

Плавинский С.Л.
Ерошина К.М.
Кубасова К.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ

ситуации, направленной на изучение
уровня знаний о ВИЧ-инфекции
и рискованных поведенческих практик
среди трудовых мигрантов

Плавинский С.Л.
Ерошина К.М.
Кубасова К.А.

Результаты экспресс-оценки ситуации,
направленной на изучение
уровня знаний о ВИЧ-инфекции
и рискованных поведенческих практик
среди трудовых мигрантов

Москва
2011

Плавинский С.Л., Ерошина К.М., Кубасова К.А.

Результаты экспресс-оценки ситуации, направленной на изучение уровня знаний о ВИЧ-инфекции и рискованных поведенческих практик среди трудовых мигрантов. — М., 2011. — 36 с.



Данное исследование проведено и документ издан Открытым Институтом Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС.

© ОИЗ, 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 4 |
| ГЛАВА I. Результаты ЭОС среди трудовых мигрантов за три периода..... | 7 |
| 1.1. Март 2010 года, 4 региона..... | 8 |
| 1.2. Август—сентябрь 2010 года, 6 регионов..... | 11 |
| 1.3. Август—сентябрь 2011 года, 10 регионов..... | 13 |
| ГЛАВА II. Результаты суммарного анализа поведения риска у трудовых мигрантов в Российской Федерации..... | 21 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 32 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ..... | 34 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 35 |

ВВЕДЕНИЕ

Миграция является одним из важнейших факторов, определяющих мировую экономическую и демографическую ситуацию, а в последнее время ей уделяют все большее внимание и с точки зрения эпидемиологических процессов. Согласно оценкам Всемирного Банка, 3% населения мира живет вне страны своего рождения [17].

Решение о миграции зависит от целого ряда причин, среди которых часто выделяют финансовые и культурные затраты. Финансовые затраты обычно пропорциональны дистанции, на которую необходимо ехать, а культурные затраты связаны с необходимостью учить чужой язык и отсутствием в принимающей стране общины мигрантов. Если же язык является одним и община существует, это сильно снижает стоимость миграции. Вероятно, именно поэтому в Российской Федерации столь большое число мигрантов-выходцев из стран бывшего СССР и, как будет показано дальше, большинство опрошенных мигрантов составляют выходцы из небольшого числа республик (преимущественно Центральной Азии и Закавказья). При этом 89,8% (95% доверительный интервал, ДИ=88,2–91,2%) опрошенных мужчин-мигрантов и 93,4% (95% ДИ=90,1–95,8%) женщин говорят по-русски.

Мигранты, сохраняющие связи с регионом исхода, выступают в качестве проводника идей, таким образом миграция обеспечивает циркуляцию не только финансов, но также идей и представлений [17]. Миграция оказывает положительное влияние на здоровье населения беднейших стран, поскольку заработки позволяют содержать семьи и кормить и обучать детей. Несмотря на это, проблемное потребление алкоголя, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), а также потеря мужей и родственников в автомобильных авариях оказывают негативное влияние на остающиеся в стране происхождения общины (как это показано на примере Мексики [8]), а для, например, Таджикистана означает более высокую распространенность ВИЧ-инфекции в семьях трудовых мигрантов [1].

Более того, миграция также означает соприкосновение не только с чужой культурой, но и с незнакомой системой здравоохранения и новыми, ранее не встречавшимися возбудителями инфекционных заболеваний. Миграция явилась важным фактором риска распространения эпидемии

ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары, в особенности в ее начале [21]. В противоположность такой точке зрения ряд авторов считают, что мобильность популяций не может однозначно рассматриваться как движущая сила эпидемии ВИЧ [7].

Очень часто столкновение с чужой культурой вызывает ее неприятие и желание сохранить национальную идентичность вместо ассимиляции, что порождает серьезные дебаты в принимающем обществе (как пример, см. реакцию на книгу Т. Саррачина [20]).

В регионе постоянного проживания человек связан с другими людьми огромным количеством социальных связей. Поэтому, принимая решение о том или ином поступке, он учитывает не только немедленный его эффект, но и отсроченные последствия.

Например, принимая решения о вступлении в половые связи за деньги, женщина должна учитывать, что тем самым она резко ограничивает себе (во многих культурах) возможность дальнейшего вступления в брак в данном регионе и, соответственно, возможность поддержки при воспитании детей. Аналогичным образом люди учитывают и возможность социального неодобрения в случае, если культурно неприемлемое поведение станет известным. Известно, что имеющаяся социальная поддержка снижает рискованное поведение мигрантов — потребителей наркотиков [18], а конфликтующие воззрения на ситуацию в принимающей стране и свою идентичность являются серьезными факторами приемлемости стратегий профилактики ВИЧ-инфекции у мигрантов [12].

В случае миграции социальные ограничения ослабевают. Очевидно, что вероятность вскрытия малоприемлемого поведения прямо пропорциональна количеству лиц из региона исхода в окружении, тесноте контакта с ними и удаленности регионов прибытия и исхода друг от друга.

Кроме того, на многие решения влияет и возможность социального неодобрения в регионе пребывания. Например, если человек прибывает в регион только на одну ночь, вероятность, что он столкнется с неодобрением своего поведения, крайне мала, по крайней мере по сравнению с ситуацией, когда он прибывает в тот же регион на месяцы и годы. Иными словами, степень социального контроля минимальна в случаях

разъездной работы и максимальна в случае перемещения на постоянное место жительства.

Это свидетельствует о том, что усиление социального контроля в случае разъездной работы может оказывать влияние на поведение риска. Так, в одном исследовании среди водителей в США было предположено, что жесткое регулирование перевозок, электронное слежение за грузовиками и другие мероприятия, направленные на увеличение эффективности перевозок, оказали положительное влияние на сексуальные риски в этой группе [14]. Вместе с тем, исследования среди мексиканских мигрантов показывают, что, хотя слухи и сплетни служат формой социального контроля, они могут способствовать увеличенному потреблению алкоголя и опасным сексуальным практикам [8].

По всей вероятности, именно утрата нормального социального контроля является причиной значительного усиления поведения риска среди мигрантов. Поэтому целью данного исследования была характеристика поведения риска среди трудовых мигрантов в ряде регионов Российской Федерации и оценка потребности в проведении в этой среде профилактических мероприятий, направленных на борьбу с угрозой распространения ВИЧ-инфекции и ИППП.

ГЛАВА I. Результаты ЭОС среди трудовых мигрантов за три периода

Экспресс-оценки ситуации (далее — ЭОС), проведенные на базе проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, реализующихся в рамках проекта ГЛОБУС, проводились в 2010 и 2011 гг. Всего было проведено три экспресс-оценки ситуации — первая в марте 2010 года в четырех регионах РФ, где проекты по работе с трудовыми мигрантами возобновили свою деятельность в рамках продления фазы 2 проекта ГЛОБУС¹, в августе—сентябре 2010 года — в шести регионах — в проектах, поддержанных впервые с июля 2010 года, и спустя год в августе—сентябре 2011 года была проведена повторная экспресс-оценка ситуации во всех 10 регионах с целью оценить динамику изменения знаний и рискованных поведенческих практик в отношении ВИЧ-инфекции у целевой группы.

Основной задачей ЭОС являлась оценка знаний трудовых мигрантов о ВИЧ-инфекции, исследование поведенческих практик и социальных характеристик опрашиваемых. Также по результатам анализа ЭОС 2010 года и ЭОС 2011 года была поставлена задача оценить динамику знаний трудовых мигрантов о ВИЧ-инфекции, а также проследить тенденции изменения поведенческих практик трудовых мигрантов.

Методология проведения все трех ЭОС подразумевала, что в каждом из городов должно быть опрошено не менее 100 трудовых мигрантов, и национальности должны быть представлены по максимуму. Было рекомендовано разбить 100 человек по национальностям 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.

