



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
по контролю за гемоконтактными
вирусами гепатитами и вирусом
иммунодефицита человека
Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики



Partner

giz

Central Asia Drug
CADAP
Action Programme



This Programme is funded by the European Union

Результаты био-поведенческого исследования по ВИЧ среди трудовых мигрантов в Кыргызской Республике

ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Данная публикация была издана при поддержке Европейского Союза и BACKUP Health/GIZ, по поручению Федерального министерства экономического сотрудничества и развития Германии. Ее содержание является исключительной ответственностью Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и не обязательно отражает взгляды Европейского Союза и BACKUP Health/GIZ, по поручению Федерального министерства экономического сотрудничества и развития Германии.

ОБЗОР ПРОЕКТА

Название проекта	Био-поведенческое исследование на ВИЧ среди трудовых мигрантов в Кыргызской Республике
Финансирующая организация	Deutsche gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH CADAP 7
Ключевые контакты	Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Сотрудничающие организации	ICAP, Колумбийский университет

Рабочей группой разработан протокол, который является основным руководством для проведения Био-поведенческого исследования по ВИЧ среди трудовых мигрантов в Кыргызской Республике (БПИ 2020). В рамках этого исследования проведены поведенческий опрос и биологическое обследование трудовых мигрантов, в отобранных городах/районах Кыргызской Республики.

Первоочередными задачами данного исследования являются оценить распространенность ВИЧ среди трудовых мигрантов в каждом из выбранных дозорных сайтов. Выбор сайтов основывался на данных о численности оттока мигрантов в разрезе регионов страны. Были выбраны территории с наибольшим оттоком населения – г.Бишкек, г.Ош, Ошская, Жалал-Абадская, Чуйская области.

Аналогичных исследований в Кыргызстане никогда не проводилось и данные такого исследования необходимы для планирования программных ответных мер по борьбе с ВИЧ, оценки потребностей трудовых мигрантов в профилактике ВИЧ, надлежащего распределения ресурсов и объединения усилий по адвокатированию.

В исследовании использована выборка, построенная самими респондентами (РДС), которая рекомендована по результатам формативной оценки и является проверенным методом набора ключевых групп населения ранее не изученных.

СОДЕРЖАНИЕ

1 ИССЛЕДОВАТЕЛИ и РОЛИ	6
Список исследователей и институциональная принадлежность	6
2 ВВЕДЕНИЕ	7
3 БАЗОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ	7
3.1 Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ инфекции в Кыргызской Республике	7
4 АКТУАЛЬНОСТЬ	8
4.1 Ситуация по мигрантам в КР	8
4.2 ВИЧ-инфекция и мигранты	11
5 ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ	12
5.1 Цель	12
5.2 Задачи	12
6 МЕТОДОЛОГИЯ	12
6.1 Рамки исследования	12
6.1.1. <i>Население</i>	12
6.2 Места проведения исследования	13
6.1.2. <i>Обоснование выбора дозорных сайтов</i>	13
6.1.3. <i>Биомаркеры</i>	14
6.3 Дизайн исследования и метод формирования выборки	14
6.3.1. <i>Выборка, построенная самими респондентами (РДС)</i>	14
6.4 Расчет размера выборки	14
6.5 Инструменты сбора данных	15
6.6 Процедуры исследования	15
6.7 Этические аспекты	19
7 Результаты анализа	19
7.1 Рекрутинг	19
7.2 Демографические данные	22
7.3 Источники дохода, уровень дохода	24
7.4 Вопросы миграции	26
7.5 Поведенческие вопросы (сексуальное и инъекционное)	40
7.6 Знания и осведомленность мигрантов о вопросах, связанных с ВИЧ/СПИДом ..	59
7.7 Вопросы тестирования на ВИЧ	64
7.8 Опыт получения медицинских услуг	70
7.9 Опыт стигмы и дискриминации	73
7.10 Результаты тестирования: ВИЧ, ВГВ, ВГС, сифилис	75
7.11 Выводы	77
7.12 Проблемы и вызовы в ходе планирования и проведения исследования	79
7.13 Рекомендации	80

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СПИД	Синдром приобретённого иммунодефицита
АРТ	Антиретровирусная терапия
БПИ	Био-поведенческое исследование
DEFF	Дизайн-эффект выборки
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ЭС	Электронная система слежения за случаями ВИЧ-инфекции
ИФА	Иммуноферментный анализ
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ВГС	Вирус гепатита С
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВГ	Вирусные гепатиты
КН	Ключевое население
МСМС	Марковская цепь Монте-Карло
ТМ	Трудовые мигранты
НАТ	Тест на нуклеиновую кислоту
НПО	Неправительственная организация
ПО	Процент отказов от участия в исследовании
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ПЕПФАР	Транслитерация английской аббревиатуры «PEPFAR», означающая Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИД
РРТ	Пробирки вакутайнеры для отделения плазмы
ДКП	Доконтактная профилактика
РЦКГВГиВИЧ МЗ КР	Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
РДС	Транслитерация английской аббревиатуры «RDS», означающая методику отбора респондентов - выборка, построенная респондентами
ДЭТ	Диагностический экспресс-тест
СОП	Стандартные операционные процедуры
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
УИК	Уникальный идентификационный код
GIZ	Немецкая аббревиатура - Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, означающая Германское общество по международному сотрудничеству
CADAP	Central Asia Drug Program Action Program - Программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии
ЮНЭЙДС	Транслитерация английской аббревиатуры «UNAIDS», означающая Объединённая программа Организаций Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

ТЕРМИН	ОПРЕДЕЛЕНИЕ
Эквилибриум	Выборка достигла «эквилибриума», если наблюдаемый состав выборки совпадает с ожидаемым долгосрочным составом выборки, предполагая конкретную модель процесса выборки.
Трудовой мигрант	Человек, который был в миграции за последние 12 месяцев с целью заработка и находился там не менее 3-х месяцев.
Участники исследования	Члены целевой группы населения, которые дали согласие принять участие в исследовании, и завершили участие в опросе и тестировании. Эти люди могли быть привлечены к участию в исследовании самими исследователями (в этом случае такие участники исследования называются «семенами») или равными себе (в этом случае такие участники исследования называются «участники привлеченные равными себе»).
Участник, привлеченный к участию в исследовании равным себе	Участник, завербованный/привлеченный к участию членом целевой группы населения.
Получатель купона	Лицо, получившее купон. Не все получатели купонов являются представителями целевой группы, и не все получатели купонов становятся участниками исследования.
Конвергенция	Точка, в которой характеристики выборки больше не изменяются, независимо от того, сколько еще человек входит в выборку. Конвергенция является показателем зависимости от семян, как и эквилибриум, но основана на оценке населения для данной переменной. В то время как эквилибриум основан на волне, конвергенция же основана на порядке включения в исследование.
Гомофилия	Соотношение количества привлеченных участников, со схожими характеристиками (например, ВИЧ-положительный статус или ВИЧ-отрицательный статус), к тем, кто их привлек в исследование, к количеству, которое мы ожидаем будет сформировано случайным образом, для вербовочной цепочки.
Потенциальный участник	Получатель купона, который хочет принять участие в исследовании. Не все потенциальные участники будут являться членами целевой группы, должна быть проведена проверка на соответствие критериям включения и получено согласие, и, следовательно, не все потенциальные участники могут стать участниками исследования
Вербовщик/Рекрутер	Участник исследования, который полностью прошел интервью/опрос и получил купоны для привлечения себе равных.
Вербовочная цепь	Набор всех участников, связанных с определенным семенем. При выборке, построенной самими респондентами, несколько вербовочных «волн» формируют вербовочную «цепь».
Выборка построенная, респондентами (РДС)	Метод формирования выборки, применяемый для привлечения к участию в исследованиях труднодоступных групп населения.
Семена	Участник, завербованный/привлеченный неслучайным образом сотрудниками исследования, а не равным себе.
Успешное/завершенное участие	Участник, прошедший интервью/опрос, -экспресс тестирование на ВИЧ (получивший перенаправление, в случае положительного результата экспресс тестирования), а также экспресс тестирование на гепатиты В и С и сифилис.

1 ИССЛЕДОВАТЕЛИ И РОЛИ

Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: РЦКГВГиВИЧ МЗ КР является прямым получателем финансирования со стороны GIZ. РЦКГВГиВИЧ несет полную ответственность за исследование и его реализацию, включая, но не ограничиваясь, разработку протокола, координацию со всеми заинтересованными сторонами подготовки к исследованию, проведение исследования, сбор данных, надзор и мониторинг реализации исследования, анализ данных, составление окончательного отчета и распространение результатов исследования. Мониторинг или аудит могут выполняться путем посещений дозорных сайтов или удаленно посредством цифровых платформ и других коммуникаций, таких как телефонные звонки или письменная корреспонденция.

Программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP 7) в Кыргызской Республике оказала как финансовую, так и техническую поддержку.

ICAP Колумбийского университета оказывал техническую помощь РЦКГВГиВИЧ в обучении сотрудников по вводу и процедурам обработки данных в системе e-ДЭН. Сотрудники ICAP не контактировали с участниками исследования и не имели доступ к индивидуально идентифицируемой личной информации.

GIZ является донором для данного исследования. GIZ не занимался сбором данных. Сотрудники GIZ, не имели никакого контакта с участниками исследования и не имели доступа к индивидуально идентифицируемой личной информации.

Список исследователей и институциональная принадлежность

Организация, адрес	Ф.И.О, контактная информация	Роль
Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики ул. Логвиненко 8, 720005 г. Бишкек, Кыргызская Республика	Др. Чокморова Умуткан Директор Эл. почта: chokmorovakg@mail.ru Телефон: +996 312 300 753	Главный исследователь
	Др. Солпуева Айгуль Эл. почта: solpuevaigul@mail.ru Телефон: +996 552 455 696	Со-исследователь
ОФ «Институт социального развития»	Айжан Дооронбекова, Директор эл.почта: aizhan.dooronbekova@gmail.com Телефон: +996 705 755 744	Со-главный исследователь
	Айсунуу Кубатова, эл.почта: kubatova.aisuluu@gmail.com	Со-исследователь
CADAP 7	Алина Ташыбаева, приглашенный независимый эксперт Эл.почта:	Эксперт

	alina.tashybaeva@gmail.com Телефон: +996775995115	
--	--	--

2 ВВЕДЕНИЕ

Данный отчет составлен по результатам Био-поведенческого исследования по ВИЧ среди трудовых мигрантов в Кыргызской Республике (БПИ 2021). В рамках данного исследования, в Кыргызской Республике.

- Исследование было проведено в четырех регионах Кыргызской Республики, которые были определены по результатам формативной оценки, проведенной в 2020 году при техническом содействии и финансировании ЮНЭЙДС на основании кооперационного соглашения между РЦКГВГиВИЧ и ЮНЭЙДС в рамках проекта ЮНЭЙДС «Расширение доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию для ключевых групп населения в Кыргызской Республике».
- Для включения в список участников исследования была использоваться выборка, построенная самими респондентами (РДС).
- Участие в исследовании включало прохождение анкетирования и предоставление образца крови для биологического тестирования; выплачивалась первичная компенсация за завершённое участие (опрос и биологическое обследование) и вторичная компенсация за успешное привлечение для участия равных себе согласно требованиям протокола.

В данном документе подробно изложены задачи, дизайн и методология, а также результаты исследования.

3 БАЗОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

3.1 Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ инфекции в Кыргызской Республике

Кыргызская Республика, страна с населением 6.5 миллиона человек, является одной из восьми стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), в которых отмечается увеличение распространения ВИЧ-инфекции. Оценка показывает, что примерно 9200 человек живут с ВИЧ (SPECTRUM, 2018) в Кыргызской Республике. В 2019 году 57% новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения было зарегистрировано среди мужчин и 43% среди женщин. Примерно 3,5% от общего числа новых случаев ВИЧ в 2019 году было зарегистрировано среди детей (Статистический отчет РЦКГВГиВИЧ, январь 2020 года). Половой контакт - наиболее распространенный путь передачи ВИЧ (73,4%), за которым следуют инъекционное употребление наркотиков (12,4%), неизвестный (11,2%) вертикальный (2,4%) и нозокомиальный 0,6% (Статистический отчет РЦКГВГиВИЧ, январь 2020 г.).

Эпидемия ВИЧ в Кыргызской Республике по-прежнему сконцентрирована среди ключевых групп населения (КГН), включая людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), женщин-секс-работников (РС) и их половых партнеров. Однако существует риск передачи ВИЧ от КГН общему населению, что требует усиления программ профилактики. Несмотря на внедрение программ профилактики и лечения и мер, принимаемых государственными учреждениями, неправительственными организациями и международным сообществом, количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ в стране увеличилось с 4819 в 2013 году до 9136 к концу декабря 2019 года (Статистический отчет РЦКГВГиВИЧ, январь 2020 г.).

Недавние исследования показывают, что у людей, употребляющих инъекционные наркотики, вероятность заражения ВИЧ в 24 раза выше, чем у взрослого населения в целом; риск заражения ВИЧ-инфекцией у секс-работников в 10 раз выше; (ЮНЭЙДС, 2016 г; Baral и др., Инфекционная болезнь Ланцет, 2013 г.). На ЛУИН приходилось почти 14% новых случаев

заражения ВИЧ среди взрослого населения в 2019 году несмотря на то, что на них приходилось всего 0,4% от общей численности населения страны (Статистический отчет Республиканского центра СПИД, январь 2020 года). Многие КГН не имеют доступа к профилактическим услугам из-за отсутствия доступа, а также из-за стигмы и дискриминации. В течение 2019 года только 68% ЛУИН и 66% МСМ были охвачены услугами по профилактике ВИЧ, однако эти показатели охвата основаны на официальных оценках численности населения, которые считаются низкими (Программный отчет РЦКГВГиВИЧ, январь 2020 г.), поэтому фактический охват профилактическими программами среди этих КГН может быть ниже. Представители правительственных структур обеспокоены тем, что профилактические услуги не доходят до КГН, которые подвергаются наибольшему риску заражения и передачи ВИЧ.

Стране нужна существенная поддержка для снижения рискованного поведения, улучшения знаний и улучшения профилактики, ухода и лечения в связи с ВИЧ. Среди оценочного количества 9200 ЛЖВ (Отчет об оценке численности ключевого населения, РЦКГВГиВИЧ, 2018 г.) распространенность ВИЧ колеблется от 1,5% до 10,1% среди МСМ (РЦКГВГиВИЧ, БПИ среди МСМ, 2016). По оценкам, 14% всех случаев передачи ВИЧ среди взрослого населения ЛУИН произошло от небезопасных инъекций наркотиков (Статистический отчет РЦКГВГиВИЧ, январь 2017 г.). Официально ВИЧ регистрируется как передаваемый половым путем в 72% случаев, однако есть некоторые опасения, что эта инфекция на самом деле связана с другим рискованным поведением (Статистический отчет РЦКГВГиВИЧ, январь 2020 г.).

Наблюдается тенденция к увеличению сексуального (гетеросексуального, гомосексуального) пути передачи с 27% в 2007 году до 72% в 2019 году. Большинство случаев заражения половым путем передаются от мужчин-ЛУИН их сексуальным партнерам. Гомосексуальный путь также способствует передаче ВИЧ. С 2013 по 2018 год распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ выросла, доля зарегистрированных случаев увеличилась с 2,5% до 5,5%.

Вирусный гепатит С считается гиперэндемичным в Кыргызской Республике. Распространённость наличия антител к ВГС составляет 2,6% общего населения (95%ДИ 1,7–3,6%) [8]. БПИ, проведенный в 2016 году, показал распространенность антител к ВГС 60,9% среди ЛУИН и 1,6% среди МСМ. Лечение ВГС противовирусными препаратами прямого действия предоставляется бесплатно из средств государственного бюджета в Кыргызской Республике только для ЛЖВ, коинфицированных ВГС. Стоимость 3-х месячного курса лечения составляет 250 долларов. В 2020 году РЦКГВГиВИЧ смог закупить противовирусные препараты для 200 пациентов. В 2020 году РЦКГВГиВИЧ охватил лечением 108 ЛЖВ с коинфекцией ВГС.

4 АКТУАЛЬНОСТЬ

4.1 Ситуация по мигрантам в КР

В целом, Кыргызская Республика считается страной эмиграции с поездками в основном в Российскую Федерацию (90%). Согласно отчету Государственной службы миграции, при Правительстве Кыргызской Республики, в 2017 г. более 700 000 граждан Кыргызской Республики находились в трудовой миграции за рубежом, при этом большинство в Российской Федерации. Вступление Кыргызской Республики в Евразийский Экономический Союз в 2015 г. существенно повлияло на рост количества трудящихся мигрантов, выезжающих из Кыргызстана в Россию: с 526 000 человек в 2014 г. до 665 000 человек в 2017 г.

Почти 40% кыргызских мигрантов женщины. В основном, женщины мигранты заняты в сфере услуг, общественного питания, текстиля и в домашнем хозяйстве. Большинство женщин-мигрантов работают в неформальном секторе занятости, часто более 10 часов в день и имеют ограниченный доступ к службам социальной защиты.

По данным Главного управления по вопросам миграции МВД РФ на начало 2019 г. на миграционном учете в РФ состоит 640 тысяч граждан КР. Согласно оценочным данным в Казахстане – 30 тыс., в Южной Корее 15 – тыс., в Турции – 30 тыс., в других странах дальнего зарубежья (Европа, США, Ближний Восток, Азия) – более 20 тыс. человек.

Количество граждан Кыргызской Республики поставленных на миграционный учет по странам пребывания в 2018 году достигает 725 500 человек:

Таблица 1. Количество граждан Кыргызской Республики поставленных на миграционный учет по странам пребывания в 2018 году.

Страна миграции	На миграционном учете
Российская Федерация	640 000
Казахстан	35 000
Турция	15 000
США	15 000
Италия	5500
Корея	5000
Германия	5000
ОАЭ	3000
Великобритания	2000
Итого	725 500

В настоящий период, более чем когда-либо, население страны перемещается по миру в поисках возможностей для трудоустройства, получения образования и личностного развития. Однако, несмотря на некоторую пользу, миграция зачастую представляет повышенные риски для здоровья ее участников. В настоящее время, законодательство, политика и практика как в странах происхождения, так и в странах назначения недостаточно адаптированы к реалиям и потребностям мигрантов. Серьезной проблемой для правительств остается обеспечение мигрантов медицинскими услугами, которые отвечают стандартам качества и доступности. Расширение нормативно-правовой базы, позволяющей мигрантам пользоваться услугами здравоохранения в странах назначения, требует лучшего понимания последствий миграции для здоровья при определенных условиях, опыта мигрантов в отношении доступа к здравоохранению, а также особых потребностей наиболее уязвимых групп мигрантов¹.

В настоящее время в России действуют одни из самых строгих в мире правил пребывания иностранных граждан с ВИЧ-инфекцией. «Признавая, что хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации...», Государственная Дума Федерального Собрания РФ в 1995 году приняла Федеральный закон № 38, согласно 11-й статье которого в случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации. С января 2016 года исключение было сделано для мигрантов, имеющих в России близких родственников (супруга, супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) – граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации. По данным статистики, доля мигрантов среди выявленных новых случаев заражения ВИЧ в целом составляет сегодня примерно 3%. Из общего числа обследованных с 2007 года иностранных граждан, прибывших в РФ по трудовому найму –19 млн. человек, – ВИЧ был выявлен более чем у 21 тыс. иностранцев. Ежегодный

¹ Деян Кесерович, Координатор по Центральной Азии, Глава Миссии Международной организации по миграции в Казахстане, Кыргызстане, Туркменистане и Узбекистане

прирост ВИЧ-инфицированных иностранцев в России составляет в среднем 3,5 тыс. человек. Однако нужно понимать, что это только верхушка айсберга. Часть мигрантов сдает анализы анонимно, часть избегает тестирования, зная, что они инфицированы. Об объективных цифрах говорить сложно, когда, к примеру, 80% мигрантов из Таджикистана предпочитают работать в России в теневом секторе.²

Мигранты наряду с лицами, употребляющими инъекционные наркотики, мужчинами, практикующие секс с мужчинами, секс-работниками и заключенными являются ключевой группой риска. Низкое социально-экономическое положение, ограниченность доступа к различным услугам, недостаточная осведомленность о рисках, а также стресс, связанный с удаленностью от семьи и недостаточной интеграцией в стране назначения, – все это вносит свой вклад в уязвимость мигрантов со стороны ВИЧ/СПИДа. По результатам исследования, проведенного в Санкт-Петербурге 30% мигрантов сообщили о наличии нескольких половых партнеров за последние три месяца. Частота использования презервативов была низкой: от 35% с постоянным до 52% со случайным партнером. Выяснилось, что мигранты из Центральной Азии обладали очень низким знанием о ВИЧ/СПИДе, высоким уровнем депрессии и низким уровнем социальной поддержки. Мигранты из Восточной Европы были более грамотны в отношении ВИЧ/СПИД, при этом у них более высокий уровень потребления алкоголя и наркотиков, а также выше уровень сексуального риска: они имели больше половых партнеров и реже использовали презервативы, кроме того они вдвое чаще, чем мигранты из Центральной Азии, имели случайных партнеров.³

Социологические исследования, проведенные при финансовой поддержке Фонда развития Международной организации по миграции подтвердили неоднократно приводимый факт, что, в отношении последствий для здоровья, мигранты представляют собой особо уязвимую группу. Было обнаружено, что миграционный опыт значительно влияет на здоровье мигрантов, преимущественно отрицательным образом. Многие трудности со здоровьем мигрантов, их потребности и препятствия на пути к доступу к здравоохранению связаны с различными аспектами миграционного опыта.⁴

Существенно влияет на здоровье «стратегия минимизации затрат», которую используют многие мигранты в целях максимизации финансовой выгоды от поездки за счет сокращения расходов, связанных с жильем, питанием и здравоохранением, которые в свою очередь являются важными детерминантами здоровья. Например, многие мигранты живут в скученных условиях, что усиливает стресс, ослабляет иммунитет и повышает риск передачи инфекционных болезней таких как, туберкулез, ВИЧ-инфекция, ИППП, ВГ и др.

По существующим законам, ВИЧ-положительный мигрант должен быть депортирован, и ему запрещают въезжать обратно в Россию в течение долгих лет. В случаях, когда мигрант уже находится в России и узнает о своем заболевании, он отказывается от своих планов по дальнейшей легализации и таким образом выпадает из правового поля. При этом целенаправленно его никто не разыскивает. Он будет включен в список граждан, которым запрещен въезд, это так называемая «мягкая депортация». Все время, пока он находится на территории России, не принимая необходимые лекарства или занимаясь самолечением, а также, не соблюдая меры по предупреждению распространения заболевания, он угрожает

² <https://www.ritmeurasia.org/news--2019-05-16--dekriminalizacija-migrantov-s-vich-v-rossii-dve-storony-medali-gumanizma-42668>

³ Amirkhanian et al., 2011; Jing et al., 2013; DeHovitz et al., 2014

⁴ Право мигрантов на здоровье в Центральной Азии: вызовы и возможности / А. Шандоне, У. Турсуналиев, К. Джамангулов, И. Черных, Г. Амандурдыева - Б.: Триада Принт, 2017. - 180 с. ISBN 978-9967-11-628-3

своему здоровью и здоровью тех, кого подвергает риску заражения. Невозможность справиться с проблемой самостоятельно наносит ущерб физическому и психологическому состоянию человека.

Вспышка эпидемии ВИЧ, согласно прогнозам экспертов, ожидается в ближайшее время в среде трудовых мигрантов из Кыргызстана и Казахстана, освобожденных в связи с членством стран в ЕАЭС от ряда бюрократических процедур, в том числе от необходимости тестирования на ВИЧ-инфекцию. Так, если в 2016 году обследование прошел 51% трудовых мигрантов из Кыргызстана, то в 2017 году – лишь 29%, т.е. около 180 тыс. человек из 600 тыс.

4.2 ВИЧ-инфекция и мигранты

Недостаток информации, профессиональных навыков, ограниченный доступ к средствам профилактики могут непосредственно привести к развитию таких моделей поведения, которые подвергают ТМ риску инфицирования ВИЧ.

Так по данным системы ЭС на начало 2020 года доля мигрантов из общего числа (9136) ВИЧ-позитивных людей составила 22,41% - 2042 человек (в системе ЭС - «выезды за пределами страны с рискованной практикой»). Из них 36% (730) составляют женщины, 64 % (1312) мужчины. Следует отметить, что количество мигрантов среди ВИЧ-позитивных людей увеличилось начиная с 2010 года до 2019 г. в 37 раз (с 55 до 2042 человек).

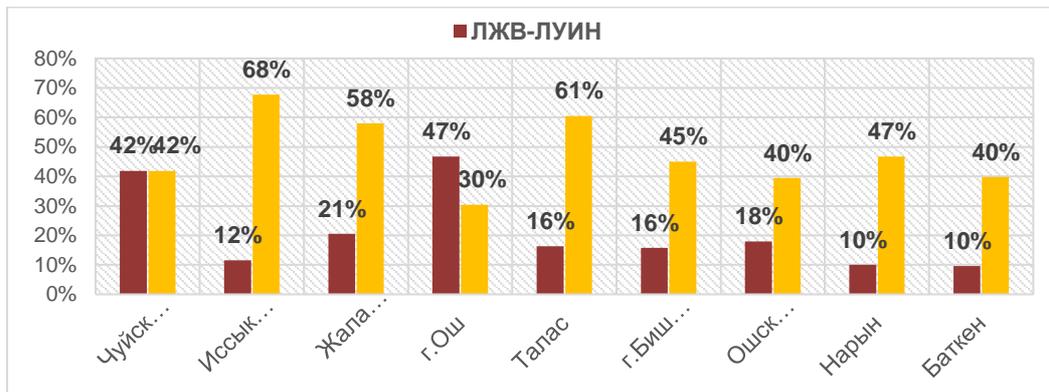
В разрезе регионов по количеству мигрантов-ЛЖВ лидируют пять регионов, Жалал-Абадская, Чуйская, Ошская области, а также гг. Бишкек и Ош.

Таблица 2. Доля мигрантов из общего числа ЛЖВ, их инъекционное и половое поведение, в разрезе областей (на 01.01.2020 г.)

Области	ЛЖВ	ЛЖВ- мигранты
г.Бишкек	1821	18,12 (329)
Чуйская область	2738	14,2 (406)
г.Ош	1145	19,8 (227)
Ошская область	1538	25,3 (390)
Жалал-Абадская	1051	41,7 (438)
Баткен	228	36,4 (83)
Иссык-Куль	295	32,5 (96)
Нарын	184	16,3 (30)
Талас	136	31,6 (43)
Всего	9136	22,41 (2042)

Также, согласно данным системы ЭС отмечается высокая распространенность рискованного инъекционного и полового поведения среди ВИЧ-позитивных мигрантов, четверть из которых сообщили об употреблении инъекционных наркотиков (25,3%) и почти половина имели более одного партнера за последние 12 месяцев (45,7%).

Рисунок 1. Опасное поведение ЛЖВ-мигрантов, на 01.01.2020г., КР, система ЭС.



Как показывают изученные данные мигранты остаются одной из уязвимых групп среди общего населения, требующей пристального и постоянного внимания. Для изучения ситуации с ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике впервые предпринимается попытка провести интегрированное био-поведенческое исследование среди трудовых мигрантов.

См. Приложение 1 (Формативная оценка среди трудовых мигрантов в Кыргызской республике - Краткий отчет), Приложение 2 (Протокол формативной оценки), Приложение 3 (Заключение ЭК по протоколу формативной оценки).

5 ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

5.1 Цель

Основная цель исследования, проводимого среди трудовых мигрантов в Кыргызской Республике, заключается в измерении распространенности ВИЧ, ВГС, ВГВ и сифилиса, а также оценки рискованного поведения.

5.2 Задачи

- 1) Оценка распространенности ВИЧ, ВГС, ВГВ и сифилиса среди трудовых мигрантов на выбранных дозорных сайтах.
- 2) Оценка моделей рискованного поведения, определяющих вероятность заражения ВИЧ-инфекцией, ВГС, ВГВ и сифилиса.
- 3) Оценка информированности ТМ о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики заражения.
- 4) Оценка доступности средств профилактики ВИЧ.
- 5) Оценка обращаемости ТМ за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП.
- 6) Оценка охвата ТМ добровольным тестированием на ВИЧ.
- 7) Разработка рекомендаций по разработке политик и программ на основании выводов БПИ.

6 МЕТОДОЛОГИЯ

6.1 Рамки исследования

6.1.1. Население

Исследованием были охвачены трудовые мигранты, которые за последние 24 месяца пребывали за пределами страны с целью заработка.

6.1.1.1 Критерии включения

Ниже, приведены критерии включения в исследование населения. Участие в исследовании для одной дозорной группы не является критерием исключения для участия в исследовании для другой дозорной группы, если респондент принадлежит к обеим дозорным группам и получил вербовочные купоны от представителей ТМ и ЛУИН. Например, если ТМ, употребляющий инъекционные наркотики, получил вербовочные купоны, как от представителя ТМ, так и от

представителя ЛУИН, и он уже принял участие в исследовании среди ЛУИН, он все еще мог принять участие в исследовании среди ТМ при условии, если он соответствовал критериям включения.

- Возраст 18 лет и старше
- Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови
- Мужчины и женщины, которые хотя бы один раз за последние 12 месяцев были в миграции за пределами страны с целью заработка
- Стаж миграции не менее 3-х месяцев за последние 12 месяца
- Говорит на русском и/или кыргызском языках

6.1.1.2 Критерии исключения

Любое лицо, не отвечающее критериям включения, планировалось отстранить от участия в исследовании. Любое лицо, соответствующее критериям включения, но которое также попадает под любое из следующих критериев исключения, не должно было принять участие в исследовании:

- Участник не в состоянии дать информированное согласие
- Участник агрессивен, буйный или находится в состоянии опьянения или же лицо, проводящее интервью, считает небезопасным проведение опроса
- Участник уже принял участие в аналогичном опросе (проводимого среди трудовых мигрантов)

6.2 Места проведения исследования

Информация по городам/районам, которые были включены в исследование в разрезе по группам населения, приведена ниже. Позднее сайт Бишкек был исключен из исследования по причине того, что дважды останавливался процесс рекрутинга. После нескольких попыток повторного отбора семян и возобновления выборки было проведено совещание с руководством РЦКГВГиВИЧ и дозорный сайт Бишкек был закрыт. Предположительно, мигранты в г.Бишкек являются в то же время внутренними мигрантами из других регионов страны, а также имеют слабые социальные связи между собой.

