Kamilova N.M., QuliyevaL.A.

Azərbaycan Qaçqınları və Məcburi Köçkünlər Həkim Gözü İlə





Kamilova Nigar Mir-Nağı qızı

1991-1994-cü illərdə ATU-nun “Imamalıq-ginekologiya” kafedrasının aspiranturasında oxumuşdur. 1997-cü ildə “Müxtəlif yaş qruplarına mənsub ilk doğanlarda hamiləlik dövrünün, doğuşun və fetoplasentar sistemin xüsusiyyətləri” mövzusunda namizədlik, 2008-ci ildə isə “Azərbaycan Respublikasının bəzi regionlarında perinatal patologiyanın azalma yolları” mövzusunda doktorluq dissertasiyası müdafiə etmişdir. Yerli və xarici mətbuatda 150 yaxın elmi məqaləsi, tezis və metodik vəsaiti çap olunmuşdur. “Перинатальная патология на перекрестке путей, ведущих ее к снижению в некоторых регионах Азербайджанской Республики» (Bakı, 2006), “Mamalıq və ginekologiyanın əsasları” (Bakı, 2007, 2009), Reproduktiv sağlamlıq. Ailə planlaşdırılması” (Bakı, 2010), “Azərbaycan qadınların reproduktiv sağlamlığının ətraf mühitin təsirindən asılılığı” (Bakı, 2011). “Mamalıq-ginekoloji izahlı terminlər lüğəti” (Bakı, 2013),“Ginekologiya” dərslik (Bakı, 2015), "Rahat qocalıq və uzunömürlülük naminə (Bakı, 2019) əsərlərinin müəlliflərindəndir.

Quliyeva L.A.



2003-2008-cu illərdə ATU-nun müalicə-profilaktikası fakultəsini, 2010-cu ildə “Mamalıq və Ginekologiya” ixtisası üzrə keçmişdir.
2008-ci ildə Ankara Cebeci xəstəxanasında onko-ginekologiya üzrə 1 aylıq praktikasında olmuşdur.
2011-ci ildən mama-ginekoloq vəzifəsində çalışır.
2017-ci ildə tibb üzrə fəlsəfə doktoru adını almaq üçün dissertasiya işini ATU-nun I Mamalıq-Ginekologiya kafedrasında təsdiq edib. İşin adı: “Qaçqın və məcburi köçkün qadınların həyatının müxtəlif dövrlərində reproduktiv sağlamlığın dəyişməsinin xüsusiyyətləri”.
2016-2017-ci illərdə kolposkopiya kursları keçmişdir. Hal-hazırda uşaqlıq boynu xəstəlikləri, vulvanın xəstəlikləri diagnosticasını və müalicəsini aparır. Yerli və xarici mətbuatda məqalələr, tezislər, metodik vəsaitlər çap olunmuşdur.

Kamilova N.M., Quliyeva L.A.

AZƏRBAYCAN QAÇQINLARI VƏ MƏCBURİ KÖÇKÜNLƏRİ: HƏKİM GÖZÜ İLƏ BAXIŞ

Bakı – 2020

Redaktor: tibb üzrə fəlsəfə doktoru
T.E. Cəfərova (azerb.)

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
S.S. Safarova (ing.)

Rəycilər: AMEA-nın müxbir üzvü, professor
B. Əliyev

Ə.Əliyeva adına ADHTİ-nun
Mamalıq və qinekologiya kafedrasının müdiri
tibb elmlər doktoru, professor
L.M. Rzaquliyeva

Kamilova N.M., Quliyeva L.A.
Azərbaycan qaçqınları və məcburi köçkünləri: həkim gözü ilə baxış. "Letterpress" nəşriyyat evi. Bakı, 2020. 144 səh.

ISBN 978-9952-452-94-5

© Kamilova N.M., Quliyeva L.A., 2020
© Letterpress, 2020

GİRİŞ

"Azərbaycanın indiki inkişafında bir nömrəli problem öz doğma torpaqlarımızı qaytarmaq və etnik təmizləmə siyasətindən əziyyət çəkən insanların həyat səviyyəsini yaxşılaşdırmaqdır. Biz hər iki problemi həll etməyə çalışırıq və bundan sonra da bunu edəcəyik. Bir daha demək istəyirəm ki, Azərbaycan dövləti öz iqtisadi imkanlarını səfərbər edib qaçqın-köçkün soydaşlarımızın problemlərinin həlli üçün lazım olan bütün tədbirləri görəcəkdir".

İlham Əliyev

Azərbaycanın sürətli sosial-iqtisadi inkişafı onun hər bir vətəndaşının həyatında özünü göstərir və insanların maddi-rifahlarının günü-gündən yaxşılaşmasına təkan verir. Əhalinin, işsizlərin sayının azalması, əmək haqqı və təqaüdlərin, büdcədən verilən müavinətlərin həcmində olan artımlar və bu qəbildən olan digər amillər ölkədə sosial səhəd vəziyyətin daim yaxşılaşmasını xarakterizə edən mühüm parametrlərdəndir. Əldə edilən bu uğurlar Ermənistanın həyata keçirdiyi işğalçılıq siyasəti nəticəsində öz doğma yurd-yuvalarını tərk edərək qaçqın və məcburi köçkün həyatı yaşamağa məcbur olan insanların yaşayış durumuna və sosial vəziyyətinə də təsirsiz ötüşməyib. MDB, eləcə də Avropa məkanında qaçqın və məcburi köçkünlərin sayına görə ilk yerlərdə duran dövlətlərdən biri olmasına baxmayaraq, Azərbaycan bu kateqoriyadan sayılan insanların həyat səviyyəsinin yaxşılaşdırılması baxımından ən fəal siyasət yürüdən və yüksək nəticələr əldə edən ölkələrdəndir.

I FƏSİL

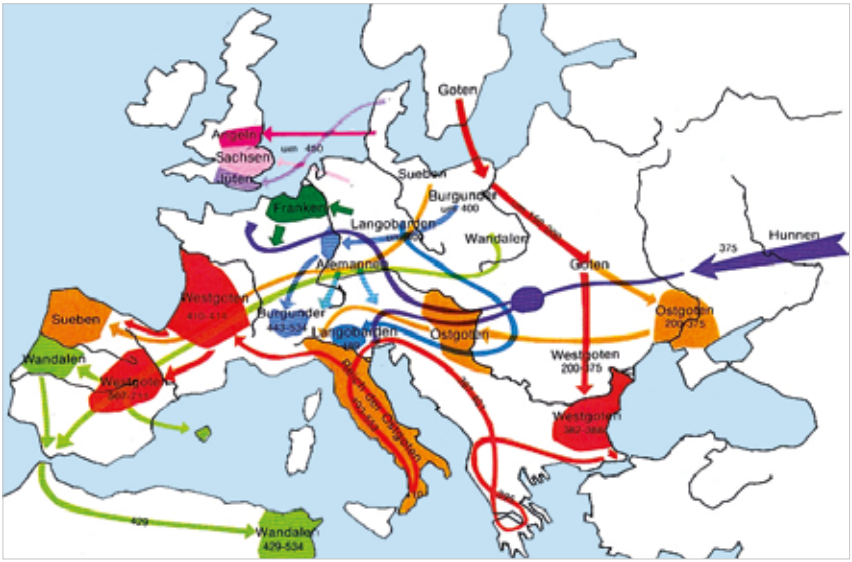
QAÇQIN PROBLEMİ

Müasir dövrdə qaçqın problemi kifayət qədər mürəkkəb və qarışıqdır. Qaçqın və məcburi köçkün probleminin dünyada uzun illərdir mövcud olması ilə əlaqədar olaraq, qaçqın və məcburi köçkünlərin hüquqi vəziyyətini tənzimləyən beynəlxalq hüquqi aktlar qəbul edilir. Ayrı-ayrı dövlətlər isə beynəlxalq sazişlər və konvensiyalara müvafiq olaraq milli səviyyədə qaçqın və məcburi köçkünlərin hüquq və öhdəliklərini tamamlayan normativ hüquqi aktlar qəbul edir [1, 6, 29].

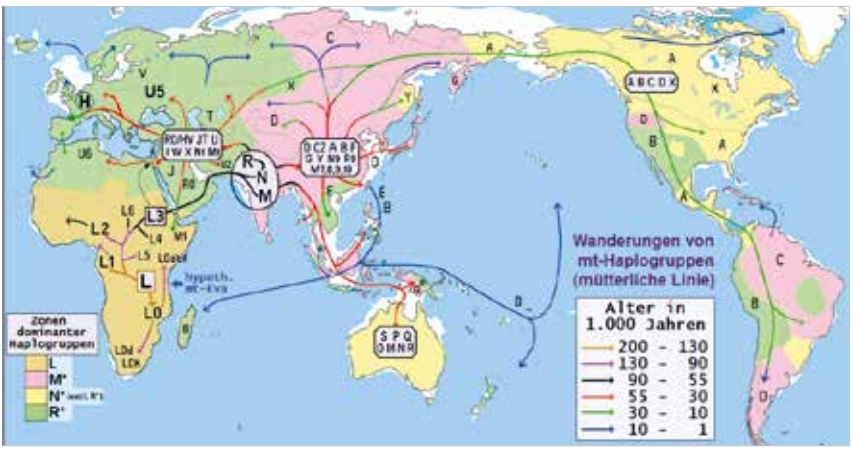
Bununla yanaşı, aydındır ki, qaçqın və məcburi köçkünlərin hüquqi statusu ilə bağlı beynəlxalq və milli normaların olması kifayət deyil. Beynəlxalq cəmiyyətlər və ayrı-ayrı dövlətlər qaçqın və məcburi köçkünlərin müəyyən ölkənin ərazisində qəbul edilməsi, onlara bütün zəruri sənədlərin verilməsi, tibbi yardımın göstərilməsi, zərurət olduğu halda imtiyazların sayının müəyyənləşdirilməsi üçün dəqiq prosedurlar təşkil etməlidirlər. Daha bir mühüm məsələ qaçqın və məcburi köçkünlərə yardım göstərə biləcək müvafiq dövlət orqanlarının və vəzifəli şəxslərin səlahiyyətlərinin genişləndirilməsindən ibarətdir [5, 39, 49, 52].

Bəzi dövlətlər qaçqın və məcburi köçkünlərlə bağlı beynəlxalq normaları və milli qanunvericiliyi praktikada tətbiq edə bilmirlər. Bu zaman ya qaçqın və məcburi köçkünlərin sosial və hüquqi müdafiədən məhrum olması və yaxud da əksinə, onlara həddən artıq azadlığın verilməsi nəticəsində, qəbul edən ölkənin ərazisində qaçqınların əl-qolunun açılması ilə özbaşınalıq riskinin artması və ölkədə cinayətkarlığın artması təhlükəsi yaranır [19, 20, 26].

Əhalinin müasir beynəlxalq miqrasiyası problemi cəmiyyətin inkişafının bütün istiqamətlərinə – iqtisadi və siyasi, demoqrafik proseslər və milli münasibətlərə təsirsiz ötüşmür. Bu gün BMT QAK 143 ölkədə 25 mln-dan çox insanın taleyi ilə maraqlanır. Lakin bu rəqəmlər ildən-ilə artır və insanların ağrı-



Şək. Xalqların Avropada böyük köçü



Şək.1-2. Antik dövrdə və Orta əsrlərdə xalqların böyük köçü

acılarını, problemlərini əks etdirir. Bu səbəbdən də qaçqınlarla iş yalnız maliyyə vəsaiti deyil, həm də mənəvi resurs tələb edir. O, çətin vəziyyətə düşmüş insana maddi və mənəvi kömək etmək, şəfqət və diqqət göstərmək üçün mərhəmət hissini əks etdirir. Bu zaman önəmli olan məsələlərdən biri də geniş

miqyaslı qaçqın axını zamanı tez reaksiya göstərməkdir [51, 55, 61, 62].

Tarixçi, coğrafiyaşünas alim Lev Nikolayeviç Qumilev yumor ilə qeyd etmişdir ki, bütün xalqlar haradansa gəliblər. Hər dövrlərdə insanların və ya bütöv xalqların yerdəyişməsi olmuşdur. Miqrasiya prosesi, böyük və ya az intensivliklə daima davam edir. Lakin XX əsr bu prosesə yeni həcm, səbəb və yeni problemlər gətirmişdir.Qloballaşma prosesi bu sahədə də yaranmışdır. Əhali artımı, nəqliyyatın və silahların təkmilləşməsi qaçqın sayının və axınının artmasına zəmin yaratmışdır. Bunun nəticəsində də XX əsrdə onların sayı 19 milyona çatmışdır. Proses onlarla ölkəni əhatə etmişdir və artıq qlobal problemə çevrilmişdir [54].

BMT QAK-ın «Qlobal tendensiyalara dair» hesabatı göstərir ki, təkcə 2014-cü ildə 13,9 milyon nəfər yenicə məcburi köçkünə çevrilib. Bu da 2010-cu ildəki göstəricidən dörd dəfə çoxdur. Bütün dünyada 19,5 milyon qaçqın var (2013-cü ildəki 16,7 milyon rəqəmində artım baş verib), 38,2 milyon nəfər öz ölkələri daxilində köçkünə çevrilmişdir (2013-cü ildəki 33,3 milyon rəqəmində artım baş verib), 1,8 milyon nəfər isə sığınacaq barədə müraciətlərinin nəticəsini gözləyir (2013-cü ildə bu say 1,2 milyon idi) [82, 84].

Hər il yüz minlərlə insan silahlı münaqişələr, etnik münaqişələr, diskriminasiya, irqi təqiblər səbəbindən öz evlərini tərk edir. Qaçqın və məcburi köçkün problemi bütün dünya üçün olduqca vacib və aktualdır. Bu mürəkkəb məsələ hər bir dövlətə, hər bir vətəndaşa aiddir. Bu problem artıq çoxdan daxili problem olmaqdan çıxmış və beynəlxalq xarakter daşımaqdadır. Əbəs deyildir ki, hər Avropa sammitində bu məsələ ilə bağlı çıxışlar olur [86].

Dünyada qaçqınların yarısının uşaqlar olması təşviş doğurur.

Qaçqın probleminin kəskin olması səbəbindən dünya ictimaiyyətini qaçqınların ağır şəraitinə diqqəti cəlb etmək və müxtəlif təşkilatların və ayrı-ayrı şəxslərin qaçqın düşmüş şəxslərə köməyini artırmaq məqsədi ilə BMT-nin Baş Assabmleyası yekdilliklə hər il 20 iyun tarixində Beynəlxalq qaçqınlar Gününü qeyd etmək qərarı vermişdir [8].

QAÇQINLAR VƏ ONLARIN STATUSU

"Qaçqın" anlayışının beynəlxalq hüquqi reqlamentasiyası və onların statusunun müəyyən edilməsi ilə bağlı ilk cəhd 20-ci əsrin 20-ci illərində Millətlər Liqası çərçivəsində edilmiş və beynəlxalq ictimaiyyətin nəhəng qaçqın kütləsinin, 1-ci dünya müharibəsinin, Rusiyada bolşevik diktaturasının, Osmanlı İmperiyasının dağılmasının və bununla bağlı yaranan beynəlxalq münaqişələrin qurbanlarınınvəziyyətinin leqallaşdırılması cəhdini əks etdirmişdir. 1926-cı ildə Cenevrədə xüsusi olaraq çağırılmış konfransda vəzifəsi Millətlər Liqası tərəfindən 1921-ci ildə təsis edilmiş Qaçqınların İşləri üzrə Ali Komissar Nansen tərəfindən rus və erməni qaçqınlarına yol sənədi qismində istifadə etmələri üçün vəsiqələrin verilməsi haqqında razılaşma qəbul edilmişdir ki, bunlar da nəticədə «nansen» pasportu adlandırılmışdır. 1928-ci ildə isə Asuriya, Asuriya-Gildani və assimilyasiya edilmiş qaçqınlarla bağlı analoji məzmunlu razılaşma qəbul edilmişdir [39, 59-62, 76].

1933-cü ildə işlə təmin edilmə və təhsil alma sahəsində qaçqınların bəzi hüquqlarını möhkəmlədən Qaçqınların Statusu haqqında Konvensiya qəbul edilmişdir [78].

Növbəti 2 saziş (1936-cı il sazişi və 1939-cu ildə Avstriya qaçqınlarına da şamil edilmiş, Almaniyadan olan Almanların Statusu haqqında 1938-ci il konvensiyası) Millətlər Liqasının 1938-ci ildə faşist diktaturasının bərqərar olması və Avstriyanın məcburi qaydada birləşdirilməsi nəticəsində Almaniyadan, sonra isə Avstriyadan almanların kütləvi yerdəyişməsinə reaksiyası idi.

Bütün qeyd edilən sazişlər məhdud tətbiq sahəsinə malik olmaqla, müəyyən millətə aid qaçqınlara yönəlmişdir. Lakin onların şübhəsiz əhəmiyyəti aşağıdakılardan ibarətdir:

– birincisi, onlar ilk dəfə qaçqın anlayışını irəli sürdü və onun əsas elementləri aşağıdakılar idi:

a) milli və ya etnik mənşə;

b) mənşə ölkəsinin hökuməti tərəfindən müdafiənin olmaması;

c) başqa vətəndaşlığın alınmaması;

– ikincisi, qaçqın institutunun əsas prinsipini – dövlətlərin qaçqınları "geri göndərmə və ya sərhəddən buraxmaqdan imtina etmək kimi tədbirlərin tətbiqi yolu ilə" ölkədən çıxarmamaq öhdəliklərini təsbit etməklə, əvvəl yaşadıqları ölkəyə göndərməmək prinsipini beynəlxalq hüquq məişətinə daxil etdi (Konvensiyanın 3-cü maddəsi), baxmayaraq ki, həmin dövrdə həmin prinsip beynəlxalq səviyyədə qəbul edilməmişdir: Konvensiyanı 8 dövlət təsdiq etdi və onlardan 3-ü qaçqınların ölkədən çıxarılması ilə bağlı hüququn saxlanması şərtini irəli sürdülər.

Qeyd etmək lazımdır ki, Konvensiyada verilmiş qaçqın anlayışında natamamlıq problemi var idi, burada şəxsin vətəndaşı olduğu ölkəni tərk etməyə vadar edən səbəb göstərilmirdi. Beynəlxalq Hüquq İnstitutu və 1938-ci ildə təsis edilmiş Qaçqınların İşləri üzrə Hökumətlərarası Komitə bu boşluğu doldurmağa çalışırdı. 1936-cı il qətnaməsində İnstitut qaçqınlara belə bir tərif verdi:

– vətəndaşı olduğu dövlətin ərazisində qəflətən baş vermiş siyasi hadisələr səbəbindən həmin ərazini könüllü və ya məcburi qaydada tərk etmiş individ...

Hökumətlərarası Komitə 1938-ci il qətnaməsində məcburi miqrasiya səbəblərinə irqi xarakterli və dini mənsubiyyət motivlərini də əlavə etdi. Qeyd edilən qətnamələr hüquqi sənəd statusuna malik deyildi, lakin qaçqınların beynəlxalq hüquqi cəhətdən tərifinin formalaşmasında onların rolu şübhəsizdir [46, 51, 83].

İkinci Dünya Müharibəsindən və növbəti böyük ərazi dəyişikliklərindən sonra qaçqın və məcburi köçkünlərin hüquqi statusunu tənzimləyəcək bir sıra beynəlxalq hüquqi aktların qəbul edilməsi zərurəti açıq-aşkar meydana çıxmışdır. Beləliklə, 1951-ci ildə Birləşmiş Millətlər Təşkilatına (BMT) daxil olan dövlətlər Qaçqınların Statusu haqqında Konvensiya imzalamışlar. Bu, "qaçqın" anlayışına tərif verən, qaçqın statusunun verilməsinin ümumi əsaslarını müəyyən edən beynəlxalq müqavilədir. Həmçinin bu Konvensiya qaçqınların diskriminasiyasını qadağan edir və qaçqınların hüquqlarını möhkəmlədir [38, 49, 61, 67].

Qaçqınların beynəlxalq-hüquqi statusunun işlənib hazırlanmasında yeni və yekun mərhələ Birləşmiş Millətlər Təşkilatının himayəsi altında baş verdi. BMT-nin həlledici rolu iki amillə bağlıdır:

1. obyektiv – BMT-nin simasında beynəlxalq ictimaiyyətin nasist hakimiyyətin təqibindən canını qurtarmaq üçün Vətənini tərk etmək məcburiyyətində qalan və yaxud 2-ci dünya müharibəsi dövründə yaşadıqları ərazidən məcburi qaydada qovulmuş minlərlə qaçqının və yerini dəyişmiş insanın departasiyası probleminin həllində yardım göstərməsinin zərurəti;

2. subyektiv – Nizamnamə tərəfindən BMT-nin üzərinə "beynəlxalq əməkdaşlıq.., "irqindən, cinsindən, dilindən və dinindən asılı olmayaraq hamının insan hüquqlarına hörmətin" təşviq və inkişaf etdirilməsi funksiyası qoyulmuşdur (mad.1 b.3) [72, 75, 82].

BMT-nin fəaliyyəti aşağıdakı istiqamətlərdə həyata keçirilirdi: insan hüquqları sahəsində beynəlxalq standartların işlənib hazırlanması və individlərin hüquqlarının həyata keçirilməsində onlara yardım göstərilməsi və dövlətlər tərəfindən insan hüquqları sahəsində beynəlxalq öhdəliklərin yerinə yetirməsinə nəzarət üçün xüsusi beynəlxalq orqanların yaradılması [78].

BMT BA-nın 12 fevral 1946-cı il tarixli qətnaməsi EKOSOS-u (BMT-nin İqtisadi və Sosial Şurası) qaçqınlar və köçkünlərlə məşğul olan Beynəlxalq orqanın yaradılmasına yönəldirdi. Qətnamənin həyata keçirilməsinin nəticəsi 1946-cı ildə Qaçqınların İşləri üzrə Beynəlxalq Təşkilatın əsas vəzifəsi olaraq "əsl qaçqınların və köçkün şəxslərin probleminin tez və müsbət həlli" elan edilmiş Nizamnaməsinin qəbul edilməsi oldu. Nizamnamədə EKOSOS-un 16 fevral 1946-cı il tarixili qətnaməsinin şərhində qaçqın və köçkünlərin tərifi təsbit edilmişdi. Millətlər Liqasının himayəsi altında bağlanmış Sazişlərə analoji olaraq, yeni tərif konkret qaçqın kateqoriyasına yönəlmişdir və konkret siyasi hadisələrlə əlaqələndirilmişdir. Tərifə görə, qaçqınlara faşist və nasist rejimlərinin və ya İspan respublikaçılarının qurbanı olması şərti ilə, vətəndaşı olduğu ölkəni və ya əvvəl yaşadığı ölkəni tərk etmiş şəxslər və yaxud

2-ci dünya müharibəsindən əvvəl irqi, dini xarakterli səbəblərə görə və ya "siyasi inancları nəticəsində" qaçqın hesab edilən şəxslər aid edilirdi [68, 73, 75].

10 dekabr 1948-ci ildə BMT BA İnsan hüquqları üzrə Ümumi Bəyannaməni qəbul etdi. Onun əhəmiyyəti yalnız ilk dəfə vətəndaşlığından və yaşadığı yerdən asılı olmayaraq istənilən insan şəxsiyyətinə məxsus əsas hüquq və azadlıqlar kompleksinin möhkəmləndirilməsindən deyil, həm də beynəlxalq humanitar hüququn qaçqınların miqrasiya hüququ kimi yarımsahələrinin formalaşması üçün hüquqi əsasların qoyulmasından ibarət idi. Belə ki, Ümumi Bəyannamənin 13-cü maddəsinin 2-ci bəndində istənilən ölkəni, o cümlədən öz ölkəsini tərk etmək hüququ elan edilir və beləliklə, istənilən insanın əsas hüququ kimi miqrasiya hüququ qanuniləşdirilir. 14-cü mad. 1-ci bəndində insanın sığınacaq axtarmaq hüququ təsbit edilir. Emiqrasiya hüququndan fərqli olaraq, bu hüququn spesifikası aşağıdakılardan ibarətdir:

1. İndivid sığınacağın verilməsini tələb etmək deyil, yalnız sığınacaq istəmək ("axtarmaq") hüququna malikdir.

2. Bu hüquq universal xarakter daşımır, yalnız başqa ölkələrdə təqib edilən şəxslərə verilir. Həmçinin təqibin əsası siyasi səbəblərdir. Mad.14 b.2-də birbaşa göstərilir ki, "BMT-nin məqsəd və prinsiplərinə zidd olan neosiyasi cinayətin və ya əməlin törədilməsinə əsaslanan təqib edildikdə" bu hüquq istifadə oluna bilməz.

3. Miqrasiya hüququnun şərhi individi və dövlətləri hüquqi münasibətlərin bərabər hüquqlu iştirakçıları kimi nəzərdən keçirməyə imkan verirsə (insan hüququ ilə dövlətin onu həyata keçirmək öhdəliyi müvafiq gəlir), insanın sığınacaq istəmək hüququnda dövlətin prioritet rolu aydındır və müraciət edən şəxs tərəfindən sığınacağın alınması dövlətin iradəsindən və qərarından asılıdır [33].

1951-ci il Konvensiyası qaçqınlarla davranışın aşağıdakı rejimlərini müəyyən edir:

1. milli rejim: müvafiq dövlətin vətəndaşlarına verilir (dini etiqad hüququ, məhkəməyə müraciət etmək hüququ);

2. qaçqının həmişəki yaşayış yeri olan ölkənin vətəndaş-

larına təqdim edilən rejim (ixtira, bədii əsərlər, əmtəə nişanlarına aid hüquqların qorunması);

3. xarici dövlətin vətəndaşlarına təqdim edilən rejim (məsələn, həmkarlar ittifaqlarında iştirak etmək hüququ);

4. adətən xarici vətəndaşların istifadə etdiyi rejim (təhsil hüququ, xarici diplomların qəbul edilməsi) [41, 55, 62].

Ümumi hüquqlardan başqa qaçqın və məcburi köçkünlərə xüsusi hüquqlar verilir: məsələn, yaşayış yerini seçmək və sığındığı ölkənin ərazisi hüdudlarında sərbəst hərəkət etmək hüququ. 1951-ci il Konvensiyası qaçqınları başqa dövlətin ərazisinə qanunsuz daxil olmağa görə cəzadan azad edir, lakin bu zaman onlar dərhal hökumətə müraciət edərək öz qanunsuz gəlişlərinin səbəbini izah etməlidirlər. 1951-ci il Konvensiyası müəyyən edir ki, dövlətlər dövlət təhlükəsizliyi niyyəti ilə olan hallar istisna olmaqla, öz ərazilərində qanuni yaşayan qaçqınları ölkədən çıxarmamalıdırlar. Ölkədən çıxarma yalnız məhkəmə qərarı əsasında olmalıdır. Konvensiya qaçqınların həyatı üçün təhlükə olan ölkənin ərazisinə kütləvi surətdə qovulmasını qadağan edir. Qaçqınlar öz növbəsində, yaşadıqları ölkənin qanunlarına riayət etməlidirlər [21, 48, 51, 68].

Qaçqın və məcburi köçkünlərin işləri üzrə beynəlxalq sazişlərin və konvensiyaların iştirakçıları olan dövlətlər qaçqınların hüquq və öhdəliklərini genişləndirmək hüququna malikdirlər.

1967-ci ildə Qaçqınların statusu haqqında Konvensiyaya həmin Konvensiyada təsbit edilmiş "qaçqın" anlayışının tərifini təsdiq edən, lakin Konvensiyanın aid olduğu müddətə məhdudiyyəti aradan qaldıran Protokol əlavə edildi: ilkin olaraq həmin Konvensiya yalnız 1 yanvar 1951-ci il tarixinə qədər qaçqın olmuş şəxslərə şamil edilirdi [52].

1951-ci il Qaçqınların Statusu haqqında Konvensiyaya əsasən, qaçqın – "irqi, dini, vətəndaşlıq əlamətlərinə və müəyyən sosial qrupa mənsub olma və ya siyasi inanclarına görə təqib qurbanı olmaqdan qorxan, öz ölkəsindən kənarda olan və həmin qorxular nəticəsində həmin ölkənin mühafizəsindən istifadə edə bilməyən və ya istifadə etmək istəməyən şəxsdir. Həmçinin vətəndaşlığı olmadan, bənzər hadisələr nəticəsində

adətən yaşadıqları ölkədən kənarda olan və ora qayıda bilməyən şəxslər də qaçqınlara aid edilirlər [72].

Aşağıdakı əməlləri törətmiş şəxs qaçqınlara aid edilmir:

1. sülhə qarşı cinayət; bəşəriyyətə qarşı cinayət; hərbi cinayət;

2. həmin şəxsə sığınacaq vermiş ölkədən kənarda təhlükəli geosiyasi cinayət;

3. BMT-nin məqsəd və məramlarına uyğun olmayan əməl.

1951-ci il Konvensiyası həmçinin qaçqın və məcburi köçkünləri qəbul edən ölkənin ərazisində onlara verilən bir sıra əsas hüquq və azadlıqları təsbit edir. Qaçqın və məcburi köçkünləri qəbul edən dövlətin öhdəliklərinin siyahısı da müəyyən edilir.

"Jenevrə Konvensiyasının meyarlarına cavab verən və rəsmi surətdə qaçqın olmayan şəxslərin qorunması haqqında" tövsiyələr (1984-cü il);

Dublin Konvensiyası (1990-cı il). Bu sənədlə müraciət edən şəxs sığınacaq almaq üçün Avropa Cəmiyyətinə üzv olan bir və ya bir neçə ölkəyə ərizə verdiyi halda, hansı üzv ölkənin ona sığınacaq verilməsinə görə məsuliyyət daşımasının təyin edilməsi meyarlarını müəyən edir. Konvensiyanın 3-cü maddəsinin V bəndinə əsasən üzv dövlət öz daxili qanunvericiliyinə müvafiq olaraq, sığınacaq verilməsi üçün müraciət edən şəxsi üçüncü dövlətə yönəltmək hüququnu saxlayır [60, 70, 72].

1984-cü ildə Kartaxen Bəyannaməsi qəbul edilmişdir. Burada Mərkəzi Amerikadan olan qaçqınlarla davranışın hüquqi əsasları, o cümlədən məcburi qaytarılmanın qadağan edilməsi prinsipi, qaçqınların inteqrasiyasının vacibliyi və qaçqın problemini yaradan səbəblərin kökündən aradan qaldırılmasına yönəlmiş səylər müəyyən edilir. Bəyannamədə "qaçqın" anlayışı üçün müəyyən edilmiş məzmun Afrika Birliyi Təşkilatının Bəyannaməsində olanla eynidir. Bu ad altında "ümumi zorakılıq, xarici təcavüz, daxili münaqişələr, insan hüquqlarının kütləvi pozulması və ya ictimai asayışın ciddi pozulmasına gətirib çıxaran digər hallar onların həyatı, təhlükəsizliyi və ya azadlığı üçün təhlükə yaratması səbəbindən

ölkədən qaçmış şəxslər"nəzərdə tutulur (III hissə 3-cü bənd). Konvensiyanın müddəaları bəşəriyyətə qarşı cinayət törətmiş şəxslərə, hərbi cinayətkarlara, eləcə də onlara sığınacaq vermiş ölkədən kənarda, eləcə də qaçqın qismində həmin ölkəyə gəlməzdən əvvəl belə cinayət əməlləri törətmiş, BMT-nin məqsəd və prinsiplərinə zidd olan əməllərin törədilməsində günahkar olan şəxslərə şamil edilmir [59].

1990-cı ildə Avropa ölkələri Dublin və Şengen konvensiyalarını imzaladılar. Bu sazişlərin məqsədləri aşağıdakılardır:

1. sığınacaq haqqında müraciətlə bağlı qərarın verilməsinə görə cavabdeh olacaq konvensiyanın iştirakçısı olan dövlətin müəyyən edilməsi;

2. zərurət yarandığı halda geri qəbul edilmənin (readmissiya) təmin edilməsi.

1969-cu ildə Afrika ölkələri tərəfindən qaçqınlar haqqında Konvensiya qəbul edilmişdir. Həmin Konvensiya qaçqını "xarici təcavüz, xarici dövlətin işğalı və ya ölkəsinin hansısa hissəsində və ya bütün ərazisində ictimai asayişi ciddi pozan hadisələr nəticəsində" öz mənşə ölkəsini tərk etmək məcburiyyətində qalan istənilən şəxs" kimi müəyyən edir.

1980-1990-cı illərin sonlarında Qarabağda, Sumqayıtda, Şimali Qafqazda, Dnestr ətrafında, Gürcüstanda, Abxaziyada, Çeçenstanda millətlərarası münaqişələrdən, Pribaltika respublikalarında rusdilli əhaliyə qarşı diskriminasiya siyasətinin aparılmasından sonra üzv dövlətləri qaçqınların kütləvi axını ilə bağlı problemlərin yükünü ilk dəfə hiss etmiş, MDB qaçqın anlayışının genişləndirilməsinin reqlamentasiyasına mühüm töhfəsini verdi. 1993-cü ildə MDB çərçivəsində "Qaçqın və məcburi köçkünlərə yardım haqqında Saziş" və qeyd edilən kateqoriyalar üçün nəzərdə tutulmuş eyni hüquqi rejim qəbul edildi.

Saziş 1951-ci il Konvensiyasında "qaçqın" anlayışına aid edilən bütün meyarları təkrarlayaraq, onu ailə üzvlərinə də şamil etməklə həm subyektə görə, həm də silahlı və millətlərarası münaqişələr olaraq yerdəyişməyə gətirib çıxarmış səbəblərə görə genişləndirdi (mad.1). Məcburi köçkünlər qaçqınlardan yalnız vətəndaşlıq meyarına görə fərqlənirdi:

birincilər qəbul edən ölkəyə nəzərən onun vətəndaşları (mad.2), ikincilər – xarici vətəndaşlar idilər [61, 72, 86].

2001-ci ildə qaçqınlar haqqında bu Konvensiyanı qaçqınların hüquqi statusunun tənzimlənməsi sahəsində dəyişmiş şəraitə uyğunlaşdırmaq məqsədiqarşıya qoyulmuşdur. Belə ki, silahlı elementlər və dinc əhaliyə aid olan qaçqınlar arasında fərqi müəyyənləşdirmək lazım idi.

Qaçqınlardan fərqli olaraq məcburi köçkünlər, bir qayda olaraq hər hansısa bir ölkənin vətəndaşıdır və daimi yaşadıqları yerləri xarici hərbi təcavüz, müəyyən ərazilərin işğalı və ya mütəmadi atəş altında saxlanması və ya təbii fəlakət nəticəsində kütləvi şəkildə tərk etməyə məcbur olaraq başqa yerə köçmüş şəxslərdir. Məcburi köçkünlər çox vaxt öz ölkələrində qalaraq onun müdafiəsindən istifadə edirlər.

Saziş və konvensiyalarda qeyd olunmuş "Qaçqın" anlayışının ilk tərifi kifayət qədər sadə meyarlardan ibarət idi, bu da qaçqını ölkəsini şəxsi səbəblərdən tərk etmiş insanlardan fərqləndirmək məqsədi güdürdü. Bu zaman qrup və ya kateqoriya yanaşması istifadə olunurdu, məsələn hər hansı bir milliyyətə mənsubluq (məsələn yəhudi və s.) və dövlət tərəfindən müdafiənin olmaması şəxsin qaçqın kimi qəbul edilməsi üçün kifayət şərt idi. Bu cür kateqoriyaya ayırma sadə idi və kimin qaçqın olmasını asanlıqla müəyyən etməyə imkan verirdi.

Maastrixts müqaviləsinin tədsdiqindən sonra Avropa Birliyi qaçqınlarla əlaqədar yeni vahid siyasət işləyib hazırlamaq təşəbbüsü irəli sürdü. 1994-cü ilin yanvarında Avropa parlamenti tərəfindən silahlı münaqişə qurbanları və insan haqlarının pozulması statusunun verilməsi təklifini irəli sürən qətnamə qəbul edildi. 1996-cı ilin mart ayında "qaçqın" terminin müəyyən edilməsi üzrə Avropa Şurası tərəfindən Avropa İttifaqı haqqında müqavilə əsasında müəyyən edilmiş Birgə mövqe işlənib hazırlanmışdır. Bu sənəddə qaçqın anlayışının izah edilməsinə toxunulmuşdur və problemin həllində bir sıra ölkələr üçün uyğun olan məhdudlaşdırıcı yanaşmadan istifadə etmək imkanı verilir. Burada "qeyri – dövlət gücləri tərəfindən təqiblər" dən zərər çəkmiş insanların sığınacaq verilən şəxslər

sırasından çıxartmaq imkanı nəzərdə tutulur.

MDB ölkələrinin qanunvericiliyində qeyd edilmiş "Qaçqın" anlayışı konvensiya tərifinə əsaslanır. Buna baxmayaraq, bu anlayışın müxtəlif ölkələrə görə bəzi xüsusiyyətlərini ayırd etmək olur.

Azərbaycan Respublikasının 1999-cu il "Qaçqın və məcburi köçkünlərin statusu haqqında" qanununda, Qazaxıstan Respublikasının 1997-ci il "Əhalinin miqrasiya haqqında" qanununda (red. 2003), Ukraynanın 2001-ci il (red. 2005) "Qaçqınlar haqqında" qanununda, Rusiya Federasiyasının 1993-cü il (red. 2004) "Qaçqınlar haqqında" Federal qanununda konvensiya bəndlərinin təqib edilmə əlamətlərinə əlavə olaraq milliyyət, Tacikistan Respublikasının 2002-ci il tarixli qanununda isə – etnik milliyyət də əlavə edilir. Qırğızıstan Respublikası 2002-ci il tarixli "Qaçqınlar haqqında" qanununda "qaçqın" tərifində silahlı və millətlərarası münaqişədə təqibə məruz qalmanın real təhlükəsi anlayışı yer alır [1, 5, 7, 10, 12-14, 25].

QAÇQINLAR – QƏDİMDƏN MÜASİR DÖVRƏ KİMİ

Keçmiş dövrlərdən bəri demək olar ki, bütün regionlardan olan insanlar tez-tez təhlükəsizlik axtarışında olaraq öz evlərini tərk etməyə və təqiblərdən, silahlı münaqişələrdən və ya siyasi zorakılıqdan qaçmaq üçün digər yerlərə üz tutmaq məcburiyyətində qalmışdılar.

İnsanlıq tarixi qaçqınlarla bağlı faciəvi səhifələrlə doludur. Hələ e.ə. 695-ci ildə 50 min insan Assiriya ordusundan qaçaraq Misirə sığınmışlar. Yeni eramızda təxminən 300 min qot köçəri hun tayfalarının hucumundan Romaya qaçmışdılar. Roma imperiyasının bərbər ordusunun hucumunun təsiri nəticəsində dağılması prosesində minlərlə insan öz doğma evlərini tərk etmək və yaşayış üçün yerlər tapmaq məcburiyyətində qalmışdır (xalqların böyük köçü). VIII–IX əsrlərdə vikinqlərin Britaniyaya hucumu nəticəsində adada yaşayan 40 min insan Fransaya köç etmişdir. Xaç yürüşləri nəticəsində minlərlə müsəlman cəngavərlərin zəbt etdiyi yerlərdən qaçmaq məcburiyyətində

qalmışdır. Qaçqın axını yalnız müharibə nəticəsində yaranmır. Minlərlə insan Asiyadan və Avropadan taun xəstəliyi səbəbindən öz yaşayış yerlərini tərk etmişdirlər. Dini səbəblərdən baş verən qaçqın axını 1492-ci ildə İspaniya kral və kraliçasının qəbul etdiyi qanundan sonra baş vermişdir. 200 min xristianlığı qəbul etməyən insan İspaniyani tərk etməyə məcbur olmuşdur.

Birinci dünya müharibəsi, 30-cu illər dövrü və İkinci dünya müharibəsi milyonlarla qaçqının meydana çıxmasına zəmin yaratmışdır. 1919-1939-cu illər ərzində baş verən coxsaylı müharibələr, münaqişələr və siyasi qarışıqlıq nəticəsində yalnız Avropada 5 milyondan insan öz doğma yurd – yuvalarından didərgin düşmüşdur. Müasir dövrün ən böyük qaçqın axını İkinci dünya müharibəsindən sonra baş vermişdir. Təxmini rəqəmlərə görə 1945-ci ildə 40 milyon qaçqın var idi. Onların içində yapon ordusunun zəbt etdiyi Çin ərazilərindən qaçqın düşmüş milyonlarla çinli olmuşdur [34, 38, 54, 84].

İnsanların kütləvi halda digər ölkəyə sığınması planetimizin müxtəlif regionlarında vətəndaş müharibələrinə, silahlı münaqişələrə, etnik toqquşmalara, milli – azadlıq hərəkatlarına səbəb olurdu [46].

60-ci illərdə Afrikanı bürüyən azadlıq hərəkatı prosesində çoxlu sayda qaçqın meydana çıxmışdır. Əlcəzairin müstəqillik əldə etməsindən sonra 250 min qaçqın öz ölkəsinə qayıtmışdır.

70-ci illərdə siyasi qarışıqlıq səbəbindən Kamboca, Laos və Vyetnamdan qaçqın axını başlamışdır. İki on illik davam edən proses nəticəsində 3 milyon insan ölkələrini tərk etmişdirlər. BMT-nın QAK-nin səyi nəticəsində 2 mln insan digər ölkələrə, o cümlədən 1,3 mln ABŞ-a yerləşdirilmişdir.

1991-ci ildə SSRİ-nin dağılması nəticəsində əhalinin kütləvi yerdəyişməsi başlamışdır. Bu proses həm miqrasiya, həm də məcburi köçürülmə ilə xarakterizə olunurdu. Etnik və separatçı silahlı münaqişələr nəticəsində Dağlıq Qarabağdan, eləcədə Cənubi Osetiya, Abxaziya, Tacikistan, Orta Asiyadan, Çeçenstandan milyonlarla insan qaçqın və məcburi köçkün vəziyyətinə düşmüşdür.

