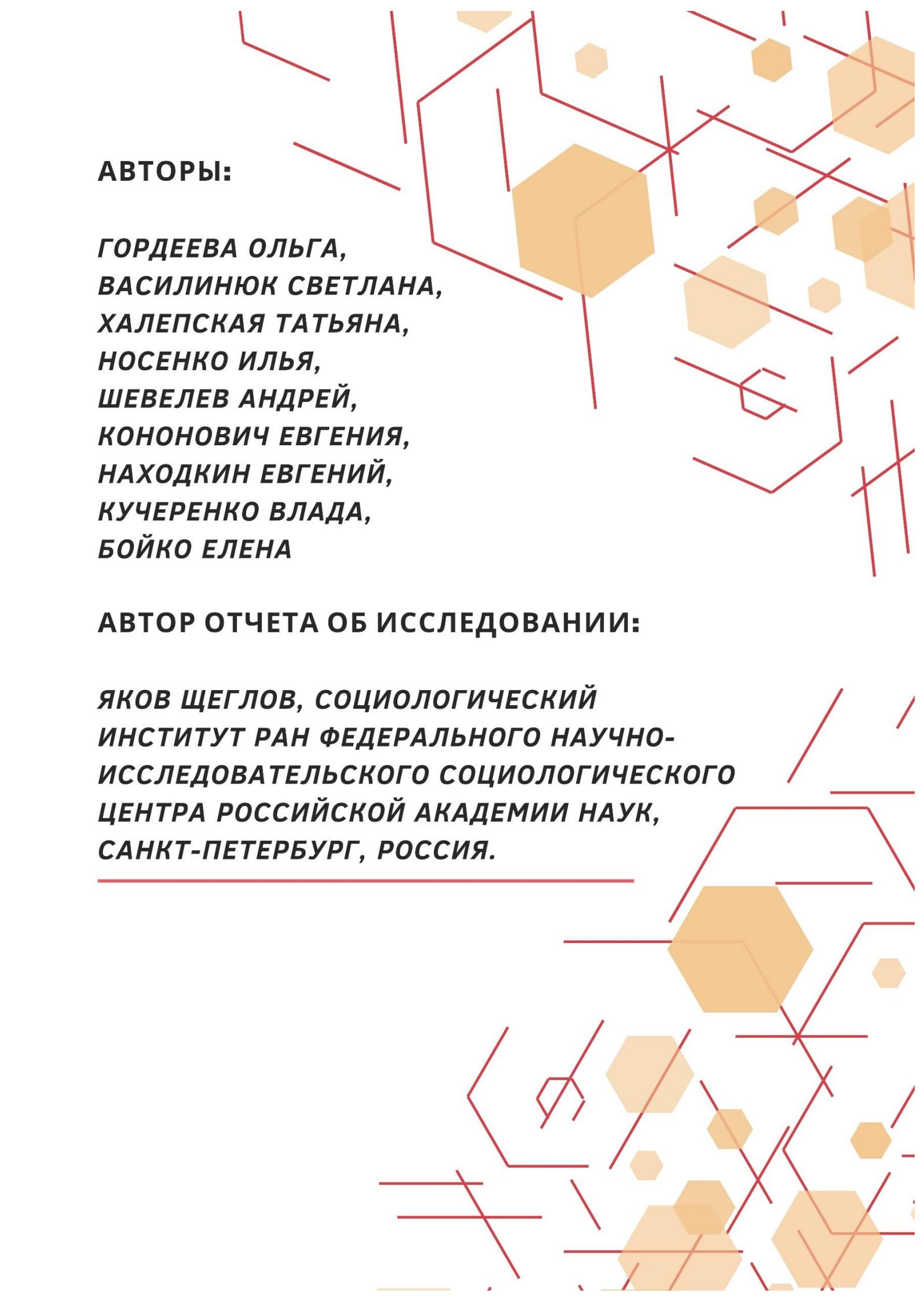


РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ "ОЦЕНКА БАРЬЕРОВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ УСЛУГ В СВЯЗИ С ВИЧ"

КРАСНОЯРСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ "МЫ ПРОТИВ СПИДА"

(организация, выполняющая функции Иностранного агента
Учетный № 2412011120
Реестровый № 324200007 от 25.12.2020)

Красноярск, 2022



АВТОРЫ:

***ГОРДЕЕВА ОЛЬГА,
ВАСИЛИНЮК СВЕТЛАНА,
ХАЛЕПСКАЯ ТАТЬЯНА,
НОСЕНКО ИЛЬЯ,
ШЕВЕЛЕВ АНДРЕЙ,
КОНОРОВИЧ ЕВГЕНИЯ,
НАХОДКИН ЕВГЕНИЙ,
КУЧЕРЕНКО ВЛАДА,
БОЙКО ЕЛЕНА***

АВТОР ОТЧЕТА ОБ ИССЛЕДОВАНИИ:

***ЯКОВ ЩЕГЛОВ, СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ РАН ФЕДЕРАЛЬНОГО НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ЦЕНТРА РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК,
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ.***

Оглавление

Введение.....	4
Дизайн исследования	7
Решение этических сложностей.....	7
Уязвимые группы.....	8
Дескриптивный анализ социально-демографических характеристик представителей уязвимых групп	8
Уязвимые группы и тестирование на ВИЧ: дескриптивный анализ	12
Люди живущие с ВИЧ	20
Дескриптивный анализ социально-демографических характеристик ЛЖВ.....	20
ЛЖВ и ВИЧ: дескриптивный анализ	21
ЛЖВ и вирусная нагрузка: дескриптивный анализ	23
Выводы и рекомендации.....	26

Введение

Данный проект предполагает пилотное для региона исследование социальных групп, имеющих ключевое значение для ВИЧ-инфекции: секс-работников/секс-работниц (СР), мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), людей, употребляющих наркотики (ЛУН) и людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).

Интенцией к проведению данного исследования стал дефицит специфических для региона данных о существующих барьерах доступа к услугам по профилактике распространения ВИЧ-инфекции, имеющихся у представителей ключевых групп, что, в свою очередь, приводит к невозможности планирования программ профилактики, адекватных актуальной ситуации и направленных на улучшение сложившегося в регионе положения дел с уровнем заболеваемости.

По данным сайта Красноярского краевого Центра профилактики и борьбы со СПИД¹, на 01.10.2022 общее количество подтвержденных случаев ВИЧ-инфекции среди населения Красноярского края составляет **44 787** человек, а показатель заболеваемости составляет **1571.9** случая на **100 тысяч** населения.

- Количество проживающих на территории края людей с положительным ВИЧ-статусом составляет **28 091** человек.
- Показатель пораженности населения Красноярского края инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека – **985.9 на 100 тысяч** населения.
- Распределение уровня заболеваемости в крае неравномерное. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в Северной (**1117.8 на 100 тысяч** населения), Центральной (**945.6 на 100 тысяч** населения) и Лесосибирской (**890.6 на 100 тысяч** населения) группах районов края.
- Наиболее пораженные территории по уровню кумулятивной заболеваемости:
 - Город Норильск – **3228.9 на 100 тысяч** населения
 - Город Канск – **1860.1 на 100 тысяч** населения
 - Город Лесосибирск – **1754 на 100 тысяч** населения
 - Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район – **1710.8 на 100 тысяч** населения
 - Город Красноярск – **1646.2 на 100 тысяч** населения
 - Енисейский район – **1620.4 на 100 тысяч** населения

На вышеперечисленные территории приходится **62%** всех случаев ВИЧ-инфекции в Красноярском крае.

В период с января по сентябрь 2022 года включительно в Красноярском крае зарегистрирован **2221** случай ВИЧ-инфекции, из них **1972** – впервые установленный диагноз «ВИЧ-инфекция»; уровень первичной заболеваемости составил **69.2 на 100 тысяч** населения. Наблюдается снижение уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией на **3.9** процентных пункта по сравнению с аналогичным периодом 2021 года (**2056** вновь выявленных пациентов с ВИЧ-инфекцией, показатель заболеваемости – **72.0 на 100 тысяч** населения).

¹ КГАУЗ «Красноярский краевой центр профилактики и борьбы со СПИД»: aidskrns.ru

Повышение уровня вновь выявленных пациентов относительно краевого уровня заболеваемости в 2022 году (**69.2 на 100 тыс. населения**) было зарегистрировано в двенадцати территориях края:

- Город Канск – **119.9 на 100 тысяч** населения
- Таймырский район – **111.9 на 100 тысяч** населения
- Пировский район – **93.4 на 100 тысяч** населения
- Город Ачинск – **88.8 на 100 тысяч** населения
- Город Лесосибирск – **87.3 на 100 тысяч** населения
- Город Боготол – **85.1 на 100 тысяч** населения
- Бирилюсский район – **80.5 на 100 тысяч** населения
- Город Красноярск – **72.4 на 100 тысяч** населения
- Саянский район – **69.1 на 100 тысяч** населения
- Шушенский район – **67.8 на 100 тысяч** населения
- Город Бородино – **63.1 на 100 тысяч** населения
- Город Енисейск – **61.8 на 100 тысяч** населения

Согласно справке КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД» основной вклад в развитие эпидемиологического процесса ВИЧ-инфекции на территории края вносит население в возрасте от 30 до 49 лет. Среди этой группы выявлено **1427** человек с впервые установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», что составляет **72%** от всех ВИЧ-инфицированных, выявленных с января по сентябрь включительно в 2022 году (за аналогичный период 2021 года было выявлено – **1514** человек той же возрастной группы, что составило **74%** от всех новых случаев).

Также среди вновь выявленных в период с января по сентябрь 2022 года включительно пациентов с ВИЧ-инфекцией преобладают мужчины – **61%** (за аналогичный период 2021 года – **59.3%**). Из числа вновь выявленных в 2022 году женщин, **83.3%** находились в репродуктивном возрасте (в аналогичный период 2021 года данный показатель составлял **87.6%**).

Основные факторы заражения ВИЧ-инфекцией в 2022 году:

- Незащищённые половые контакты у – **77.8%**
- Употребление ПАВ с использованием нестерильного/неличного инструментария – **20.4%**

Данные показатели наследуют тренды 2021 года.

В период с января по сентябрь включительно в 2022 году доля инфицированных мужчин при внутривенном употреблении ПАВ составила **28%** (в аналогичный период 2021 года – **31%**). Наиболее частая причина заражения ВИЧ-инфекцией у женщин – незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированными мужчинами (**91%** от всех случаев вновь выявленной ВИЧ-инфекции у женщин в 2022 году, против **89%** за аналогичный период 2021 года)

Всего в крае по разным причинам за период эпидемии умерло **9999** ВИЧ-инфицированных (показатель смертности ВИЧ-инфицированных в крае за весь период наблюдения составил **35.6 случаев на 100 тысяч** населения).

В период с января по сентябрь включительно в 2022 году были зарегистрированы смерти **616** ВИЧ-инфицированных пациентов, показатель общей смертности ВИЧ-

инфицированных составил **21.6 случаев на 100 тысяч** населения. Непосредственно по причине ВИЧ-инфекции зарегистрирована смерть у **172 человек**, показатель смертности – **6 случаев на 100 тысяч** населения.

По персонализированным данным ФНМЦ ПБ СПИД², опубликованным в ежегодном Информационном бюллетене³ за 2020 год, Красноярский край вошел в число регионов-лидеров по заражаемости ВИЧ-инфекцией (7-ое место, **90.9 на 100 тысяч** населения) и стал 13-ым в списке регионов-лидеров по пораженности ВИЧ-инфекцией в России (**1154.5 на 100 тысяч** человек).

Согласно справке «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2021 года», представленной Федеральным центром СПИДа (Информационный бюллетень за 2021 год на момент написания данного отчета еще не был опубликован), по уровню заражаемости ВИЧ-инфекцией Красноярский край с показателем **95.0 на 100 тысяч** человек поднялся на 4-ое место, уступив Иркутской (99.6 на 100 тысяч), Челябинской (97.4 на 100 тысяч) и Свердловской (95.7 на 100 тысяч) областям. Также в 2021 году Красноярский край, с показателем **1215.3 на 100 тысяч** человек занял 11-е место по пораженности населения ВИЧ-инфекцией среди регионов России.

