

გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
საქართველოს ჯანდაცვის ადმინისტრატორთა ასოციაცია

პირველი სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია თემაზე
“აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის თანამედროვე პრობლემები”

დღის წესრიგი

- კონფერენციის გახსნა - გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის
რექტორი პროფესორი **მამუკა თავხელიძე**
- მისალმებები - საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის კომისიის თავჯდომარე **ოთარ
თოიძე**
- საქართველოს დევნილთა და განსახლების
მინისტრიეს პირველი მოადგილე **თამარ
მარტიაშვილი**
 - აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი
ლექსო ლაგვილავა
 - ქ.თბილისის მერიის სოციალური მომსახურეობისა
და კულტურის საქალაქო სამსახურის უფროსი
მამუკა ქაცარავა

სამეცნიერო მოხსენებები

აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარების ძირითადი
ტენდენციები და პერსპექტივები -
საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის დემოგრაფიის ინსტიტუტის დირექტორი, სრული
პროფესორი **ავთანდილ სულაბერიძე**

აფხაზეთიდან დევნილთა უფლებათა დაცვის სამართლებლივი ასპექტები - გრიგოლ
რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის იურიდიული ფაკულტეტის დეკანი, სრული პროფესორი
მანანა მოსულიშვილი

აფხაზეთიდან დევნილთა ფსიქოლოგიური დაცვის თანამედროვე ასპექტები -
თსსუ-ის კლინიკური ფსიქოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი **რამაზ
საყვარელიძე**

აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი
ინდიკატორების შეფასების შედეგები –
აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
დეპარტამენტის უფროსი მედიცინის აკადემიური დოქტორი **თენგიზ კვიციანი**

დევნილი მოსახლეობის კვების პრობლემების კომპლექსური შესწავლის შედეგები –
თსსუ-ის ასოცირებული პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **დავით ზარნაძე**,
თსსუ-ის ასოცირებული პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **ირინე ზარნაძე**
თსსუ-ის დოქტორანტი **თამარ დარსანია**

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელება აფხაზეთიდან დევნილ
მოსახლეობაში –
მედიცინის აკადემიური დოქტორი **მაკა გვალია**

სოციალურად საშიში ინფექციების გავრცელება დევნილებში –
მედიცინის აკადემიური დოქტორი **ნინო გულუა**

აფხაზეთიდან დევნილთა ოჯახების კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური კვლევის
შედეგები –
მედიცინის აკადემიური დოქტორი **ვახტანგ შანიძე**

მიგრაციული პროცესების თავისებურებანი თანამედროვე მსოფლიოში
გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის სრული პროფესორი
ოთარ გერზმავა

საორგანიზაციო საკითხები

გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის დევნილთა სოციალური და
სამედიცინო პრობლემების შემსწავლელი სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრთან
არსებული საბჭოს დებულებებისა და შემადგენლობის დამტკიცება

კონფერენციის დახურვა

კონფერენციის მასალები

მიგრაციული პროცესების თავისებურებანი თანამედროვე მსოფლიოში

გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის სრული პროფესორი, მედ.მეცნ.დოქტორი **ოთარ გერზმავა**

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტის ასისტენტ-პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **ლილი ლომთაძე**

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტის ასისტენტ-პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **დალი კიტოვანი**

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტის ასისტენტ-პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **მარინე ყაჯრიშვილი**

მიგრაციული პროცესები სერიოზულ გავლენას ახდენენ მსოფლიოს სოციალურ განვითარებაზე. თანამედროვე ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში მოსახლეობის დიდი მასების გადაადგილება დაიწყო ჯერ კიდევ შუა საუკუნეებში. მე-XIX საუკუნის მეორე ნახევარში კი მან მიაღწია უპრეცედენტო დონეს. საკმარისია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ 1901-1915 წლებში გადაადგილდა 10 მილიონზე მეტი ადამიანი.

მიგრანტთა გადაადგილების ძირითადი მიზეზები თანამედროვე პირობებში შემდეგია:

1. **რეპატრიაცია** გულისხმობს ეთნიკურ სამშობლოში დაბრუნებას. ამ სახის მიგრაციის ყველაზე დიდი ნაკადი ყოფილ სსრკ-ს ქვეყნებში შეინიშნება XX საუკუნის ბოლოს. პრიბალტიკიდან, ამიერკავკასიიდან, შუა აზიიდან რუსეთში, ბელორუსიაში, უკრაინაში გადაადგილდა დაახლოებით ერთი მილიონი ეთნიკური რუსი.

2. **ეკონომიკური მიგრაცია**. მხოლოდ რუსეთის მთავრობის მონაცემებით ქვეყნის ტერიტორიაზე დასაქმებულია ორ მილიონზე მეტი არალეგალური იმიგრანტი, როგორც დსთ-ს ქვეყნებიდან, ასევე ჩინეთიდან, კორეიდან, აფრიკიდან და სხვ.

3. **შეიარაღებული კონფლიქტების** დროს დევნილი მოსახლეობა კონცენტრირებულია სომალიში, ეფიოპიაში, რუსეთში, აზერბაიჯანში, საქართველოში, ტაჯიკეთში, და სხვ.

4. **პოლიტიკური არასტაბილურობით** ადამიანთა უფლებების დარღვევით განპირობებული მოსახლეობის მიგრაცია აღინიშნება ავღანეთში, ტაჯიკეთში, ყაზახეთში, აფრიკისა და აზიის ქვეყნებში.

5. **ეკოლოგიური კატასტროფების** შემდგომ მკვეთრად მატულობს მიგრაცია. მაგალითად ავარიის შემდეგ, რომლებიც მოხდა ჩერნობილში და ჩელიაბინსკის ოლქში სხვა რეგიონებში გადაადგილდა თითქმის 800 ათასი ადამიანი.

II მსოფლიო ომმა, მოსახლეობის გაცილებით დიდი მასების გადაადგილება გამოიწვია. კერძოდ, დაახლოებით 30 მილიონი ადამიანი (რაც შეადგენდა მთელი ევროპის მოსახლეობის 10%) იძულებულები იყვნენ დაეტოვებინათ თავისი მუდმივი საცხოვრებელი ადგილები დევნილთა შემხვედრმა დინებებმა, წარმოშობილმა საომარ მოქმედებებით, ან პოლიტიკური მიზნებით რომელთა განხორციელებისას იძულებით გადაადგილებული იყო მილიონობით ადამიანი, მთლიანად შეცვალა ევროპისა და ცენტრალური აზიის ეთნიკური შემადგელობა.

გერმანიის დამარცხებამ გამოიწვია ევროპის პოლიტიკური რუქის შეცვლა და ამან განაპირობა მოსახლეობის საერთაშორისო გადაადგილების ახალი ტალღა. 12 მილიონი გერმანელი, (აქედან 3,2 მილიონი პოლონეთიდან, 1,5 ჩეხოსლოვაკიიდან, 360 ათასი იუგოსლავიიდან, 22500 უნგრეთიდან) იძულებული იყვნენ ომის შემდეგ მიემართათ ავსტრიისათვის ან გერმანიისათვის. დაახლოებით 1,5 მლნ. ეთნიკურმა პოლონეთმა დატოვა საბჭოთა კავშირის მიერ ანექსირებული პოლონეთის ნაწილი, ამავე დროს 500 000 ბელორუსი, ლიტველი, უკრაინელი გადმოასახლეს პოლონეთიდან საბჭოთა კავშირში.

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, შედარებით ხანგრძლივი, მაგრამ მოჩვენებითი მშვიდობიანი პერიოდის ფონზე, წარმოშობილ ლოკალური სამხედრო კონფლიქტებს ისევ მოჰყვა მასიური იძულებითი მიგრაცია, დევნილი ოჯახების ხანგრძლივი დეპორტაცია. ხოლო ბოლო ათწლეულებში დაწყებულმა კომუნისტური რეჟიმის რღვევამ და ახალი სახელმწიფოთა შექმნამ, ლოკალურმა კონფლიქტებმა, ხელი შეუწყო დევნილთა და იძულებით ადგილნაცვალ პერთა რიცხვის მკვეთრ ზრდას.

ძირითადი მიგრაციული ნაკადები მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ

წლები	მიგრანტების მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი	ეროვნება	მიგრაციული დინების მიმართულება	მიგრანტთა რაოდენობა
1940-50წწ	აღმოსავლეთ გერმანია ჩეხოსლოვაკია პოლონეთი რუმინეთი საბჭოთა კავშირი იუგოსლავია	გერმანელები ეთნიკური გერმანელები	გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკა	5 მილიონი ადამიანი 2,4 მილიონი ადამიანი
1950-60წწ.	რუმინეთი საბჭოთა კავშირი საბჭოთა კავშირი საბჭოთა კავშირი იუგოსლავია	ებრაელები სომხები ბერძნები ხორვატები, სერბები	ისრაელი აშშ საბერძნეთი საფრანგეთი გერმანია	1,25 მილიონი ადამიანი 170000 პირი 1,3 მლნ. პირი
1960-80წწ.	რუმინეთი სსრკ პოლონეთი	ებრაელები სომხები ბერძნები გერმანელები	ისრაელი დასავლეთ ევროპა დასავლეთ ევროპა	1მლნ 700 000 ადამიანი 1 მილიონი ათასი
1980-99წწ.	ყოფილი სსრკ-ს ტერიტორია	რუსები ებრაელები	დასავლეთ ევროპა აშშ ისრაელი	1 მლნ

მსოფლიო თანამეგობრობა უდიდეს ყურადღებას უთმობს იძულებითი მიგრანტების მდგომარეობას. ჯერ კიდევ 1951 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის გადაწყვეტილებით შეიქმნა დევნილთა უმაღლესი კომისარიატი. ამ ორგანოს მეშვეობით შესაძლებელი გახდა ადამიანთა უფლებათა დაცვის გლობალური მექანიზმის ამოქმედება. პრობლემის ჰუმანიტარული, ეკონომიკური და პოლიტიკური ასპექტების გარდა . დევნილთა უმაღლესი კომისარიატის ერთ-ერთ ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს ფეთქებად სიტუაციებზე დაკვირვება მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში. ასეთი სისტემის შემოღება განაპირობებს ყოველგვარი დარღვევების ნაადრევ გამოვლენას, რათა არ მოხდეს მოსახლეობის იძულებით გადაადგილება. უფრო ხშირად საკითხის საბოლოო გადაჭრა ვერ ხერხდება. ამ შემთხვევაში გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის დევნილთა უმაღლესი კომისარიატის წარმომადგენელთა მეშვეობით ხორციელდება აქციები, მიმართული იძულებითი მიგრანტებისათვის ცხოვრების სათანადო პირობების შექმნაზე. დევნილთა უმაღლესი კომისარიატის წარმომადგენელთა კომპეტენციაში შედის ისეთი საკითხების გადაჭრა, როგორცაა იძულებითი მიგრანტების გადაადგილება იმ ქვეყნებში, სადაც მათ უკეთესი პირობები ექნებათ. ამას დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან მიგრანტების დიდ ნაწილს ხშირად არ გააჩნიათ თავშესაფარი საკუთარ ქვეყანაში.

დევნილთა ყველაზე დიდი რაოდენობა კონცენტრირებულია ევროპაში და აზიაში, ძირითადად იმ ქვეყნებში, რომლებმაც თავშესაფარი მისცეს იძულებით მიგრანტებს. ამასთან მიგრანტთა საკმარისად დიდი ნაწილი იმყოფება საკუთარი ქვეყნის ტერიტორიაზე და ათწლეულების განმავლობაში ვერ ბრუნდება თავის საცხოვრებელ ადგილზე (მაგალითად პალესტინელები – ისრაელში, ქურთები თურქეთში და ერაყში, აზერბაიჯანელები ყარაბახში, ქართველები – აფხაზეთში და სხვ.) ბევრი მათგანი უმწეო მდგომარეობაშია, რადგან უხდებათ ყოფნა საომარი მოქმედების რადიუსში, შიმშილობს. არა აქვთ საშუალება ისარგებლონ ნორმალური წყალით, მოკლებული არიან საექიმო დახმარებას.

დევნილთა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა განაწილება მსოფლიოში
(გაერ-ოს 2010 წლის მონაცემები)

	დევნილთა რიცხვი
აფრიკა	6 250 540
აზია	7 308 860
ევროპა	7 285 800
ლათინური ამერიკა	90 170
ჩრთილოეთი, ცენტრალური ამერიკა	1 241 930
ავსტრალია და ოკეანია	80 040
სულ	22 257 340

უკანასკნელ დროს განსაკუთრებით აქტუალურია დახმარების აღმოჩენა იმ დევნილებისათვის რომლებიც გადაადგილდებიან ქვეყნის შიგნით. თუმცა ეს პირები მძიმე მდგომარეობაში არიან, საერთაშორისო სამართალში განსაკუთრებით მკაფიოდ

გაიმიჯნება ტერმინი «დევნილი». ე.ი. პირი რომელიც ღებულობს თავშესაფარს, უცხოეთში და დროებით გადაადგილებული, რომელიც თავშესაფარს ღებულობს თავის ქვეყანაში.

დსდ-ს ზონაში ბოლო წლებში წარმოქმნილმა კონფლიქტებმა, განსაკუთრებით დღის წესრიგში დააყენა ძირითადი საერთაშორისო კონვენციების გადახედვის აუცილებლობა.

ამ მიმართებით აქტიური ურთიერთანამშრომლობის საფუძველზე როგორც საერთაშორისო ორგანიზაციებმა, მრავალი ქვეყნის მთავრობების მონაწილეობით ჩამოყალიბდა მთელი რიგი ახალი დებულება. დღესდღეობით განხილება მოსახლეობის გადაადგილების 6 კატეგორია: დევნილები, არაკანონიერი მიგრანტები, რეპატრიანტები, იძულებით გადაადგილებული პირები, ადრე დეპორტირებული პირები და ეკოლოგიური მიგრანტები.

ზემოთხამოთვლილი კონტიგენტიდან უპირატესობით სარგებლობენ დევნილები, რომელთაც ექმნებათ სათანადო ხელშემწყობი პირობები, რათა სხვა ქვეყნებში შეძლონ სოციალური ინტეგრირება. (51) ამ კუთხით ყურადსაღებია მდგომარეობა, რომელიც შეიქმნა სამხრეთ კავკასიაში.

