



С.Л. Плавинский

**Миграция,
мобильные популяции
и ВИЧ-инфекция**



С.Л. Плавинский

**Миграция,
мобильные популяции
и ВИЧ-инфекция**

Москва
2009

Несмотря на очевидную значимость миграции и мобильных популяций в распространении инфекционных заболеваний, в особенности ВИЧ-инфекции, роль миграции и мобильности популяции в этом процессе изучена недостаточно. Проведенные исследования показали, что на всех континентах мигранты относятся к группам риска, часто пользующимся услугами коммерческих секс-работников или продающим эти услуги, имеющим случайные половые связи и множественность сексуальных партнеров в сочетании с практикой небезопасного секса. Вместе с тем рискованное поведение является не только и не столько следствием малой осведомленности о риске, сколько наличием структурных факторов, повышающих уязвимость мигрантов и представителей мобильной популяции к инфицированию. Такими факторами являются культурные особенности мобильных популяций, утрата социального контроля и недостаточное понимание культурного окружения региона пребывания, бедность, стигматизация и структурированное насилие. В отсутствие учета этих структурных факторов профилактические вмешательства будут затруднены. Сами профилактические мероприятия должны проводиться на всех этапах следования миграционного потока.



ГЛОБУС

ГЛОБАЛЬНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ УСИЛИЙ
ПРОТИВ СПИДА

Данный документ разработан и издан Открытым Институтом Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС.

Плавинский С.Л. Миграция, мобильные популяции и ВИЧ-инфекция. — М., 2009. — 84 с.

Содержание

Введение	4
----------	---

1. Миграция и ВИЧ-инфекция	8
----------------------------	---

1.1. Поисковая стратегия	8
--------------------------	---

1.2. Миграция и ВИЧ-инфекция	9
------------------------------	---

1.2.1. Риск ВИЧ-инфекции и миграция в Азии	14
--	----

1.2.2. ВИЧ-инфекция, ее риск и миграция в Африке	20
--	----

1.2.3. Риск ВИЧ-инфекции и миграция в Америке	22
---	----

2. Особые популяционные группы	24
--------------------------------	----

2.1. Водители дальних рейсов (дальнобойщики)	26
--	----

2.1.1. Сексуальное поведение водителей-дальнобойщиков	27
---	----

2.1.2. Распространенность ИППП и ВИЧ-инфекции среди водителей	33
---	----

2.1.3. Ситуация в странах Восточной Европы	37
--	----

2.1.4. Профилактические программы среди дальнобойщиков	42
--	----

2.2. Цыгане	48
-------------	----

3. Заключение	52
---------------	----

3.1. Риск и уязвимость мигрантов	52
----------------------------------	----

3.2. Профилактика среди мобильных групп – точка зрения МЗСР РФ	55
--	----

3.3. Необходимость учета культурных особенностей	58
--	----

Ссылки	67
--------	----

Введение

Миграция является одним из важнейших факторов, определяющих мировую экономическую и демографическую ситуацию. Согласно оценкам Всемирного Банка, 3% населения мира живет вне страны своего рождения [116]. При этом миграция в направлении Юг-Север составляет 37%, в направлении Юг-Юг — 24% и Север-Юг — 16%, при этом с юга обычно перемещаются неквалифицированные работники, а с севера, наоборот, квалифицированные.

Решение о миграции зависит от целого ряда причин, среди которых часто выделяют финансовые и культурные затраты. Финансовые затраты обычно пропорциональны дистанции, на которую необходимо ехать, а культурные затраты связаны с необходимостью учить чужой язык и отсутствием в принимающей стране общины мигрантов. Если же язык является общим и община существует, это сильно снижает стоимость миграции. Мигранты, сохраняющие связи с регионом исхода, выступают в качестве проводника идей, таким образом миграция обеспечивает циркуляцию не только финансов, но и идей и представлений [116]. Миграция оказывает положительное влияние на здоровье населения беднейших стран, поскольку заработки позволяют содержать семьи и кормить и обучать детей. Однако миграция также означает соприкосновение не только с чужой культурой, но и с незнакомой системой здравоохранения и новыми, ранее не встречавшимися возбудителями инфекционных заболеваний.

Вопрос значимости миграционных процессов для развития и распространения эпидемии ВИЧ-инфекции решается очень просто. Как и для других антропонозов, очевидно, что

отсутствие миграционных процессов просто не позволяет возбудителю распространяться на другие территории. Более того, для антропонозов характерно, что они всегда связаны с миграцией населения (в отличие от зоонозов, которые будут связаны с миграцией животных) и последние два столетия четко показывают роль миграции и мобильности населения в распространении этих инфекционных заболеваний.

Однако наиболее известный и хорошо изученный случай распространения инфекционного заболевания, связанный с перемещением населения и открытием новых земель — это, без сомнения, сифилис, краткая история которого важна для понимания ситуации с ВИЧ-инфекцией ввиду практически одинаковых путей передачи.

Опубликованные в 2008 г. данные по филогенетическому анализу последовательности возбудителя сифилиса, *Treponema pallidum*, подтверждают правоту тех исследователей, которые считают, что сифилис возник в Америке и был завезен в Европу моряками Христофора Колумба [146]. Судя по всему, трепонематозы возникли где-то в Восточной Африке, затем вместе с мигрирующим населением распространились в Азию и Северную Америку, где в бледной трепонеме и произошла мутация, приведшая к появлению сифилиса. К моменту высадки Колумба на островах Карибского моря сифилис был достаточно распространен (судя по костным изменениям [171]), и его моряки имели достаточные возможности для заражения. Поскольку, оказавшись в незнакомой среде, конкистадоры не сдерживали свои инстинкты (существуют данные, что Колумб дарил своим солдатам и морякам местных девушек для утех), таким образом трепонема появилась у испанцев и вместе с ними вернулась в Европу¹. После возвращения многие солдаты присоединились к армии Карла VIII и, судя по всему, передали инфекцию проституткам, сопровождавшим войска, которые затем распространили инфекцию и на остальных. В результате после осады Неаполя в 1495 году началась первая европейская вспышка сифилиса, перешедшая в европейскую эпидемию. В 1498 г. португальский исследователь Васко Да Гама со своими моряками занес сифилис в Индию, и оттуда инфекция стала быстро распространяться по Азии. К 1520 году инфекция

¹ Можно заметить, что изнасилования во время военных действий на «чужой» территории являются широко распространенной практикой, и те же испанцы-католики широко использовали ее во время испанской Гражданской войны (франкистский генерал Эквило де Лано говорил: «Эти анархистские и коммунистические женщины сами превратили себя в легкую добычу своей доктриной свободной любви. И теперь они наконец могут познакомиться с настоящими мужчинами, не молочниками и ополченцами» [155]).

поразила всю Европу, Азию и проникла в Африку. Быстрое распространение сифилиса указывает на наличие большого количества мигрирующих лиц, в теле которых возбудитель мог перемещаться между странами и континентами. Иными словами, распространение сифилиса показывает, что естественная миграция и движение народов, наряду с особенностями поведения, создают условия для распространения антропонозов, и затем достаточно возбудителю проникнуть в эту среду, как распространение становится очень быстрым.

Кроме того, история сифилиса четко демонстрирует, что для распространения инфекций, передающихся половым путем, войны и гражданские беспорядки являются важнейшим фактором наряду с наличием миграционных потоков. Войны и беспорядки резко ослабляют господствующую в обществе мораль (а для человеческого общества больше характерна сексуально-рестриктивная мораль, по крайней мере она является основой трех важнейших религий — христианства, ислама и иудаизма, предусматривающих серьезное наказание за прелюбодеяние), создают мощные миграционные потоки и приводят к появлению в обществе большой прослойки незащищенных лиц (в первую очередь на оккупированных территориях). Не удивительно поэтому, что и распространение ВИЧ-инфекции достаточно тесно связано с военными действиями, которые поражали Центральную Африку во второй половине XX века. При сравнении трех гипотез распространения ВИЧ-инфекции в Уганде — гипотезы «шоссе»², «мигрирующих работников»³ и «войны»⁴ были получены данные, которые указывают на наибольшую вероятность именно последней гипотезы [186].

Однако военные действия не являются обязательными для быстрого распространения инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции. Те же механизмы ослабления социального контроля в сочетании с сильными миграционными потоками действуют и в мирное время, в особенности в отношении трудовой и вынужденной миграции. Так, молекулярно-генетический анализ ВИЧ-1 в Европе также продемонстрировал значительную роль миграции в его распространении

² Распространение ВИЧ-инфекции вдоль основных шоссе за счет передачи инфекции между водителями и проститутками, их обслуживающими.

³ ВИЧ-инфекция распространилась за счет циркулярной миграции между городами и сельскими районами в результате резко выросшего спроса на рабочую силу в городах.

⁴ Распространение ВИЧ-инфекции явилось следствием гражданской войны, начавшейся в 1979 году после свержения Иди Амина.

на континенте. Распространение шло из Греции, Португалии, Сербии и Испании, тогда как Австрия, Бельгия и Люксембург явились странами, в которые прибывали миграционные потоки, несущие ВИЧ. Дания, Германия, Италия, Израиль, Норвегия, Голландия, Швеция, Швейцария и Великобритания играли роль как доноров, так и акцепторов миграционных потоков с ВИЧ-инфекцией. Из проанализированных стран только в Польше вспышка ВИЧ связана с однократным заносом вируса в страну, во все остальные страны Европы вирус вносился неоднократно вместе с туристами и трудовыми мигрантами [203].

Поэтому задачей данной работы было проанализировать имеющуюся информацию о роли миграции в распространении ВИЧ-инфекции, обращая особое внимание на трудовую миграцию и мобильные популяции.

1. Миграция и ВИЧ-инфекция

1.1. Поисковая стратегия

Для поиска информации по заданной теме была использована поисковая система PubMed Национальной Медицинской Библиотеки США. Для поиска использовались различные комбинации терминов Transient and Migrants, Gypsy, Truckers в сочетании с термином HIV. Всего было идентифицировано более 350 публикаций, из которых после предварительного анализа была составлена библиографическая база данных в объеме 284 источников, использованная в данной работе. Надо отметить, что достаточно большое количество материала в данной области относится к операционным исследованиям или быстрой оценке ситуации, поэтому они чаще встречаются в виде тезисов конференций и информации на интернет-сайтах.

Для анализа «серой литературы» по особенностям риска ВИЧ-инфекции у водителей дальних рейсов (дальнобойщиков) был проведен поиск в интернет-сайтах с соответствующей информацией с использованием системы Google и Google Scholar. Поиск в российской части интернета идентифицировал 4540 ссылок, из которых 695 оказались ссылками на разные сайты. Однако большая часть этих ссылок являлась пересказом или прямым заимствованием оригинальных данных, включавших около десятка интервью и исследований, которые были использованы в данной работе. Поиск в англо- и германоязычной части Интернета позволил выявить более 11 600 ссылок, из которых 995 оказались ссылками на оригинальные сайты и/или заметки. После просмотра эти ссылки были внесены в базу и использованы в обзоре.

Мы сознательно отказались от сравнительного анализа распространенности ВИЧ-инфекции в группах мигрантов (см., например, [22]), поскольку такие исследования не учитывают соответствующие показатели в странах исхода и пребывания, а в отсутствие возможности сравнивать с этими реперными точками просто оценка распространенности является довольно бессмысленным мероприятием.

1.2. Миграция и ВИЧ-инфекция

Международная организация труда предполагает, что в мире 85 миллионов временных и постоянных трудовых мигрантов, а также 43 миллиона перемещенных лиц [112]. Мигранты составляют около 10% населения Экваториальной и Южной Африки, что соответствует примерно 35 миллионам человек, и еще 60 миллионов являются беженцами [202]. При этом, например, в сельских районах Сенегала 80% женщин в возрасте 15–24 лет и 82% мужчин в возрасте 20–40 лет ежегодно отправляются на заработки в города Сенегала и Гамбии [175].

При обсуждении вопроса миграции и мобильности следует указать на несколько терминов, которые будут далее использоваться.

- Регион исхода — регион, из которого происходит человек, прибывающий на новое место.
- Регион прибытия — регион, в котором он находится.
- Транзитные станции — регионы или населенные пункты, через которые путешествует человек, но в которых он не задерживается или не собирается задерживаться надолго.
- Циркулярная миграция — временная миграция, при которой люди приезжают (например, на заработки) в новое место, а затем возвращаются в регион исхода.
- Выезд на постоянное место жительства — миграция, при которой человек планирует остаться в регионе прибытия навсегда.
- Мобильная популяция — лица, которые имеют разъездной характер работы, перемещаясь между населенными пунктами и обычно возвращаясь в регион исхода.

Следует заметить, что в дальнейшем под термином «мигрант» мы будем понимать не только людей, которые приезжают в новый регион на длительный период времени, а любого человека, прибывающего в новый регион даже на относительно короткий период времени, чтобы не разделять мигрантов и представителей мобильной популяции по критерию длительности. При анализе мобильности следует также учитывать такие факторы, как наличие у мигранта желания перемещаться (не была ли миграция вынужденной), правовой статус мигранта и потребности принимающей стороны.

Строго говоря, необходимо различать по крайней мере три основных модели перемещения лиц:

- Миграция на постоянное место жительства, когда человек перемещается в новый регион для постоянного проживания там. Может быть добровольной или вынужденной, степень ассимиляции в принимающей популяции будет зависеть от численности миграционного потока, надежд на возвращение и индивидуальных установок. Степень взаимодействия с культурным окружением региона прибытия является большой. Примером может служить массовая миграция евреев из СССР в Израиль.
- Рабочая миграция, когда человек временно прибывает в другой регион для работы там. Является циркулярной, срок работы может быть достаточно большим, степень ассимиляции может варьировать, но вряд ли будет большой. Степень взаимодействия с культурным окружением региона прибытия варьирует в зависимости от длительности периода работы. Примером являются сезонные работы в странах Африки и в Европе.
- Разъездная работа. Человек для выполнения служебных обязанностей постоянно находится в разъездах. Характерно отсутствие более или менее постоянного места жительства, циркулярный характер миграции и отсутствие ассимиляции. Лица при таком типе миграции в наименьшей степени взаимодействуют с культурным окружением региона прибытия. Характерна для моряков, водителей, летчиков и т.д.

Модели перемещения лиц важны по целому ряду причин, основными из которых являются степень взаимодействия с местным населением (в случае разъездного характера работы может быть минимальной),

возможность формирования устойчивых отношений с представителями местного населения, степень социального контроля за мигрантом в регионе прибытия и ощущение контроля в регионе исхода. Очевидно, что в регионе прибытия контроль увеличивается по мере ожидаемого срока пребывания в этом регионе, тогда как ощущение контроля в регионе исхода должно (но не обязано) увеличиваться в случае частых возвращений в регион исхода. Кроме того, необходимо обращать внимание на культурные различия между регионами исхода и прибытия, поскольку, чем они ближе, тем легче будет происходить адаптация.

Известно, например, что когда мигранты из СССР прибывали в Израиль, то они наблюдали высокий уровень физического контакта между молодыми израильтянами в общественных местах. Опираясь на представления страны исхода, они интерпретировали эти признаки как показатель наличия сексуальных связей. Более того, поскольку такие контакты не ограничивались одним человеком, они считали, что неразборчивые половые связи являются нормой. Однако в реальности это было не так. Для молодых израильтян физический контакт на людях может означать отношения, предшествующие сексуальным, или даже их отсутствие [208]. В результате мигранты могут либо чувствовать отчужденность в новой культуре, либо принять неправильно понятые нормы вседозволенности как норматив поведения в новой стране (Shtarkstall R. и Shimon Z., 1994 цит. по [208]).

Миграция и мобильность могут иметь несколько последствий, которые повышают риск распространения ВИЧ-инфекции. Первым, и наиболее очевидным, будет являться разность в распространенности инфекции между регионом происхождения и регионом прибытия. Действительно, как показывают исследования, чаще всего распространенность инфекционных болезней среди мигрантов отражает распространенность в регионе исхода [85]. В этом случае при наличии контактов с местным населением мигранты могут либо чаще заразиться, чем в регионе исхода, либо, наоборот, распространять инфекцию. Однако наиболее значимым является изменение поведения по сравнению с регионом исхода, которое связано с изменением степени социального контроля за мигрантами.

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

о вступлении в половые связи за деньги, женщина должна учитывать, что тем самым она резко ограничивает себе (во многих культурах) возможность дальнейшего вступления в брак в данном регионе и, соответственно, возможность поддержки при воспитании детей. Аналогичным образом люди учитывают и возможность социального неодобрения в случае, если культурно неприемлемое поведение станет известным. Известно, что имеющаяся социальная поддержка снижает рискованное поведение мигрантов – потребителей наркотиков [132].

В случае миграции подобные ограничения ослабевают. Очевидно, что вероятность вскрытия малопримлемого поведения прямо пропорционально количеству лиц из региона исхода в окружении, тесноты контакта с ними и удаленности регионов прибытия и исхода друг от друга.

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

Это свидетельствует о том, что усиление социального контроля в случае разъездной работы может оказывать влияние на поведение риска. Так, в одном исследовании среди водителей в США было предположено, что жесткое регулирование перевозок, электронное слежение за грузовиками и другие мероприятия, направленные на увеличение эффективности перевозок, оказало положительное влияние на сексуальные риски в этой группе [100].

По всей вероятности, именно утрата социального контроля является причиной значительного усиления поведения риска среди мигрантов, описанного в литературе.

Следует также учитывать и тот факт, что существуют популяционные группы, которые обеспечивают себе проживание вовлечением в высокорисковые виды активности, например, проституцию. По понятным экономическим причинам, занятие проституцией в маленьких населенных пунктах не является экономически целесообразным, что приводит к миграции заинтересованных в этом виде заработка лиц.

Роль миграции в распространении ВИЧ-инфекции можно проследить на нескольких широко известных примерах. Так, в Восточной Африке большую роль в распространении эпидемии сыграли гражданские войны и связанные с этим перемещения людей и преступления на сексуальной почве. Гражданская война в Уганде разрушила семьи, и многие дети, в первую очередь девочки, принуждались к раннему сексу. Не ушедшие в армию мужчины оставались с большим количеством женщин, которые стали для них доступнее, что приводило к распространению ИППП. Ограничение передвижения, комендантский час и блок-посты на дорогах ограничивали циркулярную миграцию и приводили к промискуитету, а разрушенная экономика не позволяла осуществлять профилактические мероприятия [139]. Значительную роль в распространении ВИЧ-инфекции в Восточной Африке сыграли и массовые перемещения людей в связи с геноцидом в Руанде. Миллионы бежали из района этнических чисток и оказались в лагерях беженцев. При этом, как было показано, в лагерях руандийских и бурундийских беженцев секс часто продавался за пищу [172]. Вообще, оказавшись в ситуации беженцев, женщины вынуждены продавать секс за питание и для защиты себя и своих детей [25], их часто насилюют и подвергают сексуальной эксплуатации [112].

С другой стороны, изучение эпидемии ВИЧ-инфекции в Западной Африке показывает, что ее структурными причинами явились бедность, разрушение системы социальной поддержки и дисфункциональная социальная организация в результате массовой миграции. Миграция создала половой дисбаланс в репродуктивных возрастах — в регионах исхода формируется избыток женщин, а в регионах прибытия — мужчин, что приводит к нарушению социальных норм поведения [55]. Бедность склоняет женщин в регионах с избытком мужчин-мигрантов к проституции. Так, высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин в Гане (сельском, восточном регионе страны) связано с тем, что многие из них мигрируют на работу проститутками в Кот-д'Ивуар. Предполагается, что строительство плотины на реке Вольта в 1960-х годах привело к возникновению секс-индустрии в этом регионе Ганы. Когда работы были закончены, проститутки последовали за строительными рабочими на место следующей стройки, в Коуссу в Кот-д'Ивуаре, а затем мигрировали в столицу, Абиджан. К 1990 году 60% проституток в Абиджане были из Ганы и 86% из них были инфицированы ВИЧ [54].

Для распространения инфекции важна не только ситуация в регионах прибытия и исхода, но и на всем пути миграции, в транзитных регионах или на транзитных станциях. Транзитные станции, места, через которые проходят большие количества мигрантов, характеризуются низким образовательным уровнем населения, слабым развитием общественных служб, частым нарушением прав человека, насилием, бедностью и коррупцией. В этих условиях широко распространены секс за услуги, секс для выживания, изнасилования и непрофессиональный коммерческий секс [133]. Иными словами, ситуация в транзитных регионах может быть даже хуже, чем в регионах прибытия или исхода и может являться наиболее рискованной с точки зрения распространения ВИЧ-инфекции и других ИППП. Это подтверждается тем, что в транзитных регионах, например, Тихуане [57] наблюдается более высокая распространенность ВИЧ-инфекции (10,2% среди женщин и 3,5% среди мужчин). При этом у женщин вероятность наличия ВИЧ-инфекции повышается с увеличением времени проживания в Тихуане и наличием в анамнезе сифилиса.

При этом доступ к системе здравоохранения у мигрантов ограничен, поэтому, например, во Франции они реже тестируются и им позже ставится диагноз ВИЧ-инфекции [52]. У мигрантов выше риск иммунологической неэффективности высокоактивной антиретровирусной терапии [86]. При этом статус мигранта был единственным фактором, ассоциированным с поздней диагностикой ВИЧ в исследовании в другой развитой стране — США [67].

Это показывает, что определение риска распространения ВИЧ-инфекции у мигрантов является важным для прогнозирования развития эпидемии в разных странах.

