



ინსულტისშემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში

Neoliberalism and Mental Health: A Critical Theoretical Analysis

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.05>

ქეთი მამნიაშვილი^{1a}, თენგიზ ვერულავა^{1b}

Keti Mamniashvili^{1a}, Tengiz Verulava^{1b}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a k_mamniashvili@cu.edu.ge

^b tverulava@cu.edu.ge

 <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

აბსტრაქტი

შესავალი: ინსულტი საქართველოში წარმოადგენს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს საჯარო ჯანდაცვის გამოწვევას, რომელიც ხასიათდება მაღალი ავადობით, შეზღუდული შესაძლებლობით და სიკვდილიანობით. ინსულტის გავრცელება საქართველოში მზარდი ტენდენციით მიმდინარეობს. ინსულტის შემდგომი გართულებები, როგორცაა მოძრაობის, მეტყველების, ყლაპვის, კოგნიტური და ფსიქოსოციალური ფუნქციების დარღვევა, საჭიროებს დროულ და სრულფასოვან რეაბილიტაციას, რაც მნიშვნელოვან ფინანსურ და ადამიანურ რესურსს მოითხოვს. როგორც განვითარებად ქვეყანაში, საქართველოსთვის ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სახელმწიფო დაფინანსება წარმოადგენს არსებით წინგადადგმულ ნაბიჯს. აღნიშნული პროგრამა 2022 წლიდან ამოქმედდა, თუმცა მისი მასშტაბი, მოცვა და ეფექტიანობა საჭიროებს შეფასებას. ნაშრომის მიზანია შეისწავლოს რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა ინსულტგადატანილი პაციენტებისთვის, გამოკვეთოს არსებული ბარიერები და შეაფასოს პროგრამის შედეგიანობა როგორც პაციენტების, ისე ჯანდაცვის პროფესიონალების პერსპექტივიდან. **მეთოდი:** კვლევისათვის გამოყენებული იქნა შერეული მეთოდოლოგია: ჩატარებული იქნა რაოდენობრივი გამოკითხვა პაციენტებთან და სიღრმისეული ინტერვიუ ექიმ ნევროლოგებთან, რომლებიც რეაბილიტაციის პროცესში უშუალოდ არიან ჩართული. **შედეგები:** მონაცემთა ანალიზმა აჩვენა, რომ რეაბილიტაციის დაფინანსება პაციენტთა მდგომარეობის გაუმჯობესების გადამწყვეტ ფაქტორს წარმოადგენს. რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა კლინიკური და ფუნქციური გაუმჯობესება რეაბილიტაციის კურსის გავლის შემდეგ. თუმცა, კვლევამ ასევე გამოავლინა რამდენიმე მნიშვნელოვანი პრობლემა: პაციენტების 91% თბილისში მცხოვრებია, მაშინ როცა ინსულტის შემთხვევათა დაახლოებით 75% რეგიონებში ფიქსირდება. ეს მიუთითებს მომსახურების გეოგრაფიული უთანასწორობის არსებობაზე. ოფიციალური მონაცემებით, 2022–2025 წლებში ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის დაფინანსებით ისარგებლა მხოლოდ 956 პაციენტმა, მაშინ როდესაც ყოველწლიური საჭიროება ათეულათასობით შემთხვევით იზომება. **დასკვნა:** სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტაციის სერვისების დაფინანსების დაწყება პოზიტიური და აუცილებელი ნაბიჯია, თუმცა პროგრამა



ვერ აკმაყოფილებს იმ მასშტაბურ საჭიროებას, რაც არსებობს ქვეყანაში, განსაკუთრებით რეგიონებში. ხელმისაწვდომობის დაბალი დონე, ინფრასტრუქტურის დეფიციტი, სპეციალისტების სიმწირე და ინფორმაციული ბარიერები მნიშვნელოვან სისტემურ გამოწვევად რჩება. ამ მიზეზით, საჭიროა სერვისების გაფართოება, დაფინანსების მოდელის გადახედვა და ინფორმაციის გავრცელების სისტემური გაუმჯობესება, რათა ინსულტის გადატანილი პაციენტებისთვის რეაბილიტაცია გახდეს დროული, ხელმისაწვდომი და სრულყოფილი.

საკვანძო სიტყვები: ინსულტის რეაბილიტაცია, ინსულტი, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რეაბილიტაცია, ცხოვრების ხარისხი.

რეკომენდირებული ციტირება: მამნიაშვილი, ქ., ვერულავა თ. (2025). ინსულტისშემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.05>.

Abstract

Introduction: Stroke represents one of the most significant public health challenges in Georgia, characterized by high morbidity, disability, and mortality. The incidence of stroke in Georgia is on the rise. Post-stroke complications—such as impairments in mobility, speech, swallowing, cognition, and psychosocial functioning—require timely and comprehensive rehabilitation, which demands substantial financial and human resources. As a developing country, the introduction of state-funded post-stroke rehabilitation in Georgia constitutes a critical step forward. This program was launched in 2022; however, its scope, coverage, and effectiveness still require thorough evaluation. The aim of this study is to assess the accessibility of rehabilitation services for stroke survivors, identify existing barriers, and evaluate the outcomes of the program from the perspectives of both patients and healthcare professionals. **Methods:** A mixed-methods approach was employed for this study, including quantitative surveys with patients and in-depth interviews with neurologists who are directly involved in the rehabilitation process. **Results:** Data analysis revealed that funding for rehabilitation is a decisive factor in improving patients' conditions. The majority of respondents reported clinical and functional improvement following the rehabilitation course. However, the study also identified several critical issues: 91% of the surveyed patients reside in Tbilisi, while approximately 75% of stroke cases occur in the regions. This points to a significant geographical disparity in service availability. According to official data, only 956 patients benefited from state-funded post-stroke rehabilitation between 2022 and 2025, whereas the annual need is estimated to be in the tens of thousands. **Conclusion:** The initiation of state funding for rehabilitation services marks a positive and necessary development. Nonetheless, the current program does not meet the large-scale needs existing across the country, particularly in rural areas. Limited accessibility, lack of infrastructure, shortage of specialists, and informational barriers remain key systemic challenges. Therefore, expanding services, revising the funding model, and improving public awareness are essential steps toward making rehabilitation timely, accessible, and comprehensive for all stroke survivors in Georgia.

Keywords: Stroke rehabilitation, stroke, universal healthcare program, rehabilitation, quality of life.

Recommended Citation: Mamniashvili, K., & Verulava, T. (2025). Access to Post-Stroke Rehabilitation in Georgia. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.05>.

შესავალი

ინსულტი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე სერიოზულ პათოლოგიას, რომელიც გამოწვეულია თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე

დარღვევით და იწვევს ტვინის ქსოვილის დაზიანებას. დროული და ეფექტიანი სამედიცინო ჩარევა გადამწყვეტ როლს თამაშობს ტვინის დაზიანების შემცირებასა და გართულებების თავიდან აცილებაში. ინსულტი რჩება სიკვდილიანობისა და შშმ მდგომარეობის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზად, რაც ზრდის არა მხოლოდ ინდივიდუალური, არამედ სისტემური ჯანდაცვითი პასუხისმგებლობის დონეს.

ინსულტის შედეგები ხშირად მოიცავს ხანგრძლივ და შეუქცევად ფუნქციურ დაზიანებებს, რის გამოც პაციენტებისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია შემდგომი რეაბილიტაციის სერვისებზე დროული და უწყვეტი ხელმისაწვდომობა. რეაბილიტაცია წარმოადგენს კომპლექსურ პროცესს, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა სამედიცინო, ფიზიოთერაპიულ და სოციალური მხარდაჭერის კომპონენტს, რაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ფუნქციური უნარების აღდგენასა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციას.