ამრიგად, მიგრაციის მიზეზები მრავალფეროვანია, მაგრამ საერთაშორისო პრაქტიკა გვაუწყებს, რომ მიგრაციული აფეთქების პროგნოზირება შესაძლებელია, როგორც მათი რიცხვის განსაზღვრით, ასევე მიგრაციის პროცესის ძირითადი მიმართულების თვალსაზრისით. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია მიგრანტების გეგმიური მიღება, განთავსება მათთვის სამედიცინო და სოციალური დახმარების უზრუნველყოფა.

1. 2. ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარების თავისებურებები ქვეყნებში, სადაც კონცენტრირებულია დევნილები

განსაკუთრებული მდგომარეობა, რომელშიაც იმყოფებიან დევნილები ზრდის იმ რისკ-ფაქტორზე მოქმედებას, რომელნიც ხელს უწყობენ დაავადებათა აღმოცენებას. აშკარაა, რომ საჭიროა გატარდეს სათანადო ზომები მიღებული ახალი დაავადებებთან აღმოცენების პროფილაქტიკასა და ადექვატურ მკურნალობაზე.

დევნილთა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის პროცესში ყურადღება ექცევა ქვეყანაში მიმართული ღონისძიებების დაგეგმვისას მოქმედი ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებებს.

დევნილთათვის განკუთვნილი საბაზისო სამედიცინო დახმარების ძირითადი სახეები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი. ამასთან მომსახურეობა უნდა წარმოებდეს თითოეული დევნილის ინდივიდუალური მდგომარეობის მიხედვით და ითვალისწინებს ამ პროგრამაში თვით დევნილთა მონაწილეობას. ნათელია, რომ საბაზისო სამედიცინო მომსახურეობა შესაბამეა იმ დონეს, რომელიც არის იმ მიმღებ ქვეყანაში.

მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს საყოველთაოდ აღიარებული მოდელი, თუ რას უნდა წარმოადგენდეს დევნილებისთვის განკუთვნილი საბაზისო სამედიცინო დახმარება, როგორც წესი იგი უნდა მოიცავდეს სწორი კვების ორგანიზებას, წყლით რეგულარულ მომარაგებას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას, ტრავმებისა და ძირითად დაავადებათა მკურნალობას, იმუნიზაციას, ძირითადი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ სანიტარულ განათლებას. სხვაგვარად რომ ვთქვათ,

აქცენტი უნდა კეთდებოდეს დევნილთა შორის დაავადებათა პრევენციაზე და არა მათ მკურნალობაზე.

საერთაშორისო ორგანიზაციები ამხვილებდნენ ყურადღებას იმაზე, რომ ლტოლვილებმა თვითონ უნდა აგონ პასუხი თავიანთ ჯანმრთელობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება ამ კუთხით ექცევა კვების ორგანიზაციას, – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრინციპებს დევნილებში.

კონფლიქტების წარმოშობის ყველა შემთხვევაში, როცა იზრდება დევნილთა რიცხვი, ცალკეული საერთაშორისო ორგანიზაციები გამოყოფენ კოორდინატორს ჯანდაცვის საკითხებში – რომელიც პასუხს აგებს წამოჭრილი პრობლემების გადაჭრაზე. კოორდინატორი მჭიდრო კავშირშია როგორც გაეროს ლტოლვლითა კომიტეტთან ასევე მიმღები ქვეყნის ჯანდაცვის ნაციონალურ ორგანიზაციებთან.

ქვეყნები, რომლებმაც მიიღეს დევნილთა მაქსიმალური რაოდენობა



დევნილთა კონცენტრაციის პირობები ჯანდაცვის სამსახურის მუშაობის ანალიზით იძლევა საშუალებას შემდეგი მდგომარეობების ჩამოყალიბებისათვის:

1. პროგრამის შესრულების დროს ჯანდაცვის სამსახური მჭიდროდ თანამშრომლობს ლტოლვილებთან, მათ მიერ გამოყოფილ პირებთან, რომლებიც გარკვეული ინფორმაციის მიღების შემდეგ აყალიბებენ ერთობლივი მუშაობის პრიორიტეტებს. ეს საშუალებას იძლევა განხორციელდეს სწრაფი რეაგირება ახლად წამოჭრილი პრობლემების გადასაწყვეტად. მაგალითად, ლტოლვილთა ბანაკში წყალმომარაგების გაუმჯობესებას, კვების პროდუქტების დროულ მიწოდებას და გადაუდებელ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ორგანიზებას და სხვ.
2. ჯანდაცვის სამსახური მობილიზებული უნდა იყოს მოსალოდნელ ეპიდემიებთან საბრძოლველად.
3. სამედიცინო დახმარების მოცულობის განსაზღვრის პროცესში გასათვალისწინებელია რესურსები, რომელიც გააჩნიათ თვით ლტოლვილებს. (მაგალითად, მაღალკვალიფიციური ექიმები, აპარატურა, რომელიც გამოტანილია კონფლიქტის ზონიდან და სხვ.). თითოეული განსაკუთრებული სიტუაცია დაკავშირებული ლტოლვილთა შორის რაიმე ახალი პრობლემების წამოჭრასთან მოითხოვს ჯანდაცვის სამსახურიდან გარკვეულ რეაგირებას.

4. მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის წარმომადგენლები თითქმის ყველა ქვეყანაში მუშაობენ და ჩვეულებრივად ისინი ექვემდებარებიან რეგიონალურ დირექტორს. განსაკუთრებული მდგომარეობის შექმნისას უფლება აქვთ პირდაპირ დაუკავშირდნენ შტაბ-ბინას.
5. დევნილთა ჯანმრთელობის დაცვას მიეკუთვნება ისეთი საკითხები, როგორცაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა; ლტოლვილთა ბანაკებში დამატებითი კვების ორგანიზაციის პროგრამის ამოქმედება; დევნილთა სოციალური მომსახურეობის გაუმჯობესება; ბანაკების სანიტარული მდგომარეობის ზედამხედველობა.
6. დევნილთა დიდი რაოდენობით კონცენტრაციის შემთხვევაში იქმნება ეპიდემიის წარმოშობის საშიშროება. ჯანდაცვის სამსახურს ევალება დროულად დაადგინოს ინფექციების კერები. შეაფასოს ეკოლოგიური სიტუაცია და მიიღოს სათანადო ზომები. გასათვალისწინებელია, რომ ლტოლვილთა განსახლების ადგილებში მასიური იმუნიზაციის ჩატარება მიიჩნევა მიზანშეწონილად. თუ მოსალოდნელი არ არის ეპიდემიური აფეთქება.

ნათელია, რომ ექსტრემალურ სიტუაციაში, არც სამედიცინო პერსონალს და არც ბანაკის ადმინისტრაციას არ ექნება შესაძლებლობა ხარისხიანად ჩაატაროს იმუნიზაცია, შექმნას ამისათვის სათანადო პირობები. ამ დროს საჭიროა დიდი რაოდენობით სამედიცინო მუშაკების მობილიზება, ვაქცინების შენახვისათვის სათანადო პირობების დაცვა, რაც სავსე პირობებში ზედმიწევნით ძნელია. ამიტომ მასიური იმუნიზაციის ჩატარება ხდება მხოლოდ მაშინ, როცა განიმუხტება სიტუაცია. ამიტომ მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციით იმუნიზაცია განსაკუთრებული სიტუაციების წარმოშობის პირველ კვირაში უნდა ჩატარდეს მხოლოდ წითელას წინააღმდეგ. იმუნიზაციის დანარჩენი სახეები შესაძლოა შეიქმნას სათანადო პირობებში.

ყურადღაღებია ის ფაქტი, რომ ზედმიწევნით ხშირად აღინიშნება დევნილთა შიმშილობა. რაც უფრო გამოწვეულია არა მიწოდებული საკვების ნაკლებობით, არამედ მის განაწილებაზე სათანადო კონტროლის დამყარების სიძნეელებით. პროდუქტების არაორგანიზებული მიწოდების პირობებში კვების არასაკმარისობა პირველ რიგში ემუქრება 5 წლამდე ბავშვებს და მოხუცებს, რომლებიც ვერ ახერხებენ დამოუკიდებლად მოიპოვონ ჰუმანიტარული დახმარება. ასეთი კატეგორიის დევნილთათვის უნდა განხორციელდეს დამატებითი კვების ორგანიზება.

დევნილების მედიკამენტებით მომარაგება უნდა წარმოებდეს იმ ქვეყნის რესურსების გათვალისწინებით, სადაც დევნილები იმყოფებიან. ისევე როგორც საკვები პროდუქტები, მედიკამენტებსაც ხშირად მოიპოვებს ახალგაზრდა დევნილები, რომელთაც ძალუძთ დაიტაცონ ჰუმანიტარული ტვირთი. ამიტომ მედიკამენტების განაწილება უნდა ხდებოდეს აჟიოტაჟის გარეშე, აყვანილი იყოს განსაკუთრებულ კონტროლზე.

უმეტეს შემთხვევაში წამლები უნდა მიეწოდებოდეთ ლტოლვილებს სტანდარტული პროგრამის მიხედვით, რომელიც დამტკიცებულია მსოფლიო ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და გაერო-ს მიერ. ძირითადად იგი გულისხმობს 30 სახის მედიკამენტის მიწოდებას დევნილთა ბანაკებში. თეორიულად ერთი ასეთი პაკეტი საკმარისია 10 000 დევნილისათვის 3 თვის განმავლობაში.

მიუხედავად საკმარისად მკაცრი კონტროლისა, ხშირად ადგილი აქვს მედიკამენტების დატაცებას, ქურდობას ან არასწორ გამოყენებას. ასეთი მოვლენები ხშირად მასიურ ხასიათს ღებულობს.

სერიოზულ პრობლემებს ქმნის არასტანდარტული წამლების მიწოდება ლტოლვილთა ბანაკებში შემოწირულობების სახით. ხშირად ასეთი წამლების ვადა უკვე გადასულია, ზოგჯერ უვარგისია, ამიტომ სათანადო საერთაშორისო შეთანხმებების მიხედვით შემოწირულ წამლებს უნდა ქონდეთ შესაფერისი წარწერები, მოქმედების ხანგრძლივობის აღნიშვნით, დამამზადებელი ფირმის სახელწოდებით. ამ მხრივ გაერო-ს პოლიტიკა მიმართულია იმაზე, რომ მედიკამენტები მიწოდება მოხდეს მხოლოდ სპეციალური მოთხოვნის საფუძველზე და ექსპერტიზის გავლის შემდეგ.

1.3. იძულებით გადაადგილებულ პირთა და დევნილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებები.

ტერმინი «პოსტტრამავული სტრესული დარღვევები» («პტსდ) მეცნიერებაში დაინერგა XX საუკუნის 80-იან წლებში. იგი ძირითადად დაუკავშირდა ვიეტნამში ამერიკელ მებრძოლთა ხვედრის აღწერას ომიდან დაბრუნების შემდეგ. პოსტტრამავული სტრესის სპეციფიკა ისაა, რომ დროთა განმავლობაში მისი უარყოფითი კვალი კი არ ქრება, არამედ შეიძლება გაძლიერდეს კიდევ. ფორმულა – «დრო ყველაფრის მკურნალია» აქ, სამწუხაროდ, ბოლომდე სწორი არ არის. პირიქით შემჩნეულია, რომ, ტრამავული სტრესის უარყოფითი შედეგები შესაძლოა დიდი ხნის შემდეგ იჩინონ თავი.

აშშ-ში გამოქვეყნებული მონაცემებით უსახლკარო ადამიანების 25%-ს ვიეტნამის ომის ვეტერანები შეადგენდნენ. აქედან 50 ათას პირს აღენიშნებოდა პოსტტრამავული სტრესის სინდრომი და მათგან 86%-ი განწყობილი იყო რათა თვითმკვლელობით დაესრულებინათ სიცოცხლე. 1980 წლიდან, რადგანაც ამერიკის კონგრესმა სცნო, რომ ვიეტნამის ომის ვეტერანები მოითხოვენ განსაკუთრებულ დახმარებას გაიხსნა ღია ტიპის კლინიკები, რომლებიც განკუთვნილი იყვნენ პოსტტრამავული სინდრომის სამკურნალოდ.

სადღეისოდ პტსდ (Post Traumatic stress disorders _ PTSD, DSM -3-R, 1989) უკვე შეუყვანია ცალკე ნოზოლოგიად დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში. კლინიციკების აზრით პოსტტრამავული სინდრომის გავრცელება დამოკიდებულია მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში მიმდინარე საომარი მოქმედებათა აქტიურობაზე. უკანასკნელ წლებში მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონებში მიმდინარე საომარი მოქმედების ზონებში სამედიცინო დარგის მუშაკები აქტიურად იკვლებიან იძულებით გადაადგილებასთან დაკავშირებულ მედიკო-ფსიქოლოგიურ და სოციალურ პრობლემებს. განსაკუთრებით ინტესიურად მიმდინარეობდა ამ პრობლემის შესწავლა ავღანეთის, ბოსნიის და სხვა რეგიონებში მიმდინარე საომარი კონფლიქტის მაგალითზე. გამოკვლევები ცხადყოფს ლტოლვილთა სტრესტან დაკავშირებული პრობლემების არსებობას.

მაგალითად, სერბიასა და ხორვატიაში ძალადობის მსხვერპლ ბავშვში ჩატარებული ფსიქო-ფიზიოლოგიური კვლევების საფუძველზეც გამოყოფილია მაღალი რისკის ჯგუფი წოდებული («Acute Risk Reaction»). გამოთქმულია მოსაზრება ბიოლოგიური კორელაციის შესაძლებლობის შესახებ ფსიქო-ფიზიოლოგიური და სომატო-ვეგეტატური ძვრებს შორის პტსდ განვითარების პროცესში. ფსიქო-სომატურ

დადევნათა შორის ავტორთა მონაცემებით. საომარი კონფლიქტების შედეგად დაზარალებულ პირებში პირველი ადგილი უკავია მომატებულ ვეგეტატიურ აგზნებადობას.

