











УДК316+614(470)

DOI: 10.18413/2408-9338-2022-8-1-0-5

¹Дробышевская Е. В. 
²Пронин А. Ю. 
³Жукова Е. В. 
⁴Сочнев А. С. 
⁵Ватулян А. К. 
⁶Пить В. В. 
⁷Терин Д. Ф. 
⁸Шилова В. А. 

Уровень информированности мигрантов из Средней Азии
о ВИЧ-инфекции

^{1, 2, 3, 4, 5}Государственное казенное учреждение здравоохранения Московской области
«Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»
ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 8, Москва, 129110, Россия
elena_dr@bk.ru
alexanderp909@gmail.com
zhukovazh@mail.ru
sochnev87@mail.ru
ann-vatulyan@yandex.ru

⁶Научно-технический центр «Перспектива»
ул. Таймырская, д. 70-410, Тюмень, 625026, Россия
pit-v@yandex.ru

^{7, 8}Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра
Российской академии наук
ул. Кржижановского, д. 24/35, корп. 5, Москва, 117218, Россия
terin@isras.ru
vshilova@yandex.ru

Аннотация. Пандемия COVID-19 высветила значение адекватного понимания угроз собственному здоровью и здоровью окружающих, владение необходимой информацией в полном объеме для принятия мер защиты в период глобальной эпидемии. В условиях продолжающейся в России эпидемии ВИЧ-инфекции исследование факторов здоровьесберегающего поведения населения остается важной задачей. В статье рассматривается информированность мигрантов о способах передачи ВИЧ-инфекции как значимая составляющая здоровьесберегающего поведения и важная детерминанта предотвращения распространения ВИЧ. В существующих условиях трудовая миграция может являться дополнительным рискообразующим фактором распространения ВИЧ-инфекции в стране, в том числе, в силу особенностей жизни мобильных групп, влияющих на поведение, сравнительно с постоянным (коренным) населением. Объект исследования – трудовые мигранты из стран Средней Азии, проживающие на территории Московской области. Данные, представленные в статье, были получены в ходе массовых опросов. Первое исследование проведено в Московской области в октябре-декабре 2018 года, объем выборочной совокупности –


3500 респондентов. Второе исследование проведено на территории Московской области в сентябре-ноябре 2021 года, объем выборочной совокупности – 5000 респондентов. Для сравнительного анализа использовались данные работающего населения Московской области (600 респондентов) из первого опроса и данные мигрантов из Таджикистана и Узбекистана – мужчин и женщин, достигших 18 лет, работающих и/или проживающих на территории Московской области на момент исследования (1359 респондентов) из второго опроса. Методики сбора информации и инструментарий двух исследований были аналогичными и сопоставимыми. В статье представлен сравнительный анализ количественных показателей уровня информированности по различным вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией, работающих жителей Московской области и мигрантов из стран Средней Азии. В результате проведенного сопоставительного анализа информированности о ВИЧ-инфекции работающего населения Московской области и мигрантов из стран Средней Азии (Узбекистана и Таджикистана) были выявлены существенные разрывы во владении первичной базовой информацией о возможных способах заражения, профилактики и лечения болезни, а также биологических средах, посредством которых передается ВИЧ-инфекция.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; СПИД; мигранты, информированность; уровень информированности, СМИ, пандемия, здоровье, медицина, Средняя Азия

Информация для цитирования: Дробышевская Е. В., Пронин А. Ю., Жукова Е. В., Пить В. В., Сочнев А. С., Ватулян А. К., Терин Д. Ф., Шилова В. А. Уровень информированности мигрантов из Средней Азии о ВИЧ-инфекции // Научный результат. Социология и управление. 2022. Т. 8, № 1. С. 43-67. DOI: 10.18413/2408-9338-2022-8-1-0-5.

Research article

¹Elena V. Drobyshevskaya 


²Alexander Yu. Pronin 

³Evgenia V. Zhukova 

⁴Alexey S. Sochnev 

⁵Anush K. Vatulyan 

⁶Viktor V. Pit 

⁷Dmitriy F. Terin 

⁸Valentina A. Shilova 

HIV awareness among labor migrants from Central Asia States

1, 2, 3, 4, 5, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases,
Moscow Region
bld. 8, 61/2 Shchepkina St., Moscow, 129110, Russia
elena_dr@bk.ru
alexanderp909@gmail.com
zhukovazh@mail.ru
sochnev87@mail.ru
ann-vatulyan@yandex.ru

⁶Scientific and Technical Center “Perspektiva”
70-410, TaymirskayaSt., Tyumen, 625026, Russia
pit-v@yandex.ru

^{7, 8}Institute of Sociology, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology,
Russian Academy of Sciences
bld. 5, 24/35 Krzhizhanovsky St., Moscow, 117218, Russia
terin@isras.ru
vshilova@yandex.ru

Abstract. The COVID-19 pandemic has highlighted the importance of an adequate understanding of threats to one's own health and the health of others, having the necessary information to take protective measures in a global epidemic. In the context of the ongoing epidemic of HIV infection in Russia, research into the factors of healthy behaviour of the population remains an important task. The article discusses the knowledge of migrants about the ways of HIV transmission as an important component of healthy behaviour and an important determinant of the prevention of the spread of HIV. In the current environment, labour migration can be an additional risk factor for the spread of HIV in the country, because of the life patterns of mobile behavioural groups compared to the permanent (indigenous) population. The object of the study is migrant workers from Central Asian countries living in the Moscow region. The data presented in the article were obtained during mass surveys. The first study was conducted in the Moscow region in October-December 2018, the volume of the sample – 3500 respondents. The second study was conducted on the territory of the Moscow region in September-November 2021, the volume of the sample – 5000 respondents. For the comparative analysis, data from the working population of the Moscow region (600 respondents) and data from migrants from Tajikistan and Uzbekistan – men and women, over 18 years of age working and/or living in the Moscow region at the time of the survey (1,359 respondents) from the second survey. The information-gathering methodologies and tools of the two studies were similar and comparable. The article presents a comparative analysis of quantitative indicators of the level of awareness on various issues related to HIV infection, working residents of the Moscow region and migrants from the countries of Central Asia. As a result of a comparative analysis of knowledge about HIV infection of the working population of the Moscow region and migrants from the countries of Central Asia (Uzbekistan and Tajikistan) significant gaps have been identified in the ownership of primary basic information on possible modes of infection, prevention and treatment of the disease, as well as the biological media through which HIV infection is transmitted.

Keywords: HIV infection; AIDS; migrants; awareness; awareness level; media; pandemic; health; medicine; Central Asia

Information for citation: Drobyshevskaya, E. V., Pronin, A. Yu., Zhukova, E. V., Pit, V. V., Sochnev, A. S., Vatulyan, A. K., Terin, D. F., Shilova, V. A. (2022), "HIV awareness among labor migrants from Central Asia States", *Research Result. Sociology and management*, 8 (1), 43-67. DOI: 10.18413/2408-9338-2022-8-1-0-5.

Введение (Introduction). Исследовательская работа ведется в рамках выполнения научно-исследовательских работ по проведению оценки уровня информированности мигрантов, проживающих на территории Московской области, по во-

просам ВИЧ-инфекции и классификации результатов итоговых наблюдений.

Появление вируса COVID-19 и жизнь мирового сообщества на протяжении двух лет в условиях пандемии подчеркнули важность информированности людей в вопросах здоровьесберегающего и ответ-

ственного социального поведения в отношении себя самого и своего социального окружения.

Поскольку пандемия COVID-19 почти вытеснила из информационной повестки ВИЧ-инфекцию, находившуюся до 2020 года на вершине рейтинга инфекций, к которым было приковано внимание человечества, напоминание о том, что ВИЧ-инфекция не стала менее серьезным или менее распространенным заболеванием, представляется весьма актуальным. Как и при любом инфекционном заболевании, первичная профилактика является основным мероприятием по снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Какого рода информация, доведенная до населения, является основополагающей?

1. Что это за инфекция и что нужно сделать, чтобы не заболеть.
2. Как понять, что инфицирование все же произошло.
3. Что делать дальше, куда обращаться.

Что касается Московской области, то с целью информирования населения о первом и третьем положениях в регионе с 2014 года проводятся ежегодные профилактические кампании под общим названием «Новое поколение без ВИЧ». Задачи кампании:

- привлечь внимание населения Московской области к проблеме ВИЧ-инфекции;
- мотивировать население Московской области к обследованию на ВИЧ и своевременное обращение за медицинской помощью.

С 2017 года в рамках этой же кампании, уязвимые к ВИЧ-инфекции группы населения (потребители инъекционных

наркотиков, работники коммерческого сектора, лица без определенного места жительства), обследуются на ВИЧ-инфекцию. Все население Московской области имеет возможность обследоваться на ВИЧ-инфекцию в кабинетах добровольного (в том числе анонимного) обследования на ВИЧ-инфекцию (таких кабинетов в регионе 46) или у районного специалиста по ВИЧ-инфекции (такой специалист есть в каждом городском округе).

Ежегодно с 2017 года среди ключевых групп населения проводятся мероприятия в рамках Государственных контрактов с привлечением СОНКО. Среди ключевых групп населения проводятся: анкетирование (определение уровня информированности), тестирование на ВИЧ (экспресс-тестирование), консультирование (в т.ч. по вопросам безопасного поведения), в случае выявления ВИЧ-инфекции – социальное сопровождение для диспансерного наблюдения и лечения (таблица 1).

Представители ключевых групп были обеспечены информационными материалами, средствами защиты и дезинфицирующими средствами. Все мероприятия, проводимые в Московской области, направлены на снижение дискриминации и стигматизации ВИЧ-инфицированных граждан, а также на повышение уровня информированности населения о ВИЧ-инфекции, и на этой основе на сдерживание распространения ВИЧ-инфекции. Таким образом, с определенной долей вероятности можно сказать, что практически любой взрослый житель Московской области в той или иной мере имел возможность ознакомиться с правилами безопасного в отношении ВИЧ-инфекции поведения и необходимостью тестирования на ВИЧ.

