

МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА ТРАФИКА НА ХОРА

I. Трафикът на хора – все още неизследван докрай феномен

Медицинските аспекти на трафика на хора са един от малко изследваните проблеми, който има пряко отношение към миграционните процеси и глобализацията. Напоследък съществуват редица наблюдения върху взаимовръзката и зависимостта между психично-здравните проблеми и общественозначимите заболявания с трафика на хора. След 2000 г. в редица страни се наблюдава бум на инфекционни заболявания, включително завръщане и на туберкулозата¹ (в Украйна за 2002 г. е отбелязан епидимичен ръст на туберкулоза, по данни на Световната здравна организация² за 2003 г. случаите, заразени с вируса на СПИН са нарастнали с близо 400 000 само за една година в бившите съветски републики, общият брой 1,4 млн.). Тези резултати са последица и от нарастналите миграционни процеси и са негативен отзвук от трафика на хора.

По данни на Международна организация по миграция³ след 2000 г. се наблюдава значителен ръст в международната миграция: 2.5% годишно увеличение на международните мигранти, в сравнение с 1,7% нарастване на броя на населението на света, както и феминизация на миграционните потоци: много жени мигранти са основните лица, които печелят заплата, а не са просто придружители.

Миграцията не е нова практика, но все повече хора търсят трафиканти, за да улеснят своето придвижване, като тенденцията: от «бедния» изток към «богатия» запад. Броят на засегнатите държави се увеличава постоянно, възникват многобройни нови маршрути, старите се преплитат, а участието на отделни криминални и организирани мрежи е широко разпространено. Днес хората мигрират по много причини: някои търсят по-добри възможности за реализация, други търсят убежище, бягайки от война, преследване, насилие, бедност, природни бедствия или нарушаване на човешките права. В по-голяма част от света, възможностите за законна миграция са намалели. В целевите държави (страни на крайна дестинация) остава постоянното търсене на различни категории чуждестранни работници както в официалния, така и в неофициалния сектор. Комбинацията от тези фактори води до рязко увеличение на равнището на незаконна миграция и трафик на мигранти.

Хората, мигриращи с подобен трафик, в зависимост от посредниците и работодателите, са изключително уязвими от експлоатация в несигурната и непозната среда, тъй като имат нужда от приходи, за да издържат себе си и семействата си, а също и да изплатят дълговете, които имат към трафикантите. В подобна ситуация, мигрантите са не само икономически експлоатирани, но могат да бъдат подложени и на сексуално насилие, малтретиране, насилие и други видове нарушения на основните им човешки права. Трафикантите се насочват към мъже, жени и деца. Полът може да повлияе на различната степен на риск, уязвимост и приемане на експлоатация, като жените и децата са значително по-уязвими при процеса на трафика, поради използването на насилие за принуда и особените форми на принудителен труд и

¹ Декларация от Будапеща относно общественото здраве и трафика на хора, 2003 г. Приложение 1.

² <http://www.who.int>

³ <http://www.iom.int>

поробване. Мигриращите жени са подложени на сексуална експлоатация и страдат от последиците на сексуалното насилие след напускането на традиционните социални и културни мрежи за сигурност, и попадането им в различни общества, където не разбират езика и поведенческите модели. Вследствие на това, съществуването им е в извънредна зависимост, свързано с нелегални и хаотични условия на живот. Днес трафикът на хора се е превърнал в глобален бизнес, генериращ огромни печалби за трафикантите и организирани престъпни организации, което създава сериозни проблеми за правителствата на засегнатите държави и излага мигрантите на риск от експлоатация и нарушаване на основните им човешки права.

Според Световната здравна организация, “Здравето е състояние на пълно физическо, умствено и социално благополучие, а не просто отсъствието на болест или недъг” и “правото на възползване от най-високите постижими стандарти за здраве е едно от основните права на всяко човешко същество, без значение от неговата раса, религия, политически вярвания, икономическо или социално положение”. Съществува сериозна връзка между различните модели на мобилност и въздействието им върху здравето. Важно е да се разбере, че за здравето при миграция е нужно познаването и разбирането както на здравето, така и на мобилността. Под мобилност се разбира не само физическото преместване на дадено лице или население, но и мобилността на културните и здравни вярвания, на епидемиологичните фактори и личната история на хората. Например езикът, религията и ритуалите могат да повлияят на това, дали мигрантът използва наличните здравни услуги и дали се съобразява с превантивните здравни препоръки в приемните общества. Високият риск от заразяване с болести, като туберкулоза и полово предавани заболявания в базовите държави (страни на произход), може да повлияе в системите за обществено здравеопазване и на общностите в приемните страни (страни на крайна дестинация), а събития и травми, преживени от мигранта преди или по време на пътуването, като загуба на любими хора, страх, мъчения и изнасилвания, могат да повлияят на способността им да се адаптират към новата жизнена среда. Моделите на мобилност определят условията на пътуването и въздействието им върху здравето. Правният статут на дадено лице (статут на пребиваване) често определя възможностите му за достъп до здравни и социални услуги. Мигрант, който получава статут на постоянно пребиваващ, се ползва от същите привилегии при достъпа до услугите, както и гражданите на приемната държава. Обикновено нещата стоят различно при посетители, мигранти-работници без право на постоянно пребиваване или незаконни мигранти. Подобно разбиране за мобилността и правния статут определя не само равнището на уязвимост и здравословното състояние на отделните мигранти в дадено общество, но и поставя предизвикателство пред политиките и ръководствата на системите за обществено здравеопазване в приемните държави. Едно от основните предизвикателства през последните няколко години е реагирането на здравните нужди на незаконните мигранти. Нуждите от здравни услуги за незаконните мигранти, като хората, които са обект на трафик, нарастват, но и незаконният начин на миграцията ограничава достъпа до здравни услуги.