1993-cü ildə MDB ölkələri çərçivəsində qaçqınlara və məcburi köçkünlərə kömək haqqında saziş qəbul olunmuşdur.

Bu sazişdə qaçqınlara bundan əvvəl beynəlxalq – hüquq terminalogiyasında olmayan daha bir insan kateqoriyası "məcburi köçkünlər" əlavə olunmuşdur [56, 82].

90-cı illərdə baş vermiş hadisələr BMT QAK-nın fəaliyyət sahəsini və onlar tərəfindən aparılan işləri genişləndirməyə vadar etdi belə ki, beynəlxalq cəmiyyət bu təşkilatlardan ən ağrılı problemlərin həllini gözləyirdi. Bu səbəbdən də BMT QAK müharibə nəticəsində ölkə daxilində köçkün düşmüş şəxslərə daha aktiv yardım etməyə başlamışdır.

Qaçqınların və məcburi köçkünlərin hüquqi statusunun tənzimlənməsinə uzun illər ərzində diqqət ayrılmış, bu problemin həlli üçün müxtəlif beynəlxalq sazişlər, müqavilələr işlənib hazırlanmış və qəbul edilmiş, milli qanunvericilik təkmilləşdirilmişdir.

"Qaçqın" anlayışı həm beynəlxalq hüquqda, həm də milli hüquqda statik xarakter daşımır, ona daim dəyişikliklər edilir.

Dövlətlərin regional sazişlərində, eləcə də milli qanunvericilikdə təsvir edilmiş "qaçqın" anlayışının tərifləri bunun bariz nümunəsidir. Lakin,"qaçqın" anlayışının tərifinə vahid yanaşmanın olmaması ona gətirib çıxarır ki, əsas beynəlxalq sazişlərin tərifləri uyğun gəlməyən bəzi kateqoriyalardan olan şəxslər (məsələn, "beynəlxlaq müdafiəyə ehtiyacı olan şəxslər") "qaçqın" anlayışına daxil edilir, digər qaçqın kateqoriyaları isə (Fələstin qaçqınları) 1951-ci il Konvensiyasının təsir sahəsindən çıxarılmış və nəticə etibarilə, "qaçqın" anlayışına aid edilmir və hüququ müdafiədən məhrumdurlar. Hüquqi kateqoriyaların bu cür dəyişdirilməsi qaçqınların hüquqi vəziyyətinə mənfi təsir göstərir [9, 11].

Qaçqınların hüquqi statusunu tənzimləyən çoxsaylı universal, regional, subregional və ikitərəfli sazişlərin olması, bir tərəfdən, beynəlxalq ictimaiyyətin qaçqınların müvafiq hüquqi vəziyyətini təmin edəcək effektiv hüquqi baza yaratmağa cəhd etdiyini göstərir, digər tərəfdən isə, bu sahədə beynəlxalq-hüquqi tənzimləmənin natamamlığını təsdiq edir, müxtəlif səviyyəli hüquqi sənədlər arasında ziddiyyətlərə gətirib çıxarır.

Problemin həlli universal xarakterli kompleks beynəlxalq sazişin işlənib hazırlanması və imzalanması ola bilər, çünki mövcud sazişlər qaçqınların hüquqi vəziyyətinin tənzimlənməsinə dair bütün məsələləri əhatə etmir.

Beynəlxalq hüquqda qaçqınların hüquqi statusunun tənzimlənməsi problemlərini nəzərdən keçirərkən onu bir neçə kateqoriyaya təsnifləndirmək lazımdır, çünki qaçqınların vahid hüquqi statusu mövcud deyil, lakin o müxtəlif olduğu üçün, qaçqın hüquqlarından istifadə edən şəxs kateqoriyalarının hüquqi statusunu ayırd etmək zəruridir [35].

Qaçqın və məcburi köçkünlərin hüquqi statusunun xüsusiyyətlərini və istənilən region üçün səciyyəvi olan bu statusu aydınlaşdıran elementləri ayırmaq lazımdır. Qaçqınlar dörd qrup hüquqlara malikdir:

– şəxsi hüquqlar və vətəndaşı olduğu və ya daimi yaşadığı ölkənin qanunları ilə müəyyən edilən, ailə münasibətlərindən irəli gələn hüquqlar;

– xarici vətəndaşlarla bərabər verilən hüquqlar;

– yerləşdiyi dövlətin vətəndaşları ilə bərabər verilən hüquqlar;

– xüsusi olaraq qaçqınlara verilən hüquqlar.

Məcburi köçkünlərin statusu onlara Azərbaycan vətəndaşı kimi məxsus olan hüquqlardan və Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə məhz məcburi köçkünlərə verilən xüsusi hüquqlardan ibarətdir.

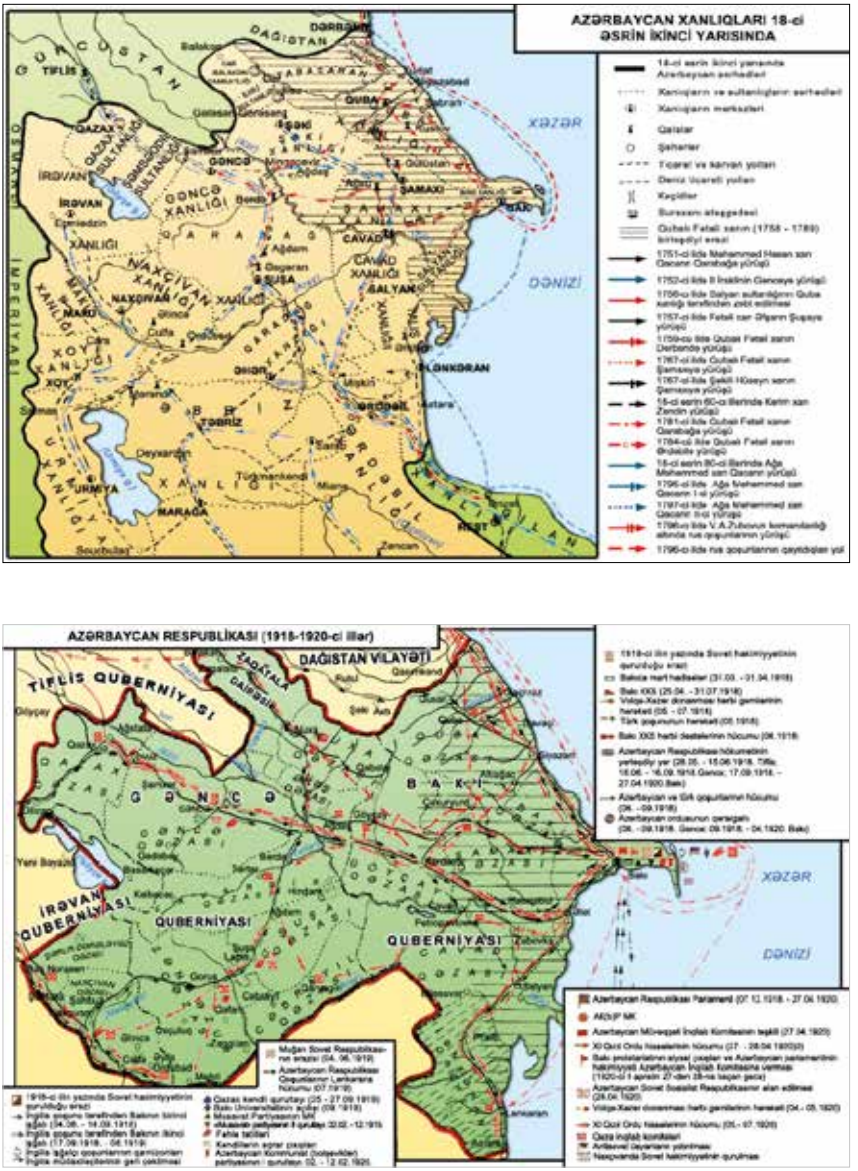
Qaçqın və məcburi köçkünlərin problemlərinin hüquqi tənzimlənməsi sahəsində dövlətlər arasında qarşılıqlı təsirin dəqiq sxemi, eləcə də qaçqın və məcburi köçkün statusunun verilməsi qaydası nəzərdə tutulmalıdır [26-28, 35, 79, 82].

DAĞLIQ QARABAĞ MÜNAQİŞƏSİ VƏ ONUN TARİXİ

Dağlıq Qarabağ münaqişəsi XX yüzilliyin tarixinə ən faciəli münaqişələrdən biri kimi daxil olmuş, milyonlarla insanın taleyində öz əksini tapmışdır.

Dağlıq Qarabağ münaqişəsi – Qafqazda azərbaycanlılar və ermənilər arasında etnik-siyasi münaqişədir. **Dağlıq Qarabağın hüquqi ərazisi Azərbaycanın ərazisidir.**

Dağlıq Qarabağ – Qafqazda tarixi ərazidir (şək. 3-4). Kiçik Qafqazın şərqi və cənub-şərqi dağlıq və dağətəyi rayonlarını



Şək. 3-4. Qədim dövrlərdə və XIX əsrdə Azərbaycanın xəritəsi

əhatə edərək, Qarabağ düzü ilə birlikdə Qarabağ coğrafi ərazisini təşkil edir.

Əhalinin sayı (1 yanvar 2013-cü il tarixinə) – 146,6 min nəfərdir, əksəriyyəti ermənilərdir. İnzibati mərkəzi – Stepanakert şəhəridir [90].

Yerli tədqiqatçıların fikrincə, Qarabağ ölkənin ən qədim tarixi regionlarından biridir. "Qarabağ" sözü azərbaycan dilində belə tərcümə edilir: "qara" – qara rəng mənasını, "bağ" isə – bağ mənasını bildirir.

B.e. IV əsrinin sonlarında bu ərazi Persiya tərəfindən onun vassal dövləti olan Qafqaz Albaniyasının tərkibinə daxil edilmişdir. VII əsrin ortalarından IX əsrin sonlarınadək Qarabağ ərəb hakimiyyəti altına düşmüş, lakin IX–XVI əsrlərdə Xaçen erməni feodal knyazlığının hissəsinə çevrilmişdir. XVIII əsrin ortalarınadək Dağlıq Qarabağ Xəmsə erməni məlikləri birliyinin hakimiyyəti altında olmuşdur. Artıq XVI əsrdə Qarabağ digər əyalətlərlə birlikdə Səfəvilər dövlətinin tərkibində olmuş, sonradan isə müstəqil xanlıq olmuşdur. XVIII əsrin ikinci yarısında Dağlıq Qarabağ üstünlük təşkil edən erməni əhalisi ilə Qarabağ xanlığına, 1813-cü ildə isə Gülüstan sülh müqaviləsinə əsasən Qarabağ xanlığının tərkibində Rusiya imperiyasına daxil olmuşdur [37, 40, 44].

Məhz bu dövrdə 1804-1813-cü illəri əhatə edən Rusiya-İran müharibəsi başa çatdıqdan sonra 24 oktyabr 1813-cü ildə Qarabağın Gülüstan kəndində Rusiya və İran arasında Gülüstan sülh müqaviləsi imzalanmışdır. İran Dağıstanın, Gürcüstanın, Quriyanın, Abxaziyanın, eləcə də Qarabağ, Gəncə, Şəki, Şirvan, Dərbənd, Quba, Bakı və Talış xanlıqlarının Rusiyaya birləşdirilməsini qəbul etdi [40, 44]. Bu, azərbaycan və erməni xalqlarının taleyində yeni tarixin **birinci mərhələsi** oldu.

İran şahı tərəfindən Qafqazın Rusiyadan ayrılması məqsədilə başladılmış Rusiya-İran müharibəsi 1826-1828-ci illəri əhatə etmişdir. Bu müharibə başa çatdıqdan sonra 10 fevral 1828-ci ildə Türkmənçay kəndində Rusiya və İran arasında Türkmənçay sülh müqaviləsi imzalanmışdır. Türkmənçay sülh müqaviləsinin şərtlərinə görə, İrəvan və Naxçıvan xanlıqları Rusiyanın hakimiyyətinə keçirdi; İran hökuməti ermənilərin

Rusiya imperiyası tərəfindən İrəvan və Naxçıvan xanlıqlarının ərazisində yaradılmış Erməni vilayətinə köçməsinə maneçilik törətməməyi öhdəsinə götürmüşdür. Türkmənçay sülhü Qafqazda Rusiyanın mövqelərini möhkəmlətdi və İranın mövqelərini zəiflətdi. Böyük Oktyabr Sosialist inqilabına qədər müqavilə Rusiya-İran münasibətlərinin əsasını təşkil etmişidir [64, 87-119].

Beləliklə, bu, Azərbaycan ərazisinin İran və Rusiya imperiyası arasında iki hissəyə bölünməsinin (Azərbaycanın şimal hissəsi Rusiyanın tərkibinə, cənub hissəsi isə İran şahlığının tərkibinə daxil edildi), şimali Azərbaycan ərazisində, o cümlədən də Qarabağ ərazisində erməni əhalisinin sayının artmasının başlanğıcı idi. Hələ XIX əsrin birinci rübünün sonlarında ermənilər Qarabağda mütləq azlıq təşkil edirdilər. 1810-cu ilin rəsmi məlumatlarına görə, "Qarabağ torpağında" 12000-ə qədər ailə var idi və onların arasında 2500 erməni ailəsi var idi.

"Həqiqi mülki müşavir Moqilevski və polkovnik Yermolov tərəfindən 1823-cü ildə tərtib edilmiş Qarabağ əyalətinin təsvirində (Tiflis, 1866)" olan məlumatlara görə isə Qarabağ xanlığında 90000 sakin, bir şəhər və 600-dən artıq kənd var idi və onlardan yalnız 150-si erməni kəndi idi. Şuşada 474 ermənidən və azərbaycanlılardan ibarət təxminən 1048 ailə yaşayırdı. Kəndlərdə isə müvafiq olaraq: 12902 və 43315 [47].

Dağlıq Qarabağın erməni əhalisinin sayının əhəmiyyətli dərəcədə artması sonradan baş verdi. Rusiya-İran müharibəsinin Rusiyanın qələbəsi ilə başa çatmasından sonra 1828-1829-cu illərdə Azərbaycanın İrəvan və Naxçıvan xanlıqlarının ərazisində Erməni vilayəti yarandı, İrandan və Türkiyədən bura 130 mindən artıq erməni köçürüldü [31, 44, 45, 47].

XX əsrin əvvəllərində erməni əhalisinin üstünlük təşkil etdiyi region iki dəfə (1905-1907-ci illərdə və 1918-1920-ci illərdə) erməni və müsəlman icmaları arasında qanlı toqquşmalara meydan oldu.

Belə ki, 1905-1906-cı illərdə ermənilər Bakıda, Gəncədə, Qarabağda, İrəvanda, Naxçıvanda, Ordubadda, Şərur-Dərələyəzdə, Tiflisdə, Zəngəzurda, Qazaxda və digər yerlərdə dinc azərbaycanlılara qarşı qırğınlar törətdilər, əhaliyə



Şək. 5. Azərbyacan Xalq Cümhuriyyəti (1918-1920-ci illər)



Şək. 6. XX əsrdə Azərbaycanın və Qarabağın xəritəsi

amansızcasına divan tutdular, şəhər və kəndləri yandırdılar və dağıtdılar. Ermənilərin silahlı dəstələri Şuşa, Zəngəzur və Cəbrayıl qəzalarında, İrəvan və Gəncə quberniyalarında azərbaycanlıların 200-dən artıq yaşayış məntəqəsini darmadağın etdi, on minlərlə həmvətənimiz doğma ocaqlarından didərgin salınaraq, qaçqın və məcburi köçkün oldu [37, 40, 45].

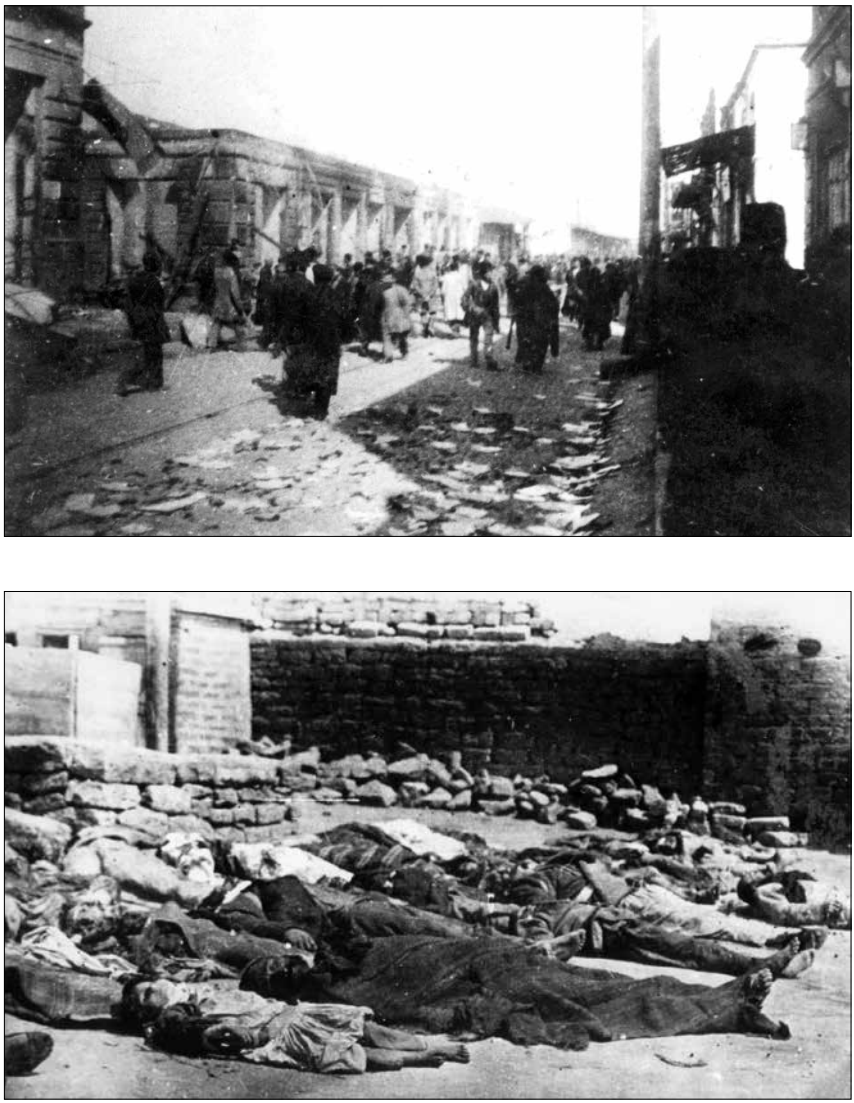
Heç kimə məhəl qoymadan 200 mindən artıq azərbaycanlını (uşaqları, qadınları, qocaları) qətlə yetirməklə, ermənilər həmin ərazilərdə çar Rusiyası tərəfindən onlara vəd edilmiş "Ermənistan dövlətinin" yaradılması üçün etnik təmizləmə apardılar. Beləliklə, çarizmin himayəsindən istifadə edən ermənilər Birinci Dünya Müharibəsi illərində də azərbaycanlılara divan tutmağa davam etdilər [37].

1905-1906-cı illərdə Bakıda, Gəncədə, Qarabağda, İrəvanda, Naxçıvanda, Ordubadda, Şərur-Dərələyəzdə, Tiflisdə, Zəngəzurda, Qazaxda və digər yerlərdə dinc azərbaycanlılara qarşı qırğınlar törətdilər [87-97].

1918-ci ilin may ayında inqilabla və Rusiya dövlətçiliyinin dağılması ilə əlaqədar olaraq Qafqazda üç müstəqil dövlət, o cümlədən Azərbaycan Demokratik Cumhuriyyəti elan edildi (əsasən Bakı və Yelizavetpol quberniyalarının, Zaqatala mahalının torpaqlarında) və bura Qarabağ rayonu da daxil idi.

4 iyun 1918-ci ildə Türkiyə və Ermənistan arasında imzalanmış Batumi müqaviləsinə əsasən, sonuncunun ərazisi Ararat vadisinin və Sevan hövzəsinin rayonları ilə məhdudlaşırdı [71, 64]. Məhz bu dövrdən başlayaraq, Qarabağ Ermənistan və Azərbaycan Demokratik Respublikası arasında kəskin qarşıdurma meydanına çevrildi. Bunun səbəbi ermənilərin Qarabağ ərazisinə köçürülməsi prosesinin davam etməsi idi.

1918-1920-ci illərdə hazırki Ermənistan ərazisində yaşayan 575 min azərbaycanlıdan 565 min nəfəri öldürüldü və doğma torpaqlarından qovuldu. Z.Korkodyan özünün "1831-1931-ci illərdə Sovet Ermənistanının əhalisi" adlı kitabında bu rəqəmi təsdiqləyərək yazır ki, 1920-ci ildə daşnaklardan Sovet hakimiyyətinə 10 mindən bir az artıq türk (azərbaycanlı) əhali qaldı. 1922-ci ildə 60 min azərbaycanlı qaçqının qayıtmasından sonra burada onların sayı 72 min 596 nəfər, 1931-ci ildə isə – 105 min 838 nəfər oldu".



Şək. 7. 1905-ci ildə ermənilərin azərbaycanlılara qarşı törətdikləri qırğınların qurbanları

Ümumilikdə, 1918-1920-ci illərdə ermənilər tərəfindən törədilmiş kütləvi qırğının amansızcasına davam etirilməsi nəticəsində, Bakı, Quba, Şamaxı, Kürdəmir və Lənkəranla yanaşı, eləcə də Şuşada və İrəvan quberniyasının ərazisində, Zəngəzurda,

Naxçıvanda, Şərurda, Ordubadda, Qarsda və digər regionlarda on minlərlə azərbaycanlı ən qəddar üsullarla öldürüldü, bir milyon nəfərdən artıq insan doğma torpaqlarından didərgin salındı. Azərbaycanın tarixi torpaqlarında ermənilər tərəfindən bu cinayətlər törədildiyi zaman məktəb və məsçidlər yandırıldı, maddi mədəniyyət nümunələri məhv edildi.

Keçən əsrin 1988-ci ilində hələ SSRİ-nin siyasi məkanında yaranmış Dağlıq Qarabağ ətrafında münaqişə İttifaqın dağılmasından sonra avtomatik olaraq iki yeni müstəqil dövlətin – Azərbaycan Respublikasının və Ermənistan Respublikasının qarşılıqlı münasibətlərinin ən mühüm probleminə çevrildi. Bundan başqa, bu problem səbəbindən hər iki yeni yaranmış dövlət müstəqillik qazandıqları andan qanlı silahlı münaqişəyə cəlb olunmuş oldular. Bir çox qiymətləndirmələrə görə, bu münaqişə 40 mindən artıq insanın həyatına son qoymuşdur [87-112, 114].

Ermənistan-Azərbaycan münaqişəsi Sovet İttifaqının daxili siyasətinin nəticəsi olmaqla, həmin dövr üçün əlverişli olan SSRİ-nin dağılması dövründə yaranmışdır. Sovet İttifaqının daxili siyasəti 1988-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Dağlıq Qarabağ Muxtar Vilayətinin (DQMV) separatçı qüvvələrinin Azərbaycan Respublikasının tərkibindən çıxaraq, Ermənistana birləşmək məqsədilə mitinq və tətillər təşkil etməsinə gətirib çıxaran mərkəzdənqaçan proseslər üçün katalizator rolunu oynadı.

Ermənistanda yaşayan azərbaycanlıların böyük hissəsi qaçmalı oldu. 1988-ci ilin fevral ayında Sumqayıtda erməni qırğınları başladı, minlərlə erməni qaçqın meydana çıxdı [42, 44].

1988-ci ilin yayında Ermənistan Ali Şurası DQMV-nin Ermənistan SSR-in tərkibinə daxil olmasına, Azərbaycanın Ali Şurası isə DQMV-nin Azərbaycanın tərkibində saxlanmasına və sonradan muxtariyyətin ləğv edilməsinə qərar verdi.

1988-ci ilin iyul ayında Dağlıq Qarabağın vilayət üzrə şurası Azərbaycanın tərkibindən çıxma barədə qərar verdi. 18 iyul 1988-ci ilin iclasında SSRİ Ali Şurasının Prezidiumu DQMV-nin Ermənistana verilməsinin qeyri-mümkün olduğunu bildirdi.

1988-ci ilin sentyabr ayında ermənilər və azərbaycanlılar arasında hərbi toqquşmalar başladı və bunlar böyük insan



Şək. 8. Stepanakert (Xankəndi) şəhərində ermənilərin ilk separatçı çıxışları (8 favral 1988-ci il)



Şək. 9. 1988-ci ilin əvvəlində Ermənistandan azərbaycanlıların ilk köçü gəlməyə başlad



Şək. 10. 20 yanvar 1990 il qurbanları

qurbanlarının olmasına gətirib çıxarmış uzunmüddətli silahlı münaqişəyə çevrildi. Dağlıq Qarabağ ermənilərinin (erməni dilində Arsax) uğurlu silahlı əməlləri nəticəsində bu ərazi Azərbaycanın nəzarətindən çıxdı. Dağlıq Qarabağın rəsmi statusu haqqında məsələnin həlli qeyri-müəyyən zaman müddətinə təxirə salındı.

1991-ci ildə Qarabağda əsl hərbi əməliyyatlar başladı. 1991-ci ilin dekabrında referendumun keçirilməsi vasitəsilə Dağlıq Qarabağ tam müstəqillik hüququ əldə etmək istədi. Cəhd baş tutmadı, və bu yer Ermənistanın ziddiyyətli iddialarının və Azərbaycanın hakimiyyəti saxlamaq cəhdlərinin girovuna çevrildi.

1991-1992-ci ilin əvvəllərində Dağlıq Qarabağda tam miqyaslı silahlı əməliyyatların nəticəsi Azərbaycanın 7 rayonunun daimi erməni hissələri tərəfindən demək olar ki, tam işğalı oldu. Tezliklə ən aktual silah sistemlərinin istifadəsi



Şək. 11. 1988-1991-ci illərdə münaqişəsində xalqın həyatı

ilə hərbi əməliyyatlar Azərbaycanın daxilinə və sərhədlərinə yayıldı.

Müharibə 1994-cü ilədək davam etdi. Müharibədə bir tərəfdən Ermənistan və Dağlıq Qarabağ, digər tərəfdən isə könüllü müsəlmanların dəstəyi ilə Azərbaycan iştirak edirdi. 1994-cü ilin ortalarında Dağlıq Qarabağ Respublikası yaradıldı. N.Əliyev qeyd edir ki, "Ermənistanın silahlı qüvvələri

Azərbaycanın həmin Respublika ilə həmsərhəd olan rayonlarını, keçmiş DQMV-nin ərazisini və ona qonşu olan digər rayonları, yəni ümumilikdə Azərbaycan ərazisinin 20%-ni işğal etdilər» [37].

1988-1991-ci illər ərzində Ermənistan-Azərbaycan ziddiyyətlərinin şiddətlənməsi baş vermişdir [44].

Ermənistanda azərbaycanlılar sıxışdırılırdı və 1988-ci ildə azərbaycanlı qaçqınların ilk dalğası Bakıya çatdı. Azərbaycanda hadisələr Ermənistandakı proseslərə parallel inkişaf edirdi. Əsəs birləşdirici şərt Qarabağ məsələsi idi ki, bu məsələyə ermənilərdə olduğu kimi barışmaz yanaşma var idi. Ermənistan Respublikası Dağlıq Qarabağın birləşdirilməsi haqqında qərar qəbul etdi və buna cavab olaraq, Azərbaycan Respublikası Dağlıq Qarabağ muxtar vilayətini ləğv etdi və bu əraziyə vahid inzibati-ərazi bölgüsü tətbiq etdi [37, 44, 77].

Regionda erməni əhalisinin narazılığı onların sosial-iqtisadi vəziyyəti ilə bağlı idi ki, buna da SSRİ prezidenti M.Qorbaçov tərəfindən başladılmış sovet ictimai həyatının demokratikləşdirilməsi və siyasi məhdudiyyətlərin zəiflədilməsi siyasəti təsir göstərmişdir.

Etiraz əhval-ruhiyyəsi erməni milliyyətçi təşkilatlar tərəfindən mürəkkəbləşdirilirdi, yaranan milli hərəkatın əməlləri isə bacarıqla təşkilatlandırılır və yönləndirilirdi.

Müstəqil DQR elan edildikdən demək olar ki, dərhal sonra tərəflərin münaqişəni sülh yolu ilə tənzimləməyə çalışdığı danışıqlar başladı. 23 sentyabr 1991-ci ildə Azərbaycan, Ermənistan, eləcə də Rusiya və Qazaxstan prezidentlərinin iştirak etdiyi görüş baş tutdu. 1992-ci ilin yazında ATƏT Qarabağ münaqişəsinin tənzimlənməsi üzrə qrup təsis etdi. Beynəlxalq ictimaiyyətin müharibəni dayandırmaq cəhdlərinə baxmayaraq, yalnız 1994-cü ilin yazında onlar atəşi dayandırmağa müvəffəq oldular. Mayın beşində Qırğızıstanın paytaxtında Bişkek protokolunun imzalanmasından bir həftə sonra iştirakçılar atəşi dayandırdılar.

1991-1994-cü illərdə azərbaycanlıların deportasiyaları və qovulmaları Azərbaycan əhalisinin 200 ilə yaxın davam edən etnik təmizləmə zəncirinin və Ermənistan və Qarabağdan sıxış-

dırılıb çıxarılmasının ən qanlı epizodlarından biridir (şək. 12, cəd. 1, 2).

Dağlıq Qarabağ münaqişəsi "xalis" etnik-siyasi münaqişə deyil. Müasir zamanda baş verən istənilən digər etnik-siyasi münaqişələrdə olduğu kimi, Dağlıq Qarabağ münaqişəsində etnik, siyasi, hüquqi, sosial, iqtisadi və bir çox başqa rəqabət xətləri kəsişir. Tədqiqat işində Dağlıq Qarabağ ərazisində azərbaycanlılar və ermənilər arasında qarşıdurmanın yaranmasının dörd əsas ilkin şərti qeyd edilmişdir: tarixi, dini, linqvistik və mədəni amillər.

Cədvəl 1.

Dağıntılar və dəyən ziyanlar (1988-1993 illər)

Yaşayış məntəqələri	900
Evlər	150 000
İctimai evlər	7 000
Məktəblər	693
Uşaq bağçaları	855
Tibb müəssisələri	695
Kitabxanalar	927
Mədrəsələr	44
Məscidlər	9
Tarixi abidələr, saraylar və muzeylər	473
Muzey eksponatları	40 000
İstehsalat və kənd təsərrüfatı müəssisələri	6 000
Avtomobil yolları	2 670
Körpülər	160
Su kommunikasiyaları	2 300 км
Qaz kommunikasiyaları	2 000 км
Elektrik ötürücü xəstləri	15 000 км
Meşələr	280 000 га
Kənd təsərrüfatı üçün yararlı olan torpaqlar	1 000 000 га
İrriqasiya sistemləri	1 200 км

Cədvəl 2.

Qaçqınlar, məcburi köçkünlər və sığınacaq axtaranlar (2015)

Ermənistandan qaçqınlar	350 000
Azərbaycanın zəbt olunmuş torpaqlarından məcburi köçkünlər	789 000
Orta Asiyadan köçkünlər	60 000
Başqa ölkələrdən qaçqınlar və məcburi köçkülər (2003-cü ildə onlarınsayı 11 000 nəfər təşkil etmişdir)	1 500
Cəmi:	**1 200 500**



Şək. 12. Hərbi əməliyyatlar (wwww.mod.gov.az/ru/posledstviya-voennoj-agressii-armenii-statistika-412/)

Dağlıq Qarabağ münaqişəsi və onun ictimaiyyətə çatdırılması

Ermənistan-Azərbaycan, Dağlıq Qarabağ münaqişəsi haqqında həqiqətlərin dünya ictimaiyyətinin diqqətinə müntəzəm çatdırılması ilə bağlı müvafiq tədbirlərin həyata keçirilməsi davam etdirilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, fəaliyyətə başladığı ilk gündən etibarən Heydər Əliyev Fondu da qaçqın və məcburi köçkünlərin üzləşdikləri çoxsaylı problemlərin dünya ictimaiyyətinə çatdırılmasına və onların həllinə daim diqqətlə yanaşır.

Fondun prezidenti, YUNESKO-nun və İSESKO-nun xoşməramlı səfiri, Milli Məclisin deputatı Mehriban xanım Əliyevanın təşəbbüsü ilə yaradılmış «Azərbaycan» internet portalında Ermənistan-Azərbaycan, Dağlıq Qarabağ münaqişəsi, Xocalı soyqırımı, Ermənistanın hərbi təcavüzünün nəticələri barədə də geniş məlumat toplanmışdır. Bununla bərabər, Fondun xətti ilə hər il Xocalı soyqırımı ərəfəsində dünyanın müxtəlif ölkələrində tədbirlər keçirilir, beynəlxalq mətbuatda soyqırım haqqında yazılar dərc etdirilir.

Fondun vitse-prezidenti Leyla xanım Əliyevanın təşəbbüsü ilə 80-dan artıq ölkədə «Xocalıya ədalət» beynəlxalq məlumat-təşviqat kampaniyası ilə bağlı silsilə tədbirlər təşkil olunur. Artıq 7 dövlətin Parlamenti və ABŞ-ın 14 ştatı Xocalı soyqırımını «soyqırım kimi» rəsmi qaydada qəbul etmişdir. Ölkəmizdə səfərdə olan bütün qonaqlara Komitə tərəfindən Azərbaycan-Ermənistan, Dağlıq Qarabağ münaqişəsi, qaçqın və məcburi köçkünlərin həyat şəraitinin yaxşılaşdırılması, yoxsulluğun azaldılması və məşğulluğunun artırılması ilə bağlı həyata keçirilmiş tədbirlər barədə müxtəlif dillərdə hazırlanmış video materiallar, məlumat kitabları və s. təqdim olunmuş, həmçinin keçirilmiş görüşlər mütəmadi olaraq kütləvi informasiya vasitələrində işıqlandırılmışdır.

Həyata keçirilən tədbirlərə baxmayaraq, məcburi köçkünlərin xeyli hissəsi hələ də yaşayış üçün yararlı olmayan ictimai binalarda, yataqxanalarda, sağlamlıq düşərgələrində və digər müvəqqəti məskunlaşma yerlərində ağır şəraitdə yaşayır və bir çox sosial problemlərlə üzləşirlər [77, 81, 87-107].

Qaçqınların və məcburi köçkünlərin (ölkə daxilində köçürülmüş şəxslərin) statusu haqqında

1993-cü ildə Azərbaycan BMT-nın qaçqınlar haqqında konvensiyasına qoşulmuşdur. 1999-cu ildə isə qaçqınların hüquqları haqqında qanun qəbul edilmişdir. 2000-ci ildə Azərbaycanın prezidenti Heydər Əliyev tərəfindən BMT-nın qaçqınlarla iş üzrə Ali kommisarlığı ilə birgə işlənib hazırlandığı qanun qəbul olunmuşdur. Azərbaycan ərazisində olan miqrantların statusunu müəyyən etmək hüququ qazanmışdır [28].

21 may 1999-cu ildə qəbul edilmiş "Qaçqın və məcburi köçkünlərin (ölkə daxilində köçürülmüş şəxslərin) statusu haqqında" Azərbaycan Respublikasının qanunu məcburi miqrasiya problemlərinin tənzimlənməsi sahəsində tarixi sənədlərdən biri oldu. Qanunun "Ümumi müddəalar" bölməsində əsas anlayışlar qismində qaçqın və məcburi köçkün kateqoriyalarının mənası və hüquqi statusu kimi məsələlər öz əksini tapdı. Qanunun 2-ci maddəsində göstərilmişdir ki, sülhə qarşı cinayət, hərbi cinayətlər, bəşəriyyətə və insanlığa qarşı cinayət törədmiş şəxsə; Azərbaycan Respublikasının ərazisinə daxil olmazdan əvvəl onun hüdudlarından kənarda neosiyasi xarakterli ağır və ya xüsusi ağır cinayət törətmiş şəxsə; Birləşmiş Millətlər Təşkilatının məqsədlərinə və prinsiplərinə zidd əməllərin törədilməsində günahkar olan şəxsə qaçqın statusu verilmir. Qaçqın statusu almış şəxs Azərbaycan Respublikasının xaricilər və vətəndaşlığı olmayan şəxslər üçün nəzərdə tutulmuş hüquqlardan istifadə edir və öhdəliklər daşıyır (maddə 6).

Qanunun beynəlxalq əməkdaşlığın əsaslarını müəyyən edən 20-ci maddəsi böyük əhəmiyyətə malikdir: Qaçqın və məcburi köçkün (ölkə daxilində köçürülmüş şəxslər) problemini yaradan səbəblərin aradan qaldırılması, onların maddi vəziyyətinin yaxşılaşdırılması və hüquqi statusunun təkmilləşdirilməsi, eləcə də qaçqınların daimi yaşadıqları ölkəyə könüllü surətdə qaytarılması məqsədilə Azərbaycan Respublikası digər dövlətlərlə, beynəlxalq təşkilatlarla, ilk növbədə, Qaçqınların işləri üzrə BMT Ali Komissarlığının idarəçiliyi ilə əməkdaşlıq edir [25, 62].

İrəli sürülmüş bir sıra təkliflərin əksəriyyəti hal-hazırda həyata keçirilmişdir:

– ilkin tibbi yardımın gücləndirilməsi və miqrantların lazımı tibbi və psixoloji göstərilməsi üçün tibbi məntəqələr şəklində fəaliyyət göstərən və köçkünlərə bir başa yaşadıqları yerlərdə ilkin psixoloji köməyin təşkil olunması;

– pasient – miqrant üçün fərdi tibbi sənədlərin təkmilləşdirilməsi və pasientlərin vahid qeydiyyat bazasının yaradılması;

– hamilə qadınlara profilaktik kömək həcminin artırılması;

– hamilə qadınlar üçün broşur formasında məlumat materiallarının nəşri;

– doğuş zamanı qadınlara köməyin göstərilməsi, zahı qadın və yenidoğulmuşa qulluq üçün lazımı əşya dəstlərinin verilməsi;

– hamilə qadınların, onların ehtiyacları nəzərə alınmaqla hazırlanmış xüsusi qida məhsulları ilə təmin edilməsi və bir yaşına kimi uşaqlar üçün uşaq yeməklərinin təqdim olunması.

Azərbaycan qanunvericiliyində Məcburi köçkün (ölkə daxilində köçürülmüş şəxs) – Azərbaycan Respublikası ərazisində hərbi təcavüz, təbii və texnogen fəlakət nəticəsində daimi yaşayış yerini tərk etməyə məcbur olub başqa yerə köçmüş şəxsdir.

Başqa ölkədəki daimi yaşayış yerini bu maddənin birinci hissəsində göstərilən əsaslara görə tərk etməyə məcbur olub Azərbaycan Respublikasına gəlmiş Azərbaycan Respublikası vətəndaşına müvafiq icra hakimiyyəti orqanının qərarı ilə məcburi köçkün statusu verilə bilər.

Qaçqın və məcburi köçkünlər AR ərazisində aşağıdakı hüquqlara malikdirlər:

– müvəqqəti yaşayış yerinə pulsuz gediş və əmlakın ora pulsuz daşınması;

– səhiyyə orqanlarının tələbi ilə tibbi müayinədən keçmək və zəruri tibbi preparatları pulsuz əldə etmək;

– tənha təqaüdçülərin və əmək qabiliyyəti olmayan əlillərin müvafiq sosial təminat müəssisələrində yerləşdirilməsi;

– bu qanunda nəzərdə tutulmuş müddətdə qaçqın və ya məcburi köçkün statusunu almaq;

– dəymiş maddi və digər zərərin ödənməsi haqqında məsələnin qaldırılması;

– pozulmuş hüquqların qorunması haqqında məhkəmə işinin qaldırılması;

– humanitar yardımdan istifadə;

– sərbəst dini etiqad;

– qaçqın vəsiqəsini və AR hüdudlarından kənarda hərəkət hüququ verən yol vəsiqəsini almaq.

Qaçqın və ya məcburi köçkün statusu almış şəxslər Azərbaycan Respubliasının qanunvericiliyində xaricilər və vətəndaşlığı olmayan şəxslər üçün nəzərdə tutulmuş hüquqlardan istifadə edir və öhdəliklər daşıyırlar.

Qaçqınların və məcburi köçkünlərin yaşayış şəraitinin yaxşılaşdırılması və məşğulluğunun artırılması üçün bu sahədə daima yeni qanunlar qəbul olunur.

Onlar arasında məcburi köçkünlərin sağlamlıq problemlərinin həlli, səhiyyə müəssisələrində məcburi köçkünlərin pulsuz müayinə, müalicə və dərman preparatları ilə təmin olunması ilə əlaqədar zəruri tədbirlərin həyata keçirilməsi məcburi köçkünlərə göstərilən tibbi xidmətin keyfiyyətinin artırılması kimi qanunlar da yer almışdır [7, 12, 23, 24, 25].

Sosial müdafiə tədbirləri.

1. Müvəqqəti yaşyış yeri ilə təmin edilmə.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin müvafiq icra hakimiyyəti orqanları tərəfindən yerləşdirilməsi. Başqa şəxslərin hüquq və azadlıqları pozulmadığı halda, həmin şəxslərin müstəqil surətdə könüllü yerləşməsinə yol verilir.

2. Məşğulluğun təmin edilməsi.

Müəyyən dövlət proqramı əsasında müvafiq icra hakimiyyəti orqanları qaçqın və məcburi köçkünlərin məşğulluğunun təmin edilməsi ilə məşğul olur və onların məşğulluğunun təmin edilməsi, kommersiya və sahibkarlıq fəaliyyəti ilə məşğul olmaları üçün zəruri şərait yaradılır.

