

ИНСТИТУТ ГЛОБАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ в КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ



Исследование «CARAVAN» в Кыргызстане:
распространённость симптомов туберкулёза
среди внешних трудовых мигрантов и их
доступ к услугам здравоохранения

Данил Никитин, MSc, MSW
Александр Пугачёв, MSc



IFEAS, Душанбе
5-6 октября 2015 г.

Выполненный объём работы

Посетили 1208 отобранных рандомизированным образом домохозяйств в городах Ош и Кара-Балта с февраля по апрель 2015 года

+

проскринировали на соответствие условиям проекта 957 домохозяйств

+



679 проживающих там человек определены как внешние трудовые мигранты

412 из 679 человек проскринированы на соответствие условиям проекта, из них 405 признаны пригодными

+

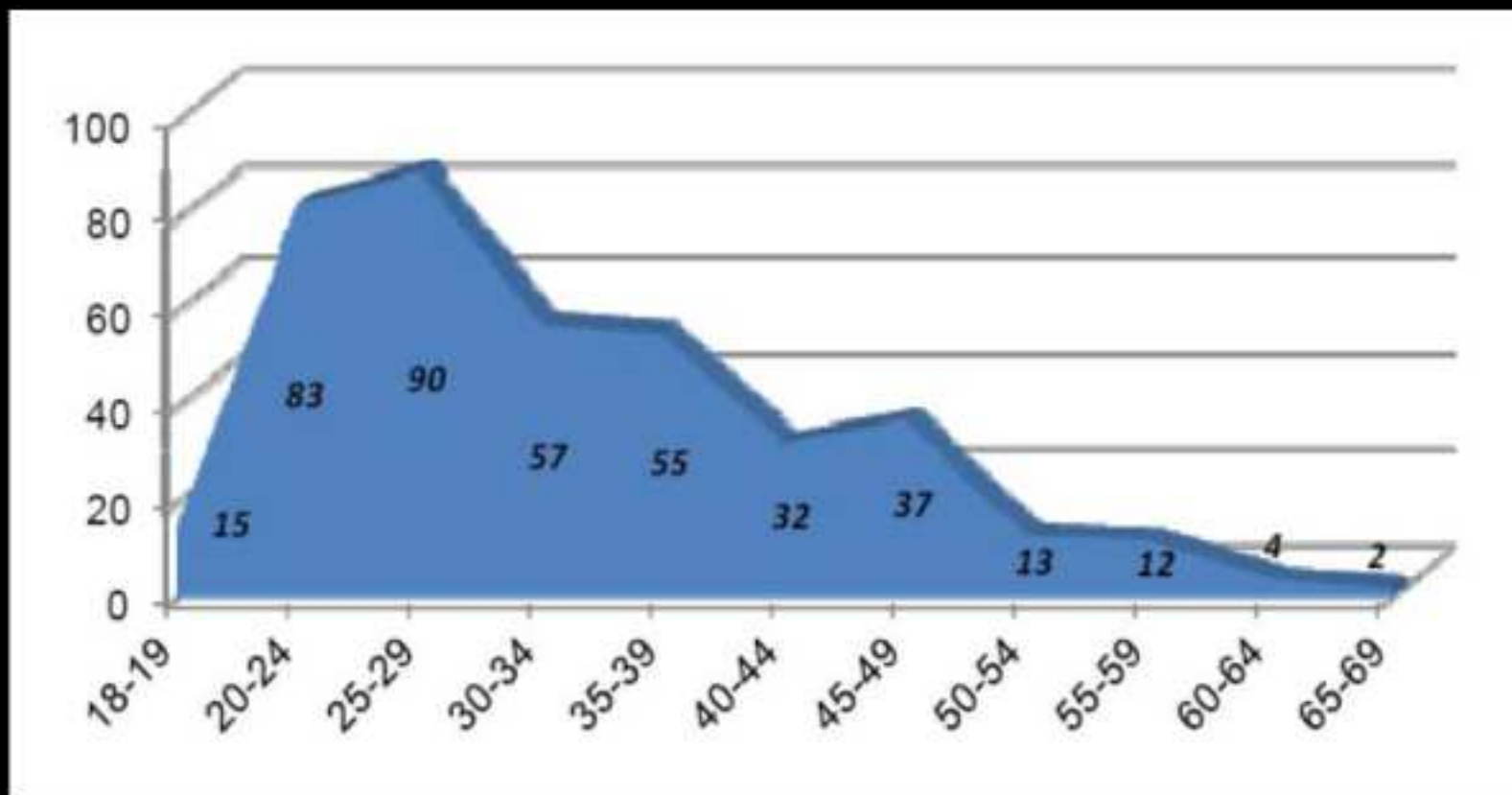
с 400 из 405 проведена процедура инф. согласия, после чего они были проанкетированы

+

с 20 респ-ми были проведены глубинные интервью

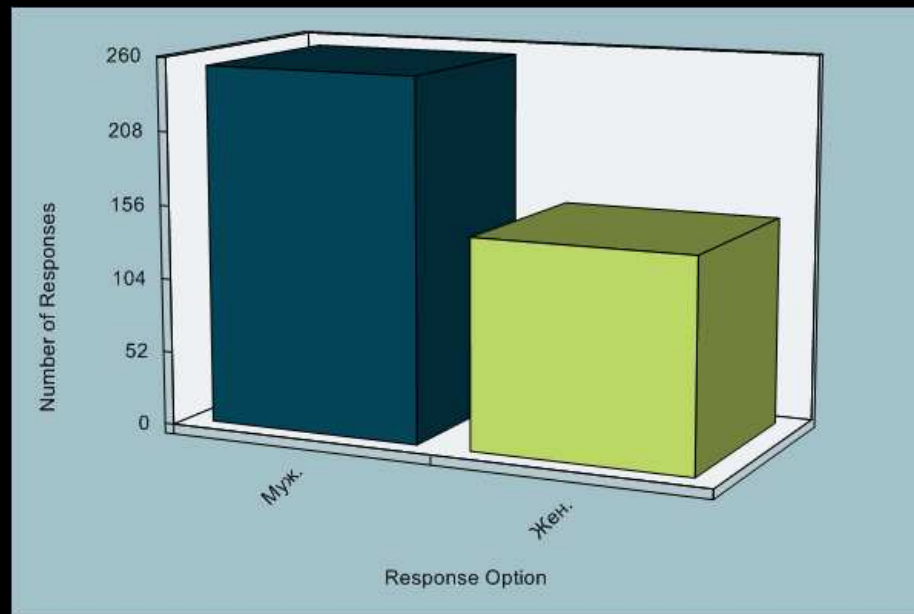
Возрастной состав участников

В выборке преобладали респонденты 20-39 лет -- 71%, $n=285$):



Гендерный состав респондентов

Среди респондентов преобладали мужчины:



Муж. 253 63.25%

Жен. 147 36.75%

Mean: .6325

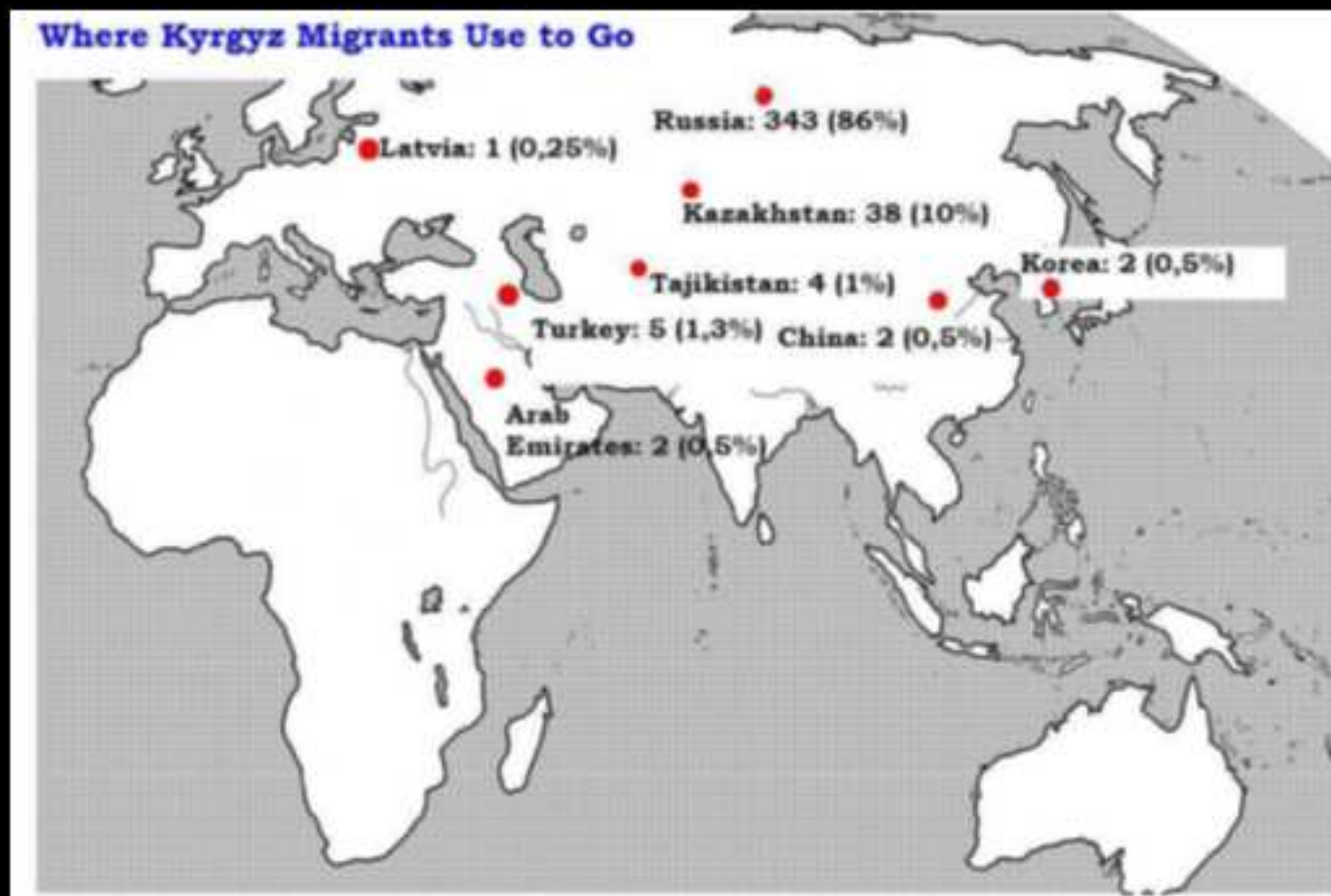
Median: 1.0000

Std Dev: .4827

Variance: .2330

Маршруты миграции

Наиболее популярными странами, в которые ездили на заработки опрошенные респонденты за последние 12 месяцев на суммарный срок не менее 3-х месяцев, являются Россия и Казахстан:



