

მიგრანტთა ჯანმრთელობის რეგიონული კვლევა
აივ-ის და ტუბერკულოზის საკითხებში და ჯანდაცვის
სამსახურების რეაგირება მიგრანტთა საჭიროებებზე
აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში

მადლიერების გამოხატვა

ანგარიშის ავტორი: ლიზა ჯ. ჯონსტონი, დამოუკიდებელი კონსულტანტი (ელფოსტა: ls-johnston.global@gmail.com, ვებგვერდი: www.lisajohnston.com)

მადლობას ვუხდით ყველას, ვინც მონაწილეობა მიიღო აღნიშნულ კვლევაში.

აზერბაიჯანი

ესმირა ალმამადოვა, აივ/შიდსთან ბრძოლის რესპუბლიკური ცენტრის დირექტორი, აზერბაიჯანის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

აფეთ ნაზარლი, აივ/შიდსთან ბრძოლის რესპუბლიკური ცენტრის ეპიდემიოლოგიური განყოფილების ხელმძღვანელი, აზერბაიჯანის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

ჰაგიგატ გადიროვა, ფილტვის დაავადებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორი, აზერბაიჯანის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

ირადა ახუნდოვა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ფილტვის დაავადებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილე, აზერბაიჯანის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

აზერბაიჯანის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს აივ/შიდსთან ბრძოლის რესპუბლიკური ცენტრის ტრანსსასაზღვრო კვლევითი გუნდი:

გუნდის ხელმძღვანელი: ჯავიდ ჯაჰანგირლი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი

ინტერვიუერები: საბუჰ ალიევი, ექიმი-ეპიდემიოლოგი

სამირა ვალიევა, ექიმი-ეპიდემიოლოგი

ექთანი: რეიჰან ტაგიევა

მძღოლი: ბახტიარ ბაირამოვი

ქვეყნის შიგნით მკვლევართა გუნდი:

მკვლევარი: შაფარატ ისმაილოვა, კონსულტანტი

სოციოლოგი: აინურა რაშიდოვა

ასისტენტი: დურდანა გასიმოვა

ტექნიკური მხარდაჭერა: ანარ მამადოვი

ტრანსსასაზღვრო კვლევის ჩატარების ხელშეწყობისთვის განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით:

ნითელი ხიდის სასაზღვრო გამშვები პუნქტის პერსონალს (აზერბაიჯანი-საქართველოს საზღვარი)



საქართველო

გუნდის წევრები:

ამირან გამყრელიძე
 ირმა ხონელიძე
 ქეთევან სტვილია
 ხათუნა ზახაშვილი
 მაია წერეთელი
 ცირა მერაბიშვილი
 ანა ასლანიკაშვილი
 გიორგი ჩახუნაშვილი
 ნინო ბალუაშვილი

საველე გუნდის წევრები:

ფიქრია შავრეშიანი
 ანა გიგუაშვილი
 ნინო გუგუშვილი
 ნინო ნიჟარაძე
 ნანა ქიშმარელია
 ხათუნა ზოიძე
 თამარ ფაჩუაშვილი
 მაია გაბისონია
 თამილა შავაძე
 ედიშერ ხალვაში
 ლევან ბაკურაძე

ტექნიკური მხარდაჭერა:

გია ქობალია
 ეკატერინე ჯაბიძე
 დავით ზორიკოვი
 ია ჩხაიძე

თამარ ალფენიძე მძღოლები:
 ნიკოლოზ ჩანტლაძე
 ლევან ქათამაძე



სომხეთი

სამუელ გრიგორიანი, მეცნიერებათა დოქტორი, შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრის დირექტორი, სომხეთის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

არშაკ პაპოიანი, შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრის აივ-ის კვლევის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სომხეთის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

ტრდატ გრიგორიანი, შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრის აივ-ის კვლევის დეპარტამენტის მონიტორინგისა და შეფასების სპეციალისტი, სომხეთის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის განმახორციელებელი ადგილობრივი გუნდი:

ტიგრან ჰოვსეპიანი, მონაცემთა მენეჯერი

ლილიტ ჰოვჰანისიანი, მონაცემთა ანალიტიკოსი

რიფსიმე აბრაჰამიანი, ინტერვიუერი

რუსანა მოვსისიანი, ინტერვიუერი

სედა აბგარიანი, თარჯიმანი



მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია (IOM)

კოლიტა პრაბაშ ვიკრამიჯი, მიგრაციის ჯანმრთელობისა და ეპიდემიოლოგიის საკითხთა კოორდინატორი, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის საკითხთა განყოფილება

ჰაიმე კალდერონი, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის მიმართულების რეგიონული მრჩეველი, IOM-ის სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპის, აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონული ოფისი, გაერო-ს და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების ვენის მისია

ურსულა ვაგნერი, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის მიმართულების რეგიონული ოფისის ასისტენტი, IOM-ის სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპის, აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონული ოფისი, გაერო-ს და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების ვენის მისია

სერჰან აკტოპრაკი, მისიის ხელმძღვანელი, IOM აზერბაიჯანი

ფარიდა ბაბაევა, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის პროექტის კოორდინატორი, IOM აზერბაიჯანი

მარია ნიკოლოვსკა, პროექტის ოფიცერი, IOM აზერბაიჯანი

სანია სელეზინი-ლუკოვანი, IOM საქართველოს მისიის ხელმძღვანელი

ნინო შუშანი, მიგრაციის და ჯანმრთელობის პროექტის უფროსი ასისტენტი, IOM საქართველო

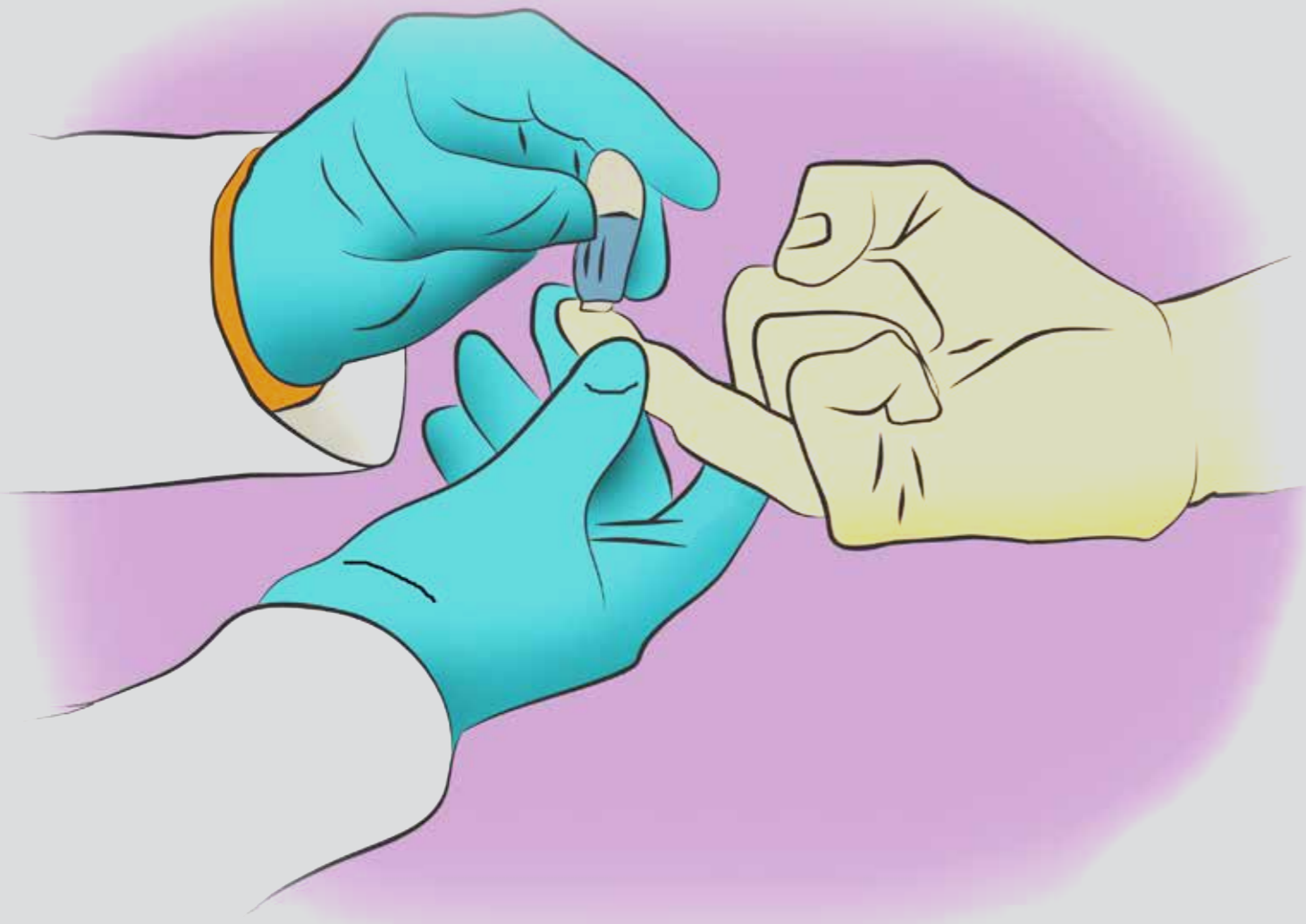
ილიანა დერილოვა, IOM საქართველოს მისიის ხელმძღვანელი (ყოფილი)

ილონა ტერმინასიანი, IOM-ის სომხეთის ოფისის ხელმძღვანელი

ნუნე ასატრიანი, მიგრაციისა და ჯანმრთელობის პროექტის კოორდინატორი, IOM სომხეთი

სარჩევი

მადლიერების გამოხატვა.....	III
აზერბაიჯანი.....	iii
საქართველო.....	iv
მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია (IOM).....	v
ცხრილების და დიაგრამების ჩამონათვალი.....	IX
აბრევიატურები და შემოკლებები.....	XI
რეზიუმე	XIII
შესავალი	xiii
კვლევის მეთოდები	xiv
კვლევის შედეგები.....	xiv
ანალიზი და რეკომენდაციები	xv
შესავალი	1
ტუბერკულოზი სამხრეთ კავკასიაში	2
აივ-ინფექცია სამხრეთ კავკასიაში.....	3
ტუბერკულოზის და აივ-ინფექციის გაზრდილი რისკი მიგრანტებში.....	4
მიგრაცია სამხრეთ კავკასიაში.....	4
კვლევის მეთოდები.....	6
თვისებრივი მეთოდები	6
რაოდენობრივი მეთოდები.....	7
თვისებრივი კვლევის შედეგები	14
ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია მოსახლეობის შესახებ	14
ნაწილი 2: აივ-ის შესახებ არსებული ცოდნა და წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე	14
ნაწილი 3: ტუბერკულოზის შესახებ არსებული ცოდნა და წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე	16
ანალიზი	17
რაოდენობრივი კვლევის შედეგები	19
მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი	19
მიგრანტთა ეროვნება, მოქალაქეობა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა	20
მიგრაციის ტიპი	21
მიგრანტთა საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ	23
სქესობრივი ცხოვრება და კონდომის გამოყენება	24
ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება მიგრანტებში, საქართველო	25
აივ/შიდსზე ტესტირება	25
ტუბერკულოზის შესახებ არსებული ცოდნა და ტუბერკულოზის გამოვლენა-მკურნალობისკენ მიმართული ქცევა მიგრანტებში	26
ტუბერკულოზის სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა	27
სერვისებზე ხელმისაწვდომობა	28
აივ-ინფექციასა და B და C ჰეპატიტზე ტესტირების შედეგები.....	30



კვლევის შედეგები: მონაცემები ევოლუციური შემსვლელი და ევოლუციური გამსვლელი მიგრანტების მიხედვით 33

 სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი 33

 ეროვნება, მოქალაქეობა და ბინადრობის ძირითადი ქვეყანა 35

 სქესობრივი ქცევა და კონდომის გამოყენება 36

 ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, საქართველო 36

კვლევის შედეგები რესკონდენტთა სქესი ს მიხედვით 43

კვლევის შედეგები რესკონდენტთა ასაკის მიხედვით 47

ძირითადი შედეგების ანალიზი 49

 არასაკმარისი ცოდნა ტუბერკულოზის რისკების, სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ მიგრანტებში 49

 არასაკმარისი ცოდნა აივ-ინფექციის რისკების შესახებ მიგრანტებში 50

 არასაკმარისი ცოდნა აივ-ტესტირების სერვისების შესახებ მიგრანტებში 51

 სტიგმა, როგორც აივ-ტესტირების პოტენციური ბარიერი მიგრანტებში 51

 ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ; მომსახურების ხარისხი წარმოშობის ქვეყანაში 52

 კონდომების დაბალი გავრცელების არეალი მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ 53

 აივ-ინფექციის გაზრდილი მაჩვენებელი მიგრანტებში 53

რეკომენდაციები 55

 ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურებზე წვდომის გაუმჯობესება ქვეყნებში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე 55

 აივ-ტესტირების და ტუბერკულოზზე სკრინინგის წახალისება მიგრანტებში 56

 აივ-ისა და ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის გაზრდა მიგრანტებსა და ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებში მიგრაციის კონტექსტში 56

 ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, მოვლა და მკურნალობა, განსაკუთრებული აქცენტით რთულად ხელმისაწვდომი და მარგინალიზებული მოსახლეობის მონაცემების დახმარებით, მათ ჩართულობასა და სრულად მოცვაზე 56

 მიგრანტთა ჯანმრთელობის ამსახველი მეტი მტკიცებულებებისა და მონაცემების შეგროვება მიგრანტებზე ფოკუსირებული სტრატეგიების, პოლიტიკისა და პროგრამების შესამუშავებლად, რომლებიც მიგრანტებს აივ/ტუბერკულოზის მართვის ეროვნულ და რეგიონულ დონის წესრიგში აყენებს 57

დანართები 59

 დანართი A. ჩაღრმავებული ინტერვიუს გამკვლევი 59

 დანართი B. ინტერვიუების ტექნიკა - ფოკუსჯგუფები 60

 დანართი C: თვისებრივი კვლევის შედეგები: აზერბაიჯანი და საქართველო 64

 დანართი D. სკრინინგის ფორმა 108

 დანართი E. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა 109

 დანართი F. კითხვარი 111

 დანართი G. რაოდენობრივი კვლევის მონაცემები სქესის მიხედვით 115

 დანართი H. რაოდენობრივი კვლევის მონაცემები ასაკის მიხედვით 125

ცხრილების და დიაგრამების ჩამონათვალი

ცხრილები

- ცხრილი 1: თვისებრივი კვლევის მიზნით ქვეყნის შიგნით შერჩეული მოსახლეობა
- ცხრილი 2: სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 3: ეროვნება, მოქალაქეობა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 4: მიგრაციის ტიპი, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 5: მიგრანტთა საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში, 2018
- ცხრილი 6: დაუცველი სქესობრივი კავშირი წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 7: ნარკოტიკის ინექციური გზით მოხმარება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, 2018
- ცხრილი 8: ტესტირება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 9: ტუბერკულოზის სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 10: სერვისებზე ხელმისაწვდომობა წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ყველა რესპონდენტი, 2018
- ცხრილი 11: აივ-ინფექციის სეროპრევალენტობა აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში, B და C ჰეპატიტის პრევალენტობა მიგრანტებში სომხეთში, 2018
- ცხრილი 12: მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი აზერბაიჯანსა და საქართველოში, 2018
- ცხრილი 13: აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების ეროვნება, მოქალაქეობა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა, 2018
- ცხრილი 15: აივ-ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- ცხრილი 16: ტუბერკულოზის, სკრინინგის და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- ცხრილი 17: ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა წვდომა ჯანდაცვის მომსახურებებზე წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018

დიაგრამები

- დიაგრამა 1: სკრინინგის ეტაპები
- დიაგრამა 2: მონაცემების შეგროვების ეტაპები
- დიაგრამა 3: მიგრანტთა ასაკობრივი კატეგორიები აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში, 2018
- დიაგრამა 4: მიგრაციის ტიპი, ყველა რესპონდენტი, 2018
- დიაგრამა 5: ტუბერკულოზის ნიშნები და სიმპტომები მიგრანტებში ბოლო 6 თვის განმავლობაში, ყველა რესპონდენტი, 2018
- დიაგრამა 6: ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/საავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ბოლო ვიზიტის შეფასება, ყველა რესპონდენტი
- დიაგრამა 7: ასაკობრივი კატეგორიები მიგრანტებში აზერბაიჯანსა და საქართველოში, 2018
- დიაგრამა 8: აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა სამოქალაქო სტატუსი, 2018
- დიაგრამა 9: ტუბერკულოზის ნიშნები და სიმპტომები ბოლო 6 თვის განმავლობაში ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 10: ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/საავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ბოლო ვიზიტის შეფასება ქვეყანაში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების მიერ, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 11: დაუცველი სქესობრივი კავშირი მამაკაც და ქალ მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 12: მონაცემები მიგრანტების შესახებ, რომლებმაც ჩაიტარეს აივ-ტესტირება და მიიღეს ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, სქესის მიხედვით, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 13: ტუბერკულოზის სკრინინგი და მკურნალობა მამაკაც და ქალ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 14: ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ბოლო ვიზიტის შეფასება მამაკაცი და ქალი მიგრანტების მიერ, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 15: დაუცველი სქესობრივი კავშირი მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, 2018
- დიაგრამა 16: მონაცემები მიგრანტების შესახებ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, რომლებმაც ჩაიტარეს აივ-ტესტირება და მიიღეს ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018
- დიაგრამა 17: ტუბერკულოზის სკრინინგი და მკურნალობა მიგრანტებში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018

აბრევიატურები და შემოკლებები

AAQ	(ჯანდაცვის სერვისების) არსებობა, წვდომა, მიმღებლობა და ხარისხი
ART	ანტირეტროვირუსული თერაპია
AVRR	ნებაყოფლობითი დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის პროგრამა (IOM)
CI	ნდობის ინტერვალი
ELISA	ენზიმ-შეკავშირებული იმუნოსორბენტის ანალიზი
IBSS	ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევაზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა
IOM	მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია
MDR	მულტირეზისტენტული (ტუბერკულოზი)
UNAIDS	გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის აივ/შიდსის პროგრამა
XDR	ზემდგრადად რეზისტენტული (ტუბერკულოზი)
აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
დევნილი	ქვეყნის შიგნით იძულებით გადაადგილებული პირი
მსმ	მამაკაცები, რომლებსაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან
შიდსი	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
VCT	Voluntary counselling and testing
WHO	World Health Organization
XDR TB	Extensively drug-resistant tuberculosis

შესავალი

წინამდებარე ანგარიშში წარმოდგენილია სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში - აზერბაიჯანში, სომხეთსა და საქართველოში განხორციელებული, მიგრანტთა რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევების მიგნებები. თვისებრივი კვლევის მიზანი იყო ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (აივ) და ტუბერკულოზის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებზე მიგრანტთა წვდომისა და სერვისებით სარგებლობის გამოცდილების შეფასება წარმოშობის ქვეყნებში და საზღვარგარეთ; კონკრეტულ ამოცანებს კი წარმოადგენდა აივ-ისა და ტუბერკულოზის ჯანდაცვის სერვისების არსებობის, წვდომის, მიმღებლობისა და ხარისხის (AAQ) უზრუნველყოფის კუთხით არსებული ბარიერების გამოვლენა მიგრანტებთან მიმართებაში მათი წარმოშობისა და დანიშნულების ქვეყნებში და აგრეთვე, რეკომენდაციებისა და იდეების შემუშავება, თუ როგორ შეიძლება ზემოაღნიშნული სამსახურების AAQ-ს გაუმჯობესება და მიგრანტების საჭიროებებზე მორგება. რაოდენობრივი კვლევების მიზანი იყო აივ-ის პრევალენტობის და ასევე, ტუბერკულოზის ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლა მიგრანტ მოსახლეობაში და ასევე, კვლევებში მონაწილეთა მიგრაციის გამოცდილების, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების, სექსუალური ქცევისა და აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზზე ტესტირების ისტორიის აღწერა წარმოშობის ქვეყნებში და საზღვარგარეთ. კვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემები ხელს შეუწყობს მიგრანტების საჭიროებებზე მორგებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკისა და შესაბამისი ინტერვენციების შემუშავებას, განსაკუთრებით, აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის კუთხით.

მიუხედავად სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში საკმაოდ კარგად განვითარებული სამედიცინო დაკვირვების სისტემებისა და შესაძლებლობებისა, ინფორმაცია მიგრანტ მოსახლეობაში ტუბერკულოზისა და აივ-სტატუსის, ისევე როგორც აღნიშნულ დაავადებათა პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საჭიროებების შესახებ არასაკმარისია. აღნიშნული წარმოადგენს მნიშვნელოვან ხელშემშლელ მიზეზს მიგრანტებზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემების განვითარებისა და დანერგვის მხრივ სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში, ჯანმრთელობის იმ რისკების გათვალისწინებით, რომლებიც აღნიშნულ რეგიონში მობილობის გაზრდილ მაჩვენებელს, მულტირეზისტენტული (MDR) და ზემდგრად რეზისტენტული (XDR) ტუბერკულოზის საგანგაშო ნიშნულებს და აივ-ეპიდემიის ბრდად მაჩვენებლებს უკავშირდება. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, დაიგეგმა და განხორციელდა მიგრანტთა ჯანმრთელობის კვლევა შემდეგი მიზნების მისაღწევად:

- სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების შესაძლებლობების ბრდა მიგრანტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სარწმუნო ინფორმაციის მინოდების გზით, მათ შორის, ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურების AAQ-ს ხელშემშლელი მიზეზების შესახებ ინფორმაციის ჩათვლით;
- მიგრანტებზე ორიენტირებული, ტუბერკულოზისა და აივ-ის პრევენციული და დიაგნოსტიკური ჯანდაცვის მომსახურების პილოტირება სასაზღვრო გამშვებ პუნქტებზე სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში და ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და სასაზღვრო სამსახურების წარმომადგენლებით დაკომპლექტებული მულტიდისციპლინარული გუნდების გაძლიერების მხარდაჭერა;
- კროსსექტორული და ტრანსნაციონალური პარტნიორული ქსელების ჩამოყალიბება ჯანდაცვის შესაბამისი ინსტიტუტებისა და გადანყვეტილების მიმღებთა ჩართულობით, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის პოლიტიკისა და პროგრამების დაგეგმვასა და განხორციელებას, რომლებიც, აგრეთვე, ითვალისწინებს მიგრანტთა საჭიროებებს.



კვლევის მეთოდები

რაოდენობრივი კვლევა მოიცავდა დისკუსიებს ფოკუსგუფებში მიგრანტებთან და ასევე, ჩაღრმავებულ ინტერვიუსებს (მხოლოდ სომხეთში) მიგრანტებთან და პირებთან, რომლებიც მიგრანტებთან მუშაობენ ან გააჩნიათ შესაბამისი ცოდნა მათ შესახებ. სომხეთში ჩატარდა სამი ფოკუსგუფი დაბრუნების პროცესში მყოფ შრომით მიგრანტებთან ერევნის, გიუმრის და ვანადქორის სხვადასხვა უბანში. დამატებით, ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჩატარდა მიგრანტებთან, ჯანმრთელობის და სხვა სერვისების მომწოდებლებთან, შესაბამისი სამთავრობო უწყებებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან. ამერბაიჯანში ჩატარდა 24 ფოკუსგუფი ქალ და მამაკაც მიგრანტებთან ქ. ბაქოსა და მის გარეუბნებში. მიგრანტთა ქვეჯგუფები დაკომპლექტდა იძულებით გადაადგილებული პირებისგან (დევნილები), უცხოელი მიგრანტი სტუდენტებისგან და შრომითი მიგრანტებისგან (ნებაყოფლობითი დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის ხელშეწყობის (AVRR) პროგრამის ბენეფიციარები). საქართველოში ჩატარდა 16 ფოკუსგუფი მიგრანტთა განსხვავებულ ქვეჯგუფებში თბილისში, დევნილთა ჩასახლებებში შავშვებში და წეროვანში (შიდა ქართლი), მარნეულსა და გარდაბანში (ქვემო ქართლი). გამოიკითხა მიგრანტთა შემდეგი ქვეჯგუფები: დევნილები, ეკომიგრანტები, უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები და დაბრუნებული მიგრანტები (ასევე AVRR-ის ბენეფიციარები). ყოველი ქვეჯგუფის შემთხვევაში ჩატარდა ორ-ორი ფოკუსგუფი, შესაბამისად, ქალ და მამაკაც მიგრანტებთან.

რაოდენობრივი კვლევისთვის შრომითი მიგრანტების შერჩევისას (რომლებიც დასაქმებული იყვნენ საზღვარგარეთ სულ მცირე სამი თვის მანძილზე მაგრამ არა უმეტეს ერთი წლისა, გასული წლის განმავლობაში) გამოყენებული იქნა შერჩევის სხვადასხვა მიდგომა: ამერბაიჯანსა და სომხეთში მიგრანტები შეირჩნენ მრავალდონიანი კლასტერული შერჩევის (multilevel cluster sampling) მეთოდით შემთხვევითი პრინციპით შერჩეულ თემებში. საქართველოში მიგრანტთა შერჩევა მოხდა ხელმისაწვდომი შერჩევის (convenience sampling) მეთოდის გამოყენებით სასაზღვრო გამშვებ პუნქტებზე. კვლევის ყველა მონაწილემ განაცხადა ინფორმირებული თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე, მათ ჩაუტარდათ ინტერვიუ სათანადოდ მომზადებული ინტერვიუერის მიერ და ყველა მათგანმა ჩააბარა სისხლის სინჯი აივ-ინფექციაზე ტესტირებისთვის. შესაბამის ქვეყნებში მიღებული გადანჯვეტილებების საფუძველზე, კვლევის მონაწილეებს ასევე ჩაუტარდათ სკრინინგი ჰეპატიტზე: სომხეთში ჩატარდა სკრინინგი B და C ჰეპატიტზე, ხოლო საქართველოში - C ჰეპატიტზე. ამერბაიჯანსა და სომხეთში ჩატარებულ რაოდენობრივ კვლევაში მონაწილეობდა 300 პირი, ხოლო საქართველოში - 348 პირი.

კვლევის შედეგები

უმრავლესობა შრომითი მიგრანტებისა როგორც ამერბაიჯანში, ასევე საქართველოსა და სომხეთში იყო დაქორწინებული, 25 წლიდან 45 წლამდე ასაკისა, საშუალო განათლებით.

თვისებრივი კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ მიგრანტთა უმრავლესობისთვის, ტუბერკულოზის სამსახურებთან შედარებით, აივ-სამსახურები უფრო ცნობილია. ბევრი მიგრანტი თვლის, რომ მათ არ აქვთ აივ-ით ან ტუბერკულოზით დაავადების რისკი. მიგრანტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ აივ-ინფექციაზე ან ტუბერკულოზზე ტესტირებას ჩაიტარებს მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით ან მძიმედ ავად გახდომის შემთხვევაში, ან იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნული ტესტირება სავალდებულოდ გამოცხადდება შესაბამისი ოფიციალური სტრუქტურების მიერ. კვლევამ ცხადჰყო, რომ აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის ერთ-ერთი ბარიერი მიგრანტთათვის არის სტიგმა და ასევე, დეპორტაციის შიში.

რაოდენობრივი კვლევების თანახმად, გასული 5 წლის განმავლობაში რესპონდენტების 0,5%-მა სომხეთში, 5%-მა ამერბაიჯანში და 1%-მა საქართველოში ჯანდაცვის სპეციალისტისგან შეიტყო ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ. ამერბაიჯანსა და საქართველოში ტუბერკულოზის მქონე პირთა მეტი წილი მამაკაცებზე მოდის.

მიუხედავად იმისა, რომ მიგრანტთა განცხადებით, მათი უმრავლესობა დაქორწინებულია, ბევრმა მათგანმა აღნიშნა, რომ აქვთ დაუცველი სექსი თავიანთი წარმოშობის ქვეყნებში და საზღვარგარეთ - განსაკუთრებით, ეს შეეხებათ მამაკაცებს ამერბაიჯანსა და საქართველოში. თუმცა, მიგრანტებში დაუცველი სექსის შედეგად გამოწვეული აივ-ინფექციის რისკის შესაფასებლად საჭიროა მეტი ინფორმაცია (როგორცაა მაგალითად, ინფორმაცია პარტნიორების რაოდენობისა და ტიპის შესახებ).

მიგრანტების უმრავლესობა აღნიშნავს ჯანდაცვის სერვისებზე დაუბრკოლებელ ხელმისაწვდომობას თავიანთ ქვეყნებში, განსაკუთრებით ეს ეხება ამერბაიჯანს (100%; სომხეთსა და საქართველოში ეს მაჩვენებელი 89% და 74%-ია, შესაბამისად). ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე საზღვარგარეთ ასეთივე მაღალია ამერბაიჯანელი მიგრანტების შემთხვევაში, თუმცა იგივე მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალია სომხე მიგრანტებში (54%). ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, მიგრანტების მხოლოდ 43%-მა საქართველოში და 37%-მა სომხეთში აღნიშნეს ექიმთან ვიზიტის შესახებ გასული წლის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში (მეტი პროცენტული მაჩვენებელი მოდიოდა ამ მხრივ ქალებზე ამერბაიჯანსა და საქართველოში); ხოლო საზღვარგარეთ მყოფთაგან გასული წლის განმავლობაში ექიმთან ვიზიტის შესახებ აღნიშნა 44%-მა ამერბაიჯანელმა და მხოლოდ 14%-მა სომხემა მიგრანტმა. მხოლოდ რამდენიმე მიგრანტმა თითოეულ ქვეყანაში აღნიშნა, რომ ჯანდაცვის მუშაკმა ან არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენელმა მას გადასცა კონდომები გასული 12 თვის განმავლობაში როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ. კვლევის მიხედვით, აივ-ინფექციის პრევალენტობა მიგრანტებში შეადგენს 1.0%-ს ამერბაიჯანში, 0.6%-ს საქართველოში და 0.5%-ს სომხეთში. სომხეთში მიგრანტთა 0.9%-ს გამოუვლინდა ჰეპატიტი B-ს ანტისხეულები, ხოლო 0.7%-ს - C ჰეპატიტის ანტისხეულები. საქართველოში C ჰეპატიტის ანტისხეულები გამოუვლინდა მიგრანტთა 4.4%-ს.

ანალიზი და რეკომენდაციები

ძირითადად, მიგრანტები არც ერთ ქვეყანაში არ ფლობენ ინფორმაციას აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის რისკების შესახებ და არ იტარებენ ნებაყოფლობით სკრინინგს ან ტესტირებას, გარდა სავალდებულო შემთხვევებისა. კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში არსებობს მიგრანტების ინფორმირებულობის ზრდის საჭიროება როგორც აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის რისკების, ასევე სკრინინგის, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების შესაძლებლობებთან დაკავშირებით. ასევე, ქვეყნებმა უნდა გააფართოონ ჯანდაცვის პროგრამები, რომლებშიც გათვალისწინებული იქნება მიგრანტთა საჭიროებები, რაც გულისხმობს, ერთი მხრივ, ამ პროგრამებში თარჯიმნის ან მედიცინის სფეროში ჩართული სოციალური მუშაკების მომსახურებათა ინტეგრირებას, ხოლო, მეორე მხრივ, პროგრამების განმახორციელებელი ჯანდაცვის სპეციალისტების ინფორმირებულობის ზრდას, რის შედეგადაც მათ მიგრანტებს უნდა შესთავაზონ უფასო კონსულტირება, ტესტირება, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ევროპის რეგიონული წარმომადგენლობის რეკომენდაციით, სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებმა უნდა უზრუნველყონ ტუბერკულოზის კონტროლისა და მკურნალობის მინიმალური ტრანსნაციონალური პროგრამული პაკეტი, რომელიც გაითვალისწინებს ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომას მიგრანტის სამართლებრივი

სტატუსის მიუხედავად და დეპორტაციის დაუშვებლობას ტუბერკულოზის მკურნალობის ინტენსიური ფაზის დასრულებამდე. ამასთან, ქვეყნებმა უნდა შექმნან ონლაინ პლატფორმა ტუბერკულოზის შემთხვევების ტრანსნაციონალური მართვის ხელშესაწყობად, რომელიც უზრუნველყოფს კომუნიკაციას სხვადასხვა ქვეყნის კლინიკისტებს შორის (რაც გულისხმობს პაციენტების ეფექტურ კლინიკურ მართვას, მათთან კონტაქტის უწყვეტობასა და გადამისამართებას). სამხრეთ კავკასიის რეგიონის ქვეყნებმა ასევე უნდა იმუშაონ აივ-ინფექციის მკურნალობის პროცესის კრეატიული ტრანსნაციონალური მართვის სისტემის შესაქმნელად. ზოგადად, კვლევის მიგნებები იძლევა მნიშვნელოვან ინფორმაციას მიგრანტების საჭიროებებზე მორგებული, ჯანდაცვის უფრო ეფექტური პროგრამების შესამუშავებლად. რეგიონულ ჭრილში მიგრანტებში ტუბერკულოზისა და აივ-ინფექციის რისკების შესახებ მეტი ინფორმაციის მოსაპოვებლად აზერბაიჯანსა და საქართველოში უნდა ჩატარდეს საბაზისო კვლევები მიგრანტთა კონკრეტული ქვეჯგუფების მიხედვით და კვლევის ალბათური შერჩევის მეთოდების გამოყენებით, რათა კვლევის შედეგები იყოს რეპრეზენტატიული. ნებისმიერი მომდევნო კვლევის ფარგლებში უფრო ზედმინევნით უნდა იქნეს შესწავლილი მიგრანტთა სარისკო ქცევები, მათთვის ყოვლისმომცველი და ჩალრმავებული კითხვების დასმის შედეგად, რათა უკეთ დადგინდეს აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის რისკების მასშტაბი და ურთიერთკავშირი. დაბოლოს, სომხეთში უნდა ჩატარდეს კვლევების მეორე ტალღა ქალაქში და სოფლად მცხოვრებ მიგრანტებში, ალბათური შერჩევის მეთოდების გამოყენებით, რათა ზემოაღნიშნულ დაავადებებთან მიმართებით არსებული ტენდენციები შეფასდეს დროში.

შესავალი

სამხრეთ კავკასიის ქვეყნების - აზერბაიჯანისა და საქართველოს მიგრანტ მოსახლეობაში ტუბერკულოზითა და აივ/შიდსით დაავადების რისკების შეფასების მიზნით კვლევები არ ჩატარებულა. სომხეთში 2016 და 2018 წლებში, შესაბამისად, განხორციელდა სოფლად და ქალაქად მცხოვრებ შრომით მიგრანტთა საბაზისო კვლევები, რომელთა ფარგლებში მიგრანტებს დაუსვეს ყოვლისმომცველი კითხვები აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების, აივ-ტესტირებისა და ცოდნის დონის შესახებ და ჩაუტარეს აივ-ტესტირება.^{1,2} ჯანმო-ს თანახმად, მობილური მოსახლეობა მიჩნეულია ერთ-ერთ კრიტიკულ ჯგუფად აივ-ინფექციითა და ტუბერკულოზით დაავადების რისკების თვალსაზრისით.³

წინამდებარე ანგარიშში მოცემულია სამხრეთ კავკასიის ქვეყნების - აზერბაიჯანის, საქართველოსა და სომხეთის მიგრანტ მოსახლეობაში ჩატარებული რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევების შედეგები. თვისებრივი კვლევის მიზანი იყო აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან მიგრანტთა წვდომისა და მომსახურების მიღების გამოცდილების შეფასება მიგრანტთა წარმომშობის ქვეყნებში და საზღვარგარეთ; კონკრეტულ ამოცანებს კი წარმოადგენდა აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის ჯანდაცვის სამსახურების AAAQ-ს უზრუნველყოფის კუთხით არსებული ბარიერების გამოვლენა მიგრანტებთან მიმართებაში მათი წარმომშობისა და დანიშნულების ქვეყნებში და აგრეთვე, რეკომენდაციებისა და იდეების შემუშავება, თუ როგორ შეიძლება ზემოაღნიშნული სამსახურების AAAQ-ს გაუმჯობესება მიგრანტებისთვის.

რაოდენობრივი კვლევების მიზანი იყო აივ-ინფექციის პრევალენტობის და ტუბერკულოზის ნიშნებისა და სიმპტომების გაზომვა მიგრანტ მოსახლეობაში და ასევე, კვლევების მონაწილეთა მიგრაციული გამოცდილების, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების, სექსუალური ქცევისა და აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზზე ტესტირების ისტორიის აღწერა წარმომშობის ქვეყნებში და საზღვარგარეთ. კვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემები ხელს შეუწყობს მიგრანტების საჭიროებებზე მორგებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკისა და შესაბამისი ინტერვენციების შემუშავებას, განსაკუთრებით, აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის კუთხით.



1 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევამზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სეზონურ მიგრანტებში სომხეთში, 2016. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი, სომხეთი.
2 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევამზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სეზონურ მიგრანტებში სომხეთში, 2018. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი, სომხეთი.
3 პარტნიორობა: დავასრულოთ ტუბერკულოზი. მობილური მოსახლეობის კვლევა, ვენეცია, 2015. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_MobilePopulations_ENG_WEB.pdf

ტუბერკულოზი სამხრეთ კავკასიაში

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში რეგისტრირებული შემთხვევების მნიშვნელოვანი კლების მიუხედავად, ტუბერკულოზი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის კვლავ ერთ-ერთ გამოწვევად რჩება სამხრეთ კავკასიაში. 2017 წელს რეგისტრირებული, ტუბერკულოზის ყველა ფორმის მიხედვით, აზერბაიჯანში დაფიქსირდა 7,129 შემთხვევა (67/100,000 მოსახლეზე), საქართველოში - 2,927 შემთხვევა (69/100,000 მოსახლეზე)⁴, ხოლო სომხეთში - 812 შემთხვევა (27.1/100,000 მოსახლეზე).⁵ 2000 წლიდან სამივე ქვეყანაში აღინიშნება ტუბერკულოზის ინციდენტობისა და რეგისტრირებული შემთხვევების კლების ტენდენცია. ასევე, ტუბერკულოზით სიკვდილობის მაჩვენებელმა აივ-უარყოფით პაციენტებში მნიშვნელოვნად დაიკლო სომხეთში, მაშინ როდესაც საქართველოში ეს კლება უფრო ზომიერ ხასიათს ატარებს, ხოლო აზერბაიჯანში აღნიშნული მაჩვენებელი მზარდია. ტუბერკულოზის მაჩვენებლები უფრო მაღალია მამაკაცებში, ქალებთან შედარებით. ასე მაგალითად, 2017 წლის მონაცემებით, აზერბაიჯანში ტუბერკულოზის ინციდენტობის მაჩვენებელი 15 წელზე ზემოთ ქალებში იყო 2,000, ხოლო მამაკაცებში - 3800; 0-დან 14 წლამდე გოგონებში ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 360-ს, ხოლო ვაჟებში - 400-ს. საქართველოში ტუბერკულოზის მაჩვენებელი 15 წელზე ზემოთ ქალებში იყო 1000, ხოლო მამაკაცებში - 2000; მაშინ როდესაც 0-დან 14 წლამდე გოგონებში ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 18-ს, ხოლო ვაჟებში - 20-ს. რაც შეეხება სომხეთს, აქ ტუბერკულოზის მაჩვენებელი 15 წელზე ზემოთ ქალებში იყო 380, ხოლო მამაკაცებში - 670; მაშინ როდესაც 0-დან 14 წლამდე გოგონებში ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 50-ს, ხოლო ვაჟებში - 54-ს.

ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების კლების ტენდენცია სამივე ქვეყანაში შეიძლება აიხსნას სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებით, ჯანდაცვის მომსახურებაზე თანაბარი წვდომის ზრდით და ზოგადად, ჯანდაცვის სექტორის გაუმჯობესებული ფუნქციონირებით. თუმცა, ამავდროულად, ამავე ქვეყნებში არსებული მნიშვნელოვანი გამოწვევა მულტირეზისტენტული (MDR) ტუბერკულოზის ფორმის გავრცელებაა, რომელიც იზონიაზიდისადმი და რიფამპინისადმი რეზისტენტულობას გულისხმობს (რაც, ასევე, არ გამოირიცხავს პირველი რიგის სხვა მედიკამენტებისადმი რეზისტენტულობას). 2017 წელს ტუბერკულოზის ნამკურნალევი შემთხვევებიდან დაახლოებით 28% აზერბაიჯანში, 30% საქართველოში და 44% სომხეთში წარმოადგენდა ტუბერკულოზის MDR ფორმას. თუმცა, ტუბერკულოზის შემთხვევათა აბსოლუტური რაოდენობის (1000-ზე მეტი გამოვლენილი შემთხვევა წელიწადში) მაჩვენებლით, 2018 წლის მონაცემებით, სამი ქვეყნიდან მხოლოდ აზერბაიჯანი შედის დამატებით ათეულში იმ 30 ქვეყნისა, რომლებშიც ვლინდება MDR ტუბერკულოზის ინციდენტობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მსოფლიოში.⁶ მეტიც, ლაბორატორულად დადასტურებული MDR ტუბერკულოზის შემთხვევათა დაახლოებით ერთი მესამედი შეიძლება აღმოჩნდეს რეზისტენტული მეორე რიგის ტუბსანიინააღმდეგო მედიკამენტებისადმი და შეფასებებით,

MDR ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა დაახლოებით 8%-ს სამხრეთ კავკასიის რეგიონში აქვს ტუბერკულოზის ზემდგრადად რეზისტენტული (XDR) ფორმა. მიუხედავად მკურნალობის მნიშვნელოვნებისა, ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა დაახლოებით ერთი მესამედი არ ასრულებს მკურნალობის სრულ კურსს.

ხშირი სოციალური კონტაქტები, ტუბერკულოზის პრევენციულ და სამკურნალო ჯანდაცვის სამსახურებზე შეზღუდული წვდომა და ხშირ შემთხვევაში, არასათანადო შრომითი და საცხოვრებელი პირობები, რომლებშიც მიგრანტებს მიგრაციის პროცესში უწევთ ყოფნა, მოსახლეობის ამ ჯგუფს ტუბერკულოზით დაავადების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ აყენებს. სწორედ ამიტომ მიზანშეწონილია სამხრეთ კავკასიის რეგიონში ამ კუთხით არსებული კონკრეტული გამოწვევების შესწავლა, განსაკუთრებული აქცენტით მიგრანტ მოსახლეობაზე და აღნიშნულის საფუძველზე, მათ საჭიროებებზე მორგებული პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციების შემუშავება.

აივ-ინფექცია სამხრეთ კავკასიაში

დამატებით ტუბერკულოზთან, აივ-ინფექცია ასევე მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში. აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში აივ-ინფიცირების პირველი შემთხვევების გამოვლენიდან გასული საუკუნის 80-ანი წლების ბოლოს, აივ-ინფიცირების ახალი შემთხვევების რაოდენობა სამივე ქვეყანაში სტაბილურად იზრდება. სომხეთის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 1988 წლიდან 2018 წლის მასამდე აივ/შიდსით მცხოვრებ ადამიანთა ჯამური მაჩვენებელი იყო 3,084, ხოლო 2018 წელს დაფიქსირდა აივ-ინფიცირების 176 ახალი შემთხვევა. აივ/შიდსით მცხოვრებ პირთა შორის სომხეთში 2,135 (69%) მამაკაცია, 9,490 (31%) - ქალი, ხოლო 54 (1.8%) - ბავშვი.⁷ UNAIDS-ის 2013 წლის მონაცემებით, აზერბაიჯანში აივ/შიდსით ცხოვრობს დაახლოებით 8,000 ადამიანი, მათგან 2,600 არის 15 წლის და უფრო მაღალი ასაკის ქალი, ხოლო საქართველოში ეს ციფრი დაახლოებით 11,000-ია, რომელთაგან 2,100 ქალია.⁸ აივ-ინფექციის რეგისტრირებულ შემთხვევათა ზრდა ვლინდება სამივე ქვეყანაში.

აივ-ინფექცია სერიოზული გამოწვევაა აღმოსავლეთ ევროპაში,⁹ განსაკუთრებით რუსეთის ფედერაციასა და უკრაინაში, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენს სამხრეთ კავკასიელი მიგრანტების დანიშნულების ქვეყნებს. 2016 წელს ჯანმო-ს ევროპის რეგიონული ოფისის მიერ აივ-ინფექციით დიაგნოსტირებული 160,000 პირიდან 73% რუსეთის ფედერაციასა და უკრაინაზე გადანაწილდა.¹⁰ ინფექციის გადაცემის ძირითადი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი და ნარკოტიკის ინექციური გზით მოხმარებაა; ინფიცირებულთა მეტი წილი მამაკაცებზე მოდის (ფარდობა: 1.5). აივ-ინფექცია უმეტესად 20-49 წლის პირებშია გავრცელებული; მისი მაჩვენებელი პიკს აღწევს 25-29 წლის მამაკაცებში და 30-39 წლის ქალებში. გვიანი დიაგნოსტირება, დაყოვნებული ანტირეტროვირუსული თერაპიით (ART) მკურნალობა და არასაკმარისი სახელმწიფო

4 ტუბერკულოზი: ეროვნული პროფილები ქვეყნების მიხედვით. ჯანმო, 2017. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AZ&LAN=EN&outtype=pdf (აზერბაიჯანი) https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GE&LAN=EN&outtype=pdf (საქართველო) საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ინფორმაციით, აივ-ის პრევენციისა და განსაკუთრებით მაღალია თბილისში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში.

5 <http://armstat.am/file/doc/99504368.pdf> https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AM&LAN=EN&outtype=html (სომხეთი)

6 ტუბერკულოზის გლობალური ანგარიში. ჯანმო, 2018. http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2018_main_text_30Oct2018.pdf?ua=1

7 http://www.arm aids.am/en/statistics/stat_2018/stat-june_2018.html

8 <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/azerbaijan> <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/georgia>

9 ჯანმო-ს ევროპის რეგიონული განყოფილების გეოგრაფიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახური აღმოსავლეთ ევროპის ქვეშ მოიაზრებს შემდეგ ქვეყნებს: აზერბაიჯანი, ბელარუსი, ესტონეთი, თურქმენეთი, ლატვია, ლიეტუვა, მოლდოვა, რუსეთის ფედერაცია, საქართველო, უზბეკეთი, უკრაინა და ყაზახეთი.

10 ევროპაში აივ-ის და ტუბერკულოზის კვლევის მონაცემები, 2017-2016. დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრი / ჯანმო, სტოკჰოლმი, 2017. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2017-2016-data>

დაფინანსება, რასაც შედეგად აივ-ინფიცირებულებში შიდსის განვითარება მოჰყვება თან, კვლავ რჩება ძირითად გამონწვევად.¹¹

ტუბერკულოზის და აივ-ინფექციის გაზრდილი რისკი მიგრანტებში

ენის ბარიერისა და სხვა სტრუქტურული დაბრკოლებების გამო მიგრანტების მნიშვნელოვან ნაწილს არ მიუწვდება ხელი შესაბამის ჯანდაცვის სერვისებზე. ერთი მხრივ, არასათანადო დამყოლობა მკურნალობაზე, ხოლო მეორე მხრივ, სიღარიბე, სტიგმა, მობილობა და სხვა სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები (არასტაბილური შემოსავალი, საცხოვრებელი ადგილის ხშირი ცვლა, რაც გამონწვევულია ანაზღაურების უკეთესი პირობების ძიებით) ხელს უწყობს აივ-ინფექციის და ტუბერკულოზის პრევალენტობის ზრდას. ამასთან, მიგრანტები შეიძლება სოციალურ იზოლაციაში აღმოჩნდნენ, ვინაიდან იძულებული არიან, დატოვონ ოჯახი და მუდმივი სქესობრივი პარტნიორი და იცხოვრონ / იმუშაონ არასათანადო პირობებში (როგორცაა უკიდურესი სიმჭიდროვე, ანტისანიტარია, ა.შ.¹². აღნიშნულმა სოციალურ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ და ქცევის მოდელმა შეიძლება გაზარდოს ტუბერკულოზისადმი და აივ-ინფექციისადმი მონყვლადაობა. მაგალითად, საქართველოში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა თითქმის ნახევარმა აღნიშნა, რომ ისინი მოიხმარენ ნარკოტიკს საზღვარგარეთაც, ძირითადად, თურქეთში, უკრაინასა და რუსეთის ფედერაციაში.¹³ მაგალითისთვის, სომხეთში 2013-2017 წლებში რეგისტრირებულ აივ-ინფიცირებულ ზრდასრულთა დაახლოებით 58% შრომითი მიგრანტი აღმოჩნდა, რომელთა უმეტესობამ განაცხადა, რომ აივ-ინფექცია საზღვარგარეთ დაუდგინდა. მიგრანტთა აღნიშნული რაოდენობიდან 12%-მა აღნიშნა, რომ მათი სქესობრივი პარტნიორები შრომითი მიგრანტები იყვნენ.¹⁴ ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ვინაიდან ბევრი ადამიანი არ მიმართავს აივ-ინფექციაზე / ტუბერკულოზზე ტესტირებას ან სკრინინგს დაავადების სერიოზული ნიშნების ან სიმპტომების გაჩენამდე, სავარაუდოა, რომ ისინი აინფიცირებენ სხვებს საკუთარი აივ-სტატუსის გამოვლენამდე.

მიგრაცია სამხრეთ კავკასიაში

წინამდებარე ანგარიშის ფოკუსი საერთაშორისო მიგრაციაა, რომელიც, ქვეყნის შიდა მიგრაციისგან განსხვავებით, აღნიშნავს პირის ერთი ქვეყნიდან მეორეში გადაადგილებას. თვისებრივი კვლევა მოიცავდა მიგრანტებს, რომლებიც გაემგზავრნენ აზერბაიჯანში და საქართველოში სწავლის მიზნით, ან პოლიტიკური ან ეკოლოგიური გარემოებების გამო; ხოლო რაოდენობრივმა კვლევამ მოიცვა მხოლოდ შრომითი მიგრანტები. კონკრეტული აქცენტის შრომით მიგრაციაზე გაკეთება გადანყდა სამხრეთ კავკასიის ქვეყნების წარმომადგენელთა რეგიონულ მოსამზადებელ შეხვედრებზე 2017 წლის მარტსა და ნოემბერში.

¹¹ იქვე.

¹² GAP ანგარიში, UNAIDS. შენევა, 2014.

¹³ აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 7 ქალაქში; ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით. კვლევის ანგარიში. საერთაშორისო ფონდი კურაცი და საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“, 2015. <http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/02/PWID-IBBS-Report-2017-GEO.pdf>

¹⁴ აივ-ის ეპიდემიოლოგიური კვლევა სომხეთში, ყოველწლიური ანგარიში 2017. ჯანდაცვის სამინისტრო / შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, (შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრის მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული გუნდი, ერევანი, 2018). www.armmaids.am/images/pdf/hetazotutyunner/Annual_report_HIV_epidemiological_surveillance_in_the_Republic_of_Armenia_2017.pdf

თავდაპირველად სამხრეთ კავკასიის რეგიონიდან საერთაშორისო მიგრაცია განაპირობა ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა არასტაბილურობამ გასული საუკუნის 90-იან წლებში, საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ. შედეგად, დაიწყო ადამიანების გადაადგილება ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, განსაკუთრებით, დიდი ნაკადი გადაადგილდა რუსეთის ფედერაციისკენ; თუმცა, ასევე, ევროპისკენ და ამერიკის შეერთებული შტატებისკენ, უკეთესი სოციალური და ეკონომიკური პირობების საძიებლად. ამჟამინდელი, ქვეყნებს შიგნით და ქვეყნებს გარეთ მიმართული შრომითი მიგრაციის ტენდენციები კი ვარიირებს; განსაკუთრებით, აზერბაიჯანისა და საქართველოს შემთხვევაში.

აზერბაიჯანი

ემიგრაციის ზრდა აზერბაიჯანიდან დაფიქსირდა 2018 წელს, გლობალური ეკონომიკური კრიზისის გამო; თუმცა განსაკუთრებით ინტენსიური ხასიათი ემიგრაციულმა პროცესებმა 2013-2014 წლებში მიიღო, საერთაშორისო ბაზარზე ნავთობის ფასების კლების, თანამდევი ეკონომიკური რეცესიისა და ინფლაციის ზრდის შედეგად. 2000-იან წლებში აზერბაიჯანში ჩავიდნენ შრომითი იმიგრანტები ყაზახეთიდან და რუსეთის ფედერაციიდან, ხოლო უფრო მოგვიანებით - ირანის ისლამური რესპუბლიკიდან და თურქეთიდან. ეს უკანასკნელნი აზერბაიჯანში ჩავიდნენ სახელმწიფოს ხელშეწყობით მიმდინარე მსხვილ საინვესტიციო პროექტებში მონაწილეობის მისაღებად; კერძოდ, მათში უცხოური (თურქული) კომპანიების ჩართვის გზით.¹⁵

საქართველო

საქართველოში შრომითი მიგრანტები მოემართებიან რუსეთის ფედერაციიდან, თურქეთიდან, აზერბაიჯანიდან, სომხეთიდან და უკრაინიდან; ხოლო უკეთესი ეკონომიკური შესაძლებლობების მოძიების მიზნით ქართველები მიემგზავრებიან ევროპაში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში და უფრო ნაკლები ოდენობით - რუსეთის ფედერაციაში.¹⁶

სომხეთი

ამჟამად, სომხეთი მიიჩნევა ემიგრაციის ქვეყნად, საიდანაც ემიგრაციის ძირითადი ნაკადები რუსეთის ფედერაციისკენ მიემართებიან (90%).¹⁷

¹⁵ ს. იუკსელი, ს. მუსხაროვი, ნ. მაჰმუდლუ, ჯ. მიხაილოვი და ა. ისკანდაროვი. საერთაშორისო მიგრაციის კვლევა აზერბაიჯანში, მდგრადობა 10(1):132 (2018).

¹⁶ საქართველოს მიგრაციის პროფილი 2017. მიგრაციის საკითხთა სამთავრობო კომისია. http://migration.commission.ge/files/migraciis_profil_2017_a4_new.pdf

¹⁷ მიგრანტთა შინამეურნეობების კვლევა სომხეთში, კვლევის ანგარიში. მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია, ერევანი, 2014. <https://publications.iom.int/books/report-household-survey-migration-armenia>

თვისებრივი მეთოდები

თვისებრივი მეთოდები დაეფუძნა ე.წ. სწრაფი შეფასების მეთოდებს, რომლებიც გამოყენებულ იქნა ფოკუსჯგუფებში მუშაობისას მიგრანტებთან და ასევე, ჩაღრმავებული საინფორმაციო ინტერვიუების ჩატარებისას სომხეთში. მონაწილეების შერჩევა მოხდა წინასწარ და მათგან მოპოვებულ იქნა ინფორმირებული თანხმობა მანამ, სანამ ისინი უპასუხებდნენ კითხვებს ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის (დანართები A და B) მიხედვით. ჩაღრმავებული ინტერვიუები სომხეთში ჩატარდა დაინტერესებულ მხარეებთან და ექსპერტებთან, რომლებიც მუშაობენ ან აქტიურ კონტაქტში არიან როგორც შრომითი ასაკის მქონე მოსახლეობასთან, ასევე უშუალოდ შრომით მიგრანტებთან. ვინაიდან სომხეთი ითვლება ემიგრაციის ქვეყნად, რომლის მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სემონურ მიგრაციაშია ჩართული, პროექტში ჩართულმა სომხეთის შესაბამისი სამთავრობო სტრუქტურების წარმომადგენლებმა კვლევის სამიზნედ ქვეყნიდან მიმავალი შრომითი მიგრანტები შეარჩიეს. აზერბაიჯანსა და საქართველოში კი კვლევის სამიზნედ როგორც ქვეყანაში შემომავალი (ამავე ქვეყნის მოქალაქეები, რომლებიც ბრუნდებიან) და ქვეყნიდან მიმავალი (ისინი, ვინც ტოვებს ქვეყანას) მიგრანტები, რომელთა მიგრაცია განსხვავებული მიზნებით იყო განპირობებული: ესენი იყვნენ სტუდენტები, დევნილები და ეკომიგრანტები. მონაწილეთა შერჩევა მოხდა იმგვარად, რომ წარმოდგენილი ყოფილიყო მოსახლეობის სხვადასხვა სეგმენტი სქესის, დასაქმების, საცხოვრებელი ადგილის (ქალაქი / სოფელი), დანიშნულების ქვეყნის მიხედვით და ა.შ. თითოეული ფოკუსჯგუფი ჩატარდა ინტერვიუერის და მისი ასისტენტის მიერ. შედარების მიზნით, ანგარიშის ძირითად ნაწილში შედეგები მოყვანილია მხოლოდ შრომით მიგრანტებთან მიმართებაში. აზერბაიჯანსა და საქართველოში ჩატარებული თვისებრივი კვლევების შედეგები მოცემულია დანართში C.

შერჩევის კრიტერიუმები

თითოეულ ქვეყანაში აქცენტი გაკეთდა ამ ქვეყნებისთვის მნიშვნელოვან მიგრანტ მოსახლეობაზე: ა) დევნილები, სტუდენტები და დაბრუნებული მიგრანტები აზერბაიჯანში; ბ) დევნილები, ეკომიგრანტები, საერთაშორისო სტუდენტები და დაბრუნებული მიგრანტები საქართველოში; გ) დაბრუნების პროცესში მყოფი, მამაკაცი შრომითი მიგრანტები სომხეთში. ცხრილში 1 მოცემულია გამოკითხული მიგრანტების მახასიათებლები თითოეული ქვეყნის მიხედვით.

ცხრილი 1. თვისებრივი კვლევის მიზნით ქვეყნის შიგნით შერჩეული მოსახლეობა

აზერბაიჯანი	საქართველო	სომხეთი
<ul style="list-style-type: none"> ქალები და მამაკაცები ასაკი: ≥ 18 წელი დევნილები საომარი კონფლიქტის გამო მშობლიური საცხოვრებელი ადგილიდან იძულებით გადაადგილებული პირები უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები - პირები, რომლებიც ქვეყანაში სწავლის მიზნით ჩამოვიდნენ დაბრუნებული მიგრანტები - აზერბაიჯანის მოქალაქეები, რომლებიც აზერბაიჯანში სწავლის მიზნით დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის ხელშეწყობის (AVRR) პროგრამის ფარგლებში დაბრუნდნენ 	<ul style="list-style-type: none"> ქალები და მამაკაცები ასაკი: ≥ 18 წელი დევნილები - საომარი კონფლიქტის გამო მშობლიური საცხოვრებელი ადგილიდან იძულებით გადაადგილებული პირები ეკომიგრანტები - პირები, რომლებმაც თავიანთი საცხოვრებელი ადგილი ბუნებრივი კატასტროფის გამო დატოვეს უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები - პირები, რომლებიც ქვეყანაში სწავლის მიზნით ჩამოვიდნენ დაბრუნებული მიგრანტები - საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც საქართველოში AVRR-ის ფარგლებში დაბრუნდნენ 	<ul style="list-style-type: none"> მამაკაცები ასაკი: ≥ 18 წელი დასაქმების მიზნით 3 თვიდან 1 წლამდე საზღვარგარეთ ნაშრომითი მიგრანტები, რომლებიც კვლევის დაფარვის არეალში ცხოვრობენ

მონაცემების შეგროვება და ანალიზი

თვისებრივი მონაცემები გაიშიფრა და აზერბაიჯანისა და საქართველოს შემთხვევაში შედეგები წარმოდგენილ იქნა პროექტის პარტნიორი აზერბაიჯანელი და ქართველი სამთავრობო უწყებების ანგარიშებში. ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს ჩატარების სახელმძღვანელო შეიცავდა სამ ნაწილს: ა) ზოგად ინფორმაციას ქვეყნის მოსახლეობის შესახებ; ბ) ინფორმაციას აივ-ისა და აივ-სამსახურებთან წვდომის შესახებ; გ) ინფორმაციას ტუბერკულოზისა და ტუბერკულოზის სამსახურებთან წვდომის შესახებ. აღნიშნული სახელმძღვანელო შემუშავდა ქვეყნების წარმომადგენელთა მიერ რეგიონულ მოსამზადებელ შეხვედრაზე და წინასწარ გამოცდილ იქნა საქართველოში. თვისებრივი მონაცემები - როგორც გაშიფრული მასალების (სომხეთი), ასევე ანგარიშების სახით მონოდებული - სრულად გაანალიზდა, რათა გამოკვეთილიყო პირველადი და მეორადი მნიშვნელობის თემები.

რაოდენობრივი მეთოდები

აზერბაიჯანი-საქართველოს და თურქეთი-საქართველოს სასაზღვრო გამშვებ პუნქტებზე ჩატარდა ტრანსნაციონალური კვლევები. სომხეთში მიგრანტები შეირჩნენ შემთხვევითი პრინციპით შერჩეულ თემებში, სადაც ისინი, სავარაუდოდ, ბინადრობენ.

შერჩევის კრიტერიუმები

მიგრანტების შერჩევა მოხდა შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით: მამაკაცები და ქალები (სომხეთში მხოლოდ მამაკაცები); ასაკი: ≥18 წელი; აპირებენ ქვეყნის გარეთ გამგზავრებას 3 თვით ან მეტი ხნით დასაქმების მიზნით, ან უკვე იმყოფებოდნენ აღნიშნული ვადით და მიზნით საზღვარგარეთ და დაბრუნდნენ წარმოშობის ქვეყანაში.