Таким образом, тема ВИЧ-инфекции является одной из ключевых для потенциального формирования программ здравоохранения для данного региона.



Рисунок 1⁴

² Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом — Федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии": hivrussia.info

³ В. В. Покровский, Н. Н. Ладная, Е. В. Соколова, «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ Информационный бюллетень №46, Москва, 2021

⁴ Ксения Бабикина, Анастасия Кокоурова, проект «Если быть точным»

Дизайн исследования

Своей целью данное исследование ставит восполнение пробелов в понимании проблем с доступом к услугам, направленным на профилактику ВИЧ-инфекции в регионе, путем проведения общественной оценки этих барьеров.

Дизайн представляет собой проведение серии структурированных интервью (опросов) среди представителей ключевых групп. Используемая методология⁵ разработана НРОО «Гуманитарный проект»⁶ (г. Новосибирск) специально для подобного рода исследований.

Так как данное исследование является пилотным, его авторами было принято решение ограничиться выборками из 100 представителей каждой вышеуказанной категории (СР, МСМ, ЛУН, ЛЖВ). Таким образом, всего было опрошено 400 респондентов.

Доступ к полю обеспечивался силами интервьюеров – сотрудников и волонтеров организации КРОО «Мы против СПИДа»* (г. Красноярск), являющихся, в свою очередь, представителями каждой исследуемой группы. Участникам исследования в качестве благодарности за уделенное время предлагался небольшой подарок.

Полученные данные валидны для людей, считающих себя представителями исследуемых групп и не боящихся как обозначить свою причастность к исследуемой группе интервьюеру, так и вести с ним диалог на чувствительные темы. Понимание этого убережет нас от необоснованной экстраполяции полученных данных «на всех». Для понимания того, как соотносятся наши данные со случаями, не попадающими под указанные выше критерии, требуются дополнительные исследования.

Решение этических сложностей

Наша команда очень ценит безопасность и конфиденциальность всех участников исследования. Используемая анкета предполагает сохранение исключительно деперсонализированных данных. Для дополнительного обеспечения анонимности респондентов каждый интервьюер подписал соглашение о неразглашении какой бы то ни было персональной информации о респондентах, имеющей возможность поставить под угрозу их безопасность. Также мы гарантируем, что в аналитику были переданы полностью анонимизированные данные, публикуемые в данном отчете в обобщенном виде.

⁵ «Как организовать и провести оценку барьеров при получении услуг в связи с ВИЧ силами сообщества», Гуманитарный проект

⁶ Гуманитарный проект: human.org.ru

*Организация, выполняющая функции иностранного агента

Уязвимые группы

В данном исследовании приняли участие 400 человек, по 100 человек от каждой ключевой группы (СР, МСМ, ЛУН, ЛЖВ). В этом разделе приведены данные, относящиеся к представителям групп, уязвимых к ВИЧ, и их анализ. Данные и анализ ЛЖВ представлен в следующем разделе.

Дескриптивный анализ социально-демографических характеристик представителей уязвимых групп

Пол участников исследования:	СР	МСМ	ЛУН
	99Ж – 1М	100М	23Ж – 77М

Возраст участников исследования

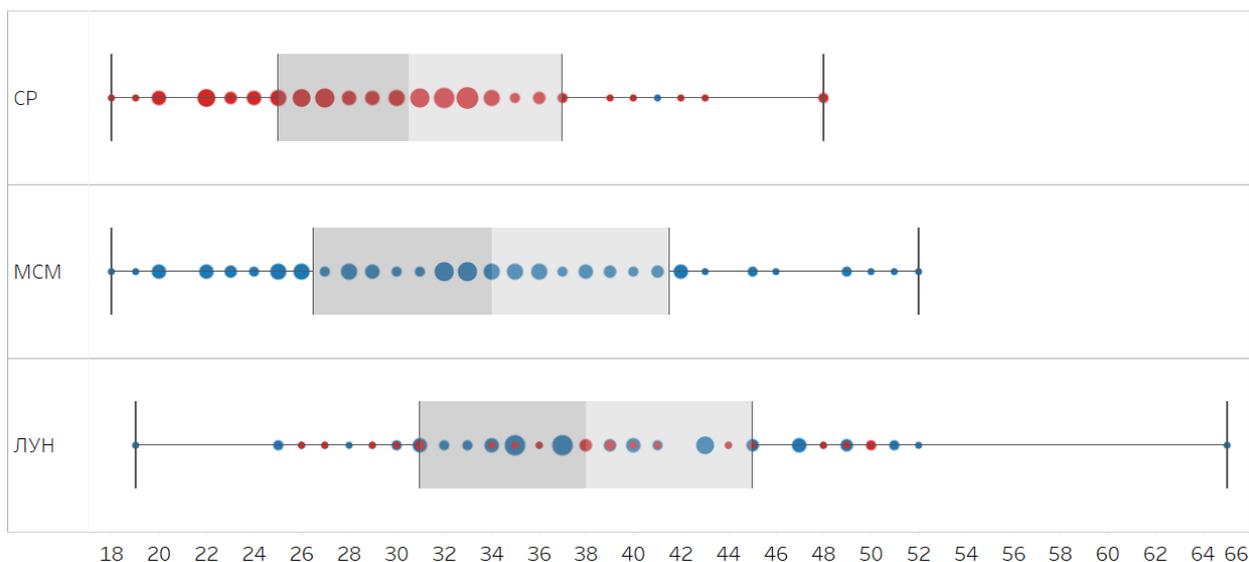


Таблица 1 «Распределение пола и возраста»

На графике выше (Таблица 1) мы можем видеть распределение ответов участников исследования о собственном возрасте. График представлен тремя бокс-плотами с отображением значений возраста (точка на оси) и количества респондентов, указавших такую цифру (размер, варьируемый от маленького (1 такой ответ) до большого (до 9 ответов)). Также на графике визуализирован пол респондента, где красный – Ж, а синий – М). Закрашенной областью графика является расстояние от конца первого до начала четвертого квартиля⁷. Центром закрашенной области (линией, разделяющей более темный и более светлый участок) является медиана⁸ – второй квартиль.

СР:	Минимум	I квартиль	Медиана	III квартиль	Максимум
	18	25	29.5	33	48

Исходя из представленных на графике данных по распределению возраста среди СР, мы можем сделать вывод о том, что возрастной состав группы представляет из себя плотную дисперсию, основная концентрация которой приходится на женщин в возрасте от 25 до 33 лет. Средний возраст в группе СР – 29.5 лет.

⁷ Квартиль – граница между четвертями выборки

⁸ Медиана – точка, разделяющая выборку ровно пополам (то есть ровно половина респондентов указала значение меньше медианы, и ровно половина – больше)

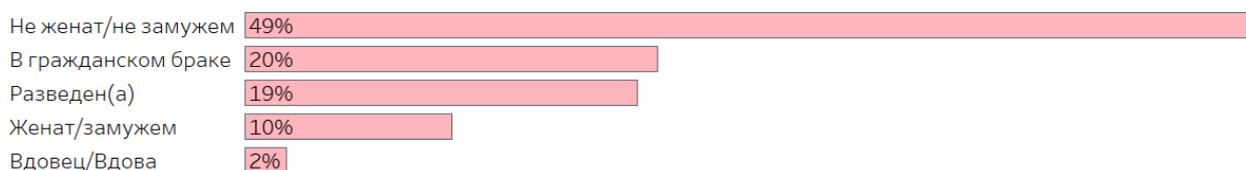
	Минимум	I квартиль	Медиана	III квартиль	Максимум
МСМ:	18	26	32	37.5	52

Возрастная дисперсия МСМ более сглаженная, относительно СР. Основная концентрация возраста респондентов распределена между 26 и 37.5 годами. Средний возраст в группе – 32.2.

	Минимум	I квартиль	Медиана	III квартиль	Максимум
ЛУН:	19	34	37.5	43	65

Возрастная дисперсия ЛУН наиболее сглажена, однако основная ее концентрация приходится на отрезок от 34 до 43 лет. Общий возраст группы выше, чем СР и МСМ, что во многом достигается большей сглаженностью его распределения. Возраст женщин и мужчин в группе распределен примерно равномерно. Средний возраст в группе – 38.35.

Семейное положение на момент исследования (СР)



Семейное положение на момент исследования (МСМ)



Семейное положение на момент исследования (ЛУН)

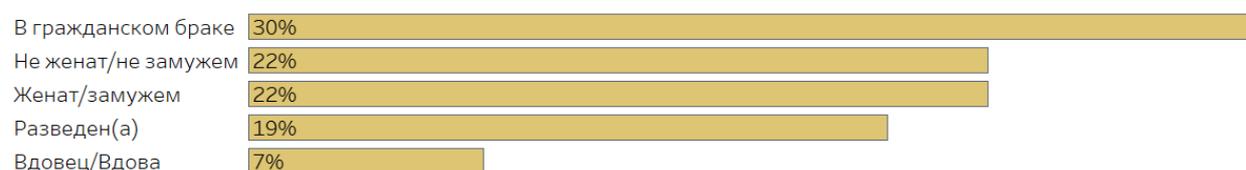
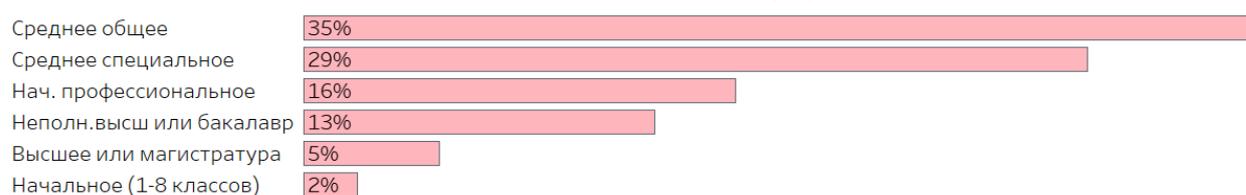
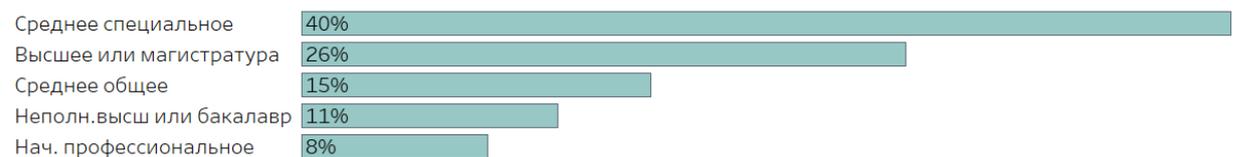


Таблица 2 «Семейное положение»

Уровень образования (СР)



Уровень образования (МСМ)



Уровень образования (ЛУН)

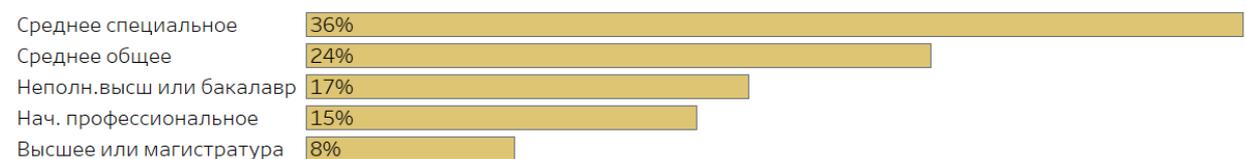
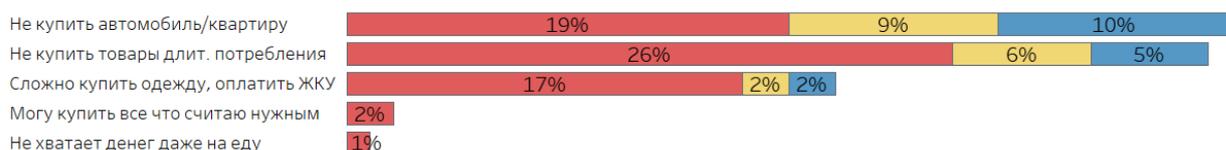


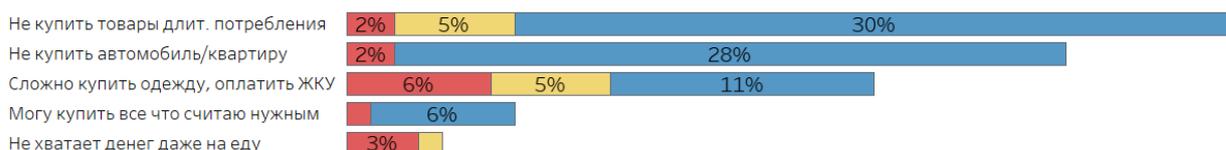
Таблица 3 «Уровень образования»

Исходя из данных, представленных на графиках выше, можно предположить (учитывая такие предикторы как пол, возраст, наличие партнера с ресурсом поддержки в кризисной ситуации (в том числе материальным), уровень образования), что СР являются наиболее социально незащищенной группой среди исследуемых.

