

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 316.6; 614.2; 616.89

На правах рукописи

ПИРОВА ГУЛЧЕХРА ДАВРОНОВНА

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТОВ
НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЁН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ
НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ДУШАНБЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

по специальности

14.02.03-Общественное здоровье и здравоохранение

Душанбе -2022

Диссертационная работа выполнена на кафедре общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Раджабзода Салохидин** - доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Стиван Вейн** – доктор медицины, профессор кафедры психиатрии в университете Иллинойса в Чикаго, США

Официальные оппоненты: **Закирова Курбонхон Акрамовна** – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Магзумова Фируза Пулодовна – кандидат медицинских наук, заместитель директора по лечебной работе ГУ «Научный исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Ведущая организация: ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Защита диссертации состоится «__» _____ 2022 г. в «__» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-053 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки,139, www.tajmedun.tj +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан «__» _____ 2022 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент**

Джонибекова Р.Н.

Введение

Актуальность темы исследования. Согласно глобальному бремени болезней, общие психические расстройства являются ведущей причиной инвалидности в области не только психического здоровья, но и здоровья в целом (ВОЗ, 2016).

Ряд исследований указывает, что бедные и маргинализованные группы населения, особенно женщины, в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД), подвергаются большему риску развития общих психических расстройств [Решетников М.М., 2015; Lund S. et al., 2010; Burns J.K., 2015]. Они чаще сталкиваются с тяжёлыми условиями жизни: бедностью, низким уровнем образования, гендерным неравенством, социальной изоляцией, конфликтами, и подвержены влиянию основных социальных детерминантов общих психических расстройств [Рогачева Т.В., 2012; Шатилова Е.С., 2018; Afifi M., 2007; Patel V. et al., 2007].

Миграция стала одной из основных стратегий экономического выживания в СНСД и влияет на физическое и психическое здоровье тех, кто остался дома [Сафаров Б.Г., 2014; Roy A., Nangia P., 2005; Wilkerson, J. A. et al., 2009; Ullmann, S. H., 2012; Jacka T., 2012; Yi J., Zhong B., Yao, S., 2014; Edelblute H.V. et al., 2014; Sultana A., 2014]. В частности, женщины зачастую остаются без финансовой или социальной поддержки, что делает их особо уязвимыми к депрессии, самоубийству и домашнему насилию со стороны мужей или их родственников [ИОМ, 2015]. Они сталкиваются с высокой степенью стигмы в местном сообществе и со сложностью доступа к ресурсам служб психического здоровья [Фасхутдинов Г., 2015; Semrau M. et al., 2015].

Статья 14 Закона Республики Таджикистан «О профилактике бытового насилия» и пункт 10 Положения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, утвержденного постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 марта 2014 года, № 148 предусматривают повышение качества социальных услуг и эффективности профессиональной деятельности работников органов здравоохранения и социальной защиты в процессе выявления и реализации мер социальной защиты жертв домашнего насилия.

Однако в связи с тем, что трудовая миграция в Таджикистане формирует дополнительные факторы риска психических расстройств у жён трудовых мигрантов, на современном этапе одной из важных, первостепенных задач здравоохранения считается разработка стратегии развития лечебно-профилактических услуг по сохранению психического здоровья женщин, основанной на фактических данных [Олимова С. К., 2012; Насырова Р.Ф. 2018].

Разработка стратегии развития медико-психологической помощи по сохранению психического здоровья женщин, основанной на фактических данных, может способствовать оптимизации информационных, методических, возможно и нормативных документов по снижению воздействия социальных детерминантов и управления этими рисками для сохранения здоровья женщин репродуктивного возраста. В данном контексте, оценка влияния социальных детерминантов на психическое здоровье жён трудовых мигрантов, разработка научно-обоснованных рекомендаций по организации профилактической работы и оказанию медико-психологической помощи жёнам трудовых мигрантов в условиях города Душанбе являются крайне актуальными приоритетами системы здравоохранения.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Неослабевающий интерес к выявлению факторов, влияющих на психическое здоровье женщин репродуктивного возраста, и вопросам профилактики психических расстройств (ПР) проявляется в ряде исследований зарубежных, российских и таджикских авторов [Лукьянов Н.Б., 2009; Тюрюканова Е.В., 2011; Ситнянский Г.Ю., 2016; Якимов А.Н., 2017; Gartaula H. N., 2012; Gross J.J., 2014].

В данной диссертации была развита идея таджикских, российских и зарубежных авторов относительно того, что миграция является важным фактором, влияющим на психосоциальное состояние жён мигрантов [Гайбов А.Г., 2011; Елиференко А., 2012; Richards D.A., 2011; Edelblute et al., 2014].

Исследования, изучающие распространённость психических расстройств (синдромов депрессии и тревоги, посттравматических стрессов) и устанавливающих амплитуду их взаимосвязи с психотравмирующими событиями разного характера и рядом демографических показателей, единичны и к тому же их результаты неоднозначны [Jacka T., 2012; Yi J., Zhong B., Yao S., 2014]. Работы, посвященные оценке структуры общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов (ЖТМ) в Таджикистане, отсутствуют. В связи с этим, необходимой предпосылкой к своевременному выявлению детерминантов, влияющих на психическое здоровье и вызывающих общие психические расстройства, а также предупреждению их прогрессирования, является установление дифференцированных и обоснованных данных о структуре общих психических расстройств, сравнительно у жён мигрантов и не мигрантов, с изучением доступности медико-психологической помощи.

Связь работы с научными программами (проектами), темами. Данное исследование проводилось в рамках реализации «Национальной стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг.», утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан №368 от 02.08.2010 г. и «Государственной программы репродуктивного здоровья на 2019-2022 гг.», утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан №326 от 22.06.2019 г., а также научно-исследовательской работы (2015-2019 гг.) кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины по теме «Медико-социальные аспекты совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи в новых экономических условиях в Республике Таджикистан», проведенной ГОУ «Гаджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», при сотрудничестве исследовательского центра «ПРИЗМА», Душанбе и университета Иллинойса, Чикаго (США).

Общая характеристика работы

Цель исследования. Оценка влияния социальных детерминантов на психическое здоровье жён трудовых мигрантов и разработка научно-обоснованных мер профилактики по оказанию медико-психологической помощи женщинам с нарушением психического здоровья, проживающих в условиях города Душанбе.

Задачи исследования:

1. Определить социальные детерминанты, влияющие на психическое здоровье жён трудовых мигрантов; изучить частоту психотравмирующих событий (травм и насилия) у женщин.
2. Оценить компоненты качества жизни, связанные со здоровьем, и доступность получения медицинских услуг жёнами трудовых мигрантов с низкой самооценкой общего и психического здоровья.
3. Установить частоту общих психических расстройств (тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства) и оценить влияние социальных детерминантов (в том числе, психотравмирующих событий) на их выраженность у жён трудовых мигрантов.
4. Разработать научно-обоснованные рекомендации (с использованием результатов многомерного регрессионного анализа детерминантов) по профилактике нарушений психического здоровья жён трудовых мигрантов и женщин в целом.

Объект исследования. В исследовании участвовали 325 женщин, состоящих в браке, в возрасте от 18 до 45 лет, проживающие в городе Душанбе и давших согласие на участие в соответствующем опросе и посещающие городские медицинские центры.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение социальных детерминантов и их влияние на психическое здоровье жён трудовых мигрантов.

Научная новизна исследования. Работа является первым медико-социологическим исследованием по общим психическим расстройствам у жён трудовых мигрантов.

Впервые при изучении многомерных влияний факторов (коэффициенты корреляции и множественной регрессии), установлено формирование у жён трудовых мигрантов сочетанных социальных детерминантов здоровья, снижающих не только физическое, но и психическое функционирование женщин. В частности, совместное проживание с большим количеством людей (и детей), отсутствие собственного жилья и оплачиваемой работы/занятости, низкий уровень образования, сложность получения медико-психологической помощи, отсутствие информации о доступной психологической помощи, частые психотравмирующие события (прямые и непрямые психотравмы, физическое и сексуальное насилие), и как следствие, низкая приверженность к сохранению или укреплению своего здоровья.

Анализирована и описана степень влияния социальных детерминантов на психическое здоровье, частоту и тяжесть общих психических расстройств (тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства) у жён трудовых мигрантов и впервые доказано, что жены трудовых мигрантов в большей степени нуждаются в получении медико-психологической помощи, чем жёны не мигрантов.

Как основные факторы, препятствующие оптимизации психологической помощи жёнам трудовых мигрантов, впервые выделены: низкая приверженность молодых женщин к сохранению своего здоровья; их редкая обращаемость в медицинские учреждения по поводу состояния психического здоровья; материальная необеспеченность и отсутствие информационно-методических документов по мониторингу психического здоровья жён трудовых мигрантов.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы. Установленная структура и выраженность общих психических расстройств и их детерминантов у женщин репродуктивного возраста позволят переориентировать научно-исследовательскую и организационную деятельность медицинских работников в сфере общественного здравоохранения на проблемы профилактики психического здоровья женщин, в частности, жён трудовых мигрантов в Республике Таджикистан. Использование в учебном процессе медицинских ВУЗов теоретических, методологических положений, выводов и рекомендаций, представленных в диссертации, определяет теоретическую значимость исследования.

Полученная в результате исследования информация позволяет оценить степень риска развития общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов. Использование полученных результатов изучения многомерных ассоциаций медико-социальных факторов, значимо предсказывающих развитие общих психических расстройств, способствует оптимизации лечебно-профилактических мероприятий путём повышения доступности медико-психологических услуг для жён трудовых мигрантов; разработки многопрофильных нормативных и информационно-методических документов по медико-социальной профилактике нарушений психического здоровья у женщин; ориентирование научно-практической деятельности медицинских работников в сфере общественного здравоохранения Республики Таджикистан на решение проблем психического здоровья женщин в целом.

По результатам диссертационной работы разработаны методические рекомендации по теме «Миграционный процесс и психическое здоровье жён мигрантов» (2021 год), освещающие вопросы организации и проведения профилактических мер среди населения и оказания психологической помощи жёнам трудовых мигрантов на уровне общин. Методические рекомендации ориентированы для использования в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и специалистами центров формирования здорового образа жизни.

Положения, выносимые на защиту.

1. Психическое здоровье жён трудовых мигрантов зависит от комплекса многоуровневых детерминантов, которые формируются в отсутствии мужа-мигранта и в значительной степени обусловлены медико-социальными, экономическими и культурными факторами, а именно, отсутствие собственного жилья, невысокий уровень образования, материальная

необеспеченность, отсутствие возможности реализовать свои инициативы по продолжению учёбы или профессиональному росту из-за большого количества людей (и детей) совместного проживания, частые психотравмирующие события, в том числе, физическое и сексуальное насилие в течение жизни.

2. Высокий удельный вес общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов и у женщин в целом обусловлен учащением повышенной тревожности, синдрома депрессии и посттравматического стрессового расстройства. Значимыми детерминантами психического здоровья женщин для депрессии являются муж-мигрант и перенесенные прямые психотравмирующие события; для тревоги - перенесенные прямые психотравмирующие события, муж-мигрант и более старший возраст; для посттравматического стрессового расстройства - перенесенные прямые психотравмирующие события, насилие в течение прошлого года и муж-мигрант.
3. Отсутствие методических документов по оказанию медико-психологической помощи жёнам трудовых мигрантов, их планированного патронажа сотрудниками учреждений ПМСП и недостаточность информационно-образовательных работ среди женщин можно считать существенными предпосылками для развития выраженных нарушений психического здоровья.
4. Информирование населения о комплексе социальных рисков, возникающих у ЖТМ и влияющих на психическое здоровье, своевременное выявление общих психических расстройств и разработка основных принципов предоставления консультативной и медико-психологической помощи жёнам мигрантов являются приоритетными задачами системы здравоохранения в Таджикистане.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов, выводов и заключения обеспечивалась: правильно выбранным направлением исследования с учётом предыдущих исследований в Республике Таджикистан, в зарубежных странах и странах СНГ; достаточным объемом материала социологического исследования, комплексностью исследования, применением современных, информативных методов исследования и новых, доступных технологий, позволяющих получить статистически достоверные результаты; теоретическим и практическим обобщением полученных результатов исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования). Диссертация выполнена в соответствии с Паспортом ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение, пунктам: 3.2. Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на ее продолжительность и показатели здоровья населения, формирование здорового образа жизни: 3.3 Комплексное воздействие социальных, экономических, биологических, экологических и медицинских факторов на здоровье населения, разработка мер профилактики и путей снижения неблагоприятных эффектов: 3.4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп: 3.5 Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи.

Личный вклад соискателя ученой степени. Соискателем самостоятельно проведён анализ научной литературы по теме диссертационного исследования, предложены цель и задачи исследования, осуществлены сбор и систематизация клинических данных, обобщён научный обзор литературных источников. Автором выбраны и применены современные методы исследования, разработана специальная анкета и проведен опрос (анкетирование) всей отобранной выборки. Сбор дополнительной информации, структурирование и статистический

анализ данных проведены автором. Основной и решающий объем работы выполнен самостоятельно и содержит ряд новшеств, которые свидетельствуют о личном вкладе диссертанта в науку.

Апробация и реализация результатов диссертации (на каких конференциях, совещаниях, семинарах докладывались основные положения диссертации, при чтении лекций в учебных заведениях). Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на годовых научно-практических конференциях молодых ученых и студентов ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» (ТГМУ) с международным участием (2016-2021); на 63-68 международных научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2015-2020); на республиканской научно-практической конференции, посвящённой 25-летию Независимости Таджикистана, Душанбе (2016); Конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества независимых Государств, Душанбе (2019).

Работа была допущена к защите на заседании межкафедральной проблемной комиссии по эпидемиологии, инфекционным болезням, детским инфекционным болезням, гигиене, общественному здоровью и здравоохранению факультета общественного здравоохранения ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 3 - в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан для публикации основных результатов диссертационных исследований, в том числе 1 - в базе данных SCOPUS.

Структура диссертации и объем. Диссертация изложена на 147 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики, обзора литературы и 3-х глав собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов, списка литературы и публикаций по теме диссертации. Работа содержит 24 таблицу, иллюстрирована 30 рисунками. Библиографический указатель включает 179 источников, из них отечественных и стран СНГ – 84, зарубежных авторов – 95.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Для изучения социальных детерминантов (СД), влияющих на общие ПР жён ТМ, проведено социологическое исследование среди 325 женщин репродуктивного возраста, проживающих в Душанбе и посещающих городской центр здоровья. Набор проводился ежедневно, пока не было набрано и включено в исследование 325 женщин. Критериями включения были возраст (от 18 до 45 лет), социальное положение (замужем и не замужем), отсутствие тяжёлой соматической патологии и информированное согласие. При отказе потенциального интервьюера выбиралась следующая женщина, которая соответствовала критериям включения. Учитывая высокий уровень миграции в Таджикистане, было важно сравнить ПР среди жён ТМ и жён НМ. Объём и перечень проведенных исследований по выявлению СД, влияющих на психическое здоровье ЖТМ, приведены в таблице 1.

Таблица 1. - Объём и перечень проведенных исследований.

Показатель	Метод исследования	Число обследованных
Демографические показатели	Анкетный вопросник по CAFES и CHAMP, состоящие из 22 пунктов.	325
Инвентаризация прямых и непрямых травматических событий	Анкетный вопросник по методу Гарвардского университета	325

Самооценка здоровья и связанных со здоровьем компонентов качества жизни у жен трудовых мигрантов.	Анкетный вопросник по шкале SF-12 (краткая форма шкалы SF-36)	325
Изучение тревожности	Анкетный вопросник по шкале Гамильтона – HAM-A (14 пункта)	325
Изучение депрессивных расстройств	Анкетный вопросник по шкале Гамильтона - HAM-D (21 пункта).	325
Изучение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)	Анкетный вопросник по шкале PCL-C-14 для гражданского населения.	325
Изучение уровня физического (и сексуального) насилия	Анкетный вопросник по руководству (инструмент) «Оценка физического и сексуального насилия со стороны интимного партнера».	325

Оценка выраженности сдвигов (баллы) показателей ПЗ проведены по шкалам HAM-D (депрессии), HAM-A (тревоги) и PCL-C-14 (посттравматических стрессовых расстройств) (таблица 2).

Таблица 2. – Шкала оценка выраженности сдвигов (баллы) показателей психического здоровья

Шкала	Нет	Мягкий	Умеренный	Тяжелый
Депрессия (HAM-D)	(0-7)	(8-16)	(17-23)	(≥ 24)
Тревога (HAM-A)	(0-7)	(8-14)	(15-23)	(≥ 24)
ПТСР (контрольный список PCL-C)	(0-29)	(30-39)	(40-49)	(≥50)

Оценка достоверности полученных результатов. При описании общей модели демографического и психического здоровья (ПЗ) и сравнительных особенностей ключевых подгрупп применён метод описательного и двумерного анализа при использовании критериев χ -квадрата, Т-тестов, корреляционного и регрессионного анализа при помощи пакета программ прикладного статистического анализа (Statistical - 10,0). Для выявления ассоциативных связей между несколькими независимыми переменными (предикторами) и зависимой переменной проведен многофакторный регрессионный анализ.

Результаты исследований

Современное социально-экономическое развитие Таджикистана невозможно представить без внешней трудовой миграции, где одна четверть взрослого мужского населения длительное время года проживает за границей без жён, в основной возрастной группе от 25 до 55 лет. На жён ТМ одновременно воздействует комплекс факторов (детерминантов здоровья), определяющих психологическое состояние, отрицательно влияющих на уровень ПЗ.

Для выявления социально-демографических детерминантов, влияющие на психическое здоровье, проведены социологические исследования среди 325 женщин. Результаты опроса показали, что 102 респондента (31,4%) были жёнами ТМ и 223 (68,6%) - жёны НМ. В целом, ЖТМ были менее образованы, чем ЖНМ ($p < 0,0001$), что может быть одним из детерминантов, влияющих на их ПЗ. Как видно из рисунка (рисунок 1), значительно меньшее количество ЖТМ имеют своё жилье (32,4%), в сравнении с женами НМ (52,5%; $p < 0,0001$). Значимо большее количество ЖТМ жили в съёмной квартире (31,4%) при сравнении с семьями не мигрантов (9,9%).

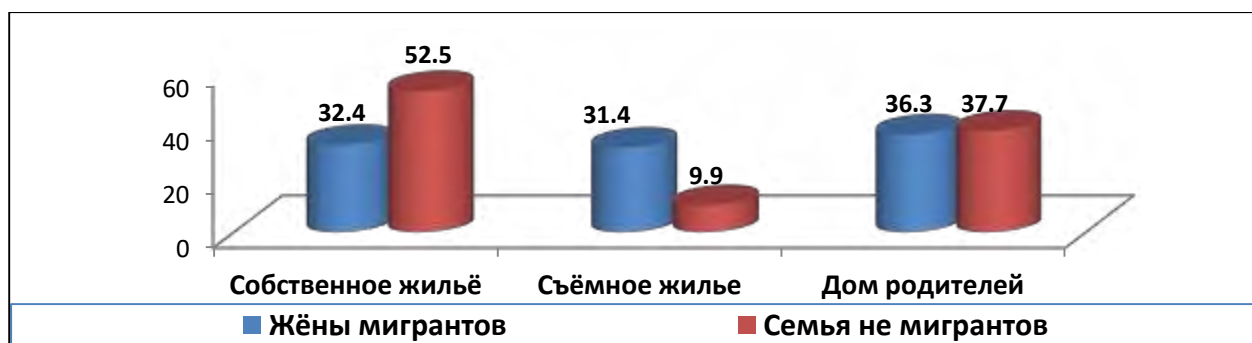


Рисунок 1. - Места проживания (жильё) женщин, включённых в исследование.

Результаты анализа наличия детей в семьях ТМ ($2,33 \pm 1,3$) показали, что их количество имеет заметную тенденцию к преобладанию, чем у НМ ($2,16 \pm 1,5$). Жёны ТМ совместно проживают с большим количеством людей ($6,6 \pm 3,7$), чем жёны НМ ($6,1 \pm 3,8$) (таблица 3).

Таблица 3. - Количества членов семьи, совместно проживающих с женщинами сравниваемых групп

Семья	Группы женщин		
	Общая группа	ЖТМ (n=102)	ЖНМ (n=223)
• количество детей	$2,23 \pm 0,08$	$2,33 \pm 0,12$	$2,16 \pm 0,1$
• количество людей совместного проживания	$6,2 \pm 0,21$	$6,6 \pm 0,31^*$	$6,1 \pm 0,25$

В рамках исследования определено количество людей совместного проживания, где у 158 (70,8%) жён НМ было меньше 7 человек, чем у жён ТМ 6,1 (59,8%) ($p < 0,05$). В условиях отсутствия собственного жилья и при совместном проживании с родителями и родственниками мужа, жены ТМ чаще подвергаются физическому или эмоциональному насилию. Установлено наличие взаимосвязи между количеством людей совместного проживания с особенностями жилья.

Проведенный анализ показал, что жёны ТМ живут с большим количеством людей по сравнению с женами НМ, что является сильной СД, влияющей на качество жизни, и в целом определяющей состояние общего и ПЗ женщин. Около 2/3 части женщин общей выборки были безработными. Инициативность или стремление учиться чему-либо - получить профессию, повысить уровень образования, и в целом – уровень знаний, чаще отмечались у жён ТМ (12/11,8%), в сравнении с жёнами НМ (17/7,6%). Проведенный анализ сочетанного влияния перечисленных СД показал, что у жён ТМ чаще возникает понимание необходимости получения профессии, стремление учиться чему-либо, совершенствовать свои знания и умения по воспитанию детей. Видимо, у части женщин такое желание возникает как выход из создавшейся ситуации, как путь к достижению материальной и психологической устойчивости, особенно при совместном проживании с большим количеством людей.

Учитывая значимую роль психотравмирующих событий (пережитых или услышанных травм, нередко связанных с физическим и сексуальным насилием) в развитии общих психических расстройств, была изучена их частота и выраженность у женщин сравниваемых групп (таблица 4).

Таблица 4. – Частота прямых и непрямых психотравматических событий у женщин сравниваемых групп (%)

Травма	Группы женщин			p ₁₋₂
	Вся выборка (n=325)	Жёны трудовых мигрантов (n=102)	Жёны не мигрантов (n=223)	
1. Прямая	186 (57,2)	82 (80,4)	104 (46,6)	<0,01

2. Непрямая	299 (92)	98 (96,1)	201 (90,1)	>0,05
p ₁₋₂	<0,001	>0,05	<0,001	

При анализе результатов данного вопросника у женщин общей группы отмечена большая частота непрямых травм, и только у 26 (8%) женщин отсутствовала информация о непрямой травме, большинство женщин 299 (92%) указывали на неоднократно (от 2 до 20 раз) пережитые непрямые, тяжёлые психотравмирующие события. Что касается прямых травм, то у женщин общей группы их отсутствие установлено у 139 (42,7%) женщин. При этом у женщин общей группы между показателем ранга миграции мужа (1- муж не мигрант, 2 - муж-мигрант) и частотой прямых травм отмечалась прямая, значимая взаимосвязь ($r=0,373901$; $p < 0,05$).

Такая взаимосвязь свидетельствует, что у ЖТМ в условиях длительного отсутствия мужа чаще возникают психотравмирующие события, и показатель миграции мужа можно считать центральным фактором, усиливающим влияние ряда детерминантов на общее и психическое состояние здоровья женщин. Результаты исследования показали, что у обследованных женщин непрямая травма наблюдается значительно чаще (у более 90% женщин общей группы), чем прямая, которая имеется у менее 60% женщин. Случаи прямых психотравмирующих событий у ЖТМ наблюдались значимо чаще; средние значения как прямых, так и непрямых травм выше, чем у ЖНМ. Это указывает на высокую степень подверженности травмам женщин в целом, и в большей степени жён мигрантов.

Проведенный сравнительный анализ результатов социально-демографических показателей свидетельствует, что около 2/3 части женщин общей выборки были безработными; жёны мигрантов были менее образованы, отсутствие детей отмечалось реже, и у более 3/4 части из них количество детей было 2 и более. Жёны мигрантов и их дети, живя, чаще всего, в съёмной квартире, семьях родителей или родственников, вынуждены были совместно проживать с большим количеством людей. У более 10% жён мигрантов, проживающих совместно с большим количеством людей, понимание необходимости получения профессии, стремление учиться возникает чаще.