Дори и при най-благоприятните обстоятелства, миграцията представлява съществена промяна в живота на всеки човек. Миграцията обаче, често е предизвикана от неблагоприятни обстоятелства като война, глад и нарушаване на човешките права. Въпреки че миграцията не застрашава психичното здраве, тя причинява специфична уязвимост и когато това напрежение бъде комбинирано с допълнителни рискови фактори, психичното здраве може да бъде засегнато. Възможно е да съществува сериозен риск за здравето на незаконните мигранти, поради бедността,

дискриминацията, уязвимостта към трудова експлоатация, а често и поради липса на достъп до здравни грижи и социални услуги. Дори ако някои социални и здравни услуги са безплатни, незаконните мигранти често се колебаят дали да потърсят подобни услуги, от страх да не бъдат издадени на имиграционните власти или да не бъдат депортирани.

Проблемът с трафика на хора като едно от негативните явления в модерното общество е повдигнат за първи път от борците за човешки права в началото на двадесети век. По това време се е обръщало голямо внимание на британските жени, които са били принуждавани да проституират в държавите от континентална Европа. Така е възникнал терминът “бели роби”. По-късно значението на този термин се разширява и с него се изразява общата концепция за трафик на хора. Размерът на трафика на хора е огромен: в световен аспект се оценява, че жертвите на трафик са 4 милиона, по данни на Международната организация по миграция за 2002 г. между 700 000 и 1 500 000, като средно 500 000 жени от целия свят са предмет на трафик само към Западна Европа. Според проведено в края на 2003 г. изследване на Международната организация по миграция, 120 000 жени и деца се обект на трафик към Европейския съюз, предимно през Балканите, а по данни на Програма “Ла Страда” – България⁴, 10 000 жени, предимно от Молдова, Румъния и Украйна работят само в секс-индустрията в Босна и Херцеговина. През последните години има промяна и в крайните точки на трафик, но по-подробен анализ доказва, че като цяло тенденциите си остават същите. Най-често българските граждани са изпращани в Западна Европа, Македония и Косово. Мотивите и условията за миграция на българските жени са сродни с тези на жени, в която и да е друга страна в преход. Трафикът в България се извършва от трафиканти и престъпни организации чрез измама и принуда. Случва се жените да са набирани от техни познати. Трафикантите се свързват с жертвите директно или чрез техни връстници, рядко чрез семействата им. Най-уязвими са: млади жени, които отговарят на предложения за работа като сервитьорки, танцьорки, детегледачки, и др. или на фалшиви предложения за брак; секс работнички; момичета от ромски произход, които често са продавани на трафиканти от семействата си. Жертвите са както от големите градове, така и от по-малките градчета и селата, като повечето са на възраст между 18 и 24 години и имат завършено основно образование, но не и средно. Около 35% от жените признават, че са имали затруднени до лоши отношения със семействата си по време на детството си или непосредствено преди да бъдат трафикирани.

Трафикът на жени е едно от най-сериозните и груби нарушения на правата на човека. През последните години се наблюдава устойчиво увеличение на трафика на хора към, през и от страните на Югоизточна Европа. Това е типичен пример на престъпленията на 21-ви век, векът на глобализацията. Трафикът на хора се превърна в ужасен проблем в Централна и Източна Европа през последните няколко години. Работа се намира изключително трудно, а болшинството от хората, загубили работата си през последните години са жени. Повечето жени, обект на трафик, са млади, но могат да бъдат и от всякакви възрастови групи. Те са с различно образование, идват от селски и градски райони, и произхождат от всички слоеве на обществото. Повечето са подмамани с обещания за добре-платена работа в чужбина, с надеждата да подобрят условията си на живот и да могат по-добре да издържат семействата и децата си.