ნ.ახუნდოვის მიერ დაკვირვება წარმოებდა ბავშვთა და მოზარდთა ჯგუფებზე, რომლებმაც მთიან ყარაბაღში საომარი მოქმედებების შედეგად მიიღეს ძლიერი, ემოციური სტრესი. აღნიშნულ კვლევათა საფუძველზე ავტორის მიერ შემუშავებულია ტრამვულ სიტუაციაზე რეაგირების სამი სახე: «არაპროდუქციული კომპენსაცია», «დეკომპენსაცია» და «პროდუქტიული კომპენსაცია».

პტსდ-ის ფსიქობიოლოგიურ და ფსიქოსოციალურ განსაზღვრებას სხვადასხვა ნაციონალობის და სარწმუნოების მქონე პირებში ფორმულირებას აძლევს Causa van veer მის მიერ დაკვირვება ნაწარმოებია პტსდ მქონე ბავშვებზე სამხრეთ აფრიკაში და მიღებული მონაცემები შედარებულია აღნიშნული დარღვევების მქონე სარაევოსა და ბოსნიაში მცხოვრებ ბავშვებთან. ავტორის აზრით ფსიქოთერაპიული ღონისძიებების ჩატარება მაღალეფექტური და აუცილებელია პოსტტრავმულ სტრესულ დარღვევათა საწყის სტადიაში.

პტსდ განვითარების პროცესში მოზარდის პიროვნება ზიანდება, როგორც ბიოლოგიური, ისე ფსიქოლოგიური და ქცევითი დარღვევების თვალსაზრისით. საკუთარი კვლევების საფუძველზე ავტორი ასკვნის, რომ პტსდ დაიყოფა სამ ჯგუფად: განმეორებითი განცდების, გაქცევის და მომატებული აღზნებადობის სიმპტომის სახით. როგორც ფსიქიატრები მიუთითებენ მათ ხშირად უხდებათ მუშაობა მოზარდებთან, რომლებიც დევნილთა ოჯახებიდან არიან და რომელთა ჩვილებიც უკავშირდება არამკაფიოდ გამოხატულ ფსიქიური დისფორიის (დისკომფორტის) მდგომარეობას.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია პტსდ-ის გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზოგად მაჩვენებლებზე და, კერძოდ, ფიზიკურ განვითარებაზე. საომარი კონფლიქტები და მათთან დაკავშირებული შედეგები მოზარდი თაობის ორგანიზმზე მოქმედებენ, როგორც მრავალპროფილური რისკ-ფაქტორი. ამის შესახებ გასულ საუკუნეში მიუთითებდნენ მთელი რიგი მკვლევარები. მაგრამ აქვე უნდა დავსძინოთ, რომ აღნიშნული ავტორები უპირატესობას ანიჭებდნენ ისეთ ფაქტორს, როგორიცაა კვების არასრულფასოვნება დიდი სამამულო ომის და მის მის შემდგომ.

1941-50 წწ ჩატარებულმა დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ მოსახლეობის კვების მკვეთრმა გაუარესებამ, შიმშილობამ და თვისობრივად ცუდმა კვებამ), დაძაბულმა შრომამ და ფსიქო-ემოციურმა ტრამვებმა უარყოფითი გავლენა მოახდინა მოსახლეობის სომატურ ჯანმრთელობაზე; დაირღვა ფიზიკური განვითარების სქესობრივ-ასაკობრივი კანონზომიერებანი – შენელდა სქესობრივი მომწიფება, მოზარდი თაობის ფიზიკური განვითარება. დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ ბავშვებში და მოზარდებში აღინიშნა არა მარტო წონის დეფიციტი, არამედ დაბრკოლდა ზრდაც. ფეხმძიმე ქალებსა და მათ ახალშობილებში აღინიშნა ზომიარისა პარამეტრების მნიშვნელოვანი შემცირება. ავტორები ზემოაღნიშნულს ხსნიან იმ მძიმე სოციალურ-ეკონომიური პირობებით და ფსიქო-ემოციური სტრესით, რომლებიც თან სდევნენ ცხოვრების საკმარისად დიდ მონაკვეთზეგამოკვლეულ კონტიგენტს.

ლიტერატურაში დაგროვდა მრავალრიცხოვანი მონაცემები ლოკალურ სახელმწიფოთაშორისო და შიდასახელმწიფოებრივი კონფლიქტების შედეგად გამოწვეული ფსიქო-ემოციური სტრესის გავლენის შესახებ მოსახლეობის

ჯანმრთელობის ზოგად მაჩვენებლებზე, მათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე და ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური განვითარებაზე.

1994 წელს ავტორთა მიერ (94) შესწავლილი იქნა საბერძნეთში მცხოვრები დევნილი მოსახლეობა (საბერძნეთმა მიიღო დიდი რაოდენობით დევნილები აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებიდან, შუა აღმოსავლეთიდან და აფრიკიდან). მოზარდებში გამოვლინდა ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა და სქესობრივი განვითარების შეფერხება. უნდა აღინიშნოს რომ ფიზიკურ განვითარები ჩამორჩენა უფრო მკაფიოდ იყო გამოხატული ვაჟებში, ვიდრე გოგონებში. ანალოგიური მონაცემები მიწოდებულია ავტორთა მიერ, რომელმაც გაანალიზეს ავღანეთიდან დევნილი მოსახლეობის სოციალური მდგომარეობის პარამეტრები, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები. ზემოაღნიშნული ავტორები დაავადებათა სტრუქტურაში კუჭ-ნაწლავის და რესპირაციული დაავადებების მაღალ სიხშირეზე მიუთითებენ, ხოლო ბავშვებს განიხილავენ, როგორც ომის ფარულ მსხვერპლებს, რომლებმაც მიიღეს ფსიქო-ემოციური სტრესი. თითქმის ყველა ბავშვი წარმოადგენდა ძლიერი ტრამვის ობიექტს, ყველას ჰყავდა დაღუპული ოჯახის წევრი ან ახლობელი – ნაღმის აფეთქებით ან ტყვიით მიყენებული ჭრილობით, მათ შორის 21 ბავშვი იყო დაბრმავებული, 18-ს დაკარგული ჰქონდა კიდური, 52 ბავშვი იყო მოტაცებული და ნაწამები, ხოლო 20 ბავშვი უშუალოდ მონაწილეობდა ომში.

ჩვენს მიერ მოპოვებულია მასალები ბოსნია-ჰერცეგოვინიდან, სერბიიდან დეპორტირებულ ოჯახთა მდგომარეობის შესახებ ავტორები მიუთითებენ დევნილი ბევრების და მომზადების ფიზიკურ განვითარებაზე ევაკუაციის მძიმე პირობებისა და ფსიქო-ემოციური სტრესის ზეგავლენას. ამავე დროს გამოკვლევულ იყო ახალშობილ ბავშვთა ის ჯგუფი, რომელთა დედებიც ორსულობის პერიოდში მოხვდნენ საომარი მოქმედების ზონაში. ახალშობილთა თითქმის 50%-ს აღნიშნათ დაბადებისას მცირე წონა, რამაც შემდგომში საგრძნობლად შეაფერხა მათი ფიზიკურ განვითარება. ამ ბავშვების ფსიქოლოგიური გადახრების მიზეზად ავტორები ასახელებენ ევაკუაციის მძიმე პირობებს, შიშს, ფსიქო-ემოციურ სტრესს და უმძიმეს სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებს.

ავტორთა მიერ შესწავლილ იქნა ფინეთი და შვედეთის ტეროტორიაზე მყოფი დევნილი ბავშვების, მოზარდებისა და ზრდასრული ადამიანების ფიზიკური მონაცემები და ფსიქო-ემოციური სტრესის ზეგავლენა მათ გონებრივ და ფსიქიურ სფეროზე. ამ კონტიგენტში აღინიშნა ფსიქიურ დაავადებათა მაღალი პროცენტული მაჩვენებლები. სომატური დაავადებებიდან აღნიშნულ კონტიგენტში ყურადღებას იპყრობდა კარდიო-ვასკულარული სისტემის დაავადებები, კერძოდ სპონტანური გულის წასვლის შემთხვევები; გასტროდუოდენიტი, კუჭის წყლული, და სხვა; საკმაოდ მაღალ პროცენტებში იყო მითითებანი (სტრესის შედეგად განვითარებული) მიოპათიების, მხედველობის დაქვეითების, ეპილეფსიის შემთხვევების; რეპროდუქციული ასაკის ქალებში დისმენორეის და ამენორეას შემთხვევები.

ზოგი ავტორის აზრით ზემოთჩამოთვლილი პათოლოგიური მდგომარეობანი შეიძლება იყოს განპირობებული ქველმოქმედებით გამოგზავნილი (ხშირად ვადა გასული) პროდუქტების უვარგისობით.

ეს პროდუქტები შემოდის ოფიციალური ექსპერტიზის ჩატარების გარეშე, ვინაიდან ჰუმანიტარული ორგანიზაციების წარმომადგენლები სარგებლობენ განსაკუთრებული შეღავათებით. მაგალითად, საქართველოში სხვადასხვა დროს შემოტანილი იყო დიდი რაოდენობით იაფი პროდუქტები და ვადაგასული წამლები,

რომლებიც ვერ აკმაყოფილებდნენ ვერც საერთაშორისო და ვერც ქვეყნის შიგნით არსებულ სტანდარტებს. გაფორმებული დოკუმენტების მიხედვით კი ასეთი პროდუქტების ფასი ხშირად გაცილებით აღემატებოდა საერთაშორისო ფასებს, გასაგებია, რომ ასეთი ფალსიფიცირებული პროდუქციის გაყიდვა ხელს აძლევს ზოგიერთი ე.წ. საქველმოქმედო პროგრამების წარმომადგენლებს.

საერთაშორისო ექსპერტების შეფასებით ასეთი სახის «ჰუმანიტარული» აქციებით მიღებული შემოსავალი მსოფლიოს მასშტაბით, თითქმის უტოლდება იარაღით და ნარკოტიკების ვაჭრობის შემოსავალს.

მეტად სერიოზულ საკითხს წარმოადგენს ხანშიშესული ლტოლვილების ჯანმრთელობის შენარჩუნება. საერთაშორისო ორგანიზაციების ყურადღება ძირითადად გამახვილებულია ახალგაზრდა ასაკის ლტოლვილებზე, რის შედეგად უყურადღებოდ რჩებიან ხანშიშესულნი და მოხუცები. მატერიალური სიდუხჭირეს, ახალი გარემოებები კი იწვევენ ტრადიციული ოჯახების ნგრევას, რის გამოც ხანშიშესული ადამიანი საბოლოო ჯამში პირისპირ რჩებიან დაავადებასთან, რომლის დაძლევა შეუძლებელია ოჯახის წევრთა ან საზოგადოების გარეშე.

ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების ექმნებათ სერიოზული პრობლემები დევნილთა დახმარების ადექვატურ და დროულ დაფინანსებასთან დაკავშირებით. ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა იმ ღონისძიებების გატარებას, რომლებიც არ მოითხოვენ დიდ ფინანსურ სახსრებს, მაგრამ საკმარისად ეფექტურია: კერძოდ (პროფილაქტიკა, იმუნიზაცია) გამლიერებული კონტროლი პროდუქტებზე და წყალმომარაგებაზე, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ორგანიზება და სხვ. რესურსების ნაკლოვანების გამო აქცენტი იშვიათად კეთდება სტაციონარული მკურნალობის გაფართოებაზე. მაგრამ ხშირად შედეგი სავალალოა, წარმოიქმნა სპეციალური ტერმინის «დევნილთა ზესიკვდიანობის ფენომენი», რომელიც ასახავს ბევრ რეგიონში წარმოშობილ სიტუაციას, დაკავშირებულს სამედიცინო დახმარების არაეფექტურ მოქმედებასთან.

1.4 იძულებით ადგილნაცვალ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში

აფხაზეთში მომხდარი შეაიარაღებული კონფლიქტის შედეგად, საომარი მოქმედების პირობებში გენოციდს გადარჩენილი უსახლკაროდ დარჩენილი მოსახლეობა იძულებით გადაადგილდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში.

მიუხედავად სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული მრავალმხრივი ღონისძიებებისა იძულებით ადგილნაცვალ პირთა მდგომარეობა დღეისათვის არაკეთილსასურველია. დევნილთა დიდი ნაწილი განსახლებულები არიან საავადმყოფოებში, სასტუმროებში, სანატორიუმებში და ა.შ. მათი საყოფაცხოვრებო პირობები ძირითადად არადამაკმაყოფილებელია, ხოლო სოციალური და ჯანმრთელობის მდგომარეობა თანდათან უფრო მძიმდება. თავს იჩენს სხვადასხვა სახის ფსიქიური და სომატური დარღვევები ეს არც არის გასაკვირი, რადგანაც ისინი იმყოფებიან ხანგრძლივი სტრესის პირობებში, რაც ბუნებრივია აისახება მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თუ ყოველივე ზემოაღნიშნულს დავუმატებთ იმას, რომ მოსახლეობის ამ ნაწილში დარღვეულია ყოფა-ცხოვრების ელემენტარული ნორმები (არასაკმარისი კვებადობა, ოჯახის სტრუქტურის დაშლა, ჩვეული სოციალური სტერეოტიპების რღვევა, დაუსაქმებლობა და სხვა), არ არის გამორიცხული, რომ უახლეს დროში ამ კონტიგენტის ფსიქოლოგიური, სომატური და სოციალური მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდება.

დევნილთა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა რიცხვი სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში

ქვეყანა	ქვეყნებში		
	დევნილთა რიცხვი (სულ)	იძულებით გადაადგილებული პირები (სულ)	მთლიანად გადაადგილებული პირები
აზერბაიჯანი	287	572 451	627 790
საქართველო	7 620	272 101	280 186
სასომხეთი	280 591	-	280 591

აქვე უნდა დავძინოთ, რომ ომის დამთავრების პირველსავე წლებში სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ჩატარდა რიგი ღონისძიებები, მიმართული დევნილთა ადაპტაციაზე. პირველ ეტაპზე ორგანიზებული იქნა სპეციალიზირებული ჰოსპიტალი დევნილთათვის და სპეციალური პოლიკლინიკური დაწესებულებები. ჰუმანიტარული ორგანიზაციების მიერ (UMCOR, MSF, ACTS Georgia და სხვა) პერიოდულად წარმოებდა მედიკამენტებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის მიწოდება.