Таблица 1

Охват представителей ключевых групп в 2017-2020 гг.

Table 1

Coverage of representatives of key groups in 2017-2020

Наименование ключевой группы / Key group name	Место проведения исследований / Location of research	Охват/ Coverage	Оценка распространенности ВИЧ-инфекции в исследуемой группе, в % / Estimated prevalence of HIV infection in the study group, %
Мужчины, имеющие секс с мужчинами / Men having sex with men	На базе сообщества (в том числе в НКО, местах сбора, через аутрич) / Community-based (including NPOs, gathering places, outreach)	7023	8,3
Работники коммерческого секса / Commercial sex workers	На выездном пункте тестирования (в том числе на уличных точках) и на базе сообщества (через аутрич) / At a mobile testing site (including street sites) and community-based (through outreach)	1004	3
Лица, употребляющие инъекционные наркотики / Persons, who inject drugs	На выездном пункте тестирования (в том числе на уличных точках) и на базе сообщества (через аутрич) / At a mobile testing site (including streetsites) and community-based (through outreach)	3519	7,6
Лица без определенного места жительства / Persons with out affixed address	На выездном пункте тестирования / At the testing site	302	4,6

Помимо профилактической кампании значительную роль в снижении заболеваемости ВИЧ-инфекцией играет раннее выявление заболевания и немедленное начало антиретровирусной терапии. Таким образом можно добиться исключения пациента как источника инфекции из эпидемиологического процесса. Влияние антиретровирусного лечения заключается в увеличении качества и продолжительности жизни пациента с ВИЧ-инфекцией, но вместе с тем, при отсутствии вируса в крови, которое достигается антиретровирусной терапией, пациент становится безопасным для окружающих. По состоянию

на 31.12.2021 года в Московской области антиретровирусную терапию получают 32652 пациента с ВИЧ-инфекцией из 40019, имеющих диагноз.

Если проанализировать динамику взятия на лечение по годам, то видно, что наибольшее число впервые взятых на лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией было взято в 2016 году. Каким образом такой комплекс мер повлиял на эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в Московской области? Каких показателей удалось добиться в регионе, который на пике эпидемии, в 1999-2000 годах был самым неблагополучным по заболеваемости ВИЧ-

инфекцией и самым высокопораженным?
В 2000 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией по Московской области была в

2,5 раза выше, чем в настоящее время, и являлась самой высокой в Российской Федерации (таблица 2).

Таблица 2

Количество, доля и прирост пациентов, взятых на лечение с 2014 года по 2021 год

Table 2

Number, share and growth of patients taken for treatment from 2014 to 2021

Годы / Years	Число пациентов, получающих АРТ (чел) / Number of patients on HAART	Прирост числа лиц, получающих АРТ (%) / Increase in the number of people receiving HAART	Доля лиц, получающих АРТ от числа пациентов, имеющих установленный диагноз ВИЧ-инфекция (%) / Proportion of people receiving HAART from the number of patients with an established diagnosis of HIV infection (%)
2014	8844	+13	33,9
2015	10857	+22,8	38,5
2016	16153	+48,8	53,0
2017	19462	+20,4	60,1
2018	23218	+19,0	69,3
2019	27100	+16,7	75,6
2020	30065	+10,0	79,2
2021	32652	+7,3%	81,3

Первый случай ВИЧ-инфекции был выявлен в Московской области в 1988 году. За период с 1988 по 1998 год было зарегистрировано 317 ВИЧ-инфицированных жителей Московской области. Резкий прирост числа новых случаев ВИЧ-инфекции (в 32 раза) произошел в 1999 г., когда за год было выявлено 4619 новых случаев заражения ВИЧ. Вспышка произошла в связи с распространением внутривенных наркотиков. На 2000 г. пришелся

пик заболеваемости – было зарегистрировано ещё 5694 случая ВИЧ-инфекции (рост на 23%), в 2001 г. было зарегистрировано еще 4438 случаев ВИЧ-инфекции. Таких значительных показателей новых случаев ВИЧ-инфекции в дальнейшем в Московской области не регистрировалось. Вместе с тем, начиная с 2013, года наметилась тенденция к росту числа новых случаев ВИЧ-инфекции, которая достигла своего пика в 2017 году.

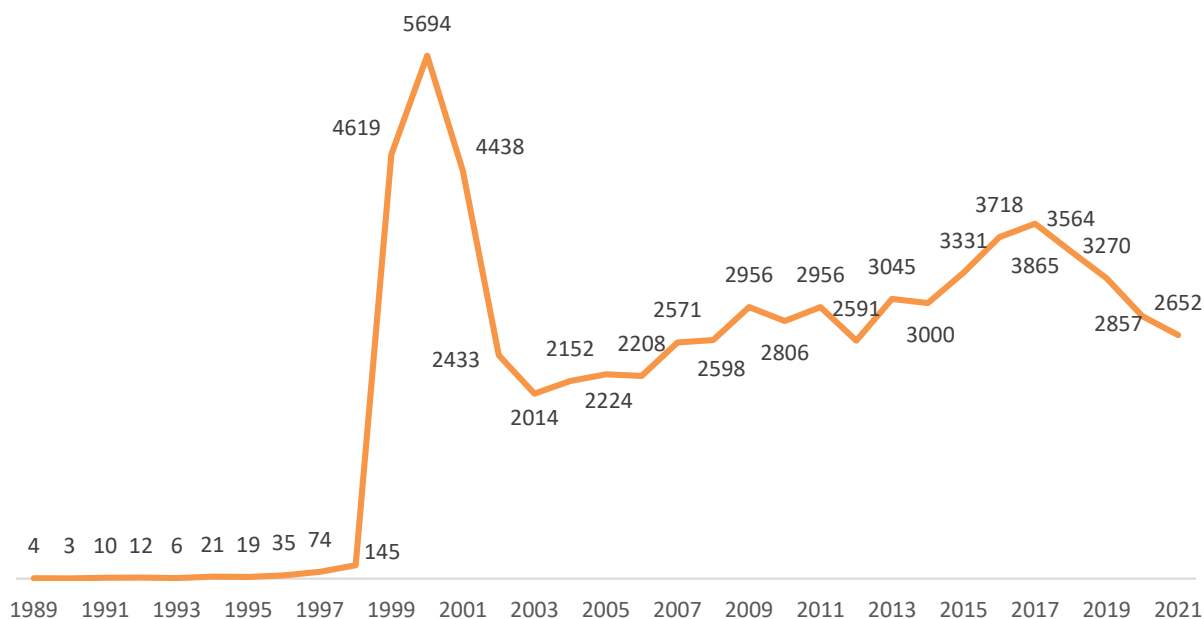


Рисунок 1. Ежегодно регистрируемые случаи ВИЧ-инфекции (1988-2021 гг.)
Figure 1. Annual reported HIV infections (1988-2021)

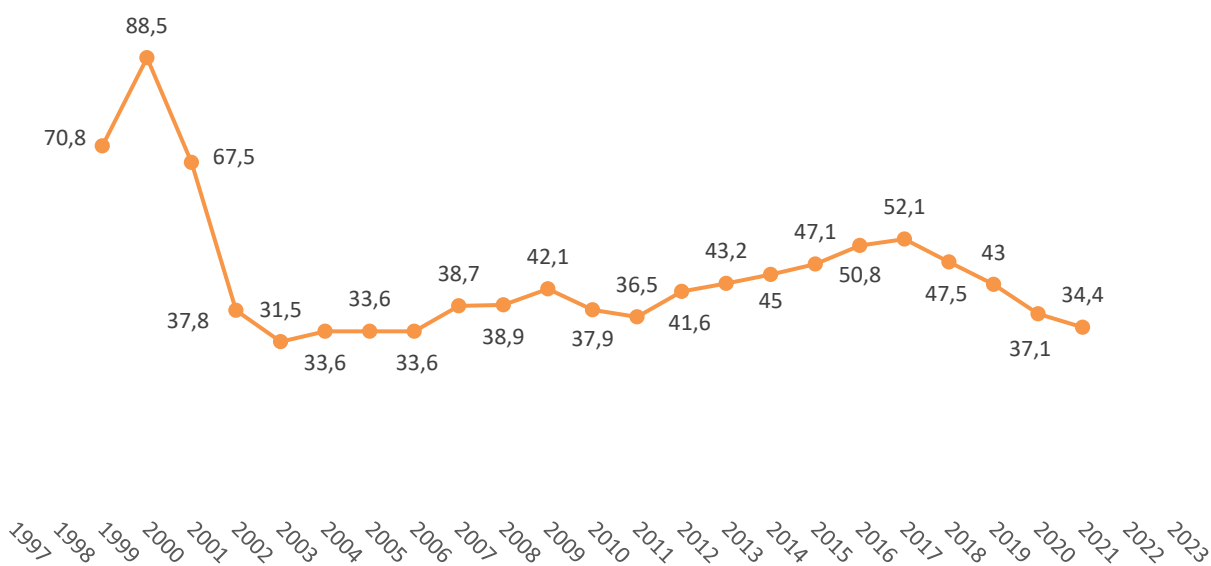


Рисунок 2. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией (количество случаев на 100 000 населения)
Figure 2. Incidence of HIV infection (number of cases per 100,000 population)

За 2021 год в Московской области зарегистрировано 2652 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости составил 34,4 случаев на 100000 населения. За 2020 год – 2857 новых случаев

ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости составил 37,1 случаев на 100 тыс. населения. По итогам 2021 года зарегистрировано снижение заболеваемости на 7,3%.