შერჩევის პროცესი

კვლევები აზერბაიჯანსა და საქართველოში ჩატარდა ხელმისაწვდომი შერჩევის მიდგომით. შერჩევის ტექნიკა გულისხმობდა მიგრანტებთან შეხვედრას საზღვრის გადმოკვეთის მომენტში და კითხვას, თუ მიიღებდნენ მონაწილეობას კვლევაში. შემდგომ ხდებოდა

მათი სკრინინგი სპეციალური ფორმის მიხედვით, რომელიც, თავის მხრივ, შედგებოდა კითხვებისგან, რათა დადგენილიყო კვლევაში მონაწილეობისთვის მიგრანტთა შესაბამისობა და ასევე, მგზავრობის მიზანი (დანართი D). ისინი, ვინც პირველადი სკრინინგის გავლის შემდგომ გამოთქვამდა სურვილს, მონაწილეობა მიეღო უფრო ხანგრძლივ კვლევაში და ჩაეტარებინა აივ-ტესტი, ერთვებოდნენ კიდევ მასში. იმის გათვალისწინებით, რომ მიგრანტთა მონაწილეობა კვლევაში და აივ-ტესტირება ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებდა, უნდა გაკეთდეს დაშვება, რომ შერჩევა ვერ იქნებოდა სრულიად ობიექტური და კვლევაში მონაწილეთა ტიპი და რაოდენობა არ არის რეპრეზენტატიული მიგრანტთა მთლიან პოპულაციასთან მიმართებაში.

სომხეთში მიგრანტების შესარჩევად გამოყენებულ იქნა ალბათური, მრავალდონიანი კლასტერული შერჩევის მეთოდი, რომელიც გულისხმობდა მონაწილეთა შემთხვევითი პრინციპით შერჩევას, ისე რომ თითოეულ ინდივიდს ჰქონოდა შერჩევის თანაბარი შესაძლებლობა შერჩევის პროცესის ნებისმიერ ეტაპზე. აღნიშნული მოიცავდა ორი დონის კლასტერს: თემებს და მიგრანტებს. მიგრანტები სომხეთში შემთხვევითი პრინციპით დაიყვანენ კლასტერებად, რომლებიც წარმოადგენდნენ საზღვრის მიმდებარე რაიონებში მცხოვრებ თემებს, მათი ზომის გათვალისწინებით. შერჩევის ჩარჩოში გაერთიანდა ყველა ის თემი, რომელთა მაცხოვრებლების საერთო რაოდენობა იყო 1,000 და მეტი, და დასახელებათა ანბანური თანმიმდევრობით შედგა მათი, როგორც კლასტერების სია. კლასტერები და მათი ზომა გამოყენებულ იქნა მონაცემთა შენონისთვის ანალიზის პროცესში. აქედან, 5-დან 10-მდე თემი შეირჩა შემთხვევითი პრინციპით, შემთხვევითი რიცხვების გენერირების მეთოდის (Stat Trek¹⁸) გამოყენებით, ჩანაცვლების ალტერნატივის გარეშე. იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე თემი აღმოჩნდებოდა შეუსაბამო (ე.ი. მაცხოვრებელთა ან შერჩევის კრიტერიუმების შესაბამის მიგრანტთა არასაკმარისი რაოდენობა, სრულყოფილი სიის შედგენის შეუძლებლობა), შემთხვევითი პრინციპით შერჩეული თავდაპირველი თემი შეიცვლებოდა ანბანური თანმიმდევრობით სიაში არსებული მომდევნო თემით. მონაწილეები თითოეული კლასტერიდან შეირჩნენ დადგენილი კრიტერიუმების შესაბამისი მიგრანტების სიიდან, რომლებიც შედგა თემში მყოფი ძირითადი ინფორმანტების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. საბოლოოდ შერჩეულთა სიაში აისახა მიგრანტთა სახელები და გვარები, და შესაბამისი საკონტაქტო ინფორმაცია. ასევე, თითოეულ მონაწილეს მიენიჭა ნომერი, აღმავალი თანმიმდევრობით, სიის მიხედვით. სიის შედგენის შემდგომ, Stat Trek მეთოდის გამოყენებით შედგა ნომრების სია, რომლებიც შეესაბამებოდა შერჩევის ჩარჩოში არსებული, შერჩევის კრიტერიუმების შესაბამისი ინდივიდების სახელებსა და გვარებს და ინფორმაციას მათი ადგილმდებარეობის შესახებ. შემთხვევითი პრინციპით შერჩეულ საბოლოო სიაში მიგრანტთა საერთო რაოდენობა იყო შერჩევის გამოთვლილი ზომის იდენტური.

18 <http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>

შერჩევის ზომის გამოთვლა

შერჩევის ზომის გამოთვლა მოხდა შემდეგი პარამეტრებით: ნდობის დონე - 95%, ცდომილების ზღვარი - 5% და პასუხების განაწილება საშუალოდ 60-დან 70%-მდე. ამ მოცემულობით, შერჩევის ზომა n და ცდომილების ზღვარი E შემდეგნაირად იქნა გამოთვლილი:

$$x = Z(c/100) 2r (100-r)$$

$$n = N x / ((N-1) E^2 + x)$$

$$E = \text{Sqrt} [(N-n) x / n (N-1)]$$

სადაც N არის პოპულაციის ზომა; r მისაღები პასუხების სასურველი წილი; ხოლო $Z(c/100)$ - ნდობის დონის (c) კრიტიკული მნიშვნელობა. ამ გამოთვლით, შერჩევის ზომა თითოეულ სასაზღვრო პუნქტზე დადგინდა 300 პირის ოდენობით.

მონაცემთა შეგროვების ადგილმდებარეობა

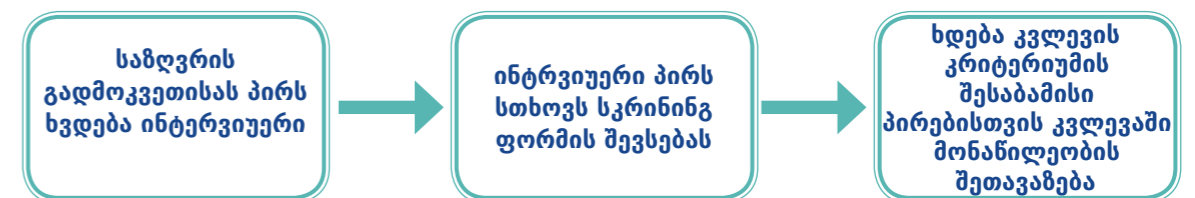
აზერბაიჯანში მიგრანტების შერჩევა მოხდა აზერბაიჯანი-საქართველოს სასაზღვრო გამშვებ პუნქტზე (ყაზახი - მარნეული); საქართველოში მიგრანტები შეირჩნენ საქართველო-თურქეთის სასაზღვრო გამშვებ პუნქტზე (სარფი); ხოლო სომხეთში მიგრანტების შერჩევა მოხდა შემდეგ სოფლებში: ბიურაკანი, კოში, ვოსკევაზი, უჯანი (არაგანოტნის პროვინცია), ახურიანი (შირაკის პროვინცია), არარატი, ტაფერაკანი და ქალცრაშენი (არარატის პროვინცია), არშალუსი, ბამბაკაშატი, ხორონქი, ჯარატი (არმავირის პროვინცია), ზოლაქარი, სარუხანი და ვერინ-გეტაშენი (გელარქუნიქის პროვინცია), და აქორი და მენ-პარნი (ლორეს პროვინცია).

მონაცემთა შეგროვება

სკრინინგი

კვლევის მიზნით მონაწილეთა სკრინინგის პროცესი აზერბაიჯანსა და საქართველოში გულისხმობდა ინდივიდებთან გასაუბრებას საზღვრის კვეთისას, მათთვის კვლევაში მონაწილეობის შეთავაზებას და სკრინინგის გავლას სპეციალური ფორმის მეშვეობით (დიაგრამა 1; დანართი E). ამ ორი ეტაპის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 1 წუთს.

დიაგრამა 1. სკრინინგის ეტაპები



სომხეთში ზემოაღნიშნული პროცესის პირველი ეტაპი გულისხმობდა პირების შემთხვევითი პრინციპით შერჩევას ჯანმრთელობის ან მობილური კლინიკების მეშვეობით სოფლად მცხოვრებ თემებში.

კვლევა

კვლევის მიზნით მონაცემების შეგროვებაზე შესაბამისი პირებმა განაცხადეს ინფორმირებული თანხმობა (დანართი E) და მათ ჩაუტარდათ წინასატესტო ნებაყოფლობითი კონსულტირება სისხლის სინჯის აღებამდე აივ-ტესტირების მიზნით. პირისპირ ინტერვიუს ჩატარების შემდგომ (დანართი F) კვლევის მონაწილეებს დაურიგდათ ტესტის შედეგები და IOM-ისა და ამერბაიჯანის, საქართველოსა და სომხეთის (დიაგრამა 2) პარტნიორ სამთავრობო უწყებებთან თანამშრომლობით შემუშავებული საგანმანათლებლო მასალები. აღნიშნული პროცესი გაგრძელდა დაახლოებით 30 წუთის განმავლობაში. კვლევის მონაწილეები, რომელთა ლაბორატორიულმა ტესტმა დადებითი პასუხი აჩვენა, გაენიათ რეკომენდაცია განმეორებითი (დამადასტურებელი) ტესტის ჩატარების მიზნით შესაბამის დაწესებულებაში საზღვარგარეთ ან შიდსის ეროვნულ ცენტრში მათი წარმომადგენლის ქვეყნებში. კვლევაში მონაწილეობისთვის შერჩეულ პირებს არავითარი წამახალისებელი ჯილდო არ მიუღიათ, თუ არ ჩავთვლით კვლევის პროცესში მათთვის შეთავაზებულ მსუბუქ საკვებს.

დიაგრამა 2. მონაცემების შეგროვების ეტაპები



ინფორმირებული თანხმობა

შერჩეული მონაწილეები გაეცნენ ზეპირ საინფორმაციო ფურცელს და თანხმობის ფორმას (მათ თავად წაიკითხეს ან მათ ინტერვიუერმა გააცნო აღნიშნული მასალები) (დანართი E). მონაწილეებს შეეთავაზათ საინფორმაციო ფურცლის ასლი. თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე გაცხადდა ზეპირად, რაც დაფიქსირდა ხელმოწერით ინტერვიუერის მხრიდან, მონაწილის სახელით.

ინტერვიუება და ტესტირება

ტესტირება და ინტერვიუება ჩატარდა კვლევის მიზნების შესაბამის, დაცულ ადგილზე (მობილური კლინიკა საზღვარზე ამერბაიჯანში; მობილური კლინიკა საქართველოში; მობილური ან სათემო კლინიკა სომხეთში). თავდაპირველად ჩატარდა მიგრანტების არაფორმალური სკრინინგი მათი შესაბამისობის დასადგენად კვლევის მიზნებთან. შესაბამისობის დადგენისა და თანხმობის მოპოვების შემდეგ მიგრანტებს ეთხოვათ, გადასულიყვნენ სათანადოდ დაცულ, იზოლირებულ ადგილას ინტერვიუებისა და ტესტირებისთვის. ამერბაიჯანში ინტერვიუება და ტესტირება ჩატარდა მობილურ კლინიკაში საზღვარზე; საქართველოში ინტერვიუება და ტესტირება ჩატარდა მობილურ კლინიკაში; ხოლო სომხეთში - მობილურ ან სათემო კლინიკაში.

აივ-ინფექციაზე კონსულტირება და ტესტირება

აივ-ინფექციაზე კონსულტირების, ტესტირებისა და გადამისამართების პროცესები ჩატარდა ეროვნული გაიდლაინების შესაბამისად. წინასატესტო კონსულტირება მოიცავდა განმარტებებს აივ-ინფექციასა და მისი გადადების გზების, აივ-ტესტირების შედეგების

მნიშვნელობის, სექსუალურ ქცევასა და ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების და ასევე, აივ-ის პრევენციის შესახებ. სისხლის სინჯის აღება განხორციელდა შესაბამისი სპეციალისტის მიერ. მონაწილის უნიკალური ნომერი და ლაბორატორიის ნომერი იყო იდენტური და დაფიქსირდა ლაბორატორიის ანკეტაზე, რომელიც იყო „მიბმული“ კვლევის კითხვარზე. ტესტის პასუხები კვლევის მონაწილეებმა ტესტის ჩატარების დღესვე მიიღეს.

კითხვარი

კვლევის ინსტრუმენტი (დანართი F) შედგებოდა შვიდი ნაწილისგან და ითარგმნა ამერბაიჯანულ, თურქულ, რუსულ, სომხურ და ქართულ ენებზე. მის შევსებას სჭირდებოდა დაახლოებით 15 წუთი.

კითხვარის შემუშავება და გადასინჯვა რამდენიმე ეტაპად მიმდინარეობდა. თავდაპირველად, კითხვარი შემუშავდა და გადასინჯა ძირითადი დაინტერესებული მხარეებისა და IOM-ის ძირითად ჩართულ წარმომადგენელთა მიერ (პროექტის განმახორციელებელი მისიები ამერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში; სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპის, აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონული ოფისი; მიგრაციისა და ჯანმრთელობის საკითხთა მხარდაჭერის გლობალური ოფისი). მეორე ეტაპზე მოხდა კითხვარის პილოტირება; სათანადოდ მომზადებულმა ინტერვიუებმა კითხვარის მეშვეობით ჩაუტარეს ინტერვიუ არა ნაკლებ 10 მიგრანტს ან მიგრანტებთან უშუალოდ მომუშავე პირებს სამივე ქვეყანაში. ინტერვიუს პასუხები დაფიქსირდა წერილობით. მიგრანტებისა და ინტერვიუერების უკუკავშირის საფუძველზე მოხდა კითხვარის დახვეწა: მას დაემატა კითხვები, ხოლო ცალკეული კითხვები მოდიფიცირდა ან ამოღებულ იქნა, რათა გაუმჯობესებულიყო თარგმანი და ზუსტად განსაზღვრულიყო დრო, რომელიც ესაჭიროებოდა ყველა კითხვარზე პასუხის გაცემას. ეს ყოველივე განხორციელდა მონაცემების შეგროვების პროცესის დაწყებამდე ორი კვირით ადრე.

პერსონალის ტრენინგი

კვლევის განმახორციელებელ პერსონალს, რომელიც შედგებოდა (თუმცა არა მხოლოდ) კონსულტანტებისგან, ინტერვიუერებისგან და საველე ხელმძღვანელისგან, პროექტის განმახორციელებელმა პარტნიორებმა ჩაუტარეს ორდღიანი ფორმალური საგალდებულო ტრენინგი. ტრენინგზე განხილული საკითხები მოიცავდა ინტერვიუს ჩატარებისთვის საჭირო უნარ-ჩვევებს, პოტენციურ მონაწილეებთან თავდაპირველი გასაუბრების, შესაძლო უარის შემცირებისა და კვლევაში მათი ჩართვის წახალისებისთვის საჭირო ტექნიკის სწავლებას, ისე როგორც ხარისხის კონტროლს, ეთიკურ ასპექტებს, კვლევის ჩატარების ეტაპებსა და შესაბამისი ინსტრუმენტების გამოყენებას. კვლევის გუნდის წევრებმა ასევე აითვისეს ეფექტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები, მიგრანტებთან კონტაქტის ადვილად დამყარებისა და მათი კვლევაში ჩართვის მიზნით.

ლაბორატორიული ტესტირება

სისხლის სინჯის აღება განხორციელდა პროფესიონალი მუშაკის მიერ, კონკრეტულ ქვეყანაში მოქმედი სამედიცინო გაიდლაინების მიხედვით. თითოეული მონაწილისთვის გამოყენებულ იქნა უშუალოდ მასთან დაკავშირებული კოდირების ანონიმური სისტემა, რათა გარანტირებული ყოფილიყო ტესტის შედეგების სწორად მიმართვა. კვლევის შედეგების სიზუსტის უზრუნველყოფისა და მცდარი დადებითი პასუხების ალბათობის შემცირების მიზნით,

ჩატარდა დადებითი პასუხების განმეორებითი ანალიზი. ხარისხის კონტროლის მიზნით, უარყოფითი პასუხების 10% განმეორებით გაიგზავნება ტესტირებაზე ენზიმ-შეკავშირებული იმუნოსორბენტის ანალიზის (ELISA) მეთოდით. წინააღმდეგობრივი შედეგების მიღების შემთხვევაში ტესტის პასუხები კვლავ გაიგზავნება ანალიზზე, ეროვნული პროტოკოლით განსაზღვრული აივ-დიაგნოსტიკის ალგორითმის შესაბამისად. დამატებით, კვლევის მონაწილეებს საქართველოში ჩატარდება ტესტირება C ჰეპატიტზე, ხოლო სომხეთში - B და C ჰეპატიტზე; აღნიშნული გადაწყდა კონკრეტული ქვეყნის შესაბამისი სტრუქტურების მიერ.

მონაცემთა ანალიზი

აზერბაიჯანსა და საქართველოში, სადაც გამოყენებულ იქნა არაალბათური შერჩევის მეთოდი, მონაცემების ანალიზი ჩატარდა კორექტირების გარეშე. სომხეთში კი, სადაც გამოყენებულ იქნა ალბათური შერჩევის მეთოდი, მონაცემთა შეწონვა მოხდა კლასტერის ზომის მიხედვით. ანალიზი შედგებოდა სიხშირეებისგან, მედიანებისგან, საშუალო მაჩვენებლებისა და დიაპაზონებისგან. ნდობის დონე წარმოდგენილია პროცენტულობით, მაგრამ სიფრთხილით უნდა იქნეს ინტერპრეტირებული არაალბათური შერჩევისას (აზერბაიჯანი და საქართველო). იმის გათვალისწინებით, რომ სომხეთში შეირჩენენ მხოლოდ ქვეყანაში შემოსული (საზღვარგარეთიდან დაბრუნებული) მიგრანტები, მონაცემთა ანალიზი აზერბაიჯანისა და საქართველოს შემთხვევაში დამატებით, შეიცავდა ქვეყნიდან გასული და ქვეყანაში შემოსული მიგრანტების მონაცემთა ნაწილს, რაც იძლევა ქვეყანაში შემოსულ მიგრანტთა შესახებ მონაცემების შედარების შესაძლებლობას სამივე ქვეყნის მაგალითზე. ქვეყანაში შემოსული მიგრანტები არიან ის პირები, რომლებიც კითხვებს პასუხობენ როგორც „დაბრუნების პროცესში მყოფი მოქალაქეები“, ხოლო ქვეყნიდან გასული მიგრანტები პასუხობენ კითხვებს, როგორც „უცხოელები“ (კითხვარის მე-2 ნაწილი). დამატებით, მოხდა მონაცემების გაანალიზება სქესის (მამაკაცები და ქალები) და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (18-დან 24 წლამდე, 25 წლის და უფროსი ასაკის). (კვლევის მონაცემები სრულად შეგიძლიათ იხილოთ დანართებში G და H.). იმის გათვალისწინებით, რომ სომხეთში კვლევისთვის შეირჩენენ მხოლოდ მამაკაცები, ეს მონაცემები, ბუნებრივია, არ არის დაყოფილი სქესის მიხედვით. ანალიზში ასევე ფრაგმენტულად მოცემულია ინფორმაცია მიგრანტების საქმიანობის სფეროს შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ.

ეთიკური ასპექტები

კვლევის პროტოკოლის საბოლოო რედაქტირება განხორციელდა ინსტიტუციური განხილვის საბჭოს მიერ თითოეულ ქვეყანაში და დამტკიცდა აღნიშნული საბჭოების და IOM-ის მიერ. მონაწილეებს ეცნობათ კვლევის მიზნის და ასევე, მათი უფლების შესახებ, უარი ეთქვათ კვლევაში მონაწილეობაზე ნებისმიერ დროს აღნიშნულზე თანხმობის განცხადების მომენტამდე. კვლევა ჩატარდა კონფიდენციალობის სრული დაცვით - პიროვნების სახელი და გვარი ან რაიმე სხვა მაიდენტიფიცირებელი ინფორმაცია კვლევის მიმდინარეობის არც ერთ მომენტში არ შეგროვებულა. კვლევის განმახორციელებელ გუნდს ჩატარდა ინსტრუქტაჟი კონფიდენციალობის მკაცრი დაცვის შესახებ IOM-ის მონაცემთა დაცვის პრინციპების შესაბამისად. ასევე, კვლევის გუნდმა უზრუნველყო, რომ როგორც ინტერვიუ, ასევე ტესტირება ჩატარდა კვლევის მონაწილეთა თანხმობის პირობის თუ ოჯახის წევრების გარეშე.

შეზღუდვები

კვლევა, რომელიც გულისხმობდა შრომითი მიგრანტების შერჩევას აზერბაიჯანი-საქართველოს და თურქეთი-საქართველოს საზღვარზე, ატარებდა პილოტურ ხასიათს; ამდენად, მისი წარმატება არ იყო იმთავითვე გარანტირებული. თუმცა, კვლევაში ჩართვის წახალისების მექანიზმების არარსებობის მიუხედავად (თუ არ ჩავთვლით პოტენციურ მონაწილეთათვის შეთავაზებულ მსუბუქ საკვებს), მათი შერჩევა თითოეულ ქვეყანაში წარმატებით ჩატარდა. საზღვარზე ჩატარებული კვლევების შემთხვევაში, მონაწილეთა უარი განპირობებული იყო რიგი სუბიექტური მიზეზებით: ზოგ მიგრანტს არ გააჩნდა კვლევაში მონაწილეობის დრო ან ინტერესი; მათ იმ ნაწილს კი, რომელიც ოჯახებთან ერთად მგზავრობდა, არ სურდა კვლევაში მონაწილეობის მიღება იმ მიზეზითაც, რომ ოჯახის წევრებს არ დასჭირვებოდათ მათი ლოდინი. მოსალოდნელი უარის შემცირების მიზნით მაქსიმალურად შემცირდა კითხვარის შევსებასა და სინჯის აღებისთვის განსაზღვრული დრო (კითხვარის შევსება - 15 წუთი; სისხლის სინჯის აღება წინასაატესტო კონსულტირებასთან ერთად - 5-10 წუთი). თუმცა, მოკლე კითხვარში არსებული კითხვების რაოდენობა კიდევ უფრო შემცირდა, ხოლო რამდენიმე თემა დაიფარა მხოლოდ ერთი კითხვით და არ იქნა სრულად შესწავლილი სექსუალური ქცევის ან ნარკოტიკების მოხმარების რისკებთან დაკავშირებული საკითხები. მრავალდონიან კლასტერულ კვლევასთან (სომხეთი) დაკავშირებული შეზღუდვები უკავშირდებოდა შემდეგს: ა) კვლევის ჩარჩო არ შეიცავდა მიგრანტთა სახელებს, გვარებს და საკონტაქტო ინფორმაციას, რაც შეუძლებელს ხდიდა მათთან დაკავშირებას (თუ დავუშვებთ, რომ ისინი კვლევის მომენტში თემში იმყოფებოდნენ); ბ) საკვლევი პირები შეყვანილ იქნენ სიებში, მაგრამ არა სათემო სიებში (რაც ნიშნავს, რომ პოტენციური მონაწილის შერჩევა შეუძლებელი იყო თემში მისი არარსებობის გამო); გ) სიებში არ იყო ასახული მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი; დაბოლოს, დ) შემთხვევით შერჩეულ მონაწილეთა დიდმა ნაწილმა უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე. აღნიშნული წინასწარგანწყობები მეტწილად გადაიღაბა სომხეთში მიგრანტთა შერჩევის მხრივ არსებული გამოცდილების გათვალისწინებით, მრავალდონიანი კლასტერული კვლევის მეთოდის გამოყენებით. შერჩევის მეთოდებს შორის არსებული განსხვავებების გამო, შეიძლება დავასკვნათ, რომ სომხეთში ჩატარებული კვლევის შედეგები ჩართვალის რეპრეზენტატულად მიგრანტთა მთელ პოპულაციასთან მიმართებაში; მაშინ როდესაც აზერბაიჯანსა და საქართველოში ჩატარებული კვლევის შედეგები კავშირშია მხოლოდ შერჩეულ პოპულაციასთან და შეიძლება არ ასახავდეს მიგრანტთა გენერალურ ერთობლიობას.

თვისებრივი კვლევის შედეგები

აზერბაიჯანში ჩატარდა 24 ფოკუსგუფი ბაქოსა და მის გარეუბნებში, რომლებშიც მონაწილეობდა 164 ქალი და 180 მამაკაცი. 8 ფოკუსგუფი ჩატარდა დევნილებში (მამაკაცები n=62; ქალები n=58). მომდევნო 8 ფოკუსგუფი ჩატარდა უცხოელ მიგრანტ სტუდენტებში (მამაკაცები n=67; ქალები n=47). 8 ფოკუსგუფი ჩატარდა დაბრუნებულ მიგრანტებში (მამაკაცები (n=61); ქალები n=59). საქართველოში ჩატარდა 4 ფოკუსგუფი დაბრუნებულ მიგრანტებში თბილისში, აქედან ორი ფოკუსგუფი ჩატარდა მამაკაცებში და მომდევნო ორი - ქალებში (n=18 ორივე შემთხვევაში). 4 ფოკუსგუფი ჩატარდა უცხოელ სტუდენტ მიგრანტებში - ორი ფოკუსგუფი მამაკაცებში (n=13) და ორი - ქალებში (n=19). 4 ფოკუსგუფი ჩატარდა მარნეულსა და გარდაბანში (ქვემო ქართლი) განსახლებულ ეკომიგრანტებში; ორი ფოკუსგუფი მამაკაცებში (n=18) და ორი - ქალებში (n=19). დაბოლოს, 4 ფოკუსგუფი ჩატარდა შავშვებისა და წეროვანის დევნილთა ჩასახლებებში (შიდა ქართლი); ორი - მამაკაცებში (n=19) და ორი - ქალებში (n=17). სომხეთში ჩატარდა 3 ფოკუსგუფი დაბრუნების პროცესში მყოფ შრომით მიგრანტებთან ერევნის სხვადასხვა უბანში (n=8, ასაკი: 22-49 წელი), გუმრიში (n=10, ასაკი: 24-50) და ვანაძორში (n=9, ასაკი: 26-47). დამატებით, სომხეთში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები მიგრანტებთან (n=3), ჯანდაცვის და სხვა სერვისების მიმწოდებლებთან (n=3), არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებთან (n=2) და სახელმწიფო სტრუქტურების პერსონალთან (n=3). აზერბაიჯანში კვლევა ჩატარდა 2018 წლის აპრილში, საქართველოში 2018 წლის მარტში, ხოლო სომხეთში - 2018 წლის თებერვალში.

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია მოსახლეობის შესახებ

აზერბაიჯანელი შრომითი მიგრანტების ძირითადი დანიშნულების ქვეყნებია რუსეთის ფედერაცია და თურქეთი (თუმცა მცირედენმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ ისინი სამუშაოდ ნიდერლანდებში, შვედეთში, გერმანიასა და სხვა ევროპულ ქვეყნებში მიემგზავრებოდნენ); ქართველმა შრომითმა მიგრანტებმა ძირითად დანიშნულების ქვეყნებად დაასახელეს ევროპის ქვეყნები - ბელგია, გერმანია, ინგლისი, ლუქსემბურგი, პოლონეთი, საბერძნეთი, საფრანგეთი და შვეიცარია; ხოლო სომეხი მიგრანტები სამუშაოდ ძირითადად რუსეთის ფედერაციაში მიემგზავრებიან. აზერბაიჯანელი შრომითი მიგრანტები შეფასებული არიან როგორც „ახალგაზრდა ასაკში მყოფნი“, მაშინ როდესაც სომხეთში შრომითი მიგრანტები 30-დან 50 წლამდე და მეტი ასაკისა არიან.

ნაწილი 2: აივ-ის შესახებ არსებული ცოდნა და წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე

აივ-ინფექციის შესახებ არსებული ცოდნა

სომხეთში გამოკითხულ მიგრანტთა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ მათ გაცნობიერებული აქვთ მამაკაც შრომით მიგრანტებთან მიმართებაში აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული რისკი და დაეთანხმნენ მოსაზრებას, რომ ისინი აივ-ინფიცირების მეტი რისკის ქვეშ არიან, დანარჩენ მოსახლეობასთან შედარებით. აზერბაიჯანსა და საქართველოში მიგრანტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ მათ თანატოლებს, ზოგადად, არ ანუხებთ აივ-ინფექციის რისკები; აქედან გამომდინარე, მათ ასევე აღნიშნეს, ისინი, ზოგადად, „უფრო ფრთხილად

უნდა იქცეოდნენ“. ერთ-ერთი მიგრანტის აზრით, „ევროპაში მცხოვრები ქართველი მიგრანტები უფრო მეტ სიფრთხილეს უნდა იჩენდნენ აივ-თან მიმართებით, ვინაიდან მათ ძალიან ბევრ ადამიანთან აქვთ კონტაქტი, რომლებიც შეიძლება აივ-ინფექციის რისკის ქვეშ მყოფნი ან ინფიცირებულნიც კი იყვნენ.“ საქართველოში მიგრანტები დაეთანხმნენ მოსაზრებას, რომ აივ-ინფიცირების შემთხვევები მეტია მიგრანტებში ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით, თუმცა წარმოდგენა აივ-ინფექციის პრევალენტობის შესახებ გაზვიადებულია: ფოკუსგუფის მონაწილე ქალბატონმა განაცხადა, რომ მისი აზრით, „მიგრანტთა 30% დაავადებული უნდა იყოს აივ-ით“, თუმცა სხვებმა აღნიშნეს, რომ ეს პროცენტი ძალიან მაღალია. ბევრმა მიგრანტმა სამივე ქვეყანაში აღნიშნა, რომ მათ თანატოლებს ძირითადად არ აქვთ ინფორმაცია აივ-ინფექციის გადაცემის ან პრევენციის გზების შესახებ. სომხეთში ჩატარებული ჩაღრმავებული ინტერვიუებისას ძირითადად ინფორმანტებმა აღნიშნეს, რომ მიგრანტები აივ-ინფექციით დაავადების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, ვიდრე ზოგადი მოსახლეობა და გამოხატეს შეშფოთება მიგრანტებში აივ-ინფექციის გადაცემის გაზრდილი მაჩვენებლის გამო. სომხეთში ერთი ძირითადი ინფორმანტი და რამდენიმე მიგრანტი დაეთანხმნენ მოსაზრებას, რომ საჭიროა პრევენციის უფრო ეფექტური ზომების გატარება როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ. უმრავლესობა მიგრანტებისა, რომლებიც სამუშაოდ რუსეთის ფედერაციაში მიემგზავრებიან, ინფორმირებულია იმის შესახებ, რომ აივ-ინფექციის პრევალენტობა რუსეთის ფედერაციაში უფრო მაღალია მათ ქვეყნებთან შედარებით (აზერბაიჯანი და სომხეთი). სომხეთში მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ მათი ინფორმაციით, რუსეთის ფედერაციაში მყოფი ბევრი მათთვის ნაცნობი მიგრანტი სქესობრივი კონტაქტისას არ იყენებს კონდომს, თუმცა სხვებმა აღნიშნეს, რომ მიგრანტები იმდენად ბევრს შრომობენ, რომ რისკი აივ-ით დაავადებისა ძალიან დაბალია (სოციალური კონტაქტებისთვის დროის უქონლობის გამო). საქართველოში მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ საზღვარგარეთ ცხოვრებისას აივ-ინფიცირების რისკი უფრო მაღალია; მათ ასევე აღნიშნეს, რომ ზოგი მიგრანტი ნარკოტიკებს მოიხმარს და ჰყავს ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი. აზერბაიჯანში მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ მათი თანატოლები არიან ახალგაზრდები და ჯანმრთელები (და ამდენად, არ არსებობს აივ-ტესტირების საჭიროება) და მათი უმრავლესობა სამედიცინო დანესებულებაში ჯერ არც ყოფილა.

აივ-ტესტირების სურვილი

აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში (მიუხედავად სომხეთში აივ-ინფექციის რისკების გაცნობიერებულობისა), მიგრანტების უმრავლესობა არ ავლენს აივ-ტესტირების სურვილს, იმ შემთხვევის გარდა, როდესაც აღნიშნული საჭიროა საზღვარგარეთ ბინადრობის ნებართვის მისაღებად ან როდესაც აღნიშნულ რეკომენდაციას გასცემს ექიმი/ჯანდაცვის სპეციალისტი. ზოგადად, მიგრანტები თავიანთი ინიციატივით არ იტარებენ აივ-ტესტს და ზოგმა მათგანმა აღნიშნა, რომ მათ თანატოლები „არ უფრთხილდებიან საკუთარ ჯანმრთელობას“ და ამისთვის არ დახარჯავენ ფულსა და დროს. მიგრანტთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ ბევრი მიგრანტი არ თვლის, რომ ინფიცირების რაიმე რისკი ემუქრება. ზოგადად, იმის მიუხედავად, რომ მიგრანტები ეთანხმებიან იმ აზრს, რომ მათი უმრავლესობა თავისი სურვილით არ ჩაიტარებს აივ-ტესტირებას, გამოკითხული მიგრანტები სამივე ქვეყანაში აღნიშნავენ, რომ მნიშვნელოვანია მიგრანტებმა ჩაიტარონ აღნიშნული ტესტირება და ზოგადად, ინფორმირებულნი იყვნენ თავიანთი აივ-სტატუსის შესახებ.

აივ-ტესტირებასა და მკურნალობაზე წვდომა და ბარიერები

ყველა მიგრანტმა აზერბაიჯანსა და სომხეთში, ასევე ბევრმა მათგანმა საქართველოში იცოდა და შეეძლო დაესახელებინა სამედიცინო დაწესებულება თავიანთ ქვეყანაში, სადაც შესაძლებელია აივ-ტესტირება. საქართველოში ბევრმა მიგრანტმა არ იცოდა, თუ რა დაწესებულებისთვის უნდა მიემართა ამ მიზნით, თუმცა იცოდნენ, რომ აღნიშნული სერვისი ხელმისაწვდომია. ბევრმა მიგრანტმა ვერ შეძლო საზღვარგარეთ ანალოგიური დაწესებულების დასახელება. მხოლოდ მიგრანტთა მცირე ნაწილმა იცოდა მკურნალობის ხელმისაწვდომობის შესახებ როგორც თავიანთი წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ. სომხეთში მიგრანტებმა განაცხადეს, რომ აივ-ტესტირებისა და მკურნალობის ბარიერები პრაქტიკულად არ არსებობს და რომ მათ იციან, რომ აივ-ტესტირება სომხეთში ხელმისაწვდომი და უფასოა, ხოლო რუსეთის ფედერაციაში ტესტირება, მათი ინფორმაციით, ფასიანია. მათი აზრით, მკურნალობა არ არის ხელმისაწვდომი მიგრანტებისთვის რუსეთის ფედერაციაში. ასევე, სომეხ მიგრანტებს ურჩევნიათ აივ-ტესტირება და მკურნალობა სომხეთში ჩაიტარონ, რადგან აქ არ არსებობს ენის ბარიერი და ისინი ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალთან თავს უფრო კომფორტულად გრძნობენ. რამდენიმე მიგრანტმა აზერბაიჯანში აღნიშნა, რომ რუსეთის ფედერაციაში არ არსებობს აივ-ტესტირების ბარიერები და ტესტირება უფასოა, მაგრამ ამავე დროს, აღნიშნული ტესტირება სავალდებულოა მიგრანტებისთვის. ასევე, მათ აღნიშნეს, რომ თურქეთში აივ-ტესტირება სავალდებულო არ არის (ხელმისაწვდომობაზე საუბარი არ ყოფილა). ამის საპირისპიროდ, იმ აზერბაიჯანელმა მიგრანტებმა, რომლებიც რუსეთის ფედერაციაში მუშაობდნენ, აღნიშნეს, რომ აივ-ტესტირებისა და მკურნალობის მიმწოდებელი ჯანდაცვის დაწესებულებები შორსაა: „მანძილები ძალიან დიდია, 200-250 კმ უნდა გაიარო, საავადმყოფოში რომ მოხვდე“ და რომ არსებობს ენის ბარიერი, მით უმეტეს, ახალგაზრდა მიგრანტების შემთხვევაში, რომლებმაც შეიძლება რუსული ენა არ იცოდნენ. ზოგადად, მიგრანტებმა აზერბაიჯანშიც აღნიშნეს, რომ ურჩევნიათ აივ-ტესტირება აზერბაიჯანში ჩაიტარონ, დაწესებულებების უფრო მარტივად ხელმისაწვდომობის, საერთო ენისა და ზოგადად, მეტი კომფორტის შეგრძნების გამო. საქართველოში მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ ევროპაში ჯანდაცვის დაწესებულებები უფრო უკეთესია, სუფთაა და კარგი ინფრასტრუქტურითა და პროფესიონალი პერსონალითაა აღჭურვილი; თუმცა მიგრანტთა აზრი გაიყო იმის შესახებ, თუ სად ურჩევნიათ ქართველ მიგრანტებს აივ-ტესტირების და მკურნალობის ჩატარება - საქართველოში (სადაც არ არის ენის ბარიერი და ნაცნობი ექიმები და პერსონალია) თუ ევროპაში. ბევრმა მიგრანტმა სამივე ქვეყანაში აივ-ტესტირების ძირითად ბარიერებად დაასახელა სტიგმა, დადებითი პასუხის შიში და ასევე, შესაძლო დეპორტირება, რაც მათ შეიძლება დაემუქროს აივ დადებითი სტატუსის დადგენისას.

ნაწილი 3: ტუბერკულოზის შესახებ არსებული ცოდნა და წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე

ტუბერკულოზის შესახებ არსებული ცოდნა

აზერბაიჯანში მიგრანტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ვერ ხედავს გონივრულ მიზეზს, თუ რატომ უნდა ჩაიტაროს ტუბერკულოზზე ტესტირება. დაბრუნებულმა მამაკაცმა მიგრანტებმა საქართველოში განაცხადეს, რომ ტუბერკულოზზე ყველა მიგრანტის ტესტირება აუცილებელია; ნაწილმა აღნიშნა, რომ თავშესაფრებში მათ სავალდებულო ტესტირება ჩაიტარეს და რომ ისინი თავად იყვნენ ამაში დაინტერესებულნი, ვინაიდან დაავადება ადვილად გადადებოდა. სომხეთში მიგრანტებმა განაცხადეს, რომ ტუბერკულოზი პრობლემად არ მიაჩნიათ და ამდენად, ის გაცილებით ნაკლები სიფრთხილის და ზრუნვის

საგანი უნდა იყოს, ვიდრე აივ-ინფექცია. მიუხედავად იმისა, რომ მიგრანტებმა სამივე ქვეყანაში აღწერეს ტუბერკულოზის გარკვეული ნიშნები და სიმპტომები, მათი უმრავლესობა არ იყო ინფორმირებული დაავადების გადაცემის გზებისა და მკურნალობის შესახებ.

ტუბერკულოზზე ტესტირებაზე, სკრინინგსა და მკურნალობაზე წვდომა და ბარიერები

აზერბაიჯანსა და სომხეთში მიგრანტებს ზოგადად მწირი ინფორმაცია აქვთ ტუბერკულოზზე სკრინინგის, ტესტირებისა და მკურნალობის შესახებ. საქართველოში მიგრანტები უფრო გათვითცნობიერებულნი არიან ტუბერკულოზის სამსახურების არსებობის თაობაზე და შეუძლიათ დაასახელონ დაწესებულებები, სადაც შესაძლებელია შესაბამისი სერვისების მიღება. თუმცა, ბევრმა მიგრანტმა საქართველოში განაცხადა, რომ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა (აივ-ინფექციისგან განსხვავებით) უმჯობესია საზღვარგარეთ, ჯანდაცვის პერსონალის მხრიდან უკეთესი მოპყრობის, მკურნალობის უფრო მაღალი ხარისხის, პაციენტების უკეთესი მართვის, მეტი სოციალური მხარდაჭერისა და ინფექციის უკეთესი კონტროლის გამო. ბევრმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ მიგრანტების უმრავლესობა არ მიმართავს ტუბერკულოზის სამსახურებს მანამ, სანამ დაავადება ძალიან მძიმე ფაზაში არ შევა, ხოლო მიგრანტთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ სიმპტომების აღმოჩენისას მიგრანტები არ მიმართავენ ექიმს, დაავადების აღმოჩენის შიშის გამო. აზერბაიჯანში მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ თუ ტუბერკულოზი რუსეთის ფედერაციაში მყოფ მიგრანტს დაუდგინდება, ის დეპორტირდება ქვეყნიდან. მიგრანტებმა სომხეთში ასევე აღნიშნეს შესაძლო დეპორტირების შიშის შესახებ ტუბერკულოზის დადგენისას. ტუბერკულოზზე სკრინინგისა და მკურნალობის სხვა ბარიერებს შორის გამოიკვეთა დროის სიმცირე, ხარჯები (აღნიშნა ქართველი მიგრანტების მიერ), ნაკლები ყურადღება საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ, განსხვავებული პრიორიტეტების არსებობა და სტიგმა.

ანალიზი

კვლევის შედეგები უჩვენებს, რომ სამივე ქვეყანაში არსებობს ზოგადი მსგავსება, რაც მდგომარეობს აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზთან დაკავშირებული კონკრეტული რისკების, ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ არასაკმარის ცოდნაში. ასევე, უმრავლესობა მიგრანტებისა სამივე ქვეყანაში ეთანხმება იმ აზრს, რომ მიგრანტები მიმართავენ აივ-სა და ტუბერკულოზზე ტესტირებას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ეს სავალდებულოა საზღვარგარეთ გამგზავრებისა და დასაქმების მიზნით, რეკომენდებულია ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ ან მძიმედ ავად გახდომისას. თუ მიგრანტთა უმრავლესობა აზერბაიჯანსა და სომხეთში, ისევე როგორც მათი ნაწილი საქართველოში, ამჟობინებს აივ-ტესტირება და ტუბერკულოზზე სკრინინგი თავიანთი წარმოშობის ქვეყნებში ჩაიტაროს, ქართველი მიგრანტების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ ჯანდაცვის სამსახურები დანიშნულების ქვეყნებში (მაგ. ევროპის ქვეყნებში) უკეთესია. მიგრანტთა უმრავლესობა ინფორმირებულია აივ-ტესტირების სამსახურების შესახებ (მიგრანტთა ნაწილმა საქართველოში იცოდა, რომ მსგავსი სამსახურები არსებობს, მაგრამ არ იცოდა, კონკრეტულად ვისთვის უნდა მიემართა), თუმცა ნაკლებად ინფორმირებულია ტუბერკულოზის სამსახურების შესახებ. არასაკმარისი იყო ასევე ცოდნა იმის შესახებ, თუ სად უნდა ჩაიტაროს დაინტერესებულმა პირმა მკურნალობა აივ-სა თუ ტუბერკულოზზე. საზღვარგარეთის ქვეყნებში დაავადებებზე ტესტირების ბარიერებს წარმოადგენს მაღალი ხარჯები (თუმცა ქართველმა მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ აივ-სა და ტუბერკულოზზე ტესტირების საფასური ევროპაში უფრო დაბალია), ენის ბარიერი, სტიგმა, განსხვავებული პრიორიტეტები, დადებითი პასუხის შიში და შესაძლო დეპორტირების რისკი აივ-ინფექციის ან ტუბერკულოზის აღმოჩენისას.

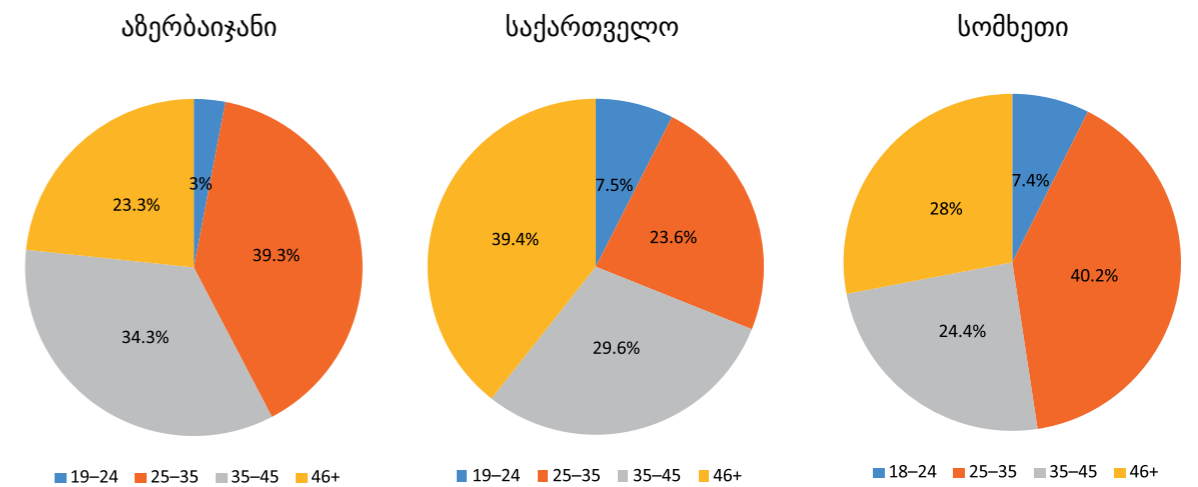
რაოდენობრივი კვლევის შედეგები

რაოდენობრივ კვლევაში მონაწილეობდა 300 პირი აზერბაიჯანსა და სომხეთში, და 348 პირი საქართველოში. საქართველოში შეგროვდა ასევე კვლევაში მონაწილეობაზე უარყოფითი პასუხების შესახებ ინფორმაცია და დადგინდა უარის მაჩვენებელი 43%-ის ოდენობით, მაშინ როდესაც სომხეთში აღნიშნულმა მაჩვენებელმა შეადგინა 1.6%. აზერბაიჯანში მონაცემები შეგროვდა 2018 წლის მაისში, ხოლო საქართველოსა და სომხეთში - 2018 წლის მარტში.

მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი

აზერბაიჯანსა და სომხეთში მიგრანტთა უდიდეს ნაწილს შეადგენდნენ 25-დან 35 წლამდე პირები, ხოლო საქართველოში მიგრანტთა უმრავლესობა იყო 46 წლის და მეტი ასაკისა (სურ. 3). მცირე ნაწილი მიგრანტებისა სამივე ქვეყანაში იყო 24 წლამდე და უფრო ნაკლები ასაკისა. მიგრანტთა საშუალო ასაკი სომხეთში იყო 39.4 (მედიანა: 36; დიაპაზონი: 18-დან 68 წლამდე); აზერბაიჯანში საშუალო ასაკი იყო 38 (დიაპაზონი: 22-დან 55 წლამდე), ხოლო საქართველოში 42 (დიაპაზონი: 18-დან 69 წლამდე).

დიაგრამა 3. მიგრანტთა ასაკობრივი კატეგორიები აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში, 2018



მამაკაცების წილი კვლევის მონაწილეთა შორის იყო 83% აზერბაიჯანში და 43% საქართველოში (ცხრილი 2), ხოლო სომხეთში კვლევის მიზნით მხოლოდ მამაკაცები შეირჩნენ. მიგრანტების უმრავლესობას სამივე ქვეყანაში გააჩნდა საშუალო განათლება.



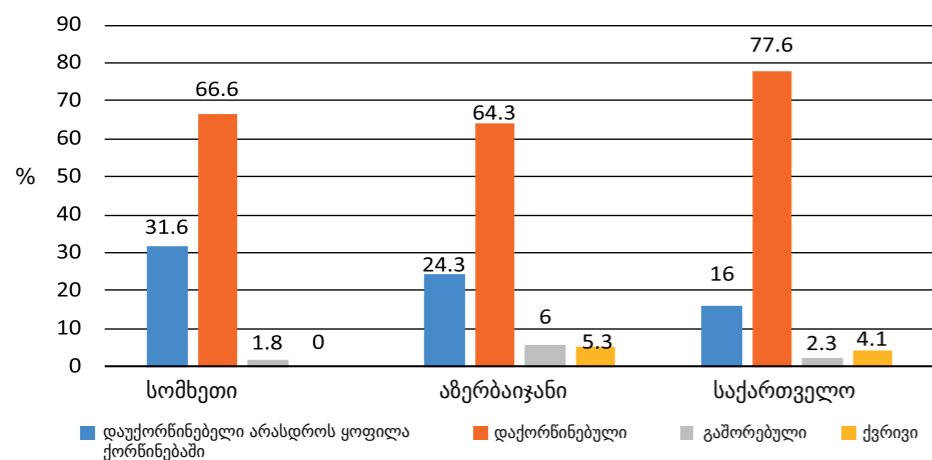
ცხრილი 2. სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი, ყველა რესპონდენტი, 2018

	ამერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI*	n	%, CI	n	%, CI
სქესი						
მამაკაცი	248**	82.7 (78.4-86.9)	149	43.2 (38.1-48.3)	300	100
ქალი	52	17.3 (13.1-21.6)	196	56.8 (51.7-61.9)	0	--
განათლება						
დანყებიანი ან უფრო დაბალი	3	1.0 (0.0-2.1)	0	--	0	--
არასრული საშუალო	20	6.7 (3.8-9.5)	7	2.0 (0.5-3.5)	41	15.1 (11.2 -19.1)
საშუალო	180	60.0 (54.5-65.5)	200	57.6 (52.3-62.9)	181	59.5 (54.1-65.0)
საშუალო ტექნიკური	59	19.7 (15.1-24.2)	44	12.7 (9.3-16.1)	28	9.2 (6.0-12.3)
არასრული უმაღლესი	18	6.0 (3.3-8.7)	11	3.2 (1.3-5.0)	10	2.8 (0.8-4.9)
უმაღლესი	20	6.7 (3.8-9.5)	85	24.5 (20.0-29.0)	40	13.3 (9.4-17.2)

*CI (აქ და ქვემოთ ცხრილებში): - ნდობის ინტერვალი.

** მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია სქესის და განათლების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ქვეყნების მიხედვით. მიგრანტების უმრავლესობა იყო ქორწინებაში მყოფი, ხოლო მათი ნაწილი - ოფიციალურად და არაოფიციალურად განქორწინებული ან ქვრივი (დიაგრამა 4). სომხეთში დაუქორწინებელ / ქორწინებაში არასდროს მყოფ მიგრანტთა პროცენტული წილი იყო უფრო მაღალი, ამერბაიჯანთან და საქართველოსთან შედარებით.

დიაგრამა 4. სამოქალაქო სტატუსი, ყველა რესპონდენტი, 2018



მიგრანტთა ეროვნება, მოქალაქეობა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა

ამერბაიჯანსა და საქართველოში გამოკითხული მიგრანტების უმრავლესობა და სომხეთში გამოკითხული ყველა მიგრანტი იყო იმ ქვეყნის ეროვნებისა, რომელშიც მათ ინტერვიუ ჩაუტარდათ (ცხრილი 3). მიგრანტების უმრავლესობა ყველა ქვეყანაში ასევე წარმოადგენდა ამავე ქვეყნის მოქალაქეს და ეს ქვეყნები იყო მათი ბინადრობის ძირითადი ქვეყნები.

ცხრილი 3. ეროვნება, მოქალაქეობა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა, ყველა რესპონდენტი, 2018

	ამერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
ეროვნება						
ამერბაიჯანელი	226*	75.3 (70.4-80.3)	4	1.1 (0.0-2.3)	0	--
თურქი	20	6.7 (3.8-9.5)	23	6.6 (4.0-9.2)	0	--
რუსი	0	--	1	0.3 (0.0-0.8)	0	--
სომეხი	0	--	1	0.3 (0.0-0.8)	300	100
ქართველი	15	5.0 (2.5-7.5)	316	90.8 (87.7-93.9)	0	--
სხვა	39	13.0 (9.4-16.6)	3	0.9 (0.0-1.8)	0	--
მოქალაქეობა						
ამერბაიჯანი	220	73.3 (68.2-78.5)	3	0.9 (0.0-1.9)	0	--
თურქეთი	20	6.7 (3.8-9.5)	19	5.5 (3.2-7.9)	0	--
რუსეთის ფედერაცია	0	--	1	0.3 (0.0-0.9)	3	0.8 (0.0-1.9)
საქართველო	60	20.0 (15.4-24.6)	317	92.2 (89.3-95.0)	0	--
სომხეთი	0	--	1	0.3 (0.0-0.8)	297	99.2 (98.1 -100)
სხვა	0	--	3	0.9 (0.0-1.9)	0	--
წარმოშობის ქვეყანა (ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა)						
ამერბაიჯანი	264	88.0 (84.2-91.8)	3	0.9 (0.0-1.9)	0	--
თურქეთი	20	6.7 (3.8-9.5)	20	5.8 (3.4-8.2)	0	--
რუსეთის ფედერაცია	0	--	1	0.3 (0.0-0.9)	8	2.3 (0.3-4.3)
საქართველო	16	5.3 (2.7-7.9)	317	92.2 (89.3-95.0)	0	--
სომხეთი	0	--	1	0.3 (0.0-0.8)	292	97.7 (95.7-99.7)
სხვა	0	--	2	0.6 (0.2-1.4)	0	--

*მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ეროვნების, მოქალაქეობის და ძირითადი ბინადრობის ქვეყნის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ქვეყნების მიხედვით.

მიგრაციის ტიპი

საზღვარგარეთ დასაქმების ხანგრძლივობის (თვეების მიხედვით) საშუალო მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო საქართველოში გამოკითხულ მიგრანტებში (8.7 თვე), ხოლო ყველაზე დაბალი - ამერბაიჯანში (4.9 თვე) (ცხრილი 4). ამერბაიჯანში და სომხეთში გამოკითხულ მიგრანტთა უმრავლესობამ (44.3% და 98.9%, შესაბამისად) განაცხადა, რომ ისინი რუსეთის ფედერაციაში იყვნენ დასაქმებული, ხოლო საქართველოში გამოკითხული მიგრანტების შრომითი მიგრაციის ძირითადი დანიშნულების ქვეყანა თურქეთია (78%). თუმცა, ამერბაიჯანის შემთხვევაში კვლევაში ჩართულ იქნენ ამერბაიჯანში მცხოვრები უცხოელები, რომლებმაც შეადგინეს შერჩეული ერთობლიობის 25.3%. საზღვარგარეთიდან დაბრუნებული შრომითი მიგრანტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ისინი პირველად არ იმყოფებოდნენ აღნიშნულ ქვეყანაში. ქვეყანაში შემსვლელ იმიგრანტთა 12%-მა ამერბაიჯანში და 55%-მა საქართველოში განაცხადა, რომ ისინი აპირებენ აღნიშნულ ქვეყნებში დარჩენას დასაქმების მიზნით სულ მცირე სამი თვით. მიგრანტთა დასაქმების ტიპი განსხვავებული იყო იმის მიხედვით, თუ სად იმყოფებოდნენ მიგრანტები მოცემულ მომენტში - წარმოშობის ქვეყანაში თუ საზღვარგარეთ. ამერბაიჯანში, როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, 18% მიგრანტებისა იყო დაუსაქმებელი, ხოლო 21% იყო დასაქმებული ვაჭრობის სფეროში; საქართველოში (როგორც წარმოშობის ქვეყანაში) მიგრანტთა 49%-

მა განაცხადა, რომ იყო დასაქმებული მომსახურების სექტორში, ხოლო საზღვარგარეთ ყოფნისას ქართველი მიგრანტების ამავე სფეროში დასაქმების მაჩვენებელი 62%-ია. სომხეთში, როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, მიგრანტების უმრავლესობა დაუსაქმებელია, მაგრამ მათ განაცხადეს, რომ მუშაობენ მომსახურების ან სამშენებლო სექტორში საზღვარგარეთ. ყველა გამოკითხულმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ საზღვარგარეთ ისინი დასაქმებულნი არიან.

ცხრილი 4. მიგრაციის ტიპი, ყველა რესპონდენტი, 2018

	აზერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
საზღვარგარეთ დასაქმების ხანგრძლივობა, თვეების საშუალო რაოდენობა - საშუალო მაჩვენებელი, მედიანა (დიაპაზონი)						
	158	4.9, 3 (3-19)	184	8.7, 3 (1-312)	300	6.0, 6.0 (3-24)
უცხო ქვეყანა, საიდანაც ბრუნდება დასაქმების მიზნით						
აზერბაიჯანი	40	25.3 (18.4-32.3)	2	1.1 (0.0-2.7)	0	--
თურქეთი	21	13.3 (7.9-18.7)	138	78.0 (72.1-83.9)	0	--
რუსეთის ფედერაცია	70*	44.3 (36.7-51.9)	1	0.6 (0.0-1.7)	294	98.9 (97.7-100)
საქართველო	13	8.2 (4.1-12.4)	2	1.1 (0.0-2.7)	0	--
სომხეთი	3	1.1 (0.0-2.3)	0	0	1	0.6 (0.0-1.6)
სხვა	14	8.9 (4.2-13.5)	33	18.6 (13.1-24.2)	0	--
პირველი ვიზიტია ამ ქვეყანაში						
კი	7	19.4 (6.7-32.2)	14	28.6 (16.4-40.7)	4	27.8 (4.0-51.5)
არა	29		35	71.4 (59.3-83.6)	11	
აპირებს დარჩენას მუშაობის მიზნით სულ მცირე სამი თვის ვადით						
კი	36	12.0 (8.2-15.8)	52	54.7 (44.4-65.1)	--	--
არა	264	88.0 (84.2-91.8)	43	45.3 (34.9-55.6)	--	--
დასაქმების სფერო წარმოშობის ქვეყანაში						
დაუსაქმებელი	55	18.5 (14.0-23.0)	6	1.8 (0.4-3.2)	196	67.2 (61.9-72.5)
სოფლის მეურნეობა	37	12.5 (8.7-16.2)	45	13.2 (9.6-16.8)	16	5.2 (2.7-7.7)
ვაჭრობა	62	20.9 (16.3-25.5)	84	24.6 (20.0-29.3)	6	2.1 (0.5-3.7)
მეცნიერება	4	1.3 (0.1-2.6)	11	3.2 (1.3-5.1)	0	--
სერვის სექტორი	50	16.8 (12.7-20.9)	167	49.0 (43.9-54.0)	61	19.2 (14.8-23.6)
მშენებლობა	41	13.8 (9.9-17.7)	0	--	21	6.3 (3.4-9.3)
სხვა	48	16.2 (12.0-20.4)	28	8.2 (5.3-11.1)	0	--
დასაქმების სფერო საზღვარგარეთ						
დაუსაქმებელი	0	--	0	--	0	--
სოფლის მეურნეობა	1	0.6 (0.0-1.9)	10	6.4 (3.1-11.5)	6	1.8 (0.2-3.4)
ვაჭრობა	78	50.6 (42.8-58.5)	26	16.8 (11.3-23.6)	35	11.4 (7.7-15.1)
მეცნიერება	1	0.6 (0.0-1.9)	5	3.2 (1.0-7.3)	0	--
სერვის სექტორი	32	20.8 (14.5-27.0)	97	62.3 (54.2-69.9)	109	34.3 (28.8-39.8)
მშენებლობა	16	10.4 (5.6-15.2)	0	--	146	52.4 (46.8-58.1)
სხვა	26	16.9 (11.2-22.6)	16	10.3 (6.0-16.2)	0	--

*მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები, რომლებიც ასახავს: უცხო ქვეყნებს, რომლიდანაც მიგრანტების ბრუნდებიან დასაქმების მიზნით; პირველ ვიზიტს ქვეყანაში, სადაც შემოდიან; აღნიშნულ ქვეყანაში 3 თვით და მეტი ხნით დარჩენის გეგმებს; დასაქმების სფეროს წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ..

მიგრანტთა საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ

მიგრანტთა გარკვეული ნაწილი აზერბაიჯანში (13.8%), ისევე როგორც მათი 27.3% საქართველოში და მხოლოდ 3.3% სომხეთში აღნიშნავს რთული საცხოვრებელი პირობების შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში (ცხრილი 5). შესაბამისად, ყველაზე დიდი წილი მიგრანტებისა, რომლებმაც განაცხადეს რთული საცხოვრებელი პირობების შესახებ თავიანთ ქვეყანაში, იყვნენ ქართველები, რომელთა 23%-მა აღნიშნა საერთო ტუალეტით სარგებლობის შესახებ ოთხზე მეტ ადამიანთან ერთად. საზღვარგარეთ ყოფნისას სომეხი მიგრანტების 45.8%-მა აღნიშნა რთული საცხოვრებელი პირობების შესახებ და აქედან უმრავლესობამ (37%) აღნიშნა განსაკუთრებული სიმჭიდროვის საკითხი. აზერბაიჯანსა და საქართველოში მიგრანტთა უმრავლესობამ აღნიშნა საზღვარგარეთ საცხოვრებელ პირობებთან დაკავშირებული „სხვა“ სირთულეების შესახებ (21% და 65%, შესაბამისად).

სომეხი მიგრანტების 7.7%-მა აღნიშნა რთული სამუშაო პირობების შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში; აქედან 7%-მა აღნიშნა არაპიგიურ პირობებში მუშაობის შესახებ. აზერბაიჯანში მიგრანტთა 44%-მა ასევე აღნიშნა სიმჭიდროვეში (გადავსებულ შენობებში) მუშაობის შესახებ, ხოლო ქართველების 47%-მა აღნიშნა „სხვა“ სირთულეების შესახებ სამუშაო პირობებთან დაკავშირებით წარმოშობის ქვეყანაში. ამასთან, ქართველების 72%-მა აღნიშნა, რომ ისინი, ზოგადად, საზღვარგარეთ „რთულ პირობებში“ მუშაობდნენ. სომეხი მიგრანტების 24%-მა (იმ 47%-დან, რომლებმაც აღნიშნეს სირთულეების შესახებ) აღნიშნა არაპიგიურ პირობებში მუშაობის, ხოლო მომდევნო 24%-მა - სიმჭიდროვეში მუშაობის შესახებ. საზღვარგარეთ მყოფი აზერბაიჯანელი მიგრანტების 39%-მა აღნიშნა სიმჭიდროვის შესახებ სამუშაო ადგილზე. მიგრანტებმა აზერბაიჯანსა და სომხეთში აღნიშნეს, რომ გამოიცვალეს საცხოვრებელი ადგილი (სულ მცირე 30 დღის შემდეგ ერთ ადგილას დაყოვნებისას) გასული წლის განმავლობაში ერთხელ, ხოლო საქართველოში მიგრანტებმა აღნიშნეს საცხოვრებელი ადგილის ორჯერ გამოცვლის შესახებ.

