

ავტორები

ლელა სტურუა, ნინო შუშანია

პუნამ დავანი, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის განყოფილების თანამშრომელი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში არსებულ ექსპერტიზაზე დაყრდნობით, ტექნიკურ მხარდაჭერას უწევდა გუნდს პროექტის კონცეფტუალიზაციასა და კვლევის ანგარიშის განხილვაში

რედაქტორთა ჯგუფი

ნინო სანიკიძე, ჯოანა გრეის ფერნანდესი

კვლევის ანგარიში ინგლისურიდან ქართულზე ითარგმნა

ნია გიუაშვილის მიერ

მკვლევართა ჯგუფი

კვლევის დიზაინი: ლელა სტურუა, ნინო შუშანია

სტატისტიკური პროგრამის შექმნა, მონაცემთა შეყვანა და ანალიზი: მაია ბუწაშვილი, მარინა შახ-ნაზაროვა

მონაცემთა ბაზის ოპერატორები: ლია ქინძაძე, სუსანა შახბუდაგიანი, ლიანა ხუჭუა, ლუდმილა ედიბერიძე, თამარ ფილაური, გულიკო ლომიძე, ნინო გრძელიძე, ლელა ცერცვაძე, მაია ჩოხელი, ციმი ჩანადირი და ნარი გოგნაძე

საველე კოორდინატორები და სუპერვაიზორები: დალი ტრაპაძე, თამარ ჩაჩავა, ელისო იობაშვილი, ზაალ მერაბიშვილი

მკვლევარები: ლია მგალობლიშვილი, ნინო მამუკაშვილი, სოფიო ჭირაქაძე, ლია სხირტლაძე, მაია ბერუჩაშვილი, ფიქრია ნემსაძე და ქეთევან მამინაიშვილი

მძღოლები: ოთარ ცაგარეიშვილი, ანზორ ზუბაშვილი, სერგო ნარიმანიძე, მამუკა კალაძე, მალხაზ გოდერძიშვილი, გიორგი ზუბაშვილი, დავით ცხოვრებაშვილი, აკაკი კეთილაძე, ზაზა ლეჟავა და ზურაბ სულთანაშვილი

მადლობას ვუცხადებთ:

ყველა მიგრანტს, ვინც მონაწილეობა მიიღო კვლევაში, როგორც რესპოდენტმა; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს; საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს; საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს; ადამიანთა ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის მუშაკებს; თბილისის სახელმწიფო

სამედიცინო უნივერსიტეტს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისს.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუცხადებთ:

ქ-ნ ილიანა დერილოვას, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის საქართველოს მისიის ხელმძღვანელს; ბ-ნ გუგლიემო შინინას, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის ფსიქოსოციალური და კულტურული ინტეგრაციის განყოფილების უფროსს; კოლეგებს მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის თბილისისა და ქუთაისის ოფისებიდან და კოლეგებს მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის განყოფილებიდან; ქ-ნ ნატა ავალიანს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალურ დირექტორს¹; ბ-ნ ზურაბ უტიაშვილს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციის კოორდინაციისა და რეჟიმის დეპარტამენტის უფროსს; ბ-ნ ვალერი კოპალეიშვილს, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს, ადმინისტრაციული დეპარტამენტის უფროსს; ბ-ნ გიორგი ხოჯევანიშვილს, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს, საერთაშორისო ურთიერთობების დეპარტამენტის უფროსს; და ბ-ნ ზურაბ ვადაჭკორიას, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რექტორს.

გარეკანის ფოტო: ქოულ გარსაიდის მიერ, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მობილური ჯგუფი 2008 წლის აგვისტოს ომის შედეგად დაზარალებულ, იძულებით გადაადგილებულ მიგრანტებს ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას უწევს ბერბუკის დასახლებაში

¹ აღსანიშნავია, რომ კვლევის დასრულებისას, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში მოხდა საკადრო ცვლილებები და ამჟამად ცენტრის გენერალური დირექტორია ქ-ნი ეკატერინე ქავთარაძე

სარჩევი

რეზიუმე.....	5
შესავალი	16
არაგადამდები დაავადებების მსოფლიო ტენდენციები	16
არაგადამდები დაავადებების ტენდენციები საქართველოში	17
მიგრაცია და მისი ზეგავლენა ჯანმრთელობაზე	21
საქართველოში მცხოვრები მიგრანტების მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები.....	26
მეთოდოლოგია.....	31
კვლევის შედეგები	46
იძულებით გადაადგილებული პირები.....	46
დაბრუნებული მიგრანტები.....	99
უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები	120
თავშესაფრის მაძიებლები	140
ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები	153
უცხოელი მიგრანტი პატიმრები.....	161
დასკვნები და რეკომენდაციები	173
დისკუსია	173
რეკომენდაციები.....	194
ბიბლიოგრაფია	197

რეზიუმე

მიგრაცია და ჯანმრთელობა მზარდ პრობლემას წარმოადგენს მთელი მსოფლიოსთვის, განსაკუთრებით კი სამხრეთ კავკასიის არასტაბილური რეგიონისთვის. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები არ მოიცავს რუტინულ მონაცემებს მიგრანტი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და მათი ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის შესახებ და ამავდროულად, არც ამ მოწყვლადი ჯგუფის სპეციფიური დაავადებების პრევალენტობაზე მოიძებნება მონაცემები, მოცემული კვლევის საერთო მიზანი იყო ქვეყნის შესაბამისი ეროვნული ზედამხედველობის სისტემის გაძლიერება. კვლევიდან მიღებული მონაცემები ხელს შეუწყობს არაგადამდები დაავადებების პირველადი რისკ ფაქტორების წინააღმდეგ ღონისძიებების დაგეგმვასა და განხორციელებას, და ასევე უზრუნველყოფს საფუძველს ადექვატური პროგრამული გამოხმაურებისთვის, რაც მიმართული იქნება სხვადასხვა მიგრანტი მოსახლეობის ფსიქოსოციალური მოთხოვნების დაკმაყოფილებისა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაძლიერებისკენ, მიგრანტებზე ორიენტირებული ჯანდაცვის მომსახურების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით.

არაგადამდებ დაავადებებს, როგორც არის გულის დაავადებები, ინსულტი, კიბო, დიაბეტი და ფილტვის ქრონიკული დაავადება, ერთი და იგივე რისკ ფაქტორები აერთიანებს: თამბაქოს მოხმარება პასიური მოწევის ჩათვლით, კვების არაჯანსაღი რეჟიმი, რომელიც მაღალი რაოდენობით ცხიმს, მარილსა და შაქარს შეიცავს, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, და ალკოჰოლის მავნედ გამოყენება. ეს ოთხი რისკ ფაქტორი შუალედურ რისკ ფაქტორებთან ერთად, როგორცაა სიმსუქნე, მომატებული არტერიული წნევა და სისხლში გლუკოზის და ქოლესტეროლის მაღალი დონე, რომლებსაც თან ერთვის სოციო-ეკონომიკური დეტერმინანტები, მაგ: სიღარიბე, უთანასწორობა, უმუშევრობა, სოციალური არასტაბილურობა, უსამართლო ვაჭრობა, გლობალური უთანასწორობა, მიჩნეულნი არიან ჯანმრთელობის უმთავრეს და მწვავე პრობლემებად.

საქართველოში, არაგადამდები დაავადებების დამახასიათებელ კრიტიკულ ფაქტორებს წარმოადგენენ მაღალი ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის შეზღუდულობა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის მოხსენების მიხედვით, საქართველოში სიკვდილის მთლიანი მაჩვენებლიდან 91 პროცენტს არაგადამდები დაავადებები შეადგენენ. არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების შესახებ მთელი ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული პირველი კვლევის (STEPS 2010, NCDC&PH, WHO, EU) მიხედვით, კვლევაში მონაწილეთა მხოლოდ 4.5 პროცენტი არ განიცდიდა არაგადამდები

დაავადებების რისკ ფაქტორების ზემოქმედებას, და 40 პროცენტი სამი ან მეტი რისკ ფაქტორის გავლენას განიცდიდა.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს საკმარისი ცოდნა არაგადამდები დაავადებების გამომწვევების და მათ საწინააღმდეგო ეფექტური ღონისძიებების შესახებ, კვლავ ბევრია გასაკეთებელი საიმისოდ, რომ მოხდეს ამ ცოდნის პრაქტიკაში დანერგვის უზრუნველყოფა, რათა საზოგადოების ყველა სემენტის წარმომადგენელმა მიიღოს სარგებელი და ეს სარგებელი გავრცელდეს მთელი ქვეყნის და მთელი მსოფლიოს მასშტაბით.

მიგრანტი მოსახლეობის შესახებ არსებული გლობალური შეფასებების მიხედვით, ვლინდება მათი საგრძნობი გავლენა მსოფლიო მასშტაბით. იმ ცვლადების მონიტორინგი, რომლებიც მიგრანტების ჯანმრთელობას ეხება, უმნიშვნელოვანესი ასპექტია როგორც მათი ჯანმრთელობის სტატუსის, ისე მათ მიერ ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენების გასაუმჯობესებლად. სასურველია ცვლადების ინტეგრაცია არსებულ მონაცემთა სისტემებში, ისე რომ შესაძლებელი გახდეს მონაცემების დისაგრეგაცია სპეციფიური პოპულაციური ჯგუფების, ასაკის და სქესის მიხედვით.

მოცემული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მიგრანტ მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების ქცევითი და ბიოლოგიური რისკ ფაქტორების პრევალენტობის დადგენა, მიგრანტთა კულტურულ-ანთროპოლოგიური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების შესწავლა, მიგრაციის თანამდევ ფსიქოსომატურ მდგომარეობათა განსაზღვრა და ამ პროცესებით გამოწვეული ფსიქოლოგიური პრობლემების დადგენა, ჯანმრთელობის და ფსიქოსოციალურ სამსახურებთან ფიზიკურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევა და არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში მიგრანტ მოსახლეობაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესწავლა.

იმის გათვალისწინებით, თუ რა მნიშვნელოვანია მიგრანტების ჯანმრთელობის სფეროსადმი მრავალსექტორული მიდგომა და ამავდროულად იმის აღიარებით, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე შესაძლოა მიგრაციის მრავალმა ასპექტმა იქონიოს გავლენა (რადგან მიგრაცია თავის მხრივ ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტად არის მოაზრებული), მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციამ და მისმა განმახორციელებელმა პარტნიორმა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა, მოახდინეს საერთაშორისო სტანდარტული ინსტრუმენტების ადაპტირება და გამოყენება, მოცემული კვლევის პროცესში კომპლექსური მეთოდოლოგიური მიდგომისადმი მიმხრობით.

კვლევის ინსტრუმენტი შემდეგ საკვანძო ელემენტებს ეფუძნებოდა: არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ზედამხედველობის STEPS მიდგომა, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის შეფასების ინსტრუმენტი და არაგადამდები დაავადებებისადმი არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და ქცევის გამოვლენის ინსტრუმენტი. საკვლევი პოპულაცია შედგებოდა: 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს საომარი მოქმედებების შედეგად იძულებით გადაადგილებული პირების (1200); თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში მოსწავლე უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების (150); თავშესაფრის მაძიებლების (43); ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტების (24); დაბრუნებული მიგრანტებისა² (საქართველოს მოქალაქეები) (75) და უცხოელი მიგრანტი პატიმრებისაგან (30).

იძულებით გადაადგილებულ პირთა შერჩევას გამოყენებულ იქნა ზომის პროპორციული ალბათობის (PPS) ტექნიკა მიგრანტთა დასახლებების საერთო სიიდან. უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების, დაბრუნებული მიგრანტებისა და უცხოელი მიგრანტი პატიმრების შესარჩევად გამოყენებულ იქნა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდიკა. ხოლო რაც შეეხება თავშესაფრის მაძიებლებსა და ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებს, მათ შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა ე.წ. ხელსაყრელობიდან გამომდინარე შერჩევის (convenience sample) მეთოდი.

საველე სამუშაო დაიწყო 2011 წლის 5 დეკემბერს და დასრულდა 2012 წლის 31 იანვარს. კვლევაზე პასუხი საკამოდ მაღალი იყო და შეადგენდა გამოკითხულთა 89 პროცენტს. ეთიკური ნებართვა მიღებულ იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ეთიკური საბჭოსგან. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა ივსებოდა ყოველი ინტერვიუს წინ. ტრეფიკინგით დაზარალებულმა არცერთმა პირმა არ ისურვა კვლევაში მონაწილეობა.

პროექტის დიზაინი შეიმუშავა მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (IOM) საქართველოს ოფისმა და მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიგრაციისა და ჯანმრთელობის განყოფილებამ (IOM-MHD) საქართველოს მთავრობასთან ერთად, კერძოდ კი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და რეჟიმის დეპარტემენტთან თანამშრომლობით. ექვსთვიანმა პროექტმა დაფინანსება მიიღო მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის განვითარების ფონდიდან 50.000 აშშ დოლარის ოდენობით. პროექტის მდგრადობას განაპირობებს საქართველოს ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის გაძლიერება, რაც საშუალებას აძლევს მთავრობის

² საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც საზღვარგარეთ გარკვეული პერიოდის ყოფნის შემდგომ დაბრუნდნენ სამშობლოში

წარმომადგენლებსა და სხვადასხვა ძირითად მოთამაშეებს, არსებულ საჭიროებებზე დაყრდნობით, შესაბამისი გამოხმაურებისთვის კოორდინირებული მოქმედების გეგმა შემუშავდეს.

მონაცემები შეგროვდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მკვლევართა გუნდების მიერ. პროექტის განხორციელების ყველა ეტაპზე პარტნიორი ორგანიზაციები ერთობლივად მოქმედებდნენ. მონაცემების შეგროვება და მართვა განხორციელდა მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემთა დაცვის პრინციპების შესაბამისად. რაოდენობრივ მონაცემთა ანალიზი განხორციელდა PASW Statistics 18 (SPSS) სტატისტიკური პროგრამის საშუალებით. თვისებრივი მონაცემების მართვა და ანალიზი ხორციელდებოდა ხელით. მონაცემები დამუშავდა როგორც რაოდენობრივ, ასევე ხარისხობრივ ჭრილში.

კვლევის შეზღუდვად შეიძლება განვიხილოთ ფინანსური შეზღუდვები, რამაც გავლენა მოახდინა კვლევის გეოგრაფიულ მოცვასა და შერჩევის ჩარჩოს ზომაზე; მიგრანტთა გარკვეული ჯგუფების შენარჩევის მცირე ზომა; ზოგიერთი მოწყვლადი ჯგუფის უარი კვლევაში მონაწილეობაზე; ენობრივი ბარიერი, რამაც გამოიწვია ის, რომ ზოგიერთი არაინგლისურენოვანი მიგრანტი აღმოჩნდა კვლევის მიღმა.

კვლევის შედეგები

იძულებით გადაადგილებული პირები

კვლევა ჩატარდა იძულებით გადაადგილებულ პირთა 8 ჯგუფში (კლასტერში), განხორციელდა 1125 ვიზიტი. კვლევაზე პასუხი შეადგენდა 94 პროცენტს. გამოკვლეულ იქნა 1200 იძულებით გადაადგილებული პირი. გამოკითხულთა 79.2 პროცენტის წლიური შემოსავალი დაბალია 2,600 ლარზე ან 217 ლარზე თვეში. რესპოდენტთა 20.9 პროცენტი არის ამჟამინდელი მწვეელი (47.7% მამაკაცი, 1.2% ქალი). ამჟამინდელ მწვეელთა 87.8 პროცენტი ყოველდღიური მწვეელია. ყოველდღიურ მწვეელებს შორის მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი 19 წელი იყო. ალკოჰოლის მოხმარების პრევალენტობა იყო ძალიან მაღალი და შეადგენდა 86.6 პროცენტს. ყველა რესპოდენტი (100%) არის კვებითი რისკის ქვეშ.

მხოლოდ 2.3 პროცენტია დაკავებული ძლიერი ინტენსივობის სპორტით, ფიტნესით ან რეკრეაციული (დასასვენებელი) აქტივობებით; მხოლოდ 4 პროცენტია დაკავებული საშუალო ინტენსივობის სპორტით. გამოკითხულთა აბსოლუტურ უმრავლესობას აქვს სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. ექიმთან ვიზიტის ძირითადი მიზეზია კონკრეტული ჯანმრთელობის პრობლემა.

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე არტერიული ჰიპერტენზია გამოვლენილ იქნა 80.3 პროცენტში; 66.8 პროცენტი ამჟამად იღებს მედიკამენტებს. 83.6 პროცენტმა განაცხადა რომ ქონდა ჰიპერგლიკემია უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში; 20.9 პროცენტი ამჟამად იღებს ინსულინს და 37.9 პროცენტი პერორალურ მედიკამენტებს. საშუალო სისტოლური არტერიული წნევაა 145 მმ.ვწყ.სვ., ხოლო საშუალო დიასტოლური არტერიული წნევა 85 მმ.ვწყ.სვ.; მათ შორის ვინც ბოლო ორი კვირის განმავლობაში იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას, 76.5 პროცენტს კვლავ ქონდა ჰიპერტენზია ($\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.), 53.3 პროცენტს კი მე-2 სტადიის ჰიპერტენზია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.). პულსი ორივე სქესის წარმომადგენლებში 79 დარტყმაა წუთში. სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელია 27.2; 36.6 პროცენტს აქვს ჭარბი წონა, ხოლო 25.4 პროცენტი მსუქანია.

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს ომისა და იძულებითი გადაადგილების შემდეგ, მათი ჯანმრთელობა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსომატური პრობლემების შესამსუბუქებლად გამოკითხულები უმეტესად თავის მეზობლებს, მეგობრებს ან ნათესავებს მიმართავენ. ძირითადი არაგადამდები დაავადებების და მათი რისკ ფაქტორების შესახებ ცოდნა საკამაოდ დაბალია.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა თემებს შორის შემდეგი საჭიროებები გამოვლინდა: სოციო-ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესება და ჯანდაცვის სერვისებზე უკეთესი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; დასაქმების შესაძლებლობების და სამუშაო ადგილების უზრუნველყოფა; ეროვნულ, კოლექტიურ / სათემო და ინდივიდუალურ დანაკარგებთან შეგუების ხელშეწყობა და მხარდაჭერა ტრავმული გამოცდილების გადალახვაში. გადაადგილებულ თემებს შორის კავშირი საკმაოდ ძლიერია, მაშინ როდესაც მათი კავშირები ადგილობრივ თემებთან შედარებით სუსტია. განსაკუთრებული შემფოთების საგანს წარმოადგენს თემის წევრების პასიურობა თანამონაწილეობრივი მიდგომებისადმი, სახეზეა ინიციატივის ნაკლებობა, რაც მიუთითებს დასწავლული უმწეობის / უსუსურობის მდგომარეობაზე. მუდმივ და განმეორებით კავშირს სტრესის ძირითად წყაროებთან საზიანო ეფექტი აქვს გადაადგილებულთა ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე და აფერხებს ტრავმულ გამოცდილებასთან გამკლავების პროცესს.

ინფორმირებულობის დონე არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და მათი მართვის შესახებ ძალიან დაბალია და შემოიფარგლება ზოგადი წარმოდგენებით. გამოკითხულთა ნახევარზე ნაკლებს თითქმის არა აქვს ამ მიმართებით არანაირი გამოცდილება. ჰიპერტენზიის სწორი მკურნალობის მნიშვნელობა არ არის კარგად გააზრებული, ამის გამო მკურნალობის პრაქტიკა შემოიფარგლება ეპიზოდური ინტერვენციებით, რომელიც მიმართულია მაღალი არტერიული წნევის დაწევისკენ მხოლოდ მოცემულ მომენტში.

დაბრუნებული მიგრანტები

კვლევაში მონაწილეობდა 41 (37 მამაკაცი და 4 ქალი) დაბრუნებული მიგრანტი; კვლევაზე პასუხი იყო 95 პროცენტი; გამოკითხულთა 70.7 პროცენტის წლიური შემოსავალი იყო 2,600 ლარზე ნაკლები. ჯანდაცვის სერვისები ფინანსურად ხელმისაწვდომია მამაკაც რესპოდენტთა მხოლოდ 13.8 პროცენტისთვის. მხოლოდ ერთ ადამიანს აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. ექიმთან ან სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტის ძირითადი მიზეზი კონკრეტულ სამედიცინო პრობლემასთანაა დაკავშირებული.

65.9 პროცენტი არის ამჟამინდელი მწვეელი. მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი მამაკაც ყოველდღიურ მწვეელებს შორის იყო 21 წელი; ცხოვრების მანძილზე ალკოჰოლის გამოყენების პრევალენტობაა 100 პროცენტი. ყველა რესპოდენტი იმყოფება კვებითი რისკის ქვეშ. მამაკაცთა მხოლოდ 10.8 პროცენტი მისდევს მაღალი ინტენსივობის და მხოლოდ 13.5 პროცენტი საშუალო ინტენსივობის სპორტს.

უმეტესობას ცხოვრების მანძილზე გაუზომავს არტერიული წნევა. უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ჰიპერტენზია აღენიშნებოდა 68.4 პროცენტს; 36.8 პროცენტი ამჟამად იღებს მედიკამენტებს. რესპოდენტების უმეტესობას არასოდეს გაუზომავს გლუკოზის კონცენტრაცია სისხლში. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ჰიპერგლიკემია გამოვლენილი იყო მხოლოდ ერთ ქალ რესპოდენტში.

სისხლის საშუალო სისტოლური წნევა იყო 152 მმ.ვწყ.სვ. და საშუალო დიასტოლური წნევა 95 მმ.ვწყ.სვ. ჰიპერტენზია აღენიშნებოდა რესპოდენტთა 80.5 პროცენტს; რესპოდენტთა 10 პროცენტი იტარებდა ჰიპერტენზიის საწინააღდგომ მედიკამენტოზურ მკურნალობას. პულსი ორივე სქესში იყო 81 დარტყმა წუთში. სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელი იყო 28.5; 37.8 პროცენტი იყო მსუქანი; 29.7 პროცენტს აღენიშნებოდა ზედმეტი წონა.

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, მათი ჯანმრთელობა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსომატური პრობლემების შესამსუბუქებლად დაბრუნებული პირები უმეტესად მიმართავენ მეზობლებს, მეგობრებს ან ნათესავებს. ძირითადი არაგადამდები დაავადებების და მათი რისკ ფაქტორების შესახებ ცოდნა საკმაოდ დაბალია.

დაბრუნებული მიგრანტების ფსიქოსოციალური პრიორიტეტული საჭიროებებია: დასაქმების შესაძლებლობის უზრუნველყოფა და დაბრუნებული მიგრანტების საკუთარ სამშობლოში დაბრუნების შემდეგ რეინტეგრაციის გამარტივება, სოციალური და ჰუმანიტარული დახმარების უზრუნველყოფა და ჯანდაცვის სერვისების გაუმჯობესება.

ინფორმირებულობის დონე არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და მათი მართვის შესახებ ძალიან დაბალია და გამოკითხულთაგან თითქმის არცერთს არ აქვს შესაბამისი გამოცდილება.

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები

კვლევაში მონაწილეობდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის 142 (80 მამაკაცი და 62 ქალი) უცხოელი მიგრანტი სტუდენტი. კვლევაზე პასუხი იყო 97 პროცენტი. 7.1 პროცენტი ამჟამინდელი მწვევლია, რომელთაგან 55.6 პროცენტი ყოველდღიური მწვევლია. ყოველდღიურ მწვევლთა შორის მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი 15 წელია. ალკოჰოლის ცხოვრების მანძილზე მოხმარების პრევალენტობა 29.6 პროცენტია. ყველა რესპოდენტი კვებითი რისკის ქვეშაა. 31

პროცენტი დაკავებულია მაღალი ინტენსივობის, 43.3 პროცენტი კი საშუალო ინტენსივობის სპორტით. რესპოდენტთა 33.8 პროცენტისთვის ჯანდაცვის მომსახურება ფინანსურად ხელმისაწვდომია.

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ჰიპერტენზია აღენიშნა რესპოდენტთა 40 პროცენტს; 26.7 პროცენტი ამჟამად ღებულობს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. ჰიპერგლიკემიის შემთხვევა ბოლო 12 თვის მანძილზე არცერთი უცხოელი მიგრანტი სტუდენტის მიერ არ იყო განცხადებული. ექიმთან ან სამედიცინო პერსონლთან ვიზიტის ძირითადი მიზეზი დაკავშირებულია სპეციფიურ სამედიცინო პრობლემასთან.

საშუალო სისტოლური არტერიული სისხლის წნევა 117 მმ.ვწყ.სვ. და საშუალო დიასტოლური წნევა 73 მმ.ვწყ.სვ.-ია. ჰიპერტენზია დაფიქსირდა 4.9 პროცენტში; რესპოდენტთა 2.1 პროცენტს აღენიშნებოდა მე-2 სტადიის ჰიპერტენზია ან იმყოფებოდა მკურნალობის ქვეშ. პულსი შეადგენდა 83 დარტყმას წუთში. სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელი იყო 22.9; რესპოდენტთა 18.4 პროცენტს აღენიშნება ჭარბი წონა; 7.1 პროცენტი მსუქანია.

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, მათი ჯანმრთელობა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსომატური პრობლემების შესამსუბუქებლად უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები უმეტესად მიმართავენ მეზობლებს, მეგობრებს ან ნათესავებს. ძირითადი არაგადამდები დაავადებების და მათი რისკ ფაქტორების შესახებ ცოდნა საკმაოდ დაბალია ორივე სქესში.

უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებს შორის შემდეგი ფსიქოსოციალური სახის საჭიროებები გამოიკვეთა: ადგილობრივ და მიგრანტ მოსახლეობას შორის ურთიერთობის ხელშეწყობა, ენის კურსების უზრუნველყოფა, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაძლიერება და უფრო მეტად მიგრანტებზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა.

უცხოელმა მიგრანტმა სტუდენტებმა კარგად იციან არაგადამდები დაავადებების ოთხი ძირითადი რისკ ფაქტორის შესახებ, მაგრამ თითქმის არა აქვთ გამოცდილება ამ მხრივ. სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობა და პრევენციული სკრინინგის პრაქტიკა დაბალია ფინანსური შეზღუდვებისა და კომუნიკაციასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო.

თავშესაფრის მაძიებლები

კვლევაში მონაწილეობდა 12 (ყველა მამაკაცი) თავშესაფრის მაძიებელი. კვლევაზე პასუხი იყო 92 პროცენტი. გამოკითხულთა 50 პროცენტის წლიური შემოსავალი 2,600 ლარზე ნაკლებია. არცერთ გამოკითხულთაგანს არ აქვს სამედიცინო დაზღვევის პოლისი. ჯანდაცვის მომსახურება ფინანსურად ხელმისაწვდომია მხოლოდ 8.3 პროცენტისთვის. 33.3 პროცენტი ამჟამინდელი მწეველია, მათგან 75 პროცენტი კი ყოველდღიური მწეველი. ყოველდღიურ მწეველთა შორის მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი 18 წელია. სიცოცხლის მანძილზე ალკოჰოლის მოხმარების პრევალენტობა 50 პროცენტია; ყველა რესპოდენტი იმყოფება კვებითი რისკის ქვეშ. 33.3 პროცენტი დაკავებულია მაღალი ინტენსივობის, 16.7 პროცენტი კი საშუალო ინტენსივობის სპორტით.

მხოლოდ ერთმა თავშესაფრის მაძიებელმა განაცხადა ბოლო 12 თვის მანძილზე ჰიპერტენზიის შემთხვევის შესახებ; 66.7 პროცენტი ამჟამად იღებს მედიკამენტებს. მხოლოდ ორ თავშესაფრის მაძიებელს აქვს ოდესმე შემოწმებული გლუკოზის კონცენტრაციის დონე სისხლში; ერთმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ ჰქონდა ჰიპერგლიკემია ბოლო 12 თვის განმავლობაში. გამოკითხულთა 60 პროცენტი ექიმთან მიდის კონკრეტული ჯანმრთელობის პრობლემის გამო.

კვლევაში მონაწილეთა საშუალო სისტოლური არტერიული სისხლის წნევა იყო 137 მმ.ვწყ.სვ., ხოლო დიასტოლური – 83 მმ.ვწყ.სვ.. 41.7 პროცენტს აღენიშნებოდა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. არტერიული სისხლის წნევა ან ჰიპერტენზია. მე-2 სტადიის ჰიპერტენზია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) აღენიშნებოდა ერთ რესპოდენტს, რომელიც არ იღებს არანაირ მედიკამენტს. პულსი არის 81 დარტყმა წუთში. სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელია 23.8. სამ მამაკაცს აღენიშნებოდა ჭარბი წონა; ორი მამაკაცი მსუქანია.

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, მათი ჯანმრთელობა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა. ფსიქოლოგიური და ფსიქოსომატური პრობლემების შესამსუბუქებლად თავშესაფრის მაძიებელი მიგრანტები რეგულარულად მიმართავენ საავადმყოფოს, მოძღვარს, ადგილობრივ აფთიაქს, მეზობელს, მეგობარს ან ნათესავს. ცოდნა ძირითადი არაგადამდები დაავადებებისა და მათი რისკ ფაქტორების შესახებ ძალიან დაბალია.

თავშესაფრის მაძიებლებში შემდეგი ფსიქოსოციალური სახის საჭიროებები გამოიკვეთა: მესამე დანიშნულების ქვეყანაში გამგზავრების შესახებ

გადაწყვეტილების მიღების დაჩქარება, ოჯახის გაერთიანების ხელშეწყობა, მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის საკითხების მოგვარება.

თავშესაფრის მაძიებლებმა კარგად იციან არაგადამდები დაავადებების ოთხი ძირითადი რისკ ფაქტორის შესახებ, მაგრამ თითქმის არა აქვთ არანაირი გამოცდილება ამ მხრივ. გამოკითხულები არ მიიჩნევენ ჰიპერტენზიას დაავადებად და მხოლოდ რამოდენიმეს სჯეროდა, რომ ზემოთხსენებული მდგომარეობა უნდა იყოს ნამკურნალები შფოთვის თავიდან აცილების და შესაბამისი დიეტის დაცვის გზით.

ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები

არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ზემოქმედება ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებში მაღალია, ხოლო ამ მავნე გავლენის თავიდან აცილების სურვილი მათი მხრიდან საკმაოდ დაბალია. მიუხედავად იმისა, რომ ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები ახერხებენ ჯანსაღი კვების რეჟიმის შენარჩუნებას და ბალანსირებულ კვებას, დაბალი ფიზიკური აქტივობა რჩება საკითხად, რომელსაც სათანადო რეაგირება სჭირდება. პირის ღრუს ჯანმრთელობა განსაკუთრებული პრობლემაა, რადგან თითქმის ყველა ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტს აქვს მწვავე სტომატოლოგიური პრობლემა.

ფსიქოსოციალური ხასიათის პრობლემები გულისხმობს ტრეფიკინგის გამოცდილების შემდგომ სოციალურ და ეკონომიკურ რეალიებში ადაპტირების სირთულეს, რეზისტენტობას შეთავაზებული დახმარების მიმართ, რომელიც თავის მხრივ გამოწვეულია ტრავმული გამოცდილების გავლენით, თვით-დამცირების ტენდენციას, და ასევე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

უცხოელი მიგრანტი პატიმრები

კვლევაში მონაწილეობდა ცხრა მიგრანტი მამაკაცი პატიმარი. კვლევაზე პასუხი იყო 30 პროცენტი. არცერთ უცხოელ მიგრანტ პატიმარს არ გააჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. ექიმთან ვიზიტის მიზეზი ჯანმრთელობის კონკრეტულ პრობლემაში მდგომარეობდა. 44.4 პროცენტი ამჟამინდელი ყოველდღიური მწვევლია. ყოველდღიურ მწვევლთა შორის მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი 22 წელია. ცხოვრების განმავლობაში ალკოჰოლის მოხმარების პრევალენტობა შეადგენდა 88.9 პროცენტს. 100 პროცენტი იმყოფება კვებითი რისკის ქვეშ. სამი რესპოდენტი მისდევს მაღალი ინტენსივობის სპორტს.

რესპოდენტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ მათ გაზომილი აქვთ არტერიული სისხლის წნევა სამედიცინო პერსონალის მიერ. ერთ შემთხვევაში აღინიშნა ჰიპერტენზია და ეს პიროვნება ამჟამად იღებს მედიკამენტებს. არცერთ რესპოდენტს არ გაუსინჯავს გლუკოზის კონცენტრაცია სისხლში.

საშუალო სისტოლური არტერიული წნევა იყო 124 მმ.ვწყ.სვ., ხოლო დიასტოლური – 78 მმ.ვწყ.სვ.. ჰიპერტენზია აღინიშნა 22.2 პროცენტში. პულსი 78 დარტყმაა წუთში. სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელი 23.1-ია; 33.3 პროცენტს აღინიშნებოდა ჭარბი წონა.

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციისა და სასჯელადსრულების ცენტრში მოხვედრის შემდგომ, მათი ჯანმრთელობა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა. ცოდნა ძირითადი არაგადამდები დაავადებებისა და მათი რისკ ფაქტორების შესახებ საკმაოდ დაბალია.

უცხოელ მიგრანტ პატიმართა შორის შემდეგი ფსიქოსოციალური საჭიროებები გამოიკვეთა: კომუნიკაციის სისტემების გაუმჯობესება, სოციალური აქტივობების გატარება და ენის კურსების უზრუნველყოფა.

არაგადამდები დაავადებების პრევენციის და მათი მართვის შესახებ ნაწილობრივი ცონდა ზოგიერთ უცხოელ მიგრანტ პატიმარს შორის არასაკმარისია მათ მიერ მოცემული საკითხის სრულყოფილი გააზრებისთვის. თუმცა, აღნიშნულ ცოდნასთან შესაბამისი პრაქტიკის განხორციელება რეალობაში გამოკითხულთაგან მხოლოდ რამოდენიმეს მიერ იმდენად მწირია, რომ მოცემულ ძალისხმევას უმნიშვნელოდ აქცევს.

შესავალი

არაგადამდები დაავადებების მსოფლიო ტენდენციები

არაგადამდები დაავადებები მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს გლობალური ჯანმრთელობისათვის, როგორც დღეს, ასევე უახლოეს მომავალში. ამ სახის დაავადებებით ავადობის მზარდი ტენდენცია, მძიმე ტვირთად აწვება მოსახლეობასა და ჯანდაცვის სისტემას, და შესაბამისად იგი ხელშემშლელი ფაქტორია გლობალური სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისათვის, მათ შორის და განსაკუთრებით საქართველოსთვის.

ძირითადი არაგადამდები დაავადებები, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა, დაავადებები, კიბო, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები ხასიათდება საერთო რისკ ფაქტორებით: თამბაქოს მოხმარება, თამბაქოს პასიური მოხმარების ჩათვლით³, არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ეს ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკ ფაქტორი, ისეთი შუალედური რისკ ფაქტორების თანდართვით, როგორცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, გლუკოზისა და ქოლესტეროლის მაღალი კონცენტრაცია სისხლში, წარსულში მიჩნეული იყო განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს და უმწვავეს პრობლემად, თუმცა ამჟამად სრულიად ბუნებრივ და სწრაფად მზარდ პრობლემად გადაიქცა უღარიბესი ქვეყნებისთვისაც.^{4 5 6}

სიღარიბე ქრონიკული დაავადებების განვითარების რისკს ზრდის გლობალური მასშტაბით და ამდღეს დაავადებათა გართულებებისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკსაც. არაგადამდები დაავადებები შესაძლოა ცალკეული ინდივიდებისა და მათი ოჯახების სიღარიბის მიზეზად იქცეს, და ამავდროულად

³ M. Oberg, MS. Jaakkola, A. Woodward, A. Peruga, A. Prüss-Ustün, Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-hand Smoke: a Retrospective Analysis of Data from 192 Countries (Lancet, 2011, 377: 139–46).

⁴ MM. Finucane, GA. Stevens, MJ. Cowan et al, *National, Regional, and Global trends in Body Mass Index since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-years and 9.1 Million Participants*, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). (Lancet 2011, 377: 557–67).

⁵ G. Danaei, MM. Finucane, JK. Lin et al, *National, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-years and 5.4 Million Participants*, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). (Lancet 2011, 377: 568–77).

⁶ F. Farzadfar, MM. Finucane, G. Danaei et al, *National, Regional, and Global Trends in Serum Total Cholesterol Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 321 Country-years and 3.0 Million Participants*, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). (Lancet 2011, 367: 578–86).

განაპირობოს სოციალური პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობების მხრივ უარესობისაკენ დაღმა სვლა. მაგრამ ამგვარი გავლენა არა მხოლოდ ინდივიდებსა და მათ ოჯახებს ეხება, არამედ მსოფლიო მასშტაბით მრავალი ქვეყნის მაკროეკონომიკური განვითარების შესაძლებლობებსაც აფერხებს.

სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ არაგადამდები დაავადებებისა და მათი დეტერმინანტების შეფასებისა და მონიტორინგის წარმოება, განსაკუთრებული ყურადღების მიპყრობით ღარიბი და მარგინალიზირებული პოპულაციისადმი, როგორცაა მაგალითად მიგრანტი მოსახლეობა. შესაბამისად, არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის საკითხები მკაფიოდ უნდა იქნეს ინკორპორირებული სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიებში და რელევანტური ასახვა ჰპოვოს სოციალურ და ეკონომიკურ პოლიტიკაში, მრავალსექტორული და მრავალგანზომილებიანი მიდგომების გამოყენებით, ყველა სახელმწიფო უწყებისა და მონაწილე მხარის ჩართულობის უზრუნველყოფით. ზემოთაღნიშნულმა ძალისხმევებმა უნდა უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებისადმი კომპლექსური მიდგომა და არაგადამდები დაავადებების სოციალური დეტერმინანტების საწინააღმდეგო ყოვლისმომცველი და მიზნობრივი ინტერვენციები.

არაგადამდები დაავადებებით, განსაკუთრებით კი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, ინსულტით, კიბოთი, დიაბეტითა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით განპირობებული გლობალური ზიანის აღიარების ნიშნად, 2011 წლის სექტემბერში გაიმართა გაეროს უმაღლესი დონის შეხვედრა⁷. შეხვედრის მონაწილე ქვეყნებისა და მთავრობათა მეთაურებმა სათავე დაუდეს უნიკალურ შესაძლებლობას მიღწეულ იქნეს არაგადამდები დაავადებების, რომლებიც მთელ მსოფლიოში აღიარებულია "მდუმარე მკვლელებად", პრევენცია და კონტროლი გლობალურ დონეზე. აუცილებელია გადაუდებელი და ურთიერშეთახმებული რეაგირება, რადგან არცერთ ცალკეულ ქვეყანას არ ძალუძს გაუმკლავდეს ასეთი მასშტაბის მქონე საფრთხეს.

არაგადამდები დაავადებების ტენდენციები საქართველოში

მიუხედავად ცალსახა პროგრესისა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებსა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით, არაგადამდები დაავადებები კვლავაც რჩება მნიშვნელოვან გამოწვევად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის.

⁷ United Nations, Prevention and Control of Non-communicable Disease (New York, 2011). Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F64%2FL.52&Submit=Search&Lang=E

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის ანგარიშის მიხედვით საქართველოში სიკვდილიანობის 91 პროცენტი გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით, აქედან 71 პროცენტი მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 12 პროცენტი - კიბოზე, 2 პროცენტი - დიაბეტზე, 1 პროცენტი - ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებზე, ხოლო სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის საერთო სიკვდილიანობის 5 პროცენტი.⁸ 2000-2010 წლებში საქართველოში აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ზრდის ტენდენცია, რაც შეიძლება აიხსნას არა მხოლოდ ინციდენტობის რეალური მატებით, არამედ, მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფებისათვის მთელი რიგი სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდითა და წინა წლებთან შედარებით დაავადებათა აღრიცხვიანობის გაუმჯობესებით. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებში წამყვანი ადგილი უჭირავს ჰიპერტონულ, იშემიურ და ცერებროვასკულურ დაავადებებს.

საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ავადობისა და სიკვდილიანობის კუთხით ყველაზე დიდი წილი მოდის ჰიპერტენზიაზე (45%-50% - 2000-2010წწ.). ოფიციალური სტატისტიკის⁹ მიხედვით 2005-2010 წლებში აღინიშნა არტერიული ჰიპერტენზიის (აჰ) ინციდენტობის მაჩვენებლის (1182.5) ზრდა 1.24 - ჯერ, ხოლო პრევალენტობის - 1.79-ჯერ (4335.9) ზრდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით (2002) საქართველო იმყოფება მსოფლიოს იმ 5 ქვეყანას შორის, რომელთა მოსახლეობაშიც აღინიშნება არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები; არტერიულ ჰიპერტენზიას წამყვანი ადგილი უჭირავს სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის და შეადგენს 48.8 პროცენტს საერთო სიკვდილიანობაში, 10 ძირითად რისკ ფაქტორს შორის (2002)¹⁰. 2009-2011 წლების EUROPREV-ის კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში უდიდესი წილი პაციენტთა მიმართვიანობისა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მოდის იმ პაციენტებზე, რომლებიც დაავადებულნი არიან ჰიპერტენზიით.

2010 წელს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, საქართველოში ევროკავშირის მისიისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით, ქვეყნის მასშტაბით ჩატარდა არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების პირველი კვლევა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტეპს (STEPS) მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით. კვლევის¹¹ მიხედვით, რესპოდენტთა 33.4 პროცენტი (მამაკაცები 37% და ქალები 30%) რეალური ან პოტენციური ჰიპერტონიკია; ჰიპერტონიკების 61.1 პროცენტი არ გადის ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას.

⁸ www.euro.who.int

⁹ www.ncdc.ge

¹⁰ European Health Report, Public Health Action for Healthier Children and Populations (WHO, 2005).

¹¹ www.ncdc.ge

საშუალო სისტოლური არტერიული წნევა შეადგენდა 129.3 მმ.ვწყ.სვ., ხოლო საშუალო დიასტოლური - 81.3 მმ.ვწყ.სვ.

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევები საქართველოში, სხვადასხვა შეფასების მიხედვით 11,000-ს შეადგენს წელიწადში. მწვევლთა წილი გაცილებით მაღალია თბილისსა და სხვა დიდ ქალაქებში, ვიდრე მცირე ქალაქებსა და სოფლად. თამბაქოს გასაღების დონე საქართველოს ბაზარზე 10 მილიარდ ღერს შეადგენს (0.5 მილიარდი კოლოფი) საერთო ღირებულებით 0.58 მილიარდი ლარი.¹²

არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევის (STEPS, 2010) მიხედვით, ამჟამად მწვევლთა საერთო წილი 30.3 პროცენტს შეადგენს (27.7% ყოველდღიური მწვეელი); მწვევლთა პროპორციული წილი მამაკაცთა შორის თითქმის თერთმეტჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებს შორის (55.5% - მამაკაცებში, 4.8% - ქალებში). რესპონდენტთა 23.3 პროცენტი (32.9% მამაკაცი და 13.7% ქალი) პასიური მწვეელია სამუშაო ადგილზე. საქართველოში 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (GERHS10)¹³ შედეგების მიხედვით, 15-44 ასაკის ქალთა 6 პროცენტი ამჟამად მწვეელია. თამბაქოს კვამლის პასიურ ზეგავლენას განიცდის სახლის პირობებში ქალების 52 პროცენტი და არამწვეელი ქალების 50 პროცენტი, ხოლო სამუშაო ადგილზე - ქალების 44 პროცენტი და არამწვეელი ქალების 40 პროცენტი.

არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევამ (STEPS, 2010) აჩვენა, რომ რესპონდენტთა 41 პროცენტი (მამაკაცი 59.4% და ქალი 23.4%) ამჟამად მსმელია. ალკოჰოლის მოხმარება ერთ სულზე გადანგარიშებით დაახლოებით 6.4 ლიტრ სუფთა ალკოჰოლს შეადგენს. 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (GERHS10) მიხედვით, ქალების 31 პროცენტი არასოდეს მოიხმარს ალკოჰოლს, ხოლო 17 პროცენტი ამჟამად მსმელია. ალკოჰოლის მოხმარება ზოგადად უფრო გავრცელებულია ქალაქად მცხოვრებ ქალებს შორის (9%), განსაკუთრებით თბილისში მცხოვრებთა შორის (12%) და უმდიდრესი კვინტილიდან 12 პროცენტში. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევის (STEPS, 2010) მიხედვით, ხილისა და ბოსტნეულის საშუალო მოხმარება 5 დღეს შეადგენდა კვირაში, ხოლო მიღებული ულუფების საშუალო რაოდენობა - 1.8 ულუფა ხილი და 2.2 ულუფა ბოსტნეული. რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობა (70%) საშუალოდ, დღიურად 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და ბოსტნეულს ღებულობს. კვლევამ საგანგაშო მაჩვენებლები გამოავლინა, რადგან საქართველოს მოსახლეობის 56 პროცენტი ჭარბწონიანია (58.6% მამაკაცი, 54.2% ქალი) და 25.1 პროცენტი მსუქანი (21.8% მამაკაცი და 28.5% ქალი); სხეულის

¹² Population Survey on Tobacco Economy and Policy in Georgia (FCTC Implementation and Monitoring Center in Georgia, 2008).

¹³ F. Serbanescu, V. Egnatashvili, A. Ruiz, D. Suchdev, M. Goodwin, Georgia Reproductive Health Survey, Summary Report (2010); Available from: www.ncdc.ge

მასის ინდექსის (BMI) საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 26.7. შემთხვევათა 21 პროცენტში (უმეტესად მამაკაცებში (23%), ვიდრე ქალებში (18.6%)), სისხლში გლუკოზის შემცველობის დონე იყო მომატებული, ხოლო 18 პროცენტში (უმეტესად ქალებში (21%), ვიდრე მამაკაცებში - (15%)) მომატებული იყო სისხლში ქოლესტეროლის დონე. რესპოდენტთა 60 პროცენტის ფიზიკური აქტივობის დონე საკმაოდ მაღალია, თუმცა 78.6 პროცენტი არ არის დაკავებული მაღალი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობით. რესპოდენტები ყოველდღიურად 3.3 საათს უმოძრაო აქტივობაში ატარებენ.

ზოგადად, არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევის (STEPS, 2010) მიხედვით, რესპოდენტთა მხოლოდ 4.5 პროცენტს არ გააჩნია არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკ ფაქტორი, ხოლო დაახლოებით 40 პროცენტი სამი და მეტი რისკ ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის.

მიგრაცია და მისი ზეგავლენა ჯანმრთელობაზე

მიგრანტთა პოპულაციის გლობალური შეფასება მიუთითებს მიგრანტთა მნიშვნელოვან გლობალურ ზეგავლენაზე. მიგრანტების დიდ უმრავლესობას (740 მილიონი) შიდა მიგრანტები წარმოადგენენ, ანუ ისინი გადაადგილდებიან ქვეყნის შიგნით, საზღვრის გადაკვეთის გარეშე. 214 მილიონი საერთაშორისო მიგრანტიდან დაახლოებით 40 პროცენტი მეზობელ ქვეყანაში მიგრირებს. მიგრაციის 37 პროცენტს შეადგენს განვითარებადი ქვეყნებიდან განვითარებულ ქვეყნებში გადასვლა, დაახლოებით 60 პროცენტი განვითარებად ან განვითარებულ ქვეყნებს შორის მიგრაცია და მხოლოდ 3 პროცენტს განვითარებული ქვეყნიდან განვითარებადში მიგრაცია.

მიგრაციის ფენომენი, როგორც ასეთი, თავისთავად არ წარმოადგენს საფრთხეს ჯანმრთელობისათვის, თუმცა სიღარიბის, განათლებისა და დასაქმებისადმი დაბალი ხელმისაწვდომობის, ისევე როგორც, სხვადასხვა მიკრო და მაკრო გარემო ფაქტორების თანდართვით, წარმოადგენს ჯანმრთელობის ერთ-ერთ სოციალურ დეტერმინანტს.

მიგრანტები მოგზაურობენ თავიანთი ჯანმრთელობის პროფილით, ფასეულობებითა და რწმენით, რაც ასახავს მათ სოციო-ეკონომიკურ და კულტურულ წარმომავლობას და ამასთანავე მათი წარმომავლობის თემისთვის დამახასიათებელი დაავადების პრევალენტობასაც. ასეთი პროფილები და რწმენები შესაძლოა მასპინძელი თემისგან განსხვავებული იყოს, და შესაძლოა გავლენა იქონიოს მასპინძელი თემის ჯანმრთელობასა და მასთან დაკავშირებულ სერვისებზე, ისევე როგორც მიგრანტების ჯანმრთელობასა და ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენებაზე. მიგრანტებმა შესაძლოა ჯანმრთელობის გარკვეული მდგომარეობები შეიტანონ მასპინძელ თემში, ან პირიქით, მათგან შეიძინონ გარკვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობა მიგრაციისა ან ცხოვრების დროს. მიგრანტებმა ასევე შესაძლოა, მათ მიერ შეძენილი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაიყოს და წარადგინონ სამშობლოში დაბრუნებისას. ეს ეხება არა მხოლოდ ინფექციურ დაავადებებს, არამედ როგორც მტკიცებულებები უჩვენებს, ასევე არაგადამდებ დაავადებებსაც.

უმეტესობა მიგრანტებისა არიან ახალგაზრდა, ჯანმრთელი ადამიანები, და ზოგიერთი მათგანი სარგებელსაც კი იღებს ე.წ. „ჯანმრთელი მიგრანტის ეფექტისაგან“, როდესაც ისინი პირველად ჩადიან მასპინძელ თემში. თუმცა, მდგომარეობებმა, რომლებიც თან სდევს მიგრაციის პროცესს, შესაძლოა ჯანმრთელობის გაუარესებისადმი დაუცველობა გაზარდოს. ეს განსაკუთრებით ეხება იმ ხალხს, ვინც არანებაყოფლობით გადაადგილდება, გაურბის ბუნებრივ ან

ადამიანის ხელით შექმნილ კატასტროფებს და ადამიანის უფლებების დარღვევებს; და მათ, ვინც არაკანონიერ სიტუაციაშია აღმოჩენილი, მაგალითად ვინც არაკანონიერი საშუალებებით გადაადგილდება ან არ აქვს თან დოკუმენტები. სხვა რისკ ფაქტორები შეიძლება იყოს: სიღარიბე, სტიგმა, დისკრიმინაცია, სოციალური განდევნა, ენობრივი და კულტურული განსხვავებები, ოჯახისა და სოციო-კულტურული ნორმებისგან განცალკევება, ადმინისტრაციული ბარიერები და სამართლებრივი სტატუსი – უკანასკნელი ხშირად განსაზღვრავს ჯანმრთელობის და სოციალურ სერვისებთან ხელმისაწვდომობის ფაქტორს. მიგრანტების სოციალური უსაფრთხოებისა და დაცვის ნაკლებობამ შესაძლოა მიგრანტები მიიყვანოს ჯანმრთელობაზე გადაჭარბებულ დანახარჯებამდე, რომელსაც ისინი საკუთარი ჯიბიდან იხდიან და ჯანმრთელობის მდგომარეობების ისეთ დამძიმებამდე, რომელთა თავიდან აცილებაც უფრო ადრეულ სტადიაში ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში ნაკლები დანახარჯით იქნებოდა შესაძლებელი. აქედან გამომდინარე, ისეთი ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავება და განხორციელება, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომას ჩართავს მიგრანტების ჯანმრთელობაში და ხელს შეუწყობს მიგრანტების თანასწორ ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სერვისებზე, მიუხედავად მათი სტატუსისა, არის მეტადრე ჰუმანური და ურთიერთხელსაყრელი, როგორც წარმოშობის ქვეყნისთვის, ასევე დანიშნულების ქვეყნისთვისაც. გარდა ამისა, ეს მიდგომა უფრო ხარჯთეფექტურია, რადგან მომსახურების აღმოჩენა მანამდე, სანამ ადამიანები მიიმედ დააავადდებიან, ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის მთლიან ტვირთს.

მთავრობები სულ უფრო მეტად აცნობიერებენ შეხედულებათა და ცნებათა სისტემის პარადიგმის ცვლილების აუცილებლობას მიგრაციასა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, რათა ჯანდაცვის სისტემა და პოლიტიკა უზრუნველყოფდეს მიგრანტების ჯანმრთელობას. მიგრანტთა ჯანმრთელობა და მიგრაციასთან დაკავშირებული ჯანდაცვითი საკითხები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს გამოწვევას წარმოადგენს მთავრობებისა და საზოგადოებისათვის. აღნიშნული თეზა უდევს საფუძვლად ჯანმრთელობის 61-ე მსოფლიო ასამბლეის მიერ მიგრანტთა ჯანმრთელობის თაობაზე მიღებულ რეზოლუციას, რომელიც 2008 წლის მაისში დამტკიცდა¹⁴. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სეკრეტარიატის მიერ მიგრანტთა ჯანმრთელობის თაობაზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის რეზოლუციის მხარდასაჭერად მომზადებული ანგარიში განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომათა ოთხ საბაზისო პრინციპს, რომელიც ითვალისწინებს რელევანტურ რეაგირებას მიგრანტთა და მასპინძელ თემთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე:

¹⁴ WHA Resolution 61.17 on Health of Migrants (2008), Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61_R17-en.pdf

- ჯანმრთელობის სტატუსსა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით უთანაბრობის თავიდან აცილება მიგრანტებსა და მასპინძელ პოპულაციას შორის;
- მიგრანტებისათვის ჯანმრთელობის უფლების უზრუნველყოფა, რაც ითვალისწინებს დისკრიმინაციისა და სტიგმატიზაციის შეზღუდვას და მიგრანტთათვის ბარიერების მოხსნას მასპინძელი მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომ, პრევენციულ და კურაციულ სამედიცინო სერვისებთან მიმართებაში;
- მიგრანტ პოპულაციაში ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებისათვის მიმართული სასიცოცხლო მნიშვნელობის ინტერვენციების განხორციელება, განსაკუთრებით კატასტროფებით ან კონფლიქტებით განპირობებული მიგრაციის შემთხვევებისას;
- მიგრაციის პროცესების ნეგატიური ზეგავლენის მინიმიზაცია მიგრანტთა ჯანმრთელობაზე. ზოგადად, მიგრაცია განაპირობებს ჯანმრთელობის რისკებისადმი მიგრანტთა მოწყვლადობის ზრდას, და აქცევს მათ პოტენციური დაზიანებისა და შედარებით უფრო მაღალი სტრესის გავლენის ქვეშ, რომელიც განპირობებულია ადგილის შეცვლით და ახალი გარემოსადმი ადაპტაციის საჭიროებით.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის სამინისტროს შემადგენლობაში მიგრანტთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე მომუშავე სტრუქტურების ჩამოყალიბებას, ეფექტური პროგრამების შემუშავებისა და მრავალსექტორული დიალოგის წარმოებისათვის. მიგრანტთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ყოვლისმომცველი მიდგომების განსაზღვრისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს მიგრანტების ჯანმრთელობის გლობალურად მიღებული მინიმალური სტანდარტები, რომლებიც ეფუძნება მათ უფლებებს და შეესაბამება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თანასწორობისა და უსაფრთხოების კონცეფციებს. ზემოთაღნიშნული ხელს შეუწყობს მიგრანტთა ფიზიკურ, მენტალურ და სოციალურ კეთილდღეობას, რაც თავის მხრივ შესაძლებლობას მიანიჭებს მათ არსებითი წვლილი შეიტანონ თავიანთი წარმომავლობისა და მასპინძელი საზოგადოებების სოციალურ და ეკონომიკურ განვითარებაში.

მიგრანტების ჯანმრთელობის ცვლადების მონიტორინგი უმნიშვნელოვანესი ასპექტია იმისათვის, რომ მათი ჯანმრთელობა და მათ მიერ სამედიცინო მომსახურების მოხმარება გაიზარდოს. ჯანმრთელობის საკითხში ყველა დაინტერესებული მხარე, ყველა დონის სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების, ეროვნული მთავრობების ჩათვლით, მიიღებს სარგებელს პოლიტიკის განაცხადითა და რეკომენდაციებით, იმასთან დაკავშირებით თუ რა სახის მონაცემები უნდა იყოს

შეგროვებული, როგორ უნდა მოხდეს მათი მოპოვება, და როგორ უნდა გამოიყენებოდეს მოცემული ინფორმაცია საიმისოდ, რომ გაიზარდოს მონაცემთა შედარებითობა და მათი გამოყენება ჯანმრთელობის სპეციფიკური მიზნებისთვის. მიგრანტების ჯანმრთელობის ცვლადები ჩართული უნდა იყოს არსებულ მონაცემთა სისტემაში, ისე რომ იყოს სპეციფიური პოპულაციური ჯგუფის, ასაკის და სქესის მიხედვით მონაცემების დისაგრეგაციის საშუალება. მონაცემთა შეგროვების სხვა ყურადსაღები ინსტრუმენტებია მოსახლეობის აღწერის მონაცემები, სხვა სექტორების მიერ შეგროვებული მონაცემები, როგორცაა საცხოვრებელი, განათლება, დასაქმება და მონაცემები, რომლებიც მიზნობრივი კვლევების მიერ არის შეგროვებული და მიმართულია ძნელად მიღწევადი ან უფრო მცირე პოპულაციებისადმი. თავის მხრივ, შესაძლოა ხარისხობრივი კვლევების ჩატარებაც, იმისათვის რომ მორგებული ინტერნეციების შემუშავება მოხდეს, რომლებიც ადექვატურად შეეხმიანებიან ჯანმრთელობის ქცევაზე გავლენის მქონე სოციო-კულტურულ ფაქტორებს. მიგრანტების სიკვდილიანობის და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლები ხშირად არასარწმუნოა, რადგან დენომინატორი (ძირითადი მოსახლეობის რაოდენობა) არ არის ყოველთვის ზუსტად ცნობილი. მიგრანტთა ჯანმრთელობის ზოგადი დონის განსასაზღვრად ხშირად გამოიყენება თვით-აღნიშნული მტკიცებულებები, რის შედეგადაც მკვლევარები ამცირებენ სიკვდილიანობისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლებს ამ ჯგუფებში.

დაავადებები, რომლებიც გააჩნიათ მიგრანტებსა და ეთნიკურ უმცირესობებს, მეტწილად ზოგადი მოსახლეობის მსგავსია. იქ, სადაც მიგრანტები და ეთნიკური უმცირესობები გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევალენტობის საშუალო მაჩვენებლებისგან გადახრას უჩვენებენ, მათი მაჩვენებლები უფრო მაღალია; თუმცა, გარკვეული დარღვევების მხრივ, ზოგიერთ ჯგუფში მაჩვენებლები უფრო დაბალია. აღმოჩენები მიგრანტი და ეთნიკური უმცირესობების მოსახლეობებში კიბოს პრევალენტობის შესახებ კომპლექსურია, რომლებიც განსხვავდება ჯგუფებსა და ასევე კიბოს სახეობებს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ კიბოს ინციდენტობა შესაძლოა არ არის გაზრდილი, ამ ჯგუფებში დაავადების აღმოჩენა ხდება უფრო გვიანდელ სტადიაში, ამიტომ დროული მკურნალობა იშვიათადაა შესაძლებელი. დიდი ბრიტანეთის, ნიდერლანდების და ნორვეგიის კვლევებმა უჩვენა, რომ მიგრანტები, გარკვეული გჯუფების გამოკლებით, განსაკუთრებით მიდრეკილნი არიან მე-2 ტიპის დიაბეტისადმი.¹⁵¹⁶¹⁷ სერიუზულმა მეთოდოლოგიურმა საკითხებმა შესაძლოა გაართულოს მიგრანტების მენტალური ჯანმრთელობის საკითხის გამოკვლევა. ეს

¹⁵ S.D. Garduño-Díaz Prevalence, Risk Factors and Complications Associated with Type 2 Diabetes in Migrant South Asians (Diabetes Metabolism Research and Review, 2012, 28:6-24).

¹⁶ Davies et al. Social determinants and Risk Factors for Non-communicable Diseases in South Asian Migrant Populations in Europe (Asian Eur J, 2011).

¹⁷ S.B. Rafnsson, Large-scale Epidemiological Data on Cardiovascular Diseases and Diabetes in Migrant and Ethnic Minority Groups in Europe (Eur J Public Health (2009), 19(5):484-491).

დაკავშირებულია იმ ფაქტთან, რომ ცნებები, რწმენა და შესაბამისი ქცევა ძალზედ განსხვავებულია ქვეყნებს შორის. ასეთი განსხვავებები მოიძებნება ჯანმრთელობის პრობლემების მთელს სპექტრში, მაგრამ ისინი განსაკუთრებით ფართოა მენტალური დარღვევების შემთხვევაში.

დეპრესია და შფოთვა საკმაოდ ხშირია მიგრანტებს შორის, განსაკუთრებით მოხუცებში.¹⁸ რაც შეეხება გამომწვევ მექანიზმებს, ცნობილია, რომ სიღარიბე და დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი ასოცირებულია დეპრესიასთან. ამჟამად არ არის ცნობილი თუ რა დონეზე ხსნის ეს ფაქტორები იმ განსხვავებებს, რომლებიც ნაპოვნია მიგრანტ და ეთნიკური უმცირესობის მოსახლეობებში. ზოგიერთი კვლევა¹⁹ ამტკიცებს, რომ დისკრიმინაციის და რასიზმის აღქმა ზრდის მენტალური დარღვევების დონეს. სოციალური მხარდაჭერა და ადექვატური სოციალური ქსელები მიჩნეულია როგორც მენტალური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი დამცველი ფაქტორები²⁰, და ასეთი ქსელების გაძლიერებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს იზოლაციის, მარტოობისა და უმწეობის დაძლევას.²¹

ზოგადად, მიგრაციასაც და გადაადგილებასაც უდიდესი ადაპტაცია ესაჭიროება, რადგან მიგრანტებმა ხელახლა უნდა განსაზღვრონ მათი პირადი, ინტერპერსონალური, სოციალური, ეკონომიკური, ურბანული და გეოგრაფიული საზღვრები. ამავდროულად, ეს მოიცავს ინდივიდუალური, ოჯახური, ჯგუფური და კოლექტიური იდენტობის, როლების და შესაბამისი სისტემების ხელახლა განსაზღვრას, და შესაძლოა იქცეს სტრესის განმაპირობებელ წყაროდ არამხოლოდ ინდივიდებისთვის, არამედ ოჯახებისთვისაც და ჩართული საზოგადოებისთვის. ბუნებრივი და ადამიანის მიერ შექმნილი კატასტროფების გამო გადაადგილებას თან ახლავს მრავლობითი სტრესორი, რაც მოიცავს ეკონომიკურ გაჭირვებას, უსაფრთხოების საკითხებს, სოციალური და პირველადი ეკონომიკური სტრუქტურების ნგრევას და ამის შედეგად ინდივიდუალური როლების გაუფასურებას ან მოდიფიკაციას, საყვარელი ადამიანების, სამშობლოს და კულტურული საკუთრებების დაკარგვას. ხშირად ამ მოვლენებს მოყვება არასასიამოვნო შეგრძნებები და სიმპტომები, რაც მიჩნეულია, „ნორმალურ რეაქციად

¹⁸ Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe; *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005, 1:13

¹⁹ Karlsen S, Nazroo J, McKenzie K, et al. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychol Med.* 2005 Sep 29;:1-9.

²⁰ Levitt, M. J., Lane, J. D., & Levitt, J. L. (2005). Immigration stress, social support, and adjustment in the first post-migration year: An intergenerational analysis. *Research in Human Development*, 2, 159-177.

²¹ Hernandez-Plaza, S., Pozo, C., & Alonso-Morillejo, E. (2004). The role of informal social support in needs assessment: Proposal and application of a model to assess immigrants' needs in the south of Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(4), 284-298; Hernandez-Plaza, S., Garcí'a-Ramirez, M., Camacho, C., & Paloma, V. (2010). Mobility and wellbeing. In C. Stuart (Ed.), *The psychology of global mobility*. International Psychology. New York: Springer.

არანორმალურ მოვლენებზე“ ან გარემოებებზე, და არც ერთ შემთხვევაში ზოგადად არ მიიჩნევა ფსიქოპათოლოგიური ხასიათის დარღვევებად. მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობის შემთხვევებში ვითარდება ისეთი მდგომარეობები როგორცაა პოსტ-ტრავმული მოვლენები, რაც ადამიანების ფუნქციონალურობას მნიშვნელოვნად აფერხებს.²²

საქართველოში მცხოვრები მიგრანტების მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები

მიუხედავად ყველაფრისა და ასევე ზემოთაღნიშნულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია ავლნიშნოთ იძულებით გადაადგილებულ პირთა იმ თავისებურებების შესახებ, რომელიც ქართულ კონტექსტს ახასიათებს, და დასტურდება ფსიქოსოციალური სერვისების მიმწოდებლებისა და ასევე ცოტა ხნის წინ ჩატარებული შესაბამისი კვლევების მიერ. რაც შეეხება საქართველოში მცხოვრებ დანარჩენ მიგრანტ ჯგუფებს, დღემდე მტკიცებულებები მათი მენტალური ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალური მდგომარეობების შესახებ ხელმისაწვდომი არ იყო, რაც მოცემულ კვლევას განსაკუთრებულ მნიშვნელოვნობას ანიჭებს.

ნორვეგიის ლტოლვილთა საბჭოს კვლევა, რომელიც იძულებით გადაადგილებულ პირთა და ზოგად მოსახლეობას შორის არსებული სტრესის დონეს ეხება, ადასტურებს, რომ მთლიანობაში, ქართველი მოსახლეობა განიცდის სტრესის ზეგავლენას, რომლის ინტენსივობაც აშკარად აღემატება საშუალო დონეს და რომ სტრესის დონე გადაადგილებულ და ადგილობრივ მოსახლეობას შორის თითქმის თანაბარია, ხოლო განსახვავება მხოლოდ მის გამომწვევ მიზეზებში მდგომარეობს. მაშინ, როდესაც ადგილობრივი მოსახლეობის ძირითადი პრობლემები დაკავშირებულია მაღალ სიკვდილობასთან და ავადობასთან ქვეყანაში, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებასთან, ოჯახურ ძალადობასთან, უმუშევრობასთან და სოციალური ხასიათის საკითხებთან, იძულებით გადაადგილებულ პირთა დათრგუნულობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს თავშესაფრის არქონა, ფაქტიური ცვლილებები ან შიში, რომელიც გამოწვეულია მათი საცხოვრებელი პირობების მოსალოდნელი ცვლილებებით, ისევე როგორც სოციალური იზოლაცია და სოციალური ხასიათის ტრავმა, რომელიც თან ახლავს სოციალურ სტიგმატიზაციას.²³ გარდა ამისა, კვლევამ რომელიც 2009 წელს ჩატარდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისის მენტალური

²² International Organization for Migration, Inter Agency Standing Committee 2007; Assessment of the Psychosocial Needs of Haitians Affected by the January 2010 Earthquake (Port Au Prince, Haiti, September 2010).

