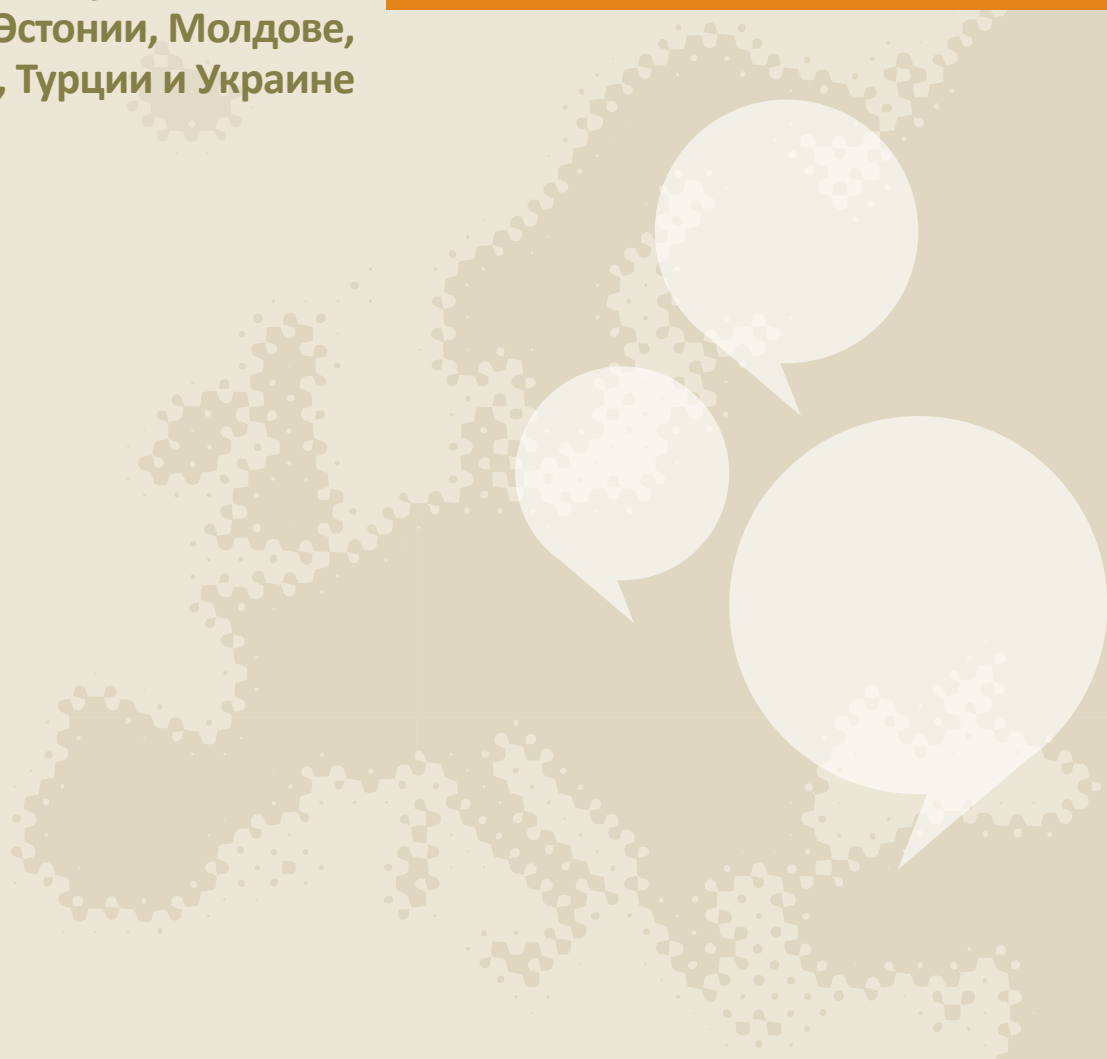


Стигма в связи С ВИЧ:

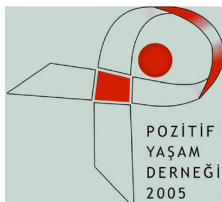
Межстрановой анализ
результатов исследования
на основе «Индекса
стигматизации людей,
живущих с ВИЧ» в
Эстонии, Молдове,
Польше, Турции и Украине

**позднее
тестирование,
позднее лечение**





League of People Living with HIV
Republic of Moldova
www.ligaids.md



www.pozitifyasam.org



Всеукраїнська Мережа ЛЖВ
All-Ukrainian Network of PLWH
www.network.org.ua

Авторы

Ведущий автор и составитель отчета: консультант **Лорел Спрейг** при участии следующих коллег: **Екатерина Войнова** – Эстонская сеть людей, живущих с ВИЧ; **Магдалена Анкерштейн-Бартчак** – от имени польской сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом «SIEĆ PLUS»; **Игорь Кильчевский** – Лига людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Молдова); **Серхан Каратас** – Ассоциация позитивной жизни (Турция); **Петро Полянцев** – Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Украина).

которые координировали исследование в своих странах в рамках реализации «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ», а также предоставили материалы для данного отчета.

Техническая поддержка и связь между странами: **Джулиан Хауз** (GNP+).

Руководство проектом

Общий контроль за ходом проекта осуществлялся консультативной группой инициативы «ВИЧ в Европе». В соответствии с принципом GIPA (более широкое участие людей, живущих с ВИЧ), эта группа состояла из ЛЖВ, а также включала в себя члена руководящего комитета инициативы «ВИЧ в Европе». Группа проводила регулярные встречи с целью контроля, определения направлений работы и выработки рекомендаций для руководящего комитета инициативы «ВИЧ в Европе» в отношении реализации проекта.

Рецензирование и замечания

Авторы благодарят координационную группу инициативы «ВИЧ в Европе» и международное партнерство «Индекс стигматизации ЛЖВ» за комментарии и предложения по тексту отчета. Международными партнерами «Индекса стигматизации ЛЖВ» являются: Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (GNP+); Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (ICW); Международная федерация планирования семьи (IPPF); и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС).

Благодарности

Большую признательность заслуживают страновые коллективы Эстонии, Молдовы, Польши, Турции и Украины, которые осуществили данное исследование. Еще более важно поблагодарить более чем 2500 человек, живущих с ВИЧ в этих пяти странах, которые поделились своими личными чувствами, страхами и опытом.

Исследование и составление отчета осуществлено при финансовой поддержке со стороны инициативы «ВИЧ в Европе».



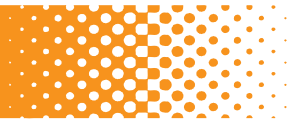
Сокращение и акронимы

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
АРТ	Антиретровирусная терапия
АРВ	Антиретровирусный препарат
КСР	Коммерческий секс-работник(ца)
GNP+	Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВПЛ	Внутренне перемещенные лица
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ИППП	Инфекция, передаваемая половым путем
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ

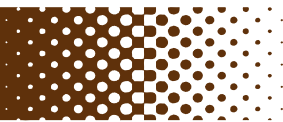


Содержание

- 06... Сводное резюме
- 09... Введение
- 10..... Определения
- 11..... Методы
- 11..... Вопросы, поставленные для изучения в исследовании
- 11... Исследование
- 12..... Размер выборки
- 12..... Ограничения
- 13..... Информация об опросе по странам
- 13..... Ключевые популяции
- 15... Результаты
- 15..... Барьеры на пути к ВИЧ-тестированию
- 15..... Время, прошедшее до тестирования
- 18..... Причина тестирования на ВИЧ
- 20..... Ожидание стигмы
- 23..... Причины отсрочек в обращении за тестированием – страх положительного результата
- 29..... Влияние отсрочки тестирования на текущее состояние здоровья
- 31..... Барьеры, мешающие обращению за медицинской помощью при ВИЧ
- 31..... Время, прошедшее до обращения за помощью после получения диагноза
- 33..... Страхи и тревоги в связи с получением медицинской помощи
- 39..... Воздействие самостоятельности на обращаемость за помощью
- 42..... Влияние консультирования во время постановки диагноза на обращаемость за помощью
- 44..... Текущее состояние здоровья в сопоставлении с отсрочкой обращения за помощью



- 46... Обсуждение
- 46..... Отсрочка тестирования
- 46..... Барьеры, мешающие тестированию
- 47..... Отсрочка обращения за помощью
- 47..... Проблемы молодых людей
- 48..... Страхи среди представителей ключевых популяций
- 49..... Влияние программ консультирования и тестирования
- 49..... Влияние позднего тестирования и позднего лечения и ухода на текущее состояние здоровья
- 50..... Изменение тенденций с течением времени после постановки диагноза
- 50..... Общий вывод
- 51..... До тестирования
- 51... Выводы
- 52..... Во время тестирования
- 52..... После диагноза
- 53... Последующие шаги, «Индекс стигматизации ЛЖВ» в 5 странах
- 54..... Приложение А: Ожидаемая стигматизирующая реакция на положительный результат теста на ВИЧ – по странам и по полу
- 56..... Приложение В: Причины отсрочки обращения за помощью – по странам и по полу
- 58..... Список таблиц
- 60... Об «Индексе стигматизации людей, живущих с ВИЧ»
- 60... Об инициативе «ВИЧ в Европе»



«ВИЧ в Европе» - это инициатива европейских медиков, исследователей, а также политических и общественных организаций, работающих в области борьбы с ВИЧ/СПИДом. Инициатива официально оформилась в 2007 г. с целью объединения усилий, направленных на улучшение понимания ситуации, обмен информацией и преодоление барьеров, с которыми сталкиваются европейцы при обращении за тестированием, лечением и уходом. В центр внимания инициативы была поставлена та роль, которую играют стигма и дискриминация в качестве препятствий на пути к расширению универсального доступа к тестированию, лечению и уходу при ВИЧ. Для обоснования этих усилий потребовалась конкретная доказательная база, учитывающая местные условия.

В 2009 г. сети людей, живущих с ВИЧ в Эстонии, Молдове, Польше, Турции и Украине, пришли к выводу о необходимости борьбы со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в их странах и инициировали обсуждение - при поддержке международных партнеров, занимающихся реализацией «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ» - возможности реализации указанного «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)» в их странах.

Эти усилия были учтены, и «Индекс стигматизации ЛЖВ» был выбран в качестве инструмента, призванного помочь понять, испытывают ли люди, живущие с ВИЧ в этих странах, какие-либо сомнения при обращении за услугами тестирования, лечения и ухода при ВИЧ, и если да, то почему. Проект выполнен в рамках процесса реализации «Индекса стигматизации ЛЖВ» на национальном уровне.

Основопологающим моментом «Индекса стигматизации ЛЖВ» является то, что этот Индекс представляет собой инициативу людей, живущих с ВИЧ, для людей, живущих с ВИЧ. Достоинством отчета является то, что результаты отражают те барьеры, с которыми люди в данных странах сталкиваются при обращении за тестированием, лечением и уходом при ВИЧ, на основе прямого опыта тех, кому был поставлен диагноз ВИЧ, в рамках исследования, во главе которого стояла организация ЛЖВ, работающая на национальном уровне.

Мы надеемся, что информация, полученная в данном исследовании, дополнит результаты работы Европейской согласительной рабочей группы по поздним обращениям¹ в плане понимания некоторых причин, по которым ЛЖВ не сразу обращаются за тестированием после возникновения у них мысли о необходимости протестироваться, а иногда и не желают получить лечение.

Чтобы глубже понять проблемы, лежащие в основе поздней диагностики и позднего обращения за лечением, в «Индекс стигматизации ЛЖВ»² были включены пять новых вопросов в рамках развертывания указанного Индекса в этих странах. Эти вопросы были разработаны в сотрудничестве с исследовательскими коллективами в указанных странах при участии консультанта от инициативы «ВИЧ в Европе». Вопросы касались непосредственно ситуации позднего обращения за тестированием и помощью при ВИЧ и причин позднего обращения.

¹ Рабочая группа предложила согласованное определение позднего обращения на веб-сайте <http://www.hiveurope.eu/consensus>.

² «Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ» - это совместная инициатива следующих организаций: Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (ВНП +); Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (ICW); Международная федерация планирования семьи (IPPF); Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

Были проинтервьюированы люди, живущие с ВИЧ, в Эстонии (N=87), Молдове (N=403), Польше (N=504), Турции (N=100) и Украине (N=1500) с фиксацией их ответов в анкетах. Все исследование было проведено в конце 2010 г. - начале 2011 г. Использовался процесс активного вовлечения в исследование, при котором люди, живущие с ВИЧ в каждой из указанных стран, были обучены методике интервьюирования и сами проводили опрос. Общая анкета (Индекс стигматизации ЛЖВ), в которую были включены указанные вопросы, обеспечивала получение демографической информации о респондентах, а также позволяла получать ответы на различные вопросы об опыте респондентов и осуществлять перекрестный анализ по полу, принадлежности к той или иной ключевой популяции, проживанию в сельской местности или городе, уровню образования и дохода.

Ответы, полученные от респондентов, показали, что период времени выжидания до обращения за тестированием на ВИЧ и до обращения за медицинской помощью после постановки диагноза колеблется в широких пределах. Хотя многие респонденты обращались за тестированием в течение шести месяцев после возникновения у них мысли о необходимости пройти тестирование, вполне вероятно, что они уже прожили с ВИЧ какое-то время, прежде чем осознали, что они заражены ВИЧ. В то же самое время, имеются люди в некоторых странах, хотя и немного, которые откладывали тестирование на более чем два года, а иногда и на более чем пять лет. По сравнению с временем задержки с обращением за тестированием средний период времени с момента постановки диагноза до первого обращения к медицинским специалистам по поводу ВИЧ-инфекции оказался весьма длительным.

Респонденты высказали много страхов относительно обращения как за тестированием, так и за получением помощи. Большая доля респондентов во всех странах-участницах признались в колебаниях в отношении тестирования из-за страха социальной стигмы. Среди других основных причин задержки с тестированием были названы страхи, связанные с личными отношениями с другими людьми (страх потерять супруга или партнера, страх потерять возможность вступить в брак, отношение друзей или семьи), страх стигматизации детей, озабоченность по поводу отнесения к какой-либо ключевой группе, страх потерять работу или быть исключенным из учебного заведения. Основными причинами задержки в получении медицинской помощи после постановки диагноза являются эмоциональные и психологические потребности, в частности психологическая неготовность к жизни с ВИЧ-инфекцией, страх негативного отношения со стороны медицинских работников, страх нарушения конфиденциальности, незнание, куда обращаться за получением помощи, страх быть замеченным в соответствующем медицинском учреждении. Ответы были поразительно схожими и у женщин, и у мужчин.

Некоторые виды страхов были более типичны для молодых людей и представителей ключевых популяций, чем для респондентов в возрасте старше 30 лет или тех, кто не принадлежал к ключевым популяциям. Молодые люди чаще говорили о том, что причиной задержки с тестированием у них был страх перед реакцией со стороны других людей. В зависимости от страны, более высокий процент молодых людей высказали обеспокоенность возможностью насилия со стороны близкого партнера, принуждения к прерыванию беременности, а также потерей возможности вступить в брак из-за положительного теста на ВИЧ. Представители ключевых популяций в большей мере опасались негативного отношения к ним со стороны медицинских работников, чем другие представители генеральной совокупности. Они также опасались криминализации³ в случае положительного результата и боялись стать жертвой

³ К страху криминализации относится страх уголовного преследования, лишения гражданских свобод или усиления контроля со стороны гражданских властей из-за диагноза, указывающего на определенное поведение или принадлежность к определенной группе, например, КСР, гомосексуалистов, наркопотребителей. Страх криминализации также включает возможность уголовного преследования в связи с возможным заражением ВИЧ инфекцией других людей.

насилия со стороны партнера, семьи и других людей – эти страхи намного реже встречались или даже совсем отсутствовали среди других респондентов.

Наконец, информация о текущем состоянии здоровья респондентов и обстоятельствах, сопровождавших тестирование на ВИЧ, использовалась для получения ответов на следующие вопросы:

- Жалуются ли респонденты, которые откладывали тестирование или обращение за помощью на более длительное время, в целом на более плохое самочувствие, чем те, кто прошел тестирование или обратился за помощью скорее?
- Раньше ли других обращаются за медицинской помощью респонденты, прошедшие тестирование добровольно?
- Раньше ли других обращаются за медицинской помощью респонденты, получившие дотестовое и послетестовое консультирование?

За исключением некоторых оговорок, в целом ответ на каждый из этих вопросов был положительным. Во всех странах те, кто прошел тестирование скорее, и те, кто обратился за получением помощи раньше, имели более хорошее здоровье на момент опроса. Кроме того, сильная положительная связь была выявлена между своевременным обращением за помощью и добровольностью тестирования и до- и после-тестовым консультированием.

Из результатов исследования вытекают ясные рекомендации по вмешательствам: необходимо предпринять все возможные усилия по преодолению как социальной стигмы, окружающей ВИЧ, так и возникающего у людей страха при необходимости пройти тестирование. Необходимо обеспечить широкую защиту от дискриминации на работе и в учебном заведении и соответствующее информирование. После постановки положительного диагноза человек должен иметь прямой доступ к психологической и эмоциональной поддержке. Необходимо создать системы и нормы, не допускающие негативного отношения со стороны медицинских работников. В то же время, медицинские работники должны пройти обучение по вопросам обеспечения конфиденциальности и профессионального оказания помощи пациентам без проявления субъективности. Медицинская помощь должна быть обеспечена для людей с ВИЧ в местах лишения свободы на таком же уровне, как и в других условиях. Наконец, невозможно переоценить значимость программ добровольного ВИЧ-консультирования и тестирования в рамках защиты прав человека, обеспечения доверия и содействия в обращении за медицинской помощью после постановки диагноза.