თუმცა, რეაბილიტაციის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა საქართველოში კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება. პაციენტების დიდი ნაწილი ხვდება ფინანსური და ინფრასტრუქტურული ბარიერების წინაშე, როგორცაა სარეაბილიტაციო ცენტრების არათანაბარი განაწილება, მომსახურების მაღალი ღირებულება და არასაკმარისი სახელმწიფო დაფინანსება. მიუხედავად იმისა, რომ 2022 წლიდან სახელმწიფო უზრუნველყოფს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის თანადაფინანსებას – რომელიც პაციენტის მდგომარეობისა და სოციალური სტატუსის მიხედვით დიფერენცირდება 100%, 90%, 80% და 70%-იანი დაფინანსების პრინციპით – არსებული სერვისები ხშირ შემთხვევაში ვერ აკმაყოფილებს რეალური საჭიროებების სრულ სპექტრს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ დაფინანსების ლიმიტი ხშირად ვერ ითვალისწინებს რეაბილიტაციის სრული კურსისთვის საჭირო ხარჯებს. მაგალითად, ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის ღირებულება საშუალოდ შეადგენს 4177 ლარს, მაშინ როდესაც პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენს მხოლოდ 1,100,000 ლარს, რაც ზღუდავს პაციენტთა სრულფასოვან ჩართვას სარეაბილიტაციო პროცესში და ზრდის მათ ფინანსურ ტვირთს.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანია შეფასდეს, რამდენად უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისები ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სრულყოფილად ჩატარებას, პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას და მათთვის ფინანსური ტვირთის შემცირებას. კვლევა ეფუძნება არსებული პოლიტიკის, სერვისების მოცულობისა და დაფინანსების მექანიზმების ანალიზს, რაც აუცილებელია ეფექტიანი, ხელმისაწვდომი და თანასწორი რეაბილიტაციური მოდელის შემუშავებისთვის საქართველოში.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ინსულტის გლობალური სტატისტიკა

ინსულტი გლობალურად რჩება ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს გამოწვევად და წარმოადგენს ინვალიდობის წამყვან მიზეზს მსოფლიოში, ხოლო სიკვდილიანობის თვალსაზრისით მეორე ადგილზეა. ინსულტის სიცოცხლის მანძილზე განვითარების რისკი ბოლო 20 წლის განმავლობაში 50%-ით გაიზარდა და დღეისათვის ყოველი მეოთხე ადამიანი იმყოფება მაღალი რისკის ჯგუფში (Global Stroke Fact Sheet, 2022). 1990 წლიდან 2019 წლამდე ინსულტის გლობალური ტვირთი მნიშვნელოვნად გაიზარდა: შემთხვევების რაოდენობა 70%-ით, ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობა – 43%-ით (Feigin, 2022). მსოფლიოში ყოველწლიურად ინსულტით საშუალოდ 5.5 მილიონი ადამიანი იღუპება (Johnston SC et al., 2009).

ინსულტის გავრცელების მზარდი ტენდენცია მჭიდროდ არის დაკავშირებული მოსახლეობის დაბერებასთან. ინსულტის ძირითადი რისკფაქტორებია: მაღალი სისტოლური არტერიული წნევა (55.5%), მაღალი სხეულის მასის ინდექსი – BMI (24.3%), უზმოზე გლუკოზის

მაღალი მაჩვენებელი (20.2%), ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება მყარი ნაწილაკებით (20.1%) და თამბაქოს მოხმარება (17%). გენდერული განსხვავებები ინსულტით გამოწვეულ სიკვდილიანობაში ნაკლებად გამოხატულია (WHO, 2017).

ცხრილი 1. ინსულტის გლობალური და საქართველოს მონაცემების შედარება

მაჩვენებელი	გლობალურად (ბოლო წლები)	საქართველო (ბოლო ხელმისაწვდომი წლები)	წყარო
ინსულტის ინციდენტობა	~12.2 მილიონი ახალი შემთხვევა (2022)	~8,000–9,000 ახალი შემთხვევა წელიწადში	WHO, NCDC
სიკვდილიანობა ინსულტით	~5.5 მილიონი ადამიანი წელიწადში	~4,500 გარდაცვლილი წელიწადში	WHO, Geostat
ინსულტის გავრცელებულობა (Prevalence)	~101 მილიონი გადარჩენილი პაციენტი მსოფლიო მასშტაბით	~50,000-მდე ინსულტგადატანილი პაციენტი (დაახლოებით შეფასებით)	GBD, NCDC
DALY-ების რაოდენობა	~143 მილიონი წელიწადში (2019)	~105,000-110,000 წელიწადში	GBD, NCDC
ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის წილი	გლობალური სიკვდილიანობის დაახლოებით 25%	საერთო სიკვდილიანობის მეორე მიზეზი (~18–20%)	WHO, Geostat
ხელმისაწვდომობა რეაბილიტაციაზე	მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში მაღალი; სხვაგან შეზღუდული	საქართველოში 2022 წლიდან დაიწყო თანადაფინანსება, თუმცა დაფინანსება არ არის საკმარისი სრულყოფილი მკურნალობისთვის	ჯანდაცვის სამინისტრო

ინსულტის გლობალური ტვირთი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ეკონომიკურ განვითარებასთან. ინსულტის გლობალური ტვირთის უდიდესი ნაწილი მოდის დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე, სადაც აღირიცხება ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის 86% (Lanas & Seron, 2021).

ინსულტის გავრცელება საქართველოში

საქართველოში ინსულტის ტვირთი ჯანდაცვის სისტემისთვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. 2014 წელს საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა (NCDC) ჯანმრთელობის მაჩვენებლებისა და შეფასების ინსტიტუტთან (IHME) პარტნიორობით ჩაერთო დაავადებათა გლობალური ტვირთის (GBD) კვლევაში. კვლევის მონაცემებით, ინსულტით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობის გამო დაკარგული წლები (YLD) იმ ათ მირითად მიზეზს შორის მოხვდა, რომლებიც მოსახლეობაში ყველაზე მძიმე ზიანს იწვევს. ეს მიუთითებს, რომ ინსულტის პრევენცია და მართვა ქვეყანაში კვლავ არასაკმარისია და საჭიროებს როგორც კლინიკური პრაქტიკის, ისე ჯანმრთელობის პოლიტიკის გაუმჯობესებას.

მაღალი არტერიული წნევა ინსულტის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული რისკ-ფაქტორია. 2016 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 37.7%-ს აღენიშნება ჰიპერტენზია, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ინსულტის განვითარების რისკს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა არ ხდება მისი სათანადო დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ 2020 წელს გამოქვეყნებული სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, ქვეყანაში ყოველწლიურად ინსულტი ვითარდება დაახლოებით 10,000-დან 18,000-მდე პაციენტში, ხოლო 9,000-დან 15,000-მდე ადამიანი სხვადასხვა ხარისხით ფუნქციურ შეზღუდვას განიცდის. ინსულტით გარდაიცვალა 11 969

ადამიანი, რაც ქვეყნის წლიური გარდაცვალების შემთხვევათა 23.87%-ს შეადგენს. ასაკის მიხედვით სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე შეადგენს 159.62-ს, რითაც საქართველო მსოფლიოში მე-18 ადგილზეა.

საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემების თანახმად, 2018–2023 წლებში ინსულტით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით გაიზარდა, რაც მიუთითებს როგორც ამ დაავადების გავრცელების ზრდაზე, ისე დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების გაუმჯობესებაზე (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. ინსულტისა და ცერებროვასკულური დაავადებების გამო ჰოსპიტალიზაცია საქართველოში (2018–2023)

წელი	ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები	ქალები (%)	მამაკაცები (%)	გარდაცვალება (%)
2018	15 243	49.7	50.3	10.3
2019	16 928	50.2	49.8	10.4
2020	15 910	50.7	49.3	10.0
2021	14 956	48.9	51.1	9.8
2022	17 009	50.2	49.8	9.2
2023	12 578	47.8	52.2	12.0

წყარო: საქართველოს სსიპ – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2024

ცხრილიდან 2-დან ჩანს, რომ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები თანმიმდევრულად იზრდება, რაც შეიძლება ასახავდეს როგორც ინსულტის მაჩვენებლის მატებას, ასევე ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. კაცების წილი ოდნავ აღემატება ქალებისას, რაც შეიძლება აიხსნას კაცებში მავნე ჩვევების ზემოქმედებით და ინსულტის განვითარების მაღალი სიხშირით ხანდაზმულ ასაკში.