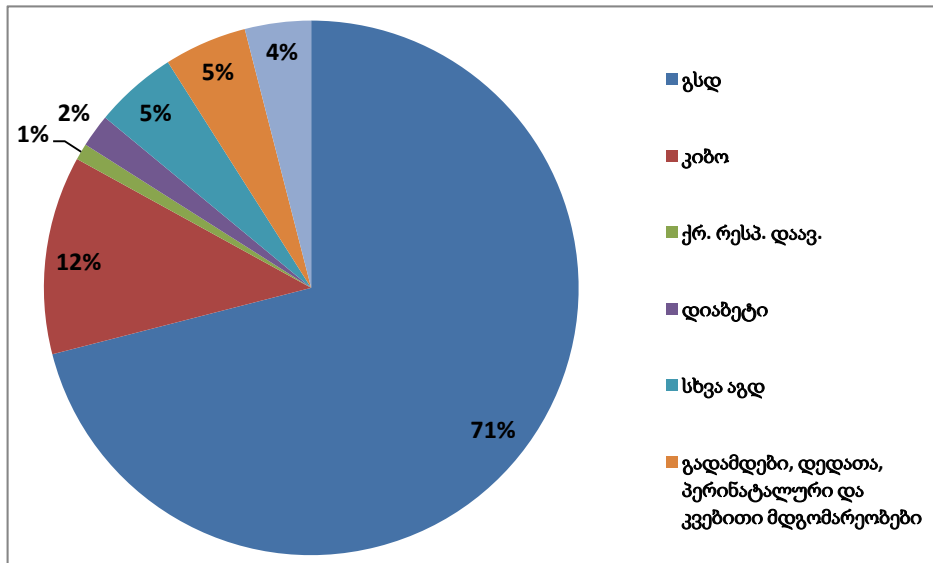
²³ Norwegian Refugee Council, *Stress and Displacement: Psychological Problems and Ways to Overcome Them*, Course of Lectures for Future Teachers, Psychologists and Social Workers (Tbilisi, 2011).

ჯანმრთელობის და ფსიქოსოციალური ქვე-კლასტერის ჯგუფის მიერ მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის ჩათვლით, დაამტკიცა ფიზიკური დაავადებების გაუარესება, რაც ასევე ცნობილია, როგორც ფსიქოსომატურ მდგომარეობათა გამოვლინება იძულებით გადაადგილებულ პირთა ახალ ტალღას შორის, რომელიც მოჰყვა 2008 წლის აგვისტოს ომს. სახელდობრ, აღინიშნებოდა ისეთი მდგომარეობები როგორცაა არტერიული სისხლის წნევის მომატება, ძილის პრობლემები, თავის ტკივილები, ენერჯის დაკარგვა, არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება, ისევე როგორც ქრონიკული გადაღლილობა და რესპირატორული პრობლემები.

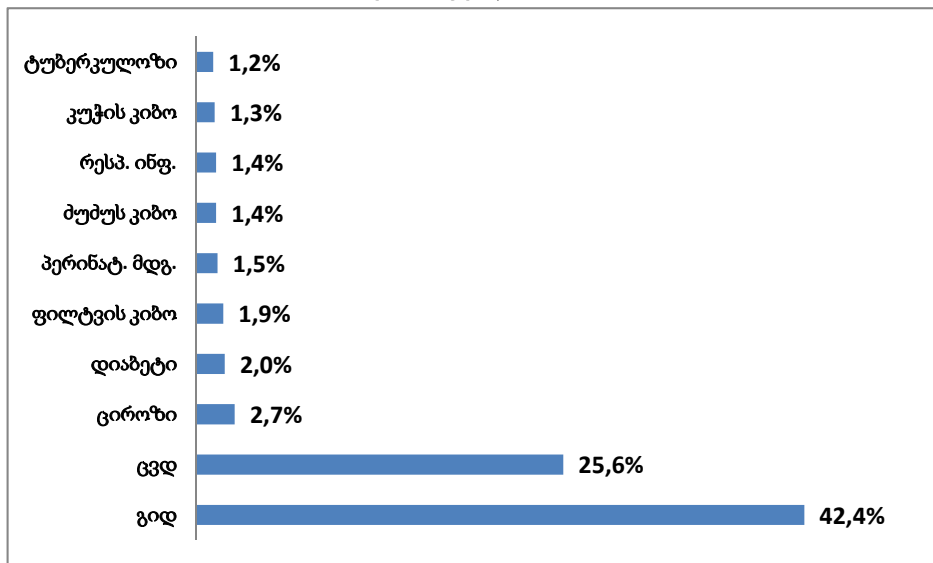
ჯანმრთელობის საკითხში დაინტერესებულ მხარეთა მიერ დღემდე იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ გარკვეული მტკიცებულებების მოპოვებისდა მიუხედავად, ცოტა რამ არის ცნობილი მიგრანტთა სხვა ჯგუფების ჯანმრთელობის მოწყვლადობის შესახებ, შესაბამის მონაცემთა არასაკმარისად არსებობის გამო. **რაც გულისხმობს იმას, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები არ გვაწვდის დისაგრეგირებულ მონაცემებს საქართველოში მცხოვრები სხვადასხვა მიგრანტი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ,** რაც თავის მხრივ მოიაზრება მიგრანტთა ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარების უპირველეს ბარიერად და ასევე უმთავრეს საჭიროებად მიგრანტებისადმი სენსიტიური ჯანდაცვის დაგეგმვისა და მიწოდებისთვის. ამგვარად, სასურველია გაიზარდოს ინფორმირებულობა იმის შესახებ თუ ჯანმრთელობის რომელი მდგომარეობები ახდენს მიგრატებზე გავლენას, რა არის მთავარი რისკ ფაქტორები, რასაც ჯანმრთელობის ნეგატიურ შედეგებამდე მიჰყავს ეს ჯგუფები, როგორ იყენებენ მიგრანტები არსებულ სამედიცინო მომსახურების სერვისებს და თუ რამდენად ხელმისაწვდომია ეს სერვისები მათთვის, როგორც ტექნიკური, ასევე ფინანსური თვალსაზრისით.

მიგრანტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვასთან დაკავშირებული ქცევის და ასევე მათი მენტალური მდგომარეობისა და მოწყვლადობის შესახებ ხარისხობრივ ხედვასთან ერთად, ზემოთაღნიშნული მიდგომა არსებითად მნიშვნელოვანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში შესაბამისი პროგრამული რეაგირებისა და პასუხისმგებლობის ასამაღლებლად და იქნება საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითი მიგრანტთა ჯანმრთელობის პრობლემებისადმი სენსიტიური სისტემის შესაქმნელად, ჩვენი სამყაროს მზარდი გლობალიზაციის კონტექსტში.

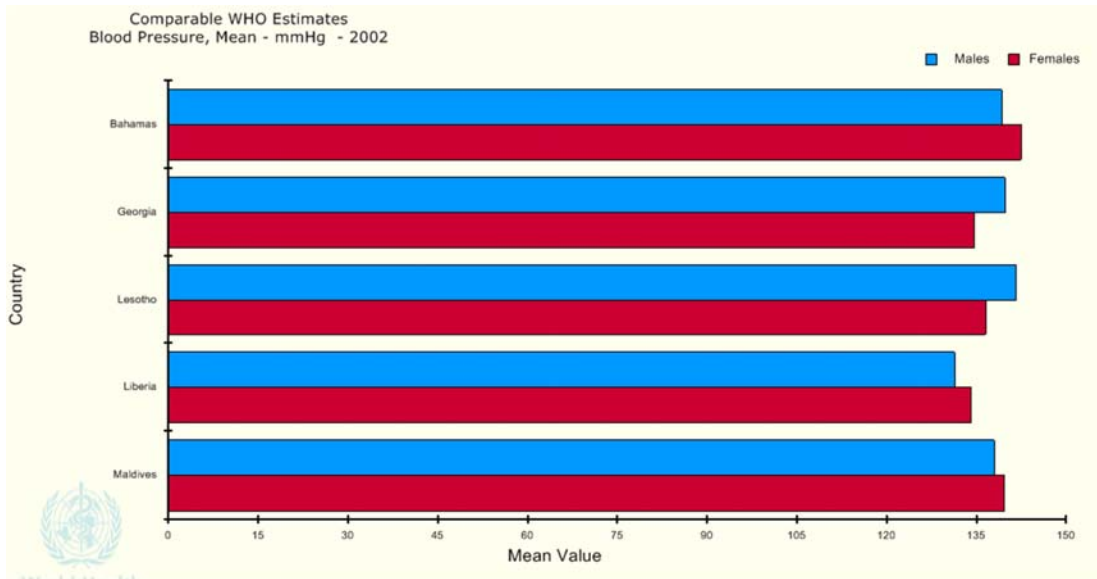
სურათი 1: პროპორციული სიკვდილობა, საქართველო, 2008



სურათი 2: 10 ძირითადი დაავადების წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002

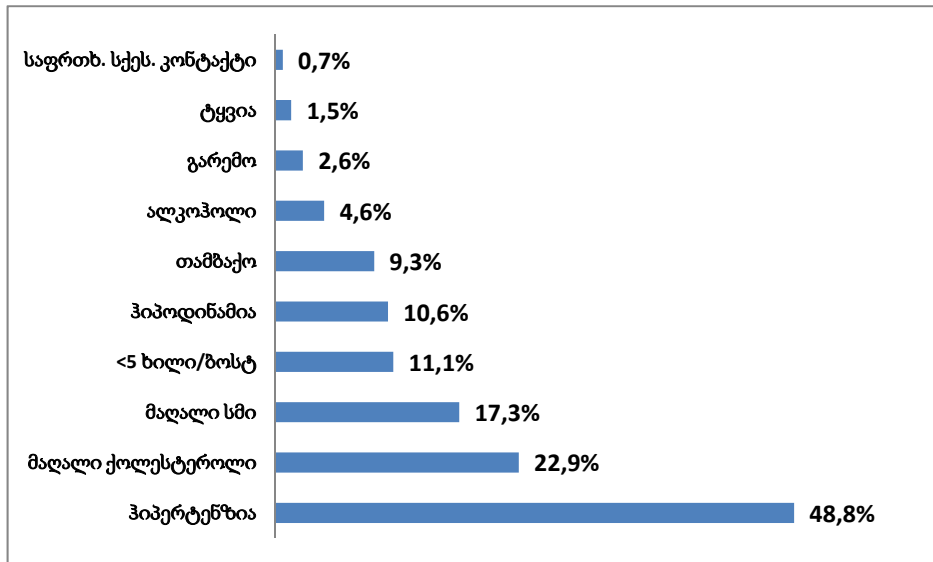


სურათი 3: ქვეყნები, რომელთა მოსახლეობასაც აქვს არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი საშუალო ციფრები, 2005



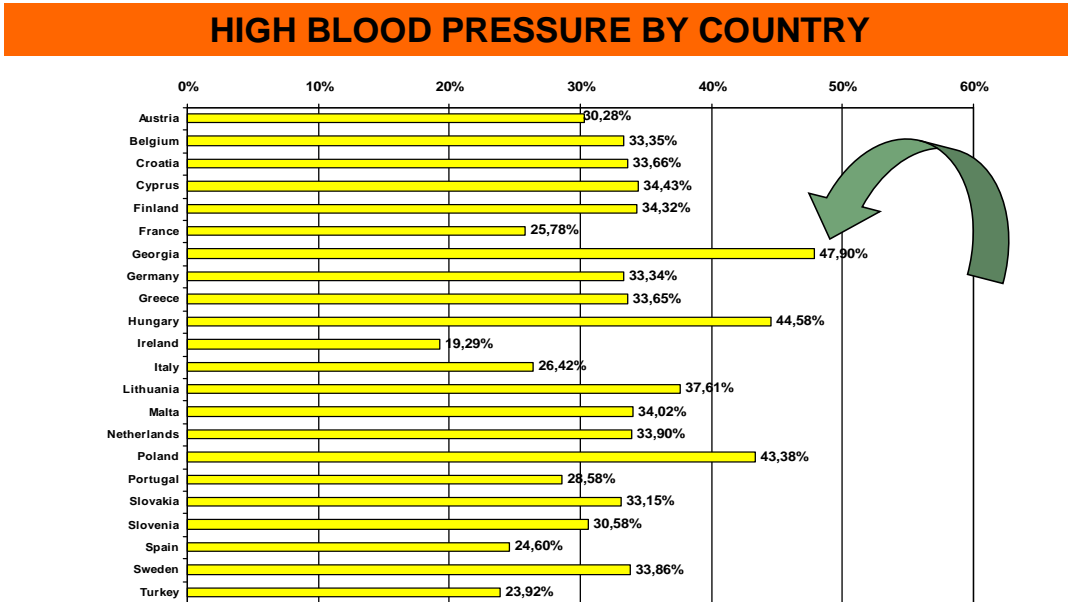
Source: Ono T, Guthold R, Strong K. WHO Global Comparable Estimates, 2005 (<http://www.who.int/infobase> IBRef: 199999)

სურათი 4: ათი ძირითადი რისკ ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002

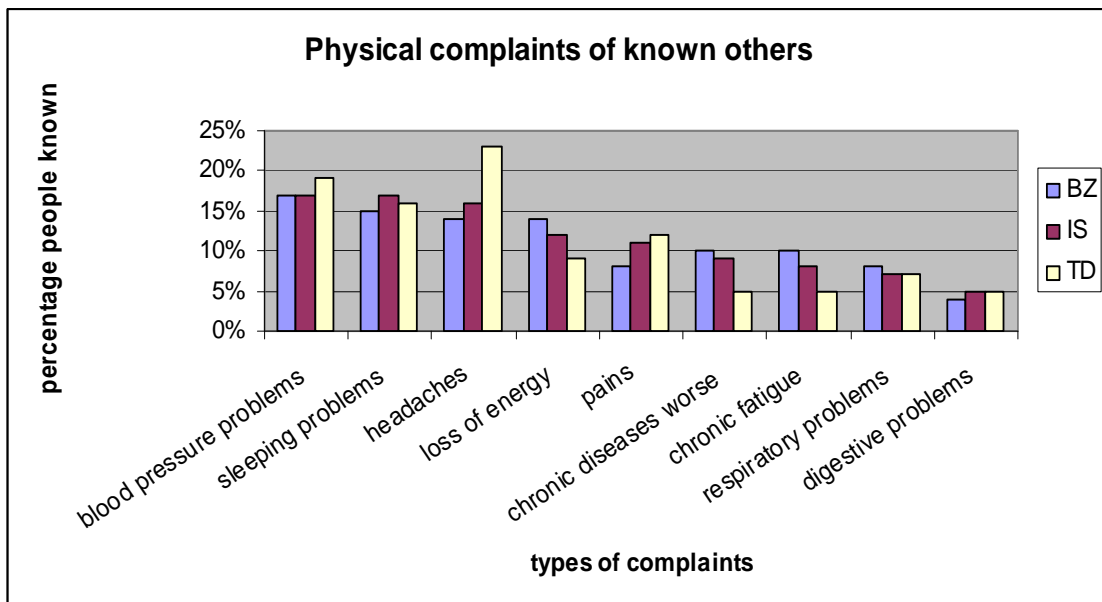


სურათი 5: სისხლის მაღალი წნევა ქვეყნების მიხედვით, 2009-2011

- Participation in EUROPREV study EUROPREVIEW in 2009-2011
(the article is submitted for publishing)



სურათი 6: იძულებით გადაადგილებულ პირთა თემის წევრების ფიზიკური პრობლემები, საქართველო, 2009



წყარო: An Assessment of the Mental Health & Psychosocial Needs of the Conflict-Affected Populations; October 2009. The World Health Organization/EURO

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მიგრანტი მოსახლეობის განსხვავებულ ჯგუფებს შორის არაგადამდები დაავადებების ქცევითი და ბიოლოგიური რისკ ფაქტორების პრევალენტობის შესწავლა; მიგრანტთა კულტურულ-ანთროპოლოგიური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების გამოვლენა; მიგრაციის თანამდევ ფსიქოსომატურ მდგომარეობათა განსაზღვრა და ამ პროცესებით გამოწვეული ფსიქოლოგიური პრობლემების დადგენა; ჯანმრთელობის და ფსიქოსოციალურ სამსახურებთან ფიზიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გამოვლენა; არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში მიგრანტ მოსახლეობაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესწავლა. კვლევის თემატური უბნების ურთიერთქმედებათა გამოვლენა მიგრანტთა ჯანმრთელობის მოცემული კვლევის კონტექსტში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს.

კვლევის ამოცანები

კვლევის ამოცანები შემდეგნაირად განისაზღვრა:

- საქართველოს სტანდარტული მეთოდებისა და ინსტრუმენტების გამოყენება საქართველოში მცხოვრებ, მიგრანტთა სხვადასხვა ჯგუფში არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების გამოსავლენად; ასევე მექანიზმების შემუშავება, ერთი მხრივ, მიგრანტთა ფსიქოსოციალური და კულტურულ-ანთროპოლოგიური საჭიროებების, ხოლო, მეორე მხრივ, არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში მათ შორის არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესწავლისათვის, რაც განაპირობებდა იმას, რომ სათანადო სარწმუნო მონაცემები მოპოვებული იქნებოდა დროულად და მინიმალური დანახარჯის გაღებით;
- საქართველოს ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემებში, ქვეყანაში მცხოვრები მიგრანტი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების შეტანა;
- მტკიცებულებათა მოპოვება მიგრანტთა საჭიროებებზე მორგებული ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი პროგრამების შემუშავების მიზნით;
- კვლევის ორენოვანი ანგარიშის მომზადება და კვლევის შედეგების განვრცობის მიზნით სამუშაო შეხვედრის ორგანიზება ქვეყანაში მოქმედ წამყვან დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობით.

მეთოდები

მიგრაციისა და ჯანმრთელობის სფეროსადმი მრავალსექტორული მიდგომის მნიშვნელობის და ასევე იმ ფაქტორის გათვალისწინებით, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედეგებზე მიგრაციის, როგორც ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტის, სხვადასხვა განზომილება²⁴ ახდენს გავლენას, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციამ და მისმა განმახორციელებელმა პარტნიორმა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა, მოცემულ კვლევასთან მიმართებაში ერთობლივად შეიმუშავეს კომპლექსური, სისტემური მეთოდოლოგიური მიდგომა. მოცემული მიდგომა მოიცავს სოციალური, დემოგრაფიული, მიგრაციის, ფსიქოლოგიური, ქცევითი, ეკონომიკური და ასევე გარემო ასპექტების ნაკრებს, მათი ურთიერთშემავსებლობის აღიარების ნიშნად და თავის მხრივ ჰარმონიულად ეხმიანება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ხედვას, რომელიც ჯანმრთელობას მოიაზრებს როგორც “სრულფასოვან ფიზიკურ, მენტალურ და სოციალურ კეთილდღეობას და არა მხოლოდ ავადმყოფობის ან უუნარობის არ არსებობას”.²⁵

ზემოთაღნიშნულის თანახმად, წარმოდგენილი კვლევის მეთოდოლოგია მოიცავს შესატყვის მიდგომებსა და ინსტრუმენტებს არაგადამდებ დაავადებათა ქცევითი რისკ ფაქტორების პრევალენტობის შესასწავლად, ასევე მიგრაციის თანამდევრი ფსიქოსოციალური და ფსიქოსომატური მდგომარეობების გამოსავლენად, გარდა ამისა, საქართველოში მცხოვრები მიგრანტი მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში არსებული ფსიქოსოციალური საჭიროებების, ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალურ სამსახურებთან ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის განსხვავებათა შესაფასებლად.

მოპოვებული ინფორმაცია და მტკიცებულებები მიგრანტებს შორის არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესახებ ამ კონკრეტულ კვლევას განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს, რადგან მისი შედეგები წარმოადგენს საფუძველს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვითი პროგრამების დაგეგმვისათვის და მიგრანტებისადმი სენსიტიური მიდგომების დანერგვისთვის, ყურადღების გამახვილებით არსებულ ცოდნასა, დამოკიდებულებებსა და პრაქტიკაზე.

²⁴ Sixty-First World Health Assembly, WHA61.17, Agenda item 11.9, Health of migrants (24 May 2008).

²⁵ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, (New York, 19 June – 22 July 1946); signed on 22 July 1946 by the representative of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.

კვლევის ინსტრუმენტი

კვლევის ინსტრუმენტი ეყრდნობა შემდეგ ძირითად ელემენტებს:

არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორთა ზედამხედველობის სტეპს მიდგომა (STEPS)²⁶

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS მიდგომა წარმოადგენს არაგადამდები დაავადებებისა და მათი რისკ ფაქტორების ზედამხედველობის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდირებულ ინსტრუმენტს. აღნიშნული მიდგომა ფოკუსირებულია მონაცემების მოპოვებაზე იმ რისკ ფაქტორთა გამოსავლენად, რომლებიც განაპირობებენ ამ დაავადებათა ძირითად ტვირთს. ინსტრუმენტი საკმაოდ მოქნილია იმისათვის, რომ ქვეყანას საშუალება მიეცეს გააფართოვოს ძირითად ცვლადებსა და რისკ ფაქტორებთან დაკავშირებული საკითხები, დაამატოს ადგილობრივი ან რეგიონალური სპეციფიური საკითხები დამატებითი მოდულების სახით.

STEPS ინსტრუმენტი მოიცავს რისკ ფაქტორთა შეფასების ე.წ. 3 საფეხურს. ეს საფეხურებია: კითხვარი, ფიზიკური გაზომვები და ბიოქიმიური გაზომვები.

STEPS მექანიზმს, რომელიც გამოიყენება ქრონიკული დაავადებებისა და მათი რისკ ფაქტორების გაზომვისათვის, უწოდებენ **STEPS ინსტრუმენტს**.

STEPS-ის პირველი საფეხურის განხორციელება რეკომენდირებულია ყველა ქვეყნისათვის, ქვეყანათა უმრავლესობას ეძლევა რეკომენდაცია განხორციელოს კვლევის მეორე საფეხურიც; რაც შეეხება კვლევის მესამე საფეხურს, იგი რეკომენდირებულია საკმარისი რესურსებით უზრუნველყოფილი ქვეყნებისთვის.

ფინანსური შეზღუდვების გამო, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით განხორციელდა პირველი და მეორე საფეხური.

კითხვარი მოიცავს ძირითად, გავრცობილ და ქვეყნისათვის სპეციფიურ მოდულებს. ძირითადი მოდულები გამოიყენება მნიშვნელოვანი ბაზისური ინდიკატორების გამოსათვლელად, გავრცობილი კითხვების საშუალებით კი ვლდებულობთ უფრო დეტალურ ინფორმაციას. ბაზისური ინდიკატორების შედარება საშუალებას იძლევა ქვეყნისათვის სპეციფიური, შედარებითი ანალიზის განხორციელებისთვის.

²⁶ www.who.int/chp/steps/instrument/en/index.html

გარდა ამისა, ჯანდაცვისა და ფსიქოსოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის შესწავლის, სახელმწიფო სადაზღვევო პოლისით კმაყოფილების შეფასების მიზნით (იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის), გარკვეული კითხვები²⁷ იქნა ნასესხები, ადაპტირებული და შემდეგ შეტანილი კითხვარში.

კითხვარი ითარგმნა ქართულად და ადაპტირდა ადგილობრივი სიტუაციის გათვალისწინებით. კითხვები განათლების, სამუშაო სტატუსის, ეთნიკურობისა და შემოსავლის შესახებ მიესადაგა ქართულ რეალობას. გამოყენებულ იქნა როგორც ძირითადი, ასევე გავრცობილი კითხვები. კვლევის პროცესში ასევე გამოიყენებოდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული STEPS-ის სახელმძღვანელო, რომელიც ითარგმნა 2010 წელს განხორციელებული STEPS ეროვნული კვლევის ფარგლებში.

²⁷ The mental health assessment tool elaborated by WHO, IOM and Health Thematic Group (HTG) and Mental Health and Psycho-social Support Sub-group (MHPSS) members for the WHO Survey on Mental Health and Psychosocial Support Needs of the Conflict-Affected Populations (Georgia, 2009).

მიგრანტი მოსახლეობის მენტალური ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის, ასევე არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში მიგრანტ მოსახლეობაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შეფასება

მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის ფსიქოსოციალური და კულტურული ინტეგრაციის განყოფილების მიდგომის თანახმად, კვლევაში ინტეგრირებულ იქნა მეთოდები, რომელიც საშუალებას იძლეოდა შეფასებულიყო საქართველოში მცხოვრები სხვადასხვა მიგრანტი მოსახლეობის მენტალური სიჯანსაღე და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობა, მიგრაციის თანამდევი ფსიქოსომატური მდგომარეობები, ასევე ინსტრუმენტი არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესაფასებლად. ზემოთნახსენები ინტეგრირებული მიდგომები შესაძლებლობას იძლეოდა, განხორციელებულიყო ქვეყანაში მცხოვრები მიგრანტების სხვადასხვა ჯგუფებისათვის დამახასიათებელი ემოციური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, გარემო და კულტურულ-ანთროპოლოგიური საჭიროებების ურთიერთკავშირის ანალიზი და გამოვლენილიყო არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში მიგრანტ მოსახლეობაში არსებულ ცოდნასთან, დამოკიდებულებასა და შესაბამის ქცევასთან დაკავშირებული ასპექტები. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები შესაძლებელს გახდის გააძლიეროს, დახმარება გაუწიოს და უზრუნველყოს მიგრანტებში არაგადამდებ მდგომარეობათა უკეთესი მართვა და ზედამხედველობა.

მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის წინა მსგავს კვლევებთან შესაბამისობისა და თანმიმდევრულობის დაცვით, მოცემულ კვლევაში საჭიროებისა და სპეციფიურობის მიხედვით გამოყენებულ იქნა მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის უკვე გამოცდილი ინსტრუმენტები²⁸ ადაპტირებული სახით.

კერძოდ, კვლევისას, მიგრანტებს შეეთავაზათ, თვითონ შეეფასებინათ და განესაზღვრათ თავიანთი ფსიქოსოციალური და კულტურულ-ანთროპოლოგიური საჭიროებები, ამ უკანასკნელზე მორგებული და თემზე-დაფუძნებული შემდგომი ინტერვენციების დაგეგმვის მიზნით. დამატებით, კვლევამ შეისწავლა მიგრანტთა ფსიქოსოციალური მდგომარეობები და შესაძლებლობა მოგვანიჭა სიღრმისეულ ჭრილში განხილულიყო ტრავმულ გამოცდილებასთან დაკავშირებული ტკივილის შესატყვისი განსაზღვრებანი და მომხდარიყო ამ ტკივილის დონის შეფასებაც, მისი ხდომილობის სიხშირისა და აღნიშნული ფენომენის განმაპირობებელი მიზეზების გამოვლენის ჩათვლით.

²⁸ Psychosocial Needs Assessment in Emergency Displacement, Early Recovery, and Return. IOM Middle East Assessment Tools (Beirut, April 2008).

კვლევის რაოდენობრივი ნაწილი მიზნად ისახავდა მიგრანტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილების დინამიკის გამოვლენას (ფსიქოსომატურ მდგომარეობებზე აქცენტირებით) მიგრაციის, როგორც მოცემული ცვლილებების ორიენტირის გათვალისწინებით. გარდა ამისა, მიგრაციის ისტორია, ზემოქმედების ხანგრძლივობა (საქართველოში ცხოვრების წლები), მათი ეთნიკური კუთვნილება, გეოგრაფიული განაწილება და გარკვეული სოციალური ინდიკატორები, წარმოადგენდა შესაბამისი კორელაციების საფუძველს.

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში სხვადასხვა მიგრანტ ჯგუფებში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის საკითხების ჩართვა განაპირობა ჯანდაცვის სფეროში მოქმედ პირთათვის ამ საკითხების ცოდნის აუცილებლობამ: კერძოდ, რა იციან მიგრანტებმა არაგადამდები დაავადებების შესახებ, როგორ აღიქვამენ ისინი ამ მდგომარეობებს, როგორ იქცევიან ამ დაავადებების თვით-მართვასა და გამოკვლევებთან მიმართებაში.

კვლევაში გამოყენებული ინსტრუმენტი შეიცავს როგორც დახურულ, ისე ღია კითხვებს. მათი დამუშავება და ანალიზი განხორციელდა როგორც რაოდენობრივ, ასევე ხარისხობრივ ჭრილში. ანალიზში მოყვანილია ციტირებები მიგრანტთა პასუხებიდან, რაოდენობრივი მონაცემების სრულყოფისა და ანგარიშის „ამეტყველებისა და გაცოცხლების“ მიზნით.

ეთიკისა და თანხმობის საკითხები

კვლევის პროტოკოლი, კითხვარი და თანხმობის ფორმა განხილული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ბიოეთიკის კომისიის მიერ.

კვლევის კოორდინატორი პასუხისმგებელი იყო ეთიკურ საკითხებზე და მონაცემთა კონფიდენციალობის დაცვის უზრუნველყოფაზე მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემთა დაცვის პრინციპების²⁹ შესაბამისად.

კვლევის ნიმუში

კვლევის არეალი

იძულებით გადაადგილებულ პირთა დასახლებები:

შიდა ქართლის რეგიონი: კარალეთი, ვერხვები, საქაშეთი, მეტეხი

²⁹ International Organization for Migration, IOM Data Protection Principles, 1 May 2009

მცხეთა-მთიანეთის რეგიონი: წეროვანი, ბაზალეთი, წილკანი
იმერეთის რეგიონი: ქუთაისი

დაბრუნებული მიგრანტები

შიდა ქართლის რეგიონი: ბორჯომი; ქარელის რაიონი: სოფ. ახალსოფელი, სოფ. ქვემო ხვედურეთი; კასპი; კასპის რაიონი: სოფ. თელიანი; ხაშური; გორი; გორის რაიონი: სოფ. ტირმნისი

მცხეთა-მთიანეთის რეგიონი: დუშეთი; დუშეთის რაიონი: სოფ. მჭადიჯვარი, სოფ. გრემისხევი, სოფ. მლაშე; თიანეთი; მცხეთა; მცხეთის რაიონი: სოფ. წეროვანი, სოფ. ნიჩბისი, სოფ. ძალისი; ქარელის რაიონი: სოფ. დირბი

იმერეთის რეგიონი: ქუთაისი; ზესტაფონის რაიონი: სოფ. კვალეთი; საჩხერე; საჩხერის რაიონი: სოფ. გორისა, სოფ. სხვიტორი; წყალტუბოს რაიონი: სოფ. ფარცხანაყანევი, სოფ. მალლაკი; ჭიათურა; ხონი; თერჯოლის რაიონი: სოფ. რუფოთი

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები:

თბილისი

თავშესაფრის მაძიებლები

ქვემო ქართლის რეგიონი: გარდაბანის რაიონი, სოფ. მარტყოფი

ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები:

თბილისი

უცხოელი მიგრანტი პატიმრები:

მცხეთა-მთიანეთის რეგიონი, სოფ. ქსანი

საკვლევი პოპულაცია

კვლევის სტატისტიკური პოპულაცია:

1. 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს საომარი მოქმედებების შედეგად იძულებით გადაადგილებული პირები
2. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ყველა მიგრანტი სტუდენტი
3. თავშესაფრის მაძიებლები
4. ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები
5. დაბრუნებული მიგრანტები (საქართველოს მოქალაქეები)
6. უცხოელი მიგრანტი პატიმრები

შერჩევის ჩარჩო

1. იძულებით გადაადგილებული პირების დასახლებათა (სულ 79) საერთო სია ასაკისა და სქესის მიხედვით. დასახლებათა განახლებული სია მოპოვებულ იქნა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს მონაცემთა ბაზიდან, 2011 წლის ივნისში.
2. თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტში ჩარიცხულ უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა სრული სია. სია მოპოვებულ იქნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მონაცემთა ბაზიდან, 2011 წლის ოქტომბერში.
3. თავშესაფრის მაძიებელთა (თავშესაფრის მაძიებელთა მიღებისა და დროებითი განთავსების ცენტრის მომხმარებლები) სია მოპოვებულ იქნა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს მონაცემთა ბაზიდან, 2011 წლის დეკემბერში.
4. ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებთან კომუნიკაცია შედგა ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის პერსონალის მხარდაჭერით, 2011 წლის დეკემბერში.
5. ყველა რეგისტრირებული დაბრუნებული მიგრანტის (საქართველოს მოქალაქეების) სრული სია, რომლებიც ცხოვრობენ შიდა ქართლის, მცხეთა–მთიანეთისა და იმერეთის რეგიონებში, და რომლებიც არიან მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის ნებაყოფლობითი დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის პროგრამის მოსარგებლები. აღნიშნული სია მოპოვებულ იქნა მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის შესაბამისი პროგრამების მონაცემთა ბაზიდან, 2011 წლის ივლისში.
6. უცხოელ მიგრანტ პატიმრებთან კომუნიკაცია განხორციელდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს პერსონალის მხარდაჭერით.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის ასაკისა და სქესის მიხედვით გამოიყო, 4 სუბპოპულაცია (18-60წ და 60+ ასაკობრივი ჯგუფები)

შერჩევის ზომა

შერჩევის ზომის გამოთვლა განხორციელდა აღწერილობითი კვლევების მეთოდოლოგიის შესაბამისად ძირითადი რისკ ფაქტორების (თამბაქოსა და ალკოჰოლის ამჟამინდელი მოხმარება STEPS 2010-ის შედეგების მიხედვით) მოსალოდნელი გავრცელების გათვალისწინებით, სარწმუნოების ინტერვალი 0.10 (+/- 0.05), სარწმუნოება 95 პროცენტი. ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული სტეპს 2010-ის შედეგების მიხედვით, თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარებაა 27.7 პროცენტი, ალკოჰოლის მოხმარება კი 78.5 პროცენტი.

ამ მეთოდოლოგიით მინიმუმ 714 იძულებით გადაადგილებული პირი შეირჩა ორივე სქესის 18-60 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 612 პირი, 60 და უფროს ასაკობრივ ჯგუფში, ამ მეთოდოლოგიით შერჩევის რეპრეზენტატულობა უზრუნველყოფილია. გათვალისწინდა აგრეთვე კვლევაზე უარის 20 პროცენტის პოტენციური მაჩვენებელი, რაც ემყარება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ქვეყანაში განხორციელებული კვლევების გამოცდილებას. ყველაფრის გათვალისწინებით შერჩევის ზომა შემდეგია:

იძულებით გადაადგილებული პირები – 1200;

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები – 150; თსსუ პერსონალთან კომუნიკაცია დაიწყო 2011 წლის დეკემბერში. იძულებით გადაადგილებულ პირთა მსგავსად, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების შემთხვევაშიც შერჩევის ზომის გამოთვლისას გათვალისწინებულ იქნა 730 სტუდენტის რეპრეზენტატულობა და შესაძლო უარის 20 პროცენტის მაჩვენებელი. მოცემული მეთოდოლოგიის მიხედვით, 730 სტუდენტიდან კვლევისათვის შეირჩა 150 რესპოდენტი.

თავშესაფრის მამიებელი – 43; ეს არის აბსოლუტური რიცხვი ადამიანებისა, რომლებიც კვლევის მომენტში თავშესაფარში ბინადრობდნენ. შერჩევის ზომა ხელსაყრელობიდან გამომდინარე განისაზღვრა. თავშესაფრის პერსონალთან და რესპოდენტებთან კომუნიკაცია დაიწყო 2012 წლის იანვარში. ენობრივი ბარიერის გამო (თავშესაფრის მამიებელთა უმრავლესობა თურქი, აფრიკელი და ირანული წარმოშობისაა და ინგლისურად არ საუბრობს) სწორედ ამიტომ, მხოლოდ 12 მათგანის გამოკითხვა მოხერხდა.

ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები – 24; ეს არის აბსოლუტური რიცხვი ადამიანებისა, რომლებიც კვლევის მომენტში სახელმწიფო თავშესაფრებში ბინადრობდნენ. შერჩევის ზომა ხელსაყრელობიდან გამომდინარე განისაზღვრა.

თავშესაფრის პერსონალთან და რესპოდენტებთან კომუნიკაცია დაიწყო 2011 წლის დეკემბერში. ამ სამიზნე ჯგუფის განსაკუთრებული მოწყვლადობის გამო მათი სიის მოპოვება ვერ მოხერხდა. ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებთან კონტაქტი მხოლოდ სახელმწიფო თავშესაფრის პერსონალის საშუალებით იყო შესაძლებელი.

დაბრუნებული მიგრანტები – 75; დაბრუნებული მიგრანტების სია მოპოვებულ იქნა მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის ნებაყოფლობითი დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის პროგრამების მონაცემთა ბაზიდან. შემთხვევითი (რანდომიზირებული) შერჩევის მეთოდი იქნა გამოყენებული, შესაძლო უარის 20 პროცენტის მარჯვენა და საქართველოს აღნიშნულ სამივე რეგიონში მცხოვრები გამოსაკვლევი პოპულაციის რეპრეზენტატულობის გათვალისწინებით. თითოეულ პოტენციურ რესპოდენტს ვუკავშირდებოდით ტელეფონით. სიტყვიერი თანხმობის მოპოვების შემდეგ, იგეგმებოდა ინტერვიუს განხორციელების თარიღი და საკვლევ სუბიექტებს ვაკითხავდით მათ საცხოვრებელ ადგილებზე.

უცხოელი მიგრანტი პატიმრები – 30; საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს პერსონალთან კომუნიკაცია განხორციელდა 2012 წლის იანვარში. ამ სამიზნე ჯგუფის განსაკუთრებული მოწყვლადობის გამო მათი სიის მოპოვება ვერ მოხერხდა. უცხოელ მიგრანტ პატიმრებთან კონტაქტი მხოლოდ სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა პერსონალის საშუალებით იყო შესაძლებელი. შესაბამისად, სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა პერსონალმა რანდომიზირებული შერჩევა მოახდინა, შესაძლო უარის 20 პროცენტის მარჯვენა და მთლიანი სამიზნე ჯგუფის რეპრეზენტატულობის გათვალისწინებით.

შერჩევის პროცედურა

ზომის პროპორციული ალბათობის (PPS) ტექნიკა გამოყენებულ იქნა მხოლოდ იძულებით გადაადგილებულ პირთა შერჩევისას, მიგრანტთა დასახლებების საერთო სიიდან. აღსანიშნავია, რომ ზემოთ ხსენებული ტექნიკა გამოიყენებოდა მხოლოდ იმ ადგილმდებარეობების შესარჩევად, სადაც იძულებით გადაადგილებული პირები ცხოვრობენ. ადგილმდებარეობა მოიაზრებოდა როგორც საკვლევ ადგილმდებარეობა, ხოლო დასახლება კი მოიაზრებოდა როგორც ამ ადგილმდებარეობის ნაწილი. დასახლებების სია მოიცავდა 79 დასახლებას, რომლებიც განლაგებულია საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. დასახლებებში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობა მერყეობდა 101-დან (ქუთაისი) 5924-მდე (წეროვანი), ხოლო მათი საშუალო რიცხვია 1628.

1200 იძულებით გადაადგილებული პირი გადანაწილდა 8 პირველადი შერჩევის ერთეულში (primary sampling units-PSU). თითოეულში გამოთვლა წარმოებდა ჩასახლებულთა რაოდენობის პროპორციულად. გამოყენებული კოეფიციენტი შეადგენდა – 6.5-ს. შერჩევის ინტერვალი (Sampling Interval) 1575-ს უდრიდა (12599:8). რანდომული სასტარტო წერტილი - 1115, შეირჩა შემთხვევითი რიცხვებიდან. პირველადი შერჩევის ერთეულის გამოყენების შედეგად 8 დასახლება იქნა შერჩეული.

შემდეგ ეტაპზე, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, ერთობლივად იქნა ორგანიზებული და ჩატარებული შეხვედრები ჯანდაცვის სფეროს პასუხისმგებელ რეგიონალურ წარმომადგენლებთან. შედეგად თითოეულ დასახლებაში შერჩეულ იქნა ე.წ. კოორდინატორი / საკონტაქტო პირი³⁰, რომლებთანაც შედგა კომუნიკაცია და ისინი მოწვეულ იქნენ კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად. ამ ადამიანების მოვალეობა იყო თითოეულ დასახლებაში იძულებით გადაადგილებულ პირთა საცხოვრებელ კოტეჯებზე მონაცემების მოწოდება და ინტერვიუების ორგანიზებაში დახმარების აღმოჩენა. როგორც ზემოთ აღინიშნა, გამოიყენებოდა მარტივი რანდომიზირებული შერჩევის ტექნიკა, რათა საკვლევი სუბიექტების წინასწარ განსაზღვრული რაოდენობის პოტენციურად შესატყვისი სია შემდგარიყო.

შემთხვევითი შერჩევის მეთოდიკა ასევე გამოყენებულ იქნა უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების, დაბრუნებული მიგრანტებისა და უცხოელი მიგრანტი პატიმრების შესარჩევად. ხოლო რაც შეეხებათ თავშესაფრის მაძიებლებსა და ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებს, მათ შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა ე.წ. ხელსაყრელობიდან გამომდინარე შერჩევის (convenience sample) მეთოდი.

უნდა აღინიშნოს, რომ უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების, თავშესაფრის მაძიებლების, დაბრუნებული მიგრანტებისა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა სიები გაზიარებულ იქნა შესაბამისი უწყებების მიერ მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემთა დაცვის პრინციპებისა და პერსონალური მონაცემების კონფიდენციალობის მკაცრი დაცვის პირობით.

³⁰ იძულებით გადაადგილებულ მიგრანტთა თითოეულ დასახლებას გააჩნია თემის წარმომადგენელი ან ლიდერი, პიროვნება რომელიც პასუხისმგებელია თემში ინფორმაციის ცირკულირების შესახებ და ამავდროულად ადგილობრივ სამთავრობო სტრუქტურებსა და ასევე მთავრობათაშორისო, საერთაშორისო თუ ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და თემს შორის დამაკავშირებელი ზვევის ფუნქციას ასრულებს.

კითხვარის წინასწარი გამოცდა

კითხვარები გამოიცადა იძულებით გადაადგილებულ პითა მცირე ჯგუფში, წეროვანის დასახლებაში კვლევის დაწყებამდე, ინტერვიუერთა დატვირთვის განსაზღვრისა და ასევე კითხვარის ადაპტირებისთვის.

ინგლისურენოვანი კითხვარის გამოსაცდელად, მეორე პრეტესტი ჩატარდა თსსუ-ში, შემთხვევითობის პრინციპით შერჩეულ, ოთხი უცხოელი მიგრანტი სტუდენტის ჯგუფში. კითხვარი მისადაგებულ იქნა ქართულ რეალობასთან, გათვალისწინებულ იქნა არაქართველ მიგრანტთა ჯგუფების კულტურული სპეციფიურობანიც. გარკვეული მცირე შესწორებები იქნა შეტანილი კითხვებში სოციალურ და დემოგრაფიულ საკითხებთან დაკავშირებით.

საველე სამუშაოები

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენელთა მიერ ჩატარდა 3 დღიანი ტრენინგი, 2011 წლის 29-30 ნოემბერსა და 3 დეკემბერს. ტრენინგში მონაწილეობა მიიღო 12-მა ინტერვიუერმა (10 ინტერვიუერი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან ასევე მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის პროექტის კოორდინატორი და პროექტის ასისტენტი). მონაწილეებმა მიიღეს ინფორმაცია შემდეგი საკითხების შესახებ: STEPS მეთოდოლოგია, რესპოდენტთა შერჩევა, ინტერვიუერთა უნარები, STEPS ინსტრუმენტის საფეხურები, რომელიც შედგებოდა STEP 1-ისა - კითხვარი არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ქცევითი ასპექტების შესახებ, და STEP 2-ისაგან - ფიზიკური გაზომვები; მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიგრანტთა ფსიქოსოციალურ და კულტურულ-ანთროპოლოგიურ საჭიროებათა შეფასების მეთოდოლოგია; და ბოლოს არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შეფასების ინსტრუმენტი. მკვლევართა ოთხი ჯგუფი შეიქმნა, თითოეულში 2 ინტერვიუერი და 1 სუპერვაიზორი. ინსტრუმენტების პილოტური გამოცდის შემდგომ, ტრენინგის მესამე დღეს, მკვლევართა ჯგუფებს ჩაუტარდათ დამატებითი ინსტრუქტაჟი კვლევის პრაქტიკული დეტალების შესახებ.

კვლევის ინვენტარი

მკვლევართა თითოეული ჯგუფი აღჭურვილი იყო ელექტრონული სასწორით, არტერიული წნევისა და პულსის საზომი აპარატი (Microlife 100 Plus), სიმაღლისა და

წელის გარშემოწერილობის საზომი ხელსაწყოთი. ყველა ხელსაწყო სტანდარტიზირებულ იქნა საველე სამუშაოების დაწყებამდე.

მონაცემთა შეგროვება

საველე სამუშაოები დაიწყო 2011 წლის 9 დეკემბერს და დასრულდა 2012 წლის 31 იანვარს. ყველა ჯგუფს (სუპერვიზორი, 2 ინტერვიუერი და მძღოლი) მინიჭებული ჰქონდა საიდენტიფიკაციო კოდი, თითოეული ჯგუფი აღჭურვილი იყო კვლევისთვის საჭირო ყველა ინსტრუმენტით და კვლევას ატარებდა წინასწარ განსაზღვრულ კლასტერში. ჯგუფი არჩევდა შინამეურნეობებს დროის, ადგილმდებარეობებისა და სხვა შესაბამისი პროცედურების მკაცრი დაცვით.

ინტერვიუს დაწყებამდე კვლევაში პოტენციური მონაწილეები ეცნობოდნენ ოფიციალური ინფორმირებული თანხმობის ფორმას და ხელმოწერით ადასტურებდნენ კვლევაში მონაწილეობას. მხოლოდ ამის შემდეგ ხდებოდა კითხვარის შევსება და ფიზიკური გაზომვების აღება. არტერიული წნევის გაზომვა ხდებოდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად, გამოიყენებოდა სხვადასხვა ზომის მანჟეტი. მონაცემები იწერებოდა კითხვარში. მონაცემები ფსიქოსოციალურ და კულტურულ-ანთროპოლოგიურ საჭიროებებზე, ასევე არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესახებ მოიპოვებოდა „არ ავნო“-ს პრინციპის გათვალისწინებით და ინტერვიუს ჩატარების პროფესიული ეთიკის აღიარებული, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.

კითხვარის შევსების მეთოდოლოგია

კითხვარის შევსება ხდებოდა შემდეგი წესების დაცვით:

- ინტერვიუერი სვამს შეკითხვას და რესპოდენტის პასუხს ინიშნავს კითხვარში;
- თუ რესპოდენტი ვერ პასუხობს, შეკითხვა მეორდება;
- თუ რესპოდენტი კვლავ ვერ პასუხობს, შესაძლოა კითხვა დაისვას მესამედ, სხვა სიტყვებით;
- პასუხები ინიშნება ინტერპრეტაციისა და ცვლილებების გარეშე;
- მონაცემები ფსიქოსოციალურ, კულტურულ-ანთროპოლოგიურ საკითხებზე და ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შესახებ გროვდებოდა საუბრის სტილში, პასუხების ცვლილებებისა და ყოველგვარი ინტერპრეტაციის გარეშე. საჭიროების შემთხვევაში პასუხის კონოტაცია და კონტექსტი განიმარტებოდა დამატებითი ჩანიშვნების წარმოებით.

მონაცემების მართვა და ანალიზი

მონაცემთა ბაზის ცვლადების სახელები მითითებული იყო კითხვარის შესაბამის ველებში. მონაცემთა ბაზა შეიქმნა და გაანალიზდა PASW Statistics 18-ში, რომელიც ცნობილია როგორც მონაცემების ანალიზისთვის შექმნილი ყოვლისმომცველი, კომპლექსური და სრულფასოვანი სისტემა. სიხშირეების, ცვლადების და ა.შ. გამოთვლის შემდგომ, მონაცემთა შეყვანის ხარისხის შესაფასებლად კითხვარები კვლავ მოწმდებოდა.

გამოითვალა: ასაკისათვის-, სქესისთვის-, მიგრაციის ტიპის, სტრატისა- და კლასტერ-სპეციფიური გავრცელების მაჩვენებლები; ასევე ყველა ფიზიკური გაზომვის საშუალო და სარწმუნოების ინტერვალები.

თვისებრივი მონაცემების მართვა და ანალიზი ხორციელდებოდა ხელით. მონაცემები დამუშავდა როგორც რაოდენობრივ, ასევე ხარისხობრივ ჭრილშიც.

ხარისხის კონტროლი

კვლევის ხარისხის კონტროლის მიზნით მიმდინარე და საბოლოო მონიტორინგის განსახორციელებლად მთელი რიგი გარკვეული ღონისძიებები ტარდებოდა. ხარისხის მიმდინარე კონტროლი ველზე ხორციელდებოდა სუპერვაიზორებისა და კოორდინატორების მიერ, რაც აისახებოდა რეგულარულ ანგარიშებში. მთავარი ამოცანა პრობლემის დროული გამოვლენა და შესაბამისი ქმედებების განხორციელება იყო. ხოლო რაც შეეხება საბოლოო მონიტორინგს, რომელიც შეფასებით ხასიათს ატარებდა, მას არ ქონდა კვლევის პროცესზე გავლენა.

სუპერვაიზორები ახორციელებდნენ, გადამოწმებასა და კონტროლს ვიზიტების რაოდენობის, ოჯახში ინდივიდების რაოდენობის, გამოკვლეულთა საიდენტიფიკაციო მონაცემების, მონაწილეთა სქესისა და ასაკის, მათი რიცხვის, თითოეულ საფეხურზე ცალკეულად თანხმობისა და უარის რაოდენობის, ინდივიდუალური კომენტარებისა და ა.შ. მიხედვით. გარდა სუპერვაიზორებისა, ხარისხის შიდა კონტროლი ხორციელდებოდა საველე კოორდინატორის მიერ, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისის და მიგრაციისა და ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ტექნიკური მხარდაჭერითა და ხელმძღვანელობით.

მოწმდებოდა კვლევის სხვადასხვა კომპონენტი ტექნიკური, პროფესიული და ეთიკური ასპექტების შესაბამისად, როგორცაა ინტერვიუერთა ტექნიკური აღჭურვილობის სისრულე და გამართულობა და მათი პროფესიული ქცევითი და

ტექნიკური უნარები ინფორმირებული თანხმობის ფორმის მოსაპოვებლად, კითხვარის შევსებისა თუ ფიზიკური გაზომვების ჩატარებისთვის; შესაბამისობა საერთაშორისოდ აღიარებულ ეთიკურ ნორმებთან კვლევის სუბიექტებთან ურთიერთობისას, არაქართველ მოსახლეობასთან მუშაობისას მათი კულტურალური განსხვავებების გათვალისწინება, და ზოგადად „არ ავნო“ პრინციპის დაცვა.

გარდა ზემოთაღნიშნულისა, კვლევის კოორდინატორი ამოწმებდა კითხვარების მონაცემებს კვლევის პროტოკოლის შესაბამისად, ასევე მოწმდებოდა ინსტრუმენტები და საჭიროების შემთხვევაში ხდებოდა მათი რეკალიბრირება. მთლიანობაში, მიმდინარე ხარისხის კონტროლის სისტემამ განაპირობა კვლევის ჩატარება ყოველგვარი მნიშვნელოვანი წინაღობის გარეშე.

საერთო ჯამში, კვლევა წარმატებით განხორციელდა, რაც ყოვლისმომცველი, თანმიმდევრული და ადვილად მართვადი მეთოდოლოგიით აღჭურვილი და სათანადოდ გაწვრთნილი ინტერვიუერების მზაობის, და ასევე სამუშაო პროცესის შესაბამისი ორგანიზებისა და პოპულაციის დიდი ინტერესის დამსახურებაა.

ცხრილი 1: კვლევაზე პასუხის მაჩვენებელი კლასტერების მიხედვით

კლასტერები	ნიმუშის ზომა	ინტერვიუების რეალური რაოდენობა	კვლევაზე პასუხი
იძულებით გადაადგილებული პირები (1-8)	1200	1125	94%
უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები (9)	150	142	97%
დაბრუნებული მიგრანტები (10)	75	41	55%
თავშესაფრის მაძიებლები (11)	43	12	28%
ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები (12)	24	0	0
უცხოელი მიგრანტი პატიმრები (13)	30	9	30%
სულ	1490	1329	89%

მთლიანობაში კვლევაზე გამოხმაურება საკმაოდ მაღალი იყო - 89 პროცენტი; პასუხის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალი იყო იძულებით გადაადგილებულ პირთა (1-8), უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებსა და დაბრუნებულ მიგრანტებს შორის, მაგრამ დაბალი იყო თავშესაფრის მაძიებლებსა და უცხოელ მიგრანტ პატიმრებში. არც ერთმა ტრეფიკინგით დაზარალებულმა მიგრანტმა არ მოისურვა კვლევაში მონაწილეობის მიღება.

კვლევის შედეგები

იძულებით გადაადგილებული პირები

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი

კვლევა ჩატარდა იძულებით გადაადგილებულ პირთა 8 კლასტერში, განხორციელდა 1125 ვიზიტი. შერჩევის ზომა იყო 1326, კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი კი 94 პროცენტი. გამოკვლეულ იქნა 1200 იძულებით გადაადგილებული პირი.

სქესი და ასაკი

რესპოდენტები გადანაწილებული იყვნენ 5 ასაკობრივ ჯგუფში. რესპოდენტთა უმრავლესობა (24.2%) 65 წლისა და მეტი ასაკის იყვნენ.

ეთნიკურობა

ეთნიკურობის მიხედვით, ქართველთა ჯგუფი (94.6%) შეადგენდა ყველაზე დიდ ჯგუფს, ხოლო ეთნიკურ უმცირესობებს შორის შედარებით დიდი ოსების ჯგუფი იყო (4.4%).

ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, გამოყოფილ იქნა 6 ჯგუფი. ყველაზე დიდი იყო ამჟამად ქორწინებაში მყოფთა ჯგუფი (68.7%).

განათლება

განათლების ძირითადი ხანგრძლივობა (საშუალო და უმაღლესი განათლება, გარდა დაწყებითი განათლებისა) შეადგენდა 10.4 წელს. თუმცა ეს მაჩვენებელი მცირედ ვარირებდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. განათლების საერთო ხანგრძლივობა თანაბარი იყო ქალებსა და მამაკაცებში და შეადგენდა 10.1 წელს.

მიღებული განათლების დონე (კვლევაში მონაწილე პირის მიერ მიღებული განათლების უმაღლესი დონე) დაყოფილი იყო 7 დონედ. კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობას ჰქონდა სრული საშუალო (58.8%) და საუნივერსიტეტო (25.7%) განათლება.

**ცხრილი 2: სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები, იძულებით
გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12**

	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65+	სულ
კაცი	49.4%	38.7%	35.6%	48.1%	43.3%	43.4%	42.6%
ქალი	50.6%	61.3%	64.4%	51.9%	56.7%	56.6%	57.4%
განათლება							
არანაირი განათლება	1.1%	.0%	.0%	.0%	1.2%	1.8%	.7%
არასრული დაწყებითი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.8%	1.2%
სრული დაწყებითი	2.3%	.0%	.0%	.0%	.6%	2.9%	1.0%
არასრული საშუალო	18.4%	12.7%	4.4%	.5%	7.6%	28.7%	12.4%
სრული საშუალო	63.2%	47.0%	65.0%	70.7%	67.4%	45.6%	58.8%
საუნივერსიტეტო	14.9%	39.8%	30.5%	28.4%	23.3%	15.8%	25.7%
დიპლომის შემდგომი	.0%	.6%	.0%	.5%	.0%	.4%	.3%
ეთნიკურობა							
ქართველი	94.3%	96.7%	91.1%	96.6%	95.3%	93.8%	94.6%
აფხაზი	.0%	.0%	.5%	.0%	.0%	.4%	.2%
ოსი	5.7%	3.3%	6.4%	2.9%	3.5%	4.8%	4.4%
აზერბაიჯანელი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
სომეხი	.0%	.0%	.5%	.0%	.6%	.4%	.3%
რუსი	.0%	.0%	1.5%	.5%	.0%	.7%	.5%
სხვა	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.1%
ოჯახური მდგომარეობა							
დაუქორწინებელი	56.3%	13.3%	6.9%	5.3%	6.4%	2.9%	10.4%
ამჟამად დაქორწინებული	41.4%	81.1%	82.3%	84.6%	66.3%	48.2%	68.7%
ცალკე მცხოვრები	.0%	1.1%	.0%	1.0%	.6%	.4%	.5%
განქორწინებული	1.1%	3.3%	4.4%	2.9%	.6%	1.8%	2.5%
ქვრივი	1.1%	1.1%	4.9%	6.3%	26.2%	46.7%	17.6%
თანამაცხოვრებელი	.0%	.0%	1.0%	.0%	.0%	.0%	.2%

დასაქმება

სამუშაო სტატუსის მიხედვით, გამოიყო 4 ჯგუფი. ყველაზე მრავალრიცხოვანი აღმოჩნდა ჯგუფი არა ანაზღაურებადი სამუშაო სტატუსით (77.2%, კაცი-70.9% და ქალი-81.8%). არაანაზღაურებადი სამუშაო სტატუსის მქონე პირები, პრევალირებენ 64წ. და უფროს ასაკში (96.3%), ასევე 18-24 ასაკობრივ ჯგუფში (92.5%).

გამოკითხულთა 13.6 პროცენტი მუშაობდა სახელმწიფო სტრუქტურებში, თანაბარ პროპორციული თანაფარდობით ქალებსა (14%) და მამაკაცებს (13%) შორის. მათ შორის, ვინც მიუთითა არასამთავრობო სექტორში დასაქმება, მეტი იყო მამაკაცები (9.2%), ვიდრე ქალები (2.3%). თვითდასაქმებულები ჭარბობდნენ მამაკაცთა შორის (6.9%), ქალებთან შედარებით (1.9%).

არაანაზღაურებადი სტატუსის მქონე პირთა შორის პრევალირებდნენ პენსიონერები (28.1%). აღნიშნულ ჯგუფში, მეორე ყველაზე დიდ ქვეჯგუფს წარმოადგენდნენ შრომისუნარიანი უმუშევრები (28%). შრომისუნარიანი უმუშევრების მაჩვენებელი მამაკაცებში (38.4%) უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში (20.5%).

პენსიონერთა მაჩვენებელი მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის უფრო მაღალია (29.8%), ვიდრე მამრობითი სქესის (26%). ხოლო, შრომისუნარო უმუშევართა რაოდენობა უფრო მაღალია მამრობითი სქესის წარმომადგენლებში (3.8%), ვიდრე მდედრობითში (1.2%). სტუდენტების ჯგუფი ქალების შემთხვევაში უფრო წარმომადგენლობითი იყო, ვიდრე მამაკაცებში (2% და 1.3% შესაბამისად).

შეკითხვაზე, თუ რა იყო მათი საქმიანობის სფერო მიგრაციამდე, ყველაზე ხშირად პასუხი იყო - სახელმწიფო მოხელე (30.7%, კაცი-31% და ქალი-30.4%), მეორე ადგილს იკავებდნენ პენსიონერები (21.5%, კაცი-20.3% და ქალი-22.5%), მომდევნო ადგილზე იმყოფებოდნენ თვითდასაქმებულები (13.1%, კაცი-21.8% და ქალი-6.7%). შრომისუნარიანი უმუშევრების წილი შეადგენდა 8.2 პროცენტს (კაცი-8.8% და ქალი-7.8%), ხოლო არა სამთავრობო სექტორში მომუშავე პირებისა 5.4 პროცენტს (კაცი-9.4% და ქალი-2.5%). სტუდენტების ჯგუფი უფრო წარმომადგენლობითი იყო ქალების შემთხვევაში, ვიდრე მამაკაცებში (3.4% და 1.7% შესაბამისად).

კონფლიქტის ზონაში ყოფნა საომარი მოქმედებებისას

იძულებით გადაადგილებულ პირთა 92.7 პროცენტი საომარი მოქმედებისას კონფლიქტის ზონაში იმყოფებოდა. რესპოდენტთა 65.7 პროცენტი თავს გრძნობს აბსოლუტურად უსაფრთხოდ, 33.8 პროცენტი - მეტ-ნაკლებად უსაფრთხოდ და მხოლოდ 1.1 პროცენტი თავს თვლის სრულიად დაუცველად ამჟამინდელ საცხოვრებელ ადგილზე.

ოჯახის შემოსავალი

საშუალო წლიური შემოსავლის მიხედვით, ოჯახები 5 ჯგუფად გადანაწილდა. რესპოდენტთა 79.2 პროცენტში წლიური შემოსავალი 2,600 ლარზე ნაკლებია, შემოსავალი 2,600-5,000 ლარი აქვს იძულებით გადაადგილებულ პირთა 16.4 პროცენტს. გამოკითხულთა მხოლოდ 2.9 პროცენტი მიუთითებს წლიურ შემოსავალს 5,000-10,000 ლარამდე და უფრო მცირე რიცხვი (0.6%) 10,000-20,000 ლარამდე. აღნიშნული ციფრები შეშფოთებას იწვევს, რადგან კვლევის შედეგების მიხედვით, იძულებით გადაადგილებულ პირთა დაახლოებით 80 პროცენტი ოჯახების თვიური შემოსავალი 217 ლარია.

ქცევითი რისკ ფაქტორები (STEP 1)

თამბაქოს მოხმარება

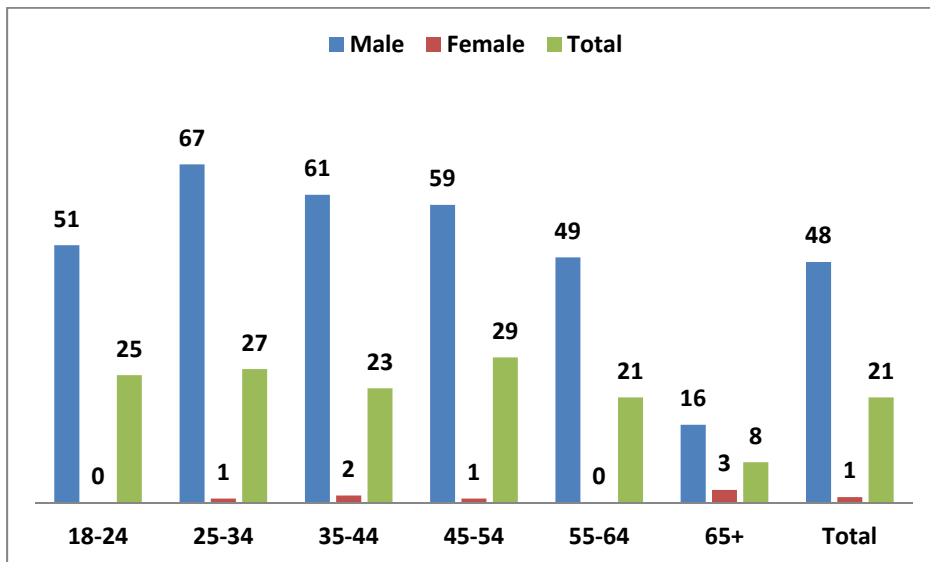
კვლევის ფარგლებში თამბაქოს მოხმარების შესწავლის მიზნით 8 შეკითხვა იყო დასმული. რესპოდენტები პასუხობდნენ კითხვებზე ამჟამად მწევლობის, წარსულში მწევლობის, მოწვევის დაწყების ასაკის, მოწვევის ხანგრძლივობისა და ყოველდღიური მწევლობის შესახებ. ამჟამად მწვევლი განისაზღვრებოდა, როგორც ყოველდღიურად ან პერიოდულად მწვევლი, ხოლო ყოველდღიური მწვევლი კი – დღეში მინიმუმ ერთი სიგარეტის მწვევლი.

ამჟამად მწვევლები

სხვადასხვა სახის თამბაქოს პროდუქტებს მოიხმარს რესპოდენტთა 20.9 პროცენტი (კაცი-47.7% და ქალი-1.2%). მკვეთრი განსხვავებაა მამაკაცებსა და ქალებში ამჟამად მწვევლობის გავრცელების მხრივ. როგორც ჩანს ე.წ. სქესთა შორის მწვევლობის გავრცელების ისტორიული ტენდენციები ჯერჯერობით არ შეცვლილა საქართველოში, რის გამოც ქალების შემთხვევაში პოზიტიური, ხოლო მამაკაცების შემთხვევაში უკიდურესად ნეგატიური შედეგებია შენარჩუნებული. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ დღემდე ქალების მწვევლობა ტაბუირებული თემაა და სავარაუდოა, რომ ზოგიერთი ქალი მაღავს ამ ჩვევას, რის შედეგადაც მიღებული მაჩვენებელი, სავარაუდოდ, ზუსტად არ ასახავს რეალურ სიტუაციას.

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, მოწვევა ყველაზე მეტად გავრცელებულია 45-54 ასაკობრივ ჯგუფში (28.8%) და ყველაზე იშვიათია – 65 წლისა და მეტი ასაკის პირებში (8.1%). საინტერესოა, რომ მწვევლთა 51.2 პროცენტი მოდის 18-24 ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებზე. თუ გავითვალისწინებთ 2008 წელს 13-15 წლის ასაკის ბავშვებში ჩატარებული კვლევის (Global Youth Tobacco Survey 2008) შედეგებს (ამჟამად მწვევლობა 8.7%) და იმავე წელს განხორციელებული *თამბაქოს, ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარება 16 წლის ქართველ მოსწავლეებში ევროპის ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების სასკოლო პროექტის* (European School Project on Alcohol and Other Drug - ESPAD) პილოტური კვლევის შედეგებს (ამჟამად მწვევლობა 16%), სავარაუდოა, რომ მწვევლობის სტატუსის განსაზღვრა/ჩამოყალიბება მამაკაცების და ქალების დიდ უმრავლესობაში 15-24 წლის ასაკში ხდება.

სურათი 7: ამჟამად მწვევლ რესპოდენტთა განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ამჟამად მწვევლთა 87.8 პროცენტი ყოველდღიური მწვევლია (კაცი-90% და ქალი-25%).