⁴ <http://www.animusassociation.org/bg/projects.html#2>

Процесът на трансформация, характерен за страните на Източна и Югоизточна Европа през последните 10 години, доведе до огромни политически, социални и културни промени. Това предизвика и неравномерното разпределение на пазара на труда, увеличение на бедността и безработицата като цяло и особено сред жените. В тези страни жените понесоха най-голямата тежест вследствие на социалните, политическите и икономическите трансформации и се превърнаха в най-засегнатата и най-ранимата социална група по отношение на безработицата и бедността. Отчасти това се дължи на патриархалната структура на обществото, икономическата и професионалната дискриминация към тях. Допълнителен фактор за това е, че жените и децата са по-зависими от социални помощи и грижи за здравето.

Според Конвенцията на ООН срещу международната организирана престъпност⁵, 2000 г. позната като “Конвенцията от Палермо”, трафикът на хора представлява “събирането, транспортирането, прехвърлянето, приютяването или приемането на лица, посредством заплаха или използване на сила или други форми на принуда, отвлечане, измама, заблуда, злоупотреба с власт или с уязвимо положение или чрез даване или получаване на заплащане или подобни стимули за постигане на съгласието на лице, което има контрол върху други лица, за целите на експлоатацията. Експлоатацията включва експлоатацията на проституцията на други лица или други форми на сексуална експлоатация, принудителен труд или извършване на услуги, робство или практики подобни на робството, сервитут или отнемане на органи”. Протоколът на ООН от 2000 г. за предотвратяване, прекратяване и наказване на трафика на хора и особено на жени и деца, признава, че ефектът от трафика върху личното здраве и благоденствие е многостранен (т.е. физически, психологически и социален) и вследствие на това предлага мултидисциплинен подход за възстановяване.

През септември 2002 г. Европейският съюз прие Декларацията от Брюксел за превенция и борба с трафика на хора⁶, в която бе обърнато специално внимание на въздействието на трафика върху общественото здравеопазване и бяха очертани специални мерки за опазване и подобряване на здравето на жертвите на трафик на хора. Значимостта на проблемите на трафика на хора и общественото здравеопазване е предмет и на Декларацията от Будапеща от март 2003 година. Очертана е нарастващата загриженост за вземането на ефективни мерки срещу трафика на хора, които изискват един мултидисциплинарен подход на национално, регионално и международно ниво, включващ всички ключови участници, включително представители на общественото здравеопазване.

Най-важно е трафикът да се признае за здравен проблем. Хората, обект на трафик – независимо от това дали целта е трудова, сексуална или друга експлоатация, са изложени на цяла гама проблеми свързани със здравето. По време на пленничеството си, те преживяват физическо насилие, сексуална експлоатация, психологически тормоз, лоши условия на живот и риск от заразяване с множество болести, които биха могли да имат дългосрочен ефект върху физическото, най-вече репродуктивно, и психичното им здраве.

Проблемите на общественото здравеопазване не възникват единствено в контекста на разпространяване на болести, предавани по полов път и “обикновени” инфекциозни болести, като отново възникващите проблеми с туберкулоза, ХИВ/СПИН

⁵ <http://www.unodc.org/palermo/convmain.html>

⁶ Виж Приложение 2.

и хепатит В и С. Последствията за психичното здраве от трафика не трябва да бъдат изолирани, а тясно свързани и припокриващи се със здравословните, социално-икономическите и законовите последици, както бе изтъкнато по-горе.

Признавайки тези здравни проблеми, Декларацията от Будапеща за общественото здравеопазване и трафика на хора, 2003 г., отбелязва, че “трябва да бъде отделено повече внимание на здравето и здравните проблеми с общественото здравеопазване, свързани с трафика”. Конкретно тази декларация препоръчва лицата, обект на трафик, да получават “цялостно, постоянно здравеопазване, подходящо за пола, възрастта и културата (...), осигурено от обучени специалисти в сигурна, защитена и загрижена среда”. В този смисъл, “трябва да бъдат създадени минимални стандарти за здравеопазване, насочено към жертвите на трафик”, като се оценят “различните степени на необходимост от изследване за различни приоритети”.⁷

Докладът “Здравни рискове и последици от трафика на жени и подрастващи – констатации от проучване в Европейския Съюз”, 2003 г., изготвен от Университета по хигиена и тропическа медицина, Лондон, предлага три рамки за илюстрация на риска и здравните измерения на трафика, както следва:

- хронологична перспектива на здравните нужди на жертвите на трафик, през петте първоначални етапа от процеса на трафика – преди потегляне; пътуване и транзит; достигане до дестинацията; задържане, депортиране и криминални свидетелства; интеграция и ре-интеграция;
- наблюдение на определени други маргинализирани и уязвими сегменти от населението, за да се оценят здравните рискове, с които се сблъскват хората, обект на трафик. По-важните групи включват: мигранти и бежанци; лица, преживели организирано насилие, мъчения, междуличностно насилие, насилие, основаващо се на полов признак, сексуално насилие, злоупотреба с деца; “сексуални труженици”; експлоатирани работници. Здравните рискове, последици и пречките пред жените, обект на трафик за достъп до здравни услуги са подобни на тези за горепосочените маргинализирани групи;
- здравни рискове, злоупотреба и последици, с които се сблъскват лицата, обект на трафик, които включват: физическо насилие/физическо здраве; сексуално насилие/сексуално и репродуктивно здраве; психологическо насилие/психично здраве; принудителна употреба на алкохол и наркотици/злоупотреба с наркотични вещества; социални ограничения и рестрикция/социално благоденствие; икономическа експлоатация и обвързване с дългове/икономическо благоденствие; правна несигурност/правна сигурност; вредни условия на работа и живот/професионално благоденствие и такова, свързано с околната среда и рискове свързани с маргинализацията при използване и осигуряване на здравни услуги.

Следователно, трафикът често има цялостно въздействие върху здравето и благополучието на жените.

Този подход цели да покаже съотношението между нанесена вреда и последиците от нея и начина, по който те си оказват взаимно засилващо се влияние (например: физическото насилие често причинява недъгавост, което от една страна води до финансови затруднения и неспособност за работа, а от друга, неспособност за работа и

⁷ Виж Приложение 1.

финансови затруднения, които увеличават риска от психиатрични разстройства като стрес и страх).

Психологическите реакции на жертвите на трафик зависят от редица фактори - най-вече от тяхното минало и събития и стресови ситуации, свързани със самия процес на трафик. Важен момент от това минало е, че много от тях са имали травматични и насилствени преживявания преди самото осъществяване на трафика, често проявяващ се в семейните им или интимни взаимоотношения.

Следният списък накратко представя най-често срещаните категории от симптоми, класифицирани с помощта на редица изследвания в областта на трафика на хора⁸:

- Психосоматични реакции: главоболие, болки във врата и стомаха, трепет, потене, сърцебиене, затруднения със съня, потискане на имунната система и др.
- Психологични реакции: безнадеждност, отчаяние, суицидни тенденции, самонараняване, избухлив или безпричинен гняв, агресия, деформирано възприятие на реалността, амнезия, прояви на самоизолация, отказ, подозрение, частична загуба на паметта, хронична тревога, кошмари, хронична умора, повтарящ се плач, цялостна липса на интерес и др.
- Психоактивна злоупотреба с вещества и зависимости: свръхдоза, пристрастеност, физическа увреда(мозъчни, чернодробни), венозни заболявания, наркомании, алкохолизъм, участие във високорисково поведение като безразборни сексуални контакти без предпазни средства, агресия, криминални прояви и др.
- Социални прояви: стремеж към изолация, самота, неспособност за установяване на смислени връзки, недоверие, отказ от семейство или общност, страх от повторно трафикиране.

В нашата страна проблемът с трафика на хора се задълбочи в края на 90-те години, когато му бе отделено специално внимание. В началото неправителствените организации се заеха с нелеката задача да попречат на трафика на хора в страната чрез информационни кампании и превантивни акции⁹, като постепенно приобщиха на своя страна и органите на реда.

II. Кратък обзор в контекста на българската реалност

Благодарение на своето географско местоположение (България се намира в центъра на Балканския полуостров и граничи с Гърция, Република Македония, Румъния, Сърбия и Черна Гора и Турция), страната ни е както маршрут за транзитно преминаване, така и отправна точка или краен пункт на трафика на хора. Сравнително нова е тенденцията, че България вече не е само страна на транзит и произход, но и страна на крайна дестинация. Особена трудност представлява липсата на надеждна информация за трафика на хора. Все още не е изградена национална информационна система за трафика.

⁸ Здравни рискове и последици от трафика на жени и подрастващи – констатации от проучване в Европейския Съюз. Университет по хигиена и тропическа медицина, Лондон, 2003.

⁹ Кампания за лобирание и работа с медиите, Програма "Ла Страда" – България (1998 - 2001)
<http://www.animusassociation.org/bg/lastrada2.html>

Отчитайки променената ситуация и възникващите проблеми с трафика на хора България е предприела редица мерки както в областта на ефективното противодействие, така и по отношение на законодателната си уредба.

Още през 1999 г. Министерството на вътрешните работи разработи План за противодействие и превенция на трафика на жени, а през ноември 2001 г. бе създадена Целевата работна група за борба с организираната престъпност към Национална служба за борба с организираната престъпност. Основната ѝ задача е да координира действията на различни структури на Министерството срещу трафика. Нейните функции включват събиране и анализиране на получена информация, координация на полицейската дейност, както и сътрудничество и обмен на информация с други служби и неправителствени организации. Органите на реда изтъкват необходимостта от тясно сътрудничество с неправителствените и международни организации, които да оказват непосредствена помощ на жертвите. През април 2002 г. към 28-те регионални дирекции бяха създадени такива звена, подчинени на Министерство на вътрешните работи.