Характеристика материального положения (СР)



Характеристика материального положения (МСМ)



Характеристика материального положения (ЛУН)

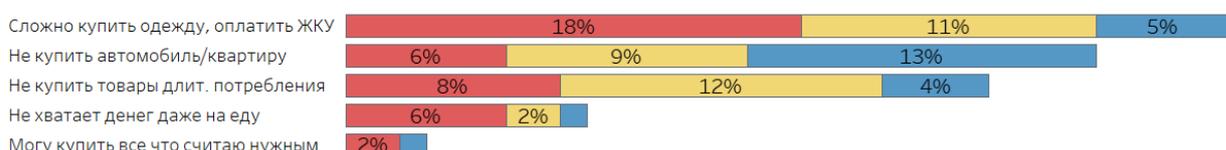


Таблица 4 "Характеристика материального положения" + наличие работы

На графике выше (Таблица 4) цветом обозначена переменная «Наличие работы»⁹: синий цвет ■ – наличие постоянной работы, желтый цвет ■ – наличие временной работы, а красный цвет ■ – отсутствие какой бы то ни было работы. Исходя из вышепредставленной визуализации, мы можем предположить, что представители МСМ считают себя наиболее финансово защищенными. Более подробное распределение ответов в переменной «Наличие работы» представлено в приложении¹⁰ – Таблица 4.

Далее, располагая пониманием о представлении респондентов-представителей групп, уязвимых к ВИЧ, мы можем обратиться к устройству домохозяйств участников исследования. Домохозяйство – объединение людей, имеющих совместный быт и бюджет.

Графики ниже (Таблица 6) демонстрируют нам количество человек, проживающих в одном домохозяйстве, включая самого респондента (с его слов), а также среднее значение для каждой группы: СР – 2.4, МСМ – 2.1, ЛУН – 2.66.

Цветом на тех же графиках обозначена переменная «Наличие кого-то, о ком нужно заботиться материально». Анализируя графики таблицы 6, мы можем сделать вывод о том, что представители СР чаще, чем представители других ключевых групп, имеют на иждивении несовершеннолетних¹¹: 41% – сейчас, против 12% среди ЛУН и 1% среди МСМ.

Многодетный и/или одинокий родитель (СР)



Таблица 5 "Многодетный и/или одинокий родитель (СР)"

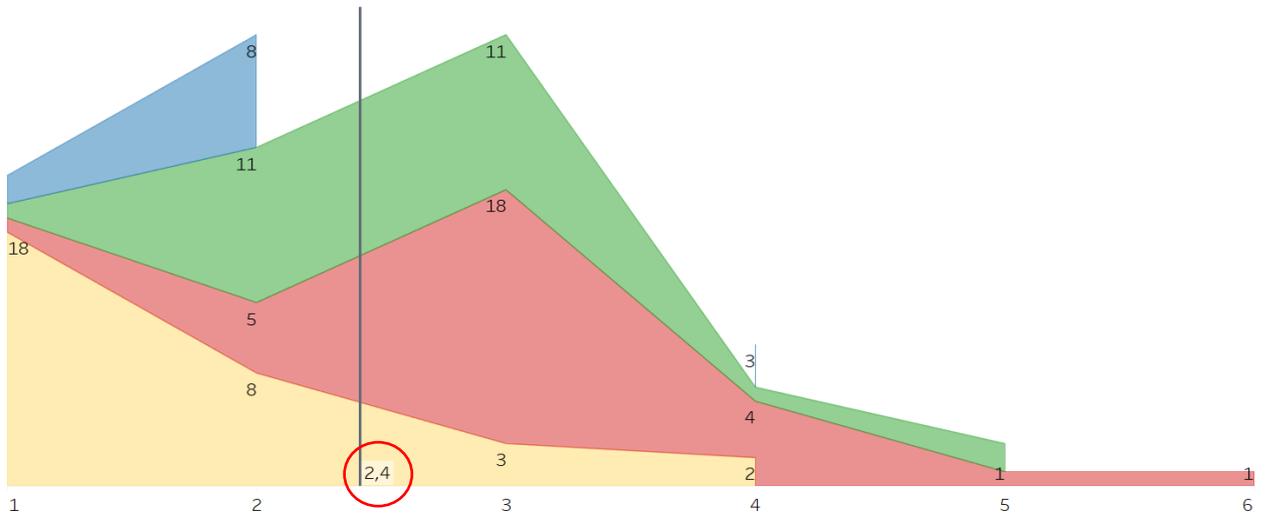
⁹ Предполагается занятость

¹⁰ Приложение доступно к просмотру в веб-версии данного отчета

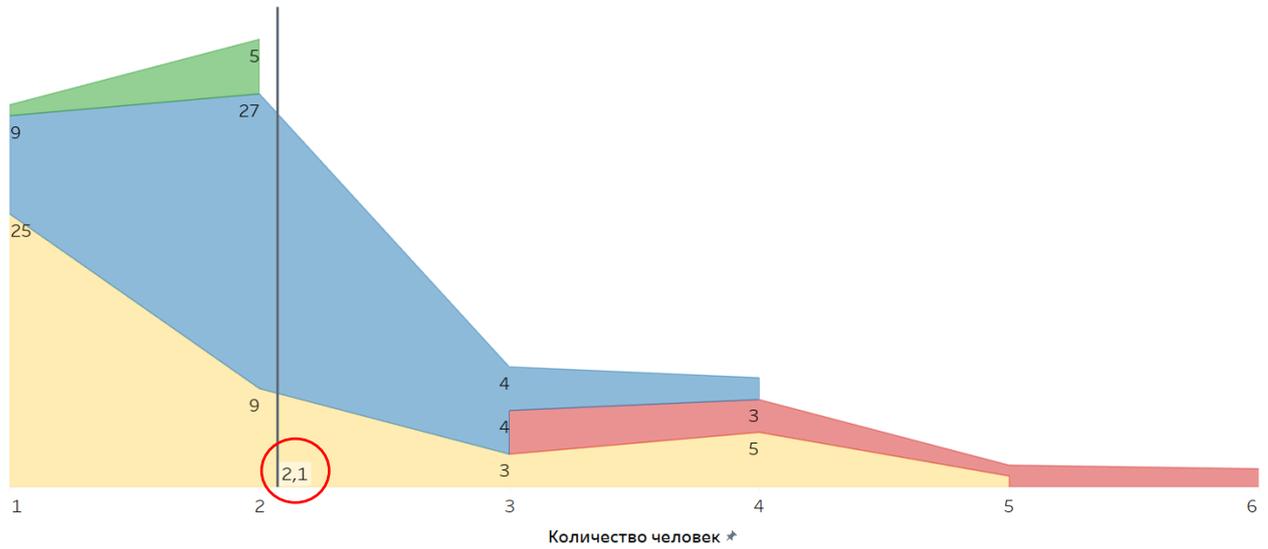
¹¹ В операционализации анкеты – являются многодетными и/или одинокими родителями

■ Несовершеннолетние ■ Взрослые ■ Взрослые и несовершеннолетние ■ Нет

Количество человек (включая самого участника исследования) с которыми он имеет совместный бюджет, ведет общее хозяйство? С указанием среднего (СР)



Количество человек (включая самого участника исследования) с которыми он имеет совместный бюджет, ведет общее хозяйство? С указанием среднего (МСМ)



Количество человек (включая самого участника исследования) с которыми он имеет совместный бюджет, ведет общее хозяйство? С указанием среднего (ЛУН)

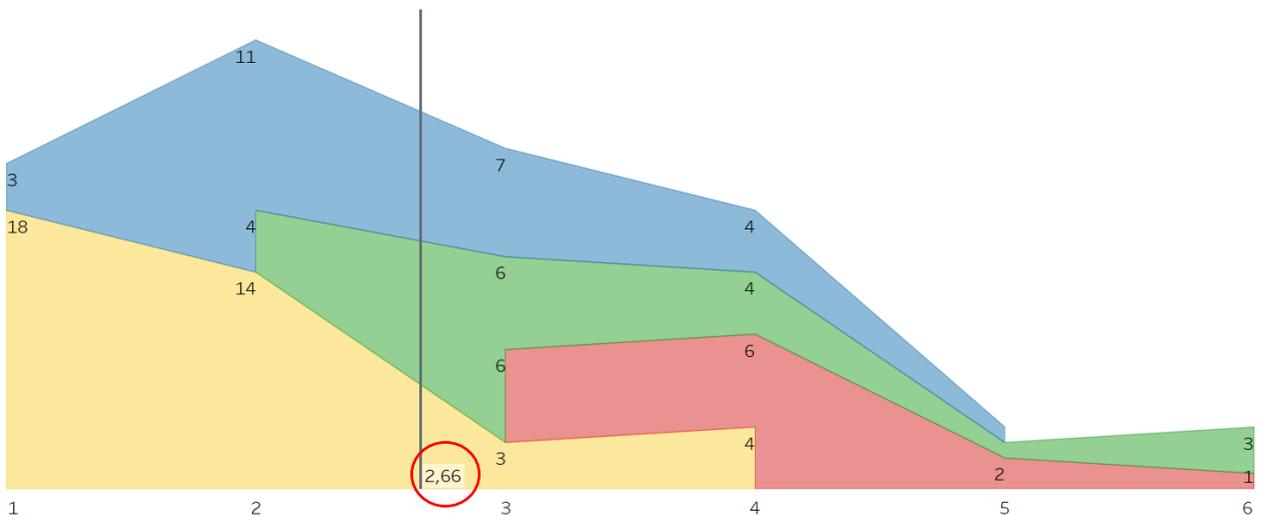


Таблица 6 "Количество человек в одном домохозяйстве и наличие кого-либо на иждивении"

В целом мы можем видеть интенцию ЛУН делить жилье с большим количеством сожителей (среднее 2.66, против 2.1 для МСМ и 2.4 у СР), но если у СР на графике видно резкое падение числа респондентов, указывающих ответы >3, а наивысшими точками графика являются ответы 2 и 3, то дисперсия ответов ЛУН значительно более сглаженная с небольшим падением к ответу «4 человека», и более значительным падением к ответу «5». Среди респондентов МСМ основная концентрация ответов приходится на «1» и «2», а значительное снижение кривой случается уже к ответу «3».

Если говорить о распределении переменной «Наличие кого-то, о ком нужно заботиться»¹², то основной массив ответов представителей группы СР, указавших, что они делят быт как минимум с одним человеком, представлен цветами, соответствующими наличием на иждивении несовершеннолетних (безотносительно количества таковых) или и взрослых, и несовершеннолетних. Также можно отметить, что большинству представителей группы ЛУН не приходится ни о ком заботиться, независимо от количества людей в домохозяйстве.

