ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МИГРАНТОВ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Исследование выполнено в сотрудничестве с Международной Федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и Российским Красным Крестом

При поддержке Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ, Фонда Лилли и United Way Worldwide

Москва, Январь 2015

РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ

the Lilly MDR-TB partnership

АВТОРЫ ВЫРАЖАЮТ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ:

Сотрудникам и добровольцам Российского Красного Креста;
обществ Красного Полумесяца Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана
за неоценимую помощь в проведении исследования.

Федеральной Миграционной Службе России
и Управлениям ФМС России в г. Москве, Оренбургской, Тамбовской и Волгоградской
областях за содействие в деятельности по социальной адаптации мигрантов.

Авторский коллектив:
к.э.н. Полетаев Дмитрий Вячеславович (введение, главы 1, 2, 4, выводы и рекомендации)
к.г.н. Флоринская Юлия Фридриховна (главы 3,5, выводы и рекомендации)

Партнерство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ было создано в 2003 году, чтобы содействовать решению глобальной проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ).
За эти годы налажено сотрудничество с 25 международными партнерами, занимающимися предотвращением медицинских, социальных и экономических последствий данного заболевания.

Несмотря на то, что его можно вылечить и предупредить, МЛУ-ТБ остается угрозой международного масштаба и требует выработки комплексной стратегии, учитывающей одновременно социальные, экономические и медицинские аспекты.

Для нас – большая честь работать вместе с нашими партнерами, такими как Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, с целью сохранения и улучшения здоровья социально уязвимых групп населения в России.

Мы уверены, что в мире с возрастающими связями и мобильностью, где постоянно увеличивается поток перемещающихся через границы людей, необходимо мыслить гораздо шире пределов, заданных границами, чтобы эффективно решать международные проблемы здравоохранения.

Развитие стратегий профилактики в сочетании с методами эпиднадзора и санитарного контроля среди населения из групп риска, в частности, мигрантов, могут значительно ускорить элиминацию туберкулеза как в России, так и за ее пределами. Мы признаем необходимость, важность и ценность совместной работы в тесном партнерстве для достижения этой задачи.

Приверженность Лилли борьбе с туберкулезом и сотрудничеству с Красным Крестом и целым рядом других наших партнеров нацелена на помощь людям, страдающим от этого опасного недуга, и надеемся, станет частью решения этой сложной проблемы.

Эван Майкл Ли
Вице-президент,
отдел международных программ здравоохранения Лилли

Смягчение страданий наиболее уязвимого населения является основным мандатом и миссией Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Поэтому проблема доступа мигрантов -одной из наиболее уязвимых групп населения, к услугам здравоохранения, а именно раннему выявлению туберкулеза, ВИЧ, и других социально значимых заболеваний, является в настоящее время одной из наших главных задач.

На протяжении ряда лет, мы совместно с Российским Красным Крестом и обществами Красного Полумесяца Центральной Азии эффективно решаем задачи по повышению информированности мигрантов в сфере охраны здоровья, стараясь вовлекать самих мигрантов в данный очень важный и необходимый процесс.

Настоящее исследование, проведенное специалистами Центра Миграционных Исследований, и посвященное изучению уровня осведомленности мигрантов в вопросах туберкулеза и ВИЧ, является неотъемлемым компонентом деятельности, осуществляемой нами в сфере миграции населения, а его результаты служат ярким примером эффективности вовлечения сообществ мигрантов в решение вопросов здравоохранения.

Представляемое сегодня исследование является итогом нашего многолетнего успешного сотрудничества с Партнерством Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Именно благодаря активному взаимодействию, нам удалось реализовать целый ряд нужных и интересных проектов, в результате которых сотни тысяч людей стали менее подвержены риску туберкулеза.

Уверены, что результаты данного исследования, привлекут интерес широкого круга профессионалов в сфере миграции и здравоохранения, врачей и представителей гражданского общества, что позволит нам определить круг наших приоритетов на основе научно-обоснованных данных о ситуации с туберкулезом и ВИЧ в сообществах мигрантов.

Даврон Мансурович Мухамадиев
Глава Регионального Представительства МФОККиКП в России
Доктор медицинских наук

Российский Красный Крест рад представить итоги социологического исследования, проведенного научным коллективом Центра миграционных исследований при поддержке Партнерства Лилли по МЛУ ТБ, как «Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ», при участии сотрудников и добровольцев Российского Красного Креста, а также обществ Красного Полумесяца Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана.

На сегодняшний день проблемы доступа мигрантов к основным правовым и медико-социальным услугам и распространение социально значимых заболеваний, как среди населения в целом, так и среди мигрантов являются весьма острыми проблемами нашего общества.

На наш взгляд, основная ценность этого исследования заключается, в его научной составляющей и инновационных подходах, позволивших на основе эффективного партнерства Российского Красного Креста, Международной Федерации Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Центра миграционных исследований и Партнерства Лилли по МЛУ ТБ, представить обоснованные данные о проблеме туберкулеза и ВИЧ в среде мигрантов.

Наше сотрудничество с Партнерством Лилли имеет многолетнюю историю, что позволило популяризировать знания о туберкулезе среди населения, за что мы выражаем особую признательность.

Уверена, что данное исследование станет нашим общим вкладом в освещение и решение проблемы доступа мигрантов к услугам здравоохранения и позволит выработать наиболее эффективные меры по охране здоровья населения и борьбе с ВИЧ и туберкулезом.

Раиса Лукутцова
Председатель Российского Красного Креста,
Член Совета при Президенте Российской Федерации
по развитию гражданского общества и правам человека

Содержание

Введение стр.3
1. Методология исследования и описание выборки стр.4
2. Работа и жизнь на выезде. Миграционный опыт стр.8
3. Здоровье трудовых мигрантов и доступ к медицинской помощи стр.13
4. Туберкулёз: осведомлённость, распространённость, лечение стр.16
5. ВИЧ/СПИД: осведомлённость, распространённость, лечение стр.28
6. Выводы и рекомендации стр.35
Литература стр.40
Приложение 1 АНКЕТА 1 для трудовых мигрантов из Центральной Азии стр.41
Приложение 2 АНКЕТА 2 для трудовых мигрантов из Центральной Азии стр.46
Приложение 3 АНКЕТА 3 для трудовых мигрантов из Центральной Азии в Казахстане стр.50

Сокращения

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ЖКХ - жилищно-коммунальное хозяйство

Зарплата – заработная плата

ОМС – обязательное медицинское страхование

РВП – разрешение на временное проживание

РФ – Российская Федерация

СМИ – средства массовой информации

СНГ – Содружество Независимых Государств

ТБ - туберкулёз

ТВ – телевидение

ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования

ФМС РФ – Федеральная миграционная служба Российской Федерации

ФЗ – федеральный закон

ЦМИ – Центр миграционных исследований

Введение

Цель данного исследования - оценка осведомлённости трудовых мигрантов из Средней Азии о туберкулёзе (ТБ) и ВИЧ, а также оценка возможностей для улучшения профилактики этих социальных болезней.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить социально-демографические характеристики трудовых мигрантов в России и Казахстане и лиц, имеющих опыт трудовой миграции в Таджикистане и Киргизии.
2. Оценить специфику жизни и работы трудовых мигрантов в России и Казахстане, их миграционный опыт и состояние здоровья.
3. Выявить осведомлённость трудовых мигрантов о ТБ и ВИЧ, распространённость этих заболеваний среди мигрантов и практику их лечения.
4. Разработать рекомендации по улучшению мер профилактики ТБ и ВИЧ среди трудовых мигрантов из Средней Азии.

1. Методология исследования и описание выборки

Методология исследования

Пространственные и временные рамки

Исследование одновременно проводилось в России (Москва, Волгоград, Тамбов, Оренбург), Казахстане, Таджикистане и Киргизии с 1 апреля по 30 ноября 2014 г.

Был применён *метод анкетного опроса для сбора первичных данных*.

Размер выборки составил 1750 респондентов (400 в Киргизии, 400 в Таджикистане, 400 в Казахстане, 650 в России, в том числе 100 – повторно, после обучения на курсах) от 18-60 лет, имеющих опыт миграции, которые были опрошены по трём типам анкет. В одной точке опроса запрещалось опрашивать более 3 человек.

По анкете 1 (Приложение 1) опрошено 450 человек. Из них в Москве и Московской области – 150 человек, в Волгограде – 100, в Тамбове – 125, в Оренбурге – 75.

Выборка для опроса по анкете 1 была квотной. В каждом из городов интервьюерам рекомендовалось соблюдать следующие квоты:

- *по странам:* Узбекистан – 34%, Таджикистан - 33%, Киргизия - 33%;
- *по возрасту*: до 25 лет - 34%; 26-35 лет – 33%, 36-60 лет – 33%;
- *по полу*: 25% женщин, 75% мужчин;
- *максимальное разнообразие по сферам занятости и обязательное включение в выборку тех, кто работает в следующих сферах:* строительство, дорожное строительство (в организации, на фирме); торговля (оптовая и розничная); промышленность; жилищно-коммунальное хозяйство (ЖКХ); сфера услуг (общепит, сфера развлечений, гостиницы и т.п.), кроме частных услуг на дому; транспорт и связь; услуги в частном доме (няня, сиделка, домработница, шофер, охранник, строитель на даче); здравоохранение, образование, наука.

По анкете 2 (Приложение 2) опрошено 900 человек. Из них в Таджикистане - 400 человек, в Киргизии- 400, в Тамбове – 25, в Оренбурге – 75.

Выборка для опроса по анкете 2 была квотной. В Киргизии и Таджикистане интервьюерам рекомендовалось соблюдать следующие квоты:

- *по полу:* Киргизия - 39% женщин, 61% мужчин; Таджикистан - 16% женщин, 84% мужчин;
- *по возрасту в* и Киргизии и Таджикистане респонденты до 25 лет - 34%; 26-35 лет – 33%, 36-60 лет – 33%.

В Тамбове и Оренбурге повторно опрашивались мигранты, прошедшие обучение в специальных Центрах социальной адаптации для мигрантов без квотных ограничений.

По анкете 3 (Приложение 3) в Казахстане опрошено 400 мигрантов из Узбекистана.

Выборка была квотной. Интервьюерам рекомендовалось соблюдать следующие квоты:

- *по полу:* 20% женщин, 80% мужчин;
- *по возрасту:* респонденты до 25 лет - 34%; 26-35 лет – 33%, 36-60 лет– 33%.

Анкетирование проводилось с целью выявить характеристики трудовых мигрантов специфику, жизни и работы в странах выезда, миграционный опыт, состояние здоровья, осведомлённость о ТБ и ВИЧ, распространённость этих болезней среди мигрантов и практику их лечения.

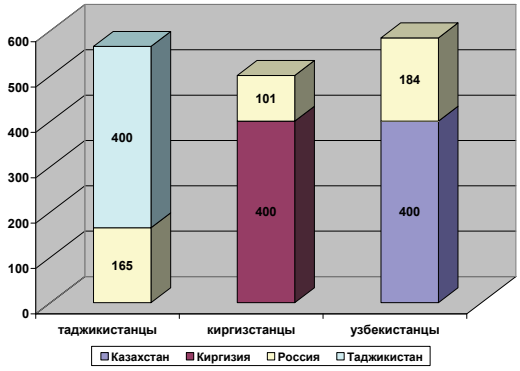
Описание выборки

Опрашиваемые респонденты были равномерно распределены по странам опроса: примерно по 25% в России, Таджикистане, Киргизии и Казахстане (рисунок 1.1). При этом граждане Таджикистана (таджикистанцы) были опрошены (рисунок 1.2) в России (165 чел.) и Таджикистане (400 чел.), граждане Киргизии (киргизстанцы) – в России (101 чел.) и Киргизии (400 чел.), граждане Узбекистана (узбекистанцы) - в России (184 чел.) и Казахстане (400 чел.).

Рисунок 1.1
Распределение по городам (в России) и странам опроса респондентов, %

N=1650

Рисунок 1.2
Распределение выборки по странам опроса респондентов, чел.

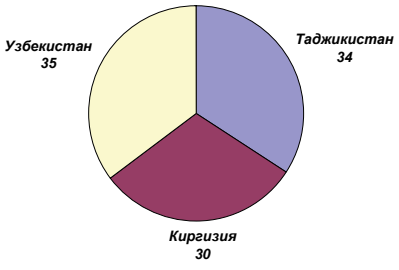


N=1650

В соответствии с намерениями авторов исследования, учитывавшимися при планировании выборки, опрошенные респонденты примерно в равных долях распределены по странам постоянного проживания: 36% - из Узбекистана, 34% - из Таджикистана, 30% - из Киргизии (рисунок1.3).

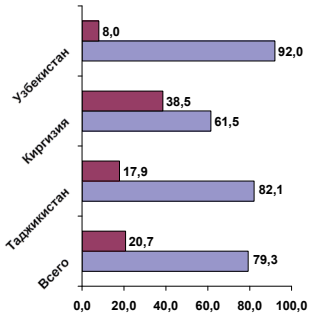
Распределение по полу в общем отражает разный уровень феминизации миграции из среднеазиатских стран: среди узбекистанцев, чья феминизация миграционных потоков остаётся невысокой, опрошено 8% женщин, среди таджикистанцев – 18% и среди киргизстанцев – 38% (рисунок 1.4).

Рисунок 1.3
Распределение мигрантов по странам постоянного проживания, %



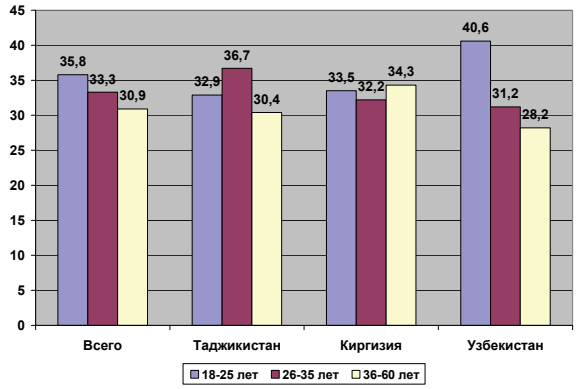
N=1650

Рисунок 1.4
Распределение выборки по полу и странам постоянного проживания, %



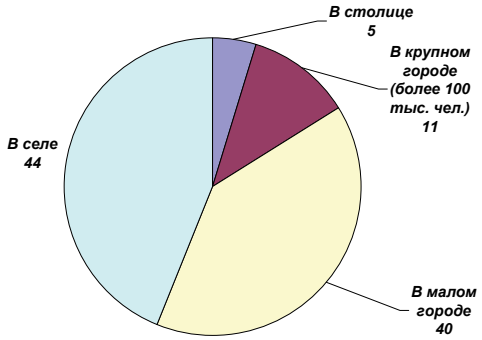
N=1650

Рисунок 1.5
Распределение респондентов по возрастным группам и странам постоянного проживания, %



N=1650

Рисунок 1.6
Распределение респондентов по пункту проживания в стране постоянного проживания, %

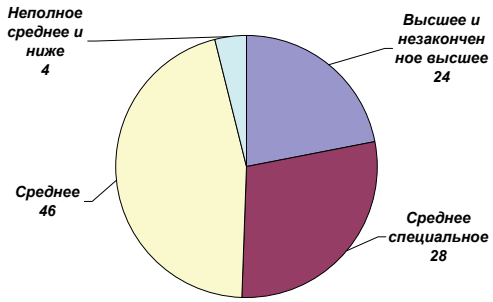


N=1650

Опрошенные респонденты в целом равномерно распределены по трём определённым при планировании выборки возрастным группам (рисунок 1.5). Среди опрошенных только узбекистанские респонденты немного выбиваются из общего ряда с небольшим перевесом по возрастной группе от 18 до 25 лет, а таджикистанцы – по группе 26-35 лет, но эти сдвиги являются незначительными и не мешают анализу.

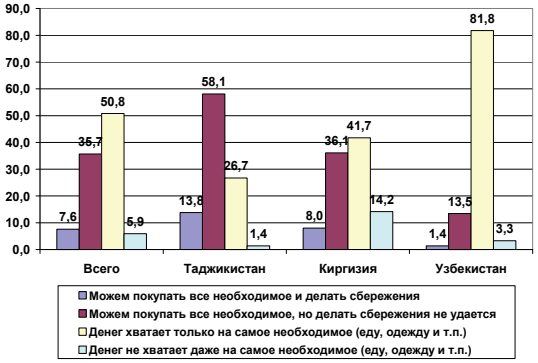
Большая часть опрошенных – жители села и небольших городов Таджикистана, Узбекистана и Киргизии (только 16% приезжают из крупных городов и столиц; рисунок 1.6), что соответствует тенденциям миграционного движения из Средней Азии последних лет: миграция изменилась, в неё сейчас вовлечены мигранты с сельской культурой, что во многом обусловливает конфликтный потенциал в местах приложения их труда в России и Казахстане (в больших городах и крупных городских агломерациях, где происходит столкновения городской культуры принимающей страны и сельской культуры отдающих стран).

Рисунок 1.7
Распределение респондентов по уровню образования, %



N=1650

Рисунок 1.8
Распределение респондентов по достатку и стране постоянного проживания, %



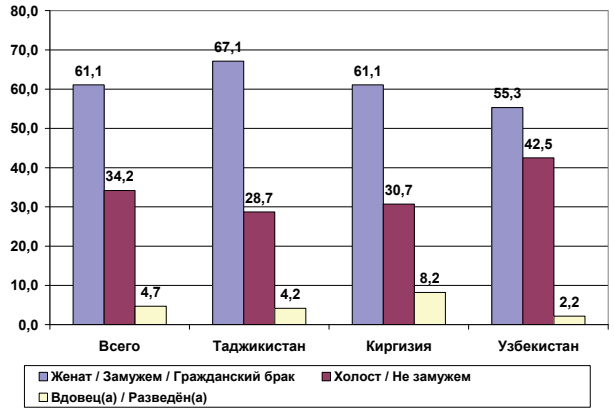
N=1650

В выборке около четверти респондентов имеют высшее или незаконченное высшее образование (рисунок 1.7), что также соответствует тенденциям последних лет, выявленным предыдущими исследованиями, и наравне с сельской культурой становится риском для увеличения конфликтного потенциала между сообществами принимающих стран и мигрантскими сообществами.