1.2.1. Риск ВИЧ-инфекции и миграция в Азии

Довольно много исследований роли миграции в определении риска распространения ВИЧ-инфекции было выполнено в Китае. Выяснилось, что циркулярные мигранты в этой стране имеют значительно более высокий риск инфицирования ВИЧ, включая незащищенный секс, чем не-мигранты [108]. Рискованное, с точки зрения половой передачи ВИЧ-инфекции, поведение также ассоциировано с числом мест работы в городах во время миграции.

Опрос мигрантов в Китае показал высокую частоту использования услуг проституток, при этом среди мигрантов покупали секс 32,7% мужчин, опрошенных в венерологической клинике, и 10% мигрантов, опрошенных в других местах [98]. Изучение инфицированных ИППП мигрантов в сравнении с лицами, не страдавшими этим заболеванием, продемонстрировало, что они чаще вовлекались в коммерческий секс (покупали или продавали), имели больше партнеров, более высокое образование и имели более высокий доход, а также чаще посещали регион исхода и имели более стабильную работу [169]. Иными словами, более адаптированные мигранты имели больший риск ИППП.

С другой стороны, среди работников-мигрантов на стройках и заводах 26% имели за последний год более двух партнеров, 18% платили за секс [120], при этом только 36% использовали презервативы во время секса с проституткой. При этом более высокая вероятность секса с проституткой была у одиноких и менее образованных мигрантов.

В результате частого коммерческого секса мигранты нередко заражаются ИППП. В исследовании распространенности ИППП у сельских мигрантов в Шанхае эти заболевания были выявлены у 3,2% среди строителей, 5,6% рыночных продавцов и того же количества заводских рабочих. Интересно, что риск ИППП повышался при частых визитах в регион исхода [44].

Несколько более тревожные данные были получены в другом исследовании, где частота множественных сексуальных партнеров была выше у мигрантов, чем у не-мигрантов (12% против 6%) [99], а при обследовании мужчин-мигрантов в Пекине и Нанкинге выяснилось, что 7,2% имели в прошлом месяце более одного сексуального партнера, 9,9% пользовались услугами проституток и 12,5% перенесли ИППП [165]. Еще в одном исследовании было показано, что по своему сексуальному поведению мигранты не отличаются от местных работников, что подтверждается анализом распространенности сифилиса, которая составила 0,68% среди мигрантов и 0,48% среди городских рабочих [92]. Соответственно, поведение мигрантов-мужчин с точки зрения коммерческого секса регулируется местными нормами [221], которые могут быть более рискованными, чем нормы региона исхода.

Многие мигранты в Китае не знают о своем ВИЧ-статусе. Однако мигранты, вовлеченные в высокорисковую активность (мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами), значительно чаще проверяются (более

половины знали свой статус по сравнению с 1% среди мигрантов не-МСМ) [105]. Китайские мигранты-МСМ чаще, чем другие мигранты, используют наркотики (но реже алкоголь), при этом их знания о ИППП и путях передачи ВИЧ выше [190].

Достаточно высокую озабоченность вызывает и рискованное поведение мигрантов в других странах Азии.

Опрос контрактных работников в Индии показал, что 17% из них пользовались услугами проституток. 10% имели половые связи как с проституткой, так и с неоплачиваемым сексуальным партнером в регионе прибытия и 31% сообщили о том, что имели секс с проституткой в регионе исхода [104]. Мигранты чаще использовали алкоголь, и у них было более выраженное поведение риска [104].

Правда, анализ возможного влияния миграции на распространение ВИЧ в Индии продемонстрировал, что миграция вряд ли может объяснить наблюдающуюся гетерогенность в распространенности заболевания. При этом профилактика, направленная на мигрантов в регионе исхода, является, согласно построенной модели, значительно более эффективной, чем профилактика в регионе прибытия [199].

Мигранты в Таиланд из Мьянмы имеют высокую распространенность ВИЧ-инфекции (5,7% среди мужчин и 3,8% среди женщин) [90].

В Таиланде 25% мигрантов посещают проституток, причем чаще это моряки и рыбаки, а также неженатые мужчины. Среди моряков в Таиланде выявлено значительное давление окружения, которое оказывает влияние на рискованное поведение и потребление алкоголя [72]. Вообще надо заметить, что стиль жизни рыбаков делает их уязвимыми к ВИЧ-инфекции [176].

Достаточно интересные результаты, касающиеся предоставления сексуальных услуг в торговом порту литовского города Клайпеда, были получены в исследовании Г. Курмановой [11]. Было показано, что существует отдельная группа портовых проституток. На момент оценки в 2003 году она была небольшая (не более 20 человек), при этом одновременно работают не более 10–12 человек. Сменяемость состава достаточно высокая: так, только в 2003 году портовая полиция зарегистрировала 4 новых проститутки. Группа портовых проституток включает две не связанные, конфликтующие между собой группировки:

(1) проститутки-наркопотребительницы старших возрастов (22–30 лет), около 12 человек; (2) несовершеннолетние проститутки, не употребляющие наркотики (14–16 лет), 5–6 человек. Последние — воспитанницы местного интерната. Обслуживают моряков, приходящих в город на торговых (грузовых) судах. Для этого группами по 2–3 человека после 10 часов вечера пробираются в порт (проникают на территорию порта, перелезая через забор) и затем — на судно. Возвращаются не позднее 6 часов утра, когда на судне начинает работать контроль.

Клиентами портовых проституток являются моряки, мужчины, приходящие в Клайпеду на торговых судах, как руководящий, так и (в основном) рядовой состав. Особенно популярны у проституток филиппинские и российские суда, поскольку клиенты из этих стран отличаются неразборчивостью и щедростью. Менее привлекательны американские и европейские команды. Торговое судно может оставаться под погрузкой или разгрузкой около недели. Все это время моряки могут пользоваться секс-услугами либо в городе, либо непосредственно на корабле. Частота захода филиппинских судов — один-два раза в неделю. Частота захода российских судов непостоянна. Команда может включать от 20 человек и больше. Из них примерно половина пользуется услугами проституток в Клайпедде. Портовые проститутки часто сталкиваются с требованием незащищенного секса со стороны клиента. Интересно, что проститутки не работают на китайских судах, поскольку там порядок поддерживается собственными силами. Кроме того, количество портовых проституток уменьшается в связи с введением частной охраны, затрудняющей проникновение женщин на территорию порта [11].

При изучении ситуации в Непале выяснилось, что распространенность ВИЧ-инфекции выше у мигрантов, работавших в Индии, в особенности в Мумбаи. Так, среди возвращавшихся из Мумбаи мужчин-мигрантов распространенность ВИЧ составляла 6–10% против 3% среди не уезжавших [141].

В Пакистане среди мужчин-мигрантов 13% сообщили о наличии сексуального партнера вне брака, 7% пользовались услугами проституток и 2% имели гомосексуальный опыт. Распространенность ИППП в этой группе составила 3,2% по лабораторным данным и 8% по данным анамнеза [68].

Согласно данным одного исследования в Москве, многие мигранты, выходцы из Таджикистана, занимаются незащищенным сексом с проститутками [215]. Результаты оценки ситуации, проведенной в 2007 году Открытым Институтом Здоровья среди трудовых мигрантов различных этнических групп, подтвердили высокую уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции, вследствие высокой распространенности рискованных поведенческих практик. Доля сексуально активных респондентов, ни разу не использовавших презерватив при половых актах за последние 30 дней, достигала 36% [4]. Результатом является повышенная пораженность ВИЧ-инфекцией таких лиц по сравнению с общим уровнем в стране исхода. По данным исследования, проведенного среди более чем 500 трудовых мигрантов и членов их семей в Таджикистане, распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, работавших в России, составила 2,2%, что в разы превышает средний показатель по стране (цит. по [4]).

В столице Казахстана Астане водители-дальнобойщики, считающиеся обычно основными потребителями секс-услуг, составляли (2005 год) 13,8% клиентов проституток, уступая практически всем другим категориям клиентов — командировочным, частным предпринимателям, военнослужащим, работникам строительной отрасли, полицейским и студентам. При этом самыми частыми потребителями услуг проституток были строители [15].

Следует указать, что в Азии важную роль играет миграция для занятия проституцией и занятие проституцией у женщин, мигрировавших и нашедших работу вне секс-индустрии.

В Китае женщины-мигранты, занятые в индустрии развлечений или индивидуальном обслуживании (ночные клубы, массажные салоны, парикмахерские, салоны красоты и т.д.) в два раза чаще вовлекались в рискованные сексуальные практики в сравнении с теми, что работали в иных учреждениях (рестораны, заводы и т.д.) [219]. При этом у женщин-мигрантов распространенность случайного и коммерческого секса в 14–80 раз выше, чем у не-мигрантов [221]. Согласно результатам исследования [219], 10% женщин в индустрии развлечений продавали сексуальные услуги, 30% имели нескольких сексуальных партнеров, 40% занимались сексом с мужчиной, имевшим несколько сексуальных партнеров [219]. При этом среди работниц индустрии развлечений в Шанхае, которые также сообщили о вовлеченности в коммерческий секс, только 21% постоянно использовали презервативы [222]. В то же

время в Таиланде женщины-мигранты чаще имели несколько партнеров последовательно, а не параллельно [43], что, впрочем, играет малое значение для риска ВИЧ-инфекции.

Изучение мигрантов-работниц ткацкой фабрики в Камбодже продемонстрировало, что часть из них вовлечена в торговлю сексом, и при занятии проституцией они часто подвергаются насилию, потребляют алкоголь и наркотики, как по собственному желанию, так и по принуждению [142].

Мигрирующие проститутки в Казахстане практикуют бригадный, вахтовый метод. Они приезжают в Астану на определенное время обслуживать определенную группу людей. А когда эти люди уезжают, например, в командировку, проститутки уезжают к себе домой [15].

Широко распространена миграция для занятия секс-работой в Непале. Примерно 100 тысяч непальских женщин работают в Индии проститутками [34]. При исследовании показывают, что распространенность ВИЧ-инфекции выше у мигрантов-проституток, работавших в Индии, в особенности в Мумбаи. Среди проституток инфицированы были 73% работавших и вернувшихся из Мумбаи, 44% побывавших в Индии и 17% работавших только в Катманду (Непал) [141]. Следует отметить, что в Непале существует целая каста проституток, которые часто отправляются на заработки в Индию. Среди боди (касты неприкасаемых) женщины обычно являются проститутками, чьи заработки содержат всю общину. Их дочери (обычно рожденные от клиентов и воспитываемые матерями-одиночками) обучаются ремеслу матерями и после наступления менархе начинают работать самостоятельно. Матери первое время обеспечивают дочерей клиентами. Никакой стигмы и социальной изоляции в этой общине не существует, после работы женщины возвращаются назад. В этой касте дочери ценятся больше сыновей. Лишь немногие женщины выходят замуж, поскольку мужчины из других групп не женятся на проститутках, а собственные мужчины женятся только в случае наличия в семье не менее трех дочерей (чтобы защитить доходы общины). 70% женщин этой касты перенесли ИППП [164]. Надо заметить, что женщины боди до 50-х годов XX века предоставляли сексуальные услуги только богатым землевладельцам, однако после социальных реформ и обеднения последних, начиная с 1960-х годов они превратились в реальную касту проституток⁵ [53].

⁵ Интересно, что в России (в Тверской области) также описаны случаи «семейной» проституции, когда на трассе работают и мать, и дочь [7].

Таким образом, для стран Азии характерна культура частого использования коммерческого секса (покупки и продажи) среди мигрантов обоих полов, что приводит к повышению риска распространения ВИЧ-инфекции. Особенно характерным является миграция женщин для занятия в секс-индустрии.

1.2.2. ВИЧ-инфекция, ее риск и миграция в Африке

В Африке достаточно большое количество исследований миграции делалось на макроуровне для изучения связи миграции и распространения ВИЧ-инфекции. Так, например, в Зимбабве циркулярная миграция между городом и сельскими регионами не была связана с распространенностью ВИЧ-инфекции, а вот миграция между сельскими регионами оказывала воздействие на распространенность заболевания [150]. В то же время в Западной Африке одним из самых сильных факторов риска была краткосрочная миграция [134]. Большую роль играет в распространении ВИЧ-инфекции наряду с миграцией и проституция, поскольку отмечается большая частота контактов между беженцами и секс-работниками [152]. В Бостване частота сексуальных контактов между мигрантами и циркулярность миграции интенсифицируют распространение ВИЧ-инфекции [111]. Среди супружеских пар в Южной Африке дискордантность по ВИЧ-инфекции чаще встречалась в парах мигрантов, однако поражены инфекцией были чаще женщины, а не их мужья-мигранты [122]. Это может указывать на больший риск для остающегося партнера, когда в отсутствие поддержки женщина начинает прибегать к продаже секса для выживания. При этом в данном регионе причиной для возвращения мигранта домой часто бывает наличие у него ВИЧ-инфекции, что смещает груз ухода за больными с городов на сельские регионы исхода [166]. При этом следует заметить, что миграция к родственникам за поддержкой наблюдается среди ВИЧ-инфицированных (чаще в стадии СПИДа) и в развитых странах, в частности, в США [62].

Среди самих же мигрантов в Африке анализ полиморфизма вируса иммунодефицита человека у шахтеров продемонстрировал, что вирус вносится в эту среду постоянно извне и слабо связан с регионом исхода самого шахтера [77]. Учитывая наличие нескольких кластеров, можно предположить, что шахтеры заражаются из общего источника (от проституток), которые мигрируют в шахтерские города из разных регионов или заражаются после миграции.

Распространение инфекции связано с рискованным сексуальным поведением. Анализ данных работников завода по производству сахара в Уганде продемонстрировал, что 51% мужчин и 32% женщин имели нескольких сексуальных партнеров в течение последнего года. Вероятность наличия многочисленных половых партнеров повышалась у рабочих-мигрантов и лиц, состоящих в браке, но не живущих с супругом/супругой. При этом 24% мужчин и 15% женщин заметили у себя симптомы инфекций, передающихся половым путем [101]. Среди мигрантов-нефтяников Нигерии распространенность сексуально рискованного поведения составила 7,7%, причем на первом месте находилась бисексуальность (43,5%), на втором — рискованные сексуальные практики (30,4%), в то время как множественность сексуальных партнеров была отмечена только у 26,1% лиц рискованного поведения или 2% общего числа мигрантов-нефтяников [145].

Исследование в Южной Африке продемонстрировало, что женщины-мигранты имеют повышенный почти в два раза риск инфицирования ВИЧ, при этом основными факторами риска инфицирования были статус мигранта, потребление алкоголя, наличие сифилиса и гонореи [168]. При этом женщины-мигранты часто дополняют свои доходы сексуальной работой⁶, кроме того, неопределенность с обычной работой повышает риск сексуального насилия [183].

Исследование в Эфиопии продемонстрировало, что секс-работницы также высококомобильны, что позволяет им расширить клиентскую базу и избежать огласки факта инфицирования [211].

Таким образом, ситуация в Африке характеризуется массовой миграцией, использованием коммерческого секса мигрантами-мужчинами в регионах прибытия и продажи секса остающимися партнершами в регионах исхода. Кроме того, как и в Азии, отмечается миграция проституток, способствующая распространению ВИЧ-инфекции как между регионами пребывания и исхода (за счет циркулярной миграции), так и между различными регионами пребывания (в зависимости от меняющейся экономической ситуации).

⁶ Вообще неопределенность с работой повышает вероятность рискованного поведения. Так, результаты недавнего опроса, проведенного в России, продемонстрировали, что 18,2% опрошенных согласны переспать с начальником/начальницей, чтобы избежать увольнения [1].

1.2.3. Риск ВИЧ-инфекции и миграция в Америке

Миграция является важной проблемой, с точки зрения риска распространения ВИЧ-инфекции, для Мексики и США. Большинство испаноговорящих лиц в быстрорастущих южных штатах США — это молодые мужчины-мигранты, риск заражения которых половым путем достаточно высок [148]. Для мексиканских рабочих в США характерны значительная мобильность, ограниченный доступ к здравоохранению, большое количество сексуальных партнеров и использование проституток [188]. Ежегодно в США мигрируют около двух миллионов мексиканцев, которые, оказавшись в стране с деньгами, но без жен и детей, часто покупают услуги проституток, занимаются оральным и анальным сексом друг с другом [223]. Так, например, при опросе группы 156 мужчин и 54 женщин — мексиканских работников в США (Техас), 48% указали на занятие сексом под влиянием алкоголя или наркотиков (последние в 14% случаев), при этом 9% мужчин и 7,4% женщин сообщили о занятии анальным сексом [94]. При этом, однако, остается неизвестным, является ли это более рискованным поведением, чем среди немигрантов или нет. Согласно данным другого исследования [149], 28% рабочих-мигрантов пользовались услугами проституток, причем распространенность достигала 40% среди одиноких и 46% среди женатых мужчин, проживающих без супруги. Интересно, что частота визитов снижалась с повышением уровня образования и нарастала, как и в Китае, с ростом доходов. 44% мексиканских рабочих-мигрантов сообщили об использовании услуг проституток за время пребывания в США. Интересно, что женатые мужчины реже пользовались презервативами при посещении проституток, чем холостые [193]. Среди нелегальных мексиканских мигрантов в Калифорнии распространена высокорисковая сексуальная практика, называемая «превращением в молочных братьев», когда несколько мужчин поочередно, в течение короткого промежутка времени, занимаются сексом с одной женщиной [123]. Несмотря на наличие риска ВИЧ-инфекции, обследование 1041 мексиканского мигранта в США не выявило ни одного случая этого заболевания [95], что говорит о том, что они направляются в регион с большой распространенностью заболевания, демонстрируя рискованное поведение [95]. В результате в Мексике циркулярная миграция является важным фактором риска распространения ВИЧ-инфекции среди индейцев сельских регионов [129]. При этом мигранты имеют большее число сексуальных партнеров, чем немигрирующее население [128]. Так, среди мексиканских мигрантов, работавших в США с 1982 года, 29,4% указали на наличие двух и более партнеров [20].

Несколько меньше известно про роль миграции в странах Южной Америки. В Бразилии эпидемия ВИЧ-инфекции поразила в первую очередь городские регионы, а затем распространялась в соответствии с путями миграции работников [33]. При этом многие мигранты в Бразилии игнорируют риск ВИЧ-инфекции, поскольку считают ее «болезнью больших городов» и «чужаков» [79], несмотря на то, что циркулярная миграция в города является важной причиной распространения ВИЧ-инфекции в сельских районах этой страны.

Важную роль в распространении ВИЧ-инфекции в Америке занимает миграция женщин и ее связь с секс-работой. Среди проституток-мигрантов на Виргинских островах (США) 57,4% сообщили о потреблении алкоголя и 16,8% — наркотиков. При этом потребление наркотиков было связано с большим количеством сексуальных партнеров, большей вероятностью незащищенного секса, заболевания ИППП и насилием со стороны клиента [192]. Это демонстрирует, что данная группа имеет повышенные возможности для дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции, выступая в роли связующей популяции между потребителями наркотиков и общей популяцией.

На сахарных плантациях Доминиканской Республики работает большое количество женщин-мигрантов, примерно половина из которых — гаитянки. Распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин составляет 8,8% (моложе 35 лет), при этом факторами риска являются статус одинокой матери, секс во время месячных и признание себя проституткой [131].

Не остаются в стороне от поведения риска и жители развитых стран. Японские туристы и работники на Гавайях отличаются достаточно высокой распространенностью ИППП (10% среди мужчин и 20% — среди женщин), при этом очень высоким был процент тех, кто вступал в половые связи под воздействием алкоголя [191], а исследования в США указывают на важную роль миграции потребителей наркотиков в распространении ВИЧ-инфекции [130]. При этом потребление наркотиков становится характерным и для самих мигрантов, например, во Флориде [58], однако в Нью-Йорке было показано, что процент мобильных лиц среди пуэрториканцев — потребителей наркотиков достаточно низок — менее 10% посещали за последние 3 года иное место, чем их место постоянного жительства [201].

2. Особые популяционные группы

Выделение особых популяционных групп обычно обусловлено несколько условным разделением миграционных потоков. Под мигрантами обычно понимаются граждане других стран, которые прибывают в новое место для работы или получения политического убежища. Соответственно, лица, мигрирующие из других регионов одной и той же страны или по иным причинам (работа), должны иметь другое имя. Их обычно называют мобильными группами. К таким мобильным группам относятся в первую очередь военные, моряки и водители дальних рейсов. Эти три группы имеют много общего. Во-первых, это практически всегда чисто мужские профессии, в которых сильно развит дух «маскулинности» или «мачизма», который включает, кроме всего прочего, значительный компонент промискуитетной сексуальности (особенно характерно для военных и моряков). Во-вторых, это группы, которые находятся в месте, отличном от места их основного проживания (иными словами, это группы, похожие на мигрантов). На самом деле эти группы являются просто циркулярными мигрантами с коротким сроком пребывания вне основного региона. Как и для всех мигрантов, для них является проблемой ослабление социального контроля, которое сильнее всего проявляется в индивидуалистических профессиях, таких, как водители дальних рейсов, и менее всего — у военных. В-третьих, в месте пребывания и в местах транзита эти группы имеют относительное экономическое преимущество, а в случае военных — зачастую и силовое преимущество, что позволяет им получать более легкий доступ к сексуальным услугам, чем в регионе постоянного пребывания.

