

**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**

Диссертация

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности: 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение**

**Научный руководитель: д.м.н.,
профессор Раджабзода С.Р.**

**Научный консультант: д.м.,
профессор Вейн С.М.**

Душанбе -2022

Оглавление

Перечень используемых сокращений и условных обозначений.....	5
Введение.....	7
Общая характеристика работы.....	10
Глава 1. Современные аспекты общих психических расстройств у женщин. Миграционный процесс и медико-социальные проблемы психического здоровья жён мигрантов	17
1.1. Детерминанты общего и психического здоровья.....	17
1.1.1. Социальные детерминанты общего и психического здоровья.....	17
1.1.2. Детерминанты психического здоровья женщин.....	20
1.1.3. Психическое здоровье женщин.....	22
1.2. Современные стратегии решения проблем общего и психического здоровья женщин.....	24
1.3. Миграционный процесс в Республике Таджикистан. Миграция – как дополнительный медико-социальный фактор, влияющий на психическое здоровье жён мигрантов.....	31
1.4. Миграция – как дополнительный социально-демографический фактор, влияющий на психическое здоровье жён мигрантов.....	34
Глава 2. Характеристика обследованных лиц и методы исследования	39
2.1. Характеристика женщин, включенных в исследование.....	39
2.2. Методы исследования.....	40
2.3. Методы статистического анализа результатов.....	45
Глава 3. Социально-демографические детерминанты, влияющие на психическое здоровье и качество жизни женщин	47
3.1. Социально-демографическая характеристика женщин: жён трудовых мигрантов и не мигрантов.....	47
3.2. Психотравмирующие события: частота прямых и непрямых травм у жён трудовых мигрантов; физическое и сексуальное насилие	57

3.3. Самооценка здоровья и связанных со здоровьем компонентов качества жизни у жён трудовых мигрантов.....	64
3.4. Медицинские и другие услуги, связанные со здоровьем женщин и доступ женщин сравниваемых групп к медицинским услугам.....	71
Глава 4. Общие психические расстройства у женщин. Оценка влияния социальных детерминантов на психическое здоровье жён трудовых мигрантов	78
4.1. Общие психические расстройства у женщин: тревожно-депрессивные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства у жён трудовых мигрантов.....	78
4.2. Влияние психотравмирующих событий и социально-демографических детерминантов здоровья на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов	87
4.2.1. Влияние травм (прямых и непрямых) и насилия (за всю жизнь и за прошлый год) на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов.....	87
4.2.2. Влияние социально-демографических детерминантов здоровья на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов	94
4.3. Структура социальных детерминантов, формирующихся у жён трудовых мигрантов. Результаты многомерного анализа значимости социальных детерминантов в развитии общих психических расстройств...	98
4.3.1. Структура социальных детерминантов, формирующихся у жён трудовых мигрантов.....	98
4.3.2. Результаты многомерного анализа значимости социальных детерминантов в развитии общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов.....	101
Глава 5. Обсуждения результатов	106
Выводы.....	121

Рекомендации по практическому использованию результатов.....	122
Список использованных источников.....	124
Публикации по теме диссертации.....	145

Перечень сокращений и условных обозначений

ВАК	Высшая Аттестационная Комиссия
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВУЗ	Высшее Учебное Заведение
ГОУ	Государственное Образовательное Учреждение
ГУ	Государственное Учреждение
ИППП	инфекции, передающиеся половым путём
КЖ	качество жизни
ЛПУ	лечебно-профилактические учреждения
МОМ	международная организация по миграции
ОПР	общие психические расстройства
ПЗ	психическое здоровье
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПР	психические расстройства
ПТСР	посттравматическое стрессовое расстройство
СД	социальные детерминанты
СНГ	содружество независимых государств
СНСД	страны с низким и средним доходом
США	Соединенные Штаты Америки
ТМ	трудовые мигранты
НАМ-А	шкала Гамильтона по выявлению тревоги
НАМ-D	шкала Гамильтона по выявлению депрессии
ИОМ	International Organization for Migration
PCL-C-14	контрольный список посттравматических стрессов для

	гражданского населения
R	коэффициент корреляции
R ²	коэффициент множественной регрессии
SF-12 и SF-36	short-form health survey - краткая форма оценки качества жизни (с 12 или 36 шкалами)
t	критерий достоверности (доверительный коэффициент)
The Harvard Trauma Questionnaire	Гарвардский вопросник о травмах

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 указывают, что бедные и маргинализованные группы населения, особенно женщины, в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД), подвергаются большему риску развития общих психических расстройств [Lund C. et al., 2010; Решетников М.М., 2015; 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 [Гаибов 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 детерминант, 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», проведённой ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», при сотрудничестве

исследовательского центра «ПРИЗМА» города 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. Исследование 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 жен 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 отсутствие 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 жён трудовых мигрантов 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.

Глава 1. Современные аспекты общих психических расстройств у женщин. Миграционный процесс и медико-социальные проблемы психического здоровья жён мигрантов

1.1. Детерминанты общего и психического здоровья

Современные представления определяют здоровье как состояние полного физического, психологического и социального благополучия, считающееся оптимальной предпосылкой для благополучной, в плане здоровья, жизни человека. Однако в реальности о полном благополучии трудно говорить, так как социальная среда предъявляет разнообразные, иногда не согласующиеся друг с другом требования, которые могут превышать интеллектуальные возможности личности, системы ее психической адаптации [6, 70, 75, 106, 174].

1.1.1. Социальные детерминанты общего и психического здоровья

Социальные неравенства являются причиной значительной доли бремени болезней. Разница между странами с самой низкой и самой высокой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении составляет 16 лет, при этом имеются также различия между продолжительностью жизни мужчин и женщин [111, 115, 176, 175].

По показателю материнской смертности страны с наиболее низким и наиболее высоким уровнем различаются в 42 раза. Такое распределение здоровья и ожидаемой продолжительности жизни в странах свидетельствует о наличии значительных, устойчивых и устранимых различий в возможностях быть здоровым и в риске заболеть и преждевременной смерти. В основе многих из этих различий лежат социальные детерминанты. К сожалению, социальные неравенства в отношении здоровья в странах и между странами по-прежнему сохраняются, а в большинстве случаев и увеличиваются [10, 11, 79, 80, 81, 123].

Крайние проявления неравенства в отношении здоровья существуют также и внутри стран. Эти неравенства также обусловлены поведением людей в отношении собственного здоровья, в том числе табакокурением и употреблением алкоголя, рационом питания и уровнем физической активности, а также наличием нарушений психического здоровья. Многие из этих неравенств могут быть устранены с помощью мер воздействия на социальные детерминанты здоровья [13, 33, 117].

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья сделала вывод, что социальная несправедливость убивает людей в массовых масштабах, и поэтому принятие мер в отношении этих форм несправедливости является морально-этическим императивом. Проявления несправедливости в отношении здоровья позволяют судить о добросовестности и уровне социальной справедливости в обществе, что, в свою очередь, свидетельствует об эффективности системы государственного управления. Масштабы и характер проявлений социальной несправедливости в странах обусловлены социальными, экономическими, политическими, экологическими и культурными факторами в данном обществе – социальными детерминантами здоровья. На них в значительной степени влияют политические и инвестиционные решения, и их выраженность на протяжении жизни каждого человека может либо возрастать, либо сокращаться. Они также приводят к значительным потерям социального и производственного капитала [86, 172].

Несправедливость в отношении здоровья является серьезной проблемой, препятствующей реализации ценностей здоровья как права человека, и подрывающей потенциал развития данной страны [86, 172].

Имеющие место в рамках социальных систем взаимодействия между четырьмя реляционными аспектами власти – социальным, политическим, экономическим и культурным – и свойственный им неравный доступ к власти и ресурсам приводят к разной подверженности воздействиям в зависимости, например, от пола, этнической и классовой принадлежности, образования и

возраста. Эти различия снижают способность людей (биологическую, социальную, умственную и экономическую) защитить себя от таких обстоятельств, в результате чего наносится ущерб здоровью и ограничивается их доступ к медицинским и другим услугам, а также к ресурсам, важным для защиты и укрепления здоровья [26, 33].

Эти процессы порождают социальную несправедливость в отношении здоровья, которая в свою очередь способствует еще большему росту социальной несправедливости с точки зрения подверженности действию неблагоприятных факторов и способности защититься от них, и усиливает социальное расслоение [37, 61, 121].

Участие в экономических, социальных, политических и культурных отношениях имеет внутренне присущую ценность, а ограничение участия негативно влияет на здоровье и благополучие людей. Такие ограничения приводят к другим формам депривации, например, к исключению из рынка труда или участию в нем на неблагоприятных условиях, приводя к низким доходам, что в свою очередь, приводит к таким проблемам, как плохое питание или жилье, результатом чего является нездоровье [28, 29, 31].

Равное участие мужчин и женщин в социальной архитектуре пока не стало действительностью во многих регионах мира [8, 94].

Непропорционально велика доля женщин, работающих неполный рабочий день, женщины получают меньше за равный труд и выполняют большинство неоплачиваемых работ. Женщинам принадлежит значительно меньше мест в парламентах и руководящих органах (от 10 % до 45 % в разных странах) [61, 71, 130].

Существующие сегодня неприемлемые различия в состояниях здоровья и нездоровья между странами и внутри стран будут увеличиваться и дальше, если не принять срочных мер для борьбы с несправедливостью в отношении социальных детерминантов здоровья и решения этой проблемы.

1.1.2. Детерминанты психического здоровья женщин

Многочисленные социальные, психологические и биологические факторы определяют уровень психического здоровья человека в каждый данный отрезок времени его жизни. Нередко люди, особенно женщины, становятся уязвимыми перед проблемами с психическим здоровьем в связи с особыми личностными и психологическими факторами [92, 158].

Однако, как наиболее частые факторы риска для психического здоровья женщин признаны насилие (физическое и сексуальное), устойчивое социально-экономическое развитие, быстрая динамика социальных условий, гендерная дискриминация, социальное отчуждение, нездоровый образ жизни, нарушение прав и физическое нездоровье человека [9, 64, 147].

В странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) женщины несут непропорционально высокое бремя общих психических расстройств, особенно депрессии, тревожности и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [133, 171].

Несколько исследований указывают на то, что бедные и финансово-необеспеченные группы населения, особенно в странах с низким и средним доходом, подвергаются большему риску получения общих психических расстройств [62, 96, 139].

Женщины в странах с низким и средним доходом, сталкивающиеся с тяжелыми условиями жизни, бедностью, низким уровнем образования, гендерным неравенством, социальной изоляцией, конфликтами и стихийными бедствиями, подвержены влиянию основных социальных детерминантов общих психических расстройств [1, 2, 4, 87, 158].

Было продемонстрировано, что гендерное неравенство и подверженность насилию со стороны интимных партнеров являются факторами риска распространенных психических расстройств у женщин в странах с низким и средним доходом, а нередко и в развитых странах [99, 115, 124, 148].

Обследование населения в Индии выявило связь неблагоприятного гендерного фактора и репродуктивного здоровья с распространенностью общих психических расстройств среди женщин в общей популяции. Гендерное неравенство влияет на степень контроля женщин над детерминантами своего здоровья в зависимости от их социального и экономического положения, доступа к ресурсам и поддержки в обществе [55, 112, 127].

Многие женщины в странах с низким и средним доходом имеют общие психические расстройства, и есть некоторые сообщения о насилии со стороны интимного партнера, самоубийствах путем отравления и самосожжения [101, 118, 119, 107]. Значительная часть проблем психического здоровья в странах с низким и средним уровнем доходов может быть связана с насилием [107].

В очагах конфликтов и миграции населения, в результате дезорганизации систем здравоохранения, доступа к медицинской помощи, а также применения изнасилований и других форм насилия в качестве средств ведения войны, на женщин и девочек приходится непомерные страдания [88, 113, 155].

Насилие в семье широко распространено в Таджикистане, как в отношении жен мигрантов, так и для жен не мигрантов. От одной трети до половины женщин регулярно подвергались физическому, психологическому или сексуальному насилию со стороны своих мужей или их родственников [89, 119].

Данные ВОЗ (2017) свидетельствуют, что причинение себе вреда, в том числе и самоубийство, связанные с депрессивными расстройствами, было второй по значимости проблемой среди женщин в возрасте 15-29 лет, хотя в глобальных масштабах она имеет место на протяжении всей жизни [178, 165].

Согласно данным ЮНИСЕФ (2013), уровень самоубийств среди женщин увеличился на 176% в период с 2008 по 2010 год, с 1,9 до 5,2 на 100 000 [160].

Таким образом, в современном обществе гендерные факторы риска (неравенство доходов, низкий социальный статус, ответственность за воспитание детей и заботу о других членах семьи, гендерное насилие,

физическое, сексуальное и психологическое насилие в семье), наряду с социально-экономическими недостатками, выступают как основа широкой распространенности психических расстройств (тревожность, соматические симптомы, депрессия) у женщин.

Психические расстройства являются наиболее важной причиной бремени болезней и наиболее частой причиной инвалидности. Ежегодно от наиболее распространенных психических расстройств (депрессия и тревожные расстройства) страдает каждый четвертый человек в сообществе. Вместе с тем, около половины лиц, страдающих психическими расстройствами, не получают никакой медицинской помощи.

Основными причинами, почему люди не обращаются за помощью, являются стигматизация и дискриминация [44]. Наиболее эффективным вмешательством является внедрение стратегии предупреждения развития психических расстройств и обеспечения справедливого доступа к качественным услугам в данной области. Женщины в Таджикистане нуждаются в услугах по сохранению психического здоровья, но стратегия развития этих услуг должна основываться на фактических данных.

1.1.3. Психическое здоровье женщин

Неотъемлемой частью здоровья является психическое здоровье, то есть, психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств; без психического здоровья нет здоровья в целом. Состояние благополучия, в котором человек может реализовать свои способности, может продуктивно работать, вносить вклад в своё общество и противостоять обычным жизненным стрессам, которое в целом, является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества - характеризует психическое здоровье [17, 170].

Согласно результатам эпидемиологических исследований, женщины примерно в 2 раза чаще страдают тревожно-депрессивными расстройствами. В

стрессовых ситуациях они чрезмерно считают себя ответственными за неблагоприятный исход, что приводит к срывам адаптационных механизмов [40, 57, 58].

Согласно данным ВОЗ, депрессии в большей степени подвержены женщины (5,1%), чем мужчины (3,6%) [21, 104]. Отмечено, что униполярная депрессия в 2 раза чаще развивается у женщин [173].

Многочисленные социальные, психологические и биологические факторы определяют уровень психического здоровья человека в каждый данный отрезок времени его жизни. Медико-социальная помощь – это комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий; это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения. Целью медико-социальной помощи является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием [49, 50].

В отношении женщин – это жёны трудовых мигрантов, в связи с конфликтами и жестким обращением в семье, отсутствия определенного места жительства, материальной необеспеченности и т.п. Нередко люди, особенно женщины, становятся уязвимыми перед проблемами с психическим здоровьем в связи с особыми личностными и психологическими факторами, и другими гендерно-ориентированными особенностями [51, 158].

Процессы регуляции эмоций являются фактором психологического здоровья человека. Так, по данным из разных источников, от 40 до 75% психических расстройств характеризуются проблемами с регуляцией эмоций [52, 116].

Примером сверх длительного переживания эмоции могут служить специфические фобии, а в качестве примера кратковременности эмоционального состояния рассматривают сниженную способность к

переживанию позитивных эмоций при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) [151].

Женщины часто пренебрегают проблемами собственного здоровья, отдавая приоритет заботе о детях и других членах семьи [46]. Это одна из наиболее распространенных причин несвоевременной диагностики общих психических расстройств у женщин, наряду с другими гендерными и культуральными факторами присущие той или иной общине, стране или социуму.

Несмотря на ежегодно принимаемые Правительством Республики Таджикистан программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи, с определением видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых гражданам бесплатно, и порядка ее финансирования за счет бюджетов всех уровней, - менее половины женщин с психоэмоциональными расстройствами получают профильную медицинскую помощь в течение первого года заболевания. Это может быть связано как с личностными особенностями женщин на фоне психических расстройств, так и с материально-жилищными проблемами [14].

Доступ женщин к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья может ограничиваться гендерными стереотипами и социально-экономическими барьерами в доступе к этим службам [34, 54].

Общие психические расстройства, чаще всего у женщин, являются ведущей причиной инвалидности в области психического здоровья и данный факт является темой особого внимания для специалистов системы здравоохранения в глобальном масштабе [84, 171].

1.2. Современные стратегии решения проблем общего и психического здоровья женщин

Можно разработать ряд стратегий в отношении мер, предпринимаемых на основных этапах жизни человека для решения проблем, связанных с несправедливостями в отношении здоровья и их социальными детерминантами.

Определение частоты, выраженности нарушений общего и психического здоровья, механизмов их развития среди уязвимых групп населения с установлением значимости психосоциальной реабилитации может установить уровни функционирования современных её моделей: макросоциальный уровень, уровень ближайшего окружения пациента, уровень самого пациента [30, 39, 83, 157].

При планировании и разработке моделей психосоциальной реабилитации уязвимых групп населения важную роль играет установление различных видов правовой защиты и, в зависимости от динамики психического расстройства и уровней социальной адаптации, формы поддержки как опека, попечительство и патронаж [24, 100, 109].

Охрана материнства и детства. Для обеспечения охраны материнства и детства требуется широкий круг вмешательств в разных секторах, а не только в секторе здравоохранения [12, 27, 45, 48, 177].

К числу важных мер политики относятся обеспечение минимально необходимого уровня жизни; возможности выбора в отношении репродуктивной жизни; охрана беременных женщин на работе; обеспечение возможности матерям возвращаться на работу; предоставление родителям гибкого рабочего графика и отпуска по уходу за ребенком; содействие гендерному равенству. Такие стратегии, в силу своей экономической, общественной и правовой составляющей, требуют широкого участия государства, частного сектора и негосударственных организаций [12, 19, 136, 150].

Кроме того, секторы здравоохранения, образования, социальной защиты, труда и занятости несут совместную ответственность за здоровье и развитие детей и подростков. В связи с этим, необходимо пересмотреть нормативно-

правовую базу и систему стратегических целей и принципов в контексте стратегии по охране здоровья среди данной категории населения с целью гармонизации всеобщих усилий [63, 67, 128, 161, 156].

Появляется также все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что инвестирование в развитие ребенка в раннем детстве – это одна из самых действенных мер, которые могут быть предприняты государствами для снижения постоянно растущего бремени хронических болезней и улучшения здоровья населения [25, 32].

Таким образом, из-за достаточно высоких показателей младенческой и материнской смертности, усилия государств региона, главным образом, сфокусированы на охране материнства и детства, в связи с чем ряд программ касаются репродуктивного здоровья женщин. Однако, более широкие, но в то же время актуальные вопросы, связанные со здоровьем женщин, в том числе состояние их психического здоровья, депрессивные и стрессовые расстройства и их предикторы, как и насилие в отношении женщин, недостаточно учтены в контексте практических национальных программ и соответствующего государственного финансирования [164].

Из-за малоизученности разносторонних факторов, влияющих на психическое здоровье женщин, на современном уровне развития общества возникла необходимость проведения комплексных исследований в различных когортах женского населения, особенно жён мигрантов. При этом, скорее всего, возникла необходимость реорганизовать систему здравоохранения, унаследованную от советских времен, ориентированную, в основном, на лечебные мероприятия, на профилактические и реабилитационные мероприятия с расширением государственных программ по психическому здоровью женщин, с вовлечением различных слоев общества в их разработку и реализацию, что, несомненно, может оказать существенный прогресс на ситуацию в этой области [34, 76, 164].

Эффективными мерами могут быть такие вмешательства на уровне общественного здравоохранения, как гигиена труда, скрининг и информирование. Жёны мигрантов с нарушениями психического здоровья должны выявляться в первичном звене медико-санитарной помощи. Особую трудность представляет обеспечение ранней диагностики депрессии и предупреждение самоубийств путем реализации программ вмешательств на уровне местных сообществ и представления таких услуг, как службы телефонных консультаций в критических ситуациях и служб консультативной поддержки.

Помощь пострадавшим от гендерного насилия оказывается, как государством, так и организациями гражданского общества через поддержку и кризисные центры, которые предлагают кров, а также юридические и психологические консультации.

Общественная среда: социальные детерминанты и ресурсы здоровья. Повышение устойчивости к внешним негативным воздействиям рассматривается как ключевой фактор в защите и укреплении здоровья как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Здоровье любого человека тесно связано со здоровьем сообщества. Местные общины играют ключевую роль в осуществлении мер по укреплению здоровья и профилактике болезней, а также в обеспечении полноценного включения людей, страдающих хроническими заболеваниями, и людей с ограниченными возможностями в жизнь общества. Эта роль формируется под влиянием комплексных взаимоотношений между различными факторами природной, искусственной и социальной среды.

Стратегические меры, направленные на оздоровление средовых условий, помогают сообществам и их членам активно пользоваться своими правами и возможностями в интересах поддержания здоровья. В условиях быстро меняющейся окружающей среды, главным в поддержании здоровья населения является постоянное сосредоточение всех усилий на улучшение условий жизни

и труда. На макроуровне, социально-экономическая политика должна создавать такие условия внешней среды, при которых люди во все периоды своей жизни имели бы больше возможностей полностью реализовать свой потенциал здоровья. На микроуровне весьма действенными могут быть меры, инициируемые в конкретных социальных условиях, в которых люди живут, общаются, работают и отдыхают – дома, в школе, на работе, в местах проведения досуга [135, 162, 171].

Такие инновации помогут гражданам и сообществам выявлять доступные ресурсы для надежного решения местных задач и обеспечивать более эффективное использование внешней поддержки со стороны социальных служб. Полезное значение для здоровья и социальной справедливости имеет наличие адекватной системы социальной защиты. Расходы государства на социальные нужды оказывают существенное влияние на уровень бедности, который, в свою очередь, ассоциируется с более высокой смертностью, особенно среди женщин и детей, и в первую очередь – среди женщин с низким уровнем образования. Таким образом, социальная защита и поддержка существенно влияет на здоровье населения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов [91, 130, 142, 138].

Обеспечение работой уязвимых групп населения. Работа обеспечивает возможность получения доходов, повышения авторитета и ощущения своей значимости, а также позволяет принимать участие и вносить вклад в жизнь общества в качестве его полноправного члена. Отсутствие работы фактически исключает человека из жизни общества и лишает его тех благ, которые дает занятость [20, 163].

В то же время за последние годы в ряде стран уровень безработицы, особенно среди молодых работников, резко возрос вследствие волны экономического кризиса. Каждая страна должна стремиться к снижению воздействия на людей нездоровых и небезопасных условий труда, обеспечить условия здоровой рабочей среды с улучшением психосоциальных условий для

снижения стресса. Социально-экономическое развитие общества требует сбалансированного вовлечения мужчин и женщин в рынок труда и всецелого участия в семейной жизни, поскольку это сказывается на росте экономики и наличии рабочих мест, вовлечении в жизнь общества уязвимых групп населения [66, 143].

Для достижения этих целей нужно реализовывать широкомасштабные социальные программы в секторах образования, занятости населения, здравоохранения и социального обеспечения, чтобы дать мужчинам и женщинам реальные шансы в жизни и возможности выбора [41]. Хотя некоторые из этих стратегий могут осуществляться на национальном уровне, другие могут быть легче всего выполнены на местном уровне, но в контексте более широкой общегосударственной стратегии или плана здравоохранения [114].

Здесь есть также и международный аспект, связанный с ростом численности мигрантов, занятых в сфере услуг по уходу, многие из которых работают в частных домашних хозяйствах без какой-либо социально-правовой защиты и официального признания [120, 166].

К числу стратегий, содействующих вовлечению мигрантов и/или жён мигрантов в жизнь общества, относятся меры борьбы с дискриминацией [23]; стратегии в области образования, в которых уделяется особое внимание потребностям мигрантов и/или жён мигрантов; стратегии в области занятости, направленные на устранение препятствий для выхода на рынок труда; стратегии в области социальной защиты; стратегии в области жилья и окружающей среды, имеющие целью улучшение условий жизни и стратегии в области здравоохранения, направленные на обеспечение справедливого доступа к услугам [82, 95, 131].

Наиболее эффективным вмешательством на популяционном уровне с точки зрения соотношения затрат и результатов является создание рабочих мест либо в государственном секторе, либо с помощью стимулов к расширению

частного сектора. Растущий интерес представляет взаимосвязь между занятостью и психическим здоровьем, поскольку хорошее место работы благотворно влияет на состояние здоровья и его факторов (такие как высокий уровень жизни, самоутверждение, участие в жизни общества).

Меры, принимаемые на всех этапах жизни человека, должны быть направлены на решение проблем, связанных с разными ролями и нормами, которые общество закрепляет за мужчинами и женщинами с момента их рождения, и на преодоление неравного распределения власти и ресурсов, вытекающего из этих ролей и норм.

Информирование населения о комплексе социальных факторов, влияющих на психическое здоровье жён трудовых мигрантов. В последнее время участие населения в работе системы здравоохранения на местах стало одним из основных приоритетов. Участие населения важно, как отдельному человеку, так и сообществам, организациям и обществу в целом. Сам процесс участия дает возможность отдельным жителям и сообществам осознать ситуацию, в которой они находятся, и получить больший контроль над факторами, влияющими на их жизнь, что дает ощущение роста благополучия и качества жизни.

Информирование и мобилизация общества занимает особое место по профилактике психических расстройств. Важным является формирование потребности в сохранении психического здоровья населения и широкое информирование о доступных средствах профилактики психических расстройств.

Успешная реализация стратегии профилактики и продвижения психического здоровья на практике возможна лишь путем непрерывного информирования и просвещения населения, при участии средств массовой информации и активной социальной позиции профессионалов [16].

Медицинские работники, осуществляющие деятельность по повышению уровня информированности населения, должны понимать, что явление

«трудовая миграция» обычно сопровождается насилием, стигмой, дискриминацией, которые могут привести к нарушению психического и физического здоровья жён трудовых мигрантов. Они должны осознавать важность каждого компонента и делать акцент на эффективную борьбу, как с предотвратимой проблемой общественного здравоохранения.

1.3. Миграционный процесс в Республике Таджикистан.

Миграция – как дополнительный медико-социальный фактор, влияющий на психическое здоровье жён мигрантов

Таджикистан - страна с высоким уровнем миграции и низким средним уровнем доходов в Центральной Азии. Таджикистан - одна из самых бедных из бывших советских республик. Современное социально-экономическое развитие Таджикистана невозможно представить без внешней трудовой миграции, когда одна четверть взрослого мужского населения страны, в основной возрастной группе от 25 до 55 лет, длительное время проживает за границей без жён и семьи. Основная причина миграции связана с нестабильной экономической ситуацией, приведшей к высокому уровню безработицы в стране, вследствие этого трудовая миграция за рубеж является основным источником дохода значительной части населения [136].

Известно, что незначительная часть стран, где проживает 9% населения планеты, располагают более 40% мирового дохода. Согласно расчётам специалистов, в мире имеет место несбалансированное наличие и использование всеобщего ресурсного потенциала. Отчасти в этой связи, миграционный процесс рассматривается как «условие создания фундамента будущего устойчивого роста капитала, перспективного развития и улучшения темпов и пропорций региональной экономики» [13, 42].

Миграция стала одной из основных стратегий экономического выживания населения в Таджикистане. Отмечается неуклонный рост

количества мужчин из Таджикистана, мигрирующих за рубеж для работы. В 2010 году количество трудовых мигрантов из Таджикистана составило более 700 000, то есть мужчины оставили свои семьи на длительное время [5]. Хотя данная цифра меняется из года в год, однако данный феномен является постоянным для реалий страны.

В Таджикистане «...основными факторами внешней трудовой миграции в условиях высокой рождаемости, многодетности, низкой занятости, падения доходов и покупательной способности большей части жителей страны являются: а) демографический рост; б) уменьшение полезных площадей на душу населения; в) преобладание горных территорий (93,0%) в общей территории республики; г) слабая материально-техническая база производства и отсутствие отраслей промышленности; д) приватизация объектов народного хозяйства и рост частной собственности. В ряде городов РФ постепенно формируются, хотя и немногочисленные, таджикские торговые меньшинства. Их главным притягивающим фактором является наличие больших рынков с мощной неформальной инфраструктурой, где относительно легко внедряются «челноки» с их небольшим денежным оборотом, мобильностью и динамичностью» [43].

Следует также отметить, что в странах постсоциалистического пространства, как и в Таджикистане, на фоне реализации механизмов рынка развивался так называемый «переходный кризис». В связи с ослаблением (или параличом) производственного сектора и разрушением денежной системы, снизился жизненный уровень большинства населения [65, 90].

Наряду с этим, в росте миграции населения немаловажную роль играет политика заработной платы, которая сложилась в годы суверенитета, и во всех сферах национального хозяйства является относительно низкой, по отношению к понятию о «достойной заработной плате». Достойной считается заработная плата отдельного работника, который сможет «скромно, но достойно содержать семью с неработающей женой и ребенком» [24].

Для трудовых мигрантов из Таджикистана основной страной назначения является Российская Федерация, где число легально работающих граждан Таджикистана составляло (на первое полугодие 2017 года) около 415 000 человек [3].

Однако в преобладающем большинстве случаев мигранты из Таджикистана заняты на низкоквалифицированных работах, например, в строительстве, жилищно-коммунальном хозяйстве, в сфере общественного питания, торговле [72, 103].

Считается доказанным, что существующая практика экспорта неквалифицированной рабочей силы обеспечивает стране факторный доход и ориентирована лишь на экспорт рабочей силы как факторного ресурса экспортного потенциала страны, но в то же время свидетельствует о неразвитости национального рынка труда [145, 68, 104].

Как правило, мужчины покидают свою страну в поисках работы и, уезжая за границу, оставляют своих жену и детей временно без соответствующей финансовой и/или социальной поддержки в надежде скоро достаточно зарабатывать, нередко этот период затягивается. Получается, что только небольшая часть мигрантов продолжают поддерживать свою семью (жену и детей) морально и финансово, однако преобладающее большинство из них такую возможность не имеют или заводят новые семьи.

Такая нарастающая тенденция поведения мигрантов создала в Таджикистане проблему «брошенных жён трудовых мигрантов», которая диктует необходимость повторной интеграции жён мигрантов в социально-экономическую жизнь общества [50, 56].

На жён трудовых мигрантов одновременно, комплексно воздействует ряд факторов, определяющих психологическое состояние, отрицательно влияющих на уровень психического здоровья. Такая ситуация продолжается до настоящего времени, хотя женское психическое здоровье было объявлено

приоритетным направлением деятельности Всемирной психиатрической ассоциации на период 2017-2020 гг. [15, 42, 60].