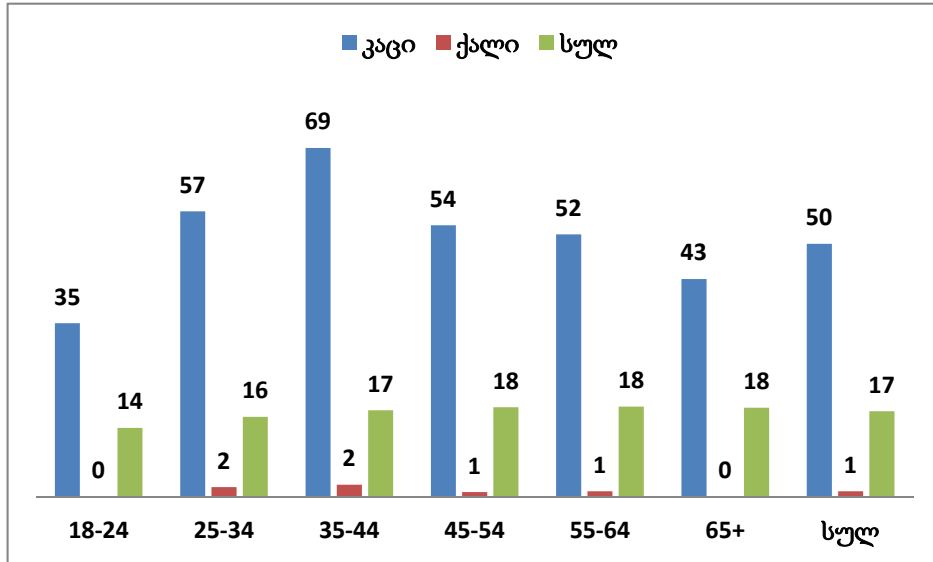
ყოველდღიურ მწვევლთა შორის, მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი შეადგენს 19 წელს (კაცი-19წ. და ქალი-18წ.). ამასთან, 18-24 ასაკობრივი ჯგუფის ყოველდღიურმა მწვევლებმა მოწვევა უფრო ადრეულ ასაკში დაიწყეს (17 წლიდან), ვიდრე 25 და მეტი ასაკის ყოველდღიურმა მწვევლებმა. ასევე გამოვლინდა, მდებარეობითი სქესის წარმომადგენლებს შორის მოწვევის შედარებით ადრეული ასაკიდან დაწყების ტენდენცია, ვიდრე მამაკაცებში.

ყოველდღიურ მწვევლთა 98.8 პროცენტი მოიხმარს ქარხნული წარმოების სიგარეტს. ყოველდღიურ მწვევლ მამაკაცთა 0.9 პროცენტი მოიხმარს ხელით დახვეულ სიგარეტს.

ყოფილი მწვევლები

შესწავლილ იქნა ყოფილი ყოველდღიური მწვევლების მახასიათებლები. ყოფილი ყოველდღიური მწვევლის სტატუსი განისაზღვრა, როგორც ამჟამად არამწვევლი ან პერიოდულად (არა ყოველდღიურად) მწვევლი. წარსულში ყოველდღიური მწვევლები შეადგენდნენ საკვლევი პოპულაციის 17 პროცენტს (კაცი-50.3% და ქალი-1.1%). წარსულში ყოველდღიური მწვევლი კაცების წილი, ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, ჭარბობს ქალებისას და განსაკუთრებით მაღალია 35-44 ასაკობრივ ჯგუფში (69.4%).

სურათი 8: ყოფილ მწვეველ რესპოდენტთა განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა აღნიშნა გამოკითხულ მწვეველთა 30.5 პროცენტმა (კაცი-30.8% და ქალი-20%). მოწვევის შეწყვეტის მცდელობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 18-24 ასაკობრივ ჯგუფშია.

ამჟამად მწვეველთა 44 პროცენტის მიერ (98 კაცი და 2 ქალი) გამოყენებულ იქნა მინიმუმ ერთი საშუალება თამბაქოსათვის თავის დასაწებლად. ამჟამად მწვეველთა შორის, ნიკოტინ-ჩანაცვლებითი თერაპია გამოყენებულ იქნა მხოლოდ 4 მამაკაცის მიერ, მედიკამენტები 2 მამაკაცის მიერ, სატელეფონო კონსულტაცია კი მხოლოდ 1 მამაკაცის მიერ. კლინიკაში კონსულტაციის გავლის შესახებ არ იყო აღნიშნული არც ერთ შემთხვევაში, სავარაუდოდ, ამ ტიპის სერვისის არ არსებობის გამო. 17-მა პროცენტმა გამოიყენა სხვა მეთოდი, როგორცაა ე.წ. „მსუბუქი სიგარეტის“ (რომელიც შეიცავს ნაკლებ ნიკოტინს და კუპრს) მოხმარება, რაც ასევე ზიანის მომტანია ჯანმრთელობისათვის.

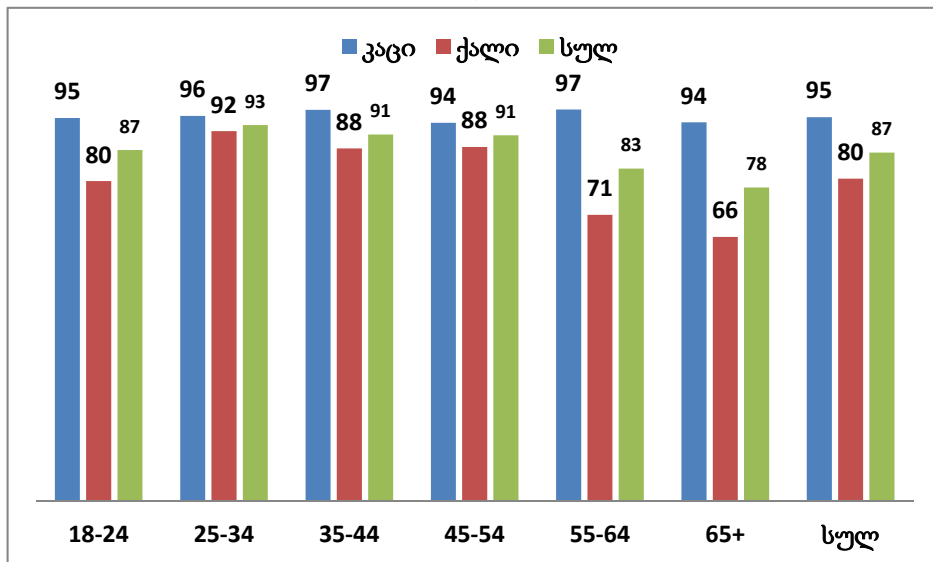
თამბაქოს მოხმარებისაგან თავის შეკავების მაქსიმალური პერიოდი იყო 323 დღე (დაახლოებით 0.9 წელი). ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ მამაკაცებისთვის ეს პერიოდი შეადგენდა 330 დღეს, ხოლო ქალებისთვის – 4 დღეს, რაც მიუთითებს, მამაკაცების მეტ ძალიანმეცასა და მოტივაციაზე შეწყვიტონ თამბაქოს მოხმარება.

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის მიღება სიცოცხლის განმავლობაში

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება მაღალია იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში და შეადგენს 86.6 პროცენტს. ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია მამაკაცებში და 95.4 პროცენტს აღწევს. ყველა ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებს შორის ალკოჰოლის მოხმარების მაჩვენებელი დაახლოებით ერთნაირია (94%-97.3%). ქალთა შორის, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია 25-34 ასაკობრივ ჯგუფში (91.9%) და მცირდება ასაკის მატებასთან ერთად.

სურათი 9: სიცოცხლის განმავლობაში ალკოჰოლის მიღების განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12

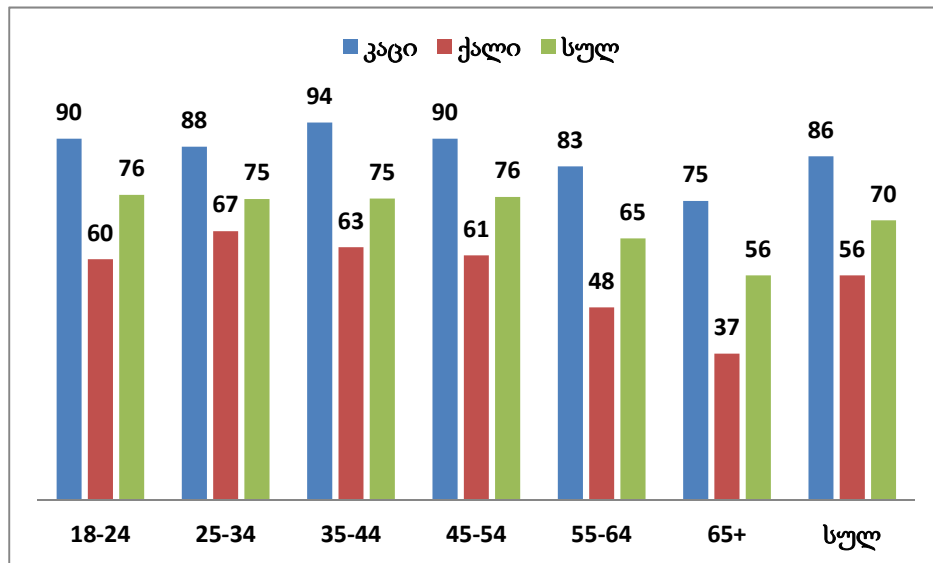


საშუალოდ, ყოველი მე-7 რესპოდენტი საერთოდ არ მოიხმარს ალკოჰოლს.

ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსი კვლევამდე 30 დღისა და 12 თვის მანძილზე გამოკითხვისას ყურადღება გამახვილდა ერთის მხრივ, ალკოჰოლის მიღების სტატუსზე დროის მიხედვით (უკანასკნელი 30 დღე, 12 თვე), და, მეორეს მხრივ, მიღებული ალკოჰოლის ჯერადობასა და ოდენობაზე, სტანდარტული, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებული ნორმების გათვალისწინებით.

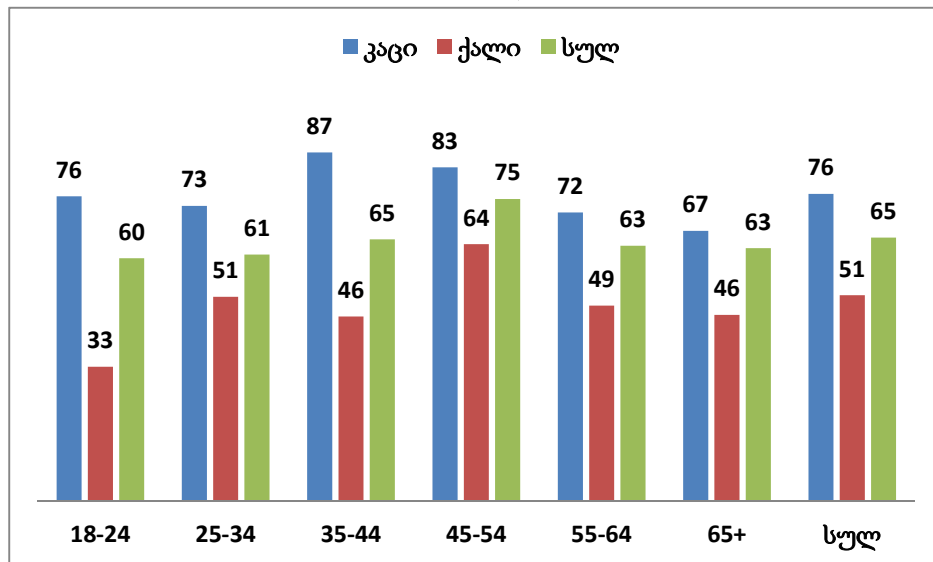
უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი შეადგენდა 69.7 პროცენტს, ამასთან მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო მამაკაცებში (85.6%), ვიდრე ქალებში (56%). მსგავსი სურათი გამოიკვეთა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში.

სურათი 10: უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ალკოჰოლის მიღების განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში 65.4 პროცენტია (კაცი-76.3% და ქალი-51%).

სურათი 11: უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლის მიღების განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ალკოჰოლის მიღების სიხშირე და რაოდენობა

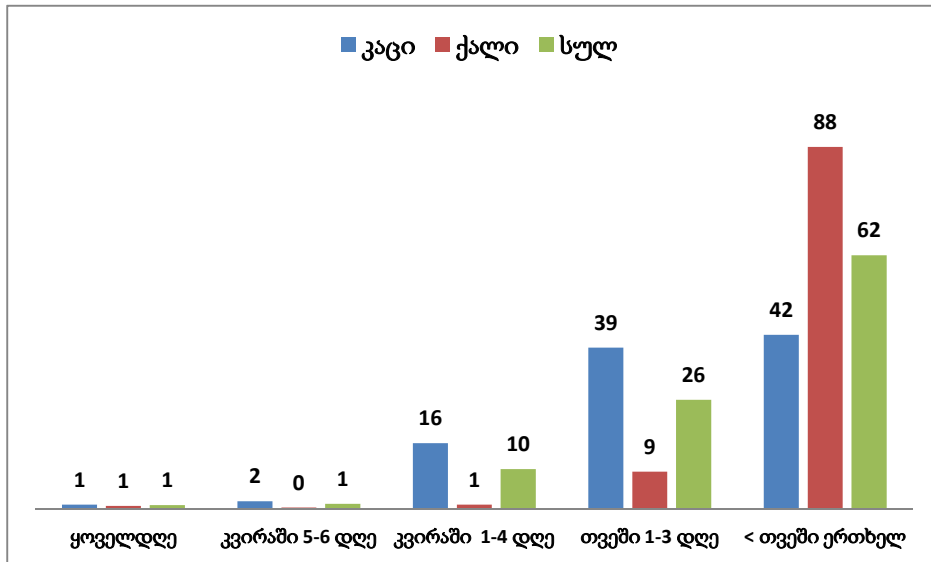
ალკოჰოლის მომხმარებელთა უმრავლესობა ალკოჰოლს იღებს უფრო იშვიათად ვიდრე ერთხელ თვეში. რიგით მეორე პასუხია - 1-3 ჯერ თვეში (26.4%), მომდევნო პასუხი კი - 1-4 დღე კვირაში (9.6%).

მიუხედავად იმისა, რომ ალკოჰოლის ყოველდღიურ მომხმარებელთა რიცხვი მცირეა ორივე სქესის წარმომადგენელთა შორის და საშუალოდ შეადგენს 0.9 პროცენტს, როგორც აღმოჩნდა მამაკაცთა 2.4 პროცენტი და ქალების 0.9 პროცენტი ყოველდღიურად მოიხმარს ალკოჰოლს.

მამაკაცი რესპოდენტების დიდი უმრავლესობა (42.6%) ალკოჰოლს მოიხმარს 1-3-ჯერ კვირაში, ხოლო 22.4 პროცენტი - 1-4 დღე კვირაში.

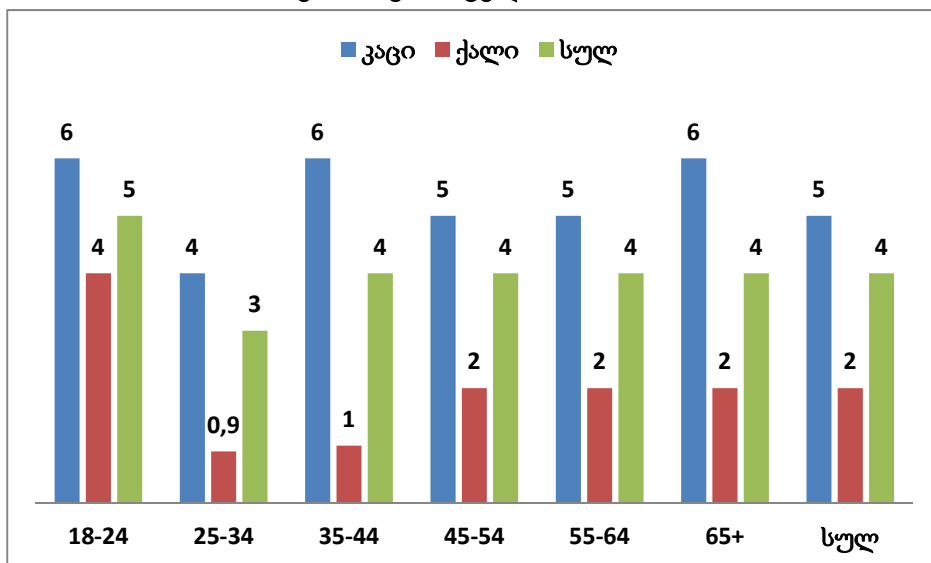
აღნიშნული მაჩვენებლები შესაბამისად 2-ჯერ და 7-ჯერ აღემატება ანალოგიურ მონაცემებს ქალებს შორის. ზოგადად, უნდა აღინიშნოს, რომ ქალების აბსოლუტური უმრავლესობა (75.3%) ალკოჰოლს ღებულობს თვეში ერთხელ და ძირითადად 45 წლიდან.

სურათი 12: ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სქესის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



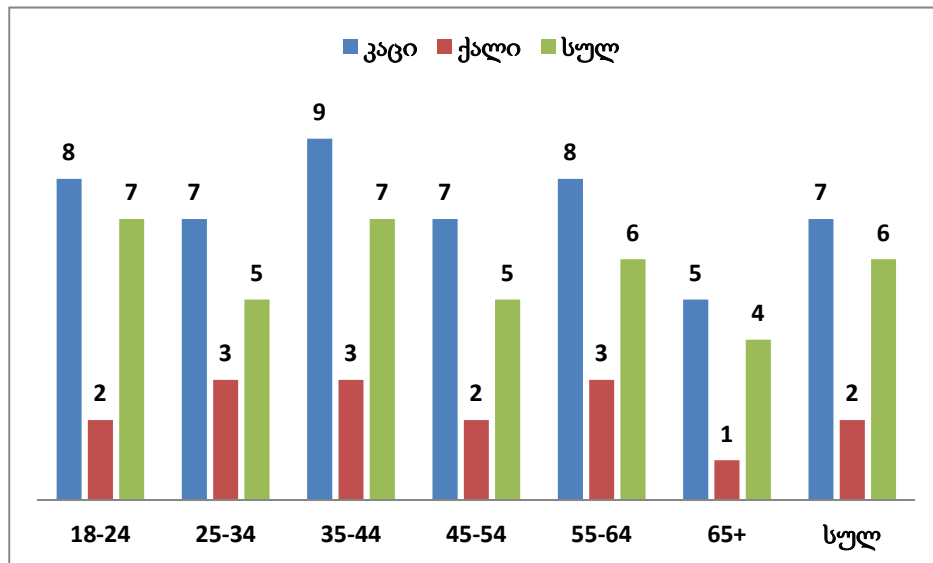
ალკოჰოლი უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში მიიღო რესპოდენტთა 65.4 პროცენტმა. რამდენიმე მათგანმა (5 მამაკაცი და 2 ქალი) დაადასტურა ალკოჰოლის მიღების 4 შემთხვევა გასული თვის მანძილზე.

სურათი 13: ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირე უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



რაც შეეხება უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობას, საშუალო მოხმარება ერთი მიღებისას შეადგენდა 6 სტანდარტულ დოზას. მამაკაცები ერთ ჯერზე ღებულობენ 7, ხოლო ქალები – ალკოჰოლის 2 სტანდარტულ დოზას.

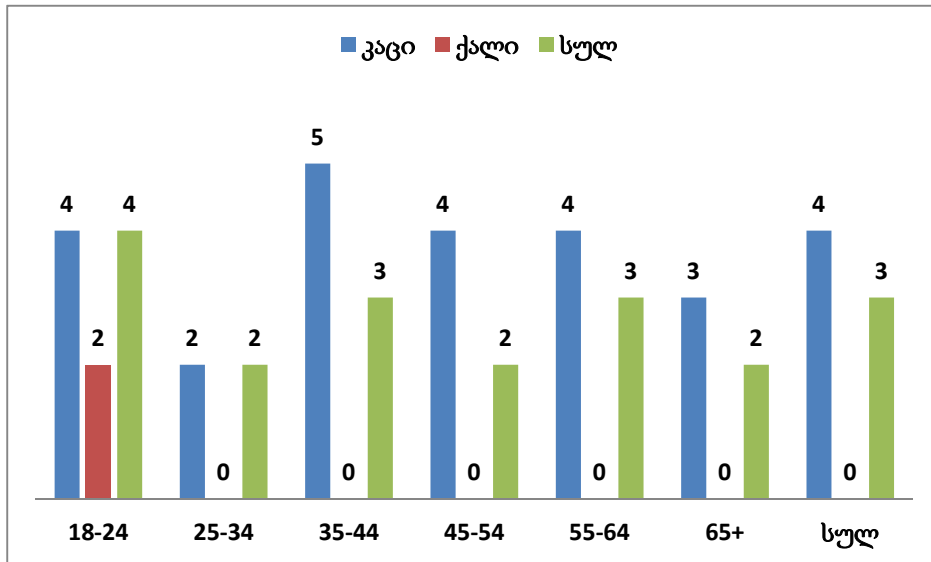
სურათი 14: ერთ ჯერზე მიღებული ალკოჰოლის სტანდარტული დოზების რაოდენობა სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელი ერთი თვის მანძილზე მიღებული ალკოჰოლის პორციების მაქსიმალური რაოდენობა ძალიან მაღალი იყო მამაკაცებს შორის, მაშინ როცა ქალებში ანალოგიური მაჩვენებელი 3 სტანდარტულ დოზას არ აღემატებოდა.

ერთ ჯერზე 5 და მეტი სტანდარტული დოზის მიღება მამაკაცების მიერ აღინიშნა 4-ჯერ გასული თვის განმავლობაში, ხოლო ქალებში ერთ ჯერზე 4 და მეტი სტანდარტული დოზის მიღება აღინიშნა 4-ჯერ. მამაკაცების 67 პროცენტი ერთ ჯერზე მოიხმარს ალკოჰოლის 5 და მეტ დოზას, მაშინ როცა, ქალებიდან მხოლოდ ორმა (ორივე 18-24 ასაკობრივი ჯგუფიდან) მიიღო 4 და მეტი სტანდარტული დოზა.

სურათი 15: შემთხვევათა რაოდენობა, როდესაც ერთ ჯერზე მამაკაცი მოიხმარს ≥ 5 და ქალი ≥ 4 სტანდარტულ დოზას, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



კვება

საკვების დღიური მოხმარება

რესპოდენტთა უმრავლესობა (52.2%; კაცი-58.6% და ქალი-48.1%) საკვებს დღეში 3-ჯერ იღებს. შემდეგი დიდი ჯგუფი რესპოდენტებისა (37.2%; კაცი-31.6% და ქალი-41.1%) საკვებს იღებს 2-ჯერ დღეში; 5.5 პროცენტი (კაცი-3.8% და ქალი-6.8%) იკვებება 1-ჯერ დღეში, ხოლო 4.3 პროცენტი (კაცი-4.8% და ქალი-3.9%) იკვებება 4-ჯერ დღეში. 35-44 ასაკობრივი ჯგუფის 2 მამაკაცი, არ იკვებება ყოველდღიურად.

მოხმარებული საკვების ზოგადი სტრუქტურა

კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი იღებს საშუალოდ ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს დღეში. ყველა რესპოდენტი (100%) დღის განმავლობაში იღებს ხილისა და ბოსტნეულის 2 ულუფას. მიღების საშუალო სიხშირე ხილისათვის არის 3 დღე კვირაში, ხოლო ბოსტნეულისათვის - 5 დღე კვირაში. ეს მაჩვენებლები არ განსხვავდება სქესისა და ასაკის მიხედვით.

ხორცის პროდუქტები მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 1-ჯერ, საშუალო დოზა - 2 ულუფა. განსხვავება ასაკობრივ ჯგუფებში, უმნიშვნელოა. ხორცის მოხმარების ულუფების რაოდენობა მეტია კაცებში, ვიდრე ქალებში.

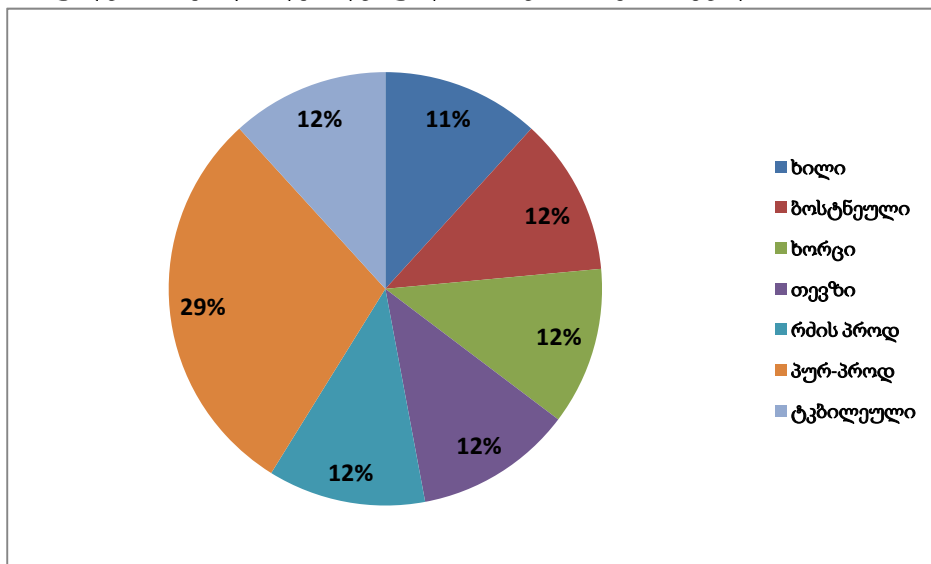
თევზის პროდუქტები, მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 1-ჯერ, საშუალო დოზა – 2 ულუფა, ულუფების რაოდენობა მეტია კაცებში, ვიდრე ქალებში.

რძის პროდუქტები საშუალოდ 2-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 3-ს. ეს მაჩვენებლები მცირედ ვარირებს ასაკისა და სქესის მიხედვით.

გამოკითხულთა შორის, პურისა და პურ-პროდუქტების/ხორბლეულის მოხმარების დონე პირველ ადგილს იკავებს სურსათის სახეობებიდან და შეადგენს - 7 დღეს კვირაში და 5 ულუფას დღეში. ულუფების რაოდენობა მეტია კაცებში (6), ვიდრე ქალებში (4).

ტკბილეულისა და შაქრის პროდუქტების მოხმარება მნიშვნელოვნად მაღალია. მოხმარების სიხშირის მიხედვით, ისინი იკავებენ მეორე ადგილს პურ-პროდუქტებისა და ხორბლეულის შემდგომ. მოხმარებული ულუფების მხრივ, ტენდენცია მსგავსია. გამოკითხული რესპოდენტები იღებენ ტკბილეულს 6 დღე კვირაში. ქალები უფრო მეტ ტკბილეულს მოიხმარენ (6 დღე), ვიდრე მამაკაცები (5 დღე). ტკბილეულის ტიპური ულუფის რაოდენობა მამაკაცებისათვის არის 3, ხოლო ქალებისათვის - 2.

სურათი 16: მიღებული პროდუქტების ულუფების წილი დღიურ რაციონში, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და/ან ბოსტნეულის მოხმარება დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი

კვებასთან დაკავშირებული რისკი შეფასდა ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მოხმარების მონაცემების საფუძველზე. კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი (100%) იმყოფება კვებასთან დაკავშირებული რისკის გავლენის ქვეშ.

ცხიმის მოხმარება

საკვების მომზადებისათვის ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ცხიმი მცენარეული ზეთია (97.2%), მას მოსდევს კარაქი (1.9%). მარგარინისა (0.3%) და ღორის ქონის (0.2%) მოხმარება, საკმაოდ იშვიათია.

კვება სახლს გარეთ

გარეთ მომზადებული საკვების მიღება საკმაოდ იშვიათია (კვირაში 1-ჯერ). ყველაზე ხშირად ის გვხვდება 45-64წწ მამაკაცებსა და 35-44წწ ქალებში.

ფიზიკური აქტივობა

რესპოდენტთა 16.7 პროცენტი (კაცი-22.2% და ქალი-10%) აცხადებს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს მაღალი ინტენსივობის აქტივობას, რომელიც იწვევს სუნთქვისა და გულის რითმის მნიშვნელოვან აჩქარებას საშუალოდ 10 წუთის განმავლობაში. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 4 დღის განმავლობაში (მამაკაცებში 4 დღე, ქალებში 3 დღე) ტიპიური კვირის მანძილზე; ხანგრძლივობა შეადგენს 260 წთ. (კაცი-255 წთ. და ქალი-274 წთ.).

რესპოდენტთა 58.4 პროცენტი (კაცი-55% და ქალი-61.1%) აღნიშნავს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს საშუალო ინტენსივობის აქტივობას. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 6 დღის მანძილზე (მამაკაცებში 5 დღე და ქალებში 6 დღე) ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 191 წთ. (კაცი-255 წთ. და ქალი-168 წთ.).

რესპოდენტთა 74.7 პროცენტი (კაცი-73.1% და ქალი-75.9%) გადაადგილდება ფეხით ან ველოსიპედით და ესაჭიროება სულ მცირე 10 წუთი ადგილზე მისასვლელად და უკან დასაბრუნებლად. აღნიშნული ხორციელდება 6 დღე ტიპიურ კვირაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 64 წთ. (კაცი-85 წთ. და ქალი-48წთ.).

რესპოდენტთა მხოლოდ 2.3 პროცენტი (კაცი-4.2% და ქალი-0.9%) აღნიშნავს, რომ დაკავებულია მაღალ ინტენსიური სპორტით, ვარჯიშით ან აქტიური დასვენებით 5

დღე ტიპური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 88 წთ. (კაცი-98წთ. და ქალი-46 წთ.).

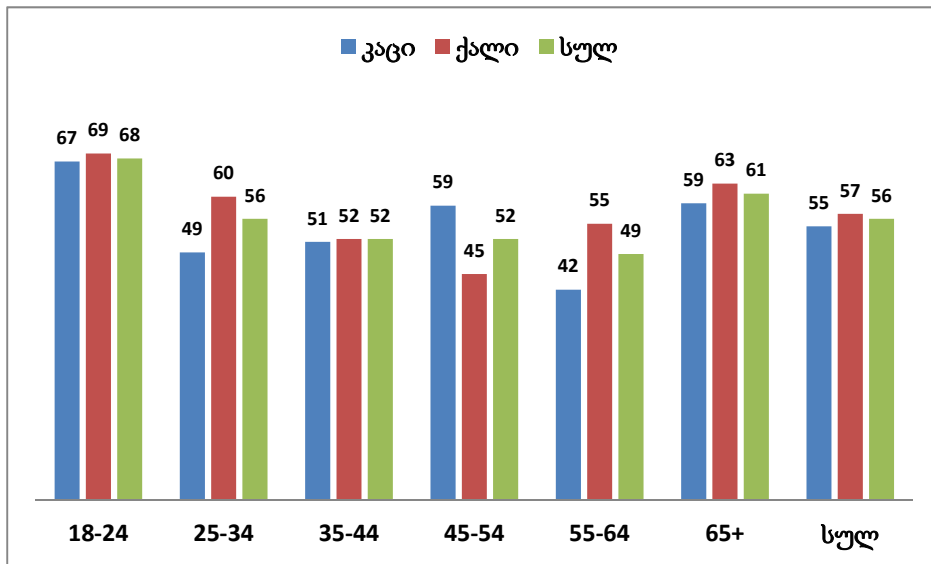
მხოლოდ 4 პროცენტი (კაცი-5.7% და ქალი-2.8%) მიუთითებს საშუალო ინტენსივობის სპორტულ დატვირთვას ან აქტიურ დასვენებაზე 4 დღე ტიპური კვირის მანძილზე; ხანგრძლივობა შეადგენს 62 წთ. (კაცი-73 წთ. და ქალი-42წთ.).

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

კითხვაზე, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებაა მათთვის ტერიტორიულად ხელმისაწვდომი, იძულებით გადაადგილებულ პირთა 78.5 პროცენტმა დაასახელა პოლიკლინიკა, 58.6 პროცენტმა – სასწრაფო დახმარება, 29.8 პროცენტმა საავადმყოფო, 25.2 პროცენტმა - ექთანი, 1.7 პროცენტმა არასამთავრობო ორგანიზაციის სერვისი (მობილური კლინიკა) და მხოლოდ 0.5 პროცენტმა ფსიქოსოციალური დახმარება.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესახებ აღნიშნა რესპოდენტთა 55.8 პროცენტმა.

სურათი 17: თვითაღქმული ფინანსური ხელმისაწვდომობა სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



76 პროცენტს 30 წუთზე ნაკლები დრო სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებამდე მისასვლელად; 11.8 პროცენტი ამისათვის ხარჯავს 1-2 საათს და 5.5 პროცენტი - 30 წუთიდან 1 საათამდე. ტრანსპორტის ყველაზე ხშირად გამოყენებული სახეობაა: ფეხით (53.3%), ავტობუსი (28.6%) და მანქანა (7.3%).

ინფორმირებულობა სამედიცინო დაზღვევის შესახებ და რესპოდენტთა კმაყოფილება აღნიშნული შემწეობით

გამოკითხულთა აბსოლუტურ უმრავლესობას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პოლისი; არსებული შედეგები არ არის ხელმისაწვდომი მხოლოდ უმცირესი ნაწილისათვის, პოლისის ვადის გასვლისა და პერსონალური საიდენტიფიკაციო დოკუმენტის არ არსებობის გამო, ასევე, როგორც რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ სოციალური უზრუნველყოფის შესაბამისი სამსახურები თავს იკავებენ პოლისის გაცემაზე იმ პირთათვის, ვინც მიიღო საკომპენსაციო თანხა.³¹

გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი (53.9%, n=717), ინფორმირებულია პოლისის დეტალების შესახებ, თუმცა ამავდროულად, მათი გათვითცნობიერებულობა საკმაოდ ბუნდოვანია. რესპოდენტები ადასტურებენ მათ კმაყოფილებას ქირურგიული ოპერაციებისა და გადაუდებელი სერვისებისათვის / ჩარევისათვის გასაწევი ხარჯების დაფარვასთან დაკავშირებით. მიუხედავად ამისა, სავარაუდოდ არასაკმარისი ინფორმირებულობის გამო რესპოდენტები ასახელებდნენ ურთიერთგამომრიცხავ ციფრებს პოლისის ფარგლებში ხელმისაწვდომი მომსახურების თანხობრივ ლიმიტებთან დაკავშირებით (50,000 ლარი, 32,000 ლარი ან 15,000 ლარი) და ხაზს უსვამენ იმ გარემოებას, რომ პოლისით ასევე იფარება გარკვეული დიაგნოსტიკური სერვისებიც. მათი არგუმენტაციის მიხედვით, რესპოდენტები სადაზღვევო პოლისში თანდართულ ახსნა-განმარტებით მითითებებს მოიხსენიებდნენ და აღნიშნავდნენ, რომ მოცემული მითითებები პოლისის შემადგენელი კომპონენტების შესახებ საკმარის ინფორმაციას იძლევა, თუმცა მიუხედავად ამისა, განმარტებითი მითითებების შინაარსის ზუსტ ინტერპრეტირებას ვერ ახდენდნენ. გარდა ამისა, პასუხების მიხედვით, პოლისი მრავალი ოპერაციის დასაფარად გამოიყენება, ისეთისა, როგორცაა გადაუდებელი ქირურგია, მაგალითად, ანთებადი აპენდიქსის რეზექცია, ასევე გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები - წელის მალეების ოსტეოქონდროზი, საშვილოსნოს ექსტირპაცია და ფიბრომის ქირურგიული მკურნალობა. „სამედიცინო გამოკვლევები, გულის ანგიოპლასტიკა (სტენტის ჩადგმა) და 20-50 პროცენტი ფასდაკლება მედიკამენტებზე არის ხელმისაწვდომი“, რაც ნიშნავს იმას, რომ „საჭიროების შემთხვევაში პოლისი ყოველთვის ფუნქციონირებს“. ასევე, პოლისი ფარავს ინსულინის და ტუბერკულოზის მკურნალობისთვის საჭირო მედიკამენტების ხარჯებს. უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ პოლისის განსაკუთრებით ფართოდ და წარმატებულად გამოიყენება მშობიარობისას. „პოლისი ფარავს მშობიარობასა და ნაწილობრივ

³¹ იმულებით გადაადგილებულ პირთა ნაწილს 2008 წლის აგვისტოს ომის შემდეგ გადაუხადეს კომპენსაცია 10,000 ლარის ოდენობით.

საკეისრო კვეთას“. ზოგიერთი რესპოდენტის კმაყოფილება დაკავშირებულია გადაუდებელ ქირურგიულ ინტერვენციებთან ბავშვებში (ტონზილექტომია და აპენდექტომია). თუმცა, მიუხედავად რესპოდენტთა კმაყოფილებისა, ყველა გამოკითხული გამოთქვამდა წუხილს იმის გამო, რომ პოლისით არ არის გათვალისწინებული მედიკამენტების ხარჯების დაფარვა, რაც მძიმე ტვირთად აწევს მათი ოჯახების ბიუჯეტს.

გამოკვლევულთა 39 პროცენტი ($n=519$) ან უკიდურესად უკმაყოფილოა პოლისის შეღავათების პაკეტით, ან არ არის ინფორმირებული მისი კომპონენტების შესახებ, ან არ გამოუყენებია ზემოთ ხსენებული შეღავათები საჭიროების ნაკლებობის, ან შესაძლებლობის არ ქონის გამო. „ჩვენ არ მივდივართ ექიმთან, რადგან სამედიცინო დაწესებულება ძალიან შორსაა“. გაისმოდა ჩვილები აუცილებელი მედიკამენტების ხელმიუწვდომლობისა და „მომსახურების დაბალი ხარისხის“ შესახებ, იმის გაზგასმით, რომ ოჯახის მთელი შემოსავალი იხარჯება წამლებზე და რომ „ძვირადღირებული გამოკვლევები არ არის ხელმისაწვდომი“. ზოგიერთი რესპოდენტი უკმაყოფილოა სადაზღვევო პაკეტში სტომატოლოგიური სერვისების არ არსებობით, მათ მიერ ექიმთან ვიზიტის ხარჯის დაფარვის ვალდებულებითა და ასევე სადაზღვევო პოლისის შეზღუდული შესაძლებლობებით, ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების მკურნალობის უზრუნველყოფის მხრივ. იძულებით გადაადგილებულ პირთა უკმაყოფილება დაკავშირებულია იმასთან, რომ პოლისი „გამოუსადეგარი“ და „უზრუნველყოფს მხოლოდ ქირურგიულ ოპერაციებს, აუცილებელ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობისთვის ხელსაყრელი შეღავათების გარეშე“. ასევე კონკრეტულად ხაზგასმულია გინეკოლოგიური შემოწმებების არ არსებობა პაკეტში. ამ განწყობას კარგად გამოხატავს შემდეგი სახის ხშირად განმეორებადი აღმფოთებები: „ექიმი უფასოა, წამალი ძვირი“, „რა აზრი აქვს ექიმთან მისვლას, წამალს თუ ვერ ვყიდულობ?“

2.1 პროცენტი ($n=28$) აღნიშნავს პოლისის გამოყენების შეუძლებლობას ან პოლისის საერთოდ არქონას, რადგან მას გადაუხადეს კომპენსაცია.

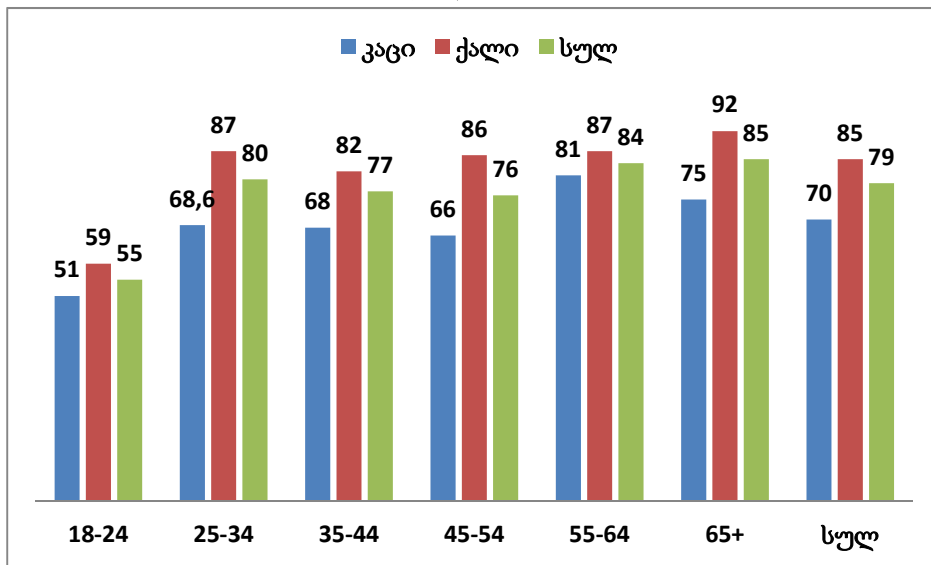
65 რესპოდენტის მონაცემები არ მოიპოვება, რაც სავარაუდოდ აიხსნება იმით, რომ მათ გამოტოვეს ეს კითხვები ან არ იყვნენ ინფორმირებულნი ამ საკითხებთან დაკავშირებით.

კლინიკური ანამნეზი

მომატებული არტერიული წნევის ანამნეზი

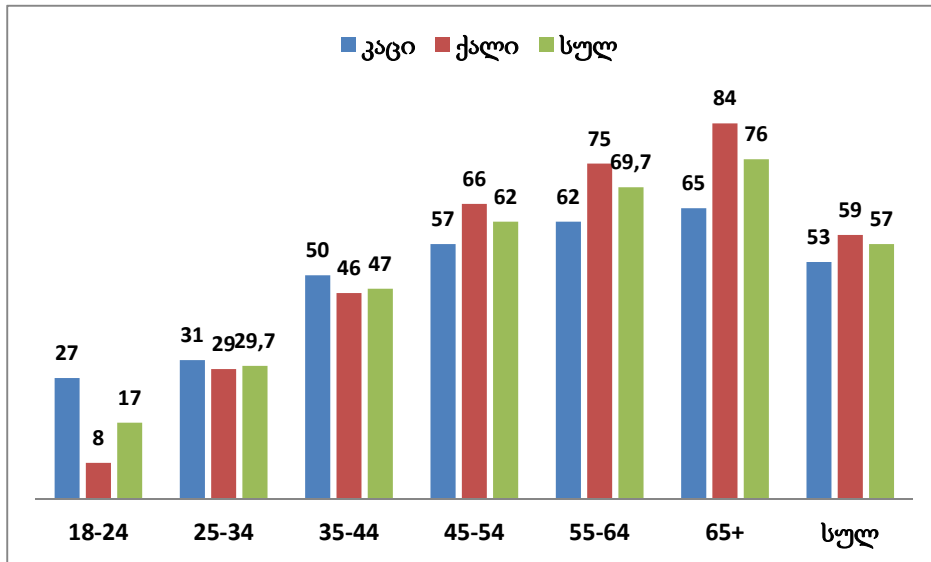
რესპოდენტთა უმრავლესობა (78.6%) აღნიშნავს, რომ მისთვის გაუზომია წნევა სამედიცინო პერსონალს. მამაკაცებში წნევის არასოდეს გაზომვის მაჩვენებელი უფრო მაღალია (29.9%), ვიდრე ქალებში (14.9%).

სურათი 18: სიცოცხლის მანძილზე არტერიული წნევის გაზომვა სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12

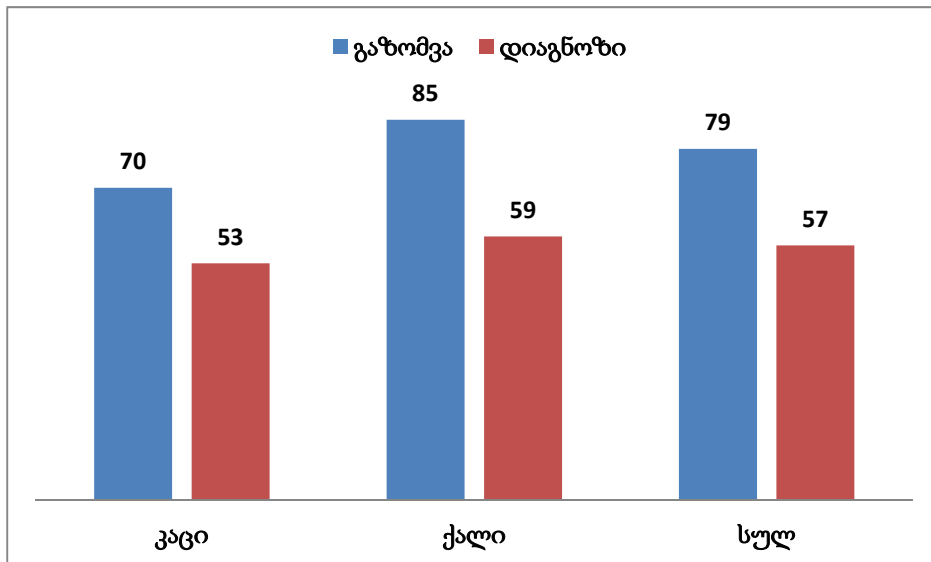


ჰიპერტენზია გამოვლინდა რესპოდენტთა 56.6 პროცენტში და მაჩვენებელი იზრდება ასაკთან ერთად. ახალგაზრდა ასაკში ჰიპერტენზია უმეტესად მამაკაცებშია გავრცელებული, ხოლო 45 წლის შემდგომ ასაკში კი, საწინააღმდეგო ტენდენცია ფიქსირდება.

სურათი 19: სიცოცხლის მანძილზე ჰიპერტენზიის დიაგნოზი სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



სურათი 20: არტერიული წნევის გაზომვა და ჰიპერტენზიის დიაგნოზი სქესის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



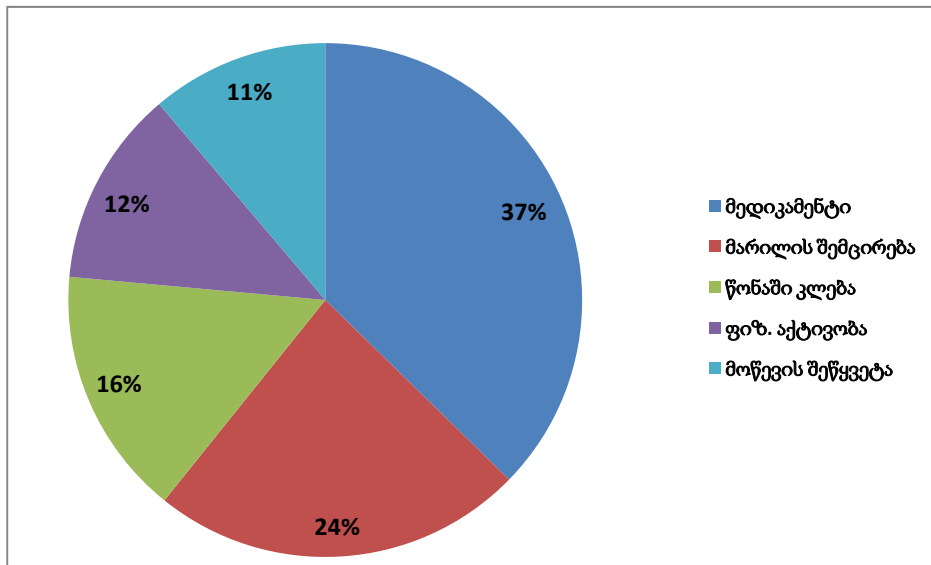
ჰიპერტენზია, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, აღნიშნა გამოკითხულთა 80.3 პროცენტმა.

18-24 ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტთა 44.8 პროცენტი (კაცი-48.8% და ქალი-40.9%) აღნიშნავს, რომ არასდროს გაუზომია წნევა.

ყველაზე მნიშვნელოვანია წნევის არ გაზომვის მაღალი მაჩვენებელი 45-54 წწ მამრობითი სქესის პირებში. 45 წ. და მეტი ასაკი განიხილება ერთ-ერთ რისკ ფაქტორად მამაკაცებისათვის კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასებისას. აქედან გამომდინარე, არსებული სკრინინგის აქტივობების დეფიციტი ასოცირდება სისხლძარღვოვანი კატასტროფების რისკების განვითარებასთან, განსაკუთრებით ამ ასაკობრივ ჯგუფში.

66.8 პროცენტი (კაცი-61.2% და ქალი-69.9%) აღნიშნავს, რომ ამჟამად ღებულობს ექიმის გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. 42.1 პროცენტს (კაცი-38.8% და ქალი-44%) მიუღია რეკომენდაცია მარილის მოხმარების შემცირების შესახებ, 28.1 პროცენტს (კაცი-25.5%, ქალი-19.8%) - წონის კონტროლის შესახებ, 22.2 პროცენტს (კაცი-26.6% და ქალი-19.8%) - ფიზიკური აქტივობის, ხოლო 20.1 პროცენტს (კაცი-25.5% და ქალი-17.1%) - თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ.

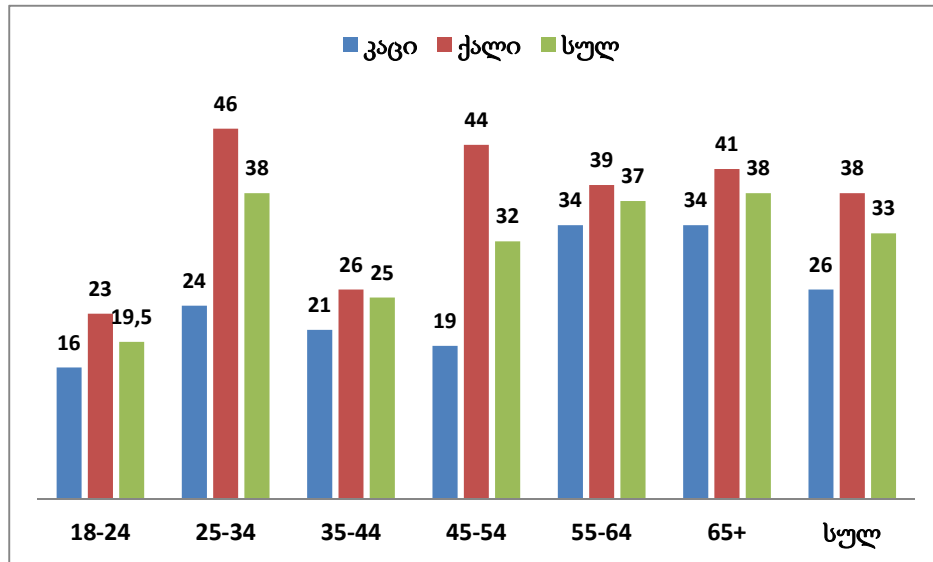
სურათი 21: ექიმის მიერ ჰიპერტენზიის მკურნალობის ან მის მართვასთან დაკავშირებით გაცემული რჩევის პროცენტული განაწილება, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



დიაბეტის ანამნეზი

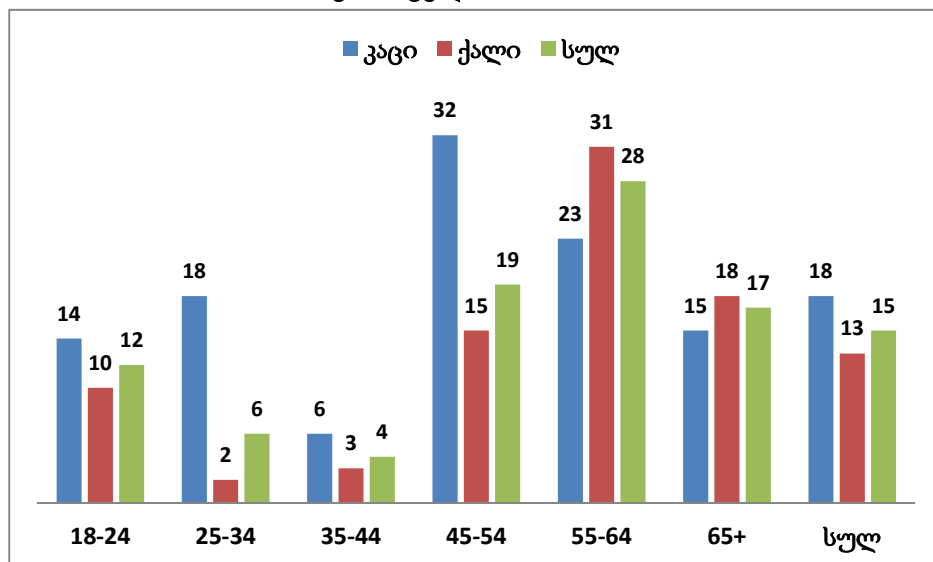
რესპოდენტთა უმრავლესობას 67 პროცენტის სახით (კაცი-73.8% და ქალი-62%) არასდროს გაუზომავს სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია; 15 პროცენტმა აღნიშნა გლუკოზის მაღალი დონის შესახებ.

სურათი 22: სიცოცხლის მანძილზე სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის გაზომვა სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12

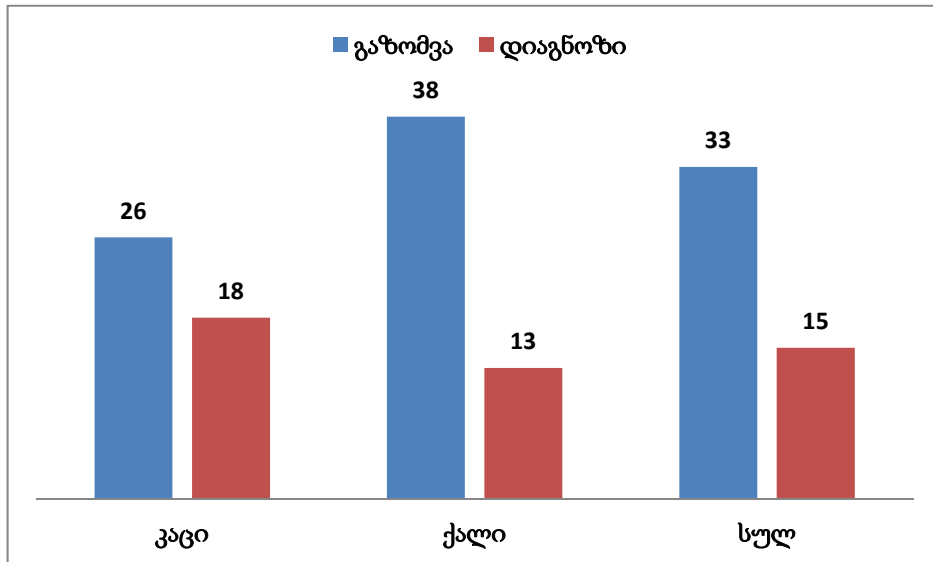


რესპოდენტთა 15 პროცენტის მიერ (კაცი-18.4% და ქალი-13.4%) დადასტურდა ჰიპერგლიკემიის შემთხვევები.

სურათი 23: სიცოცხლის მანძილზე ჰიპერგლიკემიის დიაგნოზი სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



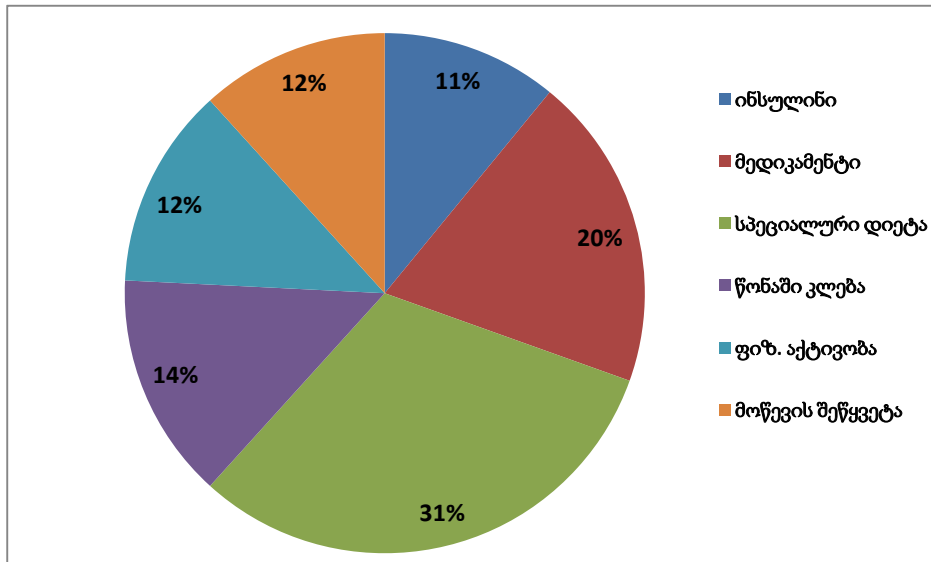
სურათი 24: გლუკოზის კონცენტრაციის გაზომვა და ჰიპერგლიკემიის დიაგნოზი სქესის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ჰიპერგლიკემიის შემთხვევები უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე დადასტურდა რესპოდენტთა 83.6 პროცენტის მიერ (კაცი-84% და ქალი-83.3%).

20.9 პროცენტი (კაცი-34.6% და ქალი-12.2%) ამჟამად იტარებს ინსულინოთერაპიას ექიმის დანიშნულების მიხედვით, ხოლო 37.9 პროცენტი (კაცი-40% და ქალი-36.6%) იღებს პერორალურ ანტიდიაბეტურ პრეპარატებს, 60.6 პროცენტი (კაცი-63% და ქალი-51.6%) იმყოფება სპეციფიურ კვებით რეჟიმზე. რესპოდენტთა 27.3 პროცენტს (კაცი-28% და ქალი-26.8%) მიღებული აქვს რეკომენდაცია წონის დაკლებასთან დაკავშირებით; 24.2 პროცენტს (კაცი-24% და ქალი-24.4%) ფიზიკურ აქტივობასთან, ხოლო 22.7 პროცენტს (კაცი-32% და ქალი-17.1%) თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტასთან დაკავშირებით.

სურათი 25: ჯანმრთელობის პროფესიონალის მიერ ჰიპერგლიკემიის საწინააღმდეგო მედიკამენტის / რჩევის პროცენტული განაწილება, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



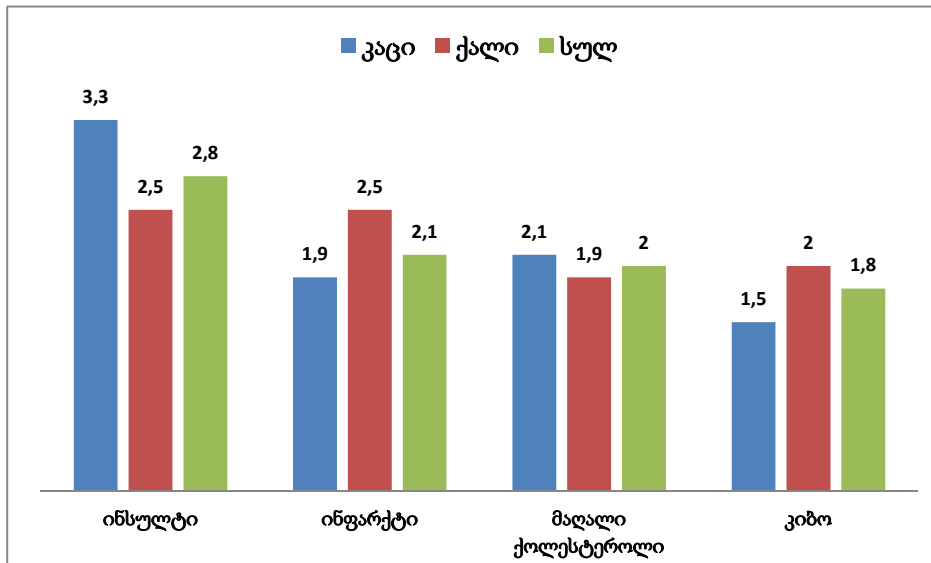
სხვა დაავადებების ანამნეზი

კითხვარის მოცემული ნაწილი დაეთმო ინფორმაციის შეგროვებას ისეთი დაავადებებისა და მდგომარეობების არსებობის შესახებ ანამნეზში, როგორცაა მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი, კიბო და სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე.

ინსულტი სიხშირით პირველ ადგილზეა 2.8 პროცენტის სახით (კაცი-3.3% და ქალი-2.5%), შემდეგია მიოკარდიუმის ინფარქტი 2.2 პროცენტის სახით (კაცი-1.9% და ქალი-2.5%), სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე 2 პროცენტის სახით (კაცი-2.1% და ქალი-1.3%) და კიბო 1.8 პროცენტის სახით (კაცი-1.5% და ქალი-2%).

ჩამოთვლილ დაავადებათა სიხშირე პროპორციულად იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად.

სურათი 26: დაავადებები სქესის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ექიმთან ვიზიტი

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ექიმთან ვიზიტად მისვლის მოტივები და სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის პერიოდისათვის. ორივე სქესისათვის, ექიმთან ვიზიტების მაჩვენებელი ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, შეადგენდა 55.3 პროცენტს (კაცი-48.9% და ქალი-60%). ასაკთან ერთად ეს მაჩვენებელი იზრდება.

ექიმთან ვიზიტის ძირითად მიზეზს შემთხვევათა 88.6 პროცენტში წარმოადგენდა ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა, მეორე ადგილზეა პრევენციული სკრინინგი (6.9%), მას მოჰყვება ორი აღნიშნული მიზეზის კომბინაცია (1.6%).

თვითმკურნალობა

მხოლოდ 1.7 პროცენტი (კაცი-1.3% და ქალი-2%) მისდევს თვითმკურნალობას, რაც განხილულ უნდა იქნეს დადებით ტენდენციად.

კითხვარში ჩამოთვლილ დაავადებათა და მდგომარეობებს შორის (დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, ჰიპერტენზია, ინსულტი, კიბო, სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე და მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში), თვითმკურნალობა, ყველაზე ხშირად აღინიშნა ჰიპერტენზიის შემთხვევაში (14.9%; კაცი-9.5% და ქალი-18.7%). აღნიშნული ტენდენცია მიუთითებს, რომ ქართულ პოპულაციაში საკმაოდ გავრცელებულია გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღების სიხშირე

ჰიპერტენზიის თვითმკურნალობასთან დაკავშირებით, სხვა დაავადებებისაგან (კიბო, დიაბეტი, ინსულტი) განსხვავებით. აღნიშნული ასევე მიუთითებს, რომ პაციენტები თვითნებურად იღებენ გადაწყვეტილებებს მკურნალობის სქემის ცვლილებასთან, პრეპარატის შეცვლასთან, პრეპარატის დოზის ტიტრაციასთან დაკავშირებით, რაც ასევე დასტურდება ექიმთან ტიტრაციული ვიზიტების კრიტიკული დეფიციტით. ინფორმირებულობის დონე ჰიპერტენზიის ხანგრძლივი მკურნალობის აუცილებლობის შესახებ, ძალიან დაბალია, როგორც პაციენტებში, ასევე, სამწუხაროდ, სამედიცინო პერსონალშიც.

სხვა დაავადებათა თვითმკურნალობა ძალიან იშვიათია (0.2%).

დაავადებათა ოჯახური ანამნეზი

კითხვის დასმისას - დედას, მამას, და-მმას ჰქონია თუ არა დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, მაღალი არტერიული წნევა, ინსულტი, კიბო, ჰიპერქოლესტეროლეμία და მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში, რესპოდენტთა უმრავლესობამ დადებითად უპასუხა ჰიპერტენზიასთან მიმართებაში (50.5%). სხვა დაავადებებთან დაკავშირებით დადებითი პასუხები კი ასე განაწილდა კლუბადობის თანმიმდევრულობის პრინციპით: კიბო-16.3 პროცენტი, დიაბეტი-14.2 პროცენტი, ინსულტი-13.2 პროცენტი და მიოკარდიუმის ინფარქტი-6.2 პროცენტი. მხოლოდ 2 პროცენტი აღნიშნავს ჰიპერქოლესტეროლემიას მემკვიდრეობაში.

ლიპიდური პროფილის კვლევის დეფიციტი რესპოდენტთა ოჯახის წევრებს შორის, კიდევ ერთხელ მიუთითებს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში პერსონალური კარდიოვასკულური რისკის შეფასებისას, და ასევე, მანიფესტირებული დაავადებების მართვისა და მათი პრევენციისათვის კვლევის ამ მეთოდის იგნორირებაზე.

ფიზიკური გაზომვები (STEP 2)

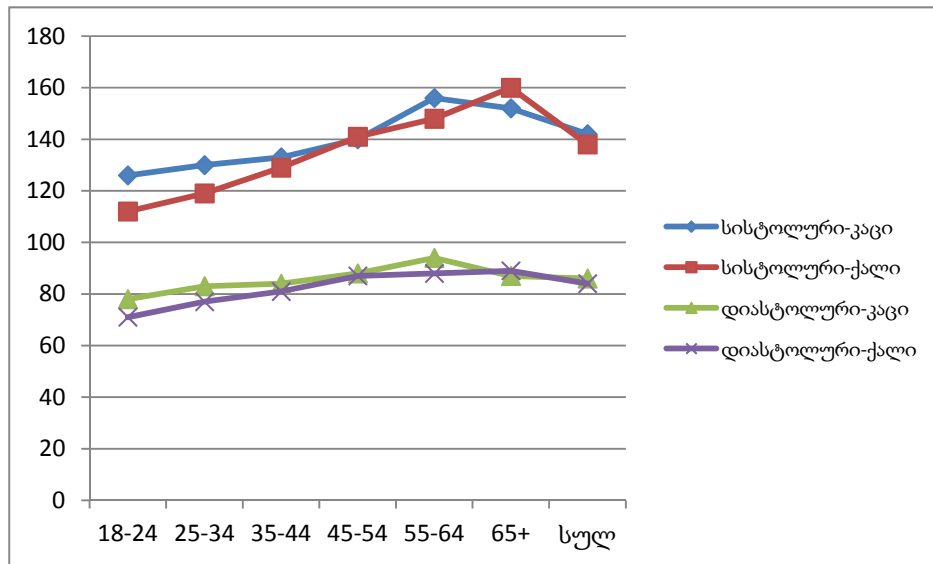
მოხდა არტერიული წნევის, გულისცემის სიხშირის, წონის, სიმაღლის, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის გაზომვა და შეფასება.

