სოფიკო დავითაძე

გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების ზოგიერთი მონაცემის შესწავლა აჭარის სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში

ბათუმი

2023

სოციალურად დაუცველ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა მედიცინის პირველხარისხოვან პრობლემას წარმოადგენს. გამომდინარე აქედან დამუშავდა სადისერტაციო ნაშრომი, რომელიც ეძღვნება ქალაქ ბათუმში მცხოვრები სოციალურად დაუცველი პირების პირის ღრუსა და გასტოენტეროლოგიური დაავადებების საკითხის შესწავლას. კვლევის შედეგად მიღებული დასკვნები საინტერესო და მნიშვნელოვანია, როგორც სოციალური ფენის მოსახლეობისათვის ასევე, სახელმწიფოსა და სამედიცინო საზოგადოებისათვის.

რედაქტორი: **ზურაბ ჩომახაშვილი** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი; პროფესორი

ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

რეცენზენტები: **მზია ბაქრაძე** - მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ISBN 978-9941-8-5769-0

ბათუმი, 2023 წელი.

მ/მ „მაია ჯაველიძე“

+995 593 65 54 10

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა 11

I.1. სომატური დაავადების კავშირი პირის ღრუსთან 11

I.2. გასტროენტეროლოგიური დაავადებების კავშირი პირის ღრუსთან 16

I.3. სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისა და დაფინანსების შესაძლებლობები 20

I.4. ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში თანამედროვე სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში 26

I.5. სოციალურად დაუცველ ბავშვთა პირის ღრუს მდგომარეობის თავისებურებანი 29

თავი II. კვლევის მასალა და მეთოდიკა 32

თავი III. გამოკვლევის შედეგები 40

III.1. სოციალურად დაუცველი ფენის პირის ღრუს მდგომარეობა და მისი მნიშვნელობა მედიცინისთვის 40

III.2. სოციალურად დაუცველი ბავშვების პირის ღრუს მდგომარეობა 68

III.3. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების პირის ღრუს მდგომარეობა 81

III.4. გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების მქონე სოციალურად დაუცველი პირების პირის ღრუს მდგომარეობა 109

თავი IV. მიღებული შედეგების განხილვა და 139

დასკვნები 159

რეკომენდაციები 161

გამოყენებული ლიტერატურა 163

თემის აქტუალურობა. ჯანმრთელობის დაცვა სახელმწიფოს უპირველესი საზრუნავია. ჯანდაცვის როლი ქვეყნის მომავლისთვის უმნიშვნელოვანესია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანდაცვის დაფინანსება წარმოადგენს ამ სისტემის ფუნქციას, რომელიც კონცენტრირებულია მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროების მოცვის მიზნით თანხების ინდივიდუალურად და კოლექტიურად მობილიზაციაზე, გაერთიანებასა და განაწილებაზე, რადგან დაფინანსების გამართული მექანიზმების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის ეფექტური სისტემის შექმნა.

ჯანმრთელობა განისაზღვრება, როგორც ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობით. ფიზიკური კეთილდღეობა ხასიათდება საკმარისი ფიზიკური განვითარებით, სტანდარტული შობადობის უნარით და დაავადების არარსებობით. სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ხარისხს, ცხოვრების წესს, საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვებას, დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს. ფსიქიკური კეთილდღეობა ხასიათდება ფსიქიკური დაავადებების ნაკლები გავრცელებით, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობით [2,89].

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემას პოლიტიკური მნიშვნელობა აქვს: თუ ქვეყანაში არ არის ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის შესაბამისი დაფინანსების სისტემა, მოსახლეობის სიღარიბის ძირითადი მიზეზი შესაძლებელია გახდეს სხვადასხვა მძიმე ავადმყოფობა და მკურნალობაზე გაწეული დიდი ხარჯები. ჯანმრთელობა წარმოადგენს სოციალურ კეთილდღეობას, რომელიც უნდა განიხილებოდეს ადამიანის მოთხოვნილებად, ამიტომ რესურსების გადასანაწილებლად მნიშვნელოვანია პრიორიტეტების დადგენა [99,132,101].

საქართველოს სხვადასხვა რეგიონისა და განსხვავებული სოციალური ფენების მოსახლეობისათვის სამედიცინო-სტომატოლოგიური დახმარების სრულყოფა და მათი თანამედროვე მედიცინის მოთხოვნების დონეზე

შენარჩუნება წარმოადგენს ჩვენი სახელმწიფოსთვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და აქტუალურ პრობლემას [13] საკითხის აქტუალურობას აძლიერებს პირის ღრუს დაავადებების მჭიდრო კავშირი სხვადასხვა გასტროენტეროლოგიურ დაავადებასთან და პირიქით. ჯანმოს დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) ჩამონათვალშიც პირის ღრუსა და გასტროენტეროლოგიური დაავადებები გაერთიანებულია ერთ სისტემაში, საჭმლის მომნელებელი დაავადებების კლასში.

გასტროენტეროლოგიური და პირის ღრუს დაავადებებით დასნებოვნება, როგორც მთელ მსოფლიოში, ასევე საქართველოში და მათ შორის აჭარაშიც აქტუალურია [23], მაგრამ რეალურად ის ფაქტორები, რომლებიც მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალურ ფენაში აღნიშნული დაავადებების ასეთ მაღალ დონეს განაპირობებს, დღემდე საფუძვლიანად შესწავლილი არ არის და არ არსებობს მეცნიერულად დასაბუთებული საკმაო მონაცემები აჭარის მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალური ფენისათვის შესაბამისი სტომატოლოგიური დახმარების შესახებ. ამ პირობებში წლიდან წლამდე იზრდებოდა საბიუჯეტო ხარჯები სამედიცინო სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე, აღინიშნებოდა მართვის ერთგვაროვნება და მისი იერარქიულობა, იმავდროულად არ არსებობდა თანამშრომელთა სტიმულირების ეფექტური მექანიზმი, რაც სტომატოლოგიური დაწესებულებების მუშაობის გაუარესების ძირითადი მიზეზი გახდა. დასახელებული და კიდევ სხვა მრავალი ფაქტის გამო, რომელთა ჩამოთვლაც ძალიან შორს წაგვიყვანდა, მრავალ პოსტსაბჭოთა ქვეყანასა და საქართველოშიც გატარდა ძირეული რეფორმები მედიცინასა და, კერძოდ, სტომატოლოგიაში [43]. რეფორმები აღნიშნულ სისტემაში მოტივირებული იყო მის ყველა დარგში გარდაქმნებითა და ფუნქციონირების ძველი პირობების შეცვლით. სტომატოლოგია სამედიცინო დარგებიდან პირველი გადავიდა

საბაზრო ეკონომიკაზე და მან დაიკავა მოწინავე ადგილი მედიცინის სამეწარმეო სექტორში.

ახალ ეკონომიკურ პირობებში გაიზარდა დანახარჯები, როგორც ექიმ-სტომატოლოგთა სამუშაო პირობების, ასევე მათი სოციალურ-ეკონომიკური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად, გაიზარდა მათი მოთხოვნები კვალიფიკაციის ამაღლების, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვისა და გამოყენების მიმართ, რაც დღეისათვის ძირთადად პაციენტთა მიერ გადახდილ თანხებზე გადადის, ეს კი გაწეული სამედიცინო დახმარების არა თანაბრობას იწვევს [39).

კერძო სამედიცინო კლინიკების სტიქიურმა წარმოშობამ განაპირობა თვითდაფინანსებაზე გადასვლა, რომლის დროსაც პირველადი პრობლემა დამატებითი დაფინანსების მოძიება გახდა და აღნიშნულის გამო ქვეყანა გადავიდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევაზე [18].

პროფილაქტიკურ და სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსი უნდა შემუშავდეს საცხოვრებელი პირობების გათვალისწინებით, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პიროვნების ჯანმრთელობის ფორმირებაზე, ვინაიდან ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ორგანიზმისა და გარემოს ურთიერთობის შედეგს, როგორც ცნობილია, ადამიანის ჯანმრთელობის დონე მჭიდრო კავშირშია მისი ცხოვრების სოციალურ პირობებთან, ამიტომ დასახელებულ საკითხთა ურთიერთკავშირში განხილვა, ჩვენი აზრით, მნიშვნელოვანი და აქტუალურია.

ქართული სახელმწიფო გარდამავალ პერიოდში განიცდიდა მნიშვნელოვან ფინანსურ სირთულეებს, ამიტომაც ხარჯები მედიცინაში არა მხოლოდ არ გაზრდილა, არამედ გარკვეულ პოზიციებზე შემცირდა კიდეც, დღეისათვის ნელა მიმდინარეობს ძველი სისტემის დაშლა და მის ადგილას ახლის შენება, რომელიც მიმართულია სახელმწიფო სამედიცინო სამსახურის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტებთან ადაპტაციისაკენ [19].

რეფორმის შემდგომ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურების თავისუფლად არჩევის საშუალება მიეცა. ფასიანი სტომატოლოგიური დახმარება რეალური გახდა, რამაც სტომატოლოგიურ კლინიკებს შორის კონკურენცია გაზარდა, მაგრამ ასევე გამოიკვეთა სამედიცინო დახმარების დონეთა განსხვავება სხვადასხვა რეგიონსა თუ მოსახლეობის განსხვავებულ სოციალურ ფენებს შორის.

დღესდღეობით სამედიცინო და სტომატოლოგიური მიმართულებით არაერთი შრომაა შექმნილი, თანამედროვე სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში სხვადასხვა სოციალური ფენის მოსახლეობისათვის ერთნაირი სტომატოლოგიური დახმარების გაწევის აუცილებლობის ორგანიზებას ყურადღება არ ექცევა, ვინაიდან სოციალურად დაუცველი ფენისათვის არასრული სტომატოლოგიური დახმარების გაწევა იწვევს ზოგიერთი ისეთი დაავადების განვითარებას, რომლებიც სახელმწიფოს უფრო მასშტაბური სოციალური პრობლემების წინაშე აყენებს.

დაზუსტებას მოითხოვს საკითხი რეგიონში სტომატოლოგიური მიმართვიანობის და მისი საჭიროების შესახებ, საინტერესოა ასევე სხვადასხვა სოციალური ფენის მოსახლეობის წარმომადგენელთა აზრი სტომატოლოგიური მიმართვიანობის მოტივაციის შესახებ.

მოსახლეობის ცხოვრების დონის ტრანსფორმაციული პროცესების კვლევა თანამედროვე სახელმწიფოს ერთ-ერთ აქტუალურ ამოცანას წარმოადგენს. განსაკუთრებით საჭირბოროტო საკითხია მოსახლეობის ცხოვრების დონის მეცნიერული კვლევა, ამ კვლევის ანალიზი და მათ საფუძველზე შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება იმ სახელმწიფოთა მთავრობებისთვის, რომლებსაც გარდამავალი ეკონომიკა აქვთ. მოსახლეობის ცხოვრების დონეს არსებული სოციალური პირობები განსაზღვრავს, ამიტომაც საჭიროა ქვეყნის განვითარების ყველა ეტაპზე არსებული სოციალური პრობლემების გამოვლენა და გადაჭრა [10,125].

საქართველო განვითარებადი ქვეყანაა. მსოფლიოში უნივერსალური ჯანდაცვის დაზღვევის განვითარების პროგრამა თანდათანობით იხვეწება. განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნები ჯანდაცვაზე რესურსებს ინდივიდუალურად ხარჯავენ. ეს დამოკიდებულია, თუ რამდენად საკმარისია ქვეყანაში არსებული რესურსი. საქართველოში უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამა 2013 წლის 28 თებერვალს ამოქმედდა, რომლის მიზანია დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფა. პროგრამის მოსარგებლეები არიან: სოციალურად დაუცველი პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მინიჭებული აქვთ 70000-დან 10000 სარეიტინგო ქულა; პენსიონერები, 6 წლამდე ასაკის ბავშვები, პედაგოგები, იძულებით გადაადგილებული პირები, შშმ პირები. სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაში შედის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ოჯახის ან უბნის ექიმის მომსახურება, გადაუდებელი მომსახურება, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები [37].

სხვადასხვა სოციალური ჯგუფის ადამიანები სამედიცინო დახმარებას განსხვავებული ხარისხითა და მოცულობით იღებენ. სტომატოლოგიური მომსახურება ითვლება ერთ-ერთი ყველაზე ძვირადღირებულ მომსახურებად, რომელსაც სადაზღვევო კომპანიები ნაკლებად ანაზღაურებენ [13]. ის არ ფინანსდება არც საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ მიუხედავად იმისა, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობა უმნიშვნელოვანესია ორგანიზმის ზოგადი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის და, საერთოდ, პიროვნების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში [65,143].

მიუხედავად აღნიშნულისა, ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში მითითებულია, რომ ყველა ადამიანს აქვს უფლება, ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი პირობები

და დონე, საკვების, ტანსაცმლის, ბინის, სამედიცინო და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია თავად მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად [28].

აღნიშნულიდან ნათელია რომ არსებული საკითხის სხვადასხვა მიმართულებით განხილვის აუცილებლობა.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანია აჭარის რეგიონში გასტროენტეროლოგიური და პირის ღრუს დაავადებების შესწავლა სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში.

დასახელებულ საკითხთა გადასაჭრელად აუცილებლად მიგვაჩნია **კვლევის** შემდეგი კონკრეტული **ამოცანების** გადაწყვეტა:

1. სოციალურად დაუცველი ფენის პაციენტთა პირის ღრუს მახასიათებლების შესწავლა;
2. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენის პაციენტთა პირის ღრუს მახასიათებლების შესწავლა; ამ მონაცემების შედარება სოციალურად დაუცველი ფენის პაციენტთა მონაცემებთან;
3. სოციალურად დაუცველ ბავშვთა პირის ღრუს მახასიათებლების დადგენა;
4. გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების მქონე სოციალურად დაუცველი პირების პირის ღრუს თავისებურებების შესწავლა.

ნაშრომის მეცნიერული სიახლე

სამედიცინო მომსახურება სხვა მომსახურებათაგან განსხვავებით ყველაზე მასშტაბურია. სოციალურ-ეკონომიკური პირობები საქართველოს რეგიონებისა და სოციალური ფენების მიხედვით განსხვავებულია, ამიტომაც საჭიროა სამედიცინო დახმარების თანამედროვე

სტანდარტებთან მიახლოება. პრობლემის აქტუალურობიდან გამომდინარე აჭარის რეგიონში პირველად იქნება შესწავლილი:

1. სოციალურად დაუცველი ფენის პაციენტთა პირის ღრუს მდგომარეობა;
2. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი სოციალური ფენის პაციენტთა პირის ღრუს მდგომარეობა;
3. სოციალურად დაუცველ ბავშვთა პაციენტთა პირის ღრუს მდგომარეობა;
4. სოციალურად დაუცველი ზრდასრული გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების მქონე პაციენტების პირის ღრუს თავისებურებები.

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება:

რესპოდენტთა ცალკეულ ჯგუფში სამედიცინო-სტომატოლოგიური განათლების დონის ამაღლება, მომსახურების პირობების გაუმჯობესება, სამედიცინო დახმარების სიხშირის გაზრდა და კვების განრიგის მოწესრიგება ხელს შეუწყობს პირის ღრუს მდგომარეობის გაუმჯობესებას, შემცირდება კარიესის გავრცელება, ინტენსივობა და ნადების ინდექსის მაჩვენებელი, ასევე შემცირდება გასტროენტეროლოგიური დაავადებების განვითარების რისკი.

მიღებული კვლევის შედეგების დანერგვა შესაძლებელია ბათუმის სოციალური მომსახურების სააგენტოში, სტომატოლოგიურ კლინიკებში და სასწავლო დაწესებულებებში.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა

I.1. სომატური დაავადების კავშირი პირის ღრუსთან

პირის ღრუ შეგვიძლია განვიხილოთ, როგორც სარკმელი ადამიანის ორგანიზმში, ვინაიდან მრავალი სომატური დაავადებისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვა ორალური გამოვლინება [3,65,112,103]. სომატური დაავადებები უხშირესად წარმოდგენს სტომატოლოგიური დაავადებების (კარიესი, პაროდონტი და სხვ.) მიზეზს და ვლინდება პირის ღრუში გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილებებით.

დღესდღეობით ჯანმრთელი პირის ღრუ არა მხოლოდ კბილების ჯანმრთელობას გულისხმობს, თანამედროვე სამეცნიერო კვლევები ადასტურებს კორელაციას პირის ღრუს დაავადებებსა და სისტემურ გართულებებს შორის [66, 81, 109].

ქრონიკული დაავადებები უფრო დამახასიათებელია ნაკლები შემოსავლის მქონე სოციალური ფენისათვის. ეკონომიკური სიდუხჭირის მქონე ადამიანები ხშირად უმუშევრები არიან, განიცდიან სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობას და ნაკლებად აკონტროლებენ თავიანთ ცხოვრების სტილსა და ჯანმრთელობას [12].

ექიმ-სტომატოლოგის ყოველდღიური პრაქტიკული მოღვაწეობა მოიცავს იმ პაციენტებს, რომლებსაც ანამნეზში სხვადასხვა სისტემური პათოლოგია აღენიშნებათ. ანამნეზის შეკრება და კლინიკური გამოკვლევა არის პაციენტის შეფასების პროცესის ორი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი და იმდენად ავსებენ ერთმანეთს, რომ შეუძლებელია დამაკმაყოფილებელი მკურნალობის გეგმის შექმნა ამ ორი პროცედურისგან ინფორმაციის გაერთიანებისა და შეჯერების გარეშე [41, 76].

ფუნდამენტური კვლევებით დადგენილია, რომ პათოლოგიურ პროცესთან ფორმირების მექანიზმი უმეტეს

შემთხვევებში თავისთავში მოიცავს მთელი რიგი ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციების სერიოზულ დარღვევებს, რომელთა შორის უნდა აღინიშნოს პირის ღრუს ინფექციები, კერძოდ კი პაროდონტის ანთებითი პროცესების კავშირი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებთან, ამასთან, პაროდონტის როლი გულის იშემიური დაავადების პათოგენეზში საკმაოდ დიდია [46, 116]. კვლევები გვიჩვენებს, რომ პირის ღრუს დაავადებების გამო იზრდება გულის იშემიური დაავადებისა და ინსულტების სიხშირე, რაც დაკავშირებულია პაროდონტის ძვლოვანი მასის დაკარგვასთან [69, 139].

მიუხედავად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საკითხებში მიღწეული მნიშვნელოვანი წარმატებებისა, ეს დაავადებები მაინც რჩება სიკვდილის ძირითად მიზეზად მთელ მსოფლიოში, ამასთან, თანაბარია ქალებისა და მამაკაცების პოპულაციებში. 2018 წელს მსოფლიოში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით 17 მილიონ ადამიანზე მეტი გარდაიცვალა, საიდანაც სამ მილიონზე მეტი ადამიანის ასაკი 60 წელზე ქვევით იყო. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლებელი იყო ამ სიკვდილიანობათა მნიშვნელოვანი ნაწილის თავიდან აცილება პრევენციული ღონისძიებების საშუალებით [41, 42].

მთელმა რიგმა სისტემურმა პათოლოგიებმა შესაძლოა განაპირობონ სტომატოლოგიური დაავადებების უფრო მძიმედ მიმდინარეობა, ხოლო მეორე მხრივ კი პირის ღრუს ქრონიკული ინფექციური პროცესები სავსებით შესაძლებელია, იქცეს ზოგადი სომატური პათოლოგიებისთვის ეტიოპათოგენეზურ ფაქტორებად, რითაც კიდევ უფრო გააუარესონ მათი მიმდინარეობისა და პროგნოზის ხარისხი [124].

ზოგადსომატური დაავადებებისა და პირის ღრუს მდგომარეობას შორის ურთიერთკავშირი პირველ რიგში

განისაზღვრება მეტაბოლიზმისა და ჰემოდინამიკის დარღვევებით [57, 74].

დღეისთვის ძვალ-სახსრების და კბილთა სისტემის ანთებითი დაავადებები უფრო ხშირად განიხილება არა როგორც პაროდონტის იზოლირებული პათოლოგიები, არამედ როგორც დაავადებათა კომპლექსი, რომელიც გავლენას ახდენს საერთოდ მთელ ორგანიზმზე. შეუღლებული დაავადებები, როგორც ცნობილია, ართულებენ ერთმანეთის მიმდინარეობას, ვინაიდან ახასიათებთ მჭიდრო ფუნქციური კავშირი [40, 86, 140].

პირის ღრუს დაავადებები დაკავშირებულია დაბერებასთან, რაც იწვევს სტომატოლოგიური მოვლის პრევენციული და აღდგენითი საჭიროებების ზრდას. ეს განსაკუთრებით ეხება 65 წელზე მეტი ასაკის მოხუცებს. ხანდაზმულთა თითქმის 19%-ს აღარ აქვს ბუნებრივი კბილები, კბილების დაკარგვა იზრდება ასაკთან ერთად, რაც აისახება ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. ხანდაზმულები, რომლებმაც დაკარგეს კბილების მთელი ან უმეტესი ნაწილი, ხშირად თავს არიდებენ მაგარი საკვების მიღებას (მაგ: ახალი ხილისა და ბოსტნეულის მირთმევას), ძირითადი კვების რაციონი რბილი საკვებია, რომელიც ადვილად საღეჭია, ერთფეროვანი კვება კი ასუსტებს ჯანმრთელობას. ტკივილისა და მეტყველების გაძნელების გარდა, უკბილობა ხშირად იწვევს უხერხულობას და თვითშეფასების დაკარგვას, რაც ხელს უწყობს მარტოობას და სოციალურ იზოლაციას. დაბერების ხანგრძლივი პროცესი ხელს უწყობს თანმხლები დაავადებების განვითარებას ორგანიზმის კომპენსატორული მექანიზმების დაქვეითების ფონზე [113, 73, 56].

უკანასკნელ ათწლეულებში მიმდინარე გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა განვითარებისათვის კრიტიკულ საშუამავლო ფაქტორს წარმოადგენს პირის ღრუში არსებული ანთებითი პროცესები, რომლის დროსაც ორგანიზმში იმატებს პროსტაგლანდინებისა და ანთების სხვა მედიატორთა დონე. C რეაქტიული ცილა

მომატებულია პირებში, რომლებსაც აღენიშნებათ პერიოდონტული დაავადებები და ინფექციები, რომლებიც ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ინფარქტის ჩამოყალიბებაში [88, 116, 77, 94].

შემუშავებული და მოწოდებულია გზა, რომელიც აკავშირებს ერთმანეთს ორალურ ინფექციებსა და მეორად სისტემურ ეფექტებს. ესენია: ინფექციის მეტასტაზური გავრცელება პირის ღრუდან გარდამავალი ბაქტერიემიის შედეგად, ცირკულაციაში მყოფი მიკრობული ტოქსინებით პირის ღრუს მეტასტაზური დაზიანება და პირის ღრუს მიკროორგანიზმებით გამოწვეული იმუნოლოგიური დაზიანებებით გამოწვეული მეტასტაზური ანთება [11, 85, 21].

1. პირის ღრუდან მეტასტაზური ინფექცია გარდამავალი ბაქტერიების გავლით მწვავე ინფექციური ენდოკარდიტისაკენ, მწვავე ბაქტერიული მიოკარდიტისაკენ, ტვინის აბსცესისაკენ, მღვიმოვანი სინუსის თრომბოზისაკენ, ფილტვების ინფექციისა და აბსცესისაკენ, ლუდვიგის სტენოკარდიისაკენ, ორბიტალური ცელულიტისაკენ, კანის წყლულისაკენ, ოსტეომიელიტისაკენ, სახსრების პროთეზირების შემდგომი ინფექციისაკენ;
2. პირის ღრუში მიკრობული ტოქსინების ცირკულაციის გამო მეტასტაზური დაზიანებები: ცერებრალური ინფარქტი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, პერსისტირებადი ჰიპერთერმია, სამწვერა ნერვის იდიოპათიური ნევრალგია, ტოქსიკური შოკის სინდრომი, სისტემური გრანულოციტოზური სინდრომი, ქრონიკული მენინგიტი;
3. პირის ღრუს ორგანოების იმუნოლოგიური დაზიანებით გამოწვეული მეტასტაზური ანთება, ბეხჩეტის სინდრომი, ქრონიკული ჭინჭრის ციება, ნაწლავთა ანთებითი დაავადებები, კრონის დაავადება.

ჰორმონების დონის ცვლილება ქალის ორგანიზმში მხოლოდ რეპროდუქციულ სისტემაზე არ მოქმედებს, ის

სერიოზულ გავლენას ახდენს პირის ღრუს ორგანოებზე. ორსულობის პერიოდში ღრძილის მიკროგარემოში მიკრობული ფლორა იცვლება, რაც შეშუპებას და ღრძილებიდან სისხლდენას უწყობს ხელს. პაროდონტის ქსოვილებში მიმდინარე ქრონიკული ანთებითი პროცესები შესაძლებელია ნაადრევი მშობიარობის, დღენაკლული ბავშვის და მცირეწონიანი ახალშობილის დაბადების ერთ-ერთი რისკფაქტორი გახდეს. ასევე აღწერილია ორსულთა ეპულისის და ჰორმონების ზემოქმედების შედეგები პირის ღრუს ლორწოვან გარსსა და პაროდონტის ქსოვილებზე. ჰორმონების გავლენით პირის ღრუს ლორწოვან გარსში მიკროცირკულაცია ირღვევა. ამ დროს მცირდება სისხლის დინების სიჩქარე, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს ენდოთელიუმზე გრანულოციტების დალექვას და სისხლძარღვთა განვლადობის გაზრდას განაპირობებს, სწორედ ამით აიხსნება ჰიპერემიის, შეშუპების, სისხლდენის და ცილოვანი ექსუდატის გაჩენის მიზეზი ღრძილოვან სითხეში ორსულთა გინგივიტის დროს [53, 98, 96, 93].

ბოლოს დარწმუნებით შეიძლება ითქვას, რომ პირის ღრუს ნორმალური ბაქტერიული ფლორა უშუალოდ არ მონაწილეობს ეპითელიუმის დისპლაზიაში, თუმცა მაინც არსებობს მათი არაპირდაპირი მონაწილეობის შესაძლებლობა, როდესაც ისინი ხვდებიან ისეთ კანცეროგენულ ეტიოლოგიურ ფაქტორებს, როგორებიც არის, მაგალითად, თამბაქოს წევა ან ალკოჰოლის მიღება [142, 144].

ვინაიდან ეტიოლოგიური ცდომა რეზიდენტული მიკროფლორიდან არარეზიდენტული პათოგენური მიკრობებისკენ წარმოადგენს მნიშვნელოვან აღმოჩენას პირის ღრუს კანცეროგენეზში, ამიტომაც სავსებით გამართლებულია პირის ღრუს ჰიგიენის შენარჩუნება ასეთ პაციენტებში [134, 141, 137, 62, 64] იმავდროულად კლინიცისტებისათვის აუცილებელია რეზისტენტული მიკრო-ფლორის დამცველობითი ფუნქციის მკურნალობის სტრატეგია, რაც გულისხმობს მიკროფლორის გაძლიერებას და არა

განადგურებას. ამგვარად, პირის ღრუს მიკროფლორის შემადგენლობის ცვლილება წარმოადგენს პოტენციურ დიაგნოსტიკურ მაჩვენებელს ამ მიდამოს კიბოს განვითარებისთვის [108,110,120].

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ენდოკრინული დაავადებების დროს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევითაა განპირობებული და ამ დაავადების დროსაც პირის ღრუში ხშირად პირველად სადიაგნოსტიკო ნიშანს წარმოადგენს. მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის დროს პაციენტები უჩივიან ქსეროტომიას, პირის ღრუს სიმშრალეს, ლორწოვანი არის მშრალი, ჰიპერემიული, აღინიშნება სისხლჩაქცევები და ეროზიები. ხშირად ვითარდება ორალური კანდიდოზი და მიკოზური ანგულიტი [55, 80].

ამრიგად, ზოგადსომატურ დაავადებებსა და პირის ღრუს მდგომარეობას შორის არსებობს მტკიცე კავშირი და დიაგნოზის დიფერენცირებისას ის აუცილებლად გასათვალისწინებელია.

I.2. გასტროენტეროლოგიური დაავადებების კავშირი პირის ღრუსთან

გასტროენტეროლოგიური დაავადებები: ნაწლავების ანთება, გასტრიტი, კრონის დაავადება, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი, კუჭის წყლული, ქოლეცისტიტი და სხვა შესაძლოა გამოვლინდეს ორალურადაც.

ქრონიკული გასტრიტი არის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადება. გასტრიტის დროს მუდმივად აგრესიული ანთება იწვევს კუჭის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას და დისფუნქციას. დაავადების გამომწვევი მიზეზი მრავალია: მათ შორის სოციალური მდგომარეობა, გარემო პირობები, ჰიგიენური ფაქტორები, თუმცა ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორი Helicobacterpylori–ის შედეგადაა გამოწვეული. ამ დროს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ხშირად

შეიმჩნევა სხვადასხვა ზომის აფთები. კუჭ-ნაწლავის დაავადებები აფთოზური სტომატიტის ერთ-ერთი ეტიოლოგიური ფაქტორია [123, 104, 118].

კბილთა მაგარი ქსოვილის დაზიანება, კბილების ეროზია, მინანქრის და დენტინის პროგრესირებადი დაზიანებაა. კბილთა ეროზიის ეტიოლოგიის ყველაზე

გავრცელებული ფაქტორი გასტროეზოფაგური რეფლუქსდაავადებაა, გამოწვეული პირის ღრუში კუჭის წვენის უკუდინებით. წარმოებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ კბილების ეროზიის გამოვლენის მაღალი სიხშირეა იმ პაციენტების პირის ღრუში, რომლებიც დაავადებულნი არიან გასტროეზოფაგური რეფლუქსით, ვიდრე სხვა პაციენტებში. მიზეზი კუჭის წვენის მომატებული მჟავიანობაა. კლინიკური რეკომენდაცია ისაა, რომ ყველა მათგანმა უნდა გაიაროს გამოკვლევა სტომატოლოგთან კბილთა ეროზიის ხარისხის შეფასების მიზნით, რათა მათ დროულად მიეცეთ ახსნა-განმარტება აღნიშნული დაავადების კბილებზე მავნე ზეგავლენის საშიშროების შესახებ [111,97].

მიუხედავად იმისა, რომ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი წარმოადგენს ძირითად ადგილს ანთებითი დაავადებების განვითარებისათვის, ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია, გამოვლინდეს არანაწლავური სიმპტომები, ისეთები, მაგალითად, როგორებიცაა: პირისღრუსმხრივი გამოვლინებანი, რომლებიც გვეხმარება დაავადების დიაგნოსტიკასა და მონიტორინგში, მაშინ როცა მათმა იგნორირებამ შესაძლოა, გამოიწვიოს დაავადების მცდარი დიაგნოსტიკა და არა საჭირო და ძვირადღირებული გამოკვლევების დანიშვნა [83]. არაერთი კვლევა ცხადყოფს კავშირს კარიესსა და გასტროეზოფაგურ რეფლუქსს შორის. პირის ღრუს იმუნური თავდაცვის კომპონენტებს შორის მნიშვნელოვანი როლი ეკუთვნის სხვადასხვა უჯრედის მიერ წარმოქმნილ არასპეციფიკურ თავდაცვით ფაქტორებს, რომლებიც მოქმედებენ კომპლექსურად [63,67,68].

ნაწლავის ანთებითი დაავადებები წარმოადგენს მრავალფაქტორიან დაავადებებს, რომელთა განვითარებაშიც განსაკუთრებულ როლს იმუნური სისტემა, გენეტიკა და გარემო ფაქტორები თამაშობენ [50,87,61]. ნაწლავის ანთებითი დაავადებები კრონისა და წყლულოვანი კოლიტის ჩათვლით წარმოადგენენ ქრონიკულ დაავადებებს ნაწლავების პირველადი დაზიანებით [58, 95, 127, 129, 122].

კრონის დაავადება პირველად აღწერა პოლონელმა ქირურგმა ანტონი ლეშნიკოვსკიმ 1904 წელს, თუმცა საბოლოოდ არ იყო გამოყოფილი ნაწლავის ტუბერკულოზისგან. ამერიკელმა გასტროენტეროლოგმა ბერილ ბერნალდ კრონმა 1932 წელს ამერიკის ერთ-ერთ კლინიკაში აღწერა მისი რამდენიმე შემთხვევა და წარუდგინა ამერიკის სამედიცინო ასოციაციას. 1969 წელს Dyes-et all- მა კრონით დასნებოვნებულ ორ პაციენტში აღწერა გამოვლინებები პირის ღრუში. აქედან მოყოლებული მრავალი თანამედროვე კვლევა ადასტურებს კრონის დაავადებასა და პირის ღრუს დაავადებას შორის კავშირს [138, 54, 91, 102, 114].

ქოლეცისტიტის (ნაღვლის ბუშტის ანთება) ეტიოლოგიური ფაქტორი არაჯანსაღი ცხოვრების წესი და არარეგულარული კვებაა. პაციენტები აღნიშნავენ მუდმივი ხასიათის ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშ, გულისრევის და ღებინების შეგრძნებებს, საკვების მიღების შემდგომ პირის ღრუში წყურვილის და სიმხურვალის შეგრძნებას, კლინიკურად ვლინდება აფთოზური სტომატიტის სახით, ლოკალიზებულია პირის ღრუს სხვადასხვა ადგილას [115].

ნაწლავური დისბიოზი კუჭ-ნაწლავის ბაქტერიული დისბალანსია; განპირობებულია ძირითადად მიკროორგანიზმების ნაკლებობით, ხშირად სრული გაქრობით და სხვა მიკროორგანიზმების ზრდით. ეტიოლოგიური ფაქტორებია: ანტიბაქტერიული პრეპარატების მიღება, ეკოლოგიური ფაქტორები, არარეგულა-რული კვება, საკვებთან ერთად მიღებული კონსერვანტები. კუჭ-ნაწლავის ხანგრძლივი და პათოგენური ცვლილებების ფონზე პირის ღრუში

ვითარდება სოკოვანი, ბაქტერიული და ვირუსული ცვლილებები [133,128].

ამრიგად, ნაწლავთა ანთებითი დაავადებების მქონე პაციენტებში, დაავადების მიმდინარეობის პროცესში ვლინდება არანაწლავური გამოვლინებანი: სახსრების, კანის, თვალის, სანაღვლე გზების და პირის ღრუს გამოვლინებები, რომლებიც ხშირად [84, 90] ეხმარება ექიმს სრულფასოვან დიაგნოსტიკაში.

საკითხი ქრონიკული ინფექციის წყაროს არსებობისა და სომატური დაავადებებით ავადობაზე გავლენა მთელი მსოფლიოსათვის აქტუალურია, ამიტომაც განვითარებული ქვეყნებში წარმოებული კვლევები საფუძვლად უდევს ჯანდაცვის პროფილაქტიკურ პროგრამებს [117].

ჯანდაცვის სისტემების ჩართულობა აუცილებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, გაუმჯობესებისა და შენარჩუნებისთვის. ეფექტური ჯანდაცვის სერვისის მეშვეობით პაციენტებს შეიძლება მიეწოდოთ რჩევები დაავადების შესახებ, ამით ხელი შეუწყოს მკურნალობას და რისკფაქტორების იდენტიფიცირებას, რომელთა მოდიფიკაციამ შეიძლება შეამციროს ავადობისა და ავადმყოფობის შემთხვევები მომავალში, ხელი შეუწყოს ცხოვრების კარგი ხარისხის შენარჩუნებას. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სერვისები ძირითადად მიმართულია მხოლოდ გადაუდებელი დახმარების ან გარკვეული ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობის მიმართ ინტერვენციებზე. მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებებია კბილის კარიესი და პაროდონტიტი. პირის ღრუს ჯანმრთელობისთვის მინიჭებული დაბალი პრიორიტეტი აფერხებს მონაცემთა მოპოვებას და პირის ღრუს მოვლის ეფექტური პროგრამების ჩამოყალიბებას.

სამწუხაროდ, ბევრ ქვეყანაში ადამიანური, ფინანსური და მატერიალური რესურსები ჯერ კიდევ არასაკმარისია პირის ღრუს ჯანდაცვის სერვისების საჭიროების დასაკმაყოფილებლად და უნივერსალური ხელმისაწვდომობის

უზრუნველსაყოფად, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ ჯგუფების პირის ღრუს ჯანმრთელობა სრულად უნდა იყოს ინტეგრირებული ეროვნულ ან საერთო ჯანდაცვის პროგრამებში [82].

I.3. სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისა და დაფინანსების შესაძლებლობები

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დღევანდელი მდგომარეობა და მისი მომავალი პერსპექტივები ქვეყნის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს [2,106].

სოციოლოგია არის მეცნიერება-მოძღვრება საზოგადოების შესახებ და მის შესწავლის საგანსაც საზოგადოება წარმოადგენს, საზოგადოება კი ადამიანთა გაერთიანებაა. თანამედროვე სოციოლოგიური მეთოდი შერჩევითი კვლევაა, რომელიც გულისხმობს საჭირო ინფორმაციის მოპოვებას სპეციალურად შერჩეული სოციალური ობიექტების შესწავლის გზით, რითაც დგინდება ადამიანებზე, მათს დამოკიდებულებაზე საზოგადოებისადმი, სხვადასხვა ჯგუფზე, ერთმანეთზე მონაცემები, ირკვევა მათი განწყობა. მოპოვებული ინფორმაციის საშუალებით კეთდება დასკვნები არსებული კანონზომიერების კავშირების შესახებ [6].

სოციოლოგიის არსში გასარკვევად მნიშვნელოვანია საზოგადოების, როგორც სტრუქტურის, სისტემური მთლიანობის გაგება, ანუ ის არის ისეთი სტრუქტურული მთლიანობა, რომლის ნაწილები ურთიერთზემოქმედებენ. ამის გათვალისწინებით ძნელია იმის თქმა, რომ ადამიანები თვითონ ირჩევენ მათთვის სასურველ საქმიანობას. საზოგადოების სოციალურ ურთიერთობათა მეცნიერული, სოციოლოგიური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ჩვენი ყოველდღიური არჩევანი იმ საზოგადოებაზეა დამოკიდებული, რომელშიც ჩვენ ვცხოვრობთ. აქედან

ვაანალიზებთ, რომ ადამიანების ზემოქმედებას სოციალური გარემოცვა განაპირობებს [7].

სოციალური სტრატიფიკაციის შესწავლა სოციალური უთანასწორობის ინსტიტუციონალიზებული ფორმის ახსნის მცდელობაა. ნებისმიერ საზოგადოებაში ადამიანები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან შესაძლებლობების, უნარების, სიძლიერის, სილამაზის და ამბიციების მიხედვით. ამ თვისებებმა შეიძლება გავლენა იქონიოს მათი ცხოვრების სტანდარტებზე, მათ მიმართ პატივისცემასა და გავლენაზე [5].

ყველა ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც საზოგადოების კლასობრივ-სტრატიფიკაციული სტრუქტურა არაერთგვაროვანია, ერთიანი საზოგადოება იყოფა სოციალურ ჯგუფებად და ჯგუფის შიდა სტრატებად. ბევრი სხვა ქვეყნის მსგავსად, საქართველომ გაიარა საზოგადოებრივი განვითარების მონათმფლობელური და ფეოდალური გზები [6].

დამოუკიდებელი საქართველოს ახალ კლასობრივ-სტრატიფიკაციულ სტრუქტურაში გადამწყვეტ როლს ასრულებს ეკონომიკა, განათლება, კულტურა, პროფესია, კვალიფიკაცია, ძალაუფლება, პრივილეგიები, თანამდებობრივი უფლებები და მოვალეობები და სხვა, რომელთა ერთიანობაც საზოგადოებრივ სტრუქტურაში ქმნის სამ ერთმანეთისაგან განსხვავებულ სოციალურ კლასს: მაღალს, საშუალოსა და დაბალს, რომლებიც თავად იყოფიან ორ: ზედა და ქვედა ფენებად [6, 2]. საშუალო და დაბალ სოციალური სტატუსი განისაზღვრება შემოსავლების ოდენობითა და ქონებრივი მდგომარეობით.

ჩვენი შესწავლის საგანს წარმოადგენენ სოციალურად დაუცველი პირები. ისინი რეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში [31] ამგვარად, ამ ადამიანების შემოსავალი მთლიანად განისაზღვრება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ან კერძო სტრუქტურებიდან მიღებული სახსრებით, სოციალური დახმარებებითა და არსებული შეღავათებით. აქედან

გამომდინარე, ისინი მიეკუთვნებიან დაბალი კლასის ქვედა ფენას, რომელშიც ასევე შედიან ინვალიდები, მარტოხელა, შრომის უნარს მოკლებულნი, უმუშევარი ლტოლვილები, მარჩენალდაკარგული და სხვა პირები თუ ოჯახები [30].

შესაბამისად, სახელმწიფოს პირველადი ამოცანა უნდა იყოს დაუბრუნოს ამ ხალხს პერსპექტივის შეგრძნება და საქართველოში ეს საკითხი უნდა დაიწყოს ჯანმრთელობის მომსახურების გაუმჯობესებით.

