

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო  
უნივერსიტეტი

მარიამ დავითულიანი

ლანა ხუჭუა

24 საათიან სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ  
ხანდაზმულთა ბიო-ფსიქო-სოციალური გამოწვევები საქართველოში

სოციალური სამუშაო

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია სოციალური მუშაობის მაგისტრის  
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი:

თეონა მატარაძე

დოქტორი სოციალურ ანთროპოლოგიაში, ასისტენტ პროფესორი

თბილისი, 2018

## ანოტაცია

წინამდებარე ნაშრომი „24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა ბიო-ფსიქო-სოციალური გამოწვევები და საჭიროებები საქართველოში“ მომზადებულია სოციალური მუშაობის მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ბიუროს მიერ 2014 წელს განხორციელებულ საყოველთაო აღწერის შედეგების მიხედვით 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობა წარმოადგენს ერთ-ერთ ძირითად ასაკობრივ ჯგუფს, რომლის რიცხოვნობაც გაიზარდა მოსახლეობის 1989 წლის აღწერის შემდგომ პერიოდში. თავის მხრივ სახალხო დამცველის ანგარიშების გაანალიზებით, უახლოესი ხუთი წლის მანძილზე ხანდაზმულ პირთა უფლებების დაცვის მიმართულებით მდგომარეობა არსებითად არ შეცვლილა და ისინი ქვეყანაში კვლავ ერთ-ერთ დაუცველ ჯგუფს წარმოადგენენ. 2013 წელს საქართველოს მთავრობამ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს თაოსნობით გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ევროპის ეკონომიკურ კომისიას თხოვნით მიმართა, რათა მოსახლეობის დაბერების საკითხის შესახებ გზამკვლევის შემუშავებაში დახმარებოდა. რის შემდგომაც 2016 წელს საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე შემუშავდა სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციის 2017-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა.

კვლევის მიზანს 24 საათიან სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა ბიო-ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის შესწავლა, არსებული გამოწვევებისა და საჭიროებების იდენტიფიცირება და შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება წარმოადგენდა. მიზნის მისაღწევად დასახულ იქნა ამოცანები, რომლებიც ოთხ ძირითად მიმართულებად დაიყო. 24 საათიან სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა 1) ფსიქოლოგიური 2) ფიზიკური და ფიზიოლოგიური 3) სოციალური მდგომარეობის შესწავლა და 4) არსებული მომსახურებებისა და სერვისების ანალიზს.

ემპირიული კვლევის სამიზნე ჯგუფს თბილისისა და დასავლეთ საქართველოს, კერძოდ, ქუთაისის, ბათუმის და სამტრედიის მასშტაბით 24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულები წარმოადგენენ. აღნიშნული კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 46 ბენეფიციარი და სფეროს 3 ექსპერტი: სოციალური მუშაკი, ექიმი და ფსიქოლოგი. მდგომარეობისა და განწყობების შესასწავლად გამოვიყენეთ სიღრმისეული ინტერვიუ და ფოკუს ჯგუფი.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ 24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულებს ახასიათებთ არასტაბილური ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, რაც გამოიხატება მაღალი შფოთვისითა და დეპრესიისაკენ მიდრეკილებით. ასევე დადგინდა, რომ მომსახურებაში ჩართვისას გაძნელებულია ადაპტაციის პროცესი, ჰყავთ სუსტი სოციალური მხარდაჭერის ქსელი, გართულებულია მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის პროცესი და ხშირად არიან სტიგმისა და დისკრიმინაციის მსხვერპლნი. დადასტურდა, რომ ახასიათებთ ქრონიკული დაავადებებისადმი მიდრეკილება.

ვინაიდან კვლევა მიმდინარეობდა არამართო თბილისში, არამედ მოიცავდა რეგიონებსაც, ამასთან მოცემული ლიტერატურისა და კვლევის ანალიზი ადასტურებს, რომ შესწავლილი საკითხი არის მრავალმხრივი და კომპლექსური, რასაც ემატება დროის შეზღუდვა, ფინანსური ხარჯები, რის საფუძველზეც გამართლებულია ნაშრომის მომზადება ორი ავტორის მიერ.

## Annotation

The present work "Bio-psycho-social challenges and needs of the elderly people in the 24 hour state care system in Georgia" is a thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of Master in Social Work.

The aim of the MA thesis is to study the bio-psycho-social conditions of elderly people in the 24 hour state care system, identify existing challenges and needs and elaborate relevant recommendations. To accomplish this, tasks were oriented to study the four main issues in relation to elderly people: 1) the psychological conditions of beneficiaries; 2) their physical and physiological conditions; 3) the social conditions of the beneficiaries; 4) the nature and quality of the existing services.

In order to answer the aims and goals of the research we used the qualitative research methods: literature review, analysis of documents, in-depth interviews and focus groups with the beneficiaries and expert interviews. The target groups of empirical research were the beneficiaries living in the 24-hour state care systems situated in Tbilisi and western Georgia, namely Kutaisi, Batumi and Samtredia. Overall 46 beneficiaries were interviewed. For expert interviews we have chosen the social worker, doctor and psychologist having the practical experience of working with the target group in the institutions. In order to study the conditions and attitudes, we used

The study revealed that elderly people in the 24-hour state care system are characterized with unstable psychological conditions, which are expressed with high anxiety and depression. The study revealed that the adaptation process of elderly people with the institutions and services is difficult, they suffer with various types of illnesses. They have weak social networks, problems in integration into society and are often victims of stigma and discrimination. In general, the beneficiaries declare to be content with the environment and services, although this is a position revealed in comparison to their previous situation, when they were homeless. The important factor affecting the level of satisfaction with the service is very much defined with the size of the institution and the number of persons living per room.

The MA thesis was prepared by two candidates, as the empirical research was carried out in regions besides the capital and took a lot of time. In addition, analysis of the literature and research proves that the study is multilateral and complex, and therefore more than one human resource is required.

Author Mariam Davituliani ( M. Davituliani) and Lana Khutchua (L. Khutchua)

## შინაარსი

1. შესავალი .....	8
2. მეთოდოლოგია .....	12
2.1 მიზნები და ამოცანები .....	12
2.2 კვლევითი კითხვები .....	12
2.3 გამოყენებული კვლევის მეთოდები .....	14
2.4 კვლევის შეზღუდვები და ნაკლოვანებები .....	16
3. ლიტერატურის მიმოხილვა .....	17
3.1 წარმატებული დაბერება და ცხოვრების ხარისხი .....	19
3.2 ხანდაზმულობის ფსიქოლოგიური გამოწვევები .....	22
3.3 რელიგია და სულიერება .....	26
3.4 ხანდაზმულობის ფიზიკური და ფიზიოლოგიური გამოწვევები .....	28
3.5 ხანდაზმულობის სოციალური გამოწვევები .....	31
3.6 უგულვებელყოფა და არასათანადო მოპყრობა .....	36
4 საქართველოში არსებული კანონმდებლობა, საერთაშორისო კონვენციები და ომბუდსმენის საპარლამენტო ანგარიში .....	39
5 საქართველოში არსებული სერვისებისა და მომსახურებების ანალიზი .....	47
6 არსებული სერვისებისა და მომსახურებების ანალიზი - საერთაშორისო გამოცდილება...57	
6.1 ესტონეთი .....	60
6.2 ლიტვა (ლიეტუვა) .....	63
7 სოციალური მუშაკის როლი ხანდაზმულთა მიზნობრივ ჯგუფებთან .....	66
8 კვლევის ანალიზი .....	71
9 დასკვნა .....	94
10 რეკომენდაციები .....	100
11 ბიბლიოგრაფია .....	102
12 დანართები .....	108
13.1 სადისკუსიო გეგმა 24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულებისთვის .....	108
13.2. სადისკუსიოგეგმა - ექიმი .....	109
13.4 სადისკუსიოგეგმა - ფსიქოლოგი .....	109

13.5 სადისკუსიო გეგმა სოციალური მუშაკი.....	110
13.6 სატიტულო ფურცელი .....	111

## 1. შესავალი

საუკუნის დასასრულის აღსანიშნავად, რომელიც მომსწრე გახდა მსოფლიო მოსახლეობის უპრეცედენტო ზრდისა, გაერთიანებული ერების გენერალურმა ასამბლეამ 1999 წელი ხანდაზმულთა საერთაშორისო წლად, 1 ოქტომბერი კი ხანდაზმულთა დღედ დანიშნა. „მეოცე საუკუნეში ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებამ, ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებამ და ახალმა სამედიცინო ტექნოლოგიებმა ხელი შეუწყო სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას. მსოფლიოს ხანდაზმული მოსახლეობის ზრდის აღსანიშნავად შემოტანილ იქნა ტერმინი გლობალური დაბერება“ (Western Michigan University, 2004).

მოსახლეობის დაბერებასთან დაკავშირებული პრობლემების კლასიფიკაცია შესაძლოა შემდეგნაირად: ა) ხანდაზმულთა უზრუნველყოფა მუდმივი შემოსავლის, კერძოდ, პენსიის სახით. ბ) თაობებს შორის ჰარმონიული თანაცხოვრების და ინტერაქციის უზრუნველყოფა; გ) რეზიდენტთა (inhabitants) დისკრიმინაციის თავიდან აცილება და აქტიურ პოლიტიკაზე გადასვლა. ხანდაზმულთა მიმართ აუცილებელია უფრო მეტი ყურადღების მიპყრობა, სოციალური და ჯანდაცვის მომსახურებების მიწოდება მათთვის, ამგვარად ისინი იმდენად შეძლებენ უსაფრთხო საოჯახო გარემოში ყოფნას, რამდენადაც ეს შესაძლებელია (United nations Human rights office of the commisiner, 2007).

ხანშიშესულ ადამიანებთან დაკავშირებული საკითხების აქტუალიზაცია 1991 წლიდან იწყება, როდესაც ვენაში ხანდაზმულობის საკითხებისადმი მიძღვნილი გაეროს პირველი ასამბლეა გაიმართა. გაერთიანებული ერების პრინციპები ხანდაზმულთა შესახებ შეიძლება გავაერთიანოთ შემდეგ ძირითად საკითხებში: დამოუკიდებლობა, თანამონაწილეობა, ზრუნვა, თვითრეალიზება და ღირსება. სწორედ ამ ხედვის გამოსახატავად არსებობს ტერმინი „აქტიური დაბერება“, რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას ეკუთვნის. აქტიური დაბერება არის პროცესი, რომელიც ჯანმრთელობის,



ჩართულობითა და უსაფრთხოების შესაძლებლობების ოპტიმიზაციით ასაკის მატებასთან ერთად ცხოვრების დონის ამაღლებას ისახავს მიზნად (Second World Assembly on Ageing, 2002). „აქტიური დაბერების პროცესი მოიცავს არა მხოლოდ ჯანმრთელობის საკითხებს, არამედ სხვა ფაქტორებსაც, რომელიც განსაზღვრავს ცალკეული ინდივიდებისა და მოსახლეობის დაბერების პროცესს“ (A. Kalachea; & I. Kickbusch, 1997). ბუნებრივია, აქტიური დაბერების პროცესის მეთოდიკას საფუძვლად გაერთიანებული ერების ძირითადი პრინციპები უდევს.

2002 წელს მადრიდში ხანდაზმულთა საკითხებისადმი მიძღვნილი მეორე მსოფლიო ასამბლეა გაიმართა. ასამბლეაზე განხილულ იქნა ხანდაზმულობის საკითხთან დაკავშირებული სამოქმედო სტრატეგიები და მიღწეული შედეგები. ასევე შემუშავდა აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქსელის დეკლარაცია. მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმა 159 ქვეყანამ მიიღო. ეს პირველი საერთაშორისო შეთანხმებაა, რომელიც საზოგადოების განვითარებაში ხანდაზმულ ადამიანთა პოტენციურ წვლილსა და საჭიროებას აღიარებს. ამასთან ცხადჰყოფს, რომ უმნიშვნელოვანესი საკითხია ხანდაზმულთა ადაპტაცია და ინტეგრაცია თანამედროვე საზოგადოებაში. უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს ჯერჯერობით ხელი არ აქვს მოწერილი მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმაზე. რაც კიდევ უფრო საინტერესოს ხდის, როგორია ხანდაზმულთა საკითხების აქტუალიზაციის ხარისხი საქართველოში, როგორც სოციალური პოლიტიკის, ასევე უკვე არსებული მომსახურებების დონეზე.

ნაშრომში მოყვანილია ადგილობრივი და საერთაშორისო გამოცდილება, რომელიც ეფუძნება არსებული სერვისების, მომსახურებებისა და ადგილობრივი კანონმდებლობის ანალიზს. ამასთან სამაგისტრო ნაშრომში წარმოდგენილია საერთაშორისოდ მიღებული სტანდარტების/სამოქმედო გეგმის ანალიზიც და ჩვენს მიერ ჩატარებული თვისებრივი კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია, რომელიც აჩვენებს როგორია, 24 საათიან სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა ბიო-ფსიქო-სოციალური გამოწვევები და საჭიროებები საქართველოში.

გვიანდელი მოწიფულობა ადამიანის ცხოვრებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ეტაპია. ცხოვრების ეს ეტაპი ასაკობრივად 60 წლიდან იწყება, რასაც თან სდევს ცვლილებები, როგორც ორგანიზმში, სმენისა და მხედველობის დაქვეითება, ზოგადი ფუნქციონირების შემცირება, ასევე სხვადასხვა სახის ფსიქოლოგიური და სოციალური გამოწვევები. გვიანდელი მოწიფულობა, ე.წ. ხანდაზმულობის პერიოდი, შეიძლება ჩავთვალოთ საპენსიო ასაკის დასაწყისად, რაც განსაზღვრულია საქართველოში და იწყება 60 წელს მიღწეული ქალბატონებისთვის, ხოლო 65 წელს მიღწეული მამაკაცებისთვის. როგორც ცნობილია, თითოეულ ეტაპს ახასიათებს გამოწვევები, რომელთა გადალახვაც კონკრეტული პერიოდისთვის აუცილებელ საკითხს წარმოადგენს. ცხოვრების ეს ეტაპი დაკავშირებულია უამრავ გამოწვევასა და სირთულეებთან. რაც, თავის მხრივ, აუცილებელია გაითვალისწინოს, როგორც ზოგადად საზოგადოებამ, ასევე სახელმწიფომ არსებული კანონმდებლობის და სერვისების შემუშავების პროცესში.

„ხანდაზმულ პირთა უფლებების დაცვის მიმართულებით მდგომარეობა 2016 წელს არსებითად არ შეცვლილა და ისინი ქვეყანაში კვლავ ერთ-ერთ დაუცველ ჯგუფს წარმოადგენენ“ (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2016). აღნიშნული აზრით იწყება ანგარიში, რომელიც სახალხო დამცველმა წარადგინა პარლამენტთან შეხვედრის დროს. ხანდაზმულები, რომელთა რაოდენობაც დღითიდღე იმატებს, ქვეყანაში კვლავ ერთ-ერთ მოწყვლად ჯგუფს წარმოადგენს. ომბუდსმენის ამ და წინა სხვა რამდენიმე ანგარიშში განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა პროფესიონალ კადრთა და სათემო მომსახურებების სიმცირეს. ამასთან, „არ ხდება ძალადობის და არასათანადო მოპყრობის მაპროვოცირებელი რისკ-ფაქტორების, ასევე ბენეფიციართა მიმართ არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან სხვა სახის ძალადობის ფაქტების იდენტიფიცირება, მათზე ადეკვატური რეაგირება და ეფექტიანი ხელმძღვანელობის სისტემის შექმნა“ (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2016). სირთულეს წარმოადგენს ისიც, რომ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ბიუროს მიერ 2014 წელს განხორციელებულ საყოველთაო აღწერის შედეგების მიხედვით „65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობა წარმოადგენს ერთ-ერთ ძირითად ასაკობრივ ჯგუფს, რომლის რიცხოვნობაც გაიზარდა მოსახლეობის 1989 წლის აღწერის

შემდგომ პერიოდში“ (M. Chitanava. & B.brun, 2017). ამ ტენდენციების გათვალისწინებით საქართველო არის ქვეყანა, სადაც მუდმივად იზრდება ხანდაზმულ პირთა რაოდენობა, თუმცა მიზნობრივ ჯგუფთან მიმართებაში პროგრამები, მომსახურებები, კვალიფიციური კადრების არსებობა ჯერ კიდევ პრობლემას წარმოადგენს.

ხანდაზმულთა საკითხების აქტუალიზება საქართველოშიც შესამჩნევია, თუმცა საკითხის აქტუალიზება ხდის თუ არა ამ მიმართულებით გადადგმულ ნაბიჯებს ეფექტიანს ნაშრომის ფარგლებში განვიხილავთ.

საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე შემუშავდა სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციის 2017-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა, რომლის მიზანია ხანდაზმულთა სოციალური დაცვის უზრუნველყოფის მიზნით საპენსიო რეფორმის შემუშავება, ხანდაზმულთა სოციალიზაცია, ხანდაზმულთათვის სოციალური მომსახურების უზრუნველყოფა და ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომის საფუძველზე ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელების განვითარება, შშმ სტატუსის მინიჭების სოციალურ მოდელზე გადასვლა, სათემო სერვისების განვითარება, შინ მოვლის პროგრამების შემუშავება და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხები (საქართველოს პარლამენტი, 2016).

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ძალიან მნიშვნელოვანია საქართველოს სახელმწიფო მზრუნველობაში მყოფი ხანდაზმულების მდგომარეობის შესწავლა, არსებული სოციალური პოლიტიკის ეფექტიანობის და საკანონმდებლო დოკუმენტაციის ანალიზი.

## 2. მეთოდოლოგია

### 2.1 მიზნები და ამოცანები

კვლევის მიზანს 24 საათიან სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა ბიო-ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის შესწავლა, არსებული გამოწვევების იდენტიფიცირება და საჭირო რეკომენდაციების შემუშავება წარმოადგენს.

მიზნიდან გამომდინარე, ჩვენი ამოცანები 4 ძირითად მიმართულებად დაიყო. ესენია 24 საათიან მზრუნველობის ქვეშ მყოფი ხანდაზმულების 1) ფსიქოლოგიური, 2) ფიზიკური და ფიზიოლოგიური და 3) სოციალური მდგომარეობის შესწავლა. მეოთხე მიმართულება გულისხმობს არსებული მომსახურებებისა და სერვისების ანალიზს, რომლებიც ამ მიზნობრივი ჯგუფისთვის არსებობს.

### 2.2 კვლევითი კითხვები

მიზნისა და ამოცანების განხორციელების პროცესისთვის მნიშვნელოვანი იყო პასუხი გაგვეცა შემდეგი კვლევითი კითხვებისთვის:

- 1) რა ფსიქოლოგიური ცვლილებები მიმდინარეობს ხანდაზმულობის ასაკში?
- 2) როგორ მიმდინარეობს ბენეფიციართა ადაპტაციის პროცესი 24 საათიან სახელმწიფო მზრუნველობის დაწესებულებებში?

- 3) რა მომსახურებები და სერვისები არსებობს ბენეფიციართა ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის?
- 4) არსებობს თუ არა ადაპტირებული გარემო სახელმწიფო დაწესებულებებში?
- 5) რა ხელშემწყობი და ხელისშემშლელი ფაქტორები არსებობს ინფრასტრუქტურის კუთხით?
- 6) რა ფიზიოლოგიური ცვლილებები მიმდინარეობს ხანდაზმულობის ასაკში?
- 7) რა მომსახურებები და სერვისები არსებობს ბენეფიციართა ფიზიოლოგიური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად?
- 8) რა ხელშემწყობი და ხელისშემშლელი ფაქტორები ახდენს გავლენას ზრუნვის სისტემაში მათ ადაპტაციასა და ინტეგრაციაზე?
- 9) როგორია მზრუნველობის სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა სოციალური თანადგომის ქსელი?
- 10) რა მომსახურებები და სერვისები არსებობს მზრუნველობაში მყოფ ხანდაზმულთა სოციალური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად?
- 11) როგორ აფასებენ მზრუნველობაში მყოფი პირები დაწესებულებების პერსონალთან და სხვა ბენეფიციარებთან ურთიერთობას?

ბენეფიციართა ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განსასაზღვრად გამოყენებულ იქნა ქეროლ რიფის ექვსგანზომილებიანი ადაპტირებული კითხვარი, რომელიც მოიცავს შემდეგ სკალებს: ავტონომია, პიროვნული ზრდა, თვითაქტუა, ცხოვრებისეული მიზნები, გარემოს მართვის უნარი და პოზიტიური ურთიერთობები სხვებთან (Ryff, 1995).

## 2.3 გამოყენებული კვლევის მეთოდები

წინამდებარე კვლევა თვისებრივი მეთოდების გამოყენებით განხორციელდა, რადგან „თვისებრივი მეთოდების ერთ-ერთ უმთავრეს ღირსება ისაა, რომ ეს მეთოდები საშუალებას გვაძლევს, დავინახოთ და აღვწეროთ სამყარო კვლევის ობიექტის თვალთ. ამასთან ხშირად თვისებრივ მეთოდებზე დამყარებული კვლევა მოითხოვს ერთდროულად რამდენიმე კვლევითი ტექნიკის გამოყენებას, რაც მკვლევარს საშუალებას აძლევს, სხვადასხვა კუთხით შეისწავლოს მისთვის საინტერესო ფენომენი“ (ზურაბიშვილი, 2006).

საკითხის სიღრმისეული შესწავლისთვის გამოყენებულ იქნა, როგორც სიღრმისეული ინტერვიუ, ასევე ფოკუს-ჯგუფი, ექსპერტთა გამოკითხვა, ლიტერატურის მიმოხილვა და დოკუმენტების ანალიზი.

ლიტერატურის მიმოხილვისათვის სამეცნიერო ლიტერატურა მოძიებულ იქნა სამეცნიერო ელექტრონული ბაზების (Jstor, Sage, EBSCO) საშუალებით. ძებნისას პრიორიტეტი ენიჭებოდა მტკიცებულებების ფორმატით წარმოდგენილ ნაშრომებს, რომელიც ეყრდნობოდა მეტა ანალიზს. ლიტერატურის მიმოხილვის ფარგლებში შევისწავლეთ ხანდაზმულობასთან დაკავშირებული ფსიქო-სოციალური თეორიები, ხანდაზმულების მდგომარეობისა და მათ მიმართ გატარებული სოციალური პოლიტიკის ეფექტების შესახებ ჩატარებული სამეცნიერო კვლევები.

დოკუმენტების ანალიზისას შესწავლილ იქნა საერთაშორისო და საქართველოს სამოქმედო გეგმები, ნორმატიული აქტები, საქართველოს ომბუდსმენის 2013-2017 წლების საპარლამენტო ანგარიშები.

ბენეფიციართა მდგომარეობისა და განწყობების შესასწავლად გამოვიყენეთ სიღრმისეული ინტერვიუ და ფოკუს ჯგუფი. მიუხედავად იმისა, რომ ფოკუს ჯგუფი გვაძლევდა საშუალებას დისკუსიის პროცესში უფრო დეტალური, სიღრმისეული და

კრიტიკული პოზიციები დაგვეფიქსირებინა, გარემო და პოტენციურ რესპონდენტთა განწყობები განაპირობებდა ამ ორ მეთოდს შორის არჩევანის გაკეთებას. ემპირიული კვლევის სამიზნე ჯგუფს თბილისისა და დასავლეთ საქართველოს, კერძოდ, ქუთაისის, ბათუმის და სამტრედიის მასშტაბით 24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულები წარმოადგენენ (60 წელს მიღწეული ქალბატონები და 65 წელს მიღწეული მამაკაცები). ჩვენი მიზანი იყო, როგორც დიდ, ასევე მცირე ქალაქებში არსებული დიდი ზომის დაწესებულებები შეგვესწავლა, ვინაიდან საინტერესო იყო რა მსგავსი და განმასხვავებელი ნიშნები არსებობს ცენტრალურ და პერიფერიულ დაწესებულებებს შორის.

კვლევის მიმდინარეობისთვის განხორციელდა ორეტაპიანი მიზნობრივი შერჩევა. პირველ ეტაპზე განხორციელდა საცხოვრისების შერჩევა, ხოლო მეორე ეტაპზე, ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა ან სიღრმისეული ინტერვიუს რესპონდენტთა შერჩევა მათი ფიზიოლოგიური, კოგნიტური, ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით. სულ გამოიკითხა: 49 ადამიანი. მათ შორის:

თბილისი - 2 ფოკუს-ჯგუფი (14 მონაწილე) ; სიღრმისეული ინტერვიუ - 3 რესპონდენტი;

ქუთაისი - 1 ფოკუს-ჯგუფი (7 მონაწილე); სიღრმისეული ინტერვიუ - 4 რესპონდენტი;

სამტრედია - სიღრმისეული ინტერვიუ - 2 რესპონდენტი

ბათუმი - 2 ფოკუს-ჯგუფი (12 მონაწილე); სიღრმისეული ინტერვიუ - 4 რესპონდენტი

3 ექსპერტი: ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და ექიმი.

კვლევაში მონაწილე ყველა რესპონდენტი ინფორმირებული იყო კვლევის მიზნების და მკვლევრების მიერ კონფიდენციალობის დაცვის შესახებ. სიღრმისეული ინტერვიუები და ფოკუს ჯგუფები ჩაწერილ იყო აუდიო საშუალებით. ნაშრომის მომზადების დროს მოხდა ჩანაწერების, ტრანსკრიპტების მომზადება. ანალიზისათვის გამოყენებულ იქნა ღია კოდირებისა და კატეგორიზაციის ტექნიკები.

## 2.4 კვლევის შეზღუდვები და ნაკლოვანებები

კვლევის განხორციელებისას მნიშვნელოვან შემზღუდველ ფაქტორს საკვლევი ობიექტის სირთულე წარმოადგენდა. ფოკუს-ჯგუფების რაოდენობა, ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა რაოდენობა და პროცესის ხანგრძლივობა მკვეთრად განსაზღვრა ხანდაზმულთა ფიზიოლოგიურმა, კოგნიტურმა, ფსიქოლოგიურმა და ფსიქიკურმა მდგომარეობამ. შესაბამისად, აღნიშნულმა ფაქტორებმა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა ჰეტეროგენურობაზეც. კერძოდ, ვერ მოხერხდა სხვადასხვა საჭიროებების მქონე ადამიანთა შეხვედრა, რადგან ბენეფიციართა შორის იყვნენ, როგორც მწოლიარე, ასევე მეტყველების, კოგნიტური და სხვა დარღვევების მქონე ხანდაზმულებიც. გარდა ამისა, თემატიკის სენსიტიურობიდან გამომდინარე ბევრი რესპონდენტი უარს აცხადებდა კვლევაში მონაწილეობაზე, ან თავს იკავებდა კრიტიკული შენიშვნებისგან.



### 3. ლიტერატურის მიმოხილვა

სოციალური დაცვის 1935 წლის აქტის მიხედვით ხანდაზმულობის ასაკად მიჩნეულ იყო 65 წელი. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ხანდაზმულობის განსამარტად მხოლოდ ქრონოლოგიური ფაქტორი სუსტი მახასიათებელია. ცხოვრება 60 წლის შემდეგ კი მოხსენიებულია, როგორც „მესამე ასაკი“ (Troisième age) და ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარებიდან და უნარებიდან გამომდინარე ცხოვრების ახალი ეტაპის შექმნის შესაძლებლობებს იძლევა (Silverman, 1987).

ხანდაზმულობა სამი სტადიისგან შედგება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით ასაკობრივი კლასიფიკაცია ასეთია: 60-74 - ხანშიშესული, 75-ის ზემოთ მოხუცი, 80-ის ზემოთ დღეგრძელი. დაბერების პროცესი კიდევ უფრო მრავლის მომცველია და შემდეგი 4 ასპექტისგან შედგება: ქრონოლოგიური, ბიოლოგიური, სოციალური და ფსიქოლოგიური. რასაც თავის მხრივ მოჰყვება უარყოფითი და ნეიტრალური შედეგები. მაგალითად: “ნეიტრალური შეიძლება იყოს თმის გაჭადრაკება, ნაოჭების წარმოქმნა სახეზე, ხოლო უარყოფითად გვევლინება ჯანმრთელობის პრობლემები, რომლებიც იწვევენ ხანდაზმულთა ფუნქციური შესაძლებლობების შემცირებას. რისი წარმოშობის მიზეზიც ბიოლოგიურ უჯრედებსა და მოლეკულურ დონეზე მიმდინარეობს” (Lord, 2014).

ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის, საზოგადოებაში ჩართულობის, უსაფრთხოების გასაძლიერებლად, აუცილებელია, რომ ხანდაზმულები სარგებლობდნენ სოციალური დახმარებით, ჰქონდეთ განათლების შესაძლებლობა, იყვნენ მშვიდ და უსაფრთხო გარემოში, დაცულნი იყვნენ ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან, არ იყვნენ უგულვებელყოფილნი და იზოლირებულნი. წინააღმდეგ შემთხვევებში იზრდება

შეზღუდული შესაძლებლობების განვითარების და ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკები (Second World Assembly on Ageing, 2002).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ასაკის მატებასთან ერთად თავს მრავალრიცხოვანი ფიზიოლოგიური ცვლილებები იჩენს და ქრონიკული დაავადებების განვითარების რისკიც იზრდება. საყურადღებოა, რომ უფროსი ასაკის პირებს თვითმომსახურების უნარი უქვეითდებათ. ეს ხდება, განსაკუთრებით, ისეთი დაავადებების დროს, როგორცაა: საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი, გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის დაავადებები, დიაბეტი, მხედველობა და სმენის დარღვევები. „ყველაზე გავრცელებული ავადმყოფობები, რაც ზღუდავს ხანდაზმულების აქტიურობას, არის სისხლის მაღალი წნევა, გულის პრობლემები, რევმატიზმები, ართრიტები, ორთოპედიული პრობლემები და ემოციური აშლილობები“ (Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman, 2015). ის, თუ როგორი სიბერე ექნება ადამიანს, დამოკიდებულია ახალგაზრდა ასაკში მის ცხოვრების წესსა და გადატანილ სტრესზე. დამოუკიდებელ ცვლადად შეიძლება, ასევე მოგვევლინოს მხარდამჭერი ქსელის არსებობა, ეკონომიკური მდგომარეობა თუ საზოგადოების დამოკიდებულებები.

ამასთან აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ჯანსაღი ცხოვრების ხელშეწყობა, რეგულირებული კვება, ფიზიკური ვარჯიში, სტრესისა და მავნე ნივთიერებების თავიდან აცილება და პოზიტიური შეხედულებები მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდასთან (A. Kalachea; & I. Kickbusch, 1997).

### 3.1 წარმატებული დაბერება და ცხოვრების ხარისხი

დაბერების პროცესზე არსებულ სამეცნიერო ლიტერატურაში ავტორები ორ სხვადასხვა ცნებას იყენებენ - წარმატებული დაბერება და ცხოვრების ხარისხი, თუმცა შინაარსობრივად ეს ორი ცვლადი ერთმანეთს მნიშვნელოვნად გადაფარავს.

წარმატებული დაბერება მრავალგანზომილებიან კონცეფციად ითვლება, რომელიც მოიცავს კარგ ჯანმრთელობას და შედეგა ბიო-ფსიქო-სოციალური ფაქტორების ფართო სპექტრისაგან: ავადმყოფობის დაბალი ალბათობა და მასთან ასოცირებული შეზღუდული შესაძლებლობა, მაღალი ფიზიკური და ფსიქიკური ფუნქციონირება და მაღალი სოციალური მონაწილეობა. ეს გამოისახება შემდეგნაირად: (1) შემეცნებითი შესაძლებლობების შენარჩუნება; (2) დაავადების თავიდან აცილება და ფიზიკური ფუნქციონირების შენარჩუნება; (3) სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის აქტიური ჩართულობა (L.R. Kahn; & W.J. Rower, 2010).

მეორეს მხრივ, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განმარტებით, ცხოვრების ხარისხი ისეთი მნიშვნელოვანი სფეროების ურთიერთგავლენის პროდუქტია, როგორცაა სოციალური, ჯანდაცვა, ეკონომიკა და გარემო. ცხოვრების ხარისხი ადამიანის ფიზიკურ სიჯანსაღეს, ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას, დამოუკიდებლობის დონეს, სოციალურ ურთიერთობებს, პერსონალურ რწმენებს და გარემოსთან ინტერაქციის შესამჩნევ მახასიათებლებს მოიცავს. ასაკში მყოფი ადამიანების ცხოვრების ხარისხს რესურსების ხელმისაწვდომობა, ავტონომია და დამოუკიდებლობა განაპირობებს (WHO Centre for Health Development, 2004).