Анкета, по которой проводилось интервью, состояла из 39 вопросов, касающихся социально-демографических характеристик, сфер занятости мигрантов в России, состояния здоровья, знаний о ВИЧ/СПИД. Часть

¹ В соответствии с соглашением между Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ) и Открытым Институтом Здоровья — основным получателем средств ГФ — период реализации проекта ГЛОБУС 15 августа 2004 года — 31 августа 2009 года. Тем не менее, учитывая изменившуюся в России ситуацию с финансированием профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, 11 ноября 2009 года Правление ГФ приняло решение о продлении договора с Открытым Институтом Здоровья до 31 декабря 2011 года с выделением дополнительного финансирования для продолжения жизнесохраняющей профилактики ВИЧ среди наиболее уязвимых социальных групп.

вопросов, касающихся употребления наркотиков и сексуальной жизни, отдавалась респондентам для самозаполнения в случае их адекватного владения русским языком.

При проведении ЭОС респондентам задавались 5 основных стандартных вопросов о ВИЧ-инфекции, входящих в Национальный доклад РФ о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОМ:

1. Можно ли снизить риск ВИЧ-инфекции, если иметь половые контакты только с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, принимая пищу из одной посуды с ВИЧ-инфицированным человеком?

1.1. Март 2010 года, 4 региона

Экспресс-оценка ситуации среди трудовых мигрантов была проведена в марте 2010 года в четырех городах РФ, в которых были поддержаны проекты по профилактике ВИЧ среди данной целевой группы в рамках проекта ГЛОБУС, а именно в городах Улан-Удэ, Тверь, Вологда, Томск.

В общей сложности в ходе ЭОС обученными аутрич-работниками было опрошено 429 трудовых мигрантов.

Во всех городах, кроме Улан-Удэ, преобладающими группами трудовых мигрантов являлись приезжие из Узбекистана, в Улан-Удэ преобладали приезжие из Китая (табл. 1.1).

Также среди опрошенных встречались представители Кореи, Армении, Сирии, Вьетнама, Туркменистана, Эстонии.

Табл. 1.1.

Распределение трудовых мигрантов по преобладающим странам происхождения

| Город | Преобладающая группа | Вторая по численности | Третья по численности | Четвертая по численности |
|----------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Улан-Удэ | Китай (40%) | Киргизстан (19%) | Азербайджан, Монголия (по 15%) | |
| Тверь | Узбекистан (42%) | Таджикистан (24%) | Молдова (22%) | Киргизстан (2,3%) |
| Вологда | Узбекистан (48%) | Киргизстан (18%) | Украина (17%) | Таджикистан (7%) |
| Томск | Узбекистан (50%) | Таджикистан (20%) | Азербайджан, Казахстан (по 15%) | |

Социальный статус

Средний возраст респондентов составил 35 лет. Большая часть респондентов (79,5%) мужчины, 83% владеют русским языком. Больше половины респондентов (58%) состоят в зарегистрированном браке, 31% — холосты, 6% состоят в гражданском браке, 4% разведены, 1% вдовцы/вдовы. Наиболее часто встречаемые уровни образования — среднее (52%) и среднее специальное (22%).

Большая доля респондентов на момент проведения интервью находилась в России менее года (30%), 28% — от 2 до 3 лет, 17% — более 6 лет, 14% — от 4 до 6 лет и 11% — год или чуть более года.

Большинство трудовых мигрантов заняты в сфере торговли и строительства (27% и 26% соответственно), 20% — в промышленной сфере, 12% — в сельском хозяйстве, 9% — в сфере услуг, 6% указали на занятость в другой сфере, не перечисленной в анкете.

Состояние здоровья

Респондентам было предложено оценить состояние своего здоровья как отличное, хорошее, среднее или плохое. В результате 51,5%

респондентов оценили свое состояние здоровья как отличное, 39% — как хорошее, 9% — как среднее и менее 0,5% как плохое.

О прохождении тестирования на ВИЧ-инфекцию когда-либо сообщили 73% трудовых мигрантов, 60% проверялись на ВИЧ-инфекцию в течение последнего года, абсолютное большинство знают результат своего теста на ВИЧ-инфекцию.

Большинство респондентов (78%) сообщили, что знают, куда обратиться в российском городе их нахождения в случае, если захотят пройти тест на ВИЧ-инфекцию, и только 62,5% знают, куда обратиться в этом случае в стране их постоянного проживания.

Чуть более половины опрошенных (51,5%) сообщили, что имеют доступ к медицинской службе, 10,5% в течение последнего месяца обращались за помощью к медицинским работникам, абсолютное большинство обратавшихся за помощью получили ее.

О бесплатном получении презервативов за последние 12 месяцев сообщили 18% трудовых мигрантов.

О прохождении рентгеновского обследования когда-либо сообщили 87% респондентов, из них большая часть проходили рентгеновское обследование менее года назад.

Знания о ВИЧ

На все 5 вопросов, касающихся ВИЧ-инфекции, правильно ответили лишь 24% респондентов.

Употребление наркотиков

Об опыте употребления инъекционных наркотиков сообщили 2% опрошенных, 0,7% сообщили, что употребляли инъекционные наркотики в течение последних 30 дней.

1.2. Август–сентябрь 2010 года, 6 регионов

ЭОС среди трудовых мигрантов была проведена в августе–сентябре 2010 года в шести городах РФ, в которых с начала 2010 года были поддержаны проекты по профилактике ВИЧ среди данной целевой группы в рамках проекта ГЛОБУС, а именно в городах Санкт-Петербург, Казань, Красноярск, Нижний Новгород, Псков, Оренбург.

В общей сложности, обученными аутрич-работниками было опрошено 602 трудовых мигранта.

Преобладающее количество опрошенных во всех городах приехало в Россию из Узбекистана и Таджикистана – 61% от общего числа опрошенных. Во всех городах выходцы из данных стран составили наибольшее количество опрошенных (табл. 1.2).

Табл. 1.2.
Распределение трудовых мигрантов в городах по странам происхождения

| Город | Преобладающая группа | Вторая по численности | Третья по численности | Четвертая по численности |
|-----------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|---|
| Санкт-Петербург | Таджикистан (29%) | Узбекистан (17%) | Украина (13%) | Азербайджан (10%) |
| Казань | Узбекистан (50%) | Таджикистан (20%) | Азербайджан, Турция (по 15%) | |
| Красноярск | Таджикистан (50%) | Киргизстан (19%) | Узбекистан (16%) | Армения (15%) |
| Нижний Новгород | Узбекистан (49%) | Таджикистан (25%) | Сербия (15%) | Корея (10%) |
| Псков | Узбекистан (34%) | Молдова (13%) | Украина (12%) | Таджикистан, Латвия (по 9%) |
| Оренбург | Таджикистан (46%) | Узбекистан (30%) | Армения (20%) | Опрошено несколько представителей из Грузии, Азербайджана и Украины |

Также среди опрошенных встречались представители Кореи, Казахстана, Вьетнама, Туркменистана, Латвии.

Социальный статус

Средний возраст респондентов составил 33 года. Большая часть респондентов (82%) мужчины, 96% опрошенных владеют русским языком. Больше половины респондентов (48%) состоят в зарегистрированном браке, 31% — холосты, 14% состоят в гражданском браке, 6% — разведены, 2% — вдовцы/вдовы. Наиболее часто встречаемые уровни образования — среднее (48%) и среднее специальное (23%).

Большая доля респондентов на момент проведения интервью находилась в России менее года (31%), 25% — от 2 до 3 лет, 19% — 1 год, 14% — более 6 лет и 12% — от 4 до 6 лет.