Таблица 3

Сравнение показателей заболеваемости с предыдущими периодами

Table 3

Comparison of incidence rates with previous periods

Год / Year	Всего инфицировано / Total infected		Динамика прироста / снижения новых случаев (%) / Dynamics of increase / decrease in new cases (%)	Динамика показателя заболеваемости / Dynamics of the incidence rate
	абс. / abs.	на 100 тыс. населения / per 100 thousand population		
2000	5694	88,5	+23,3	
2001	4438	67,5	-22,1	-23,7
2002	2433	37,8	-45,2	-44
2003	2014	31,5	-17,2	-16,7
2004	2152	33,6	+ 6,9	+6,7
2005	2224	33,6	+3,3	0
2006	2208	33,6	-0,7	0
2007	2571	38,7	+16,4	+15,2
2008	2598	38,9	+1,1	+0,5
2009	2806	42,1	+8,0	+8,2
2010	2561	37,9	-8,7	-10%
2011	2591	36,5	+1,2	-3,7
2012	2956	41,6	+15,4	+14
2013	3045	43,2	+3,0	+3,8
2014	3231	45,0	+6,1	+4,2
2015	3405	47,1	+5,4	+4,7
2016	3718	50,8	+9,2	+7,9
2017	3865	52,1	+3,9	+2,6
2018	3564	47,5	-7,8	-8,8
2019	3270	43,03	-8,2	-9,4
2020	2857	37,1	-12,6	-13,8
2021	2652	34,4	-7,2	-7,3

Характерно, что те городские округа Московской области, которые с начала эпидемии были традиционно неблагополучными по ежегодному приросту новых случаев ВИЧ-инфекции и в 2017 году, в

период подъема заболеваемости, имели показатели заболеваемости в 1,6-2 раза выше, чем по региону в целом, начиная с 2018 года имеют стойкую тенденцию к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией (таблица 4).

Таблица 4
Распределение заболеваемости по муниципальным образованиям Московской области
Table 4

Distribution of morbidity by municipalities of the Moscow region

Наименование муниципального образования Московской области / Name of the municipality of the Moscow region	Число случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения на пике заболеваемости / Number of HIV infections per 100,000 population at peak incidence			Число случаев на 100 тыс. населения в период снижения заболеваемости / Number of cases per 100,000 population during the period of decreasing incidence		
	2001	2000	1999	2021	2020	2019
г.о. Балашиха / Balashiha	74,9	134,0	96,3	26,80	29,49	38,87
Богородский г.о. / Bogorodski	105,1	133,3	71,7	43,57	53,34	55,33
г.о. Ивантеевка / Ivanteevka	95,8	110,6	70,0	25,37	32,00	40,33
г.о. Истра / Istra	47,2	95,3	108,5	42,75	46,45	54,65
г.о. Красногорск / Krasnogorsk	53,2	98,4	214,1	25,90	28,47	35,72
г.о. Мытищи / Mitischi	65,9	90,3	102,0	37,75	62,22	47,58
Орехово-Зуевский г.о. / Orehovo-Zuevo	172,8	227,7	221,9	47,07	60,38	71,18
г.о. Подольск / Podolsk	26,6	26,3	15,2	36,05	46,31	49,28
г.о. Химки / Himki	60,5	113,8	192,1	38,41	35,06	38,08
г.о. Щелково / Schelkovo	55,8	83,9	68,0	43,95	60,04	50,09

Но возвращаясь к актуальности проблемы, необходимо отметить, что мигранты в силу законодательства являются особой категорией граждан, которые, безусловно, влияют на эпидемический процесс ВИЧ-инфекции, но возможности влияния на этот мощнейший фактор ограничены. По данным ежегодной формы статистического наблюдения № 4 выявляемость в группе мигрантов ежегодно растет, так на конец 2021 года она составила 1,41 на 1000 обследованных, что в 2 раза превышает показатели 2019-2020 года.

И это только среди мигрантов, официально оформляющих трудоустройство. Оценить заболеваемость в группе нелегальных мигрантов невозможно.

У государства нет возможности обследовать иностранных граждан бесплатно, при выявлении ВИЧ-инфекции нет возможности бесплатно лечить ВИЧ-инфекцию. Возможна лишь депортация. Поэтому в добровольном обследовании сами мигранты не заинтересованы, и при любой возможности избежать этой процедуры – так и происходит. При этом поведенческие особенности – «мужской» характер миграционных процессов и длительное пребывание вне семьи являются причиной беспорядочных половых связей. Кроме того, очень низка вероятность того, что информационные кампании могли повлиять на повышение уровня информированности в отношении ВИЧ-инфекции у мигрантов ввиду их образа жизни, языко-

вого барьера, а также учитывая интенсивную возвратную миграцию (иностранцы граждане, получившие информацию о ВИЧ-инфекции, например, в 2020 г., могли покинуть страну в 2021 г.).

Итак, иностранные трудовые мигранты представляют собой «особенную группу», распространенность ВИЧ-инфекции внутри которой сложно оценить, с рискованным в отношении ВИЧ-инфекции поведением, с отсутствием широкого низкопорогового доступа к тестированию на ВИЧ-инфекцию.

Вот почему очень важно понимать, с каким уровнем информированности о профилактике ВИЧ-инфекции и безопасном поведении, в том числе при установленном диагнозе ВИЧ-инфекция прибывают в Россию, и, в частности, в Московскую область, иностранные граждане.

В качестве теоретической основы для исследования информированности населения о ВИЧ/СПИД широко используется так называемая гипотеза разрыва в знаниях (knowledge gap hypothesis). Авторы гипотезы, Филип Тиченор, Джордж Донохью и Клариса Олиен, определяют ее следующим образом: «По мере увеличения притока массовой информации в социальную систему, группы населения с более высоким социально-экономическим статусом, как правило, получают эту информацию быстрее, чем группы с более низким социально-экономическим статусом, так что разрыв в знаниях между этими группами имеет тенденцию к увеличению, а не к снижению». (Tichenor, Donohue, Olien, 1970: 159-160) Расшифровывая это определение, Тиченор, Донохью, и Олиен называют 5 причин того, почему разрыв в знаниях должен обнаруживаться в современном обществе: 1) коммуникационные навыки (люди с более высоким статусом, как правило, имеют более высокий уровень образования, что улучшает их навыки чтения, понимания и запоминания); 2) накопленная информация (люди с более высоким статусом, скорее всего, уже что-то знают о темах новостей благодаря встречавшейся ранее в новостях

информации или своему формальному образованию); 3) релевантные социальные контакты (люди с более высоким статусом, как правило, имеют более широкую сферу деятельности, большее широкие референтную группу и межличностные контакты, и, следовательно, чаще обсуждают новостные темы с другими людьми; 4) избирательное воздействие (люди с более низким статусом могут быть менее заинтересованы определенными новостными темами и потому в меньшей степени подвергнутся действию соответствующей информации); 5) целевые медийные рынки (СМИ отвечают вкусам и интересам своей аудитории) (Tichenor, Donohue, Olien, 1970: 161-162).

На протяжении первого десятилетия распространения инфекции ВИЧ исследователями был установлен факт, что некоторые группы населения США, первой страны, в которой произошла эпидемия СПИД, пострадали от эпидемии в непропорционально большой степени, в их числе: мужчины, чернокожие, испаноязычные, молодежь. Была обнаружена закономерность, связывающая различия в распространении инфекции в разных группах населения с различиями в уровне знаний о болезни в тех же группах. Вошедшая в эти годы в исследования СПИД в качестве теоретической рамки гипотеза разрыва в знаниях между различными группами населения, позволила обосновать результаты эмпирических исследований, свидетельствующие о том, что лица с низким уровнем образования отстают от других групп в трансмиссии научно установленных знаний о ВИЧ/СПИД, способах передачи ВИЧ-инфекции и т.п.

Знания о ВИЧ/СПИД являются необходимым, но не достаточным условием для поведенческих изменений, направленных на профилактику ВИЧ/СПИД среди групп населения, подверженных риску. Тем не менее, исследования показывают, что люди, которые хорошо осведомлены о ВИЧ/СПИД, с большей вероятностью правильно оценят угрозу, создаваемую вирусом, и будут следовать предохраняющей

здоровье поведенческой стратегии. Соответственно, в рамках социально-психологической теоретической модели, связывающей информацию, мотивацию и поведенческие навыки, предполагается, что информация, которая имеет непосредственное отношение к передаче ВИЧ и профилактике и легко применяется в социальной среде человека, является первичным предварительным условием профилактического поведения в связи с ВИЧ.

Учитывая их огромный потенциал и экономическую эффективность, средства массовой информации были одним из основных инструментов, используемых для информирования и просвещения населения, подверженного риску, об опасности глобальной эпидемии ВИЧ. С первых дней пандемии средства массовой информации (начиная от традиционных печатных и вещательных средств, таких как радио и телевидение, и заканчивая новыми онлайн-средствами массовой информации) распространяли информацию о профилактике в различных местностях по всему миру. Хотя общие данные о воздействии мероприятий средств массовой информации на результаты, связанные с ВИЧ/СПИД, не всегда вполне согласуются друг с другом, тем не менее, считается установленным, что, по крайней мере, в развивающихся странах средства массовой информации могут оказать значительное воздействие на распространение знаний ВИЧ/СПИД¹.

Если в целом, в применении ко всем многообразным процессам в современных обществах, гипотеза разрывов в знаниях не всегда однозначно подкреплялась эмпирически, то ее последствия для информационных кампаний в области здравоохранения и борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИД, в частности, были, по мнению многих исследователей, весьма действенными. Эта

гипотеза продолжает оставаться мощным концептуальным инструментом для многих исследователей, пытающихся получить объяснение тому наблюдаемому факту, что информационные кампании в сфере здравоохранения, проводимые в СМИ, оказывают дифференцированное воздействие в разных сегментах общества.