Уязвимые группы и тестирование на ВИЧ: дескриптивный анализ

График «Знаете ли Вы куда обратиться, чтобы пройти тест на ВИЧ?» (Таблица 7) демонстрирует процентное распределение ответов среди участников исследуемых групп (СР, МСМ, ЛУН), где цветами обозначены следующие варианты ответов: синий ■ – знаю, желтый ■ – затрудняюсь ответить, а красный ■ – не знаю.

Информированность респондентов примерно одинакова для всех групп¹³, с незначительным (3%) увеличением для МСМ.



Таблица 7 "Знаете ли Вы, куда обратиться для прохождения теста на ВИЧ-инфекцию?"

График «Проходили ли Вы когда-либо тест на ВИЧ?» (Таблица 8) демонстрирует процентное распределение ответов среди участников исследуемых групп (СР, МСМ, ЛУН), где цветами обозначены следующие варианты ответов: синий ■ – да, желтый ■ – затрудняюсь ответить, а красный ■ – нет.

Количество респондентов, проходивших ранее тест ВИЧ, примерно одинаково¹⁴ среди групп МСМ и СР, и несколько снижено среди группы ЛУН.



Таблица 8 "Проходили ли Вы когда-либо тестирование на ВИЧ-инфекцию?"

Далее представлены данные, только по тем участникам исследования, которые указали, что проходили ранее тестирование на ВИЧ-инфекцию.

¹²ВАЖНО: исследование не позволяет определить тип связей (родственных, партнерских и т.п.) между участником исследования и тем, о ком он/она заботится. Понимание этого убережет от потенциальных необоснованных трактовок.

¹³ Затрудняюсь ответить на вопрос «Где пройти тест на ВИЧ?»: СР – 1%, ЛУН – 1%.

¹⁴ Затрудняюсь ответить на вопрос «Проходил ли раньше тест на ВИЧ?»: СР – 2%, ЛУН – 2%.



Таблица 9 "Как давно в последний раз Вы проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?"

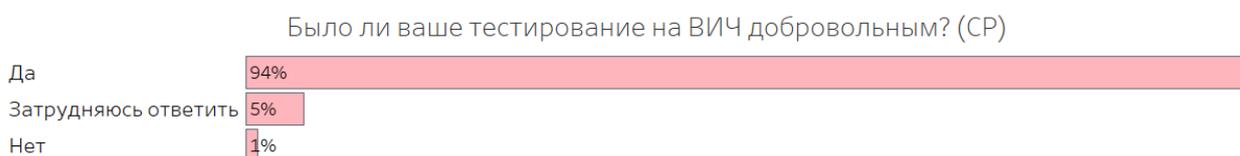


Таблица 10 "Было ли Ваше тестирование на ВИЧ-инфекцию добровольным?"

Отвечая на вопрос «Где вы проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?», респонденты указывали следующие ответы (для каждой группы указаны в порядке от наиболее часто выбираемых к наиболее редко выбираемым):

СР: Мобильные пункты профилактики – 34%, женская консультация – 22% (в 2% случаев отмечаются затруднения в ответе на вопрос о добровольности тестирования), поликлиника (амбулатория) – 15%, больница (стационар) – 10%, в СПИД-центре или кабинете инфекциониста – 9%, кожно-венерологический диспансер – 2%, анонимный кабинет – 2%, наркологической диспансер – 2% (на данный вариант ответа также приходится случай указания на недобровольность тестирования), частная клиника – 2%, другое место («квартира») – 1%, другое место (без конкретизации) – 1%.

МСМ: Анонимный кабинет – 28%, в СПИД-центре или кабинете инфекциониста – 23%, другое место (в клубе) – 16%, поликлиника (амбулатория) – 9%, мобильный пункт профилактики – 8%, больница (стационар) – 6% (в 4% случаев отмечаются затруднения в ответе на вопрос о добровольности тестирования), кожно-венерологический диспансер – 4%, частная клиника – 2%, учреждение УФСИН – 2% (во всех случаях указывалось на

недобровольность проводимого тестирования), другое место (военкомат) – 1% (участник исследования указал на недобровольность тестирования), наркологический диспансер – 1%.

ЛУН: В СПИД-центре или кабинете инфекциониста – 30%, реабилитационный центр – 18% (в 2% случаев указывалось на недобровольность тестирования), учреждение УФСИН – 11% (в 5% случаев указывалось на недобровольность тестирования), больница (стационар) – 11% (в 1% случаев указывалось на недобровольность тестирования), поликлиника (амбулатория) – 10%, наркологический диспансер – 6%, женская консультация – 5%, кожно-венерологический диспансер – 3%, мобильные пункт профилактики – 3%, другое место (без конкретизации) – 3%. В распределении недобровольных случаев тестирования гендерные различия выявлены не были.

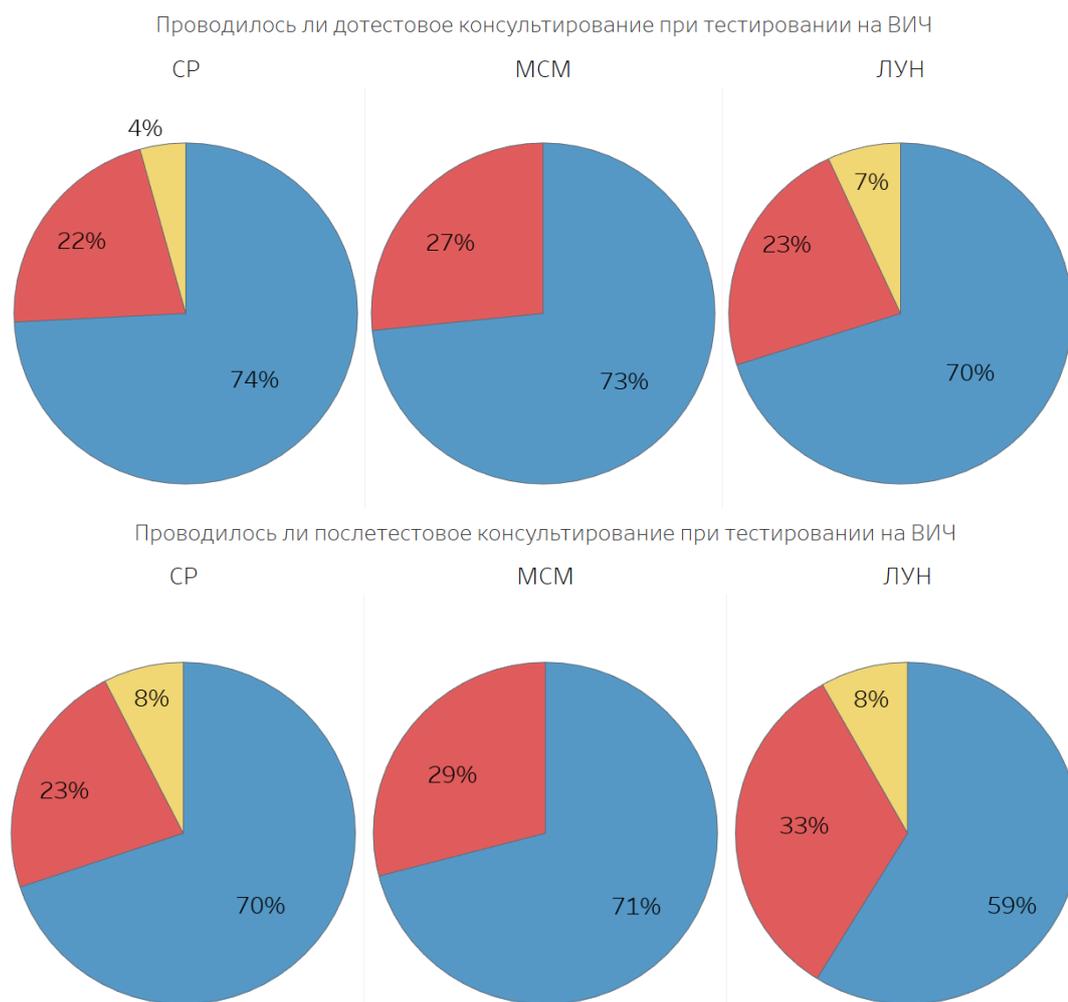


Таблица 11 "Проведение дотестового и послетестового консультирования при тестировании на ВИЧ"
 синий ■ – да, желтый ■ – затрудняюсь ответить, красный ■ – нет.

Случаи отсутствия дотестового консультирования (ДТК) при тестировании на ВИЧ распределены для каждой группы следующим образом:

СР: Всего – 22% от числа ответов, из которых 7% приходится на тестирование в больнице (стационаре), 6% – на тестирование женской консультации, остальные 9% распределены равномерно между прочими местами тестирования.

МСМ: Всего – 27% от числа ответов, из которых 6% приходится на тестирование в поликлинике (амбулатории), 4% – на тестирование в СПИД-центре или кабинете инфекциониста, 4% – на тестирование в больнице (стационаре), 2% – на тестирование в кожно-венерологическом диспансере, 2% – на тестирование в учреждении УФСИН (все

случаи тестирования в УФСИН без ДТК) – 9% распределены равномерно между прочими местами тестирования.

ЛУН: Всего – 23% от числа ответов, из которых 8% приходится на тестирование в учреждении УФСИН, 7% – на тестирование в больнице (стационарах), 2% – на тестирование в наркологическом диспансере, 2% – на тестирование в поликлинике (амбулатории), остальные 4% распределены равномерно между прочими местами тестирования.

Случаи отсутствия послетестового консультирования (ПТК) при тестировании на ВИЧ распределены для каждой группы следующим образом:

СР: Всего – 23% от числа ответов, из которых 9% приходится на тестирование в кожно-венерологическом диспансере, 5% – на тестирование в поликлинике (амбулатории), 4% – на тестирование в больнице, остальные 5% распределены между прочими местами тестирования.

МСМ: Всего – 29% от числа ответов, из которых 6% приходится на тестирование в поликлинике (амбулатории), 5% – на тестирование в СПИД-центре или кабинете инфекциониста, по 2% – на тестирование в частной клинике, учреждении УФСИН, клубе и военкомате, остальные 10% распределены равномерно между прочими местами тестирования.

ЛУН: Всего – 33% от числа ответов, из которых по 7% приходится на тестирование в учреждении УФСИН и больнице (стационаре), 5% – на тестирование в СПИД-центре или кабинете инфекциониста, 3% – на тестирование в наркологическом диспансере (имеются выраженные гендерные различия¹⁵: все мужчины, выбравшие в качестве одного из вариантов ответа на вопрос о месте тестирования наркологический диспансер, отметили отсутствие ПТК, в то же время все женщины, выбравшие аналогичный ответ, отметили проведение ДТК), 2% – на тестирование в поликлинике (амбулатории), 2% - на тестирование в кожно-венерологическом диспансере (имеются гендерные различия: мужчины указывали на отсутствие ПТК, женщины отмечали наличие частичного ПТК).

Знаете ли вы свой ВИЧ-статус?

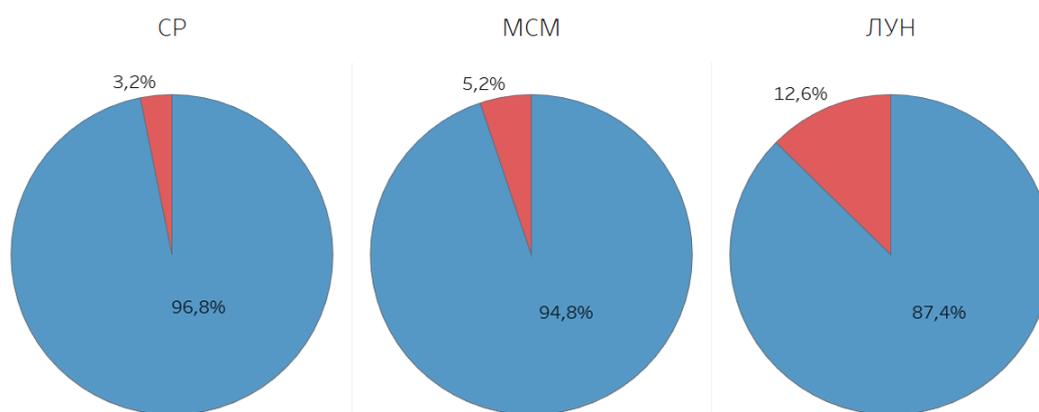


Таблица 12 "Знаете ли Вы свой ВИЧ-статус?"

