

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2026-1-821-839

## **ВЛИЯНИЕ СОЦИОЛИНГВОКУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ НА СТРАТЕГИИ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ИНОСТРАННЫХ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В СТРАНАХ ВЫЕЗДА И НАЗНАЧЕНИЯ**

*А.С. Москвичева<sup>1,2</sup>, И.Б. Шикина<sup>2</sup>, В.В. Люцко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> АНО ВО «Московский университет «Синергия», г. Москва

<sup>2</sup> ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

**Актуальность.** Иностранцы трудовые мигранты являются экономически активной группой, однако сохранение их трудоспособности на высоком уровне часто осложняется недостаточной заботой о своем здоровье и снижением его уровня в прямой зависимости от длительности нахождения в принимающей стране. Их стратегии при обращении за медицинской помощью отличаются от принятых у местного населения.

**Цель исследования:** оценить ассоциацию между наличием социолингвокультурной адаптации и предпочтительной стратегией получения медицинской (в том числе, профилактической) помощи среди иностранных трудовых мигрантов, проживающих в Московской области, а также факторы, оказывающие влияние на решение о посещении врача в стране выезда.

**Материал и методы.** Поперечное исследование выполнено в формате анкетирования в феврале-апреле 2024 г. Всего 387 анкет, из которых в 229 случаях участники владели русским языком на достаточном для коммуникации на медицинские темы уровне, а в 119 - недостаточном.

**Результаты.** Иностранцы граждане на территории РФ чаще, чем в стране выезда, обращались за медицинской помощью в экстренной форме. Достаточный уровень владения русским языком оказал положительное влияние на частоту обращаемости за медицинской помощью в плановом порядке, использование медицинского страхового полиса и самооценку состояния здоровья. К предпочтению получения медицинской помощи в стране исхода приводили культурная и языковая идентичность, достаточные ресурсы (временные, финансовые) во время нахождения в ней.

**Обсуждение.** В зарубежных исследованиях приводятся разные данные о превалировании частоты медицинской помощи в экстренной форме у иностранных граждан, по сравнению с местным населением; однако их стратегии при получении медицинской помощи во всех странах имеют характерную специфику. Культурно-лингвистический барьер снижает вероятность участия иностранного гражданина в профилактических мероприятиях в принимающей стране, что подтверждается важностью культурно-языковой идентичности при выборе получения медицинских услуг в стране выезда.

**Заключение.** Необходима культурная и языковая адаптация при оказании медицинской помощи иностранным трудовым мигрантам.

**Ключевые слова:** иностранные трудовые мигранты, первичная медико-санитарная помощь, международное медицинское обслуживание, профилактические медицинские услуги, культурно-лингвистическая адаптация, Московский регион, поперечные исследования

## **INFLUENCE OF SOCIOLINGUOCULTURAL ADAPTATION ON STRATEGIES OF SEEKING MEDICAL CARE AND COMMITMENT TO PREVENTIVE MEASURES OF FOREIGN LABOR MIGRANTS IN COUNTRIES OF DEPARTURE AND DESTINATION**

*A.S. Moskvicheva<sup>1,2</sup>, I.B. Shikina<sup>2</sup>, V.V. Liutsko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Synergy University, Moscow*

<sup>2</sup>*Russian Research Institute of Health of Health, Moscow*

**Significance.** Foreign labor migrants are an economically active group, but maintaining their high level of productivity is often hampered by inadequate care for their health, which declines with time spent in the host country. Their strategies for seeking medical care differ from those of the local population.

**Purpose.** To assess the association between the presence of sociolinguocultural adaptation and preference for strategies for obtaining medical (including preventive) care among foreign labor migrants living in the Moscow region, as well as factors influencing the decision to visit a doctor in the country of departure.

**Material and methods.** A cross-sectional survey was conducted between February and April 2024. A total of 387 questionnaires were returned, of which 229 participants had sufficient Russian language proficiency for communicating on medical topics, and 119 had insufficient.

**Results.** Foreign citizens in the Russian Federation were more likely to seek emergency medical care than those in their country of origin. Adequate Russian language proficiency had a positive impact on the frequency of seeking routine medical care, the use of health insurance, and self-assessed health. Cultural and linguistic identity, as well as sufficient resources (time and financial) in the country of origin, contributed to the preference for receiving medical care in the country of origin.

**Discussion.** International studies provide varying data on the prevalence of emergency medical care among foreign citizens compared to the local population; however, their strategies for obtaining medical care in all countries have distinctive characteristics. A cultural and linguistic barrier reduces the likelihood of foreign citizens participating in preventive measures in the host country, which confirms the importance of cultural and linguistic identity when choosing to receive medical services in the country of origin.

**Conclusion.** Cultural and linguistic adaptation is necessary when providing medical care to foreign labor migrants.

**Key words:** foreign labor migrants, primary health care, international health care, preventive health services, cultural and linguistic adaptation, Moscow region, cross-sectional studies

**Введение.** Иностранные трудовые мигранты являются экономически активной социальной группой и вносят значительный вклад в валовый внутренний продукт многих стран мира, включая Российскую Федерацию (РФ) [1]. Хорошее состояние здоровья является одним из основных условий их активного и полноценного вовлечения в трудовой процесс в

стране назначения, однако взаимодействие мигрантов с системой здравоохранения принимающей страны имеет ряд особенностей [2]. В исследованиях, посвященных этому вопросу, описаны: снижение самооценки физического и психического состояния здоровья у иностранных трудящихся пропорционально времени нахождения в чужой стране, значительное влияние профессиональных факторов риска [3], низкие уровни грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ) и степени культурной адаптации [4].

