

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
ИМЕНИ ПАТРИСА ЛУМУМБЫ»

*На правах рукописи*

**Нестеров Роман Сергеевич**

**УПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРОГРАММАМИ В  
РАБОТЕ С УЯЗВИМЫМИ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ВИЧ-СЕРВИСНОЙ  
НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)**

Специальность 5.4.7. Социология управления

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук

Научный руководитель –  
доктор экономических наук,  
Назарова Инна Борисовна

**Москва – 2024**

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. Особенности взаимодействия некоммерческих организаций, государства и получателей услуг в профилактике социально-значимых заболеваний .....	19
1.1. Теоретико-методологические особенности изучения профилактики ВИЧ среди групп повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией .....	19
1.2. Состояние проблемы по ВИЧ-инфекции в России и в мире: сравнительный анализ актуальных данных по распространенности и заболеваемости ВИЧ .....	40
1.3. Модель взаимодействия государства и НКО при профилактике и лечении ВИЧ-инфекции.....	45
ГЛАВА 2. Мониторинг общественной оценки в сфере профилактики ВИЧ-инфекции .....	65
2.1. Организация мониторинга на базе типичной некоммерческой ВИЧ-сервисной организации.....	65
2.2. Типологизация клиентов: состояние, идентификация, поведение, потребности (результаты социологического исследования) .....	76
2.3. Принципы и структура работы типовой ВИЧ-сервисной некоммерческой организации.....	88
ГЛАВА 3. Научно-практическое обоснование адаптации и технологизации процессов профилактической работы с группами повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией .....	102
3.1. Индексное тестирование: выявление партнеров людей, живущих с ВИЧ .....	102
3.2. Оптимизация взаимодействия НКО с системой здравоохранения: мониторинг качества медицинской помощи .....	112
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	129
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	134
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	161

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы диссертационного исследования** определяется тем, что ВИЧ-инфекция является сложным хроническим заболеванием, а число новых случаев остается достаточно большим, в том числе продолжает увеличиваться общее число россиян, живущих с ВИЧ, как среди мужчин, так и среди женщин<sup>1</sup>.

Для современной России, как и для всего мира, большим бременем и проблемой остается заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ / ВИЧ-инфекция)<sup>2</sup>. Заболеваемость населения прямым образом сказывается на трудоспособности отдельных групп лиц, что отрицательно влияет на масштабы производства, занятости и благополучия человека и общества<sup>3</sup>.

Согласно данным официальной статистики число зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» в 2021 году уменьшилось по сравнению с 2020 годом и составило 58,8 тыс. человек против 60,1 тыс. человек соответственно. Однако ежегодно увеличивается численность всего зарегистрированных ВИЧ-инфицированных и на конец 2021 года она составила 851,8 тыс. человек. На начало 2023 г. в России проживало 1 168 076 человек с подтвержденным диагнозом «ВИЧ-инфекция»<sup>4</sup>.

По данным Специализированного научно-исследовательского отдела по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии), с 1987 года по 31 декабря 2022 года, в Российской Федерации было выявлено 1 629 955 случаев ВИЧ-

---

<sup>1</sup> См. напр.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. – Москва, 2021. 83 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Bulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>2</sup> Загдын З.М., Кобесов Н.В., Вербицкая Е.В., Денюшенков В.Л. Глобальное бремя ВИЧ/СПИД в России в аспекте общественного здоровья. Часть 1 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2023 №2 (15). С. 69-80.

<sup>3</sup> Измеров Н.Ф. Здоровье трудоспособного населения России // Медицина труда и промышленная экология. 2005. №11. С. 2–8.

<sup>4</sup> См. напр.: Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2022 г. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/09/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2022.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

инфекции. При этом, смертность среди всех выявленных ВИЧ-положительных составила 28,3% или 461 879 больных, умерших за весь период наблюдения<sup>2</sup>.

Эксперты здравоохранения и лидеры гражданского общества склонны считать, что в России проживает по меньшей мере 1,5 млн людей с подтвержденным диагнозом «ВИЧ-инфекция»<sup>5</sup>.

Наибольшее число тех, кто живёт с ВИЧ-инфекцией и установленным диагнозом – люди в возрасте 20–40 лет (как мужчины, так и женщины). Несмотря на увеличение числа случаев заражения ВИЧ при гетеросексуальном контакте, особый вклад в развитие эпидемии вносят уязвимые группы населения<sup>6</sup> (ключевые группы, риск-группы, группы повышенного риска). Сочетанность ВИЧ-инфекции и практики рискованного поведения делает работу с указанными группами сложной. Усугубляет ситуацию проблема со сложной достижимостью представителей риск-групп.

В силу рискованности поведения Всемирная организация здравоохранения относит следующие группы населения к перечню уязвимых в отношении заражения ВИЧ-инфекцией – те, кому нужно уделять особое внимание в профилактике ВИЧ: мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ); потребители инъекционных наркотиков (ПИН, ЛУН, ЛУИН); лица, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа (ЛМЛС); работники коммерческого секса и их клиенты (РКС, клиенты РКС); трансгендерные люди (ТГЛ). Представители этих групп, зачастую находятся в маргинализированном положении в обществе и сталкиваются с серьезными проблемами, ограничивающими их доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ, а также к другой медицинской помощи<sup>7</sup> (см. п. 1.1., Глава 1).

---

<sup>5</sup> См. напр.: ТАСС [Электронный ресурс]: Эксперт сообщил, что в России насчитывается до 1,5 млн ВИЧ-инфицированных. ТАСС, 2022. URL: <https://tass.ru/obschestvo/16213717> (дата обращения 01.09.2024).; Липова Е.В., Тарасенко Г.Н., Грязева Н.В. Эпидемиологические аспекты инфекции вируса папилломы человека и ассоциированных злокачественных новообразований (обзор литературы) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012. № 3. С. 51–55.

<sup>6</sup> См. напр.: Смольская Т. Т. Профилактика ВИЧ-инфекции и её роль в контексте будущего эпидемии в российской Федерации // Экология человека. №2. 2012. С. 47–54.

<sup>7</sup> См. напр.: Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. ВИЧ/СПИД. ВОЗ, 2024. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids/> (дата обращения 01.09.2024).

Сложность заболевания ВИЧ и значительное число носителей инфекции актуализирует поиск новых управленческих решений и принципов организации работы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции на основе объединения усилий государства и общества, в том числе с привлечением некоммерческого сектора – благотворительных фондов и общественных организаций.

Несмотря на значительные усилия государства и работу специализированных медицинских организаций, таких как Центры СПИД, государство не может решить проблему работы с риск-группами.

Сегодня в России работает по меньшей мере 85 ВИЧ-сервисных некоммерческих организаций<sup>8</sup> и не поддающееся подсчету число отдельных частных ВИЧ-активистов, инициативных групп (незарегистрированные организации), деятельность которых направлена на профилактику ВИЧ среди уязвимых групп населения. Представители гражданского общества, обладают большими возможностями выхода на эти группы, могут достичь их и провести профилактические мероприятия среди данного контингента населения, довести их до лечебных учреждений и способствовать постановке представителей групп на официальный государственный учет в зависимости от заболевания (ВИЧ, гепатиты, сифилис, др.).

По мнению соискателя, проблема ВИЧ-инфекции может решаться более успешно при условии включения НКО в профилактическую работу с ВИЧ-положительными людьми и теми, кто является представителями групп риска. В том числе в рамках взаимодействия государства в лице медицинских организаций и общества в лице НКО может способствовать выявлению представителей риск-групп, профилактической работе с ними.

Поставленные цели и задачи данного исследования направлены на разработку, апробацию и внедрение новых технологий (подходов) управления профилактическими программами при работе с представителями уязвимых

---

<sup>8</sup> См. напр.: НРОО Гуманитарный проект [Электронный ресурс]: ВИЧ-сервисные организации в России. URL: <https://human.org.ru/knowledge/hiv-ngo/> (дата обращения 01.09.2024).

групп населения, основанных на мониторинге, для сокращения новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией.

**Степень разработанности проблемы.** Проблема профилактики ВИЧ-инфекции подробно изучена в эпидемиологии, биологии и медицине, однако, открытой, данная проблема остается для области социальных наук. Известны и определены пути передачи ВИЧ-инфекции<sup>9</sup> (факторы, влияющие на приобретение инфекции), особенности течения заболевания, стадии развития ВИЧ-инфекции<sup>10</sup>, история и природа вируса<sup>11</sup>. Наибольший вклад в развитие отечественной медицины в вопросах профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции внесли работы Покровского В.В.<sup>12</sup>, Плавинского С.Л.<sup>13</sup>, Ладной Н.Н.<sup>14</sup>.

В медико-социальных исследованиях проведен анализ аспектов феминизации ВИЧ-инфекции и передачи вируса от матери к ребенку<sup>15</sup>. Изучены особенности течения заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека и управление здравоохранением в учреждениях закрытого типа<sup>16</sup>. Исследован и описан принцип U=U (H=H – не определяемый = не передающий),

---

<sup>9</sup> См. напр.: Beyrer C. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men / C. Beyrer, S.D. Baral, F.V. Griensven [and al.] // *Lancet*. 2012. P. 367–377.

<sup>10</sup> См. напр.: Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 848 с.

<sup>11</sup> См. напр.: Gao F. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes* / F. Gao, E. Bailes, D.L. Robertson, Y. Chen, C.M. Rodenburg, S.F. Michael, L.B. Cummins, L.O. Arthur, M. Peeters, G.M. Shaw, P.M. Sharp, B.H. Hahn // *Nature*. 1999. № 397. С. 436–441.; Keele B.F. Chimpanzee reservoirs of pandemic and nonpandemic HIV-1 / B.F. Keele, H. Van, Y. Li, E. Bailes, J. Takehisa, M. Santiago, F. Bibollet-Ruche, Y. Chen, L.V. Wain, F. Liegeois, S. Loul, E.M. Ngole, Y. Bienvenue, E. Delaporte, J.F. Brookfield, P.M. Sharp, G.M. Shaw, M. Peeters, B.H. Hahn // *Science*. 2006. № 313. С. 523–526.; Popovic M., Sarngadharan M.G., Read E., Gallo R.C. Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS // *Science*. 1984. № 224. С. 497–500.