იმის გათვალისწინებით, რომ წარმატებული დაბერება და მისი დეფინიცია რთული საკითხია, შესაძლებელია გამოვყოთ რამდენიმე ასპექტი: 1) სიცოცხლის ხანგრძლივობა არ

არის უმთავრესი ფენოტიპი. მნიშვნელოვანია არა ხანგრძლივობა, არამედ „კარგი წლების” რაოდენობის მაქსიმიზაცია; 2) წარმატებული დაბერების გასაზომად არ გამოიყენება მხოლოდ ერთი ატრიბუტი, პირიქით, საჭიროა კომბინირებული ინდიკატორების გათვალისწინება; 3) წარმატებული დაბერების უპირატესობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა არის შეფასებული და ვინ არის გამოკითხული. ვინაიდან ობიექტური დეფინიცია, ხშირად ორიენტირებულია მხოლოდ ფიზიკური ავადმყოფობის და შეზღუდული შესაძლებლობების არარსებობაზე, ეს ხანდაზმულთა ნაწილს გამორიცხავს „წარმატებული დაბერების” კონტექსტიდან. ამის საპირისპიროდ კი, ბევრი ხანდაზმული შეიძლება მიიჩნევდეს თავს „წარმატებულად” სწორედ იმიტომ, რომ ხაზს უსვამს ფიზიკური ცვლილებებისადმი ადაპტაციას (V.jeste; & A. depp , 2010).

თავის მხრივ, ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად მკვლევარებმა ხანდაზმულ ადამიანებს სთხოვეს ცხოვრების ხარისხის კომპონენტების კლასიფიკაცია. რესპონდენტთა პასუხების აღწერის მიხედვით, ცხოვრების ხარისხის შემდეგი მახასიათებლები გამოიკვეთა: 1) კარგი სოციალური კავშირები ოჯახთან, მეგობრებთან და სამეზობლოსთან; 2) კარგი საცხოვრებელი გარემო, ტრანსპორტი, უსაფრთხოება; 3) პოზიტიური ხედვა და ფსიქოლოგიური კარგად ყოფნა; 4) აქტივობები და ჰობი; 5) კარგი ჯანმრთელობა და ფუნქციონალური შესაძლებლობები; 6) სოციალური როლები და მოხალისეობა; 7) ადექვატური შემოსავალი; 8) დამოუკიდებლობა და კონტროლი საკუთარ თავზე. აღნიშნული კვლევა ცხადყოფს, რომ ცხოვრების ხარისხის კომპონენტები მრავალ სფეროს აერთიანებს და ურთიერთდაკავშირებულია (A.BOWLING; &Z. GABRIEL, 2004).

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ წარმატებული დაბერების შესწავლის ერთ-ერთი საშუალება თავად ხანდაზმულთა სუბიექტური შეხედულებებია წარმატებული დაბერების შესახებ. ავსტრალიელმა მკვლევარებმა გამოკითხეს 60 ხანდაზმული რესპონდენტი, რომელთა მიერ გამოვლენილ იქნა შემდეგი მნიშვნელოვანი საკითხები. ესენია: ჯანმრთელობა, აქტივობები, პირადი ზრდა, ბედნიერება/კმაყოფილება, კარგი ურთიერთობები და დამოუკიდებლობა, მიმღებლობა და ბოლოს, სიცოცხლის

ხანგრძლივობა. აღმოჩნდა, რომ ხანდაზმულები ასაკთან დაკავშირებულ დანაკარგებს სხვადასხვა გზით უმკლავდებიან: დაკარგული როლებისა და ურთიერთობების კომპენსაცია, მიმღებლობა, რწმენისა და რელიგიის მონაწილეობა, აქტიურობისა და ურთიერთობების შენარჩუნება. რესპონდენტებმა საკუთარი ასაკის უარყოფითი მხარეები შემდეგნაირად განსაზღვრეს: “55%-მა ფიზიკური შეზღუდვა და ავადმყოფობა დაასახელა, 21% ფიქრობს, რომ არაფერია უარყოფითი იმ ასაკში, რომელშიც იმყოფებიან, დაახლოებით 15% განიცდის სინანულს, 6%-ს სხვებზე დამოკიდებულება მიაჩნია დაბერების უარყოფით ფაქტორად, 2% კი სუსტ ურთიერთობებს ასახელებს (T. Ricciardelli; & L. knight, 2003).

ავტორთა ნაწილი ხაზს უსვამს სუბიექტურ შეფასებას და ცხოვრებით კმაყოფილებას, როგორც წარმატებული დაბერების ძირითად ელემენტს, ხოლო სხვები განიხილავენ საქმიანობას და პროდუქტიულობას, როგორც ძირითად ასპექტებს (Pollack, J. Siegrist; & O. Von Dem Knesebeck; & C. Evan, 2004). საბოლოო ჯამში, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ოპტიმალური ფიზიკური ფუნქციონირების, მაღალი შემეცნებითი ფუნქციონირების, დადებითი გავლენისა და სოციალური მონაწილეობის კრიტერიუმები (რამდენიმე ან ყველა მათგანი) ხანდაზმულობის ფორმის იდენტიფიკაციას ახდენს.

აქვე მნიშვნელოვანია განვიხილოთ, წარმატებული დაბერების პარადიგმის კრიტიკოსთა აზრი. ისინი აღნიშნავენ, რომ ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები და ქალი ხანდაზმულები, ძირითადად, სიღარიბით, დაუცველობით და განათლების შედარებით დაბალი დონით ხასიათდებიან და არათანაბარ მდგომარეობაში იმყოფებიან. „წარმატებული დაბერების“ მიღმა რჩებიან ის ადამიანებიც, რომლებსაც აქვთ კოგნიტური და ფიზიკური დარღვევები. აქედან, წარმატებული დაბერება არ არის ყველასთვის თანაბრად მიღწევადი და მამაკაცები, თეთრკანიანები და ფიზიკური შესაძლებლობის მქონე ადამიანები უფრო მეტად აკმაყოფილებენ *წარმატებული დაბერების* კრიტერიუმებს (Holstein, 2003).

ამგვარად, წარმოდგენილი ინფორმაციის შედეგად ჩანს, რომ ცხოვრების ხარისხი და წარმატებული სიბერე ურთიერთგადამკვეთ მნიშვნელობას ატარებს. ცხოვრების ხარისხის კომპონენტების დაკმაყოფილება კი „თავის მხრივ“ უზრუნველყოფს წარმატებული დაბერების პროცესს.

### 3.2 ხანდაზმულობის ფსიქოლოგიური გამოწვევები

გეროფსიქოლოგია არის ფსიქოლოგიის დარგი, რომელიც მიექძვნა ხანდაზმულობის შესწავლას და კლინიკურ მომსახურებას. მკვლევარი გეროფსიქოლოგები შეისწავლიან დაბერების პროცესს, ფსიქოლოგიურ და ქცევით ასპექტებს, ქმნიან დიზაინსა და ინტერვენციებს, რომლებიც დაკავშირებულია ასაკის მატებასთან. ჯანმრთელობის ზრუნვის პრაქტიკოსი ფსიქოლოგები ეხმარებიან ხანდაზმულებს და მათ ოჯახებს პრობლემების განსაზღვრაში, გვიანი ცხოვრების ეტაპზე ცხოვრების მაღალი ხარისხის შენარჩუნებასა და პოტენციალის მაქსიმალურ გამოვლენაში (American Psychological Association, 2003).

ერიქსონის მიხედვით, ფსიქო-სოციალური სტადიების დასკვნითი ფაზა ეგო-ინტეგრაციისა და სასოწარკვეთილების დაპირისპირებაა. ეს არ ნიშნავს ფსიქო-სოციალურ კრიზისს. ამ სტადიის განმავლობაში ადამიანი განვილილ ცხოვრებას აანალიზებს და აფასებს. თუ ადამიანი კმაყოფილია და საკუთარ ცხოვრებას პოზიტიურად აფასებს, ის *ინტეგრირებულია*, ხოლო თუ პირიქით ხდება, ადამიანს უკმაყოფილება, უიმედობა და სინანული ეუფლება. მას აღარ შეუძლია დაკარგული შესაძლებლობების ხელახლა გამოყენება. ასეთ შემთხვევაში მას, შესაძლოა, სიკვდილის შიშიც ქონდეს (Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman, 2015). მთლიანობა ანუ ეგოინტეგრაცია პიროვნების მიერ მისი ცხოვრებისეული ფაქტების მიღებისა და სიკვდილთან შიშის გარეშე შეგუების უნარს

გულისხმობს. ხანდაზმულებს, რომლებმაც მიაღწიეს მთლიანობის განცდას, მიაჩნიათ, რომ ცხოვრების განმავლობაში მოიპოვეს პატივსაცემი მდგომარეობა და აქვთ დასრულებულობის შინაგანი გრძნობა. ეს ნიშნავს, რომ მთლიანობა წარსულისა და აწმყო მდგომარეობის გაერთიანებას და ამით კმაყოფილებას გულისხმობს. ასეთ დროს არ ხდება ფაქტების უარყოფა და მნიშვნელობების გადაჭარბება. ეგოინტეგრაციის პროცესს ბევრი ფაქტორი ართულებს. ხელისშემშლელი ფაქტორები შეიძლება იყოს სოციალიზაციის პრობლემები, საზოგადოებაში არსებული უარყოფითი სტერეოტიპები, ოჯახის წევრებისა და ახლობლების სიკვდილი და ფიზიოლოგიური ცვლილებები (Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman, 2015). ფსიქო-სოციალური თერაპია ხანდაზმულებს ეხმარება გაიაზროს უარყოფითი აღქმა და სთავაზობს შესაძლებლობებს, რათა მიაღწიოს ეგოინტეგრაციას (S. Crocke; & K. D. Melillo, 2011).

ფსიქოლოგიური გამოწვევები, რომლის წინაშეც დგება ხანდაზმული პირი, ხშირად საჭიროებს შეფასებასა და პროფესიონალი მუშაკის ჩართვასაც. განსაკუთრებით, როცა საქმე მზრუნველობაში მყოფ პირებთან მუშაობას ეხება. აღნიშნულ პერიოდს უკავშირდება, პიროვნული ფასეულობების, საკუთარი თავის შესახებ არსებული წარმოდგენების და მათი პიროვნების მნიშვნელობის გადაფასება მიმდინარე ცხოვრებისეული ფაქტების გათვალისწინებით. რის საფუძველზეც იცვლება თვითშეფასება, ცხოვრებისეული ფასეულობები, ცხოვრებით კმაყოფილება და ხშირად თავს იჩენს სტრესი, დეპრესია და სხვა ემოციური პრობლემები. ხანდაზმულებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესების ორი ძირითადი რისკ-ფაქტორი არსებობს: სოციალური დანაკარგების გადალახვის შეუძლებლობა და ცხოვრების მიზნების არარსებობა (Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman, 2015).

სწორედ ამიტომაც, ოჯახის გარეთ სერვისების ჩართვის პროცესში აუცილებელია გავითვალისწინოთ ინდივიდუალურ დონეზე ბენეფიციარის წარსული გამოცდილება, რეალობა და სამომავლო მოლოდინებიც. აღსანიშნავია, ისიც რომ საერთაშორისო პრაქტიკის ფარგლებში ხაზი გაესვას კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის მიღწევებს მიზნობრივ ჯგუფთან

მუშაობის პროცესში. კერძოდ, კვლევების თანახმად „ეს მიდგომა ეფექტურია გვიან ცხოვრების ბევრ პრობლემასთან მუშაობისას, მათ შორისაა დეპრესია, შფოთვა, ალკოჰოლიზმი და დამოკიდებულება, უძილობა და ფიზიკური ავადმყოფობა ან შეზღუდული შესაძლებლობების საკითხები“ (David, Derek D. Satre & Bob G. Knight & Steven, 2006).

ხანდაზმულობის ასაკისთვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური ფაქტორების ცოდნა გვეხმარება სწორი და მორგებული მომსახურების მიწოდებასა და აქტიური დაბერების ხელშემწყობი ფაქტორების უზრუნველყოფაში. ისეთი გონებრივი შესაძლებლობები, როგორცაა, მაგალითად, ცვლილებებისადმი შეგუების, დაკარგვასთან ადაპტაციის უნარ-ჩვევები ხანდაზმულთა სიცოცხლისუნარიანობისთვის მნიშვნელოვან ფაქტორებს წარმოადგენს (CH. Smits; & DJ. Deeg; & DM. Kriegsman; & B. Schmand, 1999).

ხანდაზმულებისთვის, ისევე როგორც შუახნის ადამიანებისთვის, დამაზიანებელია სხვადასხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევა, შფოთვა და დეპრესია. ხანდაზმულთათვის მნიშვნელოვანი სტრესორების არსებობა აისახება მათ ჯანმრთელობასა და დამოუკიდებლად ფუნქციონირების პროცესში. ცხოვრებისეული სტრესორი შეიცავს, როგორც ადაპტაციას ასაკის მატებასთან, ასევე მრავალ სამედიცინო პრობლემის აქტუალიზებას. მათ შორისაა კოგნიტური ცვლილებები, ქრონიკულ დაავადებები, მწუხარება, სიღარიბე, ფუნქციური შეზღუდვები და ოჯახის წევრზე ზრუნვა (American Psychological Association, 2003). ხანდაზმულებს უფრო მეტად აქვთ გონებრივი დისფუნქციის განვითარების შანსი, რადგან მათ გადატანილი აქვთ სხვადასხვა დაავადებები, სტრესი, უსარგებლობის განცდა და ა.შ. (გ. სიმონია; & ი. ანდრონიკაშვილი, 2014).

ალცჰეიმერის დაავადება დემენციის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. დაავადების სახელი მომდინარეობს გერმანელი ფსიქიატრისა და ნევროპათოლოგის - ალოის ალცჰეიმერიდან, რომელმაც აღნიშნული დაავადება პირველად 1906 წელს აღმოაჩინა, როდესაც სწორედ მისი მეუღლე იყო დაავადებული. მისი აღმოჩენა მალევე იქნა



მივიწყებული. აქტუალური კი 1970-იან წლებში გახდა. ეს გახლავთ პროგრესული ნევროლოგიური დაავადება და გამოწვეულია ნეირონების შეუქცევადი დაზიანებით.

რაც შეეხება საქართველოს, ალცჰეიმერით დაავადებულთათვის არ არსებობს სახელმწიფო პროგრამები. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ აღნიშნული დაავადების შესახებ ძალიან ცოტა ადამიანმა იცის. პრობლემურია ისიც, რომ არ გვაქვს ალცჰეიმერით დაავადებულთა შესახებ სტატისტიკური მონაცემები, რაც პრობლემას ქმნის სერვისის შექმნის, მიწოდებისა და საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების მიმართულებით (T. Verulava; & A. Grdzlishvili; & M. Maghaladze, 2018).

დეპრესია ხანდაზმულებში გავრცელებული პრობლემაა, რაც ხშირად დაკავშირებულია ცხოვრებისეულ სტრესორებთან. დეპრესიის სიმპტომები, შესაძლოა, მოჭარბებული იყოს გვიანდელ წლებში, რადგან ამ პერიოდისთვის ბევრი დანაკარგი იჩენს თავს, რაც გულისხმობს საყვარელი ადამიანებისა და მეგობრების გარდაცვალებას, ფიზიკურ შეზღუდვებს, ფინანსებისა და საქმიანობის შეზღუდვას და ასე შემდეგ. არსებობს დეპრესიის კლასიფიკაციის სიმპტომები: 1) დეპრესიული ხასიათი მთელი დღის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღე; 2) შემცირებული ინტერესი და სიამოვნება ყველაფრის ან თითქმის ყველაფრის მიმართ; 3) წონის დაკარგვა თვის განმავლობაში (5%) ან მადის შემცირება/მომატება თითქმის ყოველდღიურად; 4) ინსომნია ან ჰიპერინსომნია; 5) ფსიქომოტორული აგზნება ან ჩამორჩენა (მხოლოდ სხვების მიერ შემჩნეული და არა სუბიექტური); 6) დაღლა და ენერჯის დაკარგვა; 7) დანაშაულის და ღირსების დაკარგვის განცდა; 8) ფიქრისა და კონცენტრაციის შემცირება (D. Gallagher-Thompson; & Larry W. Thompson, 2009).

### 3.3 რელიგია და სულიერება

რელიგია და სულიერება ხანდაზმულთა ნაწილისთვის ცხოვრების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ასპექტებს წარმოადგენს. არსებობს კვლევები, რომლებიც ადასტურებს, რომ ხანდაზმულობის ასაკში რწმენის და რელიგიის მნიშვნელობა იზრდება. რელიგიური რწმენები კარგად ყოფნის განცდასა და ცხოვრების ხარისხთანაა დაკავშირებული. ასევე დიდ როლს თამაშობს გარდაცვალების გარდაუვალობის მიმდებლობაში (Nancy R. Hooyman; & Kevin Y. Kawamoto; & H. Asuman Kiyak, 2017).

უნდა ითქვას, რომ რელიგიური რწმენები და შეხედულებები დაკავშირებულია სუბიექტურ კარგად ყოფნასთანაც. ჩატარებულმა კვლევებმა რელიგიურობას, სულიერ რწმენებსა და ფიზიკურ ჯანმრთელობას შორის ასოციაცია დაადგინა, რაც გავლენას ახდენს ხანდაზმულთა ცხოვრებაზეც (Jose B. Ashford; & Craig Winston LeCroy, 2010). გრძელვადიანმა კვლევამ აჩვენა, რომ მაშინ როდესაც, რელიგიური რწმენები და პრაქტიკა სტაბილურია ადრეულ მოზარდობაში, სულიერება იზრდება გვიანი შუახნის ასაკიდან ხანდაზმულობამდე (P.I Wink; & M. Dillon, 2002).

ჰუმანისტი და თეორიტიკოსი კარლ როჯერსი, რელიგიის ოთხ გერონტოლოგიურ ფუნქციას გამოყოფს: 1) დაეხმაროს მოსალოდნელი სიკვდილის პირისპირ მყოფს; 2) დაეხმაროს ადამიანს იმის შეგრძნებაში, რომ მისი არსებობა მნიშვნელოვანია; 3) შეაგუოს ასაკთან დაკავშირებულ დანაკარგებს და უბიძგოს კომპენსაციის ძიებისაკენ; 4) თანხვედრაში იყოს სეკულარულ სოციალურ საჭიროებებთან. იმის გასარკვევად, თუ რატომ ხდება უფრო მეტად რელიგიური და სპირიტუალური ხანდაზმული ადამიანი, საჭიროა თითოეული ფუნქციის ანალიზი. ხანდაზმულობის ასაკში მყოფი ადამიანი გრძნობს, რომ მოსალოდნელი გარდაცვალება კიდევ უფრო ახლო და საგრძნობი ხდება. იმის გაცნობიერება, რომ ისინი ვეღარასდროს გახდებიან ახალგაზრდები, შეიძლება იწვევდეს

რელიგიურობისკენ მიდრეკილებას, რათა უფრო მეტად ინტეგრირდნენ ცხოვრებაში. ეს ტენდენცია შეიძლება მძლავრი იყოს, განსაკუთრებით იმ ადამიანებში, ვინც ახალგაზრდულ წლებში არასდროს ყოფილა ღრმად მორწმუნე. ჰერმან ლოტერი (1967) აღნიშნავს, რომ რელიგიურობისკენ სწრაფვა სიკვდილის შიშითაა ნასაზრდოები. რელიგია ეხმარება კომფორტის შეგრძნებასა და აღსასრულის გააზრებაში. მეორე გერონტოლოგიური ფუნქცია გახლავთ ცხოვრებაში მნიშვნელოვნობის პოვნა. რწმენა იკვებება სუბიექტური საჭიროებებით იმისთვის, რომ უმნიშვნელობის გამო მწუხარებას დაუპირისპირდეს. მესამე ფუნქცია ის არის, რომ რწმენა დაუპირისპირდეს ასაკთან დაკავშირებულ დანაკარგებს და ღირებულებები კომპენსაციის წყარო გახდეს. ამ ასაკში მათ სხვადასხვა სახის დანაკარგი აქვთ და როლების უარყოფა ხდება. მაგალითად, როგორცაა პენსიაზე გასვლა. მიუხედავად იმისა, რომ პენსიაზე გასვლა პროგნოზირებული და გარდაუვალია, ამ პროცესის გავლენა, შესაძლოა, დიდი იყოს. რაც შეეხება მეოთხე ფუნქციას, ეკლესია სხვა ინსტიტუტებთან შედარებით უპირატესია სულიერი მხარდაჭერის პროცესში. ამ ტრანზიციების დროს რელიგია უამრავ ადამიანს ეხმარება სტრესთან გამკლავებაში (Moberg, 2012).

ხანდაზმულობასთან დაკავშირებული პრობლემების რელიგიურობით დაძლევა, შესაძლოა მჭიდროდ იყოს დაკავშირებული ხანდაზმულების ფსიქოლოგიურ კარგად ყოფნასთან. რაც თავისთავად, აუმჯობესებს და ამსუბუქებს ტანჯვისა და დანაკარგის განცდებს. სულიერი კარგად ყოფნა გრძელვადიან მზრუნველობის სისტემაში ცხოვრების ხარისხის არსებით ნაწილად არის მიჩნეული. ავტორთა აზრით, სულიერი ცხოვრება პირდაპირპროპორციულად აისახება ხანდაზმულთა სუბიექტურ აღქმაზე, ამასთან ეხმარება მათ სოციალიზაციის/ინტეგრაციის პროცესშიც (Moody, 2010).

ქეინის მიხედვით, აღნიშნულ სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხის ერთ-ერთი გამოწვევა ისაა, რომ მათ ესაჭიროებათ მნიშვნელოვანი აქტივობები და უკიდურესად საჭირო ურთიერთობები სხვებთან (Kane, 2001).

### 3.4 ხანდაზმულობის ფიზიკური და ფიზიოლოგიური გამოწვევები

როგორც უკვე ითქვა, ხანდაზმულობის ასაკში თავს იჩენს უამრავი ფიზიოლოგიური ცვლილება, რაც დიდ როლს თამაშობს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და შესაბამისად, შესაძლებელია გავლენა მოახდინოს მათ ფიზიკურ, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზეც. მაგალითად, ხანდაზმულობისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ფიზიოლოგიური ცვლილებები: სიმაღლესა და წონაში კლება, ცხიმის და კუნთოვანი მასის შეფარდების კოეფიციენტის კლება, ორგანიზმში მცირდება წყლის მოცულობა, საოფლე ჯირკვლების ატროფირება, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ცვლილება, რაც მოიცავს არტერიების კედლების გამკვრივებას, გულის სარქველების ფიბროზს. აღნიშნული ცვლილებები იწვევს გულისცემის სიხშირის შეუსაბამობას, ასევე პერიფერიული სისხლძარღვების ელასტიურობის დაკარგვას. ცვლილებები იკვეთება თირკმელებსა და სასუნთქ სისტემაშიც, რაც, თავის მხრივ, იწვევს თირკმელებში სისხლის მიმოქცევის დაქვეითებას, ფილტვების ტევადობის შემცირებას, ჟანგბადის მიღების უნარის დაქვეითებას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ცვლილებები, იწვევს საჭმლის მონელების შესუსტებას, ასევე ნაწლავების პერისტალტიკის შენელებას (გ. სიმონია; & ი. ანდრონიკაშვილი, 2014).

პირველ რიგში, განვიხილავთ იმ ძირითად ფიზიოლოგიურ გამოწვევებს, რომელსაც ხანდაზმულობის პერიოდში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს და საჭიროებს მუდმივ მეთვალყურეობას. როგორც ნაშრომის დასაწყისში აღვნიშნეთ, ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელია დაქვეითებული თვითმოვლის უნარ-ჩვევები, დაბალი იმუნიტეტი და მოწყვლადობა სხვადასხვა დაავადებების მიმართ. მათ შორის განსაკუთრებით ხშირია ქრონიკული დაავადებების წარმოშობა. საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც

მუშაობენ ამ მიზნობრივ ჯგუფთან, ცდილობენ შეიმუშაონ ისეთი პრევენციული სახელმძღვანელო, რომელიც მიმართული იქნება ხანდაზმული პირების ჯანმრთელობის პრობლემების რისკ ფაქტორების შემცირებაზე. „პირველადი ჯანდაცვის განხორციელების ფაზაში, ხანდაზმულთათვის შეიქმნა და მიეწოდათ უფასოდ გრიპის ვაქცინა, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა ფილტვებისა და გულის პრობლემებთან დაკავშირებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი“ (E. CALKINS; & CH. BOULT; & E. H. WAGNER; & J. T. PACALA, 1999). აღნიშნულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით შეიძლება ვიმსჯელოთ, რომ მუშაობის პროცესში პირველადი ჯანდაცვა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან რგოლს წარმოადგენს ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის გამოწვევებთან გამკლავებაში.

ხანდაზმულობის ასაკში იზრდება, ასევე მოტეხილობებისადმი მიდრეკილება. რადგან ცვლილებები ეხება ძვლოვან სისტემასაც, სადაც ძვლის ქსოვილების განლევა ხდება (ოსტეოპოროზი). რაც შეეხება მხედველობას, ხანდაზმულებს უვითარდებათ შორსმხედველობა, ფერადი მხედველობის შესუსტება და ხშირია კატარაქტისადმი მიდრეკილებაც. სმენის პრობლემები, გამოიხატება მაღალი ხმიანობის ადჰმის უნარის დაქვეითებაში. რაც შეეხება თავის ტვინის ცვლილებებს, ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს თავის ტვინის მასის შემცირებასა და ქერქის უჯრედების რაოდენობის კლებას, რის შედეგადაც ვიღებთ მოტორული და ფსიქომოტორული აქტიურობის შენელებას, ინტელექტუალური აზროვნების დაქვეითებას, ძილის შემცირებას (JOSÉ B. ASHFORD; & CRAIG W. LECROY, 2010).

საინტერესოა, რომ ჯანმრთელობის სტატუსი მოიცავს ჯანმრთელობის გამწვავებას და შეზღუდულობის ხარისხს, რამდენად შეუძლია ინდივიდს ფუნქციონირება. ეს განისაზღვრება შემდეგი ყოველდღიური აქტივობების (ADL - Activities of Daily Living) მახასიათებლის მიხედვით: ჭამა, ჩაცმა, თვითმოვლა და ჰიგიენა, მობილურობა (Western Michigan University, 2004).

სიცოცხლის ციკლის მანძილზე ფუნქციონალური შესაძლებლობების შენარჩუნება ძალიან მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგებს. ასაკის მატებასთან ერთად არაგადამდები

დაავადებები ავადმყოფობის, შეზღუდული შესაძლებლობის და სიკვდილიანობის მთავარ წყაროდ გვევლინება. არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკი ასაკთან ერთად მატულობს და ეს უფრო საგანგაშო ხდება მაშინ, როდესაც ინდივიდი არ ერიდება ისეთ რისკ-ფაქტორებს, როგორცაა: სიგარეტისა და ალკოჰოლის მოხმარება. ბუნებრივია, ცხოვრების სტილი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს რისკ-ფაქტორების ფორმირებაზე. სწორედ ამიტომ, მნიშვნელოვანია რისკ-ფაქტორების გამოვლენა ადრეული ასაკიდანვე (Ageing and Health Programme of World Health Organization, 1998).

ამგვარად, ნათლად ჩანს, რომ ხანდაზმულობისთვის დამახასიათებელი ფიზიოლოგიური ცვლილებების ცოდნა დაგვეხმარება შესაძლო პრევენციის განხორციელებაში და რაც მთავარია, სოციალური აქტივობის ოპტიმალურად დაგეგმვაში. ჯანმრთელობის სტატუსის განსაზღვრა კი სწორი და ეფექტური ინტერვენციის საშუალებას იძლევა. ამასთან, ვინაიდან ხანდაზმულობის პერიოდში იზრდება ქრონიკული დაავადებების განვითარების რისკი, აუცილებელია პრაქტიკოსმა იცოდეს აღნიშნულის სპეციფიკა. რაც საშუალებას მოგვცემს დავგეგმოთ ინდივიდუალური მიდგომა ცალკეული შემთხვევებისას და სწორად ვმართოთ დაავადება. ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტაბილურობა კი პირდაპირ პროპორციულად გამოიწვევს ხანდაზმულთა ქმედუნარიანობის გაზრდას და სოციალურ აქტივობებში ჩართულობას.

### 3.5 ხანდაზმულობის სოციალური გამოწვევები

სოციალიზაციის პროცესი უმნიშვნელოვანესია ხანდაზმულთა ასაკშიც. ამ ასაკში გამძაფრებულია სოციალური მხარდაჭერის ქსელისადმი ემოციური მიჯაჭვულობა და მათთან ურთიერთობის საჭიროება, რაც თავის მხრივ გასდევს ხანდაზმულ პირს დარჩენილი ცხოვრების მანძილზე. მათ უკვე კარგად იციან, როგორ მართონ სოციალური კონფლიქტები, მიიღონ მათგან სარგებელი და ჩაერთონ სოციალიზაციის სრულყოფილ წრეში (G. luong; & A. rauer; & karen L. fingerman, 2015).

ლიტერატურის მიმოხილვისას უნდა გავითვალისწინოთ ის მნიშვნელოვანი დეტალები, რომლებიც საერთაშორისო პრაქტიკის პროცესში მიზნობრივ ჯგუფის ცხოვრებას შეეხება. სოციალურ მეცნიერებს, რომლებიც სიცოცხლის ხანგრძლივობას იკვლევენ, მიაჩნიათ, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობა განპირობებულია სიცოცხლის განმავლობაში ურთიერთობების ხარისხით (Blocher, 2000). თავის მხრივ „სოციალური მხარდაჭერა, რომელსაც თითოეული ადამიანი იღებს სოციალური თანადგომის ქსელიდან, უკავშირდება ყველა იმ ვერბალურ და არავერბალურ კომუნიკაციის საშუალებას, რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენს გააძლიეროს საჭიროების მქონე პირის გრძნობები, მისცეს სტიმული და ცხოვრების დადებითად შეფასების უნარი“ (Junker, 2011).

ასაკში მყოფი ადამიანები ნელ-ნელა კარგავენ ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს, რის გამოც უფრო დიდი ალბათობაა იმისა, რომ სიმარტოვესა და იზოლაციაში აღმოჩნდნენ. სოციალური იზოლაცია კი მათ ფიზიკურ და გონებრივ შესაძლებლობებს აქვეითებს. ასევე უარყოფითად მოქმედებს მათ ფსიქიკაზე, ზრდის ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკებს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ სოციალური კავშირი და სოციალური მხარდაჭერა დადებით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე, სუბიექტურ კარგად ყოფნასა და ცხოვრების ხარისხზე. ფართო სოციალური კავშირი და სოციალური მხარდაჭერა ამცირებს ავადობასა

და სიკვდილიანობას, აუმჯობესებს ფსიქოლოგიურ „კარგად ყოფნას“ და ამცირებს ჯანმრთელობისთვის საზიანო ქცევებს (Cohen, 2004).

იაპონიის მაგალითს თუ განვიხილავთ, ვნახავთ, რომ ხანდაზმულები, რომლებიც სოციალური კონტაქტების და კავშირების ნაკლებობას განიცდიდნენ, 1,5-ჯერ უფრო მეტი ალბათობით ილუპებოდნენ იმ ადამიანებთან შედარებით, რომლებიც მაღალი სოციალური მხარდაჭერით გამოირჩეოდნენ ( H. sugisawa; & J. liang; & X. liu, 1994).

გამომდინარე აქედან, საინტერესო ურთიერთიერთკავშირი მყარდება ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სოციალურ იზოლაციას, მხარდაჭერასა და უარყოფით სოციალურ ურთიერთობებს შორის. აღმოჩნდა, რომ ისეთი ცვლადები, როგორცაა სოციალური იზოლაცია, სოციალური მხარდაჭერა და უარყოფითი ურთიერთობები, პირდაპირპროპორციულად აისახება ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თავის მხრივ უარყოფითი ცხოვრებისეული გამოცდილება ნეგატიურად აისახება ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზე (Cohen, 2004). აქედან გამომდინარე კი ვასკვნით, რომ ვლინდება კავშირი სოციალურ გარემოს, ჯანმრთელობასა და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას შორის.