Вместе с тем было бы громадной и непростительной ошибкой считать, что эти группы являются гомогенными. Поскольку по своей сути они являются мигрантами, то они несут в себе все культурные особенности региона исхода, к этому подмешивается сниженный социальный контроль региона исхода и — ввиду кратковременности пребывания — региона пребывания. Мобильные группы не могут и, по всей вероятности, не хотят усваивать нормы региона пребывания, поэтому их поведение определяется нормами региона исхода, субкультурой данной группы и общим ослаблением социального контроля. Поэтому поведение водителей-дальнобойщиков мусульман будет отличаться от поведения водителей-дальнобойщиков протестантов или представителей других религий (по крайней мере на это указывают исследования по распространенности ВИЧ среди водителей [113, 48]). Тем более будет отличаться поведение водителей или моряков разных стран (см. выше интерес моряков разных стран к литовским проституткам в порту Клайпеды). Ниже будет описано, что в преимущественно мусульманской Нигерии более распространено наличие квази-постоянных партнеров в местах проезда водителей-дальнобойщиков, и неизвестно, насколько на эти особенности оказали воздействие идеи браков путешественников (никах мисяр) или временных браков (никах мута́)⁷, к которым, например, достаточно благоприятно относится большинство иранских водителей-дальнобойщиков[195]. Иными словами, культурные особенности страны исхода доминируют над культурными особенностями профессиональной группы, и игнорировать их никак нельзя [78].

Учитывая это, можно было бы говорить об особенностях определенных этнических групп с точки зрения их уязвимости для ВИЧ-инфекции, и в этой связи очень часто вспоминают самое большое европейское меньшинство — цыган. Ниже будут обсуждены данные, касающиеся уязвимости этой группы для ВИЧ-инфекции, однако здесь сразу следует указать на то, что культурных особенностей, которые бы повышали уязвимость этой группы, не существует, или, по крайней мере, в литературе они не описаны. При этом иногда даже игнорируется тот факт, что во многих регионах цыгане уже не являются кочевым народом, а ведут оседлый образ жизни, иногда даже ассимилируясь с основным населением региона проживания. Отсюда следует вывод, что нельзя говорить об уязвимости цыган (как и нельзя говорить об уязвимости литовских дальнобойщиков) до того времени, пока наличие этой уязвимости

⁷ Правда, временные браки характерны для одного из течений шиизма, а большинство нигерийских мусульман — сунниты, поэтому для них, скорее, возможен мисяр.

в пределах больших, чем для окружающего населения, будет продемонстрирована. Как будет показано ниже, можно говорить об уязвимости к ВИЧ болгарских цыган, но вряд ли можно утверждать то же самое для цыган британских (на уязвимость которых оказывает воздействие, скорее, общий уровень бедности и сложность доступа к системе здравоохранения, а не особенности поведения). Другое дело, что знание культурных особенностей (сильные семейные связи) позволяет лучше планировать профилактические мероприятия в области ВИЧ-инфекции и не совершать ошибок с использованием неадекватных подходов.

По этим причинам мы уделим больше времени описанию ситуации с водителями-дальнобойщиками, как наиболее исследованной группой циркулярных мигрантов (мобильной популяционной группой) и лишь немного затронем данные по уязвимости цыган, но остановимся на разработке культурно-приемлемых вмешательств.

2.1. Водители дальних рейсов (дальнобойщики)

Водители-дальнобойщики привлекают к себе значительное внимание с точки зрения распространения ВИЧ-инфекции. Одна из причин заключается в том, что их довольно много. По некоторым оценкам, только в Индии 2–5 миллионов человек — либо водители большегрузных автомобилей, либо их помощники⁸. Достаточно упомянуть, что через один пропускной пункт на индо-непальской границе ежедневно проходят 2000 грузовиков. В Пакистане миллион человек являются лицензированными водителями грузовиков, что представляет собой достаточно большую часть всей рабочей силы страны (30–40 миллионов человек). Потоки грузоперевозок также являются очень большими, так, например, в Лахор ежедневно прибывают 2500–3000 грузовиков, большая часть которых имеет на борту двух водителей и помощников. Соответственно, в Лахор ежедневно прибывают 5000–9000 дальнобойщиков [18].

Кроме того, результаты моделирования распространения ВИЧ-инфекции показывают, что в Африке эпидемия может оказать серьезное воздействие на индустрию грузоперевозок при потере до 10% водителей в год из-за 90% пораженности их ВИЧ-инфекцией [196].

⁸ <http://www.avert.org/aidsindia.htm>

2.1.1. Сексуальное поведение водителей-дальнобойщиков

Роль водителей в распространении ВИЧ-инфекции заключается в том, что они перемещаются между регионами с разной распространенностью ВИЧ-инфекции и взаимодействуют с местной популяцией на всем пути своего следования. В этом отношении они отличаются, например, от летчиков или моряков, которые имеют возможности контакта с населением только в пунктах отправления и назначения, но не по пути следования.

Не удивительно, что водители имеют большое число контактов с женщинами, пока находятся в дороге, и чаще всего, но не обязательно, с проститутками. Проститутки часто работают в местах отдыха водителей, которые являются местом притяжения для других мигрантов и местных жителей, продающих товары и услуги. Несмотря на наличие консенсуса относительно роли водителей большегрузных автомобилей в распространении инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции в частности, в литературе опубликовано достаточно мало исследований, которые бы количественно оценили эту роль.

Африка

Коммерческий секс в Африке является только частью сексуальных связей водителей. Исследования показывают, что для водителей характерно иметь различных партнеров в тех местах, через которые они проезжают. Например, в Кот-д'Ивуаре почти 40% водителей занимались сексом со случайным партнером, но только 16% указали, что это была проститутка. Дело в том, что девушки и бродячие торговцы-женщины часто обменивают секс на бесплатный проезд, договариваясь об услугах заранее или предоставляя их в конце пути [41]. Некоторые формируют длительные отношения с водителями, как например, было установлено в исследовании в Нигерии, где водители сообщили, что у них имеется в среднем шесть регулярных партнеров, в среднем по одной на каждую ночную остановку [147]. 92% женатых нигерийских водителей имели внебрачные связи, и среднее число партнеров в предшествующий год было также равно шести [75].

Вместе с тем при другом опрос выяснилось, что почти половина половых актов у нигерийских водителей приходится на проституток, однако среднее число партнеров в год составило 2,8 [136], хотя

малое годовое число сексуальных партнеров ставит под вопрос реальность частых визитов к проституткам для секса (либо речь идет о не совсем правильном определении коммерческого секса, когда за коммерческий секс принимались постоянные партнеры, получающие финансовую поддержку).

При другом опросе нигерийских водителей выяснилось, что 69% имели внебрачный секс, при среднем числе внебрачных партнеров 6,2, которые включали замужних женщин (33,7%), продавщиц (50,5%), подмастерьев (3,2%) и проституток (12,1%) [23]. Обращает на себя внимание, что большинство партнерш не являлись профессиональными проститутками.

С другой стороны, 25% камерунских водителей занимались сексом каждую ночь на каждой остановке в пути, большинство водителей, которые занимались сексом в пути, имели от одного до 10 партнеров в течение путешествия (в среднем 3) [170].

Длительные стоянки водителей на пограничных пунктах и блокпостах для ремонта и при формировании специальных конвоев также предоставляют возможности для случайных связей. Более того, когда водители находятся в ожидании, им необходимо где-то останавливаться, и иногда жилье проститутки является единственным местом, где можно остановиться на ночь. При этом ряд водителей указывают, что нанять проститутку на ночь дешевле, чем снять номер в отеле.

В Западной Африке 14 миллионов транзитных перевозок проходят по коридору, соединяющему Нигерию, Бенин, Того, Гану и Кот-д'Ивуар. При этом, несмотря на соглашение о беспешленном провозе товаров, на границах выстраиваются очереди, в которых машины стоят многие дни. Проведенные в приграничных районах исследования показывают, что пансионаты, в которых ночуют водители, превратились там в бордели. Продавщицы закусок и товаров в очередях автомобилей продают также и секс. 18% опрошенных водителей не используют презервативы при сексе в ожидании перехода через границу [213].

Аналогичные проблемы возникают и на пограничных переходах в Восточной Европе. Длительное время ожидания водителями-дальнобойщиками прохода через таможенную в Нарве на эстонско-российской границе также привлекает работниц коммерческого секса и способствует расцвету проституции в приграничном городе [2].

Водители из Южной Африки отмечают, что ввиду тяжести работы им необходимо найти возможность расслабиться. Для многих это означает купить секс и алкоголь, те немногие развлечения, которые им доступны [126]. Аналогичным образом, в одной из самых развитых стран мира — США — секс, алкоголь и наркотики рассматриваются некоторыми водителями как быстрый и эффективный способ расслабиться в короткие перерывы в длинном и одиноком путешествии [89].

Исследование в Уганде показало важную роль посредников, которые покупают товары у водителей, а также поставляют им местных женщин, которые не имеют ВИЧ-инфекции. Необходимость в посредниках связана с тем, что водители не говорят на местных диалектах [81]. Подобные посредники могут играть важную роль в профилактике ИППП. Кроме того, знание о рисках заражения ВИЧ-инфекции и обсуждение ситуации в группах повышало вероятность использования водителями-дальнобойщиками презервативов [189, 66].

В Уганде было проведено исследование проституток, которое показало, что более дорогие, «высококласные» проститутки обслуживали в первую очередь городских жителей и водителей-дальнобойщиков. Дешевые проститутки обслуживали местных рабочих [180]. Очевидны различия с ситуацией в Европе — странах бывшего СССР, где дальнобойщиков обслуживают отнюдь не самые дорогие проститутки. При этом исследование в Лагосе (Нигерия), показало, что инфицирование ВИЧ в группе высокооплачиваемых проституток (распространенность 9%) было теснее всего связано с сексуальным обслуживанием бизнесменов из Азии, преимущественно Индии. Авторы исследования выдвигают гипотезу, что такие проститутки способствуют межконтинентальному распространению инфекции [118] из Африки в Азию и обратно.

Азия

В отличие от Африки, в Азии водители чаще потребляют наркотики. Марихуана и кокаин используются не только для расслабления, но и как способ не уснуть за рулем. Еще одним отличием является то, что если в Африке водители вступают исключительно в гетеросексуальные половые связи, в Азии водители чаще сообщают о сексе с мужчинами — уборщиками помещений, подсобными рабочими и мужчинами — работниками коммерческого секса [41].

В 1994 году было показано, что 97% индийских водителей посещают проституток, причем 62% сообщили о 3–7 визитах к проституткам в неделю, а 31% посещали проституток 1–2 раза в неделю. В среднем большинство водителей имеют половые связи с 50–100 разными проститутками в год [179]. Немного позднее, в 1999–2001 годах, обследование водителей показало, что две трети из них посещают проституток и 50% потребляют алкоголь. 38,7% имеют различные ИППП [124].

Среди водителей в Ченнаи (Индия) 96% сообщили о наличии сексуальных связи с другими партнерами, кроме их жен, и 74% сообщили об использовании услуг проституток [38].

Изучение сексуального поведения водителей-дальнобойщиков в Южной Индии [154] показало, что из 344 водителей 53,7% имели секс с проституткой или непостоянным партнером в последние 12 месяцев. Среднее количество партнеров в предшествующий год составило 6,45 человека, при этом 5,9% имели более 16 партнеров в год (т.е. более одного нового партнера в месяц).

Также была выявлена зависимость между временем, проводимым водителем в пути, и числом контактов с проститутками. Только 21,6% водителей, которые проводили вне дома менее 10 дней в месяц, пользовались услугами проституток. Среди тех, кто проводил в пути 10–20 дней в месяц, 50,7% контактировали с проститутками, а среди тех, кто отсутствовал дома более 20 дней, этот процент повышался до 80,6% [178]. Те, кто потреблял алкоголь, имели повышенную в три раза вероятность приобрести услуги проститутки.

Примерно 34% пакистанских водителей сообщили о том, что когда-либо имели секс с проституткой, а 11% приобретали сексуальные услуги у мужчин. Вообще около 49% водителей сообщили, что они имели половые связи с другим мужчиной⁹. Водители использовали презервативы в 3–6% случаев со случайным партнером и, поскольку презерватив рассматривается как средство предупреждения беременности, то чаще с женами (8%) [18].

⁹ Эти цифры вызывают удивление, учитывая то, что Пакистан является мусульманской страной, а шариат карает гомосексуализм смертной казнью

На Филиппинах более 50% водителей сообщили о наличии случайных связей, но только 25% использовали презерватив. Вместе с тем во Вьетнаме презервативами пользуются 55–80% водителей. В Гонконге 90% водителей использовали презервативы при сексе с проституткой.

В Непале почти 21% водителей имели внебрачные связи и более половины из них не пользовались презервативами [30].

В Таиланде 87% пользовались услугами проституток, 23% водителей, имеющих жену, контактировали с проститутками, 13% имели секс с некоммерческим партнером и 8% сообщили об обоих типах связи. Презервативы использовали 58,5% водителей, посещавших проституток [137].

Южная Америка

В Южной Америке водители также часто покупают в дороге секс, однако не столь часто, как в Азии. Исследование в Бразилии показало наличие высококомобильной международной группы водителей-дальнобойщиков с малым или отсутствующим доступом к информации о профилактике ВИЧ-инфекции [45]. При этом водители-дальнобойщики часто имеют незащищенный секс с несколькими партнершами, включая проституток и сотрудниц мест отдыха водителей [17]. Среди них высока частота использования алкоголя и амфетаминов. В бразильском порту Сантосе среди водителей-дальнобойщиков 40% имели более одного сексуального партнера, причем 21% имели секс с проститутками, 14% сообщили о том, что у них были связи с девушками в дороге, 16% имели секс с чужими женами, а 3,3% имели секс с мужчинами. 43% водителей сообщили об использовании стимулянта [206]. В Южной Бразилии водители, которые проводили в дороге более четырех недель, в 2,2 раза чаще пользовались услугами проституток в сравнении с теми, кто находился в дороге только неделю [135]. Среди водителей коротких рейсов 40% сообщили о наличии случайных партнеров, а 19% — других регулярных партнеров, кроме супруги [214].

27% боливийских водителей сообщили, что занимались анальным сексом со своей партнершей [87], при этом более половины (56%) имели случайные половые связи [29].

Развитые страны

Надо заметить, что сексуальное поведение с крайне высоким количеством внебрачных связей и потреблением коммерческого секса не очень характерно для развитых стран Западной Европы, поскольку в исследовании во Франции контакты с проститутками были только у 22% водителей, и только 4,7% водителей регулярно покупали сексуальные услуги [117], причем частота использования презервативов составляла 96%. Аналогичная ситуация наблюдалась и в США, где о случайных связях во время поездки сообщила только треть водителей [89].

Среди водителей-хорватов также только треть респондентов сообщила, что платила за секс [32].

Одно исследование [21] показало, что детерминантами поведения риска среди проституток и водителей являются культурные особенности, молодой возраст, низкий уровень образования у проституток. Английские водители знали больше, а греческие — чаще использовали презервативы.

В целом, похоже, в развитых странах Европы сексуальное поведение водителей, если и дает основу для беспокойства, то меньшую, чем в странах Азии и Африки.

Хотя исследование в Канаде нашло связь между распространением ВИЧ-инфекции и местом прохождения монорельсовой дороги [197], авторы не могли объяснить истинную причину связи, а в США распространенность сифилиса была выше в графствах, находящихся рядом с крупной трассой, однако детальный анализ показал, что ведущую роль в распространении сифилиса сыграли, скорее всего, наркотики, которые также распространялись по шоссе [216].

Таким образом, в развивающихся странах водители-дальнобойщики являются группой риска ВИЧ-инфекции. Для водителей стран этих регионов характерна высокая частота потребления коммерческого секса, в особенности этот феномен распространен в Экваториальной и Южной Африке, а также Южной Азии. При этом водители редко пользуются презервативами, и уровень их осведомленности о методах профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции невысок, что не может не сказаться на частоте этих заболеваний в данной популяции.

2.1.2. Распространенность ИППП и ВИЧ-инфекции среди водителей

Африка

Распространенность ВИЧ среди водителей в Уганде составила 35,2% по сравнению с 9,2% в популяции в целом. Причиной тому было сексуальное поведение высокого риска. 36,7% этих водителей имели более 50 сексуальных партнеров в течение жизни, а еще 53% имело более 10 партнеров в течение жизни. 62,2% водителей перенесли сифилис [42]. Так же продемонстрировало, что водители имеют высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, и исследование в Кении [49]. Другое исследование среди водителей и грузчиков в Кении и Заире показало, что риск ВИЧ-инфекции тем выше, чем дольше человек работает водителем и чем выше у него доход [63].

Исследование в Кении в 1991 году проводилось в месте, где конвои автомобилей останавливаются на 3–5 дней. 18% обследованных мужчин оказались инфицированными ВИЧ, кроме того, 4,6% имели сифилис. Распространенность ВИЧ была выше у выходцев из Центральной Африки (31,75%), чем из Восточной Африки (16,65%) [121]. Наблюдение за водителями из Кении показало, что заболеваемость ВИЧ у них составляет 4% в год [110].

Другое исследование в Кении показало [48], что среди водителей-дальнобойщиков ИППП возникают со следующей частотой (на 100 человек в год):

- Мягкий шанкр: 4,1
- Сифилис: 0,3
- Гонорея: 7,5
- Хламидиоз: 1,1
- Негонokokковый уретрит: 8,2
- Аногенитальные бородавки: 1,3
- ВИЧ-инфекция: 3,1

Обращает на себя внимание то, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией превышала таковую для сифилиса и была в два раза меньше, чем заболеваемость гонореей¹⁰.

Анализ кенийского участка крупной международной трассы позволил обнаружить 39 мест парковки большегрузных автомобилей, где продается секс. В этих местах парковки проводят ночь 2400 грузовиков и работают там 5600 проституток, которые обслуживают в среднем 13,6 клиентов в месяц, предоставляя им 54,2 половых акта в месяц [69].

В Южной Африке 66% водителей сообщили о наличии ИППП в течение шести месяцев, предшествовавших опросу, причем 37% всегда останавливались на дороге, чтобы заняться сексом, и 29% никогда не использовали презерватив с проституткой [163]. Надо отметить, что распространенность ИППП среди проституток Южной Африки очень высока. В провинции Квазулу-Наталь 50,3% проституток были ВИЧ-инфицированы, инфекция трихомонадой была выявлена у 41,3% женщин, гонококк был обнаружен у 14,3%, а хламидия — у 14,3%. Активный сифилис был выявлен у 42,1% женщин [181]. Анализ секс-работы в Южной Африке показал, что многие женщины, имеющие большое количество сексуальных партнеров, не всегда получают в обмен деньги, а часто получают подарки (одежду, мыло, оплату обучения детей) или другую помощь (защиту) от нескольких партнеров. В отличие от профессиональных проституток, часть женщин продает секс на стоянках автомобилей для того, чтобы накопить денег на автобусный билет домой (водители рассматривают их как приятельниц). Отношение этих женщин к СПИД суммируется фразой «лучше умереть от СПИДа через 15 лет, чем от голода — завтра» [156].

В Буркина-Фасо в 1994 году среди 236 водителей грузовиков 18,6% были инфицированы ВИЧ, а распространенность сифилиса составила 9,3% (в сравнении с 15% проституток и 2,5% беременных) [96].

С другой стороны в Эритрее распространенность ВИЧ-инфекции составила 29% среди проституток, 10% у портовых рабочих, 3% у боевиков, и не было найдено случаев ВИЧ-инфекции у водителей [158]. Эти данные еще раз показывают важность использования изучения сексу-

¹⁰ Учитывая значительно меньшую заразность ВИЧ по сравнению с гонококком и бледной трепонемой, это объяснить достаточно сложно, только лишь малой распространенностью других ИППП в сравнении с ВИЧ-инфекцией

альных сетей и региона, а не только принадлежности к профессиональной группе, для определения риска заражения.

Азия и Америка

В Индии в 1998 году более 70% новых случаев ВИЧ-инфекции были выявлены среди водителей-дальнобойщиков, большинство которых составляют сикхи из Пенджаба [70]. При этом распространенность ВИЧ-инфекции среди водителей, работающих на юго-восточном направлении (6,8%) была выше, чем среди водителей на направлении север-юг (2,4%). Водители на юго-восточном направлении чаще покупали секс [167].

В исследовании, опубликованном в 2004 году, количество лиц, сообщивших о визитах к проституткам, составило 67%, при этом распространенность ВИЧ-инфекции у них составила 2,3%, гепатита В — 3,7% и сифилиса — 6,3% [93]. Эти цифры значительно меньше, чем результаты исследования 2000 года, в котором при обследовании 670 индийских водителей-дальнобойщиков ВИЧ-инфекция была обнаружена у 15,2%, сифилис у 21,9% и гонорея у 6,7%. В этом исследовании интересно отметить очень высокую распространенность сифилиса и относительно низкую — в сравнении с сифилисом и даже ВИЧ-инфекцией — гонореи [182].

Изучение распространенности ИППП среди водителей-дальнобойщиков в Южной Индии [154] показало, что признаки перенесенного сифилиса наблюдались у 9,6% обследованных, активный сифилис был у 1,3%; гонорея была выявлена у 7,5%, хламидийная инфекция — у 5,3%, трихомоноз у 9,9%, гепатит В — у 4,3% и ВИЧ-инфекция — у 10,9%. Обращает на себя внимание высокая, практически одинаковая распространенность серологических признаков перенесенного сифилиса, гонореи и ВИЧ-инфекции. Полученные результаты четко демонстрируют высокий риск заражения водителей в Индии.

