას ნიშნავს, რომ ხელი შეეწყოთ ადამიანების მიკროსოციუმში ინტეგრირებას და თავიდან ავაცილოთ საავადმყოფოებსა და სხვა დაწესებულებებში (მაგ.: ჰოსპისებში, თავშესაფრებში, ხანდაზმულთა სახლებში და სხვ.) ხანგრძლივად მოხვედრა და, შესაბამისად, იზოლაცია, როდესაც არ არსებობს ამის აუცილებლობა. შინამოვლა მნიშვნელოვნად ამცირებს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ხარჯებს, ანუ ხელსაყრელია არა მხოლოდ ჰუმანური, არამედ ეკონომიკური თვალსაზრისითაც. მით უმეტეს, თუ საქმეში, გარდა პროფესიონალებისა, სპეციალურად მომზადებულ

არაპროფესიონალებსაც ჩავრთავთ. ამ თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს სოციალური ურთიერთკავშირების ხელშეწყობა და არაფორმალური ქსელის განვითარებაზე ზრუნვა.

შინმოვლა არის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების შემადგენელი ნაწილი. ის მოიცავს ყველა იმ მოქმედებას, რომელიც სრულდება იმ ადამიანთათვის, მზრუნველობას რომ საჭიროებენ. შინმოვლა შეიძლება შესრულდეს ბინაზე ან თემში არსებულ სხვა დაწესებულებებშიც, როგორცაა, მაგ., დღის ცენტრები. აქ იგულისხმება აგრეთვე ზრუნვა იმ ადამიანებზეც, რომლებსაც მუდმივი საცხოვრებელი არ გააჩნიათ, მათ შორის – ქუჩაში მცხოვრები ბავშვებზეც.

შინმოვლა შესაძლებელია ორგანიზებული და დაფინანსებული იყოს საზოგადოების მიერ, მაგრამ მომსახურების მიმწოდებლები იყვნენ სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციები ან კერძო სექტორი. ისინი დაკომპლექტებულნი არიან პროფესიონალი ექიმებით, ექთნებითა და სოციალური მუშაკებით, ასევე, არაპროფესიონალი მომვლელებით. ეს ოფიციალური ქსელია. არაფორმალური მომვლელები არიან უმეტესად ოჯახის წევრები, ნათესავები, ახლობლები, მეზობლები, მეგობრები და ცალკეული მოხალისეები. მოხალისეები შეიძლება იყვნენ მობილიზებული სხვადასხვა დაწესებულებებში, მათ შორის რელიგიური ორგანიზაციებშიც. ძალზე მნიშვნელოვანია მომვლელთა როგორც ფორმალური, ასევე არაფორმალური ქსელების ურთიერთშეთანხმებული ქმედება.

შინმოვლის მიმწოდებელთა რიგებში მოსწავლე ახალგაზრდობის, სტუდენტების, ალტერნატიულ სამსახურში მყოფი ახალგაზრდა მამაკაცების და სხვა მოხალისეთა ჩართვა ამაღლებს:

- შინმოვლის ხარჯთეფექტიანობას;
- კვალიფიციური კადრის ეფექტიან გამოყენებას (არმოცდენას ნაკლებად კვალიფიციური საქმიანობისთვის);
- საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებას ურთიერთდახმარების თვალსაზრისით;
- მოზარდ ახალგაზრდობაში მაღალი სოციალური ცნობიერებისაჩამოყალიბებას;
- ზოგადად, მოქალაქეთა ჩართულობას სოციალური სფეროს მოწესრიგებაში, რაც, თავისთავად, წინგადადგმული ნაბიჯია სამოქალაქო საზოგადოებისკენ.

შინმოვლის განვითარების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს საზოგადოებასთან ურთიერთობის ოპტიმალური ორგანიზება. ე. ი. უნდა არსებობდეს:

- ინფორმაცია ხელმისაწვდომი მომსახურებების შესახებ (რა იგულისხმება ამ მომსახურებებში, ვინ არიან მათი მიმწოდებლები, შეფასების რა კრიტერიუმებს ეფუძნება ეს სამსახურები, როგორ ხდება მოვლა-მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანების შერჩევა და სხვა);
- პიროვნებისა და მისი უახლოესი გარემოცვის ხარისხიანი სამედიცინო და სოციალური დახმარების შესაძლებლობა;
- ტექნიკური ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს ადამიანების ხელახალ აღაპტაციას მათსავე სახლის პირობებთან (ლიფტის, სახელურების და სხვა დამხმარე საშუალებათა არსებობა);
- ემოციური დახმარებისა და თანადგომის აღმოჩენის შესაძლებლობა, რათა ადამიანებმა იპოვნონ პასუხები მათ პიროვნულ პრობლემებზე.