<sup>12</sup> См. напр.: Покровский В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин. – Москва, 2003. – 488 с.

<sup>13</sup> См. напр.: Плавинский С.Л., Барина А.Н., Разнатовский К.И. Сексуальное поведение, венерические болезни и гетеросексуальная эпидемия ВИЧ-инфекции - некоторые результаты математического моделирования // *Российский семейный врач*. 2007. №3. С. 30-37.

<sup>14</sup> См. напр.: Ладная Н.Н., Иванова М.А. ВИЧ-инфекция и инфекции, передаваемые половым путем, в Российской Федерации в 1993-2008 гг. // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2010. № 3. С. 4-11.

<sup>15</sup> См. напр.: Мозалева О.Л., Самарина А.В. Эпидемиологические и социально-демографические характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин // *Журнал Инфектологии*. 2018. №3. С. 111.

<sup>16</sup> См. напр.: Кондратова С.Е. ВИЧ в пенитенциарной системе региона с высоким уровнем пораженности ВИЧ-инфекцией (на примере Тюменской области) / С.Е. Кондратова, А.Н. Марченко, Э.А. Кашуба, А.А. Бельтикова, О.А. Нестерова // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2019. Т.18. № 5. С. 50–55.

направленный на подтверждение гипотезы относительно эффективности лечения ВИЧ-инфекции<sup>17</sup>. Проанализированы особенности течения сочетанных заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией – ко-инфекции туберкулез, сифилис и другие инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), COVID<sup>18</sup>.

В социологии, психологии и педагогике исследованы вопросы работы с молодежью в ключе девиантного поведения, включая употребление наркотиков<sup>19</sup>, токсикоманию, алкоголизм и получение ВИЧ-инфекции<sup>20</sup>. Подробно изучены и описаны технологии работы по повышению информированности и осведомленности молодежи в контексте ВИЧ-инфекции и репродуктивного здоровья<sup>21</sup>. Описаны и проанализированы особенности рискованного поведения молодежи и подростков в сфере ВИЧ и других ИППП<sup>22</sup>. Предложены методы оценки уровня информированности группы<sup>23</sup>. Изучены особенности работы с данной группой по профилактике ВИЧ.

На стыке социологии и эпидемиологии проводятся исследования, посвященные изучению частоты встречаемости (пораженности и заболеваемости), профилактики, диагностики и лечения среди уязвимых и ключевых групп населения. Описаны некоторые механизмы работы с мужчинами, практикующими секс с мужчинами (МСМ)<sup>24</sup>, особенности работы с трансгендерными

---

<sup>17</sup> См. напр.: Okoli C., Van de Velde N., Richman B., Allan B., Castellanos E., Young B., Brough G., Eremin A., Corbelli G.M., Mc Britton M., Hardy W.D., de Los Rios P. Undetectable equals untransmittable (U = U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries // *Sex Transm Infect.* 2021. № 97(1). С 18–26.

<sup>18</sup> См. напр.: Сергеев В.И. Многолетняя динамика смертности ВИЧ-инфицированных и факторы риска летального исхода при наличии и отсутствии сопутствующего туберкулеза / В.И. Сергеев, О.В. Тукачёва, О.Е. Микова, М.В. Рожкова // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика.* 2022. Т. 21. № 6. С. 48–58.

<sup>19</sup> См. напр.: Таенкова И.О. Взгляд современных подростков и молодежи на проблему ВИЧ/СПИДа: осведомленность и риск здоровью (результаты поведенческих исследований) / И.О. Таенкова, О.Е. Троценко, А.А. Таенкова, Л.А. Балахонцева // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2017. №6 (77). С. 102–110.

<sup>20</sup> См. напр.: Азовцева О.В. Профилактика ВИЧ-инфекции в молодежной среде // *Вестник НовГУ.* 2016. №1 (92). С. 61–56.

<sup>21</sup> См. напр.: Таенкова И.О., Таенкова А.А., Троценко О.Е. Профилактика распространения ИППП/ВИЧ-инфекции и потребления психоактивных веществ среди подростков и молодежи - дополнительный резерв в сохранении репродуктивного потенциала // *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2016. №4 (69). С. 12–17.

<sup>22</sup> См. напр.: Герасимова О.Ю. Сексуальное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП/ВИЧ // *Вестник СМУС.* 2017. №1 (16). С. 52–54.

<sup>23</sup> См. напр.: Таенкова И.О. Методы оценки уровня информированности учащейся молодежи Хабаровского края о факторах риска заражения ВИЧ-инфекцией / И.О. Таенкова, О.Е. Троценко, Л.А. Балахонцева, А.А. Таенкова // *Анализ риска здоровью.* 2016. № 4. С. 119–127.

<sup>24</sup> См. напр.: Zhukova E.V. HIV infection and COVID-19 among MSM in the Moscow region. / Zhukova E.V., Drobyshevskaya E.V., Pronin A. Yu. // 18th European AIDS conference (EACS 2021) » (October 27-30, 2021, London, UK)– PE4/28.

людьми (ТГЛ)<sup>25</sup>, профилактика ВИЧ-инфекции в сельской местности<sup>26</sup>. Некоторые исследователи и практики описывают также работу с внутренними и внешними мигрантами<sup>27</sup>.

По результатам исследований разработаны некоторые научно-методические пособия, направленные на аккумуляцию знаний относительно моделей (теорий), изменения поведения в сфере здравоохранения<sup>28</sup>. Описан подход мотивационного консультирования, направленного на снижение рискованности поведения пациентов и изменения его в пользу самосохранительного<sup>29</sup>. Исследованы особенности самосохранительного поведения и подходы, к его изучению<sup>30, 31, 32</sup>.

Вместе с тем, совершенствование методов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения остается актуальной проблемой. Общность условий и путей передачи ВИЧ-инфекции и ИППП, а также групп лиц, подверженных риску заражения, диктует необходимость реализации профилактических программ, направленных на целевую аудиторию.

Государством разработана Стратегия по противодействию ВИЧ-инфекции в Российской Федерации<sup>33</sup>, которая определяет основные группы риска, с

---

<sup>25</sup> См. напр.: Rushmore J., Learner E.R., Bernstein K.T. Expanding the Evidence Base for Improving Sexual Health Among Transgender Communities: The Importance of Rigorous Epidemiologic Studies // *The Journal of infectious diseases*. 2024. Vol. 229(6). P. 1603–1605.

<sup>26</sup> См. напр.: Ташкинова И.П. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в сельской местности Калининградской области / И.П. Ташкинова, Н.И. Ячменев, Т.П. Груничева, Е.А. Бабура // *Инфекция и иммунитет*. 2012. №1–2. С. 426–427.

<sup>27</sup> См. напр.: Дробышевская Е. В. Уровень информированности мигрантов из Средней Азии о ВИЧ-инфекции. / Дробышевская Е. В., Пронин А. Ю., Жукова Е. В., Пить В. В., Сочнев А. С., Ватулян А. К., Терин Д. Ф., Шилова В. А. // *Научный результат. Социология и управление*. 2022. №1. С.43–67.

<sup>28</sup> См. напр.: Колпакова О.И. Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения: Научно-методическое пособие. – Иновроцлав: ЛЕГРО Спупка, 2015. 93 с.

<sup>29</sup> См. напр.: Дробышевская Е.В., Жукова Е.В., Пронин А.Ю., Шилова В.А. Связь информированности о ВИЧ-инфекции с установками здоровьесберегающего и рискованного поведения жителей Московской области // *Научный результат. Социология и управление*. 2023. №3. С. 49–68.

<sup>30</sup> См. напр.: Шаповалова И.С. самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски / И.С. Шаповалова, С.А. Вангородская, О.Н. Полухин, А.П. Пересыпкин, А.В. Кисиленко // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. №1 (28). С. 44–51.

<sup>31</sup> См. напр.: Вангородская С.А. Конфигурационный подход как методологический инструмент изучения самосохранительного поведения // *Социально-гуманитарные знания*. 2019. № 4. С. 146–155.

<sup>32</sup> См. напр.: Лебедева-Несевря Н.А., Маркова Ю.С. Модели и динамика поведения, связанного со здоровьем, экономически активных россиян // *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2018. № 2 (34). С. 287–296.

<sup>33</sup> См. напр.: Распоряжение Правительства РФ «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.» от 21.12.2020 N 3468-р.

которыми необходимо проводить первоочередную профилактическую работу, а также утверждает обязанности Центров по профилактике и борьбе со СПИД (ЦПБС, Центр СПИД, Центр, ЦС). Практики здравоохранения на основе Стратегии исследуют роль некоммерческих организаций (НКО) в сфере профилактики ВИЧ<sup>34</sup>. Проведены исследования по управлению профилактическими программами по ВИЧ-инфекции<sup>35</sup>.

Несмотря на большой вклад ученых, практиков и исследователей в развитие и управление профилактической работой по ВИЧ, в Российской Федерации отсутствует описанный алгоритм работы и взаимодействия ВИЧ-сервисных НКО и Центров СПИД в профилактике ВИЧ-инфекции среди групп повышенного риска. Не описаны и не внедрены такие подходы и технологии управления как, общественный (гражданский) мониторинг за ситуацией по ВИЧ; особенности работы с трудящимися мигрантами; работа с социальными сетями представителей групп повышенного риска; диагностика ВИЧ-инфекции среди половых и инъекционных партнеров ВИЧ-положительных людей; нет комплексного социологического исследования и описания представителей групп риска с учетом идентификации, характеристик поведения и здоровья; применение доконтактной и постконтактной профилактики ВИЧ; усиление взаимодействия Центров СПИД и НКО. Поскольку, в России не проводились комплексные социологические исследования среди уязвимых групп населения, анализ взаимодействия НКО и Центров СПИД, внедрение упомянутых выше технологий управления и подходов к профилактике ВИЧ, с учётом особенностей рискованного поведения и сочетанности рисков и заболеваний представителей уязвимых групп населения, было проведено настоящее исследование.

