

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РОССИИ

Алексей Бобрик, Ксения Ерошина, Елена Михель,
Открытый Институт Здоровья

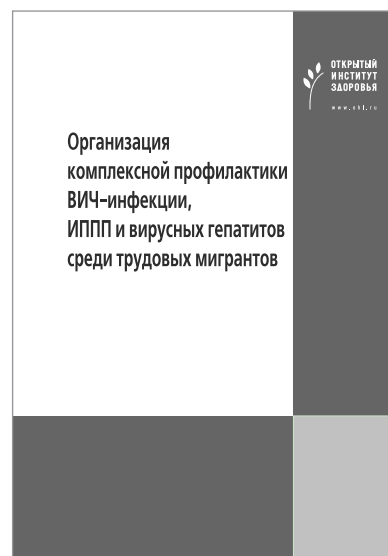
Связь ВИЧ-инфекции с миграцией в мире и в России

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 млн человек¹. В то же время, сегодня в мире 175 млн 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/СПИД 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 из-за 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 информации о профилактике заболевания 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 по-



стоянными 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, иногда и достаточно опасные, поведенческие стереотипы.

Вследствие этого 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 заразиться при возвращении рабочих мигрантов на родину. Также мигранты могут оказывать существенное влияние на эпидемиологическую ситуацию и в стране пребывания. Например, в Израиле более 50% новых

¹ Доклад о глобальной эпидемии СПИДа: 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 данной статье уделяется лишь трудовой миграции.

зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых приходится на лиц, рожденных в Эфиопии и странах бывшего СССР⁴. В Амстердаме 63% случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин выявляется 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 с учетом специфических особенностей данной целевой группы, особенно в тех случаях, когда культура принимающей страны и культура страны, из которой прибыли мигранты, достаточно отличаются⁶. Ввиду чрезвычайного разнообразия возможных местных обстоятельств и культурных особенностей этнических групп, возможны различные методы профилактической работы среди мигрантов. Однако в любых ситуациях необходимыми предпосылками для организации успешной работы являются:

- анализ положения мигрантов и связанного риска ВИЧ-инфекции;
- активное вовлечение в разработку профилактических мероприятий носителей привнесенной культуры;
- систематическая адаптация методов работы к конкретным местным обстоятельствам.

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

бежья. По различным экспертным данным, приток иностранных рабочих в Россию в 2008 году составил около 8 млн человек. При этом, несмотря на значительное расширение деятельности программ по борьбе со СПИДом в РФ, рабочие мигранты до последнего времени практически выпадали из поля деятельности отечественных профилактических программ. Сегодня в большинстве регионов работа с этой целевой группой обычно ограничивается массовым тестированием для выдачи сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции, который, в соответствии с действующим законодательством, должны получать все лица, въезжающие на территорию Российской Федерации сроком более чем на 3 месяца^{7, 8, 9, 10}. Выявление ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства является основанием для отказа в выдаче либо для аннулирования разрешения на временное проживание или вида на жительство.

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

⁴ Kaplan E. H., Kedeem 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 Организации Объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), 2006 г

⁷ Ст. 7 и 9 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 ФЗ от 25 июля 2002 года №115 – «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

специальным указом президента были отменены требования по тестированию въезжающих лиц на ВИЧ-инфекцию.

В Российской Федерации для большей части мигрантов основной причиной 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 приоритетом для трудовых мигрантов, а лица, знающие о своем положительном ВИЧ-статусе, вынуждены скрывать его и, как правило, находят разнообразные нелегальные пути для пребывания 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 Молдове распространенность ВИЧ-инфекции среди населения выше или аналогична таковой в России, а во всех других странах распространенность ВИЧ-инфекции намного ниже, чем в РФ. Доступные официальные данные регистрации ВИЧ-инфекции в российских регионах также, как правило, свидетельствуют о значительно меньшей пораженности иностранных граждан. Например, на середину 2007 года выявление новых случаев ВИЧ-инфекции среди мигрантов и общего населения составило в Москве соответственно 187,2 и 270,6 на 100 тыс. 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 информа-

ции, основная масса эпидемиологических данных пока свидетельствует о том, что риску заражения ВИЧ-инфекцией в России подвергаются в первую очередь сами трудовые мигранты, что в будущем может привести к резкому росту заболеваемости ВИЧ в их родных странах.

