

## Доклад

# ГРУППОВОЙ ТРЕНИНГ, РАЗРАБОТАННЫЙ С УЧЕТОМ КУЛЬТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ, ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН-МИГРАНТОВ В ШВЕЦИИ

Solvig Ekblad<sup>1</sup>, Ann Hjerpe<sup>2</sup>, Hanna Lunding<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Медицина в контексте культуры, Факультет образования, информатики, менеджмента и этики (LIME), Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

<sup>2</sup> Проект «Учебный курс на темы здоровья», регион Крунуберг, Швеция

Автор, отвечающий за переписку: Solvig Ekblad (адрес электронной почты: Solvig.Ekblad@ki.se)

## АННОТАЦИЯ

**Цели:** мы осуществили интерактивное, групповое пилотное вмешательство по укреплению здоровья с учетом культурных особенностей и изучили пережитый опыт и самооценку состояния здоровья до начала курса и в ходе последующего наблюдения среди женщин-мигрантов, говорящих на сомалийском и арабском языках в г. Векшё на юге Швеции.

**Методология:** для оценки опыта этого вмешательства был использован подход на основе комбинированных методов перед началом, непосредственно во время и через 6 месяцев после вмешательства. Каждое вмешательство продолжалось 5 недель, каждую неделю проходили 2-часовые занятия, которые проводили группа сотрудников кли-

ники, представлявших разные специальности, а также координатор проекта. Местный координатор отвечал за набор участников из соответствующей когорты.

**Результаты:** данные получены от 49 участниц, говорящих на арабском и сомалийском языках, которые были разделены на шесть групп. Участницы указали, что их здоровье в значительной мере улучшилось ( $P < 0,005$ ) сразу после вмешательства с умеренной величиной эффекта ( $d = 0,42$ ). Для подтверждения этого результата спустя 6 месяцев были проведены качественная оценка и пересмотренный контент-анализ. Основной темой был «Курс по укреплению здоровья с множественными практическими

результатами», подразделенный на две категории («Расширение прав и возможностей» и «Измененные жизненные привычки и новые знания») и восемь подкатегорий. Исследование продолжается, и в дальнейшем планируется проведение комплексной оценки. По практическим соображениям контрольную группу не набирали.

**Выводы:** разработанное с учетом культурных особенностей, интерактивное групповое вмешательство по профилактике плохого состояния здоровья, по вопросам здоровья в контексте прав человека и по расширению прав и возможностей женщин, говорящих на арабском и сомалийском языках оказало благоприятное воздействие.

**Ключевые слова:** РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КОММУНИКАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-МИГРАНТОВ, МИГРАЦИЯ, ШВЕЦИЯ

## ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с Всеобщей декларацией прав человека (1), здоровье является одним из фундаментальных прав человека. Всемирная организация здравоохранения определяет психическое здоровье как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный по-

тенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества (2). С этой точки зрения, здоровье рассматривается как ресурс для повседневной жизни, а не как цель жизни. Как следствие, первичная медицинская помощь должна предоставляться с учетом гендерных особенностей и нужд и потребностей мигрантов (3).

Плохое состояние здоровья женщин-мигрантов, в частности психические заболевания, представляет собой тяжелое бремя для общественного здравоохранения; в то же время существует значительный пробел в знаниях и образовательных программах по этому вопросу. Здоровье тесно связано с образом жизни (3). Укрепление здоровья, которое определяется как процесс, в результате которого людям предоставляется возможность контроля над собственным здоровьем и его улучшением в значительной мере (2), включает такие мероприятия, как социально-психологические вмешательства и просвещение по вопросам здоровья. Они имеют большое значение, поскольку они позволяют преодолеть факторы риска и остановить прогрессирование неинфекционных заболеваний или полностью предотвратить их. Для обеспечения эффективности стратегии должны быть разработаны с учетом особенностей соответствующих групп и культурного контекста, и они очень важны для разработки рекомендаций при формировании политики с использованием фактических данных с целью снижения уровня неравенства в отношении здоровья в духе Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 года (4).