---

<sup>34</sup> См. напр.: Ромодина А.М. Социальные проекты в сфере профилактики наркомании, реализуемые в Челябинской области в 2020-2022 гг // Актуальные проблемы современной науки: взгляд молодых: Сборник трудов XI Всероссийской (национальной) научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Челябинск, 22 апреля 2022 года / Науч. редакторы Д.В. Валько, А.М. Ромодина. Челябинск: Южно-Уральский технологический университет, 2022. С. 752-757.

<sup>35</sup> См. напр.: Осланд О. Управление профилактикой ВИЧ / СПИДа на Северо-Западе России: описание совместного Норвежско-Российского проекта / О. Осланд, А.Б. Грэннингсетер, П.А. Мейлахс, Э. Клоуман, Т.В. Балаева, Х. Блюстад, А.М. Гржибовский // Экология человека. 2011. №12. С. 49-54.

дование, основанное на результатах научных и практических заключений. Исследование строится на теоретико-методологической базе социологической традиции Бека У.<sup>36</sup>, Лумана Н.<sup>37</sup>, Дугласа М.<sup>38</sup>, Кравченко С.А.<sup>39</sup>, Яницкого О.Н.<sup>40</sup>, Парсонса Т.<sup>41</sup>, Гидденса Э.<sup>42</sup>.

**Цель исследования** заключается в разработке актуальной технологии управления профилактической работой с группами повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией на базе некоммерческой ВИЧ-сервисной организации.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать и определить теоретико-методологические основы изучения профилактики ВИЧ-инфекции, изучить состояние проблемы ВИЧ-инфекции в различных социальных группах.
2. Разработать оптимальную модель взаимодействия некоммерческих организаций, государства и получателей услуг, направленную на профилактику социально-значимых заболеваний.
3. Разработать и внедрить мониторинг на базе ВИЧ-сервисной НКО, в отношении клиентов Фонда, представителей риск-групп для оценки их состояния, поведения, здоровья и принятия управленческих решений в отношении эффективности профилактики; на основе данных мониторинга разработать типологию клиентов Фонда, исходя из социально-демографической характеристики, уровня здоровья и поведенческих особенностей.
4. Определить принципы адресной работы с клиентами Фонда, с привлечением персонала с определёнными профессиональными компетенциями и социально-демографическими характеристиками.

---

<sup>36</sup> См. напр.: Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. М.: Прогресс-Традиция, 2000. 384 с.

<sup>37</sup> См. напр.: Луман Н. Понятие риска // Альманах THESIS: теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1994. № 5. С. 135–160.

<sup>38</sup> См. напр.: Douglas M. Risk as a Forensic Resource. Risk. 1990. Vol. 119. No. 4. P. 1-16.

<sup>39</sup> См. напр.: Кравченко С. А. Социология риска и безопасности: учебник и практикум для академического бакалавриата. – М.: Юрайт, 2016. – ISBN 978-5-9916-6423-3.

<sup>40</sup> См. напр.: Яницкий О. Н. Социология риска: ключевые идеи // Мир России. — 2003. — № 1.

<sup>41</sup> См. напр.: Парсонс Т. О социальных системах. М.: Академический проект, 2002. 832 с.

<sup>42</sup> См. напр.: Гидденс, Э. Устроение общества: Очерк теории структуризации. — М.: Академический проект, 2003. — 528 с.

5. Разработать и внедрить в практику работы НКО индексное тестирование – выявление новых случаев ВИЧ, работа с партнерами ВИЧ-положительных людей.
6. Разработать комплекс инструментария для общественной оценки качества медицинской помощи, оказываемой в специализированных медицинских учреждениях.

**Объект** исследования – профилактическая работа среди групп повышенного риска в отношении ВИЧ-инфекции на базе некоммерческой ВИЧ-сервисной организации.

**Предметом** исследования является управление профилактической работой с группами повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией на базе некоммерческой ВИЧ-сервисной организации.

**Эмпирическая база исследования.** В рамках диссертационного исследования получены и использованы несколько типов данных:

1. база данных внедрённого в работу Фонда в рамках настоящего исследования мониторинга (Мониторинг «Здоровья и поведения уязвимых групп») за период с 2018 по 2023 гг. (опрошено 17544 человека, анализ данных проведен по 6313 респондентам, опрошенным в 2021 году – максимальное число респондентов, охваченных за один календарный год за весь период Мониторинга и по 3792 респондентам, опрошенным в 2022 году);
2. результаты включенного наблюдения, которые позволили собрать информацию относительно структуры, функционирования и управления типичной ВИЧ-сервисной НКО – наблюдение проведено автором в период с 2017 по 2024 гг.;
3. экспертные интервью, проведенные соискателем с сотрудниками Фонда и медицинскими специалистами Центров СПИД (25 интервью);

4. результаты фокус-групповых дискуссий, организованных среди сотрудников и волонтеров Фонда, направленные на определение инструментария для проведения наблюдений методом «тайный пациент» в Центрах СПИД (12 участников, 2 фокус-группы);
5. результаты наблюдений «тайный пациент» (с использованием методов: контент-анализ сайтов Центров СПИД; этнографический метод go along) позволили получить информацию о работе Центров СПИД, оценить качество медицинской помощи и аспектов, связанных с этим (20 наблюдений);
6. экспертная фокус-группа среди специалистов Фонда, направленная на обсуждение результативности в эффективности внедренных подходов в работу Фонда (5 участников, 1 фокус-группа).

**Научная новизна исследования** определяется следующими результатами:

1. В рамках диссертационного исследования разработана модель взаимодействия некоммерческих организаций, получателей услуг и государственного сектора («треугольник взаимодействия»), разделены и описаны функции и этапы взаимодействия.

2. Внедрён мониторинг, который основан не только на медицинской, но и социальной информации в отношении групп-риска. Мониторинг содержит вопросы, позволяющие определить (оценить) здоровье, поведение, риски, состояние, идентификацию клиентов. В зависимости от результатов, выстраивать управленческие стратегии и принимать решения, направленные на усиление профилактики среди рискованного контингента и людей, живущих с ВИЧ.

3. Выявлены два основных типа клиентов – «открытые» – клиенты, готовые предоставлять информацию относительно своего поведения, характеристик и состояния здоровья. Второй тип – «закрытые» – те, которые не сообщают специалисту Фонда информацию о себе и своих партнерах. В зависимости от степени открытости клиентов выявлены, описаны и внедрены в работу

НКО особые коммуникационные подходы к двум группам клиентов «открытые» и «закрытые».

4. По результатам оригинального мониторингового исследования за период с 2018 по 2023 год проведена дополнительная «сложная» типологизация клиентов, представителей групп повышенного риска по основным характеристикам: состояние здоровья, идентификация в отношении половой принадлежности, степени риска, поведения, потребности в медицинской и социальной помощи, что позволило определить уровень сложности работы с представителями группы и организовать работу сотрудников Фонда с указанными группами адресно, с учётом характеристик.

5. Внедрена новая организация работы в соответствии с типологией клиентов Организации. Обосновано введение двух типов специалистов – «постоянные» – те, без которых не может функционировать Организация и «проектные» – те, без которых не может быть реализована благотворительная программа, направленная на профилактику ВИЧ-инфекции среди определенной группы клиентов. Обозначены профессиональные компетенции и социально-демографические характеристики (позволяющие вести работу с различными типами клиентов на доверительной основе), которыми должны обладать сотрудники Организации.

6. Представлены, адаптированы и внедрены новые подходы к работе с группами повышенного риска в отношении ВИЧ-инфекции. По результатам внедрения новых подходов составлена актуальная модель профилактики ВИЧ-инфекции и управления ВИЧ-сервисной НКО, предложены методические рекомендации по внедрению новых подходов к профилактике ВИЧ-инфекции в работу НКО. Внедрены три подхода работы с людьми, живущими с ВИЧ, и с представителями групп повышенного риска, в силу своих особенностей и характеристик, не готовых изменять поведение с рискованного на сохранное: по прерыванию «цепочки передачи ВИЧ», направленный на работу с ВИЧ-положительными людьми и их партнерами («индексное тестирование»); методы

профилактики ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-отрицательных клиентов Фонда, основанные на коммуникационном подходе.

7. Разработана и внедрена методика общественной оценки качества медицинской помощи, оказываемой в специализированных медицинских учреждениях, на основе комплекса инструментария в соответствии с ценностями Московских поликлиник (пациентоориентированность, профессионализм, доброжелательность, командная работа, доверие, взаимное уважение). В рамках исследования апробированы и внедрены социологические инструменты сбора обратной связи от пациентов Центров СПИД: анкетирование, фокус-групповая дискуссия, этнографический метод go along, наблюдение «тайный пациент». Результаты обратной связи используются Центрами СПИД для устранения барьеров (индивидуальных, социальных и структурных), с которыми сталкиваются клиенты НКО – пациенты Центров СПИД, и для принятия управленческих решений.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Некоммерческие организации занимают ключевое место в работе с представителями групп повышенного риска. Функции НКО состоят в поиске и достижении уязвимых групп населения, предоставление им тестирования на ВИЧ, доведение до специализированных медицинских учреждений. Оптимальное взаимодействие НКО и Центров СПИД позволяет эффективно проводить профилактическую и противоэпидемическую работу среди групп риска.

2. Эффективность управления НКО определяется наличием мониторинга. Мониторинг деятельности ВИЧ-сервисной НКО, основанный на медицинской и социальной информации в отношении групп риска, позволяет контролировать здоровье, поведение, риски, состояние, идентификацию клиентов, в зависимости от результатов, выстраивать управленческие стратегии и принимать решения, направленные на усиление профилактики среди рискованного контингента и людей, живущих с ВИЧ.

3. Сочетанность рисков, связанных с состоянием (включая заболевания и наличие прививок) и идентификацией клиентов Фонда, указывают на

наличие скрытых групп повышенного риска («нелегальные» и «легальные» мигранты; мужчины, вовлеченные в проституцию и другие типы сложных клиентов), с которыми необходимо выстраивать определенные подходы в работе.