Дозорные города/районы:

- г.Жалал-Абад
- г.Ноокат
- с.Сокулук
- г.Ош

6.1.2. Обоснование выбора дозорных сайтов

Выбор места проведения исследования основывался на результатах формативной оценки. К сожалению, не удалось найти более или менее достоверных данных о численности ТМ, поэтому выбор места проведения БПИ и размер выборки осуществлялись на основании данных официального сайта Национального статистического комитета КР.

Выбор сайтов основывался на данных о численности оттока мигрантов в разрезе регионов страны. Были выбраны территории с наибольшим оттоком населения – г.Бишкек, г.Ош, Ошская, Жалал-Абадская, Чуйская области.

Территории проведения БПИ называются дозорными сайтами, а места, где непосредственно проводится сбор данных – дозорными пунктами. Дозорными сайтами для проведения БПИ среди ТМ были выбраны г.Бишкек, областные центры г.Ош и г.Жалал-Абад, районный центр Ошской области - г.Ноокат и районный центр Чуйской области - с.Сокулук.

6.1.3. Биомаркеры

Участники исследования были протестированы на:

- ВИЧ
- Гепатит С (ВГС)
- Гепатит В (ВГВ)
- Сифилис

6.3 Дизайн исследования и метод формирования выборки

В исследовании использовался популяционный кроссекционный дизайн исследования и выборка, построенная самими респондентами.

6.3.1. Выборка, построенная самими респондентами (РДС)

Для формирования выборки трудовых мигрантов использовалась методика выборки, построенной самими респондентами (РДС) (Handcock, Gile, & Mag, 2012; Heckathorn, 1997). Метод РДС основывается на построении вербовочной цепи путем перенаправления равными и используется для рекрутинга представителей скрытых или ранее неизученных групп населения для участия в исследованиях на каждом дозорном сайте в Кыргызской Республике. Процесс РДС начинается с выбора участников-«семян», которые являются известными и уважаемыми людьми в своих сообществах. Исходные участники-семена принимают участие в опросе и затем обучаются набирать равных себе участников с использованием уникальных идентификационных купонов, пока не будет достигнуто заданное количество участников. Привлеченные равные себе участники принимают участие в исследовании и в свою очередь набирают других равных себе участников, продолжая этот процесс до достижения запланированного размера выборки. Система первичной и вторичной компенсации используется для возмещения участникам их времени (первичная) и за успешный рекрутинг участников, соответствующих критериям (вторичная).

РДС является вероятностным методом формирования выборки, который учитывает размеры социальных сетей (количество равных, которых знает участник) и дифференциальный рекрутинг (Heckathorn, 1997), предоставляя эмпирические оценки, приближенные к простой случайной выборке. Преимущество РДС заключается в том, что метод учитывает вероятности и позволяет делать выводы о группе населения, представляющей интерес, в отличие от других методов, таких как "снежный ком", которые не учитывают вероятности.

Однако РДС предполагает наличие тесных связей между членами исследуемой группы населения, что позволяет участникам набирать равных себе участников. Поэтому этот метод не подходит для групп населения, где отсутствуют тесные связи между их представителями.

Результаты формативной оценки позволили исследователям БПИ оценить связанность потенциальных участников исследования на каждом сайте/месте, долю равных себе трудовых мигрантов, проживающих на одном дозорном сайте, а также определить, сколько равных себе трудовых мигрантов могли видаться в течение 30 дней до начала формативной оценки. Результаты формативной оценки подтвердили, что РДС является подходящим методом для формирования выборки и проведения исследования.

6.4 Расчет размера выборки

Расчет размера выборки проводился с использованием статистического калькулятора программы EpiInfo с допустимой погрешностью не более 3%, 95% доверительным интервалом, с учетом численности выбывшего населения в возрасте 18-64 лет в каждом дозорном сайте (данные переписи естественного движения населения за 2020 год).

Рассчитанный размер выборки был откорректирован с учетом дизайн-эффекта, который указывает, насколько выборка отличается от случайной. Для данного исследования коэффициент дизайн-эффекта выбран 2.

Таблица 3. Дозорные сайты и размер выборки

Наименование области	Название сайта	Численность выбывшего населения в 2019г ⁵	Размер выборки (человек)
Жалал-Абадская область	г.Жалал-Абад	-605	212
Ошская область	Ноокат	-793	279
Чуйская область	Сокулук	-1 473	282
г.Бишкек	г.Бишкек	-2 075	285
г.Ош	г.Ош	-369	168
Всего по сайтам		-605	1226

**Подсчет для дизайн эффекта 2.0*

6.5 Инструменты сбора данных

Вопросник был разработан на основе стандартных поведенческих исследований, с учетом включения глобальных показателей и ссылок на предыдущие поведенческие опросы, проведенные в Кыргызской Республике. Инструмент предназначен для измерения ключевых показателей, необходимых для достижения целей исследования, и включает вопросы из различных тематик, включая демографическую информацию, уровень знаний, сексуальную практику, инъекционное и другое поведение, связанное с ВИЧ и другими ИППП, а также доступность и охват медицинских услуг.

Формы согласия и вопросники были разработаны на русском языке и переведены на кыргызский язык с помощью сертифицированного переводчика. При переводе использовался контекстный подход, при котором вопросы и фразы переводились с учетом их смысла, а не прямого дословного перевода.

6.5.1 Предварительная апробация вопросника

После перевода вопросника была проведена предварительная апробация в два этапа. Первый этап включал взаимодействие с привлеченными экспертами, чтобы проверить содержание, ясность и уместность формулировок и перевода вопросов. Эксперты внимательно изучили вопросник и дали свои комментарии и рекомендации для улучшения его качества.

Второй этап предварительной апробации включал тестирование анкет среди трудовых мигрантов, для которых были предназначены эти вопросники. Участники для апробации были отобраны с учетом консультаций с местными заинтересованными сторонами, чтобы обеспечить широкий охват ключевой группы населения.

6.6 Процедуры исследования

6.6.1 Регистрация участников и сбор данных

Список дозорных сайтов и их рабочий график были определены на основе результатов формативной оценки, проведенной в различных регионах Кыргызской Республики.

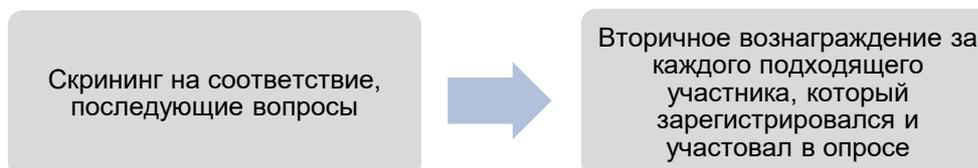
Схема, представляющая процесс сбора данных на каждом дозорном сайте, представлена на Рисунках 2 и 3.

Рисунок 2. Процесс сбора данных на каждом дозорном сайте (первый РДС визит)

⁵ <http://www.stat.kg/ru/opendata/category/41/>



Рисунок 3. Процесс сбора данных (второй РДС визит)



6.6.2 Рекрутинг и скрининг

Рекрутинг семян и равных себе

Семена — это первые ТМ, которые запускали цепочки рекрутинга в своих социальных сетях. Семена были подобраны целенаправленно, чтобы отразить разнообразие социальных сетей в данном месте для достижения эквilibриума.

Лица, отвечающие требованиям отбора в качестве семени (например, социально-экономические характеристики, большие социальные сети, тесные связи с равными себе, пользующиеся доверием и симпатией, хорошие коммуникационные навыки), были идентифицированы посредством проведения интервью с НПО и ключевыми информантами. После составления списка потенциальных семян – координатор исследования использовал контактные данные, предоставленные в ходе интервью, и приглашал принять участие в исследовании в качестве семени.

Семенам были выданы купоны и инструкции по тому, как направлять равных себе.

В каждом дозорном сайте, чтобы начать процесс рекрутинга, было набрано до пяти семян (первоначальные привлеченные) из групп населения в зависимости от размера и разнообразия их социальных сетей и способности набирать разных равных себе из своих социальных сетей. Разнообразие семян включало характеристики, указанные ниже:

- Тип ТМ (сезонный мигрант, длительно проживающий в миграции и приезжающий в КР на короткий срок)
- География (проживающие в разных частях города/района)
- Различия по полу
- Разное семейное положение, уровень образования, возраст, этническая принадлежность

Семена вместе с последующими участниками получили по три перенаправляющих купона. Лица, пришедшие на дозорный сайт, предъявляли действующий купон направления и проходили процесс скрининга. Скрининг включал стандартный набор вопросов для определения права на участие.

Остальные технические вопросы, касающиеся купонов и скрининга подробно описаны в протоколе исследования.

6.6.3 Вознаграждение

Респонденты, за успешное участие во всех процедурах исследования (опрос и тестирование биомаркеров и получение результатов), получали вознаграждение (первичное вознаграждение в размере 500 сом (~ 5,80 долларов США)). Те респонденты, которые рекрутировали себе равных для участия в исследовании, получали дополнительное вознаграждение в размере 300 сом (~ 3,4 доллара США) за каждого успешно привлеченного участника.

6.6.4 Анкетирование

Анкетирование проводилось назначенными интервьюерами с использованием электронных планшетов.

В качестве резервной опции, в наличии всегда было достаточное количество распечатанных анкет на случай утери или неисправности планшета. Каждая распечатанная анкета была точной копией электронной версии. Обученные полевые сотрудники отвечали за ввод данных исследования в планшеты, которые передавались через интернет в центральную исследовательскую базу данных сразу же после завершения интервью в случае наличия интернета на дозорном сайте. Все планшеты были защищены паролем. Каждый сайт имеет доступ только к данным своего сайта. Плановое резервное копирование системы выполнялось автоматически ежедневно. В целях обеспечения качества данных осуществлялись процедуры контроля качества.

6.6.5 До- и после-тестовое консультирование

До-тестовое консультирование

После прохождения опроса, участники сопровождалась к специалисту по ТИК для обсуждения необходимости и важности тестирования на ВИЧ, ВГС, ВГВ и сифилис, а также процесса, используемого на дозорном сайте, его значения, как и возможные последствия тестирования. Биологические образцы не собирались без дотестового консультирования участника со специалистом по ТИК. Однако, согласие на прохождение тестирования участники давали во время процедуры получения информированного согласия.

Предоставление результатов и после-тестовое консультирование

Во время предоставления после-тестового консультирования специалист по ТИК предоставлял информацию о безопасном сексе и других вопросах здоровья.

Специалист по ТИК проводил индивидуальные консультации с теми, у кого был положительный результат теста на ВИЧ, чтобы ответить на их вопросы или переживания. Особое внимание уделялось тому, что инфекции поддаются лечению, предоставлялась информация о вариантах лечения и респонденты направлялись в соответствующие службы.

Участникам с положительным тестом на ВИЧ, а также тем, кто уже знал о своем положительном статусе, предоставлялось сопровождение в местный ЦКГВГиВИЧ /ЦСМ/ЦОВП для подтверждения результата теста на ВИЧ.

На основе данных результатов тестирования окончательное определение ВИЧ-статуса использовалось как результат тестирования на ВИЧ БПИ. Предоставление результатов подтверждающего теста и после-тестовое консультирование осуществлялось персоналом ЦКГВГиВИЧ /ЦСМ/ЦОВП.

Участники с положительными результатами ВГС/ВГВ получали после-тестовое консультирование и направлялись к инфекционисту по месту жительства с использованием купона направления, который не включает идентифицирующую информацию участника.

В случае положительных результатов на сифилис участники получали после-тестовое консультирование, во время которого предоставлялась информация о важности немедленного обращения за лечением и направление к соответствующему специалисту по месту жительства с использованием купона направления.

6.6.6 Процедуры тестирования

Процедуры тестирования производились в соответствии с национальными алгоритмами тестирования и международными стандартами.

Процедура серологического тестирования

Тестирование на ВИЧ

Серологический анализ крови на ВИЧ проводился в соответствии с национальными лабораторными стандартными операционными процедурами (СОП) в Кыргызской Республике. Все экспресс-тесты проводились на аликвоте цельной крови из пальца, собранного в микротайнер с ЭДТА (250–500 мкл) на дозорном сайте после завершения стандартного до-тестового консультирования согласно национальному алгоритму тестирования на ВИЧ в Кыргызской Республике. В качестве первого скрининг-теста использовался экспресс- на комбинированном ЭТ «RightSign» ВИЧ/HCV/HBsAg/Сифилис, Производства КНР. Нерезактивные результаты тестирования считались отрицательными.

При положительном результате тестирования участника на ВИЧ на дозорном сайте, респонденту выдавалось направление и обеспечивалось сопровождение для посещения местного ЦКГВГиВИЧ /ЦСМ/ЦОВП для проведения подтверждающего теста в соответствии с национальным алгоритмом диагностики ВИЧ-инфекции КР. Тесты на образцах крови проводились в соответствии с инструкциями изготовителя.

Сифилис

Экспресс тестирование на сифилис у участников, давших согласие, проводилось на той же аликвоте цельной крови из пальца, собранного в микротайнер с ЭДТА (250-500 мкл) для всех экспресс тестов на дозорном сайте после предоставления стандартного до-тестового консультирования.

В рамках исследования использовался экспресс тест на комбинированном ЭТ «RightSign» ВИЧ/HCV/HBsAg/Сифилис, производства КНР. Нерезактивные результаты теста на сифилис считались отрицательными. Резактивные результаты экспресс теста на сифилис считались положительными при наличии антител к бледной трепонеме в цельной крови, сыворотке, образцах плазмы, респонденты перенаправлялись на получение консультации специалиста. Если участник имел резактивный результат на сифилис, он получал купон направления, для получения консультации врача, специализирующего на лечении ИППП.

Гепатит С и В

Экспресс-тестирование на гепатит С и В проводилось на аликвоте цельной крови из пальца, собранного в микротайнер с ЭДТА (250-500 мкл) для всех экспресс тестов после завершения стандартного до-тестового консультирования. В качестве скрининга на антитела к ВГС (антиВГС) и определения поверхностного HBsAg использовался экспресс тест на комбинированном ЭТ «RightSign» ВИЧ/HCV/HBsAg/Сифилис, производства КНР.

Нерезактивные результаты на вирусы гепатита С и В считались отрицательными. Респонденты с резактивными результатами тестов на вирусы гепатита С и В получали направление к инфекционисту по месту жительства.

Контроль качества.

Для обеспечения качества экспресс-тестирования на ВИЧ, специалист ТИК, проводил дополнительное контрольное тестирование 10% образцов, показавших «отрицательный» результат после первичного скринингового ЭТ на ВИЧ на ЭТ другого производителя «RightSign».

Контроль качества строго обеспечивался на протяжении всего процесса сбора, обработки и проведения анализов с образцами.

Все тесты использовались в соответствии с рекомендациями изготовителя, и тестирование осуществлялось обученным мед. персоналом с проведением регулярного мониторинга на местах, все тесты хранились в помещениях с соответствующим температурным режимом. В случае выявления несоответствия между контролем качества и результатами скрининг экспресс-тестирования выше 2% порога, было предусмотрено инициирование расследования лабораторных процедур.

Управление отходами

Все медицинские отходы от проведения экспресс-тестирования на ВИЧ, ВГС, ВГВ и сифилис и сбора образцов, включая перчатки, тест системы, капиллярные трубки, антисептические салфетки, стерильные марлевые салфетки, собирались, хранились и утилизировались в соответствии с утвержденным руководством по утилизации инфекционных отходов на базе областного ЦКГВГиВИЧ /ЦСМ/ЦОВП.

6.7 Этические аспекты

Исследовательская группа разработала процедуры для обеспечения этических практик в отношении рекрутинга, предоставления согласия, отказа от согласия, жалоб участников, конфиденциальности, анонимности, консультаций с сообществами, сбора, управления, хранения и анализа данных, отчетности и распространения результатов исследования. Сбор данных осуществлялся в соответствии с международными этическими стандартами. Участие в исследовании было добровольным и весь сбор данных был анонимным и конфиденциальным. Перед тем, как участвовать в опросе и тестировании, потенциальные респонденты давали устное информированное согласие в присутствии свидетеля. Участники были проинформированы о целях сбора данных, и, если требовалось, сотрудники, занимающиеся сбором данных, предоставляли подробную информацию об организации, проводящей сбор данных, о финансирующей организации и контактную информацию сотрудника, которому могут быть адресованы все вопросы.

Все руководители, координаторы, рекрутеры и интервьюеры, принимающие участие в проведении исследования, перед началом проведения исследования, подписали соглашение о соблюдении конфиденциальности информации и по процедурам проведения исследования.

Результаты исследования представлены в обобщенной форме, обеспечивая анонимность индивидуальной информации.

Протокол был рассмотрен Комитетом по биоэтике при Национальном институте общественного здоровья Министерства здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики.

7 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА

7.1 Рекрутинг

Для анализа баз данных в программе RDS-A, помимо данных, собранных во время полевого этапа, учитывалось оценочное количество изучаемой популяции. В данном случае, для оценки количества трудовых мигрантов, мы обратились к литературным источникам, где было указано, что 20% взрослого населения являются трудовыми мигрантами.

На основании этих данных были проведены расчеты для оценочного количества трудовых мигрантов по сайтам. Результаты расчетов позволили определить следующие цифры, которые были введены в программу RDS-A для получения взвешенных данных.

Важно отметить, что использование оценочного количества позволило учесть и представить данные в более объективном и представительном виде. Это позволяет получить более надежные результаты анализа и обобщение полученных данных на более широкую популяцию трудовых мигрантов.

Таблица 4. Оценочная численность трудовых мигрантов в пилотных областях КР.

№	Сайт	Общее население в возрасте 18-64	Оценочная распространенность трудовой миграции	Оценочная численность трудовых мигрантов
1	Жалал- Абад	75045	20%	15009
2	Сокулук	114228	20%	22846
3	Ноокат	181406	20%	36281
4	г. Ош	187693	20%	37539

В начале января 2023 года был запущен полевой этап исследования. Предшествующим этапом были фокус-групповые дискуссии с трудовыми мигрантами, проведенные для отбора участников исследования. В рамках этих дискуссий выбирались активные и общительные участники, которые имели широкий круг общения с трудовыми мигрантами.

Для проведения рекрутинга участников исследования был использован подход с привлечением сайтов. Ниже приведены рисунки, которые демонстрируют процесс рекрутинга на сайтах.

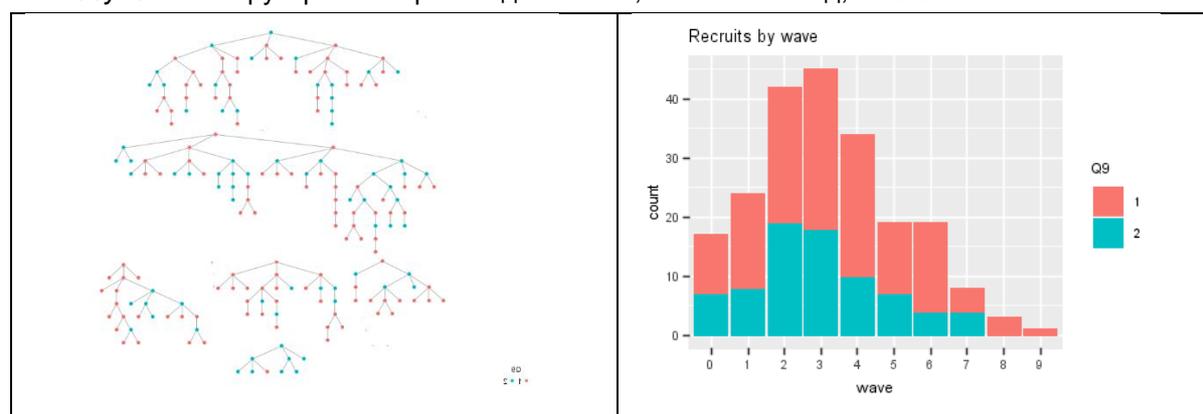
■ - мужчины, принявшие участие в исследовании

■ - женщины

Во время запуска исследования в городе Бишкек были отобраны и запущены 4 "семени" (рекрутинговые цепочки). К сожалению, эти "семена" не привели к желаемым результатам, и попытки привлечения новых "семян" также не изменили ситуацию. В связи с этим, полевой этап исследования в городе Бишкек был приостановлен.

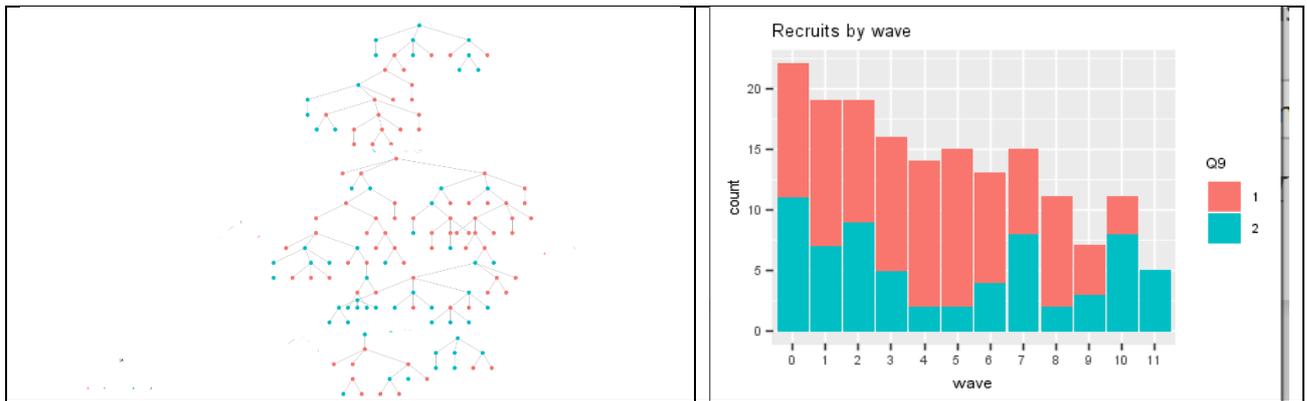
В городе Жалал-Абад было задействовано 6 "семян" для рекрутинга. Из них 2 "семени" дали хороший результат. Таким образом, этот сайт полностью завершил запланированный процесс рекрутинга. На этом сайте было набрано 9 "волн" (итераций) рекрутинга.

Рисунок 4. Рекрутирование респондентов ТМ, г. Жалал- Абад, N=212



Ош. Для рекрутинга были задействованы 4 «семени», 2 из которых были хорошо сработали. На данном сайте было достигнуто 11 «волн». Рекрутинг на этом сайте был успешно завершён, достигнув запланированной выборки.

Рисунок 5. Рекрутирование респондентов ТМ, г. Ош, N=167



На сайте **Ноокатского района** было задействовано 4 "семени" (рекрутинговые цепочки) для привлечения участников исследования. Из этих 4 "семени", 2 "семени" показали хорошие результаты и успешно сработали. Рекрутинг на этом сайте был успешно завершен, достигнув запланированной выборки. На данном сайте было набрано 10 "волн" рекрутинга, что позволило привлечь достаточное количество участников для исследования. Эти участники были включены в анализ данных.

Рисунок 6. Рекрутирование респондентов ТМ, Ноокат, N=284



Сокулук. Были отобраны 5 «семян», два из которых были хорошо сработаны. Из запланированного числа выборки, сайт набрал всех 282 респондентов. На данном сайте было достигнуто 12 «волн».

Рисунок 7. Рекрутирование респондентов ТМ, Сокулук, N=282



7.2 Демографические данные

В исследовании было запланировано участие трудовых мигрантов с пяти дозорных сайтов Кыргызстана: Бишкек, Жалал-Абад, Ош, Ноокат и Сокулук.

Пол

Во всех сайтах наблюдалось преобладание мужчин над женщинами, в разной степени в разрезе сайтов. В Жалал-Абаде доля мужчин составляла 58,9%, а женщин - 41,1%. В Оше мужчин было 63,6%, а женщин - 36,4%. Ноокате и Сокулуке доля мужчин также превышала долю женщин, соответственно, составляя 57,7% и 62,2%.

Возраст

Распределение по возрастным группам:

- Город Жалал-Абад: примерно 17.9% мигрантов относятся к возрастной группе 18-24 лет, а 82.1% - к возрастной группе 25 лет и старше.
- Город Ош: примерно 22.2% мигрантов относятся к возрастной группе 18-24 лет, а 77.8% - к возрастной группе 25 лет и старше.
- Город Ноокат: примерно 8.8% мигрантов относятся к возрастной группе 18-24 лет, а 91.2% - к возрастной группе 25 лет и старше.
- Город Сокулук: примерно 12.4% мигрантов относятся к возрастной группе 18-24 лет, а 87.6% - к возрастной группе 25 лет и старше.

Статистические меры центральной тенденции и изменчивости:

- Медиана возраста мигрантов в Жалал-Абаде составляет 30 лет, в Оше - 36 лет, в Ноокате - 37 лет, в Сокулук - также 37 лет. Это означает, что половина мигрантов в каждом из городов моложе указанного возраста, а другая половина - старше.
- Первый квартиль (25-й перцентиль), который указывает на возраст, ниже которого находится 25% мигрантов, варьируется от 26 лет в Жалал-Абаде до 29 лет в Сокулук.
- Второй квартиль (75-й перцентиль), указывающий на возраст, ниже которого находится 75% мигрантов, варьируется от 37 лет в Жалал-Абаде до 50 лет в Сокулук.
- Средний возраст мигрантов составляет примерно 32 лет в Жалал-Абаде, 35 лет в Оше, 37 лет в Ноокате и 39 лет в Сокулук.
- Минимальный возраст мигрантов составляет 18 лет во всех городах, а максимальный возраст колеблется от 63 до 71 года в зависимости от города.

Национальность

Во всех дозорных сайтах значительное преобладание составляли трудовые мигранты кыргызской национальности. Доля кыргызов среди мигрантов варьировала до 88% в разных сайтах: Жалал-Абад (84.9%), Ош (62.8%), Ноокат (87.9%) и Сокулук (88.1%). ТМ из Ош также были представлены узбеками (15.6%), русскими (7.5%) и татарами (7.2%).

Уровень образования

Уровень образования играет важную роль в миграционных процессах и может влиять на различные аспекты миграции. Исследования показывают, что образование является одним из факторов, определяющих причины и цели миграции, выбор страны назначения и возможности трудоустройства.

В последние десятилетия мировая экономика претерпела существенные изменения, и мы вступаем в период, когда глобальный рынок труда для высококвалифицированных работников становится все более интернационализированным. Хотя полная свобода мобильности рабочей силы через национальные границы вряд ли будет восстановлена в обозримом будущем,

постоянная и временная мобильность высококвалифицированных работников будет усиливаться между развитыми и менее развитыми экономиками, а также между менее развитыми странами. Для принимающих стран этот процесс международной миграции высококвалифицированных работников, по-видимому, является преимуществом. Они получают доступ к высококвалифицированным специалистам, способствующим экономическому развитию и инновациям. Однако отправляющие страны испытывают опасения относительно потери своих наилучших работников, а также потери инвестиций в человеческий капитал⁶. Интернационализация рынка труда также поднимает вопросы регулирования и ограничений. Странам приходится разрабатывать стратегии, которые балансируют потребности экономического роста и защиту своих трудовых рынков. Они могут вводить политики иммиграции и визовые программы, направленные на привлечение и удержание высококвалифицированных специалистов⁷.

Характер миграции в значительной мере зависит от их уровня образования. Образование играет важную роль в определении доступных возможностей и перспектив на рынке труда, а также в общей интеграции мигрантов в новое общество^{8,9}.

Вот некоторые различия в трудоустройстве, уровне жизни и вопросах здоровья, связанные с образованием мигрантов:

1. Мигранты с низким уровнем образования, могут сталкиваться с ограниченными возможностями трудоустройства и быть занятыми в менее квалифицированных работах в отличие от мигрантов с высшим образованием, которые имеют больше шансов на доступ к высококвалифицированной работе, что может влиять на их доходы и карьерный рост.
2. Мигранты с низким уровнем образования, особенно если они заняты неофициальной или неквалифицированной работой, могут сталкиваться с низкими доходами и жить в более сложных социально-экономических условиях в сравнении с мигрантами с высшим образованием, которые зачастую имеют более высокий уровень дохода и лучшие условия проживания в связи с чем могут иметь доступ к лучшим услугам и ресурсам.
3. Образование также может оказывать влияние на здоровье мигрантов. Мигранты с низким уровнем образования могут быть менее информированы о здоровье, иметь ограниченный доступ к медицинским услугам и сталкиваться с большими рисками в сфере здоровья. Тогда как мигранты с высшим образованием могут проявлять более высокую осведомленность и заботу о своем здоровье.

Однако стоит отметить, что взаимосвязь между образованием и миграцией сложна и может зависеть от различных факторов, таких как политические, социальные и экономические условия. Каждый случай миграции уникален, и решение о переезде в другую страну может быть

⁶ Beine, Michel, et al. "Brain Drain and Human Capital Formation in Developing Countries: Winners and Losers." *The Economic Journal*, vol. 118, no. 528, 2008, pp. 631–52. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/20108815>. Accessed 7 July 2023.

⁷ High Skilled Immigration in the International Arena, Barry R. Chiswick, University of Illinois at Chicago and IZA Bonn.

⁸ Abdurrahman B. Aydemir, Murat Güray Kırdar, Huzeyfe Torun, The effect of education on internal migration of young men and women: incidence, timing, and type of migration, *Labour Economics*, Volume 74, 2022, 102098, ISSN 0927-5371, <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2021.102098>.

⁹ Discussion paper series, IZA DP No. 11028. Migration, Education and Work Opportunities. September 2017. Esther Mirjam Girsberger. University of Lausanne and IZA. <https://docs.iza.org/dp11028.pdf>

обусловлено не только образованием, но и другими факторами, такими как семейные обстоятельства, личные цели и амбиции.

При анализе образования ТМ Кыргызстана были сгруппированы на 3 группы: 1 группа не имела образование либо имела начальное или незаконченное среднее, 2 группа были мигранты со средним/ср. специальным или незаконченным высшим образованием и 3 группа мигрантов имела высшее образование. Следует отметить, что подавляющее большинство ТМ во всех сайтах имели среднее/ср. специальное или незаконченное высшее образование: Жалал-Абад (89.6%), Ош (75%), Ноокат (78.2) и Сокулук (81.4).

Трудовые мигранты с высшим образованием были больше представлены в трех сайтах: Ош (18.9%), Ноокат (18.5%) и Сокулук (17.9%) в сравнении с ТМ из Жалал-Абад (8.5%).