В 1975 г. Шведским парламентом было сделано заявление, что Швеция уже стала многокультурным обществом (5). В конце 2014 г., в соответствии с данными Шведского бюро статистики, 20,5% населения страны составляли люди иностранного происхождения (6). Третьим наиболее распространенным языком в Швеции является арабский, а 13-м – сомалийский (7). По данным Шведского агентства по вопросам миграции, в последние годы наиболее распространенной причиной иммиграции было воссоединение с членами семьи, которые уже проживают в Швеции (без учета массовой миграции в течение последних полутора лет). Однако миграция может быть крайне избирательной из-за так называемого «эффекта здорового мигранта» (8), в результате которого мигранты являются более устойчивыми к определенным заболеваниям, чем население целевых стран. Существует множество факторов, влияющих на состояние здоровья мигрантов, таких как ситуация в их родных странах и история миграции, ситуация в целевых странах и их культурное наследие, чувство взаимосвязанности и механизмы преодоления проблем.

Согласно теоретической модели Silove (9), стресс после миграции оказывает негативное влияние на связанное со здоровьем качество жизни вновь прибывших мигрантов (10). По данным Шведского отчета по вопросам общественного здравоохранения за 2009 г., распространенность проблем физического и психического здоровья среди иммигрантов в два раза выше, чем среди населения, рожденного в Швеции (11). Среди мигрантов, в частности, среди беженцев, состояние здоровья у женщин хуже, чем у мужчин (12). В связи с данными фактами возникла необходимость интеграции проблем здравоохранения, связанных с миграцией, и вопросов справедливости в сфере здравоохранения (13). Необходимо проводить больше исследований с целью расширения прав и возможностей мигрантов по интеграции в общество, поскольку характеристикой нашего общества является разнообразие (14). Судя по всему, модели расширения прав и возможностей в сфере здравоохранения являются наиболее эффективными подходами к медицинскому просвещению (15, 16). Их рассматривают как важную часть комплексных действий, которые влияют на структурные детерминанты здоровья, и здесь одним из важных факторов является медицинская грамотность (17). Медицинскую грамотность определяют как наличие практических знаний о функциях организма и признаках дисфункции, способность найти и понять информацию о состоянии здоровья и определить, как это влияет на действия людей (15). По данным исследований, после применения инновационной модели групповых занятий по укреплению здоровья, разработанных с учетом культурных особенностей для пациентов-беженцев в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в Соединенных Штатах, эти пациенты стали в значительно лучшей мере понимать необходимость профилактических медицинских мероприятий, которые (согласно их собственной оценке) содействовали снижению уровня их заболеваний (депрессии) (18). У нас имеются обнадеживающие результаты нескольких тематических исследований из Швеции применения данной модели в группах вновь прибывших беженцев и женщин-иммигрантов из стран, находящихся за пределами Европы, которых еще не идентифицировали как пациентов (19-21).

Для повышения уровня знаний в этой области мы исследовали стратегию мероприятий по укреплению здоровья, разработанных с учетом культурных

особенностей, основанных на результатах научных исследований в Векшё, среднем по величине городе на юге Швеции. Мы выбрали группы мигрантов, говорящих на арабском и сомалийском языках, которые в данный момент являются самыми крупными по численности группами мигрантов в Швеции. Вопросы исследования были следующими: (i) как пациенты сами оценивали состояние своего здоровья до начала, сразу после окончания и через 6 месяцев после окончания мероприятия и (ii) как пациенты рассматривали свое участие в мероприятии.

## МЕТОДЫ

### ПОДХОД С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРАКТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА – КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Подход с применением интерактивного вмешательства уже детально описан (19-21), поэтому здесь мы его представим очень кратко. Это вмешательство было инициировано медицинским центром в одном из наиболее разнообразных в культурном плане районов Векшё. Изначально в качестве координатора наняли сертифицированную районную медсестру (АН), а в качестве модераторов привлекли мультидисциплинарную группу (врачей, акушерок, стоматологических медсестер, социальных работников, полицейских, специалиста по гигиене труда, терапевта, физиотерапевта). Для сбора информации о потребностях и запросах целевой группы были проведены обсуждения в фокус-группах среди участников, говорящих на арабском и сомалийском языках. В качестве методики преподавания был использован подход, основанный на широком участии, в ходе интерактивного семинара – то есть, участникам предложили участвовать в диалоге с модераторами и задавать вопросы о здоровье, образе жизни и профилактике, которые записывал координатор. Каждая лекция была разработана и спланирована таким образом, чтобы быть простой и понятной, и состояла из двух одночасовых занятий, в ходе которых проходил непрерывный диалог и участники могли задавать вопросы по каждой теме (Вставка 1). В середине каждого занятия был предусмотрен короткий перерыв с легкими закусками и прохладительными напитками. Участники получили раздаточные материалы – презентации в PowerPoint.

