

3

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ

Было предложено несколько механизмов, объясняющих ухудшение состояния здоровья мигрантов с течением времени после того, как они эмигрировали (*Beiser, 2005*).

1) Согласно модели конвергенции, к негативным изменениям в состоянии здоровья и росту смертности среди мигрантов приводит необходимость адаптации к иному социуму, культуре и т.п. К возникновению стресса и психических расстройств также может привести недостаточное знание языка принимающей страны (*Minas, 2007*).

2) Согласно модели стрессового переселения, такие ситуации, как низкий социально-экономический статус, недостаток социального общения, отсутствие доступа к услугам, оказывают негативное воздействие на здоровье мигрантов. Рассмотрим более подробно существующие исследования в этой области.

➤ Очень часто в принимающей стране мигранты вынуждены жить в неблагоприятных социально-экономических условиях, которые, как хорошо известно, тесно связаны с состоянием здоровья.

Мигранты часто заняты в отраслях промышленности с преобладанием рабочих мест преимущественно неквалифицированного ручного труда, часто подвергаются несчастным случаям на рабочем месте (*Elkeles u Seifert, 1996; Bollini u Siem, 1995*).

Например, во Франции и в Германии с работниками-мигрантами чаще происходят несчастные случаи на производстве, они также чаще получают травмы по сравнению с коренными жителями этих стран. Подсчитано, что свыше 30% всех несчастных случаев, приводящих к полной потере трудоспособности, происходит с иммигрантами. Особенно распространены несчастные случаи и травмы среди тех, кто занят на стройке и общественных работах (*Caballo u Nerukar, 2001*).

В России ситуация с санитарно-гигиеническими нормами и безопасностью труда резко ухудшилась после приватизации многих предприятий. Возросло количество травм на производстве, как на официальных предприятиях, так и в неофициальном секторе. На предприятиях, которые относятся к сектору теневой экономики и в тех отраслях, в которых заняты преимущественно иммигранты, не имеющие вида на жительство (строительство и сельское хозяйство), случается на 30% больше несчастных случаев, чем на легальных предприятиях. Более того, официальные данные относительно количества несчастных случаев могут быть неточными, поскольку к их числу не причисляются несчастные случаи, которые не считаются серьезными, и поскольку несчастные случаи, произошедшие с иностранными работниками, часто утаиваются (*Каритас-Европа, 2006*).

➤ Согласно результатам, полученным в некоторых исследованиях, мигранты часто проживают в районах с дешевым жильем, которое характеризуется скученностью и плохими условиями.

Ограниченность доступа иммигрантов к приличному жилью часто приводит к их компактному проживанию в определенных районах. Например, во Франции 58% всех иммигрантов сосредоточено в 3 регионах: 37% в Париже

и его окрестностях, 11% в регионе Рона-Альпы и 10% – в регионе Прованс-Альпы-Лазурный Берег. Еще компактнее они заселяют некоторые пригороды Парижа: Бобиньи, Монтрей и Обервилье; 50% проживающих там людей – иммигранты. Около трех четвертей жителей таких предместий Парижа, как Мюро, Валь-фурре, Трап и предместья Лиона, Мэнгетт, – выходцы из Африки. Именно в эти предместья приезжают новоприбывшие иммигранты. Сейчас среди них преобладают беженцы из Африки, Восточной Европы и беженцы-курды. Репутация этих районов такова, что жить там могут согласиться только наименее информированные семьи, либо те, у кого нет выбора. В Великобритании этнические меньшинства в 5 раз чаще живут в перенаселенных жилищах по сравнению с коренными британцами (*Carballo u Mbour, 2005*). Исследование по проблемам социальной интеграции, проведенное в Австрии, показало, что иммигранты чаще живут в плохих квартирах и одновременно платят за них несравнимо больше, чем австрийцы (*Edgar u соавт., 2004*).