7.3 Источники дохода, уровень дохода

Анализируя данные о трудоустройстве трудовых мигрантов за последние 12 месяцев, можно отметить, что наибольшее количество трудоустроенных трудовых мигрантов наблюдалось в Сокулук (85,3%) и в Оше (72%), нежели чем ТМ из Жалал-Абад (58%) и Ноокат (47.9%).

Больше всего ТМ, которые и не работают и не учатся проживают с Жалал-Абад (34.3%) и Ноокат (43.8%) в сравнении с Ош (14.8%) и Сокулук (3.6%).

Исследователей интересовали источники доходов ТМ из Кыргызстана в периоды проживания на Родине. Часть ТМ трудоустроиваются и получают зарплату, причем ТМ из Ноокат были наименее успешны в трудоустройстве: Жалал-Абад (37.9%), Ош (56.2%), Ноокат (16.4%) и Сокулук (49.9%).

Определенная часть ТМ тратят на жизнь деньги, заработанные в миграции, причем так живут подавляющее большинство ТМ из Жалал-Абад, а ТМ из Ош выглядят в сравнении с другими сайтами более успешными в накоплении доходов с миграции: Жалал-Абад (80%), Ош (10%), Ноокат (42.8%) и Сокулук (36.1%).

Заниматься фермерством больше удается ТМ из Ноокат и Сокулук: Жалал-Абад (6.8%), Ош (0.9%), Ноокат (15.3%) и Сокулук (14.5%).

Также мигранты находят разовую работу по найму для того, чтобы обеспечивать свою жизнь и найти такую подработку меньше всего возможностей у ТМ из Жалал-Абад: Жалал-Абад (1.7%), Ош (14.3%), Ноокат (13.2%) и Сокулук (9.1%).

Небольшая часть мигрантов занимается частным бизнесом: Жалал-Абад (9.9%), Ош (3.6%), Ноокат (7.5%) и Сокулук (4.4%).

Больше всех в промежутках между миграциями работают водителями (такси) ТМ из Сокулук: Жалал-Абад (4%), Ош (2.1%), Ноокат (6.4%) и Сокулук (11.9%).

Больше всех в финансовом отношении были зависимы от семьи ТМ из Ноокат и Сокулук: Жалал-Абад (0%), Ош (8.9%), Ноокат (20.2%) и Сокулук (19.4%).

Причины участия в исследовании

На вопрос о причинах участия в исследовании большинство ТМ заявило о своей заинтересованности в возможности бесплатного тестирования: Жалал-Абад (79%), Ош (86.5%), Ноокат (74.1%) и Сокулук (78.8%).

В Жалал-Абаде оказалось больше ТМ, которые приняли участие в исследовании ради вознаграждения в сравнении с остальными сайтами: Жалал-Абад (20%), Ош (4.9%), Ноокат (10.8%) и Сокулук (3.4%).

Больше всего пришлось уговаривать принять участие в исследовании ТМ из Ноокат и Сокулук: Жалал-Абад (1.05%), Ош (8.5%), Ноокат (12.6%) и Сокулук (17.3%).

Таблица 5. Демографические данные, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N = 212			Ош, N =167			Ноокат, N = 284			Сокулук, N = 282						
	N	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ				
Пол																
М	135	58.9	50.9	67.3	101	63.6	54.5	72.7	167	57.7	50.3	65.2	170	62.2	53.6	70.7
Ж	77	41.1	32.7	49.1	66	36.4	27.3	45.5	117	42.3	34.8	49.8	112	37.8	29.2	46.4
Возраст																
18-24	38	17.9	37	22.2	25	8.8	35	12.4	18-24	38	17.9	37	22.2	25	8.8	35
25≥	174	82.1	130	77.8	259	91.2	247	87.6	25≥	174	82.1	130	77.8	259	91.2	247
Медиана	30			36			37			37						
1-й квартиль (25%)	26			25			28			29						
2-й квартиль (75%)	37			45			45			50						
Среднее значение	32			35			37			39						
Минимальный	18			18			18			18						
Максимальный	71			63			63			66						
Национальность																
Кыргыз/ кыргызка	182	84.9	78.2	91.7	106	62.8	54	71.5	255	87.9	82.2	93.6	246	88.1	80.9	95.3
Узбек/ узбечка	26	12.2	6.4	18.1	25	15.6	8.6	22.6	26	11.4	5.7	17.1	3	0.6	-0.1	1.4
Русский/ русская	0	0	0	0	14	7.5	3.3	11.7	0	0	0	0	17	6.1	1.1	11.2
Дунган/ дунганка	0	0	0	0	1	0.1	-0.09	0.3	0	0	0	0	1	0.2	-0.2	0.6
Татарин/ татарка	1	0.8	-0.5	2.04	13	7.2	2.5	12	1	0.2	-0.1	0.5	5	1.4	-0.6	3.3
Таджик/ таджичка	0	0	0	0	4	3.2	-1.1	7.5	0	0	0	0	0	0	0	0
Цыган/ цыганка	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Турок/ турчанка	2	1.3	-0.4	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Другое	1	0.8	-0.2	2.7	4	3.6	-0.8	7.9	1	0.4	-0.2	1.05	10	3.5	6.1	6.1
Нет ответа					0	0	0	0	1	0.02	-0.01	0.06	0	0	0	0
Показатель																
	Жалал- Абад, N = 212			Ош, N =167			Ноокат, N = 284			Сокулук, N = 282						
	N	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ				
Семейное положение																
Холост/Не замужем	63	27.5	20.4	34.4	48	29.3	20.5	38.1	49	16	10.6	21.5	59	23.1	16.4	29.6
Разведен/Разведена	20	9.2	14.0	14.0	29	16.8	9.3	24.4	20	5.7	3	8.3	24	8.3	4.3	12.3
Вдовец/Вдова	4	2.2	0.2	4.2	6	4.1	-0.2	8.4	8	2.4	0.7	4.2	15	4.1	1.6	6.5
Женат/замужем (официальный, или гр. брак)	124	60.9	53.6	68.2	83	48.8	39.6	58	206	75.8	69.3	82.3	184	64.6	56.9	72.4
Нет ответа	1	0.25	0.12	0.64	1	0.9	0.9	2.8	1	0.03	-0.01	0.06	0	0	0	0
Образование																
Нет образования	0	0	0	0	1	0.1	-0.09	0.3	0	0	0	0	1	0.2	-0.2	0.5
Начальное, незаконч. среднее	4	1.9	-0.7	4.5	11	5.9	2.05	9.8	6	3.1	-0.01	6.3	1	0.4	-0.2	1.1
Среднее	155	71.7	65.1	78.3	75	44.8	35.2	54.5	139	48.8	40.8	56.8	148	54.8	47.5	62.2
Ср.-специальное	27	14.8	9.1	20.6	36	22.2	14.1	30.4	63	24.5	17.4	31.7	56	21.4	15.4	27.4
Незаконченное высшее	6	3.1	0.6	5.6	14	8	2.4	13.7	18	4.9	1.9	7.9	14	5.2	2.3	8.1
Высшее	20	8.5	4.2	12.8	30	18.9	11.5	26.2	57	18.5	12.3	24.8	62	17.9	12.5	23.4
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.03	-0.01	0.06	0	0	0	0
Род занятий в течение последних 12 месяцев																
Учусь	4	2.05	-0.13	4.22	12	6.9	1.9	12	10	2.7	0.9	4.4	1	0.9	-0.7	2.4

Работаю	127	58.0	49.6	66.3	119	72	64.1	79.9	133	47.9	40.1	55.7	238	85.3	79.5	91
Работаю и учусь	10	4.6	1.0	8.3	10	5.2	1.5	8.9	18	4.2	1.8	6.7	9	3.2	0.3	6.1
Не работаю и не учусь	68	34.3	26.4	42.2	24	14.8	8.3	21.4	119	43.8	36	51.6	13	3.6	1.3	6
Другое	2	0.6	-0.1	1.4	2	1	-0.4	2.4	3	1.4	-0.4	3.2	21	7.1	3.3	10.9
Нет ответа	1	0.4	-0.3	1.1	0	0	0	0	1	0.03	-0.01	0.07	0	0	0	0
Источник дохода за последние 12 месяцев																
Зарплата	86	37.9	30.3	45.6	93	56.2	45.2	67.1	40	16.4	10.3	22.5	144	49.9	43.2	56.7
Фермерство	13	6.8	3.4	10.1	2	0.9	-0.2	2.2	35	15.3	8.9	21.6	40	14.5	9.4	19.6
Разовая работа по найму	4	1.7	0.01	3.4	26	14.3	6.9	21.7	41	13.2	8.4	18	24	9.1	4.5	13.8
Водитель	10	4	1.4	6.6	4	2.1	0.02	4.2	18	6.4	2.8	10.1	28	11.9	6.5	17.2
Частный бизнес	18	9.9	4.8	15.1	6	3.6	0.8	6.4	22	7.5	3.4	11.6	16	4.4	1.5	7.3
Металлолом/сбор мусора	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Зависим/а от других (семья, друзья и др.)	0	0	0	0	16	8.9	3.4	14.5	52	20.2	14.2	26.1	55	19.4	13.7	25.1
Услуги коммерч. секса	1	0.8	-0.7	1.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Деньги, заработан в миграции	177	80	73.1	86.9	15	10	3.8	16.3	134	42.8	35.4	50.2	94	36.1	28.7	43.5
Другое	3	2.5	-0.7	5.8	15	9.3	2.7	16	14	4.3	1.6	6.9	15	4.4	2.1	6.7

Таблица 6. Доход, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N=212				Ош, N=167				Ноокат, N=284				Сокулук, N=282			
Каким примерно был Ваш доход/заработок за последние 30 дней в сомах?																
Медиана	15000				15000				5000				20000			
1-й квартиль (25%)	4000				10000				0				9000			
2-й квартиль (75%)	25000				30000				20000				30000			
Среднее значение	16918				32540				11676				21631			
Минимальный	2000				3000				2100				2000			
Максимальный	93000				90000				90000				120000			
Каков был Ваш примерный уровень дохода в месяц в последней трудовой миграции в сомах?																
Медиана	60000				50000				50000				50000			
1-й квартиль (25%)	50000				35000				40000				40000			
2-й квартиль (75%)	75750				70000				70000				71250			
Среднее значение	62463				61378				59048				58424			
Минимальный	8500				15000				10000				10000			
Максимальный	150000				250000				18000				250000			
Причины участия в этом исследовании																
Ради тестирования	170	79	72.2	85.7	140	86.5	80.6	92.4	216	74.1	66.9	81.3	223	78.8	72.8	84.8
Ради вознагражд-я	39	20	13.1	26.8	7	4.9	0.6	9.3	31	10.8	6.3	15.4	9	3.4	0.9	5.8
Уговорили	3	1.05	0.06	2.04	20	8.5	4.5	12.7	30	12.6	7.4	17.8	48	17.3	12	22.7
Заставили	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.09	-0.05	0.2	0	0	0	0
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2.3	-0.4	5	2	0.5	-0.06	1.1
					0	0	0	0	1	0.03	-0.01	0.06	0	0	0	0

7.4 Вопросы миграции

Страна выезда

По результатам опроса основной страной миграции среди трудовых мигрантов является Российская Федерация. Доля мигрантов, направляющихся в Россию, составляет от 79,9% до 94,9% от общего числа мигрантов. Кроме России, в списке стран миграции присутствуют такие страны, как Казахстан, Турция, страны Европы, ОАЭ и другие. Однако их доля среди мигрантов

гораздо меньше по сравнению с Россией по нескольким причинам: во-первых, в России, как в принимающей стране, действуют «притягивающие» факторы: объемный рынок труда, диверсифицированная экономика, потребность в рабочих во многих отраслях и регионах, более высокий уровень заработной платы, лучшее качество жизни и во-вторых между странами бывшего СССР существуют социально-экономические связи и довольно широко распространено знание русского языка. При выборе направления миграции за границу жители КР ориентируются на Россию, потому что знание русского языка и понимание менталитета российского населения существенно повышает их шансы на трудоустройство именно там¹⁰.

Выезд в миграцию совместно с семьей

Как показал опрос, ТМ из Кыргызстана в подавляющем большинстве выезжают в миграцию без семьи: Жалал-Абад (74.5%), Ош (79.9%), Ноокат (68.1%) и Сокулук (71.1%).

Миграция без семьи среди трудовых мигрантов может оказывать значительное влияние на различные аспекты их жизни и здоровья. Результаты исследований в этой области подтверждают такие последствия¹¹.

Например, отсутствие семьи на протяжении длительного периода может вызывать психологическое напряжение и стресс у мигрантов. Исследование, проведенное в Китае¹², обнаружило, что мигранты без семьи испытывают более высокий уровень тревожности и депрессии по сравнению с теми, у кого есть семья. Отсутствие семейной поддержки может привести к социальной изоляции и ограниченным возможностям социальной адаптации, и мигранты без семьи сталкиваются с большей социальной изоляцией и ограниченным доступом к поддержке и ресурсам.

Важно отметить, что отсутствие семьи может повлиять на здоровье и безопасность мигрантов. По результатам одного из исследований получены данные о том, что мужчины-мигранты без семьи имеют более высокий уровень рискованного сексуального поведения и употребления наркотиков, что может повысить риск ВИЧ-инфекции и других заболеваний¹³.

Таким образом, данные исследования подтверждают, что миграция без семьи среди трудовых мигрантов может негативно влиять на психологическое благополучие, социальную адаптацию и здоровье. Они также соответствуют общим тенденциям, выявленным в других исследованиях по миграции без семьи в разных странах и контекстах.

Способы выезда в миграцию и легальное трудоустройство

К сожалению, роль государственных структур и частных агентств занятости в трудоустройстве мигрантов остается крайне низкой. Большинство трудовых мигрантов из КР устраиваются на работу в миграции через родственные контакты: Жалал-Абад (68%), Ош (41%), Ноокат (54%) и

¹⁰ <https://www.globalaffairs.ru/articles/trudovaya-migraciya-iz-czentralnoj-azii-v-rossiyu-v-kontekste-ekonomicheskogo-krizisa/>

¹¹ Hasan SI, Yee A, Rinaldi A, Azham AA, Mohd Hairi F, Amer Nordin AS. Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Dec 2;16(12):e0260221. doi: 10.1371/journal.pone.0260221. PMID: 34855800; PMCID: PMC8638981.

¹² Mucci, N.; Traversini, V.; Giorgi, G.; Tommasi, E.; De Sio, S.; Arcangeli, G. Migrant Workers and Psychological Health: A Systematic Review. Sustainability 2020, 12, 120. <https://doi.org/10.3390/su12010120>

¹³ High HIV Prevalence and Risk of Infection Among Rural-to-Urban Migrants in Various Migration Stages in China Lei Zhang, Eric P.F. Chow, Heiko J. Jahn, Alexander Kraemer and David P. Wilson

Сокулук (58%) либо самостоятельно: Жалал-Абад (27%), Ош (36%), Ноокат (38%) и Сокулук (18%).

Единицы опрошенных выехали по приглашению с заключением контракта, и таких мигрантов было значительно больше из Сокулука (21.9%) в сравнении с остальными сайтами Жалал-Абад (3.5%), Ош (3.7%), Ноокат (4%).

ТМ, выезжающие в миграцию без помощи государственных структур, т.е. нелегально, без заключения контрактов могут столкнуться с рядом факторов, которые могут влиять на их жизнь и здоровье. Так, например, отсутствие официальных контрактов и поддержки государственных структур может создавать нестабильность и неопределенность в жизни мигрантов. Они могут столкнуться с низкими заработками, нестабильным рабочим графиком и неуверенностью в будущих возможностях¹⁴.

Особенно интересными были результаты, полученные от трудовых мигрантов из Сокулука во время фокус- групповых дискуссий. Они сообщили, что они выезжали на сезонные полевые работы и проживали в ужасных условиях с отсутствием доступа к медицинским услугам. Ситуация с проживанием и питанием оказалась крайне неблагоприятной для этих мигрантов. Это указывает на недостаточную организацию и недостаток контроля за процессами миграции со стороны государственных структур. Также мигранты, выезжающие без помощи государственных структур, могут иметь ограниченный доступ к социальной защите, такой как медицинское обслуживание, страхование и правовая поддержка. Это может повлечь за собой риск для их физического и психического здоровья. Мигранты, особенно если они не имеют заключенных контрактов или сопроводительной документации, могут столкнуться с риском эксплуатации, нарушениями своих трудовых и человеческих прав. Они могут стать жертвами незаконного труда, низкого уровня защиты, дискриминации и насилия.

Мигранты, не обратившиеся за помощью к государственным структурам, могут столкнуться с трудностями в адаптации, поиске работы и жилья. Они могут не получить необходимой информации и поддержки для успешной интеграции в новой стране¹⁵.

Легальность работы во время последней трудовой миграции

Результаты опроса показали, что большое число ТМ работает в миграции нелегально, без заключения контракта и таких людей больше из Ош (49.9%) и Сокулук (32.4%) по сравнению с ТМ из Жалал-Абад (26.9%) и Ноокат (18.3%).

¹⁴ <https://oar.princeton.edu/rt4ds/file/19964/14391>

¹⁵ Documents make a difference: the case of Brazilian domestic workers in Massachusetts, USA]. *Cad Saude Publica*. 2016 Jul 21;32(7):S0102-311X2016000706001. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00131115. PMID: 27462853.

Результаты исследований, проведенных среди трудовых мигрантов, показали, что работа без заключения контракта может вызывать ряд проблем^{16, 17, 18}:

1. Мигранты, работающие без контрактов, сталкиваются с постоянной неопределенностью в отношении своего рабочего места. Они могут быть уволены без предупреждения или лишены работы в любой момент. Это создает нестабильную ситуацию, которая затрудняет планирование и обеспечение финансовой стабильности.
2. Работа без контрактов означает, что мигранты лишены социальных гарантий и правовой защиты, которые предоставляются официально трудоустроенным работникам. Они не имеют доступа к социальной защите, медицинскому обслуживанию и другим социальным льготам, что делает их уязвимыми перед эксплуатацией и нарушением трудовых прав.
3. В отсутствие официальных контрактов и законных механизмов контроля заработной платы, мигранты могут сталкиваться с низкими заработными платами и эксплуатацией со стороны работодателей. Они могут быть вынуждены работать в тяжелых условиях, за несоответствующую оплату и без соответствующих рабочих условий.
4. Работа без контрактов также ограничивает доступ мигрантов к социальным услугам, таким как образование, здравоохранение и жилищное обеспечение. Они могут сталкиваться с преградами при получении медицинской помощи или образования для своих детей.

Мигранты, которые работают без контрактов, включают различные категории. Это могут быть нелегальные мигранты, которые находятся в стране без необходимых документов, мигранты с неофициальным статусом, которые не имеют полноценного разрешения на работу, и мигранты, работающие в неофициальном секторе.

Проблемы с правоохранительными органами во время последней трудовой миграции

Небольшая часть ТМ из Кыргызстана имели проблемы с правоохранительными органами во время последней трудовой миграции: Жалал-Абад (8.1%), Ош (13.8%), Ноокат (13.6%) и Сокулук (13.4%).

Если анализировать причины проблем, то у большинства ТМ из Ноокат (93.7%) и Сокулук (78.5%) были проблемы с документами. А у большей чем половины ТМ из Ош (65.5%) были проблемы из-за мелких правонарушений (хулиганство, распитие алкоголя в общественных местах). Также были нередки штрафы за нарушения ПДД среди ТМ из Сокулук (33.8%) и Ош (16.9%).

Употребление алкоголя во время последней трудовой миграции

Наиболее пьющими в последней миграции оказались ТМ из Ош, и напротив среди ТМ из Ноокат было большей всего абсолютно не принимающих алкоголь: не принимали алкоголь совсем Жалал-Абад (49.1%), Ош (36.4%), Ноокат (74.7%) и Сокулук (51.4%).

¹⁶ Jackson Yves, Burton-Jeangros Claudine et al. (2022) Living and working without legal status in Geneva. first findings of the Parchemins study. Genève, Université de Genève (Sociograph – Sociological Research Studies, 57 b)

¹⁷ Jolivet, A., Cadot, E., Florence, S. et al. Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable?. BMC Public Health 12, 53 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-53>

¹⁸ Magalhaes, L., Carrasco, C. & Gastaldo, D. Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions. J Immigrant Minority Health 12, 132–151 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9280-5>

Употребление алкоголя трудовыми мигрантами оказывает значительное влияние на различные аспекты их жизни. Исследования подтверждают, что это может негативно сказываться на физическом и психологическом здоровье, работоспособности и социальной адаптации мигрантов. Известно, что употребление алкоголя связано с ухудшением их физического и психического здоровья, а также нарушением семейных отношений и социальной адаптации.

Глобальный обзор употребления алкоголя среди международных трудовых мигрантов показывает, что мигранты, работающие в стрессовых условиях и социальной изоляции, более подвержены риску употребления алкоголя.

Другое исследование, обнаружило связь между употреблением алкоголя и занятостью мигрантов. Мигранты, потребляющие алкоголь, имеют более низкую вероятность трудоустройства и стабильности в работе.

Таким образом, употребление алкоголя трудовыми мигрантами может негативно влиять на их физическое и психологическое благополучие, адаптацию в новой социальной среде и стабильность занятости. Это может привести к проблемам в семейных отношениях, ухудшению работоспособности и уровню производительности.

Употребление алкоголя может существенно влиять на риски, связанные с сексуальным поведением у трудовых мигрантов. Исследования показывают, что употребление алкоголя может снижать осознание рисков, повышать вероятность сексуальных контактов без использования противозачаточных средств или презервативов, а также увеличивать вероятность партнерского насилия.

Например, исследование среди мужчин-мигрантов из Центральной Азии, показало, что употребление алкоголя связано с более высокой вероятностью несовершенного защищенного секса, более высоким числом половых партнеров и повышенным риском заражения ВИЧ/СПИДом и повышенным риском заражения инфекционными половыми болезнями¹⁹. Так, например, результатами данного исследования была обнаружена связь между опасным употреблением алкоголя с увеличением вероятности секса под воздействием наркотиков (aOR = 6,09, 95% CI 3,48, 10,65; p <.001) и покупки коммерческого секса (aOR = 2,02, 95% CI 1,02, 4,02; p <.05).

Подобные исследования указывают на важность осведомленности о взаимосвязи между употреблением алкоголя и сексуальным риском среди трудовых мигрантов. Предоставление информации о здоровье, сексуальной безопасности и доступ к противозачаточным средствам и презервативам являются важными мерами для снижения рисков и защиты здоровья мигрантов. Также необходимо проводить программы по снижению употребления алкоголя и насилия, а также создавать поддерживающие среды, где мигранты могут обращаться за помощью и консультацией.

Место проживания в миграции

В результате исследования было выяснено, что подавляющее большинство трудовых мигрантов из Жалал-Абада (84.8%) предпочитали проживать в съемном жилье. Однако определенная часть мигрантов из Ош (21.2%), Нооката (18.5%) и Сокулук (37.8%) предпочитала проживать непосредственно на месте работы.

¹⁹ El-Bassel N, Marotta PL. Alcohol and Sexual Risk Behaviors Among Male Central Asian Labor Migrants and Non-migrants in Kazakhstan: Implications for HIV Prevention. *AIDS Behav.* 2017 Nov;21(Suppl 2):183-192. doi: 10.1007/s10461-017-1918-z. PMID: 28983808; PMCID: PMC5859564.

Проживание мигрантов на съемном жилье или прямо на месте работы имеет влияние на различные аспекты их жизни. Когда мигранты проживают в арендованных квартирах или домах, они часто имеют больше пространства и личной независимости. Это может способствовать созданию домашней атмосферы и повышению комфорта. Они также могут иметь больше возможностей для социального взаимодействия с другими жильцами и соседями, что способствует формированию социальных связей и интеграции в общество.

С другой стороны, проживание на месте работы означает, что мигранты живут непосредственно на территории своего рабочего места. Это может быть удобно с точки зрения близости к месту работы и сокращения времени и затрат на commuting. Однако, проживание на месте работы также может ограничивать свободное время и разделять рабочую и личную жизнь.

Финансовые аспекты также играют роль. При проживании на съемном жилье, мигранты должны платить арендную плату и дополнительные расходы на коммунальные услуги, что может повлечь дополнительные финансовые затраты. В то время как проживание на месте работы может быть бесплатным или включать расходы на жилье в компенсацию, что помогает мигрантам сэкономить деньги.

В целом, выбор между проживанием на съемном жилье и проживанием на месте работы имеет свои плюсы и минусы. Это влияет на условия проживания, социальную среду, финансовые обязательства и степень комфорта мигрантов. Однако конкретные последствия могут различаться в зависимости от индивидуальных обстоятельств и условий работы и проживания мигрантов.

Длительность миграции

В ходе опроса выяснялись вопросы длительности миграции, которая была разделена исследователями на краткосрочную (до 6 месяцев), среднесрочную (от 6 до 12 месяцев), долгосрочную (более 12 месяцев) и постоянную (полный переезд на ПМЖ, смена гражданства). В основном ТМ из Кыргызстана выезжают на средний и долгий сроки пребывания в миграции: в среднесрочную миграцию: Жала-Абад (34.9), Ош (38.7), Ноокат (37.6) и Сокулук (31.9) и долгосрочную миграцию: Жала-Абад (40.4), Ош (41.1), Ноокат (37.5) и Сокулук (33.2).

Как известно сроки миграции могут оказывать значительное влияние на различные аспекты жизни трудовых мигрантов. Различия между мигрантами в зависимости от срока миграции могут проявляться по нескольким критериям, включая социальные, экономические и аспекты здравоохранения.

К социальным аспектам, на которые может оказывать влияние длительность миграции относится интеграция в общество. Долгосрочные и постоянные мигранты часто имеют больше возможностей для освоения языка и адаптации к новой культуре, что способствует более глубокой интеграции в общество. Напротив, краткосрочные мигранты могут оставаться на периферии и ощущать большую социальную изоляцию. Также сроки миграции влияют на семейные связи. Долгосрочные и постоянные мигранты чаще имеют возможность привлечь своих семейных членов, в то время как краткосрочные мигранты могут быть отделены от своих близких на длительные периоды.

В отношении экономических аспектов долгосрочные мигранты имеют больше возможностей для накопления сбережений, инвестирования и улучшения своего экономического положения. Они могут иметь доступ к финансовым услугам и кредитам. В то время как краткосрочные мигранты часто сталкиваются с ограниченными экономическими возможностями и оказываются в более уязвимом положении. Долгосрочные мигранты обычно имеют более стабильные и высокооплачиваемые рабочие места, поскольку они могут развивать навыки и получать лучшие

возможности для карьерного роста. В то же время, краткосрочные мигранты часто работают в нестабильных и низкооплачиваемых секторах экономики

Сроки миграции также имеют влияние на аспекты здоровья ТМ. Так, долгосрочные мигранты обычно имеют более стабильный доступ к качественной медицинской помощи в стране миграции, поскольку они могут иметь статус постоянного жителя или гражданства. В то же время, краткосрочные мигранты могут столкнуться с ограниченным доступом к здравоохранению из-за отсутствия страховки и законодательных ограничений. Но, в то же время, длительные сроки миграции могут создавать стрессовые условия для мигрантов и повышать риск различных заболеваний и психологических проблем.

Владение языком страны миграции

Небольшая часть респондентов владели языком страны пребывания на свободном уровне, исключая ТМ из Ноокат: Жалал-Абад (34.2%), Ош (43.9%), Ноокат (9.1%) и Сокулук (40.8%). Владение языком на разговорном уровне отмечали также около половины респондентов: Жалал-Абад (55.8%), Ош (48.2%), Ноокат (47.2%) и Сокулук (50.3%). При этом 41.4% ТМ из Ноокат жаловались на плохое владение языком страны пребывания.

Владение языком страны миграции оказывает существенное влияние на различные аспекты жизни мигрантов. Это важный фактор, который может повлиять на их адаптацию и успешность в новой среде. Рассмотрим, как владение языком может влиять на жизнь мигрантов^{20,21}.

Владение языком позволяет мигрантам эффективно общаться с местными жителями, коллегами и работодателями. Благодаря этому они могут легче устанавливать контакты, получать информацию, выражать свои потребности и понимать инструкции на работе или в повседневной жизни. Это способствует лучшей социальной адаптации и более гармоничным взаимодействиям с окружающими²².

Знание языка страны миграции значительно повышает шансы на получение работы. Работодатели предпочитают нанимать мигрантов, которые могут свободно общаться на местном языке, так как это способствует эффективной командной работе, предоставляет больше возможностей для обучения и повышения квалификации.

Владение языком страны миграции играет важную роль в получении образования. Мигранты, которые могут понимать преподавание на местном языке, имеют больше возможностей для поступления в учебные заведения, получения квалификации и расширения своих профессиональных перспектив.

Знание языка помогает мигрантам лучше понять и воспринять местную культуру, традиции и обычаи. Они могут активно участвовать в общественной жизни, принимать участие в различных мероприятиях и общественных организациях, а также легче встраиваться в социальные структуры, что означает успешную интеграцию в общество.

²⁰ Adserà, A., Pytliková, M. (2016). Language and Migration. In: Ginsburgh, V., Weber, S. (eds) *The Palgrave Handbook of Economics and Language*. Palgrave Macmillan, London.
https://doi.org/10.1007/978-1-137-32505-1_13

²¹ Antonio Di Paolo, Josep Lluís Raymond, LANGUAGE KNOWLEDGE AND EARNINGS IN CATALONIA, *Journal of Applied Economics*, Volume 15, Issue 1, 2012, Pages 89-118, ISSN 1514-0326, [https://doi.org/10.1016/S1514-0326\(12\)60005-1](https://doi.org/10.1016/S1514-0326(12)60005-1).

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1514032612600051>)

²² <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.03.005>

Владение языком также помогает мигрантам обращаться за медицинской помощью, понимать инструкции по безопасности на рабочем месте и получать информацию о своих правах и обязанностях. Это важно для обеспечения их здоровья, безопасности и защиты от возможных рисков или эксплуатации.

Сфера деятельности ТМ

Наиболее распространенной деятельностью среди трудовых мигрантов из Кыргызстана является сфера обслуживания/торговля (чаще жители Жалал-Абад): Жалал-Абад (69.9%), Ош (59.4%), Ноокат (47.6%), Сокулук (49.6%), см. таблица 2.