### ВСТАВКА 1. ОПИСАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Мероприятие состояло из 2-часовых занятий один раз в неделю в течение 5 недель по следующим темам:

1. Введение / Шведская система здравоохранения
2. Привычки здорового питания / стоматологическая помощь.
3. Женская анатомия и контрацепция / планирование семьи.
4. Заболевания, вызванные стрессом, связанным с миграцией и способность преодолевать проблемы / физическая активность.
5. Услуги социальных служб для родителей и детей / домашнее насилие.

### МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Для поддержки профилактического подхода и для того, чтобы участники не чувствовали себя пациентами, мероприятие проходило в нейтральном учреждении за пределами медицинского центра. Учреждение было знакомо участникам и находилось недалеко от места жительства многих иммигрантов. Все презентации были представлены на шведском языке. С целью обеспечения понимания участниками сказанного, лекции переводил сертифицированный переводчик. Было предусмотрено, чтобы один и тот же переводчик работал на всех занятиях. Сомалийский и арабский языки чередовались через одно мероприятие по вопросам здоровья. Для создания комфортной и уютной атмосферы всегда присутствовал координатор (АН). Также были установлены правила поведения для организации нормального учебного процесса и сведения к минимуму нарушений порядка (например, все, сказанное во время занятия, не выходит за пределы комнаты, никаких визитов других людей во время занятия, обучение проходит в закрытой группе для формирования доверительных отношений). В ходе исследования SE наблюдала за рабочим процессом, а НЛ отвечала за составление анкет и транскрипции интервью через 6 месяцев (1-ое последующее наблюдение).

Все вопросы, возникавшие у участников во время занятий, были собраны для дальнейшего улучшения курса. Некоторые примеры по каждой теме представлены в Таблице 1.

**ТАБЛИЦА 1. ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ НА РАЗНЫЕ ТЕМЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАВАЛИ УЧАСТНИКИ**

Тема	Вопрос
Шведская система здравоохранения	Если я не говорю по-шведски достаточно хорошо, как мне позвонить в медицинский центр и записаться на прием?
Привычки здорового питания	Может ли у меня развиться рак из-за нездорового питания?
Уход за полостью рта	Могут ли мои десны ввалиться, если они кровоточат во время того, как я чищу зубы?
Физическая активность	Каким образом физиотерапевт может помочь облегчить боль?
Стресс	Может ли психическое заболевание повлиять на мою память?
Женская анатомия	Если мне можно мыть половые органы только раз в день, что мне делать, когда мне нужно помочиться? Я должна быть чистой!
Планирование семьи	Как противозачаточный имплантат может предотвратить беременность, если его устанавливают на руке, далеко от матки?
Поддержка социальных служб для родителей и детей	Когда социальная служба передает ребенка на воспитание в приемную семью?
Домашнее насилие	На какое время человека задерживают за совершение домашнего насилия?

## ПРИГЛАШЕННЫЕ УЧАСТНИКИ

Изначально целевая группа состояла из женщин-иммигрантов в возрасте 25-64 лет, у которых был вид на жительство максимум на 5 лет. Однако некоторые участницы, которые жили в Швеции дольше 5 лет, также были включены в исследование, т.к. они считали себя вновь прибывшими, т.е. уезжали из Швеции и возвращались обратно несколько раз. После получения информации от ключевых участников о том, где найти две целевых группы, мы разместили письменные приглашения на арабском и сомалийском языках в стратегически выбранных местах, где члены целевой группы собирались в социальных и образовательных целях. Приглашения также были распространены через медицинский центр.

## ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки мероприятия были использованы комбинированные методы для последующего наблюдения, которые включали как качественные, так и количественные вопросы («Как бы вы описали свое здоровье?», «**Как часто вы могли бы сказать, что чувствуете силу и энергию?**», «**Насколько сильно недомогания и боли повлияли на вашу жизнь в течение последней недели?**»), адаптированные из предыдущих исследований (19-21); было также подготовлено и переведено сопроводительное письмо для местных участников. Участники отвечали на вопросы анкеты трижды: перед началом курса, на последнем занятии и при последующем наблюдении через 6 месяцев.

В ходе наблюдения через 6-месяцев участникам также было предложено обсудить свой опыт после курса и сообщить, оказал ли он влияние на их жизнь и здоровье. Диалог был проведен координатором (АН) и ответственной за оценку (НЛ), в соответствии с инструкцией по проведению полуструктурированного интервью. Общение в основном переводил переводчик, который присутствовал на месте; один раз был приглашен переводчик для перевода интервью по телефону.