არტერიული წნევა და პულსი

იძულებით გადაადგილებულ პირთა საშუალო სისტოლური წნევაა 140 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-142 მმ.ვწყ.სვ., ქალი-138 მმ.ვწყ.სვ.), საშუალო დიასტოლური წნევა 85 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-86 მმ.ვწყ.სვ. და ქალი-84 მმ.ვწყ.სვ.). არტერიული წნევის ციფრები სტაბილურად

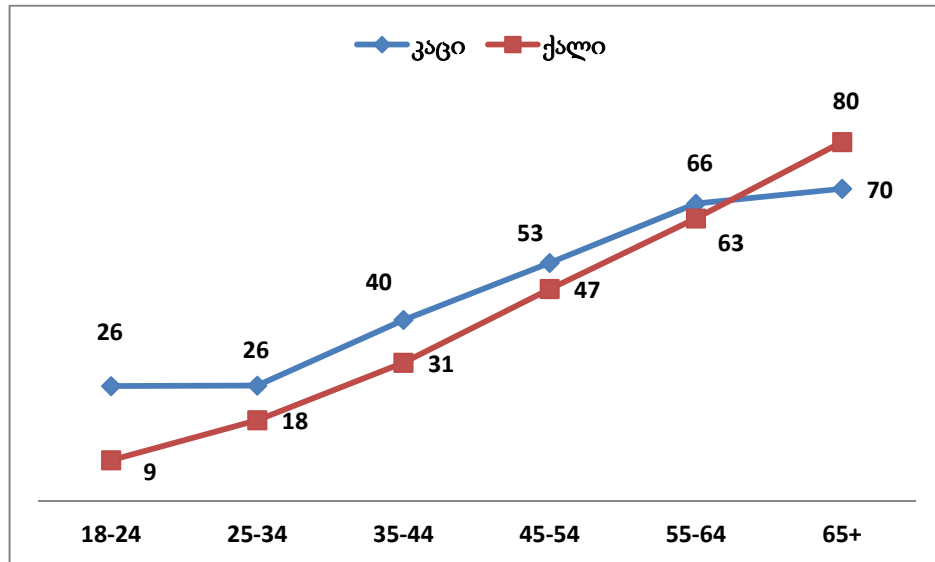
იმატებდა ასაკთან ერთად, სისტოლური წნევა 119 მმ.ვწყ.სვ.-დან (18-24 წწ ასაკობრივი ჯგუფი) 157 მმ.ვწყ.სვ.-მდე (65 წლისა და მეტი), ხოლო დიასტოლური წნევა 74 მმ.ვწყ.სვ.-დან (18-24 წწ) 91 მმ.ვწყ.სვ.-მდე (55-64 წწ ასაკობრივი ჯგუფი).

სურათი 27: სისხლის წნევის ციფრები სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



იმ პირებში, რომლებიც არ ღებულობენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. დაუფიქსირდა 48.2 პროცენტს (კაცი-50.6% და ქალი-46.4%). ჰიპერტენზიის მაჩვენებელი ასაკთან ერთად იზრდება. გამოკვლეულთა 51.8 პროცენტს არ აქვს მაღალი წნევა და ამასთანავე ისინი პრეპარატსაც არ ღებულობენ. ჰიპერტენზია იშვიათად გვხვდება ახალგაზრდა ქალებში, 55-64 წწ ასაკობრივ ჯგუფში ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი ერთნაირია ორივე სქესის წარმომადგენლებში, ხოლო 65 წლისა და მეტი ასაკის ინდივიდებში, იგი ქალებში უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცებში.

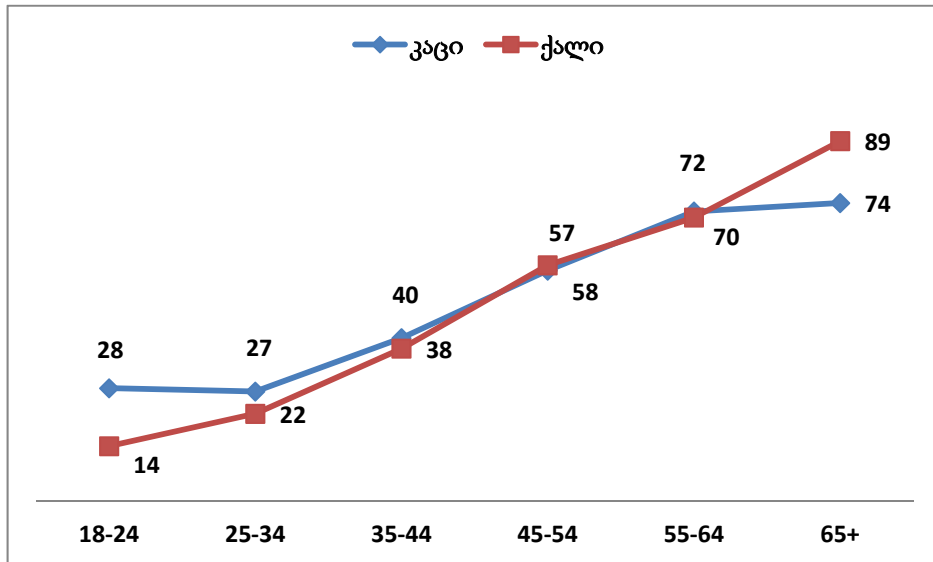
სურათი 28: ჰიპერტენზიის ($\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. მედიკამენტის გარეშე) გავრცელება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა გამოვლინდა რესპოდენტთა 53.9 პროცენტში³² (კაცი-53.9% და ქალი-53.8%). ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი იზრდება ასაკთან ერთად; მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობაზე დამყოლობა ასევე იზრდება ასაკთან ერთად არტერიული წნევა მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში მაინც მაქსიმალურ მაჩვენებლებს აღწევს. ჰიპერტენზია იშვიათად გვხვდება ახალგაზრდა ქალებში, 55-64 წწ ასაკობრივ ჯგუფში ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი ერთნაირია ორივე სქესის წარმომადგენლებში, ხოლო 65 წლისა და მეტი ასაკის ინდივიდებში იგი ქალებში უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცებში.

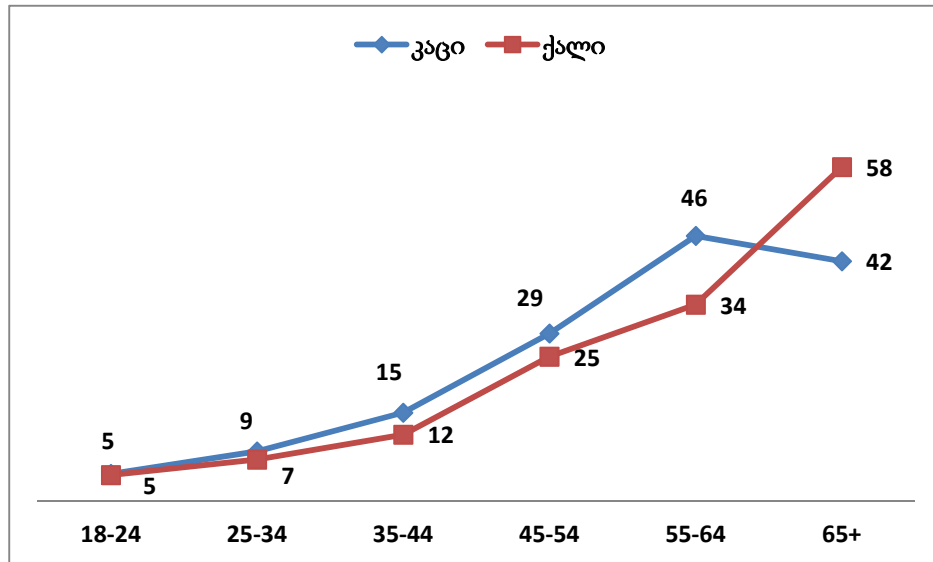
³² ეს და მომდევნო სურათები კომბინირებულია, ასახავენ კვლევის მიერ დაფიქსირებულ მაჩვენებლებს და მკურნალობის შესახებ რესპოდენტთა მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას

სურათი 29: ჰიპერტენზია ($\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.) ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



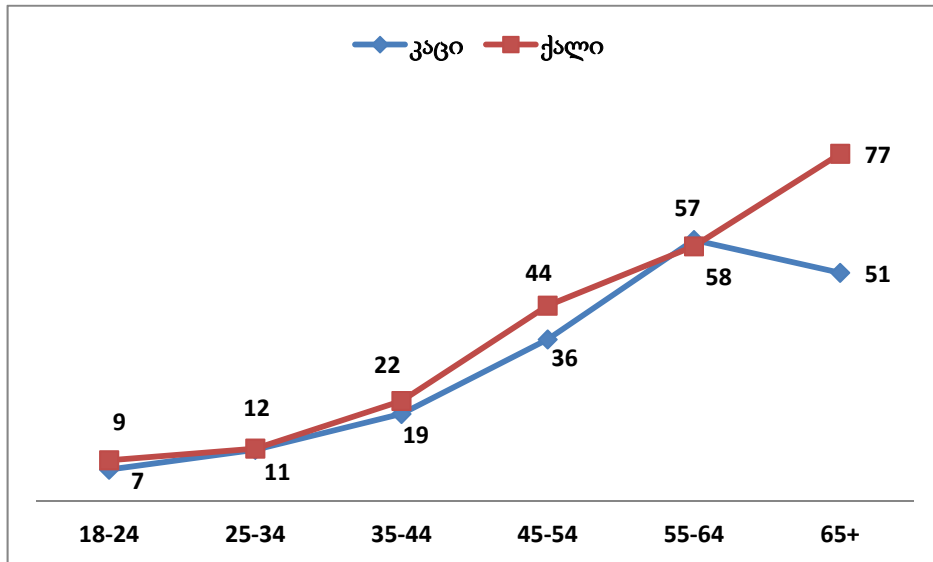
ჰიპერტენზიის მართვის ეროვნული გაიდლაინის კლასიფიკაციური სტრუქტურის მიხედვით, ჰიპერტენზიის მე-2 სტადია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) გამოვლინდა რესპოდენტთა 27.1 პროცენტში (კაცი-27.4% და ქალი-27%), იმ გამოკვლევულ პირებში, ვინც არ ღებულობს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. მე-2 სტადიის ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი თითქმის თანაბარია ქალებსა და მამაკაცებს შორის 18-34 წწ ასაკობრივ ჯგუფში, 35-64 წწ ასაკობრივ ჯგუფში გავრცელება სჭარბობს მამაკაცებში, ხოლო 65 წლისა და შემდეგ, იგი ქალებში უფრო მაღალია.

სურათი 30: ჰიპერტენზიის ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ. მედიკამენტის გარეშე) გავრცელება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



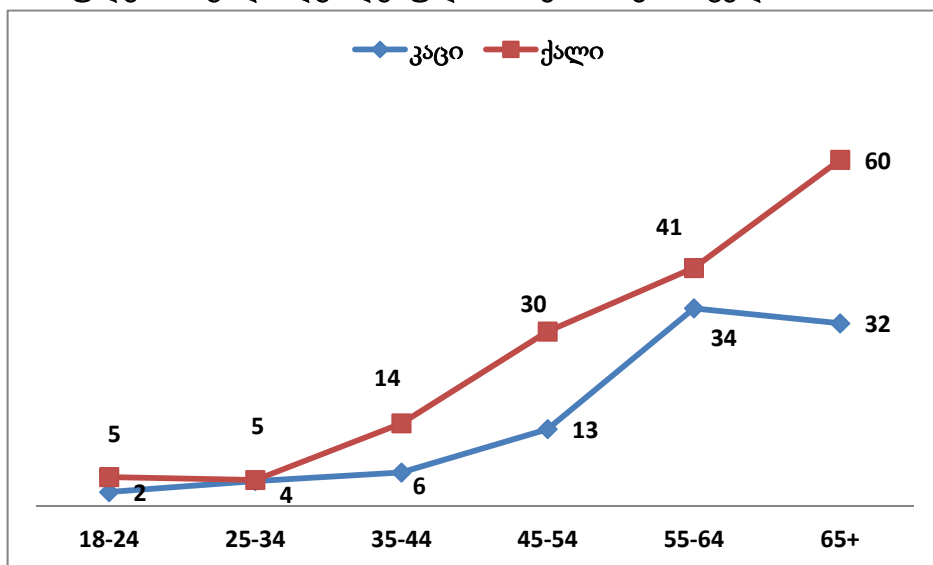
არტერიული წნევა $\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა, გამოვლინდა 38.4 პროცენტში (კაცი-34.3% და ქალი-41.4%). ჰიპერტენზიის მაჩვენებელი ასაკთან ერთად იზრდება, მიუხედავად მკურნალობაზე დამყოლობის ზრდისა. აღნიშნული სტატუსის ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი ერთნაირია ორივე სქესისათვის 18-34 წწ ასაკობრივ ჯგუფში, უფრო მაღალია ქალებში 35-54 წწ და 65 წლისა და უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში, ხოლო 55-64 წწ ასაკობრივ ჯგუფში ამ ტიპის ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი სჭარბობს მამაკაცებში.

სურათი 31: ჰიპერტენზია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) ან იმყოფება ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



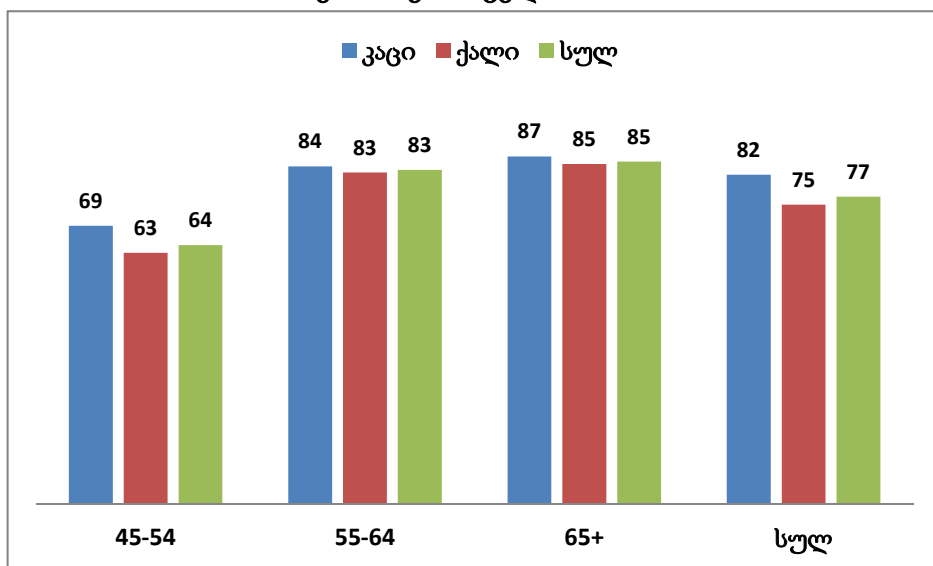
გამოკვლევულ რესპოდენტთა 24.7 პროცენტი (კაცი-17.7% და ქალი-29.7%) ღებულობდა ექიმის მიერ გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს უკანასკნელი 2 კვირის მანძილზე. ეს მაჩვენებელი ასაკთან ერთად იზრდება. ჰიპერტენზიის გავრცელება არ არის არსებითად განსხვავებული სქესის მიხედვით 18-34 წწ ასაკში, ხოლო 35 წლის ზევით, იმ რესპოდენტთა რიცხვი, რომლებიც იღებენ ანტიჰიპერტენზიულ პრეპარატებს, სჭარბობს ქალებში.

სურათი 32: ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



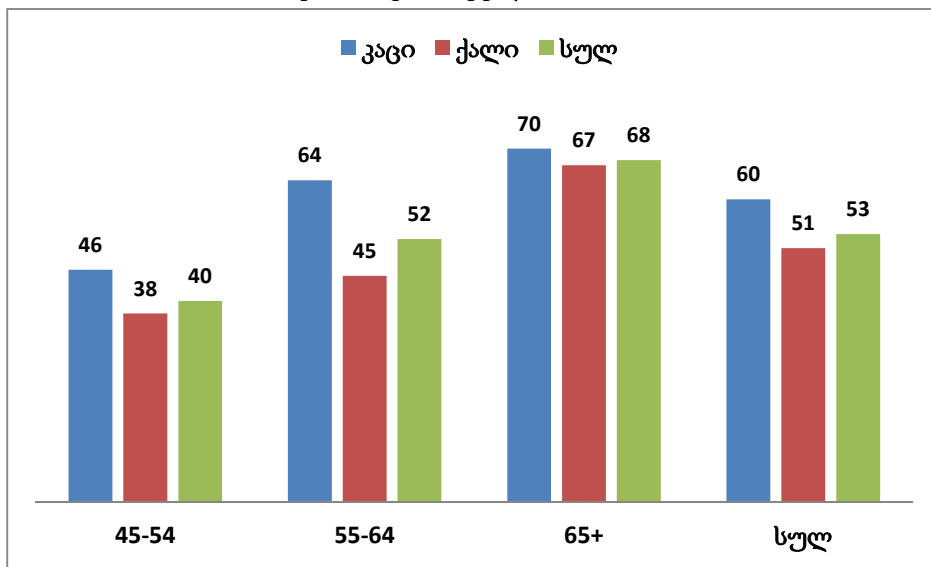
იმ პირებში, რომლებიც უკანასკნელი 2 კვირის განმავლობაში იტარებდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას, 76.5 პროცენტს (კაცი-81.9% და ქალი-74.5%) მაინც აქვს არტერიული წნევის მაღალი ციფრები ($\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.). სიტუაცია იდენტურია გენდერული თვალსაზრისით.

სურათი 33: არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის ($\geq 140/90$ მმ ვწყ.სვ.) გავრცელება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



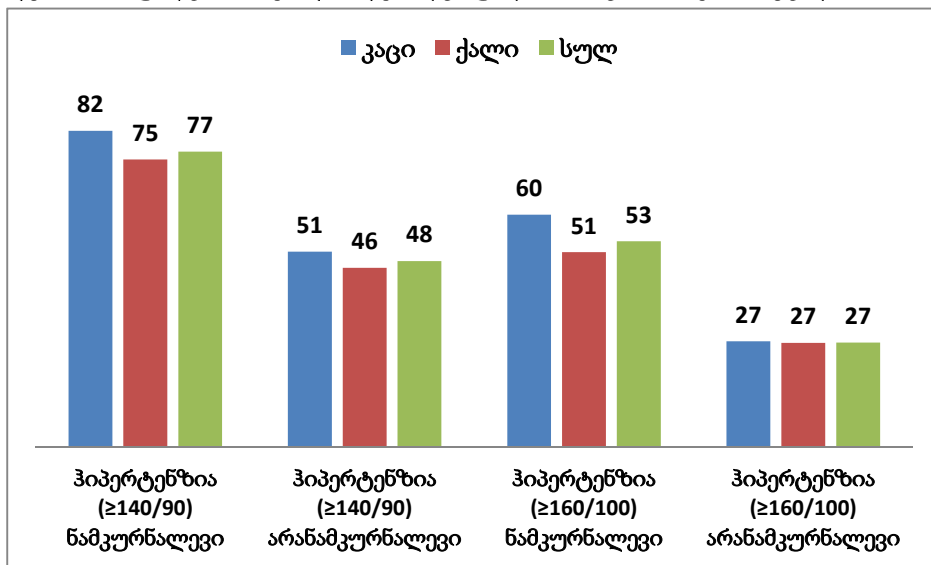
რესპოდენტთა 53.3 პროცენტს (კაცი-60.2% და ქალი-50.5%) რომლებიც უკანასკნელი 2 კვირის განმავლობაში იმყოფებოდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე, გამოუვლინდათ მე-2 სტადიის ჰიპერტენზია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.). არაკონტროლირებადი ჰიპერტენზია უფრო ხშირია მამრობითი სქესის რესპოდენტებს შორის, ქალები შედარებით დამყოლნი არიან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე.

სურათი 34: არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის ($\geq 160/100$ მმ ვწყ.სვ.) გავრცელება სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



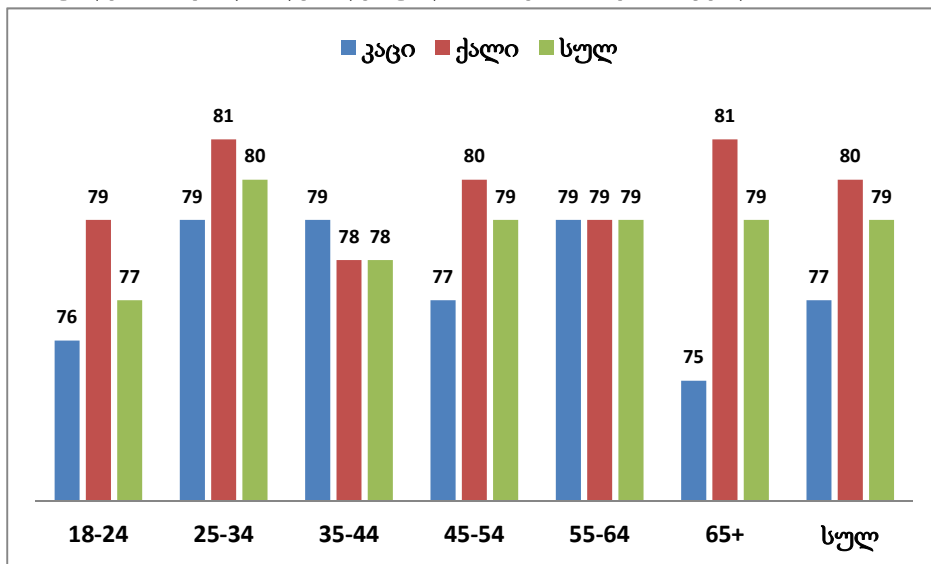
თუ შევადარებთ ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებლებს ექიმის მიერ დანიშნულ ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფ პირებსა და იმ პირებს შორის, რომლებიც არ ღებულობდნენ მედიკამენტებს, აღმოჩნდება, რომ მაჩვენებელი უფრო მაღალია მკურნალობის ჯგუფში. არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის მაღალი მაჩვენებლები შემაშფოთებელია და მიუთითებს ჰიპერტენზიის ადექვატური მართვის არარსებობაზე იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის.

სურათი 35: არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის გავრცელება სქესის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



პულსის საშუალო მაჩვენებელია 79 (კაცი-77 და ქალი-80).

სურათი 36: პულსის საშუალო მაჩვენებლები სქესისა და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ფიზიკური გაზომვები

საშუალო სიმაღლე მამაკაცებში (174.3 სმ) მეტია, ვიდრე ქალებში (162.1 სმ). ეს მაჩვენებლები ყველაზე მაღალია 18-24 წწ ასაკობრივ ჯგუფში და ასაკთან ერთად კლებულობს.

საშუალო წონა მამაკაცებში (80.8 კგ) უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში (72.6 კგ).

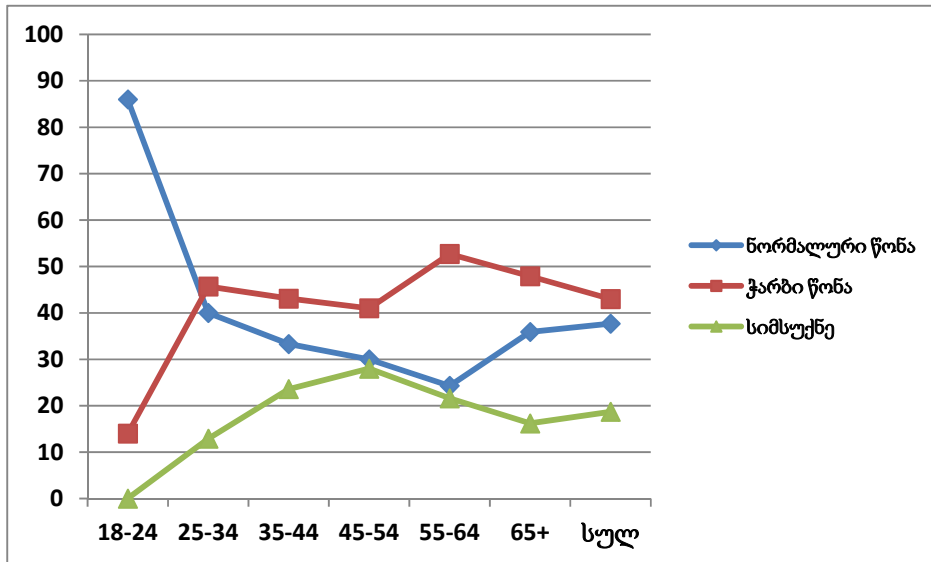
სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი (სმი) შეადგენს 27.2 (კაცი-26.6 და ქალი-27.6). სხეულის მასის ინდექსი იზრდება ასაკთან ერთად და ყველაზე მაღალია 45-54 წწ ასაკის პირთა შორის.

ცხრილი 3: სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლები სქესის და ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12

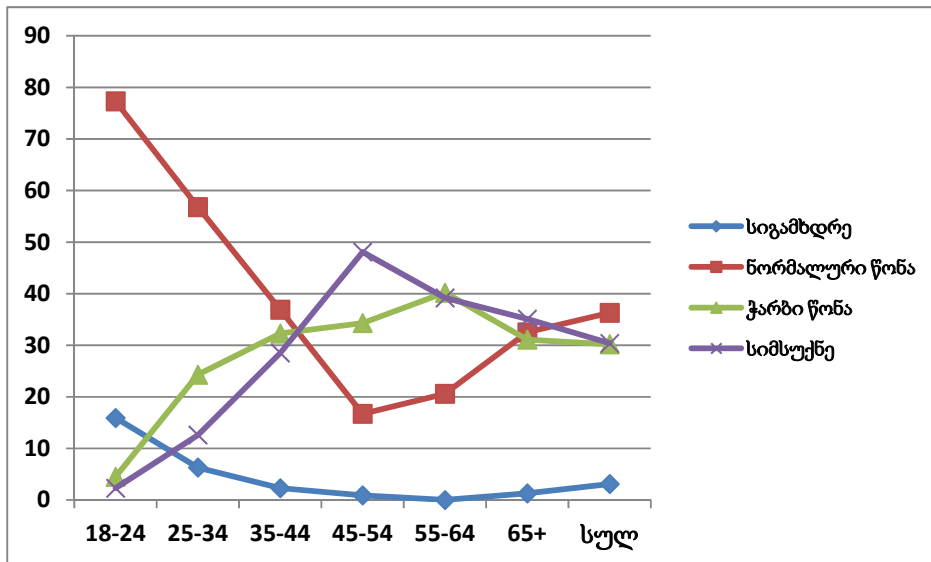
	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65+	სულ
კაცი	23	26	27	28	28	26	27
ქალი	21	25	28	31	30	29	28
სულ	22	25	28	29	29	28	27

სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით გამოიყო 4 ჯგუფი: ორივე სქესისათვის ყველაზე დიდ ჯგუფს 36.9 პროცენტი (კაცი-37.7% და ქალი-36.3%) აქვს ნორმალური წონა (სმი=18.5-24.9). არასაკმარისი წონის პირების ჯგუფი (სმი<18.5) ორივე სქესისათვის შეადგენს 2.1 პროცენტს (კაცი-0.6% და ქალი-3.1%); 35.6 პროცენტს (კაცი-43% და ქალი-30%) აქვს ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9), ხოლო 25.4 პროცენტი (კაცი-18.7% და ქალი-30.4%) - მსუქანია (სმი≥30).

სურათი 37: სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლები მამაკაცებში ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



სურათი 38: სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლები ქალებში ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12

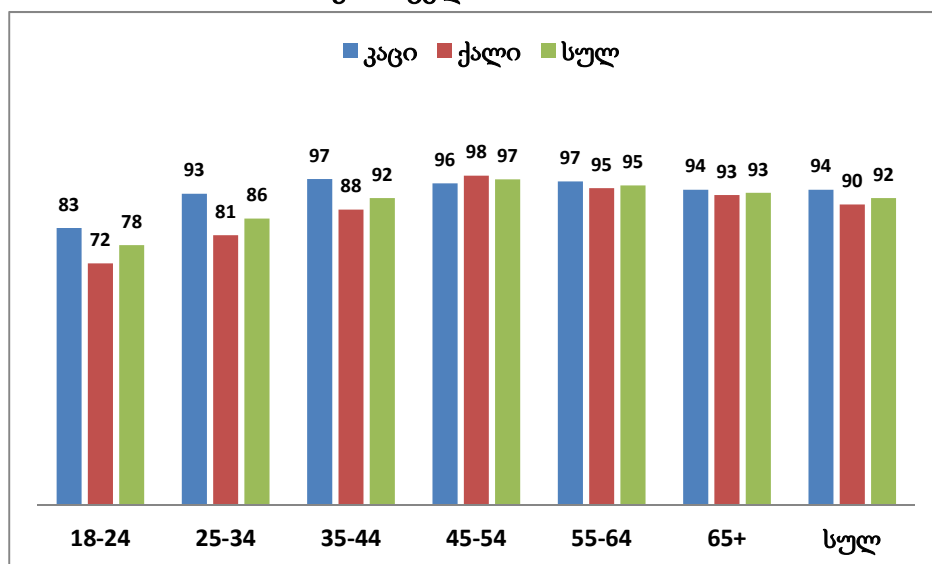


**ცხრილი 4: სხეულის მასის ინდექსი ასაკის მიხედვით, იძულებით
გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12**

	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65+	სულ
გამხდარი	8%	4%	2%	1%	1%	1%	2%
ნორმალური წონა	82%	50%	36%	23%	23%	34%	37%
ჭარბი წონა	9%	33%	36%	38%	38%	38%	36%
სიმსუქნე	1%	13%	27%	39%	31%	27%	25%

წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი იყო 91.6 სმ (კაცი-94.1 სმ და ქალი-89.7 სმ).

**სურათი 39: წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებლები სქესისა და
ასაკის მიხედვით, იძულებით გადაადგილებული პირები,
საქართველო, 2011-12**



მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

ძირითადად პრევალირებს სამი ტიპის საჭიროება. გამოკითხულთა 41.1 პროცენტი (n=577) ხაზს უსვამს დასახლებაში გარემოს ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესების საჭიროებას, იქნება ეს კოლექტიური ცენტრი და / ან ინდივიდუალური საცხოვრებელი, რაც თემის ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესების წინაპირობად მიიჩნევა. „ჩვენ ვცხოვრობთ ჭაობში, სახლი ნესტიანია, კედლები „ტირიან“, სახლში წვიმს და ეს ნესტი ანადგურებს ჩვენს ჯანმრთელობას და გვაყენებს მორალურ და ფსიქოლოგიურ ზიანს“. გარდა ამისა რესპოდენტთა პასუხები მიუთითებს ისეთ საჭიროებებზე, როგორცაა სკოლის, საბავშვო ბაღისა და მოედნის, სვერის, დასასვენებელი / გასართობი ცენტრისა და კლუბის აშენება და ამ ცენტრის შესაბამისი აღჭურვილობითა და აქსესუარებით უზრუნველყოფა, მაგ. ბიბლიოთეკისათვის საჭირო წიგნებით. „აუცილებელია, წყალგაყვანილობის მოწყობა / გარემონტება / სააბაზანოების მოწყობა“; „ფანჯრების, სახურავისა და აივნების გამაგრება საარსებო მნიშვნელობისაა“. გარდა ამისა, რესპოდენტები ითხოვენ საავადმყოფოსა ან სხვა სამედიცინო დაწესებულების აგებასა და თემში ექიმის ყოფნას. „არ არის ამბულატორია, საბავშვო ბაღი შორსაა“. რესპოდენტების გარკვეული რაოდენობა მიუთითებს „ტრანსპორტის დეფიციტზე, პენსიების გაზრდისა და ტრანსპორტისა და კომუნალურ გადასახადებზე შეღავათების არსებობის პრობლემათა გადაჭრის აუცილებლობაზე (იგულისხმება ყოველთვიური მატერიალური შემწეობა და / ან შეღავათიანი ტარიფები ტრანსპორტზე, გაზსა და დენზე), ასევე ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და პოლისის სერვისების გაუმჯობესებაზე“.

კიდევ ერთ უმნიშვნელოვანეს საკითხს წარმოადგენს გზების კეთილმოწყობა დასახლებებში (გზების შეკეთება უშუალოდ დასახლებებში და ასევე მიწის ნაკვეთებთან მისასვლელი გზების გაყვანა). აქვე ხაზგასმულ იქნა საკომუნიკაციო და განათების სისტემებით უზრუნველყოფის. დამხმარე სათავსოს (მოსავლის დასაბინავებლად) და ღობის აშენების აუცილებლობაზე, რაც აღინიშნა უფრო ჯანსაღი მომავლისაკენ ადამიანური მისწრაფებიდან გამომდინარე. ვინაიდან იძულებით გადაადგილებულმა პირებმა საკუთარ თავზე იწვნის ძალადობისა და ომის პირდაპირი შედეგები, ისინი კიდევ უფრო მეტად „მიილტვიან მშვიდობისაკენ“.

38.7 პროცენტი (n=507) პრიორიტეტულად მიიჩნევს უმუშევრობის პრობლემას, ღირსეულად ანაზღაურებადი სამუშაოსა და ჰუმანიტარული დახმარების უქონლობას. „არ გვყოფნის შეშა და ჰუმანიტარული დახმარებით დარიგებული სასურსათო პროდუქტები“; „ჩემთვის, პირველ რიგში, პრიორიტეტულია სამუშაო, ქვრივი ვარ და ბავშვები მყავს გასაზრდელი“.

ამავდროულად, ეროვნული, სათემო, ადამიანური და ქონებრივი დანაკარგებისადმი შერიგების პრობლემა, ზოგადად, მოუგვარებელია. იძულებით გადაადგილებულ პირებს სჯერათ, რომ რეალურად კარგად ყოფნა, მხოლოდ მათი დაბრუნების შემთხვევაში იქნება შესაძლებელი. „ვნატრობ სიკვდილამდე ერთხელ მაინც ვნახო ჩემი ეზო“; „პირველ რიგში დაბრუნება! შემდგომ კი – ჩვენი უფლებების დაცვა, ჩვენ ყველასაგან დავიწყებულები და მიტოვებულები ვართ!“

231 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

გამოკითხულთა უმრავლესობა, 60.4 პროცენტი (n=803) ადასტურებს, რომ იძულებით გადაადგილებულ პირთა თემი „საკმაოდ შეჭიდულია“, თუმცა მხოლოდ რამოდენიმე დაადასტურა ადგილობრივ მოსახლეობასთან არსებულ ურთიერთობაზე. თემის შიდა და გარე ურთიერთობების ხელშეწყობისა და გაძლიერებისთვის, 4.6 პროცენტი (n=62) გვთავაზობს სოციალური ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებას, ქარხნებისა და საწარმოების აშენებისა და გახსნის ხაზგასმით. მეორეს მხრივ, „თემზე დაფუძნებული (სათემო) ორგანიზაციების შექმნა, ქალთა გაძლიერებისა და თემის წარმომადგენელთა არჩევის მიზნით, ასევე ხელს შეუწყობს როგორც შიდა, ასევე საგარეო კომუნიკაციის გაუმჯობესებას; ეს საკმაოდ სასარგებლო იქნებოდა იზოლაციის დასაძლევად“. სხვა მოწოდებები მიუთითებდნენ “მშვიდობის, ერთიანობის, ურთიერთნდობისა და სამთავრობო მხარდაჭერის” მნიშვნელოვნობაზე.

გამოკითხულთა დაახლოებით 5 პროცენტს (n=66) ან წარმოდგენა არ გააჩნია აღნიშნულის შესახებ, ან გამოხატავს უკმაყოფილებას, ვინაიდან „ჩვეულებრივ, ურთიერთქმედებები თემის წევრთა შორის მჭირია და უკეთესი იქნებოდა, რომ ერთი სოფლის მაცხოვრებლები (წარსულში) მჭიდროდ დაესახლებინათ“. ასევე აღინიშნა, რომ „დაძაბულობა მეზობლებს შორის მატულობს ჰუმანიტარული ორგანიზაციების მიერ გაცემული გრანტების არასამართლიანი განაწილების გამო“ და რომ „ურთიერთობები ოჯახის წევრებს შორისაც კი ადვილად ფუჭდება, გაჭირვებაში აღმოჩენისას“.

398 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

ფსიქოსოციალური გამოხმაურების პროგრამების თვალსაზრისით მეტ-ნაკლებად ნათლად ჩამოყალიბებული მოსაზრებებისდა მიუხედავად, გამოკითხულთა 63-მა პროცენტმა (n=839) გამოამჟღავნა უინიაციტივობა, პასიურობა და უუნარობა, როდესაც კითხვა ეხებოდა სპეციფიური იდეების განსაზღვრას თემზე დაფუძნებულ

და თანამონაწილეობრივ მიდგომებზე დამყარებული, პოტენციური პროგრამული ინიციატივების შესახებ. თუმცადა, უმცირესობამ, გამოკითხულთა მხოლოდ 8 პროცენტის სახით (n=107), დაადასტურა მათი მზადყოფნის შესახებ სოციალური ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესების მიზნით, საკუთარი ძალების მობილიზების მხრივ. ასევე აღინიშნა, რომ საამისოდ "გაკეთდება ყველაფერი, რაც მოიაზრება საჭიროებად და (თემის წარმომადგენელთა) შესაძლებლობების ფარგლებს არ აღემატება".

380 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებული ამ საკითხის შესახებ.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი (51.4%, n=684) ადასტურებს გაღიზიანებადობის, დეპრესიული განწყობისა და ასევე ბილწსიტყვაობის შესახებ, დროდადრო გუნებაგანწყობის დაქვეითების განცდისას. ამასთანავე, რესპოდენტები მიუთითებდნენ ამ შეგრძნებათა ისეთ განსაზღვრებებზე, როგორცაა „ცუდად ან ავად ყოფნა, მიძიმე მდგომარეობაში ყოფნა, ტირილი, ჩხუბი და ყვირილი, ტკივილის შეგრძნება, გაუსაძლის მდგომარეობაში ყოფნა, ღმერთისადმი, დედისადმი ან სხვ. მიმართვა დასახმარებლად“. გაისმა ისეთი გამონათქვამები, რომლებიც მიგვანიშნებს ეგზისტენციალურ კრიზისზე, „საერთოდ ნეტავ რატომ გავჩნდი ამ ქვეყნად?“, „მაშინებს, რომ აქ უნდა დამმარხონ“. ზოგიერთმა აღნიშნა, რომ წერს ლექსებს, როდესაც სახლზე ნოსტალგია ეუფლება. ზოგი კი მსგავს განცდებს ისეთი ფსიქოსომატური შეგრძნებების სახით განსაზღვრავს, როგორცაა „უძილობა, შფოთვა, ნევროტულობა, ჭირვეულობა, აგრესიულობა საკუთარი თავისა და გარშემო მყოფებისადმი, მაგ. ყვირილი ოჯახის წევრებზე, უიმედობა, დეპრესიულობა, მწუხარება, თავისა და წელის ტკივილი, სიმძიმე გულმკერდისა და გულის არემი (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც უყურებენ თავიანთ სახლებს ოკუპირებულ ტერიტორიაზე, ჭოგრიტით ან ინტერნეტით), გულთან და ზოგადად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ზოგადი გადაღლილობა და დაქანცულობა“. გამოკითხულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი, უგუნებოდ ყოფნის შეგრძნებას განსაზღვრავს, როგორც „ნოსტალგიას მშობლიურ მხარეზე“. „სიზმარში, ყოველთვის სახლში ვარ“; „აქ ჩვენს ყოფნას აზრი არ აქვს, ეს რამდენ ხანს გასტანს? ნერვიულობის გამო ავად გავხდით“; „ყოველ დილით მეუფლება შეგრძნება, რომ სახლში ვბრუნდები; ყველაფერი მენატრება, წინაპრების საფლავები და სიწმინდეები“. ერთმა რესპოდენტმა ეს მდგომარეობა ძალიან ხატოვნად აღწერა „არც დედა-სამშობლო გვაქვს, არც მამა-სამშობლო, ერთადერთი რაც გაგვაჩნია ობლების სამშობლოა“. იძულებით გადაადგილებულ პირთა სიტყვებით, მათ „ესიზმრებათ

თავიანთი დაბადების ადგილი და მშობლიური მიწა-წყალი”, სურთ „დაბრუნება და თავიანთი ხილის გემოთი დატკობა“ რითაც საკუთარ ბაღებში ნებივრობდნენ.

თუმცა არც ერთი იძულებით გადაადგილებული პირი არ მიმართავს რაიმე ტიპის სიტყვიერ განმარტებას და აღნიშნავს, რომ „უგუნებოდ ყოფნისას“ ისინი ჩვეულებრივ „მოწყენილად გამოიყურებიან. ზოგიერთი მიუთითებდა ძილისადმი მიდრეკილებასთან დაკავშირებით, რაც შესაძლოა ინტერპრეტირებულ იქნას, ესკაპიზმის (რეალობიდან თავის დაღწევის) ნიშნად, რომელიც თავის მხრივ დამთრგუნველ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის შესაძლებლობებსა და მის მონდომებაზე, რათა სამყაროსთან ფასეული კავშირები დაამყაროს. გამოკითხულთა მხოლოდ უმცირესი ნაწილი, 1.8 პროცენტი (n=25), ამტკიცებს საპირისპიროს და ადასტურებს „ოპტიმისტობის“ შესახებ. აქვე აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთაგან მხოლოდ რამოდენიმე რესპოდენტს, საერთოდ არ აქვს არანაირი წარმოდგენა ამ საკითხთან დაკავშირებით.

გამოკითხულთა უმრავლესობა ადასტურებს, რომ მსგავსი უგუნებოდ ყოფნის შეგრძნებები ფართოდაა გავრცელებული მათ თემში, და რომ მოცემული განცდები მეტადრე სისტემატური ხასიათისაა, ვიდრე დროებითი. “ყველა თავშეყრა და სუფრა, მშობლიური მხარის სადღეგრძელოთი იწყება”. რესპოდენტთაგან მხოლოდ რამოდენიმე უარყოფს მსგავსი ყოვლადღიარებული და ხმამაღლა გაჟღერებული სენტიმენტების შესახებ და აცხადებს, რომ ისინი ან არ არიან დარწმუნებული მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით, ან კიდევ მსგავს შეგრძნებებს ერთობ იშვიათად განიცდიან.

ცხრილი 5: ტრავმული გამოცდილების მოგონებებთან დაკავშირებული ტკივილის დონე, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12

ტკივილის დონე	აბსოლუტური ციფრები	%
1	12	0.9%
2	40	3%
3	57	4.2%
4	43	3.2%
5	125	9.4%
6	101	7.5%
7	122	9.1%
8	229	17.2%
9	83	6.2%
10	208	15.6%

6 პროცენტმა (n=80) არ გასცა პასუხი მოცემულ კითხვას.

229 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებული ამ საკითხის შესახებ.

რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (56%, n=745), გუნებაგანწყობის დაქვეითებისას მიუთითებს ურთიერთდაკავშირებული მიზეზების სამ ძირითად ტიპზე. ეს ძირითადი მოტივები დაკავშირებულია **ადამიანურ და მატერიალურ დანაკარგთან, მიგრაციასა და ომთან, უმუშევრობასა და არსებულ ეკონომიკურ პრობლემებთან.** იძულებით გადაადგილებული პირები ჩივიან „კერძო საკუთრების დაკარგვის, ფინანსური შესაძლებლობების არარსებობის და ახალ საცხოვრებელ ადგილას თვითრეალიზაციის შეუძლებლობის გამო, რაც არის მიზეზი საბოლოოდ დეპრესიული მდგომარეობისა“. „ჩვენ იქ ყველაფერი გვექონდა, ხილით სავსე ბაღები, ბოსტნეული, მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვი, მაგრამ ახლა ყველაფერ ამაზე ვწუხვართ და ვნერვიულობთ“; „ჩვენ დავტოვეთ წარსული და ჩვენი წინაპრების განსასვენებელი ადგილები“.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ზოგიერთ რესპოდენტს იძულებით გადაადგილება უკვე მეორედ მოუწია. ამ კონტექსტში, ისევე როგორც ზოგადად, მოყვანილი იყო პერსონალური ტრაგედიები, საყვარელი ადამიანის დაკარგვა, დანაკარგთან დაკავშირებული მწუხარება, დაუმთავრებელი გლოვა, რაც თავისთავად იწვევს ცვლილებებს მათ მენტალობაში. პირადი ტრაგედიები ასევე დაკავშირებულია ომის სისასტიკეებთან, არაადამიანურ ძალადობასა და ტყვეობასთან. გარდა ამისა, ზემოთ აღნიშნულ ნეგატიურ გამოცდილებებს, თან ერთვის ნოსტალგიისა და დაბრუნების სურვილთან დაკავშირებული შეგრძნებებიც. განსაკუთრებით მოიხსენიებოდა მშობლიურ სოფლებში უშფოთველი ცხოვრების სიამტკბილობა და აღინიშნებოდა, რომ სიზმრები სახლ-კარის შესახებ მუდმივ ხასიათს ატარებს. გარდა ამისა, იძულებით გადაადგილებული პირები იხსენებდნენ, თუ რამდენად მაღალი იყო მათი ცხოვრების დონე მშობლიურ მხარეს, როდესაც მათ თვით-დასაქმების მეოხებით ღირსეული ცხოვრების შესაძლებლობა ენიჭებოდათ. საერთო ჯამში, სოციალურ ცვლილებებთან დაკავშირებული ჯაჭვური რეაქცია და ამ ცვლილებების ქვემდებარე მიზეზები, კომპლექსური ხასიათის მატარებელია.

ზემოთ აღნიშნულს თან სდევს ცნობები (12.1%, n=161) მიგრაციასთან ასოცირებული სომატური ჩივილებისა და ჯანმრთელობის გაუარესების და ასევე დროული და შესაფერისი რეაგირების შეუძლებლობის შესახებ, რაც რესპოდენტთა განმარტებების თანახმად, განპირობებულია პოლისის ფარგლებში ხელმისაწვდომი სერვისების არასრულყოფილებით. რესპოდენტები მიუთითებდნენ ისეთი პრობლემების გამწვავებაზე, როგორცაა „ინსულტი, ტვინის სკლეროზი და გულის პრობლემები,

მომატებული წნევა, კუჭ-ნაწლავის (საჭმლის მომნელებელი სისტემის) პრობლემები, ტკივილები მუცლის არესა და კიდურებში, ნევროზი, თავის ტკივილი“. ამას გარდა, მუდმივი შფოთვა და წუხილი, რომელიც ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობას უკავშირდება, პერმანენტული შფოთვისა და დისტრესის საფუძვლად გვევლინება. აქედან გამომდინარე, შფოთვა, აგრესიულობა და თვითმართვის დეფიციტი, აღნიშნულ დისკომფორტს კიდევ უფრო მეტად ამწვავებენ.

2.1 პროცენტმა (n=29) არ გასცა პასუხი ამ კითხვას.

394 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

2008 წლის აგვისტოს კრიზისისა და მისი შემდგომი იძულებითი გადაადგილებისას, იძულებით გადაადგილებულ პირთა თანახმად, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა: რესპოდენტთა უმრავლესობა, 49.6 პროცენტი (კაცი-43.5% და ქალი-54.1%) ჩივის თავის ტკივილების შესახებ; 44.9 პროცენტი (კაცი-34.2% და ქალი-52.9%) ქრონიკული გადაღლილობისა და ენერჯის დეფიციტის შესახებ; 41.8 პროცენტი (კაცი-34.8% და ქალი-46.9%) აღნიშნავს სომატურ ჩივილებზე (როგორცაა თავის, მუცლისა და გულის ტკივილები, ან სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემები); 40.7 პროცენტს (კაცი-32.7% და ქალი-46.8%) არტერიული წნევის მომატების პრობლემები აწუხებს; 39.1 პროცენტი კი (კაცი-34.7% და ქალი-42.4%) მიუთითებს ქრონიკული, არაგადამდები დაავადებების გამწვავებაზე; ჯანმრთელობის პრობლემები ხშირდება ასაკთან ერთად და მნიშვნელოვნად სჭარბობს ქალებში.

ფსიქოლოგიური პრობლემები

2008 წლის აგვისტოს კრიზისისა და გადაადგილების შემდგომ ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემები, იძულებით გადაადგილებულ პირთა მიერ კიდევ უფრო მეტი ინტენსივობით აღინიშნება: 71.4 პროცენტი (კაცი-66.3% და ქალი-75.2%) დამძიმებულია შემაშფოთებელი ფიქრებით კონფლიქტზე / გადაადგილებაზე / მიგრაციაზე დღისა და ღამის განმავლობაში; 71.3 პროცენტი (კაცი-71.6% და ქალი-71%) აღნიშნავს ბრაზმორეულობისა და წონასწორობის დაკარგვის შესახებ; 63.5 პროცენტი (კაცი-56.9% და ქალი-68.2%) გუნებაგანწყობის დაქვეითების შესახებ; 60.4 პროცენტი (კაცი-39.5% და ქალი-75.8%) ხშირად არის სევდამორეული და უჩნდება ტირილის სურვილი; 57.7 პროცენტი (კაცი-51.7% და ქალი-62.2%) წუხს, ვინაიდან

დამით ეღვიძება და უძილოდ არის ფიქრებისა და შფოთვის გამო; 51.2 პროცენტი (კაცი-43.7% და ქალი-56.9%) შფოთავს დაძინების წინ.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მსგავსად, ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემებიც მნიშვნელოვნად პრევალირებს ქალებში. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ აღნიშნული პრობლემები ფართოდაა გავრცელებული 25-34 წ.წ. ასაკში, რაც თავის მხრივ საზრუნავს წარმოადგენს.

ინდივიდები, პროფესიონალები, პარაპროფესიონალები და დაწესებულებები, ვისაც იძულებით გადაადგილებული პირები მიმართავენ, ფსიქოსომატური და ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემების შესამსუბუქებლად

ზემოაღნიშნული ჩივილებისა და მდგომარეობის გამო, რესპოდენტები, როგორც წესი, მიმართავენ მეზობელს, მეგობარს, ნათესავს (63.1%, კაცი-63.1% და ქალი-63.1%); კლების მიხედვით, შემდეგი ყველაზე ხშირი მიმართვიანობის დაწესებულებაა პოლიკლინიკა (7.2%, კაცი-7.2% და ქალი-7.2%); შემდეგ მოდის სასწრაფო დახმარების სამსახური (6.8%, კაცი-5.5% და ქალი-7.7%); ექთანი (5.2%, კაცი-4.7% და ქალი-5.7%); საავადმყოფო (5%, კაცი-6.6% და ქალი-3.9%); მოძღვარი (4.1%, კაცი-2.7% და ქალი-5.2%); ადგილობრივი აფთიაქი (2.9%, კაცი-2.3% და ქალი-3.3%); ფსიქოლოგი (1.5%, კაცი-1.1% და ქალი-1.9%); ფსიქიატრი (0.7%, კაცი-0.4% და ქალი-0.9%); ადგილობრივი თემის მუშაკი (0.4%, კაცი-0 და ქალი-0.6%); არასამთავრობო ან მობილური კლინიკა (0.3%, კაცი-0.2% და ქალი-0.3%).

კულტურული ადათ-წესები და კავშირი მშობლიურ კუთხესთან

თითქმის ყველა გამოკითხული ადასტურებს, რომ ინარჩუნებს კულტურულ ადათ-წესებს, ტრადიციებს, რიტუალებსა და ცხოვრების სტილს დაუბრკოლებრივ, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე თემის დონეზე. ხაზი გაესვა, რომ ოჯახური ტრადიციებისა და წეს-ჩვეულებების შენარჩუნება აძლიერებს მთელ თემს. „ჩვენი წეს-ჩვეულებები არ არის დავიწყებული. სოფლები ერთმანეთს ეჯიბრებიან ტრადიციების შენარჩუნებაში“. თუმცა, ზოგიერთი აღნიშნავდა, რომ კულტურული ტრადიციების გამოვლინებებში ჩართულობა არ სურს, „ნამდვილი და გულწრფელი სიხარულის უქონლობის გამო, სიხარულისა, რომელიც გულიდან მოედინება და გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა ასეთ შემთხვევებში“. „თითოეულ რიტუალს განსაკუთრებული მნიშვნელობა გააჩნდა ჩვენს მშობლიურ სოფელში, ასე რომ გარკვეულწილად მათ დაკარგეს აზრი მშობლიური კუთხის გარეშე“. აღსანიშნავია, რომ ვირტუალური კავშირი ინტერნეტით და უბრალო ჭოგრიტითაც კი, საშუალებას აძლევს ადგილნაცვალ მოსახლეობას ყოველდღიურად ადევნოს თვალი მშობლიურ კუთხესა და სახლებს. მოცემული ხდომილობის გულისშემძვრელი კონოტაციის მიუხედავად,

აღნიშნულის მუდმივი და განმეორებადი ხასიათი მავნეა შესაძლო მატრავმირებელი გამოცდილების დაძლევის პროცესისათვის, სტრესის ძირითად წყაროსთან განმეორებადი შეხების გამო.

განსხვავებით კვლევაში ჩართული სხვა დასახლებული პუნქტებისაგან, წილკანის დასახლებაში რესპოდენტთა დიდმა უმრავლესობამ (79.8%, n=83) აღნიშნა, რომ ინარჩუნებენ კავშირს მშობლიურ მხარესთან. ეს განპირობებულია იმით, რომ წილკანის მაცხოვრებლები არიან ახალგორის რაიონის წარმომადგენლები (ოკუპირებული ტერიტორიის ნაწილი, რომელიც ხელმისაწვდომია, ყოფილი მაცხოვრებლებისათვის).³³

მოგონებების გაზიარების სიხშირე ოჯახის წევრების, ბავშვებისა და მეზობლებისათვის, საკმაოდ მაღალია რესპოდენტების აბსოლუტურ უმრავლესობაში. “ჩვენ ღამითაც კი ვფიქრობთ ამის შესახებ. ჩვენ ვაანალიზებთ, რა ვიყავით და რანი ვართ ამჟამად”. “მირჩევნია იქ ყუთში ვიცხოვრო, ვიდრე აქ სასახლეში, მაგრამ მე რა შემოდლია გავაკეთო?” “დღე არ გავა, ჩვენი ხეობა არ მახსენდებოდეს”. მოგონებების გაზიარების ეპიზოდები, განსაკუთრებით კი ბავშვებთან, სავალდებულო და იძულებითი ხასიათისაა, რაზეც მიუთითებს შემდეგი არგუმენტაცია: „მათ უნდა ახსოვდეთ საიდან არიან”. მოგონებების გაზიარების ამგვარი ხასიათი, ისევე როგორც მშობლიურ კუთხეში განუწყვეტელი დაბრუნება (როგორც ფიზიკურად ისე მენტალურად), აფერხებს აღდგენასა და ტრავმასთან გამკლავების პროცესებს, ხელს უწყობს გართულებული გლოვის (complicated grief) განვითარებასა და ტრავმული გამოცდილების შთამომავლობით გადაცემას.³⁴ მხოლოდ რამდენიმე რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ ისინი ერიდებიან მოგონებების გაზიარებას ბავშვების თანდასწრებით, რათა თავიდან აიცილონ უსიამოვნო ფიქრების ხელახალი აღძრა. გარდა ამისა, ზოგიერთი იძულებით გადაადგილებული პირი „ლექსებს წერს მშობლიურ მხარეზე“, რაც „გადაადგილებისა და მიგრაციის“ ეპოსის წარმოქმნაზე მიუთითებს.

³³ აღნიშნულ მონაცემებს ადასტურებს წილკანის მაცხოვრებელთა უმრავლესობა.

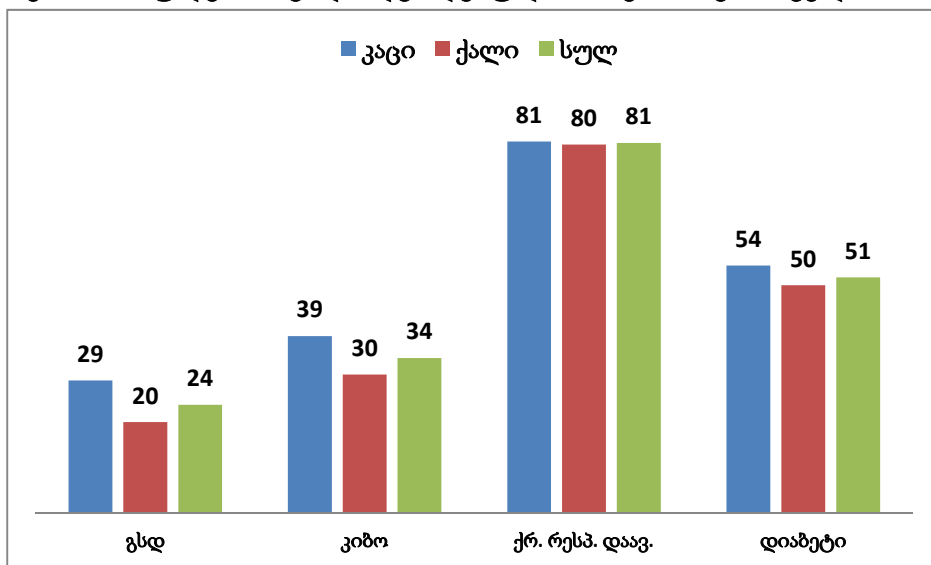
³⁴ The Harvard Medical Health School, Family Health Guide; Complicated Grief (December 2006). Available from: <http://www.health.harvard.edu/fhg/updates/Complicated-grief.shtml>

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევა

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

გამოკითხულთა 76.4 პროცენტმა (კაცი-71.1% და ქალი-80.2%) გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) მოიხსენია, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადებები. 66.2 პროცენტმა (კაცი-61.4% და ქალი-69.8%) ასეთ დაავადებებად მიუთითა კიბო; მხოლოდ 19.2 პროცენტმა (კაცი-18.9% და ქალი-19.6%) ამ შემთხვევაში აღნიშნა ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების შესახებ; და მხოლოდ 48.6 პროცენტმა (კაცი-46% და ქალი-50.3%) - შაქრიანი დიაბეტის შესახებ.

სურათი 40: უცოდინარობის დონე ძირითად არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



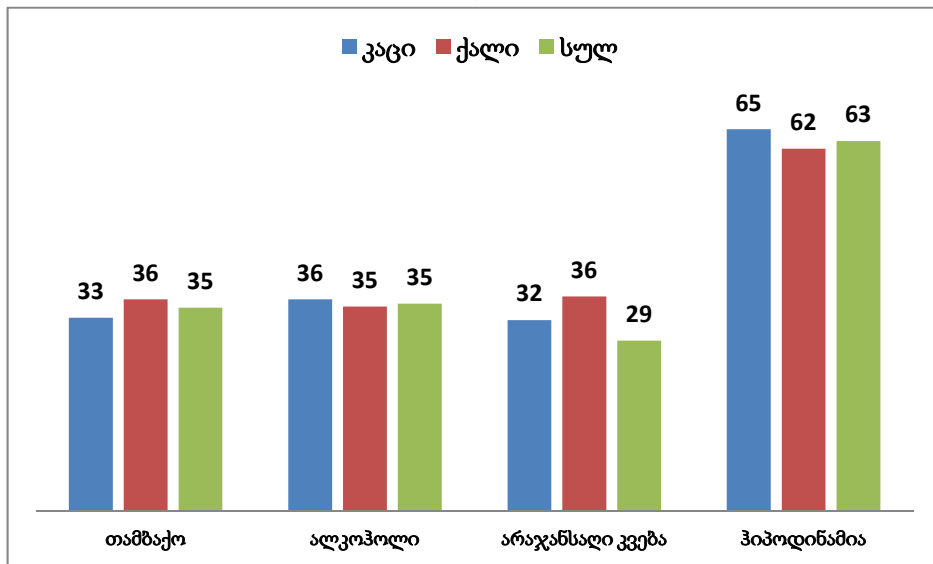
23.4 პროცენტმა (კაცი-24.2% და ქალი-22.8%) არასწორად მიუთითა აივ-ინფექცია / შიდსი როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება. მაშინ როდესაც 17.2 პროცენტის (კაცი-18.1% და ქალი-16.6%) პასუხი მცდარი იყო, როდესაც მიუთითეს ჰეპატიტი, ხოლო 45.1 პროცენტმა კი (კაცი-42.6% და ქალი-46.9%) გრიპი, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება.

საქართველოში ყველაზე გავრცელებული სხვა არაგადამდები დაავადებების შესახებ მიუთითა 15 პროცენტმა (კაცი-14.8% და ქალი-15.1%); 44.9 პროცენტი (კაცი-40.7% და ქალი-48.1%) ვარაუდობს, რომ სხვა ასეთი დაავადებება არ არსებობს, ხოლო 40.1 პროცენტს (კაცი-44.5% და ქალი-36.9%) ამ კითხვაზე პასუხი არ აქვს.

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების შესახებ

რესპოდენტთა 65.5 პროცენტმა (კაცი-67.2% და ქალი-64.1%) თამბაქო მოიხსენია, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი. 64.8 პროცენტმა (კაცი-64.1% და ქალი-65.3%) - ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება; 71.1 პროცენტმა (კაცი-67.6% და ქალი-73.6%) - არაჯანსაღი კვება; 37.2 პროცენტმა კი (კაცი-35.2% და ქალი-38.5%) - დაბალი ფიზიკური აქტივობა, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი.

სურათი 41: უცოდინარობის დონე არაგადამდები დაავადებების ძირითად რისკ ფაქტორებთან მიმართებაში, იძულებით გადაადგილებული პირები, საქართველო, 2011-12



ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა, არა სწორად იყო მიჩნეული არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთ რისკ ფაქტორად 41 პროცენტის (კაცი-38.7% და ქალი-42.9%), ხოლო დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობები - 30.1 პროცენტის (კაცი-28.5% და ქალი-31.4%) მიერ.

ცოდნა არაგადამდები დაავადებების ძირითადი რისკ ფაქტორების შესახებ დაბალია, ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა დაბალ ფიზიკურ აქტივობასთან მიმართებაში.

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

პრევენციული ზომებისა და არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების გზებთან დაკავშირებით არსებული დამოკიდებულების მხრივ, კლებითი თანმიმდევრობის გათვალისწინებით, გამოკითხულთა 58.6 პროცენტმა (n=780) დააფიქსირა ისეთი ფართო კატეგორიები, როგორცაა მშვიდობა ქვეყანაში, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, სწორი კვება, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება, შფოთვისაგან განთავისუფლება, და არაგადამდებ დაავადებათა 4 ძირითადი რისკ ფაქტორისადმი მედგრობა. ასევე აღინიშნა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილების მორიდების, ჰიგიენური ნორმების დაცვის და სიფრთხილის აუცილებლობა. გარემოს დაცვა, პოზიტიური აზროვნების უნარი, მარილის მოხმარების შემცირება, დიაბეტის მართვის მიზნით შესაბამისი დიეტური ჩვევების აუცილებლობა და სიმძიმეების ტარებისაგან მორიდებაც იყო მოხსენიებული. „თუ მექნება სამუშაო, პრობლემები ადვილად გადაიჭრება“.

გამოკითხულთა ძალიან მცირე ნაწილი (3.2%, n=43) მიუთითებს პრევენციული სკრინინგული აქტივობების პრიორიტეტულობაზე და წელიწადში ორჯერ მაინც, ექიმის რეგულარული კონსულტაციის საჭიროებაზე. შესაბამისად, თვლიან, რომ ექიმის რეკომენდაციების მკაცრი დაცვა და საკმარისი მედგრობა დაავადების ზემოქმედების გამძლეობისთვის საშუალებას მისცემთ დაძლიონ დაავადება. თუმცა რესპოდენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ ყველა ზომა უნდა იქნას მიღებული, რათა არ მოხვდეთ არაპროფესიონალ ექიმთან. 2.1 პროცენტი (n=28) მიუთითებს ისეთ წინასწარმეტყველურ განსაზღვრებებზე, როგორცაა „თუ გარემო პირობები ხელს შემიწყობს, საერთოდ არაფერზე არ ვინერვიულებ“, „თუ საკმარისი მატერიალური სახსრები მექნა, შევძლებ დავიცვა ჩემი შვილები დაავადებებისგან“. „არ მაქვს საშუალება, შევიძინო აუცილებელი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები“. ასევე რესპოდენტებს სჯერათ, რომ „ავადმყოფობა ბედისწერასავითაა, რაც გიწერია, იმას ვერ წაუხვალ“. 10.4 პროცენტი (n=139) არ იყო გათვითცნობიერებული, ან არ შეეძლო თავიდან აეცილებინა არაგადამდები დაავადებები და სინანულს გამოთქვამდა იმის თაობაზე, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გართულდა, პრევენციული ზომების დაცვის უუნარობის გამო. „ჩვენ არ შეგვიძლია ჰაერისა და გარემოს გასუფთავება“; „ყველაფერი დაგვიანებულია, რადგან მე უკვე ავად ვარ“.

339 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

როგორც მოსალოდნელი იყო, გამოკითხულთა აბსოლუტურ უმრავლესობას არ ექონდა პრევენციული ზომების გატარების გამოცდილება; მეტიც, ზოგიერთი რესპოდენტი

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის კონტექსტში მიუთითებდა ისეთ მცდარ მოსაზრებაზე, როგორცაა „გათვითცნობიერებულობა გრიპის პრევენციის შესახებ“. მეორეს მხრივ, შესაბამისი გამოცდილების ხელთ პყრობის მხრივ, ისინი მიუთითებდნენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებაზე, რაც მათი აზრით ნერვიულობამ და იძულებითი გადაადგილებით განპირობებულმა არასასურველმა ცვლილებებმა გამოიწვია. „დიახ, ომის შემდეგ დიაბეტი დამემართა“, „დიახ, სწორედ ომის შემდეგ დამეწყო წნევები“, „დიახ, ომის შემდეგ ნევროზი დამეწყო“. თუმცა, გამოკითხულთა მცირე ნაწილი ადასტურებს ისეთი პრევენციული ზომების გატარებას, როგორცაა „გამოკვლევების ჩატარება რეგულარულად, დაკვირვებულობა საკვები პროდუქტების შერჩევისას“; „ფიზიკურად მაქსიმალურად აქტიურად ყოფნა“; „მოწევას უკვე 18 წელია თავი დავანებე და გარშემო მყოფებსაც მოვუწოდებ მიბამონ ჩემს მაგალითს“.