ამრიგად, შინმოვლის სამსახურებზე ვრცელდება ყველა ის მოთხოვნა, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის ქსელს შეეხება, კერძოდ:

- ⇒ მაღალი ხარისხის და ფიზიკურად ადვილად ხელმისაწვდომი, მიუხედავად რასისა, რელიგიური თუ სქესობრივი დიკუთვნებულობისა;
- ⇒ ფინანსურად ხელმისაწვდომი როგორც საზოგადოებისთვის, ისე სახელმწიფოსთვის;
- ⇒ მოსარგებლის აქტიური მონაწილეობა მასზე ზრუნვის პროცესში და გადაწყვეტილებების მიღებისას;
- ⇒ მოქნილი და მჭიდრო თანამშრომლობა სხვა ორგანიზაციებთან;
- ⇒ მაქსიმალურად მიზანმიმართული ადამიანის საჭიროებათა დაკმაყოფილებისკენ;
- ⇒ როგორც მოსარგებლის, ასევე ფორმალურ და არაფორმალურ ქსელში ჩართულ ადამიანთა უფლებების გათვალისწინება.

## შინმოვლის სამიზნე ჯგუფი

1. უძლური ხანდაზმულები;
2. ფიზიკური თუ ფსიქიკური დაავადების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
3. დროებით უნარშეზღუდულები (მაგალითად, მწვავე მდგომარეობების, მძიმე დაავადებების, ოპერაციების, მოტეხილობების, ინსულტების შემდეგ);

4. ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები;
5. ფიზიოლოგიური მდგომარეობებით უნარშეზღუდულები (მელოგინე ქალები, ჩვილი და მცირეწლოვანი ბავშვები).

### შინმოვლის მოსარგებლენი

1. საკუთრივ სამიზნე ჯგუფი – ადამიანები დამოკიდებულების სხვადასხვა ტიპით და ხარისხით, რომელთა ცხოვრების ხარისხი უმჯობესდება;
2. არაფორმალური მომვლელები, რომელთა ჯაფა შემსუბუქებულია, ხოლო საქმიანობის ეფექტურობა გაზრდილი, ერთი მხრივ, ჩანაცვლებით, მეორე მხრივ, საჭირო უნარ-ჩვევების შექმნით;
3. სახელმწიფო, რომელიც დაინტერესებულია ხარისხიანი და ხარჯთეფექტიანი პროგრამის განხორციელებით;
4. საზოგადოება, რომელშიც ვითარდება თანადგომის კულტურა.

შინმოვლის მოსარგებლეთა რიცხვი მით უფრო დიდია, რაც უფრო კარგად არის ორგანიზებული სისტემა. ასეთ შემთხვევაში, გარკვეულწილად, მთელი საზოგადოება ხდება ამ ქსელში ჩართული და მისგან სარგებელსაც იღებს. 3

გარემოებები, რომლებიც განსაზღვრავენ სამიზნე ჯგუფების მოცულობას მათთვის მომსახურებათა ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, შემდეგია:

- შემოსავლის დონე;
- ოჯახის წევრთა თუ სხვა არაფორმალურ დამხმარეთა რაოდენობა;
- არაფორმალურ მომვლელთა დასაქმებულობა და მანძილი სახლსა და სამუშაოს შორის;
- მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის არსებობა (თუ არიან მუდმივ გადაადგილები, როგორც უსახლკარო/ქუჩის ბავშვები და მოზრდილები);
- კლიმატი და გეოგრაფიული პირობები;
- საზოგადოებრივი ინფრასტრუქტურის არსებობა.

სოციალური დისფუნქცია და უკიდურესი გაჭირვება შეგნებულად არ არის შეტანილი ამ ჩამონათვალში.

რეფორმების პროცესში მყოფი საზოგადოებისთვის გაცილებით უფრო ადვილია ჯანდაცვისა და სოცურუნველყოფის სისტემებში შინმოვლის

მართებული ადგილის განსაზღვრა. სახელმწიფო და ადგილობრივი მმართველობის შესაბამისი სამსახურები დაინტერესებულები უნდა იყვნენ საქართველოსთვის ოპტიმალური შინმოვლის მოდელის ჩართვით შესაბამის პროგრამებში, მათი ხარჯთეფექტიანობის ასამაღლებლად. ასეთ შემთხვევებში ისინიც ხდებიან შინმოვლის პირდაპირი მოსარგებლენი.

კარგად ორგანიზებულმა და სახელმწიფოს მიერ ადეკვატურად ხელშეწყობილმა შინმოვლამ მნიშვნელოვანად უნდა გააუმჯობესოს როგორც პირდაპირი მოსარგებლეების, ასევე მათზე მზრუნველთა ცხოვრების ხარისხი.