ბუნებრივია, ხანდაზმულთა ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ოჯახისა და მეგობრების დამოკიდებულება. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ხანდაზმულობის ასაკში ხშირია დანაკარგი, რაც დიდ გავლენას ახდენს, როგორც უშუალოდ ხანდაზმულზე, ასევე მის სოციალურ ქსელზე. ამგვარად, ხანდაზმულობის ასაკში ოჯახის თანადგომა უპირობოდ მნიშვნელოვანია. მაგალითისთვის, ხანდაზმულთათვის მნიშვნელოვანია ბებია-ბაბუის როლში ყოფნა. ასეთ დროს ისინი ახალ შესაძლებლობებს იძენენ და ადგილს პოულობენ თაობათა ჯაჭვში. ცხოვრების ეს ეტაპი ახალი გამოცდილების, ფუნქციებისა და მოვალეობების სიჭარბით ხასიათდება და ახალი სამოქმედო ველია ხანდაზმულთათვის. სამი თაობის წარმომადგენლიანი ოჯახების ლონგიტუდურმა კვლევამ გამოავლინა თაობათაშორისი სოლიდარობის 5 ასპექტი: 1) ემოციური სოლიდარობა- მჭიდრო ემოციური სიახლოვე; 2) ასოციაციური სოლიდარობა - კონტაქტის ტიპი და სიხშირე; 3) კონსენსუალური სოლიდარობა - მოსაზრებებსა და



მოლოდინებში თანხმობა; 4) ფუნქციონალური სოლიდარობა - ემოციური და ინსტირმენტული მხარდაჭერა და ბოლოს 5) სტრუქტურული სოლიდარობა - გეოგრაფიული სიახლოვის გავლენა ინტერაქციაზე ( Barbara M. Newman; & Philip R. Newman, 2015).

ვინაიდან ოჯახი მნიშვნელოვანი მექანიზმია ხანდაზმულთა სოციალური ინტეგრაციის კუთხით, 24 საათიან მზრუნველობაში მყოფ პირებს კი ეს მექანიზმი არ აქვს, შესაძლოა, მათთვის სოციალური ინტეგრაცია უფრო მწვავე გამოწვევას წარმოადგენდეს.

საინტერესოა, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდისა და ოჯახის სტრუქტურის ცვლილების ფონზე აშშ-ში იზრდება ბებია-ბაბუების როლი და მულტიგენერაციული კავშირები 21-ე საუკუნის ოჯახის ცხოვრებაში ახალ ღირებულებას ქმნის. იგივე ხდება ჩინეთშიც (Vern L. Bengtson; & Robert E. L. Roberts, 2009). მიუხედავად იმისა, რომ ჩინეთში თაობათაშორის კავშირებს ღრმა კულტურული და ისტორიული ფესვები აქვს, 21-ე საუკუნის თაობათაშორისმა კავშირებმა კიდევ უფრო გაუსვა ხაზი ბებია/ბაბუების როლებს, როგორც ოჯახის დამხმარე მნიშვნელოვან რესურსებს (G. Liu; & F. Chen; & Christine A. Mair, 2011). ამგვარად, ცხადია რომ პაპა-ბებების როლების შეთავსება ხანდაზმულებისთვის დამატებით ფუნქციას წარმოადგენს, ახალი როლის შეთავსება კი გარკვეულწილად მათი ინტეგრაციის დადებით ფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს.

გარდა საოჯახო ფუნქციონირებისა, ხანდაზმულთათვის მნიშვნელოვანია კარიერა და სამსახურეობრივი საქმიანობაც. ცხადია, ასეთ დროს შენარჩუნებულია სოციალური აქტივობა და საქმიანობის არეალიც იზრდება. ხანდაზმულობის ასაკში მუშაობის გაგრძელება გავლენას ახდენს ხანდაზმულთა თვითშეფასებაზე. ხანდაზმულს აქვს განცდა, რომ ის საჭირო, სასარგებლო პირია, რაც ასევე ამაღლებს მოტივაციას. ხანდაზმულებს, რომელთაც მენტორის როლი აკისრიათ ახალი ან ახალგაზრდა თანამშრომლების გარემოცვაში, უმაღლდებათ ცხოვრებით კმაყოფილების განცდა, რადგან თავს მნიშვნელოვან და საჭირო პირად გრძნობენ. იქმნება შესაძლებლობები, რომ კარიერულ მიზნებს მიაღწიონ (Stevens-Roseman, 2009).

საზოგადოებრივ დისკურსში ხანდაზმული ადამიანები ხშირად მოხსენიებულნი არიან, როგორც არაკომპეტენტურნი და არაპროდუქტიულნი და ეს ხდება არამხოლოდ ინდივიდუალურ დონეზე, არამედ ტირაჟირებულია მედია საშუალებებითაც. იმის ნაცვლად, რომ ასაკთან დაკავშირებული ცოდნა და გამოცდილება დადებითად იქნას შეფასებული, ეს პირიქითაა გააზრებული (Schaie, 1993).

ბევრი მკვლევარი მიიჩნევს, რომ ხანდაზმულთა შორის სუიციდის მაღალი მაჩვენებელი განპირობებულია სწორედ ეიჯიზმით (OSGOOD, 2000). ამასვე ადასტურებს ნელსინი თავის სტატიაში „ეიჯიზმი: სტერეოტიპებისა და წინასწარშექმნილი მცდარი აზრის ჩამოყალიბება ასაკოვანი ადამიანების მიმართ“ (Nelson, 2004). პირველად სიტყვა „ეიჯიზმი“ ამერიკელმა გერონტოლოგმა რობერტ ბატლერმა 1969 წელს გამოიყენა. ტერმინი აღნიშნავს ხანდაზმულ პირთა მიმართ სტერეოტიპების ჩამოყალიბებას და ასაკობრივი ნიშნით მათი დისკრიმინაციის სისტემურ პროცესს (Butler, 2002). ეიჯიზმს ადგილი აქვს სამუშაო ადგილებზე, სამედიცინო ცენტრებსა და სხვა ინსტიტუტებში.

საზოგადოებაში დამკვიდრებული მითების და სტერეოტიპების გამო უამრავი ხანდაზმული ხდება სტიგმატიზაციის მსხვერპლი. ისინი ხშირად ხდებიან უარყოფითი შეფასებების ობიექტები ასაკთან დაკავშირებული ისეთი გამოვლინებების გამო, როგორცაა, მაგალითად, დანაოჭებული სხეული, მეხსიერების შესუსტება ან გაუარესებული ფუნქციონირება (D. Dobbs; & J. Kevin Eckert; & Bob Rubinstein; & L. Keimig; & L. Clark; & A. Christine Frankowski; & Sh. Zimmerman, 2008).

სტიგმატიზაციას სამი ურთიერთდაკავშირებული კომპონენტი აქვს. პირველი, დომინანტური კულტურული რწმენები აღნიშნულ ადამიანებს არასასურველ მახასიათებლებს აწერს. მეორე, ეს ადამიანები განცალკევებულნი არიან „ჩვენგან“ და მოხსენიებულნი არიან როგორც „ისინი“. მესამე, ასაკობრივი ცენზის გამო ხანდაზმულ პირთა მიერ სტატუსის დაკარგვა და მათ მიმართ განხორციელებული დისკრიმინაცია უთანასწორო შედეგებს წარმოშობს (Bruce G. Link; & Jo C. Phelan, 2001).

გრძელვადიანი ზრუნვის (Long-Term-Care) ბენეფიციარებს, რომლებიც კოგნიტურად და ფიზიკურად არიან დაუძლურებულნი, სტიგმატიზაციის და ეიჯიზმის შედეგები უფრო მეტად ხდის მოწყვლადებს. გრძელვადიანი ზრუნვის სისტემაში ჩატარებული მრავალი კვლევა ხაზს უსვამს, რომ მიუხედავად გაწერილი მიზნებისა, იქმნება დეპერსონალიზაციის ხელშემწყობი სტრუქტურული მახასიათებლები, რაც თავის მხრივ, სტიგმას წარმოშობს (Dobbs, 2008).

ინსტიტუციური საცხოვრისების მახასიათებლები, როგორცაა ცხოვრების ყველა ასპექტის გაერთიანება და განხორციელება ერთი ინსტიტუციის და ერთი ორგანოს ფარგლებში, სხვებისგან ნებადართული ყოველდღიური აქტივობები, წესებისა და განრიგის თანმიმდევრული დაცვა და ყველა აქტივობის ერთ სამოქმედო გეგმაში გაწერა, უფრო მეტად განაპირობებს დეპერსონალიზაციას გრძელვადიან ზრუნვის სისტემაში (Goffman, 2009). გრძელვადიან ზრუნვაში (LTC) ყოფნა კიდევ ერთი ფაქტორის გამოც არის სტიგმატიზებული: მიიჩნევა, რომ გრძელვადიან ზრუნვის სისტემაში მყოფი პირების დაბალი სოციო-ეკონომიკური კლასის წარმომადგენლები არიან (D. Dobbs; & J. Kevin Eckert; & Bob Rubinstein; & L. Keimig; & L. Clark; & A. Christine Frankowski; & Sh. Zimmerman, 2008).

დემოგრაფიულმა, ეკონომიკურმა და სოციალურმა ცვლილებებმა საჭირო გახადა უწყვეტი განათლების მიღება არსებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების განსავითარებლად. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აქტიური დაბერების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი ხანდაზმული ადამიანების სოციალურ ცხოვრებაში ჩართულობა და აქტიურობაა. თუკი გვსურს, რომ მეტმა ხანდაზმულმა შეინარჩუნოს შრომის ბაზარზე სამუშაო პოზიცია, მეტი ხანდაზმული იყოს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართული, რაც საჭიროებს ხანდაზმულთა განათლებასა და გადამზადებას. აუცილებელია, რომ ასაკის მატებასთან ერთად ხანდაზმულებმა განივითარონ მიმდინარე მოთხოვნებზე მორგებული უნარ-ჩვევები, ირწმუნონ საკუთარ შესაძლებლობები და შეინარჩუნონ დამოუკიდებლობა და თავისუფლება. კვლევების მიხედვით, ხანდაზმულთა შორის უმუშევრობა მათი ასაკის გამო კი არ არის გამოწვეული, არამედ განათლებისა და უნარ-ჩვევების ნაკლებობით (Organisation

for Economic Co-operation and Development, 1999). უწყვეტი განათლება არ არის მხოლოდ ინდივიდუალური სარგებელი უშუალოდ ხანდაზმულებისთვის, ეს დადებითად აისახება მთელ საზოგადოებაზეც. აღნიშნულიდან გამომდინარე შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ აქტიურ, ჯანმრთელ და ინფორმირებულ ხანდაზმულ ადამიანს ნაკლებად დასჭირდება საოჯახო და სათემო რესურსები და მომსახურებები.

### 3.6 უგულებელყოფა და არასათანადო მოპყრობა

სავარაუდოა, რომ ფართო სოციალური კავშირებისგან გარიყვა და იზოლირება, რომელიც ხანდაზმულს მხოლოდ საოჯახო ქსელში ამყოფებს, ხელს უწყობს არასათანადო მოპყრობის დამალვას და შესაბამისად, ის არ არის ხილვადი სოციალური მხარდამჭერებისათვის. შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნული ვითარება მოწყვლად მდგომარეობაში მყოფ ხანდაზმულს ბედის ანაბარა ტოვებს. დაბალი სოციალური მხარდაჭერა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია ემოციური, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობისა. ამავე გარემოში იზრდება უგულებელყოფის რისკიც (R. acierno; & Melba A. Hernandez; & Ananda B. Amstadter; & Heidi S. Resnick; & K. Steve; & W. Muzzy; & Dean G. Klipatrick, 2010).

არსებობს ხანდაზმულთა უგულებელყოფის, უარყოფის და თავიდან მოშორების პრაქტიკაც. სამეცნიერო ლიტერატურაში ხანდაზმულთა უგულებელყოფა და არასათანადო მოპყრობა ( ე.წ Elder Abuse and Neglect (EAN)) განიმარტება, როგორც „ერთჯერადი ან განმეორებითი აქტი ნებისმიერი სახის ურთიერთობაში, სადაც ნდობის მოლოდინი არსებობს და იწვევს ხანდაზმულის ზიანს და მწუხარებას (J. Dixon; & J. Manthorpe; & S. Biggs; & C. Mccreadie, 2010). ხანდაზმულთა უგულებელყოფა და არასათანადო მოპყრობა

კატეგორიზდება 5 მიმართულებით: ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სექსუალური და ფინანსური ძალადობა და უგულვებელყოფა (E.O. Laumann; & A.S. Leitsch; & J.L. Waite, 2008).

ჩამოთვლილ კატეგორიებს კი ემატება ახალი ასპექტები: თვითუგულვებელყოფა (Self-neglect) და სოციალური შევიწროვება (Social Abuse). *თვითუგულვებელყოფა*- საფრთხეს უქმნის ხანდაზმულის უსაფრთხოებასა და ჯანმრთელობას. ასეთ მდგომარეობაში მყოფი ხანდაზმული არ უვლის თავს, ცხოვრობს შეუსაბამო გარემოში, არ იცავს შესაბამის დიეტას, ატარებს შეუსაბამო ტანსაცმელს, არ ურთიერთობს სხვა ადამიანებთან, არ იღებს ბაზისურ სამედიცინო დახმარებას და არ უვლის საკუთარ და სხვის ნივთებს.

*სოციალური შევიწროება*- ეწოდება მდგომარეობას, როდესაც ხდება ხანდაზმულის სოციალური კონტაქტის და აქტივობების შეზღუდვა. მისი სოციალურად გარიყვა და იზოლირება. ასეთ დროს პიროვნება ჩამოშორებულია მეგობრებს, მეზობლებსა და ნათესავებს. ამგვარ პირობებში შეიძლება ადგილი ქონდეს შეტყობინებებისა და ტელეფონის ზარების შემოწმებას, ტრანსპორტის, ჯანდაცვის ობიექტების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას (Q. Yi; & J. Honda; & N. Hohashi, 2015).

ხანდაზმულთა უგულვებელყოფისა და არასათანადო მოპყრობის მიზეზებს შორის შეიძლება ორი მიზეზი გამოვყოთ: მზრუნველის სტრესი და მზრუნველის ზიანი. მზრუნველის სტრესი, როგორც ხანდაზმულთა უგულვებელყოფისა და შევიწროების მიზეზი, თავს იჩენს მაშინ, როდესაც მზრუნველი გარშემორტყმულია მასზე დამოკიდებული ხანდაზმულის მოთხოვნილებებითა და საჭიროებით. მომვლელის ზიანი კი შესაძლოა, მის მენტალურ ჯანმრთელობასა და პერსონალურ დარღვევებზე აისახოს, რომელიც უფრო დიდი ზიანის მომტანია, როგორც მზრუნველისთვის, ასევე მასზე დამოკიდებული პირისთვის (JOSÉ B. ASHFORD; & CRAIG W. LECROY, 2010).

ასაკოვანი ადამიანები უფრო დაუცველნი არიან ისეთი რისკებისგან, როგორიცაა ძალადობა, შეურაცხყოფა და შევიწროება. სამწუხაროდ, ხანდაზმულთა მიმართ ოჯახური ძალადობა კვლავ მნიშვნელოვან სოციალურ პრობლემად რჩება. ოჯახური ძალადობა

განმარტებულია, როგორც ოჯახის ერთი წევრის მიერ სხვა წევრის მიმართ ზიანის განზრახ ჩადენა, რომელიც უგულებელყოფს პირის უფლებებსა და უსაფრთხოებას (Flannery, 2003). ამავე წყაროს განმარტებით, ძალადობა ფიზიკურ, სექსუალურ, ეკონომიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობას და უგულებელყოფას გულისხმობს. სხვადასხვა ლიტერატურის მიხედვით ხანდაზმულთა მიმართ ფინანსური და ფსიქოლოგიური ძალადობა ყველაზე გავრცელებული ფორმაა (J. Hightower; & M. J. Smith; & Henry C. Hightower, 2008). მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს ხანდაზმულთა წინააღმდეგ ყველა ფორმის ძალადობისა და უგულებელყოფის აღმოფხვრა წარმოადგენს (United Nations, 2002).

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დაბერების პროცესს თან ახლავს გამკლავების უნარის დაქვეითება. ამგვარად, მსხვერპლ ხანდაზმულებს შესაძლოა დიდხანს დარჩეთ ტრავმა და დახმარების თხოვნის სურვილი შიშმა და სირცხვილმა დაძლიოს. ამრიგად, ხანდაზმულებთან მომუშავე პროფესიონალებმა უნდა გაიაზრონ ფორმალური თუ არაფორმალური მზრუნველობის მიერ პოტენციური ძალადობის, შევიწროებისა თუ უგულებელყოფის რისკები, როგორც საოჯახო, ისე ინსტიტუციონალურ მზრუნველობის დაწესებულებაში.

## 4 საქართველოში არსებული კანონმდებლობა, საერთაშორისო კონვენციები და ომბუდსმენის საპარლამენტო ანგარიში

როგორც საკითხის აქტიულობისას აღვწერეთ, საქართველოში საპენსიო ასაკი მამაკაცებისთვის 65 წელს, ხოლო ქალბატონებისთვის 60 წელს წარმოადგენს. 2018 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით საქართველოში ცხოვრობს 769 400 პირი, რომელიც არის 60 და მეტი ასაკის (M. Chitanava. & B.brun, 2017). დანარჩენი მოსახლეობის რაოდენობასთან მათ თანაფარდობას თუ გამოვიანგარიშებთ, ვნახავთ რომ ხანდაზმულთა რიცხვი საქართველოს მაცხოვრებელთა მეხუთედზე მეტია. მცირე არითმეტიკული გამოთვლებით, მივიღებთ, რომ ქვეყანაში ხანდაზმულთა რიცხვი ყოველწლიურად მოიმატებს და 2030 წლისთვის მინიმალური ნიშნული ქვეყნის მოსახლეობის 25 პროცენტი იქნება.

აქედან გამომდინარე საინტერესოა, რამდენად იცავს ქვეყანა შესაბამისი კანონმდებლობითა და კონვენციებით საქართველოში მცხოვრებ ხანდაზმულთა უფლებებს, რა პრობლემური საკითხები აქვს გამოყოფილი სახალხო დამცველს და რა რეკომენდაციებს გასცემს ის მთავრობის წინაშე.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის ანალიზით თუ დავიწყებთ, დავინახავთ, რომ სახელმწიფო პირდაპირ უთითებს ოჯახის წევრებს, მათ შორის შვილებსა და შვილიშვილებს, თავის თავზე აიღონ უფროს თაობაზე ზრუნვის ვალდებულება. მშობლისა და პაპის/ბებიას ზრუნვის საკითხებში. აღნიშნული წარმოიშობა სასამართლოს გზით და ითვალისწინებს ოჯახის (შვილის, შვილიშვილის) ფინანსურ მდგომარეობას. საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 1218 მუხლის მიხედვით:

1. „შვილები მოვალენი არიან იზრუნონ მშობლებისათვის და დაეხმარონ მათ;
2. სრულწლოვანი შრომისუნარიანი შვილები მოვალენი არიან არჩინონ შრომისუნარო მშობლები, რომლებსაც დახმარება სჭირდებათ” (საქართველოს პარლამენტი, 1997);

ამავე კოდექსის 1224 მუხლის შესაბამისად:

1. „შვილიშვილი, რომელსაც საკმაო სახსრები აქვს, მოვალეა არჩინოს თავისი შრომის უნარო პაპა და ბებია, რომლებიც დახმარებას სჭიროებენ, თუ მათ არ შეუძლიათ მიიღონ სარჩო თავისი შვილისაგან ან ერთმანეთისგან.“ (საქართველოს პარლამენტი, 1997);

ორივე ქვეთავის ჩანაწერებში ვკითხულობთ რომ უფლება, დაეხმაროს მშობელსა და ბებია/პაპას განისაზღვრება სასამართლოს გზით და სტაბილური ფინანსური მდგომარეობის გათვალისწინების შემდგომ. მოძიებული ინფორმაციის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ, რომ სახელმწიფოს მიდგომა არის ტრადიციული. ქვეყნის სამოქალაქო კოდექსი კი განსაზღვრავს, რომ ოჯახს კვლავ ენიჭება უპირველესი მოვალეობა ხანდაზმულის ზრუნვის სფეროში.

საერთაშორისო აქტი, მადრიდის საერთაშორისო გეგმა აქტიური დაბერების შესახებ მიმართულია კონკრეტულად ხანდაზმულთა მიზნობრივი ჯგუფის ცხოვრების სტანდარტის ამაღლებასა და გაუმჯობესებაზე. ამასთან გეგმაში საუბარია იმ სერვისების დახვეწისა და დანერგვის შესახებაც, რომლებშიც ჩართულია ხანდაზმული ადამიანები. გეგმის უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენს შემდეგი ათეული:

- „პოლიტიკის ყველა მიმართულებით მოსახლეობის დაბერების საკითხის მენტირინგი;
- ხანდაზმულთა საზოგადოებაში სრული ინტეგრაციისა და ჩართულობის უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის დაბერების საპასუხოდ ეკონომიკის თანაბარი და მდგრადი ზრდის ხელშეწყობა;



- სოციალური დაცვის სისტემის მოწესრიგება;
- შრომის ბაზრისთვის შესაძლებლობის მიცემა, რეაგირება მოახდინოს მოსახლეობის დაბერების ეკონომიკურ და სოციალურ შედეგებზე;
- მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლების და განათლების სისტემის ადაპტირების ხელშეწყობა;
- ყველა ასაკში ცხოვრების ხარისხის უზრუნველყოფის და დამოუკიდებელი ცხოვრების (მათ შორის, ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის) ხელშეწყობა;
- ხანში შესვლის პროცესში ძირითადი აქცენტის გენდერულ მიდგომაზე გაკეთება;
- ხანდაზმულებზე მზრუნველი ოჯახების და მათ წევრებში თაობათაშორისი სოლიდარობის ხელშეწყობა;
- ზემო აღნიშნული გეგმის განხორციელების რეგიონალური სტრატეგიის დანერგვის და რეგიონალური თანამშრომლობის კონტექსტში მისი შემდგომი მოქმედებების ხელშეწყობა“ (Second World Assembly on Ageing, 2002);

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ქვეყანას, სადაც მოსახლეობის ერთ მეხუთედს 60 წელს ზემოთ მყოფი ადამიანები შეადგენს, ხელი არ აქვს მოწერილი აღნიშნულ დოკუმენტზე. რის საფუძველზეც, შესაძლებელია ვიფიქროთ, რომ ხანდაზმულთა მიზნობრივ ჯგუფზე პასუხისმგებლობის აღება სახელმწიფოს მხრიდან არ არის პრიორიტეტული. ობიექტურობისთვის აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ წინამდებარე დოკუმენტის საფუძველზე საქართველოს პარლამენტმა 2016 წლის 27 მაისს დაამტკიცა „საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფცია“. ამავე დოკუმენტში მოხსენიებულია ის ძირითადი მიმართულებები, რაც გვხვდება მადრიდის საერთაშორისო გეგმაშიც. ამასთან, დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „მოსახლეობის დაბერების საკითხი საქართველოსთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან დემოგრაფიული დინამიკა მზარდ გავლენას ახდენს ქვეყნისა და საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებაზე (მათ შორის, ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალურ სექტორებზე) და გრძელვადიან პერიოდში შეიცავს რისკებს სახელმწიფო ფინანსებისთვის“ (საქართველოს პარლამენტი, 2016).

მიუხედავად იმისა, რომ ეს დოკუმენტი რიგ საკითხებში თანხვედრაშია საერთაშორისო აქტთან, პრინციპული განსხვავება ისაა, რომ აღნიშნულ დოკუმენტზე ხელმოწერის არ არსებობა სახელმწიფოს არ ავალდებულებს სხვა სახელმწიფოების მიმართ გეგმაში აღწერილი ქმედებების შესახებ ანგარიში წარდგენას. შესაბამისად, კონცეფციაში აღწერილი სამუშაოების გატარებაზე პასუხისმგებლობას მხოლოდ სახელმწიფო იღებს და გეგმით გათვალისწინებული განხორციელებული პროექტების წარდგენის ვალდებულება საერთაშორისო ორგანიზაციებისა თუ სხვა სახელმწიფოების მიმართ არ არსებობს. რა დროსაც სახელმწიფო იტოვებს ექსკლუზიურ უფლებას შეცვალოს ან გაახანგრძლივოს გეგმის განხორციელების პერიოდი, უკიდურეს შემთხვევაში კი საერთოდ არ განახორციელოს დაგეგმილი აქტივობები. აღნიშნული კვლავ უარყოფით მხარედ გვევლინება დროული, ქმედითი ნაბიჯების განსახორციელებლად და ნაკლებ პროდუქტიული შეიძლება იყოს მიზნობრივი ჯგუფისთვისაც.

სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიშების მიმოხილვისას 2013 წლის ანგარიშში საუბარია მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევის დროს განხორციელებულ აქტივობების შესახებ. ომბუდსმენი არ ეხება ხანდაზმულთა მიმართ არსებულ სახელმწიფო პოლიტიკასა და პროგრამებს, რაც ცალკე ქვეთავად გვევლინება 2014 წლის ანგარიშში. ამასთან 2014 წლის დოკუმენტი უფრო მეტად უსვამს ხაზს სოციალური რეაბილიტაციისა და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ ინფორმაციას. „ხანდაზმულებზე ზრუნვის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს მათი პანსიონური მომსახურება და კათარზისები, რაც ერთის მხრივ შესაძლებელს ხდის მზრუნველობის გარეშე დარჩენილი ხანდაზმული ადამიანების მეტ-ნაკლებად ღირსეული საცხოვრებელი პირობით უზრუნველყოფას, ამავედროულად იწვევს საზოგადოებისგან მათ იზოლაციას და სეგრეგაციას. მსგავსი მომსახურება ხორციელდება სახელმწიფოს დიდი ზომის რეზიდენტულ დაწესებულებასა და სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამების ფარგლებში“ (საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, 2014). ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით მიმოხილულია საყოველთაო დაზღვევის პროგრამა. „მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამამ გააუმჯობესა

ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზრუნვის შესაძლებლობა. პრაქტიკამ ცხადჰყო, რომ ხშირ შემთხვევაში, მათ აქვთ გარკვეული ჩივილები ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით, რაც უკავშირდება სამედიცინო დაწესებულებებში არსებულ რიგებს, ყველა საჭირო მედიკამენტის თანხის აუნაზღაურებლობას და ზოგიერთ შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალის მიერ გამოჩენილ გულგრილობას/დაუდევრობას. ასევე შეიმჩნევა უთანასწორობა დაწესებულებების წვდომის თვალსაზრისითაც სოფელსა და ქალაქში“ (საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, 2014).

2014 წლის დოკუმენტისაგან განსხვავებით კვლავ ცვლილებები გვხვდება 2015 წლის საპარლამენტო ანგარიშში. სადაც ასევე არ ფიქსირდება ცალკე ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურებების ასპექტები. თუმცა დეტალურადაა მიმოხილული სახალხო დამცველის აპარატის მიერ 24 საათიანი მზურნველობის სისტემებში მონიტორინგის საფუძველზე გამოვლენილი პრობლემები. რაც შემდეგნაირად გადანაწილდა:

1. „ბენეფიციართა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტები;
2. სტანდარტების შესრულებაზე ზედამხედველობის მექანიზმის არარსებობა;
3. დოკუმენტების წარმოებასთან დაკავშირებული ხარვეზები;
4. პერსონალის ნაკლებობა და მათი დაბალი კვალიფიკაცია;
5. უკუკავშირის მექანიზმის გაუმართაობა და ბენეფიციართა ინფორმირებულობის დაბალი დონე;
6. არაადაპტური ფიზიკური გარემო და ინფრასტრუქტურის გაუმართაობა;
7. ბენეფიციართა სოციალური პასიურობა და საზოგადოებაში იზოლაციის საფრთხე;
8. დროული და ადექვატური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები;
9. მედიკამენტების მისაწვდომობის პრობლემა“ (საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, 2015)

ზემოთ ჩამოთვლილი პრობლემების გაანალიზებისას კი შეიძლება დავასკვნათ, რომ დარღვეულია ხანდაზმულ პირთა ისეთი ძირითადი უფლებები, როგორცაა სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა, არადისკრიმინაციული/არაგანსჯითი მიდგომა და პატივისცემა. ამასთან, როგორც ანგარიშშია მოცემული არ არსებობს საკანონმდებლო სახის რეგულაცია (პოლიტიკის განმსაზღვრელი ჩარჩო), რომელიც საშუალებას მოგვცემდა აღმოგვეჩვენა არსებული პრობლემები და ქმედითი ნაბიჯები გადადგმულიყო სისტემის გასაუმჯობესებლად.

2015 წლის ანგარიშში ვხვდებით ახალ ქვეთავს, რომელიც აღწერს და მიმოიხილავს ხანდაზმულ პირთა სოციალური კეთილდღეობას ადგილობრივი თვითმმართველობის დონეზე. „მუნიციპალურ დონეზე არ ხდება მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება, ბიუჯეტებით გათვალისწინებული პროგრამები კი ერთგვაროვანია. ძირითად შემთხვევებში მუნიციპალიტეტები ხანდაზმულებზე ორიენტირებულ პროგრამებად მიიჩნევენ ერთჯერად ფულად დახმარებას, უფასო სასადილო მომსახურებით სარგებლობას, ვეტერანთათვის დადგენილ ერთჯერად დახმარებას და კომუნალური გადასახადების დაფინანსებას“ (საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, 2015). აღნიშნული მდგომარეობა ცხადყოფს თვითმმართველი ერთეულების წარმომადგენლების მხრიდან საკითხის მხოლოდ მოკლევადიან შედეგზე ორიენტირებას. აღნიშნული კი, რა თქმა უნდა არ გვაძლევს გრძელვადიან შედეგს და მომავლის პერსპექტივაში ხანდაზმულთა მძიმე სოციალური მდგომარეობა კვლავ პრობლემად რჩება. ამავე წლის რეკომენდაციებში ომბუდსმენი კვლავ ხაზს უსვამს 24 საათიანი მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულების მიმართ სათანადო პირობების შექმნას (გარემო, კვება, არადისკრიმინაციული მიდგომა).

რაც შეეხება 2016 წლის ანგარიშს, აქ მკაფიოდაა ხაზგასმული, რომ ამ საანგარიშო პერიოდში არ შეცვლილა ხანდაზმულ პირთა მდგომარეობა და ეს მიზნობრივი ჯგუფი კვლავ წარმოადგენს ქვეყანაში ერთ-ერთ მოწყვლად/დაუცველ ფენას. კიდევ ერთხელ იმეორებს, რომ არსებობს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა ხანდაზმულთა

შორის. აღსანიშნავია, რომ ამავე პერიოდში პარლამენტმა მიიღო „საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფცია“. თუმცა, სამოქმედო გეგმის დამტკიცება გარკვეული დროის განმავლობაში არ მომხდარა, რამაც სახალხო დამცველის აზრით უარყოფითი ზეგავლენა იქონია ხანდაზმულ პირთა უფლებრივ მდგომარეობაზე. საინტერესოა ისიც, რომ რეკომენდაციებში მოხსენიებულია შესაფერისი გარემოსა და სეზონის შესაბამისი ტემპერატურის უზრუნველყოფა 24 საათიან მზრუნველობის სისტემაში მყოფი პირებისთვის. რაც გვაფიქრებინებს, რომ კვლავ პრობლემებია ხანდაზმულთა ძირეული უფლებების დაცვის კუთხით (საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, 2016).

2017 წლის ანგარიშში დადებითადაა შეფასებული დაბერების საკითხებზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციაზე დაყრდნობით შემუშავებული გეგმის მიღება. თუმცა დროში გაჭიანურების გამო, მთავრობას მხოლოდ 1 წელი დარჩა აღნიშნული გეგმით გათვალისწინებული აქტივობების განსახორციელებლად, რაც ომბუდსმენის დასკვნით საკმაოდ მცირე პერიოდია. სახალხო დამცველი კვლავ საუბრობს მძიმე სოციალურ მდგომარეობაზე. „სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებული სოციალური გარანტიები ხშირად ამ პირთა ცხოვრების მინიმალური სტანდარტებით უზრუნველყოფასაც ვერ ახდენს“ (საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, 2017). ამასთან საუბარია, რომ ადგილობრივი თვითმართველობების დიდი ნაწილი არ ფარავს თავშესაფრით მომსახურების საფასურს და შემოიფარგლება მხოლოდ ისევ და ისევ სახლის თვიური ქირავნობით (განსაკუთრებით მძიმე მატერიალურ მდგომარეობაში მყოფი ოჯახებისთვის). ამავე ანგარიშში სამწუხაროდ აღარ გვხვდება 24 საათიანი მზრუნველობის სისტემების ანალიზი და რეკომენდაციები.

დასკვნის სახით შეიძლება აღინიშნოს, რომ პოლიტიკის დონეზე შეიმჩნევა მცირე დადებითი პროცესები, რაც გამოიხატება მადრიდის საერთაშორისო გეგმის გათვალისწინებით მიღებულ სახელმწიფო კონცეფციასა და სამოქმედო გეგმის მიღებაზე. თუმცა, კვლავ პრობლემას წარმოადგენს ქვეყანაში მყოფ ხანდაზმულთა მძიმე სოციალური ფონი, განსაკუთრებით კი 24 საათიან მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულთა

უფლებრივი მდგომარეობა. ანგარიშების შედარებისა და მიმოხილვისას მკაფიოდაა წარმოდგენილი უგულებელყოფისა და ძალადობის ნიშნები.