Профессиональная занятость респондентов в стране назначения:



Трудовые отношения

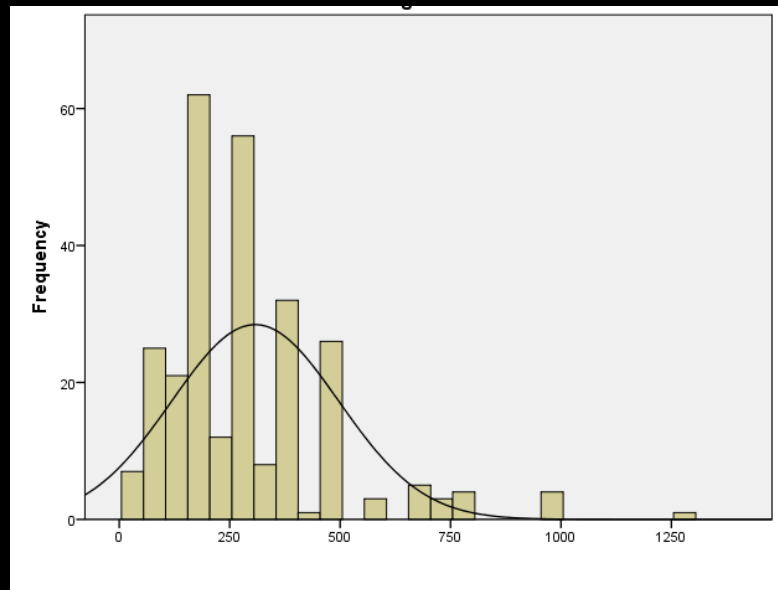
- Из 94% ($n=377$) респондентов, у которых была временная регистрация в стране назначения во время их последнего визита туда, у 27% ($n=102$) не было официального разрешения на работу. Лишь у 41% ($n=157$) было разрешение на работу в качестве индив. предпринимателя; 29% ($n=109$) сообщили, что у их работодателя было разрешение на работу.
- Лишь у 36% из 400 респондентов был письменный контракт с их работодателем ($n=143$); остальные респонденты заключали либо устное соглашение (32%, $n=128$), либо не имели никакого договора вовсе (31%, $n=125$)

Материальное положение

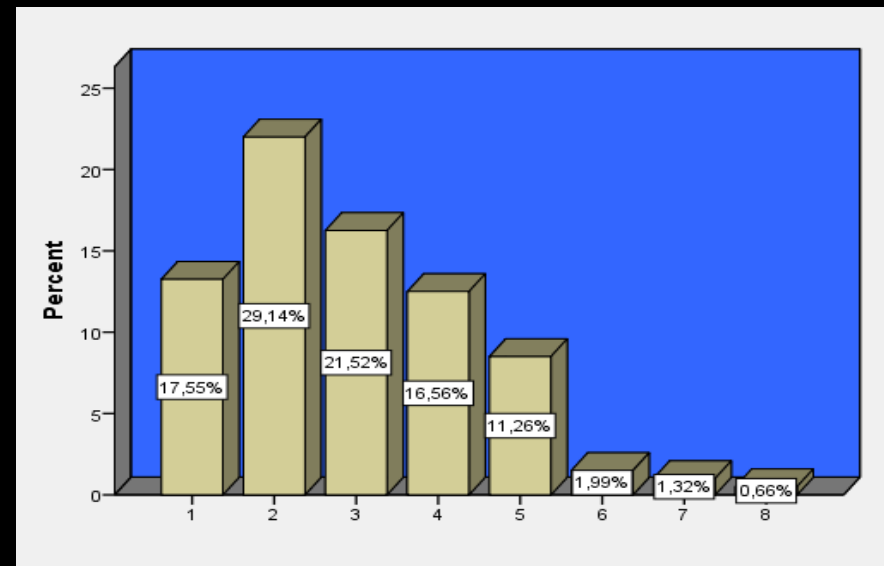
- Зарботная плата респондентов НА РОДИНЕ составляла в среднем \$213, а во время их последнего визита в СТРАНУ НАЗНАЧЕНИЯ она возросла до \$570.

Денежные переводы и помощь находящимся на иждивении:

В среднем респонденты отсылали \$300 в месяц своим семьям, оставшимся на родине:



Число членов семьи, зависящих от финансовой помощи респондентов, варьировалось от 1 до 8:

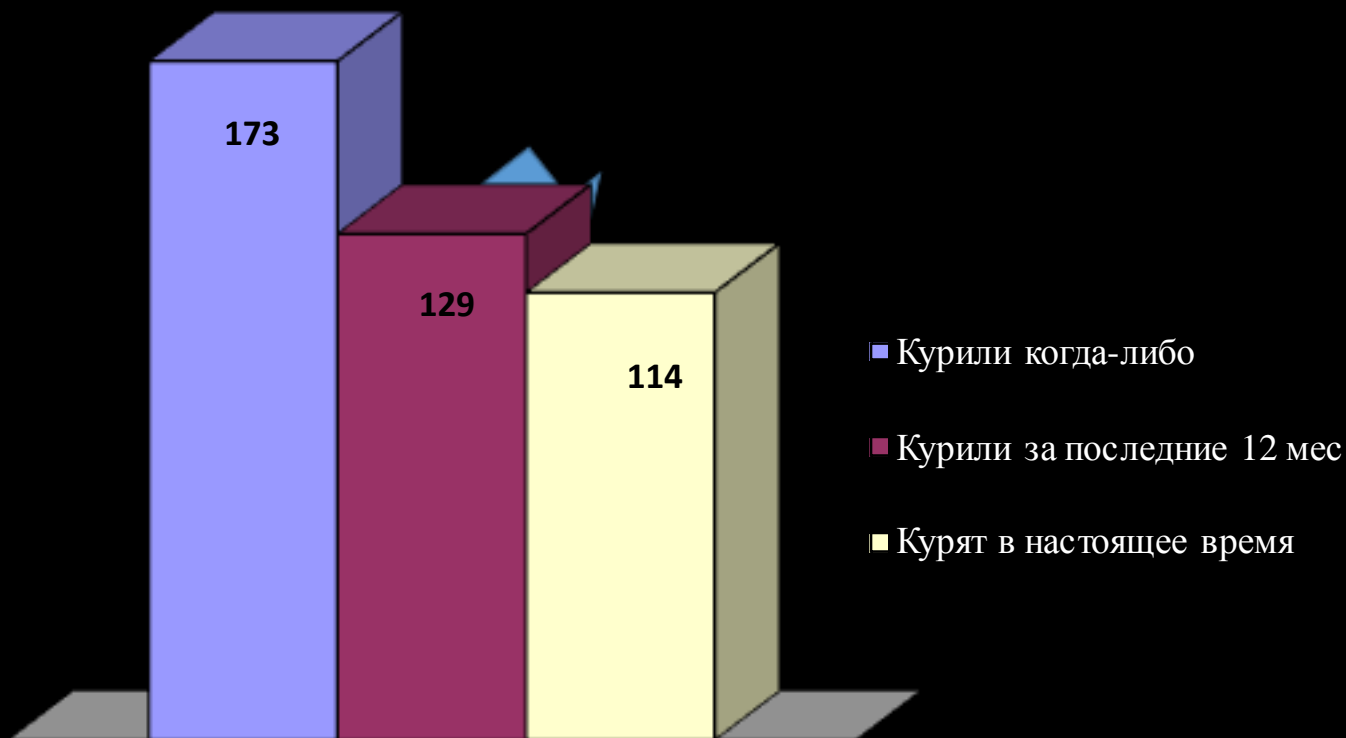


Отношение к религии

- Из 400 опрошенных мигрантов, 93% ($n=373$) определились как мусульмане, а 6% ($n=22$) как христиане.
- 70% мусульман ($n=262$) и 18% христиан ($n=4$) отметили, что религия играет существенную роль в их жизни.
- 150 респондентов (38%) отметили, что посещали религиозные службы в стране назначения во время их последнего визита туда:
 - мусульмане: 20.07 раз
 - христиане: 7.14 раз

Пребывание в тюрьмах и курение

Помимо случаев пребывания в тюрьмах (3% $n=13$), респонденты отметили динамику курения – те, кто курят в настоящее время ($n=114$) отметили, что их норма составляет от 2 до 40 сигарет в день (средний показатель 10,54 шт., медианный показатель равен 10,00):