Что же касается достатка домохозяйств, то исследование подтверждает тезис, что в миграцию выезжают не самые бедные и нуждающиеся (рисунок 1.8): только 6% всех

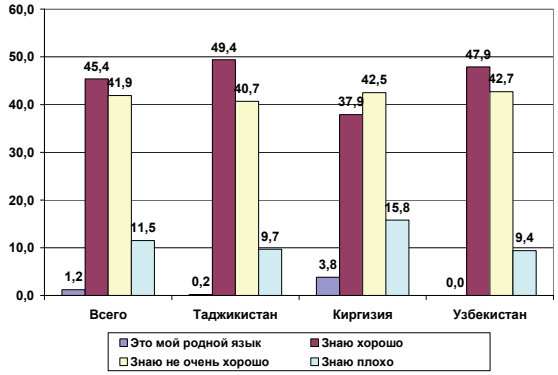
мигрантов (как реальных, так и потенциальных) отнесли себя к самой бедной группе населения, у которой денег не хватает даже на самое необходимое (еду, одежду и т.д). Мигрантами с самыми скромным уровнем достатка из всех трёх стран постоянного проживания опрошенных респондентов можно назвать узбекистанцев, в среднем более обеспеченные – киргизстанцы, а наименее бедные – таджикистанцы.

Рисунок 1.9
Распределение респондентов по семейному положению и стране постоянного проживания, %



N=1650

Рисунок 1.10
Распределение респондентов по знанию русского языка и стране постоянного проживания, %

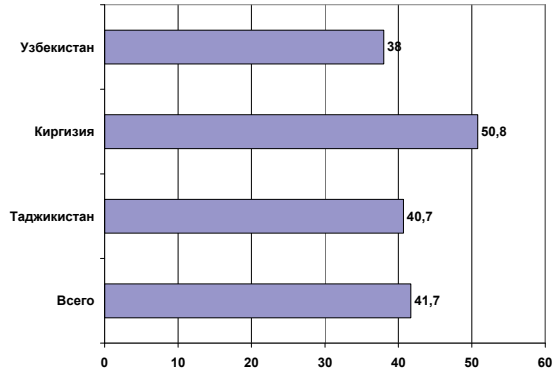


N=1650

В среднем около двух третей опрошенных респондентов имеют брачного партнёра (женат/замужем/гражданский брак; рисунок 1.9). Немного выше это соотношение среди опрошенных таджикистанцев (67%) и немного ниже среди узбекистанцев (55%, что объясняется небольшим перевесом в «молодёжной» возрастной группе опрошенных узбекистанцев).

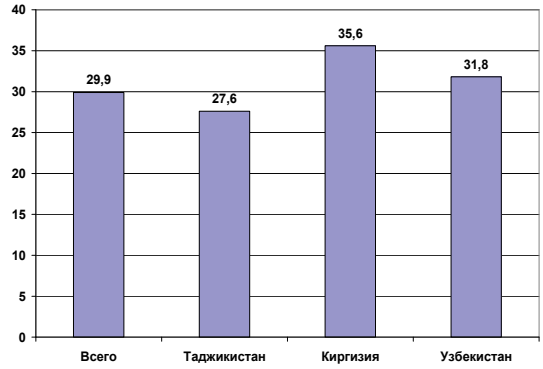
Знание русского языка у опрошенных респондентов не очень хорошее: в среднем каждый десятый признал, что знает его плохо (рисунок 1.10), а около 40% - что знает русский язык не очень хорошо. Немного выше уровень плохого знания среди опрошенных киргизстанцев, но это не является маргинальным.

Рисунок 1.11
Распределение респондентов по проживанию мужа/жены в стране выезда и стране постоянного проживания, %



N=312

Рисунок 1.12
Распределение респондентов по проживанию в стране выезда детей до 18 лет и стране постоянного проживания, %



N=283

Около 40% опрошенных проживают в стране выезда совместно с мужем/женой. При этом у трети опрошенных в целом по выборке (32%) дети до 18 лет проживают совместно с ними в стране выезда. Чаще всего это 1 ребёнок (в 66% случаев).

2. Работа и жизнь на выезде. Миграционный опыт

Для того чтобы лучше понять осведомлённость опрошенных мигрантов о ТБ и ВИЧ и причины, по которым складывается такая осведомленность, важно понять, в каких условиях проживают мигранты на выезде. ТБ и ВИЧ являются социальными болезнями, именно поэтому так важно исследовать социальную среду, в которой распространяются как информация о ТБ и ВИЧ, так и сами эти болезни.

Исследование показало, что у большей части опрошенных уже есть опыт работы в России: приехавшие на заработки в первый раз составляют 19% среди опрошенных по выборке в России и Казахстане (таблица 2.1). Среди таджикистанцев (32%) и киргизстанцев (29%) больше тех, кто приехал в первый раз, чем среди узбекистанцев (13,2%).

Таблица 2.1
Распределение респондентов по первой поездке на заработки и стране постоянного проживания, %

Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
18,7	32,1	28,7	13,2

N=850

Рисунок 2.1
Распределение респондентов по типу поездки и стране постоянного проживания, %

N=850

Опрошенные мигранты из Средней Азии имеют разные стратегии работы на выезде. Так, для узбекистанцев более характерен выезд на сезонную работу (66%; рисунок 2.1), а таджикистанцы и киргизстанцы ориентированы на более длительное пребывание и работу на выезде. Так, 51% опрошенных таджикистанцев работают на выезде почти весь год, кроме отпуска, а 14% - практически постоянно и домой почти не ездят. Среди киргизстанцев таких соответственно 44 и 25%.

Таблица 2.2
Распределение респондентов по наличию работы и стране постоянного проживания, %

Наличие работы	Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
Работает	96,9	93,9	94,1	98,3
Не работает	3,1	6,1	5,9	1,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

N=850

Не все нацеленные на работу респонденты её имеют. В целом по всем находящимся в миграции респондентам работу имеют 97% (таблица 2.2). Чаще остальных респондентов

работу имели узбекистанцы (только 2% не имели работы к моменту опроса, а среди таджикистанцев и киргизстанцев не имели работы до 6%).

Таблица 2.3
Распределение респондентов по сфере работы и стране постоянного проживания, %

Сфера работы	Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
Строительство, в том числе дорожное	58	39	32,6	67,2
Торговля (оптовая и розничная)	10,1	18,8	14,7	7
Промышленность	2,7	3,9	7,4	1,6
ЖКХ	2,9	2,6	3,2	3
Сфера услуг (общепит, сфера развлечений, гостиницы и т.п.), кроме частных услуг на дому	5,2	9,1	9,5	3,5
Транспорт и связь	1,7	3,9	4,2	0,7
Услуги в частном доме (няня, сиделка, домработница, шофер, охранник, строитель на даче)	10,9	16,9	15,8	8,5
Здравоохранение, образование, наука	8,5	5,8	12,6	8,5
Итого	100	100	100	100

N=824

Среди опрошенных работающих респондентов преобладает такая сфера, как строительство (в основном из-за большой доли узбекистанцев, занятых в этой сфере; таблица 2.3). Также велика доля занятых в домашней работе (услуги в частном доме - няня, сиделка, домработница, шофер, охранник, строитель на даче) и торговле. В общем это соответствует данным исследований прошлых лет, так как мигранты из Средней Азии уже традиционно занимают эти ниши на рынках труда России и Казахстана.

Таблица 2.4
Распределение респондентов по наличию письменного договора с работодателем и стране постоянного проживания, %

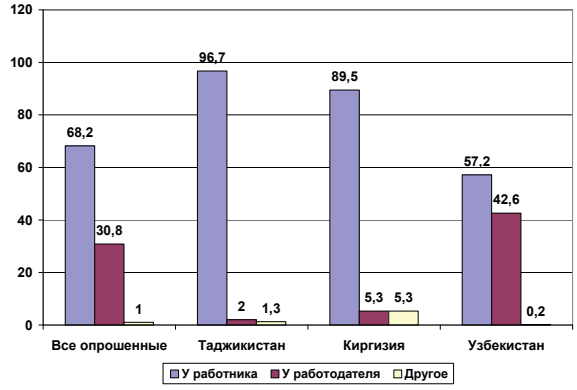
Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
13,1	16,1	15,8	11,8

N=824

Опрос показал, что подавляющее большинство опрошенных мигрантов из Средней Азии очень слабо защищены от потенциального произвола работодателя[1]: в среднем только каждый десятый имеет трудовой договор в письменном виде (совсем не обязательно такой договор имеет юридическую силу, но важен сам факт его заключения и письменного подтверждения оговоренных условий работы).

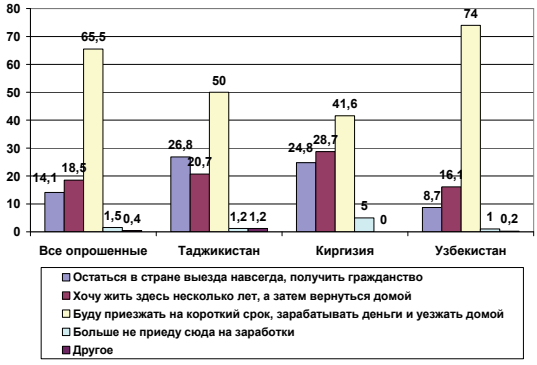
[1] См. Полетаев Д.В, Ватлина Э.С., Карачурина Л.Б, Флоринская Ю. Ф. Домашние работники в России и Казахстане: Оценка положения домашних работников на рынках труда России и Казахстана. Науч. ред Ж.А. Зайончковская - Алматы: ООН-Женщины, «Ex Libris», 2014.

Рисунок 2.2
Распределение респондентов по месту нахождения их паспорта и стране постоянного проживания, %



N=824

Рисунок 2.3
Распределение респондентов по их миграционным планам и стране постоянного проживания, %



N=824

Исследование показало, что узбекистанцы (особенно работающие в Казахстане) находятся в более уязвимом положении для трудовой эксплуатации: у 43% из них паспорт находится у работодателя. Среди таджикистанцев в таком положении находятся только 2%, а среди киргизстанцев - только 5%. Незаконный отъём паспорта работодателем фактически означает, что если мигрант захочет уйти к другому работодателю или получить окончательный расчёт за свою работу, то у работодателя есть рычаг воздействия на работника и контроля за его жизнью. В России такая практика ранее встречалась чаще, но постепенно она меняется. В Казахстане это пока остаётся серьёзной проблемой, что показало, например прошлогоднее исследование по домашним работникам[2], и подтвердило наше исследование.

Таблица 2.5
Распределение респондентов по оплате работодателем больничного листа и стране постоянного проживания, %

Оплата больничного листа	Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
Работодатель оплачивает больничный	2,1	3,2	4,2	1,4
Работодатель оплачивает лечение	3,6	1,3	1,1	4,7
Больничный не оплачивают	27,1	48,4	57,9	16,2
Нельзя пропускать работу, даже если болен	11,9	28,4	18,9	6,3
Не болел	53,6	18,7	17,9	69
Другое	1,7	0	0	2,4
Итого	100	100	100	100

N=824

[2] См. Ватлина Э.С., Карачурина Л.Б, Полетаев Д.В, Флоринская Ю. Ф. Домашние работники в России и Казахстане: Оценка положения домашних работников на рынках труда России и Казахстана. Науч. ред Ж.А. Зайончковская - Алматы: ООН-Женщины, «Ex Libris», 2014.

Отсутствие социальных гарантий – один из серьёзных минусов для трудового мигранта и большой плюс для работодателя (таблица 2.5). Исследование показало, что заболевший работник из Средней Азии, как правило, не может рассчитывать на оплату больничного или лечения за счёт работодателя: в целом по всей выборке только у 5-6% работников работодатель поддерживает работника во время его болезни.

Таблица 2.6
Распределение респондентов по переводам денег на родину и стране постоянного проживания, %

Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
85,3	78,2	74	89,1

N=824

Основная цель трудовой миграции для среднеазиатских мигрантов – поддержка семей и родственников на родине. В среднем по выборке 85% трудовых мигрантов отправляют деньги на родину (таблица 2.6).

Таблица 2.7
Распределение респондентов по типам жилья, в котором они проживают, и стране постоянного проживания, %

Тип жилья	Все опрошенные	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан
Снимаю отдельное жилье	9,3	19,4	16,8	5,1
Снимаю жилье вместе с другими мигрантами	29,6	23	18,8	33,4
Живу у родственников/друзей	4,2	9,7	7,9	2,1
Живу у работодателя	27,4	25,5	23,8	28,4
Живу в общежитии	18,2	7,9	22,8	20,4
Живу в вагончике, в техническом помещении, подвале, сарае, на рынке	10,5	10,9	9,9	10,4
Другое	0,8	3,6	0	0,2
Итого	100	100	100	100

N=824

Исследование жилищных условий трудовых мигрантов показало, что подавляющее большинство из них живёт скученно, так как на аренде жилья принято экономить. Отдельное жильё снимает только каждый десятый опрошенный (таблица 2.7). Жилищные условия у таджикистанцев и киргизстанцев немного лучше, чем у узбекистанцев, так как более длительное пребывание и более постоянный характер заработка в отличие от в основном сезонно работающих узбекистанцев позволяет им чаще жить отдельно, но отличия всё равно укладываются лишь в несколько процентов.

Съём жилья совместно с другими мигрантами, проживание в жилье, предоставленном работодателем (включая проживание домашних работников, работающих в семье работодателя), или аренда койко-места в общежитии – три основных варианта для проживания среднеазиатского мигранта.

Примерно каждый десятый мигрант проживает в плохо пригодном или просто не приспособленном для проживания жилье: в вагончике, техническом помещении, подвале, сарае, на рынке.

Скученность проживания увеличивает риск распространения ТБ среди соседей, если один из мигрантов заболевает. Именно поэтому в информационных кампаниях по профилактике ТБ важно давать установку на постоянный мониторинг и самоконтроль здоровья мигрантами, в том числе и здоровья их соседей по жилью: болезнь может быстро распространиться, если заболевший халатно относится к собственному здоровью и тем самым подвергает опасности состояние здоровья проживающих совместно с ним.

Несмотря на все риски и сложности, связанные с пребыванием в России и Казахстане, мигранты из Средней Азии не собираются прекращать свои поездки на заработки в Россию и Казахстан (рисунок 2.3), а около четверти киргизстанцев (25%) и таджикистанцев (27%) всерьёз задумываются о том, чтобы переехать в эти страны и получить их гражданство. Трое из четырёх опрошенных узбекистанцев, в основном работающих на выезде сезонно, намерены продолжать приезжать только на короткий срок, чтобы заработать. Среди таджикистанцев таких только половина, а среди киргизстанцев – 42%. На длительную работу без перспектив оседания в стране выезда настроены 29% киргизстанцев, 21% таджикистанцев и 16% узбекистанцев.

3. Здоровье трудовых мигрантов и доступ к медицинской помощи

Подавляющее большинство мигрантов, опрошенных в ходе реализации проекта, оценили свое здоровье как «хорошее» или «удовлетворительное» (таблица 3.1). Лишь 2% заявили о плохом состоянии своего здоровья. Это вполне согласуется с экспертными оценками, полученными на основании других опросов мигрантов (Женщины-мигранты, 2011; Домашние работники в России и Казахстане, 2014): решаются на миграцию, главным образом, здоровые люди, рассчитывающие исключительно на свои силы.

Таблица 3.1
Самооценка здоровья, число ответивших в каждой категории, %

Состояние здоровья	Все опрошенные	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию
Хорошее	68	57	92	62
Удовлетворительное	30	41	8	35
Плохое	2	2	0	3

N=1650

Если в целом опрошенные мигранты чаще оценивают свое здоровье как хорошее и реже как удовлетворительное, то постановой анализ показывает несколько отличную ситуацию у мигрантов из Киргизии: большинство выходцев из этой страны[3] (51%) оценили свое здоровье как удовлетворительное, 44% - как хорошее, 5% - как плохое.

Всем мигрантам, планирующим работать в России и получать для этого разрешительные документы, необходимо пройти здесь медосмотр и сдать анализы для получения медсправки об отсутствии определенных инфекционных заболеваний (перечень заболеваний утвержден постановлением Правительства РФ от 2 апреля 2003 г.). Согласно опросу такую справку имели около 50% опрошенных в России (и только 8% в Казахстане; видимо, требование наличия медсправки не является строго обязательным для работающих в Казахстане). При этом граждане Кигризии, опрошенные в России, значительно реже других выполняли это требование (только 26% из них имели такую справку).