Особое внимание в научной литературе неизменно уделяется высокому бремени инфекционных и хронических неинфекционных заболеваний среди иностранных трудовых мигрантов. При этом негативное влияние многих из них (туберкулез, ВИЧ и вирусные гепатиты [5], артериальная гипертензия [6], инсулиннезависимый сахарный диабет [7] и психические заболевания [8]) в настоящее время может быть значительно уменьшено, благодаря своевременной профилактике.

Однако превентивные стратегии в вопросах здоровья не являются типичными для людей, сменивших место жительства в поисках работы [9]. В международных научных исследованиях показана их более низкая вовлеченность в профилактические мероприятия по сравнению с населением принимающей страны, а также более характерное обращение в медицинские организации при развитии экстренных и неотложных состояний, а не в плановом порядке [10]. Кроме того, они часто избегают обращения за медицинской помощью в принимающей стране, откладывая визит и дожидаясь возвращения в страну происхождения, чтобы посетить медицинского работника. Это не только осложняет возможности профилактики, но и нарушает принципы непрерывности, преемственности и своевременности при оказании медицинской помощи [11].

Описанная ситуация складывается не только по субъективным причинам, то есть из-за личного нежелания иностранного гражданина уделять внимание вопросам своего здоровья. На нее влияет и ряд специфических барьеров (культурных и языковых, информационных, финансовых), которые снижают доступность медицинской помощи для иностранных трудящихся в стране назначения. Ухудшение состояния здоровья препятствует возможности активного и эффективного труда, приводит к возрастанию нагрузки на систему здравоохранения из-за обращения на поздних стадиях заболевания, когда медицинская помощь часто требуется в экстренной форме [12]; кроме того, такой сценарий противоречит и базовым принципам гуманности и соблюдения неотъемлемого права на здоровье, декларируемого Всемирной организацией здравоохранения и Конституцией РФ.

Изучение причин низкой обращаемости за первичной медико-санитарной помощью, в том числе, профилактической медицинской помощью, на территории РФ иностранными гражданами из стран, вносящих наибольший вклад в миграционный прирост в РФ (Республики Таджикистан, Молдова, Армения, Узбекистан и Кыргызская Республика [13]), и предпочтение получения медицинских услуг в стране выезда, представляется важным для разработки персонифицированных стратегий профилактики в этой социальной группе с целью снижения непроизводительных трудовых потерь по причине нетрудоспособности на территории РФ.

**Цель исследования.** Оценить ассоциацию между наличием социолингвокультурной адаптации и предпочтительной стратегией получения медицинской (в том числе, профилактической) помощи среди иностранных трудовых мигрантов, проживающих в Московской области, а также факторы, оказывающие влияние на решение о посещении врача в стране выезда.

**Материал и методы исследования.** Был выбран дизайн поперечного исследования в формате анкетирования, место проведения - г. Москва и Московская область (далее - Московский регион), на основании данных Росстата они определены как одни из зон с высоким миграционным приростом [13]. Участники приглашались путем сплошной выборки на объектах социального назначения (медицинские и образовательные организации, дома культуры, спортивные комплексы, административные здания), рынках, в торговых центрах в период с февраля по апрель 2024 г. и включались в исследование при соответствии следующим критериям: возраст от 18-65 лет; гражданство, отличное от гражданства РФ; постоянное проживание в Московской области; наличие трудовой занятости; факт обращения за время пребывания в РФ за медицинской помощью (со слов респондента, без учета медицинского осмотра в рамках медицинской комиссии для Министерства внутренних дел) вне зависимости от формы ее оказания как на территории РФ, так и в стране выезда (включая телемедицинские консультации). Согласие на участие в исследовании получалось у каждого участника в устной форме до выдачи бланка анкеты и в письменной форме перед началом ее заполнения. Анкетные формы были полностью анонимны и не содержали полей с потенциальной возможностью получения персональных данных респондента.

Общее число анкет, подвергнутых анализу и статистической обработке, составило 387. Часть бланков (n=17) была исключена из-за дефектов (частично заполненные и невозвращенные; отметка в нескольких полях в вопросах, где предполагался один вариант

ответа). Для расчета достаточного размера выборки из генеральной совокупности иностранных граждан, проживающих на территории Московской области, определены доверительная вероятность 95% и доверительный интервал 5% [13].

Вопросы для проведения исследования были разработаны авторами лично и включали: социально-демографический блок, объем потребовавшейся/полученной медицинской помощи и основные факторы, препятствовавшие обращению за ней. Для самооценки здоровья респонденту предлагалось заполнить версию 5L опросника EQ-5D, валидированного в России [14], включая оценку текущего состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где 100 баллов соответствовали наилучшему, а 0 баллов - наихудшему состоянию из возможных по представлениям респондента.

