



ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ОПЕРАЦИОННОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ

**Исследование барьеров в доступе
к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции
для ключевых групп населения
в трех регионах Российской Федерации
(г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск)**

Авторский коллектив:

Ежова Л.В., Зарубина И.А., Нартова Н.А., Ромодина А.М., Чернышева Н.С., Чжан Ю., Ясавеев И.Г.

Руководитель исследования: Нартова Н.А.

Координатор исследований проекта «КАСКАД» СПб БФ «ГД»: Ежова Л.В.

Редактор: Чикадзе Е.З.

Дизайн: Ленец М.А.

При подготовке отчета использованы данные «Исследования по комплексной оценке существующих барьеров для ключевых групп населения (ЛЖВ, ЛУИН, СР, МСМ и ТГЛ) в отношении их доступа к услугам в рамках связанного с ВИЧ каскада услуг по тестированию-лечению» в рамках проекта «КАСКАД», реализуемого при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Выражение признательности

Авторы отчета выражают благодарность коллегам и экспертам за оказанную помощь, консультации и обсуждения в ходе исследования.

Дисклеймер:

Отчет подготовлен фондом «Гуманитарное действие» в рамках национального проекта «КАСКАД», реализуемого при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Санкт-Петербургский Благотворительный фонд «Гуманитарное действие» не несёт ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций, сделанных третьими сторонами и представленных в настоящем отчете.

Выводы, содержащиеся в отчете, отражают точку зрения авторов, которая может не совпадать с мнениями других заинтересованных лиц.

Информация, содержащаяся в отчете, почерпнута из открытых источников, а также из анализа данных социологического исследования. БФ «Гуманитарное действие» не гарантирует стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами, а также может не разделять мнения третьих сторон, цитируемых в отчете.

Документ может подвергаться обновлениям. СПб БФ «Гуманитарное действие» оставляет за собой право не объявлять публично обо всех изменениях, вносимых в отчет.

Список аббревиатур

АРВ препараты	Антиретровирусные препараты
АРВ-терапия или АРТ	Антиретровирусная терапия
БФ	Благотворительный фонд
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВН	Вирусная нагрузка
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДУ	Диспансерный учет
ИС	Иммунный статус
КВД	Кожновенерологический диспансер
КГН	Люди, относящиеся к одной или нескольким ключевым группам населения (ПИН, ЛУИН, СР, МСМ/ЛГБТ, ТГЛ)
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЛС	Люди, освободившиеся из мест лишения свободы
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
ПАВ	Психоактивные вещества
ПНД	Психоневрологический диспансер
СР	Секс-работники/цы - люди, вовлечённые в сферу оказания платных сексуальных услуг
ТГЛ	Трансгендерные люди
Центр СПИД (ЦС)	ГБУЗ/ГКУЗ (государственное бюджетное/казенное учреждение здравоохранения) «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Оглавление

Введение	7
Нормативная база противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации	13
Обзор результатов изучения барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в России	17
Результаты качественного исследования	20
Экспертная оценка барьеров к тестированию ВИЧ-инфекции для КГН	22
Экспертная оценка барьеров в диспансерном учете по ВИЧ-инфекции для КГН	27
Экспертная оценка барьеров в АРВ-терапии для КГН	33
Экспертная оценка влияния COVID-19 на работу организаций и предоставление услуг ключевым группам населения	37
Экспертная оценка взаимодействия государственных и негосударственных организаций в профилактике и лечении ВИЧ	38
Экспертная оценка изменений в нормативно-правовой базе профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ	40
Выводы	42
Результаты количественного исследования	46
Общие результаты анкетного опроса	48
Демографические данные	49
Характеристика ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных участников опроса	51
Барьеры в получении доступа к услугам, связанным с ВИЧ-инфекцией	58
Результаты анкетного опроса КГН	68
СР	67
ЛУИН	74
МСМ	82
ТГЛ	90
ЛЖВ	97
Результаты анкетного опроса по городам проекта «Каскад» (Москва, Санкт-Петербург, Челябинск)	104
Факторы нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции	117
Различия результатов у ключевых групп населения	119

Выводы	122
Заключение	125
Рекомендации	128
Приложения	132

Введение

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора к 1 октября 2021 года среди граждан России зарегистрировано 1 546 017 человек с подтвержденным диагнозом «ВИЧ-инфекция», из них умерли 413 930. По предварительным данным, за девять месяцев 2021 года умерли 23 319 людей с ВИЧ, что на 5,7 % больше, чем за тот же период 2020 года (22 071). Рост числа смертей среди инфицированных ВИЧ может быть связан с их уязвимостью перед коронавирусной инфекцией. В 2020 году умерли от всех причин 32 208 людей с ВИЧ, средний возраст умерших — 42 года. Основной причиной смерти ЛЖВ в настоящее время является туберкулез.

Зарегистрированное число граждан России, живущих с ВИЧ, по ситуации на 30 сентября 2021 года — 1132 087.

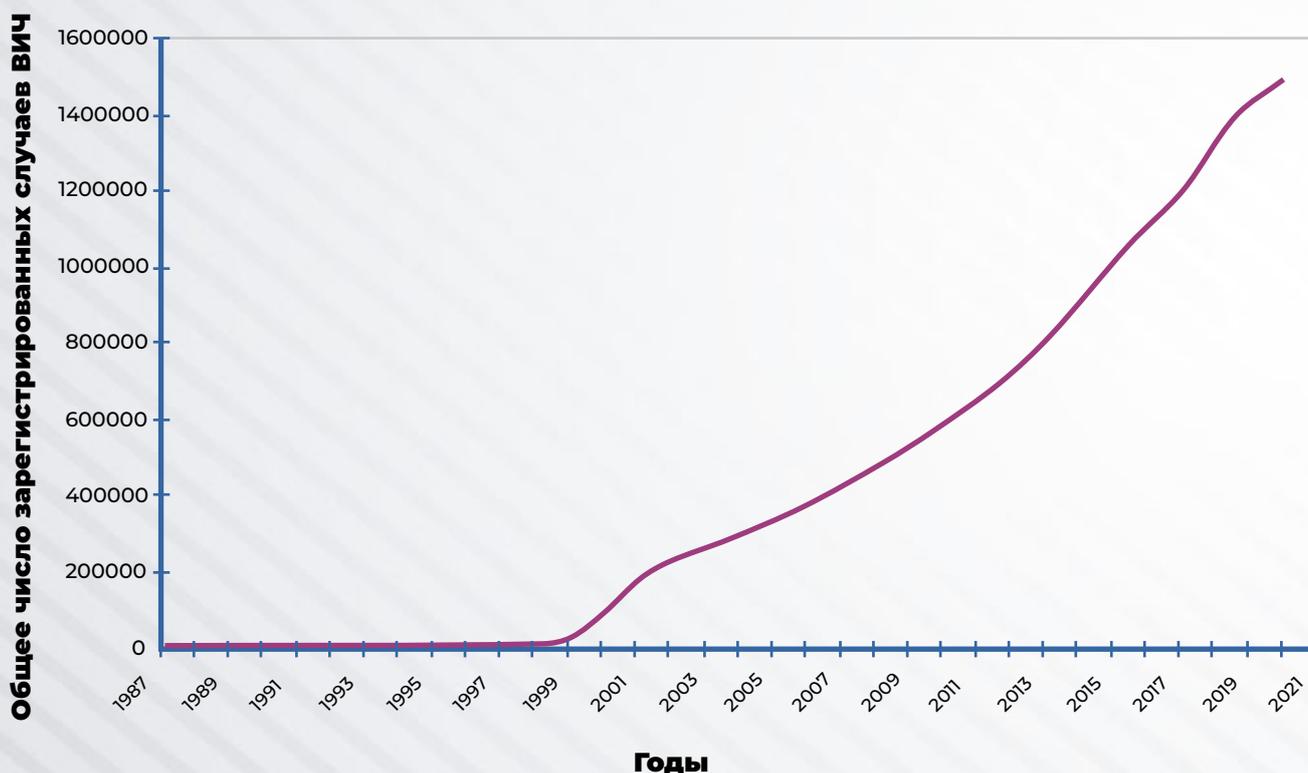


Рис. А. Рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в РФ (1987–2020).

По предварительным данным, за девять месяцев 2021 года выявлено 54 423 новых случая ВИЧ-инфекции, исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что на 1,1 % меньше,

¹ Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30 сентября 2021 г.» / ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2021/11/Spravka-VICH-v-Rossii-9-mes-2021-g..pdf>.

чем за тот же период 2020 года. В 2020 году Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом отмечал, что снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции в значительной степени может быть связано с сокращением объема обследований на ВИЧ и снижением обращаемости пациентов в Центры по профилактике и борьбе со СПИДом в период пандемии COVID-19. Доля ключевых групп населения, включая ЛУИН, МСМ, СР, заключенных и больных ИППП, среди обследованных продолжала снижаться, в 2021 г. она составляла 3,2 % (в 2015 г. — 5,0 %).

Пораженность ВИЧ-инфекцией в России к 1 октября 2021 года составила 774,5 на 100 тысяч граждан. С установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» проживает 0,8 % всего населения России; в возрастном диапазоне от 15 до 49 лет — 1,5 %. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации. Постоянно растет число регионов с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (более 0,5 % от общей численности населения), оно увеличилось с 22-х в 2014 г. до 41 в 2021 г. К наиболее пораженным относятся Кемеровская (зарегистрировано 2050,7 живущих с ВИЧ на 100 тысяч населения), Иркутская (2024,2), Свердловская (1874,8), Оренбургская (1574,6), Самарская (1510,6), Челябинская (1406,0), Новосибирская (1361,7) области, Ханты-Мансийский автономный округ (1345,5), Тюменская (1282,2), Ленинградская (1279,4) области, Пермский край (1273,9), Республика Крым (1225,3), Красноярский край (1198,3), Томская (1127,9) область, Алтайский край (1112,0), Ульяновская (1108,4), Курганская (1106,8) области, Санкт-Петербург (985,8), Омская (980,3), Тверская (932,6), Ивановская (904,2), Мурманская (831,8) области.

Большинство людей с ВИЧ, впервые выявленных в 2021 году, заразились при гетеросексуальных контактах (67,7 %), доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась до 28,3 % (с 31,1 % в 2020). 2,5 % инфицировались при гомосексуальных контактах. Доля зараженных при гетеросексуальных контактах ежегодно увеличивается. Как отмечается в справке Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции.

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом отмечает, что ситуация с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации остается неблагоприятной, позитивные сдвиги в организации лечения ЛЖВ не столь существенны из-за продолжающегося роста общего числа ЛЖВ. «Противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции в стране требует более активного осуществления системных мер, включающих как предупреждение новых случаев заражения ВИЧ, так и увеличение охвата лечением россиян, живущих с ВИЧ».

Челябинская область и Санкт-Петербург относятся к группе субъектов Федерации, наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией, занимая соответственно 6 и 18 место по числу

зарегистрированных ЛЖВ на 100 тысяч граждан (пораженность ВИЧ в Челябинской области составляет 1406,0 живущих с ВИЧ на 100 тысяч граждан, в Санкт-Петербурге – 985,8, данные на 30 сентября 2021 г.).

За всё время эпидемии ВИЧ/СПИДа среди жителей Санкт-Петербурга зарегистрировано 61 149 случаев ВИЧ-инфекции (включая умерших, данные на 30 июня 2021 года). Однако по показателю заболеваемости в первом полугодии 2021 года (число новых выявленных случаев ВИЧ на 100 тысяч граждан) Санкт-Петербург не входит в число лидирующих субъектов РФ. За первое полугодие 2021 года в Петербурге выявлено 1285 новых случаев ВИЧ, т.е. заболеваемость составила 13,9 новых случаев на 100 тысяч граждан, что почти вдвое меньше показателя заболеваемости в целом по России (25,1) за этот же период.

По возрасту в числе тех, у кого в Петербурге в 2021 году был выявлен ВИЧ, преобладают группы 30–39 и 40–49 лет, что соответствует общероссийской тенденции смещения распространения ВИЧ от молодых к старшим возрастным группам. Среди путей передачи в первом полугодии 2021 года преобладали сексуальные контакты (79 %), на втором месте — инъекционный путь передачи (19,1 %). Умерли из числа людей с ВИЧ на территории Петербурга в первом полугодии 2021 года 386 человек (в том числе жителей Петербурга — 305), треть смертей была следствием ВИЧ-инфекции.

Охват медицинским освидетельствованием на ВИЧ в Петербурге за 6 месяцев 2021 года составил 11,1 % (600 382 человека, включая иностранных граждан), что на 12,3 % меньше, чем за аналогичный период 2020 года. К 30 июня 2021 года в Петербурге на диспансерном учете состояли 33 115 пациентов с ВИЧ (включая заключенных). Антиретровирусную терапию получали 23 782 человека (включая заключенных), что составляет 71,8 % от числа наблюдаемых лиц. По заключению Санкт-Петербургского центра СПИД, «в Санкт-Петербурге отмечается увеличение количества новых случаев и заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди постоянных жителей (на 18,0 % больше, чем за 6 месяцев 2020 года и на 4,1 % меньше, чем за 6 месяцев 2019 года), преобладание полового пути инфицирования... Отмечается уменьшение числа обследуемых лиц на ВИЧ-инфекцию в городе в период эпидемии коронавирусной инфекции».

В Челябинской области, по данным Областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, к 1 ноября 2021 г. общее число ЛЖВ составило 37160. Число ЛЖВ, состоящих на диспансерном наблюдении, — 31844 (охват диспансерным наблюдением 85,7 %). За 9 месяцев 2021 г. выявлено 2064 новых случая ВИЧ-инфекции (за 9 месяцев 2020 г. — 2116, показатель заболеваемости снизился на 1,6 %). С 2016 года ведущим

³ Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.07.2021 г.» / Санкт-Петербургский центр СПИД.

⁴ Анализ эпидемиологической ситуации в Челябинской области. Итоги 9 месяцев 2021 года / ГБУЗ «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями». <https://xn--d1achwgkbn7a.xn--p1ai/spetsialistam/statistika/>.

путем заражения ВИЧ-инфекцией является половой (в 2021 г. — 72,7 %). Охват АРВ-терапией за 9 месяцев 2021 г. составил 83,4 % состоящих на диспансерном наблюдении.

В Москве, как следует из «Государственного доклада о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в городе Москве в 2020 году», подготовленного Управлением Роспотребнадзора по г. Москве, к 1 января 2021 года было выявлено 55 840 ВИЧ-инфицированных жителей. Пораженность ВИЧ-инфекцией составила, таким образом, 441,2 на 100 тысяч граждан (при официальной численности населения 12 665,1 тыс. человек).

В 2020 году в Москве зарегистрировано 1994 вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тысяч населения 15,87 (в 2019 году — 2471 случая, показатель на 100 тысяч населения — 19,86). По сравнению с 2019 годом отмечается снижение заболеваемости на 20,1 %. Основным путем передачи ВИЧ являются сексуальные контакты, их доля в 2020 году составила 41,8 % (в 2019 году — 48,3 %). Соотношение случаев заражения ВИЧ при гетеросексуальных контактах и гомосексуальных: 69,9 % и 30,1 %. Процент вновь зарегистрированных ЛЖВ, употребляющих наркотики, составил 22,4 % в 2020 году (в 2019 году — 21,0 %). Доля лиц с неустановленным фактором риска заражения в 2020 году — 35,3 % (472 человека), в 2019 года — 30,1 %.

За 2020 год в Московском городском центре по профилактике и борьбе со СПИДом диспансерное наблюдение прошли 27 189 ЛЖВ из 35 779 подлежащих наблюдению, охват диспансерным наблюдением составил 76 %. Число ЛЖВ, получавших антиретровирусную терапию, в 2020 году составило 24 499 человек. Однако, по данным Информационного бюллетеня Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, количество ЛЖВ в Москве годом ранее (на 31 декабря 2019 г.) составляло 74 421, а показатель пораженности равнялся 587,0. При этом в бюллетене отмечается, что наименее полная информация о динамике основных показателей эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди субъектов Федерации поступает из г. Москвы.

Точные размеры таких ключевых групп населения, как ЛУИН, МСМ и СР неизвестны, в значительной степени в связи с запретительной наркополитикой, административным преследованием СР и распространенной гомофобией, которые вызывают высокую степень латентности данных групп. Имеются лишь оценки их размеров, сделанные на основании данных ряда исследований. По данным биоповеденческого исследования, проведенного в

⁵ Государственный доклад о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в городе Москве в 2020 году / Управление Роспотребнадзора по г. Москве. <https://77.rospotrebнадzor.ru/images/files/GD2020.pdf>.

⁶ ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 45 / ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. М., 2020. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/12/Bulleten-45-VICH-infektsiya-2019-g..pdf>.

⁷ Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Баринаева А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г. М.: ОИЗ, 2018. С. 57. <http://www.ohi.ru/media/k2/attachments/enzs2.pdf>.

2017 г., доля ЛУИН в Санкт-Петербурге составляла 0,5 % общей численности населения. Медианное оценочное число СР в Санкт-Петербурге – 6615 (салонные СР, поскольку другие группы не включались в исследование). Медианное значение оценки доли МСМ — 0,183 % общей численности населения по России в целом, то есть примерно 0,5 % взрослого мужского населения. Пораженность ВИЧ-инфекцией среди МСМ в Петербурге, по данным того же исследования, составляет 22,8 %, среди СР — 2,3 %, среди ЛУИН — 48,3 %. В Москве пораженность ВИЧ среди МСМ — 7,1 %. Данных по количеству ТГЛ в России и их пораженности ВИЧ-инфекцией в регионах РФ нет. Нерепрезентативное исследование 2017 г. показало, что среди опрошенных ТГЛ 47 % имели ВИЧ-инфекцию.

По оперативным данным на диспансерном учете в 2021 г. состояло 785 206 инфицированных ВИЧ россиян, что составляет 68,0 % от числа живших в этот период с диагностированной ВИЧ-инфекцией. В 2021 г. в России получали антиретровирусную терапию 640 678 пациентов (включая 52 301 больных, находившихся в местах лишения свободы), из них 24 589 больных прервали АРТ в 2021 г. Охват лечением в 2021 г. в Российской Федерации составил 55,5 % от числа живших с диагнозом ВИЧ-инфекция и 81,6 % от числа состоявших на диспансерном наблюдении. Число получающих антиретровирусную терапию увеличилось, однако 44,5 % россиян с диагностированной ВИЧ-инфекцией АРТ не получали, а 32 % ЛЖВ не получали специализированной медицинской помощи по ВИЧ-инфекции.

Эти данные свидетельствуют о значительной удаленности России от достижения цели 90-90-90, сформулированной UNAIDS: к 2020 году 90 % всех людей, живущих с ВИЧ, должны знать о своем статусе; 90 % всех людей, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция, должны стабильно получать антиретровирусную терапию; у 90 % людей, получающих антиретровирусную терапию, должна быть неопределяемая вирусная нагрузка, что исключает передачу вируса. Правительство России поставило перед собой эту цель: «Наша задача в 2020 году достичь цели устойчивого развития ООН по ВИЧ – 90-90-90» (Вероника Скворцова, министр здравоохранения в 2018 г.), однако она до сих пор не достигнута.

Целью данного исследования в рамках проекта «Каскад» является выделение и анализ барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции на всех этапах медицинской помощи для ключевых групп населения (МСМ, ЛУИН, СР, ТГЛ, ЛЖВ) в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск).

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

1. Анализ нормативной базы РФ в отношении профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

⁸ Там же.

⁹ Демедецкая Я.А., Денисов Б.П., Лапицкая А.В. ВИЧ в транс*популяции: local case study // Демографическое обозрение. 2019. Том 6, № 3. С. 91.

¹⁰ <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2021/11/Spravka-VICH-v-Rossii-9-mes-2021-g..pdf>.

¹¹ Выступление Министра Вероники Скворцовой на заседании итоговой коллегии Минздрава России / Министерство здравоохранения РФ. <https://minzdrav.gov.ru/news/2019/04/24/11389-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii>.

2. Описание результатов современных российских и зарубежных исследований барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции в России.

3. Выделение основных барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения.

4. Анализ специфики барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения.

5. Анализ региональной специфики барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции.

Данное исследование было реализовано как mix-method research, включающее несколько методов: дискурс-анализ, качественное исследование, количественное исследование.

Для работы с нормативной базой и описания современной дискуссии по исследованию барьеров использовался дискурс-анализ, позволяющий не только реконструировать и описать существующий массив текстов, но и критически его проанализировать, выделив ключевые элементы.

В качественном исследовании (сентябрь 2021 г.) основным методом является экспертное интервью, позволяющее получить оценку ситуации по тестированию и лечению ВИЧ для КГН, опираясь на профессиональный и личный опыт экспертов. В качестве экспертов в данном исследовании выступают три группы профессионалов: активисты — представители КГН, сотрудники профильных НКО, работающие с КГН, сотрудники медицинских учреждений, работающие с пациентами с ВИЧ-инфекцией, — ЦС, КВД, ПНД, наркологические диспансеры и больницы, поликлиники. В Челябинске дополнительно включена еще одна группа: сотрудники ГУФСИН.

Экспертные интервью проводились в онлан- и офлайн-формате, по заранее сформированному гайду, включающему в себя вопросы для обсуждения основных этапов и барьеров в тестировании и лечении ВИЧ. Результаты интервью фиксировались в бланках и анонимизировались. В рамках качественного этапа исследования было собрано 45 экспертных интервью – по 15 интервью в каждом регионе исследования.

В количественном исследовании (октябрь — декабрь 2021 года) ключевым методом являлся онлайн-опрос. Для опроса была разработана анкета, направленная на выявление препятствий в получении доступа к услугам, связанным с ВИЧ, предоставляемым государственными учреждениями, а также поставщиками услуг в негосударственном секторе. В рамках анкеты исследуются институциональные, структурные, социокультурные и индивидуальные барьеры, а также учитываются социально-демографические характеристики респондентов.

После подготовки анкеты был проведен пилотаж инструмента, его корректировка и согласование с Форумами КГН. Итоговая версия анкеты состоит из 32 вопросов и предполагает пять основных развилки:

- для людей, не знающих о своем ВИЧ-статусе (опрос сокращен до 15 вопросов);
- для людей, знающих о своем отрицательном ВИЧ-статусе (опрос сокращен до 15 вопросов);
- для людей, знающих о своем положительном ВИЧ-статусе и не вставшим на диспансерный учет (всего 25 вопросов);
- знающих о своем положительном ВИЧ-статусе, вставшим на диспансерный учет и не принимающим АРВ-терапию (всего 28 вопросов);
- для людей, знающих о своем положительном ВИЧ-статусе, вставшим на диспансерный учет и принимающим (или когда-либо принимавшим) АРВ-терапию (всего 30 вопросов).

Пять анкет для ключевых групп населения (ЛЖВ, ЛУИН, СР, МСМ и ТГЛ) были организованы в гугл-формах с индивидуальными ссылками для каждого Форума. При поддержке Форумов приглашение к опросу и ссылка на него были размещены на 92 интернет-площадках и несколько раз обновлялись за время исследования для напоминания о возможности принять участие в опросе.

Всего собрано 1657 анкет. После технической обработки для последующего анализа отобраны 1646 анкеты. Таким образом, собранная эмпирическая база количественного исследования составляет N=1646.

Нормативная база противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

Действия органов власти и государственных учреждений здравоохранения в отношении ВИЧ-инфекции определяются федеральным законодательством и государственной стратегией по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в РФ, утвержденной Правительством России.

Основным нормативным документом является Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Закон гарантирует «предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», а также «бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти... [и] исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации» (статья 4).

¹² Некоторые площадки представляли собой географически локализованные секретные чаты в отдельных городах России.

Пятая статья закона гарантирует ВИЧ-инфицированным гражданам РФ обладание всеми правами и свободами, а статья 14 определяет, что ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по медицинским показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Кроме того, закон устанавливает добровольность медицинского освидетельствования на ВИЧ, за исключением случаев донорства, занятия некоторыми профессиями, определяемыми правительством, и пребывания в местах лишения свободы, и предусматривает возможность анонимности при добровольном медицинском освидетельствовании.

Согласно статье 17 закона, не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в организации, осуществляющие образовательную деятельность, и медицинские организации, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных.

Закон включает в себя также статьи о социальной поддержке ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних, их родителей или других законных представителей и тех, кто подвергается риску заражения ВИЧ при исполнении своих трудовых обязанностей.

Меры, предпринимаемые государством по прекращению/контролированию эпидемии ВИЧ-инфекции, определяются Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Распоряжением Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. № 3468-р утверждена стратегия на период до 2030 года (ныне действующая). Ранее действовала Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденная Правительством России в октябре 2016 года.

Ныне действующая госстратегия подтверждает, что Россия «в целом придерживается глобальных целей по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, определенных Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения и влияющих на достижение целей устойчивого развития».

Термин «ключевые группы населения» определяется в стратегии как «группы населения повышенного риска, а также особо уязвимые и уязвимые в отношении ВИЧ-инфекции», а термин «группы населения повышенного риска» как «потребители инъекционных наркотиков и иных наркотических средств для немедицинского потребления, лица, оказывающие сексуальные услуги, а также лица, вступающие в нетрадиционные сексуальные отношения».

¹³ Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года / Правительство РФ. М., 2020. <http://government.ru/docs/all/131802/>.

Оценка ситуации с ВИЧ-инфекцией в стратегии отличается от оценок Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Стратегия констатирует: «За время реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции на период до 2020 года... отмечается стойкая тенденция ежегодного улучшения эпидемиологической ситуации в Российской Федерации. В соответствии с данными федерального государственного статистического наблюдения за 2017–2019 годы отмечено стойкое снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции. Число впервые выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией снизилось с 85,8 тыс. человек в 2017 году до 80,1 тыс. человек в 2019 году».

Между тем, по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, региональные СПИД-центры сообщили о 104 402 новых случаях ВИЧ-инфекции в 2017 году, 101 345 — в 2018 и 94 668 — в 2019 годах.

Различия связаны с тем, что в стратегии используются данные о тех, кто включен в Федеральный регистр лиц, инфицированных ВИЧ, то есть встал на диспансерный учет, а данные Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом основаны на числе тех, кто прошел обследование и у кого был выявлен ВИЧ, за исключением выявленных анонимно и иностранных граждан.

Цель стратегии сформулирована следующим образом: «Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации путем достижения постоянного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения и снижения смертности от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, чтобы к 2030 году это заболевание перестало быть угрозой общественному здоровью».

Раздел «Целевые показатели» конкретизирует план по снижению числа новых случаев ВИЧ-инфекции в России (см. табл. 1).

Табл. А. Планируемые значения ключевого целевого показателя реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года (число новых случаев инфицирования ВИЧ, регистрируемых среди населения РФ).

Год	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Число новых случаев инфицирования ВИЧ, регистрируемых среди населения РФ (тыс. чел.)	72,3	68,7	65,3	62	58,9	56,0	53,2	50,5	48	45,6

Стратегия планирует, таким образом, что за десять лет – с 2021 по 2030 год – в России будет зарегистрировано в общей сложности 580,5 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции. Среди целевых показателей стратегии нет числа смертей от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Другие целевые показатели (раздел V) соответствуют подходу

ЮНЭЙДС – 95 % к 2030 году должны знать свой статус и состоять в реестре и 95 % — получать АРТ.

Одна из задач стратегии заключается в следующем: «Повышение информированности граждан Российской Федерации по вопросам ВИЧ-инфекции, а также формирование социальной среды, исключая дискриминацию и стигматизацию по отношению к лицам с ВИЧ-инфекцией». Однако отдельных положений о противодействии дискриминации ЛУИН, СР и МСМ в стратегии нет.

Дважды в стратегии используется выражение «традиционные семейные и морально-нравственные ценности». Стратегия предполагает их формирование и укрепление наряду со «здоровым образом жизни».

Сущность стратегии заключается в максимальном и своевременном выявлении случаев ВИЧ-инфекции и быстром назначении АРВ-терапии для снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня: «В целях повышения эффективности лечения ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами необходимо их назначение в наиболее короткие сроки после установления диагноза. Раннее начало антиретровирусной терапии направлено на достижение неопределяемой вирусной нагрузки, снижение числа осложнений у лиц с ВИЧ-инфекцией и увеличение продолжительности их жизни». В случае неопределяемой вирусной нагрузки передачи ВИЧ при незащищенных сексуальных контактах и контактах крови с кровью не происходит, хотя в самой стратегии это не артикулируется. Постулирование необходимости назначения АРВ-терапии сразу после постановки диагноза «ВИЧ-инфекция» является ключевым отличием ныне действующей стратегии (до 2030 года) от предыдущей.

19 октября 2021 года Правительство России утвердило план мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года (т. н. «дорожную карту»). План определяет мероприятия, их ответственных исполнителей, сроки и вид отчетности. В числе планируемых мероприятий есть следующие: «реализация информационно-коммуникационной кампании по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний, включая профилактику ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения на основе межведомственного взаимодействия, *снижение стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ*, в том числе с привлечением социально ориентированных некоммерческих организаций»; «разработка и утверждение методических рекомендаций по профилактике ВИЧ-инфекции для обучающихся образовательных организаций, студентов учреждений высшего и среднего образования с фокусом на усилия *по продвижению семейных и традиционных ценностей*, предотвращению рискованного поведения, социально-экономической поддержке молодежи и женщин» и др.

¹⁴ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_ru.pdf.

¹⁵ План мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года. <http://ips.pravo.gov.ru:8080/default.aspx?pn=0001202110200015>.

В целом следует признать, что существующая нормативная база противодействия ВИЧ-инфекции в России неоднородна. Если Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» выполняет очень важную роль в защите прав ЛЖВ и противодействии их дискриминации, то государственную стратегию нельзя признать современным и эффективным инструментом противодействия эпидемии. Она не предполагает развития сексуального образования в России, распространения практик использования презервативов и программ снижения вреда при потреблении наркотиков. Кроме того, традиционалистские языковые конструкции, используемые в стратегии и «дорожной карте», такие как «нетрадиционные сексуальные отношения» и «укрепление традиционных семейных и морально-нравственных ценностей», неявным образом способствуют дискриминации и стигматизации ЛЖВ, поскольку формируют морализаторский контекст обсуждения причин и факторов заражения ВИЧ.

Обзор результатов изучения барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в России

Исследований, проведенных в России, о барьерах в доступе КГН к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции немного. Качественное исследование, проводившееся среди ЛУИН в Санкт-Петербурге методами фокус-групп и полуструктурированных интервью в начале 2010-х гг., выветило следующие основные проблемы для начала лечения ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, получающих лечение от наркозависимости: стигматизация, проблемные отношения между пациентом и провайдером лечения, фрагментарность медицинской помощи. Вывод авторов заключался в том, что эффективное соединение (linkage) ЛУИН с лечением ВИЧ-инфекции требует признания наличия стигмы и устранения ее роли, в том числе во взаимоотношениях пациентов и провайдеров лечения.

П. Мейлахс, А. Аасланд и А. Грэннингсетер на основе полуструктурированных интервью с ЛУИН в Санкт-Петербурге и Архангельской области утверждают, что основным психологическим барьером для изменения поведения у ЛУИН являются их фаталистические установки по отношению к собственному здоровью, и подчеркивают значение личной коммуникации аутрич-работников с ЛУИН.

¹⁶ Kiriazova T., Lunze K., Raj A., Bushara N., Blokhina E., Krupitsky E., Bridden C., Lioznov D., Samet J. H., Gifford A. L. "It is easier for me to shoot up": stigma, abandonment, and why HIV-positive drug users in Russia fail to link to HIV care // AIDS care. 2017. N 29(5). Pp. 559–563.

¹⁷ Meylakhs P., Aasland A., Grønningseter A. "Until people start dying in droves, no actions will be taken": perception and experience of HIV-preventive measures among people who inject drugs in northwestern Russia // Harm Reduct Journal. 2017. N 14(1). P. 33.

Исследование А. Саранг, Т. Родоса и Н. Шеона, проведенное в это же время методом глубинных интервью с ЛУИН в Екатеринбурге, выявило три основных системных барьера на пути к лечению ВИЧ для ЛУИН: (1) запутанная бюрократия; (2) распространенные среди ЛУИН представления о том, что доступ к лечению ВИЧ зависит от лечения наркозависимости; и (3) вертикально организованные системы лечения ВИЧ, наркомании и туберкулеза. Рекомендации, предложенные авторами, заключались в осуществлении структурных мер, упрощающих бюрократические процедуры, которые регулируют доступ к лечению; повышающих грамотность ЛУИН; содействующих комплексному лечению ВИЧ, туберкулеза и наркозависимости; способствующих реформе политики по лечению наркозависимости.

Представители КГН, опрошенные в ходе исследования, проведенного в 2019 г. в рамках мероприятий по мониторингу и оценке проекта «Маяк»/«Lighthouse» («Расширение и интеграция научно обоснованных услуг по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ для людей, употребляющих наркотики, включая секс-работников, в систему здравоохранения и социальной поддержки Санкт-Петербурга»), сообщили о таких барьерах, как самостигматизация и самодискриминация ЛЖВ, предосудительное отношение со стороны персонала Центра СПИД, сложности с записью к нужному врачу, неудобное время работы процедурного кабинета, невозможность сдать нужные анализы и, самое главное, очень длительное ожидание своей очереди на прием. «Следствием подобных ситуаций может быть нарушение конструктивной коммуникации между врачом и пациентом из-за отсутствия достаточного времени для качественного оказания услуги пациенту со стороны врача и возможных эмоциональных реакций со стороны долго ждавшего в очереди пациента. Такое нарушение конструктивной коммуникации между врачом и пациентом может сказаться и на уровне приверженности АРТ».

В случае с ТГЛ существующие данные указывают на то, что основным барьером является предельная замкнутость этой группы, вызванная общими трансфобией и неприятием в обществе. Закрытость усиливается тем обстоятельством, что ТГЛ «часто не имеют средств к существованию, что является одной из причин обращения к коммерческому сексу в качестве заработка».

Интервью с сотрудниками НКО, проводившиеся в 2017 г. в рамках проекта PROMISE, который осуществлялся в России Центром молодежных исследований НИУ ВШЭ, показывают, что ещё одним барьером может быть низкое качество препаратов, используемых в рамках АРВ-терапии. Один из информантов, работающий «равным консультантом», описывает этот барьер следующим образом: «Во всем мире уже есть

¹⁶ Kiriazova T., Lunze K., Raj A., Bushara N., Blokhina E., Krupitsky E., Bridden C., Lioznov D., Samet J. H., Gifford A. L. "It is easier for me to shoot up": stigma, abandonment, and why HIV-positive drug users in Russia fail to link to HIV care // AIDS care. 2017. N 29(5). Pp. 559–563.

¹⁷ Meylakhs P., Aasland A., Grønningsæter A. "Until people start dying in droves, no actions will be taken": perception and experience of HIV-preventive measures among people who inject drugs in northwestern Russia // Harm Reduct Journal. 2017. N 14(1). P. 33.

препараты пятого поколения, там, четвертого поколения. А здесь мы принимаем, ну, большинство, первичным назначают препараты первого, второго поколения. То есть эфавиренз, от которого сильный побочный эффект, и так далее, зидовудин тот же самый... Пациентам очень трудно, они же не понимают ничего. Назначили, он пьет, ему еще хуже становится очень часто... Большинство не знает, пьют, стало плохо, бросили терапию, то есть резистентность у людей [возникает]».

В 2020 году Челябинская общественная организация «Независимый исследовательский центр «Есть мнение» опубликовала методическое пособие, в котором представлен опыт НКО и ЦС Челябинска, Екатеринбурга, Тюмени, Новосибирска, Москвы, Казани, Санкт-Петербурга, касающийся установления и поддержания эффективной связи ЛЖВ, впервые получивших диагноз «ВИЧ-инфекция», с лечением. Значимой частью пособия являются истории конкретных людей, узнавших о своем положительном ВИЧ-статусе.

Авторы пособия на основе опыта пациентов, собственного опыта и опыта коллег из некоммерческих и государственных организаций перечисляют следующие основные барьеры на пути к лечению после постановки диагноза:

«– [низкое] качество тест-систем на ВИЧ (неопределяемый результат, ложноположительные и ложноотрицательные результаты);

– непрофессиональное послетестовое консультирование, когда клиент не получил достоверную информацию и алгоритм действий в случае положительного результата на ВИЧ;

– наличие как минимум 2-х документов при постановке на учёт в Центр СПИДа (паспорт, СНИЛС);

– отсутствие прописки или временной регистрации;

– отсутствие «мотивационных наборов» (продуктовые наборы, гигиенические наборы, презервативы и лубриканты);

– отсутствие поддерживающих онлайн-сервисов для людей, узнавших о своём диагнозе на удалённых от мегаполиса территориях, особенно для таких категорий пациентов, как подростки, люди, употребляющие наркотики, МСМ и люди в возрасте старше 45 лет;

– боязнь огласки диагноза, особенно в небольших городах и населённых пунктах;

– отсутствие либо перебои с поставками АРВ-терапии;

– отсутствие возможности экспресс-тестирования рядом с домом либо отсутствие информации о пунктах тестирования на ВИЧ;

²³ Ясавеев И. Г. ВИЧ/СПИД в России: властная и активистская конструкции социальной проблемы // Социологическое обозрение. 2019. Т. 18. № 3. С. 49–76. https://sociologica.hse.ru/data/2019/09/30/1543245845/SocOboz_18_3_49-76_Yasaveev.pdf.

²⁴ Авдеев Ю.А., Дацко С.И. и др. Эффективная связь с лечением людей, впервые получивших диагноз «ВИЧ-инфекция». Сборник полезного регионального опыта. Методическое пособие / Под ред. А.В. Выгоняйлова. Челябинск, 2020.

- отдалённость Центра СПИДа от пациента, когда нет средств добраться до лечебного учреждения;
- неудобные часы приёма врачей;
- невозможность быстро попасть на обследование (очереди в Центре СПИДа, отсутствие узкоспециализированных специалистов);
- отсутствие мультидисциплинарных команд, призванных оказывать комплексную, психо-медико-социальную помощь пациенту;
- недоверие к врачам;
- непринятие своего диагноза».

Несмотря на развитие системы профилактики ВИЧ в России, исследования доступа к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции показывают широкий спектр барьеров для ключевых групп населения, многие из которых сохраняются длительное время.

Результаты качественного исследования

Целью качественного этапа исследования в рамках реализации проекта «Каскад» по выявлению барьеров, с которыми сталкиваются представители различных КГН (МСМ, ЛУИН, СР, ТГЛ, ЛЖВ) на всех этапах медицинской помощи, связанной с ВИЧ-инфекцией, являлся анализ барьеров по доступу к тестированию и лечению ВИЧ для ключевых групп населения на основании экспертных оценок ситуации в регионе.

Достижение поставленной цели предполагало решение следующих исследовательских задач:

1. Выявление ключевых барьеров к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции на всех этапах оказания медицинской помощи — тестирования, направления в СПИД Центр, диспансерного наблюдения, назначения и приема АРВ для ключевых групп населения (МСМ, ЛУИН, СР, ТГЛ, ЛЖВ, МЛС).
2. Выявление специфики межведомственного взаимодействия в регионе. Анализ взаимодействия НКО и медицинских учреждений, вовлеченных в тестирование и лечение ВИЧ-инфекции.
3. Выявление эффектов изменения нормативно-правовой базы для тестирования и лечения ВИЧ среди ключевых групп населения.

В рамках исследования проверялись и три предварительные гипотезы: а) Пандемия COVID-19 является ключевым фактором, повлиявшим на ограничение в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения; б) Изменения нормативно-правовой базы в лечении ВИЧ-инфекции в 2020 г. повлекли за собой негативные последствия для ключевых групп населения в доступе к тестированию и лечению ВИЧ;

²⁵ Там же. С. 26–27.

в) Неорганизованное межведомственное взаимодействие приводит к снижению тестирования и лечения ВИЧ среди ключевых групп населения.

Основным методом являлось экспертное интервью, позволяющее получить оценку ситуации по тестированию и лечению ВИЧ для КГН, опираясь на профессиональный и личный опыт экспертов. В качестве экспертов в данном исследовании выступают три группы профессионалов:

1) активисты — представители КГН;

2) сотрудники профильных НКО, работающие с КГН;

3) сотрудники медицинских учреждений, работающие с пациентами с ВИЧ-инфекцией, — ЦС, КВД, ПНД, наркологические диспансеры и больницы, поликлиники. В Челябинске дополнительно включена еще одна группа: сотрудники ГУФСИН.

Экспертные интервью проводились по заранее сформированному гайду интервью, включающему вопросы для обсуждения основных этапов и барьеров в тестировании и лечении ВИЧ. Рекрутинг информантов в регионах осуществлялся методом снежного кома через НКО, личные сети исследователей. Интервью проводились в удобное для экспертов время и в подходящем для них формате — офлайн и онлайн, с использованием коммуникационных средств и программ: по телефону, в скайпе и WhatsApp. Часть информантов дали согласие на аудиозапись интервью на диктофон, с последующей анонимизацией и фиксацией ключевых ответов в бланках интервью. Часть не дала согласия, поэтому их ответы фиксировались на бланках интервью по ходу беседы, а затем рукописные тексты переводились в формат Word. Длительность интервью варьировалась от 20 до 80 минут. Средняя продолжительность интервью — 40 минут. Все интервью анонимизированы.

В рамках качественного этапа исследования было собрано 45 экспертных интервью – по 15 интервью в каждом регионе. В Москве собрано пять интервью с представителями ключевых групп населения – ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ, ЛЖВ. Все представители КГН сотрудничают с ВИЧ-сервисными НКО г. Москвы. Пять интервью с сотрудниками ВИЧ-сервисных НКО, которые осуществляют деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции и социальной поддержки КГН в г. Москве и Московской области. И пять интервью с сотрудниками московских медицинских учреждений, а именно с сотрудниками из СЦ (два человека) и по одному интервью с представителями наркологического диспансера, поликлиники и инфекционной больницы.

В Санкт-Петербурге было проведено пять экспертных интервью с активистами, по одному с представителями каждой группы: ЛУИН, СР, МСМ, ТГЛ, ЛЖВ. Собраны пять интервью с сотрудниками НКО, работающих с КГН по вопросам тестирования и лечения ВИЧ. В исследовании приняли участие 2 сотрудника НКО, работающих с ЛЖВ, по одному сотруднику НКО: - работающей с СР, - специализирующейся на ЛУИН, - ЛГБТ+ НКО. В группе медицинских работников проведено пять интервью с сотрудниками медицинских учреждений, работающих с пациентами с ВИЧ-инфекцией: два интервью с работниками ЦС, по одному — с сотрудниками КВД и ПНД, одно интервью с сотрудником наркологической больницы.

В Челябинске было собрано семь интервью с активистами/представителями каждой ключевой группы населения: СР, МЛС, МСМ, ЛУИН, ТГЛ, ЛЖВ. Три интервью со специалистами и сотрудниками разных НКО, которые непосредственно занимаются организацией и оказанием помощи лицам с ВИЧ-положительным статусом. Также было опрошено 4 сотрудника медицинских учреждений и один сотрудник ГУФСИН России по Челябинской области.

Экспертная оценка барьеров к тестированию ВИЧ-инфекции для КГН

Эксперты, принявшие участие в исследовании, отмечают, что ВИЧ-инфекция уже давно распространилась за пределы групп риска. При этом различается уровень осведомленности о ВИЧ и необходимости тестирования в разных группах населения. По мнению экспертов, общее население осведомлено о ВИЧ поверхностно: «Думаю, что люди понимают плюс-минус как это работает, понимают, что передается половым путем. Ну, может, боятся каких-то парикмахерских» (Санкт-Петербург, инт. № 5, представитель ЛЖВ). Чаще всего самостоятельно обращаются за тестированием молодежь до 35 лет, следящая за здоровьем, «сознательные» люди из общего населения. Отмечается, что у женщин чаще есть повод пройти тестирование, например во время беременности. Некоторые группы СР и МСМ могут чаще проходить тестирование, чем общее население, в силу внимательного отношения к предохранению от инфекции в целом. Из КГН преимущественно самостоятельно приходят тестироваться ЛУИН и МСМ, те, которые непосредственно столкнулись с рискованным поведением (сексуальные отношения с ВИЧ-положительным партнером, употребление наркотиков инъекционным путем с ВИЧ-положительным с использованием общего инструментария и пр.). Как правило, такие клиенты еще до прохождения дотестового консультирования уже хорошо замотивированы на прохождение тестирования.

К тестированию на ВИЧ-инфекцию реже прибегает общее население, которое не усматривает в своем поведении риски, реже предохраняется, а также люди старшего возраста, мигранты. У общего населения, отмечают информанты, ВИЧ чаще выявляется на поздней стадии. Не стремятся проходить тестирование мужчины, в том числе и мужчины-клиенты секс-работниц. Эксперты связывают это с самоуверенностью и меньшим вниманием к своему здоровью. В особенности сложна проблема своевременной диагностики на ВИЧ-инфекцию партнеров беременных женщин – в случае отказа от тестирования заражение беременной женщины может быть не выявлено, что приводит к заражению ребенка в период грудного вскармливания. В целом, считают эксперты, реже обращаются за тестированием люди с низким уровнем доходов, отсутствием высшего образования, жители небольших городов и поселков.

Общее население, указывают эксперты, проходит тестирование, только когда есть подозрение на инфекцию и обращается в платные медицинские центры, если есть деньги, и в НКО, если денег нет. Нежелание проходить тестирование обосновывается несколькими причинами. Первая — отрицание рисков. Даже если есть симптомы, люди скорее будут

подозревать другие заболевания. Более того, обычно люди не считают себя группой риска, если состоят в моногамных гетеросексуальных отношениях и не относятся к СР, ЛУИН, МСМ: «В школах с 7 по 11 класс дети очень хорошо информированы, а их родители со старым воспитанием Советского Союза: “про секс говорить стыдно”. А про ВИЧ-инфекцию: “все наркоманы, проститутки, я-то тут причем?”» (Санкт-Петербург, инт.инт. № 7, сотрудник НКО).

Вторая причина — это стигматизация обществом ключевых групп населения и ВИЧ-положительных людей в целом. В интервью в трёх регионах проекта выявлено, что общее население не хочет, чтобы их причисляли к какой-либо маргинальной группе.

Третья причина — низкий уровень информированности. У людей отсутствует легкий доступ к достоверной, простой и понятной информации о ВИЧ, о способах передачи, о работе Центров СПИД, включая анонимность и бесплатность тестирования. К тому же часть циркулирующей информации если и не является напрямую ВИЧ-диссидентской, то содержит множество мифов – от вредности лечения до некорректных практик защиты.

Если говорить о пробелах в тестировании из перспективы КГН, то по мнению экспертов всех трех регионов, сложнее всего привлечь к тестированию тех, кто страдает от химической зависимости: «Мне сложно точно оценить, скорее всего, даже если и знают, то не дойдут до мест тестирования, зависимое поведение в приоритете. Тем, кто попадает на реабилитации, за кого беспокоятся родственники, тем проще. Остальные просто умирают» (Челябинск, инт. 1, Представитель ЛУИН).

Опрошенные специалисты НКО в г. Челябинске также называют СР, ЛУИН и МЛС особыми категориями, с которыми необходимо долго работать, чтобы они начали регулярно и системно сначала ходить на тестирование, а потом вставать на учет в медицинские учреждения. Сотрудники некоторых НКО в Санкт-Петербурге отмечают, что также сложно привлечь к тестированию МСМ и ТГЛ из-за того, что некоторые НКО еще не знают, как правильно работать с этими группами.

Общей проблемой для КГН, как и для населения в целом, является низкий уровень информированности, распространение мифов вокруг заболевания и лечения, ВИЧ-диссидентство, спидофобия. Однако в каждой группе бытуют свои мифы и слухи о ВИЧ и терапии.

Некоторые группы СР, по мнению экспертов, интересуются вопросами тестирования и профилактики больше, чем общее население. Они чаще обращаются к методам экспресс-тестирования, так как это занимает меньше времени, чем обращение, например, в КВД. СР, работающие «в помещении», могут проходить тестирование на ВИЧ в принудительном порядке — по правилам организации. Однако уличные СР, или СР-ЛУИН оказываются одной из самых труднодоступных для тестирования групп, по мнению информантов. Нежелание пройти тестирование связано с боязнью потерять работу, страхом двойной стигматизации,

для мигрантов, особенно для мигрантов-СР гомосексуальной ориентации, ТГЛ – со страхом депортации, нехваткой средств на дорогу, употреблением алкоголя и ПАВ, да и просто безразличием к своему здоровью. Специфический барьер для СР — проблемы с документами, у СР-мигрантов может не быть регистрации по месту жительства и полиса для обращения в медицинские учреждения.