Понятно, что сама по себе справка еще ничего не говорит о реальном состоянии здоровья мигранта. Именно поэтому респондентам был задан вопрос о личном прохождении медосмотра для получения медсправки (а не покупки такой справки у посредника!). Выяснилось, что среди случайно опрошенных мигрантов в Волгограде только 64% из имеющих справку проходили медосмотр лично; в Москве ситуация чуть лучше: 82% проходили медосмотр сами. Таким образом, существенная часть трудовых мигрантов (как минимум, от четверти до трети) продолжают покупать справки. Это очень важный вывод, который необходимо иметь в виду при введении обязательности получения медсправки всеми категориями мигрантов: с 1 января 2015 г. все мигранты, получающие патенты для работы как у физических, так и у юридических лиц, обязаны пройти медосмотр и получить справку об отсутствии определенных инфекционных заболеваний. Как видим, рассчитывать, что введение такой всеобщей медицинской проверки позволит реально отсеять от российского рынка труда зараженных теми или иными заболеваниями мигрантов, не приходится. Необходимо предварительно работать с мигрантами, объясняя им преимущество раннего выявления каких-то заболеваний для них самих. Возможно, предварительные проверки по перечню заболеваний лучше проводить в посылающих странах до выезда в миграцию.

[3] Оценка учитывала всех респондентов из Киргизии (и опрошенных в Бишкеке до выезда в миграцию, и опрошенных уже в России).

Среди новых требований, вступивших в силу в России в 2015 г., - наличие обязательной (платной) медицинской страховки для мигранта. Трудно представить, что сразу удастся воплотить это требование в жизнь, так как по результатам проведенного опроса пока такой документ у мигрантов популярностью не пользуется: лишь 7% имели медстраховку, приобретенную в принимающих странах (таблица 3.2).

Таблица 3.2

Имеют медстраховку, число ответивших в каждой категории, %

Все опрошенные в России	Все опрошенные в Казахстане	Граждане Таджикистана в России	Граждане Узбекистана в России	Граждане Киргизии в России
7	7	5	9	7

Крайне низкие результаты обеспеченности полисами добровольного медицинского страхования (ДМС) показывали и другие исследования, проведенные среди мигрантов: лишь от 5 до 13% опрошенных, работая в России, имели полис ДМС (Домашние работники в России и Казахстане, 2014; Защита прав москвичей в условиях массовой миграции, 2014). По-видимому, требуется специальная разъяснительная работа среди мигрантов и работодателей, демонстрирующая преимущества наличия медицинской страховки и разъясняющая ее роль в получении медицинской помощи в принимающей стране.

Отмена выдачи мигрантам в России, работавшим по официальным договорам, полисов обязательного медицинского страхования (ОМС) произошла в 2010 г. Причин озвучено не было, в выигрыше оказались работодатели, которые стали существенно меньше платить налогов в фонд оплаты труда при найме мигрантов. Позже чиновники озвучили, что сделано это было из-за частой обращаемости мигрантов к врачу и невозможности компенсировать за счет взносов работодателей расходы, которые несет российский бюджет на их лечение. Однако расчетов никаких озвучено не было. В то же время опросы мигрантов показывают, что обращаемость последних к врачам крайне низка, происходит только в крайних случаях: мигранты приезжают зарабатывать деньги, им «некогда» болеть (Женщины-мигранты, 2011; Защита прав москвичей в условиях массовой миграции, 2014). Результаты данного опроса также подтверждают высказанный тезис: подавляющее большинство мигрантов, находясь на работе в принимающей стране, медицинской помощью не пользуются (таблица 3.3).

Таблица 3.3

Пользовались ли медицинской помощью за последний год?, число ответивших в каждой категории, %

Категория мигрантов	Да, платной	Да, бесплатной	Да, платной и бесплатной	Нет, не было необходимости	Нет, лечусь сам/сама, так как нет возможности обратиться к врачу (дорого и т.п.)
Все опрошенные	34	3	9	46	8
Мигранты в России	8	4	5	61	22
Мигранты в Казахстане	7	0	0	92	1
Готовящиеся выехать в миграцию	63	4	15	14	4

N=1650

Из таблицы 3.4 видно, что стратегия поведения тех, кто уже находится в миграции, и тех, кто пока находится дома и только готовится выехать, разная. Живущие на родине и еще не выехавшие в миграцию к врачам обращаются довольно часто: за последний год это делали почти 4/5 всех опрошенных. В то же время среди работающих в Казахстане и России таких всего 7 и 17% соответственно. Таким образом, обращения к врачу мигранты оставляют «на потом», после возвращения домой. Это понятная, но не очень рациональная стратегия с точки зрения сохранения здоровья; результатом будет распространение запущенных и от этого тяжело поддающихся лечению болезней среди мигрантов, а также переход многих заболеваний в хроническую стадию. При этом следует обратить внимание, что на родине, как и в принимающих странах, большинство мигрантов пользуются платной, а не бесплатной помощью. Понятно, что стоимость визита к врачу в посылающих и принимающих странах различна в силу различий в уровне доходов населения, но при этом есть и позитивный момент: если платная помощь не является чем-то необычным для мигранта, его надо ориентировать на своевременное, пусть и более дорогое, чем на родине, обращение к врачам сразу в принимающих странах, как только возникает необходимость.

Подтверждением того, что стратегия поведения по отношению к своему здоровью отличается у мигрантов в принимающих странах и на родине, служит и распределение ответов на вопрос о способах лечения (таблица 3.4).

Таблица 3.4

Как Вы лечитесь?, число ответивших в каждой категории, %

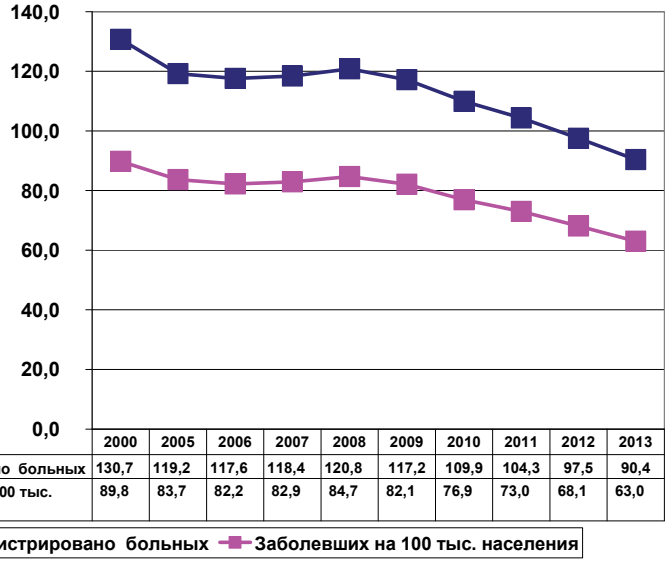
Способ лечения	Хожу к врачам в целях профилактики и выполняю их рекомендации	Хожу к врачам, только когда возникает острая необходимость	Принимаю лекарства, которые советуют знакомые	Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы по ТВ или из Интернета	Никак, стараюсь перетерпеть
Все опрошенные	9	54	10	3	23
Мигранты в России	2	43	26	7	21
Мигранты в Казахстане	1	34	0	2	63
Готовящиеся выехать в миграцию	17	69	6	1	6

В целом большинство мигрантов предпочитают не обращаться к врачам в профилактических целях, хотя, живя на родине, 17% будущих мигрантов пользуются профилактической медициной. В то же время стратегия отказа от лечения крайне редко используется мигрантами, находящихся еще на родине, но оказывается довольно востребованной мигрантами в принимающих странах: от 21% в России до 63% в Казахстане стараются «перетерпеть» болезнь, не обращаясь к врачам. Таким образом, вопросы отношения мигрантов к своему здоровью и к выбору стратегии поведения в сфере обращения за медицинской помощью требуют отдельного внимания, в том числе и со стороны органов здравоохранения посылающих стран, ведь именно им придется в конце концов заниматься вопросами «пошатнувшегося» здоровья вернувшихся на родину мигрантов.

4. Туберкулёз: осведомлённость, распространённость, лечение

Заболеваемость ТБ в России ежегодно снижается начиная с 2009 г (рисунок 4.1). Летальность от всех причин больных ТБ, состоявших на учёте, составляет 11,8% (2009 г.) – 11,6% (2012 г.), а клиническое излечение от ТБ в последние годы медленно увеличивается: с 32,6% (2009 г.) до 34,9% (2012 г.). В результате снижения заболеваемости и роста показателя излечения показатель распространённости ТБ уменьшается.

Рисунок 4.1
Зарегистрировано больных с диагнозом «активный ТБ» , установленным впервые в жизни, тыс. чел и численность заболевших с диагнозом «активный ТБ» на 100 тыс. населения



	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Зарегистрировано больных	130,7	119,2	117,6	118,4	120,8	117,2	109,9	104,3	97,5	90,4
Заболевших на 100 тыс. населения	89,8	83,7	82,2	82,9	84,7	82,1	76,9	73,0	68,1	63,0

Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики - Заболеваемость населения социально значимыми болезнями[4]
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#

По прогнозам специалистов, влияние ВИЧ-инфекции на эпидемический процесс при ТБ будет увеличиваться. К 2020 г.[5] среди впервые зарегистрированных больных ТБ ВИЧ-инфекцию могут иметь до 30% больных в целом по России, а в отдельных субъектах РФ – до 40-50%. По сравнению со средними показателями по России заболеваемость ТБ больных ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения, взятого на учёт в 2012 г., в 35 раз больше, показатель распространённости ТБ больше в 32 раза, показатель смертности от ТБ больше в 28 раз. Уровень заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией напрямую связан с уровнем распространения ТБ в регионе.

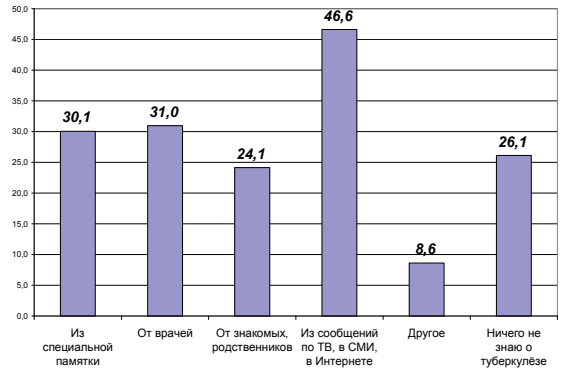
В этой связи видится важным вести скоординированную борьбу с ТБ и ВИЧ, так как эти две болезни нередко сочетаются и требуют совместного лечения.

В целом знание о ТБ нельзя оценить как всеобщее: около четверти опрошенных по всей выборке ничего не знают об этом заболевании (26%; рисунок 4.2). Самым важным источником информации о ТБ для мигрантов являются ТВ, СМИ и Интернет (для 47% всех опрошенных), далее следуют такие источники информации, как врачи (31%), специальные памятки (31%), знакомые и родственники (24%). Среди других источников (9%) - институты, университеты, колледжи, лицеи, школы, аутрич-работники, отделения Красного Креста и Красного полумесяца, от которых респонденты в различных формах

[4] Перечень социально значимых заболеваний утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. №715.
[5] Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулёзу и ВИЧ-инфекции в России // Туберкулёз и болезни лёгких. № 6, 2014, стр.9.

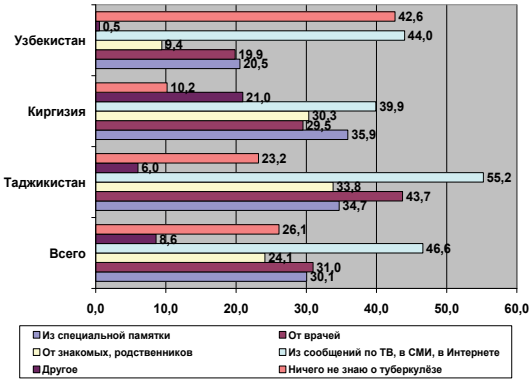
получали информацию о ТБ; также они знают о нём из личного опыта: болели ТБ их родственники, знакомые, сами респонденты, или они по работе сталкивались с информацией об этом заболевании (например, среди опрошенных был водитель передвижного флюорографического пункта).

Рисунок 4.2
Знание мигрантов о ТБ в целом по всем опрошенным (респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа), %



N=1650

Рисунок 4.3
Знание о ТБ по странам постоянного проживания (респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа), %



N=1650

Наименее осведомлёнными о ТБ оказались узбекистанцы (43% из них ничего не знают о ТБ; рисунок 4.3), а наиболее информированными – киргизстанцы (10% не знают о ТБ), при этом таджикистанцы занимают место, наиболее близкое к среднему показателю незнания по всей выборке (26%).

Значимость источников информации различается в зависимости от страны постоянного проживания респондентов. Так, для респондентов из Таджикистана СМИ, ТВ и Интернет – более значимые источники информации, чем в среднем по всей выборке (55%; рисунок 4.3), а для респондентов из Киргизии – менее значимые, чем в среднем по всей выборке (40%).

Можно также отметить, что распространение знания о ТБ через врачей значимее всего для таджикистанцев (44%; рисунок 4.3), для узбекистанцев этот источник информации в два раза менее значим (20%), для примерно трети опрошенных киргизстанцев (30%) он был значимым.

Специальные памятки с информацией о ТБ как источник информации реже всего упоминались узбекистанцами (21%), а для таджикистанцев (35%) и киргизстанцев (36%) это более значимые источники информации о ТБ.

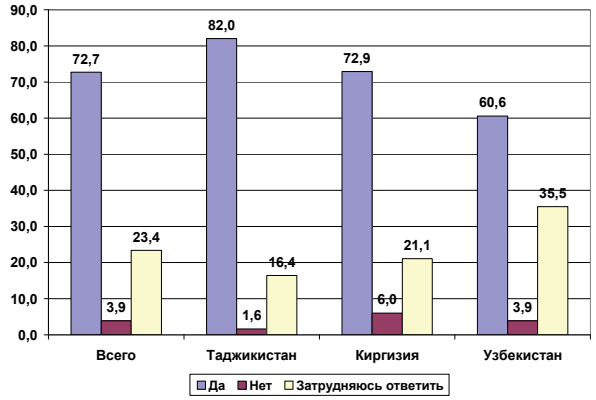
Неудивительно, что информация от знакомых и родственников для узбекистанцев – маловажный источник информации о ТБ (значима для 10%), так как в целом знание о ТБ, как показало исследование, в этой стране невысокое. Для таджикистанцев (34%) и киргизстанцев (30%) это более значимые источники информации.

Таблица 4.1
Знание мигрантов о ТБ в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов (респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа), %

Источник знания о ТБ	Все опрошенные N=1650	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
Из специальной памятки	30,1	15,3	24,8	41,0	79,0
От врачей	31,0	17,1	23,3	42,6	38,0
От знакомых, родственников	24,1	27,8	0,8	33,8	47,0
Из сообщений по ТВ, в СМИ, в Интернете	46,6	32,9	50,0	52,6	36,0
Другое	8,6	0,4	0,3	17,4	7,0
Ничего не знаю о ТБ	26,1	34,0	43,8	12,9	0,0

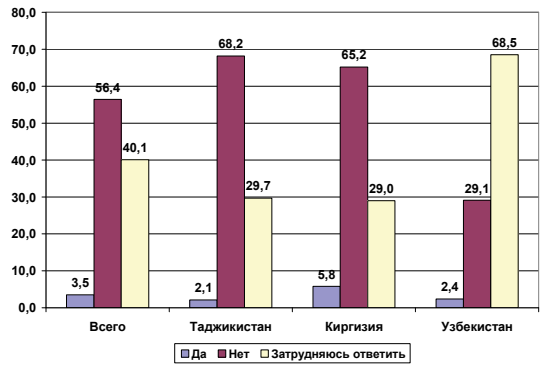
Интересно, что для готовящихся выехать в миграцию специальные памятки (41%; таблица 4.1) и информация от врачей (43%) являются основными источниками информации о ТБ, помимо ТВ, СМИ и Интернета (53%), тогда как для уже находящихся в России и Казахстане эти источники не являются основными (в России 15% назвали источником памятки и 17% - врачей, в Казахстане - 25 и 23%, в Казахстане опрашивались только мигранты из Узбекистана). В России СМИ, ТВ и Интернет, сохраняя свою важность как источника, теряют популярность в количественном измерении (33% отметили как источник). При рассмотрении тех, кто прошёл обучение в специальных центрах Тамбова и Оренбурга, и всех опрошенных респондентов, не проходивших обучение, мы видим, что знание о ТБ среди обучившихся составляет 100%, тогда как в целом около четверти опрошенных признают, что ничего о нём не знают. Среди тех, кто готовится к миграции, незнание составляет около 13%, а среди узбекистанцев в Казахстане знание о ТБ очень низкое: почти половина (44%) из них ничего не знают о ТБ. Среди опрошенных в России респондентов неосведомлённых о ТБ около трети (34%).

Рисунок 4.4
Мнение респондентов о том, *излечим ли ТБ*, в распределении по странам постоянного проживания, %



N=1237

Рисунок 4.5
Мнение респондентов о том, *можно ли прервать курс лечения ТБ*, в распределении по странам постоянного проживания, %



N=1237

Таблица 4.2
Мнение респондентов о том, излечим ли ТБ, в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Ответ	Все опрошенные N=1237	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
Да	72,7	55,7	62,2	83,4	95,0
Нет	3,9	8,8	0,0	3,0	1,0
Затрудняюсь ответить	23,4	35,5	37,8	13,6	4,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 4.3
Мнение респондентов о том, можно ли прервать курс лечения ТБ, в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Ответ	Все опрошенные N=1237	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
Да	3,5	8,8	0,0	2,4	4,0
Нет	56,4	40,7	22,9	73,8	65,0
Затрудняюсь ответить	40,1	50,5	77,1	23,8	31,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди тех, кто ответил, что обладает какими-то знаниями о ТБ (ничего не знающие не отвечали), уровень знания о излечимости ТБ в среднем по всем опрошенным не превышает 73% (рисунок 4.4). При этом узбекистанцы хуже остальных осведомлены о излечимости этой болезни: 4% заявили о полной, по их мнению, неизлечимости ТБ, а 36% затруднились сказать что-то определённое. *Киргизстанцы на втором месте по уровню знания* (6 и 21% соответственно сказали, что ТБ неизлечим, или не осведомлены об этом), *а таджикистанцы лучше остальных знают об излечимости этой болезни* (82% знают, 16% не осведомлены, 2% думают, что ТБ вылечить нельзя).

