

Мигранты и ВИЧ/СПИД

Разработка и реализация программ: теория, методика и практика

КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН
ЮНИСЕФ
МПП
ПРООН
ЮНВПА

ЮНОДК
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Фото на обложке – ЮНЭЙДС / С. Жирей

UNAIDS/06.19R
(перевод на русский язык, сентябрь 2006 г.)

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/00.10E, июнь 2000 г.:
Migrant populations and HIV/AIDS – *The development and implementation
of programmes: theory, methodology and practice*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Организация Объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), 2006 г.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaid.org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Ответственность за выбор и представление сведений в настоящем издании, а также за выраженные мнения, несут исключительно сами авторы. Изложение материала и выраженные мнения необязательно совпадают с мнениями ЮНЕСКО и ЮНЭЙДС и не связывают их никакими обязательствами.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Migrant populations and HIV/AIDS : the development and implementation of programmes : theory, methodology and practice / UNAIDS, Unesco.

(UNAIDS best practice collection. Key material)
"UNAIDS/06.19R".

1.Acquired immunodeficiency syndrome – prevention and control. 2.Acquired immunodeficiency syndrome – therapy. 3.HIV infections – prevention and control. 4.HIV infections – therapy. 5.Transients and migrants. 6.Cross-cultural comparison. 7.Israel. 8.Ethiopia. 9.Russian Federation. I.UNAIDS. II.Unesco. III.Series.

ISBN 92 9 173510 8

(NLM classification: WC 503.6)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaid@unaid.org – Internet: <http://www.unaid.org>

Мигранты и ВИЧ/СПИД

Разработка и реализация программ: теория,
методика и практика



Предисловие

СПИД и миграция представляют собой две критические социальные проблемы, с которыми сталкивается сегодня меняющийся мир. В конце 1999 года, по оценкам ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения, число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), составляло почти 34 миллиона человек. Более 95% этих инфекций было зарегистрировано в развивающихся странах, где распространению вируса способствуют нищета, слабые системы здравоохранения и ограниченные ресурсы для профилактики и ухода.

В то же время, по оценкам, 125 миллионов человек живут и работают вне страны своего гражданства, а число тех, кто постоянно мигрирует, составляет от двух до четырех миллионов в год. В конце 1997 года во всем мире насчитывалось около 12 миллионов беженцев и еще шесть миллионов человек относились к категории внутренне перемещенных лиц, которые мигрируют внутри страны в связи с войнами и этническими конфликтами.

Группам мигрантов грозит повышенный риск ухудшения здоровья в целом и в связи с ВИЧ в частности. Это обусловлено воздействием социально-культурных факторов, типичных для положения мигрантов, на здоровье, их экономической ситуацией, уменьшением доступа к медицинским услугам или их отсутствием, а также сложностями, стоящими перед системой здравоохранения принимающей страны, учитывая распространенные среди иммигрантов традиции и практику. Непохожесть мигрантов часто приводит к ксенофобии, изоляции и враждебности со стороны принимающего населения. Кроме того, как и в случае с другими людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, ВИЧ-инфицированные мигранты подвергаются стигматизации и дискриминации и по этой причине они стремятся скрывать свой ВИЧ-статус, что делает вспомогательные услуги недоступными для них.

Даже если бы медицинские и социальные службы были готовы к тому, чтобы оказывать помощь группам мигрантов, они зачастую сталкиваются с проблемой охвата таких групп. Очень часто группы мигрантов живут в правовом вакууме, не имея разрешения на пребывание и работу в принимающей стране, а также в постоянном страхе быть депортированными. Контакты с официальными властями только усиливают эти страхи и по этой причине часто вызывают подозрительность. Экономическое положение мигрантов не оставляет им выбора для занятости – многие из них вынуждены соглашаться на работу, которая намного ниже их квалификации, причем в условиях нелегальности. По причине своей беспомощности они часто подвергаются различного рода эксплуатации, включая сексуальную эксплуатацию. Для того чтобы предоставить группам мигрантов услуги по профилактике ВИЧ и уходу за теми, кто живет с ВИЧ/СПИДом, требуются инновационные подходы с учетом культурных особенностей, некоторые из которых описаны в настоящей монографии.

Международные проблемы требуют применения международных ответных мер. В середине 1990-х годов стало очевидным, что неуклонное распространение ВИЧ и опустошительное воздействие эпидемии на все аспекты жизни людей, а также на социальное и экономическое развитие привели к созданию чрезвычайной ситуации, решение которой потребует значительного расширения усилий Организации Объединенных Наций. Ни одна из организаций в системе Организации Объединенных Наций не имела возможностей оказать координированную помощь, необходимую для устранения различных факторов, способствующих развитию эпидемии ВИЧ, или помочь странам справиться с воздействием ВИЧ/СПИДа на домохозяйства, общины и местную экономику.

Решая эти проблемы по всему фронту, в 1996 году Организация Объединенных Наций применила инновационный подход, объединив вместе шесть организаций в рамках единой кооперационной программы – Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). В апреле 1999 года к шести первоначальным кооператорам ЮНЭЙДС

– ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА, ЮНЕСКО, ВОЗ и Всемирный банк – присоединилась ЮНДКП. Целью ЮНЭЙДС является мобилизация, усиление и согласование уникального опыта, ресурсов и сетей влияния, которые может предложить каждая из этих организаций. Работая с ЮНЭЙДС, коспонсоры расширяют область охвата благодаря стратегическому сотрудничеству с учреждениями Организации Объединенных Наций, национальными правительствами, корпорациями, средствами информации, религиозными организациями, группами на уровне общин, региональными и страновыми сетями людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и другими неправительственными организациями.

ЮНЕСКО является коспонсором ЮНЭЙДС с самого начала. Тематический и практический вклад ЮНЕСКО в работу ЮНЭЙДС вытекает из ее междисциплинарного подхода к образованию, научным исследованиям, коммуникации, культурным правам и правам человека. ЮНЕСКО мобилизует широкие сети учреждений, с которыми она сотрудничает в продвижении мер в ответ на СПИД. Учитывая сравнительные преимущества ЮНЕСКО в области образования, она играет ведущую роль в оказании помощи государствам-членам при разработке эффективных стратегий в области просветительско-профилактической работы

ЮНЕСКО и ЮНЭЙДС, используя своих партнеров и опыт, занимают особое положение с точки зрения оказания помощи для разработки мер в ответ на эпидемию и распространения полученного опыта и уроков. Настоящая совместная публикация является примером сотрудничества между этими двумя партнерами.

Общее введение

Настоящая публикация основана на опыте авторов и других исследователей и разработчиков программ, приобретенном при работе с различными группами мигрантов в Израиле в области профилактики ВИЧ/СПИДа и сопутствующих областях охраны репродуктивного здоровья и полового воспитания. Примеры взяты по итогам работы, проведенной с двумя последними волнами иммиграции в Израиль – из Эфиопии и бывшего Советского Союза. Отмечены схожие характеристики между группами мигрантов, а также их индивидуальные отличия при взаимодействии с культурой принимающей страны. Это позволило разработать программы профилактики ВИЧ/СПИДа с учетом культурных особенностей и в то же время обеспечить общие потребности групп мигрантов.

Несмотря на то что большая часть населения Израиля – это иммигранты, приехавшие в последние 50 лет, или их потомки, настоящая публикация основана на результатах работы авторов с группами иммигрантов из Эфиопии и бывшего Советского Союза. Число иммигрантов из Эфиопии составляет около 50 000 человек, которые прибыли в виде двух основных волн иммигрантов – в середине 1980-х годов и в течение одного уикенда в мае 1991 года. Эти евреи в основном приехали из удаленных сельских районов и жили в традиционной расширенной семейной структуре. Приезжая из страны с высоким показателем распространенности ВИЧ, эти иммигранты имели намного более высокие ценности по сравнению с ценностями, известными среди населения Израиля в целом.

Последняя волна иммиграции прибыла из бывшего Советского Союза, которая началась с 1989 года и достигла пика в 1990-91 годах – свыше 600 000 человек (около 13% нынешнего населения). Эти иммигранты, ученые и специалисты, в основном проживали в городах в европейской части бывшего Советского Союза. Они также включают несколько групп евреев из Грузии, Кавказа и республик Азии.

Следует отметить, что особый интерес для работы с группами мигрантов обусловлен их более высокой, как принято считать, уязвимостью и наличием у них особых потребностей, а не тем, что они могут представлять риск для принимающего населения.

Настоящая работа разделена на три главы. В главе 1 в общем виде представлена исходная информация, теории и принципы, лежащие в основе разработки программ по ВИЧ/СПИДу для групп мигрантов. Существует три важных компонента, которые взаимодействуют и частично перекрываются между собой и определяют особые потребности групп мигрантов. Это экономические условия, обусловленные вынужденным отъездом из страны и трудностями переселения в новую страну; социокультурные особенности иммигрантов (явление, которое необходимо учитывать также при работе с другими группами в многонациональном обществе); и социокультурное явление иммиграции, характеризующееся переходным состоянием, взаимодействием между культурами и ускорением динамики перемен.

В главе 2 основное внимание уделяется методам и шагам, которые следует осуществлять при разработке программ, проектов и мер вмешательства для групп мигрантов. Тесное интегрирование трех элементов является основным моментом модели развития. Сюда включается тесное сотрудничество между носителями местной и привнесенной культуры; потребность в сокращении периода разработки программ и проектов, без отказа от принципа культурной адаптации к особым условиям жизни иммигрантов; а также потребность в непрерывном развитии в соответствии с меняющейся динамикой и определением проблем в процессе оперативной работы. Другим элементом данной методики является взаимодействие между методами, стадиями разработки и реализации, что поддерживает и усиливает программы.

В главе 3 приводятся примеры программ, проектов и мер вмешательства, которые демонстрируют методику и ее изменения в конкретных условиях. Таким образом, разнообразие, комплексность и специфичность, которые могут быть достигнуты в результате применения принципов, описанных в главе 1, и реализации моделей и методов, описанных в главе 2, почти бесконечны. В главе 3 особое внимание уделяется систематической адаптации к конкретным обстоятельствам, что обусловило разнообразие программ и проектов.

Некоторые из инструментов и документов, используемых для разработки программ и проектов, учебных курсов, реализации мероприятий, для мониторинга и оценки, приводятся в качестве примеров в таблицах и в текстовых вставках. Заинтересованным читателям рекомендуется обращаться к авторам напрямую для получения более подробной информации о таких инструментах и документах.

Содержание

Предисловие	3
Общее введение	5
Глава 1: Теоретические вопросы и принципы применения мер вмешательства	9
Введение	9
Характеристика миграции и иммигрантов	10
Принципы межкультурного сотрудничества	15
Переходные моменты в культуре и столкновение между культурами	20
Итеративные циклы разработки	21
Глава 2: Программы, проекты и меры вмешательства: руководство по разработке	25
Введение	25
Терминология	25
Этапы разработки	26
Сбор и анализ данных	31
Участие руководителей общин	42
Потребности иммигрантов, живущих с ВИЧ/СПИДом	42
Учебные программы: сбор данных и разработка мер вмешательства	44
Экспериментальная практическая реализация: итеративная разработка проектов	45
Мониторинг и оценка: постоянные параллельные процессы	47
Повышение уровня понимания проблемы населением принимающей страны	51
Глава 3: Израильские программы: Демонстрация принципов метода	53
Введение	53
Просветительская программа для молодых иммигрантов	53
Проект для иммигрантов из Эфиопии	62
Социальные работники, работающие с ВИЧ-инфицированными иммигрантами из Эфиопии	74
Повышение уровня понимания работников здравоохранения и социального обеспечения	83
Библиография	86
Перечень таблиц и текстовых вставок	
Таблица 1. Использование методов сбора данных на различных этапах разработки программ	23
Таблица 2. Использование методов сбора данных на различных этапах мониторинга и оценки	23
Таблица 3. Шаги и этапы разработки программы	27
Таблица 4. Этапы, шаги и действия по разработке проекта	27
Вставка 1: Развитие руководящего комитета и группы профессионалов	28
Вставка 2: Семейное положение	33
Вставка 3: Методы сбора данных	35
Вставка 4: Образец полуструктурированного интервью для обучаемых	36
Вставка 5: Полуструктурированное интервью для опроса молодых мигрантов	37
Вставка 6: Реакция на страхи и опасения людей во время проведения учебного занятия	39
Вставка 7: Анализ плакатов	40
Вставка 8: Руководящие принципы наблюдения во время учебных занятий	40

Вставка 9: Элементы программы обучения кураторов по вопросам полового здоровья подростков	45
Вставка 10: Меры вмешательства, принципы и стратегии	45
Вставка 11: Средства, предложенные обучаемыми для повышения уровня притяия плакатов с изображением презервативов	47
Вставка 12: Важнейшие элементы учебной программы	47
Вставка 13: Анкета для мониторинга опытной реализации мер вмешательства	50
Вставка 14: Предложения по работе со средствами информации	51
Вставка 15: Блоки обучения для профилактики ВИЧ/СПИДа	59

Глава 1: Теоретические вопросы и принципы применения мер вмешательства

Введение

Группам мигрантов грозит более высокий риск с точки зрения ослабления здоровья в целом и инфицирования ВИЧ в частности (Zwi & Cabral, 1991; Brindis et al., 1995). Существует несколько причин такого явления, некоторые из которых непосредственно связаны с влиянием социокультурных особенностей, характерных для положения мигрантов. Другие связаны с переходным экономическим положением и изменениями в плане наличия и доступности медицинских услуг и сложностями, стоящими перед системой здравоохранения принимающей страны, учитывая распространенные среди иммигрантов традиции и практику. С точки зрения таких факторов ВИЧ/СПИД ничем не отличается от других проблем, однако он осложняется стигмой и ощущением “непохожести” людей, инфицированных этим вирусом (Haour-Knipe, 1993).

Эпидемиологические данные, полученные в различных странах, показывают, что мигрантам может грозить особо высокий риск заражения ВИЧ. В то же время важно подходить к этим данным осторожно, учитывая различия между системами отчетности в странах и то, каким образом подаются данные, касающиеся мигрантов. Например, в некоторых источниках указывается частота инфицирования или распространенность ВИЧ, в других указывается только заболеваемость и распространенность СПИДа. Некоторые страны (напр., Соединенные Штаты) показывают данные об иммигрантах вместе с данными о местных этнических меньшинствах, что затрудняет расчет показателей только для иммигрантов. В некоторых европейских странах большую часть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляют лица, родившиеся в странах Европы или Соединенных Штатах, а не иммигранты из развивающихся стран (Haour-Knipe, 1991). Кроме того, во многих странах получение данных об иностранцах ограничено с целью защиты их личной жизни и исключения стигматизации в результате неправильного использования эпидемиологических данных.

Данные о случаях СПИДа, полученные из девяти стран Европы, свидетельствуют о сильных различиях между странами. Например, к 1990 году 45 процентов людей, живущих со СПИДом в Бельгии, 20 процентов в Нидерландах и 7 процентов в Норвегии были жителями других стран. Что касается имеющихся данных о ВИЧ-инфицированных, их доля составляла 52 процента в Бельгии, 20 процентов в Швеции и 10 процентов в Норвегии. Доля групп иммигрантов в этих странах была значительно меньше по сравнению с процентом всех ВИЧ-инфицированных людей (Haour-Knipe, 1991). В Швеции показатель распространенности ВИЧ среди иммигрантов из стран Африки к югу от Сахары, проживающих в Стокгольме, по оценкам, в 1994 году составлял 4 процента (Christenson & Stillstrom, 1995). В 1988-1991 годах в Амстердаме лишь 0,12 процента беременных женщин имели диагноз ВИЧ, однако из них 63 процента были иностранными гражданами (Bindles et al., 1994).

Данные, полученные на других континентах, также свидетельствуют о том, что иммигрантам может грозить более высокий риск заражения ВИЧ/СПИДа. В Израиле показатель распространенности ВИЧ среди иммигрантов из Эфиопии увеличился с 3 процентов в 1991 году до 7 процентов в 1996 году (Kaplan, Kedem & Pollack 1998). Кроме того, эти иммигранты составляли основную группу передачи инфекции – 50 процентов всех ВИЧ-инфицированных взрослых в Израиле по состоянию на конец 1999 года (Министерство здравоохранения Израиля, 1999). Было установлено, что внутренняя миграция также является серьезным признаком риска. В Уганде показатель распространенности ВИЧ среди людей, которые не меняли своего местожительства в течение периода эпиднадзора в сельском регионе, составлял 5,5 процента. Он оказался в два раза выше (11,5 процента)

среди людей, которые покинули этот регион, и почти в три раза выше (16,3 процента) среди тех, кто въехал в район, где проводилось исследование (Nunn et al., 1995).

Характеристика миграции и иммигрантов

Определение иммигрантов или групп мигрантов может быть сложным и будет зависеть от того, используется ли в качестве критерия гражданство или страна происхождения. В целях определения границ групп иммигрантов, анализа их эпидемиологических моделей и оценки программ эти моменты очень важны, однако степень их значимости будет ниже для разработчиков программ, уделяющих особое внимание профилактике среди групп мигрантов. Для них большее значение имеют другие параметры, характеризующие группы мигрантов, в частности те из них, от которых зависят потребности и конкретная ситуация группы мигрантов, а также реальные возможности и условия для профилактики ВИЧ/СПИДа в такой группе населения (Наоир-Книре, 1994). Такие параметры включают:

- **Выбор:** Покинули ли иммигранты свою страну происхождения добровольно или же были вынуждены уехать?
- **Сродство культур:** Какова степень схожести или различия языка, религии, этничности и других факторов между культурой иммигрантов и принимающей страны? Потребность в специальных программах также может быть обусловлена дополнительными факторами, такими как идеология или национальный характер.
- **Намерение:** Намерены ли мигранты оставаться в принимающей стране? Их переезд в новую страну может быть временным или краткосрочным с намерением вернуться в страну происхождения. Группы мигрантов могут включать лиц, временно пребывающих в стране, которые не рассматривают нынешнюю принимающую страну как страну конечного назначения и намереваются переехать в другую (но не в свою родную) страну, или же жителей, которые намереваются, в случае получения разрешения, остаться в нынешней принимающей стране.
- **Длительность пребывания:** Этот фактор очень динамичен и меняется постоянно в течение срока реализации программ. Длительность пребывания имеет особое значение, если пребывание носит краткосрочный характер. В случае длительного пребывания могут появиться иммигранты второго и третьего поколения, которые, тем не менее, будут иметь отчетливые социокультурные отличия от населения принимающей страны, а также от населения своей родной страны. Существуют значительные отличия между краткосрочной (например, миграцией сезонных работников), среднесрочной и постоянной миграцией. К каждому виду миграции требуется собственный подход, с учетом различий в степени приверженности культуре “старой страны”.
- **Правовой статус:** Существуют по крайней мере три основные категории в рамках этого параметра: подпольный, полуполюгальный (или) и легальный. Правовой статус влияет на наличие доступа к медицинским и социальным услугам, а также на желание иммигрантов иметь контакты с официальными лицами.
- **Потребности принимающей страны:** Потребности принимающей страны могут определять вид и социальный статус мигрантов, допускаемых в страну, процедуру отбора и въезда, степень участия основного общества в делах групп мигрантов и степень вложения средств в оказание им помощи.

Эти параметры могут взаимодействовать между собой, оказывая воздействие на проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДом. Например, беженцы, которые были вынуждены оставить свою страну и живут в лагерях для беженцев, могут рассматривать свое положение как временное и надеяться вернуться в страну своего происхождения. Это может влиять на их отношения с культурой

принимающей страны, например, на желание изучить язык. Сезонные рабочие, которые подобны беженцам с точки зрения их намерения вернуться домой и степени участия в культуре принимающей страны, обычно способны понимать свое намерение, в то время как беженцы могут оставаться в изгнании в течение многих лет. Потребности принимающей страны могут быть связаны с правовым статусом. Это может создать ситуацию, когда мигранты могут не проявлять желания обращаться в медицинские и социальные службы или в какой-либо проект, который имеет какие-либо официальные связи. По этой причине критически важно внимательно проанализировать конкретное положение мигрантов и дать им характеристику по максимально возможному числу параметров, если мы стремимся разработать значимые программы. Также важно проводить различия между мигрантами и путешественниками и туристами, с одной стороны, и этническими меньшинствами, с другой.

Определенным путешественникам грозит более высокий риск заражения ВИЧ во время поездок, чем во время пребывания в своей стране, особенно это касается тех, кто путешествует в поисках сексуальных развлечений. Их уязвимость также зависит от тех людей, с которыми они общаются в принимающих странах. Пребывание путешественников в принимающей стране является слишком коротким, а степень их участия слишком мала, для того чтобы программы могли быть направлены непосредственно на них. Наоборот, их легче всего охватить через общие информационные кампании с использованием различных каналов. Путешественников обычно рассматривают главным образом как подгруппу общего населения принимающей страны.

Труднее провести различие между группами иммигрантов и немигрирующими культурными или этническими меньшинствами, поскольку большинство групп иммигрантов также представляют собой культурные или этнические меньшинства. Различие заключается в основном в условиях для мигрантов, которые усиливают трудности, обусловленные их положением как меньшинства. В последующих разделах рассматриваются некоторые из особых факторов, связанных с иммиграцией, причем эти факторы соотносятся с конкретными культурными различиями.

Миграция и меры вмешательства для снижения риска заражения ВИЧ

Миграция связана с частичной утратой культурного окружения “старой страны” и в то же время приводит к столкновению с окружением, социальными структурами и культурной атмосферой “новой страны”. По этой причине миграция связана с динамичным процессом прерывности и перехода, который сильно зависит от времени, прошедшего с момента миграции (Mirsky & Parwer, 1992). Этот процесс характеризуется переходом от знакомого и понимаемого существования к неизвестной, создающей непонимание, тревожной, хотя, возможно, увлекательной и оправдывающей себя жизни в новой стране. Некоторые такие элементы также отмечаются в культуре страны, принимающей мигрантов. Хотя и не на таком высоком уровне культурного перехода и культурных потерь, принимающее общество действительно испытывает межкультурные столкновения и трудности. Население принимающей страны испытывает такое давление на различные стороны их жизни, причем с позиций больших возможностей по сравнению с иммигрантами (Amir, Remennick & Elmelech 1997).

Иммиграция может ускорять возникновение различных проблем, вытекающих из культурного перехода и столкновения между культурами:

- разрушение традиционных норм и институтов, результатом чего может стать непонятное, неустойчивое и небезопасное поведение;
- трудности в интерпретации нового окружения, исходя из культурных моделей, предшествовавших иммиграции;
- трудности принятия нового окружения, что может привести к противоречиям в поведении;

- усиление разрыва между поколениями;
- ощущение отчужденности и стигмы.

Эти проблемы могут быстро изменяться в среде иммигрантов и взаимодействовать с другими факторами, которые могут влиять на их здоровье (Magnot, 1993/94). Такие факторы могут, вероятно, включать причины миграции; последствия влияния нового окружения, в том числе состояние здоровья, культура и образ жизни в старой стране; а также опыт жизни на положении мигрантов, сопутствующей социальными и культурными переменами.

Проблемы профилактики ВИЧ/СПИДа являются особенными, поскольку они включают интимную жизнь и половые отношения. В этих областях со стороны обеих культур существует сильное давление в семье и обществе, требующее непрерывности и следования нормам – такая ситуация может создавать сильное напряжение не только в общине мигрантов, но и среди принимающего сообщества (Amir, Remennick &

Elmelech, 1997). Такая напряженность может возникать на уровне общества в целом и на уровне отдельных институтов, а также среди маргинальных групп и групп, подвергающихся стигматизации в принимающем обществе.

Ситуация еще более усугубляется тем, что во многих культурах вопросы интимных отношений и сексуального поведения окутаны тайной и табу. В таких культурах, обычно более традиционных, люди стремятся избегать обсуждения половых вопросов на публике. Такое отношение общества означает исключение возможности для сексуального поведения до супружества или в молодом возрасте. Например, традиция эфиопских евреев не препятствовала половым контактам между молодыми людьми, если это имело место в супружеской жизни. Мальчиков и девочек зачастую сочетали браком в возрасте полового созревания или даже ранее. Такая же традиция существовала среди евреев-иммигрантов из бывшего Советского Союза, особенно среди прибывающих с Кавказа и республик Центральной Азии. Такая традиция существовала в еврейских общинах в Восточной, Центральной и Южной Европе в начале двадцатого века, а также в большинстве таких общин в Северной Африке и Ближнего Востока менее 50 лет назад.

При миграции из одного общества в другое иммигранты могут неправильно понимать новые ситуации, исходя из старых концептуальных рамок. Типичным примером являются евреи, иммигрировавшие в Израиль из Эфиопии и бывшего Советского Союза. Иммигранты из этих стран могут наблюдать высокий уровень физического контакта или интимного поведения среди молодых жителей Израиля в общественных местах и интерпретировать это в соответствии с нормами страны своего происхождения. Они считают, что эти молодые люди живут половой жизнью. Более того, поскольку физический контакт не всегда ограничивается одним человеком, они считают, что неразборчивые половые связи являются нормой. Однако согласно светским израильским нормам, эти представления являются неверными. Для молодых израильтян, которые намного свободнее относятся к сексу до брака, физический контакт на людях может означать отношения, предшествующие половым отношениям, или даже отсутствие сексуальных отношений.

Дополнительным фактором является то, что иммигранты из Эфиопии и бывшего Советского Союза ранее привыкли к тому, что вопросы секса находились под сильным контролем общества и его институтов. Таким образом, многие из них не понимают и не видят, что эти отношения находятся под сильным личным контролем среди израильтян. В результате они считают, что израильтяне, особенно, молодые люди, не имеют норм или контроля или же придерживаются норм, которые являются либеральными или даже неразборчивыми.

Такие неверные представления могут вызывать трудности различной направленности. В-первых, иммигранты, которые считают такое неправильно понимаемое поведение противоречащим их внутренним нормам, могут чувствовать отчужденность к культуре принимающей страны.

Такие чувства вряд ли приведут к доверию к профессионалам из принимающей страны, которые осуществляют программы профилактики и ухода. Другой путь, который может быть еще более рискованным с точки зрения передачи ВИЧ, это принятие иммигрантами, особенно молодыми иммигрантами, неправильно понятых норм вседозволенности как нормативного поведения, которого следует придерживаться в новой стране (Shtarkshall & Shimon, 1994).

Характеристики принимающего населения и иммигрантов

Одним из факторов, который касается конкретных ситуаций, но все еще представляется в обобщенном виде, является степень согласованности между ситуациями в “старой” и “новой” странах.

Отношения и нормы, касающиеся половой жизни и полового поведения, влияют на профилактику ВИЧ/СПИДа непрямым, однако важным образом. Традиции ограничения публичного обсуждения и сильный нормативный контроль за сексом могут привести к противоречию между открыто выражаемыми нормами и сильно распространенным индивидуальным поведением. Там, где существует отрицание возможности сексуального поведения до брака среди молодых людей, может возникать сильный барьер на пути проведения профилактики ВИЧ/СПИДа. Разработчики программ должны стараться определить такое противоречие и учитывать его в предлагаемых мерах вмешательства.

Вопросы о необходимости проведения специального просвещения по проблеме ВИЧ/СПИДа среди мигрантов часто ставятся в связи с их особой уязвимостью к передаче ВИЧ. Как уже было отмечено выше, эпидемиологические данные, касающиеся показателей распространенности ВИЧ/СПИДа в целом и среди мигрантов в частности, следует использовать осторожно, учитывая различия между системами отчетности и другие методические вопросы, которые снижают достоверность таких данных.

Анализ эпидемиологических и поведенческих данных позволяет предположить, что повышенный очевидный риск заражения ВИЧ-инфекцией среди групп мигрантов отчасти может быть обусловлен другими переменными факторами, определяющими условия их жизни, и этот риск можно снизить, если обеспечить контроль за этими переменными факторами или откорректировать их. Иногда такая коррекция показывает, что риск для мигрантов не превышает риска для населения в целом. Например, как показала практика, утверждение о том, что уровень распространения венерических заболеваний среди мигрантов обычно выше и, следовательно, им грозит более высокий риск заражения ВИЧ, является верным только в отношении мужчин, живущих без семьи в условиях изоляции в принимающей стране. Когда они живут с семьей, этот показатель аналогичен показателю среди населения принимающей страны (de Schryver & Meheus, 1990). С другой стороны, проживание без семьи может касаться определенной группы иммигрантов, которые стремятся улучшить свои доходы, однако имеют низкооплачиваемую работу. Они, как правило, имеют несколько партнеров и покупают платные сексуальные услуги, поскольку они живут без семьи, могут переезжать из района в район и почти не имеют возможности установить устойчивые отношения с женщинами в принимающей стране. В таком случае понимание причин повышения риска не может изменить ситуацию, однако это может повысить уровень понимания факторов, определяющих риск, и направленности мер вмешательства.

Факторы, связанные с повышением риска заражения ВИЧ для групп мигрантов, включают демографические и поведенческие различия внутри сообщества иммигрантов, трудности взаимодействия с принимающим обществом и трудности интеграции в него, меньшие возможности для получения доступа к медицинским услугам, а также языковые и коммуникационные проблемы при общении с медицинским персоналом. Опять же следует подходить осторожно к интерпретации таких данных. Должностные лица в секторе здравоохранения просто могут иметь больше информации о мигрантах по той причине, что они шире представлены в государственных службах

по сравнению с принимающим населением. Мигранты могут не иметь сведений или финансовых средств для использования других, более конфиденциальных частных услуг. Многие страны часто стремятся проводить скрининг среди групп иммигрантов на различные инфекционные заболевания, но они не проводят такого же скрининга среди населения в целом. С точки зрения общественного здравоохранения такая практика может быть желательной, однако во многих странах она приводит к нарушению прав человека, к оскорблению достоинства, стигматизации и отчуждению иммигрантов, тем самым создавая барьеры на пути осуществления мер профилактики. Это имело место в Норвегии в конце 1980- годов (Наоиг-Кнйре, 1991), а также в Израиле в отношении иммигрантов из Эфиопии.

Если осуществляется программа скрининга и страна признает положение о том, что все слои населения имеют право на получение равного доступа к информации о ВИЧ/СПИДе, в таком случае просветительскую информацию следует адаптировать к культурным особенностям, для того чтобы такая информация была понятной и воспринималась как уместная. Это требует участия правительства в санитарном просвещении. Поскольку ситуация с иммиграцией по определению подразумевает постоянные и быстрые изменения как на индивидуальном уровне, так и на уровне общин, просветительские программы по ВИЧ должны быть достаточно гибкими с тем, чтобы их можно было изменять и адаптировать к различным ситуациям.

Другой аргумент в пользу необходимости специальных программ для групп иммигрантов основан на наблюдениях, говорящих о том, что мигранты, как правило, имеют сексуальных партнеров и связи в основном с другими мигрантами в той же группе. Это определяется личными предпочтениями при выборе партнеров, а также тем, что население принимающей страны, как правило, не стремится иметь сексуальных партнеров среди маргинализованных групп. По этой причине более высокий риск передачи инфекции вытекает из внутренней сущности людей. В других ситуациях, когда риск передачи инфекции является внешним, например, при платном сексе, общее мнение заключается в том, что здесь ответственность за предупреждение передачи ВИЧ ложится на клиента в той же степени, как и на работника секс-бизнеса. Такие соображения касаются других путей передачи инфекции. Если показатель распространенности и заболеваемости ВИЧ значительно ниже или же значительно выше среди иммигрантов, чем среди принимающего населения, важно также включить исследование каналов передачи между подгруппами в рамках получения основных данных, необходимых для профилактики.