ცხრილი 5. მიგრანტთა საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ აზერბაიჯანში, საქართველოში და სომხეთში, 2018

	აზერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
საცხოვრებელი პირობები წარმოშობის ქვეყანაში						
სიმჭიდროვე	31	10.3 (6.9-13.8)*	31	2.3 (0.8-3.8)	3	0.8 (0.0-2.0)
შენობა არ ნიავედბა	1	0.3 (0.0-1.0)	1	0.3 (0.0-0.8)	1	0.5 (0.0-1.1)
შენობა ზამთარში არ თბება	13	4.3 (2.0-6.7)	13	0.3 (0.0-0.9)	5	1.9 (0.5-3.4)
სისუფთავის პრობლემა	6	2.0 (0.4-3.6)	6	--	3	0.8 (0.0-2.0)
შენობაში არ არის წყალგაყვანილობა	13	4.3 (2.0-6.7)	0	--	2	0.6 (0.0-1.5)
საერთო ტუალეტით სარგებლობს 4 ადამიანზე მეტი	19	6.3 (3.6-9.1)	80	23.0 (18.7-27.3)**	1	0.5 (0.0-1.1)
სხვა	0	--	0	--	0	--
საცხოვრებელი პირობები საზღვარგარეთ						
სიმჭიდროვე	23	7.7 (4.6-10.7)	16	11.3 (6.6-17.7)	119	36.9 (31.4-42.4)
შენობა არ ნიავედბა	0	--	4	2.8 (0.8-7.0)	11	3.2 (1.1-5.3)
შენობა ზამთარში არ თბება	13	4.3 (2.0-6.7)	1	0.7 (0.0-3.8)	16	5.2 (1.0-19.7)
სისუფთავის პრობლემა	5	1.7 (0.2-3.1)	8	5.6 (2.4-10.8)	30	9.1 (5.6-12.6)

მიგრანტთა ჯანმრთელობის რეგიონული კვლევა აივ-ის და ტუბერკულოზის საკითხებში და ჯანდაცვის სამსახურების რეაგირება მიგრანტთა საჭიროებებზე აზერბაიჯანში, საქართველოში და სომხეთში

	ამერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
შენობაში არ არის წყალგაყვანილობა	8	2.7 (0.8-4.5)	3	2.1 (0.4-6.0)	14	3.8 (1.4-6.3)
საერთო ტუალეტით სარგებლობს 4 ადამიანზე მეტი	39	13.0 (9.2-16.8)	18	12.7 (7.7-19.3)	45	13.3 (9.2-17.4)
სხვა/პრობლემა არ არის	62	20.7 (16.1-25.2)*	92	64.8 (56.3-72.6)*	0	--
სამუშაო პირობები წარმოშობის ქვეყანაში (სომხეთი)						
საფრთხისშემცველი	--	--	--	--	7	1.9 (0.1-3.6)
არაპიგიენური	--	--	--	--	26	7.5 (4.2-10.9)
სამუშაო პირობები წარმოშობის ქვეყანაში (ამერბაიჯანი და საქართველო)						
სიმჭიდროვე	133	44.3 (38.7-50.0)	12	3.4 (1.5-5.4)	--	--
შენობა არ ნიავედება	24	8.0 (5.0-11.01)	2	0.6 (0.0-1.4)	--	--
შენობა ზამთარში არ თბება	33	11.0 (7.5-14.5)	2	0.6 (0.0-1.4)	--	--
სისუფთავის პრობლემა	14	4.7 (2.3-7.0)	3	0.9 (0.0-1.8)	--	--
სხვა/პრობლემა არ არის	36	12.0 (8.3-15.7)	163	46.8 (41.7-52.0)*	--	--
სამუშაო პირობები საზღვარგარეთ (სომხეთი)						
საფრთხისშემცველი	--	--	--	--	77	23.7 (18.7-28.8)
არაპიგიენური	--	--	--	--	75	23.8 (18.8-28.7)
სამუშაო პირობები საზღვარგარეთ (ამერბაიჯანი და საქართველო)						
სიმჭიდროვე	117	39.0 (33.5-44.5)	11	7.9 (4.0-13.7)	--	--
შენობა არ ნიავედება	5	1.7 (0.25-3.1)	9	6.4 (3.0-11.8)	--	--
შენობა ზამთარში არ თბება	9	3.0 (1.1-4.9)	15	10.7 (6.1-17.0)	--	--
სისუფთავის პრობლემა	5	1.7 (0.25-3.1)	4	2.9 (0.8-7.2)	--	--
სხვა	15	5.0 (2.5-7.5)	101	72.1 (63.9-79.3)*	--	--
რამდენჯერ გამოიყვალა საცხოვრებელი ადგილი გასული წლის განმავლობაში - სამუშაო მაჩვენებელი, მედიანა (დიაპაზონი)						
	83	1.4, 1.0 (1.0-4)	55	1.9, 2.0 (1.0-10)	299	1.0, 1.0 (1.0-10)

ეს კითხვები რამდენიმე პასუხს შეიცავდა, რაც ნიშნავს, რომ რესპონდენტს შეეძლო აერჩია ერთზე მეტი პასუხი. თუმცა აღნიშნული ალტერნატივა რესპონდენტებმა მხოლოდ სომხეთში გამოიყენეს. ჩსამუშაო პირობების აღმნიშვნელი რამდენიმე კითხვა სომხეთში გამოყენებულ კითხვარში შეიცვალა. *მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები, რომლებიც ასახავს საცხოვრებელ და სამუშაო პირობებს წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ. **რესპონდენტთა გარკვეულმა ნაწილმა ამერბაიჯანში და დიდმა ნაწილმა საქართველოში აღნიშნულ კითხვას უპასუხა „სხვა“, თუმცა გაუგებარია, თუ რას შეიძლება ნიშნავდეს „სხვა“ მოცემულ შემთხვევაში.

სქესობრივი ცხოვრება და კონდომის გამოყენება

მიგრანტთა გარკვეულმა ნაწილმა ამერბაიჯანში (25% / 42%) და უფრო დიდმა ნაწილმა საქართველოსა (32 % / 15%) და სომხეთში (44 % / 15%) აღნიშნა, რომ ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი გასული 30 დღის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში ყოფნისას, საზღვარგარეთთან შედარებით (ცხრილი 6). თუმცა, აღნიშნული მონაცემის ცალსახად ინტერპრეტირება რთულია, იმის გათვალისწინებით, რომ უცნობია სქესობრივი პარტნიორების ტიპი და რაოდენობა (რაც ნიშნავს, რომ დაუცველი სქესობრივი კავშირი შესაძლოა სტაბილურ პარტნიორთანაც შემდგარიყო).

ცხრილი 6. დაუცველი სქესობრივი კავშირი წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ყველა რესპონდენტი, 2018

	ამერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში						
კი	72	25.2 (20.1-30.2)	103	32.1 (27.1-37.1)	128	44.1 (38.8-49.4)
არა	214	74.8* (69.8-79.9)	218	67.9 (62.9-72.9)	172	55.9 (50.6-61.2)
დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში საზღვარგარეთ						
კი	63	41.7 (33.8-49.6)	21	15.4 (9.8-22.6)	45	14.9 (11.1-18.7)
არა	88	58.3 (50.4-66.2)	115	84.6 (77.4-90.2)	255	85.1 (81.3-88.9)

*მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ბოლო 30 დღის განმავლობაში დაუცველი სქესობრივი კავშირის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები მიგრანტების წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ქვეყნების მიხედვით.

ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება მიგრანტებში, საქართველო

მონაცემები ნარკოტიკის ინექციური მოხმარების შესახებ მხოლოდ საქართველოში შეგროვდა (ცხრილი 7). საქართველოში მიგრანტთა 1.8%-მა აღნიშნა ნარკოტიკის ინექციური გზით მოხმარების სულ მცირე ერთი შემთხვევის შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში ყოფნისას; ხოლო 0.7%-მა აღნიშნა აღნიშნულის შესახებ საზღვარგარეთ ყოფნისას.

ცხრილი 7. ნარკოტიკის ინექციური გზით მოხმარება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, 2018

	საქართველო*	
	n	%, CI
ნარკოტიკის ინექციური მოხმარების სულ მცირე ერთი შემთხვევა წარმოშობის ქვეყანაში		
კი	6	1.8 (0.4-3.2)
არა	327	98.2** (96.8-99.6)
ნარკოტიკის ინექციური მოხმარების სულ მცირე ერთი შემთხვევა საზღვარგარეთ		
კი	1	0.7 (0.0-3.8)
არა	146	99.3 (96.2-99.9)

*კითხვა ნარკოტიკის მოხმარების შესახებ ამერბაიჯანსა და სომხეთში არ დასმულა.

** მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ნარკოტიკის ინექციური მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი.

აივ/შიდსზე ტესტირება

მიგრანტების უფრო მეტმა ნაწილმა ყველა ქვეყანაში (29% ამერბაიჯანში და 39% საქართველოში) იცის, სად უნდა ჩაიტაროს ტესტი აივ-ინფექციაზე წარმოშობის ქვეყანაში, საზღვარგარეთთან შედარებით (7% ამერბაიჯანში და 35% საქართველოში) (ცხრილი 8). საქართველოში მიგრანტებს შორის ინფორმირებულობა იმის თაობაზე, თუ სად უნდა ჩაიტარონ აივ-ტესტირება საზღვარგარეთ, მეტია ამერბაიჯანსა და სომხეთში მყოფ მიგრანტებთან შედარებით, რაც, შესაძლოა, განპირობებულია იმით, რომ ისინი უფრო მეტად მოგზაურობენ ევროპის ქვეყნებში (მაშინ როდესაც ამერბაიჯანში და სომხეთში მიგრანტთა ძირითადი დანიშნულების ქვეყნები რუსეთის ფედერაცია და თურქეთია). მიგრანტთა მცირე ნაწილმა (< 8 %) ყოველ ქვეყანაში აღნიშნა აივ-ტესტირების და ტესტის პასუხების მიღების შესახებ გასული 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში ან საზღვარგარეთ ყოფნისას. გასული 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში აივ-

ტესტირების და ტესტის პასუხების მიღების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი იყო სომხეთში (2%), ხოლო იგივე მაჩვენებელი საზღვარგარეთის შემთხვევაში ყველაზე დაბალი იყო საქართველოში (2%).

ცხრილი 8. აივ-ტესტირება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ყველა რესპონდენტი, 2018

	აზერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
ივის, რა სამსახურს უნდა მიმართოს აივ-ტესტირებისთვის წარმოშობის ქვეყანაში						
დიახ	84	29.2 (23.7-34.6)	132	39.5 (34.0-45.0)	106	35.7 (30.3-41.0)
არა	204		202		194	
ივის, რა სამსახურს უნდა მიმართოს აივ-ტესტირებისთვის საზღვარგარეთ						
დიახ	11	7.5 (3.3-11.8)	52	34.7 (27.1-42.9)	57	18.0 (13.4-22.5)
არა	135	92.5 (88.2-96.7)	98	65.3 (57.1-72.9)	243	82.0 (77.5-86.6)
ჩაიტარა აივ-ტესტი ბოლო 12 თვის განმავლობაში და მიიღო ტესტის პასუხები წარმოშობის ქვეყანაში						
დიახ	14	4.9 (2.4-7.4)	24	7.3 (4.6-10.1)	7	2.2 (0.4-4.0)
არა	273	95.1 (92.6-97.6)	304	92.7 (89.9-95.4)	293	97.8 (96.0-99.6)
ჩაიტარა აივ-ტესტი ბოლო 12 თვის განმავლობაში და მიიღო ტესტის პასუხები საზღვარგარეთ						
დიახ	11	7.5 (3.3-11.8)	3	2.1 (0.4-6.0)	25	7.1 (4.0-10.3)
არა	135	92.5 (88.2-96.7)	140	97.9 (94.0-99.6)	275	92.9 (89.7-96.0)

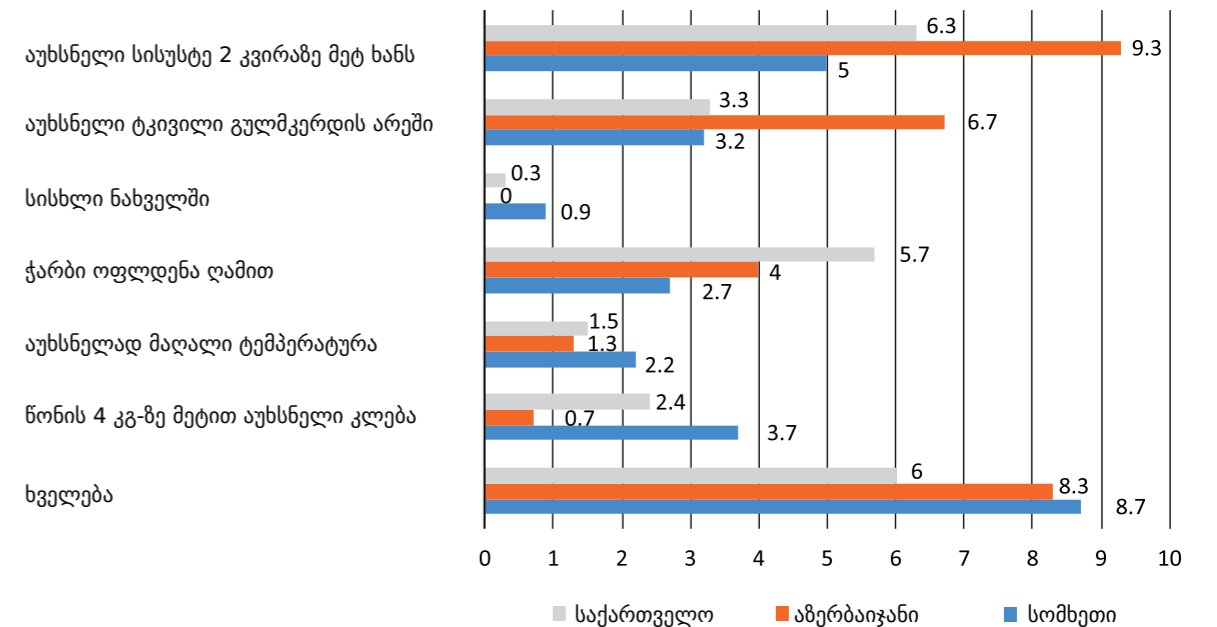
*მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები, რომლებიც ასახავს მიგრანტთა ცოდნას, თუ ვის უნდა მიმართონ აივ-ტესტირებისთვის წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ.

ტუბერკულოზის შესახებ არსებული ცოდნა და ტუბერკულოზის გამოვლენა-მკურნალობისკენ მიმართული ქცევა მიგრანტებში

ტუბერკულოზის ნიშნები და სიმპტომები

მიგრანტთა მცირე ნაწილმა (<10%) აღნიშნა ტუბერკულოზის ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ გასული 6 თვის განმავლობაში, რაც შეიძლება ტუბერკულოზის ინფექციაზე მიუთითებდეს¹⁹ (დიაგრამა 5). მიგრანტთა უფრო მეტმა ნაწილმა აზერბაიჯანში (საქართველოსა და სომხეთში მიგრანტებთან შედარებით) აღნიშნა აუხსნელი მიზეზით სისუსტის (9.3%) და გულმკერდის არეში ტკივილის (6.7%) შესახებ ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში, რაც, შესაძლოა, მომეტებული სტრესით იყოს გამოწვეული. ყველა ქვეყანაში 1%-ზე ნაკლებმა მიგრანტმა აღნიშნა სისხლი ნახველში, 2.5%-ზე ნაკლებმა აღნიშნა გაუგებარი მიზეზით ციების შესახებ ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში, ხოლო 4%-ზე ნაკლებმა აღნიშნა გაუგებარი მიზეზით წონის 4 კგ-ზე მეტი კლების შესახებ. საქართველოში მიგრანტთა დაახლოებით 6%-მა (აზერბაიჯანში ეს მაჩვენებელი 4%, ხოლო სომხეთში 3%-ია); აღნიშნა ძილში ჭარბი ოფლდენის შესახებ ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში; ასევე, მიგრანტთა 8%-მა აზერბაიჯანში, 6%-მა საქართველოში და 9%-მა სომხეთში აღნიშნა ხველების შესახებ ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში.

დიაგრამა 5. ტუბერკულოზის ნიშნები და სიმპტომები მიგრანტებში ბოლო 6 თვის განმავლობაში, ყველა რესპონდენტი, 2018



ტუბერკულოზის სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა

80%-ზე მეტმა მიგრანტმა ყველა ქვეყანაში აღნიშნა, რომ ზოგადად, სმენია ტუბერკულოზის შესახებ; ხოლო 6%-მა აზერბაიჯანში, 8%-მა საქართველოში და 15%-მა სომხეთში დაადასტურა, რომ აღებული აქვს ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ბოლო 2 წლის განმავლობაში (ცხრილი 9). მიგრანტების მნიშვნელოვნად მაღალი პროცენტი აზერბაიჯანში (21%) აღნიშნავს, რომ ჩატარებული აქვს გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტუბერკულოზის კვლევის მიზნით ბოლო ორი წლის განმავლობაში, მაშინ როდესაც ეს მაჩვენებელი საქართველოში 6%, ხოლო სომხეთში 10%-ია. აზერბაიჯანში გამოკითხულ მიგრანტთა 5% ადასტურებს, რომ მათ ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში (საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი 1%, ხოლო სომხეთში 0.5%-ია): ამ ჯგუფის ყველა მიგრანტმა საქართველოში და სომხეთში ჩაიტარა სულ მცირე 6-თვიანი მკურნალობა, ხოლო აზერბაიჯანში ეს მაჩვენებელი 91%-ს შეადგენს.

¹⁹ ტუბერკულოზის აქტიური ფორმის სისტემატური სკრინინგი: პრინციპები და რეკომენდაციები. ჯანმო, ჟენევა, 2013. http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf

ცხრილი 9. ტუბერკულოზის სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა, ყველა რესპონდენტი, 2018

	ამერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
სმენია ტუბერკულოზის შესახებ						
კი	241	83.1 (78.9-87.3)	305	90.0 (86.7-93.2)	268	88.4 (85.0-91.8)
არა	49	16.9 (12.7-21.1)	34	10.0 (6.8-13.3)	32	11.6 (8.2-15.0)
ადებული აქვს ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ბოლო 2 წლის განმავლობაში						
კი	18	6.2 (3.4-9.0)	27	7.9 (5.0-10.9)	47	15.1 (11.0-19.1)
არა	272	93.8 (91.0-96.6)	313	92.1 (89.1-95.0)	253	84.9 (80.9-89.0)
ჩაიტარა გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტუბერკულოზზე სკრინინგის მიზნით ბოლო 2 წლის განმავლობაში						
კი	61	21.2 (16.5-25.8)	19	5.7 (3.2-8.1)	33	9.8 (6.3-13.3)
არა	227	78.8 (74.2-83.5)	316	94.3 (91.9-96.8)	267	90.2 (86.7-93.7)
ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ ბოლო 5 წლის განმავლობაში						
კი	11	4.7 (1.9-7.4)	3	1.1 (0.0-2.3)	2	0.5 (0.0-1.4)
არა	225	95.3 (92.6-98.1)	276	98.9 (97.7-100)	297	99.5 (98.6-100)
ჩაიტარა ტუბერკულოზის სულ მცირე 6-თვიანი მკურნალობა						
(ვისაც დიაგნოზი დაუსვეს)	2	100	10	90.9	3	100
კი	10	90.9	3	100	2	100

სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

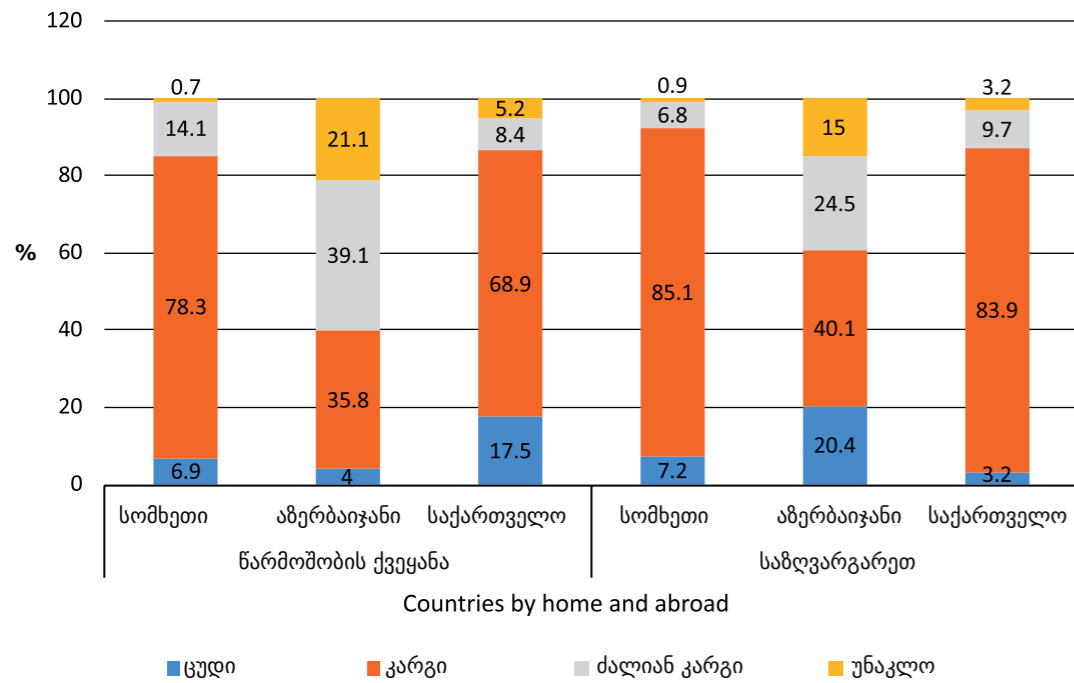
მიგრანტთა მცირე ნაწილმა (<4%) ყველა ქვეყანაში აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში მათ დაურიგდათ კონდომები ჯანდაცვის მობილური მუშაკების ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ წარმოშობის ქვეყანაში; ხოლო საზღვარგარეთ ყოფნისას აღნიშნული ფაქტის შესახებ აღნიშნა 3%-მა ამერბაიჯანში, 2%-მა საქართველოში და 1%-მა სომხეთში (ცხრილი 10). მიგრანტთა უფრო დიდმა ნაწილმა აღნიშნა უფრო ადვილი წვდომის შესახებ ჯანდაცვის სერვისებზე წარმოშობის ქვეყანაში, საზღვარგარეთთან შედარებით (100 % / 95 % ამერბაიჯანში, 74% / 51% საქართველოში და 89% / 54% სომხეთში). საქართველოში და სომხეთში მიგრანტთა ორჯერ მეტმა რაოდენობამ (42% / 19% და 38 % / 14%, შესაბამისად) აღნიშნა ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანდაცვის ცენტრში ვიზიტის შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში, საზღვარგარეთთან შედარებით. ანალოგიური პროცენტული მაჩვენებელი ამერბაიჯანში შეადგენს 41% / 44%.

ცხრილი 10. სერვისებზე ხელმისაწვდომობა წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ყველა რესპონდენტი, 2018

	ამერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
დაურიგდათ კონდომები ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჯანდაცვის მობილური მუშაკების ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ წარმოშობის ქვეყანაში						
კი	11	3.7 (1.6-5.8)	12	3.9 (1.7-6.1)	6	2.0 (0.4-3.6)
არა	288	96.3 (94.2-98.4)	296	96.1 (93.9-98.3)	294	98.0 (96.4-99.6)
დაურიგდათ კონდომები ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჯანდაცვის მობილური მუშაკების ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ საზღვარგარეთ						
კი	6	3.4 (0.8-5.9)	3	2.1 (0.4-6.0)	4	1.3 (0.0-2.6)
არა	172	96.6 (94.1-99.2)	140	97.9 (94.0-99.6)	295	98.4 (96.9-99.8)
ჯანდაცვის სერვისი ადვილად ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში წარმოშობის ქვეყანაში						
კი	299	99.7 (99.0-100)	238	74.1 (69.4-78.9)	262	88.9 (85.2-92.7)
არა	1	0.3 (0.0-1.0)	83	25.9 (21.1-30.6)	27	10.7 (7.0-14.5)
ჯანდაცვის სერვისი ადვილად ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში საზღვარგარეთ						
კი	167	95.4 (92.4-98.5)	67	51.1 (42.2-59.9)	177	54.0 (48.3-59.7)
არა	8	4.6 (1.5-7.6)	64	48.9 (40.0-57.8)	128	45.3 (39.7-51.0)
იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/სავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში გასული წლის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში						
კი	121	40.6 (35.1-46.2)	141	42.9 (37.5-48.2)	115	37.7 (32.0-43.4)
არა	177	59.4 (53.8-64.9)	188	57.1 (51.8-62.5)	185	62.3 (56.6-68.0)
იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/სავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში გასული წლის განმავლობაში საზღვარგარეთ						
კი	76	43.9 (36.8-51.1)	29	19.3 (13.3-26.5)	44	14.3 (10.2-18.5)
არა	97	56.1 (48.9-63.2)	121	80.7 (73.5-86.7)	256	85.7 (81.5-89.8)

ამერბაიჯანში მიგრანტთა უმრავლესობამ მისცა შეფასება „კარგი“ (36%) ან „ძალიან კარგი“ (39%), ხოლო 21%-მა მისცა შეფასება „უნაკლო“ მომსახურებას, რომელიც მათ მიიღეს ბოლო ვიზიტისას ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში (დიაგრამა 6). მიგრანტების უმრავლესობამ საქართველოში (69%) და სომხეთში (78%) ჯანდაცვის სისტემაში მათთვის განეულ მომსახურებას მისცეს მისცა შეფასება „კარგი“, ხოლო ძალზე მცირე ნაწილმა - შეფასება „უნაკლო“. ამერბაიჯანში მიგრანტთა 40%-მა საზღვარგარეთ მათთვის განეული სამედიცინო მომსახურება შეაფასა, როგორც „კარგი“, ხოლო 24%-მა როგორც „ძალიან კარგი“, მაშინ როდესაც მიგრანტების უმრავლესობამ საქართველოსა და სომხეთში (84% და 85%, შესაბამისად) საზღვარგარეთ მათთვის ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ ბოლოს განეული მომსახურება შეაფასეს, როგორც მხოლოდ „კარგი“. ყველაზე მეტი „ცუდი“ შეფასებით საქართველოში მყოფმა მიგრანტებმა აღნიშნეს წარმოშობის ქვეყანაში მიღებული სამედიცინო მომსახურება (17%), ხოლო ამერბაიჯანში მყოფმა მიგრანტებმა - საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურება (20%).

დიაგრამა 6. ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/საავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ბოლო ვიზიტის შეფასება, ყველა რესპონდენტი



აივ-ინფექციასა და B და C ჰეპატიტზე ტესტირების შედეგები

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კვლევის ყველა მონაწილემ წინასწარ განაცხადა თანხმობა აივ-ტესტირებაზე; საქართველოში კვლევის მონაწილეებს დამატებით ჩაუტარდათ C ჰეპატიტზე ტესტირება; ხოლო სომხეთში მათ ჩაუტარდათ B და C ჰეპატიტზე ტესტირება. აივ-ინფექციის პრევალენტობა მიგრანტებში აზერბაიჯანში შეადგენდა 1%-ს, საქართველოში 0.6%-ს, ხოლო სომხეთში 0.5%-ს (ცხრილი 11). საქართველოში მიგრანტების 4.4%-ს სისხლში აღენიშნებოდა C ჰეპატიტის ანტისხეულები; ხოლო სომხეთში მიგრანტების 0.9%-ს სისხლში აღენიშნებოდა B ჰეპატიტის ანტისხეულები; ხოლო 0.7%-ს - C ჰეპატიტის ანტისხეულები.

ცხრილი 11. აივ-ინფექციის სეროპრევალენტობა მიგრანტებში აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში; B და C ჰეპატიტის პრევალენტობა მიგრანტებში სომხეთში, 2018

	აზერბაიჯანი		საქართველო		სომხეთი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
აივ-ინფექცია						
კი	3	1.0 (0.1-2.1)	2	0.6 (0.0-2.0)	1	0.5 (0.0-1.1)
არა	297	99.0 (97.9-100)	348	99.4 (98.1-100)	299	99.5 (98.9-100)
B ჰეპატიტი						
კი	--	--	--	--	1	0.9 (0.3-1.5)
არა	--	--	--	--	299	99.1 (98.5-99.7)
C ჰეპატიტი						
კი	--	--	13	4.4 (2.4-7.4)	2	0.7 (0.0-1.7)
არა	--	--	281	95.6 (95.6-97.6)	298	99.3 (98.3-100)

კვლევის შედეგები: მონაცემები ქვეყანაში შემსვლელი და ქვეყნიდან გამსვლელი (მიგრანტები) პირების შესახებ აზერბაიჯანისა და საქართველოს მაგალითზე.

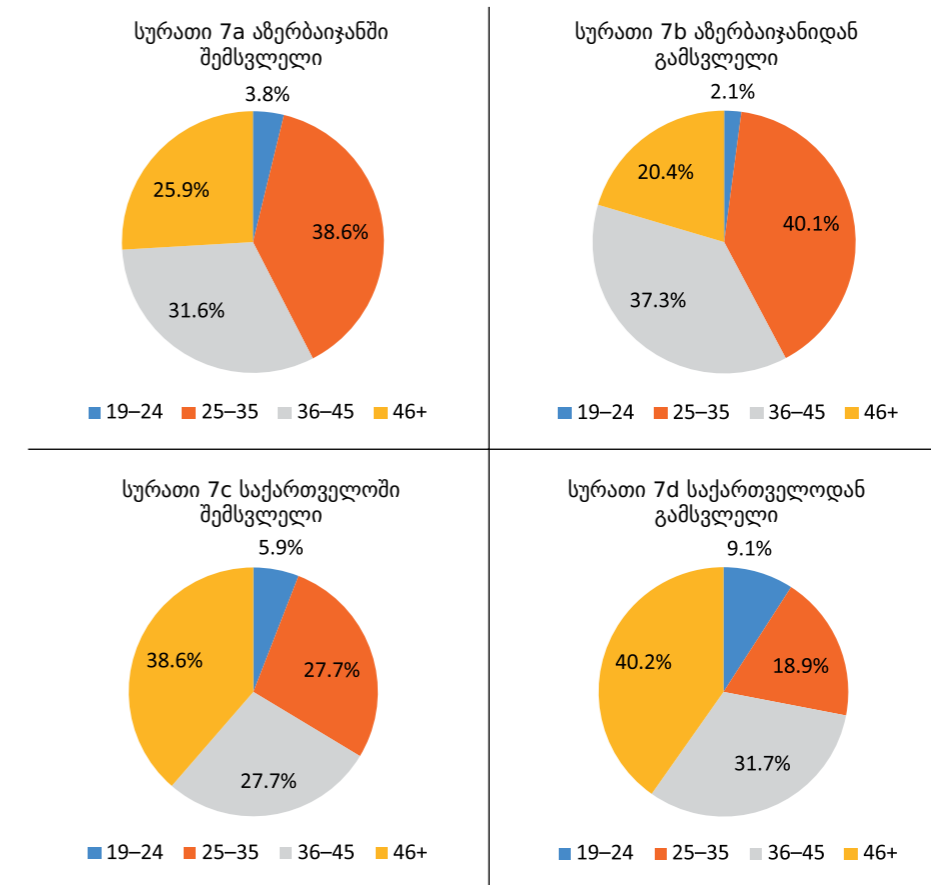
ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებსა და დიაგრამებზე მოცემულია მონაცემები ქვეყანაში შემსვლელი (საზღვარგარეთიდან დაბრუნებული უცხო ქვეყნის მოქალაქეები) და ქვეყნიდან გამსვლელი (მიგრანტები) პირების შესახებ აზერბაიჯანისა და საქართველოს მაგალითზე. ეს მონაცემები შეიძლება შედარებულ იქნეს სომხეთის მონაცემებთან, ვინაიდან სომხეთში შერჩეული ყველა მიგრანტი შეიძლება ჩავთვალოთ ქვეყანაში შემსვლელ პირად, რომლებიც იმყოფებოდნენ საზღვარგარეთ დასაქმების მიზნით და შერჩევა მოხდა ამ პირების სომხეთში ყოფნის დროს.

სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი

აზერბაიჯანში ორივე ტიპის მიგრანტებში სტარბობდა 25-დან 35 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფი, მაშინ როდესაც საქართველოში ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 46 წლისა და უფროსი ასაკის ჯგუფს (დიაგრამა 7). ორივე ქვეყანაში იყო მცირე ნაწილი 24 წლის და უმცროსი ასაკისა.



დიაგრამა 7. ასაკობრივი კატეგორიები მიგრანტებში აზერბაიჯანსა და საქართველოში, 2018



აზერბაიჯანში, ქვეყანაში შესვლელთა (დაბრუნებულ მიგრანტთა) შორის იყო მეტი ქალი (21%), ვიდრე ქვეყნიდან გამსვლელთა შორის (13.4%). (ცხრილი 12). როგორც ქვეყნიდან გამსვლელ, ასევე ქვეყანაში შემსვლელ მიგრანტებს აზერბაიჯანში და ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტებს საქართველოში ჰქონდათ საშუალო განათლება; რაც შეეხებათ საქართველოში შემსვლელ მიგრანტებს, საშუალო განათლება მათ შორის ჰქონდა დაახლოებით 50%-ს. ქვეყანაში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების მხოლოდ ძალიან მცირე რაოდენობას ჰქონდა მხოლოდ დაწყებითი ან უფრო დაბალი დონის განათლება; ან ასეთი პირები საერთოდ არ გამოვლენილან. მიგრანტთა მცირე ნაწილმა (<10%) აზერბაიჯანში ისევე, როგორც საქართველოში შემსვლელთა მნიშვნელოვანმა ნაწილმა (32%) და საქართველოდან გამსვლელებმა (16%) აღნიშნეს, რომ ჰქონდათ სრული საუნივერსიტეტო განათლება.

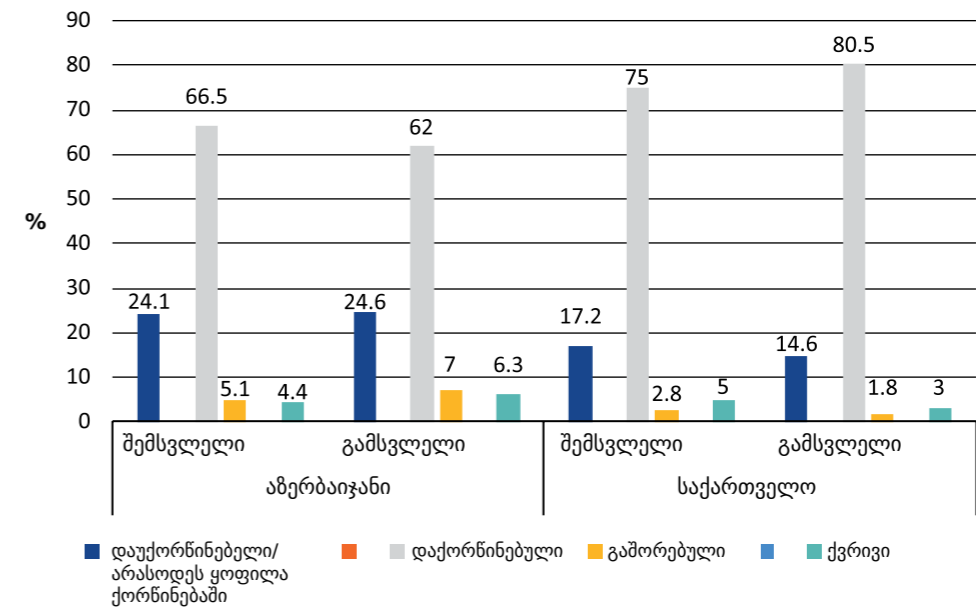
ცხრილი 12. მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი აზერბაიჯანსა და საქართველოში, 2018

	აზერბაიჯანი				საქართველო			
	შემსვლელი		გამსვლელი		შემსვლელი		გამსვლელი	
	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	Per cent, CI
სქესი								
მამაკაცი	125*	79.1 (72.6-85.6)	123	86.6 (81.1-92.2)	80	44.0 (36.9-51.0)	69	42.3 (34.8-49.9)
ქალი	33	20.9 (14.4-27.4)	19	13.4 (7.8-18.9)	102	56.0 (49.0-63.1)	94	57.7 (50.1-65.2)
განათლება								
დაწყებითი ან უფრო დაბალი	0	--	3	2.1 (0.0-4.4)	0	--	0	--
არასრული საშუალო	7	4.4 (1.4-7.5)	13	9.2 (4.4-13.9)	3	1.6 (0.0-3.5)	4	2.4 (0.1-4.8)
საშუალო	104	65.8 (58.8-72.9)	76	53.5 (45.3-61.8)	90	49.2 (41.8-56.5)	110	67.1 (59.7-74.4)
საშუალო ტექნიკური	31	19.6 (13.4-25.8)	28	19.7 (13.0-26.5)	23	12.6 (7.8-17.4)	21	12.8 (7.7-17.9)
არასრული უმაღლესი	8	5.1 (1.7-8.5)	10	7.0 (2.8-11.3)	8	4.4 (1.4-7.3)	3	1.8 (0.0-3.9)
უმაღლესი	8	5.1 (1.7-8.5)	12	8.5 (3.9-13.0)	59	32.2 (25.3-39.2)	26	15.9 (10.3-21.4)

*მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია მიგრანტების სქესისა და განათლების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ქვეყნების მიხედვით.

აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების უმრავლესობა იყო დაქორწინებული (დიაგრამა 8). აზერბაიჯანში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა დაახლოებით ერთი მეოთხედი არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში.

დიაგრამა 8. აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა სამოქალაქო სტატუსი, 2018



ეროვნება, მოქალაქეობა და ბინადრობის ძირითადი ქვეყანა

აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების უმრავლესობა წარმოადგენდა იმ ქვეყნის მოქალაქეს, რომელშიც მათ ინტერვიუ ჩაუტარდათ; აღნიშნული ქვეყნები ასევე იყო მათი ძირითადი ბინადრობის ქვეყნები (ცხრილი 13). აზერბაიჯანში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების დაახლოებით 20% იყო საქართველოს მოქალაქე.

ცხრილი 13. აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების ეროვნება, მოქალაქეობა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა, 2018

	აზერბაიჯანი				საქართველო			
	შემსვლელი		გამსვლელი		შემსვლელი		გამსვლელი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
ეროვნება								
აზერბაიჯანელი	118*	74.7 (67.7-81.7)	108	76.1 (69.2-82.9)	3	1.6 (0.0-3.5)	1	0.6 (0.0-1.9)
თურქი	12	7.6 (3.5-11.7)	8	6.7 (3.8-9.5)	12	6.5 (2.9-10.1)	11	1.2 (0.0-2.9)
რუსი			0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	0	--
სომეხი	0	--	0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	0	--
ქართველი	9	5.7 (2.2-9.2)	6	4.3 (0.8-7.6)	166	90.2 (85.9-94.5)	150	91.5 (87.2-95.7)
სხვა	19	12.0 (2.7-21.3)	20	14.1 (4.2-24.0)	1	0.5 (0.0-1.6)	2	1.2 (0.0-2.9)
მოქალაქეობა								
აზერბაიჯანი	114	72.2 (65.1-79.2)	106	74.6 (67.1-82.2)	2	1.1 (0.0-2.6)	1	0.6 (0.0-1.9)
თურქეთი	12	7.6 (3.5-11.7)	8	5.6 (1.9-9.4)	8	4.3 (1.4-7.3)	11	6.9 (3.0-10.8)
რუსეთის ფედერაცია	0	--	0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	0	--
საქართველო	32	20.3 (14.0-26.5)	28	19.7 (13.0-26.5)	171	92.9 (89.3-96.6)	146	91.3 (86.9-94.6)
სომხეთი	0	--	0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	0	--
სხვა	0	--	0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	2	1.3 (0.0-3.0)

წარმოშობის ქვეყანა (ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა)								
აზერბაიჯანი	136	86.1 (80.5-91.6)	128	90.1 (85.3-95.1)	2	1.1 (0.0-2.6)	1	0.6 (0.0-1.9)
თურქეთი	12	7.6 (3.5-11.7)	8	5.6 (1.9-9.4)	8	4.3 (1.4-7.3)	0	--
რუსეთის ფედერაცია	0	--	0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	12	7.5 (3.5-11.5)
საქართველო	10	6.3 (2.5-10.1)	6	4.2 (0.8-7.6)	172	93.5 (89.9-97.0)	145	90.6 (86.2-95.1)
სომხეთი	0	--	0	--	1	0.5 (0.0-1.6)	0	--
სხვა	0	--	0	--	0	--	2	1.3 1.3 (0.0-3.0)

*მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია მიგრანტთა ეროვნების, მოქალაქეობისა და ძირითადი ბინადრობის ქვეყნის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები.

სქესობრივი ქცევა და კონდომის გამოყენება

ქვეყნიდან გამსვლელი მიგრანტების მეტი წილი (ქვეყანაში შემსვლელ მიგრანტებთან შედარებით) აზერბაიჯანსა და საქართველოში აღნიშნავს, რომ ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში (ცხრილი 14). აზერბაიჯანში შემსვლელი მიგრანტების 42% და გამსვლელი მიგრანტების 0% აღნიშნავს, რომ ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში საზღვარგარეთ.

ცხრილი 14. დაუცველი სქესობრივი კავშირი წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში*, 2018

	აზერბაიჯანი				საქართველო			
	შემსვლელი		გამსვლელი		შემსვლელი		გამსვლელი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	n	per cent, CI
დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში								
კი	18	25.2 (16.6-32.0)	54	40.6 (32.5-48.7)	31	18.9 (13.0-24.8)	72	45.9 (38.1-53.6)
არა	135	74.8** (69.8-79.9)	79	59.4 (51.3-67.5)	133	81.1 (75.2-87.0)	85	54.1 (46.4-61.9)
დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში საზღვარგარეთ								
კი	63	41.7 (33.8-49.6)	0	--	--	--	--	--
არა	88	58.3 (50.4-66.2)	0	--	--	--	--	--

*მონაცემები დაუცველი სქესობრივი კავშირის შესახებ საქართველოში შემსვლელ და ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტებში საზღვარგარეთ ყოფნისას არ მოიპოვება.

** მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ბოლო 30 დღის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ დაუცველი სქესობრივი კავშირის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ქვეყნების მიხედვით.

ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, საქართველო

ქვეყნიდან გამსვლელი მიგრანტების მეტი წილი (n=5, 3% [95% ნდობის ინტერვალი 0.5-5.8]), ქვეყანაში შემსვლელ მიგრანტებთან შედარებით (n=1, 0.6% [95% ნდობის ინტერვალი 0.0-1.7]) საქართველოში აღნიშნავს, რომ მოიხმარა ნარკოტიკი ინექციური გზით.

აივ/შიდსზე ტესტირება

აზერბაიჯანიდან და საქართველოდან გამსვლელი მიგრანტების მეტი წილი (შემსვლელ მიგრანტებთან შედარებით) აღნიშნავს, რომ იცის, რა დანესებულებას უნდა მიმართოს

აივ-ინფექციაზე ტესტირების მიზნით; ასევე, აღნიშნავს, რომ ჩაიტარა აივ-ტესტირება და მიიღო ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში (ცხრილი 15). აზერბაიჯანში ქვეყანაში შემსვლელი მიგრანტების 34% და გამსვლელი მიგრანტების 0% აღნიშნავს, რომ იცის, სად უნდა ჩაიტაროს აივ-ტესტირება; გამოკითხულები ასევე ადასტურებენ, რომ ჩაიტარეს აღნიშნული ტესტირება და მიიღეს ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

ცხრილი 15. აივ-ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო*, 2018

	აზერბაიჯანი				საქართველო			
	შემსვლელი		გამსვლელი		შემსვლელი		გამსვლელი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
იცის, სად უნდა ჩაიტაროს აივ-ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში								
კი	42	27.8 (20.8-34.9)	42	30.7 (22.6-38.8)	64	37.0 (29.6-44.4)	68	42.2 (34.3-50.2)
არა	109	72.2** (65.1-79.2)	95	69.3 (61.2-77.4)	109	63.0 (55.6-70.4)	93	57.8 (49.8-65.7)
იცის, სად უნდა ჩაიტაროს აივ-ტესტირება საზღვარგარეთ								
კი	51	34.2 (26.8-41.7)	0	--	--	--	--	--
არა	98	65.8 (58.3-73.2)	0	--	--	--	--	--
ჩაიტარა აივ-ტესტირება ბოლო 12 თვის განმავლობაში და მიიღო ტესტის პასუხი წარმოშობის ქვეყანაში (ყველა რესპონდენტი)								
კი	3	2.0 (0.0-4.3)	11	7.9 (3.3-12.5)	9	5.4 (2.0-8.8)	15	9.3 (4.9-13.7)
არა	145	98.0 (95.7-100)	128	92.1 (87.5-96.7)	158	94.6 (91.1-98.8)	146	90.7 (86.3-95.1)
ჩაიტარა აივ-ტესტირება ბოლო 12 თვის განმავლობაში და მიიღო ტესტის პასუხი საზღვარგარეთ (ყველა რესპონდენტი)								
კი	11	7.5 (3.3-11.8)	0	--	--	--	--	--
არა	135	92.5 (88.2-96.7)	0	--	--	--	--	--

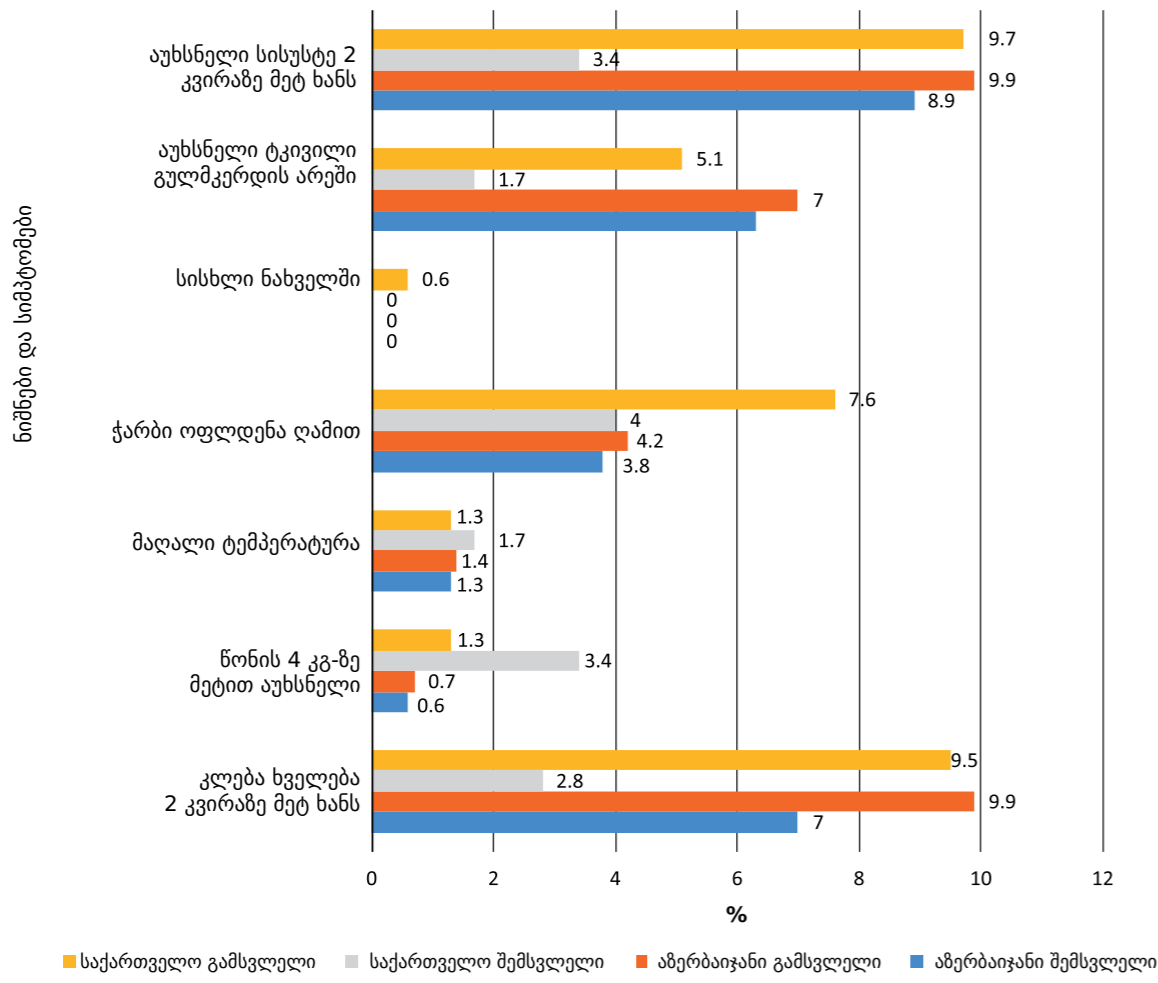
*მონაცემები აივ-ტესტირების შესახებ საქართველოში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებს შორის არ მოიპოვება.

** მსხვილი შრიფტით აღნიშნულია ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები, რომლებიც ასახავს: მიგრანტთა ცოდნას, თუ სად უნდა ჩაიტაროს აივ-ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ (ქვეყანაში შემსვლელ და ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტთა ჯგუფების მიხედვით); მონაცემებს ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩატარებული აივ-ტესტირებისა და ტესტის პასუხების აღების შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ (ქვეყანაში შემსვლელ და ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტთა ჯგუფების მიხედვით).

ტუბერკულოზის სიმპტომები და ნიშნები

ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტთა უფრო მეტი წილი ორივე ქვეყანაში (ქვეყანაში შემსვლელ მიგრანტებთან შედარებით) აღნიშნავს აუხსნელი სისუსტის, გულმკერდის არემი ტკივილის, ძილში ჭარბი ოფლდენის და ხველების შესახებ ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში (დიაგრამა 9). ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა მცირე ნაწილმა აღნიშნა სისხლი ნახველში, ხოლო 2%-ზე ნაკლებმა აღნიშნა გაუგებარი მიზეზით მაღალი ტემპერატურის შესახებ ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში. საქართველოდან გამსვლელი მიგრანტების 3% აღნიშნავს სხეულის წონის 4 კგ-ზე მეტით აუხსნელი კლების შესახებ; აღნიშნული მაჩვენებელი როგორც აზერბაიჯანსა და საქართველოში შემსვლელ, ასევე აზერბაიჯანიდან გამსვლელ მიგრანტებს შორის შეადგენს 1%-ს ან ნაკლებს.

დიაგრამა 9. ტუბერკულოზის ნიშნები და სიმპტომები ბოლო 6 თვის განმავლობაში ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



ტუბერკულოზის, სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა

განსხვავება პასუხებში კითხვისას, სმენიათ თუ არა ტუბერკულოზის შესახებ ორივე ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებს, მცირე აღმოჩნდა (ცხრილი 16). ქვეყანაში შემსვლელი მიგრანტების 7%-მა როგორც აზერბაიჯანში, ასევე საქართველოში აღნიშნა, რომ ჩააბარა ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით ბოლო ორი წლის განმავლობაში, ხოლო აზერბაიჯანში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების უფრო მეტმა წილმა (საქართველოსთან შედარებით) დაადასტურა, რომ ჩატარებული აქვს გულმკერდის რენტგენოგრაფია ბოლო ორი წლის განმავლობაში (ასევე, ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით) და რომ მათ ჯანდაცვის სპეციალისტმა ბოლო 5 წლის განმავლობაში შეატყობინა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ. ყველა ასეთ პირს საქართველოსა და სომხეთში, და მათ 91%-ს აზერბაიჯანში ჩაუტარდა მკურნალობის სულ მცირე 6-თვიანი კურსი.

ცხრილი 16. ტუბერკულოზის, სკრინინგის და მკურნალობის შესახებ არსებული ცოდნა ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018

	აზერბაიჯანი				საქართველო			
	შემსვლელი		გამსვლელი		შემსვლელი		გამსვლელი	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI
სმენია ტუბერკულოზის შესახებ								
დიახ	131	85.1 (79.6-90.5)	110	80.9 (74.5-87.3)	152	85.9 (80.6-91.2)	153	94.4 (91.0-97.9)
არა	23	14.9 (9.5-20.4)	26	19.1 (12.7-25.5)	25	14.1 (8.8-19.4)	9	5.6 (2.1-9.0)
აუღეს ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე სკრინინგის მიზნით ბოლო 2 წლის განმავლობაში								
დიახ	11	7.2 (3.1-11.3)	7	5.1 (1.4-8.8)	13	7.3 (3.4-11.2)	14	8.6 (4.2-13.1)
არა	142	92.8 (88.7-96.9)	130	94.9 (91.2-98.6)	165	92.7 (88.8-96.6)	148	91.4 (86.9-95.8)
ჩაიტარა გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით ბოლო 2 წლის განმავლობაში								
დიახ	29	19.1 (12.8-25.3)	32	23.5 (16.4-30.7)	13	7.5 (3.6-11.5)	6	3.7 (0.8-6.6)
არა	123	80.9 (74.7-87.2)	104	76.5 (69.3-83.6)	160	92.5 (88.5-96.4)	156	96.3 (93.4-99.2)
ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ								
დიახ	6	5.2 (0.9-9.5)	5	4.1(0.6-7.7)	1	0.8 (0.0-2.5)	2	1.3 (0.0-3.0)
არა	109	94.8 (90.5-90.0)	116	95.9 (92.3-99.4)	119	99.2 (97.5-100)	157	98.7 (97.0-100)

სერვისებზე წვდომა

ქვეყნიდან გამსვლელი მიგრანტების ოდნავ მეტი წილი აზერბაიჯანში (როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ ყოფნისას) და ქვეყნიდან გამსვლელი მიგრანტების ოდნავ ნაკლები წილი საქართველოში წარმოშობის ქვეყანაში ყოფნისას აღნიშნავს, რომ მათ დაურიგდათ კონდომები ჯანდაცვის მობილური მუშაკის ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ ბოლო 12 თვის განმავლობაში (ცხრილი 18). ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა დიდმა რაოდენობამ აზერბაიჯანში ($\geq 95\%$) აღნიშნა, რომ საჭიროების შემთხვევაში, ჯანდაცვის სერვისები ადვილად ხელმისაწვდომია როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ. გამოკითხულ მიგრანტთა სამ მეოთხედზე ოდნავ ნაკლებმა საქართველოში აღნიშნა ჯანდაცვის სერვისების ადვილად ხელმისაწვდომობის შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში, საჭიროების შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, ქვეყანაში შემსვლელ მიგრანტთა მეტი წილი (82%) საქართველოში აღნიშნავს, რომ იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში საზღვარგარეთ იმ მიგრანტებთან შედარებით საქართველოში, რომლებმაც აღნიშნული ვიზიტი წარმოშობის ქვეყანაში განახორციელეს (66%). ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტთა (შემსვლელებთან შედარებით) მეტი წილი (42%/39%) აზერბაიჯანში აღნიშნავს, რომ იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში; იგივე ტენდენციაა ქვეყნიდან გამსვლელი და შემსვლელი მიგრანტების შემთხვევაში საზღვარგარეთ ყოფნისას (50%/43%). საქართველოდან გამსვლელ მიგრანტებში, ქვეყანაში შემსვლელებთან შედარებით, ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში ვიზიტის მანქნებელი უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში ასევე მეტია წარმოშობის ქვეყანაში (58%/28%).

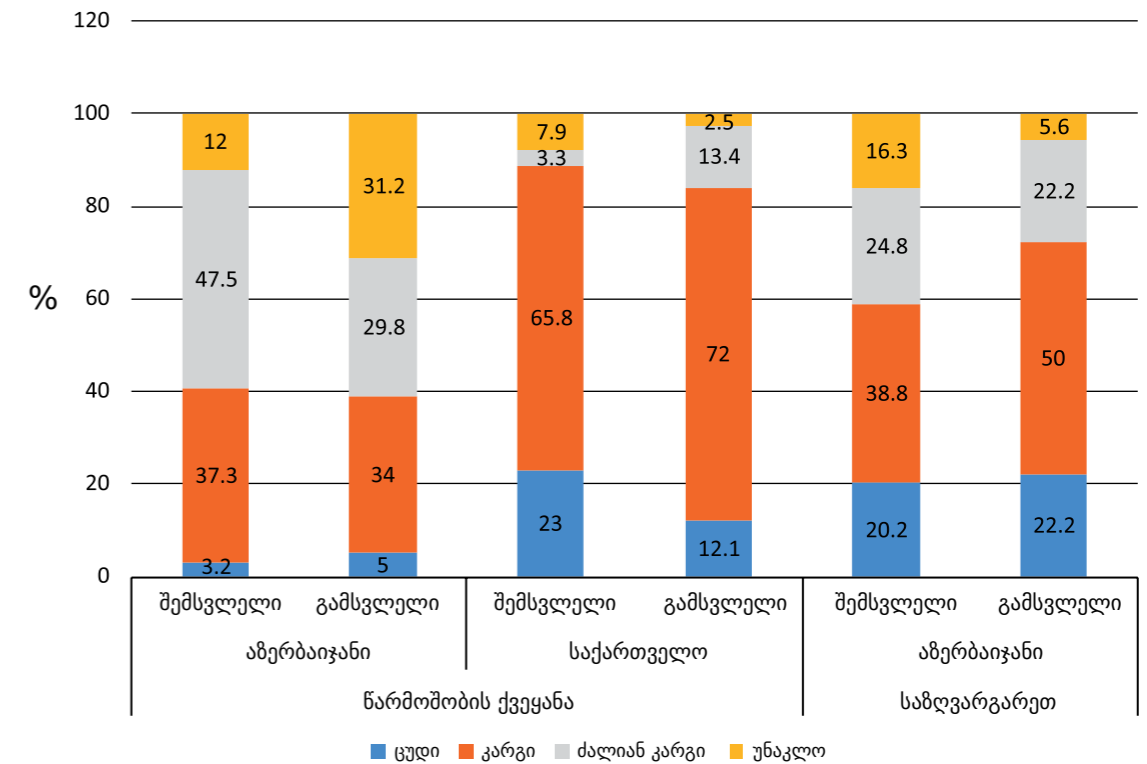
ცხრილი 17. ქვეყანაში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტთა წვდომა ჯანდაცვის მომსახურებებზე წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, აზერბაიჯანი და საქართველო*, 2018

	აზერბაიჯანი		საქართველო					
	გამსვლელი		შემსვლელი		გამსვლელი		Outbound	
	n	%, CI	n	%, CI	n	%, CI	n	Per cent, CI
დაურიგდათ კონდომები ბოლო 12 თვის განმავლობაში (ჯანდაცვის მობილური მუშაკის, ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ) წარმოშობის ქვეყანაში								
დიახ	5	3.2 (0.5-5.8)	6	4.3 (0.8-7.7)	8	5.4 (1.6-9.3)	4	2.5 (0.1-4.9)
არა	153	96.8 (94.2-99.5)	135	95.7 (92.3-99.2)	139	94.6 (90.7-98.4)	157	97.5 (95.1-99.9)
დაურიგდათ კონდომები ბოლო 12 თვის განმავლობაში (ჯანდაცვის მობილური მუშაკის, ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ) საზღვარგარეთ*								
დიახ	5	3.2 (0.6-5.8)	1	4.8 (0.0-14.4)	--	--	--	--
არა	152	96.8 (94.2-99.4)	20	95.2 (85.6-100)	--	--	--	--
ჯანდაცვის მომსახურება ადვილად ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში წარმოშობის ქვეყანაში								
დიახ	158	100	141	99.3 (97.9-100)	107	66.5 (59.1-73.8)	131	81.9 (75.8-87.9)
არა	0	--	1	0.7 (0.0-2.1)	54	33.5 (26.2-40.9)	29	18.1 (12.1-24.2)
ჯანდაცვის მომსახურება ადვილად ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში საზღვარგარეთ								
დიახ	148	95.5 (92.2-98.7)	19	95.0 (85.2-100)	--	--	--	--
არა	7	4.5 (1.3-7.8)	1	5.0 (0.0-14.8)	--	--	--	--
იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/საავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში გასული წლის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში								
დიახ	62	39.2 (31.8-46.7)	59	42.1 (34.0-50.3)	47	28.0 (21.2-34.8)	94	58.4 (50.9-65.9)
არა	96	60.8 (53.3-68.2)	81	57.9 (49.7-66.0)	121	72.0 (65.2-78.8)	67	41.6 (34.1-49.1)
იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/საავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში გასული წლის განმავლობაში საზღვარგარეთ								
დიახ	66	43.1 (35.5-50.8)	10	50.0 (27.4-72.6)	--	--	--	--
არა	87	56.9 (49.2-64.5)	10	50.0 (27.4-72.6)	--	--	--	--

*საზღვარგარეთ მომსახურებებზე წვდომის მონაცემი საქართველოში არ მოიპოვება.

ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტთა მეტი წილი აზერბაიჯანში (31%), ქვეყანაში შემსვლელებთან შედარებით (12%), აფასებს მომსახურებას, რომელიც მათ მიიღეს ბოლო ვიზიტისას ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში როგორც „უნაკლოს“. ამავდროულად, საქართველოში, ქვეყანაში შემსვლელი მიგრანტების მეტი წილი (23%), ქვეყნიდან გამსვლელებთან შედარებით (12%) აძლევს შეფასებას „ცუდი“ მომსახურებას, რომელიც მათ მიიღეს ბოლო ვიზიტისას ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში (დიაგრამა 10). ქვეყანაში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების დაახლოებით 20%-მა აზერბაიჯანში მისცა შეფასება „ცუდი“ მომსახურებას, რომელიც მათ მიიღეს ბოლო ვიზიტისას ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში საზღვარგარეთ გასული წლის განმავლობაში.