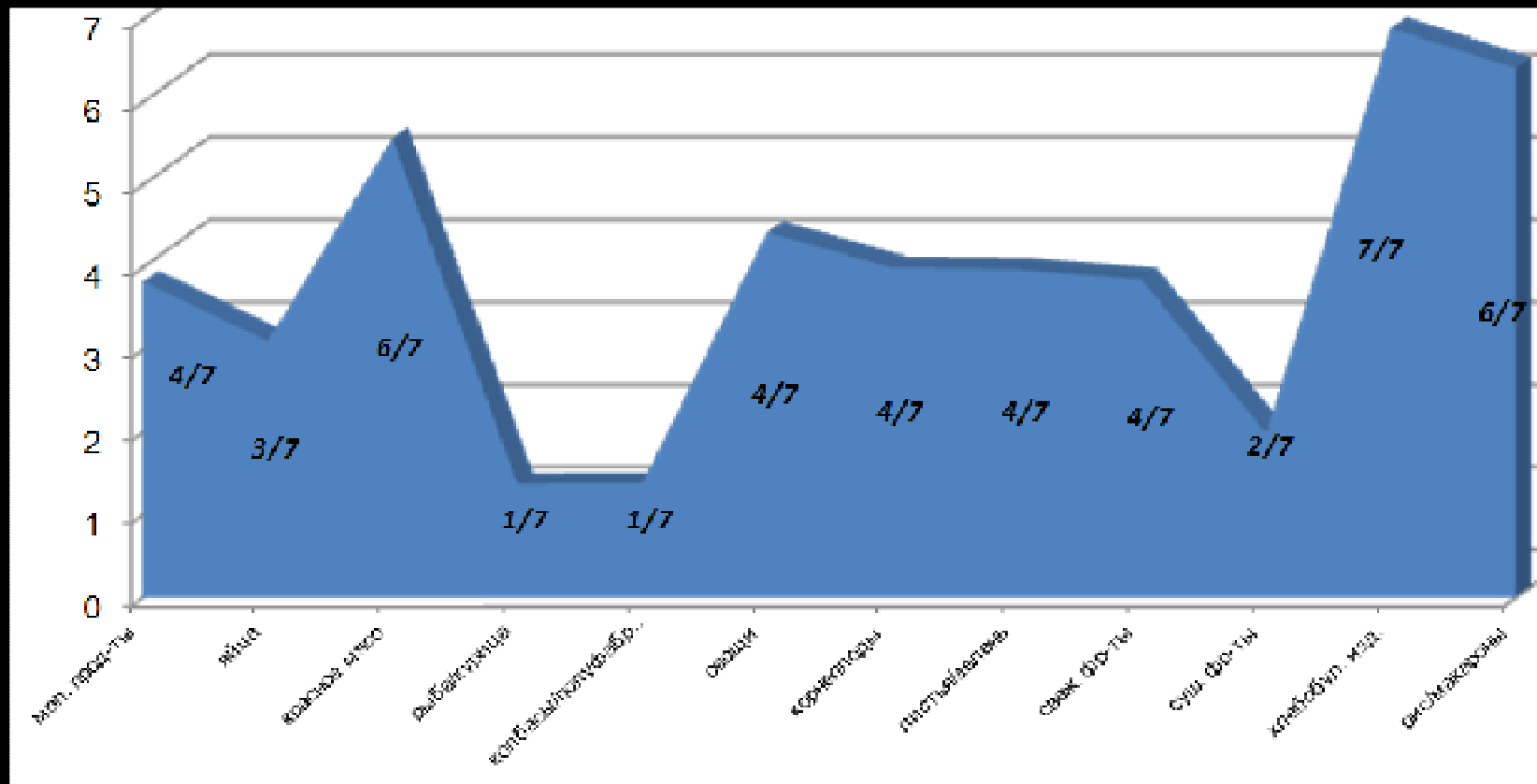


Несбалансированное питание

- Несбалансированная еженедельная диета должна рассматриваться как один из факторов риска заражения ТБ -- лишь 65% ($n=261$) респондентов подтвердили факт потребления не менее 400 грамм овощей и фруктов, в том числе в супах, салатах и вторых блюдах.
- Меню респондентов должно быть адаптировано, чтобы укрепить иммунную систему и избежать недостатка белков, витаминов и железа.
- Были отмечены случаи, что отдельные респонденты не имели денег на еду в течение 1 и более дней (30 в стране назначения и 22 в Кыргызстане).

Проблемы с питанием

Респонденты отвечали на вопрос о том, **сколько дней за последнюю неделю** они ели молочные продукты, яйца, красное мясо, рыбу или курятину, колбасу/полуфабр., овощи, корнеплоды, зелень, свежие фрукты, хлеб и рис или макароны, после чего была составлена следующая схема питания:

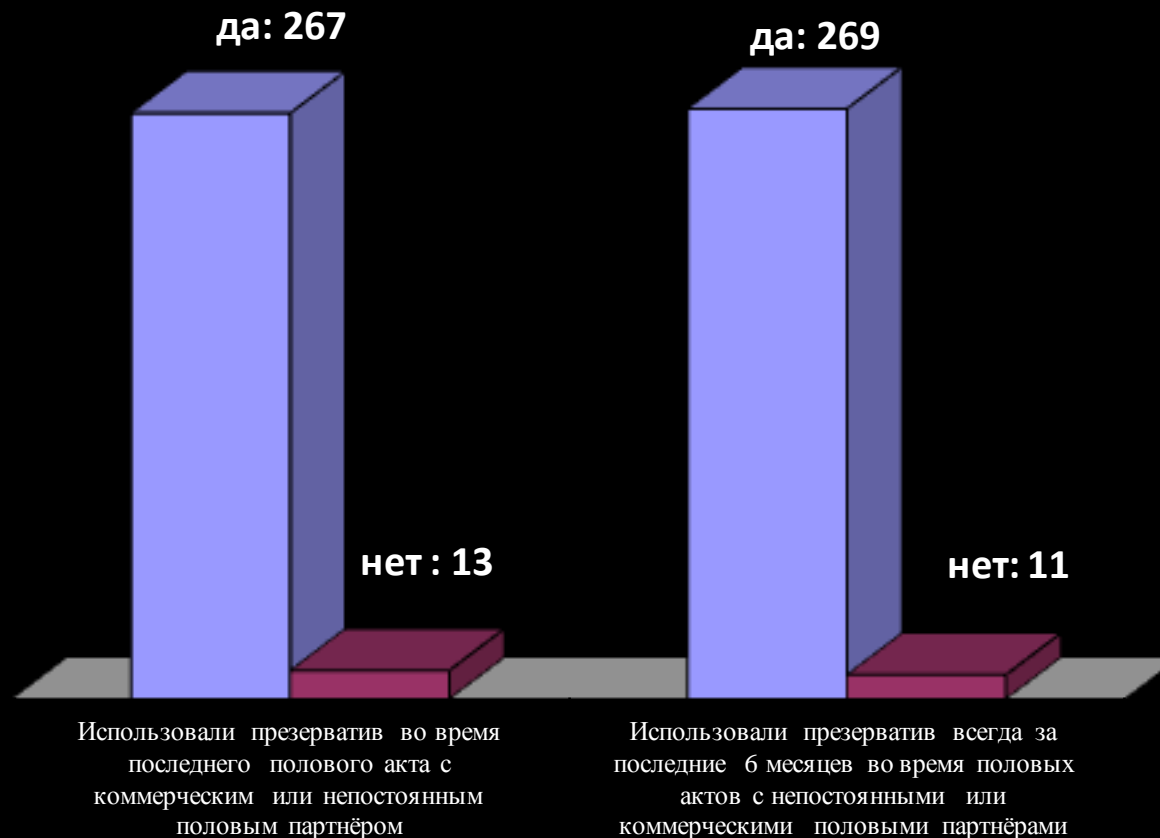


Нерегулярные физические упражнения и употребление наркотиков

- 67% ($n=269$) наших респондентов отметили, что делают физические упражнения реже, чем через день.
- Были 4 респондента (1%), которые отметили употребление наркотиков (марихуаны, спайсов и метамфетаминов).

Небезопасный секс

Из 280 респондентов, имевших секс за последние 6 мес. (201 муж. и 79 жен.), 4,6% ($n=13$) отметили, что не пользовались презервативом во время последнего полового акта с непостоянными и платными партнёрами; 4% из 280 респондентов ($n=11$) отметили, что не пользовались презервативом во время каждого полового акта с непостоянными и платными партнёрами за последние 6 месяцев:



Нерегулярное использование презервативов

- Из тех респондентов ($n=12$), которые отметили нерегулярное использование презерватива во время половых актов с непостоянными и платными половыми партнёрами за последние 6 месяцев и во время последнего полового акта непостоянными и платными половыми партнёрами, 67% ($n=8$, из них 6 муж. и 2 жен.) не пользовались презервативом во время своего последнего полового акта с постоянными половыми партнёрами, а 83% ($n=10$, из них 7 муж. и 3 жен.) не использовали презерватив во время каждого полового акта с постоянными половыми партнёрами за последние 6 месяцев.

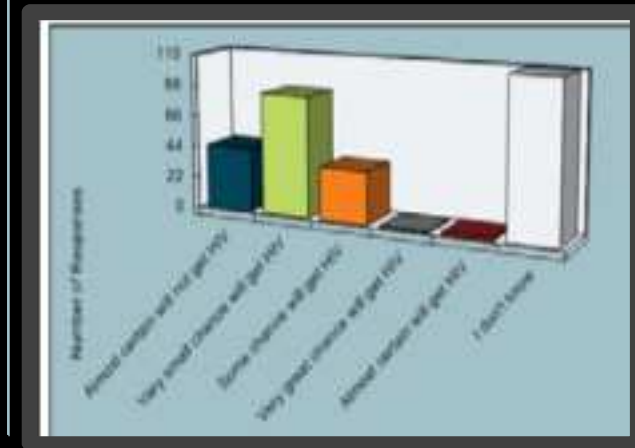
Тестирование на ВИЧ и гепатит С

- Из 400 опрошенных мигрантов, 2 указали, что у них диагностировали гепатит С, кроме того, 238 были протестированы на ВИЧ: 38% (n= 107) в течение последних 12 месяцев, 58% (n= 163) от 1 до 3 лет назад, и всего 3,5 % (n= 10) более 3 лет назад, и 3 не помнят, когда они прошли тестирование на ВИЧ.
- Из 285 респондентов, (2 случая гепатит С и 283 протестированных на ВИЧ), у 280 (98 %) результат был отрицательный и 5 сообщили о неопределенных результатах анализа.