## 5 საქართველოში არსებული სერვისებისა და მომსახურებების ანალიზი

როგორც კვლევის აქტუალობაში ვახსენეთ, საქართველომ შეიმუშავა მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციის 2017-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა. გეგმისძირითადი სამოქმედო სფეროები: ხანდაზმულთა სოციალიზაცია, კულტურულ ღონისძიებებზე ხანდაზმულთა დასწრების შესაძლებლობების გაზრდა და ხელშეწყობა, სპორტულ ღონისძიებებში ხანდაზმულთა ჩართულობა, დაბერების საკითხთან დაკავშირებით საგანმანათლებლო აქტივობები, ხანდაზმულთა სოციალური დაცვის უზრუნველყოფის მიზნით საპენსიო რეფორმის შემუშავება, სოციალური დაცვის მომსახურებების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, ხანდაზმულთათვის სოციალური მომსახურების უზრუნველყოფა და ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომის საფუძველზე ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელების განვითარება, შშმპ სტატუსის მინიჭების სოციალურ მოდელზე გადასვლა, სათემო სერვისების განვითარება და შინ მოვლის პროგრამების შემუშავება, დაბერების საკითხებზე სოციალური მუშაკების როლის კონცეფციის შემუშავება, ხანდაზმულთა დასაქმების შესაძლებლობების შეფასება და პროფორიენტაციისა და პროფესიული საჭიროებების შესწავლა და შესაბამისი სერვისების მიწოდება დასაქმების ცენტრების საშუალებით, მთელი ცხოვრების მანძილზე სწავლების სტრატეგიის შემუშავება, ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ საგანმანათლებლო კამპანიები, საჭიროებების შეფასებაზე დაყრდნობით გრძელვადიანი ზრუნვის სტრატეგიის შემუშავება, ძალადობის იდენტიფიცირება და რეაგირებაზე პასუხისმგებელი პირების სამოქმედო ინსტრუქციების შემუშავება, ხანდაზმულთა ძალადობის წინააღმდეგ მედიაკამპანიის უზრუნველყოფა, თაობათაშორისი სოლიდარობა და ხანდაზმულთა დაწესებულებებში

ახალგაზრდების ვიზიტები, საერთაშორისო პროცესებში მონაწილეობა და ხანდაზმულთა საკითხებზე შემუშავებული კვლევების და ანგარიშების მომზადება.

რაც შეეხება სერვისებს, პირველ რიგში უნდა აღნიშნოს საქართველოს ადამიანთა ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის სტრუქტურაში არსებული ორი დიდი ზომის პანსიონატი ქ. თბილისსა და ქ. ქუთაისში. ვინაიდან ორივე მათგანი წარმოადგენს სახელმწიფო დაწესებულებას, მომსახურებას ერთი და იმავე სტანდარტებით აწვდიან იქ განთავსებულ ბენეფიციარებს.

ქ. თბილისისა და ქ. ქუთაისის პანსიონატში ჩარიცხვის ძირითად მექანიზმს წარმოადგენს სოციალურ მომსახურების სააგენტოში მიმართვა განცხადების გზით. ხანდაზმულთა პანსიონატში პირის მოთავსებასთან ერთად რეგიონული საბჭო იღებს გადაწყვეტილებას აღნიშნულ პანსიონატში პირის სრული სახელმწიფო დაფინანსებით/თანადაფინანსებით/დაფინანსების გარეშე მოთავსების თაობაზე. მომსახურების წარმომადგენელთა მიერ მოწოდებული მართვის სამოქმედო ინსტრუქციის მიხედვით, ბენეფიციარის საჭიროებას შეიძლება ნამდვილად წარმოადგენდეს პანსიონატით უზრუნვეყოფა, აღნიშნულ ორივე დაწესებულებაში ჩარიცხვას არ ექვემდებარება პირები, რომლებსაც აქვთ:

1. მწვავე ინფექციური დაავადება;
2. ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა;
3. აქტიური სიფლისი;
4. კანის გადამდები დაავადებები;
5. თავისა და ზურგის ტვინის თიაქრები ღია ფორმით;
6. ცენტრალური ნერვული სისტემის მწვავე დაავადებები;

მომსახურების წარმომადგენელთა მიერ მოწოდებული მართვის სამოქმედო ინსტრუქციის მიხედვით პანსიონატი ჩარიცხულ ბენეფიციარს სთავაზობს :



1. საცხოვრებელ ოთახს;
2. დღის განმავლობაში ოთხჯერად კვებას;
3. შემოქმედებითი უნარების განვითარებას სხვადასხვა პროგრამებში ჩართვის კუთხით;
4. ჯანსაღი ცხოვრების წესის სწავლებასა და პრაქტიკული ყოფითი უნარების განვითარებას;
5. პირველადი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფას, სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარებას და საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას;
6. ფსიქოლოგის მომსახურებით უზრუნველყოფას;
7. ყველა იმ ღონისძიებას, რომელიც ემსახურება ბენეფიციარის სრულფასოვან განვითარებას;

ბენეფიციართა რაოდენობა ბოლო 5 წლის განმავლობაში ყოველწლიურად მცირდება თბილისის ხანდაზმულთა პანსიონატში, ხოლო სტაბილურად 100 ადამიანზე მეტი ბენეფიციარი ირიცხება ქუთაისის ხანდაზმულთა პანსიონატში (ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდი, 2017). დაწესებულებაში მუშაობს ფსიქოლოგი, ექიმი, ექიმის დამხმარე, მომვლელი და სხვა ადმინისტრაციის წარმომადგენლები. ფსიქოლოგი ძირითადად მუშაობს ინდივიდუალური თერაპის კუთხით, ასევე არსებობს ჯგუფური შეხვედრები და შემეცნებით-გასართობი და კულტურული ღონისძიებები პერიოდულად.

მიუხედავად იმისა, რომ სამაგისტროს ნაშრომის მთავარ მიზანს წარმოადგენს დიდ სისტემაში მყოფ ხანდაზმულთა ბიო-ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის ანალიზი ხანდაზმულთა ზრუნვის სისტემაზე სრული წარმოდგენის შექმნის მიზნით მნიშვნელოვანია, აღვნიშნოთ, რომ საქართველოში ასევე არსებობს მცირე საოჯახო ტიპის სათემო ორგანიზაციებიც. რაც ასევე განვიხილეთ არსებული სერვისების ანალიზში. საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

დაქვემდებარებაში არსებული სათემო ორგანიზაციების მიზნობრივ ჯგუფს წარმოადგენს, როგორც შშმ პირები, ასევე ხანდაზმულები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანება N52/ნ-ის (2010 წელი; 26 თებერვალი) მიხედვით განმარტებულია პირის სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან გაყვანის წესი და პირობები, რომლის მიხედვითაც ბენეფიციარობის კანდიდატმა ან მისმა ოჯახის წევრმა/მეურვემ აუცილებელია წარადგინოს კანდიდატის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობა. რაც შეეხება მომსახურებებს, რასაც ითვალისწინებს სათემო ორგანიზაციები საქართველოში არის შემდეგი:

- საცხოვრებლით, ყოველდღიური მომსახურებითა და სამჯერადი კვებით უზრუნველყოფა, რომელთაგან ერთ-ერთი უნდა იყოს სამკომპონენტო სადილი;
- საჭიროებისამებრ, პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა, ამბულატორიული და სტაციონალური სამედიცინო მომსახურების მიღების ორგანიზება;
- დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლების მიზნით, ბენეფიციარებისათვის ინდივიდუალური მომსახურების პროგრამის შედგენა და განხორციელება;
- პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარება (ბენეფიციარების ინდივიდუალური შესაძლებლობებისა და სურვილს გათვალისწინებით - ხელობის არჩევა, სწავლება და პრაქტიკული გამოყენების ხელშეწყობა);
- ასაკის, სქესისა და სეზონის შესაბამისი სამოსით და პირადი ჰიგიენისათვის აუცილებელი ნივთებით უზრუნველყოფა;
- საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობი ღონისძიებების განხორციელება;

აღნიშნულ მომსახურებაში ჩართვა ხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში არსებული სსიპ სოციალური მომსახურების ცენტრში მიმართვა განცხადებით, რომ კანდიდატი საჭიროებს 24 საათიან მზურუნველობას. მიმართვის შემდგომ სოციალური მუშაკი შეისწავლის ამ ცალკეულ შემთხვევას, გაანალიზებს პოტენციური ბენეფიციარის ბიო-ფსიქო-სოციალურ მდგომარებას და რეკომენდაციას გაუწევს სამინისტროს წინაშე სერვისში ჩართვასთან დაკავშირებით.

სოციალური მუშაკის გადმოცემით სასწრაფო და გადაუდებელი შემთხვევების დროს ბენეფიციარის თავშესაფარში მოხვედრის ვადა არის ორ კვირამდე, ხოლო არა გადაუდებელი შემთხვევის დროს პროცედურების საჭირო დროის ხანგრძლივობა იზრდება დაახლოებით ერთ თვემდე. აღნიშნულ დაწესებულებაში კი მუშაობს მხოლოდ დიასახლისი, დიასახლისის დამხმარე.

გარდა იმისა, რომ ზოგიერთი სათემო ორგანიზაცია სრულად იმყოფება სახელმწიფო დაფინანსების ქვეშ, საქართველოში ასევე არსებობს სახელმწიფო თანადაფინანსებით მყოფი სათემო ორგანიზაციები. ბრძანების მიხედვით თანადაფინანსება ხდება იმ შემთხვევაში, როცა კანდიდატი რეგისტრირებულია სოციალურად დაცველთა ბაზაში და აქვს 57 000 -ზე დაბალი ქულა.

ამავე დებულების მიხედვით სათემო ორგანიზაციის მომსახურებაში ჩართვა არ შეუძლია პირს, თუ მას აქვს:

- მწვავე ინფექციური დაავადები;
- ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა;
- აქტიური სიფილისი;
- კანის გადამდები დაავადებები;
- თავისა და ზურგის ტვინის თიაქრები, ღია ფორმებით;
- ცენტრალური ნერვული სისტემის მწვავე დაავადებები;
- საჭიროება სტაციონალური მომსახურების;

დედაქალაქში არსებულ სერვისებს შორის, ასევე არსებობს ა(ა)იპ თბილისის მუნიციპალურ თავშესაფარი, რომელიც სრულად დაქვემდებარებულია ქ. თბილისის მერიას. აღნიშნული თავშესაფარი შეიქმნა 2015 წელს და ამ ეტაპზე იქ განთავსებულია 114 ბენეფიციარი. თითოეულ ოთახში მაცხოვრებელ რაოდენობა მაქსიმუმ 8 ადამიანს წარმოადგენს. თავშესაფარში მცხოვრები პირები ძირითადად წარმოადგენენ მიუსაფარადამიანებს, თუმცა მათ შორის უმეტესობა ხანდაზმული პირია. ა(ა)იპ „ლილოს

მიუსაფართა თავშესაფრის“ მართვის სამოქმედო ინსტრუქციის მიხედვით: „თავშესაფარში მიღება განხორციელდა ორ ეტაპად. პირველი - გადმოყვანილ იქნა მოსკოვის გამზირზე არსებული კარვებში მყოფი ბენეფიციარები და მეორე - მიიღებინა ადგილზე თვითმომართვის საფუძველზე ან/და საპატრულო ეკიპაჟის გადმოყვანის შემთხვევაში“. ჩარიცხვის შესახებ ინფორმაციის ლოდინის ვადა არის დაახლოებით 1 საათი, რის შემდგომაც ბენეფიციარობის კანდიდატს ეცნობება გადაწყვეტილების შესახებ. სამოქმედო ინსტრუქციის მიხედვით თავშესაფარში ვერ ჩარიცხება პირი, თუ მას აქვს:

- ჯანმრთელობისთვის მავნე ნივთიერებებზე დამოკიდებულება(ნარკოტიკები, ალკოჰოლიზმი, ფსიქოტროპული მედიკამენტები და სხვა);
- გადამდებ ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები (სიფილისი, გონორეა, ტრიქომონიაზი, კანის გადამდებ დაავადებები (სოკოვანი, ბაქტერიული პარიზიტული, მუნი), სტაფილოკოკი, მუცლის ტიფი, პარატიფი, სალმონეოზი, მწვავე და ქრონიკული დიზენტერია, ეპიდემიური ჰეპატიტი, ციმბირის წყლული, ჰიმენოლეპიზოდი, ენტერობიოზი, ასკარიდოზი, ამბიაზი, ფილტვის ტუბერკულოზი (აქტიური ფორმა) და სხვა;
- პირი, რომელზეც არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი, რომ იგი საფრთხეს შეუქმნის თავშესაფარის უსაფრთხო ფუნქციონირებას;
- პირი, რომელსაც ფიზიკური ან/და ფსიქიკური მდგომარეობის გამო არ შეუძლია თვითმოვლა;

თავშესაფრის მომსახურებაში შედის:

- ოჯახის ექიმისა და ექთნის მომსახურება;
- ორჯერადი კვებით უზრუნველყოფა;
- პირადი ჰიგიენით უზრუნველყოფა;
- სოციალური მუშაკის მომსახურება;
- იურისტის მომსახურება;
- ფსიქოლოგის მომსახურება;

თავშესაფარში სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმები დაცულია. ბენეფიციარს პირადი მოხმარებისთვის კვირაში ერთხელ გადაეცემა პირველადი საჭიროების/მოხმარების ნივთები. კვების რაციონი გაანგარიშებულია შესაბამისი კალორაჟის მიხედვით. ბენეფიციარებს მიეწოდებათ ორჯერ, დილით 10 საათიდან 12 საათმდე და საღამოს 17:00 საათიდან 18:00 საათამდე. ჩარიცხული ბენეფიციარები უზრუნველყოფილი არიან ოჯახის ექიმის მომსახურებითა და საჭირო პირველადი მედიკამენტებით. ცალკეულ შემთხვევებში გადაეცემათ საჭირო სამკურნალო კურსის შესაბამისი მედიკამენტები. ორგანიზაციაში არიან სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგი, იურისტი, მორიგე ოჯახის ექიმი და მისი დამხმარე. სოციალური მუშაკის მიერ ბენეფიციარებთან ხდება ინდივიდუალური საჭიროებების დადგენა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმის გაწერა. სოციალური სამსახურის ბაზაზე თავშესაფარში არსებობს რესოციალიზაცია-რეაბილიტაციაზე მიმართული პროგრამები. აღნიშნულ პროგრამის ფარგლებში იმართება თითოეულ ბენეფიციარზე გათვლილი საჭიროებაზე მორგებული ტრენინგები, სადისკუსიო შეხვედრები, კინო ჩვენებები, სპორტულ-შემეცნებითი და გასართობი თამაშები, როლური თამაშები, არტ თერაპია, შრომითი თერაპია, მხარდაჭერითი თერაპია. ამასთან მუშაობა მიმდინარეობს საჭირო სერვისებთან დაკავშირებისა და დასაქმების კუთხით.

ზემოთ აღწერილისგან განსხვავებული მდგომარეობაა რეგიონებში. იმერეთში, კერძოდ კი ქალაქ ქუთაისში, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, არსებობს სახელმწიფო ხანდაზმულთა პანსიონატი, ასევე ხანდაზმულთა მიზნობრივ ჯგუფს მომსახურებას უწევს ბათუმში არსებული ორი დაწესებულება. მათ შორის ერთ-ერთი ბათუმის წმინდა მოწამე ეკატერინეს სახელობის სათნოების სავანე, რომელიც ემსახურება, როგორც ხანდაზმულებს, ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს. აღნიშნული დაწესებულებების ხარჯებს თანადაფინანსებით უზრუნველყოფს ქ. ბათუმის მერია. როგორც ადგილზე კვლევისას აღმოჩნდამომსახურებაში შედის:

- მედლისა და სამედიცინო სამსახურის მომსახურება;
- კვება სამჯერადი;

- ჰიგიენური ნივთების გადაცემა;
- ფსიქოლოგის მომსახურება;
- თავშესაფრით უზრუნველყოფა.

მოსახურებაში ჩარიცხვა ხორციელდება თვითმიმართვის საფუძველზე, რაც პრაქტიკაში წარმოდგენილია ოჯახის წევრებიგან მიმართვითა და თავად ბენეფიციარობი კანდიდატის განცხადების საფუძველზე. როგორც კვლევისას აღმოჩნდა, განცხადებით მიმართვის შემთხვევაში ლოდინის პერიოდი არის დაახლოებით 2 დღე, რის შემდგომაც კანდიდატს ეცნობება გადაწყვეტილება. მიმდინარე ეტაპზე ბათუმის თავშესაფარში იმყოფება 116 ადამიანი, რომელთა შორისაც არიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებიც. თავშესაფარში სტაბილური მდგომარეობაა, დაცულია სანიტარულ-ჰიგიენურ ნორმები. ოთახში მაცხოვრებელთა რიცხვი არ არის კონკრეტულად განსაზღვრული. ამ ეტაპზე არსებობს მინიმუმ 3 და მაქსიმუმ 8 ადამიანისგან შემდგარი ოთახი. არ არის განსაზღვრული ოთახებში ბენეფიციართა გადანაწილების სქემა. რის გამოც ოთახებში იმყოფება, როგორც ლოგინად მყოფი, პალიატური საჭიროების მქონე ხანდაზმული, ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი და ხანდაზმული, რომელსაც არ აქვს სპეციალური საჭიროება. რაც შეეხება მომსახურე პერსონალს, პანსიონატში არიან ე.წ. „დები“, მათი დამხმარეები, მომვლელები/სანიტრები და ადმინისტრაციის წარმომადგენლები. ჰყავთ ფსიქოლოგი, თუმცა მუშაობა მიმდინარეობს თერაპული ჯგუფის ფარგლებში მხოლოდ სამ ადამიანთან. სხვა სახის სარეაბილიტაციო პროგრამა თავშესაფარში არ ხორციელდება. აღნიშნულ ორგანიზაციაში არ არის სოციალური მუშაკი.

მომსახურების მიღების პერიოდში ბენეფიციარებს აქვთ სამჯერადი კვება დღის განმავლობაში, რაც მოიცავს ხანდაზმული ასაკისთვის შესაბამისი კალორაჟის გათვალისწინებით შედგენილ მენიუს. ამასთან ცალკეულ შემთხვევებში, როცა ბენეფიციარს არ შეუძლია დამოუკიდებლად გადაადგილება ან/და ჩაწოლილია ლოგინად, ხდება სანიტრის მომსახურება. ბენეფიციართა პირველადი საჭიროებები ჰიგიენის თვალსაზრისით დაკმაყოფილებულია.

რაც შეეხება მეორე დაწესებულებას, რომელიც სრულად ბათუმის მერიის დაქვემდებარებაში არსებობს, წარმოადგენს საცხოვრის მიუსაფარი პირებისთვის, სადაც ასევე იმყოფება ხანდაზმული პირები, გადაყვანის შემთხვევაში. სამაგისტრო კვლევის განხორციელების პროცესში ვეწვიეთ საცხოვრისს. კვლევის პროცესში განხორციელებული დაკვირვებით შეიძლება ითქვას, რომ თავშესაფრის ზოგადი მდგომარეობა არაადამაკმაყოფილებელია. არ არის დაცული ჰიგიენური ნორმები, დაბინძურებულია თავშესაფრის როგორც შიდა, ასევე გარე პერიმეტრი, ჰაერი გაჟღენთილია ფეკალიების სუნით. მძიმე მდგომარეობაა ოთახებშიც. თავშესაფარი შინაგანაწესის მიხედვით ავალდებულებს ბენეფიციარს, რომ დღის 11:00 საათიდან საღამოს 19:00 საათამდე აუცილებლად იმყოფებოდეს თავშესაფრის გარეთ და არ დარჩეს ორგანიზაციის შიდა ტერიტორიაზე. ქ. ბათუმის სოციალური სამსახურის მიერ დადგენილი დროებითი თავშესაფრის ბენეფიციარებისთვის ზოგადი მოქცევის წესების მიხედვით: „დროებითი ღამის თავშესაფრის ქვეპროგრამით გათვალისწინებულია ყოველდღიურად ბენეფიციარების მიერ ღამის გათენება, შესაბამისი სანიტარულ ჰიგიენური პირობების შექმნა (ბენეფიციარების სუფთა ტანსაცმლით, თეთრეულით უზრუნველყოფა და სხვა). ადგილზე დისციპლინის დაცვის უზრუნველყოფა, ბენეფიციარების ორჯერადი კვება (საუზმე, ვახშამი), ადგილზე ექთნები მომარაგებული არიან შესაბამისი მედიკამენტებით, საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა. აღნიშნულ დაწესებულებაში მომსახურე პერსონალს წარმოადგენს მხოლოდ მორიგე მთავარი ექიმი და ექთანნი და სხვა ადმინისტრაციის წარმომადგენლები.

აღნიშნულ დაწესებულებაში არ არსებობს სოციალური სამსახური და სხვა რაიმე სახის მიმართულება, რომელიც მიმართული იქნება იქ მაცხოვრებელთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციაზე. მომსახურებაში ჩართვა შეუძლია ნებისმიერ ბათუმში მაცხოვრებელს და არ არის გაწერილი დამატებით სხვა სახის კრიტერიუმები. ჩარიხცვა ხორციელდება საკუთარი მიმართვის, სასწრაფო დახმარების ჯგუფისა და საპატრულო ეკიპაჟის გადაყვანის შედეგად.

კიდევ ერთი დაწესებულება - „სათნოების სახლი“, რომლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ხანდაზმული ადამიანები, განთავსებულია სამტრედიაში. დაწესებულების დაფინანსების ვალდებულება ნაწილობრივ აღებული აქვს სამტრედიის მუნიციპალიტეტის გამგეობას, ხოლო ბენეფიციართა მიღება ხორციელდება თვითმიმართვის საფუძველზე. აქ, ისევე როგორც ბათუმში, ჩარიცხვა შეიძლება იყოს განცხადებით გამგეობაში მიმართვის შემთხვევაში, ასევე ოჯახის წევრებისგან თავად დაწესებულებაში ვიზიტითაც. სამტრედიის „სათნოების სახლის“ მომსახურებაში შედის: სამჯერადი კვება, ჰიგიენური საშუალებების გადაცემა, ექიმისა და ექთნის მომსახურება, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. სამწუხაროდ არც აქაა განვითარებული სოციალური სამსახური და არ ხდება რაიმე კონკრეტული სარეაბლიტაციო/რესოციალიზაციულ მიმართული აქტივობები. მომსახურე პერსონალი შედგება მთავარი ექიმის, ექთნების, მომვლელებისა და სხვა ადმინისტრაციის წარმომადგენლებისგან.

როგორც მომსახურებების აღწერიდან ჩანს, თბილისსა და ქუთაისში არსებულ პანსიონატებში და სათემო ორგანიზაციებში ჩარიცხვა დაკავშირებულია დიდ ბიუროკრატიულ პროცედურებთან, რის გამოც ბენეფიციარებს უწევთ საკმაოდ დიდი ხნის განმავლობაში ლოდინი. რაც თავის მხრივ წარმოაჩენს სისტემის უარყოფით მხარეს. რაც შეეხება ბათუმის, სამტრედიისა და თბილისის თავშესაფარში არსებული წესები, უნდა აღინიშნოს, რომ უფრო მეტად მოქნილია და მიმართულია კანდიდატთა დროულ განთავსებაზე



## 6 არსებული სერვისებისა და მომსახურებების ანალიზი - საერთაშორისო გამოცდილება

ზემოთ გათვალისწინებული საკითხის კომპლექსურობიდან გამომდინარე ნაშრომში აუცილებელია განვიხილოთ ის ძირითადი პოლიტიკა, რომელსაც ატარებს სოციალური კეთილდღეობის მქონე ქვეყნები ხანდაზმულ პირებთან მიმართებაში. ზოგადად, მომსახურებაში შედის როგორც სათემო, შინ მოვლის პროგრამა და ე.წ. „ხანდაზმულთა პანსიონატები“, ასევე დღის ცენტრების მომსახურებაც. იაპონიაში 2000 წელს დამტკიცებული ე.წ. ხანგრძლივი მოვლის მომსახურება დაზღვეულისთვის კონტრიბუციებს საზოგადოების მხრიდან 40 წლის ასაკის შემდგომ აგროვებს და უწევს ხანდაზმულებს დახმარებას შემდეგი მიმართულებებით: „მომვლელის გაგზავნა სახლში, ვიზიტის უზრუნველყოფა სამკურნალო ცენტრში, ან მათი დარჩენა თავშესაფარში. განსაკუთრებით იმ ხანდაზმულების, ვინც იტანჯება სკლეროზით ან სხვადასხვა დაავადებათა გამო სარეცელსაა მიჯაჭვული“ (Japan fact sheet). იაპონიის სახლში მოვლის სადაზღვევო სისტემა ფინანსდება ეროვნული მთავრობის (25%), პერფექტული და ლოკალური (12,5%) გამგეობების მიერ და სადაზღვევო შენატანებით (50%). ანუ მომსახურების მთავარ დამფინანსებელ წყაროს სწორედ მოქალაქეების კონტრიბუცია წარმოადგენს. საინტერესოა ისიც, რომ ხანდაზმულ პირთა სოციალური გარემოს და სხვადასხვა მომსახურების შეფასების პროცესში, გამოიკვეთა „დადებითი კორელაცია ოჯახთან ურთიერთობაში, ოჯახში მცხოვრებ ხანდაზმულთა ნაკლებ პროცენტს აღნიშნებოდა დეპრესია და პირიქით, ხასიათდებოდნენ უფრო მეტი დამოუკიდებლობის გრძნობით“ (Stula, 2012).

ჩვენი კვლევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, საინტერესოა, რა ტიპის მომსახურებები და დაწესებულებები არსებობს და რა ტიპის სერვისებს აწვდიან

ხანდაზმულებს საზღვარგარეთ. მაგალითად, მოპოვებული ინფორმაციით ამერიკის შეერთებულ შტატებში ხანდაზმულთა უზრუნველყოფის ტიპები განისაზღვრება მათი საჭიროებებიდან გამომდინარე. მიღებული ინფორმაციის შედეგად ვნახეთ ე.წ. „The National Caregivers Library“, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყანაში ხანდაზმულ პირთა სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობას და წარმოაჩენს არსებულ სერვისებს თავისი განმარტებით. უნდა აღინიშნოს, რომ თავის მხრივ ზემოთ აღნიშნული ვებ-გვერდი ინფორმაციას იღებს სხვადასხვა წყაროებიდან. ხანდაზმულთა მომსახურების შესახებ ინფორმაციები კი მოძიებული იყო FamilyCare America -ს ვებ გვერდიდან. ცალკეულ სერვისების მიმოხილვაში დეტალურადაა აღწერილი თუ რა მომსახურებას აწვდის თითოეული მათგანი ბენეფიციარობის კანდიდატს. სერვისები კი ასე გადაანაწილდა:

**რეზიდენტული ზრუნვა (Residential care Facilities)**- სახელმწიფოს მიერ ლიცენზირებული 24 საათიანი მომსახურებაა, რომელშიც ხორციელდება პერსონალური ზრუნვა და სამედიცინო საჭიროებების უზრუნველყოფა. ხანდაზმულთა, ბენეფიციართათვის არის საზიარო ოთახები, რაც შეიძლება მოუხერხებელი იყოს მათთვის. დამატებითი მომსახურება გულისხმობს, სოციალურ აქტივობას, სამრეცხაოს, კვებას და საყოფაცხოვრებო საკითხებს.

**საექთნო სახლები (Nursing Homes)** ზრუნვის ყველაზე მძიმე ფორმაა და ახორციელებს 24 საათიან სუპერვიზიას, ექთნის დახმარებას, სარეაბილიტაციო პროგრამებს და სოციალურ აქტივობებს. მის მიერ განხორციელებული ზრუნვის დონე შეიძლება იყოს შუალედური ან კვალიფიციური. შუალედურ დონეზე ბენეფიციარს ეხმარებიან ყოველდღიური აქტივობების შესრულებაში, ასევე იღებს ჯანმრთელობის გარკვეულ სერვისებს და ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშაა, მაგრამ არ საჭიროებს ექთნის მუდმივ სუპერვიზიას. რაც შეეხება გამოცდილი, კვალიფიციური ექთნის სუპერვიზიას, ამ დონეზე მას 24 საათიანი სამედიცინო მეთვალყურეობა ან რეაბილიტაცია ესაჭიროება. დამატებით, შეიძლება გამოვყოთ მესამე დონე - „მუდმივი მზრუნველობა“/“custodial care”. ინდივიდებს, რომლებიც ამ დონის მომსახურებას იღებენ, სჭირდებათ პერსონალური ზრუნვა და ყოველდღიური აქტივობის

შესრულება, მაგრამ არ სჭირდებათ პრაქტიკოსი მედიის დახმარება. ხშირად, დემენციის მქონე ინდივიდები ამ სახის ზრუნვას იღებენ.

**საოჯახო ტიპის სახლები (Family – Type Homes)** მომსახურების მიმღებლებს გრძელვადიან ზრუნვას სთავაზობენ. ეს მოიცავს შინამეურნეობის საკითხების მოწესრიგებას, მზრუნველობასა და მეთვალყურეობას. საოჯახო ტიპის სახლებში განთავსებულია დაახლოებით 4 ან უფრო ნაკლები ბენეფიციარი, რომლებსაც ზედამხედველობას სოციალური სამსახურის დეპარტამენტი უწევს.

**დამოუკიდებელი საცხოვრისები (Independent living apartments)** ძალიან მნიშვნელოვან მომსახურებას სთავაზობენ იმ ხანდაზმულებს, რომელთაც არ ესაჭიროებათ პერსონალური და სამედიცინო ზრუნვა. მომსახურების მიმღები დამოუკიდებელი უნდა იყოს ყოველდღიური ცხოვრების ყველა ასპექტში. ასეთ დროს ინდივიდი არის ისეთ გარემოცვაში, სადაც შეძლებს საკუთარი ინტერესების სხვებთან გაზიარებას, სხვადასხვა ღონისძიების დაგეგმვასა და აქტივობას. ამგვარი საცხოვრისი არ არის ლიცენზირებული ან რეგულირებული (National caregivers Library).

ამასთან ინფორმაციის დამუშავების პერიოდში მოძიებული იქნა სხვა შტატებისგან განსხვავებით ნევადას შტატში არსებული მომსახურებები. აქ გამოყოფილი იყო შემდეგი სახის მომსახურებები:

**ზრდასრულთა სახლები (adult homes)** ლიცენზირებული და რეგულირებულია დროებითი ან გრძელვადიანი მომსახურებისთვის იმ ზრდასრულთათვის, რომელთაც არ აქვთ დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობები. აღნიშნული ტიპი აერთიანებს მეთვალყურეობას, პერსონალურ ზრუნვას, შინამეურნეობის საკითხების გადაჭრას (housekeeping) და სამჯერად კვებას.

**გაუმჯობესებელი საცხოვრებელი (Enriched Housing)** მსგავსია ზრდასრულთა სახლების, თუმცა მხოლოდ ერთი განსხვავებით. ხანდაზმულები ცხოვრობენ დამოუკიდებელ

საცხოვრებელ ერთეულებში. ისინი სთავაზობენ მინიმუმ ერთჯერად კვებას დღეში და ლიცენზირებულია ჯანმრთელობის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ.

**დამხმარე საცხოვრებელი პროგრამა (Assisted Living Program (ALP))** საექთნო სახლების მნიშვნელოვანი ალტერნატივაა. მომსახურება ხორციელდება იმ ხანდაზმულთათვის, რომელთაც დახმარება სჭირდებათ ყოველდღიური რუტინისთვის, მაგრამ არ საჭიროებენ 24 საათიან მზრუნველობას. თითოეული ინდივიდი ცხოვრობს საკუთარ ოთახში, რომლებიც ხშირად აღჭურვილია საგანგებო სიგნალიზაციით. ყველა დეზიდენტი იყენებს საზიარო სივრცეებს, რომელიც მოიცავს მისაღებ ოთახს, სასადილოს და სამრეცხაოს. ასევე ხელმისაწვდომია ისეთი მომსახურებები, როგორცაა მაგალითად კვების პროგრამა, სარეკრეაციო ღონისძიებები, ჯანმრთელობის საკითხები, დალაგება და მოწესრიგება, უსაფრთხოება, სამრეცხაო, ტრანსპორტი და სხვა.