IOM და ACTS Georgia-ს თანამშრომელთა მიერ გამოკითხული იყო იძულებით გადაადგილებულ პირთა 100 ოჯახი ინსტიტუციურ ქსელში, რის შემდეგადაც გამოვლინდა, რომ თავდაპირველად ოჯახთა 57%-ს არ გააჩნდა საკმარისი ინფორმაცია პოლიკლინიკებში რეგისტრაციის შესაძლებლობის შესახებ, ხოლო ქრონიკულ დაავადებით შეპყრობილ პირთა 75%-ს არ ჰქონდა სათანადო მედიკამენტების მიღების შესაძლებლობა.

ერთ-ერთ ყველაზე მტკივნეულ საკითხს, რომელიც ნათლად ასახავს აფხაზეთთან იძულებით ადგილნაცვალ პირთა მდგომარეობის ტრაგიზმის მთელ სიღრმეს, წარმოადგენს ამ მოსახლეობაში დემოგრაფიული სიტუაციის მკვეთრი გაუარესება. აფხაზეთიდან იძულებით ადგილნაცვალ პირთა დემოგრაფიული მაჩვენებლის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის შედეგად დადგენილია ისეთი ნეგატიური ტენდენციები, რომლებიც დეპოპულაციის საფრთხეს უქმნის დევნილ მოსახლეობას. აღინიშნება საერთო სიკვდილობის ზრდის, შობადობისა და შესაბამისად, ბუნებრივი ნამატის შემცირების გამოკვეთილი ტენდენცია დ.ხორავას მონაცემებით იძულებით ადგილნაცვალ მამაკაცებში სიკვდილობის მაჩვენებელი 2-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში. ავტორის მიერ აფხაზეთიდან იძულებით ადგილნაცვალ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონაცემთა ანალიზით გამოვლინდა ისეთი უარყოფითი ტენდენციები, როგორცაა: საქართველოს ყველა რეგიონში ამ კონტიგენტის მიმართვიანობის ზრდა სამკურნალო დაწესებულებებში, სომატურ დაავადებათა სტრუქტურის შეცვლა-გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა ხვედრითი წილის მატების ხარჯზე. ნევროზების, ნევრასთენიების, დეპრესიული მდგომარეობის ყოველწლიური მატება.

ამ უკანასკნელის თვალსაზრისით უდავოდ ყურადსადებია დ.ზურაბაშვილის მიერ შესრულებული სადისერტაციო ნაშრომი თემაზე: «სასკოლო ასაკის ბავშვთა პოსტრავმული სტრესული აშლილობის განვითარების ტოპოლოგია», სადაც ავტორი საკმაოდ დიდ ფაქტობრივ მასალაზე დაყრდნობით იძლევა პოსტრავმულ სტრესული აშლილობის განვითარების ტიპოლოგიას ასაკობრივ ასპექტში, რომელიც გამოიხატება დევიაციური ქცევის, ნევროზული სიმპტომატიკის, ფსიქიკური

დიზონციოგენეზის, ქარაქტეოლოგიურ დარღვევათა და დეპრესიული შინარსის ელემენტების სიჭარბით. ავტორის მიერ მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ბავშვისა და მოზარდების ფსიქიურ ჯანმრთელობაზე სოციალური კატასტროფის გავლენის შეფასებისათვის აუცილებელია სისტემური მიდგომა კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ, სოციალურ-ფსიქოლოგიურ და პიროვნულ კრიტერიუმების გამოყენებით. ბავშვსა და მოზარდებში კრიტერიუმების ინტეგრაციული გამოყენება ხელს უწყობს კლინიკურად არა მკვეთრად გამოხატულ პოსტრავმულ სტრეს-რეაქციათა განვითარების ტიპების გამოვლენას.

მ.კაკაურიძის მიერ შესწავლილია იძულებით ადგილნაცვალ ბავშვებში ორგანულ-რევმატიულ და არაორგანულ-ნევროზული ჰიპერკინეზების გავრცელება და დადგენილია ეგზოგენური და ენდოგენური რისკ-ფაქტორების ზეგავლენა მათ აღმოცენებასა და გავრცელებაზე. მასიური ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები ჩაუტარდათ ქუთაისის და წყალტუბოს სანატორიუმებში კომპაქტურად მცხოვრებ 4-დან 15 წლამდე ასაკის 2010 იძულებით ადგილნაცვალ ბავშვს. აღნიშნულ კვლევის საფუძველზე ავტორი თვლის, რომ საომარი კონფლიქტის ზონაში ნამყოფი და მუდმივი საცხოვრებელი ადგილიდან იძულებით გადაადგილებულ ბავშვებში აღინიშნება არაორგანული (ნევროზული და იმიტაციური) ჰიპერკინეზების მაღალი გავრცელების. განსაკუთრებით საყურადღებოა ბავშვთა ამ კონტიგენტში ძლიერი აღზნება, აგრესიულობა, ძილის დარღვევა, ღამის შიშები და სხვა ფობიები, ლოგონევროზი და ენურეზი, რომელთა სიხშირემ საომარი კონფლიქტის ჯერ კიდევ ომის დამთავრების პირველსავე წლებში რამდენჯერმე მოიმატა.

ავტორთა მონაცემებით ბავშვთა აგრესიულობა ვლინდება არამოტივირებული კონფლიქტებით, დესტრუქციული ქმედებებით, რასაც თან ახლდა ირგვლივ მყოფთა სიტყვიერი და ფიზიკური შეურაცხობა, საოჯახო ნივთების მტვრევა, ცხოველთა წვალება. გამოვლენილი ნერვული სისტემის პათოლოგიიდან ყურადღებას იპყრობდა ეპილეფსიის და ჰიპერკინეზების შემთხვევების მაღალი მაჩვენებლები, რომლებიც განუვითარდათ საომარი მოქმედებების შემსწრე ბავშვების 94%-ს. აქვე უნდა დავძინოთ, რომ ბავშვთა აღნიშნულ კონტიგენტზე ავტორთა მიერ ჩატარდა მონიტორინგი 5-7 წლის შემდეგ, რის საფუძველზე გამოვლინდა ღამის ენურეზის და ლოგონევროზის სიხშირის კლება, თუმცა კვლავ მაღალი დარჩა აგრესიულობა განსაკუთრებით ვაჟთა შორის.

ამრიგად, ზემოთაღნიშნული მონაცემები მიანიშნებს იძულებით გადაადგილებულ პირებში სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესების აუცილებლობაზე. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ საჭიროა ჩატარდეს გამოკვლევები, რომლებშიც მეცნიერულად იქნება შეფასებული იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დახმარების მდგომარეობა და მისი გაუმჯობესების გზები.

აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი ინდიკატორების შეფასების შედეგები

აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
დეპარტამენტის უფროსი მედიცინის აკადემიური დოქტორი **თენგიზ კვიციანი**

აფხაზეთიდან მოსახლეობის დიდი მასების იძულებით გადაადგილებამ განაპირობა სერიოზული საზოგადოებრივი კრიზისი. დევნილთა უმრავლესობამ დაკარგა თავისი სოციალური სტატუსი, საარსებო სახსრები; მნიშვნელოვანი ტრანსფორმაცია განიცადა მათმა ცხოვრების ჩამოყალიბებულმა წესმა, ფასეულობებმა და კულტურამ; დევნილთა დიდ ნაწილს დაეუფლა იმის განცდა, რომ არც წარსული და არც მომავალი არ გააჩნია. საგანგებო სიტუაციამ ისინი «ამოაგდო» ჩვეული გარემოდან და პრაქტიკულად დაუცველად დატოვა ახალი პირობების წინაშე. ამას თანდართულმა თანამედროვე ცხოვრების წესმა და ტემპმა, სოციალური და ბიოლოგიური რიტმების შეუსაბამობამ გამოიწვია დევნილი მოსახლეობის დიდი ნაწილის სოციალური დეზადაპტაცია. ადამიანის ადაპტაციური მექანიზმების გადაძაბვა, «ჩავარდნა», თავის მხრივ, მრავალი დაავადების, მათ შორის, ქრონიკულად მიმდინარე პათოლოგიის, მიზეზი ან ფონი ხდება ხოლმე.

სოციალური ადაპტაციის კრიზისი დევნილებში მკაფიოდ ვლინდება არახელსაყრელ, სტრესულ პირობებში. მას აღრმავებს ათწლეულობით ჩვეული პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური წყობის კრაზიცი. ამ კრიზისს თან სდევს მიზნისა და ცხოვრების აზრის დაკარგვის შეგრძნება. ჯანმრთელობის ცუდი საწყისი პირობები, რაც აფხაზეთში 1992-93 წწ. საომარი კონფლიქტით იყო გამოწვეული, დევნილი მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის სიღარიბე, სოციალური მოუწყობლობა, ჯანდაცვის არასაკმარისად ეფექტური სისტემა, სიძვირის გამო ნაკლებად ხელმისაწვდომი წამლები, ჰიგიენის გაუარესება და ანტისანიტარია, საკვების ულუფის შემცირება და მისი ხარისხის დაქვეითება, სტრესების ინტენსიური ზემოქმედება მძიმედ აისახება იძულებით გადაადგილებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ დევნილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესასწავლად გარკვეული კვლევითი მუშაობაა გაწეული (დ.ხორავა, ვ.შანიძე და სხვ.), დღემდე არ ჩატარებულა ქვეყნის მოსახლეობის ამ ნაწილში დაავადებათა გავრცელების, ავადობის დეტალური ანალიზი, არ განსაზღვრულა შესაბამისი მონაცემები და არ შედარებულა ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობის სათანადო მაჩვენებლებთან; შესწავლილი არ არის დევნილთა ავადობის რეგიონული სპეციფიკა, ავადობის სტრუქტურა დინამიკაში, რისკის ფაქტორების როლი; ყურადღების მიღმა დარჩენილი დევნილი მოსახლეობის პროფილაქტიკური სამედიცინო გასინჯვების მონაცემები. ამდენად, დევნილი მოსახლეობის არადამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეუსწავლელ საკითხთა საკმაოდ ფართო სპექტრი განაპირობებს პრობლემის აქტუალობას.

დადგინდა, რომ რეგიონში მცხოვრები დევნილები დახმარებისთვის უფრო იშვიათად მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას, ვიდრე დედაქალაქში. ასე,

მაგალითად, ზუგდიდის რაიონში მცხოვრებ დევნილებში მიმართვა 1 სულზე წელიწადში შეადგენს მხოლოდ 0.5-ს. გარდა ამისა, ვიწრო სპეციალისტებთან მიმართვა რაიონში მცხოვრებ დევნილებში 1.4-1.5-ჯერ ნაკლებია თბილისში განსახლებულ იძულებით გადაადგილებულ პირთა ანალოგიურ მაჩვენებელთან შედარებით. გარკვეული სხვაობაა კომპაქტურად განსახლებულ და კერძო სექტორში მცხოვრებ დევნილთა მიმართვებს შორისაც (პირველში 1,2-1.3-ჯერ მეტია), რაც ამ ობიექტების უმრავლესობაში ე.წ. მიმაგრებულ ექიმთა საქმიანობით, ორგანიზებულად ჩასახლებულებში ინფორმაციის მეტი გავრცელებითაც აიხსნება.

დევნილთა ამბულატორიულ-საკონსულტაციო დახმარებას ძირითადად ახორციელებს აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტროს მოქმედი ქსელი, რომელიც წელიწადში საშუალოდ 160 ათასზე მეტ მიმართვას ემსახურება. მისი შესაძლებლობები შეზღუდულია სუსტი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის, აგრეთვე მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით არადამაკმაყოფილებელი მომარაგების გამო. გარდა ამისა, სამინისტროს თავისი დაწესებულებები არ გააჩნია კახეთის, ქართლის რეგიონებში, სამეგრელოს რიგ რაიონებში, რაც იქ განსახლებულ დევნილთა სამედიცინო დახმარებას პრობლემურს ხდის.

პრობლემურია დევნილთა სტაციონარული მკურნალობა, რადგან საავადმყოფოში მკურნალობის ღირებულების ანაზღაურების საკითხის გადაწყვეტა დროში გახანგრძლივებულია, ამასთან, უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის მოცულობა ნოზოლოგიებთან მიმართებაში შეზღუდულია, რის გამოც დევნილ პაციენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი საერთოდ მოკლებულია აუცილებელი სტაციონარული დახმარების მიღების შესაძლებლობას. რთული სიტუაციაა მაღალტექნოლოგიური და ძვირადღირებული გამოკვლევების ჩატარების, ასევე მაღალფასიანი მედიკამენტების მიღების საკითხშიც.

დევნილები ნაკლებად არიან ინფორმირებული სამედიცინო დახმარებასთან მიმართებაში სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ გარანტიებზე, განსაკუთრებით სოფელ ადგილებში.

პროფილაქტიკური სამედიცინო გასინჯვების სისტემა დადებით მხარესთან ერთად უარყოფით ელემენტებსაც შეიცავს (ღონისძიების ერთჯერადობა, გამოვლენილ ავადმყოფთა შემდგომი მკურნალობის საკითხის გადაუწყვეტლობა).

იძულებით გადაადგილებულ პირებში დაბალია ცხოვრების ჯანსაღი წესის მოტივაცია, რისი ერთ-ერთი მიზეზია დევნილი საზოგადოების მიერ ჯანდაცვის პრობლემების შეუფასებლობა და ხშირ შემთხვევაში იგნორირებაც მისგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო. მით უმეტეს, რომ იძულებით გადაადგილებულთა უმრავლესობა მიგრაციით გამოწვეულ და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს აღიქვამს არა მარტო უარყოფით, არამედ უკონტროლო მოვლენადაც.

აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ხანგრძლივი დაკვირვების, არსებული ვრცელი დოკუმენტური მასალის შესწავლის და ანალიზის შედეგები საშუალებას იძლევა დავასკვნათ, რომ:

1. დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი პარამეტრები, მიუხედავად მიღწეული ცალკეული დადებითი ძვრისა, არადამაკმაყოფილებელია; დევნილი პოპულაციისათვის არადევნილ მოსახლეობასთან შედარებით დამახასიათებელია დაავადებიანობის, ავადობის გაცილებით მაღალი დონე, კერძოდ, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის

(IX გადახედვა) მიხედვით დაავადებათა 17 ძირითადი კლასიდან 10-ში დევნილთა ავადობის მაჩვენებლები ქვეყნის მაჩვენებლებზე გაცილებით უარესია (თანაფარდობის $K_{\text{ა}}$ კოეფიციენტი 2.5-3.0 და მეტია). ავადობის თვალსაზრისით სტატისტიკურად მნიშვნელოვან ჯგუფთაშორის განსხვავებას იძლევა იძულებით გადაადგილებული მოზრდილი მოსახლეობის სტრატეგიკაცია (შემოსავლების, ასაკის, სქესის, განათლების დონის მიხედვით), მათ შორის შესაბამისი ოჯახების ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მხრივაც. ბავშვებსა და მოზარდებში არსებული ჯანმრთელობის ნეგატიური ტენდენციები კი რეალურ წანამდღერებს ქმნის მომავალი თაობების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების თვალსაზრისით, რაც აისახება როგორც სამხედრო სამსახურისთვის ვარგისობის მაჩვენებლებში, ისე გენეტიკურად სუსტ თაობებში. განსხვავებულია ქალაქად და სოფელ რაიონში, კომპაქტურად და კერძო სექტორში განსახლებულ დევნილთა ავადობის მაჩვენებლებიც.

2. დევნილი მოსახლეობის დაავადებულობისა და ავადობის მაღალი ფონი მიგრაციის მრავალფაქტორულობის [იძულებით გადაადგილება, სოციალური დეზადაპტაცია, სოციალური მოუწყობლობა, ცხოვრების გაზრდილი ტემპები, ცხოვრების წირის მახასიათებლების, სოციალური გარემოს შეცვლა, მუდმივმოქმედი სტრესები (ფსიქოემოციური სფეროს და ნერვული გადაძაბვა) და სხვ.] მადომინირებელი ზემოქმედების პირობებში შეიცავს რეალურ საფრთხეს დეპოპულაციის ტენდენციის ფორმირებისათვის, ამ პროცესის დაჩქარებისა და გაღრმავებისათვის;

3. ვინაიდან დევნილი მოსახლეობის ავადობა მასშტაბურია, მისი განვითარების მყარი ურთიერთკავშირების და ძირითადი ტენდენციების ჩამოყალიბება ხდებოდა საკმაო დროის (11-12 წ.) განმავლობაში, იგი ხასიათდება მნიშვნელოვანი ინერციულობით. დევნილთა ავადობის დონე განპირობებულია მრავალი ფაქტორის ზემოქმედებით, ხოლო მისი განვითარების გარეგანი ნიშნები და პირობები მომავალში შეიძლება მეტ-ნაკლებად უცვლელი დარჩეს. გამომდინარე აქედან, მოსალოდნელია ამ პროცესის უკვე გამოვლენილი პარამეტრების და ხასიათის შენარჩუნება, ანუ, არსებული პირობების მოქმედების გაგრძელების შემთხვევაში, უახლოესი 5-10 წლის მანძილზე, იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობის ავადობის ამჟამინდელი დონე, საკმაო ალბათობით, ძირითადად შენარჩუნდება და, ამასთანავე, შესაძლებელია ქრონიკულ და მრავლობით პათოლოგიათა ხვედრითი წილის შემდგომი მატება;

4. დევნილები, როგორც საქართველოს მოსახლეობის ყველაზე ღარიბი და სოციალურად ნაკლებად დაცული ფენა, ჯანდაცვის სამსახურებისადმი ეკონომიკური ხელმიუწვდომლობის გამო, პროგნოზულად ჯანმრთელობის შემდგომი გაუარესების მაღალი რისკის კატეგორიას განეკუთვნებიან. აღნიშნული გარემოება განსაზღვრავს გაცილებით მეტ მოთხოვნას სამედიცინო დახმარებაზე. სინამდვილეში კი, სიღარიბის გამო, დევნილთა აბსოლუტური უმრავლესობა მოკლებულია ადეკვატურ სამედიცინო დახმარებას (განსაკუთრებით, მაღალტექნოლოგიურს და სპეციალიზებულს), რადგან დღეისთვის მოქმედი ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა უზრუნველყოფს იძულებით გადაადგილებულთა მხოლოდ მინიმალურ სამედიცინო დახმარებას. შექმნილი მდგომარეობა და დევნილთა სამედიცინო დახმარების არსებული სისტემის ნაკლებეფექტურობა განსაზღვრავს იძულებით გადაადგილებულთა ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემის

აქტუალობას და განაპირობებს სისტემის ფუნქციონირებისადმი ახალი მიდგომების რეალიზაციის აუცილებლობას;

5. ვინაიდან დევნილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის რეალური გაუმჯობესება, განმტკიცება და ხელშეწყობა პრაქტიკულად შეუძლებელი იქნება მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის მიერ, ამიტომ დადებითი გავლენის მისაღწევად აუცილებელი იქნება საკანონმდებლო, ფინანსური, ორგანიზაციული, მმართველობითი და განათლების ღონისძიებების გადახედვა იძულებით გადაადგილებულთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებებთან მიმართებაში; აგრეთვე სოციალურ-ყოფითი და სხვა პრობლემების გადაწყვეტის ღონისძიებათა დაგეგმვა-რეალიზაცია; ამასთან, მხედველობის მიღმა არ უნდა დარჩეს ის გარემოება, რომ დევნილი საზოგადოებისთვის საკუთარი «მე»-ს რეალიზაციის პირობების შექმნა, მისი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია შესაძლებელს გახდის ვიმსჯელოთ ქვეყნის მოსახლეობის ამ მნიშვნელოვანი ნაწილის რეალურ სოციალურ ადაპტაციაზე, დაავადებებთან ეფექტურ ბრძოლაზე.

ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

1. იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობის სამედიცინო-სოციალური უზრუნველყოფის მეცნიერულად დასაბუთებული ერთიანი სისტემის შემუშავება; არსებითი გარდაქმნების რეალიზაცია მიგრანტებთან დაკავშირებულ სტრატეგიაში არამარტო სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის მხრივ, არამედ მთლიანად სასიცოცხლო უზრუნველყოფის სისტემაშიც.

2. იძულებით გადაადგილებულთა ჯანმრთელობის პრობლემების კომპლექსური გადაწყვეტისას:

ა) მოსახლეობის განვითარების პროცესების, გარემოსა და რესურსების (ეკონომიკური და სოციალური სფეროები – ჯანმრთელობის დაცვა, განათლება, რეკრეაციული შესაძლებლობები, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები) მდგომარეობის ბალანსირების პრინციპის აუცილებელი დაცვა.

ბ) დაავადებათა პროფილაქტიკის და ჯანმრთელობის განმტკიცების პოლიტიკის პრობლემების ზედმიწევნითი აქტუალობის გათვალისწინება.

3. დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების არასასურველი ზეგავლენის რისკის შემცირების ღონისძიებების უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტის რანგში აყვანა. საცხოვრებელი გარემოს გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული სოციალური პოლიტიკა.

4. დევნილთა ჯანდაცვის სისტემის რეალური ფუნქციონირების მნიშვნელოვან თანმხლებ ელემენტად სამართლებრივი რეგულირების წარმოჩენა.

5. დევნილი მოსახლეობის მოთხოვნილებებსა (მათ შორის, სამედიცინო ხასიათის) და სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილ (მათ შორის, ჯანდაცვისთვის) რესურსებს შორის წონასწორობის მარეგულირებელ ელემენტად უნდა გამოდიოდეს ნორმატიული ოპტიმუმის (მეცნიერულად დასაბუთებული ოპტიმალური ნორმები და ნორმატივები) დაგეგმვა სპეციალური (ანალიტიკური, ბალანსური, ნორმატიული და ეკონომიკურ-მათემატიკური) მეთოდების გამოყენებით.

6. დაავადებებთან წარმატებული ბრძოლის აუცილებელი პირობების (კარგად დამუშავებული და დასაბუთებული სტრატეგია, შესაბამისი ეფექტური მეთოდები, მაღალი დონის ეპიდზედამხედველობა, სათანადო დაგეგმვა-დაფინანსება, და, რაც

არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ქვეყნის ხელისუფლების პოლიტიკური ნება) ფორმირება და დევნილთა ჯანდაცვის ქმედითობის რეალური უზრუნველყოფა.

7.. ჯანდაცვის საზოგადოებრივი ხასიათის (უფასო და მისაწვდომი სამედიცინო დახმარება) შენარჩუნება. ჯანდაცვის სოციალური ბაზის განმტკიცება – სამედიცინო-პროფილაქტიკური ცოდნის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდის მიზნით დევნილთა ფართოდ გათვითცნობიერება ჯანდაცვის პრობლემებში.

8. იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის სრულყოფა:

– ამბულატორიულ-საკონსულტაციო დახმარების ოპტიმიზაცია ტერიტორიული და დროის თვალსაზრისით მისი მისაწვდომობის უზრუნველყოფით როგორც პირველადი სამედიცინო მომსახურების, ისე არასტაციონარული კვალიფიცირებული და სპეციალიზირებული დახმარების დონეზე. ამბულატორიულ ქსელში მკურნალობის იაფი, ეფექტური სახეების შემოღება და სტაციონარჩამნაცვლებელი ტექნოლოგიების დანერგვა.

– დასაბუთებული და საბოლოო შედეგზე ორიენტირებული მიზნობრივი ჯანდაცვითი (მათ შორის, ჯანმრთელობის და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის) პროგრამების შემუშავება შუალედური და საბოლოო შედეგების შესაფასებელი მკაფიო კრიტერიუმებით, მათი რეალიზაცია.

– სამედიცინო დაზღვევით დევნილთა სრული (ეტაპობრივად) მოცვა, ადეკვატური მოცულობის და ხარისხის სამედიცინო დახმარების მიღებაში დაზღვეულ პაციენტთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფა.

– დედათა და ბავშვთა დაცვის სისტემის სრულფასოვანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა და ახალი თაობის ჯანმრთელობის აღწარმოების ადეკვატური სისტემის შექმნა. ხანშესულთა სოციალური და სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის სრულყოფა;

– იძულებით გადაადგილებულ მოსახლეობაში მრავალპროფილიანი პროფილაქტიკური სამედიცინო გასინჯვების მექანიზმის დახვეწა; შესაბამისად, ძვირადღირებული სამკურნალო ღონისძიებების აუცილებლობის მაღალი ხვედრითი წილის თანდათან ჩანაცვლება ეფექტური, მოქნილი მასობრივი პროფსამედიცინო გასინჯვების სისტემით;

– დევნილთა აუცილებელი სამკურნალო-საშუალებებით უზრუნველყოფის სამართლებრივი და პრაქტიკული ბაზისის შექმნა.

– აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებების ფუნქციონირების მაქსიმალური ხელშეწყობა როგორც იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების დონისა და ხარისხის გაუმჯობესების, ისე აფხაზეთში დასაბრუნებლად ადგილობრივი, კვალიფიციური საკადრო პოტენციალის, საერთოდ, სისტემის შენარჩუნებისა და განვითარების მიზნით;

– დევნილთა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ტაქტიკური ამოცანების რეალიზების პროცესში ორგანიზაციული ღონისძიებების (დევნილი მოსახლეობის მოთხოვნილებათა განსაზღვრა; რესურსების და პირობების უზრუნველყოფა; ფუნქციურ მოვალეობათა განაწილება; ინფორმაციული უზრუნველყოფა; რეორგანიზაცია), მონიტორინგის სისტემის (უწყვეტი დაკვირვება; ანალიზი და შეფასება; კონტროლი; პროგნოზი), კორექციის (მათ შორის, კრიტერიუმების,

ტექნოლოგიების, მაჩვენებლების, ორგანიზაციული ღონისძიებების) სრულფასოვანი განხორციელება.

9. ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფართო პროპაგანდა. დევნილებისთვის მისი უმნიშვნელოვანესი სოციალური ასპექტების (აქტიური საზოგადოებრივ-შრომითი, კომუნიკანტური, საოჯახო-საყოფაცხოვრებო მოღვაწეობა, ფიზიკური და სულიერი შესაძლებლობების გამოვლინება საზოგადოებასთან ჰარმონიაში) რეალიზაციის პირობების შექმნა; მათი სიცოცხლისეული და შრომითი პოტენციალის ჩართვა ეკონომიკურ პროცესებში (მის მნიშვნელოვან სფეროებში გადანაწილებით); შრომითი აქტივობის პერიოდის გაზრდა უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში მათი ჯანმრთელობის მხარდაჭერისა და სამედიცინო დახმარების შესაბამისი სისტემის ორგანიზაციით;

10. აფხაზეთში დაბრუნების შესაძლებლობის შემთხვევისთვის მოსალოდნელ მიგრაციულ ნაკადთა მიზანმიმართული ორგანიზაციისა და რეგულირების შესაძლო გზების განსაზღვრა.

ინფექციური დაავადებების და შიდსის გავრცელება აფხაზეთიდან დევნილ მოსახლეობაში

მედიცინის აკადემიური დოქტორი ნინო გულუა

მოსახლეობის იძულებითი მიგრაციული პროცესები სერიოზულ გავლენას ახდენდა და ახდენს მსოფლიოს სოციალურ განვითარებაზე. მოსახლეობის დიდი მასების გადაადგილება ჯერ კიდევ დაიწყო შუა საუკუნეებში და მე-XIX საუკუნის მეორე ნახევარში პიკს მიაღწია. საკმარისია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ 1901-1915 წლებში მსოფლიოში იძულებით გადაადგილდა 10 მილიონზე მეტი ადამიანი და ეს რიცხვი დღითი-დღე იზრდება.

მეორე მსოფლიო ომმა, მოსახლეობის გაცილებით დიდი მასების გადაადგილება გამოიწვია. კერძოდ დაახლოებით 30 მილიონი ადამიანი (რაც მთელი ევროპის მოსახლეობის 10%-ს შეადგენდა) იძულებული იყო დაეტოვებინა თავისი მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი. დევნილთა ასეთმა დინებამ, რომელიც საომარი მოქმედებებისა და პოლიტიკური მიზეზების შედეგად განვითარდა, მთლიანად შეცვალა ევროპისა და ცენტრალური აზიის ეთნიკური შემადგენლობა. საომარი კონფლიქტებით განპირობებული იძულებითი მიგრანტების რიცხვი ყოველწლიურად მატულობს და 2002 წლის მონაცემებით თითქმის 22 მილიონ ადამიანს მიაწია.