О том, что курс лечения ТБ нельзя прерывать, в целом знают чуть более половины тех, кто считает, что что-то знает о ТБ. К сожалению, среди узбекистанцев такая осведомлённость низкая: двое из трёх считающих себя осведомлёнными о том, что такое ТБ, этого не знают (69% затруднились ответить, а 2% сказали, что лечение можно прервать; рисунок 4.5). Среди таджикистанцев и киргизстанцев знание о важности непрерывности лечения выше: 68% таджикистанцев и 65% киризстанцев знают об этом.

Исследование показало, что среди готовящихся выехать в миграцию уровень знания о излечимости ТБ выше (83%; таблица 4.2), чем среди тех узбекистанцев, которых опросили в Казахстане (62%) и мигрантов, уже работающих в России (73%). Необходимо отметить, что обучение мигрантов не привело к поголовному знанию о том, что ТБ излечим: 4% из прошедших обучение мигрантов затруднились ответить на вопрос о излечимости ТБ, а 1% сказали, что это неизлечимое заболевание.

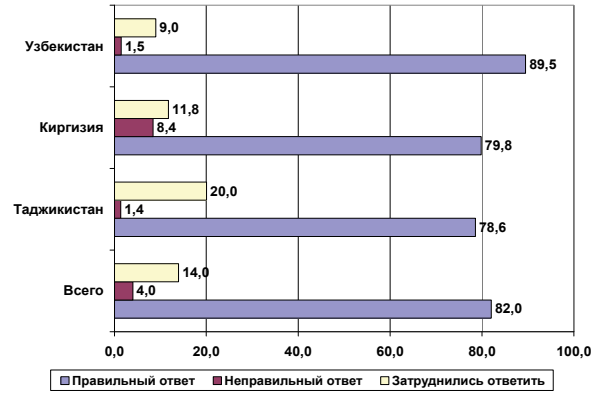
Вопрос о возможности прерывания лечения ТБ был самым сложным для респондентов. Так, среди всех опрошенных до обучения знание о том, что нельзя прерывать назначенный врачом курс лечения ТБ, показали немногим более половины

респондентов (54%; таблица 4.3). После обучения средняя величина знания поднялась до 65%, но не стала 100%-ной (31% прошедших обучение затруднись ответить, а 4% сказали, что курс лечения можно прервать).

В то же время уровень знания о том, что прерывать курс лечения нельзя, достигал 74% среди тех, кто собирался в миграцию (таджикистанцы и киргизстанцы), и 23% среди узбекистанцев, находившихся в процессе миграции в Казахстане. Среди мигрантов в России уровень осведомлённости составил 41%.

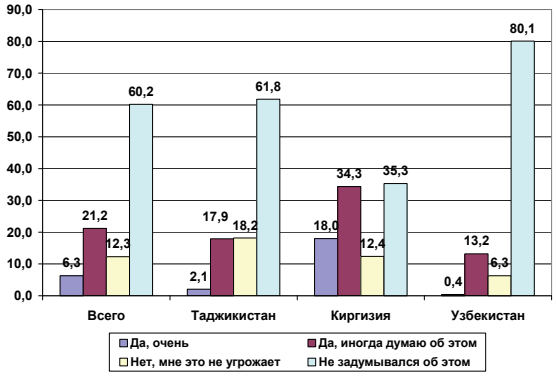
По-видимому, курсы обучения для мигрантов стоит модернизировать, сделав особенный упор на тезисы, что ТБ излечим при обнаружении на ранних стадиях и перерывать курс лечения нельзя.

Рисунок 4.6
Мнение респондентов о том, как передаётся ТБ, в распределении по странам постоянного проживания, %



N=1237

Рисунок 4.7
Обеспокоенность возможностью заражения ТБ в распределении по странам постоянного проживания, %



N=1650

В целом респонденты, которые заявили, что что-то знают о ТБ, хорошо осведомлены о рисках заражения им (82% дали правильный ответ; рисунок 4.6; таблица 4.5). Наибольшую осведомленность проявили респонденты-узбекистанцы (90%). Немного хуже знают об опасностях заражения киргизстанцы (80%) и таджикистанцы (79%). Обучение мигрантов вывело знание о рисках заражения ТБ к 100% (таблица 4.4).

Исследование показало, что мигранты, находящиеся в России, хуже осведомлены о рисках заражением ТБ: только 70% из опрошенных в России дали правильный ответ, в то время как в целом по выборке эта цифра составляет 82%, так же как и среди готовящихся выехать в миграцию (тоже 82%).

Мигранты, как правило, не задумываются о том, что они могут заразиться ТБ. В среднем по выборке 60% заявили об этом (рисунок 4.7). Наименее осведомлены мигранты из Узбекистана, среди которых не задумывались о возможности заражения ТБ 80%, а 6% отметили, что это им не угрожает. Наиболее осторожными можно назвать мигрантов из Киргизии, 18% из которых обеспокоены возможностью заражения ТБ, а 34% задумывались об этом. Среди мигрантов из Таджикистана уровень обеспокоенности заражением ТБ близок к среднему по выборке: 62% не задумывались о возможностях заражения ТБ, 18% считают, что это им не угрожает.

Опрошенные в России после обучения респонденты показали резкий рост обеспокоенности возможности заражения ТБ: 2% из них очень обеспокоенны этим, 88% задумываются о рисках заражения, в то время как по всей выборке цифра серьезно обеспокоенных возможностью заражения ТБ составляет 6%, а задумывающихся об этом только 21%. Среди мигрантов, находящихся в России, уровень обеспокоенности составляет 27%, а среди узбекистанцев, опрошенных в Казахстане, - 1%. Среди всех готовящихся выехать в миграцию общая обеспокоенность находится на уровне 38%.

Таблица 4.4
Мнение респондентов о том, как передаётся ТБ, в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

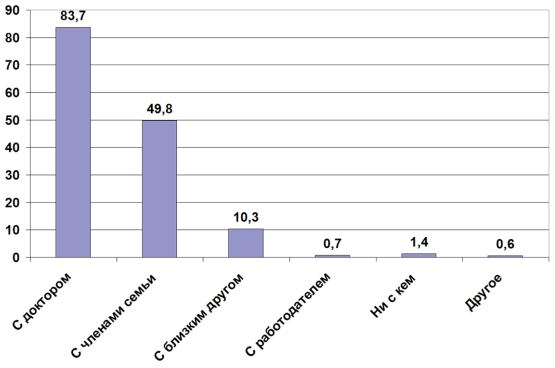
Ответ	Все опрошенные N=1237	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
Правильный ответ	82,0	70,3	98,2	81,8	100,0
Неправильный ответ	4,0	4,1	0,0	5,3	0,0
Затруднились ответить	14,0	25,7	1,8	12,9	0,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N=1237

Таблица 4.5
Обеспокоенность возможностью заражения ТБ в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

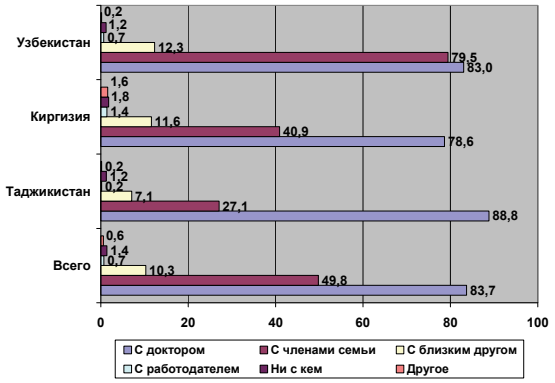
Ответ	Все опрошенные N=1650	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
Да, очень	6,3	1,3	0,3	12,2	2,0
Да, иногда думаю об этом	21,2	26,1	7,0	25,5	88,0
Нет, мне это не угрожает	12,3	20,3	0,7	13,5	1,0
Не задумывался об этом	60,2	52,3	92,0	48,8	9,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Рисунок 4.8
Распределение по авторитетности сторон для консультаций респондентов при возможном заболевании ТБ (респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа), %



N=1650

Рисунок 4.9
Распределение по авторитетности сторон для консультаций респондентов при возможном заболевании ТБ в распределении по странам постоянного проживания (респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа , %



N=1650

В целом по всей выборке наиболее авторитетной стороной для консультации при предполагаемом заболевании ТБ являются доктора. Об этом заявили 84% опрошенных (рисунок 4.8). Около половины опрошенных при подозрении на ТБ посоветуются с членами семьи, 10% - с близкими друзьями. В целом авторитет докторов примерно одинаков среди таджикистанцев (89%; рисунок 4.9), узбекистанцев (83%) и киргизстанцев (79%). Почти никто из опрошенных не собирается при подозрении на заболевание ТБ советоваться с работодателем (0,7%; рисунок 4.8), но также не намерены об умалчивать вообще (только 1,4% не собираются ни с кем советоваться).

Интересно, что после обучения среди мигрантов растет желание посоветоваться в случае подозрения на заболевание ТБ с членами семьи (67%; таблица 4.6), в то время как в среднем по всей выборке среди не прошедших специальное обучение таких примерно половина. Также после обучения у мигрантов растет уровень доверия к близким друзьям (32% будут советоваться с ними о возможном заболевании ТБ в отличие от 10% по всей выборке).

Среди готовящихся выехать в миграцию уровень доверия к докторам очень высокий: 90% будут советоваться с ними. Среди мигрантов, работающих в России, с докторами будут советоваться 66%, а среди узбекистанцев, работающих в Казахстане - 92%.

Таблица 4.6
Распределение по авторитетности сторон для консультаций респондентов при возможном заболевании ТБ в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов (респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа), %

Ответ	Все опрошенные N=1650	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
С доктором	83,7	65,6	91,8	89,9	64,0
С членами семьи	49,8	41,3	97,5	30,8	67,0
С близким другом	10,3	22,7	5,0	6,0	32,0
С работодателем	0,7	0,4	1,0	0,8	0,0
Ни с кем	1,4	3,6	0,3	0,8	0,0
Другое	0,6	0,9	0,0	0,8	0,0

Рисунок 4.10
Знание респондентов о местах лечения в случае заражения ТБ, %

N=1650

Рисунок 4.11
Почему заражённые ТБ не обращаются за помощью, %

N=1650

Таблица 4.7

Знание респондентов о местах лечения в случае заражения ТБ в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Все опрошенные N=1650	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
47,4	11,4	24,5	79,0	96,0

Только около половины опрошенных мигрантов (47%; рисунок 4.10) знают о конкретных местах лечения ТБ в случае заражения им. Узбекистанцы показывают результат, который вызывает беспокойство: только 20% тех из них, кто что-то знают о ТБ, знают конкретное местонахождение медицинского учреждения, в которое нужно обратиться при заражении ТБ. Среди киргизстанцев осведомленных в 3 раза больше (67%), а среди таджикистанцев - 57%. Среди мигрантов, работающих в России, только 11% знают конкретное месторасположение медицинского учреждения, в которое нужно обратиться в случае заражения ТБ. Среди готовящихся выехать в миграцию таких 79%, в основном это таджикистанцы и киргизстанцы (таблица 4.7).

Обучение в России резко повышает уровень знания о месторасположении медицинского учреждения, куда нужно обратиться в случае заражения ТБ: 96% обучавшихся знают это.

Почему же зараженные ТБ не обращаются за помощью? Опрошенные мигранты выделяют несколько основных причин: отсутствие денег на лечение (35%; рисунок 4.11), отсутствие информации о том, куда обратиться (32%), боязнь, что близкие перестанут общаться с больным (30%), боязнь потерять работу (21%), боязнь депортации из страны въезда (16%), неверие в то, что можно вылечится (11%), плохое обращение медперсонала в медучреждениях (9%), 33% затруднились ответить на этот вопрос. Интересно, что боязнь близких, которые перестанут общаться с зараженным, выше всего среди киргизстанцев: 53% из них заявили об этом (таблица 4.8). Вторая причина среди киргизстанцев – отсутствие информации о том, куда можно обратиться (40%). Следующая причина – отсутствие денег на лечение (37%). О боязни потерять работу сказали 33%. Самая весомая причина для таджикистанцев – отсутствие денег на лечение (62%). 49% таджикистанцев говорят об отсутствии информации, а 35% - о боязни прекращения общения с близкими. 70% узбекистанцев затруднились ответить на этот вопрос, а

наиболее популярными среди ответивших были боязнь потери работы и депортации (по 20%).

Мигранты, прошедшие обучение, серьезно меняют свой взгляд на то, почему люди не обращаются за лечением: 83% считают, что они боятся потерять работу, 82% считают, что боятся депортации, 69% считают важной причиной отсутствие информации.

В целом по выборке главными причинами являются отсутствие денег на лечение (35%), отсутствие информации (32%), боязнь прекращения общения с близкими (30%).

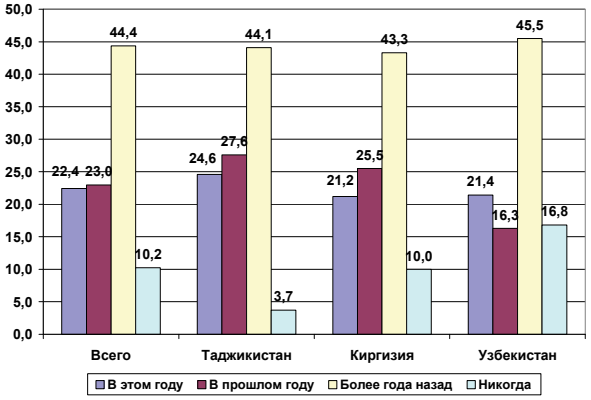
Таблица 4.8

Причина, по которой заражённые ТБ не обращаются за помощью, в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Причина	Всего	Таджикистан	Киргизия	Узбекистан	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения
Не знают, куда обратиться	32,2	48,7	40,1	9,4	29,1	0,0	50,0	69,0
Боятся, что узнают близкие и перестанут общаться	30,4	35,4	52,5	6,5	22,4	0,0	50,0	14,0
Боятся потерять работу	21,0	11,9	32,7	19,7	41,6	6,5	16,6	83,0
Боятся депортации	16,3	14,3	14,8	19,5	47,6	3,5	5,1	82,0
Не верят в возможность вылечиться	10,7	17,2	14,2	1,5	5,1	0,0	19,3	0,0
С ними плохо обращается медперсонал	9,2	14,0	12,6	1,7	7,8	0,0	14,6	0,0
У них нет денег на лечение	35,0	61,8	36,9	7,4	21,3	2,3	59,0	1,0
Другое	0,4	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0
Затрудняюсь ответить	33,3	19,8	6,2	69,5	20,9	92,5	10,6	0,0

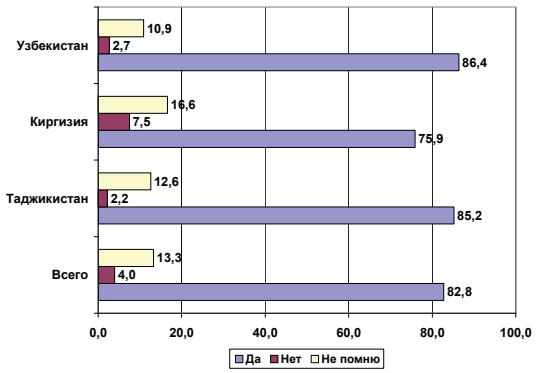
N=1650

Рисунок 4.12
Распределение респондентов по срокам, когда они делали флюорографию, %



N=1650

Рисунок 4.13
Распределение респондентов по знанию результатов личной флюорографии, %



N=1650

Таблица 4.9
Распределение респондентов по срокам, когда они делали флюорографию, в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Срок	Все опрошенные N=1650	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
В этом году	22,4	34,7	11,8	20,9	54,0
В прошлом году	23,0	31,3	9,7	24,8	31,0
Более года назад	44,4	28,9	56,0	47,3	15,0
Никогда	10,2	5,1	22,5	7,0	0,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 4.10
Распределение по знанию результатов флюорографии мигрантами в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Знают ли результаты	Все опрошенные N=1650	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения N=100
Да	82,8	72,2	93,3	84,4	81,0
Нет	4,0	5,9	0,3	4,4	2,0
Не помню	13,3	21,9	6,4	11,2	17,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди всех опрошенных флюорографию в текущем году делали 22% (рисунок 4.12; таблица 4.9), в прошлом году - 24%, более года назад – 44%. Около 10% никогда не делали флюорографию.

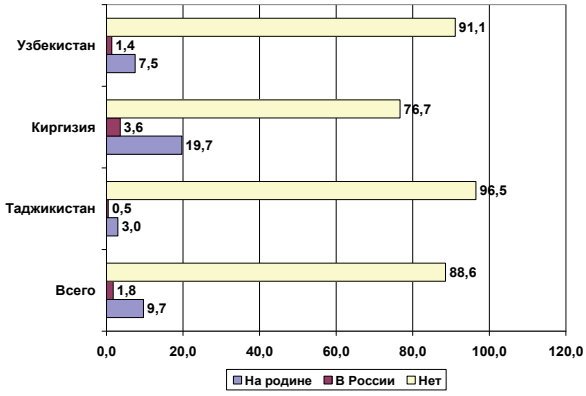
Слабым можно назвать охват всех узбекистанцев флюорографией: 17% из них никогда её не делали. Среди киргизстанцев таких 10%, а среди таджикистанцев - 4%.