Меньшее теоретическое влияние на исследование явлений, связанных с распространением информации о ВИЧ, оказала конкурирующая с гипотезой разрыва в знаниях теория культивации Джорджа Гербнера (cultivation theory), в ранних версиях фокусировавшаяся в основном на эффекте воздействия телевидения. Согласно этой теории, в современном массовом обществе воздействие телевидения, формирующего доминантные комплексы убеждений и ценностей, влияющих на поведение людей, имеет одинаковые последствия для индивидов с высоким медиапотреблением, независимо от демографических и иных различий. (Gerbner, Gross, Morgan, 1994: 17-41) В противовес гипотезе разрыва в знаниях, теория культивации предполагает, что, если разные люди имеют одинаковые привычки и уровни потребления масс-медиа (особенно электронных масс-медиа), их изначальный разрыв в знаниях, в том числе знаниях о сохранении своего здоровья, будет скорее уменьшаться, независимо от сохраняющихся различий в уровне образования и других статусных показателях.

Методология и методы (Methodology and methods). Значительную роль в теоретическом осмыслении отношения в обществе к людям, живущим с ВИЧ, играет понятие социальной стигмы, введенное в общественную науку американским социологом Ирвингом Гофманом. В теории Гофмана стигма – это атрибут (сущностная черта), поведение или репутация, которые социально дискредитируют определенным образом (Гофман, 1963: 2-3). Стигма действует как причина того, что другие люди классифицируют индивида, скорее используя стереотип, связанный с чем-либо соци-

¹Предупреждение ВИЧ/СПИДа среди молодых людей: фактические данные из развивающихся стран об эффективных методах работы Краткое содержание выпуска № 938 серии технических докладов ВОЗ. URL: <https://goo.su/ZQUv> (дата обращения: 01.02.2022).

ально нежелательным, отвергаемым, чем с общепринятым, социально нормальным. Гофман определял стигму как особый вид несоответствия между виртуальной социальной идентичностью (основанной на определенных ожиданиях) и реальной социальной идентичностью (Гофман, 1963: 2). Стигматизация может в определенных условиях приводить к дискриминации группы, ограничению ее прав (Гофман, 1963: 4).

Теоретизация стигмы Гофманом была плодотворно адаптирована в социально-психологических исследованиях, предметом которых было изучение того, как люди строят категории и связывают эти категории со стереотипными убеждениями. В рамках этой работы особое внимание уделялось происхождению стигмы в восприятии человека и последствиям, которые имеет стигма для социального взаимодействия. При применении к ВИЧ/СПИД, социально-когнитивные рамки ограничивали понятия связанной с ВИЧ/СПИД стигмы до рассмотрения того, как люди, живущие с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), маркируются и стереотипизируются людьми, опирающимися на свои ошибочные убеждения и взгляды. Такая социально-когнитивная концепция стигмы сыграла заметную роль, однако ее существенным минусом следует признать то, что она не включала подробное рассмотрение социально-структурных аспектов стигмы – динамических социально-экономических и социально-политических процессов, которые одновременно порождают и усиливают стигматизацию и дискриминацию. Это ограничивало предлагаемые меры по снижению стигмы стратегиями, которые были призваны повышать в обществе эмпатию и альтруизм в отношении ЛЖВС, уменьшать тревогу и страх перед ЛЖВС среди населения.

В дальнейшем, уже в пределах дисциплинарных рамок социологии и антропологии, удалось значительно расширить ранние психологические представления о стигме, включив в этот концепт также социально-структурные условия, способ-

ствующие стереотипизации. Одно из ключевых открытий на этом пути – обоснование того, что использование стереотипа, основанного на характерной черте (атрибуте), не является только когнитивным явлением на уровне личности, но также определяется социальными процессами. Американский социолог медицины Ричард Паркер и британский исследователь Питер Эгглтон обосновали важность представления о стигме как, в первую очередь, социальном и культурном явлении, связанном с действиями больших групп людей, в частности, в развивающихся странах, в которых широко распространены семейные, деревенские, соседские, общинные связи (Parker, Aggleton, 2003: 17). Концептуализация стигмы этими исследователями утверждает необходимость для стигмы структурной (институциональной) власти – социальной, экономической или политической – которая воздействует на то или иное сообщество так, что индивидуальное восприятие тех или иных признаков, атрибутов выводится на коллективный уровень, и, в конечном счете, действует на негативный стереотип, способствуя запуску процесса стигматизации. Стигматизация, согласно такой точке зрения, неразрывно связана с воспроизводством социального неравенства в одном из его измерений, поскольку она способна заставить отдельные группы воспринимать самих себя как лишенных общественной значимости и занимающих в обществе подчиненное, приниженное положение (Parker, Aggleton, 2003: 16).

Благодаря признанию роли социальных процессов и власти в распространении стигмы возникает более четкое понимание и определение дискриминации. Дискриминация акцентирует внимание на индивидуальных и социальных агентах, производящих стигматизацию, а не на реципиентах стигмы. Дискриминация является следствием стигматизации и в этом аспекте рассматривается как несправедливое и неоправданное обращение с индивидом на основании его принадлежности к некото-

рой конкретной группе людей, действительной или предполагаемой. Стигматизированные группы, в том числе ЛЖВС, систематически оказываются в неблагоприятном положении в разных отношениях, включая доходы, образование, жилищные условия, медицинское обслуживание. Концептуализация стигмы ВИЧ/СПИД как сочетания психологического и социального явлений различает самодискриминацию, индивидуальную и структурную (институциональную) дискриминацию. Самодискриминация возникает в ситуации, когда человек ожидает применения к себе негативного стереотипа и заранее действует так, как если бы дискриминация уже была применена в его отношении. Это происходит из-за того, что стигматизация ЛЖВС способна оказывать сильное психологическое воздействие на их самооценку. Индивидуальная дискриминация может иметь место на уровне межличностного общения. Институциональная дискриминация относится к институтированным практикам, которые ведут к неблагоприятным последствиям для стигматизированных групп и могут действовать и при отсутствии предрассудков и дискриминации на индивидуальном уровне. Отмечается, что, как и в случае с другими группами, стигматизированными по признакам здоровья, большинство исследований и конкретных мер, направленных на борьбу со стигматизацией ЛЖВС в мировой практике, нацелены на самодискриминацию и на некоторые аспекты дискриминации на индивидуальном уровне, но в основном не затрагивают институциональных аспектов дискриминации.

Американские социологи Брюс Линк и Джо Фелан предложили более широкую концептуализацию, которая проясняет как социально-когнитивные, так и структурно-институциональные аспекты стигмы и отношения между ними. В их концепции стигма существует при сходстве следующих четырех взаимосвязанных компонентов: 1) индивиды различают и маркируют человеческие различия; 2) доминирующие

культурные убеждения связывают маркированных лиц с негативными стереотипами; 3) маркированные индивиды помещаются в отдельную категорию для того, чтобы отделить «нас» от «них»; и 4) маркированные индивиды претерпевают потерю статуса и дискриминацию, что приводит к неравенству условий. Стигматизация в таком случае полностью зависит от неравенства в социальной, экономической и политической власти, которое позволяет развернуться четырем вышеупомянутым компонентам стигмы (Link, Phelan, 2001: 367-371).

Концептуализация стигмы ВИЧ/СПИД осложняется тем обстоятельством, что ВИЧ-инфекция проходит в своем развитии несколько стадий: начальный непродолжительный гриппоподобный синдром сменяется последующим бессимптомным периодом (который может иметь значительную продолжительность), за которым следует симптоматический период с инфекциями различной тяжести. Подверженность стигматизации при разных стадиях ВИЧ-инфекции может значительно различаться. У людей, живущих с вирусом ВИЧ, в бессимптомный период отсутствуют внешние проявления ВИЧ-инфекции, и, соответственно, окружающим сложнее определять их как «других» и наделять негативными свойствами. ВИЧ-инфицированный индивид, даже в случае, когда окружающим известен его ВИЧ-положительный статус, может быть мало подвержен стигматизации до тех пор, пока он способен вести обычный образ жизни, работать, тем самым ограничивая возможность своего противопоставления нормативной группе («мы»), связанного с потерей статуса. С другой стороны, на поздних этапах развития заболевания, ЛЖВС более легко идентифицируются окружающими и делаются всё более уязвимыми к дискриминации вдоль континуума перечисленных выше компонентов модели Б. Линка и Дж. Фелана.

Помимо влияния стадии ВИЧ-инфекции, на стигму может оказывать

влияние множество социальных факторов, некоторые из них связаны с различными измерениями неравенства в обществе – социально-экономическим статусом, гендером, расовой или этнической принадлежностью. Действие этих факторов лучше изучено в развивающихся странах. Налагаясь друг на друга, эти факторы усиливают стигматизирующие условия, которые предрасполагают людей к ВИЧ-инфекции и ограничивают их возможности своевременно получить доступ к диагностике и антиретровирусной терапии.

Многочисленные исследования в разных странах подтверждают теоретическое предположение о том, что, хотя системы здравоохранения в разных странах сильно различаются, стигма ВИЧ/СПИД повсеместно является барьером на пути распространения услуг по тестированию на ВИЧ. Так, в частности, существуют данные о том, что во многих случаях позднее, несвоевременное обращение к тестированию на ВИЧ связано со страхом перед стигмой. В то же время, именно широкий охват населения тестированием на ВИЧ и своевременное начало лечения в перспективе способны превратить инфекцию ВИЧ/СПИД в курательную, что, как логично предположить, уменьшило бы стигматизацию людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Упомянутые теоретические подходы определяют современное состояние методологии и методики исследования распространности знаний о ВИЧ-инфекции и отношения населения к ЛЖВС. Существующие методологические инструменты разработаны для исследования аспектов стигмы ВИЧ/СПИД в основном в двух измерениях. Во-первых, они используются для изучения агентов стигматизации, которые включают как широкие общественные слои, так и конкретные группы, такие как работники системы здравоохранения; во-вторых, исследуются стигматизированные, которые представляют собой людей, живущих с ВИЧ/СПИД, а также индивидов, относящихся к группам высокого риска, таких как потребители инъекционных

наркотиков (ПИН), секс-работники, гомосексуалисты. Для определения установок агентов стигматизации используются показатели, замеряющие практическую социальную дистанцию – через оценку готовности респондентов взаимодействовать с ЛЖВС в различных ситуациях, и степень поддержки респондентами принудительных мер в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИД (изоляция, карантин, запрет въезда в страну).