İş ştatının ixtisarı zamanı qaçqın və məcburi köçkünlər öz iş yerini saxlamaq üçün üstün hüquqdan istifadə edirlər.

3. Sosial təminat.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin iş stajı və əmək haqqı haqqında sənədləri olmadığı halda, onlara pensiya "Vətəndaşların pensiya təminatı haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanununda müəyyən edilmiş qaydada təyin edilir. Əmək qabi-

liyyətinin müvəqqəti itirilməsinə görə sosial sığorta ödənişləri onlara əmək stajından asılı olmayaraq tam əmək haqqı həcmində ödənilir.

4. Tibbi təminat.

Qaçqın və məcburi köçkünlərə tibbi xidmət onların yerləşdirildiyi ərazidə yerləşən tibbi müəssisələr tərəfindən həyata keçirilir. Onlar müvafiq icra hakimiyyəti orqanları tərəfindən müəyyən edilmiş qaydada pulsuz tibbi xidmət və dərman preparatları ilə təmin edilirlər.

5. Təhsil hüququnun təmin edilməsi.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin düşərgələrdə yerləşdirilmiş uşaqları təhsil standartlarına uyğun olaraq müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təşkil olunmuş məktəbəqədər və ümumi orta təhsil alırlar. Uşaqlar dərsliklərlə və digər dərs ləvazimatları ilə pulsuz təmin edilirlər. Dövlət ali və orta ixtisas təhsil müəssisələrində ödənişli formada təhsil alan qaçqın və məcburi köçkünlər təhsil haqqından azad edilirlər.

6. Vergi güzəştləri.

Məcburi köçkünlər mənzil-kommunal xidmətlərinə və telefondan istifadəyə görə (istisna: şəhərlərarası və beynəlxalq danışıqlar) ödənişdən azad edilirlər.

Məcburi köçkünlər gəlir vergisindən, şəxsiyyət vəsiqəsinin, eləcə də sürücülük vəsiqəsinin verilməsinə görə ödənişlərdən, texniki baxış, texniki pasportların dəyişdirilməsi zamanı tutulan ödənişlərdən, nəzərdə tutulmuş dövlət rüsumlarının və vergilərin ödənişindən azad edilirlər.

7. Maddi yardım.

Qaçqın və məcburi köçkünlərə birdəfəlik və müntəzəm maddi yardım müvafiq icra hakimiyyəti orqanları tərəfindən müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin mövcud sosial problemlərinin həlli istiqamətində də ardıcıl işlər həyata keçirilir. Dövlət başçısının 2004-cü il 1 iyun tarixdə təsdiq etdiyi "Qaçqınların və məcburi köçkünlərin yaşayış şəraitinin yaxşılaşdırılması və məşğulluğunun artırılması üzrə Dövlət Proqramı" mühüm əhəmiyyətli sənəd olmuşdur. Dövlət Proqramının qəbul edilməsi bu sahədə genişmiqyaslı işlərin həyata keçirilməsinə imkan yaratdı.

Ermənistan təcavüzü nəticəsində Azərbaycan əhalisinin sosial-psixoloji və iqtisadi durumuna dəyən zərərlər

Dağlıq Qarabağ Muxtar Vilayəti ərazisində əhalisinin sayı 1959-1989-cu illər arasında 57,6 min nəfər və yaxud 44% artmışdır. Bu, əsasən, təbii artım hesabına baş vermişdir. Vilayətdə sənaye və xidmət sahələrinin inkişafı şəhər əhalisinin daha çox artmasına səbəb olmuşdur (70 min nəfər). Şəhər əhalisinin xüsusi çəkisinə görə Dağlıq Qarabağ Muxtar Vilayəti Azərbaycan Respublikası ilə eyni səviyyədə dururdu.

Vilayət əhalisinin milli tərkibi haqqında verilən məlumatlarda azərbaycanlıların mütləq və nisbi sayının artması, rus və ermənilərin isə azalması müşahidə edilir. Bunun başlıca səbəbi burada yaşayan rus və erməni millətindən olan əhali arasında təbii artımın aşağı düşməsidir. 1959-79-cu illərdə hər 1000 nəfərə azərbaycanlılarda doğum 37,8-nəfər, ermənilərdə isə 20,3 nəfər olmuşdur. 1979-ci ilin məlumatına görə Dağlıq Qarabağın əhalisinin 75,9%-ni ermənilər, 23%-ni azərbaycanlılar, qalanlarını digər xalqlar təşkil edirdi.

Statistik məlumatlara görə, burada ermənilər böyük əksəriyyət təşkil etməmişlər. Özü də ermənilərin yaşayış səviyyəsi digər xalqlardan və o cümlədən, Azərbaycan Respubliksaının əhalisinin orta göstəricilərindən həmişə yüksək olmuşdur.

Ermənistan tərəfindən törədilən Qarabağ münaqişəsində ən böyük məhrumiyyətlərə, ölümə və mənəvi-psixoloji aşınmalara məruz qalan bu ərazilərdə yaşayan insanlar oldu. Onların arasında ölənlər, oğlunu – ərini, ailə başcısını itirənlər, çoxlu şikəstlər, evini, obasını tərk edib ağır şəraitdə yaşayanlar, qaçqınlar kütləsi yarandı. Özü də bütün bu məhrumiyyətlərə təkçə Azərbaycan əhalisi deyil, həm də Dağlıq Qarabağ və Ermənistan əhalisi düçar oldu. Bu iki respublikanın düşdüyü iqtisadi çətinlikləri, demoqrafik və miqrasiya prosesinin anormallığı, Qarabağ münaqişəsinin davam etməsi ilə bağlıdır.

Ermənistanın təcavüzü nəticəsində: həlak olanlar 20 min nəfərdən çox, Qarabağ müharibəsi əlilləri – 50000 nəfər, əsirlər və itgin düşənlər (1 iyun 1992-ci ilədək) 5101 nəfər, şəhid ailələri – 7337 olmuşdur. Təkcə 26 fevral 1992-ci ildə baş verən Xocalı soyqırımında ermənilər tərəfindən işgəncələrlə öldürülən 613

nəfərin 106 nəfəri əlsiz-ayaqsız qadın və 76 nəfəri qoca, 83 nəfərf isə azyaşlı uşaq olmuşdur. 1275 nəfər dinc sakin girov götürüldü və onlardan 150 nəfərinin taleyi bu gün də məlum deyildir. Faciə nəticəsində 1000-dən artıq dinc sakin müxtəlif dərəcədə güllə yarası alaraq şikəst olmuşdur.

Ermənistan təkcə Dağlıq Qarabağda deyil, sərhəd zonalarında, elə özünün ərazisində milli mənsubiyyətə görə azərbaycanlılara qarşı mənəvi, iqtisadi və sosial zorakılığı tarix boyu fasiləsiz olaraq davam etdirmişdir.

Sovetlər dövründə «beynəlmiləlçilik» şüarı altında məharətlə həyata keçirilən «Azərbaycanlılarsız Ermənistan» siyasəti nəticəsində Ermənistanda bir nəfər də azərbaycanlı qalmamışdır. XİX əsrin əvvəlində indiki Ermənistan ərazisində 2 minə yaxın kənddə azərbaycanlılar yaşamışdır. İndi həmin kəndlərin adları dəyişdirilib, o torpaqlarda azərbaycanlılara aid olan toponimlərdən əsər-əlamət belə qalmayıb, maddi-mənəviyyət abidələri dağıdılıb, qəbiristanlıqlar təhqir olunub, məsçidlər və türbələr yer üzündən silinibdir. Hazırki Ermənistan ərazisində yaşayan əhalinin milli tərkibinin müxtəlif dövrlər üzrə dəyişməsi «unikal» monoetnik ölkənin yaranmasından xəbər verir:

1850-ci ildə əhalinin 76% azərbaycanlılar, 24% ermənilər və b.; 1910-ci ildə əhalinin 64% azərbaycanlılar, 33% ermənilər və b.; 1948-ci ildə əhalinin 51% azərbaycanlılar, 48% ermənilər və b.; 1990-ci ildə əhalinin 99% ermənilər və b.

1988-ci ildən başlayaraq Ermənistandan Azərbaycana 243,7 mindən çox qaçqın, Yuxarı Qarabağın işğal olunmuş rayonlarından isə 611 min qaçqın və köçkün gəlmişdir. Təkcə münaqişənin qızışdığı 1988-1989-cu illərdə Ermənistan respublikasının 22 rayonundan 241,8 mindən artıq azərbaycanlı, 18 min əcəmi kürdü, 1000 nəfər rus dilli əhali, cəmi – 243,7 min nəfər silah gücünə öz doğma ocaqlarından qovulmuşdur. Həmin köçürülmə illərində erməni cəlladlarının işgəncələrinə məruz qalmış 410 azərbaycanlı, o cümlədən, 57 qadın, 23 uşaq vəhşicəsinə qətlə yetirilmiş, müxtəlif bədən xəsarəti almış, onların yaşayış evləri və əmlakları qarət olunmuşdur. Nəticədə, Ermənistanda azərbaycanlılar yaşayan 172 kənd dağılmış və

toplu halında xalis azərbaycanlılar yaşayan 9 min km² ərazi zəbt olunmuşdur.

1918-ci il Batum müqaviləsinə görə cəmi 9 min km² ərazisi olan Ermənistan bu gün 40 min km² Azərbaycan torpaqlarını tədricən öz nəzarəti altına almışdır. BMT-nin baş məclisinin 09 dekabr 1984-ci il tarixli Beynəlxalq Konvensiyasına görə özgə ərazisinə təcavüz edən ölkələrə qarşı cəza aksiyaları hüquqi baxımdan məqbul sayılır. Bundan başqa, XX əsrin 90-cı illərində ermənilərin Qarabağda zor işlədərək həyata keçirdikləri bu təcavüz nəticəsində baş verən böyük insan deportasiyası, öldürülməsi, evlərininin və yaşayış məntəqələrinin dağıdılması həm BMT, həm də müasir dünyanın demokratik ölkələri tərəfindən qəti pislənilmədir. Dünyada çox qəribə bir yanaşma qaydası müşahidə olunur: ermənilərin hələ tarixin sübut edə bilmədiyi 1915-ci il soyqırımına Fransa və Avropanın bəzi demokratik ölkələri həssaslıqla yanaşdığı halda, XX əsrin 90-cı illərində Qarabağda, Xocalıda gözləri önündə azərbaycanlıların ermənilər tərəfindən soyqırımına biganə baxırlar. Ermənistanın işğal etdiyi rayonlardan olan əhalinin yaşayış şəraiti pisləşdiyinə görə onlann hamısında təbii artım kəskin sürətdə aşağı düşmüş, uşaq ölümü artmışdır. İşğal olunmuş rayonların hamısında 1989-1998-ci illər (ilk 10 il ərzində) arasındakı dövrdə doğum kəskin sürətdə azalmışdır, ölüm qismən artmış və təbii artım hər 1000 nəfərə görə həddən çox kiçik göstəricidir. Bu azalma (hər 1000 nəfərə görə) rayonların hamısında 11,2-22,6 nəfər arasında müşahidə olunur. Göstərilən illərdə Cəbrayıl, Qubadlı, Zəngilan və Ağdam rayonları əhalisinin məskunlaşdıqları yeni yerlərdə təbii artım daha çox aşağı düşmüşdür (16,9-22,6 nəfər arasında). İşğal olunmuş, rayonların hamısında demoqrafik göstəricilər orta respublika səviyyəsindən aşağı olmuşdur. İşğal olunmuş rayonlarda əhalinin təbii artımının aşağı düşməsinin başlıca səbəbləri: sosial və iqtisadi şəraitin həddən artıq ağır olması, dağ və dağətəyi zonalarının əhalisinin sərin iqlim şəraitindən düzən yerlərdəki isti iqlim şəraitinə düşmələri və ona dözümsüzlükləri və s.

Qacqın və koçkünlərin ən ağrılı problemlərindən biri də onların işlə təmin olunması ilə bağlı çətinliklərdir. Azərbaycan Respublikası Qaçqınlar Komitəsinin verdiyi məlumata görə 1999-cu ildə 301359 nəfər əmək qabiliyyətli qaçqın və məcburi

köçkün olmuşdur, onların 196380 nəfəri, yaxud ümumi əmək ehtiyatının 65,2%-i işsizdir.

Məcburi köçkünlərin 74 min nəfəri lazımı şəraiti olmayan çadır şəhərciklərində, 99 min nəfəri quraşdırılmış evlərdən ibarət qəsəbələrdə, 17,5 min nəfəri ictimai binalarda, məktəblərdə, uşağ bağçalarında və yataqxanalarda, 20,2 min nəfəri tanış və qohum evlərində, qalanları zəbt ounmuş mənzillərdə, yarımçıq qalmış tikililərdə, fermalarda, yük vaqonlarında və sadəcə olaraq, yol kənarlarında məskunlaşmışlar. Heç bir normal istilik, elektrik enerji təchizatı, sanitar-qiqiyena şəraiti olmayan belə qaçqın məskənlərində doğulan uşaqların, onların valideynlərinin sağlamlığı təhlükə altında qalmışdır.

Beləliklə, Ermənistanın təcavüzü nəticəsində 1 milyon nəfər qaçqın və köçkün əmələ gəldi, 20 min nəfər həlak oldu, 50 min nəfər əlil oldu, 5,1 min nəfər (1 iyun 1992-ci ilə qədər) əsir və itkin düşdü, işğal olunmuş rayonlarda əhalinin təbii artımı 22-26 nəfər arasında (hər 1000 nəfərə) aşağı düşdü [1-5, 15, 16, 30].

Sənaye, yaşayış obyektlərinə və sosial obyektlərə vurulmuş zərər

Hələ Dağlıq Qarabaq münaqişəsi başlamazdan çox əvvəl Azərbaycan dövlətidağlıq rayonların, o cümlədən DQMV-nin məhsuldar qüvvələrinin inkişaf etdirilməsi haqqında qərar verdi. Bununla əlaqədar olaraq DQMV-də və hazırda işğal altında olan digər rayonların ərazisində tikinti işləri bərpa olunmuşdur. Burada güclü tikinti təşkilatları yaradılmış və yeni maşın mexanizmləri və nəqliyat vasitələri gətirilmişdir. Yerlərdə güclü tikinti materialı müəssisələri, o cümlədən DQMV-də mərmər zavodu tikilmişdir. İşğal nəticəsində yeni tikililərin bütün maddi-texniki bazası məhv edildi, planlaşdırılmış layihələr isə həyata keçirilmədi.

İşğal edilmiş ərazilərdə fəaliyyət göstərən sənaye sahələri respublikanın iqtisadiyyatında mühüm yer tuturdu. Burada əsasən qida sənayesi və yüngül sənaye müəssisələri, tikinti materialları müəssisələri inkişaf etmişdir.

Həmin regionda qeyd edilən sahələrin inkişafına güclü kənd təsərrüfatı, xammal və yerli təbii resurslar müsbət təsir

göstərirdi. Zəbt edilmiş ərazilərdə ən çox inkişaf etmiş sənaye sahələri yağ, pendir istehsalı, şərabçılıq və qismən yüngül sənaye idi ki, bunlar yerli əhalinin ərzaqla təmin edilməsində mühüm əhəmiyyətə malik idi.

Bu rayonlarda mineral su buraxan İstisu və Turşsu müəssisələri; mərmər və daş kəsimi üzrə Qarabağ və Ağdam zavodları; keyfiyyətli və keçmiş SSRİ-də məşhur olan "Ağdam" və başqa tipli çaxırlar buraxan çoxlu sayda şərab zavodları, yağ-pendir hasilatı üzrə istehslat müəssisələri; toxuculuq və ayaqqabı fabrikləri; Qarabağ İpək Kombinatı və d. fəaliyyət göstərirdi. Bakı müəssisələrinin burada tikilmiş 50-dən çox yeni filialı işğal altında qaldı. Ümumilikdə bu regionda 183-dən çox sənaye müəssisəsi və 127-dən çox tikinti müəssisəsi öz işini dayandırdı.

İnkişaf səviyyəsinə və mövcud sənaye sahələrinə görə Dağlıq qarabağ MV keçmiş Azərbaycan SSR-in iqtisadi rayonları arasında dördüncü yeri tuturdu (Abşeron, Gəncə-Qazax yaronları, Naxçıvan MR).

İşğal edilmiş rayonların sənaye potensialı, əsasən, Dağlıq Qarabağ Muxtar Vilayətinin ərazisində cəmləşmişdir. Bu vilayətin ərazisində ən çox sayda sənaye və tikinti müəssisələri yerləşmişdir (137 müəssisə). İşğal edilmiş rayonların bütün sənaye məhsullarının 40%-ə qədəri və yaradılmış əsas fondların 18,7%-i bu vilayətin payına düşür, sənaye məhsullarının 5%-i və əsas fondların 41%-i isə Fizuli, Ağdam rayonlarının payına düşür. Ağdam və Fizuli inzibati rayonları sənaye və tikinti sahəsində ikinci pilləni tutur (51% sənaye məhsulu, 41% əsas fond), qalan 5 inzibati rayonda – Laçın, Kəlbəcər, Cəbrayıl, Qubadlıvə Zəngilanda sənaye çox zəif inkişaf etmişdir. 1988-ci ildə Azərbaycan SSR-də ümumi sənaye məhsullarının 2,7%-i, əsas fondların isə 3,4%-i işğal edilmiş rayonların payına düşürdü.

Azərbaycan SSR-də işğal edilmiş rayonların sənaye istehsalının ayrı-ayrı növləri üzrə xüsusi çəkisi aşağıdakı kimi idi: bəzək materialları – 11,0%, inşaat əhəngi – 7,8%, tikinti materialları – 3,0%, ayaqqabı – 11,0%, ət – 5,0%, konservlər – 6,9%, kərə yağı – 25,2%, şərabçılıq məhsulları – 35%, xam ipək – 13,5%, yun – 19,3%, mineral su – 11,5% və s.





Şək. 13-14. Dağıdılmış Dağlıq Qarabağ Muxtar Vilayətinin şəhərləri

Qarabağ müharibəsi zamanı Azərbaycana dəymiş zərəri rəqəmlə qiymətləndirmək mümkün deyil. Onlar nə rəqəmlərə, nə də statistik məlumatlara sığmır, çünki bizim mədəniyyətimizə, mənəvi, maddi dəyərlərimizə toxunmuşdur. Lakin maddi itkilərimizi əks etdirən natamam siyahı göstərmək olar.

Birincisi, erməni təcavüzkarları suveren Azərbaycan Respublikasının 20% torpaqlarını həyasızcasına işğal etmişdir. Bu təcavüz nəticəsində təxminən 20.000 insan öldürülmüş, 50.000 nəfər yaralanmış və əlil qalmış, milyondan artıq insan doğma torpağından məhrum olmuş, məcburi köçkün olmuş, 5.000 insan itkin düşmüşdür.

Bundan başqa, müharibə və ərazisinin işğalı nəticəsində Azərbaycan böyük sosial-iqtisadi ziyan çəkmişdir. Birbaşa və dolayı itkilərin ümumi məbləği təqribən 56 mlrd. ABŞ dolları təşkil etmişdir.

Regionda 25 min kilometr uzunluqda güclü kommunikasiya xətləri, avtomobil yolları – 3.984 kilometr, elektrik xətləri – 14 min kilometr, su kəməri – 2,3 min kilometr, qaz kəməri – 2 min kilometr, kanalizasiya xətləri – 240 kilometr, 2.500 transformator, 34 min telefon nömrəsi var idi. Bundan başqa, işğal edilmiş ərazidə 4 aeroport, dəmir yolu (Bakı-Ağdam-Xankəndivə Bakı-Naxçıvan-Yerevan) qalmışdır [4, 7, 22, 23, 26].

Azərbaycan torpaqlarının ermənilər tərəfindən işğalı nəticəsində 647,9 min hektar məhsuldar torpaq, o cümlədən 199 min hektar əkin torpağı, 62 min hektarçoxillik əkinlər, 50 mindən çox üzümlük, 244 min baş iri və kiçik buynuzlu malqara və s. məhv edilmişdir. Bundan başqa, işğal olunmuş ərazilərdə çoxlu sayda traktor, kombayn, avtomobil, eləcə də 7.296 hidrotexniki qurğu, 36 nasos stansiyası, 26 suvarma sistemi və s. qalmışdır.

İşğal olunmuş ərazilərdə 690 məktəb, 250 uşaq bağçası, 65 peşə müəssisəsi, 2 ali təhsil müəssisəsi məhv edilmişdir. Müharibə nəticəsində 23 min müəllim işsiz qalmış, 210 mindən çox məktəbli və tələbə isə təhsilsiz qalmışdır. İşğal olunmuş ərazilərdə təxminən 700 tibbi müəssisə (poliklinikalar, doğum evləri, uşaq xəstəxanaları, təcili yardım stansiyaları, aptеklər və s.) dağıdılmışdır. Səhiyyəyə vurulmuş zərər 1,2 milyard ABŞ dolları təşkil edir. Azərbaycan Respublikasının ərazisinin işğalı nəticəsində Ermənistanın silahlı qüvvələri

1.421 mədəniyyət evini və klubu, 8 rayon, 32 şəhər, 10 uşaq və 683 kənd kitabxanasını, 6 mədəniyyət və istirahət parkını, 47 uşaq musiqi məktəbini, 3 teatrı, 3 qalereyanı, 464 tarixi abidəni, təxminən 40 min tarixi əşyaları və 4,6 milyon kitabı dağıdaraq məhv etmişdir!



Şək.15. Erməni təcavüzkarları tərəfindən dağıdılmış ev (https://az.sputniknews.ru/columnists/20170402/409614344/prifrontoviye-sela-azerbaijana-voyna-mir.html)

22 talan edilmiş muzeydən erməni təcavüzkarları tərəfindən 20,5 milyard manat dəyərində, o cümlədən ümumdünya əhəmiyyətli 40 min dəyərli muzey əşyaları və eksponat oğurlanmışdır. İşğalçıların talan edərək, məhv etdiyi muzeylər arasında Kəlbəcərdə unikal tarixi eksponatların, qızıl və gümüş məmulatların, nadir və qiymətli daşların, xalçaların,əl işlərinin və tətbiqi sənət nümunələrinin olduğu tarixi-diyarşünaslıq muzeyi, Şuşa şəhərinin tarix muzeyivə Ağdam şəhərində çörək muzeyi, eləcə də Zəngilan rayonunda daş abidələr muzeyi olmuşdur. Ağdam, Laçın, Fizuli, Şuşa, Qubadlı, Cəbrayıl və digər rayonlarda 20 müasir mədəniyyət sarayı

binası dağıdılmışdır. İşğal edilmiş rayonların klublarında, mədəniyyət evlərində və saraylarında 103,2 min yumşaq və sərt kreslo, 5600 musiqi aləti, 481 kinoapparat, 20 kinokamera, 423 videomaqnitofon və maqnitofon, 5920 dəst kişi və qadın səhnə geyimi, 40 səs qurğusu və gücləndirici qurğu, 246 səhnə projektoru məhv edilmişdir.

Müxtəlif profilli mədəniyyət müəssisələrində 27 royal, 840 piano, 886 radiola və qəbuledici, 495 kondisioner, 218 fotoapparat, 365 soyuducu, 547 çap makinası, 57250 vahid stul, 9450 masa, 10600 kitab rəfi, 5900 kitab vitrini, 2400 kataloq qutusu, 1500 kitab şkafı, 50 böyük və kiçik formalı attraksion və oyun avtomatı, 44 xüsusi avtomaşın-avtoklub, avto-kitabxana və avto-muzey, 1814 telefon apparatı, 1240 xalça və xalı məmulatı, 650 dəst səhnə pərdəsi və avadanlığı məhv edilmişdir.

Yalnız 4dövlət teatrında hər biri 120 şamlı olan, 1,5 ton çəkili və 50 milyon manat dəyərində teatr çılçıraqları, eləcə də 10 milyon manat dəyərində səhnə avadanlığı və dekorativ elementlər məhv edilmişdir. İşğal edilmiş ərazilərdə yerləşən 1850 mədəniyyət müəssisəsinin və yardımçı tikilinin taleyi və vəziyyəti indiyə qədər məlum deyil, güman edirik ki, onlar da dağıdılmışdır. (Qarabağa Azadlıq Təşkilatının materiallarından).

Erməni basqını nəticəsində Azərbaycan əhalisinin sosial-psixoloji və iqtisadi vəziyyətinə dəymiş zərər

Aşağıda ***Madrid prinsipləri*** və ***Praqa prosesinə əsasə mövcud vəziyyətin təsviri verilmişdir***.

Müharibənin sonundan etibarən, bir sıra təşkilatlar münaqişəsi ilə bağlı qətnamələr qəbul etmişlər. 2005-ci il yanvarın 25-də AŞPA-nın qış hissəvi-sessiyasında "ATƏT-in Minsk Konfransının məşğul olduğu Dağlıq Qarabağ bölgəsi üzərində münaqişə" adlı 1416 (2005) saylı Qətnamə və 1690 (2005) saylı Tövsiyə qəbul olunmuşdur. Assambleya bir üzv dövlət tərəfindən xarici ərazinin işğalının həmin dövlətin Avropa Şurasının üzvü kimi öz üzərinə götürdüyü öhdəliklərin ciddi şəkildə pozulması demək olduğunu xatırlatmış və münaqişə ərazisindən köçkün düşmüş şəxslərin öz evlərinə təhlükəsiz və ləyaqətlə qayıtması hüququnu bir daha təsdiq etmişdir. 14 mart 2008-ci il tarixində BMT Baş Məclisi özünün 62-ci

sessiyasında Azərbaycanın işğal olunmuş ərazilərində vəziyyətə dair A/RES/62/244 saylı qətnamə qəbul etdi. Azərbaycan Respublikasının Dağlıq Qarabağ bölgəsi və ətrafındakı silahlı münaqişənin beynəlxalq sülh və təhlükəsizliyə təhlükə törətdiyindən ciddi narahatlıq keçirən BMT Baş Məclisi Azərbaycan Respublikasının suverenliyini və beynəlxalq səviyyədə tanınmış sərhədlərinin toxunulmazlığına güclü dəstəyini bir daha təsdiq edərək, bütün erməni qoşunlarının Azərbaycan Respublikasının bütün işğal olunmuş ərazilərindən dərhal, tam və qeyd-şərtsiz çıxarılmasını tələb etdi. İslam Konfransı Təşkilatının 2008-ci il martın 13-14-də Seneqalın Dakar şəhərində keçirilmiş 11-ci Zirvə konfransında, eləcə də 2009-cu il mayın 23-25-də Suriyanın Dəməşq şəhərində keçirilmiş İƏT xarici işlər nazirlərinin 36-cı konfransı Azərbaycanın maraqlarına tam uyğun olan qətnamələr qəbul etmiş, qəbul edilən sənədlərdə üzv dövlətlər bir daha erməni təcavüzünü qətiyyətlə pisləmiş, Ermənistan silahlı qüvvələrinin işğal olunmuş ərazilərdən dərhal və qeyd – şərtsiz çıxarılmasını tələb etmişlər. Buna cavab olaraq, Ermənistan rəhbərliyi Azərbaycanı «Böyük beynəlxalq dəstək qazanmaq üçün İslamı istifadə etməsində» ittiham etmişdi.

2008-ci ildə «Moscow Defense Brief» jurnalı qeyd edir ki, Azərbaycan müdafiə xərclərinin sürətli artımı və Azərbaycan Silahlı Qüvvələrinin yenidən silahlanması ilə hərbi balans artıq Azərbaycanın xeyrinə dəyişib. 2016-cı ildə Eurasianet.org saytının analitiki Coşua Kuçera Pentaqonun yardım proqramlarının regionda uyğun balansı Azərbaycanın xeyrinə pozduğunu vurğulayır:

«Düzdür, Azərbaycanın aldığı 20 milyon dollar region miqyasında kiçik görünür. Məsələn, Qırğızıstana həmin müddət ərzində eyni proqramlar çərçivəsində 118 milyon dollar ayrılıb. Amma Dövlət Departamenti son 10 ildə Ermənistanla Azərbaycana oxşar yardımı ciddi azaldır, ildə 2-4 milyon dollara salıb və təxminən eyniləşdirib».

II FƏSİL

MƏCBURİ MİQRANTLARIN SOSİAL ADAPTASİYASI STRATEGİYALARI VƏ AMİLLƏRİ

İnsanın sosial adaptasiyası məsələləri müasir sosiologiyanın ən mühüm ümumi-nəzəri problemlərinə aiddir. Sosial adaptasiyanın effektivliyi individin, cəmiyyətin qanunvericilik normalarını, mənəvi normalarını və ənənələrini pozmadan, eyni zamanda psixoloji sabitliyini və emosional məmnunluq vəziyyətini qoruyub saxlamaqla, çoxsaylı adaptasiya (o cümlədən dünya görüşü ilə bağlı) əngəllərini səmərəli şəkildə dəf etməsinə, müxtəlif sosial birliklərlə müvəffəqiyyətlə qarşılıqlı əlaqəyə girməsinə imkan verən adaptasiya strategiyalarını asan tapdığı və ya formalaşdırdığı həyat fəaliyyəti prosesi ilə təsdiq edilir. Yeni həyat şərtlərinə sosial adaptasiya, xüsusən, öz infrastruktur mühitindən məcburən köçürülmüş şəxslər üçün, çətindir: məcburi yerdəyişmələr şəraitində miqrasiya axınlarının dövlət tərəfindən tənzimlənməsi təcrübəsinin çatışmazlığı, miqrasiya statistikası məlumatlarının aşağı keyfiyyəti, məcburi köçkünlərin vəziyyəti haqqında real informasiyanın məhdudluğu, onun əldə edilməsi metodlarının və alətlərinin natamamlığı, iqtisadi cəhətdən çətinliklər. Məcburi köçkünlərin sosial adaptasiyasının tədqiqi tədqiqat obyektinin lokalizasiya yeri ilə determinasiya olduğu üçün mürəkkəb prosesdir və bu,yaşayış yerini dəyişmiş bir qrup insanın yeni yerdə məskünlaşma şəraitinin gərginliyini əks etdirir və "qəbul edən" tərəfin vəziyyətini mürəkkəbləşdirir. Yeni sosial mühit şəraitində məcburi miqrantlar çox vaxt psixoloji sabitliyin və sosial orientasiyanın dəstəklənməsinə imkan verən müxtəlif davranış modellərindən istifadə edirlər.

Məşhur tədqiqatçı K.Dodd yeni həyat şəraitində məcburi köçkünlərin 4 davranış modelini ayırd etmişdir.

1. Flight – yerli əhali və onun mədəniyyəti ilə istənilən kontaktdan özünəməxsus qaçmaq cəhdi. Adətən bu cür model qrup şəklində başqa yerə köçən və öz mikro dünyalarını yaradan, aşağı sosial və təhsil səviyyəsi olan qaçqınlar üçün

səciyyəvidir.Bu strategiya səmərəli deyil, çünki "getto effekti" və ondan irəli gələn nəticələr meydana çıxır: aşağı həyat səviyyəsi, yüksək cinayətkarlıq, yoxsulluq.

2. Fight – öz etnik mədəniyyətinin aktiv daşınması. Bir qayda olaraq, yerli əhali tərəfindən qəbul edilməmə və mədəniyyətlərarası münaqişələrlə müşayiət olunur.

3. Filter – müxtəlif mədəniyyətlərin nümayəndələri arasında qarşılıqlı kompromissin axtarılmasından ibarət olan ən səmərəli modeldir. Bu öz milli xüsusiyyətlərini saxlamaqla, dəyərlərin və təcrübənin qarşılıqlı mübadiləsidir.

4. Flex – yerli əhalinin nümayəndələrinə passiv qarışma, öz köklərindən imtina və öz xalqı ilə mənəvi bağların itirlilməsidir.

Amerika psixoloqu Harri Triandis qaçqın və məcburi köçkünlərin sosial adaptasiyası prosesini məcburi miqrantların adaptasiyası prosesinin belə adlandırılan əyrisi çərçivəsində nəzərdən keçirmişdir. Bu əyriyə əsasən H.Triandis miqrantların adaptasiyası prosesinin beş mərhələsini qeyd edir [10,18].

1. "Bal ayı"miqrantların emosional yüksəlişi ilə, ruh yüksəkliyi ilə, daxili canlanma vəziyyəti və böyük ümidləri ilə səciyyələnir.

2. Yad mühid öz mənfi təsirini göstərməyə başlayır.Narahatlıq, yerli sakinlərlə qarşılıqlı anlaşmazlıq və onlar tərəfindən qəbul edilməmə hissi yaranır. Bütün bunlar məyusluğa, özünü itirməyə, frustrasiya və depressiyaya gətirib çıxarır. Bu mərhələdə "yabançı şəxs" yalnız öz yerliləri ilə ünsiyyət quraraq (belə imkan varsa) və onlarla öz təəssüratlarını bölüşərək, reallıqdan qaçmağa çalışır.

3. Dezadaptasiya əlamətləri son həddə çata bilər ki, bu da tam köməksizlik hissi ilə özünü göstərir. Yeni mühitə daxil olması uğursuz olan şəxslər gəldikləri ölkəyə qayıtmağa cəhd edir və ya "stratifikasiya xəritəsində" aşağı pillələri tuturlar, çünki onlar üçün getdikcə azalan şaquli hərəkət prosesi səciyyəvidir. Bununla belə, ayrı-ayrı hallarda məcburi köçkünlər sosial ətraf tərəfindən dəstəklənir və mədəniyyətlərarası fərqlilikləri dəf edirlər – yerli ənənələri adətləri, mədəniyyəti qəbul edir, tarixlə tanış olur, dili öyrənirlər.

4. Depressiyalar tədricən nikbinliklə, inam və məmnunluq

vəziyyəti ilə əvəz olunur. Qaçqın özünü yerli ictimaiyyətə daha çox uyğunlaşmış və inteqrasiya olmuş hiss edir.

5. H.Triandisin sisteminin yekun mərhələsində yeni sosial mühitin tələbləri ilə nisbətən stabil şəxsi dəyişiklikləri nəzərdə tutan, ən yüksək adaptasiya dərəcəsi təsvir edilir. Adaptasiya prosesinin əsas məqsədi – mühit və individin qarşılıqlı uyğunluğu olsa da, bu nəticəyə nail olma prosesin tamamlandığını bildirmir. Uğurlu adaptasiya zamanı onun səviyyəsi miqrantın gəldiyi ölkədəki adaptasiya səviyyəsi ilə müqayisə oluna bilir. Yeri gəlmişkən, yeni sosial-mədəni mühitdə adaptasiyanı ona sadəcə uyğunlaşma ilə eyniləşdirmək olmaz. H.Triandis sosial adaptasiya prosesinin beş mərhələdən ibarət olan U şəkilli sxemini təsvir etmişdir: yaxşı, daha pis, pis, daha yaxşı, yaxşı.

Sosial adaptasiyanın ümumi qəbul edilmiş izahı konkret şəxsiyyətin və ya sosial qrupun unifikasiya, sosial şəraitin sistematik təkrarlanmasının tətbiqi vasitəsilə müəyyən ictimai sistemə və ya birliyə daxil olması mexanizmi kimi səslənir. Sosial adaptasiya prosesinə şəxsiyyətin adaptasiyanın sosial şərtlərini dəyişmək potensialında, emosional iradi proseslərin cəlb edilməsində; kollektivlərin və sosial qrupların ünvanlı fəaliyyəti hallarında adaptasiya mexanizminin həyata keçirilməsində individin şüurunun aktiv fəaliyyətini əks etdirən xüsusiyyətlər (baxmayaraq ki, ayrı-ayrı mərhələlər bəzən dərk edilmir) xasdır [9, 22, 49, 59, 63].

Məcburi köçkünlərin və qaçqınların sosial adaptasiyası amillərinin öyrənilməsində həyat istiqamətlərinin təhlilinə, əmək bazarında davranış tendensiyasının müəyyənləşdirlməsinə, onların sosial dəyər orientasiyalarının və mümkün özünümüdafiə vasitələrinin aşkarlanmasına, öz davranışının özünü-refleksiyasının olmasına diqqət yönəldilir. Formalaşan adaptasiya davranışı məcburi miqrantlar tərəfindən iqtisadi vəziyyətin, çıxıb gəldikləri və olduqları yerdə yaşayış şərtlərinin nisbətinə, eləcə də həyat qabiliyyətini, özünü inkişafı və ailənin mövcudluğunu təmin edən vəsaitlərin təhlilinə, onların internallığı (öz qüvvələrinə güvənmək) və eksternallığına (dövlətə güvənmək) əsaslanır.

Məcburi köçmə şəraitində şəxsi dəyər keyfiyyəti – onun nailiyyətə sövqedici motivasiyası yaranır ki, bunun çərçivəsində yaranmış problemin yalnız müsbət tənzimlənməsi formalaşır. Məcburi köçkünlər və qaçqınlar nailiyyət motivasiyası yaradır, əsasən konstruktiv adaptasiya metodlarını istifadə edir ki, bu da sosial təcrübənin sosial-iqtisadi adaptasiyanın əhəmiyyətli amili kimi qeyd edilməsinə əsas verir [59,73].



Şək. 16. Ağdam rayonunda bərpa edilmiş Ayaq Qərvənd kənd məktəbi (https://az.sputniknews.ru/columnists/20170402/409614344/prifrontoviye-sela-azerbaijana-voyna-mir.html)

Sosial adaptasiyanın əsas amillərinə aşağıdakılar aiddir:

1. məcburi köçkünlərin və qaçqınların "kənd – şəhər" xarakterinə görə yerləşdirilməsinin istiqamətlənməsi;
2. kompakt icma şəklində və ya ayrı-ayrı yerləşdirmə tipi;
3. sosial təcrübə;
4. müsbət amil – keçmişdə adaptasiya təcrübəsinin olması;
5. əhəmiyyətli sosial amil – təhsil səviyyəsi;
6. fəaliyyət xarakteri və şəraiti;
7. qrup və kollektiv üzvlərinin fərdi və şəxsi keyfiyyətləri, iş fəaliyyəti prosesində təsir və qarşılıqlı təsir üsulları, qrupun və kollektivin yetkinlik səviyyəsi;

8. qrupda şəxslərarası münasibətlərin xarakteri, qrupda üstünlük təşkil edən qeyri-formal normaların istiqaməti, onların həyata keçməsinin ciddiyyəti.

Məcburi miqrantların yerli ictimaiyyətlə dayanıqlı sosial əlaqələrinin foramlaşması onların "kənd – şəhər" xarakterinə görə coğrafi yerləşdirilməsi amilindən asılıdır. Belə ki, böyük şəhərlərin, sənaye mərkəzlərinin keçmiş sakinləri olan köçkünlərin şəhərdə həyat şəraitinə tez və uğurlu adaptasiya olmasına ümid etmək olar, çünki kənd rayonlarından gələnlərdən fərqli olaraq, onlar yüksək təhsil səviyyəsi, peşə statusu kimi fərqli xüsusiyyətlərə malikdirlər.

Adaptasiyanın mühüm sosial amillərinə təhsil səviyyəsi aiddir. Aydındır ki, bu fakt ali təhsilin, təhsildə müvəffəqiyyətin adaptasiya prosesinin uğurundan birbaşa asılı olduğunu bildirmir. Miqrantlar arasında bacarıqların inkişaf səviyyəsi, qabiliyyətlər və öyrənməyə, yeni bir şeyi mənimsəməyə hazırlıq, intellektual əmək qabiliyyəti səviyyəsi, bilik səviyyəsi və nəhayət, şəxsiyyətin keyfiyyətli təhsillə nail olunan ehtiyat tərkib hissələrinin inkişafı çox vacibdir [41, 52].

Adaptasiya vəziyyətinin stabilliyinin pozulması aşağıdakı əlamətlərlə müşayiət olunur:

1. sıxıntılı əhval, narahatlıq, həyəcan;
2. vəziyyətin öhdəsindən gəlməkdə, ona adaptasiya olmaqda köməksizlik hissi;
3. həyat fəaliyyətinin səmərəliliyinin azalması;
4. "kədərli" hadisələri şişirtməyə meyllilik.

Köçkünlərin sosial-mədəni mühitdə müstəqil yaşamağa başlaması dinamikada, xüsusən sosial həyatın təhsil, səhiyyə, mədəniyyət kimi sahələrində, etnik-milli birliyin yaranması, məcburi köçkünləri qəbul edən birliyin həyat fəaliyyətinə müsbət təsiri ilə baş verir. Köçkünlərin yeni mühitdə uğurlu adaptasiyasının əsas meyarları aşağıdakılardır:

– əmək fəaliyyətində marağın olması və düzlük;
– öz davranışının refleksiyası;
– işə qoşularkən passivliyin olmaması;
– daha çox özünütəsdiqə can atma.

Məcburi köçkünlərin və qaçqınların sosial adaptasiyasının

bu meyarlarından hər biri müəyyən dərəcədə şəxsiyyətin adaptasiyasının həqiqi səviyyəsini əks etdirir. Sosial adaptasiyanın effektivliyinə individin miqrasiya yerində yüksək sosial statusu, onun səviyyəsi, eləcə də şəxsiyyətin ictimai sistemdən psixoloji məmnunluğu daxildir. Sosial adaptasiyanın effektivliyi bir çox amillərdən asılıdır:

– əmək fəaliyyətinin xarakterindən və şəraitindən;

– qrupşəkilli birliyin iştirakçılarının şəxsi-fərdi xarakteristikalarından;

– formal fəaliyyət prosesində təsir metodlarından və qarşılıqlı asılılıqdan;

– qrupun inkişaf dərəcəsindən;

– qrupda şəxslərarası qarşılıqlı əlaqənin xüsusiyyətlərindən;

– qrupda üstünlük təşkil edən qeyri-formal normativlərin istiqamətindən;

– onların həyata keçirilməsinin ciddiyyətindən;

– qrupun ümumi təşkilindən və strukturundan [3, 31, 36, 58, 62, 79].