Эксперты отмечают, что ЛУИН, пользующиеся услугами НКО, хорошо информированы о необходимости тестирования. Но даже находясь в группе риска, они могут его не осознавать: «Мы тоже часто об этом не задумывались. Нам лет по 18 было, было ощущение, что люди, которые в нашем кругу, болеть такими болезнями не могут» (Санкт-Петербург, инт. № 5, представитель ЛЖВ). Для представителей ЛУИН основным барьером к тестированию является их самостигматизация, связанная с принадлежностью к группе, в том числе восприятие себя как «конченного человека, которому уже нет смысла заниматься своим здоровьем» (Москва, инт. № 8, сотрудник НКО). ЛУИН маргинализированы как наркопотребители, кроме этого, могут быть бездомными, бывшими заключенными, секс-работниками и т.д. Положительный ВИЧ-статус может стать для них еще одной причиной стигматизации.

Если тестирование осуществляется не на мобильном пункте в местах нахождения ЛУИН, то к этим барьерам добавляются ограничения образа жизни, связанные с употреблением ПАВ, и отсутствие свободных финансовых средств, которые необходимы для того, чтобы добраться до организации/места, где можно пройти тестирование на ВИЧ, поскольку, как правило, все свободные деньги тратятся на приобретение наркотических веществ.

Среди ЛУИН распространен миф, что нельзя принимать наркотики одновременно с АРВ-терапией, бытует отношение к ВИЧ как самому тяжелому заболеванию среди других, что также удерживает их от тестирования.

ТГЛ, по мнению экспертов, в целом хорошо информированы о ВИЧ. Прохождение тестирования на ВИЧ зачастую связано с процессом транс-перехода: эндокринологическими обследованиями и хирургическими операциями. Однако у ТГЛ существует специфический страх узнать о положительном статусе, продиктованный представлением, что положительный ВИЧ-статус закрывает возможность для совершения перехода.

Эксперты отмечают, что в вопросе тестирования, например в Санкт-Петербурге, больше распространены сервисы, направленные на МСМ, отчего транс-люди, не интересующиеся группами, направленными на гей-сообщество, могут не знать о проводимых в них проектах про ВИЧ. Смешение транс-людей с гей-сообществом может вызывать у ТГЛ отторжение.

У ТГЛ не всегда есть информация о проверенных учреждениях, где не будет проявляться трансфобия, мисгендеринг. А именно страх мисгендеринга и непонимания удерживает транс-людей от посещения мест тестирования. ТГЛ также могут не относить себя к группе риска из-за доверия к партнёру, наличия одного партнера, отсутствия сексуального опыта, отсутствия практик проникающего секса.

По словам экспертов, в группу MSM входят разные категории MSM — те, кто знают все о профилактике и тестировании, и те, кто не имеет представления о ВИЧ. Не все MSM относят себя к группе риска. За тестированием они обращаются как в ЦС, так и в частные клиники, а также в ЛГБТ+ НКО. Причина частого выбора частных клиник заключается в том, что они «условно френдли» — не будут спрашивать «лишнего». Нежелание тестирования связано с неотнесением себя к группе риска, страхом раскрытия гомосексуального статуса, а также с мнимой уверенностью в том, что одного сданного теста достаточно, и отсутствием понимания, когда и в каких случаях сдаются тесты на ВИЧ. Отдельно эксперты, например в Москве, отмечают рост практик химсекса среди MSM. Химсекс связан с употреблением наркотических веществ в контексте сексуальных практик (как правило, коллективных), что влечет за собой повышенные риски для здоровья. У представителей MSM, которые практикуют химсекс, как правило, наблюдается две стигмы, которые мешают им обратиться за тестированием, это – гомофобия и наркофобия.

Эксперты в Челябинске отмечают, что для МЛС одной из ключевых причин отказа от тестирования является стигматизация и страх потери поддержки в случае положительного статуса. Лица, освобожденные из мест лишения свободы, информированы о том, где проводится тестирование, но «боятся идти, обращаться в другие учреждения, так как “клеймо зека/зечки” никто не отменял» (Челябинск, инт. № 4, представитель МЛС). Зачастую представители этой группы не говорят своим близким и партнерам о том, что они инфицированы, даже если узнают об этом еще в заключении.

Кроме того, есть структурная проблема по выявлению ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы. В настоящее время тестирование на ВИЧ производится при поступлении лица в СИЗО/колонию-поселение на основании п.п. 26, 30 Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, утвержденный приказом Министерства юстиции РФ от 28 декабря 2017 г. N 285, что не обеспечивает выявления всех ВИЧ-инфицированных, поступающих и находящихся в учреждениях ФСИН, по ряду причин: не учитывается «период окна», не учитывается возможность заражения во время пребывания в исправительном учреждении, в том числе на длительном свидании, – по аналогии с обследованием на сифилис (абз. 3 п. 31 указанного порядка). Таким образом, нет точных сведений обо всех ВИЧ-инфицированных лицах, освобождающихся из исправительных учреждений, что существенно ухудшает эпидемиологическую обстановку, поскольку лица, совершившие преступления, являются уязвимой категорией.

Медицинские специалисты, принявшие участие в исследовании в Москве, говоря о тестировании в целом, отмечали, что тестироваться на ВИЧ-инфекцию люди приходят по

²⁶ Химсекс: Инструкция по выживанию для гей-сообщества // ECOM. 29.01.2020. URL: <https://ecom.ngo/news-ecom/chemsex-web>.

направлению от врачей самых разных специальностей (тестирование по показаниям) – «от дерматовенеролога и гинеколога до стоматолога» (Москва, инт. № 14, сотрудник мед. учреждения). Увеличение охвата тестированием общего населения, принятого в России как стратегия «обследуй и лечи» (индикатив в Государственной стратегии 2030 – 30 % в 2021 году) без усиления профилактики является, по мнению академика В. Покровского, «тупиковой» стратегией. Можно ожидать, что в Дорожной карте по реализации Государственной Стратегии противодействия ВИЧ-инфекции профилактика (в том числе, среди КГН) будет выделена и профинансирована как направление, равнозначное выявлению и лечению. В нашем исследовании эксперты из НКО также связывают пробелы с тестированием с провалом первичной профилактики в России: «Вот эти вот “ударим автопробегом по бездорожью”, эти всякие минздравовские штуки, которые они делают, да, пробежали, проехали друженько, наняли НКО, протестировали, слушайте, ну это неэффективная история» (Санкт-Петербург, инт. № 7, сотрудник НКО).

При этом медицинские учреждения и НКО обязаны направлять человека с выявленным ВИЧ в Центры СПИД. Во всех исследуемых учреждениях в Санкт-Петербурге обязательно проводится до и послетестовое консультирование, выдается направление в ЦС. Активно ведется работа НКО по сопровождению ВИЧ-инфицированных равными консультантами и кейс-менеджерами во всех трех регионах, они лично, по телефону или через связь с эпидемиологом ЦС контролируют посещение человеком ЦС. Все респонденты — сотрудники НКО отметили, что в основном им удается во время консультирования снять существующие у клиента барьеры и напряжение, так как они проходят регулярное обучение и повышение квалификации, а некоторые консультанты имеют психологическое образование и используют свои знания при проведении консультаций до и после теста на ВИЧ. Однако обращение в ЦС все же остается добровольным решением человека: «Но некоторых невозможно — насильно же не потащишь» (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО). Можно сказать, что информацию о необходимости сдать повторный анализ в Центре СПИД и встать на учет, вне зависимости от принадлежности людей к какой-либо группе, так или иначе предоставляют как НКО, так и частные или государственные медицинские учреждения: «Она прямо сказала: меня закон обязывает вас уведомить куда нужно идти, что делать» (Санкт-Петербург, инт. № 5, представитель ЛЖВ). При этом медики отмечают, что чаще до ЦС доходят беременные женщины и представители МСМ. Представители СР, ТГЛ, МЛС, ЛЖВ осведомлены об организациях, где можно получить помощь, но доходит лишь малая часть.

В то же время эксперты указывают, что в Челябинске представители МСМ не знают куда им обращаться за помощью, то есть они знают об организациях в целом, но в государственные учреждения идти боятся из-за своего статуса и осуждения со стороны врачей. Об отстранённом и недоброжелательном отношении врачей говорили все категории КГН, чаще в Челябинске: «Боятся идти в больницу — не пойду, там все узнают статус. /.../ Неграмотность,

непрофессионализм врачей, их пофигизм к людям» (Челябинск, инт. № 3, представитель МСМ); «Полное отсутствие чувства такта» (Челябинск, инт. № 4, представитель МЛС); «Отношение наплевательское. Как будто ты и не человек вовсе» (Челябинск, инт. № 6, представитель ТГЛ). В итоге в государственных учреждениях представители КГН чувствуют себя как на допросе, и более того, они чувствуют, что их поведению, их жизненной ситуации дают оценку.

В Москве для постановки на учет в ЦС необходима московская постоянная регистрация, что ограничивает доступ к нему приезжих из регионов. По временной регистрации встать на учет в городской ЦС возможно, но, как правило, это происходит в исключительных случаях при согласовании с Департаментом здравоохранения г. Москвы. Поэтому важную роль здесь играют НКО как посредники: все НКО, с представителями которых в рамках данного исследования проводились интервью, оказывают услуги по постановке на учет в ЦС для КГН-мигрантов. Им оформляется временная регистрация продолжительностью на один год минимум, которая необходима для постановки на учет в ЦС. КГН-мигрантов, как правило, ставят на учет в московский областной ЦС, так как для этого достаточно предоставить временную регистрацию в Московской области продолжительностью от одного года и выше. НКО активно работают с клиентами из КГН и областным ЦС: «Наша задача – чтобы человек научился самостоятельно жить с ВИЧ. Мы — как костыль. Человек учится вначале ходить с костылем, а потом должен его оставить и научиться ходить без него» (Москва, инт. № 10, сотрудник НКО).

Таким образом, КГН и общее население не обращается за тестированием в силу разных причин: страха получить положительный результат, незнания (недостатка информации о путях передачи ВИЧ-инфекции, факторах риска), неотнесения себя к группе риска, страха стигмы и дискриминации со стороны близких, друзей, общества в целом, безответственного отношения к своему здоровью; отсутствия/недостатка специальных программ привлечения к тестированию для некоторых групп. Ряд барьеров – отсутствие информации, мифы, стигматизация, страх равнодушного/ предосудительного отношения врачей – являются общими для разных КГН. К специфичным для групп относится, например, страх потерять работу у СР, страх остаться в одиночестве у освободившихся из МЛС, страх депортации у мигрантов и др. Сложнее всего привлечь к тестированию тех, кто страдает от химической зависимости, секс-работников/иц и лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

Экспертная оценка барьеров в диспансерном учете по ВИЧ-инфекции для КГН

Эксперты отмечают, что чаще доходят до СПИД Центра ЛГБТ+ люди, беременные или родившие женщины, а также часть ЛУИН, потому что с ними ведется активная работа. Кроме того, женщины чаще мужчин доходят до центра и начинают терапию, чтобы «нормально» выглядеть и чтобы никто не заподозрил у них заболевание. Общее население, хотя и тяжелее остальных групп реагирует на положительный статус, ответственнее относится к своему здоровью и чаще доходит до ЦС.

Реже доходят до Центра СПИД мигранты, внешние и внутренние, люди без постоянного места жительства, люди старше 55, лесбиянки. Последние потому, что практически не практикуют глубокий вагинальный секс и считают, что у них низкие шансы заражения, кроме того, у них снижено ощущение риска из-за невозможности забеременеть. Также редко обращаются в ЦС «уличные» СР и партнеры ВИЧ+ женщин: «Он уходит в глухую оборону, да, он вроде как принял статус, но сам что-либо с собой он делать ни фиги не будет» (Санкт-Петербург, инт. № 7, сотрудник НКО).

Особые сложности с постановкой на диспансерный учет испытывают МЛС– длительное нахождение в местах лишения свободы приводит к социальной изолированности и отчужденности от внешнего мира, и из исправительного учреждения выходят люди, которым сложно адаптироваться в новых условиях. Особенно трудно тем, кто не знает, куда идти за помощью, как устроиться на работу, где жить. МЛС испытывают сложности с получением регистрации для постановки на учет, сталкиваются с недоброжелательным отношением сотрудников различных государственных учреждений, в том числе и медицинских. В то же время некоторые МЛС после освобождения начинают употреблять наркотики, практиковать незащищенный секс, становясь опасным источником распространения ВИЧ-инфекции. Сотрудники ФСИН, принявшие участие в исследовании, отмечают, что после освобождения ЛЖВ должны встать на учёт в ЦС, куда выдается направление при выходе на свободу, ГУФСИН передаёт данные в Центр СПИД, но далее исправительные учреждения не отслеживают, доходит ли бывший осужденный до постановки на учет. Эксперты говорят, что по некоторым оценкам только 35 % ВИЧ-положительных МЛС встают на диспансерный учет в ЦС. В настоящее время нормативные акты предусматривают «мягкий» подход к обязательности постановки на диспансерный учет и соблюдении санитарно-эпидемиологических требований для ЛЖВ, освобожденных из мест заключения. Так, в соответствии с действующим законодательством органы здравоохранения осуществляют только контроль за явкой освобожденного лица для диспансерного наблюдения и обмениваются с ФСИН соответствующей информацией. Однако постановка МЛС в ЦС не предусмотрена в качестве меры административного надзора органами внутренних дел, а налагаемые на них ограничения не касаются соблюдения санитарно-эпидемиологических норм.

Одним из основных барьеров для СР к постановке на учет в ЦС является нежелание раскрывать свой статус как секс-работника/цы. На приеме они испытывают дополнительный

²⁷ Постановление Правительства РФ от 26 ноября 2020 г. N 1934 «Об организации информационного взаимодействия администрации учреждения, исполняющего наказание, с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья в отношении освобождаемого от отбывания наказания осужденного, страдающего заболеванием, представляющим опасность для окружающих».

²⁸ ст.173.1 УИК РФ.

²⁹ ст.4 Федерального закона от 6 апреля 2011 г. N 64-ФЗ «Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы».

стресс — из-за вопросов со стороны медперсонала (инфекционистов), которые предполагают раскрытие количества партнёров, с которыми СР имел(а) связь.

Страх раскрытия положительного ВИЧ-статуса перед коллегами, партнерами, семьей может так же препятствовать обращению СР в ЦС. А раскрытие статуса перед начальством борделей может привести к потере работы. Положение мигранта мешает не только получить бесплатную терапию, но и в случае подтверждения ВИЧ связано с угрозой депортации. В случае раскрытия статуса СР могут столкнуться с предосудительным отношением к ним со стороны медперсонала.

При этом СР, работающие на улице, отличаются от СР, работающих в салонах или индивидуально. «Уличные» СР, как отмечают эксперты, ведут очень опасный образ жизни, подвергаются физическому насилию, употребляют наркотические вещества. Вопросы собственного здоровья не находятся у них в приоритете, а значит постановка на ДУ существенным образом отсрочена.

Проблемы для СР в ходе диспансерного наблюдения вызваны их образом жизни, его непредсказуемостью, что вызывает сложности коммуникации даже с аутрич-программами. СР мобильны, как правило у них нет определенного режима сна, их отличает плохое питание, они употребляют ПАВ и алкоголь. При таком образе жизни возникают сложности в посещении врачей и принятии терапии по часам, осознании важности терапии: *«Не понимают серьезности заболевания, когда становится лучше, то начинают бросать и жить как обычно»* (Челябинск, инт. № 2, представитель СР).

Как и у СР, у ЛУИН наблюдаются низкая ценность собственной жизни, фатализм в отношении своей судьбы: *«Зачем мне еще голову этим [посещением ЦС и лечением] забивать. Для меня уже все в жизни кончено и лучше уже не будет»* (Москва, инт. № 10, сотрудник НКО). Образ жизни в целом сильно мешает ЛУИН на этапе постановки на учет в ЦС. В их приоритете потребление наркотических веществ, а оно требует временных и финансовых ресурсов — для инъекционного потребления нужно найти и приготовить наркотик, сделать укол и найти вещество на утро (если планируется посещение Центра СПИД утром). В то же время в глубокой зависимости тяжело что-то сделать, например обратиться за восстановлением паспорта в государственные учреждения. Употребление психоактивных веществ, по мнению информантов, может сказаться и на психическом здоровье человека, вызвать измененное восприятие времени и привести к пропуску посещения ЦС.

Эксперты солидарны во мнении, что ЛУИН очень боятся госструктур, поскольку уже сталкивались с плохим отношением к себе. Этот страх и предыдущий негативный опыт останавливает ЛУИН от посещения ЦС: *«Может, он даже был когда-то, а с ним врачи поговорили как-то не так, и он боится. Он не признается, что он боится, он говорит “да на фиг не надо, со мной там, на меня наорали, наругались и вообще я никому не нужен там и все, я не пойду”»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

ЛУИН могут отказываться от посещения больниц, поликлиник, не вызывать скорую помощь из-за опасения, что врач вызовет полицию или каким-то образом сообщит полиции о нем: *«Люди боятся идти к врачу, вызывать скорую, идти к государственным врачам, потому что где врачи, там и менты где-то рядом <...> Я думаю, этот страх небезоснователен»* (Санкт-Петербург, инт. № 5, представитель ЛЖВ).

Также из-за стигмы наркопотребителя у ЛУИН есть боязнь осуждения, которая отталкивает их от посещения ЦС. На самоощущение человека влияет и негативное восприятие его внешнего вида — неопрятности, тюремных татуировок, следов от инъекций: *«Что ты хочешь? Ты сам виноват в этой ситуации»* (Челябинск, инт. 1, представитель ЛУИН), *«Чувствуешь маленьким, неважным себя»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО). Многие из ЛУИН даже при других проблемах со здоровьем предпочитают обращаться за медицинской помощью не в поликлиники, а в медицинские пункты НКО. В государственных больницах человек зачастую сталкивается со стигмой: *«Я уже давно не колюсь, уже вот я в принципе социализировался, мне некомфортно в обычную поликлинику ходить. У меня диагнозы смотрят и со мной начинают разговаривать как попало, мне это вообще неприятно. И потом не хочется туда возвращаться»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО). Препятствовать регулярному посещению ЦС ЛУИН может тот факт, что сама болезнь никак не проявляется: *«Ему проще отложить, сказать, ну, пока же нормально все. Вроде я ничего не чувствую. Все так говорят — я ничего не чувствую, у меня все нормально. Вот когда надо будет, я прям поеду»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

Еще одним барьером для ЛУИН в процессе диспансерного учета эксперты называют неудобный график работы СПИД Центра. Как правило, для прохождения медицинских процедур нужно доехать до ЦС рано утром, выстоять в очереди, затем приехать еще несколько раз для посещения всех необходимых врачей. Эти условия создают для ЛУИН риск потери работы: *«У многих работа, которую боятся потерять, — там и так на честном слове держится из-за зависимости, а тут еще ехать, это ж надо утром»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

Одна из причин необращения ЛУИН в ЦС — проблемы с документами. Если у ЛУИН нет документов, то они, как правило, не знают, как их восстановить, боятся обращения в госучреждения, у них может не быть денег на госпошлину. В случае серьезных проблем со здоровьем может быть не оформлена инвалидность, не приставлен соцработник, и тогда человек не имеет возможности физически добраться до ЦС.

Проблемами для ЛУИН в процессе диспансерного учета являются и сопутствующие ситуации: человек может попасть в СИЗО и пропустить прием у врача, может «уйти в загул», искать закладки и т.д. ЛУИН могут потеряться во времени из-за хронической интоксикации. ЛУИН чаще срываются, им нужна реабилитация: *«Зависимость, употребление психоактивных веществ. Постоянные срывы с реабилитаций. А тут нужно принимать таблетки по часам»* (Челябинск, инт. № 1, представитель ЛУИН).

Отсутствие культуры сохранения собственного здоровья среди ЛУИН приводит к несерьезному отношению к посещению ЦС, перекалыванию заботы о своем здоровье на врачей. Так, например, человек может ждать звонка и не идти, пока ему не напомнят. Удаленность Центра СПИД приводит к необходимости тратить деньги на дорогу, а ограниченность финансовых ресурсов ставит человека перед выбором, на что их потратить, и не всегда выбор делается в пользу посещения ЦС. ЛУИН могут иметь также другие сопутствующие заболевания, делающие их маломобильными.

Несоответствие пола и данных паспорта удерживает многих ТГЛ от посещения государственных учреждений, где нужно предоставлять документы. Транс-человек не пойдет в учреждение из страха «деднейминга» (deadnaming, использование паспортного имени при всех). Некомпетентность и отсутствие сензитивности в медицинских учреждениях, в т.ч. в ЦС — это серьёзное препятствие: «Потому что когда ты приходишь на прием к врачу, ну, хочется получить то, что нужно получить на приеме, а не рассказывать ещё получасовую лекцию про свою идентичность» (Санкт-Петербург, инт. № 8, сотрудник НКО); «Насмешки, ехидные улыбочки... перешептывания, “иди посмотри на него”» (Челябинск, инт. 6, представитель ТГЛ); «Почему вместо мальчика стала девочка или наоборот» (Москва, инт. № 4, сотрудник НКО).

Специфическим барьером к посещению ЦС для ТГЛ, по мнению экспертов, являются непонимание совместимости гормональной терапии и АРВ-терапии и опасения, что принятие АРВ-терапии может влиять на гормональную терапию или вовсе остановить ее.

ТГЛ предпочитают частные клиники государственным, так как в последних «очень неуважительное отношение к людям» — неприятие, неприятные расспросы (и в случае ТГЛ, и в случае МСМ). Несмотря на анонимность анкеты, медперсонал в СПИД Центре может не соблюдать этой анонимности: на весь коридор оглашать имя пациента (имя может не соответствовать гендерной идентичности и внешности). У ТГЛ присутствует страх, что в такой ситуации рядом окажется человек, способный проявить агрессию. В регионах, где представителей ТГЛ не так много, например, в Челябинске, они особенно отмечают, что при обращении в медицинские учреждения находятся под пристальным негативным вниманием, поэтому стараются минимизировать обращения: «Нас там не любят. Мы для них нечисть» (Челябинск, инт. 6, представитель ТГЛ).

Соответственно, представители данной группы неохотно идут в медицинские учреждения за помощью, им проще обратиться в НКО, где они не будут чувствовать дискриминацию или осуждение. Отсутствие специальных практик и методик по работе с транс-людьми, неиспользование врачами предпочтительных местоимений и имен, вопросы, касающиеся сексуальных практик, которые не соответствуют реальному опыту транс-людей, причисление ТГЛ к МСМ при эпидемиологическом опросе являются существенными барьерами для ТГЛ в процессе диспансерного учета. Более того, как и у других уязвимых групп, у ТГЛ может не быть

ресурсов даже на проезд в ЦС: из-за несоответствия внешности и документов, из-за депрессивных эпизодов, из-за отсутствия работы.

Для МСМ одним из основных барьеров к посещению ЦС является двойная стигматизация — страх раскрытия статуса как ВИЧ-положительного человека из-за того, что тебя могут узнать в СПИД Центре, сопряженный со страхом раскрытия своего статуса как гомосексуального человека. Эксперты указывают, что МСМ встречаются с осуждением со стороны врачей (за множественные сексуальные контакты, за несвоевременное появление на приеме), зачастую не рискуют быть полностью открытыми, рассказывая врачу о своих практиках в сексуальной сфере. По отношению к МСМ, отмечают эксперты, используются некорректные формулировки и подходы, в том числе сама кодировка МСМ. Эпидемиологическое расследование также становится проблемой — необходимо говорить, как именно ты мог получить инфекцию. Хотя она проводится для статистики, но реализуется в недостаточно корректной форме. Большинство МСМ, исключая ЛГБТ-активистов, предпочитают выбирать кодировку о «беспорядочных половых связях», чем указывать на свой статус МСМ. Это делает статистику не отражающей действительное положение дел.

Для ЛЖВ существенным барьером в постановке на ДУ оказывается необходимость иметь серьезный временной ресурс для посещения ЦС. Высокоинтенсивная занятость, ограничения от работодателя, да и просто наличие работы зачастую не дает ЛЖВ возможности бывать на необходимых приемах в ЦС: *«Недавно был клиент, который два месяца ждал, когда у него будет выходной, чтобы поехать в Центр СПИД»* (Москва, инт. № 10, сотрудник НКО); *«Наши клиенты [представители КГН] ранятся об очереди в ЦС»* (Москва, инт. № 5, сотрудник НКО).

Среди барьеров для всех КГН и ЛЖВ в целом эксперты в Челябинске отмечают отсутствие тестов, перебои с препаратами, особенно в период пандемии, отсутствие врачей-инфекционистов и других более узких специалистов. Представители ЛЖВ обращают внимание на нехватку врачей и отсутствие обучающих семинаров для людей с диагнозом ВИЧ-инфекция. Также представители ТГЛ и МСМ хотели бы иметь возможность попасть в ЦС на прием к узким специалистам, таким как стоматолог, эндокринолог, офтальмолог и пульмонолог. Респонденты из числа КГН проблематизируют отсутствие сопровождения их на разных этапах лечения, поскольку не все пациенты понимают, какая помощь нужна в первую очередь — юриста или врача узкой специальности. Врачи отмечают, что нет комплексного подхода, взаимосвязи, каждый отвечает за свой участок, зачастую нет общего плана лечения пациента. Если человек пропустил прием, то его могут и не хватиться: *«Кто обратился с тем и работаем»*; *«Необходимо большее количество социальных работников и равных консультантов»* (Челябинск, инт. № 14, сотрудник мед. учреждения). При этом диспансерное наблюдение для многих КГН не ограничивается только ЦС. Особенно важными сопровождающими учреждениями, по мнению экспертов являются туберкулезный и наркологический диспансеры. Представители СР хотели бы ходить к специальному врачу

гинекологу, потому что к обычному ходить с диагнозом ВИЧ или даже без такого диагноза представителю группы проблематично из-за отношения врача.

Эксперты подчеркивают, что такие категории, как ЛУИН, МЛС, достаточно непростые в плане анамнеза: большая часть среди них это наркопотребители в прошлом или в настоящее время, зачастую при отбывании наказания у них помимо ВИЧ-инфекции выявляются еще другие заболевания, например туберкулез, гепатит. И очень важно, чтобы данная категория лиц была на комплексном сопровождении специалистов. Частично функцию по сопровождению ЛУИН и МЛС берут на себя НКО, в частности в Челябинске: *«Сотрудники фонда сопровождают клиентов, помогают им встать на учет — это направление эффективно, так как клиенты чувствуют поддержку, желание разделить его проблемы от сотрудников и специалистов фонда»* (Челябинск, инт. № 9, сотрудник НКО).

Важным барьером для всех групп населения оказывается и экономическое неравенство, бедность. Среди всех КГН есть люди, которые не обладают даже средствами для оплаты проезда в ЦС. Особенно остро этот вопрос встает в крупных городах с большой площадью. А так же эмоциональные риски взаимодействия с медицинскими учреждениями (особенно остро этот вопрос, по мнению экспертов, стоит в Челябинске) – разглашение диагноза, например в регистратуре сотрудник может громко произнести *«У вас ВИЧ, вам в тот кабинет нужно идти»* (Челябинск, инт. 7, представитель ЛЖВ), недоброжелательность персонала *«Спидозных я не принимаю, идите обратно в регистратуру»* (Челябинск, инт. 7, представитель ЛЖВ).

Таким образом, на этапе диспансерного наблюдения разные группы населения сталкиваются с общими проблемами, характерными для всех трёх регионов: стигматизацией со стороны врачей, удаленностью и неудобным графиком работы Центра СПИД, длинными очередями на прохождение комиссии, проблемой доверия и страхом раскрытия личной информации, страхами перед терапией. Людям также мешает низкая ценность собственной жизни (особенно выраженная у СР и ЛУИН) или неуважение к личному опыту и идентичности (некорректные вопросы и их формулировки для ТГЛ, MSM). Врачи, в свою очередь, сетуют на безответственное отношение к своему здоровью представителей КГН.

Экспертная оценка барьеров в АРВ-терапии для КГН

Всеми опрошенными петербургскими информантами разделяется точка зрения, что сегодня в Санкт-Петербурге «терапия назначается всем». Но эксперты указывают одновременно на условия её назначения — наличие гражданства и подтверждающих личность человека документов, что является барьером для мигрантов и людей без определенного места жительства. Также петербургские эксперты указали, что иногда человека могут отговаривать от приема терапии на ранних стадиях, при невысокой вирусной нагрузке, что связано как с устаревшими представлениями врачей о токсичности терапии для человека, так и с отсутствием денег из бюджета на закупку необходимого объема качественных препаратов для всех.

В Челябинске эксперты говорят, что АРВ терапия назначается не всем. Как правило, лечение назначается сразу МСМ, СР, МЛС; отсрочено – ТГЛ, ЛУИН, ЛЖВ. Представители МСМ считают, что *«врачи дают терапию несмотря на то, что могут быть противопоказания»* (Челябинск, инт. № 3, представитель МСМ); МЛС твердо уверены, что если человек болен, то ему положена терапия по закону, но часто отказываются сами из-за зависимости (Челябинск, инт. № 15, сотрудник медучреждения); СР думают, что АРТ назначается всем, *«чтобы не было эпидемий»*, но зачастую не идут к врачу, так как боятся стигмы со стороны общества и медперсонала, а также возможной ответственности за передачу ВИЧ-инфекции другим лицам. ТГЛ, ЛУИН и ЛЖВ чаще не получают АРТ в момент обращения в ЦС, что связано как с устаревшим субъективным подходом врача в отсроченности терапии в связи с хорошими анализами и самочувствием, так и в особенностях подбора схемы лечения в случае коморбидных заболеваний, рекомендаций эндокринологов.

В Москве и Московской области различия в назначении АРВ связаны с организацией работы в самих ЦС. Так, в Московском областном ЦС до- и послетестовое консультирование, постановка на учет и получение АРТ происходит во время одного визита. В городском Московском ЦС от постановки на диспансерный учет до получения АРТ проходит до трех месяцев (длительность зависит от того, сколько времени займет прохождение назначенных медицинских специалистов). Респонденты-сотрудники НКО отмечали, что в ЦС больше внимания уделяется началу терапии, а не решению проблем с приверженностью. Из-за большой загруженности врачей в ЦС, особенно в Московском областном ЦС, недостаточное количество времени уделяется пациенту на приеме и не возникают доверительные отношения между врачом и пациентом, что негативно влияет на приверженность лечению, способствует укоренению мифов об опасности АРТ и ее несовместимости с ПАВ, гормональной терапией и пр.

По результатам интервью в Санкт-Петербурге основными барьерами для КГН в приеме АРВ являются, во-первых, двойная стигматизация. Испытывая страх раскрытия перед врачом, пациенты утаивают особенности своего образа жизни, получают неподходящее лечение, от которого в результате отказываются. А стигматизация со стороны общества в отношении КГН порождает у человека ощущение *«заслуженности»* положительного ВИЧ-статуса, нежелание жить, что также может приводить к прекращению терапии.

Во-вторых, отсутствие культуры заботы о себе. В российском обществе люди с осторожностью и непониманием относятся к приёму лекарств во время работы, в общественных местах, что усиливает стигматизацию ЛЖВ.

В-третьих, существенным барьером становится взаимодействие с врачами. Медицинский персонал проявляет неодобрение в отношении людей, которые нерегулярно посещают врача для получения терапии, находятся в конфликтных с ним отношениях, что в свою очередь отталкивает ЛЖВ от регулярного диспансерного наблюдения и получения АРВ-терапии.

Московские эксперты дополняют список еще двумя барьерами: распространенностью мифа об опасности АРВ для здоровья и ситуациями насилия со стороны партнера, что приводит к сокрытию диагноза и отказу от АРВ-терапии.

В Челябинске среди общих для всех КГН барьеров к приёму АРТ названы три основных: побочные эффекты, негативные отношения с лечащим врачом, неудобный график работы ЦС. По мнению опрошенных экспертов, врачи не обращают внимания на жалобы пациентов, что схема лечения им не подходит, поскольку игнорируют их потребности из-за принадлежности к КГН: *«Врачи дают терапию несмотря на то, что могут быть противопоказания, пока плохо не станет, врачи не шевелятся»* (Челябинск, инт. № 3, представитель МСМ).

По мнению экспертов, одним из главных барьеров в принятии терапии является несерьезное восприятие ВИЧ-инфекции, недостаточная информированность и наличие множества мифов о ней, влияние ВИЧ-диссидентства: *«Большинство знает, а те, кто нет — находятся в отрицании или это не нужно»* (Челябинск, инт. № 7, представитель ЛЖВ).

Другой причиной является «общая несобранность», неготовность менять свою жизнь и ежедневно принимать в определенное время лекарство: *«Такой на себя вешать хомут — все время пить надо, не выпил — умер, да, а вот тот вот умер, начал пить и умер, я поэтому не хочу так»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

Среди КГН, которые наиболее часто отказываются от АРВ-терапии, эксперты Санкт-Петербурга выделяют СР и ЛУИН, в то время как наиболее «ответственными» в плане заботы о своём здоровье называются ТГЛ и МСМ. Эксперты медицинских учреждений Челябинска указывают, что среди СР, ЛУИН, МЛС люди часто отказываются от терапии или сходят с лечения, в то время как самыми ответственными считают ТГЛ и МСМ. В Москве эксперты также назвали самыми ответственными группами при приёме АРТ МСМ и ТГЛ.

Эксперты отмечают как барьер в приеме АРВ неготовность ЛЖВ сообщать близким и окружающим людям о своем ВИЧ-статусе. Для крупных городов, в которых распространена практика съема комнаты или совместной с другими людьми аренды квартиры, страх раскрытия статуса перед соседями повышает риск прекращения приема терапии, особенно для представителей КГН из других регионов, которые и так находятся в уязвимой позиции внутреннего мигранта.

Опыт жизни без терапии может восприниматься ЛЖВ как более качественный, чем с терапией, в силу побочных эффектов от лекарств. При этом бывает, что смена схемы лечения затруднена — из-за отсутствия доверительного контакта с врачом сложно сообщить о проблемах, что приводит к перерывам в лечении или отказу от него.

Отсутствие мотивации выступает главным барьером для ЛУИН (отмечено во всех трёх регионах проекта) — людям, находящимся в состоянии наркотической зависимости, сложно продержаться, так как нет жизненных сил; представители группы зачастую срываются и не соблюдают график приема таблеток. В этой ситуации им необходим тьютор, наставник,

поддерживающий на пути лечения. Для ЛУИН характерны также потеря АРВ-препаратов, несвоевременное получение новых: *«Нехватка времени стоять в очередях на прием к врачу, чтобы получить терапию»* (Челябинск, инт. № 1, представитель ЛУИН). Среди некоторых ЛУИН, по мнению экспертов из Санкт-Петербурга, терапия может не приниматься, а препараты перепродаваться — ради получения денег на наркотические вещества. Эксперты из Челябинска добавляют в качестве барьера для ЛУИН отсутствие необходимых документов из-за употребления наркотиков.

Специфическим барьером к приёму АРТ для МСМ является представление о негативном влиянии терапии на качестве сексуальной жизни и внешности. Московские эксперты говорят о приверженности разным мифам, в том числе что АРТ опасна и *«от таблеток можно умереть»* (Москва, инт. № 5, представитель МСМ), а также что АРВ-терапия и химсекс несовместимы. Рисковые практики среди МСМ также становятся причиной перерывов в приеме терапии — употребление ПАВ и алкоголя при «химсексе» в течение нескольких дней.

Специфической проблемой, барьером к приему АРВ среди ТГЛ является страх, что обнаружение ВИЧ и АРВ-терапия могут помешать дальнейшему «переходу». Это осложняется и тем, что в российском информационном поле недостаточно понятной информации о совместимости гормональной и АРВ-терапий, а гормональная терапия для ТГЛ важнее лечения ВИЧ-инфекции. Эксперты отмечают, что среди ТГЛ высок уровень депрессии, в том числе с суицидальными мыслями, что приводит к отказу от приема АРВ-терапии: *«Зачем мне принимать терапию, смысла нет. Лучше раньше откинуть»* (Москва, инт. № 4, сотрудник НКО). Среди ТГЛ существует и представление, что можно пропустить несколько дней ради отдыха или по невнимательности: *«Принимать нужно строго по времени, а я могу забыть и не принять вовремя»* (Челябинск, инт. № 6, представитель ТГЛ).

Страх быть отвергнутым, ненужным, остаться без поддержки во время нахождения в колонии или после освобождения толкает ВИЧ-инфицированных МЛС скрывать свой диагноз, а порой и отказываться от лечения, чтобы не привлекать внимания. Более того, по мнению экспертов, зачастую такие пациенты не верят в помощь лекарств и не считают, что стоит принимать препараты, назначенные врачом. Еще одной причиной отказа от приёма терапии у МЛС является и употребление ПАВ: *«Я даже не сразу осознала всей проблемы и только уже после попадания в колонию, когда узнала там свой диагноз начала отрезвляться»* (Челябинск, инт. № 4, представитель МЛС). Эксперты в Челябинске отмечают, что МСМ часто называют в качестве причины схода с лечения побочные эффекты и усталость от приёма АРТ.

Образ жизни является причиной перерывов приёма терапии у СР: *«загуляла, там, запила»*, ненормированный график работы и темп жизни, который мешает приему лекарств ежедневно в одно и то же время.

Для маргинализируемых групп населения (потребителей ПАВ, бездомных, людей из мест лишения свободы) перерывы в терапии связаны с предосудительным отношением к ним со

стороны медицинского персонала. Это выражается в назначении менее качественных препаратов, в задержках назначения новой терапии из-за длительных бюрократических процедур: *«Не прислушиваются к таким людям (...) А когда с добром нормально отнеслись вот уже как-то и вера в себя уже, вроде как я еще человек, вроде как, а почему бы и нет, может быть, и получится. А вдруг»* (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

В целом необходимо отметить, что основные барьеры при приёме АРВ-терапии связаны с образом жизни человека, который не позволяет ему регулярно принимать АРТ, с общественной стигмой, которая демотивирует человека следовать предписаниям врача, с непониманием важности лечения и ценности своего здоровья и жизни. Отсутствие сензитивности со стороны не только окружающих, но и медицинских работников является дополнительным барьером в регулярном приёме терапии и обращением за ней в медицинские учреждения для людей из КГН, испытывающих страх столкнуться с непониманием, агрессией и осуждением.

Экспертная оценка влияния COVID-19 на работу организаций и предоставление услуг ключевым группам населения

Пандемия COVID-19, по мнению экспертов, оказала неоднозначное влияние на доступ ЛЖВ к тестированию и лечению. Негативное влияние пандемии в основном отмечают сотрудники медицинских учреждений, указывая возросшую нагрузку на ЦС из-за перераспределения медицинского персонала в больницы по лечению COVID. Что касается ВИЧ-сервисных НКО, то их сотрудники отметили положительное влияние пандемии COVID-19 на свою работу: пришлось быстро реагировать на новые условия жизни и работы и искать новые подходы в деятельности, которые раньше не применялись. И хотя сейчас условия работы вернулись в свое обычное русло, новые методы работы остались. Например, ВИЧ-сервисные НКО стали применять онлайн-консультирование, которое раньше не проводилось. Также многими НКО было введено ассистированное консультирование (консультация по проведению теста на ВИЧ) онлайн. Представителям КГН по разным причинам – включая отсутствие финансовых средств и времени на поездку – могло быть неудобно приходить в офис НКО. Во время пандемии эти барьеры исчезли.

Или, например, такое новшество, которое ввели некоторые транспортные компании во время локдауна, как получение посылки без предъявления документов, а только по коду в телефоне, также позволяет избежать стигматизации ТГЛ, связанной с несоответствием биологического пола в документах и гендера. Использование подобных технологий, по мнению экспертов, сделало работу с ТГЛ более удобной, и больше ТГЛ стало обращаться за тестированием.

Таким образом, новые подходы в деятельности НКО помогли преодолеть барьеры – географический, экономический и временной – при доступе КГН к тестированию. Причём это характерно для всех регионов проекта. Сотрудники НКО отметили, что во время локдауна взаимодействие с ЦС стало более тесным. ЦС стал обращаться к НКО, чтобы использовать ресурсы НКО, в том числе транспортные ресурсы (использование транспорта НКО для

доставки АРТ на дом к пациентам), человеческие (привлечение социальных работников и равных консультантов для связи с пациентами).

Экспертная оценка взаимодействия государственных и негосударственных организаций в профилактике и лечении ВИЧ

Во всех трёх регионах эксперты положительно оценили взаимодействие между НКО и медицинскими учреждениями. Так, опрошенные эксперты в Санкт-Петербурге, представляющие как госучреждения, так и НКО, отметили, что во взаимодействии НКО и государственных организаций нет никаких проблем, они сотрудничают при *«полном взаимопонимании»* (Санкт-Петербург, инт. № 13, сотрудник медучреждения), *«это взаимовыгодное сотрудничество, мы понимаем, что мы часть системы здравоохранения»* (Санкт-Петербург, инт. № 7, сотрудник НКО).

Иногда возникает некоторое напряжение из-за публично заявляемой позиции НКО в процессе защиты прав пациентов: *«Случается, что мы, защищая права пациентов, в историях, которые не касаются Центра СПИДа... Естественно, Минздрав должен дать кому-то по голове, и это оказывается Центр СПИД, и на это время Центр негативно к нам относится, хотя мы ничего не проводим направленного на сам Центр, но, к сожалению, вот это косвенные последствия. Тогда совместная работа становится более трудной»* (Санкт-Петербург, инт. № 10, сотрудник НКО). Одна из наших собеседниц отмечает, что сложности возникают только в отношениях с Минздравом (Санкт-Петербург, инт. № 7, сотрудник НКО).

Медицинские работники — сотрудники ЦС высоко оценивают роль НКО, указывая, что такие организации «ближе к людям», их отличает доступная подача информации, они пользуются большим доверием людей, работают с наиболее уязвимыми группами, на которых накладывается и стигма ВИЧ. У НКО может быть большой охват людей, и они оказывают КГН большую поддержку. Помощи со стороны НКО уже достаточно много, — подводит итог один из таких собеседников и говорит, что идеальным было бы объединение работы НКО и медицинских учреждений (Центра СПИД) в единую систему (Санкт-Петербург, инт. № 12, сотрудник медучреждения).

НКО в Челябинске открыты и готовы к взаимодействию с медицинскими учреждениями, ГУФСИНом, но в какой-то мере, по мнению экспертов, государственные учреждения ограничены регламентом и отсутствием специальных сотрудников, которые могли бы организовывать взаимодействие с внешними организациями. Медучреждения оценивают деятельность НКО достаточно положительно, определяя их как *«посредников между населением и медицинскими учреждениями»* (Челябинск, инт. № 15, сотрудник медучреждения). Сотрудники ЦС высоко оценивают работу НКО, так как такие организации находятся в самом центре событий и именно к ним идут на тестирование самые непростые ключевые группы СР, МЛС, МСМ, ТГЛ, которым особенно важна анонимность и сердечное отношение со стороны специалистов. Сотрудники наркологических медучреждений отмечают роль НКО в повышении мотивации и сопровождении пациентов на всех этапах лечения.

В Москве ВИЧ-сервисные НКО, как правило, взаимодействуют со многими медицинскими учреждениями. Основными являются Центр СПИД Московской области и Московский городской ЦС, наркологические и туберкулезные диспансеры, частные клиники, в которых работают «доверенные» врачи, коммерческие лаборатории для сдачи анализов. Работа с этими учреждениями строится на устных договоренностях, но с некоторыми у НКО есть подписанные соглашения. Все эксперты из числа сотрудников НКО и представителей КГН отметили эффективное сотрудничество с Московским областным ЦС, его направленность на взаимодействие с ВИЧ-сервисными НКО и открытость. Однако постоянное ужесточение законодательства по отношению к деятельности и отчетности НКО, включая действие так называемого «закона об иностранных агентах», препятствует эффективному сотрудничеству НКО с государственными медицинскими учреждениями.

По мнению сотрудников медицинских учреждений и самих ВИЧ-сервисных НКО, ключевая помощь НКО заключается в выходе на труднодоступные и уязвимые группы: они привлекают и мотивируют представителей КГН на тестирование, постановку на учет и прием АРТ; занимаясь социальным сопровождением КГН до ЦС, устанавливают связь между клиентом/пациентом и врачом; также они помогают КГН с восстановлением документов, необходимых для постановки на учет в ЦС. У государственных учреждений, включая ЦС, такое предоставление услуг нет ресурсов – ни финансовых, ни материальных, ни человеческих. Сотрудники медицинских учреждений отметили, что отсутствие постоянного финансирования, включая государственное, с которым сталкиваются в своей работе ВИЧ-сервисные НКО, является ключевым препятствием, которое мешает НКО осуществлять бесперебойно свою деятельность. Это влияет на «*появление соперничества между НКО за сферы влияния*» (Москва, инт. №14, сотрудник медучреждения).

Из-за сложностей взаимодействия с ЦС и другими связанными медицинскими учреждениями (туберкулезный диспансер, наркологический диспансер и т.д.) все представители КГН сходятся во мнении, что им мешает недоброжелательность медицинского персонала, отказы от лечения узкими специалистами, разглашение диагноза, очереди, чтобы пройти комиссию. Эксперты от КГН в целом высоко оценивают эффективность работы НКО, однако челябинские ЛЖВ добавили бы в работу организаций регулярные обучающие семинары для каждой из категорий. Группы поддержки важны и как психологическая поддержка КГН, и как потенциальные образовательные ресурсы для развития сети равных консультантов.

³⁰ Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 121-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации по вопросам регулирования деятельности некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента». URL: <https://rg.ru/2012/07/23/nko-dok.html>.

Экспертная оценка изменений в нормативно-правовой базе профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ

Деятельность по противодействию ВИЧ-инфекции и её распространению в РФ регулируется рядом нормативных актов РФ, а также международных документов, ратифицированных в РФ. В 2020 году в России был принят ряд документов, существенным образом меняющих доступ к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции, — «Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.» и новые клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых», а также у детей. Среди нововведений: назначение АРТ независимо от иммунитета и уровня вирусной нагрузки, психических заболеваний и наркологической зависимости; обновленный перечень препаратов, которые не рекомендуется назначать; рекомендованы современные схемы АРТ и пр.

Большая часть экспертов в Санкт-Петербурге сообщила, что знают об изменениях, произошедших в нормативно-правовой базе в отношении лечения ВИЧ-инфекции. Оцениваются эти изменения по-разному, как позитивно, так и негативно. К позитивным эксперты относят изменение подхода к лечению и возможность назначать АРВ на начальных стадиях ВИЧ, возможность в Санкт-Петербурге получения АРВ-терапии при наличии временной регистрации, создание оснований для «реальной» психологической помощи людям, живущим с ВИЧ («дотестовое и послетестовое консультирование»), расширение перечня профессий, доступных для людей, живущих с ВИЧ.

Однако негативных изменений нормативно-правовой базы, выделенных нашими собеседниками, больше. К ним эксперты отнесли ужесточение документации при работе с ЛЖВ, принятие государственной стратегии по борьбе с ВИЧ, в которой не предусмотрено увеличение финансирования на закупку лекарств и профилактику («Если не будут четко прописаны показатели и бюджет по профилактике, то, в общем-то, все опять упрется в лечение. Знаю, что таблеток не хватило, денег на таблетки не хватило, на лечение, на диагностику и залезли в бюджет следующего года. И если государству не хватает денег на лечение, то на профилактические программы их просто нет. Будем вынуждены искать международные деньги, а международные деньги практически равняется “иностранному агенту”» (Санкт-Петербург, инт. № 7, сотрудник НКО), отсутствие финансирования, достаточного для реализации программы «90-90-90», возможность корректировки списков закупок лекарств и связанная с этим возможность отказа от закупок хороших лекарств, создание сложной бюрократической системы для получения АРВ-терапии без регистрации по месту жительства (в регионах РФ, в Москве), жесткое законодательство в отношении мигрантов, приводящее к тому, что они не обращаются за помощью к НКО («У нас много трудовых мигрантов. Некоторые оказывают секс-услуги, употребляют наркотики, в силу

³¹ <http://www.hivrussia.info/normativnye-akty/>.