Для оценки приверженности профилактической направленности при получении медицинской помощи были выбраны несколько показателей [15]. Первый - посещение врача в амбулаторных условиях, которое, согласно данным научных публикаций, связано с более высокими показателями приверженности выполнению профилактических мероприятий. Предположительно, такая ассоциация возникает благодаря высокой вероятности упоминания медицинским работником во время консультации некоторых принципов здорового образа жизни в ключе основного заболевания/состояния пациента [16]. Второй - проведение диагностических мероприятий. Из перечня лабораторно-инструментальных исследований (в том числе: определение уровня общего холестерина в крови, глюкозы в крови натощак, выполнение электрокардиографии в покое, измерение внутриглазного давления, взятие мазка с шейки матки в рамках проведения скрининга/взятие урологического мазка из уретры), представленных в анкете, участнику предлагалось отметить все, которые ему выполнялись. Если метод не был представлен, его можно было вписать в дополнительном свободном поле. Третий - прохождение плановой вакцинации, был выбран в связи с ее важной ролью в профилактике инфекционных заболеваний и различным отношением к ней в отдельных социально-демографических группах населения [17].

Наиболее значимый фактор, приводящий к реальному или потенциальному решению получать медицинскую помощь в стране выезда, определялся по шкале Лайкерта (Likert scale), возможность оценки влияния предоставлялась по 5-балльной системе, где «5» соответствовало наибольшей значимости и сильному влиянию, а «1» - крайне слабому влиянию.

Для распределения в группы достаточного (1-я группа) и недостаточного (2-я группа) владения русским языком для коммуникации на медицинскую тематику использовался короткий скрининговый инструмент из 10 вопросов (среднее время проведения 3-5 минут) в формате устного опроса с фиксацией ответов интервьюером (для исключения влияния помощи третьих лиц), также разработанный авторами исследования. Порогом достаточного владения были выбраны правильные ответы на 7 и более вопросов. Участники, обращавшиеся только за медицинской помощью в экстренной форме (39 человек; 10,07%) в группы не включались (так как не пользовались профилактическими услугами).

При заполнении основной анкеты для преодоления языкового барьера (в случае недостаточного знания респондентом русского языка) была возможность попросить о сопровождении волонтера, владеющего одним из языков стран Содружества Независимых государств (СНГ): таджикский, молдавский, армянский, киргизский, узбекский. По инструкции помощнику были запрещены любые формы подсказок, которые могли повлиять на решение при выборе ответа респондентом.

Статистическая обработка выполнялась в программе SPSS Statistics 27. Проверка гипотез проводилась по качественным показателям: о наличии связи между группами с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона, в случаях малых частот для проверки статистической гипотезы о наличии связи применяли точный критерий Фишера. Для сравнения средних значений ВАШ между группами использовался непараметрический (Манна-Уитни) критерий. Для сравнения процентов внутри групп (таблица 1, в колонках «в РФ» и «в стране выезда») применялся критерий МакНемара. Дополнительно рассчитывались  $M \pm SD$ . Критическим уровнем статистической значимости считали 0,05.

**Результаты исследования.** Достаточный уровень владения русским языком для коммуникации на медицинские темы был определен у 229 человек (1-я группа), недостаточный - у 119 человек (2-я группа). В исследовании приняли участие 52,97% мужчин и 47,03% женщин, средний возраст участников составил  $31,4 \pm 8,2$  лет. 73,64% проживали в РФ с близкими, родственниками, друзьями или имели регулярные контакты с аналогичными людьми в стране выезда. Высшее образование было у 5,88%, среднее общее у 37,95%, среднее специальное у 47,77%, остальные указали иное (12,40%). Большинство работало в строительстве (37,98%), сфере услуг (34,62%), меньшая часть - в производстве (16,29%) и других сферах (11,11%). Время непрерывного проживания в РФ для участвовавших иностранных граждан составило  $1,9 \pm 1,2$  года. В 1-й группе среди участников были граждане

(% указан от общего числа респондентов с гражданством этой страны в исследовании): Республики Беларусь (100%), Республики Молдова (100%), Республики Армения (71%), Республики Узбекистан (30%), Республики Таджикистан (19%), Кыргызской Республики (17%). Остальные участники относились ко 2-й группе.

За время пребывания в РФ почти каждый третий участник (37,47%) обращался за медицинской помощью в экстренной форме на территории РФ, и каждый четвертый (25,06%) - на территории своей страны выезда (во время визитов домой).

О наличии страхового медицинского полиса (обязательного (далее - ОМС) и/или добровольного (далее - ДМС) медицинского страхования) сообщили все участники исследования, однако частота его использования при обращении в медицинские организации между группами достоверно различалась: в 1-й группе - 87,86%, во 2-й группе - 5,94% ( $p < 0,05$ ). В остальных случаях визит к медицинскому работнику происходил за счет негосударственных источников в т.ч. домашних хозяйств (личных средств граждан).

**Таблица 1**

Сравнение использования медицинских услуг между группами респондентов (параметры сравнения указаны без уточнения формы собственности медицинской организации).