Məcburi miqrantların sosial adaptasiyasını həmin prosesi təşkil edən aşağıdakı komponentlər vasitəsilə göstərmək olar:

– sosial-iqtisadi;

– sosial-mədəni;

– sosial-psixoloji aspektlər.

Sosial-iqtisadi aspekt, şübhəsiz, məcburi miqrantın sosial adaptasiyasının uğurunun vacib meyarı olan, işlə təmin edilmənin mümkünlüyü problemini nəzərdən keçirir. Qaçqın və məcburi köçkünlər qarşısında peşə istiqaməti problemi durur, çünki adət olunmuş sosial statusun itirilməsi baş verir, həm də işlə təmin edilmə ilə bağlı bir sıra infrastruktur problemi meydana çıxır. Xeyli sayda miqrant ixtisası üzrə işləmir, bundan başqa, əksəriyyətində yalnız peşəfəaliyyəti sahəsi deyil, əməyin sərf edilməsi sahəsi də dəyişmişdir. Köçkünlərin özünü təsdiqləməsi imkanları köçmə nəticəsində olduqca azalır, çünki miqrasiya axınlarının xarakteri demoqrafik və peşə məzmununa görə işsizlərin əsas tərkibinə yaxındır.

Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi ilə müştərək Qaçqın və məcburi köçkünlər üzrə İşlər komitəsi 8 may



Şək. 17. Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyiilə müştərək Qaçqın və məcburi köçkünlər üzrə İşlər komitəsiqaçqın və məcburi köçkünlər üçün təşkil etdiyi yarmarkadan görüntülər

2019-cu ildə Abşeron rayonunda qaçqın və məcburi köçkünlərüçün əmək yarmarkası təşkil etmişdir. Yarmarkada 80 müəssisədən 881 vakant yer təqdim edilmişdi. 2019-cu ilin I rübündə Dövlət Məşğulluq Xidməti tərəfindən 1876 məcburi köçkün işlə təmin edilmişdir. "İşsizin dostu" proqramı çərçivəsində 1529 məcburi köçkün sosal işlərə cəlb edilmişdir və əmək müqaviləsi üzrə onlara məvacib verilmişdir [1, 2, 12, 23].

Sosial-mədəni aspekt qəbul edən mədəniyyətin ənənələrinə və dəyərlərinə sosial adaptasiyada ifadə olunur, xüsusən də, adaptasiya prosesi nə qədər tez baş verərsə, cəmiyyətdə ksenofobiya və münaqişə yaranması səviyyəsi bir o qədər aşağıdır. Məcburi köçkünlərin adaptasiyası prosesində sosial-mədəni distansiya səbəbinin **təsiri yalnız real** kəmiyyətdən deyil, həm də onların sosial statusundan, əmlak vəziyyətindən, məişət şəraitindən asılıdır. Başqa sözlə desək, ilkin adaptasiya mərhələsinə nə qədər ekstremal xarakter xas olsa, mədəni distansiyanın bir o qədər güclü dərk edilməsi baş verir. Özünü düşmən kimi qəbul edilən ətraf mühitdən ayırmağa cəhd etmək,

özünü ona müxalif etmək müdafiə mexanizminin işə düşməsinə gətirib çıxarır. Bu amilin məcburi miqrantların adaptasiyası prosesinə təsirini müxtəlif üsullarla azaltmaq olar [43, 50, 55].

Birinci variant – sosial-iqtisadi, iqlim və coğrafi cəhətdən optimal olan miqrasiya yerlərinin uyğunlaşdırılması yolu ilə mədəni distansiyanın obyektiv azaldılmasıdır.

İkinci üsul – repatriantlar üçün daha əlverişli sosial-iqtisadi şəraitin formalaşdırılmasıdır.

Üçüncü variant – köçkünlər üçün onlarla birbaşa əlaqəli olan ünsiyyət dairəsinin yaradılması. Məcburi köçkünlərin icma qrupları həmin funksiyanı yerinə yetirə bilər. Kompakt yerləşdirmə zamanı mədəni distansiya halının zəifləməsi baş verir, bundan başqa, onun həcminin böyük olması köçkünlərin məhz bu cür yerləşdirilməsi zərurətinin olduğuna işarə edir.

Sosial-psixoloji aspekt. İstənilən miqrasiya növünün amilləri iki əsas blok ola bilər. Birinci məcburi və stress şəraitlərini vətəndaş müharibələri, siyasi və ya etnik sıxışdırmalar, millətlərarası münaqişələr, zorla qovulma, təbii kataklizmlər formasında ifadə edir. Bəzi etnik qruplarda miqrasiya proseslərinin stress amillərinin üstünlük təşkil etməsi köçkünlərin psixoloji vəziyyətinə əsaslı surətdə təsir göstərir. Köçürmə yerlərində belə miqrasiya axınları könüllü miqrasiya şəraitində olduğundan daha mütəşəkkildir. Stressli və ya məcburi yerdəyişmə şəraitində miqrasiyalar sürətli və qeyri-mütəşəkkil qaydada həyata keçirilir. Belə şəraitdə köçkün öz gələcəyi haqqında fikirləşmir – o, yalnız özünün və yaxınlarının həyatını xilas etməyə çalışır [69,74].

Sosial adaptasiyanın effektivliyi məcburi miqrantın sosial-qrup və fərdi xarakteristikaları toplusundan, eləcə də qəbul edən cəmiyyətin konkret siyasi, sosial-iqtisadi və mədəni orientasiyalarından asılıdır.Bu nöqteyi-nəzərdən adaptasiya prosesi yeni mədəni mühitə daxil olma proseduru, dəyərlərin, normaların, davranış nümunələrinin irəliləyən qaydada mənimsənilməsidir. Bu zaman tam sosial adaptasiya yalnız doğma fərqli dəyər xüsusiyyətlərini itirmədən digər mədəniyyətlə sosial və psixoloji inteqrasiyaya nail olunduğu zaman mümkündür.



Şək. 18. Müasir Azərbaycan əsgəri Azərbaycanın sərhəddi boyunca bayraqlı yürüşdə (https://ru.oxu.az/politics/258907)

Yeni yaşayış mühitinə sosial adaptasiya məişət və mədəniyyətin bütün tərəflərinə aid olan, hər birinin dəyişməsi digərlərindən asılı olmayaraq baş verə bilən, ayrı-ayrı parametrlərə görə qiymətləndirilməsi mümkün olmayan bioloji, sosial və psixoloji parametrlərdə əks olunan kompleks və çoxsəviyyəli prosesdir [67, 68, 73].

Məcburi miqrantlarla sosial iş ünvanlı və kompleks yanaşmaya malik olmaqla, fərqləndirilmiş və mərhələli adaptasiyanı təmin etməli, şəxsiyyətin psixo-fizioloji, peşəkarlıq, təhsil xarakteristikaları nəzərə alınmaqla fərdi fəaliyyət layihəsindən ibarət olmalıdır. Sosial iş üzrə mütəxəssis tərəfindən peşəkar sosial fəaliyyətin həyata keçirilməsinin əsas prinsipi həm qəbul edən cəmiyyətin, həm də məcburi köçkünün ikitərəfi tolerant münasibətinin formalaşdırılmasıdır. Ən vacib adaptasiya xarakteristikası olaraq köçkün ailələrinin tez bir zamanda əhalinin sosial müdafiəsi üzrə sosial müəssisələr tərəfindən sosial müşayiət edilməsidir.

III FƏSİL

SAĞLAM HƏYAT TƏRZİ VƏ ONUN TƏRKİB HİSSƏSİ

İnsanın sağlamlığı – obyektiv vəziyyət olmaqla yanaşı, insanın fiziki, zehni və sosial vəziyyətini göstərən subyektiv təəssüratdır (ÜST tərifinə görə). Sağlamlıq insanın azad, yaradıcı və qurucu həyatfəaliyyətinə yolunu açır.

Beləliklə, sağlamlığa ümumi olaraq, insanın şəxsi və ictimai, istehsal və mənəvi, bioloji və sosial funksiyalarını optimal şəkildə həyata keçirtmək bacarığı kimi baxmaq olar.

Sağlamlıq – cəmiyyətin iqtisadi, demoqrafik, əxlaqi, mənəvi və humanist potensialıdır. Bizim dövrümüzdə sağlamlıq, bu və ya digər dövlətin səviyyəsini qiymətləndirmək üçün vacib meyarlardan biridir. Təsadüfü deyil ki, qabaqcıl sosial – iqtisadi təfəkkür sağlamlığa qoyulan kapitalı, investisiyanı yalnız iqtisadi cəhətdən daha gəlirli saymır, həm də sosial səmərəli, prestijli, həmçinin də humanist məqsədyönlü hesab edir [65, 66, 82].

Hal-hazırda sağlamlığın 60-dan çox tərifi var. Lakin onlardan heç biri onu tam olaraq açıqlamayır. Qədimdə sağlamlığa xəstəliyin olmaması kimi baxırdılar. Belə alternativə əsaslanırdılar: əgər insan xəstə deyilsə, deməli sağlamdır.

Q.N. Serdyukovskaya – sağlamlıq – yaşayış mühiti ilə qarşılıqlı əlaqənin çoxölçülü dinamik göstəricisidir. Q.İ. Sereqorodsev sağlamlığı orqanizmin optimal fəaliyyət göstərməsi, insana xarakterik sosial funksiyaları ən yaxşı halda həyata keçirməsinə imkan verən vəziyyət kimi təyin edir. Y.P. Lisisın: anadangəlmə və qazanılmış bioloji və sosial təsirlərə əsaslanan bioloji və sosial keyfiyyətlərin harmonik vəhdəti (xəstəlik – bu vəhdətin pozulması); azad həyat yaşamağa, insana xas funksiyaları yerinə yetirməyə (ilk növbədə əmək), sağlam həyat tərzi keçirtməyə mane olmayan vəziyyət, yəni mənəvi, fiziki və sosial əmin amanlıq hiss etmək.

Daha dəqiq olaraq, sağlamlıq aşağıdakı bacarıqlardır:

– ətraf mühitə və öz imkanlarına uyğunlaşma (adaptasiya);

– xarici və daxili qəzəbə, xəstəliklərə, digər zədələrə, qocalmaya və digər ayrı seçkilərə müqavimət göstərmək;

– öz bacarıqlarını, yaşayış arealını və şəraitini, ekoloji, intellektual və mənəvi – etik mühitin əlçatılan imkanlarını genişləndirmək;

– tamdəyərli həyatfəaliyyətini uzatmaq;

– öz orqanizminin imkanlarını, xüsusiyyətini və bacarığını, həyat keyfiyyətini və yaşayış mühitini yaxşılaşdırmaq;

– özünəbənzərləri, eləcə də mədəni və maddi dəyərləri yaratmaq, qoruyub saxlamaq;

– adekvat şüur, özünə, yaxınlarına, insanlığa, xeyir və şərə qarşı etik-estetik münasibət yaratmaq.

Qeyd etmək vacibdir ki, sağlamlıq yalnız zaman anında orqanizmin funksiyalarının müəyyən edilmiş vəziyyəti deyil, həm də onların sağlamlıq vəziyyətində dəyişikliklərin istiqamətini müəyyən edə bilən ehtiyat imkanlarıdır [65, 75].

– Akademik N.M.Amosov vurğulamışdır ki, sağlamlıq anlayışına əsl elmi yanaşma kəmiyyət xarakterli olmalıdır (1978). O, sağlamlığı əsas funksional sistemlərin "ehtiyat güclərinin" məcmusu kimi səciyyələndirirdi. Bu güclərin hesablanması üçün funksiyaların maksimal miqdarının onun normal səviyyəsinə nisbəti kimi hesablanan "ehtiyat əmsalını" istifadə etmək təklif edilirdi [].

– N.D.Qrayevskayanın iddiasına görə, "sağlamlıq" anlayışına fövqəladə hallarda orqanizmin adaptasiya-kompensasiya reaksiyalarının, daha dəqiq, xarici mühitin əhəmiyyətli dərəcədə təsirinə patoloji reaksiyalar yaranmadan adaptasiya olmaq imkanının təhlili də daxil edilməlidir.

– L.V.Şpakın fikrincə, sağlamlıq harmonik özünütənzimləmə və mühitlə dinamik tarazlıq, eləcə də orqanizmin müxtəlif şəraitlərdə insanın optimal fəaliyyət imkanını təmin edən psixosomatik vəziyyətlərinin məcmusudur.

İnsanın sağlamlığını yalnız xəstəlik və fiziki qüsurların olmaması deyil, həm də tam fiziki, psixoloji və sosial əmin – amanlıq vəziyyəti kimi xarakterizə edirlər. Buradan məlum olur ki, bu və ya digər dərəcədə xəstə insan yalnız xroniki və ya fiziki qüsurlar olmayan deyil, həmçinində mənəvi patologiyası,

zəifləmiş intellekt, dayanıqsız psixikası ilə seçilən insandır. Belə insan, bir qayda olaraq öz sosial funksiyalarını sağlam insanlarla bir səviyyədə həyata keçirtmək iqtidarında deyil. Bu nöqteyi – nəzərdən nüfuzlu alimlərin fikrincə planetin hər ikinci sakini tam sağlam deyil [69].

ÜST müasir insanın sağlamlığına təsir edəcək 200-dən artıq bu cür amillər qeyd edib. Onlar arasında fiziki, kimyəvi, bioloji, sosial, psixoloji, genetik amillər yer alır. Bu amillərin sayı dayanmadan artır. İlkin və ikincili risk amilləri ayırd edilir.

İlkin amillər: qeyri-sağlam həyat tərzi (siqaret çəkmə, alkoqol qəbulu, qeyri – rasional qidalanma, stress vəziyyətləri, psixoemosional gərginlik, hipodinamiya, maddi və məişət vəziyyətinin pis olması, mədəni və təhsil səviyyəsinin aşağı olması); irsiyyət amili (hər hansı bir xəstəliyə irsi meyllik, genetik risk – irsi xəstəliklərə meyllik); səhiyyə xidmətinin qeyri – qənaətbəxş olması (tibbi keyfiyyətin aşağı olması, vaxtında tibbi köməyin göstərilməməsi və s.).

İkincili amillər: digər xəstəliklərin yaranmasına zəmin yaradan xəstəliklər (şəkər xəstəliyi, ateroskleroz, arterial hipertenziya və s.).

Sağlam həyat tərzi – müəyyən insanın sağlamlığı möhkəmləndirilməsi və xəstəliklərin profilaktikası məqsədli həyat tərzidir. Sağlam həyat tərzi həyat fəaliyyətinin bütün istiqamətlərinin inkişafının ilkin şərti, onun aktiv uzunömürlülüyü və sosial funksiyalarının tərtərəfli yerinə yetirməsi üçün əsas amildir.

Sağlam həyat tərzinin aktuallığı sağlamlıq vəziyyətində mənfi dəyişikliklərə səbəb olan ictimai həyatın çətinləşməsi, texnogen, ekoloji, psixi, siyasi və hərbi xarakterli risklərin artması ilə əlaqədar insan orqanizminə düşən yükləmələrin xüsusiyyətinin dəyişməsi ilə əlaqədardır.

Yuxarıda verilmiş tərifləri ümumiləşdirərək, belə nəticə çıxarmaq olar ki, "sağlamlıq" anlayışı nisbi sabitlik şəraitində insan orqanizminin ətraf şəraitlə qarşılıqlı təsirinin müxtəlif tərəflərini əks etdirir.Orqanizmin sabit vəziyyətinin dəstəklənməsinin təbii tərkib hissəsi öz resurslarının bir hissəsinin sərf olunmasıdır. "Samogenez" adlandırılmış elm meydana çıxmışdır və onun əsasını orqanizmin xəstəliyə qarşı

müqaviməti haqqında təsəvvür təşkil edir. Bu,orqanizmin xəstəlikdən əvvəlki dövrdə aktivləşən və xəstəliyin bütün gedişatı boyu inkişaf edən müdafiə və adaptasiya tədbirləri kompleksidir. Bu mexanizmlərin əsas fəaliyyət istiqaməti orqanizmin xəstəlik müddətində zədələnmiş özünütənzimləmə sisteminin bərpası və stabilləşdirilməsidir. Bu uyğunlaşma reaksiyaları orqanizmin funksional rezervlərini səfərbər edir və başqa funksional sistemlər formalaşdırmaqla, müdafiə və kompensasiya-uyğunlaşma proseslərinin həyata keçirilməsi üçün şərait yaradır.

Orqanizmi özünü optimallaşdırma qabiliyyəti olan özünü tənzimləyən sistem kimi nəzərdən keçirərkən idarə edən və idarə olunan sistemləri, onu tənzimləyən mexanizmləri və tənzimlənən parametrləri ayırd etmək lazımdır.Müxtəlif amillərin təsiri altında həyat qabiliyyətinin təmin edilməsi üçün ən vacib göstəricilərin daimiliyinin təmin edilməsi məqsədilə orqanizmin fizioloji, biokimyəvi və psixofizioloji proseslərinin yenidən qurulması baş verir.

Beləliklə, müasir təsəvvürlər sağlamlığı orqanizmin ətraf mühitin dəyişən şəraitinə fasiləsiz adaptasiyası prosesi kimi səciyyələndirir [85].

Hazırda müasir tibbin başlıca istiqamətlərindən biri adaptasiya nəzəriyyəsidir.

Sağlamlığın orqanizmin xarici mühitin dəyişən şəraitinə uyğunlaşmaq xüsusiyyəti kimi müəyyən edilməsi nöqteyi-nəzərindənadaptasiya nəzəriyyəsi sağlamlıq və xəstəlik konsepsiyasında başlıca yeri tutur.

Həm insanın, həm də heyvanların orqanizminin adaptasiya mexanizmləri yalnız onların sağ qalmasının və təkamül inkişafının təmin edilməsinə deyil, həm də hər gün ətraf mühitin dəyişən şəraitlərinə uyğunlaşmağa xidmət edir.

Adaptasiya əsasını orqanizmin hüceyrə, orqan və sistem səviyyəsində baş verən müəyyən fiziolji reaksiyalar təşkil edən, insanın anadangəlmə və qazanılmış uyğunlaşma mexanizmlərinin tam məcmusudur. Həmçinin, orqanizmin ətrafdakı iqlim-coğrafi, istehsalat, sosial şəraitə uyğunlaşması prosesi özlüyündə universal prosesdir [80, 86].

Bioloji mənada adaptasiya prosesi orqanizmin strukturunun və funksiyalarının müxtəlif mövcud olma şəraitlərinə uyğunlaşmasıdır. Təkamül prosesində canlı orqanizmlər üçün daha effektiv olan əlamət və xassələrin formalaşması baş verir və bunlar sayəsində orqanizmin müəyyən yaşayış mühitində tam şəkildə mövcud olmaq qabiliyyəti yaranır.Orqanizmin müxtəlif şəraitlərə adaptasiyası çoxistiqamətlidir və insanın həyat fəaliyyətinin təşkilinin bütün aspektlərinə toxunur.

Adaptasiya orqanizmin yaranması vaxtından başlayaraq, bir an belə dayanmadan, ölüm anınadək davam edən, həm daxili, həm də xarici ziddiyyətlərə malik olan, fasiləsiz davam edən prosesdir.

Adaptasiya prosesinin xarici ziddiyyətlərinə orqanizmin mühitlə müəyyən ikitərəfliliyi aiddir. Eyni zamanda həm ətraf mühitlə uyğunluğa nail olmağa can atma, həm də müəyyən uyğunsuzluğun olması mövcuddur,bu zaman ətraf mühitlə ideal balansa, tam birləşməyə nail olunmur. Eyni zamanda, belə ziddiyyətlərin olması orqanizmin uyğulaşmasına imkan yaradır, çünki mühitlə müəyyən dissonans vəziyyəti orqanizmin müdafiə mexanizmlərini inkişaf etdirir,onları aktiv vəziyyətdə saxlamağa imkan verir və beləliklə, xarici təsirlərin əhəmiyyətli dərəcədə dəyişməsi zamanı qüvvələrin effektiv səfərbərliyini təmin edir [11, 19].

Q.Selyenin stress nəzəriyyəsinə görə, adaptasiya reaksiyalarının təzahürü müəyyən mərhələli xarakterə malikdir, əksər patoloji vəziyyətlərin və xəstəliklərin irəliləməsində aparıcı rolu kəskin və xronik stress təsirləri zamanı tənzimləmə sistemlərinin tükənməsi oynayır.

Adaptasiya reaksiyaları yalnız təsiredici amil kifayət qədər güclü olduğu və uzun müddət təsir etdiyi halda işə düşür.Onun təsir müddəti kifayət qədər olmadığı halda,qəza fazası başa çatır və adaptasiya mexanizmləri tam işə düşmür. Lakin kifayət qədər uzunmüddətli təsir zamanı və yaxud da adaptogen amilin təkrar və qeyri-müntəzəm təsiri zamanı,"adaptasiyanın struktur izlərinin" yaranması üçün kifayət qədər şərait yaranır [80, 83].

Bir neçə təsiredici amilin effektinin birləşməsi baş verir ki, bu da metabolik dəyişikliklərin güclənməsinə gətirib çıxarır

və qəza fazası keçid fazasına, sonra isə davamlı adaptasiya fazasına keçir.

Davamlı adaptasiya fazasında olan orqanizmin həyat fəaliyyəti dövründə həm möhkəmliyin azalmasına, müvəqqəti dezadaptasiyaya, həm də möhkəmliyin bərpasına, yəni readaptasiyaya gətirib çıxaran dəyişikliklər mümkündür. Bu dəyişikliklər orqanizmin funksional vəziyyətinin variasiyaları ilə deyil, həm də müxtəlif ekzogen amillərin təsiri ilə bağlıdır.

Adaptasiya mexanizmləri haqqında mövcud təsəvvürlər əsasında orqanizmlərin adaptasiya imkanlarını sağlamlıq meyarı kimi nəzərdən keçirilməsi mümkün olan konsepsiya meydana çıxdı.

A.N.Razumovun, İ.P.Bobrovnitskinin və S.M.Razinkinin fikrincə, orqanizmin adaptasiya potensialı,ətraf mühitlə tarazlıq vəziyyətində olmaq bacarığı canlı orqanizmin başlıca xüsusiyyətlərindən biridir.

Bu aspektdə orqanizmin zəruri adaptasiya ehtiyatlarının təmin edilməsi olaraq sağlamlığın qorunub saxlanması bilavasitə onun funksional imkanlarının olmasından, eləcə də dəyişən xarici şəraitin təsiri altında homeostazın saxlanması və dəstəklənməsi məqsədilə öz ehtiyatlarını aktivləşdirmək qabiliyyətindən asılıdır [84, 85].

İstənilən stress amilinin təsiri nəticəsində tənzimləmə sistemlərinin gərginləşməsi, funksional ehtiyatların səfərbər olması baş verir və bu proses fasiləsizdir. Buna görə də ehtiyat imkanları müvafiq həddə orqanizmin homeostaz vəziyyətinin əsas, həyat üçün zəruri parametrlərinin dəstəklənməsi üçün kifayət həcmdə olmalıdır. Adaptasiya, dəyişən şəraitə uyğunlaşma prosesi orqanizmin funksional potensialının cəlb edilməsi, tənzimləmə sistemlərinin şərtsiz gərginliyi nəticəsində baş verir.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə almaqla aydın olur ki, funksional ehtiyatın öyrənilməsi proqnostik məna daşıyır, çünki o, orqanizmin bilavasitə qiymətləndirilməsi çətin olan xassəsini səciyyələndirir və buna görə də onun proqnozlaşdırılması müəyyən əlamətlər və meyarlar istifadə olunmaqla aparılmalıdır. Funksional ehtiyatı orqanizmin qeyd olunan vaxtda

tənzimləmə mexanizmlərinin minimal mümkün gərginliyi ilə müəyyən fəaliyyəti yerinə yetirməyə hazırlığı və ya belə qabiliyyəti kimi müəyyən etmək olar [69].

Ümumi adaptasiya sindromu nəzəriyyəsinə müvafiq olaraq, orqanizmin xarici amillərin təsirinə cavabının əsas komponentləri spesifik və qeyri-spesifikdir. Bununla yanaşı, reaksiyanın başlanğıc mərhələsinin yaranması hər zaman qeyri-spesifik komponentin qoşulması ilə baş verir. Tənzimləmə sistemlərinin gərginliyi orqanizmin funksional ehtiyatların cəlb edilməsinə səbəb olan istənilən təsirə qarşı qeyri-spesifik reaksiyasıdır.

Belə nəticə çıxarmaq olar ki, orqanizmin funksional ehtiyatının öyrənilməsi prosesində fəaliyyət səviyyəsinin qiymətləndirilməsi ilə eyni zamanda tənzimləmə mexanizmlərinin gərginliyi vəziyyəti də nəzərə alınmalıdır.

Eyni zamanda yadda saxlamaq lazımdır ki, tənzimləmə mexanizmlərinin təyin edilmiş fəaliyyət səviyyəsində gərginlik dərəcəsinin azalması ilə yanaşı funksional ehtiyat artır ki, bu da həmçinin müəyyən gərginlik dərəcəsində fəaliyyət səviyyəsinin artması zamanı baş verir.Digər tərəfdən orqanizmin aşağı funksional ehtiyatları şəraitində həyati vacib əsas orqan və sistemlərin lazımi fəaliyyət səviyyəsini təmin etmək məqsədilə tənzimləmə sistemlərinin daha yüksək güc sərf etməsi zərurəti mövcuddur. Bu cür tədqiqatlarda fərdi ehtiyatların imkanlarının həddini aşmayacaq və öz növbəsində, tənzimləmə mexanizmlərini həddən artıq gərginləşməyə məruz qoyaraq, tükənməsinə gətirib çıxaracaq "adaptasiyanın qiymətləndirilməsinin" aparılması müəyyən çətinlik təşkil edir [69, 74].

Sağlamlığı orqanizmin ətraf mühitin dəyişkənliklərinə uyğunlaşmaq xüsusiyyəti kimi nəzərdən keçirərkən, onun ÜST-nin Nizamnaməsində təklif edilmiş "sağlamlıq" anlayışının təkmilləşməsi kimi də şərh etmək olar [80]. Müəlliflərin tərifindən belə nəticə çıxır ki, "tam fiziki, psixi və sosial rifahın" əsas meyarı orqanizm və onun ətrafı arasında sabit tarazlığın olması, eləcə də belə balansın dəstəklənməsi üçün kifayət qədər funksional ehtiyatların mövcud olması hesab olunmalıdır.

Prenozoloji vəziyyətlər funksional ehtiyatların müəyyən mobilizasiyası və orqanizmin taraz vəziyyətinin stabilləşdirilməsi və dəstəklənməsi üçün lazım olan tənzimləmə sistemlərinin gərginləşməsi ilə səciyyələnir. Belə vəziyyətlərin özəllikləri sakit vəziyyətdə adaptasiya imkanlarının normal səviyyəsidir, halbuki yüklənmələr zamanı adaptasiya qabiliyyəti azalır. Homeostazın dəstəklənməsi üçün tənzimləmə sistemlərinin müəyyən gərginliyi zəruridir.

Premorbid vəziyyətlər.Bu mərhələ üçün xarici şərtlərə qeyrikafi adaptasiya vəziyyəti səciyyəvidir.Bu vəziyyətlərin özəlliyi orqanizmin funksional imkanlarının zəifləməsidir,tarazlıq vəziyyəti yalnız tənzimləmə sistemlərinin ciddi gərginləşməsi nəticəsində və ya kompensasiya mexanizmlərinin əlavə səyləri sayəsində dəstəklənir [84].

Adaptasiya mexanizmlərinin pozulması.Bu faza zamanı orqanizmin funksional imkanlarının kəskin azalması baş verir, orqanizmin homeostazı pozulur. Spesifik patoloji dəyişikliklər artıq orqan və sistemlər səviyyəsində baş verir.

Belə nəticə çıxarmaq olar ki,ilkin olaraq adaptasiya mexanizmlərinin pozulması prosesində prenozoloji və premorbid vəziyyətlər yaranır, adaptasiyanın sonrakı pozulması isə xəstəliyə gətirib çıxarır. Hazırda çoxsaylı nəşrlərin müəllifləri tərəfindən təsdiq edilmişdir ki, premorbid vəziyyətlər qeyri-spesifikdir və çoxsaylı əlverişsiz xarici amillərin təsiri nəticəsində, müntəzəm fiziki və pisxoloji-emiosional yüklənmələrin və s. təsiri altında meydana çıxır [21, 50].

Aparılmış tədqiqatların çoxunda müəlliflər tərəfindən sağlamlığın öyrənilməsində müxtəlif metodik üsullar təsvir edilir. Sağlamlıq indeksinin, fərdi və kollektiv sağlamlıq göstəricilərinin müəyyən edilməsi, bioloji yaşın və digər kəmiyyətlərin qiymətləndirilməsi üçün çox sayda üsul və formullar təqdim edilmişdir. Eyni zamanda, şübhəsizdir ki, orqanizmin ürək-damar, tənəffüs və digər sistemlərin ayrı-ayrı göstəricilərinin istifadəsi, həmçinin hansısa yeganə metodikanın istifadəsi ilə sağlamlıq səviyyəsinin qiymətləndirilməsi, sağlamlığın bütün xarakteristikalarını tam meydana çıxara bilməz [80].

Müasir tibbdə sağlamlıq norma ilə assosiasiya olunur, xəstəlik isə – patologiya ilə: sağlamlıq – normadan kənara çıxmanın olmaması, xəstəlik isə əksinə – normadan kənarlaşma kimi xarakterizə edilir. Lakin norma anlayışının dəqiq tərifi yoxdur.

Sağlamlığın formalaşmasında rol oynayan amillər və onların təsir dərəcələri aşağıdakı kimi paylanmışdır:

– insanın həyat tərzi (sağlamlığın 50-55%-i bu amildən asılıdır);

– ekoloji amil (20-25% təsir edir);

– irsi amil (15-20% təsir edir);

– tibbi amil (8-10% təsir edir) (cəd. 3,4).

Bura həmçinin sosial iqtisadi amil də aid edilir.

Cədvəl 3.

Sağlamlıq üçün risk amillərinin əhəmiyyətinə görə qruplaşdırılması

Sağlamlığa təsir edən amillər	Sağlamlığa təsir %-lə	Risk amili qrupu
Həyat tərzi, iş şəraiti, yaşayış və vərdişlər	50	Siqaret çəkmə, alkoqolun qəbulu, qeyri – düzgün qidalanma, zərərli əmək şəraiti, stress vəziyyətləri, adinamiya, hipodinamiya, pis maddi – məişət şəraiti, narkotik qəbulu, urbanizasiya səviyyəsinin yüksək olması.
İnsanın genetikası (irsiyyət)	20	İrsi xəstəliklərə meyllik
Ətraf mühit, təbii – iqlim şəraiti (ekologiya)	15-20	Havanın, suyun, torpağın çirklənməsi, atmosfer vəziyyətinin tez-tez dəyişməsi, kosmik, maqnit və s. şüalanmaların artması
Səhiyyə (sosial-iqtisadi)	10	Profilaktik tədbirlərin effektsizliyi, tibbi köməyin keyfiyyətinin aşağı olması, tibbi köməyin vaxtında göstərilməməsi

Cədvəl 4.

Sağlamlığa təsir edən amillər
(mötərizədə ÜST-nın məlumatı)

Amillərin təsir sahəsi	Sağlamlığ möhkəmləndirən amillər	Sağlamlığı pisləşdirən amillər
Genetik – 15-20% (20%)	Sağlam irsiyyət. Xəstəliklərin yaranmasını şərtləndirən morfo-funksional amillərin olmaması.	İrsi xəstəliklər və pozulmalar. Xəstəliklərə irsi meyllik.
Ətraf mühitin vəziyyəti – 20-25% (20%)	Yaxşı məişət və iş şəraiti, əlverişli iqlim və təbiət, təbii resurslar, yaşayış mühitinin əlverişli ekologiyası.	Zərərli məişət şəraiti, əlverişsiz iqlim mühiti, ekoloji vəziyyətin pozulması.
Tibbi kömək 10-15% (8%)	Tibbi skrininq, profilaktik tədbirlərin səviyyəsinin yüksək olması və hərtərəfli tibbi kömək.	Sağlamlıq dinamikasına daimi tibbi nəzarətin olmaması, ilkin profilaktikanın aşağı səviyyəsi, keyfiyyətsiz tibbi xidmət.
Həyat tərzi 50-55% (52%)	Həyat fəaliyyətinin rasional təşkil edilməsi: adekvat hərəkət aktivliyi.	Həyat fəaliyyətinin rasional rejiminin olmaması, miqrasiya prosesləri, hipo- və ya hiperdinamiya.

İnsan sağlamlığı orqanizmin irsi xüsusiyyətləri ilə ətraf mühitin qarşılıqlı əlaqəsinin nəticəsidir. Şəraitlərdən asılı olaraq, sağlamlığın saxlanılması və möhkəmləndirilməsi üçün insanın aktiv fəaliyyəti ilə əlaqəli olan bir neçə amil göstərilir.

İnsanın aktiv fəaliyyətindən asılı olmayan amillər: genotip, orqanizmin və psixikanın xüsusiyyəti;

İnsanın təfəkkürü və aktiv fəaliyyəti ilə dolayı əlaqəli olan (ictimai-iqtisadi) amillər: sosial-iqtisadi həyat şəraiti; yaşayış yerinin ekologiyası; səhiyyənin inkişaf səviyyəsi;

İnsanın təşəkkürü və aktiv fəaliyyəti ilə birbaşa əlaqəli olan (həyat tərzi) amillər: fiziki aktivlik, qidalanma, iş və istirahət rejimi; zərərli vərdişlərin olmaması; profilaktik və sanitar-gigiyenik normalara riayət etmək; cinsi sağlamlıq; ailədə, iş, təhsil yerində psixoloji iqlim, sosial-iqtisadi şəraitdən razılıq.

İnsan mürəkkəb canlı sistemdir. Onun həyat fəaliyyəti üç səviyyədə təmin olunur: bioloji, psixoloji və sosial. Onlar dialektik vəhdət təşkil edirlər. Bu hal daima baş verir – bioloji vəziyyət sosial vəziyyətdən, sosial vəziyyət isə, öz növbəsində bioloji vəziyyətdən asılıdır.

Birinci səviyyə – bioloji sağlamlıq orqanizmlə bağlıdır və onun bütün orqanlarının funksiyalarının dinamik tarazlığı, onların ətraf mühit təsirlərinə adekvat reaksiyasından asılıdır.

Fiziki sağlamlıq kriteriləri:

1. xəstəlik (həyat fəaliyyətinin pozulması);
2. orqanizmin funksional vəziyyəti;
3. orqanizmin ətraf mütin təsirlərinə rezistentliyi;
4. anatomik deffektlər;
5. psixoemosional və digər keyfiyyətlər;
6. fiziki inkişaf.

İkinci səviyyə – psixi (və ya mənəvi) sağlamlıq şəxsiyyətlə bağlıdır və şəxsiyyətin emosional – iradi və motivasiya – tələbat sahəsinin, insanın şüurunun inkişafından, həmçinin öz sağlamlığının dəyərini dərk etməsi və sağlam həyat tərzi sürməsindən asılıdır. Psixi sağlamlıq – adekvat davranış reaksiyasını təmin edən ümumi mənəvi komfort vəziyyətidir. Psixoloji sağlamlığa şüur, intellekt, emosialar (psixoloji əmin – amanlıq, həyəcan səviyyəsi və depressiya, emosiaların və davranışın idarəsi, idrak prosesi) aid edilir. İnsanın psixi sağlamlıq komponentinə əxlaqi sağlamlıq – dəyərlər sistemi, şəxsin cəmiyyətdə davranış formaları – onun mənəviyyatı da aiddirlər. Əxlaqi sağlamlıq insanın mənəviyyatını müəyyən edir.

Üçüncü səviyyə – sosial sağlamlıq şəxsə digər insanların, ümumilikdə cəmiyyətin təsir etməsi ilə bağlıdır. O, şəxslərarası münasibətdə insanın yeri və rolu, cəmiyyətin əxlaqi sağlamlığından asılıdır. Sosial sağlamlıq – sosial aktivlik səviyyəsi və

ilk növbədə iş qabiliyyəti, dünyaya aktiv, fəal münasibətdir. Sağlamlığın sosial tərkib hissəsi valideynlərin, dostların, məktəb və universitet yoldaşlarının, iş kollektivinin və s. təsiri ilə formalaşır və sosial və şəxslərarası əlaqələri əks etdirir.

Psixi və sosial sağlamlıq arasında fərq şərtidir, psixi xüsusiyyət və şəxsiyyət keyfiyyəti ictimai münasibətlər sistemindən kənarda var olmur. Sağlam psixikalı insanlar istənilən cəmiyyətdə özlərini kifayət qədər əmin və rahat hiss edirlər. Sağlam cəmiyyətdə, bir qayda olaraq, sağlam şəxsiyyətlər formalaşır. Tərbiyə çatışmazlığı və ətraf mühitin əlverişsiz təsiri şəsxiyyətin tənəzzülünə səbəb ola bilər. İnkişaf etmiş düşüncəli və şüurlu şəxsiyyət xarici şəraitin təsirlərinə müqavimət göstərə, çətinliklərlə mübarizə apara və fiziki, psixoloji və sosial sağlam qala bilər

İnsanın sağlamlığı bir neçə amildən təşkil olunmuşdur və onlar arasında daha əhəmiyyətli olanları aşağıdakılardır:

– insan sağlamlığının somatik komponenti;
– sağlamlığın fiziki komponenti;
– mental (zehni, psixi) komponent;
– mənəvi-etik komponent;
– psixoloji-kommunikativ komponent;
– sensor komponenti;
– nitq (loqopedik) komponenti;
– sağlamlığın tibbi-profilaktik komponenti;
– insan sağlamlığının reproduktiv komponenti.

Sağlamlığın əlamətləri aşağıdakılardır:

– zərərli faktorlara qarşı müqavimət;
– orta statistik norma daxilində artım və inkişaf göstəriciləri;
– orta statistik norma daxilində orqanizmin funksional göstəriciləri;
– orqanizmin ehtiyat imkanlarının mövcudluğu;
– hər hansı bir xəstəlik və ya inkişaf qüsurlarının olmaması;
– mənəvi – iradi və motivasiyanın dəyərlərinin yüksək səviyyəsi.

Hal-hazırda əhalinin sağlamlığı (ictimai sağlamlıq) və fərdin sağlamlığı (individual sağlamlıq) anlayışlarını fərqləndirirlər. Fərdi sağlamlıq – özündə fiziki, mənəvi, intellektual və psixoloji amilləri birləşdirən ümumiləşdirilmiş kateqoriyadır. Millətin

sağlamlığı – ölkənin iqtisadiyyatının və müdafiə bacarığının yüksək səviyyəsidir. Millətin sağlamlığı ictimai intellektin, təhsilin, elmin, mədəniyyətin, bədən tərbiyəsinin və idmanın inkişaf norması ilə sıx əlaqədədir.

İnsan sağlamlığına funksional yanaşma "praktik sağlam insan" anlayışını meydana çıxarmışdır. Belə ki, insanın əhvalına və iş qabiliyyətinə təsir etməyən patoloji vəziyyətlərin olması da mümkündür.

Xəstəliyi əsaslandıran amillər: xəstəliyin inkişafı üçün risk amilləri və birbaşa xəstəlik səbəbləri uyğunlaşmalıdır. Çox vaxt xəstəliyin səbəbini müalicə etmək çətindir, belə ki, onun səbəbi bir neçə bir-biri ilə əlaqəli amillər olur.

Xəstəliyin birbaşa səbəbləri (etioloji amillər) orqanizmə birbaşa təsir edir və onda patoloji dəyişikliklər yaradır. Etioloji amillər bakterial, fiziki, kimyəvi və s. ola bilər. Xəstəliyin risk amilləri – bu amillər sağlamlığa mənfi təsir edən amillərdir. Onlar xəstəliyin yaranması və inkişafı üçün zəmin yaradır, orqanizmdə patoloji dəyişikliklərə səbəb olur.

Sağlam həyat tərzi – bu fənndə valeologiyanın əsas məsələlərinə baxılır: xəstəliklərin əmələ gəlməsinin səbəbləri, patoloji simptomların və dərmansız müalicə vasitələrinin (qidalanma, idmanın və bədən tərbiyəsinin müxtəlif növləri, masaj, orqanizmin davamlılığını möhkəmləndirmək, hamam,fiziki və hidroproseduralar, və bir çox başqa vasitələr) metodik-profilaktik aspektləri. Sağlamlığın araşdırılması vəziyyəti dəyişə bilən, patoloji vəziyyət yarada bilən risk faktorlarına xüsusi diqqət yetirilməsi öyrədir.

Sağlam həyat tərzi dedikdə nəzərdə tutulur:

– düzgün qidalanma;

– fiziki aktivlik və idmanla məşğul olma;

– iş və istirahət rejimi;

– psixi və emosional dayanıqlıq – stress hallarından uzaq olmaq;

– şəxsi gigiyena;

– zərərli vərdişlərdən uzaq durmaq.

Məlumdur ki, orqanizmin ümumi spesifik olmayan reaksiyası stressdir. Alimlər hesab edirlər ki, stressin müəyyən səviyyəsi (buna eustress deyirlər) orqanizmin normal funksiyasını

(vəzifəsini) təmin etmək lazımdır. Ancaq stresin təsiri çox vaxt optimal səviyyədən yüksək olur, bu isə müxtəlif növ pozulmalara gətirib çıxarır (distress).

Orqanizmin stress reaksiyasını törədən faktorlar həddindən artıq fiziki yüklər, hipodinamiya, infeksiyaların meydana gəlməsi, daxili mühitdə kimyəvi disbalans yaradır.