Сравнительный показатель распространенности и заболеваемости ВИЧ/СПИДом среди иммигрантов и населения принимающей страны в целом не имеет значения для установления приоритетности специальных программ для иммигрантов с целью снижения риска передачи ВИЧ внутри этой подгруппы населения. Однако то, что эти показатели отличаются и что схемы передачи могут быть различными, представляет собой важные моменты для разработки и реализации таких программ.

Когда показатель распространенности ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов выше, чем среди населения в целом, и это превращается в социальную проблему, маргинальное положение иммигрантов по сравнению с населением принимающей страны еще более увеличивает этот риск. Восприятие их как “группы риска” может вызвать серьезную проблему общественного здравоохранения как среди сообщества иммигрантов, так и среди принимающего населения.

Реакции со стороны принимающего населения, которые необходимо учитывать, включают паникерство в сочетании с поиском козлов отпущения и стигматизацией. Иррациональные страхи перед лицом угрозы со стороны смертоносного заболевания являются естественными, и их следует признавать как таковые. Однако паникерская реакция является неадекватным социально-поведенческим ответом, усиливающим тяжелое положение иммигрантов в целом и тех из них, которые живут с ВИЧ/СПИДом, в частности. Это может начинаться с появления сенсационных сообщений в средствах информации, которые – даже в единичных случаях – могут нанести широкий

ущерб. Такие сообщения могут отличаться неправильным представлением эпидемиологических, медицинских или поведенческих данных, которые, даже если они верные, можно легко истолковать неверным образом, если они были поданы неправильно. Иногда такие сообщения могут служить политическим или на первый взгляд позитивным целям, таким как распределение программ профилактики ВИЧ или стремление обеспечить финансирование программ, однако за ними может последовать настороженность, дискриминация, нарушение этики или даже бурная реакция.

Стигматизация и настороженное отношение может усиливать стремление иммигрантов отрицать наличие этой проблемы, а в некоторых случаях может привести к отчуждению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, заставляя их таиться. Таким образом, риск внутри сообщества иммигрантов, может усиливаться за счет давления извне. Когда принимающее население ошибочно считает, что риск исходит в основном от иммигрантов, членам принимающего населения может грозить более высокий риск, поскольку они не чувствуют потребности в том, чтобы соблюдать меры защиты при общении с неиммигрантами. По этой причине, в то время как потребности иммигрантов следует обеспечивать в рамках специальных программ и проектов, также важно – не только в связи с правами человека, но также поскольку это делается в интересах общества – проводить работу с широкими слоями населения без какой-либо дискриминации, предоставляя им информацию, подчеркивающую, какое поведение является правильным. Только при определении очень специфических путей передачи инфекции может возникнуть необходимость в осуществлении специальных проектов для принимающего населения.

Принципы межкультурного сотрудничества

Для лиц, разрабатывающих национальные программы в целях решения проблемы ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов, существует две основные возможности: адаптировать существующие программы, опробованные среди других групп населения, или использовать вновь разрабатываемые программы, которые могут быть нацелены на конкретные группы иммигрантов с учетом их потребностей. Существующие программы могут иметь различные источники. ВИЧ/СПИД представляет широкое поле деятельности для предпринимателей. Многие коммерческие и некоммерческие организации поставляют на рынок просветительские программы, которые гарантируют универсальность или адаптируемость к широкому спектру культурных условий. Многие из них нацелены в основном на знания или технические аспекты, связанные с использованием презервативов, и гарантируют обучение лиц, осуществляющих меры вмешательства, за короткое время. Такая гарантия универсальности вызывает сомнения, а использование таких программ может оказаться особенно проблематичным при работе с иммигрантами.

Как было показано ранее, иммиграция представляет собой особую культурную ситуацию, сочетающую культурные потери и переходные моменты со столкновением между культурами. По этой причине не рекомендуется использовать программы, взятые из “старой страны”, если только они не представляют собой лишь один из множества ресурсов для разработки новой программы. Хотя программы из старой страны будут включать в себя культурные традиции, что дает преимущество по сравнению с так называемыми “универсальными” программами, они не включают такие вопросы, как утрата культуры, новое окружение и взаимодействие между культурами, однако все это может сильно влиять на возможности справиться с ВИЧ/СПИДом. На их адаптацию к таким условиям может потребоваться столько же времени и ресурсов, как и на разработку новой программы, которая будет максимально учитывать эти факторы. Программы, предназначенные для населения принимающей страны в целом, следует отклонить по аналогичным причинам. Эта позиция оказывается особенно сильной в ситуациях, когда схемы или пути передачи инфекции среди иммигрантов и воздействующие на них факторы значительно отличаются от путей передачи инфекции среди принимающего населения или в стране происхождения.

Временные рамки для разработки вновь разрабатываемых конкретных программ для сообществ иммигрантов могут являться основным препятствием на пути принятия такой политики. Более традиционные, линейные методы разработки могут казаться непригодными, особенно в условиях неотложности. Это может быть одной из причин, почему лица, принимающие решения, предпочитают другие, не столь желательные варианты. Итеративная модель разработки программ и проектов, представленная в настоящем документе (см. страницу 21), среди прочих ее преимуществ позволяет значительно экономить время, почти не уступая другим моделям с точки зрения ее адаптации с учетом потребностей целевых групп населения. Одним из факторов, определяющих возможности для разработки программ с учетом культурных особенностей за относительно короткий промежуток времени, является межкультурное сотрудничество.

Ловушка, связанная с образом “примитивного” или “благородного дикаря”

Основным принципом межкультурного сотрудничества является взаимное уважение, которое стоит выше не только осуждения и стигматизации, но также восхваления и идеализации. Когда культура принимающей страны и культура иммигрантов достаточно далеки друг от друга, особенно если культура принимающей страны является городской, промышленной и просвещенной, к культуре иммигрантов могут применять образ примитивного и благородного дикаря, причем в различной степени интенсивности. Важно отметить, что в эту ловушку могут попасть как население принимающей страны в целом, так и сообщество иммигрантов. Если опасность первого исхода почти самоочевидна, второй вариант является более скрытым и может быть столь же пагубным. В обоих случаях снижается понимание факторов, которые способствуют передаче ВИЧ, а также их поведенческих, социальных и культурных детерминантов.

Стигматизация оказывает дополнительное вредное воздействие: она может способствовать отрицанию и избеганию, особенно, когда она направлена на национальное меньшинство. Если со стигматизацией необходимо целенаправленно бороться на всех уровнях через политические действия, средства массовой информации и действия на уровне общин, а также через просвещение и консультирование (Shtarkshall & Davidson, 1995; Shtarkshall, Shimon & Bargai, 1997), проблему идеализации и восхваления можно решать главным образом, не потакая таким явлениям или же перестраивая их в случае их появления. Опыт показывает, что большинство людей, если к ним относятся с заботой и уважением, принимают прямые подходы к деликатным проблемам, которые могут повлечь за собой стигматизацию.

“Носители местной культуры” и “носители привнесенной культуры”

Особым фактором при работе с мигрантами, который возникает при столкновении культур, является потребность сотрудничества между людьми, представляющими две культуры. Это происходит по двум причинам. Во-первых, культура мигрантов – это уникальная ситуация, ситуация перехода между двумя культурами и выработки неких специфических реакций “старой культуры” в ответ на явления в принимающей культуре. Во-вторых, представители принимающей культуры, контактирующие с мигрантами, ощущают на себе влияние столкновения культур. Сотрудничество между членами двух культур может иметь различные формы и происходить на различных уровнях. При разработке и реализации программ и проектов для рассмотрения проблемы ВИЧ/СПИДа, а также более широких областей полового здоровья и интимных и сексуальных отношений подчеркивается определенный вид взаимодействия при работе над культурными составляющими проектов в ситуациях взаимодействия культур. Необходимо, чтобы члены различных культур вносили свое видение, если мы стремимся достичь цели, предусматривающей разработку приемлемых с точки зрения культуры программ для такой уникальной ситуации. Для того чтобы пояснить и подчеркнуть различные роли представителей каждой культуры, которые сотрудничают при

разработке и реализации проектов, были введены термины “носители местной культуры” и “носители привнесённой культуры” (Shtarkshall & Soskolne, 1994).

Культуру общества можно рассматривать как набор таких отношений, норм, ценностей и практик, о которых ее представители могут не задавать или не будут задавать вопросов. Одна из ролей носителей привнесённой культуры заключается в том, что они задают вопросы именно о таких отношениях, нормах, ценностях и практиках. Такие вопросы могут быть вполне серьезными или же они могут казаться совершенно незначительными для носителей местной культуры, поскольку они считают свои собственные отношения и ценности естественными. Иногда только носители привнесённой культуры понимают важность вопроса, в то время как люди, которым эта культура присуща, не понимают его значимости. С другой стороны, именно носители местной культуры лучше всего информированы о культурных особенностях и о их внутренней взаимосвязи, вариациях и толкованиях.

Некоторые примеры сотрудничества между носителями местной и привнесённой культуры возникли в результате реализации международной учебной программы. Один участник описал проект, направленный на снижение риска передачи ВИЧ домохозяйкам в сельской местности, чьи мужья покупали платные сексуальные услуги. Поскольку такое поведение описывается как широко распространенное, домохозяйки в сельской местности считаются приоритетной группой риска в стране. Члены международной учебной группы попытались выяснить у этого участника причины, по которым мужья покупали сексуальные услуги за деньги. Некоторые вопросы, задаваемые носителями привнесённой культуры, это вопросы, которые могут проанализировать исключительно носители местной культуры. Проведенный анализ вскрыл явления, которые имеют прямое отношение к разработчикам проектов.

- В этом обществе существует разделение между сексом для деторождения и сексом для удовольствия.
- Как норма, “уважаемые” замужние женщины стремятся свести до минимума половые контакты различными средствами и не связывают это с удовольствием.
- Обсуждение вопроса о том, является ли такое отсутствие удовольствия лишь результатом невнимания мужей к половым потребностям жен (что, безусловно, отчасти так), показало, что замужние женщины могут чувствовать себя оскорбленными, если их мужья попытаются разнообразить секс или придумать что-то новое в попытке усилить удовольствие для жены. Жена может подумать, что ее муж смотрит на нее как на “женщину для удовольствий” и может почувствовать унижение.
- Муж может чувствовать себя очень неудобно или даже почувствовать подозрение или неприязнь, если его жена захочет или потребует удовольствия от секса, и, возможно, интерпретирует это как “распущенность” с ее стороны.

Этот пример иллюстрирует взаимосвязь между носителями местной и привнесённой культуры. Это также подразумевает, что в тот или иной момент большинство участников оказывалось в роли носителей местной культуры в отношении своих собственных проектов и в роли носителей привнесённой культуры в отношении проектов других людей. Оказавшись в такой роли неоднократно, они понимают важность сотрудничества между носителями местной и привнесённой культуры. Они могут пытаться найти примеры, когда программы, возможно, будут получать пользу от таких процессов, и смогут дистанцироваться от непосредственных эмоциональных реакций. Ответы на вопросы, поднимаемые в ходе такого процесса, не могут прийти мгновенно, а скорее через множество вопросов и ответов, ошибок и открытий.

Другим примером процесса взгляда на вещи изнутри и извне оказался анализ обычая, согласно которому вдова должна иметь половую связь с близким членом семьи покойного мужа. Участники международного семинара были удивлены, узнав, что такой обычай существует в

различных формах во многих культурах. Были заданы некоторые интересные вопросы, которые могут иметь сильное воздействие на профилактику ВИЧ/СПИДа. В чем состоит акт очищения – в проникновении или в эякуляции? Что будет, когда в таком ритуале используется презерватив? Он теряет свою силу? Все представители культур, где практикуется такой обычай, признали, что они никогда не задумывались над такими вопросами.

Этот процесс рассматривается для того, чтобы сопоставить его с альтернативными процессами: во-первых, традиционный процесс разработки, когда иммигранты участвуют в основном в качестве субъектов (Cornwall & Jewkes, 1995), и, во-вторых, процесс, в ходе которого вся ответственность за разработку программ делегируется иммигрантам, в традиции этнических меньшинств. Некоторые утверждают, что, если иммигрантов можно научить смотреть на свою культуру извне или если представителей принимающей культуры можно обучить исполнять роль экспертов по проблемам иммигрантов, в таком случае нет потребности в сотрудничестве. И те и другие могут брать на себя обе роли - роль носителей местной и привнесенной культуры. Однако на это может потребоваться намного больше времени, чем на то, чтобы обучить их сотрудничеству, а их умение исполнять противоположную роль может оказаться ограниченным. Кроме того, здесь будет отсутствовать важное звено между двумя сообществами, при котором можно будет добиться взаимодействия. Взаимодействие само по себе может усилить понимание ситуации и позволить проанализировать взаимную природу столкновения культур, т.е. то, что также влияет на представителей принимающей культуры. Чтобы научить представителей местной культуры смотреть на нее со стороны, а представителей привнесенной культуры смотреть на нее изнутри, лучше всего использовать широкое сотрудничество между представителями обеих культур, участвующих в межкультурных мероприятиях.

В частности, что касается проектов по профилактике ВИЧ, изучение межкультурных явлений и решение связанных с ними проблем можно усилить и ускорить, если объединить силы представителей обеих культур в попытке снизить показатель инфицирования. Представители обеих групп могут играть двойную роль – роль носителей местной культуры для своей собственной группы и роль носителей привнесенной культуры для дополняющего взаимодействия.

Во многих случаях цель проекта заключается в том, чтобы подготовить специалистов, способных исполнять роль посредников между представителями обеих культур, которые не могут играть двойную роль носителей местной и привнесенной культуры, поскольку у них нет подготовки и других профессиональных обязанностей. Это касается случая прямого взаимодействия между людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, и врачами или работниками системы социального обеспечения. Потребность в культурном переводе концепций и использование всесторонней коммуникации выходит далеко за языковые трудности.

Программы, основанные на межкультурном сотрудничестве, действуют не только в рамках определенной сферы их целей, касающихся вопросов полового здоровья или половых отношений. Участники, будь то лица, осуществляющие меры вмешательства, или целевая группа населения, могут применять их также к другим вопросам межкультурного сотрудничества. Межкультурное сотрудничество в рамках проектов также может привести к лучшему культурному пониманию и тем самым усилить конструктивное взаимодействие между представителями этих двух групп населения и способствовать интеграции иммигрантов в новое окружение.

Руководители среди мигрантов

Иногда руководители общин считают, что преуменьшение степени эпидемии или даже отрицание ее существования служит наилучшим интересам их общины, тем самым обычно отражая эмоции своей общины и атмосферу в ней. Для того чтобы определить такие ответные меры, необходимо хорошо понимать причины для этого.

Во-первых, в большинстве случаев, даже среди групп населения с высокими показателями распространенности и инфицированности ВИЧ, большинство членов группы напрямую не участвует на начальном этапе, а также зачастую на последующих этапах эпидемии. Таким образом, если распространено поведение, включающее стигматизацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, это окажет воздействие на значительно большую часть населения, а не просто на тех, кто живут с ВИЧ/СПИДом.

Во-вторых, эпидемия ВИЧ/СПИДа может оставаться “невидимой”, даже когда показатель распространенности ВИЧ уже является высоким. Поскольку симптомы могут появиться через несколько лет после инфицирования, люди, как правило, обращают особое внимание на более очевидные и насущные проблемы, такие как дискриминация, жилье, правовой статус, доступ к рынку труда, обеспечение семьи и другие текущие проблемы выживания. Все эти проблемы могут усугубляться, если сообщество будет ассоциироваться с эпидемией, особенно когда представители сообщества иммигрантов легко узнаваемы по их внешнему виду, языку, одежде или поведению.

В-третьих, для многих групп мигрантов, особенно для тех, которые прибывают из сельскохозяйственных стран с более традиционным укладом, биомедицинская концепция ВИЧ-инфицированного человека либо чужда, либо трудна для восприятия. В таких обществах заболевание ассоциируется с симптомами, которые ставят людей в невыгодное положение. Во многих случаях люди, инфицированные ВИЧ, реагируют на это с подозрительностью и гневом не только, когда их информируют об инфекции, но также на последующих стадиях. Типичным примером этого является случай, когда человек уже проходит лечение в связи с низким содержанием клеток CD4 и заявляет: “Я не болен, я чувствую себя хорошо, со мной все было в порядке, пока врачи не начали давать мне эти лекарства. Я заболел именно от ваших лекарств; у меня от них появляется рвота, нет аппетита и болит все тело. Когда я не принимаю лекарства, я чувствую себя намного лучше”. Страдающему человеку необходимо иметь определенное объяснение, чтобы осмыслить такое, на первый взгляд, плохое лечение. Если лечащий персонал не даст объяснения, это сделает сам пациент. Врачи представляют не только систему здравоохранения, но всю государственную систему, и эти обвинения проецируются на них. Пациенты представили различные объяснения такого рода: “Вы проводите тесты среди иммигрантов и по этой причине вы находите больше больных среди нас, чем среди старожилков”; “Это все для того, чтобы держать нас в подчинении”; “Вы хотите использовать нас для экспериментирования с лекарствами”. Такие объяснения могут казаться совершенно логичными для людей, которые находятся в тяжелом социальном или правовом положении и либо подвергаются дискриминации, либо считают, что они сталкиваются с дискриминацией. Руководители не могут оставаться глухими к таким голосам. Поэтому важно, чтобы лечение сопровождалось всесторонними разъяснениями с учетом культурных особенностей, что подготовит пациента к изменениям в состоянии здоровья.

Четвертый фактор, который особенно влияет на традиционных лидеров, заключается в понимании того, что решение проблем эпидемии может вступать в противоречие с традиционными ценностями. Руководители могут считать себя хранителями традиционных ценностей и таким образом чувствовать, что их авторитет поставлен под угрозу. Сексуальная природа передачи ВИЧ, будь то в результате гомосексуальных или гетеросексуальных контактов, вероятно, идет вразрез с традиционными нормами. Когда показатель инфицирования растет в результате старых укоренившихся норм в стране, таких как полигамия де-юре или де-факто или случайные половые связи, это может восприниматься как противоречащее ценностям принимающей страны и, следовательно, должно скрываться.

Для преодоления этих барьеров требуется не только понимание конкретных аргументов и пациентов, но также тщательная работа для ослабления страхов, ознакомления руководителей мигрантов с ситуацией в принимающей стране и превращение потребностей людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в один из факторов, вокруг которого может возникать новое руководство.

Переходные моменты в культуре и столкновение между культурами

Для решения проблем ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов необходимо использовать подходящие принципы и стратегии, учитывающие переходный момент в культуре и столкновение между культурами. Эти принципы поддерживают представление информации с учетом культурных особенностей и методы передачи информации с участием представителей групп мигрантов и повышением уровня информированности работников в принимающей стране.

Информация с учетом культурных особенностей и методы передачи информации

Разработчики и исполнители проектов и мер вмешательства могут использовать два метода подачи информации с учетом культурных особенностей. Первый метод заключается в том, чтобы найти концепции, истории, сказки и притчи, ситуации или средства визуальной презентации, которые могут соответствовать или аппроксимировать требуемые сообщения о ВИЧ/СПИДе. При этом задача состоит в том, чтобы адаптировать их таким образом, чтобы их можно было ассоциировать с мерами вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом. Примером является информация о термитах, атакующих дерево – такая ситуация будет известна иммигрантам из Эфиопии и может служить аналогом скрытых аспектов ВИЧ-инфекции. Более сложной является попытка перенести традиционную культурную концепцию в новый контекст, как в случае эфиопской концепции “гобез”. Это смелый и умный человек, который может предотвратить ущерб своим полям и поддержать свою семью за счет превентивных действий и подготовки. ВИЧ сравнивается с естественными врагами фермера, а презерватив приравнивается к средствам, которые использует гобез (Rosen, 1986, 1989; Chemtob and Rosen, 1992).

Второй вариант заключается в использовании традиционного способа передачи культурных знаний, но через введение нового контекста. Сказки и притчи являются традиционным способом передачи мудрости и выражения мнений в эфиопской культуре. Многие притчи имеют новое содержание для передачи важных сведений всесторонним и приемлемым образом. Примерами являются “Притча о двух ногах” и “Опасные шаги и уровни риска” (Shtarkshall, Shimon & Bargai, 1997).

Привлечение представителей групп мигрантов

Привлечение специалистов из групп мигрантов в качестве лиц, осуществляющих меры вмешательства (просветителей, кураторов групп, посредников между культурами и лиц, ведущих социальную работу среди иммигрантов), и обучение их правилам работы в области ВИЧ/СПИДа служит сразу нескольким целям. При правильной подготовке они способны усилить процесс передачи информации от одной культуры другой. Кроме того, они больше всего подходят на роль посредников между культурами в рамках систем здравоохранения, социального обеспечения и образования при условии, что специалисты принимающей культуры научатся ценить их вклад и сотрудничать с ними.

Хорошо зная особенности своей собственной культуры, они смогут привнести понимание культуры изнутри в процесс разработки и дополнить взгляд на культуру извне, необходимый для экспертов из принимающей культуры. Таким образом, им присваивается роль информантов соразработчиков программ. В такой модели эти роли включаются в циклы разработки, обучения и реализации.

Повышение уровня понимания среди работников принимающей страны

Повышение уровня понимания работников в принимающей стране является центральной концепцией для проектов, нацеленных на людей, живущих с ВИЧ. Это также важная тема в любой другой учебной программе, направленной на снижение культурного давления на иммигрантов при их контактах с лицами, обеспечивающими уход.

Иммигрантам, живущим с ВИЧ, труднее, чем остальному населению, поддерживать постоянные отношения с центрами здравоохранения. Помимо общего отчуждения и культурных трудностей, языковые барьеры и барьеры межкультурного общения влияют на отношения с системой здравоохранения, особенно, когда речь идет одновременно о проблемах здоровья и пола. Стигматизация и поиск козлов отпущения, которые широко распространены в связи с ВИЧ, могут усиливаться, когда речь идет об иммигрантах, особенно о тех, кого можно распознать по внешнему виду, поведению, одежде или языку. Культурные барьеры могут влиять на медицинских работников, которые при работе с ВИЧ-инфицированными должны непосредственно заниматься вопросами половых отношений. Они могут считать, что модели отношений, характерных для иммигрантов, или “эзотерическая” половая практика (напр., полигамия или ранние браки среди подростков) затрудняют их работу или даже являются отвратительными.

Отчужденность медработников и трудности работы с клиентами могут усиливаться, когда иммигранты придерживаются небиеомедицинских моделей здоровья и заболевания или смешивают традиционные модели с биомедицинскими. Возникающее вследствие этого разочарование и утрата доверия могут привести к нежеланию придти еще раз для последующего ухода, а иногда к потере контакта с медицинскими центрами. Медработники могут интерпретировать такое поведение как “сопротивление” и включить его в общий пакет характеристик, считая, что с иммигрантами “бесполезно работать”. Есть множество примеров очень низкой терпимости к такому “нонсенсу” в системе здравоохранения. Посредничество обученных людей из среды иммигрантов может помочь медработникам установить отношения большего понимания между работниками и пациентами и, как показала практика, приводит к увеличению числа обращений пациентов в последующем.

Итеративные циклы разработки

Важные элементы итеративной модели разработки программ, описанные в настоящем разделе:

1. Тесное сотрудничество между носителями местной и привнесенной культуры;
2. Потребность в сокращении сроков разработки, не отказываясь от принципов адаптации к особым условиям культуры иммигрантов;
3. Потребность в непрерывности процесса разработки в соответствии с меняющейся динамикой и определением проблем в процессе практической работы.

Для применения такой методики существуют концептуальные и практические соображения. Во-первых, при работе с населением в условиях культурного перехода и взаимодействия между культурами ситуация является очень динамичной. По этой причине абсолютно необходимо, чтобы методы разработки включали механизмы для изменения программ в зависимости от изменений в составе населения.¹

¹ Мы подчеркиваем, что такие проблемы, очевидные для международной миграции, также могут возникать во внутренних миграционных процессах, таких как миграция между городскими и сельскими районами в многоэтнических обществах. Культурный переход, межкультурные аспекты и динамика внутренней миграции иногда выражены нечетко. Утрата однородной культурной среды и традиционных социальных структур с присущими им сдержками и противовесами и близкое соседство с людьми из отличных, иногда враждебных, этнических групп может оказаться столь же трудным, как и переезд в другую страну. Зачастую крайне тяжелые условия могут лишь усиливать трудности, мешающие справиться с таким давлением, и, следовательно, представляют собой дополнительные проблемы.

Во-вторых, в большинстве случаев ситуация внутри групп мигрантов является не только серьезной, но и требующей немедленных действий. Это в основном обусловлено дополнительными факторами, которые усиливают потенциальный риск передачи ВИЧ среди иммигрантов. 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. Сочетание первого и третьего аспектов итеративного процесса, как это обозначено выше, дает преимущество, а не является компромиссом ради экономии времени.

В-третьих, ряд компонентов итеративного цикла имеют целью включить в этот процесс восприятие, культурное видение и идеи представителей групп иммигрантов, которые активно вовлечены в процесс противодействия проблемам ВИЧ/СПИДа.

Сбор и анализ данных

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.

В таблицах 1 и 2 подробно представлены различные методы, используемые для сбора данных, и различные стадии программы и проектов, на которых они используются. Здесь следует подчеркнуть два момента. Во-первых, каждая стадия процесса, а не только начальная, включает компоненты сбора и анализа данных, используемые для изменения и усовершенствования мер вмешательства. Во-вторых, собираемые данные можно использовать по-разному – в частности, для дальнейшей разработки. Данные также можно использовать в качестве профессионального инструмента для разработки в процессе обучения и контроля за действиями тех, кто осуществляет меры вмешательства, а также для контроля качества и оценки процесса.

В таблицах показано, что на различных этапах необходимо использовать различные методы и что на каждом этапе требуется несколько методов сбора данных для того, чтобы получить всестороннюю картину и свести к минимуму ошибки. Благодаря правильному построению временных рамок учебной программы с тем, чтобы они совпадали с экспериментальной практической реализацией мер вмешательства, можно обеспечить четкие итеративные циклы разработки.

Таблица 1: Использование методов сбора данных на различных этапах разработки программ

Этапы	Первоначальное формулирование	Разработка информационных сообщений, мер вмешательства и учебных процедур	Учебный процесс #	Испытание #	Текущие меры вмешательства #
Методы					
Библиотечные исследования	++	++	++	+	
Полевые наблюдения	+++	+	+	+	
Неструктурированные интервью	+++	+	+	+	+
Полуструктурированные интервью		+++	++	+	+
Фокус-группы		+	++	+	
Многоцелевые учебные инструменты			+++	++	
Наблюдение за событиями в ходе проекта			+++	++	+
Самоотчеты			++	+++	+++
Анкеты самоанализа			++		
Структурированные интервью				+++	

Итеративные циклы разработки проекта.

+ Чем больше число крестиков, тем более общим является метод.

Таблица 2: Использование методов сбора данных на различных этапах мониторинга и оценки

Этапы	Мониторинг	Процесс оценки	Оценка воздействия	Оценка результатов *	Исследование политики **
Методы					
Библиотечные исследования		++	++	++	(+++)
Полуструктурированные интервью		++	++		
Фокус-группы			++		
Многоцелевые учебные инструменты		++	+		
Наблюдение за событиями в ходе проекта	++	+++		++	+
Самоотчеты	+++	+++		++	+++
Анкеты самоанализа			+++	++	
Структурированные интервью			+++		(+++)

* Оценка конечных результатов профилактики ВИЧ будет зависеть от доминирования серологического типа, моделирования и эпидемиологического изучения таких маркеров, как заболевания, передающиеся половым путем. С другой стороны, оценку конечных результатов на промежуточных этапах (таких как обучение кураторов) можно измерить на основе показателей поведения и маркировки методов, связанных с ними.

** Исследование политики, что может быть очень важным для разработки программ и проектов, должно проводиться вне программ и проектов. Оно основывается преимущественно на изучении документов.

Разработка мер вмешательства и учебных инструментов

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 обучения и продолжаются в течение всей программы. Они также интегрируются с опытной реализацией мер вмешательства, которые проводятся параллельно с другими мероприятиями. В течение всего процесса обучения и мониторинга чувствительные вопросы и трудноразрешимые проблемы 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. Такие решения имеют больше шансов на то, чтобы оказаться неоскорбительными для определенных культурных групп и соответствующими потребностям конкретной группы населения.

Привлечение групп иммигрантов для участия в итеративных циклах разработки

Многообразие ролей, рассмотренных выше, должно являться частью итеративных циклов разработки с тем, чтобы обучить лиц, осуществляющих меры вмешательства, различным навыкам и создать возможности для практического опробования обучаемыми этих навыков в рамках процесса. Оба вида деятельности должны быть целенаправленными и должны включаться преимущественно в этапы обучения и опытной реализации.

Глава 2: Программы, проекты и меры вмешательства: руководство по разработке

Введение

Иммигранты сильно уязвимы к различным социальным, экономическим и медицинским проблемам. Одной из этих проблем является ВИЧ/СПИД. Группы иммигрантов также имеют особые потребности. Эти особые потребности определяются тремя основными компонентами:

- социально-экономические условия, обусловленные вынужденным отъездом из страны и трудностями переселения в новую страну (эта ситуация также может быть характерной для других маргинализованных социально-экономических групп);
- социокультурные особенности иммигрантов (явление, которое необходимо учитывать также при работе с другими группами в многонациональном обществе);
- социокультурное явление иммиграции, характеризуемое переходным состоянием, взаимодействием между культурами и ускорением динамики перемен.

При разработке программ, проектов или мер вмешательства для иммигрантов требуется методика, направленная на решение проблемы повышенной уязвимости и обеспечение особых потребностей иммигрантов. Такая методика должна включать механизм сбора данных, обеспечивать возможность для постоянного пересмотра и изменения мер вмешательства и использовать инструменты, позволяющие ликвидировать разрыв между принимающим сообществом и сообществом иммигрантов.

На основе опыта осуществления программ и проектов для иммигрантов в Израиле в настоящем разделе приводятся руководящие принципы разработки проектов для лиц, занимающихся планированием программ. Эти руководящие принципы не имеют целью подменить стандартные инструменты планирования. Их цель состоит в том, чтобы обрисовать конкретные межкультурные требования, которые следует учитывать при разработке и осуществлении мер вмешательства для иммигрантов. Лица, занимающиеся планированием и реализацией программ, при использовании настоящих руководящих принципов должны помнить о необходимости адаптировать эту методику к конкретным политическим, социальным и культурным условиям и обстоятельствам, в которых они работают, учитывая принимающее сообщество и сообщество иммигрантов.

Терминология

В настоящем разделе используются три связанных между собой термина: программы, проекты и меры вмешательства.

Программа представляет собой ряд взаимосвязанных проектов. Она разрабатывается для обеспечения общей цели – снижения риска ВИЧ/СПИДа и решения связанных с ними проблем среди определенной группы иммигрантов. Программа обычно разрабатывается на национальном или государственном уровне и должна включать компоненты “политика” и “стратегия”. Она состоит из различных уровней мер вмешательства (напр., коммуникация, просвещение, консультирование), использует различные каналы (напр., распространение брошюр, использование печатных и/или электронных средств информации) и может включать компоненты, не связанные с поведением (напр., регулирующие положения, процедуры и протоколы или изменения в ценах и наличие презервативов). Программа имеет несколько проектов. Они могут осуществляться последовательно, параллельно или частично перекрывая друг друга и могут видоизменяться с течением времени и с изменением социокультурных условий.

В отличие от программы, **проект** имеет более ограниченные цели и задачи, определяемые такими факторами, как население, проблема, контекст или ситуация. Так в рамках программы для иммигрантов из Эфиопии в Израиль существуют различные проекты:

- Информационный/просветительский проект для иммигрантов в целом (1992-93 годы) “Ваша жизнь в ваших руках” (Your Life Is in Your Own Hands);
- Обучение специалистов-старожилов Израиля для работы с сообществом эфиопских иммигрантов (1992–93 и 1994 годы);
- Просветительский проект по проблеме полового здоровья – половой ответственности для молодых взрослых в профессионально-технических учреждениях-пансионах (1993-94 годы);
- Проект для лиц, ведущих социальную работу среди иммигрантов/культурных посредников, работающих с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (ЛВС) и их сексуальных партнеров (1995 г. – настоящее время).