1991 წელს დაიშალა საბჭოთა კავშირი და საქართველომ აღიდგინა თავისი დამოუკიდებლობა. ორმა რეგიონმა-აფხაზეთმა და ჩრდილოეთ ოსეთმა-ახლად აღიარებული საქართველოს რესპუბლიკის საკანონმდებლო და პოლიტიკური რეფორმების მიუხედავად, გამოაცხადეს საკუთარი სუვერენიტეტი. ეს სიტუაცია

გადაიზარდა ომში, რის შედეგადაც საომარ ტერიტორიებზე მცხოვრები მოსახლეობის დიდმა ნაწილმა (250 000-ზე მეტი ადამიანი) დატოვა საკუთარი საცხოვრებელი ადგილები და დასახლდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში.

მიუხედავად სამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული მრავალმხრივი ღონისძიებებისა, იძულებით ადგილნაცვალ პირთა მდგომარეობა სადღეისოდ მაინც არადაამაკმაყოფილებელია. დევნილთა დიდი ნაწილი საავადმყოფოებში, სასტუმროებსა და სანატორიუმებში არიან განსახლებული. მათი საყოფაცხოვრებო პირობები ძირითადად არადაამაკმაყოფილებელია, ხოლო სოციალური და ჯანმრთელობის მდგომარეობა დღით-დღე უფრო უარესდება და თავს იჩენს სხვადასხვა ფსიქიური და სომატური დარღვევები. ეს არ არის გასაკვირი, ვინაიდან ისინი მუდმივად იმყოფებიან სტრესულ მდგომარეობაში. თუ ყოველივე ზემოაღნიშნულს დავუმატებთ იმას, რომ მოსახლეობის ამ ნაწილში დარღვეულია ცხოვრების ელემენტარული ნორმები (არასაკმარისი კვება, ოჯახის ტრადიციული სტრუქტურის მოშლა, ჩვეული სოციალური სტერეოტიპების დარღვევა, დაუსაქმებლობა და სხვა) არ არის გამორიცხული, რომ უახლოეს დროში ამ კონტიგენტის ფსიქოლოგიური, სომატური და სოციალური მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდეს.

აფხაზეთიდან დევნილთა პრობლემა არა თუ არ კარგავს თავის აქტუალობას. არამედ იწვევს მთელ რიგ ახალ ტენდენციებს, რომელიც უარყოფითად ვლინდება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

საგანგებო მდგომარეობამ დევნილები მოაშორა ჩვეულ გარემო პირობებს და აღმოჩნდნენ პრაქტიკულად დაუცველები საკმაოდ აგრესიულ პირობებში.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა პრობლემა ატარებს გლობალურ ხასიათს. მათი რიცხვი არა მარტო ზრდის ინფექციური დაავადებების და მათ შორის ტუბერკულოზის გავრცელების რისკს, არამედ გვეკარნახობს ამოცანებს მიზანმიმართული პრევენციული ღონისძიებების გასატარებლად. ყოველწლიურად მთელს მსოფლიოში 8 მილიონზე მეტი ადამიანი ავადდება ტუბერკულოზით და დაახლოებით 3 მილიონი იღუპება ამ დაავადებისაგან. საერთო რიცხვის 98% მოდის განვითარებად ქვეყნებზე. ტუბერკულოზის გავრცელებას ხელს უწყობს აივ ინფექცია/შიდსი, რომელიც აჩქარებს ლატენტური ფორმის ტუბერკულოზის აქტიურ ფორმაში გადასვლას.

აღსანიშნავია, რომ ტუბერკულოზი წარმოადგენს ერთ-ერთ ხშირ ოპორტუნისტულ ინფექციას აივ ინფიცირებულ პირთა შორის. ტუბერკულოზის განვითარების რისკი დევნილთა შორის საკმაოდ მაღალია. ცუდი კვება და არადაამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები ხელს უწყობს დაავადების განვითარებას.

მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის დახმარებით იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება პრაქტიკულად შეუძლებელია. დადებითი ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია მოხდეს საკანონმდებლო, ფინანსური, საორგანიზაციო და საგანმანათლებლო ღონისძიებების გადახედვა. აუცილებელი რესურსების მობილიზაცია, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების, სამედიცინო და არასამედიცინო სექტორის ოპტიმალური კოორდინაცია.

საქართველოს მოსახლეობა დაახლოებით 4,6 მილიონს შეადგენს, რაც გარკვეულწილად გამოწვეულია მიგრაციის პროცესებით, შეიარაღებული კონფლიქტებით, და ეკონომიკური კრიზისით, სიკვდილიანობის ზრდითა და

შობადობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი შემცირებით. სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მონაცემებით 1989 წლის აღწერის საფუძველზე საქართველოს მოსახლეობა, შემდეგნაირად არის განაწილებული: ქართული მოსახლეობა შეადგენს 70,1%-ს, სომეხი მოსახლეობა 8,1%-ს, რუსები-6,3%-ს, აზერბაიჯანული მოსახლეობა-5,7%-ს, ოსური მოსახლეობა-3%-ს და აფხაზები-1,8%-ს.

სოციალურად საშიში ინფექციები, როგორცაა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, აივ ინფექცია/შიდსი და ტუბერკულოზი ევროპის უმეტეს ქვეყნებში, განსაკუთრებით კი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ჯერ კიდევ გვევლინება მოსახლეობის საერთო ავადობისა და სიკვდილობის წამყვან მიზეზთა შორის.

ეკონომიკურმა ჩავარდნამ, პოლიტიკურმა და სოციალურმა არასტაბილურობამ განაპირობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება.

დაავადებათა ამ ჯგუფის გავრცელება, მათი სოციალური შედეგების გათვალისწინებით, სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს არა მარტო განვითარებადი, არამედ განვითარებული ქვეყნებისთვისაც. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით ყოველწლიურად აღირიცხება ტუბერკულოზის 8,4 მლნ. აივ ინფექციის 5 მლნ. და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების 4 მლნ.ზე მეტი ახალი შემთხვევა. მიუხედავად მრავალრიცხოვანი და ხშირად ზედმიწევნით ძვირადღირებული ღონისძიებების გატარებისა ქვეყნების უმეტესობაში დადებითი ძვრები ვერ იქნა მიღწეული.

განსაკუთრებით საგანგაშო სიტუაცია აღინიშნა ევროპის აღმოსავლეთ ნაწილში, სადაც ავადობის დონემ სწრაფი ზრდა იწყო კვლავ და დღევანდელ ეტაპზე შეიქმნა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ღონისძიებების ინტეგრაციისა და გაძლიერების დიდი აუცილებლობა ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყნებში, მათ შორის, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში.

ვინაიდან სოციალურად საშიში ინფექციების სწრაფად ზრდის საგანგაშო მდგომარეობა არსებობს დევნილებში, აუცილებელია სწორი მიზანმიმართული პროფილაქტიკური პროგრამების დანერგვა.

საქართველოს დღევანდელი სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციის გათვალისწინებით დევნილ მოსახლეობაში სოციალურად საშიში ინფექციების ფართო გავრცელება და მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები მოითხოვს სათანადო ზომების მიღებას როგორც ნაციონალურ, ასევე რეგიონულ დონეზე, მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობას საერთაშორისო ორგანიზაციებთან.

დევნილ მოსახლეობაში სოციალურად საშიში დაავადების პრევენციასთან დაკავშირებული პოლიტიკის გამომუშავება ზედმიწევნით რთული საქმეა, ვინაიდან იგი მოითხოვს ისეთი საკითხების გადაწყვეტას, როგორცაა პაციენტთა ნებაყოფილობითი კონსულტირება, ტესტირება, მოტივირების გაზრდა, რათა დათანხმდნენ რაციონალური მკურნალობის ჩატარებაზე, შრომისუნარიანობის აღდგენას და საბოლოო ჯამში პიროვნების საზოგადოებაში დაბრუნებას.

უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე სოციალურ-კულტურული და მიკროსოციალური გარემოს ფაქტორებს, ვინაიდან დევნილის მკურნალობისა და შრომისუნარიანობის აღდგენის სტრატეგია მოითხოვს მრავალი სპეციალისტის მონაწილეობას. აუცილებელია მხედველობაში ვიქონიოთ ნათესაობრივი, ოჯახური და მეგობრული კავშირები, ვინაიდან მათი მხარდაჭერა ეფექტური პროფილაქტიკისა და მკურნალობის წარმატების საწინდარია.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ექმნება განსაკუთრებული პრობლემები იმასთან დაკავშირებით, რომ სოციალურად საშიში ინფექციების ფართო გავრცელება დამატებით ტვირთად აწვება ისედაც შეზღუდულ რესურსებს, რომლებიც გამოიყოფა დევნილთა ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად. ამიტომ, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ისეთი მიდგომის შემუშავებას, რომელიც გაითვალისწინებს დევნილებში არსებულ ეკონომიკურ, კულტურულ და სოციალურ შეზღუდვებს.

დევნილი მოსახლეობის კვების პრობლემების კომპლექსური შესწავლის შედეგები

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტის ასოცირებული პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **შალვა (დავით) ზარნაძე**
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტის ასოცირებული პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი **ირინე ზარნაძე**
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დოქტორანტი **თამარ დარსანია**

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპლექსური შესწავლა და ჯანმრთელობის ძირითადი მახასიათებლებზე მოქმედი ძირითადი მარკერების გავლენის დახასიათება, სამედიცინო დახმარების რაოდენობისა და ხარისხის შეფასება ყველა ქვეყნისათვის წარმოადგენს მნიშვნელოვან ამოცანას, მიუხედავად სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური განვითარებისა. განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში სამეცნიერო კვლევებისათვის დამახასიათებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ისეთი ძირითადი მარკერების გათვალისწინებით: როგორცაა შემოსავალი, ეთნიკურობა, საცხოვრებელი პირობები, ცხოვრების წესი, კლიმატურ-გეოგრაფიული გარემო, კულტურა და ტრადიციები.

ბოლო წლებში მსოფლიოს წამყვანი ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მწვავე და ქრონიკულ დაავადებათა გავრცელებას ხელს უწყობს- 50-52%-ში ინდივიდისა და საზოგადოების ცხოვრების წესი, 8-12%-ში სამედიცინო ფაქტორი-არასწორი დიაგნოსტიკა, არასწორი მკურნალობა, დაგვიანებული მიმართვა დახმარებისათვის, სამედიცინო დახმარების ხელმიუწვდომლობა, 8-10%-ში მოსახლეობის მცირე შემოსავალი. დადგენილია პირდაპირპროპორციული კავშირი შემოსავალს, მაღალ ავადობასა და მაღალ სიკვდილიანობას შორის.

კვება, როგორც ერთერთი ძირითადი რისკ ფაქტორი განაპირობებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას. კვებითი დარღვევები მრავალი დაავადების წინაპირობაა, წლის განმავლობაში თანამედროვე მსოფლიოში კვებითი დარღვევი მილიონობით

ადამიანის სიკვდილი მიზეზი ხდება. კვებითი დარღვევები განსაკუთრებით აღინიშნება სოციალურად დაუცველ ჯგუფებში, მცირემომოსავლიან მოსახლეობაში. განვითარებადი ქვეყნებისათვის დამახასიათებელია კვებითი ქცევისა და კვების დეფიციტის პრობლემები.

20-ე საუკუნის ბოლოსა და 21-ე საუკუნის დასაწყისი საქართველოსათვის სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური ცვლილებებითაა დატვირთული, რაც თავის მხრივ აისახა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მათ შორის კვებით ქვეცასა და ხასიათზე.

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა დევნილი მოსახლეობის კვების პრობლემების კომპლექსური შესწავლა შემდგომი რეკომენდაციებისა და სათანადო პოლიტიკის შესამუშავებლად.

კვლევა ჩატარდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში იძულებით გადაადგილებული პირების (აფხაზეთიდან და სამაჩაბლოდან) კომპაქტურად ჩასახლების ადგილებში. კვლევაში მონაწილეთა სტატუსი იყო დროებით უმუშევარი და სახელმწიფო სოციალური დახმარების ოდენობა შეადგენდა 22 ლარს. სულ კვლევაში მონაწილეობას იღებდა 600 ადამიანი სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფიდან. კვლევა ჩატარდა ორ ეტაპად, პირველ ეტაპზე შესწავლილი იქნა კვებითი ქცევის თავისებურებები, სპეციალურად შემუშავებული ანკეტა-კითხვარით. მეორე ეტაპზე შესწავლილი იქნა კვების რაციონის ენერგეტიკული ღირებულება და ქიმიური შემადგენლობა.

კვლევისათვის გამოყენებული იქნა სოციოლოგიური კვლევის, ფაქტობრივი კვების, ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური მეთოდები, მასალა დამისავეებული და გაანალიზებული იქნა SPSS-18 ვერსიით.

ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ კვებითი ქცევის უპირატესი ფორმების განსაზღვრისათვის გამოყენებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები: საკვები პროდუქტების რეკომენდირებულ დღიურ რაოდენობაზე დაბალი, მაღალი, საკმარისი მიღება. გარდა ამისა გათვალისწინებული იქნა კვებითი რაციონით კმაყოფილების სუბიექტური შეფასება და განსაზღვრის აქრსებობა ან არარსებობა, შეცვალოს მოცემული კვებითი ქცევა მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ან სხვა მიზეზის გავლენით.

რესპოდენტთა შორის დღეში ორჯერ საკვებს იღებდა 16,0%, უსისტემოდ იკვებებოდა 52,5%, 50% მეტი საკვებს იღებდა საღამოს საათებში, გამოკითხულთა მესამედი საკვებს იღებდა უშუალოდ ძილის წინ.