К преобладающим сферам трудовой занятости мигрантов относятся строительство и торговля. При этом в сфере строительства работает почти половина опрошенных — 48%, в торговле заняты 24% опрошенных мигрантов. 10% мигрантов работают в сфере услуг, 6% работают в промышленности, 4% — в сфере сельского хозяйства. 7% опрошенных пришлось на долю респондентов, отметивших другую сферу занятости, не указанную в анкете.

Состояние здоровья

Как и в проведенной ранее ЭОС, респондентам было предложено оценить состояние своего здоровья как отличное, хорошее, среднее или плохое. В результате 51% респондентов оценили свое состояние здоровья как хорошее, 35% — как отличное, 13% — как среднее и менее 1% как плохое.

О прохождении тестирования на ВИЧ-инфекцию когда-либо сообщили 83% трудовых мигрантов, 72% проверялись на ВИЧ-инфекцию в течение последнего года, абсолютное большинство знает результат своего теста на ВИЧ-инфекцию.

Большинство респондентов (82%) сообщили, что знают, куда обратиться в российском городе их нахождения в случае, если захотят пройти тест на ВИЧ-инфекцию, и 64% знают, куда обратиться в этом случае в стране их постоянного проживания.

Чуть более половины опрошенных (54%) сообщили, что имеют доступ к медицинской службе, 20% в течение последнего месяца обращались за помощью к медицинским работникам, абсолютное большинство обратившихся за помощью получили ее.

О бесплатном получении презервативов за последние 12 месяцев сообщили 17% трудовых мигрантов.

О прохождении рентгеновского обследования когда-либо сообщило подавляющее большинство респондентов — 94%, из них большая часть проходили рентгеновское обследование менее года назад.

Знания о ВИЧ

На все 5 вопросов, касающихся ВИЧ-инфекции, правильно ответили 35% респондентов.

Употребление наркотиков

Об опыте употребления инъекционных наркотиков сообщили 4% опрошенных, 0,09% сообщили, что употребляли инъекционные наркотики в течение последних 30 дней.

1.3. Август—сентябрь 2011 года, 10 регионов

Заключительная ЭОС среди трудовых мигрантов была проведена в августе—сентябре 2011 года во всех 10 регионах РФ, в которых были поддержаны проекты по профилактике ВИЧ среди данной целевой группы в рамках проекта ГЛОБУС. Данные, полученные в ходе этой оценки, должны были позволить оценить эффективность работы проектов с трудовыми мигрантами в регионах проекта ГЛОБУС. В исследовании

принимали участие проекты из Вологды, Казани, Красноярска, Нижнего Новгорода, Оренбурга, Пскова, Санкт-Петербурга, Томска, Твери, Улан-Удэ.

Табл. 1.3.

Распределение трудовых мигрантов в городах по странам происхождения

| Город | Преобладающая по численности группа | Вторая по численности группа | Третья по численности группа | Четвертая по численности группа |
|-----------------|-------------------------------------|------------------------------|---|---------------------------------|
| Санкт-Петербург | Узбекистан (56%) | Азербайджан (21%) | Таджикистан (14%) | Украина (9%) |
| Казань | Узбекистан (49%) | Таджикистан (20%) | Азербайджан (16%) | Турция (15%) |
| Красноярск | Таджикистан (49%) | Киргизстан (19%) | Узбекистан (16%) Армения (14%) | Украина (2%) |
| Нижний Новгород | Узбекистан (33%) | Таджикистан (18%) | Азербайджан (8%) Украина (8%) Турция (8%) | Молдова (7%) Киргизстан (6%) |
| Псков | Узбекистан (48%) | Украина (20%) | Молдова (15%) | Армения (8%) |
| Оренбург | Узбекистан (50%) | Таджикистан (25%) | Вьетнам (11%) | Армения (10%) |
| Вологда | Узбекистан (48%) | Таджикистан (17%) | Молдова (11%) | Армения (9%) Киргизстан (8%) |
| Тверь | Узбекистан (51%) | Таджикистан (24%) | Молдова (11%) | Украина (9%) |
| Томск | Узбекистан (40%) | Азербайджан (21%) | Корея (15%) | Казахстан (8%) |
| Улан-Удэ | Китай (50%) | Киргизстан (22%) | Таджикистан (15%) | Узбекистан (13%) |

Исследование проводилось с соблюдением методологии, принятой в предыдущих двух оценках, по которой в каждом регионе требовалось опросить 100 респондентов.

В общей сложности опрошенными аутрич-работниками было опрошено 979 трудовых мигрантов.

Преобладающее количество опрошенных во всех городах приехало в Россию из Узбекистана (40%) и Таджикистана (19%) – 59% от общего числа опрошенных. Во всех городах выходцы из данных стран составили наибольшее количество опрошенных (табл. 1.3).

Также среди опрошенных встречались представители Кореи, Туркменистана, Грузии.

Социальный статус

Средний возраст респондентов составил 33 года. Большая часть респондентов (86%) мужчины, 90% опрошенных владеют русским языком. Больше половины респондентов (52%) состоят в зарегистрированном браке, 31% – холосты, 11% состоят в гражданском браке, 4% – разведены, 2% – вдовцы/вдовы. Наиболее часто встречаемые уровни образования – среднее (47%) и среднее специальное (23%).

Большая доля респондентов на момент проведения интервью находилась в России от 2 до 3 лет (29%), менее года (22%) или год (21%), 15% – более 6 лет и 13% – от 4 до 6 лет.

К преобладающим сферам трудовой занятости мигрантов относятся строительство и торговля. При этом в сфере строительства работает почти половина опрошенных – 43%, в торговле заняты 27% опрошенных мигрантов. 9% мигрантов работают в сфере услуг, 8% работают в промышленности, 6% – в сфере сельского хозяйства. 7% опрошенных пришлось на долю респондентов, отметивших другую сферу занятости, не указанную в анкете.

Состояние здоровья

Респондентам было предложено оценить состояние своего здоровья как отличное, хорошее, среднее или плохое. В результате 51% респондентов оценили свое состояние здоровья как хорошее, 40% – как

отличное, 9% — как среднее и только 2 респондента из всех опрошенных оценили свое самочувствие как плохое.

О прохождении тестирования на ВИЧ-инфекцию когда-либо сообщили 82% трудовых мигрантов, 64% проверялись на ВИЧ-инфекцию в течение последнего года, абсолютное большинство знает результат своего теста на ВИЧ-инфекцию.

Большинство респондентов (86%) сообщили, что знают, куда обратиться в российском городе их нахождения в случае, если захотят пройти тест на ВИЧ-инфекцию, и 67% знают, куда обратиться в этом случае в стране их постоянного проживания.

Более половины опрошенных (66%) сообщили, что имеют доступ к медицинской службе, 23% в течение последнего месяца обращались за помощью к медицинским работникам, абсолютное большинство обратившихся за помощью получили ее.

О бесплатном получении презервативов за последние 12 месяцев сообщили 52% трудовых мигрантов.

О прохождении рентгеновского обследования когда-либо сообщило подавляющее большинство респондентов — 94%, из них большая часть проходили рентгеновское обследование менее года назад.

Знания о ВИЧ

На все 5 вопросов, касающихся ВИЧ-инфекции, правильно ответили 50% респондентов.

При сравнении результатов опроса в 2010 и 2011 годах очевидно улучшение знаний о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи среди опрошенных трудовых мигрантов (рис. 1).

Рис. 1. Сравнение правильных ответов на вопросы о путях передачи и профилактики ВИЧ-инфекции при проведении оценок ситуации в 2010 и 2011гг.



Так, доля респондентов, согласившаяся с тем, что если иметь половые контакты с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции, можно снизить риск ВИЧ-инфицирования, возросла незначительно. В 2010 году она составляла 86%, в 2009 – 88%. Но, тем не менее, наблюдается положительная тенденция.

По остальным вопросам также наблюдается значительная положительная динамика.