Меры вмешательства представляют собой отдельные компоненты проекта и имеют ограниченные и конкретные цели. Каждая мера вмешательства обычно включает использование одной методики, одного канала коммуникации и одного уровня взаимодействия с аудиторией. Меры вмешательства разрабатываются в соответствии с исходными культурными и просветительскими предпосылками и увязываются и интегрируются в рамках программы для достижения ее целей и задач. Отдельно взятая мера вмешательства может использоваться сразу в нескольких проектах, и, кроме того, существуют меры вмешательства, специально предназначенные для увязки проектов между собой.

Этапы разработки

Первоначальные этапы программ и проектов имеют определенные аналогичные черты и некоторые отличительные стратегии. Процесс разработки каждого проекта обычно должен начинаться после определения широких целевых задач программы и специфических целей для каждого проекта. Однако во многих случаях неотложность задачи диктует необходимость почти одновременного выполнения этих действий, причем некоторые виды деятельности на этих этапах являются схожими, особенно начальный сбор данных из различных источников, включая поиск литературы.

В таблицах 3 и 4 в обобщенном виде представлены основные этапы разработки программы, проектов в рамках такой программы и мер вмешательства, включаемых в эти проекты. Задача настоящей главы состоит в том, чтобы дать описание методики разработки программ и проектов, в то время как в главе 3 демонстрируется их применение через описание самого процесса разработки различных проектов.

Таблица 3. Шаги и этапы разработки программы

Этап	Шаги и мероприятия
Исходная базовая информация	1. Создание группы сотрудников программы
	2. Анализ литературы
	3. Исходное изучение моделей и путей передачи ВИЧ среди групп иммигрантов
	4. Формулирование политики
	5. Разработка стратегий
	6. Привлечение руководителей сообщества для участия в разработке программы
	7. Инициирование межсекторального сотрудничества
Разработка программы	1. Идентификация подгрупп населения, критических проблем и проектов для их решения
	2. Определение целей и задач для каждого проекта
	3. Создание проектных групп с включением различных специалистов
	4. Определение отношений и взаимодействия между проектами
	5. Реализация всех стадий определенных проектов
Мониторинг и дальнейшая разработка и реализация	1. Создание механизмов для мониторинга и оценки программы
	2. Регулярные встречи руководящего комитета программы
	3. Последующие действия и интеграция оценок каждого проекта
	4. Изменения в политике и стратегиях

Таблица 4: Этапы, шаги и действия по разработке проекта

Этап	Шаги и действия
Первоначальная разработка проекта	1. Определение общих и конкретных целей
	2. Формативные исследования
	3. Первый цикл разработки условий осуществления мер вмешательства, информационных сообщений и средств их подачи (включая определение характеристик тех, кто будет осуществлять меры вмешательства)
	4. Планирование мониторинга и оценки в соответствии с целями и задачами всего проекта и его промежуточных стадий (напр., обучение)
Разработка программы базового обучения	1. Разработка концепций обучения и создание группы для обучения
	2. Адаптация учебных методов к информации и способам ее подачи
	3. Отбор тех, кто будет осуществлять меры вмешательства, до начала процесса обучения
	4. Пред-тренинговый сбор данных об отдельных мероприятиях
Проведение базового обучения	1. Выработка знаний и отношений и обучение базовым навыкам
	2. Сбор данных о реакции на информацию, средства, барьеры и отсутствующие звенья
	3. 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
	4. Оценка процесса и конечных результатов (начало)
Дальнейшее обучение, включая опытную реализацию и мониторинг в качестве неотъемлемых компонентов	1. 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
	2. Сбор данных о практическом опыте (уделяя поочередно внимание навыкам тех, кто осуществляет меры вмешательства, и реакции аудитории на меры вмешательства)
	3. Дополнительные циклы совершенствования проекта и его повторной реализации

Этап	Шаги и действия
Текущие меры вмешательства, включающие мониторинг и оценку процесса	1. Осуществление мер вмешательства
	2. Сбор и анализ данных (особое внимание мониторингу и оценке)
	3. Дополнительные циклы внесения изменений в проект (для изменения условий и открытия новых каналов)
Оценка конечных результатов	1. Сбор данных оценки после осуществления мер вмешательства и последующих действий для проведения анализа
	2. Оценка воздействия на целевую группу населения по завершении проекта с учетом его целей
	3. Рекомендации для будущих действий или их неприменения в рамках программы

Команды для разработки и надзора за программами и проектами

Центральные элементы разработки программ по ВИЧ/СПИДу для иммигрантов включают группу разработчиков и руководящий комитет. Эти две группы выполняют взаимодополняющие функции. В то время как группа разработчиков обычно представляет профессиональный опыт, заинтересованность и этнический баланс, руководящий комитет представляет формальные и неформальные обязанности, организации и группы, определенные интересы и руководство сообществ, участвующих в этом процессе.

Группы обычно создаются специально для каждого случая, и заинтересованные профессионалы могут иметь завышенное представительство в них. Однако, поскольку центральная роль обеих групп предусматривает разработку политики и стратегий, важно привлекать специалистов из всех заинтересованных секторов и целевых сегментов населения и включать их в процесс разработки политики и стратегий.

■ Руководящий комитет

Руководящий комитет представляет все аспекты принимающего сообщества и сообщества иммигрантов, включая их правительственные и неправительственные организации (см. вставку 1). Основные задачи комитета включают разработку общих целей программы или проекта, а также широких руководящих принципов для реализации, мониторинга и оценки. Комитет также создает группу разработчиков проекта. Обычно руководящий комитет не участвует в разработке конкретных проектных мероприятий.

Вставка 1: Развитие руководящего комитета и группы профессионалов

Руководитель Национального руководящего комитета по СПИДу Израиля обратился к представителям различных организаций и общин с просьбой создать межведомственный руководящий комитет для просветительского проекта по проблеме ВИЧ для эфиопских иммигрантов в Израиле. Национальный руководящий комитет по СПИДу Израиля принял решение о проведении проекта для взрослого населения из примерно 24 000 эфиопских иммигрантов, которые находились в центрах адаптации и гостиницах по состоянию на конец 1991 года. Антрополог, который изучал эту общину и ее концепции здоровья и заболевания, и врач, который прошел подготовку в области общественного здравоохранения и медицинской антропологии и ранее работал в общине по проблемам вируса гепатита В и ВИЧ-инфекции, представили первоначальное предложение руководителю Национального руководящего комитета по СПИДу Израиля. Для усиления этой инициативы они обратились к сотрудникам Школы Брауна по здравоохранению при Еврейском университете Хадасса. К ним согласились присоединиться два сотрудника, имевшие опыт работы в области санитарного просвещения, включая опыт работы с эфиопской молодежью и в области профилактики ВИЧ, а также опыт проведения социально-поведенческих исследований и осуществления социальных мер вмешательства среди представителей маргинализированных групп населения и людей, живущих с ВИЧ. Таким образом, была создана группа из четырех специалистов под эгидой школы общественного здоровья. Различные сферы рабочего

опыта членов этой группы оказались в высшей степени уместными для данного проекта. Группа разработала полное предложение для реализации просветительского проекта, включая исходную концептуализацию просветительских компонентов и методику проекта, структуру и содержание обучения и идеи относительно реализации, мониторинга и оценки.

Расширенное предложение было направлено в Национальный руководящий комитет по СПИДу Израиля. Предложение было принято и профинансировано на период с февраля по август 1992 года. На ранней стадии проекта группа проекта привлекла двух координаторов, которые внесли значительный вклад в проект: координатора по вопросам культуры, иммигранта, приехавшего давно из Эфиопии и имеющего опыт в области просвещения в связи с ВИЧ/СПИДом, и координатора компонентов просветительской и практической работы в рамках проекта, который является квалифицированным преподавателем и просветителем по вопросам полового воспитания. В ходе работы этой группы стало очевидной необходимость в повышении уровня прозрачности в действиях руководящего комитета, и по этой причине этот комитет был расширен.

■ Группа разработчиков

Важно, чтобы группа разработчиков представляла различные области опыта и интересы, а также соответствующие этнические группы. В группу можно включить специалистов, имеющих опыт работы в области медицины, общественного здравоохранения, антропологии, социологии, социальной психологии, образования, социальной работы и коммуникации, а также в области проведения исследований, оценки, вопросах культуры и взаимодействия между культурами, разработки и реализации мер вмешательства в связи с решением половых проблем человека, употребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа. Соотношение между сферами рабочего опыта можно варьировать в зависимости от целей и задач каждого проекта. В группу разработчиков следует включить представителей сообщества иммигрантов и принимающего сообщества. Особенно важно включить иммигрантов-старожилов, т.е. иммигрантов, которые давно живут в принимающем сообществе. Они могут внести ценные идеи, представляющие как принимающее сообщество, так и сообщество иммигрантов.

Для обеспечения управления такой группой число ее членов следует ограничить, включив представителей необходимых профессий и сфер интересов и опыта. Рекомендуется, чтобы каждый член группы имел несколько требуемых характеристик. Оптимальное число членов такой группы составляет от четырех до семи.

Разработка национальной политики

Одной из основных целей программы по ВИЧ для иммигрантов является включение комплексной и правильно выбранной политики в отношении мигрантов в национальную политику. Это может быть довольно трудной и сложной задачей, учитывая барьеры, обусловленные особой ситуацией, в которой находится большая часть мигрантов. Эти барьеры включают экономическую и социальную маргинализацию, стигматизацию (особенно, если мигранты приехали из районов с высоким показателем распространенности ВИЧ), а также культурные трудности, такие как языковые проблемы и альтернативные модели здоровья и заболеваемости – все это требует повышения усилий, инвестиций и упорства для снижения риска. Такие элементы легко можно ошибочно принять за невыполнение профилактики или отсутствие в ней заинтересованности, что может направить лиц, вырабатывающих политику, в противоположном направлении. Эти трудности могут снизить готовность политиков к тому, чтобы вкладывать усилия и средства в профилактику, или же они могут начать вкладывать средства, только когда ситуация с ВИЧ среди мигрантов будет восприниматься как угроза для всего населения принимающей страны. Применение мер вмешательства без учета культурных особенностей может усугубить эту ситуацию. Если такие меры вмешательства не дают желательного эффекта, результат может быть ошибочно интерпретирован как отрицание или отсутствие заинтересованности.

Отрицание в связи с ВИЧ/СПИДом является обычным барьером во многих ситуациях и социальных группах. Это следует воспринимать как нормальную реакцию, которая требует внимательного анализа, прежде чем принимать решение. Отрицание может быть особенно выраженным среди групп мигрантов, которые подвергаются маргинализации. Иногда данные о ВИЧ используются неосторожно, что может лишь усилить маргинализацию. Стигма, воспринимаемая сообществом иммигрантов, также может представлять собой проекцию внутренней стигматизации людей, живущих с ВИЧ в сообществе иммигрантов. Признание таких ситуаций не означает, что с отрицанием необходимо соглашаться, даже в присутствии стигматизации, если это отрицание остается устойчивым и препятствует усилиям, направленным на снижение риска в сообществе. Группам необходимо проанализировать другие средства, которые позволяют справиться со стигматизацией, помимо отрицания и обвинения; кроме того, в сотрудничестве с членами сообщества необходимо разработать вмешательства, которые позволят устранить эти барьеры.

Приведенные ниже рекомендации для разработки национальной политики с целью решения проблем мигрантов и ВИЧ/СПИДа основаны на мнении, что мигранты имеют особые потребности, а не на том, что эти группы населения представляют угрозу. Эти рекомендации направлены главным образом на снижение риска передачи ВИЧ среди мигрантов и лишь во вторую очередь на защиту населения принимающей страны от мигрантов.

■ **Рекомендация 1: Специальная группа по выработке политики и стратегии**

Необходимо создать специальную группу, ответственную за выработку политики на национальном или региональном уровне для профилактики передачи ВИЧ среди иммигрантов. Такая политика должна координироваться и интегрироваться с другими национальными стратегиями и политикой по ВИЧ. В эту группу важно включить представителей иммигрантов, а также профессионалов, имеющих знания об этом сообществе и работающих в области социокультурного перехода или миграции и ВИЧ/СПИДа. В группу следует включать представителей, имеющих прямые связи с исполнительными органами и с процессом распределения бюджетных средств, причем они должны иметь доступ ко всем источникам эпидемиологических данных о моделях распространения, заболеваемости и путях передачи ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов. Эта группа также должна иметь полномочия и средства для сбора социокультурных данных о факторах, определяющих изложенные выше положения, а также о конкретных трудностях и распределении полномочий в рамках группы иммигрантов.

■ **Рекомендация 2: Включение активистов и руководителей общин**

В процесс выработки политики следует включать руководителей общин, а также группы и организации на уровне общин, которые особо заинтересованы в снижении передачи ВИЧ и обеспечении ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.

■ **Рекомендация 3: Интегрирование идей, планов и программ групп**

Группам активистов и группам с особыми интересами среди мигрантов, работающим для специалистов и организованным вокруг проблем ВИЧ/СПИДа, следует готовить свои программы и рекомендации по вопросам политики, исходя из своих специфических перспектив. Такие рабочие документы могут усилить разработку политики и стратегий благодаря определению особых интересов и проблем.

■ **Рекомендация 4: Прозрачность**

Все стратегии и политика должны быть полностью доступными для сообщества и всех заинтересованных сторон.

■ **Рекомендация 5: Создание групп**

Следует создать руководящие комитеты программы и проектов, а также группы специалистов для управления и надзора за исполнением программы и проектов.

■ **Рекомендация 6: Специальные программы и адекватное финансирование**

Особые потребности и социокультурные условия жизни групп мигрантов требуют специальных программ и проектов, а также адекватного финансирования.

■ **Рекомендация 7: Интегрирование универсальных сведений со специфическими**

Следует включать универсальные сведения о профилактике ВИЧ; в то же время требуются правильно выбранные сведения, специфические для целевой группы населения, даже если они выглядят чужеродными или противоречащими принимающей культуре. Примером является информация о стерилизации инструментария, используемого в традиционной медицинской практике, даже если общий подход заключается в том, что такую практику следует прекратить.

■ **Рекомендация 8: Дестигматизация**

Дестигматизация и принятие мигрантов в целом и людей, живущих с ВИЧ среди них, имеет важнейшее значение и оказывает сильное воздействие на профилактику, а также на адекватность ухода.

■ **Рекомендация 9: Повышение уровня понимания специалистов среди принимающего населения**

В программы для иммигрантов также следует включать компонент просвещения для профессионалов из принимающей культуры для обеспечения работы с иммигрантами с учетом культурных особенностей и с использованием знаний о межкультурном общении.

Сбор и анализ данных

Важной отличительной особенностью этой методики является постоянный, взвешенный и структурированный сбор и анализ данных, включая обратную связь с процессом разработки и реализации на всех стадиях любого проекта. Такой сбор и анализ данных и обратная связь являются важнейшими составляющими процесса непрерывной итеративной разработки программ и проектов и включаемых в них мер вмешательства, мониторинга процессов обучения и экспериментальных мер вмешательства, а также оценки. Постоянный сбор и анализ данных и обратная связь преследуют две основные цели: сокращение начального периода разработки и максимально раннее начало процесса реализации, иногда в течение трех-четырех месяцев; и обеспечение гибкости, необходимой для адаптации программы в ответ на динамические изменения, которые постоянно происходят в условиях жизни и социокультурных обстоятельствах групп мигрантов.

Также важно обеспечить сбор и анализ данных о показателе распространенности, инфицированности, схемах и путях передачи ВИЧ среди иммигрантов. Эти показатели могут явным образом отличаться от показателей среди принимающего населения и отражать различные аспекты или сочетание аспектов социокультурной уникальности ситуации иммигрантов. Вклад этих индивидуальных факторов в различие между иммигрантами и принимающим населением необходимо учитывать при разработке политики и стратегий в связи с ВИЧ/СПИДом. Культурные

отличия, которые влияют на пути передачи, могут включать характер супружеских или половых связей или сексуальную практику. Парентеральные пути передачи могут уходить своими корнями в культурные традиции и обряды или в альтернативную медицину. Примеры различий, вытекающих из ситуации иммигрантов, разнообразны и могут включать эксплуатацию или участие иммигрантов в секс-бизнесе, их низкий социально-экономический статус и низкий уровень доступа к системе здравоохранения, что может влиять на способы передачи инфекции в результате применения альтернативной медицинской практики.

Характеристики населения

Приведенные ниже характеристики населения должны находиться в центре внимания при сборе соответствующей информации для поддержки действий, начального формулирования программы, выбора целевой группы населения и первичной разработки проектов, соответствующих мер вмешательства и информации.

- **Состояние здоровья.** Сюда включается распространенность ВИЧ/СПИДа и заболеваемость, а также основные пути передачи. Также необходимы другие эпидемиологические и клинические данные, включая распространенность других заболеваний, передающихся половым путем, и туберкулеза.
- **Рискованное поведение.** Рискованное поведение может включать сексуальное поведение, употребление инъекционных наркотиков и пирсинг кожи. Определение распространенности рискованного поведения и групп, на которые оно распространяется, имеет критическое значение. Помимо общепризнанной практики, которая определяется как факторы риска в связи с ВИЧ, в каждой культуре могут присутствовать другие виды практики, усиливающие риск инфицирования. Сюда могут включаться сексуальная практика, такая как гетеросексуальные анальные контакты как средство предупреждения беременности или сохранения девственности, сухой половой акт, кровопускание целителями с использованием традиционных инструментов и увулектомию.
- **Отношения, верования и практика.** Какова доминирующая модель здоровья – традиционная или современная, или же комбинированная? Каковы специфические характеристики таких моделей, которые могут способствовать или сдерживать усилия, направленные на снижение риска, и уход за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом?
- **Правовой статус.** Правовой статус иммигрантов в принимающей стране может влиять на их уязвимость и их контакты с проектами по профилактике и уходу. Иммигранты обычно имеют более низкий уровень доступа к системе здравоохранения по сравнению с населением в целом. Это может увеличивать частоту использования альтернативной медицинской практики – что в свою очередь увеличивает риск передачи ВИЧ – и снижать вероятность медицинского сопровождения людей, инфицированных ВИЧ, и пациентов, имеющих симптомы. Также иммигранты, живущие в стране нелегально или полунелегально, могут избегать любых контактов с программами и проектами, поскольку это может делать их открытыми для властей. Иногда правовой статус временного проживания, получаемый иммигрантами, позволяет депортировать ВИЧ-инфицированных, что может представлять дополнительный барьер на пути усилий по профилактике.
- **Мотивы для миграции и период миграции.** Между сообществами иммигрантов имеются большие различия, в зависимости от причины миграции – покинули ли люди свою страну в результате политического, этнического или религиозного преследования или же решили мигрировать по экономическим соображениям. Например, если мужчины мигрируют в поисках лучшей работы, они часто делают это в одиночку без своей семьи – этот факт может влиять на их социальное поведение. Многие иммигранты, переехавшие в Израиль, предпочли уехать по идеологическим или религиозным причинам.

- **Демографические характеристики целевой группы населения.** Любая информация о демографическом составе иммигрантов может оказаться очень важной для оценки их уязвимости к передаче ВИЧ. Основными переменными, которые следует учитывать, являются возраст, пол и семейное положение. Например, если пропорция детей и молодых людей в группе высока, для них следует разработать отдельные меры вмешательства; если же большую часть мигрантов составляют одинокие мужчины, это увеличивает риск передачи ВИЧ. Анализ семейного положения может составлять проблему, поскольку само понятие может варьироваться в зависимости от культуры (см. вставку 2).

Вставка 2: Семейное положение

Официальный статус “холост/не замужем” может наглядно иллюстрировать сложности межкультурной коммуникации. Многие молодые мужчины и женщины среди эфиопских иммигрантов в Израиле, хотя юридически не состоят в браке, “связаны обязательствами”. Такой статус являлся в сильной степени обязывающим среди евреев в Эфиопии и обычно завершался браком, когда девочка достигала возраста половой зрелости. Откладывание брака в условиях относительно слабого социального контроля приводило к тому, что многие молодые мужчины и женщины оказывались в ситуации, к которой они не были готовы.

Также из уважения к религиозной традиции общины большинство молодых людей и молодых взрослых направлялись в религиозные школы-пансионы для профессионального обучения, изучения языка и культурной ориентации. Эти школы были отдельными для мальчиков и девочек и не могли принимать супружеские пары. Кроме того, школы вместе с общиной принимали решение о том, чтобы не разделять семьи. По этой причине одним из условий приема в программу было то, что кандидат не должен состоять в браке. Это приводило к тому, что очень многие иммигранты заявляли о том, что они не состояли в браке, особенно если они приезжали в Израиль без своего супруга или супруги.

Аналогичным образом уровень образования или грамотности может определять то, в какой мере иммигранты ранее имели доступ к различным каналам получения информации о профилактике и соответствующим методам для разработки программ в будущем. Уровень образования в группе населения также связан с тем, насколько быстро они осваивают язык новой страны, а также с тем, насколько иммигранты готовы общаться с населением принимающей страны. Например, иммигранты, приехавшие в Израиль из бывшего Советского Союза, которые являлись хорошо подготовленными специалистами (интеллигенция), столкнулись с особыми трудностями общения на языке, который они усвоили недостаточно хорошо. Медработники отмечали, что такие люди редко задавали вопросы, высказывали замечания или добровольно давали информацию.

Также следует собирать другие важные демографические сведения, включая информацию о религии и религиозности, условиях жизни, географическом распределении и наличии жилья. Важно, чтобы сбор статистических фактов дополнялся пониманием значения таких фактов для группы населения. Например, означает ли супружество, что секс с другим человеком неприемлем, или же секс вне брака является распространенным явлением или культурной нормой?

- **Социальное положение в принимающем обществе и социальные перемены, обусловленные иммиграцией.** Необходимо проводить обзорный анализ положения групп мигрантов в новой стране (напр., их социально-экономическое положение, возможности для трудоустройства, степень ассимиляции и наличие стигматизации). Отсутствие приемлемых возможностей для работы или устройство в основном на низкооплачиваемую работу по причине низкого уровня образования или незнания языка может ставить иммигрантов на низкую социально-экономическую ступеньку. Даже иммигранты, имеющие высокий уровень образования, могут занимать более низкое профессиональное положение ввиду различия между профессиональными знаниями и технологиям в стране происхождения и в новой стране и ограничениями в получении лицензий (как это имело место с иммигрантами-медработниками из стран Восточной Европы в Западной Европе). Такая ситуация может приводить к стрессу, а иногда к риску с целью повышения доходов и социального положения (напр., эксплуатации или участию иммигрантов в секс-бизнесе).

Иммиграция также может приводить к изменению авторитета среди сообщества иммигрантов. Например, пожилым иммигрантам, приезжающим из традиционных обществ, труднее всего приспособиться к новой стране и по этой причине они постепенно теряют свой социальный авторитет. Иногда имеет место перестановка ролей, когда молодые дети помогают своим родителям общаться с учреждениями, после чего им трудно подчиняться им дома.

Методы сбора данных

На различных стадиях проекта схожие методы сбора данных могут использоваться в различных целях. Некоторые методы более пригодны на начальных стадиях разработки, в то время как другие более приемлемы для последующих стадий – мониторинга и оценки.

Методы сбора и анализа данных должны быть разнообразными. Разработчикам и исполнителям программ для иммигрантов рекомендуется использовать по крайней мере четыре различных метода сбора данных, а еще лучше большее число методов. Процессы сбора данных могут перекрываться и дополнять друг друга; данные, полученные с использованием различных методов, могут даже оказаться амбивалентными или даже противоречивыми. Источники информации также могут быть разнообразными: профессиональная литература, общие знания или государственные публикации, касающиеся правовых, социальных и медицинских фактов; профессионалы или добровольцы из правительственных и неправительственных организаций, работающие с населением или в сфере профилактики передачи ВИЧ; ключевые члены, профессионалы или “обычные” представители из целевой группы.

Во вставке 3 и таблицах 1 и 2 (страницы 23 и 35) перечислены различные методы сбора данных, которые могут быть использованы на различных стадиях разработки и реализации проектов. Это стандартные методы, описанные в различных методических пособиях. В последующем подразделе приводятся краткие описания, где подчеркиваются специфические требования к процессу сбора данных для групп мигрантов.

Вставка 3: Методы сбора данных

- Обзор литературы.
- Наблюдения на местах.
- Неструктурированные и полуструктурированные интервью.
- Фокус-группы.
- Учебные мероприятия для обзорного анализа проектных материалов иммигрантами-профессионалами в области обучения и предложения по разработке новых материалов/мер вмешательства.
- Структурированные наблюдения за проектными мероприятиями.
- Отчеты о реализации мероприятий.
- Анкеты.
- Структурированные интервью.

■ Обзор литературы

Обзор литературы является важной составляющей процесса сбора данных на стадии формулирования. Необходимо анализировать несколько различных видов литературы:

- Релевантные эпидемиологические, социальные, культурные и образовательные данные, имеющиеся в стране происхождения иммигрантов. Например, в своей работе мы использовали такие источники об иммигрантах из Эфиопии и бывшего Советского Союза. Такую информацию следует использовать с пониманием того, что социокультурная ситуация в среде иммигрантов в принимающей стране отличается от такой же ситуации в стране происхождения.
- Данные из других принимающих стран, где проживают мигранты из целевых групп. Ввиду различия в ситуации, контексте и культуре использование таких данных ограничивается поиском схожестей в том, как эта группа воспринимается в других культурах, с тем чтобы получить другую точку зрения на особенность их положения.
- Общие исследования, руководства и пособия по вопросам профилактики и ухода в связи с ВИЧ/СПИДом, которые могут включать рекомендации и методы, касающиеся межкультурных аспектов профилактики ВИЧ/СПИДа.
- Исследования групп иммигрантов в принимающей стране. Они являются важными, поскольку представляют вопрос культурного перехода и взаимодействия между культурами, уникальными для данного сочетания принимающей страны и иммигрантов, и вопрос взаимодействия между ними. Ранее собранные материалы могут представлять собой материалы базовых исследований в области антропологии, социологии, психологии или здравоохранения. Их следует ограничивать областью ВИЧ/СПИДа. Смежные области включают инфекционные заболевания, сексуальность, половое и репродуктивное здоровье, подростковый возраст и иммиграцию.
- Исследования в области теории межкультурных отношений и их применения при разработке мер вмешательства с целью повышения уровня понимания культурных различий.

Другие области, которые необходимо охватить, включают теории здоровья и поведения и санитарного просвещения; разработку мер вмешательства для снижения риска передачи ВИЧ, особенно мер вмешательства, касающихся развития, основанного на теории; а также половое здоровье и воспитание.

■ Наблюдения на местах

При таком антропологическом методе исследователи интродуцируются в сообщество и беседуют с его членами на самые различные темы, которые могут включать темы, представляющие особый интерес для сообщества. Если появляется возможность, исследователи могут вводить в обсуждение тему миграции и получать ценную информацию. Такой метод следует использовать в ходе начального процесса разработки для идентификации не только специфических культурных факторов, которые могут определять пути передачи или барьеры на пути профилактики, но также темы по вопросам культуры, которые могут использоваться для осуществления мер вмешательства. В некоторых случаях включение этого метода требует значительного времени, и по этой причине в программах, по мере возможности, следует использовать существующие данные. Например, многие исходные данные в информационно-просветительском проекте для иммигрантов из Эфиопии основывались на наблюдениях, проведенных в ходе разработки программы для профилактики передачи гепатита В в этой общине (Chemtob et al. 1991). Поскольку модели передачи схожи, полученные данные можно перенести на область ВИЧ/СПИДа, а информацию можно использовать для развития идей относительно приемлемых в культурном плане методов для программы профилактики передачи ВИЧ.

■ Неструктурированные и полуструктурированные интервью

Интервью можно использовать на различных стадиях разработки и реализации проекта для идентификации тем профилактики, сильных и слабых сторон мер вмешательства и конкретных барьеров на пути профилактики, для разработки информационных сообщений и для процесса оценки. Различие между этими двумя типами интервью заключается в том, какие инструкции дает интервьюер. При проведении неструктурированного интервью респондент в основном сам выбирает темы для обсуждения, глубину тем и сопоставление предметов обсуждения, делая это в рамках общей темы интервью, выбираемые интервьюером. Роль интервьюера намеренно ограничивается введением в тему, что предпочтительно делать нейтрально, задавая пробные вопросы. Неструктурированное интервью в основном дополняет наблюдения на местах и может использоваться на первых стадиях сбора основных данных для разработки программы или проекта.

Вставка 4: Образец полуструктурированного интервью для обучаемых

Интервью по вопросам ВИЧ/СПИДа и половым вопросам с эфиопскими иммигрантами, обучаемыми в качестве учителей/кураторов

СПИД

1. Что люди говорят о СПИДе? Чем и как они объясняют свои представления и мысли? Чувства, которые люди выражают по поводу СПИДа, и о людях, больных СПИДом.
2. Что люди думают/говорят о том, как можно заболеть СПИДом и как он передается?
3. Как человек может узнать, что у него/нее ВИЧ/СПИД?

Инфекции, передающиеся половым путем

1. Объяснения, которые люди приводят по поводу заражения определенными инфекциями, передающимися половым путем (напр., гонореей).
2. Вопросы половых отношений с людьми, у которых имеются заболевания, передающиеся половым путем, и стиль поведения таких людей.

Половые отношения

1. Различия между Эфиопией и Израилем с точки зрения отношений между мужчинами и женщинами и половых отношений.
2. Что люди думают об этих различиях.
3. Каким образом люди справляются с этими различиями (напр., разница в возрасте начала супружеской жизни и выбор будущих супругов; в какой степени они могут обойтись без участия родителей в выборе супругов).

4. Определения, что такое “возмужалость”, “мужчина”. Что такое быть мужчиной в отношениях между мужчиной и женщиной?
5. Определения и описания, что такое “женщина”, “женственность” и “хорошая женщина”.
6. Время, контекст и условия, когда люди имеют половые отношения. Что не разрешено и каким образом люди нарушают запреты?
7. Что ждет женщину, которой 18-20 лет? Каково отношение людей к этому?
8. Кто может иметь половые отношения? Кто не может иметь половых отношений? С кем?
9. Вдовство и развод в отношении половых контактов и “договоренностей”.
10. Каким образом мужчины и женщины дают знать друг другу о своем желании иметь половые отношения или об отказе от этого, помимо выражения этого на словах.

Воспроизведение потомства

1. Когда женщина беременеет? Сколько надо иметь половых контактов, для того чтобы забеременеть (чтобы сделать женщину беременной)?
2. Когда люди создают новую семью? Что происходит со старой семьей? Когда мужчина заводит другую жену?

При проведении полуструктурированного интервью интервьюер готовит перечень тем для обсуждения, которые интересуют группу, занимающуюся разработкой программ. Этот перечень используется в качестве общего руководства и контрольного перечня, по которому проводится контроль за интервью. Пример, приведенный во вставке 4, показывает порядок использования этого перечня на ранних стадиях разработки проекта; вставка 5 показывает порядок его использования на последующей стадии, в ходе второго и третьего цикла итеративной разработки, когда респонденты уже участвовали в программе профилактики или в ее отдельных компонентах. Интервьюеры также могут готовить набор вопросов, ситуаций или другие средства, с помощью которых они могут получить информацию в необходимых областях. Преимущества полуструктурированных интервью для разработки программ профилактики многочисленны. Во-первых, они достаточно открыты для получения необходимой информации о культуре, однако они все же в основном нацелены на области, где чаще используется соответствующая информация без ее ограничения в виде допущений. Во-вторых, анализ их результатов, несмотря на использование заранее определенных категорий, обеспечивает гибкость, что позволяет распознавать новые категории и отношения.