Обучение благотворно сказывается на числе прошедших флюорографию: число тех, кто никогда её не делал, сводится к нулю, а число прошедших флюорографию в текущем году - 54% в отличие от 22% среди всех, не прошедших обучение.

Среди готовящихся выехать в миграцию недавно проходивших флюорографию в среднем столько же, сколько и среди всех опрошенных. Так, в текущем году среди тех, кто готовится выехать в миграцию, прошли флюорографию 21% (среди находящихся в России мигрантов - 35%, а среди находящихся в Казахстане узбекистанцев - 12%), в прошлом году соответственно - 25% (в России - 31%, в Казахстане - 10%), более года назад - 47% (в России - 29%, в Казахстане - 56%).

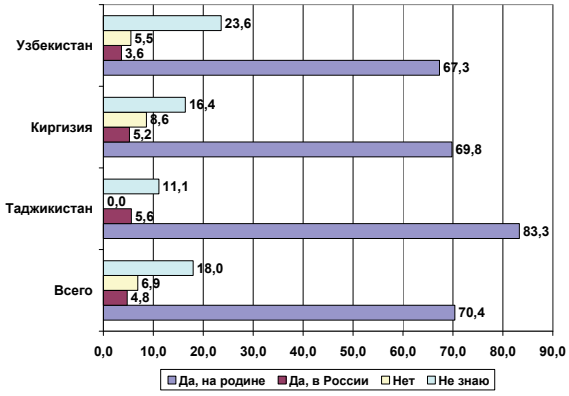
К сожалению, не все респонденты помнят результаты пройденной ими флюорографии. В среднем 13% их не помнят (рисунок 4.13; таблица 4.10). Среди мигрантов, находящихся в России, 22% не помнят результата своей флюорографии, среди готовящихся выехать в миграцию таких 11%, а среди узбекистанцев в Казахстане - 6%.

Рисунок 4.14
Родственники или знакомые, заразившиеся ТБ, %



N=1650

Рисунок 4.15
Лечение заражённых ТБ родственников/знакомых, %



N=189

Таблица 4.11
Родственники или знакомые, заразившиеся ТБ, в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Страна	Все опрошенные	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения
На родине	9,7	10,3	5,0	11,6	2,0
В России	1,8	2,7	0,5	1,9	0,0
Нет	88,5	87,0	94,5	86,5	98,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 4.12
Лечение заражённых ТБ родственников/знакомых в целом по всем опрошенным, в распределении по странам нахождения на момент опроса и среди прошедших обучение в России мигрантов, %

Страна	Все опрошенные N=189	Мигранты в России	Мигранты в Казахстане	Готовящиеся выехать в миграцию	Опрошенные в России после обучения
Да, на родине	70,4	67,8	72,7	71,3	100,0
Да, в России	4,8	8,5	0,0	3,7	
Нет	6,9	6,8	0,0	8,3	
Не знаю	18,0	16,9	27,3	16,7	
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди опрошенных у 10% есть родственники или знакомые на родине, заразившиеся ТБ, а у 2% - родственники или знакомые, заразившиеся ТБ в России (рисунок 4.14; таблица 4.11).

Больше всего заразившихся ТБ родственников или знакомых на родине среди киргизстанцев (20%), в Узбекистане таких 8%, а в Таджикистане - 3%. Заразившихся ТБ родственников или знакомых в России имеют 3,6% киргизстанцев, 1,4% узбекистанцев, 0,5% таджикистанцев (рисунок 4.14).

Лечение зараженных родственников (знакомых), как правило, проходит на родине: об этом заявили 70% респондентов. Только 5% лечатся в России (рисунок 4.15; таблица 4.12).

5. Мигранты и ВИЧ

Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 1 ноября 2014 г., составило 864 394 человека. Одновременно за весь период наблюдения с 1985 г. было выявлено 22 480 ВИЧ-инфицированных иностранных граждан. В России продолжает ухудшаться эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции: сохраняется высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, увеличивается общее число ВИЧ-инфицированных и количество их смертей, активизировалось распространение эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию[6]. При этом число инфицированных ВИЧ растет как среди российских граждан, так и среди иностранных (таблица 5.1) почти одинаковыми темпами.

Таблица 5.1
ВИЧ-инфекция в России. Отдельные показатели, 2011-2013 гг.

Показатель	На 31.12.2011	На 31.12.2012	На 31.12.2013
Кумулятивное число российских граждан, у которых выявлены антитела к ВИЧ	650 059	720 803	800 531
Кумулятивное число иностранных граждан, у которых выявлены антитела к ВИЧ на территории РФ	15 956	17 900	20 016

Источник: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 39. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. http://www.hivrussia.ru/files/bul_39.pdf

Показатель количества новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. обследованных в целом в РФ иностранных граждан заметно ниже, чем на 100 тыс. обследованных российских (таблица 5.2). Таким образом, по-прежнему сохраняется тенденция, когда иностранцы не привозят в Россию ВИЧ (как иногда звучит из уст антиммиграционных политиков), а вывозят его отсюда к себе на родину, что подтверждается исследованиями в посылающих странах. Заболеваемость трудовых мигрантов ВИЧ – одна из причин развития эпидемии в посылающих странах. Так, в 2009 г. в Таджикистане заболеваемость среди трудовых мигрантов, по официальным данным, составила 197 человек или 11% от общего числа зараженных. Киргизия не выделяет отдельного числа зараженных по трудовым мигрантам, однако власти признают, что это категория подвержена высокому риску и трудовые мигранты составляют примерно 20% от общего числа ВИЧ-инфицированных в стране. Один из аналитиков по Узбекистану утверждает, что, хотя имеющиеся данные указывают на то, что внутривенные наркоманы являются группой, подверженной наиболее высокому риску заболеваемости, мигранты и проститутки на равных делят второе место, практически не уступая друг другу[7].

С другой стороны, необходимо иметь в виду, что при переходе анализа на уровень регионов, в которых проводился опрос в рамках данного проекта, ситуация существенно отличается: в Волгоградской и Тамбовской областях число выявленных ВИЧ-позитивных на 100 тыс. обследованных иностранцев оказалось выше, чем среди местного населения; в Оренбургской области соотношение обратное, но оба показателя существенно выше среднероссийских цифр.

---

[6] Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2014 г.». Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. http://www.hivrussia.ru/news/index.shtml#51

[7] http://pozlife.org/2010/08/23/naselenie-stran-centralnoj-azii-obespokoeno-rostom-zabolevaemosti-vich/

Таблица 5.2
Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди обследованных российских и иностранных граждан в регионах России, 2013 г.

Регион	Число обследованных сывороток	ВИЧ+	Число серопозитивных на 100 000 обследованных сывороток
Российская Федерация			
Российские граждане	26 826 067	79 728	297,2
Иностранные граждане	1 501 247	2 116	140,9
Москва			
Российские граждане	3 863 654	4 868	126,0
Иностранные граждане	183 716	81	44,1
Волгоградская область			
Российские граждане	506 992	1 083	213,6
Иностранные граждане	13 444	34	252,9
Тамбовская область			
Российские граждане	140 008	98	70,0
Иностранные граждане	6 970	9	129,1
Оренбургская область			
Российские граждане	315 113	1 653	524,6
Иностранные граждане	12 461	25	200,6

Источник: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 39. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. http://www.hivrussia.ru/files/bul_39.pdf

Особенно опасно с точки зрения распространения ВИЧ среди мигрантов то, что в РФ ВИЧ-инфекция поражает преимущественно молодое население: за весь период наблюдения у 59,6% эта инфекция была диагностирована в возрасте до 30 лет (а большинство мигрантов как раз находятся в этих возрастных рамках). Кроме того, большинство ВИЧ-инфицированных – мужчины (как и среди мигрантов): в конце 2013 г. на их долю пришлось 62,8% инфицированных. В то же время в последние годы растет доля женщин среди мигрантов, при этом с 2002 г. возрастает доля женщин среди инфицированных (к концу 2013 г. в РФ было 291,2 тыс. инфицированных женщин - 36,4% от общего числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных)[8].

При таких быстрых темпах распространения инфекции, в том числе среди иностранных мигрантов, на первый план выходят вопросы осведомленности об инфекции, о способах ее диагностики, лечения и т.д. Именно поэтому столь тревожными выглядят результаты опроса мигрантов (как в России и Казахстане, так и до отъезда в миграцию), касающиеся знаний о ВИЧ: почти каждый третий заявил, что ничего не знает об этой болезни (таблица 5.3). В то же время опрос продемонстрировал реальную действенность обучения мигрантов в части формирования знаний об опасных инфекциях, в частности о ВИЧ/СПИДе (после курса обучения число неосведомленных упало до 0).

[8] http://www.hivrussia.ru/files/bul_39.pdf

Таблица 5.3
Знаете ли Вы что-то о ВИЧ/СПИДе и откуда Вы о нем узнали?, число ответивших в каждой категории, %

Ответ	Все опрошенные до обучения	Опрошенные в России после обучения
Из специальной памятки	30	77
От врачей	28	36
От знакомых, родственников	15	33
Из сообщений по ТВ, СМИ, в Интернете	53	58
Другое	7	12
Я ничего не знаю о ВИЧ/СПИДе	27	0

Если говорить о наиболее действенных способах распространения информации об инфекции, то опрос показал, что это – средства массовой информации, ТВ и Интернет. Возможно, учитывая все большую распространенность Интернета среди мигрантов, имеет смысл размещать специальную медицинскую информацию в том числе и на сайтах, информирующих мигрантов об условиях работы в принимающих странах и необходимых документах для выезда на работу.

Постановой анализ показывает, что наименее осведомленными о ВИЧ-инфекции оказались граждане Узбекистана: 53% ничего не знали о таком заболевании (среди работающих на территории Казахстана граждан Узбекистана уровень неосведомленности особенно высок – 62%, среди работающих в РФ – 31%). Граждане Таджикистана и Киргизии гораздо реже оказывались полностью неосведомленными о болезни: 14 и 12% соответственно (среди работающих в РФ уровень неосведомленности граждан этих стран выше: ничего не знали о ВИЧ 23% граждан Таджикистана и 26% граждан Киргизии).

Женщины (в целом по массиву) лучше осведомлены о ВИЧ, чем мужчины: доля мужчин, ничего не знающих о ВИЧ, - 30%, а женщин - 15%. Чем выше уровень образования, тем меньше доля неосведомленных о ВИЧ: среди имеющих среднее и неполное среднее образование – 40% ничего не знали о ВИЧ; среди имеющих среднее специальное образование – 21%; среди имеющих высшее и незаконченное высшее образование – 6%.

Как показал опрос, среди тех, кто даже что-то знает о ВИЧ-инфекции, далеко не все оказались реально осведомлены о возможных способах снижения риска инфицирования (таблица 5.4). Лишь от 27 до 60% поддержали различные правильные утверждения о том, как снизить риск передачи ВИЧ. С другой стороны, заведомо неверные утверждения поддержал очень небольшой процент респондентов (от 3 до 5%). Обучение существенно повышает процент соглашающихся с правильными утверждениями (до 60 - 84%; исключение составил только пункт о риске передаче инфекции от матери к ребенку, возможно, этому вопросу не было уделено специального внимания).

Таблица 5.4
Утверждения, с которыми опрошенные согласны, число ответивших в каждой категории, %

Утверждение	Все опрошенные до обучения	Опрошенные в России после обучения
Риск ВИЧ-инфекции можно снизить, если иметь половые контакты только с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции	60	84
Риск передачи ВИЧ можно снизить, если использовать презервативы	53	60
Риск передачи ВИЧ от матери к ребенку можно снизить, если наблюдаться и лечиться во время беременности	27	0
Здоровый на вид человек может иметь ВИЧ	21	34
ВИЧ можно заразиться через укус комара	3	0
ВИЧ можно заразиться в быту: принимая пищу из одной посуды с ВИЧ-инфицированным человеком; при рукопожатии; пользуясь общим полотенцем	5	5
ВИЧ можно заразиться, используя шприц, которым кто-то уже пользовался	44	72
ВИЧ можно заразиться при переливании крови	40	48

Большинство опрошенных не очень обеспокоены опасностью заражения ВИЧ: 60% вообще не задумывались об этом. В то же время после обучения эта категория существенно уменьшается (до 13%; таблица 5.5).

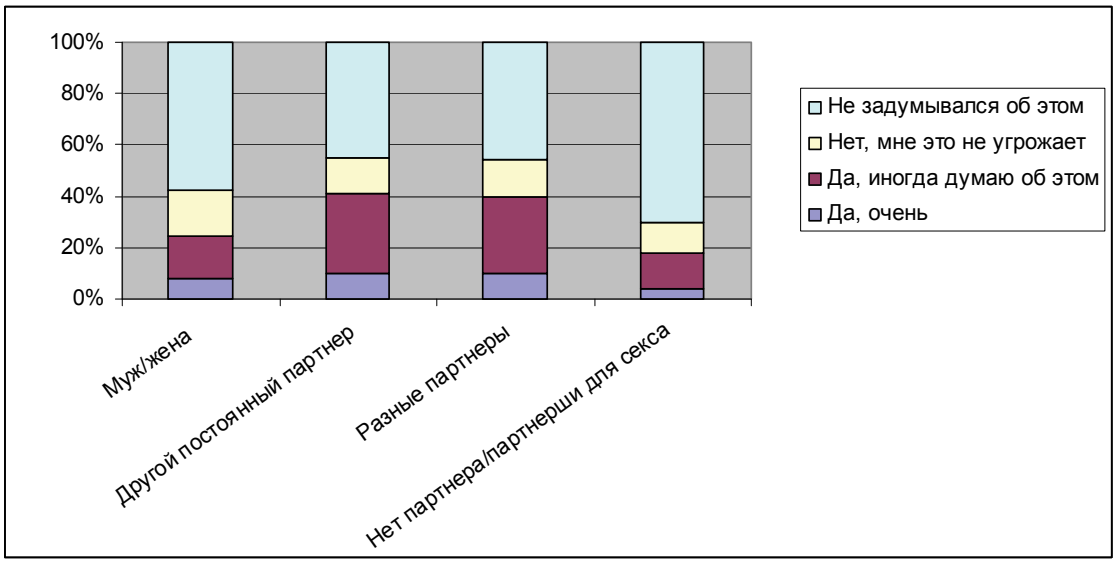
Таблица 5.5
Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться ВИЧ?, число ответивших в каждой категории, %

Ответ	Все опрошенные до обучения	Опрошенные в России после обучения
Да, очень	7	1
Да, иногда думаю об этом	18	81
Нет, мне это не угрожает	15	5
Не задумывался об этом	60	13

В части обеспокоенности возможностью заражения выделяются граждане Узбекистана, работающие в Казахстане: 92% ответили, что не задумывались об этом; при этом такой вариант ответа выбрали 55% таджикистанцев, работающих в России, 58% выходцев из Киргизии в РФ и 59% выходцев из Узбекистана в РФ. Женщины в целом чаще опасаются заражения, чем мужчины (не задумывались 64% опрошенных мужчин и только 44% опрошенных женщин). Образование также влияет на отношение к риску возможного заражения: чем выше уровень образования, тем меньше доля тех, кто не задумывался о возможности заразиться ВИЧ (со средним и неполным средним образованием – 67%; со средним специальным – 58%; с высшим и незаконченным высшим – 27%).

Логично предположить, что обеспокоенность возможностью заражения должна быть напрямую связана с наличием или отсутствием сексуальных отношений и постоянством этих отношений. Однако опрос показывает, что существенной разницы между теми, кто имеет разных сексуальных партнеров, и теми, кто имеет сексуальные отношения с постоянным партнером или мужем/женой, или вовсе не имеет сексуального партнера, нет (рисунок 5.1).

Рисунок 5.1
Обеспокоенность возможностью заражения ВИЧ в зависимости от наличия/отсутствия сексуального партнера/партнерши, %



Почти каждый десятый, имеющий разных сексуальных партнеров, не предохраняется во время половых контактов. Таким образом, возникает риск не только нежелательной беременности, но и различных заболеваний, передаваемых половым путем. В целом по массиву, включая всех имеющих сексуального партнера/партнершу (как постоянных, так и нет), каждый третий не предохраняется при половых контактах из религиозных соображений или потому, что партнер/партнерша против (среди выходцев из Таджикистана таких 35%, Киргизии – 20%, Узбекистана – 43%).

Как выяснилось в ходе опроса, те, кто имеют разных сексуальных партнеров и заявили о предохранении во время половых контактов, делают это далеко не всегда: доля использующих презерватив при каждом половом контакте среди респондентов этой категории всего 53%, остальные используют презерватив иногда или вовсе не используют. Таким образом, учитывая рост передачи ВИЧ при гетеросексуальных контактах в последние годы, можно оценить такое поведение мигрантов как крайне рискованное.

Большинство опрошенных плохо представляют себе, где можно анонимно сдать анализы на наличие ВИЧ: 82% (по всему массиву) не знают об этом и только 18% заявили, что знают такие медицинские учреждения (и это их знание в большинстве случаев реально подтверждается названными в ходе опроса конкретными адресами). При этом

среди опрошенных в России доля знающих, где можно пройти тестирование, еще ниже, чем в целом по массиву: всего 9% осведомлены об адресах таких медучреждений. После обучения картина изменилась радикально: 86% ответили, что знают, где сдать анализы на наличие ВИЧ. В то же время и после обучения сохранилась категория мигрантов (14%), не знающих, куда обратиться в случае возникновения подозрений. Это означает, что либо такие адреса не были четко названы в процессе обучения, либо не была проверена обратная реакция от слушателей.