Полученные результаты показывают взаимосвязи психотравмирующих ситуаций у ЖТМ с уровнем образования, фактором миграции мужа, с насилием за прошлый год и уровнем образования ($r=-0,272657$; $p < 0,05$; по Spearman), с отсутствием собственного жилья ($r=0,209880$, $p < 0,05$; по Spearman). Анализ комплекса полученных результатов не исключает возможность сочетанного влияния указанных детерминантов общего и психического здоровья на разные компоненты качества жизни женщин, снижение самооценки состояния здоровья, ухудшение физического, психоэмоционального благополучия и социального функционирования.

Для оценки влияния социально-демографических детерминантов на психическое здоровье жен трудовых мигрантов проведено социологическое исследование общих психических расстройств в группах женщин, включённых в исследование.

Проведен анализ самооценки здоровья и связанных со здоровьем компонентов качества жизни у жён трудовых мигрантов по шкале SF-12 (краткая форма SF-36) и выявлено, что снижение физического компонента здоровья средних значений у ЖТМ было значимым при сравнении с группой ЖНМ ($p < 0,05$). Отмечалась степень ухудшения психоэмоционального компонента здоровья у жён ТМ ($3,43 \pm 0,93$) чем у ЖНМ ($3,03 \pm 1,32$), и их различия значимы ($p < 0,01$). Среди ЖТМ, считающих своё здоровье отличным и хорошим, было в 2,8 раз меньше, чем среди ЖНМ. Среднее значение телесной боли у ЖТМ имело тенденцию к повышению ($2,1 \pm 1,16$) при сравнении с группой ЖНМ ($1,94 \pm 0,94$; $p=0,0902$). Установлена умеренная и значимая взаимосвязь ($r=0,3629$; $p < 0,05$) между ухудшением самооценки здоровья с нарастанием психоэмоционального дискомфорта, выявлены значимые различия выраженности и продолжительности психических расстройств с нарушением привычной социальной жизни и телесной боли в течение последнего месяца у женщин сравниваемых

групп. На фоне проблем общего и ПЗ среднее значение длительности нарушений привычного общения и общественной жизни (социальное функционирование в группе ЖТМ имело тенденцию к снижению ($3,48 \pm 0,94$), чем у ЖНМ ($3,65 \pm 1,21$; $p=0,931$). Результаты самооценки здоровья, компонентов качества жизни, связанных со здоровьем, таких как физическое функционирование, ограничения выполнения своих обязанностей из-за физических и психоэмоциональных проблем со здоровьем, телесная боль и общее состояние здоровья показывают, что степень ухудшения здоровья и психического здоровья (ПЗ) оценивается ЖТМ значимо выше (среднее значение $3,73 \pm 0,72$) не только при сравнении с ЖНМ, но и с общей группой ($p < 0,05$).

Учитывая отсутствие планированного патронажа ЖТМ на уровне ПМСП, проведён анализ обращаемости женщин в учреждения здравоохранения по вопросам сохранения общего и ПЗ. Полученные результаты показывают, что к врачу или в ЛПУ обращались всего 15,7% жён мигрантов, что реже, чем ЖНМ (29,1%; $p=0,0026$). Это было связано с тем, что ЖТМ чаще принимали лекарства дома по своему усмотрению или обращались к окружающим или в аптеку ($p=0,0001$), и редко - к целителю ($p=0,0054$), к врачу, частную клинику ($p=0,0268$) или в центры здоровья ($p=0,0026$). Немало женщин указывали, что не знали, к кому и куда надо обращаться, на сложность найти личного доктора или семейного врача (при необходимости) или на дальность ЛПУ (всего более 20% жён ТМ). Только 8,8% жён ТМ, как причина отсутствия обращений в ЛПУ, отметили отсутствие проблем со здоровьем, что было значимо реже (21,1%), чем таковые у ЖНМ.

Взаимосвязь между социальным компонентом здоровья и физическим функционированием у ЖТМ была слабой, но значимой ($r=0,230$; $p < 0,05$). У ЖНМ взаимосвязь этих показателей была более тесной - умеренной, односторонней и значимой ($r=0,405515$; $p < 0,05$). При этом как значимый фактор (предиктор) самооценки здоровья выделено: у ЖТМ ($R^2=0,33$; $p < 0,0001$): психоэмоциональное функционирование ($t=4,6$) и социальный компонент ($t=2,37$); для ЖНМ ($R^2=0,28$; $p < 0,002$) - социальное функционирование ($t=2,4$). В целом, самооценка здоровья ЖТМ, главным образом, обусловлена психическими и социальными составляющими здоровья, которые тесно связаны как с физическим функционированием, так и с выраженностью телесной боли. Наиболее значимым фактором, определяющим самооценку здоровья (по результатам множественной регрессии) у ЖНМ является социальное функционирование, тесно связанное с психическим функционированием.

Анализ выраженности и частоты тревожных расстройств при сравнении абсолютных значений тревоги у женщин общей выборки ($n=325$) с группами жён ТМ ($n=102$) и жены НМ ($n=223$) по Kruskal-Wallis показал значимость различия выраженности тревоги между группами (рисунок 2).

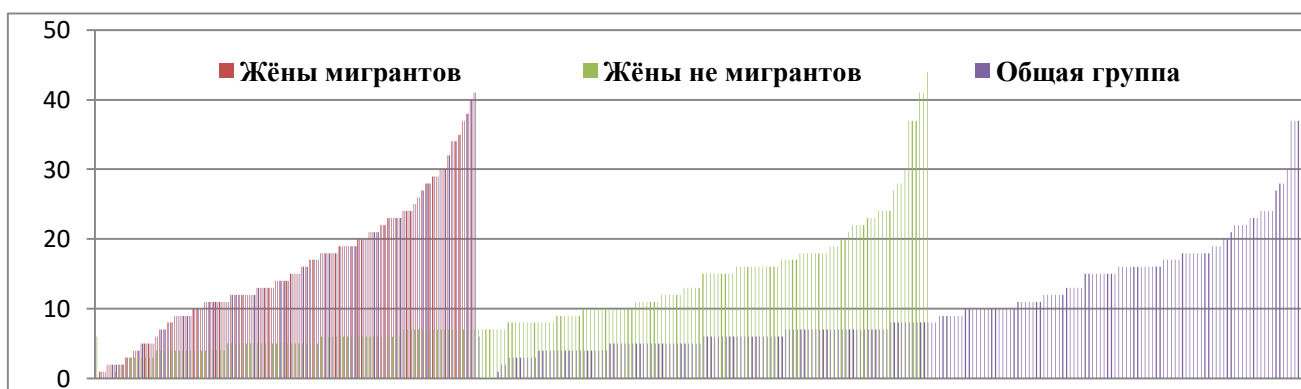


Рисунок 2. - Уровни тревоги у жён мигрантов (зона высоких значений; $n=102$), не мигрантов ($n=223$) и женщин общей группы ($n=325$).

Отсутствие тревоги наиболее часто отмечается у жён ТМ (18,6%). Большая частота тревоги у жён НМ (более 50%) связана с учащением случаев мягкой формы тревожности (23,3%) и умеренной её выраженности (21,1%). У ЖТМ чаще всего наблюдается мягкая тревожность (32,4%), но частота и умеренной (29,4%), и тяжёлой степени тревоги (19,6%) – высока. Тяжёлая форма течения тревоги отмечается у ЖТМ (19,6) и ЖНМ (6,3%) ($p < 0,0003$). Установлено, что синдром тревоги у женщин сравниваемых групп чаще протекает в мягкой и умеренной форме, однако клинически выраженная его степень значимо чаще наблюдается у ЖТМ.

При анализе частоты и выраженности депрессивных расстройств (рисунок 3), у жён ТМ выявлено значимое учащение депрессивных расстройств по шкале Гамильтона при сравнении с группой жён НМ ($p < 0,0002$). Учащение депрессии у ЖТМ обусловлено некоторым учащением умеренной депрессии (21,6%; $p > 0,05$) и, главным образом, значимым учащением тяжёлой степени депрессивных расстройств (24,5%; $p < 0,0001$).

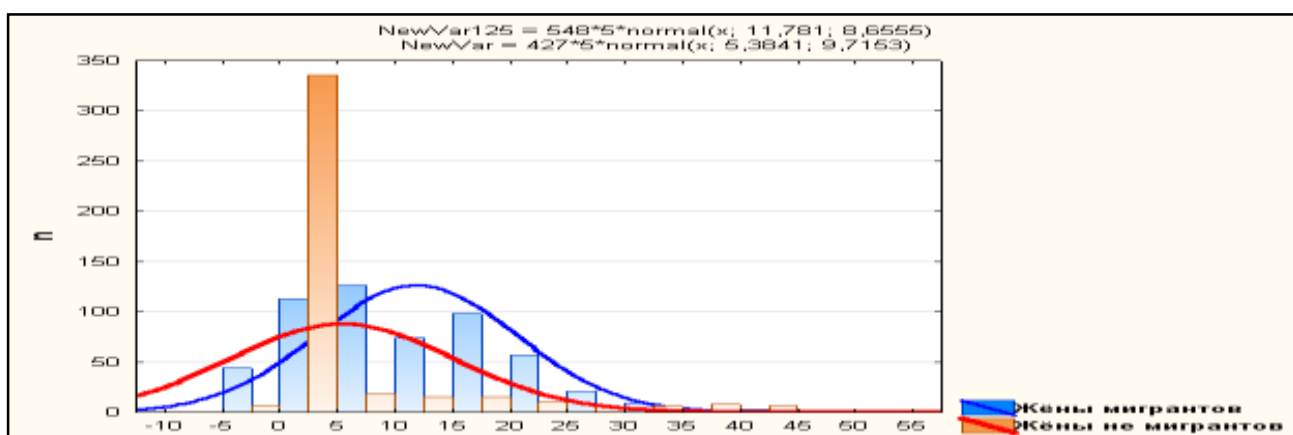


Рисунок 3. - Соотношение частоты разной выраженности депрессии у жён мигрантов (n=102) и не мигрантов (n=223).

Сравнительный анализ абсолютных значений депрессии в сравниваемых группах (по Kruskal-Walis) показывает, что различия выраженности депрессии между группами значимы ($p < 0,0001$): у женщин общей выборки составляет $12,4 \pm 10,9$ балла, у жён ТМ - $18,3 \pm 13,2$, а у жён НМ - $9,7 \pm 8,6$ балла, то есть более выраженные степени депрессивных расстройств наблюдались у жён ТМ. Суммируя полученные результаты, можно утверждать, что у жён ТМ депрессивные расстройства наблюдаются чаще, и в 1/4 части случаев выраженность данного синдрома проявляется в тяжёлой степени. В связи с этим, средние значения выраженности депрессии у жён ТМ значимо превышают таковые у женщин общей группы и жён НМ.

Результаты анализа посттравматических стрессовых расстройств показали отсутствие ПТСР у 176 женщин (54,2%), с колебанием значений от 0 до 29 баллов, а средние значения составили $21,8 \pm 3,9$ баллов. При этом 54% женщин общей группы, 59% жён НМ, и только 43% ($p < 0,01$) жён ТМ составили группу с отсутствием посттравматических стрессовых расстройств ПТСР. Женщин с ПТСР было 149 (45,8%), и колебание значений данного показателя (от 30 баллов до 73) было большим; среднее значение ПТСР в этой группе женщин составило $36,9 \pm 8,3$ баллов ($M \pm SD$). ПТСР у женщин сравниваемых групп жены ТМ и НМ представлены, главным образом, мягкой формой, которая составляет примерно 1/3, и различия её частоты в группах незначимы ($p > 0,05$) (таблица 5).

Таблица 5. - Выраженность посттравматических стрессовых расстройств у женщин сравниваемых групп (%).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Группы женщин		
	Вся выборка (n=325)	ЖТМ (n=102)	ЖНМ (n=223)

Нет ПТСР (0-29)	176 (54,2)	44 (43,1)	132 (59,2)
Мягкое (30-39)	114 (35,1)	32 (31,4)	82 (36,7)
Умеренное (40-49)	22 (6,8)	15 (14,7)	7 (3,1)
Тяжёлое (≥ 50)	13 (4,0)	11 (10,8)	2 (0,9)

Однако умеренная (14,7%; $p < 0,001$) и тяжёлая (10,8%; $p < 0,002$) ПТСР значимо чаще наблюдаются у жён ТМ, тогда как их частота у жён НМ (3,1% и 0,9% - соответственно умеренные и тяжёлые ПТСР) - невысокая. В связи с этим, абсолютные значения выраженности ПТСР у жён ТМ значимо превышают таковые у женщин как общей группы, так и жён НМ. При сопоставлении абсолютных значений ПТСР у женщин общей выборки ($28,7 \pm 9,8$) и групп жён ТМ ($32,7 \pm 13,5$) и не мигрантов ($26,9 \pm 6,9$) установлено значимое различие между группами ($p < 0,001$; по Kruskal - Wallis): значимо высокие значения ПТСР отмечены у жён ТМ. Полученные результаты указывают, что ПТСР у женщин сравниваемых групп чаще всего протекают в мягкой и умеренной форме, однако клинически выраженные степени этого показателя значимо чаще наблюдаются у жён ТМ.

Изучение частоты физического и сексуального насилия в течение жизни и физического насилия в течение прошлого года у женщин сравниваемых групп показывает, что более 80% женщин в системе ПМСП указывают на физическое или сексуальное насилие в течение жизни. Этот показатель выше у жён НМ и составляет 83,8%, что значимо при сравнении с группой у жён ТМ (74,5%; $p < 0,05$). Сравнительно большую частоту физического или сексуального насилия в течение жизни у жён НМ можно объяснить насилием со стороны мужа - не мигранта. Установлена прямая взаимосвязь между частотой физического (и эмоционального) насилия в течение жизни с особенностью жилья ($r = 0,209880$; $p < 0,05$) у жён ТМ, что указывает на взаимообусловленность частоты психотравмирующих событий с рядом других СД у женщин, особенно у жён ТМ. Это указывает на высокую степень подверженности насилию жен ТМ при отсутствии собственного жилья. Что касается среднего количества физического и сексуального насилия в течение прошлого года, то оно выше у жён ТМ ($p < 0,01$) (таблица 6).

Таблица 6. - Частота физического или сексуального насилия в отношении женщин сравниваемых групп.

Показатель	Вся выборка (n=325)	ЖТМ (n=102)	ЖНМ (n=223)
ФСН в течение жизни (%)	263(80,9%)	76 (74,5%)	187 (83,8%)
M \pm SD	4,89 \pm 4,92	4,94 \pm 4,15	4,86 \pm 5,24
ФН в течение прошлого года (%)	94 (28,9%)	33 (32,4%)	61 (27,3%)
M \pm SD	2,16 \pm 4,63	2,41 \pm 0,50	2,04 \pm 4,43

Эффекты прямых и непрямых травм, наряду с ситуациями физического и морального насилия против женщин, можно считать важными факторами, влияющими на психоэмоциональное их состояние. Особого внимания заслуживает установленная значимая взаимосвязь (обратная) насилия в течение последнего года с уровнем образования жён ТМ ($r = -0,272657$; $p < 0,05$; по Spearman).

Полученные результаты показывают взаимосвязь психотравмирующих ситуаций с уровнем образования, фактором миграции мужа, с насилием за прошлый год и уровнем образования ($r = -0,272657$; $p < 0,05$; по Spearman), с отсутствием собственного жилья ($r = 0,209880$, $p < 0,05$; по Spearman) – у жён ТМ. Анализ комплекса полученных результатов не исключает возможность сочетанного влияния указанных детерминантов общего и ПЗ на разные компоненты качества жизни женщин, со снижением самооценки состояния здоровья ими, с ухудшением физического, психоэмоционального благополучия и социального функционирования.

Оценка частоты и выраженности общих психических расстройств у жен трудовых мигрантов показывает, что: а) частота отсутствия ДР и ТР у женщин сопоставимы (40,6 и 39,7% - соответственно депрессия и тревога); отсутствие ПТСР наблюдается у более половины женщин (54,2%; $p < 0,001$); б) мягкая форма (выраженность) ДР и ТР наблюдается у более 1/4 части женщин и несколько преобладает частота мягкой формы ДР; у женщин значимо чаще отмечается мягкая выраженность ПТСР (35,7%; $p < 0,001$); в) ДР (18,5%) и ТР (23,7%) умеренной выраженности наблюдаются у женщин с сопоставимой частотой ($p > 0,05$), однако значимо чаще ($p < 0,0001$), чем ПТСР (6,5%); г) тяжёлая выраженность ДР у женщин наблюдается наиболее часто (12,6%), хотя различия с частотой ТР (10,5%) статистически не значимы ($p > 0,05$); тяжёлые ПТСР наблюдаются у 3,7% женщин, что значимо реже частоты тяжёлой ДР ($p < 0,0001$) и ТР ($p < 0,001$).

Отсутствие тех или иных психических расстройств наблюдается у 44,8% женщин, обращающихся в систему первичной медико-санитарной помощи. Средние показатели отсутствия и разной выраженности психических расстройств (ПР) у женщин в системе ПМСП свидетельствуют, что те или иные ПР в мягкой форме наблюдаются у более 30%, умеренные расстройства – у 16%, а тяжёлые - у менее 10% из них (рисунок 4).

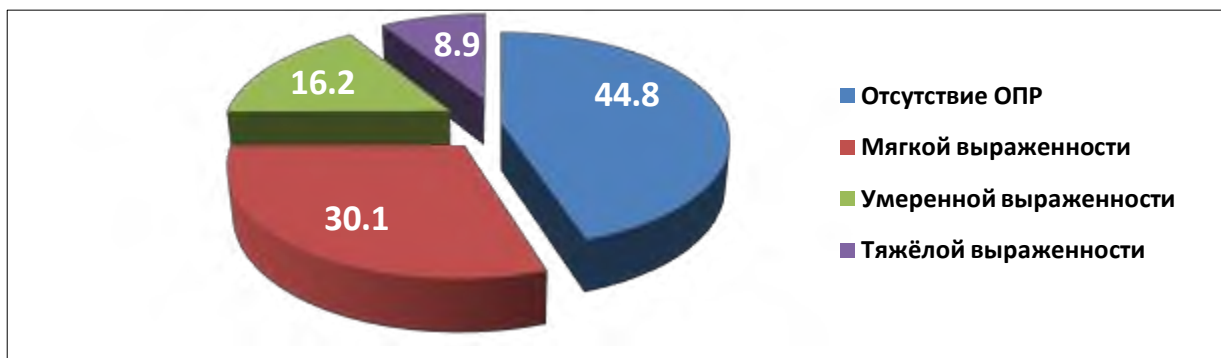


Рисунок 4. – Частота и выраженность общих психических расстройств у женщин, включённых в исследование (n=325).

Анализ частоты тяжёлых форм общих ПР, при сопоставлении полученных результатов, показал, что в системе первичной медико-санитарной помощи на фоне ряда детерминантов ПЗ 10,5% женщин общей группы имеют тяжёлую тревогу, 12,6% - тяжёлую депрессию и 3,7% - выраженные проявления ПТСР. Клинически выраженные степени общих психических расстройств значимо чаще отмечаются у жён НМ (19%; 24,5% и 10,8% - соответственно выраженная тревога, депрессия и ПТСР).

При оценке особенностей социальных ДЗ и их влияния на компоненты качества жизни женщин, включённых в исследование, сделано заключение о том, что ряд детерминантов способны значимо нарушать все составляющие качества жизни женщин, и в большей степени у жён ТМ. Такой результат указывает на возможность влияния социально-демографических ДЗ и на выраженность общих ПР у жён ТМ.

Результаты изучения выраженности тревоги с особенностью жилья показали наличие значимой взаимосвязи ($r=0,200056$; $p < 0,05$), что свидетельствует о нарастании тревоги у жён ТМ при отсутствии собственного жилья. Кроме того, у жён ТМ нарастание тревожности было взаимосвязано со степенью ухудшения социального функционирования, характеризующегося подавленностью, нарушением привычных общений и социальной жизни (рисунок 5).

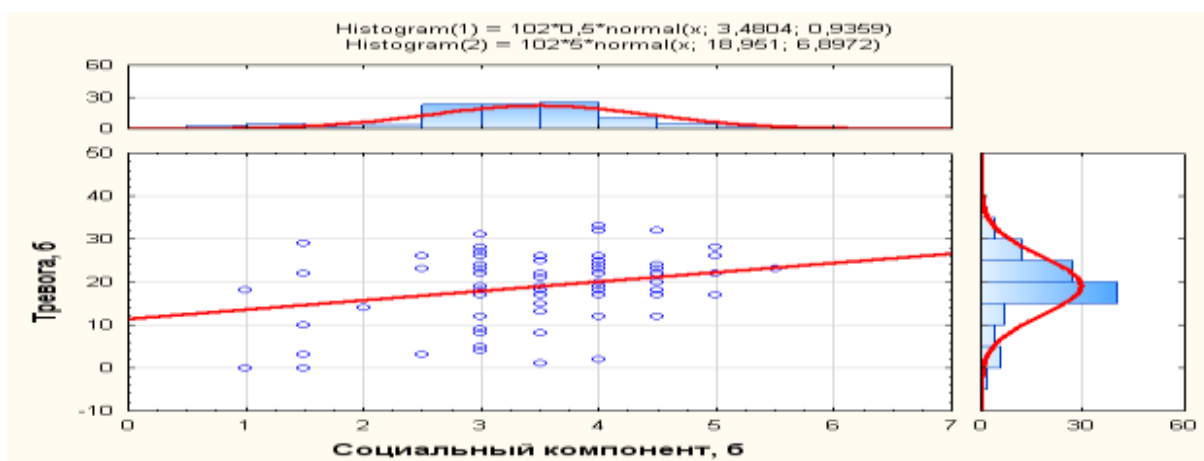


Рисунок 5. - Взаимосвязь выраженности тревоги со степенью ухудшения социального функционирования у жён мигрантов ($n=102$; $r=0,295120$; $p < 0,05$; по Pearson).

Полученный результат свидетельствует о том, что нарушение социального функционирования, которое обусловлено, главным образом, уровнем образования, отсутствием постоянной оплачиваемой работы (занятий) и собственного жилья, большим количеством людей совместного проживания, - способствует возникновению тревоги и повышению её выраженности.

Изучена взаимосвязь тревоги со степенью снижения самооценки состояния здоровья у женщин общей группы; отмечена слабая, но значимая взаимосвязь ($r=0,155687$; $p < 0,05$). Взаимосвязь снижения самооценки состояния здоровья у женщин общей группы с выраженностью депрессии ($r=0,279226$; $p < 0,05$) означает, что нарастание депрессии у женщин возникает на фоне снижения самооценки состояния здоровья (рисунок б).

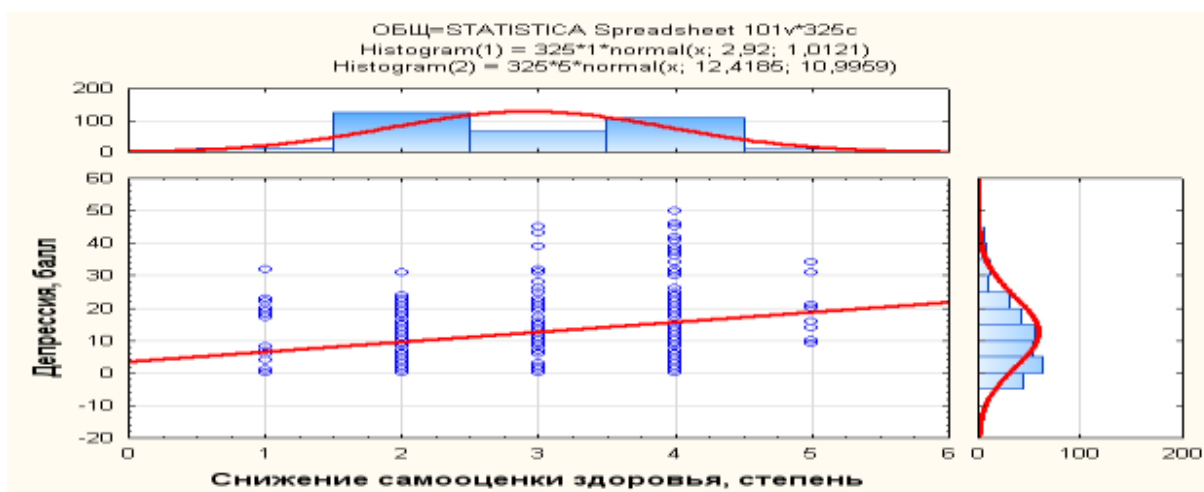


Рисунок 6. - Взаимосвязь снижения самооценки состояния здоровья у женщин с выраженностью депрессии ($n=325$; $r=0,279226$; $p < 0,05$).