Вставка 5: Полуструктурированное интервью для опроса молодых мигрантов

Области содержания для опроса молодых мигрантов в рамках программы полового воспитания

В каждое интервью предлагается включать следующие тематические области:

1. Отношения и мнения относительно сексуальности; мужчины и женщины и отношения между ними.
2. Реакции на программу мер вмешательства в связи с половым здоровьем (в целях текущего развития).

Этого можно добиться без излишнего затягивания интервью (в течение более полутора часов), если сосредоточиться на двух или трех темах первой области и построить вопросы относительно учебной программы с учетом таких реакций. Эти вопросы не обязательно должны касаться одних и тех же тем – их можно использовать в качестве вопросов, вводящих в темы программы интервью. Выбор областей можно спланировать заранее или же решение может быть принято в процессе интервью. При планировании ряда интервью необходимо постараться охватить разнообразные тематические области, обеспечив некоторую степень совпадения между различными интервью.

Отношения и мнения относительно сексуальности; мужчины и женщины и отношения между полами

- (a) Создание пар и отношения внутри них (интимность в отношениях).
- (b) Типология мужчин и женщин в зависимости от их сексуальности и отношений между полами (хорошие – плохие, желательные – нежелательные, успешные, уважительные и т.д.).
- (c) Важные текущие вопросы для молодых мужчин и женщин (схожести и различия, приоритеты в отношениях, жизненные планы).

- (d) Половые отношения и их возможные последствия (включая половые контакты в рамках отношений и случайные половые контакты; различия между указываемыми и практикуемыми нормами и поведением).
- (e) Восприятие реалий жизни в Израиле в этих областях и их интерпретация.
- (f) Контроль за рождаемостью и использование противозачаточных средств (включая различия между противозачаточными и профилактическими мерами для предупреждения инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ; различия для мужчин и женщин; мотивация и барьеры на пути использования противозачаточных средств, включая определенные их виды; особый акцент на использование презервативов).
- (g) Беременность и ее последствия (включая неплановую беременность, беременность в браке, прекращение беременности и т.д.).
- (h) Половое здоровье; инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ/СПИД: отношения, риски, передача и профилактика.
- (i) Изменения в отношении и поведении среди вашего пола и противоположного пола в вашей этнической группе после вашей иммиграции. Как эти изменения затрагивают вас; что вы о них думаете; как вы с ними справляетесь?
- (j) Для женщин: ваше отношение к мужчинам и чувства в отношении мужчин; как вы общаетесь с мужчинами в различных обстоятельствах и контекстах; что, по мнению женщин, мужчины думают о женщинах и хотят от них.
Для мужчин: что случилось с эфиопскими женщинами в Израиле; как это повлияло на оба пола; каковы изменения в поведении женщин в отношении мужчин здесь?
- (k) Если бы в Израиль прибывали новые иммигранты и вам надо было встретить их в аэропорту или если бы они присоединились к вам в центре профессионального обучения или центре для адаптации, что было бы самое важное, что вам следовало рассказать им о жизни в Израиле, что касается мужчин и женщин?

Реакции на программу просвещения по вопросам полового здоровья

- (a) Что вы думаете по поводу этой программы? Что было хорошего (полезного, удобного) в ней? Что не было хорошим в ней (тревожным, трудным, смущающим)?
- (b) Что было наиболее важным в этой программе? Что было наименее важным? Если бы потребовалось сократить программу ввиду временных и бюджетных ограничений, какие пункты вы бы оставили? Какие части вы бы порекомендовали лицам, ответственным за программу, исключить? Предложили бы вы сохранить или исключить те же самые части из программы, если бы она была предназначена для групп вашего пола или противоположенного пола?
- (c) Какие темы были трудны для изучения в рамках программы и могли бы быть улучшены из-за усиления или изменения методов?
- (d) Какие темы вы бы порекомендовали не преподавать/представлять группам вашего пола (противоположного пола)?
- (e) Какие методы презентации/обучения/коммуникации понравились вам больше всего? Какие меньше всего? (Напр., обсуждения, групповые мероприятия, обучение с помощью или без помощи слайдов, фильмов)
- (f) Как вы считаете, следует ли проводить такую программу для мужчин и женщин вместе или отдельно?

■ Фокус-группы

В фокус-группах информацию можно получить как на начальных этапах, так и после осуществления мер вмешательства на этапах реализации. В такой группе членов целевой группы просят обсудить конкретную тему, касающуюся проекта или мер вмешательства. Лицо, собирающее данные, принимает к сведению реакции. Эти данные могут включать различные мнения, отношения и реакции, выраженные в относительно однородной группе в ответ на один и тот же стимул. Наблюдение за динамикой взаимодействия между участниками группы может дать дополнительную ценную информацию.

■ Учебные мероприятия для членов общин иммигрантов

Во время проведения курсов, когда членов группы иммигрантов обучают, как осуществлять мероприятия, можно собрать важную информацию. Такая информация включает реакцию обучаемых на мероприятия или информационные сообщения, предлагаемые для проекта (см. вставку 6). Учебные курсы для членов целевой группы представляют собой особую форму фокус-группы, которая дает обучаемым возможность отреагировать на предлагаемый материал с точки

зрения будущего участника программы, осуществляющего меры вмешательства, и внести в нее изменения для адаптации курса к своим конкретным потребностям и уровню доверия. Их понимание культуры изнутри и реакции дают им и инструкторам намного более точное понимание реакции целевой аудитории на предлагаемые мероприятия, сообщения или учебные инструменты. Сбор данных проводится в небольших рабочих группах во взаимодействии с представителями группы разработчиков проекта, члены которой выступают в качестве кураторов.

Вставка 6: Реакция на страхи и опасения людей во время проведения учебного занятия

Записанная на пленку ситуация

Друзья обсуждают за кофе тот факт, что по соседству живет человек, больной СПИДом. Женщина выражает свои опасения, говорит о том, что она ни за что не войдет в эту квартиру, что она хочет, чтобы ее дети не играли с детьми этой женщины, а также чтобы эту женщину выселили из этого дома.

Процесс: Представляется форма мероприятия и записанная на пленку ситуация. Участников просят написать свои реакции индивидуально во время представления пленки и сразу же после этого. После того как участники запишут свои реакции в этой форме, они обсуждают эти реакции в небольших группах вместе с куратором, а затем результаты доводятся до сведения всей группы. В конце этой меры вмешательства (анонимные) формы/анкеты собирают для анализа.

Комментарий: Цель обучения и цели сбора данных взаимно переплетаются. Мы стремились повысить уровень понимания факторов, от которых зависят страхи и которые способствуют тому, что члены общины сторонятся людей, живущих с ВИЧ/СПИДом – это явление широко распространено. Предположив, что наши обучаемые дали примерно одинаковые ответы, мы стремились дать им возможность высказать и проанализировать их чувства и реакцию. Другая цель заключалась в том, чтобы попытаться вместе с ними найти пути для того, чтобы справиться с их эмоциями и помочь другим сделать то же самое.

Форма мероприятия

На пленке записана подлинная беседа друзей, встретившихся за кофе, когда разговор перешел на тему СПИДа.

- (а) Прослушайте пленку и, во время прослушивания, запишите свои мысли, чувства и реакции, которые вызывает у вас эта беседа.
Мысли:
Чувства:
Другие реакции:
- (б) Что бы вы сказали или сделали, если бы вы оказались соседом женщины, инфицированной вирусом, приводящим к СПИДу?
- (с) Как преподаватель, представляющий информацию о профилактике СПИДа, что бы вы порекомендовали в связи с поведением в отношении женщины, инфицированной ВИЧ?

■ Структурированные наблюдения за проектными мероприятиями

Структурированные наблюдения за мероприятиями в рамках программы или проекта могут дать ценную информацию для разработки и обучения, а также для мониторинга и оценки (см. вставки 7 и 8). Сбор данных могут проводить обученные наблюдатели, которые не участвуют в реализации мероприятия, но знакомы с основными посылками программы или проекта и его методикой.

Структурированные наблюдения могут привести к идентификации проблем, которым следует уделить внимание, и трудностей, стоящих перед теми, кто осуществляет меры вмешательства, а также к усовершенствованию или изменению мер вмешательства. Одним из важнейших преимуществ таких наблюдений является то, что их проводят люди, знакомые с проектом и участвующие в планировании и разборе результатов исполнения. Они могут довольно быстро направить свою обратную информацию в систему. Такие наблюдения особенно полезны на стадиях обучения и экспериментальной реализации проектов.

Вставка 7: Анализ плакатов

Профессионалов-иммигрантов, обучаемых в качестве будущих преподавателей, просили проанализировать плакаты, используя настоящую форму. Она может быть полезной для отдельных участников, а также для работы в небольших группах.

Форма для анализа визуальных средств

Плакат № _____

- Для какой темы вы использовали бы этот плакат?
- Что вам нравится в этом плакате?
- Что вам не нравится в этом плакате?
- Что бы вы изменили?
- Каким образом вы бы хотели его изменить?
- Следует ли что-либо добавить?
- Следует ли что-либо убрать/удалить?

Наблюдателями могут быть члены группы иммигрантов или принимающего сообщества, которые могут даже не понимать языка. Они хотят узнать реакцию участников на процессы и содержание мер вмешательства, являются ли они учебными занятиями или процессом реализации учебных или консультационных мероприятий. Отмечается не только содержание ответов, хотя оно может быть очень важным, но также эмоциональные реакции и реакции, отражающие отношения, а также взаимодействие между участниками. Различия в ответах (реакциях) и различия между респондентами также важны – например, реагируют ли мужчины и женщины, молодые и пожилые люди по-разному на определенные раздражители. Наблюдая за мимикой и жестами в ответ на вербальные и визуальные сообщения, взаимодействием между куратором и аудиторией, за уровнем и тоном вербальных комментариев, можно получить важное понимание внутреннего состояния.

Вставка 8: Руководящие принципы наблюдения во время учебных занятий

Число участников: _____

Лекции/групповое взаимодействие всех видов

1. Опишите средства и стратегии, используемые лекторами для вовлечения участников, и степень последовательности и эффективности таких средств.
2. Опишите динамику взаимодействия между участниками и между участниками и инструкторами (напр., дискуссии в группах; дискуссии между участниками вне группы; выражение беспокойства в связи с неучастием в дискуссии или в связи с невербальной коммуникацией, например, выражение лица, избегание смотреть в глаза, отделение от группы).
3. Определите – по вопросам и ответам – элементы, важные для понимания или непонимания участниками содержания. Существуют ли трудные повторяющиеся элементы? Также определите по ответам обучаемых успешные стратегии и взаимодействия.

Интерактивные семинары

4. Опишите степень взаимодействия и сотрудничества при выполнении заданий в небольших группах (общее участие или отдельные лица руководят другими).

Демонстрационные семинары

5. Опишите степень желаний участников с точки зрения выполнения заданий, уровня знаний, беглости выполнения и уверенности со стороны демонстратора (укажите имя). Опишите реакцию каждого участника на каждого демонстратора.

■ Отчеты о реализации мероприятий

Данный метод дополняет наблюдения за ходом пробной реализации во время учебных курсов. Он дает субъективный взгляд на лицо, которое осуществляет меры вмешательства. В формах для самоотчета необходимо привлечь внимание исполнителей к двум особым областям: их собственные проблемы/вопросы при осуществлении мероприятий и реакция их аудитории. Другие направления привлекают их внимание к сильным сторонам и барьерам в рамках осуществления мер вмешательства.

■ Анкеты

Данный метод можно использовать на всех стадиях в различных целях с использованием индивидуальных форматов и сроков. Анкеты могут распространяться среди целевой группы на стадии разработки для оценки исходных знаний, отношений и поведения с целью планирования меры вмешательства и сравнения полученных данных с данными, получаемыми по завершении стадии оценки. Их также можно использовать для оценки процесса, особенно при обучении. Их преимущество заключается в том, что при работе в группе они позволяют экономить время и обеспечивают анонимность для участников.

Существует несколько факторов, ограничивающих их использование. Во-первых, их необходимо правильно перевести на родной язык иммигрантов и адаптировать к их культуре. Во-вторых, их рекомендуется использовать только для групп, имеющих высокий уровень грамотности. В-третьих, они рекомендуются для использования только в условиях, где можно проводить строгий мониторинг (напр., при работе в группах), с тем чтобы избежать искажения реакции, например, обусловленной социальными ожиданиями или страхом стигматизации. В-четвертых, многие общины иммигрантов, особенно те, которые приезжают из недемократического общества, относятся с подозрительностью к анкетам и не верят в обещание сохранить анонимность.

■ Структурированные интервью

Структурированные интервью являются наиболее полезными для сбора исходных данных среди целевой группы населения, а также для оценки конечных результатов. Во время структурированных интервью интервьюер использует форматы, аналогичные форматам анкет. Учитывая деликатный характер тем в связи с ВИЧ/СПИДом при работе с группами мигрантов, этот метод дает ряд преимуществ по сравнению с анкетами. Структурированные интервью дают возможность:

- создать доверие и ослабить подозрительность в ходе интервью;
- усилить достоверность и надежность ответов;
- получить более детальные пояснения по трудным вопросам;
- осуществить действия в ответ на непредвиденные реакции на вопросы в ходе интервью;
- предоставить информацию, касающуюся ВИЧ/СПИДа.

Здесь важны некоторые моменты осторожности:

- данный метод требует больше затрат чем использование анкет и, следовательно, требует достаточного финансирования;
- он требует всесторонней подготовки интервьюеров, чтобы избежать возможного их влияния на респондентов и свести до минимума возможные искажения ответов, например, под воздействием фактора социальной желательности;
- в небольших группах иммигрантов с тесными связями интервьюеры могут столкнуться с тем, что им понадобится опрашивать своих же знакомых или родственников;

- во многих традиционных обществах допустимо участие интервьюеров и респондентов одного пола. Кроме того, иногда трудно проводить интервью супружеской пары при отсутствии одного из партнеров.
- качество данных иногда может пострадать, поскольку не всегда возможно найти квалифицированных людей среди иммигрантов, которые могли бы выступить в качестве интервьюеров, и, кроме того, им самими трудно работать со структурированными форматами;
- зачастую те, кто осуществляет меры вмешательства, могут оказаться единственными обученными лицами, которым также необходимо проводить сбор данных. Это сочетание двух ролей может сказаться на качестве данных в результате снижения уровня объективности.

Участие руководителей общин

Важность участия руководства и организаций общин иммигрантов в разработке политики и стратегий иногда невозможно подчеркнуть в достаточной мере. Их участие само по себе представляет собой стратегию вмешательства, которую необходимо тщательно планировать, а на последующем этапе анализировать. Поддержка формального и неформального руководства общины в ходе разработки политики и стратегии, а также во время разработки и реализации мер вмешательства является очень важным для успеха программ и проектов.

Не рекомендуется делегировать обязанности по разработке и реализации мер вмешательства руководству или группам, включающим только группу иммигрантов. Необходимо создать альянс и подлинное сотрудничество между мигрантами и принимающим сообществом. Причины для этого включают следующее:

- Иммигранты находятся в ситуации между двумя культурами, что требует включения разработчиков и исполнителей из представителей принимающей культуры и в равной мере представителей иммигрантов.
- Профилактические меры вмешательства для мигрантов должны быть направлены на устранение разрыва и посредничество между мигрантами и принимающим населением и его отдельными сегментами (такими как специалисты в области образования и здравоохранения, которые работают с мигрантами, живущими рядом).

По этой причине важно не только установить руководителей и заинтересованные группы среди мигрантов, но также создать взаимосвязь со специалистами и заинтересованными группами среди принимающего населения. Представителей руководства общины иммигрантов следует включать в руководящие комитеты конкретных проектов, а специалистов из представителей общины иммигрантов следует включать в группы разработчиков и исполнителей.

В процессе разработки политики важно консультироваться и проводить переговоры с руководителями самых различных групп, которые представляют различные мнения и интересы среди общины иммигрантов. Те члены группы, которые готовы открыто взять на себя ответственность за реализацию мероприятий или решение вопроса разработки и реализации мер вмешательства, должны быть связаны между собой.

Потребности иммигрантов, живущих с ВИЧ/СПИДом

Учитывая дополнительную нагрузку, обусловленную проживанием в принимающем обществе, иммигранты, живущие с ВИЧ, обычно находятся в намного более тяжелом положении по сравнению с населением принимающей страны. Таким образом, медицинский уход за здоровьем иммигрантов, живущих с ВИЧ, может требовать участия специалистов различных дисциплин в

отличие от работы, проводимой с другими слоями населения, в том числе решения психосоциальных и культурных вопросов через такие службы. Такие вопросы, если они остаются непонятыми, могут превратиться в препятствия на пути поддержания постоянных взаимоотношений с медицинскими центрами, тем самым приводя к снижению внимания здоровью и его ослаблению. Вопрос стигматизации становится для них более важным, чем для других представителей иммигрантов, поскольку люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, оказываются более изолированными по сравнению с другими. Эта ситуация может усугубляться, если стигма в связи со СПИДом широко распространена среди иммигрантов. Роль посредников, являющихся членами этой общины, очень важна для усиления коммуникации между системой здравоохранения, другими системами социальной защиты и людьми, живущими с ВИЧ, их партнерами и семьями. Многие медицинские центры признают, что им нужна помощь людей такой общины при общении с пациентами. Однако зачастую они предпочитают более удобное решение, когда они нанимают кого-то – не всегда одного и того же человека на постоянной основе – в качестве переводчика. Существует важное отличие между переводчиками и посредниками. Последние помогают не только переводить на язык, но также устранить разрыв между персоналом принимающей страны и иммигрантами, объясняя каждой стороне значение того, что говорится. Таким образом, в рамках проектов для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, рекомендуется учитывать следующие моменты:

- Привлечение и обучение культурных посредников должно проводиться, как только среди общины иммигрантов будет обнаружена ВИЧ-инфекция. Поддержание хороших отношений с самого начала легче, чем установление новых контактов с расстроенными и рассерженными людьми.
- Проект следует начинать только при наличии квалифицированных людей среди общины иммигрантов, которых можно подготовить к роли посредников. Хотя предпочтительно использовать специалистов (напр., дипломированных медсестер, социальных работников, парамедиков), но если они отсутствуют, можно нанять других людей после их достаточной подготовки.
- Даже если ВИЧ-инфицированные жили в новой стране некоторое время и имеют языковые навыки, для преодоления культурных барьеров лучше использовать посредника. Однако при этом следует проявлять осторожность и учитывать возможность того, что иммигранты могут стремиться избегать контакта с людьми из своей общины из страха перед стигматизацией. Им следует объяснить преимущества работы с посредником, однако пациентам следует предоставить возможность не прибегать к услугам посредника, особенно если необходимо поддерживать контакты с медицинским центром.
- Основная роль посредников заключается в том, чтобы установить коммуникацию между представителями двух различных культур. Помимо их общего понимания культуры, их способность выступать в качестве посредника будет выше, если они будут знать членов общины. По этой причине посредников также рекомендуется назначать в качестве лиц, ведущих социальную работу среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, которые должны играть широкую роль в плане идентификации проблем и направления таких людей в соответствующие службы.
- По причине относительной изоляции людей, живущих с ВИЧ, в общине иммигрантов и их нежелания регулярно посещать такие службы, посредникам необходимо проводить намного более активную работу для охвата людей, чем это обычно делается среди принимающего населения. По этой причине рекомендуется, чтобы посредники находились в медицинских центрах общины, а не в клинике для ВИЧ-инфицированных. Это позволит обеспечить достижение двух целей. Во-первых, посредники могут иметь больший, по сравнению с работниками медучреждений, доступ к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и могут лучше знать различные службы, существующие в общине. Во-вторых, посредников

нельзя идентифицировать с работниками, занятыми в центре для ВИЧ-инфицированных, даже если они сопровождали пациента во время посещения врача. Таким образом, во время из визитов на дом соседи не смогут установить цель визита, и, следовательно, можно избежать потенциальной стигматизации.

- Использование лиц, ведущих социальную работу среди иммигрантов, не означает, что уход со стороны различных специалистов, оказываемый в центре для ВИЧ-инфицированных для всех других людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, среди населения принимающей страны, переносится в общину. Скорее, такие социальные работники превращаются в средство для усиления ухода и выступают в качестве связующего звена. Они не подменяют собой других профессионалов.

Учебные программы: сбор данных и разработка мер вмешательства

Задачи и общие цели учебной программы можно в общем виде представить следующим образом: обучение важнейшим и релевантным знаниям, выработка соответствующего отношения и профессиональных навыков в соответствии с задачами и целями конкретных проектов, а также обеспечение постоянного надзора, мониторинга и улучшения исполнения со стороны обучаемых. Работая с группами иммигрантов, обучаемым необходимо иметь навыки понимания культурных особенностей и взаимодействия между культурами, а также широкие знания о проблеме ВИЧ/СПИДа. Дополнительные задачи и цели не подменяют собой цели и задачи профессионального развития, а интегрируются с ними. Они составляют главным образом непрерывный процесс сбора релевантной информации и проверки сообщений, каналов их передачи и режимов осуществления мер вмешательства. Обучаемые также могут играть активную роль в рамках будущих итеративных циклов – роль, включающую внесение изменений и разработку проектных мероприятий.

Для достижения таких целей целый ряд принципов и методов обучения были интегрированы с конкретными условиями сбора и анализа данных, как это было очерчено ранее в настоящем разделе. Необходимо использовать максимально большое число таких режимов исполнения, особенно многоцелевые инструменты, предназначенные для обучения, а также для получения данных. Учебный период должен планироваться таким образом, чтобы обеспечить приобретение практического опыта и экспериментальное осуществление мер вмешательства в сочетании с надзором. В некоторых случаях существует потребность в постоянном обучении и разработке в течение всего срока реализации проекта.

Основная информация о сексуальности и половом развитии (включая вопросы ВИЧ/СПИДа и использования противозачаточных средств) и иммиграции включается на начальных этапах курса обучения и подается в интерактивном формате. Следующий этап обычно включает дополнительную информацию по темам, более специфическим для проекта, таким как сексуальность, подростковый возраст, стадии изменения поведения, основные навыки преподавания, а также медицинские и социальные услуги. Им обычно учат с использованием тех же методов, которые необходимо выработать у обучаемых, тем самым давая им возможность изучить учебные методы и приобрести навыки преподавания. Обучаемые начинают применять свои навыки обучения вместе с коллегами в условиях моделирования мероприятий и затем используют их в условиях практической работы под надзором, продолжая параллельно свою учебу. На этом этапе учебные занятия направлены на то, чтобы оказать поддержку обучаемым для преодоления трудностей и выработки у них уверенности в своих преподавательских навыках. Дополнительная выработка компетенции и понимания вопросов взаимодействия культур достигается через их участие в разработке и апробировании каналов передачи информации, учебных мер вмешательства и материалов. Детальное описание компонентов учебной программы и ее структуры представлено в обобщенном виде во вставках 9 и 10.

Вставка 9: Элементы программы обучения кураторов по вопросам полового здоровья подростков

1. Темы, касающиеся подросткового возраста, сексуальности и сексуального поведения с учетом различных параметров (психосоциальных, личностных, межличностных, групп сверстников и социальных).
2. Темы, касающиеся иммиграции, семейных отношений подростков и того, как на них влияет иммиграция, а также касающиеся культуры иммигрантов из Эфиопии и бывшего Советского Союза.
3. Проблемы сексуальности молодежи и взаимодействие среди них по половым вопросам (включая широкий спектр разнообразия внутри групп и между групп).
4. Новое столкновение с культурным переходом и взаимодействием между культурами и их видоизменение (касается как иммигрантов, так и кураторов-старожилов).
5. Принципы полового воспитания и их практическое применение.
6. Принципы, методика и практическое проведение просветительской работы по вопросам взаимодействия между культурами с целью получения взгляда изнутри на трудности и их разрешение, устранение разрыва между представителями различных культур и содействие межкультурной коммуникации.
7. Проверка на практике образовательных мер вмешательства, адаптированных к целям программы: работа по защите полового здоровья и обеспечения ответственности, приобретение навыков, помогающих справиться с последствиями культурного перехода и столкновения культур, и устранение разрыва между представителями различных культур.
8. Сбор и анализ данных о мерах, принимаемых кураторами в процессе обучения, и реакции молодежи на различные виды мер вмешательства и их содержание.
9. Коррекция существующих мер вмешательства и разработка и реализация новых мер вмешательства в сотрудничестве с кураторами в процессе обучения.

Вставка 10: Меры вмешательства, принципы и стратегии

- Использование опытных и интерактивных мер вмешательства, ориентированных на общие вопросы иммиграции, которые оказывают воздействие на ситуацию с ВИЧ/СПИДом и получение конкретного культурного содержания, типичного для культуры иммигрантов; непосредственное решение проблем культурного перехода и столкновения между культурами.
- Использование мер вмешательства, обеспечивающих участникам, воспитателям и кураторам возможность получить и включить содержание с учетом культурных особенностей каждой общины иммигрантов. Такие меры вмешательства также могут быть адаптированы к группам, имеющим различные демографические характеристики или различные уровни однородности.
- Использование информации с учетом культурных особенностей и традиционных способов передачи информации.
- Использование специалистов из среды иммигрантов в качестве исполнителей.
- Назначение специалистам-иммигрантам ролей исполнителей, информантов и ответственных за сотрудничество при разработке проектов и мер вмешательства и их стратегий.

Экспериментальная практическая реализация: итеративная разработка проектов

Помимо сокращения срока разработки, инициирование экспериментальных практических работ по реализации на ранней стадии проекта в рамках обучения лиц, занимающихся мерами вмешательства (иногда уже после выполнения четвертой части учебной программы, хотя обычно после выполнения третьей части и половины такой программы), служит нескольким циклическим целям. Во-первых, это дает лицам, занимающимся мерами вмешательства, шанс приобрести опыт и проверить полученные знания, навыки и стратегии осуществления мер вмешательства, в то время как у них есть возможность доработать их под надзором, что тем самым усиливает их

чувство уверенности и компетенцию. Во-вторых, это дает возможность разработчикам проверить предложенные меры вмешательства в “реальных” условиях и определить их сильные и слабые стороны и ограничивающие факторы, обусловленные методикой. Это продвигает процесс разработки на шаг вперед по сравнению с приближенными условиями сбора ответной информации от обучающихся после того, так как они ознакомятся с мерами вмешательства, преподносимыми в процессе обучения. Добавление процесса сбора данных и включение его обратно в циклы разработки на данном формативном этапе обеспечивает еще один параметр процесс обучения лиц, занимающихся мерами вмешательства, изменяя определение их задач и повышая их видение самих себя и приверженность. В-третьих, это дает группе разработчиков, которая сейчас была усилена за счет обучения новых лиц, занимающихся мерами вмешательства, возможность для анализа более широкой картины проекта, выходящей за рамки отдельных мер вмешательства. Они могут заметить недостающие части и имеют возможность проанализировать основную информацию, каналы коммуникации и методику на ранней стадии, когда изменения возможны и реальны. В-четвертых, это позволяет добавить целевую группу как группу, отличную от тех, кто проводит анализ, поскольку они имеют другие перспективы и интересы. Как лица, занимающиеся мерами вмешательства, так и аудитория представляют собой желательных участников интерактивного исследовательского процесса (Cornwall & Jewkes, 1995) и конечный критерий формативных исследований (Mathews et al., 1995). Вовлечение их в этот процесс на такой ранней стадии также, в определенном смысле, усиливает контроль качества с самого начала.

Иногда только благодаря проведению экспериментальных практических работ параллельно с обучением, а также в рамках циклов разработки позволяет объединить вместе все описанное выше и получить желательные результаты. Такова была ситуация при разработке стратегий для внедрения плакатов с детальным описанием правил использования презервативов при обучении эфиопских иммигрантов в рамках проекта “Ваша жизнь в ваших руках” (Your Life Is in Your Own Hands) (см. вставку 7). При разработке этих плакатов имели место три цикла внесения изменений: вначале с участием группы разработчиков проекта и затем с участием лиц, проводивших обучение (см. вставку 12, где показан образец анкеты для определения реакций участников на плакаты). Однако лишь наблюдения в ходе экспериментальных практических работ и составление самоотчетов обучающимися, представившими такие отчеты, позволили обнаружить трудности с двумя плакатами, подробно излагавшими правила использования презервативов. Был проведен еще один цикл, включавший два отдельных вида деятельности в ходе продолжающегося компонента обучения и надзора и проведенный параллельно с экспериментальными практическими работами.

Эти циклы не были посвящены специально внесению изменений в плакаты, которые играли ведущую роль в рамках стратегий снижения риска в общине. Они были посвящены разработке стратегий, которые должны были позволить обучающим представить эти плакаты и снизить уровень стеснения аудитории при виде таких плакатов. Эти трудности анализировались до тех пор, пока группа специалистов с участием представителей принимающей культуры и культуры иммигрантов (на этот раз с участием лиц, проводящих обучение) не смогла представить подробное описание и типологию трудностей.

Обучающие из среды иммигрантов выразили сильную озабоченность в связи с тем, что плакаты вызывали чувство неловкости среди их аудитории. В то время как это могли быть проекции их собственного смущения, наблюдения подтвердили, что обучающие хорошо понимают эмоции, выражаемые аудиторией. Они оказались очень хорошим источником не только для понимания трудностей, но также для нахождения альтернативных способов для того, чтобы с ними справиться. Эти стратегии были проанализированы в ходе последующей деятельности, и их результаты представлены во вставке 11. Когда в период с 1996 по 1998 годы прибыла новая волна иммигрантов, были разработаны новые плакаты, чтобы избежать неловкости и смущения среди аудитории. Рисунки на плакатах не были реальными и не изображали женщин.

Вставка 11: Средства, предложенные обучаемыми для повышения уровня приятия плакатов с изображением презервативов

1. Обучающий приносит извинения за грубый характер рисунков и отмечает, что они не являются приемлемыми, однако оправдывает их использование, ссылаясь на серьезную опасность, о которой аудитория уже знает.
2. Учитывая изложенное в пункте 1, обучающий просит разрешения у аудитории использовать плакаты (в частности, разрешение старших по возрасту людей, то есть людей в возрасте 40-45 лет). Другой вариант этого метода заключается в том, что людям, чувствующим смущение, разрешают не смотреть на плакаты и покинуть помещение (если представление презервативов проводится в конце занятий).
3. Обучающий показывает более поздний плакат в такой последовательности: вначале плакат с изображением пары, беседующей с врачом, затем представляет плакаты с правилами использования презерватива и затем обосновывает демонстрацию этих рисунков на рекомендациях врача.
4. Обучающий устно объясняет правила использования презерватива без демонстрации. Если это вызывает смущение среди аудитории, обучающий сообщает им о наличии таких плакатов, но выражает нежелание использовать их без просьбы со стороны аудитории и сообщает, что, по его мнению, они смогут справиться со смущением во время наглядной презентации.

Вставка 12: Важнейшие элементы учебной программы

1. Построить учебную программу таким образом, чтобы интегрировать цели профессиональной подготовки с процессами сбора данных и целями разработки проекта.
2. Подтвердить центральные элементы учебного процесса: профессиональное обучение, экспериментально-интерактивные методы, использование практического опыта и создание учебной группы как вспомогательного окружения.
3. Разработать и осуществить многоцелевые учебные мероприятия, которые – в сочетании с профессиональным обучением – также нацелены на сбор релевантных данных для дальнейшей разработки и оценки программы.
4. Разработать и реализовать мероприятия и меры вмешательства, обеспечивающие привлечение обучаемых в качестве партнеров в процесс дальнейшей разработки и корректировки программы.
5. Проводить постоянный мониторинг и оценку учебного процесса и его результатов. Использовать собранную информацию для дальнейшего обучения и надзора. Оценка должна включать изменения знаний и отношений в связи с ВИЧ, а также навыков и эффективности обучения. Следует использовать различные методы мониторинга и оценки.