შინმოვლის მოსარგებლეთა შორის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ჯგუფს წარმოადგენენ არაფორმალური ქსელის მოძველები – პაციენტების ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეგობრები, მეზობლები. ეს ის ადამიანები არიან, რომელთაც სხვადასხვა მიზეზის გამო – სამსახური, ოჯახის მარჩენალის მოვალეობები, სტრესი, გადაღლა – ახლობლის მოვლა აღარ შეუძლიათ; მით უფრო, რომ არაფორმალური მოძველები უმეტესწილად ქალები არიან, რომელთაც ისედაც მხრებზე აწვეთ ოჯახზე ზრუნვის ძირითადი სიმძიმე. მათი კვალიფიციურად ინფორმირება, განათლება, პაციენტების მოვლისთვის ელემენტარული უნარ-ჩვევების სწავლება და, აუცილებლობის შემთხვევაში, ჩანაცვლება, მნიშვნელოვნად აჯანსაღებს პაციენტის სოციალურ გარემოს. მათზე ზრუნვა სოლიდარული საზოგადოების მნიშვნელოვანი ამოცანაა.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ზრუნვა ეროვნული ტრადიციების შენარჩუნებისთვის. საქართველოში ტრადიციულად არსებობდა თანადგომის მაღალი კულტურა და მნიშვნელოვანია ამის ხელშეწყობა. ამავე დროს აუცილებლად უნდა იქნეს დამყარებული ბალანსი ოჯახურ და საზოგადოებრივ პასუხისმგებლობებს შორის. ექვს კი სრულებითაც არ გულისხმობს ადამიანების სრულ გათავისუფლებას მათი ინდივიდუალური პასუხისმგებლობისგან.

როგორც სამიზნე ჯგუფის ჩამონათვალიდან ჩანს, შინმოვლის პაციენტებისთვის ასაკობრივი შეზღუდვა არ არსებობს. გასაგები მიზეზების გამო, ამ თვალსაზრისით ყველაზე დიდ ჯგუფს უძღური ხანდაზმულები წარმოადგენენ. როგორც ჩვენი, ასევე უცხოური გამოკვლიებით, ისინი შინმოვლის მოსარგებლეთა 80%-ზე მეტს შეადგენენ.

შინმოვლაზე უადრესად გაზრდილი მოთხოვნა მსოფლიოში აიხსნება სწორედ მოსახლეობის სწრაფი დაბერებით. განვითარებულ ქვეყნებში, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდის და შობადობის შემცირების გამო, ხანდაზმულების წილი მოსახლეობაში 22-25%-ია, რაც 2025 წლისთვის 33-34%-ს მიაღწევს (ყოველი მესამე!). საქართველოს დემოგრაფიული სურათი აღნიშნულის მსგავსია (მცირედ ნაკლები მაჩვენებლებით), რაც უპირატესად შობადობის შემცირებით და



მიგრაციის მაღალი დონით აიხსნება. საქართველოში შინმშობლის აქტუალურობის სპეციფიკური ფაქტორები შემდეგია:

1. სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები;
2. მრავალთაობიანი ოჯახების შემცირება;
3. უპირატესად ახალგაზრდების (პოტენციური მომვლელების) მიგრაცია;
4. ქალების (ძირითადი მომვლელების) მზარდი დასაქმებულობა.

შინმშობლის მოსარგებლეთა შორის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ჯგუფს წარმოადგენენ ფსიქიკური პრობლემების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, რომელთაც მკვეთრად აქვთ დაქვეითებული ქმედობაუნარიანობა. ეს ვლინდება საკუთარი თავის მოვლის, კომუნიკაციისა და თავისუფალი გადაადგილების უნარების მკვეთრ დაქვეითებაში. საზოგადოებაში არსებობს ერთგვარი დაღი (სტიგმა) და უსაფუძვლო შიში ასეთი ადამიანების მიმართ. ჯანდაცვის არსებული პროგრამები უზრუნველყოფენ მხოლოდ ფსიქიატრიულ სამედიცინო დახმარებას საექიმო კონსულტაციებისა და ექთნების მიერ მედიკამენტების ბინაზე მიწოდების სახით. შინმშობლის ელემენტები ამ პროგრამებში არსად არის ჩართული. ასეთი პაციენტებისთვის აუცილებელი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სრულად მიღება შესაძლებელია მხოლოდ სპეციალურ ცენტრებში და ისიც მხოლოდ შეზღუდული კონტინგენტისთვის. რაც შეეხება მრავალდარგოვან მობილურ ჯგუფებს (რომელთა საქმიანობა წარსულში გრანტებით იყო მხარდაჭერილი), ისინი ემსახურებოდნენ მხოლოდ ხანდაზმულებს და ამჟამად აღარ არსებობენ.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტები კიდევ უფრო მეტად არიან იზოლირებულნი საზოგადოებისგან და თუკი მათ არ ჰყავთ არაოფიციალური მომვლელები – ოჯახის წევრები ან ახლობლები – მათი მდგომარეობა განსაკუთრებულად მძიმეა.