**გრძელვადიანი ზრუნვას აკენსიო ასაკს მიღწეულითებისთვის (Continuing Care Retirement Communities (Lifecare Communities))** - ეს სერვისი თავაზობს ზრუნვის სხვადასხვა შესაძლებლობებს, დაწყებული დამხმარე საცხოვრებელი პროგრამიდან საექთნო სახლებამდე. ეს ყველაფერი კი ერთ დაწესებულებაშია გაერთიანებული. ნიშნავს, რომ დეზიდენტი ცალკეული დონეების მომსახურებებს იღებს ცვლილებების მიხედვით. ექთნის მომსახურებებში გადასვლა მათთვის იოლია, რადგან ოჯახურ დანაცნობარემოცვამია (University of rochester medical center).

## 6.1 ესტონეთი

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს ფარგლებს გარეთ არსებული რამდენიმე სერვისი უკვე განვიხილეთ, საინტერესო იქნება იმ კონკრეტული ქვეყნის განხილვა, რომელიც თავისი განვითარების ისტორიით, ზომით და მდგომარეობით საქართველოს

წააგავს. ამასთან, გავანალიზებთ იმ კონკრეტულ ნაბიჯებს, რომელიც გადადგა ესტონეთის მთავრობამ კონკრეტული შედეგების მისაღწევად. აღნიშნული კი საშუალებას მოგვცემს სწორად შევიმუშავოთ რეკომენდაციები საქართველოში არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით.

პირველ რიგში, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ესტონეთში, ისევე როგორც საქართველოში, კეთილდღეობის სისტემის ამოსავალ მიზანს წარმოადგენს დეცენტრალიზაცია. რაც თავის მხრივ გულისხმობს ინდივიდზე ფოკუსირებასა და მომსახურების სერვისების უფრო მეტად მოქნილობასა და ხელმისაწვდომობას. 2004 წლიდან კი მუშაობა დაიწყო გერიატრიული კუთხითაც. გერიატრიული ზრუნვა გულისხმობდა მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ (სოციალური მუშაკი, ექიმი გერონტოლოგი, ფსიქოლოგი) ბენეფიციართა შეფასებას და საჭირო სერვისში ჩართვას. ესტონეთში არსებული მომსახურებები შემდეგია (G. PAAT; & M. MERILAIN, 2010):

**ზრუნვა ნათესავებისგან (არაფორმალური მზრუნველობა)** - ხანდაზმულის მოვლაზე პასუხისმგებლობას იღებს ოჯახის წევრი ან/და ნათესავი. ამ შემთხვევაში ხდება ოჯახის წევრების გაძლიერება, მაგალითად შვებულების მიცემა, რომ დაისვენონ, ან უბრალოდ ყოველდღიური მოვალეობებისა და საჭიროებების უზრუნველსაყოფად ეხმარებიან, (საექთნო საქმეში დახმარება), რათა საქმიანობა შეუმსუბუქდეთ.

**ოჯახური ზრუნვა** - პირი გადაყვანილია მიმღებ ოჯახში, სადაც ეს ოჯახები ხარჯების დასაფარად სპეციალურ დახმარებას იღებენ. ეს არ წარმოადგენს ანაზღაურებასა და ხელფასს.

**სახლში მომსახურება (შინმოვლა)** - სერვისი მიეწოდებათ სახლში ხანდაზმულებს და მოიცავს ისეთ მომსახურებას, რომელიც ძირითადად დაკავშირებულია ყოველდღიურ საოჯახო შინამეურნეობასთან. მაგალითად, საკვებით მომარაგება, აფთიაქში წამლების ყიდვა, საყოფაცხოვრებო ნარჩენების გატანა, კომუნალური გადასახადების გადახდა და ა.შ.

*გასაქირავებელი ან/და საცხოვრებელი ბინების - 24 საათიანი მომსახურება*, რომელშიც უზრუნველყოფილია ყველა ის საჭიროება, რომელიც არსებობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისა და ხანდაზმულისთვის.

*პერსონალური დახმარების სერვისები* - დახმარების გაწევა, ისეთი საჭიროების მქონე პირებისთვის, რომლებსაც ყოველდღიური ცხოვრებისეული გამოწვევების დამოუკიდებლად მართვა არ შეუძლიათ. ამ სამსახურის მთავარი ამოცანა ბენეფიციარის აქტიურ მდგომარეობაში ყოფნის გახანგრძლივება და მისი შესაძლებლობების მაქსიმალური გამოვლენაა.

*დღის ცენტრის მომსახურება* - ინდივიდის ან ინდივიდთა ოჯახების მხარდაჭერა, რათა მთელი დღის განმავლობაში ნებისმიერი საჭიროების უზრუნველყოფა და დაკმაყოფილება შეძლონ. აქ ასევე ის სპეციალისტები არიან, რომლებიც სხვადასხვა სახის დაავადების მქონე ბენეფიციარებთანაც მუშაობენ.

*გრძელვადიანი ზრუნვა დაწესებულებაში* - იმ პირებისთვის, რომლებიც თავიანთი განსაკუთრებული მოთხოვნილებების ან სოციალური გარემოებების გამო ვერ შეძლებენ დამოუკიდებლად გაუმკლავდნენ ყოველდღიურ გამოწვევებს და საჭიროებენ სპეციალურ 24 საათიან მზრუნველობას.

*გადღიერებული მხარდამჭერი სერვისი* - დახმარების გაწევა იმ შესაძლებლობებისა და უნარების გასაუმჯობესებლად, რითაც პირი დამოუკიდებლად შეძლებს ამოცანების გამკლავებას ან/და ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებას მაშინაც, როდესაც სახეზეა მრავალი შეზღუდული შესაძლებლობა. ამაში ერთიანდება ყოველდღიური მკურნალობა, რეაბილიტაცია და სპეციალიტის დახმარება. აღნიშნული მომსახურებას ადგილობრივი თვითმმართველობა აწვდის

*გადღიერებული ზედამხედველობის ზრუნვის სამსახური* - ზრდადი მოწყვლადობის მქონე ბენეფიციარის დახმარება ცხოვრების ხარისხის შესანარჩუნებლად და

გასაუმჯობესებლად, მომსახურება გაძლიერებული ზედამხედველობითა და დახმარებით ხორციელდება.

რაც შეეხება დაფინანსების წყაროს, ესტონეთში არსებობს ძირითადად ორი ტიპის დაფინანსება. პირველი, როცა თანხას იხდის პაციენტი და ადგილობრივი თვითმმართველობა და მეორე - თანხის გადახდა ხდება მხოლოდ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. უფრო მეტად გავრცელებულია პირველიმთგანი. 24 საათიანი მზრუნველობისას სერვისის მომსახურების 50.3%-ს იხდის მომსახურების მიმღები ან მისი ოჯახი და 47.7%-ს ადგილობრივი თვითმმართველობა (A. Koppel; & K. Kahu; & T. Habicht; & P. Saar; & J. Habicht; & E. Ginneken, 2008).

## 6.2 ლიტვა (ლიეტუვა)

ლიტვაში გრძელვადიანი მზრუნველობის მომწოდებელი ჯანდაცვის სისტემა და სოციალური დაცვის სისტემა გახლავთ. ჯანდაცვის სისტემაში საექთნო ჰოსპიტალები (Nursing hospitals) იგულისხმება, რომელიც მოიაზრებს ექთნის მზრუნველობას, შემდგომ მკურნალობას, სამედიცინო რეაბილიტაციას, სანატორიუმს და პალიატიურ მზრუნველობას. სოციალური დაცვის სისტემა კი დღის ცენტრებს (daycare centres), ოჯახზე დაფუძნებულ მზრუნველობას (home-based care services) და სოციალური მზრუნველობის ინსტიტუციებს მოიცავს (MARCINKOWSKA, 2010).

*საექთნო მომსახურება* ხელმისაწვდომია როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული პაციენტისთვის. გრძელვადიანი სამედიცინო მკურნალობა საექთნო მომსახურებასთან ერთად ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისთვისაა.

*პერმანენტული საექთნო მომსახურება* იმ ადამიანებისთვისაა, ვისაც მწვავე შეზღუდული შესაძლებლობები აქვს და მუდმივ ზრუნვას საჭიროებს. მათთვის, ვისი ფიზიკური და ფსიქიკური დაუძლურება ზღუდავს მათ შესაძლებლობებს, დამოუკიდებლად შეინარჩუნონ პირადი და სოციალური ცხოვრება.

დამატებითი *პერმანენტული ზრუნვა (დახმარება)* არის იმ ადამიანებისთვის, ვისაც სერიოზული ფუნქციური დარღვევები აქვს და აუცილებლად საჭიროებს პირად და სოციალურ ცხოვრებაში დახმარების მისაღებად სხვა პირის ჩართულობას სახლში.

*საოჯახო ზრუნვა* მოიცავს საექთნო და სოციალურ მომსახურებებს. ინდივიდი აღნიშნულ მომსახურებებს მრავალი პროფესიონალისგან შემდგარი ჯგუფისგან იღებს სახლში. ეს მომსახურება არის მათთვის, ვისაც არ აქვს დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარი და ვინც ნაწილობრივ დაკარგა ეს უნარი ასაკის ან შეზღუდული შესაძლებლობების გამო.

ხანდაზმულებს ან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს აგრეთვე შეუძლიათ *დღის ცენტრების* მომსახურებაში ჩართვა. თუმცა დღის განმავლობაში 8 საათზე და კვირაში 5 დღეზე მეტი დროის გატარება გათვალისწინებული არ არის.

სოციალური ზრუნვის ინსტიტუციებში *გრძელვადიანი ზრუნვა* განკუთვნილია მათთვის, ვინც სრულიად დამოკიდებულია და კვალიფიციური პროფესიონალის პერმანენტულ ზრუნვას საჭიროებს. მომსახურებაში დარჩენის მინიმალური დრო ერთი თქვე გახლავთ.

საინტერესო სერვისია *„ფული ზრუნვისთვის.“* თუკი ადგილობრივმა თვითმმართველობამ ვერ შეძლო სოციალური სერვისის შეთავაზება, ისინი ფულს აძლევენ, რომელსაც „ფული ზრუნვისთვის“ ეწოდება. ეს ბენეფიციარს შესაძლებლობას აძლევს, რომ პირადად შეიძინოს საჭირო მომსახურება. აღნიშნული სერვისების უზრუნველსაყოფად ფინანსური კონტრიბუციები ინდივის/ოჯახის შემოსავალზეა დამოკიდებული.

გრძელვადიანი პროგრამებზე მიღების კრიტერიუმები განსხვავებულია სამედიცინო და სოციალურ სფეროში. ჯანდაცვის სექტორში დაზღვეული ყველა პირი ექვემდებარება



გრძელვადიან მზრუნველობაში მიღებას, რაიმე დაავადების გართულების თუ სიმპტომატიკის აღმოჩენის შემთხვევაში. ხოლო რაც შეეხება სოციალურ პროგრამებს აქ მიღება განსხვავებულია და მორგებულია ცალკეულ ჯგუფებზე. მაგალითად შეზღუდული შესაძლებლობა (მთლიანი ან ნაწილობრივი შეზღუდვა), როცა არ აქვს დამოუკიდებლად ზრუნვის შესაძლებლობა,იმ ჯგუფებზე, რომელთაც არ ჰყავთ მზრუნველი, ასაკობრივად მოწყვლადი ჯგუფები და ა.შ. (MARCINKOWSKA, 2010).

## 7 სოციალური მუშაკის როლი ხანდაზმულთა მიზნობრივ ჯგუფებთან

„სოციალური სამუშაოს ძირითად მისიას წარმოადგენს ადამიანთა კეთილდღეობის ამაღლება და მოსახლეობის ძირეული მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, ამასთან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სოციალურად დაუცველი ფენების კეთილდღეობაზე ზრუნვა“ **Invalid source specified.** სწორედ ამიტომ, სოციალური მუშაკის როლი ხანდაზმულთა ზრუნვის სისტემაში, ისევ როგორც სხვა მიზნობრივ ჯგუფთან მუშაობის პროცესში ძალიან დიდია. სოციალური მუშაკები მუშაობენ სამი ძირითადი მიმართულებით. ესენია: მიკრო, მეზო და მაკრო სამუშაო არეალი, სადაც ითავსებენ სხვადასხვა როლს. მიკრო დონეზე მუშაობა უშუალოდ ეხება ადამიანებთან მუშაობას, მეზო დონეზე მუშაობისას სოციალური მუშაკი თემებთან და ორგანიზაციებთან ურთიერთობს, ხოლო მაკრო დონეზე - ის არის ცვლილებების აგენტი პოლიტიკის დონეზე, ჩართულია სოციალური პოლიტიკის ფორმირებასა და ჩამოყალიბებაში (ს. ნამიჭვიშვილი; & მ. მგელიაშვილი, 2010).

საქართველოში ერთ-ერთი ძირითადი ორგანიზაციას, რომელშიც სოციალური მუშაკები არიან დასაქმებულნი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში არსებული სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო წარმოადგენს. ამავე სააგენტოს დებულებაში ვეცნობით, რომ დასაქმებული სოციალური მუშაკები ხანდაზმულებთან მიმართებაში შემდეგი მიმართულებით მუშაობენ:

1. ადამიანების დახმარება საკუთარი პოტენციალის გაუმჯობესებით;
2. ადამიანების დაკავშირება აუცილებელ რესურსებთან და მომსახურებებთან;
3. ორგანიზაციების და მათი მომსახურების გაუმჯობესება ადამიანების მოთხოვნილებათა შესაბამისად;

4. სოციალური პოლიტიკის ჩამოყალიბებისა და განვითარებისთვის ხელშეწყობა  
(სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2017)

აღნიშნული დებულების ასპექტებიდან ჩანს, რომ სოციალური მუშაკი მეტ-ნაკლებად ჩართულია სახელმწიფო ზრუნვის სისტემაში, როგორც მიკრო, ისე მეზო და მაკრო დონეზე, თუმცა რთულია იმაზე საუბარი თუ რა როლი აქვს უშუალოდ სოციალურ მუშაკს და როგორია მისი მუშაობის ხარისხი, რამდენად ეფექტიანია, არსებობს თუ არა სოციალური პოლიტიკის ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში ხელშეწყობის პრაქტიკა და სხვა. აღნიშნული საკითხები შემდგომი კვლევის საგანია. ჩვენი კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა, რომ ორგანიზაციებში, რომლებიც ხანდაზმულთათვის 24 საათიან ზრუნვას ახორციელებენ, არ არის სოციალური მუშაკის პოზიცია. გამონაკლისს წარმოადგენს თბილისის მუნიციპალური თავშესაფარი, სადაც დასაქმებულია 3 სოციალური მუშაკი. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ სოციალური მუშაკის არარსებობა დაწესებულებაში აფერხებს კლიენტზე მორგებული მომსახურებების შექმნას და მიწოდებას. ვფიქრობთ, რომ სოციალური მუშაკის ჩართვის შედეგად ინდივიდუალური საჭიროებების იდენტიფიცირება არსებული სერვისების ეფექტურობას გაზრდის.

როგორც აღვნიშნეთ, სოციალური მუშაკები ადამიანის უფლებების და სოციალური სამართლიანობისთვის იბრძვიან. ადვოკატირებას უწევენ ხანდაზმულთა უფლებებს დისკრიმინაციისა და შევიწროების წინააღმდეგ და ცდილობენ მათი შესაძლებლობებისა და პოტენციალის გაზრდას. პროფესიონალი სოციალური მუშაკები მრავალი მიმართულებით მუშაობენ, როგორც სამთავრობო, ისე არასამთავრობო სექტორში. სოციალური სამუშაოს პრაქტიკის სფეროები მოიცავს შემდეგს: სტაციონარული და ამბულატორიული საავადმყოფოები, რეაბილიტაციის მომსახურებები, ინდივიდუალური დახმარების მომსახურებები, ხანდაზმულთა ზრუნვის შემფასებელთა გუნდები, ხანდაზმულთა იურიდიული მომსახურება, ადვოკატირება, ხანდაზმულთა ზრუნვის დაწესებულებები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებები, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მომსახურება, უსახლკაროთა სერვისები, პალიატიური მზრუნველობის სერვისები, კერძო პრაქტიკა, არაკომერციული სათემო მომსახურება, პოლიტიკა და კვლევა. რაც შეეხება

უმუალოდ ხანდაზმულთა ზრუნვის სისტემაში სოციალური მუშაკის პრაქტიკას, უნდა გამოვყოთ შემდეგი ასპექტები:

**შეფასება**(ფსიქო-სოციალური შეფასება, რისკების შეფასება (ოჯახური ძალადობა, ხანდაზმულთა შევიწროება), შესაძლებლობების, ფუნქციონირებისა და მოვლის შეფასება; ზრუნვის სერვისების შეფასება);

**კონსულტირება, თერაპია და მედიაცია**(ინდივიდუალური, საოჯახო და ჯგუფური მუშაობა; მწუხარებასა და დანაკარგზე მუშაობა, ავადმყოფობასა და შეზღუდულ შესაძლებლობებზე მორგება და ცხოვრების წესის ცვლილებაზე მუშაობა, რეზიდენტულ დაწესებულებაში გადასვლასთან დაკავშირებული ემოციურ ასპექტებზე მუშაობა, ონკოლოგიური და პალიატიური მზრუნველობა, შიდა ოჯახური ურთიერთობები და დინამიკა);

**მედიაცია და კონფლიქტის მოგვარება** (ხანდაზმულსა და ოჯახის წევრებს შორის გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებული კონფლიქტის მედიაცია და მოგვარება, კრიზისული ჩარევები);

**პრაქტიკული დახმარება**(საბინაო დახმარება, უსახლკარობა ან შეუსაბამო საცხოვრებელი პირობები, რეზიდენტულ დაწესებულებაში გადასვლის პრაქტიკული ასპექტები)

**შემთხვევის მართვა და სერვისის კოორდინაცია**(ზრუნვის დაგეგმვაში დახმარება, მეურვეობა, დახმარება იმ კლიენტათვის, ვისაც არ შესწევს ცხოვრებისეული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და არ შეუძლია საკუთარი ფინანსური და იურიდიული საკითხების მართვა; ფორმალური და არაფორმალური მხარდაჭერის კოორდინირება, რეკომენდაციები)

**განათლება და რესურსები** (ჯანდაცვის და ზრუნვის სისტემების ნავიგაცია, კლიენტის, მისი ოჯახის ან/და თემის ინფორმირება სპეციალური ზრუნვის შესახებ)

*საავადმყოფოდან გაწერის დაგეგმვა* (რეჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილების მიზნით მკაცრად გაწერილი გეგმა)

*ადვოკატირება*(ხანდაზმულთა უფლებების ადვოკატირება, შესაბამისი რესურსების გამოყენების ადვოკატირება, გასაჩივრების მექანიზმი, მათი გაძლიერება და მხარდაჭერა დამოუკიდებლად ან მონაწილეობითი ადვოკატირებისთვის, ორგანიზაციულ ან სისტემურ დონეზე ცვლილებებისთვის ადვოკატირება)

და ბოლოს *პოლიტიკა და კვლევა*(განვითარების პოლიტიკა, კვლევა და პუბლიკაცია) (Australian Association of Social Workers, 2015).

აშშ-ის ზოგიერთ შტატში კი ხანდაზმულთა სახლებში სოციალური მუშაკების დასაქმებას მოითხოვენ. სოციალურ მუშაკებს მრავალი მნიშვნელოვანი როლი აკისრია. მათგან შეიძლება გამოვყოთ რამდენიმე:

**საბროკერო მომსახურება**, რომლის დროსაც ხდება სხვადასხვა მომსახურებებისა და შესაბამისობების დადგენა ხანდაზმულთათვის. აღნიშნული მომსახურება მნიშვნელოვანია, რადგან ხანდაზმულებს, შესაძლოა, საკომუნიკაციო და სატრანსპორტო სირთულეები ჰქონდეს.

**ზრუნვის მენეჯმენტის მომსახურება**, რომლის დროსაც ხდება მომსახურებების ორგანიზება, კოორდინაცია, მეთვალყურეობა და ლობირება და მოიცავს შემდეგ ეტაპებს: მოძიება, სკრინინგი, შეფასება, მიზნების დასახვა, დაგეგმვა, შესაძლებლობათა განმტკიცება, გეგმის განხორციელება, ხელახალი შეფასება და დასრულება.

**პროპაგანდა**, სახელიდან გამომდინარე, ხანდაზმულთათვის აუცილებელი და საჭირო მომსახურებების პროპაგანდას მოიცავს.

**კრიტიკული ინტერვენციის მომსახურება** ხანდაზმულსა და ოჯახს კრიტიკულ სიტუაციაში მხარდამჭერ სამსახურთან აკავშირებს.

**ზრდასრულთა მეურვეობის მომსახურება** ხანდაზმული ადამიანის თემში დარჩენის მიზნით მეურვე ოჯახების შერჩევას და ცხოვრების ხარისხის მონიტორინგს გულისხმობს.

**ზრდასრულთა დაცვის მომსახურება** მიზნად ისახავს რისკის შემცველი გარემოებების იდენტიფიცირებას. ასეთ დროს ხდება ისეთი რისკების შეფასება, როგორცაა ფიზიკური, მატერიალური, ფსიქოლოგიური დანაშაული და გულგრილობა.

**სოციალური მომსახურება** საავადმყოფოებსა და მოხუცებულთა სახლებში იშნავს იმას, რომ სოციალური მუშაკები უზრუნველყოფენ სოციალური მოთხოვნილებების შეფასებას, ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ასაკოვანი პირისა და მისი ოჯახის ცნობიერების ამაღლებას, კონსულტირებას, პროგრამების დაგეგმვაში მონაწილეობას და ზრუნვის დაგეგმვას, რომელიც ორიენტირებულია ასაკოვანი ადამიანის დამოუკიდებლობის პოტენციალის ზრდაზე (Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman, 2010).

## 8 კვლევის ანალიზი

სიღრმისეული ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფების მეშვეობით აშრომში განვიხილავთ სოციალური, ფსიქოლოგიური, ფიზიკური და ფიზიოლოგიური ფაქტორების გავლენა ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხზე. ანალიზის პროცესში გამოიკვეთა სხვადასხვა საკითხი, რომელიც საკვანძოა ბენეფიციართა სტიგმატიზაციაში, თვითსტიგმატიზაციაში და ცხოვრების სათანადო ხარისხის შენარჩუნებაში.

ტექსტის ანალიზისას ჩვენი ყურადღებამ იქცია ბენეფიციართა, როგორც დაწესებულებაში მყოფ პირთა დამოკიდებულება პენსიონატის მიმართ. ინტერვიუების მიმდინარეობისას არა ერთხელ აღნიშნეს გარშემომყოფთა, კონკრეტულად კი ოჯახის წევრებისა და ნათესავების მხრიდან უარყოფითი დამოკიდებულება. რამდენიმე ბენეფიციარი არაერთხელ გამხდარა კრიტიკის ობიექტი იმის გამო, რომ მან დატოვა საკუთარი ან სხვისი ბინა და წავიდა პანსიონატში/თავშესაფარში. ჩვენთან საუბარში ბენეფიციარები ხშირად გამოიყენებენ შემდეგ ფრაზეოლოგიას: „*მიტხრეს რატომ მიდიო მაქო, თავი მოგვეჭრაო,*“ „*რის ჩვენი წესი მაინც რო ეს არ უნდა მოხდეს, ვიღაცამ არ უნდა თქვას,*“ „*ყოფილა რო აქ მოსულა ვიღაც თავისი ნებით და შვილები მოემდურა, რატო მომჭერი თავიო.*“ რაც შეეხება პანსიონატის მიმართ დამოკიდებულებას, აქაც ვლინდება სტიგმის შემთხვევები. რამდენიმე ბენეფიციარის საუბარში არა ერთხელ ითქვა ისეთი ფორმულირებები, როგორიცაა „*პატრონი რო მყოლოდა აქ რა მომიყვანდა,*“ „*რა მინდოდა მე აქ... ჩემი ნამუშევარი იყო ის სახლი, ცოლიც მეყოლებოდა და ყველაფერი და... მერე წამოვედი და კი ვაგდივარ აქ.*“ „*უბრალოდ მოუწია ინფარქტი და სახლის გაყიდვა მომიხდა თორე ეხლა სახლიდან გამოგდებული არ ვიყავი*“ „*ძან ძნელია და აქ მოხვალ ადამიანი რო არ ელოდები.. სიზმარში რომ დამსიზმრებოდა ვერ გავამხელდი და აქ რომ მოვხვდი ეს სიკვდილის ფასია ჩემთვის პირადად და სხვა არ ვიცი..*“, „*ღმერთმა ნუ ქნას ბებო ასე*

აცხოვროს ვინმე.. შენ ღმერთმა გამოროს ეგეთი ცხოვრება..”, ერთი აქ მოხვედრაა საშინელება და მეორე კიდევ ამდენი ჯანმრთელობის პრობლემა”. ექსპერტის თქმით, „მოხუცები ხანდახან თავს იმართლებენ, გამართლებას უძებნიან იმას, რომ შვილებმა ვერ შეძლეს მათი დახმარება და ისინი პანსიონატში რაღაც მიზეზების გამო და არ არიან სახლიდან გამოგდებულები, როგორც ისინი ამბობენ ხოლმე”

რესპონდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ არაფერი იცოდნენ არსებული პირობების შესახებ მანამ, სანამ დაწესებულებაში მოხვდებოდნენ. წინასწარი ინფორმაციის არქონა, როგორც ჩანს, დიდ როლს თამაშობს არასწორი წარმოდგენების ფორმულირებაში, რაც თავის მხრივ, შესაძლოა სტიგმის, შიშისა და უნდობლობის გაძლიერების მიზეზი იყოს. „არ ვიცოდი დედა ესეთი სიტუაცია თუ იქნებოდა, თორე არ ვინერვიულებდი,“ „„ძალიან მძიმე იყო, ძალიან მძიმე.. ისეთი განცდა მქონდა, თითქოს რაღაც დავტოვე.. წარმოდგენაც არ მქონდა თუ ასეთი პირობები იქნებოდა,“ „ვიცოდი კარვების თავშესაფრის შესახებ.. ყოფილ კოლმეურნეობის მოედანზე შვეიცარიელებმა გააკეთეს, მერე მოსკოვის პროსპექტზე იყო.. რა უნდა გაუმჯობესებულიყო მეტი ვფიქრობდი, უბრალოდ მიდი და ნახეო მეგობარმა და მოვედი და საკვირველი დამხვდა”. გამომდინარე აქედან შეიძლება ვთქვათ, რომ საზოგადოებაში ცნობიერების ამაღლების მიზნით აუცილებელია საინფორმაციო ხასიათის აქტივობები, რაც, ჩვენი აზრით, ხელს შეუწყობს უარყოფითი დამოკიდებულებებისა და მოლოდინების გაქარწყლებას და გააუმჯობესებს ჩარიცხულ ბენეფიციართა ადაპტაციის პროცესს.

საინტერესოა, რომ თბილისის პანსიონატის ბენეფიციარებმა დადებითად შეაფასეს პანსიონატის იდეა და სურვილი გამოთქვეს, რომ მეტი ბენეფიციარების მიღება აღდგეს. „შეგიძლიათ ნაშრომში გამოიყენოთ, რომ ასეთი ტიპის პანსიონატები აუცილებელია მოხუცისათვის. ეს უკვე ქვეყნის მთავრობის უპირველესი საზრუნავი და საყურადღებო თემა უნდა იყოს.. დღეს პენსიონერებს საშინელ მდგომარეობაში უწევთ ცხოვრება და ეს დააფიქსირეთ - სახელმწიფო, მოხუცი, პანსიონატი”. „აქ ხალხი არის ისეთი, ვისაც სულით და გულით მოსვლა უნდათ და ვერ მოდიან და კარგი იქნება თქვენს ნაშრომში



დააფიქსიროთ.. მიღება რომ წარმოიშვას ჩვენთან და მიღება იქნეს, ეს იქნება დიდი სიხარული, ამით მაღლიერები ვიქნებით თქვენითაც რომ ამას იტყვიოთ, და სახელმწიფოსიც. ამით გაძლიერდება ჩვენი პანსიონატი”. სხვადასხვა დაწესებულების რესპონდენტებმაც არაერთხელ აღნიშნეს პანსიონატის/თავშესაფრის დადებითი მხარეებიც. „რო დავარდება ადამიანი და მარტო ხარ სახლში იმ საჭმელს ვინ მოგიტანს. რომ ჩავარდე და ხომ უნდა აძლიო იმას ფული.. ისე ვერ მოგივლის”. „ოჯახს თავისი ადგილი აქვს, როცა ოჯახი გაქვს არაფერი გედარდება. იქაც არის პრობლემები მაგრამ მაინც ერთიანად გადაგაქვს ყველაფერი, აი როცა არ გაქ აგერ ჩემსავით, მერე რა უნდა ქნას ადამიანმა? არც არავინ ნათესავი, არც მეგობარი, აი ესაა უკვე პრობლემა, ამ დროს უნდა იყოს უფრო კარგი თავშესაფრები და უფრო დიდი პენსიახალხზე. არაფერი რომ არ გაბადია და ღია ცის ქვეშ რჩები უეცრად”. „ოჯახს რო არ აქვს, მიტოა აქ ზოგი ხო.. ზოგს ოჯახი არ ყავს, მარტო რო იყოს მოკვდება ხო.. ამიტო სახლი გაქვს, ჭერი გაქვს და გივლიან, გამომლაპარაკებელი გყავს, არ იმსახურებ? მთელი ცხოვრება რო შრომობ.” ბენეფიციართა, როგორც დაწესებულებაში მყოფ პირთა დამოკიდებულება პენსიონატის მიმართ ამბივალენტურია. ერთი მხრივ მათ მსჯელობას ლაიტმოტივად გასდევს ის რომ, ზრუნვის ობიექტებში ყოფნა სტიგმის წყაროა და იქ მხოლოდ ძალიან მძიმე სოციალურ მდგომარეობაში მყოფი პირები, უბინაოები თუ სხვა მძიმე პრობლემებით გადადიოდა. როდესაც რესპონდენტებს ეს სოციალური ფონი ახსენდებათ, ისნი თავშესაფრის საჭროებზე და მნიშვნელოვან საუბრობს.

ინტერვიუების საფუძველზე დავაჯგუფეთ და პანსიონატში ყოფნა 4 ძირითადი მიზეზი გამოვყავით. ეს მიზეზებია: 1) ოჯახის წევრთა არაჯანსაღი დამოკიდებულება, ს) უბინაოდ დარჩენა, 3) დამოუკიდებლობის სურვილი და 4) მარტოხელობა. არა ერთხელ ითქვა, რომ ოჯახის წევრების დამოკიდებულებამ და მათი მხრიდან უგულუბელყოფამ მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა მათ ცხოვრებაზე. „აქაც მქონდა მამაჩემის დანატოვარი მაგრამ ვინ მომცა.. დღესაც ისინი არიან.. ქუჩაში დამტოვეს, არ შემეშვეს...” „აგერ შვილი მყავს ისეთ მდგომარეობაში რომ დედა გარეთ გამომიშვა, მე რა უნდა ვთქვა..” „მძიმეილი და ძმის ცოლი შემომიჩინდნენ რო ჩვენ გიპატრონებთო, ესე გავყიდე ბინა და გადავედი იმათთან საცხოვრებლად, მესამე ოპერაცია რო დამჭირდა ამ დროს მეუბნება მე შენ ვერ

მოგხედავო, შენი ტანსაცმელი სად მოგიტანო და დამტოვა ქუჩაში” „არავინ მყავდა და წამოდი კაცო და ერთად ვიქნებითო და სახლიც ჩემი აშენებული იყო... რძლის ამბავი მოგეხსენებათ და ვერ მიგუა და დავრჩი ასე.. გამომიშვეს.. ახლა აქ ვარ.. სტუმრად კი მივდივარ ხოლმე და ისინი იქ ხარობენ და აგერ ვაგდივარ აქანა”. „ მეუღლე დამელუპა, გარდაიცვალა. იქ ყოფნა აღარ შეიძლებოდა, ბინაში” „ერთი დედინაცვალი მყავდა მე პატარაობიდან ობოლი ვიყავი და ამ დედინაცვალმა ყველაფერი მიითვისა თვითონ”.