Мониторинг и оценка: постоянные параллельные процессы

В настоящем разделе не ставится цель повторить общие руководящие принципы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ/СПИДа, которые были изложены в других работах (e.g., Patton, 1987; WHO, 1989; Paccaud, Vader & Gutzwiller, 1992; Cole et al., 1995), а подчеркиваются их отличительные особенности в связи с просвещением групп иммигрантов по вопросам ВИЧ и их интеграция с итеративными циклами разработки. В то же время важно четко определить технологию. Мониторинг и оценка процесса включают анализ исполнения и качества мероприятий и обычно проводятся в ходе самого проекта. Оценка конечных результатов (иногда называемых эффективностью) включает анализ воздействия программы в корреляции с ее целями и обычно имеет место по завершении программы (Cole et al., 1995). Мониторинг и оценка представляют собой последовательные шаги лишь в принципе – в действительности они параллельны. В программах для групп иммигрантов их рекомендуется разрабатывать в виде параллельных шагов с постоянной обратной связью в рамках итеративного процесса.

Существует ряд препятствий при применении методов оценки проектов для групп иммигрантов:

- Трудно найти методы оценки, которые позволяют точно измерить изменения в поведении в каждой культуре, особенно в традиционных обществах, где не принято обсуждать половую практику. Оценки должны быть в большей мере направлены на оценку процесса, например, на оценку распространения информации или оценку конечных результатов с точки зрения уровня знаний и убеждений, и в меньшей мере на оценку изменения поведения.
- На тенденции в поведении влияют другие, внешние для программы факторы, которые очень трудно исследовать. Темпы изменений в жизни иммигрантов иногда настолько быстрые, что они не могут адаптироваться к последующим переменам. Многие часто переезжают с одно места на другое в поисках работы или жилья. В результате им иногда трудно поддерживать устойчивые отношения. Тем, у кого обнаружена ВИЧ-инфекция, иногда трудно выполнять последующие медицинские назначения, или же они могут избегать перевода в другую клинику, опасаясь, что о них станет известно другим людям. Освещение проблем иммигрантов в средствах информации в свете проблемы ВИЧ/СПИДа может усиливать чувства стигматизации или дискриминации, а также может послужить причиной или усилить защитные реакции, такие как отрицание или проецирование своих субъективных желаний на других. Люди могут сталкиваться с такими утверждениями, как “Они [система медицинского ухода или принимающее сообщество в целом] придумали эту историю, чтобы подвергнуть нас дискриминации”. Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут утратить доверие к медицинским работникам и отказываться приходить для обследования или даже могут отрицать наличие у них инфекции или что им необходимо пользоваться презервативами. Эти ситуации могут усугубляться такими заявлениями, как “Ваши анализы крови хорошие”, поскольку это может означать различные вещи для медперсонала и людей, живущих с ВИЧ. Последние могут быть не знакомы с языком и биомедицинской моделью, используемыми медработниками.
- Трудно поддерживать процесс сбора данных через регулярные промежутки времени, поскольку иммигранты мобильны и их не всегда можно найти, особенно, если это нелегальные мигранты, опасющиеся депортации. Они также могут отказываться сотрудничать после первого интервью, если считают, что эта тема является слишком интимной. Всегда трудно определить соответствующий срок для сопровождения, достаточный для того, чтобы заметить изменения в результате реализации программы, причем это особенно верно при работе с иммигрантами, поскольку это обусловлено другими факторами воздействия и изменениями.
- Для широкой оценки эффективности программы требуется опытный и знающий персонал, а также значительное время и средства. Оценка процесса может требовать меньше средств, быть более простой и реальной, тем не менее можно тщательно выбирать умеренные оценки конечных результатов.
- Иногда режим оценки может определяться внешними факторами, такими как выделение средств или сроки выделения средств.

Ниже приводятся некоторые примеры того, каким образом различные методы сбора данных, детально описанные в предыдущих разделах, могут использоваться для мониторинга и оценки. Для получения информации из различных источников с анализом информации с различных позиций рекомендуется использовать различные методы. Одной из причин для этого является трудность в получении информации от иммигрантов.

Мониторинг процесса обучения, анализ реакции на материалы и процесс реализации должны дать информацию о том, как и в какой степени выполняются мероприятия в рамках проекта, а также помочь определить причины успешных и неуспешных действий. Методы включают:

- наблюдения за ходом учебных занятий и мерами вмешательства;
- самоотчеты обучаемых о результатах экспериментальных практических действиях;
- отчеты о мониторинге координатора проекта;
- интервью.

Мониторинг обучения должен проводиться для получения информации о том:

- сколько человек было вовлечено;
- сколько человек успешно завершили программу обучения;
- какие основные проблемы были обусловлены их подходом к ВИЧ;
- каковы были их реакции на материалы и меры вмешательства, представленные им, а также их реакции на экспериментальную практическую работу;
- сколько обучаемых было включено в проект в действительности.

Мониторинг мер вмешательства должен проводиться для получения информации о структурных элементах реализации проекта и целевой аудитории, а также дополнительной информации об обучении и обучаемых. Для реализации проекта мониторинг должен обеспечивать информацию о:

- доступе к программе и ее охвате;
- количестве человек, посещающих учебные занятия;
- количестве прочитанных лекций и материалов, распределенных за определенный промежуток времени;
- количестве посещений на дому людей, живущих с ВИЧ;
- составе групп с точки зрения пола и возрасте.

Для мониторинга реакции населения информация должна включать:

- данные о реакциях различных групп населения и различиях между ними;
- данные о том, какие материалы оказались более оптимальными для работы с той или иной аудиторией;
- данные о реакциях других групп населения на реализацию проекта.

Что касается обучения и обучаемых, мониторинг должен проводиться для того, чтобы определить:

- трудности в реализации конкретных мер вмешательства или в подаче определенных материалов;
- различия между теми, кто представляет материалы (возраст, пол, профессиональный опыт), и их взаимодействие с составом и обстоятельствами целевой аудитории (их возраст и пол и как это соотносится с возрастом и полом тех, кто представляет материалы).

Оценка конечных результатов обучения направлена на то, чтобы определить изменения в поведении и знаниях через интервью или анкеты для самоотчета до и после проведения курса, а также оценить выработку навыков для проведения просветительской работы через наблюдение и самооценку (см. вставку 13). Оценка воздействия мер вмешательства на целевую группу населения может проводиться на основе анкет для самоотчета и интервью с целью оценки знаний, отношений и планируемого или фактического (если это возможно) изменения в поведении.

Вставка 13: Анкета для мониторинга опытной реализации мер вмешательства

Просьба заполнить эту форму для каждой вашей презентации.

1. Имя/фамилия инструктора: _____
2. Дата проведения лекции: _____
3. Место проведения лекции: _____

Данные о тех, кто участвует в ваших лекциях:

4. Количество участников в лекции:
 - (a) мужчин _____
 - (b) женщин _____
5. Примерное количество участников старше 14 лет: _____
6. Разбивка участников по возрасту (обведите соответствующую возрастную группу кружком):
 - (a) 14-18 лет
 - (b) молодые взрослые (15-40 лет)
 - (c) другие взрослые (старше 40 лет)
 - (d) смешанная аудитория
7. Для данной группы эта встреча была (обведите ответ кружком):
 - (a) первой встречей по проблеме СПИДа
 - (b) второй встречей по проблеме СПИДа
 - (c) третьей встречей по проблеме СПИДа
8. Использовали ли вы во время лекции плакаты, которые мы приготовили?
 - (a) да
 - (b) нет
9. Если "да", то использовали ли вы все плакаты?
 - (a) да
 - (b) нет (укажите, какие плакаты вы не использовали и почему)
10. Какие формы реакции продемонстрировала группы? (обведите кружком наиболее близкий ответ)
 - (a) они только слушали и не задавали вопросов и не делали замечаний
 - (b) они только слушали и задали лишь несколько вопросов
 - (c) они слушали, задавали вопросы и приняли участие в дискуссии на тему лекции
11. Если группа включала мужчин и женщин (или только женщин), какова была степень активного участия женщин?
 - (a) они хранили молчание
 - (b) говорили или задавали вопросы лишь некоторые
 - (c) некоторые из них говорили и задавали вопросы
 - (d) многие из них говорили и задавали вопросы
12. Какие основные вопросы они задавали (что им было незнакомо, и что их интересовало)?
13. Что они говорили об отношении, которое следует иметь к людям, живущим с ВИЧ, или людям, больным СПИДом, и необходимости предоставления информации о тех, кто инфицирован?
14. Укажите исключительные реакции во время лекции или после нее (например, какие вопросы они не хотели затрагивать, выражение негодования в связи с определенной темой, положительные реакции на идею, конкретный пример или любые иные реакции).

Эти методы следует тщательно адаптировать. Например, если анонимность является важным фактором, невозможно осуществить дальнейшее сопровождение тех же людей для получения краткосрочной или долгосрочной оценки. Вместо этого две отдельных произвольных выборки респондентов могут дать ответы на одну и ту же анкету в различные моменты времени. Если используются структурированные интервью, для групп населения, не привыкших к интервью, можно разработать закрытые и открытые анкеты. На открытый вопрос типа "Каковы пути заражения вирусом ВИЧ?" может последовать один ответ. Затем интервьюер может задать дополнительный вопрос "Что еще?" несколько раз, пока респондент не ответит, что он или она не знает других путей. Таким образом можно узнать обо всех правильных путях передачи ВИЧ, которые знает респондент, а также о его или ее неправильных представлениях.

Повышение уровня понимания проблемы населением принимающей страны

Социальная атмосфера вокруг и внутри определенных групп населения может влиять на рискованное поведение и попытки снизить риск в таких группах. Отсюда важность социальных мер вмешательства, направленных на изменение субкультур (Friedman, des Jarlais & Ward, 1994). Отношения к ВИЧ-инфицированным людям в группе иммигрантов со стороны принимающего сообщества, иммигрантов в целом и лиц, обеспечивающих уход, могут представлять собой важные факторы, определяющие снижение риска.

Реакция принимающего населения на ВИЧ-инфицированных иммигрантов является частью их общей реакции на ВИЧ/СПИД. Мигранты являются целевой группой при осуществлении попыток противодействовать неблагоприятной и потенциально опасной гласности. По этой причине вопросы регулирования отрицательной реакции со стороны общества следует рассматривать при формулировании общей политики и стратегии по информированию, коммуникации и гласности в связи с ВИЧ/СПИДом, а не в рамках конкретной политики, разрабатываемой для мигрантов.

Ниже приводятся некоторые конкретные вопросы и рекомендации, связанные с реакцией общества на проблему ВИЧ/СПИДа и иммиграции, которые следует решать в рамках общей стратегии. Отрицательная реакция присутствует во всех странах и во всех слоях населения. Опыт показывает, что правильно рассчитанная, последовательная политика в сфере коммуникации является очень важной для предупреждения такой реакции. Необходимо иметь программу мер вмешательства для локализации ущерба по мере его появления.

Во вставке 14 перечисляются стратегии передачи сведений средствам информации по проблемам, связанным с реализацией программ по ВИЧ/СПИДу для иммигрантов. Такие стратегии легче порекомендовать, чем реализовать. Особенно трудно сохранять сдержанность и использовать неброскую, но рациональную аргументацию, когда приходится сталкиваться с серьезными случаями гласности, имеющей подстрекательский характер.

Вставка 14: Предложения по работе со средствами информации

1. Необходимо обеспечить сдержанный тон информации о программах и проектах по ВИЧ/СПИДу для иммигрантов (хотя необходимо избегать при этом секретности).
2. Если необходимо делать заявления, следует подчеркивать релевантные данные и предупреждать против неправильного толкования эпидемиологической информации.
3. Необходимо понимать возможные реакции страха (даже если они нерациональны), подчеркивая важность контролируемого поведения и риск для общественного здоровья, который может таить в себе неконтролируемое поведение.
4. Необходимо использовать рациональные аргументы и сдержанный тон в ответ на некорректные и эмоциональные сообщения и обвинения.
5. Обосновывая потребность в специальных программах для эмигрантов, необходимо уделять особое внимание конкретным культурным потребностям иммигрантов и профилактике передачи ВИЧ среди подгруппы иммигрантов, а не среди населения в целом принимающей культуры.
6. Необходимо идентифицировать представителей прессы и предоставлять им ключевые сведения и информацию о проекте на регулярной основе (еще до того, как они могут обратиться с вопросами или попросить об интервью).

Невзирая на трудности, эти средства являются единственно возможными, для того чтобы предотвратить ущерб ввиду неблагоприятной гласности. Во многих случаях эти средства можно использовать в тесном сотрудничестве со средствами информации и населением. Следует отметить, что ни средства информации, ни население в целом нельзя рассматривать как оппозицию. Наоборот, только благодаря сотрудничеству с ответственными и проявляющими заботу представителями

обеих групп можно обеспечить распределение правильных и точных данных и создать приемлемую атмосферу для осуществления профилактики.

Обеспечение должного отношения и поведения специалистов, работающих с группами иммигрантов, представляет собой интересную головоломку. С одной стороны, они являются членами принимающего населения и могут проявлять такое же отношение к проблеме ВИЧ/СПИДа, но, с другой стороны, их личная и профессиональная ответственность непосредственно касается определенной группы иммигрантов и трудностей в понимании их культуры.

Рекомендуется создать возможности для обучения профессионалов, работающих с иммигрантами и обеспечивающими уход за ними, а также тех, кто работает с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. При этом необходимо уделять особое внимание пониманию культурных особенностей, развитию умений для межкультурного общения и элементам культуры иммигрантов, которые непосредственно касаются передачи и профилактики ВИЧ/СПИДа и ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.

Эти учебные программы, хотя они очень важны для ежедневного взаимодействия, могут быть недостаточными для того, чтобы обеспечить все потребности понимания межкультурных аспектов, особенно для профессионалов, работающих с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Необходимо учитывать другие средства реагирования на такие потребности и включать их в программу для иммигрантов. Они могут быть представлены в виде групп, включающих представителей обеих культур, а также привлечение посредников для обеспечения взаимодействия между культурами. При разработке таких программ недостаточно обучить профессионалов из среды иммигрантов. Важно обеспечить понимание специалистами принимающей страны потребностей в использовании таких групп или лиц, обеспечивающих меры вмешательства, и их потенциальных функций и вклада. Они также должны понимать способы конструктивного сотрудничества с этими группами для эффективного осуществления мер вмешательства.

Глава 3: Израильские программы: Демонстрация принципов метода

Введение

В настоящей главе описаны практические вариации, разнообразие и сложность принципов и методики, которые были рассмотрены в первых двух главах. Вариации диктуются различиями в потребностях и условиях, а также ограничивающими факторами, обусловленными реальностью. Именно эти характеристики гибкости и адаптируемости делают эту модель полезной в различных контекстах.

Общий подход заключается в том, что снижение риска ВИЧ/СПИДа следует обеспечивать через внедрение широкого спектра мер вмешательства (необязательно ограничиваемых ВИЧ/СПИДом), которые интегрируются в максимально большое число других релевантных программ. Этот подход был применен к ситуации с иммигрантами. Некоторые из инструментов и мер вмешательства, разработанных для этих проектов, включены в этот документ, чтобы продемонстрировать принципы и методы. Примером является сбор данных и мероприятия, которые привели к разработке мер вмешательства под названием “Язык секса” (Language of Sex). Несмотря на то что этот проект в настоящее время включен в программу Geshher la’Keshher, данные, приведшие к ее разработке, были собраны и проанализированы главным образом в рамках программ подготовки специалистов из среды русских иммигрантов, а также в рамках изучения иммигрантов из бывшего Советского Союза.

В настоящей главе рассматриваются четыре конкретных программы, касающиеся молодежи, иммигрантов из Эфиопии, лиц, ведущих социальную работу среди иммигрантов, и обеспечения должного понимания со стороны медицинских и социальных работников.

Просветительская программа для молодых иммигрантов

Во многих странах молодые люди в целом считаются приоритетной группой населения при осуществлении мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом, даже если эпидемиологические данные этого не требуют. Такая оценка проводится с учетом основных социальных и культурных факторов. Считается, что молодые люди представляют собой продолжение, а также будущее коллективной идентификации. Иммигранты-подростки могут иметь более высокий уровень уязвимости к ВИЧ/СПИДу, чем молодежь принимающей страны, что обусловлено дополнительными проблемами в области взаимоотношений, вытекающими из их статуса иммигрантов.

Здесь мы представим просветительскую программу для молодых иммигрантов под названием Geshher la’Keshher.² Программа была нацелена на снижение риска ВИЧ/СПИДа путем интеграции конкретных мер вмешательства в комплексную программу полового просвещения. В центре программы находятся проблемы, общие для иммиграции – культурный переход, культурная утрата и столкновение между культурами, – и выявление конкретного культурного содержания, уникального для каждой группы иммигрантов. Эта программа также является достаточно гибкой, чтобы работать с различными по составу группами – однородными и неоднородными. Рамки презентации включают обоснование разработки такой программы и решение проблем ВИЧ/СПИДа через реализацию комплексной программы полового просвещения.

² В буквальном переводе с иврита «Мост к установлению отношений».

Представленный здесь просветительский проект является частью программы для молодых иммигрантов из различных стран. Он включает опыт и результаты трех предыдущих проектов и представляет собой развитие просветительского подхода, который был впервые применен в 1987 году в ходе эксперимента по разработке программы под заголовком “Программа по половому здоровью для мужчин-иммигрантов из Эфиопии в центрах профессионального обучения по месту жительства”.

В то время существовали только начальные основы метода для разработки такой программы, а понимание сложностей и трудностей молодых иммигрантов было ограниченным. Основными проблемами были различие в культуре и потребность в понимании культурных особенностей. После реализации трех проектов – направленных отдельно на работу с молодыми иммигрантами из Эфиопии и бывшего Советского Союза – появился метод для разработки интерактивных программ полового просвещения с учетом культурных особенностей, включающий обучение кураторов и реализацию интегрированных программ полового просвещения, направленных также на решение проблем ВИЧ/СПИДа.

Исходная информация

Тревожная информация о сексуальном поведении, поступающая из различных источников, вызывала озабоченность в связи с существованием потенциальных угроз для здоровья и благополучия молодых иммигрантов. Сообщалось о том, что молодые иммигранты почти не использовали средства защиты при половых контактах, что увеличивало для них риск заражения ВИЧ.

В этих сообщениях описывались различные явления, связанные с сексуальным поведением и половым здоровьем. Специалисты, предоставляющие услуги в области здравоохранения, образования и социальной защиты, также отмечали опасно высокое число обращений молодых иммигранток по поводу прерывания беременности. Результаты некоторых исследований (Sabatello, 1992) свидетельствовали о том, что частота обращений по поводу аборта среди иммигрантов последней волны из бывшего Советского Союза была в два раза выше, чем среди населения в целом. Поскольку в Израиле аборты не финансируются через службы здравоохранения, за исключением случаев подростковой беременности, изнасилования или риска для здоровья, существовала вероятность того, что женщины-иммигрантки могли прибегать к незаконным абортам. Другие данные указывали на низкий уровень использования противозачаточных средств среди иммигрантов из бывшего Советского Союза, как среди молодежи, так и среди супружеских пар. Также отмечалось, что система здравоохранения и образования сталкивалась с трудностями, касающимися потребностей иммигрантов. Кроме того, имелись все основания считать, что иммигранты плохо понимали поведение израильской молодежи и неверно трактовали нормы, границы и информацию.

Теоретические соображения привели к разработке концепций о том, что иммигранты составляют особую группу, чьи потребности выходят за рамки простой помощи для культурной адаптации, что иммигранты-подростки и молодые взрослые представляют собой особую группу, более уязвимую по сравнению с другими подростками и иммигрантами, и что вопросы сексуальности приносят дополнительную специфику и сложность в процесс разработки программ.

В целом эти соображения включали следующее:

- Подростковый и молодой взрослый возраст представляют собой этапы развития, когда идет развитие интимных и сексуальных отношений. Среди значительной части подростков этот процесс развития характеризуется сексуальными экспериментами, последовательной моногамией или наличием множества партнеров, а также поведением с низким уровнем защиты (Hein, 1988).
- В подростковом возрасте много энергии затрачивается на осуществление различных задач в сфере развития (что может принести огромную отдачу и обогащение личности). В некоторых обществах взрослые налагают особое бремя на подростков, предъявляя к ним

требования и представляя противоречивую информацию (Muuss, 1982; Hurrelmann, 1989; Bronfenbrenner, 1989).

- В подростковом возрасте нормы, присущие сверстникам, получают относительное преимущество, по крайней мере временно, над личностными и семейными нормами. Во многих таких случаях группы подростков сплачиваются благодаря тому, что они бросают вызов нормам и авторитету взрослых и допускают рискованное поведение.
- Люди, покидающие свое привычное окружение, могут оказываться в состоянии кризиса, аналогичного состоянию подростков. Когда кризис, обусловленный миграцией, налагается на задачи развития в подростковом возрасте, молодые люди испытывают дополнительный стресс.
- Помимо культурного перехода, обусловленного миграцией, и кризиса подросткового возраста, профилактика ВИЧ/СПИДа с уделением особого внимания половым отношениям может создавать дополнительный стресс в жизни молодых людей, поскольку во многих странах эта область является особо чувствительной или представляет собой запретную тему.
- Стресс, обусловленный подростковым возрастом, миграцией и сексуальными отношениями, усиливается в отношении подростков-иммигрантов, прибывающих из культуры, где сексуальное поведение контролируется сильными социальными нормами. Миграция, как правило, снижает эти контролирующие факторы и нарушает традиционный авторитет, тем самым ставя задачу выработки новых средств контроля за сексуальным поведением.

Почему просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа само по себе не обеспечивает необходимые услуги?

Предшествующий опыт в области защиты репродуктивного здоровья подростков и молодых взрослых в целом позволил сделать вывод о том, что, даже в ситуациях с непосредственным риском, длительное и комплексное половое воспитание оказывается намного более приемлемым для решения проблем ВИЧ/СПИДа, чем временные программы просвещения по проблеме СПИДа (Shtarkshall & Bargai, 1987, 1989; Shtarkshall, 1994). Ниже изложены основные аргументы.

- Во многих странах, включая страны, принимающие группы мигрантов, вопросы, которые являются актуальными, важными и проблемными для большинства подростков и молодых взрослых, не обязательно фокусируются на ВИЧ/СПИДе. Скорее они фокусируются на развитии интимных и сексуальных отношений и на факторах риска, связанных с беременностью и заболеваниями, передающимися половым путем, которые распространены более широко, чем ВИЧ/СПИД.
- В странах с умеренным и низким показателем распространенности ВИЧ вряд ли можно считать, что молодым людям грозит риск ввиду распространенности среди них рискованного поведения. В то же время они представляют собой особую подгруппу, которой будет грозить риск в будущем. Поскольку трудно определить, придется ли работать с молодыми людьми по проблемам, которые станут актуальными в будущем, необходимо поощрять членов этой группы населения к тому, чтобы они вырабатывали защитное поведение и снижали поведение высокого риска, учитывая проблемы, актуальные в данный момент (Coleman, 1989).
- Навыки, необходимые для того, чтобы справиться с проблемами, связанными с развитием подростков, аналогичны навыкам, необходимым для профилактики передачи ВИЧ. Барьеры на пути выработки такого поведения это те же барьеры, которые мешают вырабатывать поведение с низким уровнем риска. Поэтому вложение небольших дополнительных средств в просвещение позволит выработать общие навыки, помогающие

справиться с проблемами, что окажет воздействие на рискованное поведение, ведущее к передаче ВИЧ.

- Опыт работы с иммигрантами и теоретические соображения по поводу особого положения подростков-иммигрантов и их потребностей в области интимных и сексуальных отношений, как это описано выше, лишь усиливают следующий вывод: просветительские программы, направленные на решение более широких вопросов, связанных с интимным и сексуальным поведением, и нацеленные на защиту полового здоровья, являются предпочтительными для молодых иммигрантов. Такие программы также должны быть адаптированы в культурном отношении и рассчитаны на то, чтобы помочь справиться со специфическими проблемами культурного перехода и взаимодействия между культурами.

Группа разработчиков

Программа была разработана группой, в которую входили люди, представляющие различную профессиональную и этническую базу:

- специалист по изучению поведенческих проблем, имеющий опыт в сфере полового просвещения;
- специалист по вопросам полового просвещения, который также выступал в качестве координатора программы;
- консультант по вопросам просвещения, специализирующийся в вопросах полового воспитания в различных по динамике группах;
- два иммигранта из Эфиопии – медсестра и социальный работник (женщина);
- консультант из бывшего Советского Союза, который занимался изучением иммигрантов из бывшего СССР.

Другие стороны, важные для процесса разработки, включали кураторов процесса обучения: сюда входила группа жителей Израиля и иммигрантов из Эфиопии и бывшего Советского Союза, которые работали с молодыми иммигрантами, и одна более общая группа, включающая израильтян и эфиопских иммигрантов. Все они участвовали в разработке проекта и внесли свое особое видение в разработку структуры проекта и мер вмешательства.

Цели

Хотя общие и конкретные цели программы были намного шире, здесь мы уделяем внимание тем целям, которые непосредственно связаны с половым здоровьем и в частности с профилактикой передачи ВИЧ. Цели, касающиеся общих вопросов интимных и сексуальных отношений в условиях культурного перехода и столкновения между культурами, подробно изложены в пособии для кураторов в рамках проекта *Gesher la'Keshet* (Shtarkshall, Shimon & Bargai, 1997). Общая цель в связи с половым здоровьем включала снижение барьеров на пути безопасного поведения, уделяя особое внимание барьерам, обусловленным иммиграцией, и выработке навыков, необходимых для сохранения здоровья в интимных и сексуальных отношениях. Эти цели включали следующее:

- обеспечить участникам возможность определять и решать свои личные трудности в процессе принятия стратегий, направленных на сохранение собственного здоровья, включая использование презервативов, и помочь им понять возможные трудности для их партнеров;
- обеспечить выработку навыков межличностного общения, необходимых для использования мер профилактики или обращения за помощью в их использовании;

- познакомить участников с соответствующими учреждениями, оказывающими помощь, и помочь им снизить препятствия при поиске помощи;
- помочь справиться со стигмой в связи с ВИЧ/СПИДом и этническим происхождением и разработать другие стратегии, помимо стратегий, которые помогают им решить проблему нежелания работать с ними.

Все эти цели могут иметь определенные культурные и межкультурные аспекты, которые необходимо решать вместе с другими проблемами, общими для населения в целом. Например, некоторые барьеры могут быть специфическими для страны происхождения, такие как трудности, с которыми сталкиваются иммигранты из Эфиопии, когда они используют презервативы “цвета кожи” или желтовато-белого цвета, или иммигранты из бывшего Советского Союза, когда речь идет о толщине и низком качестве презервативов (они называют их “галошами”). Если партнеры имеют разное происхождение, могут возникать вопросы взаимодействия между культурами. Другой сложностью, которая может касаться только иммигрантов, является повышенная степень недоверия к властям, даже к тем, которые оказывают помощь, что вытекает из традиций страны происхождения и трудностей общения с властями в новом окружении. В стране своего происхождения многие иммигранты из бывшего Советского Союза сталкивались со случаями несоблюдения конфиденциальности в различных учреждениях, где такая конфиденциальность зачастую подразумевается. Цели и задачи специальных программ для иммигрантов должны быть направлены на устранение этих трудностей. Кроме того, они должны усиливать цели программ для населения в целом, а не подменять их.

Половое воспитание в условиях взаимодействия культур

При разработке и реализации просветительской программы Gesher la'Keshet были использованы две конвергентные методики – методика интерактивного полового воспитания и методика на основе подходов с учетом взаимодействия культур. Первая методика – развивающий гуманистический подход с использованием экспериментальных и интерактивных групповых методов – была положена в основу полового воспитания в национальной системе общего образования в Израиле (напр., Raz & Wieseltir -Raziel, 1980; Pazi, 1987; Shtarkshall & Bargai, 1987, 1989; Smilansky, 1989; Boneh, Shtrum & Bargai, 1992). Она также была опробована в особых ситуациях взаимодействия между культурами (Shtarkshall, 1987; Appelbaum & Erez, 1990; Aliyat Hanoar, 1992). Вторая методика направлена на решение проблем культурного перехода и столкновения между культурами не только в особых ситуациях, но и в целом.

Взаимодействие между этими двумя методиками обеспечило плановую адаптацию и применение развивающего гуманистического подхода к половому воспитанию в ситуации иммигрантов. Особый упор здесь делается на исключительность ситуации и потребности иммигрантов, а также на столкновение между культурами. Такие просветительские программы основаны на инструментах просвещения, которые способны выявить и осветить культурное содержание и вариабельность каждой отдельно взятой ситуации, а не на анализе культурных вопросов некоей определенной группы или определенного столкновения. Преимущество такого подхода заключается в том, что некая данная программа может использоваться не только для групп иммигрантов, но также при работе с однородной группой внутри принимающего населения, смешанными группами иммигрантов из различных стран или группами, включающими как израильтян, так и иммигрантов. Фокусирование на процессах в группе позволяет рассматривать группу как некий микрокосм, в котором столкновения между культурами происходят в защищенном окружении.

Поскольку принципы экспериментальных интерактивных и интегрирующих групповых процессов применяются намеренно к ситуациям иммигрантов и взаимодействия между культурами, предпочтительно фокусировать внимание не на том, чтобы преподнести “оптимальные” или “социально желательные” решения, к чему, понятно, стремятся многие иммигранты. Вместо этого рекомендуется создавать ситуации, в которых участники смогут проанализировать свои собственные отношения, чувства и поведения, понять, каким образом они воздействуют на других людей, а также почувствовать их реакцию. Такой метод позволяет членам группы проанализировать взаимодействие между компонентами конкретных ситуаций и затем попытаться интегрировать различные возможные варианты в свой собственный образ жизни. Такие методы требуют взаимодополняемости между просветительской информацией и средствами, используемыми для ее выражения. Например, если программа решает проблемы внутреннего локуса контроля и ответственности за свои действия и независимость, ее следует преподносить авторитетно, при этом участники должны оставаться пассивными и не участвовать в процессе принятия решений.

Как при любой групповой работе, опытные специалисты-кураторы должны помочь установить баланс между процессом и содержанием, частным и общественным, старым и новым. Групповые процессы, происходящие на виду, хорошо заметны всем участникам. Однако участие отдельных лиц будет сильно отличаться и в значительной мере зависит от личностных характеристик, а также от культурных традиций и вмешательства куратора. Если членам группы следует обменяться своими чувствами и проблемами и затем проанализировать эти чувства и проблемы, они должны чувствовать себя комфортно и доверять как куратору, так и группе. Критически важно, чтобы даже те, кто не обменивается словесно своими мыслями и опытом, могли заниматься этими вопросам внутренне, в рамках групповой динамики. При таком построении программу можно использовать при работе с группами, неоднородными в социальном и культурном плане, члены которых могут иметь различные традиции с точки зрения доверия и общности. Это важный момент среди иммигрантов как из Эфиопии, так и из бывшего Советского Союза и, кроме того, среди беженцев и нелегальных иммигрантов.

При работе в условиях взаимодействия между культурами важно признавать, что каждая группа является уникальной. Для того чтобы учитывать такую уникальность, в просветительские меры вмешательства необходимо включать компоненты групповой диагностики и гибкости. Кроме того, кураторов готовят и поощряют к тому, чтобы они “пересматривали меры вмешательства” и постоянно их адаптировали к потребностям и характеристикам каждой группы.