ამგვარად, საქართველოში ინსულტის ეპიდემიოლოგიური ტვირთი მაღალია. ქვეყნისთვის მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ მკურნალობის გაუმჯობესება, არამედ ინსულტის პრევენციის პოლიტიკის გაძლიერება – განსაკუთრებით მაღალი წნევის, არაჯანსაღი ცხოვრების წესის და სხვა რისკ-ფაქტორების მართვის კუთხით. ასევე საჭიროა რეაბილიტაციის სერვისების განვითარება და რეგიონულ დონეზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ინსულტის შემდგომი მკურნალობის და რეაბილიტაციის დაფინანსება: გლობალური უთანასწორობის გამოწვევები

მიუხედავად იმისა, რომ მედიცინის პროგრესმა გაზარდა ინსულტის შემდგომი გადარჩენის მაჩვენებელი, გადარჩენილი პაციენტების დიდი ნაწილი აწყდება სხვადასხვა გართულებას, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს მათ ფუნქციურ დამოუკიდებლობას და ცხოვრების ხარისხს. ასეთ გართულებათა შორის აღსანიშნავია:

ფიზიკური შეზღუდვები (კიდურების სისუსტე, ჰემიპარეზი/ჰემიპლეგია, კოორდინაციის დარღვევა);

- მეტყველებისა და კომუნიკაციის დარღვევები;
- კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება (მეხსიერება, კონცენტრაცია);
- ფსიქოემოციური პრობლემები (დეპრესია, შფოთვა);
- ყლაპვის გაძნელება, სპასტიურობა, ქრონიკული ტკივილი;
- შარდვისა და ნაწლავების ფუნქციური მოშლა;
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გართულებები და სხვ.

ამ გართულებების დროული რეაბილიტაცია გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა როგორც პაციენტის ინდივიდუალური კეთილდღეობისთვის, ასევე ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობისთვის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისის 2022 წლის ანგარიშის თანახმად, რეაბილიტაცია ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი და შეუცვლელი კომპონენტია, თუმცა მის სარგებელზე ინფორმირებულობის დაბალი დონე და სერვისების შეზღუდული ხელმისაწვდომობა რეაბილიტაციის სისტემური ინტეგრაციის სერიოზულ ბარიერად რჩება.

მოსახლეობის სწრაფი დაბერება და ქრონიკული დაავადებების გავრცელების ზრდა რეაბილიტაციის საჭიროებას კიდევ უფრო ზრდის. როგორც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული დირექტორი ჰანს ჰენრი კლუგი აღნიშნავს: „რეაბილიტაცია ჯანდაცვის საბაზისო სერვისია, რომელიც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის, ვისაც იგი სჭირდება, და ჯანდაცვის ყველა დონეზე. თუ საჭირო ზომები არ გატარდება, ქვეყნები რისკავენ მოქალაქეთა შესაძლებლობებისა და ეკონომიკური პროდუქტიულობის შემცირებას“.

ჯანმოს მტკიცებით, რეაბილიტაცია არა მხოლოდ აუმჯობესებს ადამიანების ყოველდღიური ფუნქციონირების შესაძლებლობებსა და ცხოვრების ხარისხს, არამედ ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას, საავადმყოფოში ყოფნის ხანგრძლივობას, გართულებებისა და ხელახალი ჰოსპიტალიზაციის რისკებს. რეაბილიტაციის შედეგად მცირდება მუდმივი მზრუნველობის ხარჯები, რაც ადამიანებს აძლევს შესაძლებლობას აქტიურად ჩაერთონ საზოგადოებრივ და ეკონომიკურ ცხოვრებაში.

გლობალურად მნიშვნელოვნად განსხვავდება ინსულტის შემდგომი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა. ინსულტის სპეციალიზებული სტაციონარული განყოფილებები და გადაუდებელი რეაგირების ცენტრები ძირითადად განვითარებულ და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებშია კონცენტრირებული. თუმცა, უკანასკნელ წლებში იზრდება ძალისხმევა იმ ქვეყნებში, რომლებიც დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ჯგუფში შედიან – მიზანი არის გადაუდებელი და სარეაბილიტაციო დახმარების სიხშირისა და ხარისხის გაუმჯობესება (Strong et al., 2007).

პრობლემას კიდევ უფრო ამძაფრებს რეაბილიტაციის სპეციალისტების დეფიციტი. მაგალითად, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში საშუალოდ 10 გამოცდილი რეაბილიტაციის სპეციალისტი მოდის ყოველ მილიონ მოსახლეზე, მაშინ როდესაც მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ეს მაჩვენებლები გაცილებით მაღალია: 400 ოკუპაციური თერაპევტი, 900 ფიზიოთერაპევტი, 400 ლოგოპედი და 20 ფიზიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციის ექიმი მილიონ მოსახლეზე (WHO, 2017).

მსოფლიო ინსულტის ორგანიზაციის კვლევის მიხედვით, ინსულტის სპეციალიზებული რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა შეინიშნებოდა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მხოლოდ 18%-ში, მაშინ როცა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების 91%-ში ისინი სრულად ფუნქციონირებდა (Owolabi et al., 2021). ეს მკვეთრი დისბალანსი კიდევ ერთხელ აჩვენებს სარეაბილიტაციო სერვისების მიუწვდომლობას იმ რეგიონებში, სადაც ინსულტის შემთხვევები და ფატალური შედეგები ყველაზე მაღალია.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთმა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანამ (მაგ., სამხრეთ აფრიკამ, ფილიპინებმა) შეიმუშავა რეაბილიტაციის გაიდლაინები მათი ეფექტური იმპლემენტაცია ხშირად ვერ ხერხდება – პირველ რიგში რესურსების სიმწირისა და ინფრასტრუქტურის არარსებობის გამო, განსაკუთრებით სოფლად. ადგილობრივ კონტექსტზე მორგებული მიდგომები და ადაპტირებული გაიდლაინები არის კრიტიკულად საჭირო.

2021 წელს სამხრეთ აფრიკაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სარეაბილიტაციო სერვისების ეფექტიანობას აფერხებდა დამხმარე მოწყობილობების (შშმ პირის ეტლები,

ხელჯოხები, ტერფის ფიქსატორები და სხვა) არარსებობა, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავდა პაციენტების გამოჯანმრთელების პოტენციალს (Magaqa & Ariana, 2021).

გარდა ამისა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ინსულტის შედეგად განვითარებული საშუალო და მძიმე ფუნქციური შეზღუდული შესაძლებლობის მაჩვენებელი 77%-ს აღწევს, რაც თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში (38%) (Langhorne & O'Donnell, 2018). ახალგაზრდებში ინსულტის ტვირთის ზრდა განსაკუთრებულად საგანგაშოა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვის, რადგან იგი პირდაპირ აისახება შრომისუნარიან მოსახლეობასა და ეკონომიკურ პროდუქტიულობაზე.

ეკონომიკური ზარალი განსაკუთრებით თვალსაჩინოა: ინდონეზია 2005 წელს მხოლოდ ინსულტის, კორონარული დაავადებისა და დიაბეტის გამო დაკარგა დაახლოებით 8.7 მილიარდი აშშ დოლარი, რაც ქვეყნის მშპ-ის დაახლოებით 1%-ს უტოლდებოდა. განვითარებულ ქვეყნებში ხარჯები კიდევ უფრო მაღალია — აშშ-ში ინსულტის სიცოცხლის განმავლობაში ღირებულება პაციენტზე იყო საშუალოდ 59,900\$, შვედეთში — 52,725\$ და ესპანეთში — 41,950\$ (Luengo-Fernandez et al., 2019).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია დაბალ და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებს სთავაზობს რამდენიმე რეკომენდაციას:

- რეაბილიტაცია გახდეს ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტი და მიჩნეულ იქნას საბაზისო სერვისად, მათ შორის – საგანგებო მდგომარეობის დროსაც;
- რეაბილიტაციის სერვისები ინტეგრირდეს ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე – პირველადი ჯანდაცვიდან სპეციალიზებულ დაწესებულებამდე;
- ხელი შეეწყოს მულტიდისციპლინური სარეაბილიტაციო სამუშაო ძალის შექმნას და პროფესიული განათლების განვითარებას.