ÜST-nın təsnifatına əsasən, xəstəlik – endogen və (və ya) ekzogen amillərin təsiri nəticəsində yaranan funksional və (və ya) morfoloji (struktur) dəyişikliklər səbəbindən orqanizmin normal həyat fəaliyyətinin pozulmasıdır. İstisna deyil ki, orqanizmin fəaliyyətinin funksional pozulması – elə bioloji sistemlərin kifayət qədər aşağı səviyyəsində struktur (morfoloji) pozulmasıdır və onlar, hətta ən yeni tibbi müayinə üsullarının köməyi ilə də çətin tədqiq olunurlar.

Bütün xəstəliklər – əksər hallarda orqanizmdən kənarda olan amillərin, onun həyatının sosial-iqtisadi və ekoloji şəraitinin nəticəsində yaranır. Bu səbəbdən də, xəstəliyin və sağlamlığın sosial-iqtisadi aspektinə daha çox diqqət ayırmaq lazımdır. Sağlamlıq mexanizmlərini öyrənərkən sanologiya (lat. sanus – sağlamlıq) problemlərinə lazımı diqqət göstərilmir. Tibb xəstəliklərlə mübarizədə böyük təcrübəyə sahibdir, lakin sağlam insanların sağlamlığının möhkəmləndirilməsi sahəsində təcrübəsi azdır. Hal-hazırda xəstəliyin 200 dən artıq təyin üsulu vardır. Xəstəliklərin inkişaf etmiş diaqnostika üsulları mövcuddur, lakin sağlamlığın diaqnostikası yoxdur.

Klinisist və patoloqlar iddia edirlər ki, bütün xəstəliklər patoloji proseslərin məcmusudur. Bununla belə, demək olmaz ki bütün patoloji proseslər xəstəlikdir. Patoloji proseslər orqanizmin xəstəliyinin yalnız bir hissəsidir. O, xəstəliyin yerli ifadəsidir, yəni hüceyrələrdə, toxumalarda və orqanlarda baş verən lokal dəyişikliklərdir ki, onlar da xətəliyə gətirib çıxarır. İstənilən xəstəliyin öz pilləli, inkişaf mərhələsi, yəni öz patogenezi (yun. phatos – xəstəlik, genesis – yaranma) vardır. Xəstəlik orqanizmin homeostaz tapmaq məqsədi ilə xarici və daxili dəyişikliklərə verdiyi reaksiyadır. Bu, ümumilikdə insan həyatında normal hadisədir. Xəstəlik bioloji sistemin təxirsiz ölümünün qabağını alır.

Eyni zamanda, həkimlər daima norma və patologiya,

sağlamlıq və xəstəlik arasındakı sərhəddin müəyyən edilməsinin çox vaxt mümkünsüz olmasından əmin olurlar. Həkimlər artıq qeyd etmişdirlər ki, xəstəlik – sadəcə zədələnmə deyildir. Xarici amillərin insan orqanizminə xəstəlik yaradan təsirləri hər hansı bir orqanın funksiyasının və strukturunun pozulması ilə məhdudlaşmır. Bu pozulmalarla yanaşı xəstəlik zamanı bir sıra kompleks hallar yaranır ki, onları yalnız həmin zədələnmiş orqana aid etmək olmaz.

Xəstəlik – insan orqanizmində xarici qıcıqlandırıcıların (mexaniki, kimyəvi, fiziki və ya bioloji) təsiri ilə yaranan, sağlamlıq həddinin və fizioloji normanın pozulmasına,həmçinin də müdafiə və kompensator reaksiyaların inkişafına gətirib çıxaran prosesdir. Xəstəlik orqanizmin vahidliyinin, onun ətraf mühitə uyğunlaşmasının pozulmasına gətirib çıxarır.

Əhalinin həyat tərzi və davranışı istehsal proseslərinin intensivləşdirilməsi ilə əlaqədar urbanizasiya, ətraf mühitin kimyalaşma və digər süni dəyişikliklərinə uyğun formalaşmışdır. Bu amillər öz növbəsində qeyri – adekvat neyroemosional reaksiyalara, psixoloji və digər stresslərə, qidalanma balansının kəskin dəyişilməsinə, informasional yükləmələrə, fiziki hərəkətsizliyə səbəb olur. Beləliklə, sivilizasiyanın xəstəliyi – qaçılmaz müqəddərat deyil, insanın öz fəaliyyətinin nəticəsidir. Bu səbəbdən də, bu xəstəliklərin profilaktikası realdır. Sivilizasiyanın xəstəlikləri əsas etibari ilə ətraf mühitin təsirindən asılıdır. Burada söhbət kompleks amillərin təsirindən və ilk növbədə bütün ekzogen sosial-iqtisadi amillərin və dəyişilmiş həyat tərzinin məcmusundan gedir. Bir sıra xronik xəstəliklərin yayılmasında sosial-iqtisadi xüsusiyyətli amillərin ilkin əhəmiyyətini sübut edən hal qısa vaxt ərzində bu xəstəliklərlə xəstələnənlərin və ölüm hallarının kəskin artması onu göstərir ki, bu müddət ərzində insanda bu cür intensiv genetik dəyişikliklər mümkünsüzdür. Yalnız bir nəslin həyatı ərzində sürətli sosial iqtisadi, elmi-texniki, siyasi və digər dəyişikliklərin təsiri ilə iqtisadi inkişaf etmiş ölkələrdə xəstələnmə şəkli, xəstəlik profili dəyişmişdir. Xəstələnmə strukturunda və ölüm hallarında əsas yeri xronik xəstəliklər tutmuşdur.

XX əsrdə insanlar arasında xəstəliklərin sayı xeyli azalmışdır və ömrün orta davametmə müddəti uzanmışdır.

İnfeksion xəstəliklərin meydana gəlməsinin qarşısını almaqda, onları xəbərdarlıq etməkdə, infeksion xəstəliklərin müalicəsində uğurlara nail olunmuşdur. Belə ki, infeksion xəstəliklər indi ümümi xəstəliklərin 10%-ni təşkil edir, ancaq qeyri – infeksion xəstəliklər (somatik), funksional pozulmalar, ürək qan-damar, xərçəng xəstəlikləri, xronik alkoqolizm, narkomaniya və s. 35-50% olmuşdur.

Yüzlərlə məlum olan xəstəliklərdən yalnız 10 xəstəlikdən (hər 100 xəstəliklərdən ölənlərin 85-i qoca yaşlarında olur) ölənlərin mənbəyi məlumdur. Başlıcası piylənmə, hipertoniya xəstəliyi, ateroskleroz, ürək qan-damar, autoimmun xəstəliklər, psixi depressiya,xərçəng xəstəlikləri bu sıradandır. Xəstəliklərin xroniki formada yayılması artmışdır.

Məlum olur ki, insanların sağlamlığının saxlanılmasında, orqanizmin möhkəmlənməsində ən çox tərəqqi, irəliləmə təbabətin bilavasitə təsirindən yox, həyat və əmək şəraitinin yaxşılaşması vasitəsilə baş verir.

Son on illərdir ki, insanların sağlamlığının vəziyyəti, xüsusən şəhərlərdə pisləşib. Bu ekologiya ilə əlaqədardır (ətraf mühitin çirklənməsi, radiasiyanın yüksəkliyi, yararsız, keyfiyyətsiz qida məhsulları və içməli su, digər faktorlar) və genetik mutasiyaların təhlükəsi yaranır. Bundan başqa əmək prosesinin avtomatlaşdırılması və mexanikləşdirilməsinin səviyyəsi yüksəlir, bu isə fiziki əməyin (kəskin şəkildə) azalmasına gətirib çıxarır. Stress situasiya kəskinləşir, urbanizasiya və şəhər yaşayış şəraiti qabaqcadan patoloji prosesin, patoloji vəziyyətin yaranması dərəcəsinə səbəb olur.

Yoluxucu olmayan xəstəliklərin əsas səbəbi sağlam həyat tərzinə riayət etməməkdir. Əsas səbəblər arasında qeyd etmək olar:

– sinir sisteminə həddən artıq yükləmə, stress;
– fiziki aktivliyin az olması;
– qeyri-rasional qidalanma;
– zərərli vərdişlər.

Bütün bu amillər insanın həyat müddətinin azalmasına gətirib çıxarır.

Bu aspektdə məhz psixoloji-emosional yükləmələri nəzərdən keçirmək düzgün olardı:

– maksimum müsbət emosiyalar;
– minimum mənfi emosiyalar;
– uzun müddətli mənfi əhval ruhiyyədən qaçmaq;
– uzun müddətli dağıdıcı stress vəziyyətdən qaçmaq;
– bütün orqan və baş beynin müxtəlif sahələrinə bərabər yükləmələr;
– kifayət qədər yuxu vaxtının təmini;
– rasional gün rejimi;
– siqaret, narkotik və digər süni stimulyatorlardan və sinir – psixi sistemini qıcıqlandıran maddələrdən qaçmaq.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, yuxarıda qeyd olunmuş amillərin adaptasiya, funksional və struktur imkanlarından normadan kəskin kənara çıxması ayrı-ayrı həyat göstəricilərini yüksəltsə də, insanın ümumi sağlamlıq vəziyyətinə pis təsir edir. Həddən artıq məşqlər oqranizmə zərər verə bilər.

Sağlam həyat tərzinin aktuallığı sağlamlıq vəziyyətində mənfi dəyişikliklərə səbəb olan ictimai həyatın çətinləşməsi, texnogen, ekoloji, psixoloji, siyasi və hərbi xarakterli risklərin artması ilə əlaqədar insan orqanizminə düşən yükləmələrin xüsusiyyətinin dəyişməsi ilə əlaqədardır.

Hər il dünyada qeyri-infeksion xəstəliklərdən 36 mln. insan həyatını itirir. İOX arasında ürək – damar xəstəlikləri ən çox ölümə gətirib çıxaran səbəbdir – 17 mln. insan. Onun ardınca onkoloji xəstəliklər gəlir – 7,6 mln. insan, respirator xəstəliklər – 4,2 mln. və diabet – 1,3 mln., yəni İOX səbəbindən baş verən ölümlərin 80%-i təşkil edirlər. Qeyri-infeksion xəstəliklərin dörd ümumi risk amili vardır – sinir sisteminə yükləmənin həddən artıq olması və stress vəziyyəti, fiziki aktivliyin az olması, qeyri-rasional qidalanma, zərərli vərdişlərin olması. ÜST-nın məlumatına görə 3,2 mln. ölüm halları insan fiziki aktivliyin az olması səbəbindən, 1,7 mln. – tərəvəz və meyvələrin az istifadəsi, 3 mln. isə zərərli vərdişlərin olması səbəbindən baş verir.

İnkişaf etmiş ölkələrdə tibbin prespektivli və əsaslandırılmış bölmələrindən biri profilaktika hesab olunur. Xəstəliköncəsi vəziyyətin və xəstəliklərin ilkin formasının vacib xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, onların əsasını təşkil edən, xəstə insanın orqanizmində gedən funksional və struktur dəyişikliklərinin bərpası imkanının olmasıdır. Xəstəliyə orqanizmin adaptasiya

qabiliyyətinin pozulması və ya orqanizmin xəstəlik vasitəsi ilə yaşadığı mühitə uyğunlaşması kimi baxılır. Məhz bu hallarda müalicə-profilaktik tədbirlər daha effektiv olur. İnsan sağlam olmaq, sağlam ətraf mühitdə yaşamaq və keyfiyyətli tibbi xidmətdən yararlanmaq hüququna malikdir. Bu səbəbdən, sağlamlığa sağlamlıq qoruyucu dövlət siyasətinin inkişafı əsasından baxmaq lazımdır.

Əhalinin sosial əmin-amanlığının göstəricisi:

– adambaşına düşən daxili məhsulun faizi;

– səhiyyə xərcləri;

– tibbi-sanitar xidmətin vəziyyəti:

– ölüm səviyyəsi:

– orta ömür davamlılığı və s.

Əmin – amanlıq anlayışı insan həyatının bütün sahələrini əhatə edir. İnsan əmin amanlıq vəziyyətində o zaman hesab olunur ki, onun həyatının fiziki, sosial, psixoloji (intellektual), mənəvi, emosional tərkib hissəsi qarşılıqlı harmoniya vəziyyətindədir, onun iş və karyera yüksəlişi uğurla davam edir.

Cədvəl 5.

Risk faktorlarından asılı olaraq əlil xəstəliklərinin bölgüsü

Risk amilləri %-lə	Həyat tərzi	Ətraf mühit	Genetik risk	Səhiyyə
Populyasiya ümumilikdə	50-55	20-25	15-20	8-10
Xəstəliklərin yaranmasında: ÜİX	60	12	8	10
Xərçəng	45	19	26	10
Diabet	35	20	35	10
Sətəlcəm	19	43	18	20
Bronxial astma	35	40	15	10
Qara ciyər sirrozu	70	9	18	3
Nəqliyyat zədələri	65	27	3	5
İntihar	55	15	25	5

Son illər ÜST-nin rəsmi sənədlərində və bir sıra nəşrlərdə miqrantların qeyri-infeksion xəstəliklərinin öyrənilməsinin vacibliyi qeyd edilir. Ona nəzarət edilməsi zərurəti bütün dünyada böyüyən "miqrasiya dalğasının" artması, miqrasiyanın tənzimlənməsi və rəsmi qeydiyyatı problemləri ilə bağlıdır.

Qaçqınların qeyri-infeksion patologiyasının öyrənilməsinin aktuallığı, fikrimizcə, aşağıdakı problemlərin olması ilə bağlıdır. Bəzi rəsmi beynəlxalq sənədlərdə vurğulandığı və bir sıra nəşrlərdə deyildiyi kimi,"...Miqrantların sağlamlığı dərk edilmiş sosial problemə çevrilmişdir: miqrantların sağlamlığına qarşı tələblər irəli sürən qruplar qlobal, milli, regional səviyyələrdə formalaşmışdır".

Son illər miqrantların sağlamlığı və bu sahədə məlumat çatışmazlığı dövlətlər üçün gündəlikdə olan məsələyə çevrilir []. Və belə gündəlikdə olan məsələ, fikrimizcə, daimi rejimdə qaçqınların xəstəliklərinin qeydiyyatının və uçotunun təşkili, eləcə də səhiyyənin inkişafının müəyyənləşdirilməsi istiqamətində tədqiqatların aparılması zərurətini meydana gətirir. Tibbi yardımın göstərilməsinin inkişafında zəruri düzəliş həm xidmət göstərilməli olan kontingentin artmasını, həm də dünyanın müxtəlif ölkələrindən və regionlarından olan qaçqınlar üçün səciyyəvi olan xəstəliklərin strukturunu, o cümlədən immiqrasiya ölkəsində böyük ehtimalla olmayan patologiyanın olması ehtimalını nəzərə almalıdır.

Çox vaxt miqrantlar üçün aşağı vaksinləmə səviyyəsi səciyyəvidir ki, bu da həmin ölkədə rast gəlinməyən yoluxucu xəstəliklərin "gətirilməsinə" səbəb olmaqla yanaşı, ölkəyə gəldikləri zaman təcili vaksinasiyanın aparılması zərurəti ilə nəticələnə bilər. Müvafiq olaraq, həkimlərin əlavə təlim verilməsi və ya dar ixtisas sahələrinin mütəxəssis həkimlərinin işə cəlb edilməsində prioritetlərin dəyişilməsində, qaçqınların tez-tez müraciət etdikləri müəssisələrin tibbi personalının ştatının genişləndirilməsində, həmin sahədə formalaşdırılan tədbirlərin tərkibinə düzəlişlərin edilməsində tələbat yarana bilər.

Patologiyasının strukturu və tərkibi həkimlərin hər gün işləməli olduqları patologiyalardan fərqli olan şəxslərin kon-

tingentinin formalaşmasının mümkünlüyü, imkan daxilində, əvvəlcədən proqnozlaşdırılmalıdır. Proqnozlaşdırma və tədbir planlarına düzəlişlərin edilməsi və səhiyyə resurslarının formalaşdırılması miqrasiya axınlarının əsasən formalaşdığı ölkələrin əhalisinin xəstəlik və ölüm halları haqqında məlumatlar əsasında aparılmalıdır.

Başqa yaşayış yerinə, xüsusən başqa ölkəyə istənilən köç sağlamlığı pisləşdirir [83,84]. Bu, miqrasiyanın ilk illərində tibbi yardımdan istifadə imkanının zəif olması, xeyli fiziki güc tələb edən, əlverişsiz şəraiti olan, yerli əhali üçün cəlbedici olmayan iş yerində məşğulluqla bağlıdır. Nəticədə, "sağlam miqrant effekti" əvəzinə "gücdən düşmüş miqrant" siması formalaşır. Bu sima keçirilmiş infeksiyalar nəticəsində formalaşmış olsa da, artıq məhz qeyri-infeksion patologiyanın olmasını nəzərdə tutur.

Rəsmi sənədlərin, elmi nəşrlərin və KİV-də nəşrlərin icmalı təsdiq edir ki, miqrantların qeyri-infeksion patologiyalarının tədqiqi inkişafının başlanğıc mərhələsindədir. Bununla belə, ölkəmizdə bu istiqamətdə tədqiqatlar aparılmışdır.

Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, qeyri-infeksion patologiyaları olan əmək miqrantlarının əksəriyyətində onların əlamətləri miqrasiyadan əvvəl özünü göstərmişdir. Patologiyanın kəskinləşməsi onların köçməsindən 2-10 il sonra qeyd edilmişdir. Bir sıra müəlliflərin məlumatlarına görə, miqrasiya stajı 5 ildən artıq olan köçkünlərdə somatik patologiyanın səviyyəsi 5 ildən az müddətdə həmin statusda olan köçkünlərdə olduğundan yüksəkdir. Beləliklə, köçmə, başqa həyat şəraiti və ünsiyyətlə qarşılaşma stressi, aşağı ixtisaslı, çox vaxt mövsümi qazanclı iş, peşə riskinin olması kimi amillər miqrantların qeyri-infeksion xəstəliklərinin səviyyəsinin, sərhəd rayonlarında psixi-əsəb pozuntularının daha yüksək səviyyəsinin formalaşmasına görə əhəmiyyətli dərəcədə cavabdehdir.

Həmçinin aparılmış tədqiqatlar göstərmişdir ki, köçkünlərin sağlamlığı, onlarda qeyri-infeksion patologiyanın yaranması və inkişafı üçün əhəmiyyətli risk faktorları təbiət-iqlim şəraitinin məcburi dəyişməsi (məsələn, Sibir regionu), antropotexnogen amillər hesabına yaşayış mühitinin pisləşməsi, narahat məişət və yaşayış şəraiti, psixoloji-emosional gərginlikdir.

Tədqiqatçıların fikrincə, bu amillər həm də köçkünlərin əlilləşməsinin və ölüm hallarının daha yüksək səviyyəsinə səbəb ola bilər [85].

Qaçqın və məcburi köçkünlərin sağlamlıq vəziyyəti

Qaçqın və məcburi köçkünlərin adaptasiya xüsusiyyətləri

Miqrasiya prosesləri ilə bağlı ən vacib problem onların yeni yaşayış yerinə sosial-iqtisadi adaptasiya problemidir. Adaptasiya dedikdə, əhalinin onlar üçün xas olmayan həyat şəraitinə uyğunlaşma nəzərdə tutulur və bu zaman yeni, daha adekvat davranış stereotipləri meydana çıxır, yeni həyat təyat tərzi formalaşır.

Yaşayış yerinin dəyişilməsi istənilən halda həm bioloji, həmçinin də sosial psixoloji planda yeni ətraf mühitə, iqtisadi, sosial, bəzən də etnomədəniyyət şəraitlərinə uyğunlaşmağı tələb edir. Əksər hallarda bu proses kifayət qədər ağır olur, bəzən isə ümumiyyətlə uğurla baş vermir: hətta bu halı əks etdirən xüsusi termin də vardır – "desadaptasiya sindromu". O, yeni yaşayış yerinə uyğunlaşmayan insanın psixoloji və fizioloji vəziyyətini xarakterizə edir. Məlumdur ki, kütləvi miqrasiya və çoxlu sayda əhalinin onlar üçün yeni şəraitə köçməsi uzunmüddətli uyğunlaşmama və desadaptasiya dövrü yaradır. Yeni şəraitə qısa müddətdə uyğunlaşmamaq bir sıra fəsadlara gətirib çıxarır. Şəxsin, eləcə də qrupun və ya birliyin yeni şəraitə və ya cəmiyyətin, mədəniyyətin, texnikanın və s. qlobal dəyişikliklərinə uzunmüddətli uyğunlaşmaması intizamsızlığa gətirib çıxarır.

İnsanın sosial sağlamlığına həyat davamlılığı, zehni və fiziki iş qabiliyyəti, sağlam nəsil dünyaya gətirmək kimi sosial əhəmiyyətli kriterilər cəmi kimi baxmaq olar. Sağlamlıq şəxsin orqanizminin təbii vəziyyəti olmalıdır ki, bu da onun ətraf mühit ilə tarazlığını və hər hansı bir pozulmaların olmamasını xarakterizə edir. Sağlamlıq yalnız fərdin yaşayış şəraiti səviyyəsində deyil, daha çox şəxsi sosial həyat (sosiumun yaşayışı) səviyyəsində dərk edilməyə başlamışdır.

Miqrantların adaptasiya prosesinə təsir edən amillər arasında "xarici" – yerləşmə regionu və "daxili" – köçkünlərin özlərini xarakterizə edən amilləri ayırd etmək olar. Birinciyə

regionun sıxlığı, əhalinin demoqrafik strukturu, əsasən də – işçi qüvvəsinə ehtiyac; azad yaşayış fondu; infrastrukturun inkişafı; resurs potensialı (azad torpaqların olması, torpağın keyfiyyəti, su resusrlarının olması və s.) və ərazinin ekoloji vəziyyəti; iqlimi; köçkünlərlə yerli əhali arasındakı mədəniyyət fərqi aiddir. İkinciyə – köçkünün cinsi, yaşı, təhsili, ixtisası; onun ailə vəziyyəti və maddi rifahı; fərqli mədəniyyət mühitinə inteqrasiya səviyyəsi; psixoloji statusu və xarakteri aiddir. Eləcə də miqrasiyanın "məcburilik" dərəcəsi və onun səbəbləri xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

Adaptasiya formaları arasında xüsusi əhəmiyyətə malik sosial adaptasiyadır..

Sosial adaptasiya – insanın ətraf müht ilə qarşılıqlı əlaqəsinin optimallaşmasına yönəlmiş fəaliyyətdir. O, həm insanın davranışının, həm də onu əhatə edən sosial mühitin vəziyyətinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir. Adaptasiyanın əsas üsulu şəxs tərəfindən normanın və yeni sosial mühitin (fərdin daxil olduğu qrup, kollektiv, təşkilat, ərazi birliyi) dəyərlərinin, burada qurulmuş sosial əlaqələrin formasının (formal, qeyri-formal əlaqələr, idarəçilik üsulu, ailə və qonşuluq münasibətləri) qəbul edilməsidir. Onlar sosial norma kateqoriyaları, dəyərləri, şəxsi və ictimai maraqlar, sosial funksiyalar vasitəsi ilə üzə çıxır.

Sosial adaptasiya aktiv və ya passiv formada gedə bilər, lakin çox vaxt hər iki formada gedir. Sosial adaptasiyanın aktiv forması ilə, subyektin sosial mühitə təsir etməsi, onu dəyişməyə çalışması ilə (artıq formalaşmış norma və sosial davranış qaydalarını özünə uyğunlaşdırmağa çalışır) xarakerizə olunur. Çox vaxt bunu tam etmək mümkün olmur, belə ki, formalaşmış sosial mühit öz sosial norma və davranış qaydalarının stabilliyini saxlamağa çalışır. Bununla yanaşı, həmin mühit bu normaları qəbul etmiş və onları dərindən dəyişməyə çalışmayan fərdlərdən təşkil olunmuşdur.

Adaptasiyanın digər forması – bütün fərdin düşdüyü sosial qrupun bütün norma və davranış qaydalarını passiv qəbul etməsidir. Bunun üçün şəxs öz dünya görüşünü və əqidəsini yenidən gözdən keçirtməli və bu cəmiyyətdə, sosial əhatəsində formalaşmış norma və qaydalara uyğun yaşamağa başlamalıdır, bu da kifayət qədər çətindir.

Sosial adaptasiya strukturuna daxildir: informasion təminat, yaşayış yeri ilə təmin olmaq, iş yeri, sosial və tibbi xidmət, hərbi fəaliyyət nəticəsində zorakılığa məruz qalmış şəxslərin sosial – psixoloji reabilitasiyası.

Müasir mərhələdə miqrantin sosial adaptasiyanın səviyyəsinin qiymətləndirilməsi üçün ümumi kriteri kimi insanın həyat şəraiti və yeni həyatının keyfiyyətindən razılıq dərəcəsi çıxış edə bilər. Bu zaman yalnız maddi deyil, həm də mənəvi aspektlər nəzərə alınır. Lakin cəmiyyətdə formalaşmış vəziyyətə əsasən mənəvi deqradasiya və keçmiş mənəvi oriyentirlərin dəyərsizləşməsi müasir praktikada yalnız lazımı düzəlişlərdən sonra istifadə edilə bilər.

Adaptasiyanın sosial-iqtisadi aspektləri. İşlə təmin edilmək köçkünün yeni yaşayış yerinə uğurlu adaptasiyasının ən vacib problemidir. Məcburi köçmə səbəbindən evindən, yığdığı vəsaitlərin əsas hissəsindən məhrum olan insanlar özlərində yalnız – bilik, bacarıq, iş vərdişləri kimi kapitallarını saxlaya bilirlər.

Adaptasiyanın sosial-mədəniyyət aspekti. Miqrantlar – müəyyən mədəniyyət, stereotip, dəyərlər sisteminə malikdirlər və çox vaxt onları qəbul edən ölkə dəyərlərindən fərqlənirlər.

Sosial-psixoloji aspekt. İstənilən miqrasiya növünün səbəbi kimi iki əsas blok çıxış edə bilər. Birinciyə vətəndaş müharibələri, millətlər arası münaqişələr, siyasi və ya etnik təzyiqlər, deportasiya və ya məcburi çıxartma, fiziki təhlükələr, təbii fəlakətlər və s. kimi məcburi və ya stress amillər aiddirlər edir. Miqrasiya səbəbləri arasında stress amillərinin üstünlük təşkil etməsi təbii olaraq qaçqın və məcburi köçkünlərin psixoloji vəziyyətinə təsir edir.

Adaptasiya mahiyyətcə – keçilməsi lazım olan həddir. Bu zaman yalnız miqrant deyil, həm də qəbul edən cəmiyyət köçkünlərə adaptasiya olunmalıdır, beləliklə də təhlükəsizlik balansı bərpa edilməlidir.

İnsan tam sosial-təbiətli sistemdir və onun adaptasiyası həyat fəaliyyətinin bioloji və sosial amillərinin qəliz qarşılıqlı əlaqəsinin nəticəsidir.

İnsanın ətraf mühitin təsirlərinə adaptasiya mexanizm-

lərinin tədqiqi göstərmişdir ki, orqanizmin ətraf mühitin dəyişikliklərinə reaksiyası dərin bioloji proseslərə toxunur və onları kəskin və ya xronik xəstəlik (kəskin – tez aradan qaldırılması, ilk növbədə sanitar – iqtisadi səbəblərdən asılı olan xəstəliklər hesab olunur; xronik xəstəliklər isə daha ciddi təhlükə sayılır) kimi bölmək mümkün olmur. Bu səbəbdən də bu təsnifata əlavə olaraq kiçik və böyük xəstəliklər qrupunu əlavə etmək təklif olunmuşdur. Kiçik xəstəliklər – kəskin və xronik xarakter daşıyan xəstəliklər adlandırılır. Onlar minimal "xərclə" orqanizmin dayanıqlığının yüksəlməsinə şərait yaradır. Böyük xəstəliklər – orqanizmin məcburi reaksiyasını əks etdirən xəstəliklər adlandırılmışdır. Bu zaman adaptasiya mexanizmlərinin gərginlik dərəcəsi o dərəcədə yüksək olur ki, "sıradan çıxma" ya səbəb ola bilər.

Bəzi vəziyyətlərin ekstremal təsirləri zamanı insan öz həyat fəaliyyətini minimallaşdırır, özünün bəzi funksiyalarını məhdudlaşdırır, bu da müəyyən hallarda xəstəlik kimi qiymətləndirilir. Lakin öz bioloji xüsusiyyətinə əsasən, bu cür dəyişikliklərsiz (kəskin və ya uzanmış xarakterli olsa da) həmin şəraitdə həyatı saxlamaq mümkün olmazdı. Bu xəstəliklər adaptasiya xəstəlikləri adını almışdır və sağlamlığın inkişafı prosesi, yəni keçmiş şəraitə uyğunlaşmış sağlamlıqdan dəyişmiş yeni mühitə uyğunlaşmış yeni sağlamlıq kimi çıxış edir.

Qeyd olunduğu kimi adaptasiyanın bioloji və sosial tərkib hissəsi vardır. Bioloji adaptasiya – orqanizmin onun üçün yeni olan təbiət şəraitinə, iqlimə, içməli su və yerli qida məhsullarına uyğunlaşması nəzərdə tutulur. Eləcə də, insan yeni sosial şəraitə uyğunlaşmalıdır. Yəni miqrant özündə insanlararası münasibətlərin xarakterini, ekoloji və mədəniyyət mühiti, iş və məişət, istirahət şəraitini birləşdirən sosial adaptasiya prosesini keçməlidir. Daimi gərginlik, tənhalıq və qorxu, gərgin həyat ritmi nəticədə insan psixikası üçün ağır şərait yaradır, stressin meydana çıxmasına səbəb olur, nevroz və psixi pozulmalara, ürək – damar sistemi xəstəliklərinə gətirib çıxarır.Miqrantın adaptasiyasının vacib göstəricisi onun psixoloji əmin – amanlığıdır. Əgər miqrantın psixoloji əmin – amanlıq səviyyəsi aşağı, daxili narahatçılıq, gərginlik, depressiya göstəriciləri

yuxarıdırsa, bu onun yeni həyat şəraitinə uyğunlaşmamasının göstəricisidir.

Əgər adaptasiya prosesi yalnız indiki vaxta əsaslanırsa, yəni xarici şəraitin inkişafı proqnozu və insanın onunla qarşılıqlı əlaqəsi nəzərə alınmırsa, bu zaman mövcud normadan bütün kənar vəziyyətlər xəstəlik kimi çıxış edir. Bununla yanaşı, bir çox kənar vəziyyətlər (qan təzyiqinin, bədən temperaturun dəyişməsi və s.) xəstəlik əlaməti deyil, belə ki, onlar orqanizmin obyektiv lazımı reaksiyası ola bilər. Bununla əlaqədar belə fərziyyə irəli sürülmüşdür ki, müasir şəraitdə formalaşan adaptasiya prosesləri genetik yox, fenotip proqramlar hesabına gələcək nəslə də ötürülə bilər.

Qaçqın və köçkünlərin həyat keyfiyyətinin xüsusiyyətləri.

Lakin, bu gün də insan sağlamlığının məsuliyyətini həkimlərin üzərinə qoyurlar. Halbuki, məlumdur ki, həkimlər və səhiyyə deyil, məhz sosial şərait və həyat səviyyəsi əhalinin həyat keyfiyyətini müəyyən edir. Bu günlərdə stress nəticəsində yaranan patologiyalar (alkoholizmin nəticəsi, depressiya, beyin qan dövranın kəskin pozulmaları) artmışdır. Bütün bunlar sübut edir ki, mövcud sağlamlığın müdafiəsi prinsipi özünü doğrultmur. Müasir səhiyyə sistemi yaranmış xəstəliklərlə mübarizəyə yönəlmişdir və əhalinin sağlamlıq vəziyyətinin yaxşılaşdırılmasına kömək etmir. Əhalinin sağlamlıq vəziyyətini yaxşılaşdırmaq üçün yeni strategiya lazımdır. Prioritet məsələ genişmiqyaslı profilaktik proqramların reallaşdırılmasından ibarətdir.

Bu şəraitdə bu kontingentin məhz patoloji vəziyyətlərinin qarşısını almaq vacib əhəmiyyət kəsb edir.

Dispanserləşmə əhalinin sağlamlığının bərpası və möhkəmləndirilməsinə yönəlmiş, elmi əsaslanmış profilaktik və müalicə tədbirləri sistemidir. Dispanserləşmə əhalinin sağlamlığına aktiv nəzarət, iş və məişət şəraiti, fiziki inkişafı və sağlamlığın saxlanılmasının təmin edilməsinə yönəlmişdir. Dispanserləşmə – profilaktik tədbirlərin aparıcı üsullarından biridir. Ona daxildir:

1. əhali qrupunda müxtəlif dispanser tibbi baxışlarının

aparılması, müayinə olunanları sağlamlıq qruplarına bölünməsi və fərdi sağlamlıq səviyyəsinin müəyyən edilməsi;

2. dispanser tibbi müayinələrinin nəticələrinin həcminin birbaşa asılı olduğu sağlamlıq vəziyyətinə dinamik tibbi müşahidə;

3. sağlamlaşdırma (müalicə və reabilitasiya).

Dispanser tibbi müayinələri – müxtəlif əhali qruplarında xəstəliklərin aşkar edilməsi və inkişafının qarşısının alınması məqsədilə tibbi skrininqin həyata keçirilməsidir.

Dispanserləşmənin əsas məqsədi:

1. əhali arasında aparılan tibbi müayinənin dərinləşdirilməsi. Bu müayinələr dinamik dispanser müşahidəyə ehtiyacı olan şəxsləri aşkar etmək üçün əsas üsuldur;

2. dərin tibbi müayinənin nəticələrinin dinamik qeydiyyatı;

3. dispanserləşmənin əsasında müalicə-profilaktik tədbirlərin həcmi müəyyən edilir.

Xəstəliköncəsi vəziyyətdə, xəstəliklərin ilkin mərhələsində olan şəxslərin, eləcə də formalaşmış xəstəlikləri olan xəstələrin aşkar edilməsi vacibdir.

Orqanizmin və ayrı-ayrı orqanların daha dərin tibbi müayinə zamanı xəstəliköncəsi vəziyyətinin əlamətlərini aşkar etmək olar:

1. xəstəliklərin ilkin formasının erkən aşkar edilməsi və vaxtında müalicəsi, xəstələrin qeydiyyatı və dispanser müşahidəsi;

2. xəstəliklərin yaranmasının risk amilləri olan şəxslərin erkən aşkar edilməsi, sağlamlaşdırıcı və profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi, bu şəxslərin dinamik dispanser müşahidəsi;

3. dispanserləşmənin, müalicə-profilaktik tədbirlərin həcmi, xarakteri və digər xüsusiyyəti qeydiyyatda olan kontingent ilə, onlarda xroniki xəstəliklərin yaranma səbəblərinin analizi və risk amillərinin xüsusiyyəti ilə müəyyən olunur;

4. müalicə, sağlamlaşdırıcı və profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsinə nəzarət və onların effektivliyinin qiymətləndirilməsi;

5. dispanser üsul ilk novbədə xəstəliklərin yaranma səbəbinin müəyyən edilməsi və bu səbəblərə təsir üçün önəmlidir [80, 85, 86].

Dispanserləşmə müəyyən insan kontingentinin sağlamlığına aktiv müşahidədən, onların əmək və məişət şəraitinin öyrənilməsi, düzgün fiziki inkişafın təmin edilməsi və sağlamlığın qorunmasından ibarətdir. Dispanserləşmə özündə ətraf mühitin, professional fəaliyyətin sağlamlaşmasına yönəlmiş tədbirləri, insanların sağlamlıq vəziyyətinə dinamik həkim nəzarətini və müalicə-profilaktik tədbirləri, məqsədəuyğun sanitar – maarifləndirici işlərin keçirilməsini birləşdirir.

İlkin profilaktika tədbirləri həm həyat şəraitinin yaxşılaşdırılmasına və ümumilikdə əhalinin sağlamlığının möhkəmlənməsinə yönəlmiş ümumi – sağlamlaşdırıcı xarakter daşımaqla yanaşı, həm də konkret xəstəliklərin qarşısını almaq və risk amillərinin aradan qaldırılmasına istiqamətlənməlidir.

IV FƏSİL

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASİNA GƏLMİŞ QAÇQİNLARİN XARAKTERİSTİKASİ.

PROBLEMİN SOSİAL-DEMOQRAFİK VƏ TİBBİ ASPEKTLƏRİ

Əhalinin kütləvi yerdəyişməsi həqiqətən qlobal problemə çevrilmişdir.

Məcburi köçkünlərin yer dəyişməsi çox vaxt qəfl və stress vəziyyətində baş verir, bu da həyat üçün təhlükə yaradır. Kütləvi xarakter tendensiyası qazanan bu cür hallar, bir qayda olaraq yaşayış vasitələrini, psixoloji və fizioloji əmin – amanlığı itirməklə müşayət olunur.

Məcburi köçkünlər öz evlərini tərk edərkən son mənzillərinin hara olacağı barədə dəqiq məlumata sahib olmurlar. Onlar çox vaxt çətin vəziyyətdə, dost və qohumlarsız yerə çıxırlar bəzi hallarda isə yerli əhali arasında narazıçılıqlara səbəb olurlar. 74%-ə yaxın ailə öz şəxsi əşyaları ilə gəlmişdir. Respondentlərin yalnzı 20%-i əsas mülkiyyətini özü ilə gətirmişdir. Məcburi köçkün olan insanlar çox vaxt pul vasitələrinə, qida ehtiyatına və siyasi nüfüza sahib olmurlar. Nəticələr göstərir ki, adəti şəraitdən ayrılmaq və yad mühitə düşmək kimi ağır sınaq hətta sağlam insanda belə kəskin fiziki və mənəvi pozulmalara gətirib çıxara bilər. Miqrasiya prosesi infeksion xəstəliklərin yayılmasına da təsir göstərir. Xüsusilə bu insan sıxlığı yüksək olan qaçqın düşərgələrində vəziyyət daha təhlükəli olur.Ədəbiyyat məlumatları, demoqrafik və psixoloji göstəricilər sübut edir ki, bütün məcburi köçkün kontingetinə göstərilən tibbi-sosioloji köməyə yönəlmiş adekvat və effektiv tədbirlərə ehtiyac kəskin şəkildə artmışdır. Xüsusilə də, bu effektivliyin az olması sübut edilmiş ənənəvi dar çərçivə səviyyəsində deyil, daha geniş sahəli olmalıdır. Məcburi köçkünlərin tibbi-sosial problemlərinin həll edilməsi üçün sistemli multidistiplinar yanaşmanın tapılması sahəsində tədqiqatlar aparılmalıdır.

Tədqiqatın aparılması üçün tipik olaraq, şəhər və kənd əhalisinin, ikincilər arasında isə urbanizasiya olmuş və urbanizasiya olmamış hissənin olduğu yaşayış məntəqələri seçilmişdir. Sosioloji tədqiqat zamanı 400 nəfərin – 252 kəndsakininin və 148 şəhər sakininin sorğusu aparılmışdır. Anket yaşayış şəraitinin müxtəlif aspektləri ilə bağlı 70 sualdan ibarət olmuşdur. Anketə həmçinin respondentlər tərəfindən sağlamlığın qiymətləndirilməsini nəzərdə tutan bölmə də daxil edilmişdi.

Gəlmiş şəxslərin əsas hissəsi (70%) 20-dən 49-adək yaş qrupunun payına düşür (cədvəl 6).

Cədvəl 6.

Gəlmiş şəxslərin yaş nəzərə alınmaqla əsas strukturu (%)

Yaş qrupları	0-9 yaş	10-19 yaş	20-29 yaş	30-39 yaş	40-49 yaş	50 yaşdan yuxarı
Gəlmiş şəxslərin yaş qrupları üzrə strukturu (%-lə)	5	10	20	27	23	15

Miqrantların ümumi sayının böyük hissəsi gənc yaş qrupunun payına düşmüşdür: 20-29 yaş – 20%; 30-39 yaş – 27%; 40-49 yaş – 23%; 50 yaşdan yuxarı – 15%. Bununla belə, yaş qrupları üzrə təfsilatlı göstərmə zamanı aşkarlanmışdır ki, miqrantlar arasında daha çox faiz 30-39-dan yuxarı yaş qrupunun payına düşür (27%). Müəyyən edilmişdir ki, onların çoxu yalnız əvvəlki yaşayış yerlərini deyil, həm də doğulduqları yeri – kiçik vətənini tərk etmişdir (43,5%). 20-29 yaş qrupunda kişilər qadınlardan 2 dəfə çox olmaqla üstünlük təşkil edir, 40-49 yaş qrupunda isə artıq qadınlar üstünlük təşkil etməyə başlayır. Bu, qadınların kişilərdən 2 dəfə çox olduğu 50 yaş qrupunda xüsusən nəzərəçarpandır.

Sorğuda iştirak etmiş qaçqınlar yeni yerdə yaşama müddətinə görə aşağıdakı şəkildə bölünmüşdür: kənd qaçqınları arasında 3,17%, şəhər qaçqınları arasında isə 4,7% bir ildən

5 ilədək müddətdir ki, yeni yerdə yaşayır. Hər iki qrupda həmin yerdə 10 ildən artıq yaşamış qaçqınlar üstünlük təşkil edir (84.4% və 92.4 %).

Cədvəl 7.

Şəhərlərdə və kənd yerində sorğuya daxil olmuş miqrantların sayı

Yaşama Müddəti / Yaşama yeri	5 ilədək	5 ildən 10 ilədək	10 ildən çox
Şəhər	4.7	10.8	84.4
Kənd	3.17	4.3	92.4

Cədvəl 8.