ექსპერტის თქმით, „საკმაოდ ხშირია იმ ხანდაზმულებში, რომლებიც ისევ და ისევ პანსიონატებში ხვდებიან, რომ შვილმა, შვილიშვილმა გაუყიდა ბინა და არიან თაღლითობის მსხვერპლები. ეს კი მიუთითებს, რომ ასაკოვანი ადამიანების საკუთრების დაცვის მექანიზმი სუსტი.“ მძიმე სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო არა ერთმა ბენეფიციარმა გაყიდა ბინა, ძირითადად, სამედიცინო საჭიროების დაკმაყოფილების მიზნით. „ჩემ მეუღლეს სჭირდებოდა, მძიმედ იყო და ვალები ავიღე, იმ ვალებს კიდე გადახდა უნდა და გავყიდე ბინა,“ „ჩემი ქმარი ინჟინერ-მშენებელი იყო უბრალოდ მოუწია ინფარქტი და სახლის გაყიდვა მომიხდა თორე ეხლა სახლიდან გამოგდებული არ ვიყავი.. ბინა გავყიდე რომ ის ადამიანი გადამერჩინა.. კი გადავარჩინე მაშინ ..”. ბენეფიციართა შორის იყვნენ ისეთი რესპონდენტებიც, რომელთაც შეუძლიათ საკუთარ ან ნათესავის ბინაში ყოფნა, თუმცა რადგან მომვლელი არ ყავთ, პანსიონატში ყოფნა არჩიეს. „დავრჩი მარტო და ჩემ თავს დავუსვი კითხვა რო დავბერდე და მოხუცებული კი ვიყავი, მაგრამ ვინ მომხედავს ვინ მომაწოდებს ერთ ჭიქა წყალს, იმის გულისთვის ავდექი და მოვედი აქ.“ „ნათესავთან შემძლია ვიცხოვრო მარტო, 4 ოთახი დაკეტილია მისი და არავინ მეტყვის ნუ იცხოვრებო, პირიქით მაღლობელი იქნება რომ ფანჯარას გავაღებ მარა რა მინდა მე ახლა იქ, ვინ მომხედავს, ამის შიში მაქვს”, „აქ მირჩვენია ნამდვილად.. თავიდან ძალიან მეშინოდა და შევშინდი.. შევშინდი, იცი რაზე? მე სადაც ვცხოვრობდი, მარტოხელა ქალი ცხოვრობდა, და ერთხელ დაიკარგა ეს ქალი და ამხანაგებთან გვეგონა და თურმე დალუპულა და ... ისე შემეშინდა მეც ასე არ მომივიდეს თქო და წამოვედი”. აქედან, იკვეთება რომ თვით-მოვლის უნარების დაქვეითება და მომვლელის არყოლა პანსიონატში განთავსების რისკ-ფაქტორია და შინ მოვლის მომსახურების განვითარების საჭიროებას უსვამს ხაზს.

რაც შეეხება დამოუკიდებლობის სურვილს, საინტერესოა, რომრამდენიმე ბენეფიციარმა უბინაოდ დარჩენის შემდგომ ოჯახის წევრებისა და ნათესავების სახლში ცხოვრებას პანსიონატში/თავშესაფარში ცხოვრება ამჯობინა. აღნიშნული ნაბიჯი განაპირობა დამოუკიდებლობის და საკუთარ მდგომარეობაზე პასუხისმგებლობის აღების სურვილმა. *„იმათ ყურებას ვერ დავუწყებდი, ისედაც ბევრნი იყვნენ, ამიტომ ავდექი და მოვედი აქ“*, *„სხვის სამადლოდ ვერ ვიცხოვრებდი, ყველას თავის ცხოვრება და პრობლემა აქვს.“* თავის მხრივ, განცალკევების მიზეზი შესაძლოა იყოს თანაცხოვრებასთან დაკავშირებული დისკომფორტი, შესაძლო შევიწროება, სხვებისთვის ვალდებულების დაკისრების თავიდან არიდება და სხვა. *„ჩემი გოგო გათხოვილია, ქმართან ერთად ცხოვრობს, თავის ოჯახი აქვს. მე ხო არ შევუსახლდებოდი.“*

ზემოთ აღნიშნული ფაქტორები ან ამ ფაქტორთა კომბინაცია ხანდაზმული ადამიანის პანსიონატსა თუ თავშესაფარში მოხვედრის რისკს ზრდის.

ქეროლ რიფის გამარტივებული 6 საფეხურიანი ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის სკალის მიხედვით, რომელიც გამოყენებული იყო კვლევის კითხვარის შემუშავების პროცესში, გამოვყავით მნიშვნელოვანი ასპექტები. რესპონდენტთა საუბრიდან გამომდინარე, თავშესაფარსა და პანსიონატში ცხოვრების ეტაპზე *ავტონომიის* განცდის ნაკლებობა იკვეთება. *„რა გავაკეთო შვილო.. ჩემთან ერთი ქალია, როგორც უნდა ისე აკეთებს ყველაფერს.. ხან მთელი დღე სერიალს უყურებს და ერთს არ იკითხავს ოთახში იქნებ ვინმეს სხვა აინტერესებსო, მეც რა გავაკეთო, ავდგები და ისევ გარეთ გამოვდივარ, სადა მაქვს კამათის თავი“*. მეორეს მხრივ, ზოგიერთი ბენეფიციარის გადმოცემით, მათ აქვთ ავტონომიურობის და დამოუკიდებლობის განცდა. *„ყველა მიიმალა, ვითომ რაღაც.. ცოლის მხრიდანაც და ჩემი მხრიდანაც და ამიტომ მე არავისთან კავშირს არ ვაპირებ. არავისთან საერთოდ. არც ოჯახის წევრები და არც ნათესავები. არავინ დამეხმარა. 6 თვის მერე გაიგეს რომ თავშესაფარში ვიყავი. მე ჩემით უნდა დავდგე ფეხზე“*. მათი განცხადებით მეტწილად ფლობენ გარემოს, რაც გამოიხატება ცალკეული ინდივიდუალური საჭიროების დაკმაყოფილებაში, თუმცა არიან ისეთი რესპონდენტებიც, რომლებიც ხაზს უსვამენ

ინდივიდუალური საჭიროების დაკმაყოფილების აუცილებლობას [ამ საკითხს ქვემოთ უფრო ვრცლად განვიხილივით. ლ.ხ. მ.დ]. რაც შეეხება პიროვნული ზრდის შესაძლებლობას, რთული სათქმელია, ვინაიდან უმეტესი მათგანი მოკლებულია ახალ გამოცდილებასა და საკუთარი პოტენციალის რეალიზებას: *„რას უნდა ვსაქმიანობდე ჩემ ასაკში... ვერთობი, შაშვს ვთამაშობ, სხვა რა“*. „რალა დროს ჩემი რეალიზებაა, უკან დავტოვე უკვე ყველაფერი“. ცხოვრებისეულ მიზნებს, თავშესაფრის/პანსიონატის მაცხოვრებლებთან ურთიერთობის და თვითშეფასების საკითხს მოგვიანებით განვიხილავთ.

უნდა ითქვას, რომ კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა შორის ხშირია **წუხილის, დეპრესიის, მარტოსულობის და უიმედობის ნიშნები**. ამის მიზეზი მრავალი ფაქტორით შეიძლება აიხსნას. მაგალითად, მარტოხელობა, ოჯახის წევრებისგან უგულვებელყოფა, ავადმყოფობა, სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა, თავად მზრუნველობის სისტემაში ყოფნა, წარსულ და ამჟამინდელ ცხოვრებაზე წუხილი და სხვა. *„ეჰ ჩემი ქმარი რო მყოლოდა არ მექნებოდა ასე საქმე. მაშინ ვიყავი ბედნიერი, მაშინ ჩემ ცხოვრებასაზრი რო ქონდა“*, *„მარა რას ვიზამ, ამ ჩემ უბედურ ცხოვრებას ასე უნდა რომ დამამთავრებინოს წუთისოფელიც“*, *„მე ერთი დღე ბედნიერი არ მინახია ცხოვრებაში.. ახალგაზრდობაში ქმარმა გამამწარა და ალბათ გენეტიკურია, შვილიც მამწარებს,“* *„მე ისეთი ცხოვრება მქონდა... მოვდივარ და მოვტირი ჩემს წუთისოფელს, რთული ცხოვრება მქონდა, მოვხვდი აქ...“*. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ შინაგანი ღელვის და დეპრესიის დასაძლევად ცდილობენ რაიმე საქმით დაკავდნენ., *„სულ წიგნებს ვკითხულობ, გადამაქვს ფიქრები ამაზე, თორე ნამდვილად გავგიჟდებოდი. რაც დრო გადის თანდათან უფრო მეტად მიჭირს“*. „ახლა ძალიან კარგას ვარ.. იმიტო რო, ისიც რა არის.. როცა ვარ უსაქმოდხო, ძალიან ცუდი ფიქრები მომდის.. ერთი სიტყვით არ ვჩერდები, მერე ცუდი ფიქრები მოდის“. *„ზამთარში დავიწყე ხელსაქმე ესოვა, მაშინ ხან ქუდი მოვესოვე და ხან ნასკები ვაჩუქე ყველას ვისთანაც მაქვს ურთიერთობა. სხვა რა გავაკეთო შვილო, ეს დღეებიც არ ილევა , რომ დამთავრდეს ეს ტანჯვა“*. *„დიდხანს რომ არაფერი გააკეთო მერე ვერც ვერაფერს შეძლებ ამ ასაკში, ამიტო ვცდილობ მუდმივად დავტვირთო ჩემი თავი რაც შემიძლია და თან ამ ფიქრების საშუალებაც რომ არ მაქვს მიხარია“*. რესპონდენტთა

საუბარში ხშირად იკვეთება უიმედობა და წუხილი მომავალზე „ასე მარტო ცხოვრებას კიდევ სხვა აზრი არ აქვს გარდა იმისა რომ უბრალოდ უნდა გასტანო ცხოვრება, სანამ ღმერთი არ მოგკლავს.“

*ექსპერტის თქმით, ბენეფიციარების ამგვარი მდგომარეობა შესაძლოა დეპრესია იყოს. „რასაც აღწერთ, ერთის მხრივ, ალბათ არის დეპრესია, რომლის დიაგნოსტიკაც არ ხდება, შესაბამისად მას არც მკურნალობენ, არც შესაბამის მუშაობას ახორციელებენ მასთან, რაც ნიშნავს რომ ეს მდგომარეობა კიდევ უფრო და უფრო დამძიმდება. ეს ასევე ნიშნავს იმას, რომ ინდივიდუალური მიდგომა, სავარაუდოდ, ვერ ხორციელდება და არ გამოდის, რომ სოციალურმა მუშაკმა ან სხვა თანამშრომელმა ინდივიდუალურად შეაფასოს საჭიროებები და შესაძლებლობები, ამიტომ არის, რომ ჩართულობა არის ნაკლები და არიან დომინირებული ბენეფიციარებზე და არის დიდი მასა, რომლებიც ვერაფერს ვერ ახერხებენ“.* აქედან გამომდინარე, დიაგნოსტიკების და ინდივიდუალური მკურნალობის საჭიროება იკვეთება.

*„წამიერად ვბედნიერდები ამ კონკრეტულით, მაგრამ მაინც შინაგანად ცუდად ვარ... მითუმეტეს ახლა ამ ასაკში... ყველაფერი მტკივნეულია, ვინმეს გარდაცვალებას რომ გავიგებ ჩემ თავზე ვიღებ... აღარ ვიცი რა მელოდება ზოგიერთ შემთხვევაში მარტოსულობის განცდა სოციალური ქსელის ნაკლებობითაა გამოწვეული. ზოგიერთი ბენეფიციარი არ ურთიერთობს ნათესავებთან და ახლობლებთან. „როგორ ვითხრათ გენაცვალე, აქ და მსგავსი ტიპის დაწესებულებაში არამგონია ვინმე არ იგრძნოს თავი მარტო. მარტო ხარ აბა რა ხარ შვილო, აქ რომ ცხოვრობ თითქმის არავინ რომ არ გაკითხავს“,,მარტოსულობათაგანში წყდება, თავში...თავში ფიქრობ თორემ ის კი არა რო აქ მარტო იყო. ასეა ეს მარტოსულობა“.*

რამდენიმე რესპონდენტთან საუბრისას გამოიკვეთა მძიმე ემოციური მდგომარეობა, ასევე არ მონაწილეობენ აქტივობებში, ოთახის მაცხოვრებლების გარდა არ ურთიერთობენ

სხვა მაცხოვრებლებთან, არ აქვთ რაიმე სახის მიზანი და აღნიშნავენ, რომ ასაკის მატებასთან ერთად ახლოვდება გარდაცვალებაც. „რასაც ვისურვებდი ახლა.. მომკვდავი ადამიანი ახლა სიკვდილს რო ელოდები, ყველაფერი გვაქვს და... უფლის წყალობით ესეც საკმარისია ჩვენთვის ახლა.“, „რა უნდა მინდა, 80 წლის ვარ და ჩემი გზა საითაც მიდის, ვიცით“, „რა მიზანი უნდა მქონდეს, ვარ ესე ძალღივით დატოვებული და ყველასგან მივიწყებული“. ამგვარი მდგომარეობა, ვფიქრობთ, განპირობებულია მძიმე ემოციური და ფიზიკური მდგომარეობით. ერთ შემთხვევაში, მხედველობის დაკარგვა, ძვლოვანი სისტემის დასუსტება, გადაადგილების პრობლემა და მეორე შემთხვევაში, ინსულტის გამო სხეულის ნაწილის პარალიზება მკვეთრად განსაზღვრავს ბენეფიციარის ცხოვრების ხარისხს. მეორე მხრივ, მათი ემოციური მდგომარეობა სოციალური თანადგომის ქსელის არარსებობით და ურთიერთობის დეფიციტით შეიძლება ავხსნათ. საუბარში აღნიშნეს, რომ არ ურთიერთობენ ნათესავებთან და ახლობლებთან და არ ცდილობენ დაწესებულების მაცხოვრებლებთან კომუნიკაციაში შესვლას.

ზემოთ აღნიშნული ფაქტორებიდან გამომდინარე, ჩვენს ყურადღებას იქცევს რესპონდენტთა მიზნები და ამ მიზნის მიღწევისთვის საჭირო გზები. ძირითადად, საუბარში მიზანთან დააკავშირეს პანსიონატის დატოვების და ოჯახთან დაბრუნების და გაერთიანების სურვილი. ეს ხაზგასმულია იმ ბენეფიციარების მხრიდანაც, რომელთაც ოჯახის წევრების გარდაცვალების გამო ოჯახის გამთლიანების რეალური შესაძლებლობა არ აქვთ. ეს უნდა მოვიაზროთ სურვილად და არა მიზნად. რაც შეეხება კონკრეტულ მიზნებს, ამ მხრივ პასუხები მრავალფეროვანი არ იყო. მხოლოდ ერთეულმა რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ პროფესიული განვითარების და აქტიური საქმიანობის მიზნები აქვთ. „ჩვენთან ასწავლეო, შემომთავაზეს და ვერ შევძელი რადგან უნდა მევლო და ვერ შევძელი.. მაშინ მანქანა არ გვყავდა.. გავაკეთებთ კაბინეტსო და ბავშვებს მოგიყვანთ და ასწავლეთო.. ამაზე დავთანხმდი და ეხლა ველოდები..“, „მიზანი? გეგმები რა მაქვს.. სპექტაკლები მინდა გავაკეთო და თბილისში მინდა გავაკეთო.. რავიცი, თუ მოვახერხებ.. იქ კონტაქტები ცოტა ცოტა მაქვს ადრინდელი ხალხის.. და მინდა რომ გავაკეთო, ამის სურვილი მაქვს“, თუ კონკრეტული მიზნებიდან სურვილებზე გადავინაცვლებთ,

დავინახავთ, რომ რამდენიმე რესპონდენტს განვითარების და საქმიანობის სურვილი აქვს. „სამსახური რომ მქონდეს, უფრო გამოვიდოდი, გზის ფული არ მაქვს, თორემ შეიძლება რაღაც პროფესიულში ვიარო“, „მინდა ჩემი პატარა კაფე გავხსნა, სახაჭაპურე. მე მქონდა ჩემი კაფე, ეს ყველაფერი მქონდა, ვიცი რა არის, 27 წელი ვსაქმიანობდი. მინდა გავხსნა. 2-3 ადამიანს აქედან დავასაქმებდი. მაგრამ თანხა არ არის“. „სამსახური მინდა, სამუშაო, რამით დავკავდე რა. უბრალოც რომ იყოს. თუნდაც 200 ლარი. აი რო გავიდე აქედან, ცოტა გარეთ გავიდე და დავინახო, რა არის ქალაქი, ხალხი მიდის, მოდის.. ერთი და იგივე.. ზიხარ და ტელევიზორიც ამოვივა ყელში. დაწევი და იყავი, წიგნი, რაც გინდა.. მარა ესეც მოსაბეზრებელია. მინდა გასვლა რაღაც შრომა რა“ აღნიშნული ციტატებიდან ნათლად იკვეთება, რომ რესპონდენტთა მცირე ნაწილს თვითრეალიზაციის სურვილი და მოთხოვნილება აქვს. „მე ვმუშაობ, მთელი ჩემი ცხოვრება ვმუშაობ.. დღესაც დამხმარედ ვმუშაობ.. სადამდეც ღმერთი ძალას მომცემს, მე უნდა ვიმუშაო“

შეიძლება ითქვას, რომ შრომის ბაზარზე ჩართვის ხელშეწყობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია როგორც სერვისის მიმღებთათვის, ასევე მიმწოდებლებისთვის. ამ კუთხით აქტიური მუშაობაა საჭირო იმ ბენეფიციარებთან, რომელთაც სურვილი და შესაძლებლობები აქვთ. აუცილებელია პროფესიულ გადამზადებასა და შრომის ბაზარზე ჩართვის ხელშეწყობა.

რესპონდენტთა ინტერვიუების ანალიზიდან ჩანს, რომ რელიგია მათთვის მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. როგორც ლიტერატურის მიმოხილვიდან გამომდინარე ვიცით, რელიგიის როლი ხანდაზმულობის ასაკში უფრო იზრდება. ამასთან, რელიგია და ეკლესია მძიმე ფსიქოლოგიური და სოციალური მდგომარეობის შემსუბუქებასა და ცხოვრების გადაფასებაში ეხმარებათ. სამეცნიერო ლიტერატურაში ასახული ეს ტენდენცია მეორდება ინტერვიუებშიც. აქ რო მოვედი მერე მივხვდი რო არაფერი არ სჭირდება ადამიანს ერთი საწოლის გარდა და უფალოთან უნდა იყოს ახლოს. მთელი დღე ქალაქში რომ ტრიალებ და ერთხელ რომ არ წახვალ ეკლესიაში, ეს რა არის.. მაპატიე უფალო. ახლა ვხვდები რომ რაღაცეებს ვაშავებდი..“, „გუშინ მამაომ მანქანით წამიყვანა მაზიარა. და ისე

მეგონა თითქოს არასოდეს ვყოფილვარ ქალაქში გასული და ისეთი უცხო გარემო იყო ჩემთვის ლამის გავვიყდი. იქაც ეკლესიაში ისე თბილად მიმიღეს, საოცარი თბილი სიტყვებით მესაუბრნენ მამაოებიც და მრევლიც”, „რელიგია მეხმარება ძალიან, ძალიან. ადამიანებთან ურთიერთობაშიც მეხმარება და ცხოვრებაშიც, ფიქრებშიც. აქაც ამ ხალხს რაღაცას ვცდილობ რომ ვუთხრა, რაღაც ვასწავლო”, „ ჩემი თავის მოვლა რო შემემდლოს ნამდვილად წავიდოდი მონასტერში და დავრჩებოდი იქ, საერთოდ სხვა არის.”

რაც შეეხება თვითშეფასებას, ბენეფიციარებს შორის გვხვდებიან ისეთებიც, რომლებსაც ცუდი თვითშეფასება აქვთ და არიან ის ადამიანებიც, რომლებიც საკუთარ თავსა და საქმიანობას დადებითად აფასებენ. თუმცა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ იმ ადამიანების რაოდენობა, რომელიც საკუთარ თავს პოზიტიურად აფასებს, გაცილებით მცირეა. „ძალიან კარგათ ვარ.. ვდგავთ სპექტაკლებს, ვარჩევთ სცენარებს, ისეთი კარგი სპექტაკლები დავდგით, სულ ვატირეთ ხალხი... გამოფენაც მქონდა, ახლა შემომთავაზეს ბავშვებისთვის ხატვა მესწავლებინა და სიხარულით დავთანხმდი”. „მე ბაბუ მხნედ ვგრძნობ თავს, გონება ისევ ისე მუშაობს და არ გავურბივარ საზოგადოებრივ დატვირთვას... კედლის გაზეთის რედაქტორიც ვარ”. მეორე მხრივ, ძალიან დაბალი თვითშეფასება აქვთ სხვა რესპონდენტებს. „მთელი ცხოვრება ისე ვცხოვრობდი და ეხლა როგორ ვარ.. საწყალი და საცოდავი და რავიცი და ვცდილობ მრავალფეროვნებას”, „არაფერი მაკლია, არა შვილო, ყველას მაძლობა მოვუხდი.. მემგონი ესეც ზედმეტია ჩვენთვის..”, „რას წარმოვადგენ - არაფერს”. როგორც მოყვანილი ციტატებიდან ჩანს, დაბალი თვითშეფასების მიზეზი ერთის მხრივ, შეიძლება, შეზღუდული აქტივობები და შესაძლებლობები იყოს, მეორე მხრივ კი, ბენეფიციარის, როგორც რესურსების მიმღების სტატუსი („მემგონი ესეც ზედმეტია ჩვენთვის”).

რაც შეეხება აქტივობებსა და შესაძლებლობებს, რესპონდენტთა ძალიან მცირე ნაწილია ჩაბმული აქტიურ მოქმედებებში, როგორცაა, მაგალითად სპექტაკლის დადგმა და მონაწილეობა. ქუთაისის პანსიონატში არა ერთხელ დაუდგამთ სპექტაკლი სხვადასხვა თეატრში და მონაწილეები არიან როგორც ბენეფიციარები, ასევე თანამშრომლები. მათი



თქმით, ეს დადებითად აისახება მათზე და მეტ მოტივაციას სძენთ, პანსიონატში ცხოვრება კი მონაწილეებისთვის მრავალფეროვანი და საინტერესო ხდება. როგორც მათ აღნიშნეს, აღნიშნულ საქმიანობაში ჩაბმული ადამიანები ცოტანი არიან, რადგან ამისთვის საჭიროა როგორც კოგნიტური შესაძლებლობები, ასევე ფიზიკური და ფიზიოლოგიური. ამგვარად, ბენეფიციარები, რომელთაც მწვავე ავადმყოფობა და მეხსიერების და გადაადგილების პრობლემები აქვთ, ვერ მონაწილეობენ სპექტაკლებში. დაწესებულებაში ასევე გასართობი და თავშესაქცევი აქტივობებიც აქვთ, როგორცაა ნარდი, ჭადრაკი და სხვა. ასევე დადიან ექსკურსიებზე. ბენეფიციართა ინტერესებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია ხელსაქმიანთა დაკავება. ერთი ბენეფიციარი წერს ხატებს, ქმნის სხვადასხვა ნივთებს და აწყობენ გამოფენებს როგორც ქუთაისსა და სხვა ქალაქებში, ასევე თბილისშიც. თუმცა ზოგიერთი ბენეფიციარის თქმით, მხოლოდ ოთახის მაცხოვრებლებთან ურთიერთობს და ოთახის მეურნეობით იქცევა თავს. მათი გასართობი ძირითადად ტელევიზორის ყურება და წიგნისა და ჟურნალების კითხვაა. ასევე ხაზგასმით აღნიშნეს ბალის აღსაზრდელების, მოსწავლეების და სტუდენტების სტუმრობის მნიშვნელობა და სურვილი გამოთქვეს, უფრო ხშირად ხორციელდებოდეს მსგავსი შეხვედრები. *„პერსონალიც ყველანაირად ცდილობს მოგვისმინოს, რა სპექტაკლი გვინდა, რა გვინდა, როგორ გვინდა და ასე... ერთი-ორი თანაშრომელიც გვყავს დაკავებული და ფსიქოლოგიც და ასე.. გარდა სპექტაკლებისა კიდევ რა აქტივობებია.. რავიცი სხვა საერთო საქმეს არაფერს არ ვაკეთებ.. ჩვენთვის თუ კვითხულობთ რაღაცეებს და კროსვორდებს ვავსებთ თორე სხვა არაფერი“.* *„ზოგჯერ რო მოდიოდეს ვიღაცეები, კი დადიან ბალის ბავშვები მარა ვიღაცა რო მოვიდეს...“*, *„მე მაინც ხელოვნებისკენ მაქვს მიდრეკილება და რო მოვიდეს ვიღაც, ან ლექსები, ან პოეტები... ვიღაცა.. ახალგაზრდები არიან, მოდიან ლექსები წაგვიკითხონ. პროსტო იმხელა სიყვარულია და სიხარულია ეს ჩვენთვის რავიცი.. მე ესე ვთვლი და.. არ ვიცი ახლა სხვას როგორ...“*, *„სკოლები მოდიან ხოლმე, მომზადებული ბავშვები.. გვიკეთებენ რაღაცეებს, გვიცეკვებენ, ფუთფუთებენ.. ლამაზები.. რავიცი.. გვჩუქნიან ხოლმე ლამაზ დღეებს პატარა ანგელოზები...“.* ზოგიერთი რესპონდენტი საუბრისას აღნიშნავს, რომ მისთვის არ აქვს მნიშვნელობა რა აქტივობა იქნება და რა არ იქნება, რადგან მაინც არაფერში მონაწილეობს.

*„რაც შესაძლებელია აკეთებენ. მე რაშიც არ შემძლია მივიღო მონაწილეობა იგი არც მინდა და არც მაინტერესებს, რა ვქნა დედა, ჩემ მდგომარეობაში ოთახიდან როგორ გავიდე”.*

სამტრედიის პანსიონატის ბენეფიციარის თქმით, მისთვის პრიორიტეტული და მნიშვნელოვანი ხელსაქმის ხელშეწყობაა და ამ მიმართულებით ისურვებდა ცვლილებებს. *„რისი გაუმჯობესება მინდა იცით ყველაზე მეტად, აი მთელი დღე რო თავისუფალი ვარ და არაფერს ვაკეთებ ეს უბედური თავი და ფიქრები ისევ ყველაფერ საშინელებას მახსენებს. ხანდახან თუ გადავერთობი რამეზე გადამავიწყდება და უფრო მშვიდად ვგრნობ თავს. რამე თუ იქნებოდა აქ რო ნაკლებად მეფიქრა და რამეთი დაგვაკავებელიყავი კაი იქნებოდა.*“ აღნიშნული ინფორმაცია განმეორდა ბათუმის თავშესაფარშიც, სადაც ბენეფიციარი აღნიშნავს, რომარსებული ცალკეული აქტივობები მის ინტერესებსა და შესაძლებლობებზე მორგებული არ არის. *„კი არის ჩვენთან სიმღერის ქალთა გუნდი, მარა სად შემძლია ახლა მე სიმღერა და ლექსები, სადა მაქ მაგის თავი”.* ამგვარად, მნიშვნელოვანია მსურველ ბენეფიციართა ინტერესებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინება.

თბილისის თავშესაფარში მყოფმა რესპონდენტებმა დადებითად შეაფასეს აქტივობები და აღნიშნეს, რომ მათთვის ბევრი რამ არის ხელმისაწვდომი. კერძოდ, მათ შეუძლიათ ხელსაქმით, ხატვით, მაკეტების შექმნით დაკავდნენ. თავისუფალი დროის გაყვანას ერთმანეთთან საუბრით, თამაშით ცდილობენ. არის სხვადასხვა ჯგუფები, მათ შორის ხელსაქმის, სადაც 6-7 ადამიანი თოჯინებს ქმნის და ერთმანეთს კერვას ასწავლის. ასევე მონაწილეობას იღებენ ნარდისა და ჭადრაკის ჩემპიონატებში, თავშესაფრის ტერიტორიაზე რგავენ და უვლიან მცენარეებს. კვირაში ერთხელ მიმდინარეობს კინო-ჩვენება. რაც შეეხება სურვილებსა და ცვლილებებს, აღნიშნულ თავშესაფარში საეკლესიო კუთხის გამოყოფა და სპორტული აქტივობებისთვის შესაბამისი ინვენტარის და ღონისძიებების მოწყობა ისურვეს.

თბილისის პანსიონატში გამოკითხული რესპონდენტები დადებითად აფასებენ აქტივობებსა და ღონისძიებებს. მათი თქმით, ექსკურსიებზე დადიან, ესწრებიან ჯგუფურ

შეხვედრებს, კინო-ჩვენებებსა და სპექტაკლებს, ასევე მასპინძლობენ ბალის აღსაზრდელებსა და სკოლის მოსწავლეებს. ფიზიკური და ფიზიოლოგიური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ექიმის რეკომენდაციით ზღვისპირა კურორტზე დაისვენეს.

ინტერვიუების ანალიზზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ ბენეფიციართა სოციალური თანადგომის ქსელი ვიწროა და მათ ხშირი კომუნიკაცია მეგობრებთან, ნათესავებთან და ახლობლებთან არ აქვთ. ამის მიზეზი მრავალი ფაქტორით შეიძლება აიხსნას, ესენია: ახლობელთა გარდაცვალება, ინტერესთა კონფლიქტი, სურვილის არ ქონა, სირცხვილი და მანძილი. „დღემდე არ იციან ჩემმა ნათესავებმა სად ვცხოვრობ მერიდება, არ მინდა რომ იცოდნენ. მაქსიმალურად ვიკავებ თავს ურთიერთობისგანაც“. „არავითარი.. არავითარი სურვილი არ მაქვს .. კონტაქტი არ მაქვს. მე ისეთნაირად შეიძლებოდა დამხმარებოდნენ, რო ესე არ გავეწირე და ბინა არ გამეყიდა, ეხლა არავისთან არ მაქვს კონტაქტი, არ მინდა“. „გავდივარ ხოლმე ნათესავებთან, მაგრამ არავის შეწუხება არ მინდა ბებო და ესე, ოჯახი არ მყავს, დამელუპნენ და ათასში ერთხელ ვნახულობ ნათესავებს“. მანძილი გავლენას ახდენს კომუნიკაციის სიხშირეზე.. „ნათესავები არ მყავს არავინ. არავინ არ მყავს.. მეც დედისერთა ვიყავი, ჩემს ქმარსაც მხოლოდ ერთი ძმა ყავდა და ის ადრე დაიღუპა.. და არავინ არ მყავს. მეგობრები მყავს, უმეგობროდ აბა როგორ.. ვნახულობ, როცა ჩავდივარ .. ბავშვის და ოჯახის სასაფლაოზე, ერთი ორი დღე ვრჩები და მერე მოვდივარ.“ „ისე გავდივარ ხოლმე ნათესავთან 2-3 თვეში ერთხელ ხოლმე.. ისე 20 დღე გვაქვსდა შეგიძლია წახვიდე“, „კონტაქტის რა გითხრა, ახლა უფრო მეზობლებთან თუ მაქვს ისიც ერთი ორი, თორე მეგობრების რა გითხრა უკვე დამეკარგნენ, ზოგიერთი გარდაიცვალა“. „ამ ფეხების გადამკიდე ველარსად დავდივარ. ერთი გოგონაა ქუთაისში, მამიდაშვილის შვილი და ის თუ მომაკითხავს ხოლმე ნათესავებიდანაც. ჩამოდის ჩემთან იშვიათად, მაგრამ ხო ჩამოდის. თან მე ვინ დავავალდებულო ამხელა გზაზე მოვიდეს და მნახოს. არადა ისე მენტარებიან ვერ წარმოიდგენთ. ისეთი დიდი ოჯახი გვყავდა, სავსე იყო ყველაფრით მაგრამ დრომ ყველაფერი წამართვა, ყველაფერი“

მოყვანილი ციტატებიდანაც ჩანს, რომ რესპონდენტთა თანადგომის ქსელი ვიწროა. ხშირია შემთხვევა, ფიზიკური და ფიზიოლოგიური მდგომარეობის გამო თავს იკავებენ გადაადგილებისგან. ასევე ოჯახის წევრებთან, რომლებთანაც რაიმე სახის უთანხმოება ან შეუთავსებელი ინტერესები აქვთ, კომუნიკაცია არ აქვთ. „*ნახევარ და-ძმები მყავს, მაგრამ ეს დედინაცვალისგან რომ გარდაიცვალა მერე კონტაქტი აღარ მქონია საერთოდ. არ ჩამოდიან, მე კიდეც ხედავ როგორც ვარ და არსად შემოდის წასვლა. რავიცი*”

ქუთაისის და თბილისის პანსიონატების ფსიქოლოგების თქმით, ბენეფიციარებს პასიური კომუნიკაცია აქვთ ოჯახის წევრებთან და უმეტესწილად, ოჯახის წევრები უფრო ხშირად სტუმრობენ, ვიდრე თავად ბენეფიციარები. ამის მიზეზი, შეიძლება შეზღუდული ფიზიკური შესაძლებლობები და ჯანმრთელობის მდგომარეობა იყოს, ისევე, როგორც ქალაქის ინფრასტრუქტურა. კერძოდ, გზაზე გადასასვლელების მოუწესრიგებლობა და ტრანსპორტი.