საქართველოში უკვე 10 წელზე მეტი დრო გავიდა მას შემდეგ, რაც ჯანმრთელობის სისტემის რეფორმირება დაიწყო, მაგრამ მაინც ისე ჩანს, რომ იგი ყოველთვის და ყველგან სახელმწიფოსათვის პრობლემურ სფეროს წარმოადგენს. არსებული მრავალი პრობლემიდან შეიძლება გამოიყოს მოსაგვარებლად ყველაზე რთული და ჩვენი აზრით, ყველაზე მაღალი დანახარჯების მქონე სოციალური სამართლიანობის ნაკლებობის საკითხი, რომელიც ასახულია ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მეთერთმეტე სამოქმედო პროგრამაში 2006-2015 წლებში [2].

საქართველოს მიერ დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ გასული დრო ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების მიხედვით შესაძლებელია ოთხ პერიოდად დაიყოს:

- ინერციის პერიოდი – 1991-1995 წლები;
- რეფორმის პირველი პერიოდი –1995-2003 წლები;
- რეფორმის მეორე პერიოდი – 2004-2012 წლები;
- რეფორმის მესამე პერიოდი – 2013 წლიდან დღემდე.

1991 წლამდე საბჭოთა პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა გლობალური საბჭოთა სისტემის – ე.წ. „სემაშკოს მოდელის“ ნაწილი იყო. სისტემის მართვა, ადმინისტრირება და დაფინანსება ცენტრალიზებულად ხორციელდებოდა. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ მკვეთრად შემცირდა ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება სახელმწიფოს ბიუჯეტიდან, სახელმწიფო უკვე ვეღარ უზრუნველყოფდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებას.

შესაბამისად, მიუთითებენ მოსახლეობის სამედიცინო მაჩვენებლების გაუარესებაზე, კერძოდ: გაიზარდა ავადობის მაჩვენებლები, შემცირდა შობადობა, გავრცელდა სოციალურად საშიში დაავადებები, გაიზარდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები; გაუარესებული ეკონომიკური პირობების გამო მრავალმა ცნობილმა სპეციალისტმა დატოვა ქვეყანა. ქართული მედიცინა, ფაქტობრივად, კოლაფსის წინაშე აღმოჩნდა [18].

1995 წლის 10 აგვისტოდან ყოვლისმომცველი უფასო სამედიცინო დახმარება შეიცვალა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით. მოკლედ, ქვეყანა ჯანდაცვის საბჭოური, ცენტრალიზებული მოდელიდან გადავიდა სამედიცინო სადაზღვევო მოდელზე. ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაციას მოჰყვა ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებიდან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოების შექმნა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი აფინანსებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს [2].

სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები გადაიქცნენ კერძო სამართლის სუბიექტებად. შესაბამისად, გაიზარდა მათი მმართველობის ავტონომიაც. შემუშავდა ჯანდაცვის ორგანიზაციის და მართვის ახალი მოდელის შესატყვისი ბაზა. შეიქმნა „კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“[34].

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შეაჩერა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება.

2006 წლიდან ჯანდაცვის უნივერსალური პროგრამები ჩანაცვლდა მიზნობრივ ჯგუფებზე (სოციალურად დაუცველი ფენები) ორიენტირებული პროგრამებით. ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში ჩაერთვნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები [36]. დაზღვეულებს გაუჩნდათ შესაძლებლობა, აერჩიათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია, თუმცა 2010 წლიდან სავალდებულო გახდა კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიასთან ურთიერთობა. ამასთან, კერძო სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ ქვეყნის

შესაბამის რაიონში საავადმყოფოების აშენება. შედეგად გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია [2].

2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა შემოიღეს და მან მთელი სახელმწიფოს მოსახლეობა მოიცვა, თუმცა დარჩა გადასაწყვეტი მთელი რიგი ამოცანები [18].

პირველადი ჯანდაცვის განვითარება. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის ნაკლოვანებებზე მეტყველებს ამბულატორიულ დაწესებულებებში ერთ სულ მოსახლეზე დაბალი მიმართვიანობა (2. 3) მაშინ როცა ევროპის ქვეყნებში იგივე მაჩვენებელი 7.5-ია. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ითვალისწინებს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას, რისთვისაც საჭიროა ოჯახის ექიმის უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა [18].

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა: ქვეყანაში არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ერთიანი სისტემა, არაა განვითარებული სამედიცინო ხარისხის კონტროლის უმთავრესი მექანიზმი, სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია [18].

სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენებისათვის: ქვეყანაში არ არის შექმნილი სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიზნობრივი პროგრამა [18].

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების წილი კატასტროფულად მაღალი: მთლიანი ხარჯების დაახლოებით 40%-ია, ევროპის ქვეყნებში კი იგი 10-15%-ს არ აღემატება. მედიკამენტებზე ფასების შემცირების ეფექტიანი გზაა ფარმაცევტული ბაზრის შესახებ ინფორმაციის გამჭვირვალობის ამაღლება, რაც შესაძლებელია

სტატისტიკური ანგარიშების სპეციალური ფორმით, სადაც დაფიქსირდება მედიკამენტების საზღვარზე შემოტანისა და შემდეგ საცალო ქსელში რეალიზაციის ფასები [18].

მსოფლიო პრაქტიკაში არსებობს მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო ორგანიზაციები, სადაც სახელმწიფო და კერძო-კომერციული ინტერესები ურთიერთთანამშრომლობს, საქართველოში კი მხოლოდ ორი ტიპის დაწესებულებებია: სახელმწიფო და კერძო, ამიტომ ასეთი ქვეყნებისათვის უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენს ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა და მისი განხორციელება [18] ჯანდაცვის სისტემის შეზღუდული კონკურენცია ნეგატიურად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ეფექტიან ხარჯვაზე. საქართველოში აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით აქტუალურია, რადგან ჯანდაცვაზე მცირე სახსრები გამოიყოფა [17,106,78].

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯთეფექტურობის შესაფასებლად ბათუმსა და გორის რაიონში მცხოვრებ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის 408 ბენეფიციარზე 2015-2016 წლებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ პროგრამა დაბალი ხარჯთეფექტურობით გამოირჩევა, რადგან ჯანდაცვის სამინისტროში არ არსებობს კვალიფიციური ანალიტიკური სამსახური, რომელიც შეძლებდა პროგრამის ეფექტურად დაგეგმვას, ამიტომ პირველადი ჯანდაცვის სრულფასოვანი განვითარებისთვის საჭირო გახდა ანაზღაურების სხვა დამატებითი მექანიზმის მოძებნა [15].

პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში მედიცინაში და მათ შორის სტომატოლოგიაშიც მართვის ახალ ეკონომიკურ მოდელზე გადასვლასთან დაკავშირებით სამედიცინო მომსახურების, კერძოდ, გაწეული სტომატოლოგიური სერვისების ანაზღაურების-თვის წარმოიქმნა დამატებითი ალტერნატიული წყაროების გამოყენების აუცილებლობის შესაძლებლობა [16,71].

სახელმწიფო და სავალდებულო დაზღვევის ბიუჯეტთა სიმცირე აფერხებს სტომატოლოგიური სერვისების ანაზღაურებას და კიდევ უფრო აქტუალურს ხდის ალტერნატიული დაფინანსების წყაროების აუცილებლობას სტომატოლოგიაში საერთაშორისო ჯგუფებმა დაადგინეს ანაზღაურების სისტემის რეფორმის აუცილებლობა. მრავალ ქვეყანაში არსებობს ჯანმრთელობის დაცვის ორსაფეხურიანი სისტემები, რომლებიც არსებულთან შედარებით გაცილებით მაღალი სტანდარტის და უფრო მეტად ხელმისაწვდომია [44, 45, 105,131].

სტომატოლოგიის მართვის პრინციპულად ახალ ფორმებზე გადასვლა პირველ რიგში გამოიხატება მოსახლეობის ყველა სოციალური ფენისათვის სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობით, მათთვის მინიმალური უფასო მომსახურების გაწევით. მისი რეგულარულობა და სისტემურობა უზრუნველ-ყოფილია მოსახლეობის გაჯანსაღების ტრადიციულ საქმიანობაში სახელმწიფოს მუდმივი მონაწილეობით. ჯანდაცვის სისტემის საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის პროცესში ამ უკანასკნელს მუდმივი რისკები და გაურკვევლობები ახლავს.

I.4. ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში თანამედროვე სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში

დღეისათვის საქართველოში არ არსებობს კვლევა, რომელიც მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალური ფენის სტომატოლოგიური ხელმისაწვდომობის სურათს ასახავს [14,32], ხოლო სტომატოლოგია სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და ნაკლებად ხელმისაწვდომ მიმართულებად ითვლება სოციალურად დაუცველი ფენისათვის. სოციალურად დაუცველს წარმოადგენს ფიზიკური პირი, რომელიც სახელმწიფოსგან იღებს დახმარებას ელემენტარული ცხოვრებისეული

პირობების შესაქმნელად. სოციალურად დაუცველ პირებს მიეკუთვნებიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული პირები [92,100,36,105].

მსოფლიოში არსებულმა ემპირიულმა მონაცემებმა აჩვენა, რომ არსებობს სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის კონკრეტული და აპრობირებული გზები, რომლებიც შესაძლებელია განზოგადდეს ქართულ რეალობაზე, რისთვისაც საჭირო და აუცილებელია საქართველოში არსებული ვითარებისა და საჭიროებების ცოდნა [13,52].

გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებზე გადასვლამ, ჩვენს ქვეყანაში გამოიწვია სტომატოლოგიური დარგის სრულმა კომერციალიზაციამ, ხელი შეუწყო ამ დარგის ცალკეული მიმართულების განვითარებას, კერძოდ, ახალი სტომატოლოგიური კლინიკების და კაბინეტების გახსნას, ტექნიკა-დანადგარების გადახალისებას, მკურნალობის მეთოდების გათანამედროვებას. დარგის კომერციალიზაციის ნეგატიური შედეგებია არარენტაბელურობის გამო პროფილის შეცვლა და ბავშვთა სტომატოლოგიური კლინიკების თუ კაბინეტების დახურვა, სტომატოლოგიური დისპანსერიზაციისა და პროფილაქტიკის პროგრამების მოშლა[24].

საქართველოში საყოველთაო დაზღვევის დანერგვამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე, თუმცა ამ პროგრამის მიღმა აღმოჩნდა ამბულატორიული სტომატოლოგიური მომსახურება [24], ასევე სხვა სამედიცინო მომსახურებანი. იგივე შეიძლება ითქვას აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაზეც, რომელიც მდებარეობს საქართველოს სამხრეთ-დასავლეთ ნაწილში, აჭარის ფართობი 2,9 ათასი კვ. კმ.-ია, რაც შეადგენს საქართველოს ტერიტორიის 4,2%. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა ექვს მუნიციპალიტეტად იყოფა: ბათუმის, ქედის, ქობულეთის, შუახევის, ხელვჩაურის და ხულოს

მუნიციპალიტეტებად. მოსახლეობა შეადგენს 354.900 ადამიანს. აჭარის რეგიონში მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს სოციალურად დაუცველი ფენა, რომლისთვისაც სტომატოლოგიური მომსახურება პრაქტიკულად მიუწვდომელია, თუ არ ჩავთვლით მუნიციპალურ პროგრამებს. ჯამში საარსებო შემწეობის მიმღები მოსახლეობა ქალაქ ბათუმში შეადგენს 15.222 ადამიანს, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით [25].

სამედიცინო სერვისებს შორის სტომატოლოგია ერთ-ერთი ყველაზე ძვირადღირებულია. აშშ-სა და ევროპის ქვეყნებში სადაზღვევო კომპანიები გადაუდებელ დახმარებას, ძირითადად კბილის ტკივილის კუპირებასა და ლითონის ამალგამით დაბჟენას აფინანსებენ, მინიმალური სადაზღვევო პაკეტის მქონე ბენეფიციარებმა იციან ამის შესახებ და არც მოლოდინი არ აქვთ [14, 59, 60]. კერძო სადაზღვევო კომპანიები სტომატოლოგიურ სერვისებს პაციენტებს სხვადასხვა მარკეტინგული შეფუთვით ძირითადად პროვაიდერ კლინიკებში სთავაზობენ, რითაც ირღვევა პაციენტის ფუნდამენტური უფლება. „პაციენტს აქვს უფლება, აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი“[35] ამასთანავე, სამოქალაქო კოდექსის 54-ე მუხლში ვკითხულობთ: „ბათილია გარიგება, რომელიც არღვევს კანონით დადგენილ წესსა და აკრძალვებს, ეწინააღმდეგება საჯარო წესრიგს ან ზნეობრივ ნორმებს“ [29]. შესაბამისად, ხელშეკრულების ის პუნქტი, რომელიც მზღვეველს აძლევს უფლებას, არ აანაზღაუროს არაპროვაიდერ კლინიკაში გაწეული სამედიცინო მომსახურების საფასური, არღვევს ბენეფიციარის/დაზღვეულის ფუნდამენტურ უფლებას.

სადაზღვევო კომპანიები პროვაიდერ კლინიკებს ძირითადად თავად უდგენენ პრეისკურანტს, მომსახურების დაბალ ფასებს რეალურ ფასებთან შედარებით, ამიტომ პროვაიდერი კლინიკები იძულებულნი არიან, შეამცირონ როგორც პირდაპირი, ასევე არაპირდაპირი ხარჯები და

შესაბამისად, ხარისხიც. ეს კი ექიმის მიერ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის არაჯეროვნად შესრულებაა [36].

კერძო სადაზღვევო კომპანიების ბენეფიციარებისთვის შეთავაზებული დაზღვევის პირობებისა და ანაზღაურების მეთოდების კვლევამ აჩვენა, რომ ჯანდაცვის ექსპერტთა 30% მათ პოზიტიურად აფასებს, ხოლო 67% კი, როგორც „ცუდს“, ექიმ-სტომატოლოგთა 100%-ის შეფასებით მხოლოდ ცუდი ან ძალიან ცუდია, თუმცა ექსპერტთა ნაწილის დასკვნით, მზღვეველთა მიერ შემოთავაზებული დაფინანსებისა და ადმინისტრირების წესი სტომატოლოგიურ შემთხვევებზე რაციონალურია [13].

ამრიგად, პირის ღრუს როლი ჯანმრთელობის დაცვაში უმნიშვნელოვანესია. ეს მიუთითებს სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროებას საერთო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, რაც სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში შეამცირებს არამარტო პირის ღრუს, არამედ სომატური დაავადებების განვითარების რისკსაც.

I.5. სოციალურად დაუცველ ბავშვთა პირის ღრუს მდგომარეობის თავისებურებანი

ლიტერატურის მონაცემების განხილვამდე ჩვენ ზუსტად უნდა განვსაზღვროთ სოციალურად დაუცველი ოჯახის ცნება, რომელიც მოყვანილია საქართველოს კანონში 120/ნ (2005 წლის 27 აპრილი) და განისაზღვრება, როგორც განცალკევებულ საცხოვრებელ ფართზე მუდმივად მცხოვრები ნათესაური ან არანათესაური კავშირის მქონე პირთა წრე, რომლებიც ერთობლივად ეწევიან შინასამეურნეო საქმიანობას (საცხოვრებელი ადგილის ერთობლივი გამოყენება. მისი მოვლა-პატრონობა. ოჯახისთვის საჭირო საარსებო საშუალებების მოპოვება და ამ საშუალებების: ფული, პროდუქტები, ტანსაცმელი და სხვა. ოჯახის საკეთილდღეოდ

განკარგვა-განაწილება) და მათი სარეიტინგო ქულა თუ შეადგენს 30 001-ზე ნაკლებს, საარსებო შემწეობა განისაზღვრება 60 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე. ოჯახის, რომლის სარეიტინგო ქულა 30 001 და მეტია, მაგრამ ნაკლებია 57 001-ზე, საარსებო შემწეობა განისაზღვრება 50 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე. თუ სარეიტინგო ქულაა 50 001 და მეტია, მაგრამ ნაკლებია 60 001 ქულაზე, საარსებო შემწეობა განისაზღვრება 40 ლარით ოჯახის ყველა წევრზე. ოჯახის, რომლის სარეიტინგო ქულაა 60 001 და მეტია, მაგრამ ნაკლებია 65 001-ზე, საარსებო შემწეობა განისაზღვრება 30 ლარით [30].

აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ასეთი ოჯახების რაოდენობა 2019 წელს 9,478-ია. ოჯახის პროცენტული წილი მთელ მოსახლეობასთან – 10,4-ია, 2020 წელს –11,726 ოჯახი, პროცენტული წილი მთელ მოსახლეობასთან – 12.9, 2021 წლის საარსებო შემწეობის მიმღები ოჯახი 11, 881-ია, ხოლო პროცენტული წილი მთელ მოსახლეობასთან – 13.0 [26,145].

ბუნებრივია, ასეთ ოჯახებში მცხოვრები ბავშვები მოკლებულნი არიან სტომატოლოგიურ მომსახურებას, მიუხედავად იმისა, რომ მუნიციპალიტეტებსა და ბათუმის მერიაში შექმნილია შესაბამისი დახმარების პროგრამები.

ბავშვთა კვალიფიციური სტომატოლოგიური მომსახურება თანამედროვეობის მნიშვნელოვან და აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. ბავშვების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, ორგანიზმის რეაქცია და ლაბილური იმუნური სისტემა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვთა ასაკში სტომატოლოგიურ დაავადებათა მიმდინარეობაზე. მზარდ ორგანიზმში მიმდინარე ცვლის პროცესების, ცალკეული ორგანოსა და სისტემების ფუნქციის ნებისმიერი დარღვევა მეტ-ნაკლებად აისახება პირის ღრუს ორგანოთა მდგომარეობაზე. პირის ღრუში წარმოდგენილი პათოლოგიური პროცესები ხშირად ორგანულ დაავადებათა პირველად სიმპტომებს წარმოადგენს და ზოგად დაავადებათა ადრეული გამოვლინების შესაძლებლობას იძლევა [8,49].

კბილების, პაროდონტის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა, როგორც წესი, წარმოადგენს ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონული, იმუნური ცვლის პროცესების ცვლილებების ობიექტურ მაჩვენებელს.

ერთი მხრივ, პირის ღრუ სარკმელია, საიდანაც კარგად ჩანს მთლიანი ორგანიზმი, მეორე მხრივ, სარკეა, რომელიც გვიჩვენებს სომატური დაავადებების ადრეულ გამოვლინებებს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ პირის ღრუს დაავადებათა სისტემაში მოსაყვანად მოწოდებულია კლასიფიკაცია, რომელიც მნიშვნელოვანია პრაქტიკოსი ექიმისათვის, ვინაიდან იგი ეხმარება მას ამა თუ იმ დაავადების დიაგნოსტიკაში, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის მეთოდების სწორად შერჩევაში. სხვადასხვა ავტორის მიერ მოწოდებულია ბავშვთა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა კლასიფიკაციები, რომელიც ასახავს პათოლოგიურ და კლინიკურ მონაცემთა კომპლექსს, მაგრამ ბოლო წლებში განსაკუთრებულად აქტუალური გახდა ეკოლოგიური ფაქტორები: საყოფაცხოვრებო და კვების პროდუქტების ხარისხის გაუარესება[9].

ბავშვებში, როგორც პაროდონტის ქსოვილებში ასევე, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე გამოვლენილი ცვლილებების ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზი შეიძლება იყოს ოჯახი, რომელშიც ბავშვი იზრდება, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რის გამოც ბავშვს არა აქვს საშუალება დაიცვას როგორც პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმები, ასევე ჯანსაღად იკვებოს და მიიღოს კალორიების მინიმალური რაოდენობა. პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ასევე აისახება მრავალი სომატური დაავადება. [9, 64,108].

ამრიგად, ლიტერატურის მიმოხილვამ კიდევ ერთხელ გამოკვეთა თემის აქტუალურობა და მისი შესრულების სარგებლიანობა სოციალურად დაუცველი ფენისათვის.

თავი II. კვლევის მასალა და მეთოდიკა

საზოგადოებრივი ცხოვრების სხვადასხვა მხარის კანონზომიერი კავშირების, სოციოლოგიის სპეციფიკა მისი ცვალებადობის განმსაზღვრელი აუცილებლობის დადგენას გულისხმობს. სოციალური კვლევა-ძიების მეთოდთა არსენალში მნიშვნელოვანია გამოკითხვის მეთოდის როლი. ეს მეთოდი გულისხმობს სოციალური ინფორმაციის მოპოვებას ზეპირი ან წერილობითი სიტყვა-პასუხის საშუალებით. გამოკვლევის მეთოდად ჩვენ გამოვიყენეთ ანონიმური სოციოლოგიური გამოკითხვა, სპეციალურად შექმნილი ანკეტა-კითხვარის და ინტერვიუების საშუალებით. კითხვარი მოიცავს კითხვებს სხვადასხვა რისკფაქტორის დასადგენად: სოციალური სტატუსი, ოჯახური მდგომარეობა, შემოსავალი, განათლება, ზოგადი დაავადების არსებობა, კვების ფაქტორის განსაზღვრა, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება. ანკეტა-კითხვარი წარმოდგენილია დისერტაციის ბოლოს, დანართში **(იხ. დანართი 1, 2, 3)**.

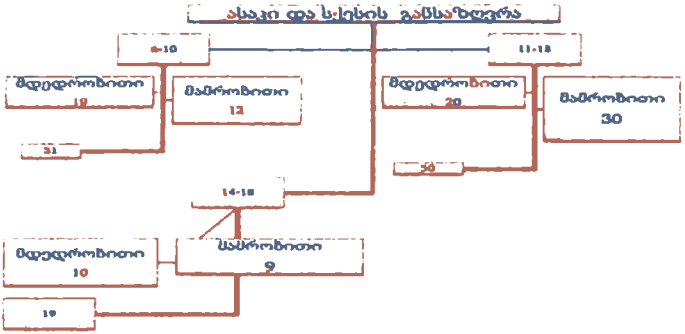
სოციალურ-ეპიდემიოლოგიური და სამედიცინო კვლევები ჩატარდა აჭარის რეგიონის სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის (1948 წ.) მიხედვით, სოციალური მდგომარეობა განისაზღვრება, როგორც ადამიანის ჯანმრთელობა. ხშირად სოციალური პირობები წარმოადგენს სხვადასხვა დაავადების ეტიოლოგიურ ფაქტორს. ჩვენ შევისწავლეთ სოციალურად დაუცველი 103 რესპონდენტი, სოციალურად დაუცველი 100 ბავშვი, საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე 103 და 51 გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობის მქონე რესპონდენტი.

ზრდასრული მოსახლეობა შეირჩა WHO-ს მიერ მოწოდებული ასაკობრივი პარამეტრების გათვალისწინებით. კვლევა ჩატარდა ხუთ ასაკობრივ ჯგუფში: 20-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 წწ. (იხ. სქემა 1):

სქესის და ასაკის განსაზღვრა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: მდედრობითი/მამრობითი	20-34	26/3	29
	35-44	23/17	40
	45-54	6/6	12
	55-64	6/7	13
	65-74	3/3	6
		64/36	100

სქემა 1. სოციალურად დაუცველი ზრდასრული პოპულაციის დახასიათება ასაკისა და სქესის მიხედვით

სამედიცინო გამოკვლევა ბავშვთა მიმართულებით განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია, მას ფსიქოპროფილაქტიკური მნიშვნელობაც ემატება. ამ მიზნით შევისწავლეთ ბათუმში მცხოვრები სოციალურად დაუცველი 100 ბავშვი, კვლევის შედეგად გამოვლინდა, მამრობითი სქესის 51 (51%) და მდედრობითი სქესის ბავშვი 49 (49%). აღნიშნული ბავშვების ასაკი მერყეობდა 6-დან 18 წლის ფარგლებში. აქედან 6-10 წლის ასაკის იყო 31, 11-13 წლის ასაკისა – 50 , ხოლო 14-18 ასაკის – 19. კვლევის მეთოდად ჩვენ გამოვიყენეთ ანონიმური სოციოლოგიური გამოკითხვა, სპეციალურად შექმნილი ანკეტა-კითხვარი, რომელიც გადამუშავდა და მოერგო ბავშვთა ასაკის თავისებურებებს. გამოკვლეული პირების ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება მოყვანილია ქვემოთ (იხ. სქემა 2):



სქემა 2. სოციალურად დაუცველი ბავშვების ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება

კვლევა ასევე ჩატარდა საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების 103 რესპოდენტნი, რომელთაგანაც ქალი იყო 43, ხოლო მამაკაცი – 60, მათი ასაკი მერყეობდა 20-სა და 74 წლებს შორის, რომლებიც სქესისა და ასაკის მიხედვითაა განაწილებული (**იხ. სქემა 3**):

სქესის და ასაკის განსაზღვრა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: მდედრობითი/მამრობითი	20-34	7/11	18
	35-44	27/35	62
	45-54	3/6	9
	55-64	5/4	9
	65-74	1/4	5
		43/60	103

სქემა 3. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით

ბოლოს კვლევა ჩატარდა გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებში. სულ გამოკითხულია სოციალურად დაუცველი ფენის 51 წარმომადგენელი: მდედრობითი სქესისა – 31

რესპონდენტი, მამრობითი კი –20. მათი ასაკი მერყეობდა 20-74 წლებს შორის **(იხ. სქემა 4):**

სქესის და ასაკის განსაზღვრა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: მდედრობითი/მამრობითი	20-34	8/3	11
	35-44	8/5	12
	45-54	11/5	16
	55-64	2/5	7
	65-74	2/3	5
		31/20	51

სქემა 4 გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფების მქონე რესპოდენტთა ასაკი და სქესი

გამოსაკვლევი პოპულაციის პირის ღრუს მდგომარეობა შეფასდა ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული კარიესის ინტენსივობის – კბა ინდექსის გამოყენებით, რომელიც გულისხმობს ერთ ადამიანში კარიესული, დაბჟენილი და ამოღებული კბილების რაოდენობის ჯამს. გამოითვლება ფორმულით კ+ბ+ა=კბა. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია ინდექსის 5 დონე: ძალიან დაბალი (0-1,1), დაბალი (1,2-2,6), საშუალო (2,7-4,4), მაღალი (4,5-6,5), ძალიან მაღალი (6,6-და მეტი)[8].

პირის ღრუს ჰიგიენა განვსაზღვრეთ გრინ-ვერმილიონის გამარტივებული ჰიგიენური (OHI-S ინდექსი) ინდექსით. ინდექსის მიხედვით განისაზღვრება 16, 31, 11, 26 კბილების ვესტიბულური ზედაპირების და 36, 46 კბილების ორალური ზედაპირების ნადები და ქვები [4].

რბილი ნადების ინდექსი (კნი)-ს განისაზღვრება შემდეგნაირად:

0 ქულა – ნადები არ აღინიშნება;

1 ქულა – რბილი ნადები ფარავს კბილის ზედაპირის 1/3-ს;

2 ქულა – რბილი ნადები ფარავს კბილის ზედაპირის 2/3-ს;

3 ქულა – რბილი ნადები ფარავს კბილის ზედაპირის 2/3- ზე მეტს;

კბილის ქვის ინდექსი (კქი) განისაზღვრება:

0 ქულა – ქვა არ აღინიშნება;

1 ქულა – ქვა ფარავს კბილის ზედაპირის 1/3-ს;

2 ქულა – ქვა ფარავს კბილის ზედაპირის 2/3-ს;

3 ქულა – ქვა ფარავს კბილის ზედაპირის 2/3-ზე მეტს.

თითოეული ინდექსის ექვსი კბილის მონაცემი იყოფა გამოკვლეულ კბილთა რაოდენობაზე. გამარტივებული ჰიგიენური ინდექსი კი გამოითვლება შემდეგნაირად: გჰი=კნი+კქი. მიღებული მონაცემების შედეგად კი ფასდება ჰიგიენური მდგომარეობა [4].

0.0-0.6 ქულა – პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა;

0.7-1.6 ქულა (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა);

1.7-2.5 ქულა (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა);

2.6-6.0 (პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა).

განვსაზღვრეთ ასევე პაროდონტული ჯიბის სიღრმე CPITIN ინდექსით, გამოკვლევისთვის მოწოდებულია სპეციალური ბურთულებიანი ზონდი, რომელსაც აქვს 3,5-5,5მმ დონეზე მუქი წითელი და 25 გ მასა. ზონდირება ხდება დაწოლის გარეშე, თუ ზონდი ჩაეფლობა 6 მმ-ზე მეტად, ფასდება 4 ქულით, 4-5 მმ – 3 ქულით, თუ მოჩანს მთლიანად ზონდის მუქი ნაწილი და აღინიშნება ღრძილზედა და

ღრძილქვედა ქვები – 2 ქულით, 3 მმ – 1. ანთებითი ნიშნების არარსებობისას – 0 ქულით [8].

პაროდონტის სადიაგნოსტიკოდ გამოვიყენეთ ასევე ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებული სისხლდენის ინდექსი, სადაც სისხლდენა განისაზღვრება ზონდირებით [4].

0 ქულა – არ არის სისხლდენა;

1ქულა – არის სისხლდენა.

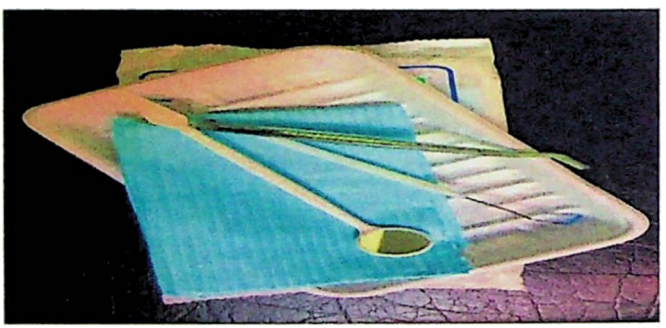
გამოვიკვლიეთ მოსახლეობის სტომატოლოგიური დახმარების დონე (მოცულობა), გამოვიყენეთ მასობრივი სტომატოლოგიური ჯგუფური ინდექსი – სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა (სდმ), რომელიც გამოისახება პროცენტებში. მის გამოსაკვლევად საჭიროა, შევისწავლოთ ადამიანთა ერთი ჯგუფი (არანაკლებ 20 ადამიანი), რომლის დროსაც რეგისტრირდება, კარიესული, დაბჟენილი და ამოღებული კბილები (კბა ინდექსი) და გამოითვლება, თუ რამდენი კბილი აქვს აღდგენილი: სდმ-ით განისაზღვრება 4 მაჩვენებელი: ცუდი (სდმ ნაკლებია 10%), არადამაკმაყოფილებელი (10-49%), დამაკმაყოფილებელი (50-74%), კარგი (75% და მეტი). სდმ=100%–კ+აკბა*100 [8].

პაციენტთა გამოსაკვლევად გამოვიყენეთ ერთჯერადი სტომატოლოგიური ანაწყობი პაციენტისათვის **(იხ. სურათი1, სურათი2**

.).



სურათი 1.ერთჯერადი სტომატოლოგიური ანაწყობი (დახურული ქარხნული წესით)



სურათი 2.

ერთჯერადი სტერილური სტომატოლოგიური ანაწყობი რომელშიც შედის; სტომატოლოგიური სარკე; სტომატოლოგიური ზონდი; სტომატოლოგიური პინცეტი; წინსაფარი.

გამოკვლევები ჩატარდა მედიცინასა და კერძოდ, სტომატოლოგიაში საყოველთაოდ ცნობილი მეთოდებით, შედეგები განისაზღვა ქვეყანაში დღეისათვის დაშვებული სტანდარტების მიხედვით და მიღებული შედეგები დამუშავდა SPSS-25 ვერსიის (Statisticalpacksageforsocialsciencies) პროგრამის და Microsoft Excell -ის პროგრამის საშუალებით.

III.1. სოციალურად დაუცველი ფენის პირის ღრუს მდგომარეობა და მისი მნიშვნელობა მედიცინისთვის

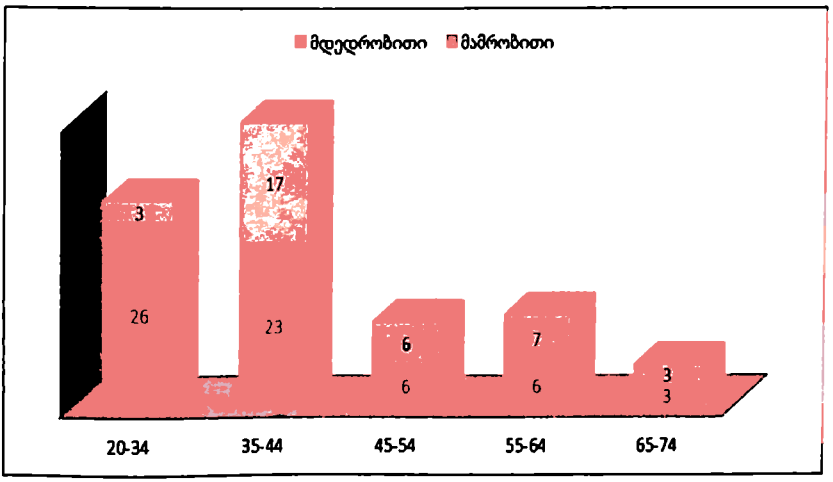
აღნიშნულ თავში ჩვენ შევისწავლეთ ბათუმში მცხოვრები სოციალურად დაუცველი 103 პიროვნება, ასაკი შეირჩა WHO-ს მიერ მოწოდებული ასაკობრივი პარამეტრების გათვალისწინებით, კვლევა ჩატარდა ხუთ ასაკობრივ ჯგუფში: 20-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, ასაკი და სქესი ასე გადანაწილდა: კაცი – 36, ქალი – 64. 20-34 წლის – 29 პაციენტი, 35-44 წლის – 40 პაციენტი, 45-54 წლის – 12. 55-64 წლის – 13 პაციენტი, 65-74 წლისა – 6 პაციენტი. აქედან სამმა პაციენტმა სქესი არ მიუთითა. კვლევის მეთოდად ჩვენ გამოვიყენეთ ანონიმური სოციოლოგიური გამოკითხვა სპეციალური ანონიმური ანკეტის საშუალებით. კითხვები შეიქმნა საკუთარი გამოცდილებითა და კლინიკური პრაქტიკიდან გამომდინარე, რომელიც სრული სახით მოყვანილია დისერტაციის ბოლოს.

პაციენტთა ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება **(იხ.ცხრილი1, დიაგრამა1):**

ცხრილი-1.
გამოკვლეული პოპულაციის დახასიათება ასაკისა და სქესის მიხედვით

სქესი	ასაკი					სულ
	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
მდედრობითი	26	23	6	6	3	64
მამრობითი	3	17	6	7	3	36
სულ	29	40	12	13	6	100

დიაგრამა 1.
გამოკვლეული პოპულაციის დახასიათება ასაკისა და სქესის მიხედვით



გამოკვლევის პერიოდში ბათუმში მცხოვრებ სოციალურად დაუცველ მამაკაცთა რაოდენობა ქალთა რაოდენობაზე ნაკლები აღმოჩნდა, ამასთან, მათი რაოდენობა ყველაზე მეტი იყო 35-დან 44 წლის ასაკში, დასახელებული ასაკი ორივე სქესის პიროვნებისათვის საკმაოდ შრომისუნარიანს წარმოადგენს. მოყვანილ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ სოციალური დონე განპირობებულია უმუშევრობით; საქართველოში, სადაც უმუშევრობის დონე მაღალია და აღწევს 18,5%-ს, 2020 წლის მონაცემებით 20,6- დან 19,0 -მდე იყო 2021 წელს; ხოლო აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში 2020 წლის მონაცემებით უმუშევრობის დონე მერყეობდა 18.7%-ის ფარგლებში, რასაც ადასტურებს საქსტატის გვერდზე არსებული ინფორმაცია [145].

