

Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов



Организация комплексной
профилактики ВИЧ-инфекции,
ИППП и вирусных гепатитов
среди трудовых мигрантов

Москва
2009

В работе над данным документом принимали участие:

Бобрик А.В. — заместитель директора, Открытый Институт Здоровья

Ерошина К.М. — руководитель отдела мониторинга и оценки,
Открытый Институт Здоровья

Михель Е.А. — эксперт Открытого Института Здоровья по этнопсихологии
и профилактической работе с мигрантами

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Миграция и ВИЧ-инфекция	6
Методология профилактической работы среди мигрантов	11
Мониторинг и оценка.....	15
Приложения	
1. Краткое введение в этнопсихологию	18
2. Анкета для проведения оценки ситуации среди трудовых мигрантов	24
3. Примерный образец удостоверения сотрудника программы	30
4. Примерный образец информационной памятки	31
5. Примерные образцы направлений к специалистам	31
6. Пример оформления журнала учета работы программы профилактики ВИЧ среди мигрантов	32

Предисловие

В результате стремительного распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации с середины 1990-х годов сегодня в нашей стране официально зарегистрировано свыше 400 тысяч человек, живущих с ВИЧ. В последние годы на территории России внедряется широкий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на контроль эпидемии в различных слоях населения. Однако до недавнего времени одна из социальных групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции, практически выпадала из поля деятельности отечественных профилактических программ — трудовые мигранты. Сегодня в большинстве российских регионов работа с этой целевой группой обычно ограничивается массовым тестированием для выдачи сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции, что, конечно же, не является полноценной профилактикой и сопряжено с потенциальными долгосрочными рисками.

Во-первых, в последние годы наблюдается постоянный положительный прирост рабочей миграции в Россию из стран ближнего и дальнего зарубежья. Причем потребность российских предприятий в рабочей силе и текущие демографические тенденции указывают на то, что в обозримом будущем иностранные трудовые мигранты будут играть значительную роль в экономике нашей страны.

Во-вторых, история свидетельствует о возможности потенциальной связи миграции с распространением самых различных инфекционных заболеваний. Сегодня существенный процент новых случаев ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Западной Европе и Северной Америке регистрируется среди выходцев из других стран. Более половины новых случаев ВИЧ/СПИДа в Израиле регистрируется среди лиц, приехавших в страну из Эфиопии и бывшего СССР. Поэтому система здравоохранения должна быть готова к адекватному реагированию на эти угрозы для минимизации распространения инфекционных заболеваний через национальные границы.

Наконец, в контексте ВИЧ/СПИДа наблюдается резкая нехватка надежной информации как по эпидемиологической ситуации среди мигрантов в России, так и по методологии профилактической работы в этой целевой группе.

В начале 2007 года при поддержке Открытого Института Здоровья (ОИЗ) началась реализация пилотной программы по контролю ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов из стран СНГ и дальнего зарубежья, в рамках которой сегодня поддерживаются профилактические проекты более чем в 20 регионах России. Их опыт убедительно свидетельствует о том, что эффективная профилактика ВИЧ-инфекции среди рабочих мигрантов требует особых подхо-

дов, которые нередко отличаются от традиционных моделей по контролю инфекционных заболеваний.

Следует особо отметить, что деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России только начинается и в будущем может претерпеть существенные изменения, особенно если будет модифицировано российское законодательство, регламентирующее пребывание ВИЧ-позитивных иностранных граждан в нашей стране. В долгосрочной перспективе России, видимо, будет необходимо предпринять решительные шаги по созданию системы медицинского страхования, которая сможет обеспечить доступность современных лечебно-профилактических услуг для иностранцев на территории РФ. Однако на сегодняшний день разработанный документ представляет собой систематизированную компиляцию лучших профилактических практик, прошедших апробацию на территории России, поэтому данные подходы могут оказаться чрезвычайно полезны для организации эффективной деятельности по контролю ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний в условиях массового притока рабочих мигрантов, что является достаточно новым вызовом для отечественной системы здравоохранения и нашей страны в целом.

Миграция и ВИЧ-инфекция

ВИЧ/СПИД и миграция представляют собой две важные проблемы, с которыми сегодня сталкивается человечество. В конце 2007 года, по оценкам ЮНЭЙДС и Всемирной Организации Здравоохранения, число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), превысило 33 миллиона¹. В то же время сегодня в мире 175 миллионов человек или около 3% населения планеты живут вне страны своего гражданства². При этом многочисленные исследования показывают, что вследствие социально-культурных и экономических факторов мигранты³ имеют повышенный риск ухудшения здоровья в целом и в связи с ВИЧ/СПИДом в частности:

– Во-первых, вследствие ограничения прав за пределами родной страны и незнания законов новой страны мигранты потенциально уязвимы для дискриминации и эксплуатации. Эта маргинализация усиливается и тем, что вследствие своей непохожести мигранты также могут сталкиваться с ксенофобией, изоляцией и враждебностью со стороны части населения принимающей страны.

– Во-вторых, нередко существует целый ряд серьезных потенциальных препятствий для получения мигрантами профилактической информации и медицинской помощи: культурные и языковые различия, экономические барьеры, административные и законодательные ограничения для нелегальных мигрантов, ВИЧ-позитивных иностранных граждан и пр.

– В-третьих, пребывание в новой стране может провоцировать у рабочих мигрантов поведение, более рискованное в отношении заражения ВИЧ-инфекцией. Это связано с тем, что нередко трудовая миграция означает разделение с семьей и постоянными партнерами, таким образом повышая спрос на платные сексуальные услуги и увеличивая вероятность случайных связей. Кроме того, пребывание в новой стране дает ощущение освобождения от прежних социальных норм и ограничений. Наконец, оторванные от своего привычного социума рабочие мигранты становятся восприимчивы к воздействию равного окружения, т. е. соотечественников, которые ранее прибыли в эту страну и уже приняли какие-то новые, а иногда и достаточно опасные поведенческие стереотипы.

¹ Доклад о глобальной эпидемии СПИД: 2008. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2008.

² World Migration Report. International Organization for Migration 2005.

³ Миграция представляет собой сложное и многогранное явление, включающее беженцев, сезонную и среднесрочную миграцию, переезд на постоянное место жительства и мн. др. Не отрицая важности всех этих видов миграции и их связи с распространением ВИЧ-инфекции, основное внимание в данном документе уделяется лишь трудовой миграции.