Проверку на наличие ВИЧ-инфекции никогда не проходили больше половины респондентов. При этом после обучения их число, конечно, снизилось, но не радикально (до 47%; таблица 5.6). Относительно свежие результаты тестирования могли получить всего лишь 28% опрошенных (после обучения доля этой категории увеличилась почти в 2 раза до 53%).

Таблица 5.6

Когда Вы в последний раз проходили тест на ВИЧ-инфекцию?, число ответивших в каждой категории, %

Ответ	Все опрошенные до обучения	Опрошенные в России после обучения
В этом году	15	37
В прошлом году	13	16
Более года назад	15	0
Никогда	57	47

Ответ «никогда» в целом по массиву (без учета проходивших обучение) выбрали 33% граждан Таджикистана, 59% - Киргизии и 62% - Узбекистана. Доля мужчин, никогда не сдававших тест на ВИЧ, немного выше, чем женщин (59% против 49%). Среди опрошенных в России доля никогда не проходивших тестирование составляет 29%, еще 21% делали это давно, более года назад. Таким образом, работа в России все же заставляет часть мигрантов пройти тестирование на ВИЧ (доля никогда не проходивших тестирование здесь заметно ниже, чем в посылающих странах (67%) или Казахстане (79%)), но до полноценного охвата еще далеко.

Полученные в ходе опроса цифры проходивших и никогда не проходивших тестирование на ВИЧ подтверждаются и опросами предыдущих лет. Так, по данным опроса 2010 г. в Москве (Агаджанян, Зотова, 2011), 71% опрошенных мигранток из Средней Азии когда-либо сдавали анализ на ВИЧ, а 29% - нет.

Косвенным подтверждением того, что мигранты, имеющие медсправку для работы в России, не всегда сами проходят медосмотр, служит показатель доли никогда не проходивших тестирование на ВИЧ или проходивших его давно: среди обладателей медсправки таких набирается 30% (т.е. примерно мы выходим на уже высказанную ранее оценку о трети мигрантов, покупающих справки, а не проходящих медосмотр).

Среди тех, кто когда-либо проходил тестирование на ВИЧ, каждый десятый не знал результатов такого тестирования, а еще 13% затруднились ответить на этот вопрос (скорее всего, результат они тоже не знают; таблица 5.7). Среди опрошенных в России до обучения доля не знающих результатов тестирования почти такая же, как и по всему массиву (9%), а доля затруднившихся с ответом даже выше (22%). После обучения доля этих двух категорий падает до 2%. Таким образом, в процессе обучения необходимо не только рассказывать, где и как пройти тестирование на ВИЧ, но и объяснять важность получения результатов такого тестирования для самого мигранта, а не каких-то проверяющих органов.

Таблица 5.7

Знаете ли Вы результаты своего теста на ВИЧ?, число ответивших в каждой категории, %

Ответ	Все опрошенные до обучения	Опрошенные в России после обучения
Да	76	98
Нет	11	0
Затрудняюсь ответить	13	2

В целом распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов пока не очень велика, подтверждением чего служат ответы на вопрос о наличии родственников/знакомых, заразившихся ВИЧ: 98% опрошенных дали отрицательный ответ. По 1% знают заразившихся среди своих родственников/знакомых на родине и в России. Для сравнения: в ходе опроса женщин-мигрантов, проведенного ЦМИ в 2010 г. в России, 6% опрошенных заявили, что знают о случаях заражения женщин-мигрантов ВИЧ, а еще 3% - что таких случаев им известно много (Женщины-мигранты, 2011).

6. Выводы и рекомендации

Выводы

- Подавляющее большинство граждан стран Средней Азии, решившихся или планирующих выехать в миграцию, оценивают свое здоровье как «хорошее» или «удовлетворительное». Таким образом, мигранты – люди исходно здоровые, ухудшение состояния здоровья происходит уже в процессе миграции.

- Лишь около половины мигрантов, работающих в России, имели на руках медицинскую справку о прохождении медосмотра. Такая ситуация сохранялась, в том числе потому, что работающие в РФ по патентам у физических лиц не обязаны были получать такую справку. Но с 1 января 2015 г. без этой справки ни один мигрант не сможет получить патент для работы ни у физических, ни у юридических лиц. Можно ожидать, что вступление в силу этого требования вызовет определенные трудности у тех мигрантов, кто никогда не получали таких справок и не знают, как и где это делать.

- Даже среди тех, кто получал медицинские справки для работы в РФ, от четверти до трети опрошенных мигрантов не проходили медосмотр самостоятельно (иначе говоря, просто покупали справки). И с учетом этого фактора введение обязательности наличия справки для всех категорий мигрантов не выглядит панацеей: часть мигрантов, скорее всего, будут продолжать покупать этот документ.

- Крайне невелика доля мигрантов, покупающих медицинскую страховку, чтобы иметь возможность получать медпомощь в принимающих странах (по 7% и в России, и в Казахстане). С 1 января 2015 г. наличие купленного полиса ДМС стало в России обязательным для мигранта, без него невозможно будет получить никакие разрешительные документы для пребывания и работы. Представляется, что переход от 7 к 100% будет весьма непростым и потребует длительного времени.

- Несмотря на неоднократно звучавшие заявления политиков о большой нагрузке мигрантов на бюджеты здравоохранения, о нецелесообразности оплаты за них налогов в ФОМС и выдачи им полисов ОМС (так как они, якобы, мало работают по времени и много болеют), результаты данного опроса (как и всех предыдущих) показывают, что мигранты крайне редко пользуются медицинской помощью в принимающих странах (7% в Казахстане и 17% в России). В основном мигранты оставляют лечение «на потом», после возвращения на родину. А пока работают, к врачам обращаются только в крайнем случае.

- Опрос показал, что подавляющее большинство опрошенных мигрантов из Средней Азии очень слабо защищены от потенциального произвола работодателя: в среднем только каждый десятый имеет трудовой договор в письменном виде (совсем не обязательно при этом, что такой договор имеет юридическую силу).

- Узбекистанцы (особенно работающие в Казахстане) находятся в уязвимом положении для трудовой эксплуатации: у 43% из них паспорт находится у работодателя.

- Съём жилья совместно с другими мигрантами, проживание в жилье, предоставленном работодателем (включая проживание домашних работников, работающих в семье работодателя), или аренда койко-места в общежитии – три основных варианта для проживания среднеазиатского мигранта. Примерно каждый десятый мигрант проживает в плохо пригодном или просто не приспособленном для проживания жилье: в вагончике, техническом помещении, подвале, сарае, на рынке. Такая скученность проживания увеличивает риск распространения ТБ среди мигрантов.

- В результате снижения заболеваемости и роста показателя излечения показатель распространённости ТБ уменьшается. При этом уровень заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией напрямую связан с уровнем распространения ТБ в регионе.

- В целом знание о ТБ нельзя оценить как всеобщее: около четверти опрошенных по всей выборке ничего не знают об этом заболевании. Наименее осведомлёнными о ТБ оказались узбекистанцы (43% из них ничего не о нем знают).

- Среди ответивших, что обладают какими-то знаниями о ТБ, уровень знания о излечимости ТБ в среднем по всем опрошенным не превышает 73%. При этом узбекистанцы хуже киргизстанцев и таджикистанцев осведомлены о излечимости этой болезни: 4% заявили о полной, по их мнению, неизлечимости ТБ, а 36% затруднились сказать что-то определённое. Киргизстанцы на втором месте по уровню знания (6 и 21% соответственно сказали, что ТБ неизлечим или не осведомлены об этом), а таджикистанцы лучше остальных знают об излечимости этой болезни (82% знают, 16% не осведомлены, 2% думают, что ТБ вылечить нельзя).

- После обучения средняя величина знания о ТБ поднялась до 65%, но не стала 100%-ной (31% прошедших обучение затруднись ответить, а 4% сказали, что курс лечения можно прервать).

- В целом респонденты, которые заявили, что что-то знают о ТБ, хорошо осведомлены о рисках заражения им (82% дали правильный ответ). Обучение мигрантов вывело знание о рисках заражения ТБ к 100%

- Мигранты, как правило, не задумываются о том, что они могут заразиться ТБ. В среднем по выборке об этом заявили 60%. Менее остальных задумывались о возможности заражения ТБ мигранты из Узбекистана (80%), а 6% отметили, что это им не угрожает. Опрошенные в России после обучения респонденты показали резкий рост обеспокоенности возможностью заражения ТБ: 2% из них очень обеспокоенны этим, 88% задумываются о рисках заражения, в то время как по всей выборке число серьезно обеспокоенных возможностью заражения ТБ составляет 6%, а задумывающихся об этом только 21%.

- В целом по всей выборке наиболее авторитетной стороной для консультации при предполагаемом заболевании ТБ являются доктора. Об этом заявили 84% опрошенных. Около половины опрошенных при подозрении на ТБ посоветуются с членами семьи, 10% - с близкими друзьями. Среди готовящихся выехать в миграцию уровень доверия к докторам очень высокий: 90% будут советоваться с ними. Среди работающих в России мигрантов с докторами будут советоваться 66%, а среди работающих в Казахстане узбекистанцев - 92%.

- Только около половины опрошенных мигрантов (47%) знают о конкретных местах лечения ТБ в случае заражения им. При этом только 20% узбекистанцев, что-то знающих о ТБ, знают конкретное местонахождение медицинского учреждения, в которое нужно обратиться при заражении ТБ. Среди киргизстанцев осведомленных в 3 раза больше (67%), а среди таджикистанцев - 57%.

- Недостаточным можно назвать охват всех узбекистанцев флюорографией: 17% из них никогда её не делали. Среди киргизстанцев таких 10%, а среди таджикистанцев - 4%.

- В целом заражённость ТБ среди мигрантов довольно тревожна по масштабам. Среди опрошенных у 10% есть родственники или знакомые на родине, заразившиеся ТБ, а у 2% - родственники или знакомые, заразившиеся ТБ в России.

- В России продолжает ухудшаться эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции: сохраняется высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, увеличивается общее число ВИЧ-инфицированных и количество их смертей. При этом число инфицированных ВИЧ растет как среди российских, так и среди иностранных граждан почти одинаковыми темпами. Тем не менее, пока показатель количества новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. обследованных в РФ иностранных граждан заметно ниже (в 2 раза), чем аналогичный показатель для российских граждан.

- Несмотря на развитие эпидемии на территории всего постсоветского пространства, почти каждый третий мигрант заявил, что «ничего не знает о ВИЧ/СПИДе». Мало осведомлены о ВИЧ граждане Узбекистана, работающие в Казахстане (62% ничего не знали о ВИЧ).

- Опрос показал, что наиболее действенные способы распространения информации об инфекции - СМИ, ТВ и Интернет. Кроме того, очень действенным оказалось обучение (доля ничего не знавших о ВИЧ упала до 0).

- Обучение также существенно повышает процент не только в целом что-то узнающих о ВИЧ, но и тех, кто реально начинает представлять себе пути и способы передачи инфекции: доля согласных с различными правильными утверждениями, касающимися ВИЧ, вырастает после обучения до 60-80% (по сравнению с 30-60% до обучения).

- Опрошенные мигранты мало обеспокоены опасностью заражения ВИЧ: 60% вообще не задумывались об этом, а среди узбекистанцев, работающих в Казахстане, так ответили 92%. Обучение определенно заставляет мигрантов увидеть и оценить опасность заражения ВИЧ, после обучения доля «не задумывающихся» снижается до 13%.

- К сожалению, часто мигранты отличаются рисковым поведением с точки зрения опасности заражения. В частности, нет особой разницы в подходах к опасности заражения ВИЧ между имеющими постоянного сексуального партнера и имеющими сексуальные отношения с разными партнерами. Более того, почти каждый десятый, имеющий разных сексуальных партнеров, не предохраняется во время половых контактов.

- Большинство опрошенных плохо представляют себе, где можно анонимно сдать анализы на наличие ВИЧ (знают лишь 18%). При этом среди работающих в РФ доля знающих адреса конкретных медучреждений, где возможно пройти тестирование на ВИЧ, еще ниже, чем в целом по массиву (всего 9%). Обучение существенно меняет картину: 86% опрошенных после обучения ответили, что знают, где сдать анализы на наличие ВИЧ. В то же время и после обучения сохранилась категория мигрантов (14%), не знающих, куда обратиться в случае возникновения подозрений. Это означает, что либо такие адреса не были четко названы в процессе обучения, либо не была проверена обратная реакция от слушателей.

- Проверку на наличие ВИЧ-инфекции никогда не проходили больше половины респондентов. И даже после обучения их количество снизилось не радикально (до 47%). Но даже среди тех, кто проходил тестирование, каждый десятый не знал его результатов, а еще 13% затруднились ответить на этот вопрос (скорее всего, результат они тоже не знали). Обучение позволило снизить долю этих двух категорий до 2%. Таким образом, в процессе обучения необходимо не только рассказывать, где и как пройти тестирование на ВИЧ, но и объяснять важность получения результатов такого тестирования для самого мигранта, а не каких-то проверяющих органов.

- В целом распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов пока не очень велика, подтверждением чего служат ответы на вопрос о наличии родственников/знакомых, заразившихся ВИЧ (98% опрошенных дали отрицательный ответ).

Рекомендации

- Формирование серьезного отношения мигрантов к своему здоровью должно стать таким же пунктом подготовки к миграции, как и знание миграционных законов принимающей страны. Кроме того, мигрантов нужно дополнительно просвещать по поводу необходимости покупки медполиса и прохождения медосмотра для получения справки для работы в РФ. Вся эта работа должна проводиться в посылающих странах до выезда в миграцию (силами общественных организаций в сотрудничестве с правительственными структурами).

- Информационная кампания по предотвращению заболевания ТБ или ВИЧ должна быть дифференцированной в зависимости от миграционных намерений мигрантов. Для тех из них, кто нацелен на оседание в России или Казахстане, фактически постоянно проживает и не выезжает на родину, необходимо обеспечить понимание особой важности постоянного наблюдения за своим здоровьем именно в странах выезда ввиду длительного проживания. Приезжающих в Россию или Казахстан на сезонные работы необходимо информировать о рисках заболевания ТБ и ВИЧ, убеждать проходить полное медицинское обследование, в том числе флюорографию, до выезда в Россию в странах постоянного проживания, даже если это обследование не даст возможности получить документы, необходимые для трудоустройства в России, но обеспечит уверенность в хорошем состоянии здоровья и готовности к полноценной жизни и работе в стране выезда.

- Наиболее действенные способы распространения информации о ТБ и ВИЧ-инфекции - средства массовой информации, ТВ и Интернет. Поэтому есть смысл использовать эти каналы как в посылающих, так и в принимающих странах.

- Обучение в центрах подготовки мигрантов в принимающих странах показало свою позитивную роль с точки зрения информирования о ВИЧ и ТБ, каналах распространения, способах заражения и т.д. Такую практику необходимо продолжать. Исследование показало, что после обучения мигранты приобретают общее знание о профилактике заболеваемости ТБ и ВИЧ, но детали и подробности (например, невозможность прерывания лечения, возможность полного излечения от ТБ) усваиваются не всеми слушателями. Возможно, для более глубокого понимания следует модернизировать курс, сделать его более понятным, сосредоточиться на ключевых для эффективной профилактики вопросах, деталях и моментах. Следует усилить компоненту, связанную с получением обратной реакции от слушателей, т.е. проверку их итоговых знаний, как это произошло при данном исследовании.

- Как правило, большинство приезжающих в Россию мигрантов из Центральной Азии прибывают из небольших городов или сельской местности (наше исследование так же подтвердило этот тезис), обладают не самым лучшим знанием русского языка и невысоким уровнем образования. Это означает, что информационная кампания по профилактике ТБ и ВИЧ должна учитывать, что, с одной стороны, большая часть мигрантов слабо знакома с городской культурой общежития и отличающимися от «домашних» возможностями для профилактики ТБ и ВИЧ, и с другой стороны, она должна быть максимально простой по форме, понятной и доступной (возможно, в такой информационной кампании эффективным будет применение формата комиксов, уже получившего распространение при издании памяток для мигрантов в России).

- Многолетние исследования, в том числе и настоящее исследование, показывают, что мигранты, как правило, живут скученно, по нескольку человек в комнате. Поэтому особое внимание при проведении информационной кампании по профилактике ВИЧ и ТБ необходимо уделять правилам гигиены и профилактики в условиях общежития, а также всеобщей осведомлённости мигрантов о признаках заболевания ТБ, исключении ситуации совместного проживания с тем, кто имеет признаки заболевания ТБ и не прибегает к консультации врачей. Халатность, проявляемая по отношению к здоровью одним из соседей, не должна стать причиной заражения остальных. Поэтому так важно донести в информационной кампании по профилактике ТБ и ВИЧ мысль, что один заразившийся ТБ мигрант может быстро заразить своих соседей, так как инфекция передается воздушно-капельным путем. При организации информационной кампании по профилактике ТБ следует сосредоточиться на таких важных вопросах, как непрерывность лечения в случае заражения, необходимость регулярно проходить флюорографию и возможность полного излечения от ТБ в случае обнаружения его на ранних стадиях заболевания.

- Научные исследования показывают, что риск заражения ТБ возрастает при ВИЧ. В этой связи целесообразной видится совместная информационная кампания по предотвращению ТБ и ВИЧ.