## შინმშობლის მომსახურება

1. სამედიცინო მომსახურება
  - საექიმო დახმარება – პროფილაქტიკა (მეორადი გართულებებისა და ახალი პათოლოგიის პრევენცია), დიაგნოსტიკა (ბინაზე მცირე ლაბორატორიული გამოკვლევები, კარდიოგრაფია, ექოსკოპია), მკურნალობის დანიშვნა და საჭიროებისას სხვადასხვა სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელება, მონიტორინგი;

- საექთნო დახმარება – მოვლის დაგეგმვა, ავადმყოფზე დაკვირვება (მათ შორის სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი), პროფილაქტიკური ღონისძიებები, სამედიცინო მანიპულაციები, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, გარეგანი თერაპიული ზემოქმედება, პროცესის კოორდინირება, პაციენტთა თვითმოვლისა და თვითდახმარების ხელშეწყობა, მოვლის შეფასება;
- სხვა სპეციალისტების დახმარება – ფსიქოლოგის, ოკუპაციური თერაპევტის, ფიზიოთერაპევტისა და მისთ.;
- ძირეული მოვლა - დახმარება ყოველდღიურ აქტიურობაში (მაგ.: დაბანა, დახმარება ჩაცმასა და საკვების მიღებაში და მისთ.).

## 2. ფსიქო-სოციალური დახმარება

- მორალურ-ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, რელიგიური და სულიერი დახმარება;
- გარემოში დახმარება (მაგ.: გადასახადების გადახდა, პენსიის აღება, შეღავათების მოძიება, დახმარება სამართლებრივი ტიპის საკითხების მოგვარებაში, რეფერალი და კავშირი თემის სხვა რესურსებთან, სპეციალური დამხმარე საშუალებების მიწოდების ორგანიზება და მისთ.);
- საყოფაცხოვრებო დახმარება – საყიდლების მოტანა, საკვების მომზადება, დალაგება, გარეცხვა და სხვა;
- მეთვალყურეობა – დაკვირვება და ყურადღების მიქცევა დღე-ღამის ნებისმიერ პერიოდში უმცროსი სამედიცინო პერსონალის ან მონხალისეთა მონაწილეობით.

## 3. განათლება

- არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შესწავლა-დახვეწა);
- არაფორმალური ქსელის განვითარებასა და სოციალურ ურთიერთკავშირებზე ზრუნვა, მონხალისეთა მობილიზება;
- საზოგადოებაში შინმოვლის თემატიკის პოპულარიზაცია.

## შინმოვლის მომსახურების ღონისძიებები

სამიზნე ჯგუფის საჭიროებების დაკმაყოფილების მიხედვით, პირობითად შეიძლება გამოიყოს შინმოვლის მომსახურების ორი ღონე:

- ა. პირველადი – სასიცოცხლოდ აუცილებელი - ფიზიკური და სოციალური საჭიროებების მინიმალურ ღონეზე უზრუნველყოფა, გულისხმობს როგორც სამედიცინო ისე ფსიქო-სოციალურ დახმარებას იმ მინიმალური მოცულობით, რათა შენარჩუნებული იქნეს პაციენტის სიცოცხლე, ადამიანური ღირსება და დაცული იყოს მისი უფლება მკურნალობასა და სოციალურ უზრუნველყოფაზე.
- ბ. სრული – მოიცავს ყველა იმ შესაძლებელ სამედიცინო თუ ფსიქო-სოციალურ მომსახურებებს, რისი მიწოდებაც შესაძლებელია ბინაზე (იხ. შინმოვლის პაკეტში შემავალ მომსახურებათა ჩამონათვალი), პაციენტის სურვილების გათვალისწინების ჩათვლით.

საერთაშორისო გამოცდილებით, აშკარა უპირატესობა ენიჭება შინმოვლის მომსახურებების სპექტრში სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური დახმარებების ერთდროულ და კოორდინირებულ ჩართვას.

## შინმოვლის მომსახურების მიმწოდებლები

- 1. არაფორმალური ქსელის წარმომადგენლები – ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეზობლები, მეგობრები, ეკლესიის მრევლი,
- 2. ფორმალური ქსელის წარმომადგენლები – სხვადასხვა სახელმწიფო, კერძო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებში მომუშავე პროფესიონალები, მათ შორის:
  - სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები – მოძველი ექთნები, ოჯახის ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, ექიმი-სპეციალისტები, სხვადასხვა თერაპევტები (ფიზიო-, ოკუპაციური-, ხელოვნებითი-, ერგოთერაპევტები...), ფსიქოლოგები;
  - სოციალური მომსახურების მიმწოდებლები – სოციალური მუშაკები, სახლის მოწესრიგებაში დაამხმარენი, ხელოსნები და სხვა.