Выраженность ПТСР была связана с частотой обращаемости обратной и значимой взаимосвязью у жён ТМ ($n=192$; $r=-0,31240$; $p < 0,05$), что заслуживает особого внимания. Такой результат свидетельствует, что на фоне низкой обращаемости женщин в ЛПУ возрастает выраженность посттравматических стрессовых расстройств; низкая обращаемость в ЛПУ женщин с ПТСР способствует доминированию и укреплению психических переживаний с развитием ПТСР. Отсутствие своевременной диагностической и лечебно-профилактической помощи при проявлениях общих психических расстройств у жен ТМ является важной ДЗ женщин (рисунок 7).

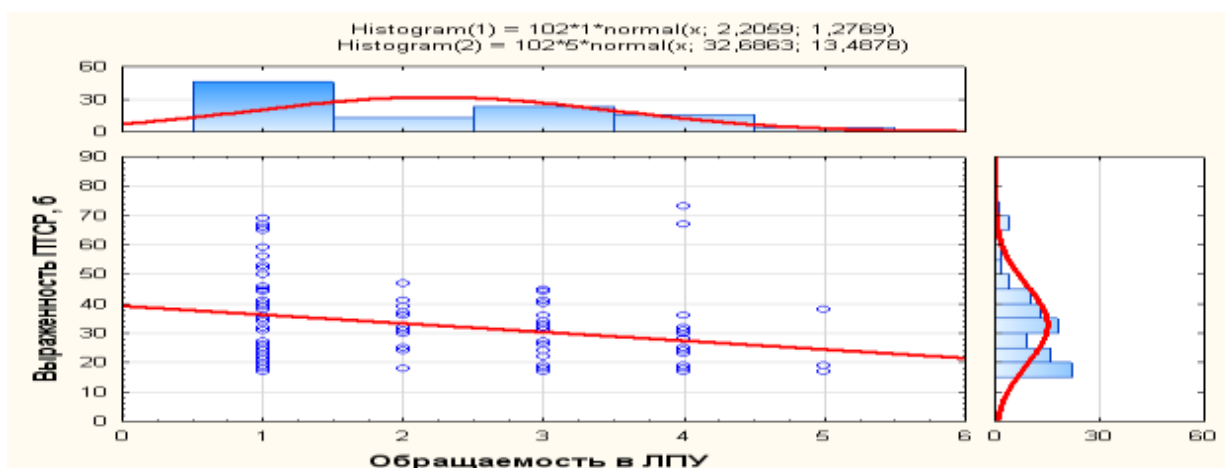


Рисунок 7. - Взаимосвязь выраженности посттравматических стрессовых расстройств с частотой обращаемости жён мигрантов в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) в течение последнего года (n=102; r=-0,31240; p <0,05).

Заметная взаимосвязь не прямых травм с выраженностью тревоги, депрессии и ПТСР отсутствовала как в общей группе женщин, так и в группах жён ТМ и жён НМ. Имеет место значимая прямая взаимосвязь частоты перенесенных прямых травм с выраженностью общих психических расстройств – депрессии, тревоги и ПТСР как у женщин общей группы, так и в группе жён ТМ. Результат показывает, что у женщин общей группы коэффициент корреляции (r) между прямой травмой и выраженностью общих психических расстройств составил: r=0,202914 (p<0,05) и r=0,209322 (p<0,05) – соответственно с депрессией и тревогой. Частота перенесенных прямых травм тесно взаимосвязана с выраженностью всех форм общих психических расстройств: и с тревогой, и депрессией, и ПТСР.

При изучении частоты тревоги, депрессии и ПТСР в зависимости от наличия или отсутствия прямой травмы в анамнезе, установлено, что прямая травма у ЖТМ чаще, чем у ЖНМ, приводит к развитию не только ПТСР (p=0,0331), но и депрессивных (p=0,0002) и тревожных расстройств (p=0,0002). При отсутствии прямой травмы у жён ТМ наблюдается заметное, но не значимое учащение ПТСР и депрессии (p>0,05), но значимое преобладание частоты синдрома тревоги (p=0,0001) сохраняется (таблица 7).

Таблица 7. – Влияние прямой травмы на уровень психических расстройств у женщин сравниваемых групп (%).

Показатель	Группы женщин			p1-2
	ПР	1. ЖТМ (n=102) (n=82)	2. ЖНМ (n=223) (n=104)	
Прямое психотравмирующее событие	ПТСР	46 (56,1)	42 (40,4)	= 0,0331
	Депрессия	62 (75,6)	51 (49)	=0,0002
	Тревога	74 (90,2)	59 (56,7)	=0,0002
Не было прямого психотравмирующего события		(n=20)	(n=119)	
	ПТСР	12 (60,0)	49 (41,2)	= 0,1165
	Депрессия	15 (75,0)	68 (57,1)	= 0,1319
	Тревога	20 (100)	53 (44,5)	<0 ,0001

Прямая травма у жён ТМ в большей степени, чем у жен НМ, усугубляет имеющиеся место психические и эмоциональные нарушения, способствуя развитию и повышению выраженности общих психических расстройств – тревоги, депрессии и ПТСР. Сильное психотравмирующее влияние прямых травм, оказываемое окружающими жён ТМ, можно

рассматривать как важную социальную детерминанту общих ПР и следует учитывать при планировании мероприятий по профилактике ПЗ женщин.

При изучении влияния физического и сексуального насилия на частоту острых психических расстройств ПР в группе жён ТМ установлена слабая, но значимая взаимосвязь насилия (физического и сексуального) за всю жизнь с тревогой ($r=0,195244$; $p<0,05$). В группе жён мигрантов физическое (сексуальное) насилие в течение прошлого года имеет тесную, близкую к сильной, значимую взаимосвязь с ПТСР ($r=0,687292$; $p <0,05$;) и слабую, но значимую взаимосвязь с депрессией ($r=0,228818$; $p <0,05$). Отмечается, что насилие в течение прошлого года имеет тесную значимую взаимосвязь с ПТСР ($r=0,682363$; $p <0,05$) и у жён ТМ.

Насилие в течение прошлого года имеет фактически тесную взаимосвязь с частотой всех форм общих ПР, что позволяет считать данный фактор одним из важных детерминантов, влияющих на состояние психической сферы женщин. Установлено, что жены мигрантов, которые подвергались физическому насилию в течение прошлого года, имели значительно более высокие показатели депрессии ($22,7\pm 14,1$), посттравматического стрессового расстройства ($46,8\pm 12,3$) и тревоги ($23,4\pm 5,6$) по сравнению с теми, кто не подвергся физическому насилию. ЖНМ, подвергавшиеся насилию в течение прошлого года, имели высокие уровни депрессии ($10,9\pm 8,9$; $p=0,2123$) и ПТСР ($34,8\pm 4,0$; $p<0,001$), чем в подгруппе без насилия. Однако частота синдрома тревоги была значимо выше в подгруппе женщин, у которых не было физического насилия ($8,1\pm 6,0$ и $11,8\pm 8,1$ – соответственно у жён не мигрантов с насилием в прошлом году и без такового; $p<0,0043$). Из всех женщин, подвергшихся физическому насилию в течение прошлого года, у жен ТМ выраженность депрессии, ПТСР и тревожности была выше, чем в такой же подгруппе жён НМ. Среди женщин, не подвергавшихся физическому насилию, жены ТМ имели более высокую депрессию ($p<0,0001$) и ПТСР ($p<0,0226$) по сравнению с женами НМ ($p<0,0001$) (таблица 8).

Таблица 8. - Связь между насилием и миграцией, их влияние на структуру и уровень общих психических расстройств (M±SD).

Показатель	Физическое насилие в течение прошлого года			p ₁₋₂
	ПР	Было (n=33)	Не было (n=69)	
1. ЖТМ	Депрессия	22,7±14,1	16,2±12,3	T (100) =-2.393, p <0.0185
	Тревога	23,4±5,6	11,4±6,5	T (100) =8,772, p <0.0001
	ПТСР	46,8±12,3	25,9±7,4	T (100) =-10.7, p <0.0001
	n	(n=61)	(n=162)	
2. ЖНМ	Депрессия	10,9±8,9	9,3±8,4	T (221) =1.251, p=0.2123
	Тревога	8,1±6,0	11,8±8,1	T (221) =2,8824, p <0.0043
	ПТСР	34,8±4,0	23,9±5,2	T (221) =-14.7, p <0.001
Показатели статистики (соответственно депрессии, тревоги и ПТСР)	Депрессия	t (92) =-4.999, p <0.0001	T (229) =-4.936, p <0.0001	p ₁₋₂
	Тревога	T (92) =-11.907, p <0.0001	T (229) =-0.3095, p <0.757	
	ПТСР	T (92) =-6.967, p <0.001	T (229) =-2.29, p <0.0226	

Установлено, что насилие в течение прошлого года у жён ТМ в большей степени, чем у жен НМ, усугубляет имеющиеся место психические и эмоциональные нарушения, способствуя развитию тревоги, депрессии и ПТСР, и может рассматриваться как важный детерминантов

общих ПР. Повышение частоты и выраженности общих ПР у женщин, особенно у жён ТМ, на фоне сравнительно высокой частоты психотравмирующих событий, физического или сексуального насилия, сопровождается односторонней и значимой взаимосвязью их уровней, и указывает на ведущую роль СД в возникновении и прогрессировании психических нарушений.

При обобщения полученных результатов установлено, что в развитии общих ПР, особенно у жён ТМ, высока значимость не только социально-демографических ДЗ: образование, особенности жилья, совместное проживание с большим количеством людей, взаимосвязанные и влияющие на целый ряд показателей социального и поведенческого характера факторов, но и социально-обусловленных психотравмирующих событий (прямые и непрямые травмы, физическое и сексуальное насилие), имеющие значимую взаимосвязь с частотой травм и насилия, самооценкой состояния здоровья и со всеми составляющими качества жизни. Сочетанное влияние этих детерминантов обуславливает появление новых (непривычных) поведенческих детерминантов (редкая обращаемость в ЛПУ или в ответственные учреждения), негативно влияющих на общее и ПЗ женщин.

Результаты проведенного исследования показывают, что ПЗ жен ТМ во многом зависит от комплекса многоуровневых социально-демографических факторов, которые формируются в отсутствие мужа-мигранта. Формирование таких детерминантов в значительной степени обусловлены социальными, экономическими и культурными факторами, которые характерны для Таджикистана. Эти факторы оказывают разностороннее влияние на все сферы жизнедеятельности женщин (таблица 9):

Таблица 9. – Социально-демографические детерминанты, влияющие на психическое здоровье жён трудовых мигрантов.

Детерминант психического здоровья	Показатель
Условия жизни в семье	• большое количество людей совместного проживания, в том числе своих детей
	• отсутствие собственного жилья
Уровень образования	• низкий уровень образования
Степень занятости и материальной обеспеченности	• отсутствие свободного времени из-за ухода за детьми и родителями
	• отсутствие оплачиваемой работы
	• продолжительная материальная необеспеченность
	• невозможность реализовать свои планы на учёбу
Психотравмирующие события	• большая частота прямых и непрямых травм
	• эпизоды насилия (физического и сексуального)
Получаемый объем медико-социальной и психологической помощи	• низкая обращаемость в медицинские учреждения
	• низкая приверженность к сохранению здоровья
	• отсутствие информации о возможности получения медико-психологической помощи
	• недостаточный объем и сложность получения медико-психологической помощи

Установленное влияние комплекса многоуровневых социально-демографических факторов, которые формируются у жён мигрантов, в отсутствие мужа-мигранта, следует учитывать при планировании мероприятий по профилактике ПЗ женщин.

Учитывая возможность одновременного, комплексного воздействия ряда факторов, особенно на жён ТМ, которые определяют психическое состояние или усугубляют имеющие место ПР, было решено провести многомерный анализ психического здоровья ЖТМ со

сравнением ключевых подгрупп, с использованием корреляционного и регрессионного анализа (таблица 10).

Таблица 10. - Значимость социально-демографических детерминантов общих психических расстройств у женщин, включённых в исследование.

Показатель (многомерная ассоциация)	β	T	p
Для тревоги по шкале Hamilton (коэффициент регрессии=0,38):			
Муж- мигрант	0,206314	3,6	0,000415**
Прямая травма	0,160078	2,8	=0,005352**
Возраст	0,108288	2,0	=0,046191*
Для депрессии по шкале Hamilton (коэффициент регрессии=0,49):			
Муж - мигрант	0,317157	5,6	=0,000001****
Прямая травма	0,123139	2,2	=0,028133*
Для посттравматического стрессового расстройства (коэффициент регрессии=0,46):			
Прямая травма	0,246267	4,4	=0,000012****
Муж - мигрант	0,1815	3,2	=0,00133**
Насилие в течение прошлого года	0,055361	2,4	=0,016479*

Многомерные ассоциации детерминантов для тревоги ($R^2 = 0,38$) показывают, что влияние следующих детерминантов близки к значимому: непрямая травма ($t = 1,553949$; $p > 0,1$) и насилие ($t = 1,320689$; $p > 0,1$) в течение прошлого года (рисунок 8).

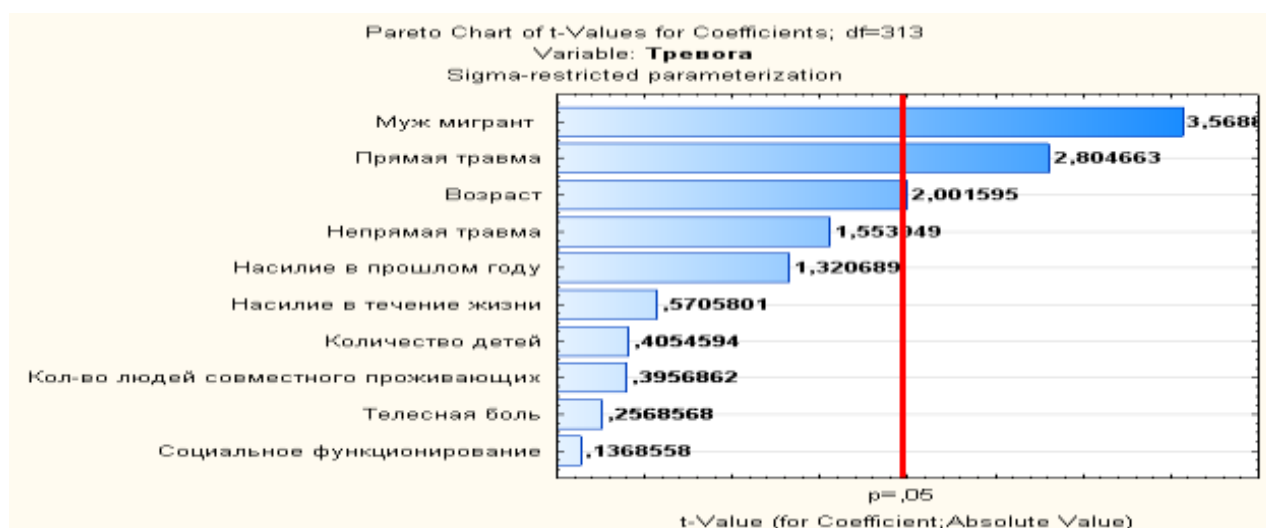


Рисунок 8. - Общая модель многомерных ассоциаций (множественной регрессии) для тревоги по шкале Hamilton (общая группа, $n=325$).

Для депрессии ($R^2 = 0,49$) как предикторы выделены следующие детерминанты: муж-мигрант и перенесенная прямая травма ($p < 0,001$) (рисунок 9).

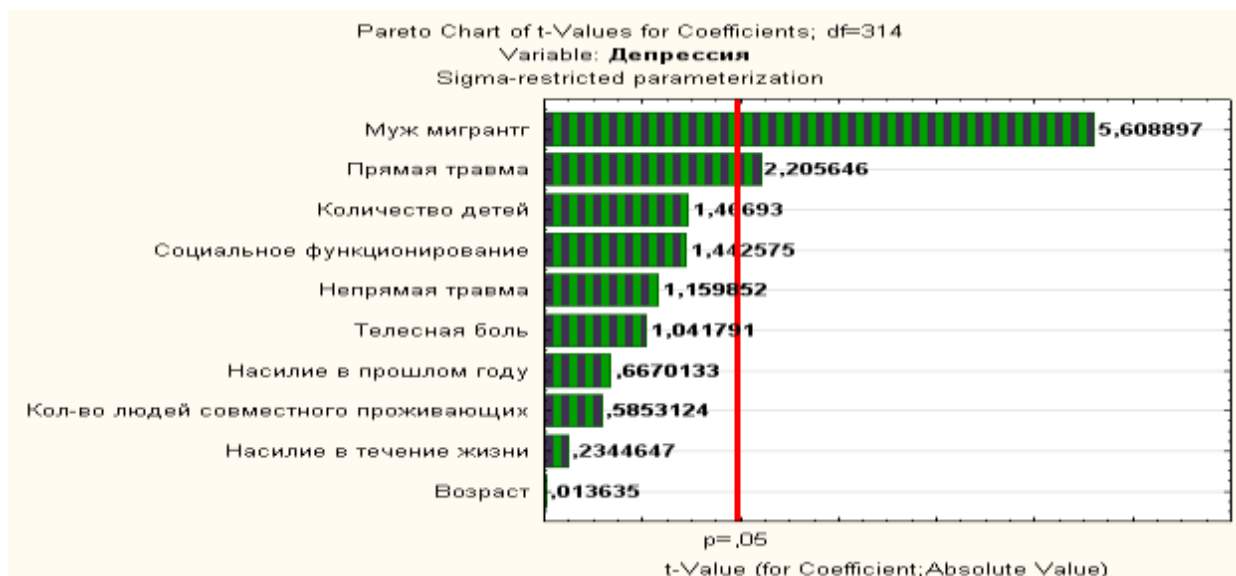


Рисунок 9. - Общая модель многомерных ассоциаций (множественной регрессии) для депрессии по шкале Hamilton (общая группа, $n=325$).

Как факторы, предсказывающие развитие посттравматических стрессовых расстройств ($R^2 = 0,46$), выделены: прямая травма, насилие в течение прошлого года и муж-мигрант ($p < 0,001$) (рисунок 10).

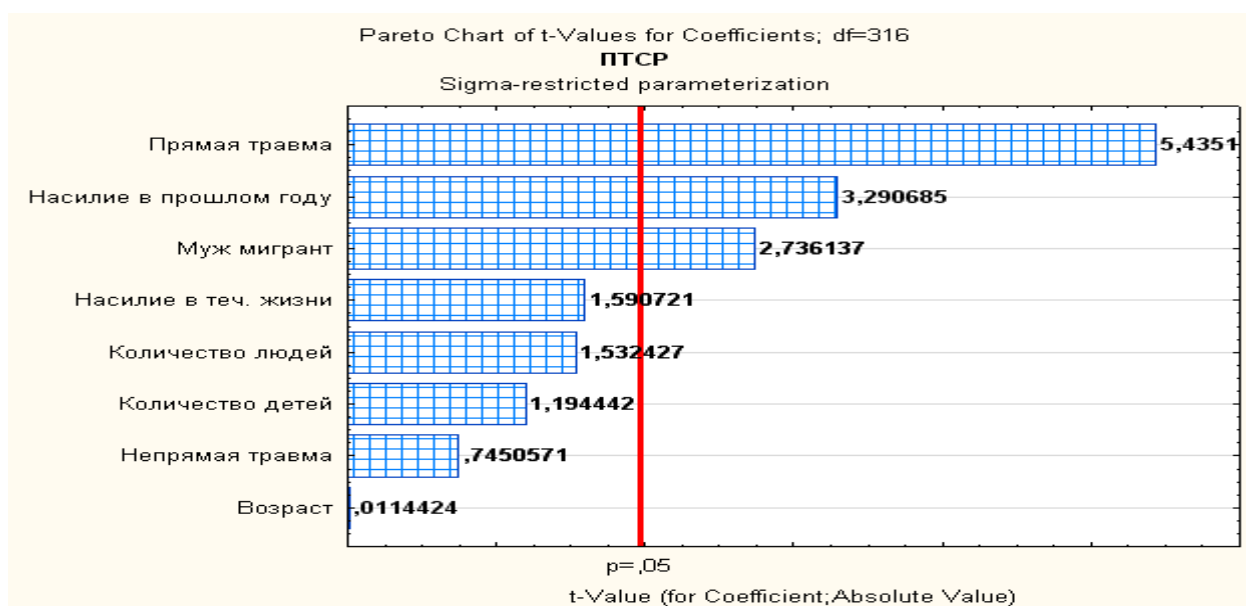


Рисунок 10. - Общая модель множественной регрессии для посттравматического стрессового расстройства (общая группа, $n=325$).

Однако, согласно модели множественной регрессии, для развития ПТСР значения следующих факторов близки к значимому: насилие в течение жизни ($t = 1,5907$; $p > 0,05$) и отсутствие (или малое количество) детей ($t = -1,53243$; $p > 0,05$). В целом, результаты изучения многомерных ассоциаций ряда многоуровневых факторов (компоненты качества жизни, демографические и медико-социальные факторы), способных оказывать сочетанное, потенцирующее влияние на состояние общего и ПЗ женщин и создавать условия развития неустойчивости психического функционирования или ПР, позволили выделить предсказывающие факторы развития (предикторы) для депрессии, тревоги и ПТСР. Такое сочетанное влияние психотравмирующих факторов на развитие тревоги, депрессии и ПТСР особенно выражено у ЖТМ, и фактор миграции присутствует во всех регрессионных моделях ПР.

Выводы

1. Социальными детерминантами, влияющими на психическое здоровье жён трудовых мигрантов, являются: отсутствие собственного жилья, невысокий уровень образования, материальная необеспеченность, большое количество людей (и детей) совместного проживания, отсутствие возможности реализовать свои инициативы по продолжению учёбы или профессиональному росту. Кроме того, отмечена большая частота психотравмирующих событий (физических и моральных травм и насилия), оказываемых окружающими: не прямые травмы отмечают 92% исследованных женщин, прямые – 58% из них и более 80% - указывают на физическое или сексуальное насилие [1-А, 2-А, 3-А, 5-А, 7-А].

2. Влияние комплекса социальных детерминантов снижает качество жизни жён мигрантов как за счёт нарушения физического и психического компонентов, так и снижения социального функционирования. Как важные предикторы снижения самооценки состояния здоровья у жён мигрантов, по результатам множественной регрессии выделены ($R^2=0,33$; $p<0,0001$) нарушения психического ($t=4,6$) и социального функционирования ($t=2,37$). Наблюдаемая на этом фоне крайне низкая их обращаемость в лечебные учреждения, наряду с отсутствием информации о возможности получения доступной медико-психологической помощи и планированного патронажа жён трудовых мигрантов сотрудниками ПМСП; малочисленностью целенаправленных, многопрофильных нормативных и информационно-методических документов по медико-социальной профилактике нарушений психического здоровья у жён трудовых мигрантов и у женщин в целом, - составляют важные детерминанты выраженных нарушений психического здоровья у женщин [6-А, 7-А, 9-А].

3. Установлено, что на фоне перечисленных детерминантов психического здоровья 10,5% женщин общей группы имели тяжелую тревогу, 12,6% - тяжёлую депрессию и 3,7% - выраженные проявления посттравматического стрессового расстройства. Клинически выраженные степени общих психических расстройств значимо чаще отмечаются у жён мигрантов (19%; 24,5% и 10,8% - соответственно тяжёлая тревога, депрессия и ПТСР). Учащение и повышение выраженности ОПР у женщин на фоне травм (в большей степени прямых) и физического насилия (особенно за последний год) позволяют рассматривать их как значимые факторы риска общих психических расстройств [4-А, 6-А, 8-А, 10-А, 11-А].

4. По данным многомерного анализа как предикторы общих психических расстройств у женщин общей группы выделены: для депрессии ($R^2=0,49$) - муж мигрант и перенесенная прямая травма; для тревоги ($R^2=0,38$): муж мигрант, прямая травма и более старший возраст; для ПТСР ($R^2=0,46$): прямая травма, насилие в недавнем прошлом и муж - мигрант. Сочетанное влияние психотравмирующих факторов особенно выражено у жён мигрантов и фактор миграции присутствует во всех регрессионных моделях ОПР. Это свидетельствует, что пребывание в браке с мужем - мигрантом является фактором риска депрессии, тревоги и ПТСР [6-А, 11-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Низкая самооценка состояния общего и психического здоровья у женщин (обращающихся в центры здоровья), высокая частота общих психических расстройств (депрессии, тревоги и ПТСР) со значительным преобладанием у жён мигрантов, указывают на важность своевременного их выявления и свидетельствуют, что женщины Таджикистана нуждаются в организованных превентивных услугах в сфере психического здоровья.