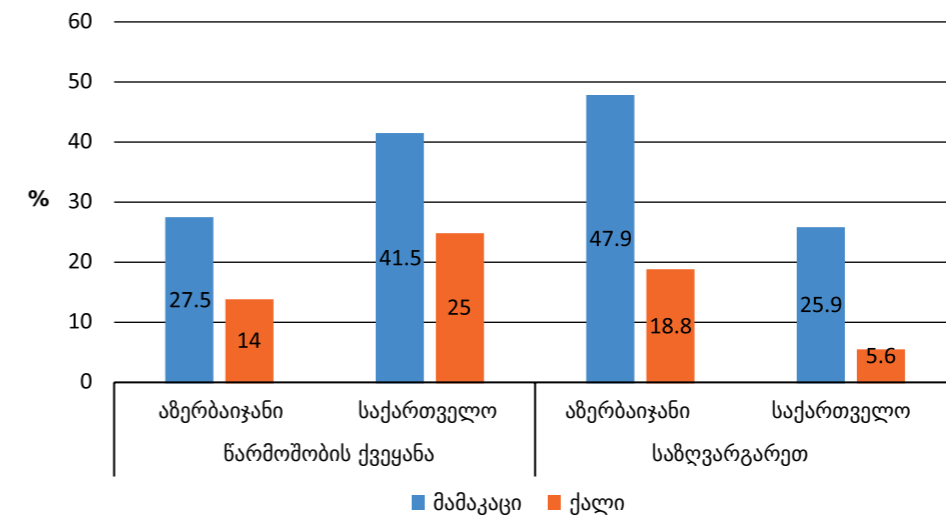
დიაგრამა 10. ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში/საავადმყოფოში/ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ბოლო ვიზიტის შეფასება ქვეყანაში შემსვლელი და გამსვლელი მიგრანტების მიერ, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



კვლევის შედეგები რესკონდენტთა სქესის მიხედვით

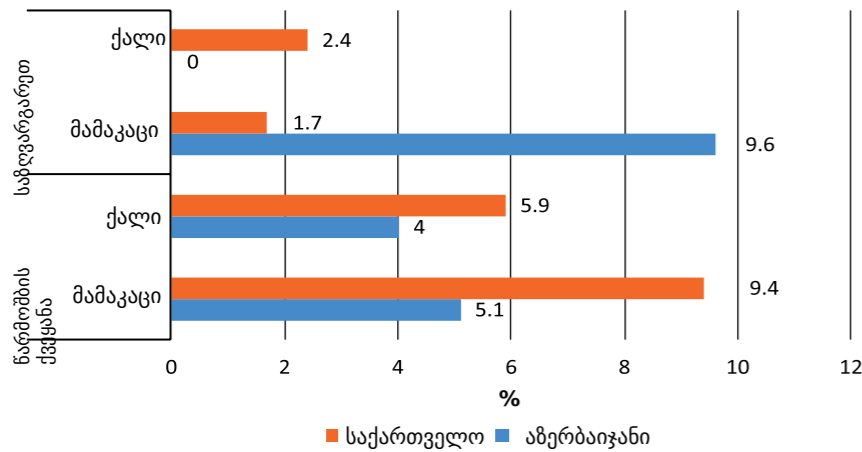
ქვემოთ მოცემულია სქესის მიხედვით დაჯგუფებული მონაცემების ნაწილი აზერბაიჯანისა და საქართველოს მაგალითზე. ამ ნიშნით დამუშავებული მონაცემები სომხეთის შემთხვევაში არ არსებობს, ვინაიდან კვლევის ყველა მონაწილე იყო მამაკაცი. აზერბაიჯანსა და საქართველოში შეგროვებული, სქესის მიხედვით დაჯგუფებული მონაცემები სრულად მოცემულია დანართში G. აზერბაიჯანსა და საქართველოში მამაკაცი მიგრანტების მეტი წილი, ქალ მიგრანტებთან შედარებით, აღნიშნავს დაუცველი სქესობრივი კავშირის შესახებ როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ ბოლო 30 დღის განმავლობაში (დიაგრამა 11).

დიაგრამა 11. დაუცველი სქესობრივი კავშირი მამაკაც და ქალ მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



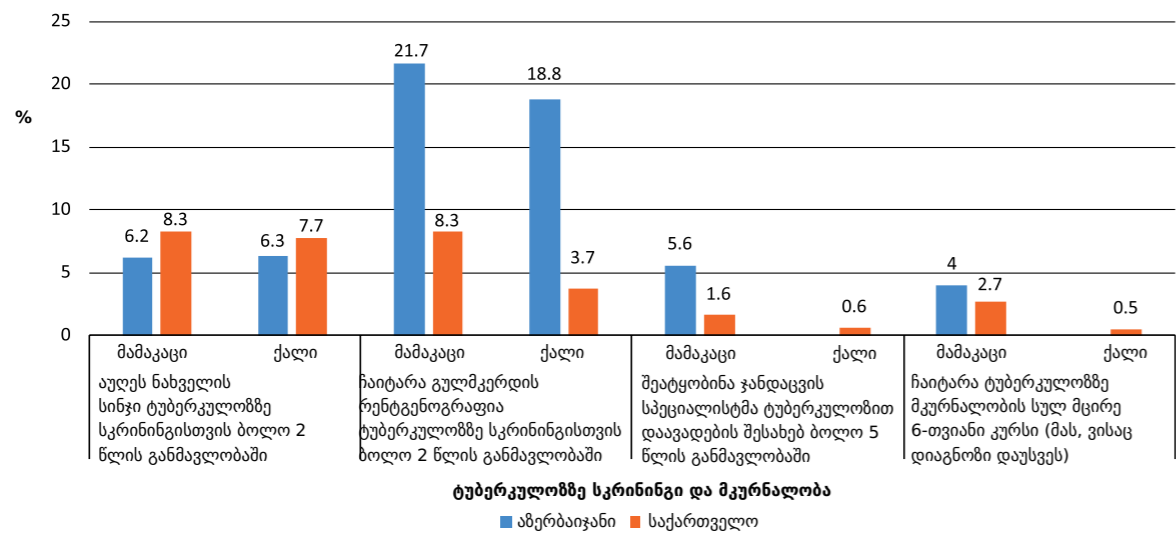
ინფორმირებულობა იმის შესახებ, თუ რა დანესებულებას უნდა მიმართონ აივ-ტესტირებისთვის მიგრანტებმა წარმოშობის ქვეყანაში, დაახლოებით თანაბარია მამაკაცებსა და ქალებში (აზერბაიჯანი: 29% მამაკაცები, 27% ქალები; საქართველო: მამაკაცები და ქალები - 40%). აზერბაიჯანში მამაკაცების 41% და ქალების მხოლოდ 9%, ხოლო საქართველოში მამაკაცებისა და ქალების 35% თანაბრად არის ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ სად უნდა ჩაიტარონ აივ-ტესტირება საზღვარგარეთ. აზერბაიჯანში მამაკაცების 9.5%-მა აღნიშნა, რომ მათ ჩაიტარეს აივ-ტესტირება და აიღეს ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში; თუმცა, არც ერთ ქალ მიგრანტს არ ჩაუტარებია ეს პროცედურა საზღვარგარეთ (დიაგრამა 12). საქართველოში გამოკითხული მიგრანტი მამაკაცებისა და ქალების 2% ადასტურებს, რომ მათ ჩაიტარეს აივ-ტესტირება ბოლო 12 თვის განმავლობაში და აიღეს ტესტის პასუხი საზღვარგარეთ. აზერბაიჯანში მამაკაცების 5.1% და ქალების 4% აღნიშნავს, რომ მათ ჩაიტარეს აივ-ტესტირება და აიღეს ტესტის პასუხი წარმოშობის ქვეყანაში. საქართველოში, მამაკაცების 9% და ქალების 6% აღნიშნავს, რომ ჩაიტარა აივ-ტესტირება და აიღო ტესტის პასუხი წარმოშობის ქვეყანაში.

დიაგრამა 12. მონაცემები მიგრანტების შესახებ, რომლებმაც ჩაიტარეს აივ-ტესტირება და მიიღეს ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, საქსის მიხედვით, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



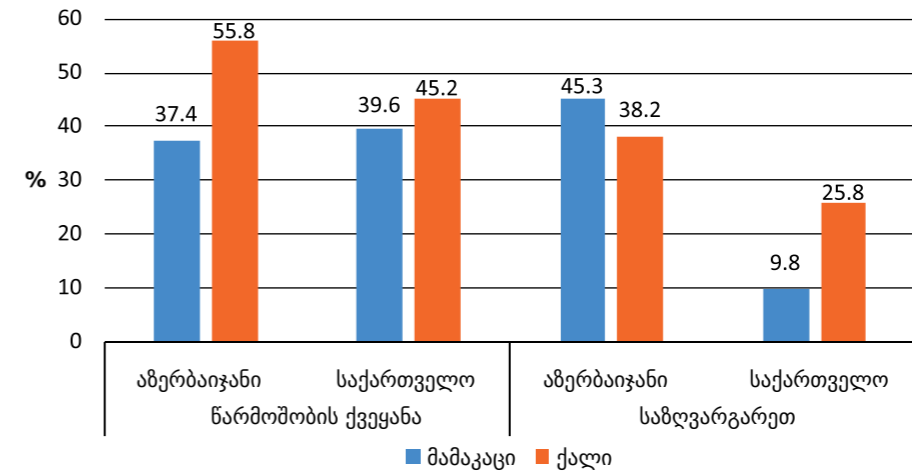
საქართველოში, აზერბაიჯანთან შედარებით, მიგრანტი მამაკაცებისა და ქალების ოდნავ მეტი რაოდენობა აღნიშნავს, რომ მათ აუღეს ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით ბოლო 2 წლის განმავლობაში. როგორც აზერბაიჯანში, ასევე საქართველოში, მამაკაცების უფრო მეტი რაოდენობა (ქალებთან შედარებით) ადასტურებს, რომ მათ ჩუქურთმის გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით; ასევე, რომ მათ ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ (ბოლო 5 წლის განმავლობაში), რის გამოც მათ ჩაიტარეს მკურნალობის სულ მცირე 6-თვიანი კურსი (დიაგრამა 13).

დიაგრამა 13. ტუბერკულოზის სკრინინგი და მკურნალობა მამაკაც და ქალ მიგრანტებში, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



ქალი მიგრანტების მეტი წილი აზერბაიჯანსა და საქართველოში, მამაკაცებთან შედარებით, ადასტურებს, რომ იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში (დიაგრამა 14). თუმცა, აზერბაიჯანში უფრო მეტმა მამაკაცმა მიგრანტმა, ხოლო საქართველოში უფრო მეტმა ქალმა მიგრანტმა დაადასტურა, რომ იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან საზღვარგარეთ.

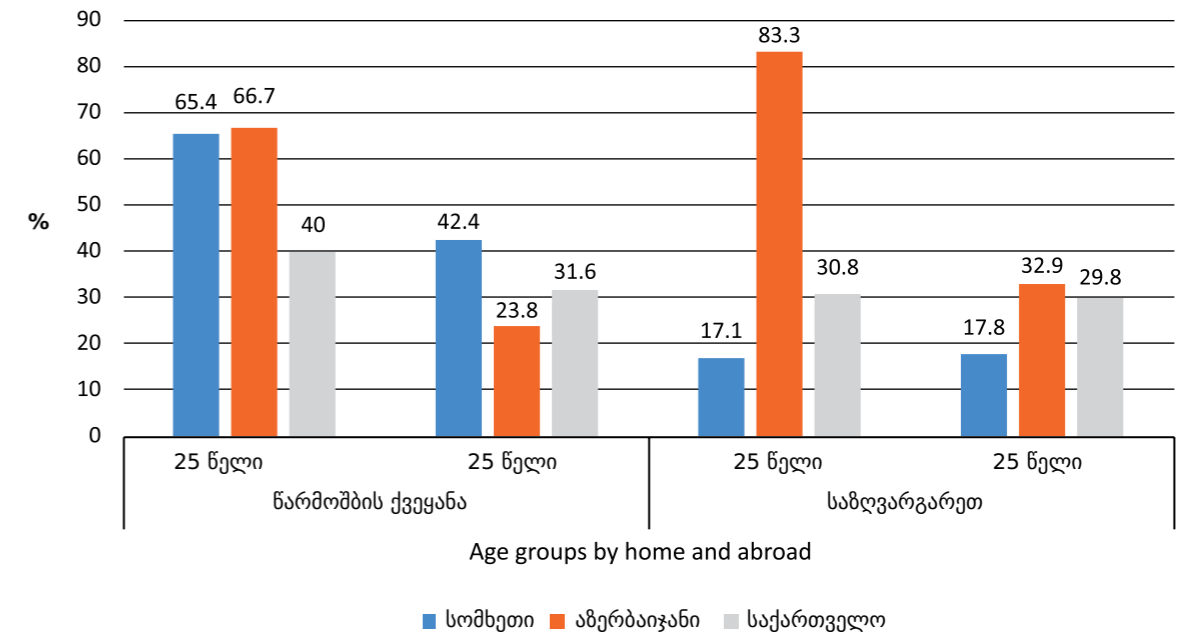
დიაგრამა 14. ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ბოლო ვიზიტის შეფასება მამაკაცი და ქალი მიგრანტების მიერ, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



კვლევის შედეგები რესკონდენტთა ასაკის მიხედვით

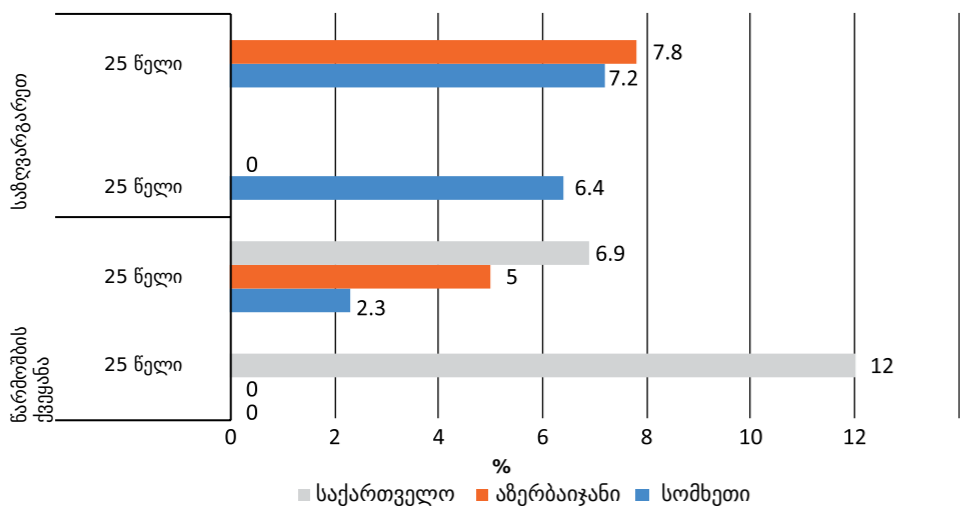
ქვემოთ მოცემულია აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში მოპოვებული მონაცემები ასაკობრივი ჯგუფების (<25 წელი, ≥ 25 წელი) მიხედვით. აღნიშნული მონაცემები სრულად მოცემულია დანართში I. ახალგაზრდა მიგრანტების (<25 წელი) უფრო მეტი რაოდენობა (67% აზერბაიჯანში, 40% საქართველოში და 65% სომხეთში), უფროსი ასაკის მიგრანტებთან შედარებით აღნიშნავს, რომ ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი წარმოშობის ქვეყანაში (დიაგრამა 15). ახალგაზრდა და უფროსი ასაკის მიგრანტების ანალოგიური რაოდენობა (30%-მდე საქართველოში და 17% სომხეთში) აღნიშნავს, რომ ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი საზღვარგარეთ. აზერბაიჯანში ახალგაზრდა მიგრანტთა 83% და უფროსი ასაკის მიგრანტთა 33% აღნიშნავს, რომ ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი საზღვარგარეთ.

დიაგრამა 15. დაუცველი სქესობრივი კავშირი მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, 2018



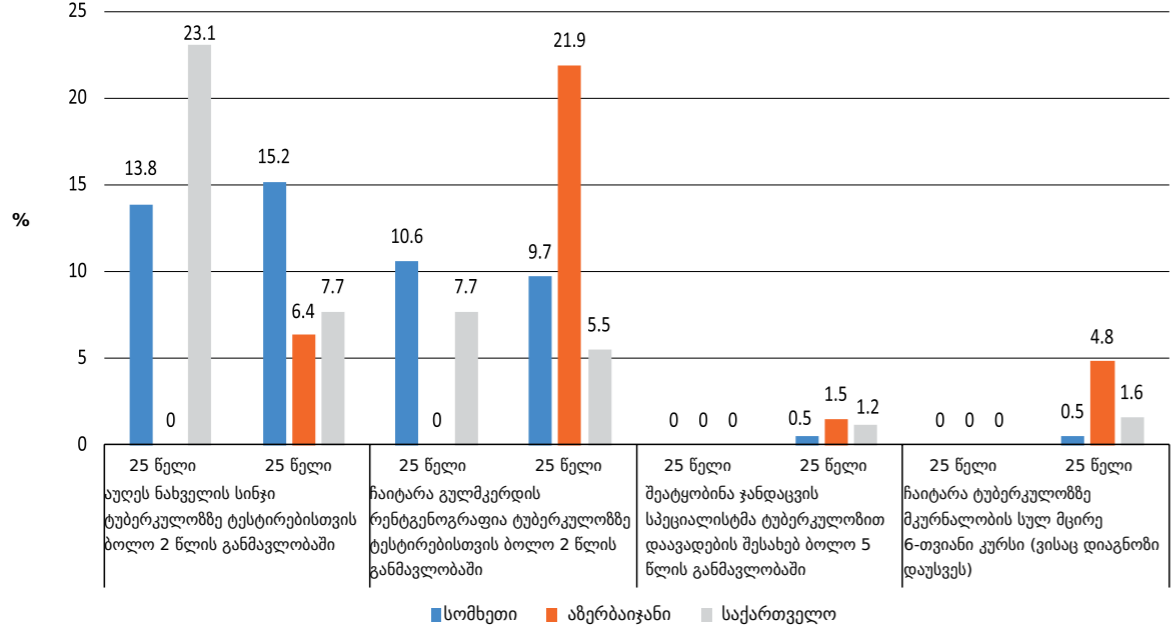
აზერბაიჯანში 25 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფიდან არც ერთ მიგრანტს არ ჩაუტარებია აივ-ტესტირება ბოლო 12 თვის განმავლობაში და აღნიშნული ასაკობრივი ჯგუფის და უფროსი ასაკის წარმომადგენელთა მხოლოდ 8% ადასტურებს, რომ ჩაიტარა აივ-ტესტირება და აიღო ტესტის პასუხი წარმოშობის ქვეყანაში, ხოლო 7% აღნიშნავს ჩატარებული პროცედურის და ტესტის პასუხის მიღების ფაქტს საზღვარგარეთ (დიაგრამა 16). საქართველოში, 25 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელ მიგრანტთა მეტი ნაწილი (12%) აღნიშნავს, რომ ჩატარებული აქვს აივ-ტესტირება და მიღებული აქვს ტესტის პასუხი წარმოშობის ქვეყანაში, 25 წლის და უფროსი ასაკის წარმომადგენლებთან შედარებით (7%). სომხეთში, 25 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელთა 7.2% და 25 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელთა 6.4% აღნიშნავს, რომ ჩაიტარა აივ-ტესტირება და მიიღო ტესტის პასუხები ბოლო 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ. 25 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელთა მხოლოდ 2.3% ადასტურებს აღნიშნული პროცედურების ჩატარებას საზღვარგარეთ.

დიაგრამა 16. მონაცემები მიგრანტების შესახებ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, რომლებმაც ჩაიტარეს აივ-ტესტირება და მიიღეს ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, 2018



საქართველოში, აზერბაიჯანთან და სომხეთთან შედარებით, გამოვლინდა ყველაზე მეტი წილი მიგრანტებისა 25 წელზე ქვემოთ, ხოლო სომხეთში (შესაბამისად, აზერბაიჯანსა და საქართველოსთან შედარებით) ყველაზე მეტი წილი მიგრანტებისა 25 წელზე ზემოთ, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ ჩაბარებული აქვთ ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით ბოლო 2 წლის განმავლობაში (დიაგრამა 17). მიგრანტთა 11% სომხეთში (ყველაზე მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი დანარჩენ ქვეყნებთან შედარებით) 25 წელზე ქვემოთ და მიგრანტთა 22% აზერბაიჯანში 25 წელზე ზემოთ აცხადებს, რომ ჩატარებული აქვს გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით ბოლო 2 წლის განმავლობაში. საქართველოში 25 წელზე ქვემოთ მიგრანტები, რომლებმაც აიღეს ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ბოლო 2 წლის განმავლობაში, არ გამოვლენილან. ასევე არ გამოვლენილან არც ერთ ქვეყანაში მიგრანტები 25 წელზე ქვემოთ, რომელთაც ბოლო 5 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა, რომ ისინი იყვნენ დაავადებული ტურბეკულოზით და რომლებმაც, შესაბამისად, ჩაიტარეს 6-თვიანი მკურნალობა. 25 წლის და მეტი ასაკის მიგრანტთა მცირე რაოდენობამ აღნიშნა, რომ გასული 5 წლის განმავლობაში მათ ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ; 25 წლის და მეტი ასაკის მიგრანტთა 5%-მა აღნიშნა, რომ მათ ჩაიტარეს სულ მცირე 6-თვიანი მკურნალობა ტუბერკულოზზე.

დიაგრამა 17. ტუბერკულოზის სკრინინგი და მკურნალობა მიგრანტებში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, აზერბაიჯანი და საქართველო, 2018



უმეტესობა შრომითი მიგრანტებისა, რომლებიც გამოიკითხნენ რაოდენობრივი კვლევის მიზნით აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში, არიან დაქორწინებულნი და წარმოადგენენ საშუალო განათლების მქონე, 25-დან 45 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს. მათი უმრავლესობა იყო დასაქმებული საზღვარგარეთ საშუალოდ 4.9-8.7 თვის განმავლობაში და ისინი წარმოადგენენ მოქალაქეებს იმ ქვეყნებისა, სადაც ჩატარდა ინტერვიუ. თვისებრივი კვლევის მიზნით, ქვეყანაში შემსვლელი და გამსვლელი მამაკაცი და ქალი მიგრანტები (აზერბაიჯანსა და საქართველოში), განურჩევლად მიგრაციის მიზნისა, გამოიკითხნენ სწრაფი შეფასების მეთოდის გამოყენებით, ნახევრად სტრუქტურული ინტერვიუს მეშვეობით, რომელიც გულისხმობდა დისკუსიას ფოკუსჯგუფებში. სომხეთში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები მხოლოდ ქვეყნიდან გამსვლელ მამაკაც შრომით მიგრანტებში.

ქვემოთ მოცემულია აივ-ინფექციასთან და ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ცოდნის, აივ და ტუბერკულოზზე სკრინინგისა და მკურნალობის, ჯანმრთელობის ცენტრებში მიგრანტებზე მორგებული პროგრამების დაფარვის არეალის, ისევე როგორც აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების, აივ-ისა და სხვა ინფექციური დაავადებების პრევალენტობის შესახებ გამოვლენილი, ძირითადი თვისებრივი და რაოდენობრივი მიგნებების სიღრმისეული ანალიზი.

არასაკმარისი ცოდნა ტუბერკულოზის რისკების, სკრინინგისა და მკურნალობის შესახებ მიგრანტებში

თვისებრივი კვლევის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ მიგრანტების უმრავლესობა არ არის ინფორმირებული ტუბერკულოზთან დაკავშირებული რისკების, დაავადების სკრინინგისა და მკურნალობის სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების შესახებ; ბევრ მათგანს მიაჩნია, რომ არ ემუქრება ტუბერკულოზით დაავადების არავითარი რისკი და სკრინინგის სამსახურს მიმართავს მხოლოდ ექიმის რეკომენდაციის, მძიმედ ავად გახდომის ან ოფიციალური სტრუქტურების მიერ სკრინინგის სავალდებულოდ მოთხოვნის შემთხვევაში. ტუბერკულოზის რისკების, სიმპტომების, გადაცემისა და მკურნალობის შესახებ არასაკმარისი ცოდნა შესაძლოა ნეგატიურად აისახოს მიგრანტთა მიერ ტუბერკულოზის გამოვლენა-მკურნალობისკენ მიმართულ ქცევაზე²⁰. რაოდენობრივი კვლევები აჩვენებს, რომ მიგრანტთა მხოლოდ მცირე რაოდენობამ აიღო ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით (≤15%) ან ჩაიტარა გულმკერდის რენტგენოგრაფია ბოლო 2 წლის განმავლობაში (12% აზერბაიჯანში, 6% საქართველოში და 10% სომხეთში). ბოლო 5 წლის განმავლობაში მიგრანტთა 5%-ს აზერბაიჯანში, 1%-ს საქართველოში და 0.5%-ს სომხეთში ჯანდაცვის სპეციალისტმა შეატყობინა, რომ ისინი იყვნენ ტუბერკულოზით ავად. აზერბაიჯანსა და საქართველოში უფრო მეტი მამაკაცს დაუსვეს ტუბერკულოზის დიაგნოზი, ვიდრე ქალს. ეს მაჩვენებლები დამაფიქრებელია იმ სტატისტიკური მონაცემების ფონზე, რომლებიც ასახავს თითოეულ ქვეყანაში ტუბერკულოზით დიაგნოსტირებულთა რაოდენობას ყოველწლიურად. მიუხედავად იმისა, რომ მიგრანტების უმრავლესობა

20 ბ. აბარკა ტომასი და ავტორთა ჯგუფი. ტუბერკულოზი მიგრანტ მოსახლეობაში: კვლევითი ლიტერატურის სისტემური მიმოხილვა, PLoS One, 8(12):e82440 (2013). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24349284

აზერბაიჯანში, ისევე როგორც ყველა მიგრანტი საქართველოსა და სომხეთში (რომლებსაც დაუდგინდათ ტუბერკულოზი), ადასტურებს, რომ მათ ჩაიტარეს სულ მცირე 6-თვიანი მკურნალობა, არცთუ იშვიათია შემთხვევები, როდესაც ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები, განსაკუთრებით კი მობილური მოსახლეობის წარმომადგენლები, წყვეტენ მკურნალობას ან არ ასრულებენ მას. მოცემული კვლევა არ მოიცავდა ტუბერკულოზზე სკრინინგს, ამდენად, რეკომენდებულია სკრინინგის შეტანა მომავალ კვლევებში.

მიგნებები ნათელყოფს, რომ აუცილებელია ტუბერკულოზის რისკების შესახებ ინფორმირებულობის ზრდა და სკრინინგის სერვისების გაფართოება საკვლევ ქვეყნებში. განსაკუთრებით ეს ეხება აზერბაიჯანსა და სომხეთს, სადაც არაერთმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ მათ საერთოდ არ იციან ტუბერკულოზზე სკრინინგის სერვისების არსებობის შესახებ თავიანთ ქვეყნებში. ამასთან, ზოგმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ მკურნალობის ხარჯი მათთვის წარმოადგენს ბარიერს სკრინინგის ჩასატარებლად.

ქვეყნებმა უნდა უზრუნველყონ მიგრანტების ინფორმირებულობა ტუბერკულოზის სერვისების შესახებ და შეიმუშაონ აუცილებელი ზომები იმისთვის, რომ ტუბერკულოზზე სკრინინგი და მისი მკურნალობა იყოს უფასოდ ხელმისაწვდომი.

არასაკმარისი ცოდნა აივ-ინფექციის რისკების შესახებ მიგრანტებში

თვისებრივი კვლევის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ მიგრანტების უმრავლესობა არ არის ინფორმირებული აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ და ბევრ მათგანს მიაჩნია, რომ არ ემუქრება აივ-ინფიცირების არავითარი რისკი. სომხეთში ალბათური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით მამაკაც შრომით მიგრანტებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ქალაქად მცხოვრებ მიგრანტთა 75% და სოფლად მცხოვრებ მიგრანტთა 81% არ მიიჩნევს საკუთარ თავს აივ-ინფექციით დაავადების რისკის ქვეშ მყოფად^{21,22}, მიუხედავად იმისა, რომ მიგრანტთა უმრავლესობა დაქორწინებულია, ბევრმა მათგანმა აღნიშნა, რომ ჰქონდათ დაუცველი სქესობრივი კავშირი როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ ყოფნისას; განსაკუთრებით ეს ეხება აზერბაიჯანსა და საქართველოში მყოფ მამაკაც მიგრანტებს. კონდომის არათანმიმდევრული გამოყენების და სხვადასხვა პარტნიორთან სქესობრივი კავშირის დამყარების ფაქტები შრომით მიგრანტებში გამოვლინდა მიგრანტებზე ფოკუსირებული სხვა კვლევებითაც.^{23,24} თუმცა, წინამდებარე კვლევისას არ დადგენილა, ჰქონდათ თუ არა მიგრანტებს დაუცველი სქესობრივი კავშირი მხოლოდ სტაბილურ (და შესაძლოა, კანონიერ) პარტნიორთან და შესაბამისად, აივ-ინფექციის რისკი ამ კონტექსტში შესაძლოა, არც არსებობს. ალბათური შერჩევის გამოყენებით სოფლად და ქალაქად მცხოვრებ მამაკაც შრომით მიგრანტებში ჩატარებულმა უახლესმა კვლევებმა სომხეთში აჩვენა, რომ კონდომის გამოყენების სიხშირე დამოკიდებულია პარტნიორის ტიპზე: კონდომის გამოყენების ყველაზე დაბალი

მაჩვენებელი გამოვლინდა რეგულარული პარტნიორების შემთხვევაში (სოფლად: 8%; ქალაქად: 18%), ხოლო ყველაზე მაღალი - სექსუალურ კავშირის შემთხვევაში (სოფლად: 85%; ქალაქად: 95%); მაშინ როდესაც კონდომის გამოყენების მაჩვენებელი შემთხვევით პარტნიორებთან დაახლოებით 70%-ია.²⁵ სამომავლოდ, კვლევებში უნდა ჩაიდოს კითხვები მიგრანტების სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობისა და ტიპის შესახებ, რათა უკეთ იქნეს შესწავლილი დაუცველ სექსთან დაკავშირებული რისკები. თუმცა, მიუხედავად აღნიშნულისა, კვლევების შედეგად გამოვლენილი, აივ-ინფექციის შედარებით მაღალი პრევალენტობა მიგრანტებში ნათელყოფს, რომ საკვლევმა ქვეყნებმა კონკრეტული ზომები უნდა მიიღონ აივ-ინფექციის რისკების შესახებ ინფორმირებულობის ზრდისთვის.

არასაკმარისი ცოდნა აივ-ტესტირების სერვისების შესახებ მიგრანტებში

სამივე ქვეყანაში მიგრანტების უფრო მეტი ნაწილი აღნიშნავს, რომ იცის, სად უნდა ჩაიტაროს აივ-ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში და ნაკლებად არის ინფორმირებული ანალოგიური სერვისების არსებობის და ხელმისაწვდომობის შესახებ საზღვარგარეთ. აღნიშნული ეხება როგორც ქვეყანაში შემსვლელ, ასევე ქვეყნიდან გამსვლელ მიგრანტებს (28% და 31% აზერბაიჯანში, 27% და 42% საქართველოში), როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს. აღნიშნული დასტურდება აგრეთვე 2018 წელს სომხეთში, ალბათური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით, სოფლად მცხოვრებ მამაკაც შრომით მიგრანტებში ჩატარებული კვლევით²⁶. ასევე, უფრო მეტმა მიგრანტმა იცის, თუ სად ჩაიტაროს აივ-ტესტირება, ხოლო უფრო ნაკლები რაოდენობაა ინფორმირებული ტუბერკულოზზე სკრინინგის სერვისების შესახებ. თუმცა, მიუხედავად ამისა, შეიძლება თამამად ითქვას, რომ აუცილებელია კონკრეტული ზომების გატარება მიგრანტთა ინფორმირებულობის ზრდის მიზნით აივ-ტესტირების და სხვა სერვისების ხელმისაწვდომობის შესახებ როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ.

სტიგმა, როგორც აივ-ტესტირების პოტენციური ბარიერი მიგრანტებში

იმის გათვალისწინებით, რომ თვისებრივმა კვლევამ გამოავლინა, რომ სტიგმა წარმოადგენს აივ-ტესტირების ბარიერს, აუცილებელია შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებებში დაცულ იქნეს კონფიდენციალობის პრინციპი. სამედიცინო პერსონალს გავლილი უნდა ჰქონდეს შესაბამისი ტრენინგი; აცნობიერებდეს საკუთარ და კოლეგების შესაძლო სტიგმას და შეეძლოს მიგრანტთა კონკრეტულ საჭიროებებზე რეაგირება. სტიგმა ჩვეულებრივი მოვლენაა მიგრანტ მოსახლეობაში, ისევე როგორც მოსახლეობის სხვა მიზნობრივ ჯგუფებში, რომლებშიც აივ-ინფექციით დაავადების რისკი შედარებით მაღალია.²⁷ მიგრანტ-

21 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევაზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სეზონურ მიგრანტებში სომხეთში, 2016. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი, სომხეთი.

22 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევაზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სეზონურ მიგრანტებში სომხეთში, 2018. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი, სომხეთი.

23 ი. ამირხანიანი, ა. კუზნეცოვა, ი. კელი, ვ. დიფრანჩესკო, ვ. მუსათოვი, ნ. ავსუკევიჩი, ა. ჩაიკა, ტ. მაკაულიფე, “მამაკაცი შრომითი მიგრანტები რუსეთში: აივ-ის კუთხით სარისკო ქცევის დონე, კონტექსტუალური ფაქტორები და პრევენციის საჭიროებები”, 13(5):919-928, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690041

24 ს. ვეინე და ა. კაშუბა, „შრომითი მიგრაცია და აივ-ინფექციის რისკი: ლიტერატურის სისტემური მიმოხილვა“, შიდსი და ქცევის მოდელი, 16(6):1605-1621, 2012. მობილობა, სექსუალობა და შიდსი, ლონდონი / ნიუ-იორკი, 2010.

25 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევაზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სეზონურ მიგრანტებში სომხეთში, 2016. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი.

26 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქცევაზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სეზონურ მიგრანტებში სომხეთში 2018. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი, სომხეთი.

27 ნულოვანი დისკრიმინაცია სამედიცინო დაწესებულებებში, UNAIDS/PCB (41)/17.27, ჟენევა, 2017. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171129_UNAIDS_PCB41_Zero_discrimination-health-care-set-tings_17.27_EN.pdf

ბში სტიგმის უფრო სიღრმისეული კვლევა, შესაბამის თეორიულ ჩარჩოზე დაყრდნობით, არსებით მნიშვნელობას ატარებს სრული და სწორი წარმოდგენის შესაქმნელად მასთან გამკლავების მიზნით.^{28,29} ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და აზერბაიჯანის აივ/შიდსის 2014 წლის ეროვნული სტრატეგიის დოკუმენტებში, ისევე როგორც გლობალური ფონდის 2017 წლის მოთხოვნაში აივ-ინფექციის მიმართულებით ფინანსირების გამოყოფის შესახებ, არ არის გათვალისწინებული სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შეფასებაზე მიმართული არავითარი კონკრეტული აქტივობა.^{30,31,32} ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა ზომებს მიმართავს სომხეთი სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირების მიზნით სამედიცინო დაწესებულებებში, ვერ იქნა მოპოვებული.

ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ; მომსახურების ხარისხი წარმოშობის ქვეყანაში

ზოგადად, მიგრანტებმა აღნიშნეს ჯანდაცვის სერვისებზე ადვილი ხელმისაწვდომობის შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში, განსაკუთრებით, აზერბაიჯანში (100%; 74% საქართველოში და 89% სომხეთში). საზღვარგარეთ ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა ასევე მაღალი იყო აზერბაიჯანელი მიგრანტების შემთხვევაში, მაგრამ გაცილებით ნაკლები სომეხი მიგრანტების შემთხვევაში (54%). მიუხედავად ზოგადად ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის სიმარტივისა, მიგრანტთა მხოლოდ 43% საქართველოში და 37% სომხეთში ადასტურებს, რომ იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან გასული წლის განმავლობაში წარმოშობის ქვეყანაში (პროცენტულობა უფრო მაღალია ქალების შემთხვევაში მამაკაცებთან შედარებით აზერბაიჯანსა და საქართველოში). მიგრანტთა 44% აზერბაიჯანში და მხოლოდ 14% სომხეთში ადასტურებს, რომ იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან გასული წლის განმავლობაში საზღვარგარეთ. მიგრანტთა ნაწილმა (განსაკუთრებით აზერბაიჯანში და სომხეთში) აღნიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურება უკეთესია წარმოშობის ქვეყანაში. საზღვარგარეთ ჯანდაცვის სერვისებში დაბალი მიმართვიანობის მიზეზებად დასახელდა ენის ბარიერი, აივ-დადებითი სტატუსის ან ტუბერკულოზის ინფექციის დადგენის შიში (მომდევნო ნაბიჯების დაგეგმვის აუცილებლობის გამო) და სამედიცინო პერსონალის ცუდი მოპყრობა - ყველა ეს მიზეზი არცთუ იშვიათია მიგრანტების შემთხვევაში საზღვარგარეთ ყოფნისას^{33,34}. რაოდენობრივი კვლევები აჩვენებს, რომ მიგრანტების დიდი ნაწილი აძლევს შეფასებას „კარგი“ ან „ძალიან კარგი“ მომსახურებას, რომელიც მათ მიიღეს სამედიცინო

დაწესებულებაში ვიზიტისას წარმოშობის ქვეყანაში (აზერბაიჯანი); ხოლო საქართველოსა და სომხეთში მიღებულ სამედიცინო მომსახურებას მიგრანტები აძლევენ შეფასებას „კარგი“. აღნიშნული მიგნებები ადასტურებს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მიგრანტები ხშირად არ მიმართავენ ჯანდაცვის სერვისებს (ძირითადად მიმართვის მიზეზი ჯანმრთელობის პრობლემაა, როგორც აღნიშნულია თვისებრივ კვლევაში), ისინი ძირითადად კმაყოფილნი არიან ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხით წარმოშობის ქვეყანაში.

კონდომების დაბალი გავრცელების არეალი მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ

სამივე ქვეყანაში მიგრანტთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა აღნიშნა, რომ მათ დაურიგდათ კონდომები გასული 12 თვის განმავლობაში ჯანდაცვის მუშაკის ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ წარმოშობის ქვეყანაში ან საზღვარგარეთ. ეს შეიძლება მიანიშნებდეს იმას, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციებს არ აქვთ კონდომების დარიგების პროგრამები, რომლებშიც გათვალისწინებულია შრომითი მიგრანტები; ან შრომითი მიგრანტები კონდომებს სხვა წყაროდან იღებენ (თუ საერთოდ იყენებენ). იმის გათვალისწინებით, რომ მიგრანტების მიერ კონდომის გამოყენების სიხშირე არათანმიმდევრულია, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ისინი ფართოდ ხელმისაწვდომია; და შედეგად, მეტი კვლევა საჭირო, თუ რამდენად აუცილებელია არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ განხორციელებულ, კონდომების დარიგების პროგრამებში შრომით მიგრანტების გათვალისწინება.

აივ-ინფექციის გაზრდილი მაჩვენებელი მიგრანტებში

იმის გათვალისწინებით, რომ აივ-ინფექციის პრევალენტობა მთლიან მოსახლეობაში მხოლოდ 0.1%-ია აზერბაიჯანში, 0.4% საქართველოში და 0.2% სომხეთში³⁵, დამაფიქრებელია წინამდებარე კვლევის შედეგები, რომელთა მიხედვითაც მიგრანტებში აივ-ინფექციის პრევალენტობა შეადგენს 1.0%-ს აზერბაიჯანში, 0.6%-ს საქართველოში და 0.5%-ს სომხეთში. ასე მაგალითად, წინამდებარე კვლევასა და სომხეთში ქალაქად მცხოვრები მამაკაცი შრომითი მიგრანტების პოპულაციის ზომის შეფასებაზე დაყრდნობით, აივ-ინფექციის პრევალენტობამ შეადგინა 1.2%, 68.500 მოსახლეზე გადათვლით, რაც ნიშნავს, რომ ქალაქად მცხოვრები 822 მიგრანტი შეიძლება იყოს აივ-ინფექციის მატარებელი სომხეთში (რაც შეადგენს 2016 წელს აივ-ინფექციის მატარებელი 3,300 პირის 25%-ს)³⁶. აზერბაიჯანსა და საქართველოში ალბათური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით მიგრანტების მკაფიოდ განსაზღვრული ჯგუფის კვლევისას შესაძლებელი იქნებოდა აივ-ინფექციის პრევალენტობაზე უფრო მეტი სიზუსტით მსჯელობა. მაგრამ მიგრანტები არ არიან მოხსენიებული, როგორც პრიორიტეტული ჯგუფი საქართველოს აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში, თუმცა იქვე ნახსენებია „აივ-ინფექციაზე მონყვლადობის ბაზისური კვლევის“ ჩატარების მიზანშეწონილობის შესახებ 2018 წლამდე³⁷. ფაქტობრივად, მიგრანტები არ არიან ნახსენები ელექტრონულად ხელმისაწვდომ არც ერთ ოფიციალურ ეროვნულ

28 ბ. მეიერსონი, პ. ბარნესი, რ. ემეტუ, მ. ბელი, ა. ომიტი და ა. გილესპი, „აივ-ტესტირების ინსტიტუციური და სტრუქტურული ბარიერები: თეორიული ჩარჩოს ელემენტები“, შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა და გადამდები დაავადებები, 28(1):22-27, 2014. www.liebertpub.com/doi/10.1089/apc.2013.0238

29 ს. ბლონდელი, ბ. კიტერი, მ. გრიფინი და ჯ. დურჰამი, „აივ-ტესტირების ბარიერები და ხელშეწყობილი ფაქტორები მიგრანტებში მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში: სისტემატური მიმოხილვა“, შიდსი და ქვევის მოდელი, 19(11):2012-2024, 2015. <http://link.springer.com/10.1007/s10461-015-1095-x>

30 საქართველოს აივ/შიდსთან ბრძოლის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა 2016-2018; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. <http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/HIV-NSP-2016-20181.pdf>

31 ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი - აზერბაიჯანი, 2017. შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?k=d869de58-2087-4633-a77f-5334f16159f2&loc=AZE

32 აივ-პროგრამის მიმოხილვა აზერბაიჯანში, ჯანმო-ს ევროპის რეგიონული ოფისი, კოპენჰაგენი, 2014. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/308000/Review-HIV-Programme-Azerbaijan-mission-report.pdf?ua=1

33 ჯანმო, 2017.

34 პ. დჰავანი, პ. დიასი, ჯ. კრესველი, დ. ვილი „ტუბერკულოზისა და მიგრაციის მიმოხილვა“, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა საერთაშორისო სამედიცინო ჟურნალი, 21(6):610-23, 2017. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.16.0917>

35 შიდსის მონაცემები ქვეყნების მიხედვით; UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/azerbaijan> <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/georgia> <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/armenia>

36 ბიოლოგიური ფაქტორებისა და ქვეყანაზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრებ მამაკაც შრომით სემონურ მიგრანტებში სომხეთში, 2018. შიდსის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, ერევანი, სომხეთი.

37 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი.

დოკუმენტში, რომლებიც აივ/შიდსთან ბრძოლის მიზნით შემუშავდა^{38,39}. მიუხედავად იმისა, რომ წინამდებარე კვლევების მიმდინარეობისას მიგრანტების სკრინინგი ტუბერკულოზზე არ ჩატარებულა, მათი ნაწილი აღნიშნავს ტუბერკულოზის ისეთი ტიპური სიმპტომების არსებობას და იმგვარ საცხოვრებელ/სამუშაო პირობებში ყოფნას, რაც შეიძლება ხელს უწყობდეს ტუბერკულოზის ინფექციის განვითარებას (აზერბაიჯანელი მიგრანტების 44% წარმოშობის ქვეყანაში, ხოლო 29% საზღვარგარეთ აღნიშნავს, რომ ცხოვრობს უკიდურეს სიმჭიდროვეში, 37% სომხეთში აღნიშნავს ასეთივე პირობების შესახებ წარმოშობის ქვეყანაში, ხოლო მათი 24% აღნიშნავს იგივეს საზღვარგარეთ ყოფნისას; ამასთან, სომეხ მიგრანტთა 24% აღნიშნავს გაუნიავებელ შენობებში მუშაობის ფაქტებს საზღვარგარეთ).

38 ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი - აზერბაიჯანი, 2017. შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?k=d869de58-2087-4633-a77f-5334f16159f2&loc=AZE
39 ჯანმო, 2014.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, სამხრეთ კავკასიის ქვეყნების შესაბამისი სტრუქტურებისთვის შემუშავდა შემდეგი რეკომენდაციები:

ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურებზე წვდომის გაუმჯობესება ქვეყნებში შემსვლელ და გამსვლელ მიგრანტებში ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე

- მუშაობის წარმართვა როგორც რეგიონში, ასევე დანიშნულების ქვეყნებთან, რათა მოხდეს კროსსექტორული მიდგომისა და ტრანსნაციონალური თანამშრომლობის ასახვა (“მეინსტრუქტინგი”) მიგრანტებზე მორგებულ ჯანდაცვის სერვისებში, რომლებშიც უნდა ინტეგრირდეს თარჯიმნებისა და სამედიცინო სოციალური მუშაკების მომსახურება, ხოლო ჯანდაცვის პერსონალი იყოს სათანადოდ ინფორმირებული და მიმღებლური⁴⁰.
- აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის სამსახურების გაფართოება და უფასო დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისების განვითარება ქვეყანაში შემსვლელი და ქვეყნიდან გამსვლელი მიგრანტი მოსახლეობისთვის.
 - საინფორმაციო ბროშურების შემუშავება, სადაც მოცემული იქნება ინფორმაცია უფასო სერვისების შესახებ აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე ტესტირებისთვის მიმღებ ქვეყნებში და ზოგადად, არსებული უფასო სამედიცინო სერვისების შესახებ ამ ქვეყნებში.
 - სოციალური საინფორმაციო კამპანიების შემუშავება, რომლებიც პოპულარიზებას გაუწევს ნებაყოფლობით აივ-ტესტირებასა და ტუბერკულოზზე სკრინინგს და კონსულტირებას მიგრანტებში, რაც მათ საშუალებას მისცემს, თავად მოახდინონ საკუთარი რისკების შეფასება და აწარმოონ შეუფერხებელი კომუნიკაცია, კონფიდენციალობის პირობების დაცვით, შესაბამისი უნარ-ჩვევების და ცოდნის მქონე პერსონალთან, რათა, სურვილის შემთხვევაში, მიიღონ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება საზღვარგარეთ ყოფნისას ან წარმოშობის ქვეყანაში დაბრუნების შემდგომ.
- რეგულაციების შემუშავება აივ-ტესტირებასა და ტუბერკულოზზე ნებაყოფლობითი სკრინინგის, კონსულტირების და შესაბამისად გადამისამართების ხელშეწყობის მიზნით (აუცილებელი კონფიდენციალობის დაცვით) დაბრუნებული შრომითი მიგრანტებისთვის, მოკლევადიანი სემონური მიგრანტების ჩათვლით, მათ შორის, ძირითადი სასაზღვრო გამშვები პუნქტების სიახლოვეს და მობილური სამედიცინო კლინიკების მეშვეობით იმ ლოკაციებში, სადაც მიგრანტები, დიდი ალბათობით, სახლობენ.
- მობილური ცენტრების ამუშავება აივ-ტესტირებისა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის სერვისების მიწოდების მიზნით მიგრანტებისთვის, სადაც ისინი დიდი ალბათობით, არიან განთავსებული, რაც ხელს შეუწყობს აღნიშნული სერვისების ეფექტურად ამოქმედებას და სტიგმის შემცირებას.

40 დჰავენი და ავტორთა ჯგუფი, 2017.

აივ-ტესტირების და ტუბერკულოზზე სკრინინგის წახალისება მიგრანტებში

- სტიგმისა და დისკრიმინაციის ხარისხის გაზომვა სამედიცინო დაწესებულებებში, მიგრანტებზე მორგებული სკრინინგის, ტესტირებისა და მკურნალობის დაწესებულების; მულტიდისციპლინარული გუნდების შესაძლებლობების ზრდის და აივ-თან და ტუბერკულოზთან დაკავშირებული საზოგადოებრივი სტიგმის შემცირებისკენ მიმართული სოციალური მედია კამპანიების ორგანიზების მიზნით.
- სერვისპროვაიდერების მიერ ინიცირებული აივ-ტესტირებისა და კონსულტირების⁴¹ და ტუბერკულოზზე სკრინინგის⁴² მხარდაჭერა მაღალი რისკ-ჯგუფის მიგრანტებში - იმის გათვალისწინებით, რომ ბევრი მიგრანტი არ მიაკუთვნებს საკუთარ თავს აღნიშნულ ჯგუფს.

აივ-ისა და ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის გაზრდა მიგრანტებსა და ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებში მიგრაციის კონტექსტში

- აივ-ისა და ტუბერკულოზის ნიშნების, სიმპტომების, გადაცემის გზების, პრევენციისა და რისკების შესახებ ცოდნისა და ინფორმირებულობის ზრდა.
- ჯანმრთელობის დაცვაზე ფოკუსირებული საინფორმაციო კამპანიების უწყვეტობის უზრუნველყოფა ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე.
- საინფორმაციო პორტალის შემუშავება შრომითი მიგრანტებისთვის, სადაც მოცემული იქნება ინფორმაცია მათი დანიშნულების ქვეყნებში არსებული შრომითი მიგრაციის კანონმდებლობის, საზღვარგარეთ მიგრანტთა უფლებების და ასევე, აივ-ისა და ტუბერკულოზის ტესტირების, მოვლისა და მკურნალობის სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ; დაბოლოს, ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ სად და როგორ შეუძლიათ მიგრანტებს ამ სერვისებით სარგებლობა წარმოშობისა და დანიშნულების ქვეყნებში.

ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, მოვლა და მკურნალობა, განსაკუთრებული აქცენტით რთულად ხელმისაწვდომი და მარგინალიზებული მოსახლეობის მონაცვლადობაზე, მათ ჩართულობასა და სრულად მოცვაზე

- ეფექტური სტრატეგიების შემუშავება ტუბერკულოზის შემთხვევათა წარმატებულად გამოსავლენად.
- ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ხარისხის გაუმჯობესება, მკურნალობაზე დამყოლობის და უწყვეტობის უზრუნველყოფით, რათა ხელი შეეწყოს პაციენტის საჭიროებებზე მორგებული მხარდაჭერის ზომების განხორციელებას, განსაკუთრებით

მაღალი რისკის მქონე მიგრანტ მოსახლეობაში, რომელსაც შეიძლება ხელი არ მიუწვდებოდეს ხარისხიან მოვლასა და მკურნალობაზე.

- კონსენსუსის მიღწევა ჯანმო-ს ევროპის რეგიონში ტუბერკულოზის კონტროლისა და მოვლის ტრანსნაციონალური ინტერვენციების მინიმალური პაკეტის დასაწესებლად, რაც გულისხმობს ჯანდაცვის სერვისებზე მიგრანტის წვდომას მისი სამართლებრივი სტატუსისგან დამოუკიდებლად და გაძევების დაუშვებლობის პოლიტიკის გატარებას ტუბერკულოზის მკურნალობის ინტენსიური ფაზის დასრულებამდე. ამასთან, აღნიშნული პაკეტი გულისხმობს ონლაინ პლატფორმის შექმნას, რომლის მეშვეობით შესაძლებელი იქნება სხვადასხვა ქვეყნის კლინიკისთვის შორის კომუნიკაციის დამყარება ტუბერკულოზის შემთხვევების ტრანსნაციონალური მართვის მიზნით და აგრეთვე, თანამშრომლობის ხელშეწყობა წარმოშობის, ტრანზიტისა და დანიშნულების ქვეყნების ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამებს შორის (ინფორმაციის გაცვლის გზით პაციენტების კლინიკური მართვის, კონტაქტების შენარჩუნებისა და გადამისამართების საკითხებში.⁴³).

მიგრანტთა ჯანმრთელობის ამსახველი მეტი მტკიცებულებებისა და მონაცემების შეგროვება მიგრანტებზე ფოკუსირებული სტრატეგიების, პოლიტიკისა და პროგრამების შესამუშავებლად, რომლებიც მიგრანტებს აივ/ტუბერკულოზის მართვის ეროვნულ და რეგიონულ დღის წესრიგში აყენებს

- აზერბაიჯანსა და საქართველოში უნდა ჩატარდეს მიგრანტთა კონკრეტული ჯგუფების საბაზისო კვლევები ალბათური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით, რათა მიგნებები იყოს რეპრეზენტატიული. სამომავლოდ, კვლევები უნდა მეტად უნდა ფოკუსირდეს სარისკო ქვეყნების შესწავლაზე, რომელთა გამოსავლენად საჭირო იქნება უფრო ჩაღრმავებული და ყოვლისმომცველი კითხვების დასმა, რათა დადგინდეს აივ-ის და ტუბერკულოზის რისკების მასშტაბი და ურთიერთკავშირი.
- სომხეთში უნდა ჩატარდეს მომდევნო კვლევები (II ტალღა) ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ მიგრანტებში, ალბათური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით, რათა გაიზომოს არსებული ტენდენციები დროში.
- რეკომენდებულია ზოგად ჯანმრთელობაზე ზრუნვისკენ მიმართული ქვეყნის შესწავლა მიგრანტებში, ვინაიდან შეიძლება ისინი არ მიმართავდნენ რუტინულ პრევენციულ სკრინინგს ან მონიტორინგს, რაც შეიძლება ხსნიდეს იმ ფაქტს, თუ რატომ არ ინტერესდებიან მიგრანტები აივ-ტესტირებით ან ტუბერკულოზზე სკრინინგით მანამ, სანამ მძიმედ ავად არ გახდებიან.
- მიგრანტებისთვის პრიორიტეტული მნიშვნელობის მინიჭება აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმებში სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში და მათ ფარგლებს გარეთ.

⁴¹ აივ-ის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, ზრუნვისა და მკურნალობის კონსოლიდირებული გაიდლაინები მოსახლეობის ძირითადი ჯგუფებისთვის. ჯანმო, ვენევა, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=A88CE4E524F403443D341DAD47DB35FC?sequence=1>

⁴² ჯანმო-ს პოლიტიკა ტუბერკულოზსა და აივ-ზე მიმართულ ერთობლივ საქმიანობათა ჭრილში: გაიდლაინები ეროვნული პროგრამების შესამუშავებლად და დაინტერესებული პირებისთვის (ჯანმო, ვენევა, 2012). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44789/9789241503006_eng.pdf;jsessionid=61228D656EA7FC-CDBFEED969DACC8969?sequence=1

⁴³ ტუბერკულოზი და მიგრაცია. ჯანმო, 2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/ares-of-work/vulnerable-populations-risk-factors-and-social-determinants/tb-and-migration>

დანართი A. ჩაღრმავებული ინტერვიუს გზამკვლევი

შენიშვნა: გაითვალისწინეთ, რომ ყველა კითხვა შეიძლება არ იყოს რელევანტური ყველა რესპონდენტისთვის.

თანხმობა: (მიმოიხილეთ თანხმობის ფორმა, უპასუხეთ კითხვებს და დაადასტურეთ თანხმობა რესპონდენტის ხელმოწერით)

როგორც ინტერვიუზე თანხმობის ფორმიდან შეიტყუეთ, ჩვენი მიზანია თქვენგან გავიგოთ მეტი ინფორმაცია აივ-სა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის, ტესტირებისა და მკურნალობის მხრივ მიგრანტთა გამოცდილების შესახებ. უფრო კონკრეტულად, ჩვენ ვცდილობთ უფრო მეტი ინფორმაცია მოვაგროვოთ 18 წლის და მეტი ასაკის მამაკაცების შესახებ, რომლებიც გასული წლის განმავლობაში იყვნენ დასაქმებული საზღვარგარეთ 3 თვით და მეტი ხნით (მაგრამ არა უმეტეს 1 წლისა) და ამჟამად აქ, ამ ქალაქში (სოფელში) ცხოვრობენ. ინტერვიუ დაახლოებით 45 წუთს გაგრძელდება. რაიმე კითხვები ხომ არ გაქვთ, სანამ დავიწყებთ?

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია მოსახლეობის შესახებ

- თქვენი ინფორმაციით, როგორია მიგრანტთა გამოცდილება აივ-სა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის, ტესტირებისა და მკურნალობის კუთხით? როგორ ურთიერთობთ მიგრანტებთან?

ნაწილი 2: აივ-ინფექცია და აივ-სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

2.1 ინტერესი

- თქვენი ინფორმაციით, რამდენად იჩენენ დაინტერესებას და სიფრთხილეს მამაკაცი მიგრანტები აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით? (უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში: რა არის ამის მიზეზი?)

2.2. ტესტირება

- იცით თუ არა დაწესებულება ამ ქალაქში, სადაც მიგრანტებს შეუძლიათ მიმართონ აივ-ტესტირებისთვის? სად მდებარეობს ეს დაწესებულება?
- როგორ შეაფასებდით ამ ჯგუფის სურვილს, ჩაიტარონ აივ-ტესტირება?
- სად უფრო ჩაიტარებენ მიგრანტები აივ-ტესტირებას - წარმოშობის ქვეყანაში თუ საზღვარგარეთ? რატომ?
- თქვენი აზრით, რა ბარიერები ელოდება მიგრანტებს, ჩაიტარონ აივ-ტესტირება?

2.3. აივ-ინფექცია

- როგორ შეაფასებდით აივ-ინფექციის გავრცელების მაჩვენებლებს მამაკაც მიგრანტებში ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით? (თუ გავრცელების მაჩვენებელი მაღალია: რა არის ამის მიზეზი? რა უნდა გაკეთდეს ამ შემთხვევაში?)

2.4. ჯანდაცვის სერვისები

- როგორ ფიქრობთ, მორგებულია თუ არა აივ-ტესტირების სამსახურები მიგრანტების საჭიროებებზე? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“) შემთხვევაში. რა გზით შეიძლება ჯანდაცვის სამსახურების გაუმჯობესება ამ კუთხით?
- რამდენად მორგებულია ჯანდაცვის სამსახურები მიგრანტებზე, აივ-ინფექციის სამკურნალოდ? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“) შემთხვევაში. რა გზით

შეიძლება ჯანდაცვის სამსახურების გაუმჯობესება ამ კუთხით?

- თქვენი აზრით, რა ბარიერები ელოდება მიგრანტებს, ჩაიტარონ მკურნალობა აივ-ინფექციებზე?

ნაწილი 3: ტუბერკულოზი და ტუბერკულოზის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

3.1 ინტერესი

- თქვენი ინფორმაციით, რამდენად იჩენენ დაინტერესებას და სიფრთხილეს მამაკაცი მიგრანტები ტუბერკულოზთან დაკავშირებით? (უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში: რა არის ამის მიზეზი?)

3.2. ტესტირება

- იცით თუ არა დაწესებულება ამ ქალაქში, სადაც მიგრანტებს შეუძლიათ მიმართონ ტუბერკულოზზე სკრინინგისთვის? სად არის ეს დაწესებულება?
- როგორ შეაფასებდით ამ ჯგუფის სურვილს, ჩაიტარონ სკრინინგი ტუბერკულოზზე?
- სად უფრო ჩაიტარებენ მიგრანტები ტუბერკულოზზე სკრინინგს - წარმოშობის ქვეყანაში თუ საზღვარგარეთ? რატომ?
- თქვენი აზრით, რა ბარიერები ელოდება მიგრანტებს, ჩაიტარონ ტუბერკულოზზე სკრინინგი?

3.3. ტუბერკულოზი

- როგორ შეაფასებდით ტუბერკულოზის გავრცელებას მამაკაც მიგრანტებში ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით? (თუ გავრცელების მაჩვენებელი მაღალია: რა არის ამის მიზეზი? რა უნდა გაკეთდეს ამ შემთხვევაში?)

3.4. ჯანდაცვის სამსახურები

- როგორც ფიქრობთ, მორგებულია თუ არა ტუბერკულოზზე სკრინინგის სამსახურები მიგრანტების საჭიროებებზე? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“) შემთხვევაში. რა გზით შეიძლება ჯანდაცვის სამსახურების ამ კუთხით გაუმჯობესება?
- რამდენად მორგებულია ჯანდაცვის სამსახურები მიგრანტებზე, ტუბერკულოზის სამკურნალოდ? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“) შემთხვევაში. რა გზით შეიძლება ჯანდაცვის სამსახურების ამ კუთხით გაუმჯობესება?
- თქვენი აზრით, რა ბარიერები ელოდება მიგრანტებს, ჩაიტარონ მკურნალობა ტუბერკულოზზე?

დანართი B. ინტერვიუების ტექნიკა - ფოკუსგუფები

მონაწილეები წინასწარ უნდა იყვნენ შერჩეული და აკმაყოფილებდნენ კვლევის მიზნით დადგენილ შერჩევის კრიტერიუმებს.

თანხმობა: (მიმოიხილეთ თანხმობის ფორმა, უპასუხეთ კითხვებს და დაადასტურეთ თანხმობა ინტერვიუერის ხელმოწერით)

როგორც ინტერვიუზე თანხმობის ფორმიდან შეიტყუეთ, ჩვენი მიზანია თქვენგან გავიგოთ მეტი ინფორმაცია აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის, ტესტირებისა და მკურნალობის კუთხით მიგრანტთა გამოცდილების შესახებ. უფრო კონკრეტულად, ჩვენ ვცდილობთ უფრო მეტი ინფორმაცია მოვაგროვოთ 18 წლის და მეტი ასაკის მამაკაცების შესახებ, რომლებიც გასული წლის განმავლობაში იყვნენ დასაქმებული საზღვარგარეთ 3 თვით და მეტი ვადით (მაგრამ არა უმეტეს 1 წლისა) და ამჟამად აქ, ამ ქალაქში ცხოვრობენ.

