

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Rita Urbanavičė

Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinė ir psichikos sveikata bei sąsajos su trauminiais įvykiais, socialiniais ir demografiniais veiksniais

DAKTARO DISERTACIJA

Medicinos ir sveikatos mokslai,
Visuomenės sveikata (M 004)

VILNIUS 2025

Disertacija rengta 2022–2024 metais Vilniaus universitete.

Disertacija ginama eksternu.

Mokslinė konsultantė – prof. dr. Natalja Istomina (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004).

Gynimo taryba:

Pirmininkas – prof. dr. Rimantas Stukas (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004).

Nariai:

prof. dr. Jolanta Dadonienė (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004),

doc. dr. Aušvydas Patašius (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata, M 004),

prof. dr. Evanthia Sakellari (Vakarų Atikos universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, visuomenės sveikata – M 004),

doc. dr. Lina Zabulienė (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina, M 001).

Disertacija ginama viešame Gynimo tarybos posėdyje 2025 m. birželio mėn. 20 d. 12 val. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Didžiojoje auditorijoje. Adresas: M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva, tel. +3705 239 8700; el. paštas mf@mf.vu.lt

Disertaciją galima peržiūrėti VU bibliotekoje ir VU interneto svetainėje adresu:

<https://www.vu.lt/naujienos/ivykiu-kalendorius>

VILNIUS UNIVERSITY

Rita Urbanavičė

The Physical and Mental Health of Asylum Seekers and Refugees and the Correlation with Traumatic Events, Social and Demographic Factors

DOCTORAL DISSERTATION

Medical and Health Sciences,
Public Health (M 004)

VILNIUS 2025

The dissertation was prepared between 2022 and 2024 at Vilnius University.

The dissertation is defended on an external basis.

Academic consultant – Prof. Dr. Natalja Istomina (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Public Health, M 004).

This doctoral dissertation will be defended in a public meeting of the Dissertation Defence Panel:

Chairman – Prof. Dr. Rimantas Stukas (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Public Health, M 004).

Members:

Prof. Dr. Jolanta Dadonienė (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Public Health, M 004),

Prof. Dr. Aušvydas Patašius (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Public Health, M 004),

Prof. Dr. Evanthia Sakellari (University of West Attica, Greece, Medical and Health Sciences, Public Health, M 004),

Prof. Habil. Dr. Lina Zabulienė (Vilnius University, Medical and Health Sciences, Medicine, M 001).

The dissertation shall be defended at a public meeting of the Dissertation Defence Panel at 12 (hour)/ on 20 June 2025 in the Great Auditorium of the Vilnius University Faculty of Medicine.

Address: M. K. Čiurlionio str. 21, Vilnius, Lithuania

Tel. +3705 239 8700; el. paštas mf@mf.vu.lt

The text of this dissertation can be accessed at the libraries of Vilnius University, as well as on the website of Vilnius University:

www.vu.lt/lt/naujienos/ivykiu-kalendorius

TURINYS

SAVOKOS	8
SANTRUMPOS	10
LENTELIŲ SĄRAŠAS	11
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	12
1. ĮVADAS	13
1.1. Tyrimo aktualumas	13
1.2. Tyrimo problema	13
1.3. Darbo tikslas	14
1.4. Darbo uždaviniai	15
1.5. Ginamieji teiginiai	15
1.6. Darbo mokslinis naujumas	15
2. LITERATŪROS APŽVALGA	17
2.1. Migracijos reiškiny ir jį reglamentuojanti teisinė bazė	17
2.1.1. Neteisėto valstybės sienos perėjimo ir prieglobsčio prašymo teisinis reguliavimas Lietuvos Respublikoje	18
2.2. Migracijos situacijos analizė ir tendencijos	19
2.2.1. Prieglobsčio prašytojų Lietuvos Respublikoje 2021 m. atvejo analizė	20
2.2.2. Pabėgėlių iš Ukrainos Lietuvos Respublikoje 2022 m. atvejo analizė	21
2.3. Migrantų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikiai bei šių poreikių užtikrinimas	22
2.3.1. Migrantų poreikiai ir sunkumai	23
2.3.2. Migrantų sveikatos priežiūros ir socialinių poreikių užtikrinimas Lietuvos Respublikoje	27
2.4. Migrantų sveikata ir ją lemiantys veiksniai	29
2.4.1. Migrantų ligotumas ir mirtingumas	29
2.4.2. Socialiniai migrantų sveikatą veikiantys veiksniai	31
2.4.3. Psichikos sveikatos sutrikimai ir juos lemiantys socialiniai ir demografiniai veiksniai	33
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	37
3.1. Tyrimo metodai ir jų pagrindimas	37
3.2. Tyrimo dalyviai	37
3.3. Imties dydžio nustatymas	38
3.4. Tyrimo instrumentai	39

3.5.	Tyrimo eiga	42
3.6.	Tyrimo etika.....	43
3.7.	Kokybinės tyrimo dalies duomenų apdorojimas ir analizė	45
3.8.	Kiekybinės tyrimo dalies statistinis duomenų apdorojimas ir analizė	45
4.	TYRIMO REZULTATAI	47
4.1.	Migrantų sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai bei sunkumai	47
4.1.1.	Prieglobsčio prašytojų sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai bei sunkumai	47
4.1.2.	Pabėgėlių iš Ukrainos sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai bei sunkumai	53
4.2.	Migrantų sveikata ir ją lemiantys veiksniai	62
4.2.1.	Migrantų socialinės, demografinės ir sveikatos charakteristikos	62
4.2.2.	Migrantų patirti trauminiai įvykiai iki migracijos, migracijos ir po migracijos etapu	67
4.2.3.	Migrantų patirtų trauminių įvykių bei socialinių ir demografinių veiksnių sąsajos su turimais migrantų sveikatos sutrikimais	73
4.2.4.	Migrantų fizinė ir psichikos sveikata bei ją lemiantys veiksniai	81
4.2.5.	Migrantų potrauminio streso, distreso, tikėtino potrauminio streso dažnis, sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais, fizine ir psichikos sveikata bei patirtais trauminiais įvykiais	89
4.2.6.	Migrantų nerimo, depresijos dažnis, sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais, fizine ir psichikos sveikata bei patirtais trauminiais įvykiais	91
5.	REZULTATŲ APTARIMAS	94
5.1.	Migrantų socialiniai ir sveikatos priežiūros poreikiai bei sunkumai, susiję su šių paslaugų gavimu	94
5.2.	Migrantų sveikata ir ją lemiantys veiksniai	97
	IŠVADOS	101
	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	103
	LITERATŪROS SĄRAŠAS	104
	PRIEDAS	123

SUMMARY	128
CURRICULUM VITAE	166
PADĖKA	167
PUBLIKACIJŲ IR PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS	168

SĄVOKOS

Distresas – tai streso rūšis; neigiama streso reakcija, kurią sukelia per aukšti reikalavimai, praradimai ar suvokiamos grėsmės, žalingai veikiantys asmens sveikatą [1].

Karo pabėgėlis yra „asmuo, kuris palieka savo šalį, kad išvengtų ginkluotų konfliktų padarinių (tiesioginių kovų padarinių, karinių pajėgų užpuolimų, persikraustymo ir t. t.)“ [2].

Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami [3].

Migrantas – asmuo, kuris laikinai ar visam laikui dėl įvairių priežasčių išvyksta iš savo įprastinės gyvenamosios vietos šalies viduje ar kirsdamas tarptautinę sieną. Ši sąvoka apima asmenis, kurių tam tikri judėjimo būdai yra teisiškai apibrėžti, ir asmenis, kurių statusas ar judėjimo būdai nėra konkrečiai apibrėžti tarptautinėje teisėje [4]. Šiame darbe „migrantais“ bendrai vadinami prieglobsčio prašytojai ir pabėgėliai.

Nerimas – emocinė būseną, kuri kyla dėl tikro ar menamo pavojaus, neapibrėžtos grėsmės išgyvenimas, neįsisąmoninti poreikiai, emocijos, konfliktai ir gali pasireikšti raumenų įsitempimu, galvos skausmais, padidėjusiu dirglumu, bloga nuojauta ar savijauta [5]. Nerimas yra ilgai trunkanti reakcija, į ateities realias ar menamas grėsmes orientuotas asmens atsakas [1].

Pabėgėlis yra asmuo, kuris „visiškai pagrįstai bijodamas persekiojimo dėl rasės, religijos, pilietybės, priklausymo tam tikrai socialinei grupei ar politinių įsitikinimų yra už šalies, kurios pilietis yra, ribų ir negali arba bijo naudotis tos šalies gynyba, arba neturėdamas atitinkamos pilietybės ir būdamas už šalies, kurioje anksčiau buvo jo nuolatinė gyvenamoji vieta, ribų dėl tokių įvykių negali ar bijo į ją grįžti“ [6]. Šiame darbe pabėgėliais įvardyti asmenys, kurie dėl karo Ukrainoje išvyko iš savo kilmės šalies. Pabėgėlius iš Ukrainos tarptautinės organizacijos dažnai įvardija karo pabėgėliais.

Potrauminis streso sutrikimas (angl. *post-traumatic stress disorder*, PTSD) – tai emocinis nerimo sutrikimas, kuris gali pasireikšti asmeniui kaip reakcija į labai didelę psichologinę traumą. Simptomai apima pakartotinę traumuojančio įvykio išgyvenimą, padidėjusį fiziologinį susijaudinimą, reakcijos į išorinį pasaulį susilpnėjimą arba sumažėjusį išitraukimą į jį [1].

Prieglobsčio prašytojas yra „asmuo, kurio prašymas dėl prieglobsčio dar turi būti išnagrinėtas“ [6]. Šiame darbe prieglobsčio prašytojais yra įvardyti asmenys, kurie neteisėtai kirtę Baltarusijos sieną atvyko į Lietuvą, neatsižvelgiant į tai, ar pateikė prašymą dėl prieglobsčio, ir į jiems suteiktą statusą (jeigu suteiktas).

Psichikos sveikata – gera asmens savijauta, kai jis gali realizuoti savo gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, dirbti ir dalyvauti visuomenės gyvenime. Psichikos sveikatą reikšmingai veikia sveikatą lemiantys veiksniai (mityba ir fizinis aktyvumas, piktnaudžiavimas alkoholiu, tabako gaminiais ir narkotikais) bei aplinkos, socialiniai ir komerciniai veiksniai, įskaitant gyvenimo sąlygas, geresnius būstus, švarų orą, prieigą prie žaliųjų zonų, galimybę sportuoti ir kultūrintis, geresnę darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą bei smurto riziką [7].

Stresas – didelis nerimas, kurį sukelia sudėtinga situacija arba kažkas kitas, kuris sukelia sąlygą sudėtingai situacijai [8]; tai fiziologinė ar psichologinė reakcija į vidinius ar išorinius stresorius [1]. Stresas pagal Tarptautinį statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą, Australijos modifikaciją, nėra priskiriamas ligos diagnozei.

Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, ne tik ligos ar negalės nebuvimas [9, 10].

Traumuojantis arba trauminis įvykis – tai įvykis, kurio metu asmuo patiria baimę, bejėgiškumą, sumišimą ar kitus trikdančius jausmus, kurie dėl savo stiprumo gali turėti ilgalaikį neigiamą poveikį asmens požiūriui, elgesiui ar kitam asmens funkcionavimui. Trauminiai įvykiai gali būti tiesiogiai išgyvenami arba netiesiogiai – tapus tokių įvykių liudininku. Patirta trauma gali peraugti į potrauminio streso sutrikimą [1].

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

COVID-19 – koronaviruso liga 2019 (angl. *Coronavirus Disease 2019*)

HSCL-25 – Hopkinso simptomų kontrolinis klausimynas (angl. *Hopkins Symptom Checklist*)

HTQ – Harvardo traumos klausimynas (angl. *Harvard Trauma Questionnaire*)

LGBT+ – žmonės, kurie savo lytinei tapatybei ar savo seksualumui identifikuoti naudoja kitas kategorijas ir (arba) sąvokas, o ne tipines vyro ir moters.

MIPEX – migrantų integracijos politikos indeksas (angl. *Migrant Integration Policy Index*)

mln. – milijonas

n – tiriamųjų skaičius grupėje

OR – galimybių (šansų) santykis (angl. *Odds Ratio*)

p – reikšmingas lygmuo

pav. – paveikslas

proc. – procentai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PTSD – potrauminio streso sutrikimas

pvz. – pavyzdžiui

SD – standartinis nuokrypis (angl. *standard deviation*)

SF-36 – Trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *Medical Outcome Study Short Form Health Survey*)

tūkst. – tūkstantis

UNHCR – Jungtinių Tautų vyriausiasis pabėgėlių komisaras (angl. *United Nations High Commissioner for Refugees*)

USD – Jungtinių Amerikos Valstijų doleris

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Respondentų įtraukimo ir atmetimo kriterijai.....	38
2 lentelė. Prieglobsčio prašytojų charakteristika	47
3 lentelė. Pabėgėlių iš Ukrainos charakteristika.....	54
4 lentelė. Tiriamųjų socialiniai ir demografiniai rodikliai.....	63
5 lentelė. Sveikatos priklausomybė nuo amžiaus, vietovės ir patirtų trauminių įvykių	74
6 lentelė. Turimų psichikos sveikatos sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių	76
7 lentelė. Turimų klausos sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių.....	77
8 lentelė. Judėjimo apribojimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių.....	78
9 lentelė. Regėjimo sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių	79
10 lentelė. Turimų lėtinių ligų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių	80
11 lentelė. Kitų sveikatos sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių.....	81
12 lentelė. Prieglobsčio prašytojų bei pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos vertinimas pagal socialinius ir demografinius rodiklius.....	83
13 lentelė. Pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos vertinimas pagal trauminius įvykius	89
14 lentelė. Kliniškai patvirtinto, tikėtino potrauminio streso, distreso ir fizinės bei psichikos sveikatos sąsajos	91
15 lentelė. Nerimo, depresijos ir fizinės bei psichikos sveikatos sąsajos	93

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.....	65
2 pav. Tiriamųjų grupių šeiminė padėtis	65
3 pav. Tiriamųjų grupių išsilavinimas	66
4 pav. Tiriamųjų grupių gaunamos pajamos	66
5 pav. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių turimų sveikatos sutrikimų paplitimas	67
6 pav. Prieglobsčio prašytojų patirti trauminiai įvykiai	68
7 pav. Pabėgėlių patirti trauminiai įvykiai	69
8 pav. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos vertinimo vidurkis	82
9 pav. Potrauminio streso, distreso ir tikėtino potrauminio streso dažnis	90
10 pav. Nerimo ir depresijos dažnis tarp migrantų.....	92

1. ĮVADAS

1.1 Tyrimo aktualumas

2022 m. pasaulyje net 108,4 milijono žmonių buvo priversti vienaip ar kitaip palikti savo namus. 52 proc. visų pabėgėlių ir asmenų, kuriems reikalinga tarptautinė apsauga, buvo iš Sirijos (6,8 mln.), Ukrainos (5,7 mln.), Afganistano (5,7 mln.). Prieglobsčio prašytojų buvo 5,4 mln., tačiau dar 5,2 mln. asmenų reikalinga tarptautinė apsauga. 2024 m. migracijos srautai išaugo dar labiau ir perkopė 120 milijonų žmonių, palikusių savo kilmės šalį, bei apėmė 1,5 proc. visos žmonių populiacijos [11]. Nuo 2021 m. birželio mėn. Lietuvai patyrus hibridinę migrantų ataką, į šalį atvyko daugiau kaip 4,5 tūkst. migrantų be dokumentų, kurių didžioji dalis kilusi iš skirtingų kultūrinių aplinkų [12]. 90 proc. visų atvykusiųjų pasiprašė prieglobsčio Lietuvoje [13]. 2022 m. vasario 24 d., Rusijos Federacijai pradėjus karą Ukrainoje, į Lietuvą plūstelėjo karo pabėgėliai. 2024 m. duomenimis, į Lietuvą atvyko daugiau kaip 88 tūkst. Ukrainos valstybės piliečių [14]. Tai didžiausi migracijos srautai Lietuvoje per visą šalies istoriją. Beprecedenčiai migracijos srautai sukėlė didžiulę tiek sveikatos priežiūros, tiek ir socialinių paslaugų paklausą, stebėsenos ir kontrolės poreikį [15]. Šiuo metu Lietuvoje gyvena 152 valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, kurie turi galiojančius jų teisinę padėtį Lietuvos Respublikoje patvirtinančius dokumentus [16]. Prognozuojama, kad iki 2030 m. išaugs migracijos srautas daugiausiai iš Pietų Azijos ir Afrikos dėl darbingo amžiaus gyventojų padidėjimo bei sudėtingų ekonominių sąlygų [17]. Žmonių migraciją didins ir spartus visuomenės senėjimas, klimato kaita, politiniai, religiniai neramumai, kariniai veiksmai, smurtas, socialinė atskirtis ir diskriminacija, korupcija, išsilavinimo galimybių, sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos trūkumas, santuokos sudarymo ribotos galimybės [17], LGBT+ narių skaičiaus augimas [18].

1.2 Tyrimo problema

Migracija pripažįstama pagrindiniu socialiniu sveikatą lemiančiu veiksniu, o migrantų sveikatą lemia ikimigraciniai, su migracijos procesu susiję ir pomigraciniai stresoriai [19]. Politiniai konfliktai, persekiojimas, fizinis, psichologinis ir seksualinis smurtas, žmogaus teisių pažeidimai, šalies ekonominiai sunkumai ir klimato kaitos poveikis yra pagrindinės priežastys, dėl kurių žmonės palieka savo gimtąsias šalis [20]. Migrantų kilmės šalies silpna sveikatos sistema ar šalies negebėjimas pasirūpinti žmonių sveikatos poreikiais taip pat turi įtakos asmenų migracijai ir jų sveikatai [21]. Todėl

daugelis migrantų tikisi apsaugos ir geresnių gyvenimo sąlygų šalyse, į kurias traukiasi, tačiau šių asmenų integracija ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas išlieka rimtais iššūkiais priimančiosioms šalims [20].

Migrantai, atvykę į priimančiąją šalį iš įvairių kultūrų, gali turėti skirtingus sveikatos priežiūros poreikius ir lūkesčius bei gali susidurti su kliūtimis gaudami sveikatos priežiūros paslaugas [22–24], diskriminacija, finansinėmis problemomis, šeimos ir bendruomenės praradimais, apribotomis galimybėmis gauti socialines, švietimo paslaugas bei neaiškiomis prieglobsčio prašymo procedūromis [23, 24], kultūriniais [25, 26], religiniais skirtumais [25, 27] ar kitais dalykais. Dėl savo teisinio statuso, kalbos barjero, struktūrinių veiksnių bei ribotų išteklių [28, 29] šių asmenų socialiniai ir sveikatos poreikiai dažnai lieka nepatenkinti, o tai didina sergamumo ir mirtingumo riziką [28–31].

Nuo karo bėgantys asmenys patiria karo traumas [32], evakuacijos, akulturacijos traumas [33–35]. Migrantams dažniau pasireiškia PTSD ir depresija [36], jie dažniau patiria nerimą [37, 38], nuotaikos svyravimus, panikos priepuolius, dažniau turi nemigos ir streso simptomų [37, 39], jaučia beviltiškumą, nuovargį, dirglumą, pyktį arba skausmus [37], paranoją, psichozę [38]. Migrantai dažniau jaučiasi izoliuoti ir vieniši, jaučia socialinę atskirtį, jiems trūksta veiklos; žmonės nerimauja dėl paliktų šeimos narių, bijo, kad bus išsiųsti atgal į kilmės šalį [38]. Psichikos sveikatos sutrikimai būna susiję su migrantų ankstesne traumine patirtimi, suteiktu teisiniu statusu, sulaikymo trukme ir apgyvendinimo sąlygomis [34, 38, 40–45]. Migrantų psichikos sveikata priklauso ir nuo socialinių bei demografinių veiksnių [36, 38, 43–63]: amžius, lytis, šeiminė padėtis, užimtumas, rasė, tautybė, būstas, pajamos, anglų kalbos mokėjimas, partnerio turėjimas, laisvalaikio leidimas, socialinė padėtis, socialinė parama šeimoje ir už jos ribų, socialinė įtaka, sąlygos užsiimti fizine veikla, buvimo paskirties šalyje trukmė, biologinės sąlygos ir elgesys, priklausymo bendruomenei jausmas, migracijos laikas ir pasitenkinimas gyvenamąja vieta.

1.3 Darbo tikslas

Įvertinti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinę ir psichikos sveikatą bei sąsajas su trauminiais įvykiais, socialiniais ir demografiniais veiksniais.

1.4 Darbo uždaviniai

1. Identifikuoti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikius ir sunkumus, susijusius su sveikatą lemiančiais veiksniais.
2. Nustatyti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių patirtus trauminius įvykius ir trauminių įvykių bei socialinių ir demografinių veiksnių sąsajas su migrantų sveikatos veiksniais.
3. Įvertinti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinę ir psichikos sveikatą bei sąsajas su socialiniais ir demografiniais veiksniais ir trauminiais įvykiais.
4. Nustatyti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių potrauminio streso, distreso, nerimo, depresijos dažnį ir sąsajas su socialiniais ir demografiniais veiksniais, fizine ir psichikos sveikata bei trauminiais įvykiais.

1.5 Ginamieji teiginiai

1. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikius ir sunkumus, susijusius su naudojimosi šiomis paslaugomis, nulėmė jų kultūriniai skirtumai bei teisinis statusas.
2. Migrantai patyrė trauminius įvykius skirtingais migracijos etapais ne tik dėl fizinio smurto, bet ir dėl sveikatos priežiūros paslaugų apribojimo bei socialinės gerovės. Patirti trauminiai įvykiai ir socialiniai bei demografiniai veiksniai turi sąsajų su migrantų sveikatos sutrikimų atsiradimu.
3. Migrantų fizinė sveikata geresnė nei psichikos sveikata. Įvairūs socialiniai ir demografiniai veiksniai bei patirti trauminiai įvykiai neigiamai veikia migrantų fizinę ir psichikos sveikatą.
4. Prieglobsčio prašytojai ir pabėgėliai turi aukštus potrauminio streso, distreso, nerimo, depresijos sutrikimus. Įtakos turi įvairūs socialiniai ir demografiniai veiksniai bei trauminiai įvykiai.

1.6 Darbo mokslinis naujumas

Tai pirmasis Lietuvoje atliktas reprezentatyvus kompleksinis tyrimas, analizuojantis migrantų, nelegaliai kirtusių Baltarusijos sieną ir pabėgėlių iš Ukrainos poreikius ir sunkumus, susijusius su sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumu, sergamumo paplitimą, patirtus trauminius įvykius skirtingais migracijos etapais, fizinę ir psichikos sveikatą, PTSD, distreso, nerimo, depresijos dažnį bei migrantų sveikatą lemiančius įvairius veiksniai. Nors prieglobsčio prašytojų vertinimas Lietuvoje sulaukia prieštarų, mokslškai

nepagrįstų pasvarstymų, o didžioji dalis prieglobsčio prašytojų jau palikę Lietuvos teritoriją, tačiau kita dalis prieglobsčio prašytojų integruojasi į Lietuvos darbo rinką. Panašiai kaip ir pabėgėliai iš Ukrainos, kurie dėl užtrukusio karo Ukrainoje vis dar negali grįžti į savo kilmės šalį. Nors dabar taikoma tarptautinių organizacijų kritikuojama neteisėtų migrantų „atstūmimo“ politika, o pabėgėlių iš Ukrainos srautai jau sumažėjo, tačiau, remiantis Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos prognozėmis, valstybėms narėms būtina ruošti būsimoms humanitarinėms krizėms bei migrantų srautams [64], kuriuos lemia ekonominės, politinės priežastys ir kariniai konfliktai. Tikėtina, kad Lietuva ateityje susidurs su migrantų antplūdžio bangomis ne tik kaip tranzitinė šalis. Juolab kad, siekiant gerovės valstybės statuso, migracija gali būti pagrindinis įrankis sprendžiant senėjančios visuomenės ir darbo jėgos trūkumo klausimus. Tikėtina, kad mūsų tyrimo rezultatai galėtų padėti kuriant efektyvią migrantų valdymo priemonę, pasiruošti būsimiems migrantų antplūdžiams bei efektyviau valdyti sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų teikimą, paskatintų glaudesnę valstybių, tarptautinių organizacijų, nevyriausybinių organizacijų bendradarbiavimą didinant migrantų įtrauktį.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Migracijos reiškiny ir jį reglamentuojanti teisinė bazė

Migracija yra pagrindinė 2030 metų tvaraus vystymosi darbotvarkės kompleksinė tema [65]. PSO teigimu, visuotinio sąvokos „migrantas“ apibrėžimo nėra, nes migrantų buvimo šalyje gali būti suteiktas nevienodas teisinis statusas, aiškinantis skirtingas migrantų teises į išmokas ir sveikatos priežiūros paslaugas [66]. Analizuojant migracijos reiškinį teisiniu požiūriu išskiriama teisėta arba legali (angl. *regular migration*) ir neteisėta arba nelegali migracija (angl. *irregular migration*). Teisėtai arba legaliai migruojama tada, kai valstybės siena dažniausiai kertama laisva valia, vadovaujantis nustatytais taisyklėmis ir su savimi turint kelionės dokumentus; neteisėtai arba nelegaliai – kai judama nelegaliais migracijos kanalais, t. y., kai valstybės siena kertama nesilaikant įstatymų, taisyklių ar tarptautinių susitarimų, reglamentuojančių atvykimą į kilmės, tranzito ar paskirties valstybę, arba išvykimas iš jos [67, 68].

Analizuojant judėjimą tarp sienų, pabėgėlių ir prieglobsčio prašytojų terminus politiniu požiūriu, dažnai vartojamos sąvokos „ekonominis migrantas“, „politinis migrantas“, „nelegaliai atvykę asmenys“, „nelegalus migrantas“. Šios sąvokos yra kritikuojamos siekiant išvengti atsakomybės ir diskriminacijos. Ekonominiai, politiniai migrantai nepretenduoja į prieglobstį, vadinasi, nepretenduoja ir į tam tikras teises. Nors sąvoka „nelegalus migrantas“ yra vartojama tiek tarptautiniuose, tiek nacionaliniuose dokumentuose, UNHCR šią sąvoką rekomenduoja keisti į „nereguliarus migrantas“ (angl. *irregular migrant*) arba „migrantas be dokumentų“ (angl. *undocumented migrant*) sąvoką [6]. Toliau šiame darbe nelegalūs migrantai bus įvardijami prieglobsčio prašytojais, pagal UNHCR siūlomą rekomendaciją arba vadinami bendru terminu „migrantai“, apimančiu pabėgėlius ir migrantus be dokumentų. Kadangi migrantų teisinis reglamentavimas turi ryšį su migrantų sveikatos priežiūros ir socialiniais poreikiais, pateikiami teisiniai prieglobsčio prašytojo ir pabėgėlio apibrėžimai.

Prieglobsčio prašytojas yra „asmuo, kurio prašymas dėl prieglobsčio dar turi būti išnagrinėtas“ [6]. Lietuvos Respublikos teisinėje bazėje prieglobstis reiškia užsieniečiui suteikiamą pabėgėlio statusą arba papildomą apsaugą, o prieglobsčio prašytojas apibūdintas kaip užsienietis, kuris šio įstatymo nustatyta tvarka pateikė prašymą suteikti prieglobstį ir dėl kurio dar nėra priimta galutinio sprendimo [69]. Lietuvos Respublikoje prieglobstis suteikiamas vadovaujantis 1951 m. Ženevos konvencija dėl pabėgėlių statuso,

1967 m. Niujorko protokolu dėl pabėgėlių statuso, 1950 m. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, Europos Sąjungos teisės aktais, įstatymu „Dėl užsieniečių teisinės padėties“, Lietuvos Respublikos valstybės ir tarnybos paslapčių įstatymu, Prieglobsčio Lietuvos Respublikoje suteikimo ir panaikinimo tvarkos aprašu, kitais Lietuvos Respublikos teisės aktais. ES teisės aktai taip pat nustato bendras grąžinimo, išsiuntimo, sulaikymo ir draudimo atvykti taisykles, mechanizmus ir priemones, skirtas keistis informacija apie neteisėtą migraciją tarp ES valstybių narių.

Pagal 1951 m. Ženevos konvencijos dėl pabėgėlių statuso 1 straipsnio A skirsnio 2 punktą ir jos 1966 m. protokolą (Lietuvos Respublikos Seimo ratifikuota 1997 m.) [70], **pabėgėlis** yra asmuo, kuris „visiškai pagrįstai bijodamas persekiojimo dėl rasės, religijos, pilietybės, priklausymo tam tikrai socialinei grupei ar politinių įsitikinimų yra už šalies, kurios pilietis yra, ribų ir negali arba bijo naudotis tos šalies gynyba, arba neturėdamas atitinkamos pilietybės ir būdamas už šalies, kurioje anksčiau buvo jo nuolatinė gyvenamoji vieta, ribų dėl tokių įvykių negali ar bijo į ją grįžti“ [71]. Lietuvos Respublikos įstatyme dėl užsieniečių teisinės padėties pabėgėlis nusakomas kaip užsienietis, kuriam šio įstatymo nustatyta tvarka suteiktas pabėgėlio Lietuvos Respublikoje statusas [69]. Pabėgėlis, kurio statusas yra pripažintas teisiškai, gali naudotis tam tikromis teisėmis, kurias numato tiek tarptautiniai, tiek nacionaliniai teisės aktai. Be to, pabėgėliui galioja tarptautinė apsauga [69, 72]. Pabėgėlio sąvoka plačiąja prasme apima ir priverstinius migrantus – žmones, priverstus išvykti iš kilmės šalies dėl visuotinės paplitusios prievartos ar karinių konfliktų (konfliktų sukelta priverstinė migracija). Neretai tokie asmenys vadinami faktiniais arba karo pabėgėliais [2].

2.1.1. Neteisėto valstybės sienos perėjimo ir prieglobsčio prašymo teisinis reguliavimas Lietuvos Respublikoje

Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso XLII skyriaus 291 straipsnyje ir 292 straipsnyje nustatyta baudžiamoji atsakomybė už neteisėtą valstybės sienos perėjimą (išimtis: kai užsienietis neteisėtai atvyko į Lietuvos Respubliką siekdamas prieglobsčio), neteisėtą žmonių gabenimą per valstybės sieną [73]. Neteisėtai kirtus Lietuvos Respublikos sieną, motyvuotas prašymas suteikti prieglobstį turi būti pateiktas iškart. Ši pareiga nustatyta Prieglobsčio Lietuvos Respublikoje suteikimo ir panaikinimo tvarkos aprašo III skyriaus 22 punkte ir Lietuvos Respublikos įstatyme „Dėl užsieniečių teisinės padėties“ [69, 74]. Tik pateikęs prašymą dėl prieglobsčio suteikimo asmuo įgyja teisę į prieglobsčio prašytojo teises ir garantijas [74]. Vadinasi, kiekvienas asmuo, neteisėtai kirtęs šalies sieną, turi teisę prašyti prieglobsčio

ir naudotis prieglobsčio prašytojo teisėmis. Ši teisė deklaruota dar 1948 m. Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje [75]. Tik po prašymo išnagrinėjimo ir kitų su juo susijusių procedūrų prieglobsčio prašytojas gali gauti pabėgėlio statusą arba papildomą apsaugą. Tačiau nors kiekvienas prieglobsčio prašytojas gali prašyti prieglobsčio, ne visi jį gali gauti – kai kam gali būti atsisakoma suteikti prieglobstį Lietuvos Respublikoje. Tai numatyta Prieglobsčio Lietuvos Respublikoje suteikimo ir panaikinimo tvarkos aprašo IV skirsnio 105.3 ir 105.4 straipsniuose, reglamentuojančiuose, kada prieglobsčio prašytojui išduodamas leidimas laikinai gyventi, nesusijęs su prieglobsčio suteikimu arba prieglobsčio prašytojas yra išsiunčiamas į savo kilmės šalį [74]. Kadangi kiekvieno prieglobsčio prašytojo atvejis yra individualus, viena iš būtinų prieglobsčio prašymo vertinimo procedūrų yra individualūs pokalbiai. Vis dėlto, masiškai plūstelėjus pabėgėlių, ne visada įmanoma atlikti būtinus individualius pokalbius, tad ši asmenų grupė dažnai yra vadinama „prima facie“ pabėgėliais [75].

Tam tikros sąvokos pavartojimas apibūdinti skirtingas asmenų grupes netiesiogiai pateikia tam tikras asociacijas ir vertybinius sprendimus, kurie gali paveikti net politines diskusijas ir sprendimus. Tinkamas sąvokos vartojimas įpareigoja valstybes laikytis tam tikros politikos bei tarptautinių teisės aktų, vadinasi, ir tam tikrų įsipareigojimų. Šalys narės, pasirašydamos 1951 m. Konvenciją bei jos lydimočius dokumentus, įsipareigojo draugiškai priimti atsakomybę už pabėgėlius bei dalytis politine ir ekonomine našta. Kad ir koks teisinis statusas suteiktas asmeniui, palikusiam savo gimtąją šalį, jo teisės gina tarptautinė teisė. Tik nuo atitinkamos sąvokos priskyrimo priklauso, kokios socialinės ir sveikatos garantijos gali būti taikomos asmenims, pabėgusiems iš savo kilmės šalies.

2.2. Migracijos situacijos analizė ir tendencijos

UNHCR duomenimis, 2022 m. pasaulyje net 108,4 milijono žmonių (iš jų 40 proc. arba 43,3 mln. vaikai iki 18 metų) buvo priversti vienaip ar kitaip palikti savo namus. 52 proc. visų pabėgėlių ir asmenų, kuriems reikalinga tarptautinė apsauga, yra iš Sirijos (6,8 mln.), Ukrainos (5,7 mln.), Afganistano (5,7 ml.). Prieglobsčio prašytojų yra 5,4 mln., tačiau dar 5,2 mln. asmenų reikalinga tarptautinė apsauga. 12 mln. pabėgėlių, prieglobsčio prašytojų ir kitų asmenų buvo suteiktos būtiniausios sveikatos priežiūros paslaugos, 1,1 mln. gavo psichikos sveikatos ir psichosocialinės paramos paslaugas. Neįgalių migrantų paplitimas 2022 m. taip pat išaugo nuo 2,2 proc. iki 4,3 proc. (nesiekia 16 proc. pasaulio gyventojų, gyvenančių su negalia) [18].

2023 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 152 valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, kurie turėjo galiojančius jų teisinę padėtį Lietuvos Respublikoje patvirtinančius dokumentus. Jie sudarė 6,83 proc. visų šalies gyventojų (2023 m. sausį šis rodiklis buvo – 6,67 proc., 2022 m. – 3,57 proc., o 2018 m. – tik 1,76 proc.). Didžiausią užsieniečių dalį sudaro asmenys iš Ukrainos. Nors šiuo metu dėl karinių veiksmų prieš Ukrainą apribotas tik Rusijos piliečių atvykimas į Lietuvą, antrą ir trečią vietas pagal užsieniečių skaičių Lietuvoje užima Baltarusijos ir Rusijos piliečiai – atitinkamai 58 347 tūkst. ir 16 193 tūkst. (2023 m. liepos 1 d. duomenimis) ir šie skaičiai auga [16].

Prognozuojama, kad iki 2030 m. padidės migracijos srautas daugiausiai iš Pietų Azijos ir Afrikos, nes besivystančiose šalyse 552 mln. padaugės darbingo amžiaus gyventojų ir šioms šalims bus sudėtinga sukurti pakankamai darbo vietų, kad pasiektų savo skurdo mažinimo ir augimo tikslus [17]. Taip pat žmonių migraciją didins spartus visuomenės senėjimas, klimato kaita, žmonių pažeidžiamumas, konfliktai ir smurtas, socialinė atskirtis ir diskriminacija, korupcija, išsilavinimo, sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos trūkumas, santuokos sudarymo galimybės [17], LGBT+ narių skaičiaus augimas [18]. Todėl pabėgėliai turėtų būti vertinami ne kaip papildoma našta šaliai, o kaip žmogiškieji ištekliai, skatinantys šalies ekonomikos augimą [59].

Migracijos politikai valdyti skiriamos didžiulės finansinės lėšos. Vien tik UNHCR apsaugos ir pagalbos politikai išleido 5,607 mlrd. dolerių (iš jų išlaidos pagalbai Ukrainai sudarė 1,417 milijardo dolerių). Iš jų bendrosios išlaidos sveikatos priežiūrai 2022 m. siekė 334 mln. dolerių [18]. Pasaulio banko mobilizuota parama Ukrainai 2022 m. siekė 723 mln. dolerių [17]. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad sveikatos finansavimas veiksmingas tik tuo atveju, kai pabėgėliai gali patys dirbti ir užsidirbti [59]. Dėl to svarbu užtikrinti ne tik būtinuosius sveikatos priežiūros poreikius, bet ir sukurti ilgalaikį ir tvarų planą dėl sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo pabėgėliams.

2.2.1. Prieglobsčio prašytojų Lietuvos Respublikoje 2021 m. atvejo analizė

Nuo 2021 m. birželio mėn. Lietuvai patyrus Baltarusijos nedemokratinio režimo hibridinę agresiją, kai pasinaudojant žmonėmis buvo siekiama sukurti krizę ir destabilizuoti Europos Sąjungą [76], į Lietuvą atvyko daugiau kaip 4,5 tūkst. migrantų be dokumentų [12], iš kurių 90 proc. pasiprašė prieglobsčio [13]. Palyginti, 2019 m. neteisėtai Lietuvos sieną kirtę ir buvo sulaikyti 37, o 2020 m. – 74 užsienio piliečiai. 2021 m. rugpjūčio 1 d., sulaukus didžiausio migrantų be dokumentų iš Baltarusijos skaičiaus per parą (294 migrantai), nuo 2021 m. rugpjūčio 3 d. pradėta taikyti šių asmenų neįleidimo ir

nukreipimo į pasienio kontrolės punktus praktika, kurią kritikuoja įvairios tarptautinės organizacijos kaip Europos žmogaus teisių konvencijos nuostatų pažeidimą. Nuo „atstūmimo“ praktikos taikymo iki 2023 m. rugpjūčio 1 d. į Lietuvą nebuvo įleista apie 21 tūkst. migrantų [77]. Atkreiptinas dėmesys, kad apgręžtų migrantų skaičiai yra sąlyginiai, nes tie patys asmenys gali neteisėtai kirsti sieną daugiau nei vieną kartą. Remiantis Generalinės Asamblėjos Deklaracijos 29 p. [65], kuriuo pabrėžiama migrantų teisė grįžti į savo kilmės šalį ir siunčiančiajai valstybei užtikrinti tinkamą jų sutikimą, pradėta teikti parama užsieniečiui, savanoriškai norinčiam grįžti į savo kilmės šalį (300 eurų vienkartinė išmoka, kuri vėliau buvo padidinta iki 1 tūkst. eurų) [78].

Atvykusiųjų 2021 m. į Lietuvą prieglobsčio prašytojų daugumą sudarė pilnamečiai (76 proc.) 20–29 metų (43 proc.) vyrai (72 proc.) iš Irako (63 proc.). Kitos šalys, iš kurių daugiausiai atvyko į Lietuvą: Baltarusija (6,3 proc.), Kongas (4,4 proc.), Sirija (4,1 proc.), Kamerūnas (2,9 proc.), Rusija (2,3 proc.), Afganistanas (2,3 proc.), Iranas (2,1 proc.), Šri Lanka (1,9 proc.), Gvinėja (1,8 proc.), Indija (1,5 proc.). Tarptautinės apsaugos pasiprašė 75 pasaulio valstybių piliečiai. Palyginti, 2022 m. duomenimis, 40 proc. visų prieglobsčio prašytojų sudarė asmenys iš Baltarusijos ir 14 proc. asmenys iš Rusijos. Prieglobstis suteiktas tik nedaugeliui visų prieglobsčio prašytojų – dauguma pateiktų prašymų buvo atmesti kaip neatitinkantys teisės aktuose reglamentuojančių nuostatų dėl prieglobsčio suteikimo [16]. Pasibaigus prieglobsčio prašytojo vienerių metų sulaikymo terminui, 2022 m. vasarą buvo panaikintas draudimas, ribojantis laisvą judėjimą, ir dauguma prieglobsčio prašytojų paliko Lietuvą. Nors nelegaliai sieną kirtusių migrantų krizė atlaikyta – didžioji dalis nelegaliai kirtusių Lietuvos sieną asmenų išvyko iš Lietuvos į savo kilmės šalį ar kitą valstybę, tačiau dalis prieglobsčio prašytojų iš Lietuvos kultūriškai tolimų šalių su nepilnamečiais vaikais liko gyventi Lietuvoje ir čia bando integruotis [16].

2.2.2. Pabėgėlių iš Ukrainos Lietuvos Respublikoje 2022 m. atvejo analizė

Nuo invazijos į Ukrainą pradžios (2022 m. vasario 24 d.) per 2022 m. iš šalies pabėgo daugiau nei 6,2 mln. šalies gyventojų [79]. Per 2022 m. į Lietuvą atvyko daugiau kaip 72 tūkst. Ukrainos valstybės piliečių ir šis skaičius nuolat auga (didžiausias atvykusiųjų skaičius buvo 2022 m. kovo mėn., o 2024 m. duomenimis, į Lietuvą atvyko daugiau kaip 88 tūkst. asmenys iš Ukrainos) [16, 80]. Analizuojant pabėgėlių iš Ukrainos migracijos srautus pažymėtina, kad ne visi atvykę asmenys savo atvykimą deklaravo Migracijos departamente, taip pat nemažai Migracijos departamente užsiregistravusių

asmenų jau yra išvykę atgal į kilmės šalį, todėl statistinė išraiška gali būti didesnė ar mažesnė už realią. Ukrainos karo pabėgėliai Lietuvoje buvo registruojami 20 Migracijos departamento skyrių ir centrų. Daugiausiai užregistruota (ir čia integravosi) Lietuvos didžiųjų miestų Vilniaus (35 proc.), Kauno (19 proc.), Klaipėdos (15 proc.) registracijos centruose ir šių miestų skyriuose, taip pat nemaža dalis užregistruota Alytaus (9 proc.) ir Šiaulių (7 proc.) registracijos centruose ir šių miestų skyriuose [80].

Remiantis 2024 m. Lietuvos statistikos departamento (2024) duomenimis, apie 63 proc. atvykusių asmenų iš Ukrainos sudarė darbingo 18–64 metų asmenys, vaikai iki 18 m. – apie 30 proc. visų atvykusiųjų ir vyresni nei 65 m. asmenys – apie 5 proc. [80]. Iki 2024 m. rugpjūčio 8 d. Užimtumo tarnyboje buvo registruotų daugiau kaip 2 tūkst. darbo pasiūlymų ukrainiečiams, o beveik trečdalis darbingo amžiaus asmenų nuo 18 iki 64 metų jau buvo įsidarbinę Lietuvoje [81]. Daugiausiai atvykusiųjų yra iš prekybos (6,42 proc.), sveikatos grupės (5,88 proc.), kulinarijos (5,95 proc.), vadybos (5,3 proc.), ekonomikos (4,69 proc.), statybos (4,77 proc.), inžinerijos (4,63 proc.), apskaitos (4,47 proc.) ir logistikos (4,11 proc.) profesijų grupių [80].

Pastaraisiais metais į Lietuvą atvyko didžiulis srautas prieglobsčio prašytojų iš įvairių nuo Lietuvos kultūriškai atitolusių šalių ir pabėgėlių iš Ukrainos, kuriems suteikti skirtingi teisiniai statusai, nulemiantys jų teisinę ir socialinę padėtį Lietuvoje. Nors Lietuvos pasienyje su Baltarusija toliau taikoma neteisėtų migrantų „atstūmimo“ politika, o pabėgėliai iš Ukrainos sėkmingai integravosi į Lietuvos darbo rinką, augant tarptautiniams migracijos srautams reikia kompleksinio požiūrio į migrantus, kuris būtų pagrįstas žmogaus teisėmis ir tarpkultūriniu dialogu atsižvelgiant į migrantų pažeidžiamumą.

2.3. Migrantų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikiai bei šių poreikių užtikrinimas

Daugumoje Europos šalių prieglobsčio prašymo teikimo laikotarpiu prieglobsčio prašytojams ir pabėgėliams ribojama galimybė naudotis nacionalinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis [82, 83]. Migrantai gali turėti skirtingus sveikatos priežiūros poreikius, pageidavimus ir lūkesčius, o atvykę į priimančiąją šalį jie taip pat gali susidurti su kliūtimis gauti sveikatos priežiūros paslaugas [22–24], su diskriminacija, finansinėmis problemomis, šeimos ir bendruomenės praradimais, apribotomis galimybėmis gauti socialines, švietimo paslaugas ir neaiškiomis prieglobsčio prašymo procedūromis [23, 24], taip pat su kultūriniais [25, 26] ir religiniais skirtumais [25, 27].

Generalinės Asamblėjos valstybės narės yra raginamos sudaryti tinkamas sąlygas saugiai, teisėtai migracijai ir žmonių judumui, įgalinti pažeidžiamus asmenis (vaikus, asmenis su negalia, vyresnio amžiaus žmones, sergančiuosius ŽIV ir (arba) AIDS, pabėgėlius, perkeltus asmenis), imtis veiksmingų priemonių ir patenkinti asmenų, gyvenančių sudėtingų humanitarinių ekstremalių situacijų ir terorizmo paveiktose teritorijose, poreikius [65]. Šiame skyriuje bus analizuojami migrantų poreikiai ir kylantys sunkumai, susiję su migrantų poreikių patenkinimu.

2.3.1. Migrantų poreikiai ir sunkumai

Sveikatos draudimas. Sveikatos priežiūros paslaugų apimtį nulemia privalomasis sveikatos draudimas, kuris garantuoja nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, jeigu kreipiamasi į ASPĮ, kurios yra sudariusios sutartis su ligonių kasa. Tačiau remiantis moksliniais tyrimais galima teigti, kad migrantams trūksta informacijos apie sveikatos draudimą [84], informacija apie sveikatos draudimą yra nesuprantama dėl kalbos barjero [85] arba migrantai neturi sveikatos draudimo [86].

Odontologijos paslaugos. 2024 m. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje nustatyta, kad priimančiosiose šalyse migrantų odontologinių paslaugų poreikiai dideli, siekdami patenkinti savo odontologijos paslaugų poreikius, migrantai susiduria su tokiais sunkumais, kaip antai kalbos barjeras, kultūrų skirtumai, sveikatos draudimo ar finansinės paramos trūkumas. Taip pat daugeliui migrantų trūksta informacijos apie odontologijos paslaugų teikimo tvarką priimančiosiose šalyse, o dėl negydomų odontologinių problemų jie kentė skausmus ir patyrė kitų sveikatos sutrikimus [86]. Atkreiptinas dėmesys, kad Australija yra paskelbusi daugiausiai mokslinių tyrimų apie migrantų odontologinės priežiūros poreikius. Didelės apimties moksliniame tyrime, analizuojančiame Australijos Viktorijos valstijoje gyvenančių migrantų ir prieglobsčio prašytojų odontologijos paslaugų poreikius, nustatyta, kad net trečdalis Viktorijos valstijoje gyvenančių migrantų odontologijos paslaugų poreikiai buvo priskirti aukštai kategorijai, taip pat net trečdaliui migrantų buvo ribotas prieinamumas prie odontologijos paslaugų [87].

Vaistai ir lėtinių ligų gydymas. Žmonėms, sergantiems lėtiniu inkstų nepakankamumu, reikalinga nuolatinė dializė. Vėžiu sergantys migrantai susiduria su ypatingais sunkumais, nes dėl ligos valdymo pertraukų vėžys gali labiau išplisti, o jo gydymas dažnai būna sudėtingas ir reikia išsamios informacijos apie ligos eigą. Tačiau pažymėtina, kad migrantai į priimančiąją šalį atvyksta neturėdami savo sveikatos išrašų, kas apsunkina jų gydymą

priimančiojoje šalyje [59]. Todėl priimančiosios šalys raginamos užtikrinti vaistų prieinamumą asmenims, ypač priklausomiems nuo insulino, ir tiems, kuriems reikalinga dializė, chemoterapija, antikoaguliacija ir kitas gyvybę gelbstintis gydymas [88, 89]. Atsižvelgiant į tai, kad iki karo Ukrainoje buvo labai paplitusios širdies ir kraujagyslių ligos, mokslininkai pabrėžia neatidėliotiną širdies ir kraujagyslių ligų priežiūros poreikį [90]. Šį poreikį pagrindžia atlikta vyresnio amžiaus pabėgėlių iš Ukrainos apklausa, kurios rezultatai rodo, kad 28 proc. Ukrainos karo pabėgėlių skubiai reikėjo vaistų, įskaitant nuo diabeto, hipertenzijos ir malšinančių skausmą, tačiau daugiau nei trečdalis ukrainiečių neturėjo galimybės įsigyti reikiamų vaistų [59].

Sveikatos raštingumas. Įrodyta, kad migrantų sveikatos raštingumas yra žemiausias, todėl migrantai dažniau susiduria su įvairiais iššūkiais [91]. Sveikatos raštingumui turi įtakos migranto statusas bei kalbinės ir kultūrinės kliūtys [48]. Žemas migrantų sveikatos raštingumas susijęs su medicininės informacijos trūkumu, mažesniu profilaktinės priežiūros paslaugų vartojimu, mažesniu vaistų vartojimu, didesne hospitalizacija ir didesnėmis sveikatos priežiūros išlaidomis [92]. Sveikatos raštingumas taip pat yra susijęs su nutukimu, mitybos pasirinkimu ir fiziniu aktyvumu [93]. Migrantai, kurių raštingumas yra mažesnis, ne tik valgo mažiau vaisių ir daržovių, bet ir dažniau serga lėtinėmis ligomis arba blogiau suvokia savo sveikatą. Taip pat tokie asmenys dažniau kreipiasi į skubios pagalbos tarnybas ar naudojami kitomis sveikatos priežiūros paslaugomis [48].

Diskriminacija. Mokslinių tyrimų duomenimis, migrantai patiria nelygybę dėl sveikatos priežiūros paslaugų poreikių patenkinimo, ypač dėl odontologijos ir psichikos sveikatos paslaugų, kurių dažniausiai lemia šalies teisinė bazė, kalbos ir bendravimo barjeras [38]. Žmonėms su negalia kliūtys yra dar didesnės dėl jų sveikatos būklės [48].

Pasitikėjimas. Migrantai mažai pasitiki priimančiosios šalies sveikatos priežiūros specialistais, mano, kad jų asmeninę informaciją sveikatos priežiūros specialistai ar vertėjai gali nutekinti jų vietos bendruomenėms [94]. Taip pat įvardytas nepasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistais dėl taikomo vakarietiškojo gydymo neatsižvelgiant į migrantų kultūrinius, religinius poreikius [86]. Kiti moksliniai tyrimai papildė, kad migrantų nepasitikėjimą priimančiosios šalies sveikatos priežiūros sistema [95] ar sveikatos priežiūros specialistais nulemia kultūriškai jautrių sveikatos priežiūros paslaugų trūkumas [83, 84, 86].