Доля респондентов, согласившихся с утверждением, что использование презерватива снижает риск ВИЧ-инфицирования, увеличилась на 8% (в 2010 году составляла 84%, в 2011 – 92%).

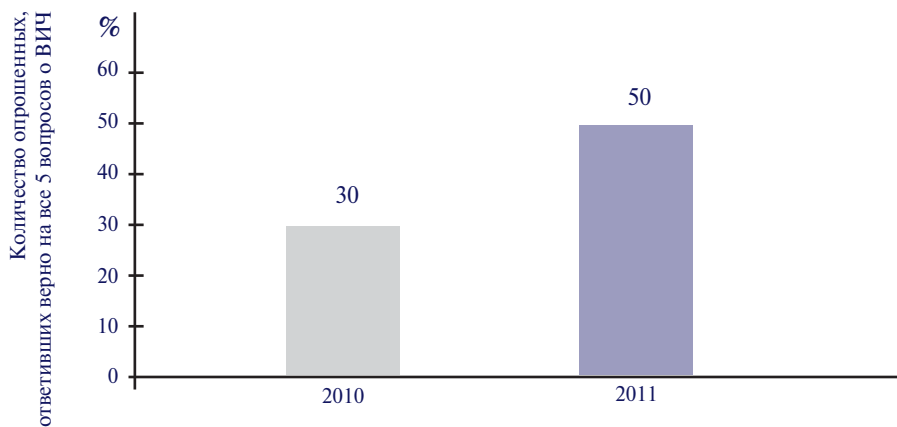
В 2010 году 66% верно ответили на вопрос о том, можно ли заразиться ВИЧ при приеме пищи совместно с инфицированным ВИЧ человеком (правильный ответ – отрицательный). В 2011 году этот показатель составил 80%.

В 2010 году 61% респондентов были согласны с утверждением, что люди, зараженные ВИЧ, могут выглядеть здоровыми и хорошо себя чувствовать. В 2011 году этот показатель составил 70%.

В 2010 году более 66% респондентов считали, что ВИЧ можно заразиться через укус комара, в 2011 году этот показатель повысился и составил 75%.

Для того чтобы понять, насколько увеличились знания трудовых мигрантов о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи, было проведено сравнение результатов, полученных в 2010 и 2011 годах. За чуть более чем год уровень знаний опрошенных респондентов возрос на 20%, что свидетельствует об эффективности проекта ГЛОБУС в регионах (рис. 2).

Рис. 2. Сравнение уровня знаний о путях передачи и профилактики ВИЧ-инфекции при проведении оценок ситуации в 2010 и 2011гг.



Употребление наркотиков

Об опыте употребления инъекционных наркотиков сообщили 4% опрошенных, 0,08% сообщили, что употребляли инъекционные наркотики в последние 30 дней.

Сексуальная жизнь

Об отсутствии половых контактов когда-либо сообщили 8% респондентов.

Из 846 респондентов, сообщивших о наличии половых контактов когда-либо, у 33% за последний месяц не было половых партнеров, у 46% был один половой партнер, у 21% было два и более половых партнеров за последний месяц. Об использовании презерватива при последнем половом акте сообщили 37% опрошенных.

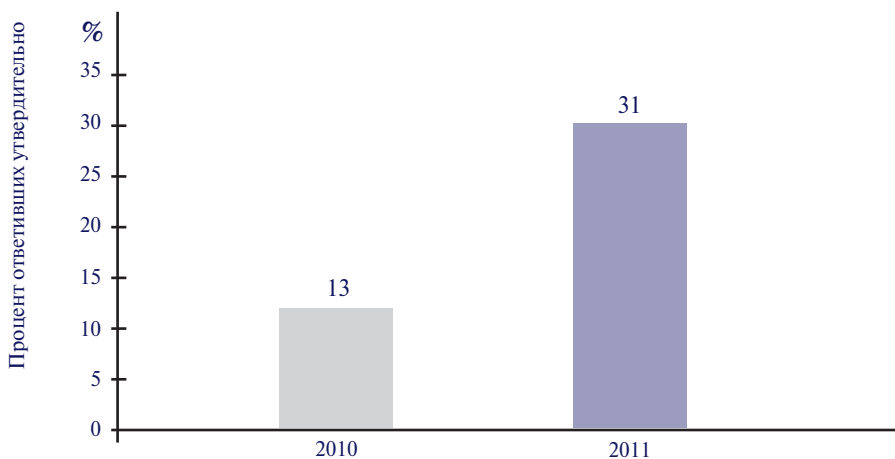
Об опыте покупки сексуальных услуг сообщили 17% трудовых мигрантов (163 человека). Из них 74 человека (или 8% от общего числа опрошенных) сообщили, что покупали сексуальные услуги в течение последних трех месяцев. Из респондентов, сообщивших о покупке сексуальных услуг, 66% использовали презерватив при последнем платном половом акте.

По сравнению с 2010 годом, в 2011 году значительно возросла доля респондентов, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом акте (рис. 3).

По итогам проведенных исследований:

- количество отвечающих правильно на все пять вопросов о путях передачи ВИЧ-инфекции увеличилось на 20% (с 30% до 50%);
- количество респондентов, заявивших об использовании презерватива при последнем половом акте, возросло на 18% (с 13% до 31%).

Рис. 3. Использование презерватива при последнем половом акте в 2010 и 2011 гг.



Таким образом, результаты проведенных ЭОС среди трудовых мигрантов в регионах проекта ГЛОБУС свидетельствуют об эффективности реализации проектов, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, и необходимости продолжения подобной деятельности в будущем.

ГЛАВА II. Результаты суммарного анализа поведения риска у трудовых мигрантов в Российской Федерации

Для анализа поведения риска, связанного с повышенной вероятностью заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП, результаты трех опросов (опроса по всем 10 регионам, опроса мигрантов в четырех регионах, проведенного в марте 2010 года, и опроса, проведенного в шести регионах в августе–сентябре 2010 года) были объединены.

Поскольку предположение о том, что мигранты, прибывающие в разные регионы, отличаются друг от друга по поведению (при общности пола, социального статуса и страны происхождения) не могло быть подтверждено, анализ выполнялся суммарно по всем регионам. Всего в анализ включено 2010 опрошенных, из которых 83,5% (1678 человек) были мужчины и 16,5% (332 человека) — женщины.

Табл. 2.1. Распределение опрошенных по семейному статусу

| Семейный статус | Мужчины | Женщины |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Холост | 33,0% (552) 95%ДИ= 30,8–35,3% | 19,5% (64) 95%ДИ= 15,3–24,1% |
| Состоит в браке | 51,9% (867) 95%ДИ= 49,4–54,3% | 52,3% (172) 95%ДИ= 46,7–57,8% |
| Сожительство ¹ | 9,7% (163) 95%ДИ= 8,4–11,3% | 16,7% (55) 95%ДИ= 12,8–21,2% |
| Разведен | 3,9% (66) 95%ДИ= 3,1–5,0% | 9,7% (32) 95%ДИ= 6,7–13,5% |
| Вдовец | 1,4% (24) 95%ДИ= 0,9–2,1% | 1,8% (6) 95%ДИ= 0,7–3,9% |

¹ В анкете речь шла о «гражданском браке», напомним, что юридически такого института не существует, поэтому т.н. «гражданский брак» в реальности является сожительством.