4. В зависимости от степени открытости клиентов специалистам НКО необходимо применять особые коммуникационные стратегии, способствующие постановке представителей групп риска на официальный государственный учет в Центры СПИД, для раннего начала лечения, работы с рискованным окружением (половые и инъекционные партнеры), прерывания «цепочки передачи ВИЧ-инфекции».

5. В структуре работы типичной ВИЧ-сервисной некоммерческой организации должны работать два типа специалистов – «постоянные» и «проектные». Первая группа специалистов необходима для обеспечения жизнедеятельности НКО (написание грантовых заявок; управление организацией; др.), вторая – для функционирования проектов. Для успешной реализации проектной деятельности специалисты второго типа подбираются с определенными профессиональными компетенциями и социально-демографическими характеристиками, в зависимости от потребностей проекта (для работы с мигрантами – мигранты, владеющие языками Центральной Азии, и т.п.).

6. Для принятия эффективных управленческих решений и улучшения ситуации по ВИЧ, процесс сбора обратной связи от пациентов Центров СПИД должен включать не только оценку качества медицинской помощи, но и поиск (оценку) барьеров и потребностей пациентов с использованием комплекса социологических инструментов, включая анкетирование, фокус-групповые дискуссии, наблюдение «тайный пациент».

**Достоверность и надежность основных результатов исследования** обеспечены применением различных методов сбора данных, комплексностью исследования, обоснованностью исходных теоретико-методологических положений, репрезентативностью результатов анкетирования, фокус-групповых

дискуссий и экспертных интервью. Результаты, полученные соискателем, отвечают цели и задачам исследования.

**Практическая новизна исследования** направлена на оптимизацию деятельности некоммерческих ВИЧ-сервисных организаций, государственных Центров СПИД и состоит в улучшении взаимодействия и управления эпидемией ВИЧ / СПИД с целью ее преодоления и искоренения в России.

На примере типовой ВИЧ-сервисной некоммерческой организации описаны, апробированы и внедрены технологии управления (индексное тестирование; доконтактная профилактика ВИЧ; общественный мониторинг), которые позволяют выходить на представителей уязвимых групп населения, оперативно и эффективно работать с ВИЧ-положительными и ВИЧ-отрицательными группами повышенного риска.

Апробирована и внедрена в Благотворительный фонд «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» (г. Москва) модель мониторинга, предложенная соискателем в рамках настоящего исследования. Модель претендует на внедрение в региональные ВИЧ-сервисные НКО для улучшения ситуации по ВИЧ в других регионах России.

Результаты исследования позволили:

1. провести анализ функций НКО и Центра СПИД и разработать модель взаимодействия государства и гражданского общества;
2. определить портреты клиентов ВИЧ-сервисной НКО (типичный клиент), их основные социальные-демографические характеристики и показатели здоровья, поведения и состояния;
3. обосновать и внедрить новые подходы к профилактике ВИЧ в уязвимых группах;
4. актуализировать важность оценки барьеров и потребностей ключевых групп населения в области профилактики ВИЧ, в рамках сбора обратной связи по качеству медицинской помощи, предоставляемой в Центрах СПИД.

**Апробация результатов исследования.** Основные идеи, материалы и результаты диссертационного исследования были отражены автором в его

научных публикациях, количество: 12 статей, из них 9 статей опубликованы в ведущих рецензируемых научных изданиях, в том числе 4 включенных в перечень РУДН для публикации результатов кандидатских диссертаций.

Результаты исследования представлены в выступлениях на международных и всероссийских научных и научно-практических конференциях, основные из которых следующие:

Доклад: «Пилотирование использования доконтактной профилактики ВИЧ: первые результаты исследования «ДКП в повседневности»». HIV Trends 2022 — «Актуальные тенденции профилактики и лечения ВИЧ-инфекции: на пути к статус-нейтральному подходу», Москва, Российская Федерация, 24 марта 2022 года.

Доклад: «Самосохранительное поведение клиентов ВИЧ-сервисной НКО», X Международный интердисциплинарный научно-практический симпозиум «Медицинская антропология современности: специфика, цели, возможности», Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН (ИЭА РАН: Центр медицинской антропологии), Ассоциация медицинских антропологов (АМА), Москва, Российская Федерация, 27-30 октября 2022 года.

Доклад: «Особенности самосохранительного поведения клиентов ВИЧ-сервисной НКО», V Международная научно-практическая конференция «Социальная динамика населения и человеческий потенциал», Институт социально-экономических проблем народонаселения имени Н.М. Римашевской – обособленное подразделение ФГБУН Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИСЭПН ФНИСЦ РАН), Москва, Российская Федерация, 22-23 июня 2023 года.

Доклад: «Клиенты ВИЧ -сервисной НКО: особенности поведения» // VI Международная научно-практическая конференция Римашевские чтения «Сбережение населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни», Институт социально-экономических проблем народонаселения имени Н.М. Римашевской - обособленное подразделение ФГБУН Федерального

научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИСЭПН ФНИСЦ РАН), Москва, Российская Федерация, 28 марта 2023 года

Доклад: «Здоровый образ жизни: общественная ценность и основа здоровья индивида», Научно-практическая конференция «Духовно-нравственная культура в высшей школе. Мировой ценностно-мировоззренческий кризис и вызовы дегуманизации», Российский университет дружбы народов, Учебный комитет Русской Православной Церкви и Московская духовная академия, Москва, Российская Федерация, 24 января 2023 года.

Доклад: «Справедливость и равенство в образовании и здравоохранении», Научно-практическая конференция «Духовно-нравственная культура в высшей школе. Мировой ценностно-мировоззренческий кризис и вызовы дегуманизации», Российский университет дружбы народов, Учебный комитет Русской Православной Церкви и Московская духовная академия, Москва, Российская Федерация, 24 января 2023 года.

Все подходы, направленные на работу с представителями групп повышенного риска, описанные в рамках настоящего исследования были апробированы и нашли свое применение в проектной и оперативной (рутинной) работе Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения».

Социологические инструменты (анкетирование, наблюдение «тайный пациент») для сбора сведений, относительно качества медицинской помощи, получаемой пациентами в Центрах СПИД внедрены в двух медицинских организациях Москвы.

**Структура диссертации.** В соответствии с поставленными целью и задачами исследования, текст диссертации состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии, приложений.

# **ГЛАВА 1. Особенности взаимодействия некоммерческих организаций, государства и получателей услуг в профилактике социально-значимых заболеваний**

## **1.1. Теоретико-методологические особенности изучения профилактики ВИЧ среди групп повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией**

Основой для комплексного рассмотрения проблемы профилактики ВИЧ-инфекции среди групп повышенного риска послужит отдельное рассмотрение понятий «социальные болезни», «профилактика», «группы повышенного риска» и ряда других. Данный параграф посвящен теоретико-методологическому осмыслению вышеупомянутых понятий в контексте социологии здоровья и риска, управления здоровьесбережением населения и управления рисками и рискованным поведением человека, изменения поведения в пользу самосохранительного.

Здоровье индивида тесно связано со здоровьем общества<sup>43</sup>. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»<sup>44</sup>, а также определяет здоровье людей как качество социальное<sup>45</sup>.

По данным ВОЗ, на здоровье человека влияет четыре группы факторов: медицинское обеспечение или система здравоохранения (~10–15%), наследственность (~15–20%), экология и окружающая среда (~15–20%), условия и образ жизни (~50–60%). Ключевым при профилактике ВИЧ-инфекции, является образ жизни индивида, который тесно связан с его поведением, идентификацией, характеристиками.

---

<sup>43</sup> Полунина Н.В., Полунин В.С., Буслаева Г.Н. Здоровый образ жизни – важнейший фактор, определяющий здоровье индивидуума и общества в целом // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №55. С. 136–137.

<sup>44</sup> Всемирная организация здравоохранения. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. 48-е издание, дополненное и измененное от 31 декабря 2014 г. Нью-Йорк, 1946. С. 273.

<sup>45</sup> Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Здоровье: [Электронный ресурс]. URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/447/447dc497e6ead2a103f1429ad2f4cea1.pdf> (Дата обращения: 14.04.2024).

Принято считать, что есть несколько уровней здоровья: индивидуальное здоровье – уровень индивида; групповое – на уровне коллектива, семьи или группы; общественное – социальный уровень. По видам здоровье можно поделить на физическое, психическое и социальное (нравственное)<sup>46</sup>. Каждый уровень и тип здоровья влияют друг на друга и тесно связаны. Основой для индивидуального здоровья является – здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Остановимся на осмыслении понятия ЗОЖ и его компонентов. Дубровский В.И. определяет здоровый образ жизни как «образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаляющий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье»<sup>47</sup>.

Полунин В.С. утверждает, что «здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это жизнедеятельность человека, направленная на сохранение, совершенствование функционирования своего организма в соответствии с рекомендациями врача, приспособление его к постоянно меняющимся условиям окружающей среды, достижение максимального уровня здоровья, предупреждение возникновения и развития нарушения здоровья»<sup>48</sup>.

Под понятием здоровый образ жизни мы определяем образ жизни индивида, направленный на сохранение и укрепление здоровья. ЗОЖ представляет собой группу компонентов и факторов: правильное, полноценное и сбалансированное питание; соблюдение режима сна, труда и отдыха; физическая и двигательная активность; пребывание на свежем воздухе; искоренение употребления табака, алкоголя, психоактивных, наркотических и иных вредных веществ; психоэмоциональный климат внутри семьи, группы и коллектива; гигиена; условия быта и места жительства; сокращение риска получения социально-значимых заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулёз, др.).

---

<sup>46</sup> Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. проф. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2011. – 950 с.

<sup>47</sup> Дубровский В.И. Гигиена физического воспитания и спорта. Москва, 2003. С. 512.

<sup>48</sup> Полунин В.С. Здоровый образ жизни - основа отличного здоровья каждого индивидуума и общества в целом // Российский медицинский журнал. 2019. №2. С. 68-69.