В России с 1990-х годов наиболее важным каналом распространения ВИЧ-инфекции было распространение вируса в среде лиц, употребляющих инъекционные наркотики, путем передачи вируса с инфицированной кровью при совместном использовании шприца группой людей. Этот способ передачи вируса и в настоящее время остается в России весьма распространенным, наряду с передачей при незащищенных половых контактах. В последние годы в России, как и в других европейских странах, происходит изменение моделей наркопотребления – распространяется так называемое «контролируемое наркопотребление» новых синтетических наркотических веществ, которое не связано с инъекционным способом потребления и не ведет к столь же быстрому выпадению потребителей из нормальных социальных практик, что, тем самым, создает иллюзию безопасности потребления наркотиков (Позднякова, 2015: 105). Этот процесс, как отмечают специалисты, приводит не к полной замене инъекционных наркотиков новыми наркотическими продуктами, а только к общему расширению наркорынка, внутри которого сохраняется и внутривенное употребление наркотиков, остающееся важным каналом распространения ВИЧ-инфекции. Исследователи отмечают, что эта каузальная связь наркотизации и распространения ВИЧ-инфекции по-прежнему имеет место: увеличение числа больных наркоманией на 10% влечет за собой ежегодное увеличение числа ВИЧ-положительных лиц на 20-30 процентов (Кошкина, 2014). Расширившийся благодаря

появлению новых синтетических наркотиков наркорынок влияет на распространенность моделей рискованного сексуального поведения (частая смена половых партнеров, половые отношения с малознакомыми людьми, незащищенные сексуальные контакты), которые напрямую связаны с распространением ВИЧ. Исследованиями ученых сектора социологии девиантного поведения Федерального научно-исследовательского социологического центра установлена зависимость между наличием у людей любого опыта употребления наркотиков и их большей (сравнительно с не имеющими такого опыта) склонностью к моделям рискованного сексуального поведения. Следствием этого называется, в частности, постепенное изменение возрастной структуры людей, живущих с ВИЧ: среди них снижается доля двадцатилетних (20-29 лет) и увеличивается доля лиц среднего и старшего возраста (Позднякова, 2018: 106).

Методической основой данной работы является сопоставительный анализ данных, полученных в ходе двух репрезентативных исследований (массовых опросов).

Первое исследование проведено в Московской области в октябре-декабре 2018 года, объем выборочной совокупности 3500. Для сравнительного анализа в статье, мы использовали данные работающего населения – мужчин и женщин, достигших возраста и старше 15 лет, трудоустроенных на предприятиях, находящихся на своем рабочем месте на момент проведения исследования (600 респондентов).

Второе исследование проведено на территории Московской области в сентябре-ноябре 2021 года, объем выборочной совокупности 5000. Для сравнительного анализа, мы использовали данные мигрантов из Таджикистана и Узбекистана – мужчин и женщин, достигших 18 лет, работающих и/или проживающих на территории Московской области на момент исследования (1292).

В обоих исследованиях использовался аналогичный метод сбора данных в ре-

жиме личного интервью (face-to-face) (далее – опрос), а также допускалось самозаполнения вопросника респондентом. Мигранты могли выбрать анкету на понятном для них языке (таджикский, узбекский, русский). Формулировки вопросов и вариантов ответов по сопоставляемым нами в статье показателям были идентичными.

Научные результаты и дискуссия (Research results and discussion). Влияние мобильности и миграции на ВИЧ исследовано с разных сторон. В литературе отмечается, что, в целом, мобильность может оказывать влияние на распространение ВИЧ-инфекции посредством двух различных механизмов: 1) мобильность может увеличивать скорость взаимодействия между людьми и, в частности, знакомить людей с сексуальными партнерами, прибывающими из регионов с более высокими фоновыми показателями распространенности ВИЧ/СПИД; 2) мобильность и миграция сами по себе как явления могут обладать определенными характеристиками, приводящими к более высокому уровню рискованного сексуального поведения у мигрирующих людей. Второй механизм, при котором миграция рассматривается как фактор риска ВИЧ-инфекции для вовлеченных в нее людей, может изучаться путем сравнения мобильных и немобильных групп населения, причем, как отмечается в литературе, выводы о наличии связи между мобильностью, миграцией и риском заражения ВИЧ, или об отсутствии такой связи, сильно зависят от значительной неоднородности процессов, объединяемых в понятия «мобильность» и «миграция» (Linking migration, mobility and HIV, 2010: 1458-1459).

В этом отношении более однородным является тип миграции, определяемый как «трудовая миграция». В обзорной работе (Labor Migration and HIV Risk: A Systematic Review of the Literature) американские авторы С. Уайн и А. Кашуба рассмотрели большой объем опубликованных исследований, количественных, качественных и смешанных, о рисках распро-

странения ВИЧ/СПИД в связи с трудовой миграцией. Риски распространения ВИЧ среди трудовых мигрантов, исследуемые во включенных в этот обзор публикациях, по мнению авторов, связаны с факторами четырех уровней: уровня политики, социокультурного, сексуальных практик, и здоровья. Определяющими факторами уровня политики в литературе чаще других называются длительное или частое отсутствие, материальное положение, тяжелые условия труда, условия проживания. Социокультурные факторы, связанные с риском заражения ВИЧ, это определенные культурные нормы, разделение семьи, низкая социальная поддержка и социальный контроль. Среди медицинских факторов или факторов здоровья – употребление психоактивных веществ, другие ИППП (помимо ВИЧ-инфекции), проблемы с психическим здоровьем, отсутствие тестирования на ВИЧ. Детерминантами уровня сексуальных практик, наиболее часто ассоциирующимися с распространением ВИЧ в среде трудовых мигрантов, являются ограниченное использование презервативов, множественность партнеров, низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции и низкий предполагаемый риск заражения ВИЧ. Факторы двух последних уровней, уровня здоровья и уровня сексуальных практик, оказывают, по мнению исследователей, более масштабное воздействие, чем факторы политики или социокультурные. Системный и многоуровневый характер действующих факторов, делают вывод исследователи, предполагает необходимость системных и многоуровневых стратегий вмешательства в ситуацию для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов (Weine, Kashuba, 2012: 1614).

Трудовая миграция в Россию считается значимым фактором распространения ВИЧ-инфекции (Журавлева, Иванова, 2015). Среди черт, характеризующих ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России, в литературе называются следующие. Трудовые мигранты, приезжающие на террито-

рию России, прибывают, главным образом, из постсоветских стран, бывших советских республик, причем, значительная часть – из трех стран Средней Азии: Киргизии, Таджикистана, Узбекистана. В населении этих стран уровень распространения ВИЧ-инфекции в настоящее время ниже, чем в населении России, однако вовлеченная в процессы трудовой миграции часть населения этих стран может отличаться в этом отношении от населения в целом. Трудовая миграция из этих стран в Россию – это, в значительной степени, «молодежная» и «мужская» миграция.

Сравнительный анализ информированности мигрантов и работающего населения, проживающего на территории Московской области, по отдельным вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией, показателен с точки зрения значительных отличий. Если в выборочной совокупности населения области 95,5% респондентов правильно характеризует ВИЧ-инфекцию как вирусное заболевание, имеющее особенное течение и специфические способы передачи от человека к человеку, то среди мигрантов только 79,4% дает правильный ответ. Таким образом, примерно пятая часть приезжих из Узбекистана и Таджикистана в Россию не имеет никакого представления о том, что такое ВИЧ-инфекция.

Распределение ответов респондентов из разных целевых групп на вопрос: «Какое влияние на организм человека оказывает ВИЧ-инфекция?», также демонстрирует существенные различия. Среди работающего населения Московской области знают о том, что ВИЧ разрушает иммунную систему, 85% респондентов; в выборке мигрантов из Средней Азии только 44,7% выбрали этот правильный ответ. Таким образом, адекватное представление о воздействии ВИЧ-инфекции на организм человека имеет менее половины мигрантов, принявших участие в исследовании.

Аналогичные закономерности прослеживаются и при ответе на вопрос: «Как можно обнаружить ВИЧ-инфекцию у человека?». Подавляющее большинство

(93,3%) работающего населения Московской области знает о том, что ВИЧ-инфекция обнаруживается путем специального анализа крови; в группе мигрантов из Средней Азии соответствующий ответ выбрали 63,2%.

В информированности о том, предшествует ли заболеванию скрытый период, разрыв между работающим населением Московской области и мигрантами из

Средней Азии сокращается. Знают о наличии скрытого периода болезни 70,5% работающего местного населения и 60,9% опрошенных мигрантов (Рисунок 3).

Существенный разрыв между работающим населением Московской области и мигрантами наблюдается в информированности о путях передачи ВИЧ-инфекции (рисунок 4).