განათლების დონე განსაზღვრავს ქვეყნის განვითარების დონეს. მისი მიღება მიმართულია ადამიანის ფიზიკური, ინტელექტუალური და მორალური განვითარებისკენ. განათლების პრობლემა აქტუალურია ყველა დროსა და საზოგადოებაში, განათლებასთან დაკავშირებული საკითხები უშუალოდ უკავშირდება ჩვენს საკვლევ თემას, ამიტომაც გამოვიკითხეთ ჩვენი რესპონდენტების განათლების დონე. 89 მათგანს საშუალო განათლება აქვს, ხოლო 11-ს – უმაღლესი **(იხ. ცხრილი 2):**

ცხრილი 2:

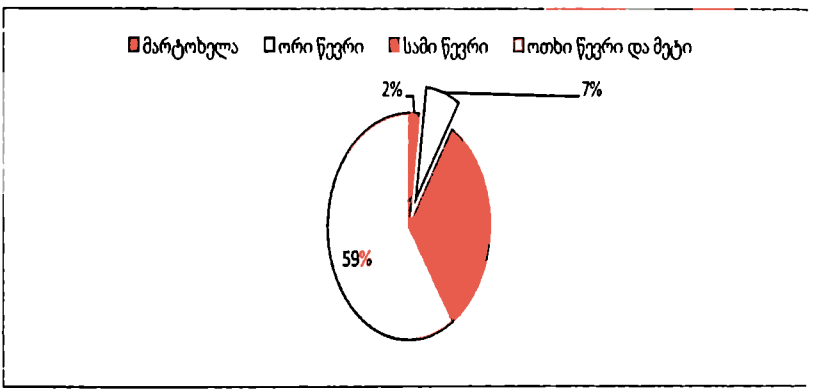
განათლების დონე რესპონდენტებში

განათლება	უმაღლესი	საშუალო	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი	11	89	3

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით სურათი ასეთია: გამოკითხულთაგან 87 დაოჯახებულია, 10 – დასაოჯახებელი, განქორწინებული – 3, 1 – ქვრივი; 2 -მა კი დასმულ კითხვას არ უპასუხა. დაოჯახებული რესპონდენტებიდან ოთხი და მეტი წევრი გამოვლინდა 61 შემთხვევაში, დანარჩენი ასე

გადანაწილდა: მარტოხელა – 2, ორი წევრი – 7, სამი – 33. ეს მიუთითებს ოჯახის წევრთა სიმრავლეზე, რაც ნიშნავს, რომ თუ რესპონდენტს დამატებითი შემოსავალი არ აქვს, მას გაუჭირდება მხოლოდ სოციალური დახმარებით ცხოვრება, რამეთუ დიდი და მრავალშვილიანი ოჯახები მოითხოვენ დამატებით ხარჯებს **(იხ. დიაგრამა 2)**:

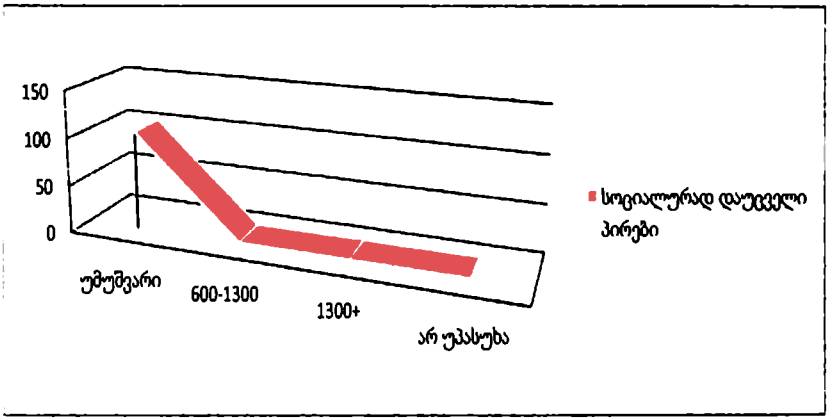
დიაგრამა 2:
სოციალურად დაუცველ რესპონდენტთა ოჯახის წევრთა რაოდენობა



რესპონდენტების საცხოვრებელი პირობები დაიყო დაბალი, საშუალო და მაღალი შემოსავლების მიხედვით. აღნიშნული სელექცია დაეფუძნა საქართველოში დადგენილ საშუალო თვიურ ნომინალურ ხელფასს. საშუალო ხელფასი 2020 წლის მონაცემებით არის 1191 ლარი, 2021 წლის მონაცემებით – 1357 ლარი, ხოლო აჭარის რეგიონში საშუალო თვიური ხელფასი 2020 წლის მონაცემებით არის 945,80 ლარი, 2021 წლის მონაცემებით 1035 ლარი [145,146]. ჩვენი კვლევით ყველა სოციალურად დაუცველი რესპონდენტი უმუშევარია. შემოსავალი მხოლოდ საარსებო შემწეობაა, რესპონდენტები

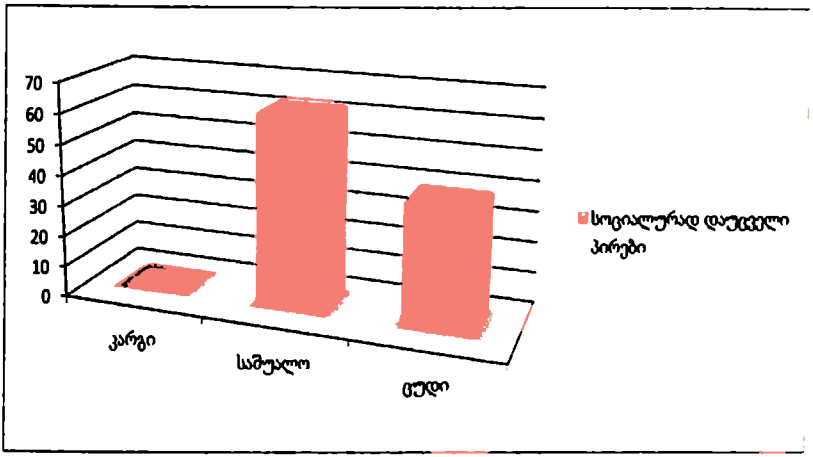
უმუშევრები არიან და მათ სხვა დამატებითი შემოსავალი არ აქვთ. **(იხ. დიაგრამა 3):**

დიაგრამა 3:
სოციალურად დაუცველ რესპონდენტთა საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი



63 რესპონდენტის აზრით, ოჯახის საცხოვრებელი ცუდია. დანარჩენი 40 რესპონდენტი თვლის, რომ საშუალო პირობებში ცხოვრობს**(იხ. დიაგრამა 4):**

დიაგრამა 4:
სოციალურად დაუცველ რესპონდენტთა საცხოვრებელი პირობები



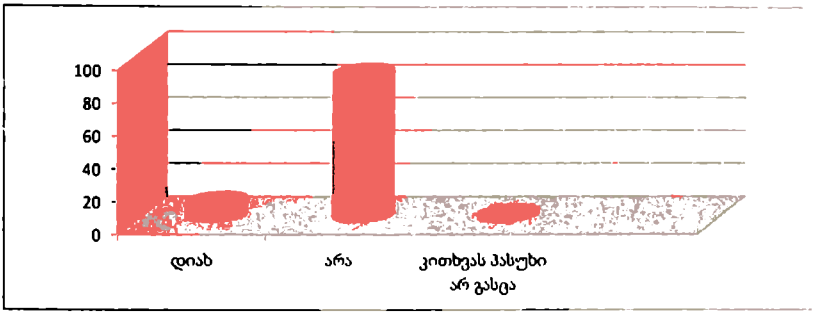
სტომატოლოგია არის მედიცინის განსაკუთრებული და სწრაფად განვითარებადი დარგი, შესაბამისად, ხშირად იცვლება და იხვეწება რეკომენდაციები სტომატოლოგთან ვიზიტისა და პირის ღრუს მოვლის წესებს შესახებ, გეგმიური ვიზიტების დროული განხორციელება სხვა სისტემური დაავადებების პრევენციის საწინდარია. აღნიშნულ პოპულაციაში შემოწმდა სტომატოლოგთან ვიზიტების სიხშირე, ჩვენი გამოკითხულთა 70 რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ სტომატოლოგს მიმართავს მხოლოდ კბილის ტკივილის დროს, 18 აცხადებს, რომ საერთოდ არ დადის სტომატოლოგთან, მხოლოდ 3 პაციენტი ახორციელებს გეგმიურ ვიზიტებს, 5 რესპონდენტი დადის სტომატოლოგთან წელიწადში ერთხელ, 7-მა კი დასმულ კითხვას საერთოდ არ უპასუხა **(იხ. დიაგრამა 5):**

დიაგრამა 5:
სოციალურად დაუცველ რესპონდენტთა სტომატოლოგთან ვიზიტი



სოციალურად დაუცველი რესპონდენტების 88%-ს უარყოფითი დამოკიდებულება აქვს პირადი სტომატოლოგის ყოლასთან დაკავშირებით, განხილული საკითხი პირდაპირ არის დამოკიდებული გამოსაკვლევი ჯგუფის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, რომლის კვლევა გვიჩვენებს, რომ ჩვენ მიერ გამოკითხულთა 100% უმუშევარია და მათ არ გააჩნიათ იმის პირობები, რომ თავიანთი პირის ღრუს სტატუსზე იზრუნონ. ამასვე თვალნათლივ მიუთითებს გამოკითხულთა დამოკიდებულება სტომატოლოგიური დახმარების მისაწვდომობის შესახებ:101 რესპონდენტის აზრით, სიძვირის გამო ასეთი დახმარება ნაკლებად ხელმისაწვდომი და ეკონომიკურად მიუღებელია. **(იხ. დიაგრამა 6):**

დიაგრამა 6:
გყავთ თუ არა პირადი სტომატოლოგი



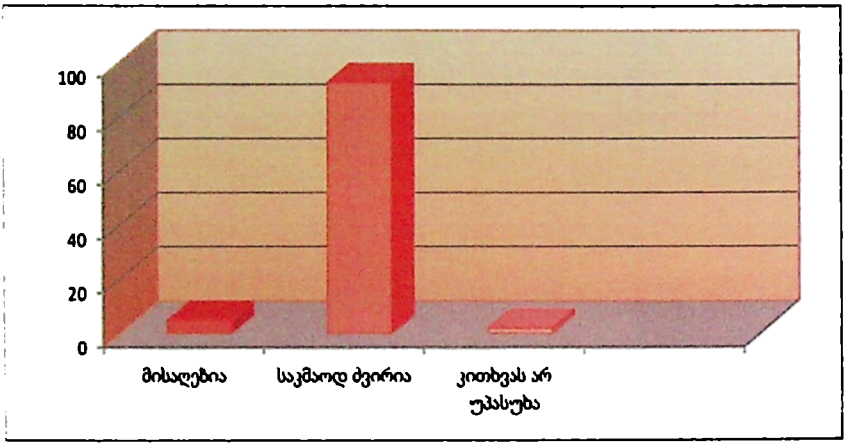
აღნიშნული დასკვნის სისწორეში გვარწმუნებს რესპონდენტთა მიერ სტომატოლოგთან ვიზიტზე ფინანსური ხელმიუწვდომლობის გამო უარის თქმა. სტომატოლოგიური დახმარება სამედიცინო მომსახურებათა შორის ერთ-ერთი ძვირია, ძვირადღირებულია სტომატოლოგიური მასალებიც, ყველაფერი ერთად ექიმ-სტომატოლოგს არ აძლევს საშუალებას, მოემსახუროს სოციალურად დაუცველ ფენას (**იხ. ცხრილი 3, დიაგრამა 7**):

ცხრილი 3:
სტომატოლოგთან ვიზიტი

სტომატოლოგთან ვიზიტი	ფინანსური ხელმიუწვდომლობა	შიში	საჭიროდ თუ არა ფიქრი	არ უპასუხა	საკმაოდ ძვირია	მისაღებია
სოციალურად დაუცველი ფენა	80	1	15	7	101	5

დიაგრამა7:

რამდენად მისაღებია თქვენთვის სტომატოლოგიური მომსახურება

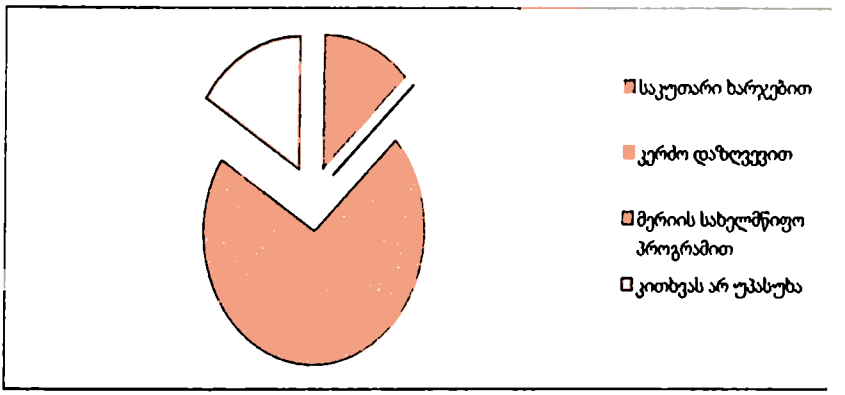


სოციალურად დაუცველი რესპონდენტების მიმართვიანობის განსაზღვრისას აღსანიშნავია მერიის მიერ შემუშავებული სახელმწიფო პროგრამები. ჩვენი რესპონდენტების უმრავლესობა სწორედ სტომატოლოგიურ მომსახურებას აქედან იღებს. ჩატარებული კვლევის შედეგების შედეგად სოციალურად დაუცველი პირები აჭარაში სტომატოლოგიურ მომსახურებას ხშირად იღებენ კლინიკებში: „სტომა დენტი“ და „დენტა-ლუქსი“, რადგან ეს კლინიკები ჩართული არიან მერიის პროგრამებში. ბათუმის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურის მიერ შემუშავებული სამედიცინო პროგრამა ითვალისწინებს ბენეფიციარების სტომატოლოგიურ მომსახურებას.

ზემოთქმულიდან გამომდინარეობს კიდევ ერთი უმნიშვნელოვანესი დასკვნა: სტომატოლოგიური დახმარების, განსაკუთრებით სტომატოლოგიური მასალების, სიძვირის გამო დღეისათვის სოციალურად დაუცველი პირების უმრავლესობა ასეთ დახმარებას ვერ იღებს. შესაძლებლად მიგვაჩნია ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სოციალურ დეპარტამენტს ასევე, როგორც ქალაქების სოციალური დახმარების დეპარტამენტებს, გაეზარდოს ბიუჯეტი აღნიშნული პრობლემის მოსაგვარებლად. ამაზეა დამოკიდებული სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარების პირის ღრუსა და საერთოდ ჯანმრთელობის მდგომარეობა და პროფილაქტიკა **(იხ. დიაგრამა 8)**:

დიაგრამა 8:

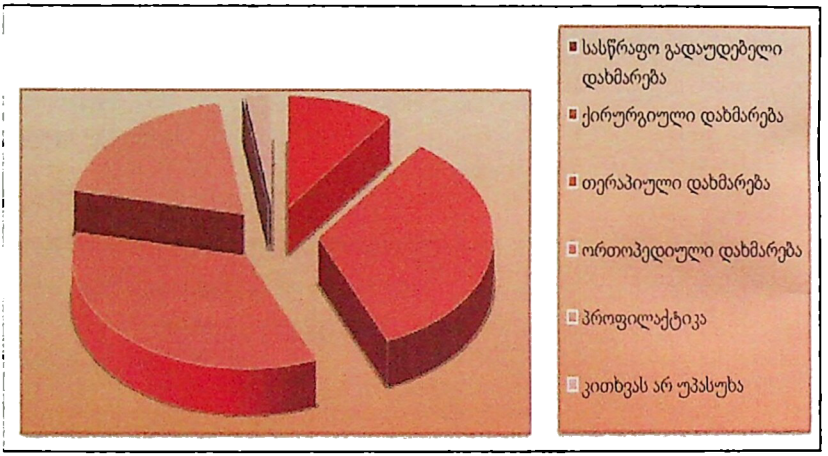
როგორ ფარავთ სტომატოლოგიური მომსახურების საფასურს



სტომატოლოგიური ვიზიტები ძირითადად თერაპიული და ქირურგიულია, რაც ითვლება გადაუდებელ მომსახურებად, რადგან კბილის ტკივილის კუპირება თერაპიული, ხოლო კბილის ექსტრაქცია ქირურგიული მანიპულაციით განისაზღვრება. მნიშვნელოვანი და საყურადღებოა, რომ ამ ჯგუფში გაერთიანებული პაციენტები

ექიმ-სტომატოლოგს პირის ღრუს დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით საერთოდ არ მიმართავენ **(იხ. დიაგრამა 9):**

დიაგრამა 9:
სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზები



ჩვენ გამოვიკითხეთ პირის ღრუს მოვლის საშუალებების ტიპები და მოხმარების სიხშირე. კითხვაზე: „პირის ღრუს მოვლის რომელ საშუალებებს იყენებთ“ ჩვენი რესპონდენტების უმრავლესობამ, 87 ადამიანმა, გაგვცა პასუხი, რომ ისინი ძირითადად სარგებლობენ კბილის ჯაგრისითა და კბილის პასტით. გამოკითხულთაგან მხოლოდ 6-მა სოციალურად დაუცველმა პირმა გვიპასუხა, რომ იყენებს ჯაგრისის, პასტისა და პირის ღრუს სავლების კომბინაციას, ხოლო 10-მა კი დასმულ კითხვას პასუხი არ გასცა. **(იხ.ცხრილი 4):**

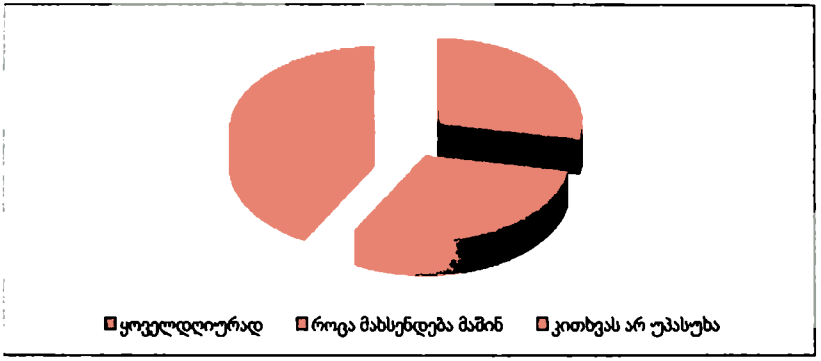
ცხრილი 4:
პირის ღრუს მოვლის საშუალებები

	პირის ღრუს მოვლის საშუალებები	კბილის ჯაგრისი, პასტა	კბილის ჯაგრისი, პასტა, პირის ღრუს სავლები	კბილის ჯაგრისი, პასტა, პირის ღრუს სავლები, მაფი	არ უპასუხა
სოციალური დაუცველი ფენა		87	6	0	10

პირის ღრუს მოვლის საშუალებების რეგულარული ხმარება საკმაოდ მნიშვნელოვანია პირის ღრუს დაავადებების პროფილაქტიკისთვის. ჩვენი რესპონდენტების უმრავლესობა – 30 რესპონდენტი ზემოთ დასახელებულ საშუალებებს, როცა ახსენდება, ანუ არარეგულარულად იყენებს, ყოველდღიურად ანუ რეგულარულად იყენებს 28 რესპონდენტი, 52- მა რესპონდენტმა კითხვას საერთოდ არ უპასუხა **(იხ. დიაგრამა 10):**

დიაგრამა 10:

პირის ღრუს მოვლის საშუალებების გამოყენების სიხშირე



ინფორმაციას პირის ღრუს მოვლის საშუალებების შესახებ ჩვენი რესპონდენტები ახლობლებისაგან იღებდნენ 55 შემთხვევაში, მედიისაგან – 2 შემთხვევაში, მედიისაგან და ახლობლებისაგან – 27 შემთხვევაში, პირადი სტომატოლოგისაგან – 2 შემთხვევაში და 17-მა რესპონდენტმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა. მოყვანილ მონაცემებს ნათლად ასახავს (**იხ. ცხრილი 5**):

ცხრილი 5:

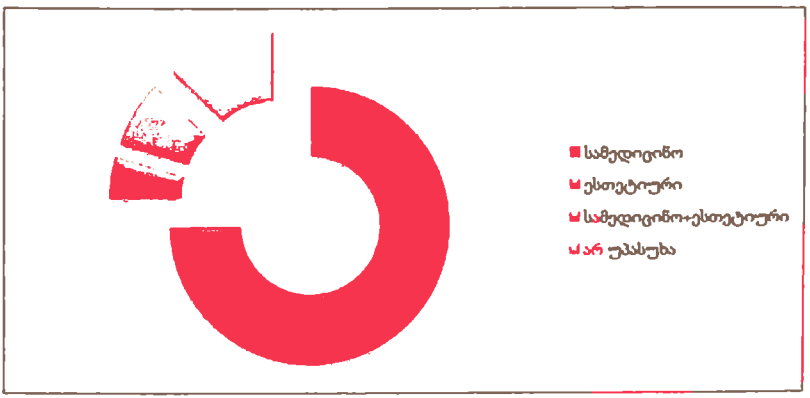
საიდან იღებთ ინფორმაციას პირის ღრუს მოვლის საშუალებებთან დაკავშირებით

სტომატოლოგიური განათლების დონე	მედიისგან	ახლობლებისგან	სტომატოლოგისგან	ახლობლებისგან სტომატოლოგისგან	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი ფენა	55	2	2	27	17

მნიშვნელოვანია საკითხი, თუ როგორი სახისად მიაჩნიათ სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებს სტომატოლოგიური მომსახურება. დასახელებულ კითხვაზე წარმოებული კვლევის შედეგად მიღებულმა შედეგებმა გვიჩვენა შემდეგი: გამოკითხულთაგან 77 რესპონდენტს მიაჩნია, რომ სტომატოლოგიური მომსახურება სამედიცინო მომსახურებათა რიგს განეკუთვნება, 5 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ იგი ესთეტიკურ მომსახურებათა რიგს მიეკუთვნება. 8 გამოკითხული აღნიშნავს, სტომატოლოგიური მომსახურება როგორც ესთეტიკური, ასევე სამედიცინოა, ხოლო გამოკითხულთაგან 13-მა დასმულ კითხვას არ უპასუხა. **(იხ. დიაგრამა 11):**

დიაგრამა 11:

სტომატოლოგიური მომსახურების ტიპი

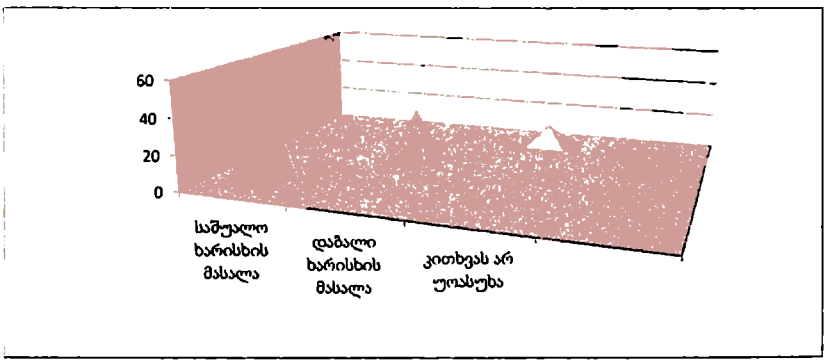


სტომატოლოგიური მომსახურება პირდაპირ უკავშირდება მასალის ხარისხს, რადგან პაციენტი თვითონ ირჩევს მასალის ხარისხს ფასის შესაბამისად. როდესაც შევისწავლეთ რესპონდენტთა პასუხები კითხვაზე, თუ „როგორი ხარისხის მასალით მომსახურებას ირჩევთ ყველაზე

ხშირად," მივიღეთ შემდეგი შედეგები: მაღალი ხარისხის მასალის გამოყენება არცერთ გამოკითხულ რესპონდენტს არ მიუთითებია, საშუალო ხარისხის მასალის გამოყენება აღნიშნა 56 რესპონდენტმა, ხოლო დაბალი ხარისხის მასალის გამოყენებით სტომატოლოგიურ დახმარებას იღებს 31 გამოკითხული და 16-მა რესპონდენტმა კითხვას საერთოდ არ უპასუხა. ყოველივე ზემოთ აღნიშნულს კარგად გვიჩვენებს **(იხ. დიაგრამა 12)**:

დიაგრამა 12:

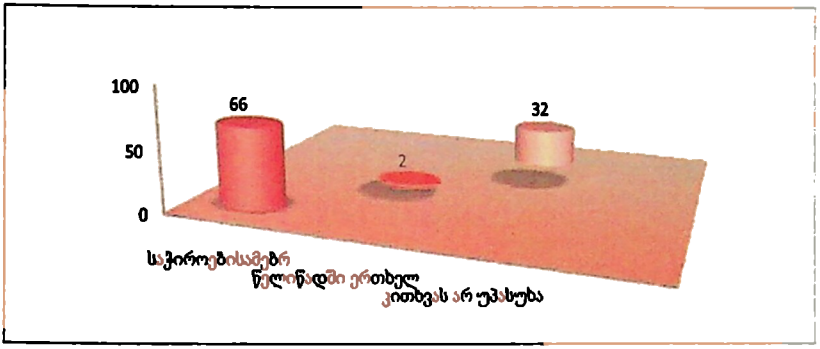
მასალის ხარისხი



ჩვენ ასევე გამოვიკითხეთ რესპონდენტთა ბავშვების სტომატოლოგიური მიმართვიანობა და სიხშირე **(იხ. დიაგრამა 13)**:

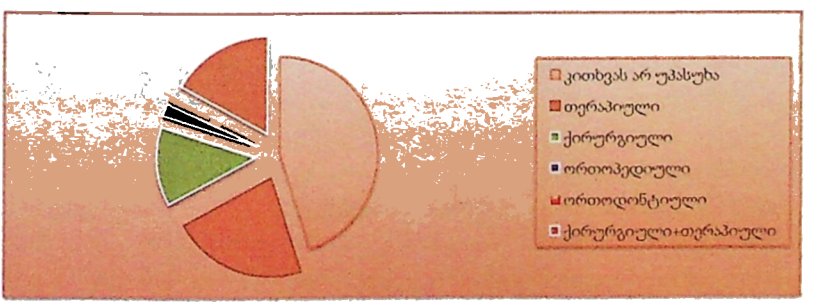
დიაგრამა 13:

პასუხი კითხვაზე რა სიხშირით დაგყავთ ბავშვი სტომატოლოგთან



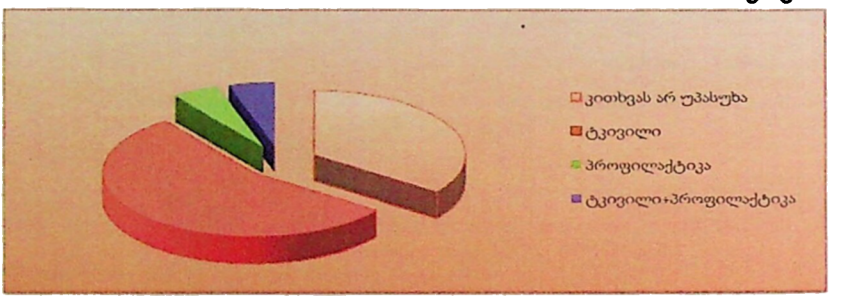
თუ რა და რა სახის სტომატოლოგიური მომსახურება ესაჭიროებათ ბავშვებს, ყველაზე მეტად ამას გვიჩვენებს დიაგრამა № 14. კერძოდ, კითხვას საერთოდ არ უპასუხა 49- მა რესპონდენტმა, თერაპიული დახმარება ესაჭიროებოდა 22 ბავშვს, ქირურგული დახმარება – 13-ს, ორთოპედიული – 2-ს, ხოლო ერთად ქირურგიული და თერაპიული დახმარება კი – 17 გამოკითხულს (იხ. დიაგრამა 14):

დიაგრამა 14: რომელი სახის მომსახურება ესაჭიროება თქვენს შვილს ყველაზე მეტად



ბავშვების სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზები ნაჩვენებია მე-14 დიაგრამაზე, რომელიც გვიჩვენებს, რომ 55 შემთხვევაში სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზი ტკივილია, 5 შემთხვევაში – პროფილაქტიკა, ხოლო 3 შემთხვევაში – ორივე ერთად. 40-მა რესპონდენტმა კითხვას არ უპასუხა **(იხ. დიაგრამა 15):**

დიაგრამა 15:
რესპონდენტთა ბავშვების სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზები



ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს ცოცხალი არსების სასიცოცხლო ფუნქციონირებისთვის კვება წარმოადგენს. დაბალანსებული და სრულფასოვანი კვება ხელს უშლის მრავალი ქრონიკული დაავადების ჩამოყალიბებას. ჯანმრთელობისთვის მრავალი პრობლემის თავიდან აცილება შესაძლებელია ჯანსაღი კვებით. ჩვენი კვლევის საგანია გასტროენტეროლოგიური დაავადებების შესწავლა და კვების როლის გარკვევა ამ დაავადებების განვითარებაში, ამიტომაც რესპონდენტებისთვის დასმული კითხვაზე: – „ჩვეულებრივ დღის განმავლობაში რამდენჯერ იკვებებით“ პასუხები ასე გადანაწილდა: 26 გამოკითხული იკვებება არარეგულარულად, 8 რესპონდენტი – დღეში ორჯერ, 58 – დღეში სამჯერ, ხოლო 11-მა რესპონდენტმა კითხვას არ უპასუხა. დასახელებული მონაცემები ასახულია **ცხრილი 6-ში:**

ცხრილი 6:

კვების რეჟიმის განსაზღვრა ბენეფიციარებში

კვების რაოდენობა	არარეგულა რულად	დღეში ორჯერ	დღეში სამჯერ	დღეში ოთხჯერ	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი ფენა	26	8	58	0	11

გამომდინარე აქედან საინტერესოა კვების რაციონის განხილვაც (**იხ.ცხრილი7**):

ცხრილი 7:

კვების რაციონის განსაზღვრა ბენეფიციარებში

პროდუქტები	სიხშირე
ბოსტნეული+ხილი+პურფუნთუშეული	20
ბოსტნეული	5
ბოსტნეული+ხორცი+პურფუნთუშეული	19
ბოსტნეული და პურფუნთუშეული	49
არ უპასუხა	10

ცხოვრების ჯანსაღ წესზე მეტ-ნაკლებად მიუთითებს თამბაქოსა და ალკოჰოლის გამოყენება ყოველდღიურ ცხოვრებაში. საქართველოში მწეველთა რიცხვი საკმაოდ მაღალია, რაც მსოფლიოში ერთ-ერთი მაღალი მაჩვენებელია. თამბაქოს მოხმარება უარყოფით გავლენას ახდენს ორგანიზმის

ჯანმრთელობაზე, ზრდის დაავადების გაჩენის რისკს და ამცირებს სიცოცხლის ხანგრძლივობას. ალკოჰოლის მიღება კი დაკავშირებულია მის დოზასთან ანუ რისკი მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობით ისაზღვრება. ჭარბად მიღებული ალკოჰოლი მრავალი დაავადების, მათ შორის გასტროენტეროლოგიურის წარმოშობის რისკს მკვეთრად ზრდის. ჩვენს რესპონდენტებში დაფიქსირებული ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარების სიხშირე არც თუ ისე მაღალია, რაც საკმაოდ კარგია (**იხ. ცხრილი 8**):

ცხრილი 8:

თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება

ჯანსაღი ცხოვრების წესი	თამბაქოს მოხმარება		ალკოჰოლის მოხმარება		არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი ფენა	დიახ	არა	დიახ	არა	12
	30	61	30	55	18

ანკეტა-კითხვარის ბოლო ნაწილი ეხება სისტემური დაავადებების გამოვლინებას. ჩვენი რესპონდენტების ნახევარს აღენიშნება სხვადასხვა სისტემური დაავადება. განსაკუთრებით ჭარბობს გასტროენტეროლოგიური დაავადებები 19,4%-ში. 20 რესპონდენტს აღნიშნება გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობები (**იხ. ცხრილი 9**):

ცხრილი 9:

სომატური დაავადებები

სისტემური დაავადებები		სიხშირე	%
გასტროენტეროლოგიური		0	9,7
გულ-სისხლძარღვთა		8	7,7
ძვალსახსროვანი		7	6,7
ენდოკრინოლოგიური		4	3,8
გულ-სისხლძარღვთა+ენდოკრინოლოგიური		1	0,9
გასტროენტეროლოგიური+გულსისხლძარღვთა		4	3,8
გასტროენტეროლოგიური+ძვალსახსროვანი		2	1,9
გასტროენტეროლოგიური+ნეფროლოგიური		1	0,9
ძვალსახსროვანი+ენდოკრინული		6	5,8
გასტროენტეროლოგიური+ენდოკრინული		1	0,9
გასტროენტეროლოგიური+გულ-სისხლძარღვთა+ძვალსახსროვანი		1	0,9
გასტროენტეროლოგიური+ენდოკრინული+ძვალსახ სროვანი		1	0,9
სხვა ზოგადი დაავადებები:	ფსიქიატრიული თვალის დაავადებები ქრონიკული ასთმა გინეკოლოგიური დაავადებები	4	3,8
არ აწუხებს		20	19,4
არ უპასუხა		33	32

ზოგადი საკითხების განხილვის შემდეგ გადავიდეთ პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების შემდგომ მიღებული შედეგების განხილვაზე და პირველ რიგში გამოვთვალოთ ნადების ინდექსი, რისთვისაც გამოიყენება პირის ღრუს გამარტივებული ჰიგიენური ინდექსი OHI – S (Oral hygiene Indices-Simpllified); განისაზღვრება ექვსი კბილის ზედაპირზე ნადებისა და ქვის არსებობა. კარგი და დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა არ დაფიქსირებულა არცერთ შემთხვევაში. არადამაკმაყოფილებელია – 25 პაციენტში, ცუდი – 62-ში. დანარჩენ 16 პაციენტს ორივე ყბა უკბილო აქვს, აქედან გამომდინარე, ამ პაციენტებში პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი ვერ განისაზღვრა **(იხ. ცხრილი 10):**

ცხრილი 10:

პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი

პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	სიხშირე	%
0-0.6 ქულა (პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა)	0	0
0.7-1.6 (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	0	0
1.7-2.5ქულა (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	25	24,2
2.6-6.0 ქულა (პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა)	62	60,1

პაროდონტის მდგომარეობის შეფასებისას გამოვლინდა ანთების შემდგომი ნიშნები: შეშუპება გამოუვლინდა 44 რესპონდენტს, 65 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ჰიპერემია, 18 შემთხვევაში – რეცესია, ზონდირებით სისხლდენა გამოუვლინდა 87 რესპონდენტს და პაროდონტული ჯიბე აღინიშნებოდა 43 შემთხვევაში. შეშუპება გამოიხატება ღრძილის კიდის გასქელებით, დვრილის გასადავებით, რომლის მექანიზმსაც საფუძვლად უდევს ვენულევის

დაზიანება და ლიმფის მიმოქცევის დარღვევა – სტაზი. ჰიპერემია ღრძილის მკვეთრი წითელი შერილობაა და მწვავე ანთების ან ქრონიკული ანთების გამწვავების ნიშანია.

შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაროდონტის დაავადების გავრცელება გვაქვს 100%-ში, რასაც ადასტურებს ანთების ერთ-ერთი წამყვანი სიმპტომი, სისხლდენა. იგი განპირობებულია კაპილარების გაფართოებით და განვლადობის მომატებით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით სისხლდენა განისაზღვრება ზონდირებით: 0 ქულა – არ არის სისხლდენა; 1 ქულა – არის სისხლდენა **(იხ. ცხრილი11, დიაგრამა 15,16, სურათი 3):**

ცხრილი 11:

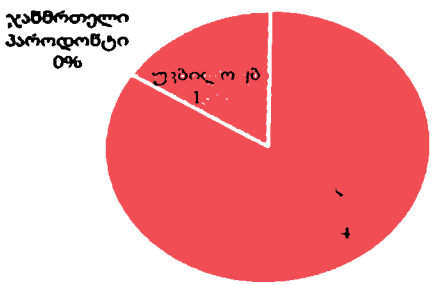
სისხლდენა ზონდირებით

სისხლდენა ზონდირებით	სიხშირე
არის	87
არ არის	0

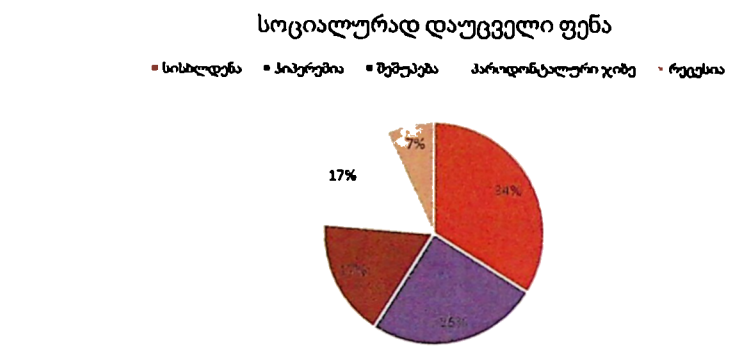
დიაგრამა 15:

პაროდონტიტის გავრცელება

პაროდონტიტის გავრცელება



დიაგრამა 16:
პაროდონტიტის ნიშნები





სურათი: 3

ქალი – 35 წლის. პაროდონტის დაზიანება. აღინიშნება ღრძილების შეშუპება, ჰიპერემია, რეცესია; სისხლდენა ზონდირებისას;

პაროდონტული ჯიბის სიღრმე – 5,5მმ.

პაროდონტის დაავადებების ერთ-ერთ სადიაგნოსტიკო ნიშანს წარმოადგენს კბილღრძილოვანი შეერთების დარღვევის დიაგნოსტირება. პაროდონტული ჯიბის სიღრმე განისაზღვრება მანძილით ღრძილის კიდიდან ჯიბის ყველაზე ღრმა წერტილამდე. გამოკვლევისთვის მოწოდებულია სპეციალური ბურთულებიანი ზონდი (**იხ. ცხრილი 12**):

ცხრილი 12:

ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა

CPITN-ინდექსი	სიხშირე	%
0 ქულა – ჯანმრთელი ღრძილი	0	0
1 ქულა – 3მმ ჯიბე	16	15,5
2 ქულა – 3-4მმ ჯიბე	11	10.6
3ქულა – 4-5მმ ჯიბე	9	8,7
4 ქულა – 5,5-ზე მეტი სიღრმის ჯიბე	7	6,7

სოციალურად დაუცველი რესპონდენტების პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების შედეგად განვსაზღვრეთ კარიესის ინტენსივობისა და გავრცელების კბა ინდექსი.

რესპონდენტებში აღინიშნება კარიესის მაღალი გავრცელება– 569, ბჟენი – 93, ამოღებული – 847. საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე აღინიშნება კარიესის მაღალი გავრცელება და ინტენსივობა.აჭარის რეგიონში ჩვენი მონაცემებიც საკმაოდ მაღალია სოციალურად დაუცველ ფენაში, ვინაიდან ჩვენი მონაცემებით კარიესის გავრცელების ინდექსმა 14.7 შეადგინა (**ცხრილი 13,სურათი 4**):

ცხრილი 13:
კბა ინდექსი სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში

კბა ინდექსის სტატისტიკური შედეგი სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში					
		კ	გ	ა	კბა
N	Valid	103	103	103	103
	Missing	0	0	0	0
Mean		5.5243	.9029	8.2233	14.6505
Std. Error of Mean		.35226	.27196	.97893	.79220
Median		6.0000	.0000	3.0000	12.0000
Mode		6.00	.00	.00	28.00
Std. Deviation		3.57509	2.76006	9.93502	8.03998
Variance		12.781	7.618	98.705	64.641
Range		15.00	18.00	28.00	25.00
Minimum		.00	.00	.00	3.00
Maximum		15.00	18.00	28.00	28.00
Sum		569.00	93.00	847.00	1509.00

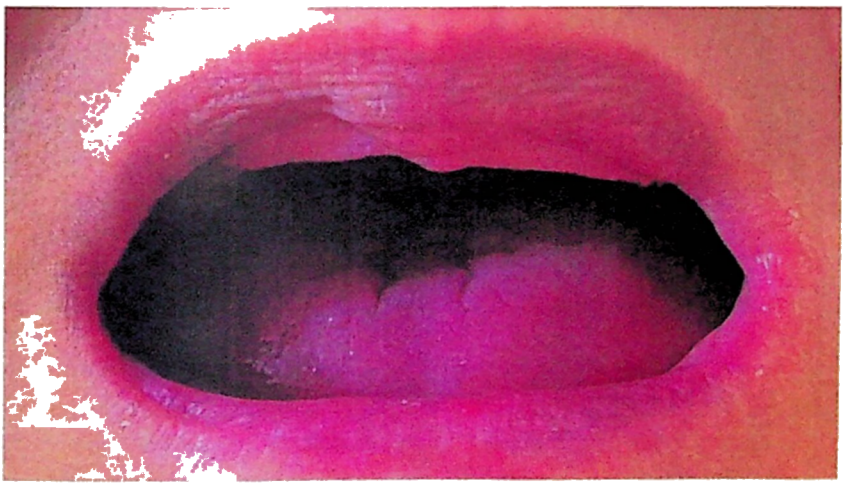
სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების განსაზღვრისას კვლევებით ჩანს კორელაცია მდედრობითი სქესის რესპოდენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობასა და მათ სოციალურ მდგომარეობას შორის. ეს კიდევ ერთი ნიშანია იმისა, რომ სოციალ-ეკონომიკურად ყველაზე მოწყვლადი ინდივიდები ნაკლებად იღებენ ადეკვატურ სტომატოლოგიურ მომსახურებასა და დახმარებას, რაც გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. SPSS-ით დამუშავდა და დადგინდა კორელაციური კავშირი მდედრობითი სქესის ინდივიდებსა და კბა ინდექს შორის.

**.Correlationissignificantatthe0.01level(2-tailed). კორელაციის მაჩვენებელი სარწმუნოა, P<0,05 ზე.

დაკარგული კბილების ხვედრითი წილი მეტია დაბჟენილი და კარიესული კბილების რაოდენობაზე, აქედან გამომდინარე ედენტულიზმის სიხშირე მაღალია სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში (იხ. ცხრილი14):

ცხრილი 14:
ედენტულიზმის სიხშირე

ედენტულიზმი	სიხშირე	%
ორივე უკბილო ყბა	16	15,5
ერთი უკბილო ყბა	11	10,6



სურათი 4.

ქალბატონი - 57 წლის. სრული ედენტულიზმი

სოციალურად დაუცველთა ჯგუფში გამოკითხვისას გამოვლინდა, რომ გამოკვლეული პაციენტიდან ნახევარზე მეტი, 51 რესპონდენტი, განიცდის ესთეტიკურ დისკომფორტს. სხვადასხვა გამღიზიანებლით გამოწვეულ მიზეზობრივი ხასიათის ტკივილს – 76 გამოკითხული; დისკომფორტს საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მიდამოში – 5 რესპონდენტი. ჰალიტოზს უჩივის პაციენტთა უმრავლესობა, აღნიშნული დასტურდება სხვადასხვა საერთაშორისო ავტორების კვლევის შედეგებიდანაც .[47,48, 38].

პირველადი დათვალიერების დროს სტომატიტი გამოვლინდა პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ექვს პაციენტში. სტომატიტებს სხვადასხვა წარმომავლობა აქვს: ბაქტერიული, ვირუსული, სისტემური და სხვა. ჩვენს შემთხვევაში საყურადღებოა კარიესის ინტენსივობის მაღალი მაჩვენებელი და ზოგადი სისტემური დაავადებების მაღალი გავრცელება, რაც გვაძლევს იმის ეჭვს, რომ დაავადებას აქვს შესაბამისი ეტიოლოგია.

მოსახლეობის სტომატოლოგიური დახმარების დონის (მოცულობის) განსაზღვრისათვის გამოიყენება მასობრივი სტომატოლოგიური ჯგუფური ინდექსი: სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა (სდმ) გამოისახება პროცენტებში. ინდექსის დროს რეგისტრირდება კარიესული, დაბჟენილი და ამოღებული კბილები (კბა ინდექსი) და გამოითვლება, თუ რამდენი კბილია აღდგენილი: ჩვენს შემთხვევაში სდმ ინდექსმა შეადგინა 7, 10%-ზე ნაკლები, რაც საკმაოდ ცუდი მაჩვენებელია.

ჩვენ მიერ დასმული საკითხი მულტიფაქტორულია, იმდენად რამდენადაც პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობას უამრავი ფაქტორი განაპირობებს და პრობლემათა სპექტრიც მრავალფეროვანია (სხვადასხვა გართულება, ამ გართულებათა სიმძიმის გრადაცია, სხვადასხვა ტიპის პათოლოგიური პროცესის განსხვავებული კომბინაციები). ხშირად ერთი და იგივე გართულებაც პოლიეტიოლოგიურია, ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია ჩვენი

მიგნებების ურთიერთ გამომდინარეობის დადგენა. სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების განსაზღვრისას კვლევებით ჩანს კორელაცია ფერტილური ასაკის მდედრი ინდივიდების პირის ღრუს ჯანმრთელობასა და მათს სოციალურ მდგომარეობას შორის. ასევე კვლევების შედეგად 103 რესპონდენტიდან 89-ს (86%) საშუალო განათლება ჰქონდა, განათლება ჯანმრთელობისთვის ერთ-ერთი მამოძრავებელი ძალაა, ის ადამიანებს საშუალებას აძლევს, გაიგონ შეაფასონ და გამოიყენონ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამგვარად, თუ შევაჯამებთ უკვე არსებულ მონაცემებს, შეიძლება ვთქვათ, რომ უმუშევრობის მაღალი დონე და დაბალი განათლება არის პირის ღრუს დაავადებების განმსაზღვრელი ფაქტორი. რაც დასტურდება განათლებასა და კბა ინდექსს შორის არსებული სარწმუნო (P<0,05) კორელაციური კავშირით Correlationissignificantatthe0.01level(2-tailed).