България е активен член на Инициативата за сътрудничество в Югоизточна Европа (СЕКИ Център), където членуват 12 страни от региона. Под егидата на тази инициатива вече са проведени три международни операции: “Мираж 2002”, “Леда”, “Мираж 2003” и “Мираж 2004”.

В сферата на законодателните инициативи и последователната съдебна реформа България предприе редица мерки. През октомври 2002 г. беше включен нов член № 159 (а, б и в) в специална глава IX “Трафик на хора” в Наказателния кодекс, а през май 2003 г. бе приет специален Закон за борба с трафика на хора¹⁰ от Народното събрание, който влезе в сила от 1 януари 2004 г. Този закон хармонизира българското законодателство с Конвенцията на ООН за борба с организираната престъпност и с Протокола от Палермо за предотвратяване, спиране и санкциониране на трафик на хора и особено на жени и деца, допълващ Конвенцията, декември 2000 г. Законът установява създаването на Национална комисия за борба с трафика на хора, която да подготвя ежегодно работна програма за противодействие на трафика на хора и да създава национални политики срещу този феномен. Законът предвижда създаването и на местни комисии към общините. С този Закон се уреждат взаимодействието и сътрудничеството между заинтересовани институции и служби, както и закрилата и защитата на жертвите на трафик. За първи път нашето законодателство официално регламентира включването и участието на неправителствените организации, които могат да подпомагат дейността на държавата с откриване и поддържане на приютите, центровете и комисииите.

Понастоящем в България съществуват повече от 32 неправителствени организации¹¹, които работят в областта на превенцията от трафик и предлагат различен вид подкрепа и помощ на жертвите. Фондация “Асоциация Анимус” е българският партньор на международната програма “Ла Страда”, която се занимава с превенцията на трафик на жени в Централна и Източна Европа. Тя предлага услуги в три области: 1) център за рехабилитация на жени, деца и подрастващи, преживели насилие; 2) работа с общността за превенция и установяване на мрежа от партньори; 3) обучение на специалисти за борба с трафика на хора в специални центрове. Според данни на Фондация “Асоциация Анимус” по-голяма част от жертвите на трафик са

¹⁰ Виж Приложение 3.

¹¹ виж “Трафикът на хора – българският отговор”, доклад на ААМР, 2004 г. <http://www.women-bg.org>

жени на възраст между 18 и 25 години. В повечето случаи те са самотни майки, често с проблематична семейна история (домашно и сексуално насилие, бедност, алкохолизъм, липса на баща). Въпреки отчетения спад в нивото на безработица в страната много от тях нямат възможност за подходяща работа, отговаряща на тяхното образование и способности.

В България в условията на преход и преминаване към пазарна икономика и при осъществяване на социалните и здравните реформи жертвите на трафик се оказват автоматично маргинализирана група без социални и здравни осигуровки. Самото явление “трафик на жени с цел сексуална експлоатация” рефлектира директно върху физическото и психическото здраве на самите жени и тяхното поколение. Едновременно с това нараства и заболяемостта от хронични специфични болести като туберкулоза, полово свързани болести, социално значими заболявания като депресии, тревожни разстройства и посттравматични стресови разстройства.

Екипът на Фондация “Център Надя” за последните три години е натрупал ценен опит при обслужване на жертви на трафик, работейки като част от интегрирания модел на противодействие на този проблем в страната ни. Наблюденията ни сочат, че съществена част от рисковете на жертвите на трафик са свързани със здравните им проблеми. Висок процент от завърналите се жертви на трафик от чужбина страдат задължително от посттравматичен стрес и съпътстващи полово свързани заболявания и инфекции, а липсата на здравна култура и хигиена усложнява тяхното състояние и лечението им. Въведената през последните години в България здравно-осигурителна система, по наше мнение, създава допълнителни трудности в обслужването на жертвите на трафик. На практика всички жертви на трафик се оказват извън държавно-осигурителната система (социална и здравна) и се сблъскват с невъзможност да покрият разходите по своите изследвания, прегледи и лечение. Ето защо ние считаме, че проучването на медицинските аспекти при обслужването на жертви на трафик е от особена важност с цел набелязване на адекватни подходи и специални мерки за подпомагане и решаване на здравните им проблеми.