ჩვენი ერთობლივი მუშაობა დაახლოებით 1 საათს გასტანს. რაიმე კითხვები ხომ არ გაქვთ, სანამ დავიწყებთ?

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია მოსახლეობის შესახებ

პირველ რიგში, მინდა განვიხილოთ მიგრანტების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ძირითადი საკითხები, რა ანუხებთ მათ ძირითადად ამ მხრივ და როგორ უკავშირდება ეს ყველაფერი მიგრაციის გამოცდილებას.

ქვეკითხვები

- საიდან იცნობთ ამ ქალაქში მცხოვრებ 18 წლის და უფრო ასაკის მამაკაცებს, რომლებიც 3 თვეზე მეტ ხანს, მაგრამ არა უმეტეს 1 წლისა, იმყოფებოდნენ დასაქმების მიზნით საზღვარგარეთ გასული ერთი წლის განმავლობაში და ახლა ამ ქალაქში (სოფელში) ცხოვრობენ? როგორ შეაფასებდით მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას?
- ხომ არ იცით უფრო კონკრეტულად ამ ადგიანების მიგრაციის გამოცდილების შესახებ? როგორ შეაფასებდით მათ გამოცდილებას ზოგადად? იქონია თუ არა ამ გამოცდილებამ გავლენა მიგრანტთა ჯანმრთელობაზე? კონკრეტულად, რა გავლენა იქონია?

ნაწილი 2: აივ-ინფექცია და აივ-სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (სტხოვეტ რესპონდენტებს, მოიყვანონ მათთვის ცნობილი კონკრეტული მაგალითები ნებისმიერ კითხვასთან დაკავშირებით).

რა ძირითად საკითხებს და გამოწვევებს გამოკვეთდით აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით მამაკაც შრომით მიგრანტებში?

ქვეკითხვები:

- იცით თუ არა, სად შეუძლიათ მიგრანტებს ჩაიტარონ აივ-ტესტირება? კონკრეტულად სად?
- როგორ ფიქრობთ, აღელვებთ თუ არა მიგრანტებს აივ-ინფექციის საკითხი? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“ პასუხის) შემთხვევაში.
- როგორ ფიქრობთ, მიგრანტების უმრავლესობას ჩატარებული აქვს აივ-ტესტირება?
- თქვენი აზრით, მიგრანტები აივ-ტესტირებას უფრო მეტად წარმოშობის ქვეყანაში იტარებენ თუ საზღვარგარეთ? რატომ?
- როგორ ფიქრობთ, რა უშლით ხელს მიგრანტებს, ჩაიტარონ აივ-ტესტირება?
- როგორ ფიქრობთ, ბევრ მიგრანტს აქვს აივ-ინფექცია? თუ ასეა, რა უნდა გაკეთდეს თქვენი აზრით ამასთან დაკავშირებით? რამდენად წარმოადგენს საფრთხეს ეს ფაქტი? როგორ ფიქრობთ, რატომ არიან ეს მიგრანტები აივ-ინფიცირებულები?
- მორგებულია თუ არა აივ-ტესტირების სამსახურები მიგრანტებზე? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“ პასუხის) შემთხვევაში. როგორ შეიძლება გავაუმჯობესოთ ჯანდაცვის სამსახურები, რათა ისინი უკეთ იყოს მორგებული მიგრანტებზე აივ-ტესტირების ჩასატარებლად?

ნაწილი 3: ტუბერკულოზი და ტუბერკულოზის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (სტხოვეტ რესპონდენტებს, მოიყვანონ მათთვის ცნობილი კონკრეტული მაგალითები ნებისმიერ კითხვასთან დაკავშირებით).

ახლა კი ტუბერკულოზის საკითხი განვიხილოთ. თქვენი ინფორმაციით, რა ძირითად საკითხები და გამოწვევები აქვთ მამაკაც შრომით მიგრანტებს ტუბერკულოზთან დაკავშირებით?

ქვეკითხვები:

- იცით თუ არა, სად შეუძლიათ მიგრანტებს ჩაიტარონ ტუბერკულოზზე სკრინინგი ამ ქალაქში (სოფელში)? როგორ ფიქრობთ, აღელვებთ თუ არა მიგრანტებს ტუბერკულოზის საკითხი? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“ პასუხის) შემთხვევაში.
- როგორ ფიქრობთ, მიგრანტების უმრავლესობას ჩატარებული აქვს ტუბერკულოზზე სკრინინგი?
- თქვენი აზრით, მიგრანტები ტუბერკულოზზე სკრინინგს უფრო მეტად წარმოშობის ქვეყანაში იტარებენ თუ საზღვარგარეთ? რატომ?
- როგორ ფიქრობთ, რა უშლით ხელს მიგრანტებს, ჩაიტარონ ტუბერკულოზზე სკრინინგი?
- როგორ ფიქრობთ, ბევრ მიგრანტს აქვს ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა, რომელიც წარმოადგენს საფრთხეს გარშემო მყოფთათვის? თუ ასეა, რა უნდა გაკეთდეს თქვენი აზრით? რატომ ფიქრობთ, რომ მიგრანტებს შორის გავრცელებული ტუბერკულოზი საფრთხეს წარმოადგენს და რატომ გგონიათ, რომ ისინი არიან ტუბერკულოზით ავად? თქვენი აზრით, რატომ ემართებათ მიგრანტებს ტუბერკულოზი?
- მორგებულია თუ არა ტუბერკულოზის სამსახურები მიგრანტებზე, ტუბერკულოზზე სკრინინგისთვის? ახსენით მიზეზი ორივე („დიახ“ ან „არა“ პასუხის) შემთხვევაში. თქვენი აზრით, როგორ შეიძლება ჯანდაცვის სამსახურების გაუმჯობესება, რათა ისინი უკეთ იყოს მორგებული მიგრანტების საჭიროებებზე ტუბერკულოზზე სკრინინგის ჩასატარებლად?
- რა არის, თქვენი აზრით, ტუბერკულოზის გამოკვეთილი სიმპტომები და ნიშნები?

ტუბერკულოზით და აივ-ით გამოწვეულ დაავადებათა ადრეული გამოვლენის, მკურნალობისა და პრევენციის მექანიზმებზე წვდომის თვისებრივი კვლევა მიგრანტებში აზერბაიჯანში

ბაქო, 2018

რეზიუმე

IOM-ის აზერბაიჯანის მისიისა და აზერბაიჯანის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან არსებული ფილტვის დაავადებათა სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრის მიერ ერთობლივად ჩატარდა სისტემური თვისებრივი კვლევა ქვეყნის მასშტაბით 2018 წლის მარტსა და აპრილში. კვლევის მიზანი იყო აზერბაიჯანში მიგრანტთა აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის სამსახურებზე წვდომისა და ასევე, დანიშნულების ქვეყნებში მათი მიგრაციული გამოცდილების შესწავლა. კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმად დადგინდა 18 წელს მიღწეული და უფროსი ასაკის მამაკაცი და ქალი მიგრანტები, რომლებიც ამჟამად არიან ან უკვე იმყოფებოდნენ საზღვარგარეთ სამი თვით ან მეტი ხნით, დასაქმების ან სწავლის მიზნით.

რესპონდენტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილის (სქესი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება) დადგენის შემდგომ კვლევის ფარგლებში შეფასდა მათი: ა) მიგრაციული გამოცდილების ძირითადი მახასიათებლები; ბ) სამუშაო პირობები; გ) ქვეყნის აივ-ინფექციის და ტუბერკულოზის გამოვლენა-მკურნალობის მხრივ და შესაბამისი ჯანდაცვის სამსახურების არსებობის, წვდომის, მიმღებლობისა და ხარისხი (AAQ) წარმოშობის, ტრანზიტისა და დანიშნულების ქვეყნებში; დაბოლოს, ჯანდაცვის სამსახურების AAAQ-ს უზრუნველყოფის კუთხით არსებული ბარიერები.

ქვეყნის შიგნით თვისებრივი კვლევის მიზნით ჩატარდა ფოკუსგუფები, რომლებისთვისაც შეირჩა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფი (მაგ., პირები, რომლებიც მუშაობენ განსხვავებულ სფეროებში, ცხოვრობენ ქალაქის სხვადასხვა უბანში, მუშაობენ სხვადასხვა ქვეყანაში საზღვარგარეთ და ა.შ.):

- ა) იძულებით გადაადგილებული პირები (დევნილები) - მშობლიური საცხოვრებელი ადგილიდან კონფლიქტის გამო გადაადგილებული პირები;
- ბ) უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები - აზერბაიჯანში სწავლის მიზნით ჩამოსული პირები;
- გ) შრომითი და დაბრუნებული მიგრანტები - აზერბაიჯანის მოქალაქეები, რომლებიც ქვეყანაში IOM-ის ნებაყოფლობითი დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის ხელშეწყობის (AVRR) პროგრამის ფარგლებში დაბრუნდნენ, ან ისინი, ვინც 3 ან მეტი თვის განმავლობაში იმყოფებოდა საზღვარგარეთ დასაქმების მიზნით.

ცხრილი C.1: რესპონდენტების რაოდენობა და ძირითადი მახასიათებლები

მოსახლეობის ჯგუფები	ფოკუსგუფების რაოდენობა	ქალი	მამაკაცი	სულ
დევნილები	8	58	62	120
უცხოელი სტუდენტები	8	47	67	114
შრომითი და დაბრუნებული მიგრანტები	8	59	61	120
სულ	24	164	180	354

შესავალი

მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ კაცობრიობა დღეს მართლაც უპრეცედენტო მოწმეა ლტოლვილებისა და დევნილების დიდი ნაკადების გადაადგილებისა. სადღეისოდ მსოფლიოში ჯამში 65.3 მილიონი ადამიანი წარმოადგენს ლტოლვილს, შრომით მიგრანტს ან იძულებით გადაადგილებულ პირს. კვლევები უჩვენებს, რომ საერთაშორისო მიგრანტთა უმეტესობა შრომითი მიგრანტია. მთავარი მიზანი 2016 წელს მიღებული ნიუ-იორკის დეკლარაციისა, რომელშიც საერთაშორისო თანამეგობრობამ გამოხატა ლტოლვილებისა და მიგრანტების უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის პოლიტიკური ნება, გულისხმობს მათი ჯანმრთელობის, ღირსების, ფუნდამენტური უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვას⁴⁴. საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ დეკლარირებული მიზნებიდან ერთ-ერთს მიგრანტების მიერ ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის უზრუნველყოფა წარმოადგენს.

აზერბაიჯანში ჩატარებული თვისებრივი კვლევის მიზანი იყო ჯანდაცვის სამსახურებზე მოქალაქეთა წვდომის ხარისხისა და ამ წვდომის პროცესში არსებული სირთულეების შეფასება. კვლევამ მოიცვა აზერბაიჯანელი მოქალაქეები, რომლებიც იძულებულნი არიან, სამუშაოდ საზღვარგარეთ გამეგზავრონ და ასევე, ის პირები, რომლებიც აზერბაიჯანში მუშაობის ან სწავლის მიზნით სხვა ქვეყნებიდან ჩამოდიან. განსაკუთრებული ფოკუსი გაკეთდა ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურებზე მიგრანტთა წვდომის და ამ სამსახურების ხარისხის შეფასებაზე, და ასევე, ზემოაღნიშნულ და ზოგადად, ჯანდაცვის სამსახურებზე წვდომის ძირითადი ხელშემშლელი მიზეზების შეფასებაზე. კვლევის მიმდინარეობისას ასევე შესწავლილ იქნა შემდეგი საკითხები: მიგრაციასთან დაკავშირებული გამოცდილება, მიგრანტთა სოციალური და დემოგრაფიული მახასიათებლები (ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა და სხვ.) და მათი სამუშაო პირობები. კვლევის კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებს წარმოადგენდნენ ბაქოსა და აფშერონის რეგიონში მცხოვრები შრომითი მიგრანტები, დევნილები და უცხოელი სტუდენტები. განისაზღვრა შემდეგი შერჩევის კრიტერიუმები:

- დევნილები: მამაკაცები და ქალები; 18 წლის და უფროსი ასაკისა;
- უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები; მამაკაცები და ქალები; 18 წლის და უფროსი ასაკისა;
- დაბრუნებული მიგრანტები, მამაკაცები და ქალები; 18 წლის და უფროსი ასაკისა.

კვლევამ მოიცვა ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში მცხოვრები, საზღვარგარეთ სხვადასხვა ქვეყანაში დასაქმებული და განსხვავებული პროფესიის მქონე პირები. ყველა რესპონდენტს ეცნობა კვლევის მიზნების და იმ გეგმების შესახებ, რომლებიც უკავშირდებოდა მოგროვებული ინფორმაციის მომდევნო გამოყენებას. საკვლევ პირებს ასევე ეცნობათ ინფორმირებული თანხმობის პროცედურის შესახებ, რაც მათ, შესაბამისად, გაიარეს კიდევ და თავიანთი თანხმობა დაადასტურეს ინფორმირებული თანხმობის ფორმაზე ხელმოწერით. ზოგმა რესპონდენტმა უარი განაცხადა თანხმობის ფორმაზე სახელისა და გვარის ველების შევსებაზე, თუმცა თანხმობა ხელმოწერით დაადასტურეს. ზოგმა მათგანმა (უმეტესად ესენი იყვნენ დევნილები) უარი განაცხადა საკუთარი ხმის აუდიო ჩანწარზე. რესპონდენტების სრულმა რაოდენობამ შეადგინა 354 ადამიანი. ყველა მათგანმა განაცხადა წერილობითი და ზეპირი თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე (შესაბამისი თანხმობის ფორმები მიეწოდა

44 წინამდებარე კვლევის თარგმანისა და გამოცემის მომენტისთვის მიღებულ იქნა გაერო-ს გლობალური შეთანხმება უსაფრთხო, მონესრიგებული და ლეგალური მიგრაციის შესახებ (Global Compact for Safe, Orderly and Legal Migration), რომელშიც მსოფლიო თანამეგობრობის მიერ დეკლარირებული პოლიტიკური ნება კონკრეტული ამოცანების სახითაა ფორმულირებული. გლობალური შეთანხმება (რომელიც არასავალდებულო ხაისათს ატარებს), მიღებული იქნა 2018 წლის 11 დეკემბერს მარაკეში (მაროკო) და მას მხარი დაუჭირა მსოფლიოს 152-მა ქვეყანამ, საქართველოს ჩათვლით. შეთანხმების ტექსტი შეგიძლიათ იხილოთ ვებგვერდზე: <https://refugeesmigrants.un.org/migration-compact> (მთარგმნელის შენიშვნა).

IOM-ის მისიას აზერბაიჯანში).

IOM-ის აზერბაიჯანის მისიის წარმომადგენელი ესწრებოდა ფოკუსჯგუფებს დამკვირვებლის სტატუსით და წარმოადგინა რეკომენდაციები კვლევის პროცესთან დაკავშირებით.

კვლევის მიზნები და ამოცანები

კვლევის ძირითადი მიზანი: კვლევის მიზანს წარმოადგენდა აზერბაიჯანში მცხოვრები მიგრანტი მოსახლეობის აივ-სა და ტუბერკულოზის ჯანდაცვის სამსახურებზე წვდომის შეფასება. კვლევის შედეგად მოპოვებულ იქნა ინფორმაცია მიგრანტების საზღვარგარეთ დასაქმებისას არსებული სამუშაო პირობების შესახებ და იმ ქვეყნის შესახებ, რომელსაც მიგრანტები მიგრაციის პროცესში ჯანდაცვის მომსახურების მისაღებად ავლენენ.

კვლევის ამოცანები:

- ა) აივ-სა და ტუბერკულოზის ჯანდაცვის სამსახურების AAAQ-ს უზრუნველყოფის კუთხით არსებული ბარიერების გამოვლენა მიგრანტებთან მიმართებაში მათი წარმოშობის, ტრანზიტისა და დანიშნულების ქვეყნებში;
- ბ) მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების შესწავლა, როგორცაა ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა და განათლების დონე;
- გ) მიგრანტთა მოსაზრებების და რეკომენდაციების შეგროვება, თუ როგორ შეიძლება აივ-სა და ტუბერკულოზის ჯანდაცვის სამსახურების AAAQ-ს გაუმჯობესება მიგრანტებისთვის.

კვლევის მეთოდოლოგია

რესპონდენტების კატეგორია / პროფილი: შერჩევის კრიტერიუმად განისაზღვრა 18 წლის და უფროსი ასაკის მამაკაცი და ქალი მიგრანტები, რომლებიც გასული წლის განმავლობაში 3 თვით ან მეტი ხნით იყვნენ დასაქმებულნი საზღვარგარეთ და ამჟამად ცხოვრობენ ამ ქალაქში (სოფელში). კვლევამ მოიცვა შემდეგი სამი კატეგორიის რესპონდენტები:

- იძულებით გადაადგილებული პირები (დევნილები) - მშობლიური საცხოვრებელი ადგილიდან კონფლიქტის გამო გადაადგილებული პირები;
- უცხოელი მიგრანტი სტუდენტები - აზერბაიჯანში სწავლის მიზნით ჩამოსული პირები;
- შრომითი და დაბრუნებული მიგრანტები - აზერბაიჯანის მოქალაქეები, რომლებიც ქვეყანაში IOM AVR-ის პროგრამის ფარგლებში დაბრუნდნენ, ან ისინი, ვინც 3 ან მეტი თვის განმავლობაში იმყოფებოდა საზღვარგარეთ დასაქმების მიზნით.

რეგიონები: თვისებრივი კვლევის მოცვის არეალი იყო ქ. ბაქო და მისი შემოგარენი.

რესპონდენტების რაოდენობა: თვისებრივი კვლევა ჩატარდა 15 რესპონდენტისგან (მამაკაცები და ქალები) შემდგარ ჯგუფებში. მოსახლეობის ზემოაღნიშნული სამი კატეგორიიდან თითოეულისგან შეიქმნა 8 ჯგუფი. შედეგად, ფოკუსჯგუფები დაკომპლექტდა მოსახლეობის სხვადასხვა სექტორის და განსხვავებული პროფესიების წარმომადგენლებით, რომლებიც ამჟამად ცხოვრობენ ქალაქის სხვადასხვა უბანში, იყვნენ დასაქმებული სხვადასხვა ქვეყანაში საზღვარგარეთ და ა.შ.

კვლევის ხანგრძლივობა: 2018 წლის 5 მარტი - 20 აპრილი (42 დღე)

მეთოდოლოგია: კვლევის მიზნით შემუშავდა სპეციალური კითხვარი პროტოკოლის მიხედვით. თვისებრივი კვლევა ეფუძნებოდა ღია კითხვებს, რომლებიც გამიზნული

იყო დისკუსიის სტიმულირებისთვის მიგრაციის გამოცდილების შესასწავლად, რაც განზოგადებულად ეხებოდა მიგრანტებს და არა პირადად ფოკუსგუფის მონაწილეებს. უფრო ჩაღრმავებული კვლევის მიზნით, კონკრეტული კითხვები განსხვავებული კუთხით დაისვა, რათა ნათელი მოჰფენოდა რეალურ ბარიერებს და სირთულეებს, რომლებიც ელოდება მიგრანტებს ჯანდაცვის სერვისებზე, განსაკუთრებით კი ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურებზე წვდომაში.

კვლევამ მოიცვა შემდეგი საკითხები:

- მიგრანტების ჯანმრთელობასთან და ზოგადად, ჯანსაღ ყოფასთან დაკავშირებული სიტუაციის შეფასება;
- მიგრანტების გამოცდილების კვლევა მიგრაციის კუთხით;
- იმ ძირითადი საზოგადო პრობლემების გამოვლენა, რომლებიც უკავშირდება მიგრანტების წვდომას ჯანდაცვის სამსახურებთან; განსაკუთრებით კი იმ ბარიერებისა და სირთულეების გამოვლენა, რომლებიც მიგრანტებს ელოდება ტუბერკულოზისა და აივ-ინფექციის სამსახურებთან წვდომისას;
- ტუბერკულოზთან და აივ-ინფექციასთან დაკავშირებულ საკითხებში (ინფექციის გადაცემა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა) მიგრანტთა ზოგადი ინფორმირებულობის კვლევა;
- ჯანდაცვის სერვისებზე მიგრანტების წვდომის კვლევა.

ინტერვიუს/ფოკუსგუფში დისკუსიის დაწყებამდე მოხდა რესპონდენტების ინფორმირება კვლევის ძირითადი მიზნისა და კონფიდენციალობის პრინციპის დაცვის შესახებ. კვლევაში მონაწილეობის შესახებ თანხმობის მოპოვების შემდგომ გაიმართა დისკუსია, რომელიც აისახა აუდიოჩანაწერებში. რესპონდენტებს, რომლებმაც ინფორმირებული თანხმობის პირობების განმარტებისას უარი თქვეს კვლევაში მონაწილეობაზე, ეთხოვათ, დაეტოვებინათ ფოკუსგუფი. კვლევა ჩატარდა სპეციალურად შერჩეულ, განცალკევებულ და მშვიდ გარემოში. რესპონდენტთა კონფიდენციალობა სრულად იქნა დაცული. ასევე, აღსანიშნავია, რომ რამდენიმე გამონაკლის შემთხვევაში რესპონდენტებმა უარი განაცხადეს საკუთარი ხმის ჩანწერაზე.

კვლევის შედეგები მოცემულია ანგარიშში ქვემოთ.

კვლევის შედეგები

I ჯგუფი: დევნილები

დევნილთა ფოკუსგუფები ჩატარდა მათი კომპაქტური განსახლების ადგილებში - საერთო საცხოვრებლებში, ყოფილ სანატორიუმებსა და საბავშვო ბალებში/სკოლებში და ასევე, კერძო სექტორში.

ფოკუსგუფების წარმომადგენლები და მათი ოჯახის წევრები, ნათესავები და ახლობლები რეგულარულად მიემგზავრებიან საზღვარგარეთ დასაქმების მიზნით. ძირითადი დანიშნულების ქვეყნებია თურქეთი და რუსეთი. რესპონდენტთა შორის რამდენიმეს ასევე ჰქონდა გერმანიასა და შვედეთში შრომითი მიგრაციის გამოცდილება.

ნაწილი 1. ზოგადი ინფორმაცია დევნილთა შესახებ

რესპონდენტების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, დევნილები სამუშაოს საძიებლად ძირითადად თურქეთში და რუსეთში მიემგზავრებიან. სხვა ქვეყნებში, მათ შორის ევროპის

ქვეყნებში, რესპონდენტები იშვიათად მიდიან, ძირითადად, ენის ბარიერის გამო. კვლევის განმავლობაში მოპოვებული ინფორმაციის თანახმად, რუსეთში სამუშაო ნებართვის მისაღებად საჭიროა საცხოვრებელ ადგილზე რეგისტრაცია და სავალდებულო სამედიცინო შემოწმების გავლა. აღნიშნული შემოწმება მოიცავს აივ-ზე, ტუბერკულოზსა და ჰეპატიტზე ტესტირებას და ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის შემოწმებას. ჩვეულებრივ, ამ ტესტებამდე და მათ შემდგომ საკვლევ პირებს არავითარი კონსულტაცია არ უტარდებათ.

იმ შემთხვევაში, თუ მიგრანტს რომელიმე გემოაღნიშნული დაავადება დაუდგინდება, იგი დაუყოვნებლივ დაექვემდებარება დეპორტირებას რუსეთის ფედერაციიდან წარმოშობის ქვეყანაში.

დევნილთა დროებითი ჩასახლების ადგილები ძირითადად განლაგებულია ბაქოს გარეუბნებში, რომლებთანაც ცუდი სატრანსპორტო კავშირია; ამდენად, დევნილებს უჭირთ ქალაქში დასაქმება. ამავდროულად, ყველა მათგანი აღნიშნავს, რომ ისინი სახელ-მწიფოსგან ყოველთვის შემწეობას იღებენ და გათავისუფლებული არიან კომუნალური გადასახადებისგან (ელექტრობა, გაზი და წყალი).

კითხვას, თუ როგორი წვდომა აქვთ ჯანდაცვის სერვისებზე, რესპონდენტებმა შემდეგი პასუხი გასცეს:

- ჯანდაცვის სერვისები სრულად ხელმისაწვდომია იმ პირთათვის, რომლებიც ოფიციალურად არიან რეგისტრირებული რუსეთის ფედერაციაში, მიღებული აქვთ მუშაობის ნებართვა და სარგებლობენ ჯანმრთელობის დაზღვევით (ოფიციალური ანაზღაურების საფუძველზე).
- დაზღვევის პოლისის საფასური არცთუ ისე მაღალია.
- სამედიცინო შემოწმების და მკურნალობის ხარისხი, ჩვეულებრივ, მაღალია, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი არ არის კეთილგანწყობილი მიგრანტისადმი.
- რესპონდენტების გამოცდილებით, რუსეთში სამედიცინო სერვისების მიღების ძირითადი ხელშემშლელი მიზეზი სამედიცინო დაწესებულებების განლაგება (რუსეთის რეგიონებში სამედიცინო დაწესებულებები შეიძლება ასეულობით კილომეტრის მოშორებით იყოს განთავსებული) და სამედიცინო პერსონალის ნეგატიური დამოკიდებულებაა.

იმ მიგრანტებს, რომლებიც არ მიმართავენ შესაბამის სამსახურებს ოფიციალურად რეგისტრირების განცხადებით, ჯანდაცვის სამსახურებზე წვდომა შეზღუდული აქვთ; მათ სამედიცინო მომსახურების მიღება მხოლოდ კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში შეუძლიათ, სადაც აღნიშნული მომსახურება ძალზე ძვირია. გადაუდებელ სამედიცინო შემთხვევებში მიგრანტს შესაბამისი მომსახურება უფასოდ მიენიჭება.

დევნილები, რომლებიც სამუშაოდ თურქეთში მიემგზავრებიან, ამბობენ, რომ ბინადრობის ნებართვის მისაღებად საჭირო თანხა საკმაოდ მაღალია, რაც წარმოადგენს ოფიციალური რეგისტრაციის ძირითად ბარიერს. თუმცა, მიგრანტებს არ მოეთხოვებათ სავალდებულო სამედიცინო შემოწმება თურქეთში. ისინი, ამავდროულად, ამბობენ, რომ ჯანდაცვის სერვისები, მათ შორის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ფასიანია და ეს საფასური ძალიან მაღალია.

ენის ბარიერის გამო დევნილები ამჟობინებენ სამუშაოდ თურქეთში გამგზავრებას, სადაც ისინი არაფორმალურად საქმდებიან 3 თვით. როგორც წესი, ეს არის წარმოების ყველაზე მძიმე და საფრთხისშემცველი დარგები, სადაც ისინი დღიური ანაზღაურების პირობით მუშაობენ. ამასთან, რესპონდენტები ამბობენ, რომ სანარმოლო ტრავმების მიღების შემთხვევაშიც კი სამედიცინო დახმარების მიღება შეუძლებელია საფასურის გადახდის გარეშე.

შვედეთში მიგრაციის გამოცდილების მქონე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ შვედეთში მიგრანტებს ბანაკებში ათავსებენ, სადაც სთავაზობენ ნებაყოფლობით ტესტირებას აივ-სა და ტუბერკულოზზე. ინფექციის აღმოჩენის შემთხვევაში მათ განცალკევებით ათავსებენ და მკურნალობას უტარებენ. “ჩემს ერთ ნაცნობს ჰქონდა ტუბერკულოზი. ბანაკში მას კარგად უმკურნალეს და ის გამოჯანმრთელდა.”

ჯანდაცვის სამსახურები ხელმისაწვდომია დევნილთათვის მათ საცხოვრებელ თემებში. ფუნქციონირებს ასევე ჯანდაცვის ამბულატორიული სამსახურები, თუმცა, ამ სამსახურების პროფესიული შესაძლებლობები, მედიკამენტები და აღჭურვილობა ძალზე მწირია. ამიტომ დევნილები იძულებულნი არიან, კერძო კლინიკებს მიმართონ, სადაც მომსახურება საკმაოდ ძვირია. ერთ-ერთი რესპონდენტის აზრით: “კარგი იქნებოდა, სამედიცინო დაზღვევის პოლისი რომ გვქონდეს, ისევე როგორც თურქეთშია. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა ხარჯი დაიფარებოდა.” რესპონდენტები ასევე ჩივიან გადაუდებელ დახმარებასთან დაკავშირებით: „წინა წლებთან შედარებით, მდგომარეობა გაუმჯობესებულია, მაგრამ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით პრობლემები მაინც გვაქვს. გადაუდებელ შემთხვევებში სასწრაფო დახმარება მოდის, მაგრამ ზოგჯერ მას 20-25 წუთი სჭირდება.“ მეორე რესპონდენტი აღნიშნავს: „სასწრაფო დახმარებას თუ გამოიძახებთ, ის მოვა დაგვიანებით და აუცილებელი მედიკამენტების გარეშე“.

ჯანდაცვის მომსახურების მიღების მომდევნო სირთულე მედიკამენტების სიძვირეს უკავშირდება. ერთ-ერთი რესპონდენტის სიტყვებით: „ექიმი კი გამოგვინერს წამალს, მაგრამ ეს წამლები ძალიან ძვირია, ხოლო მკურნალობის ეფექტი - მცირე. ამიტომ ჩვენ ახლობლებს ვთხოვთ, წამლები საზღვარგარეთ გვიყიდონ და გამოგვიგზავნონ.“ მომდევნო რესპონდენტის ინფორმაციით: „კარგი იქნება ჩვენთვის (დევნილებისთვის) წამლებზე ფასდაკლება არსებობდეს.“

კიდევ ერთ პრობლემად რესპონდენტები ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევის არარსებობას ასახელებენ. მათი თქმით, სხვა ქვეყნებში სამედიცინო შემონმებისა და მკურნალობის ხარჯები ჯანმრთელობის დაზღვევით იფარება და ეს უზრუნველყოფს მოსახლეობის წვდომას სამედიცინო სერვისებზე.

რესპონდენტის აზრით: “სამედიცინო პერსონალის ხელფასი ძალიან დაბალია, ამიტომ ისინი მომსახურებისთვის დამატებით თანხას ითხოვენ. უფასო მედიკამენტები მხოლოდ დიაბეტის მქონე რეგისტრირებული პაციენტებისთვისაა გათვალისწინებული. კარგი იქნებოდა ამ ნუსხაში სხვა დაავადებებიც შეეტანათ.“

ნაწილი 2. ტუბერკულოზის სამსახურებზე წვდომა, გამონვევები და ბარიერები

რესპონდენტების აზრით, ტუბერკულოზის ძირითადი სიმპტომებია ოფლიანობა, ხველება და სისუსტე. მათი აზრით, ინფექცია ძირითადად ჰაერით ვრცელდება. რესპონდენტები ფიქრობენ, რომ დაავადების გავრცელების ძირითადი მიზეზი ცუდი პირობები, სანიტარული და ჰიგიენური პირობების დაუცველობა და ფინანსური პრობლემებია. რესპონდენტები ინფორმირებულნი არიან ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სპეციფიკის შესახებ.

დევნილთა უმრავლესობა ინფორმირებულია იმ სამედიცინო დაწესებულებების არსებობის და ადგილმდებარეობის შესახებ, სადაც შესაძლებელია ტუბერკულოზზე ტესტირება და მკურნალობა. თუმცა, ისინი დიდ ყურადღებას არ აქცევენ ტუბერკულოზის საკითხს; ამ პრობლემისადმი მათ ინდიფერენტული დამოკიდებულება აქვთ; ვინაიდან დევნილთათვის სოციალური პრობლემები უფრო მნიშვნელოვანია.

კითხვას, თუ სად უნდა ჩაიტარონ მიგრანტებმა ტუბერკულოზზე ტესტირება - შინ თუ

საზღვარგარეთ, დევნილები დარწმუნებით პასუხობენ, რომ აუცილებელია მიგრანტებმა ტესტირება ქვეყნიდან გასვლამდე ჩაიტარონ.

კითხვას, თუ რა გამოცდილება აქვთ ტუბერკულოზის აღმოჩენისა და მკურნალობის მხრივ, დევნილები პასუხობენ, რომ იციან საკმაოდ ბევრი შემთხვევის შესახებ რუსეთში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის დადგენის შედეგად მიგრანტებს სრულიად უფასოდ უმკურნალეს.

დაბოლოს, რესპონდენტების დიდი ნაწილი ეთანხმება აზრს, რომ ტუბერკულოზი ძალიან საშიში დაავადებაა. ისინი აღნიშნავენ თუმცა, რომ არ იცნობენ ტუბერკულოზით დაავადებულ არც ერთ პიროვნებას, თუმცა იქვე აზუსტებენ, რომ ტუბერკულოზი არ არის ჩვეულებრივი დიაგნოზი და რომ ეს ინფორმაცია პაციენტმა არ უნდა გაავრცელოს. აღნიშნული რწმენა დაავადებასთან დაკავშირებული სტიგმათა ნაკარნახევი.

ნაწილი 3. აივ-შიდსის სამსახურებზე წვდომა, გამონვევები და ბარიერები

დევნილებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობა ძალზე დაბალია. დაავადებასთან დაკავშირებულ კითხვებზე (გადაცემის გზა, დიაგნოსტიკა) დევნილებმა უპასუხეს, რომ აივ-ინფექცია ინვეს ორგანოების დაშლას, ტკივილს და გამონაყოფს. კვლევამ აჩვენა, რომ დევნილ მოსახლეობას მცდარი წარმოდგენა აქვს აივ-ზე; მოსახლეობის ამ ჯგუფში ასევე ძალიან მაღალია სტიგმის დონე. რესპონდენტებმა აღნიშნეს: „ეს დაავადება მხოლოდ ამორალურ ადამიანებს ემართებათ, ჩვენს თემში ასეთი ადამიანები არ არიან. ასეთი შეკითხვები არ დაგვისვიათ.“ მომდევნო რესპონდენტის პასუხი ასევე იძლევა გარკვეულ სურათს მიგრანტთა აივ-ინფექციის საკითხში ინფორმირებულობაზე: “მე ვიცი აივ-ინფექციის შესახებ, ეს ქალების დაავადებაა. მამაკაცებს აივ-ი არ ემართებათ, მხოლოდ ქალები ავადდებიან. ყველა შიდა ორგანო ლპება. აივ-ინფექციის მკურნალობა შესაძლებელია საზღვარგარეთ; ძვირია, მაგრამ შესაძლებელი.“

კვლევის განმავლობაში გამოკითხული დევნილებიდან მხოლოდ ერთი იყო ინფორმირებული დაავადების გადაცემისა და დიაგნოსტიკის გზების შესახებ. ზოგადად, როგორც ზემოთ აღინიშნა, აივ-ის შესახებ ინფორმირებულობის დონე ძალიან დაბალია და ძირითადად მცდარ წარმოდგენებს ეფუძნება. რესპონდენტების პასუხები ავლენს აღნიშნულ დაავადებასთან დაკავშირებული სტიგმის მაღალ ხარისხს.

დევნილთა უმრავლესობა ინფორმირებულია სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, სადაც ტარდება აივ-ტესტირება; თუმცა ისინი ზოგადად არ თვლიან აივ-ინფექციას პრობლემად და ამ დაავადებისადმი ინდიფერენტული დამოკიდებულება აქვთ.

კითხვას, თუ სად უნდა ჩაიტარონ მიგრანტებმა აივ-ტესტირება და/ან სკრინინგი ტუბერკულოზზე - შინ თუ საზღვარგარეთ, დევნილებს ერთმნიშვნელოვანი პასუხი არ აქვთ. ზოგი მათგანის აზრით, დანიშნულების ქვეყანამ უნდა ჩაუტაროს ტესტირება ქვეყანაში შემომსვლელ მიგრანტს; სხვების აზრით კი, რეკომენდებულია მიგრანტებმა ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში ჩაიტარონ; რაც შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს მგზავრობაზე ფულის დაზოგვის თვალსაზრისითაც, დაავადების აღმოჩენის შემთხვევაში. ზოგმა რესპონდენტის აზრით, კარგი იქნება სამედიცინო შემონმება მიგრანტებმა უშუალოდ საზღვრის კვეთის პუნქტებში გაიარონ.

კითხვას, თუ რა გამოცდილება აქვთ აივ-ის ან ტუბერკულოზის აღმოჩენისა და მკურნალობის მხრივ, დევნილებმა უპასუხეს, რომ იციან რამდენიმე ამერბაიჯანელი მიგრანტის შესახებ, რომელთაც შვედეთში ყოფნისას დაუდგინდათ აივ-ინფექცია, რის შედეგადაც ისინი გადაიყვანეს უკეთეს საცხოვრებელ პირობებში და ჩაუტარდათ შესაბამისი მკურნალობა

უფასოდ. რესპონდენტებმა განაცხადეს, რომ იციან რამდენიმე პოზიტიური მაგალითის შესახებ ტუბერკულოზთან დაკავშირებითაც. თუმცა რუსეთსა და თურქეთში, მათი სიტყვებით, ზოგადად, ამ მხრივ განსხვავებული მდგომარეობაა. რუსეთში მიგრანტს შეიძლება ჩაუტარდეს უფასო მკურნალობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა; იგივე მდგომარეობაა ამ მხრივ თურქეთშიც. ამ ქვეყნებში, მიგრანტების აზრით, სამედიცინო დაზღვევა ფაქტობრივად სიცოცხლის დაზღვევის ტოლფასია.

დაბოლოს, კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ დევნილებს შორის აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის საკითხებში ინფორმირებულობის დონე დაბალია; ისინი უფრო მეტ მნიშვნელობას სოციალურ საკითხებს ანიჭებენ. ორივე დაავადებას თან სდევს სტიგმის მაღალი დონე და მცდარი წარმოდგენები. აივ-ისა და მისი პრევენციის შესახებ სწორი ინფორმაციის ნაკლებობა მოსახლეობის ამ ჯგუფს მაღალი რისკის წინაშე აყენებს.

II კვლევა: მიგრანტი სტუდენტები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს ამერბაიჯანის სამედიცინო უნივერსიტეტის, პედაგოგიური უნივერსიტეტის, სამხატვრო აკადემიის, ბაქოს საქალაქო უნივერსიტეტის, ნავთობის აკადემიისა და ტექნიკური უნივერსიტეტის უცხოელმა სტუდენტებმა, რომელთა წარმომშობის ქვეყნებია: ამერიკის შეერთებული შტატები, ბანგლადეში, თურქეთი, იემენი, ინდოეთი, ირანის ისლამური რესპუბლიკა, კამერუნი, კორეის რესპუბლიკა, ნიგერია, პაკისტანი, საქართველო, სირიის არაბული რესპუბლიკა და ჩინეთი.

ნაწილი 1. ზოგადი ინფორმაცია მიგრანტი სტუდენტების შესახებ

რესპონდენტების ინფორმაციით, ზოგ სპეციალობაზე საუნივერსიტეტო გამოცდების ჩაბარება უფრო ხელსაყრელი და იაფია ამერბაიჯანში. ამერბაიჯანში სწავლა ასევე საშუალებას აძლევს სტუდენტს, ისწავლოს ორ, ამერბაიჯანულ და რუსულ, ენაზე, რაც კონკურენტულ უპირატესობას ანიჭებს კურსდამთავრებულს სამომავლოდ დასაქმებისას.

ამერბაიჯანი ძალზე კომფორტული და უსაფრთხოა სტუდენტებისთვის, განათლების დონე მაღალია კონკრეტულ სპეციალობებზე სწავლისას (ნავთობის მრეწველობა, არქიტექტურა, საინჟინრო საქმე და სხვ.) და ზოგ შემთხვევაში უფრო მაღალიც კი, ვიდრე მათ წარმომშობის ქვეყნებში. უმრავლესობა სტუდენტებისა, რომლებიც ამერბაიჯანში სწავლის მიზნით ჩამოდიან, ფინანსურად უზრუნველყოფილია: "თუ თქვენი ფინანსური მდგომარეობა კარგია, ამერბაიჯანში ბევრი საკითხის ადვილად მოგვარება შეიძლება. ეს ისლამური ქვეყანაა და ენასთან ადაპტირება ძალიან ადვილია. ამერბაიჯანში სწავლა ჩვენთვის კომფორტული და უპრობლემოა."

სტუდენტების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, უპირველესი მნიშვნელოვანი პრობლემა, რასაც ისინი აწყდებიან, რეგისტრაცია და განთავსებაა. უნივერსიტეტებს არ აქვთ სტუდენტთა საერთო საცხოვრებლები უცხოელი სტუდენტებისთვის და ეს სერიოზული პრობლემაა. უცხოელი სტუდენტები იძულებულნი არიან, დაიქირაონ საცხოვრებელი. ასევე, დროებითი რეგისტრაციის მიზნით უცხოელმა სტუდენტებმა ოფიციალურ სტრუქტურებს (მიგრაციის ადგილობრივ სამსახურს) უნდა წარუდგინონ რეგისტრაციასა და საცხოვრებელი ფართის დაქირავებასთან დაკავშირებული ყველა აუცილებელი დოკუმენტი (საცხოვრებელი ფართის ფლობის დოკუმენტი და ფართის მფლობელის სხვა, მოთხოვნილი დოკუმენტები). იმის გათვალისწინებით, რომ საცხოვრებელი ბინის ქირა უცხოელებისთვის ძალიან მაღალია და მოთხოვნილი დოკუმენტების შეგროვება გარკვეულ დროს საჭიროებს, ეს ყოველივე უცხოელ სტუდენტებს სირთულეებს უქმნის.

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, უცხოელი სტუდენტების მომდევნო მნიშვნელოვანი პრობლემა მუშაობის ნებართვაა. სხვა ქვეყნებში სტუდენტებს აქვთ კვირის განმავლობაში

რამდენიმე საათით მუშაობის და საკუთარი ფულის გამომუშავების უფლება, მაშინ როდესაც ამერბაიჯანში მათ არ აქვთ მუშაობის ოფიციალური ნებართვა და ამდენად, იძულებულნი არიან, იპოვონ არაოფიციალური სამუშაო, სათანადო კონტრაქტის გაფორმების გარეშე. სტუდენტებისთვის კვირაში გარკვეული დროით მუშაობის ოფიციალური ნებართვის მიცემა, მათი სიტყვებით, დადებითად იმოქმედებს მათ ფინანსურ სტატუსზე.

კვლევის შედეგად უცხოელ სტუდენტებთან მიმართებაში აღმოჩნდა განსხვავებული - კომუნიკაციის პრობლემა. ენის არასაკმარისი ცოდნა ქმნის სერიოზულ პრობლემებს განათლების მიღებასა და ეფექტური კომუნიკაციის დამყარებაში. სტუდენტებმა ერთი წელი უნდა მოანდომონ ენის შესწავლას და მხოლოდ ამის შემდეგ შეუდგნენ ძირითად სასწავლო პროგრამას. სტუდენტების აზრით, კარგი იქნებოდა უცხოელი სტუდენტებისთვის ამერბაიჯანული ენის უფასო კურსების ორგანიზება.

ჯანდაცვასთან დაკავშირებულმა კითხვებმა შემდეგი სირთულეები გამოავლინა: უცხოელ სტუდენტებს არ აქვთ ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ; სამედიცინო პერსონალი სახელმწიფო კლინიკებში დამატებით ანაზღაურებას ითხოვს მომსახურების განწვევის სანაცვლოდ, კერძო კლინიკებში კი მომსახურება ძალიან ძვირია და არ არის ხელმისაწვდომი სტუდენტებისთვის; სტუდენტებმა არ იციან სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, სადაც შეუძლიათ, ჩაიტარონ ტუბერკულოზზე სკრინინგი; მათ ასევე არ იციან ცხელი ხაზის შესახებ, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია კონსულტაციის მიღება; აქვთ კომუნიკაციის პრობლემა ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალთან. სტუდენტები ადასტურებენ, რომ რეგისტრაციის პროცესში გაიარეს აივ-ტესტირება, მაგრამ ტესტამდე და ტესტის შემდგომ არავითარი კონსულტაცია არ მიუღიათ. აივ-დადებითი სტატუსის მქონე რამდენიმე სტუდენტი დეპორტირდა ამერბაიჯანიდან; დაბოლოს, სტუდენტების აზრით, მედიკამენტები ამერბაიჯანში ძალიან ძვირია.

რესპონდენტის სიტყვებით: „სახელმწიფო კლინიკაშიც ყველა მომსახურებისთვის საფასურს იხდი. უბრალოდ, ყველა ეს ფინანსური ოპერაცია არაოფიციალურია.“

ასევე, უცხოელმა სტუდენტებმა აღნიშნეს, რომ მედიკამენტების ხარისხი ამერბაიჯანში არაადაქმაყოფილებელია, ხოლო ფასები - მაღალი. "როდესაც ამერბაიჯანში მოვდივართ, წამლებს ვყიდულობთ და თან მოგვაქვს. მედიკამენტები აქ ძვირია, ხოლო ეფექტი სუსტი აქვთ. თანაც, ამერბაიჯანში აფთიაქში შეგიძლია ნებისმიერი წამალი ექიმის დანიშნულების გარეშე შეიძინო. ეს ძალიან უცნაურია."

ამერბაიჯანის ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის მთავარი უპირატესობა გადაუდებელი (სასწრაფო) დახმარების სამსახურია. სასწრაფო დახმარება გამოძახებიდან რამდენიმე წუთში მოდის და აუცილებელ სამედიცინო დახმარებას ყოველგვარი ანაზღაურების გარეშე ახორციელებს. "სასწრაფო დახმარების სამსახური ამერბაიჯანში ნამდვილად კარგია; ჩვენ მას ხშირად მივმართავთ ავად გახდომისას. სამწუხაროდ, ეს ინფორმაცია არა უნივერსიტეტისგან, არამედ ჩვენი მეგობრებისგან შევიტყეთ."

ზოგადად, უცხოელი სტუდენტები სამედიცინო სერვისებს ხშირად არ იყენებენ. კვლევის შედეგების თანახმად, მიგრანტი სტუდენტების მთავარი პრობლემა (სტუდენტებზე მორგებული) ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობაა.

მომდევნო მნიშვნელოვანი პრობლემა, უცხოელი სტუდენტების აზრით, სტუდენტთა მხარდაჭერის ცენტრების ნაკლებობაა. თავიანთ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, რესპონდენტები ამბობენ: "ჩვენს დოკუმენტებს თავად ვამზადებთ. არავინ გვეხმარება რჩევით, ამ მხრივ მხოლოდ ჩვენი ადგილობრივი მეგობრების იმედად ვართ. კარგი იქნებოდა, არსებობდეს რაიმე ელექტრონული რესურსი / ვებგვერდი, სადაც ყველა საჭირო ინფორმაცია იქნებოდა განთავსებული."

ნაწილი 2. ტუბერკულოზის სამსახურებზე წვდომა, გამოწვევები და ბარიერები

რესპონდენტების აზრით, ტუბერკულოზის ძირითადი სიმპტომებია სისუსტე, ოფლიანობა, ხველება, ნახველი და მაღალი სიცხე. რესპონდენტები ასევე ინფორმირებული არიან ტუბერკულოზის გადაცემის გზების შესახებ, მაგრამ არ აქვთ ინფორმაცია შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ. ასევე, მათ არ იციან, არსებობს თუ არა, ტუბერკულოზის დადგენის შემთხვევაში, ამერბაიჯანში უცხოელი სტუდენტების მკურნალობის შესაძლებლობა.

უცხოელმა სტუდენტებმა ირანიდან, ინდოეთიდან, კამერუნიდან და ნიგერიიდან განაცხადეს, რომ რომ მათ ჩაიტარეს აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე ტესტირება თავიანთ ქვეყნებში, ამერბაიჯანში წამოსვლამდე. როგორც სტუდენტები აცხადებენ, მათ ქვეყნებში ტუბერკულოზის და აივ-ინფექციის მქონე პირები ვერ დატოვებენ ქვეყანას. ამერბაიჯანში, ოფიციალური რეგისტრაციის გავლამდე მათ კვლავ ჩაიტარეს აივ-ტესტირება შესაბამისად მითითებულ კერძო კლინიკაში. ტესტი ფასიანია და სტუდენტებისთვის საკმაოდ ძვირია. აივ-დადებით პირებს ამერბაიჯანის მიგრაციის სამსახური არ არეგისტრირებს. რესპონდენტების ვარაუდით, აივ-დადებითი პირების რაოდენობა სტუდენტებში მცირეა; მათი აზრით, სტუდენტების უმრავლესობა ახალგაზრდა და ჯანმრთელია.

რაც შეეხება რესპონდენტების გამოცდილებას ტუბერკულოზის აღმოჩენისა და მკურნალობის მხრივ, სტუდენტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ არ გაუგიათ არც ერთი მსგავსი შემთხვევის შესახებ. ერთადერთი სტუდენტის სიტყვებით: “ერთ კამერუნელ სტუდენტს ვიცნობდი, რომელიც ტუბერკულოზით იყო ავად, მაგრამ იმკურნალა და გამოჯანმრთელდა. ამერბაიჯანში ისევ დაეწყო ჩივილები და მას აქ უფასოდ უმკურნალეს; მაგრამ ოჯახმა მაინც კამერუნში წაიყვანა.”

რესპონდენტების აზრით, ტუბერკულოზის სამსახურები ამერბაიჯანში ადვილად ხელმისაწვდომია უცხოელი სტუდენტებისთვის. თუმცა, ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობა გარკვეულ პრობლემებს ქმნის: „ვიცი, რომ ექიმების ხელფასი ძალიან დაბალია. ამდენად, მათი მოტივაციაც დაბალია და სამედიცინო სერვისების განვითარების სანაცვლოდ ისინი დამატებით თანხას ითხოვენ. ზოგადად, სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება უცხოელი სტუდენტებისადმი ამერბაიჯანში კარგია.”

ნაწილი 3. აივ/შიდსის სამსახურებზე წვდომა, გამოწვევები და ბარიერები

აივ-ინფექციის შესახებ დასმულ კითხვებზე უცხოელი სტუდენტების პასუხები ნათელყოფს, რომ ისინი ინფორმირებული არიან ინფექციის, მისი გადაცემის გზებისა და დიაგნოსტიკის მეთოდების შესახებ. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მამაკაცები, ქალებთან შედარებით, ინფიცირების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან.

როგორც კვლევა აჩვენებს, აივ-ტესტირების ჩატარება აუცილებელი საფეხურია ამერბაიჯანში რეგისტრაციის მიზნით და იგი უნდა განხორციელდეს სპეციალურად ამ მიზნით შერჩეულ კერძო კლინიკაში. თუმცა სტუდენტებმა არ იცოდნენ, რომ შესაძლებელია ნებაყოფლობითი ტესტირება უფასოდ შიდსის რესპუბლიკურ ცენტრში. რესპონდენტების ინფორმაციით, მათ არ იცოდნენ, რომ აივ-ტესტირება ამერბაიჯანში უფასოა.

კითხვას, თუ სად უნდა ჩაუტარდეთ მიგრანტებს აივ-ტესტირება - წარმოშობის თუ დანიშნულების ქვეყანაში, სტუდენტებმა აღნიშნეს, რომ სამედიცინო შემოწმება და ტესტირება თავიანთ ქვეყნებში უფრო მოსახერხებელია. რესპონდენტის სიტყვებით: „იმ შემთხვევაშიც კი, თუ დანიშნულების ქვეყანა უზრუნველყოფს ყველა საჭირო სამედიცინო მომსახურებას ავად გახდომის შემთხვევაში, მკურნალობის ჩატარება წარმოშობის ქვეყანაში უფრო კომფორტულია. პრობლემის წარმოშობისას ადამიანისთვის უფრო ადვილია მიმართოს

საკუთარი ქვეყნის ჯანდაცვის სამსახურებს, ვიდრე დანიშნულების ქვეყნიდან დეპორტაციის შიშის ქვეშ იცხოვროს.“

ზოგადად, აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე საუბრისას გამოვლინდა, რომ სტუდენტები ინფორმირებული არიან ამ დაავადებების გადაცემის, მკურნალობის და პრევენციის გზების შესახებ.

რესპონდენტებს არ აქვთ ინფორმაცია, თუ რომელ სამედიცინო დაწესებულებებს უნდა მიმართონ აივ-ინფექციაზე ან ტუბერკულოზზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში. ამავდროულად, მათ აღნიშნეს, რომ აივ-ტესტს ყოველწლიურად იტარებენ, ვინაიდან იგი სავალდებულოა ქვეყანაში დროებითი რეგისტრაციისთვის. რესპონდენტების ინფორმაციით, ზოგ მათ ნაცნობ სტუდენტს, რომლებსაც აივ-დადებითი სტატუსი დაუდგინდათ, უარი ეთქვათ ამერბაიჯანში რეგისტრაციაზე.

ზოგადად, ჯანდაცვის მომსახურების მიღებისას უცხოელ სტუდენტებს შემდეგი ბარიერები აქვთ:

- ინფორმაციის ნაკლებობა (კლინიკის ადგილმდებარეობა, მომსახურების საფასური და ა.შ.);
- ფინანსური მხარე (სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების სიძვირე);
- კომუნიკაციის (ენის) პრობლემები;
- ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობა.

აღნიშნული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად რესპონდენტებმა სპეციალური კლინიკის გახსნა დაასახელეს, რომელიც მოემსახურება უცხოელ სტუდენტებს და სადაც შესაძლებელი იქნება დაზღვევით სარგებლობა.

III ჯგუფი: შრომითი მიგრანტები

ნაწილი 1. ზოგადი ინფორმაცია შრომითი მიგრანტების შესახებ

შრომითი მიგრანტები ამერბაიჯანიდან ძირითადად თურქეთსა და რუსეთის ფედერაციაში მიემგზავრებიან. რესპონდენტების გარკვეულმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ იშვიათ შემთხვევებში ისინი სამუშაოდ ასევე ნიდერლანდებში, შვედეთში, გერმანიასა და ევროპის სხვა ქვეყნებში მიდიან. შრომით მიგრანტები ძირითადად წარმოადგენენ ახალგაზრდა, 20 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებს. მიგრანტების ოჯახური მდგომარეობა განსხვავებულია, თუმცა ძირითადად ისინი დაუქორწინებლები არიან. ჩვეულებრივ, დაოჯახებული პირები საზღვარგარეთ მართო მიემგზავრებიან, ხოლო მათი ოჯახები ამერბაიჯანში რჩებიან.

მიგრანტების უმრავლესობას აქვს საშუალო განათლება, მათ მხოლოდ ნაწილს აქვს მიღებული უმაღლესი განათლება. ზოგადად, რესპონდენტების აზრით, შრომითი მიგრაციის არსებობა პირდაპირ კავშირშია ქვეყანაში არსებული უმუშევრობის პრობლემასთან.

ჯანდაცვის სამსახურებზე წვდომის კუთხით შრომითი მიგრანტების უმრავლესობა აცხადებს, რომ ისინი არიან ახალგაზრდები და ჯანმრთელები და სამედიცინო დაწესებულებებში ვერ არც ყოფილან. კვლევის განმავლობაში შრომითმა მიგრანტებმა ასევე აღნიშნეს, რომ რუსეთის ფედერაციაში ოფიციალურად დასაქმების ნებართვის („პატენტის“) მისაღებად აუცილებელია სამედიცინო შემოწმების გავლა. აივ-ის, ტუბერკულოზის და ჰეპატიტის მქონე პირებს ეკრძალებათ რუსეთის ფედერაციაში დარჩენა და ისინი ექვემდებარებიან დეპორტირებას თავიანთი წარმოშობის ქვეყანაში. რესპონდენტების ინფორმაციით: „თუ რაიმე ინფექციური დაავადებით ხარ ავად (ტუბერკულოზი, ჰეპატიტი ან აივ-ინფექცია) რუსეთში სამუშაო ნებართვას ვერ მიიღებ. თუ ინფექციური დაავადება სამედიცინო

შემონწმებისას არ გამოვლინდა, შეგიძლია ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტი შეიძინო. დაზღვევით გარანტირებულია ყველა საჭირო სამედიცინო მომსახურების უფასოდ მიწოდება.“ ასევე, რესპონდენტების აზრით: „თუ რუსეთში ჯანმრთელობის დაზღვევა გაქვს, ჯანდაცვის კუთხით პრობლემები არ გექნება.“

კვლევის განმავლობაში გაჟღერებული მოსაზრებების თანახმად, ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტის ფლობის შემთხვევაში შრომით მიგრანტებს შესაძლებლობა ექნებოდათ, მიემართათ როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებისთვის და ესარგებლათ ჯანდაცვის მომსახურებით უფასოდ. რესპონდენტების სიტყვებით: „თუ რუსეთში ოფიციალურად ხართ რეგისტრირებული და გაქვთ დაზღვევა, საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი თქვენთან მოვა და აუცილებელ სამედიცინო დახმარებას ჩაგიტარებთ. განსაკუთრებული ყურადღება ბავშვების ჯანმრთელობას ექცევა; ბავშვები განსაკუთრებული ზრუნვის ქვეშ არიან.“

კვლევისას გამოვლენილი ინფორმაციის თანახმად, ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობისას შრომითი მიგრანტები იძულებულნი არიან, სამედიცინო მომსახურების მისაღებად კერძო სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართონ. კერძო კლინიკებში მომსახურება ძალიან ძვირია და მიგრანტებისთვის ხელმისაწვდომი არაა. რუსეთში მყოფი აზერბაიჯანელი შრომითი მიგრანტების მომდევნო პრობლემას სამედიცინო დაწესებულებების სიშორე წარმოადგენს. რესპონდენტების აზრით: “საავადმყოფოებამდე მანძილი საკმაოდ დიდია; ზოგჯერ 200-250 კილომეტრი უნდა იმგზავრო, კლინიკამდე რომ მიხვიდე.“

სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებული კიდევ ერთი სირთულე ენის ბარიერია. კვლევის შედეგად მოპოვებული ინფორმაციით, მიგრანტთა უფროსი თაობისთვის რუსული ენა პრობლემას არ წარმოადგენს, მაგრამ ახალგაზრდების რუსული ენის ცოდნის დონე დაბალია. რესპონდენტების სიტყვებით: „ენის არასაკმარისი ცოდნა ძალიან დიდი პრობლემაა ქვეყანაში ცხოვრებისთვის და მუშაობისთვის. ასევე, ჯანმრთელობის პრობლემის არსებობისას, თქვენ ვერ ხსნიან, რა გჭირდებათ, რა განუხებთ და მთლიანად დამოკიდებული ხართ სხვა პირზე, რომელმაც ენა იცის.“

ნაწილი 2. ტუბერკულოზის სამსახურებზე წვდომა, გამოწვევები და ბარიერები

რესპონდენტების აზრით, ტუბერკულოზის სიმპტომები შემდეგია: წონაში კლება, უმადობა, ტკივილი გულმკერდის არეში, სისხლდენა, შფოთვა და სუნთქვის უკმარისობა. კითხვას, თუ რა ინფორმაცია აქვთ ტუბერკულოზის გადაცემის გზების შესახებ, შრომითმა მიგრანტებმა უპასუხეს, რომ ინფექცია ვრცელდება დაავადებული ადამიანის თევზიდან, ჭიქიდან და სხვა საგნებიდან; ასევე ინფექცია ვრცელდება ჰაერით, ტუბერკულოზის მქონე ადამიანის სიახლოვეს ყოფნისას.

მიგრანტების ინფორმირებულობის ანალიზი უჩვენებს, რომ რესპონდენტების უმრავლესობას არ აქვს საკმარისი ინფორმაცია ტუბერკულოზის გადაცემის გზების, დაავადების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საშუალებების შესახებ.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ტუბერკულოზის სიმპტომების აღმოჩენისას მიგრანტებს ეშინიათ სამედიცინო შემონმებაზე მისვლა. რესპონდენტების აზრით, ეს დაავადება სამარცხვინოა და მათ მისი ეშინიათ. მათ სიტყვებით: „ტუბერკულოზით ავად გახდომისა ყველას ეშინია. ტუბერკულოზს ყველა გაურბის.“

ერთ-ერთი რესპონდენტის გამოცდილებით: „ვიცი ერთი შემთხვევის შესახებ, როდესაც მამაკაცი ჩამოვიდა აზერბაიჯანიდან როგორც შრომითი მიგრანტი. შემდეგ მისი მეუღლეც ჩამოვიდა და დროებითი რეგისტრაციის მიზნით აუცილებელი დოკუმენტების შეგროვება

დაიწყო. სამედიცინო შემონმებისას ქალს ტუბერკულოზი დაუდგინდა. კლინიკაში მას უთხრეს, რომ უნდა დაეტოვებინა ქვეყანა და დაადებორტირეს. ასევე უთხრეს, „როდესაც იმკურნალე და სრულიად გამოჯანმრთელდები, შეგიძლია კვლავ ჩამოხვიდე.“ მეორე რესპონდენტის ინფორმაციით, „რუსეთში, ნებისმიერი ინფექციური დაავადების დადგენისას პირმა 24 საათის განმავლობაში უნდა დატოვოს ქვეყანა.“

რესპონდენტების აზრით, შრომითი მიგრანტები გულგრილად არიან განწყობილი საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ. სავალდებულო მოთხოვნა რომ არა, ისინი სამედიცინო შემონმებაზე არც კი იფიქრებდნენ. შრომითი მიგრანტები ნაკლებად არიან ინფორმირებული სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, სადაც შესაძლებელია ტუბერკულოზზე სკრინინგი; მათ ასევე მწირი ინფორმაცია აქვთ დაავადების სიმწვავესა და შესაძლო გართულებებზე. ყველა რესპონდენტის აზრით, რეკომენდებულია მიგრანტებმა სამედიცინო შემონმება მიგრაციამდე გაიარონ.