კვლევების შედეგად სხვადასხვა ფაქტორების არსებობა ერთმნიშვნელოვნად გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

III.2. სოციალურად დაუცველი ბავშვების პირის ღრუს მდგომარეობა

ბავშვთა სამედიცინო გამოკვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მას ფსიქოპროფილაქტიკური მნიშვნელობაც ემატება, ამ დროს შესაძლებელი ხდება ბავშვთან მჭიდრო კონტაქტი და თანამშრომლობისათვის ნდობის მოპოვება. ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს ბათუმში მცხოვრებ სოციალურად დაუცველ ბავშვთა პირის ღრუს მდგომარეობა. ამ მიზნით შესწავლილია 100 ბავშვი, აქედან 51 მამრობითი სქესის (51%) და 49 (49%) მდედრობითი სქესისაა. აღნიშნული ბავშვების ასაკი მერყეობდა 6-დან 18 წლის ფარგლებში. აქედან 6-10 წლისაა 31, 11-13 წლისა – 50, ხოლო 14-18 წლის– 19. ჩვენ ჩავატარეთ ანონიმური სოციოლოგიური გამოკითხვა, რისთვისაც გამოვიყენეთ სპეციალურად შექმნილი ანკეტა, რომელიც გადამუშავდა და მოერგო ბავშვთა ასაკის თავისებურებებს. გამოკვლეული პირების ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება მოყვანილია ქვემოთ **(იხ. ცხრილი 15)**:

სამედიცინო გამოკვლევა ბავშვთა მიმართულებით განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია, მას ფსიქოპროფილაქტიკური მნიშვნელობაც ემატება, ამ დროს შესაძლებელი ხდება ბავშვთან მჭიდრო კონტაქტი და თანამშრომლობისათვის ნდობის მოპოვება. ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს ბათუმში მცხოვრებ სოციალურად დაუცველ ბავშვებთა პირის ღრუს მდგომარეობა. ამ მიზნით შესწავლილია სოციალურად დაუცველი 100 ბავშვი, კვლევის შედეგად გამოვლინდა, 51 მამრობითი სქესის (51%) და 49 (49%) მდედრობითი სქესის ბავშვი. აღნიშნული ბავშვების ასაკი მერყეობდა 6-დან 18 წლის ფარგლებში. აქედან 6-10 წლისაა 31, 11-13 წლისა – 50, ხოლო 14-18 წლის – 19. კვლევის მეთოდად აქაც გამოვიყენეთ ანონიმური სოციოლოგიური გამოკითხვა, სპეციალურად შექმნილი ანკეტა, რომელიც გადამუშავდა და მოერგო ბავშვთა ასაკის თავისებურებებს. გამოკვლეული

პირების ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება მოყვანილია ქვემოთ (იხ. ცხრილი 15):

ცხრილი 15:
სოციალურად დაუცველი ბავშვების ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება

მდედრობითი	მამრობითი	მდედრობითი	მამრობითი	მდედრობითი	მამრობითი	სულ	
6-10 წელი		11-13 წელი		14-18 წელი			
19	12	20	30	10	9	49	51
31		50		19		100	

მოყვანილ ცხრილზე დაკვირვება თვალნათლივ გვიჩვენებს, რომ კვლევის პერიოდში ბათუმში მცხოვრები მამრობითი და მდედრობითი სქესის ბავშვების რაოდენობა თითქმის ერთნაირი იყო. ყველაზე მეტი ბავშვი აღმოჩნდა პრეპუბერტატულ პერიოდში, ეს ასაკი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა დადებითი და უარყოფითი გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედების მიმართ. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მშობლების არსებული სოციალური მდგომარეობა განაპირობებს მათი შვილების ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფიზიკური განვითარების დონეს.

გამოკითხულთა უმრავლესობა ცხოვრობს მრავალწევრიან ოჯახში. 3%-ის მშობლები განქორწინებული არიან. 1% აღნიშნავს ერთ-ერთი მშობლის გარდაცვალებას (მამა) და 2-მა რესპოდენტმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ უპასუხა. მონაცემებიდან ნათლად ჩანს, რომ ოჯახის ზრდასრულ წევრთა უმრავლესობას, გარდა საკუთარი თავისა,

საზრუნავი ჰყავს მინიმუმ 2 ადამიანი (თუ ოჯახს მინიმუმ ერთი შვილი ჰყავს), ასეთ შემთხვევებში თუ ოჯახის უფროს წევრს/წევრებს დამატებითი შემოსავლის წყარო არ გააჩნიათ, მათ მარტო სოციალურ დახმარებაზე დაყრდნობით ბავშვების სრულფასოვანი რჩენა და გამოკვება გაუჭირდებათ.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნული კავშირშია კითხვასთან, როგორ საცხოვრებელ პირობებში უწევთ მათ ცხოვრება. საინტერესოა მიღებული პასუხების ანალიზი: მხოლოდ ერთი გამოკითხული ბავშვი აფასებს საკუთარ საცხოვრებელ პირობებს, როგორც კარგს, 59 რესპონდენტი – როგორც საშუალოს, 40 – როგორც ცუდს.

ჩვენი აზრით, საგანგაშო სიტუაციაა სოციალურად დაუცველი პირების სტომატოლოგთან მიმართვიანობის კუთხით. ბავშვების მშობლების უმეტესობა –70 რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ სტომატოლოგს მიმართავს მხოლოდ კბილის ტკივილის დროს, 18 აცხადებს, რომ საერთოდ არ დაჰყავს შვილი სტომატოლოგთან, 3 მათგანს აქვს რეგულარული ურთიერთობა ექიმთან, 5 რესპონდენტს მხოლოდ წელიწადში ერთხელ აქვს ვიზიტი ექიმთან და 4-მა რესპონდენტმა დასმულ კითხვას საერთოდ არ უპასუხა.

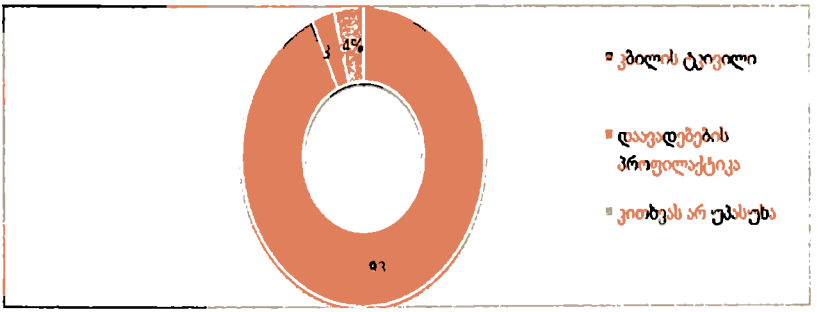
საინტერესო შედეგები მივიღეთ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სიხშირისა და მიზეზების გამოკვლევისას. აღმოჩნდა, რომ ექიმ-სტომატოლოგს უმეტეს შემთხვევაში პაციენტების 93% მიმართავს ტკივილის გამო, 3 შემთხვევაში პროფილაქტიკის მიზნით და 4 პაციენტმა კითხვას არ უპასუხა, რაც შეეხება იმას, თუ რა სახის დახმარებას იღებენ ისინი, მიმართვიანობის სიხშირე შემდეგია: თერაპიული დახმარებისთვის ექიმისთვის მიმართვა 1 შემთხვევა; ქირურგიულისთვის – 6, თერაპიული + ქირურგიულისთვის – 76, თერაპიული + ქირურგიული+ ორთოდონტიულისთვის – 13, ხოლო 4-მა გამოკითხულმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა.

კვლევის მიხედვით პროფილაქტიკური ვიზიტები საერთოდ დაიგნორირებულია, რაც ზრდის პირის ღრუს

დაავადებების რისკს; ხოლო სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზად ფინანსური ხელმიუწვდომლობა, ტკივილის არარსებობა და სტომატოლოგთან ვიზიტის შიში დასახელდა. ეს უკანასკნელი მნიშვნელოვანია, რადგან ბავშვები განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან გარემო პირობებისა და მანიპულაციების მიმართ **(იხ. დიაგრამა 17,18).**

დიაგრამა 17 :

სტომატოლოგთან ვიზიტი



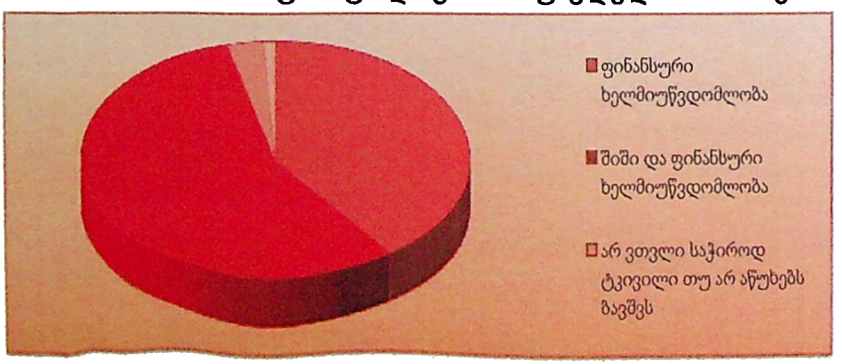
დიაგრამა 18:

სტომატოლოგიური მომსახურების საჭიროება



კიდევ ერთხელ გვიხდება იმის გამეორება, რომ სტომატოლოგიური დახმარება სამედიცინო მომსახურებათა შორის საკმაოდ ძვირია ძირითადად იმის გამო, რომ ძვირადღირებულია სტომატოლოგიური მასალები. აღნიშნულის შედეგად თავად სტომატოლოგებს უხდებათ უარის თქმა სოციალურად დაუცველი პირების მომსახურებაზე, იმიტომ, რომ ასეთი პაციენტები ძირითადად გადახდისუუნარონი არიან. დადასტურდა, რომ სტომატოლოგიური დახმარება 99 შემთხვევაში საკმაოდ ძვირია, იგი თითქმის არცერთისთვის მისაღები არ აღმოჩნდა, რესპონდენტების უმრავლესობა ირჩევს დაბალი და იშვიათად საშუალო ხარისხის მასალებით მკურნალობას, რაც თავისთავად ამცირებს მკურნალობის ხარისხს. სოციალურად დაუცველი პირების გარკვეული კონტინგენტი სტომატოლოგიურ დახმარებას იღებს მერიის მიერ შემუშავებული პროგრამებით. 100 პაციენტიდან 41 პაციენტი მომსახურებას იღებს კლინიკებში: „სტომა დენტი“ და „დენტა ლუქსი“, 30 შემთხვევაში გამოვლინდა თვითდაფინანსება და 29 შემთხვევაში რესპონდენტმა დასმულ კითხვას არ უპასუხა, რაც ნიშნავს სტომატოლოგთან მიუსვლელობას **(იხ. დიაგრამა 19)**:

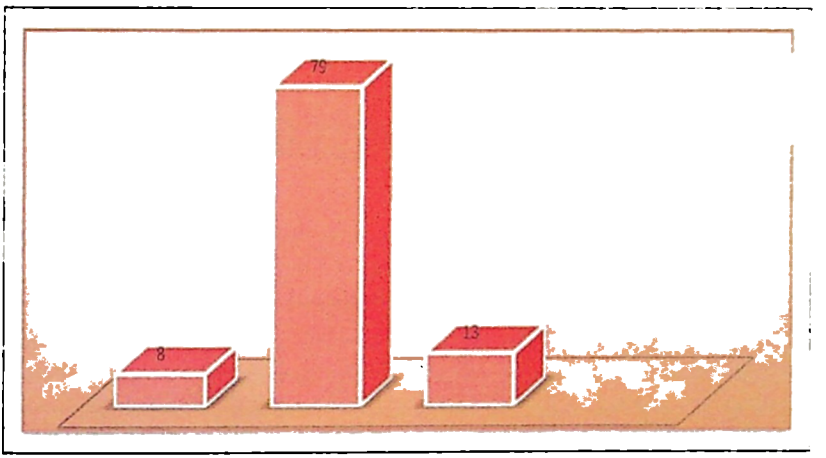
დიაგრამა 19:
სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი



კითხვაზე– „ჰყავს თუ არა თქვენს შვილს პირადი სტომატოლოგი“, სოციალურად დაუცველი ბავშვების უმრავლესობამ 79 უარყოფითი პასუხი გასცა, გამოკითხულთაგან მხოლოდ 8 -ის პასუხი იყო დადებითი და 13-მა რესპონდენტმა კი დასმული კითხვა უპასუხოდ დატოვა. თუ აღნიშნულ მონაცემებს შევადარებთ წინა კვლევის გამოკითხვის შედეგებს, დავინახავთ, რომ ბავშვებში შედეგები კიდევ უფრო გაუარესდა **(იხ. დიაგრამა 20):**

დიაგრამა 20:

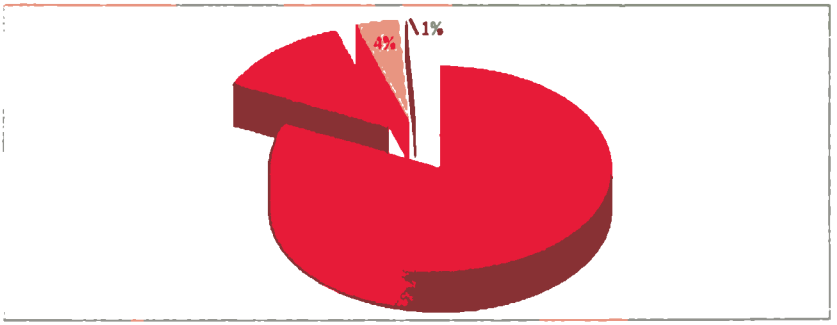
ჰყავს თუ არა თქვენს შვილს პირადი სტომატოლოგი



კითხვაზე – „პირის ღრუს მოვლის რომელ საშუალებებს იყენებთ“ ჩვენი რესპონდენტების 82% იყენებს კბილის ჯაგრისს და კბილის პასტას. 13% იყენებს კბილის ჯაგრისის, კბილის პასტისა და პირის ღრუს სავლების კომბინაციას, 4% იყენებს კბილის ჯაგრისს +კბილის პასტის + ძაფის + სავლების კომბინაციას, ხოლო 1-% მა დასმული კითხვა უპასუხოდ დატოვა. პირის ღრუს მოვლის ზემოთ დასახელებულ საშუალებებს ყოველდღიურად იყენებდა გამოკითხულ რესპონდენტთა მხოლოდ 23%, ხოლო 60% აღნიშნულ საშუალებებს იყენებდა, როცა მათ ეს ახსენდებოდა და 17%-მა

კითხვას საერთოდ არ უპასუხა. პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენა პირდაპირ უკავშირდება პირის ღრუს დაავადებებსა და ზოგად ჯანმრთელობას (**იხ. დიაგრამა 21**):

დიაგრამა 21:
პირის ღრუს მოვლის საშუალებები ბავშვებში



ინფორმაციას ბავშვების პირის ღრუს მოვლის საშუალებების შესახებ ჩვენი რესპონდენტები უმეტეს შემთხვევებში იღებდნენ ახლობლებისაგან – 61 შემთხვევა, მედიისაგან – 4 შემთხვევა, მედიისა და ახლობლებისაგან –17 შემთხვევა, პირადი სტომატოლოგისაგან – 5 შემთხვევა, ახლობლებისა + პირადი სტომატოლოგისაგან – 9 შემთხვევა და 40-მა რესპონდენტმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა.

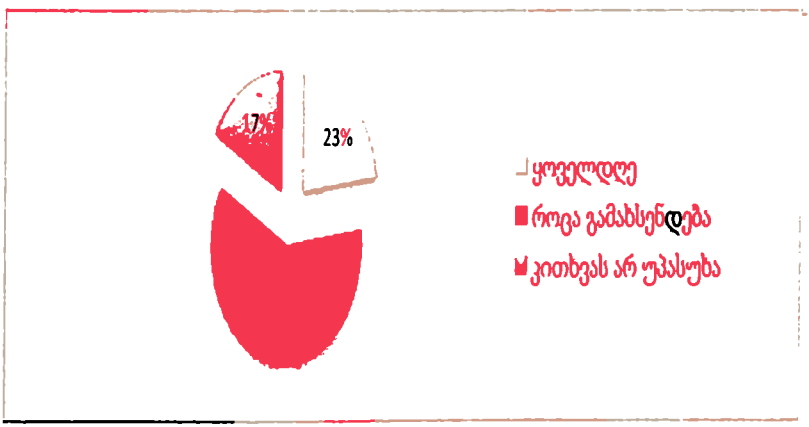
მნიშვნელოვანია საკითხი, თუ როგორი სახისად მიაჩნიათ სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებს სტომატოლოგიური მომსახურება. კვლევის შედეგი ასეთია: გამოკითხულთაგან 33 რესპონდენტს მიაჩნია, რომ სტომატოლოგიური მომსახურება სამედიცინო მომსახურებათა რიგს განეკუთვნება, 1 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ იგი ესთეტიკური მომსახურებაა, ხოლო 62 კი მიიჩნევს, რომ ასეთი დახმარება როგორც ესთეტიკური, ასევე სამედიცინოა. გამოკითხულთაგან 4-მა მათგანმა დასმულ კითხვას არ უპასუხა. ამგვარად, ჩვენი აზრით, რესპონდენტთა ახალგაზრდა თაობას სწორად მიაჩნია, რომ ის მომსახურება,

რომელსაც იგი სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში იღებს, როგორც სამედიცინო, ასევე ესთეტიკურ ხასიათს ატარებს, რამეთუ ჯანმრთელი პირის ღრუ და ლამაზი კბილები განსაზღვრავს ადამიანის სოციალურ გარემოს.

ძალიან საინტერესო შედეგები მივიღეთ, როდესაც სოციალურად დაუცველი პირების შვილებს შევეკითხეთ, თუ რა სიხშირით იყენებენ ისინი პირის ღრუს მოვლის ზემოდასახელებულ საშუალებებს. კერძოდ, აღმოჩნდა, რომ მათ ყოველდღიურად იყენებდა გამოკითხულ რესპონდენტთა მხოლოდ 23%, 60% აღნიშნულ საშუალებებს მიმართავდა, როცა იგი ახსენდებოდა და 17%-მა კითხვას საერთოდ არ უპასუხა, რაც საერთოდ ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია ჩვენ მიერ ნაწარმოებ სოციალურ გამოკითხვაში. ყოველივე აღნიშნულს ნათლად ასახავს (**იხ. დიაგრამა 22**).

დიაგრამა 22:

პირის ღრუს მოვლის საშუალებების გამოყენების სიხშირე



მნიშვნელოვანია საკითხი, თუ როგორი სახისად მიაჩნიათ სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებს სტომატოლოგიური მომსახურება. კვლევის შედეგები შემდეგია: გამოკითხულთაგან 33 რესპონდენტს მიაჩნია, რომ სტომატოლოგიური მომსახურება სამედიცინო მომსახურებათა რიგს განეკუთვნება, 1 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ იგი ესთეტიკური მომსახურებაა, ხოლო 62 გამოკითხული აღნიშნავს, რომ ასეთი კვლევა როგორც ესთეტიკური, ასევე სამედიცინოა. გამოკითხულთაგან 4-მა პიროვნებამ დასმულ კითხვას არ უპასუხა.

ამგვარად, ჩვენი აზრით, ახალგაზრდა რესპონდენტებს სწორად მიაჩნიათ, რომ ის მომსახურება, რომელთაც ისინი სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში იღებენ, როგორც სტომატოლოგიურ, ასევე ესთეტიკურ ხასიათს ატარებს.

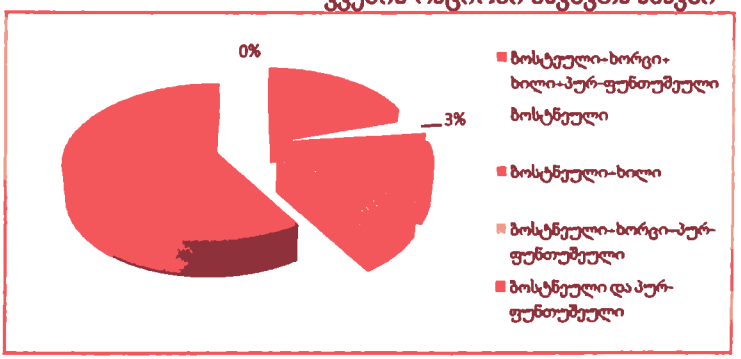
ჩატარებული კვლევა გვიჩვენებს, რომ ბავშვებში კვების სიხშირის პროცესი მეტ-ნაკლებად მოგვარებულია, რადგანაც მოიმატა დღეში 3-ჯერ კვების სიხშირის მქონე რესპონდენტების რაოდენობამ. გამოჩნდნენ რესპონდენტები, რომლებიც ოთხჯერ იკვებებიან და შემცირდა ამ კითხვაზე პასუხგაუცემელი შემთხვევების რაოდენობა. სოციალურად დაუცველი ბავშვების უმრავლესობამ კითხვაზე: „ჩვეულებრივ დღის განმავლობაში რამდენჯერ იკვებებით“ აღნიშნა, რომ არცერთი რესპონდენტი არ იკვებება დღეში ორჯერ და უფრო ნაკლებად, მხოლოდ 4 გამოკითხული იკვებება არარეგულარულად, ყველაზე მეტი, 66 რესპონდენტი, იკვებებოდა დღეში 3-ჯერ, 25 -ოთხჯერ, ხოლო 5-მა რესპონდენტმა კითხვას არ უპასუხა **(იხ. დიაგრამა 23):**

დიაგრამა 23:
კვების სიხშირე ბავშვთა ასაკში



აქედან გამომდინარე, ჩვენში ძალიან დიდ ინტერესს იწვევდა ბათუმში მცხოვრები სოციალურად დაუცველ ბავშვთა კვების რაციონის განხილვა, აღნიშნული საკითხის განხილვის შედეგები ასახულია **24-ე დიაგრამაზე.**

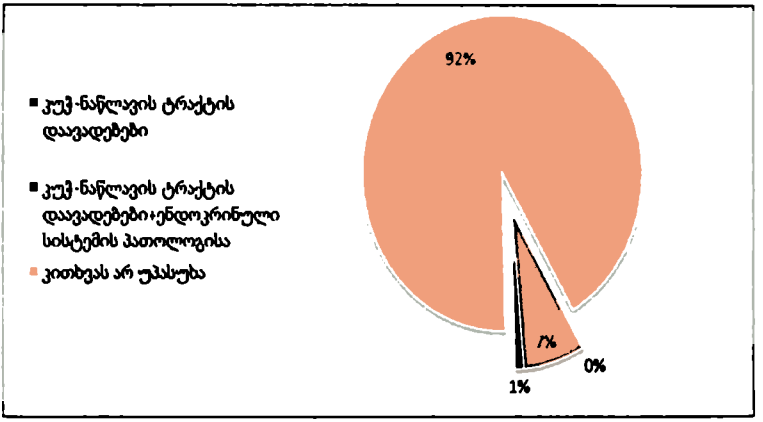
დიაგრამა: 24
კვების რაციონი ბავშვთა ასაკში



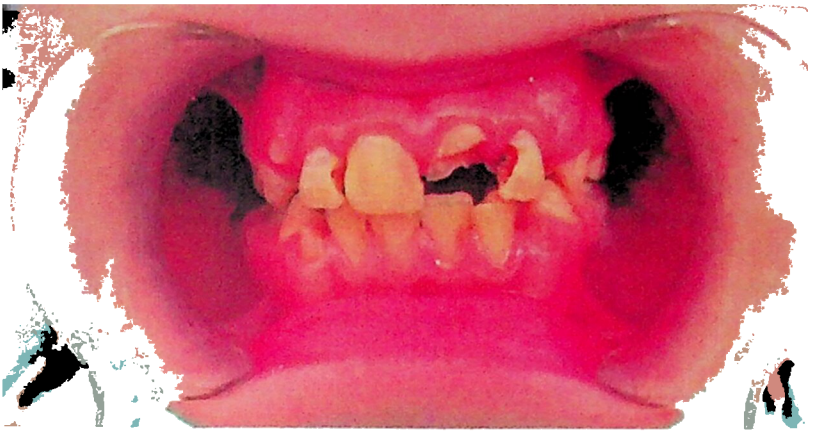
საინტერესოა აგრეთვე აღნიშნულ კონტინგენტში ავადობის საკითხი, უნდა აღინიშნოს, რომ ბათუმში მაცხოვრებელ სოციალურად დაუცველ ბავშვებში გამოვლინდა მხოლოდ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები და ერთ შემთხვევაში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და ენდოკრინული

სისტემის პათოლოგია, 92% შემთხვევაში გამოკითხულმა პირებმა კითხვას არ უპასუხეს (**იხ. დიაგრამა 25**):

დიაგრამა 25:
ავადობა ბავშვთა ასაკში



სოციალურად დაუცველი ბავშვების პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების მიზნით განისაზღვრა შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფები: 6-10 წელი– უმცროსკლასელთა ასაკი, 11-13 წელი – პრეპუბერტალური ასაკი, 14-18 წელი – სქესობრივი მომწიფების ასაკი. სტომატოლოგიური დაავადებები შეფასდა კბა ინდექსის მიხედვით. 6-10 წლის ბავშვებში კარიესის ინტენსივობამ შეადგინა – 9.3 ანუ გამოვლინდა კარიესის ძალიან მაღალი გავრცელება, 11-13 წლის რესპონდენტებში – 8.3, 14-18 წლის მოზარდებში-7. 3 **(სურათი 5);**



სურათი 5.
მამრობითი სქესის პაციენტი, 10 წლის. მრავლობითი კარიესული დაზიანებები. კბა ინდექსი –12.0. ჰიგიენური ინდექსი – 2. აღინიშნება ჰიპერემია, სისხლდენა

პირის ღრუს ჰიგიენის შესაფასებლად გამოვიყენეთ პირის ღრუს ჰიგიენის ინდექსი.OHI-S (Oral hygiene Indices-Simplified) გამარტივებული ჰიგიენური ინდექსი მაღალი –2,2-ია, ანუ ჰიგიენა არადამაკმაყოფილებელია. გამოკვლეულ პაციენტთა 80 შემთხვევაში გამოვლინდა რბილი ნადები, 86 შემთხვევაში –პიგმენტური ნადები, კბილის მაგარი ნადები – 46 შემთხვევაში, ღრძილზედა ნადები – 52-ში, ხოლო ღრძილქვედა – 4-ში. ამავდროულად შეფასდა პაროდონტის მდგომარეობა. შეფასებისას 15 შემთხვევაში გამოვლინდა შეშუპება, 38-ში ჰიპერემია, ხოლო 52-ში – სისხლდენა. აღნიშნული ანთებითი ნიშნების სიხშირე კი მიუთითებს პაროდონტის ანთებით ცვლილებებზე. პაროდონტის ქსოვილზე ცვლილება ძირითადად გამოვლინდა 11-დან 18 წლამდე ბავშვებში.

მოსახლეობის სტომატოლოგიური დახმარების დონის (მოცულობის) განსაზღვრისათვის გამოიყენება მასობრივი სტომატოლოგიური გამოკვლევის ჯგუფური ინდექსი,

სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა (სდმ), რომელიც გამოისახება პროცენტებში. მის გამოსაკვლევად საჭიროა, შევისწავლოთ ადამიანთა ერთი ჯგუფი (არანაკლებ 20 ადამიანისა), რომლის დროსაც რეგისტრირდება კარიესული, დაბჟენილი და ამოღებული კბილები (კბა ინდექსი) და გამოითვლება, თუ რამდენი კბილია აღდგენილი: ჩვენს შემთხვევაში სდმ ინდექსმა შეადგინა 8,4, რაც სტომატოლოგიური დახმარების ცუდი დონის მაჩვენებელია.

ჯანმრთელობის მდგომარეობას უამრავი ფაქტორი განაპირობებს, პრობლემაც მრავალგვარია და ხშირად ერთი და იგივე გართულებაც პოლიეტიოლოგიურია, სწორედ ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია ჩვენი მიგნებების ურთიერთგამომდინარეობის დადგენა.

III.3. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების პირის ღრუს მდგომარეობა

როგორც აღვნიშნეთ, საკითხის საფუძვლიანად შესწავლისა და იმისთვის, რომ მიღებული შედეგები და გამოტანილი დასკვნები მეტად სანდო და რელევანტური ყოფილიყო, შესადარებლად საჭირო შეიქნა საკონტროლო ჯგუფი სწორედ ამგვარ ჯგუფს წარმოადგენენ საზოგადოების საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენები.

თავიდანვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ მასალის შეგროვების პროცესში ჩვენ არ გვიცდია ცალ-ცალკე შეგვეგროვებინა საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების წარმომადგენლების მონაცემები, ვინაიდან ჩავთვალეთ, რომ მიღებული შედეგები სოციალურად დაუცველი ფენის მონაცემებისგან განსხვავებული იქნებოდა მხოლოდ ხარისხით და არა განსახილველი საკითხის არსით, ამასთან, გამოიწვევდა ნაშრომის მოცულობის არამიზნობრივ გაზრდას.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, ზემოთ განხილულ ჯგუფებში ჩვენ შევისწავლეთ საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების პირის ღრუს მდგომარეობა 103 რესპოდენტნი, რომელთაგანაც ქალი იყო 43, ხოლო მამაკაცი – 60, მათი ასაკი მერყეობდა 20-სა და 74 წლებს შორის. იხ. რესპონდენტთა განაწილება წესისა და ასაკის მიხედვით **(იხ. ცხრილი 16 და დიაგრამა 26):**

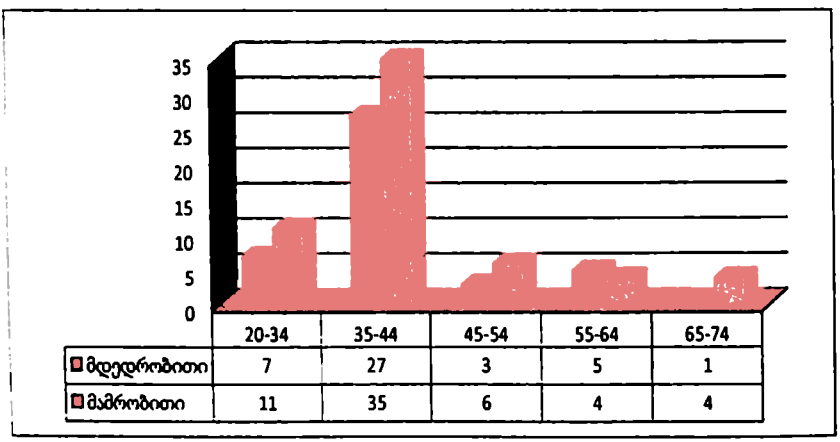
ცხრილი 26:

საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით

სქესი	ასაკი					სულ
	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
ქალი	7	27	3	5	1	43
კაცი	11	35	6	4	4	60
სულ	18	62	9	9	5	103

დიაგრამა 26:

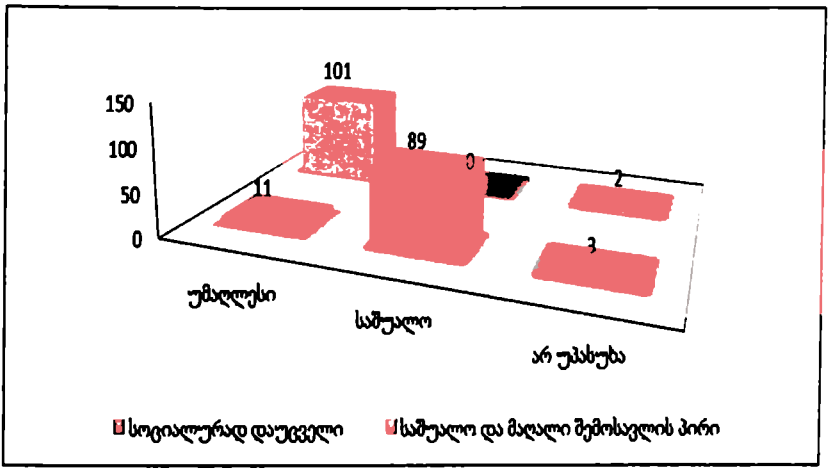
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით



გამოკითხულ რესპონდენტებში განათლების საკითხების შესწავლამ ძლიერ საინტერესო შედეგი გამოიღო. აღმოჩნდა, რომ 103 გამოკითხულიდან 101-ს უმაღლესი განათლება ჰქონდა მიღებული. თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტსაც, რომ გამოკითხულთა ძირითადი მასა (62 რესპონდენტი) 35-დან 44 წლის ასაკისა იყო, აღმოჩნდება, რომ შრომისუნარიან ასაკში წარმატების მიღწევის ძირითად საშუალებასა და პირობას განათლება წარმოადგენს. იმ ორი პიროვნებიდან, რომლებმაც დასმულ კითხვას არ უპასუხეს, ერთი იყო 69 წლის ქალი და მეორე – 41 წლის მამაკაცი. თუ აღნიშნულ მონაცემებს შევადარებთ სოციალურად დაუცველ პირთა გამოკვლევის შედეგებს, რომლებიც აღწერილია წინა თავებში, კიდევ ერთხელ დავრწმუნდებით, რომ განათლების დონე განსაზღვრავს ცხოვრების დონეს (**იხ. დიაგრამა 27**):

დიაგრამა 27:

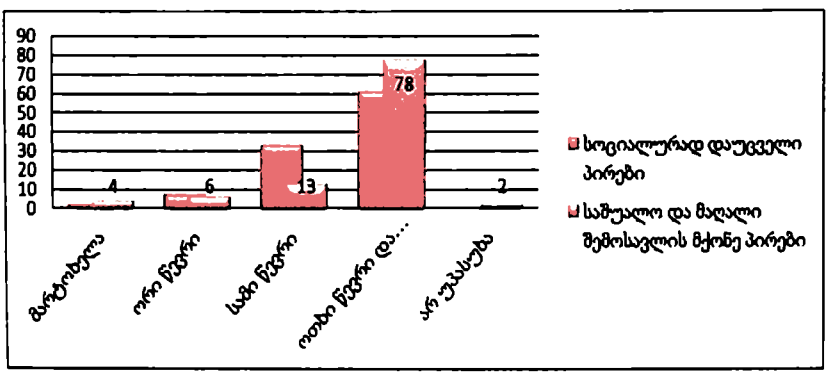
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტთა განაწილება განათლების მიხედვით



საინტერესოა საკითხი რესპონდენტთა ოჯახური მდგომარეობის შესახებ, რომელიც თითქმის იდენტურია სოციალურად დაუცველთა ჯგუფის რესპონდენტების გამოკითხვით მიღებულ შედეგებთან, ანუ 103 გამოკითხულიდან 86 დაოჯახებულია, 15 დასაოჯახებელი და 2 – განქორწინებული. სოციალურად დაუცველ გამოკითხულთა 87% დაოჯახებულია, 10% – დასაოჯახებელი, განქორწინებულთა რაოდენობამ შეადგინა 3. აქედან 1 რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ ქვრივია და 2-მა კი დასმულ კითხვას არ უპასუხა. აქაც ოჯახის წევრების უმრავლესობა 73 მრავალწევრიანია, მარტოხელა – 4, ორწევრიანი ოჯახი– 2, სამწევრიანი – 3. ქორწინება განიხილება, როგორც ქალსა და მამაკაცს შორის დადებული ხელშეკრულება, რომელიც მკაცრად განსაზღვრულ სამოქალაქო ურთიერთობად ითვლება. ქორწინებას სხვადასხვა პასუხისმგებლობა ახლავს. მათ შორისაა შვილების აღზრდა და მოვლა. ჩვენი რესპონდენტების ოჯახების უმრავლესობა მრავალწევრიანია **(იხ. დიაგრამა 28):**

დიაგრამა 28:

საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის ს მიხედვით



61 რესპონდენტი აცხადებს, რომ კარგი საცხოვრებელი პირობები აქვს, 33 კი აცხადებს, რომ საშუალო პირობებში ცხოვრობს, ცუდ საცხოვრებელ პირობებს არცერთი გამოკითხული არ აფიქსირებს. 9 რესპონდენტმა დასმულ კითხვას არ უპასუხა **(იხ. ცხრილი 17):**

ცხრილი 17:

საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტთა განაწილება საცხოვრებელი პირობების მიხედვით

საცხოვრებელი პირობები	კარგი	საშუალო	ცუდი	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი პირები	0	63	40	0
საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები	61	33	0	9

ადამიანის ეკონომიკურ მდგომარეობას და საცხოვრებელ პირობებს განაპირობებს შემოსავალი. აღნიშნული რესპონდენტები გამოკითხვა ეხებოდა საშუალო თვიურ ხელფასს, რომელიც განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით და 2021 წლის მონაცემებით შეადგენს 1357 ლარს. გამოკითხულთაგან 20 რესპონდენტის საშუალო თვიური შემოსავალი 600-დან 1300 ლარის ფარგლებში მერყეობდა, 82 რესპონდენტისა 1300 და მეტ ლარს შეადგენდა, ხოლო ერთმა პიროვნებამ დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა **(იხ. ცხრილი 18, დიაგრამა 29):**

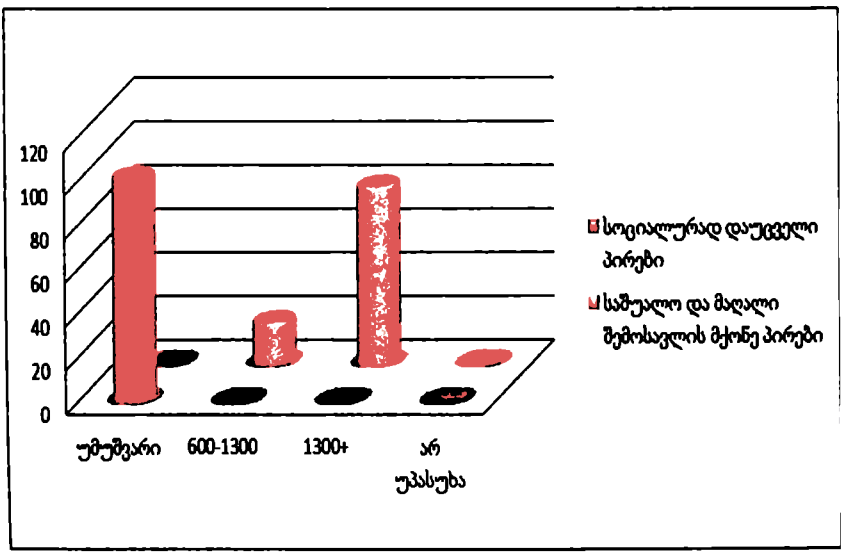
ცხრილი 18:

რესპონდენტთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით

რესპონდენტთა შემოსავალი	უმუშევარი	600-1300	1300+
სოციალურად დაუცველი პირები	103	0	0
საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები	0	20	82

დიაგრამა 29:

რესპონდენტთა საშუალო თვიური ხელფასი



საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენის წარმომადგენლებში სტომატოლოგთან მიმართვიანობის სიხშირე მაღალია, პაციენტების უმრავლესობა რეგულარულად დადის პირის ღრუს მდგომარეობის შესამოწმებლად და სამკურნალოდ. უმრავლეს მათგანს ჰყავს პირადი სტომატოლოგი. მათ ფინანსური ხელმისაწვდომობაც კარგი აქვთ. თვითონ იხდიან საკუთარი ხარჯების საფასურს და თვლიან, რომ მომსახურება არც ისე ძვირია. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტების სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზები შემდეგია: 46 რესპონდენტი არ თვლიდა საჭიროდ სტომატოლოგთან მისვლას, თუ მას ტკივილი არ აწუხებდა, 6-მა გამოკითხულმა ექიმ-სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზად შიში დაასახელა, ხოლო 51-მა კი დასმულ კითხვას არ უპასუხა. კითხვაზე: – „მისაღებია თქვენთვის ეკონომიკურად სტომატოლოგიური დახმარება," პასუხებმა გვიჩვენა, რომ ფასი 85 შემთხვევაში მისაღები იყო. რაც შეეხება სიხშირეს, ამ რესპონდენტების უმრავლესობა (45) სტომატოლოგთან დადის რეგულარულად, მხოლოდ ტკივილის დროს დადის 41, არ დადის 3, არ უპასუხა 14- მა. შევადაროთ სოციალურად დაუცველ ფენას **(იხ. ცხრილი 19,20, დიაგრამა 30):**

ცხრილი 19:

რესპონდენტთა სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი

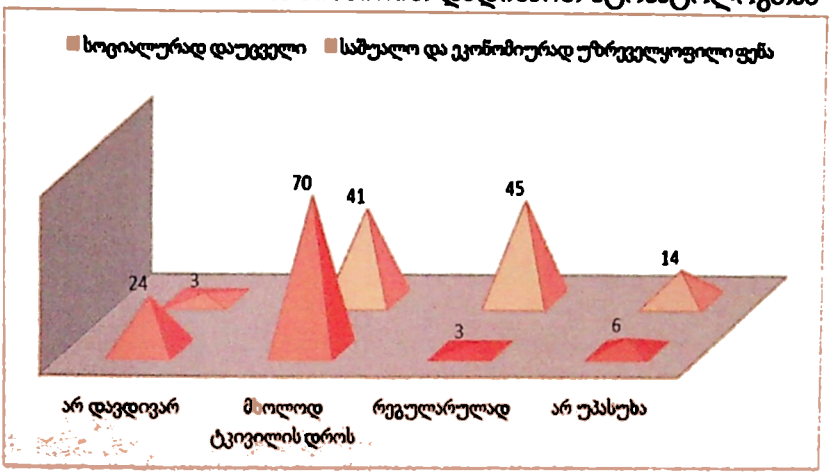
სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი	ფინანსური ხელმიუწვდომლობა	შიში	არ ვთვლი საჭიროდ თუ არაფერი მაწუხებს
სოციალურად დაუცველი ფენა	80	1	15
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა	0	6	46

ცხრილი 20:

სტომატოლოგიური მომსახურება რამდენად მისაღებია ეკონომიკურად

სტომატოლოგიური მომსახურება რამდენად მისაღებია ეკონომიკურად	საკმაოდ ძვირია	მისაღებია
სოციალურად დაუცველი ფენა	101	2
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა	18	85

დიაგრამა 30:
რა სიხშირით დადიხართ სტომატოლოგთან



აღნიშნულ ჯგუფში დიამეტრულად შეიცვალა ადამიანების დამოკიდე-ბულება საკუთარი პირის ღრუს მდგომარეობის მიმართ, რასაც თვალნათლივ გვიჩვენებს პასუხი კითხვაზე: – „გყავთ თუ არა პირადი სტომატოლოგი“ და თუ წინა სოციალურად დაუცველთა ჯგუფში 88 გამოკითხულის პასუხი უარყოფითი იყო, ახლა საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილთა ჯგუფში 92 რესპონდენტის პასუხი დადებითი აღმოჩნდა (იხ. ცხრილი 21):

ცხრილი21:გყავთ თუ არა პირადი სტომატოლოგი

გყავთ თუ არა პირადი სტომატოლოგი	დიახ	არა
სოციალურად დაუცველი ფენა	0	88
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა	90	0

კითხვაზე, თუ „როგორ ფარავს რესპონდენტი სტომატოლოგიური მომსახურების ხარჯებს," 87 რესპონდენტმა უპასუხა, რომ საკუთარი ხარჯებით, 3-ის პასუხი იყო, რომ კერძო დაზღვევის საშუალებით, 11 გამოკითხულის პასუხი იყო, რომ საკუთარი ხარჯებითა და კერძო დაზღვევის კომბინაციით, ხოლო 2-მა რესპონდენტმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა, რაც დასმულ სავსებით კითხვაზე მოსალოდნელი პასუხია საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყო-ფილი ფენების რესპონდენტების ჯგუფში.