საკვების მიღების ტემპის შეფასების დროს დადგინდა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა საკვების მიღებაზე ხარჯავდა 10-20 წუთს (ტემპი აუჩქარებელი) - 62,0%, ჩქარი ტემპი დამახასიათებელი აღმოჩნდა 16,5%-ისათვის, ნელი 21,5% - ისათვის. ყველაზე ნაკლები დრო საკვების მიღებაზე ეხარჯებოდათ რესპოდენტებს 30 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში და 60 წელს ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფში. ასევე ქვემოთ მითითებულ ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნებოდა საკვების მიღების ნელი ტემპი 49,9%-ში.

რესპოდენტთა კვების რაციონის ენერგეტიკული ღირებულებისა და ქიმიური შემადგენლობის შესწავლით დადგინდა, რომ დღიური ენერგეტიკული ბალანსი საშუალოდ 1858,87 კკალ-იას შეადგენდა, მამაკაცებში 1958,13 კკალ-იას. რაც სათანადო სტანდარტებთან შედარებით დეფიციტზე მიანიშნებს.

K კვების რაციონის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ცილაზე მოდიოდა 12,1%, ცხოველური ცილები მამაკაცებში 25,8გრამი, ქალებში 20,8გრ, მცენარეული ცილები 23,4გრ-

მამაკაცებში, 30,7გრ-ქალებში. ცხიმების წილი შეადგენდა 27,1%-ს, მიღებული ცხიმების რაოდენობა მამაკაცებში შეადგენდა 60,1 გრ, ქალებში-50,9 გრ. ნახშირწყლებზე მოდიოდა 60,6%. მიღებული ნახშირწყლების რაოდენობა მამაკაცებში-285,4გრ, ქალებში-265გრ.

გამოკითხულთა ენერგეტიკული ღირებულება დაბალია ნორმასთან მამაკაცებში-13,7%-ით, ქალებში-5,9%-ით.

კვებითი კმაყოფილების სტრუქტურის შესწავლა განხორციელდა სამ ჯგუფად: სრულად კმაყოფილები-პირები, რომლებიც თვლიან, რომ პროდუქტების, კერძების ნაკრების და მათი რაოდენობის მიხედვით მათი კვება არ საჭიროებს გაუმჯობესებას; ნაწილობრივ კმაყოფილები-პირები, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ საერთო ჯამში მათ კვება მოსწონთ, მაგრამ აუცილებელია ზოგიერთი რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ცვლილებები; ულმაყოფილოები-პირები, რომლებიც დარწმუნებული არიან, რომ მათი კვება საჭიროებს არსებით კორექტივებს.

გამოკითხულთა შორის სრულად კმაყოფილი იყო 10,9%; უკმაყოფილო 84,5%. კმაყოფილთა შორის უმრავლესობას შეადგენდა 30 წლამდე და 60 წელს ზემოთ მოსახლეობა.

სხვადასხვა დასახელების პროდუქტების მიღების სიხშირის შესწავლით დადგენილი იქნა, რომ ხორცსა და ხორცპროდუქტებს რესპოდენტები იღებდნენ ორკვირაში ერთხელ სიხშირით საშუალოდ, მათი რაციონი ძირითადად შედგებოდა პურფუნთუშეულის, ბურღულეულის,

მაკარონის ნაწარმის და ბოსტნეულისაგან. რესპოდენტები გამოთქვამდნენ სურვილს მათ რაციონში ხორცპროდუქტების, ხილისა და საკონდიტრო ნაწარმის წილის შესაძლო ზრდაზე, რასაც არ იძლეოდა მათი შემოსავალი.

ამრიგად კვლევამ აჩვენა, რომ დევნილი მოსახლეობის კვების რაციონი დეფიციტური და ერთფეროვანია, სტანდარტებისაგან საკმარისად შორსაა დღიურ რაციონში ნუტრიენტებისა და მიკროელემენტების შემცველობა, შესამჩნევია ცილოვანი დეფიციტი. კვლევალ ასევე აჩვენა, რომ ერთნაირად ცუდად იკვებებიან მამაკაცები და ქალები. შესამჩნევია ვიტამინური დეფიციტი, რაც ფაქტობრივად ხილისა და ბოსტნეული სიმცირეზე მიუთითებს კვების რაციონში. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ რძისა და რძის პროდუქტების ხვედრითი წილი კვების რაციონში ძალიან უმნიშვნელოა მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფები ერთნაირად ცუდად იცნობენ ჯანსაღ კვებით ქცევას.

აფხაზეთიდან დევნილთა ოჯახების კომპლექსური სოციალურ- ჰიგიენური კვლევის შედეგები

მედიცინის აკადემიური დოქტორი ვახტანგ შანიძე

საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციების დახმარებამ, განსაკუთრებით აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა ადაპტაციის პირველ ეტაპზე, ნაწილობრივ შეამსუბუქა ის სიძნელეები, რომლებიც წარმოიშა მათთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი კვების პროდუქტებით და პირველადი მოხმარების საგნებით მომარაგების საქმეში, მაგრამ სამუშაო ადგილის უქონლობა სერიოზულად ამძიმებს დევნილთა დიდი ნაწილის მდგომარეობა.

გამოკვლევული კონტინგენტის დასაქმება

	ადგილობრივი მოსახლეობა	დევნილები	
		საკუთარი ბინა	კოლექტიური დასახლების ცენტრი
დაქირავებული	27.0	20.0	15.0
თვითდასაქმებული	44.0	31.0	19.0
უსასყიდლოდ ეხმარება მომუშავე ოჯახის წევრს	14.0	18.0	22.0
უმუშევარი	15.0	31.0	45.0
შროსუნარიანი პირები (სულ)	100.0	100.0	100.0

ცხრილში მოყვანილი მონაცემები ცხადყოფს, რომ ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის დიდი ნაწილი უმუშევარია. ამასთან, როგორც დაქირავებული, ასევე თვითდასაქმებული მოსახლეობის დიდი ნაწილის შემოსავალი ერთადერთია ოჯახში და ხშირად ზედმიწევნით დაბალია.

თუ გავითვალისწინებთ იმ გამოკვლევულთა რიცხვს, რომელნიც ოფიციალურად არ მუშაობენ, მაგრამ უსასყიდლოდ ეხმარებიან მომუშავე ოჯახის წევრს (მაგალითად ოჯახურ საწარმოში, ფერმაში და ა.შ.), ან პირებს, რომელნიც ფორმალურად ირიცხებიან სამუშაოზე, მაგრამ ზოგჯერ თვეების მანძილზე არ ცხადდებიან დაწესებულებაში და არც ხელფასს იღებენ, ირკვევა რომ დევნილთა თითქმის 60% უმუშევარია. ცხრილში მოყვანილი მონაცემები აშკარად ცხადყოფს, რაოდენ დიდი დიფერენციაცია მოხდა იმ დევნილთა შორის, რომლებმაც შეძლეს მეტნაკლებად მოეხდინა ინტეგრირება ადგილობრივ მოსახლეობასთან. ამის ინდიკატორად შეიძლება ჩაითვალოს დევნილთა ოჯახის მიერ საკუთარ ბინაში განლაგება.

დევნილები, განსახლებული კოლექტიურ ცენტრებში, მნიშვნელოვნად ჩამორჩებიან ადგილობრივ მოსახლეობას დასაქმების მხრივ, თუ კერძოდ მცხოვრებ დევნილებში უმუშევრობის დონე ორჯერ მაღალია, ვიდრე ადგილობრივ

მოსახლეობაში, კოლექტიურ ცენტრებში – იგი 3-ჯერ უფრო დიდია. ეს განსხვავება საკმარისად გამოხატულია ქალაქად და სოფლად

უმუშევრად ითვლება შრომისუნარიანი ასაკის დაუსაქმებელი ადამიანი, რომელსაც შეუძლია მუშაობა და ეძებს სამუშაოს. მაგრამ, საგულისხმოა, რომ უმუშევართა მხოლოდ მცირე რაოდენობა გადის რეგისტრაციას შრომის ბირჟებზე. გამოკვლევის მონაცემებით, ადგილობრივ მოსახლეობაში ასეთი პირების წილი შეადგენს 13%-ს, კერძო ბინებში მცხოვრებ დევნილებში – 7 %, ხოლო კოლექტიური ჩასახლების ადგილებში – 9 %.

დევნილთა დასაქმების დონე უფრო მაღალია, სოფლად, ვიდრე ქალაქად. ეს ძირითადად განპირობებულია იმით, რომ სოფლად დევნილები ახერხებენ თვითდასაქმებას (საქონელის ყოლას, მიწის დამუშავებას და სხვ.). მაგრამ სოფლის მეურნეობის პროდუქციის რეალიზაციასთან დაკავშირებული პრობლემები ხშირად აზარალებს დევნილებს. გამოკითხულთა აზრით სოფლად შემოსავალი გაცილებით მცირეა, ვიდრე დაქირავებული შრომიდან. მეორეს მხრივ, ქალაქში დასაქმებულთა უმეტესი წილი დაქირავებული მუშაკია.

ამ მხრივ ქალებსა და მამაკაცებს შორის აღინიშნება საკმარისად დიდი განსხვავება, განსაკუთრებით ქალაქებში. დევნილ ქალებს უფრო მეტი შანსი აქვთ იპოვონ დაბალი ანაზღაურებით, მაგრამ სამუშაო, ვიდრე კაცებს. უმუშევრობა, ან ისეთი დასაქმება, რომელსაც საკმარისი შემოსავალი არ მოაქვს, სიღარიბის ძირითადი მიზეზია. დევნილთა მიერ წინა პერიოდში მიღებული პროფესიული განათლება შეიძლება გამხდარიყო დასაქმების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორად. მაგრამ იმ პირობით, თუ ამ პროფესიაზე გარკვეული მოთხოვნა იქნებოდა დასაქმების მეტად მწირ ბაზარზე. ამასთან დაკავშირებით ინტერესს იწვევს იმის გარკვევა, თუ რა კვალიფიკაციას ფლობდნენ დევნილები აფხაზეთში ცხოვრებისას და რომელ სფეროში არიან დასაქმებული დღესდღეობით.

დევნილთა საქმიანობის ძირითადი სფერო აფხაზეთში და ამჟამად

	აფხაზეთში %%	ამჟამად %%
სახელმწიფო მოსამსახურეები, პედაგოგები, ექიმები და სხვ.	47,4	6.2
კვალიფიციური მუშაკები მრეწველობაში	14.5	3.7
მძღოლები	11.3	5.5
ვაჭრობაში და მომსახურების სხვა სფეროში მომუშავე პირები	8.7	74.5
კვალიფიციური მუშაკები სოფლის მეურნეობაში	3.4	0.6
არაკვალიფიციური მუშაკები სოფლის მეურნეობაში	8.2	4.0
არაკვალიფიციური მუშაკები სხვა სფეროში	5.6	5.5
შულ	100.0	100.0

დევნილთა უმეტესობა არ მუშაობს თავისი სპეციალობით. სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ამ კონტიგენტის შრომის პირობები ზედმიწევნით მძიმეა, მათ სოციალურ დაცვაზე ზრუნვა გასაგები მიზეზების გამო არ შედის დამქირავებლის ინტერესებში. კერძოდ, ჩვენი მონაცემებით დევნილთა მხოლოდ 14,1% მუშაობს 6-8 საათი, მათ შორის უქმე დღეებში

სამუშაო დროის ხანგრძლივობა დასაქმებულ დევნილებში

6-8 საათი	26	14,1±2,6
8-12 საათი	128	69,6±3,4
12 საათი და მეტი	30	16,3±2,7

ამასთან გამოკითხულთა 16,3% მა აღნიშნა, რომ ყოველდღიურად მუშაობს 12 საათზე მეტს დამატებითი ანაზღაურების გარეშე. გასაგებია, რომ ტოტალური უმუშევრობის პირობებში დევნილები იძულებულნი არიან თანხმობა განაცხადონ ნებისმიერი სახის შრომაზე, რომლის ანაზღაურებაც აშკარად არასაკმარისია. კვლევის პროცესში კიდევ ერთხელ დადასტურდა, რომ ქალები გაცილებით იოლად ნახულობენ სამუშაოს, თუმცა თანახმა არიან შეასრულონ ნებისმიერი სახის არაკვალიფიციური სამუშაო.

ვინ მუშაობს თქვენს ოჯახში?

		აბს.რიცხ.	%%
1	მე	139	60,4±3,2
2	მეუღლე	34	21,7±2,5
3	ბავშვები	7	4,0±1,3
4	უფროსი თაობის წარმომადგებლები	44	13,9±2,2

ცხრილში მოცემული მონაცემები აშკარად მოწმობს, რომ ქვეყანაში აშკარად ირღვევა ბავშვთა უფლებები. რესპონდენტთა 4%-მა მიუთითა, რომ მათი მცირეწლოვანი ბავშვები მუშაობენ იგივე სამუშაო დატვირთვით, როგორც უფროსები. ეს გასაგებიცაა. თუ გავითვალისწინებთ, რომ დევნილთა ოჯახების უმეტესობაში მუშაობს 1 ან 2 წევრი.

მომუშავე ოჯახის წევრთა რიცხვი

		აბს.რიცხ.	%%
1	1	165	66,0±3,0
2	2	34	13,6±2,2
3	3 და მეტი	7	2,8±1,0
4	არცერთი არ მუშაობს	44	17,6±2,4
	სულ	250	100,0

გასაგებია, რომ არსებულ პირობებში დევნილთა ოჯახი სრულფასოვნად ვერ ასრულებს თავის აღმზრდელიობით ფუნქციას იმის გათვალისწინებით, რომ თუ მოზრდილი ოჯახის წევრები იძულებულნი არიან იმუშაონ 12-14 საათი დღეში, ბავშვი დარჩება მარტო, სათანადო მეთვალყურეობის გარეშე.

სიღარიბე თავის ასახვას პოულობს დევნილების დაბალ თვითშეფასებაში. დევნილთა თითქმის 80 პროცენტი თავის თავს ღარიბად ან ძალზე ღარიბად მიიჩნევს, რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილს მიაჩნია, რომ არსებული

სიდუხჭირის გათვალისწინებით გადაიტანდნენ ისეთ საოჯახო კრიზისს, როგორცაა ავადმყოფობა ან სამუშაოს დაკარგვა.