³² <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400033496/>.

³³ https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/79_1.

³⁴ <https://www.itpcru.org/2021/01/09/utverzhdeny-novye-klinicheskie-rekomendaczii-minzdrava-rossii-vich-infekczija-u-vzroslyh-i-vich-infekczija-u-detej/>.

закона о депортации не хотят открывать статус и заражают других секс-партнеров и негативно относятся к НКО из-за страхов. Уходят в тень. Проблема остается в стране» (Санкт-Петербург, инт. № 10, сотрудник НКО). Принятие и применение «закона об иностранных агентах» также стали очень серьезной проблемой для НКО, действующих в областях ВИЧ, прав человека и др. Это негативное изменение отмечено несколькими экспертами, которые указывают помимо всего прочего на возникающее настороженное отношение к таким НКО со стороны сотрудников госучреждений («продались Западу»). В некоторых случаях руководство госучреждений запрещает своим сотрудникам взаимодействовать с организациями с таким статусом.

В Челябинске принявшие участие в исследовании представители КГН не знают об изменениях в нормативно-правовой базе по ВИЧ, в чем это проявляется, как это работает на практике. Но они бы хотели видеть изменения, которые помогут им отстаивать свои права и быть более защищенными от стигмы со стороны общества. Более того, не все медицинские работники знают о данных изменениях, например специалисты наркологии не осведомлены о том, какие изменения произошли и как они влияют на прием и лечение пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция. Не слышали об изменениях и сотрудники ГУФСИНа. Эксперты же Центра СПИД и НКО в целом в курсе изменений и оценивают их положительно.

Специалисты НКО подчеркивают важность того, что теперь лечение может назначаться на ранних стадиях, а это дает возможность снизить барьеры для получения терапии, введение дотестового и послетестового консультирования в медучреждениях, и отмечают, что стало легче решать вопросы при отсутствии регистрации у пациента (Челябинск, инт. № 8, сотрудник НКО). Из негативного отмечают, что «более тщательно нужно вести учет» (Челябинск, инт. № 14, сотрудник медучреждения).

В Москве представители КГН, принявшие участие в исследовании, практически ничего не знают об изменениях в нормативно-правовой базе. Эксперты из медицинских учреждений и НКО отмечают как положительные, так и негативные последствия изменений. Основные положительные последствия связаны с тем, что в «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030» четко прописаны ключевые группы, наиболее уязвимые для ВИЧ-инфекции. Соответственно, государственные учреждения и их сотрудники были вынуждены признать КГН и стали более лояльно к ним относиться. «Можно идти к чиновникам и с ними говорить о работе с ключевыми группами» (Москва, инт. № 1, сотрудник НКО). Сотрудники НКО и активисты ключевых групп используют эту информацию для мотивации представителей КГН заниматься своим здоровьем и посещать Центр СПИД. «Появилось ощущение, что мы вышли из тени», - сказал один представитель КГН (Москва, инт. № 3, сотрудник НКО). Сотрудники ВИЧ-сервисных НКО отметили, что теперь стало возможным получать государственные гранты на работу с представителями КГН.

³⁵ <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400033496/>.

Однако это не повлияло на работу с ЛГБТ-сообществом, так как «стратегия Правительства как была направлена против ЛГБТ, так и осталась» (Москва, инт. №1, сотрудник НКО).

Также позитивные последствия, как считают сотрудники НКО, связаны с тем, что теперь АРВ-терапию можно сразу получить на три – шесть месяцев, что позволяет клиентам реже ездить в ЦС за терапией. Сотрудники медицинских учреждений отметили, что последние изменения, которые были внесены в нормативно-правовую базу по ВИЧ, в том числе снятие ограничений в доступе к АРТ в зависимости от количества CD4-клеток у ЛЖВ, приблизили Россию к международным стандартам. Однако до сих пор в нормативно-правовой базе по ВИЧ нет упоминания о постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции, которая позволила бы предотвратить распространение после возможного контакта с ВИЧ. Не произошло никаких изменений, по оценке экспертов, в возможности работать с мигрантами и ставить их на учет в ЦС. Но ужесточились процедуры, связанные с оформлением документации при работе с ВИЧ-положительным человеком.

Выводы

Рабочие гипотезы, выдвинутые перед проведением исследования, подтвердились частично или не подтвердились совсем. В частности, подтвердилось предположение о том, что изменения нормативно-правовой базы в лечении ВИЧ-инфекции в 2020 г. повлекли за собой определенные последствия для ключевых групп населения в доступе к тестированию и лечению ВИЧ. Эксперты действительно указывают и на негативные эффекты таких изменений, но в большинстве случаев отмечают и положительный характер нововведений.

Пандемия COVID-19 стала определенным препятствием в доступе к тестированию и лечению для КГН. Однако об этих сложностях чаще говорили сотрудники медицинских учреждений. Представители КГН и врачи отметили нехватку специалистов в ЦС в этот период. Что касается НКО, то они разработали и стали использовать новые методы в своей работе (доставка экспресс-тестов на дом, проведение ассистированного консультирования), которые позволили продолжать тестирование. Также сотрудниками НКО было отмечено улучшение взаимодействия НКО и ЦС, связанное с обращением ЦС в НКО за ресурсами (транспортные, человеческие).

Частично подтвердилось предположение, что неорганизованное межведомственное взаимодействие приводит к снижению показателей тестирования и лечения ВИЧ среди ключевых групп населения. В интервью отмечалось, что это важный момент на этапе выявления, лечения ВИЧ-инфекции, в особенности при наличии оппортунистических заболеваний, и здесь существуют проблемы (наркология, ТБ). В то же время следует отметить, что тестирование, постановка на диспансерный учёт и лечение являются добровольными, и выбор этих действий или отказ от них определяются широким кругом других факторов.

³⁶ <https://www.itpcru.org/2021/03/22/voz-vypustila-novye-klinicheskie-rekomendaczii-po-profilaktike-lecheniyu-i-vedeniyu-vich-infekczii/>

Анализ экспертных интервью с представителями КГН, сотрудниками НКО, сотрудниками медицинских учреждений позволяет сделать следующие основные *выводы о барьерах* в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции:

- По оценкам экспертов, для граждан в целом самосохранительное поведение как культурная норма не является значимой, иными словами, ценность собственного здоровья не является приоритетом.
- В России распространена так называемая «двойная стигматизация»: стигматизация на основании ВИЧ-инфекции и стигматизация за принадлежность к определенной категории, оцениваемой окружающими и/или значительной частью общества как девиантной.
- Высказывания экспертов указывают на возможную проблематичность выделения КГН и сосредоточения на них. За рамками КГН оказывается множество граждан, подверженных риску заражения ВИЧ, но не охваченных профилактической работой и сервисами (гетеросексуальные мужчины, женщины вне периода беременности, подростки и люди старшего возраста).
- На приеме у врача ЛЖВ предпочитают не заявлять о своей принадлежности к КГН и соответствующих факторах риска, представляя в качестве такого фактора незащищенные сексуальные контакты.
- По-прежнему существует проблема страха и низкого доверия со стороны части ЛЖВ, особенно ЛУИН и ТГЛ, по отношению к врачам. Между тем, высокий уровень доверия к врачам способствует приверженности лечению. Существует механизм, разрешающий эту проблему, — институт доверенных врачей, но он слабо развит и не распространен.
- До настоящего времени особенности применения АРВ-терапии для определенных групп ЛЖВ остаются не проясненными для них, что ведет к восприятию ими АРТ как вторичной, неприоритетной.

В отношении ЛУИН выявлена следующая специфика группы:

- 1) сильная стигматизация, в т.ч. со стороны персонала центра СПИД;
- 2) приоритет зависимости над контролем ВИЧ (низкая ценность здоровья);
- 3) существование ограничений, связанных с образом жизни: трудность увязывания диспансеризации и работы;
- 4) отсутствие жестких границ между ЛУИН, с одной стороны, и ЛУН, потребителями ПАВ, с другой, вследствие чего сосредоточение исключительно на ЛУИН является проблематичным;
- 5) задержания полицией;
- 6) тяжелое материальное положение;
- 7) потеря основных документов (паспорт, полис), необходимых для постановки на учет в ЦС;
- 8) недисциплинированность и забывчивость при приеме АРТ.

В отношении СР выявлена следующая специфика: 1) гетерогенность СР («салонные», «уличные» и др.), определяющая различное отношение к ВИЧ; 2) наличие страха потерять работу из-за ВИЧ+ статуса; 3) неупорядоченный образ жизни (мобильность, прием алкоголя и

наркотических средств), препятствующий регулярному диспансерному наблюдению и приему АРВ-терапии.

В отношении **МСМ** выявлена следующая специфика: 1) это одна из самых организованных и осознающих риски групп; 2) основным пространством риска является потребление ПАВ и «химсекс»; 3) институт доверенных врачей наиболее часто используется именно этой группой.

В отношении **ТГЛ** выявлена следующая специфика: 1) это самая недоступная и уязвимая группа, в наибольшей степени испытывающая страхи и самостигматизацию; 2) значительный риск отказа от лечения, несмотря на высокую ценность здоровья (в случае субъективной оценки АРВ-терапии как вредной по отношению к гормональной вероятен отказ от первой).

В отношении **ЛЖВ** выявлена следующая специфика в целом: 1) высокая степень гетерогенности; 2) низкий уровень информированности; 3) низкое доверие к врачам; 4) трудности увязывания приверженности к лечению с работой и семейными обязательствами; 5) подверженность воздействию ВИЧ-диссидентов, высокая вероятность отказа от АРВ-терапии в связи с этим.

Таким образом, значительная часть барьеров, препятствующих получению ВИЧ-услуг, носит субъективный характер и связана с мифами, страхами, предубеждениями, недостатком достоверной информации среди пациентов, а также с такими объективно существующими, но сложно измеримыми явлениями, как стигма и дискриминация по отношению к ЛЖВ и КГН.

Классификация барьеров

Проведенное исследование позволило выделить следующую классификацию барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для КГН.

Индивидуальные барьеры, включающие ложные представления, мифы, предрассудки о ВИЧ-инфекции, самостигматизацию:

- самостигматизация/самообвинения;
- страх снижения социального статуса, страх потери работы, негативного отношения со стороны близких;
- страх относительно своего будущего;
- отсутствие поддержки близких;
- отсутствие определения собственного здоровья как ценности;
- низкая информированность и компетентность в вопросах ВИЧ;
- низкое доверие к врачам и результативности АРВ-терапии;
- семейные и рабочие обязательства, препятствующие приверженности к лечению.

Социокультурные барьеры:

- распространенная стигматизация ЛЖВ, ЛУИН, СР, ТГЛ;
- мифологизация ВИЧ в публичном и медийном дискурсе;
- распространённость агрессивного ВИЧ-диссидентства;

Структурные барьеры, включающее национальное законодательство; концептуальные представления в профессиональной среде о природе наркотической зависимости, гендерных особенностях; негативно настроенное общественное мнение; экономическое и социальное неравенство:

- отсутствие гражданства, документов для постановки на учёт в ЦС (паспорт, полис, регистрация и пр.);
- бедность (существенная ограниченность жизненных шансов);
- дефицит бюджетных средств (федеральный и региональный бюджеты) на закупку необходимого количества АРВ-препаратов с учетом роста выявления новых случаев и временно проживающих граждан;
- дискриминация, в том числе в медучреждениях;
- репрессивное административное и уголовное законодательство (в отношении действий СР, ЛУИН, ЛУН);
- законодательство об иностранных агентах, существенно затрудняющее деятельность НКО и ставящее их на грань закрытия;
- недоверие государственным структурам в целом, которое распространено в обществе, что влияет на наблюдаемое низкое доверие врачам среди КГН.

Институциональные барьеры, связанные с возможностями лечебных учреждений:

- бюрократические барьеры (сложные для КГН бюрократические процедуры сбора и оформления документов);
- алгоритм тестирования при постановке диагноза в ЦС предполагает период ожидания результата, который некоторые представители КГН используют реверсивно, пропадая из поля зрения ЦС;
- перегруженность врачей медучреждений, включая ЦС, нехватка узких специалистов, социальных работников;
- отсутствие легкодоступного доверительного и понятного консультирования в ЦС;
- изменения схем лечения;
- перебои с АРВ-препаратами;
- ограниченность ресурсов для закупки качественных препаратов, в том числе из регионального бюджета.

Результаты количественного исследования

Целью количественного этапа исследования в рамках реализации проекта «Каскад» по выявлению барьеров, с которыми сталкиваются представители различных КГН (МСМ, ЛУИН, СР, ТГЛ, ЛЖВ) на всех этапах медицинской помощи, связанной с ВИЧ-инфекцией, являлся анализ барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ для ключевых групп населения по данным, полученным в результате онлайн-опроса.

Достижение поставленной цели предполагало решение следующих исследовательских задач:

1. Описание общих социально-демографических и специфических характеристик респондентов, принявших участие в опросе.
2. Описание основных социо-демографических и специфических характеристик представителей КГН, принявших участие в исследовании на основании сформированных в результате опроса баз данных по КГН.
3. Описание основных барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для КГН, на основании полученных данных.
4. Описание основных барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции в регионах исследования (Москва, Санкт-Петербург, Челябинск).
5. Выявление факторов нарушения предписаний лечения ВИЧ.
6. Анализ различий результатов у КГН.

Для задач 5 и 6 были сформулированы гипотезы: 1. Дискриминация, бедность, плохое отношение сотрудников медицинских учреждений, самостигматизация и отсутствие заботы со стороны близких, высокий иммунный статус приводит к нарушению предписаний лечения ВИЧ; 2) на постановку на учет в ЦС влияют иммунный статус, напряжение в отношении ВИЧ и ВИЧ-диссидентство; 3) уровень доступа к тестированию, уровень нарушений предписаний лечения ВИЧ, ощущаемое отношение медицинских работников различается у КГН. Конкретные аналитические тестируемые гипотезы представлены в соответствующих параграфах отчета.

Количественное исследование проводилось как онлайн-опрос, данные которого были получены в результате привлечения респондентов через Форумы пяти ключевых групп населения. Таким образом для сбора данных была использована целенаправленная выборка, основанная на предварительно полученных в ходе качественного этапа экспертных знаний об изучаемой популяции. Использование целенаправленной выборки обосновано направлением исследования – изучением закрытых, труднодоступных сообществ. Ее основным ограничением является невозможность делать обоснованные выводы обо всей популяции на основании полученных данных.

Опрос прошли 1657 человек. После чистки и кодировки первичный массив сократился до 1646 полностью заполненных анкет, распределенных по пяти базам данных: ЛЖВ (N=267), ЛУИН (N=338), СР (N=130), МСМ (N=843), ТГЛ (N=68). Основным ограничением онлайн-опроса

является невозможность проконтролировать состав выборки со стороны исследователей. Поскольку ссылки на онлайн-опрос размещались не только в закрытых чатах, но и на открытых страницах форумов и сайтов, доступ к ним могли получить люди, не входящие в состав КГН. В связи с этим приписывание статуса той или иной КГН на основании адреса, по которому респонденты получали доступ к анкете, был признан ненадежным. Для повышения контроля над выборкой в анкету был включен вопрос о рефлексивной позиции респондентов относительно своей причастности к КГН (вопрос «Скажите, пожалуйста, можете ли Вы отнести себя к одной из групп?»). Данный вопрос имел возможность множественного выбора, а также вариант ответа «не отношу себя ни к одной из групп», поскольку результаты качественного этапа исследования показали распространенную ситуацию пересечения КГН. Так как изначально идентификация респондентов в зависимости от принадлежности к ключевой группе происходила автоматически, в зависимости от специализации Форума, на котором размещались приглашение к участию в исследовании и анкета, произведена проверка соответствия номинального и рефлексивного состава ключевых групп населения. Анализ состава полученных пяти баз данных показал, что не все респонденты относят себя к ключевой группе, представленной в первичной базе данных (Рис. 1. «Номинальный и рефлексивный состав КГН»).



В то же время в составе базы данных ЛЖВ были обнаружены анкеты, авторы которых не знают о своем ВИЧ-статусе или же имеют отрицательный ВИЧ-статус (3%).

Для того чтобы результаты исследования наиболее полно отражали реальный состав КГН среди респондентов, были сформированы новые базы данных, опираясь на рефлексивную позицию респондентов относительно их принадлежности к той или иной ключевой группе. Поскольку некоторые респонденты отмечали свою включенность в несколько КГН, их анкеты дублировались в соответствующих базах данных, что привело к увеличению объема анализируемой выборки до 1725 человек. Так, только к СР себя относили 52 респондента, притом что эту группу выбрало всего 88 участников опроса: 36 респондентов кроме СР

выбрали также отношение к другим КГН. Только группу ЛУИН выбрало 52 респондента, но всего с данной КГН себя идентифицирует 81 человек: 29 человек выбрали несколько идентичностей кроме ЛУИН. К группе МСМ без выбора иных КГН себя отнесли 537 респондентов, но всего к МСМ себя отнесли 634 человека: 97 респондентов выбрали также иные КГН кроме МСМ. К группе ТГЛ без иных выборов себя отнес 51 участник опроса, при этом данную КГН выбирали в целом 100 респондентов: 49 участников опроса из ТГЛ также отнесли себя к иным группам. Таким образом, только одну КГН выбирали 692 респондента во всех четырех группах, а смешенные КГН отмечали 205 участников опроса. Поэтому если респондент относил себя к нескольким или ко всем четырем ключевым группам (СР, МСМ, ЛУИН, ТГЛ), его ответ использовался во всех четырех базах (Рис. 2. «Исключительный и смешанный выбор КГН»).

Рис. 2. «Исключительный и смешанный выбор КГН»
N=903 (респонденты из четырех КГН)



Также среди респондентов присутствовали те, кто не отнес себя ни к одной ключевой группе (СР, МСМ, ЛУИН, ТГЛ), но имел положительный ВИЧ-статус и относил себя также к другим группам (люди, освободившиеся из МЛС, мигранты, люди без регистрации по месту жительства). Всего 467 респондентов с положительным ВИЧ-статусом отметили, что не относят себя ни к одной из предложенных групп, при этом 17 респондентов с положительным ВИЧ-статусом отнесли себя к числу лиц, освободившихся из МЛС, 5 человек с ВИЧ-положительным статусом – к группе мигрантов и 18 человек – к группе людей без регистрации по месту жительства. Эти респонденты были отобраны для составления базы ЛЖВ. Отбор респондентов происходил следующим образом: из всего массива данных отбирались ответы людей с положительным ВИЧ-статусом, из получившейся базы данных убирались анкеты, в которых респонденты отмечали свою рефлексивную позицию о соотношении себя хотя бы с одной из КГН (СР, МСМ, ЛУИН, ТГЛ). 3 респондента из последней базы данных выбрали несколько групп, с которыми они себя идентифицируют (2 человека являются людьми без регистрации по МЖ и мигрантами, 1 человек – освободившимся из МЛС и человеком без регистрации). Всего в базу данных ЛЖВ вошло 504 анкеты.

В вопросе о ключевых группах респонденты также отмечали, являются ли они людьми, освободившимися из мест лишения свободы, мигрантами или людьми без регистрации по месту жительства. Участие в этих трех группах не влияло на включение анкет респондентов в одну из пяти баз данных. Респонденты, не отметившие свое отношение ни к одной из четырех КГН и имеющие отрицательный ВИЧ-статус (или отметившие, что не знают о своем ВИЧ-статусе), также могли являться освободившимися из МЛС, не иметь регистрации или быть мигрантами. Визуально матрица пересечений КГН может быть представлена в виде таблицы (Таблица 1. «Матрица пересечений КГН»).

Таблица 1. «Матрица пересечений КГН»

	СР	ЛУИН	МСМ	ТГЛ	ЛЖВ (ВИЧ + без КГН)	ВИЧ - без КГН
СР	-	17	12	11	-	-
ЛУИН	17	-	11	2	-	-
МСМ	12	11	-	34	-	-
ТГЛ	11	2	34	-	-	-
освободившиеся из МЛС	5	21	1	1	17	0
мигранты	6	3	16	7	5	10
без регистрации по месту жительства	4	5	50	10	18	28

Таким образом, было получено пять новых баз данных, основанных на рефлексивной позиции участников опроса относительно их причастности к КГН: ЛЖВ (N=504), ЛУИН (N=81), СР (N=88), МСМ (N=634), ТГЛ (N=100), всего 1407 анкет. Те респонденты, которые не отнесли себя ни к одной КГН и не отметили положительный ВИЧ-статус, составили отдельную суб-базу (N=318). Их ответы были использованы для анализа общих данных по всей базе: демографических данных, барьеров доступа к тестированию на ВИЧ-инфекцию и мест тестирования на ВИЧ-инфекцию. Сумма всех баз данных (пяти по КГН и одной суб-базы респондентов, не относящихся ни к одной КГН и не имеющих диагностированной ВИЧ-инфекции) составляет 1725 анкет (с учетом дублирующихся в пересекающихся базах по КГН).

Полученные в ходе опроса результаты проанализированы методами дескриптивной статистики и статистического анализа данных. В первой части представлены общие результаты анкетного опроса: демографические данные респондентов, ВИЧ-статус участников опроса, а также барьеры в получении доступа к услугам, связанным с ВИЧ (на этапе тестирования, диспансерном учете, приеме АРВ-терапии). Во второй части демонстрируются результаты опроса с дезинтеграцией по КГН и ключевым городам исследования (Москва, Санкт-Петербург, Челябинск). В третьей части отчета проанализированы результаты тестирования гипотез, поставленных перед исследованием для выявления статистически-значимых факторов, связанных с нарушением предписаний лечения ВИЧ, а также основных различий между КГН.

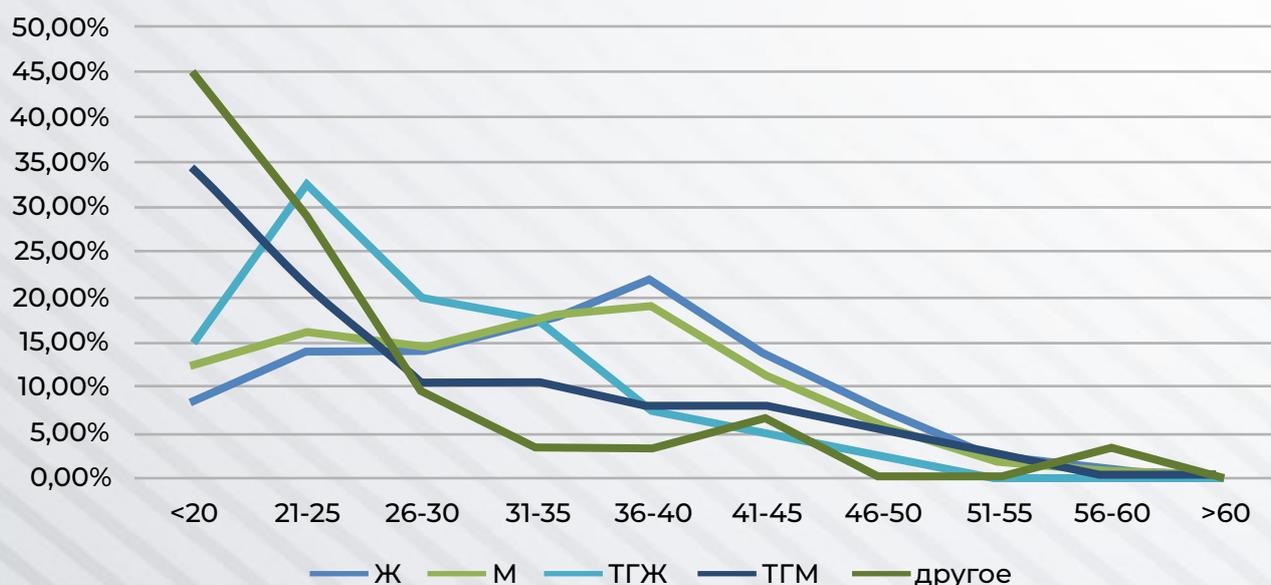
Общие результаты анкетного опроса

Поскольку в общем дескриптивном анализе не описывается специфика каждой КГН, а дается характеристика респондентов, принявших участие в исследовании в целом, для анализа общих результатов (демографические данные, ВИЧ-статус участников опроса) будет использована база данных без дублирующихся анкет (N=1646). Во всех разделах, предусматривающих дезинтеграцию по КГН, будет использована база данных с дублирующимися анкетами, поскольку в этом случае некоторые ответы используются для нескольких ключевых групп (N=1725). Размер выборки будет указан в названиях рисунков.

Демографические данные

Всего в опросе приняли участие 43,9 % (723 человека) женщин, 49,4 % (814 человек) мужчин, 2,4 % (40 человек) трансгендерных женщин, 2,3 % (38 человек) трансгендерных мужчин, 1,8 % (31 человек) респондентов, указавших в качестве своего пола «другое» (в основном небинарные персоны). Средний возраст респондентов – 32,6 лет. При этом половозрастная структура в целом не однородна. Трансгендерные мужчины и женщины, а также люди, указавшие другой пол или гендер, представляют более молодую группу населения – большинство трансгендерных мужчин и небинарных персон указали возраст менее 20 лет, а большинство трансгендерных женщин – возраст от 21 до 25 лет. В то же время большинство мужчин и женщин, принявших участие в опросе (модальная группа), представляют аудиторию людей среднего возраста – от 36 до 40 лет (Рис. 3. «Половозрастная структура базы данных»).

Рис 3. «Половозрастная структура базы данных»
N=1646



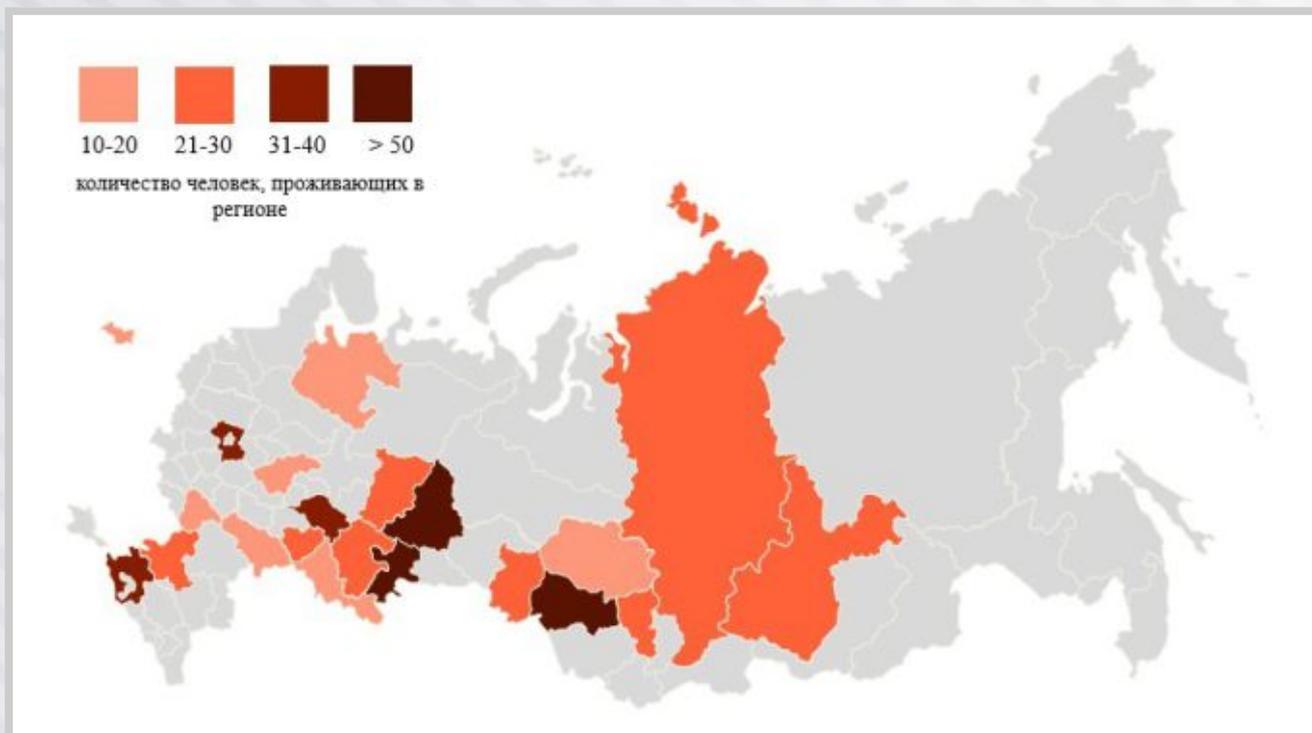
Большинство респондентов знают о своем ВИЧ-статусе: 86,9 % (1431 человек). Среди них 57,3 % участников опроса имеют положительный ВИЧ-статус (820 человек). Средний возраст ВИЧ-положительных респондентов – 37 лет, 49 % из них – женщины (402 человека), 50,2 % – мужчины (412 человек). 0,7 % ВИЧ-положительных участников опроса – трансгендерные

женщины (6 человек). Респонденты с отрицательным ВИЧ-статусом составляют 37,1 % участников опроса (611 человек). Средний возраст ВИЧ-отрицательных респондентов – 28,9 лет, среди них 30 % женщин (233 человека), 51,1 % мужчин (313 человек), 4,2 % - трансгендерные женщины (26), 3,5 % - трансгендерные мужчины (22), 2,9 % респондентов, отметивших в качестве пола или гендера «другое» (18 человек). О своем ВИЧ-статусе не знают всего 13 % участников (215 человек). Их средний возраст – 25,8 лет, среди них 40,9 % женщин (88 человек), 41,3 % мужчин (89 человек), 3,7 % трансгендерных женщин (8 человек), 7,4 % трансгендерных мужчин (16 человек), 6,5 % людей, отметивших иной пол или гендер (14 человек). Таким образом, ВИЧ-положительные респонденты самые «старшие» (средний возраст 37 лет), среди них примерно равное число мужчин и женщин и незначительное число ТГЛ. Среди ВИЧ-отрицательных и тех, кто не знает статус, находятся более молодые люди, в среднем на 10 лет младше ВИЧ-положительных, среди них возрастает число ТГЛ, ТГЖ, ТГМ, отметивших «другое» в вопросе гендера. Подробно половозрастную структуру базы данных, дезинтегрированную по ВИЧ-статусу респондентов, смотрите в Приложении 1.

Города, где реализуется проект «КАСКАД», были представлены следующим числом участников опроса: Москва – 29 % от общего числа респондентов (478 человек), Санкт-Петербург – 16 % (261 человек), Челябинск – 4,1 % (67 человек). При этом 3,1 % участников (52 человека) указали, что проживают не в России, а 0,4 % (8 человек) указали в качестве ответа название федерального округа или факты, не связанные с географией (например, «неважно» или «другое»). Кроме городов реализации проекта «КАСКАД», наиболее распространенные места проживания участников исследования – Челябинская (за исключением самого города Челябинска: 3,7 %, 62 человека), Свердловская (4,3 %, 71 человек) и Новосибирская (5,8 %, 96 человек) области. Остальные регионы представлены меньшим числом респондентов (Рис. 4. «География участников опроса, за исключением городов реализации проекта»).

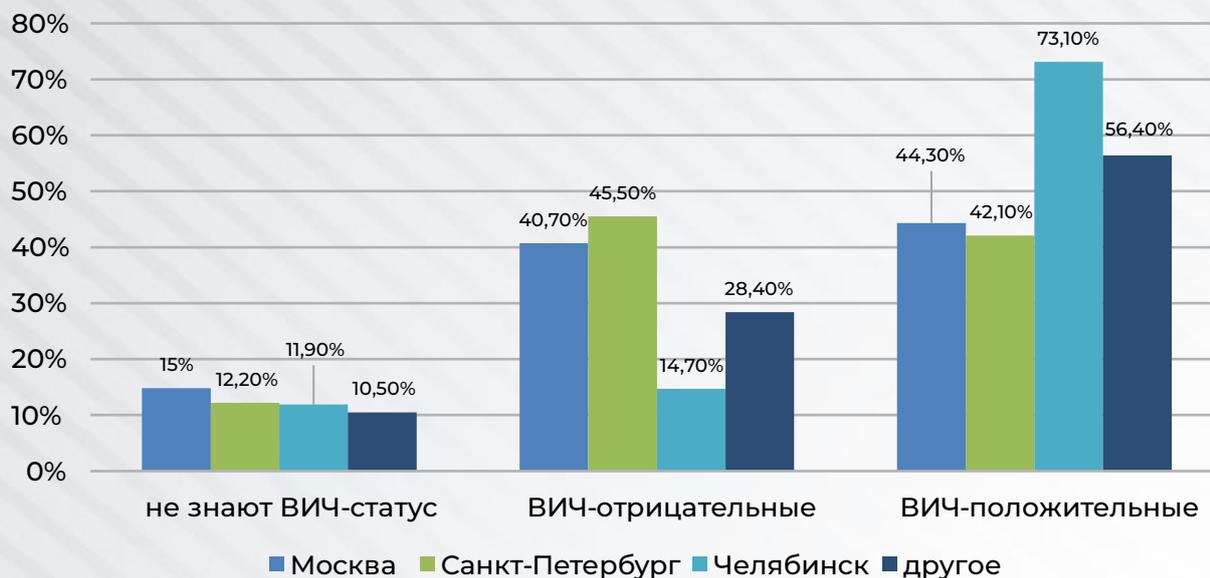
Рис. 4. «География участников опроса, за исключением городов реализации проекта «КАСКАД» (54,6 %)»

N=1646



Всего по трем городам, выбранным для исследования, к участию в опросе было привлечено 806 участников, что составило 48,9 % всех респондентов. Среди респондентов, проживающих в Москве, 85,1 % знают свой статус относительно ВИЧ-инфекции (407 человек), из них 44,3 % – положительные (212 человек); среди респондентов, проживающих в Санкт-Петербурге, 87,7 % знают свой ВИЧ-статус (229 человек), среди них 42,1 % ВИЧ-положительные (110 человек); среди респондентов, проживающих в Челябинске, 88 % (59 человек) знают свой статус относительно ВИЧ-инфекции, из них 73,1 % - ВИЧ-положительные (49 человек) (Рис. 5. «Дифференциация респондентов из городов проекта с учетом их ВИЧ-статуса»). Подробные данные о географии, дезинтегрированной по ВИЧ-статусу респондентов в других городах, смотрите в Приложении 2.

Рис. 5. «Дифференциация респондентов из городов проекта с учетом их ВИЧ-статуса»
N=1646



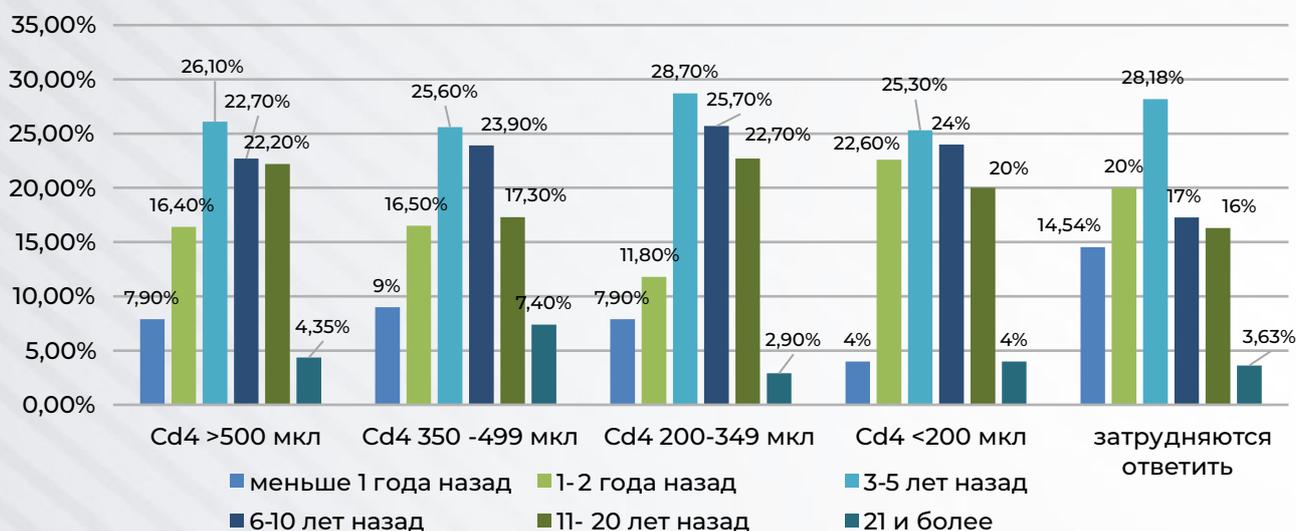
Характеристика ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных участников опроса

Среди ВИЧ-положительных респондентов благоприятное течение заболевания с уровнем CD-4 клеток более 500 на 1 мл отметили 50,3 % (413 человек), 350–499 иммунных клеток по результатам последнего анализа имеют 14,7 % (121 человек), 200–349 мкл – 12,3 % (101 человек), менее 200 CD-4 клеток отметили 9,1 % респондентов (75 человек). При этом часть ВИЧ-положительных участников опроса, затрудняющихся ответить на вопрос о количестве иммунных клеток по результатам последнего анализа, составляет 13,4 % (110 человек) от всего массива данных.

ВИЧ-положительные респонденты чаще всего отмечают, что их диагноз был поставлен 3-5 лет назад (26,5 %, 218 человек); 22,6 % – 6-10 лет назад (186 человек), 20,6 % – 11-20 лет назад (169 человек). Меньшее число участников опроса отмечает более раннее время постановки диагноза: 16,9 % – 1-2 года назад (139 человек), 8,6 % – меньше одного года назад (71 человек). Наименьший процент респондентов указывает самое давнее время постановки диагноза – более 21 года назад (4,5 %, 37 человек). При этом распределение давности постановки диагноза различается в группах, дезинтегрированных по количеству иммунных клеток. Так, среди респондентов, не знающих свой иммунный статус, доля ответов о постановке диагноза менее 1 года назад выше, чем у остальных групп (14,5 % к 7,2 % в среднем у остальных групп), доля ответов о постановке диагноза 1-2 года назад выше у респондентов с CD-4 <200 мкл (22,6 % к 16,2 % в среднем у остальных групп), доля ответов о сроке давности 6-10 лет ниже у респондентов, не знающих свой иммунный статус (17,2 % к 24,1 % в среднем у остальных групп), а доля выбора давности в 11-20 лет ниже у незнающих иммунный статус и имеющих CD-4 350-499 мкл (16,3 % и 17,3 % соответственно против 21,6 % в среднем у остальных групп).

Таким образом давность постановки диагноза может отличаться у людей, не знающих о своем иммунном статусе: для них более популярен выбор менее давнего времени постановки диагноза, в то время как для всех групп в равной степени наиболее распространенным является ответ о постановке диагноза 3-5 лет назад. В целом распределение давности постановки диагноза является нормальным как во всей базе, так и внутри каждой группы по уровню CD-4 клеток (Рис. 6. «Как давно Вам был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция в зависимости от количества CD-4 клеток»).

Рис. 6. «Давность поставки диагноза ВИЧ-инфекция в зависимости от количества CD-4 клеток»
N=820 (число ВИЧ+)



Среди ситуаций, при которых ВИЧ-положительные респонденты узнавали о наличии ВИЧ-инфекции, наиболее распространен случай, когда участники опроса узнавали о нем случайно, в результате диспансеризации в поликлинике, обследования в больнице, операции, беременности, реабилитации и пр. К этой же группе причин были отнесены открытые ответы респондентов, в которых они рассказывали о том, как узнали о ВИЧ-инфекции в ходе длительных поисков причин иных заболеваний (опоясывающий герпес, лицевой неврит, длительная простуда, осложнения после герпеса и др.). В целом 55,4 % респондентов выбрали данный вариант ответа для описания ситуации, при которой они узнали о своем положительном ВИЧ-статусе (455 человек). Другая распространенная группа причин – самостоятельное решение проверить свой ВИЧ-статус после рискованной ситуации. В качестве открытых ответов, отнесенных в данную группу, были использованы ситуации проверки ВИЧ-статуса по контакту, для подготовки к жизни с ВИЧ-положительным партнером, по просьбе других партнеров, а также история, когда человек прошел проверку после инцидента на работе (пост медбрата). Всего о подобных ситуациях заявили 20,6 % участников опроса (169 человек). Менее распространена ситуация, в которой респонденты сдают тест на ВИЧ просто для того, чтобы узнать свой статус. К этим случаям также отнесены

открытые ответы о повторном тестировании после узнавания о наличии ВИЧ-инфекции в мобильном пункте (возле клуба), о регулярной проверке на ИППП, а также о тестировании из-за подозрений у себя ВИЧ-инфекции и из любопытства. Всего данный вариант ответа отметили 11,5 % респондентов (95 человек). Другие варианты были распространены в наименьшей степени: 3,5 % респондентов узнали о ВИЧ-статусе во время медицинского осмотра в СИЗО, колонии или во время судебной медицинской экспертизы (29 человек); 3,2 % - для получения сертификата о ВИЧ-инфекции для медицинских целей (27 человек); 3 % - для получения сертификата о ВИЧ-инфекции для работы, учебы или службы в армии (25 человек); 1,8 % - с целью стать донором (15 человек). Респондентами также были предложены варианты ответа, которые было сложно отнести к какой-либо категории. Всего к группе «другое» было отнесено 0,6 % ответов (5 человек). Среди причин, которые они называли, были: тестирование на ВИЧ в результате бюрократической ошибки (после получения положительного теста на ВИЧ однофамильца), постановка диагноза в раннем детстве, тестирование по рекомендации знакомого (цитата: «знакомый сказал»), а также варианты «в инвитро» и «случайно» (Рис.7. «Как Вы обнаружили, что у Вас ВИЧ-инфекция?»).

Рис. 7. «Как Вы обнаружили, что у Вас ВИЧ-инфекция?»
N=820 (ВИЧ-положительные респонденты)



Характер мест, в которых респонденты проходили тестирование, различается в зависимости от статуса относительно ВИЧ. Так, наиболее распространенным выбором для ВИЧ-отрицательных участников опроса являлись институты негосударственного сектора (НКО, самотестирование, частные медучреждения) – 60,7 % (371 человека), в то время как выявление ВИЧ-положительного статуса в большей степени связано с тестированием в государственных учреждениях (медицинских и лишения свободы) – 79,1 % (649 человек).

Рассмотрим подробнее частоту выбора негосударственных институтов. Тестирование в НКО проходили 12,2 % всех участников опроса, знающих о своем ВИЧ-статусе (175 человек из

N=1431), среди участников с ВИЧ-отрицательным статусом – 25,3 % (155 человек из N=611), а среди ВИЧ-положительных – 2,4 % (20 человек из N=820). Тестирование в частных медучреждениях в целом среди участников, знающих свой ВИЧ-статус, проходило 20,6 % респондентов (295 человек из N=1431), среди ВИЧ-отрицательных респондентов – 27,1 % (166 человек из N=611), а среди ВИЧ-положительных – 15,7 % (129 человек из N=820). К самотестированию прибегало всего 4,8 % всех знающих о своем ВИЧ-статусе респондентов (70 человек из N=1431), среди ВИЧ-отрицательных участников опроса это 8,1 % респондентов (50 человек из N=611), среди ВИЧ-положительных – 2,4 % (20 человек из N=820).

Тестирование в государственных медучреждениях в целом среди всех участников опроса, знающих о своем ВИЧ-статусе, проходило 59,6 % респондентов (853 человека из N=1431). Среди ВИЧ-отрицательных респондентов в государственных медучреждениях тестировалось 37,6 % участников (230 человек из N=611), среди ВИЧ-положительных – 75,9 % (623 человека из N=820). Тестирование в СИЗО и колонии (а также во время судебной медицинской экспертизы) всего проходил 1,8 % участников, знающих о своем ВИЧ-статусе (26 человек из N=1431). При этом среди них нет ВИЧ-отрицательных респондентов, а от всех ответов ВИЧ-положительных участников опроса они составляют 3,1 % (26 человек из N=820).

Также небольшое число участников опроса предложило уникальные варианты ответа на вопрос о месте тестирования, воспользовавшись возможностью дать открытый ответ в разделе «другое» (0,8 %, 12 человек). Среди них: выбор нескольких вариантов ответа (как правило, сочетание услуг государственного и негосударственного сектора), пункты переливания крови или донорства костного мозга, а также случаи, когда респонденты не помнят, где проходили тестирование (Рис. 8. «Где Вы проходили тестирование, в результате которого узнали свой ВИЧ-статус?»).

Рис. 8. «Где Вы проходили тестирование, в результате которого узнали свой ВИЧ-статус?»
N (ВИЧ+) = 820; N (ВИЧ-) = 611



В большинстве наблюдений давность обнаружения ВИЧ-инфекции и постановки на ДУ ситуаций совпадает во времени, модальной группой является временной промежуток 3-5 лет назад (26,6 % обнаружило ВИЧ-инфекцию, 27,8 % респондентов встало на учет в ЦС). В то же время можно наблюдать незначительные различия в соотношении времени давности данных событий. Это связано с более поздней постановкой на ДУ по сравнению с временем выявления ВИЧ-инфекции: как можно заметить на графике, число респондентов, вставших на ДУ, убывает со временем, а число респондентов, обнаруживших статус ВИЧ, – растет. Это говорит о том, что между определением диагноза ВИЧ-инфекция и постановкой на диспансерный учет присутствует временной лаг: доля ВИЧ-инфицированных людей встает на ДУ спустя несколько лет после постановки диагноза (Рис. 9. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет»).

Рис. 9. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет»
N=753 (респонденты, вставшие на ДУ)



Среди ВИЧ-положительных респондентов 8,1 % не стоят на ДУ (67 человек). 82 % из них отметили, что никогда не были в ЦС (54 человека), 8,9 % находятся в процессе оформления в ЦС (6 человек), еще 10,4 % имели опыт посещения ЦС, но не стоят на ДУ (7 человек). Среди людей, находящихся в процессе оформления, три человека узнали о своем диагнозе менее 1 года назад, один – 1-2 года назад, двое – 6-10 лет назад. Основными барьерами постановки на ДУ 24,5 % респондентов называют недоверие по отношению к медицинским работникам, выраженное в страхе разглашения информации о здоровье (15 человек). 13,1 % отмечают такой личный барьер, как низкая ценность здоровья, выраженная в отсутствии представлений о необходимости постановки на ДУ (8 человек). 11 % респондентов также говорят о таком структурном барьере, как недоверие государственным учреждениям (7 человек), 6,5 % сообщают об отсутствии необходимых документов, гражданства и времени на посещение ЦС (во всех случаях по 4 человека), а также об отсутствии регистрации – 4,9 % (3 человека).

Кроме того, 8,1 % респондентов отмечают, что не имеют денег на дорогу до ЦС (5 человек), при этом в вопросе о материальном положении двое респондентов, отметивших этот барьер, отмечают, что могут позволить себе покупать одежду и обувь, а один из них выбирает вариант ответа «можем(-гу) покупать новую одежду и обувь, но не всегда хватает денег на нужную бытовую технику». При этом все трое респондентов проживают в отдаленных местах (Крым, Бурятия, Камчатский край) и, возможно, не имеют денег на действительно длительную поездку в ЦС. Четвертый респондент находится на пенсии и отмечает очень низкий материальный достаток.

В основном респонденты с ВИЧ-положительным статусом принимают АРВ-терапию – 88,1 % (723 человека). Её назначение в большинстве случаев происходит в скором времени после выявления ВИЧ-инфекции: сразу же (30,1 %, 229 человек) или после обследований и прохождения комиссии (1-3 месяца) – 25,5 % (194 человека). Еще 3 % (22 человека) получили назначение АРТ после достижения динамики по другим заболеваниям. Таким образом, 61,4 % получили АРТ без нарушения сроков, установленных протоколами лечения. Только 1 % респондентов (8 человек) отметили, что не получили АРТ по непонятным причинам.