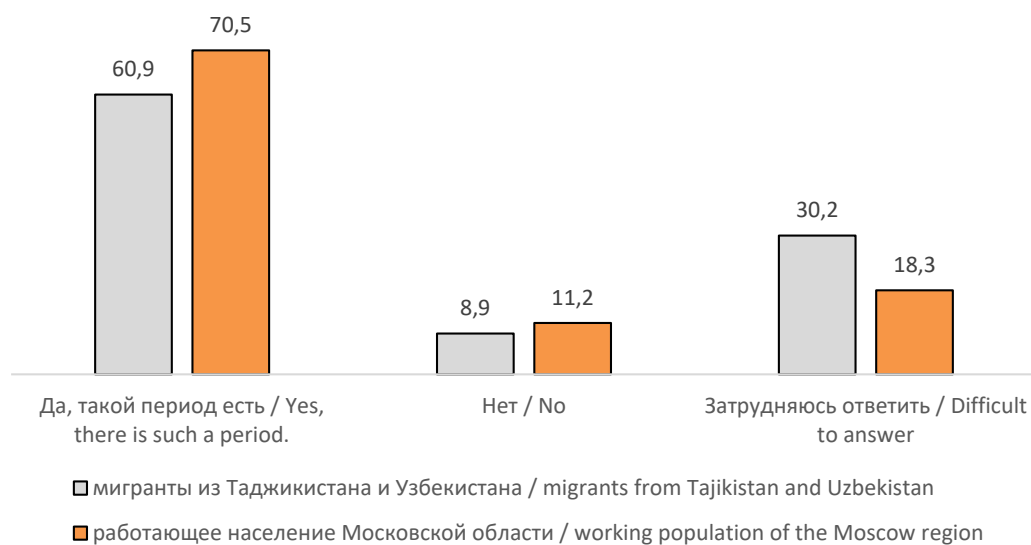


Рисунок 3. Распределение ответов респондентов из разных целевых групп на вопрос: «Предшествует ли заболеванию скрытый период, когда внешних проявлений нет, а человек уже является вирусоносителем и может заражать других людей?», в %

Figure 3. Distribution of responses of respondents from different target groups to the question: “Does a disease precede a latent period, when there are no external manifestations, and a person is already a virus carrier and can infect other people?”, in %

Мигранты менее информированы и чаще дают неправильные ответы, неверно относя к числу путей передачи ВИЧ поцелуй 30,7% и курение 11,2% (рисунок 5).

Показательным для оценок информированности мигрантов о ВИЧ-инфекции является то, что респонденты, находящиеся в брачных отношениях, чаще правильно

определяют пути передачи ВИЧ-инфекции, а респонденты, не имеющие брачных отношений, чаще выбирают неверные пути заражения. В частности, считают, что ВИЧ-инфекция может передаваться через поцелуй, 35,2% не состоящих в браке и 22,5% состоящих в браке респондентов (рисунок 6-7).

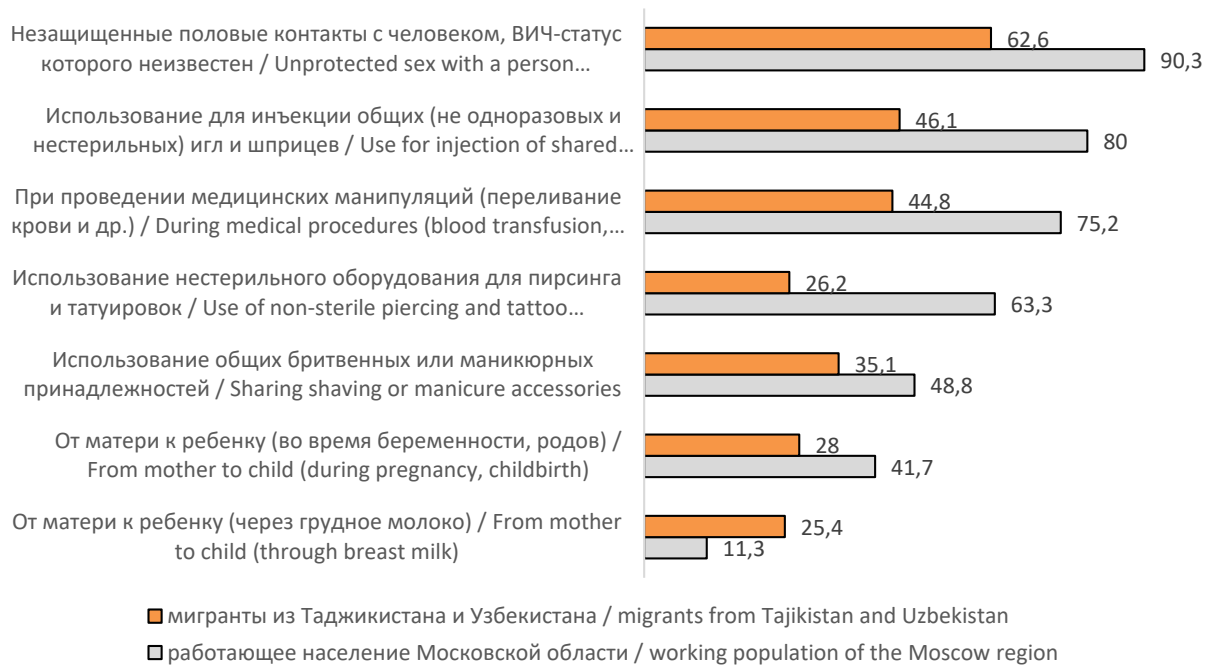


Рисунок 4. Распределение ответов респондентов из разных целевых групп на вопрос: «Отметьте известные Вам пути передачи ВИЧ-инфекции» (правильный ответ), в %
Figure 4. Distribution of answers of respondents from different target groups to the question: “Tick the ways of HIV transmission known to you” (correct answer), in %

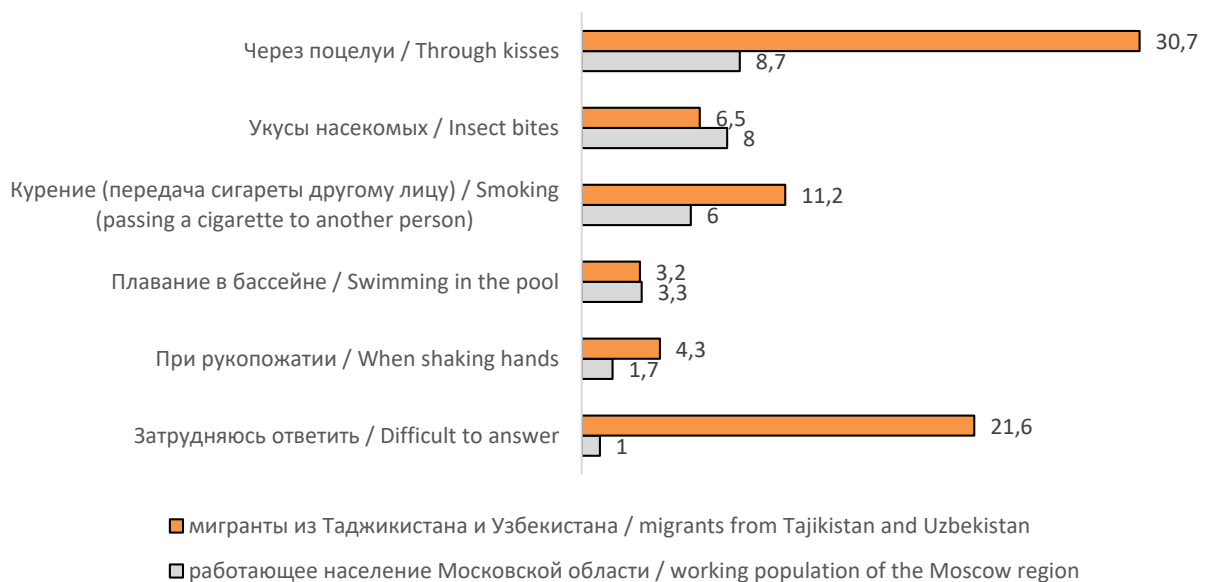


Рисунок 5. Распределение ответов респондентов из разных целевых групп на вопрос: «Отметьте известные Вам пути передачи ВИЧ-инфекции» (неправильный ответ), в %.
Figure 5. Distribution of answers of respondents from different target groups to the question: “Check the ways of HIV transmission known to you” (wrong answer), in %



Рисунок 6. Распределение ответов мигрантов с разным семейным статусом на вопрос: «Отметьте известные Вам пути передачи ВИЧ-инфекции» (правильные ответы), %
Figure 6. Distribution of responses of migrants with different marital status to the question: “Tick the ways of HIV transmission known to you” (correct answers), %

Рисунок 8 наглядно демонстрирует, что исследуемые мигранты в меньшей степени, чем работающие жители Московской области, информированы о том, какие биологические среды являются наиболее опасными в отношении передачи инфекции. Можно обратить внимание на то, что среди мигрантов пятая часть (21%) затруднились с ответом на этот вопрос, и треть

(32,3%) отметили в качестве биологической среды, посредством которой возможна передача инфекции, слюну, что является ошибочным.

Мигранты также в несколько меньшей степени, чем работающее население Московской области, осознают роль использования презервативов в снижении риска передачи инфекции (рисунок 9).