Вследствие вышеуказанных причин мигрантам может грозить повышенный риск заражения ВИЧ в стране пребывания. Этот риск, в свою очередь, распространяется на близких родственников и сексуальных партнеров в родной стране, которые могут заражаться при возвращении рабочих мигрантов на родину. Также мигранты могут вносить существенный вклад в эпидемиологическую ситуацию и в стране пребывания. Например, в Израиле более 50% новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых происходят от лиц, рожденных в Эфиопии и странах бывшего СССР⁴. В Амстердаме 63% случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин выявляются у иностранных граждан⁵. Поэтому в последние 10–15 лет страны со значительным миграционным притоком обращают все большее внимание на профилактику ВИЧ-инфекции среди мигрантов с целью защиты собственного населения, самих мигрантов и членов их семей от заражения.

Международный опыт также свидетельствует о том, что организация эффективной профилактики ВИЧ среди мигрантов нередко требует особых форм работы для учета специфических особенностей данной целевой группы, особенно в тех случаях, когда культура принимающей страны и культура страны, из которой прибыли мигранты, достаточно далеки друг от друга⁶. Ввиду чрезвычайного разнообразия возможных обстоятельств и культурных особенностей различных этнических групп методы профилактической работы среди мигрантов могут значительно различаться. Однако в любых ситуациях необходимыми предпосылками для организации успешной работы являются:

- Анализ положения мигрантов и связанного с этим риска ВИЧ-инфекции;
- Активное вовлечение в разработку профилактических мероприятий носителей привнесенной культуры;
- Систематическая адаптация методов работы к конкретным местным обстоятельствам.

Россия в настоящее время также является страной, привлекательной для притока рабочей силы. Областные центры с развитой производственной базой и сравнительно высоким уровнем заработной платы становятся местом сосредоточения и перераспределения большого количества мигрантов

⁴ Kaplan E.H., Kedem E., Pollack S. HIV incidence in Ethiopian immigrants to Israel. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998; 17:465–469.

⁵ Bindles P.J. et al. The HIV prevalence among pregnant women in the Amsterdam region (1988–1991). *European Journal of Epidemiology*, 1994; 10:331–338.

⁶ Мигранты и ВИЧ/СПИД. Разработка и реализация программ: теория, методика и практика. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Организация Объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), 2006 г.

из стран ближнего и дальнего зарубежья. По различным экспертным данным приток иностранных мигрантов в Россию в 2008 году достиг семи миллионов человек.

В соответствии с действующим законодательством все лица, въезжающие на территорию Российской Федерации сроком более чем на три месяца, должны получить сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции, без которого иностранному гражданину не выдаются разрешение на временное проживание и вид на жительство в РФ^{7,8,9}. Выявление у иностранных граждан и лиц без гражданства ВИЧ-инфекции является основанием для отказа в выдаче либо для аннулирования разрешения на временное проживание или вида на жительство¹⁰.

Следует особо подчеркнуть, что данные положения российского законодательства не являются уникальным явлением в мировой практике. Сегодня те или иные ограничения на въезд или проживание ВИЧ-инфицированных иностранцев действуют в 67 странах¹¹. Однако в абсолютном большинстве случаев эти законодательные нормы были внедрены еще в 1980-х годах, на волне иррационального страха перед ВИЧ/СПИДом и в условиях слабого понимания эпидемиологии данного заболевания. Сегодня же специалисты общественного здравоохранения все чаще ставят под сомнение как эффективность «эпидемиологического кордона» для предотвращения заноса ВИЧ-инфекции через национальные границы, так и этическую состоятельность законодательных ограничений на перемещение ВИЧ-инфицированных лиц. В результате все большее количество стран смягчают или отменяют данные статьи национального права. Типичным примером являются США, где в 2008 году специальным указом президента были отменены требования по тестированию въезжающих лиц на ВИЧ-инфекцию.

В Российской Федерации для большей части мигрантов основной причиной их приезда является возможность заработка, что во многом определяет их поведение в отношении собственного здоровья, ожидаемых условий жизни и труда и пр. Поэтому забота о своем здоровье обычно не является

⁷ Ст. 7 и 9 Федерального закона (ФЗ) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

⁸ Постановление Правительства РФ № 789 от 1 ноября 2002 года «Об утверждении положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание».

⁹ Ст. 10 ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

¹⁰ Ст. 7 и 9 Федерального закона от 25 июля 2002 года № 115 – ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ», а также в Постановлении Правительства РФ № 188 от 2 апреля 2003 года.

¹¹ Denying entry, stay and residence to HIV status. GIPA 2010. International Task Team on HIV-related Travel Restriction. 2008; 24 pages

главным приоритетом трудовых мигрантов, а лица, знающие о своем положительном ВИЧ-статусе, вынуждены скрывать его и, как правило, находят разнообразные нелегальные пути, чтобы обеспечить свое пребывание в России. Таким образом, ситуация с ВИЧ-инфекцией среди мигрантов «загоняется в подполье», однако проблема при этом не решается.

Следует также учитывать, что сегодня из 10 стран, которые обеспечивают основной приток мигрантов в нашу страну, лишь на Украине и в Молдавии распространенность ВИЧ-инфекции среди населения выше или аналогична таковой в России, а во всех других странах распространенность ВИЧ-инфекции в разы ниже, чем в РФ. Доступные официальные данные регистрации ВИЧ-инфекции в российских регионах также, как правило, свидетельствуют о значительно меньшей пораженности иностранных граждан. Например, в середине 2007 года выявление новых случаев ВИЧ-инфекции среди мигрантов и общего населения составило в Москве соответственно 187,2 и 270,6 на 100 тысяч человек, в Московской области – 167,8 и 450,5, в Ханты-Мансийском автономном округе – 157,1 и 668,6. С другой стороны, в некоторых странах СНГ повышенный уровень регистрации ВИЧ-инфекции сегодня отмечается именно среди лиц, которые выезжали на заработки в Россию. Например, по данным исследования, проведенного среди более чем 500 трудовых мигрантов и членов их семей в Таджикистане, распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, работавших в России, составила 2,2%, что значительно превышает средний показатель по стране^{12,13}. Таким образом, несмотря на существенные ограничения доступной информации, основной массив эпидемиологических данных пока свидетельствует о том, что основному риску заражения ВИЧ-инфекцией в России подвергаются сами трудовые мигранты, что в будущем может привести к резкому росту заболеваемости ВИЧ в их родных странах.