Данный отчет содержит анализ данных «Индекса стигматизации ЛЖВ», полученных в ходе опроса в пяти вышеуказанных странах (включая пять дополнительных вопросов), с акцентом на проблеме существования барьеров, мешающих тестированию и получению помощи при ВИЧ. Полные отчеты по результатам «Индекса стигматизации ЛЖВ» в каждой из этих стран – по мере их поступления – можно найти по адресу: <http://www.gnpplus.net/en/programmes/human-rights/plhiv-stigma-index>

«ВИЧ в Европе» - это инициатива европейских медиков, исследователей, а также политических и общественных организаций, работающих в области борьбы с ВИЧ/СПИДом. Инициатива официально оформилась в 2007 г. с целью объединения усилий, направленных на улучшение понимания ситуации, обмен информацией и преодоление барьеров, с которыми сталкиваются европейцы при обращении за тестированием, лечением и уходом. В центр внимания инициативы была поставлена та роль, которую играют стигма и дискриминация в качестве препятствий на пути к расширению универсального доступа к тестированию, лечению и уходу при ВИЧ. Для обоснования этих усилий требовалась конкретная доказательная база, учитывающая местные условия.

В 2009 г. сети людей, живущих с ВИЧ в Эстонии, Молдове, Польше, Турции и Украине, пришли к выводу о необходимости борьбы со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в их странах и инициировали обсуждение - при поддержке международных партнеров, занимающихся реализацией «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ» - возможности реализации указанного «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)» в их странах. На основе своего опыта и опыта известных им людей эти сети определили ключевые факторы, которые, по их мнению, создают препятствия на пути к получению помощи в связи с ВИЧ. Они сформулировали эти проблемы в своих концептуальных записках и отчетах, написанных в качестве предварительного шага при реализации «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ». К таким факторам были отнесены: дискриминация в сфере занятости, образования, а также в системе правосудия; семейная и социальная стигма; повышенная стигма, окружающая уже маргинализированные группы; негативное социальное мнение о людях, живущих с ВИЧ; стереотипы; и негативное отношение со стороны медицинского персонала. Среди других проблем в эстонской концептуальной записке указывается, что «люди боятся обратиться в инфекционную больницу в своем городе и вынуждены обращаться в больницы в других городах», а в польском отчете отмечается, что люди боятся принимать лекарственные средства из страха, что по этому признаку люди узнают об их ВИЧ-положительном статусе. Все опасения можно резюмировать с помощью следующей выдержки из украинской концептуальной записки:

“Согласно исследованию, проведенному Всеукраинской сетью ЛЖВ в 2009г., люди, живущие с ВИЧ, обращаются за помощью лишь спустя 2-3 года после выявления у них ВИЧ. Из опыта мы знаем, что в значительной степени нежелание обратиться за необходимой помощью и поддержкой обусловлено стигмой, которую чувствуют и испытывают люди, живущие с ВИЧ/СПИДом”.

На основе выявленных потребностей и формирования соответствующих партнерских связей «Индекс стигматизации ЛЖВ» был принят в качестве инструмента для вовлечения сетей людей, живущих с ВИЧ, и документирования их опыта, связанного с тестированием, лечением и получением помощи.

Для получения ответов на конкретные вопросы, поставленные инициативой «ВИЧ в Европе», в анкету «Индекс стигматизации ЛЖВ» были включены пять дополнительных вопросов при его развертывании в странах, участвующих в исследовании. Эти вопросы касались непосредственно задержки в обращении за тестированием и получением помощи при ВИЧ и причин такой задержки. Респондентам были заданы вопросы по широкому кругу возможных причин задержки, включая практические аспекты (такие как стоимость, расстояние, незнание, куда обратиться), а

также вопросы, связанные со стигмой и дискриминацией. Вопросы по стигме и дискриминации касались различных ситуаций, в которых стигма и дискриминация могли проявиться (например, правовая система, здравоохранение, сообщество, семья), и воздействие ожидаемой и интернализированной стигмы. Общая анкета, в которую были включены указанные вопросы, обеспечивала получение демографической информации о респондентах, а также позволяла получать ответы на различные вопросы об опыте респондентов и осуществлять анализ ответов с разбивкой по полу, принадлежности к той или иной ключевой популяции, истекшему времени с момента постановки диагноза, проживанию в сельской местности или в городе, уровню образования и дохода, а также по исходной причине тестирования, по добровольности или недобровольности тестирования, проведению или непроведению консультирования и текущему состоянию здоровья респондента.

Определения

Данное исследование имеет своей целью оценить, на какое время люди в вышеуказанных пяти странах, принявших участие в исследовании, откладывали тестирование на ВИЧ или обращение за медицинской помощью после постановки диагноза, а также причины такой задержки. С этой целью в ходе анализа использовались следующие определения позднего тестирования и позднего обращения за помощью:

Позднее тестирование: Прохождение тестирования на ВИЧ спустя более чем шесть месяцев после возникновения первой мысли о необходимости пройти тестирование на ВИЧ.

В данном анализе фиксируются периоды отсрочки тестирования на более чем шесть месяцев, на более чем один год и на более чем два года. Такие периоды отсрочки имеют значение для здоровья и благополучия ВИЧ-положительного человека, который не знает своего диагноза, а также с точки зрения возможности дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции.

Позднее обращение за получением помощи: Отсрочка обращения к медицинскому специалисту по поводу ВИЧ-инфекции спустя более чем шесть месяцев после постановки диагноза вне зависимости от того, начал человек ранее принимать препараты для лечения ВИЧ или нет.

В отчете содержатся данные об отсрочке обращения на более чем шесть месяцев, более чем год и более чем два года, а также процент респондентов, не получающих помощь. Такие периоды отсрочки влияют на проведение оценки в плане назначения антиретровирусной терапии, предотвращение оппортунистических инфекций и лечение коморбидных заболеваний, таких как гепатит или туберкулез, с соответствующими отрицательными последствиями для здоровья и благополучия человека, живущего с ВИЧ, и с соответствующим увеличением бремени на здравоохранение.

Эти определения призваны дополнить согласованные определения Европейской согласительной рабочей группой по поздним обращениям. В центре внимания рабочей группы стоит позднее обращение за получением помощи, которое определяется как имеющее место, когда ВИЧ-положительный человек имеет СПИД-индикаторное заболевание или количество Т-лимфоцитов ниже 350 клеток/мл при первом обращении. Данные по позднему тестированию и позднему обращению за помощью в данном отчете используются для анализа задержек с выяснением своего диагноза и с обращением за медицинской помощью, лежащих в основе проблемы, решение которой ищет Рабочая группа, а именно: обращение за медицинской помощью на позднем этапе развития ВИЧ-инфекции.

Методы

Существующий исследовательский инструмент «Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ» был дополнен пятью вопросами о препятствиях на пути к тестированию и лечению в связи с ВИЧ⁴.

Эти пять вопросов, включенные дополнительно в существующую анкету «Индекс стигматизации ЛЖВ», следующие⁵:

- Сколько времени прошло с момента, когда Вас впервые посетила мысль о том, что Вам необходимо пройти тестирование на ВИЧ, до момента, когда Вы реально прошли тест на ВИЧ? *(временные рамки)*
- Вызвал ли у Вас колебания страх в отношении того, как другие люди (например, Ваши друзья, члены семьи, работодатель или окружающие Вас люди) прореагируют, если результат теста будет положительным? Да/Нет
- Опасались ли Вы, что при положительном результате может произойти что-либо из нижеперечисленного? *(Множественный выбор с возможностью выбора нескольких ответов)*.
- Сколько времени прошло с момента времени, когда Вы узнали о положительном результате теста, до момента времени, когда Вы обратились к медицинским работникам по поводу своей ВИЧ-инфекции вне зависимости от того, начали Вы уже принимать лекарственные средства или нет? *(временные рамки)*
- Если между моментом, когда Вы узнали о положительном результате теста на ВИЧ, и моментом, когда Вы начали получать медицинскую помощь, прошло какое-то время, укажите на причину(ы) задержки с обращением за медицинской помощью. *(Множественный выбор с возможностью выбора нескольких ответов)*.

Ответы на дополнительные вопросы были подвергнуты перекрестному анализу в сопоставлении с данными, полученным с помощью вопросов (качественного и количественного характера) из «Индекса стигматизации ЛЖВ», с целью обеспечения полноты анализа. Полностью дополнительные вопросы и данные «Индекса стигматизации ЛЖВ», использованные для перекрестного анализа, приводятся в соответствующих разделах.

Вопросы, поставленные для изучения в исследовании

- Сколько времени респонденты выжидали до тестирования с момента, когда они впервые поняли, что им необходимо пройти тест на ВИЧ?
- Какие причины приводятся респондентами для объяснения причин выжидания, прежде чем пройти тестирование?
- Сколько времени респонденты выжидали после постановки им диагноза, прежде чем обратиться за медицинской помощью по поводу ВИЧ-инфекции?

⁴ Более полное описание исследовательской методологии и процесса на основе «Индекса стигматизации ЛЖВ» можно найти по адресу: <http://www.stigmaindex.org/userguide>

⁵ Полностью вопросы представлены в соответствующих разделах.

- • Какие причины приводятся респондентами для объяснения причин отсрочки обращения за медицинской помощью?
- • Жалуются ли респонденты, выжидавшие дольше перед тестированием или обращением за помощью, на более плохое здоровье чем те, кто протестировался или обратился за помощью раньше?
- • Сообщают ли респонденты, обратившиеся за тестированием добровольно, о более раннем обращении за медицинской помощью?
- • Сообщают ли респонденты, получившие дотестовое и послетестовое консультирование, о более раннем обращении за медицинской помощью?

Размер выборки

Всего было опрошено 2540 человек, живущих с ВИЧ в Эстонии, Молдове, Польше, Турции и Украине. Ответы фиксировались в анкетах. Все респонденты были людьми, живущими с ВИЧ, которые обратились за тестированием на ВИЧ и которым был поставлен соответствующий диагноз. В каждой из стран исследование проводилось с привлечением людей, живущих с ВИЧ, в качестве интервьюеров после соответствующего обучения методике проведения интервью. Описательный и двумерный анализ результатов был осуществлен с разбивкой по странам, полу, возрасту, сроку жизни с ВИЧ и принадлежности к ключевой пораженной группе населения.

Ограничения

В каждой из стран выборка формировалась в соответствии с эпидемиологическим профилем эпидемии в данной стране. С учетом имеющихся ресурсов были предприняты все усилия к тому, чтобы выборки респондентов представляли как можно шире различные наиболее пораженные ВИЧ группы населения и территории в каждой из стран.

Учитывая эти условия, в исследовании присутствовали следующие ограничения: поскольку формирование выборки респондентов осуществлялось по-разному с целью обеспечить участие наиболее пораженных популяций в каждой из стран, прямые сравнения между указанными странами не могут быть достоверными. Кроме того, ограниченность средств на формирование выборки для опроса фактически означает, что в некоторых из стран представительные данные не могли быть получены по некоторым ключевым популяциям. Особенно в странах с малыми объемами выборки (Эстония, Молдова и Турция) результаты по субпопуляциям следует рассматривать как общие тенденции, нежели как конкретные результаты. Так, например, результаты по КСР следует воспринимать как точное отражение ответов КСР, включенных в выборку. Однако на основе этих данных невозможно заявить с уверенностью, что, например, ситуация для КСР в какой-то из этих стран лучше, чем в других.

Некоторые респонденты получали медицинскую помощь по поводу ВИЧ-инфекции, другие - нет. Кроме того, они оказались доступными для интервьюирования благодаря какому-то определенному механизму (членство в сети ЛЖВ, сарафанное радио, обращение в медицинское учреждение, другое). Люди же, являющиеся ВИЧ-положительными, но не получающие медицинскую помощь, не связаны ни с какой сетью, а те, кто еще не узнал свой диагноз, могут отличаться существенным образом от указанных респондентов. В частности, выявленные этими респондентами препятствия, мешающие обращению за тестированием и лечением, могут оказаться еще более критическими среди ЛЖВ, не вошедших в выборку. В то же время, не

включенные в выборку респонденты, возможно, могли бы указать на совсем другие препятствия, если бы мы смогли выйти на них и проинтервьюировать их.

Информация об опросе по странам

Выборки по странам

Таблица 1: Размеры и характеристики выборок по странам

Страна	Число	% женщин	Возраст	% из городов	% представителей ключевых популяций*
Эстония	87**	44%	15 - 50+	83%	87% 79% ПИН, 59% заключенные, 12% КСР, 6% МСМ/Г/Л
Молдова	403	51%	15 - 50+	59%	56% 37% ПИН, 24% заключенные, 17% рабочие-мигранты
Польша	504	39%	15 - 50+	72%	66% 43% ПИН, 20% МСМ/Г/Л, 8% заключенные
Турция	100	21%	21-50	89%	64% 36% МСМ/Г/Л, 7% КСР, 6% заключенные, 6% коренное население, 5% трансгендеры
Украина	1500	45%	15 - 50+	68%	76% 65% ПИН, 25% заключенные, 6% МСМ/Г/Л, 5% КСР

*Респонденты могли отнести себя к нескольким ключевым популяциям, поэтому общая сумма по группе может превышать 100 %. Помимо основных перечисленных групп каждая страновая выборка включала в себя меньшее число представителей других ключевых популяций.

**Хотя объем выборки для целей данного исследования составил 87, общий размер выборки всего исследования по «Индексу стигматизации ЛЖВ» в Эстонии составил более 300 чел.

Ключевые популяции

Команды исследователей попытались получить репрезентативные выборки, которые отражали бы характер эпидемии в их стране. Вследствие этого, а также с учетом ограниченности ресурсов и способности выйти на представителей некоторых субпопуляций и вовлечь их, каждая из стран имеет свою структуру респондентов по ключевым популяциям.

Если в стране определенная популяция была представлена менее чем 5 респондентами, такая популяция не была включена в представленный ниже анализ.

Приведенный ниже список содержит ключевые популяции, включенные в анализ по каждой стране. Следует отметить, что респондентов просили указать ту популяцию/группу, к которой они принадлежат в настоящее время или принадлежали когда-либо.

Таблица 2: Ключевые популяции, представленные в анализе по странам

Ключевая популяция	Страна				
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Геи/Лесбиянки	✓	–	✓	✓	✓
Представители коренного населения	–	–	–	✓	✓
ПИН (Потребители инъекционных наркотиков)	✓	✓	✓	–	✓
Внутренне перемещенные лица	–	–	✓	–	✓
Рабочие-мигранты	–	✓	–	–	✓
МСМ	–	–	–	✓	✓
Заклученные	✓	✓	✓	✓	✓
Беженцы и просители убежища	–	–	–	–	–
Секс-работники	✓	–	✓	✓	✓
Трансгендеры	–	–	–	✓	✓

Барьеры на пути к ВИЧ-тестированию

Время, прошедшее до тестирования

Вопрос 1:

Сколько времени Вы выжидали с момента, когда Вас впервые посетила мысль, что вам необходимо пройти тестирование ВИЧ, до момента фактического тестирования?

Чтобы понять, какие барьеры мешают людям пройти тестирование на ВИЧ, важно сначала установить, действительно ли люди поздно обращаются за тестированием, и, если да, имеются ли какие-то характеристики, которые могут помочь установить, кто из людей обращается за тестированием позже других. Первый вопрос направлен на выяснение, наблюдается ли среди людей, живущих с ВИЧ в пяти странах, задержка между моментом, когда их впервые посетила мысль, что им необходимо пройти тестирование ВИЧ, и моментом, когда они фактически протестировались.

Поставленный вопрос: Сколько времени Вы выжидали с момента, когда Вас впервые посетила мысль, что Вам необходимо пройти тестирование ВИЧ, до момента фактического тестирования?

- 0-3 месяца
- 4-6 месяцев
- 7-12 месяцев
- 1-2 года
- 2-5 лет
- Более 5 лет

Если люди сообщали, что они чувствовали необходимость в том, чтобы пройти тестирование, но при этом откладывали сам момент обращения, мы можем проанализировать, в какой мере стигма или другие факторы могли отсрочить обращение за тестированием. Если, с другой стороны, люди утверждали, что они почти не откладывали или совсем не откладывали тестирование, мы знаем, что либо люди сразу обращались за тестированием, несмотря на колебания или барьеры, либо им нужно было пройти тест раньше, но они не знали об этом.

Большинство респондентов сообщили, что они прошли тест в течение шести месяцев с момента, когда их впервые посетила мысль о необходимости протестироваться. Однако доля таких респондентов колебалась в широком диапазоне - от 58 % респондентов в Эстонии до 95 % в Турции. Поскольку Эстония и Турция имели самые маленькие объемы выборки, возможно, большее число респондентов могло бы дать другую картину среднего времени выжидания до тестирования в этих странах. Ответы отличались - иногда существенно - в зависимости от пола респондента, причем больше женщин по сравнению с мужчинами ответили, что они прошли тестирование в течение шести месяцев во всех странах за исключением Польши.

Хотя и с меньшей частотой, но все же встречались ответы и о позднем тестировании. От 5 % до 42 % респондентов выжидали более шести месяцев, прежде чем обратиться за тестированием. Кроме того, в Эстонии, Польше и Украине 10 % или более респондентов указали, что они выжидали два года и более, прежде чем решиться на тестирование.