В то же время треть респондентов отметили, что назначение АРВ-терапии произошло после роста вирусной нагрузки – 31,3 % (238 человек). Это было характерно до внедрения новых протоколов лечения. В этой группе 55 % респондентов имеют вирусную нагрузку > 500 клеток CD-4 (131 человек), CD-4 350-499 мкл – 13,4 % (32 человека), CD-4 200-349 мкл – 13,4 % (32 человека), менее 200 клеток CD-4 – 6,3 % (15 человек), не знают свой иммунный статус в этой группе респондентов 11,7 % участников опроса (28 человек). Большею долей участников этой группы диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен 11-20 лет назад (44,1 %, 105 человек), 28,1 % участников – 6-10 лет назад (67 человек), 15,9 % - 3-5 лет назад (37 человек), 9,6 % - 21 и более лет назад (23 человека), 2,1 % - 1-2 года назад (5 человек) и наименьшая доля респондентов живет с диагнозом ВИЧ-инфекция менее 1 года (0,4 %, 1 человек). Сроки постановки на ДУ у данной группы близки ко времени постановки диагноза: так, большая доля рассматриваемых респондентов встала на учет в ЦС 11-20 лет назад (41,1 %, 98 человек), 31 % - 6-10 лет назад (74 человека), 16,3 % - 3-5 лет назад (39 человек), 5 % - 21 и более лет назад (12 человек), 4,2 % - 1-2 года назад (10 человек) и только 1,6 % - менее 1 года назад (4 человека). При этом 1 респондент отметил, что в данный момент не посещает Центр СПИД. Таким образом, учитывая давность постановки диагноза и близкое время постановки на ДУ, можно сказать, что выбор варианта назначения АРТ после падения иммунного статуса и роста вирусной нагрузки объясняется старыми протоколами лечения.

Многие респонденты сообщили индивидуальную информацию по данному вопросу (8,5 %, 62 человека). Суммируя уникальные ответы на открытый вопрос анкеты, можно выделить следующие группы смыслов: некоторые информанты описывали, что им приходилось «идти на хитрость» (фрагмент цитаты) или длительное время настаивать на получении АРВ-терапии, другие сами долгое время уклонялись от предлагаемой врачом схемы лечения или

вообще от приёма АРТ, третьи были ограничены внешними факторами (отсутствие регистрации, пребывание в месте лишения свободы, ожидание подходящего препарата), часть считает, вопреки принятым протоколам лечения, что отсутствует необходимость в связи с положительной динамикой заболевания (напомним, что приём АРТ пожизненный и не зависит от динамики заболевания). Также несколько человек отмечало, что начали получать АРВ-терапию после принятия закона, позволяющего принимать препараты при наличии более 300 клеток CD-4 на 1 мл (Рис. 10. «В течение какого периода времени Вам была назначена АРВ-терапия?»).

Рис. 10. «В течение какого периода времени Вам была назначена АРВ-терапия?»
N=759 (из них 723 принимают АРТ)



Барьеры в получении доступа к услугам, связанным с ВИЧ

Рассмотрим основные барьеры в получении доступа к услугам, связанным с ВИЧ. Для анализа барьеров тестирования использована общая база данных с дублирующимися анкетами на основе самоидентификации принадлежности респондентов в КГН (N=1725), в случаях иных барьеров (постановки на ДУ, принятия АРТ) - пять баз данных по КГН (N=1407).

Среди барьеров тестирования на наличие ВИЧ-инфекции у респондентов, отметивших, что они не знают о своём ВИЧ-статусе, наиболее частым ответом является отсутствие необходимости сдавать тест на ВИЧ-инфекцию – в среднем 52 % ответов по КГН, при этом всего доля ответов об этом барьере выше у группы ТГЛ (75,6 %) и ниже у СР (15,3 %). Также в среднем 25 % респондентов отмечает наличие такого институционального барьера, как недостаток информации о доступных местах для тестирования на ВИЧ. Выше доля ответов с выбором данного барьера у группы МСМ (31,1 %), ниже – у группы СР (23 %). Другие барьеры не столь значимы: о страхе узнать результат высказалось в среднем 14 % респондентов по КГН, о страхе оказаться ВИЧ-инфицированными – в среднем 18 %, о страхе разглашения

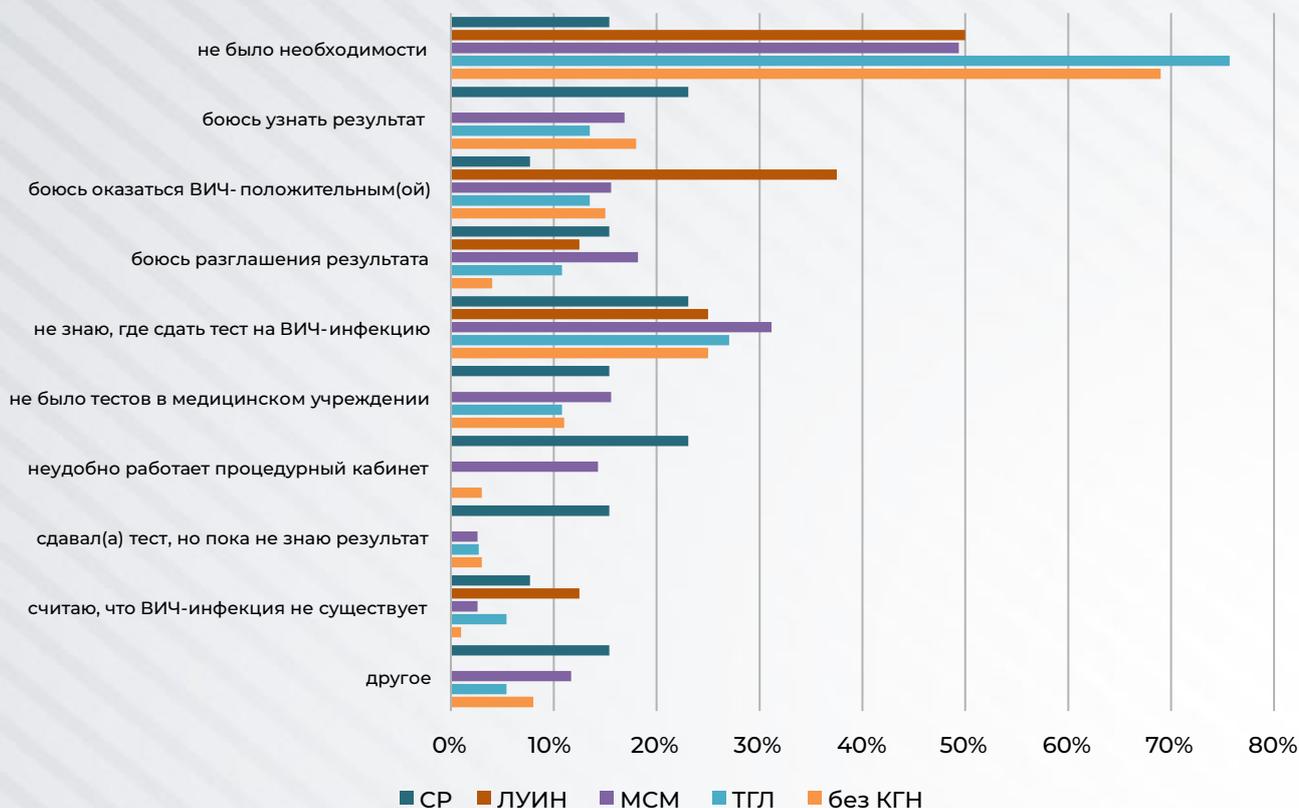
результатов – 12 %, об отсутствии тестов в медучреждении – 11 %, о неудобствах, связанных с работой инфекционного кабинета и ЦС – 8 %, при этом 5 % респондентов в среднем отметили, что сдавали тест на ВИЧ-инфекцию, но еще не получили результат.

Подробно о специфических для каждой КГН барьерах тестирования на ВИЧ будет сказано в соответствующих разделах отчета. Отметим, что среди ЛУИН доля ответов, связанная с ВИЧ-диссидентством, выше, чем в других группах – 12,5 % к 4,18 % (в среднем) в остальных группах. Среди СР доля ответов о неудобной работе ЦС выше, чем в других группах – 23,08 % к 4 % (в среднем) у остальных КГН. При этом данный барьер не называют вовсе в группе ЛУИН и ТГЛ. Также ЛУИН, в отличие от остальных КГН, не говорят об отсутствии тестов в медучреждении, тогда как МСМ и СР встречаются с данной проблемой чаще прочих (15,5 % и 15,3 % соответственно к 7 % в среднем по остальным группам). Доля ответов о страхе разглашения диагноза выше в группе МСМ (18,1 % к 10,6 % в среднем по остальным группам) и ниже всего в группе без КГН (4 %). Доля ответов о страхе оказаться ВИЧ-положительными выше в группе ЛУИН (37,5 % к 12,9 % в среднем) и ниже в группе СР (7,6 %). При этом доля ответов о страхе узнать результат вообще выше в группе СР (23 % к 12 % в среднем) и ниже в группе ЛУИН (0 %). Таким образом наиболее специфическую картину по барьерам к тестированию показывает группа ЛУИН: респонденты данной КГН не выбирают варианты ответа «сдавал(а) тест, но пока не знаю результат», «неудобно работает процедурный кабинет», «не было тестов в медицинском учреждении» и «боюсь узнать результат», но доля их ответов об отсутствии веры в существование ВИЧ-инфекции и страхе оказаться ВИЧ-инфицированными выше, чем у других групп.

Среди отметивших в качестве барьера к тестированию на ВИЧ-инфекцию склонность к ВИЧ-диссидентским взглядам — всего четыре респондента. Из них двое в вопросе, посвященном мнению участников опроса о ВИЧ-инфекции, подтверждают свои убеждения (выбирают вариант ответа «считаю, что на самом деле ВИЧ не существует и никому не может навредить»), при этом наиболее доверенными источниками информации о ВИЧ-инфекции только один из респондентов считает ВИЧ-диссидентские сообщества.

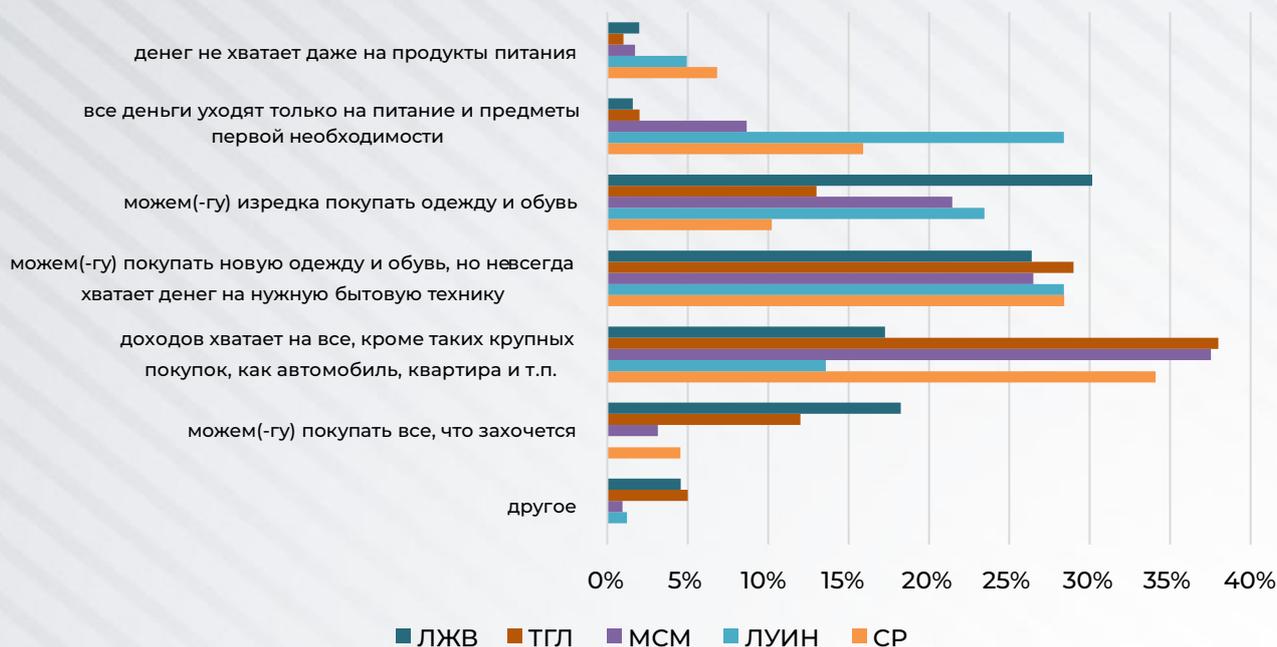
Среди других причин, названных в открытом варианте ответа, респонденты выделяют такие барьеры прохождения тестирования, как отсутствие финансовых возможностей, половых контактов или мотивации (лень), а также несовершеннолетний возраст, в связи с которым молодые участники опроса боятся попасть в неудобную ситуацию по разъяснению причин тестирования на ВИЧ родителям. Некоторые участники опроса также отметили, что сдавали тест на ВИЧ в прошлом и не уверены в сохранении отрицательного статуса на сегодняшний день (Рис. 11. «Почему Вы не сдавали тест на ВИЧ-инфекцию?»). Подробную информацию о барьерах тестирования с дезинтеграцией по КГН смотрите в Приложении 3.

Рис. 11. «Почему Вы не сдавали тест на ВИЧ-инфекцию?»
N=1725



Говоря о материальном положении КГН как об одном из барьеров к доступу лечения ВИЧ-инфекции, можно сказать, что наименее благополучное финансовое состояние отмечают такие группы, как ЛЖВ и ЛУИН. Для ЛЖВ наиболее распространен ответ о материальном статусе «можем изредка покупать одежду и обувь», что по шестибальной шкале дает оценку материальному состоянию группы на 3 балла (30,16 %, 152 человека). ЛУИН же чаще всего выбирают вариант ответа «все деньги уходят на предметы первой необходимости», что дает оценку материальному состоянию в 2 балла из 6 возможных (28,4 %, 23 человека). Группы SR, ТГЛ и MSM показывают более благополучное финансовое состояние: большинство их оценок касаются варианта ответа «доходов хватает на все, кроме крупных покупок», что составляет 5 баллов из 6 возможных (34 %, 38 %, 37,5 % соответственно) (Рис. 12. «Материальное положение КГН»).

Рис. 12. «Материальное положение КГН»
N=1407



Говоря о барьерах в лечении ВИЧ-инфекции, респонденты редко отмечают какую-то из предложенных проблем как регулярно встречающуюся в их практике. Среди всех проблем, которые могут возникнуть при диспансерном наблюдении, только 9 из 15 предложенных вариантов были отмечены как часто встречающиеся более ста раз. При этом среди них только одна проблема (отсутствие возможности записаться на приём через интернет) отмечена респондентами как часто встречающаяся в большинстве анкет. Для остальных проблем более распространены оценки «редко» или «никогда» (Рис. 13. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении»).

Так, институциональные барьеры оказываются более распространены среди респондентов. Об отсутствии возможности записаться на прием через интернет как о частой проблеме говорит 25,8 % респондентов (364 человека), как о редко встречающейся – 9,17 % (129 человек), как о не встречающейся никогда – 19,7 % (278 человек). О наличии больших очередей как о часто встречающемся барьере говорит 18,9 % респондентов (267 человек), как о редком барьере – 20,04 % (282 человека), а как о никогда не встречающемся – 15,7 % (222 человека). Остальные институциональные барьеры реже распространены, по мнению респондентов. О неудобном расположении ЦС как о частой проблеме говорят 17,4 % участников (246 человек), при этом 11,5 % редко встречаются с этим барьером (163 человека), а 25,7 % не встречаются с этим барьером никогда (362 человека). Тесное помещение часто является барьером для визитов в ЦС только для 15,9 % респондентов (225 человек), в то время как редко с этой проблемой сталкиваются 12,8 % участников опроса (181 человек), а никогда – 25,9 % (365 человек).

Неполучение понятных и четких объяснений лечащего врача как частый институциональный барьер встречается в 8,4 % ответах респондентов (119 человек), в то время как редко с этой проблемой сталкиваются 19,1 % участников опроса (270 человек), а никогда – 27,15 % (382 человека). О неподходящем графике работы ЦС как о частой проблеме говорит меньшинство респондентов – 8,03 % (113 человек), как о редкой – 20,9 % (295 человек), как о никогда не встречающейся в практике посещения ЦС – 25,8 % (363 человека).

Среди индивидуальных барьеров, получивших более 100 отметок как часто встречающиеся, — рабочие обязательства часто мешают посещению ЦС в 14,1 % ответов (199 человек), редко – в 18,2 % (157 человек), никогда – в 22,3 % (315 человек). Другой личный барьер – страх встретить в ЦС знакомых и родственников и, соответственно, понизить свой статус в их глазах. Он часто встречается в жизни 12 % респондентов (170 человек), редко – в 14,3 % ответов (202 человека), никогда – в 28,3 % (399 человек). Об отсутствии мотивации посещать ЦС как о часто встречающемся индивидуальном барьере заявило всего 7,9 % участников опроса (112 человек), как о редко встречающемся – 20,2 % (285 человек), и как о не встречающемся никогда – 26,5 % респондентов (374 человека). В последующих разделах будут подробно освещаться все барьеры ДУ и АРТ по КГН. Более подробную информацию о барьерах для диспансерного наблюдения с дезинтеграцией по КГН смотрите в Приложении 4.

Рис. 13. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении»
N=1407



Среди барьеров, связанных с приемом АРВ-терапии, участники опроса вовсе не отмечают случаи, которые бы происходили с ними часто. Проблемами, которые более 100 респондентов отметили как часто встречающиеся, являются побочные эффекты от

АРВ-терапии, недостаточное количество инструкций по совмещению препаратов, недостаточное количество объяснений схемы лечения от врача. При этом ни одна из данных проблем не встречается «часто» в большинстве случаев. Так, побочные эффекты от АРТ часто встречаются только у 8,9 % респондентов (126 человек), редко – 26,7 % (377 человек), а никогда – 18,05 % (254 человека). Недостаточное количество инструкций по совмещению препаратов является частой проблемой для 10,5 % респондентов (149 человек), редкой – для 12,7 % (179 человек), никогда не встречающейся – для 30,4 % (429 человек). Недостаточное количество объяснений схемы лечения от врача является частой проблемой для 7,6 % респондентов (108 человек), редкой для 14,8 % (209 человек), не встречающейся никогда – для 31,2 % (440 человек).

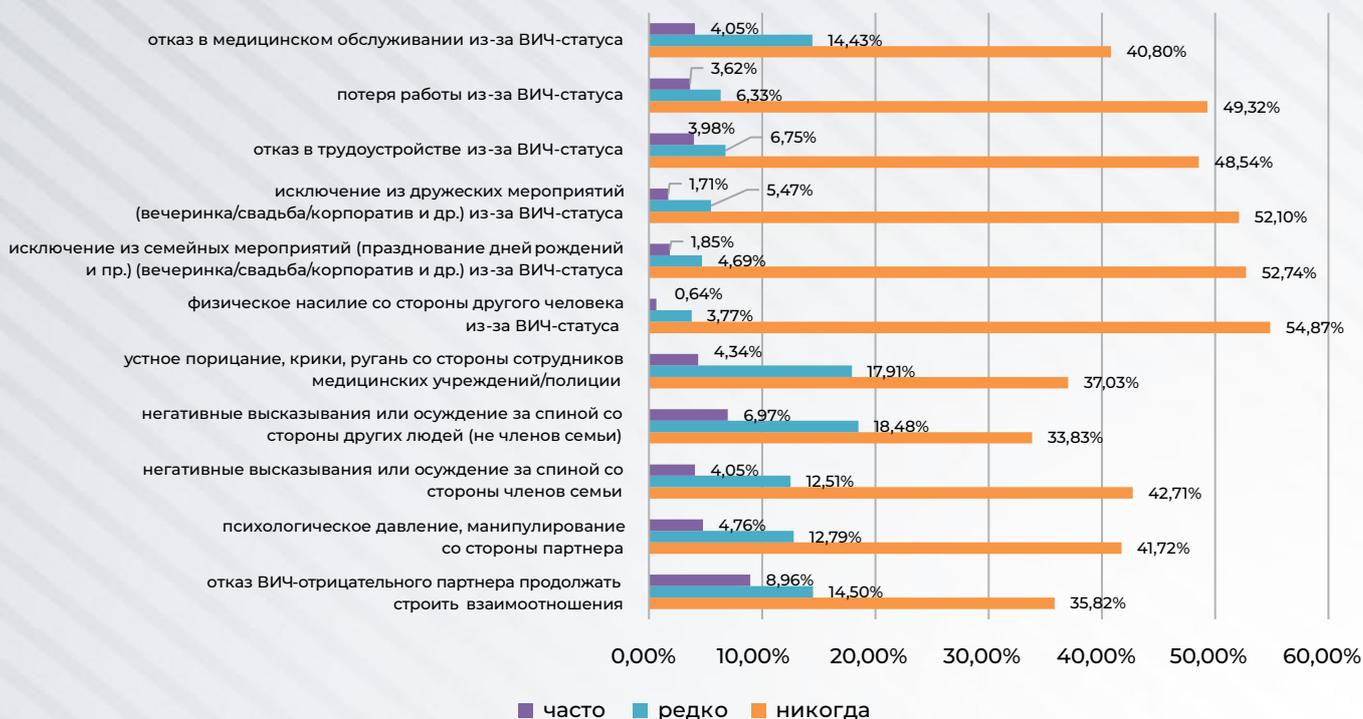
Другие барьеры встречаются респондентам еще реже. Так, такие ситуации при АРВ-терапии, как «изменение схемы приема препарата без консультации врача», «решение принимать другой препарат без консультации врача», «самостоятельное решение прервать/не принимать АРТ», «пропуск приема таблеток из-за опьянения» были названы как «часто встречающиеся» менее чем в 1,42 % случаев (менее чем 20 человек). При этом никогда с этими проблемами не сталкиваются в среднем в 47,6 % ответов (в среднем 670 человек). Отсутствие нужного препарата часто встречается 2,35 % респондентам (33 человека), редко – 17,5 % (247 человек), никогда – 33,9 % (477 человек). Усложнение врачом схемы лечения без медицинских показаний встречается часто у 3,13 % респондентов (44 человека), редко – у 11,58 % (163 человека), никогда – у 39 % (550 человек). С пропуском таблеток более двух дней в месяц из-за забывчивости или усталости часто сталкиваются 3,2 % респондентов (45 человек), редко – 16,35 % (230 человек), никогда – 34,26 % (482 человека) (Рис. 14. «Наиболее частые проблемы при АРВ-терапии»). Более подробную информацию о барьерах при АРВ-терапии с дезинтеграцией по КГН смотрите в Приложении 5.

Рис. 14. «Наиболее частые проблемы при АРВ-терапии»
N=1407



Среди возможных признаков дискриминации респонденты не отмечали как часто встречающиеся ни один из предложенных вариантов. Более ста ответов «часто» набрал только один вариант ответа: отказ моего ВИЧ-отрицательного партнера продолжать строить со мной взаимоотношения дальше (8,9 %, 126 человек). При этом 64 % респондентов отметили, что никогда не сталкиваются с такой проблемой (504 человека). Менее 2 % респондентов отметило, что часто сталкиваются с такими признаками дискриминации, как исключение из дружеских и семейных мероприятий и проявление физического насилия со стороны другого человека из-за ВИЧ-статуса (менее 19 человек в среднем отметили эти проблемы как встречающиеся «часто»). От 2 до 5 % респондентов отметили, что часто встречаются с такими проблемами, как потеря работы, отказ в трудоустройстве из-за ВИЧ, негативные высказывания со стороны членов семьи, угрозы и порицание со стороны представителей государства, психологическое давление и манипуляции со стороны партнера (менее 59 человек в среднем отметили эти проблемы как встречающиеся «часто»). Такая проблема, как негативные высказывания или осуждение за спиной со стороны не членов семьи, встречается часто всего у 6,97 % респондентов (98 человек), редко – у 18,4 % (260 человек), а никогда – у 33,8 % участников опроса (476 человек) (Рис. 15. «Признаки дискриминации из-за ВИЧ-инфекции»).

Рис. 15. «Признаки дискриминации из-за ВИЧ-инфекции»
N=1407



Общее напряжение участников опроса по поводу заболевания ВИЧ-инфекцией чаще всего было выражено в необходимости скрывать прием препаратов от окружающих (в среднем 54,4 %), а также необходимость раскрывать информацию о сексуальных партнерах (в среднем 44,2 %). При этом среди респондентов, отметивших первую проблему, выше доля ответов группы ТГЛ (88,3 %) и ниже – доля ответов группы ЛУИН (39,13 %). Среди отметивших проблему о сексуальных партнерах также выше доля ответов группы ТГЛ (66,6 %) и ниже – группы ЛЖВ (26,7 %). Необходимость изменить свой образ жизни беспокоит в среднем 24,7 % респондентов — и здесь доля ответов ТГЛ также выше, чем в других группах (33,3 %). Боязнь уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции волнует в среднем 20,6 % респондентов, при этом большая доля выбора данного ответа принадлежит группе MSM (44,4 %), а меньшая – группе СР (10 %). Негативное влияние АРВ на внешность респондентов беспокоит в среднем 15 % участников, при этом доля выборов этого варианта ответа выше у группы ЛЖВ (25 %) и отсутствует вовсе у группы ТГЛ. Покупка АРВ-препаратов за личные деньги беспокоит в среднем 8,1 % респондентов, при этом доля ответов группы ЛУИН выше, чем у других групп (15,2 %) и отсутствует у групп СР и ТГЛ. Специфические проблемы, вызванные некомпетентностью врачей в вопросах гендера и сексуальных предпочтений, а также несоответствием гендера и записи в паспорте в среднем волнуют 15,2 % и 13 % респондентов соответственно. При этом обе проблемы в большинстве случаев встречаются только респондентам группы ТГЛ (50 % и 66,6 % соответственно), а представители СР вовсе не сталкиваются с подобными ситуациями. Возможность вызова полиции является проблемой в

среднем для 7,6 % респондентов, при этом больше всего эта проблема волнует группу ЛУИН (23,9 %) и не волнует вовсе – ТГЛ. Таким образом, наиболее отличаются причины эмоционального напряжения в связи с ВИЧ-инфекцией у группы ТГЛ: респондентов этой КГН не волнуют проблемы, распространенные среди других групп, связанных с АРВ-терапией и возможностью вызова полиции, но при этом остальные ситуации, кроме возможной уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции, отмечаются ими чаще остальных.

При этом 14 % респондентов выбрали открытый ответ (117 человек), среди которых 36,7 % (43 человека) указали, что не испытывают дискомфорта, вызванного положительным ВИЧ-статусом. Другие ответы по поводу индивидуальных барьеров представляют общее чувство дискомфорта от наличия проблемы в принципе, необходимости пожизненно принимать препараты и страха лишиться доступа к ним, реакции организма на АРВ-терапию, боязни стигмы, сложности с поиском романтического партнера, а также проблемы с получением иных медицинских услуг (операции, поход к зубному врачу, пластическая хирургия) (Рис. 16. «Скажите, пожалуйста, что больше всего Вас беспокоит/напрягает/раздражает в связи с ВИЧ-инфекцией?»).

Рис. 16. «Скажите, пожалуйста, что больше всего Вас беспокоит/напрягает/раздражает в связи с ВИЧ-инфекцией?»
N=1407



В базу данных СР вошли 88 анкет, в которых респонденты отметили, что могут отнести себя к этой КГН (5,3 % участников опроса). Средний возраст респондентов данной группы – 32,7 года, большинство респондентов женщины 69,3 % (61 человек), 11,3 % — мужчины (10 человек), 14,7 % - трансгендерные женщины (13 человек), 2,2 % - трансгендерные мужчины (2 человека), и 2,2 % отметили в вопросе о поле и гендере «другое» (2 человека). Большинство респондентов группы СР проживает не в браке и без детей (46,5 %, 41 человек), 21,5 % - не в браке с детьми (19 человек), 18,1% – в браке без детей (16 человек), а 13,6 % респондентов данной КГН – в браке с детьми (12 человек). Большинство респондентов группы СР работает неполный день – 32,9 % (29 человек), 29,5 % работает полный день (26 человек), 20 % не работает и не учится (18 человек), 10,2 % – работает и учится (9 человек), а 6,8 % респондентов данной группы занято только обучением (6 человек).

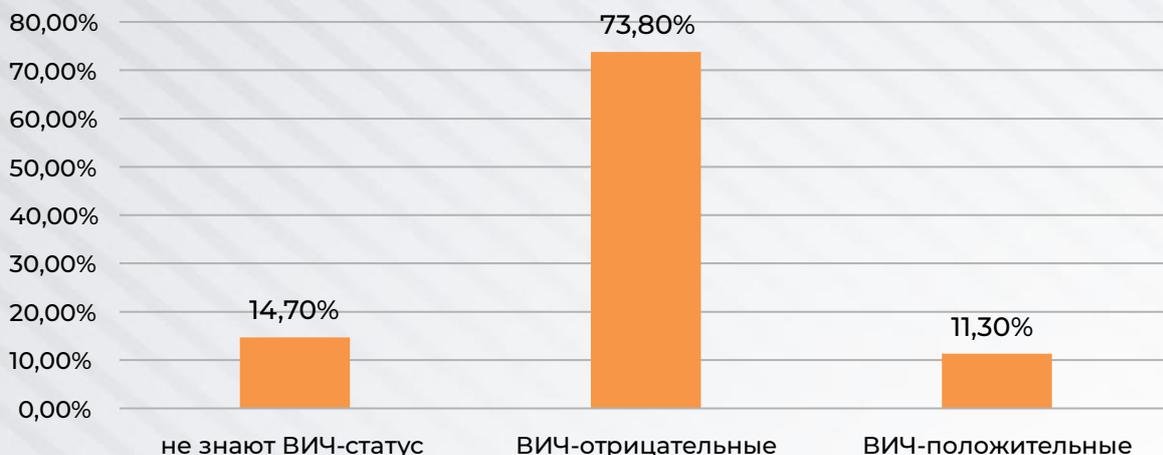
В Москве проживают 31,8 % респондентов (28 человек), в Санкт-Петербурге – 13,6 % (12 человек), в Челябинске – 3,4 % (3 человека), остальные представляют иные города – 51,1 % (45 человек). При этом респонденты данной группы также относят себя и к другим группам (по результатам ответа на вопрос анкеты, имеющем возможность множественного выбора: «Скажите, пожалуйста, можете ли Вы отнести себя к одной из групп?»). Так, 19,3 % респондентов из базы данных СР также относят себя к группе ЛУИН (17 человек), 12,5 % к группе ТГЛ и 13,6 % к группе МСМ (Рис. 17. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных СР»).

Рис. 17. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных СР»
N=88



Большая часть респондентов из данной группы имеет отрицательный ВИЧ-статус – 73,8 % (65 человек). 14,7 % участников не знают о своем ВИЧ-статусе (13 человек), а ВИЧ-положительными людьми являются лишь 11,3 % (10 человек) (Рис. 18. «ВИЧ-статус респондентов базы данных СР»).

Рис. 18. «ВИЧ-статус респондентов базы данных СР»
N=88



Среди барьеров тестирования на ВИЧ-инфекцию респонденты из данной группы, не знающие свой статус ВИЧ (N=13), называют как институциональные барьеры, так и индивидуальные ограничения. Наибольшая доля участников опроса этой группы (23 %) отмечают такие институциональные барьеры, как отсутствие информации о доступных местах для тестирования на ВИЧ-инфекцию и неудобный график работы процедурного кабинета, а также такой личный барьер, как страх узнать результат тестирования. Меньшая доля респондентов (15,3 %) называют такой индивидуальный барьер, как видимое отсутствие необходимости тестирования, что может говорить о низкой ценности здоровья для респондентов. Также 15,3% участников опроса группы СР отмечают недоверие по отношению к медицинскому персоналу, выраженное в страхе разглашения результата, и отсутствие тестов в учреждении. Та же доля респондентов ответили, что сдавали тест, но еще не знают результат, а также в открытом вопросе называют другие причины отсутствия результатов тестирования. Наименьшее число респондентов группы СР (7,6 %) отмечают личные барьеры для тестирования: страх оказаться ВИЧ-положительными людьми, а также склонность к ВИЧ-диссидентским взглядам. В качестве «другого» респонденты из данной группы называли давность проверки своего ВИЧ-статуса и отсутствие актуальной информации в данный момент времени, что не позволяет говорить о возможных барьерах для повторного тестирования (Рис. 19. «Барьеры к тестированию на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных СР»).

Рис. 19. «Барьеры к тестированию на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных СР»

N=13 (респонденты, не знающие свой статус ВИЧ)



Среди респондентов, проходивших тестирование на ВИЧ, в большей степени распространен выбор тестирования в негосударственных учреждениях – 61,3 % (46 человек). Среди них в НКО и частных медицинских учреждениях проходило тестирование равное число респондентов группы СР – 26,6 % в обоих случаях (по 20 человек), а к самотестированию прибегало 8 % участников опроса этой группы (6 человек). В государственных медучреждениях и СИЗО получили результаты тестирования 37,3 % респондентов этой же группы (28 человек). К группе учреждений «СИЗО, колония» был также отнесен вариант ответа «во время судебной медицинской экспертизы», предложенный одним респондентом в открытом ответе. При этом в государственных медицинских учреждениях тестирование проходило 34,6 % респондентов данной группы (26 человек), а в СИЗО – 2,6 % (2 человека). К варианту ответа «другое» отнесен предложенный в открытом ответе вариант «работаю в профилактике» (Рис. 20. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных СР»).

Рис. 20. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных СР»

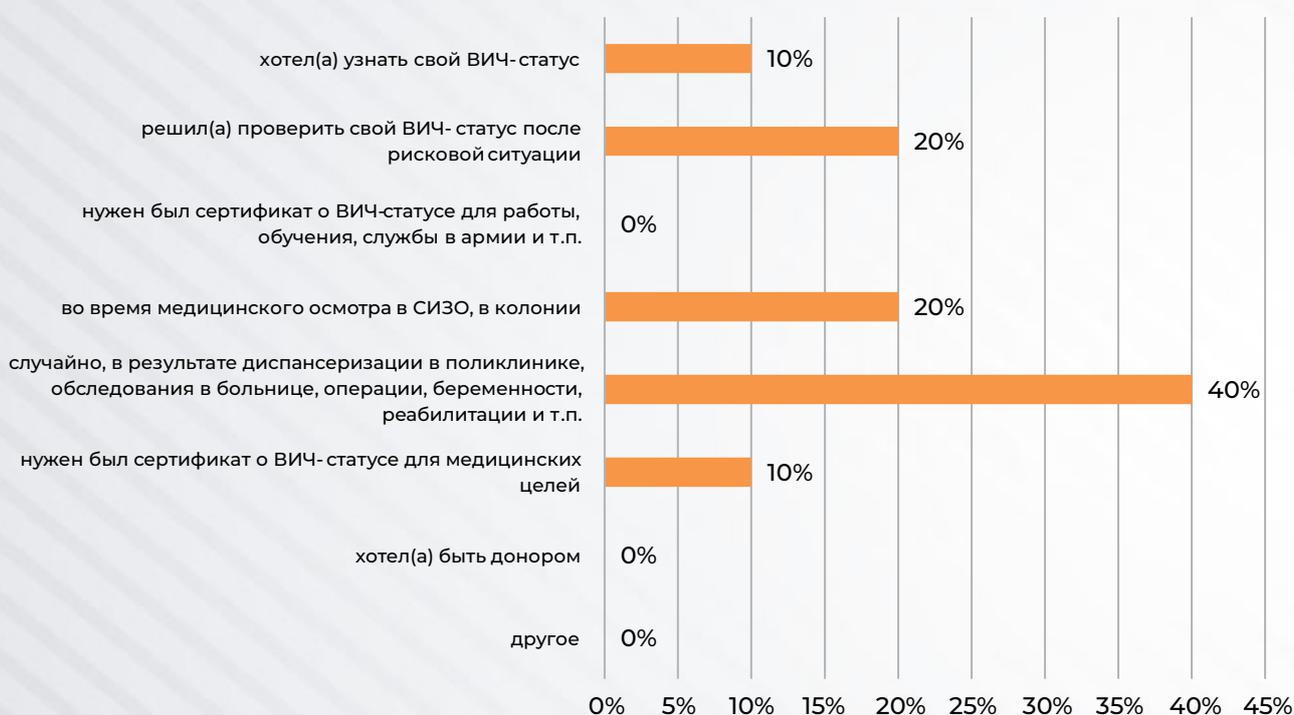
N=75 (респонденты, проходившие тестирование на ВИЧ)



Ситуациями, в результате которых респонденты группы СР узнали о положительном ВИЧ-статусе, чаще всего являлось случайное узнавание в результате медицинских обследований

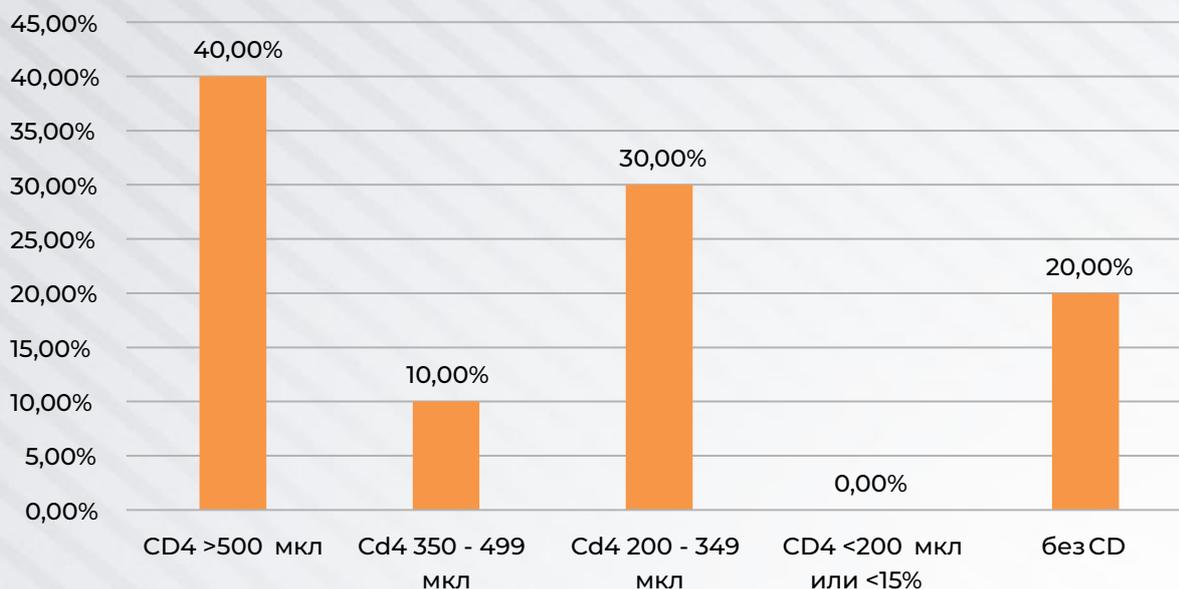
для иных целей (диспансеризации, операции, беременности, реабилитации и т.п.) – 40 % (4 человека). 20 % респондентов данной КГН решили проверить свой статус после рискованной ситуации или узнали об этом в результате медицинского осмотра в СИЗО (по 2 человека в обоих случаях). 10 % отметили, что им нужен был сертификат о ВИЧ-статусе для медицинских целей или что прошли тестирование из личного интереса (по 1 человеку в обоих случаях) (Рис. 21. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у СР»).

Рис. 21. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у СР»
N=10 (ВИЧ-положительные респонденты)



Среди ВИЧ-положительных респондентов из данной группы большинство имеет высокое количество иммунных клеток по результатам последних анализов: CD-4 более 500 мкл – 40 % (4 человека). Меньшее число респондентов из группы СР имеет 200-349 клеток CD-4 – 30 % (3 человека), 350-499 мкл – 10 % (1 человек). Ни один респондент не имеет менее 200 клеток CD-4. Не знают свой иммунный статус 20 % респондентов из группы СР (2 человека) (Рис. 22. «Иммунный статус у СР»).

Рис. 22. «Иммунный статус у СР»
N=10 (ВИЧ-положительные респонденты)



В связи с малой выборкой людей, стоящих на ДУ в группе СР (N=8), представим данные о соотношении времени определения диагноза и постановки на ДУ в виде таблицы, а не линейного графика (Таблица 2. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у СР»). Как можно видеть ниже, у большей части респондентов из данной КГН время определения диагноза и постановки на ДУ совпадает, при этом преобладает число ответов о жизни с ВИЧ-инфекцией более 11 лет (62,5 %, 5 человек). Стоит отметить различия во времени определения диагноза и постановки на ДУ в промежутках 1-2 года и 3-5 лет назад. Так, в первом периоде преобладает число респондентов, вставших на ДУ, а во втором периоде – определивших диагноз. Так, можно сделать выводы о том, что постановка на ДУ происходит спустя время, а не сразу же после выявления диагноза ВИЧ-инфекция.

Таблица 2. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у СР» (N=8)

	Определение диагноза		Постановка на ДУ	
	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент
менее 1 года назад	0	0 %	0	0 %
1 -2 года назад	0	0 %	2	25 %
3-5 лет назад	2	25 %	0	0 %
6-10 лет назад	1	12,5 %	1	12,5 %
11 -20 лет назад	3	37,5 %	3	37,5 %
21 и более	2	25 %	2	25 %

Основные проблемы, с которыми часто сталкиваются респонденты группы СР, могут быть названы для данного отчета, но не генерализованы, поскольку ВИЧ-положительные респонденты представлены небольшим числом участников (всего 10 человек), а число людей, вставших на диспансерный учет и принимающих АРВ-терапию, имеет даже меньшее значение (7 человек). Так, один из респондентов группы СР, не вставший на учет в Центр СПИД, отметил структурные барьеры постановки на ДУ: отсутствие регистрации по месту жительства (этот же респондент отметил, что является мигрантом в другом вопросе анкеты) и недоверие к врачам (страх разглашения информации о здоровье). Другой респондент в открытом ответе указал, что находится на наблюдении у врача-инфекциониста вместо ДУ.

Среди проблем посещения Центра СПИД большая доля участников опроса из группы СР отмечает один институциональный барьер – большие очереди (75 % часто сталкиваются с этой проблемой, 25 % - редко, 0 % - никогда) и один индивидуальный барьер – отсутствие мотивации посещать ЦС (50 % часто встречаются с этой проблемой, 25 % – редко и 25 % – никогда). Существуют барьеры посещения ЦС, которые равное число респондентов отметило как встречающиеся часто и не встречающиеся никогда. Это такие барьеры, как неудобное расположение ЦС, отсутствие возможности записаться на прием через интернет (в обоих случаях проблемы встречаются часто 37,5 %, редко – 12,5 %, никогда – 37,5 %), тесное помещение (встречается 50 % респондентам часто и 50 % - никогда). Такой институциональный барьер, как недостаточное число понятных объяснений со стороны врача, часто встречается 25 % респондентам, редко и никогда – 37,5 %. При этом респонденты отмечают, что, как правило, никогда не встречаются с такими барьерами при посещении ЦС, как неподходящий график работы ЦС (часто встречают данную проблему 12,5 %, редко – 25 %, никогда – 62,5 %) и отсутствие нужных документов (часто – 0 %, редко – 25 %, никогда – 75 %). Среди индивидуальных барьеров респондентам в основном никогда не встречаются такие проблемы, как невозможность посещения ЦС из-за наличия домашних и рабочих обязанностей (проблемы, вызванные домашними обязанностями, встречаются часто 0 % респондентов, редко – 37,5 %, никогда – 62,5 %; вызванные работой: часто – 37,5 %, редко – 12,5 %, никогда – 50 %) и из-за забывчивости (часто – 0 %, редко – 37,5 %, никогда – 62,5 %). Возможные страхи, связанные с посещением ЦС, также в основном никогда не волнуют респондентов данной группы: страх разглашения информации о сексуальной ориентации никогда не беспокоит 87,5 % респондентов, а редко – 12,5 %; страх осуждения в ЦС из-за образа жизни никогда не беспокоит 87,5 % респондентов, а часто – 12,5 %; страх же встретить в ЦС знакомых и родственников не волнует 100 % участников данной группы (Рис. 23. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у СР»).

Рис. 23. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у СР»
N=8 (респонденты, вставшие на ДУ)



Все респонденты группы СР, вставшие на ДУ, также принимают АРВ-терапию (N=8). Среди барьеров в приеме АРВ-терапии чаще всего респонденты данной КГН сталкиваются с наличием побочных эффектов (часто – 12,5 %, редко – 50 %, никогда – 37,5 %), отсутствием нужного препарата (часто – 25 %, редко – 50 %, никогда – 25 %), а также недостаточным числом инструкций по сочетанию АРВ с другими препаратами (часто – 37,5 %, редко – 25 %, никогда – 37,5 %). Респонденты группы СР редко или никогда не сталкиваются с такой проблемой, как усложнение врачом схемы АРТ без медицинских показаний (часто – 25 %, редко – 37,5 %, никогда – 37,5 %), и в основном никогда не встречают проблему, вызванную недостаточным количеством объяснений врача схемы лечения (часто – 25 %, редко – 25 %, никогда – 50 %). При этом среди нарушений предписаний АРТ респонденты группы СР чаще допускают пропуск приема таблеток из-за забывчивости или усталости (часто – 25 %, редко – 37,5 %, никогда – 37,5 %), и почти никогда не нарушают предписаний из-за опьянения (часто – 25 %, редко – 25 %, никогда – 50 %). Изменение схемы лечения без консультации врача также не свойственно группе СР (никогда – 88 %), а к самостоятельному решению прервать АРТ в редких случаях прибегало только 25 % респондентов (остальные не делали этого никогда – 75 %) (Рис. 24. «Проблемы при АРВ-терапии у СР»).

Рис. 24. «Проблемы при АРВ-терапии у СР»
N=8 (респонденты, принимающие АРВТ)

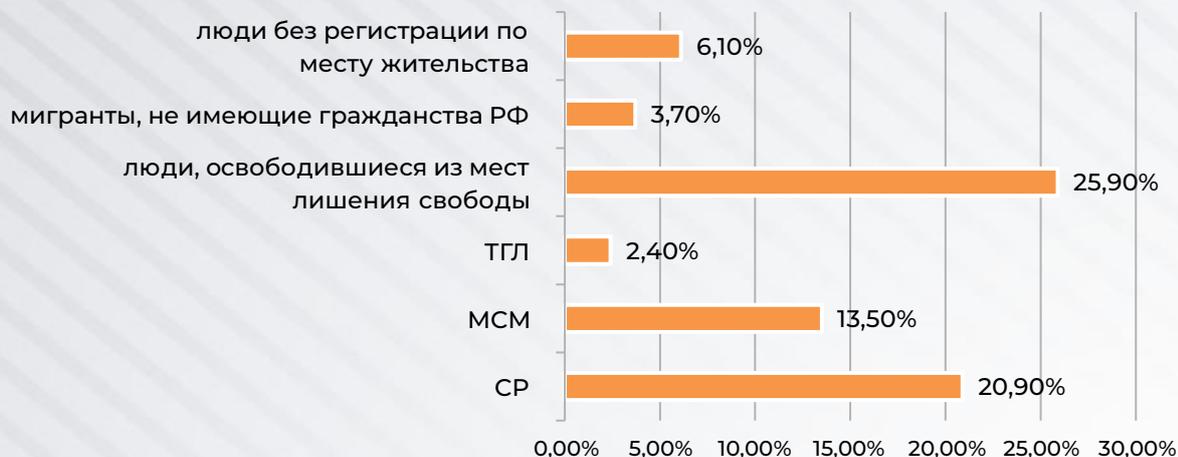


ЛУИН

В базу данных ЛУИН был включен 81 респондент по результатам рефлексивного ответа на вопрос о личной принадлежности к различным КГН (4,9 % от всех участников опроса). Средний возраст участников – 35 лет, 55 % в составе группы – женщины, 41,9 % - мужчины, остальные являются трансгендерами или определили свой пол как «другое» (2,4 %, 2 человека). Большая часть респондентов из данной группы не состоят в браке и не имеют детей – 33,3 % (27 человек). Чуть меньшая доля участников опроса группы ЛУИН находятся в браке, но не имеют детей – 30,8 % (25 человек). 18,5 % респондентов имеют детей и состоят в браке (15 человек), 17,2 % - имеют детей, но не находятся в браке (14 человек). Большинство респондентов группы ЛУИН работают полный день – 44,4 % (36 человек). Чуть меньшая доля участников опроса данной группы, наоборот, не занята никаким видом деятельности (не работают и не учатся) – 29,6 % (24 человека). 17,2 % работают неполный день (14 человек), 6,1 % работают и учатся (5 человек), 2,4 % - только учатся (2 человека).