Результаты оценки ситуации среди мигрантов, проведенной Открытым Институтом Здоровья (ОИЗ) в 2007 году в пяти городах РФ, подтвердили высокую уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции в силу крайне низкой осведомленности иностранных рабочих о путях ее передачи и методах профилактики, а также высокой распространенности рискован-

¹² *Алиджон Солиев*, заведующий отделом мониторинга и оценки Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД Республики Таджикистан (презентация «Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов Таджикистана и членов их семей по вопросам ВИЧ и ИППП» на семинаре Открытого Института Здоровья по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, апрель 2008 г.).

¹³ *Зумрат Максудова*, Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибни Сино (презентация «Здоровье трудовых мигрантов из Таджикистана» на семинаре Открытого Института Здоровья по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, апрель 2008 г.).

ных поведенческих практик. Например, 41% опрошенных трудовых мигрантов полагали, что ВИЧ может передаваться через укус комара, 34% считали, что ВИЧ можно заразиться через использование общей посуды, и такая же доля полагала, что ВИЧ передается через кашель и чихание. Также обращает на себя внимание большое количество сексуально активных респондентов, ни разу не использовавших презерватив при половых актах за последние 30 дней (их доля в различных регионах варьировала от 10 до 36%). Таким образом, в ходе исследования были идентифицированы два основных приоритета профилактики ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России – повышение осведомленности о ВИЧ/СПИДе и пропаганда использования презерватива как надежного средства профилактики ВИЧ и ИППП. С учетом этих данных Открытый Институт Здоровья поддержал первые пилотные проекты по контролю ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, которые показали, что ключевыми особенностями данной профилактической работы являются установление доверительных отношений с целевой группой, учет культурных особенностей и преодоление языкового барьера. Сегодня практический опыт реализации более чем 20 проектов в различных российских регионах позволяет сформулировать следующие унифицированные подходы для организации профилактической работы среди трудовых мигрантов.

Методология профилактической работы среди мигрантов

Цель программы – противодействие распространению ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов В и С среди трудовых мигрантов.

Задачи программы:

- Ограничение распространения ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов и членов их семей.
- Ограничение распространения ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов из среды трудовых мигрантов в общее население РФ.

Целевая группа программы – иностранные граждане из СНГ и других стран, работающие на территории Российской Федерации.

Предпосылки для успешной реализации программы:

- Предварительная психологическая подготовка сотрудников проекта и работников партнерских учреждений здравоохранения для снижения барьеров межкультурного общения и облегчения понимания особенностей целевой группы.
- Обязательная быстрая оценка ситуации в регионе, включающая:
 - Анализ доступной статистической информации;
 - Фокус-группы с ключевыми информантами;
 - Интервью и анкетирование среди преобладающих этнических групп трудовых мигрантов.
- Обеспечение доступа к основным группам мигрантов, что в зависимости от региональной специфики реализуется через несколько или все следующие механизмы:
 - Взаимодействие с крупными региональными работодателями, активно использующими труд мигрантов;
 - Привлечение представителей из сообществ мигрантов для обучения по принципу «равный-равному» и проведения социальной (аутрич) работы за пределами медицинских учреждений;
 - Взаимодействие с национальными диаспорами и религиозными организациями;
 - Идентификация внутренних лидеров сообществ мигрантов и разъяснение им целей проекта для получения общей поддержки.

Основные мероприятия программы:

- Распространение среди рабочих мигрантов достоверной информации по вопросам сохранения здоровья и снижения риска инфицирования, для чего используются:
 - Печатные информационные материалы, разработанные с учетом культурных и религиозных особенностей целевой группы, а при необходимости и переведенные на национальные языки;
 - Краткие индивидуальные консультации в ЛПУ с большим потоком мигрантов, например, в СПИД-центре;
 - Групповые семинары в местах массового сосредоточения трудовых мигрантов, например, в общежитиях, на предприятиях и пр.
- Распространение средств профилактики ВИЧ и ИППП, в первую очередь презервативов.
- Подготовка добровольцев для консультирования и обучения по принципу «равный-равному».
- Аутрич-работа за пределами медицинских учреждений, особенно для обеспечения доступа к закрытым группам мигрантов.
- Обеспечение доступа к тестированию на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием.
- Направления по показаниям в партнерские ЛПУ и облегчение доступа к медицинской помощи, в том числе для диагностики и лечения ИППП и туберкулеза.
- Облегчение доступа рабочих мигрантов и членов их семей к социальной, психологической и юридической помощи.

Необходимые участники программы и их рекомендуемая роль:

- Региональный СПИД-центр – тестирование на ВИЧ-инфекцию, до- и послетестовое консультирование, распространение информационных материалов, доступ к потоку легальных мигрантов, обращающихся за получением сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции, предоставление статистической информации о тенденциях ВИЧ-инфекции в целевой группе и ее связи с общей эпидситуацией в регионе.
- Миграционная служба субъектов РФ – участие в быстрой оценке ситуации, предоставление статистических данных о численности легальных мигрантов, географии и специализации трудовой активности, распространение информационных материалов для вновь прибывших мигрантов, обеспечение контактов с крупными работодателями, консультативная и методическая помощь.

- Предприятия и организации, использующие труд мигрантов – обеспечение доступа к целевой группе, консультативная помощь.
- Специализированные ЛПУ, в первую очередь кожно-венерологического и фтизиатрического профиля – участие в быстрой оценке ситуации, организация облегченного доступа для диагностики и лечения соответствующих заболеваний.
- Ассоциация национально-культурных организаций – консультативная помощь, помощь при разработке информационных материалов, привлечение добровольцев для деятельности по проекту.
- Центр социально-правовой защиты иностранных граждан – участие в разработке информационных материалов, привлечение добровольцев для деятельности по проекту, консультирование по правовым и социальным вопросам.
- Религиозные организации – помощь в обеспечении доступа к целевой группе, платформа для размещения адаптированных инфоматериалов, справочной информации, использование существующих услуг религиозных общин, например, помощь в оформлении документов, в получении медицинского сервиса и пр.

Примерная штатная структура типового проекта

- Руководитель проекта.
- 2 сотрудника, прошедших подготовку по межкультурной коммуникации. Осуществляют информационную работу и распространение средств профилактики на основной базе проекта (например, в качестве медсестры в СПИД-центре) и аутрич-работу за его стенами.
- Волонтеры и равные консультанты из обученных и мотивированных представителей целевой группы, прошедших базовую подготовку по ВИЧ/СПИДу. Осуществляют аутрич-работу в среде рабочих мигрантов и информируют целевую группу о деятельности проекта. Волонтерами и равными консультантами могут быть как мигранты, приехавшие для работы, так и представители целевой группы, не связанные в данный момент с трудовой деятельностью (студенты, представители национальных диаспор, а также те, кто давно приехал в РФ, и другие).
- Консультанты (психолог, юрист, дерматовенеролог и т. д.). Как правило, выполняют роль «доверенных специалистов» в партнерских учреждениях или периодически ведут прием на основной базе проекта.
- Бухгалтер (при необходимости).