Organizaciniai iššūkiai. Prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų gali būti ribotas dėl didelių atstumų iki ASPĮ, ribotų finansinių išteklių, ilgų eilių, netinkamo ASPĮ darbo laiko [84]. Pavyzdžiui, Vokietijoje

2020 m. gydymo laukimo trukmė buvo 6,73 mėnesio, o patikros išlaidas migrantai turėjo padengti patys savo ar suaukotomis lėšomis [96]. Verta pažymėti, kad dauguma migrantų atvyksta iš šalių, kuriose yra kitokia sveikatos politika bei taikomas gydymas [59], įskaitant ir skirtingos pacientų eilių reguliavimo sistemos (ne)veikimą.

Organizacijų bendradarbiavimas. 2023 metais Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės atlikto audito metu buvo nustatyta, kad geresnei pabėgėlių integracijai ir sveikatos priežiūros apsaugai trūksta didesnio ir efektyvaus savivaldos įsitraukimo, taip pat valstybės, savivaldybių ir nevyriausybių organizacijų glaudesnio bendradarbiavimo, keitimosi informacija apie priklausančias sveikatos priežiūros paslaugas ir paslaugų suteikimo sąlygų. Tyrimo rezultatai rodo, kad apie 40 proc. (1544 iš 3862) pabėgėlių iš Ukrainos nežino apie savo teisę į nemokamas būtinosios medicinos paslaugas [97]. Mokslininkai taip pat pabrėžia veiksmingos Europos sveikatos informacijos sistemos, skirtos migrantams, poreikį, kuri palengvintų lėtinių ligų valdymą [88, 89, 98].

Kultūriškai jautrios sveikatos priežiūros paslaugos. Teigiama, kad ASPI nėra užtikrinama tinkama aplinka pacientui, turinčiam su jo kultūrine tapatybe susijusių poreikių [99]. Atlikta sisteminė literatūros apžvalga patikslina, kad kultūriškai jautrios sveikatos priežiūros paslaugos dažniau aktualu kalbant apie psichologinės pagalbos teikimą migrantams ir apima vakarietiškojo gydymo taikymą neatsižvelgiant į migrantų dvasinius, religinius ar kultūrinius poreikius [86].

Kultūrinės tradicijos. Iš kitų kraštų atvykę pacientai pasižymi kultūriniais skirtumais, tokiais kaip kūno kalba, mąstymo būdas, priimtinos normos ir tradicijos, todėl kultūrinė įvairovė gali būti didelė kliūtis teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas [26]. Ypač reikšmingų skirtumų, lyginant su pacientais krikščionimis, yra dėl mitybos, alkoholio, vaistų, pagamintų iš gyvūninės kilmės produktų, vartojimo apribojimo, privatumo, prisilietimo draudimo ar kuklumo supratimo [100]. Todėl teikiant sveikatos priežiūros paslaugas svarbu pripažinti kultūrinį turinio aspektą ir privatumo svarbą [101]. Tam turi įtakos sveikatos priežiūros specialistų kultūrinė kompetencija. Tyrimų įrodyta, kad slaugytojai, turintys aukštesnę kultūrinę kompetenciją, suteikia kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas, geriau įvertina paciento poreikius, suplanuoja priežiūros planą ir pagerina klinikinius rezultatus [102, 103].

Religiniai įsitikinimai. Musulmonai yra viena iš sparčiausiai augančių religinių grupių pasaulyje, todėl tikėtina, kad sveikatos priežiūros specialistai vis dažniau susidurs su pacientais musulmonais [25]. Religiniai įsitikinimai gali turėti įtakos tokių pacientų elgesiui renkantis tam tikrą gydymą ar

procedūras, taip riboti sveikatos priežiūros specialistų galimybes [27]. Tam tikrose kultūrose sveikatos kaip vertybės suvokimą nulemia religinis įsitikinimas [104]. Tiek vyrai, tiek moterys, meldamiesi rūpinasi savo sveikata [104–106], o Korano skaitymas yra naudojamas ir ligų prevencijai, ir gydymui [104]. Taip pat tikima, kad, nepaisant medicininės apžiūros ir paskirto gydymo, padarinius nulemia Dievas [107].

Kalbos barjeras. Vienas iš pagrindinių socialinės rizikos ir sveikatą lemiančių veiksnių – kalbos barjeras tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto [86, 108, 109]. Pacientai nemoka vietos kalbos ir nesupranta medicininių terminų, o tai trukdo kitų kultūrų pacientams reikiamu metu gauti reikalingą pagalbą ir informaciją [110]. Šiuos sunkumus patvirtina ir naujausi tyrimai apie pabėgėlių iš Ukrainos poreikius, kai dėl kalbos barjero pabėgėliams buvo sudėtinga rasti ir (arba) suprasti reikalingą informaciją ar susisiekti su sveikatos priežiūros specialistais [84, 85, 111].

Kalbos barjeras kyla ne tik migrantams, bet ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Dėl kalbos barjero sveikatos priežiūros specialistams yra sudėtingiau planuoti ir paaiškinti būsimo gydymo ir (arba) slaugymo eigą, sunku planuoti pacientų vizitus ar procedūras, nes pacientai gali nesuprasti šių veiksmų priežasties net ir pateikus informaciją raštu, iškyla problemų pacientui teikiant veiksmų instrukcijas procedūrų metu, sunku išaiškinti procedūrų eigą ar šalutinį vaistų poveikį [112]. Teigiama, kad veiksmingai bendrauti, įgyti paciento pasitikėjimą ir suteikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas galima tuo atveju, kai sveikatos priežiūros specialistas kalba paciento kalba [113] ar moka anglų kalbą [114].

Nemokant paciento kalbos, mažinti kalbos barjerą gali padėti įvairios vaizdinės priemonės: lentelės, paveikslėliai, diagramos, vaizdo įrašai, juos pasitelkus būtų galima paaiškinti medicinines sąvokas, procedūras, instrukcijas [115], arba internetinės vertimo programėlės ar programos [116], profesionalaus vertėjo dalyvavimas. Kalbos mokėjimas ir bendradarbiavimas su migrantais turi reikšmingą įtaką ASPI pasirinkimui – dažnai migrantai yra linkę rinktis privačias ASPI, nors ir jų finansinė padėtis ne visada leidžia pasinaudoti šia galimybe, tačiau privačiose ASPI personalas yra paslaugesnis ir linkęs bendradarbiauti užsienio arba pacientui suprantama kalba [114].

Vertėjų profesinė kompetencija ir (arba) vertėjų trūkumas. ASPI yra sudėtinga pasamdyti profesionalų vertėją dėl įvairių priežasčių, o samdomi nekvalifikuoti vertėjai vertinami neigiamai dėl netinkamų vertimo paslaugų [48, 83, 112], dėl rizikos diskriminuoti pacientus ar pažeisti paciento duomenų konfidencialumą [108, 110], dėl rizikos nesuprasti konkrečių pacientų grupių poreikių, pvz., gimdyvių, dalyvaujant vyriškos lyties vertėjui [117], dėl to, kad neturi patirties kalbėti apie psichologines problemas ar patirtas sunkias

psichologines traumas [118]. ASPĮ trūkstant vertėjų, susikalbėti padeda dvikalbiai slaugytojai [112]. Tačiau vertimo žodžiu paslaugų teikimas didina slaugos personalo darbo krūvį, ypač skubiais atvejais [119]. Nors remiantis moksliniais tyrimais galima teigti, kad dėl profesionalaus vertėjo dalyvavimo mažinant kalbos barjerą mažėja komunikacijos klaidų ir didėja pacientų pasitenkinimas [108], tačiau, nesvarbu, kad ir kokia vertėjų profesinė kompetencija, jų dalyvavimas kelia ir sunkumų, nes pacientai nenori atskleisti savo sveikatos būklės tretiesiems asmenims [94], jiems nepatogu pažeidžiamais ir asmeniniais klausimais kalbėtis per vertėją ar sunku nuoširdžiai atsiverti [118].

Kalbos mokymasis. Geras priimančiosios šalies kalbos mokėjimas yra pagrindinis adaptacijos po emigracijos proceso veiksnys ir yra labai svarbus tiek psichosocialinei, tiek ekonominei gerovei užtikrinti [58, 120]. Kalbų mokymas yra svarbi priimančiosios šalies įvadininių programų, padedančių migrantams įsidarbinti, sudedamoji dalis, turi teigiamą ilgalaikį poveikį, tačiau kalbų mokymo kokybė gali skirtis [121, 122]. Tai lemia kalbos mokymo apimtis, organizavimas, turinys, dalyvavimo forma (privaloma ar savanoriška, klasėse ar darbo vietose), finansinis aspektas (mokama ar nemokama). Be to, kalbų mokymosi rezultatai labai skiriasi priklausomai nuo dalyvių išsilavinimo lygio [121]. Šiaurės šalių tyrimai rodo, kad individualiai migrantams pritaikytas kalbų mokymas yra efektyvus [121, 122], nes migrantai greičiau integruojasi į darbo rinką [122]. Mažinant kalbos barjerą, galima sukurti palankesnę aplinką migrantams, kuri užtikrina gerovę tiek migrantams, tiek sveikatos priežiūros specialistams [123].

Socialinės paslaugos. Teigiama, kad migrantai susiduria su ribotomis galimybėmis gauti socialines, švietimo paslaugas [23, 24]. Priimančiosios šalys yra raginamos kuo skubiau pabėgėliams iš Ukrainos leisti tęsti darbą, automatiškai pripažinti pabėgėlių turimą profesinę kvalifikaciją, o studijuojantiems pabėgėliams sudaryti sąlygas studijuoti [89]. Taip pat pabrėžiama, kad svarbu skatinti socialinę integraciją ir suteikti paramą pabėgėliams [29].

2.3.2. Migrantų sveikatos priežiūros ir socialinių poreikių užtikrinimas Lietuvos Respublikoje

Prieglobsčio prašytojų sveikatos ir socialinių poreikių užtikrinimas Lietuvos Respublikoje. Lietuvoje, kol nagrinėjamas migranto be dokumentų prieglobsčio prašymas, Migracijos departamento sprendimu asmuo yra apgyvendinamas Užsieniečių registracijos centre, Pabėgėlių priėmimo centre arba asmens pasirinktoje vietoje. Jam suteikiama teisė nemokamai naudotis

socialinėmis paslaugomis (informavimas apie savo teisinę padėtį Lietuvoje, švietimo paslaugos nepilnamečiams vaikams, vertėjo, teisinės paslaugos, naudojimas materialinėmis priėmimo sąlygomis, kas mėnesinė 60 proc. valstybės remiamų pajamų dydžio pašalpa maistui, jei maitinimo paslauga neteikiama, tačiau socialinė integracija taikoma tik asmenims, kuriems suteiktas teisinis pabėgėlio statusas). Prieglobsčio prašytojui taip pat priklauso nemokama būtinoji medicininė ir psichologinė pagalba [69].

Pabėgėlių iš Ukrainos sveikatos ir socialinių poreikių užtikrinimas Lietuvos Respublikoje. Pabėgėliams iš Ukrainos, kitaip nei prieglobsčio prašytojams, bet kurioje ES šalyje taikoma supaprastinta tvarka ir asmenys vienerių metų laikotarpiui įgyja teisę į laikinąją apsaugą, kuri gali būti pratęsiama. Pabėgėliui suteikiamas leidimas gyventi šalyje bei teisė gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas [124]. Lietuvoje pabėgėlis yra apgyvendinamas savivaldybės suteiktose kolektyvinėse patalpose, gyventojų suteiktose patalpose arba užsieniečio pasirinktoje gyvenamojoje vietoje. Atitinkamai pagal ukrainiečiams suteiktą teisinį statusą skiriasi socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų apimtis. Paslaugų paketo kokybę ir apimtį lemia ir skirtingų savivaldybių vykdoma politika, sveikatos draudimo įgijimas [125], tačiau bet koku atveju yra siekiama kuo greitesnės pabėgėlio integracijos Lietuvoje. Pabėgėliams iš Ukrainos, įgijusiems teisę į sveikatos draudimą, Lietuvoje teikiamos tokios pačios Valstybinės ligonių kasos apmokamos sveikatos priežiūros ir (arba) gydymo paslaugos kaip ir Lietuvos piliečiams [126].

Lietuvos Respublikoje taikomos priemonės migrantų kalbos barjerui pašalinti. Kalbos barjero problemoms spręsti 2020 metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija parengė rekomendacijas ASPĮ dėl paslaugų prieinamumo tik užsienio kalba kalbantiems pacientams: rekomenduota sudaryti sąrašus gydytojų ir registratūros darbuotojų, galinčių teikti paslaugas užsienio kalba, parengti sutikimo atlikti chirurgines operacijas, invazines ar intervencines procedūras formas aktualiausiomis užsienio kalbomis, išversti informaciją, kontaktus, registratūros meniu ir kitus skaitmeninius ASPĮ komunikacijos kanalus į anglų kalbą [127].

Migrantai, atvykę į priimančiąją šalį, turi skirtingus sveikatos priežiūros ir socialinius poreikius bei lūkesčius, o siekdami patenkinti savo poreikius gali susidurti su įvairiomis kliūtimis, tokiomis kaip ribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros ar socialinių paslaugų, informacijos trūkumas arba nesuprantama informacija, vaistų trūkumas ir lėtinių ligų gydymo tęstinumo poreikis, diskriminacija, įstaigų organizacinės kliūtys ar tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas, biurokratija, kalbos barjeras, trukdantis gauti kokybiškas paslaugas, taip pat kultūriniai ir religiniai skirtumai. Atitinkamai

pagal migrantui suteiktą statusą priklauso sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų paketo apimtis bei siekiama kuo greitesnės ir sėkmingesnės pabėgėlių iš Ukrainos integracijos.

2.4. Migrantų sveikata ir ją lemiantys veiksniai

Siekiant užsibrėžto tyrimo tikslo svarbu suprasti, iš kokių šalių atvyko prieglobsčio prašytojai ir pabėgėliai bei kokios ligos yra paplitusios migrantų kilmės šalyje, nes visuomenės sveikatos požiūriu tranzito ir priimančiosioms šalims yra svarbu numatyti ne tik užkrečiamųjų ligų valdymo politiką ir operatyviai reaguoti į infekcijų protrūkius, bet ir valdyti neužkrečiamas ligas, kurias nulemia nepalankios gyvenimo sąlygos, mažas fizinis aktyvumas, patirtos traumos, silpna kilmės šalies sveikatos priežiūros sistema, nepakankamas finansavimas ir kita. Todėl, vertindami migrantų sveikatą kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, rėmėmės socialiniais sveikatos determinantais, kurie apibrėžia sąlygas, formuojančias individo gyvenimą nuo gimimo iki senatvės. Šios sąlygos yra glaudžiai susijusios su pasauliniu, nacionaliniu ir vietiniu finansinių išteklių, galios ir kitų turtų paskirstymu [128]. Taip pat atsižvelgėme į mokslininkų migracijos skirstymą: ikimigracinis etapas (kilmės šalyje patiriami stresoriai), migracijos procesas (migruojant patiriami stresoriai) ir pomigracinis etapas (priimančioje šalyje patiriami ir su akultūracija susiję stresoriai) [45, 129, 130]. Šio darbo tikslams aktualūs visi trys migracijos etapai ir jų metu patiriami stresoriai siekiant suprasti, su kokiais galimais sveikatos sutrikimais atvyksta migrantai į priimančiąją šalį, tačiau daugiausia dėmesio skiriama psichikos sveikatą lemiantiems veiksniams, nes gera psichikos sveikata yra suprantama kaip gerovės būseną, kai žmonės gali realizuoti savo gebėjimus, įveikti stresą, produktyviai dirbti ir prisidėti prie bendruomenės gyvenimo [131].

2.4.1. Migrantų ligotumas ir mirtingumas

2.4.1.1. Prieglobsčio prašytojų ligotumo ir mirtingumo apžvalga

Prieglobsčio prašytojų ligotumo ir mirtingumo kilmės šalyje apžvalga. Kai kuriems migrantams gali kilti ypatinga rizika susirgti neinfekcinėmis ligomis, atsirandančiomis dėl nutukimo ir nepakankamo fizinio aktyvumo, nes kilmės šalyse jie sirgo įvairiomis ligomis, gyveno nepalankiomis gyvenimo sąlygomis, dirbo nesaugų darbą ir patyrė įvairių traumų [38].

Remiantis PSO duomenimis (2021), Indijoje, Libane, Irane, Irake, Sirijoje neužkrečiamos ligos sudaro atitinkamai nuo 49 proc. iki 74 proc. visų

mirčių, o pagrindinė mirties priežastis yra išeminė širdies liga ir siekia atitinkamai nuo 85 iki 146 atvejų 100 000 gyventojų. Vis dėlto, siekiant išsamiau įvertinti prieglobsčio prašytojų sveikatą ir galimą sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, būtina atsižvelgti į kitas pagrindines mirtingumą lemiančias ligas pagal konkrečias šalis. Irane, Libane didelis mirtingumas nuo vėžio, cukrinio diabeto, inkstų ligų, Alzheimerio ligos ar demencijos. Irake, Sirijoje didelis mirtingumas ne tik nuo cukrinio diabeto, inkstų ligų, bet ir nuo priešlaikinio gimdymo komplikacijų, įimtų anomalijų, tarpasmeninio ar masinio smurto. Indijoje didelis mirtingumas ne tik dėl cukrinio diabeto, bet ir dėl diarėjos, tuberkuliozės, kepenų cirozės [132]. Kongo Demokratinėje Respublikoje labai didelis mirtingumas dėl įimtų anomalijų, Kamerūne – nuo diabeto ir siekia 21,11 atvejų 100 000 gyventojų 2019 m. [133]. Afganistane, kitaip nei kitose šalyse, pagrindinė mirties priežastis yra ne išeminė širdies liga (80,5 atvejų 100 000 gyventojų), tačiau didelio masto smurtavimas ir teisinis smurto pateisinimas (100 000 gyventojų tenka 121,8 smurtavimo atvejų). Kitos dažniausios mirties priežastys Afganistane yra priešlaikinio gimdymo komplikacijos, tymai, tuberkuliozė [132, 133].

Prieglobsčio prašytojų, atvykusių į Lietuvą 2021 m., ligotumo apžvalga. Remiantis Valstybinės ligonių kasos pateiktais 2021 06–2021 12 laikotarpio duomenimis (šiuo laikotarpiu fiksuotas didžiausias migrantų be dokumentų srautas) apie ligas ir suteiktas ambulatorines ir stacionarines paslaugas, dažniausiai prieglobsčio prašytojai (nuo 18 metų) į sveikatos priežiūros įstaigas kreipėsi dėl bendro sveikatos patikrinimo ir ištirimo: „Kitas specialus asmenų, neturinčių nusiskundimų ar nustatytos diagnozės, sveikatos patikrinimas ir ištirimas“ (1 083 atvejai), „Ištirimas ir apsilankymas dėl administracinių priežasčių“ (560 atvejų), „Asmenų, neturinčių nusiskundimų ar nustatytos diagnozės, bendras sveikatos patikrinimas ir ištirimas“ (473 atvejai), „Asmens apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigose dėl kitokio konsultavimo ar patarimo, neklasifikuojamo kitur“ (272 atvejai) (suma eurais, už kurią suteikta paslaugų pagal šiuos diagnozių pogrupius – daugiau nei 60,5 tūkst. eurų). Kitos dažniausios ligos: pilvo ir dubens skausmas (588 atvejai), peršalimas (478 atvejai), ūminės viršutinių takų kvėpavimo infekcijos (473 atvejai), gastritas ir duodenitas (318 atvejų), dorsalgija (281 atvejis), galvos skausmas (259 atvejai), dantų ėduonis (256 atvejai), ūminis tonzilitas (245 atvejai), pulpos (241 atvejai), skausmas, neklasifikuojamas kitur (226 atvejai), cistitas (219 atvejų), ūminis bronchitas (173 atvejai), kontaktas su sergančiais užkrečiamomis ligomis (80 atvejų), epilepsija (53 atvejai). Pažymėtina, kad nustatyti tik 42 atvejai dėl reakcijos į didelį stresą ir adaptacijos sutrikimai. Kitiems diagnozių pogrupiams priskirta daugiau kaip 1 600 pavienių atvejų (rašto Nr. (1.6) 150000–S–19, 2022).

2.4.1.2. Pabėgėlių iš Ukrainos ligotumo ir mirtingumo apžvalga

UNHCR atlikto tyrimo duomenimis (2023) net 22 proc. respondentai iš 17,7 tūkst. visų Ukrainos pabėgėlių nurodė, kad namų ūkyje yra mažiausiai bent vienas asmuo, turintis specifinių poreikių; 13 proc. sudaro vyresnio amžiaus asmenys, kurie dažniau serga sunkiomis ligomis (37 proc.) ar turi negalią (21 proc.) [134]. Lėtinės neužkrečiamos ligos labiausiai paplitusios tarp suaugusiųjų: maždaug trečdalis ukrainiečių serga hipertenzija [59], kiek daugiau nei 7 proc. suaugusiųjų serga cukriniu diabetu [135]. Tikėtina, kad daugelis pabėgėlių iš Ukrainos turi potencialią riziką tapti pagrindine Europos visuomenės dalimi, kuri pradės dar dažniau sirgti lėtinėmis širdies ir kraujagyslių bei kvėpavimo takų ligomis, vėžiu ir diabetu [39].

Remiantis PSO duomenimis (2021), Ukrainoje neužkrečiamos ligos sudaro 73 proc. visų mirčių, o pagrindinė mirties priežastis yra išeminė širdies liga – ji siekia 663 atvejus 100 000 gyventojų (palyginti Lietuvoje mirtingumas nuo neužkrečiamų ligų sudaro 78 proc. visų mirčių, o mirtingumas nuo išeminės širdies ligos sudaro 522 atvejus 100 000 gyventojų). Ukrainoje taip pat didelis mirtingumas nuo Alzheimerio ligos ir kitų demencijų, kepenų cirozės, vėžio bei aukštas savižudybių skaičius – atitinkamai nuo 35 iki 21 atvejo 100 000 gyventojų [132]. Pabėgėlių iš Ukrainos, atvykusių į Lietuvą, ligų paplitimas Valstybinės ligonių kasos atskirai neišskirtas dėl jiems suteikto teisinio statuso, todėl apžvalga apie jų sveikatą neteikiama.

2.4.2. Socialiniai migrantų sveikatą veikiantys veiksniai

Teigiama, kad asmens sveikata priklauso nuo socialinės padėties: kuo žemesnė socialinė ir ekonominė padėtis, tuo blogesnė sveikata [128, 136]. Socialiniai sveikatą lemiantys veiksniai gali būti gaunamos pajamos ir socialinė apsauga, švietimas, užimtumas, darbo sąlygos, maisto trūkumas, apgyvendinimas, būtiniausi patogumai ir aplinka, ankstyvosios vaikystės raida, socialinė įtrauktis ir nediskriminavimas, struktūriniai konfliktai, prieiga prie tinkamos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų už prieinamą kainą [47, 136]. Tiek socialiniai, tiek ekonominiai ar aplinkos veiksniai lemia 30–55 proc. sveikatos [44, 49, 128]. Bet koku atveju, PSO Sveikatos socialinių determinantų komisijos parengtas modelis padeda suprasti, kaip socialinė ir ekonominė politika veikia migrantų sveikatos ir socialinius poreikius [137, 138]. Tačiau kalbant apie socialinius sveikatą lemiančius veiksnius, kiti moksliniai tyrimai atkreipia dėmesį, kad sveikatą lemiančiu veiksmu turi būti laikoma pati migracija [19].

2.4.2.1. Migrantų sveikatą lemiantys veiksniai skirtingais migracijos etapais

2.4.2.1.1. Ikimigraciniai veiksniai ir jų įtaka sveikatai

Nepakankamai išvystyta sveikatos priežiūros sistema migrantų kilmės šalyse. Svarbus socialinis veiksnys, lemiantis migrantų fizinę ir psichikos sveikatą ir turintis didžiulę įtaką jų poreikiams, yra nepakankamai išvystyta sveikatos priežiūros sistema migrantų kilmės šalyse. Azijos šalių (Irakas, Libanas) sveikatos priežiūros sektorius po ilgus metus trukusių karinių konfliktų, nestabilumo ir COVID-19 pandemijos negali tinkamai pasirūpinti žmonių sveikatos poreikiais [21]. Azijos ir Afrikos šalys neturi sveikatos priežiūros sistemos finansinės strategijos, fragmentinė teisinė bazė ir jos (ne)įgyvendinimas, nepakankamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius ir pakankamai žema jų profesinė kompetencija, neveikia saugaus vaistų vartojimo ir receptinių bei nereceptinių vaistų išdavimo mechanizmas, ribotas vaistų prieinamumas ir įperkamumas, vakcinų trūkumas, netolygus pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pasiskirstymas, sena infrastruktūra, sveikatos priežiūros kokybė viešojo sektoriaus įstaigose neatitinka žmonių lūkesčių ir kokybės standartų [139–142].

Skurdas. Pabėgėliai neretai atvyksta iš neturtingų šalių, kur dauguma gyventojų gyvena žemiau skurdo ribos (2021 m. duomenimis, 90 proc. sirų ir afganistaniečių namų ūkių gyveno didžiuliame skurde) [139]. Dėl skurdo ir klimato kaitos susidaro palankios sąlygos infekcinėms ligoms plisti. Migrantai yra ypač pažeidžiami ligų, kurių galima išvengti pasiskiepijus, pvz., tymų, tuberkuliozės ir hepatito, su maistu bei vandeniu plintančių infekcinių ligų. Dėl karo Ukrainoje sutrikus grūdų tiekimui iškilo bado grėsmė, nes išaugus duonos kainai Libane gyventojai jos neįperka, o maisto poreikis vienai šeimai per mėnesį Libane išaugo 351 proc., Sirijoje – 97 proc., Jemene – 81 proc. [143]. Dėl degalų trūkumo, klimato kaitos trinka geriamojo vandens tiekimasis, todėl didėja rizika užsikrėsti infekcinėmis ligomis, pvz., cholera [139, 141, 144]. Mažas ir vidutinės pajamas gaunančiose šalyse paplitęs ligotumas glaudžiai susijęs su negalia, priešlaikinėmis mirtimis, netikėtomis hospitalizacijomis ir didelėmis išlaidomis sveikatos priežiūrai [145]. Aukštas nedarbo lygis, ribotos ekonominės galimybės, nekokybiškų paslaugų teikimas, didelis gyventojų pažeidžiamumas, priverstinė migracija neigiamai veikia gyventojų sveikatą [146].

Trauminiai įvykiai. Nuo karo bėgantys asmenys patiria karo traumų [32], bloginančių gyvenimo kokybę [147]. Neigiami gyvenimo įvykių vertinimai taip pat yra susiję su PTSD ir depresijos simptomais [148–150].

Trauminiai įvykiai, atitinkamai nuo patirto įvykio laiko, gali būti priskiriami visiems trimis migracijos etapams.

2.4.2.1.2. Migracijos metu patiriami stresoriai ir įtaka migrantų sveikatai

Migracija neigiamai veikia migranto ir fizinę, ir psichikos sveikatą. Migracijos metu patiriami fiziniai sužalojimai ir traumos tiek asmeninės kelionės metu, tiek neteisėtų pabėgėlių apgręžimo procedūros metu. Taip pat migrantų sveikata blogėja dėl užtrukusios migracijos, nes žmonės patiria diskriminaciją, nepatenkinami jų socialiniai poreikiai, jie gauna ribotas arba nekokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas [151]. Dalis sveikatos sutrikimų ar sužalojimų daro didelę įtaką ir tolesnei migranto gyvenimo kokybei [152]. Migrantai patiria ir evakuacijos traumų, kurios neigiamai veikia sveikatą [33–35].

Kadangi migrantų populiacija labiau už vietinius gyventojus kenčia nuo širdies ligų, diabeto, alergijų, virškinimo, urogenitalinių ir dermatologinių problemų [153], jie būna jautresni įvairioms tarp žmonių plintančioms ligoms – nuo lytiškai plintančios ŽIV iki oro lašiniu būdu plintančių COVID-19 ir tuberkuliozės [154–156]; dėl šaltų orų ir drėgnų drabužių, didelio žmonių skaičiaus apgyvendinimo centruose yra didesnė sergamumo rizika [29].

2.4.2.1.3. Pomigraciniai stresoriai ir įtaka sveikatai

Atvykusių į priimančiąją šalį migrantų laukia kiti stresoriai. Atlikti moksliniai tyrimai nustatė tam tikrų socialinių ir demografinių veiksnių bei konkrečių psichikos sveikatos sutrikimų ryšį. Pomigracinių stresorių įtaka sveikatai taip pat yra susijusi ir su kitais migracijos etapo patiriamais stresoriais. Su *nerimo* simptomais buvo susijęs pabėgėlio statusas [34, 43], sergamumas cukriniu diabetu, didelis asmenų skaičius gyvenamajame būste (namų perpildymas), patiriamas stresas, amžius nuo 18 iki 20 metų ir mažos mėnesio pajamos [43]. Su *depresijos* – socialinės paramos trūkumas [43], ilgesnė buvimo trukmė priimančiojoje šalyje [34, 44], žemesnis išsilavinimas [44, 53], mažos mėnesio pajamos [43, 44, 53], gyvenimas vienam, mažesnis socialinis aktyvumas, blogesnė fizinė sveikata [53]. Kiti tyrėjai atkreipia dėmesį į migrantų patiriamas akultūracijos ir žiniasklaidos traumas, lemiančias jų sveikatą [33–35].

2.4.3. Psichikos sveikatos sutrikimai ir juos lemiantys socialiniai ir demografiniai veiksniai

Kas penktas asmuo, kuris per pastarąjį dešimtmetį gyveno konflikto metu, atitinka psichikos sveikatos sutrikimo kriterijus [157]. Pabėgėliai ir prieglobsčio

prašytojai pasižymi aukštais nuolatinio PTSD ir depresijos rodikliais [36], dažniau patiria nerimą [37, 156], nuotaikos svyravimus, panikos priepuolius, nemigą, stresą [37, 39], dažnai jaučia beviltiškumą, nuovargį, dirglumą, pyktį arba skausmus [37], paranoją, psichozę [38]. PTSD, depresija ir nerimas neretai sukelia negalią [57]. Mokslinių tyrimų nustatyta, kad migrantų psichikos sveikatą lemia amžius, lytis, užimtumas, pajamos, išsilavinimas, kalbų mokėjimas, gyvenimo sąlygos ir kiti socialiniai bei demografiniai veiksniai, juos toliau aptarsime.

Amžius. Įrodyta, kad jaunesnis amžius yra susijęs su psichikos sutrikimais. Jaunesnio amžiaus migrantai dažniau nei vyresnio amžiaus migrantai patiria nerimą [43], didesnį psichologinį išgyvenimą [51], PTSD [57]. Tačiau kiti moksliniai tyrimai papildė, kad vyresniems migrantams, kitaip nei jaunesnio amžiaus migrantams, kyla didesnis pagalbos poreikis dėl psichikos sveikatos sutrikimų ir psichosocialinės paramos [59].

Lytis. Moterys yra pažeidžiama grupė, kuriai, kaip teigiama, reikia daugiausiai pagalbos dėl neužkrečiamų ligų, psichikos sutrikimų ir psichosocialinės paramos [59]. Migruojančios moterys dažiau nei vyrai susiduria su sunkumais, susijusiais su sveikatos priežiūros sistema dėl bendravimo, psichologinių, socialinių, dvasinių ir religinių, struktūrinių, ekonominių ir kultūrinių kliūčių [86, 158], todėl moterų psichikos sutrikimų paplitimo dažnis yra didesnis nei vyrų [36, 46, 51, 60]. Taip pat moterys dažniau nei vyrai patiria sunkumų, susijusių su motinos, naujagimio ir vaiko bei seksualine ir reprodukcinė sveikata [39]. Dažniau patiriamas psichologinis stresas, depresijos simptomai, nerimas sietini su blogesne moterų gyvenimo kokybe [32].

Užimtumas ir pajamos. Migrantų, kurie neturėjo darbo arba dirbo ne visą darbo dieną, psichikos sveikata buvo blogesnė nei migrantų, kurie dirbo visą darbo dieną [50, 51]. Užimtumo lygis nulemia ir migrantų gebėjimą spręsti kilusius iššūkius [159]. Migrantams, patiriantiems nesaugias gyvenimo ir darbo sąlygas, gali grėsti didesnė psichikos sveikatos sutrikimų rizika nei daugumai gyventojų [44]. Finansiniai sunkumai nulemia blogesnę psichikos sveikatą [50], mažos mėnesio pajamos turi įtakos depresijos simptomams atsirasti [43, 44, 53]. Taip pat pastebėta, kad vidutinės pajamos arba mažas pajamas gaunančiose šalyse yra didesnis nerimo paplitimas [57].

Išsilavinimo lygis. Teigiama, kad žemas išsilavinimo lygis lemia vakcinacijos sėkmingumą [160, 161], kas aktualu dėl infekcinių ligų plitimo valdymo. Žemesnis išsilavinimas taip pat susijęs su dažnesniais depresijos simptomais [44, 53]. Įrodyta, kad žemas išsilavinimo lygis ir užimtumo lygis teigiamai koreliuoja su veiksmingomis migrantų įveikos strategijomis ir gebėjimais spręsti kilusius iššūkius [159].

Kalbų mokėjimas. Įrodytas reikšmingas ryšys tarp mažesnio kalbos skaičiaus mokėjimo ir didesnio psichiatrinių ligų simptomų bei psichikos sutrikimų paplitimo ir (arba) simptomų sunkumo [58]. Migrantų, kurie menkai mokėjo anglų [50] ar lenkų kalbą [51], psichikos sveikata buvo blogesnė nei migrantų, kurie mokėjo užsienio kalbą [50, 51]. Kalbos išmokimo poveikis teigiamai lemia psichikos sutrikimų paplitimą [162] ir (arba) simptomų sunkumą [53, 54, 62].

Fizinis aktyvumas. Nustatytos sąsajos tarp psichikos sveikatos sutrikimų ir fizinio aktyvumo. Įrodyta, kad stresą, nerimą ir depresiją lemia mažas fizinis aktyvumas [53, 63]. Tačiau kiti moksliniai tyrimai paaiškina, kad migrantų fizinę sveikatos būklę neigiamai veikia migracijos metu patirti sunkumai [38].

Gyvenimo sąlygos. Psichikos sveikatai turi įtakos apgyvendinimo tipas [45, 52] ir apgyvendinimo sąlygos [45, 52, 53]. Migrantų, kurie gyveno prastuose būstuose, psichikos sveikata buvo blogesnė [50]. Taip pat įrodyta, kad psichikos sveikatą neigiamai veikia kolektyvinis apgyvendinimas, nes kolektyvinio apgyvendinimo įstaigos skiriasi nuo privačių apgyvendinimo įstaigų struktūra, aplinka ir su ja susijusiomis socialinėmis galimybėmis, teisiniais apribojimais, atsirandančiais dėl prieglobsčio suteikimo proceso, ir asmens pasitenkinimo gyvenamuoju būstu lygiu [45, 52].

Informacijos trūkumas. Vertinant psichikos sveikatos sutrikimų ir informacijos trūkumo sąsajas, moksliniuose tyrimuose išskiriami du veiksniai, turintys įtakos psichikos sveikatai. Tai yra prieigos prie informacijos trūkumas [47, 55] ir informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugas trūkumas [55, 56].

Socialiniai ryšiai ir parama. Įrodyta, kad migrantų, kurie mažiau bendravo su socialinės paramos tinklais, psichikos sveikata buvo blogesnė [50]. Socialinės paramos trūkumas susijęs su depresijos simptomų atsiradimu [43]. Nustatyta, kad menka socialinė parama ir informacijos apie veiksmus, kurių derėtų imtis siekiant sumažinti streso, depresijos ir nerimo paplitimą, trūkumas yra susiję [55, 56].

Lygybė ir teisės. Migrantai yra vieni iš pažeidžiamiausių visuomenės narių ir dažnai susiduria su diskriminacija. Nėkokiškos gyvenimo, būsto ir darbo sąlygos ir netinkama arba ribota prieiga prie sveikatos priežiūros paslaugų neigiamai veikia migrantų psichikos sveikatą [48]. Diskriminacija ir ksenofobija, kurią migrantai praneša patiriantys vis dažniau, ypač po COVID-19 pandemijos, taip pat gali turėti įtakos migrantų sveikatai ir gerovei [47]. Bendras sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo politikos modelis rodo, kad daugelis šalių, įskaitant Lietuvą, pripažįsta būtinybę migrantams suteikti vienodas galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant galimybę nemokamai gauti su COVID-19 susijusias skubias sveikatos priežiūros paslaugas [163]. Tačiau tyrimai rodo, kad formaliai suteikiama prieiga dar nereiškia, kad asmenys iš tikrųjų gali naudotis jų poreikius atitinkančiomis

sveikatos priežiūros paslaugomis [164]. Migrantai dažnai neįtraukiami į nacionalines sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, gydymo ir priežiūros programas [48]. „Lygybę ant popieriaus“ patvirtina ir MIPEX rodiklis, matuojantis integracijos politiką 56 šalyse 8 politikos srityse, pagal kuri Lietuvai skirti 37 balai iš 100 (MIPEX vidurkis – 49 balai) (sveikatos politikai skirtas 31 balas). Lietuvai vykdant ribojamąją migrantų politiką, kai migrantai traktuojami kaip grėsmė, visuomenė patiria didesnę ksenofobijos ir islamofobijos lygį ir mažesnę socialinį pasitikėjimą migrantais [165].

Integracija. Nors psichikos sveikatos sutrikimai ir jų paplitimas tarp migrantų dažnai siejamas su ikimigracijos ir su migracija susijusiais veiksniais, naujausi tyrimai atkreipia dėmesį į pomigracinius veiksnius, pavyzdžiui, integraciją, kaip pabėgėlių psichikos sveikatos padarinių prognozes [45, 130]. Integracijos metu patiriami sunkumai, tokie kaip biurokratinės kliūtys, socialinis atsiribojimas, gali neigiamai paveikti psichikos sveikatą [41, 45], todėl reikia nuolatinės, ilgalaikės psichikos sveikatos priežiūros po pradinio persikėlimo į priimančiąją šalį laikotarpio [36]. Stresą didina ir nežinomybė dėl ateities [60], o sėkminga integracija susijusi su ateities užtikrintumu.

Statusas. Nustatyta migrantų sveikatos ir jiems suteikto statuso sąsaja. Vokiečių atliktame tyrime buvo nustatyta depresijos simptomų ir migranto statuso vyresniame amžiuje sąsaja [40]. Italų atliktame tyrime net 31 proc. atrankoje dalyvavusių migrantų, daugiausia jaunų vyrų, turėjo PTSD, iš kurių 60 proc. dėl patirtų trauminių įvykių savo kilmės šalyje, 89 proc. – dėl migracijos metu patirtų trauminių įvykių. Taip pat buvo įvardijama ir buvimo pabėgėliu trauma [42].

Religija. Įrodyta, kad religija ir dvasingumas lemia migrantų psichikos sveikatos būklę, o dvasinių poreikių suaktyvinimas padeda sumažinti neigiamą disfunkcinės situacijos vertinimo poreikį, kuris tiesiogiai susijęs su blogesne psichikos sveikata ir neigiama religine įveika [166].

Psichikos sveikatos sutrikimai ir jų paplitimas tarp migrantų siejamas su ikimigraciniais, su migracija susijusiais ir pomigraciniais veiksniais. Skirtingais migracijos etapais žmonės veikia skirtingi stiprūs stresoriai. Psichikos sveikatos sutrikimai siejami su tokiais veiksniais, kaip antai gyvenimo sąlygos ir socialinė gerovė, o psichikos sveikatą veikiantys socialiniai, ekonominiai ar aplinkos veiksniai yra susiję. Konfliktų metu psichikos sutrikimų labai padaugėja dėl žmonių patiriamų įvairaus pobūdžio traumų ir nežinios. Pabėgėliai ir prieglobsčio prašytojai patiria daugybę psichikos sutrikimų, o ypač – nerimą, depresiją ir PTSD. Taip pat didelę įtaką migrantų psichikos sveikatai turi ir socialiniai bei demografiniai veiksniai. Žmonių reakcija į stresorius ir šių poveikis jų psichikos sveikatai priklauso nuo amžiaus ir lyties, o tai, kaip migrantas adaptuosis naujoje aplinkoje, priklauso nuo daugybės ne tik išorinių socialinių veiksnių, bet ir paties žmogaus turimų įgūdžių ir gebėjimų.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Tyrimo metodai ir jų pagrindimas

Naudotas mišrių tyrimų (trianguliacijos) metodas atsižvelgiant į išsikeltus tyrimo uždavinius.

Kokybinis tyrimo metodas naudojant pusiau struktūruotą interviu. Kokybiniai tyrimai naudojami sudėtingiems procesams, išgyvenimams, emociniam turiniui tirti; padeda suprasti ir interpretuoti socialinį pasaulį ir susitelkia ne į statistinius duomenis, o žmogiškąsias patirtis apie tam tikrą populiaciją ar reiškinio paplitimą. Interviu metodo pranašumas – galima atrasti gilesnius nagrinėjamos problemos ar reiškinio sluoksnius, atskleisti patyrimus [167]. Pusiau struktūruotas pobūdis leidžia lanksčiau vesti interviu, nes, atsižvelgiant į dalyvio atsakymą, galima patikslinti klausimą [168].

Kiekybinis tyrimo metodas naudojant anketinę apklausą internetu ir dalijant popierines anketas. Kiekybinių tyrimų pranašumas yra galimybė tyrėjui sistemingai kategorizuoti, apibendrinti ir iliustruoti savo pastebėjimus, suprasti tiriamą reiškinį ir padaryti išvadas apibrėžtoje siauroje grupėje [169]. Šiame tyrime naudojami instrumentai: Hopkinso simptomų kontrolinis sąrašas (HSCL–25, angl. *Hopkins Symptom Checklist*) [170], Harvardo traumos klausimynas (HTQ, angl. *Harvard Trauma Questionnaire*) [171], trumpoji sveikatos apklausos forma (SF–36, angl. *Medical Outcome Study Short Form Health Survey*) [172, 173] siekiant įvertinti įvairias psichikos sveikatos apraiškas, įskaitant nerimą, depresiją, PTSD, bei fizinę sveikatą.

Kokybinė turinio analizė pasirinkta dėl galimybės sutraukti didelės apimties informaciją, pagal turinį ir prasmę sujungti tyrimo duomenis į kategorijas ir subkategorijas bei formuluoti empiriniais duomenimis pagrįstas išvadas. Kokybinių duomenų analizės tikslas – atskleisti išryškėjusias temas, dėsnius, potyrius, įžvalgas ir supratimą [174]. Duomenims apdoroti taikyta indukcinė kokybinė turinio analizė [175], kai duomenims nėra primetamos aiškos teorijos [174].

3.2. Tyrimo dalyviai

Tyrime dalyvauti buvo kviečiami prieglobsčio prašytojai, kurie į Lietuvą atvyko nelegaliai kirtę Baltarusijos–Lietuvos sieną nuo 2021 m. birželio ir vėliau, bei pabėgėliai, į Lietuvą atvykę iš Ukrainos dėl 2022 m. vasario 24 d. prasidėjusio karo. Taikyti įtraukimo ir atmetimo kriterijai pateikiami 1 lentelėje. Iš viso kiekybiniame tyrime dalyvavo 507 prieglobsčio prašytojai ir

pabėgėliai iš Ukrainos. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių amžius – nuo 19 iki 72 metų.

1 lentelė. Respondentų įtraukimo ir atmetimo kriterijai

Tikslinė grupė	Prieglobsčio prašytojai (pirmas etapas)	Pabėgėliai (antras etapas)
Įtraukimo kriterijai	Į Lietuvą atvykę nelegaliai kirtę Baltarusijos–Lietuvos sieną; atvykę nuo 2021 m. birželio mėnesio ir vėliau; apgyvendinti migrantų priėmimo centruose; vyresni nei 19 metų.	Į Lietuvą atvykę iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos pradėto karo; atvykę nuo 2022 m. vasario 24 d.; atvykę iki 2022 m. vasario 24 d. ir negalintys grįžti į namus Ukrainoje; Lietuvoje gyvenantys ilgiau nei keturias savaites; vyresni nei 19 metų.
Atmetimo kriterijai	Nelydimi vaikai; asmenys, nesuprantantys anglų, arabų, prancūzų kalbų; asmenys, atsisakę arba nepanorę dalyvauti tyrime.	Nelydimi vaikai; asmenys, nesuprantantys rusų kalbą; asmenys, atsisakę arba nepanorę dalyvauti tyrime.

3.3. Imties dydžio nustatymas

Kokybiniais tyrimams imties dydis taikytas siekiant teorinio prisotinimo. Pusiaus struktūruotame interviu dalyvavo 21 prieglobsčio prašytojas, nelegaliai atvykęs į Lietuvą per Baltarusiją, ir 22 pabėgėliai iš Ukrainos, į Lietuvą atvykę dėl Ukrainoje 2022 m. vasario 24 d. prasidėjusio karo.

Kiekybiniais tyrimams tiriamųjų imčiai sudaryti pasirinkta netikimybinė tikslinė tiriamųjų imties atranka. Imties dydis apskaičiuotas remiantis Cochran formule [176]. Apskaičiuojant prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių imčių dydžius buvo daroma prielaida, kad PTSD bei psichikos sveikatos sutrikimų dažnis tarp pabėgėlių siekia 31,5 proc., o statistinio reikšmingumo lygmuo yra 0,05 [36]. Atitinkamai remiantis šiomis reikšmėmis, apskaičiuotas tyrimo imčių dydis kiekvienoje tiriamųjų grupėje yra 332 respondentai.

Prieš pradėdant tyrimą pirmojo tyrimo etapo metu Lietuvoje migrantų apgyvendinimo centruose buvo apgyvendinti 2 072 (iš 4 300 visų asmenų) vyresni nei 19 metų nelegaliai sieną kirtę prieglobsčio prašytojai (duomenys pateikti centrų vadovų). Lietuvoje buvo registruota apie 32 000 (iš 50 000 visų asmenų, tačiau duomenys yra preliminarūs, nes dėl aktyvaus judėjimo duomenys kiekvieną dieną kito) vyresnių nei 19 metų ukrainiečių [177].

Tyrimė dalyvavo ir įtraukimo kriterijus atitiko 143 prieglobsčio prašytojai ir 364 pabėgėliai iš Ukrainos.

3.4. Tyrimo instrumentai

3.4.1. Pusiau struktūruotas interviu

Siekiant identifikuoti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių iš Ukrainos sveikatos ir socialinius poreikius buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu. Interviu klausimai sudaryti remiantis mokslinės literatūros apžvalgos duomenimis ir visuomenėje keliama aktualiais klausimais dėl migrantų socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikių ir galimybių. Atliktas bandomasis interviu dėl klausimų formuluotės aiškumo abiem migrantų grupėms ir vertimo tikslumo. Klausimai konstruoti taip, kad tiktų prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių iš Ukrainos grupėms. Pusiau struktūruotą interviu sudarė 15 klausimų apie sveikatą ir socialinę gerovę. Interviu vyko anglų, arabų ir rusų kalbomis. Respondentų buvo teirautasi apie jų lūkesčius atvykstant į Lietuvą, išvelgtus teigiamus ir neigiamus dalykus Lietuvoje, informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų gavimą, patirtis dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Lietuvoje, COVID-19 ligą ir su COVID-19 susijusia gauta informacija, kultūrinius skirtumus tarp Lietuvos ir jų gimtosios šalies bei skirtumų įtaką, lietuvių kalbos mokymosi galimybes, darbo ir (arba) išsilavinimo galimybes, gyvenamąjį būstą, laisvalaikio praleidimą Lietuvoje ir gimtojoje šalyje, artimų žmonių ratą bei integracijos galimybes Lietuvoje. Dalyvių taip pat buvo paprašyta pateikti pasiūlymų dėl sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo gerinimo.

3.4.2. Harvardo traumos klausimynas

Harvardo traumos klausimynas (HTQ, angl. *Harvard Trauma Questionnaire*) sudarytas Harvardo pabėgėlių traumos programos. Klausimynas išverstas į daugelį kalbų, yra šešios klausimyno versijos, atitinkamai adaptuotos skirtingoms šalims, todėl skirtingos kalbos klausimynas turi nevienodą skaičių klausimų. Mūsų tyrime buvo naudotas klausimynas anglų, arabų, prancūzų ir rusų kalbomis, kurį sudaro 4 dalys ir papildomas kankinimų istorijos klausimynas. Klausimynu teiraujamasi apie įvairius trauminius įvykius ir emocinius simptomus, kurie, kaip manoma, yra unikaliai susiję su trauma. Pirmoje traumos įvykių dalyje ir kankinimų istorijos poskyryje identifikuojami patirti trauminiai įvykiai. Traumos įvykiai grupuojami į šias pagrindines kategorijas: materialinis nepriteklis, į karą panašios sąlygos,

kūno sužalojimai, priverstinis įkalinimas ir prievarta, priverstinis kenkimas kitiems, artimųjų dingimas, mirtis ar sužalojimas, smurto prieš kitus liudininkai, smegenų sužalojimas. Prie kiekvieno punkto respondentas pažymėjo, jis patyrė ar nepatyrė tam tikrus stresorius. Antroje asmeninės patirties aprašymo dalyje dalyvis galėjo aprašyti patirtus pačius baisiausius trauminius įvykius, kurie tyrėjui suteikė galimybę susipažinti su respondentų subjektyviais išgyvenimais. Trečioje galvos trauma dalyje respondento buvo klausiama apie tiesioginius galvos sužalojimus (uždusimą, paskendimą, badą), kurie galėjo sukelti smegenų pažeidimus. Ketvirtoje, trauma simptomų dalyje, dalyvių buvo prašoma įvardyti pačius baisiausius gyvenimo įvykius per pastarąją savaitę, kur 1–16 teiginiai atitiko PTSD, kiti teiginiai atitiko distreso simptomus. Atsakymai buvo vertinami 4 balų skale nuo „visai ne“ (1) iki „labai daug“ (4) [171].

Remiantis klausimyno vadovu, įgytu mokamai kartu su licencija naudoti Harvardo pabėgėlių traumos programos kurtus klausimynus, pirma–trečia klausimyno dalys nėra skirtos skaitmeniniams rezultatams gauti, todėl nenustatyta atsakymų skaičiavimo metodika. Ketvirtos klausimyno dalies ribinė vertė – 2,5 balo. Kuo aukštesnis balas potrauminių elementų (1–16 klausimai) ir bendros elementų skalės (1–40 klausimai), tuo didesnė tikimybė, kad respondentui pasireiškė su trauma susiję simptomai.

3.4.3. Hopkinso simptomų kontrolinis klausimynas

Hopkinso simptomų kontrolinis klausimynas (HSCL-25, angl. *Hopkins Symptom Checklist*), kaip ir HTQ, sudarytas Harvardo pabėgėlių traumos programos ir matuoja nerimo ir depresijos simptomus. Įrodyta, kad Harvardo traumos ir Hopkinso simptomų kontrolinis klausimynas pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis ir dažnai naudojami tarp migrantų [178, 179]. Mūsų tyrime naudotas klausimynas anglų, arabų, prancūzų ir rusų kalbomis, kurį sudarė 10 su nerimu susijusių klausimų ir 15 klausimų, susijusių su depresija. Teiginiuose nurodoma, kiek tam tikri simptomai vargino asmenį per praėjusią savaitę. Atsakymai vertinami 4 balų skale nuo „visai ne“ (1) iki „labai daug“ (4).