В Китае [218] среди обследованных водителей-дальнобойщиков серологические признаки сифилиса были отмечены у 0,7% обследованных, гонорея — у 7,8%, хламидийная инфекция — у 10,2%, ни у одного обследованного в 2001 году не было выявлено ВИЧ-инфекции. В другом сообщении распространенность ИППП была немного другой — 17,4% водителей имели хотя бы одну ИППП, при этом серологические признаки сифилиса были отмечены у 0,7% водителей, генитальный

герпес у 4,4%, хламидия у 8,1% и гонорея — у 10,6%. Случаев ВИЧ в 2006 году также обнаружено не было [160], хотя распространенность ВИЧ-инфекции среди проституток составила 10,3% (при этом частота серологических признаков сифилиса составила 9,5%). Стоит обратить внимание на то, что распространенность гонореи среди китайских дальнобойщиков была почти такой же, как среди индийских, показывая, что поведение риска у тех и других дальнобойщиков одинаковое и разница в распространенности ВИЧ связана с общей ситуацией в изучаемых странах. При обследовании водителей в Гонконге удалось установить, что 62% покупали услуги проституток, 8,5% имели хламидийную инфекцию [157]. Судя по аналогичным китайским данным распространенности хламидиоза, поведение этих водителей аналогично таковому на материковом Китае.

Тестирование женщин, живущих в близости от стоянки большегрузных автомобилей в Бангладеш, показало высокую распространенность у них ИППП: сифилис был выявлен у 5,7%, гонорея у 6,3%, генитальный герпес — у 32%. Также часто встречался трихомониаз — 19,5% [159]. Эти результаты показывают, что распространение ИППП не сводится к передаче их между проститутками и водителями — водители могут передавать инфекцию местному населению и получать их от него¹¹.

Данные, полученные в Багладеш, показывают, что примерно 7% водителей страдают сифилисом [41], при этом распространенность составила 5,7% для сифилиса, 2,1% для гонореи, и генитального герпеса — 25,8%. Единственным фактором риска бактериальных ИППП был контакт с проституткой [187], однако, если сравнить данные с результатами обследования женщин, проживающих рядом со стоянкой, где выполнялось исследование (той же группой [159]), то они практически совпадают (в первую очередь для сифилиса и герпеса). Соответственно, водители и местные жители представляют собой одну популяцию, что надо учитывать при организации профилактических исследований.

В Таиланде в 1992 году 2,3% обследованных водителей имели ВИЧ-инфекцию [137].

¹¹ Правда, тут идет игра понятиями — если женщины, живущие около остановок грузовиков, обменивают секс на что-то (сложно поверить, что они спят с водителями просто из бескорыстной любви к людям этой профессии), то можно ли их не считать проститутками? В реальности надо просто относить сексуальных партнеров таких водителей к группе риска

В одном исследовании было показано, что 52% боливийских водителей перенесли ИППП [87]. В бразильском порту Сантосе, сексуальное поведение работающих в котором водителей было описано выше, среди водителей-дальнобойщиков 1,3% были инфицированы ВИЧ [206], а обследование путешественников на одной из трасс в Бразилии показало распространенность ВИЧ-инфекции в 0,9%, причем все инфицированные были водителями-дальнобойщиками [106].

Водители часто лечатся самостоятельно, традиционными препаратами или лекарствами, купленными в дороге. Мобильный характер работы водителя не дает ему возможности воспользоваться услугами клиники. Водители часто сталкиваются с негативным отношением медицинского персонала и поэтому редко контактируют с системой здравоохранения. Водительская культура во многих странах предполагает наличие множественных сексуальных партнеров, демонстрации того, что водитель — «настоящий мужик». Тяжелые условия работы с частыми авариями заставляют водителей начинать верить в свою неуязвимость, когда они считают, что слишком крепки для любого заболевания, включая СПИД. Водители не чувствуют себя уязвимыми для ВИЧ-инфекции, несмотря на контакты с проститутками. Кроме того, заболевание кажется отдаленной угрозой в сравнении с опасностями, подстерегающими на дороге.

В целом можно отметить, что для водителей развивающихся стран характерна высокая частота ИППП, в особенности сифилиса, высокая распространенность которого коррелирует с частотой ВИЧ-инфекции. Наиболее напряженная ситуация складывается, судя по данным литературы, в Южной Азии, однако и в Африке она неблагоприятна, в особенности по причине того, что ВИЧ-инфекция вышла за пределы групп риска и генерализовалась.

2.1.3. Ситуация в странах Восточной Европы

Надо заметить, что индустрия трассовых проституток, ориентированных на водителей дальних рейсов, существовала еще во времена Советского Союза. Их услугами пользовались водители-дальнобойщики. Отправляясь в очередной рейс, водитель подсаживал в кабину проститутку. Три-четыре дня за определенную плату он получал сексуальные услуги, а потом перепродавал попутчицу кому-нибудь из своих коллег [12].

С тех пор многое изменилось, однако секс-индустрия, окружающая водителей дальних рейсов в странах бывшего СССР и странах Восточной Европы, осталась.

Исследование в Литве [11] проанализировало секс-индустрию, окружающую дальнобойщиков в порту. Фуры (вместе с водителем) могут оставаться в городе от нескольких часов до нескольких дней, ожидая погрузки или разгрузки. Все это время водители имеют возможность пользоваться услугами секс-работников. Машины паркуются на стоянках или просто вдоль дороги у парома. Большая часть машин до прибытия в порт следует по территории Литвы и других балтийских стран, Белоруссии, а также западных стран – Польши, Германии, Швеции. Работа на территории России считается опасной из-за рэкета, разбоя и злоупотреблений таможенной службы. В дороге водители могут пользоваться услугами трассовых проституток стран, по территории которых они проезжают. Из российских территорий водители проезжают лишь по близлежащей Калининградской области. В среднем водитель проводит в дороге 3–4 дня в неделю. В г. Клайпеда группа проституток, обслуживающая дальнобойщиков, является относительно небольшой (несколько человек). Они прибывают в течение дня, реже – ночью, на легковых машинах на терминал или к парому. Предлагают свои услуги водителям грузовых машин (фур). Водители-дальнобойщики также могут пользоваться услугами трассовых проституток практически на протяжении всего маршрута. Однако в черте города трассовые проститутки не работают [11]. К сожалению, данное исследование не представляло количественных данных, однако это компенсировалось другими исследованиями, выполненными в регионе.

Небольшое исследование (100 водителей) в Вильнюсе [204] показало, что 45% дальнобойщиков регулярно занимаются в дороге сексом, а 13% указали, что сексуальные услуги они получают в дороге иногда (т.е. 58% имеют в дороге случайные связи). Большинство сексуальных услуг предоставляются в Польше и России, чаще всего водители предпочитают вагинальный секс (95%), 47% указали, что с ними занимались оральным сексом, и 13% сообщили об анальном сексе.

Исследование на четырех пограничных переходах в Польше [204] показало, что большинство из 901 опрошенного водителя (48,4%) (осуществляющих международные перевозки) выезжают за рубеж два-три раза в месяц и еще 24% выезжают каждую неделю. 36,7% дальнобойщиков указали на то, что в дороге они иногда занимаются сексом,

а 5,6% в пути имели секс всегда. Большая часть сексуальных услуг оказывалась на территории Польши и России, немного меньше в Белоруссии и Украине, и лишь немногие (9,1%) сообщили о наличии случайных связей на территории Германии. Две трети дальнобойщиков утверждали, что используют презервативы, при этом 96,6% практиковали вагинальный секс, 21,5% — оральный и 4,5% — анальный.

В проведенном в Белоруссии исследовании [3] приняли участие 175 работниц коммерческого секса и 395 водителей-дальнобойщиков. Опрошенные водители проводят в среднем в пути 20 дней, и сексуальные услуги предлагались 84% из них, а 65% этими услугами воспользовались.

Не все водители использовали презервативы при контактах с проститутками (около 30% опрошенных), и основными указанными причинами были следующие:

- презерватив снижает сексуальное удовольствие — 27,1%;
- не пользуюсь, если считаю, что партнер надежен — 24,6%;
- не пользуюсь, когда занимаемся оральным сексом — 22,0%;
- я к этому не привык — 21,2%;
- не всегда есть в нужный момент под рукой — 21,2%;
- не считаю презервативы средством защиты от ВИЧ/СПИД — 10,2%;
- не всегда есть возможность его купить — 3,4%;
- другие причины — 4,2%.

Другими вариантами ответов были «по пьянке», «просто иногда не хочется использовать презерватив», «пользуюсь услугами постоянных женщин».

55% опрошенных женщин указали на то, что клиенты заставляли их заниматься сексом без презерватива и при этом 29,2% отметили, что не пользуются презервативом, если считают, что клиент здоров. В сексуальные контакты с клиентами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, приходилось вступать 86,3% женщин; с клиентами, находящимися в состоянии наркотического опьянения — 28% женщин. Визуальные наблюдения анкетеров, проводивших опрос, показали, что в момент опроса 40% опрашиваемых женщин были в состоянии алкогольного опьянения, 6,9% — в состоянии наркотического опьянения. 18,9% опрошенных женщин отметили, что имеют опыт употребления наркотиков внутривенно [3]. Важно отметить, что водители дальних

рейсов — важные группы клиентов низкооплачиваемых проституток, в том числе наркопотребительниц [11]. В Таллине работа на остановках большегрузных автомобилей также указывает на низкий статус проститутки [26]. При проверках проституток на трассе Санкт-Петербург — Москва в 2001 году до 35,8% из них оказались ВИЧ-инфицированными [7]. Почти 23% проституток Астаны выходят каждый день «на работу» в состоянии алкогольного опьянения, а 13,5% являются героиновыми наркоманками [15].

В Чувашской республике опрос 154 водителей-дальнобойщиков из 32 регионов России, следовавших через республику, показал, что 30,5% из них имели случайные половые связи, и 51,1% из них при этом не использовали презервативы [10]. Почти 10% опрошенных не смогли назвать пути передачи ВИЧ-инфекции, но 51,9% сообщили, что регулярно обследуются на ВИЧ-инфекцию.

В Казахстане среди водителей, едущих транзитом через Актюбинскую область, 70% не знают о мерах профилактики ВИЧ-инфекции и только 30% пользуются презервативами, а 10% проходили когда-либо обследование на ВИЧ [16].

Таким образом, в западных регионах территории бывшего СССР частота использования услуг проституток значительно выше, чем в Западной Европе и США, но меньше, чем в Юго-Восточной Азии и Центральной Африке, где она составляет более 80%. Аналогичным образом хуже, чем в Западной Европе, но лучше, чем в Азии и Америке, обстоит в странах бывшего СССР ситуация с использованием презервативов.

Следует иметь в виду, что все описываемые выше исследования, впрочем, как и исследования на территории стран бывшего СССР, страдают одним очень серьезным недостатком: они описывают ситуацию среди водителей, не затрагивая поведения риска сравнимой по возрасту и социальному статусу группы людей, не являющихся мигрантами. В отрыве от этих данных сведения по распространенности ВИЧ-инфекции, например, являются сложно интерпретируемыми. Факт, что 16% водителей ВИЧ-инфицированы, может означать как то, что они — группа риска (если распространенность ВИЧ-инфекции в соответствующей немобильной популяции, скажем — 8%), так и то, что профессия водителя является протективной (при распространенности в популяции 25%). Иногда полученные данные сравниваются со среднепопуляционными, однако это тоже плохой ориентир, поскольку, в зависимости

от методологии, цифры могут относиться ко всей популяции, включая стариков и детей (например, в Российской Федерации), либо рассчитаны на основании обследования беременных женщин, не сравнимых с водителями по социально-экономическому статусу. При этом следует помнить, что адекватно организованные исследования в Китае, упоминавшиеся выше, показали, что реальных отличий в поведении риска мигрантов и местного населения нет. Еще одной проблемой является то, что во многих исследованиях игнорируется регион исхода водителей. Из того, что распространенность хронического инфекционного заболевания у водителей, измеренная в городе X, выше (ниже), чем в популяции этого города, нельзя делать никаких выводов, пока не проанализирована распространенность этого заболевания в регионе исхода водителей. Важно помнить, что ВИЧ-инфекция не является высокозаразным заболеванием при отсутствии кофакторов заражения, вне периода начальных проявлений и СПИД. Соответственно, если водители сообщают о 100 контактах с работницами коммерческого секса в год, даже если распространенность ВИЧ у них составляет 50%, то вероятность водителя заразиться от вагинального секса составляет около 5% (что совпадает с данными по заболеваемости ВИЧ водителей в Африке), однако в странах с более низкой пораженностью проституток она будет соответственно много ниже, а при меньшей частоте коммерческого секса и того ниже.

Еще одной проблемой является отделение культурно детерминированного спроса на коммерческий секс от профессионально детерминированного, иными словами, являются ли зарегистрированные данные по контактам с проститутками производными от принадлежности к профессиональной группе (дальнобойщики) или к определенной культурной среде региона исхода. К сожалению, ответить на этот вопрос достаточно сложно, поскольку данные по потреблению коммерческого секса в мире собираются не очень часто. Только в 2006 году был опубликован суммарный анализ [47], который показал, что всего в мире проституток ежегодно посещают 9–10% мужчин. При этом в Центральной Африке эта величина составила 13–15%, 10–11% в Восточной и Южной Африке и 5–7% в Азии и Латинской Америке¹². Эти данные впервые показывали, что действительно, водители-дальнобойщики являются группой риска ввиду очень частой покупки сексуальных услуг, причем в Азии

¹² Интересно, что процент тех, кто действительно платил за секс, был ниже – иными словами, в большинстве случаев мужчины считали, что они дают деньги, но не покупают секс

они покупают услуги значительно чаще, чем общая популяция, и там эти различия между водителями и мужчинами других профессий больше, чем в других регионах мира.

В целом можно заметить, что, несмотря на большое количество публикаций, реальная оценка роли водителей-дальнобойщиков в распространении ВИЧ-инфекции продолжает базироваться больше на теоретических предположениях и допущениях, чем на строго установленных фактах, и нуждается в дополнительном изучении, хотя уже приводит к само-стигматизации водителей¹³. Скорее всего, риск дальнобойщиков является производным от риска заражения в регионе исхода и ситуации среди работниц коммерческого секса, а также культурных особенностей региона исхода, регулирующих внебрачный секс, и региона пребывания в отношении секс-индустрии и норм поведения в ней. Соответственно, организация профилактических программ без учета ситуации в секс-индустрии и воздействия на нее вряд ли может рассматриваться как адекватная.

2.1.4. Профилактические программы среди дальнобойщиков

Несмотря на то, что иногда считается, что водителей дальних рейсов нужно рассматривать не по национальным признакам, а как единую профессиональную группу, своеобразную самостоятельную категорию [9], проводившиеся этнографические исследования показывают, что поведение дальнобойщиков в разных странах отличается.

Так, например, в Нигерии водители не так часто пользуются услугами проституток и, более того, имеют достаточно большое количество партнеров в последнее время (в среднем по одному на каждую ночь в пути [147]), несмотря на относительно небольшое количество партнеров в жизни и в последний год. Это объясняется тем, что водители заводят себе постоянных партнерш вдоль пути следования и останавливаются у них, получая практически домашний уют, питание и сексуальные услуги, за которые они экономически поддерживают этих женщин. Следует отметить, что женщины не являются моногамными и на следующую ночь могут принимать другого водителя, однако при этом формируются относительно устойчивые сети.

¹³ Бразильские водители считают, что это они ответственны за распространение СПИДа [127]

В Индии водители пользуются услугами большого количества протитутков.

В Зимбабве большинство водителей имели жену и постоянную подругу, но пользовались в дороге услугами протитутков, хотя их число было значительно меньшим, чем в Индии [125]. Часть водителей-дальнобойщиков демонстрируют высокий уровень промискуитета, поскольку отсутствуют социальные санкции за такое поведение, часть имеют случайные связи опять же из-за ослабления социальных санкций, что сопровождается алкогольной или наркотической интоксикацией, одиночеством или любопытством [138].

Кроме того, являясь группой риска, водители используют целый ряд психологических стратегий, направленных на нейтрализацию внутреннего конфликта между знанием об угрозе и продолжающимся поведением риска. К этим стратегиям относятся [212]:

- Сознательное игнорирование риска
- Фатализм
- Экономическая рационализация
- Категоризация партнеров и селективное использование презервативов
- Сознательное игнорирование ВИЧ-статуса
- Отказ от ответственности за практику безопасного секса

Эти факторы должны учитываться при планировании профилактических программ, поскольку в противном случае желаемого эффекта добиться не удастся. Так, например, среди индийских водителей проводилось профилактическое вмешательство, состоявшее из группового занятия, включавшего 5 интерактивных заданий, информировавших и мотивировавших к использованию презервативов. Результатом явилось то, что водители изменили свое отношение к презервативам, но в первую очередь с супругами. Опрос после завершения показал некоторое увеличение использования презервативов, опосредованное изменением отношения к их использованию с супругами [24]. Такое вмешательство сложно назвать эффективным, поскольку оно не направлено на наиболее важную стадию — предотвращение заражения водителя. Учитывая неполную эффективность презервативов, заразный водитель в конце концов заразит супругу, даже если и будет чаще использовать презервативы.

Более того, профилактическая программа в Нигерии показала, что, несмотря на хорошие знания о профилактике и путях передачи ВИЧ-инфекции, лишь немногие используют презервативы регулярно. Сопrotивление использованию презервативов в этой группе молодых мусульман было велико даже через четыре года профилактической программы [115]. Это показывает, что бездумный «информационный» подход среди водителей не работает.

Данный вывод подтверждается и в других странах. Так, улучшение знаний о ВИЧ-инфекции в Индии не превратилось в практику более безопасного секса [184], а в другом исследовании было показано, что знаний недостаточно, чтобы развеять ошибочные представления водителей-дальнобойщиков в области ВИЧ/СПИД [205].

Кроме того, по крайней мере одно исследование показало, как важно адекватно оценивать эффективность вмешательства. Анализ использования образовательных аудиокассет продемонстрировал, что значительное улучшение знаний в области ВИЧ-инфекции среди дальнобойщиков не было связано с аудиокассетами. Это как раз и подтвердило важность наличия контроля в исследованиях, оценивающих эффективность вмешательств [19].

Однако в ряде случаев авторы исследования не пытались оценить эффективность, а просто были призваны поразить воображение объемом, хотя вряд ли могли оказать какое-то реальное воздействие на ситуацию. Так, в Эфиопии в рамках программы профилактики были распространены «86 тысяч презервативов, 34 тысячи брошюр и 600 образовательных кассет 52 тысячам водителей и тысячам пассажиров и помощников водителей» [28], однако, если проанализировать, на сколько половых актов хватило бы этих презервативов только для водителей (используя достаточно консервативные данные по числу контактов с проститутками [75] и количество половых актов проститутки с одним клиентом [69]), то получается цифра в 6,9% половых актов. Вряд ли такую программу можно считать успешной.

Действительно адекватно спланированных профилактических программ, направленных на снижение риска инфицирования водителей, было немного. Профилактические программы в Танзании и Зимбабве сводились к работе с проститутками, зачастую в небольших общинах и тех местах, где они работают (остановки большегрузных автомобилей). Программы были направлены на привлечение общественных

и социальных лидеров и ставили своей задачей как можно более широкое использование презервативов [125]. В Зимбабве вдоль всех основных транспортных артерий были в 21 месте начаты программы, которые, используя традиционные методы африканского пения и драмы, доносили до слушателей информацию о необходимости снижения количества партнеров и использования презервативов. Интересно, что количество партнеров стало снижаться и у проституток, на которых было направлено вмешательство. Кроме того, значительные усилия были направлены на то, чтобы преодолеть враждебность между сотрудниками венерологических клиник и проститутками. В результате всех усилий уровень рискованного поведения снизился [138], однако точно определить, было ли это результатом вмешательства или просто изменения ситуации в стране, сложно.

В Кении [56] для снижения риска заражения водителей ВИЧ проводились выездные акции мобильными группами, состоявшими из врача, медицинской сестры, специалиста по гигиеническому воспитанию, ассистента и водителя. В каждой транспортной компании проводились неформальные групповые дискуссии, распространялись информационные материалы, проводилось обследование на ИППП и бесплатно распространялись презервативы. За время наблюдения (более одного года) удалось добиться снижения количества сексуальных партнеров высокого риска¹⁴ и снижения распространенности гонореи¹⁵, негонококковых уретритов и заболеваний, сопровождающихся изъязвлениями на гениталиях (с 9,6% до 3,4%).

В Танзании было организовано вмешательство, базировавшееся на равных консультантах, подготовленных из проституток, водителей-дальнобойщиков и их помощников, проводивших занятия на остановках большегрузных автомобилей. Они использовали беседы с глазу на глаз, обсуждение в группах, просмотр видеоматериалов, распространение информационных материалов, футболок, сумок, распространение и рекламу презервативов, использование культурных групп и религиозных лидеров. Вмешательство было хорошо воспринято, спрос на презервативы вырос, были закрыты два борделя, несколько проституток сменили профессию [109]. Это показало, что обучение равными является эффективным способом диссеминации информации [161].

¹⁴ В реальности количество водителей, использовавших услуги проституток, снизилось с 10% до 8%, а случайные связи с 50% до 40%, что вряд ли можно рассматривать как значительный успех

¹⁵ Опять-таки с 17,7% до 16,8%

Вообще систематический анализ эффективности обучения равными показал, что на эту тему были опубликованы 17 статей, 12 из которых описывали вмешательства в Экваториальной и Южной Африке, 4 в Юго-восточной Азии, 1 в Центральной Азии и 1 в регионе Карибского моря. Целевые популяции включали в 6 случаях молодежь, в 7 — работников коммерческого секса, в двух — водителей-дальнобойщиков, в одном — заключенных и в одном — сотрудников компании. 11 исследований продемонстрировали увеличение знаний в области ВИЧ-инфекции, 8 — увеличенное использование презервативов, два показали увеличение восприятия риска ВИЧ-инфекции и три продемонстрировали снижение барьеров к использованию презервативов. Кроме того, одно исследование продемонстрировало снижение заболеваемости гонореей [194].