Таблица 3: Время до обращения за тестированием

Страна	Прошли тест в течение 6 месяцев	Прошли тест в срок от 7 мес до 2 лет	Прошли тест через более чем 2 года	ВСЕГО
Эстония	58%	32%	10%	100%
Молдова	92%	5%	4%	100%
Польша	67%	20%	13%	100%
Турция	95%	3%	2%	100%
Украина	72%	15%	13%	100%

Числа могут быть не равны 100% по причине округления

Таблица 4: Время до обращения за тестированием с разбивкой по полу

Страна	Протестировалось мужчин в течение 6 месяцев	Выборка (n)	Протестировалось женщин в течение 6 месяцев	Выборка (n)
Эстония	47% (n=23)	100% (n=49)	71% (n=27)	100% (n=38)
Молдова	87% (n=171)	100% (n=196)	96% (n=199)	100% (n=207)
Польша	66% (n=175)	100% (n=266)	68% (n=144)	100% (n=167)
Турция	93% (n=67)	100% (n=72)	100% ⁶ (n=20)	100% (n=20)
Украина	68% (n=542)	100% (n=793)	76% (n=495)	100% (n=648)

Числа могут быть не равны 100% по причине округления

Группы с наибольшей и наименьшей вероятностью пройти тестирование в течение 6 месяцев

Демографическая информация в анкете позволила выявить характеристики, связанные с ранним и поздним тестированием. В целом, более молодой возраст (до 25 лет) и непринадлежность к какой-либо из ключевых групп связаны с более ранним тестированием. Позднее тестирование часто ассоциируется с более низким уровнем доходов и принадлежностью к какой-либо ключевой популяции, особенно к группе потребителей инъекционных наркотиков или заключенных, но также и к МСМ, КСР и внутренне перемещенным лицам.

Интересно отметить, что для Турции характерно наибольшее число исключений из этих общих результатов. Поскольку вариативность в ответах из Турции является наименьшей из всех стран

⁶ В турецкой выборке все женщины сообщили, что они протестировались в течение 3 месяцев с момента, когда им пришла мысль о необходимости пройти тестирование на ВИЧ. Лишь немногие женщины в этой выборке прошли проверку на беременность. Многие из этих женщин обратились за тестированием, потому что заподозрили у себя наличие симптомов ВИЧ (почти 30%). Хотя процент тех, кто протестировался в течение 3 месяцев, выглядит необычно высоким, важно признать вероятность того, что многие из этих женщин уже прожили с ВИЧ в течение некоторого времени, на что указывает доля женщин с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции на момент тестирования. Данная ситуация свидетельствует о том, что эти женщины должны были узнать свой диагноз гораздо раньше, но они не считали, что им необходимо пройти тестирование.

(так как почти каждый респондент прошел тестирование в течение шести месяцев), к этим различиям следует относиться с некоторой осторожностью.

Таблица 5: Лица, характеризующиеся наибольшей вероятностью пройти тестирование в течение шести месяцев

	Лица с наибольшей вероятностью пройти тестирование в течение 6 месяцев с разбивкой по странам				
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Возраст	20-24	<25	20-24		<25
Уровень доходов	Высокий доход			Низкий доход	
Ключевая популяция		Непринадлежность к ключевой популяции		Непринадлежность к ключевой популяции	Непринадлежность к ключевой популяции
Уровень образования			Технический колледж или университет	Только начальное образование	
Место жительства				Проживание в небольшом городе	

Группы с наименьшей вероятностью пройти тестирование в течение 6 месяцев:

Таблица 6: Люди с наименьшей вероятностью пройти тестирование в течение 6 месяцев

	Люди с наименьшей вероятностью пройти тестирование в течение 6 месяцев с разбивкой по странам				
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Возраст	>40	40-49	>30, особенно >50	40-49	30-39
Уровень доходов	Низкий доход		Низкий доход		Низкий доход
Ключевая популяция	Непринадлежность к ключевой популяции	Потребители инъекционных наркотиков Заклученные	Потребители инъекционных наркотиков Заклученные Внутренне перемещенные лица	Геи	КСР Заклученные Потребители инъекционных наркотиков
Уровень образования					
Место жительства				Проживание в городе	

Причина тестирования на ВИЧ

Для более глубокого понимания факторов, связанных с поздним тестированием, было проанализировано время выжидания перед тестированием в сопоставлении с причинами, которые заставили респондентов протестироваться.

Этот процесс позволяет нам установить, ассоциируются ли определенные причины для тестирования с ранним или поздним обращением для его прохождения. Это важно, потому что это показывает, как и куда можно было бы направить усилия с целью расширения тестирования.

Вопрос из «Индекса стигматизации ЛЖВ»: Почему Вы прошли тест на ВИЧ? (Отметьте галочкой один или, если необходимо, несколько ответов).

- Работа
- Беременность
- Подготовка к вступлению в брак/сексуальную связь
- Направлен(а) медучреждением, занимающимся лечением ИППП
- Направлен(а) по подозрению на ассоциируемые с ВИЧ симптомы (н-р, туберкулез)
- Муж, жена, партнер или член семьи получили положительный результат теста на ВИЧ
- Заболевание или смерть мужа, жены, партнера или члена семьи
- Просто хотел(а) знать
- Другое

Некоторые причины интуитивно ассоциируются с более ранним тестированием. Если необходимость тестирования обусловлена, например, требованиями работодателя или беременностью, времени на выжидание, в целом, остается не так много. Однако, людям из этой категории, возможно, уже и ранее приходила мысль о необходимости пройти тестирование, только они пока этого не сделали; таким образом, респонденты, указавшие на работу или беременность как причину тестирования, могли также указать, что они выжидали какое-то время, прежде чем решиться на тестирование. Результаты из Польши демонстрируют именно такой сценарий: 22 % из тех, кто указал на беременность, и 40 % из тех, кто протестировался в связи с требованиями работодателя, сообщили, что мысль о необходимости протестироваться посетила их более чем за год до того.

Таблицы в данном разделе указывают на основные причины для тестирования, ассоциирующиеся с тестированием в течение шести месяцев, и на основные причины, ассоциирующиеся с тестированием спустя более чем два года, по каждой стране. В них приводится процент тех, кто прошел тест в течение 6 месяцев или спустя два года, с разбивкой по причинам.

Причины для тестирования в течение 6 месяцев

Беременность, перенаправление на основании других передаваемых половым путём инфекций, положительный результат теста у супруга, партнера или члена семьи, подготовка к браку или сексуальным отношениям и симптомы ВИЧ-инфекции были главными причинами, ассоциирующимися с тестированием в течение 6 месяцев.

Во всех странах на тех, кто указал на **беременность** как причину для тестирования, приходится

самый высокий процент тестирования в течение шести месяцев. Этот показатель колеблется от 78 % протестировавшихся по причине беременности в Польше до 99 % в Молдове.

Респонденты часто указывали на **положительный результат теста у члена семьи** как на причину тестирования. Во всех странах те, кто протестировался по этой причине, склонны были сделать это в течение шести месяцев. Это указывает на то, что эти респонденты не осознавали, что как они, так и члены их семьи могли подвергнуться риску еще до получения первого положительного результата теста на ВИЧ.

Результаты из Эстонии, показывающие, что большой процент (75 %) тех, кто протестировался из-за присутствия у них **симптомов, указывающих на ВИЧ**, прошли тест в течение шести месяцев, и такие же результаты по турецкой выборке требуют комментариев. Это указывает на то, что эти люди, скорее всего, жили с ВИЧ в течение достаточно долгого времени, не осознавая, что им необходимо протестироваться. Такое короткое время отсрочки обращения само по себе отражает, скорее всего, недостаточный уровень просветительской работы в отношении рисков инфицирования, нежели истинно раннее обращение.

В приведенных ниже таблицах процентные данные представляют собой процент респондентов, которые протестировались в течение шести месяцев после появления у них первой мысли о необходимости протестироваться с разбивкой по причинам. Например, в Эстонии среди тех, кто прошел тестирование по причине беременности, 86 % сделали это в течение шести месяцев.

Таблица 7: Причины тестирования на ВИЧ, указанные теми, кто сделал это в течение 6 месяцев

Причины тестирования на ВИЧ, указанные теми, кто сделал это в течение 6 месяцев					
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Беременность	86%	99%	78%	100%	89%
Направление в связи с подозрением на симптомы ВИЧ	75%	86%	69%	86%	73%
Направление в медучреждение в связи с ИППП	17%	84%	75%	100%	71%
Положительный результат теста на ВИЧ у партнера или члена семьи	67%	98%	75%	100%	81%
Подготовка к сексуальным отношениям или браку	100%	94%	73%	100%	84%

Причины, указанные респондентами при тестировании через более чем два года после появления мысли о необходимости пройти тест на ВИЧ

Основными причинами, ассоциирующимися с поздним обращением за тестированием (определяемым как обращение спустя более чем два года после посещения первой мысли о том, что нужно бы пройти тест на ВИЧ), являются направление в связи с подозрением на присутствие симптомов ВИЧ, направление в связи другими передаваемыми половым путём инфекциями, требование работодателя, смерть супруга, партнера или члена семьи, желание респондента узнать свой статус, другие причины. Из этих результатов видно, как много людей, которым нужно было бы пройти тест на ВИЧ, колебались в течение существенного периода времени прежде, чем сделать это.

Особенно беспокоит тот факт, что так много респондентов в Молдове и Украине, обратившихся за тестированием в связи с **ВИЧ-индикаторными симптомами**, указали, что они выжидали более двух лет, прежде чем пройти тест (и что так много респондентов выжидали по крайней мере год в Турции). Каждый случай, когда человек обращается за тестированием в связи с тем, что у него или у нее присутствуют указывающие на ВИЧ симптомы - это личная трагедия человека и трагедия общества. Вполне вероятно, в этих случаях можно было бы избежать появления симптомов и сопутствующей нагрузки на иммунную систему, если бы эти люди чувствовали поддержку, защищенность и были подготовлены к тому, чтобы узнать свой серостатус. Кроме того, следует отметить, что в Эстонии, Польше и Турции многие из тех, кто откладывал тестирование, принадлежали к числу тех, кто протестировался просто потому, что **хотел знать свой статус**. Оба эти случая указывают, что просветительская информация о необходимости тестирования достигает, по крайней мере, некоторых из тех, кому необходимо тестироваться; однако всегда возникает что-то, что мешает им протестироваться в тот момент, когда это необходимо сделать.

Предварительный анализ ответов, указанных в пункте **“Другое”**, показывает, что чаще всего эти ответы в рассмотренных странах связаны с лишением свободы, но они могут также ассоциироваться с донорством крови, поступлением на военную службу или рутинным медицинским обследованием. Картина здесь станет яснее, когда будут переведены все материалы опросов и будет проведен качественный анализ открытых вопросов.

Оба списка демонстрируют тот факт, что некоторые программы, такие как перенаправление пациентов из клиник ИППП и программы тестирования беременных женщин и партнеров/супругов тех, кто получил положительный результат при тестировании, достигают желаемой цели и лежат в основе знания своего диагноза многими респондентами.

Таблица 8: Причины тестирования на ВИЧ, указанные теми, кто откладывал тестирование на 2 года и более

Причины тестирования на ВИЧ, указанные теми, кто откладывал тестирование на 2 года и более*					
	Эстония*	Молдова	Польша	Турция*	Украина
Направление в связи с подозрением на симптомы ВИЧ	25%	6%	8%	14%	16%
Направление в медучреждение в связи с ИППП	83%	7%	6%	0%	12%
Смерть партнера или члена семьи	0%	0%	14%	0%	17%
Подготовка к сексуальным отношениям или браку	0%	6%	0%	0%	11%
Работа	0%	6%	20%	0%	14%
Другое	32%	2%	19%	0%	19%
Я просто хотел(а) знать	28%	6%	15%	20%	14%

*Из-за малого размера выборки в Эстонии и Турции для этих стран указаны те, кто откладывал тестирование на 1 год более, а не на 2 года, как в других странах

Ожидание стигмы

Чтобы глубже понять, были ли колебания респондентов в отношении тестирования на ВИЧ вызваны страхом реакции со стороны других людей (ожидаемая стигма), задавался следующий вопрос:

Вопрос 2: Вызывал ли у Вас колебания в отношении тестирования страх реакции со стороны других людей (например, друзей, семьи, работодателя, окружающих) в случае положительного результата Вашего теста?

- Да
- Нет

Значительный процент людей во всех странах указали, что они действительно испытывали колебания по этой причине. Чаще всего на колебания в связи с ожиданиями стигмы указывали респонденты в Эстонии и Украине, где большинство из них (60 % и 58 % соответственно) дали утвердительный ответ на этот вопрос.

Самый низкий процент ответов о колебаниях отмечается в Турции и Молдове, где чуть менее одной трети респондентов заявили, что они испытывали колебания из-за ожидания стигмы. Это примечательно с учетом того, что выборки в этих странах состояли почти полностью из людей, которые протестировались в течение 6 месяцев после появления у них первой мысли о необходимости пройти тест.

В Молдове и Турции значительно больше мужчин по сравнению с числом женщин указали на колебания по этой причине. В Эстонии и Польше больше мужчин, чем женщин имели такие колебания, но различие не было значимым. Наоборот, в Украине ожидание социальной стигмы присутствовало у большего числа женщин, чем мужчин.

Причины страха перед тестированием и реакцией других людей в случае положительного результата, указанные респондентами

Во всех странах те, кто испытывали колебания, обратились за тестированием позже чем те, кто не имел таких колебаний. Наибольшее воздействие на отсрочку тестирования такие колебания оказали в Эстонии, где из числа тех, кто признался в колебаниях из-за страха стигмы, только 38 % протестировались в течение 6 месяцев, а 17 % выжидали более 2 лет, прежде чем решиться на тестирование. И наоборот, ни один из тех, кто ответил “нет” на этот вопрос, не оттягивал тестирование на 2 года.

Таблица 9: Страх в отношении тестирования – ожидаемая стигма (все респонденты)

Процент тех, кто ответил “Да” на вопрос Вызывал ли у Вас колебания в отношении тестирования страх реакции со стороны других людей в случае положительного результата Вашего теста?

	Эстония	Молдова**	Польша**	Турция	Украина***
% мужчин	61	37	41	34	55
% женщин	58	25	38	0	61
% общий	60	31	40	29	58

**Различия статистически значимы при $p < 0,01$

*** Различия статистически значимы при $p < 0,05$

Если проанализировать ответы только тех, кто прошел тестирование в течение 6 месяцев, воздействие таких колебаний становится существенным. Например, в Эстонии из числа тех, кто заявил, что страх перед реакцией других людей вызывал у них колебания в отношении тестирования, только 38 %

протестировались в течение 6 месяцев по сравнению с 86 % из тех, кто ответил на этот вопрос “Нет”. Разница в обращаемости за тестированием в течение 6 месяцев между теми, кто опасался стигмы, и теми, кто ее не опасался, колеблется в пределах от 8 % до 47 %. Хотя страх перед социальной стигмой не может объяснить все случаи позднего тестирования, эти результаты указывают на ключевую роль данного вида ожидаемой стигмы в отношении отсрочки тестирования на ВИЧ.

Таблица 10: Страх в отношении тестирования – ожидаемая стигма (респонденты, протестировавшиеся в течение 6 месяцев)

Те, кто сообщил о тестировании в течение 6 месяцев, и как они ответили на вопрос Вызывал ли у Вас колебания в отношении тестирования страх реакции со стороны других людей в случае положительного результата Вашего теста?					
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Да	38%	81%	60%	79%	68%
Нет	86%	97%	71%	100%	77%
Разница	-47%	-16%	-11%	-21%	-8%

Ключ: (да минус нет)
(влияние страха на тестирование в течение 6 месяцев)
>0% (страх перед тем, как прореагируют другие, приводит к раннему тестированию)
<0% (люди решаются на ранее тестирование вне зависимости от того, как прореагируют другие люди)

Различия статистически значимы при $p < 0,003$ для всех стран

Приведенные выше ответы указывают на то, что подходы к тестированию, опирающиеся на страх как на главный стимул, НЕ работают и, кроме того, мотивы людей, способствующие раннему тестированию, имеют в своей основе другие причины, нежели реакция друзей/коллег/окружающих.

Существенные различия между субпопуляциями

Некоторые популяции чаще других указывали на колебания в связи с ожидаемой стигмой. В Эстонии, Польше, Турции и Украине **лица в возрасте до 30 лет** чаще указывали на наличие у них таких колебаний, тогда как в Молдове **лица старше 30 лет** более вероятно могли испытывать колебания вследствие ожидаемой стигмы. В Эстонии и Турции более высокий уровень колебаний присутствует среди тех, кто отождествил себя с категорией **геев или лесбиянок** (а также с категорией **МСМ** и **трансгендеров** в Турции). В Молдове **потребители инъекционных наркотиков** продемонстрировали более высокий уровень колебаний, равно как и **КСР** в Польше и Украине.

В Эстонии и Украине значительно большие колебания присутствовали у тех, кто узнал свой **диагноз исторически позже** (в последние 10 лет в Эстонии и последние 5 лет в Украине). Это указывает в некоторой мере на то, что стигма или, по крайней мере, страх стигмы в этих территориях растет. Однако, в Молдове отмечен противоположный эффект, где о колебаниях сообщили большее число диагностированных более 5 лет назад, чем число узнавших свой диагноз не так давно.

Причины отсрочек в обращении за тестированием – страх положительного результата

Чтобы выявить и другие факторы, которые могут помешать людям реализовать свою мысль о необходимости пройти тестирование, интервьюеры спросили респондентов, опасались ли они того, что в случае положительного результата теста на ВИЧ с ними может произойти какая-либо из проблем из списка потенциальных.

Вопрос 3: Боялись ли Вы, что в случае положительного результат с Вами может произойти что-либо из нижеследующего? (Отметьте галочкой один или более ответов.)

- Я потеряю работу, или меня исключат из учебного заведения
- Меня будут избегать семья или друзья
- Мой муж/жена/партнер применят физическое насилие по отношению ко мне
- Другие члены семьи применят физическое насилие по отношению ко мне
- Члены моего сообщества применят физическое насилие по отношению ко мне
- Мой муж/жена/партнер бросит меня
- У меня заберут моих детей
- Меня заставят прервать беременность
- К моим детям будут плохо относиться в семье, в сообществе, в школе
- Я не смогу вступить в брак
- Я буду вынужден(а) покинуть дом или сообщество
- Полиция или власти могут попытаться выдвинуть уголовные обвинения против меня
- Люди будут считать меня распутным, мужчиной, имеющим секс с мужчинами, КСР или потребителем внутривенных наркотиков
- Люди могут узнать, что я имею или имел секс вне брака, являюсь мужчиной, который имеет секс с мужчинами, КСР или потребителем внутривенных наркотиков
- Другие страхи

Основные страхи были в значительной мере едиными для женщин и мужчин и для всех стран, хотя эти страхи оценивались по-разному. Три самых больших страха для женщин и для мужчин, а также эти страхи по странам представлены в таблицах ниже. Полный список долей респондентов в процентном выражении, выбравших каждый из факторов, с разбивкой по странам и по полу содержится в Приложении А.