Следующим этапом является разработка просветительских средств, с помощью которых будут применяться эти принципы и другие производные вопросы. Существует 32 блока или инструмента обучения, с помощью которых кураторы могут создать основу своей программы для конкретной группы (см. вставку 15). Разработка программы для конкретной группы – выбор блоков, их порядок и процесс, посредством которого обеспечивается такой выбор, – в огромной степени зависит от умений и навыков куратора, поэтому все эти вопросы включаются в программу их обучения. Это также может стать неотъемлемой частью самой меры вмешательства.

Вставка 15: Блоки обучения для профилактики ВИЧ/СПИДа

1. Умение справиться с проблемой переезда и отрыва от старой культуры (2 блока).
2. Сопоставление проблем интимных и сексуальных отношений в старой стране и новой стране; процесс выбора и анализ затрат и выгод (5 блоков).
3. Интерпретация нового окружения в рамках присущей ему системы взглядов – столкновение между культурами; обращение за помощью (3 блока).
4. Получение информации о сексуальности, половом здоровье и методах контрацепции в условиях группы (5 блоков).
5. Обсуждение интимных и сексуальных отношений: контекст, выбор, контроль и умение справиться; процесс выбора и договаривание о методах контрацепции (6 блоков).
6. Обсуждение вопросов беременности и заболеваний, передающихся половым путем; планирование на будущее и процесс трудного выбора (2 блока).
7. Обсуждение сексуального поведения и получение информации о половом здоровье – о ВИЧ/СПИДе и заболеваниях, передающихся половым путем (5 блоков).
8. Борьба против стигмы (4 блока).

В этих 8 областях всего имеется 32 блока. Те блоки, которые появляются в областях 4, 5, 6, 7 и 8, непосредственно касаются снижения риска передачи ВИЧ.

Исходя из прошлого опыта, число встреч в каждой группе варьируется от 4 до 14. Таким образом, невозможно или даже нежелательно руководить каждой группой в ходе всех встреч, проводящихся с целью просвещения. Например, хотя для борьбы против стигмы имеется три блока, рекомендуется, чтобы в каждой группе использовался тот блок, который больше всего подходит к ее потребностям. Также рекомендуется, чтобы из раздела сопоставления реальностей использовались не более двух блоков. Таким образом, кураторам необходимо выбрать блоки, наиболее приемлемые для каждой группы, разрабатывая и вводя оригинальные блоки в соответствии со своим видением. Кроме того, возможно, потребуется изменить порядок блоков. Каждое планируемое действие следует рассматривать только как первоначальное и ориентировочное по двум причинам: во-первых, кураторы не знают конкретную группу и могут основывать свой выбор блоков обучения на своем предыдущем опыте (использование стереотипов); во-вторых, динамика групповой работы может менять исходные намерения самой группы.

В учебное и программное пособие структура выбора, разработки и модификации программы вводится как часть самой меры вмешательства (Shtarkshall, Shimon & Bargai, 1997). Лица, которые обучались исполнять роль куратора, отмечали, что эти компоненты обучения касаются вопросов, очень схожих с вопросами, с которыми приходится сталкиваться в самой программе – учиться планировать на неизвестную перспективу, анализировать восприятие реальности и вносить корректировки в такое восприятие по мере необходимости, определять и корректировать стереотипы или договариваться и устанавливать баланс возможностей.

Половое здоровье и ВИЧ/СПИД: комплексная программа

Даже если некоторые блоки касаются общих аспектов интимного и сексуального поведения – например, начала половой жизни, беременности и контрацепции, гендерных вопросов, – вопросы, непосредственно связанные с половым здоровьем и ВИЧ/СПИДом, могут рассматриваться более подробно в других блоках. Например, несмотря на то что методы договаривания об использовании противозачаточных средств и презервативов включены в другие блоки, их можно повторить в блоке профилактики ВИЧ/СПИДа. В этом блоке можно детально рассмотреть все возможные меры, такие как непроникающий секс, сообщение информации о рискованном поведении в прошлом и о ВИЧ-статусе, совместное тестирование и воздержание. В блоке о презервативах можно рассмотреть

вопрос о том, как правильно пользоваться презервативами (технические аспекты), а также вопросы, касающиеся обусловленных культурой и других барьеров на пути их использования. Вопросы о ВИЧ/СПИДе следует включать с учетом такого важного компонента, как адаптация универсальной информации к конкретной культурной ситуации и разработка информации для конкретных культурных групп.

Процесс обучения

Принципы и методики процесса обучения были описаны в главах 1 и 2. В рамках данного проекта они были использованы в виде комбинированного процесса, включающего обучение, разработку и экспериментальную реализацию. В то время как построение программы обучения параллельно с разработкой и экспериментальной реализацией позволили группе разработчиков и обучаемым кураторам опробовать на практике все три процесса, включение мер вмешательства в определенные моменты времени позволило интегрировать все эти аспекты и получить унифицированный опыт.

Учебные семинары, проведенные до разработки программы the Gesher la'Keshet, были в основном посвящены методам, умениям и навыкам. Последующие учебные мероприятия, хотя и включали дальнейшую разработку методов, были сфокусированы на вопросах реализации и использования таких методов и навыков в процессе дальнейшего развития программы. Ранее проведенные семинары в основном включали вопросы: (а) повышения уровня понимания кураторами вопросов культурного перехода и взаимодействия между культурами в области интимных и сексуальных отношений; и (б) обучения кураторов методам понимания групповой динамики и выработки навыков для кураторской работы с группой, а также ознакомления кураторов с содержанием программы обучения и введения их в концепцию и методы непрерывной разработки и развития. Такие элементы как информация, полученная в ходе проведения практической работы, использовались почти во всех занятиях для выработки навыков и внесения изменений в программу. Дополнительным компонентом является надзор, который проводился в ходе самого процесса, после наблюдения за ходом занятия либо во время проведения региональных встреч. Сбор данных в течение всего процесса обучения и экспериментальной реализации позволил перейти от отдельных проектов к комплексным программам по ВИЧ/СПИДу для иммигрантов.

Оценка

Ввиду ограниченности бюджета общая оценка настоящей программы не проводилась. Вместо этого было выполнено несколько ограниченных оценок по конкретным проектам. Была выполнена оценка учебной программы и экспериментальной реализации проекта для иммигранток из Эфиопии. В настоящее время проводится внешняя оценка еще одной программы обучения кураторов и оценка процесса обученными кураторами экспериментальной реализации проекта для молодых иммигрантов из бывшего Советского Союза.

При оценке учебной программы для кураторов были использованы следующие инструменты:

- анкеты, заполняемые до и после семинара;
- наблюдение за событиями и мероприятиями в рамках учебной программы;
- наблюдение за экспериментальной реализацией, с уделением основного внимания куратору;
- отчеты о самооценке.

При оценке учебной программы и экспериментальной реализации проекта для иммигранток из Эфиопии были использованы следующие инструменты:

- полуструктурированные интервью;

- неструктурированные интервью, во время которых участников просили представить свою реакцию на интимные или сексуальные сценарии, особенно показать то, как они ищут решения и какие доводы они используют, а не сами результаты;
- анкеты, заполняемые до и после обучения и экспериментальной реализации;
- наблюдения за учебными занятиями, с уделением особого внимания участникам;
- отчеты кураторов о самооценке.

Результаты этих оценок ожидаются в скором будущем. Поскольку экспериментальная реализация в значительной мере проводилась параллельно процессу обучения кураторов, была получена прямая и косвенная информация о процессе обучения и реализации. Можно отметить некоторую информацию, построенную на отдельных примерах, которая имела значение для оценки. Например, одной из основных целей обучения было дать кураторам навыки, необходимые для гибкого использования учебной программы, адаптируя ее к потребностям конкретных групп, и разработать мероприятия в соответствии с принципами и методиками обучения. То, что многие кураторы в процессе обучения, без какой-либо установки, разработали новые меры вмешательства и даже целые блоки и обменялись опытом со своими коллегами, оказалось весьма показательной характеристикой успешного процесса обучения.

Распространение и реализация программ

Если целевая группа является многочисленной, необходима стратегия для распространения и продолжения программы. Потенциально настоящая учебная программа могла включать более 150 000 молодых людей, от раннего подросткового возраста до младшего взрослого возраста, в различных учебных учреждениях (центры адаптации, общежития, школы-пансионы, дневные школы и специальные программы для взрослых, оказавшихся в тяжелой ситуации). Первая часть стратегии предусматривала возложение обязанностей по распространению и продолжению программы на организацию, которая заинтересована в развитии учебных программ и имеет структуру и механизмы для их реализации. Для этого была выбрана Израильская ассоциация планирования семьи. Вторая часть стратегии включала обеспечение сотрудничества между группой разработчиков и выбранной организацией. Группу разработчиков нельзя полностью отделять от процесса дальнейшей реализации программы – она должна участвовать в процессе обучения, надзора и в дальнейшем развитии программы.

Третья часть стратегии предусматривала работу в двух параллельных направлениях. Во-первых, предложить реализацию программы обученными кураторами, нанятыми Израильской ассоциацией планирования семьи, через формальные и неформальные учебные организации и, во-вторых, обеспечить обучение через ведущих кураторов по программе для персонала таких учебных организаций. Именно второе направление – внедрение программы в структуру существующих учебных организаций – оказалось наиболее успешным. В 1997 году в секторе образования было принято решение включить программу в различные общенациональные образовательные проекты. Сюда входили: подразделение по развитию молодежи министерства образования, занимающееся подростками, которым грозит риск, когда они находятся вне школы; проект First Home (“Первый дом”), шестимесячная программа Еврейского агентства, в рамках которой молодые взрослые, иммигрирующие без своей семьи, изучают иврит и акклиматизируются в стране, проживая в кибуцах (общинных поселениях); и программа “Девочки-подростки в тяжелом положении” (Female Adolescents in Distress) министерства социальной защиты. В настоящее время Израильская ассоциация планирования семьи ведет переговоры о включении этой программы в две другие учебные организации.

Реализация этих учебных программ принесла неожиданные, но очень важные дополнительные результаты. Многие организации столкнулись с трудностями при внедрении понятия

“организация добровольцев” и волонтерской работы среди групп иммигрантов. Это вполне понятно, если вспомнить о том, что в бывшем Советском Союзе “добровольная” деятельность в основном подразумевала принудительное участие в политических мероприятиях. В то же время многие иммигранты, обученные в качестве кураторов, в настоящее время являются волонтерами в рамках других мероприятий, проводимых Израильской ассоциацией планирования семьи среди общин иммигрантов в области репродуктивного и полового здоровья.

Проект для иммигрантов из Эфиопии³

Введение

В начале 1990-х годов в результате сочетания различных факторов в среде иммигрантов из Эфиопии создалась очень серьезная ситуация в связи с ВИЧ-инфекцией. После большой волны иммиграции в 1980-х годах в 1991 году прибыла вторая большая волна иммигрантов (около 20 000 человек), в основном воздушным путем, организованным израильским правительством в конце гражданской войны в Эфиопии. В период между этими двумя волнами в Эфиопии наблюдалось быстрое распространение ВИЧ, преимущественно в городских центрах (Министерство здравоохранения Эфиопии, 1990 г.). Несмотря на наличие информации о распространении инфекционных заболеваний среди населения, всех иммигрантов вначале перевезли в Израиль, а затем проверили на наличие различных заболеваний, включая гепатит В, туберкулез, малярию и ВИЧ. Результаты обследований показали, что более 200 из 13 000 протестированных человек имели положительную реакцию на ВИЧ. Министерство здравоохранения приняло решение направить всех ВИЧ-инфицированных в центры ВИЧ для сопровождения и оказания медицинской помощи. В то время не было предпринято программы профилактики для этих иммигрантов, однако были серьезные опасения относительно дальнейшей передачи инфекции. Во время встречи представителей различных правительственных групп (главным образом министерства здравоохранения и министерства адаптации иммигрантов) и других организаций, работающих с иммигрантами, было принято решение о том, что такое положение требует незамедлительной разработки и реализации учебной программы с учетом культурных особенностей для снижения риска передачи ВИЧ среди этой группы населения. Было предложено выбрать в качестве приоритетной группы всех иммигрантов.

Руководящий комитет и группа разработчиков проекта

Руководитель Израильского национального руководящего комитета по СПИДу призвал представителей различных организаций и сообщества мигрантов войти в состав межведомственного руководящего комитета проекта. Этот комитет принял решение выбрать в качестве целевой группы взрослое население среди 24 000 эфиопских иммигрантов, проживавших в это время в гостиницах и центрах адаптации иммигрантов. Врачом государственной системы здравоохранения и антропологом было подано предложение в Израильский национальный руководящий комитет по СПИДу; для усиления этой инициативы были привлечены сотрудники Школы по здравоохранению при Еврейском университете Хадасса. В проекте согласились участвовать два сотрудника, имеющие опыт работы в области санитарного и полового просвещения, профилактики ВИЧ, социально-поведенческих исследований и социальных мер вмешательства. Под эгидой Школы по здравоохранению при Еврейском университете Хадасса была создана группа из четырех специалистов, которые имели ранее опыт осуществления мер вмешательства среди эфиопских иммигрантов или маргинализованных групп. В Израильский национальный руководящий комитет по СПИДу было подано расширенное предложение.

³ Настоящий раздел подготовили Р.А. Штаркшалл, В. Сосколне, Д. Чемтоб и Х. Розен. Некоторые части настоящего раздела были опубликованы ранее в работах: Chemtob et al., 1993; Chemtob et al. 1995; and, Soskolne et al. 1995.

На ранней стадии проекта эта группа наняла двух координаторов – координатора по вопросам культуры, который давно иммигрировал из Эфиопии и имел опыт работы в области просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа, и координатора проекта по вопросам образования и практической работы, который был учителем и имел опыт работы в области полового воспитания. Исходные данные были ограниченными, поскольку экстренный характер ситуации не оставлял времени на длительный процесс сбора данных, в частности данных, касающихся ВИЧ. Сбор информации осуществлялся в основном в ходе самого проекта, что является примером итеративного процесса.

Общие перспективы

- **График.** Проект длился восемь месяцев. Подготовительный этап был завершен за два месяца; обучение и проектные мероприятия проводились в течение шести месяцев. Экспериментальные лекции для целевой группы были начаты через две недели после проведения первоначального учебного семинара и продолжались до конца проекта. В течение следующего года координатор проекта получил много запросов на проведение дополнительных лекций, главным образом для новых иммигрантов; однако лекции проводились спорадически с привлечением четырех или пяти имеющихся специалистов.
- **Бюджет.** Общий бюджет проекта в размере 50000 долларов США был внесен неправительственной организацией в рамках осуществляемых ею мероприятий и программ для новых иммигрантов. Первоначально весь бюджет предназначался для покрытия зарплаты обучающего персонала, двух координаторов проекта и их расходов, однако фактически он был использован в основном для разработки и создания учебных материалов, включая плакаты, буклеты, брошюры и аудиокассеты. Некоторые обучающие специалисты были наняты одной из сотрудничающих организаций; они выполняли проектные мероприятия в рамках своих основных рабочих обязанностей один день в неделю. Четыре старших специалиста группы разработчиков не получали зарплату из сметы проекта. Они выполняли эту работу в рамках обязанностей по месту своей основной работы.
- **Ответственность.** Реализация проекта стала возможной благодаря личной заинтересованности многих людей, а также благодаря тому, что некоторые организации согласились на то, чтобы их работники уделяли свое рабочее время участию в проекте. Однако при таких условиях проект невозможно было продолжить. Министерство здравоохранения Израиля должно было взять на себя полную ответственность за продолжение этих мероприятий, для того чтобы проект стал устойчивым. К сожалению этого не произошло, и более четырех лет, до 1997 года, это министерство не проводило просветительских мероприятий.
- **Другие ограничивающие факторы.** Главная проблема заключалась в том, что проект необходимо было начинать незамедлительно, что оставляло очень мало времени на планирование и подготовку системы логистики, учебного курса и конкретных мер вмешательства. Например, первые учебные занятия проводились в виде лекций, поскольку плакаты все еще не были разработаны. Они были завершены с участием самих обучаемых спустя четыре-пять недель после начала учебных занятий, и лишь после этого был добавлен канал визуальных коммуникаций. Бюджет не позволил группе разработчиков запланировать все компоненты проекта в желательной форме. Не было выделено средств на оценку конечных результатов. Дополнительные средства были выделены лишь после получения нескольких запросов со стороны группы разработчиков, что произошло только на заключительных этапах проекта. Следовательно, сравнить положение дел до и после проекта было невозможно. Вместо исходных данных использовался показатель, отражающий охват отдельных лиц проектными мероприятиями. Однако итеративный процесс разработки позволил начать проект в таких условиях.

Методы и этапы разработки

Методы, использованные в этой программе, можно разделить на следующие компоненты:

- построение программы и проведение переговоров между организациями, включая выбор обучаемых;
- сбор данных, имеющих большое значение для разработки учебных курсов и учебных стратегий;
- организация учебного процесса и предоставление информации сообществу иммигрантов в целом;
- подготовка и адаптация учебных материалов с учетом культурных особенностей (напр., плакатов, которые были подготовлены в Эфиопии и которые необходимо было значительно изменить);
- мониторинг и оценка.

■ Сбор исходных данных

В качестве исходной информации для разработки учебной программы была получена следующая информация, собранная из разных источников:

- эпидемиологические данные из министерства здравоохранения Израйля;
- общие и профессиональные знания о состоянии иммигрантов и об отношениях и представлениях эфиопских иммигрантов;
- всесторонние интервью.

Был разработан формат проведения полуструктурированных интервью, включая следующие области:

- общее восприятие ВИЧ/СПИДа как заболевания, включающего скрытый компонент, а также людей, инфицированных ВИЧ;
- реакция на предлагаемую поведенческую практику;
- готовность людей обсуждать вопросы секса.

Используя один и тот же формат, все члены группы разработчиков провели интервью с участниками учебной программы и представителями целевой группы населения. В ходе интервью основное внимание было направлено на сексуальные сети, число половых партнеров и частоту смены половых партнеров. Некоторые интервью были проведены до начала семинара, другие – в период обучения. Интервью были записаны и проанализированы для определения материала, релевантного для учебной программы и для работы обучаемых с целевой группой населения.

■ Правовой статус и мотивы для миграции

Все евреи, иммигрирующие в Израиль, сразу же получают гражданские права, независимо от состояния здоровья. Мотивы иммиграции из Эфиопии являются религиозными и национальными, т.е. идентификация с еврейским государством. Однако последняя волна иммиграции в 1991 году получила ускорение благодаря политической ситуации в Эфиопии в конце гражданской войны и падению режима Менгисту. Люди приезжали, имея при себе немного личных вещей, почти как беженцы. После прибытия все иммигранты имеют право на медицинский уход, а также на социально-экономическую помощь и получение работы через программы, субсидируемые правительством. Общие программы санитарного просвещения осуществляются компаниями медицинского страхования или министерством здравоохранения, в то же время просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов обычно не проводится.

■ ВИЧ/СПИД и другие особые медицинские потребности

Согласно данным министерства здравоохранения, отношение числа ВИЧ-инфицированных мужчин к числу ВИЧ-инфицированных женщин было чуть больше 1, указывая на то, что основным способом передачи ВИЧ являются гетеросексуальные контакты. Трудно было определить, какое число инфекций имело место в результате использования нестерильных инструментов либо при заборе крови с использованием традиционной медицинской практики, либо в медицинских учреждениях Эфиопии. Некоторые из ВИЧ-инфицированных были дети, младенцы или беременные женщины. Большинство лиц, у которых была обнаружена ВИЧ-инфекция, по-прежнему не имели симптомов, что указывало на то, что они заразились недавно. Показатель распространенности туберкулеза был высоким, а у некоторых из пациентов уже развился СПИД. Эти данные свидетельствуют о том, что основной целью должна была стать профилактика гетеросексуальной и вертикальной передачи ВИЧ.

■ Взгляды на здоровье и медицинская практика

Среди этой группы населения в целом преобладают традиционные отношения и взгляды на здоровье и широко используются услуги традиционных целителей. Современная биомедицинская модель здоровья и заболевания используется реже. Например, концепция заразности человека на асимптоматической стадии ВИЧ-инфекции для них непонятна. В традиции иммигрантов из Эфиопии лишь человек, имеющий симптомы, считается фактором риска для других. Обычно такого человека изолируют с тем, чтобы предупредить передачу инфекции другим. Для того чтобы проект был приемлемым для иммигрантов, было важно интегрировать традиционную модель, знакомую иммигрантам, с современной биомедицинской моделью, используемой в Израиле.

■ Социальная ситуация

Большинство иммигрантов приехало из сельского района на севере Эфиопии и говорило только на амхарском языке. Большинство из них не представляло себе современного образа жизни. Для их культуры характерна устная передача знаний и ценностей с использованием пословиц и сказок. Уровень грамотности низкий.

Иммигранты из целевой группы только начали учить иврит по месту жительства. Дети старше пяти лет посещали в обязательном порядке детские сады и школы. Обычно они быстро изучали иврит и часто выступали в качестве переводчиков для своих родителей при посещении учреждений в Израиле – это иногда подрывает традиционные роли “родитель-ребенок”.

Некоторые взрослые начали выполнять неквалифицированную низкооплачиваемую работу. Несмотря на то что многие получали социальные пособия, их едва хватало на то, чтобы обеспечить минимальные потребности. Религиозные лидеры всегда имели влияние в общине, однако здесь большее влияние среди членов общины начали приобретать политические руководители, которые были больше знакомы с израильским обществом. Большинство последних иммигрантов было изолировано от остальной части израильского общества по причине большого разрыва между двумя культурами. Хотя их не подвергали дискриминации открыто, они были единственной этнической группой в Израиле с черным цветом кожи. Работниками системы здравоохранения и социального обеспечения, как правило, были израильтяне, совершенно чужие для иммигрантов. Для улучшения общения многие учреждения начали нанимать иммигрантов-старожилов в качестве переводчиков. К сожалению, эти люди не получали специальной подготовки.

■ Уязвимость и факторы риска

Для анализа факторов риска, связанных с передачей ВИЧ, использовали структурированные и полуструктурированные интервью с ключевыми членами сообщества иммигрантов. Каждый член группы разработчиков провел интервью с двумя-десятью лицами.

Интервью показали, что открытое обсуждение вопросов секса не принято среди этой целевой группы. Даже супружеские пары обычно не говорят о сексе или об использовании противозачаточных средств, включая презервативы. Доминирование мужчин для инициирования секса и во время половых контактов совершенно очевидно. Мужчины могут иметь несколько партнерш, причем для женатого мужчины вполне нормально иметь половые связи с другой женщиной, обычно с разведенной или овдовевшей. Разведенные и овдовевшие женщины соглашаются на такие отношения, поскольку им нужна материальная помощь. Замужние женщины не имеют связей вне брака. Незамужние женщины зачастую остаются девственницами до брака или же могут иметь ограниченное число моногамных отношений.

Сексуальные сети обычно организуются внутри общины, в том числе между иммигрантами-старожилами и новыми иммигрантами. В целом отрицательное отношение к использованию презервативов основывается на религиозных и культурных представлениях о ценности деторождения. Среди иммигрантов-старожилов могут происходить определенные изменения, в основном среди молодых взрослых, которые начали свою половую жизнь в Израиле.

Меньший объем информации был получен относительно других моделей поведения, чреватых риском заражения ВИЧ. Однако сложилось впечатление о том, что потребление внутривенных наркотиков или гомосексуальность встречались редко и подвергались сильной стигматизации.

Коротко говоря, преимущественно эндогамные сексуальные сети внутри относительно малого сообщества, включающего около 50 000 человек, и доминирующие негативные отношения к использованию презервативов увеличили опасения в группе разработчиков в связи с возможностью дальнейшего распространения ВИЧ в целевой группе населения.

Общие и конкретные цели

Целью проекта являлось снижение риска передачи ВИЧ среди иммигрантов из Эфиопии в Израиле. Общие цели включали следующее:

- предоставить сообществу иммигрантов точную информацию о ВИЧ/СПИДе приемлемым образом с учетом культурных особенностей;
- усилить толерантность и поддержку ВИЧ-инфицированных и членов их семей;
- пропагандировать приятие поведения, направленного на снижение риска, для предупреждения передачи ВИЧ, включая использование презервативов и стерилизацию традиционных медицинских инструментов.

Конкретные цели включали:

- повысить уровень знаний о способах передачи ВИЧ и профилактике передачи инфекции и снизить уровень неправильных представлений о ВИЧ/СПИДе;
- пропагандировать позитивное отношение к презервативам и поощрять к их использованию;
- пропагандировать позитивное отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Подходы в рамках проекта

Основные подходы, планируемые для осуществления просветительских мер вмешательства, были следующими.

- Профилактику передачи ВИЧ необходимо было включить в рамки, объединяющие биомедицинские израильские концепции с традиционными эфиопскими концепциями здоровья. Пословицы и традиционные представления необходимо было адаптировать с тем, чтобы интегрировать традиционные модели здоровья с биомедицинской моделью и с ситуацией в Израиле. Для передачи информации о профилактике необходимо было использовать известные эфиопские концепции и представления.
- В качестве основных каналов осуществления мер вмешательства необходимо было использовать наиболее распространенные пути общения среди населения – устный и визуальный. Вначале были запланированы лекции в малых группах с использованием плакатов; позднее были разработаны другие аудио и письменные материалы.
- Необходимо было включить информацию о профилактике ВИЧ в учебные материалы (напр., концепцию заразности в инкубационном периоде, основные пути передачи и профилактики, правильное пользование презервативами).
- Необходимо было разработать конкретные стратегии для поощрения обсуждения половой практики, а также методы расширения возможностей и обеспечения интерактивного участия при осуществлении мер вмешательства в данной группе населения.

Обучение

В начале обучения был проведен трехдневный семинар с участием 34 обучаемых; далее параллельно с мерами вмешательства в течение более трех месяцев были проведены три однонедельные встречи и четыре двухнедельные встречи. Обучаемые просили, чтобы эти встречи были более длительными, поскольку они считали, что им надо обсудить новые возникающие вопросы, принять участие в окончательной доработке учебных материалов и получить поддержку группы специалистов и других коллег. Весь курс обучения прошли двадцать девять обучаемых.

Обучаемые включали медсестер, социальных работников и других специалистов. Некоторые из них были наняты в качестве переводчиков или кураторов в центрах адаптации иммигрантов. Все они были иммигрантами-старожилами из Эфиопии, которые хорошо говорили на амхарском и иврите. Поскольку ставилась задача обучить их методам проведения санитарного просвещения и выполнения роли посредников между представителями различных культур, важное внимание уделялось отбору обучаемых. Некоторые из них были вовлечены в процесс сбора данных, необходимых для обучения и планирования мер вмешательства.

Обучение включало групповые мероприятия и серию лекций, которые читали специалисты. В занятия были включены следующие темы:

- информация о ВИЧ/СПИДе и гепатите В, путях их передачи и стратегиях профилактики;
- понимание и принятие отношений и представлений различных культур; изменение отношений;
- методы взаимодействия в процессе обучения;
- посредничество между представителями различных культур и навыки установления взаимодействия между ними;
- регулирование конфликтов и управление эмоциями, которые могут возникать в процессе учебной работы.

Разработка учебной информации

Важная задача включала разработку приемлемой информации, которая могла касаться непосредственно вопросов и проблем целевой группы населения. В ходе учебного процесса предыдущий опыт использования информации по профилактике использовался наряду с новыми концепциями и новыми путями передачи информации. В ходе проекта была разработана и уточнена только ограниченная по объему основная информация, включая следующие сообщения:

- “ВИЧ/СПИД представляет собой серьезную, но контролируруемую проблему. Каждый должен позаботиться о том, чтобы защитить себя от инфекции”. Это сообщение было воплощено в идею “Ваше здоровье в ваших руках”, которая также была использована в качестве названия серии плакатов, а также в сообщении “Be gobeze”, т.е. стремитесь победить своих врагов, включая ВИЧ (Chemtob and Rosen, 1992).
- “Лучше сделать что-то, когда вы можете предупредить, чем плакать, когда вы уже страдаете и ничего не можете сделать”, взятое из известной амхарской поговорки (Rosen, 1989).
- “Каждый член сообщества может защитить самого себя, свою семью, сообщество эфиопских евреев и всех людей Израиля”. Это сообщение было рассчитано на то, чтобы использовать солидарность членов группы и их желание стать единой частью израильского общества.
- “Надежда существует”. Люди, инфицированные ВИЧ, не должны отчаиваться и считать, что единственным следствием является скорая смерть. Можно оттянуть развитие болезни и улучшить качество жизни инфицированных людей за счет раннего обнаружения и правильного и непрерывного ухода.
- “Не надо знать о том, кто именно инфицирован”. Защиту может обеспечить поведение, как в случае, если бы все были инфицированы. Эта информация предназначена для иммигрантов, а также для населения в целом. Исключение составляют половые партнеры людей, живущих с ВИЧ. В то время как в последнем случае рекомендуется использовать индивидуальное консультирование, такое исключение из правила также может представлять собой важную учебную информацию.
- “Не надо сторониться людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Можно поступить правильно и благородно. Станьте им друзьями и помогите им в тяжелой ситуации, приняв при этом необходимые меры предосторожности”. Эта информация может быть очень важной для групп, уезжающих из зон распространения эндемических инфекционных заболеваний со слаборазвитой системой здравоохранения. В таких культурах важной мерой для защиты здоровья является традиция, согласно которой люди сторонятся отдельных лиц и даже семей, где имеются инфекционные заболевания.

Экспериментальная реализация

После второго учебного занятия обучаемые начали проводить, под наблюдением, учебные занятия по проблеме ВИЧ/СПИДа для иммигрантов. Такая деятельность в сочетании с мониторингом и постоянными учебными мероприятиями может рассматриваться как обучение под наблюдением. Учебные занятия стали намного более интерактивными и дополнялись работой в малых группах, при этом число лекций было ограниченным. Например, обучаемым необходимо было продемонстрировать навыки чтения лекций на выбранную ими самими тему, принять участие в ролевой игре, прослушать записанные на пленку демонстрационные лекции и дискуссии, записать свои собственные реакции и затем обсудить их в группе. Одним из центральных компонентов было получение обратной информации об опыте проведения такой экспериментальной работы. Обучаемым необходимо было представить отчет о каждом учебном занятии, используя форму для самоконтроля.

В ходе каждой встречи многие из тех, кто проводил занятия, поднимали вопросы, которые они хотели обсудить в рамках консультаций с другими обучающимися и группой специалистов и которыми они хотели с ними поделиться. Значительная часть встреч была посвящена разработке и корректировке учебных материалов.

Разработка и корректировка учебных материалов

Члены группы разработчиков рассматривали обучаемых как специалистов по вопросам культуры и просили их оказать помощь в процессе разработки путем анализа и внесения изменений в учебные материалы и информацию, включенные в предварительные планы и программы. Их просили отметить, насколько актуальными являются материалы и информация, используя для этого специальный формат для ответов и рекомендаций по поводу возможных изменений или представления новых идей. Процесс обзорного анализа и корректировки материалов часто носил итеративный характер. Это пример сотрудничества между носителями культуры и людьми, для которых культура целевой группы является чужой.

Первые учебные материалы включали набор из 16 плакатов, разработанных в виде визуальных наглядных пособий для учебных презентаций. Эти плакаты были разработаны благодаря использованию некоторых отличительных характеристик плакатов из Эфиопии и плакатов Всемирной организации здравоохранения. В дальнейшем концепция этих программ была откорректирована с учетом ситуации и окружения в Израиле на основе анализа и предложений, внесенных обучаемыми. Соответствующие сообщения и информация были напечатаны на обратной стороне каждого плаката на амхарском и простом иврите.