Следующими по распространенности сферами занятости среди трудовых мигрантов являются:

- работа в строительстве: Жалал-Абад (15.7%), Ош (15.1%), Ноокат (31.5%) и Сокулук (23.6%);
- разнорабочими: Жалал-Абад (9.4%), Ош (14.3%), Ноокат (30.5%) и Сокулук (3.1%);
- и водителями: Жалал-Абад (17.8%), Ош (7.4%), Ноокат (5.6%) и Сокулук (14.3%).

Выбор профессии мигрантами зависит от нескольких факторов. Во-первых, это может быть связано с предыдущим опытом работы и навыками, которыми они обладают. Например, мигранты с опытом работы в сфере обслуживания или торговли могут предпочитать продолжать работать в этой отрасли.

Во-вторых, выбор профессии может быть обусловлен спросом на рынке труда в стране миграции. Если определенная отрасль предлагает больше возможностей для трудоустройства и высокую заработную плату, мигранты могут ориентироваться на такие профессии.

Кроме того, влияние социокультурных факторов также может играть роль в выборе профессии мигрантами. Например, наличие родственников, знакомых или сообщества из родной страны, уже работающих в определенной сфере, может стимулировать мигрантов выбрать такую же профессиональную область.

Понимание факторов выбора профессии позволяет более точно оценить динамику трудовой миграции и разработать соответствующие политики и программы для поддержки мигрантов и содействия их успешной интеграции на новом месте работы.

Оформление медицинской страховки

По результатам опроса ТМ из Кыргызстана выявлено, что отношение к оформлению медицинской страховки имеет отличия между сайтами. Так, например, подавляющее большинство ТМ из Жалал-Абад предпочитают находиться в миграции без оформления медицинской страховки, тогда как примерно половина респондентов из остальных сайтов страховку оформляют: Жалал-Абад (16.2%), Ош (40.5%), Ноокат (57.2%), Сокулук (62.9%). Получается, что в общем большая часть ТМ пребывают в миграции без оформления медицинской страховки.

Оформление медицинской страховки для трудовых мигрантов играет значительную роль в обеспечении доступа к медицинским услугам и защите их здоровья. Однако, не все трудовые мигранты оформляют медицинскую страховку, и это может быть обусловлено несколькими факторами.

Одной из основных причин незаключения медицинской страховки для трудовых мигрантов является экономический фактор. Некоторые мигранты могут оказаться занятыми на низкооплачиваемых работах или работать на неофициальных условиях, где работодатели не предоставляют медицинскую страховку или ее оформление связано с дополнительными расходами. В таких случаях мигранты могут решить не оформлять страховку, чтобы сэкономить деньги.

Другой причиной может быть недостаточная информированность о доступном медицинском страховании или сложности в их получении. Некоторые мигранты могут не знать о существующих программных и правовых механизмах для оформления медицинской страховки, особенно если они находятся в стране нелегально или находятся в сложной ситуации с визовым статусом. Это может привести к тому, что мигранты не обращаются за страховкой или не знают, как ее получить.

Кроме того, некоторые трудовые мигранты могут не видеть необходимости в оформлении медицинской страховки из-за молодого возраста, хорошего здоровья или ожидания того, что они могут обратиться к медицинским услугам в случае необходимости без страховки.

Особенно уязвимыми группами трудовых мигрантов, которые могут не оформлять медицинскую страховку, являются низкооплачиваемые работники, нелегальные мигранты, временные мигранты и работники, занятые в нестабильных или неформальных секторах экономики.

Важно отметить, что отсутствие медицинской страховки может повлечь за собой серьезные последствия для трудовых мигрантов, такие как ограниченный доступ к качественной медицинской помощи, высокие затраты на медицинские услуги или задолженности перед медицинскими учреждениями.

Наличие проблем со здоровьем во время последней трудовой миграции и обращение за медицинской помощью

У беженцев и мигрантов возникают самые различные потребности в медицинской и психиатрической помощи, обусловленные условиями их проживания в стране происхождения, обстоятельствами переезда и прибытия в принимающую страну, действующими в ней правилами в отношении интеграции приезжих, а также условиями жизни и работы. Пережитый опыт может повышать подверженность беженцев и мигрантов хроническим и инфекционным болезням.

Пандемия COVID-19 вызвала перебои в оказании медицинской помощи, породив дополнительные факторы риска для людей, которые уже находились в уязвимом положении, и ограничив возможности систем здравоохранения для реагирования на их потребности²³.

Проблемы со здоровьем у мигрантов и доступ к услугам здравоохранения являются важными аспектами, которые требуют внимания и решения. Мигранты, особенно нелегальные или временные мигранты, часто сталкиваются с рядом проблем, связанных со здоровьем и доступом к медицинским услугам²⁴.

Беженцы и мигранты по-прежнему входят в число самых уязвимых членов общества и нередко испытывают на себе ксенофобию, дискриминацию, трудные жизненные ситуации, неудовлетворительные жилищные условия и условия труда, а также недостаточный или ограниченный доступ к основным видам медицинской помощи.

Мигранты могут сталкиваться с барьерами в получении медицинской помощи из-за различных причин, включая недостаток медицинской страховки, языковые и культурные преграды, ограниченный доступ к медицинским учреждениям и незнание своих прав и возможностей в новой стране.

²³ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

²⁴ Pandey M, Kamrul R, Michaels CR, McCarron M. Identifying Barriers to Healthcare Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada. *J Immigr Minor Health*. 2022 Feb;24(1):188-198. doi: 10.1007/s10903-021-01262-z. Epub 2021 Aug 23. PMID: 34426892; PMCID: PMC8382209.

Мигранты, особенно с неурегулированным статусом, нередко не могут пользоваться услугами национальных программ в области укрепления здоровья, профилактики, лечения и ведения заболеваний, а также финансовой защитой при получении медицинской помощи. Их положение может также ухудшаться высокими тарифами на оплату услуг, низким уровнем медико-санитарной грамотности, неумением работников медицинских организаций общаться с представителями других культур, стигматизацией и некачественным переводом.

В некоторых случаях, мигранты могут опасаться обращаться за медицинской помощью из-за страха быть задержанными или депортированными. Это может приводить к отсрочке или отказу от посещения медицинских учреждений даже в случаях, когда это необходимо.

Кроме того, культурные различия и языковые барьеры могут создавать трудности в общении с медицинским персоналом, что затрудняет получение адекватной медицинской помощи. Мигранты могут испытывать затруднения в понимании медицинской информации, объяснении своих симптомов и соблюдении рекомендаций врачей.

Отсутствие медицинской страховки или недостаточное покрытие также является серьезной проблемой для мигрантов. Они могут сталкиваться с высокими затратами на медицинские услуги или ограниченным доступом к определенным видам лечения и профилактическим мероприятиям.

Нельзя не учитывать низкий уровень дохода и социальное неравенство, как факторы, приводящие к ограниченному доступу к качественной медицинской помощи, плохим условиям жилья и питания, что в свою очередь может увеличить риск различных заболеваний.

Некоторые трудовые мигранты заняты в физически тяжелых и опасных работах, таких как строительство, сельское хозяйство и обслуживание. Это может приводить к повышенному риску травм, заболеваний опорно-двигательной системы, а также воздействию вредных веществ и условий.

Немаловажным фактором, влияющим на психическое здоровье мигрантов, что в свою очередь может влиять на их общее физическое состояние является отделение от семьи и близких, языковые и культурные преграды, ощущение социальной изоляции.

Очень значимыми факторами, способствующими возникновению проблем со здоровьем, являются поведенческие факторы. Некоторые мигранты могут вести нездоровый образ жизни, такой как неправильное питание, недостаток физической активности и употребление вредных веществ, что повышает риск различных заболеваний.

Также некоторые мигранты могут придерживаться традиционных практик и верить в альтернативные методы лечения, что может повлиять на их доступ к современной медицинской помощи.

По результатам опроса ТМ Кыргызстана в разной степени имели проблемы со здоровьем во время последней трудовой миграции: Жалал-Абад (10.2%), Ош (23.4%), Ноокат (33.2%), Сокулук (20.2%).

Среди ТБ из Жалал-Абад (n=18) чаще отмечались инфекционные заболевания (9.1%) и гораздо реже ИППП (2.8%) и зубная боль (0.9%).

Среди ТМ из Ош (n=39) сильно распространены хронические респираторные заболевания (39.5%), переносили хирургические вмешательства (15.3%), испытывали зубную боль (7.9%) и другие проблемы со здоровьем (29.2%) примерно в равных долях были распространены инфекционные заболевания (2%), ССС (2%), ТБ (2%) и сахарный диабет (1.3%).

ТМ из Нооката как чаще других испытывали проблемы со здоровьем (n=98), так и имели наиболее широкий спектр проблем со здоровьем: иные проблемы со здоровьем, не перечисленные в анкете (42%), инфекционные заболевания (33%), испытывали зубную боль (17.4%), страдали от респираторных хронических заболеваний (7.3%), сахарный диабет (2.9%), ИППП (1.9%), ТБ (1.4%), хирургические операции перенесли (1.3%).

ТМ из Сокулук имели немного иное распределение проблем со здоровьем: чаще болели инфекционными заболеваниями (43.7%), имели иные проблемы со здоровьем, не перечисленные в анкете (19.1%), испытывали зубную боль (13.8%), страдают ССС (9.1%), от хронических респираторных заболеваний (6.5%), перенесли хирургические операции (4.9%), сахарным диабетом страдали (2%) и перенесли ТБ (2%).

В таблице 2 представлены данные о том, куда обращались мигранты из разных регионов Кыргызстана при возникновении проблем со здоровьем во время последней миграции. Обращение мигрантов за медицинской помощью различается в зависимости от региона. Государственные клиники чаще всего выбираются мигрантами из Оше и Ноокат, в то время как частные клиники, организованные кыргызстанцами, популярны во всех регионах. Некоторые мигранты также предпочитают обращаться к знакомым врачам или обращаться в местные частные клиники.

Примерно третья часть мигрантов из Жалал-Абад, Ноокат и Сокулук и 12.5% мигрантов из Ош при возникновении проблем со здоровьем никуда не обращались за помощью.

ТМ из Жалал-Абад: 32.4% не обращались за медицинской помощью, 22.7% мигрантов обращались в частные клиники, организованные кыргызстанцами, 21.8% обращались к знакомому врачу, 15.6% обращались в государственные клиники, 6.9% обращались в местные частные клиники.

ТМ из Ош: 12.5% не обращались за медицинской помощью, 31.3% обращались в государственные клиники, 22.3% мигрантов обращались в частные клиники, организованные кыргызстанцами, 25.9% обращались в местные частные клиники.

ТМ из Ноокат: 34.4% не обращались за медицинской помощью, 34.8% обращались в государственные клиники, 22.8% мигрантов обращались в частные клиники, организованные кыргызстанцами, 6.7% обращались к знакомому врачу, 5.2% обращались в местные частные клиники, 3.5% выбрали другие варианты обращения.

ТМ из Сокулук: 35.8% не обращались за медицинской помощью, 44.4% обращались в государственные клиники, 11.4% мигрантов обращались в частные клиники, организованные кыргызстанцами, 7.9% обращались в местные частные клиники, 1.6% обращались к знакомому врачу.

Причины не обращения за медицинской помощью

В целом, данные показывают, что у мигрантов существует несколько причин для не обращения за медицинской помощью, включая неопределенность по поводу доступа к медицинским услугам, финансовые ограничения, отсутствие времени и опасения относительно сохранения рабочего места. Также было определено, что некоторые мигранты предпочитают заниматься самолечением. Из предоставленных данных можно увидеть, что среди мигрантов из Сокулук подавляющее большинство (91.9%) не знали, куда обратиться за медицинской помощью. Это обстоятельство может быть связано с их статусом сезонных нелегальных работников, которые проживали на месте работы в непригодных условиях. Они были лишены возможности отказаться от работы и вернуться домой, что, по сути, создавало ситуацию подобную рабству. Такие обстоятельства могли негативно сказываться на доступе мигрантов к медицинской помощи и их общем благополучии. Это подчеркивает важность обеспечения адекватных

условий труда и доступности медицинской помощи для мигрантов, особенно для тех, кто находится в уязвимом положении.

Для мигрантов из Жалал-Абад основной причиной не обращения было отсутствие времени (47%) и при этом 38.9% занимались самолечением. У 15.4% не было денег для обращения за медицинскими услугами. Качеством медицинской помощи были удовлетворены большинство мигрантов из Жалал-Абад (72.6%).

Для мигрантов из Ош примерно в равных долях причинами не обращения за медицинскими услугами были отсутствие времени 12.8%, страх увольнения 16%, нелегальное положение на работе 16% и при всем этом занимались самолечением 71.3%. Среди мигрантов из Ош довольных медицинскими услугами было (57%).

Для мигрантов из Ноокат отсутствие времени 14.8%, отсутствие информации о том куда обращаться за медицинской помощью 5.8%, другие причины 8.9% и предпочли заниматься самолечением 60.6%. Качеством медицинской помощи были удовлетворены большинство мигрантов из Ноокат (85.6%).

Мигранты из Сокулук в подавляющем большинстве не знали к кому обращаться 91.9%, отсутствие времени 31.3%, страх увольнения испытал 1%, нелегальное положение на работе 6.1% и другие причины 2.4%. И наконец предпочли заниматься самолечением 52%. Качеством медицинской помощи были удовлетворены большинство мигрантов из Сокулук (80.7%).

Основными причинами неудовлетворенности медицинским сервисом для ТМ из всех сайтов были дорогая стоимость услуг (33.9% Ош, 52.5% Сокулук и 88.2% Жалал-Абад), а для ТМ из Ош также грубое отношение персонала (19.4%). Также мигранты из Ош отмечали неудобное время приема (9.7%) и длинные очереди (9.7%).

Таблица 7. Вопросы миграции, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N = 212			Ош, N =167			Ноокат, N = 284			Сокулук, N = 282						
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ				
Страна выезда в последний раз																
Россия	195	91.3	86.91	95.6	156	94.9	89.2	100.5	267	93.6	89.9	97.3	223	79.9	74.2	85.7
Казахстан	6	2.94	0.582	5.303	0	0	0	0	10	4.1	0.8	7.3	32	11.1	6.6	15.5
Турция	1	0.51	-0.3	1.325	0	0	0	0	0	0	0	0	20	6.8	2.8	10.6
Европа	2	1.27	-0.23	2.781	0	0	0	0	1	0.7	-0.3	1.7	1	0.1	-0.04	0.3
О.А. Эмираты	0	0	0	0	3	1.3	-0.2	2.8	1	0.1	-0.1	0.4	2	0.6	-0.2	1.4
Другое	8	4.01	0.467	7.565	8	3.8	-1.4	9.1	0	0	-0.1	3.1	4	1.6	-0.3	3.5
Выезд в последнюю миграцию совместно с семьей																
Да	50	25.5	18.23	32.76	34	20.1	11.9	28.2	110	39.4	31.9	46.8	90	28.3	21.2	35.4
Нет	162	74.5	67.24	81.77	133	79.9	71.8	88.1	174	60.6	53.2	68.1	192	71.7	64.6	78.8
Длительность миграции																
Краткосрочная миграция	31	16.65	10.51	22.92	34	19.8	11.6	27.9	59	23.1	16.9	29.3	96	34.5	27.3	41.7
реднесрочная миграция	75	34.89	27.81	41.84	75	38.7	29.6	47.8	105	37.6	30.6	44.5	99	31.9	25.9	37.9
Долгосрочная миграция	84	40.36	31.41	49.43	57	41.1	31.4	50.9	116	37.5	30.3	44.6	86	33.2	26.2	40.3
Постоянная миграция	22	8.06	4.14	11.94	1	0.4	-0.1	0.9	3	1.9	-0.9	4.7	1	0.3	-0.3	0.9
									1	0.03	-0.02	0.07	0	0	0	0
Способ выезда в последнюю миграцию																
Через госструктуры	0	0	0	0	1	0.5	-0.2	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Через квоты	0	0	0	0	1	0.4	0.09	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0
Приглашение с заключением контракта	7	3.455	-0.26	7.199	8	3.7	0.9	6.4	9	4	0.5	7.6	58	21.9	14.8	29.1
Через частные агентства занятости	1	0.763	-0.26	1.772	12	5.4	1.9	8.9	2	1.9	-0.2	4.2	5	1.4	-0.4	3.3
Через учебные центры	0	0	0	0	4	2.3	-0.3	4.9	0	0	0	0	1	0.2	-0.07	0.5

По приглашению, друзей, зн-х, родств-в	150	67.98	60.56	75.51	73	41	30.6	51.4	150	54	46.6	61.4	170	58.2	49.9	66.5	
Рекламное объявл-е, по интернету	0	0	0	0	2	0.9	-0.4	2.3	4	1.3	0.01	2.5	2	0.5	-0.3	1.4	
Самостоятельно	53	27.29	20.45	34	65	35.7	35.7	55.1	116	38.4	31.6	45.2	46	17.6	11.4	23.8	
Другое	1	0.512	0.266	1.294	1	0.4	-0.4	1.1	3	0.3	-0.2	0.7	0	0	0	0	
Условия проживания во время последней трудовой миграции																	
На съемной квартире	184	84.8	75.9	93.5	98	57.7	48.5	66.9	213	75.3	69.3	81.3	161	55.3	47.7	62.9	
Проживал(а) на работе	9	4.8	0.8	8.9	32	21.2	12.5	30	49	18.5	12.8	24.3	98	37.8	29.8	45.8	
У друзей	6	2.01	0.2	3.8	13	6.9	1.1	12.6	8	2.9	0.4	5.4	6	2.3	-0.01	4.7	
У родственников	13	8.37	1.7	15.2	19	11.9	4.8	18.9	9	2.1	0.5	3.6	14	3.2	1.2	5.2	
У сожителя/льницы	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.9	-0.4	2.1	
Другое	0	0	0	0	5	2.3	0.6	5.1	5	1.1	-0.3	2.6	2	0.4	-0.2	1.1	
Сфера деятельности в последней трудовой миграции																	
Сфера обслуживания/торговля	154	69.9	62.3	77.5	78	47.6	37	58.2	142	49.6	42.7	56.4	169	59.4	52.1	66.7	
Строительство	33	15.7	10.4	21.1	28	15.1	8.3	21.9	89	31.5	23.8	39.2	63	23.6	17.6	29.6	
Водитель	41	17.8	12.1	23.5	13	7.4	2.2	12.5	22	5.6	2.8	8.3	42	14.3	9	19.6	
Разнорабочий/чая	21	9.4	5.4	13.4	21	14.3	7.4	21.3	82	30.5	23.9	37	7	3.1	0.6	5.5	
Сельское хозяйство	1	0.5	-0.5	1.5	2	0.9	-0.2	2.1	10	5.1	1.1	9.1	2	0.6	-0.3	1.4	
Работа в дом. хозяйстве	6	3.2	-0.07	6.4	6	2.8	-0.2	5.8	5	1	0.06	1.9	2	0.6	-0.2	1.4	
Учеба	1	0.3	-0.2	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Другое	11	8.4	3.1	13.5	22	14.6	6.5	22.8	16	4.1	1.3	6.8	18	7.2	2.9	11.5	
Владение языком той страны трудовой миграции в последний раз																	
Свободно	70	34.2	26.4	42	75	43.9	32.4	55.5	38	9.1	5.7	12.4	123	40.8	33.3	48.2	
Разговорный уровень	122	55.8	47.2	64.3	77	48.2	36.7	59.7	130	47.2	39.5	54.9	135	50.3	42.7	57.9	
Плохо	20	10.1	6	14.1	15	7.9	2.9	12.8	112	41.4	33.7	49	24	8.9	5.1	12.7	
Вообще не владею	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2.3	-0.3	4.9	0	0	0	0	
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.03	-0.01	0.06	0	0	0	0	
Легальность работы во время последней трудовой миграции																	
Легально (контракт)	162	73.1	64.4	81.7	100	50.1	40.1	60.1	226	81.1	75.6	86.6	199	67.6	60.3	74.9	
Нелегально (без контракта)	50	26.9	18.3	35.6	67	49.9	38.9	59.9	55	18.3	12.8	23.7	83	32.4	25.1	39.7	
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6	-0.05	1.3	0	0	0	0	
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.03	-0.01	0.06	0	0	0	0	
Проблемы с правоохранительными органами во время последней трудовой миграции																	
Да	18	8.1	4.4	11.7	24	13.8	8.2	19.5	42	13.6	8.7	18.5	37	13.4	7.9	18.9	
Нет	194	91.9	88.3	95.6	143	86.2	80.5	91.8	240	86.1	81.2	90.9	245	86.6	81.1	92.1	
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.3	-0.1	0.7	0	0	0	0	
Если да, то по какой причине?																	
		n=18				n=24				n=42				n=37			
Проблемы с документами	15	6.9	3.5	10.2	7	32.9	15.6	50.2	38	93.7	51.4	136	29	78.5	65.4	91.5	
Штрафы за нарушения ПДД	4	1.7	0.1	3.2	2	16.9	-6.5	40.3	3	3.8	0.5	7.1	11	33.8	18.4	49.4	
Неуплата налогов/кредитов/услуг	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Неисполнение трудовых обязательств	0	0	0	0	1	2.7	-1.4	6.8	0	0	0	0	0	0	0	0	
Мелкие правонарушения	0	0	0	0	16	65.5	37.7	93.4	1	3.2	2.2	4.3	2	2.4	2.4	2.4	
Уголовные преступления	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Употребление алкоголя во время последней трудовой миграции																
Ежедневно	0	0	0	0	3	1.3	-0.3	2.9	0	0	0	0	2	0.5	-0.1	1.2
Два-три раза в неделю	9	4.4	1.4	7.4	12	6.2	2.2	10.3	3	0.9	-0.4	2.2	10	4.7	1.1	8.2
Один раз в неделю	5	2.2	0.2	4.2	22	16.1	9.3	23	11	2.7	0.5	4.9	22	7.2	3.6	10.8
Раз в месяц	20	8.5	4.7	12.2	38	20.7	12.8	28.5	8	3.1	0.6	5.6	30	8.1	4.7	11.4
По праздникам	83	35.8	28.9	42.8	33	18	10.1	25.9	56	18.5	12.3	24.6	77	28	21.8	34.3
Не употреблял(а) вообще	31	17.4	11.4	23.3	34	22.4	14.7	30.1	144	48.9	41.7	56.2	54	19.9	14.1	25.8
Категорически не употребляю	63	31.7	23.8	39.6	23	14	6.5	21.6	61	25.8	18.9	32.6	87	31.5	24.2	38.8
Не помню	0	0	0	0	1	0.3	-0.3	0.9	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет ответа	1	0.1	-0.04	0.2	1	0.9	-0.5	2.4	1	0.03	-0.01	0.06	0	0	0	0
Оформляли ли Вы медицинскую страховку в стране пребывания во время трудовой миграции?																
Да	32	16.2	9.8	22.5	70	40.5	31.3	49.8	170	57.2	49	65.3	180	62.9	55.7	70.1
Нет	180	83.8	77.5	90.2	97	59.5	50.2	68.7	111	41	33.2	48.9	102	37.1	29.9	44.2
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.8	-0.9	4.5	0	0	0	0
Были ли у Вас проблемы со здоровьем во время последней трудовой миграции?																
Да	18	10.2	5.6	14.8	39	23.4	15.7	31.2	98	33.2	26.3	40	59	20.2	14.3	26.1
Нет	194	89.8	85.1	94.4	128	76.6	68.8	84.4	185	66.8	59.9	73.7	223	79.8	73.9	85.7
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.03	-0.01	0.07	0	0	0	0
Если да, то какие именно проблемы со здоровьем у Вас были во время последней трудовой миграции?																
	n=18				n=39				n=98				n=59			
Инфекц-е заболевания	12	7.1	2.9	11.2	1	2	0.8	3.2	35	33	22.6	43.4	28	43.7	25.6	61.7
ИППП	4	2.8	0.1	5.5	0	0	0	0	1	1.9	0.9	3	0	0	0	0
ССЗ (инфаркт, инсульт, др)	0	0	0	0	1	2	0.6	3.4	1	0.7	0.3	0.9	8	9.1	-0.9	19.2
Онкологические	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1	-0.06	0.3	0	0	0	0
Хр. респир. заболевания	0	0	0	0	20	39.5	13.5	65.6	6	7.3	-0.08	14.6	3	6.5	5.5	7.6
Сахарный диабет	0	0	0	0	1	1.3	0.5	2.2	2	2.9	-0.7	6.7	1	2.2	-3.4	7.7
Туберкулез	0	0	0	0	1	2	0.5	3.5	2	1.4	-1.1	3.9	1	2.2	1.6	2.7
Хирургические операции	0	0	0	0	4	15.3	-0.07	30.7	1	1.3	0.6	2.1	2	4.9	-1	10.8
Зубная боль	2	0.9	0.02	1.8	3	7.9	-2.4	18.3	18	17.4	12.8	22	8	13.8	2.9	24.8
Другое	1	0.5	-0.4	1.4	10	29.2	14.1	44.3	38	42	29.2	54.9	10	19.1	-26.9	65.1
Куда Вы обращались, когда у Вас были проблемы со здоровьем?																
	(n=18)				n=39				n=98				n=59			
Местная частная клиника	2	6.9	-3.9	17.9	8	25.9	6.6	45.3	5	5.2	3.6	6.9	7	7.9	3.1	12.8
Частная клиника, орг-нная кыргызстанцами	4	22.7	1.8	43.6	7	22.3	5.9	38.7	19	22.8	9.6	35.9	7	11.4	4	18.7
Государственная клиника	3	15.6	-1.7	32.9	16	31.3	15.3	47.2	35	34.8	22.6	47	21	44.4	29.7	59.2
Не обращался (лась)	4	32.4	8.5	57.1	7	12.5	6.1	18.9	36	34.4	21.1	47.6	22	35.8	23	48.6
К знакомому врачу	4	21.8	1.9	41.9	0	0	0	0	8	6.7	2.9	10.4	3	1.6	1.3	1.8
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3.5	-1.2	8.2	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Если Вы не обращались за помощью, то почему?																
	(n=4)				n=7				n=36				n=22			
Не знал(а) к кому обращаться	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.8	1.7	9.8	20	91.9	66.4	117.4
Не было денег	1	15.4	-16	46.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не было времени	1	47	-14.8	107.1	1	12.8	-10.1	35.7	6	14.8	4.7	24.9	5	31.3	31.4	31.4
Боялся увольнения	0	0	0	0	1	16	-13.9	45.8	0	0	0	0	0	1	2	3
Нелегальное положение на работе	0	0	0	0	1	16	-13.7	45.6	1	5.8	-8.6	20.2	1	6.1	6.1	6.1

Самолечение	2	38.9	-0.1	77	5	71.3	37.3	105.2	22	60.6	39.5	81.7	13	52	26	78
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8.9	1.3	16.4	1	2.4	2.4	2.4
Удовлетворены ли полученной медицинской помощью в стране пребывания во время трудовой миграции?																
Да	14	72.6	46.4	98.1	25	57	31.2	82.8	54	85.6	68	103.2	30	80.7	67.3	93.9
Нет	0	0	0	0	6	22.5	-7.4	52.4	6	11.8	7.9	15.8	7	19.3	6	32.7
Нет ответа	3	27.4	1.88	53.6	8	20.5	7.7	33.3	2	2.5	-14.7	19.8	0	0	0	0
Если Нет, то чем именно были не удовлетворены?																
	n=0				n=6				n=6				n=7			
Дорого					5	88.2	75.9	100.4	3	33.9	-1.8	69.8	4	52.5	9.6	95.3
Грубое отношение					0	0	0	0	1	19.4	-15.8	54.7	0	0	0	0
Неудобное время приема					0	0	0	0	1	9.7	-5.7	25.1	0	0	0	0
Далеко					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Большие очереди					0	0	0	0	1	9.7	-24.8	44.2	0	0	0	0
Другое					0	0	0	0	3	27.2	-7.5	61.8	3	47.5	4.7	90.4

7.5 Поведенческие вопросы (сексуальное и инъекционное)

Сексуальное поведение мигрантов за последние 12 месяцев

Информация о сексуальных партнерах

Особенности половой жизни мигрантов исследуются в различных научных исследованиях, и результаты могут различаться в зависимости от контекста, страны и группы мигрантов. Мигранты могут иметь половые контакты с различными видами партнеров: постоянные, непостоянные и коммерческие. Они могут вступать в различные типы отношений, от краткосрочных и случайных до долгосрочных и стабильных.

В контексте передачи ИППП и ВИЧ важно изучать вопросы использования мигрантами средств контрацепции, которые могут различаться в зависимости от их культурных и религиозных убеждений, доступности и знаний о контрацепции, а также доступности соответствующих услуг.

Некоторые исследования указывают на то, что мигранты могут быть подвержены повышенным рискам, связанным с сексуальным поведением, таким как большое число сексуальных партнеров, неправильное или непостоянное использование противозачаточных средств, нежелательная беременность и передача инфекций, включая ИППП и ВИЧ²⁵.

Нельзя не отметить риски мигрантов оказаться в уязвимом положении, сталкиваясь с риском сексуального насилия и эксплуатации, особенно при нелегальной миграции или работе в незаконных секторах²⁶.

Некоторые мигранты могут сталкиваться с трудностями в доступе к услугам здравоохранения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье. Это может быть связано с языковыми барьерами, недостаточной осведомленностью о доступных услугах и правах, страхом дискриминации или отсутствием страхования.

В данном исследовании трудовым мигрантам из Кыргызстана был задан ряд вопросов, касающихся половой жизни во время последней миграции за последние 12 месяцев, а также

²⁵ Ivan Wolfers, et al. "Sexual Behaviour and Vulnerability of Migrant Workers for HIV Infection." Culture, Health & Sexuality, vol. 4, no. 4, 2002, pp. 459–73. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/4005257>. Accessed 8 July 2023.

²⁶ Tan, S.E., Kuschminder, K. Migrant experiences of sexual and gender based violence: a critical interpretative synthesis. Global Health 18, 68 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00860-2>

был взят более краткий период до момента опроса – 30 дней. Исследователями были изучены вопросы количества половых партнеров и использования презервативов с различного вида половыми партнерами.

Трудовые мигранты вели активную половую жизнь в течение последних 12 месяцев. В подавляющем большинстве это были гетеросексуальные контакты, но также отмечалось присутствие гомосексуальных связей среди мигрантов из Жалал-Абад, Ош и Сокулук, табл.3.

Таблица 8. Характер половых контактов мигрантов в течение последних 12 месяцев, БПИ среди ТМ, 2023г.