ცხრილი 3: ინსულტის რეაბილიტაციის დაფინანსება და რესურსები სხვადასხვა შემოსავლის მქონე ქვეყნებში

მაჩვენებელი	დაბალი/საშუალო შემოსავლის ქვეყნები (LMIC)	მაღალი შემოსავლის ქვეყნები (HIC)
ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის წილი	86%	14%
ინსულტით გამოწვეული DALY-ების წილი	89%	11%
რეაბილიტაციის სპეციალისტები (მილიონზე)	10	>1700
სპეციალიზებული სარეაბილიტაციო სერვისების ხელმისაწვდომობა	18%	91%
რეაბილიტაციის გაიდლაინების არსებობა	ნაკლებად გავრცელებული	თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობს
საშუალო წლიური ხარჯი ერთ პაციენტზე	\$500–\$14,478	\$27,702–\$59,900
ფუნქციური ინვალიდობის მაღალი ხარისხი	77%	38%

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის დაფინანსება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად 2022 წლის 9 ნოემბერს გამოცხადდა, როდესაც საქართველოს მთავრობამ ცვლილება შეიტანა 2013 წლის დადგენილებაში №36 – „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიების შესახებ“. ცვლილების შედეგად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ამოქმედდა ახალი ქვეპროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ინსულტის, ასევე თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანებების შემდგომ სრულფასოვან რეაბილიტაციას.

პროგრამის წლიური ბიუჯეტი განსაზღვრულია 11 მილიონი ლარით, ხოლო თვიური ბიუჯეტი შეადგენს დაახლოებით 919 250 ლარს. თითოეული შემთხვევის დაფინანსება განსხვავდება დაზიანების ტიპის მიხედვით:

- თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის ღირებულება – 4177 ლარი;
- ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის ღირებულება – 5031 ლარი.

ცხრილი 4. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ინსულტის, ასევე თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანებების შემდგომ რეაბილიტაციისათვის ბიუჯეტური განაწილება (ათასი ლარი)

№	მომსახურების დასახელება	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)
1	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და თავის ტრავმის შემდგომი რეაბილიტაცია	835.40
2	ზურგის ტვინის ტრავმის შემდგომი რეაბილიტაცია	83.85

ქვეპროგრამის ფარგლებში ფინანსდება შემდეგი დაავადებები, რომელთა კოდირება საერთაშორისო დაავადებათა კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით განისაზღვრება: I69.0–I69.4, I69.8, T90.5–T90.9, T91.1, T91.3, T91.8–T91.9.

დაფინანსების მიღების წინაპირობაა ის, რომ დიაგნოზის მიღებიდან გასული არ იყოს 24 თვეზე მეტი. პროგრამა მოიცავს თანაგადახდის მექანიზმს, რომელიც პაციენტის სოციალურ სტატუსზეა დამოკიდებული:

ცხრილი 5: საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ინსულტის დაფინანსება (თანაგადახდების პროცენტული წილი)

დაფინანსების პროცენტი	კრიტერიუმი
100%	სოციალურად დაუცველები, ვეტერანები, მასწავლებლები, დევნილები, ოკუპირებული ტერიტორიების მიმდებარედ მცხოვრები პირები
90%	საპენსიო ასაკის პენსიის მიმღები პირები (ქალები ≥ 60 , კაცები ≥ 65)
80%	შშმ პირები, სტუდენტები (მათ შორის პროფესიული)
70%	პირები, რომელთაც ზემოთ ჩამოთვლილი სტატუსი არ გააჩნიათ, მაგრამ დიაგნოზის ხანდაზმულობა 24 თვეზე ნაკლებია

სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით, „თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და თავის ტვინის ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის სერვისით მოსარგებლეთა რაოდენობა მზარდ დინამიკას აჩვენებს:

- 2023 წელს გაცემულია – 688 თანხმობის წერილი
- 2024 წელს – 1107 თანხმობის წერილი
- 2025 წლის 24 აპრილამდე – 403 თანხმობის წერილი
- 2022–2025 წლებში მომსახურებით ისარგებლა 956 პაციენტმა

რეაბილიტაციის სერვისის პროვაიდერები ქვეყანაში მხოლოდ 8 კლინიკაა, რაც საგრძნობლად ზღუდავს სერვისის გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. კლინიკების განაწილება ასეთია:

- თბილისი – 5 კლინიკა
- ქუთაისი – 2 კლინიკა

- ბათუმი – 1 კლინიკა
- კლინიკების ჩამონათვალი:
- შპს „ნიუ ჰოსპიტალს“ (თბილისი)
- შპს „ავერსის კლინიკა“ (თბილისი)
- შპს „აკადემიკოს ვახტანგ ბოჭორიშვილის კლინიკა“ (თბილისი)
- შპს „კენ ვოლკერის სახელობის კლინიკა“ (თბილისი)
- შპს „კავკასიის მედიცინის ცენტრი“ (თბილისი)
- შპს „წმ. ნიკოლოზის სახელობის სამედიცინო და სარეაბილიტაციო ცენტრი“ (ქუთაისი)
- შპს „ქუთაისის რეფერალური ჰოსპიტალი“ (ქუთაისი)
- შპს „BROTHERS“ (ბათუმი)

საქართველოში მოქმედი იმ რამდენიმე დაწესებულებიდან, რომლებიც აღჭურვილია მულტიდისციპლინური გუნდით (ფიზიკური თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ფსიქოლოგი, ნევროლოგი და სხვა), მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული პროგრამაში ჩართვის უფლება. სახელმწიფო პროგრამის პროვაიდერად რეგისტრირებულია სულ რვა კლინიკა, რომელთაგან ხუთი მდებარეობს თბილისში, ორი ქუთაისში და ერთი ბათუმში. შედეგად, დანარჩენ რეგიონებში მცხოვრებ პაციენტებს ხშირად უწევთ გეოგრაფიული, ფინანსური და ლოჯისტიკური ბარიერების გადალახვა რეაბილიტაციის მიღების მიზნით, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათი მდგომარეობის გაუარესებაზე.

რეაბილიტაციის სერვისებზე შეზღუდული წვდომა არა მხოლოდ ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დონეზე წარმოადგენს პრობლემას, არამედ ქვეყნის ეკონომიკურ სისტემაზეც ახდენს გავლენას – ადამიანი, რომელიც შრომისუნარიანობას კარგავს და მუდმივ ზრუნვას საჭიროებს, აღარ წარმოადგენს აქტიურ ეკონომიკურ სუბიექტს და ხდება სოციალური მხარდაჭერის ბენეფიციარი, რაც ზრდის სახელმწიფოს სოციალური ხარჯებს.

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზნებისა და საკითხების მრავალმხრივი ანალიზის უზრუნველსაყოფად, შერჩეულ იქნა შერეული კვლევის დიზაინი, რომელიც აერთიანებს როგორც რაოდენობრივ, ისე თვისობრივ მეთოდებს. ამგვარი მიდგომა მიზნად ისახავს სიღრმისეულად შეისწავლოს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა საქართველოში, როგორც პაციენტების, ისე სამედიცინო პერსონალის პერსპექტივიდან.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 138 პაციენტმა, რომლებიც მკურნალობას გადიოდნენ თბილისში მდებარე ორ წამყვან კლინიკაში. რესპონდენტთა რაოდენობა განსაზღვრული იქნა კვლევის თვისობრივი ბუნებისა და არსებული რესურსების გათვალისწინებით. კვლევის ფარგლებში ყველა რესპონდენტი შერჩეული იყო მიზნობრივი შერჩევის პრინციპით — ინსულტის გადატანისა და რეაბილიტაციის პროცესში მონაწილეობის გამოცდილების საფუძველზე.