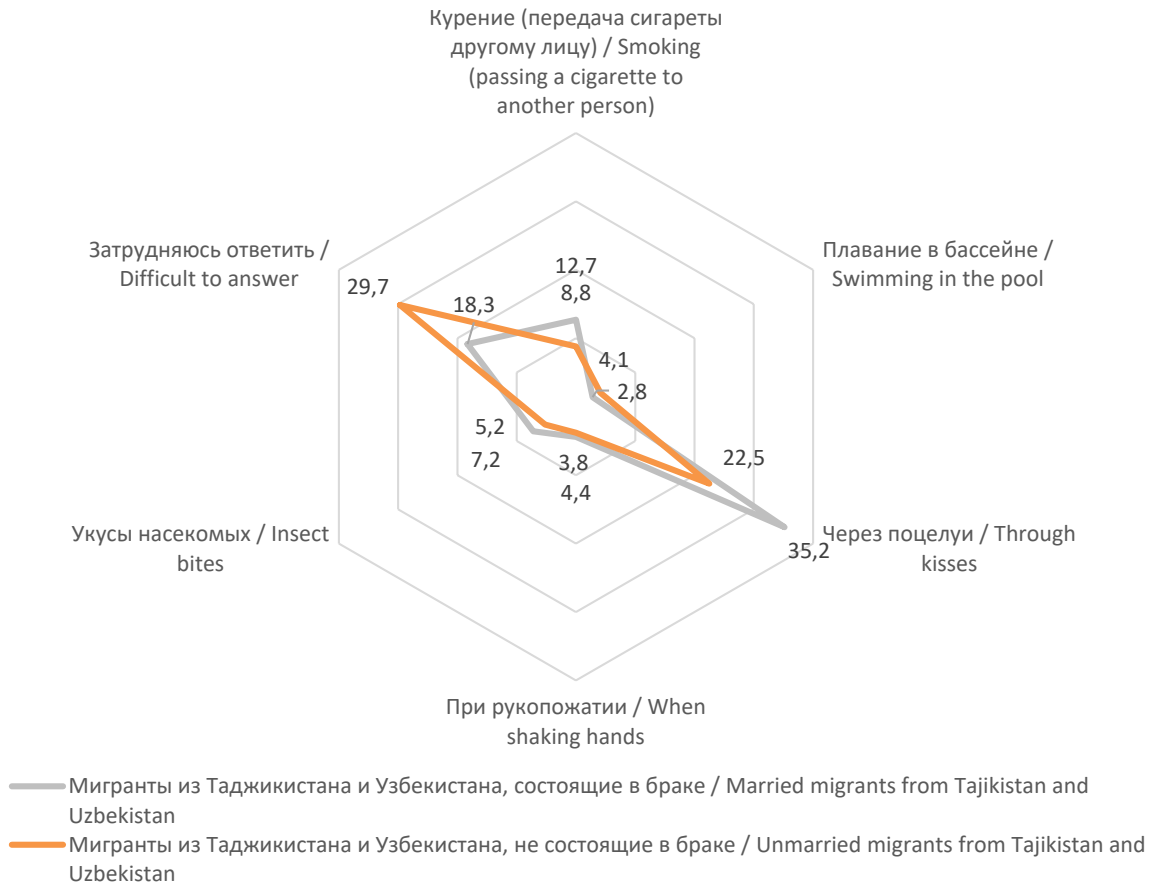


Рисунок 7. Распределение ответов мигрантов с разным семейным статусом на вопрос: «Отметьте известные Вам пути передачи ВИЧ-инфекции» (неверные ответы), %
Figure 7. Distribution of responses of migrants with different marital status to the question: “Tick the ways of HIV transmission known to you” (incorrect answers), %

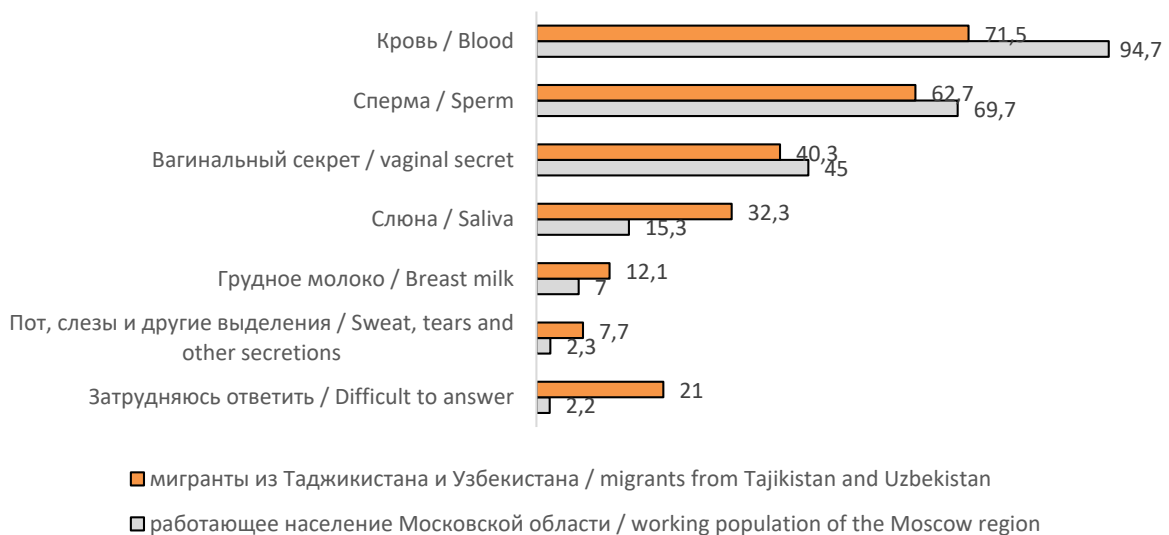


Рисунок 8. Распределение ответов респондентов из разных целевых групп на вопрос: «Какие биологические среды являются наиболее опасными при передаче ВИЧ-инфекции?», %
Figure 8. Distribution of responses of respondents from different target groups to the question: “What biological environments are the most dangerous in the transmission of HIV infection?”, %

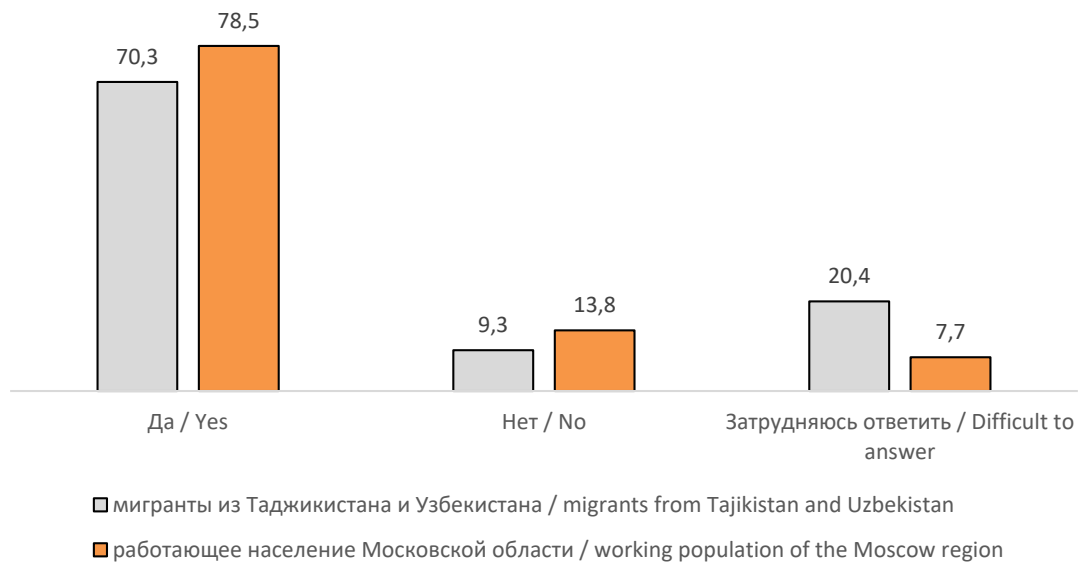


Рисунок 9. Распределение ответов респондентов из разных целевых групп на вопрос: «Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ при постоянном использовании презервативов во время сексуальных контактов?», %

Figure 9. Distribution of answers of respondents from different target groups to the question: "Is it possible to reduce the risk of HIV infection by constantly using condoms during sexual contacts?", %

На вопрос «Сдавали ли Вы когда-либо тест на ВИЧ?» положительно ответили около половины (49,5%) мигрантов, затруднились с ответом на этот вопрос 6,8%. Из числа сдававших тест 44,1% делали это на родине, 35,9% – в России, и 13,9% сдавали тест и на родине, и в России. 17% сдававших тест не знают результатов своего анализа.

Индексы информированности (базовый и первичной) мигрантов и работающего населения Московской области о ВИЧ-инфекции. Применяемый нами в исследовании базовый индекс информированности населения по вопросам ВИЧ (¹) представляет собой выраженную в процентах долю правильных ответов от общей суммы правильных вариантов ответа на двадцать вопросов анкеты. Некоторые вопросы, в частности, вопросы о путях передачи ВИЧ-инфекции и о биологических средах, наиболее опасных при передаче ВИЧ-инфекции, предполагают указание нескольких правильных вариантов ответа.

Если респондент отмечает все 34 правильных ответа, его индивидуальный базовый индекс информированности составит 100. Базовый индекс информированности может характеризовать как отдельного респондента, так и (в виде средней величины) любую группу респондентов, выбираемую для описания.

Базовый индекс информированности носит комплексный характер, так как, помимо вопросов, диагностирующих собственно знание человека о ВИЧ-инфекции, в нем также отражены связанные с ВИЧ представления и установки, характеризующие отношение респондентов к людям, живущим с ВИЧ, к источникам информации о ВИЧ, и самооценка уровня собственных знаний о ВИЧ-инфекции. При расчете базового индекса информированности все его слагаемые имеют одинаковые веса (1 правильный ответ = 1 балл), притом, что содержательно эти данные различны, и не все они представляют одинаковую ценность с точки зрения знания

человеком проблемы ВИЧ и адекватного к ней отношения. В частности, это означает, что базовый индекс информированности на одинаковую величину снизит и отсутствие у респондента верного знания о том, какое влияние на организм оказывает ВИЧ, и выраженное нетолерантное отношение к ВИЧ-инфицированным. На снижение базового индекса информированности, таким образом, напрямую воздействуют психологические и иные свойства людей, никак не связанные с их знаниями о ВИЧ. В связи с этим, нами был рассчитан дополнительный показатель – индекс первичной информированности о ВИЧ (I_2).