ნაწილი 3. აივ-შიდსის სამსახურებზე წვდომა, გამოწვევები და ბარიერები

რესპონდენტები უმეტესად ინფორმირებული არიან აივ-ინფექციის სისხლის გადასხმით (სილამაზის სალონებში ტატუირებისას და სტომატოლოგიურ კლინიკებში მკურნალობისას) და სქესობრივი გზით გადაცემის გზების შესახებ. ამავდროულად, შრომითი მიგრანტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ამ დაავადებისგან განკურნება შესაძლებელია და ეს დამოკიდებულია პაციენტის ფინანსურ სტატუსზე; რაც მიუთითებს იმაზე, რომ რესპონდენტები არ არიან სრულად ინფორმირებულნი აღნიშნულ საკითხებში.

აივ-ტესტირება რუსეთში ხელმისაწვდომია - პროცედურა უფასო და სავალდებულოა. თურქეთის რესპუბლიკაში შრომითი მიგრაციის გამოცდილების მქონე რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ აივ-ტესტირება არ არის სავალდებულო მოთხოვნა, მიგრანტებს სურვილის შემთხვევაში შეუძლიათ მიმართონ სამედიცინო დაწესებულებებს ტესტირებისთვის.

კვლევის მიმდინარეობისას განსაკუთრებული ყურადღება მიიპყრო ერთ-ერთი რესპონდენტის გამოცდილებამ: „ერთ ახალგაზრდა კაცს ვიცნობდი, ის აივ-ინფექციით რუსეთში დაავადდა. როდესაც გაიგო ინფიცირების შესახებ, საცხოვრებლად რუსეთის მოშორებულ რეგიონში გადავიდა. მისი სიტყვებით, „ოფიციალურმა სტრუქტურებმა რომ გაიგონ, აქედან გამაგდებენ. აზერბაიჯანში აივ-ინფიცირებული არავის სჭირდება, ამიტომ ციმბირში მივდივარ. ვიცოცხლებ მანამ, სანამ ღმერთი ინებებს.“ სტიგმის არსებობა შრომით მიგრანტებში და ინფორმირებულობის არასაკმარისი დონე წარმოადგენს აივ-ტესტირების ბარიერს.

კითხვას, თუ სად უნდა ჩაუტარდეთ მიგრანტებს აივ-ტესტირება - წარმოშობის თუ დანიშნულების ქვეყანაში, რესპონდენტების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ ტესტირება უმჯობესია ქვეყნიდან გამგზავრებამდე ჩატარდეს.

აივ-ტესტირებასთან შრომითი მიგრანტების დამოკიდებულების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ისინი გულგრილად არიან განწყობილი სამედიცინო შემონმების მიმართ და სავალდებულო მოთხოვნა რომ არა, ისინი ინფექციებზე ტესტირებას არც ჩაიტარებდნენ.

ფოკუსჯგუფების შედეგები და მონაწილეთა რეკომენდაციები

დევნილთა ფოკუსჯგუფში ჩატარებული თვისებრივი კვლევის შედეგები

საზღვარგარეთ დასაქმების მიზნით გამგზავრებულ დევნილთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი შემდეგია: ძირითადად ისინი არიან საშუალო განათლების

მქონე, დაქორწინებული და უმუშევარი ახალგაზრდა მამაკაცები. ჩვეულებრივ, ისინი მიემგზავრებიან ქვეყნიდან ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად, 4-5 პირისგან შემდგარი ჯგუფის სახით. რესპონდენტების ინფორმაციით, ისინი საზღვრგარეთ საქმდებიან ახლობლების მეშვეობით, რომლებიც დიდი ხნის წასულები არიან ამერბაიჯანიდან.

დევნილები აწყდებიან შემდეგ ძირითად პრობლემებსა და სირთულეებს:

- კომუნიკაციის პრობლემები (დანიშნულების ქვეყნის ენის არასაკმარისი ცოდნა);
- ჯანდაცვის ძირითადი სამსახურების შესახებ არასაკმარისი ინფორმაცია (მაგალითად, ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებების ადგილმდებარეობის შესახებ);
- რეგისტრაციასთან დაკავშირებული პრობლემები (დევნილები, რომლებიც დასაქმების მიზნით რუსეთში მიდიან, თავდაპირველად სასტუმროში რეგისტრირდებიან. მომდევნო ეტაპზე ზოგი მათგანი ურიგდება ადგილობრივ მაცხოვრებელს და გარკვეული თანხის გადახდის სანაცვლოდ, დროებით რეგისტრირდება მასთან. ზოგი დევნილი აცხადებს, რომ მუშაობა შესაძლებელია რეგისტრაციის გარეშე. რამდენიმე რესპონდენტის ინფორმაციით, ზოგმა მათგანმა გადაუხადა ქრთამი პოლიციის და მიგრაციის სამსახურის თანამშრომლებს და მუშაობდა რეგისტრაციის გარეშე);

თურქეთში დასაქმების გამოცდილების მქონე დევნილმა მიგრანტებმა განაცხადეს, რომ რეგისტრაციის მიზნით ქრთამის გადახდის შესახებ არ სმენიათ, მაგრამ რეგისტრაციისთვის ოფიციალურად დადგენილი საფასური ძალიან მაღალია;

- რუსეთში ოფიციალური რეგისტრაციისთვის მიგრანტებმა უნდა გაიარონ სავალდებულო ტესტირება აივ-ინფექციაზე, ტუბერკულოზსა და ჰეპატიტზე. მაგრამ, როგორც რესპონდენტები აცხადებენ, ტესტამდე და ტესტის შემდგომი კონსულტაციები მათთვის არ გაუწევიათ;
- რესპონდენტების ინფორმაციით, სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები შემდეგია: სერვისების სიძვირე ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობის შემთხვევაში; სამედიცინო დაწესებულებების სიმორე და სამედიცინო პერსონალის არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულება შრომითი მიგრანტების მიმართ;
- კვლევის განმავლობაში დასმულ კითხვებზე მოპოვებული პასუხების მიხედვით დადგინდა, რომ დევნილებს აქვთ არასაკმარისი ცოდნა ტუბერკულოზისა და აივ-ინფექციის გადაცემის გზების, ისევე როგორც ადრეული სიმპტომების ამოცნობისა და პროფილაქტიკის გზების შესახებ.

საცხოვრებელი პირობების, დასაქმების სტატუსისა და ჯანდაცვის სამსახურებზე წვდომის ჭრილში გამოვლინდა შემდეგი:

- უმუშევრობა. უმუშევრობა დევნილთა ყველაზე მწვავე პრობლემაა. დევნილთა განსახლების ადგილები უმეტესად ბაქოს შემოგარენშია, სადაც სატრანსპორტო კავშირი ცუდია, რაც მათ ხელს უშლის სამსახურის მოძიებაში ბაქოში. თუმცა ყველა მათგანმა აღნიშნა, რომ სახელმწიფოსგან იღებს ყოველთვიურ შემწეობას და გათავისუფლებულია კომუნალური გადასახადებისგან (ელექტრობა, გაზი და წყალი);
- წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე. დევნილთა კომპაქტური ჩასახლების ადგილებში ხელმისაწვდომია პირველადი ჯანდაცვის სამსახურები (ამბულატორიული კლინიკები ან ჯანმრთელობის ცენტრი), მაგრამ მათი აღჭურვილობა და მედიკამენტების მარაგი მწირია, ხოლო პერსონალის პროფესიული მომზადების დონე - დაბალი. როგორც წესი, დევნილები არ ენდობიან ჯანდაცვის ადგილობრივ პირველად სამსახურებში დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალს და ამჯობინებენ მიმართონ მათთვის სანდო კერძო სამედიცინო დაწესებულებებს, თუმცა მომსახურების სიძვირის გამო ეს

სერვისები მათთვის ყოველთვის ხელმისაწვდომი არ არის. რესპონდენტების მიერ დასახელებული მომდევნო პრობლემა მედიკამენტების სიძვირე და მათი არადაამაკმაყოფილებელი ხარისხია.

რეკომენდაციები

- მარტივ და გასაგებ ენაზე შემუშავებული საინფორმაციო მასალების გავრცელება დევნილებში აივ-ისა და ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმირებულობის ზრდის მიზნით.
- აივ-ტესტირებასთან და ტუბერკულოზზე სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის - (საჭირო კონტაქტების, ცხელი ხაზის, საგზაო მიმართულებების, ინსტრუქციების და სხვა შესაბამისი საკითხების შესახებ) გავრცელება დევნილებს შორის.
- საინფორმაციო ბროშურების მომზადება და გავრცელება, სადაც მოცემული იქნება ინფორმაცია შრომითი მიგრაციის რეგულაციებისა და მოთხოვნების შესახებ იმ ქვეყნებში, სადაც დევნილები ძირითადად მიემგზავრებიან.
- სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შემოღება ქვეყანაში.

უცხოელ სტუდენტთა ფოკუსჯგუფში ჩატარებული თვისებრივი კვლევის შედეგები

იმ სირთულეებზე და ხელშემშლელ მიზეზებზე საუბრისას, რომლებიც ამერბაიჯანში ხვდებათ, უცხოელმა სტუდენტებმა აღნიშნეს შემდეგი:

- სტუდენტთა მხარდაჭერის ცენტრების არარსებობა უნივერსიტეტებში. ერთ-ერთ პირველ დაბრკოლებად სტუდენტებმა აღნიშნეს მიგრაციის სამსახურში რეგისტრაციის პრობლემა. ამერბაიჯანის უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში სწავლის მსურველი უცხოელები აწყდებიან სირთულეებს დროებით რეგისტრაციასთან, უნივერსიტეტში ჩარიცხვასთან დაკავშირებული დოკუმენტების რეგისტრაციასთან და უნივერსიტეტის ადგილმდებარეობის პოვნასთან დაკავშირებითაც კი. ამ მხრივ არც ერთი უნივერსიტეტი არ უზრუნველყოფს სტუდენტთა საინფორმაციო ან სხვა სახის მხარდაჭერას.
- საერთო საცხოვრებლების ნაკლებობა. სტუდენტები იძულებულნი არიან, დაიქირავონ საცხოვრებელი ერთად და იცხოვრონ სიმჭიდროვეში. უცხოელი სტუდენტებისთვის, განსაკუთრებით ვაჟებისთვის, ხელმისაწვდომ ფასად ბინის პოვნა სირთულეს წარმოადგენს.
- კომუნიკაციასთან დაკავშირებული სირთულეები. სტუდენტებს არ აქვთ საკონტაქტო ინფორმაცია და სატელეფონო ნომრები, თუ ვის უნდა მიმართონ გადაუდებელ შემთხვევებში. ასევე, ისინი სირთულეებს აწყდებიან სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობისას ენის არცოდნის გამო - ექიმები ვერ ხვდებიან სტუდენტების ჩივილებს ავად გახდომისას.
- მუშაობის ოფიციალური ნებართვის არარსებობა. კვლევის მიმდინარეობისას უცხოელმა სტუდენტებმა გამოთქვეს უკმაყოფილება შრომის უფლებების ნაკლებობის გამო ამერბაიჯანში. მათ აღნიშნეს, რომ ბევრ ქვეყანაში სტუდენტებს ოფიციალურად ნებადართული აქვთ კვირაში რამდენიმე საათით მუშაობა, მაშინ, როდესაც ამერბაიჯანში მათ ამის საშუალება არა აქვთ.
- არ არსებობს სტუდენტებზე მორგებული ჯანმრთელობის დაზღვევა. სტუდენტებმა პაკისტანიდან და ინდოეთიდან აღნიშნეს, რომ ამერბაიჯანში ჩასვლიდან პირველივე თვეებში ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემები შეექმნათ განსხვავებული კლიმატის გამო, მაგრამ ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა მათთვის შეზღუდული აღმოჩნდა, კერძო კლინიკებში მომსახურების სიძვირისა და სტუდენტთა ჯანმრთელობის დაზღვევის

სისტემის არარსებობის მიზეზით. მომდევნო თანამდევ პრობლემად გამოიკვეთა ინფორმაციის ნაკლებობა საავადმყოფოების ადგილმდებარეობის შესახებ.

ჯანდაცვის სერვისებზე უცხოელი სტუდენტების წვდომასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემები შემდეგია:

- მიგრაციის სამსახურში დროებითი რეგისტრაციისთვის სტუდენტებმა სამედიცინო შემოწმება უნდა გაიარონ. აღნიშნული სამედიცინო შემოწმების ჩატარების ოფიციალური ნებართვა მხოლოდ ერთ კლინიკას აქვს და მისი საფასური სტუდენტებისთვის ძალიან მაღალია;
- უცხოელ სტუდენტებს აქვთ პრობლემა ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობისას, რაც განპირობებულია ინგლისურ ან სხვა უცხო ენაზე მოსაუბრე სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობით;
- ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობა სტუდენტებისთვის; სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების სიძვირე;
- ჯანდაცვის მუშაკების მიერ სტუდენტებისგან ფულის გამოძალვა, მომსახურების განწევის სანაცვლოდ;
- არასაკმარისად აღჭურვილი სახელმწიფო კლინიკები, ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერთა ცოდნის და პროფესიული უნარების დაბალი დონე;
- სამედიცინო დაწესებულებების ადგილმდებარეობის შესახებ ინფორმაციის სიმწირე.

რეკომენდაციები

- მრავალენოვანი ვებგვერდის შემუშავება, სადაც განთავსდება სრული ინფორმაცია აზერბაიჯანის მიგრაციის სამსახურში რეგისტრაციის პროცედურების, მოთხოვნილი დოკუმენტებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ადგილმდებარეობის შესახებ და ასევე, მითითებული იქნება საკონტაქტო ინფორმაცია და ცხელი ხაზის ნომრები გადაუდებელი შემთხვევებისას.
- საელჩოთა ჩართვა უცხოელი სტუდენტების პრობლემების მოგვარებაში.
- სტუდენტების მხარდაჭერის ცენტრების შექმნა უნივერსიტეტებში.
- აივ-სა და ტუბერკულოზთან და ასევე, დაავადებებზე ტესტირებასთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიწოდება უცხოელი სტუდენტებისთვის.
- სპეციალური სამედიცინო ცენტრის დაარსება უცხოელი სტუდენტებისთვის, სადაც იმუშავებს უცხო ენაზე მოსაუბრე სამედიცინო პერსონალი (ან იქნებიან დაქირავებული თარჯიმნები).

შრომით მიგრანტთა ფოკუსჯგუფის მეთოდით ჩატარებული თვისებრივი კვლევის შედეგები:

- შრომითი მიგრანტებისთვის დაწესებული მოთხოვნების არასაკმარისი ცოდნა;
- საკუთარი ჯანმრთელობისადმი გულგრილი დამოკიდებულება შრომით მიგრანტებში. შრომით მიგრანტებს აქვთ შეზღუდული წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე, მომსახურების მაღალი ფასებისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის არარსებობის გამო;
- კომუნიკაციის პრობლემები (ენის ბარიერი);
- აივ-თან და ტუბერკულოზთან დაკავშირებულ საკითხებში დაბალი ინფორმირებულობა (ინფექციების გადაცემის გზები, დიაგნოსტიკა, სიმპტომები და პრევენციის გზები);

- აივ-თან და ტუბერკულოზთან დაკავშირებით სტიგმის მაღალი ხარისხი შრომით მიგრანტებში.

რეკომენდაციები

- შრომითი მიგრანტების ინფორმირებულობის ზრდა მათი უფლებების კუთხით.
- საინფორმაციო მასალების შემუშავება და გავრცელება მიგრანტებში (მიგრანტებისთვის მარტივ და გასაგებ ენაზე), აივ-სა და ტუბერკულოზის შესახებ ინფორმირებულობის ზრდის მიზნით.
- საინფორმაციო კამპანიების წარმოება ტუბერკულოზთან და აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული სტიგმის აღმოფხვრის მიზნით. • საინფორმაციო პორტალის შემუშავება შრომითი მიგრანტებისთვის, სადაც განთავსდება შემდეგი ინფორმაცია: შრომითი მიგრანტების ძირითადი დანიშნულების ქვეყნების შრომის კანონმდებლობა (აზერბაიჯანიდან შრომითი მიგრაციის ძირითადად თურქეთის რესპუბლიკისა და რუსეთის ფედერაციისკენ მიმართვის გათვალისწინებით) და ინფორმაცია საკვანძო მნიშვნელობის დაწესებულებებისა და საკონტაქტო სატელეფონო ნომრების შესახებ გადაუდებელი შემთხვევებისთვის.

ტუბერკულოზისა და აივ/შიდსის შესახებ ინფორმირებულობისა და ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის თვისებრივი კვლევა სხვადასხვა ჯგუფის მიგრანტებში საქართველოში

საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის პროგრამების განხორციელების მხრივ. საქართველოს ანტირეტროვირუსული თერაპიის (ART) პროგრამა საერთაშორისო ექსპერტების მიერ აღიარებულ იქნა როგორც ერთ-ერთი საუკეთესო რეგიონში - მკურნალობაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის, სამიზნე პოპულაციის დაფარვის სიდიდისა და პროგრამული ინტერვენციების გაუმჯობესებული ხარისხის გამო. ასევე, საქართველომ ერთ-ერთმა პირველმა, 2015 წლის დეკემბრიდან დაიწყო რეგიონში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) სტრატეგიის “განკურნოთ ყველა” (“Treat ALL”) განხორციელება.

საქართველოს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში მნიშვნელოვანი წარმატება იქნა მიღწეული უახლესი საერთაშორისო სტრატეგიებისა და სახელმძღვანელო მითითებების გათვალისწინების და განხორციელების კუთხით. თვალსაჩინო მიღწევები ტუბერკულოზის ტვირთის შემცირების თვალსაზრისით უკანასკნელ წლებში მტკიცებულებებით გამყარდა, რაც გამოიხატა ტუბერკულოზის შემთხვევებისა და მანკვინებლების კლებით. სერვისებზე საყოველთაო წვდომა უზრუნველყოფილია ტუბერკულოზის ყველა ფორმის, მათ შორის, M/XDR ფორმების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესაძლებლობის საფუძველზე. ფართოვდება ტუბერკულოზისა და ნამალრებისტენტიული ტუბერკულოზის თანამედროვე, სწრაფი დიაგნოსტიკის მეთოდების და უახლესი მედიკამენტებით მკურნალობის დანერგვის მასშტაბი.

მიუხედავად ზემოაღნიშნული მიღწევებისა, ტუბერკულოზი და აივ/შიდსი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მხრივ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოში და რეგიონის სხვა ქვეყნებში. განსაკუთრებით დამაფიქრებელია ტუბერკულოზის MDR და XDR ფორმების და აივ/შიდსის რეგისტრირებული შემთხვევების (განსაკუთრებით, მსმ ჯგუფებში) გაზრდილი პრევალენტობა⁴⁵.

მკურნალობის კურსის შეწყვეტის შემთხვევების მაჩვენებელი წარმოადგენს ტუბერკულოზისა და აივ/შიდსის ეფექტური კონტროლის ერთ-ერთ ძირითად შემაფერხებელ მიზეზს საქართველოში⁴⁶.

მიგრანტებისა და მოსახლეობის სხვა მობილური ჯგუფების საჭიროებები აივ-ისა და ტუბერკულოზის პრევენციის, კონტროლისა და მკურნალობის მხრივ საქართველოში, შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვისას, გათვალისწინებული არ არის. ამასთან, არაფერია ცნობილი მიგრანტებში აღნიშნული დაავადებების გავრცელების სიხშირის შესახებ.

ურთიერთკავშირი სამხრეთ კავკასიის მეზობელ ქვეყნებს (აზერბაიჯანი, საქართველო და სომხეთი) შორის მჭიდრო ტრანზიტულ დერეფნებზე ინტენსიური მობილობის გამო. მიგრაცია ინტენსიურია საქართველოსა და თურქეთს შორის, ისევე როგორც საქართველოსა და ევროპის ქვეყნებს შორის. ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებლებში 2016-2017

45 ქვეყანაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით საქართველოს ორ ძირითად ქალაქში (თბილისი, ბათუმი) მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან, საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრის „თანადგომა“. კვლევის ანგარიში, 2015.

<http://curatiofoundation.org/ge/bio-behavioral-surveillance-survey-among-men-who-have-sex-with-men-in-two-major-cities-of-georgia-2015/>

46 დასკვნები გამოტანილია ჯანმო-ს აზერბაიჯანის, საქართველოსა და სომხეთის ეროვნული პროფილების ანალიზის შედეგად; სიტუაციური ანგარიში მოწოდებულია აზერბაიჯანის ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის, საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და სომხეთის ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის მიერ.

წლებში ჩატარებული IBBSS კვლევის თანახმად, ნარკომომხმარებლები, სხვა ქვეყნებში იმიგრაციისას, აგრძელებენ ნარკოტიკის ინექციური გზით მოხმარების პრაქტიკას⁴⁷.

საზღვრის ინტეგრირებული მართვის შემოღებამ ხელი შეუწყო ტრანსსასაზღვრო სავაჭრო ურთიერთობებისა და თანამშრომლობის განვითარებას, რამაც, თავის მხრივ, მიგრაციის პროცესები რეგიონში უფრო ინტენსიური გახადა. ზემოთ აღნიშნული გამოწვევებისა და სამხრეთ კავკასიის ტრანზიტულ დერეფნებზე მოსახლეობის გაზრდილი მობილობის გათვალისწინებით, სახელმწიფოთაშორის საზღვრებზე მიგრანტებზე მორგებული ჯანდაცვის სამსახურების არარსებობა (აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენის მიზნით) ზრდის მიგრანტებისა და მოსახლეობის მობილური ჯგუფების, როგორც ერთ-ერთი ძირითადი რისკ-ჯგუფის, მიერ დაავადებათა გავრცელების რისკს.

ზემოთ აღნიშნული რისკების უკეთ შესწავლის მიზნით მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციამ (IOM) 2017 წელს წარმოიწყო ორწლიანი რეგიონული პროექტის „აივ ინფექციის/შიდსის და ტუბერკულოზის პრევენციის, გამოვლენისა და მკურნალობის ტრანსსასაზღვრო მექანიზმების გაძლიერება მიგრანტ და მობილურ მოსახლეობაში სამხრეთ კავკასიის რეგიონში“ განხორციელება. პროექტის მიზნად განისაზღვრა აივ-ინფექციის/შიდსის და ტუბერკულოზის პრევენციის, დაავადებათა გაზრდილი რაოდენობის გამოვლენის, გადამისამართებისა და მკურნალობის ტრანსსასაზღვრო მექანიზმების გაძლიერების ხელშეწყობა სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში მიგრანტებსა და მოსახლეობის მობილურ ჯგუფებში, რომელთა შემუშავებისას გათვალისწინებული იქნება მიგრანტთა ასაკი/სქესი და განათლება და ასევე ის, თუ როგორ აისახება ეს ფაქტორები მათ გამოცდილებასა და საჭიროებებზე.

პროექტის ფარგლებში განხორციელდა შემდეგი აქტივობები:

- ა) ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებისადმი მიძღვნილი საინფორმაციო კამპანია, მიმართული მიგრანტ და მობილურ მოსახლეობაში აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის პრევენციული სკრინინგისა და მკურნალობის პოპულარიზებაზე;
- ბ) მიგრანტთა ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, მტკიცებულებების მოსაპოვებლად და რეკომენდაციების შესამუშავებლად მიგრანტებზე ფოკუსირებული, კოორდინირებული მიდგომის დანერგვის მიზნით აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის პრევენციისა და კონტროლის გასაუმჯობესებლად რეგიონის მასშტაბით;
- გ) ჯანდაცვის სპეციალისტთა და საზღვრის მართვის სტრუქტურათა შესაძლებლობების ზრდა რეგიონული პროფესიული ქსელის შექმნის ხელშეწყობის მიზნით, რომელიც მიმართული იქნება გადამისამართების ტრანსსასაზღვრო მექანიზმების შექმნისა და მიგრანტების საჭიროებებზე მორგებული ჯანდაცვის პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავებისკენ.

რეგიონული პროექტით განსაზღვრული მეორე აქტივობის განხორციელების მიზნით საქართველოში ჩატარდა მიგრანტთა ჯანმრთელობის თვისებრივი კვლევა ქვეყნის მასშტაბით აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე ფოკუსირებით მიგრანტთა სხვადასხვა ჯგუფს შორის, რომელიც განახორციელა ადგილობრივი ექსპერტებისა და ინტერვიუებისგან შემდგარმა გუნდმა IOM-ს განვითარების ფონდის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის ფარგლებში. კვლევის მიზანი იყო მიგრანტთა ინფორმირებულობის, ცოდნისა და გამოცდილების კვლევა აივ-ისა და ტუბერკულოზის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ხელმისაწვდომობის

⁴⁷ აივ-ინფექციით მცხოვრებ ადამიანებში 2016-2017 წლებში ჩატარებულმა ბიო-ბიჰევიორისტულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ნარკოტიკის ინექციურად მოხმარების გამოცდილების მქონე პირთა 80.9%-მა მოიხმარა ნარკოტიკი ინექციური გზით თურქეთში, 7.1%-მა - აზერბაიჯანში, 6.8%-მა - უკრაინაში, 4.6%-მა - რუსეთში, ხოლო 4.0%-მა - გერმანიაში.

კუთხით მიგრანტთა წარმოშობისა და დანიშნულების ქვეყნებში და ასევე, ინფორმაციის შეგროვება აღნიშნული მომსახურებებით მიგრანტთა სხვადასხვა ჯგუფის კმაყოფილებისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების შესახებ.

კვლევა ჩატარდა მიგრანტებისა და მობილური მოსახლეობის შემდეგ ჯგუფებში:

- ქვეყნის შიგნით იძულებით გადაადგილებული პირები (დევნილები);
- ეკომიგრანტები;
- დაბრუნებული მიგრანტები (IOM-ის ნებაყოფლობითი დაბრუნებისა და რეინტეგრაციის ხელშეწყობის (AVRR) პროგრამის ბენეფიციარები);
- უცხოელი მიგრანტები (საქართველოში სწავლის მიზნით ჩამოსული საერთაშორისო სტუდენტები).

განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა მამაკაც და ქალ მიგრანტთა მიერ ჯანდაცვის მომსახურებათა შეფასებისას გენდერული ნიშნით გამოვლენილი სხვაობების შეფასებას, რაც, შესაბამისად, მოგროვდა კვლევის მონაწილეთა ცალკეული (მამაკაცებისა და ქალების) ჯგუფების მიერ მონოღებულ უკუკავშირის ანალიზის შედეგად.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზნად განისაზღვრა მიგრანტთა ჯანმრთელობის კვლევის განხორციელება საქართველოში, მტკიცებულებების მოსაპოვებლად და რეკომენდაციების შესამუშავებლად მიგრანტებზე ფოკუსირებული, კოორდინირებული მიდგომის დანერგვის მიზნით აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის პრევენციისა და კონტროლის გასაუმჯობესებლად რეგიონის მასშტაბით.

კვლევის მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევა ჩატარდა ფოკუსჯგუფების საშუალებით, მიგრანტთა სიღრმისეული მოსაზრებებისა და შეხედულებების გასაცნობად, შესაბამისი დამოკიდებულებებისა და გამოცდილების შესწავლის მიზნით. სულ ჩატარდა 16 ფოკუსჯგუფი 141 მიგრანტის მონაწილეობით, რომელთაგან 68 იყო მამაკაცი, ხოლო 73 - ქალი. მეთოდოლოგია ითვალისწინებდა 190 მიგრანტის მონაწილეობას, უარის მაჩვენებლის სავარუდო 20-30% მნიშვნელობით. რეალურად, უარის მაჩვენებელმა შეადგინა 26.6%.

გეოგრაფიული მდებარეობა: ფოკუსჯგუფები ჩატარდა შავშვებსა და ნეროვანში დასახლებულ დევნილებში, გარდაბანსა და მარნეულში მცხოვრებ ეკომიგრანტებში, თბილისში მყოფ სტუდენტებსა და დაბრუნებულ მიგრანტებში.

ცხრილში C.2 მოყვანილია ფოკუსჯგუფების დეტალები მიგრანტთა განსხვავებული ჯგუფების, გენდერული ჭრილისა და მდებარეობის მიხედვით.

ცხრილი C.2: ფოკუსკუფების მახასიათებლები

ფოკუსკუფები	ფოკუსკუფის #	ადგილმდებარეობა	მონაწილეთა რაოდენობა	
			მამაკაცი	ქალი
დევნილები	1	შავშვები	9	
	2	შავშვები		11
	3	წეროვანი		6
	4	წეროვანი	10	
ეკომიგრანტები	1	მარნეული		10
	2	მარნეული	8	
	3	გარდაბანი	10	
	4	გარდაბანი		9
უცხოელი მიგრანტები	1	ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახ. უნივერსიტეტი		9
	2	ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახ. უნივერსიტეტი	8	
	3	თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტი		10
	4	თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტი	5	
დაბრუნებული მიგრანტები	1	თბილისი	9	
	2	თბილისი		10
	3	თბილისი	9	
	4	თბილისი		8

ფოკუსკუფებს უძღვებოდნენ გამოცდილი ფასილიტატორები, რომლებიც ხელმძღვანელობდნენ კვლევის მიზნით შემუშავებული სპეციალური გზამკვლევით. აღნიშნული გზამკვლევი გამოიცადა 10 მონაწილისგან შემდგარ ფოკუსკუფში, რის შედეგადაც იგი ენობრივად დაიხვეწა. კვლევის ასისტენტი აწარმოებდა გზამკვლევის მიხედვით დასმულ კითხვებზე გაცემული პასუხების წერილობით დოკუმენტირებას; და ასევე, მოხდა ფოკუსკუფების აუდიოჩანაწერების წარმოება, წერილობითი ჩანაწერებისთვის ზუსტი საბოლოო სახის მისაცემად.

გზამკვლევის სტრუქტურა იყო შემდეგნაირი:

- ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია მოსახლეობის შესახებ;
- ნაწილი 2: აივ-ინფექცია და ხელმისაწვდომობა აივ-სამსახურებზე;
- ნაწილი 3: ტუბერკულოზი და წვდომა ტუბერკულოზის სამსახურებზე.

ფოკუსკუფის ხანგრძლივობა იყო 55-დან 75 წუთამდე.

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის შედეგად მოპოვებულ იქნა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მიგრანტებზე ფოკუსირებული პოლიტიკისა და ჯანდაცვის პროგრამების დაგეგმვისთვის, როგორც თვისებრივ კვლევას, მას თან ახლდა რიგი შეზღუდვებისა, როგორცაა:

- ფასილიტატორის სუბიექტური გეგავლენა ჯგუფზე;
- დისკუსიებში შესაძლოა დომინირებდეს რამდენიმე მონაწილის აზრი, რამაც შესაძლოა მსჯელობა მათი პოზიციისკენ გადახაროს;
- დისკუსიის შედეგად მიღებული ინფორმაცია შეიძლება არ იყოს სარწმუნო ინდივიდუალურ დონეზე;

- ინფორმაცია არ არის რეპრეზენტატიული მიგრანტთა მთელ პოპულაციასთან მიმართებით;
- აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმის მაღალი დონის გამო შ შესაძლოა მონაწილეებმა თავი აარიდონ გულწრფელი პასუხების გაცემას.

კვლევის შედეგები

კვლევის მიგნებები წარმოდგენილია მიგრანტთა თითოეული ჯგუფის მიხედვით, აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის საკითხებთან მიმართებით მათ განსხვავებულ გამოცდილებათა გამო.

I ჯგუფი: ეკომიგრანტები

ეკომიგრანტთა ფოკუსკუფები ჩატარდა გარდაბანსა და მარნეულში; შედეგები წარმოდგენილია ცალ-ცალკე, თითოეული დასახლების მიხედვით.

გარდაბნის ფოკუსკუფის შედეგები

10 მამაკაციდან 7-მა განაცხადა ფოკუსკუფში გარდაბანში, რომ იცნობდა გასული წლის განმავლობაში 3 თვით საზღვარგარეთ სამუშაოდ წასულ პირს. მათი ინფორმაციით, ამ პირთა ემიგრაციის მიზეზი ეკონომიკური პრობლემები გახდა; ვინაიდან ისინი არ იყვნენ დასაქმებული საქართველოში და საზღვარგარეთ შემოსავლის საშოვნელად და ოჯახების გამოსაკვებად გამეგზავრნენ.

9 ქალბატონიდან 2-ს ჰქონდა შრომითი მიგრაციის პირადი გამოცდილება გასული წლის განმავლობაში.

შრომითი მიგრაციის გამოცდილების მქონე როგორც მამაკაცებმა, ასევე ქალებმა აღნიშნეს სტრესი და ნევროზი, როგორც ჯანმრთელობის მათი ძირითადი პრობლემები საზღვარგარეთ:

„ჩვენ ფულს ვშოულობთ, რომ ოჯახებს დავეხმაროთ, მაგრამ ამის საფასური სტრესია.“

ერთ-ერთ ქალს აწუხებდა ართრიტი და იმკურნალა ესპანეთში; მას ჰქონდა ადგილობრივი დაზღვევა, რომლითაც დაიფარა მკურნალობის ხარჯები. იგი კმაყოფილი იყო განწეული მომსახურებით.

აივ-სამსახურები

ეკომიგრანტების მხოლოდ ნახევარზე ნაკლები იყო ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ სად უნდა ჩაეტარებინათ აივ-ტესტი. თუმცა ბევრმა მათგანმა აღნიშნა, რომ იცოდა კლინიკური ინფექციური საავადმყოფოსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არსებობის შესახებ. ერთ-ერთმა ქალმა განაცხადა, რომ აივ-ტესტირების ჩატარება ნებისმიერ ლაბორატორიაშია შესაძლებელი.

აივ-ტესტირების მნიშვნელობის შესახებ საუბრისას მამაკაცმა ეკომიგრანტებმა განაცხადეს, რომ აივ-ტესტირების ჩატარება ძალიან მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით მიგრანტების დაბრუნებისას წარმოშობის ქვეყანაში, რათა ისინი დარწმუნდნენ, რომ ჯანმრთელები არიან და არ წარმოადგენენ რისკს თავიანთი ოჯახის წევრებისთვის. თუმცა, დროის უქონლობისა და საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვისადმი არასაკმარისად გამოკვეთილი

დამოკიდებულების გამო ისინი არ იცნობენ მიგრანტს, რომელმაც აივ-ტესტირება საქართველოში ჩამოსვლის შემდეგ ჩაიტარა. ქალი ეკომიგრანტების აზრით, მიგრანტმა (სქესის განურჩევლად) უნდა ჩაიტაროს აივ-ტესტირება იმ შემთხვევაში, თუ მისი ცხოვრების სტილი და ქცევა დაკავშირებულია აივ-ინფიცირების რისკთან. ამასთან, ერთ-ერთმა ქალმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ აივ-ტესტირებით პრინციპში ყველა მიგრანტი უნდა იყოს დაინტერესებული, ვინაიდან არავინაა დაცული; მაგალითად კი მან მოიყვანა შემთხვევა, როდესაც მისი მეგობარი დაავადდა ჰეპატიტით სილამაზის სალონში მანიკურის გაკეთების შედეგად.

ეკომიგრანტთა დაახლოებით ნახევარზე მეტი აცხადებს, რომ უშვობსია აივ-ტესტირება საქართველოში ჩატარდეს. თუმცა ყველა მათგანმა აღნიშნა, რომ ტესტირება უფასოა ევროპაში და არ იყვნენ დარწმუნებული, რამდენად უფასოა ტესტირება საქართველოშიც. ერთ-ერთმა მამაკაცმა ეკომიგრანტმა განაცხადა, რომ ზოგადად, ადამიანებს არ აქვთ დადებითი დამოკიდებულება მიგრანტების მიმართ და ამიტომ მას ურჩევნია აივ-ტესტირება საქართველოში ჩაიტაროს.

როგორც მამაკაცმა, ასევე ქალმა მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ აივ-ტესტირების ყველაზე დიდი ბარიერი ცოდნისა და საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის კულტურის ნაკლებობაა. ერთ-ერთმა ქალმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ სპეციალიზებულ დაწესებულებამდე შორი მანძილი ასევე ერთ-ერთი ხელშემშლელი მიზეზია.

ქალი ეკომიგრანტების აზრით, მიგრანტები აივ-ტესტირებას არ იტარებენ დადებითი პასუხის შიშით და საზოგადოებაში აივ/შიდსისადმი არსებული სტიგმის გამო. მამაკაცი მიგრანტები ფიქრობენ, რომ ეს მომსახურება არსებობს, თუ ვინმეს დასჭირდება - პრობლემა არასათანადო ცოდნასა და საჭიროების არასაკმარისად გაცნობიერებაშია:

“თუ ვინმეს აივ-ტესტირების ჩატარება სურს, ის იპოვის დაწესებულებას, სადაც ეს ტესტი ტარდება.“

ერთ-ერთმა მიგრანტმა (დათო) აღიშნა, რომ აივ-ტესტირება უნდა იყოს სავალდებულო და უნდა ჩატარდეს სასაზღვრო გამშვებ პუნქტზე.

არასაკმარისი ინფორმაცია აივ-ინფექციისა და შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების შესახებ შესაძლოა ასევე იყოს ბარიერი მიგრანტებისთვის. ერთ-ერთმა ქალმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ ტელევიზიით ხდება C ჰეპატიტის პროგრამის შესახებ ინფორმაციის გავრცელება, კარგი იქნება, თუ ინფორმაცია გავრცელდება აივ-ტესტირების შესახებაც და მოსახლეობის ცოდნაც შესაბამისად გაიზრდება.

მამაკაცი მიგრანტების აზრით, აივ-ინფიცირებულთა რიცხვი მიგრანტებს შორის დიდი არ უნდა იყოს. მხოლოდ ერთმა ეკომიგრანტმა (ლევანი) აღნიშნა, რომ აკრძალული ნარკოტიკები თავისუფლად იშოვება საზღვარგარეთ და ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი მიგრანტები შეიძლება ინფიცირებულნი იყვნენ.

საქართველოში არსებულ აივ-სამსახურებზე საუბრისას როგორც მამაკაცმა, ასევე ქალმა მიგრანტებმა დადებითი შეფასება მისცეს მათ, ძირითადად სხვა ადამიანების გამოცდილებაზე დაყრდნობით. ქალმა მონაწილეებმა განაცხადეს, რომ კონკრეტულად არაფერი იციან ამ მომსახურებათა შესახებ, იციან მხოლოდ ის, რაც ტელევიზიით ესმით. ზოგადად, მიგრანტების აზრით, აივ-ინფექციის დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის ხარისხი საქართველოში დამაკმაყოფილებელია.

ტუბერკულოზის სამსახურები

მამაკაცი ეკომიგრანტები იყვნენ ინფორმირებულები იმის შესახებ, რომ ტუბერკულოზზე

ტესტირება შეიძლება ჩატარდეს ტუბერკულოზის ამბულატორიულ კლინიკაში („ტუბდისპანსერში“). ვერც ერთმა მათგანმა ვერ თქვა, შეიძლება თუ არა ტუბერკულოზზე სკრინინგის გარდაბანში ჩატარება, მაშინ როდესაც ქალი მიგრანტების უმრავლესობამ იცოდა, რომ ეს მომსახურება ხელმისაწვდომია გარდაბნის კლინიკაში. ეკომიგრანტების აზრით, მიგრანტები უფრო მეტი სიფრთხილით უნდა ეკიდებოდნენ ტუბერკულოზის თემას, ვიდრე აივ-ინფექციისას, ვინაიდან ტუბერკულოზი უფრო ადვილად გადამდები დაავადებაა. ფოკუსგუვის მამაკაცი მონაწილეების აზრით, ტუბერკულოზი შეიძლება უფრო მეტად იყოს მსჯავრდებულების, განსაკუთრებით ხელმოკლე მოქალაქეების და ასევე, იმ პირთა პრობლემა, რომლებიც უკიდურეს სიმჭიდროვეში ცხოვრობენ ან მუშაობენ. ერთ-ერთმა ქალმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ იცნობდა ტუბერკულოზით დაავადებულ პირს, რომელიც სამუშაოდ საზღვარგარეთ წავიდა, მაგრამ ვერ დასაქმდა დაავადების გამო და იძულებული იყო შინ დაბრუნებულიყო. მეორე მიგრანტმა აღნიშნა, რომ ზოგი, პირიქით, ევროპაში მიდის იმ მიზნით, რომ ტუბერკულოზზე უკეთ იმკურნალოს.

კითხვისას, თუ სად ურჩევნიათ ტუბერკულოზზე სკრინინგის ჩატარება, მიგრანტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ამას მნიშვნელობა არ აქვს იმ შემთხვევაში, თუ ტესტირება აუცილებლად ჩასატარებელია. ერთ-ერთმა მათგანმა განაცხადა, რომ ჯანდაცვის სერვისები საზღვარგარეთ უკეთესია. ქალი ეკომიგრანტების აზრით, ტუბერკულოზზე სკრინინგი უნდა ჩატარდეს საქართველოში, საზღვარგარეთ გამგზავრებამდე, ვინაიდან, თუ მიგრანტი აღმოაჩენს დაავადებას დანიშნულების ქვეყანაში, მას პრობლემები შეექმნება სამუშაოს მოძიებისას.

სახსრების ნაკლებობა დასახელდა ტუბერკულოზზე სკრინინგის ძირითად ხელშემშლელ მიზეზად. ქალმა მიგრანტებმა ასევე აღნიშნეს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო დაწესებულებების სიშორე, როგორც დამატებითი ბარიერი.

ეკომიგრანტები აცნობიერებენ, რომ, ზოგადად, საზღვარგარეთ მყოფი მიგრანტები, მრავალრიცხოვანი სოციალური კონტაქტის გამო, ტუბერკულოზით ინფიცირების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან. ასევე, ისინი ინფორმირებულნი არიან იმის შესახებ, რომ ტუბერკულოზის აქტიური ფორმის მქონე პირმა შეიძლება დაავადება სხვასაც გადასდოს. მამაკაცი ეკომიგრანტები არ იყვნენ ინფორმირებული იმის შესახებ, რომ ტუბერკულოზის სამსახურები საქართველოშიც არსებობს, ამდენად, ვერ შეაფასეს ისინი.

ორივე სქესის ეკომიგრანტებმა გარდაბანში სწორად ჩამოთვალეს ტუბერკულოზის სიმპტომები: სისტუსტე, უმადობა, დაბალი ტემპერატურა, ოფლდენა, სიფერმკრთალე და სისხლი ნახველში.

კითხვისას, თუ რა პირადი გამოცდილება აქვთ ტუბერკულოზის სამსახურებთან ურთიერთობის კუთხით, ერთმა მამაკაცმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ ჰყავდა ტუბერკულოზით დაავადებული მეზობელი, რომელთანაც მოდიოდა ექთანის ბინაზე ადგილობრივი (რეგიონული) კლინიკიდან და მოჰქონდა მედიკამენტები. თუმცა, როგორც ეკომიგრანტმა აღნიშნა, პაციენტი არ დაექვემდებარა მკურნალობას და პაციენტი გარდაიცვალა. რაც შეეხება ქალ ეკომიგრანტებს, მათ გაიხსენეს მათ ნაცნობებთან დაკავშირებული, ტუბერკულოზის მკურნალობის როგორც ნეგატიური, ასევე პოზიტიური შემთხვევები. ძირითადი საკითხები, რაც მათ ამ კუთხით გამოკვეთეს, იყო მკურნალობისწინა ლაბორატორიული კვლევების ხარჯები და თავად მკურნალობის ხარჯები: პაციენტმა, მათი ინფორმაციით, ვერ გადაიხადა თბილისში მკურნალობის ხარჯები და გამგზავრა სამკურნალოდ აბასთუმანში; მაგრამ იქაც ვერ შეძლო 2 თვეზე მეტი ხნით ბინის ქირის გადახდა სამკურნალოდ დარჩენის მიზნით.

მარნეულის ფოკუსგუფის შედეგები

ფოკუსგუფის 8 მამაკაცი მონაწილიდან სამმა განაცხადა, რომ იცნობდა შრომით მიგრანტს; ერთ-ერთ მათგანს კი თავად ჰქონდა თურქეთში მუშაობის გამოცდილება გასული წლის განმავლობაში. ემიგრაციის მიზეზი, მათ აზრით, არასახარბიელო ფინანსური მდგომარეობაა, რაც მიგრანტებს აიძულებს ოჯახების მხარდასაჭერად საზღვარგარეთ წავიდნენ სამუშაოდ. ფოკუსგუფის 8 ქალი მონაწილიდან მხოლოდ ორმა იცოდა შრომითი მიგრანტის შესახებ (რომელიც ერთ-ერთი ეკომიგრანტის მეუღლე აღმოჩნდა), რომელმაც რამდენიმე თვე გაატარა საზღვარგარეთ (ორი თვე თურქეთში და ერთი თვე რუსეთში). ეკომიგრანტებს არ გაუგიათ შრომითი მიგრანტების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ არც ემიგრაციამდე და არც წარმოშობის ქვეყანაში დაბრუნების შემდეგ. თუმცა, მათი ინფორმაციით, მიგრანტები ჩივიან ცუდი სამუშაო პირობების და მძიმე დატვირთვის შესახებ, ვინაიდან ისინი ძირითადად მუშაობენ დღიური ანაზღაურებით სოფლის მეურნეობის სექტორში. აღნიშნული მძიმე დატვირთვის გამო ზოგჯერ მიგრანტები წყვეტენ კიდევ მუშაობას და შინ ბრუნდებიან.

აივ-სამსახურები

კითხვისას, იციან თუ არა სამედიცინო დაწესებულების შესახებ, სადაც შეიძლება აივ-ტესტირების ჩატარება, მიგრანტების უმრავლესობამ ინფექციური საავადმყოფო ან დერმატო-ვენეროლოგიური კლინიკა დაასახელა. ერთ-ერთმა ქალმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ საჭიროების შემთხვევაში „დარეკავს ჯანდაცვის სამინისტროს“⁴⁸ ცხელ ხაზზე (1505) და იკითხავს, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ტესტის ჩატარება უახლოეს მანძილზე.“ ეკომიგრანტები ეთანხმებიან იმ მოსაზრებას, რომ ზოგადად, მიგრანტები უნდა იყვნენ დაინტერესებული აივ-ტესტირებით, მაგრამ განსაკუთრებული რისკის ქვეშ ამ მხრივ მაინც კონკრეტული ქვეყნისა და ცხოვრების სტილის მქონე პირები არიან. ერთ-ერთმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ ის პირები, რომლებიც სამუშაოდ აფრიკის ქვეყნებში მიდიან, უფრო მეტად უნდა იყვნენ დაინტერესებული აივ-ინფექციის კუთხით, ვინაიდან ამ ქვეყნებში აღნიშნული დაავადების პრევალენტობა მაღალია. ამავე დროს, ფოკუსგუფის ქალ და მამაკაც მონაწილეთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ შრომითი მიგრანტები აივ-ტესტირებას არ გადიან. მხოლოდ ერთმა ქალმა მონაწილემ განაცხადა, რომ იცის ერთი შემთხვევის შესახებ, როდესაც მისმა ნაცნობმა შრომითმა მიგრანტმა ჩაიტარა აღნიშნული ტესტი თურქეთში სამუშაოდ გამგზავრებამდე.

მარნეულის ფოკუსგუფის მონაწილეთა უმრავლესობა ფიქრობს, რომ მოკლევადიანი შრომითი მიგრანტები აივ-ინფიცირების ნაკლები რისკის ქვეშ არიან, ვინაიდან ისინი ძალიან დაკავებულები არიან და არ აქვთ დრო, ჰქონდეთ აივ-ინფიცირების რისკის მატარებელი ცხოვრების სტილი. ერთ-ერთმა მამაკაცმა ეკომიგრანტმა განაცხადა, რომ მისი აზრით, ტურისტები აივ-ინფიცირების უფრო მაღალი რისკის წინაშე დგანან.

შეკითხვისას, თუ სად ურჩევნიათ აივ-ტესტირების ჩატარება, ფოკუსგუფის მონაწილეთა (როგორც ქალების, ასევე მამაკაცების) უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ამ კუთხით წარმოშობის ქვეყანა უფრო კომფორტულია, ჯანდაცვის ნაცნობი სისტემისა და აივ-ტესტირების დაწესებულებების ცოდნის გამო. მათ აღნიშნეს, რომ შრომითმა მიგრანტებმა უნდა ჩაიტარონ აივ-ტესტირება შინ დაბრუნების შემდგომ, რათა უზრუნველყონ არა მხოლოდ პირადი, არამედ ოჯახის წევრების უსაფრთხოება და ჯანმრთელობა. ზოგმა

48 სრული დასახელება: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ეკომიგრანტმა განაცხადა, რომ მიგრანტებმა აივ-ტესტირება ორჯერ უნდა ჩაიტარონ - საზღვარგარეთ გამგზავრებამდე და შინ დაბრუნების შემდგომ. მხოლოდ ერთმა მამაკაცმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ აივ-სტატუსი კონფიდენციალური ინფორმაციაა, ამდენად, იგი ამ ტესტს სხვა ქვეყანაში ჩაიტარებდა.

აივ-ტესტირების ხელშემშლელ მიზეზებს შორის, ფინანსური პრობლემის გარდა, ფოკუსგუფის მონაწილეებმა აღნიშნეს სიზარმაცე და ასევე, შიში აივ/შიდსთან დაკავშირებით საზოგადოებაში გავრცელებული სტიგმის გამო. თუ ვინმე აღმოაჩენს, რომ აივ-დადებითია, მას „პრობლემები შეექმნება“.

ეკომიგრანტებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია კონკრეტული აივ-სამსახურების შესახებ, თუმცა, ამავდროულად, ისინი ინფორმირებულები იყვნენ, რომ ეს მომსახურება უფასო და ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში. მხოლოდ ერთმა ქალმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ იცნობდა რუსეთში (ვლადიკავკაზში) მცხოვრებ ქართველ მამაკაცს, რომელიც, აივ-ინფექციის დადგენის შემდგომ ჩამოვიდა საქართველოში, ვინაიდან, მისი აზრით, აივ-ინფექციის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სამსახურები აქ უკეთესია. ეკომიგრანტის ინფორმაციით, პაციენტი მართლაც კმაყოფილი იყო მიღებული სამედიცინო მომსახურებით.

ტუბერკულოზის სამსახურები

ფოკუსგუფის ყველა მონაწილემ არ იცოდა, რომ ტუბერკულოზის სამსახურები იყო ხელმისაწვდომი მარნეულში. ზოგმა აღნიშნა, რომ ეს სამსახურები ადრე ფუნქციონირებდა, მაგრამ ამჟამად აღარ არსებობს. ერთ-ერთმა მამაკაცმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ იცნობდა პირს, რომელსაც დაუდგინდა ტუბერკულოზის სენსიტიური ფორმა, მაგრამ ვინაიდან მარნეულში მხოლოდ წინასწარ შეფასებას აკეთებდნენ და სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედებული არ იყო, პაციენტი გადამისამართდა თბილისში (ფასილიტატორის კითხვისას, თუ რომელ წელს ჩატარდა დიაგნოსტიკა, მონაწილემ უპასუხა, რომ პროცედურა 3 წლის წინ ჩატარდა. აღსანიშნავია, რომ ამ დროისთვის სახელმწიფო პროგრამა უკვე ამოქმედებული იყო).

ფოკუსგუფის მონაწილეთა აზრით, შრომითი მიგრანტები უფრო მეტ სიფრთხილეს უნდა იჩენდნენ ტუბერკულოზის მიმართ აივ-ინფექციასთან შედარებით, ვინაიდან ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ ცუდ პირობებში, განსაკუთრებულ სიმჭიდროვეში, სადაც ტუბერკულოზით ინფიცირების რისკი ძალიან მაღალია. თუმცა, მათი აზრით, თუ იმიგრაცია აღნიშნულს სავალდებულოდ არ ითვალისწინებს, მიგრანტები ტუბერკულოზზე სკრინინგს არ იტარებენ დროის სიმცირის, საჭიროების არასაკმარისად გაცნობიერებულობის, დამახასიათებელი სიმპტომების არარსებობის და სტიგმის გამო. თუმცა, მიგრანტების აზრით, ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმა ნაკლებია აივ-ინფექციასთან არსებულ სტიგმასთან შედარებით.

კითხვას, თუ სად ურჩევნიათ ტუბერკულოზზე სკრინინგის ჩატარება, ფოკუსგუფის მონაწილეებმა უპასუხეს, რომ სკრინინგი უმჯობესია საქართველოში ჩატარდეს, ვინაიდან წარმოშობის ქვეყანაში შრომით მიგრანტს აქვს უფრო მეტი დრო, ენდობა ადგილობრივ ჯანდაცვის სამსახურებს და მკურნალობა უფასოა. მხოლოდ ერთმა ეკომიგრანტმა აღნიშნა, რომ სამი წლის წინ მას დაუდგინდა ტუბერკულოზის დიაგნოზი და მკურნალობა საკმაოდ ძვირი დაუჯდა. მან ასევე განმარტა, რომ ფული გადაიხადა დიაგნოსტიკასა და მედიკამენტებში.

ქალმა მონაწილეებმა უფრო დადებითი შეფასება მისცეს ტუბერკულოზის სერვისებს თავიანთ ქალაქში და ასევე, ზოგადად ქვეყანაში (საზღვარგარეთთან შედარებით). ერთ-

ერთმა მათგანმა აღნიშნა, რომ მკურნალობა უფასო და ხელმისაწვდომია და ზოგჯერ ექთანს (მკურნალობის განმავლობაში) მედიკამენტები პაციენტთან სახლშიც კი მოაქვს. თუმცა, როგორც რესპონდენტმა დასძინა, პაციენტებს სოციალური მხარდაჭერა ესაჭიროებათ და კარგი იქნებოდა, თუ სახელმწიფო დაუნიშნავდა სოციალურ შემწეობას ტუბერკულოზის მქონე პირებს, რათა მათ თავიანთი ოჯახების მხარდაჭერა შეძლონ.

მეორე ქალმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ იცნობდა ოჯახს, რომელშიც მამას ჰქონდა ტუბერკულოზის MDR ფორმა, რომელიც მან სრულად არ იმკურნალა. შედეგად, პაციენტმა გადასდო დაავადება ოჯახის წევრებს, რის შედეგადაც ერთ-ერთი შვილი გარდაიცვალა.

ტუბერკულოზის სიმპტომებზე საუბრისას მამაკაცმა რესპონდენტებმა აღნიშნეს მაღალი ტემპერატურა 2 კვირაზე მეტ ხანს, ხველება, ოფლიანობა, სისუსტე და უმადობა. ქალმა რესპონდენტებმა აგრეთვე აღნიშნეს სისხლის შესახებ ნახველში. მათი სიტყვებით, „ადამიანებს ეშინიათ ნახველში სისხლის აღმოჩენა“.

ქალმა რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ კარგი იქნებოდა ტუბერკულოზის სკრინინგისა და მკურნალობის სამსახურების არსებობა მარნეულში, ვინაიდან ტრანსპორტირება ადგილობრივი მოსახლეობისთვის პრობლემური საკითხია. ერთ-ერთი მათგანის აზრით, საჭიროა ტუბერკულოზთან დაკავშირებით საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებაზე მუშაობა იმგვარად, როგორც ამას სახელმწიფო C ჰეპატიტის შესახებ აწარმოებს. კარგი იქნებოდა საზოგადოების ინფორმირება არსებული რისკების და ასევე იმ სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, სადაც შესაძლებელია ტუბერკულოზზე უფასო სკრინინგის ჩატარება.

II ჰკუფი: დევნილები

ჩატარდა დევნილთა 2 ფოკუსგუფი, მათი კომპაქტურად განსახლების ადგილის მიხედვით - შავშვებსა და წეროვანში.

შავშვების ფოკუსგუფის შედეგები

ფოკუსგუფის არც ერთი მამაკაცი მონაწილე არ იცნობდა შრომით მიგრანტს, რომელმაც უკანასკნელი წლის განმავლობაში 3 თვე დაჰყო საზღვარგარეთ; მაშინ როდესაც ქალი რესპონდენტების უმრავლესობა (11-დან 7) იცნობდა ასეთ პირებს. მათი სიტყვებით, ადამიანები მიდიან ემიგრაციაში ფინანსური პრობლემების გამო იმისთვის, რომ ოჯახებს დაეხმარონ. რესპონდენტების აზრით, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა ასევე აღნიშნეს, რომ ზოგადად მიგრანტები ძალიან ცუდ პირობებში მუშაობენ და ეს შეიძლება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე აისახოს. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ იცნობდნენ მხოლოდ ერთ მიგრანტს, რომელსაც ჰქონდა ალკოჰოლზე დამოკიდებულების პრობლემა; თუმცა არ იცოდნენ, რამდენად ჭარბად მოიხმარდა აღნიშნული პირი ალკოჰოლს საზღვარგარეთ ყოფნის პერიოდშიც.

აივ-სამსახურები

ფოკუსგუფის მონაწილე მამაკაცმა მიგრანტებმა არ იცოდნენ, თუ სად არის შესაძლებელი აივ-ტესტირება. მხოლოდ ერთმა გაიხსენა მობილური ამბულატორიის ვიზიტის შესახებ C ჰეპატიტზე ნებაყოფლობითი სკრინინგის მიზნით, რომლის მეშვეობითაც ასევე შესაძლებელი იყო აივ-ტესტირება. ქალი რესპონდენტები ინფორმირებულები იყვნენ აივ-ტესტირების შესაძლებლობის შესახებ გორის საავადმყოფოში და თბილისის ინფექციურ საავადმყოფოში; ერთ-ერთმა მათგანმა ახსენა მობილური ამბულატორია, როგორც

აივ-ტესტირების დამატებითი შესაძლებლობა. კითხვას, თუ რამდენად უნდა იყვნენ მიგრანტები დაინტერესებული აივ-ინფექციის საკითხით, მამაკაც და ქალ მიგრანტთა უმრავლესობამ დადებითი პასუხი გასცა; ისინი დარწმუნებულნი არიან, რომ მიგრანტებმა უნდა ჩაიტარონ აივ-ტესტირება შინ დაბრუნების შემდგომ მაინც. ამავედროულად, მათ აღნიშნეს, რომ მიგრანტები არ იტარებენ აივ-ტესტირებას იმ შემთხვევის გარდა, როდესაც ეს სავალდებულოა კონკრეტული საიმვიგრაციო რეგულაციის მიხედვით, ან ითხოვს დამქირავებელი ფირმა ან მასპინძელი ოჯახი. კითხვას, თუ მიგრანტთა რამდენი პროცენტი შეიძლება იყოს აივ-დადებითი, ეკომიგრანტებმა უპასუხეს, რომ ამის განჭვრეტა რთულია, ვინაიდან ადამიანები, როგორც წესი, არ ამჟღავნებენ აღნიშნულ ინფორმაციას. მხოლოდ ერთმა მამაკაცმა მონაწილემ ივარაუდა, რომ აივ-დადებითი სტატუსი შეიძლება ჰქონდეს მიგრანტთა 10%-ს.

მამაკაცი მიგრანტების აზრით, რომ მიგრანტებმა შეიძლება არ ჩაიტარონ აივ-ტესტირება ფულის არქონის ან დიაგნოზის შიშის გამო. ქალმა მონაწილეებმა დაამატეს, რომ მიზეზი შეიძლება იყოს ცოდნის ნაკლებობა და საჭიროების არასაკმარისი გაცნობიერებულობა. ყველა მათგანი ფიქრობს, რომ სტიგმა დიდი პრობლემაა:

„ისინი არ ჩაიტარებენ ტესტირებას შიშის და სირცხვილის გამო. ტესტზე წასვლა უკვე ნიშნავს იმას, რომ ისინი აღიარებენ, რომ დაკავებული იყვნენ სარისკო საქმიანობით“ (ქალი რესპონდენტი).

ქალ რესპონდენტებს აივ-ტესტირების უფრო მეტი გამოცდილება აქვთ; უმეტესად, ორსულობის პერიოდში ჩატარებული კვლევების გამო. რამდენიმე მათგანმა განაცხადა, რომ ჩაიტარა აივ-ტესტირება მობილური ლაბორატორიის მეშვეობით, რომელიც იმყოფებოდა ვიზიტით რეგიონში, C ჰეპატიტზე სკრინინგის მიზნით. ერთ-ერთმა ქალმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ მას შეცდომით გადასცეს სხვა პირის აივ-დადებითი პასუხი და რომ მისი მეუღლე ძალიან აღშფოთებული იყო ამ ფაქტის გამო.

ტუბერკულოზის სამსახურები

ქალმა რესპონდენტებმა, მამაკაცებთან შედარებით, უფრო მეტი ღიაობა გამოავლინეს საკითხის განხილვისას.

მამაკაც და ქალ მიგრანტთა მხოლოდ მცირე რაოდენობამ იცოდა, რომ ტუბერკულოზზე სკრინინგი ხელმისაწვდომია გორის საავადმყოფოში. ერთმა მონაწილემ ახსენა „ტუბერკულოზის ცენტრი“ თბილისში. ორივე ჰკუფის აზრით, შრომითი მიგრანტები უნდა იყვნენ დაინტერესებული ტუბერკულოზის საკითხით, ვინაიდან მათ ხშირი სოციალური კონტაქტი აქვთ, რაც ამ ინფექციურ დაავადებას კიდევ უფრო ადვილად გადამდებს ხდის. ეკომიგრანტებმა არ იციან, ზოგადად, იტარებენ თუ არა მიგრანტები ტუბერკულოზზე სკრინინგს, მაგრამ, მათი აზრით, ნეგატიური პასუხის შემთხვევაში მიზეზი იქნებოდა არასაკმარისი სახსრები, დრო და ნაკლები ინტერესი:

„ისინი საზღვარგარეთ მიდიან, ვინაიდან საკმარისი ფინანსები არა აქვთ და არ უნდათ, ფული

ტუბერკულოზზე სკრინინგზე დახარჯონ“.

„თუ მწვავე სიმპტომები არ აქვთ, ისინი ექიმს არ მიმართავენ“.

შეკითხვისას, თუ რომელ ქვეყანას ამკობინებენ ტუბერკულოზზე სკრინინგისთვის, მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ ამას მნიშვნელობა არ აქვს; სკრინინგი შეიძლება ჩატარდეს როგორც წარმოშობის, ასევე დანიშნულების ქვეყანაში და რომ ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ სად აღმოაჩენს მიგრანტი შესაბამის სიმპტომებს.