Atsakymai buvo sumuojami ir dalijami iš atsakytų klausimų skaičiaus. Skaičiuojami šie balai: bendras balas yra 25 elementų vidurkis, nerimo balas yra 1–10 elementų vidurkis, o depresijos balas buvo 11–25 elementų depresijos elementų vidurkis [170]. Ribinė vertė – 1,75 balo. Kuo didesnis bendras balas, tuo didesnė tikimybė, kad respondentas patyrė psichikos sutrikimą.

3.4.4. Trumpa sveikatos apklausos forma

Naudojant *Trumpą sveikatos apklausos formą* (SF-36, angl. *Medical Outcome Study Short Form Health Survey*) buvo vertinta fizinė ir psichikos sveikata dalyvių požiūriu. Šis klausimynas yra plačiai naudojamas visame pasaulyje, jo pildymas užtrunka 5 min. ir tinkamas įvairiomis ligomis sergančių migrantų gyvenimo kokybei matuoti [180–182], reaguoja į depresijos sunkumą [183] bei yra nemokamas ir laisvai prieinamas. Mūsų tyrime naudotas klausimynas anglų, arabų, prancūzų ir rusų kalbomis, susidedantis iš 36 klausimų, kurie suskirstyti į 8 skales: fizinis aktyvumas, veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, socialiniai ryšiai, emocinė būseną, energingumas ir (arba) gyvybingumas, skausmas ir bendrasis sveikatos vertinimas. Šios 8 skalės skirstomos į dvi grupes – fizinių ir psichinių komponentų grupės. Klausimynu buvo vertinama pastarųjų keturių savičių savijauta. Kiekvienas klausimas naudojamas tik vienai sričiai apskaičiuoti. Kiekvienos skalės skaitinė reikšmė buvo nuo 0 iki 100 balų, kai 100 balų rodė geriausią savo sveikatos vertinimą [184].

3.4.5. Socialiniai ir demografiniai duomenys

Atliekant kokybinius tyrimus, prieglobsčio prašytojų dėl jų pažeidžiamumo buvo prašyta nurodyti lytį, amžių, kilmės šalį, šeiminių padėtį, statuso būseną, o pabėgėliams iš Ukrainos buvo pateikti socialiniai ir demografiniai klausimai apie amžių, lytį, išsilavinimą, šeiminių padėtį, vaikų iki 19 metų amžiaus skaičių, kalbų mokėjimą, gyvenamąją vietą, sveikatos problemas, užimtumą, darbo sritį, pajamas (USD), siekiant sudaryti išsamesnę dalyvių charakteristiką.

Atliekant kiekybinius tyrimus nelegaliai kirtusiems sieną prieglobsčio prašytojams ir Ukrainos karo pabėgėliams buvo pateikti tokie patys socialiniai ir demografiniai klausimai apie: amžių, lytį, šalį (iš kurios išvyko), išsilavinimą, šeiminių padėtį, vaikų iki 19 metų amžiaus skaičių, kartu atvykusių vaikų iki 19 metų amžiaus skaičių (tik prieglobsčio prašytojams norint nustatyti vaikų, kurie dar liko kilmės šalyje, skaičių ir atvejus, kai prieglobsčio prašytojai, deklaruojantys neturintys vaikų, tačiau į Lietuvą atvyko su nepilnamečiais vaikais), kalbų mokėjimą, gyvenamąją vietą, sveikatos problemas, užimtumą, darbo sritį, pajamas USD). Šiais klausimais siekta sužinoti ne tik pagrindines prieglobsčio prašytojų charakteristikas, bet ir išsiaiškinti jų sveikatos problemas, gaunamas pajamas ir profesiją bei nustatyti tarpusavio ryšius ir sąsajas su psichikos ir fizine sveikata. Dalyvių taip pat teirautasi, ar gali savarankiškai užpildyti klausimyną siekiant įvertinti

jų raštingumo lygį (aktualiausia nelegaliai sieną kirtusiems prieglobsčio prašytojams).

3.5. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo vykdomas dviem etapais. Tyrimo duomenų rinkimas vyko nuo 2022 m. gegužės 17 d. iki 2022 m. gruodžio 1 d.

Pirmajame tyrimo etape dalyvavo prieglobsčio prašytojai. Atliktas pusiau struktūruotas interviu ir anketavimas penkiuose iš penkių prieglobsčio prašytojų apgyvendinimo centruose iš anksto sutartomis dienomis, nuo 2022-05-17 iki 2022-05-25. Savaitė prieš tyrimo pradžią trijuose centruose dalyviai buvo pakviesti dalyvauti tyrime ir supažindinti su tyrimo tikslu, anonimiškumu, konfidencialumo užtikrinimu.

Interviu su prieglobsčio prašytojais vyko atskiroje prieglobsčio prašytojų apgyvendinimo centro skirtoje patalpoje siekiant užtikrinti dalyvių konfidencialumą. Interviu buvo įrašomas mobiliojo telefono programėle „Voice Memos“ prieš tai gavus dalyvių leidimą. Dalyviai pasirašė Informuoto asmens sutikimo formas. Interviu vyko anglų ir arabų kalbomis. Vidutinė interviu trukmė buvo apie 30 minučių. Interviu metu gauti įrašyti garso įrašai buvo perklausomi ir transkribuojami naudojant Microsoft Word programą.

Tyrimo dalyviams buvo pateikiamas popierinių klausimynų HTQ, HSCL-25, SF-36 rinkinys bei socialiniai ir demografiniai klausimai anglų, arabų ir prancūzų kalbomis. Klausimynus dalyviai pildė savarankiškai tam skirtoje atskiroje patalpoje arba savo gyvenamuosiuose kambariuose. Daugiakalbiai tyrėjai paaiškino neaiškius klausimus ir atsakydavo į visus iškilusius klausimus. Anketos buvo surenkamos tą pačią dieną arba, dalyvių prašymu, per kelias dienas. Vėliau visos popierinės anketos buvo suvestos į Microsoft Excel programą ir užkoduotos. Iš viso išdalinta 542 anketos, anketų grįžtamumas – 32,8 procento.

Antrajame tyrimo etape dalyvavo pabėgėliai iš Ukrainos. Atliktas pusiau struktūruotas interviu ir anketavimas. Interviu su pabėgėliais iš Ukrainos vyko 2022-07-30–2022-10-19 laikotarpiu Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto, ukrainiečių apgyvendinimo patalpose arba dalyvių pageidautoje viešojoje vietoje (kavinėje, parke). Dalyviai pasirašė Informuoto asmens sutikimo formas. Interviu buvo įrašomas mobiliojo telefono programėle „Voice Memos“ prieš tai gavus dalyvių leidimą. Penki tyrimo dalyviai nesutiko dėl interviu įrašymo, šių dalyvių interviu buvo užrašomas tekstine forma vieno arba dviejų tyrėjų, interviu tekstas suderintas su dalyviais. Interviu vyko rusų kalba. Dalyviams nesukėlė nepatogumų interviu metu bendrauti rusų kalba. Vidutinė visų interviu trukmė buvo apie 40

minučių. Interviu metu gauti įrašyti garso įrašai buvo perklausomi ir transkribuojami naudojant Microsoft Word programą.

Nuo 2022-07-28 iki 2022-12-01 socialinių medijų „Facebook“, „Viber“, „Telegram“ ukrainiečių grupėse buvo platintas internetinis klausimynų HTQ, HSCL25, SF-36 rinkinys bei socialiniai ir demografiniai klausimai. Taip pat buvo kreiptasi į Raudonojo kryžiaus, Carito, „Stiprūs kartu“ organizacijas, Ukrainos centrą, aktyvius su pagalba Ukrainai susijusius visuomenės veikėjus, savivaldybių administracijas, Ukrainos ambasadorius Lietuvos miestuose su prašymu padėti platinti anketą. Kvietimai dalyvauti tyrime buvo rusų ir ukrainiečių kalbomis, o klausimynai pateikti rusų kalba, kadangi tyrime naudojami validuoti klausimynai nėra išversti į ukrainiečių kalbą. Papildomai buvo išdalyta 20 popierinių klausimynų – anketų grįžtamumas buvo 90 procentų. Visos popierinės anketos suvestos į Microsoft Excel programą ir užkoduotos.

3.6. Tyrimo etika

Tyrimas atliktas remiantis Helsinkio deklaracija (2024), Lietuvos Respublikos akademinės etikos ir procedūrų kontrolieriaus tarnybos įsakymu (2020) patvirtintomis Atitikties mokslinių tyrimų etikai vertinimo gairėmis ir šiais etikos principais: patikimumo, sąžiningumo, pagarbos ir atskaitomybės. Mokslinių etikos principų būtina laikytis, kad būtų užtikrinamos tiriamųjų teisės, orumas ir gerovė bei mokslinių tyrimų kokybė.

Tyrimui atlikti gautas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedros Etikos komisijos leidimas (2022-03-24 Nr. (1.3)150000-KP-47, papildymai – 2022-05-11 Nr. (1.3)150000-KP-69, 2023-01-30 Nr. KT-39). Už *Harvardo pabėgėlių traumos programos* (angl. *Harvard Program in Refugee Trauma*) nustatytą mokesčių įgyta licencija dėl *Harvardo traumos klausimyno* ir *Hopkinso simptomų kontrolinio klausimyno* naudojimo bei klausimynų instrukcijos. Taip pat gautas leidimas šiuos klausimynus versti į prancūzų kalbą. Vertimas buvo atliktas laikantis instrumento vertimo gairių. Gautas *Harvardo pabėgėlių traumos programos* atstovų patvirtinimas dėl vertimo tinkamumo. Tyrime naudotos anglų, arabų, prancūzų ir rusų kalbų versijos. Taip pat gautas institucijos, atsakingos už nacionalinį saugumą, leidimas bei migrantų apgyvendinimo centrų vadovų leidimai atlikti tyrimą. *Trumpa sveikatos apklausos forma* yra prieinama viešai anglų, arabų, prancūzų ir rusų kalbomis, todėl papildomi leidimai nebuvo reikalingi.

Visiems šio tyrimo dalyviams buvo sudarytos sąlygos dalyvauti tyrime laisva valia ir savanoriškai. Visuose duomenų rinkimo etapuose dalyviai

galėjo bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo. Prieglobsčio prašytojams buvo iš anksto pateikti kvietimai dalyvauti kokybiniame ir kiekybiniame tyrime su informacija apie tyrimo tikslą, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimą, gautų duomenų panaudojimą anglų, arabų ir prancūzų kalbomis. Informacijoje buvo pabrėžta, kad dalyvavimas ar nedalyvavimas tyrime neturės jokios įtakos dalyvių sveikatos priežiūros ar prieglobsčio suteikimo nagrinėjimo tvarkai, o surinkti tyrimo duomenys bus naudojami tik tyrimui ir jie bus prieinami tik tyrėjams. Tai suteikė tyrimo dalyviams laiko prieš dalyvaujant tyrime susipažinti su pagrindine tyrimo informacija. Trijų iš penkių migrantų apgyvendinimo centrų (atitinkamai pagal centrų vadovų priimtą sprendimą) dalyviai apie tyrimo atlikimo laiką buvo informuoti iš anksto, tai leido tyrimo dalyviams apmąstyti savo norą dalyvauti tyrime ir aptarti su savo šeimos nariais. Dalyviai galėjo užduoti rūpimus klausimus tyrėjams nurodytais kontaktais (elektroniniu paštu ar nemokama tekstinių pranešimų ir pokalbių programėle *WhatsApp*) bei iš anksto informuoti apie savo apsisprendimą dalyvauti tyrime siekiant sumažinti bendravimą su kariškiais.

Visos anketos buvo anoniminės – vardų ar kitų asmens tapatybę patvirtinančių duomenų nebuvo klausiama. Anoniminės anketos platintos disertacinio darbo autorės ir daugiakalbio vyriškos lyties tyrėjo, kurio gimtoji kalba yra arabų – taip buvo užtikrinta galimybė atsakyti į iškilusius klausimus dėl tyrimo vykdymo ar anketos klausimų įvairių tautinių mažumų ir kultūrų atstovams. Neraštingiems tyrimo dalyviams buvo suteikta pagalba pildant klausimynus. Siekiant užsitikrinti dalyvių pasitikėjimą ir atsižvelgiant į prieglobsčio prašytojų pažeidžiamumą, platinant anketas pasitelkti socialiniai darbuotojai, psichologai ir (arba) Raudonojo kryžiaus atstovai. Sudarytos sąlygos užpildytą popierinį klausimyną pateikti po kelių dienų tiesiogiai tyrėjai arba vokus su užpildytomis anketomis įdėti į specialiai tyrimui skirtą pašto dėžutę. Tyrime dalyvavo ir LGBT atstovai – su visais buvo elgiamasi pagarbiai.

Interviu su prieglobsčio prašytojais vyko atskirose prieglobsčio prašytojų apgyvendinimo, o interviu su pabėgėliais iš Ukrainos vyko Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto patalpose ir dalyvių pasiūlytose vietose tokiu būdu užtikrinant dalyvių privatumą ir konfidencialumą. Dalyviai pasirašė Informuoto asmens sutikimo formą anglų, arabų, prancūzų ar rusų kalbomis (atitinkamai pagal mokamą kalbą), kuri buvo aptarta prieš interviu. Interviu metu pokalbiai buvo įrašomi mobiliojo telefono programa „Voice Memos“ prieš tai gavus respondentų sutikimą dėl pokalbio įrašymo. Dalyvių, kurie nesutiko, kad pokalbis būtų įrašomas, tekstine forma užrašytas pokalbio turinys buvo suderintas su dalyviais. Visi tyrimo metu gauti duomenys buvo

užkoduoti, o interviu metu įvardyti asmenų vardai pakeisti kitais vardais, šitaip užtikrintas konfidencialumo ir anonimiškumo principas.

3.7. Kokybinės tyrimo dalies duomenų apdorojimas ir analizė

Interviu metu gauti garso įrašai buvo perklausomi ir transkribuojami naudojant Microsoft Word programą. Interviu metu su ukrainiečiais gauti duomenys buvo analizuojami indukcinės kokybinės turinio analizės metodu taikant atvirą kodavimą, duomenų grupavimą, kategorijų išskyrimą ir abstrahavimą [185]. Transkribuoti tekstai skaitomi daug kartų siekiant įsigilinti į dalyvių atsakymus, išskiriami prasminiai vienetai ir generuojamos subkategorijos bei kategorijos.

3.8. Kiekybinės tyrimo dalies statistinis duomenų apdorojimas ir analizė

Statistinė analizė atlikta naudojant šiuos matematinės statistikos programinės įrangos paketus: R statistinės programinės įrangos paketas V 4.3.3 (© The R Foundation for Statistical Computing) RStudio 2023.12.1 Build 402 (©2009–2024 Posit Software, PBC), IBM SPSS Statistics V.23 ir G*Power V.3.1.9.4 (Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Vokietija). Grafiniam apipavidalinimui (daliniam) buvo naudojamas Excel 2021 iš Microsoft Office paketo.

Intervaliniai ir santykiniai kintamieji aprašyti naudojant jų minimalią ir maksimalią reikšmes [Min; Max], vidurkius (Mean), standartinius nuokrypius (SD), medianas (Median) bei pirmąją (Q1) ir trečiąją (Q3) kvartilius. Normalumo prielaidai tikrinti intervaliniams ir santykiniams kintamiesiems naudoti Šapiro-Wilko ir Kolmogorovo-Smirnovo (K–S) testai. Nominalieji ir kategoriniai kintamieji buvo apibūdinti dažniais ir procentais atitinkamame imties pogrupyje. Statistiškai reikšmingam skirtumui nustatyti grupių viduje buvo naudotas Friedmano testas ir Wilcoxon suderintų porų rango testas.

Rodiklių reikšmingumui nustatyti ir kritiniams taškams identifikuoti buvo taikomas sąlyginių inferencijos medžių metodas (angl. *Conditional Inference Trees*).

Pearsono chi kvadrato testas buvo naudojamas įvertinti ryšį tarp nominaliųjų kintamųjų. Spearmano koreliacijos koeficientas (r_s) naudotas kiekybinių ir ranginių kintamųjų ryšio stiprumui ir kryptčiai įvertinti.

Intervalinių kintamųjų, neatitinkančių normaliojo pasiskirstymo sąlygos, efekto dydžiui įvertinti buvo naudojami rango biserijinės koreliacijos koeficientas (r_{rb}) ir Kendall τ -b atitikties koeficientas. Priklausomybei ir jos stiprumui tarp nominaliųjų kintamųjų nustatyti taikytas Cramerio V (ϕ_c)

efekto dydis. Efekto dydžiai buvo klasifikuojami pagal Funder & Ozer (2019) [funder2019] rekomendacijas, vadovaujantis šiomis reikšmėmis:

Labai mažas: $rrb, \phi_c, rS < 0,05$

Mažas: $0,05 \leq rrb, \phi_c, rS < 0,1$

Vidutinis: $0,1 \leq rrb, \phi_c, rS < 0,3$

Didelis: $0,3 \leq rrb, \phi_c, rS < 0,5$

Labai didelis: $rrb, \phi_c \geq 0,5$

Logistinė regresija taikyta vertinant priklausomojo kintamojo sąsajas su nepriklausomaisiais kintamaisiais. Rezultatai pateikiami kaip šansų santykiai (OR) su 95 % pasikliautiniais intervalais (PI).

Ryšiai tarp kintamųjų buvo laikomi statistiškai reikšmingais, kai p reikšmė buvo mažesnė nei 0,05 ($p < 0,05$).

Į tyrimą įtrauktos anketos, kurios buvo užpildytos 50 proc. ir daugiau.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Migrantų sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai bei sunkumai

4.1.1. Prieglobsčio prašytojų sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai bei sunkumai

4.1.1.1. Prieglobsčio prašytojų charakteristika

Kokybinio tyrimo dalies su prieglobsčio prašytojais daugumą sudarė vyrai, susituokę, atvykę iš Irako ir kurių prašymai dėl prieglobsčio suteikimo atmesti. Dalyvių amžius buvo nuo 19 metų iki 40 metų (2 lentelė).

2 lentelė. Prieglobsčio prašytojų charakteristika (n = 21)

Požymis		Respondentų skaičius, n	Santykinis dažnis, proc.
Lytis	Moteris	8	38,1
	Vyras	13	61,9
Šeiminė padėtis	Susituokęs (-usi), gyvenantis (-ti) partnerystėje	12	57,1
	Vienišas (-a), išsiskyręs (-usi), našlys (-ė)	9	42,9
Statuso būseną	Prieglobsčio prašytojas	21	100
	Prašymas nagrinėjamas	4	19,1
	Prašymas atmestas	17	80,9
Kilmės šalis	Irakas	18	85,7
	Libanas	1	4,8
	Indija	1	4,8
	Šri Lanka	1	4,8
Gyvenamoji vieta Lietuvoje	Sukarintas centras	9	42,9
	Nesukarintas centras	12	57,1

Prieglobsčio prašytojai iš savo gimtosios šalies bėgo ieškodami saugumo, laisvės, pripažinimo bei galimybės dirbti ir užsidirbti. Jų tikslas – atvykti į Lietuvą ar kitą Europos šalį, kurioje yra gerbiamos žmogaus teisės. Apie Lietuvą dalyviai sužinojo iš socialinių tinklų reklamos kilmės šalyje.

4.1.1.2. Prieglobsčio prašytojų poreikiai ir patirtys bei juos lemiantys veiksniai

Pagrindinis prieglobsčio prašytojų poreikis Lietuvoje buvo laisvė laisvai judėti šalyje ar į kitas šalis. Kiti įvardyti poreikiai – kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, saugumas, vaikų išsilavinimo ir kalbos mokymosi

galimybės, komfortiškų gyvenimo sąlygų užtikrinimas, savirealizacija. Dalyvių teigimu, jeigu būtų žinoję, kokios blogos sąlygos bus Lietuvoje, nebūtų pasirinkę Lietuvos kaip savo prieglobsčio šalies: „Tai tikra kova ir sudėtinga situacija. Jei būčiau žinojęs, kaip bus, nebūčiau pasirinkęs Lietuvos kaip šalies, kurioje prašysiu prieglobsčio“ (P22). Nustatyta, kad dalyvių, kurie apgyvendinti Vilniuje, patirtys buvo geresnės, o labiau neigiamos patirtys buvo dalyvių, kurie apgyvendinti sukarintuose centruose. Moterys pozityviau vertino savo patirtis ir patirtus iššūkius bei lengviau adaptavosi prie esamos situacijos. Daugiau iššūkių patyrė anglų kalbos nemokantys respondentai.

Tyrimo metu buvo išskirtos keturios pagrindinės temos su potėmėmis, susijusios su kultūriniais, struktūriniais, finansiniais ir socialiniais veiksniais, nulėmusiais prieglobsčio prašytojų poreikius ir teigiamas bei neigiamas patirtis.

4.1.1.2.1. Kultūriniai veiksniai

Kultūra. Respondentai neišžvelgė kultūrinių kliūčių integracijai Lietuvoje, jie gerbė lietuvių papročius ir tradicijas: „Ne, kiekvienas turi savo kultūrą, aš čia bendrauju su žmonėmis iš Irano, Indijos ar Afrikos, jokių problemų, jei noriu integruotis į lietuvių bendruomenę, turiu gerbti jų įpročius ir tradicijas“ (P18). Įvardyti konfliktai dėl kultūrinių skirtumų tarp kitų centruose gyvenančių prieglobsčio prašytojų tautybių: „Bendravimas su kitomis šeimomis yra sudėtingas. Dauguma stovykloje gyvenančių šeimų yra jazidų šeimos (...)“ (P22). Konfliktuojantys dalyviai tikėjosi centrų apgyvendinimo administracijos ir (arba) darbuotojų pagalbos dėl religinių ir kultūrinių konfliktų, tačiau jos negavo. Kiti patirti iššūkiai (maisto, kalbos) dėl kultūrinių skirtumų aptarti toliau.

Religija. Stovykloje pabėgėliams buvo suteikta galimybė melstis kambariuose ar kitose patalpose, religijos išpažinimas nebuvo ribojamas: „Jie suteikė mums laisvę praktikuoti Ramadaną, jie gerbia mūsų religiją“ (P25). Įvardyti konfliktai tarp kitų šeimų, išpažįstančių skirtingą religiją.

Maistas. Maitinama buvo tris kartus per dieną, tačiau dalyviams tiekiamo maisto buvo per mažai. Maisto asortimentas buvo nedidelis, maistas jiems nepažįstamas ir (arba) neatitiko jų kultūrinių ir religinių įsitikinimų, pvz., musulmonams buvo svarbu gauti *halal* („leistą“) maistą, indai nevalgė jautienos, tačiau buvo tiekama jautiena, vegetarų poreikiai taip pat nebuvo patenkinti: „Indai gali valgyti vegetarišką maistą, musulmonams, man ir dar vienam žmogui, jie neduoda jokio *halal* maisto, paprastai valgome vištieną ir mėsą“ (P18). Stovykloje tiekiamų patiekalų skonis skyrėsi nuo tradicinių patiekalų, tiekiamų pabėgėlių gimtose šalyse. Kaip privalumą dalyviai

įvardijo galimybę nusipirkti norimo maisto turguje, vietinėje parduotuvėje ar savarankiškai gamintis maistą: „Maistą dažniausiai perkame turguje... Įsigyjame jordanietišku ar egiptietišku prekių“ (P24).

Kalbos barjeras. Dauguma respondentų teigė, kad kalbos barjero nebuvo: „Ne, yra vertėjas, kuris išverčia iš lietuvių į anglų kalbą, kol kalbamės su gydytojais ar prižiūrėtojais“ (P14), tačiau kiti dalyviai, nemokantys anglų ar rusų kalbos, teigė kalbos barjerą buvus, ypač bendraujant su gydytojais ar ieškant informacijos apie COVID-19 pandemiją, kadangi dauguma informacijos buvo pateikta lietuvių kalba. Buvo suteiktos vertėjų paslaugos, tačiau nebuvo visų prieglobsčio prašytojų kalbų vertėjų, tai kai kuriems dalyviams sukėlė didelių nepatogumų ir išryškino kalbos barjerą.

Kalbų mokymasis. Buvo suteikta galimybė mokytis ne tik lietuvių, bet ir anglų kalbos. Nors atitinkamai pagal apgyvendinimo centrą buvo išsakytos nuomonės, kad lietuvių kalbos kursai vyko tik vaikams, o suaugusieji neturėjo galimybės mokytis kalbos. Vieni dalyviai teigė norėję mokytis lietuvių kalbos, tačiau nesimokę dėl laiko trūkumo, blogos emocinės būklės, pamokų tvarkaraščio trūkumo ir kitų priežasčių. Kiti dalyviai lietuvių kalbos mokėsi savarankiškai „Youtube“ kanale ir organizuojamų lietuvių kalbos kursų nelankė. Dar kiti dalyviai teigė, kad lietuvių kalba jiems nereikalinga, nes puikiai susišneka anglų kalba ir būtų geriau, jei vyktų intensyvūs anglų kalbos kursai arba kad jų vaikai mokytųsi kurdų ir kitų tautybių centruose gyvenančių asmenų kalbų bendravimui su kitų šeimų nariais palengvinti. Kalbant apie integraciją buvo išsakyta nuomonė, kad integracija neįmanoma dėl lietuvių kalbos nemokėjimo: „Kaip mes galime integruotis, jeigu nemokame lietuvių kalbos?!“ (P8).

4.1.1.2.2. *Struktūriniai veiksniai*

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. Nors sveikatos priežiūros paslaugos buvo teikiamos nemokamai, tačiau jų prieinamumas buvo ribotas arba iš dalies ribotas. Tai lėmė dalyvių turimas statusas, apgyvendinimo centro vadyba, COVID-19 pandemijos ribojimai. Pabrėžta, kad sveikatos priežiūros paslaugos buvo apribotos tik kirtus šalies sieną. Dėl apribotos judėjimo laisvės dalyviai negalėjo kreiptis sveikatos priežiūros paslaugų už stovyklos ribų, trūko specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų, ypač gydytojo ginekologo, gydytojo odontologo teikiamų sveikatos paslaugų. Dėl apribotų sveikatos priežiūros paslaugų dalyviai kliojęsi savigyda. Sudėtingesniems sveikatos sutrikimams gydyti buvo kviečiama greitoji medicinos pagalba, ir sveikatos priežiūros paslaugos buvo teikiamos ligoninėje. Nežymiems sveikatos sutrikimams gydyti buvo atliekami reguliarūs tyrimai, temperatūros matavimai ar skiriami vaistai nuo skausmo,

kas kėlė respondentų pasipiktinimą: „Gydytojas geras, bet mes negauname gydymo. Tik tabletę nuo skausmo“ (P11). Apgyvendinimo centruose teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas dalyviai vertino nevienodai: vieni teigė, kad juos gydė puikiai ir žmogiškai, kiti teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertino kaip nepatikimas ir teigė, kad sveikatos priežiūros specialistams trūko žinių ir kompetencijos, kaip reikėtų bendrauti su prieglobsčio prašytojais. Taip pat interviu dalyviai minėjo ilgą laukimo eilę pas gydytojus specialistus (du mėnesiai pas gydytoją ortopedą traumatologą) esant sudėtingesniems sveikatos sutrikimams: „Man skaudėjo koją, bijojau, kad koja lūžo, todėl nuvykau pasitikrinti sveikatos, deja, du mėnesius laukiau, kol galėsiu apsilankyti ligoninėje“ (P20).

COVID-19 valdymas. Remiantis dalyvių patirtimi, galima teigti, kad centruose buvo įgyvendintos visos įmanomos saugumo priemonės. Tik COVID-19 pandemijos pradžioje trūko kaukių, o dėl ribotų patalpų prieglobsčio prašytojai buvo apgyvendinti vienoje patalpoje, kas, dalyvių nuomone, galėjo padidinti infekcijos riziką: „Ne, jie to nepadarė, jie surinko visus pabėgėlius į vieną didelį kambarį, tai buvo bloga situacija, nes kai kurie pabėgėliai buvo užsikrėtę“ (P12). Buvo suteikta galimybė nemokamai pasiskiepyti nuo COVID-19, tačiau dalyviai negavo trečio skiepo: „Taip, mes gavome vakciną, jie paėmė vardus tų, kurie nori būti paskiepyti. Tai buvo pasirinktina, neprivaloma“ (P13). Taip pat atkreiptas dėmesys, kad dėl pandemijos vėlavo prieglobsčio prašymų nagrinėjimas, buvo apribotas judėjimas centruose, sveikatos priežiūros paslaugos, nevyriausybinių organizacijų galimybės padėti.

Švietimo organizavimas. Prieglobsčio prašytojų vaikams nebuvo užtikrintas tinkamas lavinimas. Nors vyresni vaikai lankė mokyklą, tačiau mažesnieji nebuvo lavinami. Išreikštos nuomonės, kad kalbų kursų ir piešimo užsiėmimų neužteko vaikų ir suaugusiųjų lavinimuisi užtikrinti. Įvardytas knygų trūkumas. Vienas dalyvis išreiškė susirūpinimą, kad mokymosi priemonių trūkumas ir mokymosi galimybių apribojimas galėjo neigiamai nulemti vaikų vystymąsi.

Judėjimo apribojimai. Laisvė – pagrindinis prieglobsčio prašytojų išreikštas poreikis. Respondentai teigė nusivylę, kad jiems neleidžiama išvykti iš stovyklos, skundėsi socialine izoliacija. Kiti dalyviai, atitinkamai nuo apgyvendinimo centro, jautėsi ne kaip prieglobsčio prašytojai, o kaip kaliniai. Laisvo judėjimo apribojimas turėjo neigiamą poveikį dalyvių sveikatai: „Šioje stovykloje jaučiuosi patogiai, bet vis dėlto tai yra sulaikymo vieta, todėl nesijaučiu visiškai atsipalaidavęs. Net jei visi patogumai čia būtų, nenorime būti sulaikyti amžinai. Laimei, prieš mėnesį gavome gerą žinią, kad jie baigs mūsų sulaikymą“ (P18).

Informavimas. Respondentai teigė, kad jų padėtis stovykloje buvo neaiški, trūko informacijos apie procesinius dalykus, susijusius su prieglobsčio prašytojų statusu: „Gyvenome nežinioje, buvome sulaikyti beveik šešis mėnesius, jie nesuteikė jokios informacijos apie sulaikymo trukmę“ (P14). Taip pat trūko informacijos apie prieglobsčio suteikimo tvarką ir kitos informacijos, susijusios su laisvės apribojimu ir tvarka: „Iš stovyklos leidžiama išvykti tik turintiems išvykimo leidimą. Aš apie tai nežinojau ir negavau jokio atsakymo dėl mano pateikto prieglobsčio prašymo“ (P22).

4.1.1.2.3. *Finansiniai veiksniai*

Didelės kainos ir mažos išmokos. Dėl didelių kainų apgyvendinimo centrų parduotuvėse buvo sunku įsigyti būtiniausių daiktų ar maisto produktų, o į išorėje esančias parduotuves, kuriose tos pačios prekės parduodamos pigiau, dėl judėjimo apribojimo migrantai išeiti negalėjo: „Kainos yra per didelės. Galime paprašyti, kad kas nors atvežtų šiuos daiktus iš išorės, tačiau tai nėra taip paprasta“ (P17). Nors prieglobsčio prašytojams buvo mokama kasmėnesinė socialinė išmoka, tačiau ji buvo per maža jų poreikiams patenkinti. Skiriamos išmokos užtekdavo 10 dienų: „Kas dvi savaites mums moka po 38 eurus, tačiau kainos stovykloje yra per didelės“ (P6).

4.1.1.2.4. *Socialiniai veiksniai*

Gyvenimo sąlygos. Anot respondentų, gyvenimo sąlygos prieglobstyje buvo netinkamos: trūko patalpų, ribota galimybė naudotis vonios, tualetų patogumais, skalbimo paslaugomis dėl didelio vartotojų kiekio ar antisanitarinės sąlygos, netinkamos miegojimo sąlygos: „Gyvenimo sąlygos čia labai blogos. Jie leidžia tik tris kartus maudytis. Gyvenu mažame kambaryje su 16 žmonių“ (P16). Nors maistą galėjo gamintis savo, tačiau buvo ribota galimybė naudotis virtuvės patalpa, virėjo paslaugomis dėl didelio norinčiųjų skaičiaus (didžiausias poreikis buvo Ramadano metu) ar įsigyjant norimus maisto produktus. Dėl blogų gyvenimo sąlygų buvo apribotas dalyvių privatumas, nebuvo patenkinti maisto gaminimo poreikiai, jie jautė diskomfortą, sirgo užkrečiamomis odos ligomis. Taip pat trūko maisto, o kartais tekdavo valgyti pasibaigusio galiojimo maistą: „Vakar gavome duonos su pasibaigusiu galiojimo laiku, buvau šokiruota, kaip galiu duoti savo vaikui duonos su pasibaigusiu galiojimo laiku!?“ (P5).

Socializacija. Kaip vieną iš sunkiausių laikotarpių dalyviai įvardijo atvykimą į šalį ir persikėlimą į stovyklą. Persikėlimo metu neturėjo telefonų ir jautėsi atskirti nuo išorinio pasaulio. Respondentas pasakojo apie daiktų konfiskavimą ir išvežimą į karines bazes ilgesniam laikui: „Ne, vieną dieną

praleidome karinėje bazėje, paskui mus perkėlė į kitą, kur gyvenome du mėnesius, be telefonų, atskirti nuo pasaulio. Paskui, rugsėjo 9 d., atvykome į šią stovyklą“ (P6). Dalyviai taip pat pasigedo veiklos ir galimybės tobulėti.

Nevyriausybinių organizacijų parama. Respondentas paminėjo Raudonojo Kryžiaus ir Jungtinių Tautų vizitus. Tačiau jis išreiškė nusivylimą dėl ribotos suteiktos pagalbos ir teigė, kad šios organizacijos nesiėmė veiksmų, kad pagerintų jų padėtį: „Raudonojo Kryžiaus organizacija atvyko pasikalbėti apie padėtį čia... Jie visada sako, kad ne nuo jų priklauso, kaip išspręsti mūsų problemas... Jie atvyksta užduoti mums keleto klausimų apie gyvenimą stovykloje“ (P6). Teigiamai vertino Islamo kultūros ir švietimo centro tarpininkavimą dėl paramos ir patalpų religinėms apeigoms suteikimo.

Emocinė sveikata. Respondentai skundėsi pablogėjusia psichikos sveikata. Jie minėjo padidėjusį streso, depresijos, nerimo ir psichikos sutrikimų lygį, ypač tarp paauglių, sapnavo košmarus ir apskritai buvo psichologiškai pavargę: „Esu fiziškai ir protiškaip pavargęs, kartais pamirštu kai kuriuos dalykus, visą laiką būnu labai įsitempęs“ (P23). Blogą psichikos sveikatą, anot dalyvių, nulėmė judėjimo ribojimas, nežinia dėl ateities, lūkesčių neatitiktis, COVID-19 pandemija, bloga situacija dėl būtinųjų socialinių poreikių užtikrinimo. Interviu dalyvis pabrėžė, kad jiems skubiai reikėjo tinkamos psichikos sveikatos pagalbos, tačiau jos negavo.

Diskriminacija. Dalyviai susidūrė su diskriminacija ir patyčiomis dėl jiems neaiškių priežasčių: „Neturiu supratimo, nežinome, ar jie baudžia mus už tai, kad atvykome čia, ar tai psichologinis karas“ (P11). Respondento teigimu, diskriminaciją iš centrų, kuriuose apgyvendinti, darbuotojų ir kitų prieglobsčio prašytojų patyrė ne tik suaugusieji, bet ir vaikai: „Čia jie (kariškiai – aut. pastaba) muša vaikus... Pradedą juos mušti, kartais tėvų akivaizdoje, be to, grasina atimti vaiką iš tėvų“ (P6). Dalyvis įvardijo centruose klestintį nepotizmą ir favoritizmą centrų vadovų atžvilgiu. Taip pat manoma, kad prašymai dėl prieglobsčio suteikimo buvo patenkinami tik asmenų iš Sirijos ir Afganistano taip diskriminuojant kitų šalių piliečius. Piktinamasi, kad su europiečiais, ukrainiečiais ir baltarusiais buvo elgiamasi geriau nei su jais, atvykusiais iš Artimųjų Rytų ir Afrikos šalių. Tačiau buvo ir teigiamų patirčių: „Kalbant apie elgesį pasienyje, jis buvo pakankamai geras, jie pastebėjo, kad su mumis yra vaikų, paguodė mus ir liepė nesijaudinti, nes esame saugomi Europos Sąjungos“ (P12).

Ateities planai. Šie planai priklausė nuo to, bus ar nebus patenkintas prieglobsčio prašymas. Dalyviai išsakė savo siekius ir ateities tikslus už stovyklos ribų, pabrėždami šeimos ir pozityvaus mąstymo svarbą bei siekį studijuoti ar tęsti pradėtas studijas: „Iš stovyklos noriu išvykti, kad pasiekčiau savo tikslų, visų pirma, kad galėčiau stoti į magistrantūrą“ (P13). Dažniausiai ateities planai buvo susiję su kita valstybe ir tik keli dalyviai išsakė norą likti Lietuvoje, tačiau su sąlyga, jeigu būtų geresnės gyvenimo sąlygos.

4.1.2. Pabėgėlių iš Ukrainos sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai bei sunkumai

4.1.2.1. Pabėgėlių iš Ukrainos charakteristika

Tyrime pabėgėlių daugumą sudarė moterys iš miesto, mokančios rusų kalbą, turinčios vaikų. Amžius svyravo nuo 19 iki 64 metų. Daugiau negu pusė dalyvių buvo įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, gyveno santuokoje arba partnerystėje. Tik nedaugelis pabėgėlių galėjo susišnekėti anglų kalba. Tyrimo dalyviai pagal turimus sveikatos sutrikimus pasiskirstė po lygiai – pusė dalyvių teigė turinčios sveikatos sutrikimų. Dauguma pabėgėlių kilmės šalyje dirbo. Gaunamos pajamos pasiskirstė netolygiai – šiek tiek daugiau nei pusės dalyvių pajamos neviršijo 500 USD, kitų dalyvių pajamos siekė iki 1 000 USD ar daugiau kaip 1 500 USD. Dauguma tyrimo dalyvių Lietuvoje gyveno savarankiškai išsinuotame būste (3 lentelė).

3 lentelė. Pabėgėlių iš Ukrainos charakteristika (n = 22)

Požymis		Respondentų skaičius, n	Santykinis dažnis, proc.
Lytis	Moteris	22	100
Amžius	39 m. ir jaunesni	10	45,5
	40 m. ir vyresni	12	54,5
Gyvenamoji vieta	Miestas	22	100
Išsilavinimas	Neuniversitetinis	9	40,9
	Universitetinis	13	59,1
Šeiminė padėtis	Susituokęs (-usi), gyvenantis (-ti) partnerystėje	14	63,6
	Vienišas (-a), išsiskyręs (-usi), našlys (-ė)	8	36,4
Vaikai	Turi	21	95,5
	Neturi	1	4,5
Užsienio kalbų mokėjimas	Anglų	8	13,6
	Rusų	22	100
Sveikatos sutrikimai	Neturi sveikatos sutrikimų	11	50
	Turi sveikatos sutrikimų	11	50
	Judėjimo sutrikimai	1	4,5
	Lėtinės ligos (diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos ir kt.)	2	9,1
	Onkologinės ligos	2	9,1
	Psichikos sveikatos sutrikimai (nerimas, depresija ir kt.)	2	9,1
	Regėjimo sutrikimai	4	18,2
	Kiti sveikatos sutrikimai	2	9,1
Užimtumas	Dirbantis (-i)	19	86,4
	Nedirbantis (-i)	3	13,6
Pajamos	500 USD ir mažiau	12	54,5
	501–1 000 USD	6	27,3
	1 501 USD ir daugiau	4	18,2
Gyvenamoji vieta Lietuvoje	Lietuvių šeima	4	18,2
	Nuomojamas būstas	14	63,6
	Socialinis būstas	4	18,2

Pabėgėliai iš Ukrainos Lietuvą pasirinko dėl čia gyvenančių giminių, artimųjų, geros geografinės padėties, galimybės susišnekėti rusų kalba ir nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų: „Ieškojau bet kokios informacijos internete apie tai, kokioje šalyje yra nemokamas gydymas onkologiniams ligoniams“ (P18). Beveik pusė respondentų (n = 9) planavo grįžti į kilmės šalį. Lietuvoje planavo likti vaikų išsilavinimo tęstinumą norintys užtikrinti dalyviai.

4.1.2.2. Pabėgėlių iš Ukrainos poreikiai ir patirtys bei juos lemiantys veiksniai

Pabėgėlių poreikiai buvo susiję su savo ir vaikų saugumo užtikrinimu, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, būtinųjų socialinių poreikių patenkinimu ir išsilavinimo vaikams užtikrinimu. Pagrindiniai dalyvių ir jų vaikų saugumo, sveikatos priežiūros ir socialiniai poreikiai buvo patenkinti, nors, jų teigimu, psichologiškai buvo sunku. Dalyviams, turintiems sveikatos draudimą, ir jų vaikams buvo prieinamos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, vaikams užtikrintas išsilavinimas, suteiktas nemokamas gyvenamasis būstas, visapusiška pagalba: „Nepažįstami žmonės pasiūlė nemokamą būstą, padėjo susitvarkyti dokumentus dėl pašalpų“ (P7). Anot dalies dalyvių, „visi lūkesčiai buvo viršyti, nes Lietuva suteikė labai daug ko“ (P19).

Tyrimo metu buvo išskirtos keturios pagrindinės temos ir jų potėmėmis, susijusios su kultūriniais, struktūriniais, finansiniais ir socialiniais veiksniais, nulėmusiais pabėgėlių iš Ukrainos poreikius bei teigiamas ir neigiamas patirtis.

4.1.2.2.1. Kultūriniai veiksniai

Kultūra. Visi respondentai teigė, kad kultūrinių skirtumų, galinčių trukdyti sėkmingai integruotis Lietuvoje, nepastebėjo: „Kiek žinoma, mūsų istorija buvo bendra, nes dalis Ukrainos istoriniais laikais priklausė Lietuvai“ (P17). Respondentai teigiamai vertino lietuvių mentalitetą, charakterio savybes, kultūrines tradicijas, lyčių lygybę: „Lietuvoje nėra akcentuojami sunkiai sergantys suaugę ar vaikai, pvz., Dauno sindromu, ir kad jie yra priimami kaip ir visi kiti vaikai. Ukrainoje tokie vaikai yra nuvertinami, nes manoma, kad iš jų nieko nėra“ (P15).

Religija. Visų respondentų teigimu, problemų dėl skirtingo tikėjimo išpažinimo nebuvo. Sudėtingiau buvo vaikams mokykloje, nes „Vaikai paaugliai į tikybos pamokas sureagavo specifiškai: vieni juokėsi, kiti atsisakė

eiti į tikybos pamokas, kitiems tai sukėlė panieką ir jie pasijuto blogai“ (P17). Išsakyta nuomonė, kad mokykloje į vaikų ugdymą neturėtų būti integruota religija: „Ukrainoje bažnyčia ir mokykla nieko bendro neturi. Bažnyčia yra atskirai, o mokykla – atskirai ir mokykla nieko bendro neturi su bažnyčia ir nevyksta tikybos pamokos, nes tai dvi atskiros institucijos“ (P17).

Kalbos barjeras. Integracijai Lietuvoje, anot dalyvių, jokių kliūčių nebūna, jeigu tik yra noras integruotis. Visi dalyviai galėjo bendrauti rusų kalba ir kalbos barjeras nekėlė nepatogumų. Kalbos barjeras išryškėjo integruojantis Lietuvoje, respondentams norint įsidarbinti ten, kur privalu mokėti lietuvių kalbą (teisíninkais, sveikatos priežiūros darbuotojais, pedagogais): „Kalba yra būtina, norint adaptuotis ir dirbti Lietuvoje“ (P1). Kalbos barjeras išryškėjo ir lankantis lietuviškuose renginiuose ar kreipiantis dėl sveikatos priežiūros ar socialinių paslaugų, nes Lietuvoje jaunimas nešneka rusų kalba: „<...> nežinia, ar gydytojas šnekės rusiškai ir galės padėti“ (P19). Išsakyta nuomonė, kad Lietuvoje nereikėtų dar daugiau informacijos pateikti ukrainiečių kalba, nes tai sumažintų motyvaciją mokytis lietuvių kalbos (P2).

Lietuvių kalbos mokymasis. Dalyviai pripažino, kad kalbos mokymasis yra kertinis aspektas norint integruotis šalyje. Dauguma dalyvių mokėsi ar mokosi lietuvių kalbos (n = 15), nes lietuvių kalba jiems reikalinga dėl darbo arba jie ketina likti gyventi Lietuvoje: „<...> planuoju likti gyventi Lietuvoje. Ukrainoje prireiks ne vieno metų, kol šalis atsistos ant kojų, o vaikams gerą pagrindą, mokslą jau reikia duoti dabar“ (P15) arba norėjo išmokti kalbėti lietuviškai iš principo vien dėl to, kad nereikėtų šnekėti rusų kalba. Kiti respondentai neplanavo mokytis lietuvių kalbos, nes bendraujant pakako anglų kalbos ar rusų kalbos arba neketino likti Lietuvoje (n = 7).

Nemokamus lietuvių kalbos kursus, išskyrus organizuojamus Ukrainos centre, vertino kaip neefektyvius, nes jie buvo daugiau įvadiniai. Interviu metu išryškėjo intensyvių ir kokybiškų lietuvių kalbos kursų poreikis. Respondentų teigimu, taip būtų galima greičiau integruotis Lietuvoje ir dirbti darbą pagal savo profesiją: „Vokietijoje ukrainiečiai po penkias valandas per dieną mokosi vokiečių kalbos. Tuomet išmokus kalbą atsiveria visai kitokios galimybės integracijai. Bet čia Lietuvoje to negali sau leisti, nes turi dirbti ir uždirbti pinigų, kad galėtum pragyventi“ (P17). Taip pat išryškėjo kalbos mokymosi sunkumai. Pirma, respondentai buvo dirbantys asmenys, turintys mažamečių vaikų ir jiems buvo sunku prisiderinti prie kursų laiko, kurie dažniausiai organizuojami dienos metu. Antra, sėkmingam kalbos mokymuisi trukdė vertimas į trečią – ukrainiečių – kalbą, nes ne visi ukrainiečiai puikiai supranta rusų kalbą, skiriasi rusų kalbos linksniavimas ir tarmės: „Nors vaikai ir yra rusakalbiai, bet skiriasi pačios rusų kalbos linksniavimas ir tarmės, nes

vaikai yra daugiakalbiai. Dėl to vaikams yra sunkiau suprasti rusų kalbos vertimus, nes neatitinka linksniai“ (P17). Respondentas P17, dirbantis švietimo sektoriuje, teigė, kad vaikai patyrė stresą dėl raidyno, nes Ukrainoje raidynas yra kirilica, o Lietuvoje – lotynų. Dėl šios priežasties vaikams mokyklose buvo daug sunkiau adaptuotis.

4.1.2.2.2. *Struktūriniai veiksniai*

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. Dalyviai teigiamai vertino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Kaip didžiausius privalumus įvardijo galimybę gauti nemokamas, prieinamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas sau ir savo vaikams, aiškią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, veikiančią išankstinę pacientų registravimo sistemą (IPR), greitą laboratorinių tyrimų atlikimą, prieinamą kompiuterinės tomografijos tyrimą, platų vaistų ir medicinos priemonių pasirinkimą ir saugumą (įskaitant ir galimybę įsigyti alternatyvių vaistų, kurių asortimentas Lietuvoje ir Ukrainoje skiriasi), greitą skubios pagalbos teikimą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ir greitosios medicinos pagalbos komandos atvykimą į namus.

„<...> dukra mano atvažiavo su išbertu veidu. Ukrainoje niekas negalėjo padėti. Čia užrašė iškart pas dermatologą. Nemokamai. Čia dermatologas davė paketą priemonių – visokių drėkinančių. Pasakė, kad jeigu bus mažai, ateik, duosiu dar“ (P21).

Dalyviai nepriklausomai nuo gyvenamosios vietovės neigiamai vertino laukimo laiką pas šeimos gydytoją ir gydytojus specialistus. Tačiau ilgas laukimo laikas dažniausiai buvo įvardytas iki 4 savaitių, tik gydytojo neurologo konsultacijos laukimo laikas buvo nurodytas 6 mėnesiai. Respondentai, gyvenantys rajono centre, atkreipė dėmesį dėl galimo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sumažėjimo įgyvendinant sveikatos reformą (nes neturėtų galimybių vykti į kitą miestą, jeigu rajone uždarytų gydymo įstaigą arba sumažintų paslaugų apimtį), žemos sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos, medicinos įrangos kokybės, vaistinių darbo laiko (nedirba sekmadieniais) ir budinčios vaistinės poreikio problemas, jautėsi diskriminuojami dėl tautybės. Taip pat išryškėjo nepasitikėjimas gydytojais rajone bei papildomos konsultacijos su šeimos gydytojais kilmės šalyje, kurį paskatino nepagrįstas antibiotikų skyrimas (vaikui nuo peršalimo buvo skiriami antibiotikai neatlikus jokių tyrimų).

Socialinių paslaugų organizavimas. Dalyviai įvardijo šiuos iššūkius: socialinės paramos apribojimas dėl ilgos, 3 mėnesių trukmės, asmens dokumento gamybos, sudėtinga neįgalumo nustatymo procedūra, sudėtingas

dokumentų tvarkymas dėl didelės biurokratijos, neaiškus maisto paketų dalijimas, socialinių būstų trūkumas, aktyvaus koordinatoriaus trūkumas savivaldybėje: „Iš savivaldybės nebuvo jokio koordinatoriaus, kuris padėtų žmonėms, kur jiems reikia eiti, į ką kreiptis“ (P20).

Švietimo organizavimas. Dalyviai, turintys vaikų, susidūrė su ukrainietišku klasių trūkumu rajone: „Nėra ukrainietišku klasių, kad vaikus mokytų ukrainiečių kalba“ (P14). Savo poreikį dalyviai grindė tuo, kad vaikams, ypač kurie lanko vyresnes klases ir einamaisiais metais turėjo laikyti egzaminus, būtų per daug sudėtinga staiga pereiti į lietuviškas mokyklas nemokant kalbos. Bijoma, kad nepavyks sėkmingai išlaikyti egzaminų ir tai turės neigiamą įtaką stojant į Lietuvos ar kitas Europos aukštąsias mokyklas. Beveik visų dalyvių vaikai vienu metu lankė nuotoliu Ukrainos ir kontaktiniu būdu Lietuvos švietimo įstaigas, dažniausiai skirtingas klases.