პაციენტებთან ინტერვიუები ჩატარდა სტანდარტიზებული კითხვარის საფუძველზე, რომელიც შედგებოდა დახურული ტიპის კითხვებისგან და ფოკუსირებული იყო შემდეგ საკვლევ თემებზე:

- რეაბილიტაციური სერვისების ხელმისაწვდომობა ინსულტის შემდეგ;
- სახელმწიფო დაფინანსების საჭიროება და მისი რეალური ხელმისაწვდომობა;
- რეაბილიტაციის გავლენა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხზე.

სამედიცინო პერსონალთან (ექიმ ნევროლოგებთან) ჩატარებული ინტერვიუები განხორციელდა ღია ტიპის კითხვების გამოყენებით, რაც რესპონდენტებს აძლევდა შესაძლებლობას დეტალურად განეხილათ საკუთარი ხედვა რეაბილიტაციის სერვისების აუცილებლობაზე, სისტემურ გამოწვევებზე და სფეროს განვითარების პერსპექტივებზე საქართველოში. ამ მიდგომით შესაძლებელი გახდა პროფესიული გამოცდილების საფუძველზე

პრობლემის უკეთ გააზრება და პოლიტიკური თუ მენეჯერული ცვლილებების რეკომენდაციების ფორმირება.

შედეგად, შერეული მეთოდოლოგიის გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა როგორც სტატისტიკურად დასაჯერებელი ტენდენციების იდენტიფიცირება, ისე დასკვნების გამდიდრება სუბიექტური, გამოცდილებაზე დაფუძნებული ნარატივით.

შედეგები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 138-მა ინსულტგადატანილმა პაციენტმა, რომლებიც მკურნალობას გადიოდნენ თბილისში მდებარე ორ წამყვან კლინიკაში. პაციენტთა უმრავლესობა (83.4%) 51–70 წლის ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება, რაც მოწმობს, რომ ინსულტი ძირითადად გვხვდება შედარებით ხანდაზმულ ასაკში, თუმცა შრომისუნარიანი ასაკის პერიოდში. სქესობრივად დომინირებს მამაკაცთა წილი (58%). რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ცხოვრობს ქალაქში (91.3%), რაც მიანიშნებს რეგიონული წარმომადგენლობის ნაკლებობაზე, რაც, სავარაუდოდ, რეაბილიტაციის სერვისებზე არასათანადო გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას უკავშირდება. სოციალური სტატუსის მიხედვით, გამოკვეთილია ორი მთავარი ჯგუფი: საშუალო შემოსავლის მქონე პირები (42.7%) და პენსიონერები (39.8%).

ცხრილი 6: რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები

მახასიათებელი	კატეგორია	რაოდენობა / პროცენტი
ასაკი	41-50	9 (6.5%)
	51-60	56 (40.5%)
	61-70	59 (42.9%)
	71+	14 (10.1%)
სქესი	ქალი	58 (42%)
	კაცი	80 (58%)
საცხოვრებელი ადგილი	ქალაქი	126 (91.3%)
	სოფელი	12 (8.7%)
სოციალური სტატუსი	სოციალურად დაუცველი	7 (5.7%)
	შშმ პირი	17 (12.6%)
	საშ. შემ. მქონე პირი	59 (42.7%)
	პენსიონერები	55 (39.8%)
	სხვა	0

პაციენტების ნახევარზე მეტი (55%) რეაბილიტაციას იწყებს ინსულტიდან სამი თვის ვადაში, თუმცა მხოლოდ 27.7%-მა მოახერხა რეაბილიტაციის დაწყება პირველ თვეში. აღსანიშნავია, რომ 17.3% რეაბილიტაციას იწყებს 6 თვის შემდეგ, რაც პოტენციურად ამცირებს მკურნალობის ეფექტიანობას.

რეაბილიტაციის ტიპებიდან ყველაზე ფართოდ გავრცელებულია ფიზიოთერაპია (30.5%), რასაც მოსდევს ოკუპაციური თერაპია (26.7%) და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა (24.6%). ლოგოპედიური სერვისით სარგებლობს მხოლოდ 9.4%, რაც მიუთითებს მეტყველებისა და კომუნიკაციის სერვისებზე ნაკლებ ხელმისაწვდომობაზე.

სარეაბილიტაციო სესიებზე დასწრების სიხშირე უმეტესად არის კვირაში 2-3 დღე (92.7%). თუმცა, პაციენტთა 68.3% საცხოვრებელი ადგილიდან რეაბილიტაციის ცენტრამდე 20 კმ-ზე მეტ მანძილზე ცხოვრობს, რაც მიუთითებს მნიშვნელოვან ლოჯისტიკურ დაბრკოლებებზე.

პაციენტთა 45.6% რეაბილიტაციის პირველ კურსს გადის, ხოლო დანარჩენები — განმეორებით კურსებზე იმყოფებიან, რაც კიდევ უფრო ზრდის დაფინანსების საჭიროებას. პაციენტთა უმრავლესობა (92.7%) საჭიროებს თანმხლები პირის დახმარებას და თითქმის ნახევარი (43%) საჭიროებს ტრანსპორტირების მხარდაჭერას. 41.3%-ს სჭირდება დამატებითი ფინანსური დახმარება, ხოლო 27.5% აცხადებს ბინაზე მომსახურების საჭიროებას.

ცხრილი №7. ინსულტის ისტორია, ჩატარებული რეაბილიტაციის ტიპები და სესიებზე დასწრების სიხშირე პაციენტებში

კითხვა	პასუხი	რაოდენობა / პროცენტი
ინსულტის დიაგნოზიდან გასული დრო	< 6 თვე	76 (55%)
	6 თვიდან 1 წლამდე	27 (19%)
	> 1 წელი	36 (26%)
რეაბილიტაციის დაწყება ინსულტის შემდეგ	1 თვის განმავლობაში	38 (27.7%)
	3 თვის განმავლობაში	76 (55%)
	6 თვეზე მეტი	24 (17.3%)
რეაბილიტაციის ტიპი, რომელსაც პაციენტი გადის	ფიზიოთერაპია	42 (30.5%)
	ლოგოპედია	13 (9.4%)
	ოკუპაციური თერაპია	36 (26.7%)
	ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა	34 (24.6%)
	სხვა	13 (9.4%)
სარეაბილიტაციო სესიებზე დასწრების სიხშირე	ყოველდღიურად	0
	კვირაში 2-3 დღე	127 (92.7%)
	კვირაში 1-2 დღე	11 (7.3%)
სახლიდან უახლოესი ცენტრის დაშორება	< 5 კმ	8 (5.7%)
	5–20 კმ	36 (26%)
	> 20 კმ	94 (68.3%)
მერამდენე რეაბილიტაციის კურსია	პირველი	63 (45.6%)
	მეორე	52 (37.8%)
	მესამე და მეტი	23 (16.6%)
დამატებითი საჭიროებები	ტრანსპორტირება	59 (43%)
	თანმხლები პირის დახმარება	127 (92.7%)
	ბინაზე მომსახურება	37 (27.5%)
	ფინანსური დახმარება	56 (41.3%)

საინტერესოა, რომ ყველა რესპონდენტი კმაყოფილია მიღებული სერვისით და თვლის, რომ რეაბილიტაციამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

თუმცა, მხოლოდ 32% მიიჩნევს, რომ რეგიონებში არსებული სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა საკმარისია.