დაახლოებით 27 პროცენტი (n=381) ჰიპერტენზიას დროებით მოვლენად მიიჩნევს, „რომელიც მოითხოვს რეგულარულ მკურნალობასა და ყურადღებას, რადგანაც მან შეიძლება ადვილად გამოიწვიოს სიკვდილი, თუკი წამალს დროულად არ მიიღებ“. მაშინ როდესაც დაახლოებით 48 პროცენტი (n=638) თვლის, რომ მომატებული წნევა დაავადებაა, „რომელიც მუდმივი მდგომარეობაა და საჭიროებს მუდმივ მკურნალობას. მიუხედავად იმისა, რომ მისი კონტროლი შესაძლებელია, არ არის ადვილი ამ მოვლენასთან ბრძოლა“. გამოკითხულთა მცირე ნაწილს, მხოლოდ 6 პროცენტს (n=83), ან საერთოდ არ აქვს წარმოდგენა განხილულ საკითხთან დაკავშირებით, ან დარწმუნებულობის უქონლობის გამო ისეთ ორმნიშვნელოვან კომენტარს იძლეოდნენ, როგორცაა: „გააჩნია“, „შესაძლებელია ორივე“.

227 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

არტერიული წნევის მომატებისას, გამოკითხულთა უმრავლესობა მიუთითებს შესაბამისი წამლის მიღების საჭიროებაზე ან ისეთი ხალხური ხერხების გამოყენებაზე, როგორცაა ფეხების ცხელი აბაზანები და ცივი ძმრიანი საფენები კეფაზე. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთ შემთხვევებში, ამ მძიმე ჯანმრთელობის პრობლემის მოგვარებისთვის, სასწრაფო დახმარების, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ან ოჯახის ექიმისთვის მიმართვის შესახებ იშვიათად მიუთითებდნენ. გარდა ამისა, მიუხედავად იმისა, თუ როგორ აღიქვამენ რესპოდენტები ჰიპერტენზიას - იქნება ეს პერიოდული გამოვლინება თუ დაავადება, მედიკამენტების მიღების სასიცოცხლო აუცილებლობა ორივე შემთხვევაში დასტურდებოდა. აღნიშნული შედეგი ეხმიანება საქართველოს ზოგად პოპულაციაში განხორციელებული ფარმაკო-ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგებს, რომლის თანახმად ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის მოსახლეობა მედიკამენტების მიღების საჭიროებას ასევე

ადასტურებდა.³⁵³⁶ თუმცა, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევის რესპოდენტები, „მკურნალობის“ სხენებისას გულისხმობდნენ არტერიული წნევის ციფრების ეპიზოდურ დაქვეითებას (რაც ძირითად დეფექტს წარმოადგენდა), ნაცვლად სასურველი ცოდნისა დაავადებების გამწვავების თავიდან აცილებაზე და მათი რისკ ფაქტორების პრევენციაზე გამიზნული, ხანგრძლივი გეგმიური და უწყვეტი მკურნალობის შესახებ.

საინტერესოა ის, რომ როდესაც რესპოდენტები საუბრობენ არაგადამდები დაავადებებით დაავადებული ადამიანის მოვლაზე, აბსოლუტური უმრავლესობა მიიჩნევს ფსიქოლოგიური და ოჯახური მხარდაჭერის აუცილებლობას, „მასზე ზრუნვა, წამლის სწორად შერჩევა და დროული მიცემა, კვების რეჟიმი, ყურადღება და ყველანაირი მზრუნველობა“. სულ რამოდენიმე აღნიშნა პირბადეს ტარების აუცილებლობაზე. კვლევის საინტერესო მიგნებაა ისიც, რომ ჯანმრთელობის ეს მდგომარეობა აღიქმება, როგორც მომაკვდინებელი დაავადება, ხოლო ქრონიკული, ხანგრძლივად სამკურნალო დაავადებების მქონე პირებზე ზრუნვა, ფაქტიურად გაიგივებულია პალიატიურ მზრუნველობასთან. აღნიშნული მიგნება ადასტურებს მცდარი წარმოდგენების არსებობაზე არაგადამდები დაავადებების, ასევე ამ დაავადებათა ეფექტური მართვის და ამავდროულად ცხოვრების ხარისხისა და გახანგრძლივების შესაძლებლობებზე. დამატებით, ეს კონკრეტული მიგნება კიდევ ერთხელ მიუთითებს პაციენტებში ხანგრძლივი მკურნალობის პროცესის მიმართ მოტივაციის დეფიციტზე, რაც საქართველოს ზოგადი პოპულაციის ტიპური მახასიათებელია და სხვადასხვა მიზეზებთან ერთად, ასოცირდება სამედიცინო პერსონალის ინერტულობასთან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით. აქედან გამომდინარე, გასაკვირი არ არის, რომ მხოლოდ ძალიან მცირე რაოდენობით რესპოდენტმა მიუთითა მკურნალობის პროცესში ექიმის ჩართულობის აუცილებლობაზე.

სამედიცინო პერსონალის მიმართ ნდობასთან დაკავშირებული ასპექტები, პოზიტიურადაა შეფასებული 69.4 პროცენტის მიერ (n=923); 54.4 პროცენტი (n=723) ადასტურებს ნდობასა და დარწმუნებულობას ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის შესაძლებლობებში. „ჩვენი ექიმები განათლებულები არიან, ყოველთვის ცდილობენ შეუმსუბუქონ პაციენტს მდგომარეობა, ყურადღებით მოექცნენ“. „გორის ჰოსპიტალი ძალიან კარგია; მაღალკვალიფიციური ექიმები თბილისშიც არიან“. „მომწონს ჯანდაცვის სისტემა, მაგრამ ეს მხოლოდ თბილისზე ვრცელდება“. „საავადმყოფოები მაღალი დონისაა“, „როდესაც დამჭირდა სამედიცინო დახმარება, პოლისმა ჩემი

³⁵ Assessment of NCD Prevention and Control Mechanisms in Primary Health Care (WHO / NCDC&PH, Georgia, 2009).

³⁶ Non-communicable Diseases Risk Factors (STEPS) Survey (Georgia, 2010).

ოჯახის ყველა საჭიროება დაფარა“. „თუ საკმარისი ფული გაქვს, მკურნალობას შეძლებ“. თუმცა, რესპოდენტები ასევე ხაზს უსვამენ სადაზღვევო პოლისის ლიმიტის გაზრდის საჭიროების აუცილებლობას, მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურების მატების მხრივ. ასევე აღინიშნა, რომ „ჯანდაცვის სისტემამ მეტი ყურადღება უნდა მიაქციოს ექიმების განათლებას“, და რომ „კარგია, ბევრი ახალი საავადმყოფო რომ იხსნება, რაც ვიმედოვნებთ, მკურნალობის უფასო სერვისების ხელმისაწვდომობასაც გაზრდის“.

8.2 პროცენტი (n=109) საწინააღმდეგო აზრისაა. უკმაყოფილება ძირითადად ჯანდაცვის სერვისებისადმი და აუცილებელი მედიკამენტებისადმი დაბალ ხელმისაწვდომობას შეეხება. ასევე აღნიშნავენ უკმაყოფილებას სადაზღვევო პოლისით, აუცილებელი მედიკამენტებით მომარაგების არ არსებობის, ან საერთოდ პოლისის არ ქონის გამო. „უკვე არავინ საუბრობს ჰიპოკრატეს ფიცის შესახებ, სამწუხაროდ, მედიცინა და ექიმის საქმიანობა, მომგებიან და შემოსავლიან ბიზნესად იქცა“, „წამლები ძვირია და ზოგჯერ ვადაგასული“. „ჯანმრთელობისადმი ხელმისაწვდომობა დღეს პრობლემაა“ და „ვინც იყენებს პოლისს, მას ყურადღებით არ მკურნალობენ“. იმედგაცრუება გამომდინარეობს ჯანდაცვის პროფესიონალთა კომპეტენტურობის ნაკლებობით, როგორც აღინიშნა ზოგიერთი რესპოდენტის მიერ, ერთი და იგივე პრობლემისას, სხვადასხვა ექიმთან მიმართვის შემთხვევაში, დასმული დიაგნოზი საექვო ხასიათის იყო. გარდა ამისა, „წამლები კატასტროფულად ძვირია და სისტემა არანაირად არ არის მორგებული ქრონიკულ, არაგადამდებ დაავადებათა დიაგნოზის მქონე პირების საჭიროებებზე“.

13.6 პროცენტს (n=182) არ გააჩნდა წარმოდგენა აღნიშნული საკითხების შესახებ, ან არ მოეპოვებოდა პასუხი.

ქცევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი, 58.6 პროცენტი (n=780) ან არ იყო გათვითცნობიერებული მოცემული საკითხის შესახებ, ან რთულად მიიჩნევდა არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების კონკრეტული გზების დასახელებას, ან კიდევ მიუხედავად არსებული სურვილისა, ამ პრევენციულ ღონისძიებებზე დამყოლობასთან დაკავშირებით პრობლემები უჩნდებოდათ. დაახლოებით 20 პროცენტმა (n=269) დაასახელა ისეთი ფართო კატეგორიები, როგორცაა მთავრობის პასუხისმგებლობის გაზრდა და შესაბამისი დახმარების გაძლიერება, განსაკუთრებული მოთხოვნით საკვებ პროდუქტებზე ხარისხის კონტროლის შემოღების შესახებ; სამუშაოთი უზრუნველყოფა; სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება და სოციალურ სერვისებზე შეღავათების გაზრდა;

მშვიდობიანი თანაცხოვრებისა და ყველასათვის ჯანსაღი გარემოს გარანტირება; ალკოჰოლისა და თამბაქოს პროდუქტებზე გადასახადების გაზრდა.

რესპოდენტთა უაღრესად მცირე ნაწილმა (2%, n=32) მიუთითა პრევენციული სკრინინგული აქტივობების პრიორიტეტულობაზე (წელიწადში 2-ჯერ მაინც), ექიმებთან რეგულარული კონსულტაციის საჭიროებაზე, როგორც არაგადამდები დაავადებების მართვისა და პრევენციის საუკეთესო გზაზე. ამ უმცირესობიდან სულ რამოდენიმემ აღნიშნა, რომ ისინი ატარებენ პრევენციულ ზომებს არტერიული ჰიპერტენზიის კონტროლის სახით, იღებენ შესაბამის მედიკამენტებს და მკურნალობენ დიაბეტს ინსულინით.

244 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

რაც შეეხება ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვიანობას, 52 პროცენტმა (n=703) გამოთქვა უკმაყოფილება და დაადასტურა, რომ იშვიათად აკითხავენ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს. ზოგიერთმა დაამატა, რომ მიმართვიანობას მხოლოდ გადაუდებელი შემთხვევისას აქვს ადგილი. ამის მიზეზად დასახელდა ფინანსური პრობლემები და გამოწერილი მედიკამენტის შეძენის უუნარობა, რის გამოც, სამედიცინო დაწესებულებებს ძალზედ იშვიათად აკითხავენ. რესპოდენტები განსაკუთრებულ უკმაყოფილებას გამოთქვამენ „უყურადღებობისა და დაუდევრობის“ გამო, მეტადრე როდესაც საქმე არაგადამდებ დაავადებებს ეხება. 22.1 პროცენტმა (n=294) (მნიშვნელოვანი უმცირესობა) გამოთქვა კმაყოფილება და დაადასტურა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში დახმარებისთვის მიმართვისას არ შექმნიათ არანაირი პრობლემა. თუმცა კმაყოფილ პირებს შორისაც კი გაისმოდა ჩივილები სამედიცინო გამოკვლევების, მკურნალობისა და მედიკამენტების სიძვირის შესახებ, და ასევე უკმაყოფილება ექიმის მიერ სწორი დიაგნოზის დასმის უნარებთან დაკავშირებით.

კიდევ უფრო მცირე ნაწილი, 7 პროცენტი (n=103), ან არ არის ინფორმირებული ამ საკითხის ირგვლივ, ან არასოდეს მიუმართავთ რეფერალური სერვისებისადმი, მოცემულის საჭიროების არ არსებობის გამო.

229 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

კითხვაზე, ექვემდებარებიან თუ არა რესპოდენტები არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ზემოქმედებას, უმრავლესობამ დაადასტურა ნებისყოფის ნაკლებობის შესახებ, რათა მედგრობა გაუწიონ ამ ნეგატიურ ზემოქმედებებს და

მართონ საკუთარი თავი. თუმცა, აქვე რესპოდენტებმა აღნიშნეს თავიანთი სურვილის შესახებ, რომ გაძლიერდნენ, რათა თავი აარიდონ ოთხ ძირითად რისკ ფაქტორს; მოყვანილ იქნა მაგალითები მარილისა და ტკბილეულის მოხმარების შემცირების შესახებ. ამისდა საპირისპიროდ, უმცირესობამ დაადასტურა მათი უძლურობის შესახებ, რათა მედგრობა გაუწიონ ამ ოთხი რისკ ფაქტორის ნეგატიურ, მაგრამ მაცდურ ზეგავლენებს. რომ დავაზუსტოთ, რესპოდენტებმა დაადასტურეს თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, პერმანენტული შფოთვისგან განთავისუფლების უუნარობა, და მძიმე ფიზიკური სამუშაოს (სიმძიმეების აწევა, გადატანა) შესრულება.

ჩვევების შეცვლასთან დაკავშირებით, საბედნიეროდ, რესპოდენტთა უმრავლესობამ გამოთქვა მზაობა. ადგილი ქონდა ისეთ სათუო განცხადებებსაც, როგორცაა „როგორც კი სახლში დავბრუნდები, მაშინვე შევიცვლები“. „თუ საჭირო იქნება, თამბაქოს თავს დავანებებ“. აღინიშნა, რომ „სიღარიბესთან, გადაადგილებასთან და ომის შედეგებთან ბრძოლა“, ამ მიზნის მისაღწევად უმთავრესია. რესპოდენტთა დაახლოებით 20 პროცენტმა აბსოლუტურად საწინააღმდეგო მოსაზრებები გამოთქვა. აღინიშნა, რომ ეკონომიკური სიდუხჭირისა და მუდმივ სტრესულ სიტუაციაში ყოფნის გამო, მათ სხვა გზა არც დარჩენიათ, გარდა იმისა, რომ რისკ ფაქტორების „დამყოლი“ იყვნენ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ განსაკუთრებით მოიხსენიებოდა შემდეგი მოსაზრებები: „თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების უარყოფის, ასევე მარილის მოხმარების შემცირების უუნარობა და წონაში დაკლების შეუძლებლობა“; „აღამიანს ვერ შეცვლი“; განსაკუთრებით კი „შეცვლას აზრი აღარ აქვს, მაშინ როდესაც ყველაზე ცუდი უკვე მომხდარია“ (უკუბრუნებელ დაავადებაზე მითითებით). სულ რამოდენიმე მიუთითა ცვლილების შემოთავაზების უაზრობაზე უკვე ხანდაზმული ასაკის გამო.

და ბოლოს, გამოკითხულთა უმრავლესობამ დაადასტურა მკურნალობაზე დამყოლობის სურვილის ქონის შესახებ. აღინიშნა, რომ რესპოდენტები ყოველივე შესაძლებელს იღონებდნენ, „ფულსაც კი ისესხებდნენ და ექიმის მიერ დანიშნულ მკურნალობას ბოლომდე მიიყვანდნენ“. „პაციენტი უნდა დაეხმაროს საკუთარ თავს ექიმისადმი მუდმივი მორჩილებით“. „პაციენტმა უნდა შეასრულოს ექიმის დანიშნულება, წინააღმდეგ შემთხვევაში იწყება თვითმკურნალობა, რაც აბსოლუტურად უსარგებლოა“. გარდა ამისა, ზოგიერთმა წამოაყენა ისეთი პირობითი არგუმენტებიც, როგორცაა დამყოლობის შეუძლებლობა ფინანსური პრობლემების, ჯანდაცვის მუშაკებისადმი ნდობის ნაკლებობისა და სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო. „მე ვარ ექიმის დამყოლი, მაგრამ მედიკამენტები უაღრესად ძვირია და ამიტომ არ შემიძლია თავს ამის უფლება მივცე“. კიდევ უფრო მცირე რაოდენობა არ არის ინფორმირებული ამ საკითხთან დაკავშირებით, ან მიუთითა მკურნალობის საჭიროების არ არსებობაზე. მეორეს მხრივ, ზოგიერთებს უბრალოდ არ სურთ ექიმის დანიშნულების დაცვა,

საკუთარი „ჯიუტობის“ ან „ნებელობის ნაკლებობის“ გამო, განსაკუთრებით კი, როდესაც საქმე ეხება ხანგრძლივი მკურნალობის შემთხვევებს.

დაბრუნებული მიგრანტები

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი

კვლევაში მონაწილეობდა 41 დაბრუნებული მიგრანტი. კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი იყო 55 პროცენტი.

სქესი და ასაკი

41 დაბრუნებულ მიგრანტს შორის 37 (90.2%) იყო მამაკაცი და 4 (9.8%) ქალი. რესპოდენტები გადანაწილებული იყვნენ 5 ასაკობრივ ჯგუფში. გამოკითხულთა უმრავლესობა (34.1%) წარმოადგენდა 35-44 წწ ასაკობრივ ჯგუფს.

ეთნიკურობა

კვლევაში მონაწილე ყველა დაბრუნებული მიგრანტი იყო ქართველი (94.6%).

ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, გამოყოფილ იქნა 6 ჯგუფი. ყველაზე დიდი იყო ამჟამად ქორწინებაში მყოფთა ჯგუფი (65.9%).

განათლება

განათლების ძირითადი ხანგრძლივობა (საშუალო და უმაღლესი განათლება, გარდა დაწყებითი განათლებისა) შეადგენდა 10 წელს. თუმცა ეს მაჩვენებელი მცირედ ვარირებდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. ქალები უფრო მეტ დროს უთმობდნენ განათლებას (11 ნაცვლად 10 წლისა).

მიღებული განათლების დონე (კვლევაში მონაწილე პირის მიერ მიღებული განათლების უმაღლესი დონე) დაყოფილი იყო 7 დონედ. კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობას ჰქონდა საუნივერსიტეტო (48.8%) და სრული საშუალო (43.9%) განათლება.

დასაქმება

სამუშაო სტატუსის მიხედვით გამოიყო 4 ჯგუფი. ყველაზე მრავალრიცხოვანი (53.7%) აღმოჩნდა შრომისუნარიან უმუშევართა ჯგუფი. თვით-დასაქმებულების წილი შეადგენდა 24.4 პროცენტს.

ერთმა მამაკაცმა (2.4%) აღნიშნა, რომ მუშაობდა სახელმწიფო სტრუქტურებში, 2-მა (ქალი) მიუთითა სამუშაო არასამთავრობო სექტორი, 2-მა ქალმა მიუთითა, რომ

დიასახლისია. არაანაზღაურებადი სტატუსის მქონე პირთა შორის, 1 ქალი პენსიონერია, ხოლო 2 მამაკაცი შრომისუნარო უმუშევარია.

შეკითხვაზე, თუ რა იყო მათი საქმიანობის სფერო მიგრაციამდე, ყველაზე ხშირი პასუხი იყო - სახელმწიფო მოხელე (კაცი-27%), რასაც მოსდევდა თვითდასაქმებულები (კაცი-18.9%), სტუდენტები (კაცი-8.1%). შრომისუნარიანი უმუშევრების წილი შეადგენდა 12.4 პროცენტს.

ცხრილი 6: სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები, დაბრუნებული მიგრანტები, საქართველო, 2011-12

	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65+	სულ
კაცი	2.7%	32.4%	32.4%	18.9%	13.5%	.0%	90.2%
ქალი	.0%	.0%	50.0%	25.0%	25.0%	.0%	9.8%
განათლება							
არანაირი განათლება	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
არასრული დაწყებითი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
სრული დაწყებითი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
არასრული საშუალო	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
სრული საშუალო	.0%	25.0%	64.3%	50.0%	33.3%	.0%	43.9%
საუნივერსიტეტო	100.0%	75.0%	28.6%	37.5%	50.0%	.0%	48.8%
დიპლომის შემდგომი	.0%	.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	2.4%
ოჯახური მდგომარეობა							
დაუქორწინებელი	100.0%	25.0%	14.3%	12.5%	.0%	.0%	17.1%
ამჟამად დაქორწინებული	.0%	75.0%	64.3%	62.5%	66.7%	.0%	65.9%
ცალკე მცხოვრები	.0%	.0%	.0%	1.0%	.6%	.4%	.5%
განქორწინებული	.0%	.0%	4.4%	2.9%	.6%	1.8%	2.5%
ქვრივი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
თანამაცხოვრებელი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%

კონფლიქტის ზონაში ყოფნა საომარი მოქმედებებისას

მხოლოდ ორი დაბრუნებული მიგრანტი (მამაკაცი) იმყოფებოდა კონფლიქტის ზონაში საომარი მოქმედებებისას. რესპოდენტთა 59.3 პროცენტი თავს გრძნობს აბსოლუტურად უსაფრთხოდ, 29.6 პროცენტი - მეტ-ნაკლებად უსაფრთხოდ და 3.7 პროცენტი (1 კაცი) თვლის თავს სრულიად დაუცველად ამჟამინდელ საცხოვრებელ ადგილას.

ოჯახის შემოსავალი

საშუალო წლიური შემოსავლის მიხედვით, ოჯახები 5 ჯგუფად დანაწევრდა. რესპოდენტთა 70.7 პროცენტში წლიური შემოსავალი 2,600 ლარზე ნაკლებია, 2,600-5,000 ლარის ოდენობის შემოსავალი დაბრუნებულ მიგრანტთა 14.6 პროცენტს გააჩნია. გამოკითხულთა მხოლოდ 9.8 პროცენტი მიუთითებს წლიურ შემოსავალზე 5,000-10,000 ლარამდე ოდენობით. არცერთი რესპოდენტი არ მიუთითებს წლიურ შემოსავალს 10,000-20,000 ლარამდე. აღნიშნული ციფრები შემფოთებას იწვევს, რადგან კვლევის შედეგების მიხედვით, დაბრუნებულ მიგრანტთა დაახლოებით 71 პროცენტი ოჯახების თვითონ შემოსავალი 217 ლარს შეადგენს.

ქცევითი რისკ ფაქტორები (STEP 1)

თამბაქოს მოხმარება

ამჟამად მწეველები

სხვადასხვა სახის თამბაქოს პროდუქტებს მოიხმარს რესპოდენტთა 65.9 პროცენტი (კაცი-70.3%); მწვეელი იყო 1 ქალი. როგორც ჩანს მამაკაცებსა და ქალებს შორის მკვეთრი განსხვავებაა ამჟამად მწვეელობის გავრცელების მხრივ.

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, მოწევა ყველაზე მეტად გავრცელებულია 35-44 წწ და 45-54 წწ ასაკობრივ ჯგუფებში (78.6% და 75% შესაბამისად).

ყოველდღიურ მწვეელთა შორის, მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი შეადგენს 21 წელს; ერთადერთმა მწვეელმა ქალმა მიუთითა, რომ მოწევა 37 წლის ასაკში დაიწყო.

ყველა ყოველდღიური მწვეელი მოიხმარს ქარხნული წარმოების სიგარეტს.

ყოფილი მწვეელები

შესწავლილ იქნა ყოფილი ყოველდღიური მწვეელების მახასიათებლები. ყოფილი ყოველდღიური მწვეელის სტატუსი განისაზღვრა, როგორც ამჟამად არამწვეელი ან პერიოდულად (არა ყოველდღიურად) მწვეელი.

წარსულში ყოველდღიური მწვეელები შეადგენენ კაცი რესპოდენტების 63.2 პროცენტს. სამ ქალს არასოდეს არ მოუწევია.

მოწევის შეწყვეტის მცდელობა

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოწევის შეწყვეტის მცდელობა აღნიშნა გამოკითხულ მამაკაც მწვეელთა 50 პროცენტმა (15 კაცი). მოწევის შეწყვეტის მცდელობის ყველაზე

მაღალი მაჩვენებელი (83.3%) 45-54 ასაკობრივ ჯგუფშია. ამ 15 მიგრანტს შორის, ორმა სცადა მედიკამენტების (ბუპროპრიონი ან ტაბექსი), ხოლო ერთმა - უკვამლო თამბაქოს პროდუქტის გამოყენება.

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის მოხმარება სიცოცხლის განმავლობაში

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება ძალიან მაღალია დაბრუნებულ მიგრანტთა გამოკვლეულ ჯგუფში და 100 პროცენტს შეადგენს. კვლევაში მონაწილე 4 ქალიდან, ორს ოდესმე დაუღევია ალკოჰოლური სასმელი.

ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსი კვლევამდე 30 დღისა და 12 თვის მანძილზე გამოკითხვისას ყურადღება გამახვილდა ერთის მხრივ, ალკოჰოლის მიღების სტატუსზე დროის მიხედვით (უკანასკნელი 30 დღე, 12 თვე), და, მეორეს მხრივ, მიღებული ალკოჰოლის ჯერადობასა და ოდენობაზე, სტანდარტული, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებული ნორმების გათვალისწინებით.

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი შეადგენდა 97.3 პროცენტს (36 რესპოდენტი, კვლევაში მონაწილე 37 მამაკაცი დაბრუნებული მიგრანტიდან) მამრობითი სქესის დაბრუნებულ მიგრანტებში; ორ ქალს მიუღია ალკოჰოლი უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში 83.3 პროცენტია (30 მიგრანტი 37 რესპოდენტიდან) მამრობითი სქესის დაბრუნებულ მიგრანტებში; ორ ქალს მიუღია ალკოჰოლი უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში.

ალკოჰოლის მიღების სიხშირე და რაოდენობა

ალკოჰოლის მოხმარებელთა უმრავლესობა (50%) ალკოჰოლს იღებს 1-3 ჯერ თვეში, რიგით მეორე პასუხია - 1-4 დღე (28.9%), მომდევნო პასუხი კი - ერთხელ თვეში (18.4%).

მამაკაცმა რესპოდენტებმა ალკოჰოლი უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში ექვსჯერ მოიხმარეს.

რაც შეეხება უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობას, საშუალო მოხმარება ერთი მიღებისას მამაკაცებში შეადგენდა 8 სტანდარტულ დოზას, ხოლო ქალებში - ალკოჰოლის 2 სტანდარტულ დოზას.

ერთ ჯერზე 5 და მეტი სტანდარტული დოზის მიღება მამაკაცების მიერ აღინიშნა 47-ჯერ გასული თვის განმავლობაში; არცერთ ქალს არ დაუფიქსირებია ერთ ჯერზე 4 და მეტი სტანდარტული დოზის მიღება.

კვება

საკვების დღიური მოხმარება

რესპოდენტთა უმრავლესობა (51.2%; კაცი-51.4% და ქალი-50%) საკვებს დღეში 3-ჯერ იღებს. შემდეგი დიდი ჯგუფი რესპოდენტებისა (39%; კაცი-40.5% და ქალი-25%) საკვებს იღებს 2-ჯერ დღეში; 4.9 პროცენტი იკვებება 4-ჯერ დღეში და 2.4 პროცენტი საკვებს იღებს 1-ჯერ დღეში.

მოხმარებული საკვების ზოგადი სტრუქტურა

კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი იღებს საშუალოდ ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს დღეში. ყველა რესპოდენტი დღის განმავლობაში იღებს ხილისა და ბოსტნეულის 2 ულუფას. მიღების საშუალო სიხშირე, როგორც ხილისთვის, ისე ბოსტნეულისათვის, 4 დღეა კვირაში.

ხორცის პროდუქტები მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 2-ჯერ, საშუალო დოზა - 2 ულუფას შეადგენს. განსხვავება ასაკობრივ ჯგუფებში, უმნიშვნელოა. ხორცის მოხმარება და ულუფების რაოდენობა უფრო მეტია 25-44 წწ ასაკობრივ ჯგუფში.

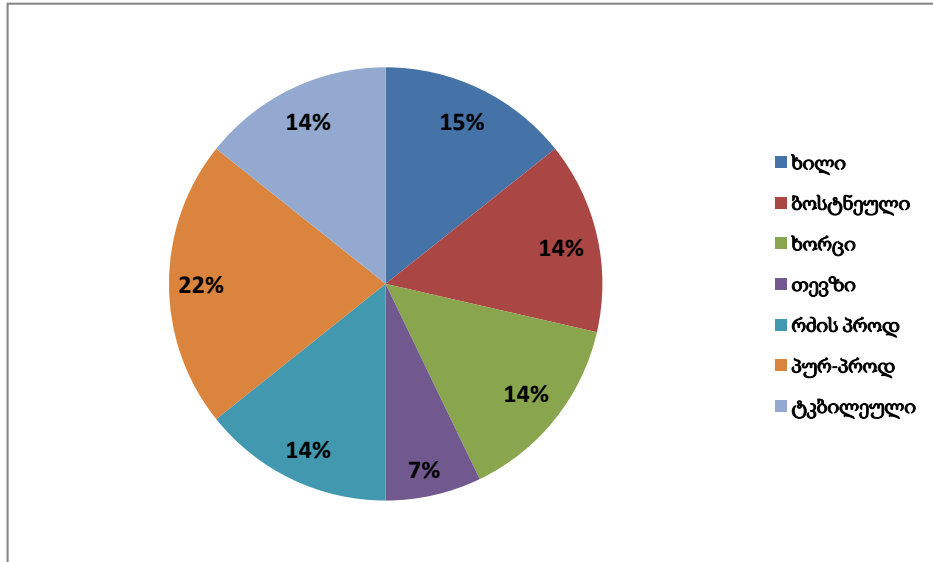
თევზის პროდუქტები, მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 1-ჯერ, საშუალო დოზა - 1 ულუფას შეადგენს, ულუფების რაოდენობა მეტია კაცებში, ვიდრე ქალებში.

რძის პროდუქტები საშუალოდ 3-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 2-ს.

გამოკითხულთა შორის, პურისა და პურ-პროდუქტების / ხორბლეულის მოხმარების დონე პირველ ადგილს იკავებს სურსათის სახეობებიდან და შეადგენს - 7 დღეს კვირაში და 3 ულუფას დღეში.

ტკბილეულისა და შაქრის პროდუქტების მოხმარება მნიშვნელოვნად მაღალია. მოხმარების სიხშირის მიხედვით, ისინი იკავებენ მეორე ადგილს პურ-პროდუქტებისა და ხორბლეულის შემდგომ. მოხმარებული ულუფების მხრივ, ტენდენცია მსგავსია. გამოკითხული რესპოდენტები იღებენ ტკბილეულს 5 დღე კვირაში. ტკბილეულის ტიპიური ულუფის რაოდენობა მამაკაცებისათვის არის 2, ხოლო ქალებისათვის - 3.

სურათი 42: მიღებული პროდუქტების ულუფების წილი დღიურ რაციონში, დაბრუნებული მიგრანტები, საქართველო, 2011-12



ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და / ან ბოსტნეულის მოხმარება დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი

კვებასთან დაკავშირებული რისკი შეფასდა ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მოხმარების მონაცემების საფუძველზე. კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი (100%) იმყოფება კვებასთან დაკავშირებული რისკის გავლენის ქვეშ.

ცხიმის მოხმარება

საკვების მომზადებისათვის ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ცხიმი მცენარეული ზეთია (95.1%), მას მოსდევს კარაქი (4.9%).

კვება სახლს გარეთ

გარეთ მომზადებული საკვების მიღება საკმაოდ იშვიათია (კვირაში 1-ჯერ).

ფიზიკური აქტივობა

მამაკაც რესპოდენტთა 29.7 პროცენტი აცხადებს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს მაღალი ინტენსივობის აქტივობას, რომელიც იწვევს სუნთქვისა და გულის რითმის მნიშვნელოვან აჩქარებას საშუალოდ 10 წუთის განმავლობაში. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 5 დღის განმავლობაში ტიპიური

კვირის მანძილზე; ხანგრძლივობა შეადგენს 387 წთ. არცერთ ქალს არ აღნიშნავს მაღალი ინტენსივობის სამუშაო აქტივობის შესახებ.

მამაკაც რესპოდენტთა 64.9 პროცენტი აღნიშნავს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს საშუალო ინტენსივობის აქტივობას. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 5 დღის მანძილზე ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 214 წთ. საშუალო ინტენსივობის სამუშაო აქტივობა აღნიშნა 2 ქალმა, რასაც ადგილი აქვს კვირაში 7-ჯერ; ხანგრძლივობა შეადგენს 135 წთ.

მამაკაც რესპოდენტთა 70.3 პროცენტი გადაადგილდება ფეხით ან ველოსიპედით და ესაჭიროება სულ მცირე 10 წუთი ადგილზე მისასვლელად და უკან დასაბრუნებლად. აღნიშნული ხორციელდება 7 დღე ტიპიურ კვირაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 103 წთ. იგივე აღნიშნა 2 ქალმა, რასაც ადგილი აქვს კვირაში 4-ჯერ; ხოლო ხანგრძლივობა შეადგენს 55 წთ.

მამაკაც რესპოდენტთა მხოლოდ 10.8 პროცენტი აღნიშნავს, რომ დაკავებულია მაღალ ინტენსიური სპორტით, ვარჯიშით ან აქტიური დასვენებით 4 დღე ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 112 წთ.

მამაკაც რესპოდენტთა მხოლოდ 13.5 პროცენტი მიუთითებს საშუალო ინტენსივობის სპორტულ დატვირთვას ან აქტიურ დასვენებაზე, ტიპიური კვირის მანძილზე 4 დღის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 84 წთ. იგივე აღნიშნა ერთმა ქალმა, რასაც ადგილი აქვს კვირაში 3-ჯერ; ხოლო ხანგრძლივობა შეადგენს 60 წთ.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

კითხვაზე, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებაა მათთვის ტერიტორიულად ხელმისაწვდომი, დაბრუნებულმა მიგრანტებმა ყველაზე ხშირად დაასახელეს პოლიკლინიკა და სასწრაფო დახმარება (68.3% თითოეული), 58.5 პროცენტმა საავადმყოფო, 26.8 პროცენტმა - ექთანი, 4.9 პროცენტმა არასამთავრობო ორგანიზაციის სერვისი (მობილური კლინიკა) და ფსიქოსოციალური დახმარება.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესახებ აღნიშნა მამაკაცი რესპოდენტების მხოლოდ 13.8 პროცენტმა. არც ერთი ქალი რესპოდენტი არ დაეთანხმა აღნიშნულ კითხვას.

78 პროცენტს 30 წუთზე ნაკლები დრო სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებამდე მისასვლელად; 9.8 პროცენტი საამისოდ ხარჯავს 1-2 საათს და 4.9 პროცენტი - 30

წუთიდან 1 საათამდე. ტრანსპორტის ყველაზე ხშირად გამოყენებული სახეობაა: ფეხით, ავტობუსით და მანქანით (32.5% თითოეული).

ინფორმირებულობა სამედიცინო დაზღვევის შესახებ და რესპოდენტთა კმაყოფილება აღნიშნული შემწეობით

დაბრუნებულ მიგრანტთა ჯგუფიდან, მხოლოდ ერთს გააჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. გარდა პოლისის ფლობის ასეთი დაბალი მაჩვენებლისა რესპოდენტთა მოცემულ ჯგუფში, უნდა აღინიშნოს, რომ ეს იყო კერძო დაზღვევა და არ წარმოადგენდა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხელმისაწვდომ დახმარებას.

კლინიკური ანამნეზი

მომატებული არტერიული წნევის ისტორია

რესპოდენტთა უმრავლესობა (75.6%, კაცი-73% და 4 ქალი) აღნიშნავს, რომ მისთვის გაუზომია წნევა სამედიცინო პერსონალს. წნევის არასოდეს გაზომვის მაჩვენებელი უფრო მაღალია (42.9%) 45-54 წწ მამაკაცებში.

ჰიპერტენზია გამოვლინდა რესპოდენტთა 61.3 პროცენტში (კაცი-63% და 2 ქალი). ჰიპერტენზია, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, დაადასტურა გამოკითხულთა 68.4 პროცენტმა (კაცი-64.7% და 2 ქალი).

36.8 პროცენტი (კაცი-35.3% და 1 ქალი) აღნიშნავს, რომ ამჟამად ღებულობს ექიმის გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. 31.6 პროცენტს (კაცი-29.4% და 1 ქალი) მიუღია რეკომენდაცია მარილის მოხმარების შემცირების შესახებ, 15.8 პროცენტს (კაცი-17.6% და არცერთი ქალი) - წონის კონტროლის შესახებ, არცერთ დაბრუნებულ მიგრანტს არ მიუღია რეკომენდაცია ფიზიკური აქტივობის და თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ.

დიაბეტის ანამნეზი

რესპოდენტთა უმრავლესობას, 65.9 პროცენტის სახით (კაცი-64.9% და 3 ქალი) არასდროს გაუზომავს სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია. მხოლოდ ერთმა ქალმა, რომელიც ამჟამად იტარებს ინსულინოთერაპიას ექიმის დანიშნულების მიხედვით, აღნიშნა ჰიპერგლიკემიის დიაგნოზის შესახებ უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე. ასევე აღნიშნა პერორალური ანტიდიაბეტური პრეპარატების მიღებისა და კვების სპეციფიური რეჟიმის შესახებაც.

სხვა დაავადებების ანამნეზი

სიხშირით პირველ ადგილზეა მიოკარდიუმის ინფარქტი (2 კაცი და 1 ქალი); შემდეგია სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე (1 კაცი და 1 ქალი); რასაც მოსდევს ინსულტი (1 ქალი).

ექიმთან ვიზიტი

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ექიმთან ვიზიტად მისვლის მოტივები და სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის პერიოდისათვის. ორივე სქესისათვის, ექიმთან ვიზიტების მაჩვენებელი ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, შეადგენდა 32.5 პროცენტს (კაცი-30.6% და 2 ქალი).

ექიმთან ვიზიტის ძირითად მიზეზს შემთხვევათა 50 პროცენტში წარმოადგენდა ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა, პრევენციული სკრინინგი აღინიშნა 6.3 პროცენტში, ხოლო ორი აღნიშნული მიზეზის კომბინაცია 18.8 პროცენტში, არცერთი ჩამოთვლილი მიზეზის შესახებ მიუთითა მიგრანტთა 25 პროცენტმა.

თვითმკურნალობა

თვითმკურნალობა ძალიან იშვიათად აღინიშნებოდა დაბრუნებული მიგრანტების მიერ, რაც განხილულ უნდა იქნეს დადებით ტენდენციად. მხოლოდ 9.8 პროცენტი (კაცი-8.1% და 1 ქალი) მისდევს თვითმკურნალობას სისხლის მაღალი წნევის მკურნალობის მიზნით.

დაავადებათა ოჯახური ანამნეზი

კითხვის დასმისას - დედას, მამას, და-მმას ჰქონია თუ არა დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, მაღალი არტერიული წნევა, ინსულტი, კიბო, ჰიპერქოლესტეროლემია და მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში, რესპოდენტთა უმრავლესობამ დადებითად უპასუხა ჰიპერტენზიასთან მიმართებაში (70.7%). სხვა დაავადებებთან დაკავშირებით დადებითი პასუხები კი ასე გადანაწილდა: დიაბეტი - 26.8 პროცენტი, ინსულტი - 14.6 პროცენტი, კიბო - 12.2 პროცენტი და მიოკარდიუმის ინფარქტი - 9.8 პროცენტი. არცერთ დაბრუნებულ მიგრანტს არ აღუნიშნავს ჰიპერქოლესტეროლემიის შესახებ.

ლიპიდური პროფილის კვლევის დეფიციტი რესპოდენტთა ოჯახის წევრებს შორის, კიდევ ერთხელ მიუთითებს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში პერსონალური კარდიოვასკულური რისკის შეფასებისას, და ასევე, მანიფესტირებული დაავადებების მართვისა და მათი პრევენციისათვის კვლევის ამ მეთოდის იგნორირებაზე.

ფიზიკური გაზომვები (STEP 2)

მოხდა არტერიული წნევის, გულსცემის სიხშირის, წონის, სიმაღლის, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის გაზომვა და შეფასება.

არტერიული წნევა და პულსი

დაბრუნებულ მიგრანტთა სისტოლური წნევაა 152 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-155 მმ.ვწყ.სვ., ქალი-131 მმ.ვწყ.სვ.), საშუალო დიასტოლური წნევა 95 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-97 მმ.ვწყ.სვ. და ქალი-82 მმ.ვწყ.სვ.). სისტოლური და დიასტოლური წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები დაფიქსირდა 45-54 წწ მამაკაცებს შორის.

იმ დაბრუნებულ მიგრანტებში, რომლებიც არ ღებულობენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. დაუფიქსირდა 80.5 პროცენტს (კაცი-83.8% და 2 ქალი).

არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა გამოვლინდა რესპოდენტთა 82.9 პროცენტში (კაცი-83.8% და 1 ქალი).

ჰიპერტენზიის მე-2 სტადია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) (ჰიპერტენზიის მართვის ეროვნული გაიდლაინის კლასიფიკაციური სტრუქტურის მიხედვით), გამოვლინდა რესპოდენტთა 43.9 პროცენტში (კაცი-83.8% და 1 ქალი), იმ გამოკვლევულ პირებში, ვინც არ ღებულობს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს.

არტერიული წნევა $\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა, გამოვლინდა 48.8 პროცენტში (კაცი-51.4% და 1 ქალი).

გამოკვლევულ რესპოდენტთა 10 პროცენტი (კაცი-8.3% და 1 ქალი) ღებულობდა ექიმის მიერ გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს უკანასკნელი 2 კვირის მანძილზე.

პულსის საშუალო მაჩვენებელია 81 (კაცი-82 და ქალი-72).

ფიზიკური გაზომვები

საშუალო სიმაღლე მამაკაცებში (177.4 სმ) მეტია, ვიდრე ქალებში (160.3 სმ). ეს მაჩვენებლები ყველაზე მაღალია 18-24 წწ ასაკობრივ ჯგუფში და ასაკთან ერთად კლებულობს.

საშუალო წონა მამაკაცებში (88.8 კგ) უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში (70 კგ).

სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი (სმი) შეადგენს 28.5 (კაცი-28.3 და ქალი-31.1). სხეულის მასის ინდექსი ყველაზე მაღალია 45-54 წწ ასაკის პირთა შორის.

სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით გამოიყო 4 ჯგუფი. მამაკაცი დაბრუნებული მიგრანტების ყველაზე დიდი ჯგუფი (37.8%) მსუქანია (სმი \geq 30). 29.7 პროცენტს აქვს ნორმალური (სმი=18.5-24.9) და ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9). არასაკმარისი წონის პირების ჯგუფმა (სმი<18.5) შეადგინა 2.7 პროცენტი. ოთხი ქალიდან ორს აქვს ჭარბი წონა და ორი მსუქანია.

წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი იყო 102.5 სმ (კაცი-102.8 სმ და ქალი-100 სმ).

მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობა, 63 პროცენტი ($n=26$), პრიორიტეტად ასახელებდა დასაქმების შესაძლებლობას, ისევე როგორც სოციალურ და ჰუმანიტარულ დახმარებას. „ჰუმანიტარული და სოციალური დახმარება უპირველესი მნიშვნელობისაა ჩვენთვის. ჩემი საკუთარი ბინა, რომ მქონდეს, თუნდაც ერთი ოთახი, უბედნიერესი ვიქნებოდი“; „მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის დახმარება სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა“; „სოციალურ სერვისებზე შეღავათიანი ტარიფების ხელშეწყობი პროგრამები“ დაბრუნებული მიგრანტების კეთილდღეობის უზრუნველყოფაში საგრძნობ წვლილს შეიტანდა. რესპოდენტების 12 პროცენტი ($n=5$) ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს ასახელებს. „მე პროთეზები მესაჭიროება, რომ ვიმუშავო“; „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პოლისი უფრო უკეთესი და მოქნილი უნდა იყოს. უამრავი ბარიერია და აღარ გინდა არაფერი, საერთოდ სამედიცინო დაწესებულებაში მისვლა არ გინდა“. გარდა ამისა, ითქვა, რომ „ჯანდაცვა გაცილებით უფრო ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ვიდრე ის ეხლაა“.

გამოკითხულთა 20 პროცენტს ($n=8$) არ გააჩნდა კარგად ჩამოყალიბებული იდეა, თუ რა უნდა შეეთავაზებინათ და მხოლოდ ზოგადი ფორმულირებით შემოიფარგლნენ „ყველაფერი, რაც კარგი და სასარგებლოა ჩვენთვის გამოსადეგი იქნებოდა“. ამავდროულად, დაბრუნებული მიგრანტები გამოხატავდნენ ღიაობას და გამოთქვამდნენ მზაობას ყველანაირი სახის დახმარებისადმი, რაც მათ შეუმსუბუქებდათ ყოველდღიურ პრობლემებს, ეს განსაკუთრებით ეხებოდა მუდმივი ფინანსური შემოსავლის განმაპირობებელ საქმიანობას.

კითხვაზე თუ რა კონკრეტული ღონისძიებები უნდა გატარდეს დაბრუნებული მიგრანტების ყოფის გასაუმჯობესებლად საქართველოში, რესპოდენტთა უმრავლესობამ, 68 პროცენტი ($n=28$), ვერ დაასახელა რაიმე კონკრეტული. ამავდროულად, თითქმის 30 პროცენტი ($n=12$) მიუთითებდა ინტეგრაციის საჭიროების საკითხებზე და აღნიშნავდა ცხოვრების დონის გაუმჯობესების აუცილებლობაზე. „აქ რომ ღირსეული დასაქმების შესაძლებლობა იყოს, მიგრაციაზე არც არავინ გაიფიქრებდა“; „ზოგადი მოსახლეობა უფრო გახსნილი და ტოლერანტული უნდა იყოს დაბრუნებული მიგრანტებისადმი, კარგი იქნებოდა მათი მხრიდან დადებითი დამოკიდებულების გაღვივება უზრუნველყოფილიყო“; „ინტეგრაცია ძალიან გამწვანებულია, ყველა ნიშნა დაკავებულია და ადამიანები გაჭირვებაში არიან. გარდა ამისა ერთ-ერთ დამაბრკოლებელ ფაქტორს ხნიერი ასაკი წარმოადგენს, ამ შემთხვევაში ინტეგრაცია თითქმის შეუძლებელია“; „კარგი იქნებოდა ურთიერპატივისცემის გაღვივების ხელშეწყობაზე ზრუნვაც“.

თემზე დაფუძნებული და თანამონაწილეობრივი პროგრამირების იდეებთან დაკავშირებით დაფიქრებისას, ისევ და ისევ, კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობამ, 68 პროცენტის სახით (n=28), პასიურობა გამოიჩინა, ან წარმოდგენა არ ქონდა მოცემულ საკითხზე. მაშინ როდესაც რესპოდენტთა 34 პროცენტი (n=14) მიუთითებდა მათ შესაძლებლობებზე მეწარმეობასა და ბიზნესის დაწყებასთან დაკავშირებით. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს გამოკითხულთა ნაწილის მზადყოფნა ურთიერთგადლიერებისადმი „ერთობლივი თანამშრომლობის“ მეოხებით. კონკრეტულად აღინიშნა ქართული კულტურის წარმომავლობასთან დაკავშირებული პროგრამების განვითარების მნიშვნელოვნობაზე, ასევე, სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და დასაქმების თაობაზე.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

გამოკითხულთა უმრავლესობამ (44%, n=18) ვერ მოუძებნა შესაბამისი განსაზღვრება პერიოდული უგუნებოდ ყოფნის შეგრძნებას. ამავდროულად, კვლევაში მონაწილეთა 36 პროცენტი (n=15) ამ განწყობას აღწერს როგორც „ცუდად ყოფნას, უგუნებობას ან გაღიზიანებულობას“; „განსაცდელსა და ტანჯვას“. მცირე ნაწილმა (12%, n=5) აღნიშნა, რომ ბილწისტყვაობს და გრძნობს დისკომფორტს რადგან „სამსახური არ აქვს“.

რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (56%, n=23) აღნიშნავდა, რომ დეპრესიული განწყობა „განსაკუთრებით ფართოდაა გავრცელებული“ დაბრუნებულ მიგრანტთა შორის, უფრო მეტიც, მათ მიაჩნდათ, რომ აღნიშნული ასევე შეესაბამება ზოგადი მოსახლეობის მდგომარეობასაც. ამავდროულად, 36.5 პროცენტი (n=15) არ ეთანხმებოდა, ან არ ქონდა წარმოდგენა ამგვარი მდგომარეობების შესახებ საერთოდ, ან მიიჩნევდა, რომ ამგვარი ხდომილებები ხშირი ხასიათის არ არის.

გამოკითხულთა 46.3 პროცენტმა (n=19) დაადასტურა, რომ თავად განიცდის დეპრესიულ განწყობასა და დისკომფორტს საკმაოდ ხშირად. რესპოდენტთა 36.5 პროცენტი (n=15) მიიჩნევს, რომ ასეთი განწყობა იშვითად ეუფლება, ან არასდროს განუცდია მსგავსი რამ, ან საერთოდ არ აქვს წარმოდგენა ზემოაღნიშნულზე.

7 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

ცხრილი 7: ტრავმული გამოცდილების მოგონებებთან დაკავშირებული ტკივილის დონე, დაბრუნებული მიგრანტები, საქართველო, 2011-12

ტკივილის დონე	აბსოლუტური ციფრები	%
1	0	0
2	0	0
3	2	4.8%
4	3	7.3%
5	5	12.1%
6	1	2.4%
7	1	2.4%
8	6	14.6%
9	3	7.3%
10	12	29.2%

11 რესპოდენტის მონაცემი ამ კითხვაზე არ მოიპოვება, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ მათ გამოტოვეს კითხვები, ან არ იყვნენ ინფორმირებულები ამ საკითხის შესახებ.

ზემოაღწერილი მდგომარეობის მიზეზებზე საუბრისას, გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი (53%, n=22) მიუთითებს ისეთ საკითხებზე, როგორცაა „ფინანსური გაჭირვება, მკურნალობისა და სხვა საჭირო სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმიუწვდომლობა, სამსახურისა და დასვენების არ არსებობა, მიგრაცია და ინიციატივის წარუმატებლობა, ყოველდღიური / რუტინული პრობლემები და გადაღლილობა, რომელიც გამომდინარეობს ამ პრობლემებზე გულის ტკივილის გამო, და ბოლოს, ქვეყანაში არსებული ზოგადი მდგომარეობა“. მაშინ როდესაც, რესპოდენტების 12.1 პროცენტი (n=5) აღნიშნავს „სტრესულ ემოციურ მდგომარეობას, დამთრგუნველ გარემო პირობებს, სულიერ ტრავმასა და მასთან დაკავშირებულ განსაცდელს, უქმად ყოფნასთან დაკავშირებულ მუდმივ ღელვას, ნევროზსა და გაღიზიანებულობას ზოგადი შფოთვის შეგრძნების გამო“. 36.5 პროცენტმა (n=15) ვერ დაასახელა ზემოაღნიშნული დისკომფორტის რაიმე კონკრეტული მიზეზი, ან საერთოდ არ გააჩნდათ პასუხი მოცემულ კითხვაზე, ან არასოდეს უფიქრიათ ამ საკითხზე.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

დაბრუნებულმა მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ მიგრაციის შემდგომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა: 46.3 პროცენტი (კაცი-45.9% და 2 ქალი) წუხს ქრონიკული დაღლილობისა და ენერჯის დეფიციტის გამო; 39 პროცენტი (კაცი-35.1% და 3 ქალი) უჩივის თავის ტკივილს, რაც ხშირ ხდომილებას წარმოადგენს; 36.6 პროცენტი (კაცი-35.1% და 2 ქალი) აღნიშნავს სომატური ჩივილების (როგორცაა

თავის ტკივილი, საჭმლის მომწელებელი სისტემის, გულის ან სუნთქვის პრობლემები) შესახებ; და ბოლოს 24.4 პროცენტი (კაცი-24.3% და 1 ქალი) მიუთითებს ქრონიკული, არაგადამდები დაავადებების გამწვავებისა და არტერიული წნევის მომატების პრობლემებზე.

ფსიქოლოგიური პრობლემები

როგორც აღინიშნა, რესპოდენტთა მიერ ფსიქოლოგიური პრობლემები მიგრაციის შემდგომ კიდევ უფრო მეტადაა თვალსაჩინო: 53.7 პროცენტი (კაცი-54.1% და 2 ქალი) უფრო ხშირად ბრაზობს და კარგავს წონასწორობას; 52.5 პროცენტს (კაცი-50% და 3 ქალი) აქვს ცუდი გუნება-განწყობა; 51.2 პროცენტს (კაცი-48.6% და 3 ქალი) აწუხებს ღამით გაღვიძება და უძილობა, ფიქრებისა და შფოთვის გამო; 46.3 პროცენტი (კაცი-43.2% და 3 ქალი) ადასტურებს, რომ ხშირად გრძნობს სევდას და უნდება ტირილი; და 36.6 პროცენტი (კაცი-35.1% და 2 ქალი) უჩივის უძილობას.

ინდივიდები, პროფესიონალები, პარაპროფესიონალები და დაწესებულებები, ვისაც დაბრუნებული მიგრანტები მიმართავენ, ფსიქოსომატური და ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემების შესამსუბუქებლად

ზემოაღნიშნული ჩივილებისა და მდგომარეობის გამო, გამოკითხულთა 48.8 პროცენტი (კაცი-48.5% და 2 ქალი), როგორც წესი მიმართავს მეზობელს, მეგობარს, ნათესავს; რიგით შემდგომად დასახელდა საავადმყოფო, 22 პროცენტის მიერ (კაცი-21.6% და 3 ქალი); მოძღვარს მიმართავს ასევე 22 პროცენტი (კაცი-21.6% და 1 ქალი); ექთანს - 19.5 პროცენტი (კაცი-21.6% და არცერთი ქალი); ადგილობრივ აფთიაქს - 19.5 პროცენტი (კაცი-18.9% და 1 ქალი); პოლიკლინიკას - 12.2 პროცენტი (კაცი-10.8% და 1 ქალი); ფსიქოლოგს - 9.8 პროცენტი (კაცი-8.1% და არცერთი ქალი); ადგილობრივ სოციალურ მუშაკს - 7.3 პროცენტი (კაცი-5.4% და 1 ქალი); არასამთავრობო ორგანიზაციას / მობილური კლინიკას - 7.3 პროცენტი (კაცი-8.1% და არცერთი ქალი); სასწრაფო დახმარების სამსახურს - 4.9 პროცენტი (კაცი-2.7% და 1 ქალი); და ფსიქიატრს - 4.9 პროცენტი (კაცი-5.4% და არცერთი ქალი).

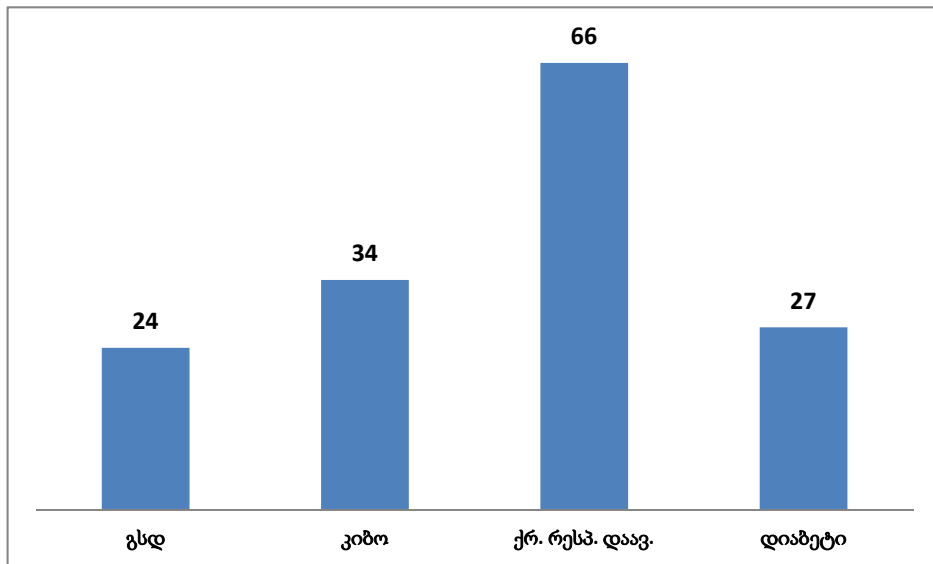
არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევა

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

გამოკითხულთა 75.6 პროცენტმა (კაცი-73% და 4 ქალი) გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) მოიხსენია, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება. 65.9 პროცენტმა (კაცი-64.9% და 3 ქალი) ასეთ

დაავადებებად მიუთითა კიბო; 34.1 პროცენტმა (კაცი-32.4% და 2 ქალი) - ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები; 73.2 პროცენტმა (კაცი-70.3% და 4 ქალი) - შაქრიანი დიაბეტი.

სურათი 43: უცოდინარობის დონე ძირითად არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში, დაბრუნებული მიგრანტები, საქართველო, 2011-12

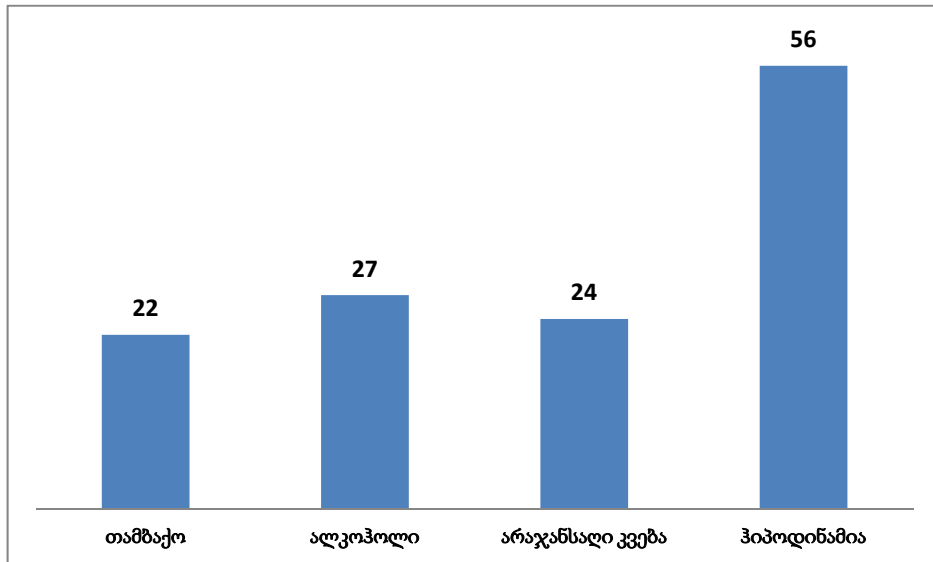


36.6 პროცენტმა (კაცი-35.1% და 2 ქალი) არასწორად მიუთითა აივ-ინფექცია / შიდსი როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება. ხოლო 65.9 პროცენტმა (კაცი-64.9% და 3 ქალი) - ჰეპატიტი, 65.9 პროცენტმა კი - გრიპი.

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების შესახებ

რესპოდენტთა 78 პროცენტმა (კაცი-75.7% და 4 ქალი) თამბაქო მოიხსენია, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი. 73.2 პროცენტმა (კაცი-70.3% და 4 ქალი) - ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება; 75.6 პროცენტმა (კაცი-73% და 4 ქალი) - არაჯანსაღი კვება; 43.9 პროცენტმა (კაცი-45.9% და 1 ქალი) - დაბალი ფიზიკური აქტივობა.

სურათი 44: უცოდინარობის დონე არაგადამდები დაავადებების ძირითად რისკ ფაქტორებთან მიმართებაში, დაბრუნებული მიგრანტები, საქართველო, 2011-12



ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი დაასახელა 58.5 პროცენტმა (კაცი-54.1% და 4 ქალი); დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობები - 51.2 პროცენტმა (კაცი-51.4% და 2 ქალი).

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების შესახებ საუბრისას, რესპოდენტების უმრავლესობა (75.6%, n=31) ასახელებს ისეთ ზოგად კატეგორიებს, როგორიცაა „ჯანმრთელი და კარგი ხარისხის ცხოვრება, ფიზიკური წუხილისათვის ყურადღების მიქცევა დროულად, თავის დაცვა ყველაფრისაგან და ყოველგვარი გადაჭარბებული ზემოქმედების არიდება“. თუმცა ზოგიერთი მიუთითებს ისეთ კონკრეტულ ვარიანტებზე, როგორიცაა „ეკლესიაში სიარული და კარგად გააზრებულად დაგეგმილი დღით ცხოვრება“, „სამსახურის შოვნა, ნაკლები დროის ხარჯვა ნერვიულობაზე და იმის კეთება რაც მოგწონს“, „ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ ფაქტორების თავიდან აცილება“, „მკურნალობის დაწყება“, „ცხიმების შემცირება და შფოთვისაგან განთავისუფლება“. მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა მიუთითა „უსაფრთხო სექსის“ მნიშვნელოვნობის შესახებ, მეორემ კი აღნიშნა, რომ ვერ შესძლო თავიდან აეცილებინა თირკმლის დაავადება. რამოდენიმე რესპოდენტმა, (19.5%, n=8) გამოავლინა გაუთვითცნობიერებულობა, ან კიდევ დაადასტურა პრევენციული სახის პრაქტიკის იშვიათობის შესახებ.

რესპოდენტების ნახევარზე ნაკლებმა (49%) მიუთითა, რომ გააჩნიათ შესაბამისი გამოცდილება. „დიახ, თავს შევიკავებ, თუ მეცოდინება, რომ მავნეა“, „ალკოჰოლის სმას დავანებე თავი“, „ფიზიკურ ვარჯიშს მივდექ“. ამავდროულად, ზოგიერთმა აღნიშნა, რომ ვერ იქნება დაკავებული ჯანსაღი ცხოვრების პრაქტიკით ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. გამოკითხულთა დაახლოებით იგივე რაოდენობა (51%, n=21) საპირისპიროზე მიუთითებს და აღნიშნავს, რომ მათთვის ფინანსურად ხელმიუწვდომელია პრევენციული ღონისძიებების გატარება.

რესპოდენტების 41.1 პროცენტი (n=17) სისხლის წნევას მიიჩნევს დროებით მოვლენად, რაც თავისით გაივლის. თუმცა, ამავდროულად, თითქმის 49 პროცენტის (n=20) აზრით მოცემული მდგომარეობა დაავადებაა, ხოლო ზოგიერთისთვის „ქრონიკული შეიძლება იყოს“. მეტიც, „აუცილებელია მედიკამენტების მიღება, რადგან ეს სხვა დაავადებებთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული“ (იგულისხმება კომორბიდული მდგომარეობები - co-morbid conditions). მხოლოდ უმცირესობამ აღნიშნა გაუთვითცნობიერებლობა ამ საკითხში, 9.7 პროცენტის (n=4) სახით.

რესპოდენტების უმრავლესობა (43%, n=18) სერიოზულად აღიქვამს მომატებულ სისხლის წნევას და აუცილებლად მიიჩნევს ექიმისათვის მიმართვას მკურნალობის დასაწესად. აღნიშნული მოიცავს „მედიკამენტების მიღებას, დიეტის დაცვას, მავნე საკვებისათვის თავის არიდებას და რეგულარულ ვიზიტებს ექიმთან“. თუმცა, გამოკითხულთა 19 პროცენტს მიაჩნია, რომ საჭიროა მედიკამენტის მიღება, ცივი საფენის დადება თავზე და ფეხის ცხელი აბაზანები. დამატებით, „კარგი ძილი, დასვენება, ასევე თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიღებისაგან თავის არიდება“. მთლიანობაში, მაღალი სისხლის წნევისას „ადამიანი უნდა იყოს ფრთხილად, აკონტროლოს წნევა და აირიდოს ნერვიულობა“. 36.5 პროცენტმა (n=15) აღნიშნა გაუთვითცნობიერებლობა ამ საკითხში.

არაგადამდები დაავადების მქონე პირის მოვლასთან დაკავშირებით გამოკითხულთა 63 პროცენტმა (n=26) სხვადასხვა განსხვავებული ფაქტორის შესახებ აღნიშნა. წამყვანი საჭიროებების სახით აღინიშნა ყურადღება, მზრუნველობა და ექიმის დანიშნულებისადმი მორჩილება. რესპოდენტები ასევე მიუთითებდნენ ჰიგიენის დაცვის, შესაბამის რეჟიმში ყოფნის, კვების ნორმების დაცვისა, ასევე შფოთვის თავიდან აცილებისა და ფინანსური რესურსების საჭიროების შესახებ. გამოკითხულთა 36.5 პროცენტს (n=15) არ გააჩნდა პასუხი კითხვაზე.

სამედიცინო პერსონალისა და ჯანდაცვის სისტემისადმი დამოკიდებულების გამოკითხვისას, გამოვლინდა, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობა პოზიტიურად არის განწყობილი არსებული ჯანდაცვის დაწესებულებებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის მიმართ. აღინიშნა, რომ „ყველა ექიმი არ იმსახურებს ნდობას, მაგრამ

თუკი ექიმს მიმართავ, ნამდვილად უპირობო ნდობა უნდა გაგაჩნდეს“. ერთ-ერთმა ირლანდიიდან დაბრუნებულმა მიგრანტმა კიდევაც აღნიშნა, რომ ქართული ჯანდაცვის სისტემა „გაცილებით უკეთესია ირლანდიასთან შედარებით“. თუმცა, გამოკითხულთა საკმაო ნაწილი განხილული აღმოჩნდა, რადგანაც „ფასებმა მოიმატა თითქმის სამჯერ“; „უზარმაზარი სამშენებლო სამუშაოები მიმდინარეობს ყველგან, მაგრამ ხალხისთვის არაფერი კეთდება“. მაშინ როდესაც დანიშნულების ქვეყნებში, „ყველას უპყრია ხელთ ჯანმრთელობის დაზღვევა და შესაბამისად ისინი დაცულნი არიან“. მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულთა გარკვეული ნაწილი სამედიცინო პერსონალის მიმართ პოზიტიურ განწყობას ავლენდა, ზოგიერთი მათგანი თვლის, რომ „ჯანდაცვის სისტემა არ არის საკმარისად მოქნილი და ხელმისაწვდომი“. აღნიშნა, რომ „ოჯახის წევრის ავადმყოფობა ავტომატურად ოჯახის დაქცევას არ უნდა ნიშნავდეს“, რისი მოწმენიც ვართ დღევანდელ საქართველოში.

ქცევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

რესპოდენტების უმრავლესობას (58.5%, n=24) არ გააჩნია ცოდნა არაგადამდები დაავადებების პრევენციასთან დაკავშირებით. დაახლოებით 19.5 პროცენტი (n=8) მიუთითებს ისეთ ზოგად საკითხებზე, როგორცაა „ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ადექვატური პირობები და ცხოვრების შესატყვისი ხარისხი“. ამავდროულად, გაიჟღერა იდეებმა სახელმწიფოსადმი პასუხიძებლობის გადაცემასთან მიმართებაში, „სულ მცირე, პრევენციასთან დაკავშირებული კონსულტაციის ხელმისაწვდომობა მაინც უნდა იყოს უზრუნველყოფილი“. თუმცაღა, დროდადრო გაისმოდა ისეთი კონკრეტული შემოთავაზებებიც, როგორცაა „შესაბამისი დიეტური ჩვევების გაღვივება, არტერიული წნევის კონტროლი, ალკოჰოლზე უარის თქმა და მაღალ ინტენსიური ფიზიკური აქტივობისაგან თავის შეკავება“. ერთმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ მედიკამენტების გამოყენებით დიაბეტის კონტროლის უნარი შესწევს. რესპოდენტების 17 პროცენტი (n=7) აუცილებლად მიიჩნევს ექიმისათვის მიმართვას მკურნალობისა და შემოწმებისათვის. მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ პრევენციული იმუნიზაციის ჩატარებაც. სულ რამოდენიმე პასუხი, 4.8 პროცენტი (n=2) მიუთითებდა ისეთ მცდარ ინტერპრეტაციებზე, როგორცაა „გაციების პრევენციის მიზნით მედიკამენტის მიღება, თავდაცვა სექსუალური აქტივობისას და ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისაგან თავის შეკავება“.

გამოკითხულთა 40 პროცენტზე (n=16) ნაკლებმა არაფერი იცის მომსახურების შესახებ მიმართვიანობისას, შესაბამისი გამოცდილებისა და ექიმთან ვიზიტად იშვიათად მისვლის გამო. გამოკითხულთა კიდევ უფრო ნაკლებმა რაოდენობამ, 36 პროცენტმა (n=15), უკიდურესი უკმაყოფილება გამოთქვა და ნეგატიური განწყობა გააჟღერა. მათ მიაჩნდათ, რომ „ყოველივე ეს მხოლოდ და მხოლოდ ფარული კორუფციაა“, და ასევე

ამტკიცებდნენ, რომ „თუკი ფული არ გაქვს, პაციენტს არაფერი ეშველება“. რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიმართვიანობისას სერვისები უაღრესად გართულებულია, უამრავი ბარიერია და მიმართვიანობასთან დაკავშირებული მომსახურება არასაკმარისად მოქნილია, რადგანაც, „თუკი ექიმი კვალიფიცირებულია, მან არ უნდა მოახდინოს პაციენტის გადამისამართება სხვა სამედიცინო მუშაკთან“. ამავდროულად, თითქმის მეოთხედი (24.3%, n=10) აღნიშნავს, რომ „არანაირი ბარიერები არ შეხვედრია მიმართვიანობისას“ და რომ „გადამისამართება საჭიროების შემთხვევაში სწორი დანიშნულებით ხდება“, რაც გულისხმობს საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის გადამისამართებას სხვა ჯანდაცვის მუშაკთან. გარდა ამისა, აღინიშნა, რომ „კარგი იქნებოდა თუკი ყველანაირი სახის სერვისი თავმოყრილი იქნებოდა ერთ დაწესებულებაში და ერთ ადგილმდებარეობაზე“.

რესპოდენტების თითქმის 40 პროცენტმა (n=16) არაფერი იცის არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების თავიდან აცილების შესახებ და ზუსტად იგივე რაოდენობა მიუთითებს არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორებისადმი მედგრობის შეუძლებლობაზე. „დიახ, ვნებდები რისკ ფაქტორებს, არ მაქვს საკმარისი ნებისყოფა“; „ვცდილობ, მაგრამ სიგარეტის მოწევის თავის დანებება მიჭირს“; „საკმაოდ რთულია, რადგან ჯანსაღი ცხოვრების სტილის დაცვას არ ვცდილობ“. მხოლოდ 22 პროცენტი (n=9) ადასტურებს რისკის შემცველი ქცევის თავიდან აცილების უნარიანობას, „თუკი ცნობილია, რომ ამან შეიძლება ზიანი მიაყენოს ჯანმრთელობას“.

რესპოდენტთა უმრავლესობამ, 58 პროცენტის სახით (n=24), დაადასტურა არსებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, საკუთარი ქცევის ცვლილების შესაძლებლობაზე. არგუმენტები ძირითადად ეხებოდა ზოგიერთი ქცევითი ასპექტის საზიანო შედეგის შესახებ გათვითცნობიერებულობას, რათა ცვლილებებისადმი მზაობა იყოს განპირობებული. რესპოდენტთა 31 პროცენტი (n=13) ან არ არის გათვითცნობიერებული მოცემული საკითხის შესახებ, ან კიდევ არ უფიქრიათ ამ შესაძლო ვარიანტზე. მხოლოდ უმცირესობამ, 7 პროცენტის სახით (n=3), დაყარა ფარხმალი მცდელობების განმეორების მხრივ, წარსული წარუმატებლობების გამო. და ბოლოს, მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა განაცხადა პირობითი არგუმენტაცია და აღნიშნა, რომ „კარგი ცხოვრება თუ იქნება, იგი ნამდვილად შეიცვლება“.

სამკურნალო პროცესისადმი დამყოლობის შესახებ საუბრისას, რესპოდენტთა უმრავლესობამ დაადასტურა მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით და ხაზი გაუსვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობისა და სამედიცინო პერსონალის პროფესიონალიზმის აუცილებლობას. ამასთანავე, აღინიშნა ისეთი დამატებითი ფაქტორების შესახებაც, როგორცაა განკურნების მოტივაცია,

ბიოლოგიურად სუფთა სურსათისა და მედიკამენტის ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო პერსონალისადმი ნდობა და მკურნალობის პროცესში ჩართულობისთვის საჭირო ფსიქოლოგიური მზაობა, რაც წარმატებული მკურნალობის საწინდარს წარმოადგენს. გამოკითხულთა მხოლოდ მცირე ნაწილი ან არ იყო გათვითცნობიერებული ამ საკითხებში, ან უარყოფდა დამყოლობას ექიმის დანიშნულებაზე, რაც გამოწვეული იყო წარსული ნეგატიური გამოცდილებით. აღინიშნა, რომ ეს გამოცდილება უკავშირდებოდა ექიმის მიერ დანიშნულების გაცემის ექსპერტიმენტულ ხასიათს.

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი

კვლევაში მონაწილეობდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის 142 უცხოელი მიგრანტი სტუდენტი. კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი იყო 97 პროცენტი.

სქესი და ასაკი

142 უცხოელი მიგრანტი სტუდენტიდან 80 (56.3%) იყო მამრობითი და 62 (43.7%) მდედრობითი სქესის. რესპოდენტები გადანაწილებული იყვნენ 5 ასაკობრივ ჯგუფში. რესპოდენტთა უმრავლესობა (97.5%) 18-24 წწ ასაკობრივ ჯგუფში იყო.

ეთნიკურობა

მიგრანტ სტუდენტთა 95.8 პროცენტი ძირითადად იყვნენ ინდოელი, შრი-ლანკელი და თურქული წარმომავლობის. საქართველოში ცხოვრების საშუალო ხანგრძლივობა 1 წელი იყო.

ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, გამოყოფილ იქნა 6 ჯგუფი. უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა 97.2 პროცენტი არ არის დაქორწინებული.

განათლება

განათლების ძირითადი ხანგრძლივობა (საშუალო და უმაღლესი განათლება, გარდა დაწყებითი განათლებისა) შეადგენდა 13 წელს. განათლების საერთო ხანგრძლივობა ოდნავ მეტია ქალებში მამაკაცებთან შედარებით (14 საპირისპიროდ 13 წლისა).

კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობას ჰქონდა სრული საშუალო (90.1%) განათლება.

დასაქმება

ყველა რესპოდენტი სტუდენტი იყო.

ოჯახის შემოსავალი

საშუალო წლიური შემოსავლის მიხედვით, ოჯახები დანაწილდა 5 ჯგუფად. რესპოდენტთა 9.2 პროცენტში წლიური შემოსავალი 2,600 ლარზე ნაკლებია. შემოსავალი 2,600-5,000 ლარი აქვს უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა 24.8 პროცენტს;

წლიური შემოსავალი 5,000-10,000 ლარამდე აღინიშნა 18.4 პროცენტის, ხოლო 10,000-20,000 ლარამდე კი 4.3 პროცენტის მიერ, 2.1 პროცენტმა მიუთითა, რომ მათი ოჯახის შემოსავალი 20,000 ლარს აღემატება. 41.1 პროცენტმა კითხვას არ უპასუხა.

ქვევითი რისკ ფაქტორები (STEP 1)

თამბაქოს მოხმარება

ამჟამად მწეველები

სხვადასხვა სახის თამბაქოს პროდუქტებს მოიხმარს რესპოდენტთა 7.1 პროცენტი (კაცი-11.3% და ქალი-1.6%).

ამჟამად მწეველთა 55.6 პროცენტი ყოველდღიური მწეველია. არცერთი ქალი და კაცების 50 პროცენტი ამჟამინდელი ყოველდღიური მწეველია.

ყოველდღიურ მწეველთა შორის, მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი შეადგენდა 15 წელს (კაცი-15წ. და ქალი-16წ.). ყოველდღიურ მწეველთა 63.6 პროცენტი მოიხმარდა ქარხნული წარმოების სიგარეტს, 10 პროცენტი კი ხელით დახვეულ სიგარეტს.

ყოფილი მწეველები

წარსულში ყოველდღიური მწეველები შეადგენდნენ საკვლევი პოპულაციის 3 პროცენტს (4 სტუდენტი; 3 კაცი და 1 ქალი).

მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოწვევის შეწყვეტის მცდელობის შესახებ აღნიშნა გამოკითხულ მწეველთა 45.5 პროცენტმა (5 სტუდენტი; კაცი-4 და ქალი-1).

არც ერთი დამხმარე საშუალება თამბაქოსათვის თავის დასაწებებლად არ ყოფილა გამოყენებული.

თამბაქოს მოხმარებისაგან თავის შეკავების მაქსიმალური პერიოდი იყო 65 დღე (კაცი-78 დღე, ქალი-14 დღე).

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის მიღება სიცოცხლის განმავლობაში

ალკოჰოლის მოხმარება უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა პოპულაციაში შეადგენს 29.6 პროცენტს. ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია მამაკაცებში ქალებთან შედარებით (40% საპირისპიროდ 16.1%).

ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსი კვლევამდე 30 დღისა და 12 თვის მანძილზე უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი შეადგენდა 88.1 პროცენტს, ამასთან, მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო მამაკაცებში ქალებთან შედარებით (93.8% საპირისპიროდ 70%).

ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში 59.5 პროცენტია (კაცი-66.7% და ქალი-28.6%).

ალკოჰოლის მიღების სიხშირე და რაოდენობა

ალკოჰოლის მოხმარებელთა უმრავლესობა (62.2%) ალკოჰოლს იღებს უფრო იშვიათად ვიდრე ერთხელ თვეში. რიგით მეორე პასუხია - 1-3-ჯერ თვეში (18.9%), მომდევნო პასუხი კი - 1-4 დღე კვირაში (10.8%).

ალკოჰოლი უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში მიიღო რესპოდენტთა 65.4 პროცენტმა. რამდენიმე მათგანმა (მამაკაცებმა - 3-ჯერ და ქალებმა - 1-ჯერ) დაადასტურა ალკოჰოლის მიღების 2 შემთხვევა გასული თვის მანძილზე. რაც შეეხება უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობას, საშუალო მოხმარება ერთი მიღებისას შეადგენდა 2 სტანდარტულ დოზას. მამაკაცები ერთ ჯერზე ღებულობენ 2, ხოლო ქალები - 1 სტანდარტულ ალკოჰოლურ სასმელს.

ერთ ჯერზე 5 და მეტი სტანდარტული დოზის მიღება მამაკაცების მიერ აღინიშნა 3-ჯერ გასული თვის განმავლობაში, ხოლო ქალებს არც ერთხელ არ მიუღიათ 4 და მეტი სტანდარტული დოზა ერთ ჯერზე.

კვება

საკვების დღიური მოხმარება

რესპოდენტთა უმრავლესობა (50%; კაცი-51.3% და ქალი-48.4%) საკვებს დღეში 2-ჯერ იღებს. შემდეგი დიდი ჯგუფი რესპოდენტებისა (33.8%; კაცი-33.8% და ქალი-33.9%) საკვებს იღებს 3-ჯერ დღეში; 7.7 პროცენტი (კაცი-2.5% და ქალი-14.5%) იკვებება 4-ჯერ

დღეში, ხოლო 6.3 პროცენტი (კაცი-8.8% და ქალი-3.2%) იკვებება 1-ჯერ დღეში; ერთი სტუდენტი მამაკაცი არ იკვებება ყოველდღიურად.

მოხმარებული საკვების ზოგადი სტრუქტურა

კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი იღებს საშუალოდ ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს დღეში. ყველა რესპოდენტი (100%) იღებს ხილისა და ბოსტნეულის 2 ულუფას. მიღების საშუალო სიხშირე ხილისათვის არის 2 დღე კვირაში, ხოლო ბოსტნეულისათვის - 5 დღე კვირაში. ეს მაჩვენებლები არ განსხვავდება სქესისა და ასაკის მიხედვით.

ხორცის პროდუქტები მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 3-ჯერ, საშუალო დოზა – 2 ულუფა. ხორცის მოხმარების ულუფების რაოდენობა მეტია კაცებში, ვიდრე ქალებში.

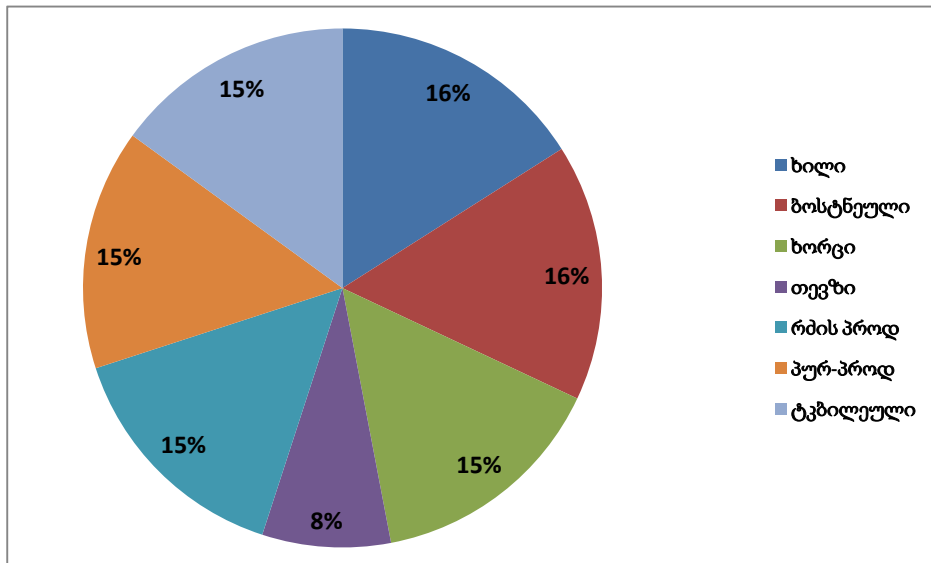
თევზის პროდუქტები, მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 1-ჯერ, საშუალო დოზა – 1 ულუფა, ულუფების რაოდენობა მეტია კაცებში, ვიდრე ქალებში.

რძის პროდუქტები საშუალოდ 4-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 2-ს.

პურისა და ხორბლეულის პროდუქტები საშუალოდ 4-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 2-ს.

ტკბილეულისა და შაქრის პროდუქტები საშუალოდ 5-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 2-ს.

სურათი 45: მიღებული პროდუქტების ულუფების წილი დღიურ რაციონში, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები, საქართველო, 2011-12



ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და / ან ბოსტნეულის მოხმარება დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი

კვებასთან დაკავშირებული რისკი შეფასდა ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მოხმარების მონაცემების საფუძველზე. კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი (100%) იმყოფება კვებასთან დაკავშირებული რისკის ქვეშ.

ცხიმის მოხმარება

საკვების მომზადებისათვის ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ცხიმი მცენარეული ზეთია (90.1%), მას მოსდევს კარაქი (4.2%). მარგარინისა (0.7%) და ღორის ქონის (0.7%) მოხმარება, საკმაოდ იშვიათია.

კვება სახლს გარეთ

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები გარეთ მომზადებულ საკვებს კვირაში 4-ჯერ იღებენ.

ფიზიკური აქტივობა

რესპოდენტთა 11.3 პროცენტი (კაცი-10% და ქალი-12.9%) აცხადებს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს მაღალი ინტენსივობის აქტივობას, რომელიც იწვევს სუნთქვისა და გულის რითმის მნიშვნელოვან აჩქარებას საშუალოდ 10 წუთის განმავლობაში. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 3 დღის

განმავლობაში (მამაკაცებში 4 დღე, ქალებში 3 დღე) ტიპიური კვირის მანძილზე; ხანგრძლივობაა 106 წთ. (კაცი-119 წთ. და ქალი-91 წთ.).

რესპოდენტთა 46.8 პროცენტი (კაცი-39.2% და ქალი-56.5%) აღნიშნავს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს საშუალო ინტენსივობის აქტივობას. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 4 დღის მანძილზე; ხანგრძლივობაა 281 წთ. (კაცი-115 წთ. და ქალი-138 წთ.).

რესპოდენტთა 86.4 პროცენტი (კაცი-86.1% და ქალი-86.9%) დადის ფეხით ან ველოსიპედით და ესაჭიროება სულ მცირე 10 წუთი ადგილზე მისასვლელად და უკან დასაბრუნებლად. აღნიშნული ხორციელდება 6 დღე ტიპიურ კვირაში; ხანგრძლივობაა 57 წთ. (კაცი-62 წთ. და ქალი-52 წთ.).

რესპოდენტთა 31 პროცენტი (კაცი-37.5% და ქალი-22.6%) აღნიშნავს, რომ დაკავებულია მაღალ ინტენსიური სპორტით, ვარჯიშით ან აქტიური დასვენებით 3 დღე ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობაა 111 წთ. (კაცი-126წთ. და ქალი-78 წთ.).

რესპოდენტთა 43.3 პროცენტი (კაცი-44.3% და ქალი-41.9%) მიუთითებს საშუალო ინტენსივობის სპორტულ დატვირთვას ან აქტიურ დასვენებაზე 4 დღე ტიპიური კვირის მანძილზე; ხანგრძლივობაა 73 წთ. (კაცი-90 წთ. და ქალი-51 წთ.).

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

კითხვაზე, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებაა მათთვის ტერიტორიულად ხელმისაწვდომი, უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა 90.1 პროცენტმა დაასახელა საავადმყოფო, 71.1 პროცენტმა – სასწრაფო დახმარება, 50.7 პროცენტმა პოლიკლინიკა, 24.6 პროცენტმა - ექთანი, 17.6 პროცენტმა არასამთავრობო ორგანიზაციის სერვისი (მობილური კლინიკა) და მხოლოდ 15.5 პროცენტმა ახსენა ფსიქოსოციალური დახმარების შესახებ.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესახებ აღნიშნა რესპოდენტთა 33.8 პროცენტმა (კაცი-35% და ქალი-32.3%).

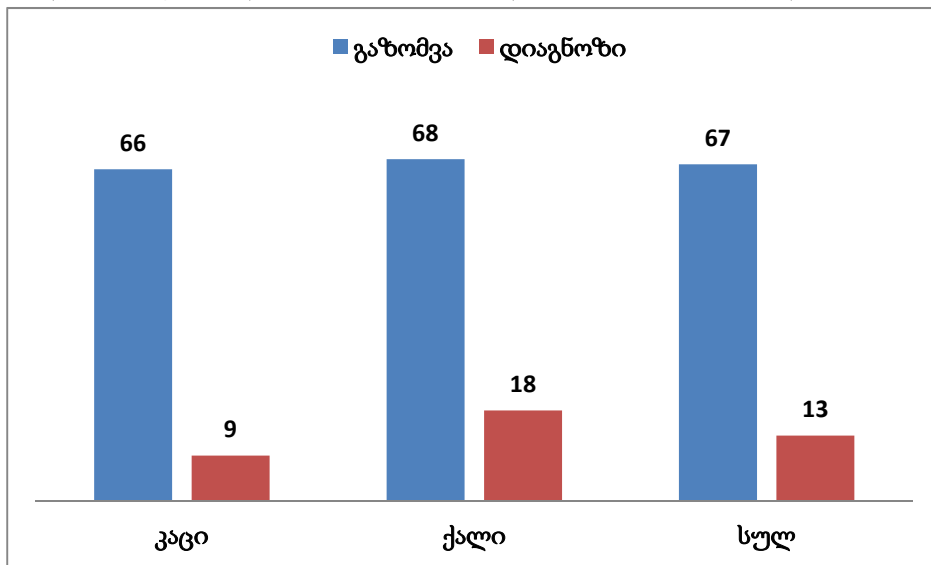
88 პროცენტს 30 წუთზე ნაკლები დრო სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებამდე მისასვლელად; 4.9 პროცენტი ამისათვის ხარჯავს 1-2 საათს. ტრანსპორტის ყველაზე ხშირად გამოყენებული სახეობაა: ფეხით (47.5%), ავტობუსი (36.3%) და მანქანა (10%).

კლინიკური ანამნეზი

მომატებული არტერიული წნევის ისტორია

უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა უმრავლესობა (66.9%; კაცი-66.3% და ქალი-67.7%) აღნიშნავს, რომ მისთვის გაუზომია წნევა სამედიცინო პერსონალს. ჰიპერტენზია გამოვლინდა 13.1 პროცენტში (კაცი-9.1% და ქალი-18.2%).

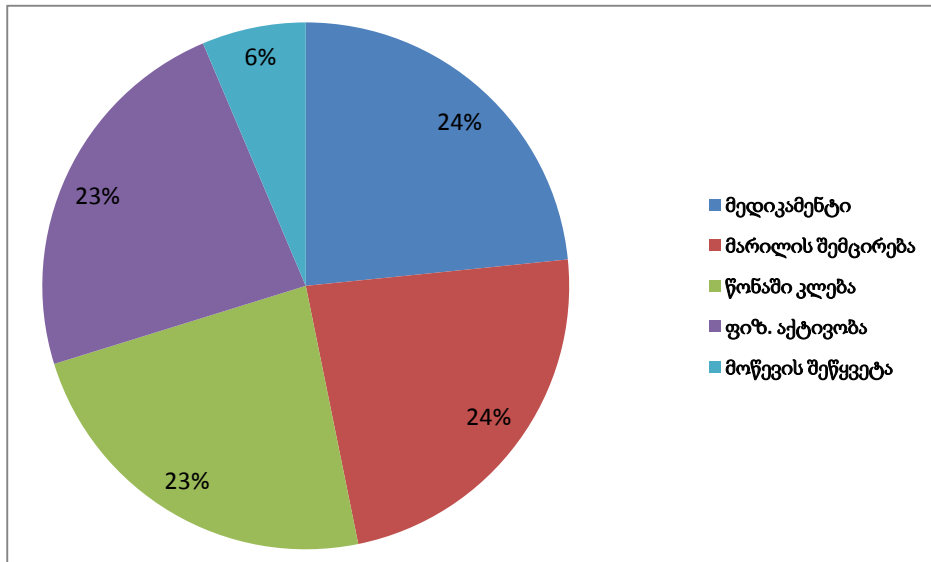
სურათი 46: არტერიული წნევის გაზომვა და ჰიპერტენზიის დიაგნოზი სქესის მიხედვით, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები, საქართველო, 2011-12



ჰიპერტენზიის შესახებ, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, აღნიშნა გამოკითხულთა 40-მა პროცენტმა.

26.7 პროცენტი (კაცი-33.3% და ქალი-22.2%) აღნიშნავს, რომ ამჟამად ღებულობს ექიმის მიერ გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. 26.7 პროცენტს (კაცი-50% და ქალი-1.1%) მიუღია რეკომენდაცია მარილის მოხმარების შემცირების შესახებ, 26.7 პროცენტს (კაცი-50% და ქალი-1.1%) - წონის კონტროლის შესახებ, 33.3 პროცენტს (კაცი-50% და ქალი-22.2%) - ფიზიკური აქტივობის, ხოლო 6.7 პროცენტს (კაცი-16.7% და არცერთი ქალი) - თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ.

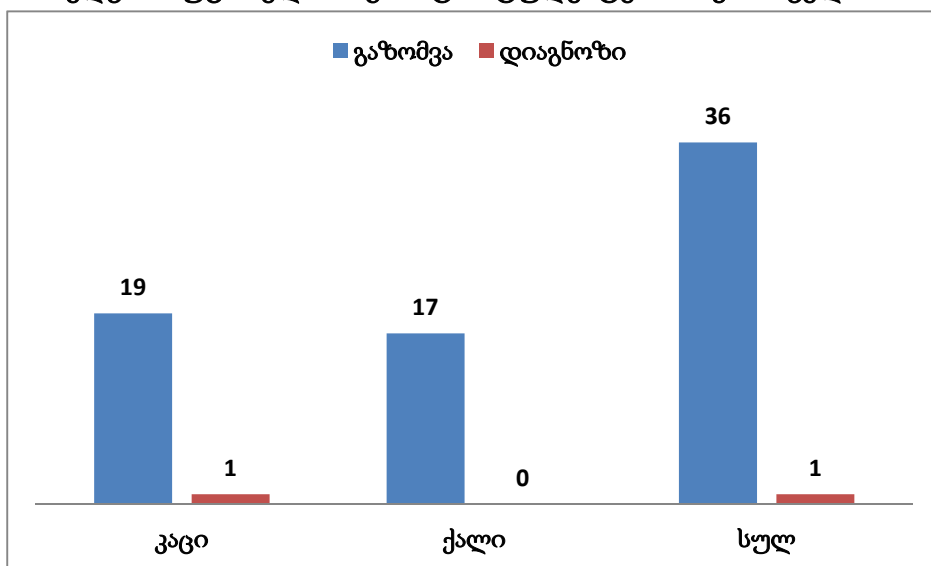
სურათი 47: ექიმის მიერ ჰიპერტენზიის მკურნალობის ან მის მართვასთან დაკავშირებით გაცემული რჩევის პროცენტული განაწილება, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები, საქართველო, 2011-12



დიაბეტის ანამნეზი

რესპოდენტთა უმრავლესობას (73.9%, კაცი-75% და ქალი-72.6%) არასდროს გაუზომავს სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია; ერთმა სტუდენტმა მამაკაცმა მიუთითა ჰიპერგლიკემიის დიაგნოზის შესახებ.

სურათი 48: სიცოცხლის მანძილზე ჰიპერგლიკემიის დიაგნოზი სქესისა და ასაკის მიხედვით, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები, საქართველო, 2011-12



უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში დიაგნოსტირებული ჰიპერგლიკემია არ აღუნიშნავს არცერთ უცხოელ მიგრანტ სტუდენტს.

არცერთი რესპოდენტი არ იტარებს ინსულინოთერაპიას, 2 მამაკაცი იღებს პერორალურ ანტიდიაბეტურ პრეპარატებს. მხოლოდ ერთ უცხოელ მიგრანტ სტუდენტს მიუღია რჩევა ექიმისაგან სპეციფიური კვებითი რეჟიმის, წონაში კლების, ფიზიკური აქტივობის შესახებ; არცერთ რესპოდენტს არ მიუღია რჩევა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტასთან დაკავშირებით.

სხვა დაავადებების ანამნეზი

ანამნეზში სიხშირით პირველ ადგილზეა სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე (2 კაცი და 2 ქალი), შემდეგია მიოკარდიუმის ინფარქტი (2 კაცი და 1 ქალი), ინსულტი (1 კაცი) და კიბო (1 ქალი).

ექიმთან ვიზიტი

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ექიმთან ვიზიტად მისვლის მოტივები და სიხშირე, უკანასკნელი 12 თვის პერიოდისათვის. უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების ექიმთან ვიზიტების მაჩვენებელი ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, შეადგენდა 38 პროცენტს (კაცი-30% და ქალი-48.4%).

ექიმთან ვიზიტის ძირითად მიზეზს შემთხვევათა 36.9 პროცენტში წარმოადგენდა ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა, მეორეა ადგილზეა პრევენციული სკრინინგი (27.7%), არცერთი ამ მიზეზთაგანი დაასახელა 15.4 პროცენტმა, ორივე აღნიშნული მიზეზის კომბინაცია კი 9.2 პროცენტმა.

თვითმკურნალობა

რესპოდენტთაგან მხოლოდ 2.8 პროცენტი (კაცი-5% და არცერთი ქალი) მისდევს თვითმკურნალობას, რაც განხილული უნდა იქნეს დადებით ტენდენციად.

კითხვარში ჩამოთვლილ დაავადებათა და მდგომარეობებს შორის (დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, ჰიპერტენზია, ინსულტი, კიბო, სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე და მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში), თვითმკურნალობა, ყველაზე ხშირად აღინიშნა ჰიპერტენზიის შემთხვევაში (4.9%; კაცი-6.3% და ქალი-

3.2%), მომდევნო ადგილზეა ქოლესტეროლის მაღალი დონე (4.2%; კაცი-6.3% და ქალი-1.6%). სხვა დაავადებათა თვითმკურნალობა ძალიან იშვიათია.

დაავადებათა ოჯახური ანამნეზი

კითხვის დასმისას – დედას, მამას, და-ძმას ჰქონია თუ არა დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, მაღალი არტერიული წნევა, ინსულტი, კიბო, ჰიპერქოლესტეროლეμία და მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში, უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა უმრავლესობამ დადებითად უპასუხა დიაბეტთან მიმართებაში (55.6%). სხვა დაავადებებთან დაკავშირებით დადებითი პასუხები კი ასე გადანაწილდა: ჰიპერტენზია - 52.8 პროცენტი, ჰიპერქოლესტეროლეμία - 31 პროცენტი, ინსულტი - 17.7 პროცენტი, მიოკარდიუმის ინფარქტი - 8.5 პროცენტი და კიბო - 4.2 პროცენტი.

ფიზიკური გაზომვები (STEP 2)

მოხდა არტერიული წნევის, გულისცემის სიხშირის, წონის, სიმაღლის, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის გაზომვა და შეფასება.

არტერიული წნევა და პულსი

უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა საშუალო სისტოლური წნევაა 117 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-120 მმ.ვწყ.სვ., ქალი-112 მმ.ვწყ.სვ.), საშუალო დიასტოლური წნევა 73 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-74 მმ.ვწყ.სვ. და ქალი-72 მმ.ვწყ.სვ.).

იმ უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში, რომლებიც არ ღებულობენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. დაუფიქსირდა 5.6 პროცენტს (კაცი-8.8% და ქალი-1.6%). ჰიპერტენზიის მე-2 სტადია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) გამოვლინდა რესპოდენტთა 1.4 პროცენტში (კაცი-2.5% და არცერთი ქალი), იმ გამოკვლეულ პირებში, ვინც არ ღებულობს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. არტერიული წნევა $\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა, გამოვლინდა 2.1 პროცენტში (კაცი-3.8% და არცერთი ქალი).

1 სტუდენტი მამაკაცი ღებულობდა ექიმის მიერ გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს უკანასკნელი 2 კვირის მანძილზე, რომელსაც კვლევის მომენტში წნევა არ დაუფიქსირდა.

ჰიპერტენზია ($\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ.) არ იყო დაფიქსირებული იმ რესპოდენტებს შორის ვინც ექიმის მიერ დანიშნულ ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე იმყოფებოდა ბოლო ორი კვირის განმავლობაში.

პულსის საშუალო მაჩვენებელი ორივე სქესისთვის 83-ია.

ფიზიკური გაზომვები

საშუალო სიმაღლე მამაკაცებში (173.8 სმ) მეტია, ვიდრე ქალებში (160.7 სმ). საშუალო წონა მამაკაცებში (70 კგ) უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში (62 კგ). სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი (სმი) შეადგენს 22.9 (კაცი-23.1 და ქალი-22.7).

სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით გამოიყო 4 ჯგუფი: ორივე სქესისათვის ყველაზე დიდ ჯგუფს (64.5%; კაცი-57.5% და ქალი-73.8%) აქვს ნორმალური წონა (სმი=18.5-24.9). არასაკმარისი წონის პირების ჯგუფი (სმი<18.5) შეადგენს 9.9 პროცენტს (კაცი-13.8% და ქალი-4.9%); 18.4 პროცენტს (კაცი-20% და ქალი-16.4%) აქვს ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9), ხოლო 7.1 პროცენტი (კაცი-8.8% და ქალი-4.9%) - მსუქანია (სმი ≥ 30).

წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი იყო 81.3 სმ (კაცი-84.6 სმ და ქალი-77.1 სმ).

მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

რესპოდენტთა უმრავლესობა (27%, n=39) მიუთითებს, რომ მათი სოციალური კეთილდღეობის განმაპირობებელ ძირითად ორ ფაქტორს წარმოადგენს ენის კურსების ხელმისაწვდომობა და მასპინძელ და უცხოელ მიგრანტ თემებს შორის ურთიერთობის ხელშეწყობა. უნდა აღინიშნოს, რომ მხოლოდ რესპოდენტთა მცირე რაოდენობამ მოითხოვა ქართული ენის ტრენინგის ხელმისაწვდომობის ზრდა, ძირითადად გამოითქვა მოსაზრებები ქართველ მოსახლეობაში ინგლისური ენის ცოდნის გაუმჯობესების შესახებ. „ადამიანების მიმართ მეგობრული დამოკიდებულების ჩამოყალიბებისა“ და „მასპინძელ და უცხოელ მიგრანტ თემებს შორის ურთიერთგაგების“ ხელშეწყობის საჭიროება აღნიშნულ იქნა ინტერეთნიკური და ინტერკულტურული სენსიტიურობის ზრდის კუთხით, იმისათვის, რომ „ხალხს (ადგილობრივ მოსახლეობას) მიეცეს საშუალება გაიგოს, რომ ჩვენ (უცხოელი მიგრანტები) არც ისეთი ცუდები ვართ“. კულტურული ინტერაქტიული პროგრამების“ ორგანიზება და „სამედიცინო საკითხებში ცნობიერების ამაღლების კამპანიების“ ხელშეწყობა, რაშიც უზრუნველყოფილი იქნება თსსუ-ს სტუდენტების ჩართულობა, მიჩნეულ იქნა, „გასაჭირში მყოფთათვის მოხალისეობრივი სამუშაოების გაწევის ფასეულობის“ ხაზგასმის ხელშეწყობად და ამავდროულად სასარგებლოდ, ეფექტური ინტერკულტურული, ინტერაქტიული პროგრამების დაგეგმარების მხრივ.

25 პროცენტმა (n=36) განაცხადა, რომ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაუმჯობესება მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს მათ ზოგად სოციალურ კეთილდღეობას. ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის ზრდა, დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ხელმისაწვდომობა და მათი შესატყვისობა საერთაშორისო ჰიგიენური სტანდარტებისადმი, აღინიშნა, როგორც პრიორიტეტული საჭიროება. მათი სტატუსიდან გამომდინარე, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები ფინანსურ შეღავათებს საჭიროებენ, რაც ხელს შეუწყობს მათთვის ჯანდაცვის სერვისებისა და სასიცოცხლო მნიშვნელობის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას. „გაუმჯობესებული ჯანდაცვა სტუდენტური პაკეტების დანერგვით, გაუმჯობესებული მკურნალობის მეთოდოლოგიები“, „ოჯახის ექიმთან მიგრანტთა მშობლიურ ან ინგლისურ ენაზე კონსულტირების“ ხელმისაწვდომობა და „ექიმსა და პაციენტს შორის გაუმჯობესებული კომუნიკაცია“ მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას და ამავდროულად, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების ზოგად სოციალურ კეთილდღეობასაც. უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზედამხედველობისათვის ჯანმრთელობის ყოველწლიური შემოწმებების სერვისის გაუმჯობესებული მისაწვდომობა აუცილებლად მიიჩნია გამოკითხულთა 6 პროცენტმა (n=9).

რესპოდენტთა 8 პროცენტმა (n=12) მიუთითა, რომ მათი სოციო-ეკონომიური მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი, წყლის ხშირი შეწყვეტისა და სახლში სასურველი სისუფთავის დაცვის შეუძლებლობის გამო.

7.7 პროცენტს (n=11) სჯერა, რომ ფსიქოსოციალური და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული (მათ შორის ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის) საკითხების ხელშეწობა, ზოგად განაპირობებს პოპულაციაში ადექვატური, „ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოსაზრებების“ ჩამოყალიბებას და უზრუნველყოფს „მთელი სიცოცხლის მანძილზე ჯანსაღი ცხოვრების შენარჩუნებას, ჯანსაღი ჩვევების დანერგვის გამოისობით“. აქვე, განსაკუთრებულად იქნა ხაზგასმული, ჯანმრთელობის რეგულარული შემოწმებებისა და სასიცოცხლო მნიშვნელობის მედიკამენტებზე ფასდაკლებების ხელმისაწვდომობისა და რისკის მომცველი ჩვევების პრევენციაზე მიმართული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კამპანიების აუცილებლობის შესახებ. სპეციფიური აქტივობები, როგორცაა საგანმანათლებლო კამპანიები „დაავადებების, მათი მიზეზების, სიმპტომებისა და მკურნალობის გზების“ შესახებ, ისევე როგორც ინტერკულტურულ კომპეტენტურობასთან დაკავშირებული ტრენინგები „კულტურული შოკის“ პრევენციისათვის, ხელშემწყობად მიჩნეულ იქნა მიგრაციის პროცესით გამოწვეული სტრესის შემცირებისთვის. აღინიშნა ისეთი ინიციატივების სარგებლიანობის შესახებაც, რომლებიც ხელს უწყობენ „მეტ ინტერაქციასა“ და „მეტ სიახლოვეს“ ადგილობრივ და მიგრანტ მოსახლეობას შორის.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

დროებითი უგუნებოდ ყოფნისა და დისკომფორტის განცდის მხრივ აღინიშნა ისეთი პრევალირებადი მდგომარეობები, როგორცაა შფოთვა და ასევე „დამწუხრებულობა, უგუნებოდ და მობეზრებულად ყოფნა, მოწყენილობა, შეწუხება და გაღიზიანებულობა“. გარდა ამისა, რესპოდენტები მიუთითებდნენ მენტალური არასტაბილურობის მდგომარეობაზეც. გამოკითხულთა 11.2 პროცენტმა (n=16) აღნიშნული მდგომარეობა ახსნა როგორც „დეპრესია და მწუხარება“, 6.3 პროცენტმა კი (n=9) როგორც „სტრესი“. 5.6 პროცენტმა (n=8) მოცემული მდგომარეობა დაუკავშირა „ოჯახისაგან მოწყვეტილობას, მარტოობას, მონატრებასა და იზოლირებულობას“. თუმცა, რესპოდენტთა უმრავლესობას ან წარმოდგენა არ აქვს თუ რამდენად ფართოდაა გავრცელებული ეს შეგრძნება მათ თემში, ან კიდევ ისინი არ ეთანხმებიან მოცემულ მოსაზრებას.

36-მა პროცენტმა (n=51) დაადასტურა ზემოთ აღნიშნული შეგრძნებების არსებობის შესახებ, თუმცა 1-დან 10-მდე შკალის მიხედვით, სადაც 1 დისკომფორტის

მინიმალურ, ხოლო 10 - მაქსიმალურ დონეს წარმოადგენს, მხოლოდ 34.5 პროცენტმა (n=49) მიანიჭა ამ შეგრძნებებს შეფასება მცირედენი სხვაობებით 1-დან 10-მდე. უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების უმრავლესობამ, 17 პროცენტის სახით, მოცემულ შეგრძნებებს მიანიჭა 2, 4 და 5 ბალის ინტენსივობა, (n=9), (n=8) და (n=7) შესაბამისად.

რაც შეეხება დროებით უგუნებოდ ყოფნის შეგრძნებას, რესპოდენტთა 65.4 პროცენტმა (n=93) ვერ განმარტა ამ დისკომფორტის კონკრეტული მიზეზი. თუმცა, 17.6 პროცენტმა (n=25) ამის მიზეზად „სწავლასთან დაკავშირებული დატვირთვა და მართლობის შეგრძნება“ დაასახელა, შემდეგ მოდის „პირადი პრობლემები, მონატრება, ოჯახთან და მშობლებთან განშორება, ოთახის მეგობრებს შორის არსებული სხვაობებით გამოწვეული სირთულეები, უსაფრთხოებასა და დაცულობასთან დაკავშირებული საკითხები“ (14.7%; n=21). მხოლოდ 4.2 პროცენტმა (n=6) აღნიშნა „მიგრაციისა და ენობრივი ბარიერის“ შესახებ. ეს უკანასკნელი ხელს უშლის მიგრანტების ურთიერთობას ზოგად მოსახლეობასთან, რაც ზემოთ აღნიშნული დისკომფორტის გამწვავების მიზეზად მიიჩნევა.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, მათი ჯანმრთელობა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა. 41.1 პროცენტი (კაცი-40% და ქალი-42.6%) ჩივის თავის ტკივილების შესახებ; 30.5 პროცენტს (კაცი-27.5% და ქალი-34.4%) აწუხებს სომატური გამოვლინებები (თავის ტკივილი, კუჭის, გულის ან სუნთქვის პრობლემები); 24.8 პროცენტს (კაცი-21.3% და ქალი-29.5%) - საჭმლის მონელების პრობლემები; 13.6 პროცენტს (კაცი-16.3% და ქალი-11.5%) - რესპირატორული პრობლემები.

ჯანმრთელობის პრობლემები მნიშვნელოვნად სჭარბობს ქალებში.

ფსიქოლოგიური პრობლემები

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები აღნიშნავენ შემდეგი ფსიქოლოგიური პრობლემების შესახებ მიგრაციის შემდგომ: 39 პროცენტი (კაცი-36.3% და ქალი-42.6%) ცუდი გუნებაგანწყობის სიხშირეზე მიუთითებს; 36.2 პროცენტი (კაცი-33.8% და ქალი-39.3%) თავს არიდებს იმ სიტუაციებს, რაც ზრდის შიშის ან შფოთვის შეგრძნებას; 33.3 პროცენტი (კაცი-31.3% და ქალი-36.1%) უჩივის კონცენტრაციის პრობლემებს; 31.2 პროცენტი (კაცი-25% და ქალი-39.3%) - ცხოვრებისა და საყვარელი საქმიანობების მიმართ ინტერესის დაკარგვას; 28.4 პროცენტი (კაცი-27.5% და ქალი-29.5%) ხშირად განიცდის საკუთარი თავის მიმართ გაუცხოებას; 24.8 პროცენტი (კაცი-18.8% და ქალი-

32.8%) ხშირად გრძნობს სევდამორეულობას და უჩნდება ტირილის სურვილი; 23.4 პროცენტი (კაცი-20% და ქალი-27.9%) უფრო ხშირად განიცდის ბრაზმორეულობას და კარგავს წონასწორობას.

ისევ და ისევ, ფსიქოლოგიური პრობლემებიც მნიშვნელოვნად პრევალირებს ქალებში.

ინდივიდები, პროფესიონალები, პარაპროფესიონალები და დაწესებულებები, ვისაც უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები მიმართავენ, ფსიქოსომატური და ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემების შესამსუბუქებლად

ზემოაღნიშნული ჩივილებისა და მდგომარეობის გამო, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები როგორც წესი, მიმართავენ მეზობელს, მეგობარს ან ნათესავს (65.2%, კაცი-56.3% და ქალი-77%); შემდეგ მოდის საავადმყოფო (37.6%, კაცი-45% და ქალი-27.9%); ადგილობრივი აფთიაქი (21.3%, კაცი-21.3% და ქალი-21.3%); სასწრაფო დახმარების სამსახური (19.9%, კაცი-21.3% და ქალი-18%); ფსიქიატრი (18.4%, კაცი-17.5% და ქალი-19.7%); ფსიქოლოგი (17%, კაცი-18.8% და ქალი-14.8%); მოძღვარი (14.9%, კაცი-12.5% და ქალი-18%); პოლიკლინიკა (13.6%, კაცი-12.7% და ქალი-14.8%); ექთანი (10%, კაცი-11.4% და ქალი-8.2%); არასამთავრობო ან მობილური კლინიკა (9.9%, კაცი-10% და ქალი-9.8%); ადგილობრივი თემის მუშაკი (8.5%, კაცი-10% და ქალი-6.6%).

კულტურული ადათ-წესები და კავშირი მშობლიურ კუთხესთან

გამოკითხულთა სრული უმრავლესობა (88.7%, n=126) ადასტურებს, რომ ინარჩუნებს კულტურული რწმენების, ტრადიციებისა და ცხოვრების სტილის პრაქტიკას. მხოლოდ 7.7 პროცენტი (n=11) მიუთითებს გარკვეულ ბარიერებზე, როგორცაა „რელიგიათაშორისო, ტრადიციათაშორისო და კულტურათაშორისო სხვაობები“, ისევე როგორც „მშობლიურ ქვეყანაში მოგზაურობისათვის საჭირო ხარჯების“ ნაკლებობა და „რწმენის სიმცირე“ ზოგად პოპულაციაში.

ისევ და ისევ, სრული უმრავლესობის (81.6% n=116) თანახმად, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები ახერხებენ კავშირის შენარჩუნებას მშობლიურ ქვეყანასა და ფართო ოჯახთან. აქედან 26 პროცენტი (n=37) აღნიშნავს, რომ ყველაზე ფართოდ გამოყენებადი კომუნიკაციის საშუალებას წარმოადგენს ინტერნეტი (ფეისბუქი, სკაიპი, ელექტრონული ფოსტა, ან სხვა სოციალური ქსელები) და ტელეფონი.

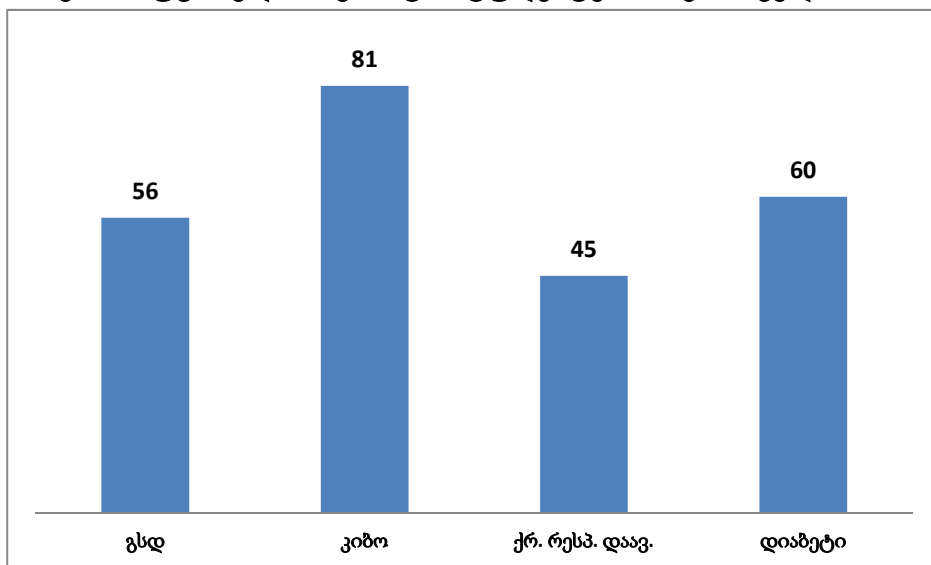
ბუნებრივია, ზემოთაღნიშნულის შესაბამისად, 75.3 პროცენტმა (n=107) დაადასტურა თანამაცხოვრებელთან სამშობლოს შესახებ მოგონებების გაზიარების სიხშირეზეც.

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევა

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

გამოკითხულთა 44.4 პროცენტმა (კაცი-47.5% და ქალი-40.3%) გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) მოიხსენია, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება. მხოლოდ 8.5 პროცენტმა (კაცი-8.8% და ქალი-8.2%) ასეთ დაავადებებზე მიუთითა კიბო; 54.9 პროცენტმა (კაცი-52.5% და ქალი-58.1%) მიუთითა ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები, როგორც ყველაზე გავრცელებული დაავადება საქართველოში; და მხოლოდ 40.1 პროცენტმა (კაცი-41.3% და ქალი-38.7%) ამ მხრივ აღნიშნა შაქრიანი დიაბეტის შესახებ.

სურათი 49: უცოდინარობის დონე ძირითად არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები, საქართველო, 2011-12



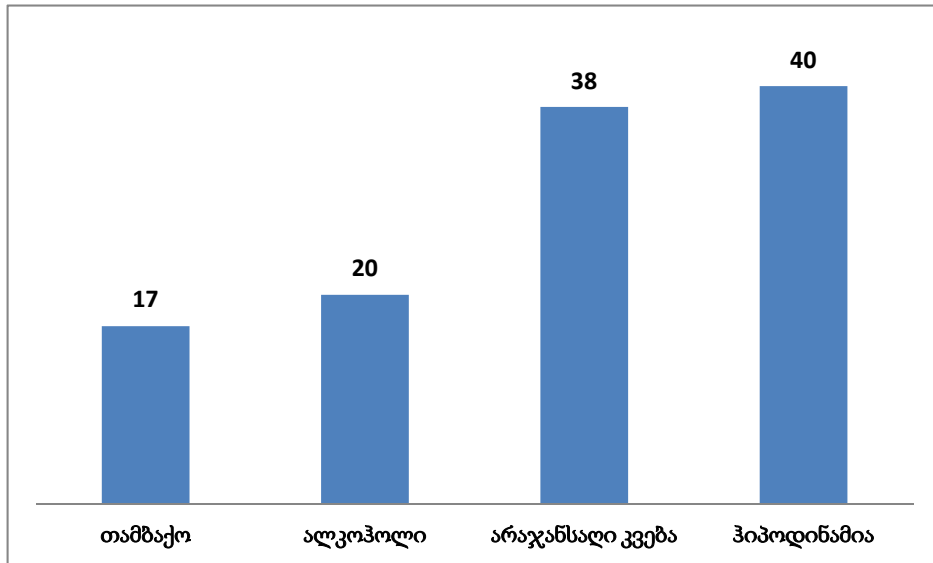
13.5 პროცენტმა (კაცი-15% და ქალი-11.5%) არასწორად მიუთითა აივ-ინფექცია / შიდსი როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება. 33.1 პროცენტმა (კაცი-33.8% და ქალი-32.3%) არასწორად აღნიშნა ჰეპატიტის შესახებ, 36.9 პროცენტმა კი (კაცი-33.8% და ქალი-41%) კი მოიხსენია გრიპი.

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების შესახებ

რესპოდენტთა 83.1 პროცენტმა (კაცი-83.8% და ქალი-82.3%) მიუთითა თამბაქოზე, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთ რისკ ფაქტორზე. 76.9 პროცენტმა

(კაცი-80% და ქალი-79%) აღნიშნა ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შესახებ; 62 პროცენტმა (კაცი-58.8% და ქალი-66.1%) არაჯანსაღი კვების; ხოლო 59.9 პროცენტმა კი (კაცი-60% და ქალი-38.5%) - დაბალი ფიზიკური აქტივობის შესახებ.

სურათი 50: უცოდინარობის დონე არაგადამდები დაავადებების ძირითად რისკ ფაქტორებთან მიმართებაში, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები, საქართველო, 2011-12



ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი დაასახელა 45.8 პროცენტმა (კაცი-47.5% და ქალი-43.5%); დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობები - 52.8 პროცენტმა (კაცი-56.3% და ქალი-48.4%).

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების უმრავლესობამ (48.5%, n=69) გამოავლინა მაღალი გათვითცნობიერებულობა და არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების ეფექტური გზების მხრივ აღნიშნა ოთხი ძირითადი რისკ ფაქტორის შესახებ, როგორცაა თამბაქოს და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და არაჯანსაღი კვება. თუმცადა, მათგან 17.3 პროცენტმა (n=12) ამასთანავე მიუთითა ჰიგიენური ნორმების დაცვის აუცილებლობაზე, მაგალითად „გარშემო სისუფთავის შენარჩუნება“ და „უსაფრთხო სექსის პრაქტიკა“. სულ 12.6 პროცენტი (n=18) აღნიშნავს, რომ ამ დაავადებების პრევენციის ზომად შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ და მხოლოდ ჰიგიენური ნორმების დაცვა. მათი აზრით, „პერსონალური ჰიგიენა“ და არაგადამდები დაავადებების მქონე პირთაგან თავის არიდება

აუცილებელია, რათა თავიდან ავიცილოთ არაგადამდები დაავადებების განვითარება. 23.2 პროცენტი (n=33) სხვაგვარად ფიქრობს და ხაზგასმით მიუთითებს „დაავადებების სხვადასხვა ასპექტის, მათი გამომწვევი მიზეზებისა“ და „პრევენციული ღონისძიებების“ შესახებ ინფორმირებულობის აუცილებლობაზე. არაგადამდები დაავადებების პრევენციის შესახებ ცოდნის დამაკმაყოფილებელი დონის მიუხედავად, მხოლოდ 19.7 პროცენტს გააჩნია პრევენციული ქმედებების გამოცდილება წარსულში, ან ამჟამად მისდევს ამ პრაქტიკას ყოველდღიურ რუტინაში.

რესპოდენტთა 52.1 პროცენტმა (n=74) იცის, რომ მაღალი არტერიული წნევა არ წარმოადგენს დროებით მოვლენას, მაშინ როდესაც 7.7 პროცენტი (n=11) მიუთითებს, რომ „იგი (არტერიული წნევა) უნდა იზომებოდეს გარკვეული დროის განმავლობაში, პერიოდულად“ და „დასკვნები შესაბამისად უნდა გაკეთდეს“.

შეკითხვაზე, მაღალი არტერიული წნევის მართვისთვის საჭირო ქვევით ასპექტებთან დაკავშირებით, უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა 29.5 პროცენტმა (n=42) მიუთითა „მშვიდი საცხილის“, „მენტალური სტრესის თავიდან აცილების“ საჭიროებაზე, ისევე როგორც ბრაზის მართვისა და სიკეთის მნიშვნელოვნობის შესახებ. 23.3 პროცენტს (n=33) მიაჩნია, რომ ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებმა უნდა მიმართონ სხვადასხვა ადექვატურ ზომებს, როგორცაა ექიმთან ვიზიტი, მართებული მედიკამენტების მიღება და ისეთი ჯანსაღი ჩვევების შენარჩუნება, როგორცაა მაგალითად, კარგად ბალანსირებული კვება, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიღების თავიდან აცილება და ფიზიკური ვარჯიში. გარდა ამისა, 6.3 პროცენტმა (n=9) მიუთითა მარილის მოხმარების შემცირების შესახებ. 36.6 პროცენტს (n=52) ან არ გააჩნდა პასუხი, ან მიუთითეს მაღალი არტერიული წნევისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებზე.

ქრონიკული დაავადების მქონე პირთა მოვლასთან დაკავშირებით, 48.5 პროცენტმა (n=69) აღნიშნა „ექიმთან ან ფსიქოლოგთან კონსულტირების, დროული და შესაბამისი მედიკამენტოზური მკურნალობის, სპეციალური კვების რეჟიმისა და ფიზიკური აქტივობის, ასევე რეგულარული სამედიცინო შემოწმებებისა, და პაციენტის სიყვარულითა და ყურადღებით გაჟღენთილი ატმოსფეროთი გარემოცვის აუცილებლობის შესახებ. სულ მცირე რაოდენობის პასუხი, 4.2 პროცენტის სახით (n=6), პრიორიტეტულად მიიჩნევდა ჰიგიენური ნორმების დაცვას, ხოლო 46.4 პროცენტი კი (n=66), არაგადამდები დაავადებების მქონე პირზე მზრუნველობის ასპექტებთან დაკავშირებით არ იყო გაცნობიერებული.

სამედიცინო პერსონალისა და ჯანდაცვის სისტემისადმი დამოკიდებულების შეფასებისას, 45.7 პროცენტმა (n=65) აღნიშნა, რომ ქართველი ჯანდაცვის მუშაკები არიან სანდო, პატივსაცემი და თავიანთ დარგში პროფესიონალიზმით გამოირჩევიან. 11.9 პროცენტმა (n=17) აღნიშნა ისეთი პრობლემების შესახებ, როგორცაა ენობრივი

ბარიერი, სიზარმაცე (ჯანდაცვის მუშაკთა შორის) და პირველადი ჯანდაცვის პერსონალში გარკვეული პრეჯუდიცების არსებობა (უცხოელი მიგრანტების მიმართ). ამ მხრივ გასათვალისწინებელია ერთ-ერთი მოსაზრება, რომელიც ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ „ექიმებმა საზოგადოების ყველა წევრი თანაბრად უნდა მიიჩნიონ“. რაც შეეხება უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების დამოკიდებულებას ჯანდაცვის სისტემისადმი, 39.4 პროცენტმა (n=56) იგი დაახასიათა, როგორც კოოპერაციული, ნდობის ღირსი და პატივსაცემი“, 14.7 პროცენტმა (n=21) ისევ აღნიშნა ისეთი პრობლემების შესახებ, როგორცაა ენობრივი ბარიერი, ძვირი ფასები და სასწრაფო დახმარების სერვისების ეფექტურობის ნაკლებობა.

ქცევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების პრევენციის გზების შესახებ საუბრისას, 21.8 პროცენტმა (n=31) აღნიშნა არაგადამდები დაავადებების ოთხი ძირითადი რისკ ფაქტორის კონტროლისა და საჭიროების შემთხვევაში, „ცხოვრების წესის შეცვლის“ შესახებაც. დაახლოებით 12 პროცენტს (n=17) სჯერა, რომ მოსახლეობა კარგად უნდა იყოს ინფორმირებული „ჯანმრთელობის სხვადასხვა მდგომარეობების“ და შესაბამისი „პრევენციული ღონისძიებების“ შესახებ, რათა არსებული ცოდნა პრაქტიკაში გადაიტანოს.

ჯანდაცვის სერვისებისადმი მიმართვიანობის მხრივ კვლავ განიხილება კომუნიკაციის შემაფერხებელი ენობრივი ბარიერის საკითხები. უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა უმრავლესობას, 76 პროცენტის სახით (n=108) ამ კითხვაზე პასუხი არ გააჩნდა; 17.6 პროცენტმა (n=25) მიუთითა ისეთ პრობლემებზე, როგორცაა კომუნიკაცია, ენობრივი ბარიერი, მაღალი ფასები (სიძვირე) და სამედიცინო დაწესებულებებში სანიტარული პირობების ნაკლებობა.

ქცევითი ჩვევებისა და თვით-კონტროლის ასპექტებზე მიმდინარე საუბრისას, 42 პროცენტმა (n=60) დაადასტურა, რომ ადვილად არ ნებდება აღნიშნულ ქცევით რისკ ფაქტორებს. 15.4 პროცენტი (n=22) არ გამოირჩევა მედგრობით აღნიშნულ ზემოქმედებებთან მიმართებაში, ხოლო 41.5 პროცენტი (n=59) არ არის ჩამოყალიბებული ამ საკითხებზე.

რესპოდენტთა 47.8 პროცენტმა გამოთქვა მზაობა რათა შეცვალონ თავიანთი ჩვევები და ცხოვრების სტილი და დაადასტურეს, რომ მზად არიან „დაფიქრდნენ საუკეთესო გზებზე ამ მიზნის მიღწევასთან“ დაკავშირებით. თუმცა, რამოდენიმე რესპოდენტს ამგვარი პოზიტიური პერსპექტივების შესახებ არ აღუნიშნავს, ხოლო 35 პროცენტმა (n=49) თავი აარიდა მოცემულ კითხვაზე პასუხს.

მკურნალობაზე დამყოლობასთან დაკავშირებით, 24 პროცენტმა (n=34) დაადასტურა ექიმის დანიშნულების და მკურნალობის პროცესში პაციენტის აქტიური ჩართულობის აუცილებლობის შესახებ და ხაზი გაუსვა მოცემულ პროცესში მოტივაციისა და თვითკონტროლის ფაქტორების არსებობის მნიშვნელოვნობას. დანარჩენ რესპოდენტებს არ გააჩნდათ პასუხი ამ საკითხთან დაკავშირებით და მხოლოდ უმცირესმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ მათ არ აწუხებთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

თავშესაფრის მაძიებლები

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი

კვლევაში მონაწილეობდა 12 თავშესაფრის მაძიებელი, კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი იყო 28 პროცენტი. რესპოდენტთა შერჩევა ხელსაყრელობიდან გამომდინარე განხორციელდა. კვლევაში არ-მონაწილეობის ძირითადი მიზეზი ენობრივ ბარიერს წარმოადგენდა.

სქესი და ასაკი

ყველა გამოკითხული თავშესაფრის მაძიებელი მამაკაცი გახლდათ. რესპოდენტები გადანაწილებული იყვნენ 5 ასაკობრივ ჯგუფში. მათი უმრავლესობა (50%) 25-34 წწ ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნებოდა, შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფი იყო 18-24 (25%); 2 რესპოდენტი 35-44 წწ, ხოლო ერთი 45-54 წწ ასაკობრივ კატეგორიას მიეკუთვნებოდა.

ეთნიკურობა

ეთნიკურობის მიხედვით, ყველა გამოკითხული თავშესაფრის მაძიებელი ძირითადად იყო ირანელი, შრი-ლანკელი და უზბეკი.

ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, გამოყოფილ იქნა 6 ჯგუფი. ყველაზე დიდი (რვა მიგრანტი, 66.7%) იყო ამჟამად დაუქორწინებელი. სამი მიგრანტი იყო ამჟამად დაქორწინებული და ერთი განქორწინებული. ქორწინებაში მყოფთა წილი ყველაზე მაღალი იყო 25-34 წწ ასაკობრივ ჯგუფში (6 მიგრანტი).

განათლება

განათლების ძირითადი ხანგრძლივობა (საშუალო და უმაღლესი განათლება, გარდა დაწყებითი განათლებისა) შეადგენდა 11 წელს.

კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობას ჰქონდა არასრული საშუალო (58.3%) განათლება. 25 პროცენტს საუნივერსიტეტო და 16.7 პროცენტს მხოლოდ დაწყებითი განათლება გააჩნდა.

**ცხრილი 8: სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები, თავშესაფრის
მაძიებლები, საქართველო, 2011-12**

	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65+	სულ
კაცი	25.0%	50.0%	16.7%	8.3%	.0%	.0%	100.0%
განათლება							
არანაირი განათლება	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
არასრული დაწყებითი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
სრული დაწყებითი	.0%	16.7%	50.0%	.0%	.0%	.0%	16.7%
არასრული საშუალო	100.0%	50.0%	50.0%	.0%	.0%	.0%	58.3%
სრული საშუალო	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
საუნივერსიტეტო	.0%	33.3%	.0%	100.0%	.0%	.0%	25.0%
დიპლომის შემდგომი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
ოჯახური მდგომარეობა							
დაუქორწინებელი	66.7%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	66.7%
ამჟამად დაქორწინებული	33.3%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	25.0%
ცალკე მცხოვრები	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	8.3%
განქორწინებული	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
ქვრივი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
თანამაცხოვრებელი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%

დასაქმება

სამუშაო სტატუსის მიხედვით, გამოიყო 4 ჯგუფი. ყველაზე მრავალრიცხოვანი აღმოჩნდა შრომისუნარიანი უმუშევრები (75%). ერთმა თავშესაფრის მაძიებელმა აღნიშნა არა ანაზღაურებადი სამუშაო სტატუსის შესახებ, ერთმა კი უარი თქვა პასუხის გაცემაზე.

შეკითხვაზე, თუ რა იყო მათი საქმიანობის სფერო მიგრაციამდე, ყველაზე ხშირად პასუხი იყო - შრომისუნარიანი უმუშევრობა (25%). ორი მიგრანტი (16.7%) მუშაობდა არა სამთავრობო სექტორში, ორი იყო თვითდასაქმებული, ერთი მუშაობდა სახელმწიფო სექტორში. ოთხმა თავშესაფრის მაძიებელმა უარი თქვა პასუხის გაცემაზე.

კონფლიქტის ზონაში ყოფნა საომარი მოქმედებებისას

თავშესაფრის მაძიებელთა 57.1 პროცენტი იმყოფებოდა კონფლიქტურ ზონაში საომარი მოქმედებისას. რესპოდენტთა 50 პროცენტი თავს გრძნობს მეტ-ნაკლებად უსაფრთხოდ, 41.7 პროცენტი - სრულიად დაუცველად, და 8.3 პროცენტმა უარი თქვა პასუხის გაცემაზე.

ოჯახის შემოსავალი

საშუალო წლიური შემოსავლის მიხედვით, ოჯახები დაჯგუფდა 5 ჯგუფად. რესპოდენტთა 50 პროცენტში წლიური შემოსავალი 2,600 ლარზე ნაკლებია. დანარჩენებმა უარი განაცხადეს პასუხის გაცემაზე.

ქცევითი რისკ ფაქტორები (STEP 1)

თამბაქოს მოხმარება

ამჟამად მწეველები

სხვადასხვა სახის თამბაქოს პროდუქტებს მოიხმარს რესპოდენტთა 33.3 პროცენტი. ამჟამად მწეველთა 75 პროცენტი ყოველდღიური მწეველია. ყოველდღიურ მწეველთა შორის, მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი შეადგენს 18 წელს. ყველა ყოველდღიური მწეველი მოიხმარს ქარხნული წარმოების სიგარეტს.

ყოფილი მწეველები

წარსულში ყოველდღიური მწეველები შეადგენდნენ საკვლევი პოპულაციის 18.2 პროცენტს.

მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოწვევის შეწყვეტის მცდელობის შესახებ აღნიშნა გამოკითხულ მწეველთა 66.6 პროცენტმა (2 თავშესაფრის მაძიებელი). არცერთ მათგანს არ გამოუყენებია რაიმე საშუალება თამბაქოსათვის თავის დასაწებლად. თამბაქოს მოხმარებისაგან თავის შეკავების მაქსიმალური პერიოდი იყო 56 დღე (დაახლოებით 2 თვე).

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის მიღება სიცოცხლის განმავლობაში

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება თავშესაფრის მაძიებლებში შეადგენს 50 პროცენტს (6 რესპოდენტი).

ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსი კვლევამდე 30 დღისა და 12 თვის მანძილზე უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი შეადგენდა 66.7 პროცენტს (4 რესპოდენტი). ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში 75 პროცენტია (3 რესპოდენტი).

ალკოჰოლის მიღების სიხშირე და რაოდენობა

ალკოჰოლის მოხმარებელთა უმრავლესობა (50%, 2 რესპოდენტი) ალკოჰოლს იღებს კვირაში 5-6 დღე. ერთი თავშესაფრის მაძიებელი ალკოჰოლს მოიხმარს კვირაში 1-4 დღე, ერთი - უფრო იშვიათად ვიდრე ერთხელ თვეში. რაც შეეხება უკანასკნელი 1 თვის განმავლობაში მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობას, საშუალო მოხმარება ერთი მიღებისას შეადგენდა 5 სტანდარტულ დოზას.