В целом, озабоченность личными отношениями (брак, партнер, дети и семья) занял самое высокое место у всех респондентов. Наибольший страх у женщин и у мужчин в каждой из стран вызывала возможность того, что их будут **избегать семья или друзья**. Такая ситуация может оказать разрушительное эмоциональное, психологическое и финансовое воздействие. Кроме того, у респондентов вызывала сильный страх возможность того, что **их бросит супруг(а) или партнер**, или что они не смогут **вступить в брак**, если тест даст положительный результат. Страх, что к детям будут плохо относиться в семье, в сообществе или в школе, также занял очень высокое место, особенно среди женщин в Польше и Украине, а также и среди мужчин, и среди женщин в Молдове.

Второе место после проблем личных отношений занял страх того, что о человеке могут подумать как о **ведущем активную половую жизнь вне брака, как о человеке, имеющем секс с мужчинами, как о КСР или как о потребителе инъекционных наркотиков**. В наибольшей мере страх стать жертвой этих стереотипов о ВИЧ-положительных людях и страх перед негативным мнением о тех, кто принадлежит к любой из этих групп, был наиболее выраженным в Молдове и Польше, но он был также в значительной мере распространен среди респондентов женского и мужского пола во всех странах.

Намного больше респондентов в Турции указали на страх **потерять работу или быть исключенным из учебного заведения в случае** положительного результата, чем в какой-либо другой стране. В Турции 41 % выбрали этот вид страха по сравнению с менее чем 20 % в других странах.

Помимо причин отсрочки обращения, приведенных в таблицах, респонденты указали и на другие причины задержки с тестированием. Процент респондентов, указавших на “Другие” страхи, варьирует в значительной степени - от 9 % в Польше до 55 % в Эстонии (процент по каждой стране приводится в Приложении А). «Индекс стигматизации ЛЖВ» содержит открытый вопрос о препятствиях к тестированию; перевод и анализ ответов на этот вопрос поможет понять суть таких других страхов.

Таблица 11: Три основных страха перед тестированием для женщин с разбивкой по странам

Таблица 11: Три основных страха перед тестированием для женщин с разбивкой по странам

	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
1	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья
2	Мой муж/жена/ партнер бросит меня и Я не смогу вступить в брак (указывается наравне)	Люди будут думать, что я распутный, мужчина, который имеет секс с мужчинами, КСР или ПИН	К моим детям будут плохо относиться в семье, в сообществе или в школе	Мой муж/жена/ партнер бросит меня	Я не смогу вступить в брак
3	Мой муж/жена/ партнер бросит меня и Я не смогу вступить в брак (указывается наравне)	К моим детям будут плохо относиться в семье, в сообществе или в школе	Люди будут думать, что я распутный, мужчина, который имеет секс с мужчинами, КСР или ПИН	Я потеряю работу, или меня исключат из учебного заведения	К моим детям будут плохо относиться в семье, в сообществе или в школе

Таблица 12: Три основных страха перед тестированием для мужчин с разбивкой по странам

Три основных страха, связанных с тестированием, для мужчин по странам					
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
1	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья	Меня будут избегать семья или друзья
2	Люди будут думать, что я распутный, мужчина, который имеет секс с мужчинами, КСР или ПИН	К моим детям будут плохо относиться в семье, в сообществе или в школе	Люди будут думать, что я распутный, мужчина, который имеет секс с мужчинами, КСР или ПИН	Мой муж/жена/партнер бросит меня	Я не смогу вступить в брак
3	Я потеряю работу, или меня исключат из учебного заведения	Люди будут думать, что я распутный, мужчина, который имеет секс с мужчинами, КСР или ПИН	Мой муж/жена/партнер бросит меня	Люди будут думать, что я распутный, мужчина, который имеет секс с мужчинами, КСР или ПИН	Мой муж/жена/партнер бросит меня

Существенные различия между субпопуляциями

При анализе ответов на этот вопрос между субпопуляциями выявились ключевые отличия. Ниже приводятся выводы и различия по странам.

Эстония:

В Эстонии значимые различия обусловлены:

- Принадлежностью к ключевой популяции
- Сроком жизни с ВИЧ
- Уровнем доходов

Следует отметить, что ни один респондент в эстонской выборке не выбрал в качестве ответа страх перед насилием со стороны близкого партнера, членов семьи или членов сообщества, и никто не выразил озабоченность возможностью принуждения к прерыванию беременности.

Беспокойство по поводу плохого отношения к детям со стороны сообщества может оказаться новой проблемой в Эстонии. Эти страхи были выражены только теми, кто **заразился в течение последних десяти лет**, хотя маловероятно, что в этой группе еще появятся дети. Респонденты из **категории с самым низким уровнем доходов**, все женщины, выразили наибольший страх в связи с возможностью, что к их детям будут относиться плохо вследствие их положительного диагноза. Это также относится ко всем **лесбиянкам** в выборке и тем **респондентам, которые не идентифицировали себя ни с одной из ключевых популяций** (20 % лесбиянок и 18 % из числа тех, кто не отнес себя ни к одной ключевой популяции, по сравнению с 8 % всех женщин в выборке и 3 % от всей выборки).

Дальнейшие страхи о возможном влиянии положительного результата теста у респондентов на их детей были высказаны **КСР** (все лица женского пола в данной выборке): 10 % КСР были обеспокоены тем, что у них могут отнять детей, по сравнению с 5 % всех женщин в выборке.

С другой стороны, страх быть отнесенным к группе стигматизируемых или быть узнанным в качестве представителя группы стигматизированных лиц **устойчиво** снижался, при этом вероятность указания на эти страхи была наименьшей среди тех, кто узнал свой диагноз **за последние 5 лет**. Исключением являются **заключенные и бывшие заключенные**, которые в значительно большей мере опасались стереотипизации (в качестве распутного человека, мужчины, имеющего секс с мужчинами, КСР или наркопотребителя) независимо от того, когда им был поставлен диагноз - 31 % по сравнению с 11 % из числа тех, кто не лишился свободы. Такое общее снижение можно частично объяснить повышенным числом лиц в выборке, которые никогда не лишались свободы. Однако это не объясняет снижения числа тех представителей ключевых популяций, которые боялись 'разоблачения', с 7 % среди тех, кто узнал свой диагноз более чем 10 лет назад, до 0 % указавших на такие страхи среди тех, кто узнал свой диагноз в последние 5 лет. Кроме того, изменение в составе групп не может объяснить, почему те респонденты, которые не принадлежат к ключевым популяциям, продемонстрировали такое бесстрашие по отношению к негативным стереотипам, приписываемым ВИЧ.

Молдова:

Значимые различия в ответах в Молдове были обусловлены:

- Возрастом
- Принадлежностью в ключевой популяции
- Проживанием в городской или сельской местности
- Сроком жизни с ВИЧ
- Уровнем дохода

В отличие от Эстонии, страх перед стереотипами в отношении ВИЧ-положительных людей в Молдове, по-видимому, растет, при этом респонденты в выборке, которые узнали свой **диагноз за последний год**, имели гораздо более высокий уровень озабоченности по поводу этих стереотипов, чем те, кто узнал свой диагноз ранее до этого (среди которых страх стереотипизации также значителен). Среди тех, кто получил диагноз в предшествующий год, процент боящихся стереотипизации равен проценту тех, кто боится, что их будут избегать семья и друзья (47 % по сравнению с 33 % в целом по выборке). В наибольшей мере страх клейма как распутного или как принадлежащего к одной из ключевых, стигматизированных популяций, ассоциируемых с ВИЧ, характерен **для молодых людей моложе 25 лет, рабочих-мигрантов и жителей сельских районов**.

В отношении боязни стереотипов о людях с ВИЧ страх того, что положительный результат теста вскроет принадлежность к одной из групп, с которыми стереотипы связывают ВИЧ, характеризуется более высокой распространенностью в процентном выражении среди тех, кто когда-либо был **заключенным** или **потребителем инъекционных наркотиков**.

В Молдове **молодые люди моложе 25 лет** в большей мере были озабочены возможностью насилия со стороны близкого партнера и принуждения к прерыванию беременности.

Рабочие-мигранты намного больше, чем остальные представители выборки, боятся того, что от них отвернутся семья и друзья, бросит супруг(а) или партнер или им придется уехать из дома или сообщества.

Респонденты из **сельских районов** высказывали значительно большую озабоченность почти по каждому вопросу: отказ со стороны семьи и друзей (то же самое отмечено и в малых городах), насилие со стороны близкого партнера, разрыв с супругом(ой) или партнером, потеря детей, принуждение к прерыванию беременности, плохое отношение к детям, невозможность вступить в брак, необходимость уехать из сообщества.

Респонденты из **городских территорий** выражали большую обеспокоенность по поводу потери работы или исключения из учебного заведения, а также возможностью уголовного преследования из-за их ВИЧ-статуса.

Имеющие **самый низкий уровень дохода** были значительно более обеспокоены возможностью отказа от них со стороны семьи и друзей и насилия со стороны членов семьи (помимо супруга или партнера).

Польша:

В Польше существенные различия в ответах на этот вопрос были обусловлены:

- Возрастом
- Принадлежностью к ключевой популяции
- Проживанием в городской или сельской местности
- Уровнем образования

Молодые люди в выборке имели значительно более высокий уровень тревоги, чем лица старше 30 лет. **Респонденты в возрасте от 20 до 30 лет** были намного больше обеспокоены возможностью потерять работу или быть исключенным из учебного заведения. **Респонденты в возрасте до 30 лет** были значительно больше обеспокоены возможностью того, что их бросит супруг(а) или партнер, а респонденты в **возрасте от 25 до 29 лет** выражали значительно большее беспокойство по поводу того, что люди узнают об их частной жизни или принадлежности к группе стигматизируемых.

Респонденты, принадлежавшие к какой-либо **ключевой популяции**, были значительно более обеспокоены тем, что люди могут узнать о том, что они занимались сексом на стороне от семьи, что они являются мужчиной, имеющим секс с мужчинами, КСР или потребителем инъекционных наркотиков. Активные или бывшие **КСР** и **потребители инъекционных наркотиков** выражали наибольшее беспокойство по этому поводу.

Геи и лесбиянки в польской выборке гораздо больше боялись потерять работу или быть исключенными из учебного заведения, потерять супруга(у)/партнера, а также попасть под стереотипы о людях, живущих с ВИЧ.

Внутренне перемещенные лица и **КСР** были чрезвычайно обеспокоены возможностью насилия со стороны членов семьи. **КСР** также значительно чаще выражали повышенную обеспокоенность возможностью насилия со стороны близкого партнера и членов сообщества. Большая и статистически значимая доля **КСР** боялись того, что у них отнимут детей. Кроме

того, **КСР, потребители инъекционных наркотиков и заключенные** выражали большее беспокойство по поводу того, что к их детям будут плохо относиться в случае положительного результат теста у них.

Проживающие в **малых городах** высказали значительно большее опасение по поводу того, что их может бросить супруг(а) или партнер, а также по поводу возможности плохого отношения к их детям, необходимости уехать из дома или сообщества, уголовного преследования, а также их восприятия как распутного человека, как мужчины, имеющего секс с мужчинами, как КСР или как потребителя инъекционных наркотиков, чем проживающие в сельских районах и больших городах. Следует отметить, что все эти страхи за исключением страха криминализации были высказаны большим числом респондентов во всех местах проживания, но уровень страха у респондентов в малых городах был выше от 1.3 до 3.75 раз.

Имеющие **более высокий уровень образования** были значительно более обеспокоены возможностью потери работы или исключения из учебного заведения. Респонденты с **начальным уровнем образования** были больше всего обеспокоены невозможностью вступить в брак.

Турция:

В выборке Турции существенные различия обусловлены:

- Принадлежностью к ключевой популяции
- Проживанием в городской или сельской местности
- Уровнем образования

Респонденты, которые причислили себя к **мужчинам, имеющим секс с мужчинами**, или к **КСР**, были значительно более обеспокоены угрозой насилия со стороны партнера или супруга, других членов семьи и сообщества. **Мужчины, имеющие секс с мужчинами**, также выражали существенно более высокую обеспокоенность тем, что им придется уехать из дома или сообщества.

Мужчины, имеющие секс с мужчинами, и **геи** выразили значительно более высокую обеспокоенность тем, что люди узнают об их принадлежности к социально порицаемой группе (мужчины, имеющие секс с мужчинами, КСР, потребители инъекционных наркотиков или секс вне брака).

Респонденты, идентифицировавшие себя с **какой-либо из ключевых популяций**, значительно больше боятся уголовного преследования.

Проживающие в **малых городах** были значительно более обеспокоены тем, что их заставят прервать беременность, и что они не смогут вступить в брак. В турецкой выборке респондентов из сельских районов не было.

В турецкой выборке респонденты с **наименьшим уровнем образования** были в наибольшей мере обеспокоены угрозой насилия со стороны семьи или сообщества. Респонденты с **самым высоким уровнем образования** выражали наибольший страх попасть под негативные стереотипы.

Украина:

В Украине существенные различия в ответах были обусловлены:

- Возрастом
- Принадлежностью к ключевой популяции
- Проживанием в сельской местности

Молодые люди (до 30 лет) имели гораздо большую тревожность, чем респонденты старше 30 лет. Лица моложе 30 лет были в большей мере обеспокоены тем, что от них откажутся близкие, и что они не смогут вступить в брак. Респонденты в возрасте от 20 до 29 лет выражали большую тревогу тем, что их принудят прервать беременность, а респонденты моложе 25 лет были существенно более обеспокоены угрозой насилия со стороны партнера и семьи.

В Украине те, кто принадлежит к **какой-либо из ключевых популяций**, значительно больше боятся криминализации в случае положительного результата теста. Кроме того, **мужчины, имеющие секс с мужчинами, геи и лесбиянки**, а также **КСР** выражали существенно более высокую обеспокоенность угрозой насилия со стороны близкого партнера, членов семьи и сообщества.

Проживающие в **сельских районах** значительно чаще боялись, что им придется уехать из дома или сообщества, боялись насилия со стороны членов сообщества, что от них отвернется семья и друзья, а также плохого отношения к их детям в семье, сообществе или школе.

Влияние отсрочки тестирования на текущее состояние здоровья

Чтобы выяснить, подвергается ли здоровье людей, которые откладывают тестирование на ВИЧ, последующему негативному воздействию, мы использовали вопрос из «Индекса стигматизации ЛЖВ», в котором содержится просьба к респонденту описать состояние его здоровья на момент опроса, и провели перекрестный анализ в сопоставлении с отсрочкой ими тестирования на ВИЧ.

Вопрос из «Индекса стигматизации ЛЖВ»:

В целом, как бы вы описали состояние Вашего здоровья на данный момент?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Посредственное
- Плохое

Как показывает таблица ниже, отличное или очень хорошее здоровье на момент опроса имеет сильную ассоциацию с тестированием в течение 6 месяцев; из данного анализа следует, что среди респондентов данного опроса отрицательные последствия для здоровья возникают вследствие отсрочки тестирования на ВИЧ.

Таблица 13: Перекрестный анализ – восприятие респондентами своего текущего состояния здоровья в сопоставлении с отсрочкой обращения за получением помощи

Перекрестный анализ: восприятие респондентами своего текущего состояния здоровья в сопоставлении с отсрочкой обращения за получением помощи

		0-6 мес	7-12 мес	1-2 года	2 года или более
Эстония***	Отличное или очень хорошее	71%	14%	14%	0%
	Хорошее	74%	0%	22%	4%
	Посредственное или плохое	49%	16%	21%	14%
Молдова***	Отличное или очень хорошее	100%	0%	0%	0%
	Хорошее	94%	1%	1%	4%
	Посредственное или плохое	89%	3%	4%	4%
Польша***	Отличное или очень хорошее	78%	8%	4%	10%
	Хорошее	70%	11%	7%	12%
	Посредственное или плохое	60%	11%	13%	16%
Турция**	Отличное или очень хорошее	96%	0%	2%	2%
	Хорошее	100%	0%	0%	0%
	Посредственное или плохое	79%	0%	14%	7%
Украина**	Отличное или очень хорошее	83%	3%	4%	10%
	Хорошее	78%	7%	6%	10%
	Посредственное или плохое	68%	6%	11%	14%

***Различия между группами статистически значимы при $<0,005$, используя односторонний критерий Стьюдента

** Различия между группами статистически значимы при $p < 0,10$, используя односторонний критерий Стьюдента

Во всех странах те, кто заявил о своем наилучшем состоянии здоровья на текущий момент, принадлежали к числу тех, кто протестировался в течение 6 месяцев, тогда как респонденты с наихудшим самочувствием были непропорционально широко представлены теми, кто выжидал более года, прежде чем решиться на тестирование.

В целом, респонденты характеризуются высокой распространенностью слабого здоровья. В Эстонии, Молдове, Польше и Украине очень немногие респонденты заявили об отличном или очень хорошем здоровье. В Эстонии, Молдове и Польше число респондентов, которые

охарактеризовали свое здоровье как плохое, было выше, чем общее число тех, кто заявил, что имеет отличное или очень хорошее здоровье.

Наоборот, в Турции большинство респондентов охарактеризовали свое здоровье как хорошее или очень хорошее. Доля респондентов с хорошим здоровьем по сравнению с имеющими плохое здоровье весьма отличается от других стран, но изменения в данных являются однонаправленными.