- Исследование показало, что узбекистанцы меньше таджикистанцев и киргизстанцев осведомлены о ТБ, возможностях заражения, необходимости прохождения полного курса лечения в случаях заражения и возможности полного излечения ТБ при его обнаружении на ранних стадиях. В этой связи необходимо при организации информационных кампаний уделить особое внимание мигрантам из Узбекистана, по возможности организовав такую информационную компанию внутри Узбекистана, делая особый упор на просвещение о ТБ и ВИЧ узбекистанцев, находящихся в Казахстане и России.

Литература

Агаджанян В., Зотова Н. Социальная уязвимость и сексуальные риски женщин-мигрантов из Средней Азии в Москве. Демоскоп Weekly, № 465 – 466, 2 - 22 мая 2011 г. http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0465/analit02.php

Женщины-мигранты из стран СНГ в России /Тюрюканова Е.В. (ред.), Зайончковская Ж.А., Карачурина Л.Б., Мкртчян Н.В., Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. М.: МАКС Пресс, 2011. 184 с. (Серия: Миграционный барометр в Российской Федерации).

Зайончковская Ж., Полетаев Д. и др. Защита прав москвичей в условиях массовой миграции. Уполномоченный по правам человека в городе Москве. РОО «Центр миграционных исследований». М., 2014, 118 с.

Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулёзу и ВИЧ-инфекции в России // Туберкулёз и болезни лёгких, № 6, 2014, стр.9.

Полетаев Д.В, Ватлина Э.С., Карачурина Л.Б, Флоринская Ю. Ф Домашние работники в России и Казахстане: Оценка положения домашних работников на рынках труда России и Казахстана. Науч. ред Ж.А. Зайончковская - Алматы: ООН-Женщины, «Ex Libris», 2014.

Практика использования патентов на осуществление трудовой деятельности иностранными гражданами в Российской Федерации (Результаты исследования). МОМ, 2012 .http://moscow.iom.int/russian/publications/Practica_patent.pdf

Приложение 1

АНКЕТА 1
для трудовых мигрантов из Центральной Азии

N анкеты _____

Заполняется интервьюером
Место опроса (страна/город): _____Дата интервью: _____
Место проведения интервью (подробно): _____
_____
ФИО интервьюера: _____
_____
Интервью проведено в соответствии с инструкцией _____(подпись интервьюера)

I. Несколько вопросов о Вас и Вашей семье

1. Сколько Вам полных лет? _____

2. В какой стране Вы проживаете/из какой приехали в Россию? _____
_____

3. К какой национальности Вы себя относите?_____

4. Ваш пол: 1. Мужской 2. Женский

5. Где Вы живете/жили на родине до приезда в Россию?
1. В столице
2. В крупном городе (больше 100 тысяч жителей)
3. В малом городе
4. В селе

6. Ваше семейное положение:
1. Женат/замужем (в т.ч. гражданский брак) 2. Холост/не замужем 3. Вдовец(а)/разведен(а)

7. Есть ли у Вас дети до 18 лет? 1. Да (укажите, сколько) _____ 2. Нет

8. Ваше образование:
1. Высшее (закончили институт, университет) и незаконченное высшее
2. Среднее специальное (закончили училище, колледж, техникум)
3. Среднее (окончили среднюю школу, гимназию)
4. Неполное среднее и ниже (не окончили среднюю школу)

9. Каково материальное положение Вашей семьи в настоящее время?
1. Можем покупать все необходимое и делать сбережения
2. Можем покупать все необходимое, но делать сбережения не удается
3. Денег хватает только на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)
4. Денег не хватает даже на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)

10. Насколько хорошо Вы знаете русский язык?
1. Это мой родной язык 2. Знаю хорошо 3. Знаю не очень хорошо 4. Знаю плохо

Интервьюер! Вопросы 11-12 для опрашиваемых в России, имеющих мужа/жену и детей до 18 лет. Остальным – переход к разделу II.

11. Живут ли в России с Вами Ваш муж/жена? 1. Да 2. Нет

12. Живут ли в России с Вами дети до 18 лет? 1.Да (сколько детей?)_____
2.Нет

II. Работа и жизнь в России. Миграционный опыт

13. Это Ваш первый выезд в Россию на заработки? 1. Да
2. Нет

14. Как долго Вы находитесь в этом городе, не выезжая домой? _____ лет _____ месяцев

15. К какому типу Вы бы отнесли свои поездки на заработки?
1. Выезжаю на сезон _____месяцев
2. Почти весь год провожу на выезде, домой приезжаю только в отпуск на 1-2-3-месяца в год
3. Практически постоянно живу здесь, домой почти не езжу
4. Другое (укажите) _____

16. Какие из этих документов Вы имеете НА РУКАХ? *(отметьте **все** имеющиеся)*

1.Действующую миграционную карту	5.Медсправку об отсутствии заболеваний
2.Отрывной талон о постановке на миграционный учет/регистрацию	6. Медстраховку (полис)
3.Разрешение на работу в России	7. Разрешение на временное проживание (РВП)
4. Патент (для работы у частных лиц)	

Интервьюер! Вопрос 17 только для тех, у кого есть медицинская справка

17. Проходили ли Вы лично медосмотр и сдавали ли анализы при получении справки?
1. Да 2. Нет

18. Работаете ли Вы сейчас?
1. Да 2. Нет (переход к вопросу 25)

19. В какой сфере Вы работаете? *(зачитайте все варианты и отметьте один подходящий)*
1. Строительство, дорожное строительство (в организации, на фирме)
2. Торговля (оптовая и розничная)
3. Промышленность
4. Жилищно-коммунальное хозяйство
5. Сфера услуг (общепит, сфера развлечений, гостиницы и т.п.), кроме частных услуг на дому
6. Транспорт и связь
7. Услуги в частном доме (няня, сиделка, домработница, шофер, охранник, строитель на даче)
8. Здравоохранение, образование, наука
9. Другое (укажите) _____

20. Есть ли у Вас письменный договор с Вашим работодателем?
1. Да 2. Нет

21. Где обычно находится Ваш паспорт во время работы?
1. У меня 2. У работодателя 3. Другое (укажите) _____

22. Сколько Вы получаете в среднем в месяц (в рублях)? *(если трудно посчитать в среднем, то укажите за последний месяц)* _____ рублей

23. Если Вы болеете, как к этому относится работодатель?
1. оплачивает больничный
2. оплачивает лечение
3. можно не работать, но эти дни не оплачивают
4. нельзя пропускать работу, приходится работать, даже если болен

5. не болел, не знаю
6. другое_____

24. Пересылаете ли Вы деньги на родину?

1. Да, _____долларов США в месяц 2. Нет

25. Какое жилье у Вас в этом городе?

1. снимаю отдельное жилье (квартиру или комнату) для себя и своей семьи
2. снимаю жилье вместе с другими мигрантами (_____человек в комнате)
3. живу у родственников/друзей (_____человек в комнате)
4. живу у работодателя (_____человек в комнате)
5. живу в общежитии (_____человек в комнате)
6. живу в вагончике, живу в техническом помещении, подвале, сарае, на рынке
7. другое (укажите)_____

26. Каковы Ваши дальнейшие планы по пребыванию в России?

1. Остаться в России навсегда, получить гражданство
2. Хочу жить здесь несколько лет, а затем вернуться домой
3. Буду приезжать на короткий срок, зарабатывать деньги и уезжать домой
4. Больше не приеду сюда на заработки
5. Другое_____

III. Здоровье и посещение врачей

27. Как Вы оцениваете свое здоровье?

1. Хорошее 2. Удовлетворительное 3. Плохое

28. Пользовались ли Вы за последний год медицинской помощью?

1. Да, платной
2. Да, бесплатной
3. Да, платной и бесплатной
4. Нет, не было необходимости
5. Нет, лечусь сам/сама, так как нет возможности обратиться к врачу (дорого и т.п.)
6. Другое (укажите) _____

29. Как Вы лечитесь?

1. Хожу к врачам в целях профилактики и выполняю их рекомендации
2. Хожу к врачам, только когда возникает острая необходимость
3. Принимаю лекарства, которые советуют знакомые
4. Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы по ТВ или из Интернета
5. Никак, стараюсь перетерпеть
6. Другое_____

30. Есть ли у Вас сексуальный партнер?

1. Да, муж/жена
2. Да, другой постоянный партнер
3. Разные партнеры
4. Нет партнера/партнерши для секса (переход к вопросу 33)

31. Предохраняетесь ли Вы во время половых контактов от нежелательной беременности?

1. Нет, потому что хотим ребенка (переход к вопросу 33)
2. Нет, потому что партнер/партнерша против (переход к вопросу 33)
3. Нет, по религиозным/культурным соображениям (переход к вопросу 33)
4. Да (переход к вопросу 32)
5. Другое (укажите) _____(переход к вопросу 32)

32. Используете ли Вы презервативы?

1. Да, всегда 2. Да, иногда 3. Нет

IV. Туберкулез - осведомленность, распространенность, лечение

33. Знаете ли Вы что-то о туберкулезе и откуда Вы о нем узнали? *(можно отметить несколько вариантов)*

1. Из специальной памятки
2. От врачей
3. От знакомых, родственников
4. Из сообщений по ТВ, в СМИ, в интернете
5. Другое_____
6. Я ничего не знаю о туберкулезе *(переход к вопросу 39)*

34. Излечим ли туберкулез?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

35. Можно ли прервать курс лечения от туберкулеза, назначенный врачом?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

36. Как передается туберкулез? *(не зачитывайте варианты ответа)*

1. Правильный ответ (воздушно-капельным путем)
2. Неправильный ответ _____
3. Не знаю

37. Перечислите основные признаки заболевания туберкулезом_____

_____
__

38. Какие меры профилактики против заражения Вам известны_____

_____
__

39. Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться туберкулезом?

1. Да, очень 2. Да, иногда думаю об этом 3. Нет, мне это не угрожает
4. Не задумывался об этом

40. С кем Вы посоветуетесь, если заподозрите у себя туберкулез? *(можно отметить несколько вариантов)*

1. С доктором
2. С членами семьи
3. С близким другом
4. С работодателем
5. Ни с кем
6. Другое_____

41. Знаете ли Вы, куда обратиться в случае подозрений на наличие туберкулеза?

1. Да (укажите конкретное название медучреждения)
_____
2. Нет

42. Как Вы думаете, почему некоторые зараженные люди не обращаются за лечением? *(можно выбрать несколько вариантов)*

1. Не знают, куда обратиться
2. Боятся, что узнают близкие и перестанут общаться
3. Боятся потерять работу
4. Боятся депортации из России
5. Не верят в возможность вылечиться
6. С ними плохо обращается медперсонал
7. У них нет денег на лечение
8. Другое_____
9. Затрудняюсь ответить

43. Когда Вы в последний раз делали флюорографию (рентген грудной клетки)?
1. В этом году 2. В прошлом году 3. Более года назад 4. Никогда (переход к в.45)

44. Знаете ли Вы результаты своей флюорографии (рентгена)?
1. Да 2. Нет 3. Не помню

45. Есть ли среди Ваших родственников/знакомых заразившиеся туберкулезом?
1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет (переход к вопросу 47)

46. Если да, то получают ли они лечение?
1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет 4. Не знаю

V. ВИЧ/СПИД – осведомленность, распространенность, лечение

47. Знаете ли Вы что-то о ВИЧ/СПИДе и откуда Вы о нем узнали? *(можно отметить несколько вариантов)*
1. Из специальной памятки
2. От врачей
3. От знакомых, родственников
4. Из сообщений по ТВ, в СМИ, в интернете
5. Другое (укажите)_____
6. Я ничего не знаю о ВИЧ/СПИДе (переход к вопросу 49)

48. Выберите из списка и обведите те утверждения, с которыми Вы согласны:
1. Риск ВИЧ-инфекции можно снизить, если иметь половые контакты только с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции
2. Риск передачи ВИЧ можно снизить, если использовать презервативы
3. Риск передачи ВИЧ от матери к ребенку можно снизить, если наблюдаться и лечиться во время беременности
4. Здоровый на вид человек может иметь ВИЧ
5. ВИЧ можно заразиться через укус комара
6. ВИЧ можно заразиться в быту: принимая пищу из одной посуды с ВИЧ-инфицированным человеком; при рукопожатии; пользуясь общим полотенцем
7. ВИЧ можно заразиться, используя шприц, которым кто-то уже пользовался
8. ВИЧ можно заразиться при переливании крови

49. Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться ВИЧ?
1. Да, очень 2. Да, иногда думаю об этом 3. Нет, мне это не угрожает 4. Не задумывался об этом

50. Знаете ли Вы, где можно анонимно сдать анализы на наличие ВИЧ?
1. Да (укажите конкретное название медучреждения)
_____
2. Нет

51. Когда Вы в последний раз проходили тест на ВИЧ-инфекцию?
1. В этом году 2. В прошлом году 3. Более года назад 4. Никогда (переход к в.53)

52. Знаете ли Вы результаты своего теста на ВИЧ?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

53. Есть ли среди Ваших родственников/знакомых заразившиеся ВИЧ?
1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет (конец опроса)

54. Если да, то получают ли они лечение?
1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет 4. Не знаю

Большое спасибо за ответы!

Приложение 2

АНКЕТА 2
для трудовых мигрантов из Центральной Азии

N анкеты _____

Заполняется интервьюером
Место опроса (страна/город): _____Дата интервью: _____
Место проведения интервью (подробно): _____
_____
ФИО интервьюера: _____
_____
Интервью проведено в соответствии с инструкцией _____(подпись интервьюера)

I. Несколько вопросов о Вас и Вашей семье

1. Сколько Вам полных лет? _____

2. В какой стране Вы проживаете/из какой приехали в Россию? _____
_____

3. К какой национальности Вы себя относите?_____

4. Ваш пол: 1. Мужской 2. Женский

5. Где Вы живете/жили на родине до приезда в Россию?
2. В столице
2. В крупном городе (больше 100 тысяч жителей)
3. В малом городе
4. В селе

6. Ваше семейное положение:
1. Женат/замужем (в т.ч. гражданский брак) 2. Холост/не замужем 3. Вдовец(а)/разведен(а)

7. Есть ли у Вас дети до 18 лет? 1. Да (укажите, сколько) _____ 2. Нет

8. Ваше образование:
5. Высшее (закончили институт, университет) и незаконченное высшее
6. Среднее специальное (закончили училище, колледж, техникум)
7. Среднее (окончили среднюю школу, гимназию)
8. Неполное среднее и ниже (не окончили среднюю школу)

9. Каково материальное положение Вашей семьи в настоящее время?
1. Можем покупать все необходимое и делать сбережения
2. Можем покупать все необходимое, но делать сбережения не удается
3. Денег хватает только на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)
4. Денег не хватает даже на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)

10. Насколько хорошо Вы знаете русский язык?
1. Это мой родной язык 2. Знаю хорошо 3. Знаю не очень хорошо 4. Знаю плохо

III. Здоровье и посещение врачей

27. Как Вы оцениваете свое здоровье?
1. Хорошее 2. Удовлетворительное 3. Плохое

28. Пользовались ли Вы за последний год медицинской помощью?
1. Да, платной
2. Да, бесплатной
3. Да, платной и бесплатной
4. Нет, не было необходимости

5. Нет, лечусь сам/сама, так как нет возможности обратиться к врачу (дорого и т.п.)
6. Другое (укажите) _____

29. Как Вы лечитесь?
1. Хожу к врачам в целях профилактики и выполняю их рекомендации
2. Хожу к врачам, только когда возникает острая необходимость
3. Принимаю лекарства, которые советуют знакомые
4. Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы по ТВ или из Интернета
5. Никак, стараюсь перетерпеть
6. Другое_____

30. Есть ли у Вас сексуальный партнер?
1. Да, муж/жена
2. Да, другой постоянный партнер
3. Разные партнеры
4. Нет партнера/партнерши для секса (переход к вопросу 33)

31. Предохраняетесь ли Вы во время половых контактов от нежелательной беременности?
1. Нет, потому что хотим ребенка (переход к вопросу 33)
2. Нет, потому что партнер/партнерша против (переход к вопросу 33)
3. Нет, по религиозным/культурным соображениям (переход к вопросу 33)
4. Да (переход к вопросу 32)
5. Другое (укажите) _____(переход к вопросу 32)

32. Используете ли Вы презервативы?
1. Да, всегда
2. Да, иногда
3. Нет

IV. Туберкулез - осведомленность, распространенность, лечение

33. Знаете ли Вы что-то о туберкулезе и откуда Вы о нем узнали? *(можно отметить несколько вариантов)*
1. Из специальной памятки
2. От врачей
3. От знакомых, родственников
4. Из сообщений по ТВ, в СМИ, в интернете
5. Другое_____
6. Я ничего не знаю о туберкулезе *(переход к вопросу 39)*

34. Излечим ли туберкулез?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

35. Можно ли прервать курс лечения от туберкулеза, назначенный врачом?
1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

36. Как передается туберкулез? *(не зачитывайте варианты ответа)*
1. Правильный ответ (воздушно-капельным путем)
2. Неправильный ответ _____
3. Не знаю

37. Перечислите основные признаки заболевания туберкулезом_____

_____

38. Какие меры профилактики против заражения Вам известны_____

_____

39. Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться туберкулезом?
1. Да, очень
2. Да, иногда думаю об этом
3. Нет, мне это не угрожает
4. Не задумывался об этом

40. С кем Вы посоветуетесь, если заподозрите у себя туберкулез? *(можно отметить несколько вариантов)*

1. С доктором
2. С членами семьи
3. С близким другом
4. С работодателем
5. Ни с кем
6. Другое_____

41. Знаете ли Вы, куда обратиться в случае подозрений на наличие туберкулеза?