2. Высокая степень подверженности травмам и сильное психотравмирующее влияние прямых травм, тесно связанные с учащением общих психических расстройств, особенно у мигрантов, показывают, что предотвращение насилия в отношении женщин и его последствий для психического здоровья должно быть приоритетной задачей в Таджикистане. Отсутствие

планированного патронажа жён трудовых мигрантов и низкая их обращаемость в ЛПУ по поводу травм и насилия способствует доминированию и укреплению психических переживаний с развитием посттравматических стрессовых расстройств.

3. Большая частота общих психических расстройств у оставленных жён мигрантов и женщин в целом заслуживает серьёзного подхода к их профилактике, указывает на целесообразность мониторинга психического здоровья на уровне учреждений ПМСП с использованием медико-социальных подходов и широкого круга мероприятий, направленных на освещение отечественными специалистами ключевых проблем ОПР у женщин и путей их решения.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А] Пирова Г.Д. Влияние социальных детерминантов на психическое здоровье здоровья жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова // Авджи Зухал (ISSN 2616-5252), Душанбе. – 2022. -№1. - С. 71 -76.

[2-А] Пирова Г.Д. Детерминанты психического здоровья жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Наука и инновация (ISSN-2312-3648), Душанбе. - 2021.- №1. - Стр 33-44.

[3-А] Пирова Г.Д. Социально-демографические факторы, влияющие на общее и психическое здоровье жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Авджи Зухал (ISSN 2616-5252), Душанбе. – 2021. -№2. - С. 51 -57.

[4-А] Pirova G. Multilevel determinants of common mental disorders in migrant and non-migrant wives in Tajikistan / G. Pirova, W. Stevan, A. Miller (et al.)// International Journal of culture and mental health. USA, 2018. - P 12-20. DOI: 10.1080/17542863.2018.1435701 (SCOPUS)

Статьи и тезисы в сборниках конференций.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

[5-А] Пирова Г.Д. Определение влияния фактора физического насилия на жен мигрантов и немигрантов / Г.Д. Пирова // Сборник материалов конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». - Душанбе, 2016. - С.425.

[6-А] Пирова Г.Д. Актуальные проблемы взаимодействия медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи с населением по пропаганде профилактики заболеваний, укрепления здоровья и здорового образа жизни /П.Ш. Мухторова, Д.Д. Пиров, Р.Дж. Муминов, Г.Д. Пирова// Конфронси чумхуриявии илмию амалии «Вазъият ва дурнамои рушди тибби оилави дар Чумхурии Тоҷикистон», Бахшида ба 25-солагии истиклолияти Тоҷикистон.- Душанбе, 2016.- С.138-144.

[7-А] Пирова Г.Д. Взаимосвязь психо-социальных факторов с эффективностью антигипертензивной терапии / Г.А. Ачева, Г.Д. Пирова, Г.М. Негматова // Сборник материалов конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино к 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». - Душанбе, - 2016.- С.13.

[8-А] Пирова Г.Д. Распространенность психических расстройств среди жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Материалы XIII научно практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел».- Душанбе, 2018.- С.270.

[9-А] Пирова Г.Д. Оценка состояния психического здоровья жён трудовых мигрантов в Республике Таджикистан / Г.Д. Пирова, С. Миралиев // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходят Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей»

и Веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел», - Душанбе, 2018.- С.175.

[10-А] Пирова Г.Д. Актуальные вопросы укрепления здоровья населения на общинном уровне / П.Ш. Мухторова, Р.А. Турсунов, Г.Д. Пирова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний».- Душанбе, 2019.- С. 273.

[11-А] Пирова Г.Д. Психическое здоровье жён трудовых мигрантов: значимость тревоги / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Материалы международной научно-практической (68 годичной) конференции ТГМУ. - Душанбе, 2020. С.356-357.

[12-А] Пирова Г.Д. Частота прямых и непрямых психотравмирующих событий у женщин / Г.Д. Пирова // Материалы научно-практической конференции молодых учёных ТГМУ. - Душанбе, 2021. - С.585.

[13-А] Пирова Г.Д. Распространенность посттравматических стрессовых расстройств у женщин / Г.Д. Пирова // Материалы научно-практической конференции молодых учёных ТГМУ. - Душанбе, 2021.- С. 584-585.

Методические рекомендации

[14-А] Пирова Г.Д. Миграционный процесс и психическое здоровье жен мигрантов / Раджабзода С.Р., Пирова Г.Д. // Методические рекомендации, предназначенные для работников учреждений первичной медико-санитарной помощи и центров формирования здорового образа жизни- Душанбе, 2021. – 20С.

Список сокращений

ВАК	Высшая Аттестационная Комиссия
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВУЗ	Высшее Учебное Заведение
ГОУ	Государственное Образовательное Учреждение
ГУ	Государственное Учреждение
ЖТМ	Жены трудовых мигрантов
ЖНМ	Жены не мигрантов
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
НАМ-А	Шкала Гамильтона по выявлению тревоги
НАМ-D	Шкала Гамильтона по выявлению депрессии
НМ	Не мигранты
ПЗ	Психическое здоровье
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПР	Психические расстройства
ПТСР	Посттравматические стрессовые расстройства
СД	Социальные детерминанты
СНГ	Содружество Независимых Государств
США	Соединенные Штаты Америки
ТМ	Трудовые мигранты
PCL-C-14	Контрольный список посттравматических стрессов для гражданского населения
SF-12 и SF-36	Краткая форма оценки качества жизни (с 12 или 36 шкалами)
The Harvard Trauma Questionnaire	Гарвардский вопросник о травмах
ИОМ	Международная организация по миграции

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ
ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК: 316.6; 614.2; 616.89

Бо ҳуқуқи дастнавис

ПИРОВА ГУЛЧЕХРА ДАВРОНОВА

**БАҲОГУЗОРӢ БА ТАЪСИРИ ДЕТЕРМИНАНТҶОИ ИҶТИМОӢ БА СОЛИМИИ
РӢҶИИ ЗАНҶОИ МУҶОҶИРОНИ МЕҶНАТӢ ДАР МИСОЛИ ШАҶРИ ДУШАНБЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии
номзади илмҶои тиб аз рӯйи ихтисоси

14.02.03- Нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӢ

Душанбе -2022

Таҳқиқоти диссертатсия дар кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Раҷабзода Салоҳидин** - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Мушовири илмӣ **Стиван Вейн** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи психиатрия дар Донишгоҳи Иллинойса, Чикаго, ИМА.

Муқарризони расмӣ: **Закирова Курбонхон Акрамовна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишкадаи баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Мағзумова Фируза Пулодовна – номзади илмҳои тиб, муовини директор оид ба корҳои муолиҷавии МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии экспертизаи тиббӣ-ичтимоӣ ва реабилитатсияи маъҷубон».

Муассисаи пешбар: МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактики Тоҷикистон».

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «___» моҳи _____ соли 2022 соати «___» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-053–и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. **Суроға:** 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139,

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2022 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент

Ҷонибекова Р.Н.

Муқаддима

Мубрамияти мавзӯи таҳқиқот. Мувофиқи гаронии глобалии беморихо, ихтилолҳои умумии рӯҳӣ сабаби асосии маъюбшавӣ дар соҳаи на танҳо солимии рӯҳӣ, балки дар маҷмӯъ солимӣ низ ба ҳисоб мераванд (ТУТ, 2016). Як гурӯҳи муҳаққиқон ишора намудаанд, ки гурӯҳҳои камбизоат ва бар канор гузошташудаи аҳоли, махсусан занҳо, дар кишварҳои дорои даромади паст ва миёна, ба хатари бузурги пайдошавии ихтилолҳои умумии рӯҳӣ рӯ ба рӯ мешаванд [Решетников М.М., 2015; Lund C. et al., 2010; Burns J.K., 2015]. Онҳо зиёдтар ба шароитҳои вазнини ҳаёт дучор мегарданд: камбизоатӣ, сатҳи пастии таъсироти детерминантҳои асосии иҷтимоии ихтилолҳои умумии рӯҳӣ [Рогачева Т.В., 2012; Шатилова Е.С., 2018; Afifi M., 2007; Patel V. et al., 2007].

Муҳочират яке аз стратегияҳои асосии зиндамонии иқтисодӣ дар кишварҳои дорои даромади паст ва миёна (КДПМ) буда, ба солимии ҷисмонӣ ва рӯҳии онҳое, ки дар хона мондаанд, таъсир мерасонад [Сафаров Б.Г., 2014; Roy A., Nangia P., 2005; Wilkerson, J. A. et al., 2009; Ullmann, S. H., 2012; Jaska T., 2012; Yi J., Zhong B., Yao, S., 2014; Edelblute H.V. et al., 2014; Sultana A., 2014]. Аз ҷумла занҳо аксар вақт бе дастгирии молиявӣ ва иҷтимоӣ мемонанд, ки ин онҳоро махсусан хеле осебпазир месозад нисбат ба депрессия, худкушӣ ва зӯрварии оилавӣ аз тарафи шавҳар ё хешовандони вай [ИОМ, 2015]. Онҳо ба дараҷаи олиии стигма дар ҷомеаи маҳаллӣ мегарданд, ки барои дастрасӣ ба захираҳои ҳадамоти солимии рӯҳӣ мушқилот доранд [Фасхутдинов Г., 2015; Semrau M. et al., 2015].

Моддаи 14 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи профилактикаи зӯрварии маишӣ» ва банди 10-и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3-юми март соли 2014, таҳти № 148 тасдиқ шудааст, баланд бардоштани сифати хизматрасонии иҷтимоӣ ва самаранокии фаъолияти касбии кормандони мақомоти тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоиро дар протсессии муайян ва татбиқ намудани чорабиниҳои ҳифзи иҷтимоии қурбонҳои зӯрварихоӣ хонагиро пешбинӣ менамояд.

Аммо вобаста аз он, ки муҳочирати меҳнатӣ дар Тоҷикистон омилҳои иловагии хатари ихтилолҳои рӯҳиро дар занҳои муҳочирони меҳнатӣ ташаккул медиҳад, дар давраи муосир яке аз вазифаҳои муҳим ва аввалиндараҷаи нигоҳдории тандурустӣ коркарди стратегияи рушди хизматрасонии табобатӣ-профилактикӣ оид ба ҳифзи солимии рӯҳии занҳо мебошад, ки дар заминаи далелҳои воқеӣ бунёд шудааст [Олимова С. К., 2012; Насырова Р.Ф. 2018].

Коркарди стратегияи рушди ёрии тиббӣ психологӣ ҷиҳати ҳифзи солимии рӯҳии занҳо, ки дар заминаи далелҳои воқеӣ бунёд шудааст, метавонад ба оптимизатсияи асноди иттилоотӣ, методӣ, мумкин аст ба ҳуҷҷатҳои нормативӣ оид ба паст кардани таъсири таъсироти детерминантҳои иҷтимоӣ дар идора намудани ин хатарҳо барои ҳифзи солимии рӯҳии занҳои синну соли репродуктивӣ мусоидат намояд. Дар ин замина, баҳодихӣ ба таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба солимии рӯҳии занҳои муҳочирони меҳнатӣ, коркарди тавсияҳои илман асоснок оид ба ташкили корҳои профилактикӣ ва расонидани ёрии методӣ- психологӣ ҷиҳати расонидани ёри ба занҳои муҳочирони меҳнатӣ дар шароити шаҳри Душанбе аз афзалиятҳои мубрами системаи нигоҳдории тандурустӣ ба ҳисоб мераванд.

Дараҷаи коркарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда. Таваҷҷуҳи рӯзафзун нисбат ба муайян намудани омилҳои таъсиркунанда ба солимии рӯҳӣ (СР) -и занҳои синну соли репродуктивӣ ва масъалаҳои профилактикаи ихтилолҳои ирӯҳӣ (ИР) дар як қатор таҳқиқотҳои муаллифони хоричӣ, рус ва тоҷик пайдо шуда истодаанд [Лукьянов Н.Б., 2009; Тюрюканова Е.В., 2011; Ситнянский Г.Ю., 2016; Якимов А.Н., 2017; Gartaula N. N., 2012; Gross J.J., 2014].

Дар диссертатсияи мавриди мутолиа ғояи муаллифони хориҷӣ, рус ва тоҷик нисбат ба он, ки муҳочират омили муҳимми таъсирунанда ба ҳолати рӯхиву иҷтимоии занҳои муҳочирони меҳнатӣ мебошад, инкишоф дода шудааст [Гаибов А.Г., 2011; Елиференко А., 2012; Richards D.A., 2011; Edelblute et al., 2014].

Таҳқиқотҳое, ки паҳншавии ихтилолҳои рӯхиро (синдромҳои депрессия ва ваҳм, стрессҳои посттравматикӣ) миеомӯзанд ва амплитудай иртиботи мутақобилаи онҳоро бо ҳодисаҳои гуногуни ба рӯҳ осеб расонанда ва қатори нишондиҳандаҳои демографиро муқаррар месозанд, ягон-ягон буда, натиҷаҳо яхела нест [Jacka T., 2012; Yi J., Zhong W., Yao S., 2014]. Таҳқиқотҳое, ки ба баҳогузори сохтори ихтилолҳои умумии рӯҳии занҳои муҳочирони меҳнатӣ (ЗММ) бахшида шудаанд, дар Тоҷикистон вучуд надорад. Вобаста аз ин, заминаи зарурӣ барои сари вақт ошкор кардани детерминант, ки ба солимии рӯҳӣ таъсир мерасонад ва ихтилолҳои умумии рӯхиро ба вучуд меорад, ҳамчунин пешгирӣ ва пешравӣ, муайян кардани маълумотҳои тфриқавӣ ва асоснок дар бораи сохтори ихтилолҳои умумии рӯҳӣ, дар муқоиса аз ЗММ ва ғайри муҳочирон, бо омӯхтани дастрасии ёрии тиббӣ-психологӣ ба ҳисоб меравад

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои) илмӣ, мавзӯҳо. Таҳқиқоти мазкур дар доираи татбиқи «Стратегияи миллии ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-2020» гузаронида шудааст, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти №368 аз 02.08.с.2010 ва «Барномаи давлатии солимии репродуктивӣ дар солҳои 2019-2022» тасдиқ шудаанд, кафедраи нигоҳдории тандурустии чамбиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар мавзӯи «Чанбаҳои тиббӣ-иҷтимоии такмил додани ташкили ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ дар шароити нави иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон», ки МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар ҳамкорӣ бо маркази таҳқиқотии «ПРИЗМА», Душанбе ва Донишгоҳи Иллинойс, Чикаго, ИМА гузаронида шудааст.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба солимии рӯҳии ЗММ ва таҳияи чорабиниҳои илман асосноки профилактика оид ба расонидани ёрии тиббӣ-психологӣ ба занҳои дорой ихтилолҳои солимии рӯҳӣ, ки дар шароити шаҳри Душагнбе зиндагӣ мекунанд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани детерминантҳои иҷтимоӣ, ки ба солимии рӯҳии ЗММ таъсир мерасонанд: омӯзиши басомади ҳодисаҳои ба психикаи занҳо осебрасон (садама, зӯрварӣ).
2. Баҳо додан ба компонентҳои сифати ҳаёт, ки ба дастрасии гирифтани хизматрасонии тиббии ЗММ бо худбаҳодиҳии пасти умумӣ ва равонӣ алоқаманданд.
3. Муқаррар намудани басомади ихтилолҳои умумии равонӣ (изтироб, депрессия ва ихтилолҳои посттравматикӣ-стрессӣ) ва баҳо додан ба таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ (аз ҷумла, ҳодисаҳои осебрасонии равонӣ) ба возеҳии онҳо дар ЗММ.
4. Коркард намудани тавсияҳои илман асоснок «бо истифода аз натиҷаҳои таҳлили бисёрандозаи регрессионии детерминантҳо» оид ба профилактикаи ихтилолҳои саломатии занҳои муҳочирони меҳнатӣ ва дар умум занҳо.

Объекти таҳқиқот. Дар таҳқиқот 325 зани оиладор, дар синни аз 18 то 45-сола ширкат карданд, ки дар шаҳри Душанбе мезистанд ва ба иштирок дар пурсиши дахлдор розигӣ доданд ба марказҳои тиббии шаҳрӣ муроҷиат мекунанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши детерминантҳои иҷтимоӣ ва таъсири онҳо ба саломатии равонии занҳои муҳочирони меҳнатӣ буд.

Навгонии илмий таҳқиқот. Таҳқиқот якумин таҳқиқоти илмӣ-ичтимоӣ оид ба ихтилолҳои умумии раванӣ дар заводи муҳоҷирони меҳнатӣ мебошад.

Бори нахустин ҳангоми омӯзиши таъсирҳои бисёрандоза (коэффитсиентҳои коррелятсия ва регрессияҳои сершумор), дар заводи муҳоҷирони меҳнатӣ ташаккул ёфтани детерминантҳои иҷтимоӣ омехтаи саломатӣ муқаррар гардид, ки на танҳо дар заводи функцияҳои ҳисмонӣ, балки функцияҳои раваниро низ қоҳиш медиҳанд. Дар ин қатор зиндагии яққоя бо шумораи зиёди одамон (ва кӯдакон), набоштиани манзили шахсии зист ва қор/шуғли музнок, сатҳи пасти таҳсилот, мушкил будани гирифтани ёрии тиббӣ-раванӣ, набудани иттилоот дар бораи ёрии дастраси раванӣ, зуд-зуд бардоштиани осебҳои раванӣ (садамаҳои равании мустақим ва ғайримустақим, зӯрвариҳои ҳисмонӣ ва ҷинсӣ) ва дар оқибат, сатҳи пасти майл ба ҳифзу мустаҳкамкунии ҳаҷати худро номбар кардан мумкин аст. Дарачаи таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба ҳаҷати раванӣ, басомад ва вазнинии ихтилолҳои умумии раванӣ (изтиробҳо, депрессияҳо ва ихтилолҳои стрессии баъдисадамавӣ) дар заводи муҳоҷирони меҳнатӣ таҳлил ва тавсиф гардида, бори нахуст исбот карда шуд, ки заводи муҳоҷирони меҳнатӣ нисбат ба заводи, ки шавҳаронашон муҳоҷир нестанд, ба андозаи бештар ба гирифтани ёрии тиббӣ-раванӣ эҳтиёҷ доранд.

Ҳамчун омилҳои асосӣ, ки ба оптимизатсияи ёрии раванӣ ба заводи муҳоҷирони меҳнатӣ монеъ мешаванд, бори аввал инҳо муайян карда шуданд: сатҳи пасти майли заводи ҷавон ба нигоҳдории саломатии худ; шумораи қами муҷриятҳои онҳо ба муассисаҳои тиббӣ аз сабаби ҳолати ҳаҷати равании ҳеш; таъмин набудан аз ҳаҷати моддӣ ва вуҷуд набоштиани ҳуҷҷатҳои иттилоотӣ-методӣ оид ба мониторинги ҳаҷати равании заводи муҳоҷирони меҳнатӣ.

Аҳамияти назарӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Сохтори муқарраргашта ва ифодаёфта будани ихтилолҳои умумии раванӣ ва детерминантҳои онҳо дар заводи синни репродуктивӣ имкон фароҳам меоранд фаъолияти илмӣ-таҳқиқотӣ ва ташкилоти қормандони тиббӣ дар соҳаи тандурустии ҷамъиятӣ ба мушкилоти профилактикаи саломатии равании заводи, баҳусус заводи муҳоҷирони меҳнатӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон равона карда шаванд. Дар раванди таълимии муассисаҳои олиии тиббӣ истифода кардан аз муқаррароти методологӣ, ҳулоса ва тавсияҳо, ки дар рисола оварда шудаанд, аҳамияти назарии таҳқиқотро муайян мекунад.

Маълумоте, ки дар натиҷаҳои таҳқиқот ба даст оварда шуд, имкон медиҳад сатҳи ҳавфи инкишофи ихтилолҳои умумии раванӣ дар заводи муҳоҷирони меҳнатӣ арзёбӣ карда шавад. Қорбурди натиҷаҳои аз омӯзиши алоқамандҳои бисёрандозаи омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ ҳосилшуда, ки инкишофи ихтилолҳои умумии раваниро боэътимод пешгӯӣ мекунад, ба оптимизатсияи қорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ бо роҳҳои зерин мусоидат менамояд: баланд бардоштиани дастрасии ҳадамоти тиббии раванӣ барои заводи муҳоҷирони меҳнатӣ; қорқарди ҳуҷҷатҳои нормативӣ ва иттилоотӣ-методӣ оид ба профилактикаи тиббии иҷтимоӣ ихтилолҳои саломатии раванӣ дар заводи; ба ҳалли мушкилоти саломатии равании заводи дар умум равона кардани фаъолияти илмӣ-амалии қормандони тиб дар соҳаи тандурустии ҷамъиятии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Дар асоси натиҷаҳои рисолаи илмӣ тавсияҳои методӣ аз рӯи мавзӯи “Раванди муҳоҷират ва саломатии равании заводи муҳоҷирони меҳнатӣ” (соли 2021) таҳия гардиданд, ки масоили ташкил ва гузарондани қорабиниҳои профилактикиро миёни аҳолӣ ва расондани ёрии раванӣ ба заводи муҳоҷирони меҳнатиро дар сатҳи қомаҳо баррасӣ мекунад. Тавсияҳои методӣ барои истифода дар муассисаҳои ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ ва аз тарафи мутаҳассисони марказҳои ташаккули тарзи солими ҳаёт пешбинӣ шудаанд.

Нуқтаҳои қорои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Ҳаҷати равании ЗММ аз маҷмӯи детерминантҳои бисёрсатҳа вобаста мебошад, ки дар муддати ҳузур набоштиани шавҳари муҳоҷираш ташаккул меёбанд ва ба андозаи зиёд оқибати омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ, иқтисодӣ ва фарҳангӣ, яъне набоштиани манзили зисти

- хусусӣ, сатҳи паститаҳсилот, таъмин набудан аз чихати моддӣ, надоштани имкони амалӣ кардани ташаббусҳои ба идомаи таҳсил ва пешрафти касбӣ алоқаманд аз сабаби ҳамзистии бо шумораи зиёди одамон (ва кӯдакон), ҳодисаҳои сершуморе, ки ба раван осеб мерасонанд, аз ҷумла зӯрвариҳои ҷисмонӣ ва ҷинсӣ дар давоми ҳаёт мебошад.
2. Ба ҳиссаи баланди нисбии ихтилолҳои умумии раванӣ дар ЗММ ва умуман, дар занҳо зиёд шудани изтиробнокии баланд, синдроми депрессия ва ихтилолҳои стрессии баъдсадамавӣ боис мегардад.
 3. Детерминантҳои муҳими солимии раванӣ занон вобаста ба ҳолати депрессия шавҳари муҳочир ва ҳодисаҳои азсаргузарондаи осеби мустақими раванӣ; вобаста ба изтироб - ҳодисаҳои азсаргузарондаи осеби мустақими раванӣ, шавҳари муҳочир ва синну соли нисбатан калон; вобаста ба ихтилоли стрессии баъдиосебӣ - осебҳои мустақими азсаргузаронда, зӯрварӣ дар давоми соли гузашта ва шавҳари муҳочир.
 4. Набудани ҳуҷҷатҳои методӣ оид ба расонидани ёрии тиббӣ раванӣ ба занони муҳочирони меҳнатӣ, патронажи нақшарезишудаи онҳо аз ҷониби қормандони муассисаҳои КАТС ва норасоии қорҳои иттилоотӣ маърифатӣ дар байни занонро метавон заминаи таъсиргузор барои инкишофи ихтилолҳои солимии раванӣ шумурд.
 5. Огоҳонидани аҳоли дар бораи маҷмӯи хатарҳои иҷтимоӣ, ки дар ЗММ ба вуҷуд меоянд ва ба саломатии рӯҳии онҳо таъсир мерасонанд, сари вақт ошқор кардани ихтилолҳои умумии раванӣ ва таҳияи принципҳои асосии пешниҳоди ёрии машваратӣ ва тиббӣ раванӣ ба занони муҳочирон аз вазифаҳои аввалиндараҷаи низомии ҳифзи тандурустии Тоҷикистон мебошанд.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳо ва ҳулосаҳо бо амалҳои зайл таъмин гардид: самти дуруст интихобшудаи таҳқиқот бо назардошти таҳқиқотҳои пештара дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, кишварҳои хориҷӣ ва кишварҳои ИДМ; ҳаҷми қорҳои мавод барои тадқиқоти иҷтимоӣ, комплекси будани тадқиқот, истифодаи усулҳои муосири иттилоовар ва технологияҳои нави дастрас, ки барои ба даст овардани натиҷаҳои аз ҷихати омӯрӣ бозътимод имкон фароҳам меоранд; ҷамъбасти назариявӣ ва амалии натиҷаҳои аз тадқиқот ба дастамада.

Мувофиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (ба формула ва соҳаи таҳқиқот). Рисола дар мутобиқа бо Шиносномаи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.02.03 Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ, бандҳои 3.2. Шароит ва тарзи ҳаёти аҳоли, проблемаҳои иҷтимоӣ – беҳдошти онҳо, арзёбии таъсири шароит ва тарзи ҳаёт ба давомнокии умр ва нишондиҳандаҳои саломатии аҳоли, ташаккули тарзи ҳаёти солим; 3.3 Таъсири маҷмӯи омилҳои иҷтимоӣ, иқтисодӣ, биологӣ, экологӣ ва тиббӣ ба саломатии аҳоли, қорқарди ҷораҳои пешгирӣ ва роҳҳои қорқош додани таъсиррасониҳои номатлуб; 3.4. Вазъи саломатии аҳоли ва тамоюли тағйироти он, таҳқиқоти равандҳои демографӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва омилҳои муҳити беруна ба саломатии аҳоли, гурӯҳҳои алоҳидаи он; 3.5 Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, қорқарди амсилаҳои навини ташкилӣ ва технологияҳои пешгирӣ, расонидани ёрии тиббӣ ва офиятёбии аҳоли; арзёбии сифати ёрии тиббии дармонгоҳӣ ва беморхонагӣ. Асосноккунии роҳҳои пешрафт ва ислоҳоти низомии тандурустӣ, ташкили ёрии тиббии маҳсусгардонидашуда.

Саҳми шахсии диссертант. Довталаби унвони илмӣ адабиёти илмиро вобаста ба мавзӯи тадқиқот мустақилона таҳлил қарда, мақсад ва вазифаҳои тадқиқотро пешниҳод қардааст, маълумоти клиникиро ҷамъоварӣ намудааст ва ба низом даровардааст, баррасии илмии сарҷашмаҳои адабирӣ анҷом додааст. Муаллиф усулҳои муосири тадқиқотро интихоб ва татбиқи намуда, як саволномаи маҳсус таҳия қардааст ва аз рӯйи тамоми намунаҳои интихобшуда пурсиш (анкета) гузаронидааст. Ҷамъовариҳои маълумот, умумӣ ва таҳлили омӯрии маълумотро муаллиф анҷом додааст. Баҳши асосӣ ва ҳалқунандаи қор мустақилона анҷом дода шуда, як қатор навғониҳоеро дар бар мегирад, ки аз саҳми шахсии диссертант ба илм шаҳодат медиҳанд.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия (дар кадом конференция, машварат, семинарҳо муқаррароти асосии рисола, ҳангоми хониши лексияҳо дар муассисаҳои таҳсилоти гузориш дода шудаанд). Нуктаҳои асосии кори диссертатсионӣ бояд дар конференсияҳои илмӣ-амалии солонаи олимони ва донишҷӯёни ҷавони МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (ДДТТ) бо иштироки намоёндагони хориҷӣ (2016-2021); дар конференсияҳои илмӣ амалии байналмилалӣ 63-68-уми МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (2015-2020); дар конференсияи илмӣ амалии ҷумҳуриявӣ бахшида ба 25-солагии Истиқлоли Тоҷикистон Душанбе (2016); Конгресси кардиологҳо ва терапевтони кишварҳои Осӣ ва Иттиҳоди кишварҳои муштаракулманофеъ, Душанбе (2019) гузориш ва баррасӣ шуданд.

Таҳқиқот барои ҳимоя дар ҷаласаи комиссияи проблемавӣ байникафедравӣ оид ба эпидемиология, бемориҳои сироятӣ, бемориҳои сироятӣ кӯдакон, беҳдошт, нигоҳдории тандурустӣ ҷамъиятии факултети тандурустӣ ҷамъиятии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баррасӣ ва пешниҳод карда шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи маводи диссертатсия 13 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 3 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр ва 1 мақола дар базаи маълумотҳои SCOPUS нашр шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 147 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, 3 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва феҳристи адабиёти истифодашуда ва рӯйхати асарҳои нашршуда оид ба мавзӯро дар бар мегирад. Дар рисола 24 ҷадвал ва 30 расм оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт 179 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз он 84 сарчашма бо забони аз олимони ватанӣ ва ИДМ ва 95 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Барои омӯхтани ДС, ки ба ИР умумии ЗММ таъсир мерасонанд, дар байни 325 нафар зани синну соли репродуктивӣ сокини шаҳри Душанбе ва мурочиаткунандагони маркази шаҳрии саломатӣ таҳқиқоти иҷтимоӣ гузаронида шуд. Интиҳоб ҳамарӯза сураат мегирифт, о замоне, ки 325 нафар зан интихо ва ба таҳқиқот дохил карда шуд. Меъёрҳои воридсозӣ синну сол (аз 18 то 45-сола), мавқеи иҷтимоӣ (шавҳардор ё бешавҳар), набудани бемориҳои вазини соматикӣ, розигии огоҳонидашуда буданд. Дар сурати рад кардани интервьюери потенциалӣ зани навбатӣ интиҳоб карда мешавад, агар ба меъёрҳои дохилкунӣ мувофиқат кунад. Сатҳи баланди муҳочиратро дар Тоҷикистон ба инобат гирифта, муқоиса кардани ИР дар байни ЗММ ва ЗҶММ хеле муҳим аст. Ҳаҷм ва феҳристи таҳқиқоти гузаронидашуда оид ба ошкор намудани ДИ, ки ба солимии рӯҳии ЗММ таъсир мерасонанд, дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. – Ҳаҷм ва рӯйхати таҳқиқотҳои гузаронидашуда.

Нишондиҳандаҳо	Усули таҳқиқот	Миқдори таҳқиқшудаҳо
Нишондиҳандаҳо демографӣ	Саволномаи анкетавӣ мувофиқи CAFES ва CHAMP, ки аз 22 банд иборат аст.	325
Инвентаризатсияи ҳодисаҳои мустақим ва ғайри мустақими травматикӣ	Саволномаи анкетавӣ бо усули Донишгоҳи Гарвард	325
Худбаҳодиҳии саломатӣ ва компонентҳои ба саломатӣ алоқаманди сифати ҳаёт дар ЗММ	Саволномаи анкетавӣ мувофиқи шкалаи SF-12 (шакли мухтасари шкала SF-36)	325
Омӯзиши пуризитиробӣ	Саволномаи анкетавӣ мувофиқи шкалаи Гамилтон – НАМ-А (14 банд)	325

Омузиши ихтилолҳои депрессивӣ	Саволномаи анкетавӣ мувофиқи шкалаи Гамилтон - HAM-D (21банд).	325
Омузиши ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ (ИППС)	Саволномаи анкетавӣ мувофиқи шкалаи PCL-C-14 барои аҳолии шаҳрвандӣ.	325
Омузиши сатҳи зӯрварӣ (ва ҷинсӣ)	Саволномаи анкетавӣ мувофиқи дастури (инструменти) «Баҳодиҳӣ ба зӯрвариҳои ҷисмонӣ ва ҷинсӣ аз ҷониби ҳамхоба».	325

Баҳодиҳӣ ба возеҳии тағйиротҳо (баллҳо)-и нишондиҳандаҳои CP мувофиқи шкалаҳои HAM-D (депрессия), HAM-A (ваҳм, изтироб) ва PCL-C-14 (ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ (ИППС), ҷадвали 2.

Ҷадвали 2. – Шкалаи баҳогузорӣ ба возеҳии тағйиротҳо (баллҳо)-и нишондиҳандаҳои солимии рӯҳӣ.

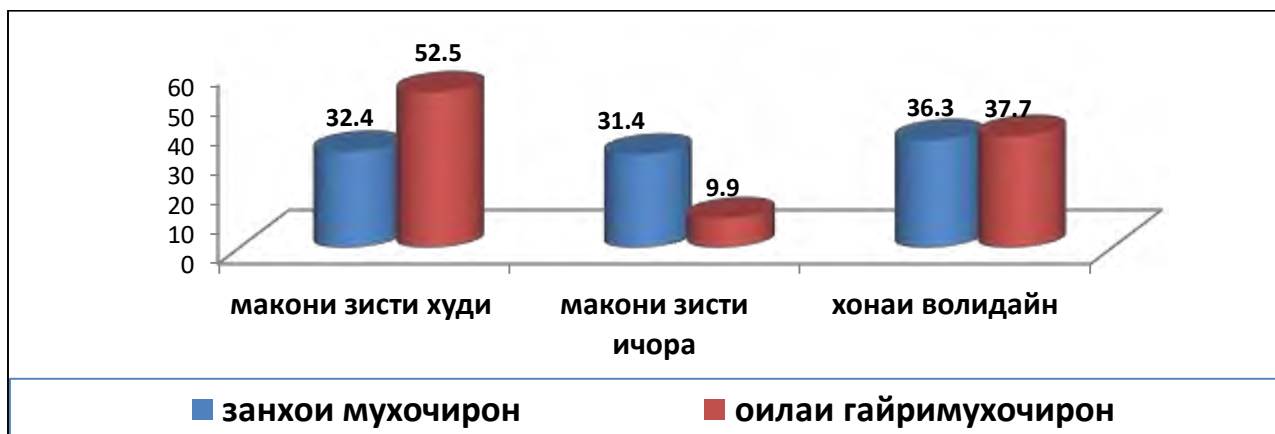
Шкала	Нест	Нарм	Муътадил	Вазнин
Депрессия (HAM-D)	(0-7)	(8-16)	(17-23)	(≥ 24)
Ваҳм (HAM-A)	(0-7)	(8-14)	(15-23)	(≥ 24)
ИППС (ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ) (рӯйхати назоратӣ PCL-C)	(0-29)	(30-39)	(40-49)	(≥50)

Баҳодиҳӣ ба эътимоднокии натиҷаҳои ба даст овардашуда. Ҳангоми тавсиф кардани модели умумии солимии демографӣ ва рӯҳӣ ва хусусиятҳои муқоисавии зергурӯҳҳои калидӣ усули тавсифӣ ва таҳлили думеъёра бо истифодаи меъёрҳои χ-квадрат, T-тестҳо, таҳлили коррелятсионӣ ва регрессионӣ бо ёрии бастаи барномаи амалии таҳлили оморӣ (Statistical - 10,0) сурат гирифт. Барои муайян кардани иртиботҳои ассотсиативии байни якчанд предикторҳои мустақил ва предикторҳои вобаста таҳлили бисёрмили регрессионӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот.

Рушди муосири иҷтимоӣ-иқтисодии Тоҷикистонро бидуни муҳочирати хориҷии меҳнатӣ тасаввур кардан номумкин аст, аз чор як қиссаи мардони калонсоли аҳоли муддати тӯлонӣ дар хориҷа бидуни занҳояшон зиндагӣ мекунад, ки синну соли онҳо асосан аз 25 то 55-сола аст. Ба ЗММ ҳамзамон комплекси омилҳо (детерминантҳои саломатӣ) таъсир мерасонанд, ки ҳолати психологӣ ба сатҳи CP таъсири манфӣ расонандаро муайян мекунад.

Барои муайян кардани детерминантҳои иҷтимоӣ- демографӣ, ки ба саломатии рӯҳӣ таъсир мерасонанд, дар байни 325 нафар зан таҳқиқоти сотсиологӣ гузаронида шуд. Натиҷаҳои пурсиш нишон доданд, 102 респондент (31,4%) ЗММ ва 223 (68,6%) – нафар ЗМҒМ буданд. Дар маҷмӯъ, ЗММ назар ба ЗМҒМ камтар таҳсил кардаанд ($p < 0,0001$), ки ин яке аз детерминантҳои мебошад, ки ба CP –и онҳо таъсир мерасонад. Тавре ки дар расм дида мешавад (расми 1), миқдори хеле камии ЗММ хонаи худро доранд (32,4%), дар муқоиса аз ЗМҒМ (52,5%; $p < 0,0001$). Миқдори муҳимми бештари ЗММ (31,4%) дар ҳучраи иҷора зиндагӣ мекунад, дар муқоиса аз оилаҳои FM (9,9%).



Расми 1. – Макони зист (хона)-и занҳое, ки ба таҳқиқот дохил карда шудаанд.

Таҳлили будани фарзандҳо дар оилаҳои ММ ($2,33 \pm 1,3$) нишон дод, ки миқдори онҳо ба бартарӣ майли назаррас дорад, назар ба FM ($2,16 \pm 1,5$). ЗММ якҷоя бо миқдори зиёди одамон зиндагӣ мекунанд ($6,6 \pm 3,7$), назар ба FM ($6,1 \pm 3,8$) (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Миқдори аъзои оила якҷоя бо занҳои гурӯҳҳои муқоисавӣ зиндагикунанда.

Оила	Гурӯҳи занҳо		
	Гурӯҳи умумӣ	ЗММ (n=102)	ЗФММ (n=223)
• Миқдори кӯдакон	$2,23 \pm 0,08$	$2,33 \pm 0,12$	$2,16 \pm 0,1$
• Миқдори одамони якҷоя зиндагикунанда	$6,2 \pm 0,21$	$6,6 \pm 0,31^*$	$6,1 \pm 0,25$

Дар доираи таҳқиқот миқдори одамони якҷоя зиндагикунанда муайян карда шуд, ки дар 158 (70,8%) зани ғайри муҳочир (FM) аз 7 нафар кам буд, назар ба ЗММ 6,1 (59,8%) ($p < 0,05$). Дар вазъияти надоштани манзили шахсӣ ва ҳангоми якҷоя зиндагӣ қардан бо волидайн ва ҳешовандони шавҳар, ЗММ зиёдтар ба зӯроварии ҷисмонӣ ва эмотсионалӣ дучор шудаанд. Мавҷудияти иртиботи мутақобилаи байни миқдори одамони якҷоя зиндагикунанда бо хусусиятҳои ҷойи зист муайян карда шуд.

Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки ЗММ назар ба ЗФММ бо миқдори зиёди одамон зиндагӣ мекунанд, ки ин детерминанти шадидаи иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад, ки ба сифати ҳаёт таъсир мерасонад ва дар маҷмӯъ ҳолати умумӣ ва СР-ро муайян мекунад. Тақрибан 2/3 қисми занҳои интиҳоби умумӣ бекор буданд. Ташаббуснокӣ ва ё кӯшиши таҳсил карда, ягон ихтисос гирифтани, баланд бардоштани сатҳи таҳсилот ва дар маҷмӯъ сатҳи дониш, бештар дар занҳои ЗММ (12/11,8%) ба мушоҳида расид, назар ба ЗФММ (17/7,6%).

Таҳлили гузаронидашудаи таъсири омехтаи детерминантҳои зикршудаи иҷтимоӣ (ДИ) нишон доданд, ки дар занҳои ММ бештар фаҳмиши зарурати касб гирифтани, кӯшиши ёд гирифтани чизе, тақмил додани дониши худ ва тарбия карда тавонистани фарзандон пайдо мешавад.

Эҳтимол, дар як қисми занҳо чунин хоҳиш ҳамчун як роҳи ҳалосӣ аз вазъияти ба амаломата, роҳи расидан ба босуботии моддӣ психологӣ ва махсусан ҳангоми якҷоя зистан бо миқдори зиёди одамон доништа мешавад.

Нақши муҳимми ҳодисаҳои осебрасонии психикиро (осебҳои аз сар гузаронида ва ё шунида, ки аксаран бо зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ алоқаманданд) дар пайдошавии ихтилолҳои умумии рӯҳӣ ба назар гирифта, басомад ва возеҳии онҳо дар занҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда омӯхта шуд (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Басомади ҳодисаҳои мустақим ва ғайримустақими осебрасонанда ба психикам занҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда (%)

Осеб	Гурӯҳи занҳо			p ₁₋₂
	Ҳамаи интиҳоб (n=325)	ЗММ (n=102)	ЗҒММ (n=223)	
1. Мустақим	186 (57,2)	82 (80,4)	104 (46,6)	<0,01
2. Ғайри мустақим	299 (92)	98 (96,1)	201 (90,1)	>0,05
p ₁₋₂	<0,001	>0,05	<0,001	

Ҳангоми таҳлил кардани ин саволнома дар занҳои гурӯҳи умумӣ қисми зиёди осебҳои ғайри мустақим ва танҳо дар 26 (8%) –и занҳо оид ба осебҳои ғайри мустақим маълумот набуд, бештари занҳо 299 (92%) ба якҷанд маротиба (аз 2 то 20 маротиба) дучори ҳодисаҳои осебрасонандаи рӯҳӣ ишора кардаанд. Осебҳои мустақим бошад, дар занҳои гуруҳи умумӣ набудани онҳо дар 139 (42,7%) нафар муайян карда шуд. Дар ин маврид дар занҳои гуруҳи умумӣ дар байни нишондиҳандаҳои муҳочирати шавҳар (1-шавҳар муҳочир, 2- шавҳар муҳочир нест) ва басомади осебҳои мустақим вобастагии мустақим ва муҳим ба назар расид ($r=0,373901$; $p < 0,05$).

Чунин иртиботи мутақобила аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар ЗММ дар шароити имуддати тӯлонӣ набудани шавҳараксар вақт ҳодисаҳои осебрасонандаи рӯҳӣ пайдо мешаванд ва нишондиҳандаи муҳочират и шавҳар омили асосӣ шуморида мешавад, вай таъсири як қатор детерминантҳоро ба ҳолати умумӣ ва рӯҳии занҳо қувват мебахшад.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар занҳои таҳқиқшуда осебҳои ғайри мустақим (зиёда аз 90% дар занҳои гурӯҳи умумӣ) назар ба осебҳои мустақим аст бештар дида мешавад, ки дар камтар аз 60%-и занҳо мавҷуд аст. ҳолатҳои мустақими осебрасонанда дар ЗММ бештар ба мушоҳида расид: аҳамияти осебҳои ҳам мустақим ва ҳам ғайри мустақим назар ба занҳои ЗҒММ баланд аст. Ин аз дараҷаи баланди осебпазирии занҳо дар маҷмӯъ ва бештар дар занҳои муҳочирон гувоҳӣ медиҳад.

Таҳлили гузаронидашудаи натиҷаҳои иҷтимоӣ-демографӣ гувоҳӣ медиҳанд, ки тақрибан аз 2/3 ҳиссаи занҳои интиҳоби умумӣ бек ор буданд: занҳои муҳочирон камтар таҳсилкардаанд, надоштани кӯдак кам ба назар расид, дар 3/4 ҳиссаи онҳо миқдори фарзандон 2 ва бештар буд. Занҳои муҳочирон ва фарзандонашон бештар дар хонаҳои иҷора, бо оилаи волидайн ва ё хешовандон мезистанд, маҷбур буданд, ки бо миқдори зиёди одамон зиндагӣ кунанд. Дар бештар аз 10%-и занҳои муҳочирон, ки бо миқдори зиёди одамон зиндагӣ мекунанд, дарк кардани зарурати ба даст овардани касб, кӯшиши таҳсил кардан бештар пайдо мешавад.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда иртиботи мутақобилаи ҳолатҳои ба психика осебрасонро дар ЗММ бо сатҳи таҳсил, омилҳои муҳочирати шавҳар, бо зӯрварӣ дар соли гузашта ва сатҳи таҳсил ($r=-0,272657$; $p < 0,05$; мувофиқи Spearman), бо надоштани макони зист ($r=0,209880$, $p < 0,05$; мувофиқи Spearman) муайян мекунанд. Таҳлили комплекси натиҷаҳои ба даст овардашуда имконияти якҷоя шудани таъсири детерминантҳои зикршударо ба солимии умумӣ ва рӯҳӣ ва компонентҳои гуногуни сифати ҳаёти занҳо, паст шудани худбаҳоидиҳӣ ба ҳолати саломатӣ, бад шудани некаҳволии ҷисмонӣ, рӯҳӣ-эмотсионалӣ ва фаъолияти иҷтимоиро истисно намекунад.

Барои баҳо додан ба таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ- демографӣ ба солимии рӯҳии ЗММ мувофиқи шкалаи SF-12 (шакли мухтасари SF-36) таҳқиқоти сотсиологии ихтилолҳои умумии руҳӣ дар гурӯҳи занҳои ба таҳқиқот дохилшуда гузаронида шуд.

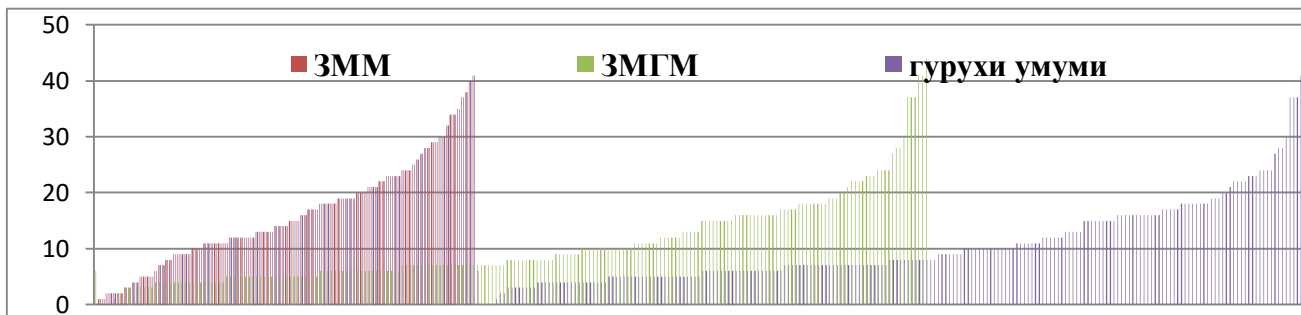
Таҳлили худбаҳоидиҳии саломатӣ ва компонентҳои ба саломатӣ алоқаманди сифати ҳаёт дар ЗММ мувофиқи шкалаи SF-12 (шакли мухтасари SF-36) гузаронида یشуд, вай

муайян кард, ки паст шудани компоненти ҷисмонии моҳиятҳои миёнаи саломатӣ дар ЗММ дар муқоиса аз гурӯҳи ЗҒММ ($p < 0,05$) назаррастар буд. Дарачаи бад шудани компоненти солимии психоемотсионалӣ дар ЗММ ($3,43 \pm 0,93$) назар ба ЗҒММ ($3,03 \pm 1,32$) дида шуд, фарқияти онҳо муҳим аст ($p < 0,01$). Дар байни ЗММ, ки саломатии худро ӯлӣ ва хуб меҳисобиданд назар ба ЗҒММ 2,8 маротиба камтар буданд. Моҳияти миёнаи дардҳои ҷисмӣ дар ЗММ ба зиёдшавӣ ($2,1 \pm 1,16$) майл дошт, дар муқоиса аз гурӯҳи ЗҒММ ($1,94 \pm 0,94$; $p = 0,0902$). Ирриботи муътадил ва муҳимми мутақобилаи ($r = 0,3629$; $p < 0,05$) байни бад шудани худбаҳодихӣ ба саломатӣ бо афзудани норухати психоемотсионалӣ муайян карда шуд, фарқиятҳои муҳимми возеҳӣ ва давомнокии ихтилолҳои рӯҳӣ бо вайрон шудани ҳаёти маъмулии иҷтимоӣ ва дардҳои бадан дар давоми моҳи гузашта дар занҳои гурӯҳҳои муқоисашванда муайян карда шуд. Дар заминаи проблемаҳои умумӣ ва СР моҳияти миёнаи давомнокии ихтилолҳои муоширатҳои маъмулӣ ва ҳаёти ҷамъиятӣ (фаъолияти иҷтимоӣ дар гурӯҳи ЗММ ба пастшавӣ майл дошт ($3,48 \pm 0,94$), назар ба ЗҒММ ($3,65 \pm 1,21$; $p = 0,931$). Натиҷаҳои худбаҳодихӣ ба саломатӣ, компонентҳои сифати ҳаёт, ба монанди фаъолияти ҷисмонӣ, маҳдуд шудани иҷроиши функсияҳои худ бинобар мушкilotи ҷисмонӣ ва психоемоР) дар ЗММ баланд аст (моҳияти миёна $3,73 \pm 0,72$) на танҳо дар муқоиса аз ЗҒММ, балки аз гурӯҳи умумӣ низ ($p < 0,05$).