Как видно из табл. 2.1, 51,9% состояли в зарегистрированном браке, 30,8% отметили, что они являются холостыми, 10,9% указали в качестве своего брачного статуса гражданский брак (сожитительство) и только 4,9% были разведены. Не удивительно, что тех, кто считал, что состоит в гражданском браке, было больше среди женщин (16,7%) в сравнении с мужчинами (9,7%), при том, что количество состоящих в браке было примерно одинаковым (51,8% мужчин и 52,3% женщин). Зато холостых было больше среди мужчин (33,0%), чем среди женщин (16,5%). Также было больше

разведенных женщин (9,7%) в сравнении с мужчинами (3,9%), тогда как овдовевших было примерно одинаковое число (1,4% мужчин и 1,8% женщин). Последний факт указывает на то, что трудовые мигранты являются относительно молодой группой лиц, поскольку известно, что в результате различий в продолжительности жизни мужчин и женщин обычно количество вдов больше количества вдовцов. Можно было говорить о том, что структура брачного состояния у мужчин и женщин мигрантов была различной ($\chi^2=47,7$, $df=4$, $p<0,001$).

Табл. 2.2. Распределение опрошенных по полу и максимально достигнутому уровню образования

| Образование | Мужчины | Женщины |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Начальное | 4,2% (69) 95%ДИ= 3,3–5,3% | 6,7% (22) 95%ДИ= 4,2–9,9% |
| Незаконченное среднее | 11,3% (186) 95%ДИ= 9,8–13,0% | 9,7% (32) 95%ДИ= 6,7–13,4% |
| Среднее | 49,9% (819) 95%ДИ= 47,5–52,4% | 43,3% (143) 95%ДИ= 37,9–48,9% |
| Среднее специальное | 23,2% (381) 95%ДИ= 21,2–25,3% | 23,0% (76) 95%ДИ= 18,6–28,0% |
| Незаконченное высшее | 3,2% (52) 95%ДИ= 2,4–4,1% | 5,2% (17) 95%ДИ= 3,0–8,1% |
| Высшее | 8,2% (134) 95%ДИ= 6,9–9,6% | 12,1% (40) 95%ДИ= 8,8–16,1% |

По уровню образования (табл. 2.2) распределение отражало потребности российского рынка труда. Большинство опрошенных имело среднее образование, количество лиц с высшим образованием составило 8,8%, незаконченное высшее – 3,5%. Среднее специальное образование было у 23,2%, среднее общее – у 48,2%. Незаконченное среднее и начальное было отмечено у 15,6%. Среди женщин было несколько больше лиц с незаконченным высшим образованием (5,2% женщин против 3,2% мужчин) и полным высшим образованием (12,1% у женщин против 8,2% у мужчин). Соответственно, меньше было женщин с полным средним образованием (43,3% против 49,9% у мужчин), а вот лиц с образованием ниже среднего была примерно одинаковая доля (15,5% у мужчин и 16,4% у женщин). В целом уровень образования у мужчин и женщин

был различным ($\chi^2=14,7$, $df=5$, $p=0,012$), но за счет большего количества женщин с высшим образованием в сравнении с мужчинами с полным средним образованием. Доля лиц, имевших самое низкое образование, незначительно отличалась в зависимости от пола.

Средний возраст трудовых мигрантов составлял 33,4 года (стандартное отклонение 10,3 года). Однако разброс был достаточно большим – от 16 до 72 лет. Для удобства дальнейшего анализа по возрасту все опрошенные были разделены на четыре группы – моложе 30 лет, от 30 до 45 лет, от 45 до 60 и старше 60 лет.

Лиц старше 60 было совсем немного (10 человек или 0,5% опрошенных), поэтому в дальнейшем анализе эта группа не участвовала. Самой многочисленной была группа лиц в возрасте моложе 30 лет, к которой принадлежало 45,9% всех опрошенных. На втором месте по численности шла возрастная группа от 30 до 45 лет, к которой принадлежало 39,6% всех опрошенных. В возрасте от 45 до 60 лет было лишь 13,9% мигрантов. Это показывало, что большинство мигрантов относилось к сексуально активной молодой популяции, и при этом, как отмечалось выше, значительный процент этих мигрантов не имел брачных уз.

Распределение мужчин и женщин по возрасту не отличалось ($\chi^2=0,496$, $df=3$, $p=0,920$), соответственно 45,0% женщин и 46,1% мужчин были моложе 30 лет, еще 39,4% женщин и 39,7% мужчин были в возрасте от 30 до 45 лет, а остальные были старше (табл. 2.3).

Табл. 2.3. Распределение опрошенных по возрасту и полу

| Возраст | Мужчины | Женщины |
|-----------|----------------------------------|----------------------------------|
| моложе 30 | 46,1% (764) 95%ДИ= 43,7–48,6% | 45,0% (147) 95%ДИ= 39,5–50,5% |
| 30–45 | 39,7% (657) 95%ДИ= 37,3–42,1% | 39,4% (129) 95%ДИ= 34,1–45,0% |
| 45–60 | 13,7% (227) 95%ДИ= 12,1–15,5% | 15,0% (49) 95%ДИ= 11,3–19,3% |
| старше 60 | 0,5% (8) 95%ДИ= 0,2–0,9% | 0,6% (2) 95%ДИ= 0,1–2,2% |

Табл. 2.4. Распределение мигрантов по странам, из которых они прибыли

| Страна | n | % (95%ДИ) |
|-------------|-----|----------------------------|
| Узбекистан | 739 | 36,82% (95%ДИ=34,71–38,97) |
| Таджикистан | 425 | 21,18% (95%ДИ=19,41–23,03) |
| Азербайджан | 131 | 6,53% (95%ДИ=5,49–7,70) |
| Киргизстан | 129 | 6,43% (95%ДИ=5,39–7,59) |
| Украина | 104 | 5,18% (95%ДИ=4,25–6,24) |
| Армения | 100 | 4,98% (95%ДИ=4,07–6,03) |
| Китай | 90 | 4,48% (95%ДИ=3,62–5,48) |
| Молдова | 88 | 4,38% (95%ДИ=3,53–5,37) |
| Турция | 40 | 1,99% (95%ДИ=1,43–2,70) |
| Корея | 39 | 1,94% (95%ДИ=1,39–2,65) |
| Казахстан | 29 | 1,44% (95%ДИ=0,97–2,07) |
| Вьетнам | 17 | 0,85% (95%ДИ=0,49–1,35) |
| Монголия | 15 | 0,75% (95%ДИ=0,42–1,23) |
| Сербия | 15 | 0,75% (95%ДИ=0,42–1,23) |
| Грузия | 12 | 0,60% (95%ДИ=0,31–1,04) |
| Туркмениа | 10 | 0,50% (95%ДИ=0,24–0,91) |
| Латвия | 10 | 0,50% (95%ДИ=0,24–0,91) |
| Беларусь | 9 | 0,45% (95%ДИ=0,21–0,85) |
| Эстония | 3 | 0,15% (95%ДИ=0,03–0,44) |
| Сирия | 1 | 0,05% (95%ДИ=0,00–0,28) |
| Египет | 1 | 0,05% (95%ДИ=0,00–0,28) |

Всего опрошенные прибыли из 21 страны, однако не все страны давали одинаковое количество мигрантов. Как видно из табл. 2.4, наибольшее количество трудовых мигрантов – 36,8% – в данной выборке были из Узбекистана, на втором месте (21,2%) шел Таджикистан, далее с количеством, равным 5–6% выборки, шли Азербайджан, Киргизстан, Украина, Армения, Китай и Молдова. В целом эти восемь стран составляли 90% всех мест, откуда приехали трудовые мигранты, попавшие в исследование.

Для дальнейшего анализа страны происхождения необходимо было объединять. Поскольку для изучения поведенческих особенностей региональная группировка была бы вряд ли разумной, а большая часть стран относилась к территориям бывшего СССР, то страны были объединены следующим образом:

- **группа 1:** Армения, Беларусь, Грузия, Латвия, Молдова, Сербия, Украина, Эстония
- **группа 2:** Азербайджан, Египет, Ирак, Киргизстан, Казахстан, Сирия, Таджикистан, Туркмения, Турция, Узбекистан
- **группа 3:** Вьетнам, Китай, Корея, Монголия

При дальнейшем анализе, если необходимо было учитывать страну происхождения, она учитывалась в соответствии с приведенной выше классификацией. Всего 75% трудовых мигрантов были из стран группы 2, 17% – из стран группы 1 и меньше всего – 8% были из стран группы 3.