Затем эти плакаты были опубликованы в виде буклета для проведения индивидуальных консультаций. Они были распространены среди обучающего персонала, а также среди медработников Израиля в клиниках, где проводится лечение в связи с ВИЧ, или в местных клиниках, где населению оказывается первичная медицинская помощь – эти клиники участвовали в учебных семинарах для обучения правилам использования этих буклетов.

По мере осуществления проекта обучающие предложили расширить каналы коммуникации и включить другие учебные материалы. Эти меры оказались еще более важными, поскольку действие мандата на проведение учебных лекций заканчивалось и было необходимо использовать другие методы распространения информации среди целевой группы населения. Эти дополнительные методы включали использование аудиокассет, радиопрограмм, брошюр и газетных статей.

Учебные методы

Для выработки учительских навыков у обучаемых были использованы различные методы, включая традиционные лекции, использование пословиц и сказок, практическое обучение на основе действий, интерактивные методы, групповую динамику и надзор.

Обучающие подчеркивали важность связи с культурными традициями целевой группы населения, а также использования методов, способствующих переменам. Например, для того чтобы преодолеть пассивность в учебных ситуациях и нежелание обсуждать противоречивые или неловкие вопросы, обучаемых вовлекали в активную дискуссию, используя для этого методы, разработанные ранее для работы с эфиопскими мужчинами по проблеме полового здоровья.

Интерактивные методы занимали центральное место при работе с обучаемыми. Эти методы предполагают, что содержание информации и процесс доведения этой информации до слушателей должны дополнять друг друга. В результате разработки различных блоков первоначального семинара и проведения последующих учебных занятий был внедрен принцип, согласно которому в ходе учебного курса должны использоваться те же методы, которые будут использовать обучаемые в своей

последующей работе. Например, в ходе первых занятий обучаемых поощряли к тому, чтобы они задавали любые вопросы в связи с ВИЧ/СПИДом, на которые они надеялись получить ответ в ходе учебной программы. Эти вопросы подразделялись на вопросы, которые касались знаний, отношений, поведения и на медицинские или социальные вопросы. В ходе последующих презентаций на многие из этих вопросов были даны ответы в уважительной и непредвзятой форме. Это показало, каким образом обучаемые могут отвечать на вопросы своих слушателей с сопереживанием. То, что многие обучаемые поднимали другие вызывающие смущение вопросы, свидетельствовало об успехе такой стратегии.

До начала лекции обучаемых просили рассказать о том, что вызывало у них тревогу. После изложения своих трудностей и анализа их причин членов группы просили предложить методы для их преодоления. Многие поднимали идеи, которые могли быть приняты другими участниками. Помимо снижения уровня тревоги, это упражнение представляло собой учебный процесс, который расширял возможности для обучения и помогал обучаемым воспринимать самих себя как независимых генераторов информации.

Другие учебные методы включали взаимные интервью, моделирующие или ролевые игры. Это усиливало уверенность обучаемых в своих силах как лекторов и кураторов групповых обсуждений и как индивидуальных консультантов.

Адаптируя традиционный для Эфиопии учебный метод, обучающие использовали пословицы, сказки и рассказы, что позволило интегрировать традиционные концепции и средства передачи знаний в учебную информацию на уровне обучения, в процесс разработки материалов, а также на уровне передачи информации населению. Лица, у которых был предыдущий опыт использования такого метода, показали обучаемым, как они могли использовать пословицы для передачи учебной информации. Информация, знакомая для иммигрантов из Эфиопии, была использована на плакатах и аудиокассетах. Например, учитывая тот факт, что понятие вирусов или микробов не существовало в рамках традиционного культурного вокабуляра, обучаемым было предложено сравнить вирусы с “маленькими червяками”, “маленькими живыми существами” или “заплесневелым хлебом”.

В эфиопской культуре особая концепция “гобез” (gobez) означает человека, который является умным, смелым, трудолюбивым и мужественным. Она отражает цель, к которой стремится большинство молодых мужчин. Обучаемых поощряли к тому, чтобы в своих презентациях увязывали понятие “гобез” с пониманием вопросов здоровья, уходом за своим партнером, использованием презерватива и в конечном итоге с ответственностью за свое собственное сексуальное поведение. Другой метод включал придумывание новых сказок для того, чтобы подчеркнуть определенные важные моменты. Одним из таких моментов была сложность реформирования концепции риска, которую обычно воспринимали двояко (опасно – неопасно), в виде последовательных терминов. Для иллюстрации использовали интерактивный рассказ о “ступеньках опасности”, т.е. показывая, что спрыгнуть с одной ступеньки намного менее рискованно, чем спрыгнуть с высоты в 20 ступенек.

Также важно было поработать над отношениями и эмоциями обучаемых для того, чтобы улучшить их обучающие навыки и уменьшить тревогу в связи с выполнением роли учителя. Был проведен ряд опытных семинаров, посвященных не только тому, как излагать вопросы, связанные с отношениями и эмоциями, но также тому, как увязывать их с задачей, поставленной перед обучаемыми, и нейтрализовать их отрицательное воздействие.

Для выработки навыков посредников и устранения возможных трудностей были проведены упражнения по оказанию двусторонней посреднической помощи между опытными специалистами в области здравоохранения и неопытными клиентами, т.е. иммигрантами. Особое внимание уделялось упорству обучаемых, их восприимчивости, умению слушать и выработке такта. Совместно с участниками были проанализированы и обсуждены различные способы пояснения того, что может иметь в виду каждая сторона помимо словесного выражения.

Меры вмешательства

Основной метод вмешательства включал лекции с использованием плакатов в небольших группах по 20-25 членов целевого сообщества. Координатор проекта составил карты зон проживания в каждом регионе страны и передал каждому лицу, занимающемуся просвещением, перечень районов, где ему/ей необходимо было вести работу. На момент проекта большинство иммигрантов проживали в гостиницах или центрах адаптации иммигрантов (территории, включающие несколько небольших квартир). В каждом центре работали сотрудники, которые обеспечивали потребности иммигрантов и могли собрать жителей в главном актовом зале. Районный директор информировал центры о том, что к ним обратится просветительский работник, а руководителей центров попросили обеспечить сотрудничество и предоставить для этого информацию для жителей и поощрять их к тому, чтобы они посещали лекции. Иногда руководитель центра обращался с просьбой, чтобы лекцию посетила большая группа людей с тем, чтобы обеспечить “максимальный охват за минимальное время”; однако в целом лекции читали для небольших групп. Каждый просветительский работник читал от двух до шести лекций в неделю, в зависимости от важности занимаемого им положения и географического распределения центров для иммигрантов в его районе.

В зависимости от аудитории и обучающих сотрудников, многие такие лекции стали более привлекательными и превратились в групповые дискуссии. К концу проекта, когда были подготовлены аудиокассеты, обучаемым раздали эти кассеты для того, чтобы они могли прослушать дополнительную информацию и ход обсуждения.

По мере продолжения мер вмешательства стало очевидным, какие просветительские работники имели навыки для осуществления дополнительных мер вмешательства, например, для организации обсуждений в небольших группах, посредничество по проблеме ВИЧ или оказание медицинской помощи через общинные клиники. Такие меры вмешательства были проведены по просьбе клиник или руководства центров адаптации иммигрантов и не являлись частью общей проектной стратегии.

Когда были получены аудиокассеты, они были первоначально распределены для их опробования в некоторых выбранных центрах адаптации иммигрантов. Координатор по культурным вопросам, который также проводил различные меры вмешательства, посетил каждое домохозяйство, включенное в выборку, для того чтобы пояснить назначение этих кассет, и попросил разрешение оставить один экземпляр для лиц, проживающих в домохозяйстве. Через неделю он посетил их еще раз, чтобы проверить их реакцию. Такой мониторинг показал в целом положительную реакцию на кассеты, причем обычно было много вопросов в связи с прослушиванием кассеты. Такие посещения превратились в обсуждения в рамках семьи или групповые учебные дискуссии или индивидуальное консультирование. После этого более 5000 аудиокассет были распределены среди руководящих офисов во всех центрах страны; при этом была просьба распространить эти кассеты среди всех домохозяйств района. Дополнительные кассеты были направлены в клиники, где проводилось лечение в связи с ВИЧ, или общинные клиники для распространения.

Письменная информация была подготовлена в виде двух брошюр. Одна брошюра содержала общую информацию о ВИЧ/СПИДе, в то время как другая включала конкретные инструкции и иллюстрации о правильном пользовании презервативами. Решение об использовании двух отдельных брошюр было продиктовано вопросами интимности и желанием исключить подачу оскорбительной информации. Лица, которые не проявили интереса или же чувствовали неловкость в связи с использованием второй брошюры, могли, по крайней мере, получить базовую информацию о ВИЧ/СПИДе. Иллюстрации о пользовании презервативами были представлены на противоположных полях на двух страницах, которые затем частично складывались, чтобы рисунки сразу не бросались в глаза, когда пользователь открывал брошюру.

В сотрудничестве с израильским радио были подготовлены программы на амхарском языке. Во время их трансляции, которая, по плану, длилась около 10-15 минут, вначале специалист давал введение в каждую тему на иврите. Эта информация сразу же переводилась на амхарский язык одним из просветительских работников проекта. Затем слушателей просили позвонить в студию и задать вопросы специалистам из Израиля и Эфиопии. После первой трансляции передачи поступило такое большое количество звонков, что трансляции были увеличены до 30 минут. Первое впечатление было о том, что реакция слушателей является положительной и подтверждает, насколько сильным является такое средство информации для сообщества. Звонящие говорили о том, что они звонили из общественных телефонов, потому что у них не было телефонов по месту их временного проживания.

Мониторинг и оценка

■ Мониторинг учебных занятий

Для оценки процесса и достижений обучаемых были использованы качественные и количественные, структурированные и полуструктурированные подходы, отчеты и прямые наблюдения. Даже сам отбор обучаемых являлся частью процесса мониторинга и оценки. Он включал оценку их способности ассоциировать самих себя с темой, несмотря на возможное стигматизирующее влияние, а также их способности сообщать чувствительную информацию открыто.

Мониторинг и оценка просветительскими работниками проводилась с использованием:

- Прямого наблюдения за просветительскими мероприятиями со стороны опытных наблюдателей (лиц, говорящих на амхарском языке, или обучающего персонала). Помимо этого, наблюдатель представлял структурированный отчет, а некоторые лекции записывались.
- Формы для самоконтроля, заполняемой обучаемыми, в которую включались данные о количестве учащихся, составе группы с разбивкой по полу и возрасту, встречающихся трудностях, реакциях во время и после лекций и о других важных проблемах.
- Оценки конечных результатов с использованием структурированных анкет для самоотчета на иврите, предназначенных для оценки изменений в уровне знаний и отношений в связи с ВИЧ на трех этапах: в начале трехдневного учебного семинара, в конце семинара и по завершении всей учебной программы спустя четыре месяца.

Отношения и чувства обучаемых в связи с преподаванием этих тем и восприятие ими собственных навыков просветительской работы измеряли только после проведения учебного семинара и в конце учебной программы. Полученные результаты показали, что значительное улучшение уровня знаний обучаемых по проблеме ВИЧ и изменение их отношения в положительную сторону имело место в ходе самого семинара; после завершения всего курса были отмечены лишь незначительные дополнительные изменения. Значительная часть обучаемых считала, что они получили большие знания и выработали навыки для проведения просветительской работы.

■ Мониторинг мер вмешательства

Мониторинг учебных занятий проводился в рамках мониторинга процесса обучения, как это описано выше. Помимо формальной регистрации результатов мониторинга и оценки, многие отчеты о мониторинге, подготовленные самими обучаемыми, указывали на значительное улучшение понимания, которое часто отмечалось после представления новых идей знакомыми словами. Координатор проекта проводил постоянный мониторинг за реализацией, для того чтобы убедиться в том, что учебные материалы попадали к представителям целевой группы населения, включая презентацию лекционных занятий и дальнейшее распределение аудиокассет во всех районах их проживания (100-процентный охват районов проживания), а также распределение брошюр среди учреждений здравоохранения и

социальной защиты. В целом лица, проводившие просветительские мероприятия, прочитали около 250 лекций, и было распространено 5000 аудиокассет и около 15 000 брошюр.

■ Оценка конечных результатов

Основные результаты проекта, даже до проведения оценки его воздействия, включали следующее:

- Обучение группы лиц для санитарного просвещения, которые могли проводить занятия по проблеме ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов из Эфиопии в целом. Основные члены этой группы продолжали участвовать в дополнительных мероприятиях на различных уровнях.
- Разработка просветительских информационных материалов с учетом культурных особенностей, а также методов и альтернативных способов их подачи. С тех пор эти учебные материалы используются для проведения работы с другими группами среди этих иммигрантов.

Одним из неожиданных результатов явилась инициатива просветительских работников относительно организации горячей телефонной линии по ВИЧ/СПИДу на амхарском языке. Профессионалы помогли им найти соответствующую организацию для создания такой линии и осуществления надзора за проводимой ими работой (Израильская ассоциация планирования семьи). С тех пор горячая линия работает раз в неделю – каждый сеанс длится три часа.

■ Оценка воздействия

Поскольку возможности для сбора данных среди этой группы населения до осуществления мер вмешательства не было, оценку проводили в рамках интервью двух произвольных выборок по 315 взрослых через три месяца и через один год после начала осуществления мер вмешательства путем сравнения посещавших занятия и тех, кто их не посещал. Ко времени проведения первого раунда интервью других учебных методов, кроме лекций, не применяли. Второй раунд оценок был проведен после распределения брошюр среди всех служб, вскоре после распределения аудиокассет, но непосредственно перед первой трансляцией радиопрограммы.

Для интервью была разработана полуструктурированная анкета. Сбор данных должен был проводиться в рамках менее формальных встреч, когда интервьюер тратил определенное время на общение за чашкой традиционного эфиопского кофе и более тесное знакомство с человеком до того, как можно было переходить к вопросам. В большинстве случаев интервью проводили лица того же пола, что и интервьюируемые. Вопросы в основном были открытыми, причем перед интервьюерами ставили задачу попытаться получить максимальную информацию, не оказывая давления и не высказывая готовых суждений. Таким образом, качественный анализ ответов предшествовал количественному анализу.

Результаты показали, что лекции посещали 60 процентов респондентов из первой выборки и 32 процента из второй выборки. Эту разницу можно объяснить тем, что некоторые интервьюируемые из второй выборки прибыли в страну после того, как были завершены лекционные занятия, а некоторые из них просто забыли о том, что они посещали лекцию. Основные результаты заключались в том, что в обеих выборках лица, посещавшие учебные занятия, имели намного более высокий уровень правильных знаний о передаче и профилактике ВИЧ, более положительное отношение к людям, живущим с ВИЧ, и более положительное отношение к использованию презервативов по сравнению с лицами, не посещавшими занятия. В то же время не было установлено различий с точки зрения неправильных представлений или желания пользоваться презервативами. Логистический регрессионный анализ показал, что более положительное отношение к использованию презервативов было отмечено среди тех, кто посещал лекции, имел более высокий уровень знаний о ВИЧ, был моложе 45 лет, умел читать и писать, был включен в первую волну оценки, а также среди мужчин.

Эти результаты показывают, что большинство целей учебной программы было достигнуто. Ее реализация позволила повысить уровень правильных знаний о путях передачи и профилактики ВИЧ, хотя и снизила уровень распространенности неправильных представлений. Она обеспечила усиление положительного отношения к использованию презервативов и положительное отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, в то же время более положительное отношение к использованию презервативов не усилило желание пользоваться ими. Анализ показал, что женщины и менее образованные лица должны быть целевой группой при проведении дальнейшей просветительской работы для усиления положительного отношения к использованию презервативов. Помимо этого, со временем уровень знаний уменьшался, равно как и уровень положительного отношения. Можно предполагать, что причиной этого явилось прекращение мер вмешательства. Полученные результаты подтвердили, что разовая лекция, даже если она дополняется другими методами просвещения, является недостаточной и что требуются постоянные меры вмешательства, осуществляемые различными путями.

Социальные работники, работающие с ВИЧ-инфицированными иммигрантами из Эфиопии

В основу проекта оказания посреднических услуг и ведения людей, инфицированных ВИЧ, их семей и половых партнеров положены две основополагающие идеи. Во-первых, правильный уход за людьми, инфицированными ВИЧ, связан с профилактикой передачи ВИЧ. Во-вторых, учитывая модели распространения половых отношений между иммигрантами, самый высокий риск передачи ВИЧ среди иммигрантов – это заражение через ВИЧ-инфицированных иммигрантов. Риск передачи ВИЧ для населения принимающей страны намного ниже. По этой причине комплексная программа снижения риска передачи ВИЧ среди иммигрантов должна включать в качестве компонента работу с уже инфицированными иммигрантами.

Исходная информация

В результате скрининга на ВИЧ после иммиграции большинство ВИЧ-инфицированных иммигрантов, приехавших в Израиль из Эфиопии, известны органам здравоохранения. Это создает уникальную возможность, когда меры вмешательства государственной системы здравоохранения могут быть нацелены в частности на таких людей с тем, чтобы предупредить дальнейшую передачу инфекции. В обязанности государственных учреждений здравоохранения входит не только предупреждение передачи ВИЧ, но также предоставление консультаций и ухода после проведения скрининга.

В Израиле сопровождение ВИЧ-инфицированных осуществляется в центрах по ВИЧ/СПИДу в государственных больницах. Несмотря на то что все медицинские услуги для ВИЧ-инфицированных покрываются за счет страхования, психосоциальные услуги и меры вмешательства в связи с поведением для ВИЧ-инфицированных людей минимальны. Ввиду культурных различий и проблем коммуникации между иммигрантами и медицинским и парамедицинским персоналом отсутствие таких услуг и мер вмешательства создает серьезную проблему.

В ответ на эту ситуацию подкомитет Израильского национального руководящего комитета по СПИДу порекомендовал министерству здравоохранения реализовать проект для подготовки социальных работников, которые будут работать с ВИЧ-инфицированными иммигрантами, в рамках комплексной программы для иммигрантов. К тому времени средства, выделенные для финансирования информационно-просветительского проекта для иммигрантов из Эфиопии в целом, были использованы, и проект был приостановлен. Таким образом, новые иммигранты не могли быть включены в какую-либо учебную программу, а текущая просветительская работа среди иммигрантов-старожилов не проводилась. Рекомендации этого подкомитета предусматривали воссоздание

учебных программ для населения в целом и для конкретных секторов населения в соответствии с их потребностями и реализацию специального проекта для людей, живущих с ВИЧ. Министерство здравоохранения поддержало начальный проект, который проводился на некоторых участках системы здравоохранения.

Руководящий комитет и команда проекта

Был создан руководящий комитет, в который вошли представители министерств здравоохранения, адаптации иммигрантов, труда и социальной защиты, компания American Jewish Joint Distribution Committee, Inc., и Школа Брауна по здравоохранению. Члены комитета согласовали структуру проекта и назначили команду проекта, в которую вошли директор служб общественного здравоохранения и директор департамента сестринского медицинского обслуживания при министерстве здравоохранения, а также два социолога из Школы Брауна по здравоохранению.

Чтобы избежать стигматизации своих сотрудников, а также лиц, с которыми они работают, проект получил название “Профилактика инфекционных заболеваний среди эфиопских иммигрантов”. Руководящий комитет проводил регулярные заседания каждые три месяца для мониторинга проекта и внесения рекомендаций о необходимых изменениях. Было договорено, что комитет получит полномочия для внесения рекомендаций о закрытии проекта, если это потребуется.

Разработка проекта

■ Целевая группа

В целевую группу были включены все ВИЧ-инфицированные иммигранты из Эфиопии, чей положительный ВИЧ-статус был установлен во время проведения скрининга после иммиграции или же иным образом. Поскольку число социальных работников, которые будут работать с иммигрантами, было ограниченным и они не были штатными работниками, центры ВИЧ/СПИДа и соответствующие районные органы здравоохранения составили приоритетные перечни лиц, которые утратили контакты с медицинскими центрами или центрами по уходу и их сотрудниками. Имеющиеся данные показывали, что эти люди больше всего нуждались в помощи и что среди них необходимо было проводить целенаправленные меры вмешательства.

■ Сбор исходных данных

Основными источниками получения исходных данных были работники системы здравоохранения – выходцы из Эфиопии и представители местного населения, – которые уже работали с этой группой в клиниках, где проводится лечение в связи с ВИЧ/СПИДом. Они предоставили подробные сведения об основных проблемах, которые были обусловлены в основном культурными барьерами, включая неправильные представления и непонимание со стороны пациентов-иммигрантов и медицинских работников Израиля. Некоторые медицинские работники представили свой опыт, связанный с применением альтернативных способов решения проблем. Другая релевантная информация об эфиопских иммигрантах в Израиле и их представлениях о здоровье, отношении и поведении была получена в результате сбора данных до начала проведения информационного проекта для иммигрантов в целом и оценки его результатов.

В то время в литературе не содержалось данных об использовании в качестве посредников носителей двух культур или социальных работников, работающих с иммигрантами в других странах. В своей работе Даунинг (1992) отмечает, что использование посредников для общения между представителями разных культур как средства для оказания медицинской помощи с учетом культурных особенностей желательно, однако это часто делается только на уровне отдельных учреждений или отдельных практических работников, но не на национальном уровне.

■ Главные и конкретные цели

Главная цель проекта заключалась в том, чтобы обеспечить профилактику передачи ВИЧ в среде иммигрантов и свести до минимума вредное воздействие ВИЧ-инфекции на пациентов, членов их семей и партнеров. Проект был нацелен на то, чтобы обеспечить изменение поведения и оказать консультации с учетом культурных особенностей. Конкретные цели проекта включали следующее:

- снижение культурных барьеров через участие социальных работников, работающих с иммигрантами, и посредников;
- охват людей, живущих с ВИЧ;
- пропаганда и усиление мер с целью снижения поведения, чреватого заражением ВИЧ;
- повышение уровня информирования партнеров;
- обеспечение эмоциональной и социальной поддержки людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей;
- снижение уровня передачи ВИЧ половым партнерам или младенцам.

■ Планирование мер вмешательства

Описание обязанностей социальных работников, работающих с иммигрантами, включало:

- Охват ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в районе.
- Периодическое сопровождение ВИЧ-инфицированных через посещение на дому или в любом ином месте, указанном пациентом.
- Посредничество между всеми учреждениями, которые должны участвовать в уходе за пациентом и членами его семьи, включая получение от их инструкций и направление их к пациенту, а также пояснение сотрудникам соответствующих учреждений проблем, поднимаемых пациентом. Лицо, обеспечивающее уход, обязано было направить пациентов в соответствующие учреждения после установления проблемы, проинструктировать их о необходимых процедурах и обеспечить выполнение ими всего процесса. Лицо, обеспечивающее уход, сопровождало пациента только в особых случаях.
- Регулярное консультирование ВИЧ-инфицированных, членов их семей и партнеров. Идея заключалась в том, чтобы использовать меры вмешательства, направленные на изменение поведения, с учетом культурных особенностей за счет включения просветительских инструментов, разработанных в рамках информационной программы по ВИЧ/СПИДу для эфиопских иммигрантов, с мерами интенсивного индивидуального консультирования или консультирования в парах. Консультирование включало предоставление информации о ВИЧ-инфекции, о том, как можно жить с этой инфекцией и справляться с нею, информации о средствах, с помощью которых можно усилить шансы оставаться здоровым, об ответственности ВИЧ-инфицированных перед самими собою и за свои половые контакты, а также об эффективных стратегиях, помогающих избежать передачи инфекции. При первичном посещении и в последующем обсуждались вопросы об информировании партнеров; была предложена помощь для раскрытия диагноза партнерам или членам семей.

■ Структура, персонал и отбор лиц, обеспечивающих уход

Руководство проектом осуществлял департамент сестринского медицинского обслуживания при министерстве здравоохранения. Социальные работники, работающие с иммигрантами, находились в районных отделах здравоохранения, а административный надзор за действиями осуществляли медсестры системы здравоохранения. Решение о том, с кем следует устанавливать контакт, принималось совместно медсестрой системы здравоохранения и персоналом районной

клиники, где проводилось лечение в связи с ВИЧ. Социальные работники, работающие с иммигрантами, должны были присутствовать в клинике раз в неделю. Проект был инновационным с точки зрения сотрудничества между местными службами здравоохранения и медицинскими центрами в больнице. Идея такого решения заключалась в том, что социальные работники, работающие с иммигрантами, будут считаться работниками общин, включенными в программу пропаганды санитарных знаний – профилактики инфекционных заболеваний, – а не работниками больничных центров по ВИЧ/СПИДу. Это было важным с точки зрения сохранения конфиденциальности, поскольку социальные работники, работающие с иммигрантами, должны были посещать пациентов на дому. Все социальные работники, работающие с иммигрантами, были профессиональными работниками, в основном медсестрами. Все они работали по совместительству. Это было предусмотрено частично для того, чтобы избежать перенапряжения, и в то же время помогало скрыть от населения тот факт, что эти лица работают с людьми, пострадавшими от ВИЧ/СПИДа, поскольку эти лица имели другое основное место работы. Большинство социальных работников, работающих с иммигрантами, ранее работали в других проектах санитарного просвещения в общине или медсестрами в больнице.

Два социолога из школы общественного здравоохранения разработали учебную программу и меры вмешательства, проводили текущее обучение и надзор, а также мониторинг и оценку программы в сотрудничестве со службами общественного здоровья министерства здравоохранения. Координатор работал по совместительству. Ее обязанности включали координацию деятельности в стране, индивидуальную подготовку каждого социального работника, работающего с иммигрантами, для выполнения работы, мониторинг и сопровождение работы, выполняемой этими социальными работниками, анализ их отчетов и поддержание с ними обратной связи, передачу форм для оценки и административное управление проектом.

■ Планирование методов мониторинга и оценки

Социальные работники, работающие с иммигрантами, должны были постоянно отчитываться в своей деятельности перед осуществляющей надзор районной медсестрой, направляя копии отчетов координатору проекта.

Формы для сбора данных использовались для мониторинга и оценки, а также в качестве инструмента надзора. Они делились на три части. Первый раздел заполнялся после первичного контакта, оставляя место для возможных изменений во время последующего сопровождения. Сюда включались личностные характеристики (пол, возраст, год иммиграции, семейное положение и количество детей, работа, вид жилья, уровень владения ивритом или амхарским языком) и медицинский статус (дата постановки диагноза, стадия заболевания, назначалось ли ранее лекарственное лечение, а если назначалось, то проводилось ли такое лечение). Сюда не включались данные из медицинской карточки пациента.

Второй раздел, куда включались данные о поведенческих и психосоциальных проблемах, обсуждаемых во время каждой встречи с пациентом, заполнялся при каждом контакте. Это была открытая форма, которая облегчала работу социальных работников, работающих с иммигрантами. Социальные работники, работающие с иммигрантами, должны были отчитываться обо всех проблемах, поднимаемых во время посещения. Они также должны были указать подробно после первого посещения число и вид (регулярные или случайные) сексуальных партнеров за последний месяц, данные об использовании презервативов и раскрытии диагноза перед партнерами и членами семьи, и проверять эту информацию при каждом посещении. Другие проблемы (напр., работа, жилье, семейное положение) должны были записываться, только если эти проблемы поднимал сам клиент. Также необходимо было указывать любые изменения ВИЧ-статуса партнера (партнеров) или данные о беременности пациентки или партнерши пациента-мужчины. Данный раздел использовался в основном для мониторинга мер вмешательства, надзора и оценки конечных результатов.

В третьем разделе приводились обобщенные данные о мероприятиях, проводимых в течение месяца службами на уровне общин для каждого пациента, общее количество пациентов, получивших лечение в медицинских службах в течение этого месяца, а также общее число контактов с социальными работниками, работающими с иммигрантами.

Второй и третий разделы должны были использоваться для оценки конечных результатов. Такая оценка, проводимая за год, предполагала оценку изменений в сексуальном поведении, показателей беременности и показатель, отражающий уведомление партнера пациентами, и включала измерение таких переменных, как количество пациентов, обслуживаемых каждым социальным работником, работающим с иммигрантами, в каждом районе, число контактов с каждым пациентом за месяц и длительность сопровождения. Последняя и наиболее важная цель – снижение инфицирования ВИЧ – оценивалась в конце проекта.

Обучение и надзор

Плановый надзор за социальными работниками, работающими с иммигрантами, проводился районными медсестрами системы здравоохранения, координатором проекта и группой специалистов. Медсестры должны были проводить надзор за работой этих социальных работников, еженедельно, главным образом по административным вопросам и методам работы с пациентами. Они были менее знакомы с вопросами ВИЧ и специфическими культурными проблемами этого сообщества. Надзор со стороны специалистов и обучение по проблеме ВИЧ/СПИДа и применению мер вмешательства при работе с пациентами осуществляла группа специалистов. Групповой надзор и обучение проводилось каждый месяц. Координатор проекта проводил надзор за работой социальных работников по каждому отдельному пациенту.

После первоначального двухдневного учебного семинара социальные работники, работающие с иммигрантами, начали свою работу. Последующие учебные занятия были использованы для внесения изменений в меры вмешательства в рамках итеративного процесса. Как и при осуществлении других проектов в данном сообществе, социальные работники, работающие с иммигрантами, выступали в качестве помощников группы специалистов при разработке мер вмешательства. Являясь “специалистами, видящими ситуацию изнутри”, они предлагали альтернативные методы осуществления мер вмешательства группе профессионалов и друг другу.

Каждое учебное занятие обычно делилось на две части. Первая, более академическая часть, включала презентации по конкретным темам (напр., передача и профилактика ВИЧ, клиническое лечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, психологический стресс для ВИЧ-инфицированных, модели изменения поведения и то, как их можно использовать при работе с этой группой населения, подходы при обсуждении вопроса об использовании презервативов, семейных проблем и выгод социального обеспечения). Вторая часть обычно была более интерактивной, включая либо ролевую игру для демонстрации встреч с пациентами, либо групповой надзор за случаями, представленными социальными работниками, работающими с иммигрантами.

Экспериментальная реализация

Было принято решение о том, что социальные работники, работающие с иммигрантами, будут в основном заниматься информационно-просветительской работой в общине и в то же время раз в неделю будут работать в региональных центрах по ВИЧ/СПИДу в больницах, принимая пациентов по направлениям персонала. Информационно-просветительская работа была направлена в первую очередь на лиц, у которых был зарегистрирован ВИЧ, но которые еще не посещали медработников центра ВИЧ в районе или же не посещали такие центры в рамках программы сопровождения. Социальные работники, работающие с иммигрантами, также должны были

принимать любых других пациентов, имеющих направления центра ВИЧ или службы на уровне общины, а также пациентов, которые определялись самими социальными работниками.

Социальным работникам, работающим с иммигрантами, рекомендовалось выступать в качестве специалистов районного отдела здравоохранения, которые стремились оказать помощь семье, имеющей проблемы со здоровьем. Если пациент раскрывал свой ВИЧ-статус социальным работникам, они также могли обсудить вопросы, связанные с ВИЧ. Однако в большинстве случаев люди не хотели говорить о проблемах, и первые посещения носили характер “протокольного визита”. Социальным работникам рекомендовалось продолжать посещать пациентов с тем, чтобы при случае заметить следующее: “Некоторое время тому назад вы получили письмо из больницы с просьбой сходить на прием. Это важно для вашего здоровья, и я могу договориться о времени вашего посещения”. Ни при каких обстоятельствах им нельзя было упоминать пациентам о возможности ВИЧ. Когда пациент приходил в клинику, чтобы повторить тест ЭЛИЗА, врач просил социальных работников выступить в роли посредника для сообщения результата теста пациенту. После этого они сопровождали пациента в соответствии с инструкцией медперсонала клиники и социального работника. Пациентам, которые уже посещали клинику, где проводилось лечение в связи с ВИЧ, и получили информацию о своем ВИЧ-статусе, социальные работники напоминали о том, что они уже были в клинике и просили их прийти повторно. Когда они соглашались, им назначали день и время. Когда становилось ясно, что причиной контакта является ВИЧ, социальные работники продолжали работу с пациентом и членами его семьи. По мере необходимости назначались последующие посещения или встречи в других местах.