## АНАЛИЗ ДАННЫХ

Количественные данные, полученные в ходе трех оценок, были проанализированы с помощью описательной статистики с использованием программы SPSS версии 22.0 для Windows. Этот анализ включал вычисление средних значений и стандартных отклонений для всех элементов, включенных в шкалу Лайкерта. Мы использовали анализ Спирмена для определения прочности ассоциаций между ранжированными (непараметрическими) вопросами. Проводилось t-тестирование парных выборок и биномиальное распределение для точной оценки достоверности, чтобы определить, произошли ли изменения в самооценке состояния здоровья участников на групповом уровне непосредственно после окончания учебного курса. Была рассчитана величина эффекта (*d*-Коэна), чтобы проверить, произошли ли улучшения: величина эффекта от 0,2 считалась небольшой, 0,5 – средней, и > 0,8 - большой. В результатах представлены только значения *P* менее 0,05. Социально-демографические характеристики и вопросы, касающиеся образа жизни были описаны с помощью средних чисел, стандартных отклонений, и частоты.

Для качественных данных был использован индуктивный подход, поскольку это целесообразно в случае отсутствия предыдущих знаний, что имело место в нашем исследовании (22). Качественные данные были проанализированы с помощью манифестного контент-анализа (23), поскольку исследование зависело от переводчика, который переводил общение, следовательно, анализ скрытого содержания может оказаться сомнительным (24).

Интервью были записаны с согласия участников. Они были расшифрованы ответственной за оценку (HL) и независимо оценены координатором (АН). Ответы участниц на вопросы и хроника групповых интервью во время последующего наблюдения через 6 месяцев были обобщены в записях ответственной за оценку (HL) и независимо оценены координатором (АН). После этого закодированный материал был совместно изучен, с тем, чтобы принять решение о категориях содержания и темах.

## ЭТИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Исследование было одобрено местным комитетом по вопросам этики в Линчепингском университете (Dnr 2014/502-31).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### УЧАСТНИКИ И ВЫБЫВШИЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной сложностью при проведении вмешательств по укреплению здоровья является набор участников. В шести вмешательствах, проведенных в рамках текущего проекта, доля ответивших составила 87,5%; 49 женщин закончили курс. Несколько человек подавали заявки, но не приходили на занятия, а семь участниц начали курс, но не закончили обучение. Эти выбывшие (семь участниц) не были включены в анализ отсева, поскольку их число было слишком мало для анализа. Поскольку анализ качественных данных по результатам 2-го последующего наблюдения продолжается до сих пор, эти результаты в данный отчет не включены. Из 49 участниц, закончивших курс, 39 ответили на вопросы предварительной анкеты и анкеты 1-го последующего наблюдения; таким образом, качественный анализ ограничен только этими 39 участницами.

В группе были представлены участницы из 11 стран происхождения; больше всего участниц было из Сомали, Сирии и Ирака. Большинство из них были замужними и имели детей. Как показано в Таблице 2, участницы имели разный образовательный уровень и опыт работы, а работали они в основном в торговле, в ресторанах, в сфере экономики или преподавания.

**ТАБЛИЦА 2. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ГРУППЫ**

Характеристики	Среднее значение ± СО	Диапазон
Возраст (лет)	38.18 ± 8.73	20–53
Количество детей	3.23 ± 1.24	1–6
Лет обучения в школе	9.33 ± 4.270	1–16
Лет работы до прибытия в Швецию	7.67 ± 8.015	0–25

СО: стандартное отклонение.

Основными причинами переезда в Швецию были бегство от войны или других трудностей в родных странах (63%), или воссоединение с семьей, уже проживающей в Швеции (в последнем случае они получают разрешение на пребывание).

### САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Число участниц, ранее испытывавших сильные боли, снизилось в период между началом вмешательства и 1-м последующим наблюдением. Такая же положительная тенденция наблюдалась и в оценке ими своих сил и энергии, хотя улучшения были незначительными, как показано в Таблице 3. Результаты анализа самооценки состояния здоровья участницами оказались положительными: отличия от первоначальных значений оказались значительными ( $t = -2.994$ ,  $df = 37$ ,  $P < 0.005$ ), а средняя величина эффекта составила 0,42 (d-Коэна)



**ТАБЛИЦА 3. САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ ДО (ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ) И ПОСЛЕ (1-ОЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ) КУРСА ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

Вопрос	Исходные данные <sup>a,b</sup>	1-ое последующее наблюдение <sup>a,b</sup>	Прибавка	d Коэна
Как бы вы описали свое здоровье? (плохое – отличное) <sup>c</sup>	3.59 ± 1.069	4.00 ± 0.383	0.41	0.42
Как часто вы могли бы сказать, что чувствуете силу и энергию? (никогда – всегда) <sup>c</sup>	3.72 ± 0.999	3.82 ± 0.721	0.10	0.11
Насколько сильно недомогания и боли повлияли на вашу жизнь в течение последней недели? (очень сильно – не повлияли) <sup>c</sup>	3.50 ± 1.133	3.64 ± 0.903	0.14	0.13

<sup>a</sup> n = 39.