Например, в Эстонии только 8 % респондентов заявили, что имеют отличное или очень хорошее здоровье. Однако 71 % из тех, кто заявил о хорошем здоровье, указали, что они протестировались в течение 6 месяцев. В Молдове 100 % из числа тех, кто охарактеризовал свое здоровье как отличное или очень хорошее, протестировались в течение 6 месяцев. В Украине 83 % прошли тест в течение 6 месяцев.

Если взглянуть на ситуацию с точки зрения тех, кто охарактеризовал свое текущее состояние здоровья как посредственное или плохое, картина выглядит противоположной. В Эстонии 14 % из числа тех, кто имел посредственное или плохое здоровье, выжидали 2 года или более, прежде чем обратиться за тестированием. Таковых не было среди респондентов с лучшим самочувствием. В Польше и Украине 16 % и 14 % из числа респондентов с посредственным или плохим здоровьем выжидали 2 года или более перед тестированием по сравнению с 10 % из числа имевших отличное или очень хорошее здоровье. В Турции среди респондентов с посредственным или плохим здоровьем на момент опроса менее 80 % протестировались в течение 6 месяцев, а 21 % выжидали более года (при этом 7 % из них выжидали более 2 лет, прежде чем решились на тестирование). Следует отметить, что те 5 % респондентов в выборке, которые откладывали тестирование на более 6 месяцев, составляют вместе более 20 % из числа тех, кто имел наилучшее самочувствие на текущий момент.

При интерпретации этих чисел важно помнить, что часть тех, кто протестировался в течение 6 месяцев, уже имели симптомы ВИЧ-инфекции. Вполне ожидаемо, что такие люди могут иметь наихудшие последствия для здоровья. Интересно отметить, что несмотря на эту возможность, между тестированием в течение 6 месяцев после появления первой мысли о необходимости тестирования и состоянием здоровья на момент опроса наблюдается сильная связь.

Барьеры, мешающие обращению за медицинской помощью при ВИЧ

Время, прошедшее до обращения за помощью после получения диагноза

Чтобы посмотреть, что происходит в период между получением диагноза и обращением за медицинской помощью, мы попросили респондентов указать, какой период времени прошел с момента получения ими диагноза до обращения в медицинское учреждение. При постановке этого вопроса мы подчеркивали, что обращение за медицинской помощью по поводу ВИЧ означало не только получение АРТ.

Вопрос 4. Сколько времени Вы выжидали с момента получения положительного результата теста до момента обращения за медицинской помощью к медицинским работникам по поводу ВИЧ-инфекции (вне зависимости от того, начали Вы уже принимать лекарственные средства или нет)?

- 0-3 месяца
- 4-6 месяцев
- 7-12 месяцев
- 1-2 года
- 2-5 лет
- Более 5 лет
- Я еще на начал(а) получать лечение

Респонденты указали следующие периоды времени с момента постановки диагноза до обращения за медицинской помощью:

Таблица 14: Период времени с момента постановки диагноза до обращения за медицинской помощью

	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Обратились в течение 6 мес	51%	31%	58%	90%	44%
Обратились в срок от 7 месяцев до 2 лет	34%	9%	15%	4%	16%
Обратились спустя более чем 2 года	14%	24%	23%	4%	25%
Пока не обращались за помощью	1%	36%	4%	2%	15%

Числа могут быть не равны 100% по причине округления

Кроме того, было проведен анализ обращения за медицинской помощью в течение 6 месяцев после постановки диагноза с разбивкой по полу:

Таблица 15: Период времени с момента постановки диагноза до обращения за медицинской помощью с разбивкой по полу среди обратившихся в течение 6 месяцев

	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Обратились в течение 6 месяцев (мужчины)	49%	26%	60%	91%	40%
Обратились в течение 6 месяцев (женщины)	54%	36%	15%	56%	95%

Числа могут быть не равны 100% по причине округления

За исключением выборки в Турции (где 90 % указали, что обратились за помощью в течение 6 месяцев), процент респондентов, которые получили помощь в течение шести месяцев после постановки им диагноза, варьирует от 31 % в Молдове до 58 % в Польше. Значительный процент как мужчин, так и женщин в Молдове, Польше и Украине признались, что обратились за медицинской помощью очень поздно (спустя более чем 2 года после получения диагноза). Кроме того, значительный процент людей в Молдове и Украине сообщили, что они не получают помощи вообще.

Во всех странах кроме Польши женщины чаще обращаются за помощью в течение 6 месяцев, чем мужчины.

Из полученных ответов следует, что время выжидания до обращения за медицинской помощью укорачивается в Молдове, Польше и Украине. В Молдове 40 % обратились за медицинской помощью в течение шести месяцев после постановки им диагноза по сравнению с 25 % тех, кто обратился спустя пять лет и более. В Польше этот процент вырос до 84 % с 52 %. В Украине процент повысился до 58 % с 32 %. Такая ситуация требует дальнейшего анализа с целью выявить факторы, которые, возможно, повлияли на такую динамику.

Респонденты из ключевых популяций обращаются за медицинской помощью позже, чем респонденты из числа обычного населения. В целом, в Молдове, Польше и Украине респонденты, принадлежавшие, по крайней мере, к одной ключевой группе населения, значительно менее вероятно обращаются за получением помощи в течение шести месяцев по сравнению с респондентами, которые не принадлежат ни к какой ключевой группе. 19% процентов представителей ключевых популяций обратились за медицинской помощью в течение шести месяцев в Молдове по сравнению с 49 % респондентов, которые не принадлежали ни к одной ключевой популяции. В Польше и Украине это соотношение составило, соответственно, 45 % против 60 % и 36 % против 63 %. В Турции и Эстонии, которые имели наименьшие выборки по объему, общие показатели между теми, кто принадлежал к какой-либо ключевой популяции, и теми, кто не принадлежал, были одинаковыми. Что касается сравнения между ключевыми группами, представители некоторых из них получали медицинскую помощь заметно позднее. **Заключенные** и бывшие заключенные в Эстонии, Молдове, Польше и Украине значительно реже получали медицинскую помощь в течение шести месяцев. Те, кто занимается или когда-либо занимался **секс-работой**, получали медицинскую помощь позже, чем те, кто никогда не занимался секс-работой в Турции и Польше. **Потребители инъекционных наркотиков** в Молдове, Польше и Украине также признались в значительно более позднем обращении за медицинской помощью. Наконец, респонденты-**трансгендеры** в Турции и **внутренне перемещенные лица** в Украине также значительно реже обращались за медицинской помощью в течение шести месяцев.

Помимо поздней обращаемости среди представителей традиционных ключевых популяций жители сельских районов в Украине более склонны откладывать обращение за медицинской помощью на более чем два и даже более чем пять лет, а люди с самым низким уровнем доходов в польской выборке значительно более вероятно могут выжидать более двух лет, прежде чем обратиться в медицинское учреждение.

Страхи и тревоги в связи с получением медицинской помощи

Чтобы глубже понять те проблемы в каждой из стран, которые мешают или препятствуют обращению за медицинской помощью после постановки диагноза ВИЧ, респондентам представили список возможных причин, по которым они могли откладывать получение помощи.

Вопрос 5: Если между моментом, когда Вы узнали о положительном результате теста на ВИЧ, и моментом, когда Вы начали получать медицинскую помощь, прошел какой-то промежуток времени, укажите причину (причины) такой задержки. (Отметьте галочкой один или более ответов)

- Я меня не было средств, чтобы получить лечение
- Мне не дали направления, или я не знал(а), куда обратиться для лечения ВИЧ
- Я не был(а) готов(а) к тому, что у меня ВИЧ-инфекция
- Было трудно организовать проезд в клинику или больницу
- Я боялся, что медицинские работники (врачи, медсестры, персонал) будут обращаться со мной плохо
- Я боялся, что меня там могут увидеть знакомые
- Мне пришлось бы сказать мужу/жене/партнеру, если бы я начал(а) получать лечение
- Я не мог(ла) получать лечение в рабочее время, не раскрыв свой ВИЧ-статус работодателю
- Я боялся, что меня посчитают распутным, КСР, наркоманом или мужчиной, имеющим секс с мужчинами
- У меня ранее был негативный опыт общения с медицинским работником
- Я не имел(а) официального правового статуса или документов
- Я был(а) в местах лишения свободы и не мог(ла) обратиться за лечением по поводу ВИЧ
- Другие причины

Повсюду респонденты называли в качестве наиболее частой причины отсрочки обращения за медицинской помощью **неготовность к диагнозу ВИЧ-инфекции**, при этом особенно высокое число таких ответов отмечается в Эстонии, Польше и Украине. Хотя число таких ответов меньше среди тех, кто узнал свой диагноз за последние пять лет в Молдове, Турции и Украине (хотя украинские показатели все равно являются очень высокими), доля тех в польской и эстонской выборках, кто откладывал обращение за медицинской помощью из-за неготовности к диагнозу ВИЧ, является стабильно высокой вне зависимости от того, когда они узнали свой диагноз - год или пятнадцать лет назад. Распространенность этого ответа высвечивает важность оказания психосоциальной поддержки людям после постановки им диагноза, чтобы они могли сделать информированный выбор в отношении обращения за медицинской помощью.

Ключевым вопросом, вытекающим из данного исследования, становится та роль, которую играют медицинские работники в создании безопасной среды, способствующей обращению за медицинской помощью. Значительный процент респондентов во всех странах (при меньшем проценте в Молдове) выразили беспокойство по поводу **плохого отношения и нарушения конфиденциальности со стороны медицинских работников**. Кроме того, и женщины, и мужчины в Эстонии и Украине указали, что они колебались по поводу обращения в медицинские учреждения в связи с тем, что у них имелся предыдущий негативный опыт общения с медицинским работником.

В Эстонии, Турции и Украине многие респонденты указали на дополнительные опасения у них в отношении нарушения конфиденциальности, заявив, что страх того, что кто-то, кого они знают, увидит их там, обусловил задержку с обращением (при меньшем числе тех, кто выбрал также и этот вид страха при ответе в Молдове и Польше). Кроме того, эстонские женщины в выборке высказали беспокойство по поводу необходимости **раскрыть свой статус супругу или партнеру**.

Страх попасть под **стереотипы** о ВИЧ-положительных людях также часто встречается среди ответов, особенно среди респондентов в Эстонии и Турции.

Практические вопросы также вызвали озабоченность: респонденты в Польше, Турции и Украине указали, что причиной задержки с обращением за медицинской помощью стало **отсутствие у них направления или информации, куда обратиться за получением помощи**. Кроме того, мужчины в Турции отметили, что препятствием для них стала **стоимость получения помощи**; а женщины в Турции указали, что препятствием стала проблема **проезда**; мужчины в Украине заявили, что они не могли получить помощь во время нахождения **в местах лишения свободы**.

В таблице ниже приводятся три основные проблемы для женщин и мужчин с разбивкой по странам. В целом, почти все основные причины отсрочки обращения за помощью у женщин связаны с ожиданием стигмы. Это относится и к мужчинам, однако больше мужчин также указывают на физические препятствия, такие как лишение свободы или отсутствие средств на получение помощи. Полностью доли респондентов в процентном выражении по каждому фактору с разбивкой по странам и по полу приводятся в Приложении В.

Таблица 16: Три основные причины отсрочки обращения за помощью среди мужчин - по странам

Три основные причины отсрочки обращения за помощью среди мужчин - по странам					
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
1	Я не был готов к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня	Я не был готов к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня	Я не был готов к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня	У меня не было средств на получение помощи	Я не был готов к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня
2	Я боялся, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там	Я боялся, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия	Я не получил направления или не знал, куда обратиться за лечением по поводу ВИЧ	Я не был готов к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня	Я был в местах лишения свободы и не мог обратиться за лечением по поводу ВИЧ
3	Я боялся, что меня посчитают распутным, КСР, наркоманом или мужчиной, имеющим секс с мужчинами	Я не получил направления или не знал, куда обратиться за лечением по поводу ВИЧ	Я боялся, что меня посчитают распутным, КСР, наркоманом или мужчиной, имеющим секс с мужчинами и Я был в местах лишения свободы и не мог обратиться за лечением по поводу ВИЧ были равным образом указаны в качестве причин	Я боялся, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия и Я боялся, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там и Я боялся, что меня посчитают распутным, КСР, наркоманом или мужчиной, имеющим секс с мужчинами были равным образом указаны в качестве причин	Я боялся, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там

Таблица 17: Три основные причины отсрочки обращения за помощью среди женщин с разбивкой по странам

Три основные причины отсрочки обращения за помощью среди женщин - по странам					
	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
1	Я не была готова к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня	Я боялась, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там	Я не была готова к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня	Я боялась, что медицинские работники (врачи, медсестры, персонал) отнесутся ко мне плохо	Я не была готова к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня
2	Я боялась, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там	Я не была готова к диагнозу ВИЧ-инфекции у меня и Я не получила направления или не знала, куда обратиться за лечением по поводу ВИЧ были равным образом указаны в качестве причин	Я не получила направления или не знала, куда обратиться за лечением по поводу ВИЧ	Я боялась, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия	Я боялась, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там
3	Я боялась, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия		Я боялась, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия	Я боялась, что кто-то, кого я знаю, увидит меня там	Я боялась, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия

Помимо причин задержки с обращением, названных в таблицах выше, многие респонденты указали, что были “Другие” причины, помешавшие им обратиться за помощью. Процент респондентов, отметивших “Другие” причины, варьирует в широких пределах - от 2 % в Турции до 22 % в Украине (процент по каждой стране можно найти в Приложении В). «Индекс стигматизации ЛЖВ» содержит открытые вопросы, касающиеся проблем диагностики, конфиденциальности и антиретровирусного лечения; перевод и анализ ответов на эти вопросы могут помочь понять, что это за другие причины отсрочки получения помощи.

Значимые различия между субпопуляциями

При анализе по субпопуляциям в ответах на этот вопрос выявились следующие основные отличия.

Эстония

В Эстонии значимые различия в ответах были обусловлены:

- Принадлежностью к ключевой популяции
- Сроком жизни с ВИЧ
- Уровнем образования

Указавшие на свою принадлежность к **лесбиянкам** (60 %), **потребителям инъекционных наркотиков** (10 %) или **заклученным** (14 %) значительно чаще указывали на предыдущий негативный опыт встречи с медицинскими работниками в качестве причины отсрочки получения помощи после положительного теста на ВИЧ. Для сравнения, лишь 5 % нелесбиянок и ни один из тех, кто не был наркоманом или заключенным, выбрали эту причину отсрочки получения помощи.

Отсутствие доверия к медицинским работникам в плане сохранения конфиденциальности является значимой среди **недавно узнавших свой диагноз** - 67 % из числа узнавших свой диагноз в прошедшем году выразили опасение, что медицинские работники могут раскрыть их статус без их согласия. Для сравнения, этот показатель по выборке в целом составляет 19 %. И наоборот, беспокойство по поводу стереотипов о ВИЧ-положительных людях снизилось, при этом недавно узнавшие свой диагноз наименее склонны выразить такое беспокойство в качестве причины отсрочки получения помощи.

Респонденты с **высоким уровнем образования** (технический колледж или университет) чаще отмечали, что задержка в получении ими помощи была обусловлена страхом, что кто-то, кого они знают, мог увидеть их в медучреждении (64 % по сравнению с 30 % по выборке в целом).

Молдова

В Молдове значимые различия в ответах были обусловлены:

- Принадлежностью к ключевой популяции
- Сроком жизни с ВИЧ
- Уровнем образования

Идентифицировавшие себя в качестве **наркопотребителей** значительно чаще признавались в том, что их задержка с получением помощи была обусловлена тем, что они не были готовы к получению диагноза ВИЧ-инфекции (11 % к 3 %). Они также были более склонны к высказыванию опасений по поводу медицинских работников, в частности, по поводу: плохого отношения (5 % против 2 %), нарушения конфиденциальности (6 % против 3 %) и предыдущего негативного опыта общения с медицинскими работниками (3 % против 1 %).

Респонденты, которые идентифицировали себя с **какой-либо из ключевых популяций**, гораздо более склонны заявить, что их задержка с получением помощи обусловлена их неготовностью к диагнозу ВИЧ-инфекции (8 % против 3 %).

В Молдове уровень озабоченности стоимостью получения помощи, незнание, куда обратиться для получения лечения, и неготовность к диагнозу ВИЧ-инфекции продемонстрировали снижение с течением времени и были менее заметны среди тех, кто был **диагностирован в последние 5 лет**.

Как и в Эстонии, респонденты с **высоким уровнем образования** были чаще озабочены тем, что их могут увидеть знакомые в медицинском учреждении.

Польша

В Польше значимые различия в ответах были обусловлены:

- Принадлежностью к ключевой популяции
- Сроком жизни с ВИЧ
- Проживанием в городской или сельской местности

Узнавшие свой диагноз в последний год гораздо чаще жалуются на отсутствие средств на получение помощи (7 % против 1 % по выборке в целом).

Самые поразительные различия в польской выборке наблюдаются между представителями групп геев/лесбиянок, КСР, наркопотребителей, внутренне перемещенных лиц и заключенных и теми, кто не принадлежал к указанным группам. Респонденты, принадлежавшие к **какой-либо из ключевых популяций**, в десять раз чаще сообщали о предыдущем негативном опыте общения с медицинскими работниками (6 % против 0,6 %). Кроме того:

КСР намного чаще испытывают колебания по поводу обращения за медицинской помощью из-за предыдущего негативного опыта общения с медицинскими работниками (18 % против 4 % среди не-КСР). КСР также гораздо реже получают направление на получение помощи или знают, куда обратиться для получения помощи (27 % против 11 % среди не-КСР).