კვება

საკვების დღიური მოხმარება

რესპოდენტთა უმრავლესობა (50%) საკვებს დღეში 2-ჯერ იღებს. შემდეგი დიდი ჯგუფი რესპოდენტებისა (41.7%) საკვებს იღებს 3-ჯერ დღეში; ერთი მამაკაცი, 45-54 წწ ასაკობრივი ჯგუფიდან, ყოველდღიურად არ იკვებება.

მოხმარებული საკვების ზოგადი სტრუქტურა

კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი იღებს საშუალოდ ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს დღეში. რესპოდენტთა სრული უმრავლესობა (100%) დღის განმავლობაში იღებს ხილისა და ბოსტნეულის 2 ულუფას. მიღების საშუალო სიხშირე ხილისათვის არის 3 დღე კვირაში, ხოლო ბოსტნეულისათვის - 4 დღე კვირაში.

ხორცის პროდუქტები მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 3-ჯერ, საშუალო დოზა 2 ულუფას შეადგენს.

თევზის პროდუქტები, მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 1-ჯერ, საშუალო დოზა - 2 ულუფა.

რძის პროდუქტები საშუალოდ 2-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 2-ს.

გამოკითხულთა შორის, პურის, ხორბლეულისა და პურ-პროდუქტების მოხმარების დონე პირველ ადგილს იკავებს სურსათის სახეობებიდან და შეადგენს - 6 დღეს კვირაში და 2 ულუფას დღეში.

ტკბილეულისა და შაქრის პროდუქტების მოხმარება მნიშვნელოვნად მაღალია. მოხმარების სიხშირის მიხედვით, ისინი იკავებენ მეორე ადგილს ხორბლეულისა და პურ-პროდუქტების შემდგომ. მოხმარებული ულუფების მხრივ, ტენდენცია მსგავსია.

გამოკითხული რესპოდენტები იღებენ ტკბილეულს 6 დღე კვირაში, ულუფის რაოდენობაა 2.

ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და / ან ბოსტნეულის მოხმარება დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი

კვებასთან დაკავშირებული რისკი შეფასდა ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მოხმარების მონაცემების საფუძველზე. კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი იმყოფება კვებასთან დაკავშირებული რისკის ქვეშ.

ცხიმის მოხმარება

საკვების მომზადებისათვის ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ცხიმი მცენარეული ზეთია (58.3%), მას მოსდევს კარაქი (8.3%).

კვება სახლს გარეთ

არცერთ თავშესაფრის მაძიებელს არ აღუნიშნავს გარეთ მომზადებული საკვების მიღების შესახებ.

ფიზიკური აქტივობა

რესპოდენტთა 8.3 პროცენტი (1 მიგრანტი) აცხადებს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს მაღალი ინტენსივობის აქტივობას, რომელიც იწვევს სუნთქვისა და გულის რიტმის მნიშვნელოვან აჩქარებას საშუალოდ 10 წუთის განმავლობაში. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 5 დღის განმავლობაში.

რესპოდენტთა 25 პროცენტი აღნიშნავს, რომ მათი სამუშაო მოიცავს საშუალო ინტენსივობის აქტივობას. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს საშუალოდ 6 დღის მანძილზე ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობაა 120 წთ.

რესპოდენტთა 66.7 პროცენტი დადის ფეხით ან ველოსიპედით და ესაჭიროება სულ მცირე 10 წუთი ადგილზე მისასვლელად და უკან დასაბრუნებლად. აღნიშნული ხორციელდება 5 დღე ტიპიურ კვირაში; ხანგრძლივობაა 34 წთ.

რესპოდენტთა 33.3 პროცენტი აღნიშნავს, რომ დაკავებულია მაღალ-ინტენსიური სპორტით, ვარჯიშით ან აქტიური დასვენებით 4 დღე ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 107.5 წთ-ს.

16.7 პროცენტი მიუთითებს საშუალო ინტენსივობის სპორტულ დატვირთვას ან აქტიურ დასვენებაზე 4 დღე ტიპური კვირის მანძილზე; ხოლო ხანგრძლივობა შეადგენს 37.5 წთ-ს.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

კითხვაზე, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებაა მათთვის ტერიტორიულად ხელმისაწვდომი, თავშესაფრის მამიებელთა 50 პროცენტმა დაასახელა საავადმყოფო, სასწრაფო დახმარება და ექთანი; 16.7 პროცენტმა მიუთითა არასამთავრობო ორგანიზაციასა (მობილური კლინიკა) და 8.3 პროცენტმა ფსიქოსოციალურ სერვისებზე.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა აღნიშნა რესპოდენტთა მხოლოდ 8.3 პროცენტმა.

33.3 პროცენტს 30 წუთზე ნაკლები დრო სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებამდე მისასვლელად; ტრანსპორტის ყველაზე ხშირად გამოყენებული სახეობაა ავტობუსი (83.3%).

ინფორმირებულობა სამედიცინო დაზღვევის შესახებ და რესპოდენტთა კმაყოფილება აღნიშნული შემწეობით

თავშესაფრის მამიებელთაგან არცერთს არ გააჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. შესაბამისად, არცერთ მათგანს არ აქვს ინფორმაცია შესაბამისი სარგებლის შესახებ.

კლინიკური ანამნეზი

მომატებული არტერიული წნევის ანამნეზი

რესპოდენტთა 33.3 პროცენტი აღნიშნავს, რომ მისთვის გაუზომია წნევა სამედიცინო პერსონალს. ჰიპერტენზია გამოვლინდა რესპოდენტთა 16.7 პროცენტში. ჰიპერტენზია, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, აღნიშნა ერთმა თავშესაფრის მამიებელმა (33.3%).

66.7 პროცენტი (n=2) აღნიშნავს, რომ ამჟამად ღებულობს ექიმის გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. რეკომენდაცია მარილის მოხმარების შემცირების, წონის კონტროლის, თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ მიუღია 1

თავშესაფრის მაძიებელს. ფიზიკური აქტივობის ოპტიმიზაციის რეკომენდაციის შესახებ არ აღინიშნა.

დიაბეტის ანამნეზი

რესპოდენტთა უმრავლესობას (75%, n=9) არასდროს გაუზომავს სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია. მხოლოდ 2 თავშესაფრის მაძიებელს ოდესმე გააუზომავს გლუკოზის კონცენტრაცია სისხლში. მხოლოდ ერთმა აღნიშნა ჰიპერგლიკემიის შესახებ ცხოვრების განმავლობაში და ბოლო 12 თვის მანძილზე.

არც მედიკამენტოზური და არც ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვის რეკომენდაციის გაცემა არ აღინიშნულა.

სხვა დაავადებების ანამნეზი

არცერთ თავშესაფრის მაძიებელს არ დასმია მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის, კიბოსა და ჰიპერქოლესტეროლემიის დიაგნოზი.

ექიმთან ვიზიტი

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ექიმთან ვიზიტად მისვლის მოტივები და სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის პერიოდისათვის. ექიმთან ვიზიტების მაჩვენებელი ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, შეადგენდა 33.3 პროცენტს (n=4). ექიმთან ვიზიტის ძირითად მიზეზს შემთხვევათა 60 პროცენტში წარმოადგენდა ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა. არცერთ მათგანს არ დაუსახელებია პრევენციული სკრინინგი.

თვითმკურნალობა

არცერთი თავშესაფრის მაძიებელი არ მისდევს თვითმკურნალობას, რაც დადებით ტენდენციად უნდა იქნეს განხილული.

დაავადებათა ოჯახური ანამნეზი

კითხვის დასმისას – დედას, მამას, და-მმას ჰქონია თუ არა დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, მაღალი არტერიული წნევა, ინსულტი, კიბო, ჰიპერქოლესტეროლემია და მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში, 2-მა რესპოდენტმა (16.7%) აღნიშნა ჰიპერტენზია და 2-მა (16.7%) დიაბეტი, ერთმა

რესპოდენტმა დაადასტურა კიბოს, ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ჰიპერქოლესტეროლემიის შესახებ მისი ოჯახის დაავადებათა ანამნეზში.

ფიზიკური გაზომვები (STEP 2)

მოხდა არტერიული წნევის, გულისცემის სიხშირის, წონის, სიმაღლის, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის გაზომვა და შეფასება.

არტერიული წნევა და პულსი

თავშესაფრის მაძიებელთა საშუალო სისტოლური წნევაა 137 მმ.ვწყ.სვ. და საშუალო დიასტოლური წნევა 83 მმ.ვწყ.სვ. (კაცი-86 მმ.ვწყ.სვ. და ქალი-84 მმ.ვწყ.სვ.). არტერიული წნევის ციფრები სტაბილურად იმატებდა ასაკთან ერთად, სისტოლური წნევა 132 მმ.ვწყ.სვ.-დან (18-24 წწ ასაკობრივი ჯგუფი) 186 მმ.ვწყ.სვ.-მდე (45-54 წწ), ხოლო დიასტოლური წნევა 76 მმ.ვწყ.სვ.-დან (18-24 წწ) 114 მმ.ვწყ.სვ.-მდე (45-54 წწ).

იმ თავშესაფრის მაძიებელ მიგრანტებში, რომლებიც არ ღებულობენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. დაუფიქსირდა 41.7 პროცენტს (n=5).

ჰიპერტენზიის მე-2 სტადია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) გამოვლინდა რესპოდენტთა 8.3 პროცენტში (n=1) იმ გამოკვლევულ პირებში, ვინც არ ღებულობს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. არტერიული წნევა $\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა, გამოვლინდა 8.3 პროცენტში (n=1).

არცერთი თავშესაფრის მაძიებელი არ ღებულობდა ექიმის მიერ გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს უკანასკნელი 2 კვირის მანძილზე.

პულსის საშუალო მაჩვენებელია 81.

ფიზიკური გაზომვები

საშუალო სიმაღლე იყო 173.8 სმ; საშუალო წონა - 72 კგ.

სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი (სმი) შეადგენს 23.8 და იზრდება აკასის მატებასთან ერთად.

სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით გამოიყო 4 ჯგუფი. ყველაზე დიდ ჯგუფს (50%; 6 კაცი) აქვს ნორმალური წონა (სმი=18.5-24.9). არასაკმარისი წონის პირების ჯგუფი (სმი<18.5) შეადგენს 8.3 პროცენტს (1 კაცი); 25 პროცენტს (3 კაცი) აქვს ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9), ხოლო 16.7 პროცენტი (2 კაცი) - მსუქანია (სმი≥30).

წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი იყო 87.7 სმ.

მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

კვლევაში მონაწილეთა გამოკითხვის მიხედვით, მათ ფსიქოსოციალურ საჭიროებებზე ეფექტიანი რეაგირების საუკეთესო გზას წარმოადგენს **გადაწყვეტილების მიღების ხელშეწყობა მესამე ქვეყანაში მიგრაციასთან დაკავშირებით, ოჯახის გაერთიანება და აუცილებელი მხარდაჭერის აღმოჩენა ჯანმრთელობასთან, მათ შორის მენტალურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობასთან დაკავშირებით.** უფრო კონკრეტულად, რესპოდენტები ითხოვენ სახელმწიფოსაგან მხარდაჭერის პროგრამების არსებობას, რაც ხელს შეუწყობდა მათ ინტეგრაციას ადგილობრივ სოციალურ გარემოში. ასევე, კონკრეტულად იქნა ხაზგასმული სპეციალური სამედიცინო ცენტრის არსებობის საჭიროება.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

მონაწილეების მიერ არ ყოფილა შემოთავაზებული დისტრესის ან უგუნებოდ ყოფნის სიტყვიერი განმარტება, თუმცა, რამოდენიმე მათგანმა ეს შეგრძნება აღწერა, როგორც "არაადექვატური ფინანსური სახსრებისა და საცხოვრისის არსებობა, უსამართლობის შეგრძნება და ცუდი განწყობა". ერთ-ერთმა გამოკითხულმა შემოგვთავაზა მისი კულტურული წარმომავლობისათვის დამახასიათებელი იდიომატური გამოთქმა: "როდესაც ჩემი გული დარდობს, მაშინ გონება დაკავებულია"... გამოკითხულებმა არ იცოდნენ თუ რამდენადაა გავრცელებული მათ სოციალურ გარემოში ამგვარი განწყობა, თუმცა, ზოგიერთი მიუთითებს, რომ პირადად მათ გააჩნიათ მოცემული დისკომფორტის გამოცდილება განსხვავებული სიძლიერის გათვალისწინებით. რაც შეეხება დისკომფორტის მიზეზებს, დასახელდა პასუხისმგებლობის შეგრძნება ოჯახის წევრებთან მიმართებაში, არაკომუნიკაციური მოპყრობა, გაურკვეველობა თავშესაფრის მაძიებელთა სტატუსსა და ბუნდოვან მომავალთან დაკავშირებით.

არ იქნა აღნიშნული რაიმე ბარიერების შესახებ თავშესაფრი მაძიებელთა კულტურული რწმენების პრაქტიკასთან დაკავშირებით, ერთადერთ ბარიერად დასახელდა მეჩეთის სიშორე. რესპოდენტებს აქვთ შესაძლებლობა შეინარჩუნონ კავშირი ოჯახის წევრებთან, ძირითადად სატელეფონო კომუნიკაციის მეშვეობით; ასევე ეცნობიან ახალ ამბებს მათი წარმომავლობის ქვეყნების შესახებ რადიოგადაცემების მეშვეობით. მხოლოდ ძალზედ მცირე რაოდენობამ მიუთითა საწინააღმდეგოზე, ზოგიერთს კი არ გააჩნდა პასუხი. ოჯახის წევრები და ერთ ოთახში მცხოვრებნი ხშირად უზიარებენ ერთმანეთს მოგონებებს და მხოლოდ მცირე რაოდენობა ამტკიცებს საწინააღმდეგოზე.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდეგ, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა: 41.7 პროცენტი (n=5) აღნიშნავს სომატური ჩივილების შესახებ (როგორცაა თავის ტკივილი, მუცლის, გულის ან სუნთქვის პრობლემები); 33.3 პროცენტს (n=4) აწუხებს თავის ტკივილები; 25 პროცენტს (n=3) - კუჭ-ნაწლავის პრობლემები; 16.7 პროცენტი (n=2) აღნიშნავს ქრონიკული დაავადებების გაუარესებასთან დაკავშირებით; 16.7 პროცენტი (n=2) - აღნიშნავს ქრონიკული გადაღლილობისა და ენერჯის უქონლობის შესახებ; ერთი მიუთითებს სისხლის წნევასთან დაკავშირებით; და კიდევ ერთიც - რესპირატორულ პრობლემებზე;

ფსიქოლოგიური პრობლემები

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, ასევე თავი იჩინა ფსიქოლოგიურმა პრობლემებმაც: 58.3 პროცენტმა (n=7) - დაადასტურა შიშისა და შფოთვის გამომწვევი სიტუაციების თავიდან აცილების სურვილის შესახებ; 58.3 პროცენტმა (n=7) - აღნიშნა, რომ აწუხებს შემაშფოთებელი ფიქრები მიგრაციაზე დღის ან ღამის განმავლობაში; 58.3 პროცენტი (n=7) - განიცდის შფოთვის დაძინების წინ; 41.7 პროცენტი (n=5) მიუთითებს სევდამორეულობასა და ტირილის სურვილზე; 41.7 პროცენტი (n=4) - ინტერესის დაკარგვაზე ცხოვრებისა და სასურველი საქმიანობის მიმართ; 33.3 პროცენტი (n=4) მიუთითებს შიშის შეგრძნებაზე; 33.3 პროცენტს (n=4) აქვს პრობლემები კონცენტრირებასთან დაკავშირებით; 33.3 პროცენტი (n=4) ხშირად იღვიძებს ღამით და წუხს უძილობის, ფიქრებისა და შფოთვის გამო; 33.3 პროცენტი (n=4) გრძნობს გაუცხოებას საკუთარი თავისადმი; 33.3 პროცენტი (n=4) უჩივის ცუდ გუნებაგანწყობას; 16.7 პროცენტი (n=2) ხშირად კარგავს წონასწორობას და ბრაზმორეულობას განიცდის; 16.7 პროცენტი (n=2) ადასტურებს ალკოჰოლის ჭარბად მიღების სურვილზე. არცერთს არ აღუნიშნავს ნარკოტიკული ნივთიერებების მიღების სურვილის შესახებ.

ინდივიდები, პროფესიონალები, პარაპროფესიონალები და დაწესებულებები, ვისაც თავშესაფრის მაძიებლები მიმართავენ, ფსიქოსომატური და ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემების შესამსუბუქებლად

ზემოაღნიშნული ჩივილებისა და მდგომარეობის გამო, თავშესაფრის მაძიებლები, როგორც წესი, მიმართავენ საავადმყოფოს (66.7%, n=8); შემდეგი მოდის მოძღვარი (58.3%, n=7); ადგილობრივი აფთიაქი (41.7%, n=5); მეზობელი, მეგობარი, ნათესავი (33.3%, n=4); პოლიკლინიკა (33.3%, n=4); ექთანი (33.3%, n=4); ფსიქოლოგი (33.3%, n=4);

ადგილობრივი თემის მუშაკი (33.3%, n=4); არასამთავრობო ან მობილური კლინიკა (33.3%, n=4); სასწრაფო დახმარების სამსახური (25%, n=3) და ფსიქიატრი (8.3%, n=1).

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევა

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

გამოკითხულთა 16.7 პროცენტმა (n=2) მოიხსენია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და კიბო, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადებები. მხოლოდ 8.3 პროცენტმა (n=1) ასეთ დაავადებებად მიუთითა ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები და შაქრიანი დიაბეტი.

8.3 პროცენტმა (n=1) არასწორად მიუთითა აივ-ინფექცია / შიდსი და ჰეპატიტი, ხოლო 25 პროცენტმა (n=3) კი - გრიპი, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება.

არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ ცოდნის დონე ძალიან დაბალია.

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების შესახებ

რესპოდენტთა 58.3 პროცენტმა (n=7); თამბაქო მოიხსენია, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი. 66.7 პროცენტმა (n=8) - ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება; 75 პროცენტმა (n=9) - არაჯანსაღი კვება; 83.3 პროცენტმა (n=10) - დაბალი ფიზიკური აქტივობა. ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი დაასახელა 75 პროცენტმა (n=9); დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობები - 50 პროცენტმა (n=6).

ცოდნა არაგადამდები დაავადებების ძირითადი რისკ ფაქტორების შესახებ დაბალია, ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ჰიგიენური ნორმების და დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობების შემთხვევაში.

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

კითხვაზე თუ რას მიიჩნევენ არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების შესაძლებლობად, რესპოდენტების მიერ დასახელდა ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა ფიზიკური აქტივობა, ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება, ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების, ასევე დაუცველი სქესისა და არაჯანსაღი კვების

თავიდან აცილება. ზოგიერთმა მიუთითა ღირსეული ცხოვრების დონისა და ჯანსაღი გარემოს აუცილებლობის და ასევე სამედიცინო შემოწმების გავლის ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ამასთან, ძალზე მცირე ნაწილმა დაასახელა, რომ მისდევს ზემოაღნიშნული ჯანსაღი ცხოვრების წესს.

ცნობიერების დონე არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებით საკმაოდ დაბალია თავშესაფრის მაძიებელთა შორის. მხოლოდ მცირედი ნაწილი განიხილავს სისხლის წნევის მაღალ მაჩვენებლებს დაავადებად და მიაჩნიათ, რომ ამ მდგომარეობის აცილება შესაძლებელია სათანადო კვებისა და მშვიდი განწყობის შენარჩუნების შემთხვევაში. კითხვაზე, თუ როგორი მოვლა ესაჭიროება არაგადამდები დაავადებების მქონე პირს, გამოკითხულებს აქვთ შემდეგი მოსაზრება „სისხლის წნევის ყოველდღიური კონტროლი, იმის უზრუნველყოფა, რომ პაციენტმა არ ინერვიულოს, კარგად იკვებოს, გააჩნდეს უსაფრთხო გარემო და საჭიროებისას ჰქონდეს დახმარება”.

ზოგიერთის დამოკიდებულება სამედიცინო პერსონალისა და სისტემისადმი პოზიტიურია, თუმცა უმრავლესობას არ გააჩნია პოზიცია აღნიშნულის შესახებ.

ქცევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

რესპოდენტებს არ შემოუთავაზებიათ რაიმე კონკრეტული არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებულ პრაქტიკასთან მიმართებაში, ნაწილობრივ გაუთვითცნობიერებულობის, ხოლო მეორეს მხრივ კი ენობრივი ბარიერის გამო. არც ერთ რესპოდენტს არ შემოუთავაზებია რაიმე, როდესაც კითხვა ეხებოდა არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და მართვის გზებს. ზოგიერთი მიუთითებს, რომ ადვილად ნებდება რისკ ფაქტორებს. მაგრამ ამასთანავე აღნიშნავს, რომ თავიანთ ქცევით ჩვევებს ”უკეთესობისაკენ” შეცვლიდა და ასევე მკურნალობისადმიც დამყოლი იქნებოდა, ამ უკანასკნელის საჭიროების შემთხვევაში.

ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები

ტრეფიკინგით დაზარალებულმა არცერთმა მიგრანტმა არ მოისურვა კვლევაში მონაწილეობის მიღება. მიგრანტთა ამ ჯგუფის შესახებ მონაცემთა არარსებობის კომპენსირების მიზნით, ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის პერსონალთან ჩატარდა ჩადრმავებული ინტერვიუ, განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილებით ამ მოწყვლადი ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და შესაბამის საჭიროებებზე. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ქვემოთ მოყვანილი მონაცემები წარმოადგენს სახელმწიფო ფონდის თავშესაფრებში მცხოვრებ, ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა შესახებ ფონდის თანამშრომლებისაგან მოპოვებულ მონაცემებს.

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

ინტერვიუს დასაწყისში, აღინიშნა ტრეფიკინგით დაზარალებულ უცხოელ მიგრანტებთან ურთიერთობის შემაფერხებელ ენობრივ ბარიერთან დაკავშირებით.

ცნობისამებრ, ინფორმაცია ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტების მისამართების შესახებ ნაწილობრივ ხელმისაწვდომია, თუმცადა, ზოგიერთი მომხმარებელი არჩევს ამ მონაცემის საიდუმლოდ შენახვას. აქვე აღინიშნა, რომ მომხმარებელთა მისამართები ფონდის მუშაკთათვის მეტწილად ცნობილია, იმისდა გათვალისწინებით, რომ უმეტესობას მუდმივი საცხოვრებელი არ გააჩნია. ფონდის თანამშრომელთათვის აგრეთვე ხელმისაწვდომია მონაცემი ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა დაბადების თარიღებისა და განათლების დონის შესახებ, რომელიც ხშირ შემთხვევაში არის ან არასრული საშუალო, ან საშუალო. დასახელდა მხოლოდ ერთეული შემთხვევა, როდესაც ტრეფიკინგით დაზარალებულს უმაღლესი განათლება ქონდა მიღებული.

ეთნიკური წარმომავლობის მხრივ, დასახელდა შემდეგი ეროვნებები: ქართველი, უზბეკი, რუსი და თურქი.

დარეგისტრირების თვალსაზრისით, პრობლემა მხოლოდ უზბეკეთის მოქალაქეებთან დაკავშირებით აღინიშნა. ისინი იყვნენ თურქეთიდან დეპორტირებული საქართველოში და არ გააჩნდათ ტრანზიტული დოკუმენტები. თუმცა თავშესაფრის მომხმარებელთა უმეტესობას პირადი დოკუმენტები გააჩნია. საქართველოში დაბრუნების ან შემოსვლის შემდგომ, ზოგიერთმა მოახდინა თვითიდენტიფიცირება როგორც ტრეფიკინგის მსხვერპლმა, ზოგიერთს კი საზღვარზე ენიჭება ტრეფიკინგის

მსხვერპლის სტატუსი, შესაბამისად თავშესაფარში ისინი უკვე ამ სტატუსით შემოდიან.

უმეტესწილად ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები არიან დაქორწინებულები, ან თანამცხოვრები, ან კიდევ განქორწინებულები, რომელთაც ჰყავთ შვილები.

ძირითადად ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები არიან შრომის უნარიანი დაუსაქმებლები, როგორც ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომამდე, ასევე ამ ფაქტის შემდგომაც.

ოჯახის შემოსავლის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომი არ არის და აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირ შემთხვევაში, ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომის მიზეზი სწორედ შემოსავლის უქონლობაში მდგომარეობს. თუმცა აღინიშნა, რომ სქესობრივი ექსპლუატაციის შემთხვევისას, შესაძლებელია შემოსავლის განსაზღვრა დაახლოებით, რომელიც შეადგენს 200-300 ლარს ყოველთვიურად (<2600 ლლიურად).

აღინიშნა პრობლემის სიმწვავეზე პირადი ჰიგიენის დაცვის მხრივ სექსუალური ექსპლუატაციის გამოცდილების მქონე პირთა შემთხვევაში, რაც გარკვეულწილად რეზისტენტობას წარმოადგენს და სქესობრივი ნიშნით ექსპლუატირებულ მსხვერპლთა ფსიქოლოგიური მდგომარეობის ამსახველია, რადგან თავშესაფარში არსებული პირობები ნამდვილად ხელსაყრელია პირადი ჰიგიენის დაცვისთვის.

ქვევითი რისკ ფაქტორები (STEP 1)

თამბაქოს მოხმარება

ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები ჩვეულებრივ ყოველდღიურად ეწევიან იაფფასიან, ფილტრიან სიგარეტს, დაახლოებით დღეში ათ ღერს. თავის დანებების მცდელობა ქონიათ და პერსონალის მხრიდან უზრუნველყოფილ იქნენ ალენ კარის სახელმძღვანელოთი თამბაქოს დანებების შესახებ და ასევე ტაბექსის აბებით, მაგრამ ამ მიდგომამ, სამწუხაროდ, ვერ გაამართლა. აქვე აღსანიშნავია, რომ მეტწილად ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები სიგარეტის მოწევის დანებების სურვილით არ გამოირჩევიან. მაგრამ არის ისეთი ერთეული შემთხვევებიც, როდესაც, მაგალითად, მცირეწლოვანმა პირმა დაანება თავი სიგარეტის მოწევას.

ალკოჰოლის მოხმარება

ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა უმრავლესობა ალკოჰოლს ღებულობს, მაგრამ არა რეგულარულად. ძირითადად ისევ და ისევ სქესობრივი ექსპლუატაციის შემთხვევებში, შეიმჩნევა ალკოჰოლის მოხმარების შეჩვევის ტენდენცია. მაგალითის სახით მოყვანილ იქნა ერთ-ერთი პირის თურქეთში ყოფნის გამოცდილება, რომლის განმავლობაშიც იგი მუშაობდა ბარში და უწევდა მაღალალკოჰოლიანი ლუდის მოხმარება არანორმირებული რაოდენობით და რეგულარულად, რამაც გამოიწვია დამოკიდებულების გაჩენა. შესაბამისად, თავშესაფარში მოხვედრის შემდგომ, აღნიშნულ პიროვნებას უკიდურესად გაუჭირდა ალკოჰოლის გარეშე ყოფნა.

აქვე აღინიშნა, რომ ტრეფიკინგის გამოცდილების ხანგრძლივობა საშუალოდ შეადგენდა სამ თვეს. თუმცა იყო ისეთი შემთხვევებიც როდესაც 1 ან 2 წლის განმავლობაში გაგრძელებულა ამგვარი ყოფა. მოცემული ინფორმაცია სასარგებლო იყო ალკოჰოლიზაციის პერიოდის გამოსავლენად, რომელიც ფონდის მუშაკთა თანახმად სულ მცირე 1 წელს შეადგენდა. რაც შეეხება ალკოჰოლის მიღების ოდენობას ჩვეულებრივ, მეტწილად მიღებული რაოდენობა საკმარისი არის გუნებაგანწყობის ამალღებისათვის, აქედან გამომდინარე, ალკოჰოლური სასმელის დოზა დიდი არ არის. აღსანიშნავია, რომ შემთხვევების სპეციფიურობის შესაბამისად, ალკოჰოლის გადაჩვევის პროცესი განსხვავდება სიმწვავის მხრივ.

საბოლოო ჯამში აღინიშნა, რომ ძირითადად ალკოჰოლის მოხმარების დონე ზომიერია.

კვება

თავშესაფარში კვების რეჟიმი ოთხჯერადია და ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები ყოველ ჯერზე იკვებებიან. კვების რაციონი ბალანსირებულია ექიმის რჩევის შესატყვისად. აქედან გამომდინარე, ხილის მოხმარების საშუალება არის ყოველდღიურად და საკვების მომზადებისათვის გამოიყენება მცენარეული ზეთი და კარაქი. საკვების გარეთ მიღების შემთხვევები პრაქტიკულად არ აღინიშნა.

ფიზიკური აქტივობა

ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა ფიზიკური აქტივობის დონე ძალიან დაბალია. თუმცა, ფონდის მუშაკთა თანახმად, ერთ-ერთი მომხმარებელი ყოველდღიურად ასრულებდა ფიზიკურ ვარჯიშებს თავის ოთახში. ფეხით სიარული ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებს პრაქტიკულად არ უწევთ, მაგრამ

შეუძლიათ გასეირნება ეზოში, რისგანაც ძირითადად თავს იკავებენ, რადგან ურჩევნიათ ტელევიზორის ყურება.

ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა (ადგილმდებარეობისა და ფინანსური თვალსაზრისით)

ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთათვის კითხვარში ჩამოთვლილი ყველა ტიპის სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომია გეოგრაფიულად. რაც შეეხება ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, სამედიცინო მომსახურების თანხის ანაზღაურებას მათთვის სახელმწიფო ახდენს.

სამედიცინო დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევა ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებს არ გააჩნიათ, მაგრამ მათი სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურდება ფონდის ბიუჯეტიდან, რომელიც თავის მხრივ დაფინანსებას იღებს სახელმწიფო ხაზინიდან.

ინფორმირებულობა ხელმისაწვდომი სამედიცინო შეღავათების შესახებ

თავშესაფარში შემოსვლის დროს, ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებს ეძლევათ განმარტება შინა განაწესის შესახებ, რომელიც ასევე მოიცავს განმარტებას მათთვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების შესახებაც. აგრეთვე აცნობენ ინფორმაციას საკუთარ უფლებებზეც.

მომატებული არტერიული წნევის ანამნეზი

როგორც აღინიშნა, ძირითადად ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები გაცნობიერებული არიან თავიანთი არტერიული წნევის ციფრების შესახებ და აღენიშნებათ ნორმალური წნევა 120/70მმ.ვწყ.სვ.

ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების მოხმარება ძალზედ მწირია. აღსანიშნავია, რომ ფონდის თავშესაფრის მომხმარებელთათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება არ ითვალისწინებს პრევენციული ტიპის გამოკვლევებს. აქედან გამომდინარე, ექიმთან მიმართვიანობა ხდება მხოლოდ გარკვეული პრობლემის წამოჭრის შემთხვევაში. უმრავლესობას არასოდეს დასჭირვებია სისხლში გლუკოზის დონის კონცენტრაციის შემოწმება.

სხვა დაავადებების ანამნეზი

დაავადებათა ანამნეზის მხრივ კითხვარში ჩამოთვლილი არც ერთი დაავადების შემთხვევა არ ყოფილა აღნიშნული ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა შორის. გამონაკლისის სახით დასახელდა მხოლოდ ერთი ქალბატონის შემთხვევა, რომელსაც საშვილოსნოს კიბოს დიაგნოზი აქვს. ასევე, აღინიშნა კიდევ ერთი შემთხვევის შესახებ, როდესაც ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომამდე პიროვნებას ტუბერკულოზის გარკვეული ფორმა უკვე გააჩნდა და შესაბამისი მკურნალობის კურსიც ჩაუტარდა. თუმცა, ტრეფიკინგის გამოცდილებისას მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა. თავშესაფარში მოხვედრის შემდგომ, ამ პიროვნებას გამოკვლევებისა და შესაბამისი დიაგნოზის დასმის შემდგომ საჭირო მკურნალობის კურსიც ჩაუტარდა.

რესპოდენტებმა აღნიშნეს, რომ განსაკუთრებულ საზრუნავს წარმოადგენს ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტების პირის ღრუს ჯანმრთელობა, რადგან აღინიშნა, რომ თითქმის ყველას აწუხებს სტომატოლოგიური პრობლემები. სახელმწიფო ფონდის ბიუჯეტიდან სტომატოლოგიური მომსახურების დაფარვა გარკვეული ოდენობით ხორციელდება, თუმცა ტრეფიკინგის გამოცდილებამდე, მომხმარებელთა პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრობლემები სავარაუდოდ ისედაც იმდენად მძიმეა, რომ ფონდის თავშესაფარში მოხვედრის შემდგომ, უმეტესწილად მათ ქირურგიული, ორთოპედიული ჩარევა ესაჭიროებათ.

ოჯახის წევრთა დაავადებათა ანამნეზის შესახებ ინფორმაცია არ არის ხელმისაწვდომი.

ფიზიკური გაზომვები (STEP 2)

სხეულის მასის ინდექსი

სხეულის მასის ინდექსთან დაკავშირებით აღინიშნა, რომ ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები ძირითადად საშუალო აღნაგობის არიან, რაც ნიშნავს იმას, რომ მათ შორის არ აღინიშნება არც სიგამხდრე და არც ჭარბწონიანობა. თავშესაფარში მოხვედრის შემდგომ, კვების რეჟიმის გამოსწორების გამო, ხშირია წონის დაბალანსების შემთხვევებიც.

მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

ძირითადად, ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტების უმრავლესობას ძალიან დაბალი განათლება აქვს და შესაბამისად, მათ უჭირთ თავიანთი სურვილების განსაზღვრა და ჩამოყალიბება. შრომით მოწყობასთან დაკავშირებით აღინიშნა, რომ ხშირად, ტრეფიკინგით დაზარალებულებს დასაქმების შემთხვევაში უჭირთ ადაპტირება შესაბამისი უნარების არქონის გამო, თუმცაღა მიუხედავად ამისა, სამწუხაროდ, თაკილობენ ამა თუ იმ საქმიანობის შესრულებას. ასევე აღინიშნა გადაულახავ ტრავმულ გამოცდილებასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებაც. კერძოდ, სქესობრივი ექსპლუატაციის მხვერპლმა გაიარა მომსახურების კურსები პროფესიული განათლების ცენტრში, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მან ვერ შესძლო მუშაობა საკმაოდ პრესტიჟულ რესტორანში, წარსულ აგრესორთან შესაძლო შეხვედრის ალბათობისდა გამო. ზემო თქმულიდან გამომდინარე, სასურველია ისეთი პროგრამის შეთავაზება, რომელიც უზრუნველყოფს ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა პროფესიულ განათლებას და შემდგომ მათი ადაპტაციის ხელშეწყობას სამუშაო გარემოსთან მიმართებაში.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

უგუნებოდ ყოფნის სიტყვიერი გამომჟღავნება ხშირი არ არის. უმეტესწილად ტრეფიკინგით დაზარალებულები გარეგნული მდგომარეობით გამოხატავენ შესაბამის განცდებს და თავისთვის მყუდრო ადგილას განმარტობას არჩევენ.

რაც შეეხება უგუნებოდ ყოფნის მიზეზებს, ამ მხრივ, სავარაუდოდ, დასახელდა განმარტობის შემთხვევაში ტრეფიკინგის გამოცდილების პერიოდთან დაკავშირებული მოგონებების გამოცოცხლება და ასევე მომავალი დამოუკიდებელი ცხოვრების შიშიც. როგორც აღინიშნა, თითქმის ყველა ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტი არის იმედგაცრუებული: “მე მოვსინჯე და აი, რა დამემართა და ეხლა კიდევ მარტომ რა ვაკეთო?” ფონდის მუშაკები სწორედ ამ მიზეზებს მიაწერენ სურვილების განსაზღვრის უუნარობასა და უინიციატივობას დასაქმების მიმართ.

ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა კიდევ ერთი ნიშანდობლივი ფსიქოლოგიური მახასიათებელი მდგომარეობს იმაში, რომ მიუხედავად იმ მძიმე გამოცდილებისა, რომელიც თითოეულ მათგანს თითქოსდა უნდა აერთიანებდეს, საპირისპიროდ, შეიმჩნევა ურთიერთდაჩაგვრის ტენდენცია. აღინიშნა, რომ “ყველა ცდილობს ლიდერობას, ძალაუფლების დამკვიდრებას და ერთმანეთზე ზეგავლენის ქონას”. ამ მხრივ კამათის მიზეზად ნებისმიერი ყოფითი წვრილმანი შეიძლება იქცეს.

ასევე სირთულეები შეიმჩნევა პირადი სივრცის დარღვევასთან დაკავშირებულ უკმაყოფილებასა და კამათის გამო.

კულტურული ადათ-წესების პრაქტიკის შესაძლებლობა

ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტთა კულტურული და რელიგიური ადათ-წესების აღსრულებას არაფერი უშლის ხელს. ხოლო უცხოელ მიგრანტებს რაც შეეხება, მათ ყოველთვის ეძლეოდათ საშუალება, შეენარჩუნებინათ კავშირი თავიანთი წარმომავლობის ქვეყანასა და ოჯახის წევრებთან.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

რესპოდენტთა პასუხების თანახმად, ტრეფიკინგით დაზარალებულ მიგრანტებს, მხოლოდ რამოდენიმე მდგომარეობის გამოკლებით, კითხვარში ჩამოთვლილი თითქმის ყველა ფსიქოსომატური გამოვლინება აღენიშნებათ და გამოთქვამენ შესაბამის ჩივილებს. განსაკუთრებით აღინიშნა, ძილთან დაკავშირებული პრობლემების, შიშისა და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითების შესახებ. ამ მხრივ ფონდის მუშაკები თვლიან, რომ ტრეფიკინგით დაზარალებულთა ისედაც დაბალი ინტელექტის დონეს, თან დაერთო სტრესიდან გამომდინარე სირთულეები, რაც უკიდურესად აფერხებს მათი აზროვნების უნარს. ფსიქოსომატურ გამოვლინებებთან დაკავშირებით თავშესაფრის მომხმარებლებს შეუძლიათ მიმართონ მედდას და ფსიქოლოგს, რომლებიც მუშაობენ თავშესაფარში. აღინიშნა, რომ საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია რელიგიური კულტის მსახურთა ვიზიტის ორგანიზებაც.

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევა

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები ნაკლებად არიან გაცნობიერებული გულსისხლძარღვთა დაავადებების შესახებ. გარკვეული წარმოდგენა შეინიშნება, მაგრამ ყველაზე მეტად ისინი არიან გაცნობიერებული ისეთ გადამდებ, ინფექციურ დაავადებებთან მიმართებაში, როგორცაა გრიპი და აივ / შიდსი.

პრევენციულ გზებთან მიმართებაში ტრეფიკინგით დაზარალებულები პრაქტიკულად საერთოდ არ არიან გაცნობიერებული. მეტიც, მათთვის ისიც კი არ არის ცნობილი, რომ დაუცველი და ხშირი სქესობრივი კავშირები, ჯანმრთელობისათვის დიდ რისკს წარმოადგენს და რომ ამ მხრივ საჭიროა პრევენციული ზომების გატარება.

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

რაც შეეხება მაღალი არტერიული წნევის მკურნალობას, ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტებისთვის ცნობილია, რომ ასეთ შემთხვევებში საჭიროა მედიკამენტის მიღება. დამოკიდებულება ჯანდაცვის მუშაკებისა და ჯანდაცვის სისტემასთან მიმართებაში ძირითადად პოზიტიურია და ნდობით განიხსჯება.

ქცევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

მიმართვიანობის თვალსაზრისით პრობლემები არ შეიმჩნევა, რაც ნიშნავს იმას, რომ ტრეფიკინგით დაზარალებულებს დღისა და ღამის განმავლობაში ნებისმიერ დროს შეუძლიათ მიმართონ ფონდის მუშაკებს.

არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემასთან დაკავშირებით აღინიშნა, რომ მხოლოდ ნებელობა ან კონსულტირება საკმარისი არ არის ამგვარი ზეგავლენის თავიდან აცილების უზრუნველსაყოფად. ამ შემთხვევაში საჭიროებას წარმოადგენს ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმწვავისა და ქცევით რისკ ფაქტორებზე უარის თქმის აუცილებლობის მყარი დასაბუთება და დამტკიცება, ჯანმრთელობაზე სავალალო ზემოქმედების ხაზგასმით. მაგრამ, სამწუხაროდ, ასევე აღინიშნა, რომ მიუხედავად ამისა, ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტების უმრავლესობა თავიანთ მავნე ჩვევებს მაინც არ ცვლის.

მკურნალობისას დამყოლობასთან დაკავშირებით მდგომარეობა სავალალოა და უმეტესწილად, ტრეფიკინგით დაზარალებულთა დაყოლიება არაგადამდები დაავადებების მკურნალობის ხანგრძლივ პროცესში ჩასართველად, ძალზედ რთულია.

უცხოელი მიგრანტი პატიმრები

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი

კვლევაში მონაწილეობდა 9 უცხოელი მიგრანტი პატიმარი, კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი იყო 30 პროცენტი.

სქესი და ასაკი

ყველა პატიმარი მამაკაცი იყო. უმრავლესობა (n=6; 66.7%) 25-34 წწ ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნებოდა, დარჩენილი სამი (15.3%) კი 35-44 წწ ასაკობრივ ჯგუფს.

ეთნიკურობა

ეთნიკურობის მიხედვით, ერთი პატიმარი სომეხი იყო, ორი - აზერბაიჯანელი ხოლო დანარჩენები კი პაკისტანური, თურქი და ირანული წარმომავლობის.

ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, 5 პატიმარი არ იყო დაქორწინებული, 2 ამჟამად დაქორწინებულია, ერთი - თანამაცხოვრებელია და ერთმა უარი განაცხადა პასუხზე.

განათლება

განათლების ძირითადი ხანგრძლივობა (საშუალო და უმაღლესი განათლება, გარდა დაწყებითი განათლებისა) შეადგენდა 11 წელს.

კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობას ჰქონდა სრული საშუალო (44.4%) და საუნივერსიტეტო (33.3%) განათლება. ერთ პატიმარს ქონდა სრული დაწყებითი და კიდევ ერთს - არასრული საშუალო განათლება.

ცხრილი 9: სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები, უცხოელი მიგრანტი პატიმრები, საქართველო, 2011-12

	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65+	სულ
კაცი	.0%	66.7%	33.3%	.0%	.0%	.0%	42.6%
განათლება							
არანაირი განათლება	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
არასრული დაწყებითი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
სრული დაწყებითი	.0%	16.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	11.1%
არასრული საშუალო	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	11.1%
სრული საშუალო	.0%	16.7%	66.7%	.0%	.0%	.0%	44.4%
საუნივერსიტეტო	.0%	16.7%	66.7%	.0%	.0%	.0%	33.3%

დიპლომის შემდგომი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
ოჯახური მდგომარეობა							
დაუქორწინებელი	.0%	66.7%	33.3%	.0%	.0%	.0%	55.6%
ამჟამად დაქორწინებული	.0%	16.7%	33.3%	.0%	.0%	.0%	22.2%
ცალკე მცხოვრები	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
განქორწინებული	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
ქვრივი	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
თანამაცხოვრებელი	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	11.1%

კონფლიქტის ზონაში ყოფნა საომარი მოქმედებებისას

არცერთი უცხოელი მიგრანტი პატიმარი არ იმყოფებოდა კონფლიქტის ზონაში საომარი მოქმედებისას. რესპოდენტთა 55.6 პროცენტი თავს გრძნობს აბსოლუტურად უსაფრთხოდ, 44.4 პროცენტი კი მეტ-ნაკლებად უსაფრთხოდ სასჯელაღსრულების ცენტრში.

ქცევითი რისკ ფაქტორები (STEP 1)

თამბაქოს მოხმარება

ამჟამად მწევლები

სხვადასხვა სახის თამბაქოს პროდუქტებს მოიხმარს 44.4 პროცენტი (n=4). ყველა ამჟამად მწველი ყოველდღიური მწველია და მოიხმარს ქარხნული წარმოების სიგარეტს. მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი შეადგენს 22 წელს.

ყოფილი მწევლები

ორი 25-34 წწ ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტი იყო წარსულში ყოველდღიური მწველი.

მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა აღნიშნა ორმა უცხოელმა მიგრანტმა პატიმარმა. ერთ-ერთმა გამოიყენა ე.წ. „მსუბუქი სიგარეტი“ რომელიც შეიცავს ნაკლებ ნიკოტინს და კუპრს, (თუმცა არანაკლები ზიანის მომტანია ჯანმრთელობისათვის). თამბაქოს მოხმარებისაგან თავის შეკავების მაქსიმალური პერიოდი იყო 56 დღე (დაახლოებით 2 თვე).

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის მიღება სიცოცხლის განმავლობაში

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება უცხოელ მიგრანტ პატიმრებში ძალიან მაღალია და შეადგენს 88.9 პროცენტს (n=8).

ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსი კვლევამდე 30 დღისა და 12 თვის მანძილზე არცერთ უცხოელ მიგრანტ პატიმარს უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ალკოჰოლი არ მიუღია.

კვება

საკვების დღიური მოხმარება

რესპოდენტთა უმრავლესობა (66.7%) საკვებს დღეში 3-ჯერ იღებს; 33.3 პროცენტი საკვებს იღებს 2-ჯერ დღეში.

მოხმარებული საკვების ზოგადი სტრუქტურა

კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა რესპოდენტი იღებს საშუალოდ ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს დღეში. ყველა რესპოდენტი (100%) დღის განმავლობაში იღებს ხილის 2 და ბოსტნეულის 1 ულუფას. მიღების საშუალო სიხშირე ხილისათვის არის 3 დღე კვირაში, ხოლო ბოსტნეულისათვის - 6 დღე კვირაში.

ხორცის პროდუქტები მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 3-ჯერ, საშუალო დოზა - 2 ულუფა.

თევზის პროდუქტები, მოიხმარება კვირაში საშუალოდ 1-ჯერ, საშუალო დოზა - 2 ულუფა.

რძის პროდუქტები საშუალოდ 2-ჯერ მოიხმარება კვირაში, ხოლო ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 1-ს.

გამოკითხულთა შორის, პურის, ხორბლეულისა და პურ-პროდუქტების მოხმარების დონე პირველ ადგილს იკავებს სურსათის სახეობებიდან და შეადგენს - 7 დღეს კვირაში და 3 ულუფას დღეში.

ტკბილეულისა და შაქრის პროდუქტების მოხმარება მნიშვნელოვნად მაღალია. მოხმარების სიხშირის მიხედვით, ისინი იკავებენ მეორე ადგილს ხორბლეულისა და

პურ-პროდუქტების შემდგომ. მოხმარებული ულუფების მხრივ, ტენდენცია მსგავსია. გამოკითხული რესპოდენტები იღებენ ტკბილეულს 4 დღე კვირაში, ულუფის რაოდენობაა 3.

ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და / ან ბოსტნეულის მოხმარება დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი

კვებასთან დაკავშირებული რისკი შეფასდა ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მოხმარების მონაცემების საფუძველზე. კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველა უცხოელი მიგრანტი პატიმარი იმყოფება კვებასთან დაკავშირებული რისკის ქვეშ.

ფიზიკური აქტივობა

ერთმა უცხოელმა მიგრანტმა პატიმარმა განაცხადა, რომ მათი სამუშაო მოიცავს მაღალი ინტენსივობის აქტივობას, რომელიც იწვევს სუნთქვისა და გულის რითმის მნიშვნელოვან აჩქარებას საშუალოდ 10 წუთის განმავლობაში. აღნიშნული ინტენსივობის აქტივობას ადგილი აქვს ყოველდღიურად, და მისი ხანგრძლივობა შეადგენს 300 წთ-ს.

არცერთ რესპოდენტს არ აღუნიშნავს მათი საშუალო ინტენსივობის სამუშაო აქტივობის შესახებ.

ორმა რესპოდენტმა მიუთითა, რომ დადის ფეხით ან ველოსიპედით და ესაჭიროება სულ მცირე 10 წუთი ადგილზე მისასვლელად და უკან დასაბრუნებლად. აღნიშნული ხორციელდება ყოველდღე; ხანგრძლივობა კი შეადგენს 120 წთ-ს.

სამი რესპოდენტი აღნიშნავს, რომ დაკავებულია მაღალ ინტენსიური სპორტით, ვარჯიშით ან აქტიური დასვენებით 4 დღე ტიპიური კვირის განმავლობაში; ხანგრძლივობა შეადგენს 150 წთ-ს.

სამი რესპოდენტი მიუთითებს საშუალო ინტენსივობის სპორტულ დატვირთვას ან აქტიურ დასვენებაზე 6 დღე ტიპიური კვირის მანძილზე; რომლის ხანგრძლივობაც შეადგენს 95 წთ-ს.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა

კითხვაზე, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებაა მათთვის ხელმისაწვდომი, ხუთმა უცხოელმა მიგრანტმა პატიმარმა (55.6%) დაასახელა პოლიკლინიკა, ორმა (22.2%) – სასწრაფო დახმარება, ორმა (22.2%) - საავადმყოფო, ხუთმა (55.6%) - ექთანი და ორმა (22.2%) - ფსიქოსოციალური დახმარება.

ინფორმირებულობა სამედიცინო დაზღვევის შესახებ და რესპოდენტთა კმაყოფილება აღნიშნული შემწეობით

უცხოელ მიგრანტ პატიმართაგან არცერთს არ გააჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი. შესაბამისად, არცერთ მათგანს არ აქვს ინფორმაცია შესაბამისი სარგებელის შესახებ.

კლინიკური ანამნეზი

მომატებული არტერიული წნევის ანამნეზი

უმრავლესობა (n=5; 55.6%) აღნიშნავს, რომ მისთვის გაუზომია წნევა სამედიცინო პერსონალს. ჰიპერტენზია გამოვლინდა 1 შემთხვევაში; იმავე პატიმარს დაუდგინდა ჰიპერტენზია უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე. პატიმარი აღნიშნავს, რომ ექიმის მიერ მიიღო რეკომენდაცია ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების შესახებ. სხვა არანაირი რეკომენდაცია მას არ მიუღია.

დიაბეტის ანამნეზი

არცერთ უცხოელ მიგრანტ პატიმარს არ გაუზომავს სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია.

სხვა დაავადებების ანამნეზი

არცერთ უცხოელ მიგრანტ პატიმარს არ დასმია მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის, კიბოსა და ჰიპერქოლესტეროლემიის დიაგნოზი.

ექიმთან ვიზიტი

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ექიმთან ვიზიტად მისვლის მოტივები და სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის პერიოდისათვის. ბოლო ერთი წლის განმავლობაში

ექიმთან ვიზიტზე იყო 3 პაციმარი; ვიზიტის ძირითად მიზეზს 2 შემთხვევაში წარმოადგენდა ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა, ერთ შემთხვევაში კი პრევენციული სკრინინგი.

თვითმკურნალობა

ერთი ჰიპერტონიკი უცხოელი მიგრანტი პაციმარი მისდევდა ჰიპერტენზიის თვითმკურნალობას.

დაავადებათა ოჯახური ანამნეზი

კითხვის დასმისას – დედას, მამას, და-ძმას ჰქონია თუ არა დიაბეტი ან ჰიპერგლიკემია, მაღალი არტერიული წნევა, ინსულტი, კიბო, ჰიპერქოლესტეროლემია ან მიოკარდიუმის ინფარქტი ახალგაზრდა ასაკში, ოთხმა უცხოელმა მიგრანტმა პაციმარმა (44.4%) აღნიშნა ჰიპერტენზია; ორმა რესპოდენტმა (22.2%) აღნიშნა კიბოს და კიდევ ორმა (22.2%) - დიაბეტის შესახებ; ერთმა რესპოდენტმა (11.1%) აღნიშნა ინსულტის შესახებ. არცერთ უცხოელ მიგრანტ პაციმარს არ მიუთითებია მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ჰიპერქოლესტეროლემიის შესახებ.

ფიზიკური გაზომვები (STEP 2)

მოხდა არტერიული წნევის, გულსცემის სიხშირის, წონის, სიმაღლის, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის გაზომვა და შეფასება.

არტერიული წნევა და პულსი

უცხოელ მიგრანტ პაციმართა საშუალო სისტოლური წნევაა 124 მმ.ვწყ.სვ. და საშუალო დიასტოლური წნევა 78 მმ.ვწყ.სვ.

იმ უცხოელ მიგრანტ პაციმარებში, რომლებიც არ ღებულობენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. დაუფიქსირდა 22.2 პროცენტს ($n=2$). არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ყოფნა გამოვლინდა რესპოდენტთა 22.2 პროცენტში ($n=2$).

ჰიპერტენზიის მე-2 სტადია ($\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ.) არ გამოვლენილა.

არცერთი უცხოელი მიგრანტი პატიმარი არ ღებულობდა ექიმის მიერ გამოწერილ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს უკანასკნელი 2 კვირის მანძილზე.

პულისის საშუალო მაჩვენებელია 78.

ფიზიკური გაზომვები

საშუალო სიმაღლე იყო 173.3 სმ; საშუალო წონა - 69.6 კგ.

სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი (სმი) შეადგენდა 23.1.

სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით ყველაზე დიდ ჯგუფს (55.6%; n=5) აქვს ნორმალური წონა (სმი=18.5-24.9). არასაკმარისი წონის პირების ჯგუფი (სმი<18.5) შეადგენს 11.1 პროცენტს (n=1); 33.3 პროცენტს (n=3) აქვს ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9).

წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი იყო 89.6 სმ.

მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

არსებული პირობების გაუმჯობესების შესაძლებლობის განხილვისას რესპოდენტთა უმრავლესობა ხაზს უსვამდა „კომუნიკაციის სისტემის გაუმჯობესებისა და სოციალური აქტივობების დაგეგმარება-განხორციელების“ საჭიროებას. გარდა ამისა, რესპოდენტები ითხოვდნენ ამნისტიასა და სახლში დაბრუნებას.

საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობასთან დაკავშირებით, უმწვავეს პრობლემად მიიჩნევა ენობრივი ბარიერი. სწორედ ამიტომ, რესპოდენტების წინადადებაა „ენის კურსების“ შემოღება და ასევე, გამოთქვამენ მოსაზრებას, რომ ერთობლივი სპორტული ღონისძიებების ჩატარება, ხელს შეუწყობს ინტერაქციის გაღვივებას. თემზე დაფუძნებულ და თანამონაწილეობრივ მიდგომებზე დაფიქრებისას, გაისმოდა შეთავაზებები „ოჯახის წევრებთან შეხვედრების“ დანიშვნასთან დაკავშირებით.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

პერიოდული უგუნებოდ ყოფნის შეგრძნების არსებობა დაადასტურა თითქმის ყველა გამოკითხულმა პირმა და ასევე აღინიშნა ამ მდგომარეობის გავრცელების მაღალი ალბათობის შესახებ ყველა უცხოელ მიგრანტ პატიმარს შორის. დარდიანი განწყობა აღწერილ იქნა, როგორც „ცუდად ყოფნა“ და „სახლის მონატრება“. ამავდროულად, რესპოდენტები საუბრობდნენ შესაბამის დაძლევის მექანიზმებზეც და აღნიშნავდნენ „გასეირნების“ ან „დაძინების“ შესახებ, რაც ანალოგიურია იძულებით გადაადგილებულ პირებში გავრცელებული ტენდენციებისა და მიჩნეულ უნდა იქნეს ესკაპიზმის ტენდენციად. ათბალიანი შკალის მიხედვით, სადაც 1 არის უდაბლესი, ხოლო 10 უმაღლესი შეფასება, 5 ქულა მიენიჭა ძლიერი ინტენსივობის უსიამო განწყობას. მხოლოდ ერთმა გამოკითხულმა შეაფასა ეს მდგომარეობა 8 ქულით. ნოსტალგია და ტუსალობა კვლევაში მონაწილეთა სტრესისა და დისკომფორტის მიზეზებს წარმოადგენდნენ.

კულტურული ადათ-წესებისა და ტრადიციების დაცვის შესაძლებლობა დაადასტურა გამოკითხულთა უმრავლესობამ, და ასევე აღინიშნა, რომ ეს გარემოება ვრცელდება უცხოელ მიგრანტ პატიმართა მთელ თემზე. გამოკითხულებს აქვთ შესაძლებლობა შეინარჩუნონ კავშირი ოჯახსა და წარმომავლობის ადგილებთან სატელეფონო კომუნიკაციის მეშვეობით.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, მათი ჯანმრთელობა უარესობისაკენ შეიცვალა. 22 პროცენტს (n=2) აქვს პრობლემები ქრონიკულ დაავადებათა გაუარესებასთან დაკავშირებით; 11.1 პროცენტს (n=1) - სისხლის წნევასთან დაკავშირებით; 11.1 პროცენტს (n=1) - კუჭ-ნაწლავის პრობლემები; 22.2 პროცენტს (n=2) - რესპირატორული პრობლემები; 22.2 პროცენტს (n=2) - თავის ტკივილები; 11.1 პროცენტს (n=1) - სომატური ჩივილები (თავის ტკივილი, მუცლის, გულის ან სუნთქვის პრობლემები); 11.1 პროცენტი (n=1) - აღნიშნავს ქრონიკულ გადაღლილობასა და ენერჯის არქონას.

ფსიქოლოგიური პრობლემები

რესპოდენტებს მიაჩნიათ, რომ მიგრაციის შემდგომ, მათი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უარესობისაკენ შეიცვალა: 66.7 პროცენტი (n=6) აღნიშნავს უფრო ხშირ გაღიზიანებასა და კონტროლის ადვილად დაკარგვაზე; 11.1 პროცენტი (n=1) - შიშის შეგრძნებაზე; 22.2 პროცენტი (n=2) - სევდასა და ტირილის გახშირებულ სურვილზე; გამოკითხულთაგან არცერთს არ აღუნიშნავს ინტერესის დაკარგვა ცხოვრებისადმი ან მათთვის სასურველი / სასიამოვნო საქმიანობისადმი, ისევე როგორც, კონცენტრირებასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ. 62.5 პროცენტმა (n=5) - დაადასტურა შიშისა და შფოთვის გამომწვევი სიტუაციების თავიდან აცილების სურვილი; 42.9 პროცენტმა (n=3) - აღნიშნა, რომ დღე და ღამე აღეღვებს ფიქრები მიგრაციასთან დაკავშირებით; 42.9 პროცენტს (n=3) - არ ასვენებს უძილობა; 42.9 პროცენტს (n=3) - ღამე ეღვიძება და ვეღარ იძინებს ფიქრებისა და დარდის გამო; 42.9 პროცენტი (n=3) - გრძნობს გაუცხოებას საკუთარი თავისადმი; 28.6 პროცენტი (n=2) - უჩივის უგუნებო განწყობას; 14.3 პროცენტი (n=1) - ადასტურებს მზაობას ჭარბი ალკოჰოლის მისაღებად, ხოლო 14.3 პროცენტი (n=1) - მზად არის ნარკოტიკები მიიღოს.

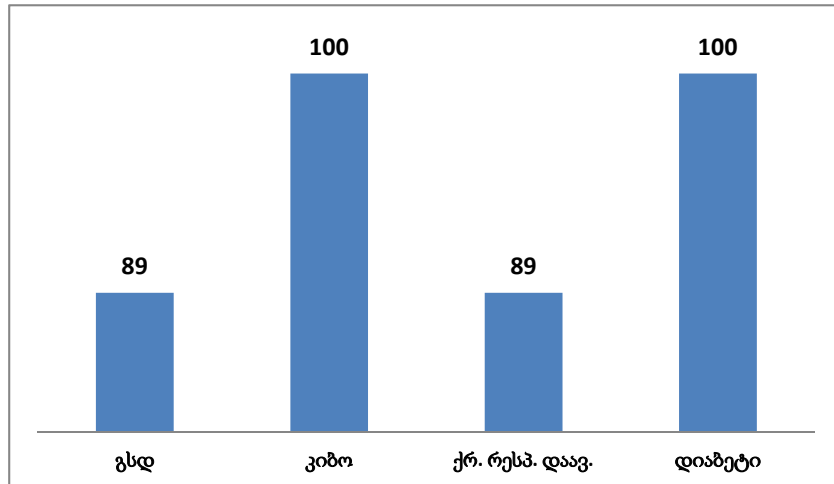
არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევა

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

ერთმა რესპოდენტმა (11.1%) გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები მოიხსენია, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება. არცერთ უცხოელ მიგრანტ პატიმარს არ მიუთითებია კიბო და შაქრიანი დიაბეტი. ერთმა

რესპოდენტმა (11.1%) ასეთ დაავადებებად მიუთითა ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები.

სურათი 51: უცოდინარობის დონე ძირითად არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში, უცხოელი მიგრანტი პაციენტები, საქართველო, 2011-12

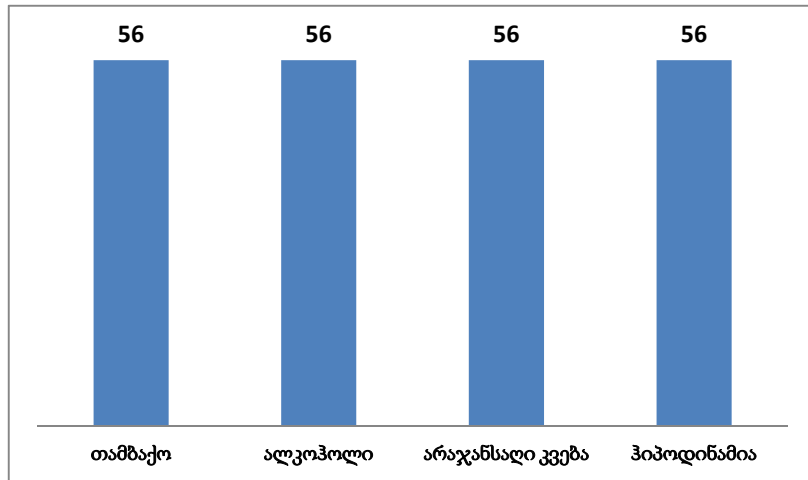


ოთხმა რესპოდენტმა (44.5%) არასწორად მიუთითა აივ-ინფექცია / შიდსი; ორმა რესპოდენტმა (22.2%) - ჰეპატიტი, ხოლო ერთმა (11.1%) კი არასწორად დაასახელა გრიპი, როგორც საქართველოში ყველაზე გავრცელებული არაგადამდები დაავადება.

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების შესახებ

ოთხ-ოთხმა რესპოდენტმა (44.5%) როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი მოიხსენია თამბაქო, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, არაჯანსაღი კვება და დაბალი ფიზიკური აქტივობა.

სურათი 52: უცოდინარობის დონე არაგადამდები დაავადებების ძირითად რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში, უცხოელი მიგრანტი პატიმრები, საქართველო, 2011-12



ჰიგიენური ნორმების დაუცველობა, როგორც არაგადამდები დაავადებების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორი დაასახელა ოთხმა რესპოდენტმა; დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობები ასევე ოთხმა რესპოდენტმა.

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობამ არ იცოდა არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების შესაძლებლობის შესახებ. ზოგი აღნიშნავდა თამბაქოსათვის თავის დანებებაზე და მიუთითებდა ისეთ საჭიროებებზე, როგორიცაა „ცნობიერების ამაღლება, სპორტი და სწორი კვება“. გამოკითხულთა ნახევარს გააჩნდა შესაბამისი გამოცდილება, მაშინ როდესაც მეორე ნახევარს არ ჰქონდა პასუხი.

რესპოდენტთა ნახევარი სრულიად მართებულად მიუთითებს მომატებულ სისხლის წნევაზე, როგორც ავადმყოფობაზე; ამასთან, მეორე ნახევარმა არაფერი იცის აღნიშნულის შესახებ. გამოკითხულნი დარწმუნებულნი არიან, რომ მაღალი წნევის შემთხვევაში საჭიროა მიმართო ექიმს და აკონტროლო მდგომარობა მედიკამენტების მეშვეობით. ასეთივე დამოკიდებულებაა ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანის მოვლისადმი - რესპოდენტები დარწმუნებულნი არიან, რომ მნიშვნელოვანია ექიმისათვის მიმართვა და მედიკამენტების მიღება დანიშნულების მიხედვით.

კვლევაში მონაწილენი გამოხატავენ დადებით დამოკიდებულებას სამედიცინო პერსონალისა და ჯანდაცვის სისტემისადმი. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ სამედიცინო პერსონალი ასოცირდება „ბედნიერების შეგრძნებებთან“, რაც ნიშნავს

იმას, რომ უცხოელ მიგრანტ პაციენტებს სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობა შვებას ჰგვრის. სავარაუდოდ, სამედიცინო პერსონალი მოიაზრება არამართო დახმარების გამწევად, არამედ ამასთანავე ემოციური განმუხტვის ხელშემწყობადაც. ჯანდაცვის სისტემასთან მიმართებაში დამკვიდრებულია აზრი, რომ იგი „კარგად ფუნქციონირებს“.

ქცევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

უმეტესად, რესპოდენტები არ არიან გაცნობიერებულნი არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებულ პრაქტიკასთან მიმართებაში. არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და მართვისათვის აუცილებლად მიაჩნიათ რჩევისათვის ექიმისათვის მიმართვა.

ზოგიერთი მიუთითებს, რომ ასე მარტივად არ ავნებს არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორები. მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა დაადასტურა ასეთი შესაძლებლობა, ხოლო ნახევარმა კი არაფერი იცოდა მოცემული საკითხის შესახებ.

რესპოდენტთა ნახევარი არ იყო დარწმუნებული, თუ რამდენად დამყოლი იქნებოდნენ ისინი მკურნალობის პროცესში, თუმცა ზოგიერთმა ამ ალბათობის შესაძლებლობაზე დაადასტურა, ვინაიდან მიაჩნდათ, რომ „დამყოლობა (ამ შემთხვევაში) აუცილებელია“.

დასკვნები და რეკომენდაციები დისკუსია

ქვევითი რისკ ფაქტორების შედარებითი ანალიზი ზოგად მოსახლეობასა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის

2010 წელს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, საქართველოში ევროკავშირის მისიისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით, ქვეყნის მასშტაბით ჩატარდა არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების პირველი კვლევა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით.

ერთიდაიგივე, STEPS სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენება ამ ორი კვლევის მონაცემების შედარების საშუალებას იძლევა. კერძოდ, განვიხილოთ რა განსხვავებები და / ან მსგავსებებია საქართველოს ზოგად პოპულაციასა და 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს საომარი მოქმედებების შედეგად იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის.