Informavimas. Kadangi visi pabėgėliai iš Ukrainos savo atvykimą turėjo registruoti Migracijos centre, Registracijos centras nurodytas kaip pagrindinis informacijos apie teises ir priklausančias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas šaltinis. Tačiau Registracijos centro suteiktą informaciją vertino kaip nepakankamą arba jos nepriskyrė prie gaunamos informacijos šaltinio (n = 9): „Migracijos centre gavau informacinį lapą su kontaktais, tačiau daugiau nieko nepaaiškino“ (P4), o laukimo laikas buvo ilgas. Nors dalyviai tikėjosi gauti išsamią informaciją Migracijos centre, tačiau vertėtų atkreipti dėmesį, kad siaubingų ir traumuojančių įvykių patyrusiems asmenims būna sudėtinga iškart įsiminti suteiktą sakytinę informaciją ir perprasti priimančiosios šalies siūlomą pagalbą. Tai patvirtina ir keli dalyviai, pripažįstantys, kad nepamena jiems suteiktos informacijos. Kone pusė respondentų (n = 10) sau aktualios informacijos ieškojo savarankiškai internete, dar kiti – socialiniuose tinkluose arba per pažįstamus. Informacijos gausą dalyviai taip pat priskyrė prie iššūkių, su kuriais susidūrė, nes buvo sunku pasirinkti reikiamą: „Internete yra daug informacijos, tačiau suprasti ir pasirinkti tinkamą savo atveju yra sudėtinga. Dėl to kyla problemų“ (P4).

Pagrindinės informavimo apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę kliūtys įvardytos dėl paslaugų teikimo organizavimo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, nes buvo suteikiama skirtinga informacija apie registraciją pas šeimos gydytoją, nenurodytos registravimosi pas šeimos gydytoją tvarkos instrukcijos, neaiški informacija apie paslaugų teikimo tvarką, žmonės nesupažindinti su pasirašinėjamais dokumentais, trūko informacijos apie vaikų kalendorinį skiepijimą ar vakcinaciją nuo COVID-19 ligos. Kaip teigė dalyvis P5: „Pirminės sveikatos priežiūros centrai iki šiol nežino, kaip reikia elgtis su mumis, ukrainiečiais, nes skirtingos poliklinikos suteikia skirtingą informaciją ir iki šiol negaliu užsiregistruoti pas

šeimos gydytoją.“ Dalyviai taip pat pasigedo informacijos ar instrukcijų, kaip įsigyti sveikatos draudimą.

Respondentai įvardijo informacijos apie priklausančias socialines išmokas, nepilnamečių vaikų įdarbinimo galimybes ar informacijos, susijusios su konkrečiais jų atvejais, trūkumą.

4.1.2.2.3. Finansiniai veiksniai

Dalyviai pabrėžė, kad Lietuvoje mažas darbo užmokestis, o maisto produktų, būsto nuomos, paslaugų kainos didelės, dėl to buvo sunku integruotis Lietuvoje. Dauguma pabėgėlių, atvykę į Lietuvą, dirbo menkai mokamus darbus ne pagal savo profesiją kilmės šalyje. Dėl didelių kainų Lietuvoje dalyviai negalėjo užsiimti patinkančia sporto veikla ar eiti į kultūrinius renginius, ieškodavo, kur galėtų nusipirkti kuo pigesnės duonos ar mėsos produktų, jautėsi nevisaverčiai. Didelės kainos ir mažas darbo užmokestis buvo pagrindinis veiksnys, dėl ko pabėgėliai iš Ukrainos nenorėjo likti Lietuvoje.

4.1.2.2.4. Socialiniai veiksniai

Užimtumas. Dažniausiai respondentams įsikurti ir rasti darbą padėjo Lietuvoje gyvenantys giminės, draugai arba apgyvendinimo paslaugą suteikę asmenys. Respondentai, Ukrainoje gaunantys vidutines pajamas, Lietuvoje patenkinti darbu, darbo užmokesčiu, kolektyvu, darbovietėse įdiegtomis išmaniomis sistemos, automatizavimu ir kitomis darbo sąlygomis. Respondentai, kurie Ukrainoje įsitvirtinę kaip aukštos klasės specialistai bei gaunantys aukštesnę nei vidutinę arba labai aukštą darbo užmokestį, teigė, kad ilgam laikui šis darbas netenkintų ir norėtų dirbti biure tą patį darbą, kurį dirbo Ukrainoje. Sunkumai, trukdantys rasti geresnį darbą, buvo kalbos barjeras arba struktūrinės kliūtys, pvz., Ukrainoje įgyto išsilavinimo ir (arba) specialybės sudėtingas pripažinimo kelias Lietuvoje: „Buvo nesutapimų dėl pavardės (...), diplomus patvirtino per vėlai“ (P17).

Gyvenamasis būstas. Atskirą būstą nuomojęsi respondentai buvo labai patenkinti, tačiau tie, kurie dėl menkų pajamų nuomojosi kambarį bendrabutyje, buvo nepatenkinti būsto kokybe, jo dydžiu, bendrais patogumais. Dalyviai atkreipė dėmesį, kad gyvenant socialiniuose būstuose plito infekcinės ligos, ypač tarp vaikų. Tačiau respondentai, kurie neteko savo gimtų namų, džiaugėsi bet koku suteiktu gyvenamuoju būstu ir visos sąlygos tenkino, juolab kad nereikia mokėti mokesčių.

Respondentai, gyvenantys pas lietuvius, jautėsi komfortiškai; tačiau kiti respondentai siekė kuo greičiau rasti darbą ir išsinuomoti atskirą būstą, nes gyvendami nemokamai jautėsi labai blogai, trūko erdvės ir privatumo.

Sunkumai, su kuriais susidūrė respondentai ieškodami gyvenamojo ploto, buvo mažas darbo užmokestis, didelės nuomos kainos, dideli komunaliniai mokesčiai, pasiūlos trūkumas, nepriimami augintiniai. Kaip teigė respondentas P17, „Suprantu, kad atvažiuom ne į pačią turtingiausią šalį. Suprantu, kad Lietuva ir taip priėmė labai daug ukrainiečių. Kitos šalys, kurios turtingos, jos ir tai riboja ukrainiečiams skiriamą paramą. Tai čia mane labai viskas tenkina“.

Socializacija. Dalies respondentų laisvalaikio praleidimo forma nepasikeitė – laisvą laiką Lietuvoje leido su šeima, draugais, mėgo eiti pasivaikščioti, keliauti. Tačiau kiti respondentai teigė, kad laisvalaikis pasikeitė dėl ribotų finansinių galimybių, nes Lietuvoje neturėjo sąlygų lankyti sporto užsiėmimus: „Ukrainoje vaikščiojau į sporto klubą, sportavau, tačiau <...> to nedarau, nes neturiu finansinių galimybių, nors norėčiau lankyti sporto klubą“ (P11).

Išryškėjo ukrainiečių vienišumo tema, kurią nulėmė finansinės galimybės ir socializacijos trūkumas: „Lietuvoje jaučiuosi vieniša“ (P4). Vienišumui turėjo įtakos ir rajono centrų skurdus kultūrinis gyvenimas: „Gyvenam mažame miestelyje, kuriame renginių beveik nevyksta, ukrainiečiams jokių ekskursijų, išvykų neorganizuoja. Vienintelis dalykas, ką gavom, tai nemokamus kvietimus dešimt kartų nemokamai apsilankyti baseine. Vienintelis dalykas, ką organizuoja, tai tik lietuvių kalbos kursas“ (P20). Respondentai taip pat manė, kad sėkmingai integracijai trukdė šeimos išskyrimas, nes į Lietuvą daugiausiai atvyko moterys su vaikais ir vyresnio amžiaus asmenys.

Artimųjų ratas. Respondentai dėl iškilusių problemų ar palaikymo visų pirma kreipėsi į savo Lietuvoje gyvenančius giminaičius (n = 8) arba, kas tokių neturėjo, į gyvenamojo būsto savininkus (n = 7). Šie žmonės padėjo įsikurti ukrainiečiams Lietuvoje ir dažniausiai tai buvo vieninteliai turimi kontaktai. Tačiau ne visi ukrainiečiai turėjo pagalbos ramstį; kiti nedrįso trukdyti artimiausio rato žmonių, nes jautėsi nepatogiai arba manė, kad jeigu kreipsis, tai vis tiek pagalbos nesulauks: „Nedrįstu kreiptis į šeiminius, nes jaučiuosi nepatogiai“ (P5). Atkreiptinas dėmesys, kad nė vienas respondentas neįvardijo nei Raudonojo kryžiaus darbuotojų, socialinių darbuotojų ar savivaldybių koordinatorių, į kuriuos galėtų kreiptis pagalbos.

4.1.2.3. Pasiūlymai dėl pabėgėlių koordinavimo gerinimo

Diskutuojant su respondentais apie socialinius ir sveikatos poreikius bei jų patirtis prašyta pateikti patarimų, kaip būtų galima pagerinti pabėgėlių koordinavimą bei sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo organizavimą Lietuvoje. Nors dauguma respondentų teigė, kad nieko nereikia tobulinti, tačiau pateikė savo siūlymų. Daugelis siūlymų buvo dėl informacijos sklaidos, atspindintys struktūrinius, su migrantų krizės valdymu susijusius trūkumus.

Komunikacijos gerinimas. Siūloma parengti daugiau lankstinukų su įvairių svarbiausių organizacijų kontaktais (adresais ir telefonų numeriais), dažniausiai užduodamų klausimų (DUK) skiltį (lankstinukuose ir interneto svetainėje), platinti daugiau informacijos apie sveikatos draudimą, gerinti Registracijos centro darbuotojų darbo kokybę – kad darbuotojai teiktų daugiau informacijos pabėgėliams.

Karštosios linijos įsteigimas. Siūloma įsteigti nemokamą karštąją liniją, kuriai paskambinti būtų galima vienu telefono numeriu, kurioje būtų įdarbintas „gyvas“ darbuotojas, mokantis rusų kalbą ir galintis teikti pagalbą socialiniais ir sveikatos priežiūros klausimais.

Koordinatoriaus paskyrimas savivaldybėse. Manoma, kad aktyvus koordinatorius galėtų padėti pabėgėliams integruotis. Nors kai kuriose savivaldybėse buvo įsteigta koordinatoriaus pareigybė, tačiau koordinatoriai dirbo tik formaliai.

Psichologinės pagalbos teikimas. Dalyviai išreiškė didesnę psichologinės pagalbos poreikį. Tačiau pažymėtina, kad dalyviai, kalbėdami apie psichologinės pagalbos poreikį, kalbėjo apibendrintai apie visus pabėgėlius iš Ukrainos, o ne konkrečiai apie save. Nemokamai teikiamų psichologo paslaugų plačiau nekommentavo.

Viešojo transporto paslaugų gerinimas. Dalyviai, keliaujantys į kitus šalies miestus, siūlė suvienodinti viešojo transporto bilietų įsigijimą. Kaip alternatyvą siūlė suteikti galimybę įsigyti atskirą mėnesinį bilietą, galiojantį visoje Lietuvoje, nes skirtinguose šalies miestuose galioja skirtinga tvarka ir ne visur yra galimybė įsigyti keleivio bilietą iš vairuotojo. Tokiu būdu nereikėtų įsigyti skirtingų kelionės bilietų skirtinguose miestuose, nes daug sunkumų sukelia nevienoda bilietų įsigijimo tvarka.

Švietimo įstaigų sistemos sukūrimas. Dalyviai siūlė sukurti vieną bendrą interneto svetainę, kur būtų teikiama informacija apie vaikų priėmimą į visas Lietuvos mokyklas. Tai galėtų būti bendras interneto puslapis, skirtas nukreipti ukrainiečių vaikus į mokyklas skirtinguose miestuose, kur moko ukrainiečių vaikus. Šiuo metu reikia rankiniu būdu ieškoti informacijos,

kokiame mieste yra kokių mokyklų, kokie jų kontaktai, kokios sąlygos, o visa informacija pateikiama lietuvių arba anglų kalba, kartais interneto svetainėje pateikta ne viskas ir reikia skambinti papildomos informacijos.

Gyvenamosios vietos deklaravimo sistemos gerinimas. Dalyviai siūlė pagerinti šalyje veikiančią gyvenamosios vietos deklaravimo sistemą – sukurti bendrą Lietuvos gyvenamosios vietos deklaravimo sistemą. Dalyviai pageidavo, kad, pakeitus gyvenamąją vietą, nereikėtų iš naujo atlikti registracijos, atsiprašinėti iš darbo ir viskas vyktų automatiškai. Dabar, anot dalyvių, klesti didelis biurokratizmas, kai, pvz., tos pačios įstaigos skirtingų skyrių darbuotojai negali perduoti būtinos informacijos kitiems skyriams, žmonės yra klaidinami ir siuntinėjami iš vieno įstaigų į kitas.

Sveikatos paslaugų prieinamumo rajone gerinimas. Dalyviai, gyvenantys rajone, siūlė gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei jų kokybę rajone, tam investuojant ne tik į medicinos aparatūros atnaujinimą, bet ir į sveikatos priežiūros darbuotojų profesinės kompetencijos ugdymą.

4.2. Migrantų sveikata ir ją lemiantys veiksniai

4.2.1. Migrantų socialinės, demografinės ir sveikatos charakteristikos

4.2.1.1. Prieglobsčio prašytojų socialinės ir demografinės charakteristikos

Daugumą tiriamųjų sudarė vyrai, vieniši, atvykę iš Azijos žemyno, iš miesto vietovių, buvę apgyvendinti sukarintuose migrantų apgyvendinimo centruose, turintys žemesnį nei koleginis išsilavinimas, nekalbantys daugiau nei dviem kalbomis. Amžius – nuo 19 iki 60 metų. Dauguma iš atvykusiųjų kilmės šalyje dirbo, o gaunamos pajamos neviršijo 800 USD. Išsamios respondentų socialinės ir demografinės charakteristikos pateikiamos 4 lentelėje. Tiriamųjų grupių skirtumai taip pat pavaizduoti 1–4 paveiksluose.

4.2.1.2. Pabėgėlių socialinės ir demografinės charakteristikos

Daugumą tiriamųjų pabėgėlių sudarė moterys, turinčios sutuoktinį ar partnerį, auginančios nepilnamečius vaikus, atvykusios iš Ukrainos, iš miesto vietovių, turinčios aukštesnįjį ar aukštąjį universitetinį išsilavinimą, kalbančios dviem kalbomis – gimtąja kalba ir rusų kalba. Amžius – nuo 19 iki 86 metų. Daugelis respondenčių kilmės šalyje dirbo, o gaunamos pajamos neviršijo 800 USD. Išsamios respondentų socialinės ir demografinės charakteristikos pateikiamos 4 lentelėje. Tiriamųjų grupių skirtumai taip pat pavaizduoti 1–4 paveiksluose.

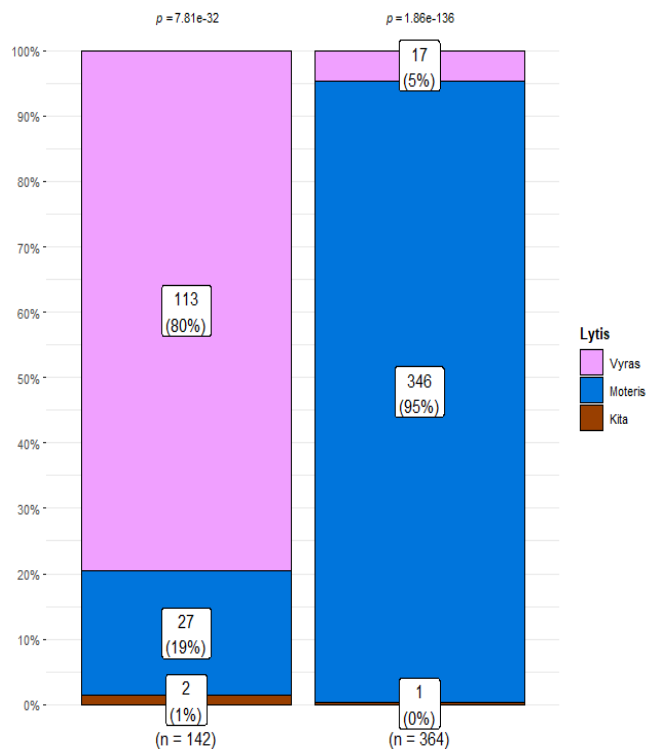
4 lentelė. Tiriamųjų socialiniai ir demografiniai rodikliai (n = 143, n = 364)

Požymis		Prieglobsčio prašytojai		Pabėgėliai iš Ukrainos	
		Respondentų skaičius, n	Santykinis dažnis, proc.	Respondentų skaičius, n	Santykinis dažnis, proc.
Lytis	Moteris	27	18,9	346	95,3
	Vyras	113	79,0	17	4,7
Apgyvandinimo centro režimas*	Nesukarintas	42	29,4	Netaikoma	Netaikoma
	Sukarintas	101	70,6	Netaikoma	Netaikoma
Amžius	Mediana (28/38) ar mažiau	74	51,7	187	51,4
	Daugiau nei mediana (28/38)	69	48,3	177	48,6
Šalis	Irakas	91	66,4		
	Ukraina			362	99,2
	Kita	73	33,6	2	0,8
Azija	Taip	122	85,3		
	Ne	21	14,7	364	100
Išsilavinimas	Aukštasis neuniversitetinis (kolegija), aukštasis universitetinis	59	41,5	302	83,2
	Ne aukštasis	83	58,5	61	16,8
Šeiminė padėtis	Susituokęs (-usi), gyvenantis (-ti) partnerystėje	54	37,8	240	65,9
	Vienišas (-a), išsiskyręs (-usi), našlys (-ė)	89	62,2	124	34,1
Turi nepilnamečių vaikų	Taip	55	57,3	269	73,9
	Ne	88	61,5	95	26,1
Liko neatvykusių nepilnamečių vaikų*	Taip	22	15,4	Netaikoma	Netaikoma
	Ne	121	84,6	Netaikoma	Netaikoma
Kalba viena užsienio kalba	Taip	75	52,4	350	96,2
	Ne	68	47,6	14	3,8

Požymis		Prieglobsčio prašytojai		Pabėgėliai iš Ukrainos	
		Respondentų skaičius, n	Santykinis dažnis, proc.	Respondentų skaičius, n	Santykinis dažnis, proc.
Kalba dviem ir daugiau užsienio kalbomis	Taip	20	14,0	141	38,7
	Ne	123	86,0	223	61,3
Kalba anglų arba rusų kalba	Taip	73	51,0	357	98,1
	Ne	70	49,0	7	1,9
Vietovė	Miestas	86	66,2	319	87,6
	Kaimas	44	33,8	45	12,4
Užimtumas	Dirbantis	109	76,8	305	83,8
	Nedirbantis (-i) (arba) studentas (-ė) arba pensinio amžiaus	33	23,2	59	16,2
Pajamos kilmės šalyje 300 USD ir mažiau	Taip	40	30,3	134	36,8
	Ne	92	69,7	230	63,2
Pajamos kilmės šalyje 801 USD ir daugiau	Taip	36	27,3	67	18,4
	Ne	96	72,7	297	81,6

*Požymis, būdingas tik prieglobsčio prašytojų grupei

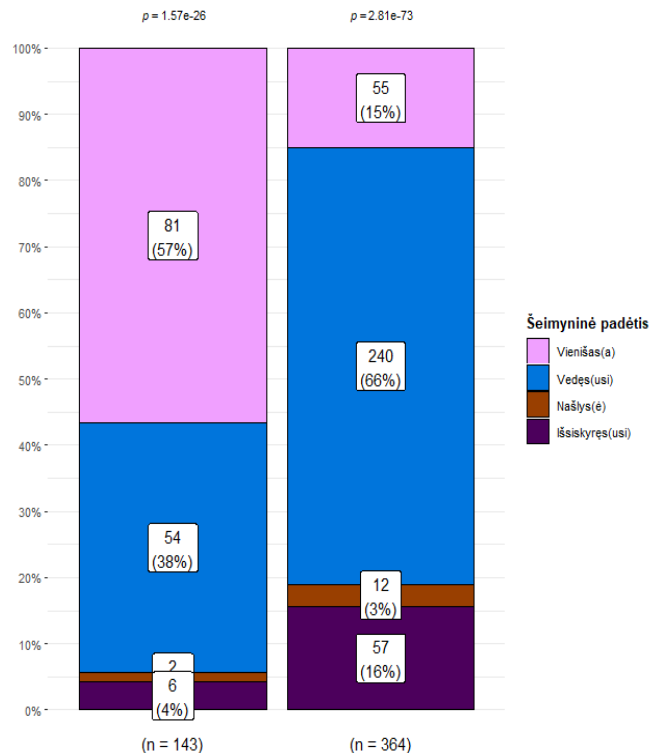
$\chi^2_{\text{Pearson}}(2) = 305.44, p = 4.73\text{e-}67, \hat{V}_{\text{Cramer}} = 0.78, \text{CI}_{95\%} [0.70, 1.00], n_{\text{obs}} = 506$



Prieglobsčio prašytojas Pabėgėlis

1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

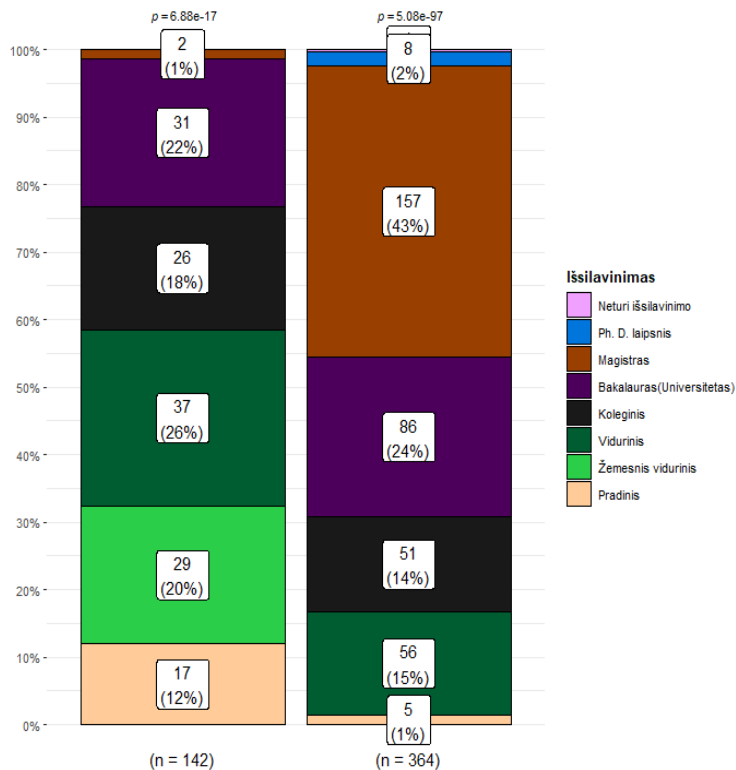
$\chi^2_{\text{Pearson}}(3) = 92.27, p = 7.12\text{e-}20, \hat{V}_{\text{Cramer}} = 0.42, \text{CI}_{95\%} [0.34, 1.00], n_{\text{obs}} = 507$



Prieglobsčio prašytojas Pabėgėlis

2 pav. Tiriamųjų grupių šeimninė padėtis

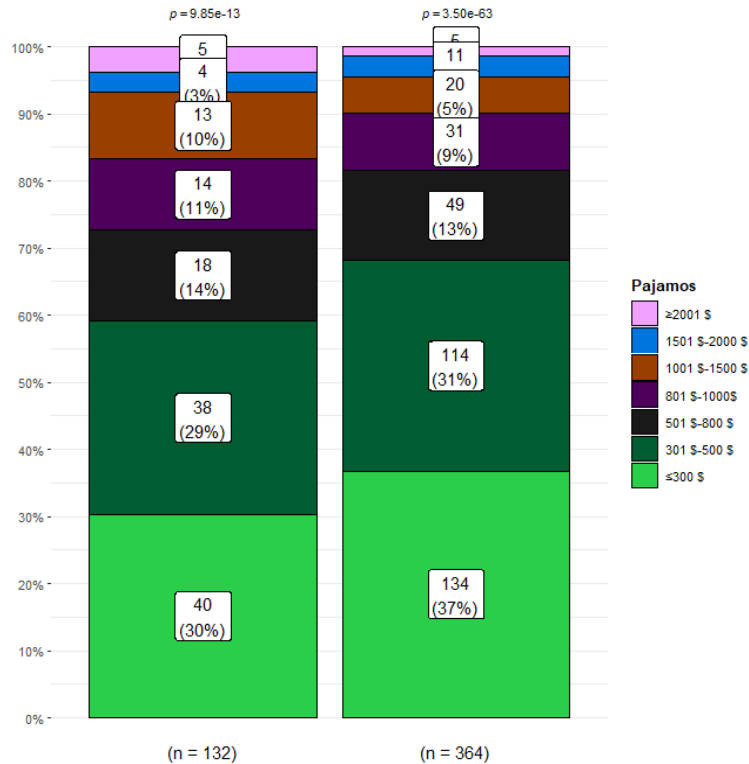
$\chi^2_{\text{Pearson}}(7) = 168.54, p = 5.09\text{e-}33, \hat{V}_{\text{Cramer}} = 0.57, \text{CI}_{95\%} [0.48, 1.00], n_{\text{obs}} = 506$



Prieglobsčio prašytojas Pabėgėlis

3 pav. Tiriamųjų grupių išsilavinimas

$\chi^2_{\text{Pearson}}(6) = 7.40, p = 0.29, \hat{V}_{\text{Cramer}} = 0.05, \text{CI}_{95\%} [0.00, 1.00], n_{\text{obs}} = 496$



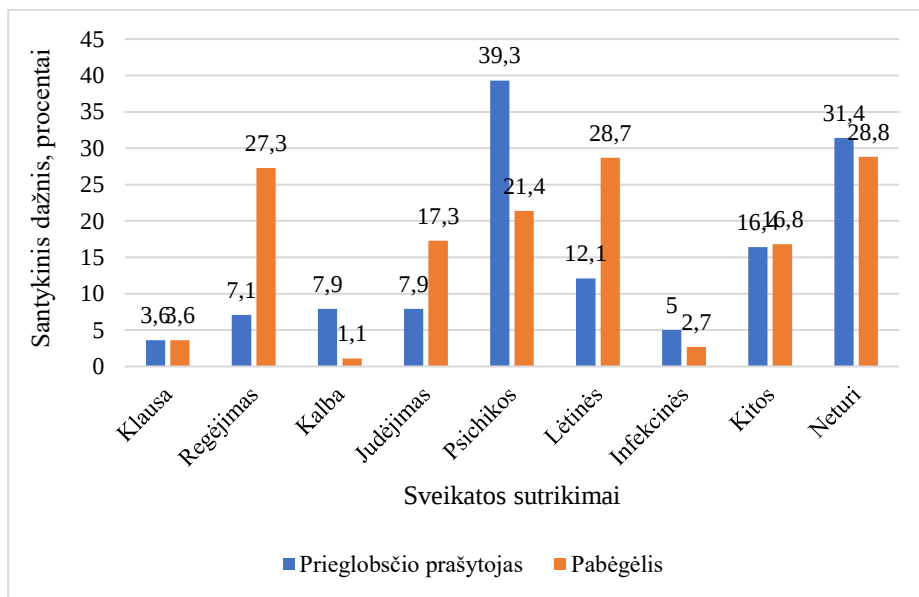
Prieglobsčio prašytojas Pabėgėlis

4 pav. Tiriamųjų grupių gaunamos pajamos

4.2.1.3. Migrantų įvardytų sveikatos sutrikimų paplitimas

Vieną ar daugiau iš išvardytų sveikatos sutrikimų turėjo 68,6 proc. prieglobsčio prašytojų ir 71,2 proc. pabėgėlių. Prieglobsčio prašytojai dažniausiai turėjo psichikos sutrikimų (39,3 proc.), kitų anketoje nedetalizuotų ligų (16,4 proc.) arba sirgo lėtinėmis ligomis (12,1 proc.).

Pabėgėliai dažniausiai sirgo lėtinėmis ligomis (28,7 proc.), turėjo regos sutrikimų (27,3 proc.), psichikos sutrikimų (21,4 proc.). Sveikatos sutrikimų neturėjo 31,4 proc. prieglobsčio prašytojų ir 28,8 proc. pabėgėlių (5 pav.).



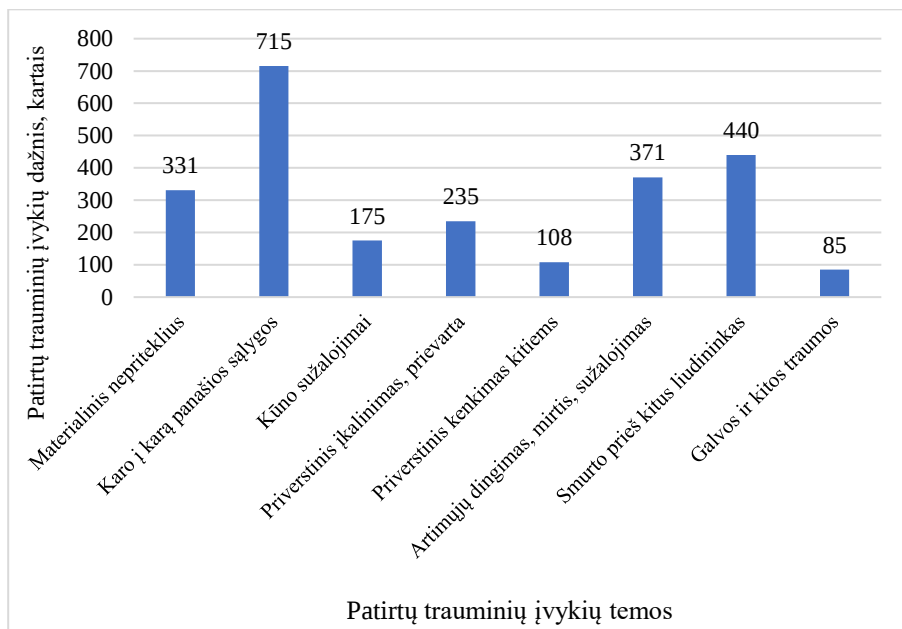
5 pav. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių turimų sveikatos sutrikimų paplitimas (n = 143, n = 364)

4.2.2. Migrantų patirti trauminiai įvykiai iki migracijos, migracijos ir po migracijos etapu

4.2.2.1. Prieglobsčio prašytojų patirti trauminiai įvykiai

Visi HTQ 1 dalies klausimai buvo suskirstyti į šias temas: materialinis nepriteklis; karo ar į karą panašios sąlygos; kūno sužalojimai; priverstinis įkalinimas ar prievarta; priverstinis kenkimas kitiems; artimųjų dingimas, mirtis, sužalojimas; smurto prieš kitus liudininkas; galvos ir kitos traumos (6 pav.). Prieglobsčio prašytojai patyrė ne po vieną traumuojantį įvykį skirtingais migracijos etapais. Į karą panašios sąlygos buvo įvardytos dažniausiai (715 kartų). 77,6 proc. tiriamųjų nurodė, kad savo kilmės šalį buvo priversti palikti

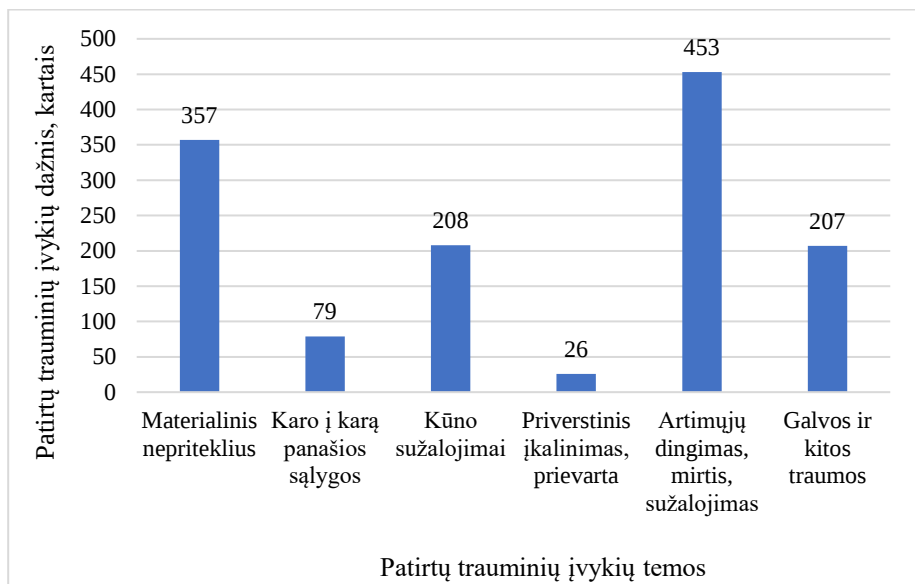
dėl sudėtingų, į karą panašių sąlygų. Materialinio nepritekliaus tema taip pat buvo dažnai minima (331 kartas). Materialiniam nepritekliui priskirtas sveikatos priežiūros paslaugų apribojimas, kurį patyrė 62,2 proc. tiriamųjų, būsto trūkumas, su kuriuo susidūrė 60 proc. tiriamųjų, maisto ar vandens trūkumas, kurį patyrė 56,6 proc. tiriamųjų.



6 pav. Prieglobsčio prašytojų patirti trauminiai įvykiai (n = 143)

4.2.2.2. Pabėgėlių patirti trauminiai įvykiai

Pabėgėliams HTQ 1 dalies klausimai buvo skirtingi nei prieglobsčio prašytojams, todėl šių dviejų tiriamųjų grupių atsakymai nebuvo palyginti tarpusavyje ir buvo išskirtos šios traumuojančių įvykių temos: materialinis nepriteklis; karo ar į karą panašios sąlygos; kūno sužalojimai; priverstinis įkalinimas ir prievarta; artimųjų dingimas, mirtis, sužalojimas; galvos ir kitos traumos, patirtos skirtingais migracijos etapais (7 pav.). Dažniausiai minima tema tarp pabėgėlių buvo artimųjų dingimas, mirtis ar jų sužalojimas (453 kartai), iš kurių dažniausiai minimas trauminis įvykis buvo mirties baimė. Ją patyrė 48,4 proc. pabėgėlių. Materialinis nepriteklis – antra pagal dažnumą minima tema (357 kartai). 40,5 proc. pabėgėlių patyrė sveikatos paslaugų apribojimų, dėl kurių pablogėjo jų sveikata, 33 proc. susidūrė su būsto trūkumu. Prie kūno sužalojimų grupės priskirta staigi emocinė ar fizinė reakcija priminus itin skausmingą ar traumuojančią įvykį, kurį patyrė 50,6 proc. tiriamųjų.



7 pav. Pabėgėlių patirti trauminiai įvykiai (n = 364)

Kiti traumuojantys įvykiai, kuriuos patyrė pabėgėliai, buvo susiję su karo pradžia, evakuacijos procesu, vaikų saugumo užtikrinimu, socialine ir ekonomine rizika (baimė prarasti pragyvenimo šaltinį, teisių apribojimas, skurdo baimė), staigia emocine ir fizine reakcija po itin skausmingo įvykio ir patirtų karo įvykių padariniais psichikos sveikatai (mirties ar kita baimė, PTSD, nuolatinis nerimas, košmarai, stresas, panika, beviltiškumo jausmas).

4.2.2.3. Prieğlòbsčio prašytojų patirti patys siaubingiausi gyvenimo įvykiai

Patirti siaubingiausi gyvenimo įvykiai buvo susiję su šalyje vyraujančiu režimu etapu iki migracijos. Išskirtos šios patirtų pačių skausmingiausių ir siaubingiausių gyvenimo įvykių temos: šeimos narių nužudymas, kankinimas, išprievartavimas dalyvio akivaizdoje dėl šalyje vyraujančio režimo, religinių pažiūrų, patirtas smurtas dėl dalyvavimo protestuose reikalaujant piliečių teisių ar patirtas smurtas iš artimųjų, persekiojimas, grasinimai dėl religijos ar profesijos, nepaklusimo valdžiai, teroristiniai išpuoliai, taip pat artimųjų pagrobimas, grasinimai dėl bendradarbiavimo su JAV kariuomene, netradicinės orientacijos, atsisakymo eiti į kariuomenę, slapstymasis dėl kitų, susijusių su kilmės šalyje užsiimta neteisėta veika, priežasčių.

4.2.2.4. *Prieglobsčio prašytojų patirti patys siaubingiausi gyvenimo įvykiai Lietuvoje*

I šį klausimą atsakė 82 dalyviai iš 143 (57,3 proc.) iš Irako, Sirijos, Indijos, Kamerūno, Libijos, Gambijos, Pakistano, Irano, Nigerijos, Kongo. Skaudžiausi patirti po emigracijos etapo Lietuvoje įvykiai buvo susiję su pagrindinių socialinių ir sveikatos priežiūros poreikių patenkinimu ir lūkesčių neatitiktimi bei atspindi teisinės, administracinės, prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų, socialines, kultūrines ir patirto smurto temas.

Laisvės apribojimas. Tai dažniausiai įvardytas skaudžiausias įvykis. Dalyviai nesijautė prasikaltę. Laisvės apribojimas turi įtakos, anot dalyvių, jų miego kokybei, psichinei ir emocinei būklei: „Blogiausias atsitikimas – laisvės atėmimas ir psichologinis stresas“ (vyras, 19 m., Irakas).

Su prašymų nagrinėjimu susiję procesai. Dalyviams buvo skaudžiausias prašymų dėl prieglobsčio suteikimo nagrinėjimas: prašymų atmetimas, pabėgėlio statuso nesuteikimas, nesupažindinimas su pasirašinėjamais dokumentais. Dėl to dalyviai išreiškė nusivylimą teismais Lietuvoje, Migracijos departamento darbuotojų sprendimais, deportavimo galimybe.

Prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų. Dalyviai įvardijo odontologinio gydymo nepatenkintus poreikius ir mažą nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų paketą, ribotą galimybę gauti mokamas sveikatos priežiūros paslaugas (pastaba: sveikatos priežiūros paslaugų apimtis priklauso nuo migranto statuso).

Gyvenimo sąlygos, maistas. Dalyviai įvardijo netinkamas sanitarines sąlygas, privatumo trūkumą dėl erdvės trūkumo, kurios nulėmė dalyvių nekokybišką miegą. Maistas taip pat buvo nekokybiškas. Tačiau skaudžiausia, kad maistas buvo tiekiamas neatsižvelgiant į dalyvių religinius įsitikinimus ar dietą ir buvo tiekiamas nustatytu laiku, o ne pagal individualius poreikius.

Religija. Skaudžiausi įvykiai buvo susiję su vidiniais konfliktais su kitų religijų šeimomis (dažniausiai kurdai prieš sirus) tarp suaugusiųjų ir vaikų, diskriminacija, rasistinis elgesys dėl išpažįstamos religijos ar priklausymo tam tikrai religinei grupei kitų migrantų atžvilgiu.

Smurtas. Dalyviai patyrė fizinį ir psichologinį kariškių naudotą smurtą, grasinimus ginklu ar kitą netinkamą pareigūnų, visuomenės ir muitinės pareigūnų elgesį: „Psichologinis kankinimas, piktnaudžiavimas valdžia, įvairaus pobūdžio prievarta, vertimas valgyti ar ilsėtis, kai aš atsisakau (...)“ (vyras, 27 m., Kamerūnas). Dažniausiai patirtas fizinis smurtas buvo per migrantų protestą ir po jo.

4.2.2.5. *Pabėgėlių patirti patys siaubingiausi gyvenimo įvykiai*

Į šį klausimą atsakė 251 dalyvis iš 364 (69 proc.) ir beveik visų dalyvių atsakymai susiję su karo Ukrainoje tema (tik 8 dalyvių skausmingos patirtys susijusios su sutuoktinio patirtu smurtu, artimųjų netektimi ar savo sveikatos pablogėjimu, dėl kurio grėsė mirtis) iki migracijos etapu. Dalyvavimas kariniuose veiksmuose detalizuojamas į okupantų tardymą, evakuacijos procesus, gimtojo miesto sunaikinimą, karą bendrąja prasme, gyvenimą okupacijoje ar artimųjų, sūnų ir vyrų išėjimas į kariuomenę, slapstymasis ir kariniai veiksmai bei sirenos mieste, teritorijos apšaudymai, raketų sproginiai, naikintuvo garsas ir kita.

Taip pat išryškėjo kitos temos, susijusios su vykstančiu karu. Tai maisto ar vandens trūkumas, nesveikata dėl galimybės gauti medicinos pagalbą apribojimo, priverstinė izoliacija nuo šeimos narių, priešmirtiniai potyriai (angl. *near-death experience*), šeimos narių ar draugų mirtis, nenatūrali šeimos narių ar draugų mirtis, nepažįstamojo nužudymas, staigi emocinė ar fizinė reakcija prisiminus itin skausmingą ar traumuojantį įvykį, finansiniai sunkumai (būsto ir darbo praradimas, pinigų trūkumas), tarpkultūrinės adaptacijos sunkumai (išvykimas į nežinią, adaptacija prie netinkamo darbo, pradėti naują gyvenimą), emocinės reakcijos, lemiančios psichikos sveikatą (baimė dėl savo, artimųjų ir vaikų gyvybės, baimė išeiti į gatvę ir būti nužudytam ar pagrobtam, išprievartavimo (savęs ar dukters) baimė, baimė, kad bus panaudotas branduolinis ginklas, baimė būti suluošintam, nerimas, skausmas, stiprus stresas, neviltis ir kita).

4.2.2.6. *Pabėgėlių patirti patys siaubingiausi gyvenimo įvykiai Lietuvoje*

51 dalyvis iš 364 dalyvių (14 proc.) nurodė patirtus siaubingiausius gyvenimo įvykius Lietuvoje. Kiti dalyviai arba nurodė, kad Lietuvoje nepatyrė skausmingų įvykių, arba neatsakė į klausimą, todėl buvo analizuoti tik tie dalyvių atsakymai, kuriuose buvo įvardyti konkretūs patirti trauminiai įvykiai. Analizuojant pačius skaudžiausius ir baisiausius įvykius, patirtus Lietuvoje, išryškėjo dvi šių įvykių grupės. Tai yra dalyvių įvardyti įvykiai, susiję su išvykimo iš Ukrainos (emigracijos) procesu (namų palikimas, sienos ribos peržengimas, izoliacija nuo šeimos, nežinia, bėgimas ir kt.), ir neigiami įvykiai, patirti Lietuvoje, jie suskirstyti į šias potemes:

Finansai. Dalyviams buvo skausmingiausias darbo praradimas išvykus iš Ukrainos dėl karo, darbo paieškos Lietuvoje, vaikų išlaikymas, likus be pragyvenimo šaltinio, didelės kainos Lietuvoje: „Baisiausia, kai tu svetimoje

šalyje, pas tave 2 vaikai, dirbti negali, nes vaikai ne darželyje ir ne mokykloje, o maitinti reikia“ (moteris iš Ukrainos, 35 m., turinti vaikų).

Apgyvendinimas. Būsto paiešką respondentai taip pat priskyrė prie skaudžiausių ir baisiausių įvykių, patirtų Lietuvoje. Pagrindinė priežastis – lietuvių nenoras nuomoti gyvenamąjį būstą pabėgėliams iš Ukrainos, gyvenamojo būsto pasiūlos trūkumas ir (arba) didelė jo kaina.

Tarpkultūrinė adaptacija. Dalyviams buvo siaubingiausia nežinomybė dėl ateities, asmeninė adaptacija dėl netinkamo darbo (dėl sveikatos sutrikimų) ar vaiko adaptacija mokykloje, diskriminacija dėl tautybės: „(...) žemino vaiką darželyje, nes ji ukrainietė, man nėra galimybės dirbti normalaus darbo, nes esu ukrainietė, turiu nuolat žemintis, rengtis prasčiau ir panašiai, nei Lietuvos piliečiai“ (moteris iš Ukrainos, 32 m., turinti vaikų).

Prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų. Pagrindinė priežastis – ilgas laukimo laikas (pas gydytoją vaikų neurologą), atsainus ir (arba) formalus gydytojų darbas, sveikatos priežiūros paslaugų trūkumas vaikui su negalia arba sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apribojimas, nes neturima sveikatos draudimo ir dėl kitų sudėtingų administracinių procesų.

Emocinės reakcijos, lemiančios psichikos sveikatą. Kaip pačius skausmingiausius įvykius Lietuvoje dalyviai nurodė savo emocines reakcijas. Tai beviltiškumo jausmas, nuolatinė baimė dėl savo, kitų šeimos narių ar kitų artimųjų saugumo, patirta baimė dėl nežinomybės, baimė, kad nebus suteikta pagalba, nepasitikėjimas aplinka, prarastas namų jausmas.

4.2.2.7. Prieglobsčio prašytojų patirti kankinimai

Tyrimo dalyviai pildė HTQ Kankinimų istorijos klausimyną. Dauguma atsakiusiųjų dalyvių (83 proc.) nurodė, kad patyrė žeminimą ir grasinimus. Daugiau nei pusė dalyvių buvo veikiami šalčio ar lietaus (63 proc.), 62 proc. dalyvių buvo apribota teisė į sveikatos priežiūros paslaugas, 59 proc. dalyvių buvo veikiami nešvarių (nehigieniškų) sąlygų, kurios paveikė jų sveikatą, o 57 proc. dalyvių ilgą laiką buvo be maisto ir vandens. Kitos su kankinimu įvardytos situacijos, tokios kaip miego trūkumas (54 proc.), stovėjimas ilgą laiką (53 proc.), buvimas kaitrioje saulėje (48 proc.), triukšmas (51 proc.), ir kitos patirtos situacijos rodė prieglobsčio prašytojų išgyvenimus migracijos metu.

4.2.2.8. Pabėgėlių patirti kankinimai

Daugelis tyrime dalyvavusių respondentų (63 proc.) nurodė, kad patyrė kankinimų istorijos sąraše nenurodytą kankinimo situaciją, tačiau

nekonkreto būtent kokią. 27 proc. dalyvių nurodė patyrę priverstinį darbą, kas galėtų būti siejama su veiksniais prieš emigraciją, o 20 proc. dalyvių teigė patyrę žeminimą ir grasinimus, kas galėtų būti siejama tiek su procesais prieš emigraciją, su emigracija susijusiais ar buvusiais po emigracijos. Kitų dalyvių atsakymų vidurkis dėl kankinimų buvo apie 4 procentus.

4.2.3. Migrantų patirtų trauminių įvykių bei socialinių ir demografinių veiksnių sąsajos su turimais migrantų sveikatos sutrikimais

4.2.3.1. Sveikatos sutrikimų atsiradimą skatinantys veiksniai

Buvo sudarytas prognostinis modelis prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių grupei remiantis daugianarės logistinės regresijos analizės metodu. Kritinis migrantų amžiaus taškas, lemiantis ligų atsiradimą, buvo 34,5 metų. Kiekvieni gyvenimo metai prideda 5 proc. nesveikatos (5 lentelė).

Prognostinis modelis parodė, kad jei migrantas skendo ($p = 0,023$) ir jam buvo apribotos sveikatos priežiūros paslaugos ($p < 0,001$), tai jis turėjo didesnę tikimybę turėti sveikatos sutrikimų tiek vertinant vienanarius ar daugianarius kintamuosius, tiek galutinius kintamuosius (efekto dydis atitinkamai, jei skendo, 0,45 (0,21–0,95), 0,43 (0,20–0,96), 0,41 (0,19–0,88), jei apribotos sveikatos priežiūros paslaugos, 0,38 (0,24–0,59), 0,38 (0,23–0,63), 0,38 (0,24–0,60). Maisto trūkumas statistiškai reikšmingai buvo susijęs su sveikatos sutrikimų atsiradimu vertinant vienanarius kintamuosius ($p = 0,046$, efekto dydis 0,89 (0,48–1,63)) (5 lentelė). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai, išskyrus amžių, bei migrantų patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su sveikatos sutrikimų atsiradimu ($p > 0,05$).

5 lentelė. Sveikatos priklausomybė nuo amžiaus, vietovės ir patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Sveikatos sutrikimai n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=319)	Turi (n=127)			
Amžius (Mean ± SD)	Mean ± SD	38,9 ± 10,7	34,5 ± 8,3	0,95 (0,93–0,98, p<0,001)	0,95 (0,93–0,98, p<0,001)	0,95 (0,93–0,98, p<0,001)
Skendimas	Ne	273 (85,6)	118 (92,9)			
	Taip	46 (14,4)	9 (7,1)	0,45 (0,21–0,95, p=0,037)	0,43 (0,20–0,96, p=0,038)	0,41 (0,19–0,88, p=0,023)
Apribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų	Ne	162 (50,8)	93 (73,2)			
	Taip	157 (49,2)	34 (26,8)	0,38 (0,24–0,59, p<0,001)	0,38 (0,23–0,63, p<0,001)	0,38 (0,24–0,60, p<0,001)
Maisto trūkumas	Ne	221 (69,3)	100 (78,7)			
	Taip	98 (30,7)	27 (21,3)	0,61 (0,37–0,99, p=0,046)	0,89 (0,48–1,63, p=0,704)	–

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. *Odds Ratio*)

4.2.3.2. *Psichikos sutrikimus lemiantys veiksniai*

Vertinant galutinių kintamųjų įtaką psichikos sveikatos sutrikimams nustatyta, kad dusinimas buvo susijęs su psichikos sveikatos sutrikimais ($p = 0,027$, efekto dydis $0,14$ ($0,03$ – $0,80$)). Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas psichikos sveikatos sutrikimų ir šių patirtų trauminių įvykių vertinant vienanarius arba daugianarius kintamuosius ryšys: mušimas iki sąmonės netekimo ($p = 0,040$, efekto dydis $2,45$ ($1,04$ – $5,76$)), dusinimas ($p = 0,016$, efekto dydis $0,12$ ($0,02$ – $0,67$)), badavimas ($p = 0,008$, efekto dydis $2,07$ ($1,21$ – $3,54$)), sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo apribojimas ($p = 0,006$, efekto dydis $1,83$ ($1,19$ – $2,82$)), maisto trūkumas ($p < 0,001$, efekto dydis $2,17$ ($1,38$ – $3,42$)), būsto trūkumas ($p = 0,007$, efekto dydis $1,84$ ($1,18$ – $2,85$)), fizinis sužalojimas ($p = 0,004$, efekto dydis $2,63$ ($1,36$ – $5,07$)), prievartavimas ($p = 0,015$, efekto dydis $7,85$ ($1,50$ – $41,07$)) (6 lentelė). Rezultatai rodo, kad sveikatai turi įtakos ne tik patirtas smurtas, bet ir socialinė gerovė bei prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų. Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai, išskyrus amžių, apgyvendinimo tipas bei patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su migrantų psichikos sutrikimų atsiradimu ($p > 0,05$).