Цветовое обозначение: синий ■ – да, красный ■ – нет.

¹⁵ ВАЖНО: данные, собранные в ходе исследования, не позволяют строить каузальные модели – делать причинно-следственные выводы.

Согласно рекомендациям ВОЗ, тест на ВИЧ представителям уязвимых групп рекомендуется сдавать примерно раз в полгода. Соотношение между теми участниками исследования, кто указал что сдает тест на ВИЧ примерно раз в 6 месяцев таково:

	СР	МСМ	ЛУН
Сдаю тест примерно раз в 6 мес.	60%	59%	29%
Не сдаю тест раз в полгода	40%	41%	71%

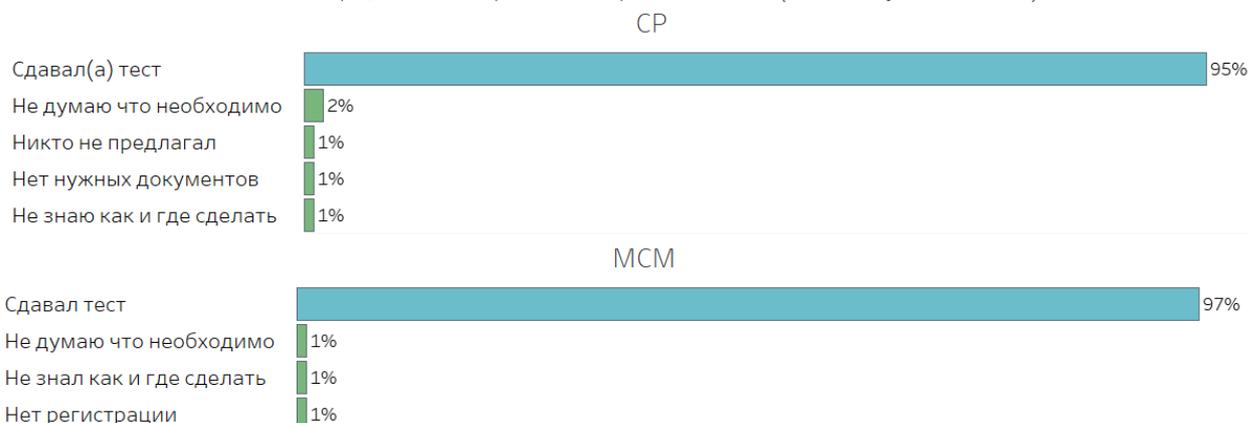
В таблице 13 представлен рейтинг¹⁶ причин того, почему участники исследования не сдают тест в рекомендуемые сроки. Процентное соотношение считалось ко всем ответам всех респондентов, указавших, что они, по каким-либо причинам, не проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию в сроки, рекомендованные ВОЗ для представителей уязвимых к ВИЧ групп населения. То есть, исходя из графика, мы можем сказать, например, что среди всех не сдающих раз в 6 месяцев тест на ВИЧ респондентов в 31% – это представители группы ЛУН, которые не считают, что им это необходимо. Всего среди представителей всех групп на этот ответ приходится 69% от общего числа ответов: «Не мог(ла) доехать до места тестирования – 16%, «Не было времени» - 6%, «Нет регистрации» – 5%, «Нет нужных документов» - 4%.

Почему не делает тест каждые 6 месяцев?

	СР	МСМ	ЛУН
Не думал(а) что необходимо	13%	20%	31%
Не мог(ла) доехать до тестирования	7%	1%	8%
Не было времени	2%	3%	1%
Нет регистрации	1%	1%	2%
Нет нужных документов	1%		2%
Страх осуждения	1%	1%	1%
Страх разглашения информации	1%	1%	
Лень		1%	
Один партнер, клиенты - презерватив	1%		
Уверен в своих половых партнерах		1%	
Не знал(а) как и где сделать			1%

Таблица 13 "Почему не делаете тест на ВИЧ раз в полгода?"

Среди участников исследования были те, кто сказал, что никогда не сдавал тест на ВИЧ. Ниже представлен рейтинг причин этого (со слов участников).



¹⁶ В приложении доступен более подробный анализ

ЛУН



Таблица 14 "Почему никогда не делали тест на ВИЧ?"

Оценка участниками исследования своих знаний о ВИЧ-инфекции

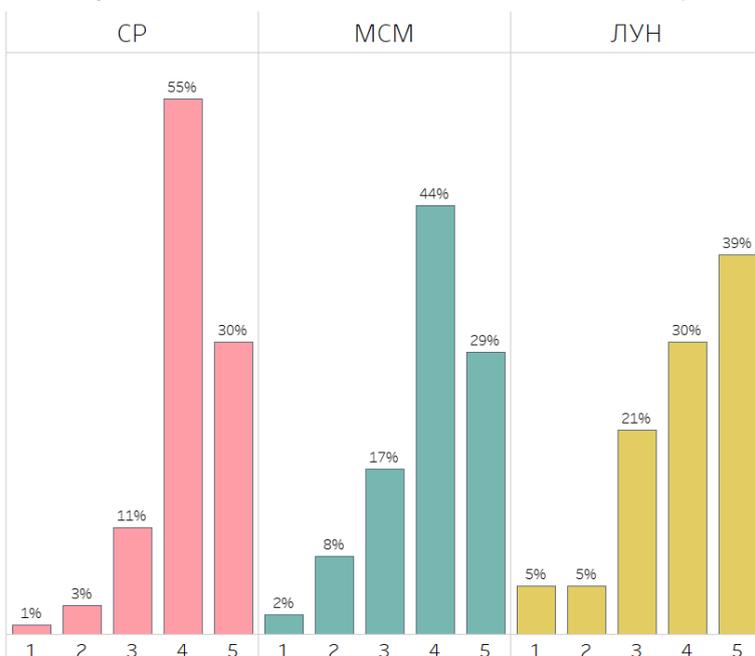


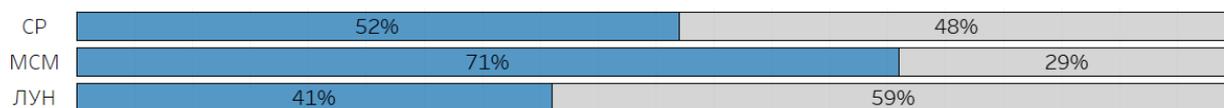
Таблица 15 "Оценка респондентами своих знаний о ВИЧ"

В числе прочего в ходе проведения исследования участников просили самостоятельно дать оценку своему уровню знаний о ВИЧ-инфекции. Результаты оценок представлены на графиках в таблице 15. Исходя из них мы можем отметить, что в среднем наивысшую оценку уровню собственных знаний о ВИЧ дала группа ЛУН – 4.3 (СР – 4.1, МСМ – 3.9). Также мы видим явную склонность представителей групп СР и МСМ оценивать свои знания на 4 из 5 баллов.

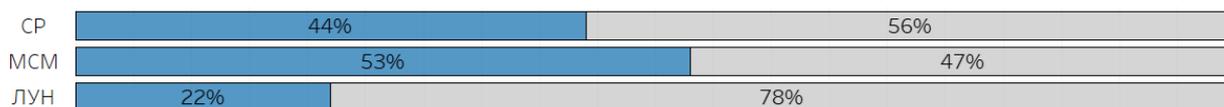
На графиках ниже (Таблица 16) представлены результаты ответов на вопросы о путях заражения ВИЧ-инфекцией, которые задавали интервьюеры. Важно отметить, что при анкетировании использовался открытый вопрос – респонденту не предлагались варианты ответа, далее все ответы были агрегированы и проанализированы.

Цветовое обозначение графика: синий ■ – участники исследования относительно всей выборки, назвавшие такой вариант передачи ВИЧ-инфекции, серый ■ – участники исследования, не указавшие такой вариант.

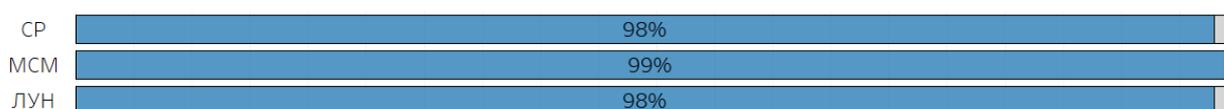
Передача ВИЧ при переливании инфицированной крови



Передача ВИЧ при грудном вскармливании ребенка ВИЧ-положительной мамой



Передача ВИЧ при незащищенных (без использования презервативов) половых контактах



Передача ВИЧ при использовании нестерильных инструментов для инъекций

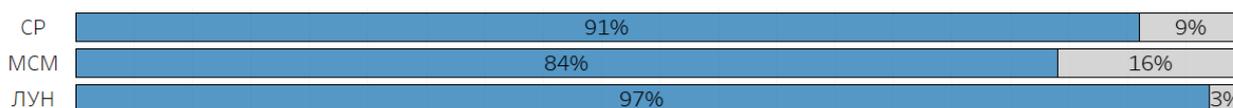
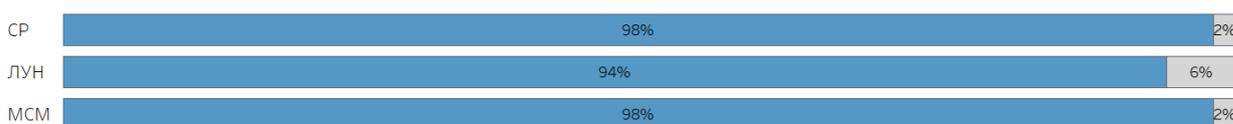


Таблица 16 "Пути передачи ВИЧ"

Также среди способов передачи ВИЧ-инфекции представители исследуемых групп указывали следующие варианты:

- СР: Укус комара – 4 ответа; у зубного врача – 3 ответа; через общую зубную щетку и посуду – 2 ответа; через поцелуй, от матери к ребенку при беременности, через раны, через слюну, при попадании крови ВИЧ-положительного на кожу ВИЧ-отрицательному – по 1 ответу.
- МСМ: Пирсинг и татуировки нестерильным инструментарием – 4 ответа, от матери к ребенку при беременности – 4 ответа, у стоматолога – 2 ответа, при оральном сексе – 2 ответа; через чужие бритвы, ножницы, зубные щетки – 1 ответ; при поцелуях с микротравмами на слизистой ротовой полости – 1 ответ; воздушно-капельным путем – 1 ответ.
- ЛУН: Пирсинг и татуировки нестерильным инструментарием – 3 ответа; при использовании чужой зубной щетки – 3 ответа; через поцелуй – 2 ответа.

Можно ли обезопасить себя от ВИЧ используя презерватив при каждом половом контакте?



Можно ли обезопасить себя от ВИЧ используя только стерильные инструменты для инъекций?

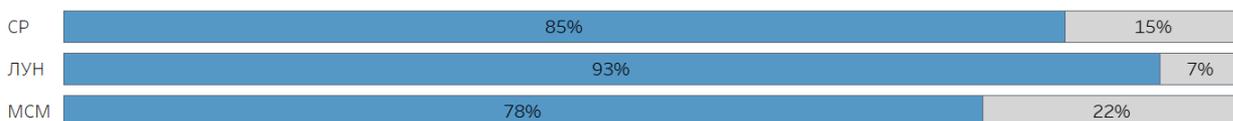


Таблица 17 "Как можно обезопасить себя от ВИЧ?"