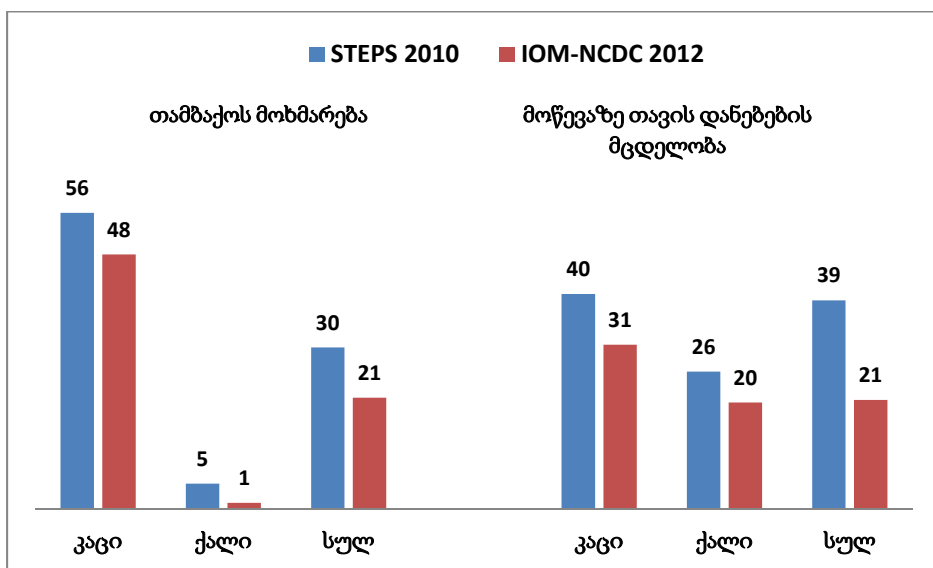
მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის ერთობლივმა კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულთა 79.2 პროცენტის თანახმად, იძულებით გადაადგილებულ პირთა მოსახლეობის წლიური შემოსავალი 2600 ლარზე ნაკლებია. მიუხედავად ამისა, ეს მაჩვენებელი შედარებით დამაკმაყოფილებელია არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების შესახებ მთელი ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული პირველი კვლევის (STEPS ეროვნული მასშტაბით, 2010) შედეგებთან მიმართებაში, რომლის მიხედვითაც გამოკითხულთა 95.5 პროცენტის წლიური შემოსავალი 2600 ლარზე ნაკლებია, შესაბამისად 217 ლარზე ნაკლები თვეში.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის გამოკითხულთა სრულმა უმრავლესობამ (100%) დაადასტურა ერთი ან მეტი რისკ ფაქტორის ზემოქმედების შესახებ; მაშინ როდესაც არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევის STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010-ის მიხედვით, კვლევაში მონაწილეთა მხოლოდ 4.5 პროცენტი არ განიცდიდა არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ზემოქმედებას.

მწველობა უფრო გავრცელებულია ზოგად პოპულაციაში იძულებით გადაადგილებულ პირებთან შედარებით. მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი ისევე როგორც მოხმარებული თამბაქოს სახეობა მსგავსია ორივე პოპულაციაში. იძულებით

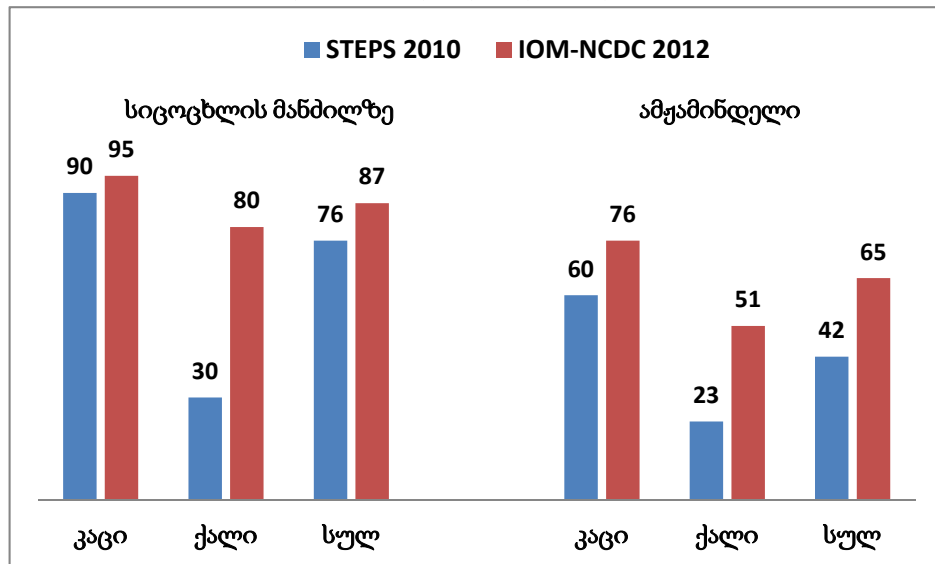
გადაადგილებულ პირთა 17 პროცენტი ყოფილი მწეველია, რაც შეესაბამება ზოგადი პოპულაციის 12 პროცენტს, განსხვავება არ არის მნიშვნელოვანი. ბოლო 12 თვის მანძილზე მოწვევაზე თავის დანებება სცადა ზოგადი პოპულაციის უფრო დიდმა წილმა იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციასთან შედარებით.

სურათი 53: თამბაქოს მოხმარება და თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მცდელობა (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



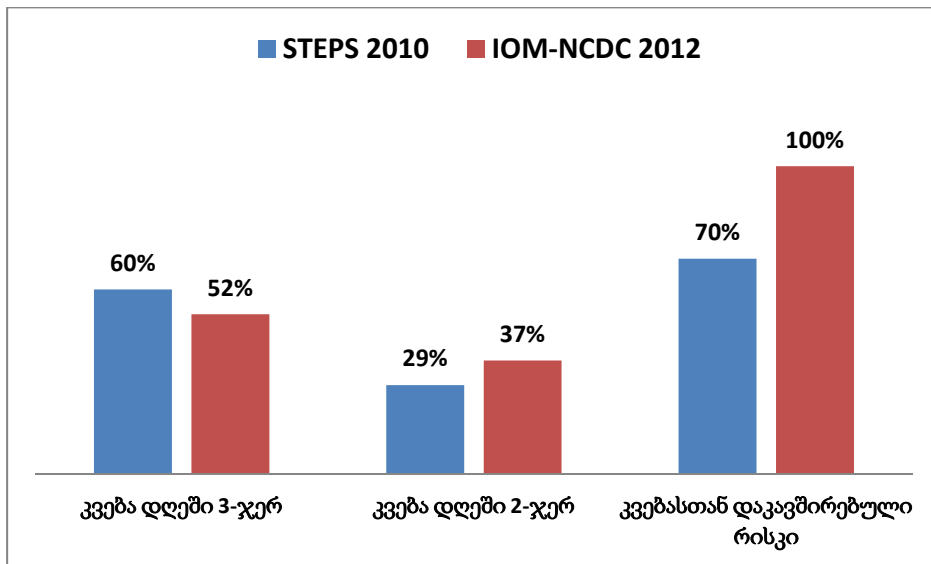
ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება უფრო მაღალია იძულებით გადაადგილებულ პირთა მოსახლეობაში ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. მამაკაცებში მაჩვენებელი უკიდურესად მაღალია.

სურათი 54: ალკოჰოლის მოხმარება (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



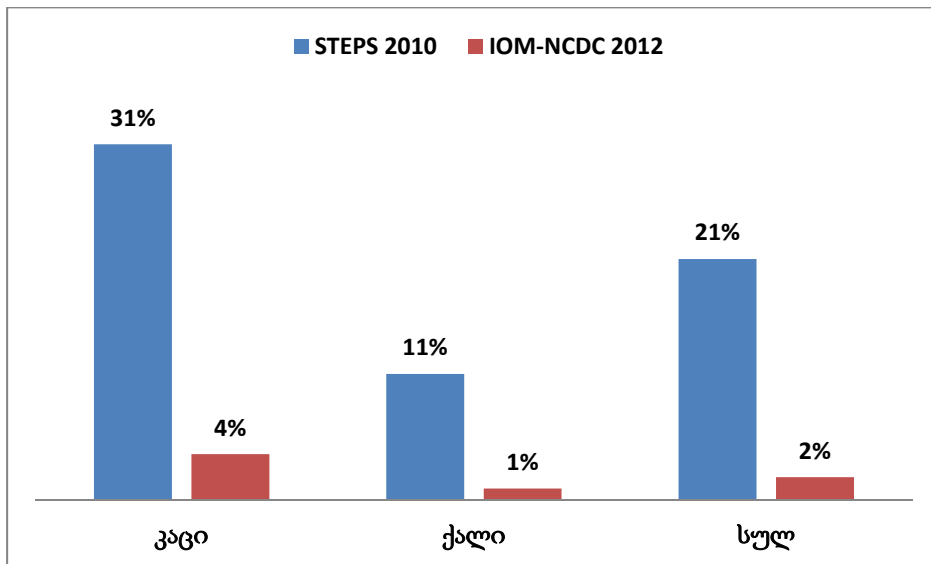
ორივე პოპულაციის უმრავლესობა დღეში სამჯერ ღებულობს საკვებს. ყველა იძულებით გადაადგილებული პირი და ზოგადი პოპულაციის დიდი უმრავლესობა დღეში ხილისა და ბოსტნეულის ხუთ ულუფაზე ნაკლებს მიირთმევს და შესაბამისად დიეტური რისკის ქვეშაა.

სურათი 55: კვების დღიური ჯერადობა (%) და დიეტური რისკი (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



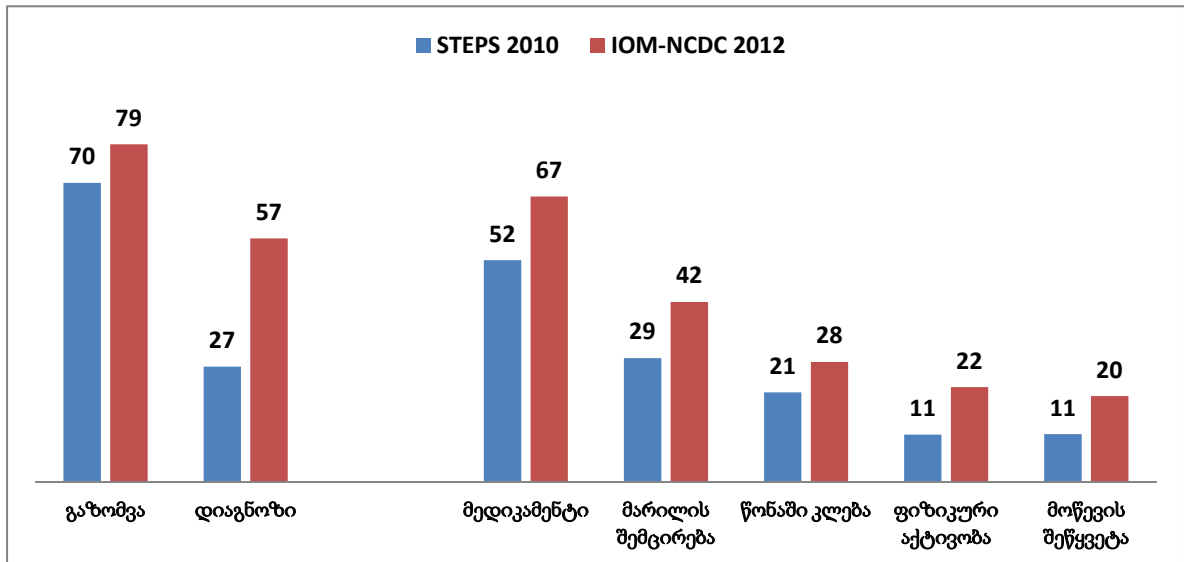
რაც შეეხება ფიზიკურ აქტივობას, შესაძლებელი იყო შედარების მოხდენა მხოლოდ მაღალინტენსიური სპორტით დაკავებულ რესპოდენტთა შორის, რადგანაც ეროვნული მასშტაბით განხორციელებულ კვლევაში არსებული სხვა ცვლადები განსხვავებულად იქნა გამოთვლილი. თვალმისაცემია სხვაობა მაღალინტენსიურ სპორტულ, ფიტნესისა და რეკრეაციულ აქტივობებში ჩართულობის მხრივ, რაც მიუთითებს იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში ფიზიკური აქტივობის დაბალ დონეზე.

სურათი 56: მაღალინტენსიური სპორტი (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



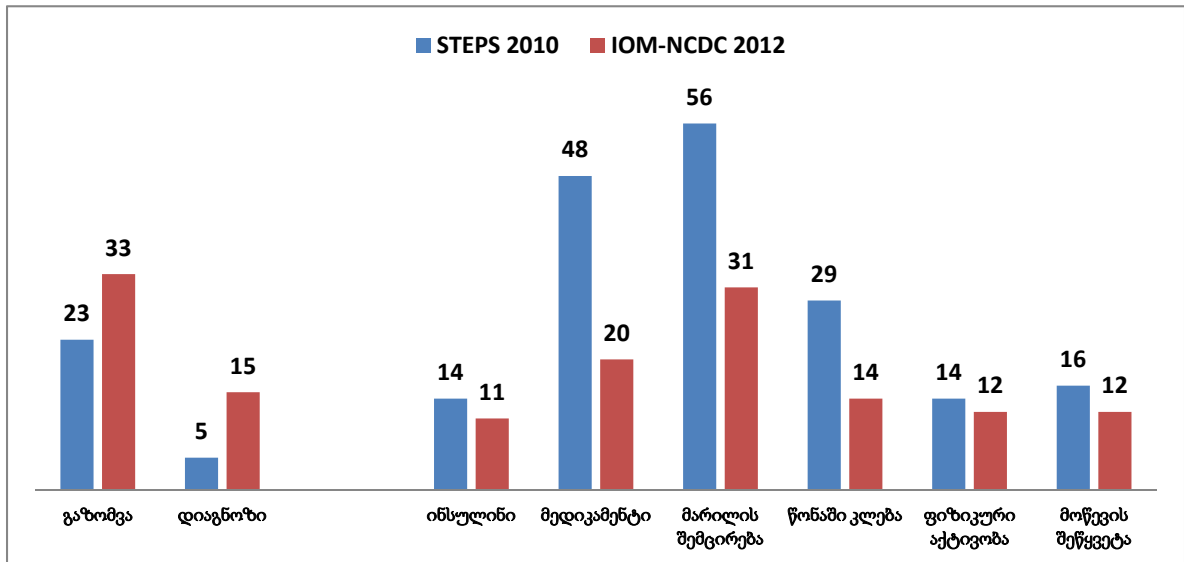
ორივე პოპულაციის უმეტესი ნაწილი აფიქსირებს, რომ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუზომავს არტერიული წნევა სამედიცინო პერსონალის მიერ. მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ერთობლივი კვლევის ფარგლებში, იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის ჰიპერტენზია გაცილებით მეტ რესპოდენტს დაუდგინდა ვიდრე ზოგად პოპულაციას STEPS ეროვნული მასშტაბით კვლევისას 2010 წელს. არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ ექიმის ან სამედიცინო პერსონალის მიერ ყველაზე ხშირი რეკომენდაცია მედიკამენტოზური თერაპიაა ორივე პოპულაციაში; რეკომენდაციები, მიმართული ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვისკენ, საკმაოდ იშვიათია.

სურათი 57: არტერიული წნევის გაზომვა და დიაგნოზი და ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული ექიმის რეკომენდაციები, STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



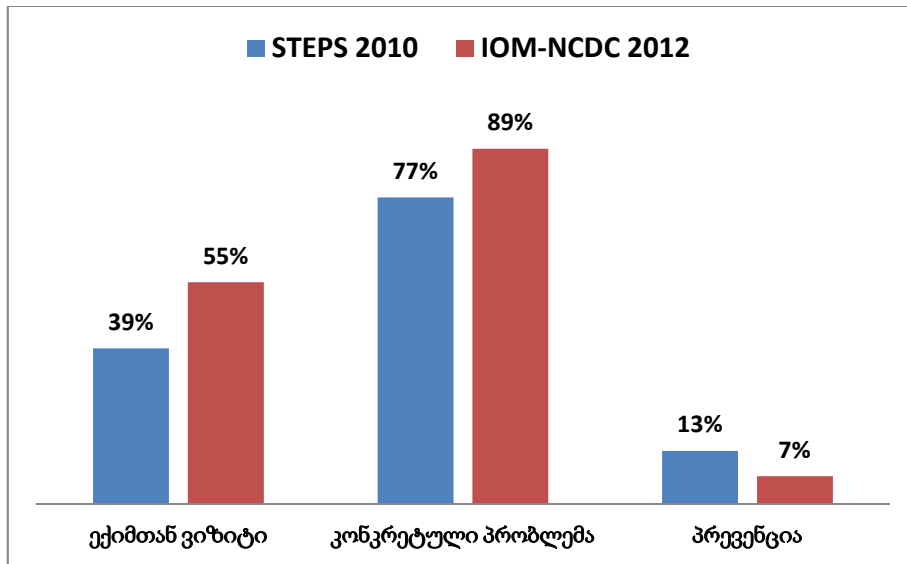
სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე, ისევე როგორც ჰიპერგლიკემია, უფრო გავრცელებულია იძულებით გადაადგილებულ პირთა მოსახლეობაში. ჰიპერგლიკემიის სამკურნალოდ ექიმის ან სამედიცინო პერსონალის მიერ ყველაზე ხშირი რეკომენდაციაა ინსულინი, პერორალური მედიკამენტები და სპეციალური კვებითი რაციონი; რეკომენდაციები, მიმართული ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვისკენ, საკმაოდ იშვიათია.

სურათი 58: სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის და ჰიპერგლიკემიის დიაგნოზი და ჰიპერგლიკემიასთან დაკავშირებული ექიმის რეკომენდაციები, STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



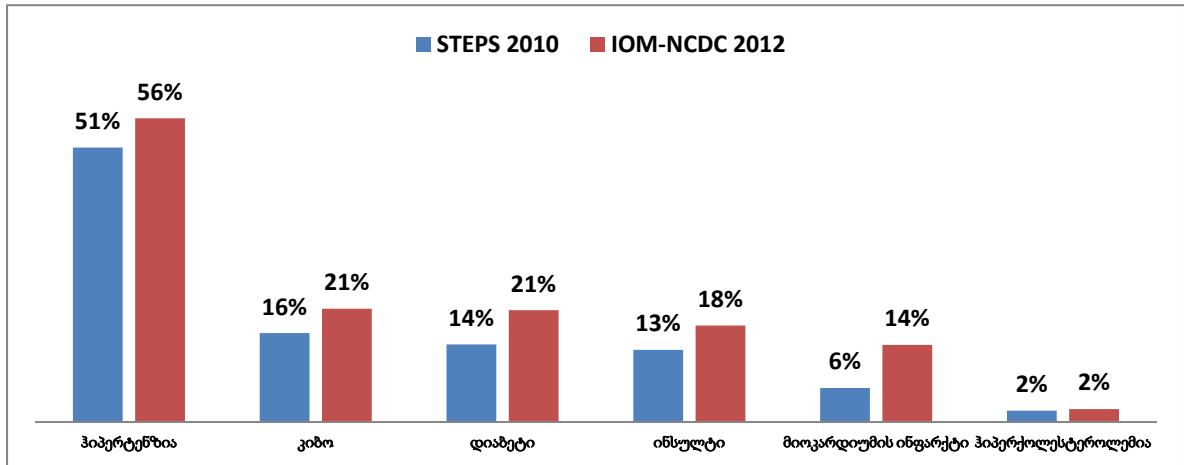
ბოლო 12 თვის განმავლობაში ექიმისადმი მიმართვიანობა უფრო ხშირია იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პროფილაქტიკური გასინჯვები საკმაოდ იშვიათია ორივე პოპულაციაში და ოდნავ ნაკლები იძულებით გადაადგილებულ პირებში.

სურათი 59: ექიმთან ვიზიტი (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



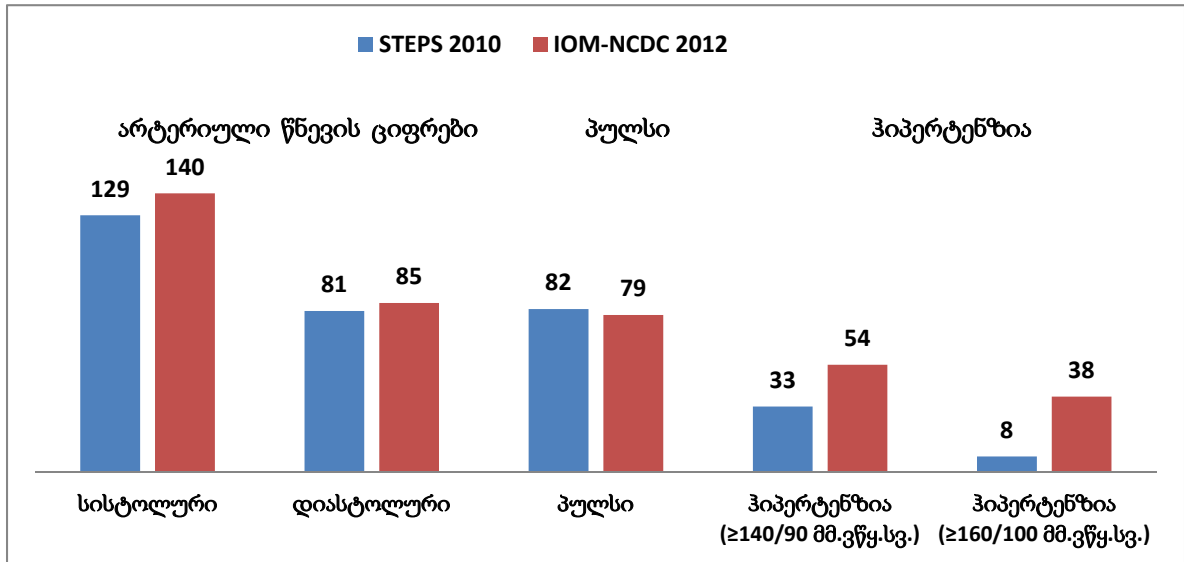
ოჯახური ანამნეზი ხასიათდება მსგავსი ტენდენციით ორივე მოსახლეობაში, თუმცა მაჩვენებლები უფრო მაღალია იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის.

სურათი 60: დაავადებათა ოჯახური ანამნეზი (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



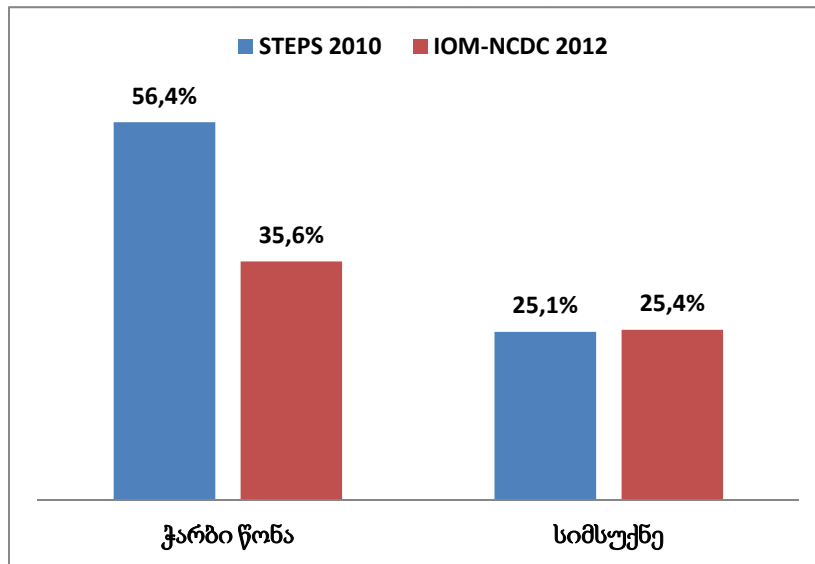
სისხლის წნევის ციფრები (როგორც სისტოლური, ისე დიასტოლური) იძულებით გადაადგილებულ პირთა მოსახლეობაში უფრო მაღალია; შესაბამისად, ჰიპერტენზიის გავრცელება გაცილებით მაღალია იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში; თუმცა პულსი ორივე პოპულაციაში ერთნაირია.

სურათი 61: არტერიული წნევისა და პულსის საშუალო ციფრები, ჰიპერტენზიის გავრცელება (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელი ორივე პოპულაციაში მაღალია (27.2 იძულებით გადაადგილებულ პირებში და 26.7 ზოგად პოპულაციაში); სიმსუქნის გავრცელება ორივე კვლევაში ფაქტიურად თანაბარია, ხოლო რაც შეეხება ჭარბ წონას, STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010 კვლევის მიხედვით ჭარბწონიანობა უფრო გავრცელებულია ზოგად პოპულაციაში ვიდრე იძულებით გადაადგილებულ პირთა მოსახლეობაში მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2012 წლის კვლევის მიხედვით.

სურათი 62: ჭარბი წონა და სიმსუქნე (%), STEPS ეროვნული მასშტაბით 2010, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვლევა 2012, იძულებით გადაადგილებული პირები



საერთო ჯამში, საქართველოს ზოგადი პოპულაცია და 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს საომარი მოქმედებების შედეგად იძულებით გადაადგილებული პირები, არაგადამდები დაავადებებისა და მათი რისკ ფაქტორების მხრივ მსგავსი ტენდენციებით ხასიათდებიან.

თუმცა გარკვეული განსხვავებებიც გამოვლინდა; მაგ. საშუალო და მწვავე ჰიპერტენზიის უფრო ფართე გავრცელება იძულებით გადაადგილებულ პირებში, რაც სავარაუდოდ, მიუთითებს მკურნალობის დაბალ ხელმისაწვდომობასა ან მკურნალობაზე დამყოლობის დაბალ მაჩვენებელზე; აღინიშნება ნაკლები მცდელობა თამბაქოზე თავის დანებების მხრივ, რაც მიუთითებს ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ განათლებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის უფრო დიდ საჭიროებებზე ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე კვლევაში ცხოვრების ჯანსაღი წესისკენ მიმართული აქტივობები საკმაოდ დაბალია, რაც მიუთითებს ჯანმრთელობის განათლებისა და ხელშეწყობის ინტერვენციების საჭიროებაზე, მაგ. თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტასა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრევენციისკენ მიმართულ აქტივობებზე, და სხვ.

ქცევითი რისკ ფაქტორების შედარებითი ანალიზი დაბრუნებულ მიგრანტებში, უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში, თავშესაფრის მაძიებლებსა და უცხოელ მიგრანტ პატიმრებში

თამბაქოს მოხმარება

ამჟამინდელი მწვევლობის გავრცელება ყველაზე მაღალია დაბრუნებულ მიგრანტებში (65.9%) და ყველაზე დაბალია უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში (7.1%); თავშესაფრის მაძიებელთა 33.3 პროცენტი და უცხოელი პატიმრების 44.4 პროცენტი ამჟამინდელი მწვევლია.

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის ცხოვრების მანძილზე მოხმარება ძალიან მაღალია დაბრუნებულ მიგრანტებში (100%) და მიგრანტ პატიმრებში (88.9%); თავშესაფრის მაძიებლებში ალკოჰოლის მოხმარება 50 პროცენტია; უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში ეს ციფრი საკმაოდ დაბალია (29.6%).

კვება

ყველა მიგრანტი დღეში მოიხმარს ხილისა და ბოსტნეულის ხუთ ულუფაზე ნაკლებს რაც ნიშნავს, რომ ყველა მათგანი დიეტური რისკის ქვეშაა.

ფიზიკური აქტივობა

მაღალ-ინტენსიური სპორტით ძირითადად დაკავებულია უცხოელ მიგრანტთა უმეტესობა; ეს ციფრები თითქმის იდენტურია უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებსა (31%) და თავშესაფრის მაძიებელთა (33%) შორის; ქართველ დაბრუნებულ მიგრანტებში ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 10.8 პროცენტს შეადგენს. ეს განსხვავება მიანიშნებს, რომ უცხოელი მიგრანტები თავიანთი სამშობლოსათვის დამახასიათებელ ქცევებს თან ატარებენ.

არტერიული წნევის გაზომვა და დიაგნოზი

არტერიული წნევის გაზომვა სამედიცინო პერსონალის მიერ საკმაოდ გავრცელებულია დაბრუნებულ მიგრანტებში (75.6%), უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში (66.9%) და უცხოელ მიგრანტ პატიმრებში (5 რესპონდენტი 9 გამოკითხულიდან); და თავშესაფრის მაძიებელთა მხოლოდ 33.3 პროცენტმა აღნიშნა იგივე, რაც მიუთითებს, რომ თავშესაფრის მაძიებლებს ჯანდაცვაზე შედარებით დაბალი ხელმისაწვდომობა აქვთ და მათი ცოდნის დონე ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებაში საკმაოდ მწირია.

ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჰიპერტენზიის გავრცელება ყველაზე მაღალი იყო დაბრუნებულ მიგრანტებში (61.3%); მიგრანტთა სხვა ჯგუფებში ეს მაჩვენებელი

შედარებით დაბალია და ყველაზე დაბალია უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში (13.1%) რაც არ არის გასაკვირი, რადგან სტუდენტთა უმრავლესობა 20-24 წლისაა.

ჰიპერტენზია

კვლევის დროს ჰიპერტენზიის ძალიან მაღალი გავრცელება დაფიქსირდა დაბრუნებულ მიგრანტებში (სისხლის წნევა $\geq 140/90$ მმ.ვწყ.სვ. დაფიქსირდა 82.9%-ში; სისხლის წნევა $\geq 160/100$ მმ.ვწყ.სვ. დაფიქსირდა 48.8%-ში). მიგრანტთა სხვა ჯგუფებში ჰიპერტენზიის გავრცელება შედარებით დაბალია.

არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები დაფიქსირდა დაბრუნებულ მიგრანტებში (სისტოლური-152მმ.ვწყ.სვ. და დიასტოლური-95მმ.ვწყ.სვ.). თავშესაფრის მაძიებლებში ციფრები უფრო დაბალია. პულსი მერყეობს 78-81 მიგრანტთა ყველა ჯგუფისათვის.

სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის გაზომვა

მიგრანტთა უმრავლესობას არასოდეს გაუზომავს სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია.

ექიმთან ვიზიტი

ექიმთან ან სხვა სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტის ძირითადი მიზეზი ჯანმრთელობის გარკვეული პრობლემებია (50%) მიგრანტთა ყველა ჯგუფში. სკრინინგი ასევე მაღალია (27.7%) უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში, რაც სავარაუდოდ შეიძლება აიხსნას მათი პროფესიული განათლებით (სამედიცინო) და ასევე მშობლიურ ქვეყნებში მიღებული ჩვევებით. ჯანდაცვაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა ყველაზე მეტია უცხოელ მიგრანტ სტუდენტთა შორის (33.8%) და ყველაზე დაბალია დაბრუნებულ მიგრანტთა და თავშესაფრის მაძიებელთა შორის (13.8% და 8.3% შესაბამისად).

ფიზიკური გაზომვები

სხეულის მასის ინდექსის (BMI) საშუალო მნიშვნელობა განსაკუთრებით მაღალია დაბრუნებულ მიგრანტებში (28.5); ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელებაც ასევე ძალიან მაღალია დაბრუნებულ მიგრანტებში მიგრანტთა სხვა ჯგუფებთან შედარებით.

ყველა მიგრანტი ჯგუფი ექვემდებარება არაგადამდები დაავადებების ერთი ან მეტი რისკ ფაქტორის ზეგავლენას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დაბრუნებულ მიგრანტთა ჯგუფს, რომელიც ერთდროულად რამოდენიმე რისკ ფაქტორის ზეგავლენას ექვემდებარება. ვინაიდან მიგრანტი მოსახლეობის წარმომადგენლები განსხვავდებიან თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობის,

ცხოვრების სტილის, რისკ ფაქტორებისადმი დაქვემდებარებისა და დაავადებათა ანამნეზის მხრივ, უაღრესად მნიშვნელოვანია მიგრანტთა განსხვავებული ტიპები ცალკეულად განიხილოს და შეფასდეს.

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და შესაბამისი ქცევის შედარებითი ანალიზი

არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში არსებული ცოდნა, დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევის დონე მიგრანტთა ყველა ჯგუფში საკმარისად დაბალია.

მიგრანტთა ყველა ჯგუფი იმყოფება არაგადამდებ დაავადებათა ერთი ან მეტი რისკ ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ.

გაცნობიერებულობა სადაზღვევო პოლისის შესახებ და რესპოდენტთა კმაყოფილების დონე ამ შემწეობასთან მიმართებაში

მცირე გამონაკლისი შემთხვევების გარდა, სახელმწიფო ჯანმრთელობის სადაზღვევო პოლისი ხელმისაწვდომია ყველა იძულებით გადაადგილებული პირისათვის. თუმცა, შესაბამისი წერილობითი განმარტებების არსებობისა და მიუხედავად, პოლისის ფარგლებში არსებული შემწეობის შესახებ მომხმარებლის გაცნობიერებულობის დონე დამაკმაყოფილებელი არ არის. კმაყოფილება პოლისთან მიმართებაში გამოიხატება ურგენტული და გეგმიური ოპერაციების, განსაკუთრებით კი სამეანო მომსახურებასთან დაკავშირებით და ასევე მედიკამენტებზე 20-50 პროცენტის ფასდაკლების უზრუნველყოფის გამო. თუმცა, აქვე აღინიშნებოდა ჩივილები სასიცოცხლო მნიშვნელობის მქონე მედიკამენტების ხელმიუწვდომლობისა და არაგადამდები, ქრონიკული დაავადებების მკურნალობის შეუძლებლობის გამო.

მიგრანტთა არც ერთი დანარჩენი ჯგუფისათვის სახელმწიფო ჯანმრთელობის სადაზღვევო პოლისი ხელმისაწვდომი არ არის.

მენტალური სიჯანსაღისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებები

(შედარებითი ანალიზი)

იძულებით გადაადგილებულ პირთა თემის ფსიქოსოციალური მდგომარეობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესების წინაპირობად, პრიორიტეტულად მიიჩნევა შემდეგი საკითხების მოგვარება:

1. დასახლებების სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება, რაც თავის მხრივ გულისხმობს როგორც დასახლებების კეთილმოწყობას, ასევე სატრანსპორტო საშუალებების უზრუნველყოფას;
2. დასაქმების ხელშეწყობა, სოციალურ მომსახურებაზე შეღავათიანი ტარიფების შემოღება (იგულისხმება ელექტროენერჯის, გაზისა და წყლის მომარაგების სერვისები), ფულადი შემწეობების მატება და ჯანდაცვის უფრო მეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
3. ეროვნული, სათემო და პირადი დანაკარგის ხელახალი მოაზრება;
4. ვინაიდან დევნილთა თემებს შორის ურთიერთობა საკმაოდ მჭიდროა, ხოლო მათი კავშირები ადგილობრივ (მასპინძელ) თემებთან შედარებით სუსტია, მომდევნო ფსიქოსოციალურ პროგრამებში მიზანშეწონილია თემების დამაკავშირებელი აქტივობების დაგეგმარება;
5. იმისდა გათვალისწინებით, რომ იძულებით გადაადგილებულ პირთა პასიურობა თანამონაწილეობრივ აქტივობებთან მიმართებაში შემაშფოთებელი იყო და თავის მხრივ განსაკუთრებულ საზრუნავს წარმოადგენს, სასურველია თემზე დაფუძნებული თანამონაწილეობრივი მიდგომების გამოყენება, იძულებით გადაადგილებულ პირთა მოსახლეობაში დასწავლილი უსუსურობის განვითარების თავიდან ასაცილებლად.

დაბრუნებულ მიგრანტთა პრიორიტეტული ფსიქოსოციალური საჭიროებებია:

1. დასაქმების უზრუნველყოფა;
2. სოციალური და ჰუმანიტარული დახმარება;
3. ჯანდაცვის მომსახურების გაუმჯობესება, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მხრივ;
4. დაბრუნებულ მიგრანტთა ინტეგრაცია მათი სამშობლოში დაბრუნების შემდგომ უმნიშვნელოვანეს საზრუნავს წარმოადგენს. პრობლემა ფუნდამენტალურია როგორც სოციალური კუთხით - ღირსეული სამუშაო ადგილის მოპოვების სირთულის მხრივ, ასევე საზოგადოებრივი თვალსაზრისითაც - ზოგად მოსახლეობაში დაბრუნებული მიგრანტების მიმართ არსებული სტერეოტიპული დამოკიდებულებების გამო.

უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების პრიორიტეტულ ფსიქოსოციალურ საჭიროებას წარმოადგენს:

1. ენის კურსების ხელმისაწვდომობა (იგულისხმება როგორც ქართული - უცხოელი მიგრანტებისთვის, ასევე ინგლისური ენის კურსები - ადგილობრივი ქართველი მოსახლეობისთვის);
2. მასპინძელ და უცხოელ მიგრანტ თემებს შორის ურთიერთობის ხელშეწყობა. ამ მხრივ განსაკუთრებით აღინიშნა ინტერეთნიკური და კულტურათაშორისო ურთიერთგაგების მნიშვნელოვნობა, რაც მიუთითებს კულტურათაშორისო, ინტერაქტიური პროგრამების საჭიროებაზე.
3. უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების მიერ ხაზგასმით აღინიშნა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაძლიერების საჭიროების შესახებ. მიგრანტებზე ორიენტირებული ჯანდაცვის მომსახურების დანერგვა რესპოდენტების სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესებისათვის საკვანძო მნიშვნელობის მქონედ მიიჩნევა. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა რესპოდენტი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტი იყო და აქედან გამომდინარე, ისინი განსაკუთრებული მიკერძოებულობით გამოირჩეოდნენ მოცემულ საკითხთან მიმართებაში.

თავშესაფრის მაძიებლებმა შემდეგი პრიორიტეტული სფეროები განსაზღვრეს თავიანთი ფსიქოსოციალური საჭიროებების მხრივ:

1. გადაწყვეტილების მიღება მესამე დანიშნულების ქვეყნებში გამგზავრებასთან დაკავშირებით;
2. ოჯახის გაერთიანების ხელშეწყობა;
3. მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა.

უცხოელი მიგრანტი პატიმრები შემდეგი სახის საჭიროებებს მიიჩნევენ პრიორიტეტულად:

1. საკომუნიკაციო სისტემების სრულყოფა;
2. სოციალური აქტივობების დაგეგმარება-განხორციელება;
3. ენობრივი ბარიერი მნიშვნელოვან შეფერხებას წარმოადგენს ადგილობრივ მოსახლეობასა და მომსახურების გამწევ პირებთან ურთიერთობის დამყარებისთვის.

საქართველოში მცხოვრები ტრეფიკინგით დაზარალებული უცხოელები და ასევე დაბრუნებული ქართველი მიგრანტები ვინც ტრეფიკინგით დაზარალდა, შემდეგი სახის ფსიქოსოციალურ საზრუნავზე მიგვითითებენ:

1. სირთულეები სოციალურ და ეკონომიკურ რეალობებთან ადაპტირებაში მოცემული გამოცდილების შემდგომ;

2. შეთავაზებული მხარდაჭერისადმი რეზისტენტობა, რაც განვითარდა განცდილი ძალადობისა და წარსულის გამო, და თავს იჩენს ნდობის უქონლობასა და თვითგვემის ტენდენციაში;
3. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, განსაკუთრებით კი პირის ღრუს პრობლემები.

ფსიქოსოციალური მდგომარეობები

ზოგადი გაღიზიანებადობა და უგუნებოდ ყოფნა საკმაოდ ხშირია ყველა მიგრანტ ჯგუფს შორის და განსხვავდება დონისა და ინტენსივობის მიხედვით. მოცემულ მოსახლეობაში ასევე სახეზეა ზოგიერთი დეპრესიული სიმპტომი, მაგრამ მოცემული გამოვლინებები პათოლოგიური დარღვევების ზღურბლს არ აღემატება. მიგრანტ ჯგუფებს ერთმანეთისაგან ასევე განასხვავებს მოცემული დისკომფორტის მიზეზობრივი გარემოებებიც:

- იძულებით გადაადგილებული პირები განიცდიან გაურკვევლობასა და დეზორიენტაციას, შფოთვისა და დარდს, რაც განსხვავებული სახის დანაკარგსა და აწმყო სირთულეებს უკავშირდება. სახეზეა ესკაპიზმის ტენდენციაც. დეპრესიული განწყობის მიზეზებად შემდეგი ძირითადი მოტივები გვევლინება: 1) ადამიანური და მატერიალური დანაკარგი; 2) ძალადობის უშუალო გამოცდილება და გადაადგილება; 3) უმუშევრობა და სიღარიბე;
- დაბრუნებული მიგრანტები ხელმოცარულად გრძნობენ თავს საზღვარგარეთ ცხოვრების ხელახალი დაწყების მხრივ წარუმატებელი ცდების გამო და დისკომფორტს განიცდიან რეინტეგრაციასთან დაკავშირებული სირთულეებიდან გამომდინარე, ასევე უმუშევრობისა და ჯანდაცვის მომსახურების ხელმიუწვდომლობის გამო;
- უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები ჩივიან ადგილობრივი თემებისაგან მათი იზოლირებულობის, მარტოობის, ოჯახის წევრების მონატრებისა და სწავლის ტვირთთან დაკავშირებული პრობლემების გამო;
- თავშესაფრის მაძიებლები შეწუხებულნი არიან მესამე დანიშნულების ქვეყნებში მათ გამგზავრებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების გაჭიანურების და ასევე ადგილობრივი მოსახლეობისაგან იზოლირებულობის გამო;
- უცხოელი მიგრანტი პატიმრები ფსიქოლოგიური დისკომფორტის მიზეზად კომუნიკაციასთან დაკავშირებულ პრობლემებს მიიჩნევენ (ენობრივი ბარიერის გამო), ასევე მიუთითებენ სოციალური აქტივობების ნაკლებობასა და ნოსტალგიურ განწყობებზეც.

გარდა ამისა, იძულებით გადაადგილებულ პირთა შესახებ დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ მუდმივი და განმეორებადი შეხება სტრესის ძირითად წყაროსთან

(იგულისხმება სახლ-კარის განუწყვეტელი ცქერა ინტერნეტით ან ბინოკლით) დამანგრეველ ზეგავლენას ახდენს მათ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე და აფერხებს წარსული გამოცდილების გადალახვის პროცესს. მოგონებების გაზიარების ბუნებრივი ტენდენცია თვალნათლივია ყველა მიგრანტ ჯგუფს შორის, თუმცა, იძულებით გადაადგილებულთა ოჯახებში მოგონებების გაზიარების სავალდებულო პრინციპი, განსაკუთრებით კი ბავშვებთან მიმართებაში, ე.წ. „შერჩეული ტრავმების“ გამყარებას უწყობს ხელს.

ფსიქოსომატური მდგომარეობები

მიგრანტთა ყველა ჯგუფი ფსიქოსომატური გამოვლინებების ხდომილობაზე მიუთითებს; თუმცა ზოგიერთი სიმპტომი პრევალირებს სხვადასხვა მიგრანტ ჯგუფს შორის. იძულებით გადაადგილებული პირები და დაბრუნებული მიგრანტები უმეტესწილად ჩივიან ჰიპერტენზიის, არაგადამდები დაავადებების გაუარესების, თავის ტკივილების, ძილის რეჟიმის დარღვევისა და ქრონიკული გადაღლილობის გამო; მაშინ როდესაც უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები უმეტესწილად აღნიშნავენ თავის ტკივილების, ქრონიკული გადაღლილობისა და კონცენტრაციასთან დაკავშირებულ სირთულეებზე, რაც შეესაბამება მსოფლიო მასშტაბით არა მიგრანტ, სტუდენტ მოსახლეობაში ჩატარებული კვლევების შედეგებს. თავმესაფრის მაძიებლები მიუთითებენ შფოთვაზე, შემაშფოთებელი ფიქრების ხდომილობასა და ძილის რეჟიმის დარღვევაზე; ხოლო უცხოელი მიგრანტი პატიმრები განიცდიან ზოგად გაღიზიანებადობას, ძილის რეჟიმთან დაკავშირებულ პრობლემებსა და გაუცხოებას; ზემოთ ხსენებულ ყველა ჯგუფისაგან განსხვავებით, როგორც აღინიშნა, ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები კითხვარში მოხსენიებულ ყველა ფსიქოსომატურ გამოვლინებას უჩივიან.

ცოდნა, დამოკიდებულება და ქცევა არაგადამდები დაავადებების მიმართ

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ

ცოდნა არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ ყველა მიგრანტ ჯგუფს შორის დაბალია.

დამოკიდებულება არაგადამდები დაავადებების მიმართ

იძულებით გადაადგილებულ პირთა და დაბრუნებული მიგრანტების მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების პრევენციული საშუალებებისა და გზების შესახებ გაცნობიერებულობა უმეტესწილად ბუნდოვანია და შემოიფარგლება ზოგადი წარმოდგენებით. გამოკითხულთა ნახევარზე ნაკლები (და მხოლოდ რამოდენიმე დაბრუნებულ მიგრანტთა შორის) არ ფლობს შესაბამის გამოცდილებას. ამისდა

საპირისპიროდ, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები და თავშესაფრის მაძიებლები კარგად არიან გაცნობიერებული არაგადამდები დაავადებების ოთხი ძირითადი რისკ ფაქტორის შესახებ, მაგრამ ისევ და ისევ მათი გამოცდილება ამ მხრივ მწირია. უცხოელი მიგრანტი პატიმრებისა და ტრეფიკინგით დაზარალებულთა გაცნობიერებულობა არაგადამდები დაავადებების პრევენციული საშუალებებისა და გზების შესახებ უკიდურესად დაბალია. უცხოელი მიგრანტი პატიმრების გარკვეულმა ნაწილმა დაბალი ფიზიკური აქტივობისა და თამბაქოს მოხმარების მავნე ზემოქმედების შესახებ თავიანთი გაცნობიერებულობის დემონსტრირება მოახდინა, თუმცა ასევე მხოლოდ რამოდენიმე ადასტურებდა შესაბამისი პრაქტიკის თაობაზე.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა გაცნობიერებულობის დონე ჰიპერტენზიის შესახებ დამაკმაყოფილებელია, თუმცა მართებული მკურნალობის მნიშვნელოვნობა რესპოდენტთა მიერ სათანადოდ გააზრებული არ არის. შესაბამისად, პრაქტიკა შემოიფარგლება მხოლოდ მაღალი არტერიული წნევის ეპიზოდური დაწევის მცდელობებით. იძულებით გადაადგილებულ პირებთან შედარებით დაბრუნებული მიგრანტების, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტებისა და უცხოელი მიგრანტი პატიმრების უმეტესობას ჰიპერტენზიასთან მიმართებაში მართებული დამოკიდებულება გააჩნია, რაც გამოიხატება იმაში, რომ რესპოდენტები აღნიშნავენ ამ დაავადების მკურნალობის პროცესში ექიმის ჩართულობის, დანიშნული დიეტის შენარჩუნებისა და მედიკამენტების მიღების აუცილებლობაზე. მედიკამენტების მიღების საჭიროება ასევე ტრეფიკინგით დაზარალებულთა მიერაც დადასტურდა. ხოლო თავშესაფრის მაძიებლები კი საერთოდ არ მიიჩნევენ ჰიპერტენზიას ავადმყოფობად და გამოკითხულთაგან მხოლოდ რამოდენიმე თვლის, რომ ამ მოვლენის მართვა შესაძლოა შფოთვის თავიდან აცილებისა და შესაბამისი დიეტის შენარჩუნების მეშვეობით.

არაგადამდები დაავადებების მქონე პირზე მზრუნველობა ყველა მიგრანტი ჯგუფის მიერ გაიგივებულია ლეტალური შედეგის მქონე ავადმყოფის მოვლასთან, რაც მიუთითებს არაგადამდები დაავადებების მართვის შესაძლებლობისა და ამასთანავე, პრევენციის, მკურნალობისა და კონტროლის ზომების გატარების შემთხვევაში, არაგადამდები დაავადებების მქონე პირის მიერ სრულფასოვანი ცხოვრების შენარჩუნების არ ცოდნაზე.

ნდობა ჯანდაცვის მუშაკებისა და ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ყველა მიგრანტი ჯგუფს შორის მაღალია: თუმცა, აქვე იძულებით გადაადგილებულ პირთა და დაბრუნებულ მიგრანტთა მხრიდან გაისმის ჩივილები მკურნალობისა და მედიკამენტების ხელმიუწვდომლობაზე და ჯანდაცვის სისტემის არასაკმარის მოქნილობაზე, რადგან ოჯახის წევრის ავადმყოფობა ხშირ შემთხვევაში დამანგრეველ ზეგავლენას ახდენს ოჯახის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. უცხოელი მიგრანტი

სტუდენტები მიუთითებენ ენობრივ ბარიერებთან და ზოგად მოსახლეობაში მიგრანტების მიმართ პრეჯუდიცების არსებობასთან დაკავშირებულ სირთულეებზე. უცხოელმა მიგრანტმა პატიმრებმა კი ჯანდაცვის მუშაკებთან არსებულ ურთიერთობასთან დაკავშირებით პოზიტიური დამოკიდებულება გამოთქვეს და ხაზგასმით აღნიშნეს, რომ ეს ურთიერთობა მათთვის უაღრესად დიდი შვების მომგვრელია და არა მხოლოდ ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, არამედ პატიმრების ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის საწინდარსაც წარმოადგენს.

ქვევა არაგადამდებ დაავადებებთან მიმართებაში

უმეტესწილად არაგადამდები დაავადებების თავიდან აცილების გზებთან მიმართებაში გაცნობიერებულობის დონე მწირია მიგრანტთა ყველა ჯგუფში უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების გარდა. ძირითადად რესპოდენტები ზოგადი ხასიათის განმარტებებს გვთავაზობენ, მაგალითად, როგორცაა ჯანმრთელი ცხოვრების სტილი და თვლიან, რომ პროფესიონალური რჩევის მოსაპოვებლად, საჭიროა, მიმართონ ჯანდაცვის მუშაკს. მაშინ როდესაც უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები მართებულად მიუთითებენ არაგადამდები დაავადებების ოთხი ძირითადი რისკ ფაქტორის მართვის აუცილებლობაზე და ხაზს უსვამენ ამ მხრივ ზოგადი მოსახლეობის ცნობიერების დონის ამაღლების აუცილებლობაზეც.

სამედიცინო დაწესებულებებსა და მუშაკებთან მიმართვიანობა იძულებით გადაადგილებულ პირთა და დაბრუნებულ მიგრანტთა მოსახლეობაში დაბალია, დამოკიდებულება კი ძირითადად ნეგატიური. რის გამოც მიმართვიანობა შემოიფარგლება მხოლოდ გადაუდებელი ჩარევის საჭიროების შემთხვევებით. კიდევ ერთ შეფერხებად მიიჩნევა სამედიცინო პრეპარატების შესყიდვასთან დაკავშირებული ფინანსური შეზღუდვები. ასევე დაბალია მიმართვიანობის დონე უცხოელი მიგრანტი სტუდენტებისა და თავშესაფრის მაძიებელთა ჯგუფებშიც, თუმცა ამ შემთხვევაში მიზეზად გვევლინება ენობრივი ბარიერის პრობლემა, მომსახურების ხელმიუწვდომლობა და რესპოდენტთა უკმაყოფილება სამედიცინო დაწესებულებებში ჰიგიენის სტანდარტებთან დაკავშირებით. ყველა ამ ჯგუფთან შედარებით, ტრეფიკინგით დაზარალებულები ჯანდაცვის მომსახურე პერსონალს რეგულარულად მიმართავენ.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა, დაბრუნებულ მიგრანტთა, თავშესაფრის მაძიებელთა და უცხოელი მიგრანტი პატიმრების უმრავლესობა არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების ზეგავლენას განიცდის. განსაკუთრებით კი სირთულეები აღინიშნებოდა თამბაქოსა და ალკოჰოლზე უარის თქმასთან, მარილის მოხმარების შემცირებასა და წონის კონტროლთან დაკავშირებით. თუმცაღა აქვე

აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტებმა გამოთქვეს მავნე ჩვევებთან ბრძოლისა და ცხოვრების სტილის შეცვლის სურვილის შესახებ, რაც მათივე აზრით უნდა იქნას განმტკიცებული ცნობიერების ამაღლებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების განხორციელებით. სურათი განსხვავდება უცხოელი მიგრანტი სტუდენტებისა და ტრეფიკინგით დაზარალებულთა ჯგუფებში. უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების უმრავლესობა ზემოთ ხსენებულ მავნე ზეგავლენებს უძლებს და ასევე ადასტურებს მზაობასა და ღიაობას სასურველი ცვლილებების განხორციელებისადმი. მაშინ როდესაც ტრეფიკინგით დაზარალებული მიგრანტები მავნე ჩვევების ზეგავლენას განიცდიან და ამასთანავე თვლიან, რომ ვერ შეცვლიან თავიანთ ქცევით ჩვევებს.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა და დაბრუნებული მიგრანტების უმრავლესობამ დაადასტურა მკურნალობაზე დამყოლობის აუცილებლობის შესახებ. თუმცა აქვე ისევ და ისევ აღინიშნებოდა მედიკამენტების ხელმიუწვდომლობასა და ჯანდაცვის მუშაკთა კვალიფიცირებულობის ნაკლებობასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე. გარდა ამისა, რესპოდენტები აჟღერებდნენ პირობითი სახის შემოთავაზებებს და ამტკიცებდნენ, რომ მათი დამყოლობის ხარისხი მკურნალობის მოტივაციაზე, ბიოლოგიური საკვების ხელმისაწვდომობაზე და ქვეყანაში არსებულ პოლიტიკურ, სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობაზეა დამოკიდებული. ამ ჯგუფებთან განსხვავებით უცხოელი მიგრანტი სტუდენტების, თავშესაფრის მაძიებელთა და უცხოელ მიგრანტ პატიმართა ჯგუფების გაცნობიერებულობა მკურნალობაზე დამყოლობის აუცილებლობის შესახებ მწირია.

რეკომენდაციები

მიგრანტთა ჯანმრთელობის მონიტორინგი

1. სასურველია ამ კვლევის განმეორებით ჩატარება 3-5 წლიანი პერიოდულობით, რათა ჩამოყალიბდეს ეპიდზედამხედველობის მდგრადი სისტემა, რომელიც არსებული ტენდენციების ანალიზის, ინფორმაციის გაცვლისა და შეფასებების მდგრადი ქსელის შექმნის საშუალებას მოგვცემს
2. სასურველია არა მხოლოდ იძულებით გადაადგილებულ პირთა, არამედ მიგრანტთა სხვა ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისა და მეთვალყურეობის მექანიზმის განვითარება და გაძლიერება, რათა შესაძლებელი იყოს არსებული გამოწვევების მოგვარება დროულად, რადგან ხარჯის მხრივ გაცილებით უფრო მომგებიანია ადამიანზე მზრუნველობა მანამ, სანამ იგი დაავადდება
3. მიზანშეწონილია კვლევის შედეგების განვრცობა სადაზღვევო კომპანიებსა და ქვეყანაში არსებულ ჯანმრთელობის საკითხებში დაინტერესებულ სხვა სამთავრობო და არასამთავრობო, ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციათა შორის (პოლიტიკის შემქმნელნი და სხვა მარეგულირებელი ორგანიზაციები; მიგრანტთა ჯანმრთელობის საკითხებით დაინტერესებული არასამთავრობო ორგანიზაციები - მაგ. გაერთიანებული ერების სააგენტოები, მიგრანტთა ჯგუფებთან მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციები, უნივერსიტეტები, სადაც მიგრანტები სწავლობენ; ტრეფიკინგის შემდგომი სერვისები და სხვა შესაბამისი აქტორები), რათა განხორციელდეს ღრმა ანალიზი, რომელიც ორიენტირებული იქნება მოგება-მოგება გადაწყვეტილებებზე, სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანიების მიერ არაგადამდებ დაავადებათა მკურნალობის მიმართულებით შემოთავაზებული შესაძლებლობებისა და მოცვის ზრდაზე
4. მიზანშეწონილია კვლევის შედეგების განვრცობა მიგრანტ პოპულაციებში, მათი გათვითცნობიერებულობისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის
5. ნებისმიერი შემდგომი კვლევა ფასეულია - მაგ. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის ინტერვენციების კვლევა, სადაზღვევო კომპანიების მიერ არაგადამდებ დაავადებათა მედიკამენტებით უზრუნველყოფისა და მკურნალობაზე დამყოლობის ზრდის ეფექტის შეფასება, და სხვ. ასეთი კვლევები პოლიტიკის შემქმნელებსა და სხვა პარტნიორებს / დონორებს უზრუნველყოფს ინფორმაციით ჯანმრთელობის საჭიროებების შესახებ
6. აუცილებელია პოლიტიკის შემქმნელებისა და გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის, საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციებისათვის, თემის ლიდერებისათვის და სხვა მნიშვნელოვანი

ფიგურებისათვის მიგრანტთა ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების განვრცობა სხვადასხვა მედია საშუალებების გამოყენებით

მიგრანტებზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის სისტემები

7. განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონე პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კომპეტენციების გაუმჯობესებაზე ზრუნვა არაგადამდები დაავადებებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხებთან დაკავშირებით. აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ტრენინგი რათა უზრუნველყოფს მიგრანტებისათვის შესაბამისი რეკომენდაციების გადაცემა მიგრანტებზე ორიენტირებული მეთოდების გამოყენებით, რომლებიც შეეხება არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების პრევენციისა და მკურნალობის საკითხებს
8. მიზანშეწონილია კვლევის შედეგებით მიღებული მტკიცებულებების გამოყენება გათვითცნობიერების ამაღლების, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის განვითარების და არაგადამდები დაავადებების რისკის შემცირების უზრუნველსაყოფად. მაგალითად, როგორც უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები აღნიშნავდნენ, კომუნიკაცია და ენა ძირითადი ბარიერებია ჯანმრთელობის სწავლების და ჯანდაცვის სერვისების მოპოვების დროს, რაც უნდა მოგვარდეს მიგრანტებისათვის განკუთვნილი სამედიცინო სერვისების საშუალებით. მეორეს მხრივ, სასურველია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის უნარიანობის გაძლიერება და მათთვის არაგადამდებ დაავადებათა რისკის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების ჩვევების განვითარება რთულად მისაწვდომ მიგრანტ პოპულაციებში, როგორებიცაა იძულებით გადაადგილებულ პირთა ზოგიერთი დასახლება, რადგან მიგრანტთა ცოდნა ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით მწირია, რასაც ასევე ემატება მწირი პრაქტიკა არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და მკურნალობის მხრივ
9. გონივრულია საინფორმაციო, სასწავლო და საკომუნიკაციო გამარტივებული მასალების შემუშავება მიგრანტთა სხვადასხვა ჯგუფებისათვის, რაც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობასა და ნათელყოფას, როგორც მიგრანტი, ასევე ზოგადი პოპულაციისათვის. რეგულარული სკრინინგული აქტივობების მნიშვნელობის ხაზგასმა სასიცოცხლო მნიშვნელობის მქონეა, რათა მოხდეს ჩვევათა ცვლილება და შესაბამისად, არაგადამდებ დაავადებათა გაუმჯობესებული მონიტორინგი
10. მიზანშეწონილია იძულებით გადაადგილებულ პირთა ცნობიერების ამაღლება ჯანდაცვის სახელმწიფო სადაზღვევო პოლისის ფარგლებში მათთვის ხელმისაწვდომი შემწეობის შესახებ. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ინტერაქტიური მიდგომების გამოყენება და სამედიცინო სამსახურის თანამშრომლების შესაბამისი უნარების შენებაზე ზრუნვა

11. მიზანშეწონილია დასკვნებში მოყვანილი შედარებითი ანალიზის გათვალისწინებით, მოცემული კვლევის ამონაკრებში ჩართული მიგრანტთა თითოეული ჯგუფის ფსიქოსოციალურ საჭიროებებზე მორგებული პროგრამების განხორციელება, მრავალსექტორული მიდგომებისა და კოორდინირებული ქმედების საფუძველზე
12. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მხრივ საკვანძო მნიშვნელობის მქონე არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების, ამ დაავადებების პრევენციისა და მართვის გზების შესახებ ცნობიერების ამაღლებაზე ორიენტირებული და ინტერაქტიული პროგრამების დაგეგმარება-განხორციელება, კვლევაში ჩართულ მიგრანტთა ყველა ჯგუფის კულტურული თავისებურებებისა და სხვაობების გათვალისწინებით

პოლიტიკურ-საკანონმდებლო მიდგომები

13. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით აუცილებელია არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმის შემუშავებისას მიგრანტი მოსახლეობის ჩართულობა
14. მნიშვნელოვანია შემუშავდეს სხვადასხვა მიგრანტ მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების ინსიდენსისა და პრევალენსის შემცირებისაკენ მიმართული გეგმა და დაინერგოს ეფექტური რეკომენდაციები, რომლებიც დამყარებული იქნება „საუკეთესო შენაძენის“ პრინციპებზე და მსოფლიო გამოცდილებით დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში წარმატებული ეფექტური ინტერვენციების გამოცდილებაზეც

პარტნიორობა, თანამშრომლობა და საერთო მიდგომები ქვეყნებს შორის

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და სხვა ორგანიზაციების საკვანძო წარმომადგენელთა ურთიერთთანამშრომლობა უმნიშვნელოვანესია არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობით მოცვის მაკოორდინირებელი ქმედებების განვრცობის გეგმების შემუშავებისათვის. საარსებო მნიშვნელობისაა პოლისის შემწეობის გაზრდა, განსაკუთრებით კი არაგადამდები დაავადებების პრევენციული გამოკვლევების მეტი შესაძლებლობისა და ესენციური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მხრივ

ბიბლიოგრაფია

- M. Oberg, MS. Jaakkola, A. Woodward, A. Peruga, A. Prüss-Ustün
2011 *Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-hand Smoke: a Retrospective Analysis of Data from 192 Countries*. The Lancet, 377: 139–46.
- MM. Finucane, GA. Stevens, MJ. Cowan et al.
2011 *National, Regional, and Global trends in Body Mass Index since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-years and 9.1 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index)*. The Lancet, 377: 557–67.
- G. Danael, MM. Finucane, JK. Lin et al.
2011 *National, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-years and 5.4 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure)*. The Lancet, 377: 568–77.
- F. Farzadfar, MM. Finucane, G. Danael et al.
2011 *National, Regional, and Global Trends in Serum Total Cholesterol Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 321 Country-years and 3.0 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol)*. The Lancet, 367: 578–86.
- United Nations
2011 *Prevention and Control of Non-communicable Disease*. New York.
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F64%2FL.52&Submit=Search&Lang=E
- World Health Organization
2005 *European Health Report, Public Health Action for Healthier Children and Populations*.
- Framework Convention on Tobacco Control Implementation and Monitoring Center in Georgia
2008 *Population Survey on Tobacco Economy and Policy in Georgia*.
- F. Serbanescu, V. Egnatashvili, A. Ruiz, D. Suchdev, M. Goodwin
2010 *Georgia Reproductive Health Survey, Summary Report* www.ncdc.ge

World Health Assembly

- 2008 *Resolution 61.17 on Health of Migrants*
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61_R17-en.pdf.

S.D. Garduño-Díaz Prevalence

- 2012 *Risk Factors and Complications Associated with Type 2 Diabetes in Migrant South Asians*. *Diabetes Metabolism Research and Review*. 28:6-24.

Davies et al.

- 2011 *Social determinants and Risk Factors for Non-communicable Diseases in South Asian Migrant Populations in Europe*. *Asian Eur J*.

S.B. Rafnsson

- 2009 *Large-scale Epidemiological Data on Cardiovascular Diseases and Diabetes in Migrant and Ethnic Minority Groups in Europe*. *European Journal of Public Health*. 19(5):484-491.

MG. Carta, M. Bernal, MC. Hardoy, JM. Haro-Abad

- 2005 *Migration and Mental Health in Europe: Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 1:13.

S. Karlsen, J. Nazroo, K. McKenzie et al.

- 2005 *Racism, Psychosis and Common Mental Disorder among Ethnic Minority Groups in England*. *Psychological Medicine*. Sep 29:1-9.

M.J. Levitt, J.D. Lane & J.L. Levitt

- 2005 *Immigration Stress, Social Support, and Adjustment in the First Post-migration Year: An intergenerational Analysis*. *Research in Human Development*. 2:159-177.

S. Hernandez-Plaza, C. Pozo & E. Alonso-Morillejo

- 2004 *The Role of Informal Social Support in Needs Assessment: Proposal and Application of a Model to Assess Immigrants' Needs in the South of Spain*. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 14(4):284–298.

S. Hernandez-Plaza, M. García-Ramírez, C. Camacho & V. Paloma, C. Stuart (Ed.)

- 2010 *Mobility and Wellbeing. The Psychology of Global Mobility*. *International Psychology*. New York, Springer.

International Organization for Migration

- 2010 *Assessment of the Psychosocial Needs of Haitians Affected by the January 2010 Earthquake*. Port Au Prince, Haiti.

Norwegian Refugee Council

- 2011 *Stress and Displacement: Psychological Problems and Ways to Overcome Them*, Course of Lectures for Future Teachers, Psychologists and Social Workers. Tbilisi

World Health Organization

- 2009 Assessment of the Mental Health and Psychosocial Support Needs of the Conflict-Affected Populations.

Sixty-First World Health Assembly

- 2008 WHA61.17, Agenda item 11.9, Health of migrants.

World Health Organization

- 1948 *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, (New York, 19 June – 22 July 1946); signed on 22 July 1946 by the representative of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.*

International Organization for Migration

- 2008 *Psychosocial Needs Assessment in Emergency Displacement, Early Recovery, and Return. IOM Middle East Assessment Tools*. Beirut.

International Organization for Migration

- 2009 *IOM Data Protection Principles*

The Harvard Medical Health School

- 2006 *Family Health Guide; Complicated Grief*. Available from:
<http://www.health.harvard.edu/fhg/updates/Complicated-grief.shtml>

World Health Organization, National Centre for Disease Control and Public Health

- 2009 Assessment of NCD Prevention and Control Mechanisms in Primary Health Care. Tbilisi, Georgia

National Centre for Disease Control and Public Health

- 2010 Non-communicable Diseases Risk Factors (STEPS) Survey. Tbilisi, Georgia.