<sup>b</sup> Данные – это средние значения ± стандартное отклонение.

<sup>c</sup> 5-балльная шкала: 1 – низкая оценка; 5 – высокая оценка.

Отмечается сильная корреляция между ответами на три вопроса предварительной анкеты и ответами в ходе 1-го последующего наблюдения (Таблица 4).

Что касается режима сна, то группа продемонстрировала положительную тенденцию: продолжительность сна увеличилась, ночные кошмары снились им реже и были не такими частыми после вмешательства.

### УСТНЫЕ ИНТЕРВЬЮ В ХОДЕ 1-ГО ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Двадцать три человека участвовали в групповом диалоге в ходе последующего наблюдения через 6 месяцев и до настоящего момента. Посещаемость была ожидаемой и достаточной для качественно-

го анализа, т.е., во время интервью не возникло никакой новой информации (23). По результатам качественного анализа была подготовлена одна общая тема: «Курс по укреплению здоровья с множественными практическими результатами», а также разработаны две категории и восемь подкатегорий, представленные в Таблице 5.

### РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ

#### Улучшение здоровья и повышение уверенности в себе

Участницы отметили, что вмешательство по укреплению здоровья было важным по нескольким аспектам. Они рассказали, что получили много новых знаний, которые помогли им укрепить здоровье и повысить качество жизни. Кроме того, по окон-

**ТАБЛИЦА 4. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ВОПРОСАМИ О САМООЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, СИЛЕ/ЭНЕРГИИ И БОЛЯХ ПРИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ И ВО ВРЕМЯ 1-ОГО ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ<sup>a,b</sup>**

Вопросы	Исходные данные			1-ое последующее наблюдение		
	1	2	3	1	2	3
1. Как бы вы описали свое здоровье?	–	–	–	0.524**	–	–
2. Как часто вы могли бы сказать, что чувствуете силу и энергию?	0.764**	0.617**	–	–	0.373*	–
3. Насколько сильно недомогания и боли повлияли на вашу жизнь в течение последней недели?	0.578**	–	–	–	–	0.468**

\*: Значительная корреляция на уровне 0,05; \*\*: значительная корреляция на уровне 0,01. Корреляция считается значительной при уровне 0,05; \*\* корреляция считается значительной при уровне 0,01.

<sup>a</sup> n = 39.

<sup>b</sup> Тест ранговой корреляции Спирмена.

ТАБЛИЦА 5. ОБЩАЯ ТЕМА, КАТЕГОРИИ И ПОДКАТЕГОРИИ ИНТЕРВЬЮ ВО ВРЕМЯ 1-ОГО ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Общая тема	Категории	Подкатегории
Курс по укреплению здоровья с множественными практическими результатами	Расширение прав и возможностей	Улучшение здоровья и повышение уверенности в себе
		Языковая практика
		Социальные льготы
		Выполнение роли пропагандистов
	Измененные жизненные привычки и новые знания	Привычный режим питания
		Физическая активность
		Женский организм
		Роль родителей

чании этого курса они более уверенно принимают решения в отношении здоровья и лучше заботятся о своем здоровье.

*«Я здесь живу уже больше 6 лет и раньше никогда не получала такой информации, которую получила во время курса по укреплению здоровья, особенно что касается питания и организма, вопросы здоровья. Я узнала многое, чего не знала раньше».*

Участницы группы высказали общее мнение: вмешательство было слишком коротким, и неплохо было бы организовать дополнительные занятия, чтобы узнать больше. Им бы хотелось, чтобы вмешательство продолжилось с целью охвата максимального числа иммигрантов.

### Языковая практика

По мнению участниц, курс по укреплению здоровья позволил им не только улучшить знания о здоровье, но и стал отличной возможностью попрактиковаться в шведском языке и расширить свой словарный запас по темам миграции и здоровья. Некоторые участницы также использовали раздаточные материалы для распространения информации, поскольку они были написаны на шведском языке и создавали возможность для практического изучения языка.