ჩატარებული კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა დავასკვნათ, რომ აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობა წარმოადგენს განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფს. მიუხედავად ამისა უკანასკნელ წლებში ჩამოყალიბებული სამართლებრივი, სოციალურ-ეკონომიკური და საორგანიზაციო ბაზა ვერ უქმნის მყარ საფუძველს რათა ადექვატურად იქნას გადაწყვეტილი აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის სოციალური და სამედიცინო პრობლემები.

დევნილი მოსახლეობის ოჯახებისათვის დამახასიათებელი ეკონომიკური სიძნელეები, სოციალურ-საყოფაცხოვრებლო მოუწყობლობა, მასიური უმუშევრობა, რაც არსებითად აძნელებს ამ კოტინგენტში ადექვატური ჯანდაცვითი ღონისძიებების ჩატარებას. მიღებული მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ დევნილთა ოჯახი სრულფასოვნად ვერ ასრულებს თავის სოციალურ ფუნქციებს. კერძოდ, გამოკვლეულთა 73%-ს საცხოვრებელი პირობები. შეფასებულია როგორც ცუდი და ძალიან ცუდი, უმეტესი ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი არ აღემატება 30 ლარს, რაც ქვეყანაში მიღებული სამომხმარებლო კალათის 25%-ს შეადგენს.

დევნილებში აღინიშნება სოციალური იზოლაციის, დეზადაპტაციის და, საბოლოო ჯამში, დეპრესიული მდგომარეობების გახშირება, რაც განპირობებულია ცხოვრების ჩვეული წესის მკვეთრი შეცვლით, და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ოჯახური კავშირების შესუსტებით. ამასთან გამოკვლეული ოჯახების წევრთა ავადობის სტრუქტურაში ჭარბობს მწვავე ქირურგიული პათოლოგია (18,5%), ბავშვთა ინფექციები (18,8%), კუჭ-ნაწლავის (12,6%), გულ-სისხლძარღვთა (16,9%), ნევროლოგიური (7,9%) დაავადებები.

აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ხასიათდება ქრონიკული ხასიათის პათოლოგიის სიჭარბით, რომელიც გამოხატულად ზღუდავს მათ სოციალურ აქტივობას. ამასთან ამ კონტინგენტის მკურნალობაზე და რეაბილიტაციაზე მიმართული ღონისძიებები, არსებული სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში არასრული დაფინანსების პირობებში ზედმიწევნით შეზღუდულია.

ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში ვერ ხერხდება აფხაზეთიდან დევნილი მოსახლეობის სრული მოცვა საჭირო დახმარებით, რაც, ამ კონტინგენტის სიდუხჭირის გათვალისწინებით, პირველ რიგში განაპირობებს ბავშვთა კონტინგენტის ჯანმრთელობის გაუარესებას. კვლევით დადგინდა, რომ აღინიშნება დევნილ ბავშვებში ფიზიკური განვითარების ჩამორჩენა მკვეთრი დისჰარმონიული განვითარება (13,3%), რკინა-დეციციტური ანემია (11,9%), ფარისებური ჯირკვლის ჰიპერპლაზია (8,6%) და სხვ.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელება აფხაზეთიდან დევნილ მოსახლეობაში

მედიცინის აკადემიური დოქტორი მაკა გვალია

90-იან წლებში საქართველოს რიგ ტერიტორიაზე (სამაჩაბლო, აფხაზეთი) სეპარატისტების მიერ ორგანიზებული საომარი მოქმედების შედეგად იძულებით გადაადგილებულ იქნა 350.000 მეტი ადამიანი. საცხოვრებელი ადგილის დაკარგვით გამოწვეულ სტრესულ სიტუაციას ართულებს ის ფსიქოლოგიური ტრავმა, რომელიც მიიღო თითქმის ყველა ოჯახმა ახლობლების ტრაგიკული დაღუპვის გამო. ამ ფონზე დევნილებმა დაკარგეს სამუშაო ადგილი, აღმოჩნდნენ უაღრესად რთულ ეკონომიკურ სიტუაციაში, რამაც გადამწყვეტი გავლენა მოახდინა მათი ფსიქიკური და სომატური ჯანმრთელობის გაუარესებაზე.

ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ დევნილთა შორის ფართოდაა გავრცელებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, ნერვიული მოშლილობანი და სხვ., რაც მჭიდროდაა დაკავშირებული მათ სოციალურ სტატუსთან, ადრე მიღებულ ფსიქოლოგიურ ტრავმასთან. ამ კუთხით განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ჰიპერტონიული დაავადებისა და მისი გართულებების ფართო გავრცელება. ამ კუთხით არსებული ეპიდემიოლოგიური სურათის ფლობა აუცილებელია სათანადო პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების ორგანიზაციის სრულყოფისათვის. არანაკლებ მნიშვნელოვანია დევნილ მოსახლეობაში ჰიპერტონიული დაავადების ნაადრევი დიაგნოსტიკის, სამკურნალო-პროფილაქტიკური პროგრამების ორგანიზაციის ეფექტურობის მეცნიერული შეფასება, რაც ხელს შეუწყობს ამ პათოლოგიით გამოწვეული დროებითი და მყარი შრომისუუნარობის მაჩვენებლების მკვეთრ შემცირებას. შერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ისიც, რომ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა უსახსრობის გამო ვერ ახორციელებს ამ კონტინგენტის ადექვატურ მკურნალობას და მოსალოდნელი გართულებების პრევენციას (Hasib Sabbagh, 1996).

უნდა აღინიშნოს, რომ თითქმის არ ჩატარებულა გამოკვლევები, რომლებშიც მეცნიერულ დონეზე იქნება შეფასებული ჰიპერტონიული დაავადების მქონე იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დახმარების ხარისხი და მისი გაუმჯობესების გზები. დასაზუსტებელია, თუ რამდენად ეფექტურად და რაციონალურად გამოიყენება ამ კონტინგენტისათვის მიწოდებული სამედიცინო დახმარება, რამდენად შეესაბამება თანამედროვე სტანდარტებს მათი დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის დონე.

საქართველოს ტერიტორიაზე იძულებით გადაადგილებულ პირთა კოჰორტაში არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების დაწვრილებითმა ანალიზმა ცხადყო, რომ ცალკეულ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით არტერიული წნევის მომატება აღერიცხება 30-39 წლის ასაკში – ყოველ მეექვსეს (16,3%), 40-49 წლის ასაკში – ყოველ მესამეს (26,9%); ხოლო 50-54 წლის ასაკში – ეს ციფრი კიდევ უფრო იზრდება. (34,4%) ქალებში ჩვენს მიერ იქნა რეგისტრირებული ანალოგიური ტენდენციები, მთლიანობაში 20-69 წლის ასაკის გამოკვლეულთა შორის (ორივე სქესი) არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება საკმარისად მაღალია, დაავადებულია ყოველი მეხუთე მამაკაცი და ქალი (შესაბამისად 22,3% და 21 8%).

თუმცა, ამ დაავადების გავრცელების დინამიკის მიხედვით აღინიშნება არსებითი, ასაკობრივი სქესობრივი განსხვავება: თუ 20-49 წლის ასაკობრივ ინტერვალში – არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება მამაკაცებში და ქალებში თანაბრად მატულობს, 40-69 წლის ასაკობრივ ინტერვალში ეს მაჩვენებელი მამაკაცებში მცირედ (32,8-41,1%), ხოლო ქალებში გაცილებით სწრაფად იზრდება: (50-59 წლის ასაკში იგი აღწევს 34,7%-ს 60-69 წლის ასაკში კი 57,6%-ს).

ჩატარებულმა გამოკვლევამ ცხადყო, რომ იძულებით გადაადგილებულ პირთა კოჰორტაში არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების საშუალო მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში (ადგილობრივი მოსახლეობა, რაც შესაბამისად შეადგენდა 36,6% და 27,5% მამაკაცებში და 37,7% და 24,3% ქალებში). ინვალიდობის და სიკვდილიანობის ზრდის ტემპები აგრეთვე უფრო მაღალია, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში

პრემორბიდული მდგომარეობის შესწავლისას ცალკე გამოყოფილი იქნა იმ ფაქტორთა ჯგუფი, რომელიც ავადმყოფის აზრით წინ უძღოდა დაავადებას და მნიშვნელოვანწილად განაპირობა მისი მანიფესტირება. ეს ფაქტორები შემდეგი იყო: ფიზიკური გადატვირთვა, ემოციური გადაძაბვა, ფიზიკური და ემოციური გადაძაბვა, კლიმაქსის ფონი, ალკოჰოლური სასმელების სისტემატიურად და ჭარბად მიღება, სიგარეტის სისტემა-ტურად დიდი რაოდენობით მოწევა, თანმხლები პათოლოგია და სხვ.

მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს წარმოადგენდა ფსიქიკური ტრავმა - პაციენტის ცხოვრებაში დრამატული სიტუაციის წარმოჩინება, რაც მისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო.

ემოციური ფაქტორის როლი ჰიპერტონიული დაავადების წარმოჩინებაში და ჩამოყალიბებაში საკმაოდ აქტუალურია. ფსიქიკური ტრავმის სიხშირე მაღალია და შეადგენს 58,8 %, ემოციური გადაძაბვა აღინიშნა შესაბამისად 41,2%. რაც შეეხება თანმხლები პათოლოგიის როლს, ჩვენი მონაცემებით ის რისკ-ფაქტორს წარმოადგენდა 30%-ში.

ვეგეტატიურ სინდრომთა გამოვლენა და მათი კორეგირება ჰიპერტონიული დაავადების მკურნალობის აუცილებელ კომპონენტს უნდა წარმოადგენდეს, რაც ხელს შეუწყობს არასასურველი ფსიქოლოგიური და სომატური ცვლილებების პროფილაქტიკას

სხვადასხვა მიზეზის გამო დევნილი ცდილობს თავისი ძალებით მიიღოს სათანადო ზომები. ეს გარემოება ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან დაბალი სანიტარიული კულტურის გამო, არაიშვიათად დაუსაბუთებლად დევნილები გამოიყენებენ ძლიერმოქმედ პრეპარატებს, განსაკუთრებით ჰიპოტენზიურ საშუალებებს, მათი საკმარისი ხელმისაწვდომობა კი ხელს უწყობს თვითმკურნალობას.

გახშირდა ავადმყოფების დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, რაც განპირობებულია იმითაც, რომ დევნილი არ არის დარწმუნებული სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული უფასო დახმარების გაწევის შესაძლებლობაში. ხშირად, უსახსრობის გამო პაციენტი დროულად არ მიაკითხავს ექიმს, რაც აისახება სტაციონარებში დამძიმებული კონტიგენტის შემოსვლით.

საექსპერტო დასკვნის საფუძველზე გაირკვა, რომ სტაციონარში დაგვიანებით მოთავსებულ პაციენტი თითქმის ნახევარის მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელი იქნებოდა სათანადო და დროულად დაწყებული მკურნალობის

შემთხვევაში უკვე ამბულატორიულ ეტაპზე. ამას ადასტურებს ჩატარებული გამოკითხვის მასალებიც

ექიმთან დაბალი მიმართვიანობის ძირითადი მოტივები

თვითონ ვუვლი ავადმყოფს	ექიმის გასამრჯელო არა მაქვს	უგზობის გამო	მიჭირს პასუხის გაცემა	სულ
173	269	13	34	500
34.6	50.8	2.6	6.8	100.0

სახელმწიფოს პროგრამების არასრული დაფინანსება არ იძლევა სოციალურ სფეროში დეკლარირებული ვალდებულებების შესრულების საშუალებას და, რაც ყველაზე მთავარია, ზრდის სოციალურ დაძაბულობას მოსახლეობის მასობრივი გადატაკების ფონზე. ამას ადასტურებს კვლევის პროცესში მიღებული მონაცემებიც. პაციენტებისათვის მედიკამენტოზური მკურნალობის დანიშვნის სისწორის საექსპერტო შეფასების შედეგები

	მედიკამენტების დანიშნულია	20-39	40-49	50-59	60-69	70-ზე მეტი	სულ	%%
ჰოსპიტალიზაცია	სრულფასოვანი		7	5	12	3	27	5.9
	ძირითადად სრულფასოვანი	5	21	34	40	21	121	26.7
	არასრული	1	19	17	34	10	81	17.9
	სულ							
სტაციონარში	სრულფასოვანი		8	12	21	6	47	10.4
	ძირითადად სრულფასოვანი	5	38	44	60	28	175	38.6
	არასრული	1			1		2	0.4
	სულ						453	99.9
ჰოსპიტალიზაციამდე და სტაციონარში დანიშნული მკურნალობის ექსპერტიზის შედეგების შეფარდება (%%-ში)				სრულფასოვანი			56,7	
				არასრულფასოვანი			43,4	

მიუხედავად იმისა, რომ გამოკვლეულ პაციენტთა უმეტესობა ფლობს სადაზღვევო პოლისს, რომლის მიხედვით მას შეუძლია მიმართოს როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებას, და, რაც მთავარია, მიიღოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება, არც სტაციონარის, და არც პოლიკლინიკის პერსონალი სრულფასოვნად არ ასრულებს დაკისრებულ მოვალეობას. აშკარაა, რომ ძირითად გავლენას პაციენტის მომსახურების ხარისხზე ახდენს პერსონალის კვალიფიკაციის დონე, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის ფაქტორიც, რომ პოლისის მფლობელი პაციენტი ხშირად გრძნობს ექიმის ზერელე, ფორმალურ, ზოგჯერ კი აშკარა აგრესიულ დამოკიდებულებას. საექსპერტო შეფასების შედეგები გვარწმუნებს, რომ არც სტაციონარში და არც პოლიკლინიკაში ასეთ პაციენტს არ აქცევენ სათანადო ყურადღებას. საკმარისია ითქვას, რომ პოლიკლინიკურ ეტაპზე ყოველ მეხუთე პაციენტს დაენიშნა არასრული ან საერთოდ არასწორი

მედიკამენტოზური მკურნალობა. ეს პრობლემა თავის გამოხატულებას ჰპოვებს იმაშიც, რომ პაციენტთა დიდი ნაწილის კლინიკური კვლევაც არ იყო სათანადოდ ჩატარებული არც პოლიკლინიკაში და არც სტაციონარში.