Следует особо подчеркнуть, что при проведении профилактической работы с мигрантами необходимо учитывать региональную специфику,

т. е. культурные и религиозные особенности, а также профессиональную специализацию конкретной группы мигрантов, существующий уровень закрытости и (не)доверия к представителям власти, оптимальные методы налаживания контактов с лидерами общин и пр. Даже в одном городе при работе с разными целевыми группами (например, торговцами из Китая на местном рынке и строителями из Таджикистана на крупном предприятии) могут понадобиться различные подходы. Например, по опыту Открытого Института Здоровья, мигранты одной этнической группы отказывались брать распространяемые презервативы, на упаковке которых находилось стилизованное изображение обнаженного женского тела, в то время как с другими национальностями подобных проблем не возникало. Кроме того, методы работы проекта могут быть очень разнообразными в зависимости от исполнителя и уровня сотрудничества, которое ему удастся наладить с ключевыми региональными партнерскими организациями. Например, в разных российских городах деятельность по профилактике ВИЧ среди мигрантов сегодня ведется СПИД-центрами, кожно-венерологическими диспансерами и НКО, что, безусловно, выражается в разной организационной структуре проектов. В некоторых проектах активными участниками являются и представители местных правозащитных организаций.

Таким образом, принципы, указанные в данном разделе, должны быть положены в основу любого проекта по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов. Например, невозможно организовать эффективную работу без правильной оценки ситуации или не учитывая культурно-религиозные особенности целевой группы. Также успех в привлечении представителей сообществ мигрантов для обучения по принципу «равный-равному», безусловно, сможет значительно повысить эффективность работы в любой этнической группе. Однако структура и форма каждого конкретного проекта должны постоянно анализироваться и совершенствоваться с учетом опыта, накапливаемого в процессе оперативной работы. Например, в ряде действующих проектов было признано целесообразным осуществлять информационную работу среди мигрантов и коррекцию их поведения на менее рискованное, в том числе и через среду лиц, осуществляющих секс-услуги за плату для данной целевой группы.

Мониторинг и оценка

Мониторинг и оценка проекта – это процесс сбора и анализа необходимой информации для определения результативности и эффективности предпринимаемых мер. Мониторинг относится к рутинному, постоянному отслеживанию процесса повседневной работы, в то время как оценка – это эпизодическое определение/измерение результатов, которые могут быть достигнуты за счет мероприятий программы.

Цель мониторинга и оценки – выяснить достаточность предпринимаемых мер для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и необходимость их модификации. Иными словами, мониторинг и оценка – это инструменты для принятия информированных управленческих решений.

Задачи мониторинга и оценки:

- Изучение полноты мер воздействия проекта и охвата ими различных сегментов уязвимых групп населения.
- Сопоставление результатов предпринимаемых мер с данными эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.
- Предоставление информации органам управления проектом для дальнейшего планирования деятельности.

Предварительная оценка ситуации является абсолютно необходимым шагом, который должен предшествовать началу практической деятельности любого проекта по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов. Предварительная оценка ситуации позволяет получить информацию о преобладающих этнических и профессиональных группах трудовых мигрантов в регионе, об уровне их знаний в отношении ВИЧ-инфекции и методов профилактики, а также распространенности рискованных поведенческих практик среди целевой группы.

На основании опыта, накопленного Открытым Институтом Здоровья, при проведении предварительной оценки ситуации среди мигрантов целесообразно придерживаться следующей методологии:

- Анализ доступных статистических данных и официальных отчетов по миграции и ВИЧ-инфекции в регионе.
- Интервью или фокус-группы с представителями ключевых организаций, взаимодействующих с трудовыми мигрантами, т. е. миграционной службы, регионального СПИД-центра и пр.
- Наблюдения на местах и неструктурированные интервью/беседы с представителями целевой группы.

- Структурированное интервьюирование не менее чем 100 представителей целевой группы.
 - Рекомендуется разделить эту выборку по этническому признаку следующим образом: 50 человек – преобладающая в регионе группа мигрантов, 20 человек – вторая по численности группа мигрантов, и по 15 человек – третья и четвертая группы мигрантов (если в конкретном регионе мигранты представлены менее разнообразным этническим составом, то пропорция будет меняться соответствующим образом).
 - Анкета, по которой проводится структурированное интервью, не должна превышать 40 вопросов, касающихся социально-демографических характеристик, сфер занятости мигрантов в России, состояния здоровья, знаний о ВИЧ/СПИДе. Анкета, рекомендуемая Открытым Институтом Здоровья, приведена в Приложении 2 к этому документу.
 - Часть вопросов интимного характера, касающихся употребления наркотиков и сексуальной жизни, целесообразно отдавать респондентам для самозаполнения (но только в том случае, если они хорошо читают на русском языке).

Практика показывает, что проведение экспресс-оценки по предлагаемой схеме даже в крупном городе обычно занимает не более 2–3 недель, но при этом обеспечивает сбор и анализ данных, абсолютно необходимых любому проекту для осмысленной разработки и реализации обоснованных профилактических мероприятий в среде трудовых мигрантов.

Индикаторы – служат для объективной оценки любого проекта и традиционно подразделяются на 5 основных групп:

1. Индикаторы затрат (например, общий бюджет программы, основные статьи расходов, затраты времени).
2. Индикаторы процесса (например, количество и темы проведенных тренингов, количество распространенных презервативов, число штатных сотрудников и волонтеров и пр.).
3. Индикаторы промежуточных результатов (например, количество подготовленных специалистов, количество распространенных информационных материалов, предоставленные услуги, число и процент мигрантов, воспользовавшихся услугами проекта или прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию, и т. д.). Особо следует отметить, что важнейшими промежуточными индикаторами любой профилактической программы являются показатели охвата целевой группы. К показателям охвата относятся общее число клиентов программы, число новых (первичных) клиентов, пропорция клиентов программы от оценочного числа всей популяции целевой группы на территории реализации проекта и пр.

4. Индикаторы конечных результатов (повышение уровня знаний мигрантов в отношении путей передачи и профилактики ВИЧ, снижение частоты рискованного поведения). Для удобства и объективности сравнения результатов программ профилактики ВИЧ-инфекции следует всегда стремиться к использованию одних и тех же индикаторов конечных результатов. Например, для оценки уровня информированности о ВИЧ-инфекции используются пять стандартных вопросов, рекомендуемых ЮНЭЙДС (пункт 21 в анкете Открытого Института Здоровья, Приложение 2). Частота безопасного сексуального поведения, как правило, оценивается по использованию презерватива при последнем половом акте (пункт 30 в анкете Открытого Института Здоровья, Приложение 2).