### Социальные выгоды

Еще одним важным моментом, который упоминали женщины, стало расширение круга социального об-

щения благодаря этому вмешательству. Они подружались между собой и вместе стали участвовать в других мероприятиях. Участницы выразили свою благодарность ведущим за проявленный ими интерес, а также за уважительное и доброе отношение.

### Выполнение роли пропагандистов

Женщины делились новой и полезной информацией с друзьями, родственниками и соученицами во время уроков шведского языка. Раздаточные материалы оказались очень полезными для дальнейшей передачи информации. Иногда им бывало сложно убедить своих детей или мужей изменить режим питания; однако упорство и настойчивость помогли им добиться своего.

*«Я позвала членов семьи в общую комнату и показала им раздаточные материалы, а потом сказала: «Если вы хотите улучшить свое здоровье, надо делать так, как здесь написано». Потом я спросила: «Вы же хотите быть здоровыми?». «Конечно, хотим», - ответили они. И тогда мы изменили режим питания. Вначале было трудно, но теперь все к этому привыкли».*

## ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И НОВЫЕ ЗНАНИЯ

### Привычный режим питания

Главная привычка, которую изменили почти все участницы – это привычный режим питания. Они рассказали, как изменились их представления

о ежедневном приеме пищи; например, они стали завтракать. Некоторые участницы последовали еще одному совету о том, что должно быть в тарелке (например, половину тарелки должны занимать овощи, четверть – продукты, богатые углеводами, и еще одну четверть – белковые продукты). Среди других примеров были названы потребление большего количества овощей, питье воды вместо соков или кока-колы, потребление хлеба и макаронных изделий из цельнозерновой муки вместо продукции из белой муки: «Мои дети не любили овощи, но сейчас они их едят и уже привыкли к ним». Женщины также подтвердили, что благодаря этим новым привычкам им удалось сбросить вес. Потребление сахара значительно снизилось; например, они стали есть меньше пирожных и конфет. Это было связано не только с нежеланием поправиться, но и привело к улучшению здоровья зубов. Теперь они сознательно чистят зубы после потребления сладостей.

### Физическая активность

До участия в этом вмешательстве по укреплению здоровья физическая активность некоторых участниц ограничивалась только прогулками из одного места в другое, а другие указали, что никогда вообще не занимались физическими упражнениями. После вмешательства некоторые начали ходить пешком, вместо того, чтобы ездить на автобусе, а у других пешая ходьба стала одним из упражнений. Среди улучшений состояния здоровья они отметили повышение умственной работоспособности, указали, что стали меньше уставать при физической активности, чем раньше; стали лучше спать; уменьшились боли в спине: «Раньше я везде ездила на автобусе. А теперь я могу без усилий проходить пешком большие расстояния».

### Женский организм

Особенности женского организма были одной из тем обсуждения, которую участницы считали очень важной и о которой хотели больше узнать. Поскольку большинство участниц были правоверными мусульманками и совершали обряд омовения пять раз в день перед молитвой, вопросы интимной гигиены интересовали многих из них. Одна из участниц сказала, что перестала использовать лекарственное средство для интимной гигиены и считает, что стала чувствовать себя гораздо лучше. Некоторые из

женщин рожали каждый год или раз в два года, поэтому вопросы планирования семьи были еще одной важной тем, о которой они хотели узнать больше.

*«Я пришла к акушерке и сказала, что хочу отдохнуть, хочу выспаться. Посоветуйте мне что-нибудь. Что я могу использовать? Акушерка была в полном шоке: «Что случилось? Вы же обычно никогда ничего такого не принимали!». Но сегодня, 17-го числа этого месяца я собираюсь ввести себе этот контрацептивный имплантат».*

Одним из деликатных вопросов при обсуждении была девственность. Женщины прибыли из стран с такими традициями, где кровотечение после первого полового акта имеет большое значение. Им было очень трудно принять некоторые факты о женской анатомии, которые противоречили тому, что они знали раньше.

Участницы хотели получить больше информации о строении женского организма и о беременности; о том, как родители должны рассказывать своим дочерям о менструации. В их родных странах они получали поддержку от матерей или родственниц, но эти вопросы были вынуждены решать самостоятельно.