ინტერვიუს მიმდინარეობისას არაერთხელ აღნიშნეს, რომ ახარებთ ჩვენი სტუმრობა და მოხარულები იქნებიან, თუ კიდეც შევხვდებით. ასევე გამოთქვეს სურვილი, რომ რაც შეიძლება მეტი ღონისძიება და კონცერტი იმართებოდეს მოსწავლეებისა და ბავშვების მონაწილეობით. გამომდინარე აქედან, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ **ურთიერთობის დეფიციტს** განიცდიან, რაც ჩაკეტილობითა და გარესამყაროსთან ნაკლები კონტაქტით შეიძლება ავხსნათ.მ *„ერთი მარტო ბავშვები თუ გამახალისებენ ხოლმე, მაგათ კონცერტებს ვესწრები რომ მთხოვენ.. სირცხვილია რომ არ დავესწრო, მოდიან ჩვენთან და არის ერთი ჟრიაშილი, „ზოგჯერ რო მოდიოდეს ვიღაცეები, კი დადიან ბაღის ბავშვები მარა ვიღაცა რო მოვიდეს... მე მაინც ხელოვნებისკენ მაქვს მიდრეკილება და რო მოვიდეს ვიღაც, ან ლექსები, ან პოეტები... ვიღაცა.. ახალგაზრდები არიან, მოდიან ლექსები წაგვიკითხონ. პროსტო იმხელა სიყვარულია და სიხარულია ეს ჩვენთვის რავიცი..”*.

ზემოთხსენებული მოთხოვნის მიზეზი ასევე შეიძლება იყოს მრავალფეროვნებისა და ყოველდღიურობის გახალისების სურვილი...*„გვახალისებენ ბავშვები და გვილამაზებენ ცხოვრებას”*.

საყურადღებოა, რომ არიან ისეთი ბენეფიციარებიც, რომლებსაც არ სურთ დაწესებულების მაცხოვრებლებთან კომუნიკაცია და მათთან ურთიერთობას ნაკლებად ცდილობენ. „კი არის აქ ერთი საერთო ოთახი, დიდი. სადაც ყველას შეუძლია მისვლა და ნახვა ტელევიზიის, მაგრამ მე დიდად არ მიყვარს ის ადგილი, ჩემთვის მირჩევნია შვილო ხო გითხარი, არ მინდა სხვებთან ურთიერთობა“. „ერთი დღე აღვიწერო? ეჰ, რა გითხრა კი ვამბობ ახლა ძალიან გამაბედნიერა ამ ყვავილებმათქო, მაგრამ ვერ აღვიწერ ისე მიჭირს აქ მაცხოვრებლებთან ურთიერთობა. კონტაქტს ვერავისთანვერ ვამყარებ“. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ამ ბენეფიციარებმა ადაპტაცია ვერ გაიარეს. სხვებისგან გამოყოფის და განცალკევების სურვილი ისეთ საკითხებზე მიგვანიშნებს, როგორცაა **სხვების მიუღებლობა, გაუცხოება და ჩაკეტილობა**. მეორე მხრივ, ბენეფიციართა უმრავლესობა ერთმანეთთან ურთიერთობას არ გაურბის და ერთმანეთისადმი კარგი დამოკიდებულებები აქვთ. ამ მხრივ, თბილისის პანსიონატში ბენეფიციართა შორის ურთიერთობის პრობლემა არ გამოკვეთილა. თბილისის მუნიციპალური თავშესაფრის ბენეფიციარები ცალკეულ შემთხვევებზე საუბრობენ და აღნიშნავენ, რომ არიან კონფლიქტური ადამიანები, რომელთან კონტაქტს გაურბიან. „კარგი ურთიერთობა მაქვს ოთახის მაცხოვრებლებთან, სხვებთანაც, მეგობრობენ, კონფლიქტები არ ხდება. ადრინდელი კონფლიქტები ადმინისტრაციამ მოაწესრიგა“. „**დამცინის, უნდა რო გამომიყვანოს მდგომარეობიდან, მაგრამ .. ვტიროდი ხოლმე, ვნერვიულობდი, მაგრამ ეხლა აღარ ვნერვიულობ.. მივატოვებ, გამოვდივარ გარეთ, ეხლა ხმას აღარ იღებს**“.

**ოთახის მაცხოვრებლებთან ურთიერთობა** მნიშვნელოვანი საკითხია ნებისმიერი დაწესებულების ბენეფიციარებისთვის. თბილისის პანსიონატში ბენეფიციართა მცირე რაოდენობის გამო ინდივიდუალური ოთახები აქვთ და ამას დადებითად აფასებენ. „**იქნება იმ კაცს არ უნდა ჩემთან ერთად ცხოვრება, იქნებ არ მოსწონს ღამე რომ ვახველებ, რომ არ მმინავს.. ამას ანგარიში ხომ უნდა გაეწიოს კაცო? ამიტომაც არის ეს კარგი როცა თითო-თითო ვართ ერთ ადგილიან ოთახებში. და თუ ამას გაითვალისინებენ, კარგი იქნება. ორიც რომ ვიყოთ, არც ეგ არ არის სწორი. ეს არის სიცოცხლის მოსწრაფება ჩვენთვის..**“ „**თავისუფალი ადგილები ბევრი კი არის.. ოთახში ერთზე მეტი არ უნდა იყოს.**

მარტო უნდა იყოს, რა თქმა უნდა”.თუმცა სხვა მდგომარეობაა თბილისის მუნიციპალურ თავშესაფარსა და ბათუმის თავშესაფარში. „ჩემს ოთახში მაგალითად კაი ხალხია, მაგრამ ყველას ოთახში თითო ადამიანი გამოირჩევა.. არიან ფსიქიურად დაავადებულები.. ჩხუბობს, სულ ის.. მარა ვარ ჩუმად”, „ჩემს ოთახში არის მაგალითად ენერგოვამპირი.. მომიშლის ნერვებს მერე თვითონ იცინის”, „ ყველას სხვადასხვა აზრი აქვს, შვილო... ყველას სხვადასხვა აზრი აქვს, დედა... მაგალითად, წვრილმანზე რომ ვლაპარაკობ ბოდიშს მოვიხდი, ვთქვათ.. ჰაერის შემოყვანა მინდა, გასუფთავება, ფანჯარას გავაღებ, ეტაკება მეორე, ღმერთო მაპატიე ამ სიტყვაზე, დაკეტავს.. დახურავს.. ვისაც ჰაერი უნდა გარეთ გავიდესო და ჰოდა ასეთი სიტუაციაც არის მარა მე ამას როგორ ვილაპარაკებ”. „ მაგრამ ოთახში რომ 5 კაცია ერთად და აქედან ნახევარი არ ბანაობს ელემენტალურია... მაგაზე მომდის ხოლმე სულ კამათი... აგერ ზოგიერთი ნასვამია და იმას უნდა უსმინო მთელი ღამე, როდის დაეძინება... რაღაც უნდა არსებობდეს რეგულაცია რომ ამფერი ამბებიც არ ხდებოდეს ასე ვისაც უნდა, როგორც უნდა, რომ დადის და რანაირადაც უნდა რომ შემოდის. ვუთხარით რამდენჯერმე ამის შესახებ ადმინისტრაციასაც მაგრამ ჯერჯერობით არაფერი შეცვლილა და ესაა უბედრობა.” როგორც ჩანს, ასაკობრივი კატეგორია დიდ როლს თამაშობს ურთიერთობის ხარისხზე. უნდა აღინიშნოს, რომ თავშესაფრებში განსხვავებული ასაკის მქონე ადამიანები იყრიან თავს, რაც თავის მხრივ, ინტერესთა კონფლიქტსა და შეუთავსებლობას წარმოშობს,„ხანდახან ისე არიან ბებო, გეგონება თვითონ არასოდეს დაბერდებიან” „ამათთან ურთიერთობას (ახალგაზრდები) ისევ მოხუცებთან ვიყო ის მირჩევნია, იმათთან საერთო ენას მაინც გამოვნახავ კაცი.’

აღნიშნული საკითხის მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულებაც არსებობს. „ოთახში ბევრი ადამიანია და კონფლიქტიც შეიძლება მოხდეს მაგრამ რაოდენობაზე ლაპარაკიც ზედმეტია.. ისეთ ფუფუნებაში ვართ, მაგაზე ლაპარაკი ზედმეტია.. არ არის იმდენი ფუფუნება რომ ერთი და ორი იყოს ოთახში.. მთავარია რომ არ ვართ გარეთ, არ გვაწვიმს და არ ვართ ქუჩაში..” აღნიშნული ციტატიდან ჩანს, რომ რესპონდენტი პარალელს უკიდურეს მდგომარეობასთან ავლებს და მადლიერებას გამოხატავს იმის გამო, რომ უარეს მდგომარეობაში არ იმყოფება.ინტერვიუების მიმდინარეობისას კიდევ არა ერთმა

რესპონდენტმა გაავლო ამგვარი პარალელი. „მე პირადად ისეთი შოკირებული ვიყავი შვილო, ისეთი გამწარებული ვიყავი.. ისეთი გაუბედურებული.. აქ რო მოვედი მე მეგონა სამოთხეში ვიყავი..“, „მოსვლის დღიდანვე მთავარი იყო რომ საკუთარი ჭერი გამაჩნია, სახელმწიფო მზრუნველობის ქვეშ ვართ და ძალიან კმაყოფილი ვარ, თავზე არ მათოვს და არ მაწვიმს და ვართ აქ დღემდე და წარმოიდგინეთ, აქ რომ არ მოვსულიყავი, შეიძლება ცოცხალიც არ ვყოფილიყავი დღეს.“ „მე ისეთი პირობებიდან მოვედი აქ.. რო ის პირველი კვირა ჩემთვის იყო სამოთხე. თბილი ლოგინი, თბილი ოთახი, თავზე ჭერი.. და მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე ვცხოვრობდით ერთ ოთახში, ჩემთვის ეს ძალიან დამაკმაყოფილებელი იყო“. „სულ რომ არაფერი გამიკეთონ, მაღლობა რომ ქუჩაში არა ვარ.. ქუჩაში დარჩენასა სიკვდილი მირჩვენია“.

რესპონდენტთა უმრავლესობა მაღლიერებას გამოხატავს დაწესებულების მიერ გაწეული მომსახურებების გამო. „რო მოვედი აქ, მალე ვიგრძენი რომ სიცოცხლე გამიხანგრძლივდებოდა“. „ესენი რო არა, მე შეიძლება ეხლა ცოცხალიც არ ვყოფილიყავი“.

რესპონდენტები დადებითად აფასებენ კვებას და აღნიშნავენ, რომ კვება სრულიად საკმარისი და დამაკმაყოფილებელია. ქუთაისის პანსიონატში მყოფმა სამმა რესპონდენტმა შეაფასა ნეიტრალურად კვება და ხარისხი. „ახლა საჭმელის მხრივ ბებო რასაც აძლევს თბილისი და რასაც გვიგზავნის, ყველაფერი ხდება.. ვერ ნახავ აქ რაღაცა უყურადღებობა იყოს და... რაც არის საჭმელი და რასაც იძლევიან გაჭმევენ, საკვები რაც არის იმას ხომ არ შეცვლიან.. კი, გვინდა დავუშვათ გვინდა მეტიც მარა ხო ვერ გამოაგზავნიან ბებო.. ესეც საკმარისია“, „კვების რაციონი.. არა გვაქვს ნამდვილად ცუდი მომარაგება.. ნამდვილად. იცით რა არის, რაც ამ ხარჯში ჯდება გვაძლევენ იმას.. მაგრამ ცოტა უკეთესი მომზადება რომ იყოს, კაი იქნება.. მესმის, პრობლემურია 60-90 კაცის სადილის მზადება რთულია, მაგრამ ცოტა უკეთესი რომ იყოს“, „კვებას არაფერს არ დავამატებდი, ცოტა ხარისხს დავამატებდი... დანარჩენი ყველაფერი გვაქვს აბსოლიტურად, დასასვენებლად რომ მივდივართ ხო, იქაც იგივე საჭმელია რაც აქ არის მარა ხარისხიშია განსხვავება და ეგაა“. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ქუთაისის პანსიონატში მყოფ სხვა რესპონდენტებს მსგავსი რამ არ

აღუნიშნავთ და დადებითად შეაფასეს. „კვებაც არაჩვეულებრივია. ოთხჯერადი კვებაა და აქაურ პირობებზე არაჩვეულებრივია. ამგენმა ახლა არ იციან ზოგიერთი როგორ იკვებება სახლში. მშვიერიც არის ნახევარჯერ. და აქ რა გვიჭირს”

ბათუმის თავშესაფარში მყოფმა ერთმა რესპონდენტმაც ნეიტრალურად შეაფასა კვება და აღნიშნა, რომ „ორჯერადი კვებაა, ყოველდღე განსხვავებულია, მაგრამ მეორდება ყოველ კვირაში. ხანდახან არის ისეც რომ თუ თანხები ეყოთ სულ სხვანაირ კვებასაც გვთავაზობენ”; მეორე მხრივ, სხვა რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ „ყველაფერი გემრიელი და კარგი მომზადებულია. ხომ გითხარით არანაირი უკმაყოფილება ამასთან დაკავშირებით არ მაქვს... ორივე კვებას აქ ვიკვებები ხოლმე არსად ვჭამ სხვაგან”.

უნდა აღინიშნოს, რომ ბათუმისა და თბილისის თავშესაფრებში ორჯერადი კვებაა. გამომდინარე იქიდან, რომ თავშესაფრების სამიზნე პოპულაციას მიუსაფარი/უსახლკარო ადამიანები წარმოადგენენ, მომსახურებები კონკრეტულად ხანდაზმულთათვის არ არის შემუშავებული და ზოგადი მომსახურებების ნაწილია. აქედან შეიძლება ითქვას, რომ თავშესაფარში კვების საკითხი უშუალოდ ხანდაზმულთათვის მოწესრიგებული არ არის. როგორც კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციაშია მოხსენიებული, ხანდაზმულებში საჭიროა მცირე პროპორციებით კვება და არ უნდა იქნეს გამოტოვებული არც ერთი სამი მთავარი კვებიდან (კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭო, 2009). თავშესაფრებში კი ხანდაზმულებს სამჯერადი კვება არ აქვთ, რაც მათი ძირითადი საჭიროების დაკმაყოფილების უგულებელყოფას წარმოადგენს.

**პერსონალის** მიმართ თითქმის ყველა დაწესებულებაში ერთსულოვანი დადებითი შეფასებაა და არა ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ კადრები სწორად არის შერჩეული. მათ კმაყოფილებას იწვევს როგორც ადმინისტრაციის, ისევე დამხმარე პერსონალის, ექთნებისა და ექიმების მუშაობა. „სამედიცინო პერსონალი ძალიან ყურადღებიანია ამ კუთხით.. კონტროლზე ვართ ყველა.. პირად კონტროლზე რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესებისკენ წავიდეს”. „დიდი ყურადღებით მაქცევენ ყურადღებას,



მაძლევენ წამლებსაც და რაც შეუძლიათ ყველაფერს აკეთებენ და ჩემს მდგომარეობას განიცდიან...ისე რო, ყურადღების ამბავში დაწყებული დამლაგებელი, მომლელი, ექიმი, ვეჯილი.. ყველა ყურადღებით არიან ჩვენს მიმართ და დიდ მადლობას ვუცხადებ ჩვენი პანსიონატის ადმინისტრაციას”, „მომვლელები, ექიმები, დირექტორი.. ძაან კეთილი ხალხი არიან, მე არ შემძლია რო ერთი წუთით უარყოფითი ვთქვა”, „პერსონალი, დამლაგებლიდან დავიწყით, არაჩვეულებრივი, ყველა ყველა ყველა კარგია, ძალიან.. ყურადღებიანები, სასადილოს პერსონალი ავილოთ. აქ ეს ადამიანები პრობლემებს ტოვებენ სახლში როგორც ჩანს, იმიტომ რომ არ მახსოვს, აი არ მახსოვს ვინმე, ერთი მაინც გრუბი და ასეთი.. მე ესეთი არავინ არ მინახია, არავინ არ არის უხეში. პირიქით, მართლა კარგი ხალხია შეკრებილი.”. „დაწყებული დირექტორიდან დამთავრებული სანიტრამდე ვერც ერთი ორი სამი თვის მანძილზე და დღემდე ვერ ვიტყვი ვერავიზე ბებო ცუდს.. ასე მეგონა ჩვენ დირექტორს სპეციალურად ყავდა შერჩეული ეს ხალხი ყველა”, „შერჩეული ხალხია მართლა”..„პერსონალი არის ძალიან კარგი, ძალიან.. როგორც პატარა ბავშვებს ყველა გვეფერება ის რა, აბსოლიტურად”. დაწესებულებაში დასაქმებული ადამიანების მხრიდან სითბოს და ყურადღებას გრძნობენ. „აქაც სულ მეუბნებიან ხოლმე შენ ჩვენი ოჯახის წევრი ხარ, არასოდეს მოგერიდოს რამე თუ გინდაო. იცით რამდენს ნიშნავს ეს, მართლა რადაცნაირად მიჩუყდება გული რომ გეუბნებიან, შემოირბენენ ჩამოკცნიან, მომიკითხავენ როგორ ვარ.”. „აქ თავს ისე ვგრძნობ, თითქოს ოჯახში მიმიღეს, დედიკო” აღნიშნული ციტატებიდან ჩანს, რომ ბენეფიციარების მიმართ განსაკუთრებულ სითბოს და ყურადღებას იჩენენ და რესპონდენტები ოჯახთან და ოჯახის წევრებთან აიგივებენ. რაც შეეხება ბათუმის თავშესაფარს, რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ადმინისტრაციას მიმართეს თხოვნით, რომ რაიმე სახის რეგულაციები შემოეღო წესრიგის დამრღვევთა მიმართ, თუმცა ამას შედეგი არ მოჰყოლია. „ჰიგიენას არ იცავს ბევრი და ესაა ცუდი... ანტისანიტარიაა ხომ ხედავ შენ თვითონაც... სუნი, ჰაერი მძიმეა... ღამის გასათევად ვიყენებ მეც თორე დანარჩენ დროს გარეთ ვატარებ”.. „მომსახურე პერსონალზე რა გითხრა, კარგი ხალხია. ცდილობენ რომ მდგომარეობა დაასტაბილურონ.. აგერ მამასახლისი ყოველდღე ესაუბრება ხალხს, მაგრამ იმათარ ესმით რომ ეს ბანაობა აუცილებელია და უკვე ყოველდღე უნდა.. ჰო

*მომსახრე პერონალით კმაყოფილი ვარ. უბრალოდ ეს შინაგანაწესი რომ დაეწერათ და გაეკრათ კარგი იქნებოდა ასე სიტყვით რომ არაფერი გადის იქნებ რამე ყოფილიყო გამოსავალი...”.*

მნიშვნელოვანი საკითხია **ინფრასტრუქტურა და დაწესებულებების კეთილმოწყობა**. საუბარში ხშირად უსვამენ ხაზს უპირატესობებს და ამბობენ, რომ აქვთ ცხელი წყალი, გათბობა, სამრეცხაო, საპირფარეშო და სააბაზანო. ეტლით მოსარგებლეთათვის და გადადგილების პრობლემის მქონე ბენეფიციარებისთვის ყველა შენობა ადაპტირებულია. თბილისის პანსიონატში კმაყოფილებას გამოხატავენ იმის გამო, რომ ინდივიდუალური ოთახები აქვთ და განტვირთვის საშუალება ეძლევათ. „*სიბერე ძნელია.. ოთახში უნდა იყო მარტო, მოისვენებ, დაისვენებ, სხვას არ შეაწუხებ და არ შეგაწუხებს*”. ქუთაისის პანსიონატში ზოგიერთ ბენეფიციარს ინდივიდუალური ოთახი აქვს, ზოგიერთს საზიარო, თუმცა ამ კუთხით უკმაყოფილება არ გამოუთქვამთ. თბილისის მუნიციპალურ თავშესაფარში მყოფი რესპონდენტები ხაზს უსვამენ ერთ ოთახში რამდენიმე ბენეფიციარის ყოფნის ნაკლოვანებას და არსებულ ხარვეზებზე მიუთითებენ. იგივე პრობლემა იკვეთება ბათუმის თავშესაფარში, სადაც ოთახში რამდენიმე ბენეფიციარს ერთად უწევს ცხოვრება. „*ოთახში რომ 5 კაცია ერთად და აქედან ნახევარი არ ბანაობს ელემენტალურია... მაგაზე მომდის ხოლმე სულ კამათი... აგერ ზოგიერთი ნასვამია და იმას უნდა უსმინო მთელი ღამე, როდის დაეძინება... რაღაც უნდა არსებობდეს რეგულაცია რომ ამფერი ამბებიც არ ხდებოდეს ასე ვისაც უნდა როგორც უნდა რომ დადის და რანაირადაც უნდა რომ შემოდის. ვუთხარით რამდენჯერმე ამის შესახებ ადმინისტრაციასაც მაგრამ ჯერჯერობით არაფერი შეცვლილა და ესაა უბედურობა”.*

რაც შეეხება **ფიზიოლოგიურ ცვლილებებსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას**, უნდა ითქვას, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა შორის ძალიან ხშირია გულთან დაკავშირებული პრობლემები, მაღალი წნევა, მხედველობის დაქვეითება, სახსრების ტკივილი და მოტეხილობები. არა ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ სახსრების გამო ძლიერ ტკივილს განიცდის. ზემოთ აღნიშნული ძირითადი პრობლემების გარდა ვხვდებით შემდეგი სახის

ფიზიოლოგიურ პრობლემებს: კუჭ-ნაწლავის, სასუნთქი სისტემის, ვარიკოზული ვენების, დემენციის, დიაბეტის, რევმატიზმის, ასთმის, თიაქარის. გარდა ამისა რამდენიმე რესპონდენტს გადატანილი აქვს ინსულტი. უნდა აღინიშნოს, რომ რამდენიმე ბენეფიციარმა თავი შეიკავა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საუბრისგან და მხოლოდ ფიზიკურად გამოვლენილ პრობლემებზე მიგვითითა. „*ჯანმრთელობა ეხლა.. გული მაწუხებდა, ეგ ერთი, მაგაზე ოპერაცია გამიკეთეს, დანარჩენი ეხლა.. არი რაღაცეები მარა მაგაზე ლაპარაკი შორს წაგვიყვანს*“. საყურადღებოა, რომ კვლევაში მონაწილე ბენეფიციარები შერჩეულ იქნენ მათი ფიზიკური და კოგნიტური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე. რესპონდენტთა შერჩევა კი განაპირობებს დაავადებათა მრავალფეროვნებასა და კლასიფიკაციას, რადგან კვლევაში მონაწილეობა არ მიუღია მძიმე კოგნიტური და ფიზიოლოგიური პრობლემების მქონე ადამიანებს.

საინტერესოა, რამდენად აქვთ ბენეფიციარებს ჯანმრთელობის პრობლემებთან გამკლავების, მკურნალობის, პრევენციის შესაძლებლობები და რამდენად კმაყოფილები არიან. უნდა აღინიშნოს, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობა ძალიან დადებითად აფასებს **სამედიცინო მომსახურებას** და აცხადებს, რომ მათი საჭიროებები დაკმაყოფილებულია. „*ხელი მოვიტეხე და ისე ვეღარ ვხმარობ როგორც ვხმარობდი, დანარჩენს ჯერჯერობით არ ვუჭივი.. ძალიან ყურადღების ქვეშ ვიყავი და ყველაფერი, წამლები იყო თუ რაც იყო ყველაფერი არ მომკლებია*“. „*ძალიან კმაყოფილი ვარ, ძალიან.. ექიმის, ექთანების.. ძალიან ... სამედიცინო მომსახურების, თვითონ.. ძალიან კმაყოფილი ვარ*“. „*ექიმი მთლა უკეთესი კიდე რო მაგან მომარჩინა ისეთი დავაადებები რომ გარეთ ვერ მომარჩენდა ვერავინ*“, „*სახსრების ტკივილი მქონდა, ცუდად ვიყავი.. მიმკურნალეს და უკეთ ვიყავი.. წნევები მქონდა, სახსრების ტკივილი.. თვალზე მქონდა, კბილებზე, მიმკურნალეს*“, „*თვალის ოპერაცია გამიკეთეს თუ რამე დამჭირდა.. უფასოდ გამიკეთეს. კბილებსაც აკეთებენ, ყველაფერს.*“ „*არ შემეძლო თავიდან.. მიმკურნალეს და ყველაფერი ნორმალურადაა. სახსრების ტკივილი მქონდა, მიმკურნალეს. თვალზე მიმკურნალეს. ყურები, კბილები.. საავადმყოფოში ვიწექი ფილტების გამო და იქაც დამეხმარნენ.. მეტი რაღა უნდა მიქნან*“ „*შულტირება გამიკეთეს, მედიკამენტებს მერია მიფინანსებს და 4 თვეში ერთხელ*

შემოწმებაზე დავდივარ”, „ფეხი დაფშვნილი მქონდა ისეთნაირად მომტყდა და დავდექი ფეხზე.. ამათი წყალობით”. „ბრონქიალური ასთმა მაქვს, ალერგიული ვარ.. ვერ ვიტან მტვერს, მძაფრ სუნს, მარწყვზეც კი ალერგია მაქვს.. სუნზე. მკურნალობა მიტარდება თვეში ერთხელ. აქ ყველა წამლები მეძლევა რაც მერე მჭირდება”.

რაც შეეხება ექსპერტთა შეფასებებს, უნდა ითქვას, რომ დიდი ზომის პანსიონატს აქვს როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მახასიათებლებიც. „სამწუხაროდ არ არის დიფერენცირებული სხვადასხვა კატეგორიებისთვის და ერთად შეიძლება იყოს ალცჰეიმერის დაავადების მქონეები და მწოლიარეები.. რეალურად რეზიდენტული ტიპის დაწესებულება გვაქვს, მაგრამ არ არის მორგებული ყველა კატეგორიის საჭიროებებზე”. უნდა ითქვას, რომ პანსიონატებში ვიზიტისას ვნახეთ რამდენიმე კატეგორიის ბენეფიციარები. მაგალითად, ქუთაისის პანსიონატის პირველ სართულზე განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ბენეფიციარები არიან, რომელთაც განსაკუთრებული სამედიცინო მომსახურება და მოვლა სჭირდებათ. ამავდროულად, პანსიონატებში იმყოფებიან მსუბუქი ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბენეფიციარები და ისინიც, ვისაც განსაკუთრებული საჭიროებები არ აქვთ. შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ეს აისახება მომსახურებათა დიფერენცირებულ საჭიროებებზე, მომსახურების ხარისხზე და გავლენას ახდენს სხვა ბენეფიციართა ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე. „დავითრგუნე რა, სიმართლე რომ გითხრათ. აქ ისეთი ხალხი იყო, ბევრი დადიოდა კალიასკით, ბევრი მწოლიარე და იმოქმედა ამან ჩემზე. შედარებით ახალგაზრდები რომ კალიასკებით დადიოდნენ.. ძალიან იმოქმედა ჩემ გულზე და თითქმის მიღების შემდეგ რომ მიმიღეს, ვიფიქრე კიდევაცა.. ისევ გაქცევას ვაპირებდი”. „ნაწოლები გაუჩნდა ქალს და ყვირის ისე სულ.. მოდის ხმა. საცოდავია და ყველას გვეცოდება”.

ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „ქვეყანაში იზრდება დემენციის პრობლემების მქონე ადამიანების რაოდენობა, ეს არის ძალიან სპეციფიური და მძიმე მდგომარეობა ამ ადამიანებისთვის და ამ კუთხით მომსახურებების მიწოდებისთვის, პრაქტიკულად, ქვეყანა მზად არ არის. ისევ და ისევ პანსიონატი, კი პასუხობს მცირე საჭიროებებს, მაგრამ

ძირითადად მზად არ არის მომსახურებების მიწოდებისთვის”. „იცი რა არის, ის რომ დიფერენცირება ხდება კლიენტის საჭიროებების მიხედვით, იძლევა საშუალებას რომ კლიენტთა საჭიროებები მეტ-ნაკლებად იყოს დაკმაყოფილებული და მეორე მხრივ, იძლევა საშუალებას რომ დაწესებულება არ იყოს ამხელა”, ჩვენს მიერ ლიტერატურაში განხილულია სხვადასხვა კატეგორიის ზრუნვის დაწესებულებები. მაგალითად, საექთნო სახლები, შედარებით მსუბუქი საჭიროების მქონე ბენეფიციარებისთვის განკუთვნილი სახლები და სხვა.ექსპერტი აღნიშნავს, რომ „არსებობს დამატებითი სამუშაოს საჭიროება, რომელიც მოხუცს დაეხმარება ოჯახში მაქსიმალურად ხანგრძლივად დარჩეს”.

ამგვარად, შეიძლება ვთქვათ, რომ არსებობს სხვადასხვა პრობლემების მქონე ბენეფიციართა კატეგორიების საჭიროება, რომელიც, თავის მხრივ, შეამცირებს დაწესებულების მოცულობას, ხელს შეუწყობს ხანდაზმულებს, უფრო მეტ ხანს შეინარჩუნონ ოჯახური გარემო და გაზრდის მომსახურების ხარისხს.

## 9 დასკვნა

მოცემული ნაშრომის მთავარ მიზანს 24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულების ბიო-ფსიქო-სოციალური გამოწვევებისა და საჭიროებების იდენტიფიცირება წარმოადგენდა. აღნიშნული ნაშრომის მომზადების პროცესში მიმოვიხილეთ ლიტერატურა, გავეცანით საერთაშორისო გამოცდილებას, ადგილობრივ მომსახურებებს, საკანონმდებლო ბაზასა და სახალხო დამცველის ანგარიშებს, ასევე შესწავლილ იქნა უშუალოდ მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებში მყოფი ბენეფიციარების მიერ დასახელებული გამოწვევები და საჭიროებები.

დოკუმენტების ანალიზისა თუ ემპირიული მასალის ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი ტენდენციები: ხანდაზმულთა ზრუნვის დაწესებულებები უმეტესწილად უარყოფით ასოციაციებთანაა დაკავშირებული და ხშირ შემთხვევაში არის სტიგმის მტარებელი, რაც ვლინდება როგორც უშუალოდ ბენეფიციარების, ასევე მათი ოჯახის წევრების/ახლობლების მხრიდან. რესპონდენტთა უმრავლესობას არ ჰქონდა წინასწარი ინფორმაცია არსებული დაწესებულების შესახებ, რაც ართულებდა მათ პირველად ადაპტაციას და იწვევდა შიშს, უნდობლობასა და გაურკვევლობას.

საინტერესოა, რომ რესპონდენტთა გარკვეულმა ნაწილმა პანსიონატის არსებობა დადებითად შეაფასა და აღნიშნა, რომ მომსახურებაში ჩართვის მსურველი და საჭიროების მქონე ადამიანი ბევრია. ამგვარად, ბენეფიციართა გარკვეული რაოდენობისთვის პანსიონატი მნიშვნელოვან მხარდამჭერ მომსახურებას წარმოადგენს.

პანსიონატსა თუ თავშესაფარში ყოფნის 4 ძირითადი მიზეზი არსებობს. ყველაზე ხშირად განმეორებადი ფაქტორი უბინაოდ დარჩენა და მარტოხელობა გახლავთ, ამას მოსდევს ოჯახის წევრთა დამოკიდებულება და დამოუკიდებლობის სურვილი. გარკვეულ

შემთხვევებში უბინაოდ დარჩენა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო საცხოვრებლის გაყიდვამ გამოიწვია. რიგ შემთხვევებში კი ოჯახის წევრთა/ახლობელთა მოტყუების და ცრუ დაპირებების შედეგია. ოჯახის წევრთა დამოკიდებულება გულისხმობს შევიწროებისა და უგულვებელყოფის ფაქტებს, რის შედეგადაც, რესპონდენტებმა საკუთარი სახლის დატოვება გადაწყვიტეს. ოჯახის წევრების/ახლობლებისგან განცალკევება განპირობებულია დამოუკიდებლად ცხოვრების სურვილით. საკუთარი ბინის გარეშე დარჩენის შემდეგ განცალკევების მიზეზი შესაძლოა იყოს თანაცხოვრებასთან დაკავშირებული დისკომფორტი, შევიწროება, სხვებისთვის ვალდებულების დაკისრების თავიდან არიდება და სხვა. გამომდინარე აქედან, ჩანს, რომ მარტოხელობა და უბინაოდ დარჩენა, რასაც შემდგომში სხვა მოვლენებიც ერთვის, ხანდაზმული ადამიანის მზრუნველობის სისტემაში გადასვლისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორებია. ლიტერატურაში განხილული საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით, როდესაც მარტოხელა ინდივიდს არ გააჩნია თვით-მოვლის უნარები, ის ჩართულია შინ მოვლის პროგრამაში, რომელიც უზრუნველყოფს სხვადასხვა სახის საჭიროების დაკმაყოფილებას. გამომდინარე აქედან, თვით-მოვლის უნარების დაქვეითება და მომვლელის არყოლა პანსიონატში განთავსების რისკ-ფაქტორია და შინ მოვლის მრავალმხრივი მომსახურების განვითარების საჭიროებას უსვამს ხაზს.