	Жалал- Абад	Ош	Ноокат	Сокулук
мужчины с мужчинами	3.5	0.6	0	0.2
мужчины с женщинами	92.1	83.4	79.1	89.1
женщины с мужчинами	87.7	48.6	74.8	72.7

Эти данные указывают на некоторые различия в половых контактах между мигрантами из разных сайтов. Однако следует отметить, что процентные соотношения не отражают общую популяцию мигрантов, а лишь долю мигрантов из своего сайта.

Полученные данные указывают на то, что значительная часть мигрантов имеет установленные отношения и проживает с половым партнером в месте своего пребывания: Жалал-Абад (63.7%), Ош (64.5%), Ноокат (87.2%), Сокулук (74%), табл.4.

По количеству половых партнеров во время последней миграции лидируют мигранты из Ош у которых количество половых партнеров могло превышать 7 партнеров (48.1%) и не было совсем партнеров (11.3%), у мигрантов из Жалал-Абад число партнеров могло достигать 7 партнеров (40.6%) и не было совсем партнеров у (14.6%), на третьем месте по числу мигрантов с большим количеством партнеров были респонденты из Сокулук (18.5%) и не было совсем партнеров у (45.4%). И наконец, мигранты из Ноокат оказались в плане сексуальных отношений наиболее воздержанными, среди них имели от 2-х до 4-х партнеров (7.5%) и совсем не имели партнеров (39.6%).

Таблица 9. Количество половых партнеров во время последней миграции, БПИ среди ТМ, 2023г.

	Жалал- Абад, n=195	Ош, n=118	Ноокат, n=218	Сокулук, n=231
не было половых партнеров	11.3	14.6	39.6	45.4
1 половой партнер	48.2	37.1	52.8	36.1
2 половых партнеров	20.5	21.8	4.8	6.3
3 половых партнера	10.6	6.7	1.6	7.6
4 половых партнера	3.9	3.6	1.1	0.9
5 половых партнеров	3.7	3.3	0	1.6
6 половых партнеров	1.4	2	0	0.5
7 половых партнеров	0.5	0.5	0	0.2
больше 7 половых партнеров	0	10.2	0	1.4

При составлении вопросника половые партнеры были распределены на 3 вида:

Постоянный половой партнер – тот, к кому респондент чувствует привязанность, за секс никто не платит. Случайный половой партнер – кто-то, с кем у респондента нет никаких обязательств, за секс никто не платит и коммерческий половой партнер – за секс, с которым нужно платить.

Из предоставленных данных видно, что у мигрантов есть различные виды половых партнеров, причем количество их не ограничивается одним партнером.

Жалал-Абад

- 56.1% мигрантов имеют постоянного полового партнера, и количество партнеров может варьировать от 1 до 3.
- 50.0% мигрантов имеют случайных половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 7.
- 20.8% мигрантов имеют коммерческих половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 6.

Ош

- 51.7% мигрантов имеют постоянного полового партнера, и количество партнеров может варьировать от 1 до 5.
- 46.3% мигрантов имеют случайных половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 10.
- 24.8% мигрантов имеют коммерческих половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 15.

Ноокат

- 57.5% мигрантов имеют постоянного полового партнера, и количество партнеров может варьировать от 1 до 3.
- 11.1% мигрантов имеют случайных половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 4.
- 3.1% мигрантов имеют коммерческих половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 4.

Сокулук

- 44.0% мигрантов имеют постоянного полового партнера, и количество партнеров может варьировать от 1 до 3.
- 13.5% мигрантов имеют случайных половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 17.
- 2.8% мигрантов имеют коммерческих половых партнеров, и количество партнеров может варьировать от 1 до 13.

Использование презервативов с постоянными половыми партнерами за последние 12 месяцев

Использование презервативов является важной стратегией профилактики передающихся половым путем инфекций, включая ВИЧ и ИППП (инфекции, передающиеся половым путем). Презервативы представляют собой барьерную форму защиты, которая помогает снизить риск передачи инфекций во время полового контакта.

При использовании презервативов с постоянными партнерами, они могут помочь предотвратить передачу инфекций, если один из партнеров заражен ВИЧ или ИППП. Они также могут быть полезны для защиты от нежелательной беременности.

Данные показывают различия в использовании презервативов с постоянными половыми партнерами среди мигрантов из разных регионов.

Жалал-Абад: 17.3% мигрантов всегда использовали презервативы с постоянными партнерами, 37.1% иногда использовали, и 45.6% никогда не использовали презервативы.

Ош: 11.6% мигрантов всегда использовали презервативы с постоянными партнерами, 35.8% иногда использовали, и 51.7% никогда не использовали презервативы.

Ноокат: 15.8% мигрантов всегда использовали презервативы с постоянными партнерами, 15.8% иногда использовали, и 68% никогда не использовали презервативы.

Сокулук: 30.1% мигрантов всегда использовали презервативы с постоянными партнерами, 9.6% иногда использовали, и 60.3% никогда не использовали презервативы.

Причины не пользования презервативами с постоянными половыми партнерами за последние 12 месяцев

Причины, по которым мигранты не используют презервативы с постоянными половыми партнерами, могут быть разнообразными и зависят от индивидуальных обстоятельств и убеждений.

Высокая распространенность секса без презерватива среди тех, кто состоял в браке, может быть объяснена высоким уровнем доверия между партнерами, живущими в моногамных отношениях, и возможным использованием долгосрочных методов контрацепции, таких как внутриматочные спирали или инъекционные методы²⁷.

Также если пара планирует зачать ребенка или имеет стабильные отношения, использование презервативов может быть сведено к минимуму или полностью прекращено.

Недостаток коммуникации между партнерами или недостаточное образование о методах предотвращения инфекций может привести к неправильным представлениям или непониманию важности презервативов.

Некоторые мигранты могут отказываться от использования презервативов из-за ощущения дискомфорта, утраты чувствительности во время полового акта.

Причины неиспользования презервативов во время секса с постоянными партнерами во время последней миграции могут быть разнообразными и зависеть от индивидуальных обстоятельств.

Далее перечислены причины неиспользования презервативов с постоянными партнерами, полученные по результатам опроса.

- Наиболее зависимыми от нежелания полового партнера использовать презерватив оказались мигранты из Сокулук: Жалал-Абад 4.1%, Ош 2.9%, Ноокат 3.3%, Сокулук 17.8%
- От наличия денег практически не зависело использование презерватива: Жалал-Абад 3.2%, Ош 0%, Ноокат 1.1%, Сокулук 1%.
- Не было при себе презерватива: Жалал-Абад 16.1%, Ош 14.5%, Ноокат 6.4%, Сокулук 5.7%.
- В большей степени мигранты не используют презервативы с постоянным партнером по причине доверия: Жалал-Абад 82.6%, Ош 46.7%, Ноокат 26.8%, Сокулук 38%.
- Скорей всего вследствие доверия мигранты и не считают это необходимым: Жалал-Абад 2.5%, Ош 36.8%, Ноокат 56.1%, Сокулук 43.3%.
- Негде было приобрести: Жалал-Абад 1.1%, Ош 0%, Ноокат 1%, Сокулук 1%.
- Были также и другие причины

Использование презервативов со случайными половыми партнерами за последние 12 месяцев

Анализируя данные об использовании презервативов со случайными половыми партнерами среди мигрантов из разных регионов, можно выделить следующие наблюдения:

²⁷ Causevic, S., Salazar, M., Orsini, N. et al. Sexual risk-taking behaviors among young migrant population in Sweden. BMC Public Health 22, 625 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12996-2>

Жалал-Абад: почти половина мигрантов (47.9%) всегда использует презервативы при сексе со случайными партнерами. Однако, значительная доля (43.4%) мигрантов использует презервативы иногда, а 6.8% никогда не использует.

Ош: только 27% мигрантов всегда используют презервативы со случайными партнерами, что является низким показателем. Более половины мигрантов (49.8%) используют презервативы иногда, а 17.6% никогда не использует.

Ноокат: Высокая доля мигрантов (75.8%) всегда использует презервативы со случайными партнерами и 2.8% используют их иногда. Однако, 21.4% мигрантов никогда не использует презервативы, что может повысить риски передачи инфекций.

Сокулук: здесь также высокий процент мигрантов (61.3%) всегда использует презервативы со случайными партнерами. Однако, 21.6% используют презервативы иногда либо 17% мигрантов никогда не использует презервативы.

Использование презервативов со случайными половыми партнерами является важным средством профилактики передачи ВИЧ и других половых инфекций. Неиспользование или неправильное использование презервативов может привести к серьезным последствиям для здоровья. Поэтому необходимо осведомлять мигрантов о важности использования презервативов и обеспечивать доступ к ним для защиты их собственного здоровья и здоровья их сексуальных партнеров.

Причины не пользования презервативами со случайными половыми партнерами за последние 12 месяцев

Существует несколько причин, по которым мигранты могут не использовать презервативы при сексе со случайными половыми партнерами.

Мигранты могут не обладать достаточной информацией о рисках, связанных с незащищенным сексом со случайными партнерами. Они могут недостаточно осведомлены о передаче половых инфекций и возможности нежелательной беременности, что может привести к недооценке необходимости использования презервативов.

Некоторые мигранты могут иметь ложное чувство безопасности, основанное на предположении, что случайные партнеры не представляют риска для передачи половых инфекций. Они могут ошибочно полагать, что некоторые люди "видятся" безопасными или что они могут определить, кто является источником инфекции.

Часть мигрантов могут отказываться использовать презервативы со случайными партнерами на основе доверия и знакомства с ними. Они могут полагаться на предположение, что эти партнеры не имеют половых инфекций и поэтому нет необходимости в защите.

Иногда мигранты могут предпочитать незащищенный секс со случайными партнерами для достижения более высокого удовлетворения или комфорта. Они могут считать, что использование презервативов ограничивает их сексуальный опыт или снижает ощущения удовольствия.

Мигранты могут столкнуться с проблемами доступности презервативов. Это может быть связано с финансовыми ограничениями, отсутствием доступных мест, где можно приобрести презервативы, или недостаточным предложением бесплатных презервативов.

Некоторые мигранты могут придерживаться культурных или религиозных убеждений, которые могут отрицать или запрещать использование презервативов. Это может создавать барьеры для использования презервативов, даже при сексе со случайными партнерами.

Некоторые мигранты могут столкнуться с трудностями в коммуникации и согласовании с партнерами относительно использования презервативов. Они могут испытывать стеснение или бояться отказа со стороны партнера, что может привести к нежеланию использовать презервативы.

Далее перечислены причины неиспользования презервативов со случайными партнерами, полученные по результатам опроса.

- Наиболее зависимыми от нежелания полового партнера использовать презерватив оказались мигранты из Жалал-Абад и Ош: Жалал-Абад 10.8%, Ош 6%, Ноокат 0%, Сокулук 0%
- От наличия денег зависело использование презерватива со случайными партнерами у мигрантов из Ош: Жалал-Абад 0%, Ош 38.5%, Ноокат 0%, Сокулук 0%.
- Отсутствие презерватива при себе может быть одной из причин, по которой люди не используют презервативы во время секса со случайными партнерами и, к сожалению, эта причина была наиболее распространенной среди всех мигрантов: Жалал-Абад 86.6%, Ош 60%, Ноокат 46.2%, Сокулук 45.8%. Важно отметить, что несмотря на отсутствие презерватива при себе, это не должно стать поводом для рискованного сексуального поведения. Люди могут заранее позаботиться о наличии презервативов и иметь их под рукой в случае необходимости. Также можно обсудить использование презервативов с потенциальными партнерами заранее и общаться относительно безопасного секса.
- Есть определенная доля мигрантов, которая не чувствует необходимости в использовании презервативов со случайными половыми партнерами и таких мигрантов значительно больше среди наиболее сексуально активной группы мигрантов из Ош, а также мигрантов из Ноокат: Жалал-Абад 6.7%, Ош 34%, Ноокат 14.4%, Сокулук 1%.
- Часть мигрантов не используют презервативы со случайными партнерами по причине доверия им: Жалал-Абад 5.6%, Ош 1.4%, Ноокат 5.8%, Сокулук 5.9%.
- Негде было приобрести презерватив: Жалал-Абад 1.3%, Ош 6.5%, Ноокат 1%, Сокулук 2.6%.
- Были также и другие причины.

Отметим, что высокий процент мигрантов, которые никогда не использовали презервативы со случайными половыми партнерами, указывает на потенциально повышенный риск передачи ВИЧ и ИППП.

Использование презервативов с коммерческими половыми партнерами за последние 12 месяцев

Согласно предоставленным данным, использование презервативов с коммерческими половыми партнерами во время последней миграции различается среди мигрантов из разных регионов.

Практика использования презерватива с коммерческими половыми партнерами была наиболее распространена среди мигрантов из Ноокат, Сокулук и Жалал-Абад, мигранты из Ош чаще практиковали рискованное поведение.

Жалал-Абад: 66.9% мигрантов всегда использовали презервативы с коммерческими партнерами, 18.3% мигрантов иногда использовали презервативы и 13.2% мигрантов никогда не использовали презервативы. 1.6% мигрантов не знают или не помнят, использовали ли они презервативы.

Ош: 29.8% мигрантов всегда использовали презервативы с коммерческими партнерами, 33.3% мигрантов иногда использовали презервативы, 14.4% мигрантов никогда не использовали

презервативы, 4.8% мигрантов не знают или не помнят, использовали ли они презервативы, 17.7% мигрантов не предоставили ответ.

Ноокат: 91.7% мигрантов всегда использовали презервативы с коммерческими партнерами, 8.3% мигрантов не предоставили ответ.

Сокулук: 71.3% мигрантов всегда использовали презервативы с коммерческими партнерами, 17.2% мигрантов иногда использовали презервативы, 11.6% мигрантов никогда не использовали презервативы.

Причины не пользования презервативами с коммерческими половыми партнерами за последние 12 месяцев

Причины неиспользования презервативов со случайными и коммерческими половыми партнерами могут быть схожими. По результатам опроса были получены следующие причины:

Довольная большая часть мигрантов из Жалал-Абад столкнулись с отказом со стороны партнера на предложение использовать презерватив: Жалал-Абад (23.6%), Ош (0%), Ноокат (0%), Сокулук (0%).

Мигранты могли испытывать финансовые затруднения, что не позволило им приобрести презерватив: Жалал-Абад (14.7%), Ош (0.7%), Сокулук (0%).

У мигрантов не было презерватива под рукой в момент сексуального контакта: Жалал-Абад (52%), Ош (26.1%), Сокулук (0%).

Некоторые мигранты могли считать, что использование презерватива не является необходимым или эффективным в данной ситуации Жалал-Абад (19.5%), Ош (35.4%)

Мигранты из Сокулук (28.7%) указали другие причины, которые не вошли в предоставленный список вариантов ответа.

Таблица 10. Половые партнеры, использование презервативов, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал-Абад, N = 212			Ош, N = 167			Ноокат, N = 284			Сокулук, N = 282						
	n	%	95% ДИ	N	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ				
За последние 12 месяцев с какими партнерами у Вас были половые контакты?																
мужчины с мужчинами	4 (из 135 М)	3.5	-0.07	7.1	1 (из 101 М)	0.6	-0.8	1.9	0 (из 167 М)	0	0	0	1	0.2	-0.3	0.7
мужчины с женщинами	124 (из 135 М)	92.1	86.9	97.3	83 (из 101 М)	83.4	72.9	93.8	132 (из 167 М)	79.1	70.9	87.2	148	89.1	83.2	95.1
женщины с мужчинами	68 (из 77 Ж)	87.7	80.2	95.1	33 (из 66 Ж)	48.6	30.3	66.9	83 (из 117 Ж)	74.8	65.8	83.9	82	72.7	60.9	84.5
Проживание в настоящее время со своим сексуальным партнером																
	n=195			n=118			n=218			n=231						
Да	118	63.7	56.5	70.8	79	64.5	53.9	75.1	184	87.2	81.9	92.4	169	74	66.6	81.4
Нет	77	36.3	29.2	43.5	37	35.2	24.6	45.7	32	11.9	6.7	17.1	62	26	18.6	33.3
Нет ответа	0	0	0	0	2	0.3	-0.2	0.7	2	0.9	-0.6	2.3	0	0	0	0
Сколько сексуальных партнеров у Вас было во время последней миграции?																
не было	15	11.3	4.3	18.2	16	14.6	5.7	23.4	80	39.6	30.1	49.2	99	45.4	36.6	54.4
1 партнер	88	48.2	39.8	56.5	43	37.1	26.1	48	110	52.8	42.3	63.4	93	36.1	27.8	44.3
2 партнеров	45	20.5	14.4	26.5	21	21.8	11.1		16	4.8	1.5	8.2	14	6.3	2.5	10.2
3 партнеров	23	10.6	6.5	14.7	7	6.7	0.5		7	1.6	0.3	2.9	15	7.6	3.1	11.9
4 партнеров	9	3.9	1.3	6.5	3	3.6	-1.9		3	1.1	-0.7	2.8	2	0.9	-0.07	1.8
5 партнеров	7	3.7	0.4	6.9	5	3.3	-0.4		0	0	0	0	2	1.6	-0.4	3.6
6 партнеров	3	1.4	0.09	2.7	3	2	-0.5		0	0	0	0	1	0.5	-3.1	4.1
7 партнеров	2	0.5	-0.3	1.3	1	0.5	-0.3		0	0	0	0	1	0.2	0.1	0.2

> 7 партнеров	0	0	0	0	13	10.2	4.3		0	0	0	0	4	1.4	-2.1	5
Виды половых партнеров																
Постоянный	119	от 1 до 3			77	от 1 до 5			187	от 1 до 3			124	от 1 до 3		
Случайный	106	от 1 до 7			69	от 1 до 10			36	от 1 до 4			38	от 1 до 17		
Коммерческий	44	от 1 до 6			37	от 1 до 15			10	от 1 до 4			8	от 1 до 13		
Как часто Вы использовали презервативы с постоянными половыми партнерами во время последней миграции?																
	n=119				n=77				n=187				n=124			
Всегда	22	17.3	8.6	25.9	10	11.6	5.1	18	27	15.8	9.6	21.9	33	30.1	19.9	40.3
Иногда	44	37.1	27.1	46.9	26	35.8	16	55.6	32	15.8	8.4	23.2	15	9.6	4.3	14.8
Никогда	53	45.6	34.7	56.7	39	51.7	34.8	68.5	127	68	59.5	76.5	76	60.3	49.9	70.6
Не знаю/не помню	0	0	0	0	1	0.7	-1.1	2.6	1	0.4	-0.3	1.1	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	1	0.2	-0.3	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0

Причины не пользования презервативом во время секса с постоянными партнерами во время последней миграции																
	n=97				n=67				n=160				n=91			
Партнер не захотел(а)	4	4.1	0.7	7.4	3	2.9	-0.7	6.5	5	3.3	-0.9	7.6	12	17.8	6.9	28.7
Не было денег приобрести	4	3.2	0.4	6	0	0	0	0	1	1.1	-0.9	3.2	0	1	2	3
Не было при себе	17	16.1	9	23.1	10	14.5	1.4	27.5	9	6.4	0.8	12.1	4	5.7	4.4	7.1
Нет необходимости	2	2.5	1.6	3.5	28	36.8	23.4	50.2	91	56.1	46.3	65.9	41	43.3	28.5	58.2
Негде было приобрести	1	1.1	0.5	1.7	0	0	0	0	3	1	-0.4	2.4	0	1	2	3
Доверяю	78	82.6	72.7	92.6	25	46.7	26.9	66.4	51	26.8	19.2	34.4	36	38	25.6	50.4
Другое	0	0	0	0	3	7.1	-1.6	15.9	33	20.7	12.9	28.4	6	5.5	1.7	9.4
Не знаю/Не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Частота использования презервативов со случайными половыми партнерами во время последней миграции																
	n=106				n=69				n=36				n=38			
Всегда	53	47.9	32.3	63.7	14	27	12.1	41.8	29	75.8	32.1	119.7	24	61.3	29.1	93.6
Иногда	44	43.4	26.8	59.9	35	49.8	31.1	68.4	1	2.8	-12.5	18.1	8	21.6	2.2	40.9
Никогда	7	6.8	2.4	11.2	16	17.6	8.4	26.8	6	21.4	-10.3	53.1	6	17	-0.8	34.8
Не знаю/не помню	2	1.8	0.9	2.7	4	5.6	-0.6	11.8	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Причины не пользования презервативом во время секса со случайными партнерами во время последней миграции																
	n=53				n=55				n=7				n=14			
Партнер не захотел(а)	5	10.8	3.9	17.7	4	6	-0.5	12.6	0	0	0	0	0	0	0	0
Не было денег	18	38.5	23.8	53.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не было при себе	46	86.6	80.1	93.1	28	60	39.3	80.6	3	46.2	22.6	69.7	6	45.8	45.8	45.8
Нет необходимости	3	6.7	4.3	9.1	19	34	14.7	53.3	1	14.4	-0.8	29.6	0	1	2	3
Негде было приобрести	1	1.3	-0.5	3.1	4	6.5	-0.9	13.9	0	1	2	3	1	2.6	2.5	2.5
Доверяю	3	5.6	-0.4	11.7	2	1.4	-0.9	3.8	1	5.8	-7.5	19	2	5.9	5.9	5.9
Другое	0	0	0	0	2	3.5	-0.8	7.8	0	0	0	0	5	38.2	30.4	45.9
Не знаю/Не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Частота использования презервативов с коммерческими половыми партнерами во время последней миграции																
	n=44				n=37				n=10				n=8			
Всегда	28	66.9	50.3	83.6	8	29.8	8.8	50.8	9	91.7	75.9	107.5	6	71.3	33.9	108.6
Иногда	10	18.3	6.9	29.4	13	33.3	8.1	58.4	0	0	0	0	1	17.2	-15.6	50.1
Никогда	5	13.2	3.1	23.4	6	14.4	2.5	26.3	0	0	0	0	1	11.6	-10.2	33.2

Не знаю/не помню	1	1.6	0.6	2.6	2	4.8	-1.8	11.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	8	17.7	1.5	33.9	1	8.3	-7.5	24.1	0	0	0	0
Причины не пользования презервативом во время секса с коммерческими партнерами во время последней миграции																
	n=16				n=29				n=0				n=2			
Партнер не захотел(а)	3	23.6	6.7	40.5	0	0	0	0					0	0	0	0
Не было денег	3	14.7	3.6	25.5	1	0.7	0.02	1.3					0	0	0	0
Не было при себе	10	52	321	71.8	6	26.1	6.3	45.8					0	0	0	0
Нет необходимости	2	19.5	1.2	38.2	10	35.4	4.8	65.9					0	0	0	0
Негде было приобрести	0	0	0	0	1	1.7	0.1	3.3					0	0	0	0
Доверяю	0	0	0	0	1	2.3	-1	5.6					0	0	0	0
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0					2	28.7	-4.9	62.3
Не знаю/Не помню	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	1	2.7	-0.1	5.6					0	0	0	0

Сексуальное поведение мигрантов за последние 30 дней

Опросы о половом поведении за последние 30 дней проводятся с целью получить информацию о текущих сексуальных практиках и поведении опрошенных лиц. Последние 30 дней обычно выбираются как наиболее ближний период времени, который респонденты могут относительно точно вспомнить, так и достаточно длительный период для получения репрезентативных данных о половом поведении.

Важно понимать, что вопросы о половом поведении за последние 30 дней позволяют исследователям получить информацию о частоте половых контактов, использовании презервативов и других формах контрацепции, а также о наличии рискованных сексуальных практик. Такие данные могут быть полезными для понимания паттернов полового поведения, оценки здоровья и предотвращения распространения инфекций, включая половые инфекции и ВИЧ.

Опросы о половом поведении за последние 30 дней позволяют получить текущую картину полового поведения в определенной группе людей и помогают разрабатывать эффективные программы по профилактике и снижению рисков связанных с половым здоровьем

Секс со случайными половыми партнерами за последние 30 дней и использование презервативов с ними

За последние 30 дней, доля мигрантов, у которых был секс со случайными партнерами, составляет: Жалал-Абад (14.4%), Ош (32.7%), Ноокат (27.9%), Сокулук (30.4%).

Данные о частоте использования презерватива со случайными партнерами, следующие:

Жалал-Абад: всегда 37.8%, иногда 32.9%, никогда 29.3%

Ош: всегда 23.3%, иногда 40.9%, никогда 30.9%, не знаю/не помню 4.9%

Ноокат: всегда 72.3%, иногда 22.3%, никогда 5.3%.

Сокулук: всегда 61.3%, никогда 38.7%

Секс с коммерческими половыми партнерами за последние 30 дней и использование презервативов с ними

Результаты показывают, что в течение последних 30 дней у мигрантов из разных регионов были разные уровни сексуальной активности с коммерческими партнерами и наиболее активными оказались мигранты из Жалал-Абад: Жалал-Абад (28.4%), Ош (19.2%), Ноокат (8.3%), Сокулук (18.5%).

Анализируя данные о частоте использования презервативов с коммерческими партнерами, можно отметить следующее:

Мигранты из Жалал-Абад (48.9%) всегда использовали презервативы с коммерческими партнерами, 23.7% иногда использовали и 27.3% никогда не использовали.

Мигранты из Ош (75%) всегда использовали презервативы с коммерческими партнерами, 25% использовали их иногда.

Мигранты из Ноокат (n=1) заявил, что всегда использовал презервативы с коммерческими партнерами.

В регионе Сокулук (n=2), 1 мигрант всегда использовал презервативы, а 1 никогда не использовали презервативы с коммерческими партнерами.

Важно отметить, что использование презервативов при сексе с коммерческими партнерами является эффективной мерой предотвращения передачи половых инфекций, включая ВИЧ и ИППП. Те, кто всегда использует презервативы, обеспечивают себе большую степень защиты. Однако, значительная доля мигрантов все еще не использует презервативы или делает это нерегулярно, что может повысить риски, связанные с половыми инфекциями.

Образование, информирование и доступность презервативов играют важную роль в снижении рисков и промоции безопасного сексуального поведения с постоянными партнерами. Предоставление информации о рисках, связанных с недостатком использования презервативов, а также обсуждение вопросов сексуального здоровья и предоставление возможности для получения консультаций и услуг медицинских специалистов могут помочь мигрантам принять более информированные решения и обеспечить свою сексуальную безопасность.

Важно отметить, что использование презервативов при сексе с коммерческими партнерами является эффективной мерой предотвращения передачи половых инфекций, включая ВИЧ и ИППП. Те, кто всегда использует презервативы, обеспечивают себе большую степень защиты. Однако, значительная доля мигрантов все еще не использует презервативы или делает это нерегулярно, что может повысить риски связанные с половыми инфекциями. Поэтому важно проводить информационные кампании и обеспечивать доступ к превентивным мерам для повышения осведомленности и снижения рисков для здоровья мигрантов и их партнеров.

Секс с постоянными половыми партнерами за последние 30 дней и использование презервативов с ними

Как показали результаты опроса мигранты имеют как постоянных, так и случайных или коммерческих половых партнеров, и при этом практикуют опасные половые практики.

Большинство мигрантов ответили, что имели секс с постоянными половыми партнерами за последние 30 дней: Жалал-Абад (74.2%), Ош (69.7%), Ноокат (81.2%), Сокулук (80%).

Использование презервативов с постоянными половыми партнерами может быть низким по нескольким причинам, и одной из них является наличие доверия между партнерами. Когда два человека находятся в устойчивых отношениях и у них есть доверие друг к другу, могут возникать убеждения о том, что использование презервативов не является необходимым. Это может основываться на предположении о верности партнера или на желании создать более близкую эмоциональную и физическую связь без барьеров.

Но существуют риски, связанные с недостатком использования презервативов с постоянными партнерами, которые включают несколько аспектов. Во-первых, ни один партнер не может быть полностью уверен в сексуальной истории или действиях другого партнера до начала отношений. Даже в постоянных отношениях существует возможность, что один из партнеров мог иметь

сексуальные контакты или связи с другими людьми до начала отношений, что может привести к потенциальному риску передачи инфекций.

Вторым аспектом является возможность внебрачных связей, которые могут возникнуть внутри или вне постоянного партнерства. Исследования показывают, что некоторые люди могут иметь параллельные сексуальные связи помимо своих постоянных отношений. Это может повысить риск передачи инфекций, особенно если не используются презервативы при сексе с внебрачными партнерами.

Результаты настоящего исследования среди трудовых мигрантов, отражают наличие внебрачных связей у некоторой части респондентов. Это подчеркивает важность принятия мер предосторожности и использования презервативов даже в постоянных отношениях, чтобы защитить себя и своего партнера от потенциальных рисков передачи инфекций.

Ниже приведены результаты опроса об использовании презервативов с постоянными половыми партнерами:

Жалал-Абад: только 3.8% мигрантов всегда используют презервативы с постоянными партнерами, в то время как 35.5% иногда используют их, и 60.6% никогда не используют презервативы.

Ош: лишь 8.6% мигрантов всегда используют презервативы с постоянными партнерами, в то время как 12.9% иногда используют их, и 78.5% никогда не используют презервативы.

Ноокат: 15.8% мигрантов всегда используют презервативы с постоянными партнерами, 4% иногда используют их, и 79.7% никогда не используют презервативы.

Сокулук: 23.8% мигрантов всегда используют презервативы с постоянными партнерами, 2.1% иногда используют их, и 74.1% никогда не используют презервативы.

За последние 30 дней подавляющее большинство мигрантов практиковали вагинальный вид секса: Жалал-Абад (100%), Ош (100%), Ноокат (90.9%), Сокулук (100%). Но также были и единичные случаи анального секса: Жалал-Абад (1 чел.), Ош (5 чел.), Ноокат (0 чел.), Сокулук (1 чел.).

Исследователями также задавался вопрос об употреблении инъекционных наркотиков постоянными половыми партнерами мигрантов. 1 респондент из Жалал-Абад, 3 респондента из Ош и 2 респондента из Сокулук ответили положительно на данный вопрос.

У 2 респондентов из Жалал-Абад постоянные половые партнеры имели ВИЧ-позитивный статус.