5. Индикаторы воздействия (например, снижение показателей распространения эпидемии ВИЧ среди мигрантов, показатели ВИЧ-инфицирования местного населения, происходящего от мигрантов, и пр.).

Хотя реализация любой программы в области здравоохранения преследует цель оказать воздействие, однако измерение уровня воздействия обычно предполагает весьма значительные инвестиции в оценку. Кроме того, зачастую очень трудно определить степень, в которой отдельные программы или отдельные их компоненты содействуют общему снижению распространения эпидемии ВИЧ (т. е. установить причинно-следственную связь). Поэтому в большинстве проектов по профилактике ВИЧ-инфекции основное внимание уделяется индикаторам промежуточных и конечных результатов, которые обычно поддаются измерению гораздо проще, чем показатели воздействия, и могут быть достаточно успешно использованы для того, чтобы отслеживать процесс осуществления программ в соответствии с согласованными целями и задачами.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Краткое введение в этнопсихологию

В работе с трудовыми мигрантами особое значение приобретают знания в области психологии межкультурных различий, так как важнейшей предпосылкой организации профилактики ВИЧ в этой целевой группе является умение наладить доверительную коммуникацию.

Нужно учитывать тот факт, что многие мигранты, особенно из ряда стран СНГ, являются представителями традиционных культур, в которых до сих пор сильны обычаи и нравы, унаследованные от далеких предков. Прибывая в новую для себя страну, слабо зная русскую культуру и практически не имея доконтактного опыта, большинство мигрантов поначалу оказываются в стрессовой ситуации. Однако, когда окружающий мир перестает быть понятным, начинается поиск групп, которые помогли бы восстановить его целостность и упорядоченность, защитили бы от трудностей. Поэтому в этот период человеку свойственно ориентироваться на родной этнос, который выступает в качестве аварийной системы поддержки, что может приводить к преувеличенному восприятию позитивных отличий своей общности от других.

Культура как психологический феномен

Культура — характерный образ мыслей и действий, способ духовного освоения действительности на основе ценностей, передаваемых от поколения к поколению. В социологическом понимании культура — это то, что объединяет отдельных людей в общество. Поэтому культура — важнейшая субстанция человеческой жизни, проникающая повсюду и проявляющаяся в разнообразных формах.

Признаки и элементы культуры:

- **Самодостаточность.** Культура не зависит от одного индивида, она имеет собственную жизнь на групповом уровне. Люди приходят и уходят, а культуры остаются.
- **Внутренние и внешние факторы.** Внешние феномены открыты людям для наблюдения: повседневные обычаи, модели поведения. Внутренние не наблюдаются извне и часто не осознаются самим индивидом. К ним относятся правила общения, нормы поведения, мифы и ритуалы. Во всех культурах встречаются универсальные культурные элементы, такие, как приветствия, выражение гостеприимства, юмор, шутки, прием гостей. Формы же проявления этих культурных элементов могут быть абсолютно разными. Например,

ритуал приветствия в разных культурах может иметь непривычные для европейцев формы, как например, трение носами, падание ниц, крики и пр.

- Свойства людей, не регулирующиеся биологическими инстинктами. Например, чувство голода – биологическое. Культура же будет проявляться в том, как убран стол, в удобстве и украшении посуды, сядет ли человек за стол или на ковер.

- Основными элементами культуры являются:

- Язык – т. е. понятийно-логический аппарат, с помощью которого люди осмысливают мир.
- Ценности и убеждения, которые выступают в разнообразных формах, как например, социальные установки, мотивы поступков, нормы поведения. Эти критерии для представителей разных культур очень разнятся и не всегда могут быть легко понятны постороннему.

Психологические измерения культур

Голландский исследователь Г. Хофстед разработал подходы к культурным измерениям, которые представляют собой набор ценностей, установок, верований, норм и моделей поведения. В прикладном аспекте реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции наибольшее внимание следует обратить на различие культур по факторам «индивидуализм-коллективизм» и «открытость-закрытость».

Индивидуализм-коллективизм. Культурное измерение «индивидуализм-коллективизм» нередко совпадает с дихотомией «Запад-Восток». Например, индивидуалистические культуры сложились в англоговорящих странах и странах Балтии. Коллективистские – в странах Средней Азии и Южной Америки. Основными ценностями индивидуалистических культур являются высокая ценность человеческой жизни, уважение прав человека, цели и интересы индивида. Уровень индивидуализма связан с уровнем благосостояния: чем выше уровень жизни, тем больше индивидуализм. Недостатками индивидуализма являются склонность к одиночеству, депрессии, отсутствию моральных авторитетов. Порядок в индивидуалистических культурах поддерживается существующими законами. Основными ценностями коллективистской культуры является взаимовыручка, гостеприимство, щедрость. Поведение человека определяется принадлежностью к группе. В коллективистской культуре групповые цели важнее индивидуальных. В работе с представителями коллективистских культур нужно учитывать установку на групповое членство и особенно на авторитетных лиц группы, которые очень влияют на поведение членов группы. Поэтому нередко наиболее эффективным способом добиться чего-то от коллективиста является убеждение авторитетных для него людей, что такое поведение желательно

и способствует целям группы. Коллективисты чувствуют себя дискомфортно в ситуации соперничества; стремление к гармонии и кооперации внутри группы – их основная забота, отсюда недопустимость публичной критики, так как это воспринимается как критика целой группы. Коллективисты нацелены на долговременные отношения, для достижения эффективной коммуникации должно появиться доверие к партнеру, пройти время. Коллективисты чувствуют себя комфортно в отношениях неравного статуса. Им нравится оказывать уважение авторитетному лицу и самим чувствовать себя «начальниками» при общении с нижестоящими. Так, в китайской культуре поддержка «своих людей» (гуань си) есть способ приобрести соответственный высокий социальный статус. Даже две стороны в дружеских отношениях обычно неравны. Один из друзей должен быть старшим, который руководит младшим, предлагает ему совет и помощь. При первом контакте с представителем коллективистской культуры нельзя допустить ошибку, говоря «зовите меня по имени», но, что хуже всего – нельзя коллективиста называть по имени раньше, чем он сам к этому будет готов. В коллективистских культурах люди часто сопровождают друг друга и делают личные дела вместе. Причем, чем многочисленнее сопровождение, тем выше статус персоны. Индивидуалист, придя на встречу один, рискует оказаться в глазах коллективиста «незначительной персоной», что важно учитывать при проведении аутрич-работы. При подборе аутрич-работников для профилактической работы среди мигрантов из коллективистских культур необходимо также учитывать:

– Возраст. Аутрич-работник может быть одного с представителями целевой группы возраста или старше. Категорически не рекомендуется моложе!