1.4. Миграция – как дополнительный социально-демографический фактор, влияющий на психическое здоровье жен мигрантов

Уязвимостью иногда считают просто отсутствие у отдельных людей способности к восстановлению физических и/или душевных сил, или устойчивости к внешним воздействиям. Понятие уязвимости касается как неблагоприятного воздействия социальных факторов, так и нарушений здоровья; она возникает в результате процессов социального отчуждения, которые действуют во всем обществе по-разному и создают социальный градиент здоровья. Меры воздействия должны быть направлены на выявление отдельных лиц и групп населения, которые исключены из жизни общества, и принимать их во внимание как при проведении исследований, так и при выработке политики. К одной из конкретных уязвимых групп населения относятся оставленные на родине жёны мигрантов и их дети [36, 97, 98, 134, 152].

Одной из основных стратегий экономического выживания в странах с низким и средним уровнем доходов стала миграция, которая влияет на физическое и психическое здоровье тех, кто остался дома [128, 141, 150, 159, 167, 180]. Наблюдаемая массовая миграция мужского населения молодого и среднего возрастов, как правило, ухудшает материальное и морально-эмоциональное положение оставленных на родине женщин и детей [19, 69].

Чаще всего мужчины покидают свою страну происхождения временно или постоянно в поисках работы, по крайней мере, первоначально с намерением отправить деньги (денежные переводы) домой своим семьям. Жёны мигрантов репродуктивного возраста подвергаются разлучению со

своими мужьями, насилию внутри и вне дома, часто заражаются инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП) их супругами [89, 105, 122].

Женщины часто остаются без финансовой или социальной поддержки, что делает их уязвимыми для депрессии, самоубийств и домашнего насилия со стороны периодически возвращающихся мужей или их родственников [73, 126, 141, 167, 180]. Эти женщины сталкиваются с высокой степенью стигмы в сообществах со значительными препятствиями в доступе к ресурсам служб психического здоровья [142, 149].

Оставленные женщины трудовых мигрантов в Таджикистане зачастую подвержены довольно жесткому обращению со стороны родственников мужа. Кроме того, жены мигрантов подвержены высокому риску заражения инфекцией, передающейся половым путем (ИППП) со стороны своих супругов по их возвращению домой. Нередко они испытывают высокую степень стигмы, определенный стыд перед обществом и нехватку ресурсов для получения психиатрических услуг [49, 53, 89, 146].

В целом, у женщин в Таджикистане встречается высокий уровень стрессогенных ситуаций, отсутствие поддержки со стороны своих мужей, плохие жилищные условия и семейные проблемы. Насилие в семье - достаточно широко распространённое явление в Таджикистане. Было отмечено, что уровень самоубийств среди женщин из-за семейных проблем увеличился с 1,9 до 5,2 на 100000 населения в течение нескольких лет и данная тенденция сохраняется [35, 47, 77].

В связи с отсутствием мужей, женам трудовых мигрантов приходится брать на себя ответственность за воспитание детей, возделывать землю, решать многочисленные бытовые и экономические проблемы, и при этом оставаться под надзором родителей мужа или своих родственников. Оставленные трудовыми мигрантами женщины живут в бедности, в неадекватных жилищных условиях, питаются тем, что сами выращивают, и изредка получая помощь от мужа или родственников [125, 136].

При этом от 30% до 50% оставленных жен со стороны мужа или его родственников подвергаются физическому или сексуальному насилию в семье, которые наносят женщине тяжёлую моральную травму и как результат могут привести к дистрессу, депрессии и в отдельных случаях, даже к самоубийству [78, 125, 136].

Понятие «моральной травмы» было введено в 90-е годы XX века на основании анализа военного опыта ветеранов войны во Вьетнаме. Под «моральной травмой» понимается переживание тяжелого дистресса в связи с тем, что человек совершил, не предотвратил, был свидетелем или узнал о действиях (или их отсутствии), которые противоречат базовым моральным убеждениям; при этом действия привели к тяжелым последствиям, возможно, к развитию осложнений, потере близких, разрыву отношений.

Многочисленные исследования указывают на роль моральной травмы в развитии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). При этом, если при классической травматизации, связанной со страхом и ужасом, эмоции переживаются во время травматической ситуации, то в случае моральной (психической) травмы мучительные чувства возникают в полном объеме после ее завершения и нередко в течение длительного периода времени.

Круг лиц, подвергающихся воздействию моральной травмы, не ограничивается военными: в обычной жизни люди переживают предательства и измены; делают профессиональные ошибки; неумышленно совершают действия, которые причиняют вред другим, например, окружающим, родным. Стыд и самообвинение, а также обида и утрата доверия к себе, к окружающим в этих случаях требуют специальной внутренней работы, а иногда и дополнительной помощи, так как можно наблюдать развитие психических расстройств (депрессии, ПТСР, усиление созависимостей) [168].

В целом, трудовая миграция мужского населения формирует детерминированные риски (психическое насилие, физическое насилие, стигма, дискриминация), которые влияют на психическое здоровье жён мигрантов.

Исследования последних лет в этой области показали, что необычайно широкая распространенность психических расстройств у женщин (депрессии, беспокойства, соматические симптомы) в значительной степени связаны с взаимосвязанными и сопутствующими факторами риска, такими как гендерные роли, стрессоры и негативные жизненные события. Гендерные факторы риска частоты общих психических расстройств, которые напрямую влияют на женщин, включают гендерное насилие, социально-экономические недостатки, неравенство доходов, низкий социальный статус и ответственность за заботу о других [118, 119, 149].

Насилие в семье является одним из важных негативных факторов риска, существующих в нашем обществе [38].

Высокая распространенность сексуального насилия, которому подвергаются женщины, и соответственно, высокий уровень посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) вследствие насилия, делают женщин самой большой субпопуляцией, затронутой этим расстройством [59].

Учитывая ментальные особенности нашего населения, отношение большинства граждан к психиатрии, можно с уверенностью сказать, что цифры реальной распространённости психических и поведенческих расстройств далеки от официальной статистики. Это требует новых подходов/методологий работы на уровне махаллинских советов, которые должны быть воспринимаемыми населением и приемлемыми с точки зрения простоты, эффективности, малозатратности и дальнейшей устойчивости.

Таким образом, важным и дополнительным фактором риска развития психических расстройств у женщин можно считать внешнюю трудовую миграцию части взрослого мужского населения Таджикистана (молодого и среднего возрастов), с длительным проживанием за границей без жен.

Оставленные трудовыми мигрантами женщины, чаще всего, живут в бедности, в неадекватных жилищных условиях и могут подвергаться

физическому, психологическому или сексуальному насилию в семье или вне дома. Влияние такой долговременной негативной психосоциальной атмосферы на психическое здоровье жён трудовых мигрантов в Республике Таджикистан фактически не изучено.

Своевременное выявление и сокращение высокого уровня психических нарушений будет в значительной мере способствовать уменьшению глобального уровня инвалидности, вызванного общими психическими расстройствами женщин репродуктивного возраста.

Это требует проведения исследований по изучению состояния психического здоровья жён трудовых мигрантов, с целью разработки обоснованных медико-социальных мер профилактики расстройств психического здоровья в конкретной группе населения – у жён мигрантов Республики Таджикистан.

Глава 2. Характеристика обследованных лиц и методы исследования

Осуществлено социологическое исследование, посвящённое изучению общих психических расстройств у 325 женщин репродуктивного возраста, из которых 102 - жёны мигрантов и 223 – жёны не мигрантов. Проведена оценка влияния многоуровневых социальных детерминантов на психическое здоровье и препятствий для оказания медико-психологической помощи женщинам. Были применены инструменты социологических, эпидемиологических и статистических исследований.

Исследование проведено путём анкетирования, с использованием специальных адаптированных вопросников, с дальнейшей статистической обработкой полученных данных.

2.1. Характеристика женщин, включенных в исследование

Среди таджикских женщин репродуктивного возраста, проживающих в Душанбе и посещающих городской центр здоровья, проведено описательное исследование общих психических расстройств.

Критерии включения: 1) возраст от 18 до 45 лет; 2) замужем; 3) может дать письменное информированное согласие; 4) отсутствует тяжёлая соматическая патология.

Набор женщин для включения в исследование проводился квалифицированным врачом и медсестрой путем обращения к каждой третьей женщине, посетившей Центр здоровья. При отказе женщины выбирали следующую женщину, которая соответствовала критериям включения.

При этом в отдельной комнате врач и медсестра знакомили женщин с целью и методами исследования и выбрали тех, кто:

- 1) соответствовали критериям включения;
- 2) смогли дать информированное согласие.

Анкетирование женщин проводилось сразу же после их согласия участвовать в исследовании. Набор проводился ежедневно, пока не было набрано и включено в исследование 325 женщин.

Учитывая высокий уровень миграции в Таджикистане и других странах с низким и средним уровнем дохода, мы сочли важным сравнить психические расстройства среди жен мигрантов и не мигрантов.

2.2. Методы исследования

В исследование были включены данные изучения демографических показателей, инвентаризации прямых и непрямых травматических событий, самооценки физических и связанных со здоровьем компонентов качества жизни, уровней физического (и сексуального) насилия и влияния социальных детерминантов на психическое здоровье жен трудовых мигрантов.

Перед сбором данных врачи и медсестры, участвовавшие в исследовании, были обучены использованию вопросников и краткому инструктажу женщин по каждому вопроснику. Женщины прошли 60-минутное собеседование с заполнением вопросников.

Демографические показатели изучались по специальным вопросникам (SAFES, CHAMP), состоящим из 22 пунктов, где включены вопросы по уровню образования, месту проживания женщин, количеству людей совместного проживания (включая детей), количеству работающих/занятых женщин и статус мужа – мигрант или нет.

Для установления получаемого объема медико-психологической помощи женщинами в анкеты была включена такая информация, как обращаемость в медицинские учреждения (в медицинские учреждения, к семейному врачу, к знахарю, народному целителю и т.д.), приверженность к сохранению своего здоровья, материальная обеспеченность и другие причины, препятствующие получению медико-психологической помощи с последующим сопоставлением вариантов ответа с самооценкой общего самочувствия. Очень важно, что

вопросы, включённые в данную анкету, могут определить не только частоту обращений женщины в лечебные учреждения или к целителям в связи с психическими расстройствами, но могут также определить степень приверженности женщины к лечению и её отношение к своему здоровью.

Образование ранжировали следующим образом: начальное, среднее, колледж, незавершенное высшее и высшее образование – соответственно присваивалось от 1 до 5 баллов. Особенности местожительства (жильё) – собственное, съёмное, дом или квартира родителей (семейная собственность) ранжировано соответственно от 1 до 3 баллов. Инициативность - учится на курсах или имеет желание – ответы «да» или «нет» ранжировано соответственно 1 или 2 балла.

Качество жизни изучено при анализе результатов самооценки физических и связанных со здоровьем компонентов качества жизни по шкале SF-12 (сокращённый и адаптированный вариант шкалы SF-36). Данная шкала включает вопросы, уточняющие оценку таких личностных особенностей, как физическое функционирование, ролевые ограничения из-за физических и эмоциональных проблем со здоровьем, телесная боль (дискомфорт), общее состояние здоровья и психическое здоровье (в том числе, психологический дистресс и психологическое благополучие), жизнеспособность и социальное функционирование [102]. При анализе показателя (субшкалы) самооценки состояния здоровья, установленного по данной шкале, степень ухудшения самооценки здоровья ранжирована по нарастающей: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное и плохое – соответственно от 1 до 5 баллов соответственно.

Физическое функционирование определяется по 6 вопросам с вариантами ответов от 2 до 3, средний балл по данной субшкале нарастает по мере снижения физической активности. Психический компонент (субшкала) качества жизни оценивается по 2 вопросам (с 6 вариантами ответов), средний балл по данной субшкале нарастает по мере нарастания длительности

психических расстройств. Субшкала телесная боль (дискомфорт) определяется при ответе на вопрос о степени дискомфорта или выраженности ограничения привычной работы на фоне боли; значения повышаются на фоне нарастания ограничений.

При оценке социального функционирования уточняются ответы (6 вариантов ответа) на 2 вопроса о длительности состояния подавленности, печали, нарушений привычного общения и общественной жизни, связанные с проблемами физического здоровья или с эмоциональным расстройством; низкие значения свидетельствуют о снижении социальной активности.

Установление прямых (перенесенных лично) и непрямых (услышанных, увиденных) моральных (психических) травм проводилось при помощи опросника о травмах (The Harvard Trauma Questionnaire) [R.F. Mollica et al., 1992], позволяющего получить информацию о полученных травмах и эмоциональных симптомах, которые считаются однозначно связанными с психоэмоциональной травмой. Вопросник создаёт возможность получения информации о моральных травмах, связанных с недостаточностью питания, недоступностью медицинских услуг в случае болезни, нехваткой необходимой одежды, отсутствием жилья. В данный вопросник также включены вопросы, устанавливающие перенесенные тяжёлые ситуации как нахождение в заложниках, о полученных физических травмах, страданиях в связи с болезнью, сексуальное насилие, вынужденное отдаление от семьи, убийства родных или близких, потеря родных в гражданской войне, надругательство над ребенком, несчастные случаи на рабочем месте и другие. В этой связи вопросник позволяет получить информацию о различных психотравмирующих событиях (прямых – перенесенных и непрямых – увиденных или услышанных) и эмоциональных симптомах, которые считаются однозначно связанными с травмой [153].

Изучение уровня насилия осуществлено по разработанным адаптированным вопросам, которые включали в себя информацию о получении

эмоционального, сексуального и физического насилия (удар кулаком, пощечину, удар ногой, нанесенные раны или боль, вынуждение заняться половым актом) [93].

Частота депрессии изучалась по результатам анкетного опроса, состоящего из 21 пункта, дана оценка её выраженности по шкале Гамильтона (НАМ-D).

При этом: 0-7 баллов, свидетельствовали об отсутствии депрессивных расстройств; от 8 до 16 баллов – мягкие депрессивные расстройства; от 17 до 23 баллов – умеренные депрессивные расстройства; 24 и более баллов - тяжёлые депрессивные расстройства.

Данная шкала включает такие депрессивные симптомы, как депрессивное настроение; чувство вины и суицида; ранняя, средняя и поздняя бессонница; работа и деятельность; торможение; волнение; психическая и соматическая тревога; желудочно-кишечные соматические симптомы; общие соматические симптомы; сексуальные симптомы; ипохондрия; потеря веса и способности понимать [140].

Шкалы оценки показателей психического здоровья - депрессии (НАМ-D), тревоги (НАМ-A) и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) - приведены в таблице 2.1.

Таблица 2.1. - Оценка выраженности сдвигов (баллы) показателей психического здоровья по шкалам НАМ-D (депрессии), НАМ-A (тревоги) и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР)

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

Уровень тревожности (тревога) изучена по шкале Гамильтона (НАМ-А), состоящей из 14 пунктов. Данная шкала определяет наличие напряжения или страхов, бессонницы, снижение памяти, тревожность из-за возможности соматических и вегетативных нарушений [144].

Результат в пределах 0-7 баллов – свидетельствует об отсутствии тревожных расстройств; от 8 до 14 баллов – мягкие тревожные расстройства; от 15 до 23 баллов – умеренные тревожные расстройства; 24 и более баллов – тяжёлые тревожные расстройства.

Применение шкалы тревоги и депрессии Гамильтона позволяет клинически достоверно оценить выраженность тревожных (НАМ-А) и депрессивных (НАМ-D) расстройств в широком диапазоне.

Оценка частоты и выраженности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) проводилась по сокращенной версии контрольного списка посттравматических стрессов для гражданского населения, составленного на основе Миссисипской шкалы оценки посттравматических реакций [Wilkins К.С., 2011].

Эта шкала адаптирована для выявления симптомов перенесенных стрессовых состояний населения. Результаты в пределах 0-29 баллов свидетельствуют об отсутствии ПТСР; 30 -39 баллов - о лёгких, 40- 49 баллов – об умеренных, 50 и более баллов – о тяжёлых ПТСР.

При помощи этой шкалы выявляются признаки, подтверждающие наличие посттравматического стрессового расстройства.

Чаще всего это: повторяющиеся, тревожные сны о стрессовой ситуации, внезапные движения или чувства повторного переживания стрессовой ситуации, физическая реакция со стороны соматических органов при напоминании о пережитом стрессе, чувства отдаленности или отрезанности от других людей, потеря интереса к вещам, которыми ранее наслаждалась, чувство эмоционального онемения и др. [168].

Объём и методы исследования женщин приведены в таблице 2.2.

Таблица 2.2. - Объём и перечень проведенных исследований.

Метод исследования	Кратность	Число обследованных	Всего
Демографические показатели (22 пункта, из вопросников CAFES, CHAMP и анкет)	1	325	325
Самооценка физических и связанных со здоровьем компонентов по шкале SF-12 (краткая форма SF-36)	1	325	325
Изучение уровня физического (и сексуального) насилия по опросникам	1	325	325
Оценка депрессивных расстройств по шкале Гамильтона - HAM-D (21 пункта)	1	325	325
Оценка тревожности по шкале Гамильтона – HAM-A (14 пункта)	1	325	325
Выявление посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) по шкале PCL-C-14 для гражданского населения	1	325	325
Инвентаризация прямых и непрямых травматических событий – по Гарвардскому опроснику.	1	325	325

2.3. Методы статистического анализа результатов

Статистическая обработка материала проведена с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

При описании общей модели демографического и психического здоровья 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 (Statistica - 10,0).

При нормальном распределении признака, достоверность различия средних значений оценивали при помощи t- критерия Стьюдента; при отличном от нормального - по U – критерию Манна-Уитни для двух независимых выборок и по критерию Крускала-Уоллиса для нескольких независимых выборок.

Сравнение частотных показателей между группами производилось с использованием критерия согласия χ^2 Пирсона для сравнения количеств более 10, с поправкой Йетса для сравниваемых количеств от 5 до 10 и по точному критерию Фишера – при количествах менее 5.

Для оценки взаимосвязи между признаками определяли коэффициент корреляции по Пирсону или ранговой корреляции по Spearman.

Количественные показатели представлены в виде $M \pm m$ или $M \pm SD$. Различия полученных результатов считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$. Для выявления ассоциативных связей между несколькими независимыми переменными (предикторами) и зависимой переменной проведен многофакторный регрессионный анализ [137].

Глава 3. Социально-демографические детерминанты, влияющие на психическое здоровье и качество жизни женщин

3.1. Социально-демографическая характеристика женщин: жён трудовых мигрантов и не мигрантов

Результаты опроса 325 женщин, включённых в исследование по социально-демографическим показателям (уровня образования, места проживания, количества детей, количества людей совместного проживания, количества работающих/занятых женщин) выявили, что 102 респондента (31,4%) были жёнами трудовых мигрантов и 223 (68,6%) - жены не мигрантов. Возраст женщин в сравниваемых группах был сопоставим ($p > 0,05$).

В результате опроса уровня образования сравниваемых групп установлено, что жены мигрантов были менее образованы, чем жены не мигрантов (таблица 3.1).

Таблица 3.1. – Показатели уровня образования сравниваемых групп женщин, включённых в исследование.

Показатель	Группы женщин			p ₁₋₂
	Общая группа	1. Жёны мигрантов	2. Жёны не мигрантов	
Всего (абс/%)	325 (100)	102 (31,4)	223 (68,6)	<0,0001
Возраст (лет)	30,9±0,4	30,6±0,6	31±0,5	>0,05*
Образование (в целом):	χ^2 (df=4; p < 0,0001)			
• начальное	32 (9,8)	9 (8,8)	23 (10,3)	=0,6756
• среднее	153 (47,1)	63 (61,8)	90 (40,4)	<0,0001
• колледж	24 (7,4)	10 (9,8)	14 (6,3)	=0,2594
• незавершенное высшее	26 (8,9)	2 (2,0)	24 (10,8)	<0,01
• высшее	90 (27,7)	18 (17,6)	72 (32,3)	<0,01

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группами женщин (по критерию χ^2); * - по U – критерию Манна-Уитни.

При этом, с начальным и со средне - специальным (колледж) образованием в сравниваемых группах количество женщин было сопоставимым ($p > 0,05$). Более половины жён мигрантов (61,8%) имели среднее образование, что значимо больше, чем среди жён не мигрантов (40,4%; $p < 0,0001$).

Однако в группе жен мигрантов с незавершённым высшим образованием было значимо меньше (2,0), чем в группе жён не мигрантов (10,8; $p < 0,01$), а высшим образованием также в группе жен мигрантов было значительно меньше (17,6), чем жен не мигрантов (32,3).

Большая доля женщин со средним образованием и низкие показатели с незавершённым высшим и высшим образованием в группе жён мигрантов значимы ($p < 0,01$) при сравнении с общей группой женщин, включённых в исследование (рисунок 3.1).

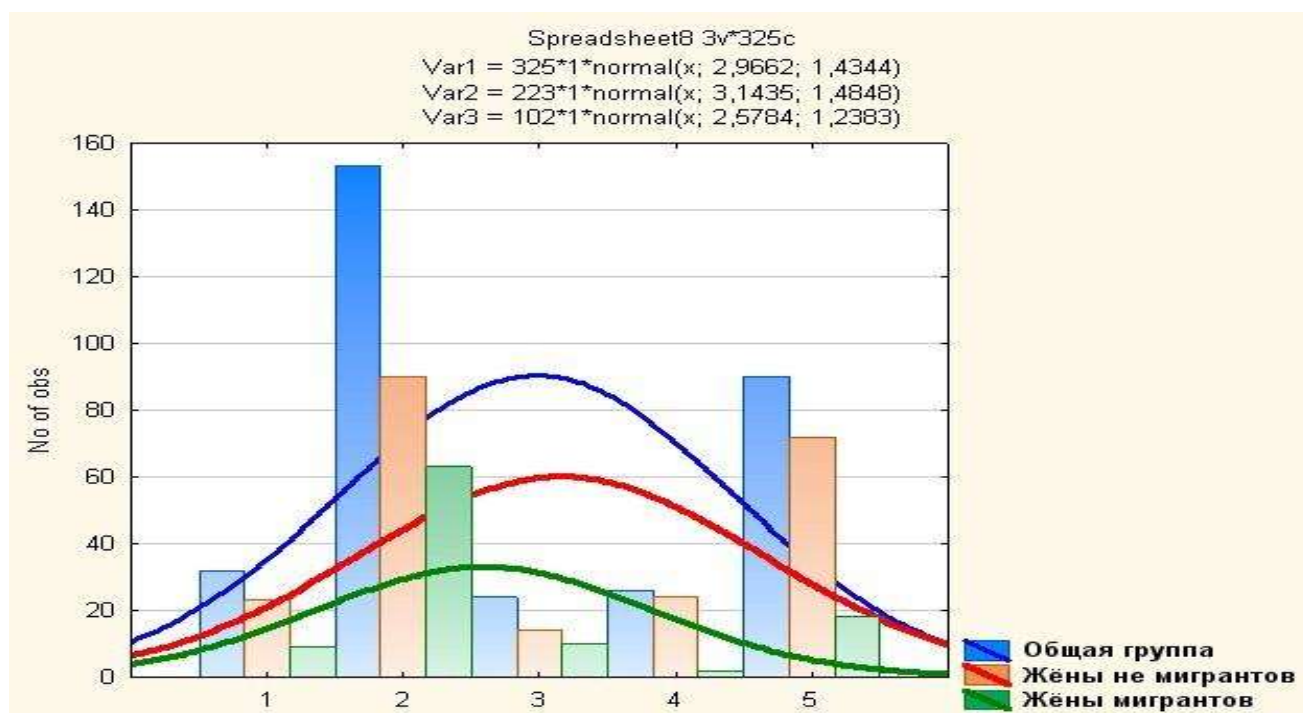


Рисунок 3.1. - Соотношение уровней образования у женщин общей группы, жён не мигрантов и жён мигрантов ($p < 0,00001$; по ANOVA/MANOVA).

Таким образом, низкий уровень образования жен трудовых мигрантов может быть одним из детерминантов, влияющих на их психическое здоровье.

При изучении особенностей места проживания женщин обследованных групп установлено, что менее половины обследованных женщин в общей группе имели своё собственное жильё 150 (46,2%), снимали квартиру 54 (16,6%) и 121 (37,2%) жили в доме родителей или общесемейном доме. Данные представлены в таблица 3.2.

Таблица 3.2. –Места проживания женщин, включённых в исследование

Показатель	Группы женщин			(p ₁₋₂)
	Общая группа	Жёны мигрантов	Жёны не мигрантов	
Жильё (в целом):	p <0,0001 (df=4) **			
Снимает квартиру	54 (16,6)	32 (31,4)	22 (9,9)	<0,0001 (χ^2)
Своё жильё	150 (46,2)	33 (32,4)	117 (52,5)	<0,001 (χ^2)
Дом родителей/семьи	121 (37,2)	37 (36,3)	84 (37,7)	>0,05 (χ^2)

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группами женщин (критерию χ^2); ** - отмечены различия между всеми группами по Kruskal - Wallis.

Количество жен трудовых мигрантов, живущие в своем жилье (32,4%), значительно меньше, чем жёны не мигрантов (52,5%; p<0,0001).

Значимо большее количество жён мигрантов жили в съёмной квартире (31,4%), что значимо при сравнении с семьями не мигрантов (9,9%).

Полученные результаты по характеристике места проживания женщин сравниваемых групп наглядно демонстрирует рисунок 3.2.

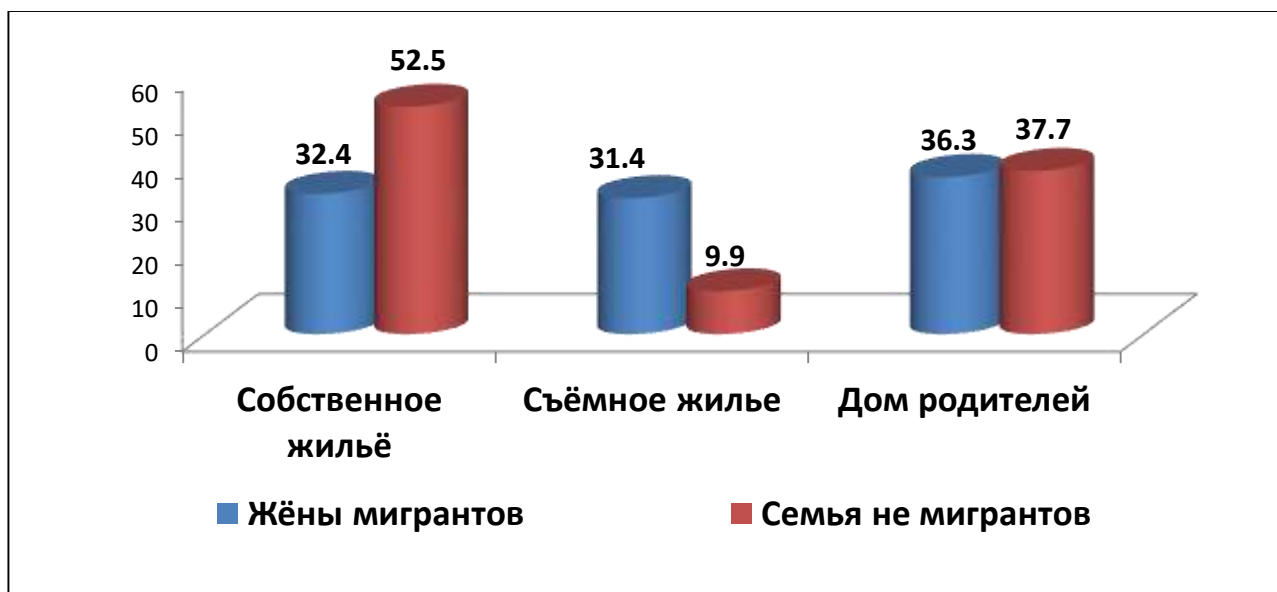


Рисунок 3.2. - Места проживания (жильё) женщин, включённых в исследование.

Таким образом, жёны мигрантов, живя в большинстве случаев в съёмной квартире, семьях родителей или родственников, вынуждены совместно проживать с большим количеством людей, что является существенным фактором риска развития общих психических расстройств у жен трудовых мигрантов. Были изучены показатели совместного проживания (количество детей, количество людей, собственное жильё, дом родителей) у женщин сравниваемых групп.

Анализ полученных результатов показывает, что в целом количество детей в сравниваемых группах сопоставимы ($p=0,6331$; по Kruskal - Wallis), хотя в семьях мигрантов ($2,33\pm 0,12$), при сравнении с семьями не мигрантов ($2,16\pm 0,1$), их количество имеет заметную тенденцию к преобладанию ($p=0,052$); по критерию χ^2). Результаты анализа, представленные в таблице 3.3., свидетельствуют, что количество членов семьи в сравниваемых группах в целом было сопоставимым ($6,1\pm 0,25$; $p_{1-3}=0,3314$) по Kruskal - Wallis).

Таблица 3.3. - Показатели совместного проживания женщин, включённых в исследование.

Семья	Группы женщин			(p ₂₋₃)
	1. Общая группа	2. Жёны мигрантов	3. Жёны не мигрантов	
• количество детей	2,23±0,08	2,33±0,12	2,16±0,1	=0,052 (t)
p _{1,2,3} =0,6331 (df=13) **				
• количество людей совместного проживания	6,2±0,21	6,6±0,31*	6,1±0,25	Chi-Square: df = 101; p = 0,0027
p _{1,2,3} =0,3314 (df=13) **				

Примечание: *- статистически значимые ($p < 0,05$) различия показателей с общей группой; p₂₋₃ – между 2 и 3 группами женщин (по Т-тесту или критерию χ^2); ** - отмечены различия между всеми группами по Kruskal – Wallis.

Однако при сравнении 2 и 3 группы, некоторое преобладание количества людей совместного проживания в группе жён мигрантов было значимым (6,6±0,31) по Chi-Square = 145,0571; df = 101; p = 0,002698).

Следует отметить, что при ранжировании семей мигрантов и не мигрантов в зависимости от количества детей (нет детей, от одного до 3-х детей, 4 и более детей), установлено, что в семьях мигрантов отсутствие детей отмечалось только в 4 случаях (3,9%), и в 25 случаях (11,2%) - в семьях не мигрантов ($p < 0,05$).

От одного до 3-х детей наблюдалось у 81 (79,4%) семей мигрантов, что значимо больше, чем в 152 (68,2%) семьях не мигрантов ($p = 0,0367$, по критерию χ^2). Частота многодетных (4 и более детей) в сравниваемых группах были сопоставимы 16,7 и 20,6% - соответственно в семьях мигрантов и не мигрантов; $p > 0,05$; рисунок 3.3.).

Если учитывать условия ранжирования этих признаков, то можно утверждать, что в условиях отсутствия собственного жилья и при совместном

проживании с родителями и родственниками мужа, женщины чаще подвергаются физическому или эмоциональному насилию (рисунок 3.3).