Состояние здоровья индивида влияет на его положение и роль в обществе, на социально-экономическую и миграционную активность (работа, доход, создание семьи, переезд на новое место жительства, карьерный рост, др.)<sup>49</sup>. В современном обществе уже происходят позитивные изменения относительно здоровья. По данным российских исследований<sup>50</sup>, сегодня россияне чаще отдают предпочтение бережливому отношению к собственному здоровью, отказываются от вредных привычек, выбирая долголетие, рождение и воспитание здоровых детей<sup>51</sup>.

При анализе данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», за период с 1994 по 2020 годы, получены следующие результаты, относительно самооценки здоровья россиян: «к 2021 г. около половины мужчин и треть женщин считали себя здоровыми, почти десятая часть мужчин (8,5%) и женщин (13,2%) считают свое здоровье плохим и очень плохим, почти половина определяют свое здоровье как среднее (45,8% мужчин и 52,0% женщин)»<sup>52</sup>.

Данные официальной статистики и исследователи указывают, что неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, сахарный диабет и другие) до сих пор вносятся наибольший негативный вклад в смертность россиян трудоспособного возраста<sup>53</sup>. Вместе с тем, во всех округах России наблюдается тенденция к снижению смертности в трудоспособном возрасте с 827,8 до 477,3 случаев на 100 тыс. населения в данной возрастной группе при сравнении 2005 года с 2017<sup>54</sup>. Смертность населения от болезней системы кровообращения за

---

<sup>49</sup> Ветков Н.Е. Здоровье человека как ценность и его определяющие факторы // Наука-2020. 2016. №5 (11). С. 126-142.

<sup>50</sup> Мыльникова Л.А., Камынина Н.Н. Создание Центра общественного здоровья и медицинской профилактики города Москвы как структуры медицинской профилактики популяционного уровня в мегаполисе // Здоровье мегаполиса. 2021. №1. С. 7–21.

<sup>51</sup> Назарьева С.Е., Долгаева Е.И. Самосохранительное поведение молодежи. Инженерные технологии и системы. 2011. №3. С. 229–232.

<sup>52</sup> Назарова И.Б. Показатели, характеризующие здоровье жителей России к 2021 году // Народонаселение. 2022. №2. С. 28-38.

<sup>53</sup> Бойцов С.А., Деев А.Д., Шальнова С.А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз // Терапевтический архив. 2017. №1 (89). С. 5-13.

<sup>54</sup> Усачева Е.В., Нелидова А.В., Куликова О.М., Флянку И.П. Смертность трудоспособного населения России от сердечно-сосудистых заболеваний // Гигиена и санитария. 2021. №2. С. 159-165.

рассматриваемый период, в среднем ежегодно снижается на 3,3%. Смертность от новообразований, в том числе злокачественных в 2017 году составляла 200,6 случаев на 100 тыс. населения, в 2009 году – 205,6<sup>55</sup>.

Для привлечения населения к профилактике заболеваний государственными лечебными учреждениями используются различные средства коммуникации: телевизионная и интернет-реклама; телефонное информирование; плакаты и баннеры, посвященные здоровью; СМС-рассылка о необходимости иммунизации, прохождения диспансеризации или профилактического осмотра; акции и общественные мероприятия; организация волонтерской работы; проведение информационно-образовательных кампаний; проведение социологических исследований в поликлиниках; включение некоммерческих организаций в работу с труднодоступными или неадаптивными группами пациентов и другие.

В 2021 году Департамент здравоохранения города Москвы провел масштабную информационную кампанию, которая состояла из 50 разделов, каждый из которых был посвящен определенной теме<sup>56</sup>. Темы, которые были выбраны для данной информационной кампании, касались различных инфекционных и неинфекционных заболеваний. Цель комплекса данных мероприятий состояла в привлечении внимания жителей города к проблемам сохранения и укрепления собственного здоровья, повышение медицинской информированности и грамотности населения, актуализация ранней диагностики заболеваний.

Все мероприятия были проведены в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, в парковых зонах, в торговых центрах, в кинотеатрах, на предприятиях, в общеобразовательных, профессиональных и образовательных организациях высшего образования.

---

<sup>55</sup> Усачева Е.В., Нелидова А.В., Куликова О.М., Флянку И.П. Смертность трудоспособного населения России от сердечно-сосудистых заболеваний // Гигиена и санитария. 2021. №2. С. 159-165.

<sup>56</sup> Сайт Департамента здравоохранения города Москвы – [Электронный ресурс]. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/index.html> (дата обращения: 14.04.2024).

Обобщая теоретические основы осмысления понятия здоровье можно определить данное понятие как важную ценность индивида и общества, которая охраняется государством и укрепляется в системе мер по воспитанию здорового образа жизни индивида. Несмотря на имеющиеся негативные показатели заболеваемости и смертности населения России, видны положительные тенденции среди россиян в пользу сбережения здоровья в части отказа от вредных привычек, долголетия и рождения здоровых детей<sup>57</sup>. Исследователи отмечают, что среди молодежи наблюдается рост популярности ЗОЖ<sup>58</sup>, сокращение смертности населения среди данной возрастной группы<sup>59</sup>.

Профилактика – один из способов управления эпидемическими и пандемическими процессами. Современная профилактика охватывает большое число различных аспектов здоровья человека и общества. Полунина Н.В. определяет профилактическую медицину как «комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья населения, предупреждение возникновения заболеваний, устранение факторов риска их возникновения»<sup>60</sup>.

Говоря о профилактике социально-значимых заболеваний, к которым относятся туберкулёз, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты, необходимо выделить специфические индивидуальные риски поведения определенных групп населения.

Рискованное поведение представителей групп повышенного риска связано с различными факторами: употребление наркотиков<sup>61</sup>, множественные сексуальные контакты, потребление сексуальных услуг за плату<sup>62</sup>, занятие

---

<sup>57</sup> См. напр.: Назарова И.Б. Показатели, характеризующие здоровье жителей России к 2021 году // Народонаселение. 2022. №2. С. 28–38.

<sup>58</sup> Дударенко Е.А., Цевенко Д.А., Половодов И.В. Тенденции развития представлений о здоровом образе жизни среди молодого поколения // Наука-2020. 2021. №7 (52). С. 159-165.

<sup>59</sup> Семенова В.Г., Вангородская С.А. Потери российской молодежи в контексте поведенческих факторов риска в 2000-е годы // Вестник ЮРГТУ (НПИ). 2021. №2. С. 130–141.

<sup>60</sup> Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина – основа сохранения здоровья населения // Вестник РГМУ. 2018. №5. С. 5–13.

<sup>61</sup> Антонова Д.В., Бочаров В.В., Хрусталева Н.С. Рискованное сексуальное поведение лиц с вирусом иммунодефицита человека // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2019. № 4. С. 79–87.

<sup>62</sup> Покровский В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин. – Москва, 2003. – 488 с.

проституцией<sup>63, 64</sup>, гомосексуальные контакты (включая трансгендерных людей)<sup>65</sup> и пренебрежение средствами предохранения<sup>66</sup>. Заметим, что люди, пребывающие в сложных жизненных ситуациях (бездомные, находящиеся в пенитенциарных учреждениях, мигранты) также подвержены высокому риску злоупотребления психоактивными веществами и небезопасного сексуального поведения<sup>67, 68</sup>.

Под рискованным поведением в данном исследовании принимается социальное поведение, способное привести к неблагоприятным последствиям для здоровья, безопасности и благополучия человека, а также окружающих его людей. Основываясь на теоретических основах социологии риска мы определяем, что риски могут быть «коммуницируемые» и «некоммуницируемые»<sup>69</sup>, т.е. возникать во время взаимодействия с другими людьми. Учитывается, что риском является любое действие (поведение), ведущие к негативным последствиям – ущербу<sup>70</sup>. Риски могут быть видимыми и невидимыми, следовательно, индивид может знать или не знать о них<sup>71</sup>.

У риска есть степень и его можно измерить: от небольшого риска, значительного, сопряжённого с опасностью и до катастрофы. Отрицание риска также является риском. Человек самостоятельно воспринимает, оценивает, обретает и соглашается на риск (один риск учитывается, а другой – нет, при этом

---

<sup>63</sup> UNAIDS. AIDS epidemic update: December 1999 // Joint United Nations Programme on HIV / AIDS. 2000. №10(5). P. 2.

<sup>64</sup> Гиясова Г.М. Социально-демографическая характеристика женщин, оказывающих интимные услуги за вознаграждение, до и после проведения превентивных мероприятий по ВИЧ/СПИДу // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. Т. 3. № 1. С. 76–79.

<sup>65</sup> Демедская Я.А., Денисов А.В., Лапицкая А.В. ВИЧ в транс\*популяции: local case study // Демографическое обозрение. 2019. Т. 6. № 3. С. 85–97.

<sup>66</sup> Гиясова Г.М. Социально-демографическая характеристика женщин, оказывающих интимные услуги за вознаграждение, до и после проведения превентивных мероприятий по ВИЧ/СПИДу // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. Т. 3. № 1. С. 76–79.

<sup>67</sup> Ennett S.T., Bailey S.L., Federman E.B. Social network characteristics associated with risky behaviors among run-away and homeless youth // Journal of Health and Social Behavior. 1999. № 40(1). P. 63–78.

<sup>68</sup> Базыкина Е.А. Распространенность и молекулярно-генетические особенности парентеральных вирусных гепатитов В и С среди ВИЧ-позитивных граждан Дальневосточного федерального округа, в том числе осужденных к лишению свободы / Е.А. Базыкина, В.Б. Туркутоков, О.Е. Троценко, В.О. Котова, Л.А. Балахонцева, Л.В. Варнавская, В.В. Фоменко, М.А. Чечулина // Здоровье населения и среда обитания. 2019. №2. С. 51-55.

<sup>69</sup> Луман Н. Понятие риска // Альманах THESIS: теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1994. № 5. С. 135–160.

<sup>70</sup> Губанов Н.И., Губанов Н.Н. Риски в современном обществе. – М.: Этносоциум, 2020. – 220 с.

<sup>71</sup> Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. – 341 с.

отбором управляют определённые социальные факторы)<sup>72</sup>. В случае описанных ниже ключевых групп катастрофой может быть наступление терминальной степени болезни и (или) смерть больного, а в некоторых случаях и само получение диагноза «ВИЧ-инфекция».