Параметр сравнения	1-я группа (n=229 чел.)			2-я группа (n=119 чел.)			p-value (сравнение между 1-й и 2- й группами)
	в РФ	в стране выезда	p-value	в РФ	в стране выезда	p-value	
<b>консультация врача в амбулаторных условиях*, %</b>	83,84	20,96	0,004	5,88	94,95	<0,001	<0,001
<b>выполнение лабораторно-инструментальных исследований, %</b>	36,68	10,92	0,023	10,08	11,76	0,845	<0,001
<b>выполнение плановой вакцинации, %</b>	44,98	4,80	0,002	7,56	6,72	0,523	<0,001

\*превышение 100% связано с выбором в анкете респондентом обращения за некоторыми медицинскими услугами как в стране выезда, так и в стране назначения (множественный выбор)

Самооценка здоровья по второй части версии 5L опросника EQ-5D (шкале ВАШ) в первой группе составила  $68,1 \pm 9,4$ ; во второй группе -  $56,0 \pm 7,8$  ( $p < 0,05$ ).

Распределение объема полученных медицинских услуг в РФ и в стране выезда между группами сравнения представлено в таблице 1.

Результаты ответов иностранных граждан о причинах реального или потенциального предпочтения получения медицинской помощи в стране выезда, представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1.** Факторы, влияющие на предпочтение обращения за медицинской помощью в стране выезда\*

\*1 балл соответствовал минимальной значимости фактора, 5 баллов - определяющей значимости фактора при решении об обращении за медицинской помощью не в РФ, а в стране выезда

**Обсуждение.** Распределение участников исследования по полу, возрасту, странам выезда и длительности пребывания в РФ соответствовало данным официальной статистики о миграции населения в РФ [13]. Таким образом, результаты, полученные на основании представленной выборки, можно считать показательными. Преобладание респондентов, владеющих русским языком на достаточно высоком для коммуникации на медицинские темы уровне, представляется закономерным, с учетом их происхождения из стран бывшего СНГ.

В настоящем исследовании иностранные граждане на территории РФ чаще, чем в стране выезда, обращались за медицинской помощью в экстренной форме. В систематическом обзоре, опубликованном Asquadro-Pasera G. с соавт. (2024), напротив, не выявлено четкой закономерности частоты обращений в отделения экстренной и неотложной медицинской помощи в зависимости от статуса мигранта/местного жителя [18]. Однако авторы делают

акцент ряде других особенностей, показавших ассоциацию с переездом в страну или рождением на ее территории. Так, иностранные граждане, в отличие от местного населения, чаще обращаются в отделения, оказывающие медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах при наличии более легких симптомов; реже до этого получают медицинскую консультацию в амбулаторных условиях; чаще самовольно покидают стационары и не получают выписной эпикриз [18]. По мнению коллег, совокупность этих факторов создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения, снижает эффективность текущего лечения из-за отсутствия информации о предыдущих его этапах и анамнеза пациента, делает затруднительной организацию профилактических мероприятий.

С другой стороны, Keizer E. с соавт. (2021) выявили закономерность, аналогичную с результатами настоящего исследования: внешние мигранты чаще обращаются за получением медицинской помощи в экстренной и неотложной, а не в плановой форме. Коллеги предполагают, что первый вариант представляется этим лицам более очевидным, простым и доступным; кроме того, они часто обладают высоким уровнем тревожности, имеют сложности при контакте с врачом в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе, из-за временных ограничений медицинской консультации. Зарубежные авторы предлагают уделять больше внимания адаптации иностранных граждан в системе здравоохранения принимающей страны: санитарно-гигиеническому обучению, в том числе, повышению их ГВЗ и заинтересованности в участии в профилактических мероприятиях, формированию понятных стратегий при обращении за медицинской помощью, особенно – приоритета в получении первичной медико-санитарной помощи [19;20].

Все участники исследования сообщили о наличии полиса ОМС и/или ДМС. Однако, нельзя исключить, что некоторые участники могли подтвердить его наличие, так как это ответ, соответствующий эффекту социальной желательности: обладание медицинским страховым полисом является обязательным условием легального пребывания на территории РФ. При этом фактически полис ОМС/ДМС мог отсутствовать, так как, согласно результатам, большинство респондентов из группы низкого владения русским языком не использовали его при обращении за медицинской помощью. Второй возможной причиной такого результата может быть недостаточное знание о практическом применении страховых механизмов и формальное отношение к медицинскому страховому полису среди иностранных трудовых мигрантов, как показано в исследовании Рязанцева С.В. с соавт. (2023). По мнению авторов этой научной публикации, обозначенная ситуация приводит не только к снижению

доступности медицинской помощи в этой социальной группе, но и вызывает рост социальной напряженности: дополнительные траты на формальный документ воспринимаются иностранными работниками негативно и побуждают в дальнейшем экономить, в том числе, при возникновении реальной необходимости обращения к врачу [2].

Участники с недостаточным владением русским языком ниже оценили состояние своего здоровья при оценке по второй части версии 5L опросника EQ-5D - шкале ВАШ (по сравнению с теми, кто оказался в группе достаточного владения). Языковой барьер оказывает существенное негативное влияние на доступность медицинской помощи для иностранных мигрантов и снижает уровень их здоровья [21]. Невозможность адекватной коммуникации с медицинским работником приводит к низкой удовлетворенности оказанными медицинскими услугами и необходимости повторных визитов, слабому пониманию предоставленной информации (как в процессе медицинской консультации, так и опубликованной в открытом доступе при последующем самостоятельном поиске). Кроме того, в исследованиях подчеркивается более редкое участие в мероприятиях по медицинской профилактике среди иностранцев, не владеющих языком принимающей страны [21;22]. Последний факт установлен и при анализе результатов настоящего исследования: иностранные граждане из второй группы реже сообщали об использовании медицинских услуг, выполняемых с профилактической целью, на территории РФ. При этом те же участники, вероятно, обращались за ними в стране выезда, что, скорее всего, делает ошибочным предположение о хорошем здоровье, как причинном факторе пренебрежения профилактическими мероприятиями.