Также среди способов профилактики ВИЧ-инфекции представители исследуемых групп указывали следующие варианты:

- СР: Часто проходить тест на ВИЧ (самостоятельно и партнеру) – 3 ответа; Исключить грудное вскармливание, если у матери ВИЧ – 3 ответа; использовать только свои полотенца – 2 ответа; исключить сексуальные контакты с ЛЖВ – 1 ответ; использовать дезинфицирующие растворы – 1 ответ; избегать людей с ВИЧ – 1 ответ.
- МСМ: Принимать до-контактную и пост-контактную профилактику – 14 ответов; полностью исключить сексуальные контакты – 4 ответа; соблюдать личную гигиену – 2 ответа; просить партнера предоставлять справку с тестом на ВИЧ – 1 ответ; использовать только свои предметы личной гигиены – 1 ответ; исключить посещение стоматолога – 1 ответ; исключить грудное вскармливание если у матери ВИЧ-инфекция.
- ЛУН: Исключить бытовые контакты с ЛЖВ – 5 ответов; пирсинг и татуировки только стерильными инструментами – 3 ответа; соблюдать личную гигиену, не трогать чужой стакан, не использовать чужие бритвенные станки, исключить сексуальные контакты с ЛЖВ – по 1 ответу.

Исходя из вышеизложенного, включая данные таблицы 16 и таблицы 17, мы можем сделать вывод, что наиболее информированной о возможных путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции является группа МСМ. Можно предположить, что расхождение этого вывода с данными таблицы 16 обусловлены тем, что значимая часть представлений о ВИЧ-инфекции среди группы ЛУН – лидеров по оценке знаний исходя из собственных представлений, лежит в области неосознанной некомпетентности («я не знаю, что я чего-то не знаю»), однако доказать или опровергнуть данное предположение с помощью имеющихся данных не представляется возможным.

Представители всех групп примерно одинаково информированы о рисках заражения ВИЧ-инфекцией при незащищенных половых контактах. Также уровень информированности о рисках получить ВИЧ при использовании нестерильного инструментария для инъекций находится на относительно высоких значениях, с провалом среди МСМ. При этом 100% из тех МСМ, которые указали, что используют ПАВ в настоящее время, не указали этот путь передачи как возможный (подробный анализ доступен в электронной версии отчета в приложении). Риски передачи ВИЧ при грудном вскармливании вспоминались относительно редко, 22% респондентов ЛУН вспомнили этот путь передачи (гендерных различий не выявлено).

Может ли человек сохранить привычный образ жизни, здоровье, работоспособность после получения диагноза "ВИЧ-инфекция"?

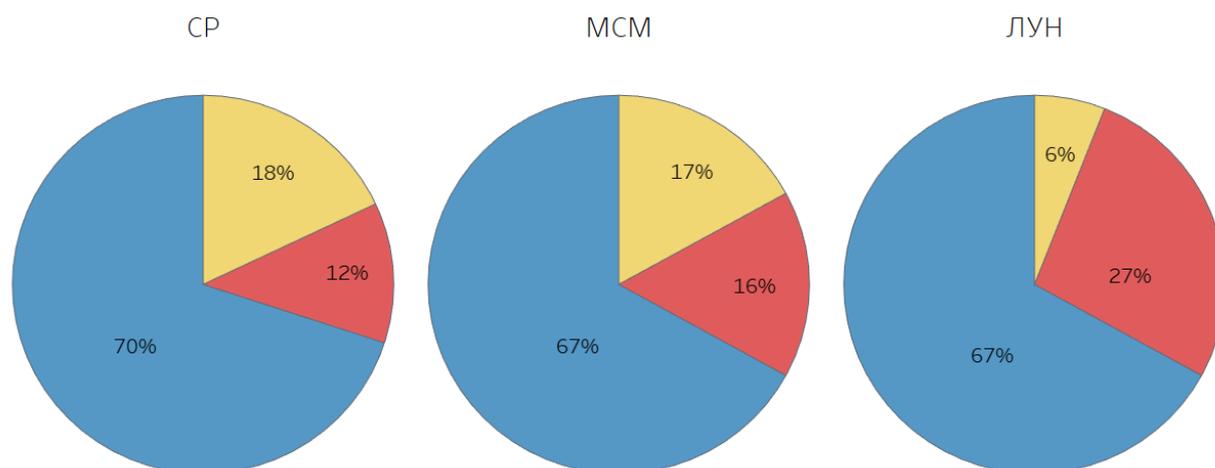


Таблица 18 "Жизнь после ВИЧ"

Цветовое обозначение: синий ■ – да, желтый ■ – затрудняюсь ответить, а красный ■ – нет.

Таблица 18 демонстрирует нам диаграммы ответов на вопрос о том, может ли человек сохранить привычный образ жизни после получения диагноза ВИЧ. Наиболее толерантно настроены представители группы CP, однако в целом разница с представлениями МСМ незначительна. Значимое увеличение количество отрицательных ответов относительно их общего числа среди представителей группы имеет место для ЛУН (27% отмечают, что после выявления ВИЧ-инфекции человек не может сохранить привычной образ жизни, здоровье и работоспособность, при 12% подобных ответов среди CP и 16% среди МСМ).

Люди живущие с ВИЧ

В этом разделе приведены данные выборки 100 человек, относящихся к представителям группы ЛЖВ, и их анализ. При рассмотрении всего нижеизложенного важно помнить, что описываемое исследование НЕ является репрезентативным, а значит по нему нельзя судить о социально-демографическом портрете ЛЖВ в Красноярском крае.

Дескриптивный анализ социально-демографических характеристик представителей ЛЖВ

Соотношение мужчин и женщин: М – 56; Ж – 44

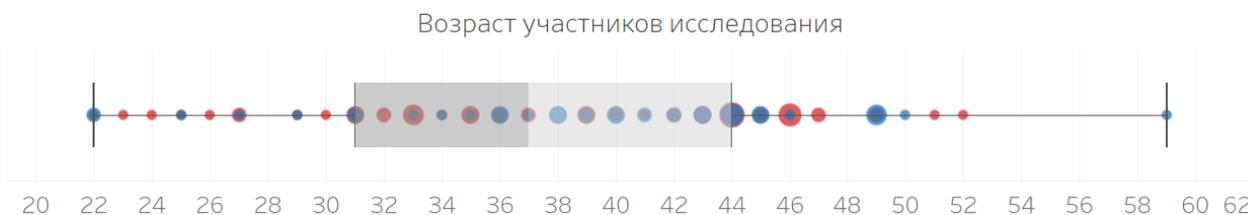


Таблица 19 "Возраст ЛЖВ"

На графике выше (Таблица 19) мы можем видеть распределение ответов участников исследования о собственном возрасте. График представлен бокс-плотом с отображением значений возраста (точка на оси) и количества респондентов, указавших такую цифру (размер, варьируемый от маленького (1 такой ответ) до большого (до 6 ответов)). Также на графике визуализирован пол респондента, где красный – Ж, а синий – М). Закрашенной областью графика является расстояние от конца первого до начала четвертого квартиля¹⁷. Центром закрашенной области (линией, разделяющей более темный и более светлый участок) является медиана¹⁸ – второй квартиль.

	Минимум	I квартиль	Медиана	III квартиль	Максимум
ЛЖВ:	22	31	37	44	59

Средний возраст представителей группы ЛЖВ, принявших участие в данном исследовании – 38,8, для мужчин он составляет – 38,2, для женщин – 39,7. Половина всех респондентов данной группы находится в возрасте от 31 года до 44 лет. Женщины, в среднем и по медиане, немного старше мужчин, дисперсия значений их возрастов несколько более плотная (См. приложение).

На графиках ниже отображены такие категории социально-демографического описания, как семейное положение, уровень образования, наличие работы, характеристика материального положения со слов самого респондента. Более темные участки графика – ЛЖВ мужчины, более светлые – ЛЖВ женщины. Проценты посчитаны относительно всех анализируемых ответов.

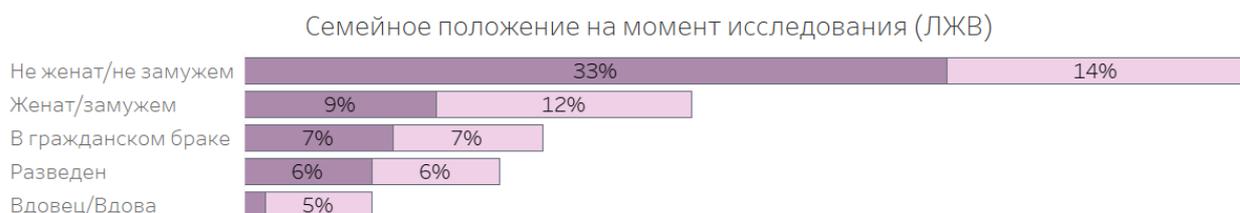


Таблица 20 «Семейное положение на момент исследования»

¹⁷ Квартиль – граница между четвертями выборки

¹⁸ Медиана – точка, разделяющая выборку ровно пополам (то есть ровно половина респондентов указала значение меньше медианы, и ровно половина – больше)

Уровень образования (ЛЖВ)

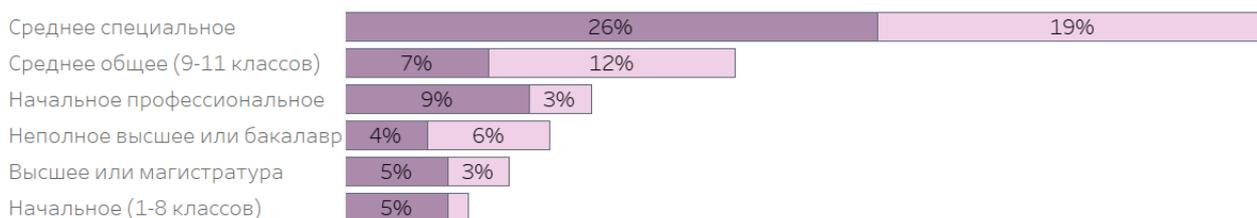


Таблица 21 "Уровень образования ЛЖВ"

Следуя данным таблицы 21, необходимо отметить, что только 18% опрошенных имеют уровень образования «выше среднего». Максимальный процент участников исследования (45% от общего числа ответов) выбрали в качестве ответа «Среднее специальное», в целом, процент респондентов, указавших наличие какого-либо вида среднего образования, составляет 75%.

Характеристика материального положения + наличие работы (ЛЖВ)

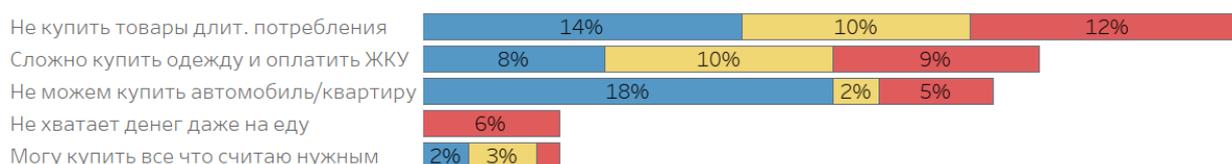


Таблица 22 "Характеристика материального положения + наличие работы (ЛЖВ)"

На графике выше (Таблица 22) цветом обозначена переменная «Наличие работы»: синий цвет ■ – наличие постоянной работы, желтый цвет ■ – наличие временной работы, а красный цвет ■ – отсутствие какой бы то ни было работы.

ЛЖВ и ВИЧ: дескриптивный анализ

Как давно живете с ВИЧ?