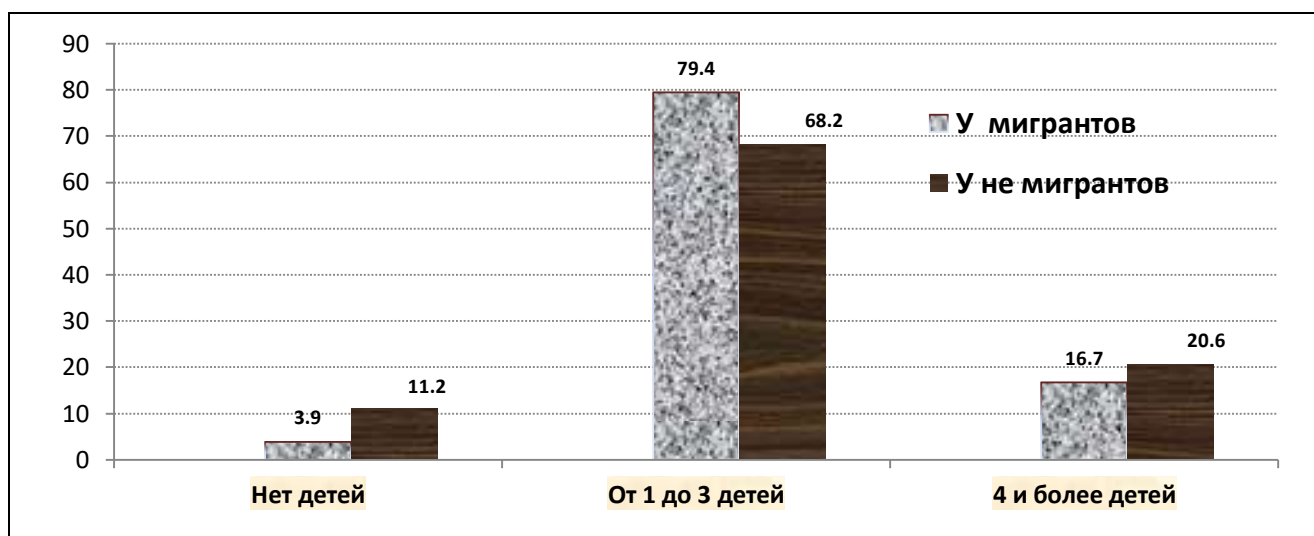


Рисунок 3.3.- Количество детей в семьях мигрантов и не мигрантов.

С учётом среднего количества людей совместного проживания в общей группе, проведен сравнительный анализ частоты семей с совместным проживанием до 6 человек и более 6 (то есть, 7 и более людей совместного проживания; таблица 3.4).

Таблица 3.4. – Количество людей совместного проживания (СП) в группах женщин, включённых в исследование (абс/%).

Показатель	Количество людей СП		p ₁₋₂
	1) до 6 чел.	2) 7 и более чел.	
Жёны мигрантов	61 (59,8)	41 (40,2)	<0,0001
Жёны не мигрантов	158 (70,8)	65 (29,2)	<0,01
p ₁₋₂	<0,05	<0,05	

Примечание - достоверность различия показателей внутри группы; p_{а-б}- достоверность различия показателей между 1 и 2 группой (по критерию χ^2).

При проведении данного анализа было установлено, что количество людей совместного проживания у 61 (59,8%) жён мигрантов и у 158 (70,8%) жён не мигрантов было меньше 7 человек ($p < 0,05$). Отмечено, что у 41 (40,2%) жён мигрантов и у 65 (29,2%) жён не мигрантов количество людей совместного проживания было 7 и более ($p < 0,05$).

Проблема проживания жён мигрантов с большим количеством людей связана с другой проблемой, которая может иметь отношение к ряду других негативных явлений – это место проживания женщин.

Дело в том, что при изучении взаимосвязи количества людей совместного проживания с особенностями жилья установлено наличие видимой взаимосвязи между ними (рисунок 3.4).

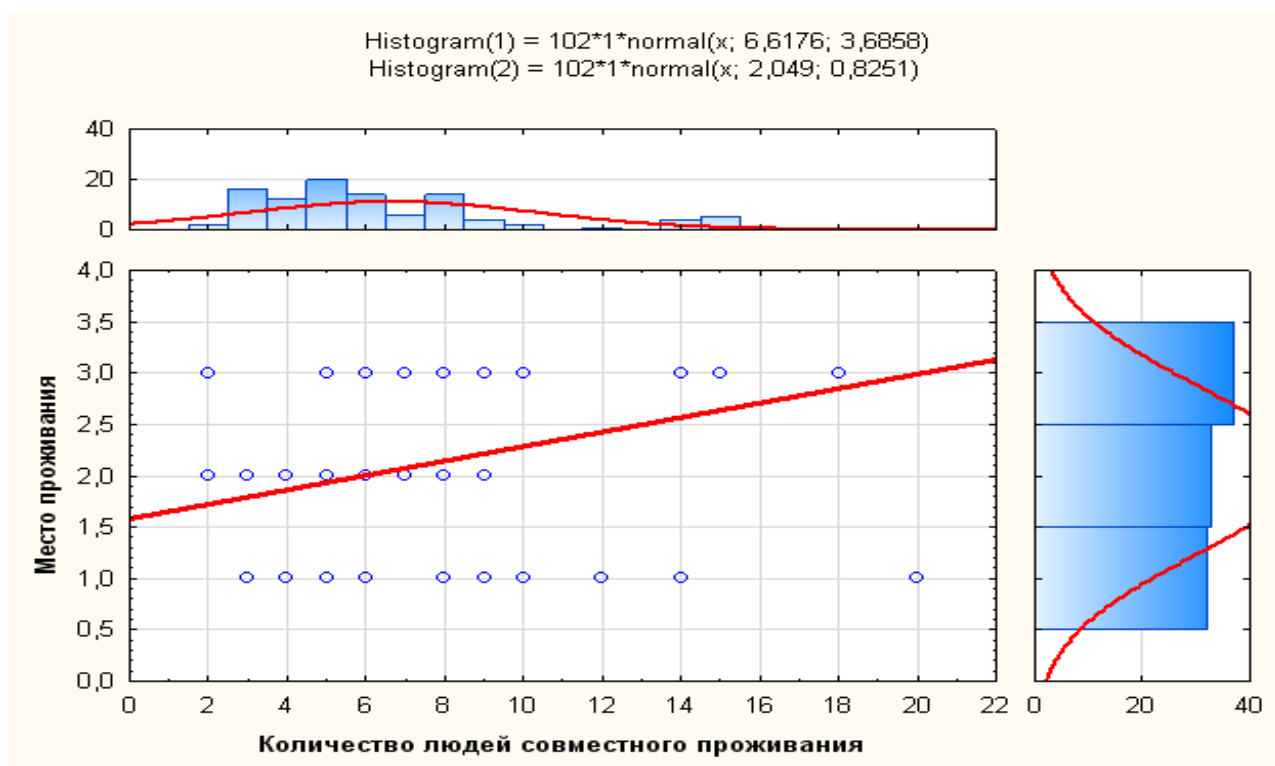


Рисунок 3.4. - Взаимосвязь количества людей совместного проживания и места проживания жён мигрантов ($r=0,389063$, $p < 0,05$; по Pearson).

Если учитывать, что при ранжировании места проживания участниц исследования самый высокий балл (3 балла) присвоен при проживании в доме родителей или родственников, то установленная нами положительная, умеренная и значимая взаимосвязь с местом проживания и количеством людей совместного проживания ($r=0,389063$; $p<0,05$) очевидно свидетельствует, что проживание в семьях родителей или родственников мужа обуславливает совместное проживание с большим количеством людей, чаще всего более 7 человек.

Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют, что жёны мигрантов живут с большим количеством людей по сравнению с жёнами не мигрантов, что является сильным детерминантом, влияющим на ряд жизненных компонентов, в целом определяющих состояние общего и психического здоровья женщин.

При изучении занятости включённых в исследование групп женщин установлено, что большинство женщин (две трети из них) из обеих групп были безработными. В общей группе женщин безработных было 203 (62,5%) и количество не работающих женщин в сравниваемых группах было сопоставимым ($p>0,05$).

Коме того определено, что количество работающих или занятых женщин, в среднем, как в общей группе, так и в группах жён мигрантов и не мигрантов было значимо меньше, чем неработающих ($p<0,0001$). По частоте характера работы/занятий (полный и неполный рабочий день, самозанятость) среди сравниваемых групп значимые различия отсутствовали ($p>0,05$).

Заработная плата (или материальная помощь мужа) составляет довольно незначительную сумму для покрытия основных нужд, которая в среднем составляет 830 таджикских сомони в общей группе, и данный показатель не имеет значимого различия ($p>0,05$) в сравниваемых группах женщин (таблица 3.5).

Таблица 3.5. - Показатель работы/занятости женщин, включённых в исследование (абс/%).

Показатель	Группа женщин			(p _{1,2})
	Общая группа	1. Жёны мигрантов	2. Жёны не мигрантов	
Работа/занятость:	p=1,0 (df=3)**			
а) Всего не работает	203 (62,5)	64 (62,8)	139 (62,3)	>0,05 (χ ²)
б) Всего работает	122 (37,5)	38 (37,2)	84 (37,7)	>0,05 (χ ²)
p _{а-б}	<0,0001 (χ ²)	<0,0001 (χ ²)	<0,0001 (χ ²)	
Полная	63 (19,4)	18 (17,6)	45 (20,2)	>0,05 (χ ²)
Частичная	39 (12,0)	10 (9,8)	29 (13,0)	>0,05 (χ ²)
Самозанятость	20 (6,2)	10 (9,8)	10 (4,5)	>0,05 (χ ²)
Зарплата (доход), сом. (M±m)	830,8±29,0	836,6±67,8,5	828,2±53,5	=0,4677(t)
Учёба/образование (инициативность), %	29/8,9 1,87±0,018	12/11,8 1,89±0,033	17/7,6 1,92±0,017	>0,05 (χ ²) <0,0005 (t)

Примечание: p₁₋₂ – между 1 и 2 группами женщин (по критерию χ² или T-тесту); p_{а-б} – различия между пунктами а) и б) по критерию χ².

Инициативность или стремление учиться чему-либо - получить профессию, повысить уровень образования, в целом – уровень знаний, чаще отмечались у жён мигрантов (12/11,8%), как при сравнении с жёнами не мигрантов (17/7,6%), так и с общей группой (29/8,9%), хотя различия были не

значимы ($p > 0,05$; по χ^2); но среднее абсолютных значений данного признака преобладало у жён мигрантов ($p < 0,0005$; по t-тесту).

Для показателя учёба/образование (инициативность, желание и стремление учиться, совершенствовать свои знания и умения) у жён мигрантов заслуживает особого внимания.

В результате множественного регрессионного анализа значимости социально-демографических показателей установлено (рисунок 3.5), что для показателя инициативности, наблюдаемого у 11,8% жён мигрантов, как предикторы ($R^2 = 0,32$) выделяются - количество детей ($t = -2,15$; $p < 0,05$) и людей совместного проживания ($t = -2,02$; $p < 0,05$).

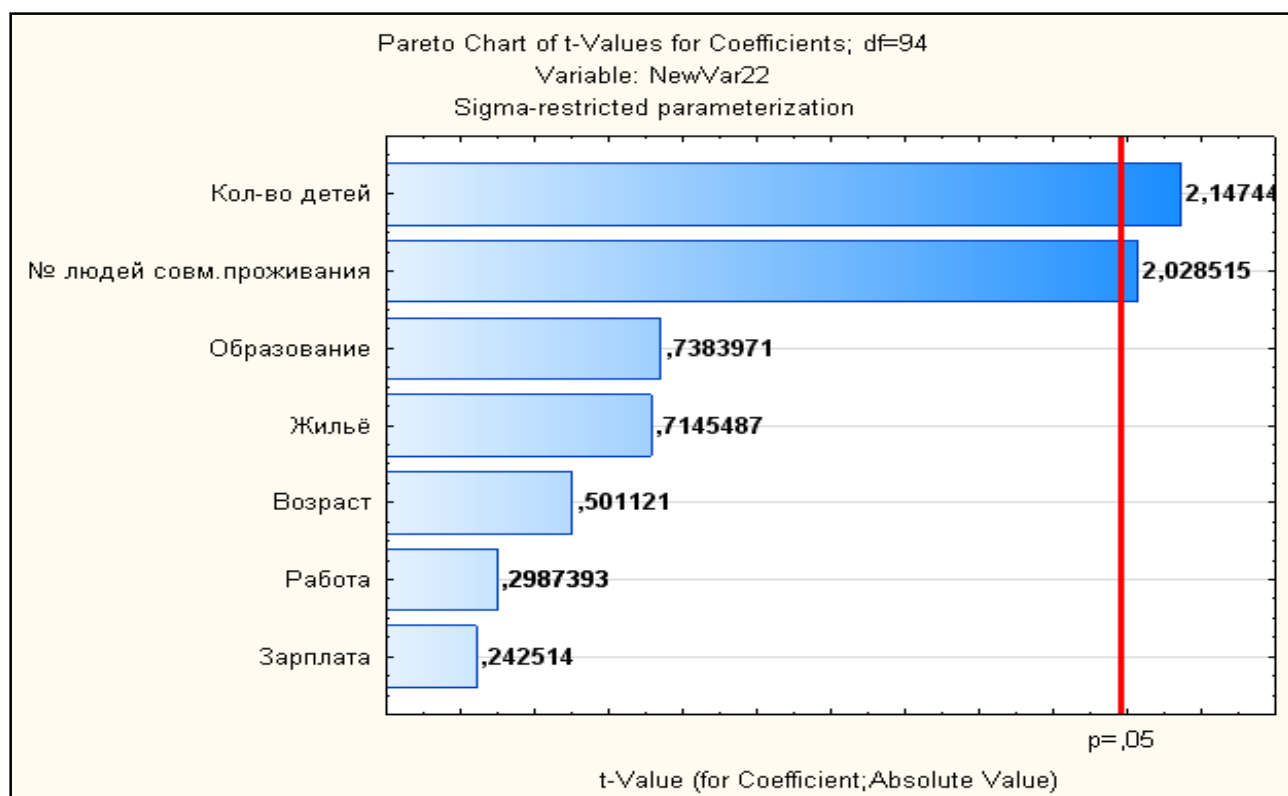


Рисунок 3.5. - Предикторы ($p < 0,05$) инициативности (желание учиться) у жён мигрантов по результатам множественного регрессионного анализа.

При интерпретации полученного результата (отрицательная взаимосвязь инициативности с количеством детей и людей совместного проживания), следует учитывать характер ранжирования инициативности (учится на курсах или имеет желание: да - 1 балла, нет - 2 балла).

С учётом этого можно считать, что в результате сочетанного влияния перечисленных социально-демографических факторов, у жён мигрантов 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.

Таким образом, при сравнительном анализе результатов изучения социально-демографических показателей у женщин, включённых в исследование, установлено, 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.

3.2. Психотравмирующие события: частота прямых и непрямых травм у жён трудовых мигрантов; физическое и сексуальное насилие

Прямые и непрямые травмы у женщин. Учитывая значимую роль психотравмирующих событий (пережитых или услышанных травм, нередко связанных с физическим и сексуальным насилием) в развитии общих психических расстройств, было решено изучить их частоту и выраженность у женщин сравниваемых групп и выделить особенности у жён трудовых мигрантов.

При изучении результатов Гарвардского вопросника, который устанавливает наличие информации о различных травмах, а также об

эмоциональных симптомах, которые считаются однозначно связанными с травмой, установлена частота прямых и непрямых психотравматизирующих событий (таблица 3.6).

Таблица 3.6. – Частота прямых и непрямых психотравматических событий у женщин сравниваемых групп, абс (%)

Травма	Группы женщин			p ₁₋₂
	Вся выборка (n=325)	Жёны 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
p₁₋₂	<0,001	>0,05	<0,001	

Примечание: p – достоверность различия абсолютных показателей между группами женщин (по χ^2).

При анализе результатов данного вопросника у женщин общей группы отмечена большая частота непрямых травм, а 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 ($r=0,373901$; $p < 0,05$). Данные взаимосвязи иллюстративно представлены в рисунке 3.6.

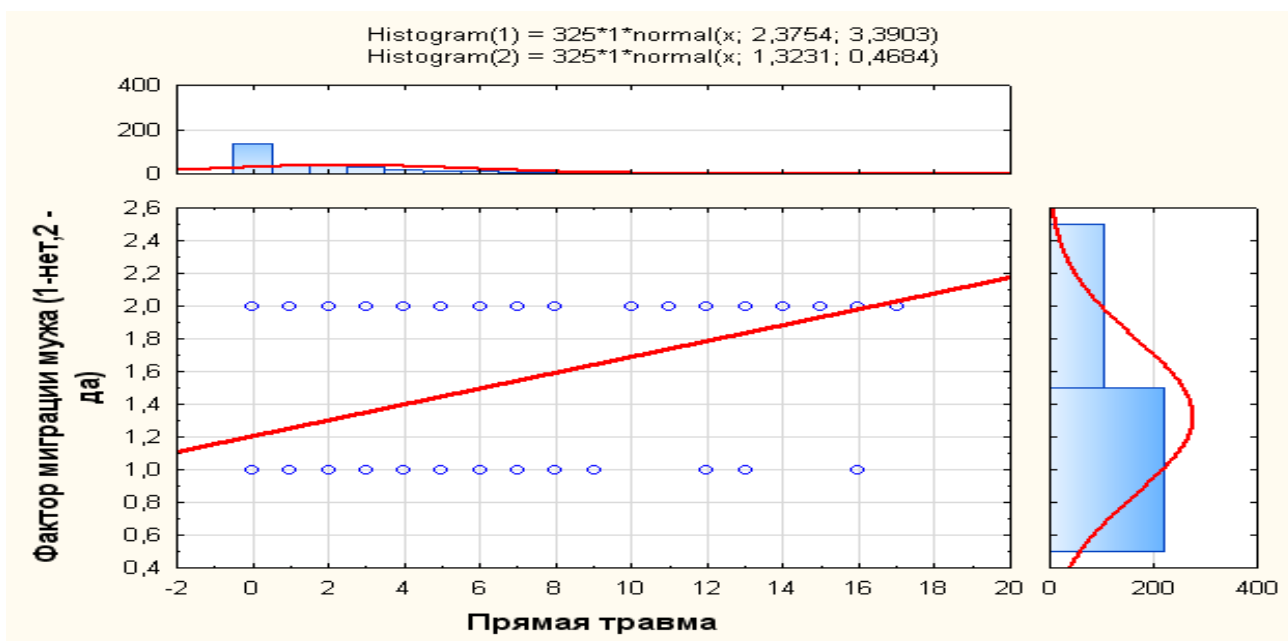


Рисунок 3.6. – Взаимосвязь прямых психотравмирующих событий и фактора миграции мужа у женщин общей группы ($r=0,373901$; $p<0,05$).

Такая взаимосвязь свидетельствует, что у жён мигрантов в условиях длительного отсутствия мужа чаще возникают психотравмирующие события и, скорее всего, показатель миграции мужа можно считать *центральной фактором*, усиливающим влияние ряда детерминантов на общее и психическое состояние здоровья женщин.

Непрямая травма в группах жён мигрантов и не мигрантов отмечалась соответственно у 96% и 90% ($p>0,05$) женщин, а прямая травма - соответственно у 80,4% и 46,6% ($p<0,001$) женщин.

Согласно результатам изучения выраженности прямых и непрямых травм у женщин сравниваемых групп, установлено, что средние значения не прямой травмы во всех группах значимо выше, чем прямой ($p<0,01$). Среднее количество как прямых травм ($4,1\pm 4,2$ и $1,55\pm 2,5$ – соответственно у жён мигрантов и не мигрантов; $p < 0,01$), так и непрямых травм ($14,8\pm 5,1$ и $12,67\pm 6,8$ - соответственно; $p < 0,02$) было выше у жён мигрантов (таблица 3.7).

Таблица 3.7. - Выраженность прямых и непрямых травматических событий у женщин сравниваемых групп (M± SD).

Травма	Группы женщин			P
	Вся выборка (n=325)	Жёны мигрантов (n=102)	Жёны не мигрантов (n=223)	
Прямая	2,37±3,4	4,1±4,2	1,55±2,5	<0,01
Непрямая	13,3±6,4	14,8±5,1	12,6±6,8	<0,02
p ₁₋₂	<0,01	<0,05	<0,01	

Примечание: p – достоверность различия абс. показателей между группами (по Kruskal - Wallis); p₁₋₂ – различия между прямой и непрямой травмой (по U тесту Mann-Whitney).

Таким образом, у обследованных женщин непрямая травма наблюдается значительно чаще (у более 90% женщин общей группы), чем прямая, которая наблюдается у менее 60% женщин. Случаи прямых психотравмирующих событий у жён мигрантов наблюдались значимо чаще; средние значения как прямых, так и непрямых травм выше, чем у жён не мигрантов. Это указывает на высокую степень подверженности травмам женщин в целом, и в большей степени жён мигрантов.

Насилие в отношении женщин. Результаты изучения частоты физического и сексуального насилия в течение жизни и физического насилия в течение прошлого года у женщин сравниваемых групп представлены в таблице 3.8.

Установлено, что более 80% женщин в системе первичной медико-санитарной помощи указывают на физическое или сексуальное насилие в течение жизни. Этот показатель выше у жён не мигрантов и составляет 83,8%, что значимо при сравнении с группой у жён мигрантов (74,5%; p<0,05).

Сравнительно большую частоту физического или сексуального насилия в течение жизни у жён не мигрантов можно объяснить насилием со стороны мужа - не мигранта (таблица 3.8).

Таблица 3.8. - Частота физического или сексуального насилия в отношении женщин сравниваемых групп.

Показатель	Вся выборка (n=325)	1. Жены мигрантов (n=102)	2. Жены не мигрантов (n=223)	p
Физическое или сексуальное насилие в течение жизни: абс (%)	263(80,9%)	76 (74,5%)	187 (83,8%)	$p_{1-2}<0,05$
M± SD	4,89±4,92	4,94±4,15	4,86±5,24	$p>0,05$
Физическое насилие в течение прошлого года: абс (%)	94 (28,9%)	33 (32,4%)	61 (27,3%)	$p_{1-2}>0,05$
M± SD	2,16±4,63	2,41±0,50	2,04±4,43	$p<0,01$

Примечание: p_{1-2} – достоверность различия показателей между 1и 2 группами (по χ^2); p – достоверность различия абсолютных показателей между всеми группами (по Kruskal - Wallis).

При более тщательном корреляционном анализе таких параметров как наличие или отсутствие собственного жилья и имевшее место или повторяющиеся случаи насилия по отношению к участницам исследования, установлена прямая взаимосвязь между частотой физического (и эмоционального) насилия в течение жизни с особенностью жилья ($r=0,209880$; $p<0,05$) у жён мигрантов, что указывает на взаимообусловленность частоты психотравмирующих событий с рядом других социальных детерминантов у женщин, особенно у жён мигрантов. Данная корреляционная модель представлена в нижеследующем рисунке 3.7.

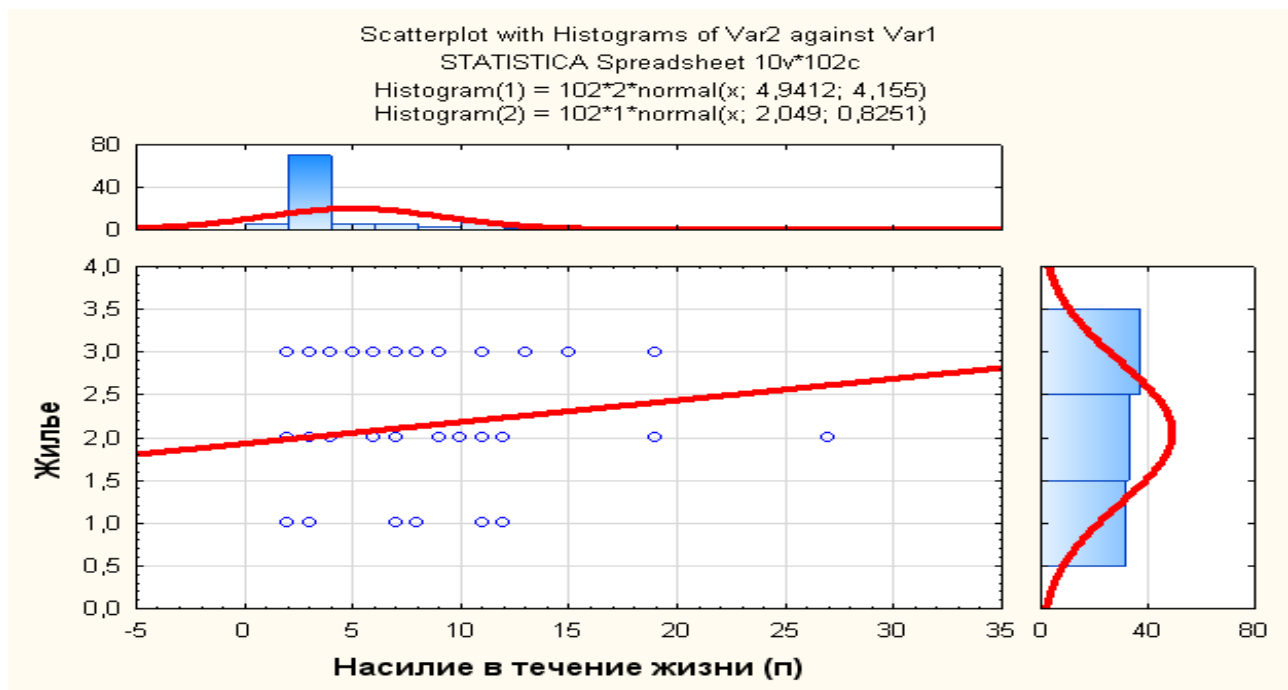


Рисунок 3.7.- Взаимосвязь насилия в течение жизни и отсутствия собственного жилья у жён мигрантов ($r=0,209880$, $p < 0,05$; по Spearman).

Это указывает на высокую степень подверженности насилию жен трудовых мигрантов при отсутствии собственного жилья. Что касается среднего количества физического (и сексуального) насилия в течение прошлого года, то он выше у жён мигрантов ($p < 0,01$) (рисунок 3.8).

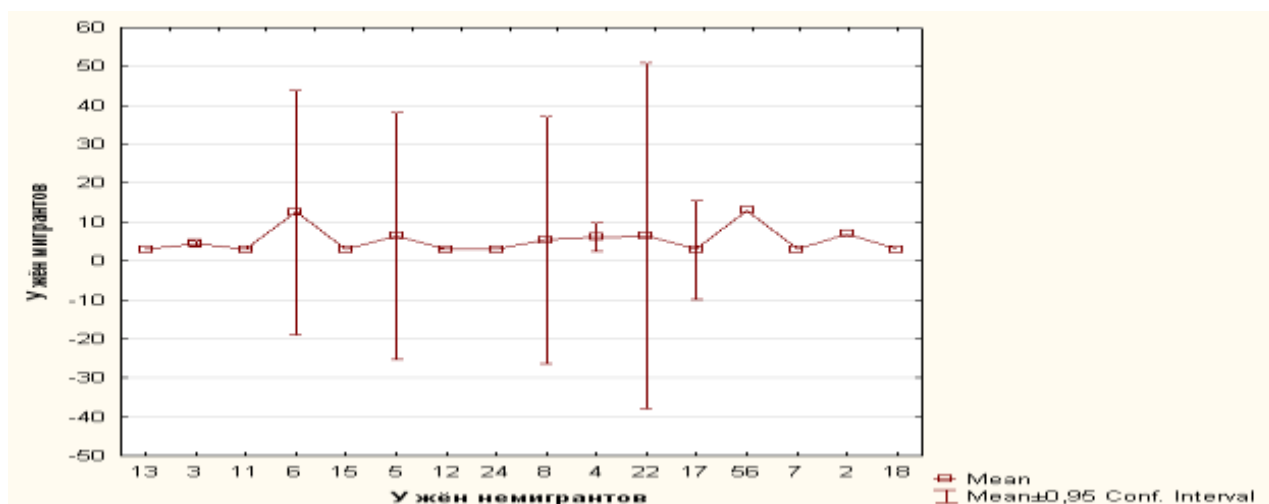


Рисунок 3.8. – Частота физического и/или сексуального насилия в течение всей жизни в отношении жён мигрантов и не мигрантов.

Таким образом, 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 за прошлый год с уровнем образования жён трудовых мигрантов ($r=-0,272657$; $p<0,05$; по Spearman) (рисунок 3.9).

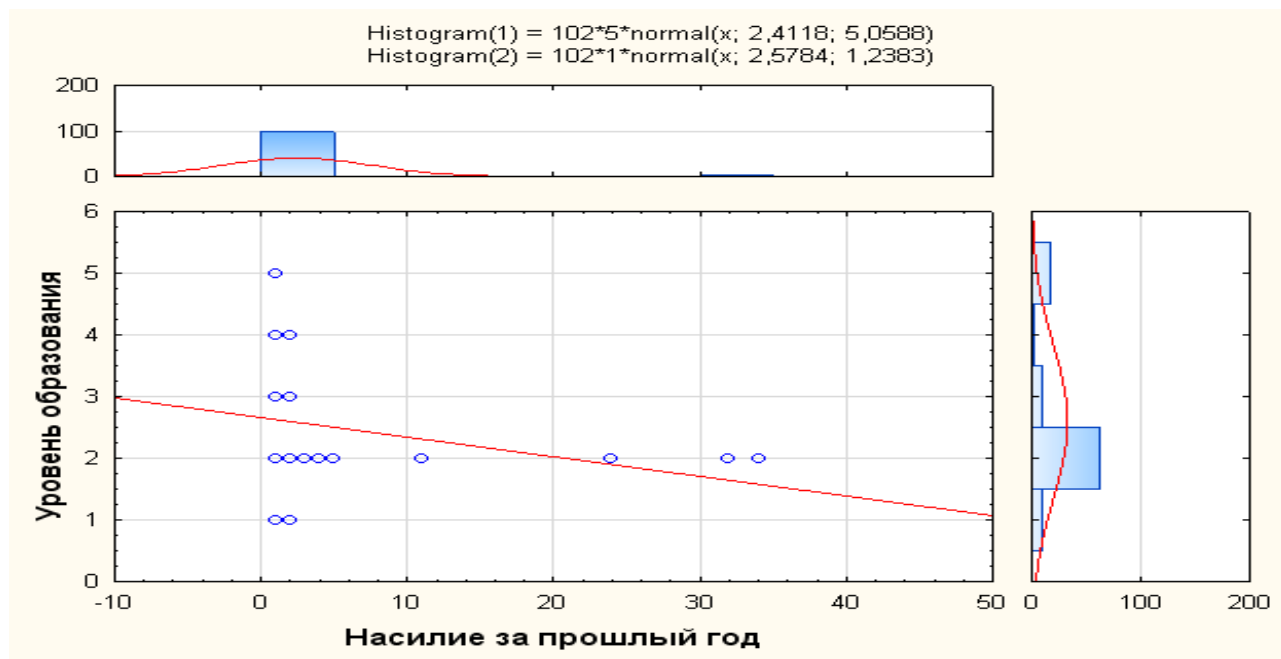


Рисунок 3.9. - Взаимосвязь насилия в течение последнего года с уровнем образования у жён мигрантов ($r=0,209880$, $p < 0,05$).