ანალიზის პროცესში ასევე გამოიკვეთა, რომ პანსიონატსა და თავშესაფარში ძალიან ხშირია წუხილის, დეპრესიის, მარტოსულობის და უიმედობის ნიშნები. ამის მიზეზი მრავალი ფაქტორით შეიძლება აიხსნას, მაგალითად, მარტოხელობა, ოჯახის წევრებისგან უგულვებელყოფა, ავადმყოფობა, სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა, თავად მზრუნველობის სისტემაში ყოფნა, წარსულ და ამჟამინდელ ცხოვრებაზე წუხილი და სხვა.

ჩვენს მიერ გამოყენებული ქეროლ რიფის ექვს განზომილებიანი ადაპტირებული კითხვარის შესაბამისად დადგინდა, რომ ხანდაზმულებს თავშესაფარში ნაკლებად აქვთ ავტონომიის განცდა. უმეტესი ნაწილის განცხადებით ნაწილობრივ ფლობენ გარემოს, რაც გამოიხატება ცალკეული ინდივიდუალური საჭიროების დაკმაყოფილებაში. თუმცა

არსებობს გამონაკლისი შემთხვევები, როდესაც ხაზს უსვამენ ინდივიდუალური საჭიროების დაკმაყოფილების აუცილებლობას. ნეგატიურად ახასიათებენ პიროვნული ზრდის შესაძლებლობას, ვინაიდან მოკლებულნი არიან ახალ გამოცდილებებსა თუ საკუთარი პოტენციალის რეალიზების შესაძლებლობებს.

ანალიზისას გამოიკვეთა, რომ ბენეფიციართა უმრავლესობა ერთმანეთთან ურთიერთობას არ გაურბის და ერთმანეთისადმი კარგი დამოკიდებულებები აქვთ. შედარებით განსხვავებული შედეგია თავშესაფარში, სადაც ოთახში მინიმუმ 5 ადამიანი ცხოვრობს. შეიძლება ითქვას, რომ ოთახში მრავალი წევრის ყოფნა და წევრთა შორის ასაკობრივი სხვაობები უარყოფითად მოქმედებს მათთან კომუნიკაციის სურვილსა და ხარისხზე.

გამონაკლის შემთხვევებში ცალკეულ ბენეფიციარებს დაწესებულების სხვა მაცხოვრებლებისგან სრულად იზოლირება სურთ. ეს ხშირ შემთხვევაში გამოხატულია დაწესებულებაში ჩარიცხვის პირველ პერიოდში. ადაპტაციის გართულებულ პროცესს ასევე ემატება სხვების მიუღებლობის, გაუცხოებისა და ჩაკეტილობის პრობლემები.

ანალიზის პროცესში გამოიკვეთა, რომ იშვიათი გამონაკლისის გარდა ბენეფიციარებს ბუნდოვნად ან საერთოდ არ აქვთ ცხოვრებისეული მიზნები და არ აქვთ კონკრეტული სამომავლო გეგმები. რაც შეეხება თვითშეფასებას, ანალიზიდან ჩანს, რომ ბენეფიციარები ხასიათდებიან დაბალი თვითშეფასებით, რაც ძირითადად განპირობებულია შემდეგი ორი მიზეზით. ერთის მხრივ, შეიძლება, შეზღუდული აქტივობები და შესაძლებლობები იყოს, მეორე მხრივ კი, ბენეფიციარის, როგორც რესურსების მიმღების სტატუსი („მემგონი ესეც ზედმეტია ჩვენთვის“).

რაც შეეხება აქტივობებსა და შესაძლებლობებს, რასაც პანსიონატებსა და თავშესაფრებში ვხვდებით, განსხვავებულია ქვეყნის მასშტაბით. უნდა აღინიშნოს, რომ აქტივობებში მონაწილეობაზე გავლენას ახდენს მონაწილეთა ფიზიკური, ფიზიოლოგიური, ემოციური და კოგნიტური მდგომარეობა. ვინაიდან, აქტივობებში



ჩართულობა ინდივიდის სურვილითაა შესაძლებელი, არსებობენ ბენეფიციარები, რომლებიც მუდმივად აქტივობების მიღმა რჩებიან. აქტივობაში ჩართულობის სურვილი კი, ცალკეულ შემთხვევებში, ბენეფიციართა არასტაბილური ფსიქოლოგიური მდგომარეობით და დეპრესიისკენ მიდრეკილებით არის განპირობებული.

პანსიონატებსა და თავშესაფრებში მყოფ ბენეფიციარებს სუსტი სოციალური მხარდაჭერის ქსელი აქვთ. მიზეზად შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი ასპექტები: ახლობელთა გარდაცვალება, ინტერესთა კონფლიქტი და შეუთავსებლობა, სურვილის არ ქონა, სირცხვილი და მანძილი. ასევე განიცდიან ურთიერთობის დეფიციტს, რაც ინტერვიუების ანალიზისას გამოიკვეთა.

კვების საკითხი განსხვავებულია თავშესაფრებსა და პანსიონატებში. უნდა აღინიშნოს, რომ პანსიონატებში კვების ერთი სტანდარტი არსებობს და მოიცავს ოთხჯერად კვებას. გამომდინარე იქიდან, რომ თავშესაფრების სამიზნე პოპულაციას მიუსაფარი/უსახლკარო ადამიანები წარმოადგენენ, მომსახურებები კონკრეტულად ხანდაზმულთათვის არ არის შემუშავებული და ზოგადი მომსახურებების ნაწილია. აქედან შეიძლება ითქვას, რომ თავშესაფარში კვების საკითხი უშუალოდ ხანდაზმულთათვის მოწესრიგებული არ არის და მათ ორჯერადი კვება აქვთ. რაც შეეხება კვების ხარისხს, ბენეფიციართა უმრავლესობა დადებითად აფასებს. მცირე ნაწილი კი ხარისხის გაუმჯობესებაზე საუბრობს.

ანალიზის შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ყველა დაწესებულებაში ცალსახად დადებით შეფასებას იმსახურებს პერსონალი და ადმინისტრაცია. ბენეფიციარები კმაყოფილები არიან მათი მუშაობით.

დაწესებულების მოწყობისა და ინფრასტრუქტურის კუთხით განსხვავებული მდგომარეობათავშესაფრებსა და ცენტრალურ და პერიფერიულპანსიონატებში. თავშესაფარში უკმაყოფილება არასაკმარისი ოთახების გამო არსებობს. ოთახების რაოდენობა გავლენას ახდენს ოთახში მაცხოვრებელთა რაოდენობაზე. ცენტრალური

პანსიონატები აღჭურვილია ყველა საჭირო ინვენტარით და აკმაყოფილებს საცხოვრებელ პირობებს. ბათუმის თავშესაფარსა და სამტრედიის პანსიონატში ინფრასტრუქტურა მოწყობილი და ადაპტირებული არ არის.

გამოკითხულ რესპონდენტთა შორის ძალიან ხშირია გულთან დაკავშირებული პრობლემები, მაღალი წნევა, მხედველობის დაქვეითება, სახსრების ტკივილი და მოტეხილობები. აღნიშნული ძირითადი პრობლემების გარდა ვხვდებით შემდეგი სახის პრობლემებს: კუჭ-ნაწლავის, სასუნთქი სისტემის, ვარიკოზული ვენების, დემენციის, დიაბეტის, რევმატიზმის, ასთმის, თიაქარის, ინსულტის შემთხვევებს. სავარაუდოდ ბენეფიციარების პრობლემები უფრო მრავალფეროვანი იქნება, თუმცა ეს არ გამოვლინდა, რადგან კვლევაში მონაწილეობა არ მიუღია მძიმე კოგნიტური და ფიზიოლოგიური პრობლემების მქონე ადამიანებს.

რესპონდენტთა უმრავლესობა დადებითად აფასებს სამედიცინო მომსახურებას, რადგან ისინი უზრუნველყოფილნი არიან უფასო სამედიცინო სერვისებით. ასევე უფასოდ მიეწოდებათ პირველადი საჭიროების მედიკამენტები დაოჯახის ექიმის მომსახურება.

კვლევა ცხადყოფს, რომ დიდი ზომის დაწესებულებებში თავს იყრიან მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ბენეფიციარები, რომელთაც განსაკუთრებული სამედიცინო მომსახურება და მოვლა სჭირდებათ. ამავდროულად, პანსიონატებში იმყოფებიან მსუბუქი ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბენეფიციარები და ისინიც, ვისაც განსაკუთრებული საჭიროებები არ აქვთ. კვლევისას გამოიკვეთა, რომ აღნიშნული პრობლემა გავლენას ახდენს სხვა ბენეფიციართა ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე და ართულებს მათ ადაპტაციის პროცესს. შეთავაზებული მომსახურებები და აქტივობები კი დიფერენცირებული არ არის და არ პასუხობს ცალკეული კატეგორიების მოთხოვნებს.

საკვლევ საკითხს ასევე წარმოადგენდა ბენეფიციართა ინტეგრაციის პროცესის გაანალიზება. მიღებული ანალიზით ვასკვნით, რომ ზოგადად აღნიშნულ დაწესებულებებში ინტეგრაციის ხარისხი დაბალია, რასაც ხელს უწყობს გარემო

სისტემებთან ნაკლები ურთიერთობა, სუსტი სოციალური მხარდაჭერის ქსელი, გართულებული ადაპტაციის პროცესი და ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა. იქიდან გამომდინარე, რომ ბენეფიციარები შესაძლებლობებით განსხვავდებიან, განსხვავებულია მათი ინტეგრაციის ხარისხი.

განალიზებული ინფორმაციის შედეგად დადგინდა, რომ სოციალური მუშაკი მხოლოდ თბილისის მუნიციპალურ თავშესაფარში იმყოფება. თბილისისა და ქუთაისის პანსიონატებში სოციალური მუშაკის როლი ფორმალურ ხასიათს ატარებს, რაც გულისხმობს შემდეგს: სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს დაქირავებული სოციალური მუშაკის მიერ ხორციელდება ბენეფიციარობის კანდიდატის შეფასება და პერიოდული მონიტორინგი.

დასასრულს, ვასკვნით, რომ პანსიონატებსა და თავშესაფრებში მყოფი ბენეფიციარების **ცხოვრების ხარისხი დაბალია**, რადგან, პანსიონატსა და თავშესაფარში ძალიან ხშირია წუხილის, დეპრესიის, მარტოსულობის და უიმედობის ნიშნები, ნეგატიურად ახასიათებენ პიროვნული ზრდის შესაძლებლობას, მოკლებულნი არიან ახალ გამოცდილებებსა თუ საკუთარი პოტენციალის რეალიზების შესაძლებლობებს, ბუნდოვნად ან საერთოდ არ აქვთ ცხოვრებისეული მიზნები და არ აქვთ კონკრეტული სამომავლო გეგმები, ხასიათდებიან დაბალი თვითშეფასებით და სუსტი სოციალური მხარდაჭერის ქსელი აქვთ. მიუხედავად მიღებული შედეგისა, შესაძლებელია ცხოვრების ხარისხის დაბალი დონე ხანდაზმულებისათვის, როგორც ასაკობრივი ჯგუფისათვის არის დამახასიათებელი და ამაზე ნეგატიური გავლენა არ აქვს ინსტიტუციაში ცხოვრებას, ან მიწოდებული მომსახურების ხარისხს. თუმცა ეს რომ დადგინდეს სამომავლოდ საჭიროა კვლევის გაგრძელება ოჯახურ გარემოში და ინსტიტუციაში განთავსებული ადამიანების ბიო-ფსიქო-სიციალური მდგომარეობის და კმაყოფილების ხარისხის.

## 10 რეკომენდაციები

კვლევის მიმდინარეობისას მიღებული შედეგების ანალიზისა და დასკვნის მიხედვით, შევიმუშავეთ შემდეგი სახის რეკომენდაციები:

1. აუცილებელია დაინერგოს ალტერნატიული სერვისები და მომსახურებები, რომლებიც ეფექტური სამუშაოს გატარების საშუალებას მოგვცემს კონკრეტული მიზნობრივი ჯგუფებისთვის. კერძოდ, ბენეფიციართა შესაძლებლობებისა და საჭიროებების დიფერენცირება, რაც გამოიწვევს მომსახურების მიზნობრივ მოდელზე გადასვლას. აღნიშნული შეამცირებს დაწესებულებაში მყოფ ხანდაზმულთა რაოდენობას და უფრო ეფექტურს გახდის მომსახურებას. ამასთან მომსახურების სფერო იქნება მრავალმხრივი და განსხვავებულ საჭიროებაზე მორგებული.
2. მიუხედავად იმისა, რომ დამტკიცდა საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფცია, ქვეყანას ჯერ კიდევ ხელი არ აქვს მოწერილი მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმაზე. ეს არ აკისრებს საქართველოს პასუხისმგებლობას სხვა სახელმწიფოსა თუ საერთაშორისო ორგანიზაციების მიმართ წარადგინოს ჩატარებული საქმიანობის ანაგარიში. აღნიშნული წარმოქმნის საფრთხეს, რომ დაგეგმილი აქტივობები შეიძლება იყოს დროში გახანგრძლივებული და ნაკლებად ეფექტური ხანდაზმული პირებისთვის. ამიტომ ჩვენი აზრით მნიშვნელოვანია აღნიშნულ დოკუმენტზე ხელის მოწერა, რაც ასევე ხელს შეუწყობს საკანონდმებლო ბაზის დახვეწას.
3. სოციალური მუშაკისა და სოციალური სამსახურის ჩართვა ბენეფიციართა რეაბილიტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის კუთხით. აღნიშნული ასევე გააუმჯობესებს სერვისის ეფექტურობას.
4. მუშაობის პროცესში აუცილებელია ინდივიდუალური მიდგომის, დიაგნოსტიკებისა და ეფექტური თერაპიული ღონისძიებების გატარება, რათა

შესაძლებლობის ფარგლებში შემცირებული იყოს ბენეფიციართა არასტაბილური ფსიქოლოგიური მდგომარეობა.

5. აქტიური დაბერების პროცესის ხელშესაწყობად, ხანდაზმულთა მაქსიმალურად დიდი დროით დატოვება შრომის ბაზარზე და საჭიროებისამებრ, პროფესიული გადამზადების პროგრამებში ჩართვა. ეს დადებითად აისახება მათ ფინანსურ მდგომარეობასა და ინტეგრაციის პროცესზე.
6. მოხალისეობრივი საქმიანობის პოპულარიზაცია, რომელიც ხელს შეუწყობს დამატებით ახალი როლის შეთავსებას (ხანდაზმული, როგორც გამოცდილების გამზიარებელი).
7. შინ მოვლის სერვისების გამრავალფეროვნება, რაც გულისხმობს უკვე არსებულ სერვისში სხვადასხვა მომსახურებების დანერგვას, რომელიც განკუთვნილი იქნება განსხვავებულ საჭიროებებზე.
8. ხანდაზმულთა პირთათვის ახალი სერვისების დანერგვა და განხორციელება, რათა არ მოხდეს მიუსაფარ/უახლკარო თავშესაფრებში ხანდაზმულთა განთავსება. ვინაიდან როგორც დასკვაში აღვნიშნეთ, მათი უფლებრივი მდგომარეობა აქ შეზღუდულია.
9. ინფორმირებულობის გაზრდა და ცნობიერების ამაღლება ბენეფიციართა ადაპტაციის ხელშესაწყობად, ასევე საზოგადოებაში არსებული სტიგმის შესამცირებლად.

## 11 ბიბლიოგრაფია

- Barbara M. Newman; & Philip R. Newman. (2015). *Development though life, A Psychosocial approach*.
- H. sugisawa; & J. liang; & X. liu. (1994). Social Networks, Social Support, and Mortality Among Older People in Japan. *Journal of Gerontology* , 3-13.
- A. Kalachea; & I. Kickbusch. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health* , 4-6.
- A. Koppel; & K. Kahu; & T. Habicht; & P. Saar; & J. Habicht; & E. Ginneken. (2008). *Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies*. Brussels: Estonia Health system review.
- A.BOWLING; &Z. GABRIEL. (2004). *Quality of life from the perspectives of older people*. United kingdom: Cambridge University Press.
- Ageing and Health Programme of World Health Organization. (1998). *Growing older, staying well. ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: World Health Organization.
- American Psychological Association. (2003). *Psychology and Aging*. Washington: American Psychological Association.
- Australian Association of Social Workers. (2015). *Scope of Social Work Practice Social Work in Aged Care*. Melbourne: Australian Association of Social Workers.
- Blocher, D. (2000). *The Evolution of Counseling Psychology*. New York: Springer publishing company.
- Bruce G. Link; & Jo C. Phelan. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* , 363-385.
- Butler, R. N. (2002). *Why Survive?: Being Old in America*. Baltimore: The Johns Hopkins university press.
- CH. Smits; & DJ. Deeg; & DM. Kriegsman; &B. Schmand. (1999 წლის 01 November). American Journal Epidemiology. *Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population* , pp. 987 -986.
- Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman. (2010). Empowerment Series: Understanding Human Behavior and the Social Environment. In C. Zastrow, & K. Kirst-Ashman, *Social work with elderly people* (pp. 150 - 159). Cengage Learning.
- Ch. Zastrow; & Karen K. Kirst-Ashman. (2015). *Empowerment Series: Understanding Human Behavior and the Social Environment*. Cengage Learning.

- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist* , 677- 685.
- Cohen; & Sheldon. (2004). *Social Relationships and Health*. Carnegie Mellon University; American Psychologist.
- D. Dobbs; & J. Kevin Eckert; & Bob Rubinstein; & L. Keimig; & L. Clark; & A. Christine Frankowski; & Sh. Zimmerman. (2008). An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living. *The Gerontologist* , 517-526.
- D. Gallagher-Thompson; & Larry W. Thompson. (2009). *Treating Late Life Depression*. England: Oxford University Press.
- David, Derek D. Satre & Bob G. Knight & Steven. (2006). *Cognitive Behavioral Interventions With Older Adults: Integrating Clinical and Gerontological Research*. San Francisco: American Psychological Association.
- Dobbs, D. (2008). The Adjustment to a New Home. *Journal of housing for the elderly* , 51-71.
- E. CALKINS; & CH. BOULT; & E. H. WAGNER; & J. T. PACALA. (1999). *New ways to care older people, Building Systems Eased on Evidence*. New york: Springer Publishing Company.
- E.O. Laumann; & A.S. Leitsch; & J.L. Waite. (2008). Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology Series* , 248-254.
- Flannery, R. B. (2003). Domestic violence and elderly dementia sufferers. *American Journal of Alzheimer s Disease and Other Dementias* , 18-21.
- G. Liu; & F. Chen; & Christine A. Mair. (2011). *Intergenerational Ties in Context: Grandparents Caring for Grandchildren in China*. Social Forces Advance Access.
- G. luong; & A. rauers; & karen L. fingerman. (2015). Older adults as agents and targets of socialization. In J. e. Grusec, & & P. Hastings, *Handbook of socialization theory and research* (pp. 102-107). New York & London: The Guilford press.
- G. PAAT; & M. MERILAIN. (2010). *THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN ESTONIA. ANCIEN*.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York; & Toronto; & London: Simon & Schuster Inc.
- H. Davis; & Gregory M. Smith; & Donna M. Ashbridge; & A. Altenor;. (2008). *Rights, Risk and Restraint-Free Care of Older People*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Holstein, M. B. (2003 წლის January 12). The Gerontologist. *Self, Society, and the "New Gerontology"* , pp. 787-796.
- J. Dixon; & J. Manthorpe; & S. Biggs; & C. Mccreadie. (2010). Defining elder mistreatment: reflections on the United Kingdom Study of Abuse and Neglect of Older People. *Ageing and Society* , 403-420.

- J. Hightower; & M. J. Smith; & Henry C. Hightower. (2008). Hearing the Voices of Abused Older Women. *Journal of Gerontological Social Work* , 205-227.
- Japan fact sheet. (n.d.). ჯანდაცვა. *Japan fact sheet* , 1-5.
- JOSÉ B. ASHFORD; & CRAIG W. LECROY. (2010). *HUMAN BEHAVIOR IN THE SOCIAL ENVIRONMENT A MULTIDIMENSIONAL PERSPECTIVE*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Jose B. Ashford; & Craig Winston LeCroy. (2010). *Human Behavior in the Social Environment: A Multidimensional Perspective*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Junker. (2011). *linking health communication with social support*. Chicago: Property of kendall Hunt publication co.
- Kane, R. A. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist* , 293-304.
- L.R. Kahn; & W.J. Rower. (2010). Successful cognitive and emotional aging. In V. J. A.C. Depp, *Human aging: Usual and successful* (pp. 4-6). 1987: American Psychiatric Publishing.
- Lord, J. (2014). The Ageing Process and Healthy Ageing. *Birmingham Policy Commission* , 2-4.
- M. Chitanava. & B.brun. (2017). *მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში*. თბილისი: გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი.
- M. Chitanava; & B.brun . (2017). *მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში*. თბილისი: გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი.
- MARCINKOWSKA, I. (2010). *THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN LITHUANIA*. Warsaw: Assessing Needs of Care in European Nations.
- Moberg, D. O. (2012). *Aging and Spirituality: Spiritual Dimensions of Aging Theory, Research* . London & New York: Routledge.
- Moody, H. R. (2010). *Religion, Spirituality, and Aging: A Social Work Perspective*. Binghamton: The Haworth social work practice press.
- Nancy R. Hooyman; & Kevin Y. Kawamoto; & H. Asuman Kiyak. (2017 წლის March 28). Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective. *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective, 10th Edition* , pp. 18-25.
- National caregivers Library. (n.d.). *National caregivers Library*. From caregiverslibrary.org: <http://www.caregiverslibrary.org/caregivers-resources/grp-care-facilities/types-of-care-facilities-article.aspx>
- Nelson, T. D. (2004). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. MIT Press.



- Organisation for Economic Co-operation and Development. (1999). Maintaining Prosperity in an Ageing Society. *Organisation for Economic Co-operation and Development* , 2-8.
- OSGOOD, N. J. (2000). Ageism and Elderly Suicide: the Intimate Connection. In A. Tomer, *Death Attitudes and the Older Adult: Theories, Concepts and Applications* (pp. 157-173). Philadelphia: Center of suicide prevention.
- P.I Wink; & M. Dillon. (2002). Spiritual Development Across the Adult Life Course: Findings From a Longitudinal Study. *Journal of Adult Development* , 88-93.
- Pollack, J. Siegrist; & O. Von Dem Knesebeck; & C. Evan. (2004). Social Productivity and Well-being of Older People: A Sociological Exploration. *Social Theory and Health* , 1-17.
- Q. Yi; & J. Honda; & N. Hohashi. (2015). *Development of an Assessment Tool for Domestic Elder Abuse: Creation of Items from a Literature Review*. Authors and Scientific Research Publishing Inc.
- R. acierno; & Melba A. Hernandez; & Ananda B. Amstadter; & Heidi S. Resnick; & K. Steve; & W. Muzzy; & Dean G. Klipatrick. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* , 292-297.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science* , 99-104.
- S. Crocke; & K. D. Melillo. (2011). *Geropsychiatric and Mental health nursing*. Ontario: Jones & bartlett learning.
- Schaie, K. W. (1993). Ageist language in psychological research. *American Psychologist* , 49-51.
- Second World Assembly on Ageing. (2002). *political declaration and madrid international plan of action on ageing*. Madrid: United Nation.
- Second World Assembly. (2002). *Report of the Second World Assembly on Ageing*. Madrid: United Nations publication.
- Silverman, P. (1987). *The elderly as modern pioneers*. Indiana university press.
- Smelser, N. Human Behavior in Social Environment. In N. Smelser.
- Stevens-Roseman, E. S. (2009). Older Mentors for Newer Workers: Impact of a Worker-Driven Intervention on Later Life Satisfaction. *Journal of Workplace Behavioral Health* , 419-426.
- Stula, S. (2012). *Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges*. Frankfurt: German Association for Public and Private Welfare.
- T. Ricciardelli; & L. knight. (2003). Successful aging: Perception of adults aged between 10 and 101 years. *International Journal of Aging and human development* , 223 - 245.

T. Verulava; & A. Grdzelishvili; & M. Maghaladze. (2018). Social Problems of Alzheimer Patients and Their Family Members. *Sage* , 6-9.

United nations Human rights office of the commisiner. (2007). United Nations Principles for Older Persons. Geneva, Switzerland .

United Nations. (2002). *Political Declaration And Madrid International Plan On Ageing*. Madrid: United Nations.

University of rochester medical center. (n.d.). *Senior Health*. From [www.urmc.rochester.edu](http://www.urmc.rochester.edu): <https://www.urmc.rochester.edu/senior-health/long-term-care/facility-types.aspx>

V.jeste; & A. depp . (2010). *Successful Cognitive and Emotional Aging*. London & Washington: American Psychiatric Publishing.

Vern L. Bengtson; & Robert E. L. Roberts. (2009). Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage and the Family* , 856-870.

Western Michigan University. (2004). Aging in the New Millenium: A Global View. *The Journal of Sociology & Social Welfare* , 219-225.

WHO Centre for Health Development. (2004). *A GLOSSARY OF TERMS FOR COMMUNITY HEALTH CARE AND SERVICES FOR OLDER PERSONS*. Geneva: Who.

World Health Organization. (2001). *ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK*. Geneva: World Health Organization.

ადამიანთ ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდი. (2017). *ხანდაზმულთა პანსიონატებში მომსახურების მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ*. From <http://atipfund.gov.ge>: <http://atipfund.gov.ge/res/docs/xandazmulta-pansionatebis-statistika-2017.pdf>

გ. სიმონია; & ი. ანდრონიკაშვილი. (2014). *კლინიკური გერიატრიი საფუძვლები*. თბილისი.

ზურაბიშვილი, თ. (2006). *თვისებრივი მეთოდები სოციალურ კვლევაში*. Tbilisi: სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭო. (2009). *ზოგად საექიმო პრაქტიკაში 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობა*. თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ს. ნამიჭეიშვილი; & მ. მგელიაშვილი. (2010). სოციალური მუშაკის პროფესია - ზოგადი მიმოხილვა. In ს. ნამიჭეიშვილი, & მ. მგელიაშვილი, *სოციალური მუშაობის პრაქტიკის საფუძვლები* (pp. 11-25). თბილისი: საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.

საქართველოს პარლამენტი. (2016 წლის 27 05). *საქართველოს მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფცია*. Retrieved 2016 წლის 03 06 from Matsne.gov.ge: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3297267>

საქართველოს პარლამენტი. (1997). *საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი*. თბილისი: საქართველოს პარლამენტი.

საქართველოს სახალხო დამცველი. (2016). *ხანდაზმულ პირთა უფლებრივი მდგომარეობა საქართველოში*. თბილისი: სახალხო დამცველის აპარატი.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი. (2014). *საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიში*. თბილისი: საქართველოს სახალხო დამცველი.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი. (2015). *საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიში*. თბილისი: საქართველოს სახალხო დამცველი.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი. (2016). *საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიში*. თბილისი: საქართველოს სახალხო დამცველი.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი. (2017). *საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიში*. თბილისი: საქართველოს სახალხო დამცველი.

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო. (2017). *გაიცანით თქვენი სოციალური მუშაკი*. თბილისი, საქართველო.

## 12 დანართები

### 12.1 სადისკუსიო გეგმა 24 საათიანი სახელმწიფო მზრუნველობის სისტემაში მყოფი ხანდაზმულებისთვის.

- 1) გაცნობა
- 2) რა გაწუხებთ ჯანმრთელობის მდგომარეობის კუთხით?
- 3) რა მომსახურებებს იღებთ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად?
- 4) რამ განაპირობა თქვენი პანსიონატში/თავშესაფარში განთავსება?
- 5) როგორი იყო თქვენი პირველი კვირა თავშესაფარში?
- 6) ამ ეტაპზე როგორ გრძნობთ თავს თავშესაფარში?
- 7) თქვენი აზრით რამ შეუწყო/შეუმალა ხელი მომსახურებაში ჩართვის შემდეგ თქვენი ინტეგრაციის პროცესს?
- 8) ოთახისა და დაწესებულებების მაცხოვრებლებთან ურთიერთობა
- 9) მომსახურე პერსონალთან ურთიერთობა
- 10) ვისთან გაქვთ ხშირად ურთიერთობა თავშესაფარში/პანსიონატში ყოფნის პერიოდში?
- 11) კვების რაციონი
- 12) შეაფასეთ დაწესებულების კეთილმოწყობა.
- 13) შეაფასეთ შინაგანაწესი.
- 14) ზოგადად რა მომსახურებებს გაწვდით პანსიონატი/თავშესაფარი?
- 15) ზოგადად აღწერეთ ერთი დღე პანსიონატში/თავშესაფარში ყოფნის დროს.
- 16) რას ისურვებდით, რისი შეცვლა გსურთ?
- 17) როგორ შეადარებთ სახლს და დაწესებულებას?
- 18) თუ გქონიათ უიმედობის განცდა დაწესებულებაში ყოფნის დროს?
- 19) თუ გქონიათ მარტოსულობის განცდა დაწესებულებაში ყოფნის დროს?
- 20) რამდენად არის გათვალისწინებული თქვენი შეხედულებები?
- 21) რა მიზნები გაქვთ საკუთარ თავთან მიმართებაში?
- 22) თქვენი სამომავლო მიზნები.

- 23) ვისთან გაქვთ ურთიერთობა პანსიონატის/თავშესაფრის მიღმა? რა სიხშირით?
- 24) რა აქტივობებში იღებთ მონაწილეობას პანსიონატის/თავშესაფრის შიგნით და გარეთ?
- 25) რას ისურვებდით, რისი შეცვლა გსურთ?

## 12.2. სადისკუსიოგეგმა - ექიმი

- ჯანმრთელობის ძირითადი გამოწვევები, რომლებსაც ხანდაზმულობის პერიოდში ვხვდებით
- რა ძირითადი გამოწვევები არსებობს, რომელიც უნდა გავითვალისწინოთ ხანდაზმულებთან მუშაობისას;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესი (კვება, ფიზიკური აქტივობები, თამბაქო, ალკოჰოლი)
- მიზნობრივი სერვისები ჯანმრთელობის კუთხით;
- რეკომენდაციები ჯანმრთელობის კუთხით;

## 12.4 სადისკუსიოგეგმა - ფსიქოლოგი

- ძირითადი გამოწვევები, რომლებსაც ხანდაზმულობის პერიოდში ვხვდებით
- რა ძირითადი გამოწვევები არსებობს, რომელიც უნდა გავითვალისწინოთ ხანდაზმულებთან მუშაობისას?
- ხელშემწყობი და ხელისშემშლელი გარემო კრიზისის დამლევის პროცესში;
- რა მომსახურებები არსებობს ხანდაზმულთათვის
- რა ტიპის გამოწვევები შეიძლება არსებობდეს ხანდაზმულთა სხვადასხვა მომსახურებაში ჩართვისას; რა პრობლემებს აწყდებით მუშაობისას. რა შემაფერხებელია.
- ხანდაზმულობისთვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური გამოწვევები და შეფასების კრიტერიუმები. მაგ, დეპრესია, სტრესი, და სხვა
- სოციალური მხარდაჭერის ქსელი;
- რეკომენდაციები

## 12.5 სადისკუსიო გეგმა სოციალური მუშაკი

- სადისკუსიოგეგმაექსპერტი - გერონტოლოგისოციალურიმუშაკი;
- სერვისები ხანდაზმულთა მიზნობრივ ჯგუფთან მიმართებაში;
- სერვისებში არსებული მიღწევები და გამოწვევები (გარემო ადაპტირება, ადაპტაცია, შეგუება, კვალიფიციური მომსახურე პერსონალი);
- საკანონმდებლო თვალსაზრისით თემის მიმართ არსებული ინფორმაცია;
- საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება;
- რეკომენდაციები ზოგადად მიზნობრივ ჯგუფთან მიმართებაში;

12.6 სატიტულო ფურცელი

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Mariam Davituliani

Lana Khutchua

Master Thesis on The Topic

Bio-psycho-social challenges and needs of the elderly people in the 24  
hour statecare system in Georgia

Social Work

Thesis Submitted to obtain the Master's Degree in Social work

Supervizor: Teona Mataradze

Associate professor at Ivane Javakhishvili

Tbilisi State University

Tbilisi, 2018