ეკომიგრანტების აზრით, მიგრანტებმა უნდა ჩაიტარონ ტუბერკულოზზე სკრინინგი; რამდენიმე მათგანმა აღნიშნა, რომ აღნიშნული სკრინინგი სავალდებულო და უფასოდ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მოსახლეობისთვის. ქალმა რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ტესტირების მობილური სამსახური კარგი შესაძლებლობაა როგორც სკრინინგის ჩატარების, ასევე მისი პოპულარიზების მიზნით სოფლის დასახლებებში.

მონაწილეთა დიდი რაოდენობა, უმეტესად ქალი რესპონდენტები, იყვნენ ინფორმირებული ტუბერკულოზის სიმპტომების შესახებ, რაც ჩამოთვალეს კიდევ: მაღალი ტემპერატურა, ხველება, სისუსტე, ოფლდენა, წონის კლება, უმადობა. მათ აღნიშნეს:

„ტუბერკულოზი ადვილად გადამდები დაავადებაა“.

ტუბერკულოზის სამსახურების შეფასების ნაწილში შესაბამისი უკუკავშირი ფოკუსგუფის მხოლოდ ერთმა ქალმა მონაწილემ შეძლო. მისი ძმა იყო ჩართული ტუბერკულოზის მკურნალობის პროგრამაში და რესპონდენტის სიტყვებით, კმაყოფილი იყო მიწოდებული სერვისით. პროგრამის ფარგლებში პრევენციული მკურნალობა ჩატარდა პაციენტის შვილებსაც. თუმცა, რესპონდენტის აზრით, კარგი იქნებოდა, ჰოსპიტალური მკურნალობის სამსახური გორის საავადმყოფოშიც არსებობდეს. მეორე ქალმა რესპონდენტმა აღნიშნა სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობის შესახებ ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში, რაც მნიშვნელოვანი პრობლემაა, ვინაიდან, ჩვეულებრივ, ტუბერკულოზის მქონე პირები ძალზე ხელმოკლეები არიან.

წეროვანის ფოკუსგუფის შედეგები

ექვსი მამაკაცი რესპონდენტიდან ოთხმა და მხოლოდ ერთმა ქალმა რესპონდენტმა აღნიშნეს, რომ იცნობდნენ შრომით მიგრანტს. მათი სიტყვებით, არც ერთ მათ ნაცნობ მიგრანტს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის პრობლემა ერთადერთი პირის გარდა, რომელმაც ბინადრობის ნებართვა მიიღო და გარკვეული დრო საზღვარგარეთ უნდა გაეტარებინა სამართლებრივი სტატუსის შენარჩუნების მიზნით. მათი სიტყვებით, ეს პიროვნება ხანდაზმულია და მისი ჯანმრთელობის პრობლემები ასაკს უკავშირდება. სხვა შრომითი მიგრანტები კი სემონური მუშები არიან და ძირითადად სოფლის მეურნეობის სექტორში არიან დასაქმებული.

აივ-სამსახურები

ფოკუსგუფის მონაწილეებმა სხვადასხვა კლინიკა დაასახელეს, სადაც, მათი სიტყვებით, შესაძლებელია აივ-ტესტირება; მათ სიტყვებით, ესენია: „კლინიკა ჰეპა ლუდუშაურის საავადმყოფოში, ტატიშვილის კლინიკა, არამიანცის კლინიკა, ინფექციური საავადმყოფო და დერმატო-ვენეროლოგიური კლინიკები“. მათ ასევე ახსენეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და ლევან სამხარაულის სახელობის სამედიცინო ექსპერტიზის სახელმწიფო ბიურო. ერთ-ერთმა მამაკაცმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ მას (წეროვანის დასახლების სხვა მობინადრეებთან ერთად) ჩატარდა სპეციალური ტრენინგი აივ-ინფექციის რისკებთან დაკავშირებით.

უფრო მეტ ქალ მიგრანტს, მამაკაცებთან შედარებით, მიაჩნია, რომ მიგრანტები დაინტერესებულნი უნდა იყვნენ აივ-ტესტირებით, ვინაიდან საზღვარგარეთ ისინი აივ-ინფექციების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, ვიდრე წარმოშობის ქვეყანაში. როგორც ერთ-ერთმა რესპონდენტმა განაცხადა:

“ისინი მონყვეტილი არიან ოჯახებს და ამიტომ, შესაძლოა, ჰქონდეთ შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტი.“

ასევე, გამოითქვა აზრი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ალბათობის შესახებ საზღვარგარეთ. ერთ-ერთმა ქალმა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ ის პირები, რომლებმაც საზღვარგარეთ რაიმე სახის სამედიცინო პროცედურა ჩაიტარეს ან ჩართული იყვნენ უცნობი დიაგნოზის მქონე პაციენტების მოვლაში, უნდა ავლენდნენ ინტერესს საკუთარი აივ-სტატუსის მიმართ.

კითხვას, თუ რამდენად იტარებენ მიგრანტები აივ-ტესტირებას მათი აზრით, რესპონდენტებმა უპასუხეს, რომ მიგრანტთა უმრავლესობა არ ავლენს არავითარ ინტერესს ამ კუთხით, იმ შემთხვევის გარდა, როდესაც აივ-ტესტირება იმიგრაციის რეგულაციებით არის სავალდებულო. მსჯელობისას, თუ სად ამჯობინებენ მიგრანტები ტესტირებას, რესპონდენტების უმრავლესობამ პრიორიტეტი საქართველოს მიანიჭა; თუმცა ერთ-ერთმა მამაკაცმა მონაწილემ განაცხადა, რომ კონფიდენციალობის დაცვის მიზნით უმჯობესია აივ-ტესტირება დანიშნულების ქვეყანაში ჩატარდეს. მიგრანტების აზრით, ტესტირების წარმოშობის ქვეყანაში ჩატარება მოსახერხებელია ენის ბარიერის არარსებობის გამო; ასევე, მიგრანტებს შესაძლოა არ ჰქონდეთ საკმარისი ფინანსური საშუალება ტესტის საზღვარგარეთ ჩასატარებლად; ზოგ მიგრანტს არალეგალური სტატუსი აქვს და სამედიცინო დაწესებულებას არ მიმართავს ამის გამო. ერთ-ერთი ქალი რესპონდენტი დარწმუნებულია, რომ შრომითმა მიგრანტებმა აივ-ტესტირება წარმოშობის ქვეყანაში დაბრუნებისთანავე უნდა ჩაიტარონ:

“მათ საქართველოში დაბრუნებისთანავე უნდა ჩაიტარონ ტესტირება, ისინი თავიანთ ოჯახებში ბრუნდებიან და დარწმუნებული უნდა იყვნენ, რომ ჯანმრთელი არიან.“

ერთ-ერთმა ქალმა რესპონდენტმა გაიხსენა, რომ წეროვანში ვიზიტით იმყოფებოდა მობილური ამბულატორია მოსახლეობის ნებაყოფლობითი აივ-ტესტირების მიზნით; თუმცა, ტესტირება დევნილთა ძალიან მცირე ნაწილმა ჩაიტარა:

“ხალხი რას იფიქრებს, აივ-ტესტირებაზე ადამიანი ნებაყოფლობით რომ მივიდეს?“

შესაბამისად, სტიგმა მნიშვნელოვანი ბარიერია აივ-ინფექციაზე ტესტირებისთვის. დამატებით, დევნილებს არ აქვთ სახელმწიფო პროგრამების მიმართ ნდობა:

“მათ სახელმწიფომ არაერთხელ გაუცრუა იმედი და ამიტომაც არ სჯერათ, რომ ვინმემ შეიძლება რაიმე კარგი უფასოდ შესთავაზოს“.

დევნილების აზრით, მიგრანტები არ დახარჯავენ ზედმეტ დროს აივ-ტესტზე; ვინაიდან, ზოგადად, ადამიანები არ მიმართავენ ტესტირებას იმ შემთხვევის გარდა, როდესაც მათ მკვეთრად გამოხატული სიმპტომები აქვთ.

ერთ-ერთმა მამაკაცმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ მას აქვს აივ-ტესტირების გამოცდილება მობილური ამბულატორიის მეშვეობით. მან აღნიშნა რომ კმაყოფილი დარჩა განეული მომსახურებით და ასევე, იმ ახსნა-განმარტებით, რომელიც მან ექიმისგან ტესტირებისას მიიღო.

ტუბერკულოზის სამსახურები

ფოკუსგუფის მონაწილეების (როგორც მამაკაცების, ასევე ქალების) უმრავლესობამ იცოდა, რომ ტუბერკულოზზე სკრინინგი წეროვანში ხელმისაწვდომია: “ნახველის სინჯს აქ იღებენ და ტესტირებისთვის თბილისში აგზავნიან.“ მათი აზრით, მიგრანტები უნდა ავლენდნენ დაინტერესებას ტუბერკულოზის საკითხის მიმართ - ერთ-ერთმა ქალმა მონაწილემ განაცხადა:

“ტუბერკულოზის საშიშროებისას მნიშვნელობა არ აქვს, მიგრანტი ხარ თუ არა,

უფრო მნიშვნელოვანია, რა პირობებში ცხოვრობ“.

დევნილთა აზრით, ტუბერკულოზზე სკრინინგი ბევრმა მიგრანტმა უნდა გაიაროს. ისინი, განსაკუთრებით მამაკაცები, აღნიშნული პროცედურის ჩატარებას წარმოშობის ქვეყანაში ამჟობინებენ, ვინაიდან საქართველოში, მათი თქმით, ტუბერკულოზზე სკრინინგი უფასოა და ასევე, არ არსებობს ენის ბარიერი. ზოგმა დევნილმა (ქალებმაც და მამაკაცებმაც) განაცხადეს, რომ სკრინინგი აუცილებელია სიმპტომების გამოვლენისთანავე; თუმცა, ისინი ფიქრობენ, რომ მიგრანტები, ისევე როგორც მოსახლეობის სხვა ჯგუფები, არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას პროფილაქტიკური სკრინინგის მიზნით და აუცილებელ ჩარევას მხოლოდ დაავადების კონკრეტული მკვეთრი სიმპტომების გამოვლენისას ითხოვენ. სტიგმა და სამსახურის დაკარგვის შიში ტუბერკულოზზე წარმოშობის ქვეყანაში სკრინინგის ყველაზე დიდი ბარიერია:

“მათ ტუბერკულოზის აღმოჩენის შემთხვევაში სამსახურის დაკარგვისა ეშინიათ, ამიტომ არ იტარებენ ტესტირებას, ან თუ ჩაიტარებენ მას, შედეგებს არ გაამჟღავნებენ.“

ფოკუსჯგუფის მონაწილეთა აზრით, ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება საქართველოში არის უფასო და კარგი ხარისხის. თუმცა, ამავდროულად, სხვებმა აღნიშნეს, რომ ჯანდაცვის სერვისების კუთხით ყოფილა არაერთი შემთხვევა, როდესაც მათი ინფორმაციით, პროგრამა იყო უფასო, მაგრამ მომსახურების მიღებისას მათ შესაბამისი თანხის გადახდა მოსთხოვეს. ერთ-ერთმა მამაკაცმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ იცნობდა ტუბერკულოზით დაავადებულ მიგრანტს, რომელმაც საქართველოში იმკურნალა, რაც საკმაოდ ძვირი დაჯდა. მან განმარტა, რომ პაციენტი ტუბერკულოზით სასჯელალსრულების დაწესებულებაში ყოფნისას დაავადდა. ზოგმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ კარგი იქნებოდა, ადგილზე არსებობდეს უკეთ აღჭურვილი სამედიცინო დაწესებულებები, რაც გულისხმობს, სულ მცირე, რენტგენის აპარატს და უფრო კვალიფიციურ პერსონალს. დევნილებმა აგრეთვე აღნიშნეს ტრანსპორტირების სირთულე სოფლის მოსახლეობისთვის, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებებიდან მოშორებით ცხოვრობს.

ქალმა მონაწილემ აღნიშნეს სოციალური მხარდაჭერის საკითხიც. ერთ-ერთმა მათგანმა განაცხადა, რომ ის შეძნეობა, რომელსაც ტუბერკულოზით დაავადებული პირები იღებენ, ძალიან მცირეა და არ არის საკმარისი პაციენტების (და როგორც წესი, ერთ ოჯახში ტუბერკულოზის მქონე რამდენიმე პაციენტი) საკმარისად გამოსაკვებად მკურნალობის განმავლობაში.

საგულისხმოა დევნილების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ პაციენტები საქართველოში მეზობელი ქვეყნებიდან, აზერბაიჯანიდან და რუსეთიდან, ჩამოდიან ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მიზნით, ვინაიდან საქართველოში, მათი აზრით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უკეთესია, ვიდრე მათ ქვეყნებში.

III ჯგუფი: დაბრუნებული მიგრანტები

დაბრუნებულ მიგრანტებს ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით მეტი გამოცდილება აღმოაჩნდათ სხვა ფოკუსჯგუფების მონაწილეთა შედარებით. ეს პირები იმყოფებოდნენ გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში, შვეიცარიაში, პოლონეთში, დიდ ბრიტანეთში, ლუქსემბურგსა და საბერძნეთში; თუმცა, გერმანია და საბერძნეთი ყველაზე მეტჯერ დასახელდა ემიგრაციის ქვეყნებს შორის. ზოგ დაბრუნებულ მიგრანტს ჰქონდა ორ და მეტ ქვეყანაში ცხოვრების გამოცდილება. მათი უმრავლესობა ცხოვრობდა თავშესაფრებში და მხოლოდ რამდენიმე მათგანი იყო დასაქმებული. ჯანდაცვის სერვისებთან ურთიერთობის გამოცდილება აღმოაჩნდა ბევრ მათგანს; რამდენიმემ აღნიშნა ტუბერკულოზის და C

ჰეპატიტის სამსახურებთან, ხოლო ერთმა დაბრუნებულმა მიგრანტმა - აივ-სამსახურებთან ურთიერთობის გამოცდილების შესახებ საზღვარგარეთ.

ქალ მიგრანტებს ჰქონდათ ჯანდაცვის სამსახურებთან ურთიერთობის უფრო მეტი გამოცდილება საზღვარგარეთ როგორც თავისი, ასევე ოჯახის წევრების საჭიროების გამო. მათ აღნიშნული გამოცდილება შეაფასეს „კარგად“ და „უნაკლოს“ შორის და ზოგადად, მიაჩნიათ, რომ ჯანმრთელობის სამსახურების უფასოდ ხელმისაწვდომობა მიგრანტებისთვის ევროპის ქვეყნებში ძალიან მნიშვნელოვანი და მისასალმებელი ფაქტია. რამდენიმე მიგრანტმა, ერთი ონკოლოგიური პაციენტის ჩათვლით, დაიწყო და დაასრულა მკურნალობის სრული კურსი ევროპაში; საქართველოში ჩამოსვლისას კი, როდესაც მომდევნო გამოკვლევების მიზნით ჯანდაცვის სამსახურებს მიმართეს, მათ მომსახურების ანაზღაურება მოსთხოვეს.

დაბრუნებულმა მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ დანიშნულების ქვეყნებში ყოფნისას მათ აღნიშნებოდათ ფსიქიკური პრობლემები. ქალმა მიგრანტებმა აღნიშნეს დეპრესიასთან დაკავშირებული ჩივილები, ხოლო მამაკაცებმა - ძლიერი სტრესით გამოწვეული ნევროზული გამოვლინებები.

მიგრანტების უმრავლესობა ცხოვრობდა თავშესაფარში, კარგ პირობებში. ასევე, ბევრი ქალი მიგრანტი თავშესაფარში ბავშვებთან ერთად იმყოფებოდა; მაგრამ, როგორც ისინი ამბობენ, ცხოვრობდნენ სტრესის ქვეშ და არ ასვენებდათ დეპორტაციის შიში.

ზოგადად, როგორც მამაკაცი, ასევე ქალი მიგრანტები თანხმდებიან იმაზე, რომ ჯანდაცვის სამსახურებთან ურთიერთობის გამოცდილება კონკრეტული მიგრანტის ცხოვრების ხარისხით არის განპირობებული: თუ მიგრანტები კმაყოფილი არიან თავიანთი ცხოვრებით, ისინი ბრუნდებიან საკუთარ ჯანმრთელობაზე და შესაბამისად, აქვთ გამოცდილება ჯანდაცვის სამსახურებთან ურთიერთობისა, ხოლო თუ ნეგატიურად და დათრგუნულად გრძობენ თავს, ისინი არ ბრუნდებიან თავიანთ ჯანმრთელობაზე, ევროპის ქვეყნებში არსებული, მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სამსახურებზე მიგრანტთა იოლი ხელმისაწვდომობის მიუხედავად.

კითხვისას, იციან თუ არა სად შეიძლება აივ-ტესტირების ჩატარება, მამაკაცმა მიგრანტებმა დაასახელეს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრი (შიდსის ეროვნული ცენტრი) თბილისში; მიგრანტების ნაწილმა ასევე ახსენა ავერსის კლინიკა. რამდენიმე ქალმა მიგრანტმა იცოდა, რომ აივ-ტესტირება შესაძლებელია ინფექციურ დაავადებათა კლინიკებში. მიგრანტთა მომდევნო ჯგუფს ჰქონდა ტესტირების პირადი გამოცდილება ჯანმრთელობის სხვა საკითხების გამო (ქირურგიული ოპერაციის წინა კვლევები, ტესტირება ჰემოდიალიზის პროგრამის ფარგლებში). რესპონდენტები თვლიან, რომ ევროპაში მცხოვრები ქართველი მიგრანტები ინტერესს უნდა იჩენდნენ აივ-სტატუსის შემოწმების მხრივ, ვინაიდან მათ ხშირი სოციალური კონტაქტი აქვთ ადამიანებთან, რომლებიც, შეიძლება, აივ-ინფიცირების რისკის ქვეშ იყვნენ, ან იყვნენ კიდევ ინფიცირებული:

გიორგი: “ეს ძალიან საშიში დაავადებაა, მიგრანტები დაინტერესებულნი უნდა იყვნენ, რომ პრევენციის მიზნით ჩაიტარონ ტესტირება, რათა არ გადასდონ დაავადება სხვებს.“

გელა: “მათ უნდა იცოდნენ თავიანთი აივ-სტატუსი, რათა იზრუნონ საკუთარ და სხვების ჯანმრთელობაზე.“

ბევრ მიგრანტს მიაჩნია, რომ აივ-ტესტირების ინტერესი ყველა მოქალაქეს უნდა ჰქონდეს, განურჩევლივ სტატუსისა, თუმცა, ამავდროულად, ისინი ფიქრობენ, რომ მიგრანტების უმრავლესობა აივ-ტესტირებას არ იტარებს.

გერმანიაში მცხოვრებმა ქალმა მიგრანტებმა გაიხსენეს, რომ თავშესაფარში განთავსების

ნინ მათ აუღეს სისხლის სინჯი, თუმცა არ იცინა, ჩატარდა თუ არა აივ-ტესტირება.

ზოგი ქალი მიგრანტი აზვიადებს აივ-ინფექციასთან დაკავშირებულ პრობლემებს მიგრანტებში. ერთ-ერთმა მათგანმა განაცხადა, რომ, მისი აზრით, მიგრანტთა 30%-ს უნდა ჰქონდეს აივ-ინფექცია, თუმცა უმრავლესობა ფიქრობს, რომ ეს ძალიან მაღალი მაჩვენებელია მიგრანტი მოსახლეობისთვის.

მამაკაცი მიგრანტების ნახევარს მიაჩნია, რომ აივ-ტესტირება უმჯობესია საქართველოში ჩატარდეს, ვინაიდან აქ არ არსებობს ენის ბარიერი, თუმცა მათ მეორე ნახევარს მიაჩნია, რომ უმჯობესია ტესტი საზღვარგარეთ გაკეთდეს, უკეთესი ხარისხის და უფასო მომსახურების გამო. ქალ მიგრანტებს ასევე მიაჩნიათ, რომ საზღვარგარეთ მომსახურების კარგი ხარისხი გარანტირებულია, მაგრამ დანიშნულების ქვეყნებში მიგრანტების მიმართ კეთილგანწყობა ყოველთვის არ არსებობს.

კითხვას, უნდა იყოს თუ არა სავალდებულო მიგრანტებისთვის აივ-ტესტირება, დაბრუნებულმა მიგრანტებმა დადებითი პასუხი გასცეს და თავიანთი პასუხი დაასაბუთეს იმით, რომ საზღვარგარეთ ცხოვრებისას აივ-ინფიცირების რისკი უფრო მაღალია. მათ განაცხადეს, რომ მამაკაცი მიგრანტები ასევე მოიხმარენ ნარკოტიკულ საშუალებებს ინექციური გზით:

ნათია: “ბევრი მიგრანტი მოიხმარს ნარკოტიკს, ასევე მათ რამდენიმე სქესობრივი პარტნიორი ჰყავთ და ამდენად, უნდა იყვნენ დაინტერესებული აივ-სტატუსის შემოწმებით.”

მამაკაცი დაბრუნებული მიგრანტები არ არიან ინფორმირებული აივ-ტესტირებისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის შესახებ საქართველოში, მაგრამ ფიქრობენ, რომ აივ-ტესტირებისა და შიდსის მკურნალობა აქ შესაძლებელი უნდა იყოს. ქალი მიგრანტები უფრო მეტად ინფორმირებულნი არიან სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, სადაც შესაძლებელია აივ-ტესტირებისა და მკურნალობის ჩატარება. ერთ-ერთმა მათგანმა აღნიშნა, რომ მისი მეგობარი მკურნალობდა აივ/შიდსს თბილისის ინფექციურ საავადმყოფოში და კმაყოფილი იყო განუული მომსახურებით.

ზოგადად, მიგრანტები ამბობენ, რომ კარგი იქნებოდა, საქართველოს სამედიცინო კლინიკები იყოს უკეთესი ხარისხის, შედარებით სუფთა, თანამედროვე ინფრასტრუქტურითა და კარგად დატრენინგებული პერსონალით აღჭურვილი, ისეთი, როგორც ევროპაშია.

ფოკუსჯგუფის ერთმა მონაწილემ გამოთქვა სურვილი, რომ კარგი იქნებოდა, აივ-ტესტირების ხელსაწყო შეძენა აფთიაქში იყოს შესაძლებელი ტესტის დამოუკიდებლად ჩასატარებლად, რაც უფრო მეტ ადამიანს გაუჩინდა აივ-ტესტირების ინტერესს.

აივ-ტესტირების ბარიერებზე საუბრისას, ფინანსური ასპექტების გარდა, როგორც მამაკაცმა, ასევე ქალმა მიგრანტებმა აღნიშნეს სტიგმა, დიაგნოზის შიში და თავდაჯერებულობა იმისა, რომ აივ-ინფექცია მათი პრობლემა არ არის:

“აივ-ინფიცირების რისკი მე არ მეხება, რატომ უნდა ჩავიტარო ტესტირება?”

“აივ-ი ჩემი პრობლემა არ არის.”

ერთმა დაბრუნებულმა აივ-ინფიცირებულმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ ეგონა, ჯანმრთელი იყო, ვინაიდან არ იყო ინფორმირებული სიმპტომების შესახებ და არც დაუშვია ინფექციის არსებობა. მისი აზრით, ადამიანებს აკლიათ ინფორმაცია აივ-ის შესახებ, მათ შორის, დაავადების გადაცემის გზებისა და იმ ნიშნების შესახებ, რომლებითაც დაავადება ვლინდება. ხელისუფლებამ, მისი აზრით, უნდა შეიმუშაოს აივ-თან ბრძოლის სტრატეგია, რაც, ასევე, უნდა მოიცავდეს საზოგადოებაში არსებული სტიგმის შემცირებისკენ მიმართულ ღონისძიებებს. კვლევაში მონაწილე ერთმა მიგრანტმა განაცხადა, რომ სასურველია,

სახელმწიფო ტესტირების პროგრამამ მოიცვას მთელი მოსახლეობა და საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოს პაციენტების მკურნალობა.

აივ-ინფექციის მქონე დაბრუნებულმა მიგრანტმა გამოხატა უკმაყოფილება საქართველოში შიდსის სამკურნალო დაწესებულებაში (შიდსის ეროვნული ცენტრი) არსებული პირობების შესახებ:

“ექიმები კარგები არიან, მაგრამ ძალიან ცუდ პირობებში მუშაობენ. მათ არ აქვთ თავიანთი შენობა. სანიტარული პირობები საშინელია, გერმანიის ანალოგიურ დაწესებულებასთან შედარებით, აქაურობა ჯოჯოხეთს მოგაგონებთ.”

აღნიშნულ მიგრანტს დიაგნოზი საზღვარგარეთ დაუსვეს და ის აგრძელებს მკურნალობას საქართველოში, თუმცა მიაჩნია, რომ მედიკამენტების ხარისხი აქ უარესია, ევროპასთან შედარებით. მეორე მიგრანტმა აღნიშნა, რომ იცნობდა ქართველ ახალგაზრდა მამაკაცს, რომელიც გერმანიაში შიდსით გარდაიცვალა. მისი თქმით, ახალგაზრდა ძალიან ცუდად იყო, ქართველმა ექიმებმა მისი დახმარება ვეღარ შეძლეს და გააგზავნეს გერმანიაში, მაგრამ დაგვიანებული აღმოჩნდა.

დაბრუნებული მიგრანტები საკმაოდ კარგად არიან ინფორმირებული სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ თბილისში, სადაც შესაძლებელია ტუბერკულოზის სკრინინგი, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მხოლოდ რამდენიმე მათგანმა არ იცოდა ტუბერკულოზის დაფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის შესახებ, რომელიც მიგრანტებმა მოიხსენიეს, როგორც ხუდადოვის კლინიკა (კლინიკის ადრინდელი დასახელების მიხედვით). რამდენიმე მიგრანტმა აღნიშნა, რომ, ასევე, არსებობს ტუბერკულოზის ამბულატორიები. ერთმა მიგრანტმა ახსენა აბასთუმნის ტუბერკულოზის საავადმყოფოც. მამაკაცი დაბრუნებული მიგრანტები დარწმუნებული არიან, რომ ტუბერკულოზზე სკრინინგი ყველა მიგრანტმა უნდა გაიაროს. ევროპაში, თავშესაფრებში განთავსებისას მათ გაიარეს ტუბერკულოზზე სკრინინგი, მაგრამ დაინტერესებულნი არიან თავადაც ჩაიტარონ ტესტირება, ვინაიდან დაავადება ადვილად ვრცელდება. ქალი მიგრანტებიც ამავე მოსაზრებას იზიარებენ, მაგრამ ასევე ამბობენ, რომ ქალებისთვის პრიორიტეტი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობაა, ამდენად საკუთარ ჯანმრთელობაზე ისინი ნაკლებად ზრუნავენ.

რესპონდენტების აზრით, ტუბერკულოზით ბევრი მიგრანტი არ უნდა იყოს ინფიცირებული. პოტენციურ ბარიერებზე საუბრისას მიგრანტებმა აღნიშნეს, რომ დროის სიმცირე და სამედიცინო მომსახურების საფასური შეიძლება გახდეს ტუბერკულოზის კვლევისა და მკურნალობის შემაფერხებელი მიზეზი.

რაც შეეხება დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას, მიგრანტები ამ მიზნით საზღვარგარეთს ამჯობინებენ, ვინაიდან, მათი სიტყვებით, ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხი და სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული პირობები საქართველოში არაა დამაკმაყოფილებელია. ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მისმა ბიძამ თბილისში ჩაიტარა ტუბერკულოზზე მკურნალობა, ხოლო საზღვარგარეთ სამუშაოდ გამგზავრების შემდგომ მან მკურნალობის განმეორებითი კურსი გაიარა; ახლა თავს კარგად გრძნობს. მეორე დაბრუნებულმა მიგრანტმა აღნიშნა, რომ მას საქართველოში ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაუსვეს; უნდოდა ემკურნალა თბილისში, მაგრამ მკურნალობის სიძვირის გამო გადაწყვიტა, სამკურნალოდ გარდაბანში წასულიყო, სადაც, მისი თქმით, ჯანდაცვის სამსახურის ხარისხი და პირობები დამაკმაყოფილებელია.

ერთ-ერთმა მამაკაცმა მიგრანტმა გაიხსენა შემთხვევა, როდესაც საფრანგეთში თავშესაფარში ყოფნისას ერთ იმიგრანტს ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა დაუდგინდა; რის გამოც სკრინინგი თავშესაფარში მყოფ ყველა მიგრანტს ჩაუტარდა, ინფიცირების პოტენციური შემთხვევების გამოსავლენად. ინფიცირებულ პირს არ მიუძღრთავს სამედიცინო

დანესებულებებისთვის, სიმპტომების მიუხედავად; მან არჩია, არ მონყვეტილიყო სამსახურს და არ დაეხარჯა დრო კლინიკაში ვიზიტზე, მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული მომსახურება უფასოა. მიგრანტების აზრით, ტუბერკულოზთან დაკავშირებული რისკებისა და დაავადების სერიოზულობის აღქმაც არასაკმარისია:

ზურა: „მათ არ აქვთ სრული წარმოდგენა, თუ რამდენად სერიოზული დაავადებაა ტუბერკულოზი და შესაბამისად, საკმარისად არ ზრუნავენ საკუთარ ჯანმრთელობაზე.“

ქალმა მიგრანტებმა აღნიშნეს ჯანმრთელობის საკითხებისადმი მოსახლეობის ზოგადი დამოკიდებულების, როგორც საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის შემაფერხებელი მიზეზის შესახებ; ვინაიდან მიგრანტები არ მიმართავენ ექიმს მანამ, სანამ ავად არ გახდებიან.

მონაწილეთა უმრავლესობამ იცოდა ტუბერკულოზის სიმპტომების შესახებ, რომლებიც ჩამოთვალეს კიდევ:

- ოფლიანობა,
- სიფერმკრთალე,
- დაბალი სიცხე;
- უმადობა;
- ზოგადი სისუსტე;
- წონის კლება.

კითხვას, თუ რის გაუმჯობესებას ისურვებდნენ ტუბერკულოზის სამსახურებთან დაკავშირებით საქართველოში, შესაბამისი გამოცდილების მქონე რესპონდენტებმა უპასუხეს, რომ, უპირველესად, ისურვებდნენ ჯანდაცვის დანესებულების პერსონალის დამოკიდებულების გამოსწორებას:

“აქ პაციენტებს ყველა ეჩხუბება, მაშინ როდესაც საზღვარგარეთ ყველა გილიმის და გეკითხება, თუ რითი შეიძლება, დაგეხმარონ.“

ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა მოვლისა და მკურნალობის არადაამაკმაყოფილებელი ხარისხის შესახებ საქართველოში. მისი თქმით, საქართველოში ხდება ტუბერკულოზის როგორც აქტიური, ასევე ლატენტური ფორმების მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაცია, მაშინ როდესაც საზღვარგარეთ სტაციონირებას ტუბერკულოზის მხოლოდ აქტიური ფორმის მქონე პაციენტები ექვემდებარებიან. ასევე, საქართველოში, ექიმები მკურნალობის სქემით დადგენილ მედიკამენტებს სხვა პრეპარატებსაც უმატებენ და პაციენტებს დამატებითი თანხის გადახდას სთხოვენ. ერთმა ქალმა მიგრანტმა აღნიშნა მისი ოჯახის წევრების ტუბერკულოზით ინფიცირების შესახებ: შესაბამისი დიაგნოზი დაუსვეს მის დასა და დისშვილს; ჩატარებული მკურნალობის მიუხედავად და გარდაიცვალა, ხოლო დისშვილის მდგომარეობა სტაბილურია.

მომდევნო რესპონდენტის თქმით, მისი ლაბორატორიული ტესტის პასუხი გაიბნა კლინიკაში და მას ხელმეორედ მოუხდა სინჯის აღება ტესტირებისთვის.

მიგრანტების აზრით, ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მოვლისა და მხარდაჭერისადმი ზოგადი მიდგომა (საკვებით უზრუნველყოფა, სოციალური დახმარება) არადაამაკმაყოფილებელია. ევროპის ქვეყნებში, მათი თქმით, პაციენტები უზრუნველყოფილი არიან მხარდაჭერის სრული პაკეტით, მაშინ როდესაც საქართველოში უფასო მხოლოდ მკურნალობაა; ხოლო ამ დროს შეიძლება პაციენტს კვების ფული არ ჰქონდეს:

კოტე: “რად უნდათ წამლები, როდესაც შეიძლება შიმშილობდნენ?“

ასევე, მიგრანტების აზრით, კარგი იქნებოდა საქართველოში სამედიცინო კლინიკები

უფრო უკეთესი და სუფთა იყოს. ერთ-ერთმა მამაკაცმა მიგრანტმა გამოთქვა ეჭვი, რომ ინფექციის კონტროლის ზომები ტუბერკულოზის სამკურნალო კლინიკაში საქართველოში არასაკმარისია: მისი თქმით, ტუბერკულოზის მქონე პაციენტის მონახულებისას საზღვარგარეთ მას დამცავი კოსტუმი ჩააცვს, ისე რომ იგი „უცხოპლანეტელივით გამოიყურებოდა“, ხოლო როდესაც იგი პაციენტს თბილისის კლინიკაში ესტუმრა, მას მხოლოდ პირბადე მისცეს ინფექციისგან თავის დასაცავად.

IV ჯგუფი: უცხოელი სტუდენტები

უცხოელ სტუდენტთა ფოკუსჯგუფი ჩატარდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში და ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში.

საქართველოში მყოფი უცხოელი სტუდენტების უმრავლესობას არ აქვს საზღვარგარეთ სწავლისა და მუშაობის ალტერნატიული გამოცდილება, ამდენად მათ ფოკუსჯგუფის ფასილიტატორს თავიანთი მოსაზრებები მხოლოდ საქართველოს ზოგადი ჯანდაცვის სამსახურებთან დაკავშირებით გაუზიარეს. რამდენიმე გამონაკლისის გარდა, სტუდენტებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია აივ-ტესტირებისა და ტუბერკულოზის სკრინინგის თბილისში არსებული სამსახურების შესახებ. მათ უმრავლესობას ჩატარებული ჰქონდა აივ-ტესტირება და ტუბერკულოზზე სკრინინგი, ვინაიდან ეს მოთხოვნილი იყო საქართველოს საკონსულს მიერ ვიზის გაცემის მიზნით ან სამედიცინო უნივერსიტეტის მიერ. ზოგმა სტუდენტმა აღნიშნა, რომ საქართველოში ჩამოსვლისას დასჭირდათ გარემოსთან ფიზიკური და ფსიქიკური ადაპტაცია. ერთ-ერთი სტუდენტის თქმით, მას გაუცდა სწავლის ერთი თვე საქართველოში ჩამოსვლის შემდეგ შექმნილი ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და მკურნალობის წვდომის დროს წარმოქმნილი ბიუროკრატიული ბარიერების გამო.

კითხვისას, იციან თუ არა სამედიცინო დანესებულებების შესახებ საქართველოში, სადაც შესაძლებელია აივ-ტესტირება, მხოლოდ ორმა ვაჟმა და ერთმა გოგონამ დაასახელა შიდსის ეროვნული ცენტრი და ამ სამიდან ერთმა იცოდა დანესებულების მისამართი. აივ-ტესტირება საქართველოში არც ერთ სტუდენტს არ გაუვლია, ამდენად, მათ ვერ შაფასეს ჯანდაცვის შესაბამისი სამსახურების ხარისხი და პირობები მასპინძელ ქვეყანაში.

თავიანთ ქვეყნებთან შედარებისას, როგორცაა, მაგალითად, ინდოეთი და ერაყი, უცხოელი სტუდენტები ასკვნიან, რომ აივ-ი მიგრანტების მაღალი ინტერესის საგანს არ უნდა წარმოადგენდეს, ვინაიდან საქართველოში მისი პრევალენტობა ძალზე დაბალია. თუმცა, ორმა სტუდენტმა აღნიშნა, რომ საერთაშორისო სტუდენტები და მიგრანტები არ იჩენენ შესაბამის დაინტერესებას, აივ-თან დაკავშირებული რისკების არასაკმარისად გაცნობიერებულობის გამო:

ჯოელი: “ვფიქრობ, მიგრანტებს მეტი ინფორმაცია უნდა ჰქონდეთ და ამ შემთხვევაში, ისინი უფრო მეტ დაინტერესებას გამოიჩენდნენ. თუ ჩვენ გავზრდით ინფორმირებულობის დონეს, წარმოვაჩენთ სტატისტიკას და რეალურ საფრთხეებს აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით, მიგრანტები უფრო მეტ სიფრთხილეს გამოიჩენენ.“

აშუტოში: „მიგრანტები ნამდვილად უფრო მეტ სიფრთხილეს უნდა იჩენდნენ, მაგრამ ვინაიდან მათ უმრავლესობას არ აქვს ინფორმაცია დაავადების შესახებ, ისინი თავ არ იწუხებენ მასზე ფიქრით.“

ამავდროულად, ფოკუსჯგუფის ბევრ მონაწილე სტუდენტს მიაჩნია, რომ აივ-ინფექციის საფრთხეებისა და გადაცემის გზების შესახებ მეტნაკლებად ყველა ინფორმირებულია, და ამდენად, ისინი ფრთხილად იქცევიან და შესაბამისად, არ ეშინიათ ინფიცირებისა.

კითხვას, თუ, მათი მოსაზრებით, რა გამოცდილება აქვთ მიგრანტებს აივ-ტესტირების კუთხით, სტუდენტებმა უპასუხეს, რომ სავარაუდოდ, ეს დამოკიდებულია ინდივიდუალურ სარისკო ქვეყანასა და ცხოვრების სტილზე. ის, ვისაც არ აქვს აივ-ინფიცირების რისკის შემცველი ცხოვრების სტილი, სავარაუდოდ, ტესტირებას არ ჩაიტარებს, თუმცა, იმიგრაციის რეგულაციით განსაზღვრული მოთხოვნის გამო, მათი თანაკურსელებისა და ზოგადად, უცხოელი სტუდენტების უმრავლესობას ჩატარებული აქვს აივ-ტესტირება. ამავდროულად, მათ მიაჩნიათ, რომ ზოგადად, ადამიანები და მათ შორის მიგრანტები არ გაამჟღავნებენ აღნიშნულ ინფორმაციას, ვინაიდან იგი კონფიდენციალურია.

შეკითხვისას, თუ სად ურჩევნიათ აივ-ტესტირების ჩატარება, თავიანთი წარმოშობის ქვეყანაში თუ საქართველოში, უცხოელი სტუდენტები აცხადებენ, რომ ამ კუთხით წარმოშობის ქვეყანა უფრო კომფორტულია, ვინაიდან ისინი იცნობენ და ენდობიან ჯანდაცვის სისტემას მშობლიურ ქვეყანაში. თუმცა, ვაჟებმა აღნიშნეს, რომ ადგილსამყოფელ ქვეყანას მნიშვნელობა არ აქვს აივ-ტესტირების კუთხით და თუ ტესტი აუცილებელია, ისინი მიმართავენ ნებისმიერ კლინიკას, სადაც მსგავსი ტესტირება ტარდება. მათ აღნიშნეს, რომ თავიანთი წარმოშობის ქვეყნებში არსებობს სტიგმა და საზოგადოებას უარყოფითი დამოკიდებულება აქვს აივ-ინფიცირებულთა მიმართ:

დასამი: “ინდოეთში საზოგადოება „უცნაურ“ ინდივიდებს მყისიერად გარიყავს. ეს გარდაუვალია.“

მათი აზრით, საზოგადოებას შეიძლება საქართველოშიც იგივე დამოკიდებულება ჰქონდეს აივ-ინფექციის მატარებელთა მიმართ.

დამატებით, უცხოელმა სტუდენტებმა (როგორც ვაჟებმა, ასევე გოგონებმა) აღნიშნეს ენის ბარიერი და სოციალური და კულტურული განსხვავებულობა, როგორც აივ-ტესტირების ხელშემშლელი მიზეზები.

სტუდენტებს არ გააჩნდათ ინფორმაცია აივ-ტესტირების საფასურისა და შესაბამისი მომსახურების უცხოელთათვის ხელმისაწვდომობის შესახებ. მათ ივარაუდეს, რომ ფინანსური ბარიერი სტუდენტებისთვის ასევე შესაძლოა გახდეს ტესტირების ხელშემშლელი მიზეზი.

ფოკუსჯგუფის მონაწილე უცხოელი სტუდენტების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ იმიგრანტთა მხოლოდ მცირე ნაწილი შეიძლება იყოს აივ-ინფიცირებული; მით უმეტეს, რომ, მათი სიტყვებით, აივ-ტესტირება მათ საქართველოში ჩამოსვლამდე ჩაიტარეს. უცხოელი სტუდენტების საგანგაშოდ დიდმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ „სარისკო ქვეყნის შემთხვევაშიც კი, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ უცხოელი სტუდენტები დაავადდნენ აივ-ინფექციით.“

ზოგადად, სტუდენტი გოგონები უფრო მეტად არიან დაინტერესებული საკუთარი ჯანმრთელობის საკითხებით, ვიდრე ვაჟები. ასევე, სტუდენტები არ არიან კარგად ინფორმირებული ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობების შესახებ; სავარაუდოდ, დაზღვევის პოლისი მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევებს ფარავს:

რეშმა: “თბილისში რომ ჩამოვედი, ჩემი ბრმა ნაწლავი „აფეთქდა“, ისე რომ მისი ამოღება დამჭირდა. ოპერაცია ავერსის კლინიკაში გავიკეთე. ექიმები ინგლისურად საუბრობდნენ; ყველა ყურადღებით მეპყრობოდა. რაც შეეხება ჯანმრთელობის დაზღვევას, მქონდა სტუდენტებისთვის განკუთვნილი პაკეტი, მაგრამ ის არ ითვალისწინებდა ოპერაციის ხარჯებს, ამიტომ ეს ხარჯები თავად დავფარე, რაც ჩემთვის მოულოდნელი აღმოჩნდა.“

უცხოელმა სტუდენტმა გოგონებმა გამოთქვეს წუხილი ეკოლოგიური მდგომარეობის გამო საქართველოში, რაც, პირველ რიგში, თამბაქოს მოხმარებისა და ჰაერის დაბინძურების მაღალ მაჩვენებლებს უკავშირდება. მათ აღნიშნეს, რომ საზოგადოებრივი თავშეყრის

ადგილები სიგარეტის სუნითაა გაჟღერებული და გამოთქვეს წუხილი ძალზე დაბინძურებული ჰაერისა და მასში ჭვარტლის დიდი შემცველობის გამო, რაც ძალიან შესამჩნევია დედაქალაქში.

ერთ-ერთმა უცხოელმა სტუდენტმა გოგონამ გამოთქვა წუხილი, რომ საქართველოში უცხოელების მიმართ თანადგომა და მხარდაჭერა ნაკლებია:

კეტრინი: „ერთხელ ავტოსაგზაო შემთხვევაში მოვყვე და ისეთი შეგრძნება გამიჩნდა, რომ ჩემი შველა არავინ მოინდომა. ჩვეულებრივ, ადამიანები დაზარალებულების საშველად ისწრაფვიან, მაგრამ მე არავითარი თანაგრძნობა არ მიგრძენია. ამიტომ საქართველოში თავს დაცულად არ ვგრძნობ.“

უცხოელი სტუდენტი გოგონები აცნობიერებენ აივ-ტესტირების საჭიროებას, მაგრამ მათი აზრით, საზოგადოებაში, ზოგადად, არასაკმარისი ინფორმაციაა აღნიშნულთან დაკავშირებით, ადგილობრივი მოსახლეობაც კი არ არის ინფორმირებული სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია აივ-ტესტირების ჩატარება:

სარა: „ჩემი აზრით, აივ-ტესტირება ყველამ უნდა ჩაიტაროს, იმის მიუხედავად, საქართველოს მოქალაქეები არიან თუ მიგრანტები. არანაკლებ მნიშვნელოვანია საკითხის შესახებ ინფორმირებულობის ზრდა.“

რანისი: „საიდან შეიძლება მიგრანტებმა იცოდნენ ტესტირების აუცილებლობის შესახებ, მაშინ, როდესაც ადგილობრივი მოსახლეობაც არ არის სათანადოდ ინფორმირებული?!“

მხოლოდ ერთმა სტუდენტმა გოგონამ გამოთქვა მოსაზრება, რომ აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული სტიგმის გამო, აივ-ტესტირებას არა წარმოშობის ქვეყანაში, არამედ საზღვარგარეთ ამჯობინებს.

ლინი: „აივ-ტესტირების სურვილი რომ მქონდეს, მას წარმოშობის ქვეყანაში არ ჩავიტარებდი, რათა სოციალური სტიგმისგან დაცულად ვიგრძნო თავი.“

დამატებით, სტუდენტმა გოგონებმა ასევე აღნიშნეს, რომ არ არიან დარწმუნებული ტესტირების ხარისხისა და სამედიცინო პროცედურების უსაფრთხოებაში საქართველოში და ასევე, იმაში, თუ რამდენად სარწმუნო იქნება ტესტის შედეგები:

ჯონა: „ჩვენ მეტი ინფორმაცია გვჭირდება იმის შესახებ, თუ როგორ ტარდება აივ-ტესტირება საქართველოს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებებში; რა პროცედურები ხორციელდება და რა პირობებია.“

უცხოელი სტუდენტების აზრით, მათ მეტი სიფრთხილე მართებთ ტუბერკულოზთან მიმართებით, ვინაიდან იგი უფრო ადვილად ვრცელდება, ვიდრე აივ-ინფექცია. ასევე, მათი აზრით, ურბანული და ხალხმრავალი საზოგადოებრივი ადგილები უფრო საფრთხის შემცველია ტუბერკულოზით ინფიცირების თვალსაზრისით და რადგან მიგრანტები უმეტესად სწორედ დიდ ქალაქებში ცხოვრობენ, როგორც ერთ-ერთმა სტუდენტმა გოგონამ (ვარდამ) აღნიშნა, მათ უნდა გაითვალისწინონ, რომ უფრო მეტად არიან ინფიცირების რისკის ქვეშ.

ტუბერკულოზზე სკრინინგის პოტენციურ ბარიერებზე საუბრისას, ფინანსური და ენის ბარიერების გარდა, სტუდენტმა გოგონებმა აღნიშნეს ინფორმაციის სიმწირე ტუბერკულოზის სამსახურების შესახებ და დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საექვო ხარისხი საქართველოში. ასევე, მათ აღნიშნეს, რომ ყველა მათგანმა ჩაიტარა ტუბერკულოზზე სავალდებულო სკრინინგი წარმოშობის ქვეყანაში, საქართველოში ჩამოსვლამდე, ვინაიდან აღნიშნული წარმოადგენდა სავიზო მოთხოვნებით განსაზღვრულ ვალდებულებას.

დაბოლოს, უცხოელ სტუდენტებს არ აქვთ საქართველოში ტუბერკულოზის მკურნალობის

პრაქტიკული გამოცდილება და შესაბამისად, მათ აღნიშნული სამსახური ვერ შეაფასეს.

დასკვნები და რეკომენდაციები

მიგრანტთა განსხვავებულ ჯგუფებს აქვთ განსხვავებული ცოდნა, დამოკიდებულება და გამოცდილება როგორც ზოგად ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, ასევე აივ-ისა და ტუბერკულოზის გამოვლენისა და მკურნალობის კუთხით. თუმცა, ამ მხრივ არსებობს გარკვეული მსგავსებაც, ვინაიდან მათი უმრავლესობა თვლის, რომ მიგრანტებმა უნდა გაიარონ აივ-ტესტირება და ტუბერკულოზზე სკრინინგი წარმოშობის ქვეყნებში დაბრუნების შემდგომ, რადგან საზღვარგარეთ ისინი ამ დაავადებების მეტი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ზოგი მათგანი თვლის, რომ ეს უნდა გაკეთდეს როგორც ემიგრაციამდე, ასევე დაბრუნების შემდგომ. მათ ასევე მიაჩნიათ, რომ პრაქტიკულად მიგრანტთა ძალზე მცირე ნაწილი გადის აღნიშნულ შემოწმებას. გამონაკლისს წარმოადგენს შემთხვევები, როდესაც აივ-ტესტირება და ტუბერკულოზზე სკრინინგი სავალდებულო საიმიგრაციო მოთხოვნაა, როგორც უცხოელი სტუდენტების შემთხვევაში, რომლებიც საქართველოს სამედიცინო უნივერსიტეტში, პირველ კურსზე ირიცხებიან. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ემიგრირებული საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც თავშესაფრებში არიან განთავსებული, გადიან სავალდებულო სკრინინგს, მაგრამ ენის ბარიერის გამო ყველამ არ იცის, რა დაავადებებზე უტარდება აღნიშნული პროცედურა. ამავდროულად, არალეგალური მიგრანტები ვერ იყენებენ აღნიშნულ სერვისს ვიზის პირობების დარღვევის გამო.

მიგრანტები იზიარებენ აზრს, რომ ორივე დაავადების მიმართ საზოგადოებაში არსებობს სტიგმა, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს მიგრანტების სხვადასხვა ჯგუფის გადანყვეტილებებზე, ჩაიტარონ ტესტირება/სკრინინგი როგორც წარმოშობის ქვეყანაში, ასევე საზღვარგარეთ.

ნაკლები ინფორმირებულობა, საჭიროების არასაკმარისი აღქმა და მომსახურების საფასური მიგრანტთა მიერ ყველაზე ხშირად გამოკვეთილი ბარიერებია აივ-ტესტირებისა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის ჩასატარებლად. მომსახურების საფასური ყველაზე კრიტიკული ბარიერია დევნილებისა და ეკომიგრანტებისთვის, რომლებიც მეზობელ ქვეყნებში მიემგზავრებიან სეზონურ, დღიურად ანაზღაურებად სამუშაოზე, რის შედეგადაც აქვთ დაბალი შემოსავალი და არ აქვთ სოციალური მხარდაჭერა იმ მიგრანტებთან შედარებით, რომლებიც მიგრირებენ დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში და შესაბამისად, სარგებლობენ უფასო საცხოვრებელითა და სოციალური შემწეობით.

მიგრანტების თითქმის ყველა ჯგუფმა აღნიშნა ჯანმრთელობაზე ზრუნვისადმი არასაკმარისად მკაფიო დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევის ნაკლებობა, როგორც მომდევნო სერიოზული ბარიერი.

დამატებით, ეკომიგრანტებმა და დევნილებმა აღნიშნეს ჯანდაცვის სამსახურების სიშორის პრობლემა; მათი თქმით, ტუბერკულოზის და აივ-სამსახურები განთავსებულია სპეციალიზებულ კლინიკებში და საჭიროების შემთხვევაში მათ დიდი მანძილის გავლა მოუწევთ. შესაბამისად, მიგრანტთა აღნიშნულმა ჯგუფებმა განსაკუთრებული კმაყოფილებით აღნიშნეს მობილური ამბულატორიების შესახებ.

უნდა აღინიშნოს, რომ მიგრანტთა ყველა ჯგუფი კარგად იყო ინფორმირებული ტუბერკულოზის სიმპტომების შესახებ, თუმცა მათი დიდი ნაწილი თვლის, რომ მიგრანტები (ისევე როგორც სხვები) არ უნდა დაელოდონ სიმპტომების გამოვლენას და დროულად მიმართონ შესაბამის სამსახურებს.

დაბრუნებული მიგრანტები დადებითად აფასებენ ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურების მიერ მათთვის ევროპაში განეულ სერვისს. მათი თქმით, მომსახურების ხარისხი იყო კარგი

და რაც განსაკუთრებით აღსანიშნავია, სერვისები მათ უფასოდ მიეწოდათ. ისინი არ იყვნენ საკმარისად ინფორმირებული აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის პროგრამების შესახებ საქართველოში და ასევე, არ იცოდნენ, უფასოა თუ არა აღნიშნული მომსახურება. უცხოელ სტუდენტებს არ აქვთ საქართველოში შესაბამის სერვისებში მიმართვის გამოცდილება და ამდენად, აღნიშნული სამსახურები ვერ შეაფასეს. ეკომიგრანტები, რომლებსაც აქვთ ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურებთან ურთიერთობის გამოცდილება, გარკვეულწილად ეთანხმებიან იმ მოსაზრებას, რომ ზემოაღნიშნული სერვისებით სარგებლობა უმჯობესია საზღვარგარეთ; ხოლო აღნიშნული გამოცდილების არმქონე ეკომიგრანტები ამბობენ, რომ ჯანდაცვის სამსახურებს უმჯობესია წარმოშობის ქვეყანაში მიმართონ. დევნილთა ნაწილი აცხადებს, რომ მათ სახელმწიფომ არაერთხელ გაუცრუა იმედი და ამიტომაც არ სჯერათ, რომ ვინმემ შეიძლება რაიმე კარგი უფასოდ შესთავაზოს. ამავდროულად, მიაჩნიათ რა, რომ აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის სამსახურების ხარისხი უნდა გაუმჯობესდეს, მიგრანტების აზრით, მათი ხარისხი მაინც უკეთესია მეზობელ ქვეყნებში (აზერბაიჯანსა და რუსეთში) არსებულ ანალოგიურ სამსახურებთან შედარებით, რის გამოც ამ ქვეყნების მოქალაქეები საქართველოში ჩამოდიან ტუბერკულოზისა და აივ-შიდსის სამსახურებით სარგებლობისთვის.

რეკომენდაციები:

1. უნდა ჩატარდეს აივ-ინფექციისა და ტუბერკულოზის პრევალენტობის რაოდენობრივი კვლევა მიგრანტ მოსახლეობაში, რათა დადგინდეს აღნიშნული პრობლემების გავრცელების არეალი მიგრანტებში.
2. კვლევის შედეგად მოპოვებულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, საქართველოს მთავრობამ უნდა შეიმუშაოს ტუბერკულოზისა და აივ-სამსახურებზე წვდომის კონკრეტული გეგმა, რომელიც გამყარდება შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამებით და რომელშიც გათვალისწინებული იქნება მიგრანტი მოსახლეობის უფასო დიგნოსტიკებისა და მკურნალობის სერვისები.
3. მთავრობამ მხარი უნდა დაუჭიროს აივ-ტესტირებისა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის მობილური პროგრამების დანერგვას დევნილი მოსახლეობისა და ეკომიგრანტებისთვის, რათა უზრუნველყოს მათი მომსახურება შესაბამისი სკრინინგ-სერვისებით და საჭიროების შემთხვევაში, ეფექტურად გადამისამართება ხელმისაწვდომ სერვისებში.
4. უნდა დაინერგოს სპეციალური რეგულაციები აივ-ტესტირებისა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის სერვისებსა და შესაბამისი გადამისამართების სისტემაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით დაბრუნებული მიგრანტებისთვის, მათ შორის მოკლევადიანი სეზონური მიგრანტებისთვის, უპირატესად, ძირითად სასაზღვრო გამშვებ პუნქტებზე. ამასთან, მკაცრად უნდა იქნეს დაცული კონფიდენციალობა საზოგადოებაში ორივე დაავადების მიმართ არსებული სტიგმის მაღალი დონის გათვალისწინებით.
5. მთავრობამ და განსაკუთრებით, საზღვრის კონტროლის დეპარტამენტმა უნდა უზრუნველყოს მიგრანტთა ყველა ჯგუფის ინფორმირებულობის ზრდა აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზთან დაკავშირებულ საკითხებში, დაავადებათა გავრცელების რისკებზე, მათგან დაცვის გზებსა და რეგულარული სკრინინგის საჭიროებაზე ფოკუსირებით. უნდა შეიმუშავდეს და გავრცელდეს საინფორმაციო ბუკლეტები, რომლებშიც მითითებული იქნება, თუ სად შეიძლება მიგრანტებმა ჩაიტარონ უფასო ტესტირება დანიშნულების ქვეყნებში და რომელი სერვისებია მათთვის უფასოდ

ხელმისაწვდომი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

- უნდა შემუშავდეს და განხორციელდეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებისა და სტიგმის შემცირებისკენ მიმართული საინფორმაციო კამპანიები, რომლებიც ხელს შეუწყობს აივ-ტესტირებისა და ტუბერკულოზზე სკრინინგის წახალისებას მიგრანტებში. შედეგად, მიგრანტებს უნდა შეეძლოთ, თავად შეაფასონ ინდივიდუალური რისკები და აწარმოონ შეუფერხებელი კომუნიკაცია (კონფიდენციალობის პირობის დაცვით) შესაბამის პერსონალთან, რომელიც კონსულტირებას გაუწევს კონკრეტული სერვისებით სარგებლობის სურვილის მქონე მიგრანტებს, ჩაიტარონ აუცილებელი სამედიცინო შემოწმება საზღვარგარეთ თუ წარმოშობის ქვეყანაში დაბრუნებისას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

ქვევამე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით საქართველოს ორ ძირითად ქალაქში (თბილისი, ბათუმი) მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრის „თანადგომა“, 2015

<http://curatiofoundation.org/ge/bio-behavioral-surveillance-survey-among-men-who-have-sex-with-men-in-two-major-cities-of-georgia-2015/>

აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 7 ქალაქში; ქვევამე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით. კვლევის ანგარიში. საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“, 2015

<http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/02/PWID-IBBS-Report-2017-GEO.pdf>

ლევან საყვარელიძის სახელობის საზოგადოებრივი ჯანრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ანგარიში 2017 წელს შესრულებული სამუშაოს შესახებ, 2018

<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=ba2fb92b-e107-4ff0-9e8f-256acc0d-e4d3>

Barnett, J.M.

2002 Focus groups tips for beginners. Texas Center for the Advancement of Literacy and Learning (TCALL) Occasional Research Paper no. 1

<http://www-tcall.tamu.edu/orp/orp1.htm>

Marczak, M. and M. Sewell

n.d. Using focus groups for evaluation. University of Arizona.

<https://cals.arizona.edu/sfcs/cyfernet/cyfar/focus.htm>

Rennekamp, R and M. Nall

n.d. Using focus groups in program development and evaluation. Cooperative Extension Service, University of Kentucky – College of Agriculture.

<https://psd.ca.uky.edu/files/focus.pdf>

USAID Center for Development Information and Evaluation (CDIE)

1996 Conducting focus group interviews. Performance Monitoring and Evaluation, TIPS no. 10. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaby233.pdf

დანართი D. სკრინინგის ფორმა

სამუშაო ვერსია: სკრინინგის ფორმა სამღვარზე მიმდინარე კვლევისას

#	კითხვა	პასუხი	გამოტოვეთ
101	რა მიზნით გადმოკვეთეთ საზღვარი?	დასაქმება სწავლა ვიზიტი ოჯახის წევრთან ჯანდაცვა დასვენება სხვა პასუხი არ მაქვს	1 აკმაყოფილებს შერჩევის კრიტერიუმს 2 არ აკმაყოფილებს - ინტერვიუ 3 სრულდება 4 არ აკმაყოფილებს - ინტერვიუ 5 სრულდება 6 არ აკმაყოფილებს - ინტერვიუ 99 სრულდება არ აკმაყოფილებს - ინტერვიუ სრულდება არ აკმაყოფილებს - ინტერვიუ სრულდება არ აკმაყოფილებს - ინტერვიუ სრულდება
102	გეგმავთ თუ არა დარჩენი დანიშნულების ქვეყანაში (გამსვლელი მიგრანტები) და შემსვლელ ქვეყანაში (უცხოელი მოქალაქეები) 3 თვით ან მეტი ხნით?	დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 არ აკმაყოფილებს შერჩევის კრიტერიუმს 2 არ აკმაყოფილებს შერჩევის კრიტერიუმს 99
103	3 თვით ან მეტი ხნით ქვეყანაში დარჩენის მსურველი უცხოელი მოქალაქეებისთვის: იყავით თუ არა დასაქმებული იმ ქვეყანაში, საიდანაც მოემგზავრებით (ბოლო ადგილსამყოფელ ქვეყანაში)?	დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
104	შეგისრულდათ თუ არა 18 წელი?	დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 არ აკმაყოფილებს შერჩევის კრიტერიუმს 2 არ აკმაყოფილებს შერჩევის კრიტერიუმს 99

პკითხეთ იმ პირებს, ვინც აკმაყოფილებს შერჩევის კრიტერიუმს, რამდენად სურთ კვლევაში მონაწილეობის მიღება. თანხმობის შემთხვევაში, მიაწოდეთ შესაბამისი ინფორმაცია და მოიპოვეთ მათი ოფიციალური თანხმობა.