საინტერესოა პასუხი კითხვაზე, თუ რომელ სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში იღებს პაციენტი სტომატოლოგიურ დახმარებას, ჩვენი კვლევით გაირკვა, რომ უმეტესობა 61 რესპონდენტი მიმართავს შპს „ევრო დენტს"და სხვადასხვა სტომატოლოგიურ კლინიკას ქალაქის მასშტაბით, ხოლო 42-მა გამოკითხულმა დასმულ შეკითხვას არ უპასუხა.

ძალიან საინტერესოა პასუხი კითხვაზე, რომელიც გვიჩვენებს, თუ როგორია რესპონდენტთა სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზები. მიმართვიანობის მიზეზები ძირითადად ორთოპედიულია **(იხ. ცხრილი 22):**

ცხრილი 22:
სტომატოლოგიური მომსახურება

სტომატოლოგიური მომსახურება	სიხშირე	%
სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება	1	0,9
თერაპიული	15	14,5
ორთოპედიული	13	12,6
პროფილაქტიკა	12	11,6
თერაპიული +ქირურგიული +პროფილაქტიკა	8	7,7

თერაპიული + პროფილაქტიკა	16	15,5
თერაპიული + ქირურგიული	2	1,9
თერაპიული + ორთოპედიული + ქირურგიული	9	8,7
ორთოპედიული + პროფილაქტიკა	22	21,3
თერაპიული + ორთოპედიული + პროფილაქტიკა	12	11,6
თერაპიული + ორთოპედიული + ქირურგული + პროფილაქტიკა	8	7,7
არ უპასუხა	1	0,9

რესპონდენტები გამოვიკითხეთ პირის ღრუს ჰიგიენური საშუალებების და ტიპების შესახებ. პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის როლი მნიშვნელოვანია სხვადასხვა დაავადების პრევენციისთვის. მოვლის კომბინაციებს ისინი მოიხმარენ რეგულარულად **(იხ. ცხრილი 23, დიაგრამა 31):**

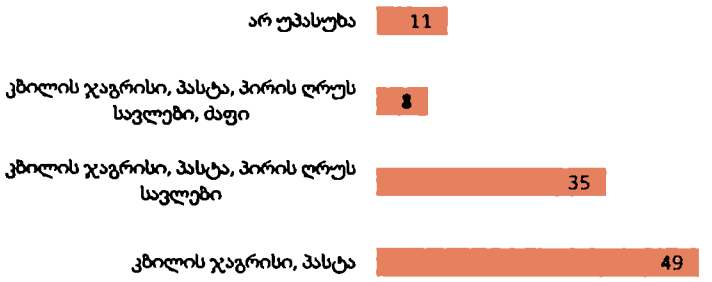
ცხრილი 23:

პირის ღრუს მოვლის საშუალებები

პირის ღრუს მოვლის საშუალებები	კბილის ჯაგრისი, პასტა	კბილის ჯაგრისი, პასტა, სავლები	კბილის ჯაგრისი, პასტა, სავლები, ძაფი
სოციალურად დაუცველი ფენა	87	6	0
საშუალო და ეკონომიკურადუზრუნველყოფილი ფენა	49	35	8

დიაგრამა 31:

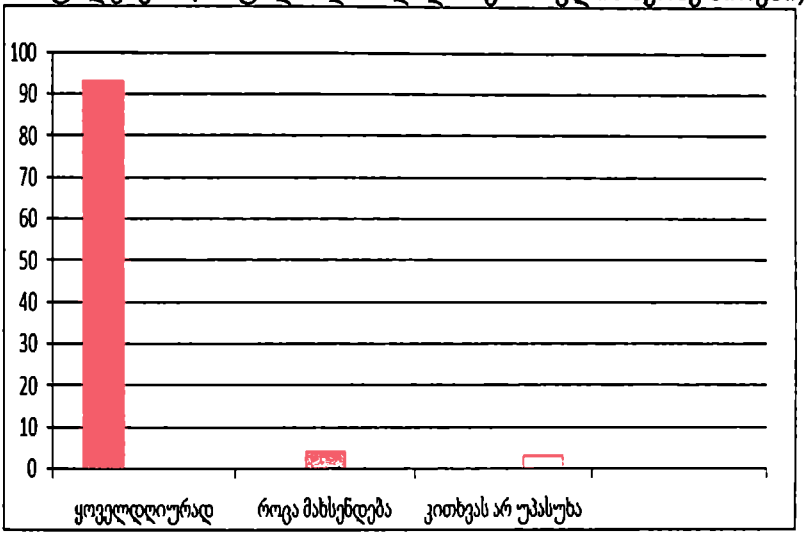
პირის ღრუს მოვლის საშუალებები



გამოკითხვის შედეგები მოსალოდნელი იყო. კითხვაზე, თუ „რა სიხშირით ხმარობენ პირის ღრუს მოვლის საშუალებებს," გამოკითხული 103 რესპონდენტიდან 93-მა უპასუხა, რომ პირის ღრუს ჰიგიენური მოვლის სხვადასხვა საშუალებას ეს ადამიანები ყოველდღიურად იყენებენ, 103 რესპონდენტიდან 4 მათ მაშინ მიმართავს, როცა გაახსენდება და 3-მა გამოკითხულმა კი კითხვას არ უპასუხა **(იხ. დიაგრამა 32)**:

დიაგრამა 32:

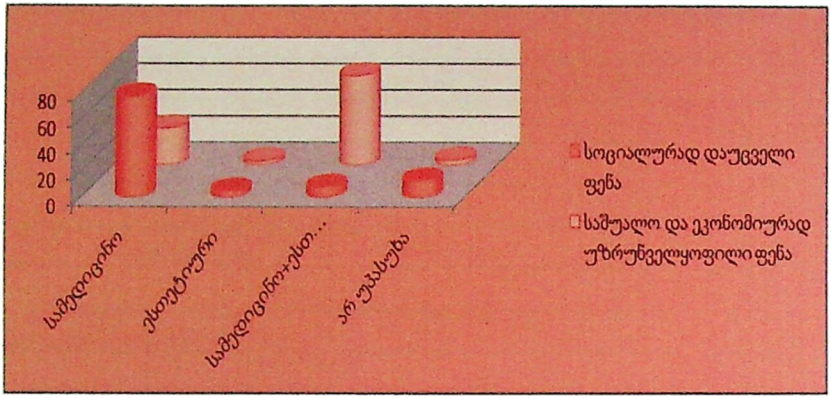
რა სიხშირით იყენებთ პირის ღრუს მოვლის დასახელებულ საშუალებებს (საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები)



მნიშვნელოვანია საკითხი, როგორი სახისად მიაჩნიათ საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების რესპონდენტებს სტომატოლოგიური მომსახურება. გამოკითხულთაგან 28-ს მიაჩნია, რომ სტომატოლოგიური მომსახურება სამედიცინო მომსახურებათა რიგს განეკუთვნება, 3 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ იგი ესთეტიკური მომსახურებაა, 68 გამოკითხული აღნიშნავს, რომ ასეთი დახმარება როგორც ესთეტიკური, ასევე სამედიცინოა, ხოლო გამოკითხულთაგან 1-მა დასმულ კითხვას არ უპასუხა **(იხ. დიაგრამა 33):**

დიაგრამა 33:

სტომატოლოგიური მომსახურების ტიპი



კითხვაზე, თუ საიდან იღებენ ინფორმაციას პირის ღრუს მოვლის საშუალებების შესახებ, პასუხი შემდეგია: მედიისაგან – 3 რესპონდენტი, ახლობლებისაგან – 1, ახლობლებისა და პირადი სტომატოლოგისაგან იყო 11 გამოკითხულის პასუხი და 1 გამოკითხულმა კი აღნიშნა, რომ ის ინფორმაციას პირი ღრუს მოვლის საშუალებების შესახებ იღებს მედიისაგან, ახლობლებისა და პირადი სტომატოლოგისგან. საინტერესოა, რომ აღნიშნულ ჯგუფში არსებული უმეტესი ადამიანის (73 გამოკითხული) პასუხი, რომელიც გვიჩვენებს, რომ ამ საკითხზე კვალიფიცირებული ინფორმაციის გამცემი პირადი სტომატოლოგია; დასმულ კითხვას არ უპასუხა 15-მა პიროვნებამ (იხ. **ცხრილი 24**):

ცხრილი 24:

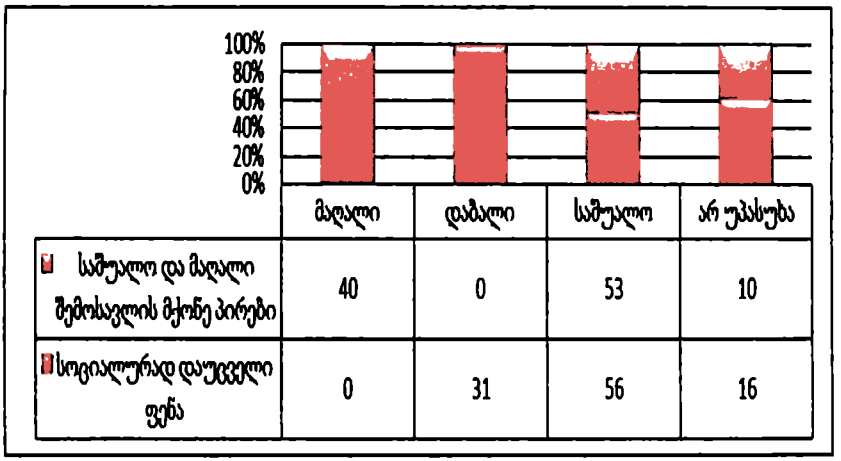
სამედიცინო განათლების დონე

სტომატოლოგიური განათლების დონე	მედიისგან	ახლობლებისგან	სტომატოლოგისგან	მედიისგან + ახლობლებისგან + სტომატოლოგისგან	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი ფენა	55	2	2	27	17
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა	3	1	73	11	15

ჩვენ შევისწავლეთ პასუხები კითხვაზე: „როგორი ხარისხის მასალით მომსახურებას ირჩევთ ყველაზე ხშირად სტომატოლოგიური დახმარებისას“ და გამოვლინდა შემდეგი: მაღალი ხარისხის მასალის გამოყენებაზე მიუთითა გამოკითხულთა 40 %-მა, საშუალო ხარისხის მასალის გამოყენება აღნიშნა რესპონდენტთა 53 %-მა, ხოლო დაბალი ხარისხის მასალის მკურნალობისას არცერთი რესპონდენტი არ ირჩევს. საერთოდ არ უპასუხა მათმა 10-მა. შევადაროთ ბენეფიციარების პასუხებს **(იხ. დიაგრამა 34):**

დიაგრამა 34:

როგორი ხარისხის მომსახურებას ირჩევთ ხშირად



შემდეგი კითხვა უკვე მომავალი თაობის ჯანმრთელობას ეხება და გულისხმობს კითხვაზე პასუხს, თუ რა სიხშირით დაჰყავს მშობელს საკუთარი შვილი სტომატოლოგთან. აღმოჩნდა, რომ 58 ადამიანი საჭიროებისამებრ მიმართავს ექიმ-სტომატოლოგს. წელიწადში ერთხელ მხოლოდ 2 მშობელს დაჰყავს ექიმთან შვილი, კითხვას არ უპასუხა 4-მა გამოკითხულმა, 36 რესპონდენტს არ ჰყავს 18 წლამდე ასაკის ბავშვი. შევადაროთ მონაცემები ბენეფიციარების პასუხებს (**იხ. ცხრილი 25**):

ცხრილი 25:

რა სიხშირით დაჰყავს მშობელს საკუთარი შვილი სტომატოლოგთან

	სოციალურად დაუცველი პირები	საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები
ბავშვები ს ვიზიტი სტომატო ლოგთან		
ერთხელ	1	2
საჭიროე ბისამებრ	66	58
არ მყავს ბავშვი 18 წლამდე	0	36
არ უპასუხა	35	4

სტომატოლოგთან ვიზიტს პროფილაქტიკური სახე აქვს. გეგმიური ვიზიტების მნიშვნელობა არაერთხელ განვიხილეთ წინა თავებში. შევადაროთ ბენეფიციარების პასუხებს **(იხ. ცხრილი 26):**

ცხრილი 26:

თქვენი შვილის სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზი

	ბავშვის ვიზიტის მიზეზი სტომატოლოგთან					
	პროფილაქტიკა	ტკივილი	პროფილაქტიკა +ტკივილი	არ მყავს ბავშვი 18წლამდე	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი პირები	5	55	3	0	40
საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები	20	23	17	36	7

იმისათვის, რომ გაგვერკვია საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენის რესპონდენტთა შვილებს რა სახის სამედიცინო დახმარების მიღება სურდათ, ჩვენ დაკვირვებით შევისწავლეთ არსებული სოციოლოგიური ანკეტები, რამაც გვიჩვენა შემდეგი შედეგები (**იხ. ცხრილი 27**):

ცხრილი 27:
როგორი სახის დახმარება ესაჭიროება თქვენს შვილს

სტომატოლოგიური მომსახურების ტიპი	თერაპიული	ქირურგიული	ორთოდონტიული	თერაპიული + ქირურგიული	არ მყავს ბავშვი 18წლამდე	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი პირები	22	13	2	17	0	49
საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები	26	19	12	3	36	7

ჯანსაღ, სწორ და რეგულარულ კვებას შეუძლია, თავიდან აგვაცილოს არაერთი დაავადება. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი პირების მიმართ დასმულ კითხვაზე, „დღის განმავლობაში რამდენჯერ იკვებებით," პასუხები ასე გადანაწილდა **(იხ. ცხრილი 28)**:

ცხრილი 28:

კვების სიხშირე რესპონდენტებში

კვების რაოდენობა	არარეგულარულად	დღეში ორჯერ	დღეში სამჯერ	დღეში ოთხჯერ	არ უპასუხა
სოციალურად დაუცველი ფენა	26	8	58	0	11
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა	33	7	38	16	9

აქედან გამომდინარე საინტერესო იქნება საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი პირების კვების რაციონის განხილვა და მისი შედარება სოციალურად დაუცველი პირების კვების რაციონთან, რის შედეგადაც ჩვენ მივიღეთ შემდეგი მოცემულობა: მხოლოდ 8 გამოკითხულის კვების რაციონის ძირითად კომპონენტია ბოსტნეული, ბოსტნეული + ხილი + პურფუნთუშეული – 3-ის, ბოსტნეული + ხორცი + პურფუნთუშეული – 83- ის, ბოსტნეული და პურფუნთუშეული – 43-ის, არ უპასუხა 4-მა. ფაქტობრივად, თუ შევაჯამებთ გამოკითხულ პაციენტებს, შეიძლება დავასკვნათ, რომ არცერთი ჯგუფის წარმომადგენელი არ ანაწილებს კვების რაციონს სწორად. საკვების ხარისხი და ბალანსი გადამწყვეტია

ჯანმრთელობისთვის. კვების რაციონს ცილებით, ცხიმებით, ნახშირწყლებით, ვიტამინებით და მინერალებით ბალანსირებული საკვები უნდა შეადგენდეს (იხ. ცხრილი 29).

ცხრილი 29:

რესპონდენტთა კვების რაციონი

კვების რაციონი	სოციალურად დაუცველი ფენა	მაღალი და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა
ბოსტნეული+ხილი+პურფუნთუშეული	20	3
ბოსტნეული	5	8
ბოსტნეული+ხორცი+პურფუნთუშეული	19	83
ბოსტნეული და პურფუნთუშეული	49	4
არ უპასუხა	10	4

საინტერესოა აგრეთვე საკითხი აღნიშნულ კონტინგენტში ავადობის შესახებ. ბათუმის მაცხოვრებელი საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების ავადობის საკითხს თვალნათლივ გვიჩვენებს (ცხრილი 30):

ცხრილი 30:სხვა სისტემური დაავადებების განაწილება საკვლევ პოპულაციაში

სისტემური დაავადებები		აქვს დაავადება	
		სიხშირე	%
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები		2	1,9
ძვალსახსროვანი დაავადებები		5	4,8
სხვა სისტემური დაავადება	1.ქრონიკული ასთმა	1	0,9
	2.გინეკოლოგიური დაავადებები	2	1,9
	3.ალერგიული გამოვლინებები	2	1,9
	4. კანის დაავადებები	1	0,9
ძვალსახსროვანი დაავადებები + სხვა სისტემური დაავადებები		1	0,9
გასტროენტეროლოგიური		3	2,9
გასტროენტეროლოგიური + გულ-სისხლძარღვთა		1	0,9
გულ-სისხლძარღვთა + ენდოკრინული		1	0,9
გასტროენტეროლოგიური + ძვალსახსროვანი		1	0,9
არ უპასუხა		21	20,3

ცხოვრების ჯანსაღ წესთან დამოკიდებულებაზე მეტ-ნაკლებ წარმოდგენას გვიქმნის რესპონდენტთა მიერ თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რაზეც ნათლად მეტყველებს პასუხები კითხვებზე: „მოიხმართ თუ არა თამბაქოს“ და „რა სიხშირით იღებთ ალკოჰოლს“ **(ცხრილი 31):**

ცხრილი 31:

თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება რესპონდენტებში

ჯანსაღი ცხოვრების წესი	თამბაქოს მოხმარება			ალკოჰოლის მოხმარება		
სოციალურად დაუცველი ფენა	დიახ	არა	არ უპასუხა	დიახ	არა	არ უპასუხა
	30	61	12	30	55	18
საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენა	დიახ	არა	არ უპასუხა	დიახ	არა	არ უპასუხა
	37	61	5	17	60	22

ზოგადი საკითხების განხილვის შემდეგ გადავიდეთ პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების შემდგომ მიღებული შედეგების განხილვაზე და პირველ რიგში განვსაზღვროთ პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა გრინ-ვერმილიონის (OHI-S ინდექსი) ინდექსის გამოყენებით. შედეგები შემდეგია:
0.0 - 0.6 ქულა: პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა – 3;
0.7- 1.6 ქულა: პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა – 39;
1.7- 2.5 ქულა: პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა – 33;2.6- 6.0 ქულა: პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა – 22 **(იხ. ცხრილი 32):**

ცხრილი 32:

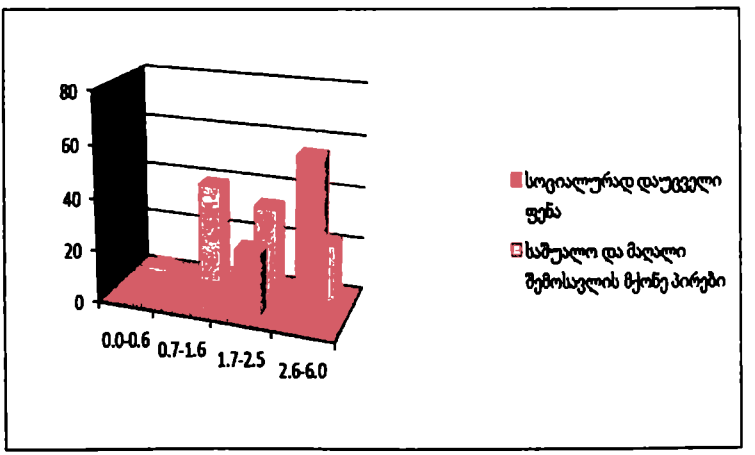
პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა

პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	სიხშირე	%
0.0-0.6 ქულა (პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა)	3	2,9
0.7-1.6 ქულა (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	39	37.8
1.7-2.5 ქულა (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	33	32
2.6-6.0 (პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა)	22	21,3

შედარება სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებთან **(დიაგრამა 35):**

დიაგრამა 35:

პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა ორივე ჯგუფში

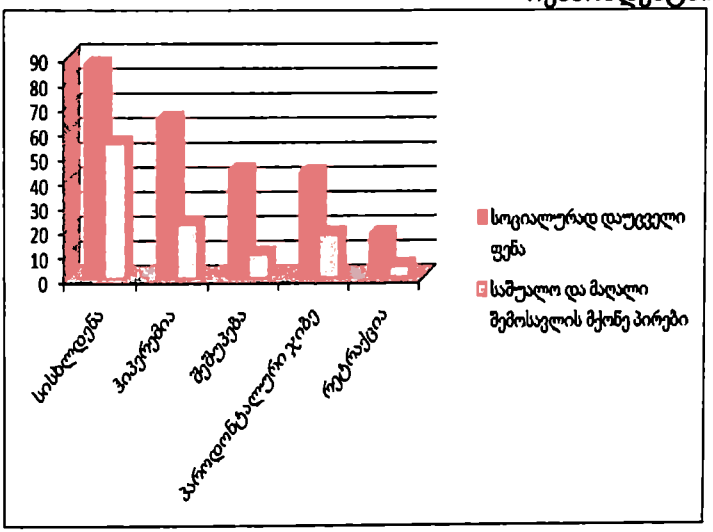


აღნიშნული პოპულაციის პირის ღრუს მდგომარეობის შესწავლისას მნიშვნელოვანია შევაფასოთ პაროდონტის

მდგომარეობა, რომელიც განისაზღვრა ზონდირებისას სისხლდენის, პაროდონტული ჯიბეების, ჰიპერემიის, შეშუპების, კბილღრძილოვანი მიმაგრების დარღვევის არსებობით. საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე რესპონდენტებში პაროდონტის მდგომარეობის შეფასებისას ზონდირებით სისხლდენა გამოვლინდა – 55 რესპონდენტთან, ჰიპერემია – 22-თან შეშუპება გამოვლინდა – 10 შემთხვევაში, რეტრაქცია – 5-ში, პაროდონტული ჯიბის სიღრმე – 18 პაციენტთან (**იხ. დიაგრამა 36, ცხრილი 33**):

დიაგრამა 36:

პაროდონტონტის ანთების ნიშნები ორივე ჯგუფის რესპონდენტში



ცხრილი 33:
პაროდონტული ჯიბის სიღრმე ორივე ჯგუფის რესპონდენტებში

პაროდონტული ჯიბის სიღრმე	0 ქულა	1 ქულა	2 ქულა	3 ქულა	4ქულა	სულ
სოციალურად დაუცველი პირები	0	16	11	9	7	43
საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები	0	8	5	3	2	18

კბილის კარიესის ინტენსივობა და გავრცელება შევისწავლეთ საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე პაციენტებში. კარიესის გავრცელება აქაც მაღალი ძირითადად დაბჟენილი და უკვე ნამკურნალევი კბილების ხარჯზეა. ჩვენი კვლევის შედეგები ასეთია: კარიესი – 117, ბჟენი – 921, ამოღებული კბილი –148. კარიესის გავრცელება 100%-ია, კარიესის ინტენსივობა შეადგენს 11.5-ს. კარიესის ინტენსივობა სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებში იყო 14.7. მონაცემები გაწერილია **34-ე ცხრილში:**

ცხრილი 34:

მაღალი და საშუალო შემოსავლის მქონე პირების კბა ინდექსი

მაღალი და საშუალო შემოსავლის მქონე პირების კბა ინდექსი					
		კარიესი	ამოღებული	ბჟენი	კბა
N2	ვალიდური	103	103	103	103
	დაკარგული	1	1	1	1
საშუალო		1.14	1.44	8.94	11.51
მედიანა		.00	.00	8.00	11.00
მოდა		0	0	2	12
სტანდარტული გადახრა		2.091	4.200	7.089	6.955
რანჟი		8	28	28	27
ჯამი		117	148	921	1186

ცხრილი 35:

კბა ინდექსი ორივე ჯგუფის რესპონდენტში

კბა ინდექსი	კარიესი	ბჟენი	ამოღებული კბილი	სულ
სოციალურად დაუცველი პირები	569	93	847	1509
საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე პირები	117	921	148	1186

სტომატოლოგიური დახმარების ინდექსი შეადგენს 77,6-ს, რაც კარგია, ხოლო სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებში - 7-ს, ე. ი. მომსახურების ხარისხი დაბალია.

III.4. გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების მქონე სოციალურად დაუცველი პირების პირის ღრუს მდგომარეობა

ბოლო წლებში მოსახლეობისათვის სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების გაწევისას დიდი მნიშვნელობა შეიძინა კლინიკური მედიცინის ერთ-ერთმა მნიშვნელოვანმა დარგმა, კლინიკურმა გასტროენტეროლოგიამ, რომელიც ძირითადად კუჭ-ნაწლავის სისტემის პათოლოგიებს შეისწავლის. თავისი ტოპოგრაფიული მდებარეობის გამო პირის ღრუ წარმოადგენს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დასაწყისს, ანუ როგორც ხშირად მას უწოდებენ ორგანიზმის „სარკეს", რადგან ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოს დაავადებები აისახება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე.

გამომდინარე ზემოთქმულიდან და ჩვენ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვითაც საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები ყველაზე ხშირად ვლინდება მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენაში, ასევე საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ჯგუფების წარმომადგენლებშიც, ამიტომ გადავწყვიტეთ აღნიშნული სისტემის დაავადებების მქონე სოციალურად დაუცველ პირთა პირის ღრუს ცალკე შესწავლა.

დასახული მიზნის მისაღწევად შევისწავლეთ იმ სოციალურად დაუცველი პირების პირის ღრუს მდგომარეობა, რომლებსაც გამოკითხვისას დადგენილი ჰქონდათ საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები. უკვე არსებულ სოციალურ ანკეტაში, რომლითაც აქამდე ვხელმძღვანელობდით, შევიტანეთ შესაბამისი ცვლილებები. სოციოლოგიურმა ანკეტამ, რომლითაც შევისწავლეთ სოციალურად დაუცველ პირთა პირის ღრუს მდგომარეობა (მოყვანილია დისერტაციის დანართში) და გამოკითხვამ გვიჩვენა, რომ აღნიშნული რესპონდენტების პირის ღრუში აღინიშნებოდა შემდეგი ცვლილებები:

სულ გამოკითხულია სოციალურად დაუცველი ფენის 51 გასტროენტეროლოგიური პაციენტი, რომელთა შორისაც მდედრობითი სქესის იყო 31 რესპონდენტი, მამრობითი სქესის კი – 20. მათი ასაკი მერყეობდა 20-74 წლებს შორის (**იხ. ცხრილი 36**).

ცხრილი 36:

გასტროენტეროლოგიური პაციენტების ასაკი და სქესი

გასტროენტეროლოგიური პაციენტები	ასაკი					სულ
	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
მდედრობითი	8	8	11	2	2	31
მამრობითი	3	4	5	5	3	20
სულ	11	12	16	7	5	51

რესპონდენტთა განათლება ასეთია: 43 პაციენტს საშუალო განათლება აქვს, რაც 83,4%-ს შეადგენს (**იხ. ცხრილი 37**).

ცხრილი 37:
გასტროენტეროლოგიური პაციენტების განათლება

გასტროენტეროლოგიური პაციენტების განათლება					
		Frequency	Percent	ValidPercent	Cumulative Percent
Valid	უმაღლესი	5	9.6	9.8	9.8
	საშუალო	43	82.7	84.3	94.1
	სტუდენტი	1	1.9	2.0	96.1
	არუპასუხა	2	3.8	3.9	100.0
	Total	51	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
Total		52	100.0		

საინტერესოა საკითხი აღნიშნულ რესპონდენტთა ოჯახური მდგომარეობის შესახებ, რომლის შესწავლამაც გამოავლინა, რომ 51 გამოკითხულიდან 39 ოჯახში ოთხი და მეტი წევრი ცხოვრობს. მარტოხელა აღმოჩნდა 4 რესპონდენტი, ოჯახში ორი წევრი ცხოვრობს ერთი რესპონდენტთან, სამი წევრი – 4-თან, არ უპასუხა –3-მა რესპონდენტმა. აღსანიშნავია მრავალწევრიანი ოჯახების სიმრავლე, ოჯახს რაც უფრო მეტი შვილი ჰყავს, უკეთესი საარსებო და სოციალური პირობები სჭირდება, გამოკითხულ პირთაგან 13-ს ცუდი საცხოვრებელი პირობები აღმოაჩნდა, 29-ს – საშუალო და 9 რესპონდენტმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა, აქედან 44 რესპონდენტი უმუშევარია, მხოლოდ ერთი პიროვნება იღებს 150-დან 600 ლარამდე ხელფასს. მიღებული პასუხები უკვე წინასწარ წარმოდგენას გვიქმნის დასახელებულ რესპონდენტთა მკურნალობის ხარისხსა და მოსალოდნელ შედეგებზე.

აღნიშნულ პირებში წარმოებულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ მათგან 15 სამედიცინო დახმარებას იღებდა

ბათუმში, ნ. ბარათაშვილის ქუჩაზე მდებარე საოჯახო ცენტრში, 10 – აჭარის რესპუბლიკური საავადმყოფოს პოლიკლინიკაში, 1 რესპონდენტი – მეზღვაურთა საავადმყოფოში, ხოლო 25-მა მათგანმა დასმულ კითხვას არ უპასუხა. 51-დან 35 რესპონდენტის სამედიცინო მომსახურებაში ოჯახის ექიმი მონაწილეობდა, 14-ს ასეთი საერთოდ არ ჰყავდა და 2-მა მათგანმა დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა.

მნიშვნელოვანია საკითხი ექიმთან ვიზიტის მიზნის გარკვევის შესახებ. აღმოჩნდა, რომ სოციალურად დაუცველი პირების უმრავლესობამ, 32 მათგანმა, კითხვაზე პასუხი არ ან ვერ გასცა, გარდა ზემოაღნიშნულისა, 12-მა რესპონდენტმა მიუთითა, რომ აღნიშნული ვიზიტი მან განახორციელა სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების მისაღებად, გეგმიური ვიზიტი ექიმთან განახორციელა 5-მა გამოკითხულმა. ერთმა ვიზიტი განხორციელდა ქირურგიული ჩარევის მიზნით. ჩვენი კვლევის მიხედვით სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობებიდან დიაგნოსტირდება შემდეგი: გასტრიტი –27 პაციენტში, წყლული –8-ში, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი –6-ში, ეზოფაგიტი – 5-ში, ქოლეცისტიტი + გასტრიტი –1-ში, ეზოფაგიტი + გასტრიტი –2-ში, ქოლეცისტიტი – 1-ში, არ უპასუხა – 1-მა **(იხ. ცხრილი 38).**

~

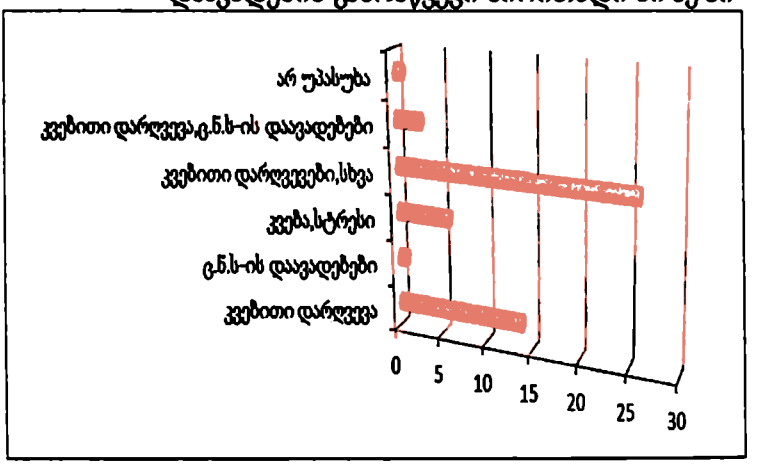
ცხრილი 38.
გამოვლენილი გასტროენტეროლოგიური დაავადებები

გასტროენტეროლოგიური დაავადებები					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	გასტრიტი	27	52.9	52.9	52.9
	წყლული	8	15.7	15.7	68.6
	ეზოფაგიტი	5	9.8	9.8	78.4
	გასტროეზოფაგური რეფლუქსი	6	11.8	11.8	90.2
	ქოლეცისტიტი	1	2.0	2.0	92.2
	არ უპასუხა	1	2.0	2.0	94.1
	ქოლეცისტიტი+გასტირიტი	1	2.0	2.0	96.1
	ეზოფაგიტი+გასტრიტი	2	3.9	3.9	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

აღნიშნული დაავადებების გამომწვევი მიზეზები არის კვებითი დარღვევა-14 რესპონდენტში, ც. ნ. ს-ის დაავადებები – 1, კვება, სტრესი –6, კვებითი დარღვევები, სხვა –26, კვებითი

დარღვევები, ც. ნ. ს-ის დაავადებები –3, არ უპასუხა-1-მა. თითქმის ყველა, 49 პაციენტს, აღენიშნება კვებითი დარღვევები. სიმპტომები, რომლებსაც პაციენტები აღნიშნავენ, შემდეგია: ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში (34), შებერილობა (21), წვის შეგრძნება კუჭის არეში (11), გულძმარვა (5), გულისრევისა და პირღებინების შეგრძნება (7) და მჟავიანობის მომატება (5), საჭმლის მონელების პრობლემები (6) და ცუდი სუნი პირიდან (1). აღნიშნული ჩივილების ხანგრძლივობა მერყეობს 2 თვიდან 22 წლამდე **(იხ. დიაგრამა 37)**.

დიაგრამა 37:
დაავადების გამომწვევი ძირითადი მიზეზი



სამედიცინო კვლევა წარმოადგენს დაავადების დიაგნოსტირების მნიშვნელოვან ნაწილს. ჩვენ მიერ გამოკითხული გასტროენტეროლოგიური დაავადების მქონე სოციალურად დაუცველი პირების კვლევა ასე გადანაწილდა: საინტერესოა, თუ რომელი გამოკვლევების ჩატარება შეძლეს სოციალურად დაუცველმა პირებმა **(იხ. ცხრილი 39)**.

ცხრილი 39:
სოციალურად დაუცველი გასტროენტეროლოგიური პაციენტების მიერ ჩატარებული სადიაგნოსტიკო გამოკვლევები

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია	18	35.3	35.3	35.3
	ეზოფაგო-გასტროდუოდენოსკოპია	15	29.4	29.4	64.7
	ექოსკოპია	1	2.0	2.0	66.7
	ლაბორატორიულიკვლევები	2	3.9	3.9	70.6
	ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია, ლაბორატორიული კვლევები	15	29.4	29.4	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

პაციენტთა უმრავლესობა ვერ ახერხებს კვლევების ჩატარებას ფინანსური ხელმიუწვდომლობის გამო. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაც არ აფინანსებს კვლევებს ამ მიმართულებით. ძირითადი დიაგნოზი დაისმება ოჯახის ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ, პაციენტების ჩივილებით და დაავადების სიმპტომების მიხედვით (**იხ. ცხრილი 40**):

ცხრილი 40:

სიმპტომები, რომლებიც გამოვლინდა სოციალურად დაუცველ გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებში

№	გასტროენტეროლოგიურ დაავადებათა სიმპტომები	სიმპტომების სიხშირე	%
1	ტკივილი კუჭის არეში	34	66,6
2	მეტეორიზმი	21	41,1
3	წვის შეგრძნება კუჭის არეში	11	21,5
4	გულძმარვა	5	9,8
5	მჟავიანობის მომატება	5	9,8
6	საჭმლის მონელების პრობლემები	6	11,7
7	გულისრევისა და პირღებინების შეგრძნება	7	13,7
8	ცუდი სუნი პირიდან	1	1,9

აღნიშნული დაავადების გამო პაციენტების უმრავლესობა – 51 გამოკვლეული პაციენტიდან 41 იტარებდა მედიკამენტურ მკურნალობას; 1-ს ჩაუტარდა მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობა, 5-ს–კომბინირებული: მედიკამენტოზური და ქირურგიული, დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა 4-მა რესპონდენტმა.

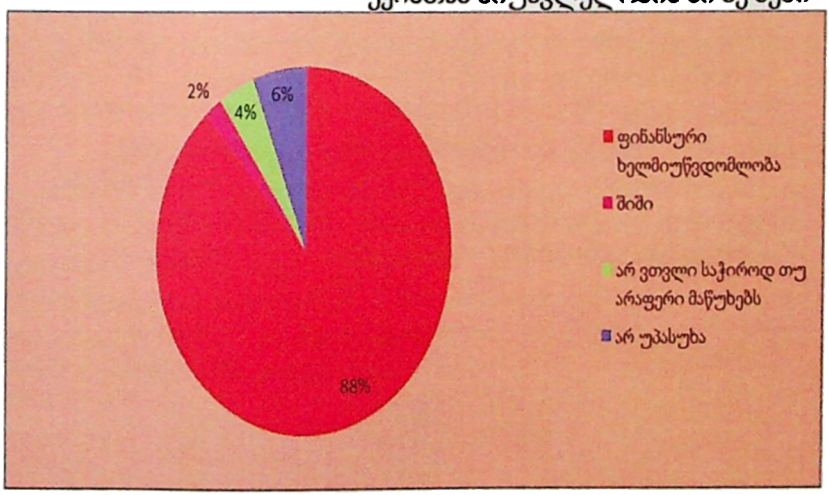
სხვადასხვა ქრონიკული დაავადება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებასა და ჯანმრთელობაზე. ამ კონკრეტულ კითხვაზე, თუ „რა გავლენა მოახდინა აღნიშნულმა დაავადებამ მათ ჯანმრთელობაზე, 35 რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ აღნიშნული დაავადების გამო უგულებელყოფილი კვება ან მუდმივი დიეტის დაცვა უწევთ. რესპონდენტების უმრავლესობას კვების დროს ან შემდგომ ეწყება სხვადასხვა ტკივილი ან ჩივილი, უჩნდებათ შიში საკვების დროს ან შემდგომ განვითარებულ ტკივილთან, რაც უარყოფითად აისახება ცხოვრების წესზე. დანარჩენმა 16-მა რესპონდენტმა არ უპასუხა.

45 რესპონდენტის ანუ გამოკითხული პირების 90%-ის აზრით პასუხი კითხვაზე „რა არის ექიმთან მიუსვლელობის ძირითადი მიზეზი“ ფინანსური ხელმიუწვდომლობაა, სამმა რესპონდენტმა კითხვას არ უპასუხა. ორი რესპონდენტი მხოლოდ ტკივილის შემთხვევაში თვლის ექიმთან ვიზიტის აუცილებლობას. ერთს სამედიცინო მომსახურების და შემდგომი კვლევების შიში აქვს.

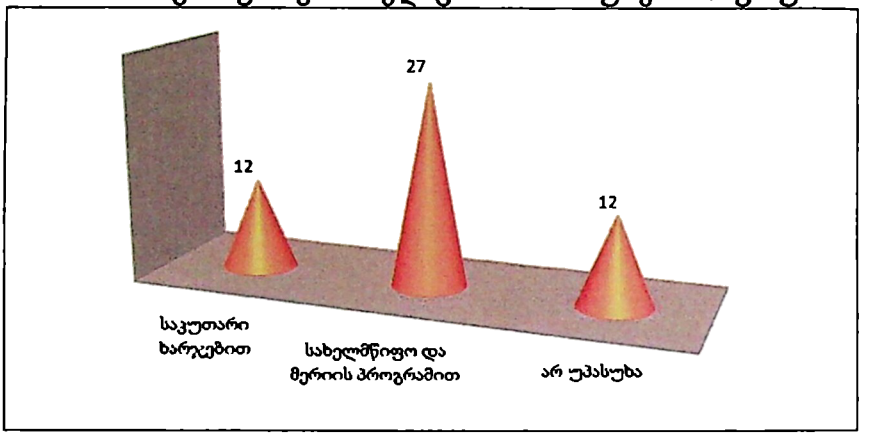
ყველა რესპონდენტი ფიქრობს, რომ სამედიცინო მომსახურება საკმაოდ ძვირია, სახელმწიფო არ უფინანსებს მათ სამედიცინო მომსახურების საფასურს, შესაბამისად, მათ უჭირთ გამოკვლევების ჩატარება. 25 რესპონდენტის ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზს წარმოადგენს მომსახურების ვერდაფარვა. შვიდმა რესპონდენტმა კითხვას არ უპასუხა. ცამეტმა მათგანმა საკუთარი ხარჯებით გადაიხადა გასტროენტეროლოგიური კვლევისთვის საჭირო თანხა. ექვსმა პაციენტმა ისარგებლა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებით **(იხ. დიაგრამა 38, დიაგრამა 39).**

დიაგრამა 38:

ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზები



დიაგრამა 39:
როგორ ფარავთ სამედიცინო მომსახურების საფასურს



სამედიცინო მომსახურებებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია პირის ღრუს მდგომარეობის შესწავლა, რესპონდენტები გამოვიკითხეთ სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართულებითაც. პაციენტებში მიმართვიანობა ძირითადად ხორციელდება ტკივილის დროს: 34-დან სტომატოლოგთან საერთოდ არ დადის 14 პაციენტი, რეგულარულად დადის 3. მიზეზი გადაუდებელი დახმარებაა 27 შემთხვევაში, ორთოპედიული მომსახურება – 11, ორთოპედიული და ქირურგიული მომსახურება –2, თერაპიული და ორთოპედიული მომსახურება – 3, დასმულ კითხვას არ უპასუხა 8 რესპონდენტმა **(იხ. ცხრილი 41).**

ცხრილი 41:.

სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზები

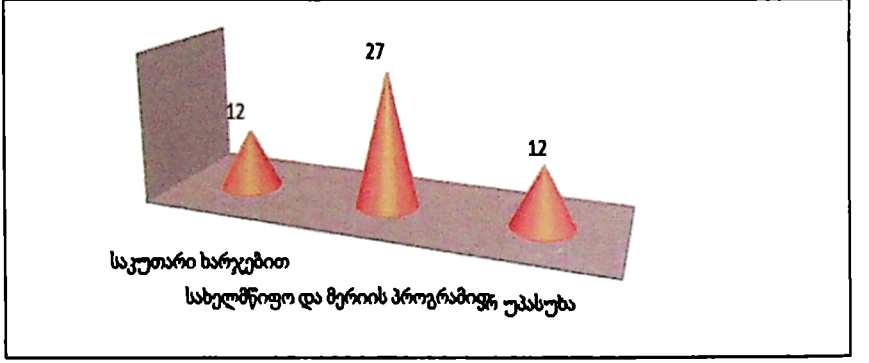
მიუთითეთ ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზი (არსებობის შემთხვევაში)					
		სიხშირე	პროცენტი	Valid Percent	Cumulative Percent
ვალიდური	არ ვთვლი საჭიროდ თუ არაფერი მაწუხებს	2	3.8	3.9	3.9
	კითხვას არ უპასუხა	3	5.8	5.9	9.8
	ფინანსური ხელმიუწვდომლობა	44	84.6	86.3	96.1
	სხვა	1	1.9	2.0	98.0
	შიში	1	1.9	2.0	100.0
	Total	51	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
Total		52	100.0		

ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზად 49 პაციენტი მომსახურების სიძვირეს ასახელებს. მომსახურების საფასურს რესპონდენტები ძირითადად ბათუმის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურის მიერ შემუშავებული სამედიცინო პროგრამით ფარავენ, რომელიც ითვალისწინებს ბენეფიციარების სტომატოლოგიურ მომსახურებას **(იხ. დიაგრამა 40,41).**

დიაგრამა 40:
სტომატოლოგიური მომსახურება რამდენად მისაღებია ეკონომიკურად



დიაგრამა 41:
სტომატოლოგიური მომსახურების დაფარვა



რესპონდენტი ინფორმაციას პირის ღრუს მოვლის საშუალებების შესახებ ყველაზე ხშირად იღებს ახლობლებლისგან – 22, მედიისგან–1, სტომატოლოგისგან – 9, მედიის, ახლობლებისა და სტომატოლოგისგან –2, მედიისა და ახლობლებისგან – 4, ახლობლებისგან, სტომატოლოგისგან –9. არ უპასუხა 4-მა. რესპონდენტების სტომატოლოგიური განათლება სანიტარულ-ჰიგიენური ცოდნისა და ჩვევების

დაბალი დონე განაპირობებს პროფილაქტიკის და მკურნალობის დაბალ დონეს. რესპონდენტების მოთხოვნა პროფილაქტიკური ღონისძიებების მიმართ საერთოდ არ ჩანს, ეს საკმაოდ ცუდია, რადგან პირის ღრუს პროფილაქტიკა პირდაპირ კავშირშია დაავადებების პრევენციასთან **(იხ. ცხრილი 42):**

ცხრილი 42:

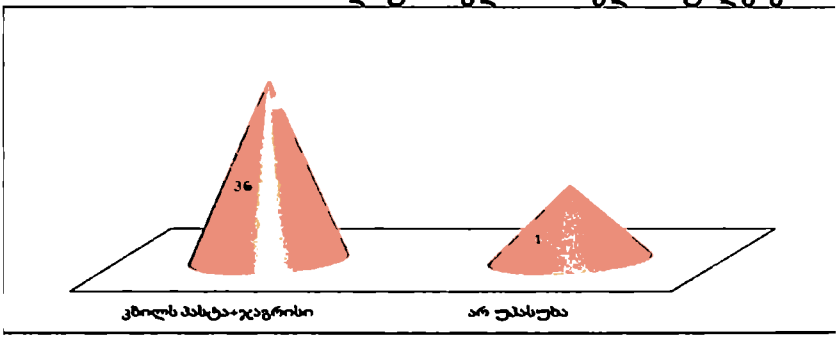
ინფორმაციას პირის ღრუს მოვლის საშუალებებთან დაკავშირებით

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	მედიისდან	1	1.9	2.0	2.0
	ახლობლებისგან	22	42.3	43.1	45.1
	სტომატოლოგისგან	9	17.3	17.6	62.7
	არ უპასუხა	4	7.7	7.8	70.6
	მედიის, ახლობლებისგან,სტომატოლოგისგან	2	3.8	3.9	74.5
	მედიისგან,ახლობლებისგან	4	7.7	7.8	82.4
	ახლობლებისგან,სტომატოლოგისგან	9	17.3	17.6	100.0
	Total	51	98.1	100.0	

განასხვავებენ პირის ღრუს პროფესიულსა და ინდივიდუალურ ჰიგიენას. ინდივიდუალური ჰიგიენა ითვალისწინებს უშუალოდ პიროვნების მიერ სხვადასხვა სპეციალური საშუალებით კბილებისა და ღრძილების ზედაპირებიდან ნადების რეგულარულად მოშორებას. პირის ღრუს ჰიგიენურ საშუალებებში შედის კბილის ჯაგრისები, კბილის ძაფები და კბილთა შორისი ჯაგრისები, კბილის

პასტები და სხვადასხვა სამკურნალო-პროფილაქტიკური ელექსირი. ჩვენი რესპონდენტების უმრავლესობა (36) პირის ღრუს მოვლის საშუალებად იყენებს კბილის ჯაგრისს და კბილის პასტას, 15-მა რესპონდენტმა არ უპასუხა. აღსანიშნავია, რომ პირის ღრუს მოვლის დანარჩენ საშუალებებს არცერთი რესპონდენტი არ იყენებს. კბილის ჯაგრისით და პასტით რესპონდენტთა უმრავლესობა სარგებლობს მხოლოდ მაშინ, როცა ახსენდებათ, რეგულარულად მხოლოდ 17 რესპონდენტი მოიხმარს (**იხ. დიაგრამა 42, ცხრილი 43**).

დიაგრამა 42:
პირის ღრუს მოვლის რომელ საშუალებები



ცხრილი 43:
რა სიხშირით იყენებთ პირის მოვლის საშუალებებს

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ყოველდღიურად	18	34.6	35.3	35.3
	როცა მახსენდება	25	48.1	49.0	84.3
	არ უპასუხა	8	15.4	15.7	100.0

	Total	51	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
Total		52	100.0		

გამოკითხულ რესპონდენტთაგან 19-ს მიაჩნია, რომ სტომატოლოგიური მომსახურება მხოლოდ სამედიცინო მომსახურებათა რიგს განეკუთვნება, 1 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ იგი ესთეტიკური მომსახურებაა და 29 გამოკითხული აღნიშნავს, რომ ასეთი დახმარება როგორც ესთეტიკური, ასევე სამედიცინოა, ხოლო გამოკითხულთაგან 2-მა დასმულ კითხვას არ უპასუხა. თუ „როგორი ხარისხის მასალით მომსახურებას ირჩევენ გამოკითხული პირები, შედეგი ასეთია: მაღალი ხარისხის მასალის გამოყენებაზე არცერთმა პიროვნებამ არ მიუთითა, მაშინ როცა 24-მა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ დაბალი ხარისხის მასალით მომსახურებას ირჩევს, ასევე 24 გამოკითხული პასუხობს, რომ იგი საშუალო ხარისხის მასალას იყენებს და 3-მა პიროვნებამ დასმულ კითხვას პასუხი არ გასცა.

საინტერესოა აგრეთვე საკითხი აღნიშნულ კონტინგენტში ავადობის შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ აჭარის რეგიონში მცხოვრები სოციალურად დაუცველი ფენის წარმომადგენლებს, რომლებიც გასტროენტეროლოგიური პათოლოგიით იყვნენ დაავადებულნი, მათ აწუხებდათ ასევე სხვა სისტემური დაავადება. კვლევის შედეგად გამოვლინდა: 7 შემთხვევაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებება, 3 შემთხვევაში – ძვალსახსროვანი სისტემის პათოლოგია, 9 შემთხვევაში – ენდოკრინული დაზიანებები, 3 შემთხვევაში – სხვა ზოგადი დაავადებები, კომბინირებული სახით გამოვლენილი დაავადებები: 2 – ძვალ-სახსროვანი დაავადებები+სხვა სისტემური დაავადებები; 1– გულ-სისხლძარღვთა + ენდოკრინული + ძვალსახსროვანი დაავადებები, 4 – გულ-სისხლძარღვთა + ძვალსახსროვანი

დაავადებები, 3 – ენდოკრინული + ძვალსახსროვანი დაავადებები, 2 – გულ-სისხლძარღვთა + სხვა სისტემური დაავადება, 21-მა რესპონდენტმა კი დასმულ კითხვაზე პასუხი არ გასცა. აღსანიშნავია, რომ სხვა სისტემური დაავადების არსებობისას პაციენტები მიუთითებენ ნეფროლოგიურ, ალერგიულ და გინეკოლოგიურ დაავადებებზე (**იხ. ცხრილი 44**).

ცხრილი 44: სხვა სისტემური დაავადებების განაწილება საკვლევ პოპულაციაში

სომატური დაავადებები	აქვს დაავადება	
	სიხშირე	%
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	7	13,7
ძვალსახსროვანი დაავადებები	3	5,8
ენდოკრინული დაავადებები	9	17,6
სხვა სისტემური დაავადება	3	5,8
ძვალსახსროვანი დაავადებები+სხვა სისტემური დაავადებები	2	3,9
გულ-სისხლძარღვთა + ენდოკრინული + ძვალსახსროვანი დაავადებები	1	1,9
გულ-სისხლძარღვთა + ძვალსახსროვანი დაავადებები	4	7,8
ენდოკრინული + ძვალსახსროვანი დაავადებები	3	5,8
გულ-სისხლძარღვთა + სხვა სისტემური დაავადება	2	3,9
არ უპასუხა	21	41,1

კითხვაზე, მოახდინა თუ არა სხვა ზოგადმა დაავადებამ ჯანმრთელობაზე ზეგავლენა, 36 ადამიანი თვლის, რომ დაავადებები ახდენს მნიშვნელოვან ზეგავლენას მათ ჯანმრთელობაზე, 2-ის პასუხი უარყოფითი იყო და 11-მა გამოკითხულმა კითხვას არ უპასუხა.

იმდენად, რამდენადაც გასტროენტეროლოგიური დაავადებების განვითარებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი კვებითი დარღვევებია, მნიშვნელოვანია, განვსაზღვროთ კვების დღის წესრიგი. კითხვაზე: „დღის განმავლობაში რამდენჯერ იკვებებით, პასუხი შემდეგია: 26 რესპონდენტი იკვებებოდა არარეგულარულად. დღეში ერთხელ არცერთი რესპონდენტი არ იკვებება, ორჯერ – მხოლოდ 2, 3-ჯერ – 11 გამოკითხული და 4-ჯერ კი ექვსი მათგანი, 5-მა რესპონდენტმა კითხვას არ უპასუხა. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი იკვებება არარეგულარულად. ჯანმრთელი კვება და სწორად შერჩეული კვების რაციონი განსაზღვრავს ჯანსაღი ცხოვრების წესს (იხ. ცხრილი 45).

ცხრილი 45:

დღის განმავლობაში რამდენჯერ იკვებებით

კვების რაციონის განრიგი					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	არარეგულარულად	25	48.1	49.0	49.0
	დღეში ორჯერ	2	3.8	3.9	52.9
	დღში სამჯერ	11	21.2	21.6	74.5
	დღეში ოთხჯერ	8	15.4	15.7	90.2
	არ უპასუხა	5	9.6	9.8	100.0
	Total	51	98.1	100.0	
Missing	System	1	1.9		
Total		52	1000		

კვების რაციონში არსებული პროდუქტები ასე გადანაწილდა (**იხ. ცხრილი 46**).

ცხრილი 46:
კვების რაციონი

პროდუქტები	სიხშირე	%
ბოსტეული + ხორცი + ხილი + პურ-ფუნთუშეული	9	17.6
ბოსტნეული+ხილი+პურფუნთუშეული	4	7,8
პურ-ფუნთუშეული	3	5,8
ბოსტნეული	5	9,8
ბოსტნეული + ხილი	1	1,9
ბოსტნეული + ხორცი	1	1,9
ბოსტნეული+ხორცი+პურფუნთუშეული	2	3,9
ბოსტნეული და პურფუნთუშეული	27	52,9

ცხრილი 47:

გავლენა გასტროენტეროლოგიურ დაავადებებზე

კვების სიხშირის გავლენა გასტოენტეროლოგიურ დაავადებებზე			
		გასტროენტერო ლოგიური დაავადებები	კვების სიხშირე
გასტროენტეროლო გიური დაავადებები	PearsonCorrelation	1	.310*
	Sig.(2-tailed)		.027
	N	51	51
კვების სიხშირე	PearsonCorrelation	.310*	1
	Sig.(2-tailed)	.027	
	N	51	51
*.Correlationissignificantatthe0.05level(2-tailed).			

სარწმუნო კორელაცია P<0,05.

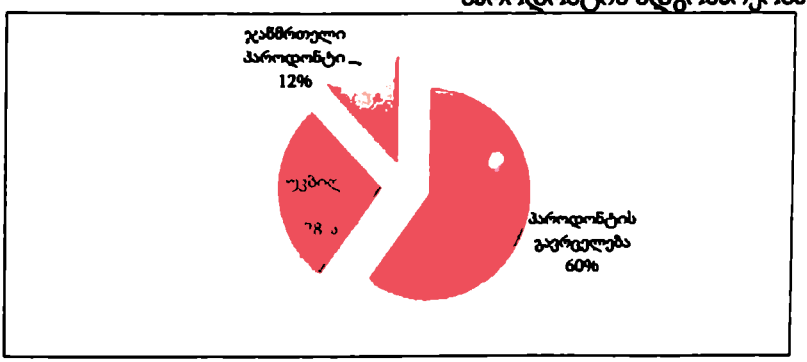
ცხოვრების ჯანსაღ წესზე მეტ-ნაკლებ წარმოდგენას გვიქმნის რესპონდენტთა მიერ თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რაზეც ნათლად მეტყველებენ პასუხები კითხვებზე: „მოიხმართ თუ არა თამბაქოს“ და „რა სიხშირით მიირთმევთ ალკოჰოლს“, რომლებზეც პასუხმაც შემდეგი სახე მიიღო: გამოკითხულ რესპონდენტებში თამბაქოს ეწეოდა 14, 39-ის პასუხი უარყოფითია, დასმულ კითხვას პასუხი არ გასცა 1 პირმა, რაც შეეხება ალკოჰოლის მიღებას, ხშირად მას მიირთმევდა 3 გამოკითხული, იშვიათად – 8 რესპონდენტი. ალკოჰოლს საერთოდ არ იღებდა ჩვენ მიერ გამოკითხული 38 რესპონდენტი, 1-მა მათგანმა დასმულ კითხვას საერთოდ არ უპასუხა,

ზოგადი საკითხების განხილვის შემდეგ გადავიდეთ პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების შემდგომ მიღებული შედეგების განხილვაზე. გამოვიკვლიეთ გასტროენტეროლოგიურ 51 პაციენტში პირის ღრუს მდგომარეობა.

საკვლევ პოპულაციაში განვსაზღვრეთ პაროდონტის მდგომარეობა. გამოვლინდა პაროდონტის აქტივობის მაღალი ხარისხი და მაღალი გავრცელება (იხ. დიაგრამა 43).

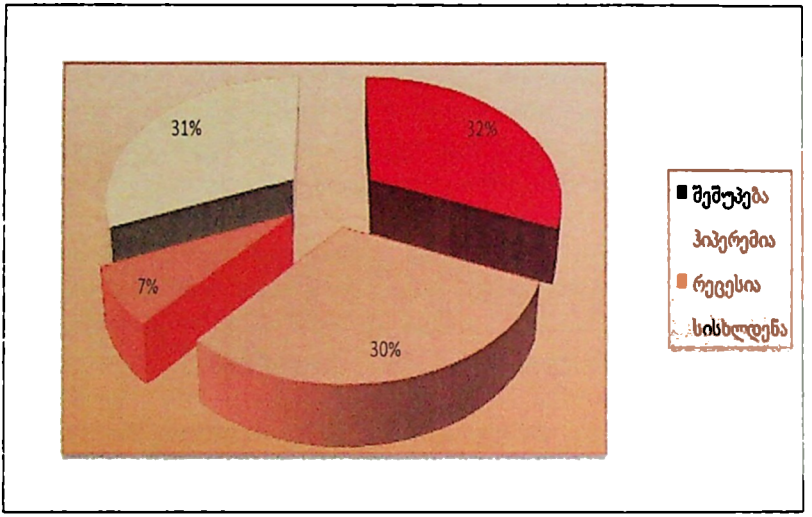
დიაგრამა 43:

პაროდონტის მდგომარეობა



ამას ადასტურებს ანთების ნიშნები: შეშუპება აღინიშნებოდა 26 რესპონდენტში, 25 შემთხვევაში ჰიპერემია, რეცესია – 6 შემთხვევაში,ზონდირებით სისხლდენა – 26 რესპონდენტში **(იხ. დიაგრამა 44).**

დიაგრამა 44:
პაროდონტის ანთების ნიშნები



აქვე უნდა განვიხილოთ პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი ქვებისა და ნადების არსებობის შესახებ, ჩვენი კვლევის მონაცემების მიხედვით ყველა რესპონდენტში დაფიქსირდა ნადებისა და ქვის არსებობა.

გამოკვლეული 17 პაციენტი უკბილოა, მათთან ნადები და ქვა არ განსაზღვრულა **(ცხრილი 48).**

ცხრილი 48:
გასტროენტეროლოგიური პაციენტების ჰიგიენური ინდექსი

პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსი	სიხშირე	%
0-0.6 ქულა (პირის ღრუს ჰიგიენა კარგი)	0	0
0.7-1.6 (პირის ღრუს ჰიგიენა დამაკმაყოფილებელი)	0	0
1.7-2.5 ქულა (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა)	10	19,6
2.6-6.0 ქულა (პირის ღრუს ჰიგიენა ცუდი)	25	49



სურათი 6.

პაციენტი, 20 წლის - აღენიშნება პაროდონტიტი, ჰიგიენური ინდექსი 5,3.



სურათი 7
პაციენტი, 20 - წლის პირის ღრუს სანაციის შემდეგ.

შეფასდა ასევე პაროდონტის ჯიბის სიღრმე (**ცხრილი 49**).

ცხრილი 49:
გასტროენტეროლოგიური პაციენტების პაროდონტის ჯიბის სიღრმე

პაროდონტის ჯიბის სიღრმე	სიხშირე	%
0 ქულა (არ აღინიშნება)	0	0
1 ქულა (3მმ ჯიბე)	8	15,6
2 ქულა (3-4მმ)	15	29,4
3 ქულა (4-5მმ)	6	11,7
4 ქულა (6მმ-ზე მეტი)	4	7,8

კარიესის გავრცელების და ინტენსივობის განსაზღვრისას გამოვლინდა ინტენსივობის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი. აქედან მეტი წილი (622) მოდიოდა ამოღებულ კბილებზე; კარიესი – 202, ბჟენი – 17. ჯამში კარიესის

გავრცელება – 16.8 კარიესის ინტენსივობის შესახებ (**იხ.ცხრილი 50**).

ცხრილი 50:
გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებში კარიესის ინტენსივობის განსაზღვრა

გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებში კარიესის ინტენსივობის განსაზღვრა					
		კარიესი	ბჟენი	ამღებული	კბა
N52	Valid	51	51	51	51
	Missing	0	0	0	0
Mean		3.96	.33	12.20	16.82
Median		4.00	.00	4.00	14.00
Mode		0	0	28	28
Std.Deviation		3.847	1.260	12.058	9.010
Range		11	6	28	24
Sum		202	17	622	858

კბილის მაგარი ქსოვილის არაკარიესული დაავადებებიდან სამ პაციენტში გამოვლინდა ეროზია, რომელიც ლოკალიზებული იყო ზედა ცენტრალური საჭრელების ვესტიბულურ ზედაპირზე, წარმოებული კვლევის შედეგები აჩვენებს კბილების ეროზიასა და გასტროეზოფაგური რეფლუქსით დაავადებულ პაციენტებში ურთიერთკავშირს.

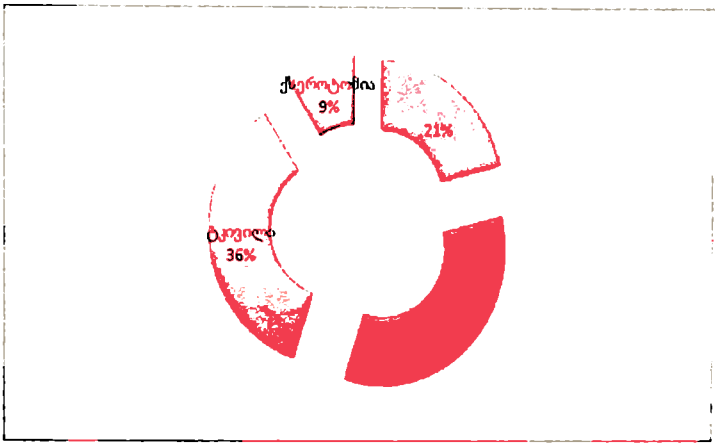


სურათი 8.

პაციენტი: ქალი - 31წლის. კარიესის ინტენსივობა-2,1. აღენიშნება არაკარიესული დაზიანებები, კერძოდ, ეროზიები ქვედა ყბის საჭრელებსა და12კბილზე.

მნიშვნელოვანია, განვიხილოთ პაციენტების სუბიექტური მონაცემები. უმრავლესობას აქვს ტკივილი სხვადასხვა სახის გამღიზიანებელზე, ასევე პაციენტები უჩივიან არასასიამოვნო სუნს ან სიმშრალეს პირის ღრუში. სწორედაც აღნიშნული ჩივილები წარმოადგენს გასტროენტეროლოგიური დაავადებების ორალურ გამოვლინებებს. პაციენტების უმრავლესობა სუბიექტური ჩივილებიდან აღნიშნავს ესთეტიკურ დისკომფორტსაც **(იხ. დიაგრამა 45).**

დიაგრამა 45:
პაციენტის სუბიექტური ჩივილები

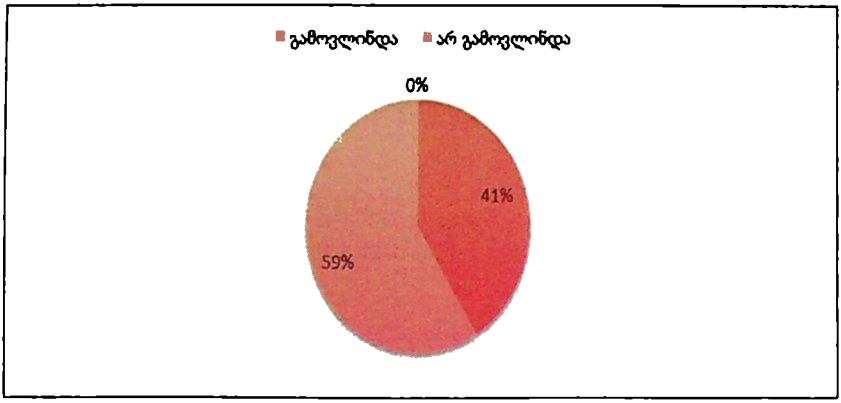


სტომატოლოგიური დასმარების დონის კვლევისას გასტროენტეროლოგიურ პაციენტების დახმარების მოცულობამ შეადგინა 2, რაც ცუდ მაჩვენებელად ითვლება. არანამკურნალები და ამოღებული კბილთა საშუალო რიცხვი, მეტია დაბჟენილი კბილების რაოდენობაზე.

სოციალურად დაუცველ გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფებიდან ლორწოვანის დათვალიერების შედეგად გამოვლინდა სტომატიტი 21 შემთხვევაში. პაციენტები უჩივიან მტკივნეული აფთის არსებობას, რომელიც დათვალიერებისას ლოკალიზებულია ძირითადად ტუჩსა და გარდამავალ ნაოჭზე. ეს ცხადყოფს დაავადების პირვანდელ გამოვლინებაზე პირის ღრუში. აღნიშნული კვლევა დასტურდება სხვა საერთაშორისო ავტორების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგადაც [119,130,51,70,72]. **(იხ. დიაგრამა 46,სურათი 9)**.

დიაგრამა 46:

გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებში სტომატიტის სიხშირე





სურათი:9 პაციენტი 20 წლის- მსუბუქი ფორმის ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. აფთა ქვედა ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ასევე საჭიროდ მივიჩნიეთ, გაგვესაზღვრა პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება ცალკეულად გამოვლენილი სხვადასხვა გასტროენტეროლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებში.

გამოკვლეული გასტროენტეროლოგიური პაციენტებიდან 27-ს აღენიშნება გასტრიტი. ამ პაციენტებში, პირის ღრუს დაავადებებიდან კარიესის გავრცელება 100%-ია, ხოლო ინტენსივობა – 16.9, რაც ჯანმოს კრიტერიუმებით შეესაბამება მაღალ მაჩვენებელს. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანება გამოვლინდა 58%-ში, სტომატიტისა-11%-ში;

გამოკვლეული გასტროენტეროლოგიური 51 პაციენტიდან 8 პაციენტს აღენიშნება წყლული. ამ პაციენტებში, კარიესის გავრცელება 100%-ია, ხოლო ინტენსივობა – 14,8, პაროდონტის გავრცელება – 57%, სტომატიტი – 43%;

გამოკვლეული 51 გასტროენტეროლოგიური პაციენტიდან ხუთ პაციენტს აღენიშნება ეზოფაგიტი. ამ პაციენტებში კარიესის გავრცელება 100%-ია, ინტენსივობა – 17,4, პაროდონტის დაავადების გავრცელება 67%-ია, სტომატიტი – 33%. გამოკვლეული გასტროენტეროლოგიური პაციენტებიდან 6 პაციენტს აღენიშნება გასტროეზოფაგური რეფლუქსი. ამ პაციენტებში, კარიესის გავრცელება 100% - ია. ინტენსივობა 19, პაროდონტის გავრცელება 33% ია, სტომატიტი გვხვდება 33% - ში, კბილის მაგარი ქსოვილების ეროზია 34%- ში. სხვა დაავადებების დროსაც (ქოლეცისტიტის, ქოლეცისტიტის + გასტრიტი, ეზოფაგიტი + გასტრიტი) პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება მაღალია. სხვა დაავადებების დროსაც (ქოლეცისტიტის, ქოლეცისტიტის + გასტრიტი, ეზოფაგიტი + გასტრიტი) პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება მაღალია. გასტროენტეროლოგიურ დაავადებებსა და პირის ღრუს დაავადებებს შორის ურთიერთკავშირის არსებობას ადასტურებს პირსონის კორელაციის ტესტი **(იხ.ცხრილი 51). გასტროენტეროლოგიური დაავადებების და პირის ღრუს დაავადებების ურთიერთკავშირი**

		დაავადებები	ეროზია	კბა	პაროდონტიტი	სტომატიტი
დაავადებები	Pearson Correlation	1	-.233	-.058	.088	-.070
	Sig. (2-tailed)		.099	.687	.540	.627
	Sum of Squares and Cross-products	174.157	-5.176	-48.529	4.137	3.235
	Covariance	3.483	-.104	-.971	.083	-.065
	N	51	51	51	51	51
ეროზია	Pearson Correlation	-.233	1	.192	.078	.129
	Sig. (2-tailed)	.099		.178	.584	.365
	Sum of Squares and Cross-products	-5.176	2.824	20.471	.471	.765
	Covariance	-.104	.056	.409	.009	.015
	N	51	51	51	51	51
კბა	Pearson Correlation	-.058	.192	1	.676**	.306*
	Sig. (2-tailed)	.687	.178		.000	.029
	Sum of Squares	-48.529	20.4	4039.	153.412	68.294

	and Cross-products		71	412		
	Covariance	-.971	.409	80.788	3.068	1.366
	N	51	51	51	51	51
პაროდონტიტი	Pearson Correlation	.088	.078	.676**	1	.342*
	Sig. (2-tailed)	.540	.584	.000		.014
	Sum of Squares and Cross-products	4.137	.471	153.412	12.745	4.294
	Covariance	.083	.009	3.068	.255	.086
	N	51	51	51	51	51
სტომატიტი	Pearson Correlation	-.070	.129	.306*	.342*	1
	Sig. (2-tailed)	.627	.365	.029	.014	
	Sum of Squares and Cross-products	-3.235	.765	68.294	4.294	12.353
	Covariance	-.065	.015	1.366	.086	.247
	N	51	51	51	51	51
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

დადგინდა გასტროენტეროლოგიური და პირის ღრუს დაავადებების სარწმუნო კოლერაციული კავშირი, P<0.05.

კვლევეის შედეგი ცხადყოფს, რომ სხვადასხვა გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობის დროს, პირის ღრუში აღინიშნება, განსხვავებული სიმპტომები. ქრონიკული გასტრიტების დროს პირის ღრუში ვლინდება ქრონიკული გინგივიტისა და პაროდონტიტის დამახასიათებელი სიმპტომები. გასტროეზოფაგური რეფლუქსის დროს, ვლინდება კბილებზე ეროზიული დაზიანებები. სხვა სიმტომებიდან: ქსეროტომია, ჰალიტოზი (არასასიამოვნო სუნი), დიდი რაოდენობის ნადების არსებობა კბილებსა და ენის ზედაპირზე, ხშირად შეიმჩნევა ლორწოვან გარსზე წყლულები, ამიტომაც პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ წვის შეგრძნებას და ტკივილს. კუჭის წყლულის ლოკალიზაციის მიხედვით კლინიკური სურათი შეიძლება იყოს სხვადასხვა: წყლულის უკანა კედელზე არსებობისას ტკივილი უშუალოდ ჭამის შემდგომ იწყება, თუ მცირე სიმრუდეზეა, ჭამიდან რამდენიმე წუთში. წყლულით დაავადებულ პაციენტებს ხშირად ამოქარვება და გულძმარვა ახასიათებს. პირის ღრუს ლორწოვანი ღია ვარდისფერია, თუმცა აღინიშნება სალივაციის დაქვეითება, რაც აიხსნება სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციის მოშლით .ქოლეცისტიტის დროს ვლინდება მწარე გემო პირის ღრუში.

ამრიგად, პირის ღრუში გამოვლენილი სხვადასხვა გასტროენტეროლოგიური დაავადება კლინიცისტი ექიმებისთვის მნიშვნელოვანია დაავადების დიაგნოსტირებასა და მონიტორინგისთვის.

ჯანმრთელობის დაცვა სახელმწიფოს უპირველესი საზრუნავია. ჯანდაცვის როლი ქვეყნის მომავლისთვის უმნიშვნელოვანესია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანდაცვის დაფინანსება წარმოადგენს ამ სისტემის ფუნქციას, რომელიც კონცენტრირებულია მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროების მოცვის მიზნით თანხების ინდივიდუალურად და კოლექტიურად მობილიზაციაზე, გაერთიანებასა და განაწილებაზე, რადგან დაფინანსების გამართული მექანიზმების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის ეფექტური სისტემის შექმნა. თუ ქვეყანაში არ არის ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის შესაბამისი დაფინანსების სისტემა, მოსახლეობის სიღარიბის ძირითადი მიზეზი შესაძლებელია გახდეს სხვადასხვა მძიმე ავადმყოფობა და მკურნალობაზე გაწეული დიდი ხარჯები. [28].

კლასიკური განმარტებით ჯანმრთელობა სრულ ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას გულისხმობს, ფიზიკური კეთილდღეობა არის საკმარისი ფიზიკური განვითარება, სტანდარტული შობადობის უნარით და დაავადების არარსებობით. სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ხარისხს, ცხოვრების წესს, საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვებას, დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს. ფსიქიკური კეთილდღეობა ხასიათდება ფსიქიკური დაავადებების ნაკლები გავრცელებით, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობით [2,89].

საქართველოს სხვადასხვა რეგიონისა და განსხვავებული სოციალური ფენების მოსახლეობისათვის სამედიცინო-სტომატოლოგიური დახმარების სრულყოფა და მათი თანამედროვე მედიცინის მოთხოვნების დონეზე შენარჩუნება წარმოადგენს ჩვენი სახელმწიფოსთვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და აქტუალურ პრობლემას. ამ საკითხის

აქტუალობას აძლიერებს სხვადასხვა გასტორენტეროლოგიური დაავადებების მჭიდრო კავშირი პირის ღრუსთან და პირიქით. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) ჩამონათვალში პირის ღრუს დაავადებები და გასტროენტეროლოგიური დაავადებები, გაერთიანებულია ერთ სისტემაში საჭმლის მომნელებელი დაავადებების კლასში. გასტროენტეროლოგიური და მათ შორის პირის ღრუს დაავადებებით დასნებოვნება, როგორც მთელ მსოფლიოში, ასევე საქართველოში და მათ შორის აჭარაშიც აქტუალურია. საქართველოს ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამა ითვალისწინებს სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას. თუმცა ამ პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული სტომატოლოგიური მომსახურების და გასტროენტეროლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკის დაფინანსება. ამ მიმართულებით აჭარის რეგიონში მოქმედებს ბათუმის მუნიციპალიტეტის მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის პირის ღრუს დაავადებების მკურნალობის დაფინანსებას.

ზემოაღნიშნული საკითხების აქტუალობიდან გამომდინარე მიზნად დავისახეთ აჭარის რეგიონში გასტროენტეროლოგიური და პირის ღრუს დაავადებების შესწავლა სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში. რისთვისაც საჭიროდ მივიჩნიეთ შეგვესწავლა სოციალურად დაუცველი ფენის პაციენტთა პირის ღრუს მდგომარეობა, საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენის პაციენტთა პირის ღრუს მდგომარეობა და ამ მონაცემების შედარება სოციალურად დაუცველი ფენის პაციენტთა მონაცემებთან, სოციალურად დაუცველ ბავშვთა პირის ღრუს მდგომარეობა და სოციალურად დაუცველი ფენის გასტროენტეროლოგიური პაციენტების პირის ღრუს თავისებურებები.

ჩვენ შევისწავლეთ სოციალურად დაუცველი 103 რესპონდენტი, სოციალურად დაუცველი 100 ბავშვი, საშუალო

და მაღალი შემოსავლის მქონე 103 და 51 გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობის მქონე რესპონდენტი. ზრდასრული მოსახლეობა შეირჩა WHO-ს მიერ მოწოდებული ასაკობრივი პარამეტრების გათვალისწინებით. კვლევა ჩატარდა ხუთ ასაკობრივ ჯგუფში: 20-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 წ. ხოლო ბავშვთა ასაკში გამოკვლეულ იქნა 6-10, 11-14, 15-18 ასაკის ჯგუფები.

გამოკვლევის მეთოდად ჩვენ გამოვიყენეთ ანონიმური სოციოლოგიური გამოკითხვა, სპეციალურად შექმნილი ანკეტა-კითხვარის და ინტერვიუები. კითხვები შეიქმნა საკუთარი გამოცდილებითა და კლინიკური პრაქტიკიდან გამომდინარე, რომელიც სრული სახით მოყვანილია დანართის ფორმით დისერტაციის ბოლოს.

გამოსაკვლევ პოპულაციაში შევისწავლეთ კარიესის გავრცელება და ინტენსივობა – კბა ინდექსის გამოყენებით. პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა, (OHI-S გამარტივებული ინდექსი) ინდექსით. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანება – სისხლდენის (BOP) ინდექსით, პაროდონტული ჯიბის სიღრმე CPITIN ინდექსით, შევისწავლეთ ასევე სტომატოლოგიური დახმარების დონე. წინამდებარე შედეგების განსჯა-ანალიზის საფუძველზე გამოტანილია შესაბამისი დასკვნები.

სოციალურად დაუცველ ჯგუფში ასაკი და სქესი ასე გადანაწილდა: კაცი – 36, ქალი – 64. 20-34 წლის – 29 პაციენტი, 35-44 წლის – 40 პაციენტი, 45-54 წლის – 12. 55-64 წლის – 13 პაციენტი, 65-74 წლისა – 6 პაციენტი. აქედან სამმა პაციენტმა სქესი არ მიუთითა. გამოკვლევის პერიოდში ბათუმში მცხოვრებ სოციალურად დაუცველ მამაკაცთა რაოდენობა ნაკლები აღმოჩნდა, ვიდრე ქალთა რაოდენობა. ყველაზე მეტი აღმოჩნდა 35 -დან 44 წლის ასაკში, დასახელებული ასაკი ორივე სქესის პიროვნებისათვის საკმაოდ შრომისუნარიან ასაკს წარმოადგენს.

სოციალურად დაუცველი რესპონდენტების პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების შედეგად აღინიშნა კარიესის

მაღალი გავრცელება. კარიესი – 569, ბჟენი – 93, ამოღებული – 847. ჩვენი მონაცემებით, კარიესის გავრცელების ინდექსმა 14.7ს-მა შეადგინა. გავრცელება მაღალია ქალებში, 35 –44 ასაკობრივ ჯგუფში. სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების განსაზღვრისას კვლევებით ჩანს კორელაცია ფერტილური ასაკის ინდივიდების პირის ღრუს ჯანმრთელობასა და მათ სოციალურ მდგომარეობას შორის. ეს კიდევ ერთი ნიშანია იმისა, რომ სოციალ-ეკონომიკურად ყველაზე მოწყვლადი ინდივიდები ნაკლებად იღებენ ადეკვატურ სტომატოლოგიურ მომსახურებასა და დახმარებას. ამ სამიზნე ჯგუფში, ორსულობასა და არაადეკვატურ კვებასთან ასოცირებული დემინერალიზაცია, აგრეთვე არასაკმარისი ფინანსების განაწილება ერთმნიშვნელოვნად ვლინდება და გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. SPSS-ით დამუშავდა და დადგინდა სარწმუნო კავშირი მდედრობითი სქესის ინდივიდებსა და კბა ინდექს შორის. **.Correlationissignificantatthe0.01level(2-tailed). კორელაციის მაჩვენებელი სარწმუნოა, P<0,05 ზე.

კვლევის შედეგად 103 რესპონდენტიდან 89 -ს (86%) საშუალო განათლება ჰქონდა, განათლება ჯანმრთელობისთვის ერთ-ერთი მამოძრავებელი ძალაა, ის ადამიანებს საშუალებას აძლევს, გაიგონ შეაფასონ და გამოიყენონ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამგვარად, თუ შევაჯამებთ უკვე არსებულ მონაცემებს, შეიძლება ვთქვათ, რომ უმუშევრობის მაღალი დონე და დაბალი განათლება არის პირის ღრუს დაავადებების განმსაზღვრელი ფაქტორი. რაც დასტურდება განათლებასა და კბა ინდექსს შორის არსებული სარწმუნო (P<0,05) კორელაციური კავშირით Correlationissignificantatthe0.01level(2-tailed).

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით სურათი ასეთია: გამოკითხულთა 87 რესპონდენტი დაოჯახებულია, 10 – დასაოჯახებელი, განქორწინებულთა რაოდენობამ შეადგინა 3-ს, 1 აღნიშნავს, რომ ქვრივია. ეს მიუთითებს ოჯახის წევრების

სიმრავლეზე. ე. ი. თუ რესპონდენტს დამატებითი შემოსავალი არა აქვს, მას გაუჭირდება მხოლოდ სოციალური დახმარებით ცხოვრება, დიდი და მრავალშვილიანი ოჯახები მოითხოვს დამატებით ხარჯებს. სხვადასხვა კვლევა ადასტურებს, რომ დაოჯახებულ მოზრდილებს ჯანმრთელობის შედარებით უკეთესი მდგომარეობა აქვთ, ვიდრე – მარტოხელებს, რადგან მეუღლე დადებით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. ქორწინებამ შეიძლება გააძლიეროს რისკიან ქცევაზე უარყოფითი გავლენა.