Потребители инъекционных наркотиков характеризуются более плохими показателями почти по всем причинам задержки с получением помощи. Значительно большее число тех, кто является или когда-либо был потребителем внутривенных наркотиков, указывают, что они не могут позволить себе оплатить помощь (2 % против 0 %), боятся плохого отношения со стороны медработников (8 % против 5 %), боятся раскрытия их статуса медработниками без их согласия (7 % против 4 %), имели предыдущий негативный опыт общения с медработниками (8 % против 1 %), боятся попасть под негативные стереотипы (9 % против 4 %), не имеют официального правового статуса или документов (4 % против 1 %), не могли получить помощь, потому что были в местах лишения свободы (7 % против 2 %), имели другие причины задержки с обращением за помощью (19 % против 12 %).

Хотя число **внутренне перемещенных лиц** было небольшим, такие лица жаловались на проблемы с проездом значительно чаще, чем не-ВПЛ (13 % против 2 %). Они также значительно чаще указывали на то, что не могли получить помощь из-за нахождения в местах лишения свободы (25 % к 4 %).

По сравнению с проживающими в сельских и городских территориях **респонденты из малых городов** были значительно более обеспокоены тем, что кто-то из знакомых может увидеть их в медучреждении, предоставляющем лечение при ВИЧ-инфекции (10 % против 6 % по выборке в целом), и что на них могут распространиться негативные стереотипы (12 % против 6 % по выборке в целом).

Турция

В Турции значимые различия в ответах были обусловлены:

- Возрастом
- Принадлежностью к ключевой популяции
- Уровнем дохода

В выборке из Турции респонденты в возрасте от **25 до 29** лет чаще были склонны жаловаться на отсутствие средств на оплату помощи (35 % против 10 % по выборке в целом). Респонденты в возрасте старше 50 лет чаще указывали на то, что не могли получить помощь в связи с пребыванием в местах лишения свободы (25 % против 1 % по выборке в целом).

Трансгендерные респонденты намного чаще были обеспокоены тем, что их могут увидеть знакомые при обращении за помощью (40 % против 12 % среди респондентов, не принадлежащих

к транссексуалам) и тем, что им придется раскрыть свой статус супругу или партнеру (40 % против 3 %).

Заклученные и бывшие заключенные (что не удивительно) чаще указывали на то, что они не могли получить помощь, так как находились в местах лишения свободы (17 % против 0 %).

Немного загадочен тот факт, что респонденты с **самым высоким уровнем дохода** значительно чаще заявляли, что не могли позволить себе оплатить медицинскую помощь (21 % против 10 % по выборке в целом).

Украина

В Украине значимые различия в ответах были обусловлены:

- Возрастом
- Принадлежностью к ключевой популяции
- Проживанием в сельской местности

В Украине **молодые люди** указали значительно больше “других” причин (более 30 % из числа респондентов в возрасте от 15 до 24 лет указали на другие причины). Кроме того, молодые люди в возрасте до 30 были более других обеспокоены тем, что в медицинском учреждении для лечения ВИЧ их могут увидеть знакомые.

Для **представителей ключевых популяций** гораздо большей проблемой была неготовность к диагнозу ВИЧ-инфекции, чем для непринадлежащих к таким группам (31 % против 21 %). Это указывает на необходимость оказания особой поддержки представителям маргинальных и уязвимых групп населения в Украине. Наиболее пострадавшими группами были **потребители инъекционных наркотиков** и **КСР**. Кроме того, **КСР** выразили гораздо большее беспокойство в отношении плохого обращения со стороны медработников.

Среди проживающих в **сельских районах** и респондентов без **образования** проблема проезда вызывала большое беспокойство – соответственно, 24 % и 31%. Это указывает на то, что проблема транспорта представляет собой препятствие для них, по сравнению с 8 % по выборке в целом. Наконец, проблемы нарушения конфиденциальности вызывали более сильное опасение в **сельских районах и малых городах**, причем 15 % таких респондентов были обеспокоены возможностью нарушения конфиденциальности медработниками, и 20 % боялись, что их увидит кто-либо из знакомых.

Воздействие самостоятельности на обращаемость за помощью

Критически важным для данного анализа был вопрос: повлияло ли наличие выбора (или самостоятельности) у респондентов в отношении тестирования на длительность времени, которое они выжидали до обращения за помощью после постановки им диагноза?

Этот вопрос важен как в связи с необходимостью понять факторы, помогающие людям с впервые поставленным диагнозом ВИЧ обратиться за медицинской помощью, так и в связи с тем, что в отличие от социальной стигмы, которая широко распространена и требует изменений на глубинном уровне, процесс тестирования (и консультирования) может стать точкой входа в систему для получения скорых, ясных и доступных вмешательств.

В рамках общего проекта опроса по «Индексу стигматизации ЛЖВ» респондентам задали стандартные вопросы об их опыте тестирования – в какой мере оно было добровольным, было ли обеспечено консультирование, и если да, то когда. Анализ ответов на эти вопросы в сопоставлении с временем, которое респонденты выжидали до обращения за медицинской помощью (один из специфических для данного исследования дополнительных вопросов), позволил нам выявить определенную связь.

Вопрос из «Индекса стигматизации ЛЖВ»: Было ли решение протестироваться на ВИЧ принято Вами самостоятельно?

- Да, я сам(а) принял(а) решение протестироваться (т.е. оно было добровольным)
- Я сам(а) принял(а) решение протестироваться, но на меня оказывали давление другие
- Меня заставили пройти тест на ВИЧ (принуждение)
- Я был(а) протестирован(а) без моего ведома — я узнал(а) об этом только после того, как тест был выполнен

Таблица 18: Перекрестный анализ: время, прошедшее с момента получения диагноза до обращения за медицинской помощью в сопоставлении со степенью самостоятельности респондентов в отношении тестирования

Перекрестный анализ: время, прошедшее с момента получения диагноза до обращения за медицинской помощью в сопоставлении со степенью самостоятельности респондентов в отношении тестирования

		0-6 мес	7-12 мес	1-2 года	Свыше 2 лет	Не получают лечения
Эстония	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться (т.е. оно было добровольным)	57%	15%	17%	9%	2%
	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться, но на меня оказывали давление другие	42%	25%	17%	17%	0%
	Меня заставили пройти тест на ВИЧ (принуждение)	30%	0%	30%	40%	0%
	Я был(а) протестирован(а) без моего ведома — я узнал(а) об этом только после того, как тест был выполнен	55%	27%	9%	9%	0%
Молдова**	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться (т.е. оно было добровольным)	37%	6%	5%	19%	32%
	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться, но на меня оказывали давление другие	33%	2%	10%	24%	31%
	Меня заставили пройти тест на ВИЧ (принуждение)	33%	0%	2%	37%	29%
	Я был(а) протестирован(а) без моего ведома — я узнал(а) об этом только после того, как тест был выполнен	18%	1%	6%	28%	47%

Перекрестный анализ: время, прошедшее с момента получения диагноза до обращения за медицинской помощью в сопоставлении со степенью самостоятельности респондентов в отношении тестирования

		0-6 мес	7-12 мес	1-2 года	Свыше 2 лет	Не получают лечения
Польша***	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться (т.е. оно было добровольным)	63%	7%	7%	18%	5%
	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться, но на меня оказывали давление другие	52%	11%	9%	25%	2%
	Меня заставили пройти тест на ВИЧ (принуждение)	43%	4%	11%	43%	0%
	Я был(а) протестирован(а) без моего ведома—я узнал(а) об этом только после того, как тест был выполнен	45%	7%	6%	36%	3%
Турция**	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться (т.е. оно было добровольным)	94%	0%	0%	3%	3%
	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться, но на меня оказывали давление другие	82%	0%	0%	9%	9%
	Меня заставили пройти тест на ВИЧ (принуждение)	67%	0%	33%	0%	0%
	Я был(а) протестирован(а) без моего ведома —я узнал(а) об этом только после того, как тест был выполнен	90%	6%	0%	4%	0%
Украина**	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться (т.е. оно было добровольным)	48%	7%	9%	20%	15%
	Я сам(а) принял(а) решение протестироваться, но на меня оказывали давление другие	40%	7%	10%	28%	15%
	Меня заставили пройти тест на ВИЧ (принуждение)	35%	2%	7%	42%	14%
	Я был(а) протестирован(а) без моего ведома—я узнал(а) об этом только после того, как тест был выполнен	32%	4%	14%	37%	13%

**Различия между группами статистически значимы при $p=0,003$

***Различия между группами статистически значимы при $p=0,03$

Из приведенных выше данных видно, что связь между добровольным тестированием и своевременным обращением за медицинской помощью является устойчивой, равно как и противоположная связь между недобровольным тестированием и задержкой с обращением за медицинской помощью. Если взять в качестве примера Польшу, из числа тех, кто заявил о добровольности своего тестирования, 63 % обратились за медицинской помощью в течение 6 месяцев. И наоборот, только 43 % из тех, кого принудили протестироваться, и 45 % из тех,

кто быть подвергнут тестированию без их ведома, получили помощь в такой же срок. На другом конце шкалы только 18 % из числа тех, кто протестировался добровольно, выжидали более двух лет, прежде чем обратиться за получением помощи, тогда как среди тех, кого принудили протестироваться, и тех, кто был протестирован без их ведома, выжидали более двух лет 43 % и 36 %, соответственно. Эта тенденция присутствует в каждой из стран и является статистически значимой во всех странах, кроме Эстонии. Данные по каждой стране приводятся в таблице ниже.

В Эстонии, Польше и Турции те, кто был протестирован без их ведома (и, таким образом, был протестирован без их согласия), обращались за помощью раньше, чем те, кто был вынужден протестироваться по принуждению. Однако анализ причин тестирования, приведенных теми, кто был протестирован без их ведома, выявил две основные причины: а) большинство указали, что они были протестированы по “другим” причинам, нежели указанным в списке, и б) другие указали, что они были протестированы, потому что имели симптомы заболеваний, указывающих на ВИЧ, таких как туберкулез. В последнем случае потребовалась бы неотложная медицинская помощь, поскольку эти люди уже были больны к моменту получения своего диагноза. В первом же случае, предварительный анализ ответов на открытые вопросы, почему люди были подвергнуты тестированию, показывает, что многие из этих причин были связаны с институциональными требованиями – поступление на воинскую службу, лишение свободы, донорство крови или обычный медосмотр. В обоих случаях те, кто был протестирован без их ведома, и те, кто был вынужден протестироваться, обратились за медицинской помощью позже, чем те, кто протестировался добровольно.

Влияние консультирования во время постановки диагноза на обращаемость за помощью

Для изучения вопроса, влияет ли предоставление или непредоставление консультирования на обращаемость за помощью, мы провели перекрестный анализ ответов на вопрос из большого проекта «Индекс стигматизации ЛЖВ» в сопоставлении с дополнительным вопросом данного исследования ‘Какое время Вы выжидали после получения диагноза до обращения за медицинской помощью’.

Вопрос из «Индекса стигматизации ЛЖВ»: Получили ли Вы консультирование при тестировании на ВИЧ?

- Я получил(а) как дотестовое, так и после тестовое консультирование
- Я получил(а) только дотестовое консультирование
- Я получил(а) только послетестовое консультирование
- Я не получил(а) никакого консультирования при тестировании на ВИЧ

Таблица 19: Перекрестный анализ – время, прошедшее после дотестового и послетестового консультирования при тестировании на ВИЧ до обращения за медицинской помощью.

Перекрестный анализ – время, прошедшее после дотестового и послетестового консультирования при тестировании на ВИЧ до обращения за медицинской помощью.

		0-6 мес	7-12 мес	1-2 года	Свыше 2 лет	Не получают лечения
Эстония	И дотестовое, и послетестовое консультирование	65%	10%	20%	5%	0%
	Только дотестовое консультирование	100%	0%	0%	0%	0%
	Только послетестовое консультирование	45.2%	12.9%	16.1%	22.6%	3.25%
	Консультирования не было	45.5%	24.2%	18.2%	12.1%	0%
Молдова**	И дотестовое, и послетестовое консультирование	33.8%	8.8%	5%	17.5%	35%
	Только дотестовое консультирование	15.83%	5.3%	5.3%	31.6%	42.1%
	Только послетестовое консультирование	44.7%	2.7%	5.3%	18%	29.3%
	Консультирования не было	18.1%	1.3%	6%	33.6%	40.9%
Польша**	И дотестовое, и послетестовое консультирование	74.4%	5.8%	6.4%	9.6%	3.8%
	Только дотестовое консультирование	62.5%	0%	25.0%	12.5%	0%
	Только послетестовое консультирование	60.8%	10.3%	4.1%	23.7%	1%
	Консультирования не было	44.3%	6.5%	10.4%	32.8%	6%
Турция**	И дотестовое, и послетестовое консультирование	100%	0%	0%	0%	0%
	Только дотестовое консультирование	0%	0%	0%	0%	0%
	Только послетестовое консультирование	90.56%	4.8%	4.8%	0%	0%
	Консультирования не было	89.6%	2.6%	0%	5.2%	2.6%
Украина**	И дотестовое, и послетестовое консультирование	50.7%	10%	8.4%	14.7%	16.26%
	Только дотестовое консультирование	40.5%	7.1%	7.1%	23.8%	21.4%
	Только послетестовое консультирование	45.0%	4.3%	11.2%	28%	11.5%
	Консультирования не было	35.3%	3.6%	10.3%	35.7%	15.1%

*Число респондентов, сообщивших, что они получили только дотестовое консультирование, весьма невелико в Эстонии (n=2) и Польше (n=8). Ни один респондент не выбрал этот ответ в Турции.

**Различия между группами статистически значимы при $p=0,000$

Связь между консультированием при тестировании на ВИЧ и своевременным обращением за медицинской помощью после постановки диагноза соответствует связи между добровольным тестированием и обращаемостью за получением помощи. Для всего региона справедливо утверждение, что люди, получающие и дотестовое, и послетестовое консультирование, намного чаще обращаются за медицинской помощью в течение 6 месяцев. Небольшое исключение к этому правилу было отмечено в Молдове, где получившие только послетестовое консультирование были более склонны обратиться за медицинской помощью.

Как видно из таблицы, в Эстонии из тех, кто получил и дотестовое, и послетестовое консультирование, 65 % сообщили о том, что они обратились за медицинской помощью в течение 6 месяцев, по сравнению с 45-46 % из числа тех, кто получил только послетестовое консультирование или не получил консультирования вообще.

В Украине только небольшой процент из всей выборки (44 %) обратились за помощью в течение шести месяцев, однако 51 % из тех, кто получил и дотестовое, и послетестовое консультирование, получали лечение. Не получившие консультирования имели наименьшую вероятность обратиться за лечением в течение 6 месяцев (только 35 %) и наибольшую вероятность откладывать обращение свыше 2 лет.

В Турции почти вся выборка обратилась за помощью в течение шести месяцев. Отсутствие вариативности в ответах на этот вопрос означает, что различия, основанные на получении или неполучении консультирования, были небольшими. Результаты по Турции далее осложняются тем, что только два респондента (2 % от выборки) получили и дотестовое, и послетестовое консультирование. Но даже в этом случае присутствует ясная связь между консультированием и обращением за получением помощи, и результаты для Турции соответствуют результатам по Эстонии, Польше и Украине. При том, что 90 % выборки обратились за помощью в течение 6 месяцев, 100 % тех, кто получил дотестовое и послетестовое консультирование получали лечение. Из числа тех, кто не получил консультирования вообще, 5 % не обращались за получением медицинской помощи в течение свыше 2 лет (по сравнению с 4 % по выборке в целом), а 3 % еще даже не получали лечение на момент опроса (по сравнению с 2 % по выборке в целом).

Текущее состояние здоровья в сопоставлении с отсрочкой обращения за помощью

Аналогично анализу связи между поздним тестированием и текущим состоянием здоровья, мы изучили связь между мнением респондентов о своем текущем здоровье и временем отсрочки обращения за получением помощи с момента получения диагноза. Имеют ли те, кто выжидал дольше, более плохие последствия для их здоровья?

Мы не считаем такой прогноз однозначным, поскольку лица с менее выраженной симптоматикой, возможно, не ощущали необходимости в срочной помощи, а те, кто чувствовал себя хуже, возможно, обратились за получением помощи, даже если они предпочли бы избежать этого. Для изучения этого вопроса мы использовали данные, полученные из «Индекса стигматизации ЛЖВ», и подвергли их перекрестному анализу в сопоставлении с периодом времени между получением диагноза и обращением за получением помощи.

Вопрос из «индекса стигматизации ЛЖВ»: В целом, как бы Вы описали свое здоровье на данный момент?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Отличное | <input type="checkbox"/> | Посредственное |
| <input type="checkbox"/> | Очень хорошее | <input type="checkbox"/> | Плохое |
| <input type="checkbox"/> | Хорошее | | |

Таблица 20: Перекрестный анализ - мнение респондентов о своем текущем состоянии здоровья в сопоставлении с периодом времени между постановкой диагноза и обращением за помощью

Перекрестный анализ - мнение респондентов о своем текущем состоянии здоровья в сопоставлении с периодом времени между постановкой диагноза и обращением за помощью.

		0-6 мес	7-12 мес	1-2 года	Свыше 2 лет	Не получают лечения
Эстония	Отличное или очень хорошее	71%	0%	14%	0%	0%
	Хорошее	39%	26%	17%	13%	4%
	Посредственное или плохое	54%	14%	18%	14%	0%
Молдова	Отличное или очень хорошее	43%	6%	3%	15%	33%
	Хорошее	36%	2%	5%	19%	38%
	Посредственное или плохое	28%	4%	5%	29%	34%
Польша***	Отличное или очень хорошее	80%	5%	3%	10%	3%
	Хорошее	61%	9%	5%	21%	4%
	Посредственное или плохое	48%	6%	12%	30%	4%
Турция	Отличное или очень хорошее	96%	2%	0%	2%	0%
	Хорошее	80%	7%	3%	3%	7%
	Посредственное или плохое	87%	0%	0%	13%	0%
Украина**	Отличное или очень хорошее	57%	4%	4%	14%	20%
	Хорошее	50%	8%	10%	18%	13%
	Посредственное или плохое	39%	6%	10%	30%	15%

**Различия между группами статистически значимы при $p=0,000$

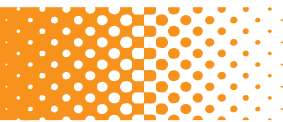
***Различия между группами статистически значимы при $p<0,02$

Можно заметить, что по задержкам с обращением за лечением были получены такие же результаты, как и по задержкам с тестированием, хотя не такие выраженные: те, кто выжидал меньше всего, имели более хорошее здоровье, а те, кто выжидал дольше – более плохое здоровье на текущий момент.