Такой результат свидетельствует, что у женщин со специальным или высшим образованием насилие в течение последнего года наблюдается реже.

Установленные взаимосвязи 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 мигрантов и анализ комплекса полученных результатов, не исключают возможность сочетанного влияния указанных детерминантов общего и психического здоровья на разные компоненты качества жизни женщин, со снижением самооценки состояния

здоровья ими, с ухудшением физического, психоэмоционального благополучия и социального функционирования.

Изучение этих факторов во взаимосвязи с детерминантами общего и психического здоровья может представить дополнительную информацию о механизмах развития общих психических расстройств у женщин.

3.3. Самооценка здоровья и связанных со здоровьем компонентов качества жизни у жён трудовых мигрантов

Анализируются результаты самооценки здоровья, компонентов КЖ, 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 по опроснику качества жизни SF-12 (таблица 3.9).

Таблица 3.9. - Самооценка здоровья и связанных со здоровьем компонентов качества жизни (SF-12) у женщин.

Показатель	Группы женщин			P ₁₋₂
	Общая группа (n=325)	Жёны мигрантов (n=102)	Жёны не мигрантов (n=223)	
1. Самооценка состояния здоровья (степень ухудшения)	2,92±1,01	3,73±0,72	2,55±0,91	<0,0001
2. Физическое функционирование	1,867±0,4	1,8±0,4	1,9±0,4	<0,05
3. Психоэмоциональный компонент здоровья (степень ухудшения)	3,158±1,22	3,43±0,93	3,03±1,32	<0,01
4. Телесная боль (степень дискомфорта)	1,991±1,01	2,1±1,16	1,94±0,94	=0,0902
5. Социальное функционирование	3,595±1,47	3,48±0,94	3,65±1,21	=0,931

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группами женщин (по U – критерию Манна-Уитни).

Результаты самооценки физических и связанных со здоровьем компонентов представлены в таблице 3.9. Полученные результаты показывают (таблица 3.9, графа 1), что степень ухудшения здоровья и психического здоровья оценивается жёнами мигрантов значимо выше (среднее значение $3,73 \pm 0,72$) не только при сравнении с жёнами не мигрантов, но и с общей группой ($p < 0,05$).

Жёны не мигрантов оценивали степень ухудшения своего здоровья значимо ниже ($2,55 \pm 0,91$), чем жёны мигрантов ($p < 0,0001$) и женщины общей группы ($p < 0,05$).

Что касается физического компонента здоровья (таблица 3.9, графа 2), то снижение его средних значений у жён мигрантов было значимым при сравнении с группой жён не мигрантов ($p < 0,05$); однако при сравнении с общей группой различия физического функционирования показатели были незначимы ($p > 0,05$).

Степень ухудшения психоэмоционального компонента здоровья, представленная в таблице 3.9 (графа 3) у жён мигрантов была выше ($3,43 \pm 0,93$) таковой у жён не мигрантов ($3,03 \pm 1,32$), и их различия значимы ($p < 0,01$). Степень ухудшения данного показателя значима и при сравнении с общей группой ($p < 0,05$).

Результаты изучения самооценки общего и психического здоровья женщин продемонстрировали, что среди жён мигрантов 29 (28,4%) оценивают свое здоровье как отличное, очень хорошее и хорошее. Данный показатель у жён не мигрантов составил 177 (79,3%) человек.

В тоже время, показатель плохого здоровья определен у 8 (7,8%) жён мигрантов и 2 (0,9%) у жён не мигрантов. Данные различия между группами являются значимыми ($p < 0,0001$; по χ^2). Соотношение вариантов самооценки здоровья у жён мигрантов и не мигрантов отражены на рисунке 3.10.

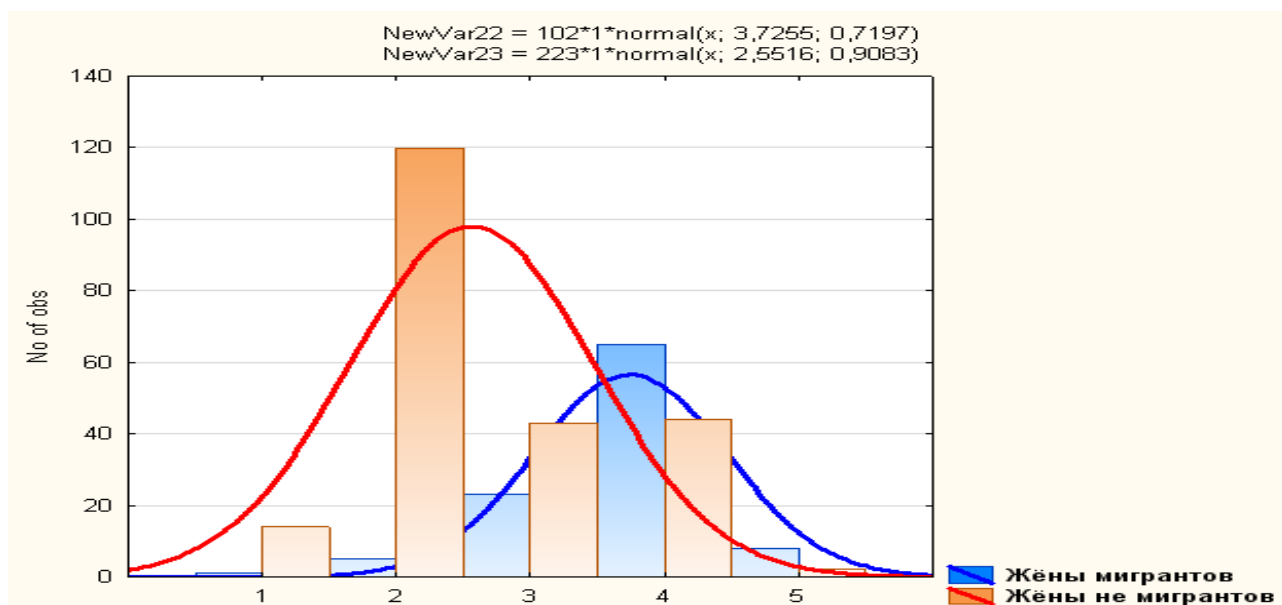


Рисунок 3.10. - Соотношение вариантов* самооценки здоровья у жён мигрантов (n=102) и не мигрантов(n=223).

Примечание: *-1-отличное, 2-очень хорошее, 3-хорошее, 4-удовлетворительное, 5-плохое состояние.

Таким образом, среди жён мигрантов женщин, считающих своё здоровье отличным и хорошим, было в 2,8 раз меньше, чем среди жён не мигрантов.

Среднее значение телесной боли у жён мигрантов имело тенденцию к повышению ($2,1 \pm 1,16$) при сравнении с группой жён не мигрантов ($1,94 \pm 0,94$; $p=0,0902$); при сравнении с общей группой различия физического функционирования (таблица 3.9, графа 4) были не значимы ($p>0,05$).

На фоне проблем общего и психического здоровья среднее значение длительности нарушений привычного общения и общественной жизни (социальное функционирование; таблица 3.9, графа 5), в группе жён мигрантов имело тенденцию к снижению ($3,48 \pm 0,94$), то есть было ниже такового у жён не мигрантов ($3,65 \pm 1,21$; $p=0,931$).

О важной роли психоэмоционального компонента здоровья на самооценку общего здоровья у жён мигрантов свидетельствует умеренная и значимая взаимосвязь ($r=0,3629$; $p<0,05$) между ними, т.е. ухудшение самооценки здоровья связано с нарастанием психоэмоционального дискомфорта (рисунок 3.11).

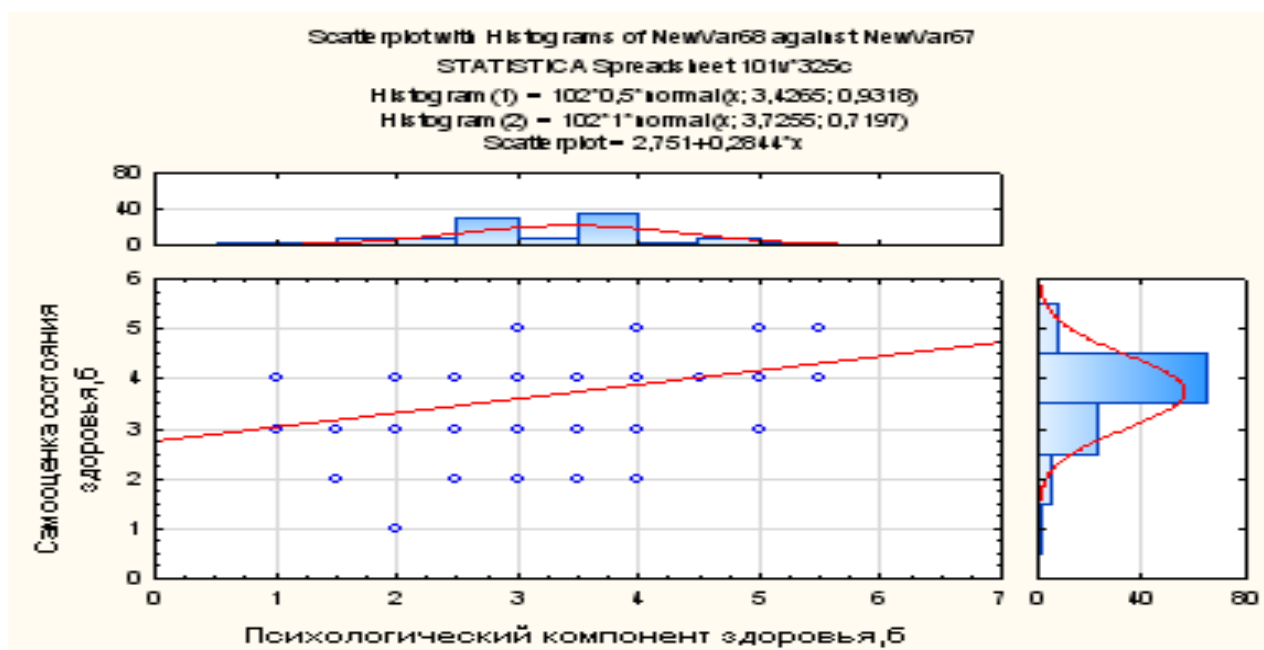


Рисунок 3.11. - Взаимосвязь самооценки здоровья и психоэмоционального компонента здоровья у жён мигрантов ($r=0,3629$, $p<0,05$; по Spearman).

При анализе выраженности и продолжительности психических расстройств, нарушений привычной социальной жизни и телесной боли в течение последнего месяца у женщин сравниваемых групп по шкале SF-12 установлены значимые различия.

В таблице 3.10 приведены результаты изучения выраженности телесной боли, степени психологического и социального дискомфорта у женщин.

Таблица 3.10. - Сравнительная оценка психологического и социального компонентов здоровья (SF-12) у женщин, включённых в исследование

Показатель	Группы женщин			P ₁₋₂
	Общая группа (n=325)	1. Жёны мигрантов (n=102)	2. Жёны не мигрантов (n=223)	
Психический компонент здоровья (чувства покоя, бодрости и силы):				
• почти всегда	207 (63,7)	48 (47,1)	159 (71,3)	<0,0001
• периодически	63(19,4)	30 (29,4)	33 (14,8)	<0,001
• редко	55(16,9)	24 (23,5)	31 (13,9)	<0,05

Продолжение таблицы 3.10.

Телесная боль (степень дискомфорта):				
• боли не беспокоят или незначительные	304/184,7	91/89,2	213/95,5	<0,05
• боли значительные или сильные	21/15,3	11/10,8	10/4,5	<0,05
Социальный компонент (подавленность, нарушение привычных общений и социальной жизни):				
• почти всегда	151(46,5)	60 (58,8)	91 (40,8)	<0,01
• периодически	119(36,6)	35 (34,3)	84 (37,7)	>0,05
• редко	55(16,9)	7 (6,9)	48 (21,5)	<0,01

Примечание: p_{1-2} – статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группами женщин (по U – критерию Манна-Уитни).

Продолжительность таких характеристик психического здоровья, как чувства покоя, бодрости и силы была длительной (при ответе: постоянно или почти всегда) у более 70% жён не мигрантов, что значимо превышало таковые ощущения, наблюдаемые у жён мигрантов (47,1%; $p < 0,0001$).

Периодически или редко возникающие ощущения силы, бодрости и покоя отмечали менее 15% жён не мигрантов, тогда как у 29,4% жён мигрантов эти ощущения возникали периодически, а у 23,5% - редко. Различия их частоты в группах значимы ($p < 0,001$ и $p < 0,05$ соответственно периодически и редко).

Телесную боль не отмечали (или она бала незначительной) 89,2% жён мигрантов и 95,5% - жён не мигрантов ($p < 0,05$) и соответственно у 10,8% и 4,5% ($p < 0,05$) жен мигрантов и не мигрантов имела место значительная или сильная телесная боль, которая могла влиять на физическое, психическое и социальное функционирование женщин.

Например, взаимосвязь между физическим функционированием и телесной болью (степенью телесного дискомфорта) у жён мигрантов была умеренной и отрицательной ($r = 0,4636$; $p < 0,05$), то есть, чем выше выраженность телесной боли, телесного дискомфорта, тем ниже физическое функционирование. В рисунке 3.12. показано, что снижение степени телесного

дискомфорта сопровождается повышением степени физического функционирования у жён мигрантов.

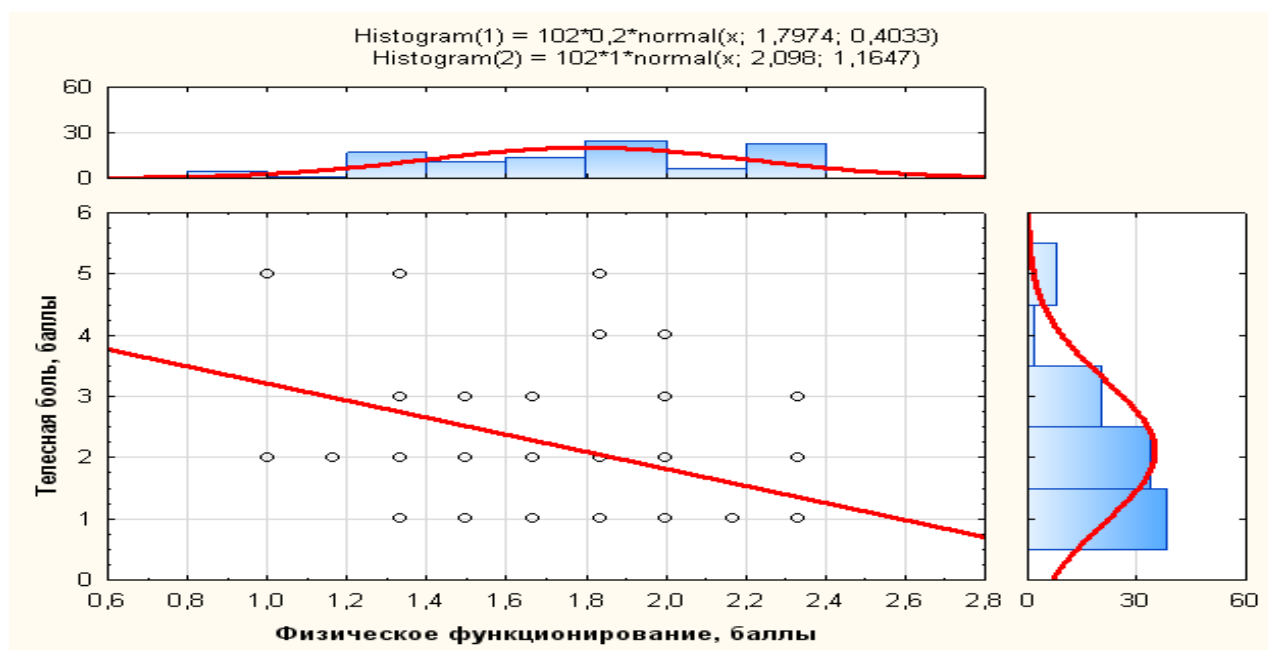


Рисунок 3.12. - Взаимосвязь между телесной болью и физическим функционированием у жён мигрантов ($r=-0,4636$; $p<0,05$).

Что касается социального компонента здоровья, то почти постоянное нарушение привычных общений и социальной жизни, связанные с чувством подавленности и эмоциональным дискомфортом отмечали 58,8% жён мигрантов, а редкость таких проявлений отмечали только 6,9% из них.

У жён не мигрантов постоянное, периодическое или редкое появление таких чувств отмечали соответственно 40,8 – 37,7 и 21,5% из них. Частота периодически возникающего социального дискомфорта в сравниваемых группах сопоставима.

Итак, редкость чувства подавленности с нарушением привычных общений и социальной жизни отмечают менее 10% жён мигрантов, а остальные чувствуют проявления социального дискомфорта всегда или почти всегда, что значимо больше, при сравнении с группой жён не мигрантов ($p<0,05$).

Взаимосвязь между социальным компонентом здоровья и физическим функционированием у жён мигрантов была слабой, но значимой ($r=0,230$; p

<0,05). У жён не мигрантов взаимосвязь этих показателей была более тесной - умеренной, односторонней и значимой ($r=0,405515$; $p < 0,05$) (рисунок 3.13).

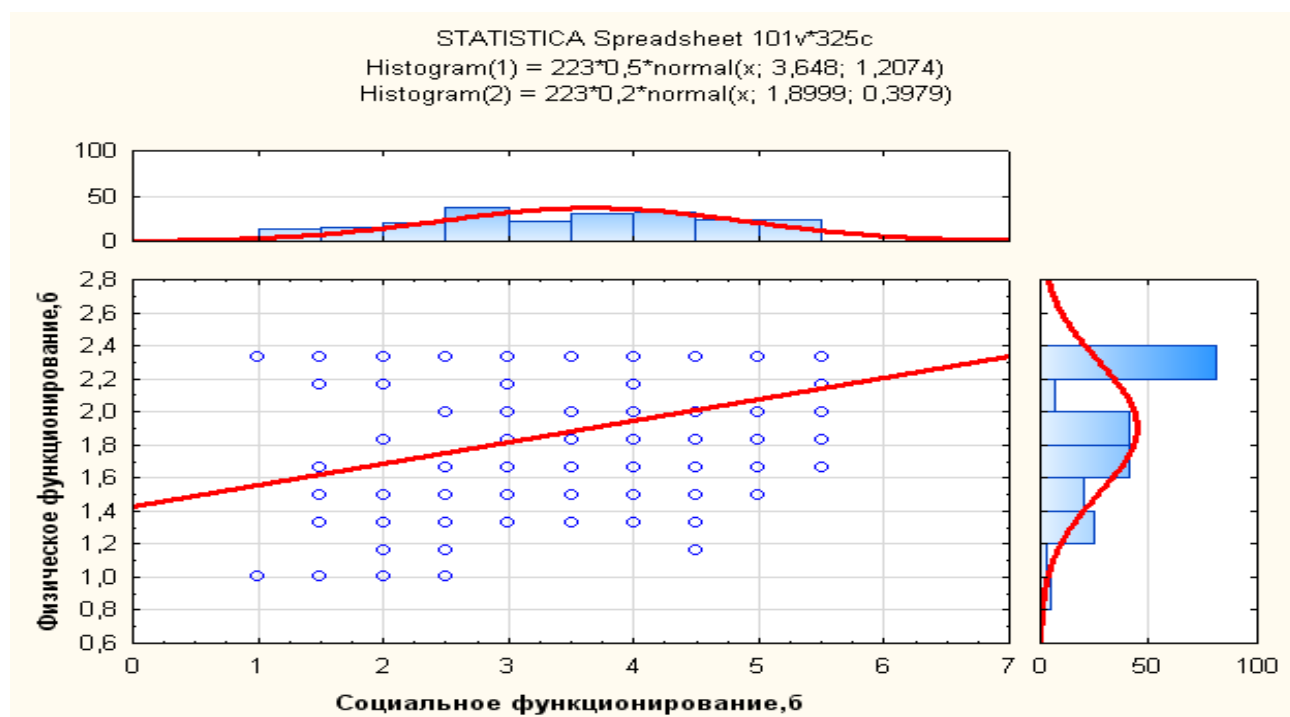


Рисунок 3.13. - Взаимосвязь между социальным и физическим функционированием у жён не мигрантов ($r=0,405515$; $p < 0,05$).

При анализе сочетанного влияния компонентов КЖ, связанных с общим и психическим здоровьем женщин в целом, использован метод множественной регрессии. При этом как значимый фактор (предиктор) самооценки здоровья выделено:

- у жён мигрантов ($R^2=0,33$; $p < 0,0001$): психоэмоциональное функционирование ($t=4,6$) и социальный компонент ($t=2,37$);
- для жён не мигрантов ($R^2=0,28$; $p < 0,002$): социальное функционирование ($t=2,4$).

В целом, самооценка здоровья жён мигрантов, главным образом, обусловлена психическими и социальными составляющими здоровья, которые тесно связаны как с физическим функционированием, так и с выраженностью телесной боли (рисунок 3.14).

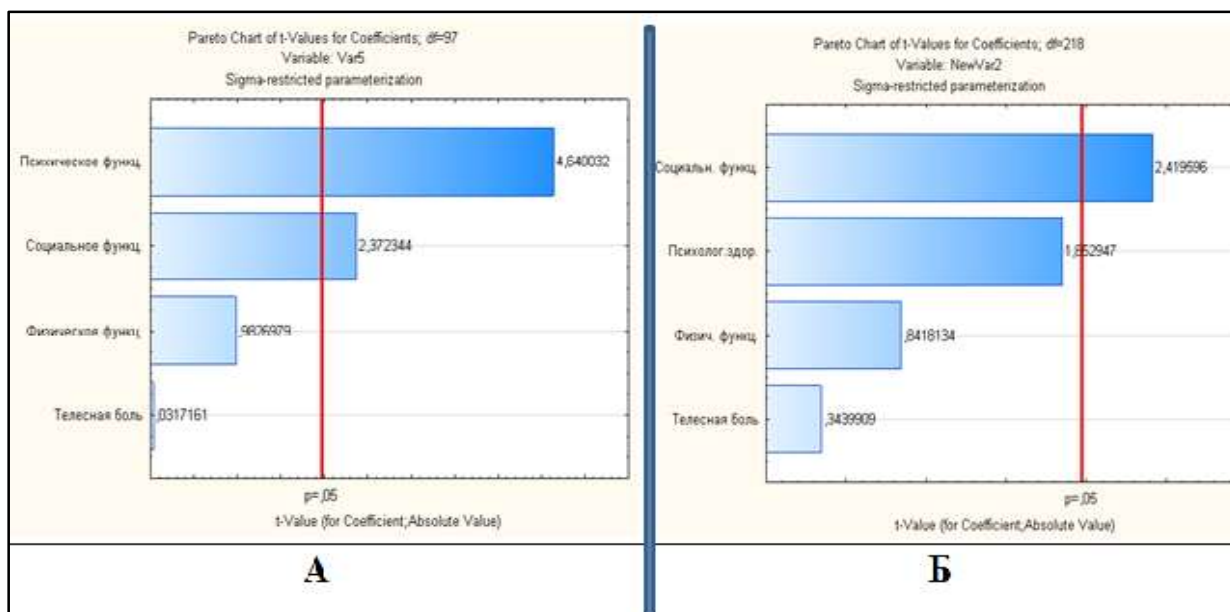


Рисунок 3.14. - Предикторы самооценки здоровья у жён мигрантов (А) и не мигрантов (Б), по результатам множественной регрессии.

Наиболее значимым фактором, определяющим самооценку здоровья (по результатам множественной регрессии) у жён не мигрантов является социальное функционирование, тесно связанное с психическим функционированием.

Таким образом, влияние комплекса социальных детерминантов (уровень образования, инициативность, место проживания, количество детей, количество людей совместного проживания, количество работающих/занятых женщин) может ухудшить состояние общего и психического здоровья женщин, особенно жен трудовых мигрантов, и в результате, снизить качество их жизни: самооценку состояния здоровья, физического (соматического), психоэмоционального благополучия и социального функционирования.

3.4. Медицинские и другие услуги, связанные со здоровьем женщин и доступ женщин сравниваемых групп к медицинским услугам

Учитывая отсутствие планированного патронажа жён трудовых мигрантов на уровне ПМСП, проведён анализ обращаемости женщин в

лечебно-профилактические учреждения здравоохранения и их отношения к сохранению своего общего и психического здоровья (таблица 3.11).

Таблица 3.11. – Обращаемость женщин в лечебно-профилактические учреждения в течение последнего года по поводу состояния здоровья (абс/%)

Показатель	Группы женщин			P ₁₋₂
	Общая группа (n=325)	1. Жёны мигрантов (n=102)	2. Жёны не мигрантов (n=223)	
В прошлом году, к кому вы обращались по поводу состояния здоровья?				
Ни к кому не обращалась	27 (8,3)	0	27	=0,0001
Принимали лекарства дома по своему усмотрению?	66 (20,3)	35 (34,3)	31 (13,9)	=0,0001
К частному лицу или в аптеку?	77 (23,7)	39 (38,2)	38 (17,0)	=0,0001
К религиозному или традиционному целителю?	76 (23,4)	14 (13,7)	62 (27,8)	=0,0054
Всего обращений к врачу или в лечебно-профилактические учреждения, из них:	79 (24,3)	14 (15,7)	65 (29,1)	=0,0026
К врачу волонтеру или в частную клинику?	34 (10,5)	5 (4,9)	29 (13,0)	=0,0268
Центр Здоровья или в больницу?	45 (13,8)	9 (8,8)	36 (16,1)	=0,0001

Примечание: p₁₋₂ – значимость различия показателей у женщин сравниваемых групп (по критерию χ^2).

При анализе обращаемости женщин репродуктивного возраста в учреждения здравоохранения по вопросам сохранения здоровья и ассоциированных с ними медико-социальных причин, были установлены не только частота обращений в медицинские учреждения или к целителям,

знахарям, но и причины редкого или отсутствия обращения в ЛПУ. Полученные результаты в последующем сопоставлялись с самооценкой общего самочувствия женщин и социальными детерминантами общего и психического здоровья.

В результате исследования было установлено, что среди женщин очень немногие ранее обращались в учреждения здравоохранения и/или к знахарям. Количество обращений в течение последнего года для обследования и лечения (в медицинские учреждения, семейному врачу, к знахарю, народному целителю и т.д.) в общей группе со слов женщин было в среднем $2,58 \pm 1,6$; в группе жён мигрантов $-2,21 \pm 1,27$ и у жён не мигрантов $-2,75 \pm 1,74$ обращений ($p=0,001$; по критерию Крускала-Уоллиса). Такое количество обращений свидетельствует, что у жён мигрантов значимо реже ($p<0,05$) возникает понимание необходимости обращения в ЛПУ для сохранения своего здоровья.

Характерно, что низкая обращаемость в лечебно-профилактических учреждениях у жён мигрантов связана с уровнем образования прямой, значимой взаимосвязью ($r=0,259415$; $p<0,05$; рисунок 3.15).

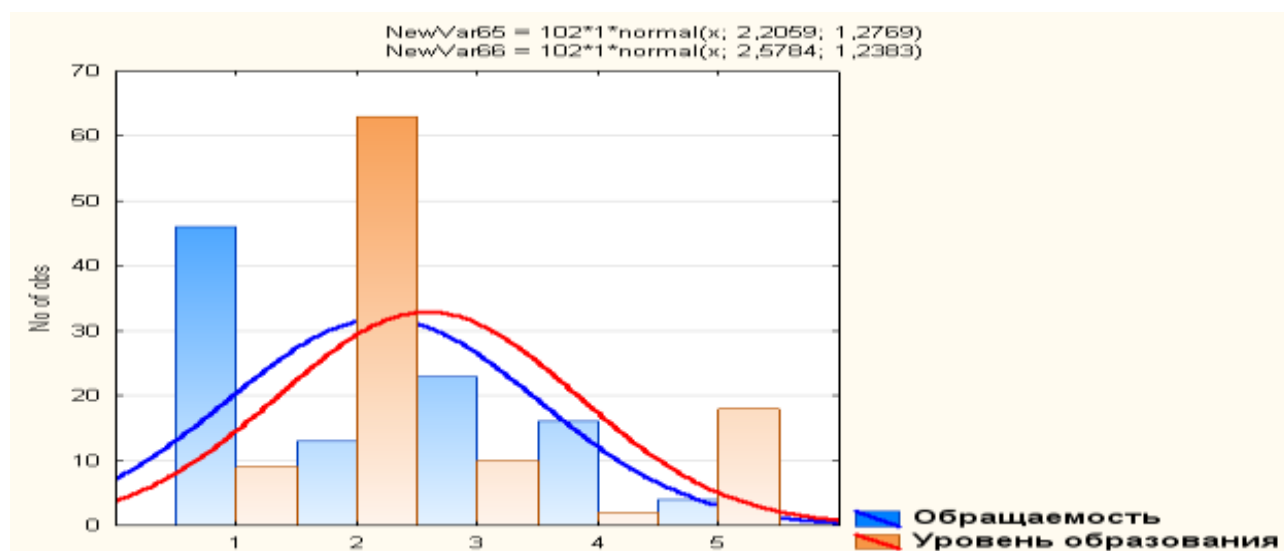


Рисунок 3.15. - Соотношение обращаемости в ЛПУ и уровня образования у жён мигрантов ($n=102$; $r=0,259415$; $p < 0,05$).

Примечание: ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения.

Такая взаимосвязь подтверждает, что отсутствие информации о возможности получения медико-психологической помощи и понимания необходимости своевременной диагностики и лечения нарушений не только соматического состояния, но и психоэмоциональных расстройств жёнами трудовых мигрантов, формирует новую поведенческую, медико-социальную детерминанту здоровья – редкую обращаемость женщин в лечебно-профилактические учреждения.

Редкое обращение в медицинские учреждения жёны мигрантов связывают с тем, что 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 ($p=0,0026$).

В целом, к врачу или в лечебно-профилактические учреждения обращались всего 15,7% жён мигрантов, что значительно реже, чем жёны не мигрантов (29,1%; $p=0,0026$).

При уточнении причин редкого обращения в ЛПУ наиболее часто получены следующие ответы: «не было времени» (18,6%; $p=0,0135$), «муж или родные мужа не разрешали» (24,6%; $p=0,0254$), «не имела достаточно денег» (26,5%; $p=0,0008$).

Немало женщин указывали «не знала, к кому и куда надо обращаться», на сложность найти личного доктора (или семейного врача) при необходимости или на дальность ЛПУ (всего более 20% жён мигрантов). Только 8,8% жён мигрантов, как причина отсутствия обращений в лечебно-профилактические учреждения, отметили, отсутствие проблем со здоровьем, что было значительно реже, чем таковые у жён не мигрантов (21,1%).

Кроме того, в целом установлено более редкое обращение жён мигрантов к врачам, ЛПУ, значимое, при сравнении с жёнами не мигрантов ($p=0,0026$). (таблица 3.12)

Таблица 3.12. - Причины редкой обращаемости женщин в лечебно-профилактические учреждения в течение последнего года (абс/%).