При таком разделении среди обследованных наблюдалось следующее распределение по полу и стране происхождения (табл. 2.5).

Табл. 2.5. Распределение мигрантов по полу и группе стран происхождения

| Группа стран происхождения | Мужчины | Женщины |
|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Группа 1 | 14,1% (236) 95%ДИ= 12,5–15,8% | 31,6% (105) 95%ДИ= 26,7–36,9% |
| Группа 2 | 77,9% (1305) 95%ДИ= 75,8–79,9% | 60,2% (200) 95%ДИ= 54,8–65,5% |
| Группа 3 | 8,0% (134) 95%ДИ= 6,7–9,4% | 8,1% (27) 95%ДИ= 5,4–11,6% |

Бросается в глаза, что, хотя в группе 3 пропорциональное распределение давало одинаковое количество мужчин и женщин (примерно по 8% от общего числа опрошенных каждой половой группы), женщины со значительно большей вероятностью прибывали из стран первой группы в сравнении со второй группой. Так, только 14% мужчин-мигрантов были из стран первой группы, тогда как среди женщин эти страны давали

почти треть всех мигранток (31,6%). С другой стороны, страны группы 2 давали 78% всех мужчин и только 60,2% женщин. Это уже автоматически означает дисбаланс полов внутри общины мигрантов, поскольку, как понятно из классификации стран, группы 1 и 2 имеют достаточно выраженные культурные особенности. С другой стороны, баланс полов среди мигрантов из стран группы 3 был достаточно благоприятным. Различия между мужчинами и женщинами по странам происхождения подтверждался и формальным статистическим анализом ($\chi^2=61,7$, $df=2$, $p<0,001$).

Табл. 2.6. Количество половых партнеров за последний месяц, в зависимости от пола

| Количество половых партнеров за месяц | Мужчины | Женщины |
|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| не было | 26,1% (356) 95%ДИ= 23,8–28,6% | 19,3% (53) 95%ДИ= 14,8–24,5% |
| 1 | 45,3% (617) 95%ДИ= 42,6– 48,0% | 54,7% (150) 95%ДИ= 48,6–60,7% |
| 2 | 12,6% (172) 95%ДИ= 10,9– 14,5% | 5,5% (15) 95%ДИ= 3,1–8,9% |
| 3 | 11,0% (150) 95%ДИ= 9,4– 12,8% | 16,1% (44) 95%ДИ= 11,9–21,0% |
| 4 | 2,1% (29) 95%ДИ= 1,4–3,0% | 2,2% (6) 95%ДИ= 0,8–4,7% |
| 5 | 1,0% (13) 95%ДИ= 0,5–1,6% | 1,1% (3) 95%ДИ= 0,2–3,2% |
| 6 | 0,4% (5) 95%ДИ= 0,1–0,9% | 0,0% (0) 95%ДИ= 0,0–1,3% |
| 7 и более | 1,5% (20) 95%ДИ= 0,9–2,3% | 1,1% (3) 95%ДИ= 0,2–3,2% |

Как и следовало ожидать, между мужчинами и женщинами наблюдались выраженные различия по числу сексуальных партнеров за последний месяц. 26,1% мужчин и 19,3% женщин сообщили, что в течение последнего месяца у них не было ни одного полового партнера, тогда как еще 45,3% мужчин и 54,7% женщин сообщили о том, что у них был только один половой партнер.

12,6% мужчин и 5,5% женщин сообщили о двух партнерах за последний месяц, по три партнера было у 11% мужчин и 16,1% женщин. 4,9% мужчин и 4,4% женщин сообщили о том, что у них было более четырех половых партнеров за последний месяц, иными словами, они меняли партнеров практически каждую неделю.

Более того, более одного процента мигрантов (1,5% мужчин и 1,1% женщин) сообщили о том, что у них было более семи половых партнеров за последний месяц. Это означает, что, во-первых, у этих лиц было большое количество случайных связей (поскольку еще можно предположить наличие параллельных устойчивых отношений с двумя партнерами, но не с семьей), а во-вторых, смена партнеров происходила почти каждые три-четыре дня. Такая высокая скорость смены партнеров создает угрозу распространения ВИЧ-инфекции. При этом анализ полученных данных по возрасту показал, что большинство тех, кто сообщил о наличии большого количества сексуальных партнеров, относились к молодой группе. Поэтому анализ был повторен, но включены были только те лица, возраст которых не достигал 45 лет. Результаты этого анализа представлены в таблице 2.7.

Табл. 2.7. Количество половых партнеров за последний месяц, в зависимости от пола, лица моложе 45 лет

| Количество партнеров за последний месяц | Мужчины | Женщины |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| не было | 25,9% (294) 95%ДИ= 23,4–28,6% | 18,1% (41) 95%ДИ= 13,3–23,8% |
| 1 | 42,9% (487) 95%ДИ= 40,0–45,8% | 54,4% (123) 95%ДИ= 47,7–61,0% |
| 2 | 14,1% (160) 95%ДИ= 12,1–16,3% | 6,6% (15) 95%ДИ= 3,8–10,7% |
| 3 | 11,3% (128) 95%ДИ= 9,5–13,3% | 15,5% (35) 95%ДИ= 11,0–20,9% |
| 4 и более | 5,8% (66) 95%ДИ= 4,5–7,3% | 5,3% (12) 95%ДИ= 2,8–9,1% |

Бросается в глаза, что количество тех, у кого половых партнеров за последний месяц не было или оно ограничивалось одним человеком, сократилось. Отсутствовали сексуальные партнеры в последний месяц у 25,9% мужчин (95%ДИ=23,4–28,6%) и 18,1% (95%ДИ=13,3–23,8%) женщин. Только один партнер имелся у 42,9% (95%ДИ=40,0–45,8%) мужчин и 54,4% (95%ДИ=47,7–61,0%) женщин. Отсюда следует, что низкорискованное сексуальное поведение было отмечено только у 68,8% мужчин и 72,5% женщин. Соответственно, треть мужчин-мигрантов и одна четверть женщин относились к группе высокого риска сексуального поведения с точки зрения распространения инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ. Причем более чем каждый двадцатый мигрант, вне зависимости от того, была это женщина или мужчина имели более одного нового сексуального партнера в неделю (5,8% (95%ДИ=4,5–7,3%) мужчин и 5,3% (95%ДИ=2,8–9,1%) женщин).

Рассмотрение ситуации в зависимости от страны происхождения показывает, что различия имеются, хотя они и не столь значительные. У мужчин четыре и более партнеров были у 6,9% опрошенных из стран группы 1 и у 5,9% опрошенных из стран группы 2 (достоверные различия отсутствуют, $p=0,60$). В то же время мужчин, которые имели по четыре половых партнера в месяц, не было среди мигрантов-выходцев из стран группы 3. Меньше их было и среди тех, кто имел по 2–3 партнера в месяц (22,5% против 24,7% среди выходцев из стран группы 2 и 29,2% среди выходцев из стран группы 1). Именно поэтому распределения числа партнеров между мужчинами мигрантами-выходцами из разных стран нельзя было признать одинаковыми ($\chi^2=23,5$, $df=8$, $p=0,003$).