Как видно из таблицы, в Эстонии из числа тех, кто имел отличное или очень хорошее здоровье, 71 % обратились за помощью в течение 6 месяцев. Никто из тех, кто сообщил об отличном или очень хорошем здоровье в Эстонии, не выжидал более двух лет до обращения за лечением. И наоборот, только 54 % из тех, кто заявил о посредственном или плохом здоровье, обратились за получением помощи в течение шести месяцев, и 14 % из числа имеющих плохое здоровье не обращались за лечением более двух лет. В Украине 57 % из числа тех, кто имел отличное или очень хорошее здоровье, обратились за получением помощи в течение шести месяцев, а 14 % выжидали более двух лет. Среди респондентов с посредственным или плохим здоровьем в украинской выборке показатели делятся более равномерно: 39 % обратились за помощью в течение шести месяцев и 30 % выжидали более двух лет.

Если взглянуть на вопрос с другой стороны, в Польше среди тех, кто обратился за лечением в течение 6 месяцев, 23 % сообщали о том, что имели на тот момент отличное или очень хорошее здоровье. Это значительно больше, чем любой другой группе. Только около 5 % из числа тех, кто выжидал более года, имели отличное или очень хорошее здоровье. Среди тех, кто выжидал 1-2 года или свыше 2 лет, 68 % и 56 % имели посредственное или плохое здоровье на текущий момент.

При интерпретации этих результатов важно помнить, что немногие респонденты во всех странах за исключением Турции сообщили об отличном или очень хорошем здоровье, что подчеркивает связь между сроком обращения за помощью и отличным/очень хорошим здоровьем.



Описанные в данном отчете результаты отражают барьеры, мешающие обращению за тестированием, лечением и уходом при ВИЧ в пяти странах. Эти результаты основаны на опыте ЛЖВ, которые столкнулись с необходимостью протестироваться на ВИЧ и определить, нужно ли им обращаться за медицинской помощью по поводу ВИЧ-инфекции.⁷ Далее, в отчете приводится информация о текущем здоровье респондентов и обстоятельствах, сопровождавших их тестирование на ВИЧ, которая использовалась для освещения трех видов связи. Первая из изученных связей касается отсрочки тестирования и получения помощи и ее влияния на состояние здоровья респондентов – т.е. имеют ли респонденты, которые выжидали дольше, прежде чем решиться на тестирование или обращение за медицинской помощью, более плохое здоровье, чем те, кто протестировался или обратился за помощью раньше? Вторая рассмотренная связь устанавливалась между добровольностью тестирования и последующим временем ожидания до обращения за медицинской помощью – т.е. быстрее ли обращались за медицинской помощью респонденты, которые протестировались добровольно? Третья связь выявлялась между получением консультирования при тестировании на ВИЧ и длительностью последующего ожидания до обращения за медицинской помощью – т.е. быстрее ли обращались за медицинской помощью те респонденты, которые получили дотестовое и послетестовое консультирование? Анализ показал, что ответы участников на каждый из этих вопросов при некоторых оговорках был положительным. Ниже резюмируются выявленные на основе опроса респондентов барьеры, мешающие обращению за тестированием, лечением и уходом, а также результаты анализа указанных выше трех видов связи.

Отсрочка тестирования

Во многих странах респонденты сообщили о своевременном тестировании, причем большинство в каждой из выборок указали на то, что они протестировались в течение шести месяцев после возникновения у них первой мысли о необходимости пройти тест на ВИЧ. Этот показатель вселяет надежду, что в указанных странах происходит улучшение ситуации с содействием людям в выяснении своего ВИЧ-статуса. Однако заметное присутствие в ответах указаний на симптомы ВИЧ как причины тестирования на ВИЧ вне зависимости от того, протестировался респондент в течение шести месяцев или через два года, высвечивает упущенные возможности в плане более раннего вовлечения людей в лечение. Эти возможности иногда упускаются потому, что человек не понимал, что ему следует протестироваться, или, в других случаях, ему приходила мысль о необходимости протестироваться, но что-то всегда мешало сделать это. Большая доля тех, кто протестировался только после того, как у них возникли симптомы ВИЧ – это трагедия не только в связи с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции у человека; это трагедия, которую могли избежать многие из таких людей, если бы они узнали о своей инфицированности и смогли обратиться за услугами тестирования раньше за два, пять или более лет жизни с инфекцией.

Барьеры, мешающие тестированию

На первом месте в отношении тестирования на ВИЧ стоит страх ожидания социальной стигмы. В ответ на прямой вопрос, испытывали ли респонденты колебания в отношении тестирования

⁷ Действительно, для некоторых заключенных, основное определение состояло в том, позволят ли им получить доступ к медицинскому обслуживанию для их ВИЧ-инфекции, не, хотели ли они, непосредственно, получать доступ к такой заботе.

на ВИЧ из-за страха перед реакцией других людей в случае положительного результата теста, от 29 % до 60 % респондентов ответили, что они испытывали такие колебания. Равным образом, число респондентов, которые указали в списке возможных страхов, связанных с тестированием, что до тестирования они боялись, что семья и друзья откажутся от них, если результат теста окажется положительным, было очень высоким везде и среди всех популяций (при общем результате по странам от 39 % до 61 %).

Выявилось поразительное сходство в отношении доминирующих страхов по поводу ВИЧ-тестирования между женщинами и мужчинами. Оба пола при относительно равных показателях высказали страх, что друзья или семья откажутся от них. Другие опасения, связанные с личными отношениями, также оказались значимыми и для женщин, и для мужчин, особенно страх быть брошенным супругом или партнером, страх невозможности вступить в брак или страх плохого отношения к детям. Этот момент весьма важен, так как часто считается, что социальные и общественные отношения более интересуют женщин, а мужские потребности быть включенным в семейные и общественные отношения оказываются вне поля зрения или игнорируются.

Отсрочка обращения за помощью

В отличие от периода времени, которое люди выжидают, прежде чем решиться на тестирование, период времени между постановкой диагноза и первым обращением в медицинское учреждение по поводу ВИЧ-инфекции оказался в среднем достаточно длительным. За исключением турецкой выборки, ответы показали, что от чуть меньше одной трети до немногим более половины людей в исследовании пришли на прием к медицинским работникам по поводу их ВИЧ-инфекции в течение шести месяцев. Кроме того, в Молдове, Польше и Украине приблизительно одна четверть респондентов не обращались за помощью свыше двух лет.

Основная причина, на которую респонденты указали при объяснении отсрочки обращения за помощью после получения диагноза – неготовность к диагнозу ВИЧ-инфекции – также не зависела от национальных различий и пола. Следующей наиболее часто указываемой причиной задержки с обращением за получением медицинской помощи был страх того, что их увидит кто-нибудь из знакомых, и страх дискриминации со стороны медработников. Разнообразные страхи по поводу отношения медработников были указаны респондентами в качестве барьеров, препятствующих обращению за медицинской помощью, в том числе: опасение плохого отношения со стороны медработников; убеждение, что медработники не обеспечат конфиденциальность, а также предыдущий негативный опыт общения с медработниками. Кроме того, в качестве причин отсрочки обращения за помощью респонденты указали на организационные барьеры, такие как недоступность помощи в местах лишения свободы.

Проблемы молодых людей

Молодые люди в возрасте до тридцати лет чаще, чем респонденты старшего возраста указывали на некоторые специфические страхи по поводу тестирования на ВИЧ. Во всех странах кроме Молдовы молодые люди чаще заявляли, что задержка с тестированием у них была вызвана страхом перед реакцией со стороны других людей. В Молдове и Украине больше молодых людей высказали обеспокоенность возможностью насилия со стороны партнера и возможностью принуждения к прерыванию беременности. Также молодые люди в Украине чаще высказывали страх перед тем, что они не смогут вступить в брак из-за положительного теста на ВИЧ. В Польше молодые люди чаще указывали на ряд страхов: страх потерять работу или быть исключенным

из учебного заведения; страх быть брошенным супругом или партнером; страх того, что люди узнают об их принадлежности к какой-либо дополнительно стигматизируемой группе (сексуально неразборчивые люди; мужчины, имеющие секс с мужчинами; потребители инъекционных наркотиков, КСР).

Страхи среди представителей ключевых популяций

Представители ключевых популяций имеют более плохие показатели по сравнению с теми респондентами, которые указали, что никогда не принадлежали ни к одной ключевой популяции. Эти результаты показывают, что в этих популяциях действует наложение стигм (или “многослойная стигма”). Наложение стигм происходит тогда, когда стигма, связанная с принадлежностью ключевой группе населения, взаимодействует и, таким образом, усложняется, стигмой, связанной с ВИЧ-положительным статусом.

В целом, для ключевых популяций более характерны колебания в отношении тестирования, связанные с отношением других людей к ним при положительном результате. В зависимости от страновой выборки, это относилось к мужчинам, имеющим секс с мужчинами, геям и лесбиянкам, трансгендерам, потребителями инъекционных наркотиков и КСР.

В случае постановки диагноза принадлежность к ключевой популяции означала более длительный период выжидания до обращения за медицинской помощью. В Молдове, Польше и Украине разница в обращаемости за медицинской помощью в течение шести месяцев между представителями ключевых популяций и респондентами, которые не принадлежали к ключевым группам населения, составляла от 15 % до 30%. Это особенно касалось - опять же в зависимости от страновой выборки - КСР, заключенных, потребителей инъекционных наркотиков, трансгендерных респондентов и внутренне перемещенных лиц.

Самые большие различия между представителями ключевых популяций и другими респондентами наблюдаются в области дискриминации со стороны медработников, криминализации и насилия со стороны близких партнеров, других членов семьи и представителей сообщества. Во многих странах представители ключевых популяций, особенно потребители инъекционных наркотиков, геи и лесбиянки, КСР, заключенные и внутренне перемещенные люди значительно чаще сообщали, что они откладывали обращение в медицинское учреждение из-за предыдущего негативного опыта общения с медработниками. Кроме того, большее число потребителей инъекционных наркотиков в большинстве стран также сообщили, что они откладывали обращение за медицинской помощью из-за страха плохого отношения к ним со стороны медработников и возможности раскрытия их статуса медработниками без их согласия. Страх уголовного преследования в случае постановки диагноза ВИЧ были редки в общей выборке во всех странах. Однако ключевые популяции в Турции и Украине выразили значительно большую обеспокоенность по поводу возможности применения уголовного права против них в случае положительного результата теста на ВИЧ у них. Наконец, возможность насилия в связи с диагнозом ВИЧ была высказана значительно большим числом представителей ключевых популяций. В частности КСР в Польше, Турции и Украине, а также мужчины, имеющие секс с мужчинами, и геи и лесбиянки в Турции и Украине значительно чаще высказывали страх по поводу насилия против них со стороны близких партнеров, других членов семьи и представителей сообщества в случае положительного результата теста. Кроме того, в Турции, мужчины, имеющие секс с мужчинами, в большей степени боялись того, что им придется уехать из дома или сообщества в случае диагноза ВИЧ.

Влияние программ консультирования и тестирования

Добровольное тестирование во всех странах ассоциируется со своевременным обращением за получением медицинской помощи после постановки диагноза. Те, кто протестировался добровольно, более склонны обратиться к медработникам в течение шести месяцев. В отличие от них респонденты, сообщившие о тестировании под давлением со стороны других людей, по принуждению или вынужденности, или протестированные без их ведома, также сообщили о более длительных периодах выжидания перед обращением за медицинской помощью. Равным образом, во всех странах за исключением Молдовы те, кто не получил консультирования при тестировании, в меньшей мере были склонны обратиться за медицинской помощью в течение шести месяцев, тогда как те, кто получил и дотестовое, и послетестовое консультирование, имели наибольшую вероятность обратиться за медицинской помощью в течение шести месяцев. Любопытно, что выборке Молдовы наилучшие результаты были у тех респондентов, которые получили только послетестовое консультирование; после них следовали те, кто получил и дотестовое, и послетестовое консультирование.

Результаты, связанные с влиянием добровольного тестирования и консультирования, позволяют предположить, что уважение достоинства и прав на физическую неприкосновенность, на получение информации и просвещение в отношении заботы о своем здоровье, также содействует своевременному обращению за медицинской помощью. Разумно ожидать, что тесная связь между добровольным тестированием и дотестовым и послетестовым консультированием и обращением за помощью в течение шести месяцев обусловлена как предоставлением информации во время консультирования о диагнозе, о выгоде своевременного обращения за помощью и о том, куда обратиться за ее получением, так и теми отношениями доверия, которые возникают между пациентом, получающим диагноз, и медицинскими службами. Эти связи следует исследовать далее. Кроме того, дальнейшие исследования необходимы для того, чтобы глубже понять влияние условий, в которых люди подвергаются тестированию, на обращаемость за медицинской помощью. Например, вполне вероятно, диагностика в тюрьме или другом учреждении имеет гораздо большее значение для своевременного обращения за помощью, чем то, что происходит во время консультирования.

Влияние позднего тестирования и позднего лечения и ухода на текущее состояние здоровья

Анализ мнений респондентов о своем текущем состоянии здоровья (на момент опроса) выявил воздействие позднего тестирования и позднего обращения за медицинской помощью на состояние здоровья. В целом, во всех странах за исключением Турции многие респонденты заявили о плохом здоровье, причем большинство описали свое здоровье как хорошее или посредственное (от трех до четырех по пятибалльной шкале). В отличие от этих стран в Турции большинство респондентов описали свое здоровье как очень хорошее или хорошее. Несмотря на эти общие различия в текущем состоянии здоровья, тенденция одинакова во всех пяти странах. Во всех странах те, кто протестировался в течение шести месяцев безотносительно причины для тестирования, намного более вероятно имели отличное или очень хорошее здоровье на момент опроса, чем те, кто откладывал тестирование. Равным образом, анализ обращаемости за получением медицинской помощи показал, что те, кто дольше других откладывал обращение в медицинское учреждение после постановки диагноза, имели наихудшее здоровье, тогда как те, кто выжидал меньше других, имели наилучшее текущее состояние здоровья.

Изменение тенденций с течением времени после постановки диагноза

Анализ ответов, которые дали те, кто узнал свой диагноз в течение последних пяти лет, по сравнению с теми, кто узнал свой диагноз более десяти или пятнадцати лет назад, выявил некоторую возможную динамику с течением времени в разных странах. Среди потенциальных положительных тенденций среди узнавших свой диагноз не так давно можно отметить снижение уровня страха перед социальной стигмой в Молдове и снижение уровня страха перед стереотипами о ВИЧ-положительных людях в Эстонии. Кроме того, в Молдове, Турции и Украине имеет место снижение процентной доли респондентов, которые заявили о колебаниях в отношении обращения за помощью вследствие неготовности к диагнозу ВИЧ у себя. Однако число давших положительный ответ на этот вопрос остается высоким, особенно в Украине. Наконец, в Молдове, Польше и Украине те, кто узнал свой диагноз в последнее время, более склонны обратиться за медицинской помощью в течение шести месяцев.

Выявились и негативные тенденции, особенно в Эстонии и, в меньшей степени, в Молдове, Польше и Украине. Узнавшие свой диагноз в последнее время указали на повышенный страх перед социальной стигмой в Эстонии и Украине, страх перед стереотипами в Молдове, а также повышенный уровень страха, связанный с возможностью плохого отношения к детям в случае положительного результата теста у респондента и с раскрытием статуса медработниками без согласия респондента. В Польше диагностированные в последнее время были более склонны заявить, что они откладывали обращение за медицинской помощью, так как не имели средств на это.

Общий вывод

Общая картина, вытекающая из ответов, показывает различия во времени, которое респонденты выжидают, прежде чем решиться на обращение за медицинской помощью после получения диагноза. Хотя многие респонденты сообщили о том, что они протестировались в течение шести месяцев после осознания необходимости протестироваться, вполне вероятно, они прожили с ВИЧ уже в течение некоторого времени, прежде чем у них возникли подозрения, что они могут иметь ВИЧ. Респонденты высказали множество страхов, которые могут задержать обращение за тестированием и получением помощи; преобладающими из которых является страх социальной стигмы и страх плохого отношения со стороны медработников. Респонденты, принадлежавшие к ключевым популяциям, в целом имели более высокие уровни озабоченности, в частности, они в большей мере боятся дискриминации со стороны медработников, криминализации и насилия со стороны семьи и сообщества. Была выявлена сильная связь между добровольным программами консультирования и тестирования и своевременным обращением за медицинской помощью; те респонденты, которые протестировались добровольно, чаще обращались за получением помощи в течение шести месяцев, равно как и те, кто получил дотестовое и послетестовое консультирование (или, по крайней мере, послетестовое консультирование).

Результаты, представленные в отчете, выдвигают на первый план необходимость вмешательств в три критических момента времени в рамках общего процесса, через который проходит человек, включая тестирование, лечение, уход и поддержку при ВИЧ: 1) до тестирования; 2) во время тестирования; 3) после диагноза.

Выводы, которые мы сгруппировали под тремя заголовками ниже, являются почти универсальными для всех пяти стран, принявших участие в исследовании. Эти выводы будут трансформированы в рекомендации с учетом приоритетов и планов действий по адвокации в каждой из стран, что более детально обсуждается в разделе 'Последующие шаги'.