Риск заразиться ВИЧ

Из 280 респондентов с отрицат. результатом ВИЧ-теста, 39% оказались не уверены относительно своих шансов заразиться ВИЧ, 30% оценили такую вероятность как очень низкую, 1% ($n=3$) считают риск заразиться ВИЧ высоким, а 16% ($n=45$) были почти уверены в том, что не заразятся ВИЧ:

| | | |
|---------------------------------|-----|--------|
| Почти наверняка не заражусь ВИЧ | 45 | 16.07% |
| Очень малый шанс заразиться ВИЧ | 85 | 30.36% |
| Некоторый шанс заразиться ВИЧ | 37 | 13.21% |
| Большой шанс заразиться ВИЧ | 1 | 0.36% |
| Почти наверняка заражусь ВИЧ | 2 | 0.71% |
| Я не знаю | 110 | 39.29% |

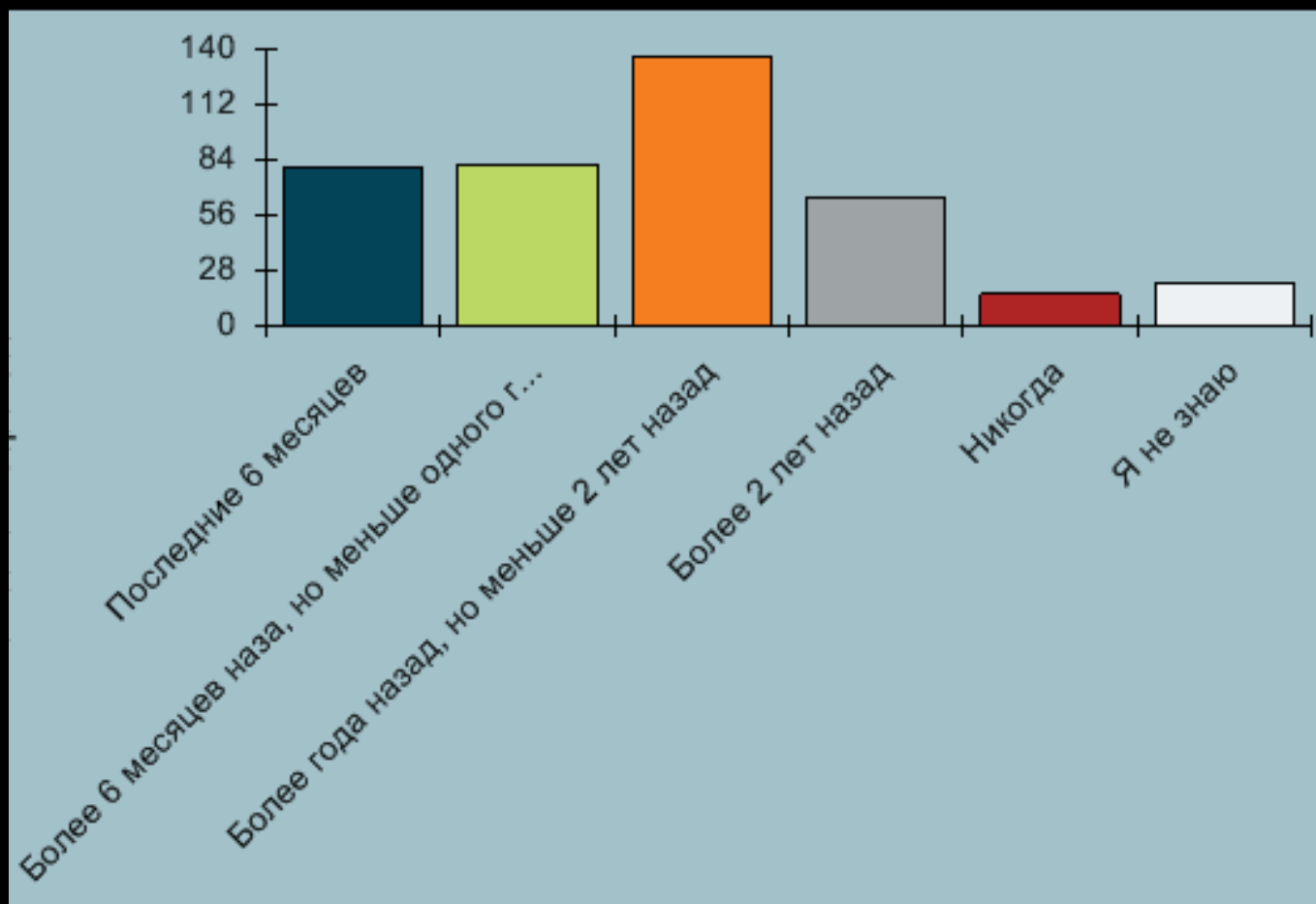


Состояния здоровья, вызывающие тревогу

- Из 400 респондентов, 0,25 % ($n= 1$) сообщил о том, что у него диабет, 0.75 % ($n= 3$) сообщили о том, что у них астма и проблемы с дыханием, и 4,8 % ($n=19$) сообщили, что страдают железодефицитной анемии.
- Кроме того, 4,3 % ($n=17$) респондентов страдают от артрита и 6 из них принимают противовоспалительные средства.
- 26% ($n=105$) жаловались на недостаток сна в стране пребывания, и 8% ($n=30$) спали менее 8 часов у себя на родине «за последний месяц».
- 3% ($n=12$) респондентов указали на наличие депрессии или других психических расстройств, 4 испытывали вышеуказанные проблемы за последние 12 месяцев.

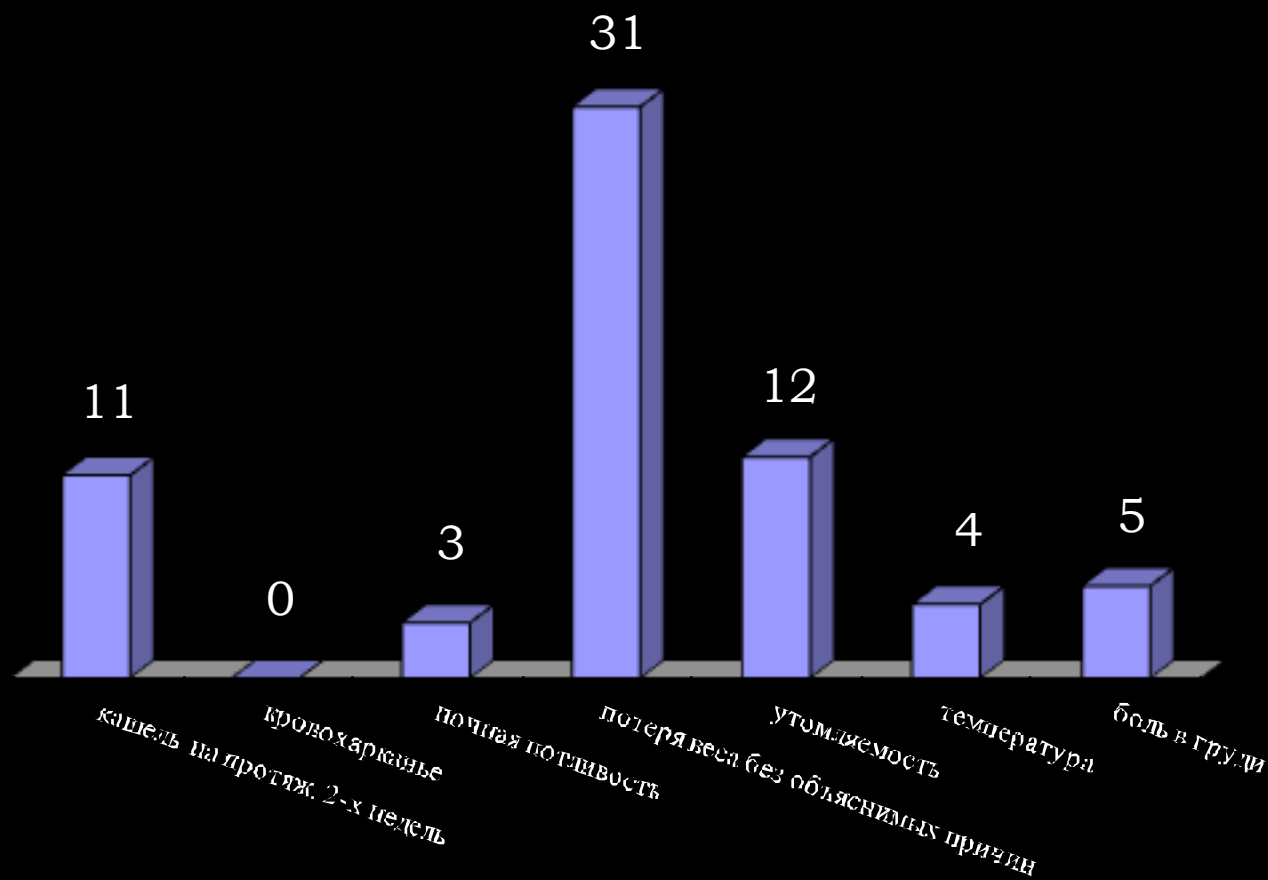
Прохождение флюорографии

16 респондентов (4%) никогда не проходили рентген грудной клетки, но большинство (34%, $n=136$) проходили его от 1 до 2 лет назад:



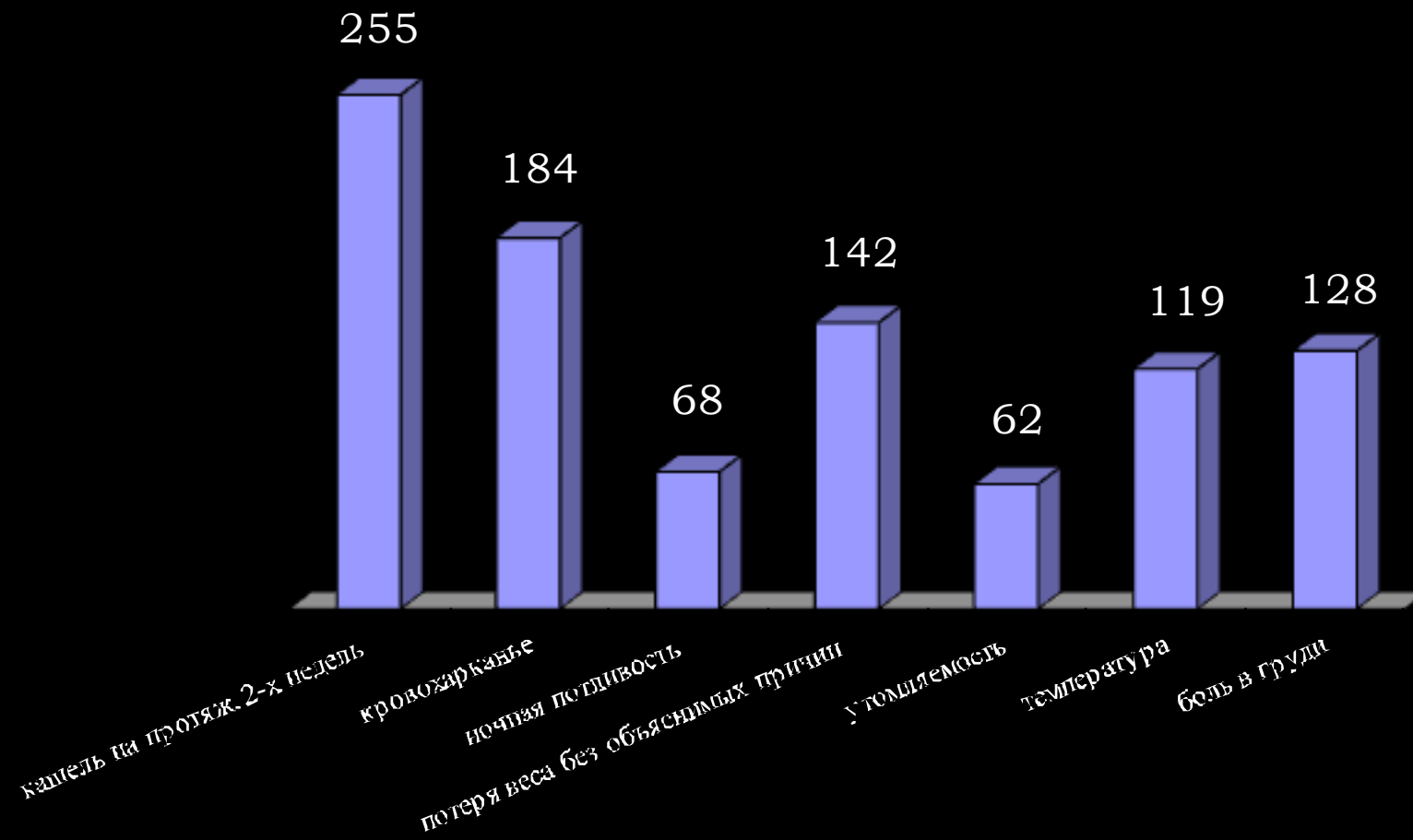
Распространённость симптомов туберкулёза