Не только в РФ, но и в мире услуги по профилактике заболеваний не входят в полис ОМС/ДМС и их аналоги. Формируется негативный синергизм нарастающих проблем со здоровьем из-за особенностей жизни и труда в эмиграции, реальных или потенциальных ограничений при обращении за медицинской помощью, культурных и языковых барьеров, недостаточной информированности о правах и возможностях в рамках страховой медицины, а также использования страховых механизмов. Последний факт дополнительно вызывает нарастающее недовольство из-за «отсутствия прозрачности» при формировании плана лечения и расчета его итоговой стоимости в глазах иностранного гражданина [23;24]. Можно также предположить, что более низкая частота посещаемости врачей участниками из 2-й группы связана и со слабым пониманием рекомендаций по модификации труда и/или образа жизни (или даже невозможностью их выполнения). Так как коммуникация со стороны

медицинского работника в этом случае не окажет достаточного влияния для смещения приоритета с получения дохода в ущерб здоровью (возможно даже на короткий временной промежуток) на фокус на здоровом, активном и длительном трудовом периоде (где в перспективе доход может быть даже значительно выше) [2].

Низкая частота выполнения плановой вакцинации, выявленная при анализе результатов настоящего исследования, подтверждается в других научных работах: мигранты имеют ограниченные возможности для ее выполнения по различным причинам, реже обладают достаточным уровнем ГВЗ для ее самостоятельной инициации и реже получают рекомендации от медицинских работников [17;25]. Более того, респонденты могли сообщать о выполненных прививках так же, как и о наличии полиса ОМС/ДМС, особенно в первой группе, выбирая социально желательный ответ с учетом культурной и лингвистической адаптации в РФ.

Среди основных причин предпочтения иностранными мигрантами медицинской помощи в стране выезда, стоит особо отметить две, демонстрирующие наиболее сильное влияние: несовпадение культурной и языковой идентичности, а также временные и финансовые ограничения. В зарубежных исследованиях эти факторы также подтверждены как ключевые. Дополнительно отмечены влияния связей с родственниками и друзьями в стране выезда («наличие знакомого врача» - в настоящем исследовании), низкого доверия к системе здравоохранения в принимающей стране (в настоящем исследовании подобный ответ не был получен, несмотря на возможность его выбора в перечне ответов) [11].

Представленное исследование имело ряд ограничений. Короткий тест для распределения участников в группы достаточного и недостаточного владения русским языком не является валидным. Однако выполнение стандартных оценочных процедур (например, теста по русскому языку как иностранному) не представлялось возможным и целесообразным в настоящем исследовании. При анализе не учитывалось возможное получение медицинских услуг некоторыми иностранными гражданами параллельно и в РФ, и в стране происхождения. Использованный метод сплошной выборки на социальных объектах мог исключить часть генеральной совокупности иностранных трудовых мигрантов (тех, кто их не посещает). Авторы старались включить в зону опроса наиболее разнообразные типы социальных объектов, чтобы уменьшить риск систематической ошибки отбора. При обработке результатов оценка производилась без учета страны происхождения, однако СНГ является мультикультурным образованием, что делает изучение локальных этнических особенностей

возможной актуальной темой для будущих работ. Выбранный дизайн исследования не позволяет установить причинно-следственные связи (например, при оценке связи низкой самооценки здоровья и редкого обращения за профилактической помощью). Определенные сомнения может вызывать валидность отчета о получении медицинской помощи, основанная на воспоминаниях респондента. Особого внимания требуют отчеты иностранных граждан о наличии полиса ОМС/ДМС, так как признание его отсутствия косвенно является подтверждением нелегального пребывания на территории РФ. Еще одним серьезным ограничением является выбранная территория проведения анкетирования. Московский регион, несмотря на высокую привлекательность для трудовых мигрантов и являющийся, по этой причине, удобной зоной для проведения аналогичных исследований, не может предоставить исчерпывающий опыт для тиражирования полученных результатов на всей территории РФ. Их использование в других регионах будет требовать локальной адаптации.