III. Медицински аспекти на проблемите на жертви на трафик – доклад от проведено изследване

Поради сериозността на проблема и тежестта на последиците за жертвите, екипът на Фондация “Център Надя” проведе настоящото изследване, финансирано от Център за изследвания и политики за жените, за медицинските аспекти на трафика на хора, което се основава на казусите в Център “Надя” за наблюдавания период от шест месеца. То е проведено в периода февруари – март 2004 г и е концентрирано в рамките на София, но поради специфичната локализация на целевата му съвкупност в столицата, може да се каже, че е представително и за страната. *Екипът отчита, че част от съвкупността е базирана на различни места из страната, от където може да произтичат различни нюанси в резултатите, но те се считат за статистически незначителни.*

Хипотеза

В общата рамка на проекта “Трафик на жени - медицински аспекти”, наред с другите дейности, беше проведено и социологическо проучване по тези проблеми. Изхождайки от натрупания в “Център Надя” опит, изследването тръгва от хипотезата,

че съществена част от проблемите на жертвите на трафик са свързани с претърпените от тях здравословни вреди. Те са и сред основните трудности пред тяхната успешна реинтеграция. Затова изследването се съсредоточава върху това да провери тази първоначална хипотеза, както и ако тя се потвърди да очертае измеренията на медицинските аспекти в трафика на хора.

Основни задачи

Затова основните задачи на изследването се съсредоточават около въпросите до каква степен се разпознават медицинските аспекти на проблематиката и как се оценяват. Къде е мястото им сред проблемите, които се срещат при обслужването на жертвите на трафик. Какви са досегашните практики по справянето с тях и как се оценява успеваемостта им. В голяма степен разрешаването на всички тези проблеми изисква общите усилия на различни институции, както и работа на всички равнища на социален живот, затова и изследването цели да очертае кои са участниците в борбата с трафика и какво е взаимодействието между тях. До каква степен е синхронизирана и специализирана дейността им по обслужване жертвите на трафик, както и по превенцията и минимизирането на условията за трафик на хора като цяло. Какви са проблемите и възможностите за подобряване на работата.

Целева съвкупност

Целевата съвкупност на изследването обхваща всички институции, работещи по проблемите на трафик на хора, това включва както ресорните министерства, така и представители на общественото здравеопазване; неправителствени организации, занимаващи се с обслужването на жертви на трафик; специализираните органи на МВР; както и съответни учебни заведения, провеждащи програми и модули за работа по проблемите на трафика. Направени са общо 14 интервюта и две групови дискусии, които обхващат целевата съвкупност. Сред тях присъстват както държавни, така и граждански организации. Стремелът е бил да се обхванат участници във всички аспекти на трафика - от законодателство, през превенция, изпълнение на законовата рамка, социално и медицинско обслужване, реинтеграционни практики, обучение на специалисти и т.н.

Метод на изследването

Методите на изследването са качествени - дълбочинни интервюта и групови дискусии. Изследването цели не да събере количествена информация, а да проучи в дълбочина проблематиката. То има за задача да открие конкретни проблемни области на структурно ниво от една страна, а от друга - да проследи динамиката и развитието на процесите, както и възможни насоки за бъдеща работа. Интервютата са организирани около няколко базови точки:

- обща картина на специфичните нужди на жертвите на трафик;
- наличие и оценка за мястото на медицинските им аспекти;
- най-често срещани заболявания;
- пречки пред обслужването на жертвите на трафик, които съществуват в системата на здравното или социално подпомагане;
- ролята на кризисните центрове, заложен в законовата рамка;
- взаимодействие между институциите по проблемите на трафика и какви са посоките за оптимизирането му.

Социодемографски данни за включените в изследването казуси

Обхванатите осем случаи – жертви на трафик на хора са за периода октомври 2003 г.- март 2004 г., като са включени шест новопостъпили казуса, както и два, които са в траен ангажимент и терапия за описания период.

Всички случаи са на пълнолетни жени на възраст от 19 до 37 години и са жертви на международен трафик, които са се завърнали, както следва: 2 случая – от Франция, 2 – от Македония, по един случай от Испания, Италия, Полша и Холандия.

Произходът и месторождението на тези жени е: една от столицата, две от село, и останалите пет – от малки и средни по големина градове в страната.

По етническа принадлежност: шест българки, една туркиня и една от ромски произход.

По отношение на семействата, от които произхождат и семейната среда, болшинството са родени и отрасли в т.нар. “средно-статистическо нормално семейство”. Един от случаите е дете от втори брак и на двамата родители, едно момиче е осиновено, едно – отраснало без баща. При два от случаите са регистрирани сериозни проблеми, свързани с домашно насилие, при други два – наследствена обремененост с психични заболявания – шизофрения и депресия, завършила със суицид, а в един от случаите – бащата е злоупотребявал с алкохол. На практика се оказва, че повечето са израстнали в проблемна среда и са преживявали нееднократни психотравми /един от случаите е жертва на изнасилване на 12-год. възраст от 18- год. младеж/.