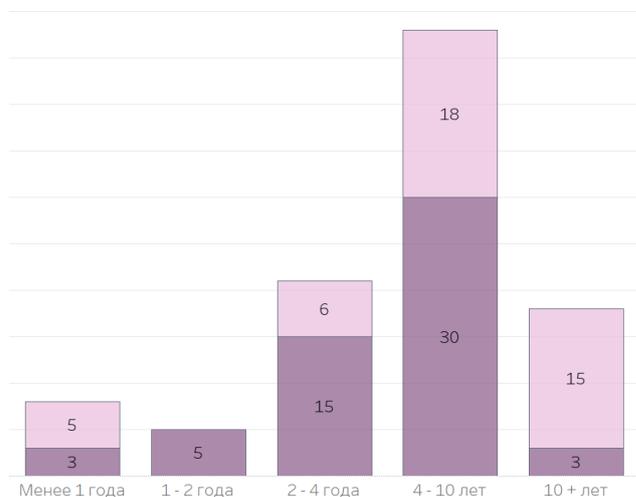


Таблица 23 «Как давно Вы живете с ВИЧ?»

Таблица 23 демонстрирует нам распределение ответов респондентов на вопрос «Как давно вы живете с ВИЧ?». На графике также визуализирован пол участников исследования: более темные участки – мужчины, более светлые – женщины.

Места тестирования, где был поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», участники исследования распределили следующим образом: В СПИД-центре или кабинете инфекциониста – 25%, из которых 1% – указание на недобровольность тестирования, 3% – случаи отсутствия ДТК, 1% – отсутствие ПТК; больница (стационар) – 18%, из которых 3% – указание на недобровольность тестирования, 7% – случаи затруднений в ответе на вопрос о добровольности тестирования, 13% – отсутствие ДТК, 3% – отсутствие ПТК; учреждение УФСИН – 10%, из которых 3% – указание на недобровольность тестирования, 1% – случай затруднения в ответе на вопрос о добровольности, 9% – отсутствие ДТК, 3% – отсутствие ПТК; реабилитационный центр – 10%; женская консультация – 9%, из которых 2% – указание на недобровольность тестирования, 1% – случаи затруднений в ответе на вопрос о добровольности тестирования, 7% – отсутствие ДТК, 2% – отсутствие ПТК; поликлиника (амбулатория) – 7%, из которых 4% – отсутствие ДТК, 2% – отсутствие ПТК; анонимный

кабинет – 6%; наркологический диспансер – 5%, из которых 1% – указание на недобровольность тестирования 1% - затруднение при ответе на вопрос о добровольности тестирования, 5% – случаи отсутствия ДТК, 1% – отсутствие ПТК; другое (у аtrieb-работника) – 4%; мобильный пункт профилактики – 2%; кожно-венерологический диспансер – 1%, при котором отмечалось отсутствие ПТК; другое (у равного консультанта) – 1%; другое (в клубе) – 1%; другое (в НКО) – 1%.

Случается, люди испытывают различного рода негативные переживания по отношению к себе ввиду своего ВИЧ-статуса. Участникам исследования предлагалось указать, испытывали ли они когда-либо что-либо из нижеприведенного списка. Далее указан процент положительных ответов на каждый вопрос, в скобках указаны проценты, связанные с полом участника исследования (Ж – женщины, М – мужчины):

- Чувство стыда – 27% респондентов (16% – Ж, 11% – М)
- Чувство вины – 30% респондентов (15% – Ж, 15% – М)
- Обвинение себя – 42% респондентов (21% – Ж, 21% – М)
- Обвинение других – 37% респондентов (14% – Ж, 23% – М)
- Неуважение к себе – 10% респондентов (5% – Ж, 5% – М)
- Желание наказания – 4% респондентов (2% – Ж, 2% – М)
- Желание покончить с собой – 10% респондентов (6% – Ж, 4% – М)
- Изоляция от семьи и друзей – 17% респондентов (7% – Ж, 10% – М)
- Отказ от работы – 5% респондентов (3% – Ж, 2% – М)
- Отказ от образования – 3% респондентов (Все Ж)
- Отказ от вступления в брак – 10% респондентов (7% – Ж, 3% – М)
- Отказ от сексуальных контактов – 15% респондентов (9% – Ж, 6% – М)
- Отказ от детей – 16% респондентов (12% – Ж, 4% – М)
- Избегание обращения за помощью – 30% респондентов (15% – Ж, 15% – М)

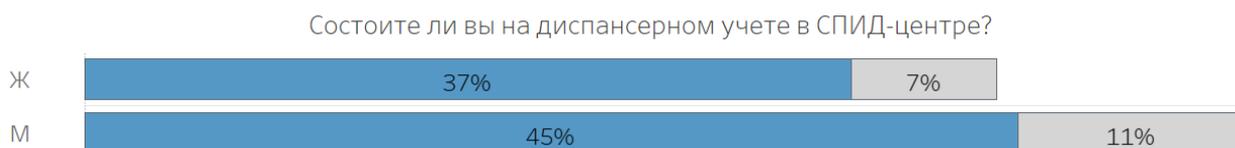


Таблица 24 "Состоите ли Вы на учете в СПИД-центре?"

синий ■ – да, серый ■ – нет

Из всех участников исследования 82% стоят на учете в СПИД-центре. Те участники, которые указали, что не стоят на учете в СПИД-центре, указывали этому следующие причины: не считает, что это необходимо – 9 ответов; нет регистрации – 3 ответа; нет нужных документов – 2 ответа; нет возможности посетить – 1 ответ; «мое решение» – 1 ответ; «думаю, что ВИЧ нет, и мои анализы перепутали, чувствую себя хорошо» – 1 ответ, страх разглашения диагноза – 1 ответ.

Последующие вопросы задавались только тем, респондентам, кто стоит на учете. Также на графиках визуализирована переменная «Пол»: более темные участки – М, более светлые – Ж.

Когда в последний раз посещали СЦ для контроля своего здоровья?

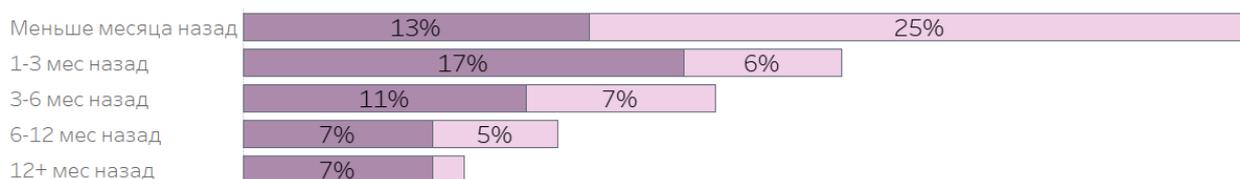


Таблица 25 "Как давно посещали СПИД-центр для контроля своего состояния?"

Исходя из данных таблицы 26, мы можем сделать вывод, что абсолютное большинство (79%) участников исследования, стоящих на учете в СПИД-центре, бывают там регулярно, для контроля своего состояния (беседы с врачом, сдачи плановых анализов, получения рецепта на АРВТ).

Всегда ли, когда врач выписывал вам направление, вы сдавали все анализы?



Таблица 26 "Всегда ли вы сдавали анализы по направлению лечащего врача?"

синий ■ – да, серый ■ – нет

Следуя данным таблицы 27, 72% тех участников исследования, которые указали, что стоят на учете в СПИД-центре, строго следуют предписаниям докторов в вопросах контроля состояния своего здоровья и своевременной сдачи анализов. Среди тех респондентов, которые указали, что не всегда выполняют предписания врачей относительно сдачи анализов, указывали этому следующие причины: не думал(а), что это необходимо – 6 ответов, не мог(ла) добраться до СПИД-центра – 6 ответов; неудобное время работы процедурного кабинета – 5 ответов; сказали, что нет тест-систем – 2 ответа; начал(а) употреблять ПАВ/из-за употребления ПАВ – 2 ответа; «думал(а), бог исцелит» - 1 ответ.

ЛЖВ и вирусная нагрузка: дескриптивный анализ

Когда в последний раз сдавали анализы на определение вирусной нагрузки?

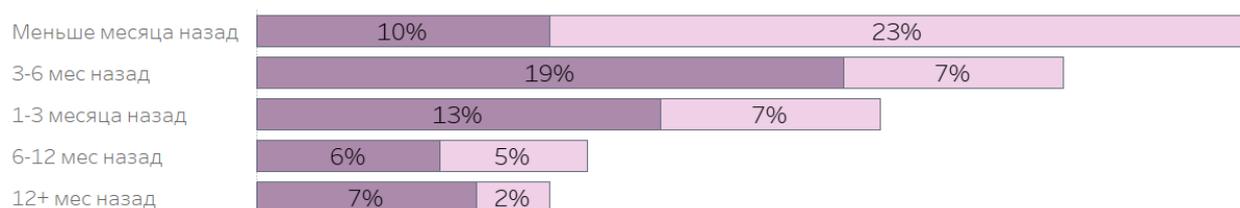


Таблица 27 "Когда в последний раз Вы сдавали анализы на определение вирусной нагрузки?"

Знаете ли вы сейчас свою вирусную нагрузку?

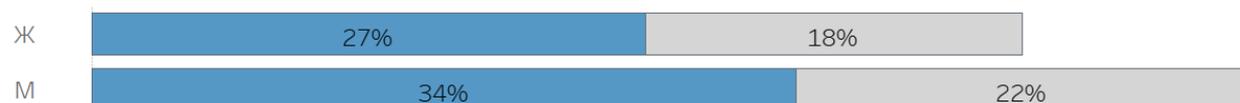


Таблица 28 "Знаете ли Вы сейчас свою вирусную нагрузку?"

синий ■ – да, серый ■ – нет

Анализ на вирусную нагрузку пациентам с ВИЧ-инфекцией необходимо сдавать с определенной периодичностью¹⁹ (1 раз в 3–6 месяцев) на фоне лечения. Исходя из данных таблицы 28 и таблицы 29 мы можем сказать, что большинство (79%) участников исследования, указавших, что состоят на учете в СПИД-центре, сдают анализы на определение вирусной нагрузки в рекомендуемые сроки. Также мы можем отметить, что 61% информантов указали, что им известна их вирусная нагрузка на настоящий момент.

¹⁹ С.Ю. Дягтерева, «Как ВИЧ человека влияет на иммунитет?», 2019: Вирусная нагрузка при ВИЧ | H-Clinic

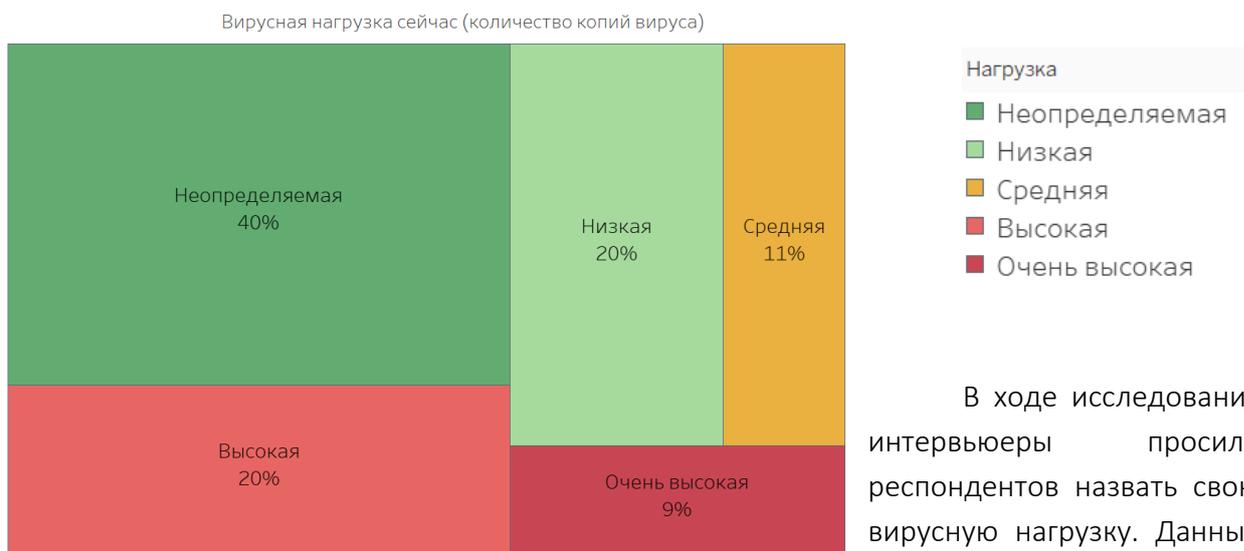


Таблица 29 "Вирусная нагрузка"

В ходе исследования интервьюеры просили респондентов назвать свою вирусную нагрузку. Данные были агрегированы в соответствии с системой классификации, предлагаемой ГБУЗ «Самарский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД»: очень высокой считается нагрузка, превышающая 100 тысяч копий вируса в 1 мл венозной крови, высокая вирусная нагрузка – от 10 тысяч до 100 тысяч копий вируса в 1 мл венозной крови, средняя вирусная нагрузка – в диапазоне от тысячи до 10 тысяч копий вируса в 1 мл венозной крови, низкая вирусная нагрузка – значение, не превышающее 1000 копий вируса в 1 мл венозной крови, неопределяемая вирусная нагрузка – количество копий вируса, недоступное определению используемыми тест-системами (от 0 до 150 копий в зависимости от типа и поколения тест-системы).