Тем не менее, организационная работа по наращиванию объемов медицинской помощи в плановой форме, в том числе, по участию группы иностранных трудовых мигрантов в профилактических мероприятиях, повышению их уровня ГВЗ и санитарно-гигиеническому обучению (в том числе, с повышением эффективности использования страховых механизмов) являются необходимыми в Московском регионе, как субъекте РФ, и согласуется с задачами, поставленными в международных исследованиях. Комплексная социолингвокультурная адаптация как самих иностранных граждан, так и отдельных элементов системы здравоохранения принимающей страны, будет способствовать более быстрой интеграции трудовых мигрантов, поддержанию состояния их здоровья на высоком уровне и возможности эффективной реализации трудовой функции (как основной цели пребывания в принимающей стране), снижению социальной напряженности и нагрузки на систему здравоохранения [5;7]. Вариантами реализации такой стратегии могут стать разработка ресурсов для самооценки состояния здоровья и базового самоконтроля, набирающие в настоящее время популярность [26] и позволяющие гибко адаптировать их возможности под потребности отдельных групп населения. В подобные проекты могут быть включены создание и внедрение культурно адаптированных и переведенных на основные языки информационных материалов в поликлиниках в некоторых районах МО с наибольшим миграционным приростом; организация групп медицинского консультирования и обучения культурных медиаторов из числа иностранных трудовых мигрантов; возможность конструктора услуг при приобретении полиса ДМС для иностранных трудовых мигрантов и проведение информационной работы в

целевой группе в отношении возможностей и ограничений его использования; организация целевых программ вакцинации на предприятиях, где доля иностранных работников является высокой.

**Заключение.** Проведенное исследование позволило установить влияние социолингвокультурной адаптации на вероятность обращения иностранными трудовыми мигрантами за медицинской помощью в принимающей стране или в стране происхождения, на эффективное использование страховых механизмов, а также на приверженность мероприятиям по медицинской профилактике. Основной причиной, повлиявшей на обращение за медицинской помощью в стране выезда, респонденты назвали культурную и языковую идентичность, достаточные ресурсы (временные, финансовые) и понятный порядок обращения за медицинской помощью. Для повышения охвата профилактическими мероприятиями в социально-демографической группе иностранных трудовых мигрантов могут быть рекомендованы проекты по культурной и лингвистической адаптации как самих иностранных работников, так и профилактических стратегий для них; образовательные меры по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья и смещению приоритета в сторону превентивных подходов, осознанного и эффективного использования медицинских страховых полисов.

### Список литературы

1. Аржаев Ф.И., Андрюхин В.Ю. Вклад миграционных потоков из стран СНГ в экономический рост России на современном этапе. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2023;176(4):176-201. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.4.2397>
2. Рязанцев С.В., Иванова А.Е., Вангородская С.А. Медицинская помощь таджикским трудовым мигрантам в России. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2023;(2):76-82. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2023.02.011>
3. Ingwersen K, Thomsen SL. Workload disparities and their role in the health of migrants and natives in Germany. BMC Public Health. 2024;24(1):2164. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19606-3>
4. Москвичева А.С., Давидов Д.Р., Шикина И.Б. Уровень медицинской грамотности и распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у трудовых

мигрантов городского округа Котельники Московской области. Профилактическая медицина. 2025;28(5):34-40. <https://doi.org/10.17116/profmed20252805134>

5. Baggaley RF, Zenner D, Bird P, et al. Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage. *Lancet Public Health*. 2022;7(10):e876-e884. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00174-8)

6. Rada I, Cabieses B. Challenges for the prevention of hypertension among international migrants in Latin America: prioritizing the health of migrants in healthcare systems. *Front Public Health*. 2024;(11):1125090. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1125090>

7. Bennet L, Agyemang C. Prevention of type 2 diabetes in migrant populations from low- and middle-income countries living in high-income countries. *Diabetologia*. 2025;68(11):2405-2419. <https://doi.org/10.1007/s00125-025-06465-9>

8. Fiorini G, Franchi M, Pellegrini G, et al. Characterizing non-communicable disease trends in undocumented migrants over a period of 10 years in Italy. *Sci Rep*. 2023;13(1):7424. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34572-3>

9. Москвичева А.С., Давидов Д.Р., Шикина И.Б., Люцко В.В. Особенности организации медицинской помощи социально-демографической группе трудовых мигрантов в Российской Федерации: учебно-методическое пособие. Казань: ООО «Бук»; 2025

10. Tzogiou C, Boes S, Brunner B. What explains the inequalities in health care utilization between immigrants and non-migrants in Switzerland? *BMC Public Health*. 2021;21(1):530. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10393-9>

11. Stepanova V, Poppleton A, Ponsford R. Central and Eastern European Migrants in the United Kingdom: A Scoping Review of the Reasons for Utilisation of Transnational Healthcare. *Health Expect*. 2024;27(4):e14155. <https://doi.org/10.1111/hex.14155>

12. Tsai PL, Ghahari S. Immigrants' Experience of Health Care Access in Canada: A Recent Scoping Review. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(3):712-727. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01461-w>

13. Федеральная служба государственной статистики. Информационно-аналитические материалы. Численность и миграция населения Российской Федерации [Сайт]. Доступно по ссылке: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul\\_migr\\_2023.xlsx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_migr_2023.xlsx) (10.01.2026)

14. Акулова А.И., Гайдукова И.З., Ребров А.П. Валидация версии 5L опросника EQ-5D в России. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56(3):351-355. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-351-355>

15. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Минздрава России от 27.04.2021 №404н
16. Ares-Blanco S, López-Rodríguez JA, Polentinos-Castro E, Del Cura-González I. Effect of GP visits in the compliance of preventive services: a cross-sectional study in Europe. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):165. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02400-w>
17. Rojas-Venegas M, Cano-Ibáñez N, Khan KS. Vaccination coverage among migrants: A systematic review and meta-analysis. *Semergen*. 2022;48(2):96-105. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2021.10.008>
18. Acquadro-Pacera G, Valente M, Facci G, et al. Exploring differences in the utilization of the emergency department between migrant and non-migrant populations: a systematic review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):963. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18472-3>
19. Keizer E, Senn O, Christensen MB, et al. Use of acute care services by adults with a migrant background: a secondary analysis of a EurOOHnet survey. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):119. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01460-6>
20. Sauzet O, David M, Naghavi B, et al. Adequate Utilization of Emergency Services in Germany: Is There a Differential by Migration Background? *Front Public Health*. 2021;(8):613250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.613250>
21. Jia H. Language barriers and health inequality: Examining access to healthcare for migrants with chronic illnesses in China. *Public Health*. 2025;240:148-153. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.037>
22. Nisar M, Costa N, Kolbe-Alexander T, et al. Exploring Healthcare Access Challenges Among South Asian Migrants in Australia: A Mixed-Method Study. *Health Promot J Austr*. 2025;36(2):e70008. <https://doi.org/10.1002/hpja.70008>
23. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica*. 2020;54:20. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>
24. Исаев Д.В. Медицинское страхование для мигрантов как часть миграционной политики государства. *Вестник Алтайской академии экономики и права*. 2024;9(2):202-207
25. Deal A, Crawshaw AF, Salloum M, et al. Understanding the views of adult migrants around catch-up vaccination for missed routine immunisations to define strategies to improve coverage: A UK in-depth interview study. *Vaccine*. 2024;42(13):3206-3214. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.04.005>

26. Riegel B, De Maria M, Barbaranelli C, et al. Measuring Self-Care: A Description of the Family of Disease-Specific and Generic Instruments Based on the Theory of Self-Care of Chronic Illness. *J Cardiovasc Nurs.* 2025;40(2):103-113. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001146>

### References

1. Arzhaev FI, Andryukhin VY. Vklad migracionnyh potokov iz stran SNG v jekonomicheskij rost Rossii na sovremennom jetape [The Contribution of Migration Flows from the Cis Countries to the Economic Growth of Russia at the Present Stage]. *Monitoring obshhestvennogo mnenija: jekonomicheskie i social'nye peremeny [Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes].* 2023;176(4):176-201. (In Russian) <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.4.2397>

2. Ryazantsev SV, Ivanova AE, Vangorodskaya SA. Medicinskaja pomoshh' tadjhiskim trudovym migrantam v Rossii [Medical care for Tajik migrant workers in Russia]. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N.A. Semashko [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health].* 2023;(2):76-82 (In Russian). <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2023.02.011>

3. Ingwersen K, Thomsen SL. Workload disparities and their role in the health of migrants and natives in Germany. *BMC Public Health.* 2024;24(1):2164. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19606-3>

4. Moskvicheva AS, Davidov DR, Shikina IB. Uroven' medicinskoj gramotnosti i rasprostranennost' faktorov riska hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij u trudovyh migrantov gorodskogo okruga Kotel'niki Moskovskoj oblasti [Level of health literacy and prevalence of risk factors for chronic non-communicable diseases among the Kotelniki city district labor migrants of the Moscow region]. *Profilakticheskaja medicina [Russian Journal of Preventive Medicine].* 2025;28(5):34-40. (In Russian) <https://doi.org/10.17116/profmed20252805134>

5. Baggaley RF, Zenner D, Bird P, et al. Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage. *Lancet Public Health.* 2022;7(10):e876-e884. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00174-8)

6. Rada I, Cabieses B. Challenges for the prevention of hypertension among international migrants in Latin America: prioritizing the health of migrants in healthcare systems. *Front Public Health.* 2024;(11):1125090. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1125090>

7. Bennet L, Agyemang C. Prevention of type 2 diabetes in migrant populations from low- and middle-income countries living in high-income countries. *Diabetologia*. 2025;68(11):2405-2419. <https://doi.org/10.1007/s00125-025-06465-9>
8. Fiorini G, Franchi M, Pellegrini G, et al. Characterizing non-communicable disease trends in undocumented migrants over a period of 10 years in Italy. *Sci Rep*. 2023;13(1):7424. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34572-3>
9. Moskvicheva AS, Davidov DR, Shikina IB, Liutsko VV. Peculiarities of organizing medical care for the socio-demographic group of labor migrants in the Russian Federation: a teaching aid [Osobnosti organizacii medicinskoj pomoshhi social'no-demograficheskoi grupe trudovykh migrantov v Rossijskoj Federacii: uchebno-metodicheskoe posobie]. Kazan': OOO «Buk»; 2025. (In Russian)
10. Tzogiou C, Boes S, Brunner B. What explains the inequalities in health care utilization between immigrants and non-migrants in Switzerland? *BMC Public Health*. 2021;21(1):530. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10393-9>
11. Stepanova V, Poppleton A, Ponsford R. Central and Eastern European Migrants in the United Kingdom: A Scoping Review of the Reasons for Utilisation of Transnational Healthcare. *Health Expect*. 2024;27(4):e14155. <https://doi.org/10.1111/hex.14155>
12. Tsai PL, Ghahari S. Immigrants' Experience of Health Care Access in Canada: A Recent Scoping Review. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(3):712-727. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01461-w>
13. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Informacionno-analiticheskie materialy [Federal State Statistics Service. Information and analytical materials]. Chislennost' i migracija naselenija Rossijskoj Federacii [Sajt] [Population and migration of the Russian Federation [Site]]. Available from: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul\\_migr\\_2023.xlsx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Bul_migr_2023.xlsx) (Date accessed: Jan 10, 2026). (In Russian)
14. Akulova A.I., Gaydukova I.Z., Rebrov A.P. Validacija versii 5L oprosnika EQ-5D v Rossii [Validation of the EQ-5D questionnaire version 5L in Russia]. *Nauchno-prakticheskaja revmatologija [Rheumatology Science and Practice]*. 2018;56(3):351-355. (In Russian) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-351-355>.
15. Ob utverzhdenii Porjadka provedenija profilakticheskogo medicinskogo osmotra i dispanserizacii opredelennykh grupp vzroslogo naselenija [On approval of the Procedure for conducting preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population]: Prikaz Minzdrava Rossii ot 27.04.2021 №404n [Order of the Ministry of Health of Russia dated April 27, 2021 No. 404n]. (In Russian)