Уже первые профилактические вмешательства в Индии включали предоставление информации и бесплатных презервативов на стоянках. Выяснилось, что для водителей очень важна анонимность и возможность иметь место, где бы можно было отдохнуть, послушать музыку, попить чаю, поговорить друг с другом и консультантами [173]. Важным также оказалось дополнить профилактические программы доступностью презервативов в местах базирования грузовиков и позиционировать презерватив как устройство двойного предназначения — для предотвращения беременности и ИППП/ВИЧ [207].

Как развитие описанной выше идеи вдоль автотрассы Калькутта — Тамил Наду были открыты «бесплатные чайные» [73], где водители могли бесплатно выпить чаю, воды, могли дешево купить презервативы и сигареты, им предоставлялись настольные игры для отдыха и медицинские услуги. Вначале водители неохотно посещали медицинские клиники, но через шесть месяцев в них приходило достаточно большое количество посетителей. Чайные также играли важную общественную роль, позволяя найти работу бывшим водителям и проституткам, которые по возрасту не могли больше продолжать работать [125]. Результаты исследования планируется внедрить и в Кении, где планируется открытие центров по профилактике ВИЧ вдоль основных автомагистралей страны, в первую очередь связывающих портовые города с регионами в глубине африканского континента. Уже начали работу 20 таких центров, первый из которых открылся в городе Момбаса — главном порту Кении. Центры рассчитаны на транспортников, портовых рабочих и женщин, вовлеченных в секс-бизнес. Среди предлагаемых услуг — не только консультирование и тестирование на ВИЧ, но и доступный ночлег и питание [8]. Здесь следует обратить внимание на то, что цен-

тры предлагают гостиничные услуги, тем самым решая упоминавшуюся выше проблему, что отсутствие места проживания иногда заставляет водителей проводить время у проституток.

Вообще достаточно интересным является пример США, где места стоянки большегрузных автомобилей отделены от мест стоянки и заправки пассажирских автомобилей, при этом место стоянки имеет столовую, номера для отдыха, где водитель может выспаться, имеются возможности помыться и освежиться, есть почтовое отделение, банкомат и комнаты отдыха с видеоиграми. Доступ в жилую часть комплекса ограничен и, соответственно, только водители могут там находиться [125]. В сочетании с упоминавшимися ранее данными [100] о том, что грузовики оснащены системами слежения, которые контролируют их местонахождение, а водителям запрещено отклоняться от маршрута и брать попутчиков, подобный жесткий контроль сводит до минимума возможность коммерческого секса¹⁶.

Осознавая опасность приграничных переходов, о которых было написано выше, Всемирный Банк начал программу по облегчению проезда по коридору, соединяющему пять западноафриканских государств (стоимость проекта — 12,7 миллиона средств Банка, по миллиону евро внесли правительства пяти африканских стран), причем программа будет осуществляться в сочетании с индивидуализированной профилактикой в приграничных учреждениях, таких, как бары, рестораны и отели [213].

В принципе, использовались и другие методы борьбы с риском заражения ВИЧ-инфекцией, однако их эффективность в настоящий момент не доказана. Так, например, просто просветительская работа, как, например, ряд акций, организованный в 2002 году молодежным объединением «Яблоко», когда на автостоянках, автозаправочных станциях и в придорожных кафе лекторы проводили с водителями беседы о методах профилактики СПИДа [14], вряд ли имела серьезное воздействие на ситуацию. Интересный подход к решению вопроса о знаниях водителей в области ВИЧ/СПИД решило использовать правительство Камбоджи, которое в 2009 году приняло решение добавить вопросы о ВИЧ и СПИДе в письменный экзамен на получение водительских прав [6]. Правда, не совсем понятно, как это повлияет на уже работающих водителей-дальнобойщиков, для снижения риска у которых все

¹⁶ Тем не менее во Флориде примерно треть дальнобойщиков имела частые сексуальные связи в пути, обычно с проститутками и незащищенные[89].

и задумывалось. Ну и, наконец, в Индии, в штате Гуджарат, где работают более 8 миллионов рабочих-мигрантов, было принято решение раздавать презервативы посетителям подпольных порносалонов. Комментируя решение, представитель департамента здравоохранения пояснил, что мигранты и водители-дальнобойщики не перестанут смотреть порнографические фильмы и посещать секс-работниц, однако необходимо, чтобы они перестали заниматься незащищенным сексом [5].

В целом же можно заметить, что количество профилактических вмешательств с доказанной эффективностью среди водителей дальних рейсов мало, и неизвестно даже, насколько данные, полученные в Африке и Азии, применимы в других странах, учитывая разные структурные факторы уязвимости.

Вместе с тем можно отметить, что эффективными как с теоретической, так и с практической точки зрения являются структурные программы, направленные на устранение некоторых причин, побуждающих водителей прибегать к услугам проституток — создание мест отдыха с возможностью расслабиться, не прибегая к помощи алкоголя и секса, а также культурно-адекватные профилактические программы, основанные на равных консультациях. Чисто информационные кампании вряд ли являются эффективными, кроме того, кампании, не учитывающие культурные особенности популяции, из которой пришли водители, также обречены на провал.

2.2. Цыгане

Цыгане — это собирательное название около 80 этнических групп, объединенных общностью происхождения. Исторически цыгане вели кочевой образ жизни (хотя в настоящее время во многих местах они перешли к оседлому образу жизни) и в Европе относились к одному из наиболее преследуемых и дискриминируемых национальных меньшинств. Во время Второй мировой войны нацисты уничтожали цыган вместе с евреями.

Сейчас цыгане живут во многих странах Европы, Передней и Южной Азии, а также в Северной Африке, Северной и Южной Америке и Австралии. Численность их по разным оценкам определяется от 2,5 до 8 млн. и даже 10–12 млн. человек. В СССР насчитывалось 175,3 тысячи человек (перепись 1970). В России по переписи 2002 года

проживало около 183 тысяч цыган. В Южной Европе цыгане составляют 6–9% населения.

Дискриминационное отношение к цыганам во многом сохраняется, причем даже в развитых европейских странах. Например, в 2008 году Европейский Парламент указал Италии на недопустимость поголовного снятия отпечатков пальцев у цыганского населения страны¹⁷). Расизм и дискриминация признаются существующими на локальном уровне во многих странах, например, в Великобритании [114].

Характерным для многих цыганских общин, в особенности Центральной и Восточной Европы, является их бедность. В Литве вильнюсская община крайне бедна, и многие ее жители неграмотны [84]. Опубликованный в 2003 году отчет программы развития ООН пришел к выводу, что цыгане Восточной и Центральной Европы живут в условиях, близких к таковым у населения экваториальной Африки. Один из шести цыган постоянно чувствует голод, и один из трех детей не может закончить даже начальную школу. Этим выводам вторит отчет Фонда Сороса, опубликованный в апреле 2007 года, указывающий на крайнюю бедность среди цыган, которая связана с отсутствием образования. Заболеваемость и смертность цыган значительно выше, чем у другого населения местности, где они проживают [185].

Культурным фактором, характерным для цыган, является нежелание женщин обсуждать интимные и сексуальные вопросы с медработниками-мужчинами. Строгое культурное табу воздействует на общение с врачами противоположного пола и влияет на отказы от обследования. Строгая структура общины, в которой большая часть решений делегируется старейшинам и мужчинам, означает, что ряд медицинских проблем может решаться неоптимальным образом.

Вместе с тем рандомизированное контролируемое исследование показало, что при идентификации социальных структур цыган и вовлечении их лидеров в профилактическую программу распространенность поведения риска (незащищенных половых актов) снизилась [162].

Ряд данных показывает, что цыгане относятся к системе здравоохранения недоверчиво, и это отношение усиливается расистскими

¹⁷<http://www.mg.co.za/article/2008-07-21-gypsy-girls-corpse-on-beach-in-italy-fail-to-put-off-sunbathers>

и малотолерантными высказываниями медработников. Кроме того, постоянная мобильность приводит к нарушению преемственности лечения и плохому следованию рекомендациям врача [114].

Цыгане относятся к популяции, которая традиционно ведет мобильный образ жизни, и поэтому знание особенностей поведения этой группы является важным для эпидемиологии ВИЧ и других контактных инфекций. При этом они рассматриваются как группа риска инфицирования ВИЧ [209, 210].

Как отмечается в Методических рекомендациях Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации, «цыгане, являющиеся этнической группой, в силу исторических причин склонной к постоянной миграции, в России сыграли существенную роль в распространении ВИЧ среди потребителей наркотиков, так как отдельные группы цыган, переезжая с территории на территорию, организовывали нелегальную торговлю наркотиками для парентерального введения. При этом часть цыган заражалась ВИЧ, становясь позднее источниками заражения на других территориях» [13].

До недавнего времени потребление наркотиков было неприемлемым для цыган, однако в последнее время эта ситуация стала меняться, во многих странах — за счет привыкания к использованию наркотиков в местах заключения [114]. В Вильнюсе в цыганской деревне из 240 жителей 40 оказались потребителями наркотиков [84].

К сожалению, пока еще достаточно мало известно об особенностях поведения риска среди цыган и распространенности инфекционных заболеваний. Изучение сексуального поведения цыган в Болгарии показало, что среднее количество сексуальных партнеров у мужчин составило 2,4 за последние три месяца, 72% мужчин занимались с женщинами в течение последних трех месяцев анальным сексом, 75% которого было незащищенным, а 10% сообщили об анальном сексе с другим мужчиной. 16% мужчин продавали секс и 32% платили за него [88]. В другом исследовании среднее количество партнеров у мужчин составило 7 человек за год, 59% сообщили о множественных партнерах в течение последних трех месяцев. Более половины (51%) указали на незащищенный анальный секс, причем 59% имели секс с женщиной. При этом 22% перенесли ИППП [102]. У мужчин было в среднем по 13 сексуальных партнеров, включая мужчин и женщин [103].

Полученные данные, не соответствующие описаниям ситуации в других цыганских общинах (например, Великобритании), нуждаются в дополнительном изучении, в особенности в проверке культурной адекватности использовавшихся исследовательских методов. Известно, что, например, при детальном опросе было показано, что термин «анальный секс» часто неправильно интерпретируется южноафриканцами как синоним секса «по-собачьи» или орального секса [140]. Аналогичным образом высокая распространенность анального секса и секса мужчин с мужчинами у болгарских цыган нуждается в подтверждении и дополнительном изучении.

Среди обследованных в Иране цыган была выявлена достаточно высокая распространенность маркеров гепатита В и С, а также в 1,8% случаев была выявлена ВИЧ-инфекция, что резко контрастирует с частотой около 1 случая на 10 тысяч человек в иранской популяции в целом [27].

Этнографические данные показывают, что цыгане-мужчины имеют большую сексуальную свободу как до, так и во время брака, имеют многочисленных внебрачных партнеров, с которыми занимаются незащищенным сексом [76]. Это все приводит к значительному распространению инфекций с контактным путем передачи: так, например, среди венгерских цыган отмечается значительная распространенность гепатита В (27%), сифилиса (2%) и признаков перенесенного гепатита А (80%) [80]. С другой стороны, распространенность хламидиоза среди женщин-цыган в Словакии была ниже, чем у сексуально-активных студенток (3,9% по сравнению с 8,9%), и при этом среди них не было выявлено случаев гонореи или ВИЧ-инфекции [46].

Изучение институционализированной популяции вначале продемонстрировало высокую частоту ВИЧ среди цыган [177], однако последующие исследования продемонстрировали, что распространенность гемоконтактных инфекций среди этой этнической группы в тюрьме была низкой [153], и вообще распространенность ВИЧ в этой этнической группе в Испании низка [65]. В Вильнюсе даже среди много вводящих себе наркотики цыган-наркоманов не было ни одного случая ВИЧ-инфекции [84].

3. Заключение

3.1. Риск и уязвимость мигрантов

На сегодняшний день проведенные исследования четко показывают, что во многих странах мира у мигрантов более высокая распространенность ВИЧ-инфекции, чем в стационарной популяции [198, 107, 51], что особенно заметно в Африке, где, например распространенность у женщин-мигрантов составляет 46% в сравнении с 34,7% среди не-мигрантов [168], а в провинции Квазулу-Наталь инфицировано 41% женщин-мигрантов в сравнении с 13,5% не-мигрантов [51]. Среди мигрантов в 5–15 раз выше распространенность ВИЧ, гепатитов В и С [151]. При этом в Европе мигранты составляют непропорционально большое количество среди инфицированных ВИЧ лиц, например в Великобритании большее количество случаев ВИЧ-инфекции приходится на мигрантов, особенно из африканских стран [39]. Также достаточно высока частота ВИЧ-инфекции и среди мигрантов в странах бывшего СССР [31].

При анализе влияния миграции на процессы распространения ВИЧ-инфекции следует делать различия между тремя группами факторов. Первые являются механическими, когда миграция соединяет регионы с высокой распространенностью с регионами с низкой. Этот тип факторов существовал всегда, и он является наиболее простым для учета. Однако проведенные исследования показывают, что это не единственная группа факторов, которая может повышать риск распространения ВИЧ-инфекции при миграции. Меняется поведение людей, и тут уже речь может идти о рисках, связанных с миграцией, или же об уязвимости мигрантов. В обоих случаях

риск инфицирования повышается для мигрантов непропорционально высоко в сравнении с регионом исхода или пребывания. Однако различия в причинах между двумя последними группами определяют тактику возможного вмешательства. Напомним, что:

- риск — определяемая индивидуальным поведением вероятность инфицирования вследствие наличия множественных сексуальных партнеров, занятия незащищенным сексом, совместного использования игл и шприцов, наличия нелеченных ИППП или занятие сексом под влиянием алкоголя или наркотиков.
- уязвимость — индивидуальная или общественная неспособность контролировать риск инфицирования вследствие факторов, находящихся вне контроля индивидуума. Такими факторами являются бедность, неграмотность, пол, проживание в сельской местности, статус беженца и т.п.

Иными словами, риск может быть изменен вмешательствами на индивидуальном уровне, тогда как уязвимость — нет. Уязвимость может быть снижена только путем структурных преобразований. Естественно, что зачастую реальность находится между двумя крайностями, например, культурные факторы можно рассматривать одновременно и как риск, и как уязвимость.

Соответственно, более высокий риск ВИЧ-инфекции у мигрантов может являться следствием того, что:

1. Они являются выходцами из популяции с более высокой распространенностью.
2. Они являются группой с высокорискованным поведением (у них высокий *риск*).
3. Они находятся в сложной ситуации (*уязвимые*).

Если справедливы два последних предположения, то профилактика должна быть организована в регионах пребывания, а не путем скрининга в транзитных регионах (последнее, однако, более эффективно в первом случае). При этом очевидно, что первое обстоятельство характерно для Европы, где достаточно много выходцев из стран Африки, однако вряд ли справедливо для Российской Федерации, которая имеет более

высокую распространенность ВИЧ-инфекции в сравнении со странами, являющимися для нее поставщиками рабочей силы. При этом следует учитывать, что мигранты обычно даже несколько здоровее среднего жителя региона исхода (т.н. «лососиная» гипотеза¹⁸ [200]). Это подтверждается и данными исследований, показавших, что в противоположность данным, получаемым при обследовании групп в регионах пребывания, в транзитных регионах нет увеличенной распространенности ВИЧ-инфекции среди мигрантов [95], а результаты моделирования позволяют сказать, что основной механизм распространения ВИЧ в Южной Африке — изменение сексуального поведения, а не механическое соединение регионов с высокой и низкой распространенностью [50].

Поскольку приведенные выше данные результатов исследований в Азии, Африке и Америке однозначно показывают, что мигранты относятся к группе с высоким риском, чрезвычайно важным становится разделение причин этого на собственно риск и уязвимость. Данные показывают, что более сильное влияние оказывает, вероятно, вторая группа причин, относящаяся к уязвимости. После коррекции по полу, возрасту, образованию и гражданскому состоянию различия в сексуальном поведении между будущими мигрантами и теми, кто остается, отсутствуют как у мужчин, так и у женщин [144]. Результаты исследований в Китае показывают, что наиболее важным фактором, опосредующим связь между миграцией и риском ВИЧ-инфекции, является снижение социального контроля [220]. Как грустно заметил М. Лугиэ, «если вы хотите добиться распространения венерического заболевания, необходимо взять тысячи молодых мужчин, изолировать их от семей, поселить их в общежитиях и дать им легкий доступ к алкоголю и коммерческому сексу. Затем, чтобы распространить заболевание по всей стране, периодически их надо отправлять домой к женам и подругам».

Не случайно поэтому восстановление социального контроля в виде совместного проживания с семьей приводит к снижению скорости распространения ВИЧ-инфекции [64]. Аналогичную роль восстановления социального контроля играют программы «писем к любимым», в рамках которых жены пишут мужьям-мигрантам письма, напоминающая им о риске ВИЧ-инфекции [119], и программы обучения равными [61].

¹⁸ Как и в случае с лососем, отправляющимся на метание икры против потока воды, что приводит к тому, что только самые сильные и здоровые рыбы размножаются, только самые сильные и здоровые люди могут вынести тяготы миграции

Иными словами, программы профилактики среди мигрантов должны быть направлены не просто на повышение среди них знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции, но и на изменение структурных факторов, ведущих к уязвимости и восстановлению социального контроля. Кроме того, учитывая более позднее тестирование на ВИЧ и сложности с оказанием медицинской помощи, возникает необходимость адаптировать не только профилактику, но и лечение и уход за ВИЧ-инфицированными так, чтобы достичь мигрантов [82]. Не случайно поэтому в настоящий момент рекомендуется дополнить стандартную парадигму профилактики ВИЧ — ВВП (верность, воздержание, презерватив), новой — ПМЭ (пол, миграция, экономика) [59] и распространить ее и на весь спектр мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции. Правда, при этом стоит помнить, что иногда культурные факторы работают в противоположном желаним специалистов общественного здоровья направлении.

3.2. Профилактика среди мобильных групп — точка зрения МЗСР РФ

На тему профилактической работы среди мигрантов написано достаточно много и, в качестве важного для специалистов российского здравоохранения примера, приведем рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [13].

С точки зрения авторов этого документа, «основным мероприятием по предупреждению распространения ВИЧ является обучение населения навыкам менее опасного в плане заражения ВИЧ поведения».

Далее в документе отмечается, что «далеко не все группы мигрирующего населения представляют собой организованные контингенты, просветительные мероприятия в которых могут носить направленный характер. Неорганизованные контингенты мигрантов могут быть охвачены просветительными мероприятиями при проведении общих мероприятий».

Общие мероприятия по профилактике ВИЧ, направленные на просвещение мигрирующих контингентов, могут осуществляться на вокзалах, автовокзалах, в аэропортах, портах, непосредственно на транспортных средствах, в пересадочных узлах и т.п. К этим мероприятиям может быть отнесено применение наглядной агитации: плакатов, буклетов, раздача листовок; продажа презервативов, в том числе путем установки

автоматов для розничной продажи презервативов. Для информирования путешественников могут быть использованы также радиообъявления на транспортных средствах, на вокзалах, в аэропортах и портах, а также видеoinформация. К работе по просвещению международных путешественников могут быть привлечены службы, осуществляющие пограничный санитарный контроль.

Часть работы по проведению просветительных мероприятий с наиболее стигматизированными группами мигрантов (КСР, незаконные мигранты) может выполняться неправительственными организациями.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди водителей-дальнобойщиков должна осуществляться путем просветительных мероприятий (лекций, распространения листовок, буклетов) на предприятиях, в которых работают шоферы. Проведение этих мероприятий должно контролироваться органами санитарно-эпидемиологического надзора и медицинскими работниками, контролирующими состояние здоровья водителей. Среди водителей-индивидуалов информация о путях предупреждения заражения может распространяться в местах массовых стоянок, в пунктах питания водителей, на заправочных станциях. Определенную роль могут играть плакаты, расположенные вдоль транспортных путей. Наличие соответствующей наглядной агитации (стенды, плакаты и т.п.) также должно контролироваться органами санитарного надзора.

Просветительские мероприятия среди транспортных служащих, моряков, речников, кроме вышеперечисленных общих мероприятий на транспорте, должны осуществляться медицинскими службами (Министерства путей сообщения, водного транспорта и т.п.), ответственными за состояние здоровья этих контингентов, под контролем соответствующих санитарных служб.

Временные и сезонные рабочие должны быть охвачены просветительскими мероприятиями уже в период найма на работу. Соответствующие мероприятия должны быть рекомендованы компаниям, организующим набор рабочих, и работодателям органами санитарного надзора. Целесообразно распространение информации среди этой группы в период транспортирования к месту работы и в период работы по найму.

Контролирующие службы надзора должны стимулировать участие работодателей в просвещении нанятых ими рабочих и служащих.

Цыгане могут получать информацию на территории их временного (или постоянного) расположения от представителей местных органов санитарного надзора, местных медицинских организаций и НКО. Целесообразно начинать обучающие мероприятия непосредственно через руководителей цыганских общин.

Военнослужащие должны получать специальное обучение в организованном порядке, в том числе при медицинском обследовании, до отправки их в районы дислокации. Дополнительное обучение должно проводиться в местах расположения с учетом местной ситуации.

Информирование туристов и бизнес-мигрантов может осуществляться туристическими компаниями и компаниями, оформляющими выездные документы. Надзорные органы должны настоятельно рекомендовать данным организациям распространять среди клиентов материалы по предупреждению заражения ВИЧ во время пребывания в путешествии.