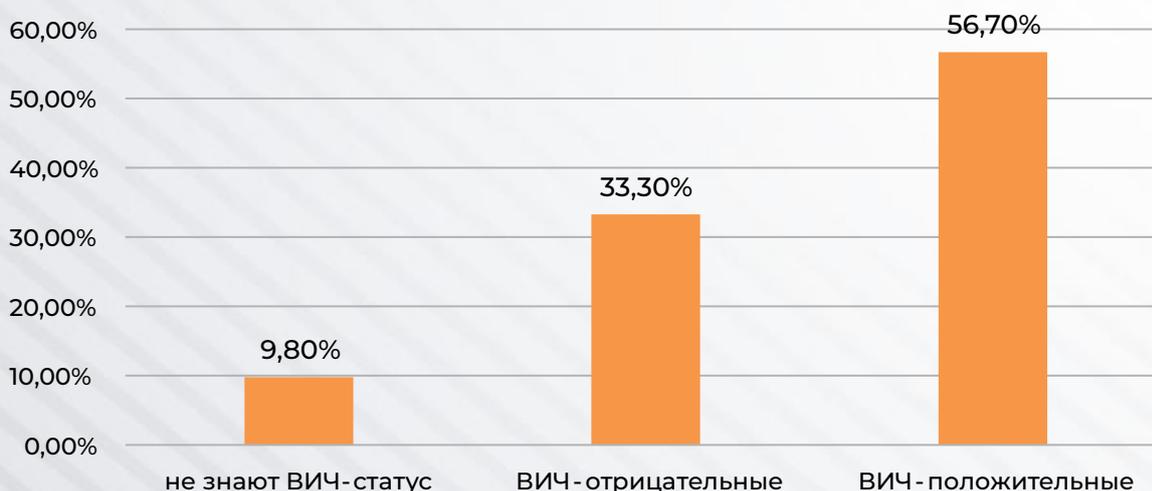
В Москве проживает 24,6 % участников (20 человек), в Санкт-Петербурге – 23,4 % (19), в Челябинске – 3,7 % (3 человека). 48,1 % респондентов из данной группы проживает в иных городах. В то же время, представители группы ЛУИН также отмечают, что могут отнести себя к другим группам: больше всего респондентов отметило, что являются людьми, освободившимися из мест лишения свободы 25,9 % (21 человек), а также представителями группы СР 20,9 % (17 человек) (Рис. 25. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных ЛУИН»).

Рис. 25. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных ЛУИН»
N=81



Большинство респондентов из данной группы имеют положительный ВИЧ-статус – 56,7 % (46 человек). Отрицательный ВИЧ-статус у 33,3 % респондентов (27 человек) и только 9,8 % ЛУИН, принявших участие в опросе, не сдавали тест на ВИЧ (Рис. 26. «ВИЧ-статус респондентов базы данных ЛУИН»).

Рис. 26. «ВИЧ-статус респондентов базы данных ЛУИН»
N=81



Барьеры к тестированию ВИЧ-инфекции в группе ЛУИН имеют свою специфическую картину. Половину предложенных барьеров тестирования на ВИЧ-инфекцию не выбрал ни один из респондентов, не знающих свой ВИЧ-статус (N=8) (страх узнать результат тестирования, отсутствие тестов в медучреждении, неудобный график работы процедурного кабинета). Также ни один из респондентов не отметил, что сдавал тест, но еще не получил результат, и не предложил свой вариант в открытом вопросе о других возможных причинах отсутствия результата тестирования. При этом наибольшая доля респондентов (50 %) отметила отсутствие необходимости сдавать тест на ВИЧ, что можно отнести к такому

индивидуальному барьеру, как низкая ценность здоровья. Меньшая доля респондентов группы ЛУИН выбрала другой личный барьер – страх оказаться ВИЧ-положительным человеком (37,4 %). В меньшей степени участники опроса сталкиваются с институциональными — отсутствие информации о доступных учреждениях для тестирования на ВИЧ-инфекцию является барьером тестирования для 25 % респондентов группы ЛУИН, и структурными барьерами — недоверие врачам, выраженное в страхе разглашения результатов тестирования – 12,5 %. Также наименьшая доля респондентов разделяет ВИЧ-диссидентские взгляды, что является другим личным барьером тестирования на ВИЧ-инфекцию – 12,5 % (Рис. 27. «Барьеры для тестирования на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных ЛУИН»).

Рис. 27. «Барьеры для тестирования на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных ЛУИН»
N=8 (респонденты, не знающие свой статус ВИЧ)



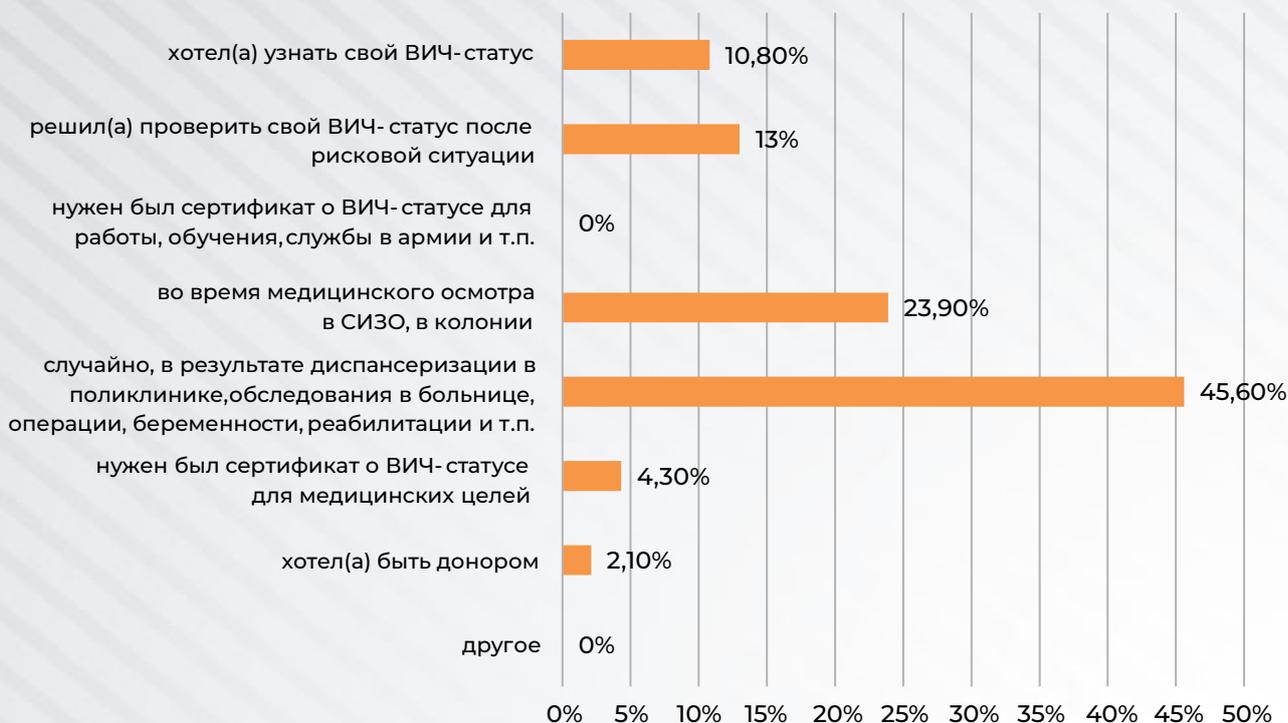
Среди ЛУИН респонденты, знающие о своем ВИЧ-статусе, чаще всего проходили тестирование в государственных медучреждениях (56,1 %, 41 человек) и СИЗО (13,6 %, 10 человек). 15 % респондентов из данной группы получили результаты тестирования в НКО (11 человек), 9,5 % – в частной лаборатории (7 человек) и 4,1 % узнали о своем ВИЧ-статусе благодаря самотестированию (3 человека) (Рис. 28. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных ЛУИН»).

Рис. 28. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных ЛУИН»
N=73 (респонденты, проходившие тестирование на ВИЧ)



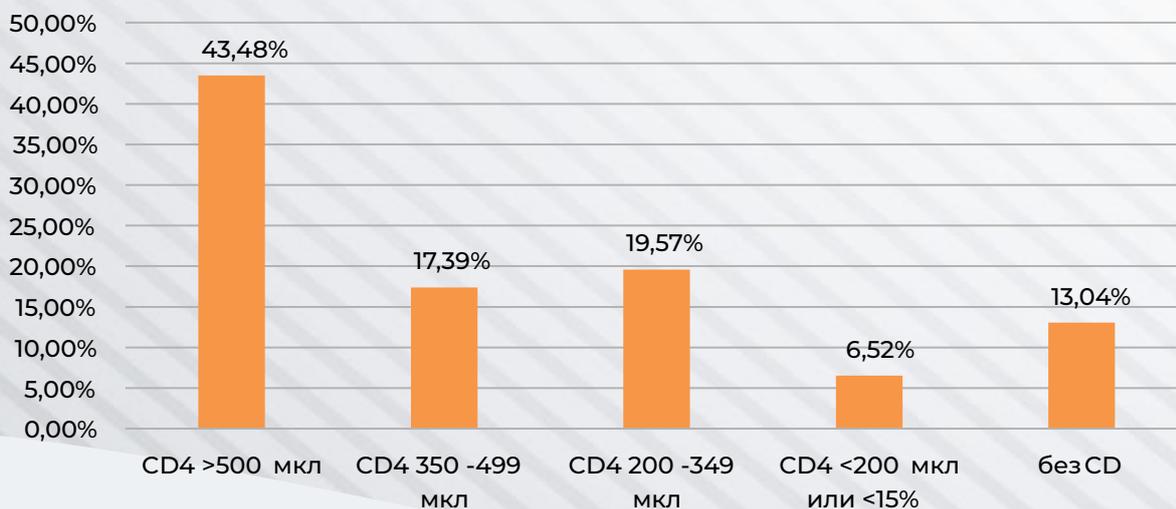
Наибольшая доля респондентов группы ЛУИН узнали о своем положительном ВИЧ-статусе случайно, в результате получения медицинских услуг (во время операции, обследования в больнице, беременности, реабилитации) – 45,6 % (21 человек). 23,9 % респондентов узнали о своем диагнозе во время медицинского осмотра в СИЗО (11 человек), 13 % – после того, как решили проверить свое состояние после рискованной ситуации (6 человек), 10,8 % сдавали тест на ВИЧ без какой-либо внешней мотивации, по личному желанию (5 человек). Наименьшая доля респондентов этой группы узнала о своем положительном ВИЧ-статусе, потому что им было необходимо получить сертификат о ВИЧ-статусе для медицинских целей (4,3 %, 2 человека), а также с целью отбора в доноры (2,1 %, 1 человек) (Рис. 29. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у ЛУИН»).

Рис. 29. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у ЛУИН»
N=46 (ВИЧ-положительные респонденты)



Среди ВИЧ-положительных респондентов из данной группы большинство имеет высокое количество иммунных клеток по результатам последних анализов: CD-4 более 500 мкл – 43,4 % (20 человек). Меньшее число респондентов из группы ЛУИН имеет 200-349 клеток CD-4 – 19,5 % (9 человек), 350-499 мкл – 17,3 % (8 человек), менее 200 мкл – 6,5 % (3 человека). Не знают свой иммунный статус 13 % респондентов из группы ЛУИН (6 человек) (Рис. 30. «Иммунный статус у ЛУИН»).

Рис. 30. «Иммунный статус у ЛУИН»
N=46 (ВИЧ-положительные респонденты)



Пик давности определения диагноза и постановки на ДУ в группе ЛУИН приходится на время 11-20 лет назад. При этом расхождения во времени определения диагноза и постановки на учет в ЦС расходятся именно для этой временной группы: время определения диагноза 11-20 лет назад отметили 38,1 % респондентов из группы ЛУИН, а постановки на ДУ 11-20 лет назад – 28,57 % участников опроса. Подобный разрыв наблюдается во временном отрезке «1-2 года назад»: здесь уже больше респондентов, вставших на ДУ (14,29 %), и меньше респондентов, которым поставили в это время диагноз (4,76 %). Таким образом мы можем сказать, что для респондентов группы ЛУИН свойственно более продолжительная жизнь с диагнозом ВИЧ-инфекция (постановка диагноза сделана более 11 лет назад для 54,7 % респондентов данной группы, 23 человека) и более длительное нахождение на диспансерном учете (42,8 % респондентов встали на ДУ более 11 лет назад, 18 человек), однако замечено, что некоторые респонденты встают на ДУ позже, чем был определен их диагноз. Об этом говорит разница между долей респондентов, вставших на ДУ не более 5 лет назад, и долей респондентов, узнавших о своем положительном статусе ВИЧ в тот же временной промежуток (Рис. 31. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у ЛУИН»).

Рис. 31. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у ЛУИН»
N=42 (респонденты, вставшие на ДУ)

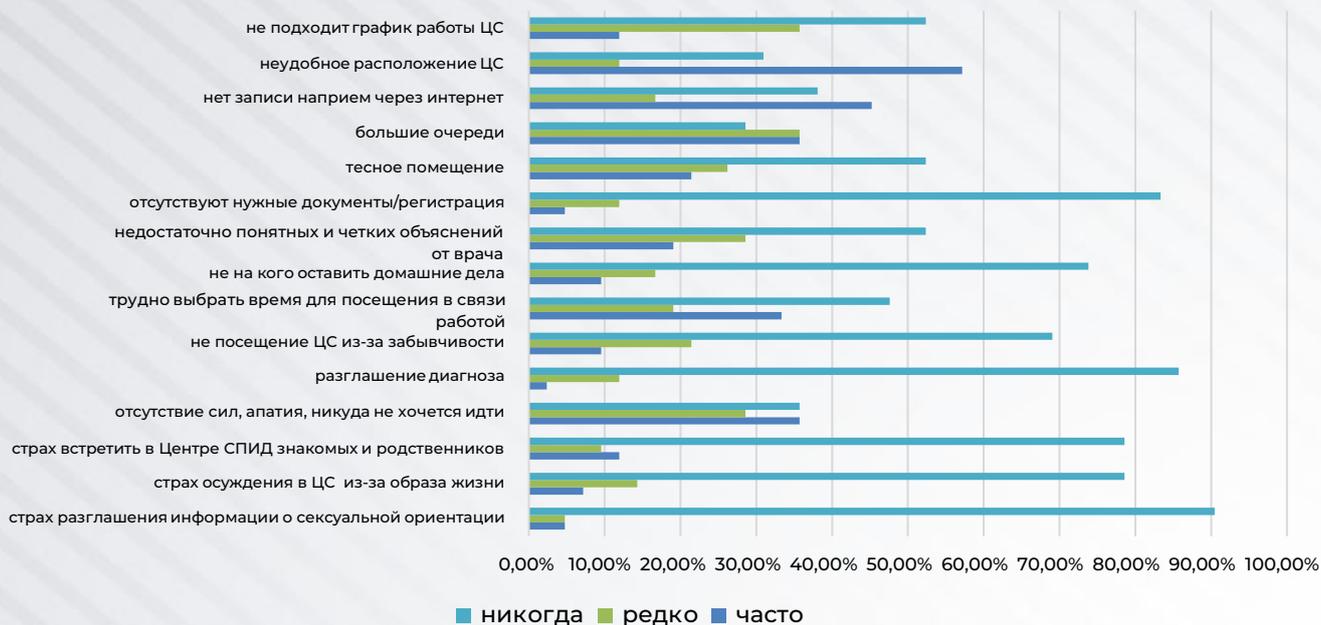


Большинство респондентов группы ЛУИН состоят на ДУ – 51,8 % (42 человека). Не стоят на диспансерном учете 8,6 % респондентов из данной группы (4 человека). В связи с малым количеством данных невозможно выявить общие для не состоящих на учете в ЦС респондентов барьеры для постановки на диспансерный учет, поэтому рассмотрим каждый случай в частности. Один из респондентов, не вставший на ДУ, отмечает в качестве барьера отсутствие денег на дорогу в ЦС, хотя материальный статус этого респондента может быть описан как «средний» (в соответствующем вопросе анкеты он отмечает, что может позволить себе покупку одежды, но имеет трудности с приобретением бытовой техники). В то же время он проживает в Камчатском крае – возможно, проблемы с дорожными условиями вызваны не материальным достатком в целом, а дальностью расположения ЦС от его места проживания.

Другой респондент как барьер для постановки на учет в ЦС называет отсутствие времени на посещение ЦС, хотя в другой части анкеты отвечает, что не включен ни в какой тип занятости (не работает и не учится) и не имеет детей. Третий респондент отмечает, что не видит необходимости в ДУ. При этом он не является ВИЧ-диссидентом и не имеет искаженных представлений о ВИЧ-инфекции, но обладает высоким иммунным статусом (CD-4 >500). Четвертый не вставший на диспансерный учет респондент посещает вместо ЦС врача-инфекциониста.

Посещение Центра СПИД для респондентов этой группы затрудняют такие институциональные барьеры, как неудобное расположение ЦС (часто сталкиваются 57,1 %, 24 человека; редко – 11,9 %, 5 человек; никогда – 30,9 %, 13 человек), отсутствие возможности записаться на прием через интернет (часто сталкиваются 46,3 %, 19 человек; редко – 16,6 %, 7 человек; никогда – 38 %, 16 человек), а также наличие больших очередей (часто - 36,5 %, 15 человек; редко – 35,7 %, 15 человек; никогда – 28,5 %, 12 человек). Равное число ответов «никогда» и «часто» встречается при обсуждении индивидуального барьера – отсутствия мотивации посещать ЦС («часто» и «никогда» - 35,7 %, 15 человек; «редко» – 28,5 %, 12 человек). При этом большинство респондентов отмечают, что, как правило, никогда не встречаются с такими институциональными барьерами при посещении ЦС, как тесное помещение (часто – 21,4 %, редко – 26,1 %, никогда – 52,3 %), неподходящий график работы ЦС (часто встречаются данную проблему 11,9 %, редко – 35,7 %, никогда – 52,3 %), недостаточное количество объяснений от лечащего врача (часто – 19 %, редко - 28,5 %, никогда – 52,3 %), отсутствие нужных документов (часто – 4,7 %, редко – 11,9 %, никогда – 83,3 %). Среди индивидуальных барьеров респондентам в основном никогда не встречаются такие проблемы, как невозможность посещения ЦС из-за рабочих обязанностей (часто встречаются данную проблему 33,3 %, редко – 19 %, никогда – 47,6 %), из-за забывчивости (часто – 9,5 %; редко – 21,4 %; никогда – 69 %), из-за наличия домашних дел (часто – 9,5 %; редко – 16,6 %; никогда – 73,8 %). Возможные страхи, связанные с посещением ЦС, также в основном никогда не волнуют респондентов данной группы: страх же встретить в ЦС знакомых и родственников никогда не беспокоит 78,5 % респондентов (редко – 9,5 %, часто – 11,9 %); страх осуждения в ЦС из-за образа жизни никогда не беспокоит 78,5 % респондентов (редко – 14,2 %, часто – 7,1 %); страх разглашения информации о сексуальной ориентации никогда не беспокоит 90,4 % респондентов (редко и часто – 4,7 % в обоих случаях) (Рис. 32. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ЛУИН»).

Рис. 32. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ЛУИН»
N=42 (респонденты, вставшие на ДУ)



Все респонденты группы ЛУИН, вставшие на ДУ, принимают АРВ-терапию (N=42). Среди барьеров к приему АРВ-терапии чаще всего респонденты данной КГН сталкиваются с наличием побочных эффектов (часто – 11,9 % редко – 50 %, никогда – 38,1 %). Также среди них распространено периодическое нарушение предписаний АРТ из-за забывчивости и усталости (часто – 11,9 %, редко – 45,24 %, никогда – 42,86 %) и алкогольного или наркотического опьянения (часто – 11,9 %, редко – 30,95 %, никогда – 57,14 %). Респонденты этой группы в основном никогда не сталкиваются с такими барьерами для АРТ, как недостаточное число инструкций по сочетанию АРТ с другими препаратами (часто – 19 %, редко – 23,8 %, никогда – 57,14 %), недостаточное количество объяснений врачом схемы лечения (часто – 16,6 %, редко – 23,8 %, никогда – 57,14 %), отсутствие нужного препарата (часто – 7,14 %, редко – 38,1 %, никогда – 54,76 %), усложнение врачом схемы АРТ без медицинских показаний (часто – 4,7 %, редко – 30,9 %, никогда – 64,29 %). Изменение схемы лечения и решение принимать другой препарат без консультации врача не свойственно группе ЛУИН (никогда – 88,1 %), а к самостоятельному решению прервать АРТ часто прибегало только 7,14 % респондентов (в редких случаях – 11,9 %, не делали этого никогда – 80,9 %) (Рис. 33. «Проблемы при АРВ-терапии у ЛУИН»).

Рис. 33. «Проблемы при АРВ-терапии у ЛУИН»
N=42 (респонденты, принимающие АРВ)



МСМ

К группе МСМ себя отнесли 634 (38,5 %) участника опроса. Средний возраст респондентов этой группы – 30,7 лет. Большая часть участников опроса – мужчины (93,2 %, 591 человек) и трансгендерные мужчины (3,4 %, 22 человека), однако также некоторые респонденты отметили себя как женщин (1,1 %, 7 человек) и трансгендерных женщин (0,6 %, 4 человека). Поскольку первичным для распределения анкет в базы данных по КГН являлось рефлексивное суждение респондентов об их принадлежности к какой-либо группе, решено было не убирать из получившейся базы данных ответы респондентов из-за указанного пола. Большинство респондентов группы не в браке и не имеют детей (53,7 %, 341 человек). 39,9 % указали, что живут в браке, но без детей (253 человека). Небольшая доля респондентов группы МСМ находятся в браке и имеют детей (3,7 %, 24 человека), еще меньшая – не в браке с детьми (2,5 %, 16 человек). В основном все респонденты этой группы работают полный день – 54,1 % (343 человека). 14,3 % (91 человек) респондентов работают и учатся, 12,6 % (80 человек) – только учатся, 9,4 % (60 человек) – работают неполный день, и меньшая доля респондентов группы МСМ не занято никакой деятельностью (не работают и не учатся) – 8,6 % (55 человек). При этом 3 респондента в открытом ответе написали, что занимаются своим делом (фриланс, бизнес, самозанятый), а 1 человек отказался отвечать на вопрос о занятости.

38,6 % (245 человек) респондентов проживают в Москве, 14,3 % (91 человек) – в Санкт-Петербурге, 1,2 % (8 человек) – в Челябинске; остальные – 45,7 % (290 человек) – в других городах. Иные группы, к которым относят себя МСМ, принявшие участие в опросе,

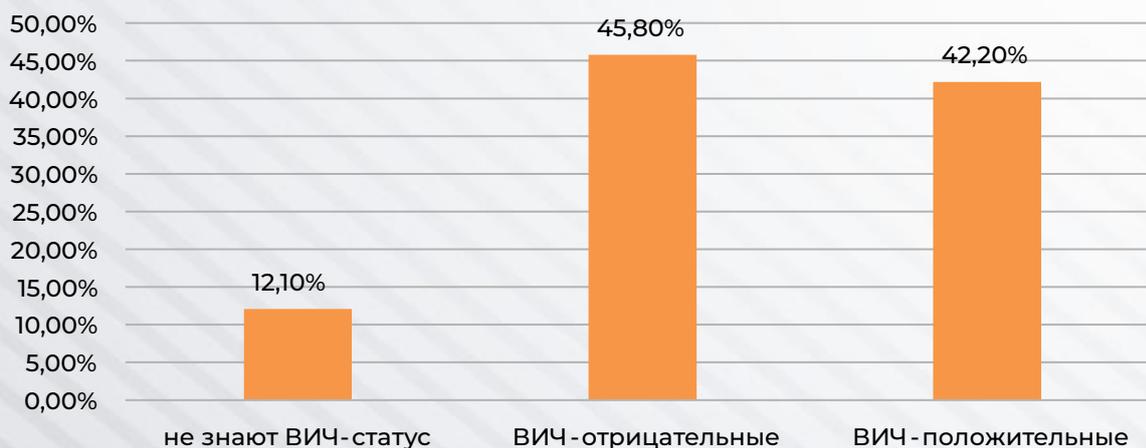
представлены не так широко: это люди без регистрации – 7,8 % (50 человек) и ТГЛ – 5,3 % (34 человека); остальные группы представлены менее чем 5 % участников опроса (Рис. 34. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных МСМ»).

Рис. 34. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных МСМ»
N=634



45,8 % участников опроса из данной группы имеют отрицательный ВИЧ-статус (289 человек), 42,2 % – положительный (268 человек), 12,1 % не знают его вовсе (77 человек) (Рис. 35. «ВИЧ-статус респондентов базы данных МСМ»).

Рис. 35. «ВИЧ-статус респондентов базы данных МСМ»
N=634



Среди институциональных барьеров тестирования на ВИЧ-инфекцию респонденты, не знающие свой ВИЧ-статус (N=77), называют: недостаток информации о том, где можно пройти тестирование – 31,1 % (24 человека), отсутствие тестов в медицинском учреждении – 15,5 % (12 человек) и неудобный график работы процедурного кабинета – 14,2 % (11 человек). Структурный барьер — недоверие к врачам (страх разглашения результата) – отметили 18,1 % (14 человек) респондентов. Однако наибольшее число участников отмечает индивидуальные

барьеры тестирования на ВИЧ-инфекцию. Среди них самый распространенный – низкий приоритет здоровья (не было необходимости) – 49,3 % (38 человек). Другие личные барьеры, с которыми сталкиваются респонденты группы МСМ: страх узнать результат тестирования (16,8 %, 13 человек), страх оказаться ВИЧ-положительным человеком (15,5 %, 12 человек) и, в наименьшей степени, склонность к ВИЧ-диссидентским взглядам (2,5 %, 2 человека). Также 2,5 % (2 человека) респондентов отметили, что сдавали тест на ВИЧ-инфекцию, но пока не получили результат. В качестве других причин, вписанных респондентами в открытый вопрос о причинах отсутствия результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию, названы отсутствие тестов в аптеках, отсутствие половых контактов, несовершеннолетие, отсутствие времени, а также наличие ВИЧ-отрицательного результата у постоянного сексуального партнера (Рис. 36. «Барьеры тестирования на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных МСМ»).

Рис. 36. «Барьеры тестирования на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных МСМ»
N=77 (респонденты, не знающие свой статус ВИЧ)



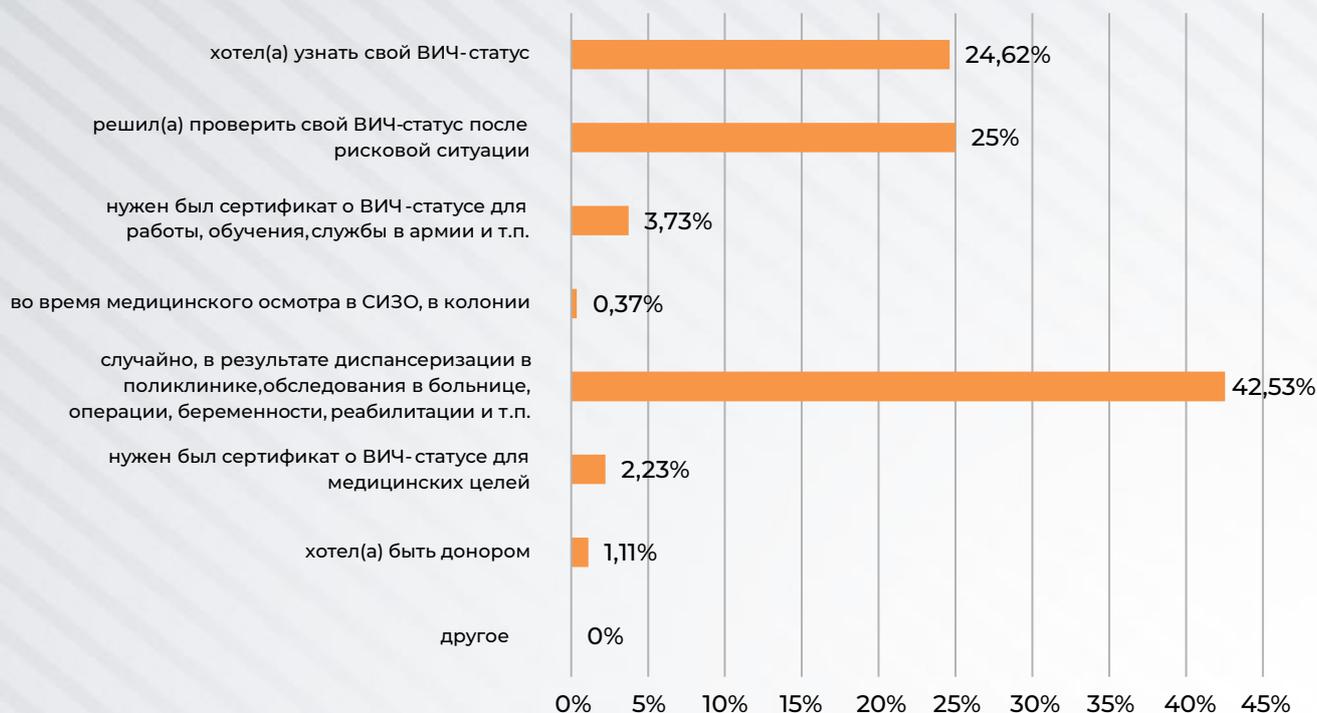
В качестве места для тестирования на ВИЧ респонденты из группы МСМ в равной степени использовали услуги государственных и негосударственных организаций – 50 % (279 человек) и 49,3 % (275 человек) соответственно. При этом государственными медучреждениями пользовались 50 % респондентов (279 человек), частными медучреждениями и лабораториями – 26,2 % (146 человек), НКО – 17,2 % (96 человек), к самотестированию прибегало 5,9 % участников опроса группы МСМ (33 человека), а в СИЗО и колонии не проходил тестирование на ВИЧ-инфекцию ни один человек из респондентов данной группы. При этом 0,5 % участников опроса указали в открытом ответе другой способ тестирования: пункты доноров (крови и костного мозга), а также не поддающийся интерпретации вариант ответа («я – минус») (3 человека). (Рис. 37. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных МСМ»).

Рис. 37. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных МСМ»
N=557 (респонденты, проходившие тестирование на ВИЧ)



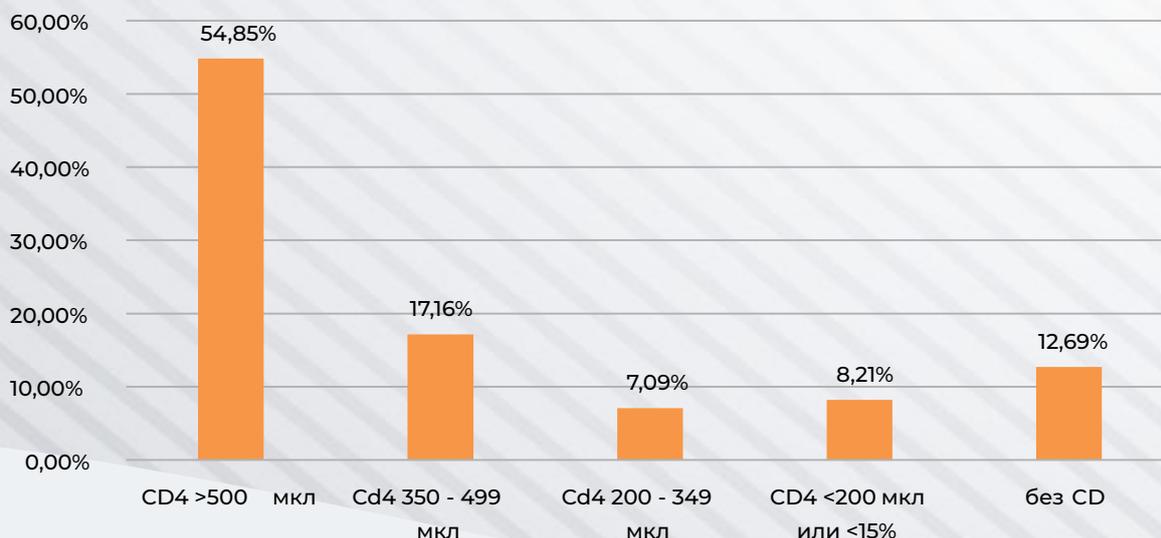
Среди респондентов из группы МСМ, принявших участие в исследовании, наиболее распространена ситуация, когда МСМ узнают о наличии ВИЧ-инфекции случайно, в результате диспансеризации, медицинского обследования, операции и т.п. – 42,5 % (114 человек). Приблизительно в равных долях респонденты говорят о тестировании после рискованной ситуации (25 %, 67 человек) и о тестировании из-за желания узнать свой ВИЧ-статус (24,6 %, 66 человек). Меньшая доля респондентов группы МСМ узнавала о своем ВИЧ-статусе в результате тестирования для получения сертификата о ВИЧ-инфекции для работы, обучения или службы в армии – 3,7 % (10 человек), а для получения сертификата для медицинских целей – 2,2 % (6 человек). 1,1 % респондентов узнал о ВИЧ-статусе, когда готовился стать донором (3 человека), и наименьшая доля респондентов узнала о наличии ВИЧ-инфекции во время медицинского осмотра в СИЗО – 0,3 % (1 человек) (Рис. 38. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у МСМ»).

Рис. 38. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у МСМ»
N=268 (ВИЧ-положительные респонденты)



Большинство участников данной группы с положительным ВИЧ-статусом имеют высокое количество иммунных клеток по результатам последних анализов – 54,8 % (147 человек). 17,1 % респондентов имеет иммунный статус в размере 350-399 клеток CD-4 на 1 мл (46 человек). 8,2 % участников опроса из группы МСМ имеют менее 200 клеток CD-4 по результатам последнего анализа (22 человека), а 7,09 % - от 200 до 349 мкл (19 человек). Не знают свой иммунный статус 12,6 % респондентов из данной группы (34 человека) (Рис. 39. «Иммунный статус у МСМ»).

Рис. 39. «Иммунный статус у МСМ»
N=268 (ВИЧ-положительные респонденты)



Наиболее распространенное время определения диагноза ВИЧ-инфекция среди респондентов группы MSM – 3-5 лет назад, что также совпадает с наиболее распространенным временем постановки на ДУ (34,9 % ответов, 85 человек для обеих ситуаций). Расхождение во времени определения диагноза и постановки на ДУ у группы MSM выпадает на временной промежуток «1-2 года назад» и «11-20 лет назад». В первом случае выше число респондентов, вставших на учет в ДУ, по сравнению с числом респондентов, определивших в этот период времени диагноз ВИЧ-инфекция, – 25,9 % к 23,4 % (63 человека встало на ДУ 1-2 года назад, при том что диагноз в этот период времени был поставлен 57 респондентам). Во втором случае, напротив, выше число респондентов, определивших диагноз (9,4 %), чем вставших на учет в ЦС (6,1 %) – иначе говоря, 11-20 лет назад большее число респондентов имело диагноз ВИЧ-инфекция, чем встало на ДУ. Таким образом, существует небольшая разница во времени определения диагноза и постановки на ДУ у группы MSM, что соответствует принятым нормативным документам (Рис. 40. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у MSM»)

Рис. 40. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у MSM»
N=243 (респонденты, вставшие на ДУ)



Не стоят на диспансерном учете 8,5 % респондентов (23 человека). Чаще всего респонденты называли структурные барьеры в постановке на ДУ: недоверие медицинским работникам, выраженное в страхе разглашения информации о здоровье – 34,7 % (8 человек), недоверие государственным учреждениям 21,7 % (5 человек) и мнение об отсутствии необходимости постановки на учет 21,7 % (5 человек); Но только 13 % респондентов не имеют гражданства РФ (3 человека), 4,3 % не имеют регистрации или необходимых документов (по 1 человеку в каждом случае). Малое число респондентов отметило индивидуальные барьеры – отсутствие денег на дорогу (4,3 %, 1 человек) и отсутствие времени на посещение ЦС (4,3 %, 1 человек). В категорию «другое» попали ответы респондентов, которые на самом деле стоят на

ДУ, но в предыдущих вопросах отметили иное (3 человека), 1 человек, не понявший вопрос, а также ответ «нахожусь на экспериментальном лечении» (Рис. 41. «Барьеры постановки на ДУ у респондентов базы данных МСМ»).

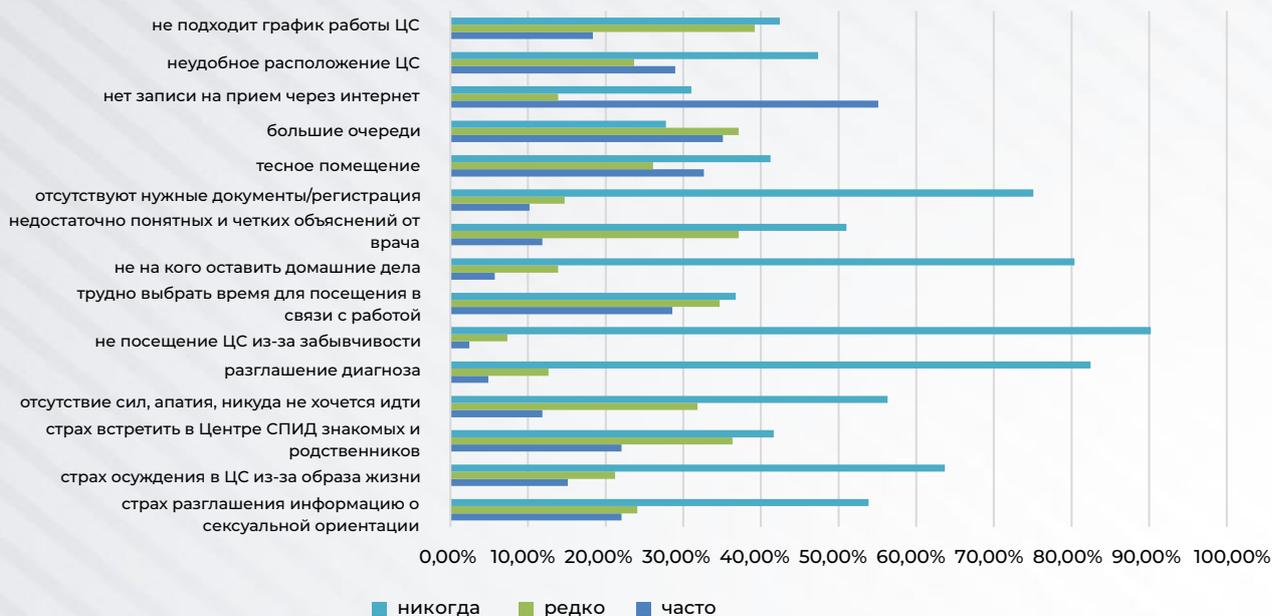
Рис. 41. «Барьеры постановки на ДУ у респондентов базы данных МСМ»
N=23 (респонденты, на вставшие на ДУ)



Среди предложенных барьеров для посещения Центра СПИД респонденты данной группы в большинстве случаев указывают как встречающееся «часто» отсутствие возможности записаться на прием через интернет (часто – 55,1 %, 135 человек; редко – 13,8 %, 34 человека; никогда – 31 %, 76 человек). Другой институциональный барьер, который встречается респондентам в основном «часто» (35,1 %, 86 человек) или «редко» (37,1 %, 91 человек) – большие очереди (никогда – 27,7 %, 68 человек). Некоторые барьеры в основном встречаются респондентам «часто» или «никогда». Среди них тесное помещение (встречается часто 32,6 %, редко – 26,1 %, никогда – 41,2 %) и неудобное расположение инфекционного кабинета (часто – 28,9 %, редко – 23,6 %, никогда – 47,3 %). Остальные проблемы встречаются участникам опроса «редко» или «никогда»: недостаточное число объяснений от врача (часто – 11,8 %, редко – 37,1 %, никогда – 51 %), отсутствие нужных документов (часто – 10,2 %, редко – 14,6 %, никогда – 75,1 %), трудности, вызванные рабочими обязанностями (часто – 28,5 %, редко – 34,6 %, никогда – 36,7 %), страх встретить в ЦС знакомых и родственников (часто – 22 %, редко – 36,3 %, никогда – 41,6 %), страх разглашения информации о сексуальной ориентации (часто – 22 %, редко – 24 %, никогда – 53,8 %), отсутствие мотивации (часто – 11,8 %, редко – 31,8 %, никогда – 56,3 %), страх осуждения за образ жизни (часто – 15,1 %, редко – 21,2 %, никогда – 63,6 %), трудности, вызванные домашними обязанностями (часто – 5,7 %, редко – 13,8 %, никогда – 80,4 %). Респонденты группы МСМ почти никогда не сталкиваются с разглашением диагноза (часто – 4,8 %, редко – 12,6 %, никогда – 82,4 %) и пропуском посещения ЦС из-за забывчивости

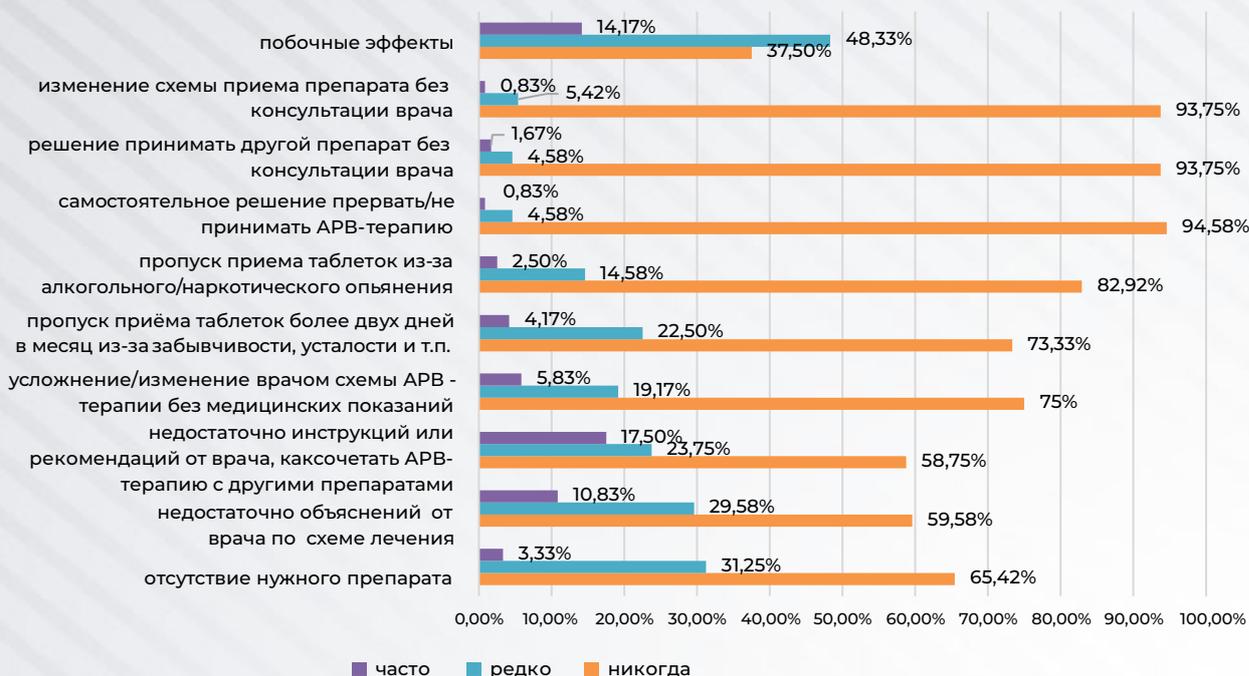
(часто – 2,4 %, редко – 7,3 %, никогда – 90,2 %) (Рис. 42. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у МСМ»).

Рис. 42. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у МСМ»
N=245 (респонденты, вставшие на ДУ)



В группе МСМ 5 респондентов прекратили принимать АРВ-терапию. Однако в целом респонденты из данной КГН показывают высокую приверженность лечению. Среди ответов участников опроса не наблюдается нарушений предписаний лечения: 93,7 % респондентов никогда не меняли схему лечения или препараты без консультации врача, 94,5 % респондентов никогда не принимали решения бросить АРТ. Также малая доля участников опроса из группы МСМ пропускала прием таблеток из-за забывчивости или усталости (часто – 4,17 %, редко – 22,5 %, никогда – 73,3 %), и еще меньшее число респондентов – из-за алкогольного или наркотического опьянения (часто – 2,5 %, редко – 14,5 %, никогда – 82,9 %). Немногие респонденты из этой КГН сталкивались с барьерами в приеме АРВ: усложнение врачом схемы лечения без медицинских показаний редко встречалось в практике (19,17 %, часто – 5,8 %, никогда – 75 %), небольшое число респондентов редко сталкивалось с недостаточным числом инструкций по сочетанию АРТ и других препаратов (часто – 17,5 %, редко – 23,7 %, никогда – 58,7 %), а также с недостаточным числом объяснений по схеме лечения (часто – 10,8 %, редко – 29,5 %, никогда – 59,5 %). В основном никогда респонденты не встречают проблему, связанную с отсутствием нужного препарата (часто – 3,3 %, редко – 31,35 %, никогда – 64,4 %), и только побочные эффекты являются проблемой, о которой говорят респонденты группы МСМ (часто – 14,1 %, редко – 48,3 %, никогда – 37,5 %) (Рис. 43. «Проблемы при АРВ-терапии у МСМ»).

Рис. 43. «Проблемы при АРВ-терапии у МСМ»
N=240 (респонденты, принимающие АРВТ)



ТГЛ

В группу ТГЛ были включены 100 респондентов (6 % от общего числа участников опроса). Средний возраст опрошенных этой группы – 26,7 лет. Среди участников опроса 34 % (34 человека) – трансгендерные женщины, 37 % (37 человек) – трансгендерные мужчины, 22 % (22 человека) отметили другой гендер (в основном «не бинарные персоны») и 7 % – мужчины и женщины (4 % и 3 % соответственно). Большая часть респондентов группы ТГЛ не находится в браке и не имеет детей – 53 %. Меньшая доля состоит в браке, но не имеет детей – 35 %. В браке и с детьми 8 % респондентов данной группы, а 4 % не находятся в браке, но имеют детей. Наиболее распространенный тип занятости у ТГЛ, принявших участие в опросе, – работа в полный день (38 %). 22 % респондентов отметили, что только учатся, 18 % – работают неполный день, 12 % – не заняты никакой деятельностью (не работают и не учатся). Наименьшая доля респондентов, напротив, занята и работой, и учебой – 8 %. При этом два респондента в открытом ответе отметили свои варианты занятости: один из них занят индивидуальным предпринимательством, второй – секс-работой.

38 % респондентов из данной группы проживают в Москве (38 человек), 20 % - в Санкт-Петербурге (20 человек), 3 % - в Челябинске (3 человека) и 39 % - в других городах России (39 человек). Среди прочих групп ТГЛ-респонденты соотнесли себя с МСМ (34 %), с СР (11 %), а также с людьми без регистрации (10 %) (Рис. 44. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных ТГЛ»).

Рис. 44. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных ТГЛ»
N=100



Большая часть респондентов из данной группы имеет отрицательный ВИЧ-статус – 57 %. Больше трети участников не знают о своем статусе ВИЧ (37 %), при этом положительный ВИЧ-статус в группе ТГЛ имеет всего 6 % респондентов (6 человек) (Рис. 45. «ВИЧ-статус респондентов базы данных ТГЛ»).

Рис. 45. «ВИЧ-статус респондентов базы данных ТГЛ»
N=100



Среди барьеров к тестированию на ВИЧ-инфекцию респонденты данной группы чаще называют индивидуальные. Наибольшая доля участников опроса группы ТГЛ отмечают такой барьер, как отсутствие необходимости проходить тест на ВИЧ-инфекцию – 28 %. Также среди личных барьеров в данной КГН были названы страх узнать результат и оказаться ВИЧ-положительным человеком (по 5 % в каждом случае). Меньшая доля респондентов говорит о склонности к ВИЧ-диссидентству – 2 %. Среди институциональных барьеров тестирования на ВИЧ-инфекцию респонденты группы ТГЛ называют дефицит информации о доступных местах для тестирования (10 %), отсутствие тестов в медицинском учреждении и недоверие

врачам (страх разглашения результата) – 4 % в обоих случаях. Также 1 % участников опроса отметил, что сдавал тест, но пока не получил результата. Среди «других» причин отсутствия тестирования респондентами данной группы были названы финансовые трудности и отсутствие половой жизни (2 %) (Рис. 46. «Барьеры тестирования на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных ТГЛ»).