16. Ares-Blanco S, López-Rodríguez JA, Polentinos-Castro E, et al. Effect of GP visits in the compliance of preventive services: a cross-sectional study in Europe. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):165. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02400-w>
17. Rojas-Venegas M, Cano-Ibáñez N, Khan KS. Vaccination coverage among migrants: A systematic review and meta-analysis. *Semergen*. 2022;48(2):96-105. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2021.10.008>
18. Acquadro-Pacera G, Valente M, Facci G, et al. Exploring differences in the utilization of the emergency department between migrant and non-migrant populations: a systematic review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):963. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18472-3>
19. Keizer E, Senn O, Christensen MB, et al. Use of acute care services by adults with a migrant background: a secondary analysis of a EurOOHnet survey. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):119. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01460-6>
20. Sauzet O, David M, Naghavi B, et al. Adequate Utilization of Emergency Services in Germany: Is There a Differential by Migration Background? *Front Public Health*. 2021;(8):613250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.613250>
21. Jia H. Language barriers and health inequality: Examining access to healthcare for migrants with chronic illnesses in China. *Public Health*. 2025;240:148-153. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.037>
22. Nisar M, Costa N, Kolbe-Alexander T, et al. Exploring Healthcare Access Challenges Among South Asian Migrants in Australia: A Mixed-Method Study. *Health Promot J Austr*. 2025;36(2):e70008. <https://doi.org/10.1002/hpja.70008>
23. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica*. 2020;54:20. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>
24. Isaev DV. Medicinskoe strahovanie dlja migrantov kak chast' migracionnoj politiki gosudarstva [Health insurance for migrants as part of the state's migration policy]. *Vestnik Altajskoj akademii jekonomiki i prava* [Bulletin of the Altai Academy of Economics and Law]. 2024;9(2):202-207. (In Russian)
25. Deal A, Crawshaw AF, Salloum M, et al. Understanding the views of adult migrants around catch-up vaccination for missed routine immunisations to define strategies to improve coverage: A UK in-depth interview study. *Vaccine*. 2024;42(13):3206-3214. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.04.005>

26. Riegel B, De Maria M, Barbaranelli C, et al. Measuring Self-Care: A Description of the Family of Disease-Specific and Generic Instruments Based on the Theory of Self-Care of Chronic Illness. *J Cardiovasc Nurs.* 2025;40(2):103-113. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001146>

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Москвичева Александра Станиславовна** — кандидат медицинских наук, доцент медицинского факультета АНО ВО «Московский университет «Синергия», 105318, Россия, г. Москва, ул. Измайловский вал, д.2, e-mail: [md.mac@yandex.ru](mailto:md.mac@yandex.ru); ORCID 0000-0002-0381-4662 SPIN: 9733-6729

**Шикина Ирина Борисовна** — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: [shikina@mednet.ru](mailto:shikina@mednet.ru); ORCID 0000-0003-1744-9528; SPIN: 1177-5340

**Люцко Василий Васильевич** – доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь, главный научный сотрудник отделения организация планирования и управления научными исследованиями, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11, Россия, e-mail: [vasiliy\\_I@mail.ru](mailto:vasiliy_I@mail.ru); ORCID: 0000-0003-2114-8613; SPIN-код:6870-7472

#### Information about the authors

**Moskvicheva Alexandra Stanislavovna** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Synergy University, 105318, Moscow, Izmailovsky Val str., 2, Russia, e-mail: [md.mac@yandex.ru](mailto:md.mac@yandex.ru); ORCID 0000-0002-0381-4662 SPIN: 9733-6729

**Shikina Irina Borisovna** — Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of Scientific Research of Russian Research Institute of Health, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, Russia, e-mail: [shikina@mednet.ru](mailto:shikina@mednet.ru); ORCID 0000-0003-1744-9528; SPIN: 1177-5340

**Liutsko Vasilii Vasilyevich** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Scientific Secretary, Chief Researcher of the Department of Organization of Planning and Management of Scientific Research of Russian Research Institute of Health, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, Russia, e-mail: [vasiliy\\_I@mail.ru](mailto:vasiliy_I@mail.ru); ORCID: 0000-0003-2114-8613, SPIN-code: 6870-7472

Статья получена: 30.12.2025 г.  
Принята к публикации: 25.03.2026 г.