Таблица 11. Сексуальная жизнь за последние 30 дней, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N = 212				Ош, N =167				Ноокат, N = 284				Сокулук, N = 282			
	n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ	
За последние 30 дней, был ли у Вас секс со случайными партнерами?																
	n=106				n=69				n=36				n=38			
1 Да	14	14.4	7.1	21.7	22	32.7	19.6	45.7	11	27.9	11.6	44.2	9	30.4	30.3	30.6
2 Нет	92	85.6	78.3	92.9	47	67.3	54.3	80.4	25	72.1	55.8	88.4	29	69.6	69.3	69.7
88 Не знаю/не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
99 Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Как часто Вы пользовались презервативом со случайными партнерами?																
	n=14				n=22				n=11				n=9			
1 Всегда	5	37.8	12.9	62.9	3	23.3	-3.5	50.1	8	72.3	43.9	101	5	61.3	26.7	95.9
2 Иногда	5	32.9	9.6	56	10	40.9	16.4	65.4	2	22.3	-6.1	50.8	0	0	0	0
3 Никогда	4	29.3	-0.3	58.9	8	30.9	5.8	55.9	1	5.3	0.7	9.8	4	38.7	73.3	73.3
88 Не знаю/не помню	0	0	0	0	1	4.9	1.8	7.9	0	0	0	0	0	0	0	0
99 Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Почему Вы не пользовались презервативом во время секса со случайными партнерами?																
	n=9				n=19				n=3				n=4			

Партнер не захотел(а)	0	0	0	0	2	7.9	-14	30.4	0	0	0	0	0	0	0	0
Не было денег приобрести	3	32.7	10.5	54.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не было при себе	4	50.2	27.9	72.7	6	27	11.7	42.2	2	84.2	58.3	110	2	25.2	-3.2	53.2
Считаю, что нет необходимости в этом	1	12.6	-3.1	28.3	9	56.2	33.7	78.8	1	15.8	-12	43.3	0	0	0	0
Негде было приобрести	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Доверяю	2	17	-1.4	35.3	3	11.4	-10	32.8	0	0	0	0	0	0	0	0
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25.1	-25	75.5
Нет ответа	0	0	0	0	2	7.35	3.3	11.4	0	0	0	0	0	0	0	0
За последние 30 дней, был ли у Вас секс с коммерческими партнерами?																
	n=44				n=37				n=10				n=8			
Да	12	28.4	11	45.9	4	19.2	5.2	33.1	1	8.3	-6.8	23.3	2	18.5	-3.2	40
Нет	32	71.6	54.1	89	33	80.8	66.9	94.8	8	81.4	56.6	106	6	81.5	59.9	103
Не знаю/не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10.3	-9.2	29.9	0	0	0	0
Как часто Вы пользовались презервативом с коммерческими партнерами?																
	n=12				n=4				n=1				n=2			
Всегда	6	48.9	27.2	70.5	3	75	30	120	1	100			1	37.9	-26	103
Иногда	3	23.7	2.9	44.5	1	25	-20	69.9	0	0	0	0	0	1.000	2	3
Никогда	3	27.3	6.4	48.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	62.1	-2.7	128
Почему Вы не пользовались презервативом во время секса с коммерческими партнерами?																
	n=6				n=19				n=0				n=1			
Партнер не захотел(а)	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0
Не было денег приобрести	2	28.6	-2.6	59.7	0	0	0	0					0	0	0	0
Не было при себе	3	53.5	20.5	86.6	0	0	0	0					0	0	0	0
Считаю, что нет необходимости в этом	1	17.8	-8.9	44.6	1	100							0	0	0	0
Негде было приобрести	1	17.8	-7.7	43.4	0	0	0	0					0	0	0	0
Доверяю	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0					1	100		
За последние 30 дней, был ли у Вас секс с постоянными партнерами?																
	n=119				n=77				n=187				n=124			
Да	86	74.2	62.4	86.1	55	69.7	53.7	85.6	158	81.2	78.5	89.9	101	80	71.4	88.7
Нет	33	25.8	13.9	37.6	22	30.3	14.4	46.2	28	14.9	9.2	20.6	23	20	11.3	28.6
Не знаю/не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.9	-0.7	2.6	0	0	0	0
Как часто Вы пользовались презервативом с постоянными партнерами?																
	n=86				n=55				n=158				n=101			
Всегда	4	3.8	-0.8	8.4	3	8.6	-2.3	19.5	21	15.8	7.5	24.2	23	23.8	12.3	35.3
Иногда	29	35.5	22.6	48.7	11	12.9	0.4	25.3	10	4	1.1	1.1	3	2.1	0	4.1
Никогда	53	60.6	47.6	73.5	41	78.5	62.9	93.9	126	79.7	71.5	71.5	75	74.1	62.7	85.5
Не знаю/не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.4	0.2	0.2	0	0	0	0
Почему Вы не пользовались презервативом во время секса с постоянными партнерами?																
	n=82				n=52				n=137				n=78			
Партнер не захотел(а)	3	2.9	2.1	3.8	2	1.7	-1.5	4.9	4	2.8	0.2	5.4	10	17.2	6.7	27.7
Не было денег приобрести	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не было при себе	6	6.1	2.5	9.6	2	3.4	0.8	6	3	1.5	-0	3.1	1	0.6	0.3	0.8
Считаю, что нет необходимости в этом	4	4.2	3	5.4	22	32.7	17.7	47.7	83	59.4	50.5	68.3	42	56.1	44.3	68
Негде было приобрести	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.8	1.1	2.4
Доверяю	77	95.3	94	96.5	26	61.6	44.1	79.1	52	33.3	24.6	41.9	27	30.4	18.8	41.9
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	28	21.9	13.3	30.5	5	5.8	1.3	10.2
Не знаю/Не помню	0	0	0	0	1	2.3	-0.5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
За последние 30 дней какие виды секса Вы практиковали?																
	n=99				n=70				n=166				n=108			
Вагинальный	99	100			70	100			151	90.9			108	100		
Оральный					5	5.5			0	0			5	4.6		
Анальный	1	0.7			5	4.5			0	0			1	0.9		
Употреблял ли инъекционные наркотики Ваш постоянный партнер(ы) за последние 6 месяцев?																
Да	1	1.4	-2.1	4.9	3	5	-3.6	13.6	0	0	0	0	2	1.5	1.2	1.8
Нет	113	93.9	86.7	101	71	87.7	77.4	98	177	95.9	93.5	98.4	113	86.8	79.1	94.5
Не было такого партнера	3	2.6	0.2	4.9	0	0	0	0	4	1.6	0.3	2.9	8	10.6	2.8	18.4
Не помню/ Незнаю	2	2.1	-1.3	5.6	2	5.8	-0.8	12.5	5	2.1	0.04	4.1	1	1.1	-0.9	3
99 Нет ответа	0	0	0	0	1	1.4	0.3	2.6	1	0.4	-0.3	1.1	0	0	0	0

Какой был результат теста на ВИЧ у Вашего последнего постоянного сексуального партнера?																
Положительный	2	1.6	0.8	2.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Отрицательный	9	6.9	1.5	12.4	44	56.8	41.1	72.6	91	51	40.6	61.3	57	46.3	34.9	57.7
Обследован на ВИЧ, не знает свой результат	0	0	0	0	2	2.9	-1.3	7.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Не обследовался	9	10.3	4.3	16.5	8	16.5	4.2	28.9	50	27.9	18.1	37.8	44	32	22.5	41.3
Не знаю/не помню	99	81.1	73.9	88.3	22	22.9	11.7	34.2	46	21.1	13.9	28.1	23	21.7	13.3	30.2
Нет ответа	0	0	0	0	1	0.7	-0.4	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0

Иньекционное поведение за последние 12 месяцев

Географическое положение Центральной Азии продолжает создавать серьезные проблемы в борьбе с незаконным оборотом наркотиков, особенно производных опиума. Производство опиума в Афганистане не прекращалось в последние годы. Как Кыргызстан в частности, так и Центральноазиатский регион в целом находятся на транзитных маршрутах, используемых для распространения наркотиков в страны Европы, Азии и другие регионы Глобального Севера. Несмотря на изменения в структуре потребления среди местного населения, проблема незаконного оборота опиатов и героина, вероятно, останется актуальной в Центральной Азии из-за ее роли транзитного пункта на международных маршрутах.

В контексте Кыргызстана выделяются следующие факторы, влияющие на наркоситуацию в стране.

- Негативные социальные процессы, формирующие и поддерживающие постоянный спрос на нелегальный транзит наркотиков;
- Международный транзит наркотиков через территорию страны;
- Наличие собственного сырья для незаконного производства наркотиков;
- Географическая близость к Исламской Республике Афганистан, как основному источнику производства опия в регионе;
- Международная организованная преступная деятельность в Центральной Азии;
- Проницаемость государственных границ;
- Появление новых психоактивных веществ (НПВ);
- Низкий остаток запасов, контролируемых психоактивных препаратов для медицинского и научного использования, в том числе для облегчения боли и страданий.

Появление новых психоактивных веществ (НПВ) получили широкое распространение в Кыргызстане в контексте упомянутых выше факторов в структуре употребления наркотиков. Быстрая эволюция и диверсификация этих веществ затрудняют их обнаружение и регулирование, что еще больше усложняет контроль за их производством и распространением. Власти рассматривают способы адаптации и постоянного обновления своих стратегий и политики для борьбы с этим новым явлением и защиты здоровья и благополучия населения. Низкое предложение контролируемых психоактивных препаратов для медицинского и научного использования. Хотя меры по контролю и ограничению запрещенных веществ призваны предотвратить злоупотребление ими, они непреднамеренно создали трудности для тех, кто на законных основаниях нуждается в контролируемых лекарствах. Этот сценарий создает проблему в обеспечении баланса между предотвращением насилия и обеспечением адекватной медицинской помощи²⁸.

²⁸ «Central Asia's National Drug Policy Dialogues systematisation report», <https://www.eu-cadap.org/wp-content/uploads/2023/09/Systematization-Report-of-the-National-Dialogue-on-Drug-Policy-Meetings-Copy.pdf>
Episteme Social, 2023

Потребление инъекционных наркотиков было выявлено в 148 странах; данные о масштабах потребления инъекционных наркотиков отсутствовали во многих странах Африки, Ближнего Востока и Латинской Америки. О наличии ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков сообщалось в 120 из этих стран. Оценки распространенности употребления инъекционных наркотиков удалось получить для 61 страны, в которых проживает 77% всего населения мира в возрасте 15-64 лет. По экстраполированным оценкам, в мире инъекционные наркотики употребляют 15.9 млн. человек (диапазон 11.0-21.2 млн.). Наибольшее число потребителей инъекционных наркотиков отмечено в Китае, США и России, где средние оценки распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составили 12%, 16% и 37% соответственно. Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составила 20-40% в пяти странах и более 40% в девяти. По оценкам, в мире около 3.0 млн (диапазон 0.8-6.6 млн) человек, употребляющих инъекционные наркотики, могут быть ВИЧ-инфицированы²⁹. Инъекционное потребление наркотиков создает серьезные международные проблемы в области общественного здравоохранения. Передача вирусов, передающихся через кровь, в частности ВИЧ, вносит существенный вклад в заболеваемость и смертность, вызванные употреблением запрещенных наркотиков. Потребление инъекционных наркотиков динамично. Оно является причиной растущей доли новых случаев ВИЧ-инфекции во многих регионах мира, включая страны Восточной Европы, Южной Америки, Восточной и Юго-Восточной Азии³⁰. Кроме того употребление наркотиков у мигрантов представляет серьезные риски для их физического и психического здоровья, социальной адаптации, а также употребление наркотиков может привести к зависимости, социальным проблемам, нарушению семейных отношений и преступности.

В настоящем исследовании была осуществлена попытка изучить распространенность наркопотребления среди трудовых мигрантов.

По предоставленным данным, можно сделать вывод, что малое количество мигрантов признали употребление наркотиков. Среди мигрантов из Жалал-Абад только 4 человека (2%) сообщили об употреблении наркотиков, в то время как в выборке Ош этот показатель составил 8.9%. В выборках из Нооката и Сокулук доли мигрантов, когда-либо употреблявших наркотики, составили 3.4% и 10.7% соответственно.

Исходя из предоставленных данных, можно выделить следующую информацию об употреблении наркотиков различными способами у мигрантов:

Жалал-Абад:

3 мигранта, употребляющих наркотики, заявили, что употребляют их курением.
1 мигрант сообщил о том, что нюхал наркотики.

Ош:

13% мигрантов, употребляющих наркотики, заявили, что употребляют их через курение.
3% мигрантов заявили об употреблении наркотиков в виде таблеток.

²⁹ Bradley M Mathers, Louisa Degenhardt, Benjamin Phillips, Lucas Wiessing, Matthew Hickman, Steffanie A Strathdee, Alex Wodak, Samiran Panda, Mark Tyndall, Abdalla Toufik, Richard P Mattick, Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review, The Lancet, Volume 372, Issue 9651, 2008, Pages 1733-1745, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61311-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61311-2).

³⁰ Bradley M Mathers, Louisa Degenhardt, Benjamin Phillips, Lucas Wiessing, Matthew Hickman, Steffanie A Strathdee, Alex Wodak, Samiran Panda, Mark Tyndall, Abdalla Toufik, Richard P Mattick, Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review, The Lancet, Volume 372, Issue 9651, 2008, Pages 1733-1745, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61311-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61311-2).

6% мигрантов нюхали наркотики.

2% (2 чел.) мигрантов используют инъекционный путь употребления.

Ноокат:

23.4% мигрантов, употребляющих наркотики, заявили, что употребляют их курением.

23.4% мигрантов сообщили о нюхании наркотиков.

Сокулук:

93.8% мигрантов, употребляющих наркотики, заявили, что употребляют их курением.

6.2% мигрантов нюхали наркотики.

7.1% (3 чел.) мигрантов используют инъекционный путь употребления.

1.7% мигрантов употребляют наркотики иным способом.

Необходимо отметить, что данные представляют самоотчетную информацию и могут быть подвержены погрешностям из-за недостатков памяти или нежелания отвечать правдиво. Однако, даже с учетом этих ограничений, можно сделать вывод, что использование наркотиков среди мигрантов в этих регионах является относительно небольшим. Всего 2 респондента из г. Ош и 3 респондента из Сокулук сообщили об опыте употребления инъекционных наркотиков, что делает анализ инъекционного поведения слишком ограниченным и не репрезентативным.

Исходя из предоставленных данных, очень небольшая часть мигрантов имели опыт пребывания в МЛС (Жалал-Абад 3 человека (0.9%), Ош 15 человек (9.4%), Ноокат 4 человека (0.9%), Сокулук 6 человек (2%). При этом 2 респондента из Ош и 1 респондент из Сокулук заявили об употреблении инъекционных наркотиков в МЛС.

Для следующего раунда БПИ, необходимо больше внимания уделить и не инъекционным видам наркотиков, таким как спайсы, соли и аптечные препараты.

Симптомы ИППП

ИППП (инфекции, передающиеся половым путем) среди мигрантов являются значительной проблемой в области общественного здравоохранения. Мигранты могут быть более уязвимыми для ИППП по ряду причин, включая недостаток доступа к информации, услугам здравоохранения и превентивным мерам, а также социальные и экономические факторы.

По данным исследования, проведенного среди мигрантов в Китае известно, что даже внутренняя миграция из сельской местности в город, является одним из основных факторов распространения ИППП. Результаты оценки утверждают, что слабый социальный контроль, социальная изоляция и избирательная миграция (те, кто решил переехать из законного сельского поселения в город, по сравнению с теми, кто решил остаться в родной деревне) являются факторами, способствующими повышению уровня ИППП среди китайских мигрантов. Например, исследование мигрантов обоих полов показало, что 8% из них когда-либо покупали секс и 6% когда-либо продавали секс, а 36% никогда не пользовались презервативами во время секса. Частая социальная активность и частые поездки коррелируют с увеличением числа незащищенных коммерческих половых контактов и повышением рискованного поведения, связанного с ИППП. Повышенные риски, связанные с высокой мобильностью, также коррелируют со снижением восприятия тяжести и уязвимости к ИППП. Кроме того, более мобильные мигранты, как правило, моложе и не состоят в браке, а это факторы, которые

коррелируют с повышенным рискованным поведением и более частым использованием коммерческого секса³¹.

Глобальная миграция способствовала распространению ВИЧ, гепатита В и других ИППП. Все большая доля этих инфекций в странах с высоким уровнем дохода приходится на мигрантов из стран с низким и средним уровнем дохода. Эффективные и скоординированные ответные меры для этой приоритетной группы принимаются медленно, а информация о мероприятиях ограничена. В одном из систематических обзоров были выделены три основных типа мероприятий по противодействию ВИЧ, ВГВ и другим ИППП среди мигрантов, проживающих в странах с высоким уровнем дохода: индивидуальные, общественные и структурные. Большинство вмешательств было направлено на индивидуальное поведение мигрантов и состояло из одной стратегии, и лишь немногие из них затрагивали более широкие социокультурные факторы. Существует острая необходимость в более комплексных мероприятиях, учитывающих как индивидуальные, так и более широкие социально-экономические и социально-культурные факторы, связанные с тестированием на ВИЧ, ВГВ и другие ИППП и обращением за услугами по охране сексуального здоровья³².

Неконтролируемые ИППП могут иметь серьезные последствия для здоровья мигрантов и их сексуальных партнеров, вызывая различные осложнения, включая воспалительные заболевания, бесплодие, рак и увеличенный риск передачи ВИЧ.

По результатам опроса за последние 6 месяцев хотя бы 1 симптом ИППП наблюдался у 6.6% мигрантов из Жалал-Абад, 9.3% из Ош, 11.4% из Ноокат и 5.9% из Сокулук.

Мигрантам задавался вопрос о спектре ИППП, но важно отметить, что эти симптомы не всегда являются однозначными признаками ИППП. Некоторые инфекции могут проявляться без симптомов или иметь атипичные проявления. Поэтому регулярное тестирование на ИППП является важным для раннего выявления и лечения этих инфекций. Далее представлены данные по распространенности симптомов ИППП среди опрошенных мигрантов.

1. Необычные выделения из половых органов. Такие выделения могут быть признаком инфекций, таких как хламидиоз, гонорея или трихомониаз. Этот симптом наблюдался у 9.1% мигрантов из Жалал-Абад, 6.4% мигрантов из Ош, 5.3% мигрантов из Ноокат и 8.7% мигрантов из Сокулук.
2. Язвы в области половых органов или прямой кишки. Язвы или язвенные образования могут быть связаны с инфекциями, такими как герпес или сифилис. Этот симптом наблюдался у 2.4% мигрантов из Жалал-Абад, 0% мигрантов из Ош, 1.3% мигрантов из Ноокат и 1.3% мигрантов из Сокулук.
3. Жжение или боль при мочеиспускании. Эти симптомы могут быть признаками инфекций мочевых путей, включая гонорею или хламидиоз. Они наблюдались у 4.4% мигрантов из Жалал-Абад, 3.5% мигрантов из Ош, 1.4% мигрантов из Ноокат и 12.5% мигрантов из Сокулук.

³¹ Wang W, Wei C, Buchholz ME, Martin MC, Smith BD, Huang ZJ, Wong FY. Prevalence and risks for sexually transmitted infections among a national sample of migrants versus non-migrants in China. *Int J STD AIDS*. 2010 Jun;21(6):410-5. doi: 10.1258/ijrsa.2009.008518. PMID: 20606221; PMCID: PMC3628539.

³² Ghimire S, Hallett J, Gray C, Lobo R, Crawford G. What Works? Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections and Blood-Borne Viruses in Migrants from Sub-Saharan Africa, Northeast Asia and Southeast Asia Living in High-Income Countries: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 10;16(7):1287. doi: 10.3390/ijerph16071287. PMID: 30974851; PMCID: PMC6480002.

4. Боль или отек мошонки. Наличие этого симптома спрашивалось только у мужчин. Данный симптом может быть связан с инфекцией мочевых путей или воспалением мошонки, такими как эпидидимит или орхит. Данный симптом наблюдался среди 7.1% мигрантов из Жалал-Абад, 0.6% мигрантов из Ош, 1.8% мигрантов из Ноокат и 2.9% мигрантов из Сокулук.

Данные исследования указывают на то, что некоторые мигранты сообщили о наличии симптомов ИППП как во время миграции, так и после возвращения домой. У 39.2% мигрантов из Жалал-Абада были жалобы на симптомы ИППП во время миграции, в то время как у 57.8% случаев жалобы возникли после возвращения домой. В Оше, у 35.5% мигрантов симптомы ИППП были отмечены во время миграции, а у 58.7% - после возвращения домой. В Ноокате и Сокулук также было замечено, что большинство случаев симптомов ИППП произошли после возвращения домой (53.2 и 72.2 соответственно).

Лечение ИППП

Нелеченные ИППП передаются и могут вызывать серьезные последствия для здоровья. В случае нелеченных ИППП возможны следующие риски:

- Распространение инфекции. Нелеченные ИППП могут передаваться другим партнерам через сексуальные контакты. Это может привести к дальнейшему распространению инфекции в обществе.
- Хронические осложнения. Некоторые ИППП, если не лечить, могут привести к хроническим состояниям, таким как хронический пелвиоперитонит, хронический простатит, рак шейки матки и другие осложнения.
- Увеличенный риск ВИЧ-инфекции. Некоторые ИППП, такие как гонорея, сифилис и трихомоноз, увеличивают риск передачи ВИЧ-инфекции при сексуальных контактах. Нелеченные ИППП могут повышать восприимчивость к ВИЧ и способствовать его передаче.

Причины, по которым мигранты не обращаются за лечением ИППП, могут быть различными:

- Недоступность медицинской помощи. Некоторые мигранты могут столкнуться с препятствиями в доступе к качественной и доступной медицинской помощи, включая финансовые, географические, языковые или культурные барьеры.
- Страх и стигма. Страх или стигма, связанные с посещением медицинских учреждений или обсуждением сексуального здоровья, могут быть причиной того, что мигранты не обращаются за лечением ИППП. Это может быть связано с опасениями о конфиденциальности, страхом негативных реакций со стороны окружающих или культурными убеждениями.
- Недостаток информации. Мигранты могут не быть должным образом осведомлены о ИППП, их последствиях и доступных методах лечения. Отсутствие информации может привести к непониманию серьезности проблемы и важности обращения за медицинской помощью.
- Отсутствие ресурсов. Некоторым мигрантам может не хватать ресурсов, таких как время, деньги или доступ к транспорту, чтобы получить лечение ИППП.

Данные показывают, какие действия были предприняты мигрантами в отношении симптомов ИППП. В каждом из регионов есть различия в ответах мигрантов.

В Жалал-Абаде 23.6% мигрантов, у которых были симптомы ИППП, сообщили, что получали лечение. Большинство мигрантов (45.9%) заявили, что лечились самостоятельно, без медицинской помощи. 20.9% мигрантов из Жалал-Абада не получали никакого лечения, а 9.6% не помнят или не знают, получали ли они лечение.

В Оше ситуация немного отличается. 39.9% мигрантов с симптомами ИППП заявили, что получали лечение. 16.2% лечились самостоятельно, и 43.9% не получали никакого лечения.

В Ноокате 37.2% мигрантов с симптомами ИППП получали лечение, 16.4% лечились самостоятельно, а 45.2% не получали никакого лечения.

В Сокулук 45.7% мигрантов с симптомами ИППП получали лечение, 11.8% лечились самостоятельно, и 42.5% не получали никакого лечения.

Эти данные указывают на то, что значительное число мигрантов не обращается за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП или предпочитает самостоятельное лечение. Это может быть связано с различными факторами, включая доступность медицинской помощи, страх или стигматизацию, недостаток информации и доверие к медицинским учреждениям. Однако, важно помнить, что самолечение может быть недостаточно эффективным или даже вредным, особенно при наличии ИППП.

Причины не обращения за медицинской помощью при возникновении симптомов ИППП

Рассмотрим причины, по которым респонденты не обратились за медицинской помощью в каждом городе. Причины, по которым респонденты не обратились за медицинской помощью, включают исчезновение симптомов, отсутствие конфиденциальности, необходимость предоставления персональных/контактных данных, дороговизну/отсутствие денег и недостаток времени.

Жалал-Абад:

48.6% респондентов не обратились за медицинской помощью, потому что их симптомы исчезли.

2.9% указали отсутствие конфиденциальности как причину.

3.9% не обратились из-за необходимости предоставления персональных или контактных данных.

2.3% респондентов не обратились из-за дороговизны или отсутствия денег.

55.9% не нашли достаточно времени для обращения за медицинской помощью.

Ош:

31.3% респондентов не обратились за медицинской помощью, потому что их симптомы исчезли.

17.3% не обратились из-за дороговизны или отсутствия денег.

51.4% не нашли достаточно времени для обращения за медицинской помощью.

Ноокат:

5.6% респондентов не обратились за медицинской помощью, потому что их симптомы исчезли.

5.6% указали отсутствие конфиденциальности как причину.

7.9% не обратились из-за дороговизны или отсутствия денег.

79.8% не нашли достаточно времени для обращения за медицинской помощью.

Сокулук:

72.5% респондентов не обратились за медицинской помощью, потому что их симптомы исчезли.

15.4% не обратились из-за дороговизны или отсутствия денег.

21.3% не нашли достаточно времени для обращения за медицинской помощью.

Удовлетворенность качеством медицинских услуг

Из представленных данных видно, что большинство респондентов в каждой группе (Жалал-Абад 5 человек из 5, Ош 7 человек из 8, Ноокат 7 человек из 9, Сокулук 16 человек из 17) удовлетворены качеством предоставленной им медицинской помощи. В каждой группе были

только отдельные случаи, когда респонденты выразили недовольство качеством медицинской помощи.

Это говорит о том, что в целом мигранты, участвующие в исследовании, имеют положительный опыт с медицинскими услугами, которые им предоставляются. Однако следует отметить, что небольшое количество недовольных респондентов может указывать на некоторые проблемы или недостатки в системе здравоохранения, которые требуют дальнейшего улучшения и внимания.

Важно продолжать работу по повышению качества медицинской помощи для мигрантов и обеспечению их удовлетворенности полученными услугами. Это может включать улучшение доступности, конфиденциальности, культурной компетентности и коммуникации между медицинскими работниками и мигрантами.

Таблица 12. Симптомы ИППП, лечение, удовлетворенность медицинской помощью, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N = 212				Ош, N =167				Ноокат, N = 284				Сокулук, N = 282			
	n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ	
За последние 6 месяцев были ли у вас какие-либо из следующих жалоб...																
Необычные выделения из половых органов	15	9.1	4	14.3	12	6.4	2.2	10.6	13	5.3	2.4	8.3	25	8.7	4.4	13.1
Язвы в области половых органов или прямой кишки	5	2.4	0.02	4.7	0	0	0	0	4	1.3	0.3	2.4	5	1.4	-0.3	3.2
Жжение или боль при мочеиспускании	10	4.4	1.7	7	8	3.5	1	6.1	6	1.4	0.02	2.7	30	12.5	6.7	18.2
наличие жалобы для мужчин	n=135				n=101				n=167				n=170			
Боль или отек мошонки	9	7.1	1.8	12.3	1	0.6	0.2	0.9	8	1.8	0.3	3.3	6	2.9	0.02	5.5
Если у Вас были какие-либо из этих жалоб, то это было во время последней миграции или после возвращения домой?																
	n=32				n=16				n=25				n=48			
Во время миграции	17	39.2	2.4	75.8	3	35.5	-0.7	71.8	10	35.9	3.8	68	11	26.6	13.7	39.4
После возвращения домой	14	57.8	22.2	93.7	12	58.7	27.8	89.5	11	53.2	26.9	79.4	36	72.2	59.3	85.1
Нет ответа	1	2.9	-1	6.9	1	5.8	-14	25.9	4	10.9	-7.2	29	1	1.2	0.8	1.6
Если у Вас были какие-либо из этих жалоб, обращались ли Вы за медицинской помощью в медицинский центр?																
	n=32				n=16				n=25				n=48			
Да	5	23.6	4	43.4	8	39.9	13.1	66.6	9	37.2	11.9	62.6	17	45.7	30.3	61.1
Нет, но я лечился самостоятельно	16	45.9	28.6	63.1	3	16.2	5.2	27.3	5	16.4	9.4	23.3	10	11.8	5.5	18
Нет, я не получал никакого лечения	8	20.9	8.1	33.5	5	43.9	15.7	72.1	10	45.2	19.7	70.7	21	42.5	27.3	57.7
Не знаю/ не помню	3	9.6	3.7	15.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0.5	1.8	0	0	0	0
Где и к кому Вы обращались за помощью?																
	n=5				n=8				n=9				n=17			
Специалист в государственной организации	4	62.8	11.9	113	7	85.5	57.9	113	4	57.7	24.6	90.8	12	74.7	53.6	95.9
Дружественные врачи	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.7	-2.8	12.3	0	0	0	0
Специалист в частной медицинской организации	0	0	0	0	1	14.5	-13	42.1	2	21.7	-8.9	52.4	4	14.8	1.6	27.9
Знакомый медицинский специалист	1	37.3	-16	90.4	0	0	0	0	2	15.8	-4.7	36.3	1	10.4	-12	32.9
Удовлетворены ли качеством предоставленной медицинской помощи?																
	n=5				n=8				n=9				n=17			
Да	5	100			7	92.7	80.6	105	7	83.4	61.6	105	16	96.5	91	102

Нет					1	7.3	-4.8	19.4	2	16.6	-5.2	38.4	1	3.5	-2	9
Другое					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Почему Вы не обратились за медицинской помощью?																
	n=27				n=8				n=16				n=31			
Симптомы исчезли	14	48.6	-3.6	101	4	31.3	-0	62.6	1	5.6	-5	16.3	22	72.5	59.3	85.8
Отсутствие конфиденциальности	1	2.9	0.2	5.6	0	0	0	0	1	5.6	-4.6	15.9	0	0	0	0
Недружелюбный персонал	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Необходимость предоставления персональных данных	1	3.9	-0.2	7.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Дорого/Нет денег	1	2.3	0.3	4.3	2	17.3	-8.9	43.6	2	7.9	-2.8	18.8	3	15.4	9	21.8
Нет времени	14	55.9	18.7	93.1	2	51.4	16.5	86.3	12	79.8	61.7	97.9	6	21.3	13.3	29.3

7.6 Знания и осведомленность мигрантов о вопросах, связанных с ВИЧ/СПИДом

Знание и осведомленность мигрантов о вопросах, связанных с ВИЧ/СПИДом, являются крайне важными аспектами в области общественного здравоохранения. Образование и информированность играют решающую роль в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции, снижении стигмы и дискриминации, а также обеспечении доступа к услугам профилактики, диагностики и лечения.

Множество исследований и статей подчеркивают важность образования и информированности мигрантов о ВИЧ/СПИДе. Например, исследование, проведенное Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в США, показало, что мигранты с ограниченными знаниями о ВИЧ/СПИДе имеют больший риск инфицирования и более низкий уровень использования услуг тестирования и консультирования³³.