Профилактические мероприятия среди беженцев должны осуществляться миграционными службами и организациями, оказывающими им поддержку в местах временного проживания. Иммигранты должны проходить обязательное обучение в период адаптации. Ответственность за эту работу должна быть возложена на иммиграционные службы.

Мигранты, независимо от группы, к которой они принадлежат, должны получить базовую информацию о ВИЧ/СПИД и путях предупреждения заражения. Следует учитывать, что незнание языка может стать непреодолимым барьером при попытке обучения определенных групп мигрантов навыкам безопасного в плане заражения ВИЧ поведения. Необходимо иметь соответствующие обучающие материалы на языках мигрантов, наиболее часто оказывающихся на данной территории, привлекать к работе носителей языка, использовать ресурсы национальных общин. Информация должна быть изложена простым языком, понятным малообразованным слоям населения, к которым часто относятся представители мигрирующих групп.

Кроме очевидной мотивации сохранения здоровья, дополнительной мотивацией для мигрантов является сохранение возможности работать за рубежом (в условиях депортации ВИЧ-инфицированных иностранцев), сохранение здоровья членов семьи. Соблюдение режима толерантности должно быть обязательным условием при информировании

мигрирующих слоев населения. Как правило, все «чужаки», включая даже бизнесменов и предпринимателей, не говоря уже о наемных «иностранных» рабочих, цыганах или КСР, подвергаются той или иной степени дискриминации или негативного отношения среди части местного населения. Практически во всех странах мира были отмечены попытки возложить ответственность за распространение ВИЧ/СПИД на иностранцев.

Стигматизация и дискриминация являются факторами, препятствующими эффективному проведению любых профилактических мероприятий. Негативную роль играет также дискриминация людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Из информации по предупреждению распространения ВИЧ должны быть тщательно удалены мотивы негативного отношения к мигрантам.

Большое значение имеет информация о том, что ВИЧ не передается бытовым путем, по воздуху, через пищевые продукты».

3.3. Необходимость учета культурных особенностей

Следует, однако, обратить внимание на то, что основной проблемой при организации профилактических мероприятий среди мобильных групп населения и мигрантов является необходимость учета их культурных особенностей или наличия субкультуры определенной профессиональной деятельности, а также наличия у мобильной популяции уязвимости к ВИЧ-инфекции, определяемой не индивидуальными, а структурными факторами. Без учета культурных особенностей [208] и структурных факторов профилактическое вмешательство, как было показано выше на примере водителей-дальнобойщиков, может оказаться неудачным.

Далее мы укажем на некоторые культурные особенности мигрантов как особой популяции и на проблемы, возникающие при осуществлении профилактики ВИЧ-инфекции, а также обсудим значимость структурных факторов в профилактике.

Структурные факторы определяются как физические, социальные, культурные, организационные, общественные или политические аспекты окружения, которые способствуют или противодействуют усилиям по предотвращению ВИЧ-инфицирования [97].

Существует модель, которая описывает структурные факторы как часть непрерывной цепи факторов, находящихся на разной дистанции от риска заражения ВИЧ. Дистальные факторы определяют риск через большую череду различных причинно-следственных связей по сравнению с проксимальными факторами. Макроэкономические факторы, такие, как состояние национальной экономики или культура управления, являются наиболее дистальными. Миграция и урбанизация характеризуют местный контекст и поэтому являются более проксимальными. В свете обсуждаемой темы длинные очереди грузовиков на границах и экономическая бедность приграничных районов являются наиболее проксимальными структурными факторами транзакционного секса водителей -дальнобойщиков.

С другой стороны, все факторы, влияющие на вероятность заражения, можно делить на суперструктурные (экономическое развитие и национальные особенности), структурные, к которым относятся политика и законы страны, что в свою очередь влияет на окружение человека (факторы среды) и самого человека (индивидуальные факторы). Надо заметить, что разделение факторов на проксимальные и дистальные не является взаимоисключающим относительно суперструктурных, структурных факторов, факторов среды и индивидуальных факторов, а дополняет их [97].

Структурные подходы включают в себя политику и программы, направленные на изменения условий жизни людей, а ряд структурных преобразований могут катализировать структурные и политические изменения. При этом надо детально планировать вмешательства так, чтобы они не приносили неожиданные результаты¹⁹, как например, одно из вмешательств в Африке, которое предполагало выдачу займов женщинам для развития собственного дела (и снижения их зависимости от мужчин и секс-работы), а в реальности привело к тому, что женщинам для получения гарантий на заем необходимо было задействовать свои сексуальные сети [97].

К структурным факторам относятся и социально-культурные. Культура мигрантов складывается из нескольких компонентов. Во-первых, это очевидный культурный компонент региона исхода. Однако в дополнение к нему имеются и другие компоненты, связанные с необходимостью пускаться в рискованное путешествие, отрываться от своих

¹⁹ Другие примеры будут приведены ниже

корней и перемещаться в незнакомую и даже враждебную обстановку. Мобильность влияет на людей, поскольку в незнакомом окружении они могут идти на риски, которых избегали в привычном окружении [37]. На самом деле сама культура мигрантов предполагает рискованное поведение [74], поэтому очень часто для мигрантов характерна культура мужественности, культ мачизма [40]. Различия между культурами сохраняются длительное время после приезда в новую страну, как, например, было показано в исследовании в Канаде по отношению к рискам передачи ВИЧ-инфекции [91]. В результате профилактические программы, направленные на мигрантов, могут сталкиваться с неожиданными трудностями, в основе которых лежат особенности культуры региона исхода в сочетании с тем, что было порождено миграцией.

Так, например, сельские мигранты в Африке не используют презервативы, поскольку секс рассматривается как прокреативный акт и культура делает акцент на женской плодовитости [36]. В такой ситуации презервативы не рассматриваются как способ предохранения от инфицирования, и единственным способом профилактики становится физическое разведение групп риска. Так, попытка профилактики ВИЧ-инфекции на ферме в Заире привела к тому, что, вскрыв сексуальные связи между несовершеннолетними девочками, приходящими работать на ферму из близлежащих деревень, и мигрантами-мужчинами, работающими на ферме, исследователи способствовали принятию решения об отказе от найма девочек на работу, что восстановило местное население против исследователей [35]. Организация, работавшая в лагере руандийских беженцев, после проведения образовательной кампании отметила увеличение негативного отношения к презервативам (с 22% до 78%), поскольку молодые мужчины племени хуту осознали контрацептивный эффект презервативов, который был для них неприемлем, и они считали своей задачей сделать беременными как можно больше женщин и девушек, чтобы восстановить численность племени [217]. Аналогичным образом черное население Южной Африки считает, что СПИД является порождением американской пропаганды, направленной на то, чтобы ограничить секс. Они рассматривают секс в презервативе как унижение [60]. Выше уже также приводились примеры, что в группе молодых водителей-мусульман в Нигерии попытки в течение четырех лет переломить негативное отношение к презервативам не привели к положительным результатам [115].

Более того, многие классические — принудительные — методы поддержания общественного здоровья могут оказаться бессильными при

наличии мобильной популяции. Так, например среди женщин, мигрирующих в Западную Европу, значительное количество рассматривает проституцию как возможность обеспечить себе существование. Эта группа является высокомобильной, что осложняет профилактические мероприятия [143], поскольку попытки репрессивного подхода к проституции приведут только к дальнейшей миграции этой группы. Отсюда следует, что мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции на местном уровне в результате наличия мобильных популяций, могут оказаться неэффективными на национальном [174].

Соответственно, основной задачей при профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов является: (1) внедрение проектов среди мигрантов в рамках общенациональной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции; (2) информирование и вовлечение общей популяции мигрантов прежде, чем начинать проекты профилактики ВИЧ-инфекции среди мигрантов – потребителей наркотиков, проституток и МСМ; (3) способствование усилиям по укреплению здоровья, нарождающимся внутри популяции мигрантов [83].

Важную роль играют и такие простые методы, как поддержание социальных контактов в виде облегчения визитов на родину или — что лучше — совместное проживание мигрантов с семьями. Уже упоминавшиеся результаты математического моделирования показывают, что проживание с семьей может снизить распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов, на 0,0254 и 0,0305 в год для тех, кто приезжает на работу на короткий и длительный срок, соответственно [64].

Кроме того, вмешательства в группах водителей-дальнобойщиков продемонстрировали эффективность обучения равными, вовлечения в профилактику общин, где останавливаются водители, а также структурных вмешательств, направленных на изоляцию водителей от среды риска («чайные») и восстановление социального контроля («письма любимым»). Среди цыган продемонстрирована важность вовлечения в профилактику общинных лидеров, однако не стоит забывать, что реальной причиной риска в этой группе является недостаточный доступ к образованию и медицинской помощи, т.е. структурные, а не индивидуальные факторы.

Базируясь на имеющейся литературе по реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции вообще и среди мигрантов / мобильной

популяции, в частности, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД предлагает использовать для этих популяционных групп итеративные подходы к разработке программ и проектов, которые и будут описаны дальше в деталях на основе публикации этой организации [208].

Поскольку в большинстве случаев ситуация внутри групп мигрантов является не только серьезной, но и требующей немедленных действий, то наиболее оптимальным методом разработки программ является именно итеративный. Чрезвычайность такого положения может побуждать лиц, принимающих решения, использовать имеющиеся программы, исходя из посылки, что делать что-то, даже если это неприемлемо с точки зрения культуры, лучше, чем ничего не делать. Это также требует политической осторожности или мудрости. Тем не менее непрерывный процесс разработки программ, который не является нелинейным и итеративным, позволяет экономить время в критический период между инициированием проекта и началом его практической реализации и в то же время наносит минимальный ущерб с точки зрения культурных потребностей. Исходное допущение этого метода, которое делает итеративные циклы очень важными, заключается в том, что начальные этапы (с переходом к обучению и экспериментальной практической реализации), сам проект и его составляющие являются разработанными далеко не в полной мере.

Важными элементами итеративной модели разработки программ для мигрантов и мобильных популяций являются:

- Тесное сотрудничество между носителями местной и привнесенной культуры;
- Потребность в сокращении сроков разработки, не отказываясь от принципов адаптации к особым условиям культуры мигрантов / мобильной популяции;
- Потребность в непрерывности процесса разработки в соответствии с меняющейся динамикой и определением проблем в процессе практической работы.

Центральным компонентом итеративной модели является сочетание мероприятий, являющихся составной частью процедур обучения и мониторинга, с мероприятиями, способствующими элементам разработки программы. Эти мероприятия начинаются на ранней стадии процесса

начала реализации профилактической программы и продолжаются в течение всего срока деятельности. Они также интегрируются с опытной реализацией мер вмешательства, которые проводятся параллельно с другими мероприятиями. В течение всего процесса обучения и мониторинга чувствительные и трудноразрешимые вопросы формулируются в виде проблем. Группа по обучению и разработке должна сотрудничать, предлагая новые пути разрешения проблем или внося изменения в существующие стратегии. Такой групповой динамичный подход является важной методикой для снижения восприимчивости и переориентации большинства обучаемых на чувствительные проблемы. Коллективный практический опыт в сочетании с повышением уровня понимания обучаемыми вопросов взаимодействия культур в течение срока реализации проекта выявляет новые стратегии решения чувствительных вопросов, таких, как использование презервативов. Обучаемые могут участвовать в индивидуальных занятиях по таким вопросам, не ставя под угрозу свою профессиональную репутацию и не испытывая неудобств при обсуждении таких предметов. Часто, когда обучаемые не соглашались с одним подходом, групповые действия помогают добиться консенсуса либо выработать альтернативные стратегии, из которых каждый может выбрать те, которые лучше всего подходят для определенной аудитории. При этом все решения при разработке модели должны опираться на данные. Непрерывный сбор данных, их анализ и включение обратной связи в систему на всех стадиях процесса разработки и реализации проекта являются важнейшими составляющими итеративного цикла. основополагающие принципы здесь заключаются в том, что профессионалы, представляющие культуру иммигрантов и принимающую культуру, которых обучают для осуществления мер вмешательства в рамках проектов, играют различные роли, в том числе роль партнеров по процессу разработки проектов, а также в том, что учебные мероприятия могут проводиться в целях профессиональной подготовки и в целях разработки мер вмешательства и материалов. К методам сбора данных относятся литературные обзоры, полевые наблюдения, структурированные, полуструктурированные и неструктурированные интервью, фокус-группы, самоотчеты и анкеты.

Соответственно, этапы разработки программы включают в себя:

- Сбор исходной информации
- Создание группы сотрудников программы
- Анализ литературы
- Исходное изучение моделей и путей передачи ВИЧ среди групп иммигрантов

- Формулирование политики
- Разработку стратегий
- Привлечение руководителей сообщества для участия в разработке программы
- Инициирование межсекторального сотрудничества
- Собственно разработку программы
- Идентификацию подгрупп населения, критических проблем и проектов для их решения
- Определение целей и задач для каждого проекта
- Создание проектных групп с включением различных специалистов
- Определение отношений и взаимодействия между проектами

Реализация всех стадий определенных проектов:

- Отлаживание механизмов мониторинга
- Создание механизмов для мониторинга и оценки программы
- Регулярные встречи руководящего комитета программы
- Последующие действия и интеграция оценок каждого проекта
- Изменения в политике и стратегиях

На уровне отдельных проектов используются следующие подходы:

- Собственно планирование проекта
- Определение общих и конкретных целей
- Исходные исследования
- Первый цикл разработки условий осуществления мер вмешательства, информационных сообщений и средств их подачи (включая определение характеристик тех, кто будет осуществлять меры вмешательства)
- Планирование мониторинга и оценки в соответствии с целями и задачами всего проекта и его промежуточных стадий (напр., обучение)
- Разработка базовой программы обучения
- Разработка концепций обучения и создание группы для обучения
- Адаптация учебных методов к информации и способам ее подачи
- Отбор тех, кто будет осуществлять меры вмешательства, до начала процесса обучения
- Пред-тренинговый сбор данных об отдельных мероприятиях
- Проведение обучения
- Повышение знаний и изменение отношений, а также обучение базовым навыкам
- Сбор данных о реакции на информацию, средства, барьеры и отсутствующие звенья

- Второй цикл разработки условий, средств и информационных сообщений. Мероприятия включаются в структуру учебной программы для использования культурных знаний обучаемых и их вовлечения в качестве партнеров в дальнейший процесс разработки компонентов проектов
- Оценка процесса и конечных результатов
- Полномасштабная реализация проекта и его мониторинг
- Создание структуры дальнейшей программы обучения для включения выработки навыков, увязываемой с информацией, получаемой в результате практического опыта, и ее использование для дальнейшего совершенствования проекта и процесса его реализации
- Сбор данных о практическом опыте (уделяя поочередно внимание навыкам тех, кто осуществляет меры вмешательства, и реакции аудитории на меры вмешательства)
- Дополнительные циклы совершенствования проекта и его повторной реализации
- Осуществление мер вмешательства
- Сбор и анализ данных
- Дополнительные циклы внесения изменений в проект
- Оценка конечных результатов
- Сбор данных оценки после осуществления мер вмешательства и последующих действий для проведения анализа
- Оценка воздействия на целевую группу населения по завершении проекта с учетом его целей
- Рекомендации для будущих действий или их неприменения в рамках программы

В целом основной идеей является разработка проектов с участием представителей целевых групп, с опорой на данные и готовностью вносить постоянные изменения, а также учитывать и активно принимать во внимание культурные особенности групп, в которых проводится вмешательство.

В целом же можно отметить, что мигранты и мобильная популяция представляют собой группу риска ВИЧ-инфекции, однако рискованное поведение является не только и не столько следствием малой осведомленности о риске, сколько наличием структурных факторов, повышающих уязвимость мигрантов и представителей мобильной популяции к инфицированию. Такими факторами являются культурные особенности мобильных популяций, утрата социального контроля и недостаточное понимание культурного окружения региона

пребывания, бедность, стигматизация и структурированное насилие. Более того, мигранты и представители мобильной популяции чаще всего происходят из групп с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции и заражаются вследствие рискованного поведения, что сводит к нулю эффективность ограничительных (карантинных) мер для профилактики ВИЧ-инфекции. Профилактика должна учитывать существующие структурные и культурные факторы, вовлекать все мигрантское сообщество, использовать социальные сети, существующие между мигрантами, и быть приемлемой для мигрантов. Она должна осуществляться на всех стадиях процесса миграции — в регионе исхода, в транзитных регионах и в регионе прибытия²⁰. Ограничение профилактики каким-либо одним регионом вряд ли позволит полностью учесть и воздействовать на все структурные и культурные факторы, повышающие уязвимость к заболеванию.

²⁰ Это справедливо как для мигрантов (трудовых), так и для мобильных групп населения

Ссылки

- [1] Агенство Head Hunter. Каждый второй готов на аморальный поступок ради сохранения работы. <http://hh.ru/article.xml?articleId=239> (доступ 02/05/2009).
- [2] Ашихмин Е. Нарва: Сводки с эпидемического фронта. — Интернет-сайт. — 2008. — http://www.magicnet.ee/news+article.com_mode+flat+storyid+13234.htm.
- [3] Беременные проститутки на трассах Беларуси. — Белорусский Партизан. <http://www.belaruspartisan.org/bp-forte/?page=102&news=25303>.
- [4] Бобрик А., Ерошина К., Михель Е. Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов. — Москва: ОИЗ, 2009.
- [5] В Индии любителям порно раздают презервативы. — Интернет-сайт. <http://www.sex-news.ru/2007/06/18/india.html>.
- [6] В Камбодже нужно будет отвечать на вопросы о ВИЧ при получении водительских прав. — Интернет-сайт. — 2009. — <http://www.poz.ru/news/?id=3010>.
- [7] Григ И. Придорожный сифилис // Аргументы и факты. — 10 (1063) от 07.03.2001. [http://gazeta.aif.ru/online/aif/1063/10\s\do5\(0\)3](http://gazeta.aif.ru/online/aif/1063/10\s\do5(0)3).
- [8] Кения создает центры профилактики ВИЧ в портах и вдоль автотрасс. — Интернет-сайт. http://hiv-info.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=801&Itemid=2.
- [9] Козлович В. 1000 километров против СПИДа. — Интернет-сайт. — 2004. — <http://sb.by/post/36307/>.
- [10] Крылова О. Со СПИДом далеко не уедешь // Республика. — N 19 (484) 12.05.2004. http://republic.cap.ru/2004_19/55.htm.
- [11] Курманова Г. Ситуация в области секс-работы в г. Клайпеде, Литва. — ИМРАСТ/ФНИ, 2003.

- [12] Куц Н. Будет ли легализована проституция // 7 дней. — N 4 от 27 января 2005. <http://7days.belta.by/7days.nsf/last/7F2FFC6D3DF3FB6C422569380047E1FB?OpenDocument>.
- [13] Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. Методические рекомендации. — Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. N 6834-PX, 20/12/2006.
- [14] На трассе Санкт-Петербург-Мурманск созданы пункты профилактики СПИДа для водителей-дальнобойщиков / ROL. — Интернет-сайт. http://www.rol.ru/news/tech/autonews/02/12/04_019.htm.
- [15] Нефедова Е. Народные избранницы // Мегapolis. — N 13 (277) от 3.04.2006. [http://www.megapolis.kz/show\с\do5\(a\)rticle.php?art\s\do5\(i\)d=1698](http://www.megapolis.kz/show\с\do5(a)rticle.php?art\s\do5(i)d=1698).
- [16] Петрова О. Дальнобойный СПИД. — Интернет-сайт. http://union.kz/ru/info/aktobetimes/2007/28_34/korchas/txt.shtml.
- [17] A qualitative assessment of long distance truck drivers' vulnerability to HIV/AIDS in Itajai, southern Brazil / M. Malta, F. I. Bastos, E. M. Pereira-Koller et al. // AIDS Care. — 2006. — Jul. — Vol. 18. — Pp. 489–496.
- [18] Agha S. Potential for HIV transmission among truck drivers in Pakistan. // AIDS. — 2000. — Vol. 14, no. 15. — P. 2404.
- [19] Agha S., Agha S. An Experimental Study to Assess the Effectiveness of Using Audio-cassettes to Provide HIV Prevention Information to Truck Drivers // The 129th Annual Meeting of APHA. — 2001.
- [20] AIDS and condom-related knowledge, beliefs, and behaviors in Mexican migrant laborers / K. C. Organista, P. B. Organista, J. E. Garcia De Alba et al. // Hisp J Behav Sci. — 1996. — Aug. — Vol. 18. — Pp. 392–406.
- [21] AIDS on wheels project: a KAB study on HIV/AIDS and STDs among sex workers and international truck drivers. / E. Kabaktchieva, X. Ferrer, T. Arsova et al. // Int Conf AIDS. — Vol. 12. — 1998. — P. 920.
- [22] Akhtar S., Mohammad H. G. Spectral analysis of HIV seropositivity among migrant workers entering Kuwait // BMC Infect. Dis. — 2008. — Vol. 8. — P. 37.
- [23] Akintola O., Olaseha I., Ajuwon A. Knowledge about AIDS and Risky sexual practices among commercial drivers in Ibadan, Nigeria. // Int Conf AIDS. — 2000. — P. 13.
- [24] An information-motivation-behavioral skills (IMB) model-based HIV prevention intervention for truck drivers in India / D. Cornman, S. Schmiede, A. Bryan et al. // Social Science & Medicine. — 2007. — Vol. 64, no. 8. — Pp. 1572–1584.