ოჯახების ბიუჯეტი დაიყო შემოსავლების მიხედვით (დაბალი, საშუალო და მაღალი). აღნიშნულის სელექცია ჩვენ მოვახდინეთ საქართველოში არსებული დადგენილი საშუალო ნომინალური თვიური ხელფასის მიხედვით. ბენეფიციარების შემოსავალი საარსებო შემწეობაა, აქედან გამომდინარე ისინი უმუშევრები არიან და მათ სხვა დამატებითი შემოსავალი არ აქვთ. შემოსავალს დადებითი გავლენა აქვს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე: შემოსავლების ზრდა აუმჯობესებს როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ მდგომარეობას.

აღნიშნული პოპულაციაში შემოწმდა სტომატოლოგთან ვიზიტების სიხშირე, სტომატოლოგთან მიმართვიანობა ძირითადად გადაუდებელი დახმარების ტიპისაა. რესპონდენტთა უმრავლესობა ვიზიტის მიზეზად ტკივილს ასახელებს. პირადი სტომატოლოგი უმრავლესობას არ ჰყავს და პროფილაქტიკური ვიზიტების სიხშირეც დაბალია. განხილული საკითხი პირდაპირ არის დამოკიდებული გამოსაკვლევი ჯგუფის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, რომლის კვლევა გვიჩვენებს, რომ ჩვენ მიერ გამოკითხულთა 100% უმუშევარია და მას არ გააჩნია იმის პირობები, რომ საკუთარი პირის ღრუს სტატუსზე იზრუნოს. ამასვე თვალნათლივ მიუთითებს 101 რესპონდენტის აზრი იმის შესახებ, რომ მომსახურება ფინანსურად ხელმიუწვდომელია და გამომდინარე იქიდან, რომ სტომატოლოგიური დახმარება სამედიცინო მომსახურებათა შორის ერთ-ერთი ძვირია. ძვირადღირებულია ასევე სტომატოლოგიური მასალები,

ყველაფერი ერთად არ აძლევს ექიმ-სტომატოლოგს საშუალებას, მოემსახუროს სოციალურად დაუცველ ფენას. საამისოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სოციალურ დეპარტამენტს და ქალაქების სოციალური დახმარების დეპარტამენტებს უნდა გაეზარდოს ბიუჯეტი აღნიშნული პრობლემის მოსაგვარებლად. ამაზეა დამოკიდებული სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარების პირის ღრუსა და საერთოდ, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და პროფილაქტიკა.

სოციალურად დაუცველი რესპონდენტების მიმართვიანობის განსაზღვრისას აღსანიშნავია სახელმწიფო პროგრამები. ბათუმის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურის მიერ შემუშავებულია სამედიცინო პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ბენეფიციართა სტომატოლოგიური მომსახურებისთვის მიმართვიანობას ამ კლინიკებში.

ინდივიდუალური ჰიგიენის როლი უმნიშვნელოვანესია პირის ღრუს დაავადებების პრევენციისთვის. დადგინდა, რომ ბენეფიციარები პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის ჩასატარებლად ძირითადად იყენებენ კბილის ჯაგრისისა და კბილის პასტის კომბინაციას, უგულებელყოფილი აქვთ კბილთაშუა სივრცეების საწმენდი საშუალებები და პირის ღრუს სავლებები, თანაც 30% იყენებს მაშინ, როცა ეს ახსენდება. პირის ღრუს ცუდ ჰიგიენურ მდგომარეობას ადასტურებს პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის კვლევა. დაფიქსირდა არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა 25 შემთხვევაში, ხოლო ცუდი– 62 შემთხვევაში. დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჰიგიენური მდგომარეობა საერთოდ არ დაფიქსირებულა. სრულფასოვანი ჰიგიენა კი პირის ღრუს დაავადებების პრევენციის მთავარ ფაქტორს წარმოადგენს.

რესპონდენტების უმრავლესობა ინფორმაციას ჯანმრთელობაზე ახლობლებისა და მედიისგან იღებს. ამ ფაქტორმა შეიძლება, პირიქით, უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტზე. სრულფასოვანი სამედიცინო

ინფორმაციის მიწოდება მხოლოდ კვალიფიკაციურ ექიმს შეუძლია. განხილული საკითხები ადასტურებს კავშირს ჯანმრთელობის განათლების დონესა და ზოგადი განათლების დაბალ დონეს შორის.

საინტერესოა რესპონდენტთა აზრი სტომატოლოგიური მომსახურების ტიპის შესახებაც. უმრავლესობა ფიქრობს, რომ მომსახურება სამედიცინო ტიპისაა და პირის ღრუს დაავადებები პირდაპირ კავშირშია სისტემურ დაავადებებთან.

პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების დროს გამოვლინდა ლორწოვან გარსზე სტომატიტის არსებობა ექვს პაციენტში. აღსანიშნავია, რომ პაციენტების 20% უჩივის სხვადასხვა გასტროენტეროლოგიურ დაავადებას, რაც გვაძლევს ამ ორი დაავადების ურთიერთკავშირის შესახებ მსჯელობის საშუალებას.

კვლევის შედეგად პაროდონტის მდგომარეობის შეფასებისას გამოვლინდა პაროდონტის 100% გავრცელება. ანთების შემდგომი ნიშნები: სისხლდენა გამოუვლინდა – 87-ს რესპონდენტს, შეშუპება – 44-ს,ჰიპერემია – 65-ს, რეცესია – 18-ს პაროდონტული ჯიბე – 43 რესპონდენტს. 103 რესპონდენტიდან 16-ს აქვს სრული ედენტულიზმი, შესაბამისად, ამ პაციენტებში პაროდონტის ანთებითი ნიშნები არ შემოწმებულა კბილების არარსებობის გამო. პაროდონტის დაავადების გავრცელებას 100%-ში ადასტურებს ანთების ერთ-ერთი წამყვანი სიმპტომი, სისხლდენა.

რესპონდენტთა ბავშვების სტომატოლოგიური მიმართვიანობა დაბალია ვიზიტებს ძირითადად გადაუდებელი მომსახურების სახე აქვს და მკურნალობის თვისაც შესაბამისად მიმართავენ.

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს ცოცხალი არსების სასიცოცხლო ფუნქციონირებისთვის კვება წარმოადგენს. რესპონდენტები არარეგულარულად იკვებებიან, რაც მრავალი ქრონიკული დაავადების ჩამოყალიბების მიზეზს წარმოადგენს.

ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება გვიქმნის გარკვეულ წარმოდგენას ჯანმრთელობაზე. სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში კვლევისას დადგინდა ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარების დაბალი სიხშირე.

მოსახლეობის სტომატოლოგიური დახმარების დონის განსაზღვრის შედეგად სდმ ინდექსმა შეადგინა 7 (სდმ ნაკლებია10% ზე), რაც საკმაოდ ცუდი მაჩვენებელია.

სოციალურად დაუცველთა ჯგუფში გამოკვლევისას გამოვლინდა, რომ სხვადასხვა გამღიზიანებლით გამოწვეულ მიზეზობრივი ხასიათის ტკივილს უჩივის 76 რესპონდენტი, დისკომფორტს საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მიდამოში განიცდის 5, ჰალიტოზს უჩივის პაციენტთა უმრავლესობა, ნახევარზე მეტი, 51 რესპონდენტი, განიცდის ესთეტიკურ დისკომფორტს, სასიამოვნო ღიმილი ადამიანის ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ფაქტორია, ღიმილი თვითშეფასებას და მიმზიდველობას ზრდის და ყველა სხვა ფაქტორებთან ერთად მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრების ხარისხზე.

ბავშვთა მიმართულებით ჩატარებული კვლევა განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია, მას ფსიქოპროფილაქტიკური მნიშვნელობაც ემატება. შევისწავლეთ სოციალურად დაუცველი 100 ბავშვი. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, 51 მამრობითი სქესის (51%) და 49 (49%) მდედრობითი სქესის ბავშვი. აღნიშნული ბავშვების ასაკი მერყეობდა 6-დან 18 წლის ფარგლებში. აქედან 6-10 წლის ასაკი – 31, 11-13 წლის ასაკი – 50, ხოლო 14 – 18 წლის ასაკი – 19. კვლევა ჩატარდა სპეციალური ანკეტა-კითხვარის საშუალებით. ყველაზე მეტი ბავშვი აღმოჩნდა პრეჰუბერტატულ პერიოდში, ეს ასაკი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა დადებითი და უარყოფითი გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედების მიმართ. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მშობლების არსებული სოციალური მდგომარეობა განაპირობებს მათი შვილების ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფიზიკური განვითარების დონეს.

გამოკითხულთა უმრავლესობა ცხოვრობს მრავალწევრიან ოჯახში. მონაცემებიდან ნათლად ჩანს, რომ ოჯახის ზრდასრულ წევრთა უმრავლესობას გარდა საკუთარი თავისა, საზრუნავი ჰყავს მინიმუმ 2 ადამიანი. თუ ოჯახის უფროს წევრს/წევრებს დამატებითი შემოსავლის წყარო არ გააჩნია (თ) მარტო სოციალური დახმარების იმედით ბავშვების სრულფასოვანი რჩენა და გამოკვება შეუძლებელია.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ მხოლოდ ერთი გამოკითხული ბავშვი აფასებდა საკუთარ საცხოვრებელ პირობებს როგორც კარგს, 59 რესპონდენტი – როგორც საშუალოს. 40 მიიჩნევს, რომ მისი საცხოვრებელი პირობები ცუდია.

სოციალურად დაუცველი ბავშვების სტომატოლოგთან მიმართვიანობის სიხშირე გადაუდებელი ხასიათისაა რაც გულისხმობს ტკივილის კუპირებას ან თერაპიულ, ქირურგიულ მკურნალობას. პროფილაქტიკური ვიზიტები საერთოდ დაიგნორირებულია, ამას ადასტურებს კარიესის გავრცელების და ინტენსივობის მაღალი მაჩვენებელი. ყველა ასაკობრივ ჯგუფში კარიესის გავრცელება 100%-ია. ინტენსივობა კი 6-10 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 9.3 ანუ გამოვლინდა კარიესის ძალიან მაღალი გავრცელება, 11-13 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 8.3, ხოლო 14-18 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 7.3. აქვე უნდა აღინიშნოს, 2022 წელს, აჭარის რეგიონში ჩატარებული სამეცნიერო კვლევების საფუძველზე, კბილის კარიესის გავრცელება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია და მერყეობს 83.8 – 97.04% ფარგლებში. 6-7 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 6.14; 12 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 3.96; 15 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 4.83. [23]

კარიესის გავრცელების ასეთი მაღალი ციფრი გამოწვეულია ასევე მნიშვნელობანი ფაქტორის ჰიგიენური უნარ-ჩვევების უგულებელყოფით გამოკვლეული პოპულაციის მხოლოდ 23% იხეხავდა კბილებს რეგულარულად ძირითადად იყენებდნენ კბილის ჯაგრისსა და პასტას. აქაც

დაიგნორირებულია დანარჩენი პირის ღრუს მოვლის საშუალებები. ამას ადასტურებს პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობა. პაციენტთა 80 შემთხვევაში, გამოვლინდა რბილი ნადები, 86 შემთხვევაში გამოვლინდა პიგმენტური ნადები, კბილის მაგარი ნადები – 46 შემთხვევაში, ღრძილზედა ნადები ჰქონდა – 52-ს, ხოლო ღრძილქვედა კი – 4-ს. ამავდროულად შეფასდა პაროდონტის მდგომარეობა. შეფასებისას 15 შემთხვევაში გამოვლინდა შეშუპება, 38-ში – ჰიპერემია, ხოლო 52 შემთხვევაში – სისხლდენა. აღნიშნული ანთებითი ნიშნების სიხშირე კი მიუთითებს პაროდონტის ქსოვილთა ანთებით მდგომარეობაზე. ძირთადად ცვლილება პაროდონტის ქსოვილზე გამოვლინდა 11-დან 18 წლამდე ბავშვებში. თითქმის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ჰიგიენური ინდექსი არადამაკმაყოფილებელია. აჭარის რეგიონში, 2022 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად, ბავშვებში პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი 6-7 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენს 2.02; 12 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 1.96, ხოლო 18-21 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 1.9. სამივე ჯგუფში გამოვლინდა პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი მგდომარეობა 15 წლის ასაკობრივ ჯგუფში კი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა [22].

ჩატარებული კვლევა გვიჩვენებს, რომ ბავშვებში კვების სიხშირის პროცესი მეტ-ნაკლებად მოგვარებულია, რადგანაც მოიმატა დღეში 3-ჯერ კვების სიხშირის მქონე რესპონდენტების რაოდენობამ, თუმცა კვების რაციონში პურ-ფუნთუშეულის მიღების სიხშირე მაღალია, ნახშირწყლებით მდიდარი და არა ბალანსირებული საკვები ზრდის პირის ღრუსა და სისტემური დაავადებების განვითარების რისკს. პაციენტებმა და მისმა მშობლებმა ხშირად არ იციან, თუ რა სახის საკვებია მათი კბილების ჯანმრთელობისათვის მნიშვნელოვანი ან პირიქით, რომელი საკვები უწყობს ხელს კარიესის პრევენციას. მნიშვნელოვანია ამ მიმართულებით განათლების გაზრდა, რადგან ჯანმრთელობაზე ინფორმაციის

მიღება მხოლოდ კვალიფიკაციური ექიმისგანაა შესაძლებელი [1,107].

სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზებად სახელდება: ფინანსური ხელმიუწვდომლობა, ტკივილის არსებობა და სტომატოლოგთან ვიზიტის შიში. ეს უკანასკნელი მნიშვნელოვანია, რადგან ბავშვები განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან გარემო პირობებისა და მანიპულაციების მიმართ. დადგინდა, რომ სტომატოლოგიური დახმარება 99 შემთხვევაში საკმაოდ ძვირია. ვიზიტების სიხშირის ნაკლებობაც გამოწვეულია ამით, ისინი ძირითადად დახმარებას იღებენ მერიის მიერ შემუშავებული პროგრამებით.

მოსახლეობის სდმ დონის სისუსტეზე მიუთითებს მასობრივი სტომატოლოგიური დახმარების ჯგუფური ინდექსი, 8,4, რომელიც სტომატოლოგიური დახმარების ცუდი დონის მაჩვენებელია. 2022 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად, სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა შეესაბამება „არადამაკმაყოფილებელს“. სდმ-ს მაჩვენებელი მერყეობს 12.38-17.36%მდე. [23].

გამომდინარე ყოველივე ზემოთქმულიდან შეგვიძლია დარწმუნებით ვთქვათ, რომ ბათუმში მცხოვრებ სოციალურად დაუცველი ბავშვების პირის ღრუს მდგომარეობა ცუდია, რაც შესაბამისად ვლინდება მოზრდილთა ასაკში სხვადასხვა დაავადების გამოვლინებით.

საკითხის საფუძვლიანად შესწავლისათვის და იმისთვის, რომ მიღებული შედეგები და გამოტანილი დასკვნები მეტად რელევანტური და სარწმუნო ყოფილიყო, საჭირო შეიქნა საკონტროლო ჯგუფის მონაცემთა შედარება საზოგადოების საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების მონაცემებთან. სულ გამოვიკითხეთ იმავე რაოდენობის 103 რესპონდენტი. მდედრობითი სქესის – 43, ხოლო მამრობითი – 60, მათი ასაკი მერყეობდა 20-სა და 74 წლებს შორის. ყველაზე მეტი რესპონდენტი აღმოჩნდა 35-44 ასაკობრივ ჯგუფში. თითქმის

ყველა ჯგუფში მამრობითი სქესის წარმომადგენელი მეტი აღმოჩნდა, ვიდრე – ქალი.

გამოკითხულ რესპონდენტებში განათლების საკითხების შესწავლამ ძლიერ საინტერესო შედეგი გამოიღო. აღმოჩნდა, რომ 103 გამოკითხულიდან 101-ს უმაღლესი განათლება ჰქონდა, ბენეფიციარებიდან 89-ს – საშუალო განათლება. ანალიზის შედეგად დგინდება, რომ შრომისუნარიან ასაკში წარმატების მიღწევის ძირითად საშუალებასა და პირობას განათლება წარმოადგენს. 61 რესპონდენტი აცხადებს, რომ კარგი საცხოვრებელი პირობები აქვთ, ადამიანის ეკონომიკურ მდგომარეობას და საცხოვრებელ პირობებს განაპირობებს შემოსავალი. აღნიშნული რესპონდენტები გამოიკითხნენ საქართველოში განსაზღვრული საშუალო თვიური ხელფასის მიხედვით.

რესპონდენტთა ოჯახური მდგომარეობა თითქმის იდენტურია სოციალურად დაუცველთა ჯგუფის რესპონდენტების გამოკითხვით მიღებული შედეგებისა, ანუ 103 გამოკითხულიდან 86 დაოჯახებულია, ბენეფიციარების შემთხვევაში 87, თუმცა პირადი საუბრებიდან ჩანს, რომ ბენეფიციარებში ოჯახის წევრების რაოდენობა გაცილებით მეტია, ვიდრე საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილ ფენებში.

საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენის წარმომადგენლებში მიმართვიანობის სიხშირე სტომატოლოგთან მაღალია, პაციენტების უმრავლესობა რეგულარულად დადის პირის ღრუს მდგომარეობის შესამოწმებლად და სამკურნალოდ. უმრავლეს მათგანს ჰყავს პირადი სტომატოლოგი. ვიზიტების მიმართვიანობის ძირითადი მიზეზი პროფილაქტიკური და ორთოპედიულია. ისინი ძირითადად თვითონ იხდიან საკუთარი ხარჯების საფასურს, ირჩევენ ხშირად მაღალი ხარისხის მასალებს და თვლიან, რომ მომსახურება არც ისე ძვირია.

პირის ღრუს ინდივიდუალურ ჰიგიენას მნიშვნელოვანი წილი უჭირავს სხვადასხვა დაავადების პრევენციისთვის.

რესპონდენტებში გამოვიკითხეთ პირის ღრუს ჰიგიენური საშუალებების შესახებ. პაციენტები პირის ღრუს მოვლის საშუალებებს მოიხმარენ რეგულარულად. 73 რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ ინფორმაციას ძირითადად პირადი სტომატოლოგისგან იღებენ. ეს კი მიუთითებს სამედიცინო განათლების მაღალ დონეზე, რადგან კვალიფიკაციური ექიმისგან მიღებული რეკომენდაციები და რჩევები მნიშვნელოვანია ადამიანის ჯანმრთელობისთვის.

შემდეგი კითხვა უკვე მომავალი თაობის ჯანმრთელობას ეხება და გულისხმობს კითხვაზე პასუხს, თუ რა სიხშირით დაჰყავს მშობელს საკუთარი შვილი სტომატოლოგთან. აღმოჩნდა, რომ 58 ადამიანი საჭიროებისამებრ მიმართავს ექიმ-სტომატოლოგს. რეგულარულ ვიზიტებს სამკურნალო-პროფილაქტიკური სახე აქვს.

არაერთხელ აღვნიშნეთ კვების მნიშვნელობა და გავლენა ორგანიზმზე. 38 რესპონდენტი რეგულარულად, დღეში ოთხჯერ, მიირთმევს საკვებს, თუმცა კვების რაციონი მაინც არათანაბრად ნაწილდება, რადგან არ შეადგენს ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების შესაბამის თანაფარდობას.

კვლევის შედეგად აღნიშნულ კონტინგენტში ავადობის მაჩვენებელი ასე გადანაწილდა: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები – 3, ძვალსახსროვანი დაავადებები –7, სხვა + სისტემური დაავადებები–7, გასტროენტეროლოგიური –7, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები + ენდოკრინული – 1. სომატური დაავადებების რიცხვი ჭარბობს სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს სოციალური მდგომარეობის გავლენას საკვლევ პოპულაციაში.

პირის ღრუს პირველადი დათვალიერების შემდეგ რესპონდენტებში ჰიგიენური ინდექსი უმრავლეს 39 შემთხვევაში დამაკმაყოფილებელია. მაშინ როცა სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაში ყველაზე ხშირად ვლინდება პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენური მაჩვენებელი.

პაროდონტის მდგომარეობის შეფასებისას გამოვლინდა შემდეგი შედეგები: ზონდირებით სისხლდენა – 55, ჰიპერემია – 22, შეშუპება – 10, რეცესია – 5. პაროდონტული ჯიბის სიღრმე გამოუვლინდა 18 პაციენტს.

კარიესის გავრცელება შეადგენს 100 %-ს, ხოლო ინტენსივობა – 11.5-ს. კარიესი 117-ს, ბჟენი – 921-ს, ამოღებული კბილი – 148-ს. უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალი ინტენსივობა განპირობებულია კბილების დაბჟენით. საწინააღმდეგოდ დაუცველი მოსახლეობისა სადაც ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი მაღალია ამოღებული კბილების ხარჯზე.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საშუალო და მაღალი შემოსავლის რესპონდენტების სტომატოლოგიური დახმარების დონე (მოცულობა) დამაკმაყოფილებელია, უდრის 77,6%-ს ანალიზის შედეგად შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სტომატოლოგიური დახმარების დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის განმსაზღვრელი ფაქტორია რეგულარული ვიზიტებისა და დაბჟენილი კბილების მაღალი მაჩვენებელი.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე ჩვენ შევისწავლეთ სოციალურად დაუცველი გასტროენტეროლოგიური პაციენტების პირის ღრუს თავისებურებები. გამოკვლეული იყო 51 წარმომადგენელი, რომელთა შორისაც მდედრობითი სქესის იყო 31 რესპონდენტი, მამრობითი კი – 20. მათი ასაკი მერყეობდა 20-74 წლებს შორის. პაციენტთა უმეტესობა აღმოჩნდა 45-54 წლის ასაკისა.

ბოლო წლებში მოსახლეობისათვის სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების გაწევისას დიდი მნიშვნელობა შეიძინა კლინიკური მედიცინის ერთ-ერთმა მნიშვნელოვანმა დარგმა- კლინიკურმა გასტროენტეროლოგიამ, რომელიც ძირითადად კუჭ-ნაწლავის სისტემის პათოლოგიებს შეისწავლის. რადგანაც თავისი ტოპოგრაფიული მდებარეობის გამო პირის ღრუ წარმოადგენს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დასაწყისს, მასში სხვადასხვა ორგანოს დაავადებები აისახება.

სოციალურ ანკეტაში, რომლითაც აქამდე ვხელმძღვანელობდით, შევიტანეთ ცვლილებები და მოვარგეთ გასტროენტეროლოგიურ მიმართულებას (სოციოლოგიური ანკეტა, მოცემულია დისერტაციის დანართი 2-ში).

ანკეტა-კითხვარის შედეგების განხილვისას გამოვლინდა უმუშევრობის მაღალი დონე: არცერთი პაციენტი არ არის დასაქმებული, ასევე გამოვლინდა ზოგადი განათლების დაბალი დონე. 51 გამოკითხულიდან 43 პაციენტი მრავალ- წევრიან ოჯახიდანაა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა გულისხმობს ბენეფიციარებისთვის დიაგნოსტირებისა და ხარჯების ანაზღაურებას. პაციენტების უმრავლესობა ახორციელებს ვიზიტებს ოჯახის ექიმთან. კვლევის შედეგად გამოვლინდა მიმართვიანობის შემდეგი სიხშირე: ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია – 18, ექოსკოპია – 1, ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია – 15; ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია + ლაბორატორიული კვლევები – 15; მხოლოდ ლაბორატორიული – 2. პაციენტთა უმრავლესობა ვერ ახერხებს ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარებას ფინანსური ხელ მიუწვდომლობის გამო. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაც არ აფინანსებს კვლევებს ამ მიმართულებით. ძირითადი დიაგნოზი დაისმება ოჯახის ექიმთან კონსულტაციის კვლევის შემდეგად. გამოვლენილი გასტროენტეროლოგიური დაავადებების რაოდენობა: გასტრიტი – 27 პაციენტი, წყლული – 8, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი – 6, ეზოფაგიტი – 5, ქოლეცისტიტი + გასტრიტი – 1, ეზოფაგიტი + გასტრიტი – 2, ქოლეცისტიტი – 1.

დიაგნოზი ისმება ძირითადად პაციენტების ჩივილებით და სიმპტომების მიხედვით. ესენია: ტკივილი კუჭის არეში, გულ ძმარვა, მეტეორიზმი, წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ღებინების შეგრძნება, არასასიამოვნო სუნი პირის ღრუდან და სიმშრალის შეგრძნება პირის ღრუში.

სხვადასხვა ქრონიკული დაავადება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებასა და ჯანმრთელობაზე.

35 რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ გავლენას ცხოვრებაზე აღნიშნული დაავადების გამო უგულებელყოფილი კვება ან მუდმივი დიეტა წარმოადგენს. რესპონდენტების უმრავლესობას კვების დროს ან შემდგომ ეწყება სხვადასხვა ტკივილი ან ჩივილი, უჩნდებათ შიში საკვების დროს ან შემდგომ განვითარებულ ტკივილთან, რაც უარყოფითად აისახება ცხოვრების წესზე.

ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზი ძირითადად ფინანსური ხელ მიუწვდომლობაა: რესპონდენტები ფიქრობენ, რომ სამედიცინო მომსახურება საკმაოდ ძვირია, სახელმწიფო არ უფინანსებს მათ სამედიცინო მომსახურებას, შესაბამისად, მათ უჭირთ გამოკვლევების ჩატარება. 25 რესპონდენტის ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზს წარმოადგენს მომსახურების საფასურის ვერ დაფარვა.

საინტერესოა აგრეთვე აღნიშნულ კონტინგენტში ავადობის საკითხი. უნდა აღინიშნოს, რომ აჭარის რეგიონში მცხოვრებ სოციალურად დაუცველი ფენის გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებს აწუხებდათ ასევე სხვა სომატური დაავადებები.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები – 7; ძვალსახსროვანი –3; ენდოკრინული სისტემის პათოლოგია – 9; სხვა ზოგადი დაზიანებები – 3; სხვა ზოგადი დაავადებები + ძვალსახსროვანი – 2; გულ-სისხლძარღვთა + ენდოკრინული + ძვალსახსროვანი – 1;გულ-სისხლძარღვთა + ძვალსახსროვანი– 4; ენდოკრინული + ძვალსახსროვანი – 3; გულ-სისხლძარღვთა + სხვა სისტემური დაავადება – 2.

სხვა შემთხვევაში პაციენტები მიუთითებენ ნეფროლოგიურ, .ალერგიულსა და გინეკოლოგიურ დაავადებებზეც.

რამდენადაც გასტროენტეროლოგიური დაავადებების განვითარებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი კვებითი დარღვევებია, მნიშვნელოვანია განვსაზღვროთ კვების დღის წესრიგი, რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი იკვებება არარეგულარულად. ჯანმრთელი კვება და სწორად შერჩეული

კვების რაციონი განსაზღვრავს ჯანსაღი ცხოვრების წესს. დაავადებას და არარეგულარულ კვებას შორის კავშირს გვიჩვენებს პირსონის კორელაციის სარწმუნო მაჩვენებელი (P<0,05), Correlationissignificantatthe0.05level(2-tailed).

ცხოვრების წესზე მეტ-ნაკლებ წარმოდგენას გვიქმნის რესპონდენტთა მიერ თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიღება ყოველდღიურ ცხოვრებაში. რესპონდენტებიდან თამბაქოს ეწეოდა 14, ალკოჰოლს იღებდა 11.

სამედიცინო მომსახურებებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია პირის ღრუს მდგომარეობის შესწავლა, ჩვენი რესპონდენტები გამოიკითხნენ სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართულებითაც, პაციენტებში მიმართვიანობა ძირითადად ხორციელდება გადაუდებელი დახმარებისთვის. ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზი მომსახურების სიძვირეა. მომსახურების საფასურს რესპონდენტები ძირითადად ბათუმის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურის მიერ შემუშავებული სამედიცინო პროგრამით ფარავენ, რომელიც ითვალისწინებს ბენეფიციარების სტომატოლოგიურ მომსახურებას.

ინდივიდუალურ ჰიგიენურ საშუალებებს რესპონდენტები არარეგულარულად იყენებენ, ძირითადად მოიხმარენ კბილის ჯაგრისსა და პასტას. პირის ღრუს მოვლის დანარჩენ საშუალებებს არცერთი რესპონდენტი არ იყენებს. შედეგად გამოვლინდა მაღალი ჰიგიენური ინდექსი. ყველა რესპონდენტი დაფიქსირდა ნადებისა და ქვის არსებობა. პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა – 10 პაციენტი; პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა – 25 პაციენტი; გამოკვლეული 17 პაციენტი უკბილოა, სადაც ვერ განისაზღვრა ნადები და ქვები. დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჰიგიენური მდგომარეობა არ აღინიშნება.

საკვლევ პოპულაციაში განვსაზღვრეთ პაროდონტის მდგომარეობა. გამოვლინდა პაროდონტის მაღალი აქტივობის ხარისხი და მაღალი გავრცელება ამას ადასტურებს ანთების

ნიშნები: შეშუპება აღინიშნებოდა 26 რესპონდენტი, 25 შემთხვევაში ჰიპერემია, რეცესია – 6-ში, ზონდირებით სისხლდენა – 26 რესპონდენტი. შეფასდა ასევე პაროდონტული ჯიბის სიღრმე: ყველაზე მეტი 2 ქულა (3-4 მმ) დაფიქსირდა 15 პაციენტთან.

100%-ში გამოვლინდა კარიესის გავრცელება და ინტენსივობის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი –16.8. აქედან მეტი წილი მოდიოდა ამოღებულ კბილებზე – 622. კარიესი – 202, ბჟენი – 17. აქედან გამომდინარე გასტროენტეროლოგიურ დაავადებების მქონე პაციენტებში სდმ-ს მაჩვენებელი შეადგენს 2-ს, რაც შეესაბამება ცუდ დონეს.

არაკარიესული დაავადებებიდან სამ პაციენტში გამოვლინდა კბილის მაგარი ქსოვილების ეროზია, რომელიც ლოკალიზებული იყო ზედა ცენტრალური საჭრელების ვესტიბულარულ ზედაპირზე, ხოლო ხელოვნური გვირგვინები – ექვს პაციენტში ერთეული მეტალისა და მეტალოკერამიკის გვირგვინების სახით.

მნიშვნელოვანია განვიხილოთ პაციენტების სუბიექტური მონაცემები. უმრავლესობას აქვს ტკივილი სხვადასხვა სახის გამღიზიანებელზე, ასევე პაციენტები უჩივიან არასასიამოვნო სუნს პირის ღრუდან და ესთეტიკურ დისკომფორტს, რაც ამცირებს ადამიანების სოციალიზაციის ხარისხს.

კვლევების შედეგად სოციალურად დაუცველი გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების მქონე 21 რესპონდენტს აღენიშნა სტომატიტი პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. გამოვლენილი სტომატიტი, კერძოდ, ქრონიკული აფთოზური სტომატიტი. ლორწოვან გარსზე დაავადების ურთიერთკავშირს განსაზღვრავს. პირის ღრუს გამოვლინებები შეიძლება წინ უსწრებდეს გასტროინტესტინურ ნიშნებს და სიმპტომებს.

გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობის დროს პირის ღრუში აღინიშნება სხვადასხვა სიმპტომი, მაგალითად: ქრონიკული გასტრიტების დროს პირის ღრუში ვლინდება

ქრონიკული გინგივიტის და პაროდონტიტის ნიშნები, კვლევის შედეგად დადასტურდა პაროდონტის მაღალი- 100%-ით გავრცელება. ასევე დიდი რაოდენობით ნადების არსებობა კბილებსა და ენის ზედაპირზე.

გასტროეზოფაგური რეფლუქსის დროს აღინიშნება კბილებზე ეროზიული დაზიანებები, გამოკვლეულ სამ რესპონდენტში დადასტურდა ეროზიული დეფექტები, რომლებიც მიუთითებს გასტროეზოფაგურ რეფლუქსსა და ეროზიას შორის ურთიერთკავშირს. უნდა აღვნიშნოთ ქსეროტომიის და ჰალიტოზის არსებობა. ესაა შეგრძნებები, რომლებიც აწუხებს პაციენტების უმრავლესობას.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დათვალიერების შედეგად 21 შემთხვევაში გამოვლინდა სტომატიტი. პაციენტები უჩივიან მტკივნეული აფთ(ებ)ის არსებობას, რომლებიც დათვალიერებისას ლოკალიზებულია ძირითადად ტუჩსა და გარდამავალ ნაოჭზე.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ასევე საჭიროდ მივიჩნიეთ, გაგვესაზღვრა პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება ცალკეულად გამოვლენილი სხვადასხვა გასტროენტეროლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებში.

გამოკვლეული გასტროენტეროლოგიური პაციენტებიდან 27-ს აღენიშნება გასტრიტი. ამ პაციენტებში, პირის ღრუს დაავადებებიდან კარიესის გავრცელება 100%-ია, ხოლო ინტენსივობა – 16.9, რაც ჯანმოს კრიტერიუმებით შეესაბამება მაღალ მაჩვენებელს. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანება გამოვლინდა 58%-ში, სტომატიტისა- 11%-ში;

გამოკვლეული გასტროენტეროლოგიური 51 პაციენტიდან 8 პაციენტს აღენიშნება წყლული. ამ პაციენტებში, კარიესის გავრცელება 100%-ია, ხოლო ინტენსივობა – 14,8, პაროდონტის გავრცელება – 57%, სტომატიტი – 43%;

გამოკვლეული 51 გასტროენტეროლოგიური პაციენტიდან ხუთ პაციენტს აღენიშნება ეზოფაგიტი. ამ პაციენტებში კარიესის გავრცელება 100%-ია, ინტენსივობა –

17,4, პაროდონტის დაავადების გავრცელება 67%-ია, სტომატიტი – 33%.

გამოკვლეული გასტროენტეროლოგიური პაციენტებიდან 6 პაციენტს აღენიშნება გასტროეზოფაგური რეფლუქსი. ამ პაციენტებში, კარიესის გავრცელება 100% - ია. ინტენსივობა 19, პაროდონტის გავრცელება 33% ია, სტომატიტი გვხვდება 33% - ში, კბილის მაგარი ქსოვილების ეროზია 34%- ში.

სხვა დაავადებების დროსაც (ქოლეცისტიტის, ქოლეცისტიტის + გასტრიტი, ეზოფაგიტი + გასტრიტი) პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება მაღალია. სხვა დაავადებების დროსაც (ქოლეცისტიტის, ქოლეცისტიტის + გასტრიტი, ეზოფაგიტი + გასტრიტი) პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება მაღალია. გასტროენტეროლოგიურ დაავადებებსა და პირის ღრუს დაავადებებს შორის ურთიერთკავშირის არსებობას ადასტურებს პირსონის კორელაციის ტესტი

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

სარწმუნეობის მაჩვენებელი - $P<0.05$.

ჩვენი მიგნება სწორედ ამ დაავადებების ურთიერთკავშირის დადგენა იყო, რაც დადასტურდა კვლევის შედეგებით. პირის ღრუს დაავადებების დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა წარმოადგენს სხვა ზოგადი პათოლოგიების და მათ შორის გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების პრევენციას და ფინანსურ ეკონომიას. ამ მიმართულებით საიმედო პერსპექტივას იძლევა აჭარის რეგიონის ჯანდაცვის სისტემის მიერ განხორციელებული სოციალური პროგრამა.

დასკვნები

1. სოციალურად დაუცველ რესპონდენტებში კარიესის გავრცელება 100%-ია; ინტენსივობის ინდექსი (კბა) – 14.7±8, რაც მაღალი მაჩვენებელია. ინტენსივობა მაღალია ამოღებული კბილების ხარჯზე. ნადების ინდექსმა რესპონდენტთა უმრავლესობაში გამოავლინა პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა OHI S– 2.7±1.5; პაროდონტის დაავადების გავრცელება 84% -ია; სტომატოლოგიური დახმარების დონის მაჩვენებელი 7%-ია, რაც ცუდია;
2. სოციალურად დაუცველ ბავშვებშიც კარიესის გავრცელება 100%-ია, კბა ინდექსი 6-10 წლის ასაკობრივ ჯგუფში არის – 9.3; 11-13 წლისაში – 8. 3; 14-18 წლის ჯგუფში – 7, 3. რესპონდენტთა უმრავლესობაში პირის ღრუს ჰიგიენა არადამაკმაყოფილებელია OHI S 2; სტომატოლოგიური დახმარების დონის მაჩვენებელი – 8.4%, ანუ ცუდია;
3. საშუალო და ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი ფენების წარმომადგენელთა პირის ღრუს მდგომარეობა პაციენტთა უმრავლესობაში დამაკმაყოფილებელია პროფილაქტიკური ვიზიტების სიხშირის ხარჯზე, OHI S - 1.4±1.2; კარიესის გავრცელების სიხშირე აქაც 100%-ია, კბა ინდექსი – 11,5±6.9 დაბჟენილი კბილების ხარჯზე. სდმ ინდექსი 77,6%-ია, დახმარების დონე კარგია;
4. გასტროენტეროლოგიურ პაციენტებში კარიესის გავრცელების სიხშირე 100%-ია; კბა ინდექსი – 16,8±9; რესპონდენტთა უმრავლესობაში პირის ღრუს ჰიგიენა ცუდია, ,OHI S - 2.6±1.9; პაროდონტიტის გავრცელება 100% - ია. სტომატოლოგიური დახმარების დონე ცუდი – 2%;

5. გასტროენტეროლოგიური დაავადებებიდან: ქრონიკული გასტრიტის შემთხვევაში კარიესის გავრცელება 100% - ია, ხოლო ინტენსივობა 16,9, რაც ჯანმოს კრიტერიუმებით შეესაბამება მაღალ ინტენსივობას. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანება გამოვლინდა 58% – ში, სტომატიტის არსებობა 11% – ში. წყლულის შემთხვევაში – კარიესის გავრცელება 100%, ხოლო ინტენსივობა 14,8, პაროდონტიტის გავრცელება - 57%, სტომატიტი – 43%. ეზოფაგიტის დროს – კარიესის გავრცელება 100% - ია, ინტენსივობა 17,4, პაროდონტის დაავადების გავრცელება 67% ია, სტომატიტი–33%. გასტროეზოფაგური რეფლუქსის დიაგნოზის დროს კარიესის გავრცელება 100% ია, ინტენსივობა 19. პაროდონტიტის გავრცელება 33% ია, სტომატიტი გვხვდება 33% – ში, კბილის მაგარი ქსოვილების ეროზია 34% – ში;
6. გასტროენტეროლოგიური და პირის ღრუს დაავადებების მაღალ გავრცელებას განაპირობებს შემდეგი **რისკფაქტორები:** უმუშევრობის მაღალი დონე საშუალო ასაკში; ზოგადი განათლების დაბალი დონე; სამედიცინო და სტომატოლოგიური მომსახურების ფინანსური ხელმიუწვდომლობა; პირის ღრუს მოვლის საშუალებების არარეგულარულად გამოყენება; ოჯახის წევრთა სიმრავლე; არარეგულარული კვება და პირის ღრუში საკვების პირველადად ცუდი გადამუშავება.

რეკომენდაციები

პირის ღრუს დაავადებების კლება შესაძლებელია რისკფაქტორების შემცირებით: სახელმწიფოებრივი, სოციალური, სამედიცინო, ჰიგიენური და აღმზრდელობითი ღონისძიებების დანერგვით, რაც ითვალისწინებს ჯანმრთელობის და განათლების დონის ამაღლებას. მსგავსი ღონისძიებები შეიძლება ჩატარდეს სკოლებში, საბავშვო ბაღებში, უნივერსიტეტებში, საოჯახო თუ კერძო დაწესებულებებში დარგის სპეციალისტების მიერ.

ასევე სასკოლო პროგრამაში უფრო მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს პირის ღრუს პროფილაქტიკური წესების სწავლებას, რაც ხელს შეუწყობს რესპონდენტებში სწორი ჰიგიენური ჩვევების ჩამოყალიბებასა და პირის ღრუს სანაციას.

რესპონდენტებში ზოგადი დაავადებების შემცირება შესაძლებელია აგრეთვე კვების რაციონისა და მისი სიხშირის შეცვლით. ნახშირწყლებით მდიდარი საკვების შეზღუდვით შესაძლებელი იქნება კარიესის განვითარების შემცირება და კბილების ნაადრევი დაკარგვა.

ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ სოციალურად დაუცველი რესპონდენტები ფინანსური ხელმიუწვდომლობის გამო ვერ იღებენ სამედიცინო დახმარებას, ეს პაციენტები უმუშევრები არიან და სარგებლობენ მხოლოდ მიზნობრივი სოციალური დახმარებით. საჭიროა სამუშაო ადგილების შექმნა და/ან მიზნობრივი პროგრამების კლინიკების რაოდენობის გაზრდა. სახელმწიფომ უნდა შეიტანოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში სტომატოლოგიური მომსახურება მინიმუმ სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების კუპირების მიზნით. ასევე უნდა გაზარდოს სოციალურად დაუცველი პირებისთვის კვლევისთვის ჩასატარებლად გამოყოფილი დაფინანსების მოცულობა, რადგანაც დროული დიაგნოსტირება დაავადების მართვის წინაპირობაა. ოჯახის ექიმებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაციები პაციენტების

დროულად გადასამისამართებლად ექიმ-სტომატოლოგებთან და პირიქით.