Показатель	Группы женщин			P ₁₋₂
	Общая группа (n=325)	1. Жёны мигрантов (n=102)	2. Жёны не мигрантов (n=223)	
В прошлом году, что помешало вам получить медицинскую помощь?				
Нет проблем со здоровьем	56 (17,2)	9 (8,8)	47 (21,1)	=0,0066
Не было времени	90 (27,7)	19 (18,6)	71 (31,8)	=0,0135
Не знала, где найти доктора или клинику	38 (11,7)	13 (12,8)	25 (11,2)	=0,6896
Место было очень далеко	31 (9,5)	9 (8,8)	22 (9,9)	=0,7667
Не имела достаточно денег	53 (16,3)	27 (26,5)	26 (11,7)	=0,0008
Муж или его родные не разрешали	57 (17,5)	25 (24,6)	32 (14,4)	=0,0254

Примечание: p – значимость различия показателей у женщин сравниваемых групп (по критерию χ^2).

Таким образом, факторами, препятствующими оптимизации общемедицинской и психологической помощи жёнам мигрантов, следует считать: низкую приверженность женщин репродуктивного возраста к сохранению здоровья, редкую обращаемость в медицинские учреждения по поводу общего и психического здоровья; материальную необеспеченность и отсутствие свободного времени (из-за совместного проживания с большим количеством людей, в том числе детей).

Учитывая установленные взаимосвязи между социально-демографическими детерминантами и поведенческими особенностями женщин (низкая обращаемость в ЛПУ), социальными детерминантами, влияющими на общее, особенно на психическое здоровье жен трудовых мигрантов можно считать: совместное их проживание с большим количеством людей в семье, включая детей; отсутствие собственного жилья; низкий уровень образования;

отсутствие возможности реализовать собственные инициативы; отсутствие работы/занятости; получение недостаточного объема медико-психологической помощи; низкая обращаемость в медицинские учреждения; отсутствие информации о возможности получения доступной медико-психологической помощи; низкая приверженность к сохранению своего здоровья, чаще всего связанные с материальной необеспеченностью и отсутствием свободного времени для получения медико-психологической помощи.

Эти, отчасти вынужденные, поведенческие особенности жён мигрантов, сопровождались:

а) со значимостью влияния психического компонента здоровья как на физическое, так и на социальное функционирование;

б) малочисленностью целенаправленных, многопрофильных нормативных и информационно-методических документов по медико-социальной профилактике нарушений психического здоровья у жён трудовых мигрантов;

в) отсутствием планированного патронажа жён трудовых мигрантов сотрудниками ПМСП.

Сочетанное влияние перечисленных факторов можно считать важными социальными детерминантами развития выраженных расстройств общего и психического здоровья у женщин.

Нарушения психического состояния сами по себе являются глобальной проблемой, и их поздняя диагностика способствует прогрессированию психических расстройств с развитием осложнений. Общие психические расстройства становятся одновременно как следствием, так и причиной социальной несправедливости, бедности и серьезным фактором риска заболеваемости и смертности от других заболеваний.

Согласно полученным результатам, для значительной части женщин факторами риска становится пребывание в браке с мужем-мигрантом.

В основном это связано с отсутствием поддержки и понимания со стороны мужа-мигранта, возросшим бременем ответственности за своих детей,

а также обострением семейных и жилищных проблем, которые, наряду с подверженностью женщин физическому, психологическому или сексуальному насилию со стороны родственников мужа-мигранта, создают риск выраженного дистресса, сопровождающегося повышенным влиянием соматических расстройств разного генеза.

Глава 4. Общие психические расстройства у женщин. Оценка влияния социальных детерминантов на психическое здоровье жён трудовых мигрантов

С учётом большой частоты социальных детерминантов, выявленных у жён трудовых мигрантов, способствующих развитию дисбаланса нервно-психических процессов, проведено *социологическое исследование* среди женщин сравнимых групп (общая группа, группы жен мигрантов и не мигрантов) для уточнения степени уязвимости нервно-психической сферы женщин и изучения структуры общих психических расстройств - депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства.

4.1. Общие психические расстройства у женщин: тревожно-депрессивные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства у жён трудовых мигрантов

Оценка выраженности и частоты тревожных расстройств (тревоги) у женщин. Сравнение абсолютных значений тревоги у женщин общей выборки (n=325) с группами жён мигрантов (n=102) и не мигрантов (n=223) по Kruskal-Walis показало значимость различия выраженности тревоги между группами (p<0,01), что наглядно демонстрирует рисунок 4.1.

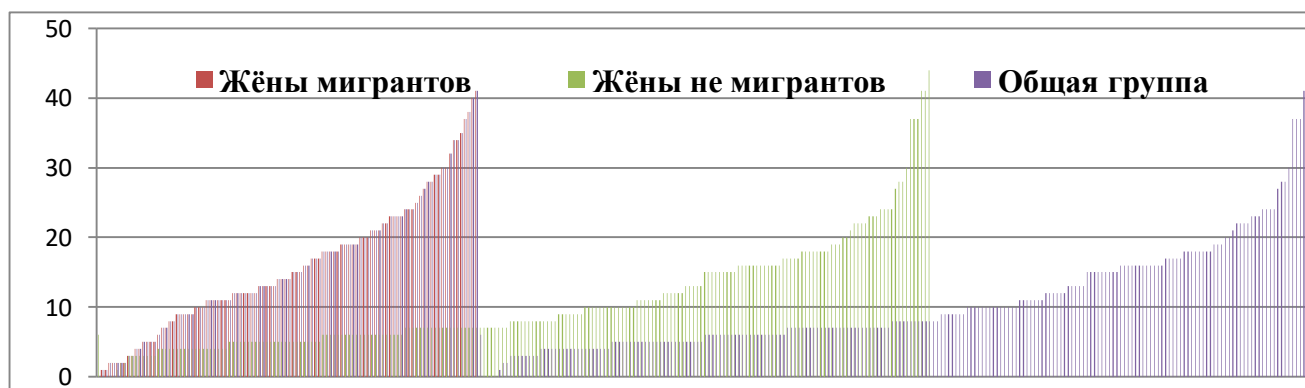


Рисунок 4.1. - Уровни тревоги у жён мигрантов (зона высоких значений; n=102), не мигрантов (n=223) и женщин общей группы (n=325).

Эти различия заключались в значимом увеличении площади более высоких значений тревоги у жён трудовых мигрантов ($18,9 \pm 6,9$), главным образом, соответствующих умеренной и тяжёлой её выраженности, при сравнении с общей группой женщин ($13,2 \pm 8,4$) и жён не мигрантов ($10,5 \pm 7,7$).

Результаты изучения выраженности синдрома тревоги по шкале Гамильтона (НАМ-А) приведены в таблице 4.1.

Таблица 4.1. - Сравнение частоты и выраженности тревоги (тревожности) у женщин сравниваемых групп (абс/%).

Выраженность тревоги (НАМ-А)	Всего (n=325)	1. Жёны мигрантов (n=102)	2. Жёны не мигрантов(n=223)	p ₁₋₂
Нет тревоги (0-7 балла)	129 (39,7)	19 (18,6)	110 (49,3)	<0,0001
Мягкая (8-14 балла)	85 (26,2)	33 (32,4)	52 (23,3)	=0,0855
Умеренная (15-23 балла)	77 (23,7)	30 (29,4)	47 (21,1)	=0,101
Тяжёлая тревога (≥24 баллов)	34 (10,5)	20 (19,6)	14 (6,3)	0,0003

Примечание: p – достоверность между сравниваемыми группами (по критерию χ^2).

Представленные данные свидетельствуют, что отсутствие тревоги наиболее часто отмечается у женщин третьей группы и гораздо реже у женщин второй группы (18,6% и 49,3% - соответственно у жён мигрантов и не мигрантов; $p < 0,0002$).

Большая частота тревоги у жён не мигрантов (более 50%) связана учащением мягкой формы тревожности (23,3%) и умеренной её выраженности (21,1%).

У жён мигрантов 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 19,6 и 6,3% - соответственно- у жён мигрантов и не мигрантов ($p < 0,0003$). При сравнении с жёнами не мигрантов, отмечается тенденция к учащению умеренной тревоги у жён мигрантов ($p < 0,1$).

Учащение синдрома тревоги разной выраженности у жён мигрантов (71,4%) значимо не только при сравнении с общей группой (60,3%; $p < 0,0001$), но и с группой жён не мигрантов (50,7%; $p < 0,0001$) (рисунок 4.2).

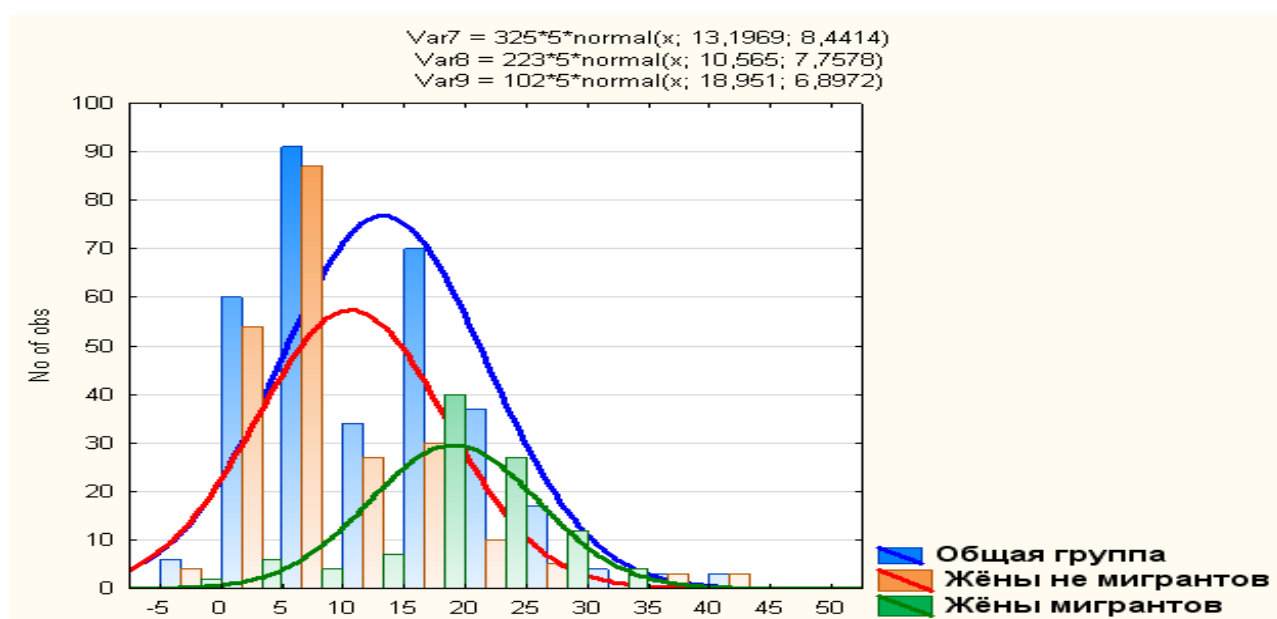


Рисунок 4.2. - Соотношение частоты выраженности тревоги у женщин сравниваемых групп: сверху вниз – общая группа, жёны не мигрантов, жёны мигрантов (верхушка смещена вправо в зону высоких значений).

Таким образом, согласно результатам изучения частоты и выраженности общих психических расстройств, можно заключить, что синдром тревоги у женщин сравниваемых групп, чаще всего протекает в мягкой и умеренной форме, однако клинически выраженная его степень значимо чаще наблюдается у жён мигрантов.

Частота и выраженность депрессивных расстройств. Частота и выраженность депрессивных расстройств у женщин представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2. - Частота и выраженность депрессивных расстройств у женщин.

Выраженность депрессии (НАМ-D)	Вся выборка (n=325)	1. Жёны мигрантов (n=102)	2. Жёны не мигрантов (n=223)	P
Нет депрессии (0-7 балла)	132 (40,6%)	28 (27,5%)	104 (46,6%)	<0,0002
Мягкая (8-14 балла)	92 (28,3%)	27 (26,5%)	65 (29,1%)	>0,05
Умеренная (15-23 балла)	60 (18,5%)	22 (21,6%)	38 (17%)	>0,054
Тяжёлая (≥ 24 балла)	41 (12,6%)	25 (24,5%)	16 (7,2%)	<0,0001

Примечание: p – достоверность между сравниваемыми группами (по критерию χ^2).

Полученные результаты показывают, что наблюдаемое у жён трудовых мигрантов учащение депрессивных расстройств по шкале Гамильтона (НАМ-D) значимо как при сравнении с группой жён не мигрантов ($p < 0,0002$), так и с общей группой ($p < 0,0001$).

Учащение депрессии у женщин 2 группы (жён мигрантов) обусловлено некоторым учащением умеренной депрессии (21,6%; $p > 0,05$) и, главным образом, значимым учащением тяжёлой степени депрессивных расстройств (24,5%; $p < 0,0001$).

Заметное учащение мягкой формы депрессии наблюдается у жён не мигрантов (26,5% и 29,1% - соответственно у женщин 1 и 2 групп; $p > 0,05$). Следует отметить, что у значительной части жён не мигрантов (46,6%; $p < 0,0001$) депрессивные расстройства отсутствовали.

Данные, представленные в рисунке 4.3 показывают, что у жён не мигрантов депрессивные расстройства представлены, главным образом, мягкой и умеренной депрессией, тогда как частота тяжёлой её степени не достигает и 10% (7,2%) и пик кривой расположен левее; у жён мигрантов - правее.

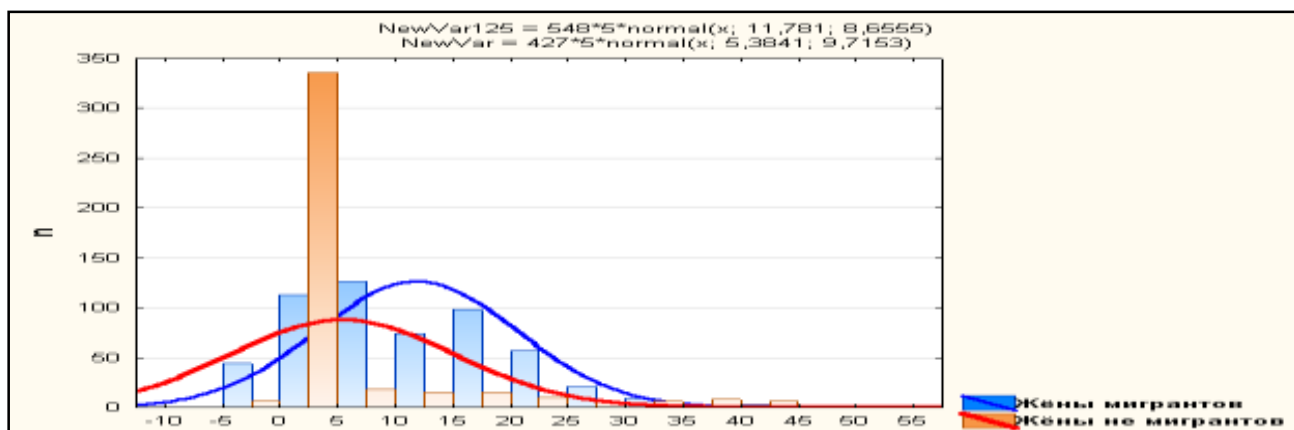


Рисунок 4.3. - Соотношение частоты разной выраженности депрессии у жён мигрантов (n=102) и не мигрантов (n=223).

У жён мигрантов все формы (выраженности) депрессии наблюдаются примерно с одинаковой частотой и превышают 20% (26,5; 21,6 и 24,5% - соответственно частота мягкой, умеренной и тяжёлой депрессии).

При сравнительном анализе абсолютных значений депрессии в сравниваемых группах (по Kruskal-Walis) установлено, что различия выраженности депрессии между группами значимы ($p < 0,0001$): у женщин общей выборки составляет $12,4 \pm 10,9$ балла, у жён мигрантов - $18,3 \pm 13,2$, а у жён не мигрантов - $9,7 \pm 8,6$ балла, то есть более выраженные степени депрессивных расстройств наблюдались у жён мигрантов (таблица 4.3).

Таблица 4.3. - Средние значения депрессии в группах женщин (M±SD).

Шкала	Группы женщин			p
	Вся выборка (n=325)	1. Жёны мигрантов (n=102)	2. Жёны не мигрантов (n=223)	
Депрессия, баллы	$12,4 \pm 10,9$	$18,3 \pm 13,2$	$9,7 \pm 8,6$	$p < 0,001$

Примечание: p – достоверность различия абсолютных показателей между группами (по Kruskal -Wallis).

Суммируя полученные результаты, можно утверждать, что у жён мигрантов 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 мигрантов значительно превышают таковые женщин общей группы и жён не мигрантов.

Посттравматические стрессовые расстройства у жён трудовых мигрантов. В группах женщин, включённых в исследование, изучены частота и степень выраженности посттравматического стрессового расстройства. При анализе проявлений ПТСР у женщин общей группы, установлено их отсутствие у 176 женщин (54,2%), с колебанием значений от 0 до 29 баллов, а средние значения составили $21,8 \pm 3,9$ баллов. 54% женщин общей группы, 59% жён не мигрантов, и только 43% ($p < 0,01$) жён мигрантов составили группу с отсутствием посттравматических стрессовых расстройств (таблица 4.4).

Таблица 4.4. - Выраженность посттравматических стрессовых расстройств у женщин сравниваемых групп (абс/%).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Группы женщин			P
	Вся выборка (n=325)	Жёны мигрантов (n=102)	Жёны не мигрантов (n=223)	
Нет ПТСР(0-29)	176 (54,2)	44 (43,1)*	132 (59,2)	<0,01
Мягкое (30-39)	114 (35,1)	32 (31,4)	82 (36,7)	>0,05
Умеренное (40-49)	22 (6,8)	15 (14,7)*	7 (3,1)	<0,001
Тяжёлое (≥ 50)	13 (4,0)	11 (10,8)*	2 (0,9)*	<0,002

Примечание: p – достоверность различия показателей между группами жён мигрантов и не мигрантов; *- значимые различия ($p < 0,05$) показателей с общей выборкой (по χ^2).

Женщин с посттравматическими стрессовыми расстройствами 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 ($M \pm SD$). Посттравматические стрессовые расстройства у женщин сравниваемых групп (жён мигрантов и не мигрантов) представлены, главным

образом, мягкой формой, которая составляет примерно 1/3, и различия её частоты в группах незначимы ($p>0,05$).

Однако умеренная (14,7%; $p<0,001$) и тяжёлая (10,8%; $p<0,002$) ПТСР значимо чаще наблюдаются у жён трудовых мигрантов, тогда как их частота у жён не мигрантов (3,1% и 0,9% - соответственно умеренные и тяжёлые ПТСР) - невысокая. В связи с этим, абсолютные значения выраженности ПТСР у жён мигрантов значимо превышают таковые у женщин как общей группы, так и жён не мигрантов.

При сопоставлении абсолютных значений ПТСР у женщин общей выборки ($28,7 \pm 9,8$) и групп жён мигрантов ($32,7 \pm 13,5$) 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 мигрантов (таблица 4.5).

Таблица 4.5. - Средние значения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у женщин сравниваемых групп ($M \pm SD$).

Шкала	Группы женщин			p
	Вся выборка (n=325)	Жены мигрантов (n=102)	Жены не мигрантов(n=223)	
ПТСР, баллы	28,7± 9,8	32,7±13,5	26,9±6,9	<0,001

Примечание: p – достоверность различия абсолютных показателей (по Kruskal -Wallis).

Полученные результаты свидетельствуют, что ПТСР у женщин сравниваемых групп, чаще всего протекают в мягкой и умеренной форме, однако клинически выраженные его степени этого показателя значимо чаще наблюдаются у жён мигрантов.

Структура общих психических расстройств у женщин. У женщин в системе первичной медико-санитарной помощи, которые включены в исследование, обобщены результаты изучения структуры общих психических расстройств (депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства). Полученные результаты показывают, что:

а) частота отсутствия депрессии и тревоги у женщин сопоставимы (40,6 и 39,7% - соответственно депрессия и тревога); отсутствие посттравматических стрессовых расстройств наблюдается у более половины женщин (54,2%; $p < 0,001$);

б) мягкая форма (выраженность) депрессии и тревоги наблюдается у более 1/4 части женщин и несколько преобладает частота мягкой формы депрессии; у женщин значимо чаще отмечается мягкая выраженность ПТСР (35,7%; $p < 0,001$);

в) депрессия (18,5%) и тревога (23,7%) умеренной выраженности наблюдаются у женщин с сопоставимой частотой ($p > 0,05$), однако значимо чаще ($p < 0,0001$), чем посттравматические стрессовые расстройства (6,5%);

г) тяжёлая выраженность депрессии у женщин наблюдается наиболее часто (12,6%), хотя различия с частотой тревоги (10,5%) статистически не значимы ($p > 0,05$); тяжёлые ПТСР наблюдаются у 3,7% женщин, что значимо реже частоты тяжёлой депрессии ($p < 0,0001$) и тревоги ($p < 0,001$) (таблица 4.6).

Таблица 4.6. - Показатели общих психических расстройств у женщин, включённых в исследование (n=325)

ШКАЛА		Нет	Мягкий	Умеренный	Тяжелый
Тревога (НАМ-А)	Баллы	(0-7)	(8-14)	(15-23)	(≥ 24)
	абс/%	129 (39,7)	85 (26,2)	77 (23,7)	34 (10,5)
Депрессия (НАМ-D)	баллы	(0-7)	(8-16)	(17-23)	(≥ 24)
	абс/%	132 (40,6)	92 (28,3)	60 (18,5)	41 (12,6)
ПТСР (PCL-C)	баллы	(0-29)	(30-39)	(40-49)	(≥ 50)
	абс/%	176 (54,2)	116 (35,7)	21 (6,5)	12 (3,7)
Статистический показатель	p_{1-2}	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
	p_{1-3}	$<0,001$	$<0,05$	$<0,0001$	$<0,0001$
	p_{2-3}	$<0,001$	$<0,01$	$<0,0001$	$<0,001$

Примечание: p_{1-3} – статистическая значимость различия между 1 и 3 группами и p_{2-3} – между 2 и 3 группами (по критерию χ^2).

Результаты проведенного анализа средних показателей наличия и выраженности психических расстройств показывают, что 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 у женщин в системе первичной медико-санитарной помощи, представленные в рисунке 4.4, свидетельствуют, что те или иные психические расстройства в мягкой форме наблюдаются у более 30%, умеренные расстройства – у 16%, а тяжёлые - у менее 10% из них.

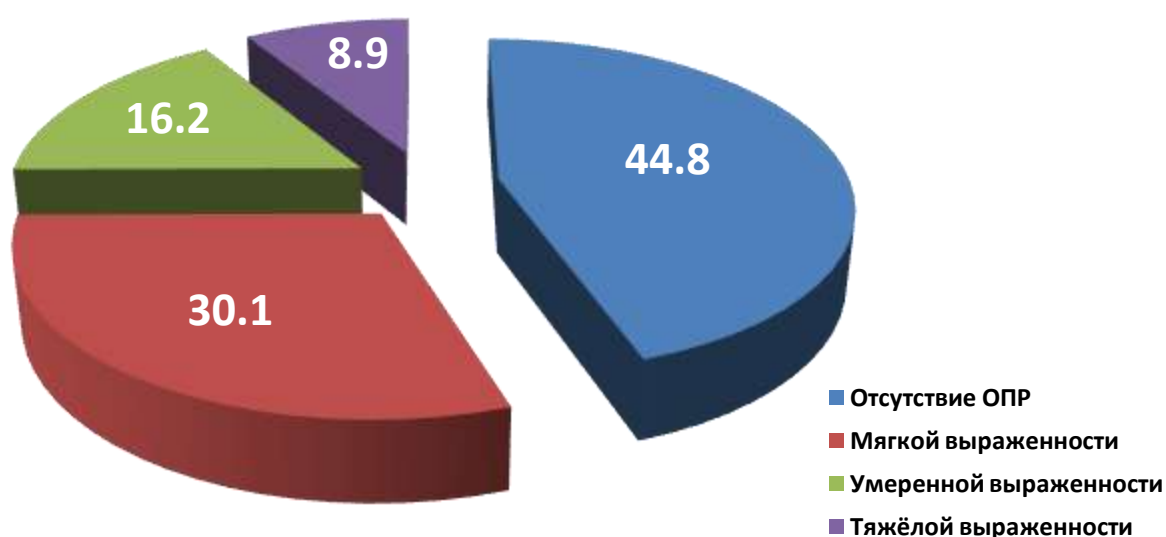


Рисунок 4.4. – Частота и выраженность общих психических расстройств у женщин, включённых в исследование (n=325).

Анализ частоты тяжёлых форм общих психических расстройств, при сопоставлении полученных результатов, показал, что в системе первичной медико-санитарной помощи на фоне ряда детерминантов психического здоровья 10,5% женщин общей группы имеют тяжёлую 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 выраженная тревога, депрессия и ПТСР).

4.2. Влияние психотравмирующих событий и социально-демографических детерминантов здоровья на уровень общих психических расстройств у женщин

Полученные результаты, свидетельствующие о высокой частоте общих психических расстройств у женщин, особенно жён мигрантов, и крайне низкой их обращаемости в медицинские учреждения или к личным врачам, указывают на целесообразность выделения ключевых подгруппах женщин с анализом степени взаимообусловленности их частоты (тревоги, депрессии и ПТСР) с особенностями психотравмирующих факторов: травм и насилия.

У женщин, обратившихся в систему первичной медико-санитарной помощи и включённых в исследование, проведено сопоставление частоты психических расстройств с перенесенными психотравмирующими событиями и насилием; изучено влияние социальных и демографических детерминантов на психическое здоровье жён трудовых мигрантов, при сравнительном анализе ключевых подгрупп.

4.2.1. Влияние травм (прямых и непрямых) и насилия (за всю жизнь и за прошлый год) на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов

Влияние травм (прямых и непрямых) на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов. Установлено, что заметная взаимосвязь непрямых травм с выраженностью тревоги, депрессии и посттравматических стрессовых расстройств отсутствовала как в общей группе женщин, так и в группах жён мигрантов и не мигрантов.

Что касается перенесенных прямых травм, то установлено, что как у женщин общей группы, так и в группе жён мигрантов имеет место значимая прямая взаимосвязь их частоты с выраженностью общих психических расстройств – депрессии, тревоги и посттравматических стрессовых расстройств.

Согласно результатам, представленным в рисунке 4.5 (А и Б), 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 (рисунок 4.5; А) и тревогой (рисунок 4.5; Б).

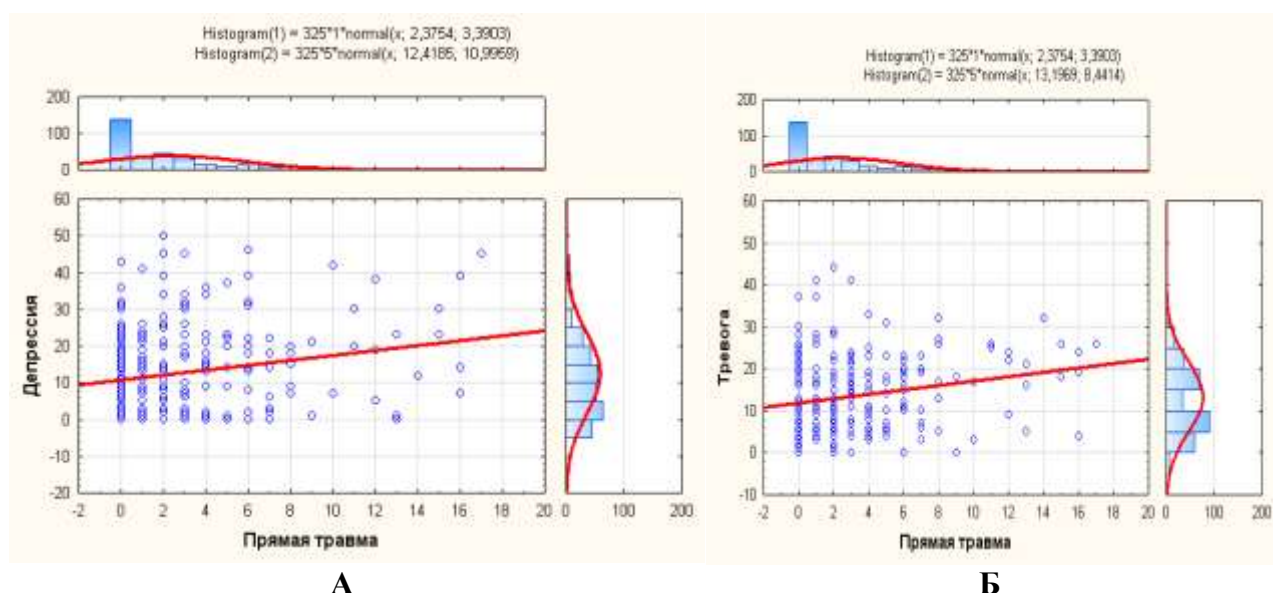


Рисунок 4.5. – Взаимосвязь прямой травмы с выраженностью депрессии (А) и тревоги (Б) у женщин общей группы (n=325).

Между выраженностью посттравматических стрессовых расстройств и частотой прямых травм у женщин общей группы наблюдается умеренная взаимосвязь ($r=0,350998$; $p < 0,05$).

У жён не мигрантов взаимосвязь прямых травм с выраженностью общих психических расстройств (тревога, депрессия и ПТСР) отсутствовала.

У жён мигрантов между выраженностью посттравматических стрессовых расстройств и частотой прямых травм выявлена тесная и значимая взаимосвязь ($r=0,46535$; $p < 0,05$) (рисунок 4.6).

Таким образом, частота перенесенных прямых травм тесно взаимосвязана с выраженностью всех форм общих психических расстройств: и с тревогой, и депрессией, и ПТСР.