- [25] Anonymous. War, oppression, refugee camps fuel spread of HIV. Migration and HIV // *Bridg Wash D C.* — 1998. — Jul. — Pp. 4–5.
- [26] Aral S., St Lawrence J., Uusküla A. Sex work in Tallinn, Estonia: the sociospatial penetration of sex work into society // *Sexually transmitted infections.* — 2006. — Vol. 82, no. 5. — Pp. 348–353.
- [27] Asl S. K. H., Avijgan M., Mohamadnejad M. High prevalence of hbv, hcv, and hiv infections in gypsy population residing in shahr-e-kord. // *Archives of Iranian Medicine.* — 2004. — Vol. 7, no. 1. — Pp. 20–22.
- [28] Asnake M., Woldegiorgis M. HIV/AIDS prevention among transport workers: Lessons learned from peer education programs in Ethiopia // *The 131st Annual Meeting.* — 2003.
- [29] Assessment of condom use among Bolivian truck drivers through the lens of social cognitive theory / W. Sorensen, P. Anderson, R. Speaker, J. Vilches // *Health Promotion International.* — 2007. — Vol. 22, no. 1. — P. 37.
- [30] Awareness and risk taking behaviors regarding sexually transmitted diseases among long distance drivers in a township of Dharan: a study from Nepal. / S. Niraula, N. Jha, R. Mishra, S. Singh // *Indian Journal of Preventive and Social Medicine.* — 2003. — Vol. 34, no. 3–4. — Pp. 129–138.
- [31] Axmann A. Eastern Europe and Community of Independent States // *Int Migr.* — 1998. — Vol. 36. — Pp. 587–607.
- [32] Baćak V., Soh D. On the road: Croatian truck drivers, commercial sex and HIV/AIDS. // *Collegium antropologicum.* — 2006. — Vol. 30. — P. 99.
- [33] Bastos F. I., Barcellos C. [The social geography of AIDS in Brazil] // *Rev Saude Publica.* — 1995. — Feb. — Vol. 29. — Pp. 52–62.
- [34] Bhatte M. Using local resources to fight HIV / AIDS in Nepal // *Aidscriptions.* — 1994. — Aug. — Vol. 1. — Pp. 13–15.
- [35] Bond V. 'Between a rock and a hard place': applied anthropology and AIDS research on a commercial farm in Zambia // *Health Transit Rev.* — 1997. — Vol. 7 Suppl 3. — Pp. 69–83.
- [36] Bond V., Dover P. Men, women and the trouble with condoms: problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia // *Health Transit Rev.* — 1997. — Vol. 7 Suppl. — Pp. 377–391.
- [37] Broring G., Van Duihuizen R. Mobility and the spread of HIV / AIDS: a challenge to health promotion // *AIDS Health Promot Exch.* — 1993. — Pp. 1–3.
- [38] Bryan A., Fisher J., Benziger T. HIV prevention information, motivation, behavioural skills and behaviour among truck drivers in Chennai, India. // *AIDS.* — 2000. — Vol. 14, no. 6. — P. 756.

- [39] Burns F., Fenton K. A. Access to HIV care among migrant Africans in Britain. What are the issues? // *Psychol Health Med.* — 2006. — Feb. — Vol. 11. — Pp. 117–125.
- [40] Campbell C. Migrancy, masculine identities and AIDS: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines // *Soc Sci Med.* — 1997. — Jul. — Vol. 45. — Pp. 273–281.
- [41] Carael E. HIV and mobile workers. A Review of Risks and Programmes among Truckers in West Africa. — Geneva: IOM, UNAIDS, 2005.
- [42] Carswell J. W., Lloyd G., Howells J. Prevalence of HIV-1 in east African lorry drivers // *AIDS.* — 1989. — Nov. — Vol. 3. — Pp. 759–761.
- [43] Cash K., Anansuchatkul B., Busayawong W. Understanding the psychosocial aspects of HIV / AIDS prevention for northern Thai single adolescent migratory women workers // *Appl Psychol.* — 1999. — Apr. — Vol. 48. — Pp. 125–137.
- [44] Characteristics and sexually transmitted diseases of male rural migrants in a metropolitan area of Eastern China / N. He, R. Detels, J. Zhu et al. // *Sex Transm Dis.* — 2005. — May. — Vol. 32. — Pp. 286–292.
- [45] Chinaglia M., Program H. Reaching truckers in Brazil with non-stigmatizing and effective HIV/STI services. — Population Council, 2007.
- [46] Chlamydia, gonorrhoea, and HIV-1 prevalence among five populations of women in the Czech and Slovak Republics / K. A. Kacena, K. Dohnal, V. Benesova et al. // *Sex Transm Dis.* — 2001. — Jun. — Vol. 28. — Pp. 356–362.
- [47] Clients of sex workers in different regions of the world: hard to count / M. Carael, E. Slaymaker, R. Lyerla, S. Sarkar // *British Medical Journal.* — 2006. — Vol. 82, no. suppl_3.
- [48] Cofactors for the acquisition of HIV-1 among heterosexual men: prospective cohort study of trucking company workers in Kenya. / J. Rakwar, L. Lavreys, M. Thompson et al. // *Aids.* — 1999. — Vol. 13, no. 5. — P. 607.
- [49] Cofactors for the acquisition of HIV-1 among heterosexual men: prospective cohort study of trucking company workers in Kenya / J. Rakwar, L. Lavreys, M. L. Thompson et al. // *AIDS.* — 1999. — Apr. — Vol. 13. — Pp. 607–614.
- [50] Coffee M., Lurie M. N., Garnett G. P. Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa // *AIDS.* — 2007. — Jan. — Vol. 21. — Pp. 343–350.
- [51] Continued very high prevalence of HIV infection in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a population-based longitudinal study / T. Welz, V. Hosegood, S. Jaffar et al. // *AIDS.* — 2007. — Jul. — Vol. 21. — Pp. 1467–1472.
- [52] Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy / C. Delpierre, R. Dray-Spira, L. Cuzin et al. // *Int J STD AIDS.* — 2007. — May. — Vol. 18. — Pp. 312–317.

- [53] Cox T. The Badi: prostitution as social norm among an untouchable caste of west Nepal // *Contribution to Nepalese Studies*. — 1992. — Vol. 19, no. 1. — Pp. 51–70.
- [54] Decosas J. Epidemic in Ghana: «a very distinct profile» // *AIDS Anal Afr*. — 1995. — Jun. — Vol. 5. — P. 12.
- [55] Decosas J. Labour migration and HIV epidemics in Africa // *AIDS Anal Afr*. — 1998. — Oct. — Vol. 8. — Pp. 6–7.
- [56] Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme. / D. Jackson, J. Rakwar, B. Richardson et al. // *Aids*. — 1997. — Vol. 11, no. 7. — P. 903.
- [57] Differential effects of migration and deportation on HIV infection among male and female injection drug users in Tijuana, Mexico / S. A. Strathdee, R. Lozada, V. D. Ojeda et al. // *PLoS ONE*. — 2008. — Vol. 3. — P. e2690.
- [58] Drug use and HIV risks among migrant workers on the DelMarVa Peninsula / J. A. Inciardi, H. L. Surratt, H. M. Colon et al. // *Subst Use Misuse*. — 1999. — Vol. 34. — Pp. 653–666.
- [59] Dworkin S. L., Ehrhardt A. A. Going beyond «ABC» to include «GEM»: critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic // *Am J Public Health*. — 2007. — Jan. — Vol. 97. — Pp. 13–18.
- [60] Eddings J. As AIDS makes its way to S. Africa, citizens reluctant to heed warnings // *Sun*. — 1990. — Oct. — P. 10A.
- [61] Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands. A randomised controlled evaluation study / P. Kocken, T. Voorham, J. Brandsma, W. Swart // *Eur J Public Health*. — 2001. — Jun. — Vol. 11. — Pp. 153–159.
- [62] Ellis M., Muschkin C. Migration of persons with AIDS—a search for support from elderly parents? // *Soc Sci Med*. — 1996. — Oct. — Vol. 43. — Pp. 1109–1118.
- [63] Epidemiology of HIV infection among long distance truck drivers in Kenya / G. G. Mbugua, L. N. Muthami, C. W. Mutura et al. // *East Afr Med J*. — 1995. — Aug. — Vol. 72. — Pp. 515–518.
- [64] Estimating the impact of establishing family housing on the annual risk of HIV infection in South African mining communities / H. T. Gebrekristos, S. C. Resch, K. Zuma, M. N. Lurie // *Sex Transm Dis*. — 2005. — Jun. — Vol. 32. — Pp. 333–340.
- [65] [Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995] / V. Martin Sanchez, J. A. Cayla Buqueras, M. L. Gonzalez Moris et al. // *Rev. Esp. Salud Publica*. — 1997. — Vol. 71. — Pp. 269–280.

- [66] Evaluation of the PSAMAO «Roulez Protege» mass media campaign in Burkina Faso. Prevention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest / B. O. Tambashe, I. S. Speizer, A. Amouzou, A. M. Djangone // AIDS Educ Prev. — 2003. — Feb. — Vol. 15. — Pp. 33–48.
- [67] Factors in the delayed HIV presentation of immigrants in Northern California: implications for voluntary counseling and testing programs / V. Levy, D. Prentiss, G. Balmas et al. // J Immigr Minor Health. — 2007. — Jan. — Vol. 9. — Pp. 49–54.
- [68] Faisal A., Cleland J. Migrant men: a priority for HIV control in Pakistan? // Sex Transm Infect. — 2006. — Aug. — Vol. 82. — Pp. 307–310.
- [69] Ferguson A., Morris C. Mapping transactional sex on the Northern Corridor highway in Kenya // Health and Place. — 2007. — Vol. 13, no. 2. — Pp. 504–519.
- [70] Focus on truckers—a major determinant in HIV prevention programmes. / R. Saini, S. Jatinder, R. Bharti, D. Kumar // International Conference on AIDS. — Vol. 12. — 1998. — P. 917.
- [72] Ford K., Chamratrithirong A. Migrant seafarers and HIV risk in Thai communities // AIDS Educ Prev. — 2008. — Oct. — Vol. 20. — Pp. 454–463.
- [73] Free tea parlours (FTPs) a newer methodology for reducing HIV transmission among long distance lorry drivers (LDLD). / K. Kutikuppala, M. Mastan, K. Kalavathi et al. // Int Conf AIDS. — 2002. — P. 14.
- [74] Gadon M., Chierici R. M., Rios P. Afro-American migrant farmworkers: a culture in isolation // AIDS Care. — 2001. — Dec. — Vol. 13. — Pp. 789–801.
- [75] Gashau W., Hall T., Hearst N. Awareness regarding AIDS and HIV seroprevalence in Nigerian long distance truck drivers // Int Conf AIDS. — Vol. 8. — 1992. — P. D423.
- [76] Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study / J. A. Kelly, Y. A. Amirhanian, E. Kabakchieva et al. // AIDS Care. — 2004. — Feb. — Vol. 16. — Pp. 231–245.
- [77] Genetic characterization of HIV type 1 from migrant workers in three South African gold mines / H. Bredell, C. Williamson, P. Sonnenberg et al. // AIDS Res. Hum. Retroviruses. — 1998. — May. — Vol. 14. — Pp. 677–684.
- [78] Gray P. HIV and Islam: is HIV prevalence lower among Muslims? // Social science & medicine. — 2004. — Vol. 58, no. 9. — Pp. 1751–1756.
- [79] Guimaraes P. N., Martin D., Quirino J. [AIDS in rural Minas Gerais state (Southeastern Brazil): a cultural approach] // Rev Saude Publica. — 2007. — Jun. — Vol. 41. — Pp. 412–418.

- [80] Gyarmathy V. A., Ujhelyi E., Neaigus A. HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly Roma (Gypsy) neighbourhood in Budapest, Hungary: a rapid assessment // *Cent. Eur. J. Public Health*. — 2008. — Sep. — Vol. 16. — Pp. 124–127.
- [81] Gysels M., Pool R., Bwanika K. Truck drivers, middlemen and commercial sex workers: AIDS and the mediation of sex in south west Uganda // *AIDS Care*. — 2001. — Jun. — Vol. 13. — Pp. 373–385.
- [82] Hamers F. F., Downs A. M. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? // *Lancet*. — 2004. — Vol. 364. — Pp. 83–94.
- [83] Haour-Knipe M., Fleury F., Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation // *Soc Sci Med*. — 1999. — Nov. — Vol. 49. — Pp. 1357–1372.
- [84] Harm reduction in the Romany community in Vilnius. / E. Subata, J. Cukanov, G. Vilties, N. Poliklinika // *Int Conf AIDS*. — Vol. 12. — 1998. — P. 669.
- [85] [Health in the immigrant population: prevalence of latent tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus and syphilis infection] / J. M. Ramos, C. Pastor, M. M. Masia et al. // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin*. — 2003. — Dec. — Vol. 21. — Pp. 540–542.
- [86] Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study / R. Dray-Spira, B. Spire, I. Heard, F. Lert // *AIDS*. — 2007. — Jan. — Vol. 21 Suppl 1. — Pp. 5–12.
- [87] Heterosexual STI/HIV Risk Assessment Among Bolivian Truck Drivers Using Mixed Methodology / W. Sorensen, P. Anderson, R. Speaker et al. // *International Electronic Journal of Health Education*. — 2007. — Vol. 10. — Pp. 9–18.
- [88] High levels of sexual HIV/STD risk behaviour among Roma (Gypsy) men in Bulgaria: patterns and predictors of risk in a representative community sample / E. Kabakchieva, Y. A. Amir Khanian, J. A. Kelly et al. // *Int J STD AIDS*. — 2002. — Mar. — Vol. 13. — Pp. 184–191.
- [89] Highway cowboys, old hands, and Christian truckers: risk behavior for human immunodeficiency virus infection among long-haul truckers in Florida / D. Stratford, T. Ellerbrock, J. Akins, H. Hall // *Social Science & Medicine*. — 2000. — Vol. 50, no. 5. — Pp. 737–749.
- [90] HIV-1 in ethnic Shan migrant workers in northern Thailand / K. Srithanaviboonchai, K. H. Choi, F. van Griensven et al. // *AIDS*. — 2002. — Apr. — Vol. 16. — Pp. 929–931.

- [91] HIV and ethnicity in Canada: is the HIV risk-taking behaviour of young foreign-born MSM similar to Canadian born MSM? / C. George, M. Alary, R. S. Hogg et al. // *AIDS Care*. — 2007. — Jan. — Vol. 19. — Pp. 9–16.
- [92] HIV and syphilis in migrant workers in eastern China / T. Hesketh, L. Li, X. Ye et al. // *Sex Transm Infect.* — 2006. — Feb. — Vol. 82. — Pp. 11–14.
- [93] HIV Infection Among Transport Workers Operating Through Siliguri-Guwahati National Highway, India / B. Bal, S. Ahmed, R. Mukherjee et al. // *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care(JIAPAC)*. — 2007. — Vol. 6, no. 1. — P. 56.
- [94] HIV infection and risk behavior of Hispanic farm workers at the west Texas-Mexico border / A. Varela-Ramirez, A. Mejia, D. Garcia et al. // *Ethn Dis.* — 2005. — Vol. 15. — Pp. 5–92.
- [95] HIV infection in mobile populations: the case of Mexican migrants to the United States / A. P. Martinez-Donate, M. G. Rangel, M. F. Hovell et al. // *Rev. Panam. Salud Publica.* — 2005. — Jan. — Vol. 17. — Pp. 26–29.
- [96] HIV infection in truck drivers in Burkina Faso: a seroprevalence survey / S. Lankoande, N. Meda, L. Sangare et al. // *Médecine tropicale: revue du Corps de santé colonial.* — 1998. — Vol. 58, no. 1. — P. 41.
- [97] HIV Prevention 4. Structural approaches to HIV prevention / G. Gupta, J. Parkhurst, J. Ogden et al. // *Lancet.* — 2008. — Vol. 372, no. 9640. — Pp. 764–775.
- [98] HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China / B. Wang, X. Li, B. Stanton et al. // *Sex Transm Dis.* — 2007. — Jan. — Vol. 34. — Pp. 1–8.
- [99] HIV-related sexual behaviour among migrants and non-migrants in a rural area of China: role of rural-to-urban migration / Z. Hu, H. Liu, X. Li et al. // *Public Health.* — 2006. — Apr. — Vol. 120. — Pp. 339–345.
- [100] HIV risk among long-haul truckers in the USA / B. Lichtenstein, E. W. Hook, D. M. Grimley et al. // *Cult Health Sex.* — 2008. — Jan. — Vol. 10. — Pp. 43–56.
- [101] HIV risk behavior and work in Uganda: a cross-sectional study / E. Buregyeya, W. Bazeyo, B. E. Moen et al. // *East Afr J Public Health.* — 2008. — Apr. — Vol. 5. — Pp. 43–48.
- [102] HIV risk behavior patterns, predictors, and sexually transmitted disease prevalence in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Sofia, Bulgaria / E. Kabakchieva, S. Vassileva, J. A. Kelly et al. // *Sex Transm Dis.* — 2006. — Aug. — Vol. 33. — Pp. 485–490.
- [103] HIV risk behaviors in Roma (gypsy) social networks in Bulgaria and Hungary. / Y. Amirkhaniyan, J. Kelly, P. Csepe et al. // *Int Conf AIDS.* — 2002. — P. 14.

- [104] HIV risk behaviours among contracted and non-contracted male migrant workers in India: potential role of labour contractors and contractual systems in HIV prevention / N. Saggurti, R. K. Verma, A. Jain et al. // *AIDS*. — 2008. — Dec. — Vol. 22 Suppl 5. — Pp. S127–136.
- [105] HIV risks among two types of male migrants in Shanghai, China: money boys vs. general male migrants / N. He, F. Y. Wong, Z. J. Huang et al. // *AIDS*. — 2007. — Dec. — Vol. 21 Suppl 8. — Pp. S73–79.
- [106] HIV seroprevalence in truck drivers users of Anhanguera Highway, SP 330, Brazil. / J. Berra, L. Bacetti, K. Alves, V. Fiorio // *Revista do Instituto Adolfo Lutz*. — 2003. — Vol. 62, no. 3. — Pp. 171–176.
- [107] HIV/AIDS knowledge among female migrant farm workers in the midwest / K. Fitzgerald, J. Chakraborty, T. Shah et al. // *J Immigr Health*. — 2003. — Jan. — Vol. 5. — Pp. 29–36.
- [108] HIV/AIDS-related sexual risk behaviors among rural residents in China: potential role of rural-to-urban migration / X. Li, L. Zhang, B. Stanton et al. // *AIDS Educ Prev*. — 2007. — Oct. — Vol. 19. — Pp. 396–407.
- [109] HIV/AIDS/STD intervention project in high transmission areas ie truck stops and mining centres, targeting truck drivers, their assistants, miners and commercial sex workers. / E. Mushongi, F. Masasi, B. Ng'wandu, D. Rwegoshora // *Int Conf AIDS*. — Vol. 11. — 1996. — P. 477.
- [110] HIV/STD incidence among truck drivers in Mombasa, Kenya: role of circumcision status / D. Jackson, J. Rakwar, J. Bwayo et al. // *Int Conf AIDS*. — Vol. 10. — 1994. — P. 29.
- [111] Hope K. R. Mobile workers and HIV / AIDS in Botswana // *AIDS Anal Afr*. — 2000. — Jan. — Vol. 10. — Pp. 6–7.
- [112] Hulewicz J. M. AIDS knows no borders // *WorldAIDS*. — 1994. — Sep. — Pp. 6–10.
- [113] Human immunodeficiency virus infection in long-distance truck drivers in east Africa / J. Bwayo, F. Plummer, M. Omari et al. // *Archives of internal medicine*. — 1994. — Vol. 154, no. 12. — Pp. 1391–1396.
- [114] Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: A review / S. Cemlyn, M. Greenfields, S. Burnett et al. — Manchester: Equality and Human Rights Commission, 2009.
- [115] Influence of Long Distance Truck Drivers (LDTD's) HIV/AIDS Knowledge and Attitude on the use of Condoms / M. Oduwole, O. Jeminusi, O. Aderogba, O. Okuboyejo // *International Conferences on AIDS*. — 2002. — Pp. 7–12.
- [116] *International Migration, Economic Development and Policy: Overview* / Ed. by C. Ozden, M. Schiff. — Washington: World Bank and Palgrave Macmillan, 2007.

- [117] Knowledge-attitudes of French truck drivers related to HIV prevention and prostitutes. / R. Ancelle-Park, F. Dakhli, C. Truwant, P. Hamelin // *Int Conf AIDS*. — Vol. 9. — 1993. — P. 832.
- [118] Lagos Nigeria-New Delhi India HIV-1 connection among high class prostitutes. / A. Dada, F. Oyewole, R. Onofowokan et al. // *Int Conf AIDS*. — Vol. 9. — 1993. — P. 674.
- [119] Letters to loved ones: please don't bring HIV home / K. Stam, D. B. Elkins, L. R. Dole, B. Somboonsuk // *World Health Forum*. — 1997. — Vol. 18. — Pp. 311–318.
- [120] Li L., Morrow M., Kermode M. Vulnerable but feeling safe: HIV risk among male rural-to-urban migrant workers in Chengdu, China // *AIDS Care*. — 2007. — Nov. — Vol. 19. — Pp. 1288–1295.
- [121] Long distance truck drivers. 2: Knowledge and attitudes concerning sexually transmitted diseases and sexual behaviour / J. Bwayo, A. Mutere, M. Omari et al. // *East African Medical Journal*. — 1991. — Vol. 68, no. 9. — Pp. 714–719.
- [122] Lurie M. Seeing the whole picture // *AIDS Action*. — 1999. — P. 6.
- [123] Magana J. R. Sex, drugs and HIV: an ethnographic approach // *Soc Sci Med*. — 1991. — Vol. 33. — Pp. 5–9.
- [124] Manjunath J., Thappa D., Jaisankar T. Sexually transmitted diseases and sexual lifestyles of long-distance truck drivers: a clinico-epidemiologic study in south India // *International journal of STD & AIDS*. — 2002. — Vol. 13, no. 9. — P. 612.
- [125] Marck J. Long-distance truck drivers' sexual cultures and attempts to reduce HIV risk behaviour amongst them: a review of the African and Asian literature // *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries*. / Ed. by J. A. John C. Caldwell, Pat Caldwell. — Canberra: Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, 1999. — Pp. 91–100.
- [126] Marcus T. Interpreting the risks of AIDS: A case study of long-distance truck drivers // *Development Southern Africa*. — 1997. — Vol. 14, no. 3. — Pp. 425–445.
- [127] Measuring and addressing HIV/AIDS stigma among truckers in Brazil / J. Pulerwitz, S. Lippman, M. Setubal et al. // *XV International AIDS Conference, Bangkok, Thailand*. Abstract: WEOrD1254. — 2004.
- [128] Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence / C. Magis-Rodriguez, C. Gayet, M. Negroni et al. // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. — 2004. — Nov. — Vol. 37 Suppl 4. — Pp. S215–226.