Вторым важным параметром для оценки состояния здоровья человека, живущего с ВИЧ, является показатель его иммунного статуса – уровень CD-4 лимфоцитов в 1 мл венозной крови. Как правило, анализы на определение иммунного статуса сдаются с той же периодичностью, что и анализы на вирусную нагрузку.

Когда в последний раз сдавали анализы на определение иммунного статуса (CD4)?

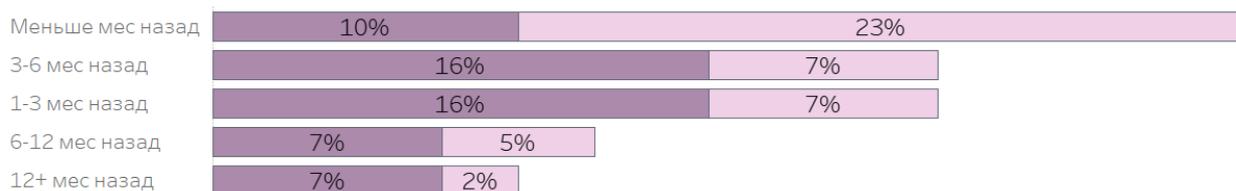


Таблица 31 «Как давно сдавали анализы на определение иммунного статуса?»

Исходя из таблицы 31 мы можем сказать, что среди тех участников исследования, которые указали, что состоят на учете в СПИД-центре, 79% респондентов сдают анализы на определение иммунного статуса в рекомендованные сроки.

Знаете ли вы какой у вас сейчас иммунный статус (CD4)?



Таблица 32 "Знаете ли Вы свой иммунный статус?"

Синий ■ – да, серый ■ – нет.

Была ли вам назначена АРВТ?



Таблица 33 "Была ли назначена АРВТ?"

Синий ■ – да, серый ■ – нет.

Согласно таблице 33 среди тех участников исследования, которые состоят на учете в СПИД-центре, 80% указали, что им была назначена антиретровирусная терапия.

Принимаете ли Вы АРВТ сейчас?



Таблица 34 "Принимаете ли Вы АРВТ сейчас?"

Синий ■ – да, серый ■ – нет.

Среди тех, кому была назначена АРВТ, 78% респондентов указали, что принимают препараты. Те участники исследования, кому была назначена АРВТ и которые указали, что в настоящее время ее не принимают, объясняли это следующими причинами: сам решил(а) не принимать (11 ответов); отменил врач (3 ответа); не получил(а) препараты (3 ответа).

Те участники исследования, которые состоят на учете в СПИД-центре, которым была назначена АРВТ и которые самостоятельно решили ее не принимать, объясняли свою мотивацию следующим: были тяжелые побочные эффекты (3 ответа); решил(а) «отдохнуть» от таблеток (2 ответа); сейчас хорошее самочувствие (1 ответ); мешает употребление ПАВ (1 ответ); страх побочных эффектов (1 ответ); не замечен эффект от лекарств (1 ответ); нет удобного доступа к терапии «по территориальному признаку» (1 ответ); «нет времени» (1 ответ).

Выводы и рекомендации

Пилотное исследование представителей уязвимых к ВИЧ-инфекции групп (секс-работники; мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди употребляющие наркотики) и людей, живущих с ВИЧ, проводилось на территории города Красноярск силами сотрудников и волонтеров некоммерческой организации КРОО «Мы против СПИДа». В ходе исследования было опрошено 400 человек: по 100 человек из каждой группы, обозначенной ранее. Данный текст представляет из себя сокращенную версию отчета по результатам проведенного исследования. Полная версия доступна в электронном виде на сайте организации.

В настоящее время Красноярский край занимает лидирующие строчки в рейтинге регионов по выявляемости и пораженности ВИЧ-инфекцией. Согласно данным справки Красноярского СПИД-центра, упоминаемой во введении, эпидемия в регионе вышла за пределы групп, маркируемых как особенно уязвимые к ВИЧ. Однако, несмотря на это, представители ключевых групп все еще должны оставаться в фокусе программ профилактики, и этих программ должно становиться больше.

Исходя из возрастных распределений участников исследования, я могу рекомендовать обратить особое внимание на СР ввиду того, что это самая «молодая» группа, и включить в программы профилактики не только материалы по профилактике ВИЧ-инфекции, но и используя факт того, что среди данной группы высок спрос на пользование сервисами, предлагаемыми НКО, высоко доверие к представителям НКО, разработать и использовать треки консультирования и сопровождающие информационные материалы о беременности, профилактике нежелательной беременности, а также беременности при ВИЧ.

Так как группа является труднодоступной, важно использовать существующий канал коммуникации максимально эффективно, в этой связи рекомендовано расширить спектр информационных материалов и треков консультаций, акцентировав внимание в них не столько на вопросах профилактики ВИЧ-инфекции, сколько на профилактике ЛЮБЫХ негативных последствий большого количества сексуальных контактов с разными партнерами, среди которых обязательно должны присутствовать риски заражения ИППП при различных видах сексуальных практик (как минимум вагинальный, оральный, анальный секс).

В связи с высокой, даже относительно представителей других уязвимых групп, социальной незащищенностью, а также высокий процент СР, имеющих на иждивении несовершеннолетних, рекомендовано разработать программы помощи, включающие в себя сервисы для матерей с детьми.

Также важной потенциальной составляющей, ввиду низкой материальной обеспеченности значимого процента представителей группы, программ для СР является компонент социальной помощи. Это позволит снизить риск возникновения ситуаций, в которых секс-работница оказывается зависимой от обстоятельств и жертвует собственной безопасностью ради материальных вознаграждений.

МСМ – самая образованная и социально-защищенная группа среди исследуемых. Программы профилактики рекомендовано расширить, и включить в них обязательный компонент о мотивировании к ведению здорового образа жизни и отказа от употребления ПАВ (независимо от метода употребления). Так же аналогично важно, чтобы материалы

включали в себя не только информацию о рисках заражения и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, но и сведения о рисках передачи и профилактике ИППП при различных видах сексуальных практик (как минимум оральный, анальный секс, с разделенными акцентами на меры, рекомендуемые принимающей и проникающей сторонам).

Представители группы ЛУН – наиболее уверены в своих знаниях, при этом являются наименее информированными о ВИЧ-инфекции, рисках передачи и мерах профилактики. Учитывая их материальную незащищенность, рекомендовано обратить внимание на возможность разработки и воплощения совместных с биржей труда программ, по поиску работы для данной категории граждан.

Представители всех уязвимых групп демонстрировали значимое наличие стигмы по отношению к ВИЧ-инфекции. В целом, учитывая сложность региона, тот факт, что уровень зараженности имеет положительную корреляцию с уровнем стигмы (что противоречит трендам других регионов), рекомендована разработка и имплементация сочетанных программ профилактики, то есть включающих в себя такие компоненты как:

- Профилактика ВИЧ-инфекции (с дифференцированной информацией о рисках передачи ВИЧ, мерах потенциальной профилактики при различных видах сексуальных контактов), отдельно здесь стоит отметить то, что наиболее частой причиной, указываемой участниками исследования при вопросах о том, почему они не сдают тесты на ВИЧ, была –«Не думаю, что это необходимо».
- Профилактика ИППП (с дифференцированной информацией по часто-встречающимся ИППП, включая риски и меры профилактики при различных сексуальных практиках).
- Меры социальной поддержки.
- Пропаганда здорового образа жизни и отказа от употребления ПАВ.
- Меры по снижению стигмы по отношению к представителям уязвимых групп (тренинги для врачей, сотрудников учреждений, где сдаются-тесты на ВИЧ, создание и поддержание сети доверенных специалистов, включая не только инфекциониста, но и дерматовенеролога, андролога, уролога, гинеколога, психолога, психиатра, нарколога, а также создание безопасных площадок для коммуникаций как представителей различных уязвимых групп между собой, так и для их коммуникаций со специалистами различных направлений).
- Меры по повышению образованности представителей уязвимых групп относительно рисков специфичных для представителей их группы, например, проведение лекций, тренингов, семинаров (или циклов таковых) по темам, отвечающим проблемным запросам.
- Меры по снижению стигмы по отношению к ВИЧ-инфекции и людям, живущим с ВИЧ. Возможно создание безопасного пространства для коммуникации таковых, проведение групп поддержки людей с ВИЧ с привлечением ВИЧ-отрицательных участников (опыт Воронежа).
- Отдельным пунктом важно отметить меры по упрощению языка донесения информации о ВИЧ, избегание канцеляризма и сложных словесных конструкций, богатых медицинскими терминами, сделают информацию более воспринимаемой и повысит ее усвояемость.

Все вышеперечисленное выглядит громоздко и несколько пугающе дорого, но учитывая серьезность вызова, с которым столкнулся Красноярский край перед лицом эпидемии ВИЧ, реализация предложенных мер и их финансирование выглядят более экономически

выгодными, чем работа с последствиями от игнорирования проблемы ВИЧ (представляющей из себя комплекс иных сложностей) в регионе.

Касательно людей, живущих с ВИЧ, хотелось бы указать наличие одной проблемы, сделав на ней основной акцент, так как ее масштабы колоссально велики.

Само-стигматизация является препятствием к реализации программ профилактики, так как, впадая в данное состояние, человек фактически теряет рациональный контроль над ситуацией со своим здоровьем, отдаваясь порыву эмоций, и следуя за мифами, часто не имеющими под собой никакого обоснования, кроме «так говорят». Работа с само-стигматизацией представляет из себя комплекс мер, направленных на развенчивание этих мифов.

Среди группы ЛЖВ, по многим параметрам само-стигматизации, прослеживается наличие эффекта (разницы) между представителями разных полов. Рекомендовано включить в информационные материалы и треки консультирования ЛЖВ (было бы хорошо, чтобы эти консультации вообще проводились, особенно в таких популярных местах тестирования, как больница или женская консультация), информацию о неответственности болеющего за свою болезнь и сохраненных возможностях человека при получении диагноза ВИЧ. Имеется ввиду, набор информационных материалов, о том, что ВИЧ не может быть передан другому человеку посредством бытового контакта, что беременная ВИЧ-положительная женщина не рискует передать вирус ребенку при принятии своевременных мер, учитывая их ответственное исполнение, продолжительность жизни с ВИЧ не отличается от продолжительности жизни без ВИЧ, при соблюдении рекомендаций врача и тому подобное.

В регионе отмечается высокая приверженность к лечению и исполнению предписаний врачей, особенно высока она среди женщин, однако учитывая прочие данные нашего исследования, можно сказать, что подобное поведение зиждется не на осознанном и рациональном подходе к лечению, а на иррациональном страхе и высоком уровне само-стигматизации. В долгосрочной перспективе такая мотивация теряет эффективность, в связи с чем и рекомендуется предпринять комплекс мер по ее изменению.

Берегите себя, жизнь с ВИЧ возможна, а наша профилактика в наших руках.