Qaçqınların ailə vəziyyəti (%)

Ailə vəziyyəti	Respondentlərin strukturu (%)	
	Şəhərdən gələnlər (n = 148)	Kənddən gələnlər (n = 252)
Nigahdadır	50	71.8
Nigahda deyil	14.1	13.4
Boşanmışdır	12.8	5.5
Duldur	22.9	9.1
Cəmi	**100.0**	**100.0**

Qaçqınlar arasında uşaqlar və "qocaların" sayı haqqında əldə edilmiş məlumatlar böyük maraq doğurur, çünki bu kateqoriya əmək qabiliyyətli deyil və əhalinin əmək qabiliyyətli hissəsinin üzərində əlavə yük olur. Əldə edilmiş məlumatların təhlili qaçqınlar arasında "qocalığın astanası", "əsl qocalma" mərhələsi və "demoqrafik qocalıq" tendensiyalarının olması haqqında əlavə məlumat vermişdir. Bu mənfi hallar əksər hallarda kənd təsərrüfatı işinə uyğunlaşmamış insanlar

tərəfindən (ali və orta ixtisas təhsili olan qaçqınlar tərəfindən) yerinə yetirilən kənd təsərrüfatı işləri sahəsində məhsuldarlığın aşağı düşməsində öz əksini tapır.

Miqrantların doldurulmuş anketlərinin təhlili aşkarladı ki, şəhərdən gəlmiş respondentlərin yalnız 50%-i yoxlama anında nigahda olmuş, həmçinin kənd yerində yaşamış qaçqınların 71,8%-i nigahda olmuşdur (cədvəl 8).

Sorğusu aparılmış yuxarı nəsil qaçqın və məcburi köçkünlər arasında cinsiyyət-yaş strukturu nəzərə alınmaqla, onların ailə-nigah münasibətləri yeni şəraitdə uğurlu adaptasiya üçün mühüm əhəmiyyət daşımışdır. Çox vaxt bu kateqoriya uşaqları və nəvələri ilə birlikdə yaşamışdır – müvafiq olaraq 51,3% və 56%. Cütlüklərin 46,7% və 48,8%-nin 3-5 uşağı, 17,6% və 24,2%-nin 6-10 uşağı olmuşdur. 1-2 uşağı olmaqla 2-4 nəfərdən ibarət qaçqın ailələri – 14,8% və 18,2% təşkil etmişdir. Lakin, əmək qabiliyyətli gənclər hazırki şəraitdə ailə sahibi olmağa və ya ailəli olduğu təqdirdə, uşaq sahibi olmağa tələsməmişdir (14,9%). Nəticə etibarilə, kənd yerində yaşayan şəxslər üçün uşaqlar və yaxın qohumlarla birlikdə daha çox kollektiv şəkllində yaşayış səciyəvidir. Bu amil gələcək yaşayış yeri, işin, evin yeri haqqında qərarın qəbulu prosesində müəyyən edilir, məcburi köçmənin çoxsaylı səbəblərinin strukturu isə, şübhəsiz, cinsiyyətdən və təhsildən asılılığa malikdir. Bununla yanaşı, şəhər və kənd yerindən gəlmiş, boşanmış və dul şəxslərin qaçqınların strukturunda statistik əhəmiyyətli pay iştirakı müəyyən edilməmişdir. Tədqiqatın seçilmiş məcmusunda sorğusu aparılmış şəxslər arasında 12,5% tənha qaçqınların payına düşdüyü aşkarlanmışdır.

Qaçqınlar arasında aparılmış sosioloji sorğu göstərdi ki, ailənin böyüklüyü aşağıdakı bir sıra səbəblərdən asılıdır:

– təbii gedişat (ölüm, doğum) nəticəsində əhalinin yaş-cinsiyyət tərkibində dəyişikliklər;

– həyat yoldaşlarından birinin ölümü nəticəsində ailənin dağılması;

– nigah və boşanma səviyyəsi;

– evlənmiş gənc cütlüklərin valideynlərin ailəsindən ayrılmasının intensivliyi;

– milli ənənələr;
– yaşayış yeri (kənd, şəhər);
– sosial-iqtisadi vəziyyət və digər amillər.

Sonrakı işlə təmin olunmada təhsil mühüm əhəmiyyət daşıyır.Müəyyən edilmişdir ki, miqrasiya etmişlər arasında hər iki qrupda 42,5% və 36,1%-dən çoxu orta ixtisas və ya orta təhsilə malik olmuşdur. Lakin kənd populyasiyasında yalnız ibtidai təhsili olan insanlar sayca üstünlük təşkil etmişdir – 30,5%. Miqrantların təhsil səviyyəsi haqqında məlumatlar cədvəl 9-da verilmişdir.

Cədvəl 9.

Qaçqınların təhsil səviyyəsi (%)

Təhsil səviyyəsi	Şəhərdən gələnlər	Kənddən gələnlər
Ali	21.6	15.1
N/ali	10.1	18.3
Orta ixtisas	18.2	19.4
Orta	24.3	16.7
İbtidai	26.6	30.5

Verilmiş məlumatlar göstərir ki, şəhərdən miqrasiya edənlər kənddən gələnlərlə müqayisədə daha təhsillidirlər. Kişilər və qadınlar arasında təhsil səviyyəsində böyük fərqlər mövcuddur. Kişilərlə müqayisədə qadınlar üçün həm ali təhsil, həm də ibtidai təhsil alanların daha yüksək faizi xarakterikdir – 12,2% və 16,8% müqabilində 21,4% və 37,7%. Orta ixtisas və ixtisas təhsili alanlar arasında kişilər üstünlük təşkil edir – 30,8% və 23,8%.

Miqrantların sosial adaptasiyasının müddəti və keyfiyyəti nöqteyi-nəzərindən, sosial əhəmiyyətli əmək fəaliyyətində iştirak etmək onlar üçün böyük əhəmiyyət daşıyır.Təəssüf ki, tədqiqatlar göstərdi ki, əksər qaçqınlar öz ixtisası üzrə işləyə bilmirlər, xüsusən də bu, kənd sakinlərinə aiddir (cədvəl 10). Qadınlar arasında 41,6%, kişilər arasında isə 12,2% ictimai əməyin zərurəti ilə bağlı müəyyənləşməmişlər. Görünür, belə

fərq kişilərin ailədə başlıca rol oynaması, ailənin maddi rifahına görə cavabdehlik daşıması ilə bağlı meydana çıxır.

Cədvəl 10.

Cinsiyyət nəzərə alınmaqla,
"şəhərli" qaçqınların təhsil səviyyəsi (%)

Təhsil səviyyəsi	Qadınlar (n=228)	Kişilər (n=172)
Ali	21.4	12.2
Orta ixtisas	17.4	16.3
Orta	10.1	30.8
Natamam orta	16.2	23.8
İbtidai	37.7	16.8

Cədvəl 11.

Qaçqınların subyektiv əmək
aktivliyinin göstəricisi (%)

	Qadınlar	Kişilər
İxtisası üzrə işləmək istəyir	23.8	38.4
İxtisasdan fərqli olmayaraq işləmək istəyir	34.6	49.4
Cavab yoxdur	41.6	12.2
Cəmi	**100**	**100**

Miqrantların yeni sosial mühitə adaptasiyası dərəcəsini həmçinin onların həyat şərtləri ilə məmnunluq dərəcəsinin göstəriciləri də əks etdirir. Xüsusən, onların məişət şəraitindən məmnunluq dərəcəsi haqqında məlumatlar bizim üçün müəyyən maraq doğurur (cədvəl 12).

Cədvəl 12.

Qaçqınların məişət şəraitindən məmnunluq indeksi

Yaş qrupları	Məmnunluq indeksi	
	Kişilər	Qadınlar
Əmək qabiliyyətli yaş	-0,59	-0,58
Əmək qabiliyyətli yaşdan yuxarı (55-60)	-0,67	-0,34

Verilmiş məlumatlardan göründüyü kimi, şəhər əhalisi arasından əmək qabiliyyətli yaşda olan kişilərin mütləq əksəriyyəti (-0,98) yeni yaşayış yerində məişət şəraitindən məmnun olmadıqlarını qeyd etmişlər (kənddə məişətdən məmnun olmama göstəricisi bir qədər aşağıdır – təxminən – -0,95). Bu zaman qeyd etmək lazımdır ki, qadınlar (nə qədər qəribə olsa da) məişət şəraitinə kişilərdən daha az "narazılıq" nümayiş etdirmişdir (şəhərlilər – 0,55; kənd yerindən gələnlər – 0,58). Əmək qabiliyyətli yaşda olan şəxslər, təqaüdçülərlə müqayisədə, məişət şəraitinə daha yüksək tələblər irəli sürmüşdür.

Ümumilikdə maddi həyat şəraitindən məmnunluq indeksinin qiymətləndirilməsi zamanı da analoji məlumatlar əldə edilmişdir. Qaçqınlar üçün iki amil əsas təsir göstərir: ev problemi və işlə təmin olunma.

Tədqiqatın əldə edilmiş nəticələrinin təhlili qaçqınların şəhərə yaxın yerləşən yaşayış məntəqələrində yerləşdirilməsi tendensiyasının olduğunu göstərir. Qaçqınların potensial uyğunlaşmasının səciyyələndirilməsi üçün onların gələcək üçün planları böyük əhəmiyyət daşıyır. Bununla əlaqədar olaraq, qeyd etmək lazımdır ki, bütün həyat çətinliklərinə baxmayaraq, kişilərin və qadınların müvafiq olaraq, 32,5%-i və 39,9%-i köçürüldükləri yerdə möhkəmlənmək və yaşamağa qalmaq istəyirlər. Eyni zamanda 52,7%-i yaşayış üçün başqa yerə getmək istəyən şəxslər təşkil edir. Anketin keçirilməsi anında qaçqın və məcburi köçkünlərin 10,7%-i bu məsələdə qərarsız olmuşdur. Bununla əlaqədar olaraq, qeyd etmək







Şək. 19. Müxtəlif qaçqınların şəkilləri – simalar

lazımdır ki, şəhərli qaçqınların təxminən 81.7%-i gəldikləri regionlarda abad mənzillərdə yaşamışlar. Kənd yerindən gələnlər arasında 57,5%-in şəxsi evi olmuş, 21,03% isə şəhər tipli mənzillərdə yaşamışdır. Miqrantların sosial adaptasiyasının müddəti və keyfiyyəti nöqteyi-nəzərindən, sosial əhəmiyyətli əmək fəaliyyətində iştirak etmək onlar üçün vacibdir.

Qaçqınların iqtisadi vəziyyətinə gəlincə, kişilərin 66,2%-i və qadınların 46,05%-i müəyyən maddi gəlirləri olduğunu qeyd etmişdir.

Yaşayış müddətindən asılı olaraq, sağlamlığın müstəqil qiymətləndirilməsinə görə respondentlərin bölgüsü göründüyü kimi, həmin yerdə yaşadıqarı illər artdıqca öz sağlamlığından narazı olan sakinlərin sayının artım tendensiyası göz qabağındadır – 67,2%. Sağlamlıq vəziyyəti əlamətinə görə, qeyd etmək olar ki, sağlamlığın ümumi qiymətləndirilməsi (“yaxşı”, “kafi”, “pis” şkalaları üzrə) fərqlənir. Kənd sakinləri arasında 18,2% qaçqın öz sağlamlığından məmnundur. Şəhərdə 24,3 % miqrant və 14,6 % kənd sakini “sağlamlıq” amilinə mühüm əhəmiyyət verir (cədvəl 13).

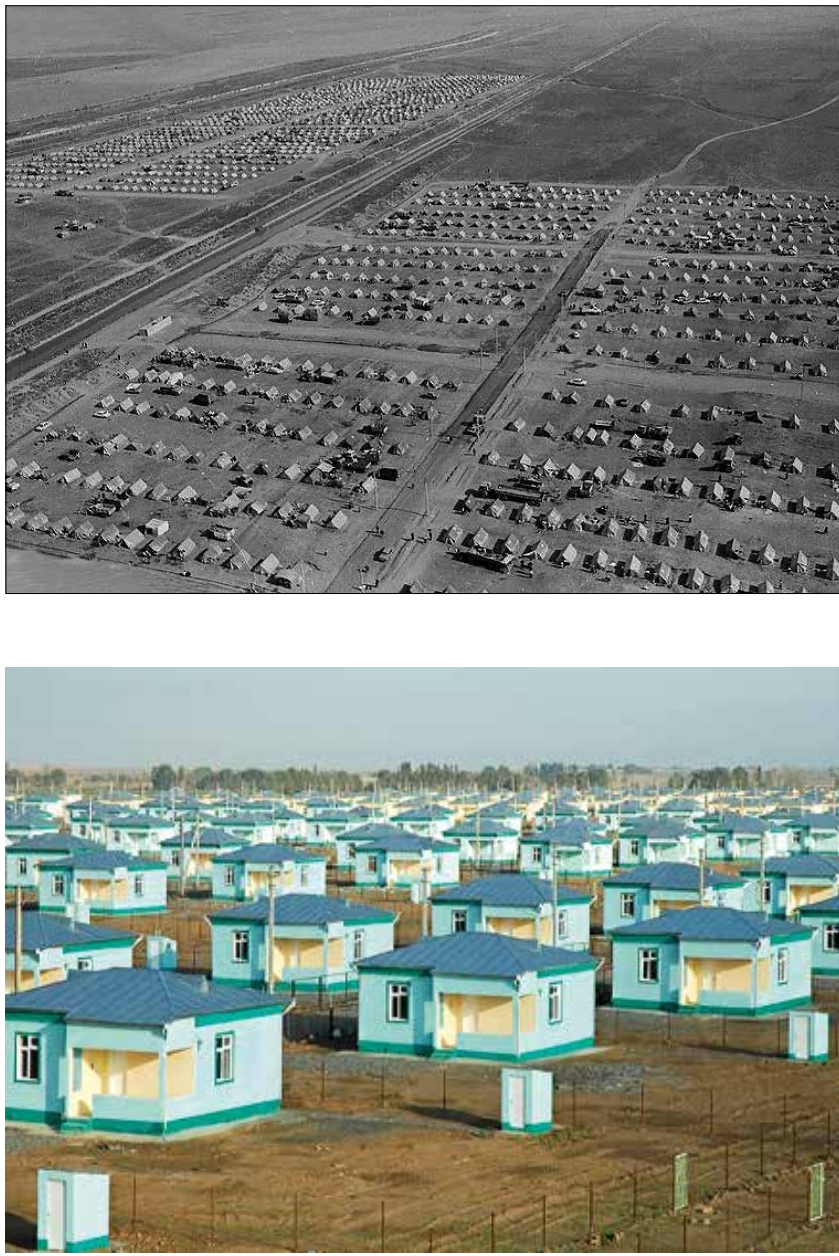
Cədvəl 13.

Həyat keyfiyyətini müəyyən edən amillər (sorğuda iştirak edənlərin ümumi sayının %-i ilə)

Həyat keyfiyyətini müəyyən edən amillər	Şəhər sakinləri	Kənd sakinləri
Sağlamlığın şəxsi qiymətləndirilməsi	65,5	21,4
Qida məhsulları	80,4	77,7
Əmək şəraiti və rejimi	36,4	59,9
Yaşayış şərtləri	91,22	85,7
Avtonəqliyyatın olması	50	38,8
İstirahətin təşkili	24,3	22,6
Tibbi yardım	50,6	44,4
Uşaqların tərbiyələndirilməsi şərtləri	55,4	28,9
Təhsil almaq və ixtisasın artırılması imkanı	64,8	33,3

Bu zaman qeyd etmək olar ki, şəhərlilər öz sağlamlıqlarını kəndlilərdən bir qədər yuxarı qiymətləndirirlər. Sonuncu inkişaf etmiş sosial və məişət infrastrukturunun insanların sağlamlığına təsir etməsi ehtimalından xəbər verir. Oturaqlıq – miqrasiya meyarı üzrə qiymətləndirmədə fərqlər belədir: qaçqınlar həm şəhərdə, həm də kənddə öz sağlamlığını daha yüksək qiymətləndirir. Bu fenomen, görünür, yeni yerdə özünü təsdiq etməyə can atmaqla, layiqli işə sahib olmağa can atmaqla izah edilir.

Qida maddələrindən məmnunluq cəhətdən qeyd etək olar ki, şəhər sakinləri öz rasionlarından daha çox məmnundurar – 54,7%, kənd miqrantları arasında isə bu, 49,6%-dir. Əmək şəraiti və rejimindən (o cümlədən ödəniş səviyyəsindən) məmnunluq



Şək. 20. (yaşayış yerləri)

haqqında suala verilmiş cavablar göstərdi ki, bütün qrupların nümayəndələri öz işindən razı deyillər. Onlar üçün əsas narazılıq amili əməyin aşağı ödənişidir – 29,7% və 22,6%.

Müasir insanın həyat dəyərləri sistemində mühüm yeri əlverişli şəraitdə yaşama amili tutur. Yaşayış şəraiti amilinə görə aparılmış tədqiqat aşağıdakı nəticələri göstərdi. Sorğuda iştirak etmiş şəxslərin yaşayış şəraitindən ümumi narazlığı fonunda kənd yerindəki qaçqınlarda yaşayış yerindən məmnunluq göstəricisi 16,6% təşkil etmişdir. Şəhərlilər arasında yaşayış yerindən məmnun olan şəxslərin payı – 15,5%-dir.

Miqrasiya yerdəyişmələrinin əhaliyə müsbət və ya mənfi təsirini təsdiq edən mühüm göstərici rifah dinamikasıdır. Qaçqınların maddi vəziyyətinin dəyişməsi ilə bağlı suala verilmiş cavabların təhlili göstərdi ki, son bir neçə il ərzində maddi vəziyyəti pisləşmiş respondentlərin sayı şəhər qaçqınları üçün 16,2%, kənd qaçqınları üçün isə 23,8% təşkil etmişdir (cədvəl 14).

Cədvəl 14.

Kənd və şəhər qaçqınları arasında maddi rifahın dəyişməsi dinamikasının qiymətləndirilməsinin nisbəti (sorğuda iştirak edənlərin ümumi sayının %-i ilə)

Yaşayış yeri / Maddi vəziyyətin qiymətləndirilməsi	Kənd	Şəhər
Yaxşılaşmışdır	15,4	31,08
Pisləşmişdir	23,8	16,2
Əvəlki kimi qalmışdır	33,7	27,7
Çətinləşmişdir	26,9	25

Görünür, kənd yerində ixtisas üzrə iş olmadığı üçün və əlavə qazanc üçün seçim variantları daha az olduğu üçün qaçqınların əvvəlki maddi rifahlarını saxlamaq imkanları yoxdur. Bundan başqa, kənd yerində əksər miqrantlar torpaq

paylarının yerli sakinlər arasında bölüşdürülməsindən sonra ora yerləşmişdir. Sorğusu aparılmış kənd miqrantlarının 22,2 %-i torpaq paylarının olmadığını qeyd etmişlər. Bu, onları kənd icmasına qarşı xüsusi vəziyyətdə qoyur və şübhəsiz, onları şəxsi yardımçı təsərrüfatla məşğul olmaq imkanından məhrum etdiyi üçün, maddi vəziyyətlərinə mənfi təsir göstərir. Bu halın sosial nəticələri aydındır: miqrantların payçılar kollektivindən kənar edilməsi ümumi qəsəbə problemlərinin həllindən də onları kənarlaşdırır.

İstirahətin təşkili amilinə görə qeyd etmək olar ki, kənd miqrantları yeni yaşayış yerində istirahətin təşkili üçün imkanlardan məmnun deyillər. Bu mənada onlar eynilə istirahət imkanlarını yüksək qiymətləndirməyən yerli sakinlərlə həmfikirdirlər. Bütün respondent quplarında istirahətin təşkilindən məmnun olan şəxslərin payı 6,08-7,25% təşkil etmişdir. Belə vəziyyət istirahət və əyləncə infrastrukturunun zəif inkişafı nəticəsində yaranır (kəndlərdə klubların, mədəniyyət mərkəzlərinin və kütləvi-mədəniyyət işi ilə məşğul olan işçilərin olmaması).

Sorğusu aparılmış kənd qaçqınlarının yalnız 14,2%-i, şəhər qaçqınlarının isə 9,4%-i yeni yaşayış yerində tibbi yardımdan məmnundur.

Kənd qaçqınları arasında yeni yaşayış yerində uşaqların tərbiyəsi üçün şəraitdən məmnun olan şəxslərin sayı 6,3%, şəhər əhalisi arasında isə – 35,8% təşkil etmişdir.

Beləliklə, aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, qaçqınların öz sağlamlıqlarını qiymətləndirmələri respondentlərin fiziki, psixoloji və sosial rifahını müəyyən edən digər göstəricilərlə birlikdə, miqrasiya axınlarını differensiasiya etməyə imkan verir. Qaçqınların tibbi-sosial differensiasiyası şəhərdə və ya kənddə yaşayan respondentlərə təqdim etdiyi imkanların və sosial şəraitin nəticəsidir.

Perspektivdə miqrasiya proseslərinin ölkə və region üçün böyük əhəmiyyətini qoruyub saxlayacağını, adaptasiya üzrə tədbirlər sisteminin işlənib hazırlanmasının isə ümumi miqrasiya axınına oriyentasiya olduğunu nəzərə alaraq, əsas həyat prioritetləri haqqında təsəvvür əldə etmək vacib idi.



Şək. 21. Qaçqınların tibbi müayinədən keçirilməsi

"Qaçqınlar arasında sağlamlığın qorunması və möhkəmləndirilməsi" alqoritminin işlənib hazırlanması üçün xüsusi anket hazırlanmışdır. Anketin suallarına müvafiq olaraq, yaşayış rayonlarında maddi rifah, yaşayış şəraiti, ekologiya və məişət şəraitindən məmnunluq, ailə münasibətləri, qidalanma amilləri, cinsi sahə, istirahətin xarakteri, gündəlik fiziki yük, cəmiyyətdə mövqe, istehsalat amilləri, mənəvi sferanın vəziyyəti və s. haqqında məlumat toplanmışdır.

Bu tədqiqat üçün qaçqınların adaptasiya davranışının proqnozunda sadalanan amillərin istifadəsi vacib idi. Davranışın motivasiya determinantı sağlamlığın şəxsi qiymətləndirilməsi ilə birlikdə davranışın tənzimləyicisidir və bununla əlaqədar olaraq, böyük maraq doğurur. İlkin olaraq, tərəfimizdən qaçqınların məqsədləri və sağlamlıqla bağlı dəyərləri tədqiq edilmişdir.

Respondentlərə insan həyatının əsas dəyərlərini təşkil edən parametrlər siyahısı verilmiş və onlara daha böyük əhəmiyyətə malik parametrləri seçmək təklif edilmişdir. Respondentin sahib olmadığı, uğursuzluq halında, pis vəziyyətdə daha çox narahatçılıq keçirməsinə səbəb olacaq parametri 100 balla qiymətləndirmək təklif olunmuş, qalan parametrlər isə əsas parametrlə müqayisədə qiymətləndirilirdi. Digər parametrləri də 100 balla qiymətləndirilmişdir.

Sağlamlıq dəyərinin ən yüksək həyati dəyər olmasına və şərtsiz həyat prioriteti hesab edilməsinə baxmayaraq, qaçqınlar arasında yalnız 38%-i əsas dəyər kimi sağlamlığı seçərək, onu 100 balla qiymətləndirmişdir. Respondentlərin 62%-i sağlamlıq parametrini 100 baldan az qiymətləndirmişdir.

Respondentlərin 38%-i sağlamlığa əsas dəyər olaraq 100 bal verdiyi halda, 32%-i 100 bala pulu, maddi rifahı layiq görmüş; repondentlərin 11%-i mənzili, yaşayış şəraitini, 19% ailə və uşaqları 100 balla qiymətləndirmişdir. Lakin, ümumilikdə, orta yekun qiymətləndirməyə görə, bütün respondentlərdə miqrantların dəyər ierarxiyası aşağıdakı şəkildədir.

Şəxsi sağlamlıq – 88,3 bal;

Pul, maddi rifah – 85 bal;

Mənəvi tarazlıq, dinclik – 81,2 bal;

Ailə və uşaqlar – 74,7 bal;
Mənzil və yaşayış şəraiti – 73,9 bal;
Qida – 73,8 bal;
İş – 65,3 bal;
Dostlarla ünsiyyət – 63,4 bal;
Cəmiyyətdə mövqe – 54,7 bal;
Əyləncə, istirahət, sport – 53,5 bal;
Mənəvi tələbatlar – 51,2 bal;
Təhlükəsizlik, sosial müdafiə, hökumət siyasəti – 49,4 bal;
Yaşayış rayonunda ekologiya, məişət – 47,1 bal

Məqsədlərin və həyat dəyərlərinin daha dərindən öyrənildikdə məlum olmuşdur ki, respondentlər ailədə öz maddi vəziyyətini orta göstəricilər həddindədir – 48,4 bal (burada 0 balla dilənçi vəziyyəti, 100 balla isə tam dövlətli vəziyyət qiymətləndirilirdi).

Hansısa amilin balla yekun orta qiymətləndirilməsindən başqa, kompüter proqramı normal göstəricilərdən əhəmiyyətli və cüzi dərəcədə fərqlənən şəxslərin payını müəyyən etməyə imkan vermişdir (bütün yoxlanılmış qupun %-i ilə).

Ailənin maddi rifahı amilləri arasında ailənin xoş güzəranı, şəxsi qazancdan narazılıq, adambaşına düşən gəlirin aşağı olması qiymətləndirilmişdir. Şəxsi qazancdan narazılıq hər üç qrupda yüksəkdir və birinci yerdə durur (fəhlələrin 69,9%-i, işçilərin 66%-i, pensiyaçıların 33%-i, bütün seçim – 60,8%). Adambaşına aşağı gəlir fəhlələrin 69,4%-də, işçilərin 42,7%-də, pensiyaçıların 36,4%-də qeyd edilir. Ümumi qrupda (bütün seçim) – 55,3%.

Üçüncü yerdə ailənin rifahından narazılıq durur. İşçilərdə normadan az kənar açıxmalar olmuşdur ki, bu da müəyyən dərəcədə həmin amilin təsirinin şiddətini azaldır. Təqaüdçülərdə bu rəqəmlər təqribən eynidir (dürüst – 53,4%, cüzi – 46,6%). Bütün seçimdə dürüst fərqlər – 65,3%, cüzi fərqlər – 34,8%-dir.

Beləliklə, qaçqınların həyatında maddi rifah amili onların həyat keyfiyyətinə və sağlamlığına təsir göstərən ən əhəmiyyətli amillərdən biridir.

Cədvəl 15.

Qaçqınların həyatında maddi uğursuzluq amilinin rolu, normadan fərqlər (yoxlanmış qrupun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Maddi çatışmazlıq	Bütün seçim n=400		Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%
1. Öz gəlirindən narazılıq:								
Çox	243	60.8	146	69.9	68	66.0	29	33.0
Az	157	39.3	53	25.4	45	43.7	59	67.0
2. Adam başına düşən gəlirin aşağı olması:								
Çox	221	55.3	145	69.4	44	42.7	32	36.4
Az	179	44.8	64	30.6	59	57.3	56	63.6
3. Ailənin maddi vəziyyətindən narazılıq:								
Çox	261	65.3	173	82.8	41	39.8	47	53.4
Az	139	34.8	36	17.2	62	60.2	41	46.6

Yaşayış şəraitindən məmnunluq amili qaçqınlar tərəfindən ümumilikdə 57,1 balla qiymətləndirilmişdir (0 – yaşayış şəraitindən tam narazı olmaq; 100 – tam məmnun olmaq dərəcə bölgüsü ilə). Sahə ölçüləri xüsusən mənfi xarakterizə edilir (cədvəl 16).

Fəhlələrin 63,2%-in, işçilərin37,9%-in, təqaüdçülərin isə 30,7%-in (bütün seçim – 49,5%) ayrı mənzili yoxdur.Yaşayış sahəsinin ölçülərindən güclü narazılıq təqaüdçülər qrupunda aşkarlanmışdır– 62,5%. Fəhlələr və işçilərarasında yaşayış sahəsinin ölçülərindən narazı olan şəxslərin sayı bir qədər yüksək olmaqla, müvafiq olaraq 78% və 65% təşkil etmişdir. Mənzilin abadlığından narazılıq fəhlə qrupunda – 73,2%, işçilərqrupunda – 39,8%, təqaüdçülər qrupunda isə – 30,7% aşkar edilmişdir.

Cədvəl 16.

Yaşayış yeri amilinin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Yaşayış Amili	Bütün seçim n=400		Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Təqaüdçülər n=88	
	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%
1. Yaşayış sahəsinin kiçik olması:								
Çox	285	71.3	163	78	67	65	55	62.5
Az	115	28.8	46	22	36	35	33	37.5
2. Şəxsi evin olmaması:								
Çox	198	49.5	132	63.2	39	37.9	27	30.7
Az	202	50.5	77	36.8	64	62.1	61	69.3
3. Evin şəraitindən narazıçılıq:								
Çox	274	68.5	153	73.2	41	39.8	27	30.7
Az	126	31.5	56	26.8	62	60.2	61	69.3

Beləliklə, yaşayış yeri amili qaçqınların həyatında onların psixoloji-emosional vəziyyətinə intensiv təsir edən, həyat keyfiyyətinin və sağlamlığın azalmasına gətirib çıxaran amildir.

Yaşayış şəraiti göstəricisinə 4 komponent, o cümlədən ekoloji parametrlər daxil olmuşdur. Bütün seçimdə ekologiyadan narazılıq respondentlərin 48%-də müşahidə olunmuşdur (fəhlələr – 58,4%, işçilər – 45,6%, təqaüdçülər – 26,1%-i) (cədvəl 17). Yaşayış yerində digər şərtlər arasında istirahət problemi ən çox narazılıq yaratmışdır: bütün seçimdə – 54,3% (fəhlələrin 55,5%-i, işçilərin 70,9%-i, təqaüdçülərin 31,8%-i).

Cədvəl 17.

Yaşayış rayonunda şəraitin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Yaşayış Şəraiti	Bütün seçim n=400		Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%
1. İstirahət şəraitindən narazılıq:								
Çox	217	54.3	116	55.5	73	70.9	28	31.8
Az	183	45.8	93	44.5	30	29.1	60	68.2
2. İctimai nəqliyyatla bağlı çətinliklər:								
Çox	176	44	84	40.2	56	54.4	31	35.2
Az	224	56	125	59.8	47	45.6	57	64.8
3.Yaşayış rayonunun məişət şəraitindən narazıçılıq:								
Çox	169	42.3	101	48.3	35	34	33	37.5
Az	231	57.8						
4. Ekologiya şəraitindən narazıçılıq:								
Çox	192	48	122	58.4	47	45.6	23	26.1
Az	208	52	87	41.6	56	54.4	65	73.9

Bundan başqa, ictimai nəqliyyatla bağlı çətinliklər qeyd edilmişdir. Belə problemlər bütün qrupda yaşanır – 44% (fəhlələr arasında – 40,2%,qulluqçular – 54,4%, təqaüdçülər 35,2%). Məişət şəraitindən narazılıq fəhlələr qrupunda 48,3%-də, işçilər qrupunda – 34%-də, təqaüdçülər qrupunda – 37,5%-də aşkar edilmişdir.

Sağlamlıq sahəsində fərdlərin davranışı əhəmiyyətli dərəcədə ailədə formalaşır. Uşaqlarla münasibətin balla orta qiyməti (0 – çox pis; 100 – əla) 69,6 təşkil edir; ər-arvad münasibətlərinin səciyyələndirilməsi üçün bu bal bir qədər aşağıdır – 50,9; ailə münaqişələri səviyyəsi aşağıdakı qiyməti almışdır –

56,2 (burada 0 – çox tez-tez baş verən münaqişələr, 100 – heç vaxt münaqişə olmur); ailə xoşbəxtliyi səviyyəsi 55,5 baldır (cavabların dərəcə bölgüsü: 0 – tamamilə bədbəxt ailə həyatı, 100 – tam xoşbəxtlik). Respondentlər alınan göstəricilər cədvəl 18-də verilmişdir.

Cədvəl 18.

Qidalanma amilinin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Qida Amili	Bütün seçim n=400		Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%
1. Qeyri – daimi qidalanma:								
Çox	175	43.8	89	42.6	66	64.1	21	23.9
Az	124	31	82	39.2	15	14.6	27	30.7
2. Eynitipli qidalanma:								
Çox	58	14.5	16	7.7	13	12.6	29	33
Az	42	10.5	22	10.5	9	8.7	11	12.5
3. Doymama:								
Çox	61	15.3	37	17.7	18	17.5	6	6.8
Az	86	21.5	41	19.6	24	23.3	21	23.9
4. Gec – gec qidalanma:								
Çox	68	17	32	15.3	19	18.4	17	19.3
Az	146	36.5	87	41.6	49	47.6	20	22.7

Adaptasiya və sağlamlığın qorunması proseslərinə təsir edən mühüm amillərin sayında baş verən sosial differensiasiya cəmiyyətdə tutduğu mövqeni göstərir. Aydın oldu ki, respondentlərin 29,5%-i özünün cəmiyyətdə mövqeyindən əhəmiyyətli dərəcədə, 14% isə cüzi dərəcədə narazıdır (cədvəl 19). Bütün seçimdə 58% orta və ya daha aşağı sosial sinfə aid olduqlarına görə narahatlıq yaşayır, respondentlərin 27%-i üçün bu amil cüzi təsirə malikdir.

Cədvəl 19.

Cəmiyyətdə mövqenin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Cəmiyyətdə Mövqe	Bütün seçim n=400		Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%
1. Cəmiyyətdəki mövqedən narazılıq:								
Çox	118	29.5	50	23.9	47	45.6	21	23.9
Az	56	14	22	10.5	18	17.5	16	18.2
2. Sosial mövqe orta vəya aşağı:								
Çox	58	14.5	31	7.8	19	18.4	8	9.1
Az	27	6.8	14	6.7	11	10.7	2	2.3

Müəyyən pasientlərin əksəriyyəti istehsalat amilinə – işə müəyyən qayğılara səbəb olan problem kimi baxır. Balla qiymətləndirmədə rəhbərliklə, həmkarlarla münasibətlərdən, işdən, əmək şəraitindən məmnunluqdan, əsəbi gərginlikdən ibarət olan bu blok 30 bal ilə qiymətləndirilmişdir (0 bal – çox pis, 100 bal – tam məmnunluq). İşin bu və ya digər komponentlərindən narazı olan şəxslərin payı cədvəl 20-də verilmişdir.

Birinci yerdə peşə yüksəlişinin qənaətbəxş olmayan perspektivləridir, bütün seçimdə xeyli kənara çıxmalar vardır – 11%. Əhəmiyyətinə görə ikinci komponent – işdə yüksək gərginlikdir. Fəhlə qadınlarda bu ən yüksəkdir – 17%. Lakin onlarda rəhbərliklə və həmkarlar ilə münasibətlərdən narazılıq daha azdır.

Cədvəl 20.

İstehsalat amilinin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / İrsi amil	Bütün seçim n=400		Fəhlələr n=209				İşçilər n=103			
			n=90		n=49		n=48		n=57	
	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%	müt.s.	%
1. Professional inkişaf perspektivindən narazıçılıq:										
Çox	55	13.8	17	18.9	7	14.3	19	39.6	12	21.1
Az	55	13.8	29	32.2	4	8.2	4	8.3	18	31.6
2. İşdə yüksək gərginlik:										
Çox	40	10	25	27.8	5	10.2	3	6.3	7	12.3
Az	43	10.8	21	23.3	6	12.2	2	4.2	14	24.6
3. İşdən narazıçılıq:										
Çox	44	11	26	28.9	8	16.3	6	12.5	4	7
Az	35	8.8	14	15.6	9	18.4	5	10.4	9	15.9
4. İş şəraitindən narazıçılıq:										
Çox	31	7.8	10	11.1	17	34.7	2	4.2	2	3.5
Az	31	7.8	12	13.3	12	24.5	4	8.3	3	5.3
5. İdarəçilikdən narazıçılıq:										
Çox	21	5.3	9	10	5	10.2	7	14.6	–	–
Az	24	6	16	17.8	7	14.3	–	–	1	1.8
6. İş yoldaşları ilə münasibətdən narazıçılıq:										
Çox	19	4.8	11	12.2	2	4.1	6	12.5	–	–
Az	15	3.8	9	10	3	6.1	–	–	2	3.5

Tədqiq olunan populyasiyada mənəvi tələbatlarla bağlı fikir bu problemlərin kifayət qədər yüksək əhəmiyyət kəsb etdiyini göstərir. "Həyatınızı mənəvi cəhətdən zəngin hesab edirsinizmi (ədəbiyyat, incəsənət, təbiət)?" sualına cavab olaraq, ümumi yüksək qiymət 45,7 təşkil etmişdir (0 – mənəvi cəhətdən çox kasıb, 100 – mənəvi cəhətdən çox zəngin). Mənəvi həyatından narazı olan respondentlərin payı bütün sosial qruplarda yüksəkdir (cədvəl 21).

Əhəmiyyətli dərəcədə normadan fərqlər mənəvi həyatdan narazılıq respondentlərin 98%-də rast gəlinir. Hobbi ilə məşğul olmağa vaxtın olmaması respondentlərin 55%-i üçün vacibdir.

"Həyatda nə dərəcədə xoşbəxtsiniz?" sualına cavab zamanı respondentlərə 0-dan (tam bədbəxt) 100-ə qədər (tam xoşbəxt) müvafiq balı seçmələri təklif edilmişdir. Bütün qrup üzrə orta bal 62,9 olmuşdur. Xoşbəxtlik hissi kifayət qədər olmayan şəxslərin payı fəhlələr qrupunda 16%, işçilər qrupundavətəqaüdçülər qrupunda – müvafiq olaraq, 38% və 75% təşkil etmişdir.

Allaha, ilahi qüvvələrə inamın olmaması respondentlərin 27%-də qeyd edilmişdir.

Cədvəl 21.

Mənəvi amillərin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Mənəvi amillər	Bütün seçim n=400	Fəhlələr n=209			İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
		n=90	n=49	n=68	n=48	n=57	n=34	n=54
1. Mənəvi həyatdan narazılıq:								
Çox	63	16	18	12	-	3	9	5
	15.8%	17.8%	36.7%	17.6%	-	5.2%	26.5%	9.3%
Az	34	7	5	-	2	4	7	9
	8.5%	7,8%	10.2	-	4.2%	7%	20.6%	16.7%

2. Maraqlı olan işlə məşğul olmağa vaxtın çatmaması:								
Çox	57	4	15	11	5	-	10	12
	14.3%	4.4%	30.6%	16.2%	10.4%	-	29.4%	22.2%
Az	41	9	3	17	9	-	-	3
	10.3%	10%	6.1%	25%	18.8%	-	-	5.6
3. Xoşbəxtlik hissinin olmaması:								
Çox	92	8	27	21	10	-	19	7
	23%	8.9%	55.1%	30.9%	20.8%	-	55.9%	13%
Az	70	16	13	17	2	2	11	9
	17.5%	17.8%	26.5%	25%	4.2%	3.5%	32.4%	16.7%
4. İlahi gücə inamin az olması:	20	3	4	-	5	6	2	-
Çox	5%	3.3%	8.2%		10.4	10.5	5.9%	-
Az	-	-	-	-	-	-	-	-

İctimai dəstək amilinin rolu cədvəl 22-də verilmişdir. Bütün sosial qruplarda ictimai dəstəkdən yüksək narazılıq qeyd edilir. Bu suallar blokuna daxil olan hər üç komponent üzrə narazı respondentlərin payı olduqca yüksəkdir.

Birinci yerdə ailə tərəfindən dəstəyin kifayət olmaması durur (fəhlələr qrupunda 15,3%, işçilər qrupunda 25,2%, təqaüdçülər qrupunda 31,8%, bütün seçim üzrə 21,5%). Dostluq əlaqələrinin çatışmazlığı əhəmiyyətinə görə 2-ci yeri tutur (fəhlələrin 13,4%-i, işçilərin 12,6%-i, təqaüdçülərin18,2%-i dost dəstəyini hiss etmirlər).

Respondentlərin kiçik faizinin dostu vardır, lakin bu hallarda belə dostlarla ünsiyyətdən yüksək narazılıq qeyd edilir: fəhlələr qrupunda 12,9%, işçilər qrupunda 9,7%, təqaüdçülər qrupunda 3,4%. 4-cü yerdə dostlar tərəfindən dəstəyin kifayət qədər olmaması durur. Fəhlələrin 13,4%-i, işçilərin isə 4,9%-i dostları tərəfindən kifayət qədər dəstəyin olmamasını qeyd etmişdir. Bütün qrup üzrə narazı respondentlərin payı – 8,3%-dir.

Cədvəl 22.

İctimai dəstək amillərinin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / İctimai yardıma mili	Bütün seçim n=400	Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
		n=90	n=117	n=48	n=57	n=34	n=54
1. Dost əlaqələrinin çatışmazlığı:	57	12	16	7	6	7	9
Çox	14.3%	13.3%	13.7%	14.6%	10.5%	20.6%	16.7%
	30	10	9	5	2	2	2
Az	7.5%	11.1%	7.7%	10.4%	3.5%	5.9%	3.7%
2. Dostlar tərəfindən dəstəyin olmaması:	33	12	16	3	2	-	-
Çox	8.3%	13.3%	13.7%	6.3%	3.5%	-	-
	16	7	5	-	4	-	-
Az	4%	7.8%	4.3%	-	7%	-	-
3. Kifayət qədər ünsiyyətin olmaması:	40	15	12	6	4	3	-
Çox	10%	16.7%	10.3%	12.5%	7%	8.8%	-
	14	6	3	5	-	-	-
Az	3.5%	6.7%	2.6%	10.4%	-	-	-
4. Ailə üzvləri tərəfindən dəstəyin az olması:	86	15	17	14	12	12	16
Çox	21.5%	16.7%	14.5%	29.2%	21.1%	35.3%	29.6%
	72	18	23	6	11	5	9
Az	18%	20%	19.7%	12.5%	19.3%	14.7%	16.7%

Təhlükəsizliyin, sosial müdafiənin dərk edilməsinin qiymətləndirilməsi üçün respondentlər "hökumətin fəaliyyətindən məmnunluq", "zəruri məhsulların və malların əlçatan olması", "təhlükəsiz həyat" kimi suallara cavab vermişlər.Hökumətin fəaliyyətindən məmnunluq haqqında fikir orta bal – 40,8; malların əlçatanlığı – 49,1; təhlükəsizlik – 61,8 bal qazanmışdır.