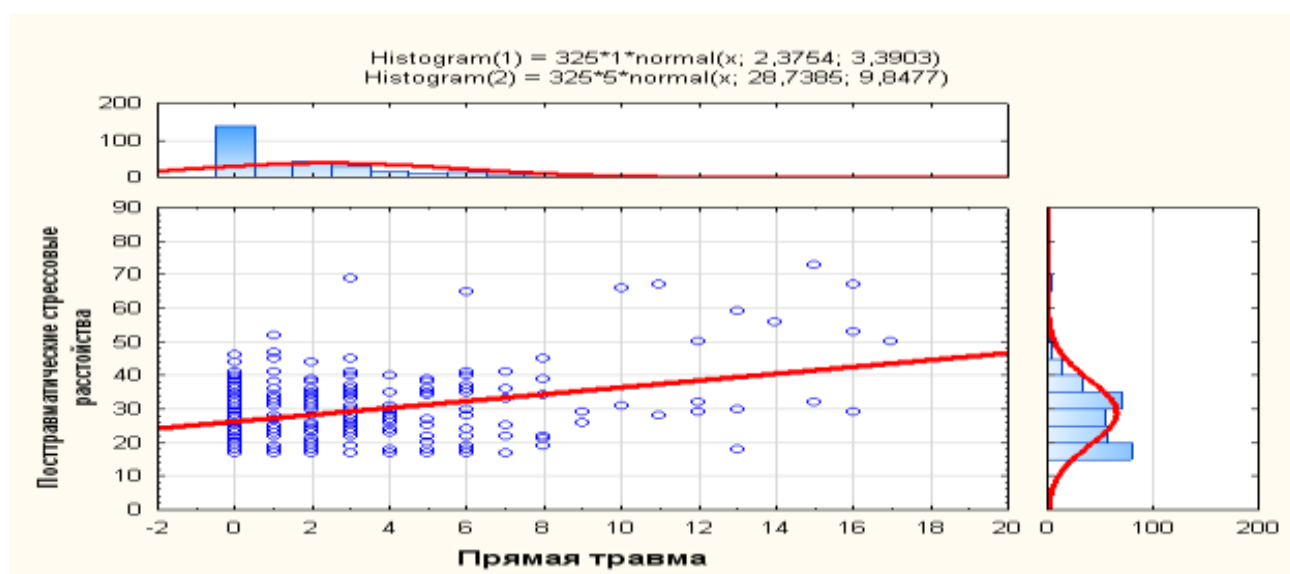


Рисунок 4.6. – Взаимосвязь прямой травмы с выраженностью посттравматических стрессовых расстройств у женщин общей группы.

С учётом полученных результатов можно утверждать, что:

- во-первых, женщины с перенесенной прямой травмой составляют одну из ключевых подгрупп женщин, включённых в исследование;
- во-вторых, такое заключение указывает на целесообразность более детальной оценки их влияния на частоту психических расстройств, при сравнительном изучении в подгруппах с наличием и отсутствием данного признака (прямых травм).

Для оценки влияния прямой травмы на частоту общих психических расстройств, в сравниваемых группах женщин, изучена частота тревоги, депрессии и ПТСР в зависимости от наличия или отсутствия прямой травмы в анамнезе.

При таком анализе установлено, что прямая травма у жён мигрантов чаще, чем у жён не мигрантов, 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 мигрантов, при сравнении с жёнами не мигрантов, наблюдается заметное, но не значимое учащение ПТСР и депрессии ($p>0,05$), но значимое преобладание частоты синдрома тревоги ($p=0,0001$) сохраняется (таблица 4.7).

Таблица 4.7. – Влияние прямой травмы на уровень психических расстройств у женщин сравниваемых групп (абс/%).

Показатель		Группы женщин		P
		1. Жены мигрантов (n=102)	2. Жены не мигрантов (n=223)	
Прямое психотравмирующее событие		(n=82)	(n=104)	
	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

Следует отметить, что внутригрупповые различия между подгруппами были не значимыми ($p>0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют, что прямая травма у жён мигрантов в большей степени, чем у жен не мигрантов, усугубляет имеющие место психические и эмоциональные нарушения, способствуя развитию и повышению выраженности общих психических расстройств – тревоги, депрессии и ПТСР.

Таким образом, сильное психотравмирующее влияние прямых травм, оказываемое окружающими жёнам мигрантов, можно рассматривать как важную социальную детерминанту общих психических расстройств и следует учитывать при планировании мероприятий по профилактике психического здоровья женщин.

Влияние насилия (физического и сексуального) за всю жизнь и за последний год на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов. При изучении влияния физического и сексуального насилия на частоту острых психических расстройств установлено, что взаимосвязь количества насилия за всю жизнь только с ПТСР ($r=0,278958$; $p<0,05$) значимая у женщин общей группы и в группе жён не мигрантов ($r=0,316556$; $p<0,05$).

В группе жён мигрантов также установлена слабая, но значимая взаимосвязь насилия (физического и сексуального) за всю жизнь с тревогой ($r=0,195244$; $p<0,05$).

Физическое (сексуальное) насилие в течение прошлого года у женщин общей группы имеет значимую взаимосвязь с депрессией ($r=0,130742$; $p <0,05$) и тесную, близкую к сильной взаимосвязь ($r=0,666734$; $p <0,05$) с ПТСР (рисунок 4.7; А).

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 ($r=0,228818$; $p <0,05$) (рисунок 4.7; Б).

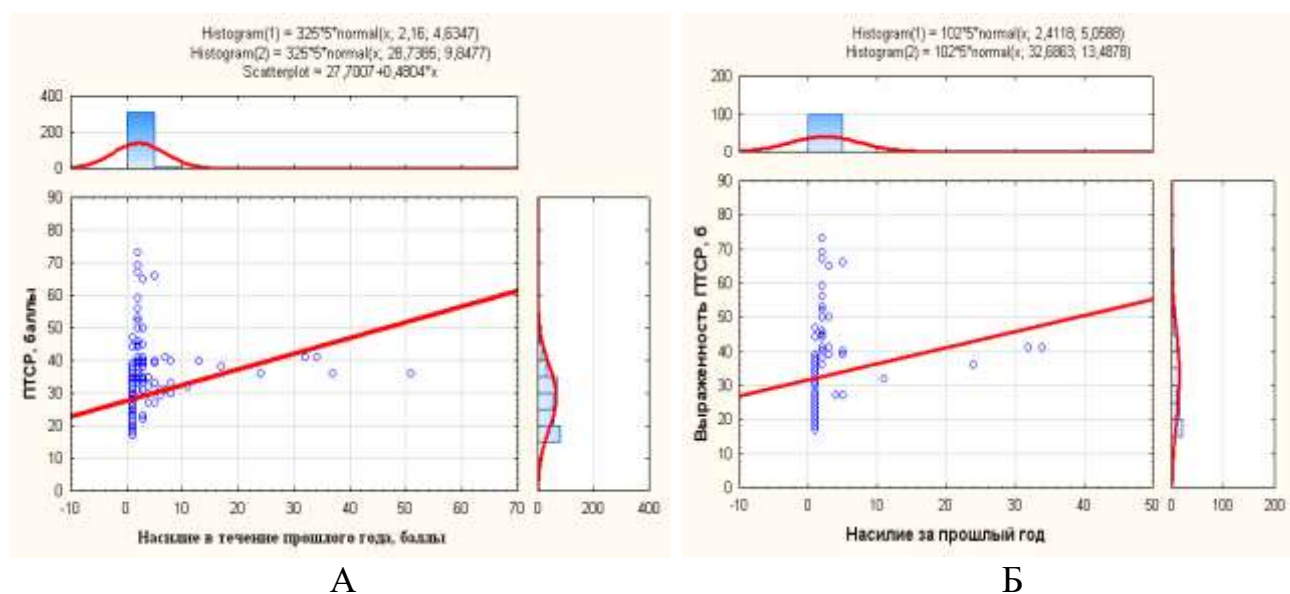


Рисунок 4.7. - Взаимосвязь частоты ПТСР и насилия в течение прошлого года у женщин общей группы (А; $n=325$; $r=0,666734$; $p <0,05$) и в группе жён мигрантов (Б; $n=102$; $r=0,687292$; $p <0,05$).

Отмечается, что насилие в течение прошлого года имеет тесную значимую взаимосвязь с ПТСР ($r=0,682363$; $p < 0,05$) и у жён не мигрантов.

Полученные результаты показывают, что *насилие в течение прошлого года* взаимосвязано с частотой всех форм общих психических расстройств фактически тесной (почти сильной) и значимой взаимосвязью, в связи с чем данный фактор можно считать *одним из важных детерминантов*, влияющих на состояние психической сферы женщин. Это означает, что женщины с перенесенным физическим и эмоциональным насилием в течение прошлого года составляют также ключевую подгруппу, в которой следует анализировать частоту общих психических расстройств в целом.

В таблице 4.8 показана взаимосвязь между этой ключевой подгруппой женщин (с физическим насилием в прошлом году) с фактором миграции и общими психическими расстройствами.

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 подвергался физическому насилию (таблица 4.8; по горизонтали, $p < 0,0001$).

Жёны не мигрантов, 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 мигрантов выраженность депрессии, посттравматического стрессового расстройства и тревожности была выше, чем в такой же подгруппе жён не мигрантов (таблица 4.8; по вертикали, $p < 0,001$).

Среди женщин, не подвергавшихся физическому насилию, жены мигрантов имели более высокую депрессию ($p < 0,0001$) и посттравматическое стрессовое расстройство ($p < 0,0226$) по сравнению с женами не мигрантов ($p < 0,0001$).

Уровни тревоги в подгруппе без насилия у жён мигрантов и не мигрантов были сопоставимы (по вертикали, $p < 0,757$) (таблица 4.8).

Таблица 4.8. - Связь между насилием и миграцией, их влияние на структуру и уровень общих психических расстройств ($M \pm SD$).

Показатель		Физическое насилие в течение прошлого года		
		Было (n=33)	Не было (n=69)	p
	N	(n=33)	(n=69)	
1. Жены мигрантов	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
2. Жены не мигрантов	N	(n=61)	(n=162)	
	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)	p ₁₋₂	t (92)=-4.999, p<0.0001	t (229)=-4.936, p<0.0001	
		t (92)=-11.907, p<0.0001	t (229)=-0.3095, p<0.757	
		t (92)=-6.967, p<0.001	t (229)=-2.29, p<0.0226	

Примечание: p – достоверность различия показателей (по горизонтали); p₁₋₂ - достоверность различия соответствующих показателей по вертикали (по t - тесту).).

Таким образом, насилие в течение прошлого года у жён мигрантов в большей степени, чем у жен не мигрантов, усугубляет имеющиеся место психические и эмоциональные нарушения, способствуя развитию тревоги, депрессии и ПТСР, и может рассматриваться как важный детерминант общих психических расстройств.

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

4.2.2. Влияние социально-демографических детерминантов здоровья на уровень общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов

При оценке особенностей социально-демографических детерминантов здоровья и их влияния на компоненты качества жизни женщин, включённых в настоящее исследование, в главе 3.2 и 3.3 было сделано заключение о том, что ряд детерминантов способны значимо нарушать все составляющие качества жизни женщин, и в большей степени у жён мигрантов. Такой результат указывает на возможность влияния социально-демографических детерминантов здоровья и на выраженность общих психических расстройств у жён трудовых мигрантов.

В связи с этим, изучена взаимосвязь ряда социально-демографических детерминантов здоровья с выраженностью общих психических расстройств у женщин сравниваемых групп.

Изучение выраженности тревоги с особенностью жилья показало наличие значимой взаимосвязи ($r=0,200056$; $p < 0,05$), что свидетельствует о нарастании тревоги у жён мигрантов при отсутствии собственного жилья (рисунок 4.8).

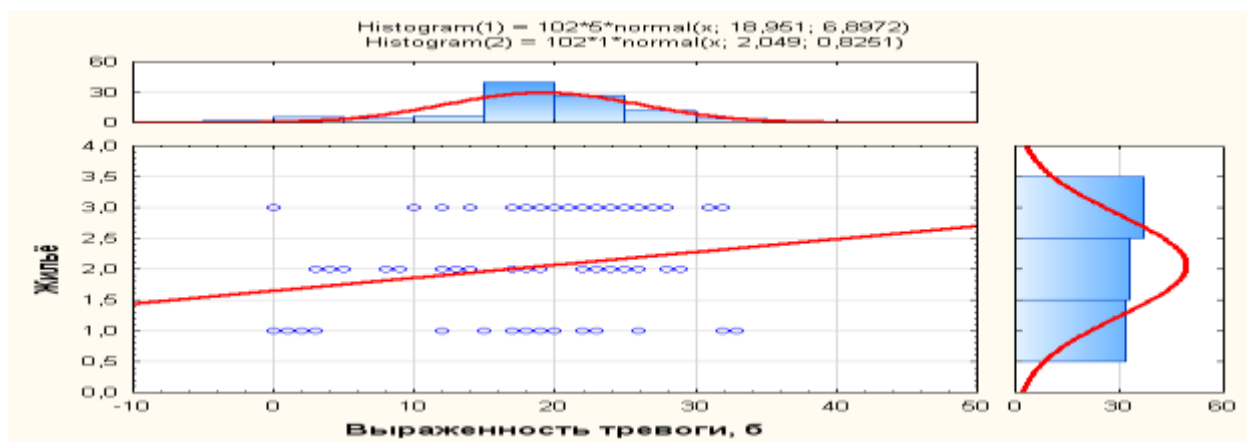


Рисунок 4.8. - Взаимосвязь выраженности тревоги с особенностью (отсутствием собственного) жилья у жён мигрантов ($r=0,200056$; $p < 0,05$).

Кроме того, у жён мигрантов нарастание тревожности было взаимосвязано со степенью ухудшения социального функционирования, характеризующегося подавленностью, нарушением привычных общений и социальной жизни ($r=0,295120$; $p < 0,05$) (рисунок 4.9).

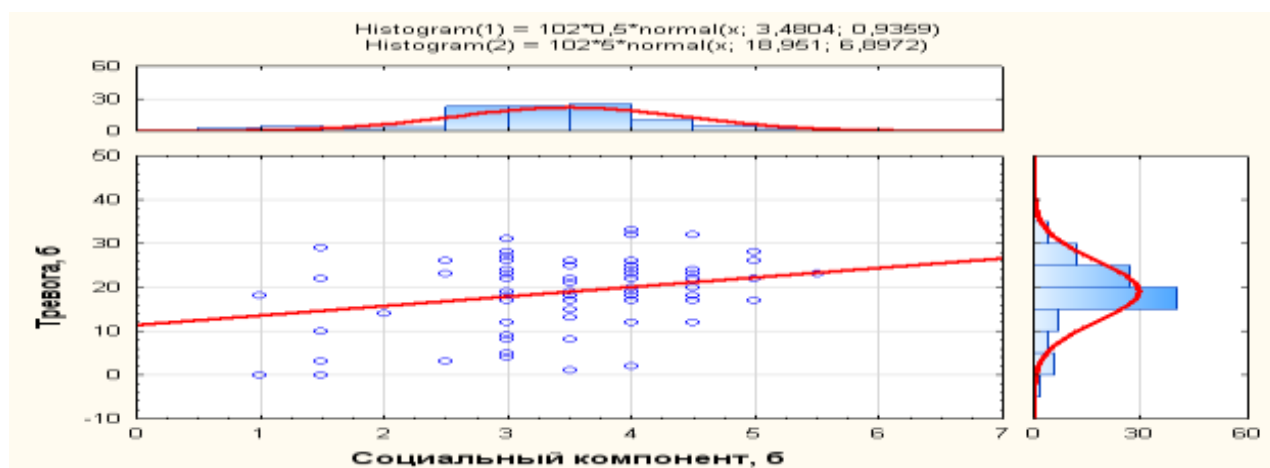


Рисунок 4.9. - Взаимосвязь выраженности тревоги со степенью ухудшения социального функционирования у жён мигрантов ($n=102$; $r=0,295120$; $p < 0,05$; по Pearson).

Такой 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.

При изучении взаимосвязи тревожных расстройств (тревоги) со степенью снижения самооценки состояния здоровья у женщин общей группы, отмечена слабая, но значимая взаимосвязь ($r=0,155687$; $p<0,05$). Если учитывать значимую взаимосвязь степени снижения самооценки состояния здоровья у женщин с частотой прямых травм ($r=0,182278$; $p<0,05$), со снижением физической активности ($r=-0,205657$; $p<0,05$), ухудшением психологического состояния ($r=0,287652$; $p<0,05$) и нарастанием телесной боли ($r=0,114177$; $p<0,05$), то нарастание тревоги на фоне снижения самооценки состояния здоровья у женщин можно объяснить сочетанным, многоуровневым влиянием социально-демографических детерминантов на психическую сферу.

С этих же позиций можно объяснить и взаимосвязь снижения самооценки состояния здоровья у женщин общей группы с выраженностью депрессии, которая была также значимой ($r=0,279226$; $p <0,05$) и означает, что нарастание депрессии у женщин возникает на фоне снижения самооценки состояния здоровья (рисунок 4.10).

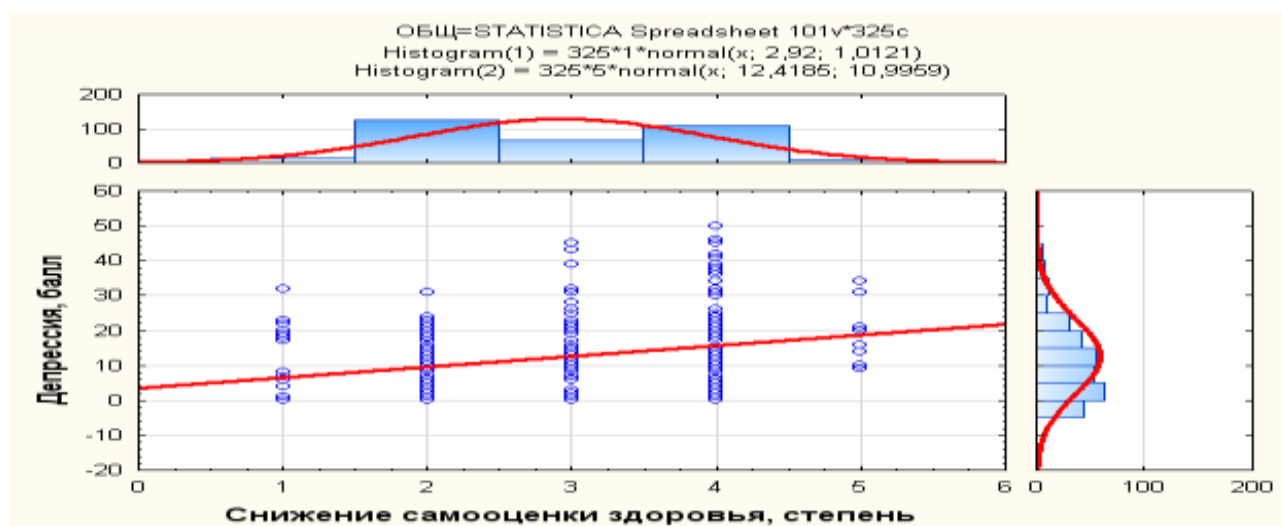


Рисунок 4.10. - Взаимосвязь снижения самооценки состояния здоровья у женщин с выраженностью депрессии($n=325$; $r=0,279226$; $p<0,05$).

Выраженность посттравматических стрессовых расстройств была связана с частотой обращаемости обратной и значимой взаимосвязью у жён трудовых

мигрантов ($n=192$; $r=-0,31240$; $p < 0,05$), что заслуживает особого внимания. Такой результат свидетельствует, что:

- на фоне низкой обращаемости женщин в лечебно-профилактические учреждения возрастает выраженность посттравматических стрессовых расстройств;
- низкая обращаемость в ЛПУ женщин с посттравматическими стрессами способствует доминированию и укреплению психических переживаний с развитием посттравматических стрессовых расстройств (рисунок 4.11);
- отсутствие своевременной диагностической и лечебно-профилактической помощи при проявлениях общих психических расстройств у жен трудовых мигрантов является важным детерминантом здоровья женщин.

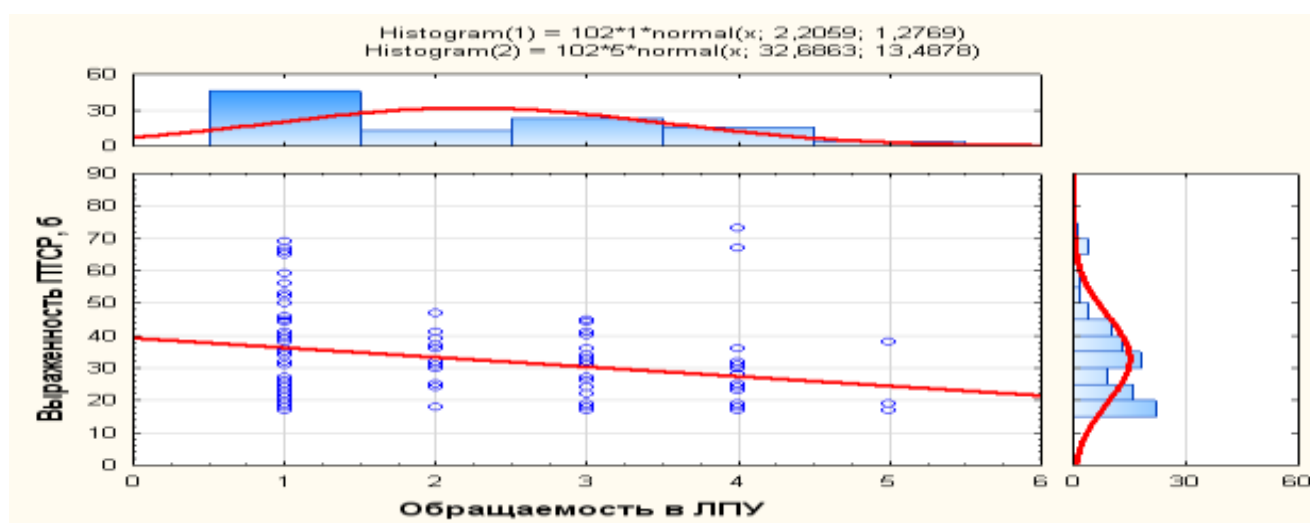


Рисунок 4.11. - Взаимосвязь выраженности посттравматических стрессовых расстройств с частотой обращаемости жён мигрантов в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) в течение последнего года ($n=102$; $r=-0,31240$; $p < 0,05$).

Таким образом, установлено, что в развитии общих психических расстройств, особенно у жён мигрантов, высока значимость не только социально-обусловленных психотравмирующих событий (прямые и косвенные травмы, физическое и сексуальное насилие), но и социально-демографических

детерминантов здоровья: образование, особенности жилья, совместное проживание с большим количеством людей, – взаимосвязанные и влияющие на целый ряд показателей социального и поведенческого характера: 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 лечебно-профилактические учреждения или в ответственные учреждения), негативно влияющих на общее и психическое здоровье женщин.

4.3. Структура социальных детерминантов, формирующихся у жён трудовых мигрантов. Результаты многомерного анализа значимости социальных детерминантов в развитии общих психических расстройств

4.3.1. Структура социальных детерминантов, формирующихся у жён трудовых мигрантов

Результаты проведенного исследования показывают, что психическое здоровье жен трудовых мигрантов - 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:

- на условия жизни в семье (наличие совместного проживания большого количества людей в семье, включая детей; отсутствие собственного жилья);
- на уровень образования (низкий уровень образования);

- на степень занятости и материальной обеспеченности (отсутствие оплачиваемой работы/занятости, наряду с отсутствием свободного времени из-за ухода за детьми и родителями мужа).

- на возможность реализовать свои планы на учёбу (сложность реализации инициативы из-за продолжительной материальной необеспеченности), которые, несомненно, могут способствовать развитию общих психических расстройств (таблица 4.9).

Таблица 4.9. – Социально-демографические детерминанты, влияющие на психическое здоровье жён трудовых мигрантов

Детерминант психического здоровья	Показатели
Условия жизни в семье	<ul style="list-style-type: none"> • большое количество людей совместного проживания, в том числе своих детей • отсутствие собственного жилья
Уровень образования	<ul style="list-style-type: none"> • низкий уровень образования
Степень занятости и материальной обеспеченности	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие свободного времени из-за ухода за детьми и родителями • отсутствие оплачиваемой работы • продолжительная материальная необеспеченность • невозможность реализовать свои планы на учёбу
Психотравмирующие события	<ul style="list-style-type: none"> • большая частота прямых и непрямых травм • эпизоды насилия (физического и сексуального)
Получаемый объем медико-социальной и психологической помощи	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Очень важно, что многоуровневые социально-демографические факторы, которые формируются в отсутствие мужа-мигранта, оказывают влияние и на получаемый объем медико-социальной и медико-психологической помощи. Как причины недостаточного объема этой помощи женщинам можно выделить:

1) *социально-экономического характера:*

- материальная необеспеченность;
- отсутствие свободного времени для получения медико-психологической помощи;

2) *поведенческого характера:*

- низкая обращаемость в медицинские учреждения;
- отсутствие заинтересованности в сохранении своего здоровья, связанное со сравнительно низким уровнем образования;

3) *медико-социального характера:*

- отсутствие доступной информации о ключевых проблемах возникновения общих психических расстройств и получения медико-психологической помощи;
- отсутствие возможности получения организованных услуг в сфере психического здоровья, недостаточный объем и сложность получения медико-психологической помощи жёнами трудовых мигрантов (рисунок 4.12 А/Б).



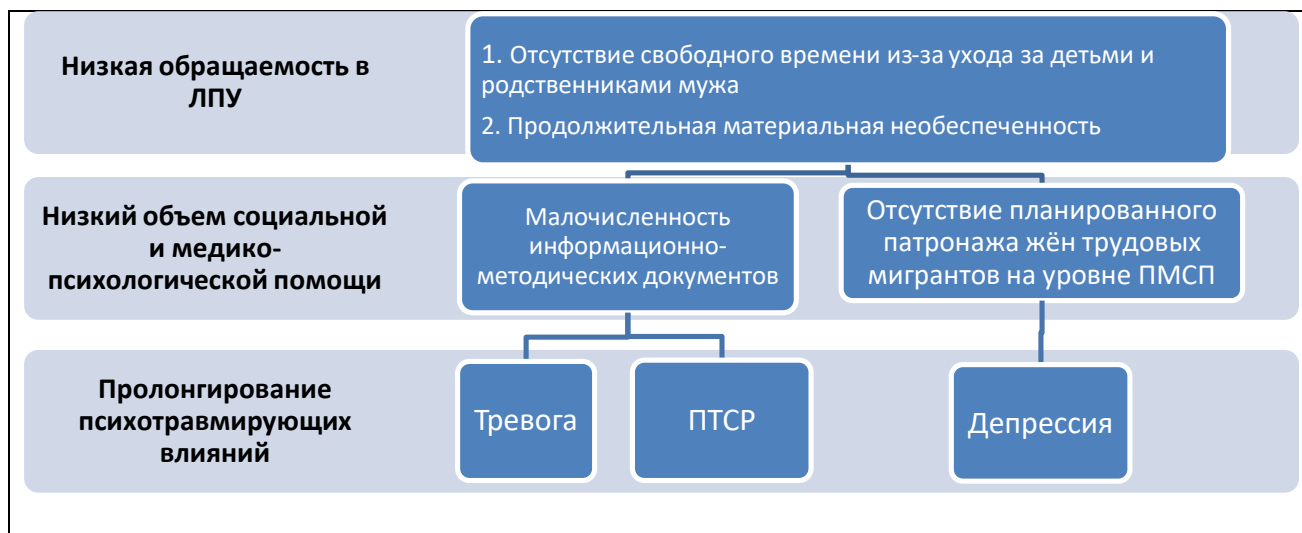


Рисунок 4.12. А/Б - Структура многоуровневых социально-демографических детерминантов, формирующихся у жён мигрантов, и их последствия.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что установленное влияние комплекса многоуровневых социально-демографических факторов, которые формируются у жён мигрантов, в отсутствие мужа-мигранта, следует учитывать при планировании мероприятий по профилактике психического здоровья женщин.

4.3.2. Результаты многомерного анализа значимости социальных детерминантов в развитии общих психических расстройств у жен трудовых мигрантов

Учитывая возможность одновременного, комплексного воздействия ряда факторов, особенно на жён трудовых мигрантов, которые определяют психическое состояние или усугубляют имеющие место психические расстройства, было решено провести многомерный анализ психического здоровья жён мигрантов со сравнением ключевых подгрупп, с использованием корреляционного и регрессионного анализа.

При изучении многомерных ассоциаций ряда связанных с общим и психическим здоровьем женщин компонентов качества жизни, демографических и социальных факторов, способных влиять на выраженность психических расстройств, получены результаты, которые предсказали факторы

риска (или предикторы) депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства.

Результаты проведенного многомерного анализа детерминантов психического здоровья женщин, включённых в исследование, приведены в таблице 4.10.

Таблица 4.10. 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*

Примечание: p - достоверность коэффициента регрессии; * - p < 0,05, ** - p < 0,01; *** - p < 0,001; **** - p < 0,0001.

Как детерминанты тревоги ($R^2 = 0,38$) выделены: муж - мигрант, прямая травма и возраст ($p < 0,01$). Однако многомерные ассоциации детерминантов для тревоги 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 4.13).

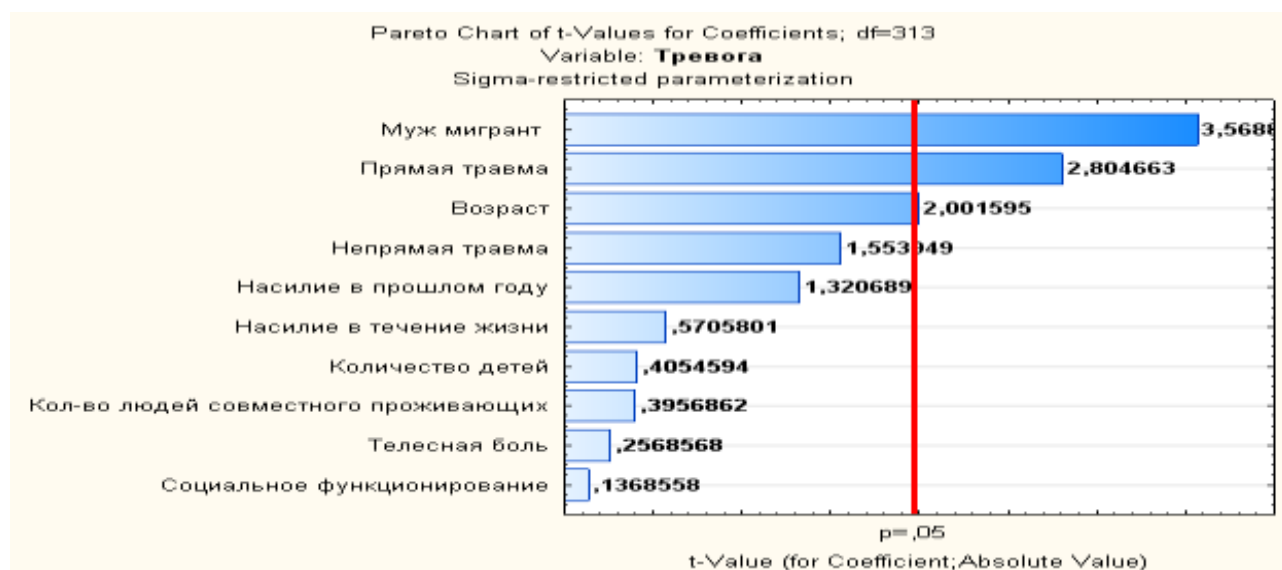


Рисунок 4.13. - Общая модель многомерных ассоциаций (множественной регрессии) для тревоги по шкале Hamilton (общая группа, $n=325$).

Для депрессии ($R^2 = 0,49$) как предикторы выделены следующие детерминанты (рисунок 4.14): муж- мигрант и перенесенная прямая травма ($p < 0,001$).