დანართი E. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა

მიზნები შემუშავებული და ფორმულირებული მონაცემების შეგროვებამდე	აღწერილობა ინფორმაცია მოგროვდება კითხვარისა და სისხლის სინჯის ანალიზის საფუძველზე	თანხმობა	
		დიახ	არა
ა) კვლევის თავდაპირველი მიზანი	კვლევის მიზანია ინფექციურ დაავადებებზე დაკვირვების გაუმჯობესება აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში		
ბ) კვლევის დამატებითი მიზანი	აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის სერვისებზე წვდომის გაუმჯობესება მიგრანტებისთვის		
გ) დამატებითი შესაძლო მიზნები	ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების უწყვეტობის გაუმჯობესების გზით სამხრეთ კავკასიის რეგიონში		

თანახმა ვარ, ჩემი პერსონალური მონაცემები გასდის სწორი კვლევაში ჩართული შემდეგი მესამე მხარეებისთვის:

	მესამე მხარის დასახელება ივსება მონაცემების მაკონტროლებელი პირების / ინტერვიუების მიერ	თანხმობა	
		დიახ	არა
ა) IOM-ის ავტორიზებული პერსონალი	IOM-ის აივ / ტუბერკულოზის რეგიონულ პროექტში ჩართული პერსონალი		
ბ) ავტორიზებული მესამე მხარეები	აზერბაიჯანის ჯანმრთელობის სამინისტროს ფილტვის დაავადებათა ინსტიტუტი აზერბაიჯანის შიდსის ცენტრი საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი სომხეთის შიდსის ცენტრი		

მონაცემის მომწოდებელი პირის განცხადება ინფორმირებული თანხმობის შესახებ:

- ინფორმირებული ვარ კვლევის იმ თავდაპირველი და დამატებითი მიზნ(ებ)ის შესახებ, რისთვისაც ხდება ჩემი პერსონალური მონაცემების შეგროვება, დამუშავება და გამჟღავნება, როგორც აღწერილია ზემოთ.
- ვადასტურებ, რომ ჩემი პერსონალური მონაცემები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს და გამჟღავნდეს მეორადი მიზნებით, რომლებიც აუცილებელია ზემოთ აღწერილი თავდაპირველი მიზნის მისაღწევად.
- ვადასტურებ ჩემს უფლებას, გამოვითხოვო ჩემი პერსონალური მონაცემები მათში კორექტირების შესატანად, რისთვისაც შესაბამისი მოთხოვნით უნდა მივმართო IOM-ს და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს.
- ვადასტურებ, რომ ჩემ მიერ გაცხადებულ თანხმობაზე უარის თქმამ შეიძლება შეუძლებელი გახადოს IOM-ის მიერ ჩემს სასარგებლოდ მიმართული სერვისის განხორციელება.
- ვადასტურებ, რომ ჩემ მიერ მონოდედებული ინფორმაცია არის სწორი და სრულად შეესაბამება ჩემ ცოდნას აღნიშნულ საკითხებში.
- ვადასტურებ, რომ ინფორმირებული თანხმობა მივიღე შემდეგი პირობის დაკმაყოფილების შედეგად:
 - გაკვეციანი ზემოთ ფორმულირებულ დებულებებს: დიახ/არა
 - ზემოთ ფორმულირებული დებულებები წამიკითხა შესაბამისმა პერსონალმა / მითარგმნა თარჯიმანმა: დიახ/არა
- ვაცხადებ, რომ ნებაყოფლობით გამოვთქვამ თანხმობას ჩემი პერსონალური

მონაცემების შეგროვებაზე და ვადასტურებ, რომ არ უნდა გავცე პერსონალური მონაცემი, რაც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ჩემი პასუხებისა და ტესტის შედეგების ჩემს პერსონასთან დასაკავშირებლად.

(ადგილი)

(თარიღი)

.....

.....

ინტერვიუერის ხელმოწერა
ან აღნიშვნა

მონაცემის მომწოდებელი პირის ხელმოწერა

დანართი F. კითხვარი

(კითხვარი შეიძლება შინაარსით განსხვავდებოდეს სომხეთში გამოყენებული კითხვარისგან)

კითხვარი მიგრანტებისთვის

მონიშნეთ თითოეული კითხვის შესაბამისი პასუხი.

ნაწილი 1. დემოგრაფიული მახასიათებლები

#	კითხვა	პასუხი
101	ასაკი	პასუხი არ მაქვს ----- 99
102	სქესი	მამაკაცი 1 ქალი 2 სხვა 3 პასუხი არ მაქვს 99
103	განათლება	დანყებითი ან ნაკლები 1 არასრული საშუალო 2 საშუალო 3 საშუალო ტექნიკური 4 არასრული უმაღლესი 5 სრული უმაღლესი 6 პასუხი არ მაქვს 99
104	ოჯახური მდგომარეობა	სომეხი 1 ამერბაიჯანელი 2 ქართველი 3 რუსი 4 თურქი 5 სხვა (მიუთითეთ) 6 პასუხი არ მაქვს 99
105	ეროვნება	სომეხი 1 ამერბაიჯანელი 2 ქართველი 3 რუსი 4 თურქი 5 სხვა (მიუთითეთ) 6 პასუხი არ მაქვს 99
106	მოქალაქეობა	სომხეთი 1 ამერბაიჯანი 2 საქართველო 3 რუსეთის ფედერაცია 4 თურქეთი 5 სხვა (მიუთითეთ) 6 ----- პასუხი არ მაქვს 99
107	თქვენი წარმოშობის ქვეყანა (ძირითადი ბინადრობის ქვეყანა)?	სომხეთი 1 ამერბაიჯანი 2 საქართველო 3 რუსეთის ფედერაცია 4 თურქეთი 5 სხვა (მიუთითეთ) 6 ----- პასუხი არ მაქვს 99

ნაწილი 2. მიგრაციის ტიპი

ეხება მხოლოდ დაბრუნების პროცესში მყოფ მოქალაქეებს (დაბრუნებული მიგრანტები)

#	კითხვა	პასუხი
201	რამდენი ხნით იმყოფებით ქვეყანაში, რომლიდანაც ბრუნდებით დასაქმების მიზნით (სულ მცირე 3 თვე)? პასუხი არ არის	----- თვე 99
202	რომელი ქვეყნიდან ბრუნდებით, სადაც იმყოფებით დასაქმების მიზნით სულ მცირე სამი თვით? სომხეთი 1 აზერბაიჯანი 2 საქართველო 3 რუსეთის ფედერაცია 4 თურქეთი 5 სხვა (მიუთითეთ) 6 პასუხი არ არის 99	
203	ეხება მხოლოდ უცხოელ მოქალაქეებს ეს თქვენი პირველი ვიზიტია ამ ქვეყანაში? დიახ 1 არა 2 პასუხი არ მაქვს 99	
204	გეგმავთ თუ არა აქ დარჩენას სულ მცირე 3 თვით? დიახ 1 არა 2 პასუხი არ მაქვს 99	
205	ეხება ყველა მონაწილეს რომელ სექტორში ხართ ძირითადად დასაქმებული? არ ვარ დასაქმებული 1 სოფლის მეურნეობა 2 ვაჭრობა 3 მეცნიერება 4 სერვისი 5 სხვა (მიუთითეთ) 6 არ მაქვს პასუხი 99	ნარმოშობის ქვეყანა (კ. 207-დან) საზღვარგარეთ (კ. 202-დან დაბრუნებული მოქალაქეებისთვის) მოქალაქეებისთვის)
206	შეესაბამება თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე თქვენს საცხოვრებელ პირობებს? სიმჭიდროვე 1 შენობა არ ნიავედა (სუფთა ჰაერის ნაკლებობა) 2 შენობა ზამთარში არ თბება 3 სისუფთავის პრობლემა 4 შენობაში არ არის წყალგაყვანილობა 5 საერთო ტუალეტით სარგებლობა 4-ზე მეტი პირი 6 სხვა (მიუთითეთ) 7 პასუხი არ მაქვს 99	
207	შეესაბამება თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე თქვენს სამუშაო პირობებს? სიმჭიდროვე 1 შენობა არ ნიავედა (სუფთა ჰაერის ნაკლებობა) 2 შენობა ზამთარში არ თბება 3 სისუფთავის პრობლემა 4 სხვა (მიუთითეთ) 5 პასუხი არ მაქვს 99	
208	რამდენჯერ შეიცვალეთ საცხოვრებელი ადგილი (ადგილი, სადაც სულ მცირე 30 დღე დაჰყავით) გასული წლის განმავლობაში? ----- ჯერ ----- ჯერ	

ნაწილი 3. სქესობრივი ცხოვრება და კონდომის გამოყენება ნაწილი 2. მიგრაციის ტიპი

#	კითხვა	პასუხი
301	გქონდათ თუ არა დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში? დიახ 1 არა 2 პასუხი არ მაქვს 99	ნარმოშობის ქვეყანა (კ. 207-დან) საზღვარგარეთ (კ. 202-დან დაბრუნებული მოქალაქეებისთვის)

ნაწილი 4. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება

#	კითხვა	პასუხი
401	უდესმე თუ მოგიხმარიათ ნარკოტიკული საშუალება ინექციური გზით? დიახ 1 არა 2 პასუხი არ მაქვს 99	ნარმოშობის ქვეყანა (კ. 207-დან) საზღვარგარეთ (კ. 202-დან დაბრუნებული მოქალაქეებისთვის)

ნაწილი 5. აივ/შიდსზე ტესტირება

#	კითხვა	პასუხი
501	იცით თუ არა, სად უნდა ჩაიტაროთ აივ-ტესტირება, სურვილის შემთხვევაში? დიახ 1 არა 2 პასუხი არ მაქვს 99	ნარმოშობის ქვეყანა (კ. 207-დან) საზღვარგარეთ (კ. 202-დან დაბრუნებული მოქალაქეებისთვის)

502	ჩაგიტარებიათ თუ არა აივ-ტესტირება და მიგილიათ პასუხები ბოლო 12 თვის განმავლობაში? დიახ 1 არა 2 პასუხი არ მაქვს 99	ნარმოშობის ქვეყანა (კ. 207-დან) საზღვარგარეთ (კ. 202-დან დაბრუნებული მოქალაქეებისთვის)
-----	--	---

ნაწილი 6. ტუბერკულოზის შესახებ არსებული ცოდნა და ტუბერკულოზის გამოვლენა-გპურნალობისაკენ მიმართული თქვენი

#	კითხვა	პასუხი
601	გქონიათ თუ არა ქვემოთჩამოთვლილი ჯანმრთელობის პრობლემები ბოლო 6 თვის განმავლობაში? (შესაძლებელია რამდენიმე პასუხის მონიშვნა) ა) ხველება ორ კვირაზე მეტი ხნის მანძილზე ბ) 4 კგ-ზე მეტი წონის აუხსნელი კლება გ) სხეულის აუხსნელი მიზეზით მაღალი ტემპერატურა ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში დ) ჭარბი ოფლდენა ძილში ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში ე) სისხლი ნახველში ვ) აუხსნელი ტკივილი გულკერდის არეში ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში ზ) აუხსნელი სისუსტე ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში	დიახ არა არ ვიცი NR* NA** 1 2 88 99 96 1 2 88 99 96 1 2 88 99 96 1 2 88 99 96 1 2 88 99 96 1 2 88 99 96 1 2 88 99 96

#	კითხვა	პასუხი
602	გსმენიათ თუ არა ტუბერკულოზის შესახებ? დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
603	აგიღიათ თუ არა ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ტესტირების მიზნით ბოლო ორი წლის განმავლობაში? დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
604	ნაგიტარებით თუ არა გულმკერდის რენტგენოგრაფია ბოლო ორი წლის განმავლობაში? დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
605	ხომ არ უთქვამს მედიცინის მუშაკს თქვენთვის ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში, რომ ავად ხართ ტუბერკულოზით? დიახ არა (701) პასუხი არ მაქვს	1 2 99

*არ ვიცი; ** პასუხი არ მაქვს.

ნაწილი 7. სერვისებსა და საჭიროებებზე წვდომა

#	კითხვა	პასუხი
701	ხომ არ გადმოუციათ თქვენთვის კონდომი ბოლო 12 თვის განმავლობაში (მაგალითად, ჯანდაცვის მობილურ მუშაკს ან არასამთავრობო ორგანიზაციას)? დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
702	ადვილია თუ არა თქვენთვის ჯანდაცვის სერვისზე წვდომა საჭიროების შემთხვევაში? დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
703	გასული წლის განმავლობაში ხომ არ ყოფილხართ ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში? დიახ არა პასუხი არ მაქვს	1 2 99
704	როგორ შეაფასებდით მომსახურებას, რომელიც მიიღეთ ჯანდაცვის სპეციალისტთან ბოლო ვიზიტის შედეგად კლინიკაში, საავადმყოფოში ან ჯანმრთელობის ცენტრში? ცუდი კარგი ძალიან კარგი უნაკლო	1 2 3 99

დანართი G. რაოდენობრივი კვლევის მონაცემები სქესის მიხედვით

ცხრილი G.1. მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი ამერბაიჯანსა და საქართველოში რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

	ამერბაიჯანი			საქართველო			
	n	%	CI	n	%	CI	
ასაკი							
მამაკაცი	<25 წელი	8	3.2	1.1-5.3	15	10.1	4.9-15.2
	≥ 25 წელი	240	96.8	94.7-98.9	134	89.9	84.8-95.1
ქალი	<25 წელი	1	1.9	0.0-5.8	11	5.6	2.3-9.0
	≥ 25წელი	51	98.1	94.2-100	185	94.4	91.0-97.7
განათლება							
მამაკაცი	დანეციბითი ან უფრო დაბალი	3	1.2	0.0-2.5	0	--	--
	არასრული საშუალო	13	5.2	2.5-8.0	2	1.4	0.0-3.2
	საშუალო	148	59.7	53.7-65.6	85	57.4	49.2-65.7
	საშუალო ტექნიკური	49	19.8	14.8-24.7	22	14.9	9.1-20.6
	არასრული უმაღლესი უმაღლესი	16	6.5	3.5-9.5	5	3.4	0.4-6.4
ქალი	დანეციბითი ან უფრო დაბალი	0	--	--	0	--	--
	არასრული საშუალო	7	13.5	4.1-22.8	5	2.6	0.4-4.7
	საშუალო	32	61.5	48.4-74.6	112	57.1	50.3-64.0
	საშუალო ტექნიკური	10	19.2	8.6-29.9	22	11.2	7.0-15.4
	არასრული უმაღლესი უმაღლესი	2	3.8	0.0-9.1	6	3.1	0.7-5.4
ოჯახური მდგომარეობა							
მამაკაცი	დაუქორწინებელი / არასდროს ყოფილა ქორწინებაში	63	25.4	20.1-30.7	37	25.0	17.7-32.3
	დაქორწინებული	164	66.1	60.3-71.9	106	71.6	64.1-79.1
	გაშორებული	12	4.8	2.3-7.4	2	1.4	0.0-3.2
	ქვრივი	9	3.6	1.2-6.0	3	2.0	0.0-4.3
ქალი	დაუქორწინებელი / არასდროს ყოფილა ქორწინებაში	10	19.2	8.7-29.7	18	9.3	5.0-13.7
	დაქორწინებული	29	55.8	42.2-69.3	158	81.9	76.3-87.4
	გაშორებული	6	11.5	3.0-20.1	6	3.1	0.7-5.5
	ქვრივი	7	13.5	4.4-22.5	11	5.7	2.5-8.9

ქვემოთ ცხრილებში) - ნდობის ინტერვალი.

ცხრილი G.2. მიგრანტთა ეროვნება, მოქალაქეობა და ბინადრობის ძირითადი ქვეყანა აზერბაიჯანსა და საქართველოში რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
ეროვნება							
მამაკაცი	სომეხი	0	--	--	1	0.7	0.0-2.0
	აზერბაიჯანელი	188	75.8	70.6-81.0	1	0.7	0.0-2.1
	ქართველი	9	3.6	1.3-6.0	132	88.6	83.3-93.8
	რუსი	0	--	--	0	--	--
	თურქი	12	4.8	2.2-7.5	13	8.7	4.1-13.4
	სხვა	39	15.7	7.6-23.8	2	1.3	0.0-3.2
ქალი	სომეხი	0	--	--	0	--	--
	აზერბაიჯანელი	38	73.1	60.7-85.4	3	1.5	0.0-3.3
	ქართველი	6	11.5	3.7-19.9	181	92.3	88.5-96.2
	რუსი	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
	თურქი	8	15.4	5.8-25.0	10	5.1	1.9-8.3
	სხვა	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
მოქალაქეობა							
მამაკაცი	სომხეთი	0	--	--	1	0.7	0.0-2.0
	აზერბაიჯანი	188	75.8	70.3-81.3	1	0.7	0.0-2.1
	საქართველო	48	19.4	14.3-24.4	133	89.9	85.0-94.8
	რუსეთის ფედერაცია	0	--	--	0	--	--
	თურქეთი	12	4.8	2.2-7.5	11	7.4	3.3-11.6
	სხვა	0	--	--	2	1.4	0.0-3.2
ქალი	სომხეთი	0	--	--	0	--	--
	აზერბაიჯანი	32	61.5	48.7-74.3	2	1.0	0.0-2.5
	საქართველო	12	23.1	12.2-34.0	182	93.8	90.4-97.3
	რუსეთის ფედერაცია	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
	თურქეთი	8	15.4	5.8-25.0	8	4.1	1.3-7.0
	სხვა	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
რომელ ქვეყანას თვლით წარმოშობის ქვეყნად (ბინადრობის ძირითადი ქვეყანა)							
მამაკაცი	სომხეთი	0	--	--	1	0.7	0.0-2.0
	აზერბაიჯანი	226	91.1	87.5-94.7	1	0.7	0.0-2.1
	საქართველო	10	4.0	1.6-6.5	134	90.5	85.8-95.3
	რუსეთის ფედერაცია	0	--	--	0	--	--
	თურქეთი	12	4.8	2.2-7.5	11	7.4	3.3-11.6
	სხვა	0	--	--	1	0.7	0.0-2.0
მამაკაცი	სომხეთი	0	--	--	0	--	--
	აზერბაიჯანი	38	73.1	60.7-85.4	2	1.0	0.0-2.5
	საქართველო	6	11.5	3.2-19.9	181	93.3	89.7-96.8
	რუსეთის ფედერაცია	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
	თურქეთი	8	15.4	5.8-25.0	9	4.6	1.6-7.6
	სხვა	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5

ცხრილი G.3. მიგრაციის ტიპი აზერბაიჯანსა და საქართველოში რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
ბრუნდება უცხო ქვეყნიდან, სადაც დასაქმებული იყო							
მამაკაცი	სომხეთი	0	--	--	0	--	--
	აზერბაიჯანი	30	24.0	16.4-31.6	1	1.3	0.0-4.0
	საქართველო	12	9.6	4.6-14.6	1	1.3	0.0-3.9
	რუსეთის ფედერაცია	55	44.0	35.4-52.6	1	1.3	0.0-3.9
	თურქეთი	16	12.8	6.7-18.9	57	76.0	66.6-85.4
	სხვა	12	9.6	4.3-14.9	15	20.0	11.0-29.0
ქალი	სომხეთი	0	--	--	1	1.0	0.0-2.8
	აზერბაიჯანი	10	30.3	14.6-46.0	1	1.0	0.0-3.0
	საქართველო	1	3.0	0.0-9.0	1	1.0	0.0-2.9
	რუსეთის ფედერაცია	15	45.5	27.8-63.1	0	0.0	0.0-0.0
	თურქეთი	5	15.2	2.8-27.5	81	79.4	71.6-87.2
	სხვა	2	6.1	0.0-14.2	18	17.6	10.3-25.0
პირველი ვიზიტია ამ ქვეყანაში							
მამაკაცი	დიახ	3	11.5	0.0-24.2	4	18.2	2.0-34.4
	არა	23	88.5	75.8-100	18	81.8	65.6-98.0
ქალი	დიახ	4	40.0	9.0-71.0	10	38.5	20.4-56.5
	არა	6	60.0	29.0-91.0	16	61.5	43.5-79.6
ამ ქვეყანაში დარჩენის გეგმები, დასაქმების მიზნით სულ მცირე 3 თვით							
მამაკაცი	დიახ	26	10.5	6.4-14.5	25	58.1	43.4-72.9
	არა	222	89.5	85.5-93.6	18	41.9	22.6-62.7
ქალი	დიახ	10	19.2	9.1-29.4	25	46.3	32.4-60.2
	არა	42	80.8	70.6-90.9	29	53.7	36.0-72.9
დასაქმება (წარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დაუსაქმებელი	47	19.0	14.0-24.1	1	0.7	0.0-2.0
	სოფლის მეურნეობა	30	12.1	8.0-16.3	44	29.9	22.5-37.3
	ვაჭრობა	54	21.9	16.7-27.0	23	15.6	9.8-21.4
	მეცნიერება	4	1.6	0.1-3.2	5	3.4	0.4-6.4
	სერვისი	30	12.1	8.1-16.2	53	36.1	28.5-43.6
	მშენებლობა	41	16.6	11.9-21.3	0	--	--
ქალი	სხვა	41	16.6	11.8-21.4	21	14.3	8.5-20.0
	დაუსაქმებელი	8	16.0	5.6-26.4	5	2.6	0.4-4.8
	სოფლის მეურნეობა	7	14.0	4.4-23.6	1	0.5	0.0-1.5
	ვაჭრობა	8	16.0	6.0-26.0	61	31.8	25.1-38.5
	მეცნიერება	0	--	--	6	3.1	0.6-5.6
	სერვისი	20	40.0	26.2-53.8	112	58.3	51.5-65.2
ქალი	მშენებლობა	0	--	--	0	--	--
	სხვა	7	14.0	4.2-23.8	7	3.6	1.0-6.3

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
დასაქმება (საზღვარგარეთ)							
მამაკაცი	დაუსაქმებელი	1	0.8	0.0-2.4	10	15.4	7.4-26.5
	სოფლის მეურნეობა	60	48.8	40.0-57.6	7	10.8	4.5-21.0
	ვაჭრობა	1	0.8	0.0-2.3	2	3.1	0.4-10.7
	მეცნიერება	23	18.7	11.8-25.6	32	49.2	36.6-61.9
	სერვისი	22	17.9	11.3-24.5	14	21.5	12.3-33.4
	სხვა	16	13.0	7.0-19.0	0	--	--
ქალი	დაუსაქმებელი	0	--	--	0	--	--
	სოფლის მეურნეობა	18	58.1	40.4-75.8	19	21.3	13.3-31.3
	ვაჭრობა	0	--	--	3	3.4	0.7-9.6
	მეცნიერება	9	29.0	13.2-44.9	63	70.8	60.2-80.0
	სერვისი	4	12.9	0.8-25.0	2	2.2	0.3-7.8
	სხვა	0	--	--	0	--	--

* სომხეთში შერჩეულ რესპოდენტებში არ იყვნენ ქალი შრომითი მიგრანტები.

ცხრილი G.4. მიგრანტთა საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები წარმომშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ აზერბაიჯანსა და საქართველოში, რესპოდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
საცხოვრებელი პირობები - წარმომშობის ქვეყანა							
სიმჭიდროვე							
მამაკაცი	დიახ	28	11.3	7.3-15.3	5	3.4	0.6-6.1
	არა	220	88.7	84.7-92.7	144	96.6	93.9-99.4
ქალი	დიახ	3	5.8	0.0-12.3	3	1.5	0.0-3.3
	არა	49	94.2	87.7-100	193	98.5	96.7-100
შენობა არ ნიავედება							
მამაკაცი	დიახ	1	0.4	0.0-1.2	1	0.7	0.0-4.3
	არა	247	99.6	98.8-100	148	99.3	98.0-100
ქალი	დიახ	0	--	--	0	--	--
	არა	52	100	--	196	100	--
შენობა ზამთარში არ თბება							
მამაკაცი	დიახ	13	5.2	2.4-8.1	0	--	--
	არა	235	94.8	91.9-97.6	149	100	--
ქალი	დიახ	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
	არა	52	100	--	195	99.5	98.5-100
სისუფთავის პრობლემა							
მამაკაცი	დიახ	3	1.2	0.0-2.6	0	--	--
	არა	245	98.8	97.4-100	149	100	--
ქალი	დიახ	3	5.8	0.0-11.9	0	--	--
	არა	49	94.2	88.1-100	196	100	--
შენობაში არ არის წყალგაყვანილობა							
მამაკაცი	დიახ	11	4.4	1.8-7.0	0	--	--
	არა	237	95.6	93.0-98.2	149	100	--
ქალი	დიახ	2	3.8	0.0-9.2	0	--	--
	არა	50	96.2	90.8-100	196	100	--

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
საერთო ტუალეტით სარგებლობს > 4 ადამიანი							
მამაკაცი	დიახ	16	6.5	3.5-9.4	38	25.5	18.5-32.5
	არა	232	93.5	90.6-96.5	111	74.5	67.5-81.5
ქალი	დიახ	3	5.8	0.0-12.3	42	21.4	15.7-27.1
	არა	49	94.2	87.7-100	154	78.6	72.9-84.3
საცხოვრებელი პირობები - საზღვარგარეთ							
სიმჭიდროვე							
მამაკაცი	დიახ	13	5.2	2.4-8.0	6	4.1	1.5-8.7
	არა	235	94.8	92.0-97.6	143	95.9	91.3-98.5
ქალი	დიახ	10	19.2	8.6-29.9	10	5.1	2.5-9.2
	არა	42	80.8	70.1-91.4	186	94.9	90.8-97.5
შენობა არ ნიავედება							
მამაკაცი	დიახ	0	--	--	3	2.0	0.4-5.8
	არა	248	100	--	146	98.0	94.3-99.6
ქალი	დიახ	0	--	--	1	0.5	0.0-2.8
	არა	52	100	--	195	99.5	97.2-99.9
შენობა ზამთარში არ თბება							
მამაკაცი	დიახ	11	4.4	1.8-7.0	0	--	--
	არა	237	95.6	93.0-98.2	149	100	--
ქალი	დიახ	2	3.8	0.0-9.1	1	0.5	0.0-2.8
	არა	50	96.2	90.9-100	195	99.5	97.2-99.9
სისუფთავის პრობლემა							
მამაკაცი	დიახ	4	1.6	0.0-3.2	5	3.4	1.1-7.7
	არა	244	98.4	96.8-100	144	96.6	92.3-98.9
ქალი	დიახ	1	1.9	0.0-5.8	3	1.6	0.4-4.5
	არა	51	98.1	94.2-100	193	98.4	95.5-99.7
შენობაში არ არის წყალგაყვანილობა							
მამაკაცი	დიახ	6	2.4	0.5-4.3	1	0.7	0.0-3.7
	არა	242	97.6	95.7-99.5	148	99.3	96.3-99.9
ქალი	დიახ	2	3.8	0.0-8.9	2	1.0	0.1-3.6
	არა	50	96.2	91.1-100	194	99.0	96.4-99.9
საერთო ტუალეტით სარგებლობს > 4 ადამიანი							
მამაკაცი	დიახ	29	11.7	7.7-15.7	9	6.0	2.8-11.1
	არა	219	88.3	84.3-92.3	140	94.0	88.9-97.2
ქალი	დიახ	10	19.2	8.8-29.7	8	4.1	1.8-7.9
	არა	42	80.8	70.3-91.2	188	95.9	92.1-98.2
სხვა							
მამაკაცი	დიახ	57	23.0	17.8-28.2	39	26.2	19.3-34.0
	არა	191	77.0	71.8-82.2	110	73.8	66.0-80.7
ქალი	დიახ	5	9.6	1.5-17.7	52	26.5	20.5-33.3
	არა	47	90.4	82.3-98.5	144	73.5	66.7-79.5
სამუშაო პირობები - წარმომშობის ქვეყანა							
სიმჭიდროვე							
მამაკაცი	დიახ	111	44.8	38.5-51.0	7	4.7	1.3-8.1
	არა	137	55.2	49.0-61.5	142	95.3	91.9-98.7
ქალი	დიახ	22	42.3	28.8-55.8	5	2.6	0.3-4.8
	არა	30	57.7	44.2-71.2	191	97.4	95.2-99.7

		ამერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
შენობა არ ნიავდება							
მამაკაცი	დიახ	18	7.3	4.0-10.5	2	1.3	0.0-3.2
	არა	230	92.7	89.5-96.0	147	98.7	96.8-100
ქალი	დიახ	6	11.5	2.9-20.2	0	--	--
	არა	46	88.5	79.8-97.1	196	100	--
სშენობა ზამთარში არ თბება							
მამაკაცი	დიახ	27	10.9	7.0-14.8	2	1.3	0.0-3.2
	არა	221	89.1	85.2-93.0	147	98.7	96.8-100
ქალი	დიახ	6	11.5	3.0-20.0	0	--	--
	არა	46	88.5	80.0-97.0	196	100	--
სისუფთავის პრობლემა							
მამაკაცი	დიახ	13	5.2	2.5-8.0	1	0.7	0.0-2.0
	არა	235	94.8	92.0-97.5	148	99.3	98.0-100
ქალი	დიახ	1	1.9	0.0-5.6	2	1.0	0.4-2.4
	არა	51	98.1	94.4-101.7	194	99.0	97.6-100
სხვა							
მამაკაცი	დიახ	30	12.1	8.0-16.2	72	48.3	40.3-56.3
	არა	218	87.9	83.8-92.0	77	51.7	43.7-59.7
ქალი	დიახ	6	11.5	2.7-20.4	90	45.9	38.9-53.0
	არა	46	88.5	79.6-97.3	106	54.1	47.0-61.1
სამუშაო პირობები - საზღვარგარეთ							
სიმჭიდროვე							
მამაკაცი	დიახ	95	38.3	32.2-44.4	4	2.7	0.7-6.8
	არა	153	61.7	55.6-67.8	145	97.3	93.3-99.3
ქალი	დიახ	22	42.3	28.8-55.8	7	3.6	1.5-7.3
	არა	30	57.7	44.2-71.2	189	96.4	92.7-98.6
შენობა არ ნიავდება							
მამაკაცი	დიახ	5	2.0	0.3-3.7	3	2.0	0.4-5.8
	არა	243	98.0	96.3-99.7	146	98.0	94.3-99.6
ქალი	დიახ	0	--	--	6	3.1	1.2-6.6
	არა	52	100	--	190	96.9	93.4-98.9
შენობა ზამთარში არ თბება							
მამაკაცი	დიახ	6	2.4	0.5-4.3	11	7.4	3.8-12.9
	არა	242	97.6	95.7-99.5	138	92.6	87.2-96.2
ქალი	დიახ	3	5.8	0.0-12.1	4	2.0	0.5-5.1
	არა	49	94.2	87.9-100	195	98.0	94.9-99.5
სისუფთავის პრობლემა							
მამაკაცი	დიახ	1	0.4	0.0-1.2	2	1.4	0.2-4.9
	არა	247	99.6	98.8-100	147	98.6	95.2-99.8
ქალი	დიახ	4	7.7	0.6-14.8	2	1.0	0.1-3.6
	არა	48	92.3	85.2-99.4	194	99.0	96.4-99.9
სხვა							
მამაკაცი	დიახ	13	5.2	2.4-8.1	42	28.2	21.1-36.2
	არა	235	94.8	91.9-97.6	107	71.8	63.9-78.9
ქალი	დიახ	2	3.8	0.0-9.2	57	29.1	22.9-36.0
	არა	50	96.2	90.8-100	139	70.9	64.0-77.2

ცხრილი G.5. დაუცველი სქესობრივი კავშირი მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ამერბაიჯანსა და საქართველოში, რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		ამერბაიჯანი			საქართველო		
დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში (წარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დიახ	65	27.5	21.8-33.3	56	41.5	33.1-49.9
	არა	171	72.5	66.7-78.2	79	58.5	50.1-66.9
ქალი	დიახ	7	14.0	4.5-23.5	46	25.0	18.8-31.2
	არა	43	86.0	76.5-95.5	138	75.0	68.8-81.2
დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში (საზღვარგარეთ)							
მამაკაცი	დიახ	57	47.9	38.8-57.0	15	28.3	16.8-42.4
	არა	62	52.1	43.0-61.2	38	71.7	57.7-83.2
ქალი	დიახ	6	18.8	4.8-32.7	5	6.2	2.1-13.9
	არა	26	81.3	67.3-95.2	76	93.8	86.1-98.0

ცხრილი G.6. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება წარმოშობის ქვეყანაში*, საქართველო, რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		საქართველო		
		n	%	CI
ოდესმე თუ მოგზაობისას ნარკოტიკული საშუალება ინექციური გზით (წარმოშობის ქვეყანა)				
მამაკაცი	დიახ	5	3.5	0.5-6.4
	არა	139	96.5	93.6-99.5
ქალი	დიახ	1	0.5	0.0-1.6
	არა	186	99.5	98.4-100

*მონაცემები ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარების შესახებ მიგრანტების მიერ საზღვარგარეთ (საქართველოს შემთხვევაში) არ მოიპოვება.

ცხრილი G.7. აივ-ტესტირება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		ამერბაიჯანი			საქართველო		
იცის, რა დანახვებულას უნდა მიმართოს აივ-ტესტირებისთვის (წარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დიახ	70	29.5	23.6-35.5	58	40.3	32.1-48.5
	არა	167	70.5	64.5-76.4	86	59.7	51.5-67.9
ქალი	დიახ	14	27.5	14.9-40.0	74	39.4	32.0-46.7
	არა	37	72.5	60.0-85.1	114	60.6	53.3-68.0
იცის, რა დანახვებულას უნდა მიმართოს აივ-ტესტირებისთვის (საზღვარგარეთ)							
მამაკაცი	დიახ	48	41.0	32.2-49.8	21	35.0	23.1-48.4
	არა	69	59.0	50.2-67.8	39	65.0	51.6-76.9
ქალი	დიახ	3	9.4	0.0-19.1	31	35.2	25.1-46.1
	არა	29	90.6	80.9-100	57	64.8	53.9-74.7
ჩაიტარა აივ-ტესტირება და მიიღო ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში (წარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დიახ	12	5.1	2.3-7.9	13	9.4	4.7-14.0
	არა	225	94.9	92.1-97.7	126	90.6	86.0-95.3
ქალი	დიახ	2	4	0.0-9.5	11	5.9	2.5-9.2
	არა	48	96	90.5-100	176	94.1	90.8-97.5

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
ჩაიტარა აივ-ტესტირება და მიიღო ტესტის პასუხი ბოლო 12 თვის განმავლობაში (საზღვარგარეთ)							
მამაკაცი	დიახ	11	9.6	4.2-14.9	1	1.7	0.0-9.2
	არა	104	90.4	85.1-95.8	57	98.3	90.8-99.9
ქალი	დიახ	0	--	--	2	2.4	0.3-8.4
	არა	31	100	--	81	97.6	91.6-99.7

ცხრილი G.8. ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნა, ტუბერკულოზის ნიშნები, სიმპტომები, სკრინინგი და მკურნალობა მიგრანტებში აზერბაიჯანსა და საქართველოში რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
ჯანმრთელობის პრობლემები ბოლო 6 თვის განმავლობაში ხველება ბოლო 2 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	21	8.5	5.0-11.9	11	7.7	3.5-12.0
	არა	227	91.5	88.1-95.0	131	92.3	88.0-96.5
ქალი	დიახ	4	7.7	0.3-15.1	9	4.7	1.5-7.8
	არა	48	92.3	84.9-99.7	183	95.3	92.2-98.5
4 კგ-ზე მეტი წონის აუხსნელი კლება							
მამაკაცი	დიახ	2	0.8	0.0-1.9	4	2.8	0.1-5.5
	არა	246	99.2	98.1-100	137	97.2	94.5-99.9
ქალი	დიახ	0	--	--	4	2.1	0.0-4.2
	არა	52	100	--	187	97.9	95.8-100
სხეულის აუხსნელი მიზნით მაღალი ტემპერატურა 2 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	4	1.6	0.1-3.2	4	2.8	0.1-5.6
	არა	244	98.4	96.8-99.9	137	97.2	94.4-99.9
ქალი	დიახ	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
	არა	52	100	--	189	99.5	98.5-100
ჭარბი ოფლდენა ღამით ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	8	3.2	1.1-5.3	12	8.6	4.0-13.2
	არა	240	96.8	94.7-98.9	128	91.4	86.8-96.0
ქალი	დიახ	4	7.7	0.2-15.1	7	3.7	1.0-6.3
	არა	48	92.3	84.9-99.8	183	96.3	93.7-99.0
სისხლი ნახველში							
მამაკაცი	დიახ	0	--	--	0	--	--
	არა	248	100	--	140	100	--
ქალი	დიახ	0	--	--	1	0.5	0.0-1.5
	არა	52	100	--	189	99.5	98.5-100
აუხსნელი ტკივილი გულმკერდის არეში ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	16	6.5	3.4-9.5	6	4.3	1.0-7.6
	არა	232	93.5	90.5-96.6	134	95.7	92.4-99.0
ქალი	დიახ	4	7.7	0.3-15.1	5	2.6	0.3-4.9
	არა	48	92.3	84.9-99.7	185	97.4	95.1-99.7
აუხსნელი სისუსტე ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	21	8.5	5.1-11.8	11	7.8	3.4-12.2
	არა	227	91.5	88.2-94.9	130	92.2	87.8-96.6
ქალი	დიახ	7	13.5	4.2-22.7	10	5.3	2.1-8.5
	არა	45	86.5	77.3-95.8	179	94.7	91.5-97.9

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
სმენია ტუბერკულოზის შესახებ							
მამაკაცი	დიახ	208	85.6	81.3-89.9	127	88.2	82.9-93.5
	არა	35	14.4	10.1-18.7	17	11.8	6.5-17.1
ქალი	დიახ	33	70.2	57.2-83.2	177	91.7	87.7-95.7
	არა	14	29.8	16.8-42.8	16	8.3	4.3-12.3
აუღეს ნახველის სინჯი ტუბერკულოზზე ტესტირებისთვის							
მამაკაცი	დიახ	15	6.2	3.1-9.3	12	8.3	3.7-12.9
	არა	227	93.8	90.7-96.9	132	91.7	87.1-96.3
ქალი	დიახ	3	6.3	0.0-13.5	15	7.7	4.0-11.5
	არა	45	93.8	86.5-100	179	92.3	88.5-96.0
ჩაიტარა გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტუბერკულოზზე ტესტირებისთვის ბოლო 2 წლის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	52	21.7	16.5-26.8	12	8.3	3.8-12.8
	არა	188	78.3	73.2-83.5	132	91.7	87.2-96.2
ქალი	დიახ	9	18.8	7.7-29.8	7	3.7	0.9-6.5
	არა	39	81.3	70.2-92.3	182	96.3	93.5-99.1
შეატყობინა ჯანდაცვის სპეციალისტმა ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ ბოლო 5 წლის განმავლობაში							
მამაკაცი	დიახ	11	5.6	2.3-9.0	2	1.6	0.0-3.9
	არა	185	94.4	91.0-97.7	120	98.4	96.1-100
ქალი	დიახ	0	--	--	1	0.6	0.0-1.9
	არა	40	100	--	154	99.4	98.1-100
ჩაიტარა ტუბერკულოზზე მკურნალობის სულ მცირე 6-თვიანი კურსი (ეხება იმათ, ვისაც ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაუსვეს)							
მამაკაცი	დიახ	10	4.0	1.5-6.6	4	2.7	0.1-5.3
	არა	238	96.0	93.4-98.5	144	97.3	94.7-99.9
ქალი	დიახ	0	--	--	1	0.5	0.0-1.6
	არა	52	100	--	190	99.5	98.4-100

ცხრილი G.9. სერვისებზე წვდომა წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, აზერბაიჯანსა და საქართველოში, რესპონდენტთა სქესის მიხედვით, 2018

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
დაურიგდათ კონდომები ბოლო 12 თვის განმავლობაში (წარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დიახ	7	2.8	0.8-4.9	5	3.9	0.6-7.1
	არა	240	97.2	95.1-99.2	124	96.1	92.9-99.4
ქალი	დიახ	4	7.7	0.6-14.8	7	4.0	1.1-6.8
	არა	48	92.3	85.2-99.4	170	96.0	93.2-98.9
დაურიგდათ კონდომები ბოლო 12 თვის განმავლობაში (საზღვარგარეთ)							
მამაკაცი	დიახ	6	4.3	1.0-7.5	0	--	--
	არა	135	95.7	--	0	--	--
ქალი	დიახ	0	--	--	0	--	--
	არა	37	100	--	0	--	--
რამდენად ადვილია წვდომა ჯანდაცვის დაწესებულებებზე, საჭიროების შემთხვევაში (წარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დიახ	248	100	--	92	66.7	58.8-74.5
	არა	0	--	--	46	33.3	25.5-41.2
ქალი	დიახ	51	98.1	94.4-100	144	79.6	73.9-85.3
	არა	1	1.9	0.0-5.6	37	20.4	14.7-26.1

		აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
რამდენად ადვილია წვდომა ჯანდაცვის დანებსებულებებზე, საჭიროების შემთხვევაში (ნარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	დიახ	248	100	--	92	66.7	58.8-74.5
	არა	0	--	--	46	33.3	25.5-41.2
ქალი	დიახ	51	98.1	94.4-100	144	79.6	73.9-85.3
	არა	1	1.9	0.0-5.6	37	20.4	14.7-26.1
რამდენად ადვილია წვდომა ჯანდაცვის დანებსებულებებზე, საჭიროების შემთხვევაში (სამღვარგარეთ)							
მამაკაცი	დიახ	135	96.4	93.3-99.5	0	--	--
	არა	5	3.6	0.5-6.7	0	--	--
ქალი	დიახ	32	91.4	82.2-100	0	--	--
	არა	3	8.6	0.0-17.8	0	--	--
შეაფასეთ ჯანდაცვის სპეციალისტთან თქვენი ბოლო ვიზიტის შედეგად მიღებული მომსახურება (ნარმოშობის ქვეყანა)							
მამაკაცი	ცუდი	10	4.0	1.6-6.5	24	18.8	11.9-25.6
	კარგი	88	35.6	29.6-41.7	91	71.1	63.2-79.0
	ძალიან კარგი	97	39.3	33.2-45.4	5	3.9	0.6-7.2
	უნაკლო	52	21.1	15.9-26.2	8	6.3	2.2-10.3
ქალი	ცუდი	2	3.8	0.0-9.0	30	16.7	11.2-22.1
	კარგი	19	36.5	23.1-50.0	121	67.2	60.4-74.0
	ძალიან კარგი	20	38.5	25.4-51.6	21	11.7	7.0-16.4
	უნაკლო	11	21.2	10.2-32.1	8	4.4	1.5-7.4
შეაფასეთ ჯანდაცვის სპეციალისტთან თქვენი ბოლო ვიზიტის შედეგად მიღებული მომსახურება (სამღვარგარეთ)							
მამაკაცი	ცუდი	24	20.3	13.1-27.5	0	--	--
	კარგი	43	36.4	27.8-45.1	0	--	--
	ძალიან კარგი	30	25.4	17.8-33.0	0	--	--
	უნაკლო	21	17.8	10.9-24.7	0	--	--
ქალი	ცუდი	6	20.7	5.7-35.7	0	--	--
	კარგი	16	55.2	36.5-73.8	0	--	--
	ძალიან კარგი	6	20.7	5.8-35.6	0	--	--
	უნაკლო	1	3.4	0.0-9.9	0	--	--

დანართი H. რაოდენობრივი კვლევის მონაცემები ასაკის მიხედვით

ცხრილი H.1. მიგრანტთა სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი სომხეთში, აზერბაიჯანსა და საქართველოში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2018

		სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI
სქესი										
<25 წელი	მამაკაცი	24	100	--	8	88.9	65.1-100.0	15	57.7	37.8-77.6
	ქალი	0	--	--	1	11.1	0.0-34.9	11	42.3	22.4-62.2
≥25 წელი	მამაკაცი	276	100	--	240	82.5	78.2-86.8	185	58.0	52.7-63.3
	ქალი	0	--	--	51	17.5	13.2-21.8	0	--	--
განათლება										
<25 წელი	დანწყებითი და უფრო დაბალი	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	არასრული საშუალო	1	3.8	0.0-11.9	1	11.1	0.0-33.6	13	50.0	29.8-70.2
	საშუალო	12	47.2	26.5-67.9	7	77.8	47.5-100	2	7.7	0.0-18.4
	საშუალო ტექნიკური	4	17.8	2.8-32.9	1	11.1	0.0-34.9	3	11.5	0.0-24.6
	არასრული უმაღლესი	3	11.9	0.0-25.8	0	--	--	8	30.8	12.2-49.3
	უმაღლესი	4	19.3	3.9-34.6	0	--	--	0	--	--
≥25 წელი	დანწყებითი და უფრო დაბალი	0	--	--	3	1.0	0.0-2.1			
	არასრული საშუალო	40	16.0	11.8-20.3	19	6.5	3.7-9.4	7	2.2	0.6-3.8
	საშუალო	169	60.5	54.9-66.2	173	59.5	53.9-65.0	187	58.3	52.9-63.6
	საშუალო ტექნიკური	24	8.5	5.2-11.8	58	19.9	15.3-24.6	42	13.1	9.5-16.7
	არასრული უმაღლესი	7	2.1	0.3-4.0	18	6.2	3.4-8.9	8	2.5	0.8-4.2
	უმაღლესი	36	12.8	8.8-16.9	20	6.9	4.0-9.8	77	24.0	19.4-28.6
ოჯახური მდგომარეობა										
<25 წელი	დაუქორწინებელი / არასდროს ყოფილა ქორწინებაში	22	92.9	81.8-100	9	100	--	18	69.2	51.2-87.2
	დაქორწინებული	2	7.1	0.0-18.2	0	--	--	7	26.9	9.5-44.3
	გაშორებული	0	--	--	0	--	--	0	3.8	0.0-11.4
	ქვრივი	0	--	--	0	--	--	1	0.1	--
≥25 წელი	დაუქორწინებელი / არასდროს ყოფილა ქორწინებაში	75	26.7	21.5-31.8	64	22.0	17.5-26.5	37	11.6	8.1-15.2
	დაქორწინებული	195	71.4	66.0-76.7	193	66.3	61.1-71.6	260	81.8	77.5-86.0
	გაშორებული	6	2.0	0.2-3.8	18	6.2	3.6-8.8	8	2.5	0.8-4.2
	ქვრივი	0	--	--	16	5.5	2.9-8.0	13	4.1	1.9-6.2

ცხრილი H.2. მიგრაციის ტიპი სომხეთში, აზერბაიჯანსა და საქართველოში
ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2018

	სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო			
	n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI	
ეროვნება										
<25 წელი	სომეხი	24	100	--	8	88.9	65.1-100.0	15	57.7	37.8-77.6
	აზერბაიჯანელი	0	--	--	1	11.1	0.0-34.9	11	42.3	22.4-62.2
	ქართველი	276	100	--	240	82.5	78.2-86.8	185	58.0	52.7-63.3
	რუსი	0	--	--	51	17.5	13.2-21.8	0	--	--
	თურქი	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	სხვა	1	3.8	0.0-11.9	1	11.1	0.0-33.6	13	50.0	29.8-70.2
≥25 წელი	სომეხი	12	47.2	26.5-67.9	7	77.8	47.5-100	2	7.7	0.0-18.4
	აზერბაიჯანელი	4	17.8	2.8-32.9	1	11.1	0.0-34.9	3	11.5	0.0-24.6
	ქართველი	3	11.9	0.0-25.8	0	--	--	8	30.8	12.2-49.3
	რუსი	4	19.3	3.9-34.6	0	--	--	0	--	--
	თურქი	0	--	--	3	1.0	0.0-2.1			
	სხვა	40	16.0	11.8-20.3	19	6.5	3.7-9.4	7	2.2	0.6-3.8
მოქალაქეობა										
<25 წელი	სომხეთი	24	100	--	0	--	--	0	--	--
	აზერბაიჯანი	0	--	--	6	66.7	33.0-100	0	--	--
	საქართველო	0	--	--	2	22.2	0.0-50.4	18	69.2	49.9-88.5
	რუსეთის ფედერაცია	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	თურქეთი	0	--	--	1	11.1	0.0-34.9	7	26.9	8.6-45.2
	სხვა	0	--	--	0	--	--	1	3.8	0.0-11.2
≥25 წელი	სომხეთი	273	99.1	97.9-100	0	--	--	1	0.3	0.0-0.9
	აზერბაიჯანი	0	--	--	214	73.5	68.3-78.8	3	0.9	0.0-2.0
	საქართველო	0	--	--	58	19.9	15.3-24.6	299	94.0	91.4-96.6
	რუსეთის ფედერაცია	3	0.9	0.0-2.1	0	--	--	1	0.3	0.0-0.9
	თურქეთი	0	--	--	19	6.5	3.6-9.4	12	3.8	1.7-5.8
	სხვა	0	--	--	0	--	--	2	0.6	0.0-1.5
წარმოშობის ქვეყანა										
<25 წელი	სომხეთი	22	92.0	80.4-100	8	88.9	65.1-100	0	--	--
	აზერბაიჯანი	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	საქართველო	0	--	--	0	--	--	19	73.1	54.8-91.4
	რუსეთის ფედერაცია	2	8.0	0.0-19.6	0	--	--	0	--	--
	თურქეთი	0	--	--	1	11.1	0.0-34.9	7	26.9	8.6-45.2
	სხვა	0	--	--	0	--	--	0	--	--
≥25 წელი	სომხეთი	270	98.1	96.3-100	0	--	--	1	0.3	0.0-0.9
	აზერბაიჯანი	0	--	--	256	88.0	84.1-91.9	3	0.9	0.0-2.0
	საქართველო	0	--	--	16	5.5	2.8-8.2	298	93.7	91.1-96.4
	რუსეთის ფედერაცია	6	1.9	0.0-3.7	0	--	--	1	0.3	0.0-0.9
	თურქეთი	0	--	--	19	6.5	3.6-9.4	13	4.1	1.9-6.2
	სხვა	0	--	--	0	--	--	2	0.6	0.0-1.5

	სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო			
	n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI	
ბრუნდება უცხო ქვეყნიდან, სადაც დასაქმებული იყო										
<25 წელი	სომხეთი	1	4.2	0.0-12.7	0	--	--	0	--	--
	აზერბაიჯანი	0	--	--	3	50.0	4.5-95.5	0	--	--
	საქართველო	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	რუსეთის ფედერაცია	23	95.8	87.3-100	2	33.3	0.0-76.3	0	--	--
	თურქეთი	0	--	--	0	--	--	5	41.7	11.9-71.5
	სხვა	0	--	--	1	16.7	0.0-49.6	7	58.3	28.5-88.1
≥25 წელი	სომხეთი	2	0.9	0.0-1.9	0	--	--	1	0.6	0.0-1.7
	აზერბაიჯანი	0	--	--	37	24.3	17.4-31.3	2	1.2	0.0-2.9
	საქართველო	0	--	--	13	8.6	4.2-12.9	2	1.2	0.0-2.9
	რუსეთის ფედერაცია	271	99.1	98.1-100	68	44.7	36.9-52.5	1	0.6	0.0-1.8
	თურქეთი	0	--	--	21	13.8	8.3-19.4	133	80.6	74.7-86.5
	სხვა	0	--	--	13	8.6	3.9-13.2	26	15.8	10.3-21.2
პირველი ვიზიტია ამ ქვეყანაში										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	5	83.3	49.1-100
	არა	0	--	--	0	--	--	1	16.7	0.0-50.9
≥25 წელი	დიახ	4	27.8	4.0-51.5	7	19.4	6.7-32.2	9	20.9	9.2-32.7
	არა	11	72.2	48.5-96.0	29	80.6	67.8-93.3	34	79.1	67.3-90.8
გეგმავს თუ არა დარჩეს ამ ქვეყანაში დასაქმების მიზნით სულ მცირე 3 თვით										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	5	50.0	17.2-82.8
	არა	0	--	--	9	100	--	5	50.0	17.2-82.8
≥25 წელი	დიახ	6	63.8	31.4-96.2	36	12.4	8.5-16.3	47	52.8	42.2-63.4
	არა	3	36.2	3.8-68.6	255	87.6	83.7-91.5	38	42.7	32.1-53.3
დასაქმება (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	დაუსაქმებელი	11	43.1	22.6-63.6	3	33.3	1.2-65.4	1	3.8	0-11.1
	სოფლის მეურნეობა	0	--	--	0	--	--	2	7.7	0.0-18.0
	ვაჭრობა	0	--	--	1	11.1	0.0-32.4	5	19.2	3.6-34.9
	მეცნიერება	0	--	--	0	--	--	2	7.7	0.0-18.2
	სერვის სექტორი	12	52.1	31.5-72.7	0	--	--	15	57.7	38.0-77.4
	მშენებლობა	1	4.8	0.0-12.8	0	--	--	0	--	--
≥25 წელი	სხვა	0	--	--	0	--	--	1	3.8	0.0-11.4
	დაუსაქმებელი	185	69.1	63.6-74.6	52	18.1	13.5-22.6	5	1.6	0.2-3.0
	სოფლის მეურნეობა	16	5.6	2.9-8.4	37	12.8	9.0-16.7	43	13.7	9.9-17.4
	ვაჭრობა	6	2.3	0.5-4.0	61	21.2	16.4-25.9	79	25.1	20.2-29.9
	მეცნიერება	0	--	--	4	1.4	0.1-2.8	9	2.9	1.0-4.8
	სერვის სექტორი	49	16.6	12.1-21.0	50	17.4	13.1-21.6	152	48.3	43.0-53.5
მშენებლობა	20	6.5	3.3-9.6	41	14.2	10.2-18.3	0	--	--	
სხვა	0	--	--	43	14.9	10.8-19.1	27	8.6	5.5-11.7	

		სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI
შენობა არ ნიავედება										
<25 წელი	დიახ	4	15.7	0.1-31.3	0	--	--	0	--	--
	არა	20	84.3	68.7-99.9	9	100	--	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	22	6.9	3.6-10.1	24	8.2	5.1-11.3	0	--	--
	არა	254	93.1	89.9-96.4	267	91.8	88.7-94.9	0	--	--
შენობა ზამთარში არ თბება										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	არა	0	--	--	9	100	--	26	100	--
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	33	11.3	7.7-14.9	2	0.6	0.0-1.5
	არა	0	--	--	258	88.7	85.1-92.3	320	99.4	98.5-100
სისუფთავის პრობლემა										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	არა	0	--	--	9	100	--	26	100	--
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	14	4.8	2.4-7.2	3	0.9	0.0-2.0
	არა	0	--	--	277	95.2	92.8-97.6	319	99.1	98.0-100
სხვა										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	11	42.3	22.1-62.5
	არა	0	--	--	9	100	--	15	57.7	37.5-77.9
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	36	12.4	8.5-16.2	152	47.2	41.8-52.6
	არა	0	--	--	255	87.6	83.8-91.5	170	52.8	47.4-58.2
სამუშაო პირობები - წარმოშობის ქვეყანა										
სიმჭიდროვე										
<25 წელი	დიახ	4	14.3	0.0-30.1	6	66.7	33.2-100	0	--	--
	არა	20	85.1	70.0-100	3	33.3	0.0-66.8	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	73	24.4	19.2-29.7	111	38.1	32.6-43.7	0	--	--
	არა	203	75.6	70.3-80.8	180	61.9	56.3-67.4	0	--	--
შენობა არ ნიავედება										
<25 წელი	დიახ	10	40.6	20.8-60.4	0	--	--	0	--	--
	არა	14	59.4	39.6-79.2	9	100	--	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	65	22.4	17.4-27.4	5	1.7	0.3-3.2	0	--	--
	არა	211	77.6	72.6-82.6	286	98.3	96.8-99.7	0	--	--
შენობა ზამთარში არ თბება										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	არა	0	--	--	9	100	--	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	9	3.1	1.1-5.1	0	--	--
	არა	0	--	--	282	96.9	94.9-98.9	0	--	--
სისუფთავის პრობლემა										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	არა	0	--	--	9	100	--	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	5	1.7	0.2-3.2	0	--	--
	არა	0	--	--	286	98.3	96.8-99.8	0	--	--
სხვა										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	არა	0	--	--	9	100	--	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	15	5.2	2.6-7.7	0	--	--
	არა	0	--	--	276	94.8	92.3-97.4	0	--	--

		სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI
დაცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	დიახ	15	65.4	45.7-85.0	6	66.7	34.2-99.2	8	40.0	18.5-61.5
	არა	9	34.6	15.0-54.3	3	33.3	0.8-65.8	12	60.0	38.5-81.5
≥25 წელი	დიახ	113	42.4	36.9-48.0	66	23.8	18.8-28.9	95	31.6	26.4-36.7
	არა	163	57.6	52.0-63.1	211	76.2	71.1-81.2	206	68.4	63.3-73.6
დაცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 30 დღის განმავლობაში (საზღვარგარეთ)										
<25 წელი	დიახ	4	17.1	1.7-32.5	5	83.3	50.9-100	0	--	--
	არა	20	82.9	67.5-98.3	1	16.7	0.8-65.8	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	41	14.7	10.7-18.8	58	40.0	18.8-28.9	0	--	--
	არა	235	85.3	81.2-89.3	87	60.0	71.1-81.2	0	--	--

ცხრილი H.5. ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით სომხეთსა და საქართველოში*, 2018

		სომხეთი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI
ოდესმე მოუხმარია ნარკოტიკული საშუალება ინექციური გზით (წარმოშობის ქვეყანა)							
<25 წელი	დიახ	6	29.1	11.5-46.6	0	--	--
	არა	18	70.9	53.4-88.5	24	100	--
≥25 წელი	დიახ	100	36.2	30.5-41.9	6	1.9	0.4-3.5
	არა	176	63.8	58.1-69.5	303	98.1	96.5-99.6
ოდესმე მოუხმარია ნარკოტიკული საშუალება ინექციური გზით (საზღვარგარეთ)							
<25 წელი	დიახ	5	20.2	4.0-36.4	0	--	--
	არა	19	79.8	63.6-96.0	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	52	17.8	13.0-22.5	0	--	--
	არა	224	82.2	77.5-87.0	0	--	--

* მონაცემები ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარების შესახებ აზერბაიჯანში და ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარების შესახებ მიგრანტებში საზღვარგარეთ (საქართველოს შემთხვევაში) არ მოიპოვება.

ცხრილი H.6. აივ-ტესტირება მიგრანტებში წარმოშობის ქვეყანაში და საზღვარგარეთ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით სომხეთში, აზერბაიჯანსა და საქართველოში, 2018

		სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI
ივის, რა დაწესებულებას უნდა მიმართოს აივ-ტესტირებისთვის (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	6	66.7	33.4-100	13	50.0	30.2-69.8
	არა	0	--	--	3	33.3	0.8-65.8	13	50.0	30.2-69.8
≥25 წელი	დიახ	0	--	--	78	28.0	20.8-33.9	119	38.6	33.0-44.3
	არა	0	--	--	201	72.0	68.1-81.2	189	61.4	55.7-67.0
ივის, რა დაწესებულებას უნდა მიმართოს აივ-ტესტირებისთვის (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	დიახ	0	--	--	0	--	--	3	12.0	0.0-25.3
	არა	24	100	--	8	100	--	22	88.0	74.7-100.0
≥25 წელი	დიახ	7	2.3	0.4-4.3	14	5.0	2.4-7.6	21	6.9	4.2-9.7
	არა	269	97.7	95.7-99.6	265	95.0	92.4-97.6	282	93.1	90.3-95.8

		სომხეთი			აზერბაიჯანი			საქართველო		
		n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI
რამდენად ადვილია წვდომა ჯანდაცვის დაწესებულებებზე, საჭიროების შემთხვევაში (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	დიახ	24	100	--	9	100	--	0	--	--
	არა	0	--	--	0	--	--	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	238	88.0	83.9-92.2	290	99.7	99.0-100	0	--	--
	არა	37	11.6	7.5-15.6	1	0.3	0.0-1.0	0	--	--
რამდენად ადვილია წვდომა ჯანდაცვის დაწესებულებებზე, საჭიროების შემთხვევაში (საზღვარგარეთ)										
<25 წელი	დიახ	19	82.4	66.1-98.7	6	100	--	18	75.0	56.8-93.2
	არა	5	17.6	1.3-33.9	0	--	--	6	25.0	6.8-43.2
≥25 წელი	დიახ	151	51.7	45.8-57.7	161	95.3	92.1-98.4	220	74.1	69.2-79.0
	არა	123	47.5	41.6-53.5	8	4.7	1.6-7.9	77	25.9	21.0-30.8
იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან ბოლო წლის განმავლობაში (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	დიახ	5	19.0	2.2-35.8	1	11.1	0-34.9	5	19.2	3.7-34.8
	არა	19	81.0	64.2-97.8	8	88.9	65.1-100	21	80.8	65.2-96.3
≥25 წელი	დიახ	110	39.2	33.2-45.2	120	41.5	35.9-47.2	136	44.9	39.3-50.4
	არა	166	60.8	54.8-66.8	169	58.5	52.8-64.1	167	55.1	49.6-60.7
იმყოფებოდა ვიზიტით ჯანდაცვის სპეციალისტთან ბოლო წლის განმავლობაში (საზღვარგარეთ)										
<25 წელი	დიახ	3	14.5	0.7-28.3	2	33.3	0-76.3	0	--	--
	არა	21	85.5	71.7-99.3	4	66.7	23.7-100	0	--	--
≥25 წელი	დიახ	41	14.3	10.0-18.6	74	44.3	37.0-51.7	0	--	--
	არა	235	85.7	81.4-90.0	93	55.7	48.3-63.0	0	--	--
შეაფასეთ ჯანდაცვის სპეციალისტთან თქვენი ბოლო ვიზიტის შედეგად მიღებული მომსახურება (წარმოშობის ქვეყანა)										
<25 წელი	ცუდი	0	--	--	0	--	--	7	31.8	11.6-52.1
	კარგი	5	86.4	54.3-100	6	66.7	34.3-99.0	11	50.0	28.8-71.2
	ძალიან კარგი	1	13.6	0.0-45.7	3	33.3	1.0-65.7	4	18.2	1.5-34.9
	უნაკლო	0	--	--	0	--	--	0	--	--
≥25 წელი	ცუდი	9	7.3	2.2-12.4	12	4.1	1.9-6.4	47	16.4	12.1-20.7
	კარგი	86	77.9	69.8-85.9	101	34.8	29.3-40.4	202	70.4	65.0-75.7
	ძალიან კარგი	16	14.1	7.4-20.8	114	39.3	33.7-44.9	22	7.7	4.6-10.7
	უნაკლო	1	0.8	0.0-2.5	63	21.7	16.9-26.5	16	5.6	3.0-8.2
შეაფასეთ ჯანდაცვის სპეციალისტთან თქვენი ბოლო ვიზიტის შედეგად მიღებული მომსახურება (საზღვარგარეთ)										
<25 წელი	ცუდი	0	--	--	0	--	--	0	--	--
	კარგი	3	100		1	33.3	0.0-88.4	0	--	--
	ძალიან კარგი	0	--	--	2	66.7	11.6-100	0	--	--
	უნაკლო	0	--	--	0	--	--	0	--	--
≥25 წელი	ცუდი	3	7.7	0.0-15.7	30	20.8	14.2-27.4	0	--	--
	კარგი	34	84.0	71.5-96.4	58	40.3	32.1-48.4	0	--	--
	ძალიან კარგი	4	7.3	0.0-16.5	34	23.6	16.8-30.4	0	--	--
	უნაკლო	1	1.0	0.0-5.8	22	15.3	9.4-21.2	0	--	--