По отношение на образованието им: нито една от жените няма завършено висше образование, три са със средно-специално, две са със средно образование, две са с основно образование, а една от жените е неграмотна.

Описаните по-горе данни са онагледени в следната таблица:

Таблица 1.

Таблица: Социодемографски данни за включените в изследването казуси октомври 2003 г. – март 2004 г.								
Възраст	19	21	23	24	25	27	34	37
Месторождение	град	град	град	село	столица	село	град	град
Образование	основно	средно	средно специално	основно	средно специалн о	средно	неграмот- на	средно специал- но
Семейно положение	несемейна	несемейна	несемейна	несемейн а	несемейн а	несемейна	семейна	разведена
Страна на крайна дестинация	Македония	Македония	Холандия	Франция	Испания	Италия	Франция	Полша

Резултати

Всички осем казуса са интервюирани по стандартизирано т.нар. мотивационно интервю и са прегледани от лекар-психиатър. Всички са насочени за изследвания и прегледи към Центъра за сексуално здраве, като един от случаите отказа специализирани прегледи.

При подложилите се на изследвания седем случая (един от случаите категорично отказа да се подлага на параклинични изследвания) са били открити в 100% наличие на заразяване с трихомона, гонорея и хламидиална инфекции. Приложено е еднократно ударно лечение с Азитрил – 1г., Ципрофлуксацин – 500 мг. и Флажил- 2 мг. еднократно през устата, съгласно Протокол на Световната здравна организация за синдромично лечение на жени с позитивен рисков фактор. При всичките не са позитивни изследванията за наличие на сифилис /Васерман отр./ и СПИН/ХИВ.

При наблюдаваните казуси се отчита наличие на сериозни психиатрични заболявания, както и психологични проблеми, свързани с емоционални и поведенчески отклонения. В два от случаите има наличие на сериозни разстройства с диагнози: биполарно-афективно разстройство, в един – шизофренно разстройство, а при останалите пет – посттравматичен стрес. В три от осем случая са отразени суицидни опити. В два от случаите се е наложило да бъдат хоспитализирани в психиатрични заведения. При всички случаи се е прилагало съответно лечение с психотропни медикаменти (транквилизатори, антидепресанти и невролептици), първа психологична помощ, кризисни интервенции и поддържаща психотерапия.

Фигура 1



По отношение на соматичните разстройства: наблюдава се наличие на диабет у два случая, тиреотоксикоза – при два, както и две бременности с раждания на две деца, (по едно от мъжки и женски пол).

Първичната обработка на резултатите показва яснота по проблемите.

Специфичните нужди на жертвите на трафик са групирани в условно разделени три аспекта:

1. битови - дом, храна, средства;
2. медицински - физически и психични травми, болести предавани по полов път;
3. социални - на първо място специфичен правен статус, липса на образование, тежка социална среда.

Сред **най-честите заболявания** са гинекологичните проблеми и болести, предавани по полов път, както и психичните разстройства, споменати от всички интервюирани. На второ място са физически травми, следствие от преживяно насилие и на трето място болести, свързани с ниска здравна култура и тежки условия на живот. Сред първата група са висока вероятност за бременност, а сред заболяванията са споменати сифилис, трипер, хламидални инфекции, хепатит С. Психичните травми обаче присъстват според повечето респонденти винаги - тревожност, депресия, комплексно соматични проблеми, посттравматично стресово разстройство (ПТСР), общо полиморфно стресово разстройство. Специалистите говорят за трафика като за възможен отключващ фактор на биполарно афективно разстройство и дори шизоафективни разстройства. Сред други често срещани здравословни смущения се споменават нарушен биоритъм, кръвонасядания, чернодробни и стоматологични проблеми.

За **пречките в системата** също има ясно очертани мнения. Те се представят най-добре от отговора : “Правната рамка е много добре очертана, но в практически план има още много работа.” На второ място за пречка са посочени изключителните проблеми при достъпа до социално и здравно осигуряване на жертвите на трафик. И на трето възможността за злоупотреба със системата.

Ролята на **кризисните центрове** обаче е мислена разнопосочно. От “въплъщение” на мултидисциплинарния подход по целия път на жертвата от нейното посрещане до реинтеграцията ѝ, до тесните функции на приют.

Взаимодействието на институциите се оценява като много добро. Тук респондентите говорят за ясно изграден екип, работещ по проблемите на трафика. А подобряването се търси в посока по-голяма координация на усилията на отделните участници и по-голям интензитет при обмена на информация, по-голяма комуникация.