Digər göstəricilərlə birlikdə belə qiymətləndirmə qaçqınların həyatının ümumi sosial kontekstinin (sosial-iqtisadi vəziyyəti, siyasi şərait, cinayətkarlıq, işsizlik) həyəcan, çaşqınlıq hissi yaratdığını ehtimal etməyə imkan verir ki, bu da həyat keyfiyyəti və sağlamlıq göstəricilərini aşağı salır.

Lakin özünümühafizə davranışının, siqaret çəkmə, alkoqol istifadə etmə, şəxsi sağlamlığına etinasızlıq kimi mənfi halları nəzərdən keçirməsək, sadalanan halların sağlamlığa təsiri tam olmaz. Respondentlərdən heç biri özünü siqaret çəkmə amilinin əhəmiyyətli təsir göstərdiyi şəxslər qrupuna aid etmədi, baxmayaraq ki, siqaret çəkmə haqqında suala müsbət cavab vermiş respondentlərin payı bütün seçim üzrə 39,5% təşkil etmişdir. Siqaret çəkənlərin ən yüksək payı fəhlələr arasında aşkar edilmişdir: burada respondentlərin 44,5%-i siqaret çəkir (cədvəl 23).

Cədvəl 23.

Zərərli vərdişlərin qaçqınların həyatında rolu, normadan fərqlər (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Zərərli vərdiş amili	Bütün seçim n=400	Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
		n=90	n=117	n=48	n=57	n=34	n=54
1. Siqaret çəkmə:	100	58	-	26	2	14	-
Çox	25%	64.4%		54.2%	3.5%	41.2%	
	58	31	4	14	2	7	-
Az	14.5%	34.4%	3.4%	29.2%	3.5%	20.6%	
2. Spirtli içki qəbulu:	40	19	-	15		6	
Çox	10%	21.1%		31.3%	-	17.6%	-
	51	37	-	10		4	
Az	12.8%	41.1%		20.8%	-	11.8%	-

Diqqətə layiqdir ki, respondentlərdən heç biri tez-tez alkoqol istifadə etməsi nəticəsində alkoqolun sağlamlığına təsirini qeyd etməmişdir. Baxmayaraq ki, ay ərzində qəbul edilmiş içkinin miqdarının dəqiqləşdirilməsi zamanı müəyyən edilmişdir ki, bütün respondent qrupunda ayda 1 nəfərin payına 0,9 şüşə spirtli içki (konyak və ya araq), 0,4 şüşə spirtli çaxır və 0,5 şüşə quru çaxır qəbul edilir.

Ümumi seçimdə (fəhlələrin 75,6%-i, işçilərin 21,4%-i və təqaüdçülərin 36,4%-i) gündəlik fiziki tərbiyə ilə məşğul olmur. İşdə aşağı fiziki yük hətta fəhlələr qrupunda qeyd





Şək. 22. Qaçqınlar arıçılıq fəaliyyətinə cəlb edilmişdir (https://www.aa.com.tr)

edilir – 13,9%, işçilər qrupunda bu göstərici 38,8%, təqaüdçülər qrupunda – 64,8% təşkil etmişdir (cədvəl 24).

Sağlamlıqdan narahatlıq dərəcəsi "Hansı yaşa qədər yaşamaq istərdiniz?" açıq sualında qeyd edilmiş uzun ömür yaşa-

maq məqsədi amili ilə xarakterizə edilə bilər. Həyatın müddəti ilə bağlı dəqiq məqsəd respondentlərin 10%-də aşkar edilmişdir, orta ömür müddəti məqsədi 67%-də aşkarlanmışdır. Bu zaman bütün respondentlərin 6,7%-i sağlamlığını yaxşılaşdırmaq üçün öz həyat tərzində heç nəyi dəyişmək istəmir. Respondentlərin 93,3%-i "Əgər sağlamlığınıza müsbət təsir göstərəcəksə, həyat tərzinizdə nəyisə dəyişməyə razısınızmı?" sualına müsbət cavab verir. Respondentlər arasında 54% həkimlərə və ya həkim tövsiyələrinə qarşı inamsızlıq nümayiş etdirir.

Cədvəl 24.

Fiziki yük amilinin qaçqınların həyatında rolu, normadan kənara çıxmalar (yoxlama qrupunun %-i ilə)

Tədqiqat qrupu / Mənəviamillər	Fəhlələr n=209		İşçilər n=103		Pensiyaçılar n=88	
	n=90	n=117	n=48	n=57	n=34	n=54
1. Fiziki hərəkət azlığı:						
Çox	67 74.4%	91 77.8%	10 20,8%	12 21.1%	4 11.8%	28 51.9%
Az	14 15.6%	18 15.4%	16 33.3%	14 24.6%	21 61.8%	21 38.9%
2. İşdə fiziki yükləmənin azlığı:						
Çox	10 11.1%	19 16.2%	21 43.8%	19 33.3%	26 76.5%	31 57.4%
Az	14 15.6%	16 13.7%	10 20.8%	34 59.6%	5 14.7%	17 31.5%
3. Gündəlik gəzmə azlığı:						
Çox	47 52.2%	31 26.5%	16 33.3%	15 26.3%	19 55.9	15 27.8%
Az	22 24.4%	43 36.8%	20 41.7%	29 50,9%	8 23.5%	23 42.6%
4. İşdə həddən artıq fiziki yükləmə:						
Çox	37 41.1%	12 10.3%	-	-	-	-
Az	14 15.6%	-	-	-	-	-

Beləliklə, həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi qaçqınların tibbi-sosial adaptasiyası üçün ən əhəmiyyətli amilləri aşkar etməyə imkan vemişdir. Cavablar fərdi sağlamlıq haqqında təsəvvürlərin xeyli dağınıq olduğunu göstərir və həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsinin standartlaşdırılmış sual vərəqəsi vasitəsilə əlavə dəqiqləşdirilməsini tələb edir.

Standart suallara standart cavabların toplanması sağlamlıq statusunun qiymətləndirilməsinin effektiv metodudur.Reytinqlərin cəmləşdirilməsi üzrə hesablama üçün tərtib edilmiş sual və cavabların dəqiqliklə qurulmuş əlaqələri keçən onillikdə tədqiqatçılara yaxşı yardımçı olmuş və həyat keyfiyyəti üzrə müasir sual vərəqələrinin əsasını təşkil etmişdir. Belə sual vərəqələrinə SF-36 sual vərəqəsini aid etmək olar. Həyat keyfiyyətinə marağın artması insana tam baxışın inkişafına can atmanın göstəricisidir. Hal-hazırda həyat keyfiyyəti termini eyni dərəcədə həm sosial, həm də tibbi anlayışdır.Müasir inkişaf mərhələsində tibb belə nöqteyi-nəzərə gəlmişdir ki, fərdin yaxşı sağlamlıq vəziyyəti tibbi yardımın səviyyəsini, tələbatların ödənməsi səviyyəsini, insanın fiziki, psixoloji və sosial səviyyələrdə adaptasiyasını əks etdirir. Həyat keyfiyyətinin mahiyyətinin dərk edilməsinin açarı "arzu olunan" və "malik olunan" arasında nisbətdir. Məhz bu xarakteristikalar qaçqınlar arasında əvvəlki test keçirilməsi zamanı kifayət qədər tam şəkildə aşkara çıxarılmışdır.

Həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi iki əsas üsulla aparıla bilər: özünü qiymətləndirmə yolu ilə (subyektiv yanaşma) və yaxud başqa insan tərəfindən, məsələn, müalicə həkimi tərəfindən (obyektiv üsul). Onların birlikdə tətbiqi daha məqsədəuyğundur. Bu məqsədlə tərəfimizdən SF-36 sual vərəqəsi istifadə olunmuşdur. 1980-ci illərdə yaradılmış qısa, lakin tutumlu SF-36 sual vərəqəsi həyatın populyasiya keyfiyyətinin qiymətləndirlməsi üçün bir sıra tədqiqatçılar tərəfindən uğurla tətbiq edilmişdir. Bu vasitə universaldır. Mədəniyyətlər arası müqayisə aparmağa imkan verir ki, bu da miqrasiya proseslərinin tədqiqi zamanı böyük əhəmiyyət daşıyır.

SF-36 kimi sosial sorğu vasitəsi istifadə etməklə, biz əmin olduq ki, yerli sakinlərin və qaçqınların SF-36 sual vərəqə-

sinin müxtəlif şkalalarının göstəriciləri üzrə bölgüsü əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. Ümumi sağlamlıq (ÜS) SF-36 sual vərəqəsinin həyat keyfiyyətinin inteqral göstəricisidir və sorğu aparıldığı zaman respondent tərəfindən öz sağlamlıq vəziyyətinin subyektiv qiymətləndirilməsini əks etdirir. ÜS qiyməti nə qədər yüksək olarsa, respondent öz sağlamlığını ümumilikdə bir o qədər yaxşı anlayır. ÜS-in ən yüksək göstəricisi yerli sakinlərdə qeyd edilmişdir (62,4±18,8), sərbəst qaçqınlarda bu göstərici ilə oturaq əhalinin göstəricilərinə nisbətən aşağı olmuş (55,8±16,0) və məcburi köçkünlərdə maksimal dərəcədə aşağı olmuşdur (38,8±17,6) (cədvəl 25).

Cədvəl 25.

Miqrasiya amilinin həyat keyfiyyətinə təsiri

	Yerli əhali	**Məcburi köçkün**
Sağlamlığın ümumi səviyyəsi	62,4±18,8	38,8±17,6
Fiziki aktivlik	87,7±16,4	60,1±30
Sosial aktivlik	63,6±29,9	44,3±11,7
Fiziki problemlərin həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasında rolu	22,2±11,8	35,1±33,1
Psixi sağlamlıq	60,2±13,8	43,6±20,2
Emosional problemlərin həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasında rolu	25,8±11,2	31,5±33,3
Keçən il ilə müqayisədə əhval – ruhiyyə	39,2±22,4	44,2±35,1
Həyat qabiliyyəti	56,5±18,9	42,2±19,7
Ağrı	76,1±23,5	41,2±24,7

* Xi-kvadrat meyarı üzrə yerli sakinlərlə müqayisədə fərqlərin dürüstlüyü ($p<0,05$).

*Xi-kvadrat meyarı üzrə sərbəst və məcburi miqrasiya nümayəndələri arasında fərqlərin dürüstlüyü ($p<0,05$).

Fiziki aktivlik (FA) respondentlər tərəfindən, sorğu zamanı sağlamlıq vəziyyəti ilə məhdudlaşdırılmadan, özünün gündəlik fiziki aktivlik həcminin subyektiv qiymətləndirilməsidir.FA qiyməti nə qədər yüksəkdirsə, respondentin fikrincə, o, bir o qədər çox fiziki yükü yerinə yetirə bilər. Bu meyara görə yerli sakinlər və miqrantlar qrupunda əhəmiyyətli fərq yoxdur: müvafiq olaraq 87,7±16,4 və 82,6±11,5 ball. Məcburi köçkünlərdə FA göstəricisi statistik cəhətdən əhəmiyyətli dərcədə aşağı olmuşdur (60,1±30,0), yəni məcburi miqrasiya prosesi yerinə yetirilən fiziki aktivliyin diapazonu mənfi təsir göstərir.

Sosial aktivlik (SA) respondentlər tərəfindən son 4 həftə ərzində dostlarla, qohumlarla, həmkarları ilə özünün qarşılıqlı münasibətlərinin səviyyəsinin subyektiv qiymətləndirməsidir. SA qiyməti nə qədər yüksək olarsa, respondent öz sosial əlaqələrini bir o qədər yükəsk qiymətləndirir. Yerli əhalinin SA göstəricisi 63,9±29,9 ball təşkil etmişdir. Könüllü qaçqınlarda sosial həyatda məhdudiyyətlərin dərəcəsi yerli əhalidə olduğundan daha az ifadə edilmişdi ki, şkala üzrə daha yüksək ballın (70,9±15,0) olması da bunu göstərir. Məcburi köçkünlərdə əvvəlki sosial əlaqələrin qırılması həm yerli əhali ilə, həm də könüllü qaçqınlarla müqayisədə ballın azalmasına gətirib çıxarmışdır.

Həyat fəaliyyətinin məhdudlaşdırılmasında fiziki problemlərin rolu – funksional qiymətləndirmənin spesifik parametri olmaqla, fərdin məişət və istehsalat münasibətlərinə və yüklərinə uyğunlaşma qabiliyyətini səciyyələndirir. Göstərici nə qədər yüksək olarsa, respondentin fikrincə, sağlamlıqla bağlı problemlər onun məişət və istehsalat fəaliyyətini bir o qədər az məhdudlaşdırır. Yerli sakinlər və könüllü qaçqınlar qrupunda bu göstəricilər təqribən bərabər olmuşdur (müvafiq olaraq 67,6±32,7 və 70,3±27,5 bal). Məcburi köçkünlər xeyli aşağı göstərici(35,1±33,1-dək) nümayiş etdirmişlər.

Psixoloji sağlamlıq (PS) respondent tərəfindən son 4 həftə ərzində öz əhval-ruhiyyəsinin subyektiv qiymətləndirilməsi kimi nəzərdən keçirilir. Göstərici nə qədər yüksək olarsa, həmin müddət ərzində respondentin əhvalı bir o qədər yüksək olmuşdur. Yerli əhali və könüllü miqrantlar qruplarında PS

göstəricisi qiymətcə yaxın olmuşdur (60,2±13,8 və 63,7±14,9), halbuki məcburi köçkünlərdə xeyli aşağı göstərici (43,6±20,2-dək) qeyd edilmişdir. Bu da məcburi miqrasiyanın bədbinlik, ümidsizlik, çarəsizlik kimi psixoloji aspektləri ilə bağlıdır.

Tədqiq olunan qruplarda həyat fəaliyyətinin məhdudlaşdırılmasında emosional problemlərin rolu (EP) kimi amilin müqayisəsi bu fikri təsdiqləyir. Cədvəl 25-dən göründüyü kimi, EP amili hər üç qrupda PS amilinin dəyişməsinə analojidir. Yerli əhali və könüllü köçkünlər qrupunda qiymətlər müqayisə olunandır (64,0±33,7 və 65,9±29,9), məcburi köçkünlər qrupunda isə göstərici kəskin azalır (31,5±33,3). Yəni PS göstəricisi ilə qiymətləndirilən depressiya mənzərəsini məcburi köçkünlərdə qorxu, tez qıcıqlanma, asılılıq vəziyyəti və s. tamamlayır.

"Əhvalın müqayisəsi" (ƏM) şkalası respondent tərəfindən hal-hazırda öz sağlamlıq vəziyyətinin və gələcəkdə onun perspektivlərinin subyektiv qavramasını əks etdirir. Göstərici nə qədər yüksəkdirsə, respondent indiki zamanda və gələcəkdə öz sağlamlığına bir o qədər müsbət baxır. Bu göstərici yerli sakinlər qrupunda ən aşağı olmuşdur (39,9±22,4). Keçmişdə və gələcəkdə öz sağlamlığına müsbət yanaşma məcburi köçkünlər üçün (44,2±35,1) və xüsusən könüllü köçkünlər üçün (50,7±15,0) səciyyəvidir.

Həyat qabiliyyəti (HQ) parametri respondent tərəfindən son 4 həftə ərzində öz həyat tonusunun subyektiv qiymətləndirilməsini əks etdirir. Göstərici nə qədər yüksək olarsa, respondent öz həyat tonusunu, enerjisini bir o qədər yüksək qiymətləndirir. Könüllü köçkünlər daha çox özlərini gümrah və enerjili hiss etmişlər ki, bu da oturaq əhali ilə müqayisədə (56,5±18,9), HQ-nin daha yüksək göstəricisində özünü göstərmişdir (60,8±19,3). Məcburi köçkünlərdə, iki digər qrupla müqayisədə həyat qabiliyyəti daha aşağı olmuşdur (42,2 ±19,7).

Ağrı (parametri) son 4 həftə ərzində respondentin subyektiv ağrı hissiyyatlarının gündəlik aktivliyini məhdudlaşdırmasında rolunu səciyyələndirir. Göstərici nə qədər yüksəkdirsə, respondentlərin fikrincə, ağrı hissiyyatları onların gündəlik aktivliyinə bir o qədər az təsir göstərir. Göstəricinin ən yüksək qiyməti yerli sakinlərdə (76,1±23,5) qeyd edilmişdir, qaçqınlar qrupunda

göstərici aşağıdır (64,3±15,7), məcburi köçkünlərdə isə minimal qiymətə çatır (41,2±24,7).

Beləliklə,yerli əhalinin həyat keyfiyyəti meyarları sağlamlığın, həyat qabiliyyətinin, psixi sağlamlığın, əhval-ruhiyyə problemlərinin əhəmiyyətli olduğunu göstərir.

Məcburi miqrasiya insanların həyat keyfiyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir. Bütün parametrlər üzrə məcburi köçkünlərdə, həm yerli əhali ilə, həm də əmək miqrasiyası nümayəndələri ilə müqayisədə, daha aşağı qiymətlər alınmışdır.

Güclü stressdən sonarkı adaptasiya simptomlarına malik olmaqla, məcburi köçkünlər psixoloji, sosial dəstək və tibbi təminat üzrə fərdi proqramların işlənib hazırlanmasına ehtiyac duyurlar.

Qaçqınların həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi zərurəti şübhə doğurmur, çünki bu cür tədqiqatlar fərdin onun üçün yeni olan sosial-mədəni məkanda adaptasiya imkanlarını məhdudlaşdıran və ya genişləndirən aparıcı psixoloji və sosial amilləri aşkar etməyə imkan verir. Miqrantların sağlamlığına və həyat keyfiyyətinə təsir imkanı qaçqınlara tibbi-sosial yardımın göstərilməsi proqramlarının yaradılması ilə təmin edilə bilər.

V FƏSİL

QAÇQIN VƏ MƏCBURİ KÖÇKÜNLƏRDƏ NƏZƏRƏ ÇARPAN XƏSTƏLİKLƏR

Əhalinin yüksək xəstələnmə dərəcəsi, xüsusilə qaçqınlar və məcburi köçkünlər bizim region üçün aktual olaraq qalmaqdadır. Sosial-gigiyenik monitorinqin nəticələrinə əsasən qaçqın və məcburi köçkünlərin ümumi patologiyalar dinamikasında mənfi tendensiyalar qeydə alınır. Bu kateqoriyanın ilkin xəstələnmə dərəcəsi ümumlikdə Azərbaycan Respublikasında analoji göstəricidən 1,3-7 dəfə yüksək olur. Əhalinin ümumi xəstələnmə göstəricisi (62%) ilə müqayisədə bu populyasiyada (qaçqın və məcburi köçkünlər) həmən göstərici 93% bərabərdir. Qeyd etmək lazımdır ki, güclü stress qeyri – infeksion xəstəliklərin yaranmasının əsas səbəblərindən biridir, belə ki, o, orqanizmin immun sisteminin fəaliyyətini pozur və bir sıra xəstəliklərin (mədə, onikibarmaq bağırsaq xorası, qan dövranı sistemi xəstəlikləri) yaranmasına şərait yaradır. Bu səbəbdən də, emosional dayanıqlıq və psixi tarazlıq – qeyri infeksion xəstəliklərin ən yaxşı profilaktika üsuludur.

Sinir-psixi və emosional vəziyyətlə bağlı xəstəliklərin yayılması miqrasiyadan əvvəlki dövrə nisbətən: kişilərdə 33,8, qadınlarda isə 21 dəfə çox təsadüf edilmişdir.

Stressin simptomları:

– daima əsəbi və gərgin olmaq – çox vaxt isə səbəbsiz yerə;

– pis və narahat yuxu;

– depressiya, fiziki zəiflik, baş ağrısı, yorğunluq, əqli və fiziki işdən imtina;

– diqqətin zəifləməsi, dərsdə və ya işdə çətinlik;

– yaddaşla bağlı problemlər və düşüncə prosesinin zəifləməsi;

– rahatlaşmağı bacarmamaq, iş və problemləri kənara qoya bilməmək;

– iştahın aşağı olması, bəzən əksinə – həddindən artıq qida qəbulu;

– ətrafdakılara, hətta dostlara və yaxınlara qarşı marağın olmaması.

Əlverişsiz həyat şəraiti, ağır xronik stress, miqrasiya şəraitində yaşayış məcburi köçkünlərin sağlamlıq vəziyyətini pisləşdirmişdir. Miqrasiya şəraitində xəstələnmə səviyyəsi bir neçə dəfə artıb. Məcburi köçkünlər üçün spesifik olan xəstəliklər arasında sinir-psixi pozulmalar üstünlük təşkil edir, ikinci yerdə isə sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri – 20,9-73%, üçüncü yerdə isə həzm sistemi orqanları xəstəlikləri – 26,4-32%, dördüncü yerdə isə tənəffüs yolları (13%) xəstəlikləri durmuşdur. Xəstəliklərin dinamikasının xüsusiyyəti onların stabil artması ilə səciyyələnir. Lakin, bizim tədqiqatda xəstəliklərin dinamikasının inkişafında bəzi dəyişikliklər aşkar olunmuşdur.

Tənəffüs orqanlarının xəstəliklərində müəyyən azalmaların olmasına baxmayaraq (69%) əhalinin yarıdan çoxunda tənəffüs sistemi ilə bağlı problemlər qeydə alınmışdır.Əsasən kəskin laringit və traxeit yüksək göstəricilərə malikdir, bronxit üzrə daha çox artım qeyd edilmişdir ki, bu da ümumi xəstələrin 58%-də ilk dəfə aşkar edilmişdir. Tənəffüs orqanları xəstəliklərinə zəmin yaradan faktorlar əsasən stress, soyuqlama, başqa orqan və sistemlərin xəstəliklərinin olması (şəkərli diabet, ürək-damar xəstəlikləri), xronik infeksiya ocaqları, irsi, genetik anomaliyalar və bir çox başqa hallardır.

Ürək-damar xəstəliklərinin sayı üzrə bu sinifdə serebral-qan damar sistemi xəstəliklərinin orta çəkisi daha yüksək olmuşdur. Bu xəstəliklər yüksək qan təzyiqi (hipertoniya xəstəliyi ilə ürəyin zədələnməsi) və ürəyin işemik xəstəlikləri ilə xarakterizə olunur. Ürək-damar xəstəlikləri arasında ilk növbədə həddindən artıq əsəb gərginliyi (hipertoniya xəstəliyi), ikincisi aterosklerozu, eləcə də bətndaxili inkişaf pozuntularını göstərmək olar. Bunun nəticəsində ürəyin anadan gəlmə qüsurları; travmalar (kəskin qanaxmalar) və bunların nəticəsində kəskin ürək-damar çatışmazlığı inkişaf edir. Düzgün olmayan həyat tərzi (əmək və istirahət rejiminə əməl edilməməsi, az hərəkətli iş rejimi), düzgün olmayan qidalanma (qidanın həddindən çox qəbul edilməsi, tərkibində heyvani və qida duzu olan qidaların artıq qəbul edilməsi) və lazımı qədər qidanın qəbul edilməməsi lipid mübadiləsinin pozulmasına, endokrin sistemin fəaliyyətinin dəyişməsinə, piylənməyə və

başqa sistem və orqanların xəstəliklərinə (sidik daşı xəstəliyi, diafraqmanın qida borusu mənfəzinin yırtığı, mədə xəstəliyi, şəkərli diabet) səbəb olur.

Stress, zərərli vərdişlər, düzgün olmayan həyat tərzi digər tərəfdən onkoloji xəstəliklərin – bədxassəli və xoşxassəli xəstəlikləri inkişaf faktoruna çevrilmişdir. Müayinə edilənlərin 19-26%-də qohumlar arasında onkoloji xəstəliklər qeyd edilmişdir.

Siniflər üzrə endokrin sistem xəstəlikləri, qidalanma pozuntuları və maddələr mübadiləsinin pozulması tendensiyası həyat tərzi ilə əlaqələndirilir. İnsanlar sadəcə 20 il bundan əvvəl nisbətən çox qida qəbul etmiırlər, həm də mətbəx qidasını çox vaxt yarımfabrikatlar və fast-fudla əvəz edirlər.

Siniflər üzrə ümumi vəziyyəti pisləşdirən sümük-əzələ və birləşdirici toxuma xəstəliklərinin artması qeyd edilmişdir. Bu qrup xəstəliklər çox müxtəlifdir. Hesab edilir ki, bu xəstəliklərə səbəb olan əsas faktor genetik (yaxın qohumlarda xəstəliyin olması) və autoimmun pozuntularıdır (immun sistem öz orqanizminin hüceyrə və toxumalarına qarşı anticisimlər yaradır). Dayaq-hərəkət aparatı xəstəliklərinə səbəb olan başqa faktorlardan endokrin pozuntular, normal metabolik proseslərin pozulması, orqanların xronik mikrotravmaları, bəzi qida ərzaqları və dərmanlara qarşı həssaslığın yüksək olması, eləcə də infeksion faktor (keçirilmiş virus, bakterial, xüsusilə streptokokk infeksiyası) və xronik infeksiya ocaqlarının (karies, tonzillit, sinusitlər) olması da xüsusi əhəmiyət kəsb edir.

Həzm orqanlarının hər bir xəstəliyinin özünün spesifik xüsusiyyətləri vardır, lakin onların arasında daha xarakterik olan halları qeyd etmək olar. Əsas xarici səbəblər arasında yeni qida ərzaqları, balanslaşdırılmamış və qeyri-müntəzəm qidalanma, qidada aqressiv komponenetlərin çox istifadə edilməsi (acı, duzlu, isti və s.), ərzaqlarının keyfiyyəti (konservant tipli müxtəlif əlavələr), dərman preparatları, alkoqol və onların surroqatları, qazlı içkilər, tərkibində rəngləyicilər və konservantlar olan başqa içkilər, tez-tez stress, mənfi emosiyalar, təşviş qeyd edilir.

20 ildən çox bir müddətdə müxtəlif siniflər üzrə xəstələnmə dərəcəsi artmış və ayrı-ayrı xəstəliklər üzrə dəfələrlə artım

qeydə alınmışdır. Belə ki, endokrin sistem xəstəlikləri tədqiq edilən dövr ərzində bütün subyektlər arasında 3-cü yerdən 1-ci yerə keçmişdir. Qan xəstəliklərinin qeydə alınan göstəriciləri 4 dəfə artmışdır ki, bu da ölkə üzrə olan göstəricildən yüksəkdir. Sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri 4-cü yerdən 3-ci yerə keçmişdir. Bu dövr ərzində qan sistemi xəstəlikləri 3 dəfə artmış, bu sinifdə yüksək qan təzyiqi ilə xarakterizə olunan xəstəliklərin göstəcisi xüsusilə yüksək olmuş, 7 dəfə artmışdır. Kəskin miokard infarktı 1,5 dəfə və təkrar infarktlar 3 dəfə artmışdır. Ürəyin kəskin işemik xəstəliklərinin başqa formaları, demək olar ki, 5 dəfə artmışdır.

Əhalinin xəstəlik göstəricisinin artamasını (həm ümumi, həm də ayır-ayrı siniflər üzrə) birmənalı qiymətləndirmək və onu yalnız xarici faktorların pisləşməsi ilə əsaslandırmaq olmaz, çünki sağlamlıq göstəriciləri həm də tibbin və tibbi yardımın keyfiyyəti ilə təyin edilir. Əhalinin xəstəlik dərəcəsi populyasiyda patologiyaların yayılma dərəcəsini əks etdirir və istənilən halda əhalinin xəstəlik göstəricisinin artması orqanizmin adaptasiya ehtiyatlarının tükəndiyini də göstərir, xəstəliyin yayılma mənzərəsi isə, yəni yaş qrupları üzrə "liderlər" sağlamlığın pisləşməsində əhalinin sağlamlığının sosial tərkib hissəsinin (templər, yüklənmələr, stresslər, gərginlik və s.) əhəmiyyətini göstərir.

Ümumilikdə somatik xəstəliklərin tezliyi miqrasiya dövründə qadınlarda 2-3 dəfə, kişilərdə isə 2,7-7,8 dəfə artmışdır.

Məcburi köçkün qadın və kişilərin xəstələnmə xüsusiyyətində əhəmiyyətli fərqlər müşahidə edilirdi və onları tibbi və psixoloji kömək zamanı nəzərə almaq vacibdir. Qadınlar kişilərə nisbətən ≈ 20 dəfə daha çox anemiyadan əziyyət çəkirlər; tənəffüs və sidik – cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri də kişilərə nisbətən 2 dəfə çox idi. Qadınların reproduktiv sisteminin tədqiqatı zamanı miqrasiya dövründə ginekoloji xəstəliklərin yaranma tezliyi 2,6 dəfə yüksəlmiş və somatik patologiyalar həcmində isə, ilk növbədə cinsiyyət orqanlarında iltihab proseslər (26,1%) və aybaşı pozulması (12,2%) hesabına birinci yeri tutmuşdur (44%). Demək olar ki, qadınların 45% hər hansı bir ginekoloji xəstəlikdən əziyyət çəkirdilər. Kişilərdə əsəb – sinir və mədə – bağırsaq xəstəlikləri üstünlük təşkil

etmişdir (+27,3 və +23,9% qadınlara nisbətən). Qadınlarda bir çox xəstəliklərdə enmə tendensiyası müşahidə edilmirdi, anemiya isə qaçqın şəraitində yaşama müddətində yüksəliş tendensiyası göstərmişdir. Lakin, hər cins və yaş qruplarına xas xəstəliklərin intensivliyi miqrasiyanın ilk illərində kişilərdə qadınlara nisbətən çox olmuşdur. Bir qayda olaraq növbəti illərdə kişilər arsında xəstəliklər enmə tendensiyasına malik olmuşdır, bir çox somatik xəstəliklərin göstəriciləri isə qadınlara nisbətən az azalmışdır.

Qadınlarda reproduktiv sağlamlıq isə qaçqın şəraitində yaşama müddətində demək olar ki, bütün mərhələlərdə pozulmuşdur. Bir çox xəstəliklər miqrasiyanın bütün dövrlərində stabil artım nümayiş etdirirdilər. Son dövrlərdə onlarda azalma və ya stabilləşmə müşahidə edilmişdir.Onu da qeyd etmək lazımdır ki, həm qadınlarda, həm də kişilərdə xəstəliklərin miqrasiya dövründə sürətli artması fonunda növbəti illərdə azalma tendensiyası çox da nəzərə çarpmırdı və ümumi sağlamlıq vəziyyətinin yüksəlişinə az təsir etmişdir.

Reproduktiv sağlamlığın təhlili göstərdi ki, müayinə olunan məcburi köçkün qadınlar arasında doğuşla nəticələnən hamiləliklərin sayı miqrasiya öncəsi dövrə nisbətən 24,6% aşağı enmişdir. Hamiləlik ağırlaşması 70,1% qadında müşahidə olunmuşdur. Bu əsasən anemiya – 2,1 dəfə artıq müşahidə edilmişdir, hamiləliyin ikinci yarısının toksikozları və düşük təhlükəsi isə miqrasiyanın ilk illərində 30,8%-ə çatmışdır. Aşağıdaki ağırlaşmalar nisbətən çox müşahidə olunmuşdur:

– vaxtından qabaq doğulmuşlar (47,3%);
– doğuş travmaları (13,8%);
– dölün tənəffüs pozulmaları (9,1%);
– perinatal dövrə xas infeksiyalar (5,5%);
– dölün inkişaf ləngiməsi (14,6%);
– anadangəlmə anomaliyalar (19,8%).

Miqrasiya prosesi yalnız böyüklərin sağlamlığını deyil, uşaqların sağlamlıq vəziyyətini xeyli aşağı salmışdır. Yuxarıda qeyd olunmuş – dölün inkişaf ləngimsi, az çəkili uşaqların doğulması və bədən boyunun kiçilməsi buna misaldır.

Müşahidə olunanlar arasında yenidoğulmuşlarda xəstələnmə tezliyinin dinamikasının bəzi göstəriciləri ilə müqayisə

də miqrasiya şəraitində perinatal dövr üçün xarakterik infeksiyalar 139,1%, tənəffüs pozulmaları – 97,8%, inkişaf anomaliyaları 55,9%, vaxtındanqabaq doğulmuş uşaqların sayı 13,2%, hipotrofiya – 11,7% qədər artmışdır. Miqrasiya dövrü üçün hipotrofiyanın (14,6%), doğuş anomaliyalarının (19,8%) və doğuş travmalarının (eləcə də beyindaxili) maksimal səviyyəsi (13,8%) xarakterik olmuşdur.Məcburi köçkünlər arasında erkən neonatal ölüm hərbi fəaliyyət dövründə bir qədər azalmış, lakin yüksək olmuşdur. Məskunlaşma dövründə isə bu göstərici müəyyən qədər aşağı enmişdir. Bu da əlverişsiz mühitin, qadınların və onların övladlarının stress faktorların sağlamlığına göstərdiyi mənfi təsirin nümunəsidir.

Fiziki zəif və yenidoğulmuşlara xas bu və ya digər xəstəlikləri keçirtmiş uşaqların əksəriyyəti gələcəkdə sağlamlığında problemi olan yüksək risk qrupunu təmsil edirlər, miqrasiya şəraiti ilə bağlı bir çox əlverişsiz amil isə yalnız risk qrupuna daxil olan uşaqlarda deyil, kifayət qədər sağlam uşaqlarda da, xüsusilə də azyaşlılarda müxtəlif patologiyaların inkişafına səbəb olur.

Məcburi köçkün uşaqların və sonraki illərdə doğulmuş uşaqların sağlamlıq göstəriciləri digər əhali qruplarına nisbətən aşağı idi. Gənclər arasında aparılmış tədqiqatlar göstərmişdir ki, əsas (məcburi köçkün) və nəzarət qrupları arasında xəstələnmə tendensiyası müxtəlif olmuşdur.

Qaçqın şəraitində uşaqlarda tənəffüs orqanları xəstəlikləri artmışdır: kəskin respirator infeksiyalar (8,2 dəfə); kəskin bronxit (18,3 dəfə); sətəlcəm (4,7 dəfə) daha sıx müşahidə olmuşdur. Uşaqların 70-80% infeksion xəstəliklərə (qızılca, su çiçəyi və s.) yoluxmuşlar. Xronik xəstəliklərin (xronik tonzillit, allergik pozulmalar, anemiya, diş xəstəlikləri, görmə zəifliyi və s.) artma tendensiyası (2-8 dəfə) müşahidə edilmişdir. Xüsusilə də ağır sosial-məişət şərait uşaqlarda tənəffüs xəstəliklərinin yaranmasına təkan verir. Əhali sıxlığı yüksək olan yaşayış məntəqələrində uşaq infeksiyalarının geniş yayılması müşahidə olunur. Həmçinin bu kateqoriyada xronik xəstəliklərin sayı da artmışdır.

Xüsusi ilə də, miqrasiya dövründə doğulmuş uşaqlar arasında xronik patologiyanın səviyyəsi xronik tonzillit, enurez,

görmə pozulmaları və karies kimi nozologiyaların göstəriciləri Dağlıq Qarabağ Muxtar Respublikasından gələn uşaqlardan az olmuşdur, belə ki, xronik patologiya erkən yaşlı uşaqlarda formalaşa bilməmişdir. Eyni zamanda allergik-astmatik patologiyalar və anemiya xəstələnmə səviyyəsinə görə daha yüksək olmuşdur, çünki onların inkişafı daha kiçik yaş üçün xarakterikdir.

Məcburi köçkünlər arasında erkən neonatal ölüm hərbi fəaliyyət dövründə yüksək olmuşdur. Məskunlaşma dövründə isə bu göstərici müəyyən qədər aşağı enmişdir. Bu da əlverişsiz mühitin, stress faktorların qadınların və onların övladlarının sağlamlığına göstərdiyi mənfi təsirin parlaq nümunəsidir.

Bunu, eləcə də ölü doğulmaların göstəricisinin yüksək olması təsdiq edir. Bu göstərici ən yüksək həddə müharibə dövründə olmuşdur. Xüsusilə qeyd edilməlidir ki, orqanizmin funksiyasında dəyişikliklər miqrasiyanın ilk illərində baş vermiş və stabilləşmə dövründə patologiya göstəricilərin (qadınlarda – anemiya, arterial hipertenziya, yuxu pozulması, emosional dəyişikliklər, piyelonefrit, yuxarı tənəffüs yollarının xronik-xəstəlikləri; kişilərdə – piyelonefrit, emosional pozulmalar, prostatit və vərəm) artması zəif müşahidə edilmişdir.

Aparılmış tədqiqatın nəticəsi göstərmişdir ki, məcburi köçkünlərin qadın kontingentinə xüsusi həssas münasibət gərəkdir; əsasən də onlar tərəfindən nəsilartırma funksiyasının yerinə yetirildiyi dövrdə (hamiləliyə hazırlıq, hamiləlik, doğuş və süd vermə dövründə) bu diqqət daha vacibdir.

Müsbət proseslərin davamlığı, geniş yayılmış xəstəliklərin göstəricilərinin yüksək olması, yalnız qadın orqanizminə xas bir çox spesifik xəstəliklər bir sıra müxtəlif mütəxəssislərin birgə rəyini tələb edir. Həmçinin də, aydındır ki, miqrasiya və ağır şəraitdə yaşamış, çox vaxt, artıq xəstə doğulmuş və növbəti illərdə xəstəlik keçirtmiş uşaqlara da xüsusi diqqət göstərilməli, reabilitasiya işləri yaxşı təşkil olunmalıdır.

Bütün bunlar dərin morfofunksional pozulmalara işarə edir, məcburi köçkünlərin və onların uşaqlarının kompensator – adaptasiya imkanlarının aşağı enməsini əks etdirir, bu da şübhəsiz gələcəkdə uşaqların sağlamlıq və inkişaf amillərinə mənfi təsir göstərəcəkdir.

Ağır həyat şəraiti ilə bağlı yaranmlş ağır xronik stress, xəstələnmə səviyyəsinin yüksək olması həyat fəaliyyətinin bütün sahələrinin funksiyalarının aşağı enməsinə səbəb olur.

Məişət şəraitləri qeyri – qənaətbəxş olan məcburi köçkünlərin övladlarında doğuş zədələri (xüsusilə də beyindaxili), böyük ehtimal ki, bu şəraitdə qadın və uşaqlara göstərilən tibbi xidmətin aşağı olması ilə əsaslanır.

Bu, xüsusilə, qadın və uşaqlarda özünü göstərir. Bu problemin aradan qaldırılması uzun müddətli və müxtəlif sahəli həkimlərin, psixoloqların iştirakı ilə reabilitasiya, sosial kömək, dövlət orqanlarının yardımı sayəsində baş tuta bilər.

Məcburi köçkünlərin kompakt yaşadığı ərazilərdə tibbi köməyin göstərilməsi həm müalicə – korreksiya, həm də profilaktik istiqamətdə işlər şəklində həyata keçirilməli, onların tibbi – sosial təmini yerli səhiyyə orqanları və qeyri – hökümət təşkilatlarının kompleks rəyi nəticəsində, məcburi köçkünlərin ehtiyaclarını maksimum nəzərə almaqla və onların sağlamlıq vəziyyətlərini, yaş xüsusiyyətləri, həyat şəraiti əsas götürülərək həyata keçirilməlidir.

Həmçinin yaşayış yerindən asılı olaraq əhalinin bütün qruplarında xəstələnmə tendensiyası, xüsusi ilə də nozoloji xəstəliklərdə artma və azalma tendensiyası müşahidə edilmişdir. Bu əsasən qaçqın və məcburi köçkün həyatının ilk dövrlərində özünü daha aydın biruzə verir. Qadınlarda xəstələnmə səviyyəsi miqrasiyadan öncəki dövrdə nisbətən 1,7-dən 13,3 dəfəyədək, kişilərdə 1,6-dən 7,3 dəfəyədək artmışdır.

Əhali arasında geniş yayılmış xəstəliklərin (urək-damar, onkoloji və s.) göstəricilərinin yüksək olması, yalnız qadın orqanizminə xas olan spesifik xəstəliklərin artma tendensiyası bir sıra müxtəlif sahələrin mütəxəssislərinin birgə səylərini tələb edir. Həmçinin də, aydındır ki, miqrasiya və ağır şəraitdə yaşamış, çox vaxt, artıq xəstə doğulmuş və növbəti illərdə xəstəlik keçirtmiş uşaqlara da xüsusi diqqət göstərilməli, reabilitasiya işləri yaxşı təşkil olunmalıdır.

VI FƏSİL

QAÇQIN VƏ MƏCBURİ KÖÇKÜNLƏRİN TİBBİ, PSİXOLOJİ VƏ SOSİAL YARDIMIN TƏŞKİLİ MODELİ

Tədqiqatın əldə edilmiş nəticələrinin təhlili qaçqın və məcburi köçkünlərə tibbi, psixoloji və sosial yardımın göstərilməsinin təşkili modelinin işlənib hazırlanması zərurətinin olduğunu göstərir.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin psixi və psixoloji adaptasiyası metodlarının işlənib hazırlanması və təkmilləşdirilməsi onların yeni yaşayış yerlərində həyatının təmin edilməsi ilə bağlı digər məsələlərin həlli qədər vacibdir. Qaçqın və məcburi köçkünlərin sağlamlıq vəziyyəti haqqında əldə edilmiş subyektiv məlumatlar 80-90% hallarda obyektiv qiymətləndirmənin nəticələri ilə – ərazidə aparılmış tibbi müayinələrlə üst-üstə düşür [1, 7, 12, 23, 24].