ტრადიციულად, დიდა მოხალისეთა როლი, როგორც არაფორმალურ, ასევე, ფორმალურ სექტორშიც.

შინმოვლის უდიდესი ტვირთი (80-90%) მოდის არაფორმალურ ქსელზე. იდეალურ შემთხვევაში, ფორმალური ქსელი თავის თავზე იღებს ყველაზე რთულ შემთხვევებს ან ეხმარება არაფორმალურ ქსელს პრობლემების მოგვარებაში. ფორმალური ქსელის ჩამოყალიბებისას

უპირატესობა ენიჭება მომსახურების მიმწოდებელთა მჭიდრო თანამშრომლობას შინმოვლის მრავალდარგოვან გუნდებში, რაც უზრუნველყოფს მომსახურების მაღალ ხარისხს. ასეთი გუნდების უმცირეს სტრუქტურულ ერთეულს შეადგენენ: ოჯახის ექიმი, ექთანი და სოციალური მუშაკი. საჭიროების შემთხვევაში, მათ ემატებათ სხვადასხვა ექიმი-სპეციალისტი თუ თერაპევტი, ფსიქოლოგი და სხვა დამხმარენი.

პრობლემისადმი კომპლექსური მიდგომა გულისხმობს შინმოვლის სამსახურებში განსხვავებული პროფესიის მქონე პროფესიონალებს და არაპროფესიონალებს შეთანხმებული მუშაობის პრინციპს.

ჩვენში რიგი სპეციალისტების დეფიციტის გამო უნდა შეიქმნას ეგრეთ წოდებული ტრანსდისციპლინური ჯგუფები, სადაც საქმიანობის ძირითადმა განმასხვავებლებმა – მომვლელმა ექთნებმა და ექთანმა-კოორდინატორებმა – სპეციალური გადამზადების საშუალებით უნდა შეიძინონ ისეთი პროფესიების, როგორცაა სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი და სხვათა ელემენტარული უნარ-ჩვევები. მომავალში სასურველი იქნება ყველა ამ პროფესიონალის ჩართვა მსგავს სამსახურებში. სადღეისოდ საჭიროა მრავალდარგოვანი გუნდის შემადგენელი ყველა პროფესიული ჯგუფის – ექიმების, ექთნების, ფსიქოლოგების, ფიზიოთერაპევტების და სხვათა – გადამზადება შინმოვლის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

შინმოვლის სამსახურების მრავალდარგოვან გუნდებში ადამიანთა წარმატებული მუშაობის საფუძველს ქმნის ქვეყნისათვის მისადაგებული მენეჯმენტი.

ევროპასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში შინმოვლის ყველაზე გავრცელებულ მოდელებში მომხმარებელთან პროფესიონალური გუნდის განსაზღვრულ წევრთა დაკავშირება ხდება შემთხვევის მენეჯერების მიერ, რომლებიც განათლებით ძირითადად სოციალური მუშაკები არიან. სამედიცინო ჩარევის საჭიროების შემთხვევაში, საქმეში ერთგვარ ოჯახის ექიმი ან ზოგადად პრაქტიკის ექიმი, რომელმაც უნდა დაინშნოს მოვლის შესაბამისი ღონისძიებები და მკურნალობა. მომვლელი ექთანი ამ ჯგუფის ერთ-ერთი ცენტრალური ფიგურაა. გუნდს ავსებენ: ფიზიოთერაპევტი, ასევე, რეაბილიტაციის პროცესში ჩართული სხვა პროფესიონალები – ოკუპაციური-, მეტყველებითი-, ხელოვნებითი თერაპევტი, ფსიქოლოგი და სხვა სპეციალისტები.

ჩვენში პროფესიონალი სოციალური მუშაკების სიმცირის გამო, ამ ეტაპზე, შემთხვევების მართვას საკუთარ თავზე აიღებენ კოორდინატორი ექთნები, რომელთაც სპეციალური გადამზადების კურსი ექნებათ გავლილი.

შინმოვლის მენეჯმენტის ძირითადი საფეხურებია:

1. საზოგადოების ინფორმირება;

2. მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა პირველადი განსაზღვრა;
3. მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა შეფასება და ანალიზი;
4. სამუშაო გეგმის შედგენა;
5. შინმოვლის აქტიურობების განხორციელება;
6. მონიტორინგი;
7. განმეორებითი შეფასება (საბოლოო შედეგები).

სამუშაო გეგმის შედგენის დროს აუცილებლად გასათვალისწინებელია:

- მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა პრიორიტეტები;
- მათ დასაკმაყოფილებლად ოპტიმალური გზის გამოძებნა;
- ამ დროს გასაწევი ხარჯების განსაზღვრა;
- მოვლის გეგმის დოკუმენტური გაფორმება და მოვლის ღონისძიებების ხანგრძლივობის განსაზღვრა;
- იმ შემთხვევებში, როდესაც წამოჭრილი პრობლემების გადაჭრას ვერ უზრუნველყოფს შინმოვლის ჯგუფი, მომხმარებლისთვის პრობლემის გადაჭრის სხვა გზების შეთავაზება და, საჭიროების შემთხვევაში, ამგვარი ღონისძიებების ორგანიზება.

ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ შინმოვლის დაგეგმვის და განხორციელების პროცესი მხოლოდ მაშინ იქნება სრულფასოვანი, როდესაც მიღწეულია მოსარგებლის ან მისი მეურვის ნდობა და თანხმობა, ანუ უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს მოსარგებლეთა ჩართულობა შინმოვლის მომსახურებებში (ჯანმო). ექს ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგანაც მოსარგებლე უნდა გააზღეს მასზე მზრუნველი ჯგუფის პარტნიორი და მიიღოს აქტიური მონაწილეობა ყველა პრობლემის გადაწყვეტაში. ცალკეულ შემთხვევებში, ზემოთ ჩამოთვლილ სპეციალისტთა ჯგუფს შეიძლება მიემატოს სასულიერო პირი, იურისტი და სხვა პროფესიის ადამიანები.

შინმოვლის მომსახურებების ხარისხი დამოკიდებულია განმახორციელებელი სპეციალისტების პროფესიონალიზმზე, გამოცდილებაზე, გუნდური მუშაობის თავისებურებათა ფლობაზე, შინმოვლის სტანდარტების ცოდნასა და მოტივაციაზე. შინმოვლის მომხმარებლები უმეტესად ძალიან მგრძობიარენი არიან და მათთან მომუშავე სპეციალისტების თუ არაპროფესიონალების შერჩევა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს.

რაც შეეხება შინმოვლის მრავალდარგოვანი გუნდის სტრუქტურას, ის სხვადასხვა ტიპის დასახლებაში განსხვავებული შეიძლება იყოს. ზემოთ წარმოდგენილი სრული შემადგენლობის მრავალდარგოვანი გუნდი ჩვენს

შემთხვევაში შესაძლოა მობილიზებული იქნეს მხოლოდ თბილისში. აქ ასევე შესაძლებელია პაციენტთა უზრუნველყოფა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევებით, ანუ შესაძლოა მაღალსპეციალიზირებული დახმარებისა და სრულყოფილი რეფერალური სისტემის ჩამოყალიბება. ექს კი იმას ნიშნავს, რომ შინმოვლის პაკეტში შესაძლოა ორივე ღონის მომსახურება შევიდეს:

- პირველადი (სასიცოცხლოდ აუცილებელი);
- სრული (სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების სრულად მომცველი).

ამგვარი სამსახურების ჩამოყალიბება თავისთავად გულისხმობს ასეთ ცენტრებში მაღალი ღონის მატერიალური ბაზის არსებობას, სპეციალისტთა და არასპეციალისტთა კვალიფიკაციის მუდმივი ამაღლების უზრუნველყოფას და საზოგადოებასთან სრულფასოვანი ურთიერთობის დამყარების საშუალებათა არსებობას. შინმოვლის ამგვარი ცენტრი თავდაპირველად უნდა ჩამოყალიბდეს თბილისში, ხოლო მომავალში, შესაძლოა, საქართველოს სხვა დიდ ქალაქებშიც.

სხვადასხვა სპეციალობის პროფესიონალთა დეფიციტი ყველაზე მაღალ ხარისხს აღწევს საქართველოს მაღალმთიან სოფლებში. რიგ შემთხვევებში, არათუ სოციალური მუშაკის, ოკუპაციური და სხვა თერაპევტების, არამედ შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე ექიმების მოძიებაც კი შეიძლება გაჭირდეს. ამიტომ, ამ ტიპის დასახლებებში ძირითად როლს შეადგენენ შესაბამისი პროგრამების ფარგლებში მომზადებული ოჯახის ექთნები. მათი მუშაობის კოორდინირება სასურველია გასწიონ სპეციალურად მომზადებულმა კოორდინატორმა-ექთნებმა. თუკი სოფელს არ ჰყავს გადამზადებული ოჯახის ექიმი, მისი მობილიზება უნდა მოხდეს უახლოესი რაიონული ცენტრიდან.

ამგვარად, საქართველოს სოფლებში, განსაკუთრებით კი მაღალმთიანი რეგიონების სოფლებში, მომსახურება შეყოფიერდება მინიმალური დახმარებით – შინმოვლის პირველადი ღონით, რომელსაც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებთან არსებული და სპეციალურად გადამზადებული ექთნები განახორციელებენ.