Результаты оценки ситуации, проведенной Открытым Институтом Здоровья (ОИЗ) в 2007 году в пяти городах РФ, показали, что большинство трудовых мигрантов – это мужчины в возрасте 20–40 лет, состоящие в браке, но приезжающие в Россию без семей. Более половины мигрантов связаны с сезонными работами. Зимой они возвращаются на родину, а в начале строительного, сельскохозяйственного и туристического сезонов приезжают в Россию. Уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции определяется крайне низкой осведомленностью иностранных рабочих о путях передачи ВИЧ-инфекции и методах профилактики, а также высокой распространенностью рискованных поведенческих практик. Таким образом были идентифицированы два приоритета в работе по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России: повышение информированности о ВИЧ/СПИДе и пропаганда использования презерватива, как надежного средства профилактики. С учетом этих данных в начале 2007 года при поддержке ОИЗ началась реализация первой российской 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 возможна, но требует специфических подходов, которые нередко отличаются от традиционных моделей по контролю инфекционных заболеваний. Ключевыми особенностями работы с мигрантами является установление доверительных отношений с целевой группой, учет культурных особенностей и преодоление языкового барьера.

¹² Алиджон Солиев, заведующий отделом мониторинга и оценки Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИДом Республики Таджикистан (презентация «Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов Таджикистана и членов их семей по вопросам ВИЧ и ИПП» на семинаре ОИЗ по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, апрель 2008 г.)

¹³ Зумрат Максудова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сина (презентация «Здоровье трудовых мигрантов из Таджикистана» на семинаре ОИЗ по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, апрель 2008 г.)

Унифицированные подходы к организации профилактики ВИЧ-инфекции среди мигрантов

Цель программы – противодействие распространению ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов В и С среди иностранных граждан, работающих на территории Российской Федерации.

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.

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:
 1. анализ доступной статистической информации;
 2. фокус-группы с ключевыми информантами;
 3. интервью и анкетирование среди преобладающих этнических групп трудовых мигрантов;
- обеспечение доступа к основным группам мигрантов, что, в зависимости от региональной специфики, реализуется с использованием нескольких или всех следующих механизмов:
 1. взаимодействие с крупными региональными работодателями, активно использующими труд мигрантов;
 2. привлечение представителей из сообществ мигрантов для обучения по принципу

равный–равному и проведения социальной (аутрич) работы за пределами медицинских учреждений;

3. взаимодействие с национальными диаспорами и религиозными организациями;
4. 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 снижению риска инфицирования, для чего используются:
 1. печатные информационные материалы, разработанные с учетом культурных и религиозных особенностей целевой группы и при необходимости переведенные на национальные языки;
 2. краткие индивидуальные консультации в ЛПУ с большим потоком мигрантов, например, в СПИД-центре;
 3. 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;



Распространение информационных буклетов на таджикском языке и презервативов среди трудовых мигрантов в Тамбове

- 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;
- ассоциации национально-культурных организаций и другие местные НКО – консультативная помощь, доступ к целевой группе, помощь при разработке и распространении 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;
- два 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;
- консультанты (психолог, юрист, дерматовенеролог и т.д.). Как правило, выполняют роль доверенных специалистов в партнерских учреждениях или периодически ведут прием на основной базе проекта.

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 очень отличающиеся подходы. Так, 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, указанные общие принципы 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 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 проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов

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.

Абсолютно необходимым шагом перед началом практической деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов является предварительная оценка ситуации. Она позволяет получить информацию о преобладающих этнических и профессиональных группах трудовых мигран-

тов 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 ОИЗ, 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:
 1. 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);
 2. 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 (рекомендуемая ОИЗ анкета приведена в приложении 2);
 3. 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 осмыс-

ленной разработки и реализации обоснованных профилактических мероприятий в среде трудовых мигрантов.

С момента начала и в ходе реализации любого проекта для его объективной оценки используются индикаторы, которые традиционно подразделяются на пять 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 UNAIDS (пункт 21 в анкете ОИЗ, приложение 2). Частота безопасного сексуального поведения, как правило, оценивается по использованию презерватива при последнем половом акте (пункт 30 в анкете ОИЗ, приложение 2).
5. Индикаторы воздействия (например, снижение показателей распространения ВИЧ-инфекции сре-

ди мигрантов, показатели ВИЧ-инфицирования местного населения, происходящего от мигрантов и пр.).

Следует особо отметить, что 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 легче, чем показатели воздействия, и могут быть достаточно успешно использованы для того, чтобы отслеживать процесс осуществления программ в соответствии с согласованными целями и задачами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 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 проекты Открытого Института Здоровья уже позволили отработать простую и надежную технологию работы с целевой группой, которая при незначительной модификации и минимальных дополнительных затратах может быть немедленно использована в десятках регионов нашей страны для улучшения контроля инфекционных заболеваний в условиях массового притока рабочих мигрантов, что является достаточно новым вызовом для отечественной системы здравоохранения и нашей страны в целом.