Луман Н. разделяет риск и опасность, что связано с отношением между временным и социальным измерением. Следовательно, знание о проблеме (риске) позволяет перемещать проблему из сферы опасности в сферу риска. Понятие риска связывает настоящее и будущее<sup>73</sup>. Вместе с тем, являясь ориентиром на будущее, предупреждая об опасности, риск нередко связан с социально неодобряемым поведением, неправовым поведением, ущербом, нарушением культурных норм и традиций (в том числе, религиозных)<sup>74</sup>.

В решении проблемы восприятия риска и согласия на риск важную роль играет добровольность (недобровольность) попадания человека в опасные ситуации, готовность индивида держать под контролем последствия своего рискованного поведения. Чем больше индивид знает (обладает определённой информацией), тем лучше понимает недостаток своих знаний в определённой области и тем скорее формируется осознание риска, следовательно, знание обостряет сознание риска<sup>75</sup>.

Исследователи, рассматривающие индивидов как активных организаторов собственных восприятий, предположили, что люди выбирают то, чего боятся, дабы поддерживать свой образ жизни<sup>76</sup>. Риск в поведении человека связывается с принятием решения, выбором вариантов поведения в неопределённой ситуации; действием или возникновением отрицательных последствий<sup>77</sup>.

---

<sup>72</sup> Луман Н. Понятие риска // Альманах THESIS: теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1994. № 5. С. 135–160.

<sup>73</sup> Луман Н. Риск и опасность // Отечественные записки. 2013. № 2 (53).

<sup>74</sup> Douglas M. Risk as a Forensic Resource // Risk. 1990. Vol. 119. No. 4. P. 1–16.

<sup>75</sup> Луман Н. Понятие риска // Альманах THESIS: теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1994. № 5. С. 135–160.

<sup>76</sup> Douglas M., Wildavsky A. Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers. Los Angeles: University of California Press, 1983. 224 p.

<sup>77</sup> Лунина И. В. Отклоняющееся поведение подростков в условиях социальных рисков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. № 1. С. 66–70.

Риск связан с вероятностью определённого последствия (события), его вероятными масштабами и зависит от ценности, которую придают этому событию субъекты<sup>78</sup>.

Исходя из данных о рискованном поведении, принято выделять следующие уязвимые группы к ВИЧ (ключевые группы, группы повышенного риска, риск-группы): люди, употребляющие наркотики (ЛУН); люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН); работники коммерческого секса (РКС) или секс-работники (СР); мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ); трансгендерные люди (ТГЛ); люди, пребывающие (освобождённые) в местах лишения свободы (ЛМЛС); подростки и молодежь; мигранты.

Долгое время, среди ЛУН выделялись только потребители инъекционных наркотиков (ПИН), т.к. риск передачи ВИЧ при использовании общего медицинского инструментария (через кровь) высокий, как следствие и поведение таких наркопотребителей является более рискованным в отношении ВИЧ-инфекции. Однако, выделять отдельно группу ПИН перестали, поскольку заметили<sup>79</sup>, что при интраназальном, пероральном, сублингвальном<sup>80</sup> пути употребления наркотиков и психоактивных веществ (ПАВ) есть риск заразиться сифилисом, гепатитом и др. ИППП, которые являются воротами для ВИЧ-инфекции<sup>81</sup>.

Увеличение доли инъекционного пути введения новых синтетических стимуляторов значительно повышает риск инфицирования ВИЧ среди потребителей этой группы ПАВ. Присущее ПАВ свойство усиливать сексуальную активность, может способствовать половому пути передачи ВИЧ-инфекции.

---

<sup>78</sup> Douglas M. Risk as a Forensic Resource // Risk. 1990. Vol. 119. No. 4. P. 1–16.

<sup>79</sup> Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «спайсов» и «солей» (обзор) // Интерактивная наука. 2017. № 11. С. 36–39.

<sup>80</sup> Скочилов Р.В. Поведенческие риски передачи ВИЧ-инфекции у потребителей синтетических наркотиков (по результатам полевого исследования) / Р.В. Скочилов, Э.Р. Асерова, А.Т. Лахов, Ю.В. Годунова, С.В. Корень // Журнал «Вопросы наркологии». 2020. №11 (194). С. 30–48.

<sup>81</sup> Федеральный научно-исследовательский центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: Пути передачи ВИЧ-инфекции. URL: <http://www.hivrussia.info/puti-peredachi-vich-infektsii/> (дата обращения 01.09.2024).

Также, риск для передачи ВИЧ половым путем среди наркопотребителей обусловлен частой сменой сексуальных партнеров<sup>82</sup>.

Находясь в состоянии наркотического опьянения человек, не может контролировать себя и обстановку, что приводит к рискованным сексуальным контактам без использования средств индивидуальной профилактики. Использование презервативов при сексуальных контактах среди ПИН было исследовано в рамках Эпидемиологического надзора. Результаты исследования в 6 городах показали, что «менее половины респондентов из группы ПИН использовали презерватив при последнем половом контакте. Причем различия между городами были незначительными и, судя по перекрываемости доверительных интервалов, их можно было считать незначимыми»<sup>83</sup>.

МСМ, как ключевую группу выделяет ВОЗ. МСМ – это зонтичное понятие для мужчин, не зависимо от их сексуальной ориентации и гендерной идентичности (СОГИ), имеющих секс с мужчинами. Так, например гетеросексуальные мужчины<sup>84</sup>, прибывающие в местах лишения свободы (МЛС) могут практиковать гомосексуальные контакты. К числу МСМ также относятся бисексуальные<sup>85</sup> и гомосексуальные<sup>86</sup> люди. МСМ, уязвимы не только в контексте ВИЧ-инфекции, но и с той точки зрения, что они «часто находятся в социально неблагоприятном положении, что обусловлено культурными, религиозными и социально-политическими факторами, приводящими к ущемлению их прав и других потребностей в области здравоохранения»<sup>87</sup>.

---

<sup>82</sup> Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Барина А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования – М.: Открытый институт здоровья населения, 2017. 140 с.

<sup>83</sup> Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Барина А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования – М.: Открытый институт здоровья населения, 2017. 140 с.

<sup>84</sup> *Гетеросексуал* – человек испытывающий половое влечение к людям противоположенного пола.

<sup>85</sup> *Бисексуал* – человек, в равной степени испытывающий половое, сексуальное и эмоциональное влечение к людям, как своего, так и противоположенного пола.

<sup>86</sup> *Гомосексуал* – человек, который испытывает сексуальное и романтическое влечение к лицам своего пола.

<sup>87</sup> Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Скрытая эпидемия: ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и трансгендеры в Восточной Европе и Центральной Азии. Копенгаген, 2011. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277099/WHO-EURO-2011-8560-48332-71758-rus.pdf?sequence=4&isAllowed=y> – Загл. с экрана. – 34 с. (дата обращения 01.09.2024).

Говоря о рискованности поведения МСМ отметим, что среди участников комплексных профилактических программ (КПП), то есть, среди более высоко-информированных – 66,2% участников (только г. Москва) Эпиднадзора использовали презервативы, а среди не участников КПП данный процент был ниже и составил 44,5%<sup>88</sup>. Риск приобретения ВИЧ-инфекции, по данным Всемирной организации здравоохранения, среди МСМ выше в 19 раз<sup>89</sup>, чем среди общего населения<sup>90</sup>.

Как сообщает ВОЗ<sup>91</sup>, данные по ТГЛ ограничены, однако, представители группы выделены, как уязвимые к ВИЧ, поскольку имеют примерно в 50 раз риск заражения выше<sup>92</sup>, чем среди общего населения. Высокая вероятность инфицирования связана не только со стигмой и дискриминацией представителей данной группы, но и с частыми случаями насилия, высокого процента употребления ПАВ трансгендерными женщинами из числа секс-работниц.

К группе работников коммерческого секса (РКС) относятся все лица, предоставляющие сексуальные услуги за оплату, либо получающие жилье, еду или наркотики за секс. По отношению к секс-работникам часто совершаются акты насилия и иные противоправные действия<sup>93</sup>, при этом секс-работа остается криминализованной и никак не защищается государством, ни с экономической, ни с социальной точки зрения. Как и в случае с представителями других уязвимых групп, большое влияние на высокую распространенность ВИЧ в

---

<sup>88</sup> Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Барина А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования – М.: Открытый институт здоровья населения, 2017. 140 с.

<sup>89</sup> Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Ключевые группы населения. URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/ru/> (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>90</sup> *Общее население* – люди, не относящиеся к числу представителей риск-групп, недифференцированное население.

<sup>91</sup> Всемирная организация здравоохранения. Трансгендеры и ВИЧ. – Копенгаген: ВОЗ, 2015. 28 с.

<sup>92</sup> Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Ключевые группы населения. URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/ru/> (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>93</sup> Курманова Г.У., Башмакова Л.Н., Бутенко Е.Н. Работники коммерческого секса // Социологические исследования. 2000. №5 С. 52–53.

группах оказывает стигматизация и дискриминация, как внутренняя, так и внешняя<sup>94</sup>.

Говоря о рискованности поведения, стоит отметить, что риск получения ВИЧ-инфекции у данной группы выше в 14 раз, по сравнению с общим населением. Это связано с большим медианным числом сексуальных партнеров в неделю (Санкт-Петербург – 16 партнеров, Красноярск – 11, Пермь и Екатеринбург – по 8 партнеров в неделю)<sup>95</sup>. Высокий уровень потребления «ударных доз» алкоголя и наркотиков среди РКС также увеличивает риск заражения, поскольку под действием ПАВ, контролировать использование средств профилактики ИППП, практически невозможно, а зачастую потребители услуг секс-работниц настаивают на отказе от использования презерватива.

Актуальной информации по распространенности и ситуации по ВИЧ среди заключенных нет, однако ВОЗ выделяет данную группу, как ключевую. Риски, которые приводят к распространенности ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы (МЛС) – это вынужденные гомосексуальные контакты, отсутствие системы охраны здоровья прибывающих в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Согласно данным, полученным по результатам исследования среди заключенных в Тюменской области, видно, что ВИЧ-инфекция среди заключенных распространяется активно. В среднем с 1999 по 2018 год регистрируется около трехсот новых случаев ВИЧ в данной группе<sup>96</sup>.