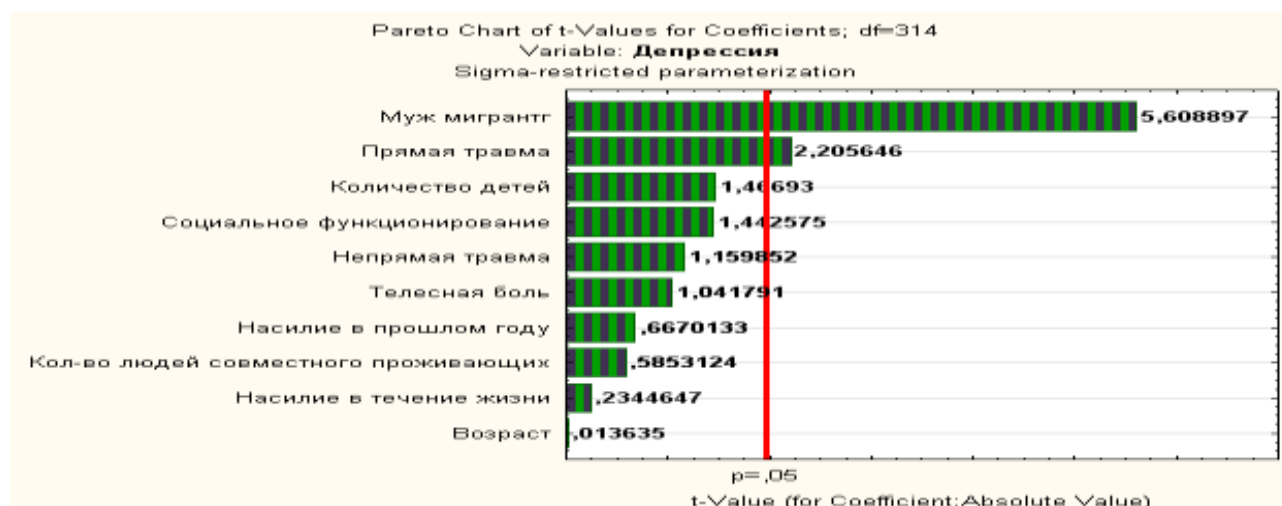


Рисунок 4.14. - Общая модель многомерных ассоциаций (множественной регрессии) для депрессии по шкале Hamilton (общая группа, $n=325$).

Однако следует отметить, что следующие детерминанты близки к определению таковых как к предикторам депрессии ($p > 0,05$), и вследствие этого, в процессе анализа данные факторы риска были выделены как относительные детерминанты (предикторы) депрессии. К ним относятся - отсутствие или малое количество детей ($t = -1,46693$; $p > 0,1$), низкое социальное функционирование ($t = -1,44258$; $p > 0,1$), непрякая травма ($t = -1,15985$; $p > 0,2$) и телесная боль ($t = 1,04179$; $p > 0,2$).

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 4.15).

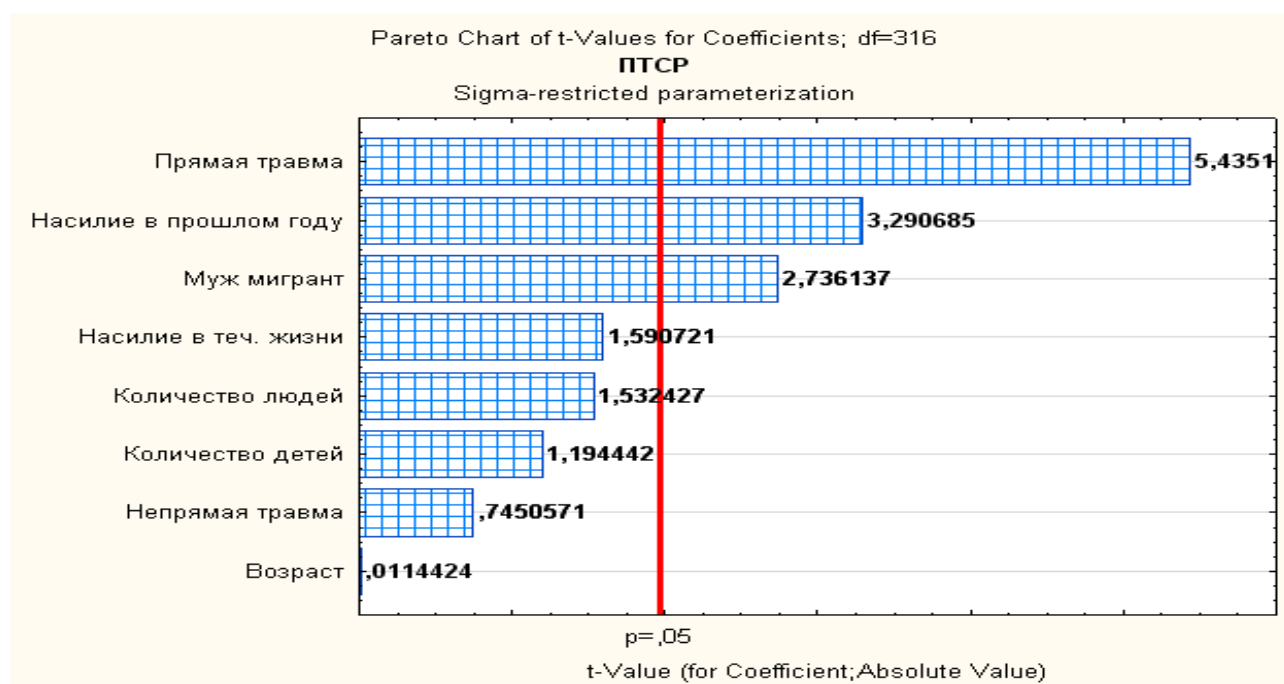


Рисунок 4.15. - Общая модель множественной регрессии для посттравматического стрессового расстройства (общая группа, $n=325$).

Однако, согласно модели множественной регрессии для развития посттравматических стрессовых расстройств, 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, скорее всего, оказывать сочетанное, потенцирующее влияние на состояние общего и психического здоровья женщин и создавать условия развития неустойчивости психического функционирования или психических расстройств, 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 жён мигрантов, и фактор миграции присутствует во всех регрессионных моделях психических расстройств.

Глава 5. Обсуждение результатов

Психические расстройства являются глобальной проблемой, и их поздняя диагностика способствует дальнейшему развитию психических расстройств и осложнений. Относительно здоровья женщин, усилия государств региона по-прежнему сфокусированы на охране материнства и детства из-за достаточно высоких показателей младенческой и материнской смертности. Вследствие этого, более широкие, но в то же время актуальные вопросы, связанные со здоровьем женщин, в том числе насилие в отношении женщин, депрессивные и стрессовые расстройства, недостаточно учтены в контексте практических национальных программ и соответствующего государственного финансирования.

В силу малоизученности психического здоровья женщин в современном мире, и разносторонних факторов, влияющих на него, возникла необходимость проведения комплексных исследований в различных когортах женского населения. В связи с тем, что система здравоохранения, унаследованная от советских времен, была ориентирована, в основном, на лечебные мероприятия, необходимо расширение государственных программ по психическому здоровью, с учетом профилактических и реабилитационных мероприятий. Очевидно, что вовлечение различных слоев общества в разработку и реализацию таких программ может оказать существенное влияние на ситуацию в этой области.

Наше исследование является первым социологическим исследованием общих психических расстройств у женщин, посещающих учреждения первичной медико-санитарной помощи.

Учитывая высокий уровень миграции в Таджикистане и других странах с низким и средним уровнем дохода, мы сочли важным сравнить общие психические расстройства среди жен мигрантов и не мигрантов, включённых в исследование.

В этой связи, целью данного исследования было изучение распространенных психических расстройств у женщин, обращающихся в центр первичной медико-санитарной помощи в Душанбе и включённых в исследование, со сравнительным их анализом в группах жён трудовых мигрантов и не мигрантов.

Исследование было проведено среди 325 замужних женщин в возрасте 18-45 лет города Душанбе. Используются методы статистического анализа количественных опросов по стандартным анкетам с последующим описательным и многомерным анализом для общих моделей демографического и психического здоровья, качества жизни, а также сравнение ключевых подгрупп при помощи современных методов анализа (хи-квадрат, Т-тест, корреляция и регрессия).

В главе 3 представлены результаты изучения социально-демографических факторов, влияющих на психическое здоровье женщин общей группы (n=325), с выявлением их особенностей у жён трудовых мигрантов (n=102), при сравнении с таковыми у жён не мигрантов (n=223).

При описательном и многомерном анализе установлено, что:

- жены мигрантов менее образованы, чем жены не мигрантов; количество женщин с начальным и со средне - специальным (колледж) образованием в сравниваемых группах было сопоставимым, однако женщин с незавершённым высшим и университетским образованием было значительно больше в группе жён не мигрантов ($p < 0,01$);

- менее половины обследованных женщин в общей группе имели своё собственное жильё (46,2%) и более 1/3 из них (37,2%) жили в доме родителей или общесемейном доме; жёны мигрантов чаще всего не имели собственного жилья, своё жильё имели только 32,4% мигрантов и 52,5% не мигрантов ($p < 0,001$);

- при сравнении семей трудовых мигрантов и не мигрантов отмечается, что количество детей в семьях мигрантов заметно преобладало ($p = 0,052$);

- при сопоставимом количестве людей совместного проживания в сравниваемых трёх группах ($p=0,3314$; по Kruskal - Wallis), отмечено большее количество людей совместного проживания в группе жён мигрантов ($p= 0,002$; по критерию χ^2).

- количество не работающих женщин в сравниваемых группах было сопоставимым и в общей группе женщин безработных было 62,5%.

Доля женщин с желанием учиться чему-либо, совершенствовать умения (показатель учёба/образование) была сопоставима в сравниваемых группах (11,8% и 7,6% у жён мигрантов и не мигрантов; $p>0,05$ по критерию χ^2), однако среднее их количество по группе преобладало у жён мигрантов ($p<0,0005$; по t-тесту). При анализе данного показателя интересен результат множественного регрессионного анализа значимости социально-демографических показателей; как предикторы выделяются количество детей ($t=2,15$) и людей совместного проживания ($t=2,02$).

Такой результат можно объяснить тем, что на фоне сочетанного влияния перечисленных социально-демографических факторов (проживание в съёмной квартире и/или вынужденное совместное проживание с большим количеством людей), как выход из создавшейся ситуации - у жён мигрантов чаще возникает желание учиться, совершенствовать свои знания и умения по воспитанию детей и выработке психологической устойчивости.

Однако желание жён мигрантов получить образование, получить хорошо оплачиваемую профессию, воспитывать детей должным образом нередко трансформируется в несбыточную мечту, так как денежные средства, заработанные трудовыми мигрантами, чаще всего служат только для повседневных нужд семьи и не могут способствовать самоустойчивости и развитию членов семьи.

Важными факторами, влияющими на психоэмоциональное состояние женщин, можно считать эффекты перенесенных (прямые травмы) или услышанных/увиденных травм (непрямые травмы) и ситуации физического и

морального насилия женщин. Результаты анализа Гарвардского вопросника у женщин общей группы показали большую частоту не прямых травм, и только у 26 (8%) женщин отсутствовала информация о не прямой травме.

Количество пережитых не прямых психотравмирующих событий женщинами в части случаев было значительным (от 1 до 20). Отсутствие прямых травм установлено у 42% женщин общей группы. Среднее значение как прямых, так и не прямых травм было выше ($p < 0,02$) у жён мигрантов.

При изучении частоты физического и психоэмоционального насилия в течение жизни и физического насилия в течение прошлого года у женщин сравниваемых групп установлено, что более 80% женщин в системе первичной медико-санитарной помощи указывают на физическое или эмоциональное насилие в течение жизни.

Физическое или эмоциональное насилие в течение жизни выше у жён не мигрантов (83,8%), что значимо, чем у жён мигрантов (74,5%; $p < 0,05$). Это можно объяснить тем, что жёны не мигрантов в большей степени подвержены физическому, психологическому или сексуальному насилию со стороны их мужей – не мигрантов.

Такой результат согласуется с исследованием, проведенным ВОЗ среди 24000 женщин в 10 странах, которое показало, что распространенность насилия в отношении женщин в течение жизни составляла от 15% до 70% в течение всей жизни и что женщины, подвергшиеся насилию, имели почти в 4 раза больше нарушений психического здоровья [169].

Полученные данные о высокой степени подверженности травмам и связи между воздействием травм и общими психическими расстройствами показывают, что предотвращение насилия в отношении женщин и его последствий для психического здоровья должно быть приоритетной задачей в Таджикистане и других странах с низким и средним доходом.

По результатам ряда исследований, проведенных в Таджикистане, делается заключение, что переводы трудовых мигрантов являются

дополнительным источником финансирования бюджета, и правительству необходимо вкладывать данный капитал в экономику государства и открывать новые рабочие места [7, 74].

При уточнении вопросов, определяющих степень приверженности к лечению и отношение к своему здоровью, частоту обращений в лечебные учреждения или к знахарям, установлено крайне редкое обращение женщин, включённых в исследование, в учреждения здравоохранения и/или к целителям по поводу расстройства общего и психического здоровья.

Наиболее низкие показатели обращаемости в медицинские учреждения и целителям отмечены у жён мигрантов, что значимо, при сравнении с группой жён не мигрантов ($p < 0,001$).

Результаты самооценки физических и связанных со здоровьем компонентов качества жизни (по SF-12) показали, что жён мигрантов, считающих своё здоровье отличным, очень хорошим или хорошим, было в 2,8 раз меньше, чем жён не мигрантов.

Таким образом, отмечается несоответствие самооценки здоровья с крайне низкой обращаемостью женщин в медицинские учреждения, особенно жён мигрантов.

При изучении компонентов качества жизни, связанных со здоровьем, отмечено, что у жён мигрантов степень снижения физического ($p < 0,05$) и ухудшение психического ($p < 0,01$) компонентов здоровья значимые, степень дискомфорта из-за телесной боли имеет тенденцию к повышению ($p = 0,09$), а социальное функционирование незначимо снижено ($p = 0,9$), при сравнении с группой жён не мигрантов.

Анализ выраженности и продолжительности перечисленных расстройств компонентов здоровья в течение последнего месяца показывает, что:

- почти постоянный период покоя и бодрости отмечали 2/3 (71,3%) жён не мигрантов и менее половины (47,1%; $p < 0,001$) жён мигрантов;

- отсутствие или незначительные телесные боли отмечали 85,5% и 95,5% - соответственно жёны мигрантов и не мигрантов ($p < 0,05$);
- социальный дискомфорт (подавленность, нарушение привычных общений и социальной жизни) отмечали соответственно 58,8 и 49,8% жён мигрантов и не мигрантов ($p < 0,05$);
- отмечалась взаимосвязь компонентов здоровья как у жён мигрантов, так и у жён не мигрантов.

Определена значимость этих факторов (SF-12) в суммирующую самооценку состояния общего и психического здоровья женщин групп сравнения методом множественной регрессии. В результате, как значимый фактор самооценки здоровья у жён не мигрантов выделено социальное функционирование ($t=2,4$), а для жён мигрантов – психоэмоциональное функционирование ($t=4,3$) и социальный компонент ($t=1,94$).

Некоторые исследования также указывают, что бедные и маргинализированные группы населения, особенно в странах с низким и средним доходом, подвергаются большему риску получения общих психических расстройств [96, 139].

Полученные нами данные согласуются с данными других авторов, которыми отмечено, что женщины в странах с низким и средним доходом, сталкивающиеся с тяжелыми условиями жизни, бедностью, низким уровнем образования, гендерным неравенством, социальной изоляцией, конфликтами и стихийными бедствиями, в большей степени подвержены влиянию основных социальных детерминантов общих психических расстройств [87, 158].

Такие результаты, наряду с редкой обращаемостью женщин в первичные звенья медицинской помощи, указывают также на необходимость всестороннего, более углублённого изучения психического здоровья женщин сравниваемых групп.

В главе 4 представлены результаты изучения различных форм и выраженности общих психических расстройств (депрессии и тревоги) по

методу Гамильтона, считающемуся наиболее информативным, и ПТСР у жён мигрантов и не мигрантов.

Установлено, что 59% женщин в системе первичной медико-санитарной помощи страдали депрессией разной выраженности. Отсутствие депрессии и мягкая её форма отмечено у 54% жён мигрантов и 75% - жён не мигрантов. Частота умеренной депрессии в группах была сопоставимой ($p>0,05$), а у 24% жён мигрантов и 7% жён не мигрантов отмечена тяжёлая степень депрессии ($p<0,001$).

Таким образом, у жён мигрантов депрессивные расстройства наблюдаются чаще, и в большинстве случаев выраженность данного синдрома проявляется в тяжёлой степени; средние значения выраженности депрессии у жён мигрантов значимо превышают таковые у женщин как в общей группе, так и в группе жён не мигрантов ($p<0,001$).

Более высокий уровень депрессии среди жен мигрантов может быть объяснен отсутствием поддержки и товарищества со стороны мужчин, возросшим бременем ответственности за своих детей, а также обострением семейных и жилищных проблем [167, 169].

Что касается тревожного расстройства (тревога), то установлено, что в системе первичной медико-санитарной помощи её разная выраженность имела место у 60% женщин, включённых в исследование. У жён мигрантов и не мигрантов отсутствие тревоги и мягкая тревога отмечены у 51% и 72% из них соответственно; частота умеренной тревоги в группах была сопоставимой ($p>0,05$). Тяжёлая степень тревоги выявлена у 19% и 6% жён мигрантов и не мигрантов соответственно ($p<0,001$).

В целом, 31% женщин в системе первичной медико-санитарной помощи имели умеренную или тяжёлую депрессию, более 10% - умеренную или тяжёлую тревогу; эти нарушения психического здоровья значимо чаще отмечались в группе жён мигрантов.

Более выраженные симптомы расстройства психического здоровья у жен мигрантов выявлены в исследовании, проведенном в Непале и Мексике (Wilkerson, Yamawaki, & Downs, 2009) [110, 167].

Полученные нами данные о высоких показателях общих психических расстройств согласуются с предыдущим исследованием, проведенным в Таджикистане (Falkingham, 2004), и указывают на необходимость соответствующих вмешательств в области психического здоровья [108].

Наряду с этим, учитывая комплексное воздействие ряда факторов на женщин, особенно жён трудовых мигрантов, способствующих появлению психических расстройств, в главе 4 представлены также результаты изучения распространённости посттравматического стрессового расстройства (по шкале PCL-C-14), психотравмирующих (прямых и опосредованных или непрямых) событий по Гарвардскому вопроснику и частоты физического и эмоционального насилия в семьях женщин, включённых в исследование.

Полученные результаты показывают, что отсутствие ПТСР наблюдается у более 50% женщин общей группы и жён не мигрантов, тогда как у жён мигрантов их отсутствие установлено только у 43% ($p < 0,01$) женщин. Умеренное (14,7) и тяжёлое (10,8) ПТСР значительно чаще наблюдаются у жён трудовых мигрантов, тогда как у жён не мигрантов наблюдаются редко – в 3,1% и 0,9% случаев соответственно ($p < 0,001$).

Об учащении посттравматических и общих психических расстройств у жён мигрантов подчёркивается и в исследовании, проведенном в Мексике [167].

Как причину учащения ПТСР у жён мигрантов можно рассматривать высокую частоту прямых и непрямых психотравмирующих событий, которые сопровождаются появлением односторонней и значимой, умеренной взаимосвязи между ними, например, ПТСР и прямой травмой ($r = 0,468$; $p < 0,05$).

Кроме того, более высокий уровень ПТСР среди жен-мигрантов можно объяснить их подверженностью в большей степени психическому насилию (в том числе, со стороны родственников мужа-мигранта) [167]. На взаимосвязь

развития посттравматического стрессового расстройства с физическим насилием указывает установленная прямая и значимая и близкая к сильной взаимосвязь ПТСР с насилием в течение прошлого года у жён мигрантов ($r=0,6873$; $p<0,05$).

Высокая степень подверженности женщин травмам, наряду с их взаимосвязью с общими психическими расстройствами показывают, что предотвращение насилия в отношении женщин и его последствий для психического здоровья должно быть приоритетной задачей в Таджикистане и других странах с низким и средним доходом.

В главе 5 приведены результаты изучения суммарной частоты и выраженности психических расстройств у женщин, включённых в исследование, обобщены результаты многомерного анализа психического здоровья женщин при использовании регрессионного анализа. При анализе суммарной частоты общих психических расстройств показано, что среди женщин, обращающихся в систему первичной медико-санитарной помощи, отсутствие тех или иных психических расстройств наблюдается у менее 45%. В среднем, те или иные психические расстройства в мягкой форме наблюдаются у более 30%, умеренные расстройства – у более 16%, а тяжёлые – у менее 10% женщин.

Учитывая прямую и значимую взаимосвязь между частотой и выраженностью ПТСР как с насилием в течение прошлого года, так и перенесенной прямой травмой, изучено влияние этих факторов (насилия и прямой травмы) на частоту общих психических расстройств с учётом фактора миграции.

При этом установлено, что прямая травма значимо чаще приводит к развитию не только ПТСР, но и депрессивных и тревожных расстройств. При отсутствии прямой травмы тенденция к учащению ПТСР и депрессии у жён мигрантов наблюдается только при значительном учащении синдрома тревоги. Это свидетельствует, что сильное психотравмирующее влияние прямых травм у

жён мигрантов следует учитывать при планировании мероприятий по профилактике расстройств психического здоровья жен мигрантов.

Из всех женщин, подвергшихся физическому насилию, у жен мигрантов выраженность депрессии, посттравматического стрессового расстройства и тревоги была выше, чем у жён не мигрантов ($p < 0,001$). Жены мигрантов, не подвергавшиеся физическому насилию, также имели более высокую депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство по сравнению с женами не мигрантов; наблюдаемое повышение уровня тревоги у жён не мигрантов было незначимым. Полученные результаты свидетельствуют, что пребывание в браке с мужчиной - мигрантом является фактором риска депрессии, тревоги и, нередко, ПТСР.

Кроме того, наибольшая распространенность тревожных симптомов выявлена среди тех, чей стаж супружеской жизни составил более 15 лет (39,47%), затем следует группа со стажем 11-15 лет (35,29%) и далее до 5 лет (32,85%). Стоит отметить, что результаты исследования в Бангладеш имеют симметричную общность с данными, полученными в ходе нашего исследования, а именно, в контексте большей распространенности симптомов тревоги среди женщин с более низким уровнем образования, чем у женщин с образованием выше среднего и высшего (36,41% и 22,22% соответственно).

При сравнении результатов исследований, проведенных в Таджикистане, Бангладеш и Пакистане, имеется ряд отличительных особенностей относительно показателей распространенности психологических расстройств. В частности, в исследовании, проведенном в Бангладеш, количество жен трудовых мигрантов, имеющих синдром тревоги, оказалось выше, чем распространенность синдрома депрессии у последних.

Однако, результаты нашего исследования в Таджикистане, а также данные, полученные при исследовании, проведенном в Пакистане, говорят о более выраженной распространенности синдрома депрессии по сравнению с тревогой или ПТСР. Данная тенденция может быть объяснена разницей в

социальной ситуации в исследуемых семьях, а также разницей между критериями выборки для включения в исследование. Кроме того, во всех выше указанных исследованиях выявлена общность в более высокой распространенности синдромов тревоги и депрессии в более старшей возрастной группе женщин, принявших участие в исследованиях. В контексте исследования, проведенного в Таджикистане, этот результат можно объяснить тем, что с возрастом женщинам приходится сталкиваться с различными типами семейных событий, которые требуют психоэмоциональных сил. Такой результат можно объяснить и феноменом возрастающей ответственности данной категории женщин за уход и воспитание детей, а также факторами, связанными с возрастными физическими проблемами. Данные детерминанты оказывают определенное влияние на уязвимость исследуемой группы и состояние их психического здоровья.

При изучении многомерных ассоциаций демографических и социальных факторов, способных влиять на выраженность психических расстройств, нами получены результаты, которые предсказали факторы риска депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства:

- для депрессии ($R^2 = 0,49$): муж - мигрант и перенесенная прямая травма ($p < 0,001$); однако, следующие факторы близки к значимым, и они выделены как относительные факторы риска депрессии, это - отсутствие или малое количество детей ($t = -1,46693$; $p > 0,1$), низкое социальное функционирование ($t = -1,44258$; $p > 0,1$);
- для тревоги ($R^2 = 0,38$): муж - мигрант, прямая травма и более старший возраст ($p < 0,01$); факторами близкими к значимости были непрямая травма ($t = 1,553949$; $p > 0,1$) и насилие в течение прошлого года ($t = 1,320689$; $p > 0,1$);
- для посттравматических стрессовых расстройств ($R^2 = 0,46$): прямая травма, насилие в течение прошлого года и муж - мигрант ($p < 0,001$); факторы,

близкие к значимости - насилие в течение жизни ($t = 1,5907$; $p > 0,05$) и отсутствие (или меньшее количество) детей ($t = -1,53243$; $p > 0,05$).

Результаты анализа многомерных ассоциаций ряда факторов свидетельствуют об одновременном, комплексном их воздействии с взаимным потенцированием возникающих психических расстройств. Сочетанное влияние психотравмирующих факторов с развитием тревоги, депрессии и ПТСР особенно выражено у жён мигрантов, так как фактор миграции присутствует во всех регрессионных моделях психических расстройств.

Результаты данного исследования показывают, что:

- большая часть женщин, обращающихся в центры первичной медико-санитарной помощи в Душанбе, страдала депрессией (нередко средней или тяжелой степени);
- пребывание в браке с мужчиной-мигрантом является фактором риска общих психических расстройств – депрессии, тревоги и посттравматического стресса;
- высокие показатели общих психических расстройств свидетельствуют о важности своевременного их выявления среди женщин, получающих первичную медико-санитарную помощь в странах с низким и средним доходом;
- эти результаты согласуются с предыдущим исследованием, проведенным в Таджикистане [108], и указывают на необходимость соответствующих вмешательств в области психического здоровья;
- вмешательства в области психического здоровья необходимы в учреждениях первичной медико-санитарной помощи для женщин с различными формами общих психических расстройств, в том числе подвергшихся травмам и миграции.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что проблема психического здоровья женщин в условиях большой миграции мужского населения отличается целым рядом особенностей, требующих специальных исследований. Возникающие общие психические расстройства у женщин,

оставленных мужьями - мигрантами, заслуживают серьёзного подхода к их профилактике с использованием медико-социальных подходов и широкого круга мероприятий, направленных на освещение отечественными специалистами ключевых проблем, способствующих возникновению и прогрессированию общих психических расстройств у женщин.

Наше заключение о проблеме психического здоровья женщин согласуется с анализом данных по оценке состояния психического здоровья женщин других исследователей и вынесенными ими обобщениями [22].

Полученные данные о высокой степени подверженности женщин травмам и о тесной взаимосвязи между воздействием травм и частотой общих психических расстройств выделяет задачу предотвращения насилия в отношении женщин - как приоритетную в Таджикистане.

Это согласуется с исследованием, проведенным ВОЗ среди 24000 женщин в 10 странах, которое показало, что распространенность насилия в отношении женщин в течение жизни составляла от 15% до 70% в течение всей жизни и что женщины, подвергшиеся насилию, имели почти в 4 раза больше нарушений психического здоровья [165].

В свете полученных результатов изучения демографических, медико-социальных и психосоматических особенностей женщин, включённых в исследование, можно признать, что большая частота депрессии и тревоги обусловлена не только личностными или индивидуальными особенностями, неконструктивной установкой, пессимистическим взглядом на мир, перенесенным травматическим опытом, но и структурой среды, жизненного мира, менталитетом населения, особенно психологическими аспектами среды.

Результаты данного исследования - первого исследования, посвящённого изучению распространенных общих психических расстройств среди жен мигрантов и не мигрантов в Таджикистане, на фактических данных обосновывает нуждаемость женщин в услугах в сфере психического здоровья и определяет основные аспекты стратегии развития услуг в области сохранения

психического здоровья. В этой связи, проблема психического здоровья женщин в условиях большой миграции мужского населения, помимо выделения в отдельное направление исследований и клинической практики, требует введения учебного курса «Общие психические расстройства у женщин» с использованием в рамках как общего, так и дополнительного образования, с учётом профиля слушателей.

В настоящее время Таджикистан при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) приступил к реализации плана по созданию служб охраны психического здоровья, в том числе первичной медико-санитарной помощи. С целью определения обязанностей работников управлений, отделов социальной защиты, отделов и центров социального обслуживания на дому и других работников медико-социальных служб областей, городов и районов в процессе выявления и реализации мер социальной защиты жертв домашнего насилия, распоряжением Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 11.05.2018 года, № 493 утверждены «Инструкции о реагировании на домашнее насилие со стороны социальных работников», составленные в соответствии со статьей 14 Закона Республики Таджикистан «О профилактике бытового насилия» и пунктом 10 Положения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, утвержденным постановлением № 148 Правительства Республики Таджикистан от 3 марта 2014 года. Как основу реагирования медицинских работников (наряду с соблюдением общеотраслевых принципов) при обращении к жертвам домашнего насилия, в данной инструкции рассматривается необходимость руководства следующими принципами: верховенство права и доступ к правосудию; уважение человеческих ценностей без дискриминации; конфиденциальность; комплексное выполнение профессиональных обязанностей; комплексная оценка потребностей жертв домашнего насилия; оказание экстренной медицинской помощи.

По результатам анализа литературных данных и на основе использования результатов настоящей диссертационной работы разработана методическая рекомендация «Миграционный процесс и психическое здоровье жён мигрантов» (2021 год), которая ориентирована на использование в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и специалистами центров формирования здорового образа жизни. В предложенной методической рекомендации освещается информация об особенностях формирования у жён мигрантов социальных детерминантов общего здоровья, обусловленных социальными, экономическими и культурными факторами и их влияния на состояние психического здоровья женщин; о способах раннего выявления начальных (скрининговых) проявлений психических расстройств. Изложены общие принципы оказания медико-социальной (психологической) помощи женам трудовых мигрантов и возможные риски в случае отсутствия медико-психологической помощи. Описана последовательность действий медицинского работника (алгоритм) при оказании первой психологической помощи (в том числе, приведены методы релаксации). Обоснована важность информирования населения о медико-социальных детерминантах психического здоровья и мобилизации общества в работе систем здравоохранения по профилактике общих психических расстройств у женщин.

Выводы

1. Социальными детерминантами, влияющими на психическое здоровье жён трудовых мигрантов, являются: отсутствие собственного жилья, невысокий уровень образования, материальная необеспеченность, совместное проживание с большим количеством людей (и детей), 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 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, 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 общих психических расстройств 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 общих психических расстройств. Это свидетельствует, о том, 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 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 способствуют доминированию и укреплению психических переживаний с развитием посттравматических стрессовых расстройств.