Индекс первичной информированности о ВИЧ (I_2), выделяет из базового индекса комплекс наиболее существенных аспектов информированности человека о ВИЧ. Для его расчета были использованы переменные, соответствующие следующим вопросам анкеты:

Как бы Вы охарактеризовали ВИЧ-инфекцию?

Какое влияние на организм человека оказывает ВИЧ-инфекция?

Какие биологические среды являются наиболее опасными при передаче ВИЧ-инфекции?

Как можно обнаружить ВИЧ-инфекцию у человека?

Предшествует ли заболеванию скрытый период, когда внешних проявление нет, а человек уже является вирусоносителем и может заразить других людей?

Всегда ли ВИЧ-инфекция переходит в хроническое заболевание?

Может ли ВИЧ-инфицированная женщина родить здорового ребенка?

Как Вы считаете, есть ли лекарства, способные улучшить и продлить жизнь ВИЧ-инфицированному человеку?

Чем характеризуется процесс лечения при ВИЧ-инфицировании?

Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ при постоянном использовании

презервативов во время сексуальных контактов?

По результатам нашего исследования средний показатель уровня первичной информированности (I_2) для работающего населения Московской области составил 85,05, и для мигрантов из стран Средней Азии – 56,77. При этом за средней величиной у мигрантов скрывается большой разброс индивидуальных значений: показатель варьирует от 0 до 67,74. Это говорит как о пониженном в целом уровне знаний мигрантов о ВИЧ по сравнению с местным работающим населением области, так и о существующем огромном разрыве в уровне знаний о ВИЧ-инфекции внутри мигрантской группы.

В группе мигрантов отмечается статистически значимая отрицательная корреляция показателя индекса первичной информированности с фиктивной переменной «проживание на родине (до переезда) в сельской местности»: проживание до переезда в сельской местности своей страны значительно понижает показатель первичной информированности.

Заключение (Conclusions). Подводя итоги, мы можем отметить, что уровень информированности трудовых мигрантов из стран Средней Азии (Таджикистана и Узбекистана) о ВИЧ-инфекции значительно ниже соответствующей информированности работающего населения Московской области. Индекс первичной информированности (I_2) для мигрантов из стран Средней Азии составил 56,77 – против 85,05 у работающего населения Московской области.

Примерно пятая часть мигрантов совсем не владеет знаниями о том, что представляет собой ВИЧ-инфекция. Респонденты отвечают, что не слышали о ВИЧ-инфекции, затрудняются с ответом на простой вопрос о том, что представляет собой ВИЧ-инфекция как заболевание, не знают, каким способом и через какие среды она распространяется, не знают способов защититься от заражения, не знакомы с тем,

как диагностируется заболевание и какая терапия существует.

Значительная часть мигрантов пребывает в заблуждении по поводу заболевания, не видит угрозы заражения там, где эта угроза реально существуют, и видит там, где ее нет, как, например, при поцелуе или курении. Только семь из десяти (70,3%) респондентов-мигрантов знают, что можно эффективно снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией, используя презервативы.

Внутри исследованной нами группы, в целом, наименее информированными и, соответственно, наиболее уязвимыми являются выходцы из сельской местности своих стран, а также респонденты, не состоящие в брачных отношениях.

Таким образом, представляется необходимым принятие дополнительных мер, направленных на повышение уровня информированности о ВИЧ трудовых мигрантов, прибывающих из среднеазиатских стран. В этой работе необходимо учитывать культуру и мировоззренческие особенности этой группы, особенности ее образа жизни и быта в российских условиях.

Список литературы

Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью; пер. с англ. М. С. Добряковой. URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (дата обращения 29 ноября 2021г.).

Журавлева И. В., Иванова Л. Ю. Мигранты: социально-экономические условия жизни, влияющие на здоровье, и обращаемость в российские медицинские учреждения (результаты опроса в Санкт-Петербурге) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 3: URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/686/30/lang_ru/ (дата обращения 15 ноября 2021 г.).

Кошкина Е. А. Современное состояние проблемы распространённости наркомании и алкоголизма в России // Федеральный справочник. Здравоохранение в России. Т. 14. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2014/III/Koshkina.pdf> (дата обращения 24 ноября 2021г.).

Позднякова М. Е. Рискованное сексуальное поведение как фактор распространения ВИЧ-инфекции. Часть 2 // Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6. № 4. С. 105-117.

Gerbner G., Gross L., Morgan V. Growing up with television: the cultivation perspective / eds. J. Bryant, D. Zillmann // *Media effects: Advances in theory and research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, inc., 1994. Pp. 17-41.

Link B., Phelan J. Conceptualizing Stigma // *Annual Review of Sociology*. 2001. № 27 (1). P. 363-385.

Parker R., Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action // *Social Science & Medicine*. 2003. № 57 (1). Pp. 13-24.

Tichenor P. A., Donohue G. A., Olien, C. N. Mass media flow and differential growth in knowledge // *Public Opinion Quarterly*. 1970. № 34 (2). Pp. 159-170.

Weine S. M., Kashuba A. B. Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature // *AIDS and Behavior*. 2012. Vol. 16 № 6. Pp. 1605-1621.

Deane K. D., Parkhurst J. O., Johnston D., Linking migration, mobility and HIV // *Tropical Medicine & International Health*, 2010. Vol. 15. № 12. Pp. 1458-1463.

Amirkhanian Y. A., Kuznetsova A. V., Kelly J. A., DiFranceisco W. J., Musatov V. B., Avsukevich N. A., ... & McAuliffe T. L. Male labor migrants in Russia: HIV risk behavior levels, contextual factors, and prevention needs // *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011. Vol. 13. № 5. Pp. 919-928.

References

Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, in Dobryakova, M.S. (translation), [Online], available at: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (Accessed 29 November 2021).

Zhuravleva, I. V., Ivanova L. Yu. (2015), "Migrants: Social and Economic, Conditions Affecting, Health and Utilization of Health Services Provided by Russian Medical Facilities (Survey Results, St. Petersburg)", *Social Aspects of public health*, (3), available at: http://vestnik.mednet.ru/content/view/686/30/lang_ru/ (Accessed 15 November 2021).

Koshkina, E. A. (2014), "The current state of the problem of the prevalence of drug addiction and alcoholism in Russia", *Federal'nyj spravochnik. Zdravookhranenie v Rossii*, 14 [Online], available at: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderzhanie/Tom%2014/III/Koshkina.pdf> (Accessed 29 November 2021).

Pozdnjakova M. E. (2018), "Risky Sexual Behavior as a Factor in Spreading HIV Infection in Russia. Part II", *Sociologic heskajana ukaisocial'najapraktika*, 6 (4), 105-117.

Gerbner, G., Gross, L., and Morgan, V. (1994)? "Growing up with television: the cultivation perspective", in Bryant J. and Zillmann D. (ed.), *Media effects: Advances in theory and research*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, inc, NJ, 17-41.

Link, B. and Phelan, J. (2001), "Conceptualizing Stigma", *Annual Review of Sociology*, (1), 363-385.

Parker, R. and Aggleton, P. (2003), "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action", *Social Science & Medicine*, (1), 13-24.

Tichenor, P. A., Donohue, G. A. and Olien C. N. (1970), "Mass media flow and differential growth in knowledge", *Public Opinion Quarterly*, (2), 159-170.

Weine S.M, Kashuba A.B. (2012), "Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature", *AIDS and Behavior*, 16 (6), 1605-1621.

Deane, K.D., Parkhurst, J.O., Johnston, D. (2010). "Linking migration, mobility and HIV", *Tropical Medicine & International Health*, 15 (12), 1458-1463.

Amirkhanian, Y. A., Kuznetsova, A. V., Kelly, J. A., DiFranceisco, W. J., Musatov, V. B., Avsukevich, N. A., ... & McAuliffe, T. L. (2011), "Male labor migrants in Russia: HIV risk behavior levels, contextual factors, and prevention needs", *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13 (5), 919-928.

Статья поступила в редакцию 15 декабря 2021 г. Поступила после доработки 1 марта 2022 г. Принята к печати 10 марта 2022 г.

Received 15 December 2021. Revised 01 March 2022. Accepted 10 March 2022.

Конфликты интересов: у авторов нет конфликта интересов для декларации.

Conflicts of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Дробышевская Елена Владимировна, заместитель главного врача по медицинской части Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Elena V. Drobyshevskaya, Deputy Chief Doctor for Medical Issues, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Moscow, Russia.

Пронин Александр Юрьевич, кандидат медицинских наук, главный врач Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Alexander Yu. Pronin, MD, Ph.D, Head Doctor, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Moscow, Russia.

Жукова Евгения Васильевна, заведующая отделом эпидемиологии и профилактики Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Evgenia V. Zhukova, Head of the Department of Epidemiology and Prevention, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Moscow, Russia.

Пить Виктор Викторович, кандидат экономических наук, директор Научно-технического центра «Перспектива», Москва, Россия.

Viktor V. Pit, PhD in Economics, Director, Scientific and Technical Center "Perspektiva", Moscow, Russia.

Сочнев Алексей Сергеевич, заместитель главного врача по экономическим вопросам Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Alexey S. Sochnev, Deputy Chief Physician for Economic Issues, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Moscow, Russia.

Ватулян Ануш Карапетовна, заведующий информационно-аналитическим отделом Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Anush K. Vatulyan, Head of Information and Analytical Department, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious, Moscow, Russia.

Терин Дмитрий Феликсович, научный сотрудник Института социологии Федерального

научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, Россия.

Dmitriy F. Terin, Researcher, Institute of Sociology, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.

Шилова Валентина Александровна, кандидат социологических наук, ведущий научный сотрудник Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук.

Valentina A. Shilova, Ph.D in Sociology, Leading Researcher, Institute of Sociology, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.