Группа подростков и молодежи уязвима к ВИЧ, в первую очередь, из-за низкого уровня информированности<sup>97</sup>. На данную тему проводится много со-

---

<sup>94</sup> Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией [Электронный ресурс]: Техническая записка по ВИЧ и ключевым группам населения. – Женева. 2019. – 46 с. URL: [https://eescaplatform.org/wp-content/uploads/2020/07/core\\_keypopulations\\_technicalbrief\\_ru.pdf](https://eescaplatform.org/wp-content/uploads/2020/07/core_keypopulations_technicalbrief_ru.pdf). (дата обращения 01.09.2024).

<sup>95</sup> Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Баринаева А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования – М.: Открытый институт здоровья населения, 2017. 140 с.

<sup>96</sup> Кондратова С.Е. ВИЧ в пенитенциарной системе региона с высоким уровнем пораженности ВИЧ-инфекцией (на примере Тюменской области) / С.Е. Кондратова, А.Н. Марченко, Э.А. Кашуба, А.А. Бельтикова, О.А. Нестерова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2019. Т.18. № 5. С. 50–55.

<sup>97</sup> ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: ВИЧ/СПИД и молодежь: надежда на завтрашний день. – Женева, 2003. – 31 с. URL: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc785-youngpeople\\_ru\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc785-youngpeople_ru_0.pdf). (дата обращения 01.09.2024).

циологических и психологических исследований, результаты которых указывают на необходимость повышения уровня информированности в группе<sup>98</sup>. Во-вторых, уязвимость молодежи связана с неиспользованием презервативов при половых контактах. Это может быть вызвано, различными социально-экономическими факторами (пр.: молодому человеку не хватает средств на приобретение презервативов из-за их дороговизны). В контексте репродуктивного здоровья и беременности, было проведено исследование среди девушек, которое показало, что 32,0% опрошенных никогда не предохранялись от ИППП<sup>99</sup>.

Также, важными косвенными аспектами, влияющими на уязвимость молодежи, принадлежащей к представителям КГ, может являться стигматизация и дискриминация, а также невозможность поговорить с родителями или авторитетными старшими на темы полового воспитания. По мнению соискателя, отсутствие качественного полового воспитания подростков и молодежи напрямую связано с уровнем информированности и уязвимостью подрастающего поколения к ВИЧ.

Лица без гражданства (ЛБГ) и иностранные граждане (ИГ) – мигранты, уязвимы к ВИЧ, по причине отсутствия оказания квалифицированной медицинской помощи, которая включает в себя и медицинскую профилактику в том числе. Среди ИГ, также наблюдается низкий уровень информированности. Законодательство о депортации ВИЧ-положительных мигрантов<sup>100</sup>, также является причиной, которая повышает их уязвимость в отношении ВИЧ. ЛБГ и ИГ уязвимы не только в контексте профилактики, но и в вопросах ухода и лечения ВИЧ-инфекции, которые им недоступны<sup>101</sup>. Вместе с тем, исследователи сексуального поведения мигрантов (на примере латиноамериканцев) опреде-

---

<sup>98</sup> Таенкова И.О. Взгляд современных подростков и молодежи на проблему ВИЧ/СПИДа: осведомленность и риск здоровью (результаты поведенческих исследований) / И.О. Таенкова, О.Е. Троценко, А.А. Таенкова, Л.А. Балахонцева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2017. №6 (77). С. 102–110.

<sup>99</sup> Ботоева Е. А., Петунова А. Н., Анисеева Т. Г. Репродуктивное поведение подростков (анализ данных анкетирования) // Вестник БГУ. Медицина и фармация. 2017. №4. С. 51-56.

<sup>100</sup> Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями и дополнениями).

<sup>101</sup> *Примечание:* для граждан РФ лечение (АРВТ) и уход (постановка на учет) доступны бесплатно.

лили аккультурацию и религиозность как детерминанты рискованного сексуального поведения. Аккультурация относится к процессу замены культуры происхождения культурой проживания<sup>102</sup>.

Риски медицинских работников (МР) вызваны, в первую очередь контактом с жидкостями ВИЧ-инфицированного, если соблюдены следующие условия «благоприятные» для инфицирования: «глубокое повреждение, ранение, при котором контаминированный инструмент попадает в кровеносный сосуд; ранение полой иглой; высокий уровень вирусной нагрузки у пациента»<sup>103</sup>. Отметим, что уязвимость МР остается под большим вопросом и требует более подробного и глубокого изучения. Так, за 10 месяцев 2017 года, было выявлено всего 12 подозрений на инфицирование ВИЧ от потенциально опасных биологических жидкостей<sup>104</sup>. Также, стоит отметить, что причины заражения ВИЧ-инфекцией у медицинских работников такие же, как и в общей популяции: «сексуальные контакты с ВИЧ-инфицированным партнером – 60%, внутривенное употребление наркотиков – 35%; подозрение на профессиональное заражения – 5%»<sup>105</sup>.

Люди, проживающие в сельской местности, как и иностранные граждане, уязвимы к ВИЧ по причине отсутствия доступа к лечебной и диагностической возможностям в населенном пункте проживания. Исследователи при этом отмечают<sup>106</sup>, что рискованность поведения жителей сельской местности

---

<sup>102</sup> Cuellar I., Arnold B., Maldonado R. Acculturation Rating Scale for Mexican Americans-II: A revision of the original ARSMA scale // *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 1995. №17. P. 275-305.

<sup>103</sup> Аббасова В.В., Мазур О.А. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских организациях города Челябинска // *Вестник СМУС74*. 2016. №4 (15). С. 35–37.

<sup>104</sup> Рыбакова О.В. Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией среди медицинских работников // *Вестник СМУС74*. 2018. №2 (21). С. 71–74.

<sup>105</sup> Аббасова В.В., Мазур О.А. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских организациях города Челябинска // *Вестник СМУС74*. 2016. №4 (15). С. 35–37.

<sup>106</sup> Ташкинова И.П. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в сельской местности Калининградской области / И.П. Ташкинова, Н.И. Ячменев, Т.П. Груничева, Е.А. Бабура // *Инфекция и иммунитет*. 2012. №1–2. С. 426–427.

не отличается от схожих им по некоторым социально-демографическим характеристикам (возраст, пол) от жителей городов. Так, основной путь передачи ВИЧ-инфекции среди жителей сельской местности – половой путь<sup>107</sup>.

Женщины также являются уязвимой, в отношении ВИЧ-инфекции, группой населения. К данной группе отнесем женщин разных возрастов, социального статуса и положения. Вместе с тем, известно, что социальный статус определяет и доступ к медицинской помощи, оказывает влияние на здоровье индивида или группы<sup>108</sup>. Уязвимость женщин, в первую очередь определяет частота насильственных действий: одна из трех женщин в мире сталкивалась с насилием хотя бы один раз в жизни<sup>109, 110</sup>. Всемирной организацией здравоохранения определено, что при половом пути передачи ВИЧ-инфекции, вагинальный секс для женщины в 2-4 раза рискованнее, чем для мужчины<sup>111</sup>. Рискованность женщин также связана с нежелательной беременностью или с незнанием ВИЧ-статуса своего партнера мужчины<sup>112</sup>.

Отдельно стоит выделить кросс-группы – те, в которых наблюдается пересечение (сочетанность) рисков. Например, ряд наркотиков употребляется с целью повышения сексуальной активности (сочетаются два пути передачи ВИЧ – половой контакт и употребление наркотиков). И, в частности, особую роль в распространении ВИЧ-инфекции играют потребители инъекционных наркотиков<sup>113</sup>. Мужчин, которые практикуют секс с мужчинами и с женщи-

---

<sup>107</sup> Ташкинова И.П. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в сельской местности Калининградской области / И.П. Ташкинова, Н.И. Ячменев, Т.П. Груничева, Е.А. Бабура // Инфекция и иммунитет. 2012. №1–2. С. 426–427.

<sup>108</sup> Бояркина С.И., Ходоренко Д.К. Теоретические подходы к изучению формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 2020. Т. 23 №5. С. 41-73.

<sup>109</sup> Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Насилие в отношении женщин. – Женева, 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>110</sup> Decker M. R. Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: findings from Indian husband-wife dyads / M. R. Decker, G. R. Seage 3rd, D. Nemenway J. Acquir. // Immune Defic. Syndr. 2009. Vol. 51. № 5. P. 593–600.

<sup>111</sup> ЮНЭЙДС. Женщины и СПИД: Точка зрения ЮНЭЙДС // Сборник ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта». – Женева: ЮНЭЙДС, 1997. 11 с.

<sup>112</sup> Хасанова Г.Р. Анализ факторов риска заражения женщин ВИЧ-инфекцией / Г.Р. Хасанова, Л.М. Мухарямова, С.Т. Аглиуллиева, В.А. Анохин // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017. №4. С. 374-378.

<sup>113</sup> Позднякова М.Е. Рискованное сексуальное поведение как фактор распространения ВИЧ-инфекции в России. Часть 2 // СНИСП. 2018. №4(24). С. 105–116.

нами, считая себя гетеросексуалами, имеют риск инфицирования ВИЧ и другими инфекциями, преимущественно, передаваемыми половым путём, выше, чем среди общего населения<sup>114, 115</sup>.

В России группы возможного риска заражения (передачи) ВИЧ-инфекцией определены на государственном уровне и подлежат обязательному обследованию, включая лиц, находящихся в особых условиях, в сложной ситуации, лиц с особым социально-демографическим статусом или практикующих дивергентное поведение.

Некоторые группы уже описаны выше, однако, на государственном уровне управления эпидемий ВИЧ, определен дополнительный риск-контингент граждан, которые могут находиться в особых условиях, результатом которых может являться быстрое распространение заболевания.

К особым условиям относится коммуникация на близком расстоянии членов значительной по численности группы что способствует быстрому распространению инфекции. Поэтому проверяют лиц: 1) при призыве на военную службу, поступающих в военно-учебные заведения; 2) находящиеся в местах лишения свободы<sup>116</sup>.