В некоторых городах и пригородах иммигранты разбивают целые «лагеря», состоящие из сконструированных собственными руками жилищ. Условия жизни в этих «лагерях» ужасающие. В Испании исследование сельскохозяйственных работников – мигрантов показало, что 85% из них живет во временных жилищах с плохими санитарными условиями и без отопления (*Gaspar u Siles, 1997*). По данным ситуационного исследования, проведенного на востоке Германии, в Лейпциге, часть мигрантов, не имеющих вида на жительство, вообще не имеет постоянного жилья и ютится в машинах, вагонах поездов, фургонах, контейнерах, на лавочках в парке или в палатках. Также эти люди находят приют в пустых домах, домах на снос

или ночлежках, где место в комнате, рассчитанной на пять-десять человек, стоит от двух с половиной до пяти евро за ночь (Alt, 1999). В Бельгии жилье иногда сдается на несколько часов или по одному матрасу разным семьям. Например, три семьи могут оставаться в доме по восемь часов, спя попеременно. Они часто пользуются одними и теми же матрасами без постельного белья.

Кроме того, мигранты составляют около 10-20% среди бомжей в странах Европейского региона. Это особенно касается таких стран как Италия и Греция (Fitzpatrick, 1998). В Дании 25% бездомных являются мигрантами (при том, что в стране только 9% населения родом из других мест) (FEANTSA Annual Theme, 1998).

➤ Недостаток социального общения также оказывает негативное влияние на здоровье мигрантов. Тесное взаимодействие между социальными связями и смертностью от самоубийств и несчастных случаев подтверждено многими исследователями (Berkman и соавт., 2004; Eng и соавт., 2002). Социальные сети, такие как друзья и родственники, различные организации мигрантов, помогают последним адаптироваться к новой для них ситуации (Messias, 2002). Социальные сети формируют капитал, который может использоваться мигрантами для получения финансового капитала (возможность работать на иностранном рынке труда, высокий уровень заработной платы, денежные переводы в родные страны и т.д.) (Kazlauskienė и Rinkevičius, 2006).

➤ Исследования свидетельствуют о проблемах с питанием среди мигрантов, которые являются следствием низкого социально-экономического статуса: недостаток витаминов (Pedersen и соавт., 2003), белков (Brunvd и Brunvatne, 2001), с одной стороны, и преобладание избыточного веса и ожирения (Lahmann и соавт., 2002; Jebb и соавт., 2004), с другой стороны.

➤ Исследования доказывают, что отрицательные последствия для психического и физического состояния здоровья мигрантов имеет дискриминация на национальной (этнической) почве (*Llacer и соавт., 2009; Paradies, 2006*), которая по данным обследования EUROBAROMETER является самой широко распространенной формой дискриминации в Европейских странах (61%) (за ней следуют дискриминация по возрасту (58%) и инвалидности (53%)) (*расчеты автора*). Дискриминация оказывает непосредственное влияние на состояние здоровья посредством психологических механизмов, таких как низкая самооценка, потеря идентичности (*Ahmed и соавт., 2007*), или может действовать опосредованно, приводя к ситуации социальной эксклюзии и социально-экономических проблем (*Wansworth и соавт., 2007*).

➤ Хронические социально-экономические проблемы создают чувство фатализма и уверенности в том, что ничего невозможно сделать для того, чтобы улучшить ситуацию, что, как показывают исследования, заставляет мигрантов вести себя девиантным образом: злоупотреблять психоактивными веществами, совершать суицидальные попытки (*Carta и соавт., 2005*).

➤ Плохое здоровье мигрантов может быть результатом отсутствия доступа к медицинскому обслуживанию, так как по прибытию они плохо знакомы с системой здравоохранения в стране, которая их приютила (*Zanchetta и Pourslami, 2006*). В общих чертах, мигранты имеют тенденцию чрезмерно использовать службы экстренной помощи (*Cost и соавт., 2007*) и пренебрегают службами психологической помощи (*Fenta и соавт., 2006*).

3) Наконец, согласно модели взаимодействия предмиграционные и постмиграционные стрессовые

факторы, действуя вместе, оказывают негативное влияние на здоровье мигрантов.

Исследования свидетельствуют о том, что второе поколение мигрантов может иметь больший риск развития проблем со здоровьем по сравнению с родителями. Исследователи предположили, что это явление объясняется долгосрочными последствиями миграции (Leão, 2005). Например, здоровье детей мигрантов может пострадать вследствие недостаточного внимания, которое родители, вынужденные много работать, могли им уделять. Кроме того, доля разводов среди мигрирующего населения выше, чем среди коренных жителей принимающей их страны (Khoо и Zhao, 2001), что так же объясняет проблемы со здоровьем детей мигрантов.