В статье по результатам исследований знаний мигрантов о ВИЧ/СПИДе и их доступ к услугам в различных странах подчеркивается необходимость разработки и реализации информационных кампаний, снижения стигматизации, а также адаптации услуг для удовлетворения потребностей мигрантов в области ВИЧ/СПИДа³⁴.

Результаты ответов на эти вопросы могут дать представление о том, насколько информированными являются мигранты и насколько точные и достоверные знания они имеют о ВИЧ-инфекции, принципах безопасного секса, о превентивной роли презервативов в предотвращении передачи ВИЧ, важности лечения ВИЧ и применения АРТ для общественного здравоохранения и предотвращения распространения инфекции, важности своевременного доступа к лечению и уходу для беременных женщин с ВИЧ и др. мер профилактики. Анализ этих результатов помогает определить области, в которых необходимо улучшить информированность и образовательные программы о ВИЧ-инфекции, а также выявить недостатки и проблемы в области профилактики, тестирования и лечения ВИЧ-инфекции среди мигрантов. Это позволяет разработать целевые и эффективные стратегии по информированию и поддержке мигрантов в борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Первый блок вопросов помогает оценить общие знания, точка зрения и отношение к ВИЧ.

1. Большинство мигрантов понимают, что секс только с одним неинфицированным партнером,

³³ Bennett CL, Marks SJ, Liu T, Clark MA, Carey MP, Merchant RC. Factors Associated with Lack of HIV Testing among Latino Immigrant and Black Patients at 4 Geographically and Demographically Diverse Emergency Departments. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2020 Jan-Dec;19:2325958220970827. doi: 10.1177/2325958220970827. PMID: 33143525; PMCID: PMC7675889.

³⁴

у которого нет других партнеров, может снизить риск передачи ВИЧ. Это свидетельствует о хорошей осведомленности мигрантов о принципах безопасного секса и предотвращении передачи ВИЧ:

- Жалал-Абад 92.6%
- Ош 77.2%
- Ноокат 89.7%
- Сокулук 93.4%

2. Большинство мигрантов также понимают, что использование презерватива при каждом сексуальном контакте может снизить риск заражения ВИЧ. Это указывает на распространенность знаний о важности применения презервативов для защиты от ВИЧ.

- Жалал-Абад 87.9%
- Ош 83.7%
- Ноокат 67.4%
- Сокулук 92.2%

3. Относительно меньшее число мигрантов осознают, что ВИЧ-инфицированный человек, принимающий антиретровирусную терапию, может снизить риск передачи ВИЧ другому человеку. Здесь есть потенциал для улучшения информированности мигрантов о роли антиретровирусной терапии в предотвращении передачи ВИЧ.

- Жалал-Абад 72.1%
- Ош 71.5%
- Ноокат 69.8%
- Сокулук 49.4%

4. Существует разное понимание среди мигрантов относительно утверждения, что ВИЧ-позитивная беременная женщина, принимающая антиретровирусную терапию и рождающая ребенка без ВИЧ инфекции, может снизить риск передачи ВИЧ ребенку. Это может указывать на необходимость более подробного информирования о предотвращении передачи ВИЧ от матери к ребенку.

- Жалал-Абад 66.9%
- Ош 66.9%
- Ноокат 51.9%
- Сокулук 44.3%

5. Относительно меньшее число мигрантов осознают, что здоровый на вид человек может быть ВИЧ-позитивным. Это может указывать на необходимость усиления осведомленности о том, что внешний облик не всегда является показателем наличия или отсутствия ВИЧ.

- Жалал-Абад 64.7%
- Ош 74.9%
- Ноокат 53.7%
- Сокулук 94.4%

6. В целом, большинство мигрантов демонстрируют хорошие знания, отвечая правильно хотя бы на ОДИН вопрос.

- Жалал-Абад 98%
- Ош 96.9%
- Ноокат 95.5%

- Сокулук 100%

7. Однако правильно ответили на все ПЯТЬ вопросов небольшой процент мигрантов, что указывает на необходимость дальнейшего образования и информирования о ВИЧ-инфекции.

- Жалал-Абад 50.2%
- Ош 37.5%
- Ноокат 19.1%
- Сокулук 34.1%

Знания способов заражения ВИЧ

В целом, результаты указывают на то, что мигранты имеют определенные знания о ВИЧ-инфекции и ее способах передачи. Однако, есть некоторые различия между регионами, где уровень знаний может быть выше или ниже. Эти результаты подчеркивают важность продолжения информационных кампаний и образовательных программ для мигрантов, чтобы повысить их осведомленность о ВИЧ-инфекции и способах предотвращения передачи. Анализируя ответы на вопросы о знаниях мигрантов о возможных способах передачи ВИЧ-инфекции, можно сделать следующие выводы:

1. В целом, большинство мигрантов во всех регионах понимают, что любой вид полового контакта без презерватива может привести к передаче ВИЧ-инфекции. Однако, есть разница в уровне знаний между регионами, где Жалал-Абад и Сокулук показывают более высокие проценты правильных ответов.

- Жалал-Абад 92.6%
- Ош 77.2%
- Ноокат 89.7%
- Сокулук 93.4%

2. Большинство мигрантов понимают, что рукопожатие или объятие не являются способом передачи ВИЧ-инфекции. Опять же, Жалал-Абад и Сокулук показывают более высокий уровень знаний по этому вопросу.

- Жалал-Абад 91.2%
- Ош 84.5%
- Ноокат 69.8%
- Сокулук 84.8%

3. В целом, большинство мигрантов понимают, что нельзя заразиться ВИЧ-инфекцией, принимая совместно пищу с инфицированным человеком. На этот раз, Жалал-Абад и Ноокат показывают более высокий уровень знаний по этому вопросу.

- Жалал-Абад 79.5%
- Ош 63.2%
- Ноокат 65.7%
- Сокулук 51.2%

4. Ребенку от инфицированной матери при беременности, родах и кормлении грудью: Сокулук показывает самый высокий уровень знаний по этому вопросу.

- Жалал-Абад 57.6%
- Ош 58.1%
- Ноокат 74.1%
- Сокулук 92.2%

5. Большинство мигрантов понимают, что ВИЧ-инфекция не передается через плавание в бассейне с наиболее высоким уровнем знания по данному вопросу в Жалал-Абад.

- Жалал-Абад 82.8%
- Ош 72.1%
- Ноокат 61.5%
- Сокулук 64.8%

6. Гораздо меньшая доля мигрантов, по сравнению с ответами на предыдущие вопросы, понимает, что ВИЧ-инфекция не передается через укусы комара.

- Жалал-Абад 58.4%
- Ош 40.5%
- Ноокат 50.6%
- Сокулук 33.8%

7. Большинство мигрантов понимают, что использование общих шприцев или игл может привести к передаче ВИЧ-инфекции. Особенно высокий процент правильных ответов на этот вопрос наблюдается в Сокулук.

- Жалал-Абад: 86.4%
- Ош: 77.3%
- Ноокат: 83.1%
- Сокулук: 99.5%

8. Общая оценка правильных ответов: Мигранты в Жалал-Абаде и Сокулук показывают более высокий процент правильных ответов на все **СЕМЬ** вопросов по сравнению с Ошем и Ноокатом. Но тем не менее, процент мигрантов, ответивших на все вопросы правильно очень низкий. Хотя бы на **ОДИН** вопрос ответили правильно большинство респондентов.

Правильные ответы на все 7 вопросов:

- Жалал-Абад 32.6%
- Ош 7.8%
- Ноокат 13.9%
- Сокулук 17.2%

Правильные ответы хотя бы на 1 из 7 вопросов:

- Жалал-Абад 99.7%
- Ош 99.4%
- Ноокат 99.9%
- Сокулук 100%

Самооценка мигрантов собственного ВИЧ-статуса на момент опроса

В целом, большинство мигрантов оценивают предположительный свой ВИЧ-статус как низкий или отсутствующий, однако есть определенная доля респондентов, которые предполагают, что у них может быть ВИЧ или не знают точного ответа. Это подчеркивает необходимость информационных кампаний и доступа к консультациям по ВИЧ-инфекции для обеспечения более осведомленных решений и принятия мер по профилактике и лечению ВИЧ.

В Жалал-Абаде (N = 212): 2.5% респондентов считают, что у них может быть ВИЧ, 79.2% уверены, что у них нет ВИЧ, 1.1% заявляют, что знают, что у них ВИЧ, 16.6% не знают, и 0.6% отказываются от ответа.

В Оше (N = 149): 15.5% респондентов считают, что у них может быть ВИЧ, 63.9% уверены, что у них нет ВИЧ, 1.4% заявляют, что знают, что у них ВИЧ, 19.2% не знают, и 0% отказываются от ответа.

В Ноокате (N = 284): 2.3% респондентов считают, что у них может быть ВИЧ, 83.9% уверены, что у них нет ВИЧ, 1.4% заявляют, что знают, что у них ВИЧ, 12.3% не знают, и 0.03% отказываются от ответа.

В Сокулук (N = 282): 0.8% респондентов считают, что у них может быть ВИЧ, 85.2% уверены, что у них нет ВИЧ, 0% заявляют, что знают, что у них ВИЧ, 13.8% не знают, и 0% отказываются от ответа.

Мнение мигрантов о своих шансах заразиться ВИЧ в течение следующих 12 месяцев

Анализируя данные по мнению мигрантов о своих шансах заразиться ВИЧ в течение следующих 12 месяцев, можно сделать следующие наблюдения:

Жители Жалал-Абада и Оша оценивают свои шансы на заражение ВИЧ в течение следующих 12 месяцев более пессимистично, с большей долей высоких и средних шансов. Но при этом низких шансов у них равное число как и средних шансов.

В Ноокате и Сокулук мигранты относятся к этому вопросу более оптимистично, с высокой долей ответов об отсутствии шансов на заражение.

Представленная в предыдущих разделах информация отражает рискованное половое поведение среди мигрантов, которое включает сексуальные контакты с различными партнерами, в том числе случайными и коммерческими, при непостоянном использовании презервативов. Интересно отметить, что некоторая часть мигрантов недооценивает свой риск заражения ВИЧ, считая его низким или даже отсутствующим. Это вызывает обеспокоенность, так как ограниченное понимание своих шансов на заражение ВИЧ в ближайшие 12 месяцев указывает на высокий риск инфицирования ВИЧ и ИППП. Полученные данные говорят о необходимости проведения образовательных программ и предоставления информации о ВИЧ-инфекции для мигрантов. Цель таких программ состоит в повышении осведомленности мигрантов и помощи им в принятии осознанных решений в отношении предотвращения заражения ВИЧ.

<p>Жалал-Абад</p> <p>Высокие шансы: 5.2% Средние шансы: 35.4% Низкие шансы: 42.2% Нет шансов: 14.5% Не знаю: 2.3% Отказ от ответа: 0.3%</p>	<p>Ош</p> <p>Высокие шансы: 2.4% Средние шансы: 40.6% Низкие шансы: 41.8% Нет шансов: 13.4% Не знаю: 1.7% Отказ от ответа: 0%</p>
<p>Ноокат</p> <p>Высокие шансы: 0% Средние шансы: 6.5% Низкие шансы: 28.8% Нет шансов: 54.7% Не знаю: 9.2% Отказ от ответа: 0.8%</p>	<p>Сокулук</p> <p>Высокие шансы: 0.8% Средние шансы: 0.4% Низкие шансы: 22.4% Нет шансов: 47.7% Не знаю: 28.6% Отказ от ответа: 0%</p>

Таб.13 Знания о ВИЧ-инфекции, самооценка риска заражения ВИЧ, БПИ среди ТМ, 2023г.

	Жалал- Абад, N = 212				Ош, N =167				Ноокат, N = 284				Сокулук, N = 282			
	n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ	
Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, занимаясь сексом только с одним неинфицированным сексуальным партнером, у которого нет других партнеров?	194	93	89	97	131	77	70	85	252	90	86	94	265	93	90	97
Может ли человек снизить риск заражения ВИЧ, пользуясь презервативом при каждом сексуальном контакте?	184	88	83	93	132	84	77	91	195	67	61	74	257	92	89	96
Может ли ВИЧ-инфицированный человек снизить риск передачи ВИЧ другому человеку, если он принимает АРВТ?	147	72	65	79	110	72	62	81	198	70	63	76	138	49	42	57
Согласны ли Вы с утверждением "ВИЧ позитивная беременная женщина может снизить риск передачи ВИЧ ребенку, если регулярно будет принимать АРТ, и ребенок родится без ВИЧ инфекции"?	136	67	60	74	105	67	57	78	151	52	44	59	129	44	38	51
Может ли здоровый на вид человек быть ВИЧ позитивным?	138	65	58	72	124	75	66	84	157	54	46	61	266	94	91	98
Правильные ответы на все 5 вопросов	103	50	42	58	64	38	27	48	58	19	14	23	97	34	27	41
Правильные ответы хотя бы на 1 из 5 вопросов	206	98	96	100	160	97	94	100	270	96	92	99	282	100		
Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией...																
Через любой вид полового контакта (оральный, вагинальный, анальный) без презерватива	194	93	89	97	131	77	70	85	252	90	86	94	265	93	90	97
Через рукопожатие/объятие	193	91	88	95	142	85	77	93	192	70	62	77	237	85	80	90
Принимая совместно еду с человеком, живущим с ВИЧ	167	80	74	86	112	63	53	73	182	66	58	73	152	51	43	59
Ребенку от инфицированной матери при беременности, родах и кормлении грудью	123	58	50	65	92	58	45	71	215	74	67	81	264	92	88	97
Во время плавания в бассейне	177	83	76	89	115	72	63	81	178	62	55	68	179	65	57	72
Через укус комара	126	58	50	67	79	41	29	52	133	51	44	57	103	34	27	40
Используя общий шприц или иглу	181	86	81	92	130	77	67	87	238	83	77	89	280	100	99	100
Правильные ответы на все 7 вопросов	69	33	24	42	18	7.8	3.5	12	34	14	8.5	19	54	17	11	23
Правильные ответы хотя бы на 1 из 7 вопросов	211	100	99	100	166	99	98	101	283	100	100	100	282	100		
Как Вы думаете, может ли быть у Вас ВИЧ?																
Да	7	2.5	0.5	4.5	22	16	7.9	23	5	2.3	0.2	4.4	4	0.8	0.1	1.5
Нет	164	79	73	85	108	64	54	74	237	84	79	89	244	85	80	91
Я знаю, что у меня ВИЧ	2	1.1	-0.2	2.5	2	1.4	-0.9	3.7	2	1.4	-0.1	2.9	0	0	0	0
Не знаю	37	17	11	22	35	19	11	27	39	12	8	17	34	14	8.5	20
Отказ от ответа	2	0.6	-0.2	1.3	0	0	0	0	1	0	-0	0.1	0	0	0	0
Каковы, по Вашему мнению, Ваши шансы заразиться ВИЧ в течение следующих 12 месяцев?																
	n=210				n=147				n=282				n=282			
Высокие	12	5.2	2	8.4	6	2.4	0.2	4.7	0	0	0	0	4	0.8	0.1	1.5
Средние	83	35	29	42	61	41	31	51	18	6.5	3.3	9.6	1	0.4	-0.4	1.3
Низкие	82	42	36	49	71	42	31	53	80	29	22	36	64	22	16	29
Нет шансов	25	15	9	20	23	13	7.3	20	160	55	47	63	141	48	40	55
Не знаю	7	2.3	0.4	4.1	4	1.7	-0.2	3.6	21	9.2	4.3	14	72	29	22	35
Отказ от ответа	1	0.3	-0.1	0.7	0	0	0	0	3	0.8	-0.3	1.9	0	0	0	0

7.7 Вопросы тестирования на ВИЧ

Знание места, где можно тестироваться на ВИЧ

Представленные данные показывают, что общая осведомленность мигрантов о местах, где можно пройти тест на ВИЧ, неоднородна среди разных регионов. В Оше и Сокулукэ больше половины мигрантов (64.7% и 55.2% соответственно) заявили, что знают о местах, где можно пройти тест на ВИЧ. В Жалал-Абаде и Ноокате эта доля составляет 35.9% и 37% соответственно.

Однако значительная часть мигрантов во всех регионах (от 34.7% до 63.7%) заявила, что не знает мест, где можно пройти тест на ВИЧ. Это может указывать на недостаточную информированность о доступных ресурсах и услугах по тестированию на ВИЧ.

Небольшая доля мигрантов не может вспомнить или не знает ответа на вопрос о местах, где можно пройти тест на ВИЧ.

Тестирование на ВИЧ

Данные показывают, что некоторые мигранты проходили тест на ВИЧ, но пропорция таких мигрантов различается в зависимости от региона.

В Жалал-Абаде 36.3% мигрантов ответили, что они проходили тест на ВИЧ. В Оше и Ноокате эта доля составляет 47.1% и 45.4% соответственно, а в Сокулукэ - 43.7%.

С другой стороны, существенная часть мигрантов (от 46.4% до 61.3%) заявила, что они никогда не проходили тест на ВИЧ.

Некоторые мигранты не знают или не помнят, проходили ли они когда-либо тест на ВИЧ. Доля таких ответов небольшая, но присутствует.

Эти результаты указывают на необходимость проведения информационных кампаний и образовательных программ, направленных на повышение осведомленности мигрантов о ВИЧ и важности прохождения теста на ВИЧ. Также следует предоставлять доступные и конфиденциальные услуги по тестированию на ВИЧ для мигрантов, чтобы улучшить их доступность к таким услугам и увеличить уровень тестирования.

Когда в последний раз тестировались на ВИЧ

Анализируя данные о времени последнего тестирования на ВИЧ среди мигрантов, можно сделать следующие выводы:

Процент мигрантов, которые проходили тест на ВИЧ в течение последних 6 месяцев, невысок во всех регионах (от 3.3% до 20.5%). Это может указывать на то, что некоторые мигранты редко обращаются за регулярным тестированием, что может быть связано с недостатком доступных услуг тестирования или низкой осведомленностью о необходимости регулярного тестирования.

Большинство мигрантов (от 54.6% до 80.8%) проходили тест на ВИЧ более 12 месяцев назад. Это может свидетельствовать о необходимости повышения осведомленности о регулярном тестировании среди мигрантов и предоставлении им доступных услуг тестирования, чтобы они могли поддерживать свое здоровье и своевременно получать необходимое лечение.

Присутствие доли мигрантов, которые не знают или не помнят время последнего тестирования на ВИЧ, указывает на возможную неуверенность или недостаточную информированность о своем статусе и рисках передачи ВИЧ. Это подчеркивает важность проведения образовательных программ и предоставления информации о ВИЧ-инфекции среди мигрантов, чтобы они могли принимать осознанные решения и обеспечивать свою безопасность и здоровье.

В целом, результаты указывают на необходимость усиления мероприятий по повышению осведомленности, доступности услуг тестирования на ВИЧ и образовательных программ для мигрантов. Это поможет снизить риски передачи ВИЧ-инфекции и обеспечить своевременное обнаружение и лечение для тех, кто нуждается в них.

<p>Жалал-Абад</p> <p>В течение последних 6 месяцев: 14.3%</p> <p>В течение последних 6-12 месяцев: 17.2%</p> <p>Более 12 месяцев назад: 54.6%</p> <p>Не знаю/не помню: 13.9%</p>	<p>Ноокат</p> <p>В течение последних 6 месяцев: 13.4%</p> <p>В течение последних 6-12 месяцев: 22.9%</p> <p>Более 12 месяцев назад: 61.7%</p> <p>Не знаю/не помню: 2.1%</p>
<p>Ош</p> <p>В течение последних 6 месяцев: 20.5%</p> <p>В течение последних 6-12 месяцев: 15.6%</p> <p>Более 12 месяцев назад: 63%</p> <p>Не знаю/не помню: 0.8%</p>	<p>Сокулук</p> <p>В течение последних 6 месяцев: 3.3%</p> <p>В течение последних 6-12 месяцев: 15.9%</p> <p>Более 12 месяцев назад: 80.8%</p> <p>Не знаю/не помню: 0%</p>

Место проведения последнего тестирования на ВИЧ

Проходя тестирование на ВИЧ, мигранты указали, где они проходили тестирование в последний раз. Вот результаты разбитые по регионам:

<p>Жалал-Абад</p> <p>36.1% мигрантов прошли тестирование в стране миграции.</p> <p>63.9% мигрантов прошли тестирование в Кыргызстане.</p>	<p>Ноокат</p> <p>60% мигрантов прошли тестирование в стране миграции.</p> <p>40% мигрантов прошли тестирование в Кыргызстане.</p>
<p>Ош</p> <p>25.4% мигрантов прошли тестирование в стране миграции.</p> <p>74.6% мигрантов прошли тестирование в Кыргызстане.</p>	<p>Сокулук</p> <p>28.5% мигрантов прошли тестирование в стране миграции.</p> <p>71.5% мигрантов прошли тестирование в Кыргызстане.</p>

Эти данные показывают, что значительная часть мигрантов прошла тестирование на ВИЧ в Кыргызстане. Однако, есть и те, кто прошел тестирование в стране миграции. Это может быть связано с доступностью услуг тестирования, доверием к медицинской системе в стране миграции или другими факторами, например требованием работодателя или образовательной организации.

Важно обеспечить доступность услуг тестирования на ВИЧ как в странах миграции, так и в Кыргызстане, чтобы мигранты имели возможность проверить свой статус ВИЧ и получить необходимую поддержку и лечение в случае положительного результата.

Знание результатов теста на ВИЧ

Результаты опроса мигрантов о знании результатов последнего теста на ВИЧ показывают, что большинство мигрантов осведомлены о результате последнего теста на ВИЧ и знают,

был ли он положительным или отрицательным. Однако есть небольшой процент мигрантов, которые не знают или не помнят результат последнего теста на ВИЧ. Это подчеркивает необходимость повышения осведомленности и образования мигрантов относительно тестирования на ВИЧ и важности знания своего статуса для принятия соответствующих мер по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Жалал-Абад

2.8% мигрантов знают, что результат последнего теста на ВИЧ был положительным.
94.3% мигрантов знают, что результат последнего теста на ВИЧ был отрицательным.
0% мигрантов не знают результат последнего теста на ВИЧ.
2.8% мигрантов не знают или не помнят результат последнего теста на ВИЧ.

Ош

89.7% мигрантов знают, что результат последнего теста на ВИЧ был отрицательным.
3.9% мигрантов не знают результат последнего теста на ВИЧ.
6.3% мигрантов не знают или не помнят результат последнего теста на ВИЧ.

Ноокат

97.1% мигрантов знают, что результат последнего теста на ВИЧ был отрицательным.
0% мигрантов не знают результат последнего теста на ВИЧ.
2.9% мигрантов не знают или не помнят результат последнего теста на ВИЧ.

Сокулук

96.2% мигрантов знают, что результат последнего теста на ВИЧ был отрицательным.
0% мигрантов не знают результат последнего теста на ВИЧ.
3% мигрантов не знают или не помнят результат последнего теста на ВИЧ.

Причины тестирования на ВИЧ

Анализ причин тестирования на ВИЧ среди мигрантов показывает следующее распределение ответов:

Жалал-Абад:

По рекомендации врача: 52.2%
По запросу работодателя/образовательной организации: 29.6%
Для профилактики: 7.5%
Практиковал(а) рискованное поведение: 4.9%
По беременности/беременности супруги: 4.9%
Хотел(а) узнать свой ВИЧ статус: 2.6%
По призыву супруга/партнера: 3.4%

Ош:

Хотел(а) узнать свой ВИЧ статус: 35%
По запросу работодателя/образовательной организации: 22.1%
По рекомендации врача: 12.7%
Для выезда/регистрации в другой стране: 10.5%
По беременности/беременности супруги: 7.9%
Для профилактики: 4.7%
Не знаю: 3.9%
Другое: 3.3%
По призыву супруга/партнера: 1.3%
По призыву друга: 1.5%

За вознаграждение: 1.3%

Нет ответа: 1.3%

Ноокат:

По запросу работодателя/обучающей организации: 58.1%

По беременности/беременности супруги: 23.9%

По рекомендации врача: 18.1%

Для профилактики: 13.8%

Для выезда/регистрации в другой стране: 10.8%

Хотел(а) узнать свой ВИЧ статус: 2.4%

По призыву друга: 0.7%

За вознаграждение: 0.2%

Другое: 0.5%

В регионе Сокулук:

По запросу работодателя/обучающей организации: 35.2%

По беременности/беременности супруги: 28.9%

Для выезда/регистрации в другой стране: 21.6%

Хотел(а) узнать свой ВИЧ статус: 6.6%

По рекомендации врача: 3.8%

Для профилактики: 3.4%

За вознаграждение: 3.1%

Практиковал(а) рискованное поведение: 0.9%

Другое: 0.7%

По призыву супруга/партнера: 0.4%

Не знаю: 0.1%

Анализ этих данных указывает на различия в причинах прохождения теста на ВИЧ у мигрантов в разных регионах. Это может отражать различия в осведомленности о ВИЧ-инфекции, доступности тестирования и культурных факторах.

Примечательно, что несмотря на то, что среди мигрантов имеется практика секса со случайными и коммерческими половыми партнерами, а также рискованное поведение с упомянутыми половыми партнерами, всего лишь 4.9% мигрантов из Жалал-Абад прошли тестирование на ВИЧ из-за осознания своего рискованного поведения. При этом эта причина - осознание своего рискованного поведения, ни разу не прозвучала из уст мигрантов из других регионов. Это может указывать на то, что определенная часть мигрантов может недостаточно осознавать свои риски в отношении передачи ВИЧ-инфекции. Возможно, существуют недостаточные образовательные программы и информационные кампании, которые могут помочь мигрантам понять важность тестирования на ВИЧ и принимать более осознанные решения в отношении своего сексуального здоровья.

Причины не тестирования на ВИЧ

Результаты показывают разнообразные причины, по которым мигранты не проходили тестирование на ВИЧ. Некоторые опасаются преследований или плохого отношения со стороны государственных органов или людей. Другие причины включают убеждение, что им не нужно или они не хотят проходить тестирование, а также отсутствие информации относительно места, где можно пройти тестирование. Некоторые мигранты указали другие причины или затруднились в ответе. Эти данные подчеркивают важность преодоления препятствий и обеспечения доступности тестирования на ВИЧ для мигрантов, чтобы

улучшить их осведомленность и предотвратить распространение инфекции.

По вопросу о причинах, по которым мигранты не проходили тестирование на ВИЧ, представлены следующие результаты:

Жалал-Абад:

Не знают, где можно пройти тестирование: 68%

Считают, что им не нужно или не хотят проходить тестирование: 47.5%

Опасение плохого отношения людей: 9.6%

Опасение преследования государственными органами/правоохранительными органами: 0.3%

Знают, что у них ВИЧ: 0.3%

Ош:

Считают, что им не нужно или не хотят проходить тестирование: 89.4%

Опасение плохого отношения людей: 4.4%

Указали другие причины: 2.9%

Не знают, где можно пройти тестирование: 1.9%

Не знают/не помнят: 1.8%

Ноокат:

Не знают, где можно пройти тестирование: 64.1%

Считают, что им не нужно или не хотят проходить тестирование: 26.9%

Указали другие причины: 6.7%

Не знают/не помнят: 3.1%

Опасение плохого отношения людей: 0.8%

Нет ответа: 0.3%

Сокулук:

Считают, что им не нужно или не хотят проходить тестирование: 65.1%

Указали другие причины: 19.9%

Не знают, где можно пройти тестирование: 12.5%

Не знают/не помнят: 3.6%

Таблица 13. Тестирование на ВИЧ, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N = 212				Ош, N =167				Ноокат, N = 284				Сокулук, N = 282			
	n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ	
Вы знаете, где можно пройти тест на ВИЧ?																
Да	77	36	29	43	107	65	55	74	106	37	30	44	125	45	37	52
Нет	134	64	56	71	59	35	25	44	175	62	56	69	157	55	48	63
Не знаю/не помню	1	0.4	-0.4	1.1	0	0	0	0	2	0.6	-0.1	1.3	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	1	0.6	-0.2	1.5	1	0	-0	-0.1	0	0	0	0
Проходили ли Вы когда-либо тест на ВИЧ?																
1 Да	70	36	29	44	76	47	38	57	131	45	37	53	122	44	37	51
2 Нет	136	61	54	69	77	46	36	57	147	53	45	61	159	56	49	63
88 Не знаю/не помню	6	2.4	0.4	4.3	14	6.4	3.1	9.8	5	1.2	-0	2.4	1	0.3	-0.3	0.9
99 Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	-0	0.1	0	0	0	0
Когда Вы в последний раз проходили тест на ВИЧ?																
	n=70				n=76				n=131				n=122			
В течение посл. 6 месяцев	10	14	1.3	27	15	21	7.7	33	12	13	5.8	21	5	3.3	-0.7	7.2
В течение послед 6-12 месяцев	10	17	-1.8	36	12	16	5.3	26	33	23	13	33	22	16	8.5	23
Более 12 месяцев назад	38	55	36	74	48	63	49	77	82	62	50	73	95	81	73	88
Не знаю/не помню	12	14	6.9	21	1	0.8	0.2	1.4	4	2.1	0.2	3.9	0	0	0	0
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q94_ Где Вы проходили тестирование на ВИЧ в последний раз?																

	n=70				n=76				n=131				n=122			
В стране, где был(а) в миграции	21	36	22	50	15	25	11	40	88	60	49	72	29	29	20	38
В Кыргызстане	49	64	50	78	61	75	61	89	43	40	29	52	93	72	63	80
Другое	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не знаю/не помню	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Знаете ли Вы результаты Вашего последнего теста на ВИЧ?																
Да, положительный	3	2.8	-1.4	7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.7	0.6	0.9
Да, отрицательный	64	94	89	100	72	90	80	100	129	97	94	100	116	96	93	99
Нет	0	0	0	0	1	3.9	-3.8	12	0	0	0	0	0	0	0	0
Не знаю/не помню	3	2.8	-1.4	7.1	3	6.3	-1.4	14	2	2.9	-0.1	5.9	4	3	0.2	5.8
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Почему Вы решили пройти тест на ВИЧ при последнем тестировании?																
	n=70				n=76				n=131				n=122			
Хотел узнать свой ВИЧ статус	3	2.6	0.5	4.7	27	35	20	50	2	2.4	-1	5.8	6	6.6	1.4	12
По призыву супруга/партнера	3	3.4	0.6	6.2	1	1.3	-1.3	3.9	0	0	0	0	1	0.4	0.3	0.5
По призыву друга	0	0	0	0	2	1.5	-0.3	3.4	1	0.7	-0.3	1.7	0	0	0	0
Практиковал рискованное поведение	4	4.9	-0.3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.9	0.7	1.1
По рекомендации врача	35	52	28	76	8	13	4.4	21	20	18	8	28	5	3.8	0.5	7.1
Для профилактики	9	7.5	2.3	13	7	4.7	0.4	8.9	22	14	6.8	21	6	3.4	0.6	6.3
По запросу работодателя/обуч. орг-ции	16	30	18	41	16	22	6.7	38	88	58	47	69	43	35	25	45
За вознаграждение	0	0	0	0	1	1.3	0.4	2.2	1	0.2	0.1	0.3	5	3.1	0.7	5.4
Для выезда/регистрации в другой стране	0	0	0	0	5	11	2.1	19	11	11	3.4	18	23	22	13	30
По беременности	4	4.9	1.9	8	9	7.9	2.9	13	24	24	14	34	35	29	19	39
Другое	0	0	0	0	2	3.3	1.4	5.2	1	0.5	0.3	0.7	1	0.7	-0.8	2.1
Не знаю	0	0	0	0	1	3.9	-3.5	12	0	0	0	0	1	0.1	0.1	0.1
Нет ответа	0	0	0	0	1	1.3	-1.4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Почему Вы не проходили тестирование на ВИЧ?																
	n=142				n=91				n=148				n=160			
Опасаясь преследования гос.органов/ ПОО органов	1	0.3	0.1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Опасаясь плохого отношения людей	18	9.6	4.2	15	5	4.4	0.3	8.5	1	0.8	-0.7	2.3	0	0	0	0
Я не думаю, что мне нужно / Я не хочу	71	48	39	56	78	89	82	97	49	27	18	36	111	65	55	75
Не знаю, где можно пройти тестирование	95	68	60	76	6	1.9	0.4	3.3	93	64	55	73	19	13	6.5	19
Знаю, что у меня ВИЧ	1	0.3	0.1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Другое	0	0	0	0	2	2.9	-0.5	6.4	9	6.7	2.2	11	28	20	3.7	36
Не знаю/не помню	0	0	0	0	1	1.8	-0.7	4.2	6	3.1	0.5	5.8	5	3.6	0.5	6.8
Нет ответа	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.3	0.2	0.5	0	0	0	0

7.8 Опыт получения медицинских услуг

Среди мигрантов из Жалал-Абад наиболее востребованными услугами и процедурами с повреждением кожи или слизистых являются стоматологические процедуры (45%), маникюр (30%), гинекологические/проктологические процедуры (25.8%) и педикюр (25.8%). Капельницы также популярны и составляют 9.2%. Хирургические операции, татуаж, и быть донором крови или органов имеют небольшой процент использования.