У женщин ситуация тоже не была благоприятной в какой-либо группе стран происхождения, кроме третьей (которая, напомним, была самой небольшой). В первой группе стран 8% женщин имели четырех и более партнеров, а 13,3% имели трех партнеров за последний месяц. Среди женщин-выходцев из стран группы 2 4,4% имели четырех и более партнеров, а 18,3% имели за последний месяц трех партнеров. В целом это означает, что каждая пятая женщина-выходец из стран группы 1 и такое же число женщин-выходцев из стран группы 2 имеют более трех сексуальных партнеров ежемесячно, т.е. меняют партнеров примерно раз в десять дней. Поскольку женщин в группе стран 3 было немного, утверждать, что распределение женщин по числу партнеров различается, было нельзя ($\chi^2=0,595$, $df=8$, $p=0.595$).

В целом полученные результаты показывают, что разные культурные основы стран, из которых прибывают трудовые мигранты, не накладывают ограничений на их поведение в Российской Федерации. В рамках данного опроса вызвало наибольшее удивление большое количество половых партнеров у женщин стран группы 2, которые относятся к мусульманским странам с жестким отношением к вне- и добрачным половым связям. По своему половому поведению женщины-мигранты из мусульманских стран не отличались от женщин-мигрантов из стран с доминирующей христианской моралью. Большое количество половых связей показывает, что религиозные запреты вообще вряд ли оказывают какое бы то ни было воздействие на лиц этой группы.

Для того, чтобы дать перспективу полученным данным, проведем упрощенные расчеты. Во-первых, очевидно, что количество партнеров-женщин у мигрантов-мужчин не равно количеству партнеров-мужчин у мигрантов-женщин. Соответственно, речь идет об дизассортативном скрещивании, когда половые партнеры мигрантов не принадлежат их группе. Количество партнеров-женщин, которых «не хватает» для мужчин-мигрантов, в пять раз больше доступного пула партнеров-женщин (число партнеров-женщин у мигрантов мужчин составляет не менее 1557, тогда как для партнеров-мужчин у женщин — только 321). Отсюда следует, что мигранты смешиваются с местным населением, а поскольку речь идет, скорее всего, о коммерческом сексе, то мигранты становятся связующей популяцией между теми заболеваниями, которые преобладают в их родных странах, и теми, которые эндемичны в соответствующем регионе Российской Федерации. Расчеты согласно опубликованным ранее данным и методологии [3] в сочетании с полученными результатами о частоте смены партнеров показывают, что для мужчин базовое репродуктивное число для сифилиса составит 1,8, для гонореи и хламидиоза — 3. Это означает, что уровень рискованного поведения достаточен, чтобы достичь распространенности хламидиоза и гонореи в этой группе до 67% (в отсутствие скрининга и адекватного лечения), а сифилиса — до 45%. Очевидно, что такие значения относятся к крайне высоким. Скорость смены партнеров недостаточна для поддержания гетеросексуальной передачи ВИЧ-инфекции, однако, учитывая, что лица, имеющие более трех партнеров в месяц, реально контактируют с 3,8 партнерами в месяц или 46,4 партнерами в год, это означает вероятность заражения около 4,5%, если партнеры инфицированы. Результаты

аналогичны и для женщин, что показывает высокий риск развития ИППП в группах мигрантов, как женщин, так и мужчин.

При этом использование презервативов при платных половых актах (коммерческий секс) было крайне редким. Так, среди мужчин моложе 45 лет презерватив при последнем платном половом акте использовали 68,3% тех, кто имел более четырех партнеров за месяц (95%ДИ=51,9–81,9%), и только 29% тех, кто имел трех партнеров (95%ДИ=20,1–39,4%). Среди женщин при последнем платном половом акте презервативом пользовались только 15,8% (95%ДИ=6,0–31,3%) тех, кто имел трех и более партнеров за последний месяц. Учитывая тот факт, что при опросах люди имеют обыкновение преувеличивать безопасность своего сексуального поведения (например, использование презервативов отмечается как постоянное, тогда как оно таковым не является), полученная картина указывает на то, что в дополнение к большому количеству партнеров у мигрантов, работающих в Российской Федерации, сексуальное поведение является рискованным и по характеристикам использования презервативов.

Полученные результаты показывают, что мигранты относятся к группе риска заражения и передачи инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции.

В дополнение к этому, несмотря на законодательное требование обследования на ВИЧ-инфекцию всех лиц, прибывающих для работы на территорию Российской Федерации, только 81,3% (95%ДИ=79,1–83,3%) опрошенных мужчин и 76,4% (95%ДИ=70,9–81,3%) опрошенных женщин подтвердили, что они проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию. В течение последних 12 месяцев тестирование проходили 65,7% мужчин (95%ДИ=63,2–68,2%) и 59,1% женщин (95%ДИ=53,0–64,9%). Важно заметить, что 28,6% лиц (95%ДИ=23,0–34,8%), которые имели трех и более сексуальных партнеров за последний месяц, не проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию в течение последних 12 месяцев (а еще надо учитывать, что 10% не знают, проходили ли они тестирование или нет). Таким образом, мигранты, которые имеют опасное сексуальное поведение, редко тестируются на ВИЧ-инфекцию, что повышает их шансы как заразиться этим заболеванием, так и стать затем источником заражения как для лиц, с которыми они будут контактировать после возвращения, так и для популяции регионов, в которых они работают в настоящее время.

Аналогично ситуации с ИППП и ВИЧ-инфекцией, ситуация с туберкулезом, судя по результатам опроса, не представляется достаточно благоприятной. 71,3% опрошенных проходили флюорографию менее года назад (95%ДИ=69,0–73,5%), что достаточно велико, но вот количество лиц, когда-либо болевших туберкулезом, составило 2,6% (95%ДИ=1,8–3,5%). Более того, показатель заболеваемости в Российской Федерации составляет около 4 на 100 тысяч населения (<http://ria.ru/spravka/20100324/215923278.html>), что означает, что для достижения распространенности в 2,6% потребуется 650 лет, или то, что реальная заболеваемость туберкулезом среди мигрантов значительно выше, чем в популяции жителей Российской Федерации. При этом туберкулезом болели достаточно молодые мигранты (средний возраст составляет 29,1 года, 95%ДИ=26,0–32,3). Соответственно, если считать, что инфицирование начинается после 15 лет, то заболеваемость в этой группе не меньше 186 на 100 тысяч человек, что превышает заболеваемость в РФ более чем в 40 раз.

При этом из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о том, что когда-либо болел туберкулезом, 91,2% (95%ДИ=76,3–98,1%) отметили, что не прошли полностью курс лечения, что создает опасность наличия у этих лиц штаммов с лекарственной устойчивостью.

Таким образом, результаты опроса показывают, что трудовые мигранты являются группой риска развития ИППП, ВИЧ-инфекции и туберкулеза, и необходимы проекты, осуществляющие профилактические мероприятия в этих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило статус трудовых мигрантов как группы риска заражения ИППП и другими инфекционными заболеваниями. У мигрантов имеется большое количество половых партнеров, они редко пользуются презервативами, уровень знаний о ВИЧ-инфекции у них невысок, а количество случаев перенесенного ранее туберкулеза, наоборот, высоко. Эти данные вряд ли можно считать удивительными, хотя они и не столь часто публикуются для стран бывшего СССР. Достаточно упомянуть недавние публикации, показавшие высокую частоту опасного сексуального поведения среди испаноговорящих мигрантов в США [16]. Причем выраженное поведение риска среди временных мигрантов из Мексики в США приводит к росту распространенности ВИЧ-инфекции в регионе их происхождения — сельских районах Мексики [4].