### Роль родителей

Женщины говорили, что им нужно как можно больше информации о воспитании детей в Швеции, поскольку здесь действуют другие законы, отличающиеся от тех, к которым они привыкли. Например, в Швеции запрещено физическое наказание детей, и это идет вразрез с культурными традициями, в которых считается, что без физического наказания ребенок ничему не научится. Также женщины делились своими опасениями о полномочиях социальных работников, которые могут забрать детей у родителей. Распространены неверные представления о том, что социальные работники заберут детей и поместят их в приемные семьи, если родители установят правила, которые не понравятся детям: «К нам приходил социальный работник. Но нам нужно знать больше о том, что они могут сделать, и что полиция может сделать. Они должны нам больше рассказывать об этом. Многие же ничего не знают!».



## ОБСУЖДЕНИЕ

Целью данного исследования было изучение восприятия состояния здоровья самими участницами перед осуществлением вмешательства с учетом их культурных особенностей, и в ходе двух последующих наблюдений. Результаты указывают на значительное улучшение самооценки состояния здоровья сразу же после вмешательства, со средней величиной эффекта, что соответствует результатам других вмешательств в Швеции (19–21). Проведение групповых диалогов содействовало групповой динамике и выработке рекомендаций с учетом мнений участниц; таким образом, это может оказаться более эффективным, чем проведение индивидуальных диалогов (19–21).

В ходе исследования хотелось бы отметить два основных результата: женщины почувствовали, что имеют более широкие права и возможности, и изменили свой образ жизни в лучшую сторону после этого вмешательства. Женщины рассказали, что этот курс на темы здоровья вдохновил их к изменению собственного образа жизни. Повышенная физическая активность и более здоровое питание стали наиболее заметными изменениями среди женщин в группе. Они также рассказали о том, что почти немедленно почувствовали положительный эффект от улучшения здоровья, что облегчило им переход к новым привычкам. Поскольку они были полны желания распространять информацию о пользе здорового образа жизни, они сами стали пропагандистами профилактических подходов. Это очень важно в долгосрочной перспективе, поскольку обучение детей правилам здорового образа жизни с ранних лет (например, для предупреждения ожирения у детей) повышает вероятность того, что они продолжат соблюдать эти правила во взрослой жизни, что может оказать позитивное воздействие на здоровье общества в целом (25). Самим женщинам это дает ощущение того, что они могут сделать что-то полезное для здоровья своей семьи и своих друзей.

Участницы выразили желание продолжить процесс обучения. Они указали, что почувствовали, насколько возросли их способности к обучению и возможности для принятия здоровых решений, направленных на изменение образа жизни. Теперь они более уверенно заботятся о собственном здоровье. Такие результаты подтверждаются и предыдущими

исследованиями (19–21). Как оказалось, вмешательство по укреплению здоровья оказало положительное влияние на повышение медицинской грамотности участниц (15), поскольку все они отметили, что могут более точно рассказывать о своем состоянии при общении с врачом или другими медицинскими работниками.

Наряду с положительным эффектом, связанным с улучшением здоровья женщин, модель учебного курса на темы здоровья сама по себе не несет дополнительной нагрузки для системы здравоохранения, поскольку для ее реализации требуются минимальные ресурсы. Помимо предоставления знаний о здоровье это вмешательство помогло участницам попрактиковаться в шведском языке. Таким образом, это вмешательство оказало прямое воздействие не только на индивидуальном уровне, но может иметь позитивный эффект на уровне всего общества, поскольку хорошее здоровье и успешная интеграция тесно связаны (2).

Участницы высоко оценили все темы и считают их важными; однако две темы привлекли самое серьезное внимание и вызвали оживленное обсуждение – включая занятия о женском организме и детальную информацию о социальной поддержке. В этих сферах особенно велики культурные и концептуальные различия, поэтому было важно противопоставить этому реальные факты, и сделать это в уважительной форме. Этот результат подчеркивает важность разработки интерактивных вмешательств с учетом культурных особенностей каждой целевой группы.

Небольшой размер группы вмешательства и незначительные объемы подготовленных материалов являются методологическим ограничением данного текущего исследования. Еще одним ограничением была неуверенность женщин при заполнении анкет, что также могло повлиять на качество данных. Кроме того, не представляется возможным подтвердить улучшение состояния их здоровья, то есть, сложно сказать, является ли средняя величина воздействия на самооценку состояния здоровья только результатом прослушанного учебного курса на темы здоровья. Из практических соображений в этом исследовании не была сформирована контрольная группа (однако в этой роли выступали сами участницы, заполнявшие анкеты до и после вмешательства). Однако подход с применением смешанных методов обеспечивает до-

стоверность данных, что только подчеркивает результаты наблюдений, свидетельствующие о том, что учебный курс на темы здоровья содействовал изменению образа жизни участниц. В докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья и Европейского регионального бюро ВОЗ рассматривались культурные детерминанты здоровья и использования описательных исследований в секторе здравоохранения (26).