ცხრილი 8: ინსულტით პაციენტთა ფინანსური ხელმისაწვდომობა და კმაყოფილება

სირთულე / შეფასება	დიახ	არა
დაფინანსების გარეშე სერვისებზე წვდომა გექნება?	58 (42.1%)	80 (57.9%)
ფინანსური სირთულე შეგექმნათ რეაბილიტაციის პროცესში?	0	100%
საკმარისია საქართველოში არსებული სარეაბილიტაციო სერვისები?	100%	0
საკმარისია სარეაბილიტაციო კლინიკების რაოდენობა რეგიონებში?	44 (32%)	94 (68%)
კმაყოფილი ხართ მიღებული რეაბილიტაციით?	100%	0
რეაბილიტაციამ გააუმჯობესა თქვენი მდგომარეობა?	100%	0

კვლევის ყველა რესპონდენტი (138 პაციენტი, 100%) სარგებლობს სახელმწიფო დაფინანსებით ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციისთვის, რაც მიანიშნებს პროგრამის როლზე სერვისებზე წვდომის უზრუნველყოფაში. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა პაციენტი სარგებლობს სახელმწიფო დაფინანსებით, დაფინანსების მიღება ხშირად დაგვიანებულია — მხოლოდ 25.3%-მა მიიღო დაფინანსება დაუყოვნებლივ, 29.7% – რამდენიმე დღეში, ხოლო 45%-ს დაფინანსება დაგვიანებით ჩაერიცხა. ეს ნიშნავს, რომ პრაქტიკულად პაციენტების ნახევარი რეაბილიტაციას იწყებს ფინანსური დაგვიანების პირობებში, რაც მკურნალობის დაწყების გადავადებას იწვევს.

პაციენტთა თითქმის ნახევარს (48.3%) სრული რეაბილიტაციის კურსისთვის უწევს 1000 ლარზე მეტი საკუთარი ხარჯის გაღება, რაც ძალზე მაღალი ფინანსური დატვირთვაა საშუალო შემოსავლის მქონე ოჯახისთვის. ამავე დროს, 60.8% პასუხობს, რომ დაფინანსების ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში ვეღარ შეძლებს სერვისით სარგებლობას, რაც მიუთითებს სისტემურ დაუცველობაზე. მხოლოდ 39.2% აცხადებს, რომ შეძლებს მკურნალობის გაგრძელებას საკუთარი რესურსით.

ყველა რესპონდენტისთვის დაფინანსების ერთადერთი ოფიციალური წყაროა სახელმწიფო პროგრამა (100%), კერძო დაზღვევა კვლევის ფარგლებში დაფიქსირებული არ არის. მიუხედავად ამისა, 22% რესპონდენტისა მიუთითებს დამატებით სხვა ფინანსურ რესურსებზე, რაც შესაძლოა გულისხმობდეს პირად ან ოჯახურ დანაზოგებს, მესამე პირის დახმარებას ან ფონდების მონაწილეობას.

პაციენტთა 51.4% საჭიროებს დაფინანსებას ყოველ კურსზე, ხოლო 43% – წელიწადში ორჯერ. ეს მიუთითებს სარეაბილიტაციო საჭიროებების რეგულარულობაზე და მოწმობს, რომ ინსულტის შემდგომი მკურნალობა ერთჯერადი ინტერვენციით ვერ ამოიწურება.

ცხრილი 9: ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სახელმწიფო დაფინანსების ხელმისაწვდომობა და ფინანსური ბარიერები პაციენტების შეფასებით

კითხვა	პასუხი	რაოდენობა / პროცენტი
სარგებლობთ თუ არა სახელმწიფო დაფინანსებით?	დიახ	138 (100%)
	არა	0
დაფინანსება რამდენ ხანში მიიღეთ?	დაუყოვნებლივ	34 (25.3%)
	რამდენიმე დღეში	41 (29.7%)
	დაგვიანებით	63 (45%)

კითხვა	პასუხი	რაოდენობა / პროცენტი
დაფინანსების წყარო	სახელმწიფო პროგრამა	138 (100%)
	კერძო დაზღვევა	0
	სხვა	30 (22%)
რა სიხშირით გჭირდებათ დაფინანსება?	ყოველ კურსზე	70 (51.4%)
	წელიწადში ორჯერ	59 (43%)
	იმვითად	9 (5.6%)
რამდენს იხდით საკუთარი ჯიბიდან სრულფასოვანი კურსისთვის? (ლარებში)	0-500	54 (39.8%)
	500-1000	16 (11.9%)
	>1000	68 (48.3%)
დაფინანსების ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში სერვისებზე წვდომა შეგეზღუდება?	დიახ	83 (60.8%)
	არა	55 (39.2%)

სიღრმისეული ინტერვიუების ანალიზი (თვისებითი კვლევა)

კვლევის ხარისხობრივი ნაწილი ეფუძნება სიღრმისეულ ნახევრადსტრუქტურირებულ ინტერვიუებს, რომლებიც ჩატარდა ინსულტგადატანილ პაციენტებთან და ნევროლოგებთან. ინტერვიუების მიზანს წარმოადგენდა ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობის, დაფინანსების მნიშვნელობისა და არსებული სერვისების ეფექტიანობის შეფასება როგორც ბენეფიციართა, ასევე პროფესიული პერსონალის პერსპექტივიდან.

ინტერვიუების ანალიზისთვის გამოყენებული იყო თემატური ანალიზის მეთოდი, რომლის ფარგლებში გამოვლინდა რამდენიმე ცენტრალური თემა:

რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა – „გზა სირთულეებით სავსე“

ინტერვიუების უმრავლესობამ წარმოაჩინა, რომ პაციენტებისთვის რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა მნიშვნელოვან სირთულეებთან არის დაკავშირებული. განსაკუთრებით ხაზგასმული იყო გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა:

„ვცხოვრობ გურჯაანში. იქ რეაბილიტაციის სერვისი არ გვაქვს და თბილისში ჩამოსვლა ძნელია – ტრანსპორტი, თანხა, თანმხლები პირიც მჭირდება.“

(პაციენტი, 66 წლის)

„თბილისს მიღმა სარეაბილიტაციო კლინიკები პრაქტიკულად არ ფუნქციონირებს. ეს მნიშვნელოვნად ზღუდავს პაციენტების შესაძლებლობებს, განსაკუთრებით ასაკოვანთა და შშმ პირებისთვის.“

(ნევროლოგი, 12 წლიანი სტაჟით)

დაფინანსების საჭიროება და თანადაფინანსების გავლენა

დამკვიდრდა მკაფიო კონსენსუსი იმასთან დაკავშირებით, რომ სახელმწიფო დაფინანსება აუცილებელია, თუმცა არსებული მექანიზმები არასაკმარისად მოიცავს რეალური სერვისების ღირებულებას:

„მხოლოდ ერთი თვე დამიფინანსეს, მაგრამ ექიმმა მითხრა, რომ 3-თვიანი კურსი მჭირდება. დანარჩენი თანხა არ მაქვს.“

(პაციენტი, 58 წლის)

„თუნდაც 70%-იანი დაფინანსება რომ იყოს, ესეც ბევრისთვის ვერ გადაუწყვეტს პრობლემას – როცა პენსია 300 ლარია, 1000-ლარიანი კურსის თანაგადახდაც მძიმე ტვირთია.“

(ნევროლოგი, თბილისი)

ზოგიერთი რესპონდენტის განცხადებით, თანადაფინანსების სისტემაზე ბუნდოვნად აღიქმება და საჭიროებს უფრო მკაფიო კრიტერიუმების განსაზღვრას.