Рис. 46. «Барьеры тестирования на ВИЧ-инфекцию у респондентов базы данных ТГЛ»
N=37 (респонденты, не знающие свой статус ВИЧ)



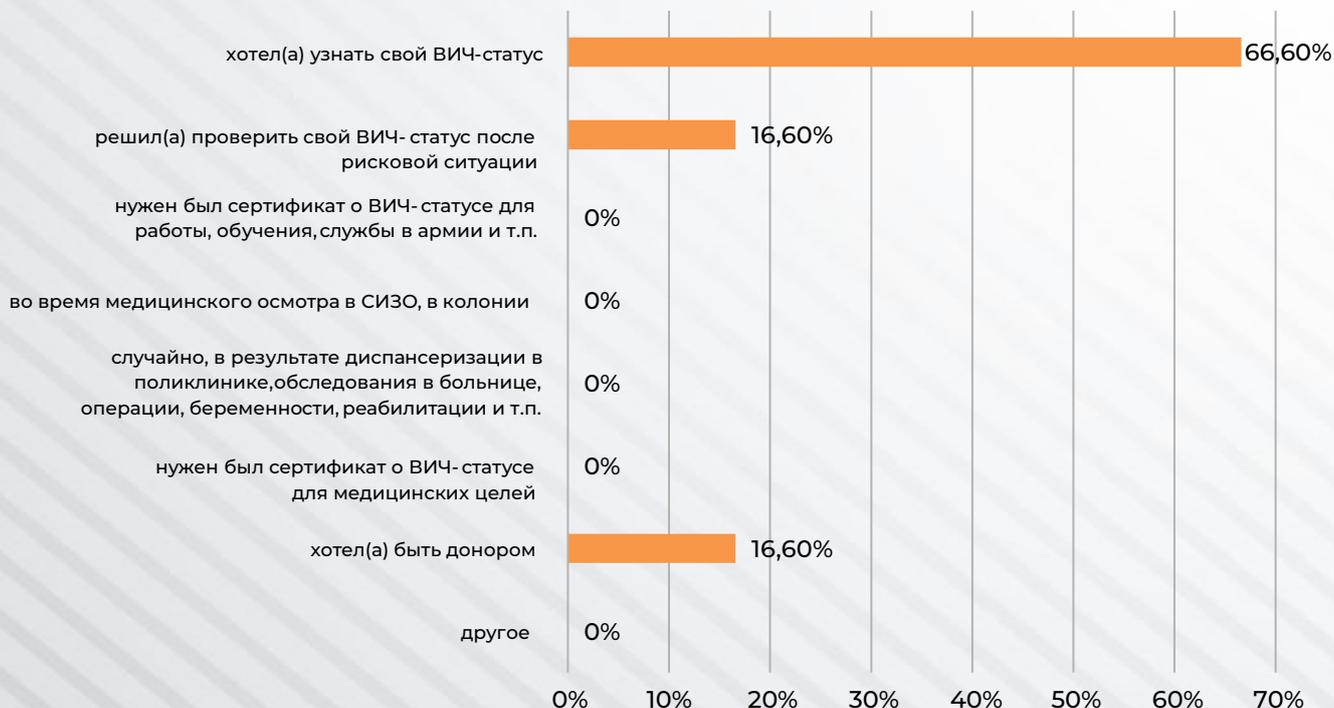
Большая часть респондентов из группы ТГЛ, которые знают свой ВИЧ статус, проходила тестирование в негосударственных учреждениях – 71,4 % (45 человек). Среди них в НКО проходили тестирование 42,8 % респондентов (27 человек), в частных медучреждениях – 19 % (12 человек), а к самотестированию прибегали 9,5 % участников опроса из данной группы (6 человек). В государственных учреждениях получили результаты тестирования 25,3 % респондентов данной группы (16 человек), при этом ни один из них не проходил тестирование на ВИЧ-инфекцию в СИЗО и колонии. Другие способы тестирования на ВИЧ-инфекцию, указанные участниками опроса в открытом ответе (3,17 %, 2 человека): проходили тестирование в некоммерческом секторе, конкретно в «LaSkay» (Рис. 47. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных ТГЛ»).

Рис. 47. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных ТГЛ»
N-63 (респонденты, проходившие тестирование на ВИЧ)



Респонденты группы ТГЛ отмечают, что узнали о своем ВИЧ-статусе благодаря тестированию, которое они прошли для удовлетворения личного интереса, не связанного с необходимостью сдавать тест на ВИЧ-инфекцию – 66,6 % (4 человека). Другие две ситуации, в результате которых респонденты данной КГН узнавали о своем положительном ВИЧ-статусе – проверка на наличие инфекции после рискованной ситуации (16,6 %, 1 человек) и подготовка к донорству (16,6 %, 1 человек) (Рис.48. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у ТГЛ»).

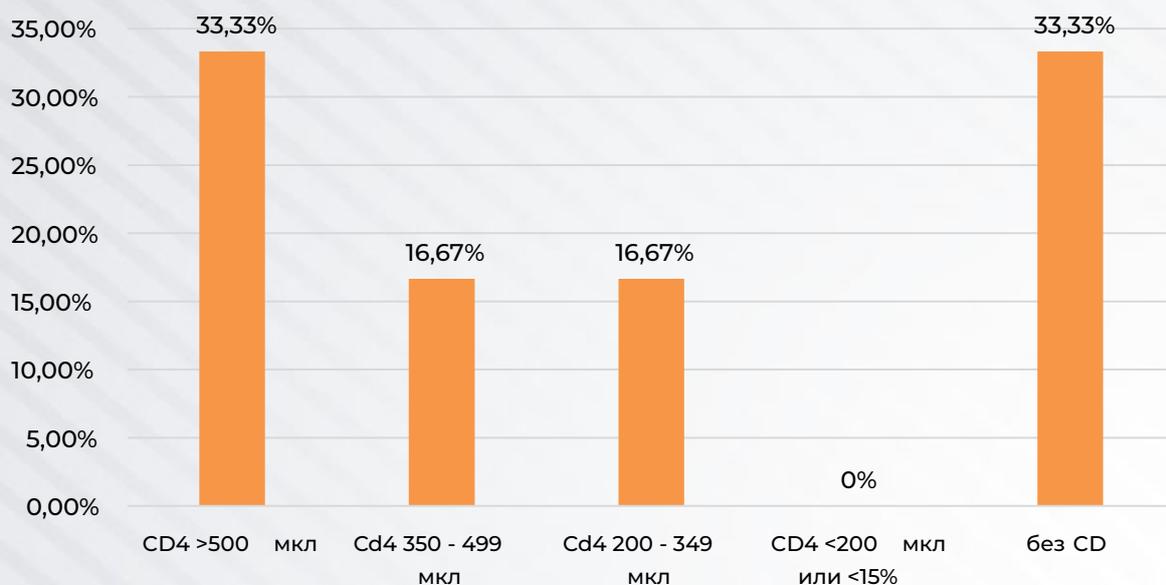
Рис. 48. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у ТГЛ»
N=6 (ВИЧ-положительные респонденты)



Большая часть участников данной группы с положительным ВИЧ-статусом либо имеет более 500 клеток CD-4, либо не знает свой иммунный статус – 33,3 % в обоих случаях (2 человека).

16,6 % респондентов имеют иммунный статус в размере 350-399 клеток CD-4 на 1 мл либо от 200 до 349 мкл (по 1 человеку в обоих случаях). Менее 200 клеток CD-4 по результатам последнего анализа не обнаружено ни у одного респондента данной группы («Иммунный статусу ТГЛ»).

Рис. 49. «Иммунный статус у ТГЛ»
N=6 (ВИЧ-положительные респонденты)



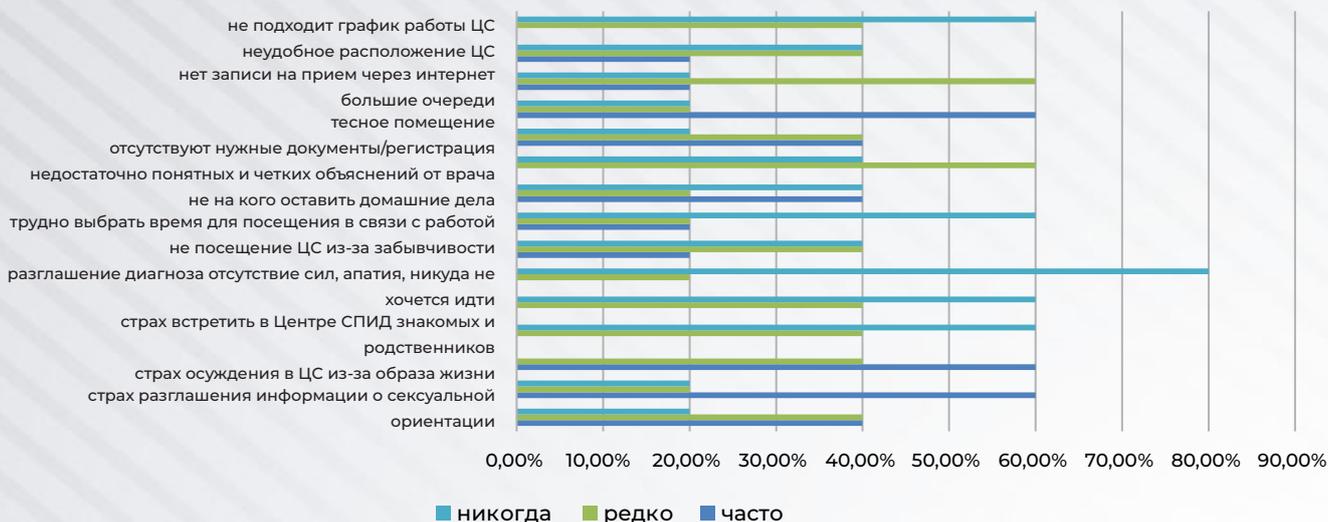
В связи с малой выборкой людей, стоящих на ДУ в группе ТГЛ (N=5), представим данные о соотношении времени определения диагноза и постановки на ДУ в виде таблицы, а не линейного графика (Таблица 3. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у ТГЛ»). Большая часть респондентов определила свой диагноз 3-5 лет назад (80 %, 4 человека). В то же время большинство встало на учет в ЦС (60 %, 3 человека). Тем не менее наблюдается такое же различие во времени между определением диагноза и постановкой на ДУ, что и при анализе других КГН, что говорит о том, что ВИЧ-положительные люди данной КГН так же, как и предыдущие, встают на ДУ спустя время после постановки диагноза.

Таблица 3. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у ТГЛ» (N=5)

	Определение диагноза		Постановка на ДУ	
	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент
менее 1 года назад	0	0 %	0	0 %
1 -2 года назад	1	20 %	2	40 %
3-5 лет назад	4	80 %	3	60 %
6-10 лет назад	0	0 %	0	0 %
11 -20 лет назад	0	0 %	0	0 %
21 и более	0	0 %	0	0 %

На диспансерном учете не стоит всего 1 респондент из данной группы. Им было названо два структурных барьера отсутствие гражданства РФ и недоверие по отношению к врачам, выраженное в страхе разглашения информации о здоровье. Основные проблемы, с которыми часто сталкиваются респонденты группы ТГЛ, могут быть названы, но не генерализированы, поскольку ВИЧ-положительные респонденты, вставшие на диспансерный учет и принимающие АРВ-терапию, составляют всего 5 человек. Так, институциональными барьерами посещения Центра СПИД среди принявших участие в данном опросе респондентов являются: наличие больших очередей (60 % отметило, что часто сталкиваются с этой ситуацией, 20 % - редко и никогда), тесное помещение (часто – 40 %, редко – 40 %, никогда – 20 %), отсутствие возможности сделать запись на прием через интернет (часто – 20 %, редко – 60 %, никогда – 20 %), недостаточное число понятных объяснений от врача (часто – 40 %, редко – 20 %, никогда – 40 %). Личные барьеры, встречающиеся в практике участников опроса группы ТГЛ: страх встретить в ЦС знакомых и родственников (часто – 60 %, редко – 40 %, никогда – 0 %), страх осуждения в ЦС из-за образа жизни (часто – 60 %, редко – 20 %, никогда – 20 %), страх разглашения информации из-за сексуальной ориентации (часто – 40 %, редко – 40 %, никогда – 20 %). «Редко» или «никогда» встречается индивидуальный барьер к ДУ, связанный с ограничениями из-за рабочих обязанностей (часто – 20 %, редко и никогда – 40 %), и такой структурный барьер, как отсутствие нужных документов (часто – 0 %, редко – 60 %, никогда – 40 %). В основном никогда респонденты не сталкиваются с таким институциональным барьером, как неудобный график работы ЦС (часто – 0 %, редко – 40 %, никогда – 60 %), и структурным – разглашение диагноза (часто – 0 %, редко – 40 %, никогда – 60 %). Как правило, респонденты этой группы никогда не сталкиваются с такими индивидуальными барьерами, как ограничения, связанные с домашними обязанностями (часто – 20 %, редко – 20 %, никогда – 60 %), отсутствие мотивации (часто – 0 %, редко – 40 %, никогда – 60 %) и непосещение из-за забывчивости (часто – 0 %, редко – 20 %, никогда – 80 %) (Рис. 50. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ТГЛ»).

Рис. 50. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ТГЛ»
N=5 (респонденты, вставшие на ДУ)



Все респонденты группы ТГЛ, стоящие на ДУ, принимают АРВ-терапию. В качестве часто встречающейся трудности при приеме АРВ-терапии респонденты группы ТГЛ называют недостаточное число рекомендаций от врача по вопросам совмещения терапии с другими препаратами (часто – 60 %, редко – 20 %, никогда – 20 %), побочные эффекты и отсутствие нужного препарата (в обоих случаях 60 % отметило редко и 40 % – никогда). Иногда респонденты группы ТГЛ встречаются с усложнением врачом схемы лечения без медицинских показаний (часто – 20 %, редко – 40 %, никогда – 40 %) и недостаточным числом объяснений по схеме лечения (часто – 20 %, редко – 40 %, никогда – 40 %). В целом, респонденты данной группы почти никогда не нарушают предписаний лечения – 80 % ответов «никогда» для самостоятельного изменения схемы лечения или препарата, а также для решения не принимать АРТ. При этом очень редко среди респондентов встречаются случаи пропуска приема таблеток из-за усталости или опьянения (редко – 40 %, никогда – 60 % для обоих случаев) (Рис. 51. «Проблемы при АРВ-терапии у ТГЛ»).

Рис. 51. «Проблемы при АРВ-терапии у ТГЛ»
N=5 (респонденты, принимающие АРВТ)



ЛЖВ

Группа ЛЖВ была сформирована из респондентов, имеющих положительный ВИЧ-статус и не отметивших свою причастность ни к одной из других КГН (СР, ЛУИН, МСМ, ТГЛ). Всего в данную выборку было включено 504 анкеты (30,6 % от всех участников опроса). Средний возраст респондентов – 38,5 лет, большинство из них является женщинами 75,3 % (380 человек), другая часть – мужчинами 24,6 % (124 человека). Большая часть респондентов группы ЛЖВ находится в браке и имеет детей – 39 % (197 человек). 31,3 % отметили, что имеют детей, но не состоят в браке (158 человек). 16,4 % живут в браке, но без детей (83 человека), а 13 % – не в браке и без детей (66 человек). Наибольшее число респондентов работают полный день – 56,5 % (285 человек). 25,9 %, напротив, не заняты никакой деятельностью (не работают и не учатся, 131 человек). 10,9 % респондентов группы ЛЖВ работают неполный день (55 человек), а 3,9 % совмещают работу и обучение (20 человек). Наименьшее число участников опроса заняты только учебой – 0,9 % (5 человек). Также 8 респондентов отметили свой вариант ответа в открытом вопросе о занятости. Среди них были такие варианты ответа, как свой бизнес, работа по специальному графику (вахтовый метод, сутки через трое, посменная работа), ведение подсобного хозяйства, работа на дому, дополнительная социальная работа, а также отказ отвечать на этот вопрос анкеты.

16 % участников опроса из группы ЛЖВ проживают в Москве (81 человек), 13,8 % — в Санкт-Петербурге (70 человек), 8,7 % — в Челябинске (44 человека), а 61,3 % проживает в других городах (309 человек). Небольшое количество респондентов отметило свою принадлежность к другим ключевым группам: освободившимся из мест лишения свободы (3,3 %), мигрантам

(0,9 %) и людям без регистрации (3,5 %) (Рис. 52. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных ЛЖВ»).

Рис. 52. «Иные группы, к которым относят себя респонденты базы данных ЛЖВ»
N=504



Местом тестирования, где они узнали о положительном ВИЧ статусе, респонденты группы ЛЖВ в большинстве случаев называют государственное медучреждение – 82,3 % (415 человек). На втором месте по популярности выбора находится частная клиника или лаборатория – 11,1 % (56 человек), и далее по значимости распространено тестирование в СИЗО (3,1 %), самотестирование (1,9 %) и тестирование в НКО (1,1 %). К частным клиникам был также отнесен такой вариант ответа, как «косметология», а в раздел «другое» был отнесен ответ «не помню» (Рис. 53. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных ТГЛ»).

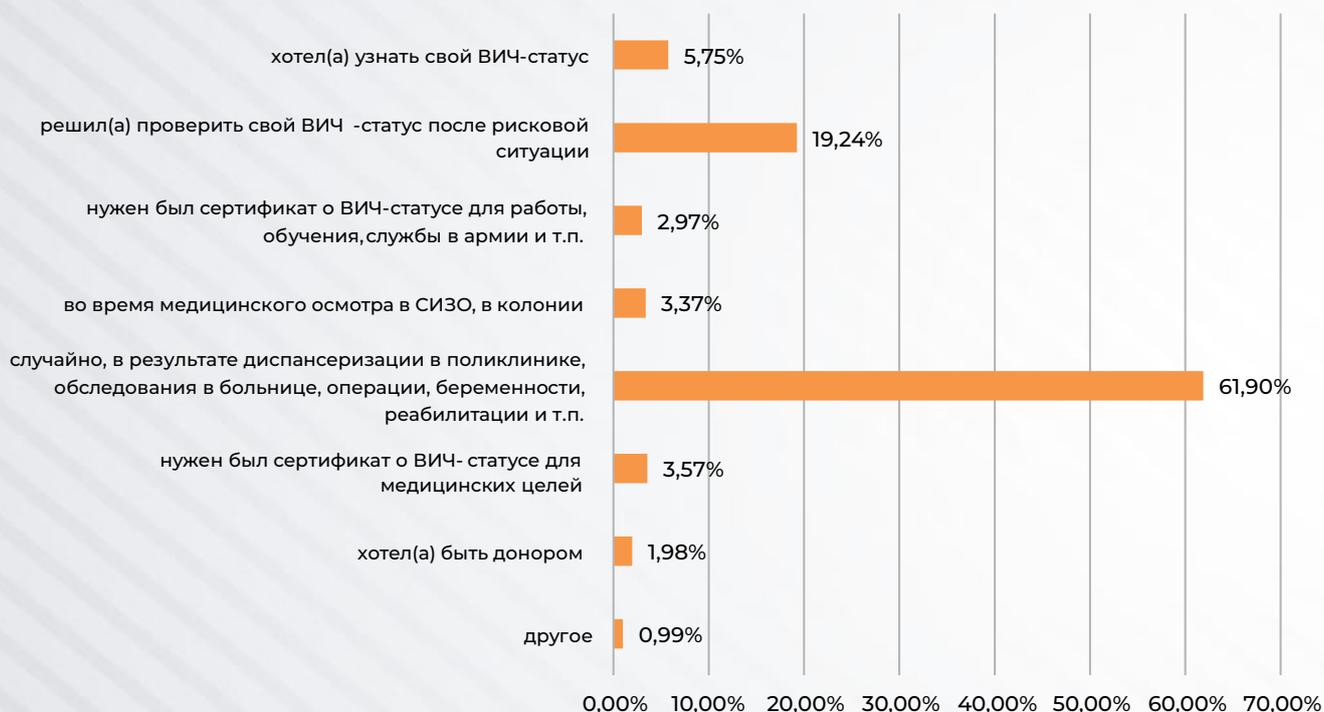
Рис. 53. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты базы данных ЛЖВ»
N=504



Наибольшая доля респондентов группы ЛЖВ узнала о своем положительном ВИЧ-статусе случайно, в результате медицинского обслуживания (диспансеризации, операции, беременности, реабилитации и т.п.) – 61,9 % (312 человек). 19,2 % решили проверить свой ВИЧ-статус после рискованной ситуации (97 человек). 5,7 % отметили, что просто хотели узнать свой статус ВИЧ (29 человек), 3,5 % сдавали тест на ВИЧ-инфекцию для получения сертификата, который им был нужен для медицинских целей (18 человек), равная доля респондентов – во время медицинского осмотра в СИЗО (3,5 %, 18 человек). 2,9 % участников опроса этой группы сдавали тест, чтобы получить сертификат о ВИЧ-инфекции для учебы, работы или службы в

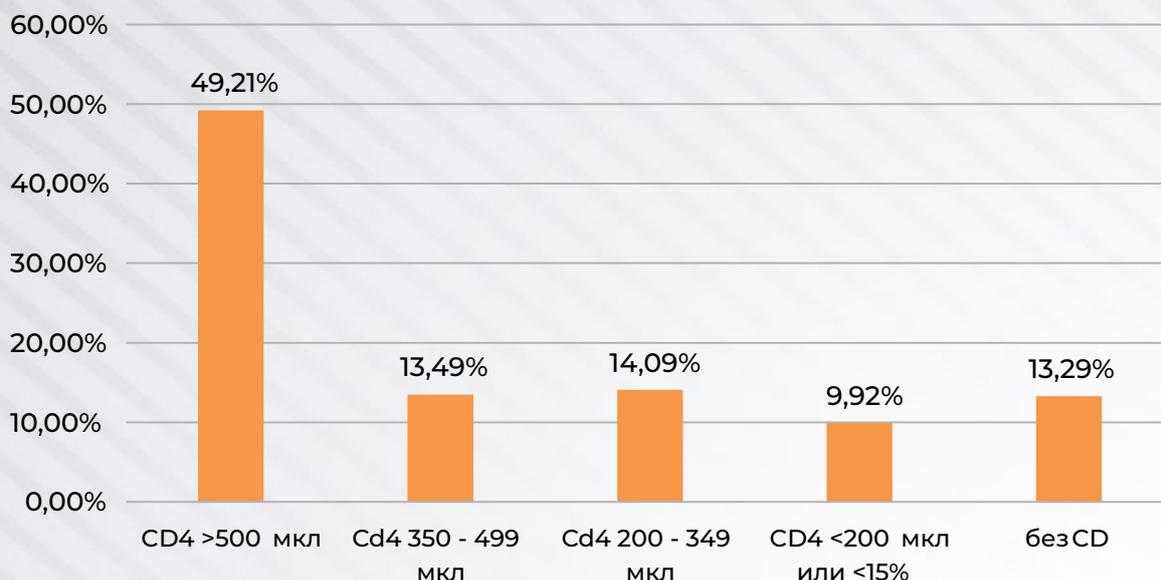
армии (15 человек), а 1,9 % респондентов – с целью стать донором (10 человек). Также небольшая доля респондентов вписывала свой вариант ответа в открытый вариант «другое» – 0,9 % (5 человек). Среди них: получение диагноза ВИЧ-инфекция в раннем детстве, тестирование по рекомендации знакомого, тестирование после возникновения бюрократической ошибки (пришел положительный тест однофамильца, респондент решил проверить свои данные и узнал о наличии инфекции), а также – «случайно» и «в Инвитро» (Рис. 54. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у ЛЖВ»).

Рис. 54. «Ситуации обнаружения ВИЧ-инфекции у ЛЖВ»
N=504 (ВИЧ-положительные респонденты)



Большинство участников данной группы с положительным ВИЧ-статусом имеют высокое количество иммунных клеток по результатам последних анализов – CD-4 >500 у 49,2 % (248 человек). 14,09 % респондентов имеют иммунный статус в размере 200-349 клеток CD-4 на 1 мл (71 человек). 13,49 % имеет 350-399 клеток CD-4 на 1 мл (68 человек), а 9,92 – менее 200 клеток CD-4 по результатам последнего анализа (50 человек). Не знают свой иммунный статус 13,2 % респондентов (67 человек) (Рис. 55. «Иммунный статус у ЛЖВ»).

Рис. 55. «Иммунный статус у ЛЖВ»
N=504



Большая доля респондентов группы ЛЖВ отмечает, что их диагноз был определен 11-20 лет назад (27,4 %, 128 человек), в то время как на ДУ респонденты вставали в равных долях чаще всего от 11-20 лет до 3-5 лет назад (в среднем 25 %, 117 человек). Так же, как и у предыдущих КГН, можно заметить, что число респондентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции растет со временем, а число постановок на ДУ – уменьшается. Можно сделать схожий вывод о том, что определение диагноза и постановка на ДУ не совпадают во времени: респонденты в среднем встают на учет в ЦС с задержкой в несколько лет, как и в случаях с другими КГН (Рис. 56. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у ЛЖВ»).

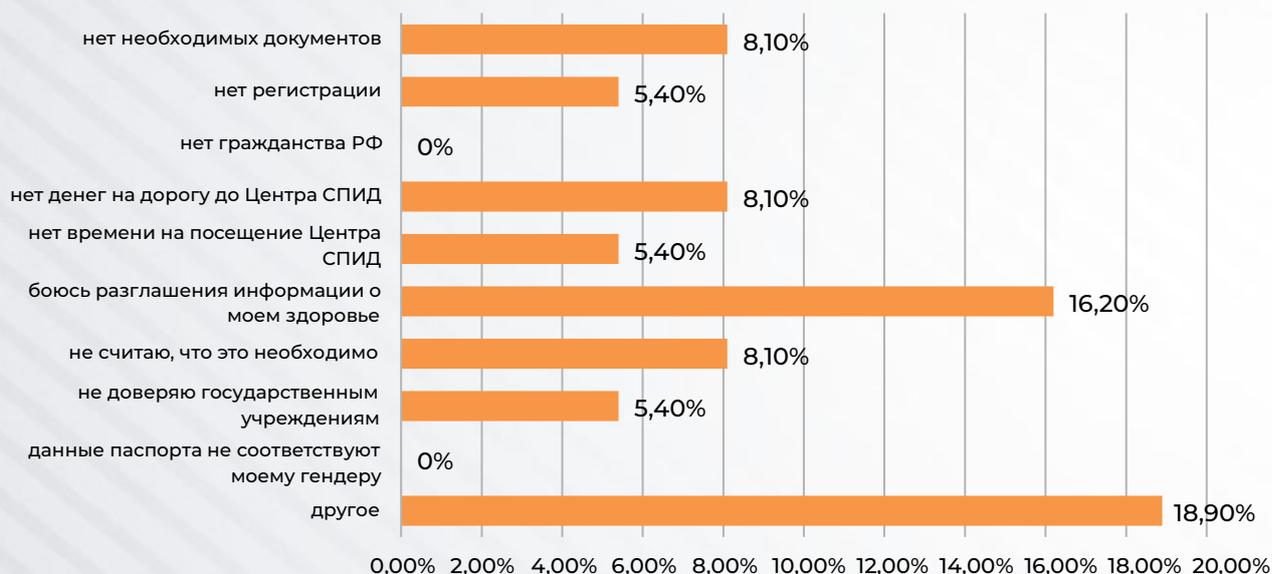
Рис. 56. «Соотношение времени определения диагноза и постановки на диспансерный учет у ЛЖВ»
N=467 (респонденты, вставшие на ДУ)



Не стоят на диспансерном учете 7,3 % респондентов (37 человек). Среди барьеров, препятствующих постановке на ДУ, респонденты чаще всего называли структурную причину: недоверие к врачам, выраженное в страхе разглашения информации о здоровье 16,2 %

(6 человек). Личными барьерами к ДУ для респондентов из группы ЛЖВ является низкая ценность здоровья (ответ «не считаю, что это необходимо» дали 8,1 %, 3 человека), отсутствие денег на дорогу в ЦС (8,1 %, 3 человека) и времени на посещение ЦС (5,4 %, 2 человека). Среди других структурных барьеров 8,1 % респондентов сказали об отсутствии необходимых документов (3 человека), 5,4 % – о недоверии государственным учреждениям (2 человека) и отсутствии регистрации (2 человека). Также некоторые респонденты из группы ЛЖВ вписали в качестве открытого варианта ответа другие причины отказа от диспансерного наблюдения: получение лечения иным путем (через туберкулезный диспансер и инфекционный кабинет), удаленное проживание, ограниченную мобильность (инвалидность) (Рис. 57. «Барьеры постановки на ДУ у респондентов базы данных ЛЖВ»).

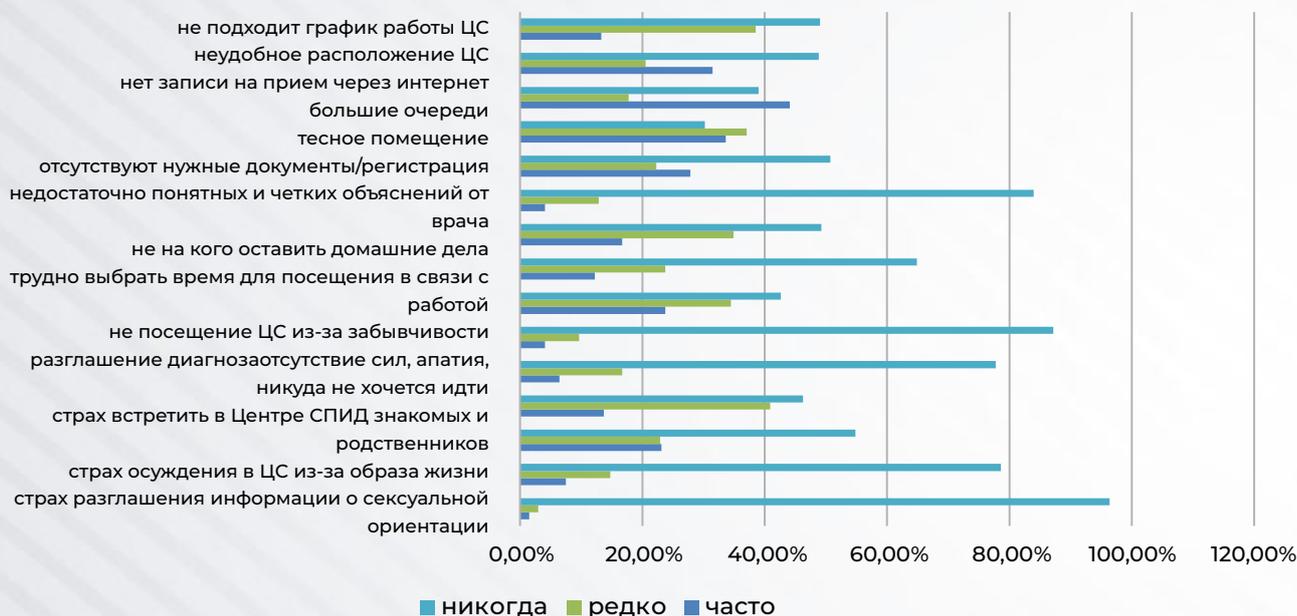
Рис. 57. «Барьеры постановки на ДУ у респондентов базы данных ЛЖВ»
N=37 (респонденты, не вставшие на ДУ)



Основными проблемами для респондентов группы ЛЖВ при посещении Центра СПИД являются институциональные барьеры: отсутствие возможности записаться на прием через интернет (44,1 % респондентов отметили «часто», 17,7 % – «редко», 38,9 % – «никогда») и большие очереди (часто – 33,6 %, редко – 37 %, никогда – 30,1 %). Среди личных барьеров более частыми являются ограничения, связанные с рабочими обязанностями (часто – 23,7 %, редко – 34,4 %, никогда – 42,6 %), отсутствие мотивации (часто – 13,7 %, редко – 40,8 %, никогда – 46,2 %), а также страх встретить в ЦС знакомых и родственников (часто – 23,1 %, редко – 22,9 %, никогда – 54,8 %). Менее значимыми институциональными барьерами для группы ЛЖВ являются неудобное расположение ЦС (часто – 31,4 %, редко – 20,5 %, никогда – 48,8 %), тесное помещение (часто – 27,8 %, редко – 22,2 %, никогда – 50,7 %), недостаточное количество объяснений от врача (часто – 16,7 %, редко – 34,9 %, никогда – 49,2 %), а также неподходящий график работы ЦС (часто – 13,2 %, редко – 38,5 %, никогда – 49 %). Как правило, респонденты данной КГН никогда не сталкиваются с такими барьерами, как опасения разглашения диагноза (часто – 6,4 %, редко –

– 16,7 %, никогда – 77,7 %), а также отсутствие нужных документов (часто – 4 %, редко – 12,8 %, никогда – 83,9 %). В основном никогда не встречаются такие личные барьеры, как ограничения, вызванные домашними обязанностями (часто – 12,2 %, редко – 23,7 %, никогда – 64,8 %), страх осуждения за образ жизни в ЦС (часто – 7,4 %, редко – 14,7 %, никогда – 78,5 %), пропуск посещения ЦС из-за забывчивости (часто – 4 %, редко – 9,6 %, никогда – 87,1 %), а также страх разглашения информации о сексуальной ориентации (часто – 1,4 %, редко – 2,9 %, никогда – 96,3 %) (Рис. 58. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ЛЖВ»).

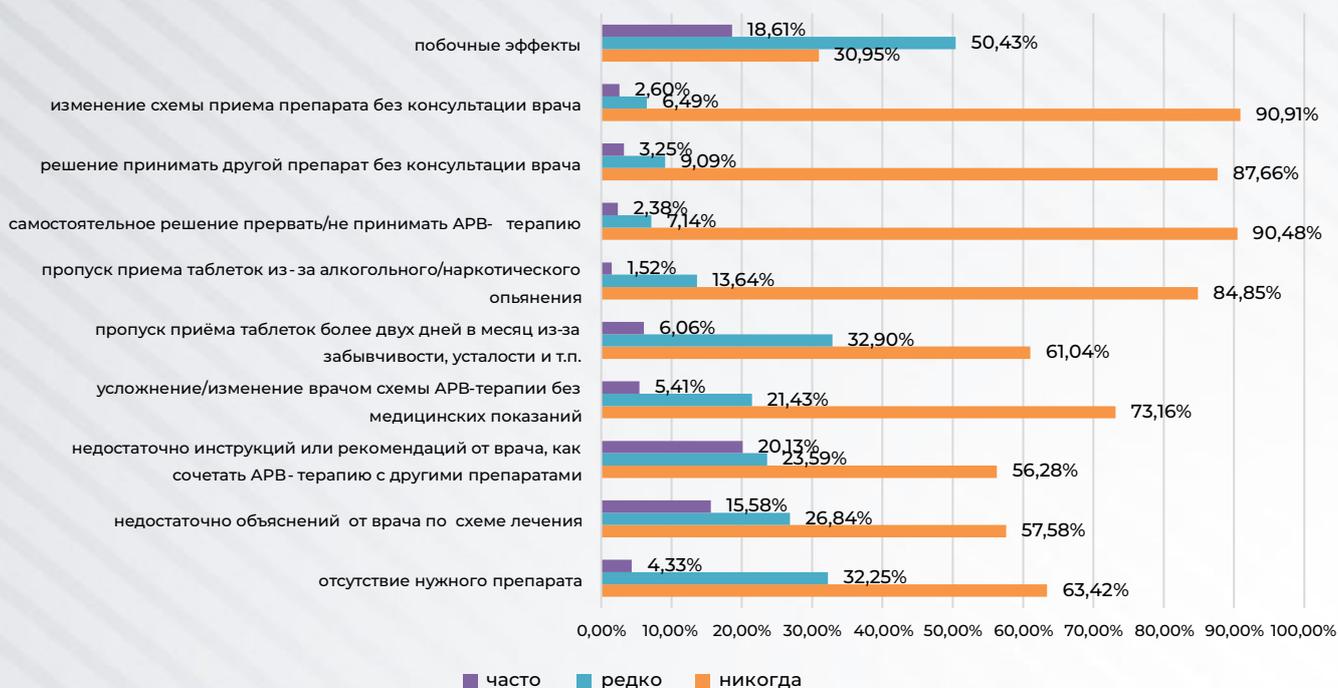
Рис. 58. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ЛЖВ»
N=467 (респонденты, вставшие на ДУ)



Среди респондентов группы ЛЖВ от АРВ отказалось 5 участников опроса. Основной проблемой, вызванной АРВ-терапией, участники опроса из этой группы называют побочные эффекты от лечения (часто – 18,6 %, редко – 50,4 %, никогда – 30,9 %). Менее распространены такие барьеры, как отсутствие исчерпывающей информации о схеме лечения (часто - 15,5 %, редко – 26,8 %, никогда – 56,2 %), о совмещении АРВ-терапии с иными препаратами (часто - 20,1 %, редко – 23,5 %, никогда – 56,2 %), отсутствие нужного препарата (часто – 4,3 %, редко – 32,2 %, никогда – 63,4 %), а также усложнение врачом схемы лечения без медицинских показаний (часто – 5,4 %, редко – 21,4 %, никогда – 73,1 %). Респонденты данной группы в основном никогда не нарушают предписаний лечения: 90,9 % ЛЖВ никогда не меняли схему лечения без консультации врача, 90,4 % никогда не бросали терапию, а 87,6 % никогда не меняли препарат без консультации врача. Очень редко среди ЛЖВ встречаются респонденты, пропускающие прием таблеток из-за забывчивости или усталости (часто – 6 %, редко – 32,9 %, никогда – 61 %), и еще меньше – из-за алкогольного или наркотического опьянения (часто – 1,5 %, редко – 13,6 %,

никогда – 84,8 %) (Рис. 59. «Наиболее частые проблемы при АРВ-терапии у ЛЖВ»).

Рис. 58. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у ЛЖВ»
N=467 (респонденты, вставшие на ДУ)



Результаты анкетного опроса по городам проекта «КАСКАД» (Москва, Санкт-Петербург, Челябинск)

Всего в городах проекта «КАСКАД» проживает 806 участников опроса – 48,9 % всех респондентов. Из трех городов проекта Москва представлена наибольшим числом участников опроса – 59,3 % (478 человек). Респонденты из Москвы представлены в 59 % случаев мужчинами (285 человек), в 31,5 % – женщинами (151 человек), 4,8 % являются трансгендерными женщинами (23 человека), 2,5 % – трансгендерными мужчинами (12 человек), 1,4 % отметили в качестве пола или гендера вариант «другое» (7 человек). Средний возраст респондентов из Москвы составляет 31,7 лет. Большинство не имеют ни брачных отношений, ни детей – 49,9 % (214 человек), в браке без детей проживает 38,7 % (185 человек), с детьми – 10,2 % (49 человек), не в браке, но с детьми – 6,2 % (30 человек). Большая доля респондентов работают полный день – 54,1 % (259 человек), неполный день – 13,1 % (63 человека), работают и учатся 12,1 % (58 человек), не вовлечены ни в какую деятельность (не работают и не учатся) – 10,2 % (49 человек), только учатся 7,9 % респондентов (38 человек). 2,3 % респондентов отметили в открытом вопросе о занятости другие варианты: инвалидность, пенсию, работу на фрилансе, секс-работу (в том числе эскорт).

Респонденты из Санкт-Петербурга представляют 32,3 % от общего числа участников из городов проекта «КАСКАД» (261 человек). Среди них 49,8 % – женщины (131 человек), 42,5 %

– мужчины (112 человек), 2,2 % представлены трансгендерными мужчинами и трансгендерными женщинами (в обоих случаях по 6 человек от каждой группы), а 3 % респондентов в качестве пола или гендера отметили «другое» (8 человек). 36,7 % (96 человек) респондентов из Санкт-Петербурга не имеют ни брачных отношений, ни детей – 35,2 % находятся в браке и не имеют детей (92 человека), меньшая часть живут в браке с детьми – 17,6 % (46 человек), 10,7 % не состоят в браке, но имеют детей (28 человек). Большая часть респондентов из Санкт-Петербурга работает полный день – 49,8 % (130 человек), 13 % не занято никаким видом деятельности (не работают и не учатся, 34 человека), 11,4 % работает неполный день (30 человек), 11,1 % работает и учится (29 человек), 9,1 % – только учится (24 человека). 5,3 % респондентов также отметили вариант «другое» в вопросе о занятости: инвалидность, отсутствие занятости по причине отсутствия документов, фриланс, секс-работа.

Респонденты из Челябинска представляют 8,3 % от общего числа участников из городов проекта «КАСКАД» (67 человек). 50,7 % из них – женщины (34 человека), 41,7 % - мужчины (28 человек), 5,9 % - трансгендерные мужчины (4 человека). Трансгендерные женщины в выборке по Челябинску не представлены, а вариант ответа «другое» по отношению к полу и гендеру выбрал 1 респондент. Средний возраст респондентов – 35,7 лет. Треть респондентов имеет брачные отношения и детей – 31,3 % (21 человек), 25,3 % не имеют ни брака, ни детей (17 человек), 23,8 % живут в браке без детей (16 человек), 19,4 % имеют детей, но не состоят в браке (13 человек). Большинство жителей Челябинска, принявших участие в опросе, работают полный день – 53,7 % (36 человек), 19,4 % не заняты никакой деятельностью (не работают и не учатся, 13 человек), 10,4 % работают неполный день (7 человек), 7,4 % совмещают работу и учебу (5 человек), занимается только учебой 1 респондент. При этом 5 респондентов отметили иные виды деятельности в открытом вопросе о типе занятости: инвалидность, уход за старшими родственниками, пенсия.

ВИЧ-статус респондентов распределен по городам неравномерно: так, в Челябинске большее число участников опроса имеет ВИЧ-положительный статус (73,13 %, 49 человек), в то время как в Москве и Санкт-Петербурге примерно равное число респондентов имеют положительный и отрицательный статус ВИЧ. Так, в Москве ВИЧ-положительные респонденты составляют 44,3 % выборки (212 человек), а ВИЧ-отрицательные – 40,7 % (195 человек), в Санкт-Петербурге, распределение ВИЧ-положительных и отрицательных соответственно 42,15 % (110 человек) и 45,5 % (119 человек). Во всех трех городах число участников, не знающих о своем ВИЧ-статусе, представлено менее 15 % респондентов: в Москве 14,8 % (71 человек), в Санкт-Петербурге – 12,26 % (32 человека), а в Челябинске – 11,9 % (8 человек) (Рис. 60. «Процентное соотношение ВИЧ-статусов респондентов из городов проекта “Каскад”»).

Рис. 60. «Процентное соотношение ВИЧ-статусов респондентов из городов проекта «Каскад»
N=806



Не знающие свой ВИЧ-статус респонденты (N=111) в качестве основного барьера тестирования называют личную причину: отсутствие необходимости проходить тестирование, что может быть интерпретировано как низкая ценность здоровья (53,52 % в Москве, 56,2 % в Санкт-Петербурге, 62,5 % в Челябинске). Ранжирование частоты выбора остальных барьеров различается от города к городу. Так, среди людей, проживающих в Москве, другими частыми барьерами является личный барьер – страх узнать результат тестирования, и институциональный барьер – отсутствие информации о том, где можно сдать тест на ВИЧ-инфекцию (16,9 % ответов в обоих случаях, 12 человек). Реже жители Москвы выбирают отсутствие тестов в медицинском учреждении (12,6 %, 9 человек) и страх оказаться ВИЧ-положительным человеком (11,2 %, 8 человек). Меньшая доля респондентов из Москвы отмечают такой структурный барьер, как недоверие к медицинским работникам (страх разглашения диагноза), и такой институциональный, как неудобство работы процедурного кабинета, – 8,45 % в обоих случаях (6 человек).

Среди респондентов из Санкт-Петербурга вторым часто выбираемым барьером является институциональный барьер – отсутствие информации о том, где можно сдать тест на ВИЧ-инфекцию (31,25 %, 10 человек). Меньшее число респондентов говорит о таких индивидуальных барьерах, как страх узнать свой ВИЧ-статус в целом (21,8 %, 7 человек) и страх оказаться ВИЧ-положительным человеком (15,6 %, 5 человек). 9,38 % участников опроса из Санкт-Петербурга говорят о таких институциональных барьерах, как неудобный график работы ЦС и отсутствие тестов в медицинском учреждении (3 человека в обоих случаях). Также всего 3,13 % участников выражают недоверие медицинским работникам (боятся разглашения диагноза, 1 человек).

Для жителей Челябинска вторым по частоте выбора барьером тестирования на ВИЧ-инфекцию является такой личный барьер, как страх узнать результат тестирования – 25 % (2 человека). 12,5 % участников опроса из этого города назвали такие барьеры, как недоверие врачам (страх разглашения диагноза) и незнание мест, где можно пройти тестирование на

ВИЧ-инфекцию (по 1 человеку в обоих случаях). Также 12,5 % респондентов отметили страх оказаться ВИЧ-положительными (1 человек). При этом респонденты данной группы не сталкиваются с такими институциональными барьерами, как неудобный график работы ЦС и отсутствие тестов в медучреждении.

Во всех трех городах реализации проекта «КАСКАД» наименьшая доля респондентов заявила о своей склонности к ВИЧ-диссидентским взглядам (по 1 респонденту в каждой группе). И только в Москве несколько респондентов отметили, что сдавали тест на ВИЧ-инфекцию, но пока не получили результат (5,63 %, 4 человека). (Рис. 61. «Причины отсутствия результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию по городам проекта «Каскад»»). Подробнее барьеры тестирования на ВИЧ-инфекцию с дезинтеграцией по городам проекта «КАСКАД» смотрите в Приложении 6.