Среди сообщества иммигрантов существует сильное уважение к медицинским работникам. Социальным работникам рекомендовалось создавать атмосферу благоприятного отношения к пациентам и устанавливать с ними контакты. Основная информация, которую социальным работникам рекомендовалось доводить до сведения иммигрантов, включала следующее:

- “Мы здесь для того, чтобы выслушать вас и помочь вам. Ваша ситуация трудная, и мы, члены вашего сообщества, понимаем вас и можем выступить в качестве посредников между вами и медицинскими службами. Вы не одиноки, мы помогаем вам и сохраним ваш ВИЧ-статус в тайне”.
- “Работники клиники, где проводится лечение в связи с ВИЧ, могут помочь людям, живущим с ВИЧ. Существуют лекарства, которые помогают оттянуть наступление СПИДа и облегчить состояние тех, у кого есть симптомы”.
- “Быть ВИЧ-инфицированным – это серьезная, но контролируемая проблема. Для этого вам следует посещать врача и заниматься безопасным сексом. Это ваша личная ответственность перед самим собой и другими людьми”. Некоторые указанные здесь виды сообщений имели культурное значение с учетом особенностей сообщества и были аналогичны сообщениям, которые включались в информационный проект для населения в целом. Сюда включались следующие сообщения: “Лучше что-то делать, когда вы можете предупредить проблемы, чем плакать, когда вы страдаете”; “Гобез – это мудрый человек, который защищает свою семью”; “Ваша жизнь в ваших руках”.
- “Проблема ВИЧ существует во многих сообществах и во многих странах. Во всем мире люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с трудностями в плане постоянного использования презервативов, однако многим удалось преодолеть барьеры”.

Постоянные меры вмешательства, обучение и мониторинг

В течение первого года реализации проекта итеративный процесс позволил внести некоторые серьезные изменения по мере стабилизации проекта, когда появилась возможность включить в него уроки, полученные на основе ошибок и успешных результатов. Проведение мониторинга и

надзора позволило установить два основных типа проблем: личные барьеры пациентов, а также административные проблемы и системные барьеры.

■ Личные барьеры

Отрицание ВИЧ-статуса. Отрицание – это самый сильный аргумент пациентов, не имеющих симптомов. Понимание общества таково, что если нет симптомов, следовательно, нет инфекции, а поэтому нет риска передачи другим. Отрицание было распространено довольно широко и зачастую являлось причиной возражения против дальнейших контактов, посещения клиники, где проводится лечение в связи с ВИЧ, или раскрытия ВИЧ-статуса партнерам и членам семьи. Основной подход предусматривал следующее – не спорить с пациентом, а пытаться объяснить суть ВИЧ, называя ее “скрытой болезнью” и сравнивая ее с ситуациями, взятыми из сельскохозяйственной практики (напр., термитами), или даже социальными конфликтами, которые вначале остаются скрытыми, но затем становятся видимыми, только когда они приобретают более серьезный характер. Социальный работник, работающий с иммигрантами, пояснял им, что врач может протестировать кровь, чтобы увидеть, прячется ли там болезнь и как далеко она продвинулась, а также может назначить лекарство, чтобы замедлить ее развитие.

Боязнь стигмы. Уровень стигматизации ВИЧ/СПИДа в общине представляет собой очень высокий барьер на пути лечения. Пациенты возражали против контактов с социальным работником, опасаясь, что другие члены общины “узнают” о них. Они также не хотели раскрывать диагноз членам семьи или партнерам или менять свое сексуальное поведение. Страх перед стигмой со стороны членов семьи или постоянных партнеров можно преодолеть, если предложить помощь в процессе раскрытия статуса; тем не менее это оставалось серьезным барьером для не состоящих в браке молодых взрослых. В отдельных случаях партнер прекращал отношения после того, как пациент раскрывал свой ВИЧ-статус.

Данный проект не смог бы оказать воздействие в плане изменения отношения всего сообщества без параллельного проведения просвещения среди населения в целом. Таким образом, социальные работники, работающие с иммигрантами, могли убедить пациента в том, что они являлись профессионалами, которые были обязаны соблюдать конфиденциальность информации. Они назначали встречи в других местах – не на дому или в клинике, а, например, в кафе или парках. Во многих случаях такой подход стал наиболее оптимальным для установления и поддержания контактов.

Отсутствие базовых знаний о ВИЧ/СПИДе и правильном пользовании презервативами. Решить проблему отсутствия знаний о ВИЧ/СПИДе или пользовании презервативами оказалось довольно просто за счет постоянного обучения и демонстрации правил пользования презервативами.

Нежелание пользоваться презервативами. Реакция на презервативы зачастую зависела от семейного положения ВИЧ-инфицированного или от типа отношений, которые поддерживал такой человек. Нежелание пользоваться презервативами объяснялось несколькими причинами.

- Большая часть людей в общине религиозны, а еврейская вера поощряет наличие большой семьи и выступает против предупреждения беременности. Трудно было что-то сказать супружеским парам, которые хотели заниматься сексом без использования средств защиты, потому что они хотели иметь детей, особенно если такие пары верили в то, что иметь много детей полезно для здоровья. Мужчины и, в некоторых случаях, женщины не принимают аргументов о том, что беременность может ухудшить здоровье ВИЧ-инфицированной женщины или что незащищенный секс с неинфицированной женщиной представляет для нее риск. Таким образом, беременность была частым явлением. В некоторых случаях в течение первых 15 месяцев проекта в одной и той же семье регистрировалось более одной беременности.

- Многие ВИЧ-инфицированные мужчины считали, что беременность их жены является признаком их мужской потенции и здоровья. В таких случаях социальные работники старались обсудить концепцию мужской силы с точки зрения ответственности за свою семью, жену и детей и тем самым обязанности защитить свою жену.
- Некоторые пациенты не верили в то, что презерватив помогает предупредить инфекцию.
- Некоторые пациенты считали, что, по их мнению, презерватив снижает сексуальное удовольствие. В таком случае социальные работники поясняли, что презервативы изготавливаются из особого очень тонкого материала, что не подавляет сексуального удовольствия. Если пациент соглашался, социальный работник демонстрировал правила пользования презервативом.
- Некоторые пациенты опасались, что, если они предложат воспользоваться презервативом, это послужит информацией для партнеров, что у них имеется ВИЧ. Чаще всего для преодоления такого препятствия пациентам рекомендовали сказать своим партнерам о том, что пока они не будут абсолютно уверены в своих отношениях, им обоим необходимо пользоваться презервативами для предупреждения беременности. Другой подход включал следующее: пациенты могли сказать о том, что в общине идет разговор о ВИЧ и что им следует пройти тестирование, прежде чем иметь отношения. Такой подход использовали очень немногие.
- Пациенты, отрицавшие свой ВИЧ-статус, отказывались пользоваться презервативами. Один из социальных работников предложил использовать обратную ситуацию для преодоления этого препятствия. Она сказала пациенту о том, что, хотя, по его мнению, у него не было ВИЧ, он не мог знать статус своей партнерши. Поскольку она могла быть ВИЧ-инфицированной, ему следовало пользоваться презервативом, чтобы защититься от инфекции.

Фаталистические представления. Этот барьер включал представление о том, что заболевание является предопределением или ударом судьбы. Человек ничего не может сделать, чтобы изменить ситуации. Большинство пациентов считали это божьим промыслом или вмешательством злого духа, наказанием или проклятием. Единственным способом преодолеть этот барьер была попытка убедить пациента, используя цитату из Библии: “Бог предопределяет все, но человек может изменить ситуацию, поскольку он может выбирать”. Социальные работники, работающие с иммигрантами, пытались убедить пациентов в том, что им необходимо было изменить свое поведение и продемонстрировать свою ответственность за других людей; в таком случае Бог также им поможет.

Отсутствие возможностей у женщин решать вопросы половой жизни. Многие жены инфицированных мужчин отмечали, что они не могли отказаться от секса, поскольку они зависели от своего партнера. Необходимо было расширить возможности всех женщин, причем сделать это надо было деликатно. Многие социальные работники проводили встречи с партнерами отдельно и совместно. Наилучшим аргументом было убедить в том, что сохранить здоровье своей жены – это очень важно, поскольку это позволит ей ухаживать за детьми и поддержать мужа в случае необходимости. В некоторых случаях опасение, что жена может уйти, побуждала мужчин практиковать безопасный секс.

■ Административные проблемы, системные барьеры

Системные барьеры не были связаны с трудностями в жизни ВИЧ-инфицированных, а скорее налагались на них и социальных работников самой системой.

Отчетность. Многие социальные работники считали, что формы отчетности были слишком строгими, и они предложили внести в них некоторые изменения, чтобы сделать их более приемлемыми для работы. Однако в течение первых месяцев формы очень часто не содержали

необходимой информации. Настойчивость координатора и группы профессионалов, а также изменение структуры форм (были внесены некоторые строго оговоренные пункты, помимо свободного изложения информации о каждом контакте) позволило улучшить отчетность.

Координация между районной медсестрой и клиникой для лечения в связи с ВИЧ. Иногда социальные работники получали противоречивые требования от районной медсестры и персонала клиники, где проводилось лечение в связи с ВИЧ. Кроме того, существовали проблемы в плане сотрудничества между общинными службами и больничным персоналом, а также в работе социальных работников. Координатор проводил встречи для всех участников с целью решения проблем, причем во многих районах такие встречи стали регулярными.

Мобильность. Ввиду переезда из мест временного проживания в места постоянного проживания для целевой группы населения характерна высокая степень мобильности. По этой причине социальные работники сталкивались с серьезными трудностями в установлении местонахождения пациентов. Иногда для этого требовалось 5-12 посещений, прежде чем им удавалось найти и установить контакт с пациентом.

Изолированные усилия. Не велось никакой параллельной просветительской кампании для населения в целом, для того чтобы продолжить то, что было начато в рамках информационного проекта в 1992-1993 годах. Не было никаких попыток проведения информационно-просветительской работы, для того чтобы изменить неправильные представления и снизить уровень стигматизации, предубеждения и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных. В то же время без изменения норм в среде проживания таких пациентов очень трудно убедить их в том, чтобы они стремились изменить свое поведение.

Текущее и нехватка подготовленных социальных работников, работающих с иммигрантами. В результате того, что многие социальные работники оказались неготовыми к проведению такой тонкой и важной работы, была отмечена высокая текучесть этих работников. Однако из первых пяти социальных работников, по состоянию на январь 1997 года трое продолжали такую работу и внесли огромный вклад в проект.

Неверие. Некоторые работники, обычно сосредоточенные в учреждении, районе или клинике, даже из числа тех, кто участвовал в проекте, не верили в то, что меры вмешательства со стороны эфиопских иммигрантов, ведущих социальную работу среди других иммигрантов с целью изменения поведения, могли изменить ситуацию. Эти люди при обсуждении проблемы иногда пользовались критериями по принципу “все или ничего”, чтобы подтвердить свою точку зрения. Такое неверие, как правило, сбывается само по себе, поскольку эти люди меньше склонны к сотрудничеству с теми, кто ведет иммигрантов, а иногда намеренно подрывают свои усилия.

Промежуточная оценка итогов

По завершении первого года текущий мониторинг и широкие дискуссии с участием районных учреждений здравоохранения и региональных клиник, где проводилось лечение в связи с ВИЧ, продемонстрировали, что проект, скорее всего, будет продолжен. Медсестры системы здравоохранения и больничным персоналом положительно оценивали работу социальных работников. Они воспринимали ее более реалистично и понимали те сложные барьеры, которые мешали иммигрантам изменить свое поведение. Проблемы сотрудничества исчезли, и отношение к социальным работникам стало более позитивным – на них смотрели как на профессионалов, которые вносят важный вклад. Кроме того, появилась потребность в расширении проекта на другие регионы. К концу первого года финансирование проекта было продлено еще на один год, и проект начали осуществлять в четырех других районах, используя для этого одиннадцать дополнительных социальных работников.

Первоначальный анализ данных показал, что не охваченными оставались около 13 процентов ВИЧ-инфицированных. После нескольких попыток лишь 5 процентов отказывались от каких-либо контактов с социальными работниками. Большинство пациентов наблюдались один или два раза в месяц.

В течение года было отмечено значительное увеличение посещаемости клиник для регулярного осмотра. Основным приоритетом было обеспечить охват людей, которые не посещали клинику, однако к концу года 48 процентов посещали клинику регулярно и 24 процента время от времени. Двадцать один процент пациентов не посещали клинику, данные относительно 7 процентов пациентов отсутствовали. Эти результаты указывают, что основные усилия должны быть направлены на обеспечение понимания причин отказа посещать клинику.

Раскрытие диагноза сексуальным партнерам по-прежнему представляло собой проблему. Около 33 процентов пациентов отметили, что у них вообще не было сексуального партнера, 47 процентов раскрыли свой диагноз партнерам или другим членам семьи, и 20 процентов свой диагноз не раскрыли.

Почти все социальные работники, работающие с иммигрантами, отмечали, что пользование презервативами представляло собой проблему; в то же время отсутствовали данные для 47 процентов пациентов. К концу первого года формы были изменены и система отчетности улучшена. Ввиду неадекватности данных анализ оказался невозможным, в то же время социальные работники отмечают широко распространенное нежелание пользоваться презервативами.

К концу первого года темы, обсуждаемые социальными работниками со своими инспекторами, изменились – если ранее обсуждались вопросы о том, как подходить к пациентам и как преодолевать нежелание устанавливать контакты, то затем стали обсуждать вопросы о том, как инициировать изменение поведения (использовать презервативы) и поддерживать такие изменения.

Повышение уровня понимания работников здравоохранения и социального обеспечения

Исходная информация и обоснование

Политика концентрированного ухода за иммигрантами в Израиле – и особенно за иммигрантами из Эфиопии, которые, как считалось, имеют особые потребности в получении поддержки, – имела важные последствия, поскольку в результате такой политики большое число лиц, обеспечивающих уход, имели тесный контакт с иммигрантами в центрах адаптации иммигрантов. Уровень подготовки таких лиц, обеспечивающих уход, был различным – врачи и медсестры, имеющие специальную подготовку, социальные работники, в некоторых случаях учителя, а также лица, почти не имеющие никакой подготовки, например, домашняя прислуга, административные работники и обслуживающий персонал. Учитывая высокий показатель распространенности ВИЧ среди иммигрантов, реакция и отношения со стороны лиц, обеспечивающих уход, также были различными. Тем не менее это не было связано с образовательным уровнем персонала, что оказалось неожиданным.

Призывы к повышению уровня понимания и подготовки персонала поступали из центров СПИДа даже до того, как начали использовать посредников и социальных работников.⁴ В то время в этих центрах использовали непрофессиональных переводчиков, что представляло серьезные

⁴ Существует 8 центров для лечения в связи с ВИЧ/СПИДом, которые находятся в крупных медицинских учреждениях по всей стране. Несмотря на то что эти центры распределены между регионами, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут выбирать центр для посещения или менять такой центр по своему усмотрению. Эти центры также отвечают за тестирование, которые в Израиле проводится конфиденциально, но не анонимно.

проблемы коммуникации с клиентами. Центрам необходимо было руководство при работе с иммигрантами, живущими с ВИЧ и СПИДом.

Потребность в осуществлении мер вмешательства, с уделением особого внимания не только некоторым центрам СПИДа, но также районным медсестрам, также выражалась специалистами-иммигрантами, работающими с людьми, живущими с ВИЧ. Эти специалисты указывали на то, что отсутствие успехов в поддержании контактов между центрами СПИДа и иммигрантами – в некоторых центрах СПИДа уровень отсева превышал 60 процентов – частично объяснялось проблемами межкультурного общения. Детальная информация о таких случаях постоянно представлялась во время проведения учебных и контрольных занятий, организуемых для лиц, ведущих социальную работу с ВИЧ-инфицированными и их партнерами. Как описано выше, социальные работники включали специалистов, отбираемых среди сообщества иммигрантов, которые сотрудничали с районными медсестрами, центрами СПИДа и основной группой разработчиков и инструкторов.

Одно из ежемесячных учебных и контрольных занятий, проводимых для социальных работников, было посвящено разработке стратегий для преодоления таких трудностей и проблем, а также для повышения уровня посещаемости центров СПИДа. Одним из путей, предложенных социальным работником, было информирование медработников непосредственно о случаях, когда именно их поведение приводило к потере контакта с определенными клиентами. Некоторые социальные работники не знали, как использовать правильно эту стратегию, хотя такая стратегия считалась очень эффективной. Культурные нормы и уважение профессионального статуса не позволяли им обращаться к врачам, медсестрам или социальным работникам с критическими или субъективными замечаниями.

Вместо этого было принято решение разработать объединенные занятия для обучения и повышения уровня понимания с участием сотрудников центров СПИДа и региональных общинных медсестер, а при проведении ежегодных совещаний с участием всех сотрудников центров. Для этих занятий готовили для обсуждения придуманные случаи, основанные на отчетах, представленных социальными работниками. Описания таких случаев, исключая идентификацию конкретного центра СПИДа или района, использовали в качестве условных примеров для выполнения упражнений, направленных на выработку навыков решения проблем межкультурного общения и наращивания потенциала для работы в условиях взаимодействия представителей различных культур.

Разработка программ для повышения уровня понимания

Группа, работавшая по проекту для эфиопских иммигрантов в целом, провела две серии региональных семинаров для повышения уровня понимания (см. раздел “Проект для иммигрантов из Эфиопии”): одна серия семинаров была предназначена для смешанной аудитории, включающей лиц, обеспечивающих уход по месту проживания и в центрах ВИЧ, и другая серия семинаров была рассчитана на социальных работников, занятых в муниципалитетах, куда переезжали иммигранты. Структура и содержание таких семинаров были по сути идентичными, хотя семинары для социальных работников особое внимание уделяли психосоциальным вопросам.

В первой серии, включавшей шесть региональных семинаров, участвовало около 300 человек; во второй серии, включавшей три семинара, участвовало около 250 социальных работников, для которых не было установлено каких-либо критериев допуска или взноса.

Однодневный семинар включал следующее:

- Получение информации о ВИЧ/СПИДе (лекция или дискуссия, в ходе которой участники могли повысить уровень знаний и выразить свои проблемы и опасения).
- Изучение основных элементов культуры иммигрантов для повышения уровня понимания лицами, обеспечивающими уход, факторов, оказывающих воздействие на ВИЧ/СПИД,

включая их модель медицинской помощи и здоровья и их точки зрения на половое здоровье и интимное поведение. В ходе такого занятия демонстрировались плакаты, которые использовались для пояснения вопросов ВИЧ/СПИДа иммигрантам.

- Групповые занятия для выработки навыков, необходимых, чтобы справиться с практическими вопросами, где рассматривались проблемы, волнующие участников.

Несмотря на отсутствие формальной оценки, проведение занятия с анализом неформальной обратной информации позволило рассмотреть характерные проблемы участников и обсудить эти вопросы с тем, чтобы увидеть, смогли ли они получить какие-либо сведения, помогающие им справиться с такими проблемами. Большинство участников отметили повышение уровня понимания проблемы ВИЧ/СПИДа, улучшение навыков, помогающих справиться с проблемами ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов, а также со своими личными опасениями. Некоторые участники указали на повышение уровня знаний, но без каких-либо изменений в плане опасений и вопросов, вызывающих озабоченность, и лишь очень малое меньшинство участников указало на усиление опасений.

Внедрение консультирования для персонала центров СПИДа

В попытке улучшить ситуацию в центрах СПИДа и в ожидании появления новых, более оптимальных решений была отпечатана брошюра, включающая набор плакатов, поясняющих проблему ВИЧ/СПИДа, которую можно было использовать для индивидуального консультирования. Также были отпечатаны руководящие принципы, поясняющие изменения с использованием стиля и подхода, которые могли бы превратить эти плакаты из инструмента просвещения в инструмент консультирования. Во время двухчасового установочного занятия, проведенного одним из разработчиков, сотрудникам каждого центра была представлена информация об использовании таких наглядных средств консультирования, его основные сообщения и исходные культурные аспекты.

Поскольку такая мера вмешательства была очень короткой по времени и неформальной, а число участников в каждом установочном занятии небольшое, оценка не проводилась. Определенную информацию об использовании буклетов и степени удовлетворенности работников такими буклетами можно было получить из различных отчетов, построенных на отдельных наблюдениях.

Библиография

- ALIYAT H [Youth Immigration] (1992) **“Between two worlds”: sexual health for immigrants from Ethiopia.** Tel Aviv, the Jewish Agency (Hebrew).
- AMIR D, Remennick LI, Elmelech Y (1997) **Educating Lena: women immigrants and “integration” policies in Israeli – the politics of reproduction and family planning.** In: Lewin-Epstein N, Ro'i Y & Ritterband P, eds. *Russian Jews in three continents: migration and resettlement.* London, Frank Cass & Co.
- APPELBAUM H, Erez R (1990) **Sex education and preparation for family life: a facilitator’s manual.** Tel Aviv, Israel Defense Forces, Education Corps, Centre for the Development of Underprivileged Populations.
- BINDLES PJ et al. (1994) **The HIV prevalence among pregnant women in the Amsterdam region (1988–1991).** *European Journal of Epidemiology*, 10:331–338.
- BONEH R, SHTRUM S, BARGAI E (1992) **“Lehitgaber U’lehitbage” [To cope and to grow up]** Jerusalem, Ministry of Education and Culture (Hebrew).
- BRINDIS C et al. (1995) **The association between immigrant status and risk-behaviour patterns in Latino adolescents.** *Journal of Adolescent Health*, 17: 99–105.
- BRONFENBRENNER U (1989). **Ecological system theory.** *Annals of Child Development*, 6:127–149.
- CHEMTOB D, ROSEN H (1992) **Be “Gobez” for the sake of your health.** Jerusalem, Multi-Agency Committee for Education and Information on HIV Infection and Related Diseases.
- CHEMTOB D et al. (1991) **Prevention strategy of Hepatitis B virus infection among the Ethiopian community in Israel.** *Israel Journal of Medical Sciences*, 27:273–277.
- CHEMTOB D et al. (1993) **The development of a culturally specific educational program to reduce the risk of HIV and HBV transmission among Ethiopian immigrants: a preliminary report on training veteran immigrants as health educators.** *Israel Journal of Medical Sciences*, 29:437–442.
- CHEMTOB, D et al. (1995) **Utilizing traditional values and audio-cassettes as part of hepatitis B/AIDS prevention among immigrants in Israel.** Ninth International Conference on AIDS Education, Jerusalem, 26 November–1 December.
- CHRISTENSON B, STILLSTROM J (1995) **The epidemiology of human immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases in the Stockholm area.** *Sexually Transmitted Diseases*, 22:281–288.
- COLE GE et al. (1995) **Addressing problems in evaluating health-related programmes through systematic planning and evaluation.** *Risk in Health, Safety and Environment*, 6:37–57.
- COLEMAN JC (1989) **The focal theory of adolescence: a psychological perspective.** In: Hurrelmann K, Engel U (eds) *The Social World of Adolescents.* Berlin, de Gruyter.
- CORNWALL A, JEWKES R (1995) **What is participatory research?** *Social Science and Medicine*, 41(12):1715–1724.
- DE SCHRUYVER A, MEHEUS A (1990) **Sexually transmitted diseases and migration.** Paper presented at the First Migration Medicine Conference, Geneva. Quoted in Haour-Knipe M (1994) Migrant populations: the development of something to evaluate. *Sozial Präventivmedizin*. 37(supp 1):s79–s94.
- DOWNING T (1992) **The use of bilingual/bicultural workers as providers and interpreters.** In: *Migration and health in the 1990s. Special issue of International Migration Quarterly Review* vol. XXX:121–129.

- ETHIOPIAN MINISTRY OF HEALTH (1989) **Report to WHO: AIDS control and prevention activities.** Annual Report. Addis Ababa, Ministry of Health. Addis Ababa, Ministry of Health.
- FRIEDMAN SR, DES JARLAIS DC, Ward TP (1994) **Social models for changing health-related behavior.** In: Diclemente RJ, Peterson JL (eds), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. New York, Plenum Press: 95–111.
- HAOUR-KNIPE M (1991) **Assessing AIDS prevention: migrants and travellers group final report.** Lausanne, University Institute of Social and Preventive Medicine. (European Community Concerted Action of Assessment of AIDS/HIV Prevention Strategies. Document 72).
- HAOUR-KNIPE M (1993) **AIDS prevention, stigma, and migrant status.** *Innovation in Social Science Research*, 6(1):21–37.
- HAOUR-KNIPE M (1994) **Migrant populations: the development of something to evaluate.** *Sozial Praventivmedizin*. 37(supp 1):s79–s94.
- HEIN K (1988) **AIDS in adolescence: a rationale for concern.** Carnegie Council on Adolescent Development.
- HURRELMANN K (1989) **Adolescents as productive processors of reality: methodological perspectives.** In: Hurrelmann K, Engel U (eds) *The social world of adolescents*. Berlin, de Gruyter.
- ISRAELI MINISTRY OF HEALTH (1999) **HIV/AIDS in Israel 11/1999.** Jerusalem, National TB & HIV Unit, Ministry of Health.
- KAPLAN EH, KEDEM E, POLLACK S (1998) **HIV incidence in Ethiopian immigrants to Israel.** *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 17:465–469.
- MARMOT M (1993/94) **Changing places, changing risk: the study of migrants.** *Public Health Reviews*, 21:185–195.
- MATHEWS C et al. (1995) **Learning to listen: formative research in the development of AIDS education for secondary school students.** *Social Science and Medicine*, 41(12):1715–1724.
- MIRSKY J, PARWER L (1992) **To immigrate as an adolescent, to grow through adolescence as an immigrant: immigrant youth from the former Soviet Union in Israel.** Jerusalem, Van Leer Jerusalem Institute (Hebrew).
- MUUSS RE (1982) **Theories of adolescence.** New York, Random House (Hebrew edition: Tel Aviv, Sifriat Poalim, 1994).
- NUNN AJ, et al. (1995) **Migration and HIV-1 seroprevalence in a rural Ugandan population.** *AIDS*, 9:503–506.
- PACCAUD F, VADER JP, GUTZWILLER F (eds) (1992) **Assessing AIDS prevention.** Basel, Birkhaeuser Verlag.
- PAZI I (1987) **“Yached u’Lechud” [Together and Separately].** Tel Aviv, Ramot – Educational Systems (Hebrew).
- PATTON MQ (1987) **How to use qualitative methods in evaluation.** Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- RAZ M, WIESELTIR-RAZIEL V (eds) (1980) **Youth and sexual relations: yes/no when and why.** Jerusalem, Ministry of Education and Culture (Hebrew).
- ROSEN H (1986) **Ethiopian Jews in Israel.** In: *The Jews of Ethiopia*. Tel Aviv, Beit Hatefutsot:75-84.
- ROSEN H (1989) **Learning to know Ethiopian Jews in Israel by means of their proverbs.** *Social Science Information*, 28:145–159.

- SABATELLO FE (1992) **Estimates for demands for abortions among Soviet immigrants in Israel.** *Studies in Family Planning*, 23(4).
- SHTARKSHALL RA (1987) **Motherhood as a dominant feature in the self-image of female adolescents of low socio-economic status: implication for contraceptive behaviour.** *Adolescence*, 22:566–570.
- SHTARKSHALL RA (1994) **Design, implementation and evaluation of educational interventions to reduce the risk of HIV infection in low budget countries.** Executive Report of the Third Residential Workshop, Jerusalem, October–November.
- SHTARKSHALL RA, BARGAI E (1987) **“Avoiding AIDS: Preventing AIDS While Preserving Sex.”** An educational programme to address the emotional-attitudinal, interpersonal, behavioural and knowledge aspects of the disease within sex education. Jerusalem, Ministry of Education and Culture, State of Israel (Hebrew and English).
- SHTARKSHALL RA, BARGAI E (1989) **An interactive-integrative approach to educational interventions aimed at reducing the risk of HIV infection.** *Journal of Adolescent Medicine and Health*, 4(3/4):251–264.
- SHTARKSHALL RA, DAVIDSON Y (1995) **Examining a policy decision: what can happen when you screen for HIV.** In: FitzSimons D, Hardy V, Tolley K (eds) *The Economic and Social Impact of AIDS in Europe*. London, Cassel: 207–218.
- SHTARKSHALLRA, SHIMON Z (1994) **Sexual health/sexual responsibility project for immigrant young adults in vocational centres.** Report submitted to the JDC-Israel.
- SHTARKSHALL RA, SHIMON Z, BARGAI E (1997) **“Gesher LaKeshet.” immigrant youth, intimate and sexual relations: an experiential educational programme focusing on cultural transitions and cross-cultural interactions.** Vols. 1 and 2. Jerusalem, JDC-Israel (Hebrew).
- SHTARKSHALLRA, SOSKOLNE V (1994) **Essentials of cross-cultural cooperation in developing preventive programmes in multi-cultural settings.** Tenth International Conference on AIDS, Yokohama, Japan, 7–12 August.
- SLATER PE, COSTIN C (1993) **The epidemiology of adult AIDS and HIV infection in Israel.** *Israel Journal of Medical Sciences*, 29(suppl):2–7.
- SMILANSKY M (1989) **The challenge of adolescence.** Vol. 2. The relations between boys and girls. Tel Aviv, Ramot – Educational Systems.
- SOSKOLNE V et al. (1995) **Long-term evaluation of a national HIV education program for immigrants in Israel: a need for ongoing and targeted interventions.** Ninth International Conference on AIDS Education, Jerusalem, 26 November–1 December.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989) **A guide to planning health promotion for AIDS prevention and control.** Geneva, World Health Organization (WHO AIDS Series, No 5).
- ZWI A, CABRAL AJ (1991) **Identifying “high risk situations” for preventing AIDS.** *British Medical Journal* 303:1527–1529.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет десять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Мировую продовольственную программу (МПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк (ВБ).

ЮНЭЙДС, в качестве программы коопонсоров, объединяет меры, принимаемые десятью организациями-коопонсорами в ответ на эпидемию, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять международные меры в ответ на ВИЧ/СПИД по всем направлениям и способствовать их расширению. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнеров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.



КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”

Коллекция ЮНЭЙДС “Лучшая практика”

- представляет собой серию информационных материалов ЮНЭЙДС, способствующих обучению, обмену опытом и расширению возможностей людей и партнеров (людей, живущих с ВИЧ, пострадавших общин, гражданского общества, правительства, частного сектора и международных организаций), участвующих в расширенных мерах противодействия эпидемии СПИДа и ее последствий;
- дает возможность услышать тех, кто борется с эпидемией и работает над смягчением ее последствий;
- предоставляет информацию о мерах, оказавшихся эффективными в определенных условиях, для тех, перед кем стоят аналогичные вызовы;
- заполняет пробелы в ключевых областях политики и программ путем предоставления технического и стратегического руководства и современных знаний о профилактике, уходе и смягчении последствий в различных условиях;
- стремится стимулировать новые инициативы в интересах расширения мер противодействия эпидемии СПИДа на уровне стран; и
- представляет собой совместный межучрежденческий проект ЮНЭЙДС в партнерстве с другими организациями и сторонами.

Дополнительную информацию о коллекции ЮНЭЙДС “Лучшая практика” и других публикациях ЮНЭЙДС можно найти на сайте www.unaids.org. Приглашаем читателей присылать свои комментарии и предложения в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу: Best Practice Manager, UNAIDS, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 41 87
e-mail: bestpractice@unaids.org

www.unaids.org