ამ ორ უკიდურეს ფორმას შორის გარდამავალი ხასიათის სამსახურების შექმნა საჭიროა პატარა ქალაქებში. აქ უფრო მეტი სპეციალისტის ჩართვა იქნება შესაძლებელი. შინმოვლის უმცირეს გუნდს დაემატებიან ექიმები, შესაძლოა, სხვა სპეციალისტებიც: ფსიქოლოგი, ფიზიოთერაპევტი. ჩატარდება მცირე ინსტრუმენტული გამოკვლევები, ე. ი. მომსახურება უფრო მეტად სპეციალიზირებული განდება მრავალდარგოვანი გუნდების მობილიზებისა და მათი გადამზადების საშუალებით. ამას დაემატება შეზღუდული რეფერალური სისტემა. შინმოვლის ამ ტიპის ერთეულებიც დაუკავშირდება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედ ერთეულებს.

რაც შეეხება სოციალურ ასპექტს, მისი განვითარების გაცილებით ფართო შესაძლებლობები არსებობს სამივე ტიპის დასახლებაში. კვალიფიციური პერსონალის არსებობა ამ შემთხვევაში არ არის იმდენად განმსაზღვრელი, როგორც ურთიერთდახმარების ქსელში ადამიანების ჩართვის სტიმულირება. მაგალითად, თაობათაშორის ურთიერთობათა ისეთი სამსახურების დანერგვა, როგორიცაა კლუბები, მოხალისეთა ინსტიტუტები, ასევე, ეკლესიის მრევლის წევრების მობილიზება და სხვა.

## შინმოვლის მსოფლიო გამოცდილება

დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, შინმოვლა ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემების ნაწილია. 1990-იანი წლებიდან, მოსახლეობის მზარდი დაბერების გამო, ევროპის ქვეყნებსა და აშშ-ში ხდება შინმოვლის სისტემების ინტენსიური განვითარება, როგორც დაწესებულებაში მოვლის უფრო იაფი და ეფექტური ალტერნატივისა.

შინმოვლის ინტეგრირება ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემებში ორ მთავარ მიზანს ემსახურება:

1. ის უზრუნველყოფს მოვლის პროცესის უწყვეტობას პაციენტის საჭიროებებისა და მოთხოვნების შესაბამისად;
2. მრავალი ცალკეული მომსახურების მიწოდებასთან შედარებით ინტეგრირებული მომსახურებების მიწოდება შესაძლებელია უფრო დაბალი ხარჯების გაწევით, იმ შემთხვევაში, თუ ისინი კარგადაა კოორდინირებული, ფინანსურადაც სათანადოდაა უზრუნველყოფილი და ხელმისაწვდომი მომსახურებების ტიპები მკაფიოდაა განსაზღვრული საჭიროებების შესაბამისად.

ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების მიხედვით შინმოვლის ხასიათი მკვეთრად იცვლება. მსოფლიოს ყველაზე ღარიბ ქვეყნებში შინმოვლაში ჩართულ პირთა ქსელში მხოლოდ ძალიან მცირე რაოდენობით პროფესიონალი მომვლელები მონაწილეობენ. ეს ქსელი ძირითადად არაფორმალური მომვლელებისა და მოხალისეებისგან შედგება, რომლებიც მრავალ ამოცანას ასრულებენ. ასეთ შემთხვევებში პროფესიონალები, თუკი ისინი არსებობენ, უმეტესად ზედამხედველებისა და კონსულტანტების ფუნქციას კისრულობენ.

რაც უფრო განვითარებული და ეკონომიკურად მდიდარია ქვეყანა, რაც უფრო განვითარებულია მასში ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემები, მით უფრო სპეციალიზებული და პროფესიონალიზებულია ამ ქვეყნის შინმოვლის სამსახურები.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით შინმოვლა უნდა განდეს პირველადი ჯანდაცვის ნაწილი, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში, რომლებმაც არ უნდა გაიმეორონ ინდუსტრიული ქვეყნების შეცდომები, სადაც მსგავსი მომსახურებები ხშირად არაკოორდინირებული და ზედმეტად პროფესიონალიზირებულია. შესაბამისად, ისინი ძალიან ძვირია.

ამის გამო, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში შინმოვლა ჩართულია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში, რაც მას გარკვეულწილად აკავშირებს პირველადი ჯანდაცვის ყველა რგოლთან. ხშირად ქსელური მუშაობა სცდება პირველად ჯანდაცვას და ხდება შეთანხმებული ქსელური მუშაობა დიდ საავადმყოფოებთან, დღის ცენტრებთან, თავშესაფრებთან, ჰოსპისებთან და სხვა მსხვილ ჯანდაცვისა და სოცუზრუნველყოფის ორგანიზაციებთან. ზოგჯერ მას ხილსაც კი უწოდებენ ჯანდაცვის სისტემის ამ ორ დონეს შორის.

შინმოვლის სწორი სტრატეგია განაპირობებს იმას, იქნება თუ არა ეს სამსახურები:

1. ხარჯთეფექტიანი და მღვრადი;
3. ადეკვატური და მაღალი ხარისხის;
2. მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი და საჭიროებათა დამაკმაყოფილებელი;
4. დახმარების გამწევი ოჯახისა და არაფორმალური ქსელისათვის.