Набудани патронажи ба нақша гирифтшудаи ЗММ-ро дар сатҳи КАТС ба ҳисоб гирифта, таҳлили мурочиати занҳо ба муассисаҳои нигоҳдории тандурустӣ оид ба масъалаҳои ҳифзи солимии умумӣ ва СР таҳлил карда шуд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки ба назди табиб ё МТП ҳамагӣ 15,7% ЗММ мурочиат кардааст, ки аз ЗҒММ (29,1%; $p = 0,0026$) кам аст. Ин ба он алоқаманд буд, ки ЗММ бештар доруҳоро дар хона истеъмол мекарданд, бо ихтиёри худ ва ё ба атрофиён ё ба доруҳона мурочиат менамуданд ($p = 0,0001$), хеле кам ба табибони бемаълумот ($p = 0,0054$), ба табиб, клиникаҳои шахсӣ ($p = 0,0268$) ё марказҳои саломатӣ ($p = 0,0026$). Бисёри занҳо ба он ишора кардаанд, ки ба кӣ мурочиат карданро наметонистанд, ба мушкилии пайдо кардани табиби шахсии худ ё табиби оилавӣ (ҳангоми зарурат) ва ё аз дури МТП (ҳамагӣ зиёда аз 20% ЗММ, танҳо 8,8% ЗҒММ, ҳамчун сабаби набудани мурочиат ба МТП набудани мушкilotи саломатиро зикр кардаанд, ки хеле кам (21,1%) буд назар ба ЗҒММ.

Ирриботи мутақобила байни компонентҳои иҷтимоии солимӣ ва фаъолияти ҷисмонӣ дар ЗММ суст буд, аммо муҳимтар ($r = 0,230$; $p < 0,05$). Дар ЗҒММ ирриботи мутақобилаи ин нишондиҳандаҳо зичтар буд - муътадил, яктарафа ва муҳим ($r = 0,405515$; $p < 0,05$). Дар ин маврид ҳамчун омилҳои муҳим (предиктор) – и худбаҳодихӣ ба саломатӣ ҷудо карда шуданд: дар ЗММ ($R^2 = 0,33$; $p < 0,0001$): фаъолияти психоемотсионалӣ ($t = 4,6$) ва компоненти иҷтимоӣ ($t = 2,37$); барои ЗҒММ ($R^2 = 0,28$; $p < 0,002$) - фаъолияти иҷтимоӣ ($t = 2,4$). Дар маҷмӯъ, худбаҳодихии саломатӣ дар ЗММ, асосан ба саломатии руҳӣ ва иҷтимоӣ вобаста аст, ки ҳам ба фаъолияти ҷисмонӣ ва ҳам возеҳии дарди ҷисмонӣ алоқаманданд. Омилҳои нисбатан муҳимтар, ки худбаҳодихии саломатиро муайян мекунад (мувофиқи натиҷаҳои регрессияҳои сершумор) дар ЗҒММ фаъолияти иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад, ки ба фаъолияти рӯҳӣ алоқамандии зич дорад.

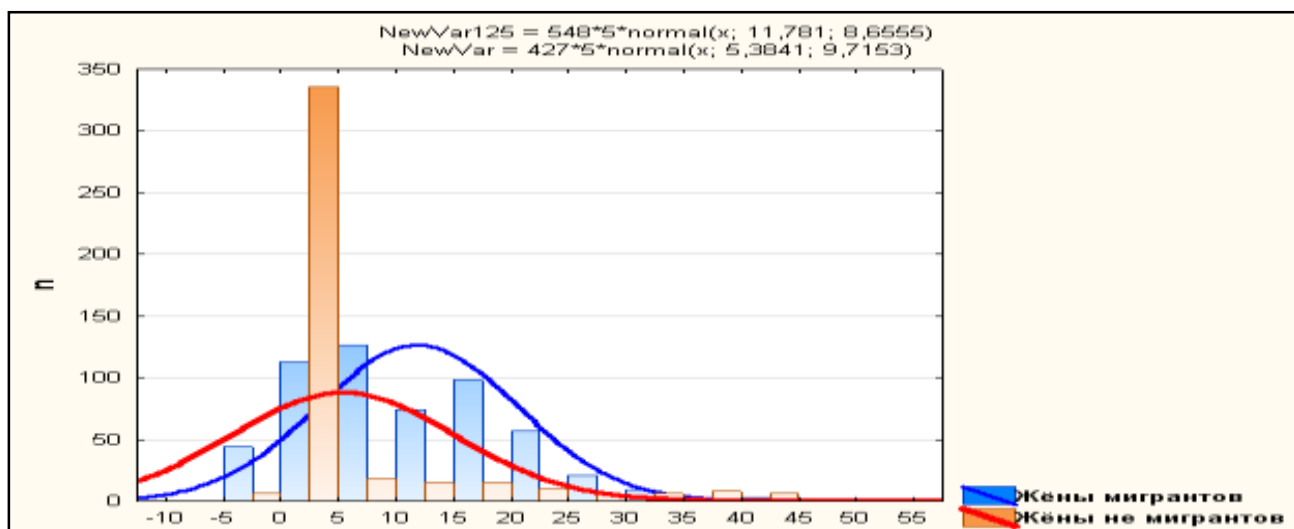
Таҳқиқоти мутлақи пуристегибӣ дар занҳои нитихоби умумӣ ($n = 325$) бо гурӯҳи ЗММ ($n = 102$) ва ЗҒММ ($n = 223$) мувофиқи Kruskal-Wallis аҳамияти фарқияти возеҳии изтиробро дар байни гурӯҳҳо нишон дод (расми 2).



Расми 2. – Сатҳи изтироб дар ЗММ (минтақаи моҳияти баланд; n=102), ғайри муҳоҷирон (n=223) ва занҳои гурӯҳи умумӣ (n=325).

Набудани изтироб бештар дар ЗММ (зиёда аз 50%) дида мешавад, ки аз кам шудани шаклҳои нарми изтироб (23,3%) ва возеҳии муътадили он (21,1%) дарак медиҳад. Дар ЗММ бештар изтироби нарм (32,4%) ба назар мерасад, вале муътадили ва басомад (29,4%), ва дараҷаи вазнини изтироб (19,6%) – баланд аст. Шакли вазнини ҷараёни изтироб дар ЗММ (19,6) ва ЗМГМ (6,3%) ($p < 0,0003$) аст. Муқаррар карда шуд, ки синдроми изтироб дар занҳои гурӯҳи муқоисашаванда бештар шаклҳои нарм ва муътадил дида мешаванд, вале дараҷаи возеҳии клиникӣ онҳо бештар дар ЗММ ба қайд гирифта мешавад.

Ҳангоми таҳлили басомад ва возеҳии ихтилолҳои депрессивӣ (расми 3) дар ЗММ хеле кам шудани ихтилолҳои депрессивӣ мувофиқи шкалаи Гамилтон дар муқоиса аз ЗМГМ ($p < 0,0002$) дида шуд. Кам шудани ихтилолҳои депрессивӣ (21,6%; $p > 0,05$) ва асосан камшавии назарраси дараҷаи вазнини ихтилолҳои депрессивӣ (24,5%; $p < 0,0001$) мушоҳида гашт.



Расми 3. – Таносуби басомади возеҳӣҳои гуногуни депрессия дар ЗММ (n=102) ва ЗМГМ (n=223).

Таҳлили муқоисавии моҳиятҳои мутлақӣ депрессия дар гурӯҳҳои муқоисашаванда (мувофиқи Kruskal-Wallis) ниҳим астшон дод, ки фарқияти возеҳии депрессия лар байни гурӯҳҳо муҳим аст ($p < 0,0001$): дар занҳои интиҳоби умумӣ $12,4 \pm 10,9$ балл, дар ЗММ - $18,3 \pm 13,2$, дар ЗМГМ - $9,7 \pm 8,6$ баллро ташкил дод, яъневозеҳии бештари дараҷаи депрессивӣ дар ЗММ ба назар расид. Натиҷаҳои ба даст овардашударо ҷамъбаст намуда, тасдиқ намудан мумкин аст, ки дар ЗММ ихтилолҳои депрессивӣ бештар ба назар арасид ва дар $\frac{1}{4}$ қисми ҳолатҳо возеҳии ин синдром бо дараҷаи вазнин зоҳир гашт. Вобаста аз ин,

моҳияти миёнаи возеҳии депрессия дар ЗММ назар ба занҳои гурӯҳи умумӣ ва ЗҒММ хеле баланд аст.

Таҳлили натиҷаҳои ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ нишон доданд, ки набудани ИПТС дар 176 зан (54,2%), бо тағйир ёфтани аз 0 то 29 балл буд, моҳияти миёна бошад $21,8 \pm 3,9$ баллро ташкил дод. Дар ин маврид 54% -и занҳои гурӯҳи умумӣ, 59%-и ЗҒММ ва танҳо 43% ($p < 0,01$) –и ЗММ гурӯҳи бе ихтилолҳои посттравматикии стрессиро ташкил доданд. Занҳои дорои ИПТС 149 (45,8%) буданд, тағйирёбии моҳияти ин нишондиҳанда (аз 30 балл то 73) бузург буд; моҳияти миёнаи ИПТС дар ин гурӯҳи занҳо $36,9 \pm 8,3$ баллро ташкил дод ($M \pm SD$). ИПТС дар занҳои гурӯҳи муқоисашавандаи ЗММ ва ЗҒММ асосан шаклҳои нарм дида шуданд, ки тақрибан 1/3-ро ташкил дод, фарқияти басомади он дар гурӯҳҳо ночиз буд ($p > 0,05$) (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Возеҳии ИПТС дар занҳои гурӯҳи муқоисашаванда (%).

Ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ (ИПТС)	Гурӯҳи занҳо		
	Ҳамаи интиҳоб ($n=325$)	ЗММ ($n=102$)	ЗҒММ ($n=223$)
ИПТС нест (0-29)	176 (54,2)	44 (43,1)	132 (59,2)
Нарм (30-39)	114 (35,1)	32 (31,4)	82 (36,7)
Муътадил (40-49)	22 (6,8)	15 (14,7)	7 (3,1)
Вазнин (≥ 50)	13 (4,0)	11 (10,8)	2 (0,9)

Аммо ИПТС муътадил (14,7%; $p < 0,001$) ва вазнин (10,8%; $p < 0,002$) бештар дар ЗММ дида шуд, басомади онҳо дар ЗҒММ значимо ҷаъе (мутаносибан 3,1% ва 0,9% - ИПТС муътадил ва вазнин) –баланд набуд. Вобаста ба ин, моҳиятҳои мутлақи возеҳии ИПТС дар ЗММ аз занҳои гурӯҳи умумӣ ва ЗҒММ баланд буд. Ҳангоми муқоиса намудани моҳияти ИПТС дар занҳои интиҳоби умумӣ ($28,7 \pm 9,8$) ва гурӯҳи ЗММ ($32,7 \pm 13,5$) ва ЗҒММ ($26,9 \pm 6,9$) фарқияти назарраси байни гурӯҳҳо дида шуд ($p < 0,001$; по Kruskal -Wallis): натиҷаҳои баланди ИПТС дар ЗММ ба назар расид. Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки ИПТС дар занҳои гурӯҳи муқоисашаванда, бештар дар шакли нарм ва муътадил ҷараён доранд, аммо возеҳии клиникалии дараҷаи он нишондиҳанда бештар дар ЗММ ба мушоҳида мерасад.

Омӯзиши басомади зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ дар давоми ҳаёт ва зӯроварии ҷисмонӣ дар давоми соли гузашта дар занҳои гурӯҳи муқоисашаванда нишон медиҳад (ҷадвали 6), ки зиёда аз 80%-и занҳо дао системаи КАТС аз зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ дар давоми ҳаёт шикоят мекунанд. Ин нишондиҳанда дар ЗММ баланд буда, 83,8%-ро ташкил медиҳад, ки ҳангоми муқоиса кардан дар ЗММ (74,5%; $p < 0,05$) муҳимтар аст. қисми бештари зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ дар ЗММ-ро метавон бо зӯроварӣ аз тарафи шавҳари ғайри муҳочир шарҳ дод. Иртиботи мутақобилаи мустақими байни басомади зӯроварии ҷисмонӣ (эмотсионалӣ) дар тамоми ҳаёт бо хусусиятҳои макони зист $r=0,209880$; $p < 0,05$) дар ЗММ муайян карда шуд, ки ба ҳодисаҳои бо якдигар вобастаи осебрасонандаи рӯҳӣ ва бо як қатор дигар ҳодисан ЗММ далолат мекунад. Ин дараҷаи баланди тамоюлноки ба ба зӯроварии ЗММ –ро дар сурати набудани макони зист нишон медиҳад. Миқдори миёнаи зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ бошад, дар давоми соли гузашта вай дар ЗММ баланд аст ($p < 0,01$).

Таъсири осебҳои мустақим ва ғайри мустақим, дар баробари ҳолатҳои зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ дар муқобили занҳоро омилҳои муҳимми таъсиррасонанда ба ҳолати

психоэмотсионалӣ ҳисобидан мумкин аст. Иртиботи мутақобилаи муҳимми муайянкардашуда (баръакс) –и зӯроварӣ дар давоми соли гузашта бо сатҳи таҳсилоти занҳо таваҷҷуҳи махсусро меҷаҳад ($r=-0,272657$; $p < 0,05$; мувофиқи Spearman; расми 8).

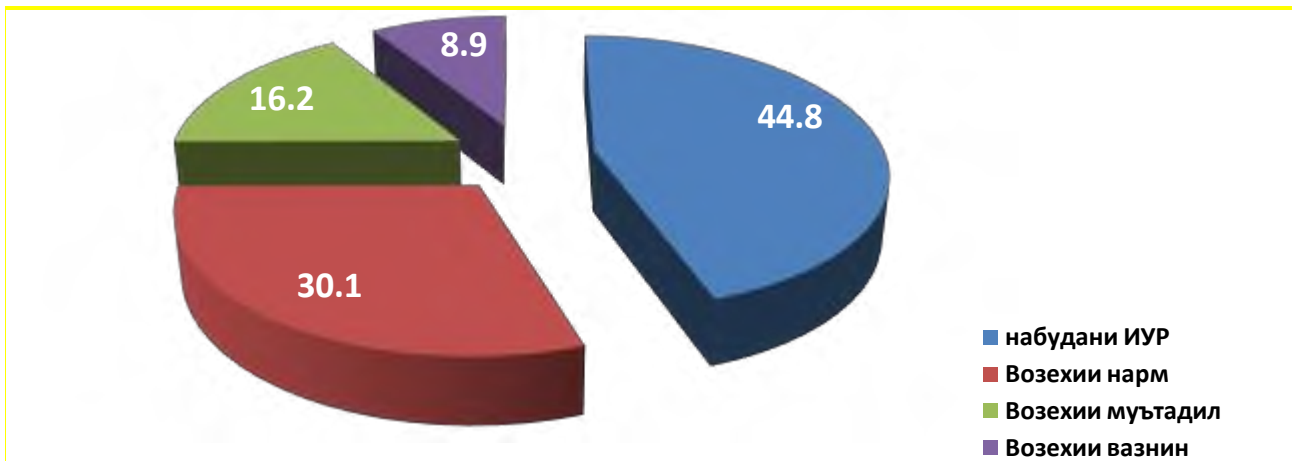
Ҷадвали 6. – Басомади ҷисмонӣ ва ҷинсӣ нисбат ба занҳои гурӯҳи муқоисашаванда.

нишондиҳанда	Ҳамаи интиҳоб (n=325)	ЗММ (n=102)	ЗҒММ (n=223)
ЗҚҚ дар давоми ҳаёт (%)	263(80,9%)	76 (74,5%)	187 (83,8%)
M± SD	4,89±4,92	4,94±4,15	4,86±5,24
ЗҚФ дар давоми соли гузашта (%)	94 (28,9%)	33 (32,4%)	61 (27,3%)
M± SD	2,16±4,63	2,41±0,50	2,04±4,43

Натиҷаҳои бадастовардашуда алоқамандии байни ҳамдигарии ҳолатҳои ба психика осеб расонанда бо сатҳи таҳсилот омилҳои муҳочирати мардҳо, бо зӯроварӣ дар соли гузашта ва сатҳи таҳсилот, надоштани ҷойи зисти худӣ ($r=-0,272657$; $p < 0,05$; по Spearman) дар ЗММ ва таҳлили комплекси натиҷаҳои ба даст овардашуда, имконияти таъсири муштаракӣ детерминантҳои умумии нишондодашуда ва СР дар компонентҳои гуногуни сифати ҳаёти занон, бо паст шудани худбаҳодиҳӣ ва вазъи солимии онҳо, бо бад шудани фаъолияти ҷисмонӣ, беҳбудии рӯҳӣ, эмотсионалӣ ва иҷтимоиро нишон доданд.

Баҳо додан ба басомад ва возеҳии ихтилолҳои умумии рӯҳӣ дар ЗММ нишон медиҳанд, ки – а) басомади набудани ДР ва ТР дар занҳо муқоисашавандаанд (40,6 ва 39,7%-муганосибан депрессия ва изтироб); Набудани ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ (ИППС) дар зиёда нисфи занҳо дида шуд (54,2% $P < 0,001$); б) шакли нарм (возеҳӣ) ДР ва ТР дар зиёда аз ¼ қисми занҳо бо мушоҳида мерасад ва басомади шаклҳои нарми ДР бартарӣ доранд; дар занҳо бештар возеҳии нарми ИППС (35,7%; $P < 0,001$) дида мешавад; в) ДР (18,5%) ва ТР (23,7%) возеҳии муътадили занҳо бо басомадҳои муқоисашаванда ($P < 0,05$) ба назар расид, аммо бештар ($P < 0,000$) назар ба ИППС (6,5%); г) возеҳии вазнини ДР дар занҳобештар ба мушоҳида мерасад (12,6%), гарчанде фарқият дар басомади ТР (10,5%) аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим нест ($P > 0,05$); ИРРС-и вазнин дар 3,7%-и занҳо дида шуд, ки аз басомади вазнини ДР камтар аст ($P < 0,0001$) ва ТР ($P < 0,01$). Набудани ин ё он ихтилолҳои руҳӣ дар 44,8%-и занҳо ба мушоҳида расид, ки ба системаи КАТС мурочиат кардаанд.

Нишондиҳандаҳои миёнаи набудан ва возеҳии гуногуни ИР дар занҳо дар системаи КАТС аз он гувоҳӣ медиҳад, ки шакли нарм зиёда аз 30%, ихтилолҳои муътадил дар –16%, вазнин –дар камтар аз 10%-и онҳо дида мешавад (расми4).

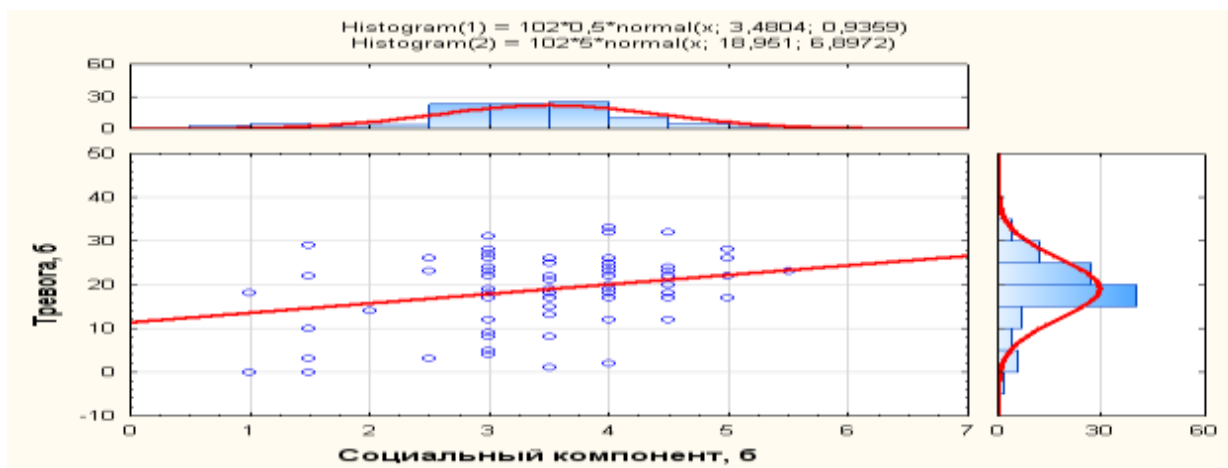


Расми 4. – Басомад ва возехии ИУР дар занҳои ба таҳқиқот дохил кардашуда (n=325).

Таҳлили басомади шаклҳои азнини ИУР ҳангоми муқоиса кардани натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон дод, ки дар системаи КАТС дар заминаи як қатор детерминантов СР 10,5%-и занҳои гурӯҳи умумӣ дорои шакли вазнини изтироб, 12,6% - депрессияи вазнин ва 3,7% - зухуроти возеҳи ИПТС ҳастанд. Дараҷаҳои аз ҷиҳати клиникӣ возеҳи ИУР бештар дар ЗММ (мутаносибан 19%; 24,5% ва 10,8% -изтироб, депрессия ва ИПТС).

Ҳангоми баҳо додан ба хусусиятҳои иҷтимоии ДЗ ва таъсири онҳо ба компонентҳои сифати ҳаёти занҳои ба ин таҳқиқот дохил кардашуда, дар он хусус ҳулоса бароварда шуд, ки як қатор детерминантҳо метавонанд сифати ҳаёти ЗММ –ро хеле бад кунанд. Чунин натиҷа ба имконияти таъсири ДЗ-и иҷтимоӣ-демографӣ ба возеҳии умумии ИУР дар ЗММ далолат мекунад.

Натиҷаҳои омӯзиши возеҳии изтироб бо хусусиятҳои маони зист иртиботи мутақобилаи муҳимро ($r=0,200056$; $p < 0,05$) нишон дод, ки аз афзудани изтироб дар ЗММ дар ҳолати надоштани маконизисти худӣ далолат мекунад. Ғайр аз ин, дар ЗММ афзоиши изтироб бо дараҷаи бадшавии фаъолияти иҷтимоӣ –рӯҳафтодагӣ, вайрон шудани муоширатҳои маъмулӣ ва ҳаёти иҷтимоӣ алоқамандии дучониба доштанд (расми 5).

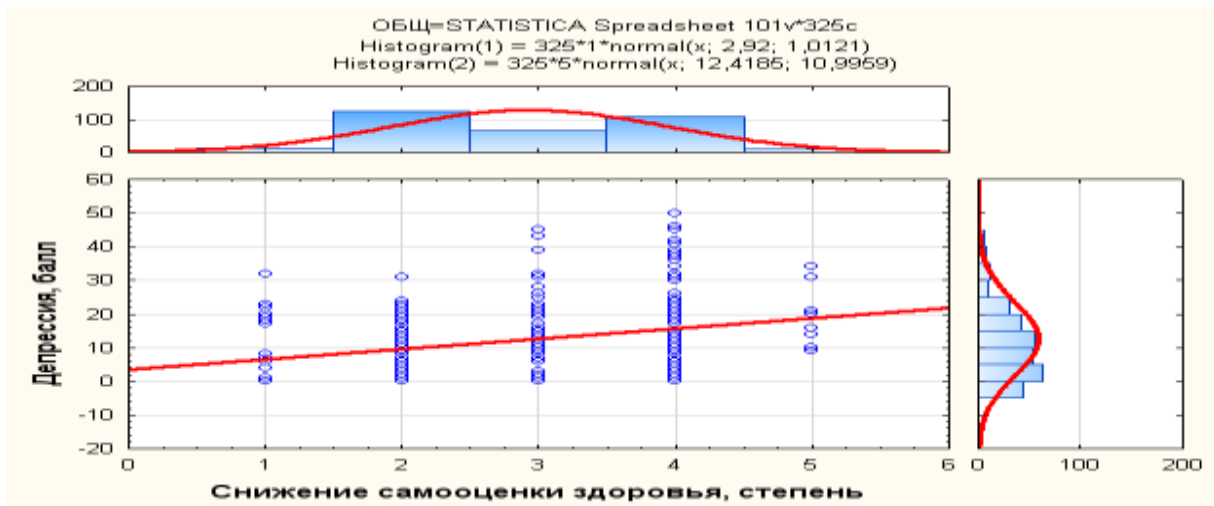


Расми 5. – Иртиботи мутақобилаи возеҳии изтироб ва дараҷаи бад шудани фаъолияти иҷтимоӣ дар ЗММ (n=102; $r=0,295120$; $p < 0,05$; тибқи Pearson).

Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он гувоҳӣ медиханд, ки вайрон шудани фаъолияти иҷтимоӣ, ки асосан, ба сатҳи таҳсилот, набудани шуғл бо маоши доимӣ ва ҳонаи шахсии

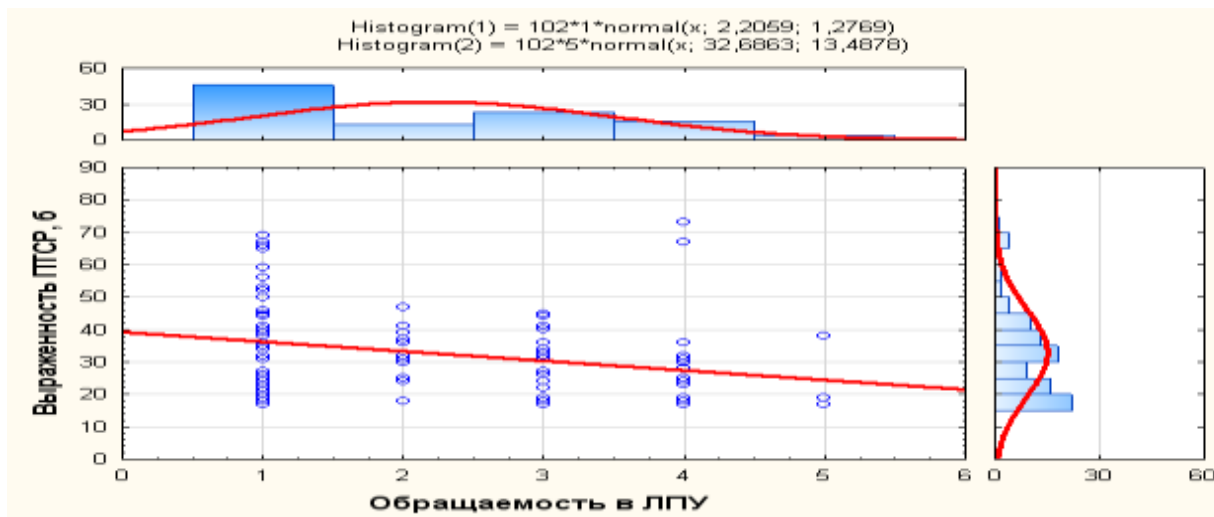
худ, миқдори зиёди одамони якҷоя зиндагикунанда, барои пайдо шудани изтироб ва баланд шудани возеҳии он мусоидат мекунанд.

Иртиботи мутақобилаи ихтилолҳои изтиробӣ бо дараҷаи пастшавии худбаҳодихӣ ба ҳолати саломатӣ дар занҳои гурӯҳи умумӣ омӯхта шуд: иртиботи сусти вале аҳамиятнок ($r=0,155687$; $p < 0,05$) ба қайд гирифта шуд. Иртиботи мутақобилаи пастшавии худбаҳодихӣ ба ҳолати саломатӣ дар занҳои гурӯҳи умумӣ бо возеҳии депрессия ($r=0,279226$; $p < 0,05$) маъноӣ онро дорад, ки зиёдшавии депрессия дар занҳо дар заминаи пастшавии худбаҳодихӣ ба ҳолати саломатӣ пайдо мешавад (расми 6).



Расми 6. - Иртиботи мутақобилаи пастшавии худбаҳодихӣ ба ҳолати саломатӣ дар занҳои депрессияи возеҳ ($n=325$; $r=0,279226$; $p < 0,05$).

Возеҳии ИПТС бо басомади мурочиати баръакс ва иртиботи мутақобила ва муҳимми ЗММ ($n=192$; $r=-0,31240$; $p < 0,05$) алоқаманд буд, ки таваҷҷуҳи махсусро талаб мекунад. Чунин натиҷа гувоҳӣ медиҳад, ки: дар заминаи кам мурочиат кардани занҳо ба МТП возеҳии ИПТС зиёд мешавад; кам мурочиат кардани занҳои дорой ИПТС ба МТП барои бартарӣ пайдо намудан ва мустаҳкам шудани ҳиссиёти рӯҳӣ бо пайдо шудани ИПТС мусоидат мекунад. Набудани ёрии саривақтии ташхисӣ ва табобатӣ –профилактикӣ хангоми зуҳуроти ИУР дар ЗММ ДЗ-и муҳимтарини занҳо ба ҳисоб меравад (расми 7).



Расми 7. – Иртиботи мутақобилаи возеҳии ИПТС бо басомади мурочиати ЗММ ба МТП дар давосми соли охир ($n=102$; $r=-0,31240$; $p < 0,05$).

Иртиботи мутақобилаи назарраси осебҳои ғайримустақим бо возеҳии изтироб, депрессия ва ИПТС ҳам дар гурӯҳи умумии занҳо ва ҳам ЗММ ва ЗМҒМ дида нашуд.

Иртиботи мутақобилаи муҳимми мустақими басомади осебҳои мустақими аз сар гузаронидашуда бо возеҳии ИУР- депрессия, изтироб ва ИПТС ҳам дар занҳои гурӯҳи умумӣ ва ҳам ЗММ мавҷуд буд. Натиҷа нишон медиҳад, ки дар занҳои гурӯҳи умумӣ коэффитсиенти коррелятсияи (r) байни осеби мустақим ва ИУР чунин аст: мутаносибан бо депрессия ва изтироб $r=0,202914$ ($p<0,05$) ва $r=0,209322$ ($p<0,05$) Басомади осебҳои мустақими аз сар гузаронидашуда бо возеҳии ҳама шаклҳои ИУР- бо депрессия, ИПТС ва изтироб иртиботи мутақобилаи зич дорад.

Ҳангоми омӯхтани басомади депрессия, ИПТС ва изтироб вобаста аз мавҷуд будан ё набудани осеби мустақим дар анамнез, муайян карда шуд, ки осеби мустақим дар занҳои муҳочирони меҳнатӣ назар ба ЗМҒМ бештар ба пайдо шудани на танҳо ИПТС ($p=0,0331$) оварда мерасонад, балки боиси ҳолатҳои депрессивӣ ($p=0,0002$) ва ихтилолҳои изтиробӣ ($p=0,0002$) низ мегардад. Дар сурати набудани осеби мустақим дар ЗММ зиёдшавии назаррас вале на чандон муҳимми ИПТС ва депрессия ($p>0,05$) дида мешавад, аммо бартарики назарраси синдроми изтироб ($p=0,0001$) нигоҳ дошта мешавад (ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. – Таъсири осеби мустақим ба сатҳи ИР дар занҳои гурӯҳи муқоисашаванда (%).

Нишондиҳанда	Гурӯҳи занҳо			p ₁₋₂
	ИР	1. ЗММ(n=102)	2. ЗМҒМ(n=223)	
	n	(n=82)	(n=104)	
Ҳодисаҳои мустақими осебрасонандаи рӯҳӣ	ИПТС	46 (56,1)	42 (40,4)	= 0,0331
	Депрессия	62 (75,6)	51 (49)	=0,0002
	Изтироб	74 (90,2)	59 (56,7)	=0,0002
	n	(n=20)	(n=119)	
Ҳодисаҳои мустақими осебрасонандаи рӯҳӣ набуданд.	ИПТС	12 (60,0)	49 (41,2)	= 0,1165
	Депрессия	15 (75,0)	68 (57,1)	= 0,1319
	Изтироб	20 (100)	53 (44,5)	<0 ,0001

Осебҳои мустақим дар ЗММ назар ба ЗМҒМ ихтилолҳои мавҷудбудайи рӯҳӣ ва эмотсионалиро то дараҷае зиёд намуда, барои пайдо шудан ва зиёд шудани возеҳии ИУР - депрессия, ИПТС ва изтироб мусоидат менамояд. Таъсири саҳти осебҳои мустақими осебрасонандаи рӯҳӣ, ки ба ЗММ таъсир мерасонанд, мумкин аст ҳамчун детерминанти муҳимми иҷтимоии ИУР баррасӣ шаванд ва бояд ҳангоми ба нақша гирифтани чорабиниҳои профилактики СР занҳо ба инобат гирифта шаванд.

Ҳангоми омӯхтани таъсири зӯроварии ҷисмонӣ ва ҷинсӣ ба басомади ихтилолҳои шадиди рӯҳӣ дар гурӯҳи ЗММ иртиботи мутақобилаи суғ, вале муҳимми зӯроварӣ (ҷисмонӣ ва ҷинсӣ) дар тамоми ҳаёт бо изтиробро ($r=0,195244$; $p<0,05$) муайян кард. Дар гурӯҳи ЗММ зӯроварии ҷисмонӣ (ҷинсӣ) дар давоми соли гузашта бо ИПТС иртиботи мутақобилаи зич, наздик ва муҳим ($r=0,687292$; $p <0,05$;) дорад ва бо депрессия иртиботи мутақобилаи суғ дорад ($r=0,228818$; $p <0,05$). Қайд карда мешавад, ки зӯроварӣ дар давоми соли гузашта дар ЗММ низ бо ИПТС иртиботи мутақобилаи зичу муҳим дорад ($r=0,682363$; $p <0,05$).

Зӯроварӣ дар давоми соли гузашта бо басомади ҳама шаклҳои УИР тақрибан иртиботи мутақобилаи зич дорад, ин имкон медиҳад, ки ин омил яке аз детерминантҳои муҳимми таъсиррасонанда ба ҳолати рӯҳии занҳо ҳисобида шавад. Муқаррар карда шуд, ки занҳои муҳочироне, ки дар давоми соли гузашта ба зӯроварии ҷисмонӣ мубтало шудаанд,

нисбат ба онҳое, ки гирифтори зӯроварии ҷисмонӣ набуданд, нишондиҳандаҳои баланди депрессия ($22,7 \pm 14,1$), ИПТС ($46,8 \pm 12,3$) ва изтироб ($23,4 \pm 5,6$)-ро дошанд. дошанд

ЗҒММ, ки дар давоми соли гузашта ба зӯроварии ҷисмонӣ мубтало шудаанд, назар ба гурӯҳе, ки мубталои зӯроварӣ нашудааст, сатҳи баланди депрессия ($10,9 \pm 8,9$; $p=0,2123$) ва ИПТС ($34,8 \pm 4,0$; $p<0,001$) –ро дошанд. Аммо басомади синдроми изтироб дар зергурӯҳи занҳое, ки гирифтори зӯроварии ҷисмонӣ набуданд ($8,1 \pm 6,0$ ва $11,8 \pm 8,1$ – мутаносибан дар ЗМҒМ, ки дар давоми соли гузашта ба зӯроварии ҷисмонӣ мубтало шудаанд, ва бидуни; $p<0,0043$), хеле баланд буд. Аз ҳамаи занҳое, ки дар давоми соли гузашта гирифтори зӯроварии ҷисмонӣ буданд, дар ЗММ возеҳии депрессия, ИПТС ва изтироб назар ба НМҒМ баланд буд (ҷадвали 8). Дар байни занҳое, ки гирифтори зӯроварии ҷисмонӣ буданд, ЗММ назар ба ЗМҒМ депрессияи депрессияи баландтар ($p<0,0001$) ва ИПТС ($p<0,0226$) дошанд.

Ҷадвали 8. – Иртиботи байни зӯроварӣ ва муҳочират, таъсири онҳо ба сохтор ва сатҳи умумии ИР ($M \pm SD$).

Нишондиҳанда	Зӯроварии ҷисмонӣ дар давоми соли гузашта			p ₁₋₂
	ИР	Буд (n=33)	Набуд (n=69)	
	n	(n=33)	(n=69)	
1. ЗММ	Депрессия	$22,7 \pm 14,1$	$16,2 \pm 12,3$	T (100) = -2.393, p < 0.0185
	Изтироб	$23,4 \pm 5,6$	$11,4 \pm 6,5$	T (100) = 8,772, p < 0.0001
	ИПТС	$46,8 \pm 12,3$	$25,9 \pm 7,4$	T (100) = -10.7, p < 0.0001
	n	(n=61)	(n=162)	
2. ЗҒММ	Депрессия	$10,9 \pm 8,9$	$9,3 \pm 8,4$	T (221) = 1.251, p = 0.2123
	Изтироб	$8,1 \pm 6,0$	$11,8 \pm 8,1$	T (221) = 2,8824, p < 0.0043
	ИПТС	$34,8 \pm 4,0$	$23,9 \pm 5,2$	T (221) = -14.7, p < 0.001
Нишондиҳандаҳои оморӣ (мувофиқи депрессия, изтироб, ИПТС)	Депрессия	t (92) = -4.999, p < 0.0001	T (229) = -4.936, p < 0.0001	p ₁₋₂
	Изтироб	T (92) = -11.907, p < 0.0001	T (229) = -0.3095, p < 0.757	
	ИПТС	T (92) = -6.967, p < 0.001	T (229) = -2.29, p < 0.0226	

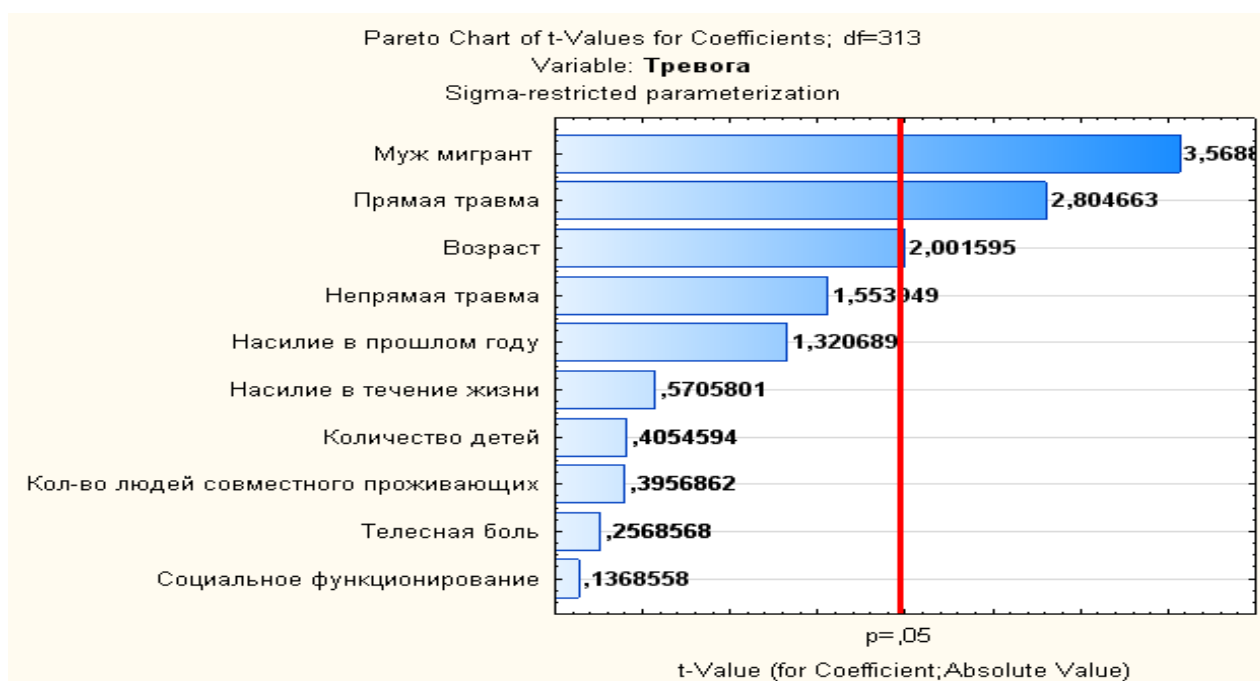
Муқаррар карда шуд, ки зӯроварӣ дар давоми соли гузашта дар ЗММ назар ба ЗМҒМ бештар буда, ихтилолҳои мавҷудбудаи рӯҳӣ ва эмотсионалиро амиқтар месозад, барои пайдо шудани изтироб, депрессия ва ИПТС мусоидат мекунад ва мумкин аст, ки ҳамчун детерминанти муҳимми ИУР ҳисобида шавад. Баланд шудани басомад ва возеҳии ИУР дар занҳо, махсусан дар ЗММ, дар заминаи басомади нисбатан баланди ҳодисаҳои ба ҳолати рӯҳӣ осебрасонанда, зӯровари ҷисмонӣ ва ҷинсири иртиботи яктарафа ва муҳимми сатҳи онҳо ҳамроҳӣ мекунад ва ба нақши муҳимтарини ДИ дар пайдошавиву пешравии ихтилолҳои рӯҳӣ далолат мекунад.

Ҷангоми ҷамъбасти намудани натиҷаҳои ба даст овардашуда муайян карда шуд, ки дар пайдошавии ихтилолҳои умумии рӯҳӣ (ИУР) махсусан ЗММ на танҳо ДЗ-и иҷтимоӣ-демографӣ: таҳсилот, хусусиятҳои ҷойи зист, якҷоя зистан бо микдори зиёди одамон, омилҳои ба ҳам алоқаманд ва таъсиррасонанда ба гурӯҳи калони нишондиҳандаҳои

Чадвали 10. – Аҳамияти детерминантҳои иҷтимоӣ- демографӣ ихтилолҳои умумии рӯҳӣ дар занҳои ба таҳқиқот дохилшуда.

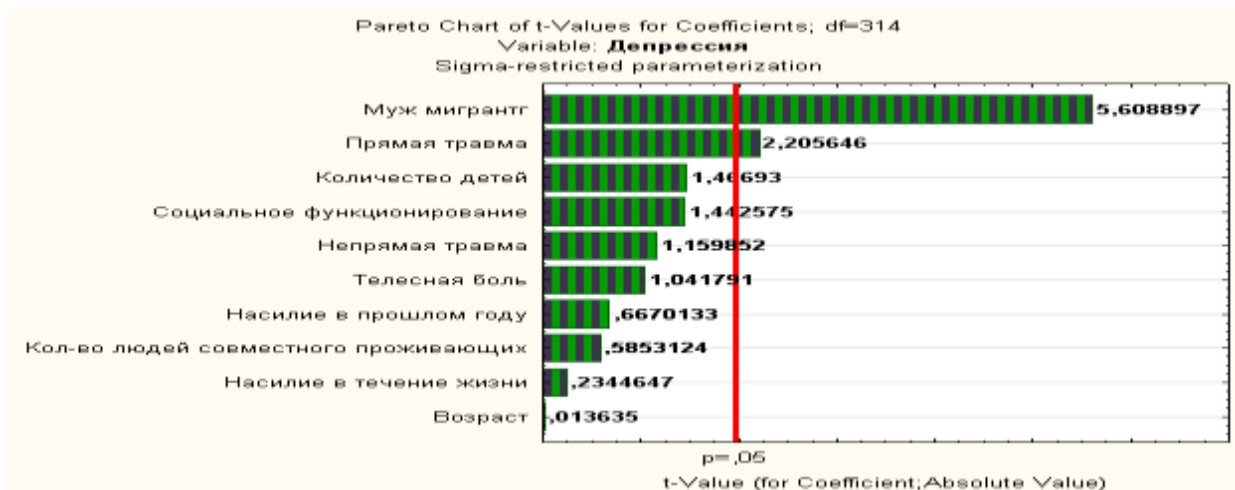
Нишондиҳанда (ассотсиатсияи бисёрҷанба)	β	T	p
Барои изтироб мувофиқи шкалаи Hamilton (коэффициенти регрессия=0,38):			
Шавҳар-муҳочир	0,206314	3,6	0,000415**
Осеби мустақим	0,160078	2,8	=0,005352**
Синну сол	0,108288	2,0	=0,046191*
Барои депрессия мувофиқи шкалаи Hamilton (коэффициенти регрессия =0,49):			
Шавҳар-муҳочир	0,317157	5,6	=0,000001*****
Осеби мустақим	0,123139	2,2	=0,028133*
Барои стресси ихтилолҳои посттравматикӣ (коэффициенти регрессия =0,46):			
Шавҳар-муҳочир	0,246267	4,4	=0,000012*****
Осеби мустақим	0,1815	3,2	=0,00133**
Зӯрварӣ дар давоми соли гузашта	0,055361	2,4	=0,016479*

Ассотсиатсияҳои бисёрҷанбаи детерминантҳо барои изтироб ($R^2 = 0,38$) нишон медиҳанд, ки таъсири ин детерминантҳо ба моҳият наздиканд: осеби ғайри мустақим ($t = 1,553949$; $p > 0,1$) ва зӯрварӣ ($t = 1,320689$; $p > 0,1$) дар давоми соли гузашта (расми 8).



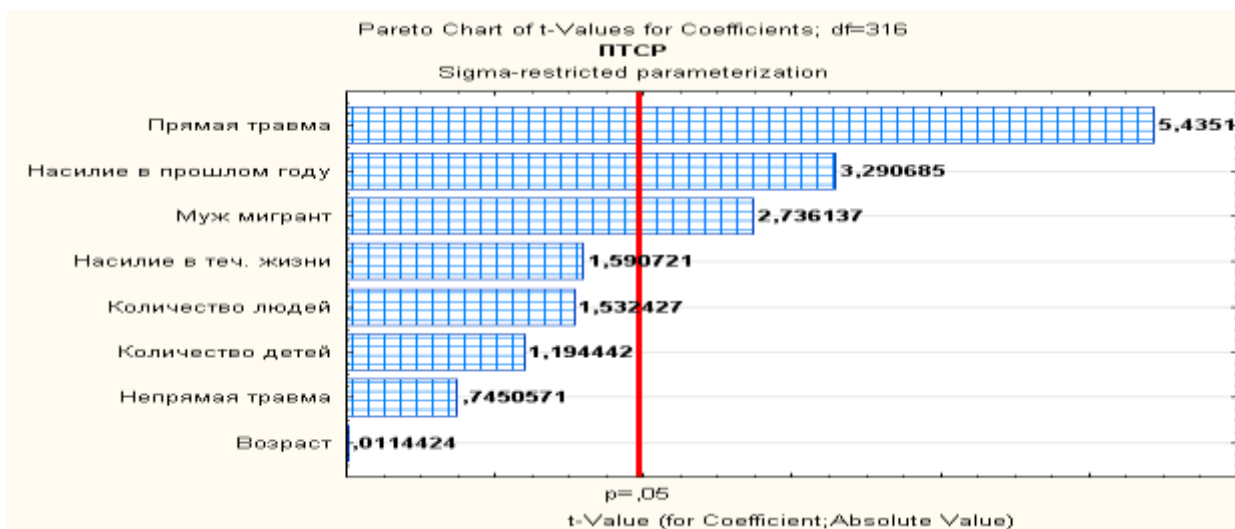
Расми 8. - Модели умумии ассотсиатсияҳои бисёрҷанбаи (регрессияҳои сершумор) барои изтироб мувофиқи шкалаи Hamilton (гурӯҳи умумӣ, n=325).

Барои депрессия ($R^2 = 0,49$) ҳамчун предиктор чунин детерминантҳо ҷудо карда шуданд (расми 9): мард-муҳочир ва осеби мустақими аз сар гузаронидашуда ($p < 0,001$) (расми 9).



Расми 9. - Модели умумии ассотсиатсияҳои бисёрчанбаи (регрессияҳои сершумор) барои депрессия мувофиқи шкалаи Hamilton (гурӯҳи умумӣ, n=325).

Ба сифати омили пешгӯйикунандаи пайдошавии ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ ($R^2 = 0,46$), ҷудо карда шуданд (расми 10): осеби мустақим, зӯрварӣ дар давоми соли гузашта ва шавҳар-муҳочир ($p < 0,001$).



Расми 10. - Модели умумии регрессияҳои сершумори ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ (гурӯҳи умумӣ, n=325).

Аммо, тибқи модели умумии регрессияҳои сершумор, барои пайдо шудани ИПТС, аҳамияти омилҳои зерин ба омилҳои аҳамиятнок наздиканд: зӯроафрӣ дар давоми ҳаёт ($t = 1,5907$; $p > 0,05$) ва набудани (ё миқдори ками) кӯдакон ($t = -1,53243$; $p > 0,05$). Дар маҷмӯъ натиҷаи омӯзиши ассотсиатсияҳои бисёрчанбаи як қатор омилҳои бисёрҷабҳӣ (компонентҳои сифати ҳаёт, омилҳои демографӣ ва тиббӣ-ичтимоӣ), ки қобилияти, пеш аз ҳама, расонидани таъсири муштаракро ба ҳолати умумии беморон ва ИР-и занҳоро ва фароҳам овардани шароит барои пайдо шудани бесуботиҳои фаъолияти рӯҳиро ва ИР-ро доранд, имконият доданд, омилҳои пешгӯйикунанда (предикторҳо) барои депрессия, изтироб ва ИПТС ҷудо карда шаванд. Чунин таъсири муштараки омилҳои осебрасонандаи рӯҳӣ ба пайдошавии депрессия, изтироб ва ИПТС махусан дар ЗММ возеҳ ба назар мерасад, омили муҳочират дар ҳама моделҳои регрессиони СР мавҷуд мебошад.