Из 400 респондентов, никто не сообщил о фактах кровохарканья. Тем не менее, 8% ($n=31$) отметили потерю веса без очевидных причин за последние 12 месяцев и иные проблемы, которые могут быть связаны с туберкулёзом:



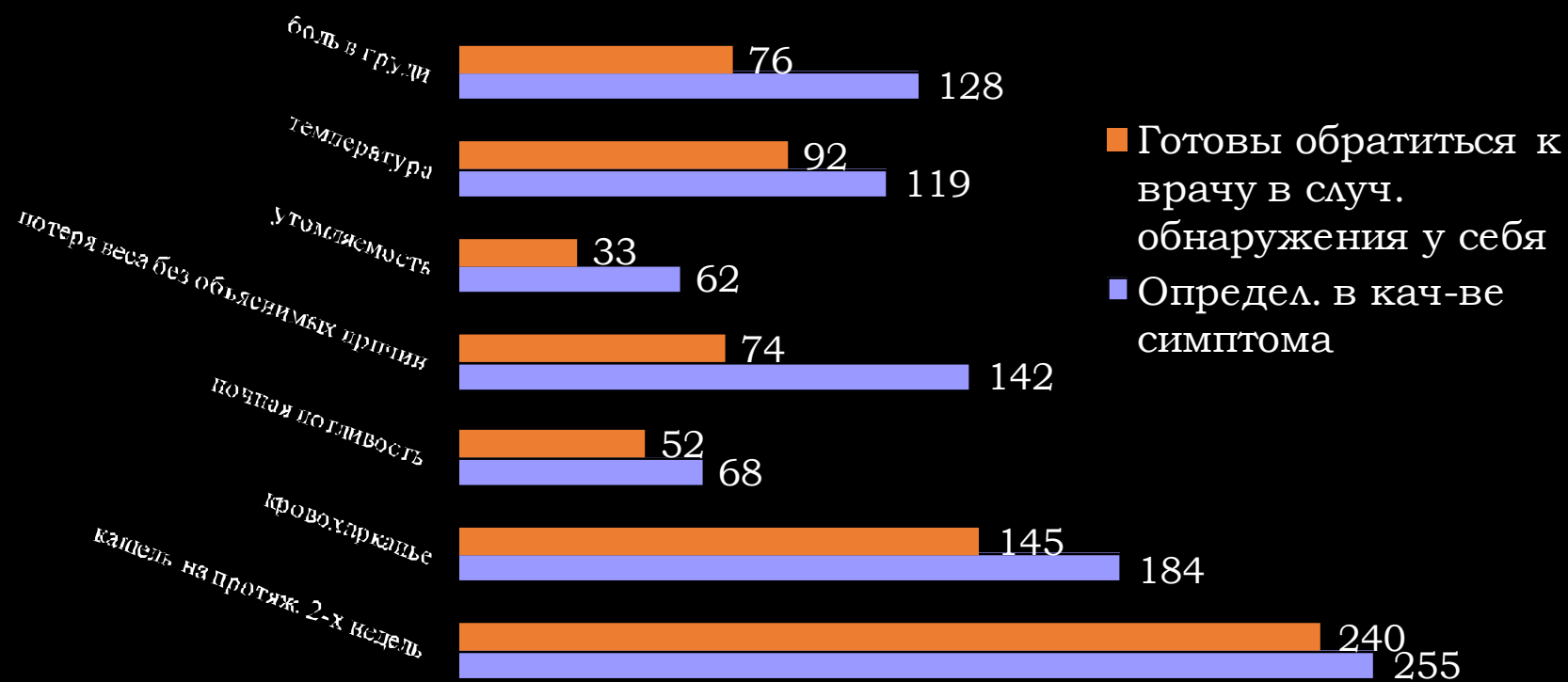
Неравномерное понимание симптомов туберкулёза

Понимание мигрантами симптомов туберкулёза неравномерное: хотя 64% из них ($n=255$) определяют кашель на протяжении 2х недель как основной симптом, лишь 16% ($n=62$) отмечают в качестве одного из симптомов утомляемость и 17% ($n=68$) упоминают ночную потливость:



Применимость знаний о симптомах туберкулёза

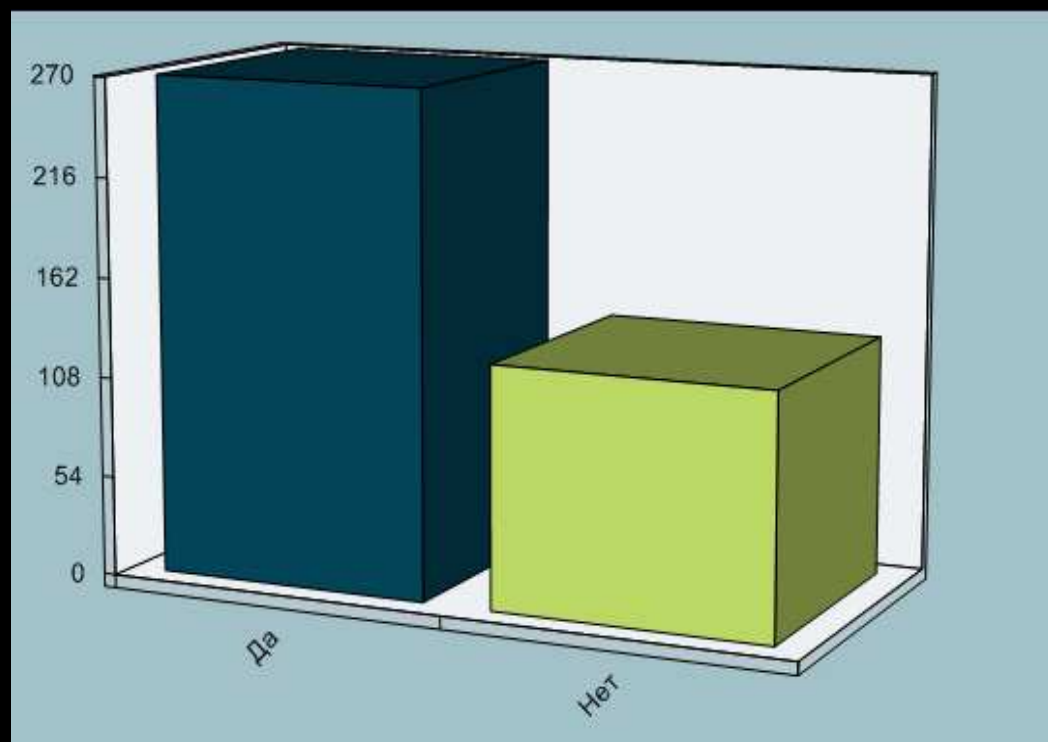
Наблюдается существенная разница между числом респондентов, знающих о том или ином симптоме туберкулёза и их готовностью обратиться к врачу в случае обнаружения этого симптома у себя. Так, лишь 94% ($n=240$) респондентов, определивших кашель на протяжении 2х недель в качестве симптома, обратятся за помощью, обнаружив этот симптом у себя:



Приверженность респондентов

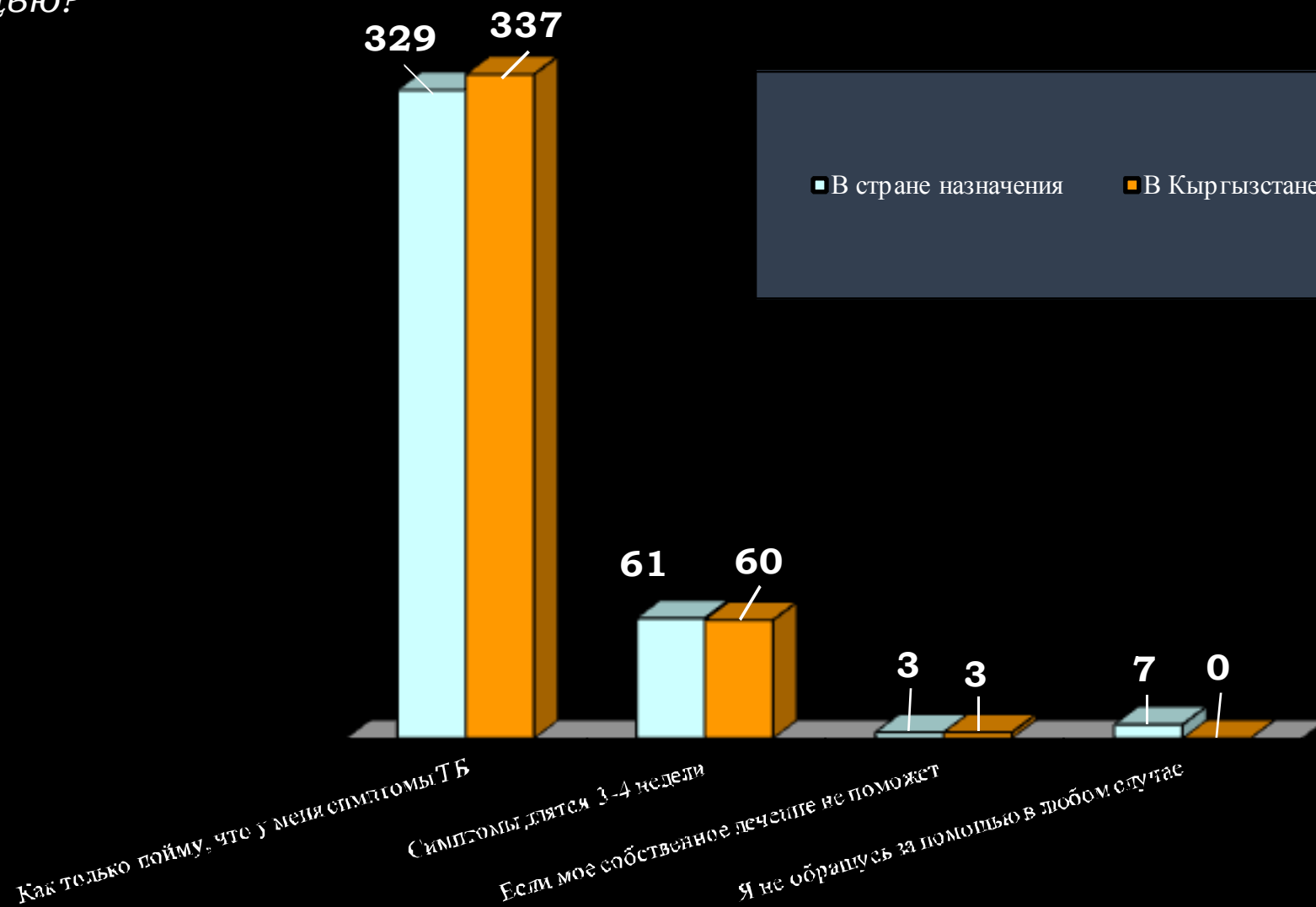
Из 400 респондентов, 390 (98%) считают, что ТБ должен лечиться в условиях стационара в медучреждении, один человек отметил вариант «дома», и только 5 считают, что лечение должно начаться с условий стационара, а продолжиться дома.