Анализ

Анализът на получените резултати по въпроса за специфичните нужди на жертвите на трафик поставя медицинските им проблеми сред най-често срещаните. Повече от две трети от респондентите говорят за тях, а в рамките на въпроса дали имат специфични медицински проблеми отговарят положително и детайлно. В този смисъл хипотезата на изследването е потвърдена. Различните измерения на тези проблеми се проявяват на всички нива на работата с тях както при работата на полицията по събиране на данни, охрана и защита, така и на социалните работници по реинтеграцията на жертвите в подходяща социална среда и на всички работещи по конкретен случай. Особено внимание е отделено на психичните разстройства, които изключително отежняват положението на жертвите и изискват специфични мерки за тяхната ресоциализация. Основните проблеми, които все още остават без отговор са тези за социалното и здравно осигуряване. На този етап решенията се намират чрез неправителствените организации или по неформален път. Може би и затова кризисните центрове се виждат като институции, които ще поемат както медицинското, така и социалното обслужване на жертвите. Но доколкото общопрактикуващ лекар, социален работник и психиатър отговарят на част от нуждите на жертвите, то лабораторните изследвания, стоматологичните проблеми и достъпът до социално осигуряване остават без реално решение, според респондентите.

По въпроса с взаимодействието на институциите, работещи по проблемите на трафика може да се говори за два аспекта - структурен и функционален. Като цяло има ясно изградена структура и проработени практики, които са с доказана ефективност. Във функционален аспект обаче са концентрирани всички идеи за подобрене на работата. Конкретни проблеми се виждат в комуникационните канали при обмен на информация и координиране на действия. Тук вероятно може да се търси и причината за разминаването на очакванията за конкретната функция и роля на всеки от участниците - от гледна точка на гражданския сектор за по-голямо участие на държавата, а на държавните институции за по-голяма роля на гражданския сектор; както и различните виждания за реализацията на кризисните центрове. Други подобрения се намират в търсенето на още по-гъвкави модели на работа, изграждането на единна статистика по проблемите на трафика и се отделя особено внимание на обучението на експерти по въпроса във всички негови аспекти, който да изпълняват професионално задачите по обслужването на жертвите. В този функционален аспект се обсъжда изграждането на Национална комисия по проблемите на трафика, която ще координира действията и ще изгради центрове по места.

От анализа на случаите, конкретната работа по тях, дискусиите и кръглата маса, могат да се формират следните **изводи и препоръки**:

Изводи:

- *Цялата група от клиенти се оценява като високо рисков контингент застрашен от здравни проблеми с различно естество;*
- *Липса на здравно и социално осигуряване;*
- *Отчита се висок процент на наличие на полово-свързани заболявания;*
- *Отчита се висок процент на наличие на психологически проблеми /емоционални и поведенчески/ и психиатрични заболявания;*
- *Отчита се наличие на полинозология /присъствие на повече от една болест у един и същи индивид/;*
- *Отчита се необходимост от специализирано обслужване и продължително проследяване на казусите.*

Препоръки:

- *Необходимо е да се формулира ред за медицинското обслужване съгласно здравната реформа в страната;*
- *Да бъде създадено специализирано обслужване в съответни кризисни центрове;*
- *Да се създаде и следва обучителна програма и курсове за следдипломна квалификация на медицинските специалисти и за професионалистите от областта на психичното здраве;*
- *Да бъде създаден специален фонд за здравно осигуряване на жертвите на трафик;*
- *Да се приемат разработените минимални здравни стандарти и да бъдат въведени от Министерството на здравеопазването;*
- *Да се следва специална програма за реинтеграция и ресоциализация на жертвите на трафик с образователни курсове и курсове за преквалификация и съдействие при намиране на работа.*

Заклучение

В заключение може да се каже, че има разбиране на спецификата на медицинските аспекти при обслужването на жертвите на трафик сред партньорите, занимаващи се с проблемите на трафика. Като цяло системата на здравното осигуряване все още не е включена в стратегията за справяне с тези въпроси. Но редица неправителствени организации полагат усилия в тази насока, като предоставят преди всичко услуги в закрила на жертвите и програми за тяхната реинтеграция.

В рамките на проекта на 13 април 2004 г. бе проведена и Кръгла маса с представители от Международна организация по миграция, Български червен кръст, Министерство на правосъдието, Академия на МВР, Държавна агенция за закрила на детето, Международна организация по труда, Национална служба "Гранична полиция", здравни и социални служби и на редица неправителствени организации, работещи по тази проблематика. Бяха разгледани различни форми на противодействие и превенция на това явление, и взаимодействието между специалисти от различни структури. Бяха дискутирани проблемите и трудностите, свързани с темите като липсата на единна статистика, необходимостта от координация на съвместните усилия, стремежа към изготвяне на национална стратегия и план за противодействие, както и бяха обсъдени законовите рамки и международните конвенции. Специално внимание бе отделено на Декларацията от Брюксел, 2002, която набелязва основните принципи на противодействие и превенция в областта на трафика на хора, и на Декларацията от Будапеща, 2003, с акцент върху общественото здравеопазване, разработване на минимални здравни стандарти и обучение на професионалистите.