Источники проблем с поведением риска тоже достаточно понятны, в их числе можно назвать уже упоминавшуюся потерю социального контроля, плохие социально-экономические условия, чувство изоляции и ряд других параметров. Не стоит забывать и то, что при этом доступ к системе здравоохранения у мигрантов ограничен, поэтому, например, во Франции они реже тестируются и им позже ставится диагноз ВИЧ-инфекции [6]. У мигрантов выше риск иммунологической неэффективности высокоактивной антиретровирусной терапии [11]. При этом статус мигранта был единственным фактором, ассоциированным с поздней диагностикой ВИЧ в исследовании в другой развитой стране — США [9]. Часто просто страхи могут воздействовать на поведение, поскольку даже миф о депортации лиц с ВИЧ-инфекцией ограничивает желание мигрантов тестироваться на это заболевание в Швеции [10]; что же можно сказать про страны, которые имеют законодательное положение о депортации ВИЧ-инфицированных?

При этом мигранты редко представляют собой угрозу для местного населения, даже если они мигрируют из стран с высокой распространенностью ВИЧ. Использование математической модели [15, 5] показывает, что большая часть гетеросексуальной передачи ВИЧ происходит внутри популяции мигрантов в Голландии, и ограничение миграции и свободы въезда в страну вряд ли сильно скажется на числе случаев ВИЧ среди местного населения (хотя общее число зарегистрированных случаев, естественно, растет при увеличении миграции из стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции). При этом, например, в Швейцарии генетический анализ показал [22], что из всех случаев ВИЧ-инфекции,

вызванных подтипами, отличными от В, менее 25% могли бы быть предотвращены профилактическими мероприятиями внутри страны. С другой стороны, анализ когорты нелегальных мигрантов в Италии показал, что из небольшого числа инфицированных (0,97%) почти пятая часть (22,2%) заразились ВИЧ-инфекцией после прибытия с начала миграции [13].

Именно поэтому вмешательства, направленные на снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и ИППП, должны быть нацелены на разные слои общества и учитывать различные социальные особенности, такие как социальное и гендерное неравенство, а также мобильность в сочетании с большой вариабельностью сексуального поведения [19]. Не случайно поэтому Министерство здравоохранения и социального развития РФ указывает, что «мигранты независимо от группы, к которой принадлежат, должны получить базовую информацию о ВИЧ/СПИД и путях предупреждения заражения. Следует учитывать, что незнание языка может стать непреодолимым барьером при попытке обучения определенных групп мигрантов навыкам безопасного в плане заражения ВИЧ поведения. Необходимо иметь соответствующие обучающие материалы на языках мигрантов, наиболее часто оказывающихся на данной территории, привлекать к работе носителей языка, использовать ресурсы национальных общин. Информация должна быть изложена простым языком, понятным малообразованным слоям населения, к которым часто относятся представители мигрирующих групп населения» [2].

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ГЛОБУС – Глобальное объединение усилий против СПИДа

ДИ – доверительный интервал

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

РФ – Российская Федерация

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

СССР – Союз Советских Социалистических Республик

США – Соединенные Штаты Америки

ЭОС – экспресс-оценка ситуации

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- [1]. Бобрик, А. Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов / А. Бобрик, К. Ерошина, Е. Михель. — Москва: ОИЗ, 2009.
- [2]. Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. Методические рекомендации / Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. — Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. N 6834-PX, 20/12/2006.
- [3]. Плавинский, С. Математическое моделирование распространения инфекций, передающихся половым путем. Значение для общественного здравоохранения / С. Плавинский // *Российский семейный врач*. — 2002. — № 1. — С. 16–22.
- [4]. Albarran, C. R. HIV and Mexican migrant workers in the United States: a review applying the vulnerable populations conceptual model / C. R. Albarran, A. Nyamathi // *J Assoc Nurses AIDS Care*. — 2011. — Vol. 22. — Pp. 173–185.
- [5]. Can migrants from high-endemic countries cause new HIV outbreaks among heterosexuals in low-endemic countries? / M. Xiridou, M. van Veen, R. Coutinho, M. Prins // *AIDS*. — 2010. — Aug. — Vol. 24. — Pp. 2081–2088.
- [6]. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy / C. Delpierre, R. Dray-Spira, L. Cuzin et al. // *Int J STD AIDS*. — 2007. — May. — Vol. 18. — Pp. 312–317.
- [7]. Deane, K. D. Linking migration, mobility and HIV / K. D. Deane, J. O. Parkhurst, D. Johnston // *Trop. Med. Int. Health*. — 2010. — Dec. — Vol. 15. — Pp. 1458–1463.
- [8]. Duke, M. R. The Effects of Problem Drinking and Sexual Risk Among Mexican Migrant Workers on Their Community of Origin / M. R. Duke, F. J. Gomez Carpinteiro // *Hum Organ*. — 2009. — Jan. — Vol. 68. — P. 328.
- [9]. Factors in the delayed HIV presentation of immigrants in Northern California: implications for voluntary counseling and testing programs / V. Levy, D. Prentiss, G. Balmas et al. // *J Immigr Minor Health*. — 2007. — Jan. — Vol. 9. — Pp. 49–54.
- [10]. Fear of Deportation May Limit Legal Immigrants' Access to HIV/AIDS-Related Care: A Survey of Swedish Language School Students in Northern Sweden / F. K. Nkulu Kalengayi, A. K. Hurtig, C. Ahlm, I. Krantz // *J Immigr Minor Health*. — 2011. — Aug.

- [11]. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study / R. Dray-Spira, B. Spire, I. Heard, F. Lert // *AIDS*. — 2007. — Jan. — Vol. 21 Suppl 1. — Pp. 5–12.
- [12]. Heus, L. 'There is no love here anyway.' Sexuality, identity and HIV prevention in an African sub-culture in Amsterdam, The Netherlands / L. Heus // *Sex Health*. — 2010. — Jun. — Vol. 7. — Pp. 129–134.
- [13]. HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004–2007 / M. C. Pezzoli, I. E. Hamad, C. Scarcella et al. // *Emerging Infect. Dis.* — 2009. — Nov. — Vol. 15. — Pp. 1802–1804.
- [14]. HIV risk among long-haul truckers in the USA / B. Lichtenstein, E. W. Hook, D. M. Grimley et al. // *Cult Health Sex*. — 2008. — Jan. — Vol. 10. — Pp. 43–56.
- [15]. How patterns of migration can influence the heterosexual transmission of HIV in The Netherlands / M. Xiridou, M. van Veen, M. Prins, R. Coutinho // *Sex Transm Infect.* — 2011. — Jun. — Vol. 87. — Pp. 289–291.
- [16]. Immigrant Latino men in rural communities in the Northwest: social environment and HIV/STI risk / L. Winett, S. M. Harvey, M. Branch et al. // *Cult Health Sex*. — 2011. — Jun. — Vol. 13. — Pp. 643–656.
- [17]. International Migration, Economic Development and Policy: Overview / Ed. by C. Ozden, M. Schiff. — Washington: World Bank and Palgrave Macmillan, 2007.
- [18]. Mino, M. Social support and HIV-related injection risk among Puerto Rican migrant and nonmigrant injection drug users recruited in New York City / M. Mino, S. Deren, S. Yeon-Kang // *AIDS Educ Prev.* — 2006. — Feb. — Vol. 18. — Pp. 81–90.
- [19]. Nahmias, S. B. Society, sex, and STIs: human behavior and the evolution of sexually transmitted diseases and their agents / S. B. Nahmias, D. Nahmias // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* — 2011. — Aug. — Vol. 1230. — Pp. 59–73.
- [20]. Sarrazin, T. Deutschland schafft sich ab / T. Sarrazin. — Deutsche Verlags-Anstalt, 2010.
- [21]. Strong Association Between In-Migration and HIV Prevalence in Urban Sub-Saharan Africa / H. A. Voeten, D. C. Vissers, S. Gregson et al. // *Sex Transm Dis.* — 2009. — Dec.
- [22]. The role of migration and domestic transmission in the spread of HIV-1 non-B subtypes in Switzerland / V. von Wyl, R. D. Kouyos, S. Yerly et al. // *J. Infect. Dis.* — 2011. — Oct. — Vol. 204. — Pp. 1095–1103.