До тестирования

Некоторые программы, такие как программы перенаправления из клиник, занимающихся лечением ИППП, и программы, направленные на тестирование беременных женщин и партнеров/супругов тех из них, кто имеет положительный результат, дают возможность многим респондентам узнать свой диагноз. Необходимо продолжать поддержку таких программ. Кроме того, необходимо предусмотреть включение в такие программы предложений о том, что необходимо делать во время тестирования и после него.

О необходимости долгосрочных, опирающихся на доказательную базу просветительских кампаний в области ВИЧ в регионе свидетельствует число людей, которые сообщили о том, что они протестировались на ВИЧ в течение шести месяцев после осознания необходимости протестироваться, но при этом уже имели симптомы ВИЧ. Такие кампании должны обеспечить людей информацией, которая должна помочь им точно оценить все риски и определиться, следует ли им протестироваться.

Необходимы критические усилия для преодоления как социальной стигмы, окружающей ВИЧ, так и сопутствующего ей страха, который испытывают люди, нуждающиеся в тестировании. Борьба с социальной стигмой должна быть направлена на население в целом. Необходимо вовлекать всех людей в работу по обеспечению социальной поддержки и помощи всем нуждающимся в ходе тестирования, диагностики, лечения и оказания помощи.

Необходимо охранительное законодательство, включая законы в области образования и занятости, недопущения дискриминации и соблюдения конфиденциальности работниками здравоохранения, а также широкое информирование о них. Такое законодательство должно предусматривать доступные и конфиденциальные каналы обращения за помощью для тех, кто считает, что его/ее права могут быть или были нарушены. До тестирования люди должны узнать, какие права они имеют, и как эти права будут защищены, если тест на ВИЧ даст положительный результат. Кроме того, те, чей тест дал отрицательный результат, должны знать законы и свои обязанности по отношению к тем, кто живет с ВИЧ.

Во время тестирования

Трудно переоценить значение программ добровольного ВИЧ-консультирования и тестирования в плане обеспечения доверия между людьми и медработниками, а также в плане содействия обращению за медицинской помощью после постановки диагноза. Более того, давление или принуждение людей к тестированию, либо их тестирование без их ведома является нарушением права человека на физическую неприкосновенность.

Необходимы системы и нормы, которые исключают плохое отношение со стороны работников системы здравоохранения.

Медицинские работники должны пройти обучение и получать поддержку по вопросам сохранения конфиденциальности и оказания беспристрастной и профессиональной помощи больным.

Необходимо приложить все усилия для выработки, продвижения и реализации политики обеспечения конфиденциальности в системе здравоохранения везде, где оказывается медицинская помощь, и всеми, кто может контактировать с пациентами или их медицинскими записями.

После диагноза

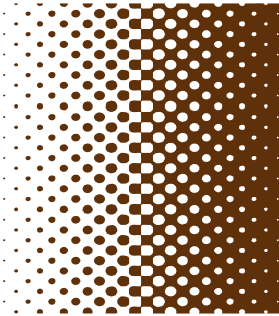
Та частота, с которой люди указывали на то, что они откладывали обращение в медицинское учреждение в связи с тем, что не были готовы к диагнозу ВИЧ-инфекции, выдвигает на первый план необходимость в службе психологической, эмоциональной и социальной поддержки, которая может оказать немедленную помощь людям в момент получения ими диагноза.

Необходимы программы помощи с проездом и возмещением затрат на медицинскую помощь там, где транспорт и стоимость медицинского обслуживания являются барьерами, мешающими получить лечение и помощь.

Информация о том, как и где можно получить помощь и лечение при ВИЧ, должна предоставляться всем людям, у которых диагностируется ВИЧ, а также быть широко доступной всему населению.

Следует обеспечить доступ к полному комплексу медицинских услуг в местах лишения свободы в соответствии с международными рекомендациями по должному лечению ВИЧ. Просвещение в отношении ВИЧ и кампании борьбы со стигмой должны охватывать места лишения свободы и быть направлены и на сотрудников, и на заключенных. Необходимо выработать процедуры подачи апелляций заключенными в отношении решений, касающихся их медицинских потребностей, без боязни репрессий, и такие процедуры должны быть доведены до всех заключенных.

Усилия по недопущению дискриминации со стороны работников системы здравоохранения и по обеспечению конфиденциальности во время тестирования, как предложено выше, имеют равным образом важное значение и после постановки диагноза.



Последующие шаги, «Индекс стигматизации ЛЖВ» в 5 странах

Данные и рекомендации, представленные в отчете, являются лишь началом в деле распространения, детализации и дальнейшей работы с данными из «Индекса стигматизации ЛЖВ» и свидетельствами, включая проблемы барьеров, мешающих более раннему и более удобному тестированию и обращению за лечением.

Команды пяти стран-участниц исследования выражают готовность предпринять в предстоящем году следующее:

Продолжить работу по представлению результатов местным группам людей, живущих с ВИЧ, которые были ключевыми партнерами в исследовании, так как:

- многим из участников опроса будет интересно услышать о том, как их опыт выглядит в сравнении с общей картиной;
- исследование поможет определить новые вопросы в отношении организации адвокации на индивидуальном и институциональном уровне, укрепления потенциала к действию и уточнения существующих приоритетов на местном и национальном уровне.

Определить и установить:

- приоритеты в борьбе со стигмой и спланировать, разработать и реализовать адвокационные действия на основе полученных свидетельств;
- единство действий на уровне региона и страны при осуществлении адвокации;
- механизмы и структуры для сетей ЛЖВ, которые помогут им измерять воздействие их адвокационной работы.

Вести работу с международным партнерством, занимающимся проектом «Индекс стигматизации ЛЖВ», и другими партнерами с целью:

- соответствующего обмена данными и результатами для внесения вклада в улучшение понимания того, как стигма, окружающая ЛЖВ, и дискриминация мешают эффективному глобальному ответу;
- сотрудничества и обмена информацией о накопленном опыте реализации проекта с другими сетями ЛЖВ и партнерами, которые реализуют «Индекс стигматизации ЛЖВ».

Приложение А: Ожидаемая стигматизирующая реакция на положительный результат теста на ВИЧ – по странам и по полу

Страхи женщин в отношении тестирования – по странам:

Таблица 21: Страхи женщин в отношении тестирования – по странам:

Страхи женщин в отношении тестирования– по странам*	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Я потеряю работу, или меня исключат из учебного заведения	8%	17%	17%	48%	17%
Меня будет избегать моя семья или друзья	29%	52%	58%	62%	65%
Мой муж/жена/партнер применит ко мне физическое насилие	0%	8%	3%	10%	13%
Другие члены семьи применят ко мне физическое насилие	0%	3%	5%	5%	22%
Члены сообщества применят ко мне физическое насилие	0%	1%	3%	10%	4%
Мой муж/жена/партнер бросит меня	26%	23%	12%	52%	18%
У меня заберут моих детей	5%	13%	10%	24%	11%
Меня заставят прервать беременность	0%	19%	3%	10%	17%
С моими детьми станут плохо обращаться в семье, сообществе, школе	8%	26%	24%	14%	23%
Я не смогу вступить в брак	26%	23%	12%	24%	29%
Мне придется уехать из дома или сообщества	8%	18%	17%	29%	10%
Полиция или судебные власти могут попытаться возбудить против меня уголовное преследование	0%	5%	4%	24%	4%
Люди могут подумать, что я гулящая(ий), гомосексуал, КСР или ПИН	21%	44%	21%	38%	19%
Люди могут узнать что у меня есть или был секс вне брака, что я гомосексуал, проститутка или ПИН	0%	10%	19%	24%	10%
Другие страхи	53%	8%	11%	43%	28%

*Возможен выбор нескольких ответов

Страхи мужчин в отношении тестирования – по странам:

Таблица 22: Страхи мужчин в отношении тестирования – по странам:

Страхи мужчин в отношении тестирования – по странам*	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Я потеряю работу, или меня исключат из учебного заведения	18%	15%	18%	40%	14%
Меня будет избегать моя семья или друзья	47%	43%	54%	61%	53%
Мой муж/жена/партнер применит ко мне физическое насилие	0%	1%	3%	13%	8%
Другие члены семьи применят ко мне физическое насилие	0%	2%	2%	9%	10%
Члены сообщества применят ко мне физическое насилие	0%	1%	8%	11%	3%
Мой муж/жена/партнер бросит меня	16%	10%	20%	45%	20%
У меня заберут моих детей	0%	7%	3%	8%	5%
Меня заставят прервать беременность	NA**	NA**	NA**	NA**	NA**
С моими детьми станут плохо обращаться в семье, сообществе, школе	0%	20%	7%	17%	5%
Я не смогу вступить в брак	2%	13%	9%	24%	27%
Мне придется уехать из дома или сообщества	0%	9%	13%	28%	6%
Полиция или судебные власти могут попытаться применить уголовное преследование против меня	2%	6%	4%	24%	8%
Люди могут подумать, что я распутный(ая), МСМ, КСР или ПИН	25%	18%	25%	35%	15%
Люди могут узнать что у меня есть или был секс вне брака, что я МСМ, КСР или ПИН	4%	14%	19%	44%	11%
Другие страхи	57%	9%	8%	45%	32%

*Возможен выбор нескольких ответов

**Не применимо

Приложение В: Причины отсрочки обращения за помощью – по странам и по полу

Причины женщин на отсрочку обращения за помощью - по странам:

Таблица 23: Причины женщин на отсрочку обращения за помощью – по странам

Причины женщин на отсрочку обращения за помощью – по странам*	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Я не мог себе позволить лечение	0%	1%	1%	0%	4%
Я не получил направления или не знал, где получить лечение по поводу ВИЧ	0%	5%	13%	10%	10%
Я не был готов к диагнозу ВИЧ инфекции	32%	5%	28%	10%	28%
Было сложно организовать проезд в больницу или клинику	3%	2%	2%	10%	7%
Я боялся, что медицинские работники (врачи, медсестры, персонал) станут плохо со мной обращаться	3%	4%	10%	14%	16%
Я боялся, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия	18%	3%	8%	14%	13%
Я боялся, что меня там увидит кто-то из знакомых	29%	6%	8%	14%	18%
Мне пришлось бы сказать моему мужу\жене\партнеру, если бы я начал принимать лечение	13%	0%	1%	5%	1%
Я не мог принимать лечение в рабочее время, не раскрывая своего ВИЧ статуса своему нанимателю	0%	1%	0%	5%	1%
Я боялся, что могут подумать, что я распутный(ая), МСМ, КСР или ПИН	8%	0%	6%	10%	6%
У меня был негативный опыт общения с медицинскими работниками	8%	1%	4%	5%	8%
У меня нет легального статуса или документов	0%	1%	1%	0%	1%
Я был заключенным и не мог получить доступ к лечению ВИЧ	0%	0%	1%	0%	5%
Другое	16%	20%	17%	5%	21%

*Возможен выбор нескольких ответов

Причины мужчин на отсрочку обращения за помощью – по странам:

Таблица 24: Причины мужчин на отсрочку обращения за помощью – по странам

Причины мужчин на отсрочку обращения за помощью – по странам*:	Эстония	Молдова	Польша	Турция	Украина
Я не мог себе позволить лечение	0%	2%	1%	12%	7%
Я не получил направления или не знал, где получить лечение по поводу ВИЧ	0%	4%	9%	8%	10%
Я не был готов к диагнозу ВИЧ инфекции	47%	7%	19%	11%	29%
Было сложно организовать проезд в больницу или клинику	2%	3%	3%	3%	8%
Я боялся, что медицинские работники (врачи, медсестры, персонал) станут плохо со мной обращаться	0%	3%	4%	7%	10%
Я боялся, что медицинские работники раскроют мой статус без моего согласия	20%	5%	3%	11%	9%
Я боялся, что меня там увидит кто-то из знакомых	33%	3%	4%	11%	11%
Мне пришлось бы сказать моему мужу\жене\партнеру, если бы я начал принимать лечение	6%	1%	2%	3%	2%
Я не мог принимать лечение в рабочее время, не раскрывая своего ВИЧ статуса своему нанимателю	0%	2%	1%	9%	1%
Я боялся, что могут подумать, что я распутный(ая), МСМ, КСР или ПИН	16%	2%	6%	11%	6%
У меня был негативный опыт общения с медицинскими работниками	8%	2%	4%	0%	7%
У меня нет легального статуса или документов	2%	2%	3%	1%	1%
Я был заключенным и не мог получить доступ к лечению ВИЧ	0%	3%	6%	1%	15%
Другое	8%	15%	13%	1%	23%

*Возможен выбор нескольких ответов

Список таблиц:

Таблица 1: Размеры и характеристики выборок по странам	13
Таблица 2: Ключевые популяции, представленные в анализе по странам	14
Таблица 3: Время до обращения за тестированием	16
Таблица 4: Время до обращения за тестированием с разбивкой по полу	16
Таблица 5: Лица, характеризующиеся наибольшей вероятностью пройти тестирование в течение шести месяцев	17
Таблица 6: Люди с наименьшей вероятностью пройти тестирование в течение 6 месяцев	17
Таблица 7: Причины тестирования на ВИЧ, указанные теми, кто сделал это в течение 6 месяцев	19
Таблица 8: Причины тестирования на ВИЧ, указанные теми, кто откладывал тестирование на 2 года и более	20
Таблица 9: Страх перед тестированием – ожидаемая стигма (все респонденты)	21
Таблица 10: Страх перед тестированием – ожидаемая стигма (респонденты, протестировавшие в течение 6 месяцев)	22
Таблица 11: Три основных страха перед тестированием для женщин с разбивкой по странам	24
Таблица 12: Три основных страха перед тестированием для мужчин с разбивкой по странам	25
Таблица 13: Перекрестный анализ – восприятие респондентами своего текущего состояния здоровья в сопоставлении с отсрочкой обращения за получением помощи	30
Таблица 14: Период времени с момента постановки диагноза до обращения за медицинской помощью	32
Таблица 15: Период времени с момента постановки диагноза до обращения за медицинской помощью с разбивкой по полу среди обратившихся в течение 6 месяцев	32
Таблица 16: Три основные причины отсрочки обращения за помощью среди мужчин - по странам	35

Таблица 17: Три основные причины отсрочки обращения за помощью среди женщин с разбивкой по странам	36
Таблица 18: Перекрестный анализ: время, прошедшее с момента получения диагноза до обращения за медицинской помощью в сопоставлении со степенью самостоятельности респондентов в отношении тестирования	40
Таблица 19: Перекрестный анализ – время, прошедшее после дотестового и послетестового консультирования при тестировании на ВИЧ до обращения за медицинской помощью	43
Таблица 20: Перекрестный анализ - мнение респондентов о своем текущем состоянии здоровья в сопоставлении с периодом времени между постановкой диагноза и обращением за помощью	45
Таблица 21: Страхи женщин в отношении тестирования – по странам	54
Таблица 22: Страхи мужчин в отношении тестирования – по странам	55
Таблица 23: Причины женщин на отсрочку обращения за помощью – по странам	56
Таблица 24: Причины мужчин на отсрочку обращения за помощью – по странам	57



ИНДЕКС
СТИГМАТИ-
ЗАЦИИ ЛЮДЕЙ,
ЖИВУЩИХ
С ВИЧ



GLOBAL NETWORK OF
PEOPLE LIVING WITH HIV



IPPF International
Planned Parenthood
Federation



HIV in Europe
Working Together for Optimal
Testing and Earlier Care

Об «Индексе стигматизации людей, живущих с ВИЧ»:

«Индекс стигматизации ЛЖВ» - это инициатива 4 партнерских организаций: Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (GNP+); Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (ICW); Международная федерация планирования семьи (IPPF); Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС).

Более подробную информацию об этой инициативе можно найти по адресу: www.stigmaindex.org

Об инициативе «ВИЧ в Европе»:

Дополнительную информацию об инициативе «ВИЧ в Европе» можно найти по адресу: www.hiveurope.eu



Данный отчет опубликован в рамках проекта ВИЧ В ЕВРОПЕ: **ПОДДЕРЖИВАЯ ГЛОБАЛЬНУЮ ИНИЦИАТИВУ «ИНДЕКС СТИГМАТИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ» В ЕВРОПЕ И СРЕДНЕЙ АЗИИ.**

На уровне конкретных стран этот проект реализуется: Эстонской сетью людей, живущих с ВИЧ; Польской сетью людей, живущих с ВИЧ/СПИДом “SIEC PLUS»; Лигой людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Молдова); Ассоциацией позитивной жизни (Турция); и Всеукраинской сетью людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Украина) при технической поддержке со стороны организации «Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (GNP +)» от имени международного партнерства «Индекс стигматизации ЛЖВ».

Данный отчет может свободно распространяться, цитироваться и приводиться в списке литературы при условии упоминания источника.

Ограничение ответственности

Данный отчет

Приведенные в данном отчете мнения и взгляды не должны расцениваться как взгляды организаций, издавших данный отчет, и не могут расцениваться как взгляды или точки зрения организации «Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ (ВНП +)», инициативы «ВИЧ в Европе» или международного партнерства «Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ».

Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ

«Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ» и данное дополнительное исследование были разработаны как исследовательский инструмент, с помощью которого люди, живущие с ВИЧ, фиксируют данные об их опыте и восприятии стигмы и дискриминации. В этом отношении можно сказать, что результаты представляют собой срез стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, в определенном месте и в определенное время.

При реализации данный инструмент также служит целям просвещения и поддержки ЛЖВ по вопросам прав человека в связи с ВИЧ. Поэтому вопросы исследования концентрируются на опыте и субъективных мнениях, а не представляют собой фактологическое исследование с контрольными вопросами относительно конкретных утверждений, инцидентов или событий, и при этом ответы на вопросы на подлежат независимой проверке. В качестве участников опроса, интервьюируемые имеют право на анонимность и конфиденциальность по отношению к их ответам.

Помимо функции поддержки данные могут использоваться соответствующим образом для адвокации и включения в программы снижения стигмы/дискриминации в национальных мерах борьбы с ВИЧ и для углубления понимания ситуации на региональном и глобальном уровнях.