- [129] [Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico] / D. Hernandez-Rosete, O. M. Garcia, E. Bernal et al. // *Rev Saude Publica*. — 2008. — Feb. — Vol. 42. — Pp. 131–138.
- [130] Migration and transmission of blood-borne infections among injection drug users: understanding the epidemiologic bridge / B. Rachlis, K. C. Brouwer, E. J. Mills et al. // *Drug Alcohol Depend*. — 2007. — Oct. — Vol. 90. — Pp. 107–119.
- [131] Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic / T. H. Brewer, J. Hasbun, C. A. Ryan et al. // *AIDS*. — 1998. — Oct. — Vol. 12. — Pp. 1879–1887.
- [132] Mino M., Deren S., Yeon-Kang S. Social support and HIV-related injection risk among Puerto Rican migrant and nonmigrant injection drug users recruited in New York City // *AIDS Educ Prev*. — 2006. — Feb. — Vol. 18. — Pp. 81–90.
- [133] Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action / M. N. Bronfman, R. Leyva, M. J. Negroni, C. M. Rueda // *AIDS*. — 2002. — Dec. — Vol. 16 Suppl 3. — Pp. S42–49.
- [134] Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa / E. Lagarde, M. Schim van der Loeff, C. Enel et al. // *Int J Epidemiol*. — 2003. — Oct. — Vol. 32. — Pp. 744–752.
- [135] Mobility, sexual partnerships, and HIV risk of truck drivers in Southern Brazil / S. Lippman, J. Pulerwitz, A. Reingold et al. // *The 132nd Annual Meeting*. — 2004.
- [136] Morris C., Ferguson A. Sexual and treatment-seeking behaviour for sexually transmitted infection in long-distance transport workers of East Africa // *British Medical Journal*. — 2007. — Vol. 83, no. 3. — Pp. 242–245.
- [137] Multiple sexual partners and condom use among long-distance truck drivers in Thailand. / C. Podhisita, M. Wawer, A. Pramualratana et al. // *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*. — 1996. — Vol. 8, no. 6. — P. 490.
- [138] Mupemba K. The Zimbabwe HIV prevention program for truck drivers and commercial sex workers: A behaviour change intervention // *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIT/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries*. / Ed. by J. A. John C. Caldwell, Pat Caldwell. — Canberra: Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, 1999. — Pp. 133–137.
- [139] Mworozi E. A. AIDS and civil war: a devil's alliance. Dislocation caused by civil strife in Africa provides fertile ground for the spread of HIV // *AIDS Anal Afr*. — 1993. — Vol. 3. — Pp. 8–10.

- [140] NDINDA C., CHIMBWE C., MCGRATH N. Perceptions of anal sex in rural South Africa // *Culture, Health & Sexuality*. — 2008. — Vol. 10, no. 2. — Pp. 205–212.
- [141] Nepal B. Population mobility and spread of HIV across the Indo-Nepal border // *J Health Popul Nutr*. — 2007. — Sep. — Vol. 25. — Pp. 267–277.
- [142] Nishigaya K. Female garment factory workers in Cambodia: migration, sex work and HIV/AIDS // *Women Health*. — 2002. — Vol. 35. — Pp. 27–42.
- [143] Nitschke-Ozbay H. [HIV prevention for migrant prostitutes] // *Zentralbl Gynakol*. — 1999. — Vol. 121. — Pp. 36–41.
- [144] No difference in HIV incidence and sexual behaviour between out-migrants and residents in rural Manicaland, Zimbabwe / C. Mundandi, D. Vissers, H. Voeten et al. // *Trop. Med. Int. Health*. — 2006. — May. — Vol. 11. — Pp. 705–711.
- [145] Nwauche C. A., Akani C. I. An assessment of high risk sexual behaviour and HIV transmission among migrant oil workers in the Niger Delta area of Nigeria // *Niger J Clin Pract*. — 2006. — Jun. — Vol. 9. — Pp. 48–51.
- [146] On the origin of the treponematoses: a phylogenetic approach / K. N. Harper, P. S. Ocampo, B. M. Steiner et al. // *PLoS Negl Trop Dis*. — 2008. — Vol. 2. — P. e148.
- [147] Orubuloye I., Caldwell P., Caldwell J. The role of high-risk occupations in the spread of AIDS: truck drivers and itinerant market women in Nigeria // *International Family Planning Perspectives*. — 1993. — Pp. 43–71.
- [148] Painter T. M. Connecting the dots: when the risks of HIV/STD infection appear high but the burden of infection is not known—the case of male Latino migrants in the southern United States // *AIDS Behav*. — 2008. — Mar. — Vol. 12. — Pp. 213–226.
- [149] Parrado E. A., Flippen C. A., McQuiston C. Use of commercial sex workers among Hispanic migrants in North Carolina: implications for the spread of HIV // *Perspect Sex Reprod Health*. — 2004. — Vol. 36. — Pp. 150–156.
- [150] Patterns of movement and risk of HIV infection in rural Zimbabwe / M. P. Coffee, G. P. Garnett, M. Mlilo et al. // *J. Infect. Dis*. — 2005. — Feb. — Vol. 191 Suppl 1. — Pp. S159–167.
- [151] Pauti M. D., Simonnot N., Estecahandy P. [Development of prevention programmes for HIV, hepatitis and sexually transmitted infections among migrants consulting in the doctors of the World French centers] // *Med Mal Infect*. — 2008. — Sep. — Vol. 38. — Pp. 495–499.
- [152] Planning STI/HIV prevention among refugees and mobile populations: situation assessment of Sudanese refugees / B. Y. Holt, P. Efler, W. Brady et al. // *Disasters*. — 2003. — Mar. — Vol. 27. — Pp. 1–15.

- [153] [Predictive markers of HIV and HCV infection and co-infection among inmates in a Spanish prison.] / P. Saiz de la Hoya, M. Bedia, J. Murcia et al. // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* — 2005. — Feb. — Vol. 23. — Pp. 53–57.
- [154] PREPARE. Prevalence of Sexually Transmitted Infections and HIV among Long Distance Inter-city Truck Drivers and Helpers of Southern India. — New Delhi: UK Department for International Development and Family Health International, 2001.
- [155] Preston P. *The Spanish Civil War.* — London: Harper Perennial, 2006.
- [156] Preston-Whyte E. Survival sex or the culture of sex work in South Africa // *AIDS Bulletin.* — 1996. — Vol. 5, no. 1. — Pp. 8–9.
- [157] Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection among cross-border truck drivers in Hong Kong / P. Leung, M. Boost, J. Lau et al. // *British Medical Journal.* — 2009. — Vol. 85, no. 1. — P. 27.
- [158] Prevalence of infection with HIV, hepatitis B and C viruses, in four high risk groups in Eritrea / H. Ghebrekidan, S. Cox, B. Wahren, M. Grandien // *Clinical and diagnostic virology.* — 1998. — Vol. 9, no. 1. — Pp. 29–35.
- [159] Gibney L., Macaluso M., Kirk K. et al. Prevalence of infectious diseases in Bangladeshi women living adjacent to a truck stand: HIV/STD/hepatitis/genital tract infections. — 2001.
- [160] Prevalence of sexually transmitted infections among long-distance truck drivers in Tongling, China / X. Chen, Y. Yin, X. Gong et al. // *International journal of STD & AIDS.* — 2006. — Vol. 17, no. 5. — P. 304.
- [161] Preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partners in Tanzania, 1990–1993 / U. Laukamm-Josten, B. Mwizarubi, A. Outwater et al. // *AIDS Care.* — 2000. — Vol. 12, no. 1. — Pp. 27–40.
- [162] Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria: randomised controlled trial / J. A. Kelly, Y. A. Amirhanian, E. Kabakchieva et al. // *BMJ.* — 2006. — Nov. — Vol. 333. — P. 1098.
- [163] Ramjee G., Gouws E. Prevalence of HIV among truck drivers visiting sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa. // *Sexually transmitted diseases.* — 2002. — Vol. 29, no. 1. — P. 44.
- [164] Reinfeld M. R. Nepal: a cultural prostitution // *Child Worldw.* — 1993. — Vol. 20. — Pp. 45–46.
- [165] Relation of sexual risks and prevention practices with individuals' stigmatising beliefs towards HIV infected individuals: an exploratory study / H. Liu, X. Li, B. Stanton et al. // *Sex Transm Infect.* — 2005. — Dec. — Vol. 81. — Pp. 511–516.

- [166] Returning home to die: circular labour migration and mortality in South Africa / S. J. Clark, M. A. Collinson, K. Kahn et al. // *Scand J Public Health Suppl.* — 2007. — Aug. — Vol. 69. — Pp. 35–44.
- [167] Risk behaviour, sexually transmitted infections and HIV among long-distance truck drivers: a cross-sectional survey along national highways in India. / A. Pandey, S. Benara, N. Roy et al. // *AIDS.* — 2008. — Vol. 22. — P. S81.
- [168] Risk factors for HIV infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases. / K. Zuma, E. Gouws, B. Williams, M. Lurie // *Int J STD AIDS.* — 2003. — Dec. — Vol. 14. — Pp. 814–817.
- [169] Risk factors for sexually transmitted disease among rural-to-urban migrants in China: implications for HIV/sexually transmitted disease prevention / H. Liu, X. Li, B. Stanton et al. // *AIDS Patient Care STDS.* — 2005. — Jan. — Vol. 19. — Pp. 49–57.
- [170] Risky behaviour of truck and bus drivers in Cameroon. / J. Akamba, A. Sam-Abbenyi, L. Zekeng et al. // *Int Conf AIDS.* — Vol. 10. — 1994. — P. 438.
- [171] Rothschild B. M. History of syphilis // *Clin. Infect. Dis.* — 2005. — May. — Vol. 40. — Pp. 1454–1463.
- [172] Rweyemamu C. Stemming the tide // *WorldAIDS.* — 1994. — Sep. — P. 2.
- [173] Safer sex for truckers: Puzhal Tamilnadu. / G. Kumaresan, S. Nataraj, M. Sharif et al. // *Int Conf AIDS.* — Vol. 8. — 1992. — P. D424.
- [174] Sani A., Kroese D. P. Controlling the number of HIV infectives in a mobile population // *Math Biosci.* — 2008. — Jun. — Vol. 213. — Pp. 103–112.
- [175] Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal / G. Pison, B. Le Guenno, E. Lagarde et al. // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* — 1993. — Feb. — Vol. 6. — Pp. 196–200.
- [176] Seeley J. A., Allison E. H. HIV/AIDS in fishing communities: challenges to delivering antiretroviral therapy to vulnerable groups // *AIDS Care.* — 2005. — Aug. — Vol. 17. — Pp. 688–697.
- [177] Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalonian penitentiary / V. Martin, J. Bayas, A. Laliga et al. // *AIDS.* — 1990. — Vol. 4, no. 10. — Pp. 1023–1026.
- [178] Sexual behaviour among long distance truck drivers / S. Chaturvedi, Z. Singh, A. Banerjee et al. // *Indian Journal of Community Medicine.* — 2006. — Vol. 31, no. 3. — Pp. 153–156.
- [179] Sexual behaviour pattern of truck drivers and their helpers in relation to female sex workers / A. Rao, M. Nag, K. Mishra, A. Dey // *Indian Journal of Social Work.* — 1994. — Vol. 55, no. 4. — Pp. 603–15.

- [180] Sexual networks in Uganda: casual and commercial sex in a trading town / H. Pickering, M. Okongo, B. Nnalusiba et al. // *AIDS care*. — 1997. — Vol. 9, no. 2. — Pp. 199–208.
- [181] Sexually transmitted infections among sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa. / G. Ramjee, P. MSc, S. KARIM et al. // *Sexually transmitted diseases*. — 1998. — Vol. 25, no. 7. — P. 346.
- [182] Sexually transmitted infections in long distance truck drivers. / A. Gawande, N. Vasudeo, S. Zodpey, D. Khandait // *The Journal of communicable diseases*. — 2000. — Vol. 32, no. 3. — P. 212.
- [183] Singh G. Paradoxical payoffs: migrant women, informal sector work, and HIV/AIDS in South Africa // *New Solut.* — 2007. — Vol. 17. — Pp. 71–82.
- [184] Singh Y., Malaviya A. Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas // *International Journal of STD and AIDS*. — 1994. — Vol. 5, no. 2. — Pp. 137–138.
- [185] Sinti und Roma. — Интернет-сайт. http://library.thinkquest.org/07aug/00746/gypsies_ger.html.
- [186] Smallman-Raynor M. R., Cliff A. D. Civil war and the spread of AIDS in Central Africa // *Epidemiol. Infect.* — 1991. — Aug. — Vol. 107. — Pp. 69–80.
- [187] Gibney L., Saquib N., Macaluso M. et al. STD in Bangladesh's trucking industry: prevalence and risk factors. — 2002.
- [188] STI/HIV risks for Mexican migrant laborers: exploratory ethnographies / Y. Apostolopoulos, S. Sonmez, J. Kronenfeld et al. // *J Immigr Minor Health*. — 2006. — Jul. — Vol. 8. — Pp. 291–302.
- [189] [Study on AIDS related risk behaviors and the correlated factors among three groups of population in Sichuan province.] / Q. Sun, J. X. Zhang, X. S. Li et al. // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. — 2004. — Sep. — Vol. 25. — Pp. 761–765.
- [190] Substance use and HIV risks among male heterosexual and 'money boy' migrants in Shanghai, China / N. He, F. Y. Wong, Z. J. Huang et al. // *AIDS Care*. — 2007. — Jan. — Vol. 19. — Pp. 109–115.
- [191] Substance use and sexual behaviors among Japanese tourists, students, and temporary workers in Honolulu, Hawaii / T. Nemoto, M. Iwamoto, A. Morris et al. // *AIDS Educ Prev*. — 2007. — Feb. — Vol. 19. — Pp. 68–81.
- [192] Surratt H. Sex work in the Caribbean Basin: patterns of substance use and HIV risk among migrant sex workers in the US Virgin Islands // *AIDS Care*. — 2007. — Nov. — Vol. 19. — Pp. 1274–1282.
- [193] Survey of condom-related beliefs, behaviors, and perceived social norms in Mexican migrant laborers / K. C. Organista, P. Balls Organista, J. E. Garcia de Alba et al. // *J Community Health*. — 1997. — Jun. — Vol. 22. — Pp. 185–198.

- [194] Systematic Review of the Efficacy of Peer Education (PE) in Reducing HIV Sexual Risk Behavior in Developing Countries / A. Medley, K. O'Reilly, G. Schmid, M. Sweat // International AIDS Conference. Toronto, Canada. — 2006. — Pp. 13–18.
- [195] Tehrani F., Malek-Afzali H. Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among Iranian at-risk sub-populations. // Eastern Mediterranean Health Journal. — 2008. — Vol. 14, no. 1. — Pp. 142–156.
- [196] The effect of the HIV/AIDS epidemic on Africa's truck drivers / C. Kribs-Zaleta, M. Lee, C. Roman et al. // Mathematical Biosciences and Engineering. — 2005. — Vol. 2. — Pp. 771–88.
- [197] The end of the line: has rapid transit contributed to the spatial diffusion of HIV in one of Canada's largest metropolitan areas? / E. Wood, K. Chan, J. Montaner et al. // Social Science & Medicine. — 2000. — Vol. 51, no. 5. — Pp. 741–748.
- [198] The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners / M. N. Lurie, B. G. Williams, K. Zuma et al. // Sex Transm Dis. — 2003. — Feb. — Vol. 30. — Pp. 149–156.
- [199] The impact of out-migrants and out-migration on the HIV/AIDS epidemic: a case study from south-west India / K. N. Deering, P. Vickerman, S. Moses et al. // AIDS. — 2008. — Dec. — Vol. 22 Suppl 5. — Pp. S165–181.
- [200] The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses / A. F. Abraido-Lanza, B. P. Dohrenwend, D. S. Ng-Mak, J. B. Turner // Am J Public Health. — 1999. — Oct. — Vol. 89. — Pp. 1543–1548.
- [201] The Puerto Rico-New York airbridge for drug users: description and relationship to HIV risk behaviors / S. Deren, S. Y. Kang, H. M. Colon, R. R. Robles // J Urban Health. — 2007. — Mar. — Vol. 84. — Pp. 243–254.
- [202] Tomasevski K. AIDS, travel and migration: legal and human rights aspects // Int Migr. — 1991. — Vol. 29. — Pp. 33–48.
- [203] Tracing the HIV-1 subtype B mobility in Europe: a phylogeographic approach / D. Paraskevis, O. Pybus, G. Magiorkinis et al. // Retrovirology. — 2009. — Vol. 6. — Pp. 49–61.
- [204] Truck drivers and casual sex: an inquiry into the potential spread of HIV/AIDS in the Baltic region / M. Kulis, M. Chawla, A. Kozierkiewicz, E. Subata. — Washington., DC: World Bank Publications, 2004.
- [205] Truck drivers: evaluation of attitudes and knowledge in relation to HIV/AIDS in Belo Horizonte, Brazil. / M. Oliveira, M. Jeronimo, E. Oliveira et al. // Int Conf AIDS. — Vol. 8. — 1992. — P. D425.
- [206] Truck Drivers in Brazil: HIV and STD Prevalence, Risk Behaviors, and Potential for Spread of Infection / R. Lacerda, N. Gravato, W. McFarland et al. // AIDS. — 1997.

- [207] Truckers and safe sex: what reduces risk. / A. Ganesh, S. Selvaraj, M. Prabhakar et al. // *Int Conf AIDS*. — Vol. 10. — 1994. — P. 437.
- [208] UNAIDS. Migrant populations and HIV/AIDS : the development and implementation of programmes : theory, methodology and practice. — Geneva: UNAIDS, Unesco, 2000.
- [209] UNDP. Social assessment of Roma and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. — Bucharest: United Nations Development Program/Romania Country Office and Center for Health Policies and Services, 2003.
- [210] UNDP. Faces of poverty, faces of hope: vulnerability profiles for decade of Roma inclusion countries. — Bratislava: UN Development Program, 2005.
- [211] Van Blerk L. AIDS, mobility and commercial sex in Ethiopia: Implications for policy // *AIDS Care*. — 2007. — Jan. — Vol. 19. — Pp. 79–86.
- [212] Varga C. Coping with HIV/AIDS in Durban's commercial sex industry // *AIDS care*. — 2001. — Vol. 13, no. 3. — Pp. 351–365.
- [213] Vésér T. AIDS-Risiko Langeweile // *Akzente*. — 2007. — no. 3. — Pp. 38–40.
- [214] Vulnerability to HIV and AIDS of short route truck drivers, Brazil / L. Villarinho, I. Bezerra, R. Lacerda et al. // *Revista de saúde pública*. — 2002. — Vol. 36, no. 4 Suppl. — P. 61.
- [215] Weine S., Bahromov M., Mirzoev A. Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS // *J Immigr Minor Health*. — 2008. — Oct. — Vol. 10. — Pp. 461–468.
- [216] Cook R., Royce R., Thomas J., Hanusa B. What's driving an epidemic? The spread of syphilis along an interstate highway in rural North Carolina. — 1999.
- [217] Whiteside A., Winsbury R. Vancouver AIDS conference: special report. Rwandan refugee camps: NGOs get rough treatment from both sides // *AIDS Anal Afr*. — 1996. — Vol. 6. — P. 1.
- [218] World Health Organization. Prevalence Survey of sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers and truck drivers in China. — World Health Organization Regional Office for Western Pacific and National Center for STD and Leprosy Control Ministry of Health of the People's Republic of China, 2001.
- [219] Workplace and HIV-related sexual behaviours and perceptions among female migrant workers / H. Yang, X. Li, B. Stanton et al. // *AIDS Care*. — 2005. — Oct. — Vol. 17. — Pp. 819–833.
- [220] Yang X., Derlega V. J., Luo H. Migration, behaviour change and HIV/STD risks in China // *AIDS Care*. — 2007. — Feb. — Vol. 19. — Pp. 282–288.
- [221] Yang X., Xia G. Gender, migration, risky sex, and HIV infection in China // *Stud Fam Plann*. — 2006. — Dec. — Vol. 37. — Pp. 241–250.

- [222] Yang X., Xia G. Gender, work, and HIV risk: determinants of risky sexual behavior among female entertainment workers in China // AIDS Educ Prev. — 2006. — Aug. — Vol. 18. — Pp. 333–347.
- [223] Zavriew L. Bringing HIV back to the villages // WorldAIDS. — 1994. — Sep. — P. 6.



Москва 2009