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 и слабо зная русскую культуру, большинство мигрантов поначалу оказываются в стрессовой ситуации. 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 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: 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, отсутствие моральных авторитетов. Порядок в индивидуалистических культурах поддерживается существующими законами. Основными ценностями коллективистской культуры является взаимовыручка, гостеприимство, щедрость. Пове-

дение 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, ибо 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 самому чувствовать себя начальником 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 еще хуже начать называть коллективиста 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 открытости 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. Наоборот, представители открытых культур воспринимают поведение лиц из закрытых культур как ригидное и 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 социального 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. Ощущение 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.

1. «Медовый месяц» – характеризуется энтузиаз-

мом, 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.

2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 определяется 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 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 отстоят 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 там, где 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).

Зрительный контакт – один из видов невербального поведения. Так, в культурах Северного Кавказа и Средней Азии есть неписанные ограничения на зрительный контакт. 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, типа «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. Стараясь не 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 типа «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, 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. ■



Буклеты для трудовых мигрантов, Открытый Институт Здоровья, 2008 год.
Доступны на русском, таджикском и узбекском языках на сайте ОИЗ www.ohi.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АНКЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ СИТУАЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**Порядковый номер анкеты**

(первые 2 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 непонятен 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 _____ /2008 год

Фамилия И. О. человека, проводящего интервью (интервьюера) _____**1. Пол респондента**

- ☐ мужской
☐ женский

2. Вы говорите по-русски?

- ☐ да
☐ нет

3. Семейное положение:

- ☐ холост/не замужем → Вопрос №5
☐ состою в зарегистрированном браке → Вопрос №4
☐ состою в гражданском браке → Вопрос №4
☐ разведен/а → Вопрос №5
☐ вдовец/вдова → Вопрос №5

4. Где в данный момент находится ваша семья?

- ☐ вместе с вами
☐ в стране, из которой вы приехали
☐ другое (уточнить) _____

5. Сколько вам полных лет? _____**6. Ваше образование:**

- ☐ начальное
☐ незаконченное среднее
☐ среднее
☐ среднее специальное
☐ незаконченное высшее
☐ высшее
☐ другое (уточнить) _____

7. Из какой страны вы приехали? _____**8. Вы первый раз приехали в Россию на работу?**

- ☐ да
☐ нет

9. Как долго вы проживаете в РФ?

- ☐ менее года
☐ 1–3 года
☐ 4–6 лет
☐ более 6 лет

10. Вы работаете:

- ☐ на рынке/в сфере торговли
☐ в сфере строительства
☐ на промышленном предприятии
☐ на сельскохозяйственном предприятии
☐ в сфере услуг
☐ другое (уточнить) _____

11. Как бы вы описали общее состояние своего здоровья?

- ☐ отличное
☐ хорошее
☐ среднее
☐ плохое

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

- ☐ слабость, утомляемость при обычных физических нагрузках
☐ потеря веса
☐ ночную потливость
☐ кашель в продолжение более двух недель
☐ увеличение температуры до 37–37,2 градусов более двух недель

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

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ полностью удовлетворен
☐ частично удовлетворен
☐ совершенно неудовлетворен

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

- ☐ да
☐ нет
☐ не знаю

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

- ☐ да
☐ нет
☐ не знаю

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

- ☐ да
☐ нет

ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РФ

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

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ нет

19. Проходили ли вы когда-либо рентгеновское (флюорографическое) исследование?

- ☐ да → Вопрос №21
☐ нет → Вопрос №22

20. Как давно вы проходили рентгеновское (флюорографическое) исследование в последний раз?

- ☐ менее года назад
☐ 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?

- ☐ да
☐ нет
☐ не знаю

23. Если «да», то какое обследование вы проходили?

- ☐ флюорография

- ☐ анализ мокроты
☐ реакция Манту

24. Если обследовались, то когда обследовались в последний раз?

- ☐ 3 мес. назад
☐ 6 мес. назад
☐ 1 год назад
☐ другое (уточнить) _____

Вопросы для самозаполнения (в том случае, если респондент читает и понимает по-русски)

25. Вы употребляли когда-либо наркотики внутривенно?

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ 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?

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да → Вопрос №32
☐ нет → Вопрос №33

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

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ нет

34. Болели ли вы когда-нибудь туберкулезом?

- ☐ да → Вопрос №35
☐ нет → завершение анкетирования

35. Если да, то получали ли вы лечение по поводу ТБ?

- ☐ да
☐ нет

36. Прошли ли вы полностью курс лечения?

- ☐ да
☐ нет

СПАСИБО ВАМ ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!