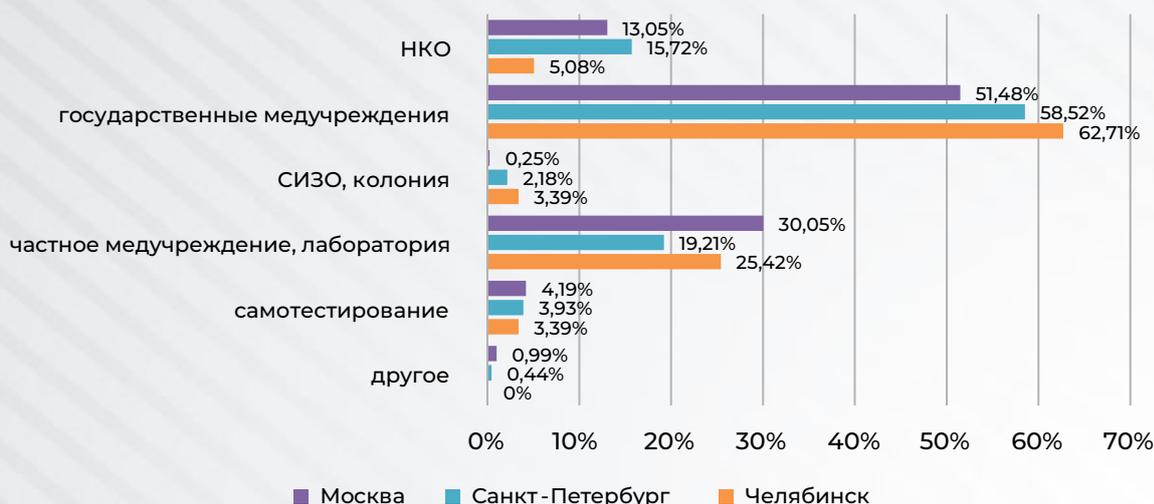
Рис. 61. «Причины отсутствия результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию по городам проекта "КАСКАД"»
N=111 (респонденты, не знающие свой статус ВИЧ)



Наиболее распространенным местом тестирования на ВИЧ у респондентов из городов проекта «КАСКАД» являются государственные медицинские учреждения: 51,5 % жителей Москвы (209 человек), 58,5 % жителей Санкт-Петербурга (134 человека) и 62,7 % респондентов из Челябинска (37 человек). Второе место по частоте выбора занимают частные клиники и лаборатории: Москва – 30 % (122 человека), Санкт-Петербург – 19,2 % (44 человека), Челябинск – 25,4 % (15 человек). Тестирование в НКО респонденты выбирают в третью очередь: Москва – 13 % (53 человека), Санкт-Петербург – 15,7 % (36 человек), Челябинск – 5 % (3 человека)

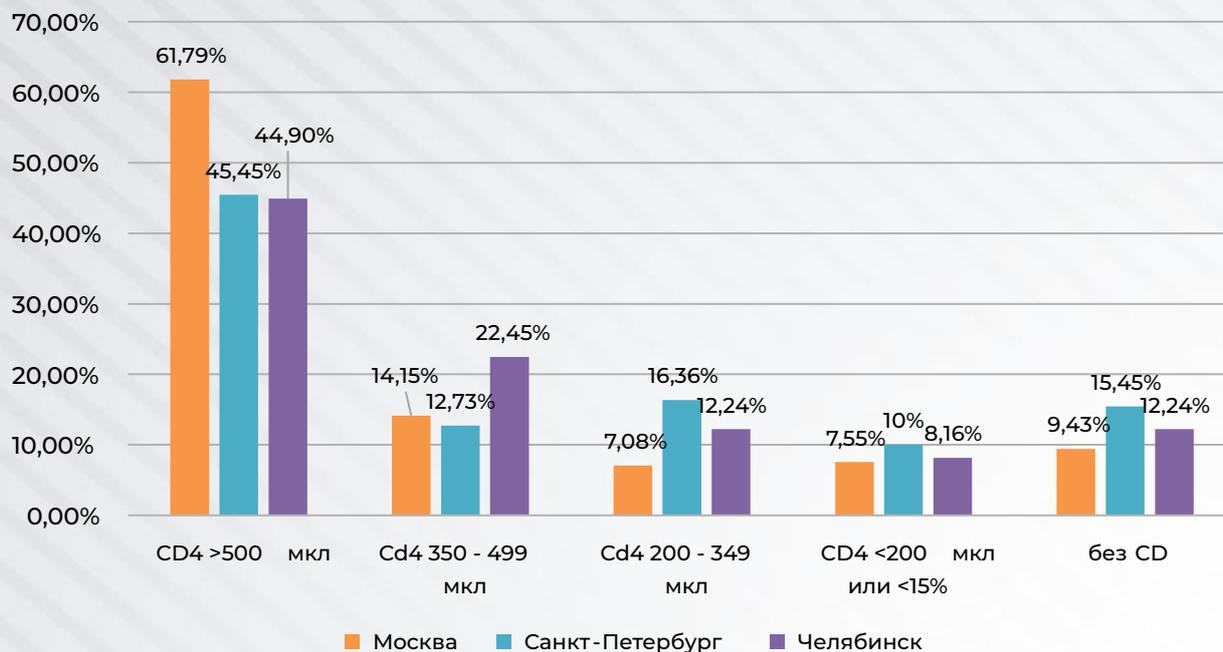
(Рис. 62. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты городов проекта «КАСКАД»»).

Рис. 62. «Учреждения, в которых проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию респонденты городов проекта "КАСКАД"»
N=695 (респонденты, знающие свой статус ВИЧ)



Среди ВИЧ-положительных респондентов из городов проекта «КАСКАД» большинство имеет высокое количество иммунных клеток по результатам последних анализов (CD-4 более 500 мкл): Москва – 61,7 % (131 человек), Санкт-Петербург – 45,4 % (50 человек), Челябинск – 44,9 % (22 человека). Среди респондентов данных городов доля тех, чей иммунный статус равен 350-499 клеткам CD-4, больше в Челябинске – 22,4 % (11 человек) (в Москве – 14,1 %, в Санкт-Петербурге – 12,7 %). Для остальных значений иммунного статуса доли респондентов выше в Санкт-Петербурге: CD-4 200-349 мкл – 16,3 % (в Челябинске 12,2 %, в Москве – 7 %); CD-4 < 200 мкл – 10 % (в Челябинске 8,1 %, в Москве – 7,5 %). Не знают свой иммунный статус 15,4 % респондентов из Санкт-Петербурга (17 человек), 12,2 % из Челябинска (6 человек), 9,4 % из Москвы (20 человек) (Рис. 63. «Иммунный статус у респондентов из городов проекта «КАСКАД»»).

Рис. 63. «Иммунный статус у респондентов из городов проекта "КАСКАД"»
N=371 (ВИЧ-положительные респонденты)



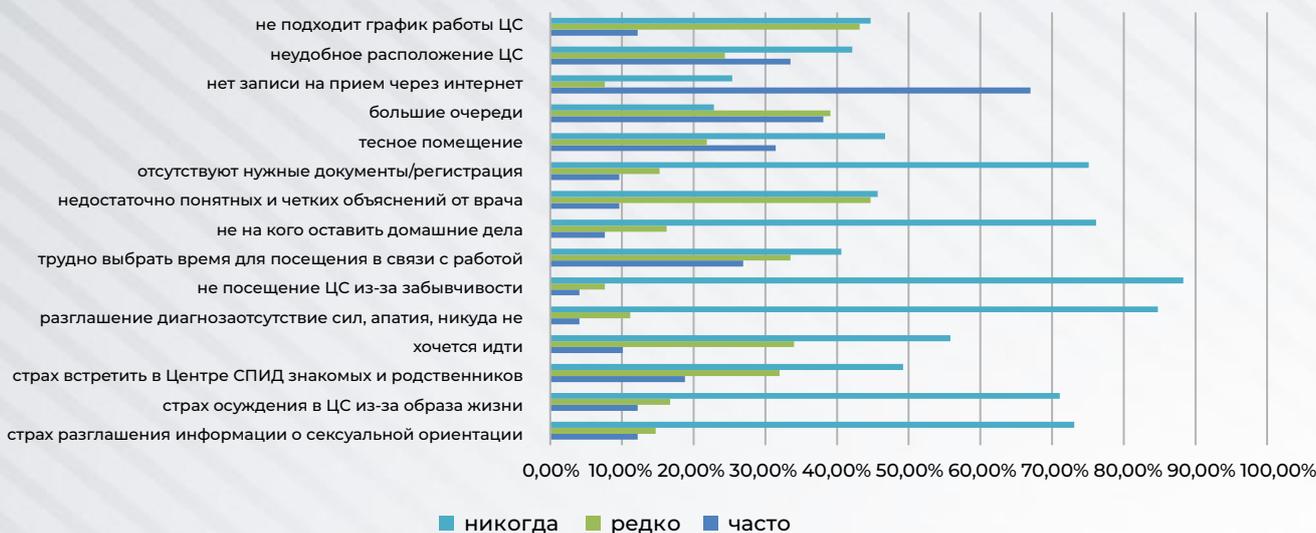
Среди ВИЧ-положительных участников опроса из городов проекта «КАСКАД» не встали на диспансерный учет всего 1,6 % респондентов (13 человек): 3,7 % от числа респондентов из Москвы (8 человек), 2,7 % от числа участников опроса из Санкт-Петербурга (3 человека), 4 % - из Челябинска (2 человека). Барьеры для постановки на ДУ у жителей Москвы имеют в основном структурный характер: недоверие к медицинскому персоналу, выраженное в страхе разглашения диагноза (62,5 %, 5 человек), недоверие к государственным учреждениям (25 %, 2 человека), отсутствие регистрации по месту жительства (25 %, 2 человека). Также несколько респондентов из Москвы говорят об отсутствии необходимости в том, чтобы встать на ДУ (25 %, 2 человека), что можно интерпретировать как личный барьер постановки на учет ЦС. 12,5 % респондентов из Москвы также отметили такой барьер, как отсутствие гражданства РФ (1 человек). Жители Санкт-Петербурга выделяют следующие барьеры: недоверие к государственным учреждениям и медицинскому персоналу (33,3 % для обоих случаев, 1 человек), а также отсутствие гражданства РФ (33,3 %, 1 человек). При этом трое респондентов из Санкт-Петербурга в открытом ответе отметили, что на самом деле стоят на ДУ, хотя в предыдущих вопросах анкеты отмечали другое. Респонденты из Челябинска предложили только открытые варианты ответа: один из них ответил, что перенес инсульт и в данный момент парализован, другой ответил недоступным для интерпретации образом – «поздно понял». Ни в одном из городов проекта «КАСКАД» респонденты не отметили такие барьеры, как отсутствие денег и времени на посещение ЦС, отсутствие необходимых документов и несоответствие паспорта гендеру (Рис. 64. «Барьеры постановки на ДУ у респондентов из городов проекта "КАСКАД"»).

Рис. 64. «Барьеры постановки на ДУ у респондентов из городов проекта "КАСКАД"»
N=13 (респонденты, не вставшие на ДУ)



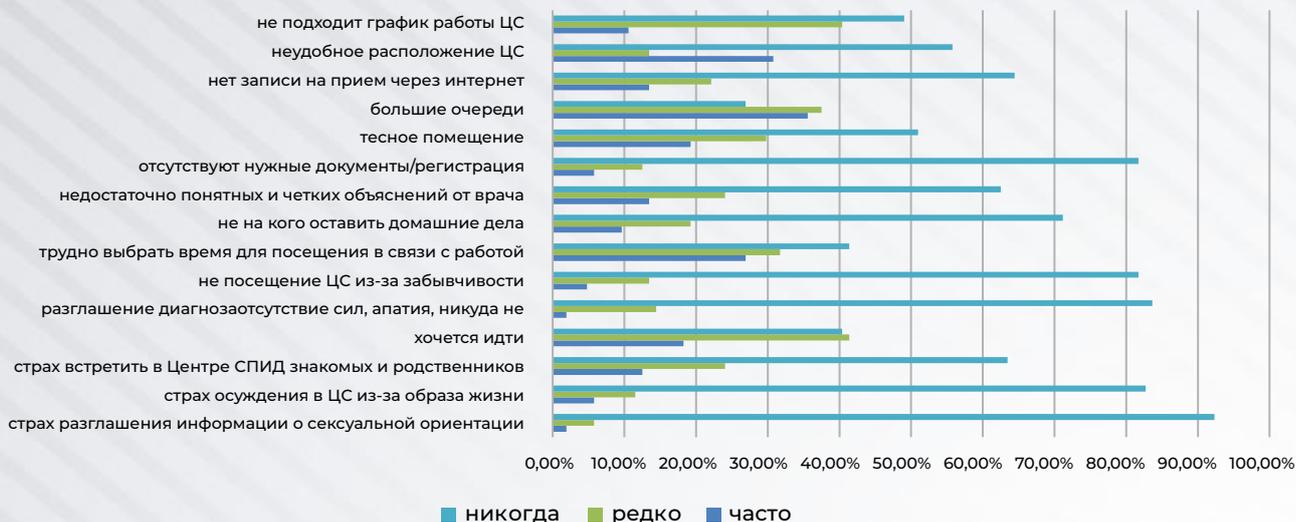
Рассмотрим барьеры посещения Центра СПИД для каждого города, где реализуется проект «КАСКАД», в отдельности. Наибольшая доля респондентов из Москвы часто встречают такие институциональные барьеры, как отсутствие записи на прием через интернет (часто – 67 %, редко – 7,6 %, никогда – 25,3 %), а также большие очереди в ЦС (часто – 38 %, редко – 39 %, никогда – 22,8 %). Меньшая доля респондентов встречают в основном «часто» и «редко» такие барьеры, как неудобное расположение ЦС (часто – 33,5 %, редко – 23,3 %, никогда – 42,1 %), неудобный график работы ЦС (часто – 12,1 %, редко – 43,1 %, никогда – 44,6 %), тесное помещение (часто – 31,4 %, редко – 21,8 %, никогда – 46,7 %), а также недостаточное число объяснений от врача по схеме лечения (часто – 9,6 %, редко – 44,6 %, никогда – 45,6 %). Среди распространенных индивидуальных барьеров респонденты из Москвы называют трудности, связанные с рабочими обязанностями (часто – 26,9 %, редко – 33,5 %, никогда – 40,6 %), а также страх перед встречей в ЦС знакомых и родственников (часто – 18,7 %, редко – 31,9 %, никогда – 49,2 %). Как правило, респонденты, проживающие в Москве, никогда не встречаются с такими личными барьерами посещения ЦС, как отсутствие мотивации (55,8 % не испытывает подобные трудности никогда), страх осуждения за образ жизни (никогда – 71 %), страх разглашения информации о сексуальной ориентации (никогда – 73 %), трудности, вызванные домашними обязанностями (никогда – 76,1 %), непосещение ЦС из-за забывчивости (никогда – 88,3 %). Почти никогда московские респонденты не встречаются с такими барьерами, как отсутствие нужных документов (никогда – 75,1 %) и разглашение диагноза (никогда – 84,7 %) (Рис. 65. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у респондентов из Москвы»).

Рис. 65. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у респондентов из Москвы» N=197 (респонденты, вставшие на ДУ)



Наибольшая доля респондентов из Санкт-Петербурга часто встречают такой институциональный барьер, как наличие больших очередей в ЦС (часто – 35,5 %, редко – 37,5 %, никогда – 26,9 %). Меньшая доля респондентов сталкиваются в основном «часто» и «редко» с таким барьером, как неподходящий график работы ЦС (часто – 10,5 %, редко – 40,3 %, никогда – 49 %), и такими барьерами личного характера, как отсутствие мотивации (часто – 18,2 %, редко – 41,3 %, никогда – 40,3 %), а также ограничениями, связанными с рабочими обязанностями (часто – 26,9 %, редко – 31,7 %, никогда – 41,3 %). Как правило, респонденты, проживающие в Санкт-Петербурге, никогда не встречаются с такими институциональными барьерами для посещения ЦС, как тесное помещение (50,9 % не испытывает подобные трудности никогда), неудобное расположение ЦС (никогда – 55,7 %), недостаточное количество объяснений от врача (никогда – 62,5 %), отсутствие возможности записаться на прием через интернет (никогда – 64,4 %), а также структурными: отсутствие нужных документов (никогда – 81,7 %), разглашение диагноза (никогда – 83,6 %). Среди индивидуальных барьеров респонденты из Санкт-Петербурга, как правило, никогда не сталкиваются с такими проблемами, как страх встретить знакомых и родственников в ЦС (никогда – 63,4 %), ограничения, вызванные домашними обязанностями (никогда – 71,1 %), непосещение ЦС из-за забывчивости (никогда – 81,7 %), страх осуждения из-за образа жизни (никогда – 82,6 %), страх разглашения информации о сексуальной ориентации (никогда – 92,3 %) (Рис. 66. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у респондентов из Санкт-Петербурга»).

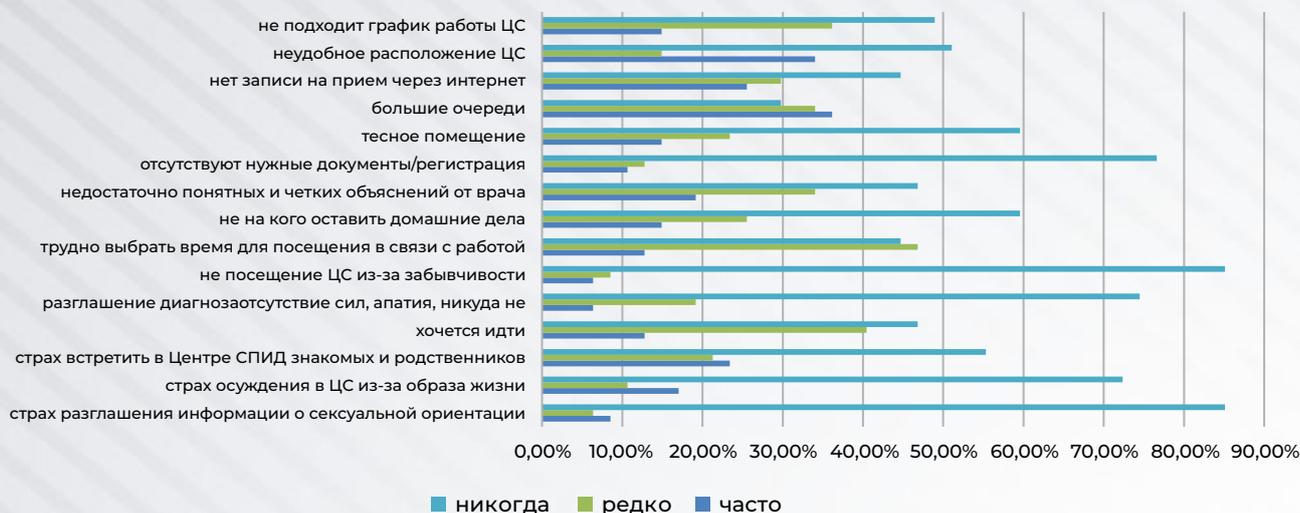
Рис. 66. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у респондентов из Санкт-Петербурга»
N=104 (респонденты, вставшие на ДУ)



Наибольшая доля респондентов из Челябинска часто встречают такой институциональный барьер, как наличие больших очередей в ЦС (часто – 36,1 %, редко – 34 %, никогда – 29,7 %). Меньшая доля респондентов сталкиваются в основном «часто» и «редко» с такими барьерами, как отсутствие возможности записи на прием через интернет (часто – 25,5 %, редко – 29,7 %, никогда – 44,6 %), недостаточное число объяснений от врача по схеме лечения (часто – 19,1 %, редко – 34 %, никогда – 46,8 %), а также неудобный график работы ЦС (часто – 14,8 %, редко – 36,1 %, никогда – 48,9 %). Среди распространенных индивидуальных барьеров респонденты из Челябинска называют трудности, связанные с рабочими обязанностями (часто – 12,7 %, редко – 46,8 %, никогда – 44,6 %), а также отсутствие мотивации (часто – 12,7 %, редко – 40,4 %, никогда – 46,8 %). Как правило, респонденты, проживающие в Челябинске, никогда не встречаются с такими институциональными барьерами для посещения ЦС, как неудобное расположение ЦС (51 % никогда не испытывает подобные трудности), тесное помещение (никогда – 59,5 %), разглашение диагноза (никогда – 74,7 %) и таким структурным барьером, как отсутствие нужных документов (никогда – 76,6 %). В основном никогда респонденты из Челябинска не сталкиваются с такими личными барьерами, как страх встретить в ЦС знакомых и родственников (никогда – 55,3 %), проблемы, вызванные домашними обязанностями (никогда – 59,5 %), страх осуждения в ЦС за образ жизни (никогда – 72,3 %), страх разглашения информации о сексуальной ориентации (никогда – 85,1 %) (Рис. 67. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у респондентов из Челябинска»).

Рис. 67. «Наиболее частые проблемы при диспансерном наблюдении у респондентов из Челябинска»

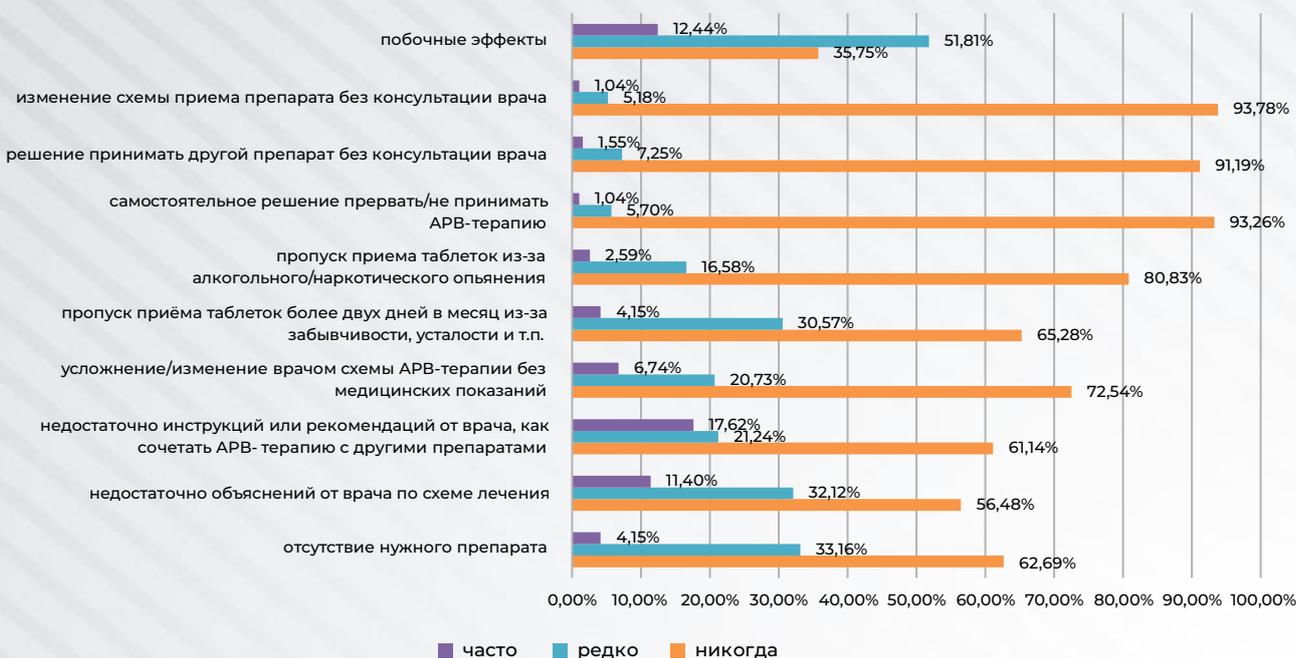
N=47 (респонденты, вставшие на ДУ)



Таким образом, наиболее часто встречающимися барьерами для посещения Центра СПИД общим числом участников из городов проекта «КАСКАД» были выбраны такие институциональные барьеры, как большие очереди и неудобный график работы ЦС, а среди индивидуальных барьеров – трудности, вызванные рабочими обязанностями респондентов. При этом важно отметить, что респонденты из Москвы в целом чаще выбирают варианты ответов «часто» и «редко» среди встречающихся барьеров, чем жители Санкт-Петербурга, – многие из распространенных в других двух городах барьеров им не встречаются никогда.

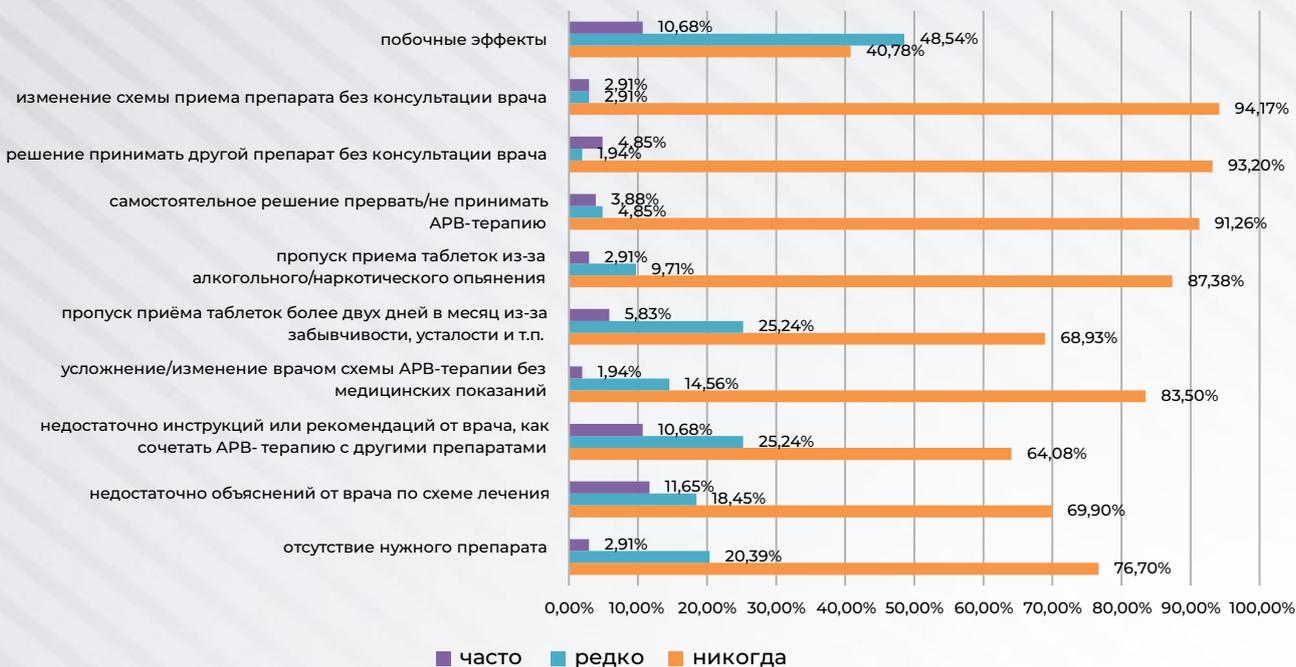
Рассмотрим барьеры при АРВ-терапии для каждого из городов проекта «КАСКАД» в отдельности. Среди ВИЧ-положительных респондентов из Москвы, стоящих на ДУ, четыре человека не принимают АРВ-терапию. Респонденты называют только один барьер при АРТ как встречающийся «часто» или «редко» – побочные эффекты от приема препаратов (часто – 12,4 %, редко – 51,8 %, никогда – 35,7 %). Менее распространены такие барьеры, как отсутствие нужного препарата (часто – 4,1 %, редко – 33,1 %, никогда – 62,6 %), отсутствие исчерпывающей информации о схеме лечения (часто – 11,4 %, редко – 32,1 %, никогда – 56,4 %), о совмещении АРВ-терапии с иными препаратами (часто – 17,6 %, редко – 21,2 %, никогда – 61,4 %), а также усложнение врачом схемы лечения без медицинских показаний (часто – 6,7 %, редко – 20,7 %, никогда – 72,5 %). Респонденты из Москвы в основном не нарушают предписаний лечения: 93,7 % никогда не меняли схему лечения без консультации врача, 93,2 % никогда не бросали терапию, а 91,1 % никогда не меняли препарат без консультации врача. Очень редко среди московских участников опроса встречаются те, кто пропускает прием таблеток из-за забывчивости или усталости (часто – 4,1 %, редко – 30,5 %, никогда – 65,2 %), и еще меньше – из-за алкогольного или наркотического опьянения (часто – 2,5 %, редко – 16,5 %, никогда – 80,8 %) (Рис. 68. «Проблемы при АРВ-терапии у респондентов из Москвы»).

Рис. 68. «Проблемы при АРВ-терапии у респондентов из Москвы»
N=193 (респонденты, принимающие АРВТ)



В Санкт-Петербурге среди ВИЧ-положительных респондентов на ДУ только один человек не принимает АРВ-терапию. Так же, как и в Москве, респонденты называют только один барьер при АРТ как встречающийся «часто» или «редко» – побочные эффекты от приема препаратов (часто – 10,6 %, редко – 48,5 %, никогда – 40,7 %). Почти не распространены такие барьеры, как отсутствие нужного препарата (часто – 2,9 %, редко – 20,3 %, никогда – 76,7 %), отсутствие исчерпывающей информации о схеме лечения (часто – 11,6 %, редко – 18,4 %, никогда – 69,9 %) о совмещении АРВ-терапии с иными препаратами (часто – 10,6 %, редко – 25,2 %, никогда – 64 %), а также усложнение врачом схемы лечения без медицинских показаний (часто – 1,9 %, редко – 14,5 %, никогда – 83,5 %). Респонденты данной группы в основном никогда не нарушают предписаний лечения: 94,1 % никогда не меняли схему лечения без консультации врача, 91,2 % никогда не бросали терапию, а 93,2 % никогда не меняли препарат без консультации врача. Очень редко среди участников опроса из Санкт-Петербурга встречаются респонденты, пропускающие прием таблеток из-за забывчивости или усталости (часто – 5,8 %, редко – 25,2 %, никогда – 68,9 %), и еще меньше – из-за алкогольного или наркотического опьянения (часто – 2,9 %, редко – 9,7 %, никогда – 87,3 %) (Рис. 69. «Проблемы при АРВ-терапии у респондентов из Санкт-Петербурга»).

Рис. 69. «Проблемы при АРВ-терапии у респондентов из Санкт-Петербурга»
N=103 (респонденты, принимающие АРВТ)



Среди ВИЧ-положительных респондентов на ДУ из Челябинска только один человек не принимает АРВ-терапию. Респонденты Челябинска называют такие барьеры при АРТ, как побочные эффекты от приема препаратов (часто – 28,2 %, редко – 39,1 %, никогда – 32,6 %), а также отсутствие исчерпывающей информации о схеме лечения (часто – 8,7 %, редко – 36,9 %, никогда – 54,3 %). Незначительное число респондентов встречают такие барьеры, как отсутствие нужного препарата (часто – 4,3 %, редко – 28,2 %, никогда – 71,7 %), отсутствие информации о совмещении АРВ-терапии с иными препаратами (часто – 19,5 %, редко – 17,3 %, никогда – 63 %), а также изменение схемы лечения без медицинских показаний (часто – 6,5 %, редко – 21,7 %, никогда – 71,7 %). Респонденты в основном никогда не нарушают предписаний лечения: 84,7 % никогда не меняли схему лечения без консультации врача, 86,9 % никогда не бросали терапию, а 84,7 % никогда не меняли препарат без консультации врача. Очень редко среди участников опроса из Челябинска встречаются пропускающие прием таблеток из-за забывчивости или усталости (часто – 4,3 %, редко – 23,9 %, никогда – 71,7 %), и еще меньше – из-за алкогольного или наркотического опьянения (редко – 13 %, никогда – 86,9 %) (Рис. 70. «Проблемы при АРВ-терапии у респондентов из Челябинска»). Подробную информацию о барьерах приема АРВ-терапии с дезинтеграцией по ключевым городам смотрите в Приложении 8.

Рис. 70. «Проблемы при АРВ-терапии у респондентов из Челябинска»
N=46 (респонденты, принимающие АРВТ)



Представители городов исследования редко сталкиваются с предложенными в анкете признаками дискриминации, а как к общим сложностям, связанным с ВИЧ-инфекцией, относят те же проблемы, которые были выявлены в качестве основных для выборки в целом: необходимость раскрывать информацию о сексуальных партнерах (Москва – 16,1 %, Санкт-Петербург – 11,8 %, Челябинск – 22,3 %), скрывать прием препаратов (Москва – 24,9 %, Санкт-Петербург – 18 %, Челябинск – 31,3 %) и боязнь уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции (Москва – 15,2 %, Санкт-Петербург – 8,4 %, Челябинск – 14,9 %) (Рис. 71. «Причины эмоционального напряжения респондентов в связи с ВИЧ-инфекцией городам проекта «КАСКАД»»).

Рис. 71. «Причины эмоционального напряжения респондентов в связи с ВИЧ-инфекцией по городам проекта "КАСКАД"»



Факторы нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции

Для выявления значимых факторов нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции полученные в ходе исследования данные были проанализированы методом линейной регрессии. Зависимая переменная конструировалась на основании вопросов о том, как часто респондентам приходилось отклоняться от назначенной схемы лечения. Основные исследуемые переменные – субъективная оценка дискриминации со стороны институций, уровень материального благополучия, отношение со стороны сотрудников медицинских учреждений, уровень самостигматизации из-за наличия ВИЧ-инфекции, субъективная оценка поддержки со стороны семьи и друзей, иммунный статус в значении уровня клеток CD-4 на 1 мл.

Таким образом тестировались следующие гипотезы о факторах нарушения предписания лечения ВИЧ среди участников опроса, имеющих положительный ВИЧ-статус (N=820):

Г.1. Дискриминация в связи с заболеванием ВИЧ положительно связана с нарушением предписаний лечения ВИЧ.

Г.2. Бедность (существенная ограниченность жизненных ресурсов) положительно связана с нарушением предписаний лечения ВИЧ.

Г.3. Отношение сотрудников медицинских учреждений (в том числе СПИД-центров) к ЛЖВ(КГН) отрицательно связано с нарушением предписаний лечения ВИЧ.

Г.4. Самостигматизация в связи с заболеванием ВИЧ положительно связана с нарушением предписаний лечения ВИЧ.

Г.5. “Забота со стороны близких” отрицательно связана с нарушением предписаний лечения ВИЧ.

Г.6. Иммунный статус отрицательно связан с нарушением предписаний лечения ВИЧ.

Гипотезы Г.1, Г.2 и Г.3 были подтверждены по результатам анализа методом линейной регрессии. Статистическую значимость имеет положительная связь субъективного ощущения дискриминации и нарушения предписаний лечения ВИЧ ($p < 0.05$). Также связь обнаруживается между нарушениями предписания лечения ВИЧ и низким уровнем материального достатка (вариант ответа «денег не хватает даже на продукты питания» в вопросе «Как бы Вы охарактеризовали свое материальное положение / материальное положение Вашей семьи?») ($p < 0.05$). В то же время при наличии позитивного отношения сотрудников медицинских учреждений в ответах респондентов в большинстве наблюдений отсутствует нарушение предписаний лечения ВИЧ ($p < 0.05$).

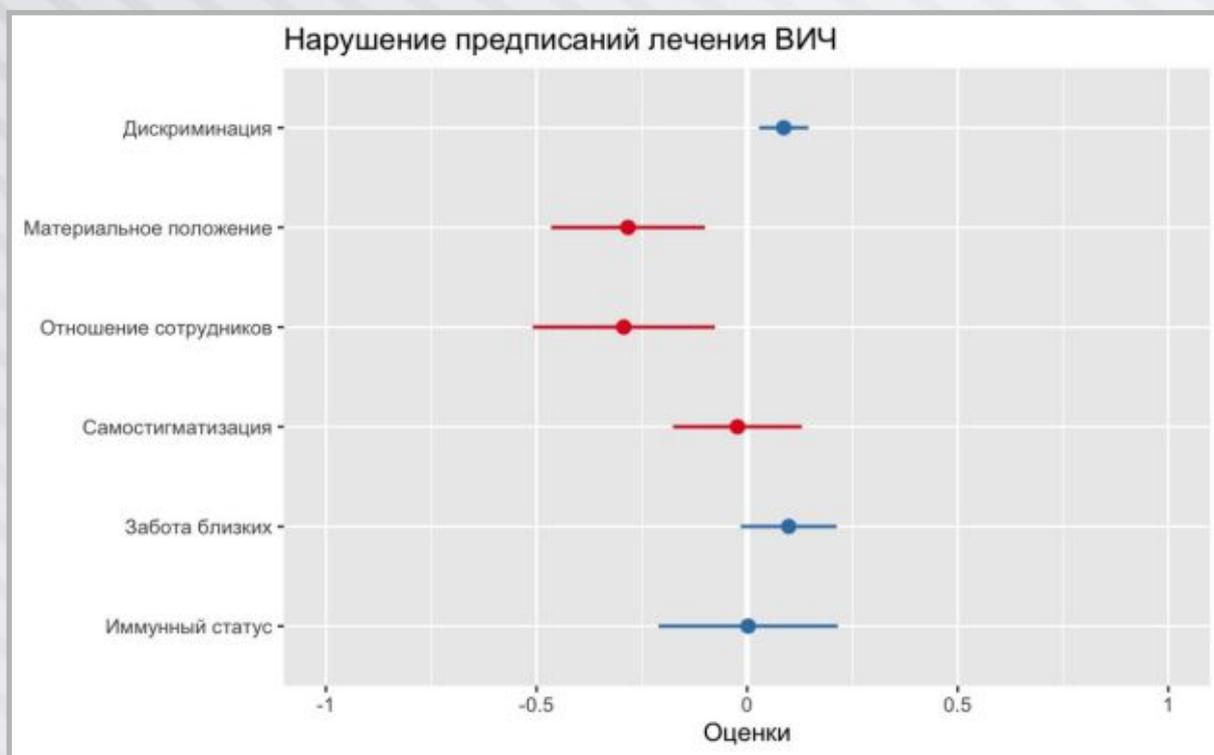
Чувство вины (самостигматизация), забота со стороны близких и иммунный статус респондентов не связаны с нарушением предписаний лечения ВИЧ по результатам проводимого тестирования. Хотя тесты показывают, что эти переменные имеют отрицательную связь с уровнем нарушений предписаний лечения ВИЧ, в них нет статистической значимости ($p > 0.05$). Возможно, незначимый результат получен из-за недостаточного большего размера наблюдений (Рис. 72. «Многомерная линейная модель факторов нарушения предписаний лечения ВИЧ», Рис. 73. «Регрессионные коэффициенты факторов, влияющих на нарушение предписаний лечения ВИЧ»).

Рис. 72. «Многомерная линейная модель факторов нарушения предписаний лечения ВИЧ»

Зависимая переменная:	
нарушение предписаний лечения ВИЧ	
Дискриминация	0.087*** (0.030)
Материальное положение	-0.283*** (0.093)
отношения сотрудников	-0.293*** (0.110)
Самостигматизация	-0.023 (0.078)
Забота близких	0.099* (0.058)
Иммунный статус	0.003 (0.108)
константа	2.741*** (0.554)

Наблюдения	301
R2	0.131
Adjusted R2	0.113
Residual Std. Error	1.809 (df = 294)
F Statistic	7.357*** (df = 6; 294)
=====	
Note:	* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Рис. 73. «Регрессионные коэффициенты факторов, влияющих на нарушение предписаний лечения ВИЧ»



Также методом линейной регрессии выявлялись факторы, оказывающие влияние на постановку респондентов на диспансерный учет в Центр СПИД. Для этого в качестве зависимой переменной использовался ответ на вопрос о постановке на диспансерный учет. Исследуемые переменные – иммунный статус, субъективная оценка уровня угрозы ВИЧ для здоровья, наличие ВИЧ-диссидентских взглядов.

Были протестированы три гипотезы о постановке на диспансерный учет:

Г.7. Иммунный статус положительно связан с постановкой на диспансерный учет.

Г.8. Ситуации напряжения в связи с ВИЧ-инфекцией положительно связаны с постановкой на диспансерный учет.

Г.9. ВИЧ-диссидентство отрицательно связано с постановкой на диспансерный учет.

Гипотезы Г.7 и Г.8 не подтвердились в ходе тестирования: зависимость между иммунным статусом респондентов и фактом постановки на учет не обнаружена, так же как и влияние субъективной оценки уровня угрозы ВИЧ для здоровья (варианты ответа «считаю, что ВИЧ – хроническое заболевание, которое при лечении в долгосрочной перспективе снижает качество жизни» и «считаю, что ВИЧ – тяжелое заболевание, которое не поддается терапии»). Гипотеза Г.9 была обнаружена как не тестируемая, поскольку из всей базы данных ВИЧ-положительных респондентов (N=820) только трое отметили ВИЧ-диссидентское позицию.

Различия результатов у ключевых групп населения

На основании полученных ранее данных качественного исследования было сделано предположение, что у КГН может различаться уровень доступа к услугам лечения ВИЧ,

поскольку опыт взаимодействия Центров СПИД и НКО с различными группами ВИЧ-положительных людей не одинаков. Также для проверки статистическими методами было решено вынести вопрос о различиях в уровне нарушения предписаний лечения ВИЧ и различия в уровне ощущаемого отношения сотрудников медицинских учреждений у КГН. В качестве зависимых переменных мы использовали уровень доступа к услугам лечения ВИЧ, уровень нарушения предписаний лечения и отношение со стороны сотрудников медицинских учреждений. Исследуемая переменная – ключевая группа населения, к которой относит себя респондент.

Для выявления различий между данными, полученными от ключевых групп населения (ЛЖВ, СР, ЛУИН, МСМ, ТГЛ), были проверены три гипотезы:

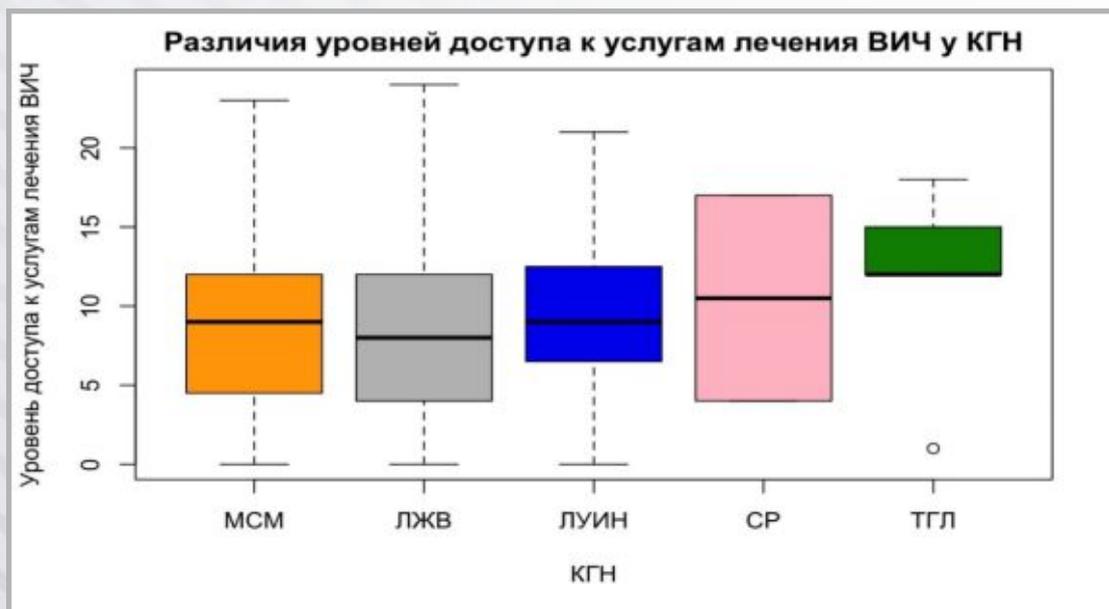
Г10. Уровень доступа к услугам лечения ВИЧ различается у КГН.

Г11. Уровень нарушения предписаний лечения ВИЧ различается у КГН.

Г12. Уровень ощущаемых отношений сотрудников медицинских учреждений различается у КГН.

Для проверки равенства медиан между различными КГН был использован тест Краскела-Уоллиса, так как распределения зависимых переменных оказались ненормальными. По результатам проведенного анализа гипотеза Г10 не подтвердилась, но различия между КГН в гипотезах Г11 и Г12 подтвердились. Доступ к услугам лечения ВИЧ у КГН по полученным данным не различается (Рис. 74. «Различия уровней доступа к услугам лечения ВИЧ у КГН»). Как можно увидеть на графике, среднее число респондентов, имеющих удовлетворительный доступ к лечению, незначительно различается от группы к группе.

Рис. 74. «Различия уровней доступа к услугам лечения ВИЧ у КГН»



Нарушения предписаний лечения ВИЧ различаются не у всех КГН. Статистическую значимость в различиях показали группы МСМ, ЛУИН и ЛЖВ: сравнение уровней нарушений показало, что группа МСМ реже не соблюдает предписания лечения по сравнению с группами

ЛЖВ и ЛУИН (Рис. 75. «Различия уровней нарушения предписаний лечения ВИЧ у КГН»). Иное сопоставление уровней нарушений не имеет статистической значимости (Рис. 76. «Значимость различий уровней нарушения предписаний лечения ВИЧ у КГН»).

Рис. 75. «Различия уровней нарушения предписаний лечения ВИЧ у КГН»

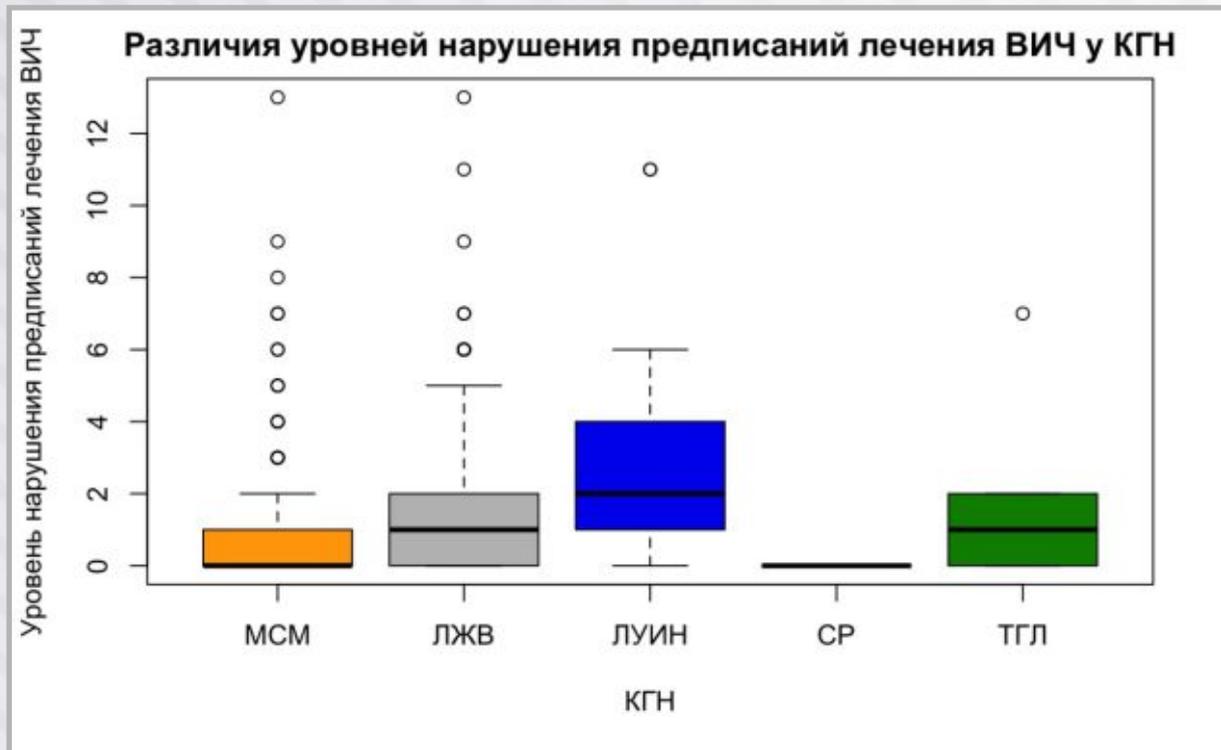


Рис. 76. «Значимость различий уровней нарушения предписаний лечения ВИЧ у КГН»

Сравнение	Z	P.unadj	P.adj
МСМ - ЛЖВ	-4.3526065	1.345285e-05	0.0001345285
МСМ - ЛУИН	-4.2299182	2.337763e-05	0.0002337763
ЛЖВ - ЛУИН	-2.3675826	1.790472e-02	0.1790472113
МСМ - СР	1.0994285	2.715812e-01	1.0000000000
ЛЖВ - СР	1.5903474	1.117565e-01	1.0000000000
ЛУИН - СР	2.115203	3.441263e-02	0.3441262967
МСМ - ТГЛ	-0.9041810	3.658994e-01	1.0000000000
ЛЖВ - ТГЛ	-0.1383845	8.899365e-01	1.0000000000
ЛУИН - ТГЛ	0.7280323	4.665938e-01	1.0000000000
СР - ТГЛ	-1.4213638	1.552110e-01	1.0000000000

Проверка различий в уровне ощущаемого отношения сотрудников медицинских учреждений у КГН также не дала статистически значимых результатов. Тест Краскела-Уоллиса показал, что различия у КГН существуют ($p < 0.02$), однако более близкое сравнение групп не дало значимых результатов по тесту Данна (Рис. 77. «Значимость различий уровней ощущаемого отношения сотрудников медицинских учреждений у КГН»). Мы можем объяснить различие в результатах тестирования небольшим размером некоторых выборок. Таким образом, можно утверждать, что различия в уровне ощущаемого отношения сотрудников медицинских учреждений у КГН различаются, но для получения более детальных данных гипотезу Г12 необходимо проверить на более многочисленных данных в каждой группе.

Рис. 77. «Значимость различий уровней ощущаемого отношения сотрудников медицинских учреждений у КГН»

Сравнение	Z	P. unadj	P. adj
МСМ - ЛЖВ	2.34130761	0.01921633	0.1921633
МСМ - ЛУИН	0.91454819	0.36042887	1.0000000
ЛЖВ - ЛУИН	-0.07582096	0.93956154	1.0000000
МСМ - СР	-0.63430478	0.52588194	1.0000000
ЛЖВ - СР	-0.89628371	0.37010125	1.0000000
ЛУИН - СР	-0.85256173	0.39390239	1.0000000
МСМ - ТГЛ	2.41372307	0.01579046	0.1579046
ЛЖВ - ТГЛ	2.05163742	0.04020491	0.4020491
ЛУИН - ТГЛ	1.97005831	0.04883169	0.4883169
СР - ТГЛ	1.92394702	0.05436122	0.5436122

Выводы

Данные, полученные в ходе количественного этапа исследования барьеров для ключевых групп населения в отношении их доступа к услугам по тестированию и лечению ВИЧ-инфекции, подтвердили полученные на качественном этапе выводы о проблематичности выделения КГН и сосредоточения на них. Так, респонденты, номинально зачисленные в базы данных по ключевым группам населения на основании ссылок Форумов, благодаря которым они прошли онлайн-опрос, не всегда относят себя к соответствующей КГН. Более того, рефлексивные позиции участников опроса о принадлежности к той или иной КГН пересекаются, что позволяет говорить о множественной идентичности респондентов.