– Пол. Консультировать мужчин на «закрытые» (интимные) темы должны мужчины, а не молодые женщины.

– Стиль одежды. Это особенно относится к женщинам-консультантам, одежда которых не должна быть чересчур яркой и открытой (короткие юбки, глубокие вырезы и т. д.).

Открытость-закрытость. Критерием закрытости культуры является высокий уровень стабильности традиционных моделей поведения и внутригрупповых отношений, интенсивность социального и человеческого обмена и связей с внешней культурной средой. В закрытых культурах люди должны вести себя в соответствии с групповыми нормами, и нарушение норм считается неприемлемым. В открытых культурах наблюдается высокая терпимость к отклонению поведения индивидов от общепринятых норм. В закрытых культурах как компенсация за недопустимость ненормативного поведения чаще встречаются анекдоты, иносказательный жанр, эзопов язык. Люди в закрытых культурах более тревожны. Для них важны предсказуемость,

определенность и безопасность. Индивиды из закрытых культур склонны воспринимать людей из открытых культур как недисциплинированных, своевольных. И наоборот, представители открытых культур воспринимают их поведение как ригидное, чересчур бескомпромиссное. Представители открытых культур также легче ассимилируют инокультурные влияния. Типичными представителями закрытых культур являются народы Средней Азии и Северного Кавказа. Россия относится к открытым культурам.

Процессы вхождения одной культуры в другую

Термин «культурный шок» был введен американским антропологом К. Обергом, который обратил внимание на то, что вхождение в новую культуру часто сопровождается неприятной потерей друзей и статуса, чувством отверженности и дискомфорта. Симптомы культурного шока могут быть чрезвычайно разнообразны: общая тревожность, раздражительность, неуверенность в себе, злоупотребление алкоголем и наркотиками и т. д. Ощущения потери контроля над ситуацией, собственной некомпетентности и неисполнения ожиданий могут выражаться в приступах гнева, агрессивности и враждебности по отношению к представителям страны пребывания. Как правило, проблема культурного шока рассматривается в контексте пяти этапов процесса адаптации:

- «Медовый месяц» — характеризуется энтузиазмом, приподнятым настроением и надеждами. Трудовые мигранты приезжают в Россию, где их встречают посредники, которые обещают легализацию, большие заработки и т. д. Но, как правило, эти обещания не сбываются, и этап «медового месяца» быстро проходит.
- На втором этапе непривычная среда начинает оказывать свое негативное воздействие. Нередко возникает чувство непонимания местных жителей, разочарование и фрустрация. В этот период мигранты стараются чаще встречаться с земляками.
- У некоторых мигрантов симптомы культурного шока могут достигнуть критической точки, что проявляется в чувстве полной беспомощности и депрессии, когда не сумевшие адаптироваться люди возвращаются домой.
- Большинство мигрантов, получив социальную поддержку окружения, преодолевают межкультурные различия, улучшают владение языком, начинают понимать местные культурные обычаи. Человек чувствует себя более приспособленным и интегрированным в жизнь общества.
- Пятый этап характеризуется полной адаптацией к новой культуре, т. е. происходят стабильные изменения индивида в ответ на требования среды.

Степень выраженности культурного шока и продолжительность адаптации определяются многими факторами:

- Индивидуальные характеристики — личностные и демографические. Обычно успешнее адаптируются молодые, интеллектуальные и высокообразованные люди. Женщины нередко имеют больше проблем в процессе адаптации, что частично связано с тем, что у женщин из традиционных культур в среднем ниже уровень образования и меньше профессионального опыта, чем у мужчин.

- Обстоятельства жизненного опыта индивида: знание языка, психологическая готовность мигрантов к переменам, наличие межличностных контактов как с группой соотечественников, так и с местными жителями.

- Степень сходства и различия культур. Обычно, чем дальше культуры стоят друг от друга, тем труднее происходит адаптация в новой стране. Степень отчуждения, одиночества и сопутствующих им стрессов нередко напрямую определяется величиной культурной дистанции.

- Особенности культуры, к которой принадлежат мигранты. Менее успешно адаптируются мигранты, среди которых сильна власть традиций и поведение в значительной степени ритуализировано.

- Особенности страны пребывания, прежде всего способ, которым «хозяева» оказывают влияние на приезжих: стремятся ли их ассимилировать, толерантны ли к культурному разнообразию. Серьезное влияние оказывает уровень безопасности мигрантов в новой стране.

Межкультурные коммуникации

Невербальные средства общения. Значительная часть информации при общении передается невербально, поэтому сопоставление стилей невербальной коммуникации в разных культурах является очень важным для избежания недопонимания, а порой и конфликтов.

Так, есть культуры с высокой потребностью в тесном личном контакте и близости в проявлении чувств, что характерно, например, для арабских и латиноамериканских стран. Низкая потребность в тесном личном контакте наблюдается в странах Дальнего Востока (Япония, Корея), Центральной и Юго-Восточной Азии. Женщины всех культур при общении располагаются друг к другу ближе, чем мужчины.

В отношении проявления чувств в коллективистских культурах не приветствуется открытое проявление чувств, основной акцент делается на интуитивное выражение и невербальное поведение (молчание, понимание внутреннего состояния собеседника).

Контакт глаз — один из видов невербального поведения. Так, в культурах Северного Кавказа и Средней Азии есть неписанные ограничения на кон-

такт глаз. Женщины не смотрят в глаза мужчине, оратор смотрит куда-то вбок, молодой мужчина опускает глаза, разговаривая со старшим.

Стили вербальной коммуникации

Прямой вербальный стиль – выражает истинные намерения говорящего. Наиболее примечательная характеристика коммуникации подобного стиля – использовать ясные, определенные слова, например «определенно», «абсолютно», высказывания «говорите ясно», «хватит ходить вокруг да около». Языковая социализация направлена на достижение искренности и открытости в общении.