6 lentelė. Turimų psichikos sveikatos sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Psichikos sutrikimai, n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=335)	Turi (n=111)			
Amžius	(Mean ± SD)	38,5 ± 10,5	35,3 ± 9,1	0,97 (0,95–0,99, p=0,004)	0,97 (0,94–1,00, p=0,025)	0,96 (0,94–0,99, p=0,002)
Mušimas iki sąmonės netekimo	Ne	322 (96,1)	101 (91,0)			
	Taip	13 (3,9)	10 (9,0)	2,45 (1,04–5,76, p=0,040)	1,26 (0,41–3,84, p=0,691)	–
Dusinimas	Ne	317 (94,6)	109 (98,2)			
	Taip	18 (5,4)	2 (1,8)	0,32 (0,07–1,42, p=0,134)	0,12 (0,02–0,67, p=0,016)	0,14 (0,03–0,80, p=0,027)
Badavimas	Ne	290 (86,6)	84 (75,7)			
	Taip	45 (13,4)	27 (24,3)	2,07 (1,21–3,54, p=0,008)	1,24 (0,61–2,54, p=0,556)	–
Apribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų	Ne	204 (60,9)	51 (45,9)			
	Taip	131 (39,1)	60 (54,1)	1,83 (1,19–2,82, p=0,006)	1,49 (0,89–2,47, p=0,128)	1,52 (0,93–2,50, p=0,098)
Maisto trūkumas	Ne	255 (76,1)	66 (59,5)			
	Taip	80 (23,9)	45 (40,5)	2,17 (1,38–3,42, p<0,001)	1,58 (0,86–2,92, p=0,143)	1,72 (0,99–2,97, p=0,052)
Būsto trūkumas	Ne	229 (68,4)	60 (54,1)			
	Taip	106 (31,6)	51 (45,9)	1,84 (1,18–2,85, p=0,007)	1,54 (0,93–2,57, p=0,096)	1,56 (0,95–2,57, p=0,078)
Fizinis sužalojimas	Ne	312 (93,1)	93 (83,8)			
	Taip	23 (6,9)	18 (16,2)	2,63 (1,36–5,07, p=0,004)	1,44 (0,58–3,56, p=0,427)	–
Prievertavimas	Ne	333 (99,4)	106 (95,5)			
	Taip	2 (0,6)	5 (4,5)	7,85 (1,50–41,07, p=0,015)	5,26 (0,56–49,33, p=0,146)	5,26 (0,67–41,54, p=0,115)

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. *Odds Ratio*)

4.2.3.3. Klausos sutrikimus lemiantys veiksniai

Remiantis prognostiniu modeliu nustatyta, kad mušimas iki sąmonės netekimo ($p = 0,004$, efekto dydis 8,76 (2,01–38,08)) buvo susijęs su klausos sutrikimų atsiradimu vertinant galutinius kintamuosius. Tačiau pažymėtina, kad mušimas iki sąmonės netekimo ($p = 0,037$, efekto dydis 4,08 (1,09–15,25)) ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo apribojimas ($p = 0,045$, efekto dydis 2,78 (1,02–7,55)) buvo susiję su klausos sutrikimų atsiradimu vertinant vienanarius kintamuosius (7 lentelė). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai, išskyrus amžių, bei patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su migrantų klausos sutrikimų atsiradimu ($p > 0,05$). Sudarytas sprendimų medis leido nustatyti, kad kritinė amžiaus riba dėl klausos sutrikimų atsiradimo buvo 63 metai.

7 lentelė. Turimų klausos sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Klausos sutrikimai, n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=428)	Turi (n=18)			
Amžius	(Mean ± SD)	37,2 ± 9,8	48,0 ± 15,1	1,09 (1,04–1,13, $p<0,001$)	1,10 (1,04–1,17, $p=0,001$)	1,10 (1,05–1,15, $p<0,001$)
Mušimas iki sąmonės netekimo	Ne	408 (95,3)	15 (83,3)			
	Taip	20 (4,7)	3 (16,7)	4,08 (1,09–15,25, $p=0,037$)	5,15 (0,72–36,83, $p=0,103$)	8,76 (2,01– 38,08, $p=0,004$)
Atribotas prieinamu- mas prie sveikatos priežiūros paslaugų	Ne	249 (58,2)	6 (33,3)			
	Taip	179 (41,8)	12 (66,7)	2,78 (1,02–7,55, $p=0,045$)	1,78 (0,61–5,24, $p=0,294$)	-

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. *Odds Ratio*)

4.2.3.4. Judėjimo apribojimus lemiantys veiksniai

Judėjimo apribojimų atsiradimas buvo susijęs su ribotu prieinamumu prie sveikatos priežiūros paslaugų ir patirtu fiziniu sužalojimu vertinant tiek vienanarius kintamuosius, tiek daugianarius kintamuosius ar galutines rodiklių reikšmes ($p < 0,05$) (

8 lentelė). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai, išskyrus amžių, bei patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su migrantų judėjimo apribojimo atsiradimu ($p > 0,05$).

8 lentelė. Judėjimo apribojimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Judėjimo apribojimai, n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=374)	Turi (n=72)			
Amžius	(Mean ± SD)	36,5 ± 9,4	43,8 ± 12,1	1,07 (1,04–1,10, p<0,001)	1,07 (1,04–1,11, p<0,001)	1,07 (1,04–1,10, p<0,001)
Apribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų	Ne	226 (60,4)	29 (40,3)			
	Taip	148 (39,6)	43 (59,7)	2,26 (1,35–3,79, p=0,002)	1,97 (1,10–3,52, p=0,023)	1,96 (1,14–3,38, p=0,015)
Fizinis sužalojimas	Ne	346 (92,5)	59 (81,9)			
	Taip	28 (7,5)	13 (18,1)	2,72 (1,33–5,56, p=0,006)	3,19 (1,25–8,15, p=0,015)	2,58 (1,18–5,66, p=0,018)

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. *Odds Ratio*)

4.2.3.5. Regėjimo sutrikimus lemiantys veiksniai

Regėjimo sutrikimus lėmė mažesnis vaikų skaičius ($p = 0,020$, efekto dydis $0,76$ ($0,61-0,96$)), $p = 0,022$, efekto dydis $0,74$ ($0,57-0,96$), $p = 0,032$, efekto dydis $0,77$ ($0,60-0,98$)) vertinant tiek vienanarius kintamuosius, tiek daugianarius kintamuosius ar galutines rodiklių reikšmes, skendimas ($p = 0,011$, efekto dydis $2,16$ ($1,19-3,91$), $p = 0,030$, efekto dydis $0,77$ ($0,60-0,98$)), kiti patirti sužalojimai ($p = 0,043$, efekto dydis $2,28$ ($1,02-5,08$), $p = 0,036$, efekto dydis $2,61$ ($1,06-6,42$)) vertinant vienanarius kintamuosius ir galutines rodiklių reikšmes bei izoliacija $p = 0,024$, efekto dydis $3,69$ ($1,18-11,53$), $p = 0,048$, efekto dydis $2,94$ ($1,01-8,57$)) vertinant daugianarius kintamuosius ir galutines rodiklių reikšmes (9 lentelė). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai, išskyrus amžių, bei patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su migrantų regėjimo sutrikimų atsiradimu ($p > 0,05$).

9 lentelė. Regėjimo sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Regėjimo sutrikimai, n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=338)	Turi (n=108)			
Amžius	(Mean ± SD)	36,9 ± 9,6	40,1 ± 11,7	1,03 (1,01–1,05, $p=0,006$)	1,04 (1,01–1,06, $p=0,012$)	1,02 (1,00–1,05, $p=0,040$)
Vaikų skaičius	(Mean ± SD)	1,2 ± 1,1	1,0 ± 0,8	0,76 (0,61–0,96, $p=0,020$)	0,74 (0,57–0,96, $p=0,022$)	0,77 (0,60–0,98, $p=0,032$)
Skendimas	Ne	304 (89,9)	87 (80,6)			
	Taip	34 (10,1)	21 (19,4)	2,16 (1,19–3,91, $p=0,011$)	1,56 (0,77–3,16, $p=0,216$)	2,02 (1,07–3,82, $p=0,030$)
Kiti sužalojimai	Ne	322 (95,3)	97 (89,8)			
	Taip	16 (4,7)	11 (10,2)	2,28 (1,02–5,08, $p=0,043$)	2,47 (0,97–6,28, $p=0,058$)	2,61 (1,06–6,42, $p=0,036$)
Izoliacija	Ne	326 (96,4)	101 (93,5)			
	Taip	12 (3,6)	7 (6,5)	1,88 (0,72–4,91, $p=0,196$)	3,69 (1,18–11,53, $p=0,024$)	2,94 (1,01–8,57, $p=0,048$)

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. Odds Ratio)

4.2.3.6. Lėtinės ligos lemiantys veiksniai

Prognostinis modelis parodė, kad jei migrantas dirbo savarankiškai ($p = 0,009$), skendo ($p = 0,012$) ir badavo ($p = 0,036$), tai jis turėjo didesnę tikimybę sirgti lėtinėmis ligomis vertinant ne tik galutinius kintamuosius, bet ir vienanarius ir (arba) daugianarius kintamuosius (savarankiškai dirbantys ($p =$

0,017, efekto dydis 0,34 (0,14–0,82), $p = 0,009$, efekto dydis 0,32 (0,14–0,76), skendimas ($p = 0,015$, efekto dydis 2,08 (1,16–3,74), $p = 0,026$, efekto dydis 2,11 (1,09–4,07), $p = 0,012$, efekto dydis 2,30 (1,20–4,38)), badavimas ($p = 0,026$, efekto dydis 1,98 (1,09–3,62), $p = 0,036$, efekto dydis 1,88 (1,04–3,38)) (10 lentelė). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai, išskyrus amžių, bei patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su migrantų lėtinių ligų atsiradimu ($p > 0,05$).

Sudarytas sprendimų medis leido nustatyti, kad amžius statistiškai reikšmingai susijęs su lėtinių ligų atsiradimu ($p < 0,001$): pabėgėliams lėtinės ligos pasireiškė vyresnio amžiaus nei prieglobsčio prašytojams (atitinkamai nuo 46 metų ir nuo 40 metų, $p < 0,001$).

10 lentelė. Turimų lėtinių ligų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Lėtinės ligos, n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=329)	Turi (n=117)			
Amžius	(Mean $\pm$ SD)	35,9 $\pm$ 9,1	42,7 $\pm$ 11,4	1,07 (1,05–1,09, $p < 0,001$)	1,07 (1,04–1,10, $p < 0,001$)	1,07 (1,05–1,10, $p < 0,001$)
Užimtumas	Bedarbis	40 (12,2)	16 (13,7)			
	Ne visą darbo dieną	27 (8,2)	7 (6,0)	0,65 (0,24–1,79, $p = 0,402$)	0,52 (0,17–1,57, $p = 0,248$)	0,47 (0,16–1,38, $p = 0,168$)
	Savarankiškai dirbantis	76 (23,1)	14 (12,0)	0,46 (0,20–1,04, $p = 0,062$)	0,34 (0,14–0,82, $p = 0,017$)	0,32 (0,14–0,76, $p = 0,009$)
	Senjoras arba studentas	7 (2,1)	12 (10,3)	4,29 (1,43–12,85, $p = 0,009$)	0,83 (0,21–3,22, $p = 0,788$)	0,78 (0,21–2,94, $p = 0,719$)
	Visą darbo dieną	179 (54,4)	68 (58,1)	0,95 (0,50–1,81, $p = 0,875$)	0,69 (0,34–1,39, $p = 0,295$)	0,66 (0,33–1,31, $p = 0,237$)
Skendimas	Ne	296 (90,0)	95 (81,2)			
	Taip	33 (10,0)	22 (18,8)	2,08 (1,16–3,74, $p = 0,015$)	2,11 (1,09–4,07, $p = 0,026$)	2,30 (1,20–4,38, $p = 0,012$)
Badavimas	Ne	282 (85,7)	92 (78,6)			
	Taip	47 (14,3)	25 (21,4)	1,63 (0,95–2,80, $p = 0,076$)	1,98 (1,09–3,62, $p = 0,026$)	1,88 (1,04–3,38, $p = 0,036$)

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. Odds Ratio)

4.2.3.7. Kitus sveikatos sutrikimus lemiantys veiksniai

Kitų sveikatos sutrikimų atsiradimas turėjo ryšį su sveikatos priežiūros paslaugų apribojimu ($p = 0,019$, efekto dydis 1,86 (1,11–3,11), $p = 0,016$,

efekto dydis 1,87 (1,12–3,11)) (11 lentelė). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai bei patirti trauminiai įvykiai nebuvo susiję su migrantų kitų, neaptartų sveikatos sutrikimų atsiradimu ($p > 0,05$).

11 lentelė. Kitų sveikatos sutrikimų priklausomybė nuo patirtų trauminių įvykių

Požymis	Reikšmė	Kiti sutrikimai, n (proc.)		OR (vienanaris)	OR (daugianaris)	OR (galutinis)
		Neturi (n=370)	Turi (n=76)			
Apribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų	Ne	219 (59,2)	36 (47,4)			
	Taip	151 (40,8)	40 (52,6)	1,61 (0,98–2,65, $p=0,059$)	1,86 (1,11–3,11, $p=0,019$)	1,87 (1,12–3,11, $p=0,016$)

*OR – galimybių (šansų) santykis (angl. Odds Ratio)

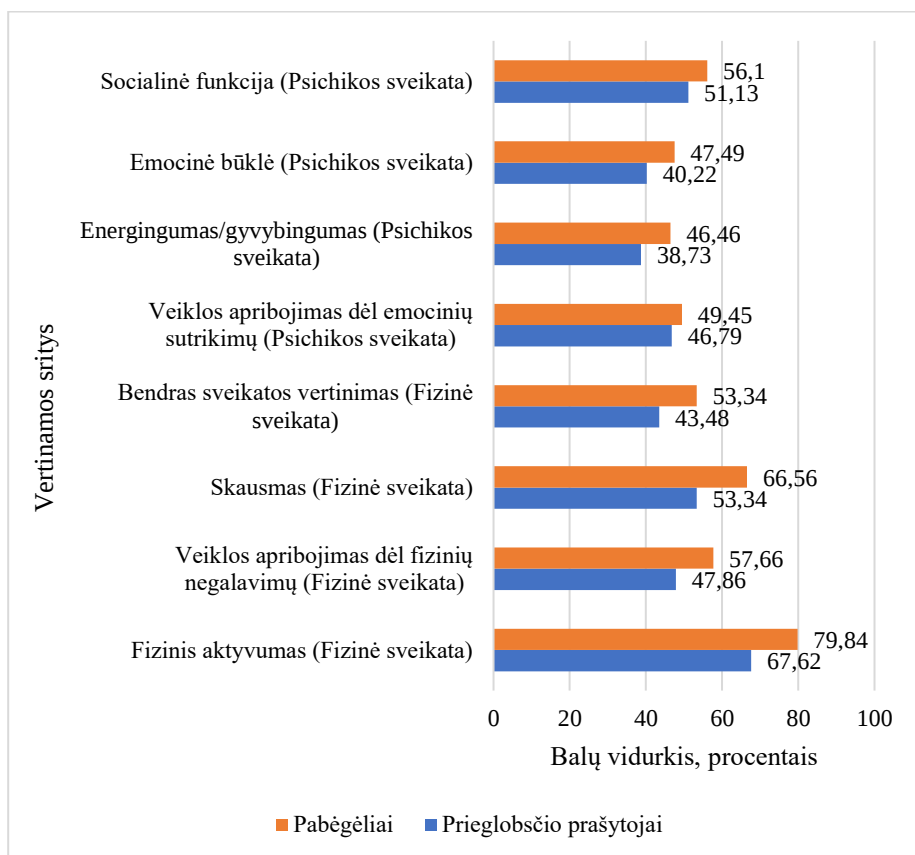
4.2.4. Migrantų fizinė ir psichikos sveikata bei ją lemiantys veiksniai

4.2.4.1. Migrantų fizinės ir psichikos sveikatos rodikliai

Prieglobsčio prašytojai aukščiausiai vertino savo fizinį aktyvumą (fizinė sveikata) ($67,62 \pm 26,05$), o žemiausiai – energingumą arba gyvybingumą (psichikos sveikata) ($38,73 \pm 19,56$). Vertinant kiekvienos poskalės vidurkių, fizinės sveikatos poskalėje prieglobsčio prašytojai aukščiausiai vertino savo fizinį aktyvumą (fizinė sveikata) ($67,62 \pm 26,05$), žemiausiai – bendrą fizinę sveikatą ($43,48 \pm 21,83$). Psichikos sveikatos poskalėje prieglobsčio prašytojai aukščiausiai vertino savo socialinę funkciją ($51,13 \pm 28,03$), o žemiausiai – energingumą arba gyvybingumą ($38,73 \pm 19,56$).

Pabėgėliai iš Ukrainos geriausiai vertino savo fizinį aktyvumą (fizinė sveikata) ($79,84 \pm 23,46$), o žemiausiai vertino energingumą arba gyvybingumą (psichikos sveikata) ($46,46 \pm 18,98$). Vertinant kiekvienos poskalės vidurkių, fizinės sveikatos poskalėje pabėgėliai aukščiausiai vertino savo fizinį aktyvumą ($79,84 \pm 23,46$), žemiausiai – bendrą fizinę sveikatą ($53,34 \pm 18,29$). Psichikos sveikatos poskalėje pabėgėliai aukščiausiai vertino savo socialinę funkciją ($56,1 \pm 21,38$), o žemiausiai – energingumą arba gyvybingumą ($46,46 \pm 18,98$).

Tiek prieglobsčio prašytojai, tiek pabėgėliai iš Ukrainos nurodė, kad fizinė sveikata buvo geresnė, palyginti su psichikos sveikata (8 pav.).



8 pav. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos vertinimo vidurkis (n = 143, n = 364)

4.2.4.2. Migrantų fizinės ir psichikos sveikatos sąsajos su socialiniais ir demografiniais rodikliais

Nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp prieglobsčių prašytojų ir pabėgėlių iš Ukrainos fizinės bei psichikos sveikatos kaip gyvenimo kokybės pagrindo ir šių socialinių bei demografinių rodiklių: lytis, amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis, nepilnamečių vaikų turėjimas, užimtumas, gyvenamoji vietovė, pajamų dydis, mokamų užsienio kalbų skaičius bei konkrečiai anglų ir (arba) rusų kalbos mokėjimas, apgyvendinimo centras (tik prieglobsčio prašytojų grupei), įvardytų ligų skaičius (12 lentelė).

12 lentelė. Prieglobsčio prašytojų bei pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos vertinimas pagal socialinius ir demografinius rodiklius (n = 143, n = 364)

Požymis	UP / PP*	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Šeiminė padėtis	Vaikai	Užimtumas	Vietovė	Pajamos	Anglų ar rusų kalba	Kalbų skaičius	Centras **	Ligų skaičius
Fizinis aktyvumas (fizinė sveikata)	UP	p>0,05	p=0,001	p=0,008	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,012		p=0,001
	PP	p>0,05	p>0,05	p=0,025	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,016
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (fizinė sveikata)	UP	p>0,05	p=0,001	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05		p=0,001
	PP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,018	p>0,05	p>0,05
Skausmas (fizinė sveikata)	UP	p=0,018	p=0,001	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,016		p=0,001
	PP	p=0,026	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,011	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,001
Bendras sveikatos vertinimas (fizinė sveikata)	UP	p>0,05	p=0,001	p=0,012	p=0,004	p>0,05	p=0,003	p=0,013	p>0,05	p=0,041	p=0,017		p=0,001
	PP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,001

Požymis	UP / PP*	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Šeiminė padėtis	Vaikai	Užimtumas	Vietovė	Pajamos	Anglų ar rusų kalba	Kalbų skaičius	Centras **	Ligų skaičius
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata)	UP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,047	p>0,05		p=0,042
	PP	p=0,016	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,013	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,042
Energingumas arba gyvybingumas (psichikos sveikata)	UP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05		p=0,001
	PP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Emocinė būklė (psichikos sveikata)	UP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05		p=0,005
	PP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,001
Socialinė funkcija (psichikos sveikata)	UP	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,044		p>0,05
	PP	p>0,05	p=0,013	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p=0,002

* UP – pabėgėliai iš Ukrainos; PP – prieglobsčio prašytojai. ** Taikoma tik prieglobsčio prašytojų grupei

4.2.4.2.1. Lytis

Moterys prieglobsčio prašytojos blogiau vertino patiriamą skausmą (fizinė sveikata) nei vyrai prieglobsčio prašytojai (atitinkamai 45,0 (30,0–55,0) ir 57,5 (45,0–95,0), $p = 0,026$) ir jų veikla buvo labiau apribojama dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata) nei vyrų (atitinkamai 0,0 (0,0–66,7) ir 66,7 (0,0–100,0), $p = 0,016$) (12 lentelė).

Tačiau pabėgėlių grupėje blogiau vertino patiriamą skausmą (fizinė sveikata) vyriškos lyties pabėgėliai nei moteriškos lyties pabėgėliai (atitinkamai 55,0 (22,5–77,5) ir 67,5 (45,0–90,0), $p = 0,018$) (12 lentelė).

Lyginant kitus fizinės ir psichikos sveikatos įverčius tarp prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių dėl lyties, statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.2. Amžius

Prieglobsčio prašytojai, 28 metų ir vyresni, žemesniais balais vertino savo psichikos sveikatos rodiklius socialinės funkcijos skalėje nei prieglobsčio prašytojai iki 28 metų (atitinkamai 43,8 (25,0–62,5) ir 50,0 (37,5–87,5), $p = 0,013$) (12 lentelė).

Pabėgėliai, 38 metų ir vyresni, žemesniais balais vertino savo fizinės sveikatos rodiklius šiose skalėse nei jaunesni kaip 38 metų pabėgėliai: fizinis aktyvumas (atitinkamai 85,0 (65,0–95,0) ir 95,0 (81,3–100,0), $p < 0,001$), veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (atitinkamai 50,0 (0,0–100,0) ir 75,0 (50,0–100,0), $p < 0,001$), skausmas (atitinkamai 57,5 (45,0–87,5) ir 75,0 (57,5–97,5), $p < 0,001$), bendra fizinė sveikata (atitinkamai 45,0 (40,0–70,0) ir 57,5 (45,0–70,0), $p < 0,001$) (12 lentelė).

Lyginant kitus fizinės ir psichikos sveikatos įverčius tarp prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių atsižvelgiant į jų amžių statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.3. Išsilavinimas

Prieglobsčio prašytojai, įgiję žemesnį nei aukštąjį (koleginį, universitetinį) išsilavinimą, žemesniais balais vertino savo fizinės sveikatos rodiklius fizinio aktyvumo skalėje nei aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys (atitinkamai 70,0 (38,8–86,3) ir 87,5 (60,0–95,0), $p = 0,025$) (12 lentelė).

Pabėgėliai, turintys žemesnį nei aukštąjį (koleginį, universitetinį) išsilavinimą, žemesniais balais vertino ir savo fizinės sveikatos rodiklius fizinio aktyvumo skalėje nei aukštąjį išsilavinimą įgiję asmenys (atitinkamai

80,0 (52,5–95,0) ir 90,0 (75,0–95,0), $p = 0,008$) bei bendrą fizinę sveikatą (atitinkamai 45,0 (35,0–60,0) ir 50,0 (45,0–65,0), $p = 0,012$) (12 lentelė).

Lyginant kitus prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos įverčius pagal jų amžių statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.4. Šeiminė padėtis

Tarp prieglobsčio prašytojų šeiminės padėties ir fizinės bei psichikos sveikatos statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta ($p > 0,05$) (12 lentelė).

Nevedę, išsiskyrę ir našliai pabėgėliai blogiau vertino savo bendrą fizinę sveikatą nei santuokoje arba partnerystėje gyvenantys pabėgėliai (atitinkamai 50,0 (35,0–65,0) ir 55,0 (45,0–70,0), $p = 0,004$). Nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp pabėgėlių šeiminės padėties ir kitų fizinės ir psichikos sveikatos įverčių ($p > 0,05$) (12 lentelė).

4.2.4.2.5. Vaikų turėjimas

Prieglobsčio prašytojai, turintys nepilnamečių vaikų, žemesniais balais vertino savo veiklos apribojimą dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata) nei nepilnamečių vaikų neturintys prieglobsčio prašytojai (atitinkamai 0,0 (0,0–83,3) ir 66,7 (16,7–100,0), $p = 0,013$). Nepilnamečių vaikų turėjimas ar nepilnamečių vaikų likimas kilmės šalyje nebuvo susijęs su kitais fizinės ir psichikos sveikatos rodikliais ($p > 0,05$) (12 lentelė).

Tarp pabėgėlių nepilnamečių vaikų turėjimo ir fizinės bei psichikos sveikatos statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.6. Užimtumas

Tarp prieglobsčio prašytojų užimtumo ir fizinės bei psichikos sveikatos statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta ($p > 0,05$) (12 lentelė).

Pabėgėliai, kurie nedirbo, žemesniais balais vertino savo bendrą fizinę sveikatą nei dirbantys pabėgėliai (atitinkamai 50,0 (35,0–60,0) ir 50,0 (45,0–65,0), $p = 0,003$) (12 lentelė).

Lyginant kitus prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos įverčius pagal užimtumą statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.7. Gyvenamoji vietovė

Miesto vietovėje gyvenančių prieglobsčio prašytojų skausmo rodikliai (fizinė sveikata) buvo žemesni nei kaimo vietovėje gyvenančių prieglobsčio prašytojų (atitinkamai 45,0 (22,5–77,5) ir 68,75 (45,0–100,0), $p = 0,011$) (12 lentelė).

Pabėgėliai, gyvenantys kaimo vietovėje, žemesniais balais vertino savo bendrą fizinę sveikatą nei miesto vietovėje gyvenantys pabėgėliai (atitinkamai 45,0 (30,0–62,5) ir 55,0 (45,0–65,0), $p = 0,013$) (12 lentelė).

Lyginant kitus prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos įverčius pagal gyvenamąją vietovę statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.8. Pajamos

Atsižvelgiant į migrantų gaunamų pajamų dydį kilmės šalyje pasiskirstymą, buvo sudarytos šios dvi gaunamų pajamų grupės: mažiau nei 300 USD ir daugiau nei 301 USD bei mažiau nei 800 USD ir daugiau nei 801 USD. Tačiau tarp prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės bei psichikos sveikatos ir gaunamų pajamų dydžio kilmės šalyje statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta ($p > 0,05$) (12 lentelė).

4.2.4.2.9. Kalbos mokėjimas

Prieglobsčio prašytojų, kurie kalbėjo dviem kalbomis ar daugiau užsienio kalbų, veikla dėl fizinių negalavimų (fizinė sveikata) buvo daugiau apribota nei nekalbančių dviem kalbomis ar daugiau užsienio kalbų (atitinkamai 0,0 (0,0–50,0) ir 50,0 (25,0–100,0), $p = 0,018$) (12 lentelė).

Tačiau pabėgėliai, nekalbantys užsienio kalbomis, žemesniais balais vertino savo fizinės ir psichikos sveikatos fizinio aktyvumo (fizinė sveikata) (atitinkamai 55,0 (37,5–92,5) ir 90,0 (75,0–95,0), $p = 0,012$), skausmo (fizinė sveikata) (atitinkamai 67,5 (28,8–88,8) ir 67,5 (45,0–90,0), $p = 0,016$), bendros sveikatos (fizinė sveikata) (atitinkamai 40,0 (25,0–57,5) ir 50,0 (40,0–65,0), $p = 0,017$), socialinės funkcijos (atitinkamai 47,5 (33,8–63,8) ir 57,5 (45,0–70,0), $p = 0,044$) skales nei pabėgėliai, kalbantys viena ar daugiau užsienio kalbų. Taip pat nustatyta anglų ir rusų kalbų mokėjimo ir fizinės bei psichikos sveikatos sąsaja. Pabėgėliai, nemokantys anglų ar rusų kalbos, žemesniais balais vertino savo bendrą sveikatą (fizinė sveikata) (atitinkamai 35,0 (20,0–60,0) ir 50,0 (40,0–65,0), $p = 0,041$) ir patyrė daugiau apribojimų dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata) (atitinkamai 0,0 (0,0–50,0) ir 66,7

(0,0–100,0), $p = 0,047$) nei pabėgėliai, kalbantys anglų ar rusų kalbomis (12 lentelė).

Lyginant kitus prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos įverčius statistiškai reikšmingų užsienio kalbų mokėjimo skaičiaus ar anglų, rusų kalbų mokėjimo sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

4.2.4.2.10. Prieglobsčio prašytojų apgyvendinimo centro tipas

Šis vertinimas buvo taikomas tik prieglobsčio prašytojų grupei, nes tik prieglobsčio prašytojai buvo apgyvendinami sukarintuose ar nesukarintuose migrantų apgyvendinimo centruose. Prieglobsčio prašytojų, gyvenančių nesukarintuose apgyvendinimo centruose, veikla dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata) buvo apribota labiau nei prieglobsčio prašytojų, gyvenančių sukarintuose apgyvendinimo centruose (atitinkamai 0,0 (0,0–66,7) ir 66,7 (0,0–100,0), $p = 0,006$) (12 lentelė).

4.2.4.2.11. Ligų skaičius ir ligos

Vieną ar daugiau ligų turintys prieglobsčio prašytojai blogiau vertino visas su sveikata susijusias gyvenimo kokybės sritis ($p < 0,05$) nei neturintys ligų, išskyrus veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų (fizinė sveikata) ir energingumą (psichikos sveikata) ($p > 0,05$) (12 lentelė).

Pabėgėliai, turintys vieną ar daugiau ligų arba jų neturintys, blogiau vertino visas su sveikata susijusias gyvenimo kokybės sritis ($p < 0,05$) nei neturintys ligų, išskyrus socialinę funkciją (psichikos sveikata) ($p > 0,05$) (12 lentelė).

4.2.4.3. Fizinės ir psichikos sveikatos sąsajos su trauminiais įvykiais

Atsižvelgiant į skirtingas klausimyno dalis ir siekiant duomenų patikimumo, fizinės ir psichikos sveikatos sąsajos su patirtais trauminiais įvykiais buvo vertintos tik pabėgėlių iš Ukrainos grupėje. Pabėgėliai, patyrę trauminį įvykį, blogiau vertino fizinės sveikatos sritis ($p < 0,05$) bei psichikos sveikatos sritis ($p < 0,05$) (13 lentelė).

13 lentelė. Pabėgėlių fizinės ir psichikos sveikatos vertinimas pagal trauminius įvykius (n = 364)

Požymis	Kokį trauminį įvykį patyrė?		
	Trauminiai įvykiai (HTQ 1 dalis)	Galvos trauma (HTQ 3 dalis)	Kankinimai (HTQ priedas)
Fizinis aktyvumas (fizinė sveikata)	p=0,048	p=0,001	p>0,05
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (fizinė sveikata)	p=0,014	p=0,029	p=0,044
Skausmas (fizinė sveikata)	p>0,05	p=0,001	p=0,001
Bendras sveikatos vertinimas (fizinė sveikata)	p=0,013	p>0,05	p>0,05
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata)	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Energingumas arba gyvybingumas (psichikos sveikata)	p=0,009	p=0,001	p=0,001
Emocinė būklė (psichikos sveikata)	p=0,028	p>0,05	p=0,001
Socialinė funkcija (psichikos sveikata)	p=0,005	p>0,05	p=0,002

4.2.5. Migrantų potrauminio streso, distreso, tikėtino potrauminio streso dažnis, sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais, fizinė ir psichikos sveikata bei patirtais trauminiais įvykiais

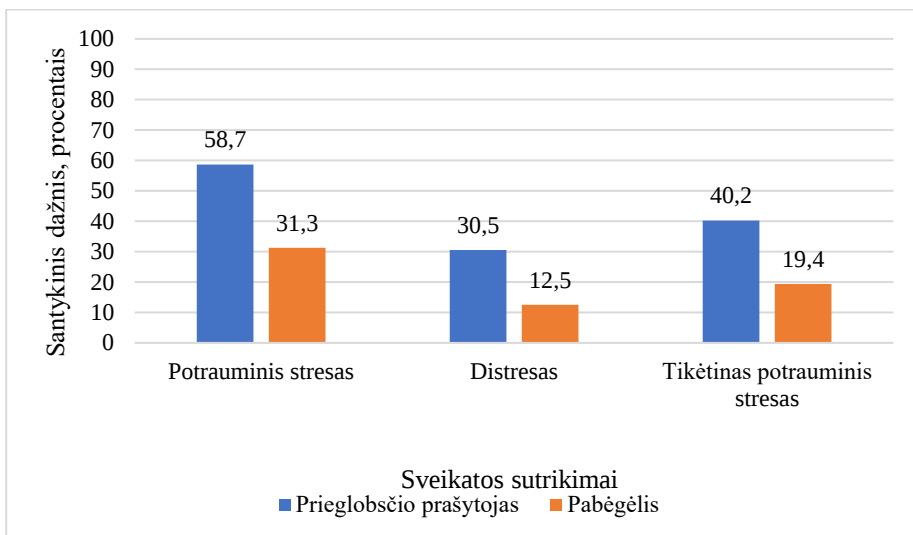
4.2.5.1. Potrauminio streso, distreso, tikėtino potrauminio streso dažnis

Remiantis HTQ 4 dalimi nustatyta, ar migrantų patirti patys skaudžiausi gyvenimo įvykiai atitiko kliniškai patvirtinto PTSD, tikėtino PTSD ar distreso simptomus.

Nustatyta, kad 58,7 proc. prieglobsčio prašytojų pažymėti teiginiai atitiko kliniškai patvirtinto PTSD simptomus, 30,5 proc. buvo būdingas distresas ir 40,2 proc. prieglobsčio prašytojų buvo didesnė PTSD tikimybė (9 pav.).

Identifikuota, kad 31,3 proc. pabėgėlių iš Ukrainos buvo būdingas kliniškai patvirtintas PTSD, 12,5 proc. – distresas ir 19,4 proc. buvo didesnė PTSD tikimybė (9 pav.).

Prieglobsčio prašytojams didesnė tikimybė PTSD ir distreso nei pabėgėliams iš Ukrainos ($p < 0,05$).



9 pav. Potrauminio streso, distreso ir tikėtino potrauminio streso dažnis (n = 143, n = 364)

4.2.5.2. Potrauminio streso, distreso sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais

Prieglobsčio prašytojai, kurie buvo vieniši ($p = 0,019$) ir neturėjo nepilnamečių vaikų ($p = 0,039$), turėjo didesnę distreso tikimybę nei susituokę arba gyvenantys partnerystėje bei turintys nepilnamečių vaikų prieglobsčio prašytojai.

Pabėgėliai, kurių mėnesio pajamos buvo 801 USD ir daugiau, turėjo didesnę PTSD tikimybę nei pabėgėliai, kurių mėnesio pajamos buvo 800 USD ir mažiau ($p = 0,045$).

Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai nebuvo susiję su PTSD, distreso ar tikėtino traumos simptomų atsiradimu prieglobsčio prašytojams ir pabėgėliams ($p > 0,05$).

4.2.5.3. Potrauminio streso, distreso sąsajos su fizine ir psichikos sveikata

Tarp prieglobsčio prašytojų, kurių teiginiai atitiko kliniškai patvirtinto PTSD simptomus, tikėtino PTSD ar distreso simptomus ($<2,5$) ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai. Su sveikata susijusią gyvenimo kokybę reikšmingai neigiamai veikė PTSD ir distresas ($p < 0,05$). Prieglobsčio prašytojai, neturintys kliniškai patvirtinto PTSD, su sveikata susijusią gyvenimo kokybę vertino geriau, lyginant su tais tiriamaisiais, kurie turėjo kliniškai patvirtintą PTSD ($p < 0,05$) (14 lentelė).

Pabėgėlių, turinčių kliniškai patvirtinto ar tikėtino PTSD, distreso simptomus (<2,5), su sveikata susijusi gyvenimo kokybė buvo reikšmingai žema ($p < 0,05$), palyginti su pabėgėliais, kurių patiriami simptomai neatitiko kliniškai patvirtinto PTSD, distreso.

14 lentelė. Kliniškai patvirtinto, tikėtino potrauminio streso, distreso ir fizinės bei psichikos sveikatos sąsajos ($n = 143$, $n = 364$)

Požymis	UP / PP*	Kliniškai patvirtintas PTSD	Tikėtinas PTSD	Distresas
Fizinis aktyvumas (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,030$
	PP	$p=0,002$	$p>0,05$	$p=0,002$
Veiklos apribojimas dėl fizinio negalavimų (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,004$
	PP	$p=0,007$	$p>0,05$	$p=0,007$
Skausmas (fizinė sveikata)	UP	$p=0,005$	$p=0,005$	$p=0,012$
	PP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,001$
Bendras sveikatos vertinimas (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,036$	$p=0,037$
	PP	$p=0,001$	$p=0,004$	$p=0,001$
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,004$	$p=0,002$	$p=0,004$
Energingumas arba gyvybingumas (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p=0,028$	$p=0,001$
Emocinė būklė (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p>0,05$	$p=0,001$
Socialinė funkcija (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p=0,001$	$p=0,001$

*UP – pabėgėlis iš Ukrainos, PP – prieglobsčio prašytojas

4.2.5.4. Potrauminio streso, distreso sąsajos su trauminiais įvykiais

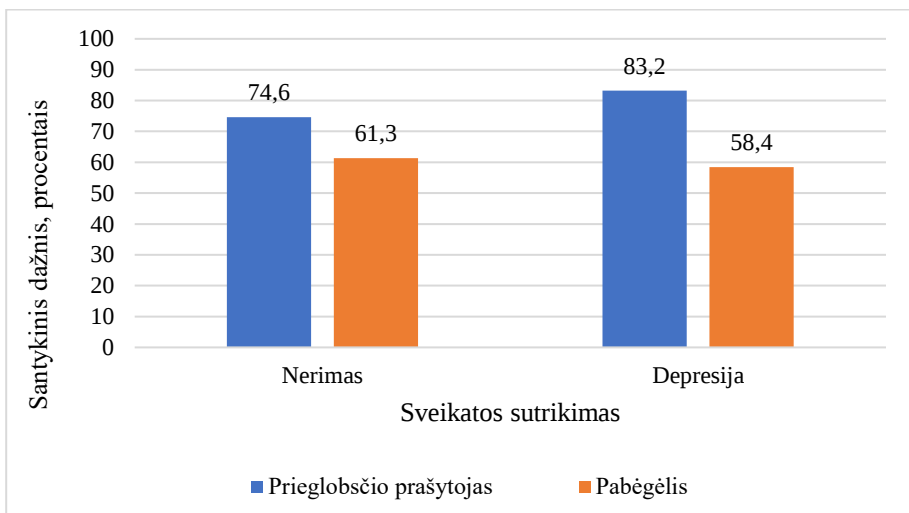
Nenustatyta statistiškai reikšmingų konkrečių patirtų trauminių įvykių ir PTSD, distreso sutrikimų sąsajų ($p > 0,05$).

4.2.6. Migrantų nerimo, depresijos dažnis, sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais, fizine ir psichikos sveikata bei patirtais trauminiais įvykiais

4.2.6.1. Nerimo ir depresijos dažnis

Nerimą (>1,75) jautė 74,6 proc. prieglobsčio prašytojų ir 83,2 proc. juto depresijos simptomus (10 pav.).

Nerimą (>1,75) jautė 61,3 proc. pabėgėlių iš Ukrainos, o depresijos simptomus juto 58,4 proc. pabėgėlių iš Ukrainos (10 pav.).



10 pav. Nerimo ir depresijos dažnis tarp migrantų (n = 143, n = 364)

4.2.6.2. *Nerimo ir depresijos sąsajos su socialiniais ir demografiniais veiksniais*

Tarp prieglobsčio prašytojų socialinių ir demografinių veiksnių bei nerimo ir depresijos statistiškai reikšmingų sąsajų nenustatyta ($p > 0,05$).

Moterys pabėgėlės turėjo didesnę tikimybę jausti nerimą nei vyrai ($p = 0,045$). Kiti socialiniai ir demografiniai veiksniai nebuvo susiję su nerimo ir depresijos atsiradimu pabėgėliams ($p > 0,05$).

4.2.6.3. *Nerimo ir depresijos sąsajos su fizine ir psichikos sveikata*

Nerimą jaučiantys prieglobsčio prašytojai surinko žemesnius balus pagal tokias su sveikata susijusias gyvenimo kokybės skales, kaip antai skausmas, bendras sveikatos vertinimas, veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų, energingumas arba gyvybingumas bei socialinė funkcija ($p < 0,05$) (

15 lentelė).

Pabėgėliai, kurie jautė nerimą, surinko žemesnius balus pagal visas su gyvenimo kokybe susijusias skales ($p < 0,05$) (

15 lentelė). Jaučiamas nerimas statistiškai reikšmingai darė poveikį pabėgėlių didesniai sergamumui ($p < 0,05$).

Tiek prieglobsčio prašytojai, tiek pabėgėliai, sergantys depresija, surinko žemesnius balus pagal fizinės ir psichikos sveikatos skalę ($p < 0,05$) (

15 lentelė).

15 lentelė. Nerimo, depresijos ir fizinės bei psichikos sveikatos sąsajos ($n = 143$, $n = 364$)

Požymis	UP / PP*	Serga depresija	Jaučia nerimą
Fizinis aktyvumas (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,002$	$p>0,05$
Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,007$	$p>0,05$
Skausmas (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p=0,001$
Bendras sveikatos vertinimas (fizinė sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p=0,004$
Veiklos apribojimas dėl emocinių sutrikimų (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p=0,002$
Energingumas ir (arba) gyvybingumas (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,004$	$p=0,028$
Emocinė būklė (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p>0,05$
Socialinė funkcija (psichikos sveikata)	UP	$p=0,001$	$p=0,001$
	PP	$p=0,001$	$p=0,001$

*UP – pabėgėlis iš Ukrainos, PP – prieglobsčio prašytojas

4.2.6.4. Nerimo ir depresijos sąsajos su trauminiais įvykiais

Pabėgėliai, patyrę bent vieną trauminį įvykį, dažniau jautė nerimą ($p < 0,05$) nei prieglobsčio prašytojai. Nerimą pabėgėliams iš Ukrainos lėmė dusinimas ($p < 0,05$, mediana 2,30), skendimas ($p < 0,05$, mediana 2,00), badavimas ($p < 0,05$, mediana 2,00) ir šeimos nario mirtis ($p < 0,05$, mediana 2,00), lyginant su prieglobsčio prašytojais, kuriems šie veiksniai nedarė reikšmingo poveikio jaučiamam nerimui ($p > 0,05$) (1 priedas). Kiti trauminiai įvykiai nebuvo statistiškai reikšmingai susiję su prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių jaučiamu nerimu ar depresija ($p > 0,05$).

5. REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Migrantų socialiniai ir sveikatos priežiūros poreikiai bei sunkumai, susiję su šių paslaugų gavimu

Mūsų kokybinių tyrimų rezultatai leido identifikuoti keturias pagrindines temas ir potemes, kurios lemia migrantų socialinius ir sveikatos priežiūros poreikius, jų patiriamus sunkumus bei pagrindžia socialinių sveikatos determinantų modelio teiginį, kad politinės sistemos, socialiniai ir ekonominiai veiksniai lemia sveikatą [49]. Tai yra kultūriniai, struktūriniai, finansiniai, socialiniai veiksniai, atspindintys priimančiosios šalies migrantų politiką bei migrantų galimybę gauti socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas. Nuo priimančiosios šalies formuojamos politikos priklauso ne tik socialinių, sveikatos priežiūros paslaugų migrantams apimtis, ką deklaruoja Lietuvos įstatyminė bazė [69, 125, 186], migrantų statusas, jų neigiamos patirtys, bet ir visuomenės požiūris į juos. Migrantų teisinis statusas turi įtakos sveikatos raštingumui [48] ir psichikos sveikatai – nerimui [34,43], depresijos simptomams [40], PTSD atsirasti [42].

Nevienoda priimančiosios šalies migrantų valdymo politika paaiškina skirtingų tiriamųjų grupių lūkesčius ir poreikių patenkinimą. Prieglobsčio prašytojų pagrindiniai poreikiai, tokie kaip laisvas judėjimas tarp šalių ar šalies viduje, kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, vaikų išsilavinimo galimybės, savirealizacija, komfortiškų gyvenimo sąlygų užtikrinimas, nebuvo patenkinti. Aktyvi prieglobsčio prašytojų integracija pradėta tik asmenų, panorusių likti Lietuvoje pasibaigus sulaikymo terminui. O pabėgėlių iš Ukrainos integracija pradėta taikyti iškart pabėgėliams atvykus į priimančiąją šalį, tad pagrindiniai poreikiai – saugumo užtikrinimas sau ir savo vaikams, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų ir socialinių poreikių patenkinimas, vaikų išsilavinimo galimybės – buvo ne tik patenkinti, bet ir, dalyvių teigimu, viršyti. Vertinant skirtingų migrantų grupių poreikių patenkinimą svarbu atkreipti dėmesį į priimančiosios šalies galimybes priimti didžiulį skaičių migrantų bei prieglobsčio prašytojų ar pabėgėlių tikruosius kelionės tikslus, su tuo sutinka ir kiti tyrėjai [187, 188]. Kita vertus, tinkamai suformuota migrantų politika lemia migrantų norą likti priimančiojoje šalyje bei gali būti naudinga ateities darbo jėgai didinti. Panašiai teigia ir kiti tyrėjai [59], siūlantys sudaryti migrantams tinkamas integracijos sąlygas, juos kuo greičiau integruoti ir didinti šalies ekonomikos augimą. Remiantis mūsų tyrimo rezultatais, nors dauguma pabėgėlių iš Ukrainos Lietuvoje turėjo artimųjų, galimybę bendrauti rusų ar anglų kalba, buvo suteiktos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos bei sėkmingai integravosi Lietuvoje, pusė

pabėgėlių iš Ukrainos planavo grįžti į kilmės šalį arba jau yra grįžę. Pagrindinės priežastys, kurias nurodė abi tiriamosios migrantų grupės, – didelės maisto, gyvenamojo būsto ir kitų paslaugų kainos bei neproporcingai mažas darbo užmokestis. Vadinasi, ekonominis veiksnys yra vienas iš pagrindinių, lemiančių migrantų norą integruotis Lietuvoje. Palyginti, Moldovoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Slovakijoje, Rumunijoje [134] atlikti tyrimai rodo, kad net 63 proc. pabėgėlių iš Ukrainos planavo likti priimančiojoje šalyje.

Vertinant kultūrinius veiksnius pažymėtina, kad kultūrų skirtumai išryškėjo tik prieglobsčio prašytojų grupėje. Prieglobsčio prašytojai patyrė sunkumų dėl maisto pasirinkimo ir (arba) tinkamumo, religijos išpažinimo, religinių tarpusavio konfliktų, kultūrų skirtumų bendraujant, kalbos barjero. Nors abi tiriamosios grupės pripažino, kad priimančiosios šalies kalbos mokėjimas yra pagrindas siekiant sėkmingos integracijos. Kalbos barjeras išryškėjo kreipiantis dėl sveikatos priežiūros ar socialinių paslaugų. Tai patvirtina ne vienas mokslinis tyrimas [58, 108, 109, 112, 120, 189]. Tačiau skirtingas migranto statusas, migracijos tikslas bei organizaciniai ir teisiniai aspektai lėmė nevienodas kalbos mokymosi galimybes ir pačių migrantų mokymosi motyvaciją. Prieglobsčio prašytojai labiau akcentavo anglų ar kurdų kalbos mokymosi poreikį. Žinoma, tai galėtų būti labiau sietina ne su organizaciniais sunkumais, o su prieglobsčio prašytojų kelionės tikslu. Skirtingai nei pabėgėliai iš Ukrainos, norėdami spartesnės ir finansiškai sėkmingesnės integracijos Lietuvoje, siekė intensyvių lietuvių kalbos kursų teikdami palyginimus su Vokietijos vykdoma kalbos mokymosi strategija, kad galėtų dirbti pagal savo profesiją, o Lietuvoje organizuojamus lietuvių kalbos kursus vertino neigiamai. Tai patvirtina ir Valstybės kontrolės 2023 m. išankstinio tyrimo ataskaita, kurioje teigiama, kad 55 proc. visų prieglobsčio prašytojų lietuvių kalbos kursai nepadėjo integruotis į darbo rinką ir visuomenę, o savivaldybės net neišnaudojo visų joms skirtų pinigų kalbos kursams pabėgėliams iš Ukrainos organizuoti [190]. Kitų šalių tyrimai rodo individualizuotų mokymų efektyvumą siekiant greitesnės integracijos [121, 122]. Kalbos barjeras, kalbos mokymasis – taip pat vienas iš socialinių sveikatą lemiančių veiksnių pagal socialinių sveikatos determinantų modelį. Tai įrodė ne vienas tyrimas, kurio rezultatai rodo kalbų mokymosi įtaką psichikos sutrikimams [162] ir (arba) simptomų sunkumui [53, 54, 62].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad valstybės vykdoma politika nulėmė skirtingų migrantų tiriamųjų grupių prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų, švietimo, socialinių garantijų užtikrinimą, informacijos sklaidą, taip pat infekcinių ligų plitimą dėl netinkamų apgyvendinimo sąlygų. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir paslaugų kokybei, socialinėms

garantijoms užtikrinti turėjo įtakos migranto statusas, apgyvendinimo centro vadyba, savivaldybės vykdoma politika ir turimas biudžetas, ASPI vietovė bei kalbos barjeras ar sveikatos priežiūros specialistų kultūrinė kompetencija. Išskirtinas informacijos trūkumas prieglobsčio prašytojams dėl prieglobsčio suteikimo tvarkos ar kitų klausimų, o pabėgėliams iš Ukrainos – apie sveikatos draudimo ar neįgalumo nustatymo tvarką. Panašios kliūtys nustatytos kitų šalių tyrimuose, juose akcentuojama būtinybė atsižvelgti į migrantų poreikius [23, 24, 28, 38, 83, 84, 86, 95, 134, 191–194].

Nustatėme, kad prieglobsčio prašytojams buvo apribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų, nors kai kurie iš jų buvo išreiškę norą kreiptis į ASPI privačiai, tačiau, remiantis VLK ir apgyvendinimo centrų vadovų pateikta informacija, prieglobsčio prašytojams buvo suteiktos didesnės sveikatos priežiūros paslaugų apimtys remiantis žmogiškumo principu nei reglamentuojama tarptautiniuose ir nacionaliniuose teisės aktuose. Interviu metu su pabėgėliais įžvelgiamas piktnaudžiavimas nemokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nors kitose šalyse jie dėl kreiptis dėl sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus skubius atvejus [84]. Abi migrantų grupės įvardijo ilgą laukimo laiką pas šeimos gydytojus ir gydytojus specialistus, išreiškė psichologinės pagalbos poreikį. Ilgą laukimo laiką pas sveikatos priežiūros specialistus galima paaiškinti skirtinga šalių sveikatos sistemos politika (pvz., įdiegta išankstinė pacientų registravimo sistema), skirtingu taikomu gydymu, žmogiškųjų išteklių trūkumu. Panašūs ir kitų tyrimų rezultatai [59, 84]. Palyginti, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslauga Lietuvoje turi būti suteikta ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas [195]. Valstybinės ligonių kasos deklaruojamas ASPI laukimo laikas pas medicinos psichologą – iki 30 dienų (apie 80 proc. visų eilių), pas vaikų ligų gydytoją ar šeimos gydytoją – iki 7 dienų (daugiau kaip 50 proc. visų laukiančiųjų), pas gydytoją vaikų neurologą – ilgiau nei 31 diena (beveik 32 proc. visų laukiančiųjų) (2023 m. gruodis) [196], todėl, vertinant ilgą laukimo laiką pas sveikatos priežiūros specialistus kaip migrantų nepatenkintą poreikį, būtina atsižvelgti į priimančiosios šalies teisės aktus ir sveikatos sistemos modelį. Tad šiuo atveju svarbu yra šviesti migrantus apie Lietuvoje galiojantį sveikatos sistemos modelį, apie pagal migrantų statusą atitinkamai priklausančias socialines, švietimo ar kitas garantijas.