1. Да (укажите конкретное название медучреждения)

_____

2. Нет

42. Как Вы думаете, почему некоторые зараженные люди не обращаются за лечением? *(можно выбрать несколько вариантов)*

1. Не знают, куда обратиться
2. Боятся, что узнают близкие и перестанут общаться
3. Боятся потерять работу
4. Боятся депортации из России
5. Не верят в возможность вылечиться
6. С ними плохо обращается медперсонал
7. У них нет денег на лечение
8. Другое_____
9. Затрудняюсь ответить

43. Когда Вы в последний раз делали флюорографию (рентген грудной клетки)?

1. В этом году 2. В прошлом году 3. Более года назад 4. Никогда (переход к в.45)

44. Знаете ли Вы результаты своей флюорографии (рентгена)?

1. Да 2. Нет 3. Не помню

45. Есть ли среди Ваших родственников/знакомых заразившиеся туберкулезом?

1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет (переход к вопросу 47)

46. Если да, то получают ли они лечение?

1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет 4. Не знаю

V. ВИЧ/СПИД – осведомленность, распространенность, лечение

47. Знаете ли Вы что-то о ВИЧ/СПИДе и откуда Вы о нем узнали? *(можно отметить несколько вариантов)*

1. Из специальной памятки
2. От врачей
3. От знакомых, родственников
4. Из сообщений по ТВ, в СМИ, в интернете
5. Другое (укажите)_____
6. Я ничего не знаю о ВИЧ/СПИДе (переход к вопросу 49)

48. Выберите из списка и обведите те утверждения, с которыми Вы согласны:

1. Риск ВИЧ-инфекции можно снизить, если иметь половые контакты только с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции
2. Риск передачи ВИЧ можно снизить, если использовать презервативы
3. Риск передачи ВИЧ от матери к ребенку можно снизить, если наблюдаться и лечиться во время беременности
4. Здоровый на вид человек может иметь ВИЧ
5. ВИЧ можно заразиться через укус комара

6. ВИЧ можно заразиться в быту: принимая пищу из одной посуды с ВИЧ-инфицированным человеком; при рукопожатии; пользуясь общим полотенцем
7. ВИЧ можно заразиться, используя шприц, которым кто-то уже пользовался
8. ВИЧ можно заразиться при переливании крови

49. Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться ВИЧ?

1. Да, очень 2. Да, иногда думаю об этом 3. Нет, мне это не угрожает 4. Не задумывался об этом

50. Знаете ли Вы, где можно анонимно сдать анализы на наличие ВИЧ?

1. Да (укажите конкретное название медучреждения) _____
2. Нет

51. Когда Вы в последний раз проходили тест на ВИЧ-инфекцию?

1. В этом году 2. В прошлом году 3. Более года назад 4. Никогда (переход к в.53)

52. Знаете ли Вы результаты своего теста на ВИЧ?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

53. Есть ли среди Ваших родственников/знакомых заразившиеся ВИЧ?

1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет (конец опроса)

54. Если да, то получают ли они лечение?

1. Да, на родине 2. Да, в России 3. Нет 4. Не знаю

Большое спасибо за ответы!

Приложение 3

АНКЕТА 3
для трудовых мигрантов из Центральной Азии в Казахстане

N анкеты _____

Заполняется интервьюером
Место опроса (страна/город): _____Дата интервью: _____
Место проведения интервью (подробно): _____
_____
ФИО интервьюера: _____
_____
Интервью проведено в соответствии с инструкцией _____(подпись интервьюера)

I. Несколько вопросов о Вас и Вашей семье

1. Сколько Вам полных лет? _____

2. В какой стране Вы проживаете/из какой приехали в Казахстан?_____
_____

3. К какой национальности Вы себя относите?_____

4. Ваш пол: 1. Мужской 2. Женский

5. Где Вы живете/жили на родине до приезда в Казахстан?
3. В столице
2. В крупном городе (больше 100 тысяч жителей)
3. В малом городе
4. В селе

6. Ваше семейное положение:
1. Женат/замужем (в т.ч. гражданский брак) 2. Холост/не замужем 3. Вдовец(а)/разведен(а)

7. Есть ли у Вас дети до 18 лет? 1. Да (укажите, сколько) _____ 2. Нет

8. Ваше образование:
9. Высшее (закончили институт, университет) и незаконченное высшее
10. Среднее специальное (закончили училище, колледж, техникум)
11. Среднее (окончили среднюю школу, гимназию)
12. Неполное среднее и ниже (не окончили среднюю школу)

9. Каково материальное положение Вашей семьи в настоящее время?
1. Можем покупать все необходимое и делать сбережения
2. Можем покупать все необходимое, но делать сбережения не удается
3. Денег хватает только на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)
4. Денег не хватает даже на самое необходимое (еду, одежду и т.п.)

10. Насколько хорошо Вы знаете казахский язык?
1. Это мой родной язык 2. Знаю хорошо 3. Знаю не очень хорошо 4. Знаю плохо

Интервьюер! Вопросы 11-12 для опрашиваемых в Казахстане, имеющих мужа/жену и детей до 18 лет. Остальным – переход к разделу II.

11. Живут ли в Казахстане с Вами Ваш муж/жена? 1. Да 2. Нет

12. Живут ли в Казахстане с Вами дети до 18 лет? 1.Да (сколько детей?)_____ 2.Нет

II. Работа и жизнь в Казахстане. Миграционный опыт

13. Это Ваш первый выезд в Казахстан на заработки? 1. Да
2. Нет

14. Как долго Вы находитесь в этом городе, не выезжая домой? _____ лет _____ месяцев

15. К какому типу Вы бы отнесли свои поездки на заработки?
1. Выезжаю на сезон _____месяцев
2. Почти весь год провожу на выезде, домой приезжаю только в отпуск на 1-2-3-месяца в год
3. Практически постоянно живу здесь, домой почти не езжу
4. Другое (укажите) _____

16. Какие из этих документов Вы имеете НА РУКАХ? *(отметьте **все** имеющиеся)*

1.Действующую миграционную карту
2. Регистрацию на территории Казахстана
3.Разрешение на работу в Казахстане
4. Патент (для работы у частных лиц)
5.Медсправку об отсутствии заболеваний
6. Медстраховку (полис)
7. Разрешение на временное проживание в Казахстане

Интервьюер! Вопрос 17 только для тех, у кого есть медицинская справка

17. Проходили ли Вы лично медосмотр и сдавали ли анализы при получении справки?
1. Да 2. Нет

18. Работаете ли Вы сейчас?
1. Да 2. Нет (переход к вопросу 25)

19. В какой сфере Вы работаете? *(зачитайте все варианты и отметьте один подходящий)*
1. Строительство, дорожное строительство (в организации, на фирме)
2. Торговля (оптовая и розничная)
3. Промышленность
4. Жилищно-коммунальное хозяйство
5. Сфера услуг (общепит, сфера развлечений, гостиницы и т.п.), кроме частных услуг на дому
6. Транспорт и связь
7. Услуги в частном доме (няня, сиделка, домработница, шофер, охранник, строитель на даче)
8. Здравоохранение, образование, наука
9. Другое (укажите) _____

20. Есть ли у Вас письменный договор с Вашим работодателем?
1. Да 2. Нет

21. Где обычно находится Ваш паспорт во время работы?
1. У меня 2. У работодателя 3. Другое (укажите) _____

22. Сколько Вы получаете в среднем в месяц (в тенге)? *(если трудно посчитать в среднем, то укажите за последний месяц)* _____ тенге

23. Если Вы болеете, как к этому относится работодатель?
1. оплачивает больничный
2. оплачивает лечение
3. можно не работать, но эти дни не оплачивают
4. нельзя пропускать работу, приходится работать, даже если болен
5. не болел, не знаю

6. другое_____

24. Пересылаете ли Вы деньги на родину?

1. Да, _____долларов США в месяц 2. Нет

25. Какое жилье у Вас в этом городе?

1. снимаю отдельное жилье (квартиру или комнату) для себя и своей семьи
2. снимаю жилье вместе с другими мигрантами (_____человек в комнате)
3. живу у родственников/друзей (_____человек в комнате)
4. живу у работодателя (_____человек в комнате)
5. живу в общежитии (_____человек в комнате)
6. живу в вагончике, живу в техническом помещении, подвале, сарае, на рынке
7. другое (укажите)_____

26. Каковы Ваши дальнейшие планы по пребыванию в Казахстане?

6. Остаться в Казахстане навсегда, получить гражданство
7. Хочу жить здесь несколько лет, а затем вернуться домой
8. Буду приезжать на короткий срок, зарабатывать деньги и уезжать домой
9. Больше не приеду сюда на заработки
10. Другое_____

III. Здоровье и посещение врачей

27. Как Вы оцениваете свое здоровье?

1. Хорошее 2. Удовлетворительное 3. Плохое

28. Пользовались ли Вы за последний год медицинской помощью?

1. Да, платной
2. Да, бесплатной
3. Да, платной и бесплатной
4. Нет, не было необходимости
5. Нет, лечусь сам/сама, так как нет возможности обратиться к врачу (дорого и т.п.)
6. Другое (укажите) _____

29. Как Вы лечитесь?

1. Хожу к врачам в целях профилактики и выполняю их рекомендации
2. Хожу к врачам, только когда возникает острая необходимость
3. Принимаю лекарства, которые советуют знакомые
4. Принимаю лекарства, о которых узнаю из рекламы по ТВ или из Интернета
5. Никак, стараюсь перетерпеть
6. Другое_____

30. Есть ли у Вас сексуальный партнер?

1. Да, муж/жена
2. Да, другой постоянный партнер
3. Разные партнеры
4. Нет партнера/партнерши для секса (переход к вопросу 33)

31. Предохраняетесь ли Вы во время половых контактов от нежелательной беременности?

1. Нет, потому что хотим ребенка (переход к вопросу 33)
2. Нет, потому что партнер/партнерша против (переход к вопросу 33)
3. Нет, по религиозным/культурным соображениям (переход к вопросу 33)
4. Да (переход к вопросу 32)
5. Другое (укажите) _____(переход к вопросу 32)

32. Используете ли Вы презервативы?

1. Да, всегда 2. Да, иногда 3. Нет

IV. Туберкулез - осведомленность, распространенность, лечение

33. Знаете ли Вы что-то о туберкулезе и откуда Вы о нем узнали? *(можно отметить несколько вариантов)*

1. Из специальной памятки
2. От врачей
3. От знакомых, родственников
4. Из сообщений по ТВ, в СМИ, в интернете
5. Другое_____
6. Я ничего не знаю о туберкулезе *(переход к вопросу 39)*

34. Излечим ли туберкулез?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

35. Можно ли прервать курс лечения от туберкулеза, назначенный врачом?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

36. Как передается туберкулез? *(не зачитывайте варианты ответа)*

1. Правильный ответ (воздушно-капельным путем)
2. Неправильный ответ _____
3. Не знаю

37. Перечислите основные признаки заболевания туберкулезом_____

_____

__

38. Какие меры профилактики против заражения Вам известны_____

_____

__

39. Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться туберкулезом?

1. Да, очень 2. Да, иногда думаю об этом 3. Нет, мне это не угрожает
4. Не задумывался об этом

40. С кем Вы посоветуетесь, если заподозрите у себя туберкулез? *(можно отметить несколько вариантов)*

1. С доктором
2. С членами семьи
3. С близким другом
4. С работодателем
5. Ни с кем
6. Другое_____

41. Знаете ли Вы, куда обратиться в случае подозрений на наличие туберкулеза?

1. Да (укажите конкретное название медучреждения)
_____
2. Нет

42. Как Вы думаете, почему некоторые зараженные люди не обращаются за лечением? *(можно выбрать несколько вариантов)*

1. Не знают, куда обратиться
2. Боятся, что узнают близкие и перестанут общаться
3. Боятся потерять работу
4. Боятся депортации из Казахстана
5. Не верят в возможность вылечиться
6. С ними плохо обращается медперсонал
7. У них нет денег на лечение
8. Другое_____
9. Затрудняюсь ответить

43. Когда Вы в последний раз делали флюорографию (рентген грудной клетки)?

1. В этом году 2. В прошлом году 3. Более года назад 4. Никогда (переход к в.45)

44. Знаете ли Вы результаты своей флюорографии (рентгена)?
1. Да 2. Нет 3. Не помню

45. Есть ли среди Ваших родственников/знакомых заразившиеся туберкулезом?
1. Да, на родине 2. Да, в Казахстане 3. Нет (переход к вопросу 47)

46. Если да, то получают ли они лечение?
1. Да, на родине 2. Да, в Казахстане 3. Нет 4. Не знаю

V. ВИЧ/СПИД – осведомленность, распространенность, лечение

47. Знаете ли Вы что-то о ВИЧ/СПИДе и откуда Вы о нем узнали? *(можно отметить несколько вариантов)*
1. Из специальной памятки
2. От врачей
3. От знакомых, родственников
4. Из сообщений по ТВ, в СМИ, в интернете
5. Другое (укажите)_____
6. Я ничего не знаю о ВИЧ/СПИДе (переход к вопросу 49)

48. Выберите из списка и обведите те утверждения, с которыми Вы согласны:
1. Риск ВИЧ-инфекции можно снизить, если иметь половые контакты только с одним верным партнером, у которого нет ВИЧ-инфекции
2. Риск передачи ВИЧ можно снизить, если использовать презервативы
3. Риск передачи ВИЧ от матери к ребенку можно снизить, если наблюдаться и лечиться во время беременности
4. Здоровый на вид человек может иметь ВИЧ
5. ВИЧ можно заразиться через укус комара
6. ВИЧ можно заразиться в быту: принимая пищу из одной посуды с ВИЧ-инфицированным человеком; при рукопожатии; пользуясь общим полотенцем
7. ВИЧ можно заразиться, используя шприц, которым кто-то уже пользовался
8. ВИЧ можно заразиться при переливании крови

49. Обеспокоены ли Вы возможностью заразиться ВИЧ?
1. Да, очень 2. Да, иногда думаю об этом 3. Нет, мне это не угрожает
4. Не задумывался об этом

50. Знаете ли Вы, где можно анонимно сдать анализы на наличие ВИЧ?
1. Да (укажите конкретное название медучреждения)
_____
2. Нет

51. Когда Вы в последний раз проходили тест на ВИЧ-инфекцию?
1. В этом году 2. В прошлом году 3. Более года назад 4. Никогда (переход к в.53)

52. Знаете ли Вы результаты своего теста на ВИЧ?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

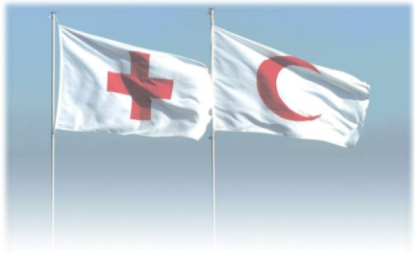
53. Есть ли среди Ваших родственников/знакомых заразившиеся ВИЧ?
1. Да, на родине 2. Да, в Казахстане 3. Нет (конец опроса)

54. Если да, то получают ли они лечение?
1. Да, на родине 2. Да, в Казахстане 3. Нет 4. Не знаю

Большое спасибо за ответы!

Для заметок.

Для заметок.



Основополагающие принципы Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца

ГУМАННОСТЬ *Международное Движение Красного Креста и Красного Полумесяца, порожденное стремлением оказывать помощь всем раненым на поле боя без исключения или предпочтения, старается при любых обстоятельствах как на международном, так и на национальном уровне предотвращать и облегчать страдания человека. Движение призвано защищать жизнь и здоровье людей и обеспечивать уважение к человеческой личности. Оно способствует достижению взаимопонимания, дружбы, сотрудничества и прочного мира между народами.*

БЕСПРИСТРАСТНОСТЬ *Движение не проводит никакой дискриминации по признаку национальности, расы, религии, класса или политических убеждений. Оно лишь стремится облегчать страдания людей, и в первую очередь, тех, кто больше всего в этом нуждается.*

НЕЙТРАЛЬНОСТЬ *Чтобы сохранить всеобщее доверие, Движение не может принимать чью-либо сторону в вооруженных конфликтах и вступать в споры политического, расового, религиозного или идеологического характера.*

НЕЗАВИСИМОСТЬ *Движение независимо. Национальные общества, оказывая своим правительствам помощь в их гуманитарной деятельности и подчиняясь законам своей страны, должны, тем не менее, всегда сохранять автономию, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с принципами Красного Креста.*

ДОБРОВОЛЬНОСТЬ *В своей добровольной деятельности по оказанию помощи Движение ни в коей мере не руководствуется стремлением к получению выгоды.*

ЕДИНСТВО *В стране может быть только одно национальное общество Красного Креста или Красного Полумесяца. Оно должно быть открыто для всех и осуществлять свою гуманитарную деятельность на всей территории страны.*

УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ *Движение является всемирным. Все национальные общества пользуются равными правами и обязаны оказывать помощь друг другу.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Полетаев Дмитрий Вячеславович

Кандидат экономических наук, Директор Региональной общественной организации «Центр миграционных исследований», Ведущий научный сотрудник лаборатории Анализа и прогнозирования миграции Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. Закончил Московский экономико-статистический институт в 1996 г., является миграционным экспертом. Автор около 100 публикаций в сфере миграции. Инициатор создания в Москве Музея истории миграции.

Флоринская Юлия Фридриховна

Кандидат географических наук, ведущий научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС, заместитель директора Центра миграционных исследований. Занимается исследованием миграционных процессов более 15 лет. Сфера научных интересов – трудовая миграция; приграничные миграции; интеграция мигрантов; миграция женщин; семейная миграция; доступ мигрантов к сфере здравоохранения и образования в принимающих странах. Автор более 70 научных работ по теме миграции