გასტროენტეროლოგიური პაციენტები სიძვირის გამო სრულად ვერ იტარებენ სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტულ კვლევებს, აქედან გამომდინარე აუცილებლად მიგვაჩნია: ა) მათი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფინანსება; ბ) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში სტომატოლოგიური მომსახურების ჩართვა გადაუდებელი დახმარების გაწევის მიზნით.

პოსტდიპლომური განათლების სტომატოლოგიურ პროგრამებში ჩართულობა რეზიდენტებს სოციალურად დაუცველი პირებისათვის დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობას მისცემს, რითაც ბენეფიციარებს გაეზრდებათ უფასო მომსახურება.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გოგილაშვილი ქ., ტაბაღუა გ., ალხანიშვილი ზ., სტომატოლოგის ასისტენტის სახელმძღვანელო. თბილისი, 2016;
2. ვერულავა თ., ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. გამომცემლობა „საქართველოს უნივერსიტეტი“. თბილისი, 2009 წ. გვ.19;
3. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., ჯაში ლ., გოგიშვილი ხ., პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები. თბილისი, 2012. გვ. 213;
4. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., ჯაში ლ., გოგიშვილი ხ., პაროდონტოლოგია. თბილისი, 2014. გვ. 83;
5. კალჰუნი ქ., ლაითი დ., კელერი ს., სოციოლოგია. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი, წელი 2011 გვ. 220;
6. ლუტიძე ბ., სოციოლოგია. შპს „ლეგა“. თბილისი, 2002;
7. ქეცბაია კ., სოციოლოგის შესავალი. გამომცემლობა „მერიდიანი“. თბილისი, 2013;
8. შიშნიაშვილი თ., სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა. თბილისი, 2018;
9. შიშნიაშვილი თ., ბავშვთა ასაკის თერაპიული სტომატოლოგია. თბილისი, 2004. გვ.3;
10. რობიტაშვილი ნ., მოსახლეობის შემოსავლებისა და ცხოვრების დონის დიფერენციაციის სტატისტიკის აქტუალური საკითხები საქართველოში. ბათუმი, 2012.
11. სულაძე თ., სტომატოლოგიური დაავადებების და ნაწლავური დისბიოზის ურთიერთკავშირი - მათი პროფილაქტიკის და მკურნალობის ძირითადი ასპექტები ბავშვთა ასაკში. თბილისი, 2016.
12. წიტაიშვილი ლ., სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელება საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში და პრევენციის თანამედროვე მიდგომები. სადისერტაციო

ნაშრომი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი, 2015.

13. ალხანიშვილი ზ., მჭედლიშვილი მ., აზრუმელაშვილი ა., კილაძე ქ., დევდარიანი ნ., სტომატოლოგიური მომსახურების დაზღვევის პირობები და ანაზღაურების მეთოდები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. 2016 № 2, გვ.138. თბილისი, 2016;

14. ალხანიშვილი ზ., ოსიპოვა-შონაი მ., ბარქაია ც., შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფის კვლევა. საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა 2016 N2, გვ.5.თბილისი, 2016;

15. გაბრიჭიძე ს. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ხარჯთ-ეფექტურობის კვლევა. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health. June 2016, EISSN 2449-2450 Volume 1, Supplement 1, გვ.50. თილისი, 2016;

16. ვერულავა თ., საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა 1991-2016: მიღწევები, პრობლემები და პერსპექტივები. სამეცნიერო კონფერენცია თემაზე: „საქართველოს დამოუკიდებლობის 25 წელი: მიღწევები, პრობლემები და პერსპექტივები"; თბილისი 04.2016.

17. ვერულავა თ., შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია ,,კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები", შრომების კრებული. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, გვ. 72-78.

18. ვერულავა თ., ბიბილეიშვილი მ., ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართული კონკურენციის მოდელი და საქართველოს რეფორმები. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. გამომცემლობა „საუნჯე". თბილისი. 2016, N2 გვ.40. ISBN 978-9941-451-92-8.ISSN 2346-7983,

19. ვერულავა თ., სურმავა ნ., ციცხვაია ც., კვანჭიანი მ., ჭონიშვილი ს., ჭანტურიძე მ., უნივერსალური ჯანდაცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები.

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. თბილისი, 2017, გვ. 157-164. ISSN 2346-7983.

20. ზუხბაია თ., ილარიანი ლ., ვერულავა თ., საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ხელმისაწვდომობა – ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია., 2017, № 3. გვ. 115;

21. საყვარელიძე ი., იმუნური მექანიზმების როლი სტომატოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში., თბილისი, 2014;

22. ჯაფარიძე ფ., ბაქრაძე მ., შონია ნ., გოგოტიშვილი მ., გინგივიტის ეპიდემიოლოგია და რისკ-ფაქტორების ანალიზი აჭარის რეგიონის 12, 15 და 18-21 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, თბილისი, 2022, #4, გვ. 149-152;

23. ჯაფარიძე ფ., შონია ნ., ბაქრაძე მ., ჯაფარიძე ლ., გვარიშვილი ს., კბილის კარიესის ეპიდემიოლოგია და სტომატოლოგიური მომსახურების თავისებურებები აჭარის რეგიონის სკოლის მოსწავლეთა შორის, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, თბილისი, 2019, #3, გვ. 30-34;

24. ჯაფარიძე ფ., შონია ნ., ბაქრაძე მ., სტომატოლოგიური სერვისების დადებითი და უარყოფითი ტენდენციები აჭარის რეგიონის მაგალითზე. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტომი 51, თბილისი, 2017. გვ. 139-141;

25. დასაქმება და უმუშევრობა /აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2016-2021 წლების სტრატეგიული განვითარების გეგმა, ბათუმი, 2016. გვ,12-21

26. სოციალური მომსახურების სააგენტო. საარსებო შემწეობის მიმღებთა ოჯახების რაოდენობა ქალაქი/სოფელი. 2018. იხ. ბმული http://ssa.gov.ge/ მოძიებულია (4.02.2022)

27. ქალაქ ბათუმის მუნიციპალიტეტის 2020 წლის ბიუჯეტის შესრულების ანგარიში. იხ. ბმული. https://batumi.ge/ge/upload/% E1%83% 9B%E1%83 %98%E1%83%

9B%E1%83%9D%E1%83%AE%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%95%E1%83%902020.pdf მოძიებულია (14.04.2022)

28. ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, მუხლი 25. საქართველოს უზენაესი სასამართლო. 1948 წლის 10 დეკემბერი. იხ. ბმული https://www.supremecourt.ge/files/upload-file/pdf/aqtebi3.pdf (მოძიებულია 18.04.20).

29. საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, მუხლი 54. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 1997 წლის 26 ივნისი. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/31702?publication=117 მოძიებულია (22.04.22).

30. საქართველოს კანონი სოციალური დახმარების შესახებ. 2006 წლის 29 დეკემბერი. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/23098?publication=15 მოძიებულია (22.04.22).

31. საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N120/ნ 2005 წლის 27 აპრილი ქ. თბილისი, ,,სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში მოსახვედრად განაცხადის ფორმის და მისი მიღების, აღრიცხვისა და დამუშავების შესახებ" ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე. იხ. ბმული http://ssa.gov.ge/files/01GEO/KANONMDEBLOBA/Kanon%20Qvemdebare/117.pdf მოძიებულია (22.04.22).

32. საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 2001 წლის 7 დეკემბერი. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/15772?publication=11#! მოძიებულია (20.04.19).

33. საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. მუხლი 17, მუხლი 18. 1997 წლის 18 აპრილი. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29842?publication=4 მოძიებულია (20.04.19).

34. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 1997წლის 10 დეკემბერი. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=42#! მოძიებულია (20.04.20).
35. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ. მუხლი 8. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 2000 წლის 5 მაისი. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11 მოძიებულია (18.04.21).
36. საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება მუხლი 56. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1518191?publication=0 მოძიებულია (18.04.20).
37. საქართველოს კანონი შშმ პირთა უფლებების შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 14.07.2020. იხ. ბმული https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4923984?publication=1 მოძიებულია (22.04.2022).
38. Николаев А.И., Цепов Л.М., ПРАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. Москва, 2014;
39. Абакаров С.И., Тумасян Г.С., Гринин В.М, Сорокин Д.В., ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ стоматологической службы - два взаимосвязанных механизма её существования в период рыночных отношений 2011 / N 4 ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. с 12;
40. Горбачёва И. А., Орехова Л. Ю., Сычёва Ю. А., Чудинова Т. Н., Михайлова О. В. Факторы взаимного отягощения множественных хронических очагов инфекции и генерализованного пародонтита. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2018; 25 (1): 50–55. DOI:10.24884/1607-4181-2018-25-1-50-55.
41. Грудянов А.И., Ткачева О.Н., Авраамова Т.В., Хватова Н.Т,. Вопросы взаимосвязи воспалительных заболеваний

пародонта и сердечно-сосудистой патологии. Стоматология 2015; 94(3): 50-55

42. Грудянов А.И., Кречина Е.К., Ткачева О.Н., Авраамова Т.В., Хатагов А.Т.Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Москва, 2018. 46 с. — ISBN 978-5-906906-50-2.

43. Леонтьев В.К. "Качество стоматологической помощи: системный подход, Возможности, E-Stomatology – Москва, 22.01.2013

44. Леонтьев. В.К. Несостоявшаяся реформа стоматологии – утраченные возможности и печальные уроки. E-Stomatology Москва, 19.06,15

45. Леонтьев В.К. Олесова В.Н. Мнение стоматологов о стоматологической службе, стоматологической помощи и стоматологии России в целом (состояние, недостатки, пути развития) E-Stomatology Москва, 16.07.13

46. Чуйкин С.В., Плечев В.В., Макушева Н.В., Бузаев И.В.. ЗНАЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ Москва, 2010 УДК 617.52-089-616.1;

47. Isaäc van der Waal. Atlas of Oral Diseases. A Guide for Daily Practice Springer. Berlin: Heidelberg, 2016;

48. MICHAEL G. NEWMAN, DDS, FACD; HENRY H. TAKEI, DDS, MS, FACD PERRY R. KLOKKEVOLD, DDS, MS, FACD; FERMIN A. CARRANZA, DR ODONT, FACD. Newman and Carranza's Clinical Periodontology, thirteenth edition, May 2018;

49. Richard Welbury, Monty S., Duggal, and Marie Thérèse Hosey-Paediatric dentistry, fifth edition United Kingdom 2019;

50. Abdullah M, Syam AF, Simadibrata M, Gunawan J, Makmun D, Rani AA., New insights on the pathomechanisms of inflammatory bowel disease. 2013;14:455–462.

51. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. Dent Clin North Am. 2014 Apr;58(2):281-97.

52. Amanda Crosse, Consultantin Dental Public Health. Oral Health Needs Assessment for East Anglia. 2014,P.28
53. Geevarghese A, Baskaradoss JK, Sarma PS. Oral Health-Related Quality of Life and Periodontal Status of Pregnant Women. Matern Child Health J. 2017 Aug;21(8):1634-1642.
54. Armond MC, Carlos RG, Pazzini CA, Pereira LJ, Marques LS. Crohn's disease: clinical manifestations of orthodontic interest. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011 May;139(5):704-7.
55. Barylo OS, Kanishyna TM, Shkilniak LI. The effects of diabetes mellitus on patients' oral health. Wiad Lek. 2018;71(5):1026-1031. PMID: 30176635.
56. Bartlett D, O'Toole S. Tooth wear and aging. Aust Dent J. 2019 Jun;64 Suppl 1:S59-S62. doi: 10.1111/adj.12681. PMID: 31144323..
57. Bascones-Martinez A, Matesanz-Perez P, Escribano-Bermejo M, González-Moles MÁ, Bascones-Ilundain J, Meurman JH. Periodontal disease and diabetes-Review of the Literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1;16(6):e722-9.
58. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. Lancet. 2012 Nov 3;380(9853):1590-605.

59. Beaglehole RH, Beaglehole R. Promoting radical action for global oral health: integration or independence? Lancet. 2019 Jul 20;394(10194):196-198.
60. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 Jul 20;394(10194):249-260.
61. Boirivant M, Cossu A. Inflammatory bowel disease. Oral Dis. 2012 Jan;18(1):1-15.
62. Börnigen D, Ren B, Pickard R, Li J, Ozer E, Hartmann EM, Xiao W, Tickle T, Rider J, Gevers D, Franzosa EA, Davey ME, Gillison ML, Huttenhower C. Alterations in oral bacterial

communities are associated with risk factors for oral and oropharyngeal cancer. Sci Rep. 2017 Dec 15;7(1):17686.
63. Borysenko A, Timokhina T, Kononova O. COMBINED CARIES AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE. Georgian Med News. 2021 Oct;(319):22-27. PMID: 34749317.
64. Chocolatewala N, Chaturvedi P, Desale R. The role of bacteria in oral cancer. Indian J Med Paediatr Oncol. 2010 Oct;31(4):126-31.
65. Chaitanya BN, Sindura C. Kikuchi's disease. J Oral Maxillofac Pathol. 2010 Jan;14(1):6-9.
66. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. Medicina (Kaunas). 2019 Oct 7;55(10):676.
67. Filipi K, Halackova Z, Filipi V. Oral health status, salivary factors and microbial analysis in patients with active gastro-oesophageal reflux disease. Int Dent J. 2011 Aug;61(4):231-7.
68. Firouzei MS, Khazaei S, Afghari P, Savabi G, Savabi O, Keshteli AH, Adibi P. Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion: SEPAHAN systematic review no. 10. Dent Res J (Isfahan). 2011 Dec;8(Suppl 1):S9-S14. PMID: 23372604; PMCID: PMC3556282.
69. Fischer RG, Lira Junior R, Retamal-Valdes B, Figueiredo LC, Malheiros Z, Stewart B, Feres M. Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section V: Treatment of periodontitis. Braz Oral Res. 2020 Apr 9;34(suppl 1):e026.
70. Gasmi Benahmed A, Noor S, Menzel A, Gasmi A. Oral Aphthous: Pathophysiology, Clinical Aspects and Medical Treatment. Arch Razi Inst. 2021 Nov 30;76(5):1155-1163.
71. . Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. BMC Oral Health. 2021 Aug 17;21(1):404.
72. Giannetti L, Murri Dello Diago A, Lo Muzio L. Recurrent aphtous stomatitis. Minerva Stomatol. 2018 Jun;67(3):125-128.

73. Gkavela G. Oral health related quality of life in older people: Preliminary validation of the Greek version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)' European Geriatric Medicine. Elsevier Masson SAS,6 (3), pp.245–250.
74. Golpasand Hagh L, Zakavi F, Hajizadeh F, Saleki M. The association between hyperlipidemia and periodontal infection. Iran Red Crescent Med J. 2014 Dec 25;16(12):e6577.
75. Gomez A, Nelson KE. The Oral Microbiome of Children: Development, Disease, and Implications Beyond Oral Health. Microb Ecol. 2017 Feb;73(2):492-503.
76. Gondivkar SM, Gadbail AR, Gondivkar RS, Sarode SC, Sarode GS, Patil S, Awan KH. Nutrition and oral health. Dis Mon. 2019 Jun;65(6):147-154.
77. Górska R, Dembowska E, Konopka TP, Wysokińska-Miszczuk J, Pietruska M, Ganowicz E. Correlation between the state of periodontal tissues and selected risk factors for periodontitis and myocardial infarction. Adv Clin Exp Med. 2017 May-Jun;26(3):505-514.
78. Greenwood M. Essentials of medical history-taking in dental patients. Dent Update. 2015 May;42(4):308-10, 313-5.
79. Harikishan G, Reddy NR, Prasad H, Anitha S. Oral Crohn's disease without intestinal manifestations. J Pharm Bioallied Sci. 2012 Aug;4(Suppl 2):S431-4.
80. Irani FC, Wassall RR, Preshaw PM. Impact of periodontal status on oral health-related quality of life in patients with and without type 2 diabetes. J Dent. 2015 May;43(5):506-11.
81. Isola G, Williams RC, Lo Gullo A, Ramaglia L, Matarese M, Iorio-Siciliano V, Cosio C, Matarese G. Risk association between scleroderma disease characteristics, periodontitis, and tooth loss. Clin Rheumatol. 2017 Dec;36(12):2733-2741.
82. Kandelman D, Arpin S, Baez RJ, Baehni PC, Petersen PE. Oral health care systems in developing and developed countries. Periodontol 2000. 2012 Oct;60(1):98-109.

83. Lankarani KB, Sivandzadeh GR, Hassanpour S. Oral manifestation in inflammatory bowel disease: a review. World J Gastroenterol. 2013 Dec 14;19(46):8571-9.

84. Khozeimeh F, Shakerin H, Daghaghzadeh H, Najarzadegan F, Golestannejad Z, Adibi P. Oral manifestations in inflammatory bowel disease: A cross-sectional study in Isfahan. Dent Res J (Isfahan). 2021 Feb 23;18:4. PMID: 34084291; PMCID: PMC8122690.

85. Kilian M, Chapple IL, Hannig M, Marsh PD, Meuric V, Pedersen AM, Tonetti MS, Wade WG, Zaura E. The oral microbiome - an update for oral healthcare professionals. Br Dent J. 2016 Nov 18;221(10):657-666.

86. Kroese JM, Brandt BW, Buijs MJ, Crielaard W, Lobbezoo F, Loos BG, van Boheemen L, van Schaardenburg D, Zaura E, Volgenant CMC. Differences in the Oral Microbiome in Patients With Early Rheumatoid Arthritis and Individuals at Risk of Rheumatoid Arthritis Compared to Healthy Individuals. Arthritis Rheumatol. 2021 Nov;73(11):1986-1993.

87. Kurushima Y, Ikebe K, Matsuda K, Enoki K, Ogata S, Yamashita M, Murakami S, Hayakawa K, Maeda Y. Influence of genetic and environmental factors on oral diseases and function in aged twins. J Oral Rehabil. 2015 Jan;42(1):49-56.

88. Leira Y, Seoane J, Blanco M, Rodríguez-Yáñez M, Takkouche B, Blanco J, Castillo J. Association between periodontitis and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2017 Jan;32(1):43-53.

89. Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives. Int J Health Serv. 2018 Oct;48(4):735-748.

90. Levine JS, Burakoff R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2011 Apr;7(4):235-41. PMID: 21857821; PMCID: PMC3127025.

91. Litsas G. Crohn's disease of the mouth: report of a case. Eur J Paediatr Dent. 2011 Sep;12(3):198-200. PMID: 22077691..

92. Lee HY, Choi YH, Park HW, Lee SG. Changing patterns in the association between regional socio-economic context and dental

caries experience according to gender and age: a multilevel study in Korean adults. Int J Health Geogr. 2012 Jul 28;11:30.
93. Lohana MH, Suragimath G, Patange RP, Varma S, Zope SA. A Prospective Cohort Study to Assess and Correlate the Maternal Periodontal Status with Their Pregnancy Outcome. J Obstet Gynaecol India. 2017 Feb;67(1):27-32.
94. Lorenzo SM, Alvarez R, Andrade E, Piccardo V, Francia A, Massa F, Correa MB, Peres MA. Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay. Cad Saude Publica. 2015 Nov;31(11):2425-36.
95. Lourenço SV, Hussein TP, Bologna SB, Sipahi AM, Nico MM. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review based on the observation of six cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010 Feb;24(2):204-7..
96. Makeeva IM, Ignatko AA, Churganova AA, Lebedev VA, Makeeva MK. Bolezni parodonta i oslozhnennoe techenie beremennosti [Periodontal diseases and complicated pregnancy]. Stomatologiia (Mosk). 2019;98(1):70-73.
97. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. Gastroesophageal Reflux Disease. JAMA. 2020 Dec 22;324(24):2565.
98. Amin M, ElSalhy M. Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. J Periodontol. 2014 Dec;85(12):1712-21..
99. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health. J Dent Res. 2015 Mar;94(3 Suppl):3S-5S.
100. Moeller J, Quiñonez CR. Dentistry's social contract is at risk. J Am Dent Assoc. 2020 May;151(5):334-339.
101. Mohammadpour M, Bastani P, Brennan D, Ghanbarzadegan A, Bahmaei J. Oral health policymaking challenges in Iran: a qualitative approach. BMC Oral Health. 2020 Jun 1;20(1):158.

102. Nagpal S, Acharya AB, Thakur SL. Periodontal disease and anemias associated with Crohn's disease. A case report. N Y State Dent J. 2012 Mar;78(2):47-50. PMID: 22685916.

103. Iordache C, Antohe ME, Chirieac R, Ancuța E, Țănculescu O, Ancuța C. Volumetric Cone Beam Computed Tomography for the Assessment of Oral Manifestations in Systemic Sclerosis: Data from an EUSTAR Cohort. J Clin Med. 2019 Oct 4;8(10):1620.

104. Parikh NS, Ahlawat R. Helicobacter Pylori. 2021 Aug 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 30480966.

105. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 Jul 20;394(10194):249-260.

106. Peters D, Youssef FF. Public trust in the healthcare system in a developing country. Int J Health Plann Manage. 2016 Apr;31(2):227-41.

107. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Tagami J, Twetman S, Tsakos G, Ismail A. Dental caries. Nat Rev Dis Primers. 2017 May 25;3:17030.

108. Gaonkar PP, Patankar SR, Tripathi N, Sridharan G. Oral bacterial flora and oral cancer: The possible link? J Oral Maxillofac Pathol. 2018 May-Aug;22(2):234-238.

109. Puzio A, Przywara-Chowaniec B, Postek-Stefańska L, Mrówka-Kata K, Trzaska K. Systemic sclerosis and its oral health implications. Adv Clin Exp Med. 2019 Apr;28(4):547-554.

110. Rajeev R, Choudhary K, Panda S, Gandhi N. Role of bacteria in oral carcinogenesis. South Asian J Cancer. 2012 Oct;1(2):78-83.

111. Ramachandran A, Raja Khan SI, Vaitheeswaran N. Incidence and Pattern of Dental Erosion in Gastroesophageal Reflux Disease Patients. J Pharm Bioallied Sci. 2017 Nov;9(Suppl 1):S138-S141.

112. Ramaiah M.S. Dental College and Hospital, Bangalore, Karnataka, India. Systemic manifestations of oral diseases. Journal of Oral and Maxillo facial Pathology Vol. 15 Issue 2 May-Aug 2011 144;
113. Raphael C. Oral Health and Aging. Am J Public Health. 2017 May;107(S1):S44-S45.
114. Rowland M, Fleming P, Bourke B. Looking in the mouth for Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis. 2010 Feb;16(2):332-7.
115. Sánchez-Bernal J, Conejero C, Conejero R. Recurrent Aphthous Stomatitis. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2020 Jul-Aug;111(6):471-480. English, Spanish.
116. Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, Chapple I, Dietrich T, Gotsman I, Graziani F, Herrera D, Loos B, Madianos P, Michel JB, Perel P, Pieske B, Shapira L, Shechter M, Tonetti M, Vlachopoulos C, Wimmer G. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol. 2020 Mar;47(3):268-288.
117. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, Bunger AC. Public health program capacity for sustainability: a new framework. Implement Sci. 2013 Feb 1;8:15.
118. Sipponen P, Maaroos HI. Chronic gastritis. Scand J Gastroenterol. 2015 Jun;50(6):657-67.
119. Slebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2014 Jun;62(3):205-15.
120. Srinivasprasad V, Dineshshankar J, Sathiyajeeva J, Karthikeyan M, Sunitha J, Ragunathan R. Liaison between micro-organisms and oral cancer. J Pharm Bioallied Sci. 2015 Aug;7(Suppl 2):S354-60.
121. Tanasiewicz M, Hildebrandt T, Obersztyn I. Xerostomia of Various Etiologies: A Review of the Literature. Adv Clin Exp Med. 2016 Jan-Feb;25(1):199-206.

122. Tan CXW, de Boer NKH, Brand HS. Orale manifestaties van de ziekte van Crohn [Oral manifestations of Crohn's disease]. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2018 Jan;125(1):15-20. Dutch.
123. Taş DA, Yakar T, Sakalli H, Serin E. Impact of Helicobacter pylori on the clinical course of recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol Med. 2013 Jan;42(1):89-94.
124. Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. Systemic diseases and oral health. Dent Clin North Am. 2014 Oct;58(4):797-814.
125. Verulava. T. Health Capital, Primary Health Careand Economic Growth. Eastern Journal of Medicine. 2019; 24 (1): 57-62.
126. Verulava T, Lordkipanidze A, Besiashvili N, Todria M, Lobjanidze Z, Jorbenadze R, Eliava E.Obstacles in the Development of Nonprofit Hospitals in Georgia. Hospital Topics, 2019.
127. Thrash B, Patel M, Shah KR, Boland CR, Menter A. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disease: part II. J Am Acad Dermatol. 2013 Feb;68(2):211.e1-33; quiz 244-6.
128. Tomasello G, Mazzola M, Leone A, Sinagra E, Zummo G, Farina F, Damiani P, Cappello F, Gerges Geagea A, Jurjus A, Bou Assi T, Messina M, Carini F. Nutrition, oxidative stress and intestinal dysbiosis: Influence of diet on gut microbiota in inflammatory bowel diseases. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2016 Dec;160(4):461-466.
129. Trikudanathan G, Venkatesh PG, Navaneethan U. Diagnosis and therapeutic management of extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease. Drugs. 2012 Dec 24;72(18):2333-49.
130. Vaillant L, Samimi M. Aphtes et ulcérations buccales [Aphthous ulcers and oral ulcerations]. Presse Med. 2016 Feb;45(2):215-26. French.
131. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. *The Lancet* Oral Health Series:

Implications for Oral and Dental Research. J Dent Res. 2020 Jan;99(1):8-10.
132. Watt Richard G, Listl Stefan, Peres Marco and Heilmann Anja.Social determinants of oral health inequalities. Social inequalities in oral health 2015. ISBN: 978-0-9527377-6-6.
133. Weiss GA, Grabinger T, Glaus Garzon J, Hasler T, Greppi A, Lacroix C, Khanzhin N, Hennet T. Intestinal inflammation alters mucosal carbohydrate foraging and monosaccharide incorporation into microbial glycans. Cell Microbiol. 2021 Jan;23(1):e13269.
134. Whitmore SE, Lamont RJ. Oral bacteria and cancer. PLoS Pathog. 2014 Mar 27;10(3):e1003933.
135. Witton R, Paisi M. Dental care for homeless persons: Time for National Health Service reform. Public Health Pract (Oxf). 2021 Nov;2:100194.
136. World Health Organization. Oral Health: Keyfacts 2020. ob: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health მოძიებულია(2.24.2022)
137. Yu G, Gail MH, Shi J, Klepac-Ceraj V, Paster BJ, Dye BA, Wang GQ, Wei WQ, Fan JH, Qiao YL, Dawsey SM, Freedman ND, Abnet CC. Association between upper digestive tract microbiota and cancer-predisposing states in the esophagus and stomach. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014 May;23(5):735-41
138. Zbar AP, Ben-Horin S, Beer-Gabel M, Eliakim R. Oral Crohn's disease: is it a separable disease from orofacial granulomatosis? A review. J Crohns Colitis. 2012 Mar;6(2):135-42.
139. Zeng LN, Rao WW, Luo SH, Zhang QE, Hall BJ, Ungvari GS, Chen LG, Xiang YT. Oral health in patients with stroke: a meta-analysis of comparative studies. Top Stroke Rehabil. 2020 Jan;27(1):75-80.
140. Huang LG, Chen G, Chen DY, Chen HH. Factors associated with the risk of gingival disease in patients with rheumatoid arthritis. PLoS One. 2017 Oct 12;12(10):e0186346.
141. Zhang G, Zhang J, Wang X, Yang W, Sun Z, Kumar CN, Guan H, Guan J. Apoptosis of human tongue squamous cell

carcinoma cell (CAL-27) induced by Lactobacillus sp. A-2 metabolites. J Appl Oral Sci. 2014 Jul-Aug;22(4):282-6.

142. Zee KY. Smoking and periodontal disease. Aust Dent J. 2009 Sep;54 Suppl 1:S44-50.

143. Zheng S, Zhao L, Ju N, Hua T, Zhang S, Liao S. Relationship between oral health-related knowledge, attitudes, practice, self-rated oral health and oral health-related quality of life among Chinese college students: a structural equation modeling approach. BMC Oral Health. 2021 Mar 6;21(1):99.

144. Zupo R, Castellana F, De Nucci S, Dibello V, Lozupone M, Giannelli G, De Pergola G, Panza F, Sardone R, Boeing H. Beverages Consumption and Oral Health in the Aging Population: A Systematic Review. Front Nutr. 2021 Oct 27;8:762383.

145. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. იხ. ბმული https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/55/sotsialuri-uzrunvelqofa მოძიებულია (20.04.2022)

146. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური რეგიონული სტატისტიკა იხ. ბმული https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/93/regionuli-statistika მოძიებულია(15.04.2022)

დანართი1: სოციალურად დაუცველი სხვადასხვა ჯგუფის რესპონდენტთა გამოკითხვისა და პირის ღრუს პირველადი დათვალიერებისთვის საჭირო ანონიმური სოციოლოგიური ანკეტა

სოციოლოგიური კითხვარი სამეცნიერო ნაშრომისთვის

1 ასაკი _ _ _ _ _-

2 სქესი: ა) მამრობითი ბ) მდედრობითი

3 განათლება: ა) უმაღლესი ბ) საშუალო გ) სტუდენტი დ) სკოლის მოსწავლე

4 ოჯახური მდგომარეობა:

ა) დაოჯახებული ბ) დასაოჯახებელი გ) განქორწინებული დ) ქვრივი

5 ოჯახის წევრების რაოდენობა

ა) მარტოხელა ბ) ორი წევრი გ) სამი წევრი დ) ოთხი წევრი და მეტი

6 საცხოვრებელი პირობები: ა) კარგი ბ) ცუდი გ) საშუალო

7 რა სიხშირით დადიხართ სტომატოლოგთან?

ა) არ დავდივარ ბ) წელიწადში ერთხელ გ) მხოლოდ ტკივილის შემთხვევაში დ) რეგულარულად

8 გყავთ თუ არა პირადი სტომატოლოგი?

ა) დიახ ბ) არა

9 თქვენი საშუალო თვიური ხელფასი?

ა) უმუშევარი ბ)150-600 გ) 600-13000 დ) 1300 და მეტი

10 მიუთითეთ სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი (არსებობის შემთხვევაში)

ა) არ ვთვლი საჭიროდ, თუ არაფერი მაწუხებს ბ) შიში გ) ფინანსური ხელმიუწვდომლობა დ) დაზღვევის არარსებობა ე) სხვა

11 **სტომატოლოგიური მომსახურება რამდენად მისაღებია თქვენთვის ეკონომიკურად?**

ა) მისაღებია ბ) საკმაოდ ძვირია

12 **რომელი სტომატოლოგიური კლინიკა გიწევთ სტომატოლოგიურ დახმარებას?**

მიუთითეთ თქვენთვის ცნობილი ინფორმაცია (ქ/ს დასახელება, მისამართი და ა.შ.) – – –

20 **რა სიხშირით დაგყავთ ბავშვები სტომატოლოგთან?**
ა)წელიწადში ერთხელ ბ) საჭიროებისამებრ გ) არ მყავს ბავშვები (18 წლამდე)

21 **თქვენი შვილის სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზი არის:**
ა) პროფილაქტიკა ბ) ტკივილი გ) არ მყავს ბავშვები (18 წლამდე) გ) სხვა

22 **როგორი სახის მომსახურება ესაჭიროება თქვენს შვილს ყველაზე ხშირად?**
ა)თერაპიული ბ) ორთოდონტული გ) ქირურგიული გ) არ მყავს ბავშვები (18 წლმდე)

23 **გაწუხებთ თუ არა**

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები:	ა) კი	ბ) არა
კუჭ-ნაწლავის დაავადებები:	ა) კი	ბ) არა
ენდოკრინული დაავადებები:	ა) კი	ბ) არა
ძვალსახსროვანი დაავადებები:	ა) კი	ბ) არა
სხვა ზოგადი დაავადებები:	ა)კი	ბ)არა

(გთხოვთ, მიუთითეთ სიმპტომი დაავადების არსებობის შემთხვევაში)

---

24 **ჩვეულებრივ, დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად იკვებებით?**
ა) დღეში ერთხელ ბ) დღეში ორჯერ გ) დღეში სამჯერ დ) დღეში ოთხჯერ ე) ვიკვებები არარეგულარულად

25 **თქვენი კვების რაციონში ყველაზე ხშირად რა სახის პროდუქტები შედის?**
ა) ბოსტნეული ბ) ხორცი გ) ხილი დ) პურფუნთუშეული ე) სხვა

26 **მოიხმართ თუ არა თამბაქოს?** ა) დიახ ბ) არა

27 . **რა სიხშირით მიირთმევთ ალკოჰოლს?** ა) ხშირად ბ) იშვიათად გ) არ მივირთმევ

მიუთითეთ საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი სურვილის შემთხვევაში

დანართი 2: სოციალურად დაუცველი გასტროენტეროლოგიური ავადმყოფობების მქონე რესპონდენტთა გამოკითხვისა და პირის ღრუს პირველადი დათვალიერებისთვის საჭირო ანონიმური სოციოლოგიური ანკეტა

1. ასაკი
2. სქესი: ა) მამრობითი ბ) მდედრობითი
3. განათლება: ა) უმაღლესი ბ) საშუალო გ) სტუდენტი დ) სკოლის მოსწავლე
4. ოჯახური მდგომარეობა:
   ა) დაოჯახებული ბ) დასაოჯახებელი გ) განქორწინებული დ) ქვრივი
5. ოჯახის წევრების რაოდენობა
   ა) მარტოხელა ბ) ორი წევრი გ) სამი წევრი დ) ოთხი წევრი და მეტი
6. საცხოვრებელი პირობები: ა) კარგი ბ) ცუდი გ) საშუალო
7. თქვენი საშუალო თვიური ხელფასი
   ა) უმუშევარი ბ) 150-600 გ) 600-13000 დ) 1300 და მეტირა სიხშირით
8. დადიხართ სამედიცინო გამოკვლევების ჩასატარებლად?
   ა) არ დავდივარ ბ) წელიწადში ერთხელ გ) მხოლოდ ტკივილის შემთხვევებში დ) რეგულარულად
9. გყავთ თუ არა პირადი ექიმი? ა) დიახ ბ) არა
10. რომელი კლინიკა გიწევთ სამედიცინო დახმარებას?
    მიუთითეთ თქვენთვის ცნობილი ინფორმაცია (ქ/ს დასახელება, მისამართი და ა.შ.)----------
11. ექიმთან ვიზიტის მიზეზები
    ა) სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება ბ) გეგმიური ვიზიტი გ) ქირურგიული
12. გასტროენტეროლოგიური დაავადებებიდან რომელი გაწუხებთ? ——————დაავადების გამომწვევი ძირითადი მიზეზი?

ა) კვებითი დარღვევები ბ) ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებები გ) სტრესი დ) სხვა

13. რა სახის სამედიცინო კვლევები გაქვთ ჩატარებული აღნიშნული დაავადების სადიაგნოსტიკოდ?

_____

14. დაასახელეთ დაავადების ძირითადი სიმპტომები. ————————————

15. დაასახელეთ აღნიშნული დაავადების ხანგრძლივობა ----------

16. რა სახის მკურნალობა გაქვთ ჩატარებული აღნიშნული დაავადების გამო?

ა)მედიკამენტოზური ბ) ქირურგიული გ) სხვა

17. რა გავლება მოახდინა აღნიშნულმა დაავადებამ თქვენს ზოგად ჯანმრთელობაზე?————————————————————

18. მიუთითეთ ექიმთან მიუსვლელობის მიზეზი (არსებობის შემთხვევაში) ა) არ ვთვლი საჭიროდ თუ არაფერი მაწუხებს ბ) შიში გ) ფინანსური ხელ-მიუწვდომლობა დ) დაზღვევის არარსებობა ე) სხვა

19. სამედიცინო მომსახურება რამდენად მისაღებია თქვენთვის ეკონომიურად? ა) მისაღებია ბ) საკმაოდ ძვირია

20. როგორ ფარავთ სამედიცინო მომსახურების საფასურს? ა) საკუთარი ხარჯებით ბ) კერძო სადაზღვევო პროგრამით გ) სახელმწიფო მერიის პროგრამით დ) სხვა

21. რა სიხშირით დადიხართ სტომატოლოგთან? ა) არ დავდივარ ბ) წელიწადში ერთხელ გ) მხოლოდ ტკივილის შემთხვევებში დ) რეგულარულად

22. სტომატოლოგთან ვიზიტის მიზეზები? ა) სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება ბ) თერაპიული მომსახურება გ) ორთოპედიული მომსახურება დ) ქირურგიული მომსახურება ე) პროფილაქტიკა

23. სტომატოლოგიური მომსახურება რამდენად მისაღებია თქვენთვის ეკონომიკურად? ა) მისაღებია ბ) საკმაოდ ძვირია

24. **როგორ ფარავთ სტომატოლოგიური მომსახურების საფასურს?** ა)საკუთარი ხარჯებით ბ)კერძო სადაზღვევო პროგრამით გ) სახელმწიფო მერიის პროგრამით დ) სხვა
25. **საიდან იღებთ ინფორმაციას პირის ღრუს მოვლის საშუალებებთან დაკავშირებით?** ა) მედიისაგან ბ) ახლობლებისაგან გ) პირადი სტომატოლოგისაგან დ)სხვა
26. **რა სიხშირით იყენებთ პირის ღრუს მოვლის საშუალებებს?** ა)ყოველდღიურად ბ) როცა მახსენდება გ) სხვა
27. **სტომატოლოგიურ დახმარებას როგორი ტიპის დახმარებას აკუთვნებთ?** ა)ესთეტიკურს ბ) სამედიცინოს
28. **როგორი ხარისხის მასალებით, მომსახურებას ირჩევთ ყველაზე ხშირად?** ა) მაღალი ხარისხის ბ) დაბალი ხარისხის გ) საშუალო ხარისხის
29. **მიუთითეთ სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მიზეზი (არსებობის შემთხვევაში)** ა) არ ვთვლი საჭიროდ, თუ არაფერი მაწუხებს ბ) შიში გ) ფინანსური ხელ-მიუწვდომლობა დ) დაზღვევის არარსებობა ე)სხვა
30. **გაწუხებთ თუ არა სხვა დაავადებები:**

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები: ა) კი ბ) არა
ენდოკრინული დაავადებები: ა) კი ბ) არა
ძვალსახსროვანი დაავადებები: ა) კი ბ) არა
სხვა ზოგადი დაავადებები: ა)კი ბ) არა
(გთხოვთ, მიუთითეთ სიმპტომი სხვა დაავადების არსებობის შემთხვევაში)_____

31. **მოახდინა თუ არა სხვა ზოგადმა დაავადებამ თქვენს ჯანმრთელობაზე ზეგავლენა?** ა) დიახ ბ) არა
32. **ჩვეულებრივ დღის განმავლობაში რამდენად ხშირად იკვებებით?** ა) დღეში ერთხელ ბ) დღეში ორჯერ გ) დღეში სამჯერ დ) დღეში ოთხჯერ ე) ვიკვებები არარეგულარულად

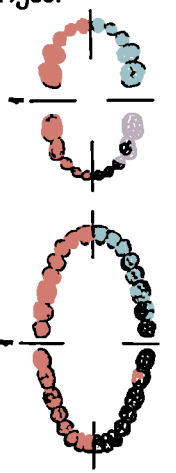
33. თქვენი კვების რაციონში ყველაზე ხშირად რა სახის პროდუქტები შედის? ა) ბოსტნეული ბ) ხორცი გ) ხილი დ) პურ-ფუნთუშეული ე) სხვა
34. მოიხმართ თუ არა თამბაქოს? ა) დიახ ბ) არა
35. რა სიხშირით მიირთმევთ ალკოჰოლს? ა) ხშირად ბ) იშვიათად გ)არ მივირთმევ მიუთითეთ საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი სურვილის შემთხვევაში

_ _

დანართი 3. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი

თარიღი_____	ესთეტიკური
დაავადებული კბილ(ებ)ი———	დისკომფორტი———
გამღიზიანებლით გამოწვეული	ადენტია———
მიზეზობრივი ხასიათის	ჰალიტოზი———
ტკივილი———ბჟენის დეფექტი–	საფეთქელ-ქვედა ყბის
გვირგვინის დეფექტი———	სახსრის პათოლოგია———
	სხვა_____

ობიექტური გამოკვლევები: პირის ღრუს დათვალიერება:



დეფექტის ლოკალიზაცია_____

კარიესი –კ

არაკარიესული დაავადება – აკ

პულპიტი – პ

პერიოდონტიტი – პტ

ბჟენი – ბ

ხელოვნური კბილი – ხკ

ხელოვნური გვირგვინი – ხგ

კბილის მორჩენის ხარისხი – I, II, III

ექსტრაგირებული კბილი – 0

რეტენციული კბილი – რკ

ფესვი – ფ

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა:_____

პაროდონტის მდგომარეობა:_____

შეშუპება– ჰიპერემია– ციანოზი– რეცესია– სისხლდენა– პაროდონტული ჯიბის სიღრმე_____	ნადები: არ აღინიშნება– რბილი– პიგმენტური– მაგარი– ღრძილზედა– ღრძილქვეშა– სხვა_____

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

მე_____მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის) ხელმოწერა_____

მე, ექიმი სოფიკო დავითაძე, ვადასტურებ, რომ პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა არსებულ შეკითხვაზე, ხელმოწერა_____