Miqrasiya, sosial, iqtisadi, siyasi və digər amillərin mürəkkəb qarşılıqlı əlaqəsi ilə səciyyələnən proses kimi, beynəlxalq, milli, regional təşkilatların diqqət mərkəzindədir. Müxtəlif strukturlar bu məsələlərin müzakirəsinə cəlb edilmişdir. Məsələn, onların bir hissəsi miqrasiyanın miqyası, tendensiyası və miqrasiya sahəsində milli siyasət haqqında məlumatın toplanması, təhlili, yayılması ilə məşğul olur. Digər orqanlar insan hüquqları, ailələrin birləşməsi, qeyri-leqal miqrasiya kimi məsələlərlə məşğul olur. Sosial-iqtisadi miqrasiya, işlə təmin etmə məsələləri ilə məşğul olan müəssisələr mövcuddur.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin cəmiyyətin həyat fəaliyyətinin bütün sahələrinə orqanik daxil edilməsi, onların sağlamlığının qorunması və yaxşılaşdırılması, sağlamlığın qavrayışına təsir göstərən həyati problemlərin həlli üçün şəraitin yaradılması yollarının və üsullarının müəyyənləşdirilməsi üzrə həll edilən məsələlərin ümumiliyinə baxmayaraq, miqrasiyanın məhz tibbi-sosial problemləri ilə bağlı olan, adaptasiyanın bəzi spesifik aspektləri qeyd edilməlidir. Onları aşağıdakı şəkildə ifadə etmək olar:

– regionda diqqətli epidemioloji tədqiqatlar və proseslərin sonrakı monitorinqi vasitəsilə regionda miqrasiyanın tibbi və sosial əhəmiyyətinin əsaslandırılması;

– sağlamlıq üçün ən əhəmiyyətli risk faktorlarının və həyat keyfiyyətinə təsir edən amillərin müəyyənləşdirilməsi, onların monitorinqi və nəzarətin təmin edilməsi;

–miqrasiya proqramlarının yerinə yetirilməsinin real yollarının müəyyənləşdirilməsi [21-23].

Köçmə faktı özü sabitliyi pozan amil kimi çıxış edir və müəyyən narahatlıqlara gətirib çıxarır: sosial əhatənin, iqlimin, hüquqi sahənin və s. dəyişməsi. Yeni yaşayış yerində qaçqınlar, məcburi köçkünlər və onların ailələri ətraf məkanda orientasiya olmalı – sosial əlaqələr qurmalı (dostluq, işgüzar münasibətlər, qonşularla qarşılıqlı əlaqələr və s.), hazırki yaşayış yerinin qanunlarını öyrənməli (yeni cəmiyyətdə qarşılıqlı münasibətlərin özəllikləri, həmin yerdə insanın və vətəndaşın hüquqları, imtiyazları və öhdəlikləri və s.), sosial status qaznamalı (bərpa etməli) – işə, evə, uşaqların təhsili və tərbiyəsinin həyata keçirilməsinə, yaşamaq üçün layiqli vəsaitlərə malik olmalı və s [6, 18, 24, 43, 80].

Buna görə də, hərbi əməliyyatlar zamanı ölkəyə gəlmiş qaçqınlar və məcburi köçkünlərlə iş formalarının differensiasiyası bu qədər vacib olmuşdur.

Hal-hazırda qaçqınlar və məcburi köçkünlərlə iş üzrə müxtəlif dövlət orqanları tərəfindən hərtərəfli proqramlar həyata keçirilir. Bu müəssisələrin işçiləri hər müraciət edən şəxsə onun şəxsi sosial, iqtisadi, hüquqi və digər problemlərinin həllində kömək edir, zəruri sosial münasibətlərin qurulmasında və ya bərpa edilməsində yardımçı olur.

Qaçqın və məcburi köçkünlərlə işdə iki əsas istiqaməti müəyyənləşdirilməlidir:

1. Praktik iş.

2. Təşkilat işi.

Qaçqın və məcburi köçünlərlə praktiki iş aşağıdakı əsas istiqamətlər üzrə aparılır: sosial, sosial-psixoloji, tibbi-sosial, sosial-iqtisadi, maddi, sosial-informasiya və sosial-əmək istiqamətləri.

Məsələn, sosial istiqamətə aşağıdakılar daxil olmuşdur:

– sosial konsultasiyaların aparılması;

– stasionar və qeyri-stasionar şəraitdə sosial reabilitasiya üzrə tədbirlərin aparılması;

– sosial yardıma xüsusi ehtiyacı olan şəxslərin aşkarlanması;

– sosial diaqnostika;

– pensiya və müavinətlərin alınmasında qaçqın və məcburi köçkünlərə yardım;

– özünə yardım və qarşılıqlı yardım qrupları təşkilatına yardım;

– qaçqın və məcburi köçkünlər arasında deviant davranışlı şəxslərin aşkar edilməsi;

– evsizliyin profilaktikası (o cümlədən yataqxananın, müvəqqəti yaşayış yerinin alınmasında və ya şəxsi evin əldə edilməsində yardım);

– uşaqların sahibsiz qalmasının profilaktikası;

– müxtəlif dövlət müəssisələri və ictimai təşkilatlarla qaçqın və məcburi köçkünlərin yardım məsələləri üzrə qarşılıqlı əlaqə [17, 22, 65, 72, 74].

2. Sosial-informasiya istiqaməti:

– sosial xidmətlərin fəaliyyəti haqqında qaçqınların məlumatlandırılması;

– qaçqınlar haqqında məlumatın toplanması (o cümlədən qaçqın və məcburi köçkünlərin özlərindən də) və bu əhali kateqoriyası ilə optimal sosial işin təşkili məqsədilə onun sistemləşdirilməsi;

– ictimaiyyətin qaçqın və məcburi köçkünlərin problemləri haqqında məlumatlandırılması;

– kütləvi informasiya vasitələrində qaçqın və məcburi köçkün mövzusunun real işıqlandırılmasına yardımcı olmaq [5, 61, 66].

3. Sosial-psixoloji istiqamət (iş, təhsil və səhiyyə orqanları ilə əlaqəli şəkildə həyata keçirilir):

– psixoloji konsultasiya;

– psixoloji korreksiya və sosial adaptasiyada yardım;

– kəskin böhran vəziyyətlərində və posttravmatik stress şəraitlərində psixoloji yardım;

– stressin psixoprofilaktikası;

– qaçqınlarla psixoloji treninqlərin keçirilməsi;

– qaçqın və məcburi köçkün ailələrindən uşaq və yeniyetmələrin inkişafının psixoloji diaqnostikası.

4. Tibbi-sosial istiqamət (iş səhiyyə xidmətləri ilə əlaqəli şəkidə həyata keçirilir):

– tibbi-sosial konsultasiya;

– həkiməqədər tibbi yardımın göstərilməsi;

– qaçqın və məcburi köçkünlərin dispanserləşdirilməsinə yardım;

– adekvat sanitar-profilaktik işə və sosial gigiyena normalarına riayət olunmasına nəzarət;

– sosial-psixoloji diaqnostika və yardım;

– dərman və digər tibbi vəsaitlərin əldə edilməsində yardımın göstərilməsi;

– zəruri halda müalicə üçün maliyyə yardımının ayrılması;

– ixtisaslaşmış tibb müəssisələrinə göndəriş [12, 67].

5. Sosial-iqtisadi istiqamət:

– sosial-iqtisadi məsələlərlə bağlı konsultasiya;

– iqtisadi müstəqilliyə nail olmaqda yardımın göstərilməsi;

– gəlirlərin artırılmasında yardım [12, 67,68].

6. Sosial-əmək istiqaməti:

– əsas və əlavə işin əldə edilməsində yardım göstərilməsi;

– öz işini açmaqda yardım göstərilməsi;

– əmək, məşğulluq və peşə orientasiyası məsələləri üzrə konsultasiya;

– peşəkar hazırlıqda və yenidən hazırlıqda yardım [12,14, 23, 32].

Qaçqın və məcburi köçkünlərlə işin bir sıra mühüm məsələləri həll edilir.

1. Qaçqınların, məcburi köçkünlərin əmək və peşə adaptasiyası – yeni yaşayış yerində, yeni şəraitdə qaçqın və məcburi köçkünlərin əmək və peşə potensialının istifadə edilməsini nəzərdə tutur. Bu fəaliyyətə onların ixtisası və yeni yaşayış yerində əmək bazarının tələbləri nəzərə alınmaqla işlə təmin etmə, özünüməşğulluq sisteminin inkişafı və miqrantların peşə hazırlığı və yenidən hazırlığı sisteminin inkişafı daxildir.

2. Qaçqınlara dəymiş zərərin maddi kompensasiyası

problemlərinin həlli: miqrantlara yaşayış yerinin verilməsi, zəruri tibbi yardımın göstərilməsi, qanunla nəzərdə tutulmuş müavinətlərin təyin edilməsi və ödənməsi.

3. Qaçqın və məcburi köçkünlərin yerli (köklü) əhali ilə harmonik qarşılıqlı münasibətlər sisteminin formalaşdırılması və inkişafı. Yerli və beynəlxalq təcrübə göstərir ki, bu istiqamət qaçqın və məcburi köçkünlərin dəstəklənməsi və adaptasiyası üzrə sosial işin ən mürəkkəb və ağrılı istiqamətlərindən biridir. Bu, onunla bağlıdır ki, regiona miqrantların axını çox vaxt orada yaşayan insanlar üçün ciddi problemlər yaradır: infrastrukturun gərginləşməsi, əmək bazarında rəqabətin güclənməsi, yaşayış yeri problemləri, etnik, dini münaqişələrin yaranması və s.

4. Qaçqın və məcburi köçkünlərin hüquqi müdafiəsi sisteminin formalaşdırılması və inkişafı, onların diskriminasiyasının bütün formalarının qarşısının alınması və yol verilməməsi. Nəzərə almaq lazımdır ki, bu problemin həllinin hüquqi yolları və üsulları digər problemlərin – təhsil, maarifçilik, məlumatlanma, sosial-mədəni, mənəvi və s. problemlərin də həlli ilə tamamlanmalıdır.

5. Qaçqın və məcburi köçkünlərin psixoloji adaptasiyası və reabilitasiyası: insanı əvvəlki yaşayış yerini tərk etməyə məcbur etmiş səbəblərin mənfi psixi və psixoloji nəticələrinin dəf edilməsi, sonrakı aktiv və tam dəyərli həyat üçün şəraitin və imkanların yaradılması. Bu iş peşəkar mütəxəssislər (psixoloqlar, psixoterapevtlər, psixiatrlar, konsultant-psixoloqlar) tərəfindən həyata keçirilməlidir.

6. Qaçqın və məcburi köçkünlərin onlar üçün yeni olan cəmiyyətə uğurlu inteqrasiyası üçün şəraitin yaradılması: qaçqınların və yerli əhalinin sosial bərabərliyinə nail olmaq üçün tədbirlərin görülməsi, müxtəlif sahələrdə kommunikasiya sisteminin yaradılması, qaçqın və məcburi köçkünlərin yeni sosial-mədəni mühitə daxil edilməsi üçün zəruri yardımın göstərilməsi (təhsil xidmətləri, sosial müdafiə sisteminin inkişafı, qaçqınların dilinin və mədəniyyətinin dəstəklənməsi) [23, 31].

Məcburi köçkünlərlə bağlı miqrasiya proqramlarında aşağıdakı tədbirlər nəzərdə tutulmuş və dəfələrlə tətbiq edil-

mişdir: maddi yardım; müavinət və subsidiyalar; məcburi köçkünlərin müvəqqəti yerləşdirilməsi üçün mənzil fondundan yaşayış yerlərinin təqdim edilməsi; daimi yerləşmə üçün yaşayış sahəsinin verilməsi; yaşayış yeri tikintisi üçün torpaq sahələrinin ayrılması.

Əhalinin sağlamlıq vəziyyətində əlverişsiz tendensiyaların olması, səhiyyə sisteminin kifayət qədər maliyyələşdirilməməsi, OMS proqramlarının zəif icra edilməsi şəraitində bütün hissələrin fəaliyyətinin rasionallaşdırılması, tibbi yardımın əlçatanlığının və ilkin tibbi-sosial yardım səviyyəsində onun keyfiyyətinin təmin edilməsi vacibdir [65-67, 74, 82].

Qeyd etmək lazımdır ki, bu, tibbi yardıma tələbat haqqında heç də tam məlumat deyil, çünki yalnız hər dörd miqrantdan biri sahə üzrə miqrasiya xidmətinə müraciət edir, qalanları isə məsələni müstəqil surətdə həll edirlər. Bu böyük insan qrupu sağlamlığına əvvəlkindən daha az diqqət edir və köçdüyü zaman tam tibbi xidmətlə təmin edilməmələri ilə barışmağa hazırdır.

Miqrasiya sahəsində tibbi xidmət ənənəvi və çoxdan mövcud olan istiqamətlərdən biri olsa da, tibbi yardım almaqla bağlı problemlər qalmaqdadır:

– ilkin tibbi-sosial yardımın mövcudluğunun və miqrantlar tərəfindən əlçatan olmasının qiymətləndirilməsi;

– qaçqınlar və MK üçün sosial əhəmiyyətli xəstəliklərin profilaktikası, müalicəsi, nəzarət olunması və digər aktual tibbi məsələlər üzrə təhsil proqramlarının təşkili;

– tibb və sosial sahənin işçilərinə, yalnız somatik sağlamlıq məsələlərinə deyil, həm də psixoloji sağlamlıq məsələlərinə diqqət yetirməklə, əhalinin bu kateqoriyası ilə işləmə təliminin keçilməsi (bu məqsədlə bütün ixtisas sahələrinin həkimləri üçün proqramlara müvafiq məruzələrin və praktik məşğələlərin daxil edilməsi) [5-7, 20, 35, 41, 53].

Müxtəlif xidmətlərin və təşkilatların maraqlarının birləşdirilməsi, sektorlararası əməkdaşlığın prioritet istiqamətlərinin aşkar edilməsi, təhsil-informasiya texnologiyalarının işlənib hazırlanmasına, sosial və tibbi xidmət mütəxəssislərinin qarşılıqlı əlaqəsinin yeni üsullarının təklif edilməsinə imkan

verdi, psixoloji yardım formaları xüsusi əhəmiyyət qazandı.

Belə inteqrasiyanın reallığı və sosial effektivliyi miqrantların və məcburi köçkünlərin sağlamlıq vəziyyətinin və həyat keyfiyyətinin monitorinqinin nəticələri ilə təsdiqlənir.

Beləliklə, həyat keyfiyyətinin idarə edilməsinə sosiallaşdırma prosesləri əsasında şəxsiyyətin keyfiyyətinin inkişafının idarə edilməsi, ətraf mühitin və peşə məşğulluğunun keyfiyyətinin idarə edilməsi və sağlamlığın keyfiyyətinin idarə edilməsi daxildir. Qeyd etmək lazımdır ki, mövcud dövlət strukturları bir sıra hallara görə miqrasiya məsələlərini həll edə bilməmiş və ləğv edilmişdir.

Bu, regional hakimiyyətin miqrasiya problemlərinin həllinə diqqətinin ciddiyyətini qaçqın və məcburi köçkünlərin tibbi-sosial adaptasiyası məsələlərinin daha yaxşı həllinin mümkün olduğunu göstərir.

NƏTİCƏ

İşğal olunmuş bütün rayonlardan didərgin düşmüş, indi qaçqın vəziyyətində, köçkün vəziyyətində yaşayan vətəndaşların problemləri bizim üçün və şəxsən mənim üçün bir nömrəli problemdir.

Heydər Əliyev

Miqrasiya siyasəti üzrə regional proqramların müddəaları miqrantlara yardım göstərilməsinə yönəlmişdir. Bu proqramlarda qaçqın və məcburi köçkünlərin yerləşdirilməsi üzrə praktiki işin əsas istiqamətləri müəyyən edilmişdir: etibarlı şəraitdə müvəqqəti yaşayışın təmin edilməsi, yeni yaşayış yerində yerləşdirmə və işlə təmin edilmədə yardımın göstərilməsi, icra hakimiyyəti orqanlarının məcburi köçkünlərin daimi yerləşdirilməsi üzrə fəaliyyətinin nizama salınması.

Lakin, sadalanan məsələlərin rasional həlli miqrasiya proseslərinin ictimai sağlamlığa və sağlamlıqla bağlı olan həyat keyfiyyətinə təsirinin təhlili aparılmadan mümkün deyil. Bu hal hazırki tədqiqatın məqsəd və vəzifələrini müəyyənləşdirmişdir. Bir tərəfdən, miqrasiya regionda sanitar-epidemioloji rifaha əhəmiyyətli təsir göstərir, digər tərəfdən isə, miqrasiya zamanı, xüsusən məcburi olduğu halda, qaçqın və məcburi köçkünün özünün və onun ailə üzvlərinin sağlamlığı üçün müxtəlif risk faktorları meydana çıxır. Regionda müxtəlif miqrasiya növlərinin nəticələrinin hesablanması miqrasiya siyasətinin formalaşdırılması, tibbi-sosial müdafiə və köçkünlərin adaptasiyası məsələlərinin həlli üçün vacibdir.

Miqrasiyanın ümumdünya tendensiyaları ilə müqayisədə (qloballaşma, miqrasiya axınlarının feminizasiyası) respublikanın miqrasiya axınında qadınların xüsusi çəkisi 59% təşkil etmişdir ki, bu da ölkənin və vilayətin əhalisi arasında qadınların payından bir qədər yüksəkdir (bütün əhalinin 53%-i). Miqrasiya axınları miqrasiya səbəblərinə, miqrantların sosial, etnik, demoqrafik tərkibinə görə dinamik və müxtəlifdir ki, bu da populyasiyanın sağlamlığında iz qoyur. Müxtəlif miqrasiya axınlarında (azad və məcburi miqrasiya) sağlamlıq

göstəriciləri əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. Məcburi köçkün kontingentləri, həm tibbi-demoqrafik xarakteristikalarına, həm də xəstəlik səviyyəsinə görə, oturaq əhali ilə müqayisədə daha pis sağlamlıq xarakteristikalarına malikdir.

Sosial-iqtisadi, siyasi, mədəni-ideoloji, ekoloji amillərin və mövcudluq şəraitinin kompleks xarakteristikası, insanın cəmiyyətdə mövqeyi həyat keyfiyyəti kimi nəzərdən keçirilir. Sağlamlıq həyat keyfiyyətinin sintetik indikatorudur. ÜST-nin təqdimatına uyğun olaraq, sağlamlıq kateqoriyasına fiziki, psixi, mənəvi və sosial sağlamlıq anlayışı daxildir. ÜST-nin verdiyi tərifə görə, həyat keyfiyyəti individlər "yaşadıqları mədəniyyət və dəyərlər sistemi kontekstində və onların şəxsi məqsədləri, gözləntiləri, standartları və qayğılarına müvafiq olaraq, həyatda mövqeyini" qavramasıdır. Orijinal anket istifadə olunmaqla aparılmış tədqiqatın nəticələrinə görə, miqrantlar tərəfindən öz sağlamlıqlarının şəxsən qiymətləndirilməsi göstərdi ki, sorğusu aparılanların dörddə birindən azı öz sağlamlığını qənaətbəxş və ya yaxşı hesab edir. Davranışın motivasiya determinantı fərdin həyati dəyərlər ierarxiyası haqqında təsəvvürləri ilə bağlıdır. Bu dəyərlər arasında Azərbayan Resp. əhalisi üçün şəxsi sağlamlıq, maddi rifah və mənəvi tarazlıq dəyərləri ən vacibdir (maksimal mümkün olan 100 baldan 80-dən yuxarı). Ardıcıllığa görə növbəti dəyər ailə və uşaqlar, mənzil və yaşayış şəraiti, qidalanmadır (təxminən 74 ball). Məhəbbət və cinsi münasibətlər, iş, dostlarla ünsiyyət (63-68 ball) yüksək əhəmiyyət daşıyır. Cəmiyyətdə mövqe, əyləncələr, rekreasiya, mənəvi tələbatlar orta qiymət alır (51-55 ball). Həyati dəyərlərin ierarxiyasında yaşayış rayonunda ekologiyanın, məişətin təhlükəsizliyi şəraiti və hökumət siyasəti az əhəmiyyətlidir (47-49 ball).

Sağlamlığın şəxsən qiymətləndirilməsinin ən yüksək göstəriciləri şəhər miqrantlarında olmuşdur (öz sağlamlığından məmnun olanların payı 23,3%), öz sağlamlığından məmnun olan kənd miqrantlarının payı isə bir qədər aşağıdır (21,4%).

Həyat keyfiyyəti və sağlamlıq göstəricilərinə təsir göstərən ən əhəmiyyətli amillərdən biri maddi rifah amilidir. Qaçqın və məcburi köçkünlərin arasında şəxsi qazancından, adambaşına

düşən gəlirindən, ailənin güzəranından olduqca narazı olan şəxslərin payı 35-dən 88%-dək təşkil etmişdir.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin psixi-emosional vəziyyətinə intensiv təsir edən amil yaşayış yeri amilidir. Respondentlərin kifayət qədəri (64%) kafi olmayan yaşayış sahəsi amilinin əhəmiyyətli təsirini qeyd etmişlər.

Qidalanma və cəmiyyətdə mövqe amilində əhəmiyyətli dərəcədə istisnalar olmuşdur. Həyat fəaliyyəti üçün əsas olan bu problemlər fonunda həyat keyfiyyətinin digər tərkib hissələri miqrantlar üçün daha az əhəmiyyətli olmuşdur: bu, yaşayış rayonunda ekologiyaya və şəraitə, ailə münasibətlərinə, cinsi tələbatlara aiddir.

Qaçqın və məcburi köçkünlərin həyat keyfiyyətinin mühüm tərkib hissəsi mənəvi amillərdir. Bütün seçimdə öz mənəvi həyatından xeyli narazı olan şəxslərin payı 98% təşkil etmişdir. Qaçqın və məcburi köçkünlərin əksəriyyəti (72%) dostluq əlaqələrinin çatışmazlığını hiss etmişdir.

Qaçqın və məcburi köçkünlər arasında respondentlərin əsas hissəsi ətrafdakıların qəbul edilməsində və onları anlamaqda tolerantlıq, səbr nümayiş etdirən şəxslər qrupu kimi nəzərdən keçirilə bilər. Bunun ailədə münasibətlər, münaqişələrin həlli üsulları haqqında suallara verilmiş cavablar təsdiq edir. Lakin, tolerantlıq ruhunun bir qədər də tərbiyələndirilməsi zəruridir və bu, başqalarına qarşı qorxu və soyuqluq hissi doğuran təsirə qarşı durmağa yönləndirilməlidir. O, mənəvi dəyərlərə, o cümlədən sağlamlıq, həyat, zorakılıq etməməklə bağlı dəyərlərə əsaslanan fikirlərin formalaşmasına şərait yaratmalıdır. Fərdi səviyyədə sağlamlıq problemlərinin qavranılması sağlam həyat tərzinin formalaşması, zərərli vərdişlərdən imtina ilə sıx bağlıdır.

İnsanın ümumi mədəniyyətinin ayrılmaz elementi hərəkət aktivliyinin formalaşmasında, fiziki tərbiyə ilə məşğul olmada özünü göstərən sanitar-gigiyenik mədəniyyətdir. Respondentlərin 88%-i gündəlik fiziki tərbiyə ilə məğul olduqlarını qeyd etmişlər.

Respondentlərin böyük hissəsi arasında olan sağlamlıq sahəsində ənənəvi davranışa sadiqlik, həmçinin respondenlərin

10%-də aşkarlanmış uzun ömürlə bağlı dəqiq ifadə olunan məqsədlərlə səciyyələnmişdir. Sorğusu aparılanların yalnız 23% uzunömürlülərə aid olmuşlar. Respondentlərin 6,7% sağlamlığının yaxşılaşdırılması üçün öz həyat tərzində heç nəyi dəyişmək istəmir. Alınmış cavablar sanitar-gigiyenik mədəniyyətin səviyyəsinin aşağı olduğunu və bu kontingentlə profilaktik iş aparılmasının əhəmiyyətli olduğunu göstərir.

Miqrasiya probleminin sosial əhəmiyyəti istehsalat, tibbi, sosial, ekoloji sahələrdə dövlət və ictimai təşkilatların, sahibkarların, xeyriyyəçilik və dini cəmiyyətlərin inteqrasiya olmuş səylərini nəzərdə tutan, miqrantların tibbi-sosial müdafiəsi və hüquqlarına zəmanət üzrə elmi əsaslı regional proqramların formalaşdırılmasını və qurulmasını tələb edir.

İstifadə edilən ədəbiyyat siyahısı

1. Речь президента Ильхама Алиева на пленарной сессии XVI ежегодного заседания Международного дискуссионного клуба «Валадай», 3 октября 2019.
2. "Azərbaycan Respublikası regionlarının 2009-2013-cü illərdə sosial-iqtisadi inkişafı Dövlət Proqramı"nın icrasının birinci ilinin yekunlarına həsr olunmuş konfransda Azərbaycan Respublikası Prezidenti İlham Əliyevin çıxışı, Azərbaycan qəzeti, 12 mart 2010-cu il.
3. "Azərbaycan Respublikası regionlarının 2009-2013-cü illərdə sosial-iqtisadi inkişafı" Dövlət proqramı. Bakı, 14 aprel 2009.
4. "Azərbaycan Respublikası regionlarının sosial-iqtisadi inkişafı" Dövlət Proqramı (2004-2008-ci illər), Bakı. Nurlar, 2004.
5. "Qaçqınların və məcburi köçkünlərin yaşayış şəraitinin yaxşılaşdırılması və məşğulluğunun artırılması üzrə Dövlət Proqramı". Bakı, 2004.
6. "Miqrasiya proseslərinin öyrənilməsinə dair" seçmə statistik müəyiyənin nəticələri haqqında HESABAT, Bakı, 2010, 366 s.
7. *Abdullayev F.* Müasir Azərbaycan dövlətinin miqrasiya siyasəti və beynəlxalq əməkdaşlıq. Bakı: "Elm və Təhsil", 2009, 328 s.
8. Apatridlərin statusu haqqında 28 sentyabr 1954-cü il Konvensiyası. İnsan hüquqları beynəlxalq müqavilələr toplusu, Bakı, 2008.
9. Azərbaycan Respublikası İqtisadi İnkişaf Nazirliyi. "Azərbaycan Respublikasının 2014-cü il və gələn üç il üzrə iqtisadi və sosial inkişaf konsepsiyası və proqnoz göstəriciləri. Bakı, 2013, 107 s.
10. Azərbaycan Respublikası Konstitusiyası. Bakı, "Qanun", 2006.
11. Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 2016-ci ildə faəliyyəti haqqında hesabat. Bakı, "Azərbaycan" nəşriyyatı, 2016, 448 s.
12. Azərbaycan Respublikasında insan hüquq və azadlıqlarının

həyata keçirilməsi haqqında Azərbaycan Respublikasının 24 dekabr 2002-ci il tarixli qanunu, Bakı, 2007.
13. Azərbaycan Respublikasının dövlət miqrasiya idarəetmə siyasəti konsepsiyası. 13 iyul, 2004// Vətəndaşlıq və miqrasiya haqqında normativ-hüquqi sənədlər toplusu. Bakı "Qanun", 2007.
14. Azərbaycan Respublikasının Dövlət Miqrasiya Proqramı (2006-2008-ci illər) // Vətəndaşlıq və miqrasiya haqqında normativ-hüquqi sənədlər toplusu. Bakı, "Qanun", 2007.
15. Azərbaycanın demoqrafik göstəriciləri 2016 (Statistik məcmuə). Bakı, 2016, 480 s.
16. Azərbaycanın regionları 2013 (Statistik məcmuə). Bakı, 2013.
17. *Balayev R.Ə.* Urbanizasiya zonalarının ərzaq problemi: İqtisad elmləri doktoru ... diss. avtoreferatı. Bakı , 2001, 48 s.
18. *Bayramov R.* Qaçqın və məcburi köçkünlərə yüksək dövlət qayğısının daha bir real nümunəsi // "Azərbaycan". 2011.- 13 mart. N 57. 2 s.
19. *Cəfərov V.* Məcburi köçkünlərin problemləri dünya ictimaiyyətinə çatdırılır // "Ekspress", 2015, 17 mart, № 49, s. 9.
20. *Əlirzayev Ə.Q.* İslahatlar və sürətlənmə strategiyası şəraitində Azərbaycanın sosial-iqtisadi inkişaf problemləri: təcrübə, meyllər və perspektiv istiqamətlər. Bakı, "Adiloğlu", 2005.
21. *Əliyev M.Ə., Həmidov H.İ.* İnsan resurslarının idarə edilməsi (Ali məktəblər üçün dərs vəsaiti). Bakı, Nurlan, 2002, 255 s.
22. *Həsənov Ə.* Qaçqın və məcburi köçkünlərin böyük himayədarı // "Azərbaycan", 2012, 27 aprel, N 91, s. 2.
23. *İmanquliyev B.* Məcburi köçkünlərin problemlərinin həlli dövlətin ən prioritet məsələsidir // Azərbaycan, 2019, 14 aprel, № 80, s. 1, 4.
24. Qaçqınlara və sığınacaq axtaran şəxslərə ikinci səviyyəli tibb xidmətləri göstərmək marağının ifadə edilməsi üçün müraciət (MİEM) Sənəd № EOİ/AZE/2018/001 MİEM-in qəbulu üçün son tarix: 31.08.2018.
25. Qaçqınların statusu haqqında 28 iyul 1951-ci il konvensiyası. İnsan hüquqları-beynəlxalq müqavilələr toplusu. Bakı, 2008.

26. *Mehrəliyev E.* Azərbaycanda əhalinin miqrasiyası və demoqrafik proses.// "İqtisadiyyat və həyat" jurnalı, 1991, № 5.
27. Miqrasiya Xidməti İctimai Birliyinin məlumatı // "Azərbaycan" qəzeti, 2008-ci il, 19 dekabr.
28. *Muradov Ş.M.* Heydər Əliyev və Azərbaycanda demoqrafik inkişaf konsepsiyası // Elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2003.
29. *Muradov Ş.M.* İnsan potensialı: əsas meyllər, reallıqlar, problemlər. Bakı: "Elm", 2004, 660 s.
30. *Muradov Ş.M., Baxış Ç.Ə.* Azərbaycan Respublikasında etnodemoqrafik proseslər: tarixi dəyişikliklər və reallıqlar. Bakı, 2013, 135 s.
31. *Mustafa N.* Azərbaycan Xalq Cümhuriyyəti dövründə qaçqınlar problemi // Vətən səsi, 2018, 31 avqust, № 32/33, s.4
32. *Sərdarov M.* Azərbaycanda miqrasiya prosesləri. Bakı, 2004
33. *Şirinov Ə.A.* Miqrasiya və sığınacaq məsələləri üzrə terminlərin izahlı lüğəti. Bakı, 2008, 161 s.
34. *Yozef E. Stiqliz.* Qloballaşma və onun doğurduğu narazılıqlar. Bakı: 2004, 317 c.
35. *Абашидзе А.Х., Алиев З.Г., Амиров К.Ф.* и др. Международная и внутригосударственная защита прав человека: учебник / Под ред. Р.М. Валеева. М.: Статус, 2011.
36. *Абраменко Е.Г., Кривенков В.В.* Роль добровольческих организаций в решении проблемы беженцев в современном мире // Добровольчество в современном мире: нравственный идеал нашего времени сборник научных статей I-й международной студенческой научно-практической конференции. Ответственный реедактор С.И. Беленцов, 2016, с. 95-98.
37. *Алиев И.* Нагорный Карабах история, факты, события. Баку. 1989.
38. *Алиев О.Ф.* Историко-правовой обзор проблем вынужденной миграции // Евразийская адвокатура, 2017, № 5 (30), 17-25 с.
39. *Анищик Ю.П.* Понятие «беженец» и защита данной категории лиц // Вестник магистратуры. 2013. № 12-4 (27).

40. *Ахмедбейов Дж.* По политической ситуации Карабахского ханства в 1747-1806-х года. Баку, 1989.
41. *Бекяшев Д.К., Иванов Д.В.* Международно-правовое регулирование вынужденной и трудовой миграции: монография. Москва, Проспект, 2013.
42. *Буниятов З.* Почему Сумгаит / История Азербайджана по документам и публикациям. Баку, 1990.
43. *Волох В.А.* Международное и национальное право о статусе беженца: теория и практика // Социальная справедливость и право: проблемы теории и практики Материалы международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Т.А. Сошниковой, 2016, с. 170-175.
44. *Газыев Ю.* Армянский вопрос. Ложь и истина. Баку, Центр печати и полиграфии «NURLAR» , 2009.
45. *Гусейнова К.* Тюркско-мусульманский геноцид в Карабахе в 1905-1906-х года. Материалы III научно-практической конференции. 2004.
46. *Денисов В.В.* Понятие «беженец»: проблема универсализации правовой дефиниции // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические науки, 2010, № 1.
47. *Джафаров Дж.* Этимология слова «Арсак». «Карабах вчера, сегодня, завтра». Материалы I научно-практической конференции. 2002.
48. *Зверев П.Г.* Организационно-правовые основы получения статуса беженца в праве ЕС // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2014, № 5-2.
49. *Земцова Е.А., Лагунов П.В.* Развитие международного сотрудничества в области защиты прав беженцев и вынужденных переселенцев // Актуальные вопросы модернизации экономики, права и образования, 2015, с. 34-39.
50. *Зинченко Н.Н.* Временная защита как рациональное и гуманное решение проблемы лиц, ищущих убежище // Миграционное право, 2016, № 1, 11-13 с.
51. *Изотова Е.Н.* К вопросу об актуальности женевской кон-

венции «О статусе беженцев» 1951 года // Административное право и процесс, 2016, №10, с. 79-82.
52. *Иманзаде Б.С.К.* Статус беженца в российском и международном праве на примере беженцев из Сирии / Актуальные проблемы правотворчества и правоприменительной деятельности в Российской Федерации Материалы межвузовской научной студенческой конференции. 2016, с. 106-108.
53. Информационные бюллетени о целях в области устойчивого развития: задачи в области здравоохранения – миграция и здоровье. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www. euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/364936/migrationhealth-rus.pdf, по состоянию на 20 января 2019 г.).
54. *Иранпур З.Ф.* Проблема защиты прав беженцев: исторические истоки и современность //Миграционное право, 2011, № 1, с. 7-9.
55. *Казачкова З.М., Касевич Е.В.* Конвенция 1951 г. О статусе беженцев» и некоторые современные проблемы правопонимания // Проблемы беженцев и вынужденных переселенцев на Северном Кавказе. Материалы международной научно-практической конференции (Ставрополь, 5 декабря 2013 г.). Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 2013.
56. *Калуцких Е.Ю., Самойлов И.А.* «Беженство» в международном праве / Права человека: история, теория, практика Всероссийская научно-практическая конференция: Сборник научных статей. Юго-Западный государственный университет. 2015, с. 183-186.
57. Карабах вернется. Баку, 2010.
58. *Каса И. Л*ГБТ в контексте международной защиты беженцев // Правозащитник, 2015, № 2, с. 5.
59. *Клинова Е.В.* Внутригосударственное законодательство о порядке предоставления статуса беженца и права на убежище в странах-членах Европейского Союза на примере Франции, Италии, Испании (сводный реферат) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и

зарубежная литература. Серия 4: Государство и право. Реферативный журнал. 2001. № 1.
60. *Клинова Е.В.* Правовое положение беженцев в странах Европейского Союза. Москва, 2009.
61. *Ковалев А.А.* Международная защита прав человека: учебное пособие. Москва, Статут, 2013.
62. Конвенция и протокол, касающиеся статуса беженцев. Женева: Управление верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев; 1951 (Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, статья 1(A)(2); http://www.unhcr.ru/files/convention. pdf, по состоянию на 20 января 2019 г.).
63. *Коннов В.А.* Международно-правовые стандарты предоставления убежища в практике государственного строительства стран Европы. Государство и право. М.: Наука, 2011. № 12.
64. *Махмудов Я.М., Шукюров К.К.* Карабах: реальная история, факты, документы (На азербайджанском, английском, французском, арабском, немецком, русском языках). Баку, «Тэхсил», 2005, 380 с.
65. Миграция и здоровье: ключевые вопросы [вебсайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http:// www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migrationand-health-key-issues, по состоянию на 19 января 2018 г.).
66. Миграция и здоровье: ключевые вопросы. В разделе: Вопросы и темы здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/healthdeterminants/migration-and-health/migrant-health-inthe-european-region/migration-and-health-key-issues (по состоянию на 20 января 2019 г.).
67. *Морозова В.М.* Обеспечение и защита прав беженцев в рамках социальной функции государства: международные стандарты и российский опыт // Вестник магистратуры. 2016. № 3-2 (54). 104-107 с.

68. *Пастухов Р.О.* К вопросу о проблеме беженцев // Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки: сборник статей Международной научно-практической конференции: в 4-х частях. 2016. 201-203 с.
69. Резолюция WHA61.17. Здоровье мигрантов. Шестьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 16-24 мая 2008 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/24521/A61_R17-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y по состоянию на 20 января 2019 г.).
70. Руководство по процедурам и критериям определения статуса беженцев. Смоленск, Маджента, 2005. II ч.
71. *Рустамова-Тогиди С.* Март 1918 года. Баку, 2009.
72. *Сазон К.Д.* Универсальные международные стандарты в сфере предоставления убежища // Миграционное право. 2014. № 3.
73. *Селюков А.И.* Соотношение российских и европейских механизмов защиты прав и свобод человека, в том числе беженцев и вынужденных переселенцев // Проблемы беженцев и вынужденных переселенцев на Северном Кавказе. Материалы международной научно-практической конференции (Ставрополь, 5 декабря 2003 г.). Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 2003.
74. Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (EUR/RC66/8 + EUR/RC66/Conf.Doc./4; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/315480/66wd08r_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1, по состоянию на 19 января 2018 г.).
75. *Сурма И.В.* Законодательные меры противостояния и миграционная составляющая новой «мягкой угрозы» Европейскому Союзу // Право и политика. 2015. № 10. 1391-1399 с.
76. Хартия Европейского союза об основных правах. OJEC. 2000; C 364/01 (http://eulaw.ru/treaties/charter, по

состоянию на 20 января 2019 г.).
77. Ходжалинский геноцид. Организация освобождения Карабаха. Баку, 2009.
78. *Шабалина Л., Капко А.* Международные аспекты регулирования беженцев // Схід. 2015. № 8 (140). 67-73 с.
79. *Шуршалова Е.С.* Правовые и организационные основы государственной защиты прав беженцев и вынужденных переселенцев // Миграционное право, 2011, № 3.
80. *Davies A, Basten A, Frattini C.* Migration: a social determinant of the health of migrants. Geneva: International Organization for Migration; 2006 (Background paper; https://migrationhealthresearch.iom.int/migrationsocial-determinant-health-migrants, по состоянию на 20 января 2019 г.).
81. Karabakh: vision. Baku, 2011.
82. International Organization for Migration, WHO, Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka. Colombo statement. In: Second Global Consultation on Migrant Health, Colombo 21-23 February 2017.
83. *Perruchoud R, Redpath-Cross J,* editors. Glossary on migration, second edition. Geneva: International Organization for Migration; 2011 (https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml25_1.pdf, по состоянию на 20 января 2019 г.).
84. *Scholz N.* Briefing: the public health dimension of the European migrant crisis. Brussels: European Parliment; 2016 (http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf, accessed 4 October 2017).
85. *Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S.* Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (Сводный доклад №43 Сети фактических данных по вопросам здоровья).
86. *Urda M., Shevelyova S.* Migration policy and national security challenges in globalization conditions // Економічний часопис – XXI, 2016, т. 157, № 3-4, с. 22-24.

87. www.karabakh.az
88. www.karabakhfoundation.org
89. www. karabakh.org
90. www.karabagh.com
91. www.garabaghnew.az
92. www.karabakh-doc.azerall.info
93. www.karabakh-war.com
94. www.karabakhblog.com
95. www.karabakh.legal.az
96. www.karabakh.co.uk
97. www.karabagconflict.org
98. www.khojaly.org
99. www.khojaly.org.az
100. www. khojaly.perslib.az
101. www.khojaly.net
102. www. justiceforkhojaly.org
103. www.human.gov.az
104. www.history.az
105. www.fact-info.az
106. www.armenianterror.net
107. www.genocide.az
108. www.azerigenocide.org
109. www.azerbaijans.com
110. www.azerbaijan.az

Mündəricat

Giriş 3

I FƏSİL
Qaçqın problemi. 4-46

II FƏSİL
Məcburi miqrantların sosial adaptasiyası strategiyaları və amilləri 47-55

III FƏSİL
Sağlam həyat tərzi və onun tərkib hissəsi 56-82

IV FƏSİL
Azərbaycan Respublikasına gəlmiş qaçqınların xarakteristikası. Problemin sosial-demoqrafik və tibbi aspektləri 83-115

V FƏSİL
Qaçqın və məcburi köçkünlərdə nəzərə çarpan xəstəliklər 116-124

VI FƏSİL
Miqrantlara tibbi, psixoloji və sosial yardımın təşkili modeli 125-130

Nəticə 131-134

İstifadə edilən ədəbiyyat siyahısı 135-143

Kağız formatı 60×90 1/16. Fiziki çap vərəqi 9. Sifariş 10. Tiraj 1000.
"Letterpress" nəşriyyat evində çap olunmuşdur.
e-mail: office@letterpress.az