Vertinant socialinius sveikatą lemiančius veiksnius atkreiptinas dėmesys į finansinę migrantų padėtį. Prieglobsčio prašytojų finansinė padėtis riboja galimybę patenkinti būtinus socialinius poreikius (maisto produktų, drabužių įsigijimo), o pabėgėlių iš Ukrainos finansinė padėtis turėjo sąsają su jų pasitenkinimu darbo sąlygomis, gyvenamuoju būstu, laisvalaikio praleidimu bei noru savo ateitį susieti su Lietuva. Moldovoje, Vengrijoje,

Slovakijoje, Rumunijoje atliktas tyrimas rodo, kad gryniesi pinigai yra pagrindinis poreikių patenkinimo įrankis [134], o mažos mėnesio pajamos lemia blogesnę psichikos sveikatą [43, 44, 50, 53, 57].

5.2. Migrantų sveikata ir ją lemiantys veiksniai

Mes nustatėme, kad 68,6 proc. prieglobsčio prašytojų ir 71,2 proc. pabėgėlių į Lietuvą atvyko turėdami vieną sveikatos sutrikimą ar daugiau, o kritinis amžiaus taškas, lemiantis migrantų ligų atsiradimą, buvo 34 metai. Turimos ligos buvo vienas iš pagrindinių socialinių ir demografinių veiksnių, neigiamai veikiančių migrantų fizinę ir psichikos sveikatą. Psichikos sutrikimų dažniau turėjo prieglobsčio prašytojai nei pabėgėliai; prieglobsčio prašytojai jaunesni susirgdavo lėtinėmis ligomis, tačiau pabėgėliai dažniau sirgo lėtinėmis ligomis. Dažnas lėtinių ligų ir psichikos sveikatos sutrikimų turėjimas nustatytas Norvegijoje ir Lenkijoje vertinant pabėgėlių iš Ukrainos sveikatą [197–199]. Tai, kad prieglobsčio prašytojų grupėje daugiau žmonių turėjo psichikos sutrikimų, paaiškintų prieglobsčio prašytojų situacija kilmės šalyje – nuolatiniai kariniai konfliktai, teroristinių organizacijų vykdomas smurtas, nepakankamai išvystyta sveikatos priežiūros sistema migrantų kilmės šalyse, skurdas, aukštas nedarbo lygis ir kitos netinkamos socialinės ir ekonominės sąlygos, ką patvirtina PSO ar Afrikos šalių vidiniai dokumentai [21, 139–142, 146]. Tiek Irane, Irake, Sirijoje, Afganistane bei kitose mūsų dalyvių kilmės šalyse, tiek Ukrainoje didelis sergamumas ir mirtingumas neužkrečiamomis ligomis, pvz., Irake, Irane, Sirijoje, Afganistane širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, cukrinis diabetas, lėtinės plaučių ligos sudaro nuo 62 proc. iki 77 proc. visų mirčių [132, 133], o Ukrainoje mirtingumas nuo neužkrečiamų ligų lemia 73 proc. visų mirčių [132]. Mūsų tyrimo radiniai taip pat patvirtina teorinį teiginį, kad sveikata ir ligos priklauso nuo socialinio statuso – kuo žemesnė socialinė ir ekonominė padėtis, tuo blogesnė sveikata [128, 136].

Prieglobsčio prašytojai ir pabėgėliai buvo patyrę ne po vieną trauminį įvykį. Vyresni nei 38 metų pabėgėliai buvo labiau linkę patirti įvairių rūšių trauminių įvykių, nors prieglobsčio prašytojai dažniau nei pabėgėliai patyrė kankinimus. Tačiau amžiaus ribą galėjo nulemti bendras pabėgėlių amžius, kadangi pagal statistiką iš Ukrainos išvyko daugiausiai darbingo amžiaus pabėgėliai. Patirti trauminiai įvykiai reikšmingai neigiamai veikė pabėgėlių fizinę ir psichikos sveikatą. Taip pat nustatėme, kad migrantų patirti trauminiai įvykiai susiję su prieš emigracijos, emigracijos proceso ir po emigracijos etapais bei patvirtina mūsų teorinį teiginį, kad migrantai patiria karo, evakuacijos, akulturacijos ir kitas traumas skirtingais migracijos etapais

[32–35, 45, 130, 164, 200]. Tačiau mums nepavyko nustatyti, kokia migrantų dalis trauminius įvykius patyrė kilmės šalyje ar emigracijos metu, nes, remiantis užsienio šalių atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, 60 proc. migrantų trauminius įvykius patiria kilmės šalyje ir net 89 proc. trauminius įvykius patiria migracijos metu [42]. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių Lietuvoje patirti patys baisiausi gyvenimo įvykiai patvirtino ir papildė kokybinio tyrimo gautus rezultatus. Siaubingiausius gyvenimo įvykius Lietuvoje, susijusius su laisvės apribojimu, administraciniais ir (arba) teisiniais ar su prašymų nagrinėjimu susijusiais procesais, ribotu prieinamumu prie sveikatos priežiūros paslaugų, maisto, vandens, būsto trūkumu, konfliktais dėl skirtingos religijos kitų prieglobsčio prašytojų tarpe, smurtu arba diskriminacija, patyrė 57,3 proc. prieglobsčio prašytojų. 14 proc. pabėgėlių patiems skausmingiausiems gyvenimo įvykiams Lietuvoje priskyrė ne tik išgyvenimus, patirtus Lietuvoje dėl pajamų šaltinio praradimo, būsto paieškos, tarpkultūrinės adaptacijos, ilgu laukimo laiku pas sveikatos priežiūros specialistus bei įvairiomis emocinėmis reakcijomis, tokiomis kaip beviltiškumas, baimė, bet ir įvykiais, susijusiais su kelione į Lietuvą. Nors pastarieji (įvairios emocinės reakcijos ir įvykiai, susiję su kelione) trauminiai įvykiai neišryškėjo kokybinio tyrimo metu. Galime teigti, kad pagrindinis tyrimo duomenų skirtumo veiksnys – skirtingas migranto statusas, nulemiantis sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų apimtį ir poreikių patenkinimą. Mes taip pat nustatėme patirtų trauminių įvykių sąsajas su socialiniais bei demografiniais veiksniais, turimais sveikatos sutrikimais. Sveikatos sutrikdymus nulėmė ne tik fizinis smurtas (dusinimas, skendimas, fizinis sužalojimas, mušimas, prievartavimas), bet ir materialinis nepriteklus (maisto trūkumas ar badavimas, būsto trūkumas) bei ribotas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų. Gauti tyrimo rezultatai įrodė socialinių sveikatą lemiančių veiksmų reikšmę sveikatai bei parodė, kaip socialinė ir ekonominė politika veikė migrantų sveikatą ir jų poreikius [137].

Nustatėme aukštus migrantų PTSD, nerimo, depresijos rodiklius. Lygindami skirtingas migrantų grupes nustatėme, kad prieglobsčio prašytojų psichikos sveikata buvo blogesnė nei pabėgėlių – prieglobsčio prašytojai dažniau turėjo PTSD, distreso, nerimo, depresijos simptomų. Sisteminė mokslinės literatūros apžvalga nuo 2003 m. iki 2020 m., apimanti 15 šalių migrantų sveikatos vertinimą [36], ar kitų šalių moksliniai tyrimai [42, 46, 200] taip pat leidžia teigti, kad migrantų psichikos sveikatos sutrikimų rodikliai yra aukšti. Tačiau šie mokslinių tyrimų rezultatai panašūs vertinant tik pabėgėlių iš Ukrainos PTSD dažnį. Mūsų tyrime dalyvavusių prieglobsčio prašytojų buvo apie du kartus aukštesnis PTSD, apie 7 kartus aukštesnis nerimo ir apie 2,5 karto aukštesnis depresijos dažnis, o pabėgėliai turėjo apie

5 kartus aukštesnį nerimo ir apie 1,5 aukštesnį depresijos dažnį. Aukštą prieglobsčio prašytojų PTSD dažnį galėjo nulemti maža prieglobsčio prašytojų imtis, ką patvirtina atlikta sisteminės literatūros apžvalga. Tačiau aukštesnis depresijos dažnis, kitaip nei PTSD, nustatytas tyrimuose su mažesne tiriamųjų imtimi, o nerimui tiriamųjų imtis įtakos neturėjo [36]. Nustatėme, kad prieglobsčio prašytojų grupėje su didesne distreso tikimybe buvo susijusi dalyvių šeiminė padėtis – vieniši ir neturintys vaikų turėjo didesnę distreso tikimybę, tačiau kituose moksliniuose tyrimuose arba nelyginta šių veiksnių, arba nenustatyta sąsajų su psichikos sveikatos sutrikimais. Pabėgėlių grupėje su nerimu buvo susijusi lytis, o su PTSD tikimybe – pajamos; moterys dažniau nei vyrai jautė nerimą, o uždirbantys daugiau asmenys turėjo didesnę PTSD tikimybę nei uždirbantys mažiau. Kiti moksliniai tyrimų rezultatai taip pat deklaruoja, kad moterys turi didesnę psichikos sveikatos sutrikimų tikimybę [32, 36, 46, 51, 60], kadangi iš Ukrainos išvyko daugiausiai moterys su vaikais, kurioms teko vienoms, be sutuoktinių pagalbos, pasirūpinti šeimos saugumu, integracija svečioje šalyje ar finansiniu stabilumu. Tačiau priešingai mūsų tyrimo rezultatams, remiantis kitais tyrimais, galima teigti, kad migrantų psichikos sveikatą lemia mažesnės mėnesio pajamos ar finansiniai sunkumai [43, 44, 50, 53, 57] ir šie mokslininkų radiniai gali būti logiškai paaiškinami. Mūsų tyrimo duomenimis, nenustatyta daugiau statistiškai reikšmingų sąsajų su socialiniais ir demografiniais veiksniais, nors pagal kitų užsienio mokslinių tyrimų rezultatus deklaruojama, kad neigiamai migrantų psichikos sveikatą lemia jaunesnis amžius [43, 57], nedarbas ar užimtumas ne visą darbo dieną [50, 51], žemesnis išsilavinimas [44, 53], užsienio kalbų nemokėjimas [50, 51, 53, 54, 58, 62, 162], mažas fizinis aktyvumas [53, 63], netinkamos gyvenimo sąlygos [45, 50, 52, 53], neaiškus migranto statusas [38, 40, 42]. Didelis psichikos sveikatos sutrikimų dažnis, nustatytas mūsų tyrimo metu, galėtų paaiškinti, kodėl migrantų fizinę ir psichikos sveikatą dažniau lėmė ne socialiniai ir demografiniai veiksniai, o PTSD, distreso, nerimo, depresijos simptomų turėjimas ar trauminių įvykių patyrimas.

Tyrimo privalumai ir ribotumai

Tyrimo metu dalyviai turėjo galimybę duoti interviu ar pildyti klausimyną jiems suprantama ir priimtina kalba jų gyvenamosiose vietovėse, kas leido į tyrimą įtraukti visus norinčiuosius be jokių ribojimų bei užtikrino duomenų rinkimo ir analizės gilumą ir kultūrinį jautrumą. Mūsų tyrime buvo naudojama socialinių sveikatą lemiančių veiksnių sistema, išryškinusi prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių patiriamą nelygybę bei socialinių, ekonominių ir

politinių veiksnių sąsajas su sveikatos rodikliais. Taip pat identifikuoti prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių trauminiai įvykiai, turintys sąsają su sveikatos sutrikimų atsiradimu, bei atliktas išsamus prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių sveikatos vertinimas. Atliktas tyrimas atskleidė sisteminės sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimo kliūtis, kurias būtų galima pašalinti pagerinus paslaugų kokybę ne vien migrantams, bet ir visai šalies populiacijai.

Vis dėlto kokybinio tyrimo rezultatų, vertinančių migrantų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikius, negalėtume priskirti visai prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių iš Ukrainos populiacijai, nes daugelio migrantų patirtis buvo skirtinga ir ją nulėmė ne tik struktūriniai, ekonominiai veiksniai, bet ir aplinkos bei asmeniniai veiksniai. Taip pat mums nepavyko pasiekti reprezentatyvios kiekybinio tyrimo prieglobsčio prašytojų imties, todėl sveikatos vertinimas negali reprezentuoti visos prieglobsčio prašytojų populiacijos. Vieną iš trūkumų galime įvardyti didelės apimties anketą bei skirtingą HTQ dalį atitinkamai pagal migrantų kilmės šalį, nes prieglobsčio prašytojai nenorėjo tyrimo atlikimo metu pildyti anketų, o palikus klausimynus tam tikram laikotarpiui užpildytų anketų negrąžindavo arba aprašant pačius baisiausius patirtus trauminius įvykius pastebėtos tos pačios aprašytos situacijos apie teroristinių grupių veiksmus jų kilmės šalyje. Taip pat daugelis prieglobsčio prašytojų nebuvo suinteresuoti pildyti pateiktų anketų dėl neaiškaus savo migranto statuso, nes negavo asmeninės naudos (finansinės, laisvo judėjimo), bijojo apgyvendinimo centrų grupės lyderių ar kariškių, nepasitikėjo tyrėjais, nemokėjo kalbos (išryškėjo anketos poreikis kurdų kalba) ar kad buvo mažaraščiai. Anketos platinimas pabėgėliams naudojantis socialiniais tinklais taip pat galėjo neatspindėti visos populiacijos arba atspindėti tik tam tikrą socialinių grupių segmentą, nes ne visi pabėgėliai dalyvauja socialiniuose tinkluose arba dalyvauja skirtinguose socialiniuose tinkluose.

Nepavyko įvertinti prieglobsčio prašytojo statuso ir jo sąsają su sveikatos rodikliais, nes ne visi prieglobsčio prašytojai buvo pateikę prašymus suteikti prieglobstį arba, remiantis interviu metu surinkta informacija apie prieglobsčio prašytojo statusą, daugelio prašytojų prašymai dėl prieglobsčio suteikimo buvo atmesti. Taip pat vertinant gautus tyrimo rezultatus vertėtų atsižvelgti į tai, kad migrantų deklaruojami sveikatos sutrikimai galėjo neatitikti realybės, o skirtinga sveikatos priežiūros paslaugų apimtis galėjo nulemti deklaruojamus poreikius priimančiojoje šalyje. Tyrimo metu išryškėjo vaikų ir suaugusiųjų skirtingi poreikiai ir iššūkiai dėl poreikių patenkinimo, tačiau mes nevertinome atskirai nei vaikų poreikių ar iššūkių, nei vaikų sveikatos, todėl ateities tyrimuose vertėtų įtraukti vaikų grupę.

IŠVADOS

1. Prieglobsčio prašytojų poreikiai Lietuvoje buvo laisvė laisvai judėti šalyje ar į kitas šalis, kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, saugumas, komfortiškos gyvenimo sąlygos, savirealizacija bei vaikų išsilavinimo galimybės; sunkumus patyrė dėl netinkamo maisto, jo trūkumo, kalbos barjero, apribotų ar netinkamų sveikatos priežiūros paslaugų, apribotų švietimo paslaugų, informacijos trūkumo, aukštų kainų ir mažų socialinių išmokų, netinkamų gyvenimo sąlygų, diskriminacijos bei socializacijos, nevyriausybinių organizacijų paramos trūkumo.

Pabėgėlių poreikiai Lietuvoje buvo savo ir vaikų saugumo, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, būtinųjų socialinių poreikių ir vaikų išsilavinimo užtikrinimas; sunkumus patyrė dėl kalbos barjero ir lietuvių kalbos mokymosi, ilgų laukimo eilių pas gydytojus specialistus ir šeimos gydytojus, nekokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rajonuose, neaiškios sveikatos priežiūros paslaugų, socialinių, švietimo paslaugų organizavimo tvarkos ar biurokratizmo, informacijos trūkumo/pertekliaus bei aukštų kainų ir žemo darbo užmokesčio.

2. Prieglobsčio prašytojų dažniausiai patirti trauminiai įvykiai buvo karo ar į karą panašios sąlygos bei smurto prieš kitus matymas; patys skausmingiausi įvykiai Lietuvoje buvo susiję su nepatenkintais sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikiais, teisiniu reguliavimu, patirtu smurtu ar diskriminacija. Pabėgėlių dažniausiai patirti trauminiai įvykiai buvo artimųjų dingimas, jų mirtis, sužalojimai bei sveikatos priežiūros paslaugų apribojimas, maisto, vandens trūkumas. Patys skausmingiausi įvykiai Lietuvoje buvo susiję su išvykimo iš kilmės šalies procesu, finansinių, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikių patenkinimu, tarpkultūrine adaptacija bei staigiomis emocinėmis reakcijomis, prisiminus trauminį įvykį. Didesnę tikimybę turėti sveikatos sutrikimų turėjo vyresni nei 34 metai migrantai, skendę ir kuriems buvo apribotos sveikatos priežiūros paslaugos. Dažniausi veiksniai, lemiantys migrantų psichikos sveikatos, klausos sutrikimų, judėjimo apribojimo, regėjimo sutrikimų, lėtinių ligų ar kitų sveikatos sutrikimų atsiradimą buvo vyresnis amžius, apribotos sveikatos priežiūros paslaugos, skendimas, badavimas, fizinis sužalojimas.
3. Prieglobsčio prašytojų ir pabėgėlių fizinė sveikata buvo geresnė nei psichikos sveikata. Prieglobsčio prašytojų grupėje prastesne fizine sveikata pasižymėjo moteriškos lyties prieglobsčio prašytojai, žemesnio išsilavinimo, gyvenantys mieste, gebantys kalbėti 2 ar daugiau užsienio kalbomis, turintys vieną ar daugiau ligą, prastesne psichikos sveikata

pasižymėjo moteriškos lyties prieglobsčio prašytojai, vyresni nei 28 metai, turintys nepilnamečių vaikų, apgyvendinti nesukarintame centre, turintys vieną ar daugiau ligą. Pabėgėlių grupėje vyresni nei 38 metai vyrai, turintys žemesnį išsilavinimą, vieniši, nedirbantys, gyvenantys kaimo vietovėje, nekalbantys užsienio kalbomis bei turintys vieną ar daugiau ligą žemesniais balais vertino savo fizinę sveikatą, o nekalbantys užsienio kalbomis bei turintys vieną ar daugiau ligą žemesniais balais vertino savo psichikos sveikatą. Trauminių įvykių patyrimas turėjo didelį neigiamą poveikį pabėgėlių fizinei ir psichikos sveikatai.

4. Kas antras prieglobsčio prašytojas turėjo potrauminio streso sutrikimą, dviem iš penkių buvo įtariamas potrauminis stresas, kas trečiam buvo būdingas distresas, o keturi iš penkių prieglobsčio prašytojų jautė nerimą ir depresiją. Kas trečias pabėgėlis turėjo potrauminio streso sutrikimą, vienam iš penkių buvo įtariamas potrauminis stresas ir jautė distresą, trys iš penkių pabėgėlių jautė nerimą ir depresiją. Prieglobsčio prašytojams jaučiamas distresas buvo susijęs su šeimos ir vaikų neturėjimu. Pabėgėliams tikėtinas potrauminis stresas buvo susijęs su aukštesnėmis pajamomis, o nerimas – su moteriška lytimi bei patirtu dusinimu, skendimu, badavimu, šeimos nario mirtimi. Potrauminis stresas, distresas, nerimas ir depresija statistiškai reikšmingai neigiamai buvo susijęs su migrantų fizine ir psichikos sveikata.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. *Lietuvos Respublikos Vyriausybei ir jai pavaldžioms institucijoms.*

Kompleksinėmis priemonėmis didinti migrantų informuotumą apie jų teises priimančiojoje šalyje, sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų organizavimo tvarką; organizuoti intensyvius lietuvių kalbos mokymus siekiant greitesnės migrantų integracijos ir didesnio jų savarankiškumo; koordinuoti ir gerinti migrantų integracijos procese dalyvaujančių institucijų bendradarbiavimą dėl migrantų srautų valdymo, apsikeitimo informacija sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų srityse; mažinti biurokratizmą, tobulinti gyvenamosios vietos deklaravimo mechanizmą; parengti Lietuvos mokyklų sąrašą/tobulinti interaktyvų mokyklų žemėlapių pagal miestus, dėstomas kalbas su aktyviomis nuorodomis į mokyklų internetines svetaines; migrantų antplūdžio metu įkurti nemokamą karštąją liniją trumpuoju telefono numeriu.

2. *Savivaldybėms, visuomenės sveikatos biurams.*

Užtikrinti prieglobsčio prašytojams visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą suteikiant galimybę gauti ne tik nemokamas, bet ir mokamas sveikatos priežiūros paslaugas neatsižvelgiant į turimą migranto statusą; užtikrinti migrantams socialinius poreikius, daugiau dėmesio skirti vyresniems migrantams, patyrusiems materialių nepriteklių, fizinius ar kitus sužalojimus.

3. *Savivaldybėms, visuomenės sveikatos biurams.*

Užtikrinti migrantams nemokamos psichologinės pagalbos teikimą jiems suprantama kalba dėl potrauminio streso, distreso, nerimo ir depresijos simptomų mažinimo daugiau dėmesio skirti vienišiams ir neturintiems vaikų prieglobsčio prašytojams, bei moterims pabėgėlėms, kurių didesnės mėnesio pajamos. Galimi psichologinės pagalbos būdai: partnerystė su nevyriausybėmis organizacijomis ar privačiu sektoriumi; migrantų įtraukimas į vietos bendruomenių veiklą; koordinatoriaus ir (arba) atvejo vadybininko pareigybės įsteigimas ir jo aktyvi veikla; informacijos su nemokamos psichologinės pagalbos linijų kontaktiniais duomenimis platinimas.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. APA Dictionary of Psychology. Available online: <https://dictionary.apa.org/> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
2. (civil) war refugee. Available online: https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/civil-war-refugee_en [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 26 d.].
3. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 m. spalio 3 d., Nr. I-1562, Vilnius, Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
4. Who is a Migrant? International Organization for Migration. available online: <https://www.iom.int/who-migrant-0> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 26 d.].
5. Bagdonas, A, Bliumas, R. *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2019. 375 p.
6. UNHCR master glossary of terms. UNHCR. Available online: <https://www.unhcr.org/glossary> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
7. Psichikos sveikata / Europos Komisija. 2024. Available online: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_lt [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
8. Stress. 2024. Available online: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/stress> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
9. Constitution of the World Health Organization. Available online: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 2 d.].
10. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I- 552, Vilnius. Suvestinė redakcija. Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 2 d.].
11. Global Trends report 2023. UNHCR. Available online: <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 16 d.].
12. Neteisėta migracija – Oficialiosios statistikos portalas. Available online: <https://osp.stat.gov.lt/neteiseta-migracija-dashboard> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
13. Acknowledging the extraordinary situation in Lithuania, UNHCR raises concerns about legislative response and accommodation

- conditions. UNHCR Nordic and Baltic Countries. Available online: <https://www.unhcr.org/neu/68731-acknowledging-the-extraordinary-situation-in-lithuania-unhcr-raises-concerns-about-legislative-response-and-accommodation-conditions.html> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
14. Statistika / Migracijos departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Available online: <https://migracija.lrv.lt/lt/statistika/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
 15. Maggioni, A., Gonzales-Zamora, J. A., Maggioni, A., Peek, L., McLaughlin, S. A., von Both, U., ... [et al.] Cascading Risks for Preventable Infectious Diseases in Children and Adolescents during the 2022 Invasion of Ukraine. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(12):7005.
 16. Migracijos metraščiai / Migracijos departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Available online: <https://migracija.lrv.lt/lt/statistika/migracijos-metrasciai/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
 17. Migration. World Bank. Available online: <https://www.worldbank.org/en/topic/migration/overview> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
 18. Global Report 2022. Global Focus. Available online: <https://reporting.unhcr.org/global-report-2022> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
 19. Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., Quesada, J. Immigration as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 2015; 36(1):375–392.
 20. Exploring migration causes: why people migrate. European Parliament. Available online: https://www.europarl.europa.eu/pdfs/news/expert/2020/7/story/20200624STO81906/20200624STO81906_en.pdf [žiūrėta 2024 m. balandžio 7 d.].
 21. Annual Activity Report Iraq 2022. Available online: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.msf.org/sites/default/files/2023-04/2022%20Annual%20Activity%20Report%20Iraq_english.pdf
 22. Klein, J, von dem Knesebeck, O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):160.
 23. Jannesari, S., Hatch, S., Oram, S. Seeking sanctuary: rethinking asylum and mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020; 29:e154.

24. Sijbrandij, M. Expanding the evidence: key priorities for research on mental health interventions for refugees in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017; 27(2):105–108.
25. Attum, B., Hafiz, S., Malik, A., Shamoona, Z. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 22 d.].
26. Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., Najafi, M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2019; 99, November:103386.
27. Traditions Archives. Arab America. 2023. Available online: <https://www.arabamerica.com/tag/traditions/> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
28. El Arab, R. A., Somerville, J., Abuadas, F. H., Rubinat-Arnaldo, E., Sagbakken, M. Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: a scoping review. *Front Public Health.* 2023; 11:1145002.
29. El Arab, R. A., Urbanavice, R., Jakavonyte-Akstiniene, A., Skvarcevska, M., Austys, D., Mateos, J. T. ir kt. Health and social needs of asylum seekers and Ukrainian refugees in Lithuania: A mixed-method protocol. *Front Public Health.* Available online: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.1025446/full> [žiūrėta 2024 m. balandžio 7 d.].
30. Mona, H., Andersson, L. M. C., Hjern, A., Ascher, H. Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden - a principal component analysis. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1):830.
31. Stevens, A. J. How can we meet the health needs of child refugees, asylum seekers and undocumented migrants? *Arch Dis Child.* 2020; 105(2):191–196.
32. Buchcik, J., Kovach, V., Adedje, A. Mental health outcomes and quality of life of Ukrainian refugees in Germany. *Health Qual Life Outcomes.* 2023; 21(1):23.
33. Javanbakht, A. Addressing war trauma in Ukrainian refugees before it is too late. *Eur J Psychotraumatology.* 2022; 13(2):2104009.
34. Rizzi, D., Ciuffo, G., Sandoli, G., Mangiagalli, M., de Angelis, P., Scavuzzo, G. ir kt. Running Away from the War in Ukraine: The Impact on Mental Health of Internally Displaced Persons (IDPs) and Refugees

- in Transit in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(24):16439.
35. Su, Z., McDonnell, D., Cheshmehzangi, A., Bentley, B. L., Ahmad, J., Šegalo, S. ir kt. Media-Induced War Trauma Amid Conflicts in Ukraine. *Perspect Psychol Sci*. 2023; 18(4): 908–911.
 36. Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G. ir kt. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Med*. 2020; 17(9):e1003337.
 37. Mental health and forced displacement. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
 38. Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J. ir kt. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020; 20:article no.1039.
 39. Laverack, G. The Challenge of Promoting the Health of Refugees and Migrants in Europe: A Review of the Literature and Urgent Policy Options. *Challenges*. 2018; 9(2):32.
 40. Aichberger, M., Rapp, M. A. Migranten im Alter. *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit / Hrsg. W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer, A. Heinz*. Munich: Urban & Fischer; 2011, p. 271–276. Available online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9783437245701100285>
 41. Belau, M. H., Becher, H., Kraemer, A. Loneliness as a mediator of social relationships and health-related quality of life among refugees living in North Rhine-Westphalia, Germany. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):2233.
 42. Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G. ir kt. Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health*. 2017; 11(1):1.
 43. Essayagh, F., Essayagh, M., Essayagh, S., Marc, I, Bukassa, G., El Otmani I, ir kt. The prevalence and risk factors for anxiety and depression symptoms among migrants in Morocco. *Sci Rep*. 2023; 13(1):3740.
 44. Sesti, F., Minardi, V., Baglio, G., Bell, R., Goldblatt, P., Marceca, M., ir kt. Social determinants of mental health in Italy: the role of education

- in the comparison of migrant and Italian residents. *Int J Equity Health*. 2022; 21:116.
45. Walther, L., Rayes, D., Amann, J., Flick, U, Ta, T. M. T., Hahn, E. ir kt. Mental Health and Integration: A Qualitative Study on the Struggles of Recently Arrived Refugees in Germany. *Front Public Health*. 2021; 9. Available online: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.576481>
 46. Ainamani, H. E., Elbert, T., Olema, D. K., Hecker, T. Gender differences in response to war-related trauma and posttraumatic stress disorder – a study among the Congolese refugees in Uganda. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1):17.
 47. Apart Together survey / WHO. Available online: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240017924> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 19 d.].
 48. Refugee and migrant health / WHO. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 16 d.].
 49. Social Determinants of Health. Healthy People 2030 / U.S. Department of Health and Human Services. Available online: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 27 d.].
 50. Campbell, M. R., Mann, K. D., Moffatt, S., Dave, M., Pearce, M. S. Social determinants of emotional well-being in new refugees in the UK. *Public Health*. 2018;164:72–81.
 51. Długosz, P. War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. *J Migr Health*. 2023; 8:100196.
 52. Dudek, V., Razum, O., Sauzet, O. Association between housing and health of refugees and asylum seekers in Germany: explorative cluster and mixed model analysis. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):48.
 53. Kim, W., Chen, Y. L. The Social Determinants of Depression in Elderly Korean Immigrants in Canada: Does Acculturation Matter? *Int J Aging Hum Dev*. 2011; 73(4): 283–298.
 54. Kindermann, D., Zeyher, V., Nagy, E., Brandenburg-Ceynowa, H., Junne, F., Friederich, H. C. ir kt. Predictors of asylum seekers' mental health course in the early stages of resettlement: Results of a longitudinal study. *J Psychosom Res*. 2020; 132:109977.
 55. Kurt, G., Ilkkursun, Z., Javanbakht, A., Uygun, E., Karaoglan-Kahilogullari, A., Acarturk, C. The psychological impacts of COVID-19 related stressors on Syrian refugees in Turkey: The role of resource

- loss, discrimination, and social support. *Int J Intercult Relat IJIR*. 2021; 85:130–140.
56. Liddell, B. J., O'Donnell, M., Bryant, R. A., Murphy, S., Byrow, Y., Mau, V. ir kt. The association between COVID-19 related stressors and mental health in refugees living in Australia. *Eur J Psychotraumatology*. 2021; 12(1):1947564.
 57. Mesa-Vieira, C., Haas, A. D., Buitrago-Garcia, D., Roa-Diaz, Z. M., Minder, B., Gamba, M. ir kt. Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022; 7(5):e469–e481.
 58. Montemitto, C., D'Andrea, G., Cesa, F., Martinotti, G., Pettorruso, M., Di Giannantonio, M. ir kt. Language proficiency and mental disorders among migrants: A systematic review. *Eur Psychiatry*. 2021; 64(1):e49.
 59. Murphy, A., Fuhr, D., Roberts, B., Jarvis, C. I., Tarasenko, A., McKee, M. The health needs of refugees from Ukraine. *BMJ*. 2022; 377:o864.
 60. Newnham, E. A., Pearman, A., Olinga-Shannon, S., Nickerson, A. The mental health effects of visa insecurity for refugees and people seeking asylum: a latent class analysis. *Int J Public Health*. 2019; 64(5):763–772.
 61. Rashki Kemmak, A., Nargesi, S., Saniee, N. Social determinant of mental health in immigrants and refugees: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2021; 35:196.
 62. Schweitzer, R. D., Vromans, L., Brough, M., Asic-Kobe, M., Correa-Velez, I., Murray, K. ir kt. Recently resettled refugee women-at-risk in Australia evidence high levels of psychiatric symptoms: individual, trauma and post-migration factors predict outcomes. *BMC Med*. 2018; 16(1):149.
 63. Yıldız, E. What can be said about lifestyle and psychosocial issues during the coronavirus disease pandemic? first impressions. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 57(1): 413–415.
 64. Ready to Help?: Improving resilience of integration systems for refugees and other vulnerable migrants. Paris: OECD, 2019. Available online: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ready-to-help_9789264311312-en [žiūrėta 2024 m. birželio 30 d.].
 65. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development: Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 [without reference to a Main Committee (A/70/L.1)]. United Nations. General Assembly, 21 October 2015.

66. Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan, 2019–2023. Report by the Director-General. WHO: seventy-second World Health Assembly provisional agenda item 12.4, 25 April, 2019.
67. Irregular migration / European Commission. Available online: https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/irregular-migration_en [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
68. Key Migration Terms. International Organization for Migration. Available online: <https://www.iom.int/key-migration-terms> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
69. Lietuvos Respublikos įstatymas dėl užsieniečių teisinės padėties, 2004 m. balandžio 29 d. Nr. IX-2206, Vilnius. Available online: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.42837E5A79DD/asr> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 20 d.].
70. Protokolas dėl pabėgėlių statuso. Priimtas Ekonominėi ir socialinei tarybai pritariant 1966 m. lapkričio 18 d. 1186 (XLI) rezoliucija ir Generalinės Asamblėjos 1966 m. gruodžio 16 d. 2198 (XXI) rezoliucija. Įsigaliojo 1967 m. spalio 4 d. pagal VIII straipsnį. Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/944fa060699811e5b316b7e07d98304b?jfwid=-fxdp7c5u> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
71. Handbook on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees. Available online: <https://www.unhcr.org/media/handbook-procedures-and-criteria-determining-refugee-status-under-1951-convention-and-1967> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
72. Refugees / UNHCR. Available online: <https://www.unhcr.org/refugees> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 20 d.].
73. Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso patvirtinimo ir įsigaliojimo įstatymas. 2000 m. rugsėjo 26 d. Nr. VIII-1968. Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.111555/asr> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
74. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministras. Įsakymas. Dėl Prieğlobsčio Lietuvos Respublikoje suteikimo ir panaikinimo tvarkos aprašo patvirtinimo 2016 m. vasario 24 d. Nr. 1V-131, Vilnius Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0a918630dc0311e59019a599c5cbd673/asr>
75. Who is a refugee, a migrant or an asylum seeker? / Amnesty International. Available online: <https://www.amnesty.org/en/what-we-do/refugees-asylum-seekers-and-migrants/> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].

76. Lietuvos Respublikos Seimas. Rezoliucija dėl hibridinės agresijos atėmimo. 2021 m. liepos 13 d. Nr. XIV-505, Vilnius. Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b996e150e3de11eb866fe2e083228059> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
77. Neįleistų neteisėtų migrantų statistika. Available online: <https://vsat.lrv.lt/lt/naujienos/neileistu-neteisetu-migrantu-statistika/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
78. Savanoriškas migrantų grįžimas į kilmės šalį bus skatinamas triskart didesne pinigų suma. Migracijos departamentas. Available online: <https://www.migracija.lt/-/savanori%C5%A1kas-migrant%C5%B3-gr%C4%AF%C5%BEimas-%C4%AF-kilm%C4%97s-%C5%A1alis-bus-skatinamas-triskart-didesne-pinig%C5%B3-suma>.
79. Lives on Hold: Intentions and Perspectives of Refugees from Ukraine #2. UNHCR Operational Data Portal (ODP). Available online: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/95767> [žiūrėta 2023 m. lapkričio 5 d.].
80. Švieslėntė. Karo pabėgėliai iš Ukrainos – Oficialiosios statistikos portalas Available online: <https://osp.stat.gov.lt/ukraine-dashboards> [žiūrėta 2024 m. sausio 6 d.].
81. Karo pabėgėliai iš Ukrainos: statistika. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Available online: <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-integracija/lietuva-ukrainai/karo-pabegeliai-is-ukrainos-statistika/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
82. Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., Landesmann, M. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*. 2019; 123(9): 833–839.
83. Report on refugee health: assessment of the Bulgarian health system's needs within the context of the crisis in Ukraine. Available online: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240070707> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
84. Behavioural insights on health service needs and access: results of a qualitative study among refugees from Ukraine in Slovakia: September 2022–January 2023. Available online: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7566-47333-69460> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 22 d.].
85. Rolke, K., Walter, J., Weckbecker, K., Münster, E., Tillmann, J. Identifying gaps in healthcare: a qualitative study of Ukrainian refugee

- experiences in the German system, uncovering differences, information and support needs. *BMC Health Serv Res.* 2024; 24(1):585.
86. DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., Yaya, S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Syst Rev.* 2022; 11(1):62.
 87. Veginadu, P., Gussy, M., Calache, H., Masood, M. Disparities in spatial accessibility to public dental services relative to estimated need for oral health care among refugee populations in Victoria. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023; 51(3): 565–574.
 88. Aljadeeah, S., Michielsen, J., Ravinetto, R., Hargreaves, S., Wirtz, V. J., Razum, O. ir kt. Facilitating access to medicines and continuity of care for Ukrainian refugees: exceptional response or the promise of more inclusive healthcare for all migrants? *BMJ Glob Health.* 2022; 7(8):e010327.
 89. Ioffe, Y., Abubakar, I., Issa, R., Spiegel, P., Kumar, B. N. Meeting the health challenges of displaced populations from Ukraine. *Lancet.* 2022; 399(10331): 1206–1208.
 90. Guzik, B., Bernacik, A., Pulka, A., Kaczmarska, A., Guzik, T. J., Grodzicki, T. The backstage of the Russian–Ukrainian war: refugees in urgent need of cardiovascular management. *Cardiovasc Res.* 2022; 118(12):e85–8.
 91. Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G. ir kt. What is the Prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2021; 36(3): 753–761.
 92. Al-Jumaili, A. A., Al-Rekabi, M. D., Sorofman, B. Evaluation of instruments to assess health literacy in Arabic language among Iraqis. *Res Soc Adm Pharm.* 2015; 11(6): 803–813.
 93. Health Literacy and cardiovascular disease: Fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association | *Circulation*. Available online: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000579?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
 94. Zhao, X. Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review. *Health Commun.* 2023; 38(4):824–833.

95. Robertshaw, L., Dhesi, S., Jones, L. L. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2017; 7(8):e015981.
96. Teresa Faschinger, Paula Hoffmeyer-Zlotnik, Marlene Stiller. Health care. Germany. Available online: <https://asylumineurope.org/reports/country/germany/content-international-protection/health-care/>.
97. Pagalba pabėgėliams, jų socialinė integracija: Išankstinio tyrimo ataskaita, 2023 m. birželio 8 d., Nr. ITE-1 / Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. Available online: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/24169> [žiūrėta 2024 m. kovo 29 d.].
98. Marchese, V., Formenti, B., Cocco, N., Russo, G., Testa, J., Castelli, F. ir kt. Examining the pre-war health burden of Ukraine for prioritisation by European countries receiving Ukrainian refugees. *Lancet Reg Health Eur*. 2022 Apr; 15: 100369. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9072998/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 1 d.].
99. Berie, K. M., Salih, M. H., Abate, H. K. Cultural competence nursing care and its associated factors among nurses in Northern Ethiopia: A mixed method study design. *Nurs Res Rev*. 2021; 11:55–67.
100. Mutair, A. S. A., Plummer, V., O'Brien, A. P., Clerehan, R. Providing culturally congruent care for Saudi patients and their families. *Contemp Nurse*. 2014; 46(2): 254–258.
101. Eklöf, N., Abdulkarim, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. Somali asylum seekers' perceptions of privacy in healthcare. *Nurs Ethics*. 2016; 23(5): 535–546.
102. Maier-Lorentz, M. M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *J Cult Divers*. 2008; 15(1): 37–43.
103. Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kenny, A., Tomietto, M., Tuomikoski, A. M., Meriläinen, M. ir kt. Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2019; 98:75–86.
104. Lightfoot, E., Blevins, J., Lum, T., Dube, A. Cultural Health Assets of Somali and Oromo Refugees and Immigrants in Minnesota: Findings from a Community-Based Participatory Research Project. *J Health Care Poor Underserved*. 2016; 27(1): 252–260.

105. Bettmann, J. E., Penney, D., Clarkson Freeman, P., Lecy, N. Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness. *Soc Work Health Care*. 2015; 54(8):738–757.
106. Markova, V., Sandal, G. M. Lay Explanatory Models of Depression and Preferred Coping Strategies among Somali Refugees in Norway. A Mixed-Method Study. *Front Psychol*. 2016; 7:1435.
107. Hill, N., Hunt, E., Hyrkäs, K. Somali immigrant women's health care experiences and beliefs regarding pregnancy and birth in the United States. *J Transcult Nurs*. 2012; 23(1):72–81.
108. Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., Squires, A. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2021; 104(3): 534–553.
109. Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., Heponiemi, T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nurs*. 2019; 18(1): 38.
110. Kuzemski, D., Thirlwall, A., Brunton, M., Brownie, S. I speak a little Arabic: Nursing communication in a cross-cultural context. Available online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15891> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
111. Biesiada, A., Mastalerz-Migas, A., Babicki, M. Response to provide key health services to Ukrainian refugees: The overview and implementation studies. *Soc Sci Med*. 2023; 334, October:116221.
112. Ali, P. A., Watson, R. Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J Clin Nurs*. 2018; 27(5–6):e1152–1160.
113. Červený, M., Siaki, L., Prosen, M., Nagórska, M. Challenges experienced by nurses caring for patients from different cultures: a scoping review of the literature, 2010–2020. 2022 m. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2022; 13(4): 783–792.
114. Blažytė, G., Kriščiūnaitė, A. Ne Europos Sąjungos šalių piliečių poreikių analizė. Available online: https://sppd.lrv.lt/uploads/sppd/documents/files/7_TYRIMO%20ATA_SKAITA_NACIONALINE.pdf [žiūrėta 2024 m. kovo 29 d.].
115. Jaeger, F. N., Pellaud, N., Laville, B., Klauser, P. The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 429.
116. Granhagen Jungner, J., Tiselius, E., Blomgren, K., Lützn, K., Pergert, P. Language barriers and the use of professional interpreters: a national multisite cross-sectional survey in pediatric oncology care. *Acta Oncol Stockh Swed*. 2019; 58(7): 1015–1020.

117. Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M., Severinsson, E. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *J Nurs Manag.* 2012; 20(2): 287–295.
118. Bradby, H., Lebano, A., Hamed, S., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer J., ... [et al.]. Policy Makers', NGO, and Healthcare Workers' Accounts of Migrants' and Refugees' Healthcare Access Across Europe—Human Rights and Citizenship Based Claims. *Front Sociol.* 2020; 5, art. no. 16. Available online: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2020.00016> [žiūrėta 2024 m. balandžio 6 d.]
119. Eklöf, N., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nurs.* 2015; 32(2):143–150.
120. Isphording, I. E., Otten, S. Linguistic barriers in the destination language acquisition of immigrants. *J Econ Behav Organ.* 2014; 105: 30–50.
121. Djuve, A. B., Kavli, H. C. Refugee integration policy the Norwegian way – why good ideas fail and bad ideas prevail. *Transf Eur Rev Labour Res.* 2019; 25(1): 25–42.
122. Sarvimäki, M., Hämäläinen, K. Integrating Immigrants: The Impact of Restructuring Active Labor Market Programs. *J Labor Econ.* 2016; 34(2): 479–508.
123. Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., Al Kalbani, T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J.* 2020; 35(2):e122.
124. Informacija nuo karo Ukrainoje bėgantiems žmonėms. Praktinė informacija apie jūsų teises ir galimybes Europos Sąjungoje / Europos Komisija. Available online: https://eu-solidarity-ukraine.ec.europa.eu/information-people-fleeing-war-ukraine/fleeing-ukraine-your-rights-eu_lt [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 16 d.].
125. Informacija Ukrainos piliečiams / Migracijos departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Available online: <https://migracija.lrv.lt/lt/naudinga-informacija/ukraina-ukrayina-ukraina-ukraine/informacija-ukrainos-pilieciams-1/> [žiūrėta 2023 m. lapkričio 4 d.].
126. Sveikatos paslaugų ukrainiečiams atmintinė / Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Available online: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/sveikatos-prieziuros-paslaugos/sveikatos-paslaugu-ukrainieciams-atmintine/> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].

127. Rekomendacijos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms dėl paslaugų prieinamumo pacientams, kalbantiems tik užsienio kalba / Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Available online: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/diagnostikos-gydymo-metodikos-ir-rekomendacijos/rekomendacijos-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigoms-del-paslaugu-prieinamumo-pacientams-kalbantiems-tik-uzsienio-kalba/> [žiūrėta 2024 m. balandžio 3 d.].
128. Social determinants of health / WHO. Available online: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health> [žiūrėta 2024 m. liepos 9 d.].
129. Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ir kt. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011; 183(12):E959–67.
130. Mwanri, L., Fauk, N. K., Ziersch, A., Gesesew, H. A., Asa, G. A., Ward, P. R. Post-Migration Stressors and Mental Health for African Migrants in South Australia: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(13):7914.
131. Mental health / WHO. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 2 d.].
132. Data at WHO. Available online: <https://www.who.int/data> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
133. Global health estimates: Leading causes of death / WHO. Available online: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
134. Displacement patterns, protection risks and needs of refugees from Ukraine: Regional protection analysis # 1. UNHCR Operational Data Portal (ODP). Available online: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/96447> [žiūrėta 2023 m. lapkričio 5 d.].
135. Steps prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019 / World Health Organisation.. Available online: WHO-EURO-2020-1468-41218-56060-eng.
136. Marmot, M., Allen Jessica, J. Social determinants of health equity. *Am J Public Health*. 2014; 104(S4): S517-S519. Available online: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2014.302200> [žiūrėta 2024 m. liepos 9 d.].

137. Commission on Social Determinants of Health. Available online: <https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity/world-report-on-social-determinants-of-health-equity/commission-on-social-determinants-of-health> [žiūrēta 2024 m. liepos 9 d.].
138. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852> [žiūrēta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
139. Lebanon crisis response plan 2022 / Global crisis response platform. Available online: <https://crisisresponse.iom.int/response/lebanon-crisis-response-plan-2022> [žiūrēta 2024 m. birželio 28 d.].
140. Iraq crisis. WHO emergency situation overview. Available online: <https://www.who.int/emergencies/situations/iraq-crisis> [žiūrēta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
141. Lebanon crisis response plan 2022 / Global crisis response platform. Available online: <https://crisisresponse.iom.int/response/lebanon-crisis-response-plan-2022> [žiūrēta 2024 m. birželio 28 d.].
142. WHO EMRO. WHO presence. Afghanistan / World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available online: <http://www.emro.who.int/afg/who-in-afghanistan/> [žiūrēta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
143. Lebanon: War in Ukraine means price rises amid climate crisis. World Food Programme 2022. Available online: <https://www.wfp.org/stories/lebanon-war-ukraine-means-price-rises-amid-climate-crisis> [žiūrēta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
144. Water and the global climate crisis: 10 things you should know / UNICEF. Available online: <https://www.unicef.org/stories/water-and-climate-change-10-things-you-should-know> [žiūrēta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
145. Senn, N., Breton, M., Ebert, S. T., Lamoureux-Lamarche, C., Lévesque, J. F. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy*. 2021; 125(2):160–167.
146. Iraq crisis response plan 2024 / Global Crisis Response Platform. Available online: <https://crisisresponse.iom.int/response/iraq-crisis-response-plan-2024> [žiūrēta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
147. Dangmann, C., Solberg, Ø., Andersen, P. N. Health-related quality of life in refugee youth and the mediating role of mental distress and post-migration stressors. *Qual Life Res.* 2021; 30(8): 2287–2297.

148. Areba, E. M., Duckett, L., Robertson, C., Savik, K. Religious coping, symptoms of depression and anxiety, and well-being among Somali college students. *J Relig Health*. 2018; 57(1):94–109.
149. de Kleine, R. A., Woud, M. L., Ferentzi, H., Hendriks, G. J., Broekman, T. G., Becker E. S. ir kt. Appraisal-based cognitive bias modification in patients with posttraumatic stress disorder: a randomised clinical trial. *Eur J Psychotraumatology*. 2019; 10(1):1625690.
150. Fino, E., Mema, D., Russo, P. M. War trauma exposed refugees and posttraumatic stress disorder: The moderating role of trait resilience. *J Psychosom Res*. 2020; 129:109905.
151. Berchet, C., Jusot, F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Post-Print, 2012. Available online: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/hal-01593735.html> [žiūrėta 2024 m. balandžio 8 d.].
152. Migrantų ir prieglobsčio prašytojų situacija Lietuvoje: Analitinė studija, 2023. Available online: <https://hrmi.lt/wp-content/uploads/2023/11/Analitine-studija-MPP-09.11.2023.pdf> [žiūrėta 2024 m. balandžio 4 d.].
153. Biffl, G. Socio-Economic Determinants of Health and Identification of Vulnerable Groups in the Context of Migration. The Case of Austria: WIFO Working Papers, No. 206. Available online: (www.econstor.eu)
154. Padovese, V., Egidì, A. M., Melillo Fenech, T., Podda Connor, M., Didero, D., Costanzo, G. ir kt. Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010–11). *J Public Health*. 2014; 36(3): 368–374.
155. Kondilis, E., Papamichail, D., McCann, S., Carruthers, E., Veizis, A., Orcutt, M. ir kt. The impact of the COVID-19 pandemic on refugees and asylum seekers in Greece: A retrospective analysis of national surveillance data from 2020. *eClinicalMedicine*. 2021; 37:100958.
156. Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J. ir kt. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020 m. birželio 30 d.;20:1039.
157. Mental health conditions in conflict situations are much more widespread than we thought. Available online: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-conditions-in-conflict-situations-are-much-more-widespread-than-we-thought> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].