3. Большая частота общих психических расстройств у оставленных жён мигрантов и женщин в целом заслуживают серьёзного подхода к их профилактике, указывают 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 общих психических расстройств у женщин и путей их решения.

Список использованных источников

1. Аксенов М.М., Скрипачева Е.Н. Зависимость психологических показателей от социально-демографических характеристик у женщин при нормативном кризисе зрелости Вестник Томского государственного педагогического университета. 2014. № 1 (142). С. 36-38.
2. Аналитический доклад: Определение ключевых направлений помощи женщинам – трудовым мигрантам в Центральной Азии, Азербайджане, и потенциальной роли организаций гражданского общества (ОГО) в этой помощи. Хайдарова М., 2017 [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Алмата 2017: Режим доступа: <http://www.dialog.tj/news/pokinutye-zheny-migrantov-silnaya-zhenshchina-panatseya-ot-sotsialnykh-bed.>, свободный.
3. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Отчет Миграционной службы при Министерстве труда миграции и занятости населения РТ-2014-2019 гг. (2020)
4. Авдеенок Л.Н., Скрипачева Е.Н. Психокоррекционная работа с женщинами, находящимися в ситуации семейного кризиса: Вестник Томского педагогического университета. Томск, 2009.- Вып 5 (83)-С. 117120.
5. Аналитический блог «Российских совет по международным делам». Начало процесса миграционной трансформации. Ульмасов Р., 2020. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – 2020: Режим доступа: https://russiancouncil.ru/blogs/rahmon-ulmasov/35188/?sphrase_id=83531372., свободный.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства /Ю. А. Александровский//Учебное пособие. 3-е издание. -М.: Медицина, 2000. - 496с.
7. Бабаев А. А. Современные проблемы миграции населения в регионах с высоким темпом роста населения: на материалах Республики

- Таджикистан: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.05/
Бабаев Анвар Абдулаевич. - Душанбе, 2012. -163с.
8. Балабанов А.С., Балабанова Е.С. Социальное неравенство: факторы углубления депривации // Социологические исследования. 2003. № 7. -с. 34-43.
 9. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии /Р.А. Березовская //Вестник СПбГУ. –2011. –Т.12, №1. –С.221–226.
 10. Березовская Р.А. Психология профессионального здоровья за рубежом: современное состояние и перспективы развития /Р.А. Березовская// Психологические исследования. -2012.-Т.5,№26.-С.12.
 11. Бочавер А. XXIV Европейская конференция по психологии здоровья «Здоровье в контексте» /А.Бочавер, Р.Ступак// Психологический журнал. - 2011. - Т.32, №2.-С.116-118.
 12. Бэк С. Распространенность преждевременных родов в странах мира: систематическое исследование материнской смертности и заболеваемости (на англ.яз.) / С.Бэк // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. –2010. -№88. –С.31–38.
 13. Бюллетень о глобальной миграции 2015 года, МОМ/ГЦАДМ. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. 2015: Режим доступа: <http://publications.iom.int/books/global-migrationtrends-factsheet-2015>
 14. Васильева А. В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии /А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторац //Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2012. - №4.-С.81–88
 15. Васильева А. В. Проблемы женского психического здоровья-междисциплинарный ракурс/А.В. Васильева//РМЖ «Медицинское обозрение». – 2018. - №10.- С.51-56.

16. Васильева, С.В. Разработка диагностического алгоритма ранней диагностики невротических расстройств для массовых профилактических обследований: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Васильева Светлана Валерьевна. - Тарту, 1989. - 16 с.
17. Вербина Г. Г. Жизнестойкость человека как личностный ресурс достижения высокого уровня физического и психического здоровья / Г. Г. Вербина // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. –2017. –Т.5, №4 (18) (Электронный ресурс). –URL: <http://medpsy.ru/climp>
18. Вербина Г. Г. Личностное здоровье профессионала: автореф. дис...д-ра психол. наук / Г.Г.Вербина. -Хабаровск, 2012. -62с.
19. Веропотвелян П.Н. Репродуктивное здоровье женщины—одна из важнейших проблем государства /П.Н. Веропотвелян //Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2017. –Т.108, №3.-С.34-46.
20. Возрастные и гендерные особенности предрасположенности человека к рискованному поведению / М.Л.Борискин (и др.) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. –2018.- №6.–С.741–756.
21. Всемирная организация здравоохранения. Устав ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. Дата обращения 22 ноября 2019.
22. Горобец Л.Н Женщины и психическое здоровье /Н. Д. Семенова, В.Н. Краснов // Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Москва, 2016. - С. 143-145.
23. Гурович, И.Я. О программе; борьбы сл стигмой, связанной с шизофренией / И.Я.Гурович, Е.М.Кирьянова // 1999. №3. - С.5-9.
24. Гуськова М.Г. Институт правовой защиты лиц с психическими расстройствами (опека, попечительство, патронаж) /М.Г. Гуськова, Н.К. Харитоновна, В.И. Васянина // Психическое здоровье. -2017. -№1. -С.50-56.
25. Действия систем здравоохранения по устранению гендерного неравенства, способствующие ускорению прогресса в достижении Целей развития

- тысячелетия 4 и 5, касающихся здоровья матери и ребенка (на англ. яз.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010// [Электронный ресурс]–Электрон. текстовые дан. Режим доступа http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf.
26. Денисов Б. П. Оценка состояния здоровья населения России /Б. П. Денисов//Международный журнал медицинской практики. - 2005, № 3. – С.31-36.
 27. Дети: сокращение смертности. Всемирная организация здравоохранения, 2012// Информационный бюллетень No.178// [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Женева 2012: Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ru/index.html> свободный.
 28. Дружилов С. А. Здоровый образ жизни как целесообразная активность человека / С.А. Дружилов // Современные научные исследования и инновации. -2016. –Т.60, №4. - С.654-648.
 29. Дружилов С. А. Профессиональное благополучие человека и психологические аспекты профессиональной адаптации и профессиональных деструкций / С. А. Дружилов // Современные научные исследования и инновации. -2016. - №12. - С.189-211.
 30. Дубинина Е. Е. Окислительный стресс в психиатрии и неврологии / Е. Е. Дубинина // Психическое здоровье. - 2017. -№1. -С.75-77.
 31. Душевное здоровье и культура // Психология здоровья (Учебник для вузов) / под редакцией Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2003. - С.176. — 607с.
 32. Европа на пути к достижению ЦТР 3, 4 и 5. EntreNous: Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2011, No.71.
 33. Европейская база данных “Здоровье для всех” (онлайновая база данных). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>.

34. Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья. Европейское региональное бюро ВОЗ// [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. – Копенгаген 2007: Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/136726/E90771R.pdf свободный
35. Елиференко А., Темирова Т., Молдошева А. Сколько стоит насилие в семье? Asia Tyborox–Poland, для кампании Create 4 the UN–Say NO to Violence Against Women. Бишкек, 2012. -49стр.
36. Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010. Электронный ресурс. Режим доступа <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>.
37. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева, ВОЗ, 2009. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. Режим доступа: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html свободный
38. Кузьминых А. А. Бытующие представления о мужской и женской агрессии / А. А. Кузьминых, С.Н. Ениколопов // Психологическая наука и образование. – 2011. - №5. – С.70–78.
39. Мазо Г.Э. Патофизиологические механизмы формирования депрессии: фокус на грелин / Г.Э. Мазо, Г.В. Рукавишников // Психическое здоровье. -2017. - №1. -С.63-69.

40. Мартынихин И.А. Эпидемиология, особенности и специфические факторы риска расстройств депрессивного и тревожного спектра у женщин / И.А. Мартынихин //Женское психическое здоровье. От истерии к гендерно-сенситивному подходу / под ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой. СПб.: Алеф-Пресс, 2018. - 304с.
41. Матинян, Н.С. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам / Н.С.Матинян, Е.И.Скачкова // Ин-форм.-аналитич. Вестник «Социальные аспекты здоровья населения». - М., 2008. -№ 7. - С46-48.
42. Маъдиев С. Интенсивность миграционного процесса и его влияние на темпы и пропорции экономики региона / С. Маъдиев // Таджикистан и современный мир. – 2014. – Т.41, №3. – С.108 -119.
43. Медико-социальные аспекты и проблемы внешней трудовой миграции граждан Республики Таджикистан /А.Г. Гаибов (идр.) //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017.-Т.24,№4.-С.86-91.
44. Михайлова, И.И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психических больных разных нозологических групп / И.И.Михайлова, В.С.Ястребов, С.Н. Ениколопов // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2002. №7. - С. 58-65.
45. Набор учебных материалов по эффективной перинатальной помощи и уходу (ЭПУ) (веб-сайт). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. Режим доступа <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effectiveperinatal-care-training-package-eps> свободный.
46. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты)/ Р. Ф. Насырова //Женское психическое здоровье. От истерии к гендерно-сенситивному подходу /под ред. Н.Г.

- Незнанова, А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой.- СПб.:Алеф-Пресс,2018.- 304с.
47. Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы //2011, стр.18.
 48. Новорожденные: снижение смертности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012. // Информационный бюллетень No.333; [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. Режим доступа <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru>.
 49. Олимова С. К. Таджикистан: роль и статус женщин в домохозяйстве мигрантов. //-С.К. Олимова. - Диаспора. //- 2012. - №2. –С. 86-123.
 50. Оценочный отчет проекта «Социальная и экономическая интеграция женщин из семей мигрантов в Таджикистане» // Бюро по демократическим институтам и правам человека. - Варшава, 2012. -55с.
 51. Падун М. А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы / М.А. Падун //Психологический журнал. - 2010. - №6.- С.57–69.
 52. Падун М. А. Регуляция эмоций и ее нарушения / М. А. Падун //Психологические исследования. -2015. - Т.39, №8. - №5. Режим доступа <http://psystudy.ru>.
 53. Права человека и здоровье /Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения //ВОЗ, 2017 года/ Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>, свободный.
 54. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья: «В поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. – никого не оставить без внимания»// Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016. //Электронный ресурс. Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/323210/Action-plan-sexual-reproductive-health-ru.pdf, свободный.

55. Попова Ирина Петровна. "Взаимосвязь состояния здоровья и материального состояния: гендерное измерение"// Социология медицины, no. 2, 2014, pp. 58-63.
56. Пресс-релиз об итогах деятельности Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан за 2016 год.// Душанбе, 19.01.2017. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан.: <http://www.mehnat.tj/mehnat/ru/2017/01/19/пресс-релиз-об-итогах-%>.
57. Психология здоровья (Учебник для вузов) /под редакцией Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2003.-С.31-39.-607с.
58. Разумов А. Н. Здоровье здорового человека/А. Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В. А. Пискунов // Healthofthehealthy: (Основы восстановительной медицины). - М.: Медицина,1996. -413с.
59. Рахлина Е. В. Психологическая работа с мужчинами, применяющими насилие в близких отношениях. Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. Вып.11:/ Е.В. Рахлина // Социальная работа с мужчинами.– 2017. - №11. – С.108–122.
60. Рашида Манжу. Доклад по вопросу о насилии в отношении женщин, его причинах и последствиях, по результатам официального визита в Кыргызстан, ноябрь 2009г., опубликован 29 мая 2010г., А. HRC.14.22. Электронный ресурс. Add.2_en.pdf на русском языке. Режим доступа: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/> свободный
61. Резолюция EUR/RC55/R9 Европейского регионального комитета ВОЗ о предупреждении травматизма. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ,1995. [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. Режим доступа http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/88106/RC55_rres09.pdf. свободен
62. Резолюция WHA62.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения “Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством

- воздействия на социальные детерминанты здоровья”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009. Электронный ресурс. Режим доступа http://apps.who.int/gb/or/r/r_wha62r1.html свободный.
63. Резолюция Всемирной ассамблеи и здравоохранения ВНА 64.28 “Молодежь и риски для здоровья”, 24 мая 2011г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011. Электронный ресурс. Режим доступа http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28-ru.pdf свободный.
64. Решетников М. М. Психическое здоровье населения –современные тенденции и старые проблемы / М.М. Решетников // Национальный психологический журнал.– 2015. – Т.17, №1. – С.9-15.
65. Ризокулов Т.Р. К вопросу исследования факторов миграционных тенденций в экономике Таджикистана / Т.Р. Ризокулов // Таджикистан и современный мир. –2014. – Т.41, №3.-С.90-99.
66. Рогачева Т.В. Влияние гендерных особенностей на здоровье/ Т.В. Рогачева //Сибирский психологический журнал. – 2012. - №44. – С.23-30.
67. Роль ВОЗ в деятельности по итогам пленарного заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященного Целям тысячелетия в области развития. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (резолюция ВНА 64. 12; http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/ru/index.html)
68. Сафаров Б.Г. Рабочая сила как факторный ресурс реализации экспортного потенциала регионов республики Таджикистан /Б.Г. Сафаров // Таджикистан и современный мир. –2014. – Т.41, №3.–С.100-105.
69. Ситнянский Г.Ю. Миграции населения в Центральной Азии: прошлое, настоящее и будущее/ Г.Ю. Ситнянский, В.И. Бушков. - М., Институт этнологии и антропологии РАН, 2016.- 340 с.

70. Соловьева С.Л. Психотерапия для здоровых /С.Л. Соловьева// Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века».- Москва,2016.-С.375-377.
71. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011, документ EUR/RC61/Inf.Doc./6; [Электронный ресурс] – Электрон. текстовые дан. Режим доступа свободный:
www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf
72. Таджикистан. Расширенный миграционный профиль. Построение миграционных партнерств (ПМП).- 2010. -С.48. Электронный ресурс. Режим доступа
https://www.gfmd.org/files/pfp/mp/Tajikistan_Extended_Migration_Profile_ru.pdf свободный
73. Фасхутдинов Г. Последствия миграции: брошенные жены и разрушенные семьи. // от 06.03.2015. Электронный ресурс. Режим доступа
<http://www.dw.com/ru/последствия-миграции-брошенные-жены-и-разрушенные-семьи/a-18300254> свободный
74. Фасхутдинов Г. Таджикистан: куда уходят деньги трудовых мигрантов. DW.COM01.03.2013. Электронный ресурс. Режим доступа
<http://www.dw.com/ru/таджикистан-куда-уходят-деньги-трудовых-мигрантов/a-16635146>. свободный
75. Фесенкова Л.В., Шаталов А.Т. Мировоззренческий и научный статус валеологии (к проблеме построения общей теории здоровья) /Баксанский О.Е., Лисеев И.К. Философия здоровья. —М.: ИФ РАН, 2001.
76. Цифры и судьбы: улучшение здоровья матерей и новорожденных в Европе. EntreNous: Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2010, No.70. Электронный ресурс. Режим доступа

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/128710/en70r.pdf

свободный.

77. Шаропова Нигина Минхожевна, Шарипов Т., and Турсунов Р.А.. "Социально-демографические и этнокультуральные аспекты суицидов в республике Таджикистан" Вестник Авиценны, no. 3 (60), 2014, pp. 86-91.
78. Шатилова Е.С. Почему женщины подвержены депрессии гораздо чаще, чем мужчины? /Е.С. Шатилова // Академическая публицистика.-2018. - №9. – С.111–116.
79. Шостак В.И. Профессиональное здоровье/подред. Г. С. Никифорова /В.И. Шостак //Психология профессионального здоровья. — СПб.: Речь, 2006.- С.67-90.
80. Шухатович В.Р. Здоровый образ жизни /В.Р.Шухатович //Энциклопедия социологии. - Мн.: Книжный Дом, 2003.
81. Яблоков А. В. // Здоровье человека и окружающая среда / А.В. Яблоков. - Москва, 2007.-186 с.
82. Якимов А. Н. «В последний момент, на всякий случай, при крайней необходимости»: проблемы и особенности социально-правовой поддержки мужчин–трудовых мигрантов / А.Н. Якимов // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. – 2017. - №11. – С.142–152.
83. Янушко М. Г. Понятие когнитивной ремиссии при депрессивных расстройствах / М. Г. Янушко, М. В. Шаманина, М. В. Иванов // Психическое здоровье. - 2017. - №1. -С.70-74.
84. Ястребов В. С. Современная модель психосоциальной реабилитации (проблемы методологии и системного подхода) /В.С. Ястребов // Психическое здоровье. -2017.- №1. -С.3-10.
85. 14th Bergmeyer Conference on Women's Health //Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. -2014.-Vol.74, Nsup 244.-P.1-94.

86. A/HRC/14/22/Add.2. General Assembly of United Nation, 2010. Human Rights Council, Fourteenth session, Agenda item 3. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions, Philip Alston, May 2010. Available at <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/>
87. Afifi, M. Gender differences in mental health/ M. Afifi //Singapore Medical Journal. –2007. – Vol.48, N5. –P.385–391.
88. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world / M. Stoltenborg (et al.) //Child Maltreat. – 2011. –Vol.16, N2. – P.79-101.
89. Amnesty International, 2009. Women face abuse in Tajikistan: Don't keep it in the family. Retrieved from <https://www.amnesty.org/en/press-releases/2009/11/women-face-abuse-tajikistan-dont-keep-it-family-20091124/>
90. Asian Development Bank, 2016. Tajikistan country gender assessment. Duban E., 2016. Available at: <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/185615/tajikistan-cga.pdf>
91. Assets Alliance Scotland. Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011. Available at: (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/news-and-events/Assets%20Alliance%20Scotland%20Event%202013%20Dec%202010%20Report.pdf>).
92. Barling J., Griffiths A. A history of occupational health psychology // Hand book of occupational health psychology / J. C. Quick, L. E. Tetrick (Eds.). — 2nd ed.-Washington, DC: APA Books, 2010.- P.21-34.
93. Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version

1. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007.
94. Bem S.L. Gender Schematheory and Its Implication for Child Development: raising gender-as chematic Children in a gender-shemtic Society/ S.L. Bem//Signs. – 1983. - Vol. 8, N4. -P. 598-616.
95. Brown Cetal. Governance for SDH—appraisal tool. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe,2010.
96. Burns J.K. Poverty, inequality and a political economy of mental health/ J.K. Burns // Epidemiology and psychiatric sciences. - 2015. –Vol.24, N2. –P.107–113.
97. Carballo M. Communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, 2009:53–69 ([http:// www.insa.pt /sites /INSA /Portugues /Publicacoes /Outros /Paginas /HealthMigrationEU2.aspx](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx)).
98. Carballo M. Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge,2009:71-78 ([http://www.insa.pt/sites /INSA /Portugues /Publicacoes /Outros/Paginas /HealthMigrationEU2.aspx](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx)).
99. Colombini M. Health-sector responses to intimate partner violence in low-and middle-income settings: Are view of current models, challenge sand opportunities / M. Colombini, S. Mayhew, C. Watts // Bulletin of the World Health Organization. - 2008. –V.86, N8. – P.635–642.
100. Council conclusion so nan EU Frame work for National Roma Integration Strategies up to 2020. Brussels, Council of the European Union, 2011 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/122100.pdf)

101. Country Comparison: Maternal Mortality Rate in The CIA World Fact book. Date of Information: 2010
102. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: Results from the IQOLA project / B. Gandek (et al.) // Journal of Clinical Epidemiology. – 1998. – Vol. 51, N 11. – P. 1171–1178.
103. Denisenko M.B. // Migrant at the Russian Labour Market: Characteristics, Status, Mobility / M.B. Denisenko, E. Varshavskaya // National Research University-Higher School of Economics Working Paper. – 2013. – No. WP3/21. – 24p.
104. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.
105. Ellingen M. Domestic violence in Tajikistan / M. Ellingen, R. Park, C. Thomas. – Minneapolis, MN: The Advocates for Human Rights, 2008. – 84 p.
106. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J Hypertension. – 2007. – N 25. – P. 1105–1187.
107. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: A literature review / W.S. Ribeiro (et al.) // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2009. – N 31. – P. 49–57
108. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: Evidence from Tajikistan / J. Falkingham // Social Science & Medicine. – 2004. – Vol. 58, N 2. – P. 2470–258.
109. First findings of Roma Task Force and report on social inclusion. European Commission, Brussels, 2010.
110. Gartaula H. N. Socio-cultural dispositions and wellbeing of the women left behind: A case of migrant households in Nepal / H.N. Gartaula, L. Visser, A. Niehoff // Social Indicators Research. – 2012. – Vol. 108, N 3. – P. 401–420.
111. Gilson L et al. Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

112. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: A community survey in India /V. Patel (et al.) // Archives of General Psychiatry. -2006. – Vol.63, N4. – P.404–413.
113. Gender influences on child survival, health and nutrition: a narrative review. United Nations Children’s Fund (UNICEF), with the Liverpool School of Tropical Medicine. December2011.
114. Green G, Tsouros A, eds. Города возглавляют работу по улучшению здоровья населения. Сводная оценка 4-го этапа развития Европейской сети здоровых городов (на англ. яз). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/city-leadership-for-health.-summary-evaluation-of-phase-iv-of-the-who-european-healthy-cities-network>).
115. Gronowski A.M. Women's Health/ A. M. Gronowski; E. I. Schindler//Scand J Clin Lab Invest Suppl.-2014.- N 244.-P. 2-7.
116. Gross J. J. Emotion, emotion regulation, and psychopathology an affective science perspective/ J.J. Gross, H. Jazaieri //Clinical Psychological Science.- 2014.– Vol.4, N2.- P.387–401.
117. Gupta, Geeta Rao, Nandini Oomman, Caren Grown, Kathryn Conn, Sarah Hawkes, Yusra Ribhi Shawar, Jeremy Shiffman et al. "Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health." The Lancet 393, no. 10190 (2019): 2550-2562.
118. Haarr R.N. Suicidality among battered women in Tajikistan / R.N. Haarr // Violence Against Women. – 2010. –Vol.16, N7. – P.764-788.
119. Haarr R.N. Wife abuse in Tajikistan / R. N. Haarr // Feminist Criminology. – 2007. -N2. –P.245-270.
120. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
121. Heise, Lori, Margaret E. Greene, Neisha Opper, Maria Stavropoulou, Caroline Harper, Marcos Nascimento, Debrework Zewdie et al. "Gender inequality and

- restrictive gender norms: framing the challenges to health." *The Lancet* 393, no. 10189 (2019): 2440-2454.
122. HIV sexual risk behavior and multilevel determinants among male labor migrants from Tajikistan / S. M. Weine (et al.) // *Journal of Immigrant and Minority Health*. -2013. –Vol.15, N4. –P.700-710.
 123. Ian S.Y. 14th Bergmeyer Conference on Women's Health / Y.S. Ian//*Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*.-2014.–Vol.74, Suppl.244–P.1-1.
 124. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. -Paris: UNESCO, 2018.-P.22.
 125. International Organization for Migration, 2009. IOM Study on the socio-economic characteristics of abandoned wives of Tajik labor migrants and their survival capabilities. *Abandoned wives of Tajik labor migrants*//.-72p. Available at http://www.iom.tj/pubs/abandoned_wives_English.pdf
 126. International Organization for Migration, 2015. Promoting the health of left-Behind children of Asian labour migrants: Evidence for policy and action. Issue in Brief, #14, September, 2015. Retrieved from http://publications.iom.int/system/files/pdf/mpi_issue_no_14.pdf
 127. Jacka T. Migration, house holding and the well-being of left-behind women in rural Ningxia /T. Jacka // *The China Journal*. -2012.-N67. –P.1–22.
 128. Joint statement by heads of United Nations entities for the launch of the International Year of Youth. New York, United Nations, 2011 (<http://social.un.org/youthyear/docs/iyyjointstatement.pdf>).
 129. Kickbusch I. Governance for health in the 21 st century/ I. Kickbusch, D. Gleicher.– Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. – 107 p.
 130. Lalonde, Marc. «A New Perspective on the Health of Canadians.».
Архивировано 14 декабря 2006 года. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1974.

131. Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities. Manchester, NHS North West, 2010.
132. Malarcher S. Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/reproductive_health/publications/social_science/9789241599528/en/index.html).
133. Maitra S, Brault MA, Schensul SL, Schensul JJ, Nastasi BK, Verma RK, Burleson JA. An approach to mental health in low and middle income countries: a case example from urban India. *Int J Ment Health*. 2015;44(3):215-230. doi: 10.1080/00207411.2015.1035081. Epub 2015 Aug 7. PMID: 26834278; PMCID: PMC4731031.
134. Migrant health: background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009. Available at: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf.
135. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in the global context. London, Springer, 2010.
136. Multilevel determinants of common mental disorders in migrant and non-migrant wives in Tajikistan / G. Pirova (et al.) // *International Journal of Culture and Mental Health*. – 2018. – Vol. 11, N4. – P.490-497.
137. O'Rourke N. A step-by-step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling / O'Rourke, L. Hatcher. - Cary, NC: SAS Institute, 2013. – 50 p.
138. Perera, C., Bakrania, S., Ipince, A., Nesbitt-Ahmed, Z., Obasola, O., & Richardson, D.. PROTOCOL: Impact of social protection on gender equality in low- and middle-income countries: A systematic review of reviews -2021. *Campbell Systematic Reviews*, 17, e1161.

139. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A system at icreview/ C. Lund (et al.) //Social science & medicine. – 2010. – Vol.71, N3. – P.517–528.
140. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good/P.W. Andrews (et al.)//Front Psychol.–2012. - Vol.3,- P.117.
141. Promotor as across the border: A pilot study addressing depression in Mexican women impacted by migration/ H.B. Edelblute (et al.) //Journal of Immigrant and Minority Health, - 2014. – Vol.16, N3. –P.492-500.
142. Public Health Agency of Canada. Social determinants of health and health inequalities. What Determines Health? Ottawa, 2014. Available at: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>. Accessed 12 May 2019.
143. Raymond J. S. Psychology training in work and health/ J. S. Raymond, D. W. Wood, W. D. Patrick // American Psychologist. -1990.-N45.- P.1159-1161.
144. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton anxiety rating scale (SIGH-A) /M.K. Shear (et al.) // Depression and Anxiety. – 2001. – Vol.13, N4. –P.166–178.
145. Report on the Methodology, Organization and Results of a Modular Sample Survey on Labour Migration in Ukraine/ Decent Work Technical Support Team and Country Office for Central and Eastern Europe. — Budapest; ILO, 2013
146. Richards D.A. Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two-year prospective cohort study / D.A. Richards, G. Borglin// J Affect Disord. –2011. – Vol.133, N1-2. – P.51-60.
147. Shek O. Mental health care reform sin post-Soviet Russian media: negotiating new ideas and values / O. Shek, K. Lumme-Sandt, I. Pietila// EurJMental Health.- 2016. - Vol.11, N1-2. - P.60-78.
148. Srivastava K. Women and mental health: Psychosocial perspective/ K. Srivastava // Industrial Psychiatry Journal. – 2012. –Vol.21, N1. –P.1–3.

149. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: recommendations from the Emerald programme / M. Semrau (et al.) // BMC Medicine. -2019. –Vol.5, N5. – P.73.
150. Sultana A. Visiting husbands: Issues and challenges of women left behind/ A. Sultana //Pakistan Journal of Women’s Studies. – 2014. –Vol.21, N1. –P.57–70.
151. Tamir M. Beyond pleasure and pain? Emotion regulation and positive psychology / M. Tamir, J. J. Gross // Designing the future of positive psychology: Taking stock and moving forward/ K. Sheldon, T. Kashdan, M. Steger (Eds.). - Oxford University Press,2011.- P.89–100.
152. The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010 (http://www.unece.org/commission/MDGs/2010_MDG.pdf).
153. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating across-cultural instrument forme assuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees/ R .F. Mollica (et al.) //The Journal of Nervous and Mental Disease. – 1992. –Vol.180, N2. –P.111–116.
154. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health with in the European Union / M. Oliveira da Silva (et al.)// European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. -2011. -N16(Suppl.1).–P.1-70.
155. The TAFES multifamily group intervention for Kosovar refugees: A feasibility study. The Journal of nervous and mental disease. -2006. –Vol.191, N2. – P.100–107.
156. Temmerman M, Khosla R, Bhutta Z A, Bustreo F. Towards a new Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health BMJ 2015; 351 :h4414 doi:10.1136/bmj.h4414
157. Towards a common definition of global health/ J.P. Koplan (et al.) //Lancet. - 2009.- Vol.9679, N373.- P.1993-1995.

158. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries / V. Patel (et al.) //The Lancet. - 2007. – Vol.9591, N 370. – P.991–1005.
159. Ullmann S. H. The health impacts of international migration on Mexican women/ S.H. Ullmann // Global Public Health. -2012. -Vol.9, N7. -P.946-960.
160. UNICEF. (2013). A study of prevalence and dynamics of suicide among children and young people (12–24years of age) in Sughd Region, Tajikistan. Available at:
[https://www.unicef.org/tajikistan/Suicide_Study_Report_for_WEB_ENG\(1\).pdf](https://www.unicef.org/tajikistan/Suicide_Study_Report_for_WEB_ENG(1).pdf)
161. United Nations Secretary-General. Global Strategy for Women's and Children's Health. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010 (<http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html>)
162. United Nations Secretary –General's High-level Panel on Global Sustainability. Resilient people, resilient planet: a future worth choosing. New York, United Nations, 2012.
163. Werner K. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework / K. Werner, J. J. Gross //Emotion regulation and psychopathology/ A. Kring, D. Sloan (Eds.). - N. Y.: Guilford Press, 2010.- P.13-37.
164. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Trends in maternal mortality:1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>).
165. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015.- Geneva, 2016.
166. Wickramage K. Promoting the health of left-Behind children of Asian labour migrants: Evidence for policy and action / K. Wickramage, C.Siriwardhana, Sh. Peiris//International Organization for Migration (IOM).-2015.-IssueN14. – 12 p.

167. Wilkerson J.A. Effects of husbands' migration on mental health and gender role ideology of rural Mexican women /J.A. Wilkerson, N.Yamawaki,S.D. Downs //Health Care for Women International. – 2009. –Vol.30, N7. – P.612–626.
168. Wilkins K.C. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions /K.C. Wilkins, A. J. Lang, S.B. Norman // Depression and anxiety. – 2011. –Vol.28, N7. –P.596–606.
169. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. - WHO, 2005. Retrieved from <http://https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>
170. World Health Organization. Mental disorders. Fact sheet. WHO, April 2016. Retrieved from <http://www.who.int/media/centre/fact-sheets/fs396/en/>
171. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization– Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
172. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO, Geneva, 2017. Available at <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=3E2AA3E2B47C87887BFD621D03ECD85C?sequence=1>
173. World Health Organization. Gender and mental health. World Health Organization, 2002. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68884>
174. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. WHO, 2022. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
175. World Health Organization. The determinants of health. Geneva, 3 February 2017 |Available at <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
176. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women. WHO, Geneva, 2012. Available at:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf

177. World Health Organization. Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. WHO, 2015. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf?sequence=1
178. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
179. Yi J. Health-related quality of life and influencing factors among rural left-behind wives in Liuyang, China /J. Yi, B. Zhong, S.Yao // BMC Women's Health. – 2014. –Vol.14, N1. – P.287.

Публикации по теме диссертации

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:

[5-А]. Пирова Г.Д. Определение влияния фактора физического насилия на жен мигрантов и не мигрантов / 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.