Непрямой вербальный стиль – характеризует речевые сообщения, которые камуфлируют и скрывают истинные чувства, желания, цели говорящего. Такой стиль характерен для культур Юго-Восточной и Центральной Азии. Избегая создавать впечатление о себе как о настойчивом и напористом человеке, представители этих культур предпочитают использовать такие выражения, как «возможно», «вероятно», не дают резких отрицательных ответов типа «нет», «я не согласен», «я не могу это сделать», используя уклончивые ответы. Детей с раннего возраста учат щадить чувства другого человека.

Искусный (вычурный) стиль – предполагает использование богатого, экспрессивного языка в общении, что характерно для ряда восточных культур. Например, простого ответа «нет» в ответ на приглашение хозяина еще отведать угощение обычно недостаточно. Подтверждая, что он действительно сыт, гость должен повторять «нет» несколько раз, сопровождая восклицанием, как например, «Клянусь Аллахом!»

Сжатый речевой стиль – в ряде культур молчание отражает внутреннюю паузу и является предпочтительным стилем поведения в тех ситуациях, когда статус и роли участников неопределенны.

Подготовка к межкультурному взаимодействию

Для сотрудников проектов, работающих среди трудовых мигрантов, наиболее оптимальной подготовкой для взаимодействия с целевой группой является тренинг по этнокультурной компетентности, который должен решать следующие основные задачи:

- Привлечь внимание обучаемых к важности учета межкультурных различий при общении с представителями других национальностей.
- Представить обзор возможных проблем межкультурного общения.
- Сфокусировать внимание на отдельных важных аспектах работы в новой культурной среде.
- Обыграть поведение в типичных ситуациях, например, предоставление информации о методах профилактики ВИЧ и выдача презервативов представителю коллективистской закрытой культуры.
- Подготовить к переносу полученных знаний и навыков на новые нестандартные ситуации.

Анкета для проведения оценки ситуации среди трудовых мигрантов

Порядковый номер анкеты

(первые две буквы названия города + номер по порядку) _____

Данный опрос проводится в нескольких регионах России в рамках общей оценки уровня знаний и факторов риска, которым подвержены люди, приезжающие из других стран на работу. Участие в интервью является добровольным, анонимным, и в анкете нет информации, которая позволит идентифицировать Вас.

В ходе анкетирования мы просим Вас ответить на вопросы, касающиеся Ваших условий жизни и состояния здоровья.

Ваше участие в анкетировании очень ценно и важно для нас, но только в том случае, если Ваши ответы будут точными и честными. Если Вам неприятен вопрос, пожалуйста, скажите об этом, и мы разъясним его Вам.

Результаты опроса будут использованы для планирования и проведения мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья людей, приезжающих на работу в Россию из других стран.

Согласны ли Вы принять участие
в данном анкетировании? Да _____ Нет _____

Время начала интервью _____

Время окончания интервью _____

Дата проведения интервью: день _____ /месяц _____ /2009 год

Ф.И.О. человека, проводящего
интервью(интервьюера) _____

1. Пол респондента

1. мужской
2. женский

2. Вы говорите по-русски?

1. да
2. нет

3. Семейное положение:

1. холост/не замужем → Вопрос № 5

2. состою в зарегистрированном браке → Вопрос № 4
 3. состою в гражданском браке → Вопрос № 4
 4. разведен/на → Вопрос № 5
 5. вдовец/вдова → Вопрос № 5
4. Где в данный момент находится Ваша семья?
1. вместе с Вами
 2. в стране, из которой Вы приехали
 3. другое (уточнить) _____
5. Сколько Вам полных лет? _____
6. Ваше образование:
1. начальное
 2. незаконченное среднее
 3. среднее
 4. среднее специальное
 5. незаконченное высшее
 6. высшее
 7. другое (уточнить) _____
7. Из какой страны Вы приехали? _____
8. Вы первый раз приехали в Россию на работу?
1. да
 2. нет
9. Как долго Вы проживаете в РФ?
1. менее года
 2. 1-3 года
 3. 4-6 лет
 4. более 6 лет
10. Вы работаете:
1. на рынке/в сфере торговли
 2. в сфере строительства
 3. на промышленном предприятии
 4. на сельскохозяйственном предприятии
 5. в сфере услуг
 6. другое (уточнить) _____

11. Как бы Вы описали общее состояние своего здоровья?

1. отличное
2. хорошее
3. среднее
4. плохое

12. Отмечали ли Вы у себя в течение последнего месяца (отметить нужное):

1. слабость, утомляемость при обычных физических нагрузках
2. потерю веса
3. ночную потливость
4. кашель в продолжение более двух недель
5. увеличение температуры до 37–37,2 градуса более двух недель

13. Во время пребывания в РФ обращались ли Вы за медицинской помощью?

1. да
2. нет

14. Если обращались, то насколько были удовлетворены полученной помощью?

1. полностью удовлетворен
2. частично удовлетворен
3. совершенно неудовлетворен

15. Проверялись ли Вы когда-либо на ВИЧ-инфекцию?

1. да
2. нет
3. не знаю

Проверялись ли Вы на ВИЧ-инфекцию в течение последних 12 месяцев?

1. да
2. нет
3. не знаю

16. В случае если Вы проверялись на ВИЧ-инфекцию за последние 12 месяцев, знаете ли Вы результат теста? *(Для интервьюера: следует предупредить респондента, что нас не интересует его результат)*

1. да
2. нет

17. Знаете ли Вы, куда следует обратиться в российском городе Вашего нахождения в настоящее время, если Вы захотите пройти тест на ВИЧ-инфекцию?

1. да
2. нет

18. Знаете ли Вы, куда следует обратиться в Вашей стране, если Вы захотите пройти тест на ВИЧ-инфекцию?

1. да
2. нет

19. Проходили ли Вы когда-либо рентгеновское (флюорографическое) обследование?

1. да → Вопрос № 21
2. нет → Вопрос № 22

20. Как давно Вы проходили рентгеновское (флюорографическое) обследование в последний раз?

1. менее года назад
2. более года назад

21. Данный вопрос относится к Вашим общим знаниям о ВИЧ/СПИДе.

Для интервьюера: если респондент согласен с перечисленными утверждениями, поставьте галочку в столбце ДА, если не согласен – в столбце НЕТ.

Утверждение	Да	Нет
1. Можно ли снизить риск ВИЧ-инфицирования, если иметь половые контакты только с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции?		
2. Можно ли снизить риск ВИЧ-инфицирования, если использовать презерватив при каждом сексуальном контакте?		
3. Могут ли люди, зараженные ВИЧ, выглядеть здоровыми и хорошо себя чувствовать?		
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?		
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным человеком?		