Лишь 68% ($n=270$, из них 130 в Оше / Карасуйском р-не и 140 в Кара-Балте / Жайыльском р-не) подтвердили готовность взять к себе домой члена семьи, чтобы он(а) продолжили лечение в домашних условиях по завершении лечения в стационаре:



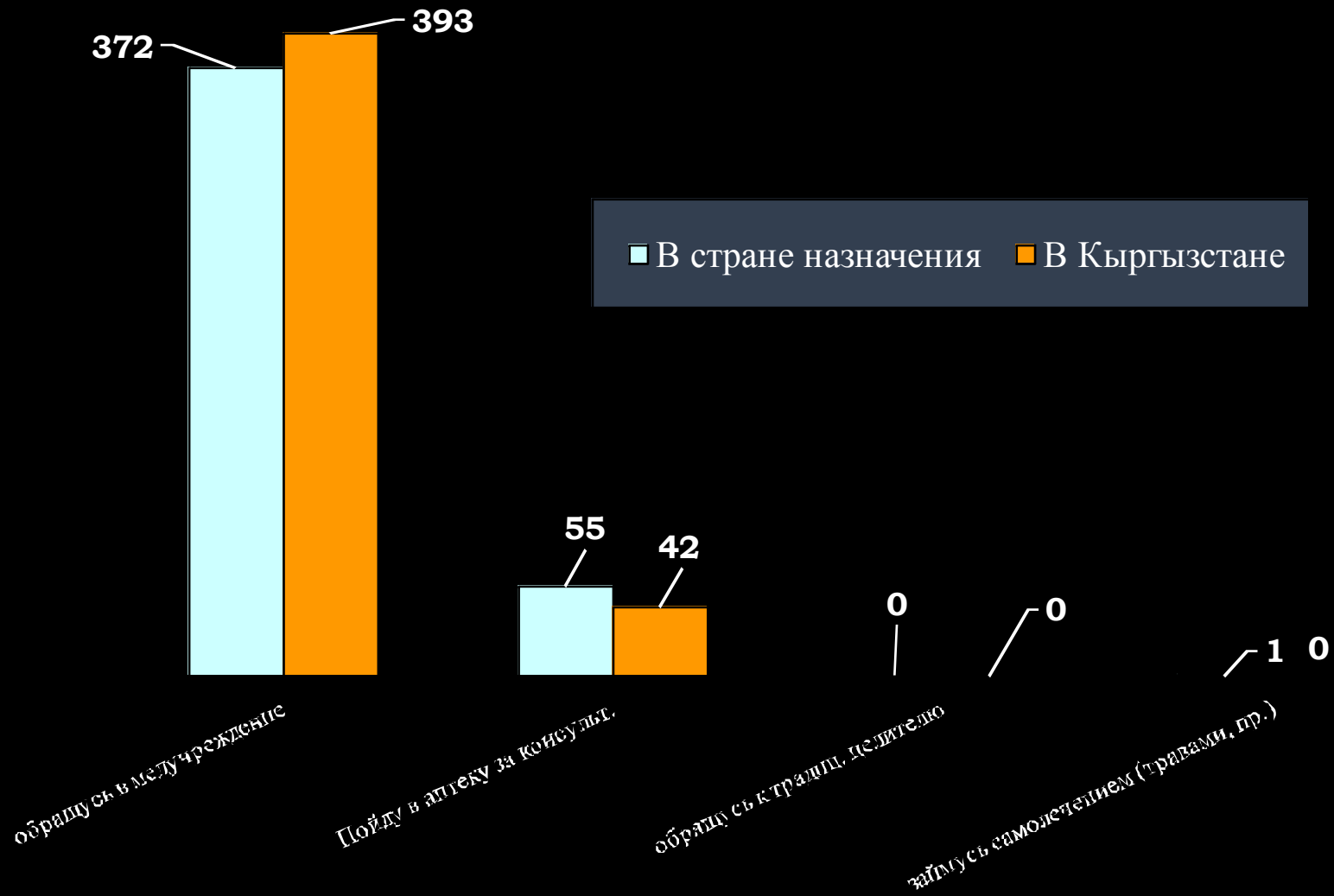
Готовность респондентов обратиться за медицинской помощью

Если у вас симптомы туберкулеза, в какой момент вы обратитесь за помощью?



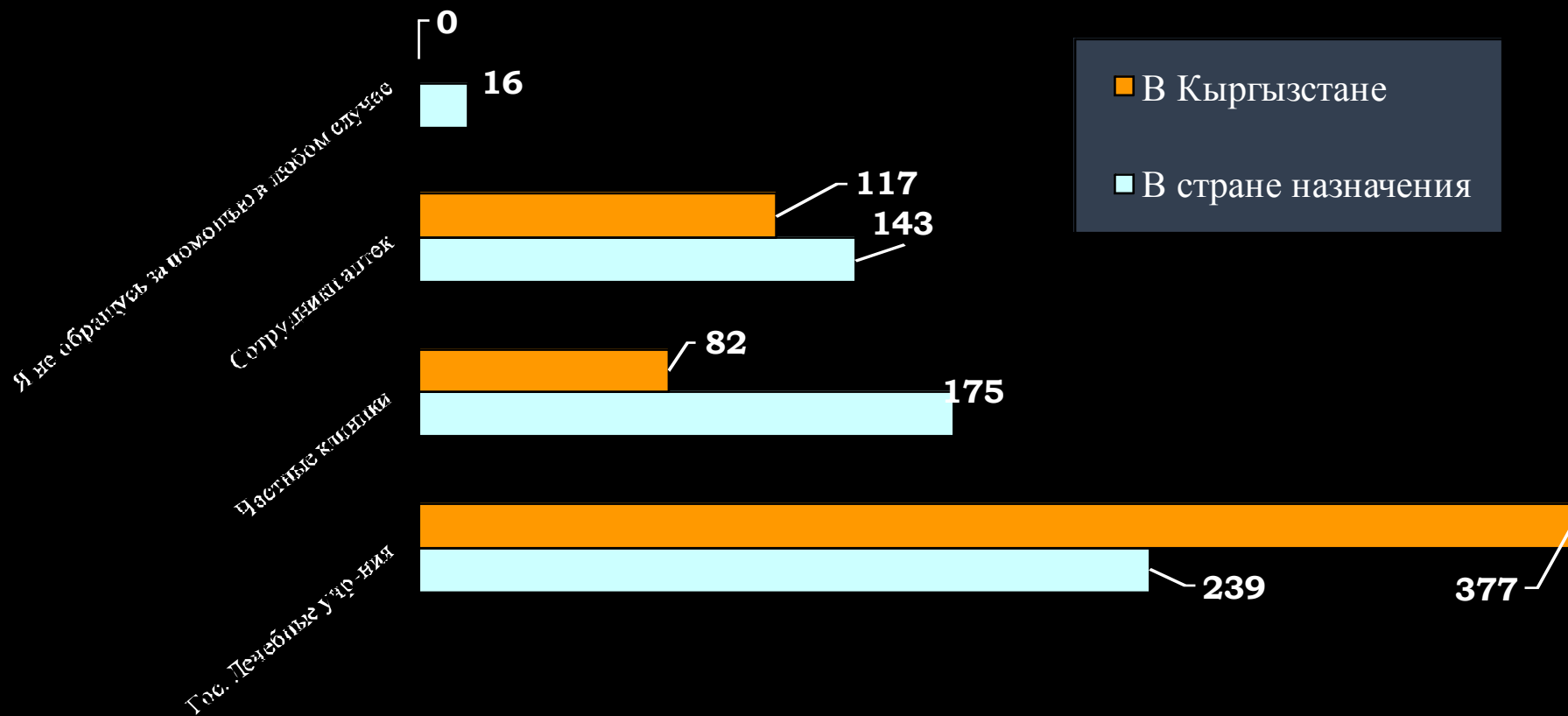
Алгоритм поведения

Если у вас симптомы туберкулеза, как вы поступите?