შინმოვლის უპირატესობის მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს ის, რომ ამ სამსახურის მომხმარებელთა აბსოლუტური უმრავლესობის შემთხვევაში თითქმის შეუძლებელია მკვეთრი საზღვრის გატარება ჯანმრთელობისა და სოციალური სფეროს პრობლემებს შორის. ამ პრობლემების საუკეთესო გადაჭრა სწორედ სოციალური მუშაკებისა და სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებული ქმედებაა, რაც მრავალდროვანი გუნდების მიერ მომსახურებების მიწოდებით გამოიხატება. ასეთი მიდგომით მთლიანად ინგრევა ძველი მიდგომა ამ საკითხებთან დაკავშირებით და მოსარგებლე აღმოჩნდება სამედიცინო და სოციალური დახმარების ქსელის ცენტრში.

შინმოვლის განვითარება განაპირობებს ჰოსპიტალური შემთხვევების სპეციფიკის შეცვლას, საავადმყოფოებში განმეორებითი მოხვედრის პრევენციას და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირებას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, შინმოვლის წარმატებული განვითარების უმთავრესი პრინციპებია:



1. საწყისი ინიციატივების აღიარება და მათი განვითარების ხელის შეწყობა;
2. შინმოვლის ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში;
3. ადგილობრივი სტრუქტურებისა და საშუალებების მაქსიმალური გამოყენება შინმოვლის ინსტიტუციური მდგრადობისთვის;
4. ყველა სექტორის, მათ შორის მოხალისეობის ინსტიტუტის და კერძო სექტორის ერთობლივი მუშაობის უზრუნველყოფა;
5. შინმოვლის გათვალისწინება ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ყველა რეფორმაში.

საქართველოს შინმოვლის კოალიციის პილოტური პროექტის დასასრულს შემუშავდება შინმოვლის მინიმალური პაკეტი, როგორც პირველადი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილი. ასევე, შეძლებისდაგვარად განისაზღვრება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების არსებობის შესაძლებლობა.

## შინმოვლის განვითარება საქართველოში

ტრადიციულად, მოხუცის თუ ავადმყოფის მოვლა ოჯახისა და თემის ფუნქციას წარმოადგენდა.

ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის საბჭოთა სისტემამ თავის თავზე აიღო შინმოვლის მომსახურების ნაწილი, რაც დღემდე მეტ-ნაკლებად ხორციელდება ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების და ქალთა კონსულტაციების მიერ.

დღეს საქართველოში შინმოვლის ცალკეულ ელემენტებს არაოფიციალურად ახორციელებენ არაპროფესიონალები ან არასრული კვალიფიკაციის მქონე პირები.

ბოლო ათი წლის განმავლობაში, შინმოვლის მეტ-ნაკლებად სრულ პროფესიონალურ მომსახურებას ეწევა რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელთა ინიციატივით 2006 წელს შეიქმნა კოალიცია შინმოვლა საქართველოში.

2007 წლიდან კოალიცია ახორციელებს პროექტს, რომლის მიზანია შინმოვლის საქართველოსთვის ოპტიმალური მოდელის ჩამოყალიბება საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით. პროექტის ფარგლებში დაგეგმილია სამი გეოგრაფიული მოდელის შემუშავება და გამოცდა დიდი ქალაქის, პატარა ქალაქისა და სოფლისათვის. პროექტის შედეგად განისაზღვრება შინმოვლის მინიმალური პაკეტი, რომელიც შეთავაზებული იქნება ფართო საზოგადოებისთვის, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ნაწილი. ასევე, შეძლებისდაგვარად, განისაზღვრება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების არსებობის შესაძლებლობა.

შესაძლებელია აღნიშნული პროექტის წარმატებულად ჩართვა საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის რეფორმების პროცესში.

შინამოვლა კოალიციის წევრი და პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ 2009 წლამდე

№	სახელწოდება	თარიღი		პერსონალი			სამიზნე ჯგუფი		
		დაარსების	შინამოვლის დაწყების	საერთო	მათ შორის, შინამოვლის	მათ შორის, მედლა	საერთო	შინამოვლის მიმდინარე	შინამოვლის წლიური
1	ფონდი „თაობა“	1997	1998	27	15	10	250	120	145
2	კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“	2000	2006	55	10	3	8 000	50	500
3	კავშირი „აღამიანი და ბუნება“	1991	1996	17	16	15	2 500	80	280
4	საზოგადოებრივი მხარდაჭერისა და ეროვნული თვითგანათლების ქართული კავშირი (ასოციაცია) „გენეზისი“	1995	2006-2007	56	4	2	5 051	15	58