158. Delara, M. Social Determinants of immigrant women's mental health. *Adv Public Health*. 2016; 2016:e9730162.
159. Alzoubi, F. A., Al-Smadi, A. M., Gougazeh, Y. M. Coping strategies used by Syrian refugees in Jordan. *Clin Nurs Res*. 2019; 28(4): 396–421.
160. Shaw, J., Anderson, K. B., Fabi, R. E., Thompson, C. A., Harris, M., Aljabbarin, N. ir kt. COVID-19 vaccination intention and behavior in a large, diverse, U.S. refugee population. *Vaccine*. 2022; 40(9):1231–1237.
161. Yoosefi Lebni, J, Enayat, H, Irandoost, S. F., Dehghan, A. A. Exploring the challenges of Afghan refugee women facing COVID-19: A qualitative study in Iran. *Front Public Health*. 2022; 10:838965.
162. Wu, S., Renzaho, A. M. N., Hall, B. J., Shi, L., Ling, L., Chen, W. Time-varying associations of pre-migration and post-migration stressors in refugees' mental health during resettlement: a longitudinal study in Australia. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8(1): 36–47.
163. WHO Global Evidence Review on Health and Migration Series (GEHM) Reports / World Health Organization; 2021.
164. Bradby, H., Lebano, A., Hamed, S., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J. ... [et al.]. Policy Makers', NGO, and Healthcare Workers' Accounts of Migrants' and Refugees' Healthcare Access Across Europe—Human Rights and Citizenship Based Claims. *Front Sociol*. 2020; 5:16.
165. Lithuania | MIPEX 202. Available online: <https://www.mipex.eu/lithuania> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 19 d.].
166. Maier, K., Konaszewski, K., Skalski, S. B., Büssing, A., Surzykiewicz, J. Spiritual needs, religious coping and mental wellbeing: A cross-sectional study among migrants and refugees in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(6):3415.
167. Kokybių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams / B. Bitinas, L. Rupšienė, V. Žydzūnaitė. – Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008. – 304 p.
168. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: edukologija ir kiti socialiniai mokslai: vadovėlis / Kęstutis Kardelis. – 5-asis patais. ir papild. leid.. – Vilnius : Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2016 (Vilnius: Standartų sp.). – 487, [1] p.
169. Ali, A. Quantitative data analysis. May 2021. Available online: <https://www.researchgate.net/publication/351637670>
170. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) / Harvard program in refugee trauma. Available online: <https://hpert->

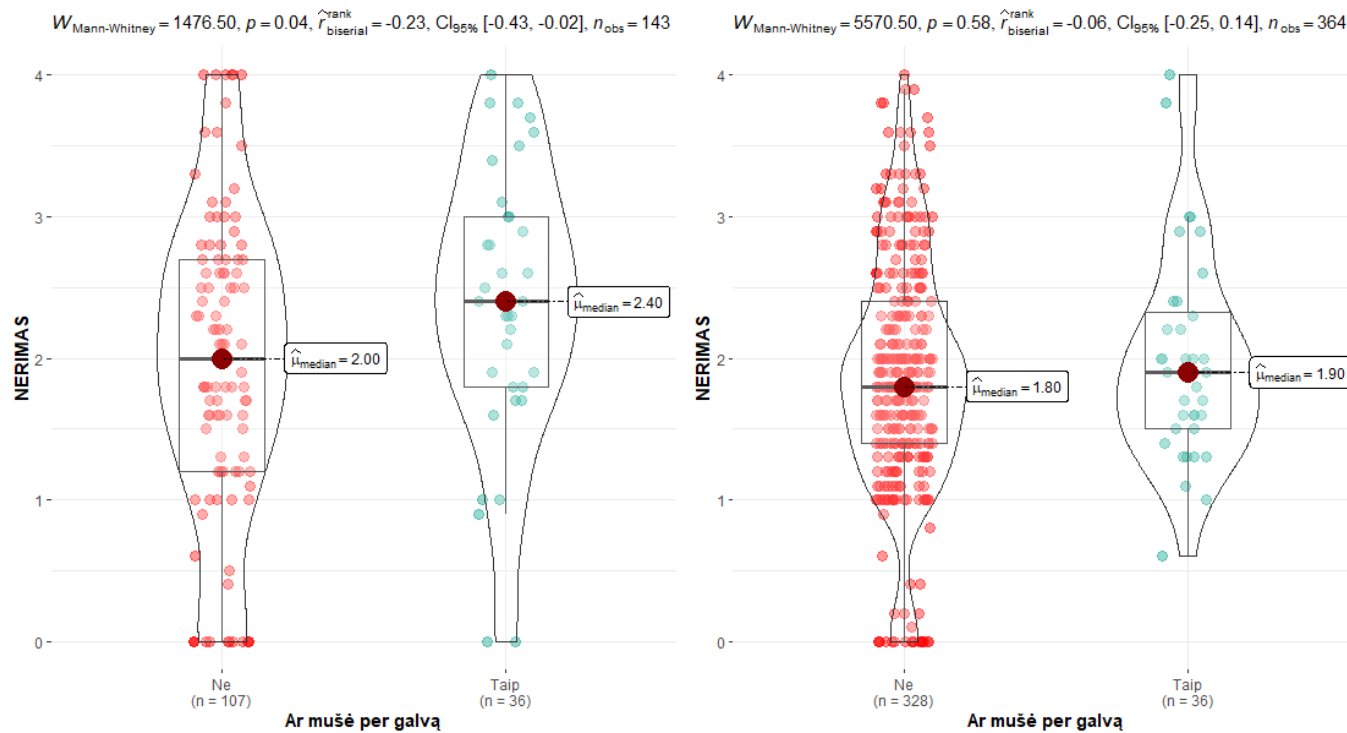
- cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 20 d.].
171. Harvard trauma questionnaire / Harvard program in refugee trauma. Available online: <https://hpvt-cambridge.org/screening/harvard-trauma-questionnaire/> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 29 d.].
 172. El Osta, N., Kanso, F., Saad, R., Khabbaz, L. R., Fakhouri, J., El Osta, L. Validation du SF-36, questionnaire générique de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées au Liban. *East Mediterr Health J.* 2019; 25(10):706–714.
 173. 36-Item Short Form Survey from the RAND Medical Outcomes Study. Available online: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 29 d.].
 174. Patton, M. Q. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks, London, New Dehli: SAGE, 2002. Available online: https://www.google.lt/books/edition/Qualitative_Research_Evaluation_Methods/FjBw2oi8EL4C?hl=lt&gbpv=1&dq=inauthor:%22Michael+Quinn+Patton%22&printsec=frontcover [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
 175. Žydzūnaitė, Vilma, Sabaliauskas, Stanislav. *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai: vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams*. Vilnius, 2017. 375 p.
 176. Charan, J., Biswas, T. How to Calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med.* 2013; 35(2):121–126.
 177. Oficialiosios statistikos portalas. Available online: <https://osp.stat.gov.lt/> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
 178. Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., Murray, C. C., Tor, S. Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(8): 1098–1106.
 179. Sundquist, J., Johansson, S. E. The influence of exile and repatriation on mental and physical health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996; 31(1):21–28.
 180. Bonmatí-Tomas, A., Malagón-Aguilera, M. C., Gelabert-Vilella, S., Bosch-Farré, C., Vaandrager, L., García-Gil, M. M. ... [et al.]. Salutogenic health promotion program for migrant women at risk of social exclusion. *Int J Equity Health.* 2019; 18:139.
 181. Chen, W., Ling, L., Renzaho, A. M. N. Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open.* 2017; 7(3):e014313.

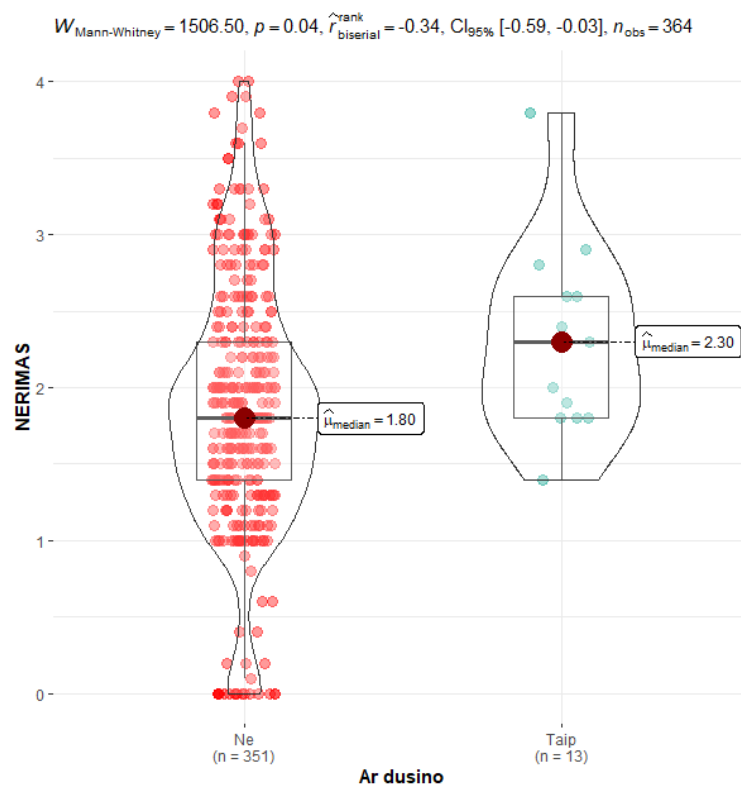
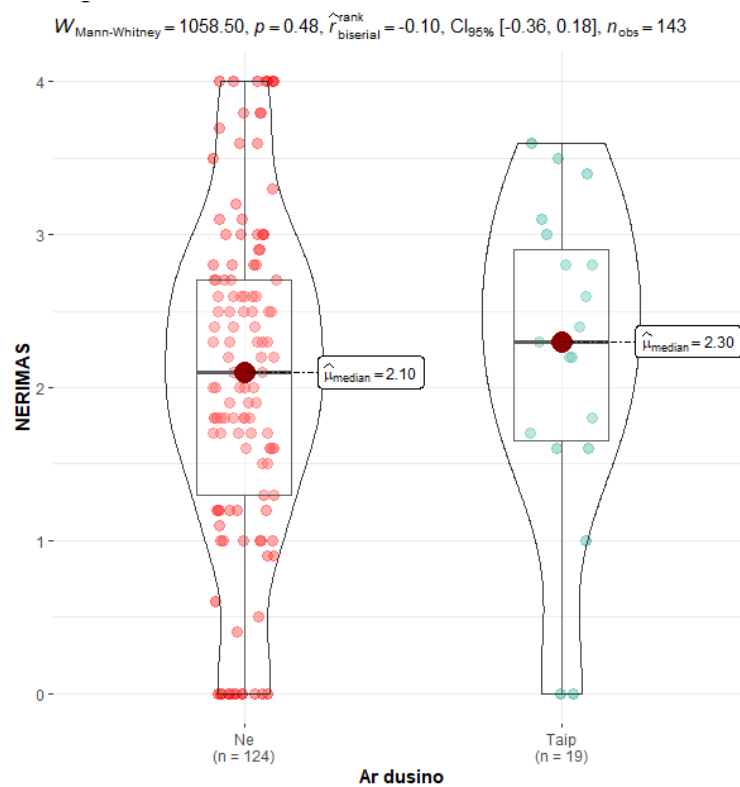
182. Oo, M. M., Boonathapat, N., Aung, H. K. K., Pungrassami, P., Liabsuetrakul, T. Changes in health-related quality of life and the associated factors among Myanmar migrants with tuberculosis: a cohort study. *BMC Infect Dis.* 2021; 21(1): 377.
183. J Jarjoura, D., Polen, A., Baum, E., Kropp, D., Hetrick, S., Rutecki, G. Effectiveness of screening and treatment for depression in ambulatory indigent patients. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(1): 78–84.
184. Short Form 36 – an overview / ScienceDirect Topics. Available online: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/short-form-36> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
185. Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., Kyngäs, H. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open.* 2014 m. sausio 1 d.; 4(1): 2158244014522633.
186. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Vilnius. Available online: <https://e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.94F6B680E8B8/asr> [žiūrėta 2023 m. lapkričio 4 d.].
187. Muruthi, B., A., Young, S. S., Chou, J., Janes, E., Ibrahim, M., „We Pray as a Family“: The Role of religion for resettled karen refugees. *J Fam Issues.* 2020; 41(10):1723–1741.
188. Rayes, D. Karnouk, C., Churbaji, D., Walther, L., Bajbouj, M. Faith-based coping among arabic-speaking refugees seeking mental health services in Berlin, Germany: An exploratory qualitative study. *Frontiers in Psychiatry.* 2021; 12, art. no. 595979. Available online: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.595979> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 22 d.].
189. Kuzemski, D., Thirlwall, A., Brunton, M., Brownie, S. I speak a little Arabic: Nursing communication in a cross-cultural context. Available online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15891> [žiūrėta 2024 m. birželio 28 d.].
190. Valstybės kontrolė: neužtenka pabėgėliams suteikti prieglobstį, būtina juos labiau įtraukti į darbo rinką ir švietimo sistemą / Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. Available online: <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Post/17532/valstybes-kontrole-neuztenka-pabegeliams-suteikti-prieglobsti-butina-juos-labia> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
191. Lusambili, A. M., Martini, M., Abdirahman, F., Asante, A., Ochieng, S., Guni, J. N. ir kt. „We have a lot of home deliveries“ A qualitative study on the impact of COVID-19 on access to and utilization of

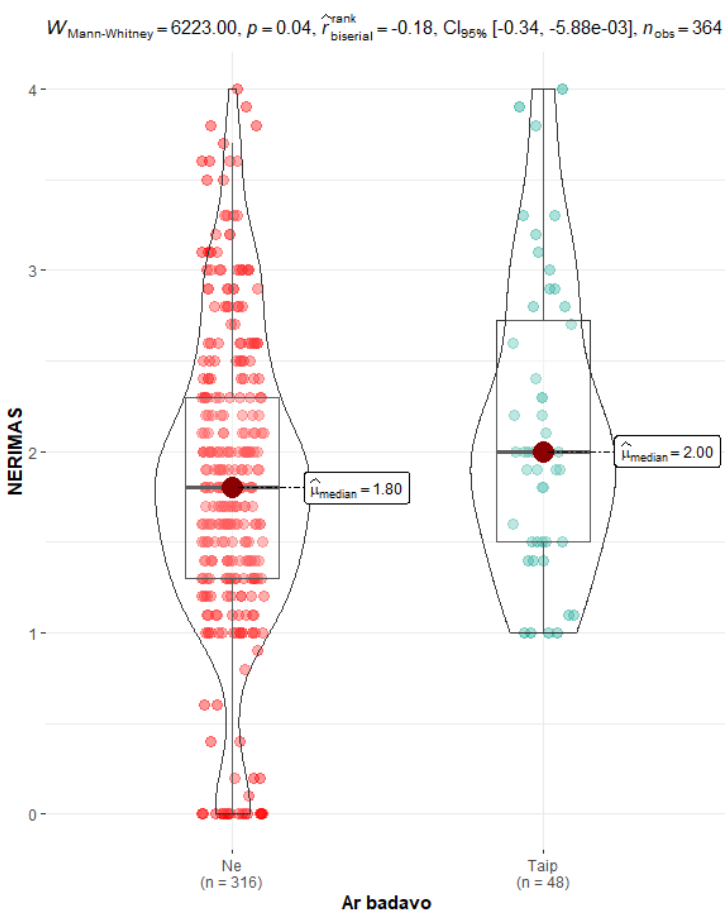
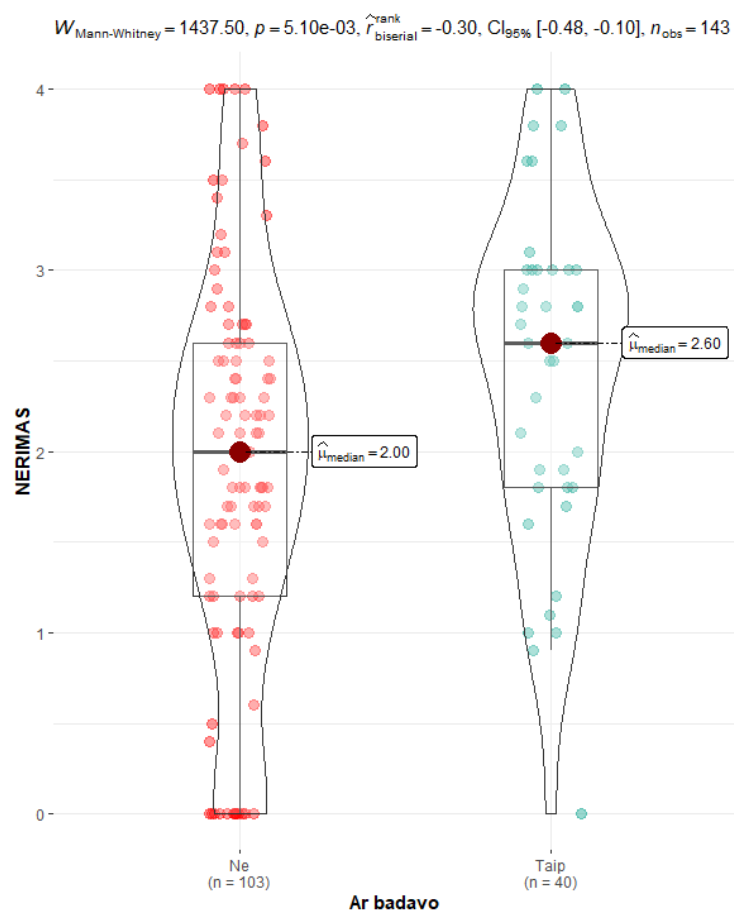
- reproductive, maternal, newborn and child health care among refugee women in urban Eastleigh, Kenya. *J Migr Health*. 2020; 1–2:100025.
192. Mangrio, E., Zdravkovic, S., Strange, M. Working with refugees' health during COVID-19 – The experience of health- and social care workers in Sweden. *Front Public Health*. 2022; May, 10, article no 811974. Available online: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.811974> [žiūrėta 2023 m. rugpjūčio 23 d.].
 193. Antón-Solanas, I., Tambo-Lizalde, E., Hamam-Alcober, N., Vanceulebroeck, V., Dehaes, S., Kalkan, I., ... [et al.]. Nursing students' experience of learning cultural competence. *PloS One*. 2021; 16(12):e0259802.
 194. El Arab, R. A., Urbanavice, R., Jakavonyte-Akstiniene, A., Skvarcevska, M., Austys, D., Briones-Vozmediano, E. ir kt. „We want our freedom back, that's our only need“: a qualitative study of health and social needs among asylum seekers and undocumented migrants crossing the borders from Belarus to Lithuania. *Front Public Health*. 2024; 12:1371119.
 195. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, Vilnius. Available online: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr> [žiūrėta 2023 m. lapkričio 4 d.].
 196. Valstybinė ligonių kasa. Kur ir kiek reikia laukti norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas / Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Available online: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/paslaugos/e-paslaugos/kur-ir-kiek-reikia-laukti-norint-gauti-sveikatos-prieziuros-paslaugas/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
 197. Hansen, T. M., Skogheim, T. S., Helland, Y. Health & healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022. *Eur J Public Health*. 2023; 33(Supplement_2):ckad160.691.
 198. Health of refugees from Ukraine in Poland 2022: household survey and behavioural insights research | European Website on Integration. Available online: https://migrant-integration.ec.europa.eu/index.php/library-document/health-refugees-ukraine-poland-2022-household-survey-and-behavioural-insights_en [žiūrėta 2024 m. rugsėjo 3 d.].
 199. WHO European health information at your fingertips. Available online: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/> [žiūrėta 2024 m. rugpjūčio 21 d.].
 200. Taha, P. H., Sijbrandij, M. Gender Differences in Traumatic Experiences, PTSD, and Relevant Symptoms among the Iraqi Internally Displaced Persons. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(18):9779.

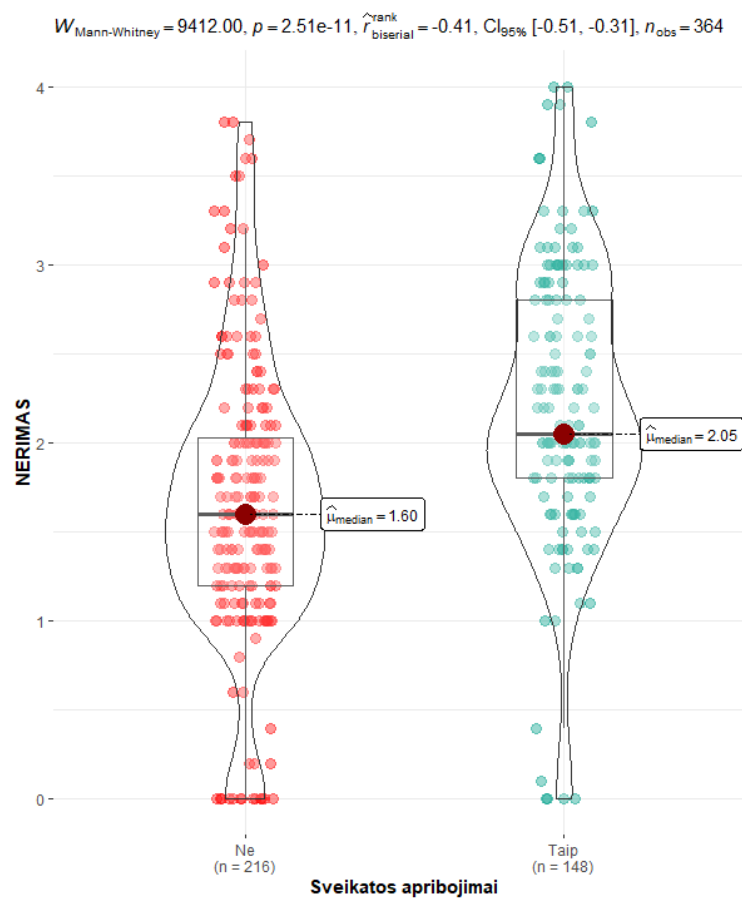
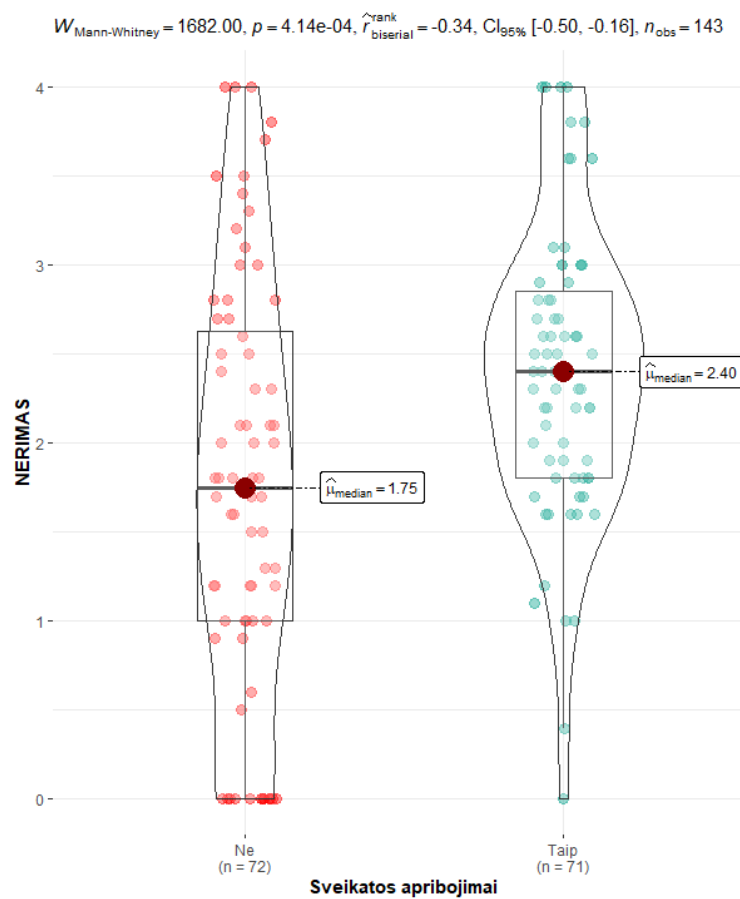
PRIEDAS

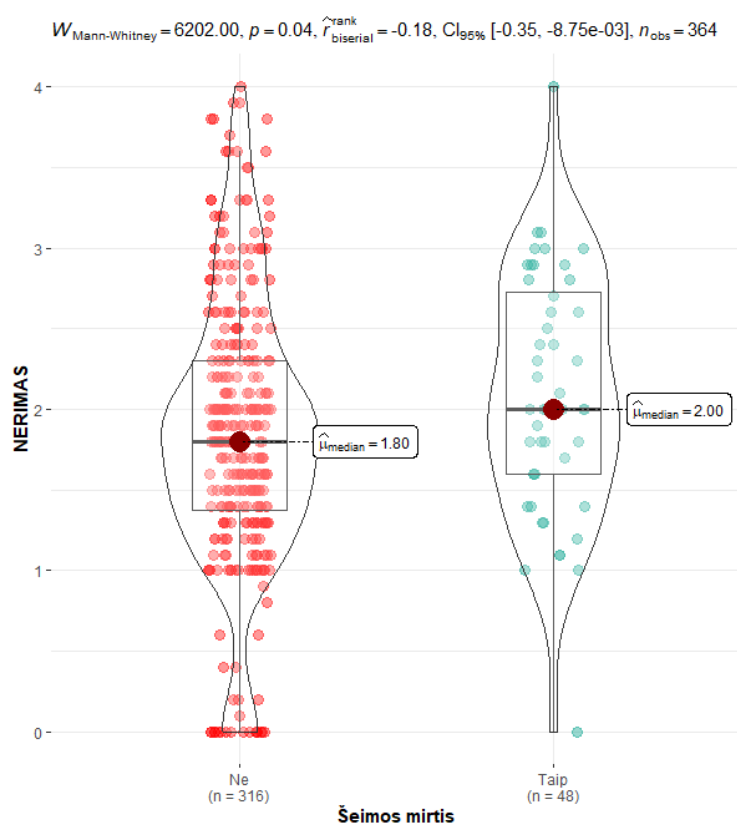
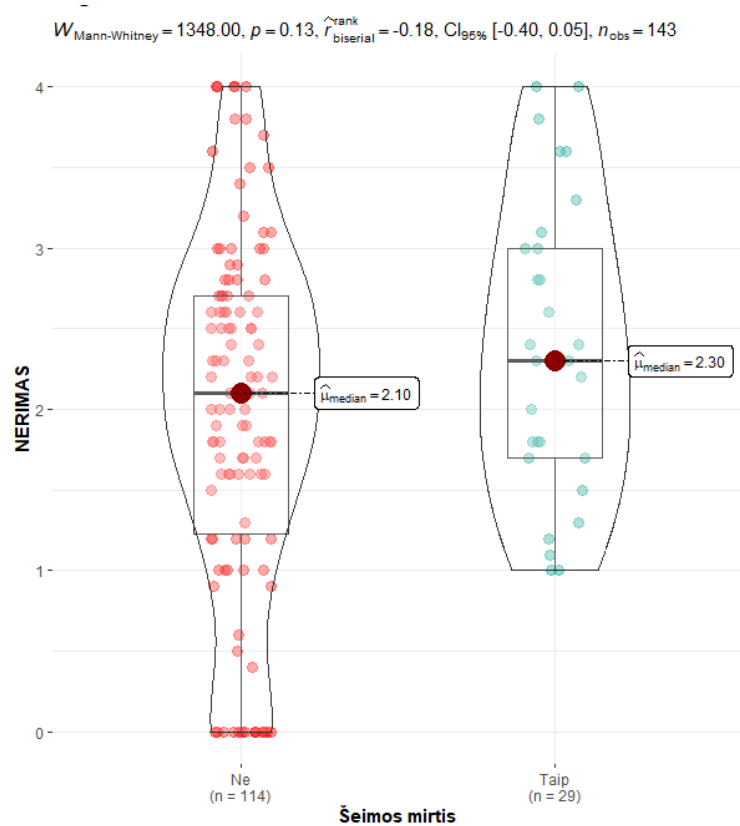
1 priedas. Nerimą lemiantys patirti trauminiai įvykiai











Pastaba. Paveiksle kairėje vaizduojami prieglobsčio prašytojo, o paveiksle dešinėje – pabėgėlio iš Ukrainos trauminiai įvykiai

SUMMARY

1. INTRODUCTION

1.1. Relevance of the study

In 2022, as many as 108.4 million people worldwide were forced to leave their homes in one way or another. 52% of all refugees and persons in need of international protection were from Syria (6.8 million), Ukraine (5.7 million), and Afghanistan (5.7 million). There were 5.4 million asylum seekers, but another 5.2 million persons are in need of international protection. In 2024, migration flows have increased even more, exceeding 120 million people leaving their country of origin, accounting for 1.5% of the total human population. [11]. Since June 2021, when Lithuania experienced a hybrid migrant attack, more than 4.5 thousand undocumented migrants entered the country, most of whom come from different cultural backgrounds [12]. 90% of all arrivals applied for asylum in Lithuania [13]. On February 24, 2022, when the Russian Federation started the war in Ukraine, war refugees flocked to Lithuania. According to data from 2024, more than 88 thousand citizens of the Ukrainian state arrived in Lithuania[14]. These are the largest migration flows in Lithuania in the country's history. Unprecedented migration flows have created a huge demand for both health care and social services, and the need for monitoring and control [15]. To this day, citizens of 152 states and stateless persons who live in Lithuania, have valid documents confirming their legal status in the Republic of Lithuania [16]. It is predicted that by 2030, the migration flow will increase mainly from South Asia and Africa due to the increase in the working-age population and difficult economic conditions [17]. Human migration will also be increased by rapid aging, climate change, political and religious unrest, military actions, violence, social exclusion and discrimination, corruption, lack of educational opportunities, health care, and social protection, and limited opportunities for marriage [17], growth of membership of LGBT+ [18].

1.2. Research problem

Migration is recognized as the main social determinant of health, and the health of migrants is determined by pre-migration, migration process, and post-migration stressors [19]. Political conflicts, persecution, physical, psychological, and sexual violence, human rights violations, the country's economic difficulties, and the effects of climate change are the main reasons people leave their home countries [20]. The weak health system of the country of origin of migrants or the

country's inability to take care of people's health needs also affects the migration of individuals and their health [21]. As a result, many migrants hope for protection and better living conditions in the countries they are retreating to, but the integration of these individuals and the availability of health care services remain serious challenges for the host countries [20].

Migrants who come to a host country from different cultures may have different health care needs and expectations and may face obstacles in accessing health care [22–24], discrimination, financial problems, loss of family and community, restricted access to social, educational services and unclear asylum application procedures [23,24], cultural [25,26], religious differences [25,27] or other issues. Due to their legal status, language barrier, structural factors, and limited resources [28,29], the social and health needs of these individuals often remain unmet, which increases the risk of morbidity and mortality [28–31].

People fleeing war suffer war injuries [32], trauma of evacuation, acculturation [33–35]. Migrants are more likely to develop PTSD and depression [36], they are more likely to experience anxiety [37,38], mood swings, panic attacks, more often have symptoms of insomnia and stress [37,39], feeling hopeless, tired, irritable, angry or in pain [37], paranoia, psychosis [38]. Migrants are more likely to feel isolated and lonely, socially excluded, and lack activity; people worry about abandoned family members and fear that they will be sent back to their country of origin [38]. Mental health disorders are related to migrants' previous traumatic experiences, granted legal status, duration of detention, and accommodation conditions [34,38,40–45]. Mental health of migrants also depends on socio-demographic factors [36,38,43–63]: age, gender, marital status, employment, race, nationality, housing, income, proficiency in English, having a partner, leisure time, social status, social support inside and outside the family, social influence, conditions for physical activity, duration of stay in the country of destination, biological conditions and behavior, feeling of belonging to the community, migration time and satisfaction with the place of residence.

1.3. Aim of the study

To evaluate the physical and mental health of asylum seekers and refugees and the relationship to traumatic events, social and demographic factors.

1.4. Objectives of the study

1. To identify the health care and social service needs and challenges of asylum seekers and refugees related to health determinants.

2. To identify the traumatic events experienced by asylum seekers and refugees and the relationship between traumatic events and socio-demographic factors to the health factors of migrants.
3. To evaluate the physical and mental health of asylum seekers and refugees and their relationship to socio-demographic factors and traumatic events.
4. To identify the incidence of post-traumatic stress, distress, anxiety, and depression among asylum seekers and refugees and their relationship with social and demographic factors, physical and mental health, and traumatic events.

1.5. Scientific novelty of the study

This is the first representative comprehensive study carried out in Lithuania, analyzing the needs and difficulties of migrants who illegally crossed the Belarusian border and refugees from Ukraine related to the availability of health and social services, prevalence of morbidity, traumatic events experienced at different stages of migration, physical and mental health, incidence of PTSD, distress, anxiety, depression and various factors that determine the health of migrants. Although the evaluation of asylum seekers in Lithuania receives controversial, scientifically unfounded considerations, and most of the asylum seekers have already left the territory of Lithuania, another part of the asylum seekers are integrating into the Lithuanian labor market. Similar to refugees from Ukraine who, due to the protracted war in Ukraine, still cannot return to their country of origin. Although the policy of "repelling" illegal migrants, criticized by international organizations, is now in place, and the flow of refugees from Ukraine has already decreased, according to the forecasts of the Organization for Economic Cooperation and Development, it is necessary for member states to prepare for future humanitarian crises and flows of migrants [64], which are determined by economic, political causes and military conflicts. It is likely that Lithuania will face waves of migrant influx in the future, not only as a transit country. Especially since migration can be a key tool in dealing with an aging population and labor shortages in order to achieve the status of a welfare state, it is likely that the results of our study could contribute to the development of an effective tool for managing migrants, preparing for the future influx of migrants, and more effectively managing the provision of health care and social services, encouraging closer cooperation between states, international organizations, and non-governmental organizations to increase the inclusion of migrants.

2. RESEARCH METHODS AND SUBJECTS

2.1. Research methods and their justification

The method of mixed studies (triangulation) was used in accordance with the tasks set out in the study.

Qualitative research method using a semi-structured interview. Qualitative research is used to study complex processes, experiences, and emotional content; it helps to understand and interpret the social world and focuses not on statistics, but on human experiences about a certain population or the prevalence of a phenomenon. The advantage of the interview method is that it is possible to discover deeper layers of the problem or phenomenon under consideration and to reveal experiences [167]. The semi-structured nature makes it more flexible to conduct interviews since, depending on the participant's answer, it is possible to clarify the question [168].

Quantitative research method using online questionnaire surveys and distributing paper questionnaires. The advantage of quantitative research is the ability for the researcher to systematically categorize, summarize and illustrate his/her observations, understand the phenomenon under study and draw conclusions within a defined narrow group [169]. The instruments used in this study are: Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) [170], Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) [171], Medical Outcome Study Short Form Health Survey (SF-36) [172,173] to evaluate various manifestations of mental health, including anxiety, depression, PTSD, health-related quality of life.

Qualitative content analysis is chosen because of the ability to encapsulate large-scale information, combine research data into categories and subcategories based on content and meaning, and formulate conclusions based on empirical data. The goal of qualitative data analysis is to reveal emerging themes, patterns, experiences, insights, and understanding. [174]. Inductive qualitative content analysis was applied to data processing [175], when no explicit theory is imposed on the data [174].

2.2. Study participants

Asylum seekers and refugees from Ukraine were invited to participate in the study. The following inclusion criteria were applied: asylum seekers who arrived in Lithuania by illegally crossing the Belarus-Lithuanian border from June 2021 and later accommodated in migrant reception centers, 19 years of age and older, also refugees who arrived in Lithuania from Ukraine from February 24, 2022 and later and are unable to return home in Ukraine due to

the war started by the Russian Federation, living in Lithuania for more than four weeks, 19 years of age and older. The following exclusion criteria were applied: unaccompanied children, persons who do not understand English, Arabic, French or Russian, persons who refused or did not wish to participate in the study. In total, 507 asylum seekers and refugees from Ukraine took part in the study. The age of asylum seekers and refugees ranges from 19 to 72 years.

2.3. Sample size determination

For qualitative research, the sample size was applied to achieve theoretical saturation. The semi-structured interview involved 21 asylum seekers who illegally entered Lithuania through Belarus and 22 refugees from Ukraine who arrived in Lithuania due to the war that broke out in Ukraine on February 24, 2022.

For quantitative research, a non-probabilistic targeted sample selection has been chosen for the sampling of subjects. The sample size was calculated based on Cochran's formula [176]. When calculating sample sizes for asylum seekers and refugees, it was assumed that the incidence of PTSD and mental health disorders among refugees was 31.5%, and the statistical significance level was 0.05 [36]. Accordingly, based on these values, the estimated sample size for the study in each group of subjects are 332 respondents.

Prior to the start of the study, during the first stage of the study, 2 072 (out of 4 300 total persons) asylum seekers over the age of 19 who had illegally crossed the border were accommodated in migrant accommodation centers in Lithuania (data provided by the heads of the Centers). About 32 000 Ukrainians (out of 50 000 total persons; however, the data is preliminary, as the data changes every day due to active movement) over the age of 19 were registered in Lithuania. [177]. 143 asylum seekers and 364 refugees from Ukraine participated in the study and met the inclusion criteria.

2.4. Research instruments

2.4.1. Semi-structured interview

A semi-structured interview was chosen to identify the health and social needs of asylum seekers and refugees from Ukraine. The interview questions were compiled based on data from a review of scientific literature and relevant issues raised in society regarding the needs and opportunities for social and health care services of migrants. A pilot interview was conducted on the

clarity of the wording of the questions for both groups of migrants and the accuracy of the translation. The questions are designed to suit groups of asylum seekers and refugees from Ukraine. The semi-structured interview consisted of 15 questions about health and social welfare. Interviews were conducted in English, Arabic and Russian. Respondents were asked about their expectations upon arrival in Lithuania, perceived positive and negative aspects in Lithuania, information about receiving health care services, experiences with health care services in Lithuania, Covid-19 disease and information received related to Covid-19, cultural differences between Lithuania and their home country and the impact of the differences, opportunities to learn the Lithuanian language, opportunities for work and/or education, housing, spending leisure time in Lithuania and their home country, circle of close people, and opportunities for integration in Lithuania. Participants were also asked to submit proposals for improving the provision of health care and social services.

2.4.2. Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) was developed by the Harvard Program in Refugee Trauma. The questionnaire has been translated into many languages, and there are six versions of the questionnaire adapted accordingly for different countries. The questionnaire has a different number of questions in different languages. Our study used a questionnaire in English, Arabic, French and Russian, which consists of 4 parts and an additional questionnaire on the history of torture. The questionnaire inquires about various traumatic events and emotional symptoms that are believed to be uniquely related to trauma. The first section of trauma events and torture history subsection identifies the traumatic events experienced. Traumatic events are grouped into the following main categories: material deprivation, war-like conditions, bodily injuries, forced imprisonment and coercion, forced harm to others, disappearance, death or injury of loved ones, witnessing violence against others, brain injury. Next to each item, the respondent noted whether he experienced or did not experience certain stressors. In the second part of the description of personal experience, the participant was able to describe the most terrible traumatic events experienced, which gave the researcher the opportunity to get acquainted with the subjective experiences of the respondents. In the third part, on head injury, the respondent was asked about direct head injuries (suffocation, drowning, starvation) that could have caused brain damage. In the fourth part, on trauma symptoms, participants were asked to name the most terrible life events in the past week, where statements 1-16

corresponded to PTSD symptoms, and other statements corresponded to distress symptoms. The answers were rated on a 4-point scale from "not at all" (1) to "very much" (4) [171].

According to the questionnaire manual, obtained on a paid basis with the license to use the questionnaires developed by the Harvard Program in Refugee Trauma, the first to third parts of the questionnaire are not intended to produce digital results, and therefore no methodology for calculating answers has been established. The limit value for the fourth part of the questionnaire is 2.5 points. The higher the score on the post-traumatic elements (questions 1-16) and in the overall elements scale (questions 1-40), the more likely the respondent was to develop trauma-related symptoms.

2.4.3. Hopkins Symptom Checklist

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25), like the HTQ, was developed by the Harvard Program in Refugee Trauma and measures symptoms of anxiety and depression. It is proved that the Harvard Trauma and Hopkins Symptom Checklists have been shown to have good psychometric properties and are frequently used among migrants. [178,179]. Our study used a questionnaire in English, Arabic, French and Russian, which consisted of 10 anxiety-related questions and 15 depression-related questions. The statements indicate how much certain symptoms bothered the person over the past week. Answers are evaluated on a 4-point scale from "not at all" (1) to "very much" (4).

The answers were summed and divided by the number of questions answered. The following scores are calculated: the overall score is an average of 25 items, the anxiety score is an average of 1-10 items, and the depression score was an average of 11-25 items [170]. Limit value - 1.75 points. The higher the overall score, the more likely the respondent was to experience a mental disorder.

2.4.4. Medical Outcome Study Short Form Health Survey

Using the *Medical Outcome Study Short Form Health Survey* (SF-36) physical and mental health were evaluated through health-related quality of life from the participants' perspective. This questionnaire is widely used worldwide, takes 5 minutes to complete, is suitable for measuring the quality of life of migrants with various diseases [180–182], responds to the severity of depression [183], and is free and freely available. Our study used a questionnaire in English, Arabic, French and Russian, consisting of 36 questions, which are divided into 8 most frequently evaluated sections:

physical functioning, limitations in functioning due to physical and emotional problems, social functioning, emotional functioning, vigor and/or vitality, pain and general health evaluation. These 8 sections are divided into two groups – groups of physical and mental components. The questionnaire evaluated well-being over the past four weeks. Each question is used to calculate only one domain. The numerical value of each section was from 0 to 100 points, with 100 points showing the best evaluation of their health [184].

2.4.5. Social and demographic data

In qualitative research, due to their vulnerability asylum seekers were asked to indicate their gender, age, country of origin, marital status, and status, while refugees from Ukraine were asked socio-demographic questions about age, gender, education, marital status, number of children under 19, language proficiency, place of residence, health problems, employment, field of work, and income (in dollars) in order to create a more comprehensive profile of the participants.

During quantitative research, asylum seekers who crossed the border illegally and Ukrainian war refugees were asked the same socio-demographic questions about: age, gender, country (from which they left), education, marital status, number of children under 19 years of age, number of children under 19 years of age who arrived with them (only for asylum seekers in order to determine the number of children who still remained in the country of origin and cases where asylum seekers who declared they had no children but arrived in Lithuania with minor children), language skills, place of residence, health problems, employment, occupation, income (in dollars). The aim of these questions was not only to find out the main characteristics of asylum seekers, but also to find out their health problems, income and profession, and to identify the interconnections and relationship with mental and physical health. Participants were also asked whether they could independently fill out a questionnaire to evaluate the literacy rate of participants (most relevant for asylum seekers crossing the border illegally).

2.5. Research process

The research was conducted in two stages. The study data collection took place from May 17, 2022 to December 1, 2022.

The first stage of the research involved asylum seekers. Semi-structured interviews and questionnaires were conducted in five of the five asylum seeker accommodation centers on pre-agreed days, from 17.05.2022 to 25.05.2022.

A week before the start of the research in three of the centers, participants were invited to participate in the research and were familiarized with the goal of the study, ensuring anonymity and confidentiality.

Interviews with asylum seekers took place in a separate room of the asylum seekers accommodation center in order to ensure the confidentiality of the participants. The interview was recorded using the mobile phone app "Voice Memos" with the participants' prior permission. Participants signed informed consent forms. Interviews were conducted in English and Arabic. The average duration of the interview was about 30 minutes. The audio recordings obtained during the interviews were listened to and transcribed using the Microsoft Word program.

Study participants were presented with a set of paper questionnaires HTQ, HSCL-25, SF-36 and socio-demographic questions in English, Arabic, and French. Participants filled out the questionnaires independently in a separate room for this purpose or in their own living rooms. Multilingual researchers explained unclear questions and answered any questions that arose. The questionnaires were collected on the same day or, at the request of the participants, over several days. Subsequently, all paper questionnaires were compiled into the Microsoft Excel program and encoded. A total of 542 questionnaires were distributed, with a return rate of 32.8 percent.

The second stage of the investigation involved refugees from Ukraine. Semi-structured interviews and questionnaires were conducted. Interviews with refugees from Ukraine took place between 30.07.2022 and 19.10.2022 at the Vilnius University Faculty of Medicine, Ukrainian accommodation facilities, or in a public place (cafe, park) preferred by the participants. Participants signed informed consent forms. The interview was recorded using the mobile phone app "Voice Memos" with the participants' prior permission. Five participants of the research did not agree on the recording of the interviews, the interviews of these participants were recorded in textual form by one or two researchers, the text of the interviews was agreed with the participants. The interview was conducted in Russian. The participants did not feel uncomfortable communicating in Russian during the interview. The average duration of all interviews was about 40 minutes. The audio recordings obtained during the interviews were listened to and transcribed using the Microsoft Word program.

From 28.07.2022 to 01.12.2022, an online set of questionnaires HTQ, HSCL25, SF-36, and socio-demographic questions were distributed in Ukrainian groups on social media Facebook, Viber, and Telegram. The Red Cross, Caritas, "Stronger Together" organizations, the Ukrainian Center, public figures active in assisting Ukraine, municipal administrations, and

Ukrainian ambassadors in Lithuanian cities were also contacted with a request to help distribute the questionnaire. The invitations to participate in the research were in Russian and Ukrainian, and the questionnaires were in Russian, since the validated questionnaires used in the study are not translated into Ukrainian. Additionally, 20 paper questionnaires were distributed – the return rate of the questionnaires was 90%. All paper questionnaires were compiled and encoded into Microsoft Excel.

2.6. Research ethics

The study was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki (2024), the Guidelines for Assessing Compliance with Research Ethics approved by the Order of the Office of the Ombudsperson for Academic Ethics and Procedures of the Republic of Lithuania (2020), and the following ethical principles: trustworthiness, integrity, respect, and accountability. The principles of scientific ethics must be respected to ensure the rights, dignity and well-being of the subjects and the quality of research.

The study was conducted with the permission of the Ethics Committee of the Department of Nursing, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Vilnius University (24-03-2022 No. (1.3)150000-KP-47, additions – 11-05-2022 No. (1.3)150000-KP-69, 30-01-2023 No. KT-39). For a fee from the *Harvard Program in Refugee Trauma* a license for the use of the *Harvard Trauma Questionnaire* and the *Hopkins Symptom Checklist*, as well as instructions for the questionnaires, has been obtained. A permission has also been obtained to translate these questionnaires into French. The translation was done in accordance with the instrument's translation guidelines. Approval for the suitability of the translation was obtained from representatives of the *Harvard Program in Refugee Trauma*. The study used English, Arabic, French and Russian versions. It also received permission from the authority responsible for national security, as well as permission from the heads of migrant accommodation centers to conduct a research. *Medical Outcome Study Short Form Health Survey* is available to the public in English, Arabic, French and Russian, so no additional editions were needed.

All participants in this study were provided with the opportunity to participate in the study freely and voluntarily. At all stages of data collection, participants could withdraw from the study at any time. Asylum seekers were provided with advance invitations to participate in the qualitative and quantitative research with information about the purpose of the research, ensuring anonymity and confidentiality, and the use of the data obtained in English, Arabic, and French. The information emphasized that participation

or non-participation in the study would have no impact on the participants' health care or asylum processing, and that the collected study data would be used only for the study and would be accessible only to the researchers. This gave study participants time to familiarize themselves with the basic information of the study before participating in the study. Participants in three out of five migrant accommodation centers (according to the decision made by the center managers) were informed in advance about the time of the study, which allowed the study participants to reflect on their willingness to participate in the study and discuss it with their family members. Participants could ask questions of concern to the researchers via the specified contacts (email or the free text messaging and chat app WhatsApp) and inform them in advance about their decision to participate in the study in order to minimize communication with the military.

All questionnaires were anonymous – no names or other identity data were asked. Anonymous questionnaires were distributed by the author of the dissertation and a multilingual male researcher whose mother tongue is Arabic, thus ensuring the opportunity to answer questions raised about the conduct of the study or questions of the questionnaire to representatives of various national minorities and cultures. Illiterate study participants were given assistance in filling out questionnaires. In order to ensure the trust of participants and taking into account the vulnerability of asylum seekers, social workers, psychologists and/or Red Cross representatives were involved in distributing the questionnaires. The conditions have been created to submit the completed paper questionnaire after a few days directly to the researcher or to put the envelopes with the completed questionnaires in a mailbox specially designated for the study. LGBT representatives also participated in the study – everyone was treated with respect.

Interviews with asylum seekers took place in a separate room of accommodation for asylum seekers, and interviews with refugees from Ukraine took place in the premises of the Faculty of Medicine of Vilnius University and in the places proposed by the participants, thus ensuring the privacy and confidentiality of the participants. Participants signed an Informed Consent Form in English, Arabic, French, or Russian (as appropriate for the language they are fluent in), which was discussed prior to the interview. During the interviews, conversations were recorded using the mobile phone application "Voice Memos" after obtaining the respondents' consent to record the conversation. For participants who did not consent to the recording of the conversation, the textual content of the conversation was agreed upon with the participants. All data obtained during the study were encoded, and the names

of individuals named during the interview were replaced with other names to ensure the principle of confidentiality and anonymity.

2.7. Data processing and analysis of the qualitative part of the study

The audio recordings obtained during the interviews were listened to and transcribed using Microsoft Word. The data obtained during the interviews with Ukrainians were analyzed using the inductive qualitative content analysis method using open encoding, data clustering, category extraction and abstraction.[185]. The transcribed texts were read multiple times to delve deeper into the participants' responses, extract meaningful units, and generate subcategories and categories.

2.8. Statistical data processing and analysis of the quantitative part of the study

Statistical analysis was performed using the following mathematical statistics software packages: R statistical software package V 4.3.3 (© The R Foundation for Statistical Computing) RStudio 2023.12.1 Build 402 (©2009–2024 Posit Software, PBC), IBM SPSS Statistics V.23 and G*Power V.3.1.9.4 (Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany). For graphic presentation (partial), Excel 2021 from the Microsoft Office package was used.

Interval and ratio variables were described using their minimum and maximum values [Min; Max], means (Mean), standard deviations (SD), medians (Median), and first (Q1) and third (Q3) quartiles. The Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov (K–S) tests were used to test the normality assumption for interval and ratio variables. Nominal and categorical variables were described by frequencies and percentages in the corresponding sample subgroup. The Friedman test and the Wilcoxon matched-pairs rank test were used to determine statistically significant differences within groups.

The Conditional Inference Tree method was used to determine the significance of indicators and identify critical points.

Pearson's chi-squared test was used to evaluate the relationship between nominal variables. The Spearman correlation coefficient (r_s) was used to estimate the strength and direction of the relationship between quantitative and rank variables.

The rank biserial correlation coefficient (r_{rb}) and Kendall's τ -b conformity coefficient were used to estimate the effect size of interval variables that did not meet the condition of normal distribution. Cramer's V (ϕ_c) effect size was used to determine the dependence and its strength between

nominal variables. Effect sizes have been classified according to the recommendations of Funder & Ozer (2019) [funder2019], using the following values:

Very small: $rrb, \phi_c, rS < 0,05$

Small: $0,05 \leq rrb, \phi_c, rS < 0,1$

Medium: $0,1 \leq rrb, \phi_c, rS < 0,3$

Large: $0,3 \leq rrb, \phi_c, rS < 0,5$

Very large: $rrb, \phi_c \geq 0,5$

Logistic regression was applied to evaluate the relationship of the dependent variable to the independent variable. The results were presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (PI).

Relationships between variables were considered statistically significant when the p value was less than 0.05 ($p < 0.05$).

The survey included questionnaires that were completed 50% or more.

3. RESULTS

3.1. Health care and social needs and challenges of migrants

3.1.1. Characteristics of asylum seekers and refugees

In the qualitative part of the study with asylum seekers, the majority were men (61.9%), coming from Iraq (85.7%), and whose asylum applications were rejected (85.7%), more than half of participants were married or in a partnership (57.1%), accommodated in non-military centers (57.1%). The age of the participants ranged from 19 years old to 40 years old.

The majority of refugees were women (100%), from the city (100%), speaking Russian (100%), and having children (95.5%). Age ranged from 19 to 64 years. More than half of the participants had a higher university education (59.1%), the majority were married or in a partnership (63.6%). Only a small percentage of refugees could communicate in English (13.6 percent). The study participants were evenly distributed in terms of health conditions – half of the participants (50%) said they had health conditions. Most of the refugees worked in their country of origin (86.4%). The income received was distributed unevenly - slightly more than half of the participants' income did not exceed 500 USD (54.5%), while the income of other participants reached up to 1000 USD (27.3%) or over 1500 USD (18.2%). The majority of participants in Lithuania lived in independently rented housing (63.6%).

3.1.2. The needs, experiences and determinants of asylum seekers and refugees

Asylum seekers fled their home countries in search of safety, freedom, recognition, and the opportunity to work and earn a living. Their goal was to come to Lithuania or another European country where human rights are respected. Participants expressed their aspirations and goals for the future outside the camp, emphasizing the importance of family and positive thinking and the desire to study or continue their studies: however, most often the plans for the future were related to another state and only a few participants expressed their desire to stay in Lithuania, but provided that there were better living conditions.