ХУЛОСА НАТИҶАҶОИ АСОСИИ ИЛМИИ РИСОЛА

1. Детерминантҳои иҷтимоие, ки ба солимии рӯҳии занони муҳочирони меҳнатӣ таъсир мерасонанд, инҳоянд: надоштани манзили шахсӣ, сатҳи пасти таҳсилот, таъмин набудан аз ҷиҳати моддӣ, яқоя зиндагӣ қардани шумораи зиёди одамон (ва кӯдакон), имконнопазирии амалӣ намудани ташаббусҳои онҳо оид ба идомаи таҳсил ё пешрафти касбӣ. Илова бар ин, басомади зиёди садамаҳои раванӣ (осебҳои ҷисмонӣ ва руҳӣ, зӯрварӣ) дар оқибати таъсири атрофиён қайд гардид: ҷароҳатҳои ғайримустақимро 92% занони омӯхташуда қайд мекунанд, мустақимро - 58% ва зиёда аз 80% зӯрвариҳои ҷисмонӣ ё ҷинсиро қайд намуданд [1-А, 2-А, 3-А, 5-А, 7-А].

2. Таъсири маҷмӯи детерминантҳои иҷтимоӣ сифати зиндагии занҳои муҳочиронро ҳам аз сабаби вайрон шудани ҷузъҳои ҷисмонӣ, рӯҳӣ ва ҳам паст шудани фаъолияти иҷтимоӣ поён мебарад. Ҳамчун предикторҳои муҳими паст шудани сатҳи баҳодиҳӣ ба вазъи саломатии худ дар занҳои муҳочирон дар асоси натиҷаҳои регрессияи сершумор мушкilotи раванӣ ($t=4,6$) ва ихтилоли фаъолияти иҷтимоӣ ($t=2,37$) ҷудо карда шуданд ($R^2=0,33$; $p<0,0001$). Мурочиати ниҳоят пасти онҳо дар ин ҳол ба муассисаҳои тиббӣ, дар баробари набудани маълумот дар бораи имконияти гирифтани кӯмаки тиббию равонии дастрас ва сарпарастии нақшавии занони муҳочирони меҳнатӣ аз ҷониби кормандони КАТС; камшумории ҳуҷҷатҳои мақсадноки бисёрсоҳаи меъёрӣ ва иттилоотию методӣ оид ба пешгирии тиббию иҷтимоии ихтилоли солимии раванӣ дар занони муҳочирони меҳнатӣ ва умуман дар занон детерминантҳои муҳими ихтилолҳои ифодаёфта дар саломатии равонии занонро ташкил медиҳанд [6-А, 7-А, 9-А].

3. Муқаррар карда шудааст, ки дар шароити детерминантҳои номбаршудаи саломатии раванӣ 10,5% занони гурӯҳи умумӣ изтиробӣ вазнин, 12,6% - депрессияи вазнин ва 3,7% - зухуроти ифодаёфтаи ихтилоли стрессии баъдисадамавӣ (ИСБС) дошанд. Дарачаҳои аз лиҳози клиникӣ ифодаёфтаи ихтилолҳои умумии раванӣ ба андозаи назаррас бештар дар занҳои муҳочирон қайд мегарданд (19%; 24,5% ва 10,8% - мутаносибан изтиробӣ вазнин, депрессия ва ИСБС). Зиёд шудани басомад ва дараҷаи ифодаёбии ихтилоли шадиди психотикӣ (ИШП) дар занон дар пасманзари садамаҳо (аксаран, мустақим) ва зӯрвариҳои ҷисмонӣ (маҳсусан, тайи соли охир) имкон медиҳанд, ки онҳо ҳамчун омилҳои муҳими хавфи ихтилолҳои раванӣ баррасӣ гарданд [4-А, 6-А, 8-А, 10-А, 11-А].

4. Мувофиқи таҳлили бисёрандоза дар занони гурӯҳи умумӣ ҳамчун предикторҳои ихтилолҳои садамавӣ инҳо ҷудо карда шуданд: дар мавриди депрессия ($R^2=0,49$) – шавҳари муҳочир ва садамаи аз саргузаронда; дар мавриди изтироб ($R^2=0,38$): шавҳари муҳочир, садамаи мустақим ва синни нисбатан калонтар; дар мавриди ИСБС ($R^2=0,46$): садамаи мустақим, зӯрварӣ дар гузаштаи наздик ва шавҳари муҳочир. Таъсири омехтаи якҷанд омиле, ки боис ба садамаи раванӣ мегарданд, хусусан дар занҳои муҳочирон ифодаёфта мебошад ва омилҳои муҳочират дар кулли моделҳои регрессионии ИШП ҷой дорад. Ин гувоҳӣ аз он аст, ки оиладорӣ бо шавҳари муҳочир омилҳои хавфи депрессия, изтироб ва ИСБС мебошад [6-А, 11-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Худбаҳодиҳии пасти вазъи саломатии умумӣ ва рӯҳии занон (ки ба марказҳои саломатӣ муроҷиат мекунанд), басомади баланди ихтилолҳои умумии раванӣ (депрессия, изтироб ва ИСБС) бо бар्तариҳои назаррас дар байни занони муҳочир аз аҳамияти сари вақт ошкор қардани онҳо шаҳодат медиҳанд ва гувоҳии онанд, ки занон дар Тоҷикистон ба ҳадамоти муташаққили пешгирикунанда дар бахши солимии раванӣ ниёз доранд.

2. Дарачаи баланди дучоршавӣ ба садамаҳо ва таъсири саҳти садамаи мустақим ба раван, ки бо афзоиши шумораи ихтилолҳои умумии раванӣ, бахусус дар байни муҳочирон, зич алоқаманд аст, нишон медиҳанд, ки пешгирии зӯрварӣ нисбати занон ва оқибатҳои он

барои солимии равонӣ бояд дар Тоҷикистон ҳадафи авлавиятнок бошад. Набудани патронажи банақшагирифтаи занони муҳоҷирони меҳнатӣ ва мурочиати ками онҳо ба муассисаҳои тиббӣ оид ба садамаҳо ва зӯрварӣ ба бартарӣ пайдо кардан ва тақвият ёфтани эҳсосоти манфии равонӣ бо рушди ихтилолҳои стрессии баъдисадамавӣ мусоидат мекунад.

3. Басомади баланди ихтилолҳои умумии равонӣ дар занони партофташудаи муҳоҷирон ва дар умум занон, сазовори муносибати ҷиддӣ ба профилактикаи онҳо буда, ишора ба он мекунад, ки мониторинги солимии равонӣ дар сатҳи муассисаҳои КАТС бо истифода аз равишҳои тиббӣ иҷтимоӣ ва доираи васеи ҷорабиниҳои равона ба инъикоси мушкилоти асосии ИШП дар занон аз ҷониби мутахассисони ватанӣ ва роҳҳои ҳалли онҳо ба мақсад мувофиқ мебошад.

ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-А] Пирова Г.Д. Влияние социальных детерминантов на психическое здоровье здоровья жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова // Авджи Зухал (ISSN 2616-5252), Душанбе. – 2022. -№1. - С. 71 -76.

[2-А] Пирова Г.Д. Детерминанты психического здоровья жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Наука и инновация (ISSN-2312-3648), Душанбе. 2021.- №1. - стр 33-44.

[3-А] Пирова Г.Д. Социально-демографические факторы, влияющие на общее и психическое здоровье жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Авджи Зухал (ISSN 2616-5252), Душанбе. – 2021. -№2. - С. 51 -57.

[4-А] Pirova G. Multilevel determinants of common mental disorders in migrant and non-migrant wives in Tajikistan / G. Pirova, W. Stevan, A. Miller (et al.)// International Journal of culture and mental health. USA, 2018. - P 12-20. DOI: 10.1080/17542863.2018.1435701 (SCOPUS)

Статьи и тезисы в сборниках конференций.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

[5-А] Пирова Г.Д. Определение влияния фактора физического насилия на жен мигрантов и немигрантов / Г.Д. Пирова // Сборник материалов конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». - Душанбе, 2016. - С.425.

[6-А] Пирова Г.Д. Актуальные проблемы взаимодействия медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи с населением по пропаганде профилактики заболеваний, укрепления здоровья и здорового образа жизни /П.Ш. Мухторова, Д.Д. Пиров, Р.Дж. Муминов, Г.Д. Пирова// Конфронси ҷумҳуриявӣ илмию амалии «Вазъият ва дурнамои рушди тибби оилави дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», Бахшида ба 25-солагии истиклолияти Тоҷикистон.- Душанбе, 2016.- С.138-144.

[7-А] Пирова Г.Д. Взаимосвязь психо-социальных факторов с эффективностью антигипертензивной терапии / Г.А. Ачева, Г.Д. Пирова, Г.М. Негматова // Сборник материалов конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино к 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы» Душанбе, 2016 .- С.13.

[8-А] Пирова Г.Д. Распространенность психических расстройств среди жён трудовых мигрантов / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Материалы XIII научно практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел». - Душанбе, 2018.- С.270.

[9-А] Пирова Г.Д. Оценка состояния психического здоровья жён трудовых мигрантов в Республике Таджикистан / Г.Д. Пирова, С. Миралиев // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходят Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей» и Веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел», - Душанбе, 2018.- С.175.

[10-А] Пирова Г.Д. Актуальные вопросы укрепления здоровья населения на общинном уровне / П.Ш. Мухторова, Р.А. Турсунов, Г.Д. Пирова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний».- Душанбе, 2019.- С. 273.

[11-А] Пирова Г.Д. Психическое здоровье жён трудовых мигрантов: значимость тревоги / Г.Д. Пирова, С. Раджабзода // Материалы международной научно-практической (68 годичной) конференции ТГМУ. - Душанбе, 2020. С.356-357.

[12-А] Пирова Г.Д. Частота прямых и непрямых психотравмирующих событий у женщин / Г.Д. Пирова // Материалы научно-практической конференции молодых учёных ТГМУ. - Душанбе, 2021. - С.585.

[13-А] Пирова Г.Д. Распространенность посттравматических стрессовых расстройств у женщин / Г.Д. Пирова // Материалы научно-практической конференции молодых учёных ТГМУ. - Душанбе, 2021.- С. 584-585.

Тавсияҳои методӣ

[14-А] Пирова Г.Д. Миграционный процесс и психическое здоровье жен мигрантов/Раджабзода С.Р., Пирова Г.Д.//Методические рекомендации, предназначенные для работников учреждений первичной медико-санитарной помощи и центров формирования здорового образа жизни- Душанбе, 2021.–С. 20.

Рӯйхати ихтисораҳо

ҒМ-Ғайри муҳочир

ДИ- Детерминантҳои иҷтимоӣ

ЗММ-Зани муҳочирӣ меҳнатӣ

ЗҒММ- Зани ғайри муҳочирӣ меҳнатӣ

ИДМ –Иттиҳоди давлатҳои мустақил

ИМА-Иёлолти муттаҳиди Америка

ИПТС-ихтилолҳои посттравматикии стрессӣ

ИР-ихтилолҳои рӯҳӣ

КАТС-кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ

КОА- Комиссияи олии аттестасионӣ

МДТ- Муассисаи давлатии таълимӣ

МД-Муассисаи давлатӣ

ММ- Муҳочирони меҳнатӣ

МТО-Муассисаи таҳсилоти олии

МТП-муассисаи табобатӣ-профилактикӣ

СР-солимии рӯҳӣ (равонӣ)

ТУТ-ташкilotи умумичаҳонии тандурустӣ

НАМ-А – Шкалаи Гамилтон барои муайян кардани изтироб

НАМ-D- Шкалаи Гамилтон барои муайян кардани депрессия

PCL-C-14- рӯйхати контроли стрессҳои посттравматикӣ барои аҳолии шаҳрванд

SF-12 и SF-36 – Шақли мухтасари баҳодихӣ ба сифати ҳаёт (бо 12 ё 36 шкала).

The Harvard Trauma Questionnaire – саволномаи Гарвард оид ба осебҳо

ЮМ-Ташкilotи умумичаҳонӣ оид ба муҳочират

АННОТАЦИЯ
ПИРОВА ГУЛЧЕХРА ДАВРОНОВНА
«ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ ЖЁН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ДУШАНБЕ»

Ключевые слова: социальные детерминанты, психическое здоровье, тревоги, депрессии, посттравматические стрессовые расстройства, жёны мигрантов.

Цель исследования: Оценка влияния социальных детерминант на психическое здоровье жен трудовых мигрантов (ЖТМ) и разработка научно-обоснованных мер профилактики по оказанию медико-психологической помощи женщинам с нарушением психического здоровья в условиях города Душанбе.

Методы исследования. В исследовании участвовали 325 женщин, состоящих в браке, в возрасте от 18 до 45 лет и проживающих в городе Душанбе. Предметом исследования было изучение социальных детерминантов (СД) и их влияние на психическое здоровье ЖТМ. Применены современные социологические методы исследования демографических показателей, инвентаризация прямых и непрямых травматических событий, а также самооценка здоровья и связанных со здоровьем компонентов качества жизни. Дана оценка уровня физического (и сексуального) насилия и показателей психического здоровья (тревоги, депрессии, посттравматических стрессовых расстройств) по шкалам Гамильтона HAM-D, HAM-A и PCL-C-14.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в условиях Республики Таджикистан определены СД, которые воздействуют на ЖТМ в отсутствие мужа-мигранта. Следующие СД были установлены в результате исследования: низкий уровень образования, низкий процент наличия собственного жилья (32,4%) в сравнении с ЖНМ (52,5%), большее количество детей в семьях ЖТМ ($2,33 \pm 1,3$) по отношению к ЖНМ ($2,16 \pm 1,5$). В условиях отсутствия собственного жилья и при совместном проживании с родителями и родственниками мужа, отмечается более частый опыт физического или эмоционального насилия. В условиях длительного отсутствия мужа у ЖТМ чаще возникали психотравмирующие события, что можно считать центральным фактором, усиливающим влияние ряда детерминант на общее и ПЗ женщин. Анализ частоты и тяжесть общих психических расстройств показывают, что тревожные состояния наиболее часто отмечаются у ЖТМ (18,6%) наряду с мягкой тревожностью (32,4%), но частота и умеренной тревоги достаточно высока (29,4%). Тяжёлая форма течения тревоги отмечается у ЖТМ (19,6%) по сравнению с ЖНМ (6,3%). Полученные результаты показывают, что у ЖТМ депрессивные расстройства наблюдаются чаще, и в 1/4 части случаев выраженность данного синдрома проявляется в тяжёлой степени. При сопоставлении абсолютных значений ПТСР у женщин общей выборки ($28,7 \pm 9,8$) и групп ЖТМ ($32,7 \pm 13,5$) и ЖНМ ($26,9 \pm 6,9$) установлены значимо высокие значения у ЖТМ. Впервые доказано, что ЖТМ в большей степени нуждаются в получении медико-психологической помощи, чем ЖНМ.

Рекомендации по использованию. Использование полученных результатов способствует оптимизации лечебно-профилактических мероприятий путём: повышения доступности медико-психологических услуг для ЖТМ, разработки многопрофильных нормативных и информационно-методических документов по профилактике нарушений ПЗ у женщин, ориентирования научно-практической деятельности медицинских работников в сфере общественного здравоохранения Республики Таджикистан на решение проблем ПЗ женщин в целом. Использование в учебном процессе медицинских ВУЗов теоретических, методологических положений, выводов и рекомендаций, представленных в диссертации, способствует нацеливанию специалистов учреждений первичной медико-санитарной помощи на решение проблем ПЗ женщин.

Область применения: общественное здоровье.

АННОТАТСИЯИ
ПИРОВА ГУЛЧЕҲРА ДАВРОНОВНА
«БАҶОГУЗОРӢ БА ТАЪСИРИ ДЕТЕРМИНАНТҶОИ ИҶТИМОӢ БА СОЛИМИИ РӢҲӢИ
ЗАНҶОИ МУҶОЧИРОНИ МЕҲНАТӢ ДАР МИСОЛИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ»

Вожаҳои калидӣ: детерминантҳои иҷтимоӣ, солимии рӯҳӣ, изтироб, депрессия, ихтилолҳои посттравматикӣ, занҳои муҷоҷиронв.

Мақсади тадқиқот. Баҳодиҳии таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба солимии рӯҳии ЗММ ва таҳияи чорабиниҳои илман асосноки профилактика оид ба расонидани ёрии тиббӣ-психологӣ ба занҳои дорои ихтилолҳои солимии рӯҳӣ, ки дар шароити шаҳри Душанбе зиндагӣ мекунад.

Усулҳои тадқиқот. Дар таҳқиқот 325 зани оиладор, дар синни аз 18 то 45-сола ширкат карданд, ки дар шаҳри Душанбе мезистанд, иштирок намуданд. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши детерминантҳои иҷтимоӣ ва таъсири онҳо ба саломатии равонии занҳои муҷоҷирони меҳнатӣ буд. Аз усулҳои муосири иҷтимоии таҳқиқотинишондиҳандаҳои демографӣ, инвентаризатсияи ҳодисаҳои мустақим ва ғайримустақими осебрасон, ҳамчунин худбаҳодиҳӣ ба саломатӣ ва компонентҳои ба саломатӣ алоқаманди сифати ҳаёт истифода карда шуд. Сатҳи зӯроварии ҷисмонӣ (ҷинсӣ) ва нишондиҳандаҳои солимии равонӣ (изтироб, депрессия ва стрессҳои посттравматикӣ) мувофиқи шкалаҳои Гамилтон НАМ-D, НАМ-A и PCL-C-14 баҳогузори карда шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағзониҳои илмӣ. Бори нахуст дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон детерминантҳои иҷтимоӣ муайян карда шуданд, ки ба занҳои муҷоҷирони меҳнатӣ дар набудани шавҳар-муҷоҷир таъсир мерасонанд. Ин ДИ (детерминантҳои иҷтимоӣ) дар ҷараёни таҳқиқот муайян карда шуданд: сатҳи пасти таҳсилот, ғоизи пасти доштани манзили шахсии зист (32,4%) дар муқоиса бо ЗҶММ (52,5%), миқдори зиёди кӯдакон дар оилаи ЗММ ($2,33 \pm 1,3$) нисбат ба ЗҶММ ($2,16 \pm 1,5$). Дар шароити надоштани хонаи худ ва ҳангоми якҷоя бо волидайн ва хешовандони шавҳар зиндагӣ кардан, зӯроварии ҷисмонӣ ва эмотсионалӣ ба мушоҳида мерасад. Дар шароити муддати тӯлонӣ инабудани шавҳар дар ЗММ бештар ҳодисаҳои осебрасонандаи равонӣ пайдо мешаванд, ки онҳоро омилҳои марказӣ, қувватбахшандаи таъсири як қатор детерминантҳо ба солимии умумӣ ва равонии занҳо ҳисобидан мумкин аст.

Таҳлили басомад ва вазнинии ихтилолҳои умумии равонӣ нишон медиҳад, ки ҳолатҳои изтиробӣ бештар дар ЗММ (18,6%) ба мушоҳида мерасанд, дар баробари изтироби нарм (32,4%), аммо басомади изтироби муътадил балағд аст (29,4%). Шакли вазнини ҷараёни изтироб дар ЗММ (19,6%) дар муқоиса аз ЗҶММ (6,3%) зиёд аст. Натиҷаҳои ҳосилшуда нишон медиҳанд, ки дар ЗММ ихтилолҳои депрессивӣ бештаранд, ва дар $\frac{1}{4}$ ҳиссаи ҳолатҳо возеҳии ин синдром бо дараҷаи вазнини зоҳир мегардад. Ҳангоми муқоиса кардани моҳиятҳои мутлақ ИПТС дар занҳои интиҳоби умумӣ ($28,7 \pm 9,8$) ва гурӯҳҳои ЗММ ($32,7 \pm 13,5$) ва ЗҶММ моҳиятҳои нисбатан баланд ($26,9 \pm 6,9$) дар ЗММ муайян карда шуд. Бори нахуст исбот карда шуд, ки ЗММ назар ба ЗҶММ то андозаи зиёд ба гирифтани ёрии тиббӣ-психологӣ ниёз доранд.

Тавсияҳои барои истифодабарӣ. Истифодаи натиҷаҳои ҳосилшуда барои оптимизатсияи чорабиниҳои тиббӣ-профилактикӣ бо роҳҳои зерин мусоидат мекунад: баланд бардоштани сатҳи дастрасӣ ба хизматрасонии тиббӣ-психологӣ барои ЗММ, коркарди асноди бисёрсоҳаи меёорӣ ва иттилоотӣ-методӣ оид ба пешгирии ихтилолҳои солимии равонӣ дар занҳо, самтгирии фаъолияти илмӣ-амалии кормандони соҳаи тиб дар бахшанигоҳдории тандурустии ҷамъиятии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ҳалли фасл кардани проблемаҳои солимии равонии занҳо дар маҷмӯъ. Дар раванди таълими макотиби олии истифода намудани тавсияҳои назариявӣ, нуқтаҳои методологӣ, хулоса ва тавсияҳои, ки дар диссертатсия пешниҳод шудаанд, мутахассисони муассисаҳои кумаки аввалияи тиббӣ-санитариро ба ҳалли фасл кардани проблемаҳои солимии равонӣ водор месозанд.

Соҳаи истифодабарӣ: нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ.

ANNOTATION
PIROVA GULCHEKHA DAVRONOVNA
"ASSESSMENT OF THE SOCIAL DETERMINANTS' IMPACT ON THE MENTAL HEALTH
OF THE WIVES OF LABOR MIGRANTS ON THE EXAMPLE OF THE CITY OF
DUSHANBE"

Key words: social determinants, mental health, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, wives of migrants.

Purpose of the study: To assess the impact of social determinants on the mental health of the wives of labor migrants (WLM) and develop evidence-based preventive measures to provide medical and psychological assistance to women with mental health problems in the city of Dushanbe.

Research methods. The study involved 325 married women aged 18 to 45 living in Dushanbe. The subject of the research aimed to study social determinants (SD) and their impact on the mental health of WLM. Modern sociological methods were used to study demographic indicators, identifying the direct and indirect traumatic events, as well as self-assessment of health and health-related life quality's components. The level of physical (and sexual) violence and mental health indicators (anxiety, depression, post-traumatic stress disorder) were assessed using the Hamilton HAM-D, HAM-A and PCL-C-14 scales.

Obtained results and their novelty. For the first time in the Republic of Tajikistan, SDs that affect the WLM in the absence of a migrant husband were identified. As a result of the research, the following SDs were identified: low level of education, low percentage of own housing (32.4%) compared to wives of non-migrants (WNM) (52.5%), more children in WLM's families (2.33 ± 1.3) in relation to the WNM (2.16 ± 1.5). In the absence of their own housing and living with parents and relatives of the husband, there is a more frequent experience of physical or emotional abuse. In the situation of a long absence of a husband, traumatic events occurred more often in WLM's families, which can be considered as a central factor that enhances the influence on a number of determinants on the general health and mental health status of women. Analysis of the frequency and severity of general mental disorders shows that anxiety is most often observed among the WLM (18.6%) along with mild anxiety (32.4%), but the frequency of moderate anxiety is quite high (29.4%). A severe form of anxiety is noted among the WLM (19.6%) compared with the WNM group (6.3%). The obtained results show that depressive disorders are observed more often among the WNM, and in 1/4 of cases, this syndrome is in a severe degree. Comparison the absolute values of PTSD among women of the general sample (28.7 ± 9.8), the group of WLMs (32.7 ± 13.5) and WNM (26.9±6.9), demonstrated significantly higher values among the WLM. For the first time, it has been proven that the WLMs are more in need of medical and psychological assistance compare to the WNM.

Recommendations for use. The obtained results contribute to the optimization of therapeutic and preventive measures by: increasing the availability of medical and psychological services for WLMs, development multidisciplinary regulatory, informational and methodological documents for the prevention of mental health issues among the women, orientation the scientific and practical activities of medical workers in Tajikistan's public health system to address the women's health problems in general. The usage in the educational process of medical universities the theoretical, methodological provisions, conclusions and recommendations, presented in the dissertation, contributes to the focused attention of primary health care's specialists on solving the problems in the area of women's mental health.

Area of application: public health.