## ВЫВОДЫ

Осуществление интерактивного вмешательства с учетом культурных особенностей с целью профилактики ухудшения здоровья, поддержки права на здоровье и расширения прав женщин, говорящих на арабском и сомалийском языках, содействовало улучшению их здоровья.

**Выражение признательности:** мы благодарим всех женщин и ведущих, принявших участие в этой работе. Данное исследование состоялось благодаря им. Мы также признательны г-же Erica Ericsson, сертифицированной медсестре и техническому руководителю медицинского центра Vårdcentralen Dalbo, регион Кронoberг, за оказанную поддержку в ходе реализации этого исследовательского проекта.

**Источник финансирования:** выражаем огромную благодарность Utvecklingsfonden (Фонду развития) за предоставленное финансирование.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Отказ от ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Всеобщая декларация прав человека. Организация Объединенных Наций [веб-сайт]. Париж: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 1948 г. ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/declhr.shtml/](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml/), по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
2. Психическое здоровье – состояние благополучия. Женева: Всемирная организация здравоохранения; август 2014 г. ([http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/ru/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ru/), по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
3. Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов. На пути к созданию Рамочной основы для совместных действий в Европейском регионе ВОЗ. Итоговый документ совещания высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов 23-24 ноября 2015 г. Рим, Италия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/298646/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health-ru.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298646/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health-ru.pdf), по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
4. Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Организация Объединенных Наций: Цели в области устойчивого развития [веб-сайт] (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>, по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
5. Regeringens proposition om riktlinjer för invandrar- och minoritetspolitiken m. m. Proposition 1975:26. Stockholm: The Swedish Parliament; 1975.
6. Statistics Sweden. Befolkningsstatistik [Population] (in Swedish; <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/folkmand-efter-fodelseland-19002015/> accessed 13 December 2016)
7. Här är 20 största språken i Sverige [Here are the top 20 languages in Sweden]. Språktidningen [website]. 29 March 2016 (in Swedish; <http://spraktidningen.se/blogg/har-ar-20-storsta-sprakerna-i-sverige>, accessed 13 December 2016).
8. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: Medical Research council Social and Public Health Sciences Unit; 2003.
9. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations and refugee trauma – toward an integrated conceptual framework. J Nerv Ment Dis. 1999;187 (4):200–7.
10. Ekblad S, Abazari A, Eriksson N-G. Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life. A qualitative analysis of Iranian and Swedish patients. Transcult Psychiatry. 1999;36:329–45.

11. Folkhälsorapport 2009 [Public health report 2009]. Socialstyrelsen: Stockholm, Sweden: 2009 (in Swedish; <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>, accessed 11 December 2016).
12. Hollander A-C, Bruce D, Ekberg J, Burström B, Ekblad S. The association between immigrant subgroup and poor mental health – a population-based register study. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(8):645–52.
13. Ingleby D. Ethnicity, migration and the “social determinants of health” agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21(2):331–41. doi:10.5093/in2012a29.
14. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380:1011–29.
15. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I et al. Health literacy – a new concept for general practice? *Aust Fam Physician.* 2009;38(3):144–7.
16. Maton KI. Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *Am J Community Psychol.* 2008;41(1–2):4–21.
17. Green J, Tones K. *Health promotion: planning and strategies.* London: Sage Publications; 2010.
18. Berkson SY, Tor S, Mollica R, Lavelle J, Cosenza C. An innovative model of culturally tailored health promotion groups for Cambodian survivors of torture. *Torture.* 2014;24(1):1–16.
19. Eriksson-Sjö T, Cederberg M, Östman M, Ekblad S. Quality of life and health promotion intervention – a follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmö, Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social Care.* 2012;8:112–26.
20. Ekblad S, Asplund M. Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden – pre and two post assessments. *Open J Prev Med.* 2013;3(1):12–21. doi:10.4236/ojpm.2013.31002.
21. Ekblad S, Persson-Valenzuela U-B. Lifestyle course is an investment in perceived improved health among newly arrived women from countries outside Europe. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(10):10622–40.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2007;62(1):107–15.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
24. Hsieh H-F, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277–88.
25. Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health.* 2014;24(Suppl 1):40–6.
26. Greenhalgh T. *Cultural contexts in health: the use of narrative research in the health sector.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network [HEN] synthesis report 49) ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1), accessed 4 December 2016).