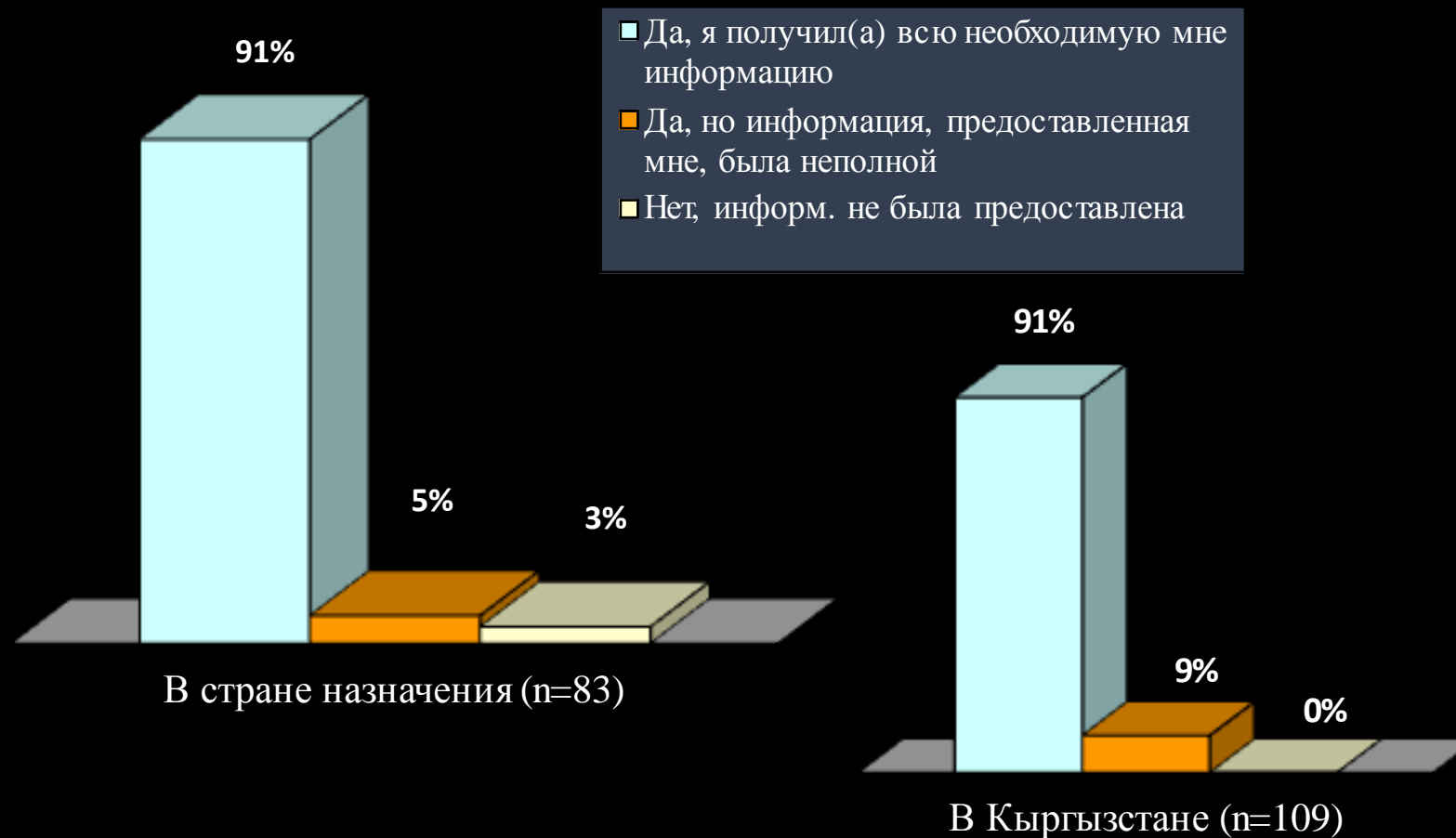


Предпочтения мигрантов

Мигранты предпочитают обращаться в государственные лечебные учреждения, как в стране назначения (60% , $n=239$), так и у себя на родине, в Кыргызстане (94% , $n=377$); вторым / запасным вариантом является обращение в частные клиники в стране назначения (44% , $n=175$) и сотрудникам аптек в Кыргызстане (29% , $n=117$). Было 16 респондентов (4%), которые предпочли бы не обращаться никуда в случае возникновения проблем со здоровьем:

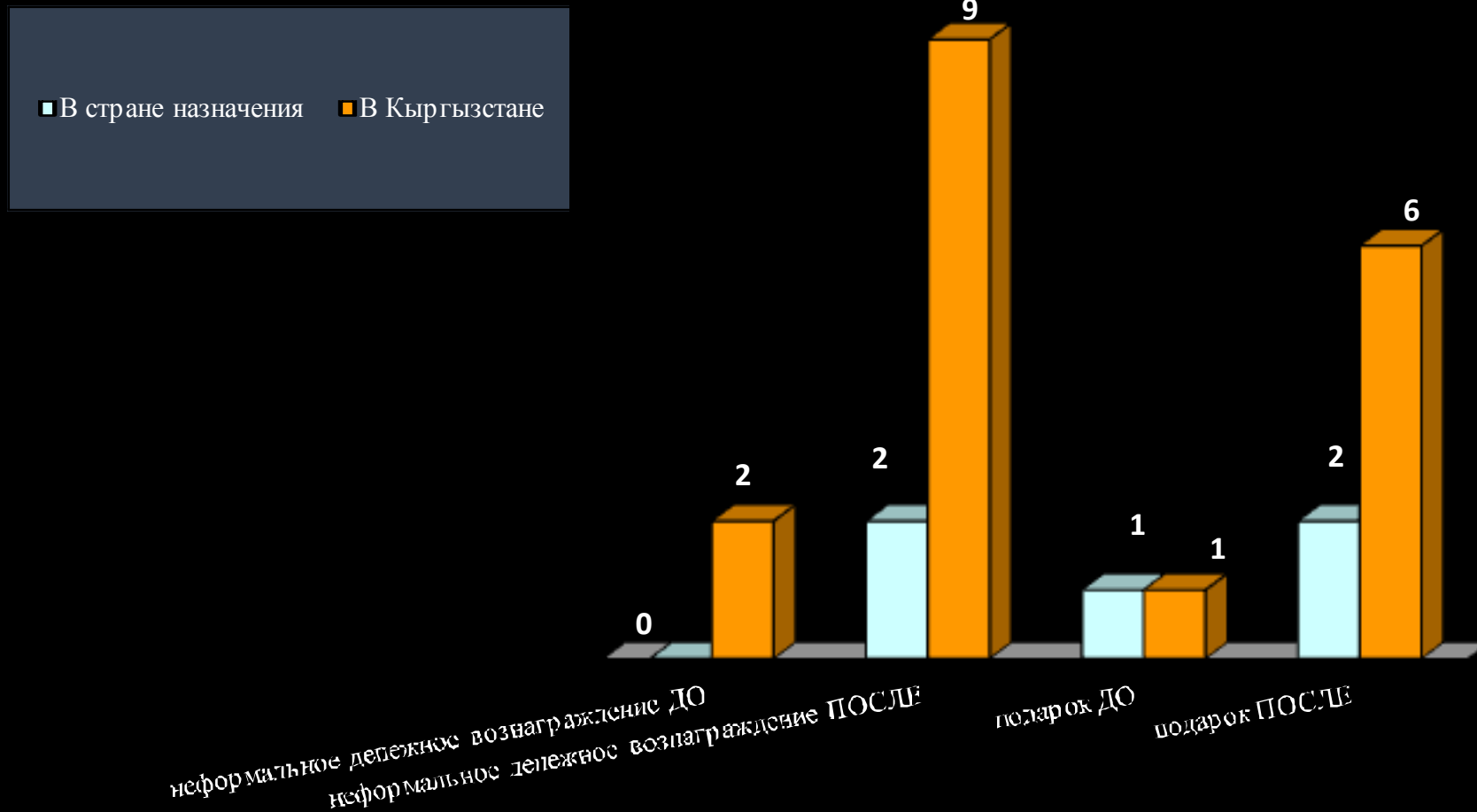


Во время вашего последнего визита к врачу, была ли вам предоставлена вся необходимая информация о вашем состоянии, диагнозе, лечении и возможных осложнениях?



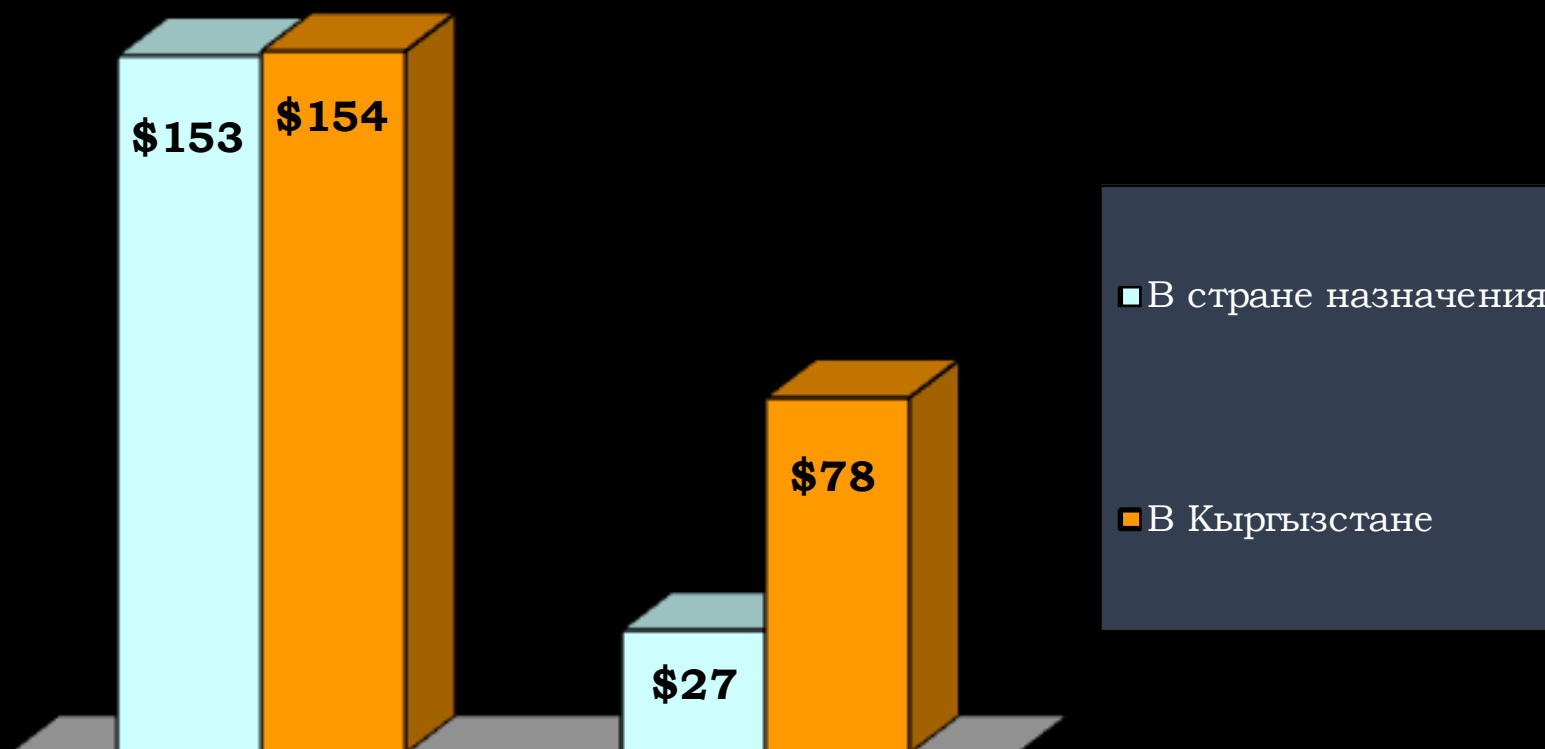
Подарки и неформальные выплаты врачам

Некоторые из респондентов, получавших медицинские услуги за последние 12 месяцев, вспоминали о подарках и неформальных выплатах медперсоналу – отмечено 18 фактов такого рода в Кыргызстане и 5 случаев с стране назначения:



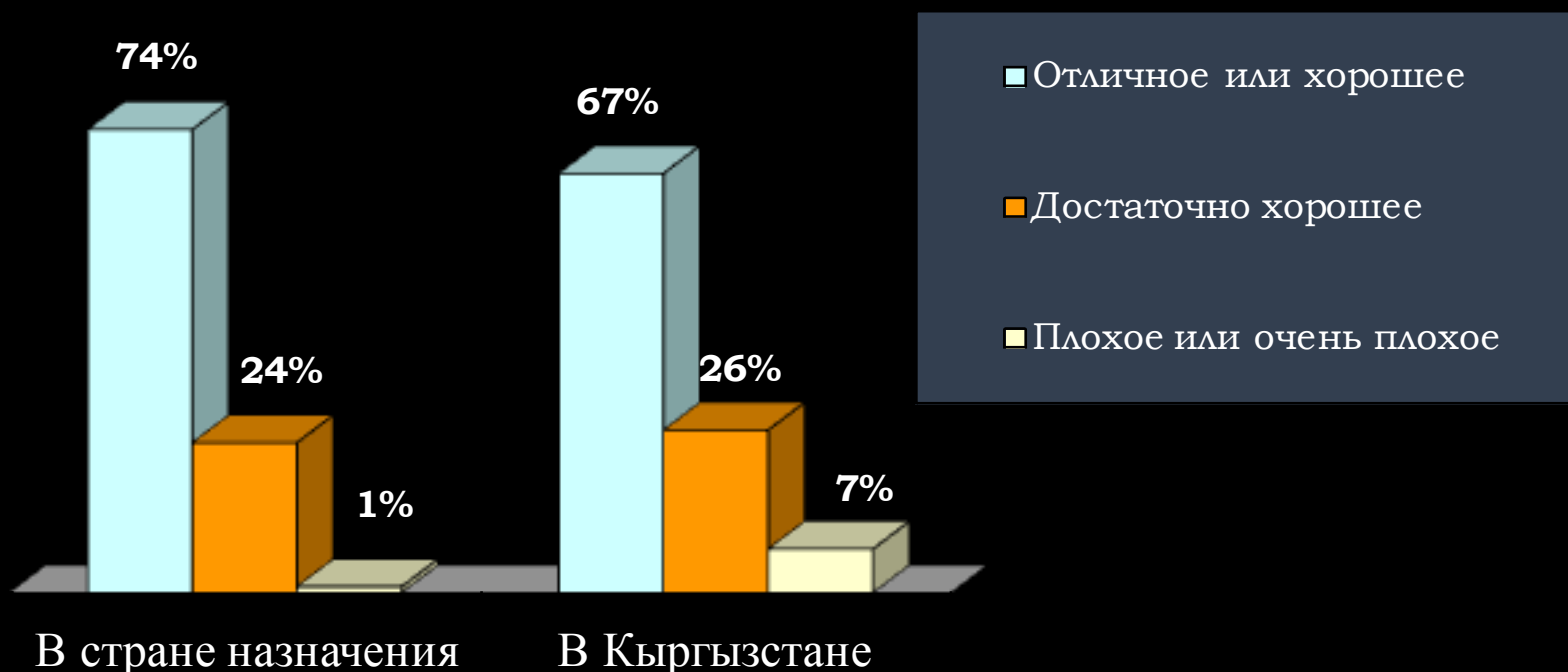
Money, money & ещё раз деньги

Хотя респонденты отмечали практически одинаковые суммы, затраченные ими во время их последнего визита к врачам (\$153 в стране назначения и \$154 в Кыргызстане), денег на приобретение медикаментов в Кыргызстане было затрачено ими существенно больше (\$78 vs. \$27 в стране назначения):



Как бы вы оценили качество медицинской помощи, которую вы получили во время своего последнего обращения?

Всего 74% респондентов оценивают качество предоставляемой медицинской помощи в стране назначения на «отлично» и «хорошо»; к сожалению, количество положительных отзывов о качестве медицинских услуг падает до 67%, когда речь заходит о ситуации в Кыргызстане.



Стигма

- Стигма есть унижающее достоинство отношение к человеку или группе людей со стороны сообщества, которое принижает их достоинства из-за того или иного присущего им атрибутива, такого, например, как заболевание, физический недостаток, национальность, религия и т.д.
(найденно на сайте <http://www.whocanyoutell.org/what-is-stigma>).
- В связи с тем, что трудовые мигранты в течение всего своего пребывания в стране назначения подвержены различным факторам риска и стигмы и вынуждены выживать в условиях постоянного стресса, было предложено исследовать их доступ к медицинским услугам.

Главные причины недостаточного доступа к медицинским услугам

страх перед депортацией из страны назначения

недостаток денег и высокая стоимость медицинских услуг

нежелание врачей осуществлять лечение

отсутствие времени в стране назначения и длинные очереди в Кыргызстане

Стигма и дискриминация в связи с доступом к услугам

Нуждались в медпомощи, но не могли получить её (за последние 12 мес):

- В Кыргызстане $n=18$
- В стране назначения $n=6$



Отказ в госпитализации

- Отмечено семь случаев (4 в стране назначения и 3 в Кыргызстане), когда опрошенные мигранты не были госпитализированы, хотя госпитализация была предписана врачом.
- В трёх из этих семи случаев (1 случай в стране назначения и 2 случая в Кыргызстане) причиной отказа в госпитализации была нехватка денег и высокая стоимость связанных с госпитализацией услуг.

Самостигматизация и дискриминация

- Самостигматизацией считается признание предрассудочных характеристик, предвзято навязываемых другими людьми; такого рода развитие внутренней стигмы ведёт к нежеланию обращаться за медицинской помощью, к чрезмерной зависимости от других, социальной самоизоляции и заниженной самооценке (найденно на сайте <http://www.sane.org/stigmawatch/what-is-stigma>).
- Отношение к людям, осознанное или неосознанное, основанное на их личностных характеристиках, в частности на психическом здоровье, называется дискриминацией (найденно на сайте <http://www.time-tochange.org.uk/youngpeople/what-stigma>).

Данные о самостигматизации

- 3% ($n=10$) полагают, что они будут подвергнуты дискриминации со стороны друзей и близких, если врач диагностирует у них психическое заболевание;
- 7% респондентов ($n=27$) считают, что при обнаружении у себя психического заболевания они начнут относиться с предубеждением сами к себе.

Причины решения не обращаться за медуслугами (данные глубинных интервью)

- (a) отсутствовало либо разрешение на работу, либо регистрация, либо медицинская страховка;
- (b) время работы клиник (с 09:00 до 18:00) неудобно для мигрантов, так как не совпадает с теми периодами, когда мигранты могли бы отлучиться со своих рабочих мест и посетить врача;
- (c) страх перед возможной дискриминацией («ведь мы нерусские», хотя не было предъявлено ни одного более-менее конкретного факта подобного рода дискриминации);
- (d) опасение потерять работу в случае, если их работодатель узнает об их проблемах со здоровьем -- мигранты затрачивают невероятные усилия, пытаясь найти работу, и стараются избегать ситуаций, которые могли бы поставить под угрозу их трудовой статус.

Выводы

Наблюдается равнодушное отношение мигрантов к проблемам здоровья во время их нахождения в стране назначения:

По возвращении на родину они вновь начинают заботиться о своём здоровье и пробуют различные варианты лечения, при этом тратя в местных медучреждениях значительную часть всех заработанных во время трудовой миграции средств.

Наблюдается низкая подготовленность государственных лечебных учреждений и работающего в них персонала, как в стране назначения, так и на родине мигрантов, к тому, чтобы при работе с мигрантами учитывать их условия труда, ценности и культурологические нюансы.

Эта неподготовленность, в свою очередь, мешает мигрантам поддерживать долговременный и продуктивный контакт с медперсоналом.

Собранные данные показывают наличие стигматизации и дискриминации в отношении трудовых мигрантов как у них на родине, так и в стране назначения.

Рекомендации Минздраву

- Развивать и внедрять программы по укреплению знаний населения о симптоматике туберкулёза;
- Прояснить ситуацию со стоимостью медицинских услуг, сделав так, чтобы врачи не выходили за установленные тарифные рамки и не позволяли себе требовать от пациентов дополнительное денежное или материальное вознаграждение.
- Развивать механизм внебольничного лечения, вовлекать в свою работу религиозные организации и совместно с ними разрабатывать лечебные протоколы, учитывающие религиозную специфику пациентов (например, тех, кто соблюдает религиозный пост), таким образом укрепляя межобщинный диалог.
- Обмениваться с коллегами в соседних странах опытом, чтобы они учитывали этнические и культурологические особенности пациентов из числа мигрантов.

Рекомендации международным организациям и программам

- Необходима брошюра с краткой и ясной информацией о том, куда и каким образом мигранты могли бы обратиться в случае проблем со здоровьем, находясь, в частности, в России и Казахстане. В брошюру стоило бы включить контактную информацию о конкретных НПО либо сотрудниках Посольств и Консульств КР, которые могли бы дать необходимые мигрантам советы;
- Необходимо исследование, подобное CARAVAN, с тем, чтобы исследовать состояние здоровья и доступ к медицинским услугам тысяч внутренних мигрантов в Кыргызстане, прибывающих в столичные регионы из провинциальных мест, не имея средств и возможностей воспользоваться теми услугами, которые ориентированы на официально зарегистрированных граждан.

Спасибо за внимание!