Среди мигрантов из Ош наиболее востребованными услугами являются стоматологические процедуры (36.7%), капельницы (24.3%), маникюр (14.2%) и гинекологические/проктологические процедуры (9%). Также отмечается некоторый интерес к косметологическим процедурам и татуажу.

Среди мигрантов из Ноокат наиболее востребованными услугами являются капельницы (37.1%), стоматологические процедуры (33.6%) и гинекологические/проктологические процедуры (12.7%). Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых также имеют меньшую популярность.

Среди мигрантов из Сокулук наиболее востребованными услугами являются капельницы (45.7%), стоматологические процедуры (31%) и гинекологические/проктологические процедуры (16.8%). Маникюр также пользуется спросом (16.3%).

Хотя бы одну медицинскую услугу получали примерно одинаковая доля мигрантов из дозорных сайтов (57.9% - 65%).

Ниже приведены результаты по получению различных услуг и процедур с повреждением кожи или слизистых за последние 12 месяцев:

Жалал-Абад

Стоматологические процедуры: 45%

Маникюр: 30%

Гинекологические/проктологические процедуры: 25.8%

Педикюр: 25.8%

Капельницы: 9.2%

Косметологические процедуры: 5.2%

Хирургические операции: 3.9%

Татуаж: 2.4%

Были донором крови или органов: 1.7%

Переливание крови: 0%

Пирсинг: 0%

Хотя бы одна из процедур: 62.2%

Ош

Стоматологические процедуры: 36.7%

Капельницы: 24.3%

Маникюр: 14.2%

Гинекологические/проктологические процедуры: 9%

Хирургические операции: 7.2%

Косметологические процедуры: 5.7%

Татуаж: 4.6%

Педикюр: 4.3%

Пересадка органов: 0.9%

Переливание крови: 0.8%

Диализ: 0%

Интубации: 0%

Были донором крови или органов: 0.7%

Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых: 0.6%

Пирсинг: 0.5%

Хотя бы одна из процедур: 57.9%

Ноокат

Капельницы: 37.1%

Стоматологические процедуры: 33.6%

Гинекологические/проктологические процедуры: 12.7%

Переливание крови: 10%

Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых: 8.6%

Хирургические операции: 4.1%

Косметологические процедуры: 3.6%

Были донором крови или органов: 3.1%

Маникюр: 2.3%
Татуаж: 0.6%
Педикюр: 0.3%
Хотя бы один из процедур 59.7

Сокулук

Капельницы: 45.7%
Стоматологические процедуры: 31%
Гинекологические/проктологические процедуры: 16.8%
Маникюр: 16.3%
Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых: 4.6%
Педикюр: 3.7%
Хирургические операции: 3.5%
Были донором крови или органов: 2.5%
Татуаж: 1.7%
Косметологические процедуры: 1%
Диализ: 0.9%
Пирсинг: 0.6%
Переливание крови: 0.2%
Хотя бы один из процедур: 65%

Респондентам, сообщившим о получении медицинских услуг, связанных с повреждением кожи или слизистых, также были заданы вопросы о стерильности инструментов, которыми пользовались специалисты при оказании им услуг.

Ниже показаны доли респондентов, ответивших утвердительно на этот вопрос.

Жалал-Абад

- Капельницы: 100%
- Косметологические процедуры: 90.1%
- Стоматологические процедуры: 88.3%
- Гинекологические/проктологические процедуры: 86.9%
- Хирургические операции: 79.3%
- Были донором крови или органов: 77%
- Педикюр: 58.5%
- Маникюр: 57.7%

Маникюр (57.7%) и педикюр (58.5%) имеют более низкую долю утвердительных ответов об использовании одноразового стерильного инструментария.

Ош

В Оше пересадку органов, донорство крови или органов, делали пирсинг и переливание крови проходили/получали единицы мигрантов (1-2 человека) и все они сказали о том, что для процедур использовали стерильный инструментарий.

Менее всего доверяют мигранты стоматологическим услугам, где всего 20.3% респондентов были уверены в стерильности инструментария.

- Пересадка органов: 100%
- Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых: 100%
- Были донором крови или органов: 100%
- Пирсинг: 100%

- Татуаж: 94.6%
- Переливание крови: 88.9%
- Косметологические процедуры: 86.6%
- Хирургические операции: 86.1%
- Маникюр: 85.3%
- Капельницы: 83.3%
- Гинекологические/проктологические процедуры: 74.7%
- Педикюр: 72.9%
- Стоматологические процедуры: 20.3%

Ноокат

В Ноокате услуги нанесения татуажа, переливание крови, косметологические процедуры, маникюр и педикюр получали единицы респондентов, и они же чаще всего сомневаются в стерильности инструментария при получении этих услуг.

- Хирургические операции: 100%
- Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых: 100%
- Татуаж: 100%
- Капельницы: 96.1%
- Были донором крови или органов: 91.6%
- Гинекологические/проктологические процедуры: 88%
- Стоматологические процедуры: 70.5%
- Переливание крови: 68.1%
- Косметологические процедуры: 50.1%
- Маникюр: 48.2%
- Педикюр: 26.3%

Сокулук

В Сокулукке услуги по переливанию крови, диализу, косметологическим процедурам, донорство крови или органов, нанесение татуажа получали единицы респондентов. Чаще всего сомневаются в стерильности инструментария при проведении хирургических операций, получении стоматологических услуг, и услуг маникюра.

- Хирургические операции: 100%
- Другие процедуры с повреждением кожи/слизистых: 100%
- Татуаж: 100%
- Капельницы: 96.1%
- Были донором крови или органов: 91.6%
- Гинекологические/проктологические процедуры: 88%
- Стоматологические процедуры: 70.5%
- Переливание крови: 68.1%
- Косметологические процедуры: 50.1%
- Маникюр: 48.2%
- Педикюр: 26.3%

7.9 Опыт стигмы и дискриминации

Статус мигранта часто связан с различными формами стигматизации и дискриминации. Стигма и дискриминация в отношении мигрантов могут проявляться на разных уровнях общества, включая межличностный, институциональный и структурный уровни. Эти

негативные явления могут оказывать серьезные последствия для мигрантов и их доступа к основным правам и услугам.

На межличностном уровне мигранты могут сталкиваться с предубеждениями, стереотипами и негативными отношениями со стороны местного населения. Они могут подвергаться словесному и физическому насилию, угрозам и оскорблениям. Это создает враждебную и враждебную атмосферу, которая отрицательно сказывается на их самооценке и благополучии.

На институциональном уровне мигранты могут сталкиваться с дискриминацией при получении доступа к различным услугам и возможностям. Это может включать отказ в предоставлении работы, аренде жилья, получении медицинской помощи и образовании. Мигранты могут сталкиваться с ограничениями в доступе к правовой защите, что делает их более уязвимыми перед эксплуатацией и нарушениями прав.

На структурном уровне стигма и дискриминация в отношении мигрантов проявляются в системных неравенствах и недостаточной защите их прав. Законы и политики могут быть несправедливыми и дискриминирующими, что препятствует мигрантам в полноценном участии в обществе и доступе к ресурсам.

Стигма и дискриминация мигрантов имеют негативные последствия не только для самих мигрантов, но и для общества в целом. Эти явления создают разделение, конфликты и нарушают принципы равенства, справедливости и уважения к правам человека. Борьба со стигмой и дискриминацией требует широкого спектра мер, включая информационные кампании, правовую защиту, образование и осознанность, а также создание инклюзивных политик и практик, способствующих равноправному участию и уважению прав мигрантов.

Словесное насилие было более распространено в отношении мигрантов из города Ош (21.6%), в то время как в других городах оно наблюдалось на более низком уровне (Жалал-Абад - 4.1%, Ноокат - 4.5%, Сокулук - 10.1%).

Отказ в предоставлении работы был замечен чаще всего в отношении мигрантов из городов Ош (14.4%) и Ноокат (8.3%).

Моральное насилие, такое как несогласие или изоляция, было отмечено наиболее часто в отношении мигрантов из города Ош (20.4%), а также в городах Ноокат (5.1%) и Сокулук (7.6%).

Физическое насилие имело более высокий процент в отношении мигрантов из города Сокулук (6.2%), в то время как в других городах проценты были ниже (Жалал-Абад - 3.7%, Ош - 3.6%, Ноокат - 0.5%).

Жалал-Абад:

- Словесное насилие (угрозы, оскорбления): 4.1%
- Физическое насилие (побои, избиение): 3.7%
- Отказ в предоставлении работы из-за мигрантского статуса: 1%
- Безосновательный арест: 0.9%
- Моральное насилие (несогласие, изоляция): 0.4%
- Несправедливое обращение или отказ в медицинской помощи: 0.2%
- Эксплуатация с применением угрозы или шантажа: 0.2%
- Сексуальное насилие (принуждение к сексу): 0%

Ош:

- Словесное насилие (угрозы, оскорбления): 21.6%

- Физическое насилие (побои, избиение): 3.6%
- Отказ в предоставлении работы из-за мигрантского статуса: 14.4%
- Безосновательный арест: 9%
- Моральное насилие (несогласие, изоляция): 20.4%
- Неправедливое обращение или отказ в медицинской помощи: 4.8%
- Эксплуатация с применением угрозы или шантажа: 1.8%
- Сексуальное насилие (принуждение к сексу): 1.8%

Ноокат:

- Отказ в предоставлении работы из-за мигрантского статуса: 8.3%
- Моральное насилие (несогласие, изоляция): 5.1%
- Словесное насилие (угрозы, оскорбления): 4.5%
- Безосновательный арест: 4.4%
- Эксплуатация с применением угрозы или шантажа: 2.7%
- Избегание обращения за медицинской помощью: 1.5%
- Неправедливое обращение или отказ в медицинской помощи: 1.3%
- Физическое насилие (побои, избиение): 0.5%
- Сексуальное насилие (принуждение к сексу): 0%

Сокулук:

- Словесное насилие (угрозы, оскорбления): 10.1%
- Отказ в предоставлении работы из-за мигрантского статуса: 8.3%
- Моральное насилие (несогласие, изоляция): 7.6%
- Физическое насилие (побои, избиение): 6.2%
- Безосновательный арест: 2.9%
- Неправедливое обращение или отказ в медицинской помощи: 2%
- Избегание обращения за медицинской помощью: 1.5%
- Эксплуатация с применением угрозы или шантажа: 1.3%
- Сексуальное насилие (принуждение к сексу): 0%

7.10 Результаты тестирования: ВИЧ, ВГВ, ВГС, сифилис

ВИЧ-инфекция в Кыргызстане

В таблице ниже показаны тенденции и различия в тестировании на ВИЧ и случаях заболевания в разбивке по полу в стране. Эти данные имеют жизненно важное значение для понимания эволюции этого заболевания и возможных действий, которые необходимо предпринять для его профилактики и лечения. С помощью этой таблицы можно выделить некоторые важные выводы, которые дают обзор ситуации с ВИЧ в Кыргызстане за последние несколько лет³⁵.

Таблица 14. Тенденции и изменения в тестировании на ВИЧ и заболеваемости по полу в Кыргызстане (2017-2021 гг.)

	2017	2018	2019	2020	2021	Изменение в %
Прошли тест на ВИЧ	418.8	411.7	467.2	411.1	541.8	+29,35
Новые случаи ВИЧ	839	869	843	676	805	-4,05
Мужчины	464	508	450	359	491	+5,81

³⁵ Источник УНП ООН 2022 г.

Женщины	332	310	337	377	314	-5,42
ЛУИН	202	130	96	44	33	-88,66
Всего ЛЖВ	7.95	8.82	9.68	10.34	11.15	+40,32
Мужчины	4.89	5.39	5.85	6.20	6.67	+36,38
Женщины	2.65	2.96	3.29	3.57	3.87	+46,31
ЛУИН	3.46	3.59	3.69	3.75	3.76	+8,55

ВИЧ-инфекция в результате небезопасной практики употребления наркотиков переходят в случаи передачи ВИЧ и являются напоминанием о важности принятия профилактических подходов и поощрения индивидуальной ответственности за здоровый выбор. Благодаря лучшему пониманию факторов, которые способствуют распространению ВИЧ, а также развитию сочувствия и поддержки пострадавших, можно двигаться к более осведомленному и заботливому обществу. Объединив усилия по профилактике, поддержке и пониманию, можно эффективно решить эту проблему и работать над снижением заболеваемости ВИЧ в Центральной Азии³⁶.

Из результатов тестирования на ВИЧ, ВГС (HCV) и ВГВ (HBS) среди мигрантов можно сделать предположение о наличии определенных факторов риска, которые могут влиять на распространение этих инфекций среди данной группы населения:

- Мигранты могут быть недостаточно информированы о путях передачи ВИЧ, гепатитов и других инфекций, что повышает вероятность заражения.
- Мигранты могут сталкиваться с ограничениями в доступе к медицинским услугам, включая тестирование на инфекционные заболевания.
- Недостаток стерильности инструментов и ненадлежащая процедура дезинфекции в медицинских учреждениях могут привести к передаче инфекций.
- Мигранты могут вовлекаться в рискованные сексуальные практики, что повышает риск передачи сексуально передаваемых инфекций.
- Употребление инъекционных наркотиков может способствовать передаче ВИЧ и ВГС (HCV).
- Мигранты с низким уровнем образования и ограниченными ресурсами могут сталкиваться с трудностями в доступе к информации о профилактике и лечении инфекций.

Приведем пример результатов исследования, посвященного изучению распространенности хронического или рецидивирующего гепатита В, хронического или рецидивирующего гепатита С и ВИЧ-инфекции среди нелегальных мигрантов и незастрахованных легальных резидентов в Нидерландах. Распространенность хронического гепатита В, хронического гепатита С и ВИЧ-инфекции была значительно выше, чем в общей популяции Нидерландов, и значительная часть инфекций была диагностирована недавно. Данное исследование подчеркивает важность проактивного выявления случаев заболевания в учреждениях общественного здравоохранения и первичной медицинской помощи, а также то, что тестирование на месте, вероятно, может повысить уровень охвата скринингом. Медицинские работники также должны знать, что мигранты без документов или незастрахованные лица сталкиваются с препятствиями при направлении в специализированные центры для последующего наблюдения и лечения

³⁶ “Систематизированный отчет по наркополитике в странах ЦА” <https://www.eu-cadap.org/wp-content/uploads/2023/09/Systematization-Report-of-the-National-Dialogue-on-Drug-Policy-Meetings-Copy.pdf>, Episteme Social, 2023 г.

HBV/HCV и ВИЧ-инфекции. Для выявления и преодоления этих барьеров необходимы количественные и качественные исследования, посвященные доступу к вторичной медицинской помощи для не имеющих документов мигрантов и незастрахованных пациентов³⁷.

Результаты БПИ среди ТМ Кыргызстана показали, что наиболее высокая распространенность ВИЧ наблюдается среди мигрантов Сокулук 1.5% и вероятно это было связано с местом сбора данных в помещении НПО, работающим с ЛУИН и ЛЖВ. ВГС чаще обнаружен среди мигрантов Ош (13.4%) и Сокулук (4.3%). Но ВГВ превалирует среди мигрантов из Ноокат, и можно предположить, что связано это с вопросами соблюдения инфекционного контроля в медицинских учреждениях данного региона. Сифилис обнаружен у мигрантов из Ош (4.3%) и Сокулук (4%).

Таблица 15. Результаты серологического исследования, БПИ среди ТМ, 2023г.

Показатель	Жалал- Абад, N = 212				Ош, N =167				Ноокат, N = 284				Сокулук, N = 282			
	n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ		n	%	95% ДИ	
ВИЧ	2	1.0	-0.06	2.1	1	0.6	-0.7	1.9	0	0	0	0	7	1.5	0.2	2.8
ВГС (HCV)	3	1.2	-0.2	2.6	24	13.4	6.07	20.6	6	0.7	0.2	2.9	12	4.3	1.7	6.9
ВГВ (HBS)	7	3.2	0.9	5.5	11	6.4	2.0	10.9	18	7.04	4.01	10.1	9	3.3	0.9	5.6
Сифилис	0	0	0	0	8	4.3	0.4	8.1	0	0	0	0	11	4.0	1.1	6.9

7.11 Выводы

Основная доля трудовым мигрантов из КР старше 25 лет, с некоторым преобладанием количества мужчин над женщинами (примерно 1,5 раза). Подавляющее большинство ТМ во всех сайтах имели среднее/ср. специальное или незаконченное высшее образование.

В основном ТМ из Кыргызстана выезжают на средний (от 6 до 12 месяцев) и долгий сроки пребывания (более 12 месяцев) в миграции. Основной страной выезда является РФ. подавляющем большинстве ТМ выезжают в миграцию без семьи, что влечет за собой множество проблем, связанных со здоровьем (психологическое напряжение и стресс, опасное половое и инъекционное поведение).

К сожалению, роль государственных структур и частных агентств занятости в трудоустройстве мигрантов остается крайне низкой. Большинство трудовых мигрантов из КР устраиваются на работу в миграции через родственные контакты либо самостоятельно. Отсутствие официальных контрактов и поддержки государственных структур создает такие проблемы как: неопределенность в отношении своего рабочего места, лишение социальных гарантий и правовой защиты, низкая заработная плата и эксплуатация со стороны работодателей, работать в тяжелых условиях за несоответствующую оплату и без соответствующих рабочих условий, ограничение доступа мигрантов к социальным услугам и др.

³⁷ Klok S, van Dulm E, Boyd A, Generaal E, Eskander S, Joore IK, van Cleef B, Siedenburg E, Bruisten S, van Duijnhoven Y, Tramper-Stranders G, Prins M. Hepatitis B Virus (HBV), Hepatitis C Virus (HCV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) infections among undocumented migrants and uninsured legal residents in the Netherlands: A cross-sectional study, 2018-2019. PLoS One. 2021 Oct 29;16(10):e0258932. doi: 10.1371/journal.pone.0258932. PMID: 34714867; PMCID: PMC8555813.

Владение языком страны миграции оказывает существенное влияние на адаптацию и успешность мигрантов в новой среде. Небольшая часть респондентов владела языком страны пребывания на свободном уровне.

По результатам опроса ТМ Кыргызстана в разной степени имели проблемы со здоровьем во время последней трудовой миграции и примечательно, что примерно третья часть мигрантов при возникновении проблем со здоровьем никуда не обращались за помощью и занимаются самолечением.

Трудовые мигранты ведут активную половую жизнь. В подавляющем большинстве это были гетеросексуальные контакты, но также отмечалось присутствие гомосексуальных связей среди мигрантов. Также отмечается большое количество случайных половых партнеров (до 7) и рискованное половое поведение со случайными и коммерческими половыми партнерами (не используют презервативы), что указывает на потенциально повышенный риск передачи ВИЧ и ИППП.

Использование наркотиков среди мигрантов в этих изучаемых является относительно низким.

По результатам опроса за последние 6 месяцев хотя бы 1 симптом ИППП наблюдался от 6% до 10% респондентов, при этом значительное число мигрантов не обращается за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП или предпочитает самостоятельное лечение.

Небольшой процент мигрантов правильно ответили на все ПЯТЬ вопросов касательно общих знаний, точка зрения и отношения к ВИЧ. Также мигранты плохо знают способы заражения ВИЧ. Полученные результаты по знаниям мигрантов вопросов ВИЧ подчеркивают важность продолжения информационных кампаний и образовательных программ для мигрантов, чтобы повысить их осведомленность о ВИЧ-инфекции и способах предотвращения передачи.

В целом, большинство мигрантов оценивают предположительный свой ВИЧ-статус как низкий или отсутствующий, однако есть определенная доля респондентов, которые предполагают, что у них может быть ВИЧ или не знают точного ответа.

При наличии рискованного полового поведения среди мигрантов, которое включает сексуальные контакты с различными партнерами, в том числе случайными и коммерческими, при непостоянном использовании презервативов некоторая часть мигрантов недооценивает свой риск заражения ВИЧ, считая его низким или даже отсутствующим, что указывает на высокий риск инфицирования ВИЧ и ИППП.

Значительная часть мигрантов во всех регионах заявила, что не знает мест, где можно пройти тест на ВИЧ. Это может указывать на недостаточную информированность о доступных ресурсах и услугах по тестированию на ВИЧ.

Менее половины мигрантов проходили тест на ВИЧ, причем пропорция таких мигрантов различается в зависимости от региона. Результаты опроса указывают на необходимость предоставления доступных и конфиденциальных услуг по тестированию на ВИЧ для мигрантов, чтобы улучшить их доступность к таким услугам и увеличить уровень тестирования.

Статус мигранта часто связан с различными формами стигматизации и дискриминации. Стигма и дискриминация в отношении мигрантов могут оказывать серьезные последствия для мигрантов и их доступа к основным правам и услугам. Наиболее распространенными проявлениями стигмы и дискриминации в отношении мигрантов были словесное насилие,

отказ в предоставлении работы, моральное насилие, такое как несогласие или изоляция, физическое насилие.

Результаты БПИ среди ТМ Кыргызстана показали, что наиболее высокая распространенность ВИЧ наблюдается среди мигрантов Сокулук 1.5%. ВГС чаще обнаружен среди мигрантов Ош (13.4%) и Сокулук (4.3%) и ВГВ в Ноокате (7.04%). Сифилис обнаружен у мигрантов из Ош (4.3%) и Сокулук (4%).

По результатам исследования можно отнести трудовых мигрантов к отдельной категории, которую можно определить как группу высокого риска в контексте эпидемии ВИЧ.

В последующих исследованиях необходимо включать вопросы для изучения существующих программ, которые обеспечивают доступ к медицинской помощи для мигрантов и для изучения объема деятельности гражданских общественных организаций в контексте эпидемии ВИЧ.

7.12 Проблемы и вызовы в ходе планирования и проведения исследования

В процессе планирования и составления бюджета исследования было упущено такое важное обстоятельство как значительный объем работы, в связи с чем, было запланировано недостаточное количество исследователей для проведения БПИ методом РДС на национальном уровне. Для эффективного выполнения полевых исследований и организации мероприятий в рамках мобильных оценок требуется как минимум 6-8 специалистов.

Кроме того, планировалась недостаточная продолжительность исследования (4 месяца), тогда как для более качественной реализации БПИ следует предусмотреть как минимум 6 месяцев.

К сожалению, также не было учтено финансирование аренды помещений для дозорных пунктов. Совпадение полевого этапа с холодным временем года привело к дополнительным сложностям, связанным с поиском и адаптацией подходящих помещений, соответствующих требованиям метода РДС. Это замедлило начало полевых исследований на юге страны. В следствие этих проблем, дозорные пункты были размещены на территории организаций, оказывающих услуги ЛЖВ и других ключевых групп населения, что могло повлиять на результаты серологической части исследования.

Для будущего раунда исследований среди трудовых мигрантов следует тщательно учесть перечисленные проблемы и предусмотреть необходимые ресурсы.

Дополнительно, отсутствие полноценной поддержки от неправительственных организаций (НПО), работающих с трудовыми мигрантами, оказало значительное влияние на процесс проведения исследования. Это касается вопросов отбора участников, установления контактов с мигрантами и обеспечения необходимых помещений.

Следует также отметить, что методология выборки влияет на результаты исследования. В данном случае, социальные связи с мигрантами оказались более плотными во время миграции и менее тесными после возвращения домой. Хотя, на юге страны социальные связи оказались более широкими, и выборка методом РДС сработала более успешно.

Если рассматривать многоступенчатую кластерную выборку для будущих исследований, следует учесть ограничение в виде отсутствия данных о численности трудовых мигрантов в различных регионах и населенных пунктах. Эти данные могут быть важными при определении размеров кластеров и обеспечении репрезентативности выборки.

7.13 Рекомендации

1. Необходимо разработать стратегии информационных кампаний по вопросам ВИЧ, инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и сексуальном поведении совместно с Министерством труда, социального обеспечения и миграции. Информационные кампании должны быть направлены как на легально выезжающих мигрантов, так и на тех, кто выезжает самостоятельно. Предусмотреть механизмы распространения видеороликов и других информационных материалов через группы диаспор в социальных сетях.
2. Следует активно работать над обеспечением доступности услуг тестирования на ВИЧ на местах. Это включает в себя создание удобных и доступных центров для тестирования в местах концентрации трудовых мигрантов (например, установка тестоматов в аэропортах), привлечение к оказанию услуг по тестированию частных клиник за рубежом, практикующих оказание медицинских услуг для мигрантов из КР, и разработку мероприятий по привлечению мигрантов к тестированию.
3. Необходимо усовершенствовать существующие механизмы дистанционной постановки на учет граждан КР за рубежом, у которых ВИЧ выявлен в миграции, а также организация и поддержка надежных схем бесперебойного обеспечения АРВ-препаратами ВИЧ-позитивных трудовых мигрантов, находящихся за рубежом.
4. Необходимо проводить работу по мобилизации диаспор к профилактике ВИЧ, снижению уровня рискованного инъекционного и сексуального поведения среди трудовых мигрантов. Работа по мобилизации диаспоры по теме ВИЧ требует координации и сотрудничества между диаспорами, правительством, медицинскими организациями и неправительственными организациями. Диаспоры могут способствовать более широкому распространению информации о ВИЧ, увеличению осведомленности и, в конечном итоге, снижению распространения ВИЧ среди трудовых мигрантов.
5. Для получения дополнительных данных по вопросам ВИЧ среди трудовых мигрантов рекомендуется включить вопросы о миграции в популяционное серологическое исследование распространенности и факторов риска вирусных гепатитов и ВИЧ в КР.
6. Важно отметить, что данное исследование проводилось впервые в Кыргызстане, что подчеркивает его уникальность и важность. Однако, оно также выявило ограниченную заинтересованность среди трудовых мигрантов в участии в подобных исследованиях. Поэтому следует активно работать над привлечением мигрантов к участию, использовать их социальные сети и учитывать их мнения и потребности в планировании будущих исследований.
7. Улучшение доступа к медицинской помощи: следует разрабатывать и внедрять программы компетентной медицинской помощи для мигрантов. Обучение медицинского персонала о различиях и потребностях мигрантов поможет улучшить отношения и доступность медицинской помощи. Рекомендуется установить сотрудничество с частными клиниками за рубежом, специализирующимся на предоставлении услуг для мигрантов из КР, для предоставления трудовым мигрантам доступа к необходимой медицинской помощи, включая тестирование и консультирование по ВИЧ.
8. Профилактические меры для контроля инфекционных заболеваний: необходимо расширить программы, обеспечивающие доступ мигрантов к качественной медицинской помощи и профилактическим мерам, направленным на контроль инфекционных заболеваний.

9. Дополнительные исследования и мониторинг: рекомендуется проводить регулярные исследования и мониторинг состояния здоровья мигрантов для адекватного реагирования на изменяющуюся ситуацию и определения приоритетных направлений для улучшения здоровья мигрантов.
10. Обеспечение стерильности медицинского инструментария: продолжить работу по обеспечению стерильности медицинского инструментария во всех медицинских учреждениях для предотвращения инфекций и повышения качества медицинской помощи.
11. Контроль ИППП и сексуальное здоровье: для эффективного контроля ИППП среди мигрантов необходимо предоставить им доступ к информации о сексуальном здоровье, превентивным мерам и услугам по диагностике, лечению и сопровождению. Проведение информационных кампаний, распространение презервативов, тестирование на ИППП и ВИЧ, а также обеспечение доступа к соответствующему лечению является важным шагом.
12. Повышение осведомленности о ВИЧ: необходимо проводить информационные кампании для мигрантов о доступных ресурсах по тестированию на ВИЧ.
13. Сотрудничество между организациями: Государственные и неправительственные организации должны сотрудничать для разработки и реализации программ по предотвращению и лечению инфекционных заболеваний среди мигрантов, обеспечивая доступ к медицинским услугам и тестированию.
14. Продолжение образовательных кампаний: важно продолжать образовательные и информационные кампании для мигрантов, медицинских и правоохранительных работников, чтобы улучшить отношение к мигрантам, снизить стигматизацию и дискриминацию и обеспечить им доступ к здравоохранению и социальным услугам.