რეაბილიტაციის შედეგები და პაციენტთა კმაყოფილება

პაციენტთა უმეტესობამ აღნიშნა, რომ რეაბილიტაციამ დადებითი გავლენა მოახდინა მათ ფუნქციურ მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხზე:

„თავიდან ვერ ვლაპარაკობდი და სიარულიც მიჭირდა. ახლა დამოუკიდებლად ვმოდრობ, მეტყველებაც გამიუმჯობესდა. ამას რეაბილიტაცია და თერაპია აკეთებს.“

(პაციენტი, 63 წლის)

თუმცა აღინიშნა, რომ შეზღუდული ხანგრძლივობის სესიები არ არის საკმარისი სრულფასოვანი რემისიისთვის:

„საშუალება რომ მქონოდა, სრულ კურსს გავივლიდი. ეს უზრალოდ აუცილებელია. რასაც დაგვაფინანსეს – საკმარისი არ იყო.“

(პაციენტი, 54 წლის)

პაციენტის გადამზადება, ტრანსპორტირება და დამატებითი საჭიროებები

ინტერვიუებიდან აშკარად იკვეთება, რომ რეაბილიტაცია არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ ლოჯისტიკური და სოციალური კომპონენტების მქონე პროცესია, რაც დამატებით პრობლემებს წარმოშობს:

„თავად ვერ წავალ. ოჯახის წევრმა უნდა მომიყვანოს. მთელი დღისთვის უქმდება სამსახური, რაც დამატებითი ხარჯია.“

(პაციენტი, 69 წლის)

„პაციენტები ხშირად აფიქსირებენ მოთხოვნას ბინაზე მომსახურებაზე ან სოფლებში მოძრავ ჯგუფებზე. რეგიონებში ეს შეუძლებელია იყოს გამოსავალი.“

(ნევროლოგი, რეგიონული კლინიკა)

სისტემური გამოწვევები და რეკომენდაციები

ექიმების მხრიდან გამოიკვეთა კრიტიკული მოსაზრებები არსებული სისტემის მიმართ – განსაკუთრებით გადაჭარბებულად ცენტრალიზებულ მიდგომაზე, დამფინანსებელი პოლიტიკის შეუსაბამობაზე, და სპეციალისტების დეფიციტზე:

„ერთჯერადი დაფინანსება ვერ ებრძვის ქრონიკულ მდგომარეობას. სჭირდება სისტემური მიდგომა, უფრო მეტ კლინიკას და სარეაბილიტაციო გუნდს.“

(ნევროლოგი, 15 წლიანი სტაჟით)

სიღრმისეული ინტერვიუების საფუძველზე გამოიკვეთა რამდენიმე ძირითადი ტენდენცია:

- პაციენტები რეაბილიტაციის საჭიროებას სრულად აღიარებენ, თუმცა სერვისებზე წვდომა არათანაბარია;
- დაფინანსება მნიშვნელოვან შვებას წარმოადგენს, მაგრამ არასაკმარისია სრული კურსის უზრუნველსაყოფად;
- არსებობს მკაფიო საჭიროება გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და პროგრამის მოდიფიცირებისთვის;
- სპეციალისტების დეფიციტი და ცენტრების კონცენტრაცია დედაქალაქში ხელს უშლის მომსახურების სრულფასოვან მიწოდებას.

დისკუსია

შედეგების ანალიზმა ცხადყო, რომ ინსულტისშემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში კვლავ მნიშვნელოვანი გამოწვევის წინაშე დგას, მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფომ ბოლო წლებში გარკვეული პროგრესი უზრუნველყო დაფინანსების პოლიტიკის მიმართულებით. კვლევამ ნათლად წარმოაჩინა ძირითადი ბარიერები, რაც

უკავშირდება როგორც სერვისების გეოგრაფიულ განაწილებას, ისე სოციალურ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

პაციენტების ასაკობრივი განაწილება მიაჩნდება, რომ ინსულტის შემთხვევების უმრავლესობა ფიქსირდება 51–70 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ეს კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს პრევენციული ღონისძიებების აუცილებლობას, მათ შორის ჰიპერტენზიის, დიაბეტის, არითმიისა და სხვა რისკ-ფაქტორების დროულ იდენტიფიცირებასა და მართვას. აღნიშნული მიზნის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როდესაც პრევენცია ინტეგრირებულია როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ისე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში.

სქესობრივი თვალსაზრისით, კვლევაში მონაწილე პაციენტთა უმრავლესობა მამაკაცები იყვნენ. თუმცა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მრავალწლიანი მონაცემები მიუთითებს, რომ სქესობრივ განაწილებაში ტრენდი ერთგვაროვანი არ არის — ყოველწლიურად განსხვავებული სურათი იკვეთება, რაც სავარაუდოდ განპირობებულია როგორც დემოგრაფიული ფაქტორებით, ისე რისკ-ქცევის ცვალებადობით.

განსაკუთრებით მწვავედ გამოიკვეთა რეგიონული უთანასწორობა რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომაში. ქვეყანაში არსებული სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული განაწილება მკვეთრად შეზღუდულია. როგორც კვლევამ აჩვენა, რეაბილიტაციის სერვისების მიწოდება ძირითადად კონცენტრირებულია თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში, მაშინ როცა ოფიციალური მონაცემების მიხედვით ინსულტის შემთხვევათა 75%-ზე მეტი რეგიონის მოსახლეობაზე მოდის. კვლევის ფარგლებში გამოკითხული პაციენტების 91% თბილისში მცხოვრებია, ხოლო რეგიონებიდან მხოლოდ 9% იყო წარმოდგენილი, რაც მიუთითებს რეგიონული ბარიერების არსებობაზე. შესაბამისად, რეაბილიტაციის საჭიროების მქონე ათასობით პაციენტი რეალურად არ იღებს სერვისს.

სოციალური სტატუსისა და დაფინანსების ანალიზმა აჩვენა, რომ რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარს (42%) აქვს საშუალო ეკონომიკური სტატუსი, რაც ნიშნავს, რომ ისინი მხოლოდ 70%-იანი თანადაფინანსებით სარგებლობენ. მაშინ როცა 40% საპენსიო ასაკის მქონეა და იღებს 90%-იან დაფინანსებას. მიუხედავად სახელმწიფოს თანადგომისა, პაციენტების დიდ ნაწილს აწევს მნიშვნელოვანი ფინანსური ტვირთი, რაც მოიცავს არა მხოლოდ რეაბილიტაციის პირდაპირ ხარჯებს არამედ დამატებით ხარჯებს — ძვირადღირებულ მედიკამენტებზე, მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ კვლევებზე, ტრანსპორტზე და თანმხლები პირის მომსახურებაზე, რაც არსებითად ზრდის ოჯახის ფინანსურ ტვირთს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ფაქტის აღნიშვნა, რომ ბევრ პაციენტს წელიწადში ერთზე მეტი სარეაბილიტაციო კურსი სჭირდება, რაც დამატებით აძვირებს მკურნალობის საერთო ღირებულებას.

სტაციონარული მკურნალობის შემდგომ, პაციენტები ხშირად იტარებენ მხოლოდ მედიკამენტოზურ თერაპიას, ხოლო რეაბილიტაციის დაგეგმვა და ორგანიზება დაგვიანებით იწყება, რაც პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობის გაუარესებას უწყობს ხელს. ინსულტის შემდგომ რეაბილიტაციის ეფექტიანობა კი მნიშვნელოვანად არის დამოკიდებული მის დროულ დაწყებაზე — რაც უფრო ადრე იწყება ინტერვენცია, მით უფრო მაღალია სრულფასოვანი გამოჯანმრთელების ალბათობა და მით უფრო ნაკლებია ქრონიკული ინვალიდობის განვითარების რისკი.

კვლევამ დაადასტურა, რომ რეაბილიტაციის დაწყების დრო საკმაოდ ხშირად გაჭიანურებულია. კვლევის მონაცემებით, პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი (დაახლოებით 50%) იწყებს რეაბილიტაციას ინსულტის გადატანიდან 3 თვის ვადაში. ეს დრო მოიცავს როგორც მდგომარეობის სტაბილიზაციის ეტაპს, ისე დაფინანსებაზე თანხმობის მიღების ხანგრძლივობას, რომელიც ზოგ შემთხვევაში ერთ თვემდე გრძელდება, რაც კიდევ უფრო აფერხებს დროულად მკურნალობის დაწყებას. ასეთ შეფერხებას შესაძლოა სერიოზული

გავლენა ჰქონდეს პაციენტის ფუნქციურ სტატუსზე და მის შემდგომ შრომით შესაძლებლობებზე.