22. Обследовались ли Вы на туберкулез когда-либо?
1. да
 2. нет
 3. не знаю
23. Если «да», то какое обследование Вы проходили?
1. флюорография
 2. анализ мокроты
 3. реакция Манту
24. Если обследовались, то когда обследовались в последний раз?
1. 3 мес. назад
 2. 6 мес. назад
 3. 1 год назад
 4. другое (уточнить)_____

Порядковый номер анкеты
(первые две буквы названия города + номер по порядку) _____

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОЗАПОЛНЕНИЯ (в том случае, если респондент читает и понимает по-русски)

25. Вы употребляли когда-либо наркотики внутривенно?

1. да
2. нет

26. Употребляли ли Вы наркотики внутривенно в последние 30 дней?

1. да
2. нет

27. Были ли у Вас когда-нибудь половые контакты (секс)?

1. да
2. нет

28. Сколько половых партнеров у Вас было за последний год? _____

(Впишите число. Если не было сексуальных партнеров, впишите цифру «0»)

29. Сколько половых партнеров у Вас было за последний месяц? _____

(Впишите число. Если не было сексуальных партнеров, впишите цифру «0»)

30. Использовали ли Вы презерватив при последнем половом акте?

1. да
2. нет

31. Платили ли Вы за секс деньгами или товарами когда-либо?

1. да → Вопрос № 33
2. нет → Вопрос № 34

32. Использовали ли Вы презерватив при последнем платном половом акте?

1. да
2. нет

33. Находились ли Вы когда-либо в местах лишения свободы?

1. да
2. нет

34. Болели ли Вы когда-нибудь туберкулезом?

1. да → Вопрос № 36
2. нет → завершение анкетирования

35. Если да, то получали ли Вы лечение туберкулеза?

- 1. да
- 2. нет

36. Прошли ли Вы полностью курс лечения?

- 1. да
- 2. нет

СПАСИБО ВАМ ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!

Приложение 3

Примерный образец удостоверения сотрудника программы

<p>«Организация» Удостоверение № __ Действительно до «__» ____ 200 г. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ «__» ____ 200 г.</p> <p>Фото</p> <p>руководитель организации</p> <p>м.п. _____</p> <p>Ф.И.О.</p>	<p>РАБОТА ПРОЕКТА «название» СОГЛАСОВАНА С АДМИНИСТРАЦИЕЙ ГОРОДА И ФМС</p>
---	---

Примерный образец информационной памятки

<p>Консультации и обследование у дерматовенеролога, гинеколога, уролога, терапевта, инфекциониста, нарколога, хирурга; выдача информационных материалов и презервативов; консультации по ВИЧ-инфекции и другим медицинским вопросам; анонимное тестирование на ВИЧ; консультации юриста и другое.</p> <p>Наши адреса:</p> <p>1. ул. _____ ежедневно с 8.00 до 16.00</p> <p>2. ул. _____ ежедневно с 16.00 до 19.00</p> <p>Анонимно, бесплатно!</p>	<p>ЛОГОТИП</p> <p>Проект охраны здоровья трудовых мигрантов «Название»</p> <p>Реализуется во исполнение Постановления № _____ от « _____ » _____ г. при содействии _____ <i>указать название финансирующей организации</i></p>
--	--

Примерные образцы направлений к специалистам

<p>ПРОЕКТ «название»</p> <p>Консультация дерматовенеролога адрес _____ врач: _____ Фамилия, имя, отчество _____ часы приема</p>	<p>ПРОЕКТ «название»</p> <p>Консультация фтизиатра адрес _____ врач: _____ Фамилия, имя, отчество _____ часы приема</p>
---	---

Пример оформления журнала учета работы программы профилактики ВИЧ среди мигрантов

« _____ » _____ 200_ г. место работы район _____ Ф.И.О. сотрудника _____

№ п/п	ИН клиента	Впервые	Выдано информационных материалов	Выдано презервативов	Профилактическая беседа/консультация специалиста	Направлен					Примечание	
						На ВИЧ/гепатиты	На туберкулез	Дерматовенеролог	Психолог	Терапевт		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

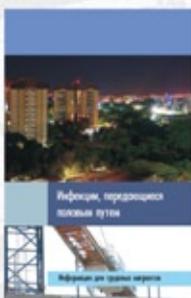
Пояснения:

- гр. 1 – указывается номер по порядку
- гр. 2 ИН – Индивидуальный Номер клиента
Пример кода: ВАЛ – имя матери
0 – м или 1 – ж
53 – год рождения
- гр. 3 – плюсом отмечают впервые охваченных клиентов
- гр. 4 – информационные материалы (указывается количество выданных информационных материалов каждому клиенту проекта)
- гр. 5 – презервативы (указывается количество выданных презервативов каждому клиенту проекта)
- гр. 6 – профилактическая беседа/консультация специалиста (указывается тема проведенной беседы/консультации)
- гр. 7, 8, 9, 10, 11 – клиенту дают направление на консультацию/обследование и делают отметку об этом



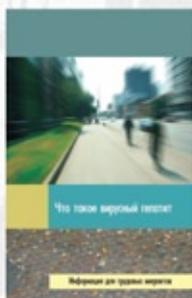
ВИЧ и СПИД

Иллюстрация: Анна Косарева



Ифекция, передающаяся половым путем

Иллюстрация: Анна Косарева



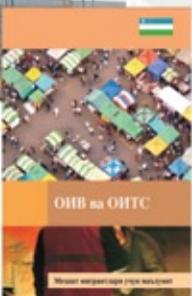
Что такое вирусный гепатит?

Иллюстрация: Анна Косарева



Животный дождик: как защитить каскадников?

Иллюстрация: Анна Косарева



ОНВ на ОНТС

Иллюстрация: Анна Косарева



Вирус ли гепатит инма?

Иллюстрация: Анна Косарева



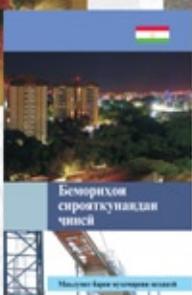
Гепатит: вирус или чума?

Иллюстрация: Анна Косарева



Безопасность при работе на высоте

Иллюстрация: Анна Косарева



Безопасность при работе на высоте

Иллюстрация: Анна Косарева



ВНМО на БНММ

Иллюстрация: Анна Косарева

Буклеты для трудовых мигрантов по вопросам сохранения здоровья на русском, таджикском и узбекском языках представлены на сайте Открытого Института Здоровья <http://www.ohi.ru>



Разработано Открытым Институтом Здоровья в рамках «Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» в 2008 году.

Издано ОИЗ в рамках проекта ГЛОБУС.

www.ohi.ru