The main need for asylum seekers in Lithuania was the freedom to move freely within the country or to other countries. Other identified needs include quality health care services, security, opportunities for children

education and language learning, ensuring comfortable living conditions, and self-realization. According to the participants, if they had known how bad conditions would be in Lithuania, they would not have chosen Lithuania as their country of asylum: "This is a real struggle and a difficult situation. If I had known how it would be, I would not have chosen Lithuania as the country where I would seek asylum" (P22). It was found that participants who were housed in Vilnius had better experiences, while participants who were housed in paramilitary centers had more negative experiences. Women were more positive about their experiences and the challenges they faced and more easily adapted to the current situation. Respondents who did not speak English experienced more challenges.

The study identified 4 main themes with sub-themes related to cultural (culture, religion, food, language barrier, language learning), structural (accessibility and quality of health care services, Covid-19 management, organization of education, movement restrictions, dissemination of awareness), financial (high prices and low allowances) and social (living conditions, socialization, support from non-governmental organizations, emotional health, discrimination) factors that determined the needs and positive and negative experiences of asylum seekers.

Refugees from Ukraine chose Lithuania because of relatives and friends living here, its favorable geographical location, the ability to communicate in Russian, and free health care services. Almost half of the respondents (n=9) planned to return back to the country of origin. Participants wishing to ensure the continuity of children's education planned to stay in Lithuania.

The needs of refugees were related to ensuring their own safety and that of their children, providing quality health care services, meeting essential social needs, and providing education to children. The basic safety, health care, and social needs of the participants and their children were met, although they said it was psychologically difficult. Participants with health insurance and their children were provided with free health care, education, free housing and comprehensive assistance. According to some participants, "all expectations were exceeded because Lithuania provided a lot" (P19).

The study identified 4 main themes with sub-themes related to cultural (culture, religion, alphabet, language barrier, learning the Lithuanian language), structural (accessibility and quality of health care services, organization of social services, organization of education, dissemination of awareness), financial (high prices and low wages) and social (employment, housing, socialization, circle of relatives) factors that determined the needs and positive and negative experiences of refugees from Ukraine.

3.2. Migrant health and its determinants

3.2.1. Characteristics of asylum seekers and refugees

The majority of the subjects were men (79.0%), coming from the Asian continent (85.3%), who do not speak more than two languages (86%), were employed in the country of origin (76.8%), and had an income of no more than 800 USD (72.7%), and were housed in paramilitary migrant accommodation centers (70.6%), were single (62.2%), from urban areas (66.2%), and more than half had less than a college education (58.5%). The age of the participants ranged from 19 to 60 years. 68.6% of asylum seekers had one or more medical conditions. Most often, they had mental disorders (39.3%), other diseases not detailed in the questionnaire (16.4%), or chronic diseases (12.1%).

The majority of the refugees in the study were women (95.3%), who came from Ukraine (99.2%), urban areas (87.6%), spoke two languages – their native language and Russian (98.1%), had higher or higher university education (83.2%), worked in their country of origin (83.8%), their income did not exceed 800 USD (81.6%), and were raising minor children (73.9%). More than half of the respondents had a spouse or partner (65.9%). Age ranged from 19 to 86 years. 71.2% of the refugees had one or more medical conditions. Refugees most often had chronic diseases (28.7%), visual impairment (27.3%), mental disorders (21.4%).

3.2.2. Traumatic events experienced by migrants during the pre-migration, migration and post-migration stage

For asylum seekers, all questions in part 1 of the HTQ were divided into the following topics: material deprivation; war or war-like conditions; bodily injuries; forced imprisonment or abuse; forced harm to others; disappearance, death, injury of relatives; witnessing violence against others; head and other injuries.

Asylum seekers have experienced more than one traumatic event at different stages of migration. The most common topics of traumatic events are war-like conditions, witnesses of violence against others, disappearance of loved ones, death, injury, material deprivation (restriction of health services, lack of food, housing). The most terrible life events experienced were associated with the regime prevailing in the country during the pre-migration stage. Traumatic events experienced during the migration stage are associated with material deprivation, restriction of services, inadequate weather and other conditions. The most painful events experienced in Lithuania after the

emigration phase were related to the satisfaction of basic social and health care needs and the failure to meet expectations, and reflected legal, administrative, accessibility to healthcare services, social, cultural, and violence experienced themes.

The questions in part 1 of the HTQ were different for refugees than for asylum seekers, therefore the responses of these two groups of respondents were not compared with each other and the following themes of traumatic events were distinguished: material deprivation; war or war-like conditions; bodily injuries; forced imprisonment and abuse; disappearance, death, injury of relatives; head and other injuries experienced at different stages of migration. The most frequently mentioned topics among refugees were the disappearance, death or injury of loved ones (especially death), material deprivation (restriction of health care services, lack of food, housing), and physical injuries (including a sudden emotional or physical reaction to remembering an extremely painful or traumatic event). The most painful events were related to the war conditions during the pre-migration phase. The most painful events during migration were related to the very fact of departure from the country of origin, the difficult conditions of departure, and in Lithuania - to integration in Lithuania and emotional reactions that determine mental health.

3.2.3. The relationship between traumatic events experienced by migrants and socio-demographic factors with existing health disorders among migrants

3.2.3.1. Factors contributing to the development of health disorders

A prognostic model has been developed for a group of asylum seekers and refugees based on the multinomial logistic regression analysis method. The critical age point for migrants determining the occurrence of diseases was 34.5 years. Each year of life adds 5% to ill health.

The prognostic model showed that if a migrant drowned ($p=0.023$) and had limited health care services ($p<0.001$), then he was more likely to have health problems both when evaluating univariate or multinomial variables, and final variables (effect size for drowning 0.45 (0.21–0.95), 0.43 (0.20–0.96), 0.41 (0.19–0.88), and for limited health care services 0.38 (0.24–0.59), 0.38 (0.23–0.63), 0.38 (0.24–0.60), respectively). Lack of food was statistically significantly associated with the occurrence of health disorders when evaluating univariate variables ($p=0.046$, effect size 0.89 (0.48–1.63)). Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events

experienced by migrants were not associated with the development of health disorders.

When evaluating the impact of the end variables on mental health disorders, it was found that choking was associated with mental health disorders ($p=0.027$, effect size 0.14 (0.03–0.80)). A statistically significant relationship was also found between mental health disorders and the following traumatic events experienced when evaluating univariate or multinomial variables: beating to unconsciousness ($p=0.040$, effect size 2.45 (1.04–5.76)), suffocation ($p=0.016$, effect size 0.12 (0.02–0.67)), starvation ($p=0.008$, effect size 2.07 (1.21–3.54)), limited access to health care services ($p=0.006$, effect size 1.83 (1.19–2.82)), food shortage ($p<0.001$, effect size 2.17 (1.38–3.42)), housing shortage ($p=0.007$, effect size 1.84 (1.18–2.85)), physical injury ($p=0.004$, effect size 2.63 (1.36–5.07)), rape ($p=0.015$, effect size 7.85 (1.50–41.07)). The results suggest that health is influenced not only by the violence experienced, but also by social well-being and access to health care services. Other socio-demographic factors, except for age, type of housing, and traumatic events experienced, were not associated with the development of mental disorders in migrants. Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events experienced by migrants were not associated with the development of health disorders.

The prognostic model found that beating to unconsciousness ($p=0.004$, effect size 8.76 (2.01–38.08)) was associated with the development of hearing impairment at the end-point. However, it should be noted that beatings to unconsciousness ($p=0.037$, effect size 4.08 (1.09–15.25)) and limited access to health care services ($p=0.045$, effect size 2.78 (1.02–7.55)) were associated with the occurrence of hearing impairment when evaluating univariate variables. Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events experienced were not associated with the development of hearing impairment in migrants ($p>0.05$). The compiled decision tree determined that the critical age limit for hearing impairment was 63 years. Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events experienced by migrants were not associated with the development of health disorders.

The occurrence of mobility limitations was associated with limited access to health care services and physical injury when evaluating both univariate variables and multinomial variables or final indicator values ($p<0.05$). Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events experienced were not associated with the occurrence of movement restrictions among migrants ($p>0.05$).

Visual impairment was determined by a smaller number of children ($p=0.020$, effect size 0.76 (0.61–0.96)), $p=0.022$, effect size 0.74 (0.57–0.96),

$p=0.032$, effect size 0.77 (0.60–0.98)) when evaluating both univariate variables and multinomial variables or final indicator values, drowning ($p=0.011$, effect size 2.16 (1.19–3.91), $p=0.030$, effect size 0.77 (0.60–0.98)), other injuries ($p=0.043$, effect size 2.28 (1.02–5.08), $p=0.036$, effect size 2.61 (1.06–6.42)) when evaluating univariate variables and final indicator values and isolation ($p=0.024$, effect size 3.69 (1.18–11.53), $p=0.048$, effect size 2.94 (1.01–8.57)) when evaluating multinomial variables and final indicator values. Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events experienced by migrants were not associated with the development of health disorders.

The prognostic model showed that if a migrant was self-employed ($p=0.009$), drowned ($p=0.012$) and starved ($p=0.036$), then he had a higher probability of suffering from chronic diseases when evaluating not only the final variables, but also univariate and/or multinomial variables (self-employed ($p=0.017$, effect size 0.34 (0.14–0.82), $p=0.009$, effect size 0.32 (0.14–0.76), drowned ($p=0.015$, effect size 2.08 (1.16–3.74), $p=0.026$, effect size 2.11 (1.09–4.07), $p=0.012$, effect size 2.30 (1.20–4.38)), starved ($p=0.026$, effect size 1.98 (1.09–3.62), $p=0.036$, effect size 1.88 (1.04–3.38)). Other socio-demographic factors, except for age, and traumatic events experienced were not associated with the development of chronic diseases in migrants ($p>0.05$). The resulting decision tree found that age was statistically significantly associated with the occurrence of chronic diseases ($p<0.001$): refugees experienced chronic diseases at an older age than asylum seekers (from 46 years and 40 years, $p<0.001$, respectively).

The occurrence of other health conditions was associated with limited access to health care services ($p=0.019$, effect size 1.86 (1.11–3.11), $p=0.016$, effect size 1.87 (1.12–3.11)). Other socio-demographic factors and traumatic events were not associated with the development of health problems in migrants ($p>0.05$).

3.2.4. Physical and mental health of migrants and their determinants

3.2.4.1. Indicators of physical and mental health of migrants

Asylum seekers rated their physical activity (physical health) highest (67.62 ± 26.05), and their energy or vitality (mental health) lowest (38.73 ± 19.56). When evaluating the averages of each sub-scale, in the physical health sub-scale, asylum seekers rated their physical activity (physical health) the highest (67.62 ± 26.05), and their general physical health the lowest (43.48 ± 21.83). On the mental health sub-scale, asylum seekers

rated their social function highest (51.13 ± 28.03) and their energy or vitality lowest (38.73 ± 19.56).

Refugees from Ukraine rated their physical activity (physical health) the highest (79.84 ± 23.46), and their energy or vitality (mental health) the lowest (46.46 ± 18.98). When evaluating the means of each sub-scale, in the physical health sub-scale, refugees rated their physical activity the highest (79.84 ± 23.46), and their general physical health the lowest (53.34 ± 18.29). On the mental health sub-scale, refugees rated their social function highest (56.1 ± 21.38) and their energy or vitality lowest (46.46 ± 18.98).

Both asylum seekers and refugees from Ukraine reported better physical health compared to mental health.

3.2.4.2. Relationship between physical and mental health of migrants and socio-demographic indicators

Statistically significant relationships were found between the physical and mental health of asylum seekers and refugees from Ukraine as a basis for quality of life and the following social and demographic indicators: gender, age, education, marital status, having minor children, employment, place of residence, income, number of foreign languages spoken and specifically English and/or Russian language proficiency, accommodation center (only for the group of asylum seekers), and number of listed diseases.

Gender. Female asylum seekers rated their pain (physical health) worse than male asylum seekers ($45.0(30.0-55.0)$ and $57.5(45.0-95.0)$, respectively, $p=0.026$) and their activities were more limited due to emotional disorders (mental health) than men ($0.0(0.0-66.7)$ and $66.7(0.0-100.0)$, respectively, $p=0.016$). However, in the refugee group, male refugees rated their pain (physical health) worse than female refugees ($55.0(22.5-77.5)$ and $67.5(45.0-90.0)$, respectively, $p=0.018$). When comparing other physical and mental health estimates, there was no statistically significant correlation between the gender of asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

Age. Asylum seekers aged 28 and older rated their mental health indicators on the social function scale lower than asylum seekers under 28 ($43.8(25.0-62.5)$ and $50.0(37.5-87.5)$, respectively, $p=0.013$). Refugees aged 38 and older rated their physical health indicators on the following scales lower than refugees under 38: physical activity ($85.0(65.0-95.0)$ and $95.0(81.3-100.0)$, respectively, $p<0.001$), activity limitation due to physical ailments ($50.0(0.0-100.0)$ and $75.0(50.0-100.0)$, respectively, $p<0.001$), pain ($57.5(45.0-87.5)$ and $75.0(57.5-97.5)$, respectively, $p<0.001$), general physical health ($45.0(40.0-70.0)$ and $57.5(45.0-70.0)$, respectively, $p<0.001$).

When comparing other physical and mental health estimates, no statistically significant relationship were found between the age of asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

Education. Asylum seekers with less than a higher (college, university) education rated their physical health indicators on the physical activity scale with lower scores than those with a higher education (70.0(38.8–86.3) and 87.5(60.0–95.0), respectively, $p=0.025$). Refugees with less than a higher (college, university) education also rated their physical health indicators on the physical activity scale lower than those with a higher education (80.0 (52.5–95.0) and 90.0 (75.0–95.0), respectively, $p=0.008$) and overall physical health (45.0 (35.0–60.0) and 50.0 (45.0–65.0), respectively, $p=0.012$). When comparing other physical and mental health estimates, no statistically significant relationships were found between the age of asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

Marital status. No statistically significant relationship was found between the marital status of asylum seekers and their physical and mental health ($p>0.05$). Single, divorced and widowed refugees rated their overall physical health worse than married or partnered refugees (50.0(35.0–65.0) and 55.0(45.0–70.0), respectively, $p=0.004$). No statistically significant relationships were found between the refugees' marital status and other physical and mental health measures ($p>0.05$).

Having children. Asylum seekers with minor children rated their activity limitations due to emotional disorders (mental health) lower than asylum seekers without minor children (0.0(0.0–83.3) and 66.7(16.7–100.0), $p=0.013$, respectively). Having minor children or having minor children in the country of origin was not associated with other physical and mental health indicators ($p>0.05$). No statistically significant relationship was found between having minor children among refugees and physical and mental health ($p>0.05$).

Employment. No statistically significant relationship was found between the employment of asylum seekers and their physical and mental health ($p>0.05$). Refugees who were not employed rated their overall physical health lower than employed refugees (50.0(35.0–60.0) and 50.0(45.0–65.0), respectively, $p=0.003$). When comparing other physical and mental health estimates, no statistically significant relationships were found between the employment of asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

Residential area. Asylum seekers living in urban areas had lower pain scores (physical health) than asylum seekers living in rural areas (45.0(22.5–77.5) and 68.75(45.0–100.0), respectively, $p=0.011$). Refugees living in rural areas rated their general physical health lower than refugees living in urban

areas (45.0(30.0–62.5) and 55.0(45.0–65.0), respectively, $p=0.013$). When comparing other physical and mental health estimates, there was no statistically significant correlation between the residential area of asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

Income. Considering the distribution of migrants' income in the country of origin, the following two income groups were formed: less than 300 USD and more than 301 USD, and less than 800 USD and more than 801 USD. However, there was no statistically significant relationship between the physical and mental health of asylum seekers and refugees and the amount of income in the country of origin ($p>0.05$).

Language proficiency. Asylum seekers who spoke 2 or more foreign languages had more limited activities due to physical ailments (physical health) than those who did not speak 2 or more foreign languages (0.0(0.0–50.0) and 50.0(25.0–100.0), respectively, $p=0.018$). However, refugees who did not speak a foreign language rated their physical and mental health on the physical activity (physical health) (55.0 (37.5–92.5) and 90.0 (75.0–95.0), $p=0.012$, respectively), pain (physical health) (67.5 (28.8–88.8) and 67.5 (45.0–90.0), $p=0.016$, respectively), general health (physical health) (40.0 (25.0–57.5) and 50.0 (40.0–65.0), $p=0.017$), social function (47.5 (33.8–63.8) and 57.5 (45.0–70.0), $p=0.044$, respectively) scales than refugees who spoke 1 or more in foreign languages. Relationship has also been identified between English and Russian language proficiency and physical and mental health. Refugees who did not speak English or Russian rated their general health (physical health) lower (35.0 (20.0–60.0) and 50.0 (40.0–65.0), respectively, $p=0.041$) and experienced more limitations due to emotional disorders (mental health) (0.0 (0.0–50.0) and 66.7 (0.0–100.0), respectively, $p=0.047$) than refugees who spoke English or Russian. When comparing other physical and mental health estimates, no statistically significant relationships were found between the number of foreign languages spoken by asylum seekers and refugees or their proficiency in English or Russian ($p>0.05$).

Type of accommodation center for asylum seekers. This evaluation was applied only to the group of asylum seekers, as only asylum seekers were accommodated in paramilitary or non-military migrant accommodation centers. Asylum seekers living in non-military accommodation centers had more limited activities due to emotional disorders (mental health) than asylum seekers living in paramilitary accommodation centers (0.0(0.0–66.7) and 66.7(0.0–100.0), respectively, $p=0.006$).

Number of diseases and illnesses. Asylum seekers with one or more diseases rated all health-related quality of life domains worse ($p<0.05$) than those without diseases, except for activity limitation due to physical ailments

(physical health) and energy (mental health) ($p>0.05$). Refugees with one or more diseases or without them rated all health-related quality of life domains worse ($p<0.05$) than those without diseases, except for social function (mental health) ($p>0.05$).

3.2.4.3. Physical and mental health relationship to traumatic events

Taking into account different parts of the questionnaire and in order to ensure the reliability of the data, relationship between physical and mental health and the traumatic events experienced were evaluated only in the group of refugees from Ukraine. Refugees who experienced a traumatic event scored worse in areas of physical health ($p<0.05$) and mental health ($p<0.05$) (Table 1).

3.2.5. Incidence of post-traumatic stress, distress, probable post-traumatic stress among migrants, relationship with social and demographic factors, physical and mental health, and traumatic events experienced

3.2.5.1. Incidence of post-traumatic stress, distress, probable post-traumatic stress

Based on part 4 of the HTQ, it was determined whether the most traumatic life events experienced by migrants corresponded to symptoms of clinically confirmed PTSD, probable PTSD, or distress.

It was found that 58.7% of asylum seekers had marked statements consistent with symptoms of clinically confirmed PTSD, 30.5% had characteristic distress, and 40.2% of asylum seekers had a higher likelihood of PTSD.

It was identified that 31.3% of refugees from Ukraine had clinically confirmed PTSD, 12.5% had distress, and 19.4% had a higher likelihood of PTSD.

Asylum seekers are more likely to have PTSD and distress than refugees from Ukraine ($p<0.05$).

3.2.5.2. The relationship between post-traumatic stress and distress and social and demographic factors

Asylum seekers who were single ($p=0.019$) and did not have minor children ($p=0.039$) had a higher likelihood of distress than asylum seekers who were married or living in a partnership and had minor children.

Refugees with a monthly income of 801 USD or more had a higher likelihood of PTSD than refugees with a monthly income of 800 USD or less ($p=0.045$).

Other socio-demographic factors were not associated with PTSD, distress, or probable occurrence of trauma symptoms in asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

Table 1. Clinically confirmed, probable relationship between post-traumatic stress, distress, anxiety, depression and physical and mental health (n=143, n=364)

Sign	UP / PP*	Clinically confirmed PTSD	Probable PTSD	Distress	Suffering from depression	Feeling anxious	What traumatic event was experienced?***		
							Traumatic events (HTQ part 1)	Head injury (HTQ part 3)	Torture (HTQ anex)
Physical activity (physical health)	UP	p=0,001	p=0,001	p=0,030	p=0,001	p=0,001	p=0,048	p=0,001	p>0,05
	PP	p=0,002	p>0,05	p=0,002	p=0,002	p>0,05			
Activity limitation due to physical ailments (physical health)	UP	p=0,001	p=0,001	p=0,004	p=0,001	p=0,001	p=0,014	p=0,029	p=0,044
	PP	p=0,007	p>0,05	p=0,007	p=0,007	p>0,05			
Pain (physical health)	UP	p=0,005	p=0,005	p=0,012	p=0,001	p=0,001	p>0,05	p=0,001	p=0,001
	PP	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001			
General health evaluation (physical health)	UP	p=0,001	p=0,036	p=0,037	p=0,001	p=0,001	p=0,013	p>0,05	p>0,05
	PP	p=0,001	p=0,004	p=0,001	p=0,001	p=0,004			
Activity limitation due to emotional disorders (mental health)	UP	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	PP	p=0,004	p=0,002	p=0,004	p=0,001	p=0,002			
Vigor or vitality (mental health)	UP	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,009	p=0,001	p=0,001
	PP	p=0,001	p=0,028	p=0,001	p=0,004	p=0,028			
Emotional state (mental health)	UP	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,028	p>0,05	p=0,001
	PP	p=0,001	p>0,05	p=0,001	p=0,001	p>0,05			
Social function (mental health)	UP	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,005	p>0,05	p=0,002
	PP	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001			

* UP-refugee from Ukraine, PP-asylum seeker

** Evaluated only in the refugee group

3.2.5.3. Relationship of post-traumatic stress, distress to physical and mental health

Statistically significant relationships were found between asylum seekers whose claims were consistent with symptoms of clinically confirmed PTSD, symptoms of probable PTSD or distress (<2.5) and health-related quality of life. The health-related quality of life was significantly negatively affected by PTSD and distress ($p<0.05$). Asylum seekers without clinically confirmed PTSD rated better on health-related quality of life compared to those with clinically confirmed PTSD ($p<0.05$)

Refugees with clinically confirmed or probable PTSD, distress symptoms (<2.5), had a significantly low health-related quality of life ($p<0.05$) compared to refugees with symptoms not consistent with clinically confirmed PTSD, distress (Table 1).

3.2.5.4. Post-traumatic stress, distress and the relationship between traumatic events

No statistically significant relationship was found between specific traumatic events experienced and PTSD, distress disorders ($p>0.05$).

3.2.6. Incidence of anxiety and depression among migrants, relationship to social and demographic factors, physical and mental health, and traumatic events experienced

3.2.6.1. Incidence of anxiety and depression

74.6% of asylum seekers experienced anxiety (>1.75) and 83.2% experienced symptoms of depression.

Anxiety (>1.75) was experienced by 61.3% of refugees from Ukraine, and depressive symptoms were experienced by 58.4% of refugees from Ukraine.

3.2.6.2. Relationship of anxiety and depression with socio-demographic factors

No statistically significant relationship was found between socio-demographic factors of asylum seekers and anxiety and depression ($p>0.05$).

Female refugees were more likely to feel anxious than men ($p=0.045$). Other socio-demographic factors were not associated with the occurrence of anxiety and depression in refugees ($p>0.05$).

3.2.6.3. Relationship of anxiety and depression with physical and mental health

Anxious asylum seekers scored lower on health-related physical and mental health scales such as pain, general health evaluation, activity limitation due to emotional disturbances, energy or vitality, and social function ($p<0.05$).

Refugees who felt anxious scored lower on all physical and mental health scales ($p<0.05$) (Table 1). Feelings of anxiety had a statistically significant impact on the higher morbidity of refugees ($p<0.05$).

Both asylum seekers and refugees with depression scored lower on physical and mental health scales ($p<0.05$).

3.2.6.4. Relationship of anxiety and depression with traumatic events

Refugees who experienced at least one traumatic event were more likely to experience anxiety ($p<0.05$) than asylum seekers. Anxiety in refugees from Ukraine was caused by suffocation ($p<0.05$, median 2.30), drowning ($p<0.05$, median 2.00), starvation ($p<0.05$, median 2.00) and death of a family member ($p<0.05$, median 2.00), compared to asylum seekers, for whom these factors did not significantly affect perceived anxiety ($p>0.05$) (Annex 1). Other traumatic events were not statistically significantly associated with anxiety or depression felt by asylum seekers and refugees ($p>0.05$).

4. DISCUSSION OF RESULTS

4.1. Social and health care needs of migrants and difficulties in obtaining these services

The results of our qualitative research allowed us to identify four main themes and sub-themes that determine the social and health care needs of migrants, the difficulties they experience, and substantiate the social determinants of health model's statement that political systems, social and economic factors determine health. [49]. These are cultural, structural, financial, social factors that reflect the migrant policy of the host country and the access of migrants to social and health care services. Not only the scope of social and health care services for migrants depends on the policy formed by the host country, which is declared by the Lithuanian legislative base [69,125,186], the status of migrants, their negative experiences, but also the attitude of society towards them. Legal status of migrants affects health literacy [48] and mental health - the occurrence of symptoms of anxiety [34,43], depression [40], PTSD [42].

The different migrant management policies of the host country explain the expectations and needs of different target groups. The basic needs of asylum seekers, such as free movement between countries or within the country, quality health care services, educational opportunities for children, self-realization, ensuring comfortable living conditions, have not been met. Active integration of asylum seekers began only for persons who wanted to stay in Lithuania after the expiration of the detention period. And the integration of refugees from Ukraine began immediately after the refugees arrived in the host country, so the basic needs – ensuring security for themselves and their children, satisfying quality health services and social needs, educational opportunities for children – were not only met, but, according to the participants, exceeded. When evaluating the satisfaction of needs for different groups of migrants, it is important to pay attention to the host country's ability to receive huge numbers of migrants and the real travel goals of asylum seekers or refugees, which other researchers also agree with [187,188]. On the other hand, a well-formed migrant policy determines the willingness of migrants to stay in the host country and can be useful for increasing the future workforce. Other researchers make similar statements[59], suggesting creating appropriate conditions for migrants to integrate, integrating them as quickly as possible, and increasing the country's economic growth. According to the results of our study, although most of the refugees from Ukraine had relatives in Lithuania, the opportunity to communicate in Russian or English, were provided with free health care

services and successfully integrated in Lithuania, half of the refugees from Ukraine planned to return to the country of origin or have already returned. The main reasons cited by both groups of migrants were high prices for food, housing and other services and disproportionately low wages. This means that the economic factor is one of the main factors determining the desire of migrants to integrate in Lithuania. For comparison, studies conducted in Moldova, Hungary, Poland, Slovakia, and Romania [134] show that as many as 63% of refugees from Ukraine planned to remain in the host country.

When evaluating cultural factors, it should be noted that cultural differences only emerged in the group of asylum seekers. Asylum seekers experienced difficulties due to food choices and/or suitability, religious affiliation, inter-religious conflicts, cultural differences in communication, and language barriers. Although both study groups recognized that knowledge of the language of the host country is the basis for successful integration. The language barrier became apparent when applying for health care or social services. This is confirmed by more than one scientific study [58,108,109,112,120,189]. However, the different status of the migrant, the purpose of migration and the organizational and legal aspects have led to different language learning opportunities and learning motivation of migrants themselves. Asylum seekers put more emphasis on the need for learning English or Kurdish. This could, of course, be more related not to organizational difficulties, but to the purpose of the asylum seekers' journey. Unlike refugees from Ukraine, in order to achieve faster and more financially successful integration in Lithuania, they sought intensive Lithuanian language courses by providing comparisons with the language learning strategy carried out by Germany in order to be able to work according to their profession, while Lithuanian language courses organized in Lithuania were viewed negatively. This is also confirmed by the National Audit Office's 2023 preliminary investigation report, which states that for 55% of all asylum seekers, Lithuanian language courses did not help them integrate into the labor market and society, and municipalities did not even use all the money allocated to them for organizing language courses for refugees from Ukraine [190]. Studies from other countries show the effectiveness of personalized training for faster integration [121,122]. Language barrier, language learning is also one of the social determinants of health according to the social determinants of health model. This has been proven by more than one study, the results of which show the influence of language learning on mental disorders [162] and / or severity of symptoms [53,54,62].

The results of our study indicated that the policy pursued by the state determined the availability of health care services, education, social

guarantees for different groups of migrant subjects, the dissemination of information, as well as the spread of infectious diseases due to inadequate accommodation conditions. Access to healthcare and quality of services, social guarantees were affected by migrant status, management of the accommodation center, policies and available budget of the municipality, location of the PHCF (personal healthcare facility) and language barrier or cultural competence of health professionals. There is a notable lack of information for asylum seekers regarding the asylum granting procedure or other issues, and for refugees from Ukraine – regarding the procedure for health insurance or disability determination. Similar obstacles have been identified by studies in other countries, emphasizing the need to take into account the needs of migrants [23,24,28,38,83,84,86,95,134,191–194].

We found that asylum seekers were restricted in their access to health care, although some of them had expressed their desire to contact the PHCF privately, but according to the information provided by the SHIF (State Health Insurance Fund) and the heads of the accommodation centers, asylum seekers were provided with higher levels of health care on the basis of the principle of humanity than is regulated by international and national legislation. Interviews with refugees revealed abuse of free health care services, while in other countries there have been delays in seeking health care services except in urgent cases [84]. Both groups of migrants named long waiting times for family doctors and specialist doctors, expressed the need for psychological help. Long waiting times for health care professionals can be explained by different health system policies in different countries (e.g., the introduction of a pre-registration system for patients), different treatments, and a lack of human resources. Similar results are reported by other studies [59,84]. For comparison, primary outpatient health care in Lithuania must be provided no later than within 7 calendar days [195]. The SHIF declares the PHCF waiting time for a medical psychologist - up to 30 days (about 80% of all queues), for a pediatrician or family doctor - up to 7 days (over 50% of all waiting lists), for a pediatric neurologist - longer than 31 days (almost 32% of all waiting lists) (December 2023) [196], therefore, when evaluating long waiting times for health care professionals as an unmet need of migrants, it is necessary to take into account the legal acts and health system model of the host country. Therefore, in this case, it is important to educate migrants about the model of the health care system in force in Lithuania, about social, educational or other guarantees depending on the status of migrants.

In evaluating social determinants of health, attention should be paid to the financial situation of migrants. The financial situation of the asylum seekers limited the ability to meet the necessary social needs (the purchase of

food products, clothing), and the financial situation of the refugees from Ukraine had to do with their satisfaction with working conditions, housing, leisure and their desire to relate their future with Lithuania. A study conducted in Moldova, Hungary, Slovakia, Romania proves that cash is the main tool for meeting needs [134], and low monthly income leads to worse mental health [43,44,50,53,57].

4.2. Migrant health and its determinants

We found that 68.6% of asylum seekers and 71.2% of refugees arrived in Lithuania with one or more health conditions, and the critical age point determining the onset of migrant diseases was 34 years. Having diseases was one of the main socio-demographic factors negatively affecting the physical and mental health of migrants. Mental disorders were more common in asylum seekers than in refugees; asylum seekers developed chronic diseases when they were younger, but refugees were more likely to develop chronic diseases. High prevalence of chronic diseases and mental health disorders was found in Norway and Poland when evaluating the health of refugees from Ukraine [197-199]. The fact that more people in the group of asylum seekers had mental disorders was explained by the situation of asylum seekers in the country of origin – constant military conflicts, violence by terrorist organizations, an underdeveloped health care system in the countries of origin of migrants, poverty, high unemployment and other inappropriate socioeconomic conditions, as evidenced by the internal documents of the WHO or African countries [21,139–142,146]. Both Iran, Iraq, Syria, Afghanistan and other countries of origin of our participants, and Ukraine have high morbidity and mortality rates for non-communicable diseases, e.g., in Iraq, Iran, Syria, Afghanistan cardiovascular diseases, cancer, diabetes, chronic lung diseases account for from 62% up to 77% of total deaths [132,133], and in Ukraine, mortality from non-communicable diseases accounts for 73% of total deaths [132]. The findings of our study also confirm the theoretical statement that health and illness depend on social status – the lower the socioeconomic status, the worse the health [128,136].

Asylum seekers and refugees have experienced more than one traumatic event. Refugees over the age of 38 were more likely to experience various types of traumatic events, although asylum seekers were more likely than refugees to experience torture. However, the age limit may have been determined by the total age of refugees, since according to statistics, most of the working-age refugees left Ukraine. The traumatic events experienced had a significant negative impact on the physical and mental health of the refugees.

We also found that the traumatic events experienced by migrants relate to the stages of pre-emigration, emigration process and post-emigration and support our theoretical statement that migrants experience war, evacuation, acculturation and other traumas at different stages of migration [32–35,45,130,164,200]. However, we were unable to determine what proportion of migrants experienced traumatic events in their country of origin or during emigration, because, according to scientific research conducted in foreign countries, 60 percent of migrants experience traumatic events in their country of origin and as many as 89% experience traumatic events during migration. [42]. The most terrible life events experienced by asylum seekers and refugees in Lithuania confirmed and supplemented the results of the qualitative study. The most terrible life events in Lithuania, related to restriction of freedom, administrative and/or legal or application-related processes, limited access to health care services, lack of food, water, housing, conflicts due to different religions among other asylum seekers, violence or discrimination, were experienced by 57.3% of asylum seekers. 14% of refugees classified as the most painful life events in Lithuania not only the experiences experienced in Lithuania due to the loss of a source of income, the search for housing, intercultural adaptation, long waiting times for health care professionals and various emotional reactions, such as hopelessness, fear, but also events related to the trip to Lithuania. Although the latter (various emotional reactions and events related to the trip) traumatic events did not emerge in the qualitative study. We can state that the main factor behind the difference in the research data is the different migrant status, which determines the scope of health care and social services and the satisfaction of needs. We have also identified relationship between traumatic events and social and demographic factors and health problems. Health disorders were caused not only by physical violence (suffocation, drowning, physical injury, beating, rape), but also by material deprivation (lack of food or starvation, lack of housing) and limited access to health care services. The obtained results of the study demonstrated the importance of social determinants of health and showed how social and economic policies affected the health and needs of migrants [137].

We found high rates of PTSD, anxiety, and depression among migrants. Comparing different groups of migrants among themselves, we found that asylum seekers had worse mental health than refugees – asylum seekers were more likely to have symptoms of PTSD, distress, anxiety, depression. Systematic review of the scientific literature since 2003 until 2020, covering the health evaluation of migrants in 15 countries [36], or research from other countries [42,46,200] also state that rates of mental health disorders among migrants are high. However, these research results are similar

when evaluating the incidence of PTSD only among refugees from Ukraine. Asylum seekers in our study had about two times higher rates of PTSD, about 7 times higher rates of anxiety and about 2.5 times higher rates of depression, while refugees had about 5 times higher rates of anxiety and about 1.5 higher rates of depression. The high incidence of PTSD in asylum seekers may have been due to a small sample of asylum seekers, as evidenced by a review of the systematic literature. However, a higher incidence of depression, in contrast to PTSD, was found in studies with a smaller sample of subjects, and anxiety in the sample of subjects was not affected [36]. We found that in the group of asylum seekers, the participants' marital status was associated with a higher probability of distress – single and childless people had a higher probability of distress, but other scientific studies either did not compare these factors or found no association with mental health disorders. In the refugee group, gender was associated with anxiety, and income was associated with the likelihood of PTSD; women were more likely than men to feel anxious, and those earning more had a higher likelihood of PTSD than those earning less. Other scientific research results also declare that women have a higher likelihood of mental health disorders [32,36,46,51,60], since most of the people who left Ukraine were women with children, who had to take care of their family's safety, integration in a foreign country, or financial stability alone, without the help of their spouses. However, contrary to the results of our study, other studies claim that the mental health of migrants is due to lower monthly income or financial difficulties [43,44,50,53,57] and these findings of scientists can be logically explained. Our study results did not identify any more statistically significant associations with social and demographic factors, although other foreign research results declare that the mental health of migrants is negatively determined by younger age [43,57], unemployment or part-time employment [50,51], lower level of education [44,53], lack of foreign language skills [50,51,53,54,58,62,162], low physical activity [53,63], inadequate living conditions [45,50,52,53], and unclear migrant status. [38,40,42]. The high incidence of mental health disorders found in our study could explain why the quality of life of migrants during the evaluation of physical and mental health was more often determined not by social and demographic factors, but by having symptoms of PTSD, distress, anxiety, depression or experiencing traumatic events.

Advantages and limitations of the study

During the study, the participants had the opportunity to give interviews or fill out a questionnaire in a language that they understood and accepted in their

areas of residence, which allowed everyone to be included in the study without any restrictions and ensured the depth and cultural sensitivity of data collection and analysis. Our study used a system of social determinants of health, highlighting the inequalities experienced by asylum seekers and refugees and the relationship between social, economic and political factors and health indicators. It also identified traumatic events for asylum seekers and refugees related to the occurrence of medical conditions and carried out a comprehensive health evaluation of asylum seekers and refugees. The study revealed systemic barriers to the organization of health care and social services that could be solved to improve the quality of services not only for migrants, but also for the entire population of the country.

However, the results of the qualitative study evaluating the health care and social service needs of migrants cannot be generalized to the entire population of asylum seekers and refugees from Ukraine, as the experiences of many migrants were different and were determined not only by structural and economic factors, but also by environmental and personal factors. We also failed to achieve a representative sample of asylum seekers for the quantitative study, so the health assessment cannot be representative of the entire asylum seeker population. As one of the shortcomings, we can name the large-scale questionnaire and the different part of HTQ according to the country of origin of the migrants, since asylum seekers did not want to fill out the questionnaires during the study, and when leaving the questionnaires for a certain period of time did not return the questionnaires filled out or when describing the most terrible traumatic events experienced, the same described situations were observed about the actions of terrorist groups in their country of origin. Also, the majority of asylum seekers were not interested in completing the provided questionnaires due to their unclear migrant status, because they did not receive personal benefits (financial, free movement), were afraid of the leaders of the accommodation center group or the military, did not trust the investigators, did not speak the language (the need for the questionnaire in Kurdish became apparent), or were illiterate. The distribution of the questionnaire to refugees using social networks may also have not reflected the population as a whole or only reflected a certain segment of social groups, since not all refugees participate in social networks or participate in different social networks.

It was not possible to evaluate asylum seeker status and its relationship to health indicators, as not all asylum seekers had submitted asylum applications or, based on information collected during the interview on asylum seeker status, most asylum applications were rejected. Also, when evaluating the results of the study, it should be taken into account that the health problems declared by migrants may not correspond to reality, and the

different scope of health care services may have determined the declared needs in the host country. The study highlighted the different needs and challenges of children and adults regarding the satisfaction of needs, but we did not measure separately either the needs or challenges of children or the health of children, so it would be worthwhile to include a group of children in future studies.

CONCLUSIONS

1. The needs of asylum seekers in Lithuania were freedom of movement in the country or to other countries, quality health care, safety, comfortable living conditions, self-fulfillment, and the opportunity to educate their children; difficulties due to inadequate or lack of food, language barriers, limited or inadequate health care, limited educational services, lack of information, high prices and low social benefits, inadequate living conditions, discrimination and lack of socialization, and the lack of support of non-governmental organizations. Refugees' needs in Lithuania were for their own and their children's safety, quality health care, basic social needs, and children's education; they experienced difficulties due to language barriers and learning the Lithuanian language, long waiting lists for specialists and family doctors, poor quality health care in the districts, unclear organization of health care, social and educational services or bureaucracy, lack/abundance of information and high prices and low wages.
2. The most traumatic events experienced by asylum seekers were war or war-like conditions and witnessing violence against others; the most hurtful events in Lithuania were related to unmet needs for healthcare and social services, legal regulation, violence, or discrimination. The most traumatic events experienced by refugees were the disappearance and death of relatives, injuries, limitations of health services, and lack of food and water. The most hurtful events in Lithuania were related to the process of leaving the country of origin, meeting financial, health, and social service needs, intercultural adaptation, and sudden emotional reactions to the traumatic event. Migrants aged 34.5 years and over, drowning, and limited health care services were more likely to have health problems. The most common factors contributing to the development of mental health, hearing impairment, mobility limitation, visual impairment, chronic diseases, or other health problems among migrants were older age, limited health services, drowning, starvation, and physical injury.
3. Asylum seekers and refugees had better physical health than mental health. The female sex negatively influenced asylum seekers' physical health, less than higher education, living in an urban area, ability to speak two or more foreign languages, and having one or more illnesses. In contrast, mental health was negatively influenced by the female sex, age 28 years or older, having minor children, being accommodated in an unstaffed center, and having one or more illnesses. In the refugee group, males aged 38 and over, with less than higher education, divorced/married, unemployed, living in a rural area, not speaking a foreign language, and having one or more illnesses scored lower on physical health. In comparison, those who did

not speak a foreign language and had one or more illnesses scored lower on mental health. The experience of traumatic events had a significant negative impact on refugees' physical and mental health.

4. One in two asylum seekers had post-traumatic stress disorder, two in five were suspected of having post-traumatic stress disorder, one in three had distress, and four in five had anxiety and depression. One in three refugees had post-traumatic stress disorder, one in five was suspected of having post-traumatic stress disorder and distress, and three in five refugees had anxiety and depression. The distress felt by asylum seekers was related to not having a family and children. For refugees, post-traumatic stress was likely to be related to higher income. In contrast, anxiety was related to being female and experiencing suffocation, drowning, starvation, and death of a family member. Post-traumatic stress, distress, anxiety and depression had statistically significant negative effects on migrants' physical and mental health.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

1. **For the government of the Republic of Lithuania and its subordinate institutions.** To improve the migrant management mechanism: pay more significant attention to raising awareness among migrants about their rights in the host country, the procedures for organizing health care and social services through complex actions; to organize intensive Lithuanian language training to achieve faster integration of migrants and greater independence and designate a coordinating institution for this process; to improve inter-institutional cooperation on migrant management, exchange of information in the areas of health care and social services; reduce bureaucracy; improve the mechanism for declaring residence; develop a list/interactive map of Lithuanian schools by city and language of instruction, with active links to school websites; establish a free hotline during the influx of migrants to coordinate social and health services.
2. **For municipalities, public health offices.** To ensure access to public and personal health care services for asylum seekers by providing the opportunity to receive both free and paid health care services regardless of their migrant status; to ensure that migrants have access to accommodation and food, paying greater attention to migrants aged 34.5 and over who have experienced material deprivation, physical or other injuries.
3. **For municipalities, public health offices.** To ensure the provision of free psychological assistance to migrants in a language they understand to reduce symptoms of post-traumatic stress, distress, anxiety, and depression, with more attention paid to single and childless asylum seekers, as well as female refugees with higher monthly incomes. Possible methods of psychological assistance: partnership with non-governmental organizations or the private sector; inclusion of migrants in local community activities; establishment of the position of coordinator and/or case manager and his/her active activity; dissemination of information with contact details of free psychological helplines.

CURRICULUM VITAE

Name and surname	Rita Urbanavičė	
E-mail	rita.urbanavice@mf.vu.lt	
Education		
Year	Institution	Qualification obtained
	Vilnius University	Doctoral studies (an external basis, Public Health)
2014–2016	Mykolas Romeris University	Master’s degree in Policy Science (Health Policy and Management)
Work experience		
Year	Work place	
2015–present	Department of Internal Audit, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos	
2012–present	Department of Nursing Coordination, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos (previously – Children's Hospital, affiliate of Vilnius University Hospital Santaros Klinikos)	
Academic work experience		
Year	Work place	Position
2024–present	Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Vilnius University	Junior researcher at the Research Council of Lithuania project
2019–present	Department of Nursing, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Vilnius University	Lecturer
Other academic work experience		
Year	Work experience	
2024–present	Executive editor of journal <i>Slauga. Mokslas ir praktika</i> .	
2024 04	Internship at the University of Turku, Finland.	
2023–2024	Participation in the international project <i>RefuHealthAccess Europe</i> , which was developed under the framework of the ENABLE COST Action (Poland).	
2022–present	Participation in the research group <i>Health and Social Services for Asylum Seekers</i> (Vilnius University Faculty of Medicine).	

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju **prof. dr. Natalja Istominai** už tikėjimą manimi ir pasitikėjimą, nuolatinį palaikymą ir padėsinimą sunkesniais laikotarpiais, kantrybę, suteiktą pagalbą, vertingus patarimus bei suteiktas mokslinio tobulėjimo galimybes.

Dėkoju **prof. dr. Juozui Raistenskiui** už postūmį pradėti doktoranto kelią, vertingus patarimus ir pagalbą.

Esu dėkinga **prof. dr. Rimantui Stukui** už vertingus patarimus tobulinant disertaciją bei pagalbą sprendžiant organizacinius klausimus.

Labai dėkoju **doc. dr. Donatui Ausčiui** už kritinius pastebėjimus, vertingus patarimus, skatinimą giliau pažvelgti į tyrimo rezultatus bei už svarią pagalbą atliekant statistinę duomenų analizę.

Ačiū tariau **Vitai Daugelienei, Valderezai Svetikienei** už vertingus patarimus tuo metu, kai jų labiausiai reikėjo.

Dėkoju disertacijos recenzentams **prof. dr. Rimantui Stukui, doc. dr. Linai Zabulienei, doc. dr. Giedrei Smailytei** už išsakytus vertingus pastebėjimus ir patarimus.

Dėkoju savo kolegoms **Rimai, Dianai, Genoefai** už sudarytas sąlygas rengti disertaciją bei visiems kitiems kolegoms už tiesioginę ar netiesioginę pagalbą.

Dėkinga Priėmimo ir integracijos agentūros Vilniaus, Ruklos, Pabradės priėmimo centrų vadovams, Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Lietuvos Respublikos Vidaus reikalų ministerijos Medininkų, Kybartų Užsieniečių registracijos centro viršininkams, šių institucijų socialiniams darbuotojams, kariškiams bei Raudonojo kryžiaus atstovams už didžiulę pagalbą atliekant mokslinį tyrimą.

Ypatinga padėka mano mylimiems, artimiausiems žmonėms – vyrui **Ernestui**, vaikams **Rapolui** ir **Martynui**, mamai **Vladai Birutei**, draugėms **Nerijai** ir **Daivai** už nuolatinį palaikymą, paramą, tikėjimą manimi ir padėsinimą nesustoti sunkiais laikotarpiais.

PUBLIKACIJŲ IR PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS

Straipsniai recenzuojamuose žurnaluose, Web of Science

1. Adel El Arab, Rabie; **Urbanavičė, Rita**; Jakavonytė-Akstinienė, Agnė; Skvarčevskaja, Marija; Austys, Donatas; Mateos, Jose Tomas; Briones-Vozmediano, Erica; Rubinat-Arnaldo, Esther; Istomina, Natalja. Cultural competency among Lithuanian nurses and preparedness to work with intercultural immigrants: a quantitative study protocol. *Front. Public Health*. 2022; 10, art. no. 1025508: [1–6]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1025508>.
2. Adel El Arab, Rabie; **Urbanavičė, Rita**; Jakavonytė Akstinienė, Agnė; Skvarčevskaja, Marija; Austys, Donatas; Mateos, Jose Tomas; Briones-Vozmediano, Erica; Rubinat-Arnaldo, Esther; Istomina, Natalja. Health and social needs of asylum seekers and Ukrainian refugees in Lithuania: A mixed-method protocol. *Front. Public Health*. 2023; 10, art. no. 1025446: [1–8]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1025446>.
3. Adel El Arab, Rabie, Rabie; **Urbanavičė, Rita**; Jakavonytė-Akstinienė, Agnė; Skvarčevskaja, Marija; Austys, Donatas; Briones-Vozmediano, Erica; Rubinat-Arnaldo, Esther; Istomina, Natalja. "We want our freedom back, that's our only need": a qualitative study of health and social needs among asylum seekers and undocumented migrants crossing the borders from Belarus to Lithuania. *Front. Public Health*. 2024; 12, art. no. 1371119: [1–12]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1371119>.
4. **Urbanavičė, Rita**; Adel El Arab, Rabie; Hendrixson, Vaiva; Austys Donatas; Jakavonytė-Akstinienė, Agnė; Skvarčevskaja, Marija; Istomina, Natalja. Experiences and challenges of refugees from Ukraine in accessing healthcare and social services during their integration in Lithuania. *Front. Public Health*. 2024; 12, art no. 1411738. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1411738>.

Kitos publikacijos, susijusios su disertacijos tema

1. **Urbanavičė Rita**, Jakavonytė-Akstinienė Agnė, Austys Donatas, Istomina Natalja. Tarpkultūrinio bendravimo kompetencijos vertinimo skalė bei jos pagrindumas ir patikimumas. *Sveikatos mokslai*. ISSN 1392-6373. 2024; 34 (2): 118–123. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2024.066>.

Pranešimai tarptautinėse mokslinėse konferencijose

1. **Urbanavičė R.** Social and health needs assessment for refugees from Ukraine – what can be improved? Baltic Sea Region Network in Personalized Health Care Conference „Advances in Health Care Sciences: Health Promotion”, 22–23 November, 2022, Klaipėda, Lithuania.
2. **Urbanavičė R.** Challenges of health and social integration of ukrainian refugees in Lithuania. 1st International Scientific and Practical Conference „Doctors and Nurses on the Frontline of Health Care in Ukraine and Globally“, 11–12 May, 2023, Lutsk, Ukraine.
3. **Urbanavičė R.**, Istomina N. The mirror of the traumatic life events of the ukrainian refugees. 5th International Scientific-Practical Conference „Socio-ethical and Deontological Problems of Contemporary Medicine (non-Medical Problems in Medicine)“, February 28–29, 2024, Zaporizhzhia, Ukraine. Abstract book: https://mphu.edu.ua/p_2584.html
4. **Urbanavičė R.** An analysis of the worst life events experienced by Ukrainian war refugees. 82nd International Scientific Conference of the University of Latvia 2024 „International Scientific Conference on Medicine“, 5 April, 2024, Riga, Latvia. Abstract book: <https://medicina.lsmuni.lt/abstracts-of-the-international-scientific-conference-on-medicine-organized-within-the-frame-of-the-82nd-international-scientific-conference-of-the-university-of-latvia-riga-latvia/>
5. **Urbanavičė R.**, Kaminskaitė I. Intercultural nursing challenges in communication with patients. 2nd International Scientific and Practical Conference „Doctors and Nursing: Transformation in the Conditions of War and Continuous Recovery“, May 16–17, 2024, Lutsk, Ukraine.
6. Gudaitytė L, **Urbanavičė R.** Challenges of healthcare access for migrants and refugees in Lithuania. 2nd International Scientific and Practical Conference „Doctors and Nursing: Transformation in the Conditions of War and Continuous Recovery“, May 16–17, 2024, Lutsk, Ukraine.
7. Gudaitytė L, **Urbanavičė R.** Intercultural barriers of healthcare access in Lithuania. 12rd International Studen's Scientific Conference „Research in the field of Study“, May 16, 2024, Riga, Latvia.

Pranešimai nacionalinėse mokslinėse konferencijose

1. **Urbanavičė R.** Pabėgėlių patirtys integruojantis Lietuvoje. Konferencija „Slaugytojo vaidmens įgalinimas pacientų gydymo ir prevencijos procese“, 2023 m. rugsėjo 26 d., Kaunas.

2. **Urbanavičė R**, Paulauskienė K. Slaugytojų pasirengimas dirbti su kitų kultūrų pacientais. Virtuali mokslinė-praktinė konferencija „Slaugos mokslo ir praktikos aktualijos 2024“, 2024 m. balandžio 26 d., Vilnius.

UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla
Saulėtekio al. 9, III rūmai, LT-10222 Vilnius
El. p. info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
bookshop.vu.lt, journals.vu.lt
Tiražas 40 egz.