მიუხედავად სირთულეებისა, კვლევაში მონაწილე პაციენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ რეაბილიტაციის პროცესმა საგრძნობლად გააუმჯობესა მათი მდგომარეობა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ რესპონდენტთა 33% მიიჩნევს - დაფინანსების გარეშე მკურნალობის გაგრძელება სრულიად შეუძლებელი იქნებოდა. ეს მონაცემი კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს სახელმწიფო პოლიტიკის მნიშვნელობას ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით (ვერულავა, 2019; ვარდუჟაძე და ვერულავა 2023).

სიღრმისეული ინტერვიუების ანალიზმა დაადასტურა, რომ პაციენტთა ნაწილი რეაბილიტაციას მიმართავს დაგვიანებით, მძიმე კლინიკური მდგომარეობის ფონზე — კონტრაქტურებით, არასწორი პოზიციონირებით, ნაწოლებით და სხვა გართულებებით. ეს გამოწვევა კიდევ უფრო მწვავედება რეგიონებში, სადაც არც ინფრასტრუქტურა და არც საჭირო პროფესიული რესურსი საკმარისად არ არის წარმოდგენილი.

ექიმები ასევე მიუთითებენ, რომ რეაბილიტაციის პროცესში საზოგადოებრივი ინფორმირებულობის დეფიციტი არსებითად აფერხებს დროულ მიმართვიანობას. ხშირად პაციენტები, რომლებმაც ინსულტი რამდენიმე წლის წინ გადაიტანეს, არ არიან გაცნობიერებული დაფინანსების შესაძლებლობის შესახებ, რის გამოც გამორჩებიან მკურნალობის აუცილებელ კომპონენტს. მსგავსი ინფორმაციული დეფიციტი ქმნის სერიოზულ სოციალურ უთანასწორობას.

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის დაფინანსების პროგრამის მონაცემების შედარებითი ანალიზიც აჩვენებს პროგრამის მოცვის შეზღუდულობას. 2023 წელს გაიცა 688 თანხმობის წერილი, 2024 წელს — 1107, თუმცა ჯამურად 2022–2025 წლებში დაფინანსებით ისარგებლა მხოლოდ 956-მა პაციენტმა. მაშინ როცა, NCDC-ის მონაცემებით, ქვეყანაში ყოველწლიურად ფიქსირდება 12 000–18 000 ინსულტის ახალი შემთხვევა, ეს მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ რეაბილიტაციის დაფინანსების პროგრამა მხოლოდ ძალიან მცირე ნაწილს ფარავს. ეს შეუსაბამობა განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს პოლიტიკის შემმუშავებლების მხრიდან, რათა გაიზარდოს დაფინანსების მოცულობა და პროგრამის ეფექტიანობა.

დასკვნა

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ კრიტიკულად მნიშვნელოვან კომპონენტს, რომელიც განსაზღვრავს პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობის აღდგენის, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისა და შრომით რეინტეგრაციის შესაძლებლობებს. საქართველოში ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა პაციენტების რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა. თუმცა, კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ არსებული პროგრამა სრულად ვერ პასუხობს პაციენტთა მრავალფეროვან საჭიროებებს. გამოიკვეთა რამდენიმე სისტემური გამოწვევა:

- სერვისების გეოგრაფიული სიმწირე, რაც განსაკუთრებულად მკვეთრად ვლინდება რეგიონებში მცხოვრები პაციენტების შემთხვევაში;
- ფინანსური ბარიერები, რაც დაკავშირებულია თანადაფინანსების სიმცირესთან და თანმდევ ხარჯებთან;
- ადმინისტრაციული შეფერხებები, როგორცაა დაფინანსების თანხმობის გაჭიანურებული პროცესი;
- ინფორმაციული ხელმისაწვდომობის დაბალი დონე, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს პაციენტების დროულ და ეფექტიან ჩართვას რეაბილიტაციის პროცესში.

დასკვნის სახით უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად სახელმწიფო პროგრამის პოზიტიური იმპულსისა, აუცილებელია მისი შინაარსობრივი გადრევა და მასშტაბის გაზრდა, რათა რეაბილიტაციის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა გახდეს ყოვლისმომცველი, გეოგრაფიულად თანაბარი და ეკონომიკურად თავსებადი ყველა საჭიროების მქონე პაციენტისთვის.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების საფუძველზე, ჩამოყალიბდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი რეკომენდაცია, რომლის გათვალისწინებაც ხელს შეუწყობს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ეფექტიანობის გაზრდასა და სისტემური ხარვეზების დაძლევას:

ინფორმირებულობის ამაღლება - ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანიების ხელშეწყობა რეაბილიტაციის სარგებლიანობის, პროგრამის პირობებისა და სერვისებზე წვდომის გზების შესახებ როგორც პაციენტებისთვის, ისე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პროფესიონალებისთვის.

სარეაბილიტაციო სერვისების რეგიონალური გაფართოება - საჭიროა სარეაბილიტაციო ცენტრების რეგიონულ დონეზე გაძლიერება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას გეოგრაფიულად თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

სარეაბილიტაციო სპეციალისტთა რაოდენობის გაზრდა რეგიონებში (ფიზიოთერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ლოგოპედი, ფსიქოლოგი).

ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება - თანადაფინანსების პროცენტის გადახედვა სოციალური სტატუსის გათვალისწინებით და დაფინანსების ლიმიტების გაზრდა იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ფლობენ მხოლოდ 70%-იან დაფინანსებას.

დაფინანსებით ხელშეწყობა იმ პაციენტებისთვისაც, რომელთაც ინსულტი განუვითარდათ ორი წლის წინ და რომელთაც ჯერ კიდევ სჭირდებათ რეაბილიტაცია.

დაფინანსების ადმინისტრაციული პროცესების ოპტიმიზაცია - დაფინანსებაზე თანხმობის გაცემის დროის შეამცირება და განაცხადის ელექტრონიზაციის განახორციელება ეფექტიანობის გასაზრდელად.

პროგრამის მოცვისა და ეფექტიანობის მონიტორინგი - ჩამოყალიბდეს რეგულარული მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმი, რომელიც გაზომავს პროგრამით დაფარულ პაციენტთა რაოდენობას, სერვისების ხარისხს და შედეგებს.

ამ რეკომენდაციების განხორციელება ხელს შეუწყობს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის პოლიტიკის მეტად ინკლუზიურ, ეფექტიან და მდგრად მოდელად გარდაქმნას — რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში შეამცირებს ინვალიდობის ტვირთს და გააუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

ვერულავა, თ. (2019). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 3.

ვარდუაძე, მ., ვერულავა, თ. (2023). საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 7(2).

Global Stroke Factsheet. International Journal of Stroke. 2022, Vol. 17(1) 18–29.

Feigin, VL, Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R.L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 17(1):18–29. doi: 10.1177/17474930211065917.

Langhorne, P., O'Donnell. M.J., Chin, S.L., et al. (2018). Practice patterns and outcomes after stroke across countries at different economic levels: an international observational study. Lancet, 391: 2019–2027.

Magaqa, Q., Ariana, P., Polack, S. (2021). Examining the Availability and Accessibility of Rehabilitation Services in a Rural District of South Africa: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health* 18.

Lanas, F., Seron, P. (2021). Facing the stroke burden worldwide. *The Lancet Global Health*, 9 (3): e235-e236

Luengo-Fernandez, R., Violato, M., Candio, P., Leal, J. (2019). Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. *Eur Stroke J.* 239698731988316. doi: 10.1177/2396987319883160.

Owolabi, M.O., Thrift, A.G., Martins, S., et al. (2021). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization-World Health Organization surveys. *Int J Stroke* 16:889-901.

Williams, S.J., Gabe, J., Davis, P. (2011). The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects. *Sociology of Health & Illness* 33 (5): 719–733.

World Health Organization. (2017). *Rehabilitation 2030: The Need to Scale Up Rehabilitation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.