Среди барьеров доступа к тестированию на ВИЧ-инфекцию респонденты чаще всего называли отсутствие мотивации и незнание подходящих мест, в которых они могли бы получить эту услугу. В целом ВИЧ-отрицательные респонденты чаще проходят тестирование в негосударственных учреждениях (НКО, частные клиники и лаборатории, самотестирование), а ВИЧ-положительные узнали свой статус по результатам тестирования в учреждениях государственного сектора. Обнаружен временной лаг между постановкой диагноза и постановкой на ДУ от года до трех лет, когда ВИЧ-положительные люди знают о своем диагнозе, но не встают на диспансерный учёт и, соответственно, не получают лечения. Наиболее распространенным барьером для постановки на ДУ является страх разглашения информации о здоровье, что понимается как структурный барьер – недоверие медицинским работникам.

Гипотеза, поставленная по результатам качественного этапа исследования об отрицательной связи между положительным отношением сотрудников ЦС и нарушением предписаний лечения, подтвердилась в ходе анализа. Это значит, что чем лучше отношении персонала ЦС, тем реже ВИЧ-положительные люди нарушают предписания врачей. При этом проверка различий в ощущаемом отношении сотрудников медицинских учреждений у КГН не дала статистически значимых результатов, что не позволяет в условиях нашей выборки выявить КГН, имеющие больший страх и меньшее доверие по отношению к врачам. Тем не менее предосудительное отношение сотрудников ЦС может быть названо одним из значимых барьеров к доступу услуг, связанных с лечением ВИЧ-инфекции.

При этом детальное рассмотрение возможных проблем при посещении ЦС показало, что чаще всего респонденты сталкиваются с такими институциональными барьерами в получении услуг по лечению ВИЧ-инфекции, как отсутствие возможностей для предварительной записи, большие очереди, неудобное расположение ЦС. Среди названных проблем в городах проекта «КАСКАД» (Москва, Санкт-Петербург, Челябинск) наиболее часто встречаются первая и третья.

На основании проведенных статистических тестов была выявлена положительная связь дискриминации и нарушений предписания лечения ВИЧ, т.е. чем выше дискриминация, тем больше нарушений предписаний врача. При этом статистически-значимые признаки дискриминации при дескриптивном анализе выявлены не были: из всего спектра предложенных ситуаций, в которых человек мог бы почувствовать дискриминацию по причине ВИЧ-положительного статуса, ни одна не была названа как наиболее часто случающаяся для большинства респондентов. Только такой вариант ответа, как «отказ моего ВИЧ-отрицательного партнера продолжать строить со мной взаимоотношения дальше», был отмечен как часто встречающаяся ситуация более 100 раз, но это значение не является статистически значимым и не представляет собой ситуацию дискриминации со стороны учреждений, предоставляющих каскад услуг. Однако удалось выявить иные личные барьеры для лечения ВИЧ-инфекции среди причин эмоционального напряжения в связи с ВИЧ-

инфекцией: необходимость сообщать подробности о сексуальных партнерах, необходимость скрывать прием препаратов от окружающих.

Барьерами для получения АРВ-терапии в основном являются институциональные ограничения, а именно: недостаточное количество инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами, и недостаточное количество объяснений по схеме лечения. Другим распространенным барьером являются побочные эффекты от препаратов. При этом различий между КГН по барьерам получения АРВ-терапии обнаружено не было, как и статистически значимых конкретных примеров частых нарушений схемы лечения. Однако, сравнения частоту нарушений предписаний лечения ВИЧ методом статистического тестирования, было обнаружено, что ЛУИН и ЛЖВ чаще, чем группа МСМ, отклоняется от назначенных схем лечения. При этом доступ к услугам, судя по результатам проведенного анализа, статистически не различается между КГН.

В отношении СР выявлена следующая специфика – для данной группы свойственно проходить тестирование на ВИЧ-инфекцию в негосударственном секторе. Респонденты группы СР в качестве специфических барьеров тестирования на ВИЧ-инфекцию чаще, чем в других КГН, отмечают такие институциональные барьеры, как неудобная работа ЦС, отсутствие тестов в медучреждении, и такой личный барьер, как страх оказаться ВИЧ-инфицированным человеком. При этом СР реже остальных КГН «не видят необходимости сдавать тест на ВИЧ». Чаще всего респонденты группы СР оценивают свой материальный статус достаточно высоко – на 5 баллов из 6, а также не отмечают в других вопросах финансовых барьеров к доступу тестирования и лечения ВИЧ. Респондентам группы СР чаще приходится сталкиваться с институциональными барьерами посещения Центра СПИД (большие очереди, недостаточное число инструкций по схеме лечения, побочные эффекты).

В отношении ЛУИН выявлена следующая специфика – среди ЛУИН доля ответов, связанная с ВИЧ-диссидентством, выше, чем в других группах – приверженность подобным взглядам также является одним из барьеров тестирования на ВИЧ-инфекцию в этой группе. ЛУИН чаще всего проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию в государственных учреждениях. Респонденты показывают наиболее специфическую картину по барьерам к тестированию в целом: в отличие от других КГН они не выбирают варианты ответа «сдавал(а) тест, но пока не знаю результат», «неудобно работает процедурный кабинет», «не было тестов в медицинском учреждении» и «боюсь узнать результат», но доля их ответов об отсутствии веры в ВИЧ-инфекцию и страхе оказаться ВИЧ-инфицированными выше, чем у других групп. Респонденты группы ЛУИН оценивают свое материальное положение в 2 балла из 6 возможных, при этом такая проблема, как покупка АРВ-препаратов за личные деньги, чаще беспокоит именно ЛУИН по сравнению с другими КГН. Среди возможных проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, ЛУИН меньше, чем представителей других ключевых групп, волнуют вопросы, связанные с гендером и сексуальной ориентацией, но они демонстрируют

большую тревогу из-за возможности задержаний полицией по причине наличия наркотиков. В отношении МСМ выявлена следующая специфика – для тестирования на ВИЧ респонденты из этой группы в равной степени использовали услуги государственных и негосударственных организаций. Препятствием к этому они чаще, чем другие группы, называют недостаток информации о доступных местах для тестирования на ВИЧ. МСМ также чаще других КГН говорят об отсутствии тестов на ВИЧ в медучреждениях и страхе разглашения диагноза. Недоверие медицинским работникам, выраженное в страхе разглашения информации о здоровье, также является наиболее часто называемым барьером для постановки на ДУ. МСМ в целом чаще сталкиваются с индивидуальными барьерами в процессе получения каскада услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, чем с институциональными. МСМ показывают более благополучное финансовое состояние и оценивают свое материальное положение в среднем на 5 баллов из 6. Среди возможных неприятностей, которые может доставить статус ВИЧ-инфицированного, МСМ больше всего волнует страх уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции, в том числе в сравнении с другими КГН.

В отношении ТГЛ выявлена следующая специфика – тестирование на ВИЧ-инфекцию эта группа чаще проходит в негосударственных учреждениях. Среди препятствий к тестированию ТГЛ чаще называют индивидуальные барьеры. Наибольшая доля участников опроса отмечают отсутствие необходимости проходить тест на ВИЧ-инфекцию, в том числе по сравнению с другими КГН. ТГЛ показывают благополучное финансовое состояние и оценивают свое материальное положение в среднем на 5 баллов из 6. Институциональные барьеры при посещении ЦС встречаются ТГЛ реже, чем другим КГН, так же как возможные проблемы, связанные с АРТ. В то же время были выявлены специфические ситуации эмоционального напряжения для группы ТГЛ. Они чаще респондентов из других групп отмечали следующие причины: необходимость менять свой образ жизни, некомпетентность врачей в вопросах гендера, несоответствие гендера записи в документах. При этом их не волнуют проблемы, распространенные среди других ключевых групп (такие как негативное влияние АРВ на внешность, покупка АРВ-препаратов за личные деньги, страх вызова полиции из-за наркотиков).

В отношении ЛЖВ выявлена следующая специфика – ЛЖВ, как правило, проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию в государственных учреждениях. Проблемы тестирования и постановки на ДУ у ЛЖВ соответствуют общим выводам по всей базе данных. Респонденты данной КГН отмечают низкий материальный статус: 3 из 6 баллов. Среди ЛЖВ чаще, чем в других группах, встречается такой барьер к регулярному приему АРВ, как представление о том, что препараты негативно влияют на внешность.

Заключение

Опираясь на проведенное исследование, включившее в себя качественные экспертные интервью и количественный онлайн-опрос, необходимо сделать несколько основных выводов.

Для россиян в целом самосохранительное поведение не является культурной нормой и не приводит к ответственному отношению к здоровью в рискованных ситуациях или при наличии рискованных практик. Большинство респондентов, принявших участие в опросе (55,48 %), узнали о своем положительном ВИЧ статусе случайно, в ходе других медицинских процедур. И только одна пятая часть опрошенных (20,6 %) обратились за тестированием после рискованной ситуации. Рутинный мониторинг ВИЧ-статуса не является частью повседневной заботы о себе. Так, среди КГН примерно половина тех, кто не проходил тестирование на ВИЧ, считают, что в этом не было необходимости.

Несмотря на развитие инфраструктуры по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ-инфекции, в среднем четверть респондентов из КГН не знают, где можно сдать тест на ВИЧ. При этом возможности для тестирования представлены и государственными и негосударственными институциями, включая опцию самотестирования. Среди респондентов, знающих о своем ВИЧ статусе, 59,6 % проходили тестирование в государственных медицинских учреждениях, 20,6 % в негосударственных медицинских учреждениях, 12,2 % в НКО, использовали самотестирование 4,8 %.

Экспертные интервью показали, что все организации, занимающиеся тестированием и выявлением ВИЧ-положительного статуса, проводят послетестовое консультирование и инструктируют клиентов о дальнейших шагах, необходимости постановки на диспансерный учет в ЦС. Однако, как показало исследование, существует временной лаг между выявлением ВИЧ-инфекции и постановкой на ДУ. Эксперты указывают, что постановка на ДУ дело добровольное и насильно заставить человека нельзя. В связи с этим важна консолидация усилий государственного и некоммерческого сектора по сокращению временного разрыва между установлением диагноза и постановкой на учет в Центр СПИД с дальнейшим получением медицинской помощи.

Институциональные барьеры являются основными для респондентов при принятии ими решения встать на диспансерный учет с последующим диспансерным наблюдением. Респонденты отмечают как наиболее важные: невозможность записаться на прием в ЦС через интернет и большие очереди, неудобное расположение и тесное помещение. А существенными барьерами при приеме АРТ респонденты считают ее побочные эффекты, недостаточное количество инструкций по совмещению препаратов, недостаточное количество объяснений по назначенной схеме лечения или её замене от врача.

По-прежнему существует проблема страха и низкого доверия к врачам со стороны части ЛЖВ, особенно ЛУИН и ТГЛ. Между тем, как показал регрессионный анализ, позитивное отношение сотрудников ЦС к пациентам повышает уровень приверженности лечению.

Исследование показало, что КГН не являются автономными и гомогенными. Несмотря на то что приглашение к участию в опросе распространялось через Форумы КГН, только порядка двух пятых респондентов отнесли себя к одной ключевой группе. Примерно одна пятая часть

указали на свою принадлежность к нескольким ключевым группам. Ряд представителей КГН отметили, что относятся и к другим группам населения, имеющими трудности на этапах тестирования и лечения ВИЧ-инфекции, таким как МСЛ, мигранты, люди без регистрации.

Эксперты в интервью указывают, что выделять узкие КГН и сосредотачивать на них профилактическую работу чревато проблемами. Есть категории граждан, также подверженные риску заражения ВИЧ-инфекцией, но зачастую не охваченные или слабо/недостаточно охваченные профилактической работой и немедицинскими сервисами (мигранты, МЛС, женщины вне периода беременности, подростки, люди старшего возраста и т.д.).

В то же время, опираясь на ответы респондентов, принявших участие в анкетировании, важно отметить, что

- для СР, охваченных исследованием, ключевыми препятствиями при постановке на ДУ являются институциональные барьеры – неудобный график работы ЦС, большие очереди, тесное помещение, недостаточная (для понимания и усвоения) глубина и ясность разъяснений по назначенной схеме лечения или её замене. При этом СР реже остальных КГН «не видят необходимости сдавать тест на ВИЧ», но предпочитают делать это в негосударственном секторе;

- МСМ, принявшие участие в опросе, чаще, чем другие группы, указывают на недостаток информации о доступных местах для тестирования на ВИЧ. Среди возможных ограничений и неудобств, связанных с ВИЧ-инфекцией, МСМ больше всего волнует страх уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции, в том числе в сравнение с другими КГН;

- среди ЛУИН, включенных в опрос, доля ответов, связанная с ВИЧ-диссидентством, выше, чем в других группах, – среди них приверженность подобным взглядам также является одним из барьеров для тестирования на ВИЧ-инфекцию. При этом эта группа ниже всех оценивает свое материальное состояние и их чаще других КГН беспокоит покупка АРВ-препаратов за личные деньги. Представители ЛУИН демонстрируют низкий уровень доверия медицинским учреждениям и показывают большую тревогу из-за возможности ареста полицией из-за наркотиков;

- большая доля ТГЛ, принявших участие в исследовании, отмечают отсутствие необходимости проходить тест на ВИЧ-инфекцию, в том числе по сравнению с другими КГН. ТГЛ чаще других групп отмечали ситуацию напряжения, связанную с некомпетентностью врачей в вопросах гендера и сексуальных предпочтений людей. Указан специфический барьер для ТГЛ — несоответствие гендера и записи в паспорте;

- ЛЖВ, принявшие участие в опросе, узнавали о своем статусе в большинстве случаев в государственных медицинских учреждениях при ситуациях, связанных с другими медицинскими мероприятиями (диспансеризация, операция, беременность). Проблемы тестирования и постановки на ДУ у ЛЖВ соответствуют общим выводам, сделанным по всему массиву полученных данных. Среди ЛЖВ чаще, чем в других группах, встречается такой

барьер к регулярному приему АРТ, как представление о том, что препараты негативно влияют на внешность.

Как и любое исследование, данный проект тоже имеет свои ограничения: а) качественная методология (экспертные интервью) не даёт возможности экстраполировать результаты; б) ограничения онлайн-опроса, связанные со структурой и размером выборок каждой КГН, могли оказать влияние на полученные результаты. Проверка выдвинутых гипотез на более обширной базе данных поможет получить более подробные и взвешенные результаты. Тем не менее в данном отчете представлены основные барьеры на различных этапах каскада тестирования и лечения и ВИЧ-инфекции и протестирована их значимость, что говорит о достигнутой цели исследования.

Рекомендации

В ходе интервью в рамках качественного исследования эксперты озвучили рекомендации по преодолению барьеров в тестировании, диспансеризации и АРВ-терапии:

Развитие интегрированной и системной помощи наркопотребителям. Чтобы повысить посещаемость Центра СПИД со стороны ЛУИН, необходимо развитие и усиление межведомственного взаимодействия в сфере оказания помощи наркопотребителям между ЦС, наркологическими и противотуберкулезными диспансерами/больницами и НКО. Необходимо включить в программные расходы НКО, работающих с ЛУИН и СР-ЛУИН, и медицинских учреждений закупку налоксона.

Развитие помощи КГН, находящимся в сложной жизненной и финансовой ситуации. Необходимо развить систему материальной поддержки тех представителей КГН, которые находятся в тяжелом материальном положении, включая предоставление продуктовых наборов для мотивации посещения ЦС, для постановки на диспансерный учет и оплату проезда до ЦС. Тяжелое материальное положение некоторых представителей КГН (в особенности ЛУИН) повышает риск отказа от постановки на учет в ЦС и приема АРТ. Необходимо рассматривать ЛЖВ с низкими доходами как отдельную уязвимую группу, которая требует дополнительного внимания.

Развитие системы поддержки для людей, освободившихся из мест лишения свободы. Создание системы взаимодействия между ГУФСИН, общественными организациями, медицинскими учреждениями по обмену информацией и в случае необходимости закреплению за пациентом социальных работников/кейс-менеджеров.

Ввести тестирование на ВИЧ-инфекцию осужденных, готовящихся к освобождению. Необходимо рассмотреть вопрос о внесении в Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, утвержденный приказом Министерства юстиции РФ от 28 декабря 2017 г. N 285, обследования на ВИЧ-инфекцию осужденных, имевших длительные свидания и иных

категорий осужденных по клиническим показаниям, а также обследования на ВИЧ-инфекцию осужденных, готовящихся к освобождению.

Ввести обязательную явку в ЦС для лиц, освобождаемых из мест заключения, для постановки на диспансерный учет и получения АРТ (внести изменения в ФЗ N 64-ФЗ «Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы»).

Ввести практику назначения следующих дополнительных обязанностей для осужденных к условному наказанию, освобождаемым условно-досрочно: обследование на ВИЧ-инфекцию; диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции; соблюдение режима приема лекарственных препаратов и т.п.

Определить порядок оказания медицинской помощи, в частности АРВ-терапии, для граждан РФ, зарегистрированных по месту жительства на территории одного субъекта Российской Федерации, но временно пребывающих в другом регионе без регистрации, а также источники финансирования и порядок компенсации средств регионального бюджета на АРТ для указанной категории граждан.

Своевременная АРВ-терапия. Необходимо информирование ЛЖВ, в том числе представителей КГН, медицинских работников о современных схемах лечения, доступных в РФ. Необходима организация адвокационных кампаний по государственной закупке современных АРТ препаратов, их включения в перечень жизненно важных лекарственных средств. Простота приёма и сокращение побочных эффектов позволят закрепить приверженность АРВ-терапии, уменьшить число слухов о «плохой» терапии.

Интеграция услуг для ЛЖВ/ТГЛ. Для повышения приверженности к лечению ВИЧ-инфекции у ТГЛ важно, чтобы инфекционист и эндокринолог работали «в связке» при назначении АРТ для своевременного решения вопросов, связанных с побочными эффектами, и снятия возникающих страхов о несовместимости АРТ и гормональной терапии.

Необходимо продолжить работу по увеличению охвата АРВ-терапией. С учётом ежегодного выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в трёх регионах проекта (по представленным в отчете данным), не менее 6 тысяч человек должны быть дополнительно обеспечены АРВ-терапией. Кроме того, потери на разных этапах каскада лечения в трёх регионах составляют значительные цифры: от 45 до 54 % от доли людей, живущих с ВИЧ, не состоят на ДУ (это более 86 тыс. человек в трёх регионах); от тех, кто состоит на ДУ, АРТ получают от 64 % в Москве до 85 % в Челябинске (около 14 тыс. человек, состоящих на ДУ, не получают АРТ в трёх регионах). Точных цифр сошедших с лечения нет, но в разных регионах они колеблются от 7 до 20 % от всего количества получающих АРТ. Для решения данной задачи необходимо увеличить федеральный и региональный бюджет на закупку АРВ-

³⁷ Например, Джзулука и другие <https://www.itpcru.org/2021/09/20/v-rossii-zaregistrirovan-novyj-kombinirovannyj-preparat-dlya-lecheniya-vich-infekczii/>. Речь идёт также о менее дорогих препаратах, но клинически более оптимальных.

препаратов, в региональной части также предусмотрев лечение временно проживающих. Расчет стоимости не входит в задачи исследования, однако можно привести данные по стоимости годового курса лечения наиболеекупаемыми в 2020 году АРВ-препаратами, по данным ИТРС: от 25 711 до 105 273 рублей на одного пациента в год.

Работа по снижению стигматизации и дискриминации. Необходимо повышение сензитивности медицинского персонала при работе со стигматизируемыми группами населения: использование корректной лексики и терминологии, отсутствие предосудительного отношения к человеку из-за его образа жизни, сексуальной и гендерной идентичности. Работа над дестигматизацией должна вестись не только среди медработников, но и среди общего населения. И не только по снижению стигмы ВИЧ, но и стигмы наркопотребления, нахождения в местах лишения свободы, туберкулеза. Необходимо больше открытых лиц, больше визуализированных актов принятия ВИЧ-позитивных людей, медийных персон и официальных лиц, открыто сообщающих, что они ВИЧ-положительны или живут с ВИЧ-положительным партнером. Эксперты отмечают положительную роль блогеров в поднятии вопросов о ВИЧ: «Тут ещё спасибо Дудю можно сказать. Тогда был вообще всплеск тестирований очень большой» (Санкт-Петербург, инт. № 12, сотрудник медучреждения).

Информирование населения. Дестигматизация ВИЧ-инфекции и ЛЖВ за счёт информирования населения и отказа от обвинительной риторики со стороны государственных органов власти и СМИ. Это может происходить за счёт повышения видимости ЛЖВ и ВИЧ-положительных людей из разных КГН, их опыта совладания с хроническим заболеванием. Остро необходимо просвещение населения: необходимо предоставлять людям актуальную информацию о том, что такое ВИЧ, как он лечится, формировать понимание того, что при своевременном приеме терапии уровень жизни не меняется, что вовремя пройденное обследование предупреждает последствия. Важно распространение информации о бесплатности медицинской помощи, в т.ч. через социальную рекламу. Проводить информационные кампании для КГН о тех мифах, которые существуют в отношении приема АРТ и ее сочетании с употреблением алкоголя, ПАВ, гормональной терапии. Мотивировать медицинских специалистов о необходимости говорить об этих мифах с ЛЖВ во время консультирования.

Повышение компетентности медицинских работников в отношении особенностей КГН. Для того чтобы «говорить с КГН на одном языке» и снизить стигматизацию со стороны медицинского персонала, необходимо повышение уровня компетенции медицинских работников в ЦС в специфике образа жизни каждой КГН, существовании разных сексуальных практик, употреблении различных ПАВ: «Ну и скажу я ей [врачу], что я употребляю такие-то наркотики, а она все равно не поймет» (Москва, инт. № 6, представитель ЛУИН). Это позволит выстроить более доверительные отношения между пациентом и врачом. Для снижения

³⁸ <https://www.itpcru.org/wp-content/uploads/2021/05/arvt-2020-final-28.05.21.pdf>.

гендерной дисфории у ТГЛ при посещении ЦС информировать медицинских работников об основных психоземotionalных проблемах ТГЛ; обучить медицинских работников корректному общению с ТГЛ (использование корректных обращений и окончаний при обращении к ТГЛ). Также важно подстроить инфраструктуру ЦС к посещению ТГЛ (например, открыть гендерно-нейтральный туалет), чтобы избежать стигматизирующих и конфликтных ситуаций в ожидании приема.

Доверительные отношения между врачом и пациентом. Необходима работа по развитию и созданию доверия между врачом и пациентом.

Сексуальное образование. Необходимо сделать возможным сексуальное образование школьников.

Психологическая поддержка. Развитие системы поддержки для семей и родственников ЛЖВ для формирования принимающей среды в близком окружении. Поддержка сопровождающего равного консультанта на приемах в Центре СПИД. Работа по снижению эмоционального выгорания медицинских работников и организация специальных обязательных курсов.

Филиалы Центра СПИД, кабинеты инфекционных заболеваний в районных поликлиниках. Необходимо увеличение количества доступных мест, где можно сдавать анализы и получать терапию. В районе проживания это делать значительно комфортнее.

Борьба с ВИЧ-диссидентством. Необходима блокировка на государственном уровне сайтов ВИЧ-диссидентов.

Усиление роли НКО. Необходимо привлечение НКО, равных консультантов к работе с медицинским персоналом для обучения взаимодействию с теми или иными КГН. Это необходимо для преодоления барьеров между ЛЖВ и медицинскими работниками, которые могут не знать о специфических проблемах той или иной группы населения. Важно создать систему обеспечения НКО необходимыми ресурсами для противодействия распространению ВИЧ и работы с ЛЖВ и изменить закон об иностранных агентах, представляющий собой существенное препятствие в контроле за эпидемией ВИЧ-инфекции среди труднодоступных групп населения. Необходимо финансирование и тиражирование успешных практик социальных проектов для КГН, а также бесплатные образовательные программы для КГН, чтобы они могли помогать людям как равные консультанты.

Вовлечение людей, живущих с ВИЧ, в мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции. Силами НКО, работающих с КГН, представителями КГН (за счет субсидирования деятельности из регионального бюджета; выделения грантов на федеральном и региональном уровне) необходимо создавать группы поддержки; оказывать психологическую помощь и эмоциональную поддержку; правовую поддержку; проводить информационную и правозащитную кампании для населения с целью повышения информированности о стигме и дискриминации в связи с ВИЧ.

Приложение 1. Половозрастная структура участников опроса с дезинтеграцией по ВИЧ-статусу (N=1646)

ВИЧ - статус	возраст	Половозрастная структура участников опроса									
		женщины		мужчины		трансгендерные женщины		трансгендерные мужчины		другое	
		числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент
все участники опроса	<20	61,00	8,44	101,00	12,41	6,00	15,00	13,00	34,21	14,00	45,16
	21 -25	102,00	14,11	132,00	16,22	13,00	32,50	8,00	21,05	9,00	29,03
	26 -30	102,00	14,11	119,00	14,62	8,00	20,00	4,00	10,53	3,00	9,68
	31 -35	123,00	17,01	144,00	17,69	7,00	17,50	4,00	10,53	1,00	3,23
	36 -40	159,00	21,99	155,00	19,04	3,00	7,50	3,00	7,89	1,00	3,23
	41 -45	98,00	13,55	93,00	11,43	2,00	5,00	3,00	7,89	2,00	6,45
	46-50	54,00	7,47	48,00	5,90	1,00	2,50	2,00	5,26	0,00	0,00
	51 -55	17,00	2,35	15,00	1,84	0,00	0,00	1,00	2,63	0,00	0,00
	56 -60	7,00	0,97	6,00	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	3,23
	>60	0,00	0,00	1,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	итого	723,00		814,00		40,00		38,00		31,00	
не знают о ВИЧ-статусе	<20	35,00	39,77	35,00	39,33	3,00	37,50	8,00	50,00	8,00	57,14
	21 -25	23,00	26,14	14,00	15,73	1,00	12,50	1,00	6,25	2,00	14,29
	26 -30	10,00	11,36	8,00	8,99	2,00	25,00	3,00	18,75	1,00	7,14
	31 -35	7,00	7,95	18,00	20,22	1,00	12,50	2,00	12,50	1,00	7,14
	36 -40	8,00	9,09	7,00	7,87	1,00	12,50	0,00	0,00	0,00	0,00
	41 -45	2,00	2,27	2,00	2,25	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	7,14
	46-50	2,00	2,27	5,00	5,62	0,00	0,00	1,00	6,25	0,00	0,00
	51 -55	1,00	1,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	56 -60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	6,25	1,00	7,14
	>60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	итого	88,00		89,00		8,00		16,00		14,00	
ВИЧ-отр	<20	23,00	9,87	55,00	17,57	3,00	11,54	5,00	22,73	6,00	33,33
	21 -25	71,00	30,47	86,00	27,48	11,00	42,31	7,00	31,82	8,00	44,44

ВИЧ-отр	26 -30	45,00	19,31	57,00	18,21	3,00	11,54	1,00	4,55	2,00	11,11
	31 -35	37,00	15,88	45,00	14,38	4,00	15,38	2,00	9,09	0,00	0,00
	36 -40	25,00	10,73	39,00	12,46	2,00	7,69	3,00	13,64	1,00	5,56
	41 -45	16,00	6,87	13,00	4,15	2,00	7,69	3,00	13,64	1,00	5,56
	46-50	9,00	3,86	11,00	3,51	1,00	3,85	1,00	4,55	0,00	0,00
	51 -55	6,00	2,58	3,00	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	56 -60	1,00	0,43	4,00	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	>60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	итого	233,00		313,00		26,00		22,00		18,00	
ВИЧ-положительные	<20	3,00	0,75	11,00	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	21 -25	8,00	1,99	32,00	7,77	1,00	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00
	26 -30	47,00	11,69	54,00	13,11	3,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	31 -35	79,00	19,65	81,00	19,66	2,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00
	36 -40	126,00	31,34	109,00	26,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	41 -45	80,00	19,90	78,00	18,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	46-50	43,00	10,70	32,00	7,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	51 -55	10,00	2,49	12,00	2,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	56 -60	6,00	1,49	2,00	0,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	>60	0,00	0,00	1,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	итого	402,00		412,00		6,00		0,00		0,00	

Приложение 2. География участников за исключением городов реализации проекта «КАСКАД» с дезинтеграцией по ВИЧ-статусу (N=840)

	не знают	ВИЧ -	ВИЧ +	итого		не знают	ВИЧ -	ВИЧ +	итого
Автономная Республика Крым	1	4	4	9	Пермский край	4		19	23
Алтайский край			7	7	Приморский край	2	2	1	5
Амурская область		1	1	2	Псковская область		3	3	6
Архангельская область	1	4	7	12	Республика Адыгея			2	2
Белгородская область	1	2		3	Республика Башкортостан	4	6	11	21
Брянская область	1			1	Республика Дагестан	1	1	1	3
Владимирская область			4	4	Республика Ингушетия		1		1
Волгоградская область	2	2	3	7	Республика Карелия		1		1
Вологодская область	1	2	2	5	Республика Коми			3	3
Воронежская область	5	4	4	13	Республика Мордовия	1	1		2
Город Севастополь		1		1	Республика Саха (Якутия)		1		1
Еврейская автономная область	1			1	Республика Татарстан	4	12	15	31
Забайкальский край	1			1	Республика Хакасия			4	4
Ивановская область	1		3	4	Республика Бурятия		2	1	3
Иркутская область	5	7	12	24	Ростовская область	3	11	12	26
Кабардино -Балкарская Республика			1	1	Рязанская область	1	1	4	6
Калининградская область	3	2	8	13	Самарская область	1	5	21	27
Калужская область	2	2	2	6	Саратовская область	4	5	1	10
Камчатский край			1	1	Сахалинская область		1	1	2
Кемеровская область		5	19	24	Свердловская область	5	37	29	71
Кировская область		2		2	Смоленская область		1	3	4
Костромская область	1		1	2	Ставропольский край	2	2	2	6
Краснодарский край	5	11	24	40	Тамбовская область		4		4

Красноярский край	3	7	14	24	Тверская область	1	2	1	4
Курганская область	1	2		3	Томская область	2	11	6	19
Курская область		2		2	Тульская область	3	3	2	8
Ленинградская область	1	1	5	7	Тюменская область	1		1	2
Липецкая область			2	2	Удмуртская Республика		1	1	2
Московская область	4	7	20	31	Удмуртская Республика		1	2	3
Мурманская область			1	1	Ульяновская область	1		2	3
Нижегородская область	2	6	11	19	Хабаровский край		1	1	2
Новгородская область			4	4	ХМАО ЮГРА		2	3	5
Новосибирская область	3	28	65	96	Челябинская область			62	62
Омская область		8	15	23	Чувашская Республика		2	5	7
Оренбургская область	3	2	9	14	Ярославская область		4	2	6
Орловская область			2	2	другое	13	32	15	60
Пензенская область	1	3	2	6					

Приложение 3. Барьеры тестирования ВИЧ-инфекции с дезинтеграцией по КГН, чел. (N=235)

Ответ на вопрос с множественным выбором: «Почему Вы не сдавали тест на ВИЧ-инфекцию?»	СР	ЛУИН	МСМ	ТГЛ	всего по КГН	не в КГН (ВИЧ -)	всего по базе (КГН пересекаются)
не было необходимости	2	4	38	28	72	69	141
боюсь узнать результат	3	0	13	5	21	18	39
боюсь оказаться ВИЧ-положительным(ой)	1	3	12	5	21	15	36
боюсь разглашения результата, если он окажется положительным	2	1	14	4	21	4	25
не знаю, где сдать тест на ВИЧ-инфекцию	3	2	24	10	39	25	64
не было тестов в медицинском учреждении	2	0	12	4	18	11	29
неудобно работает процедурный кабинет	3	0	11	0	14	3	17
сдавал(а) тест, но пока не знаю результат	2	0	2	1	5	3	8
считаю, что ВИЧ-инфекция не существует	1	1	2	2	6	1	7
другое	2	0	9	2	13	8	21

Приложение 4. Барьеры диспансерного наблюдения ВИЧ-инфекции с дезинтеграцией по КГН (N=307)

Ответ на вопрос с оценочной шкалой: « Как часто Вы сталкиваетесь со следующими проблемами при диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ -инфекцией? Оцените каждую возможную проблему»	С Р	ЛУИН	МСМ	ТГЛ	ЛЖВ	всего по КГН
не подходит график работы центра СПИД/инфекционного кабинета (никогда)	5	22	104	3	229	363
не подходит график работы центра СПИД/инфекционного кабинета (редко)	2	15	96	2	180	295
не подходит график работы центра СПИД/инфекционного кабинета (часто)	1	5	45	0	62	113
неудобно расположен центр СПИД/инфекционный кабинет (никогда)	3	13	116	2	228	362
неудобно расположен центр СПИД/инфекционный кабинет (редко)	2	5	58	2	96	163
неудобно расположен центр СПИД/инфекционный кабинет (часто)	3	24	71	1	147	246
отсутствует возможность записаться на прием через интернет (никогда)	3	16	76	1	182	278
отсутствует возможность записаться на прием через интернет (редко)	2	7	34	3	83	129
отсутствует возможность записаться на прием через интернет (часто)	3	19	135	1	206	364
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам (никогда)	0	12	68	1	141	222
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам (редко)	2	15	91	1	173	282
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам (часто)	6	15	86	3	157	267
тесное помещение (никогда)	4	22	101	1	237	365
тесное помещение (редко)	0	11	64	2	104	181
тесное помещение (часто)	4	9	80	2	130	225
отсутствуют нужные документы/регистрация (никогда)	6	35	184	2	392	619
отсутствуют нужные документы/регистрация (редко)	2	5	36	3	60	106
отсутствуют нужные документы/регистрация (часто)	0	2	25	0	19	46
не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача (никогда)	3	22	125	2	230	382
не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача (редко)	3	12	91	1	163	270

не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача (часто)	2	8	29	2	78	119
не на кого оставить домашние дела (никогда)	5	31	197	3	303	539
не на кого оставить домашние дела (редко)	3	7	34	1	111	156
не на кого оставить домашние дела (часто)	0	4	14	1	57	76
трудно выбрать время для посещения в связи с работой (никогда)	4	20	90	2	199	315
трудно выбрать время для посещения в связи с работой (редко)	1	8	85	2	161	257
трудно выбрать время для посещения в связи с работой (часто)	3	14	70	1	111	199
забываю посещать центр СПИД (никогда)	5	29	221	4	407	666
забываю посещать центр СПИД (редко)	3	9	18	1	45	76
забываю посещать центр СПИД (часто)	0	4	6	0	19	29
разглашение диагноза (никогда)	7	36	202	3	363	611
разглашение диагноза (редко)	0	5	31	2	78	116
разглашение диагноза (часто)	1	1	12	0	30	44
отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти (никогда)	2	15	138	3	216	374
отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти (редко)	2	12	78	2	191	285
отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти (часто)	4	15	29	0	64	112
боюсь встретить в центре СПИД знакомых и родственников (никогда)	8	33	102	0	256	399
боюсь встретить в центре СПИД знакомых и родственников (редко)	0	4	89	2	107	202
боюсь встретить в центре СПИД знакомых и родственников (часто)	0	5	54	3	108	170
боюсь, что в центре СПИД меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность (никогда)	7	33	156	1	367	564
боюсь, что в центре СПИД меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность (редко)	0	6	52	1	69	128
боюсь, что в центре СПИД меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность (часто)	1	3	37	3	35	79
боюсь, что кто-то узнает о моей сексуальной ориентации (никогда)	7	38	132	1	450	628
боюсь, что кто-то узнает о моей сексуальной ориентации (редко)	1	2	59	2	14	78
боюсь, что кто-то узнает о моей сексуальной ориентации (часто)	0	2	54	2	7	65

Приложение 5. Барьеры приема АРВ-терапии с дезинтеграцией по КГН (N=287)

Ответ на вопрос с оценочной шкалой: « Как часто Вы сталкиваетесь/сталкивались со следующими ситуациями в связи с приёмом АРВ -терапии? Оцените каждую возможную ситуацию»	СР	ЛУИН	МСМ	ТГЛ	ЛЖВ	всего по КГН
отсутствие нужного препарата (никогда)	2	23	157	2	293	477
отсутствие нужного препарата (редко)	4	16	75	3	149	247
отсутствие нужного препарата (часто)	2	3	8	0	20	33
не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения (никогда)	4	25	143	2	266	440
не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения (редко)	2	10	71	2	124	209
не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения (часто)	2	7	26	1	72	108
недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами, которые мне нужно принимать регулярно (никогда)	3	24	141	1	260	429
недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами, которые мне нужно принимать регулярно (редко)	2	10	57	1	109	179
недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами, которые мне нужно принимать регулярно (часто)	3	8	42	3	93	149
усложнение/изменение врачом схемы АРВ -терапии без медицинских показаний (никогда)	3	27	180	2	338	550
усложнение/изменение врачом схемы АРВ -терапии без медицинских показаний (редко)	3	13	46	2	99	163
усложнение/изменение врачом схемы АРВ-терапии без медицинских показаний (часто)	2	2	14	1	25	44
пропуск приёма таблеток более двух дней в месяц из-за забывчивости, усталости и т.п. (никогда)	3	18	176	3	282	482
пропуск приёма таблеток более двух дней в месяц из-за забывчивости, усталости и т.п. (редко)	3	19	54	2	152	230
пропуск приёма таблеток более двух дней в месяц из-за забывчивости, усталости и т.п. (часто)	2	5	10	0	28	45
пропуск приема таблеток из-за алкогольного/наркотического опьянения (никогда)	4	24	199	3	392	622
пропуск приема таблеток из-за алкогольного/наркотического опьянения (редко)	2	13	35	2	63	115
пропуск приема таблеток из-за алкогольного/наркотического опьянения (часто)	2	5	6	0	7	20
самостоятельное решение прервать/не принимать АРВ -терапию (никогда)	6	34	227	4	418	689

самостоятельное решение прервать/не принимать АРВ-терапию (редко)	2	5	11	1	33	52
самостоятельное решение прервать/не принимать АРВ-терапию (часто)	0	3	2	0	11	16
решение принимать другой препарат без консультации врача (никогда)	7	37	225	4	405	678
решение принимать другой препарат без консультации врача (редко)	1	4	11	1	42	59
решение принимать другой препарат без консультации врача (часто)	0	1	4	0	15	20
изменение схемы приема препарата без консультации врача (никогда)	7	37	225	4	420	693
изменение схемы приема препарата без консультации врача (редко)	1	3	13	1	30	48
изменение схемы приема препарата без консультации врача (часто)	0	2	2	0	12	16
побочные эффекты (никогда)	3	16	90	2	143	254
побочные эффекты (редко)	4	21	116	3	233	377
побочные эффекты (часто)	1	5	34	0	86	126

Приложение 6. Барьеры тестирования ВИЧ-инфекции с дезинтеграцией по городам проекта «КАСКАД» (N=111)

Ответ на вопрос с множественным выбором: «Почему Вы не сдавали тест на ВИЧ-инфекцию?»	Москва		Санкт -Петербург		Челябинск	
	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент
не было необходимости	38	53,52	18	56,25	5	62,50
боюсь узнать результат	12	16,90	7	21,88	2	25,00
боюсь оказаться ВИЧ - положительным(ой)	8	11,27	5	15,63	1	12,50
боюсь разглашения результата, если он окажется положительным	6	8,45	1	3,13	1	12,50
не знаю, где сдать тест на ВИЧ - инфекцию	12	16,90	10	31,25	1	12,50
не было тестов в медицинском учреждении	9	12,68	3	9,38	0	0,00
неудобно работает процедурный кабинет	6	8,45	3	9,38	0	0,00
сдавал(а) тест, но пока не знаю результат	4	5,63	0	0,00	0	0,00
считаю, что ВИЧ - инфекция не существует	1	1,41	1	3,13	1	12,50
другое	7	9,86	7	21,88	1	12,50

Приложение 7. Барьеры диспансерного наблюдения ВИЧ-инфекции с дезинтеграцией по городам проекта «КАСКАД» (N=348)

Ответ на вопрос с оценочной шкалой: « Как часто Вы сталкиваетесь со следующими проблемами при диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ -инфекцией? Оцените каждую возможную проблему»	Москва		Санкт -Петербург		Челябинск	
	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент
не подходит график работы центра СПИД/инфекционного кабинета (никогда)	88	44,67	51	49,04	23	48,94
не подходит график работы центра СПИД/инфекционного кабинета (редко)	85	43,15	42	40,38	17	36,17
не подходит график работы центра СПИД/инфекционного кабинета (часто)	24	12,18	11	10,58	7	14,89
неудобно расположен центр СПИД/инфекционный кабинет (никогда)	83	42,13	58	55,77	24	51,06
неудобно расположен центр СПИД/инфекционный кабинет (редко)	48	24,37	14	13,46	7	14,89
неудобно расположен центр СПИД/инфекционный кабинет (часто)	66	33,50	32	30,77	16	34,04
отсутствует возможность записаться на прием через интернет (никогда)	50	25,38	67	64,42	21	44,68
отсутствует возможность записаться на прием через интернет (редко)	15	7,61	23	22,12	14	29,79
отсутствует возможность записаться на прием через интернет (часто)	132	67,01	14	13,46	12	25,53
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам (никогда)	45	22,84	28	26,92	14	29,79
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам (редко)	77	39,09	39	37,50	16	34,04
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам (часто)	75	38,07	37	35,58	17	36,17
тесное помещение (никогда)	92	46,70	53	50,96	28	59,57
тесное помещение (редко)	43	21,83	31	29,81	11	23,40

тесное помещение (часто)	62	31,47	20	19,23	7	14,89
отсутствуют нужные документы/регистрация (никогда)	148	75,13	85	81,73	36	76,60
отсутствуют нужные документы/регистрация (редко)	30	15,23	13	12,50	6	12,77
отсутствуют нужные документы/регистрация (часто)	19	9,64	6	5,77	5	10,64
не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача (никогда)	90	45,69	65	62,50	22	46,81
не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача (редко)	88	44,67	25	24,04	16	34,04
не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача (часто)	19	9,64	14	13,46	9	19,15
не на кого оставить домашние дела (никогда)	150	76,14	74	71,15	28	59,57
не на кого оставить домашние дела (редко)	32	16,24	20	19,23	12	25,53
не на кого оставить домашние дела (часто)	15	7,61	10	9,62	7	14,89
трудно выбрать время для посещения в связи с работой (никогда)	80	40,61	43	41,35	21	44,68
трудно выбрать время для посещения в связи с работой (редко)	66	33,50	33	31,73	22	46,81
трудно выбрать время для посещения в связи с работой (часто)	53	26,90	28	26,92	6	12,77
забываю посещать центр СПИД (никогда)	174	88,32	85	81,73	40	85,11
забываю посещать центр СПИД (редко)	15	7,61	14	13,46	4	8,51
забываю посещать центр СПИД (часто)	8	4,06	5	4,81	3	6,38
разглашение диагноза (никогда)	167	84,77	87	83,65	35	74,47
разглашение диагноза (редко)	22	11,17	15	14,42	9	19,15
разглашение диагноза (часто)	8	4,06	2	1,92	3	6,38
отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти (никогда)	110	55,84	42	40,38	22	46,81
отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти (редко)	67	34,01	43	41,35	19	40,43

отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти (часто)	20	10,15	19	18,27	6	12,77
боюсь встретить в центре СПИД знакомых и родственников (никогда)	97	49,24	66	63,46	26	55,32
боюсь встретить в центре СПИД знакомых и родственников (редко)	63	31,98	25	24,04	10	21,28
боюсь встретить в центре СПИД знакомых и родственников (часто)	37	18,78	13	12,50	11	23,40
боюсь, что в центре СПИД меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность (никогда)	140	71,07	86	82,69	34	72,34
боюсь, что в центре СПИД меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность (редко)	33	16,75	12	11,54	5	10,64
боюсь, что в центре СПИД меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность (часто)	24	12,18	6	5,77	8	17,02
боюсь, что кто -то узнает о моей сексуальной ориентации (никогда)	144	73,10	96	92,31	40	85,11
боюсь, что кто -то узнает о моей сексуальной ориентации (редко)	29	14,72	6	5,77	3	6,38
боюсь, что кто -то узнает о моей сексуальной ориентации (часто)	24	12,18	2	1,92	4	8,51

Приложение 8. Барьеры приема АРВ-терапии с дезинтеграцией по городам проекта «КАСКАД» (N=342)

Ответ на вопрос с оценочной шкалой: « Как часто Вы сталкиваетесь/сталкивались со следующими ситуациями в связи с приёмом АРВ-терапии? Оцените каждую возможную ситуацию»	Москва		Санкт -Петербург		Челябинск	
	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент	числовые значения	валидный процент
отсутствие нужного препарата (никогда)	121	62,69	79	76,70	33	71,74
отсутствие нужного препарата (редко)	64	33,16	21	20,39	13	28,26
отсутствие нужного препарата (часто)	8	4,15	3	2,91	2	4,35
не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения (никогда)	109	56,48	72	69,90	25	54,35
не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения (редко)	62	32,12	19	18,45	17	36,96
не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения (часто)	22	11,40	12	11,65	4	8,70
недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ -терапию с другими препаратами, которые мне нужно принимать регулярно (никогда)	118	61,14	66	64,08	29	63,04
недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ -терапию с другими препаратами, которые мне нужно принимать регулярно (редко)	41	21,24	26	25,24	8	17,39
недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ -терапию с другими препаратами, которые мне нужно принимать регулярно (часто)	34	17,62	11	10,68	9	19,57
усложнение/изменение врачом схемы АРВ-терапии без медицинских показаний (никогда)	140	72,54	86	83,50	33	71,74
усложнение/изменение врачом схемы АРВ-терапии без медицинских показаний (редко)	40	20,73	15	14,56	10	21,74
усложнение/изменение врачом схемы АРВ-терапии без медицинских показаний (часто)	13	6,74	2	1,94	3	6,52
пропуск приёма таблеток более двух дней в месяц из -за забывчивости, усталости и т.п. (никогда)	126	65,28	71	68,93	33	71,74

пропуск приёма таблеток более двух дней в месяц из-за забывчивости, усталости и т.п. (редко)	59	30,57	26	25,24	11	23,91
пропуск приёма таблеток более двух дней в месяц из-за забывчивости, усталости и т.п. (часто)	8	4,15	6	5,83	2	4,35
пропуск приема таблеток из-за алкогольного/наркотического опьянения (никогда)	156	80,83	90	87,38	40	86,96
пропуск приема таблеток из-за алкогольного/наркотического опьянения (редко)	32	16,58	10	9,71	6	13,04
пропуск приема таблеток из-за алкогольного/наркотического опьянения (часто)	5	2,59	3	2,91	0	0,00
самостоятельное решение прервать/не принимать АРВ-терапию (никогда)	180	93,26	94	91,26	40	86,96
самостоятельное решение прервать/не принимать АРВ-терапию (редко)	11	5,70	5	4,85	6	13,04
самостоятельное решение прервать/не принимать АРВ-терапию (часто)	2	1,04	4	3,88	0	0,00
решение принимать другой препарат без консультации врача (никогда)	176	91,19	96	93,20	39	84,78
решение принимать другой препарат без консультации врача (редко)	14	7,25	2	1,94	6	13,04
решение принимать другой препарат без консультации врача (часто)	3	1,55	5	4,85	1	2,17
изменение схемы приема препарата без консультации врача (никогда)	181	93,78	97	94,17	39	84,78
изменение схемы приема препарата без консультации врача (редко)	10	5,18	3	2,91	6	13,04
изменение схемы приема препарата без консультации врача (часто)	2	1,04	3	2,91	1	2,17
побочные эффекты (никогда)	69	35,75	42	40,78	15	32,61
побочные эффекты (редко)	100	51,81	50	48,54	18	39,13
побочные эффекты (часто)	24	12,44	11	10,68	13	28,26