В сложную жизненную ситуацию, например, аварийную ситуацию, влекущую к попаданию крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые, могут попадать медицинские работники, работники служб спасения<sup>117</sup>. Лица в особом состоянии – это беременные, поскольку мать и ребёнок находятся под особой защитой государства и необходима гарантия их статуса здоровья<sup>118</sup>.

---

<sup>114</sup> UNAIDS [Электронный ресурс]: Global AIDS Monitoring. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. – Geneva, 2022. 216 с. URL: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/unaids-global-aids-monitoring-2022.pdf> (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>115</sup> Beyrer C. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men / C. Beyrer, S.D. Baral, F.V. Griensven [and al.] // *Lancet*. 2012. P. 367–377.

<sup>116</sup> Базыкина Е.А. Распространенность и молекулярно-генетические особенности парентеральных вирусных гепатитов В и С среди ВИЧ-позитивных граждан Дальневосточного федерального округа, в том числе осужденных к лишению свободы / Е.А. Базыкина, В.Б. Туркутюков, О.Е. Троценко, В.О. Котова, Л.А. Балахонцева, Л.В. Варнавская, В.В. Фоменко, М.А. Чечулина // *Здоровье населения и среда обитания*. 2019. №2. С. 51-55.

<sup>117</sup> СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 №4.

<sup>118</sup> СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 №4.

Носители инфекции: 1) больные с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, СПИД-индикаторных заболеваний; 2) с подозрением или подтвержденным диагнозом инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем (ИППП); гепатита В или гепатита С.

Вместе с тем не все представители указанных групп знают о своих рисках и согласны добровольно пройти обследование. Следовательно, невозможно выявить всех людей, подверженных риску и точно назвать численность группы. Кроме того, в некоторых сферах риски уменьшились, сохранились, увеличились или получили новую окраску. Например, изменились пути передачи инфекции: до 1997 года заражались прежде всего в результате гомосексуального контакта, затем – в результате парентерального контакта при употреблении наркотиков. Сегодня существуют два основных пути передачи инфекции – парентеральный и гетеросексуальный контакты<sup>119</sup>.

Анализ поведения или положения риск-групп в отношении ВИЧ-инфекции позволяет выделить несколько основных типов рисков: позитивный риск (осознанный или неосознанный), пассивный риск (характеризует людей, которые случайно оказались в ситуации воздействия внешних факторов риска), негативный риск (осознанное рискованное поведение, которое приводит человека к причинению вреда здоровью).

Позитивный риск связан с участием в социально-одобряемой деятельности, в которой нуждается общество, например: военная служба, медицинская помощь и др. Люди, осознанно идут на данный риск ради высокой цели – помощи другим. В некоторых случаях – самопомощи (получение средств к существованию).

Речь может идти прежде всего о профессионалах, которые рискуют в силу должностных обязанностей, например, медицинские работники, общающиеся с больными ВИЧ-инфекцией или инфицированным материалом (под-

---

<sup>119</sup> Кондратова С.Е. Анализ структуры ВИЧ-инфицированных лиц по полу, путям заражения, возрасту в регионе с высоким уровнем пораженности ВИЧ на примере Тюменской области / С.Е. Кондратова, А.Н. Марченко, С.В. Петрова, О.А. Нестерова // Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 7. С. 44–49.

вергающиеся опасности инфицирования ВИЧ или другими инфекциями). Такой риск некоторые авторы называют объективным, относя к нему помимо опасных профессий и некоторые виды спорта<sup>120</sup>. Например, врач-стоматолог в своей повседневной практике встречается с ВИЧ-инфицированными пациентами, часть из которых может не знать о своём заболевании или скрывать его<sup>121</sup>.

Пассивный риск – риск субъекта, находящегося в ситуации необходимости принять риск. Часть носителей ВИЧ-инфекции получили свой статус, не предпринимая никаких рискованных действия. К представителям такой группы относятся прежде всего доноры (крови, биологических жидкостей, органов и тканей), дети, рожденные от ВИЧ-позитивных матерей, с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция и возможно дети, с диагнозом ВИЧ-инфекция, установленным в возрасте до 18 лет. Скорее последних следует отнести к группе людей с неосознанным риском, поскольку в молодом возрасте люди не могут в полной степени осознать все риски поведения, которые могут нанести ущерб здоровью. Таких людей достаточно много, по доступным данным в 2020 году общее количество детей с диагнозом ВИЧ-инфекция, установленным в возрасте до 18 лет составило 33 233 (2018 – 31 891; 2019 – 32 661); установленным в возрасте до 15 лет 11 998 (2018 – 12 525; 2019 – 12 915). Кумулятивное количество детей, инфицированных от ВИЧ-позитивных матерей, с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция в 2020 году составило 9 893 (2018 – 9 392; 2019 – 9 689)<sup>122</sup>.

Очевидно, что в период с 15 до 18 лет группа детей с диагнозом ВИЧ-инфекция – практически утраивается. Именно в этом возрасте дети и подростки

---

<sup>120</sup> Цветкова Л.А., Ерицян К.Ю., Антонова, Н.А. Формирование различных видов поведения риска в онтогенезе. Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2015. №2. С. 56-65.

<sup>121</sup> Миллер О.В., Орешкин И.В., Арутюнян В.Ф. Инфекционная настороженность к ВИЧ-инфекции на стоматологическом приеме. Сибирско-азиатский стоматологический форум. 2019. С. 197-204.

<sup>122</sup> Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. – Москва, 2021. 83 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

начинают активно вступать во взрослую жизнь и рисковать, не имея информации о возможности получить инфекцию или подвергаясь насилию. В том числе в некоторых случаях переходя в группу осознанного негативного риска.

Рискованное поведение приписывается, прежде всего – неадаптированным социальным группам, в том числе подросткам и молодёжи<sup>123</sup>. У подростков отсутствует жизненный опыт, они могут действовать и принимать неосознанные и неверные решения в ситуации неопределённости<sup>124</sup>. В подростковой среде множество рисков, а различные типы рискованного поведения могут сочетаться и усиливать негативные последствия<sup>125</sup>. Рискованное поведение проявляется в различных сферах жизнедеятельности, часто связано с нарушением социальных норм и правил, а также отсутствием здравого смысла и осознания последствий своих действий<sup>126</sup>. Молодым людям свойственно искать острые ощущения и принимать импульсивные решения, в том числе в сексуальных отношениях<sup>127</sup>. Вместе с тем, молодые, не имеющие жизненного опыта, не могут в полной мере оценить свою уязвимость<sup>128</sup>.

Рискованное поведение может быть вызвано различными факторами, и часто проявляется в тех случаях, когда несколько факторов воздействуют одновременно и усиливают друг друга<sup>129</sup>. Помимо факторов, ведущих к риско-

---

<sup>123</sup> Кулакова С.А. Рискованное поведение подростков как критерий их неадаптированности // Юридическая техника. 2019. № 13. С. 495-497.

<sup>124</sup> Луман Н. Риск и опасность // Отечественные записки. 2013. № 2 (53).

<sup>125</sup> Фахрадова Л. Н., Разварина И. Н., Смолева Е. О. Рискованное деструктивное поведение подростков и условия его формирования // Проблемы развития территории. 2017. №. 1 (87). С. 114-129.

<sup>126</sup> Ульянова И.В., Попова Т.А. Рискованное поведение подростков как педагогический феномен // Современные наукоёмкие технологии. 2016. №. 9-2. С. 343-349.

<sup>127</sup> Hoyle R.H., Fejfar M.C., Miller J.D. Personality and sexual risk taking: A quantitative review // Journal of Personality. 2000. 68 (6). P. 1203–1231.

<sup>128</sup> Strunin L., Hingson R. Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents: Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors // Pediatrics. 1987. 79 (5). pp. 79–82.

<sup>129</sup> Ульянова И.В., Попова Т.А. Рискованное поведение подростков как педагогический феномен // Современные наукоёмкие технологии. 2016. №. 9-2. С. 343-349.

ванному поведению, специалисты отмечают роль конкретной ситуации и личности человека<sup>130</sup>. Негативное социальное окружение, в котором находится человек, может поддерживать рискованное поведение, а личностные характеристики (низкое ожидание успеха, низкая самооценка) усиливают риски<sup>131</sup>.

Исследование сетей групп риска ВИЧ-инфекции (потребителей инъекционных наркотиков и лиц, занимающихся проституцией), показало, что ИППП являются фактором риска ВИЧ-инфекции, повышая риск заражения в 1,5–2,0 раза (эффект кумулятивен). Кроме этого, в группе риска происходит пересечение сексуальных сетей, по которым распространяются возбудители ИППП, что приводит к появлению значительного числа случаев инфицирования различными возбудителями<sup>132</sup>.

В социологии, изучение вопросов профилактики ВИЧ связано не только с особенностями поведения ключевых групп населения, но и с вопросами управления. В частности к вопросам управления можно отнести профилактическую работу, обеспечение мониторинга и оценки, которые включают в себя: оценку информированности ключевых групп; оценку барьеров в доступе к услугам по тестированию, лечению и уходу; оценку качества предоставляемой медицинской помощи; мониторинг доступа к лечению; контроль приверженности ВИЧ-положительных людей к лечению; мониторинг влияния гражданского общества на ситуацию по ВИЧ/СПИДу в регионе и другие важные аспекты, позволяющие отследить достижение «Каскада услуг по ВИЧ» или любой другой государственной стратегии противодействия ВИЧ. Все существующие подходы оценки – область социологии управления, они необходимы для улучшения ситуации по ВИЧ-инфекции; принятия управленческих решений.

---

<sup>130</sup> Солнцева Г.Н., Смолян Г.Л. Психологические механизмы и модели «рискового поведения» // Труды ИСА РАН. 2007. Т. 31. С. 231-244.

<sup>131</sup> Залетаев И.П. Профилактика рискованного поведения подростков. Педагогика. 2005. № 8. С. 50.

<sup>132</sup> Плавинский С.Л. Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) и ВИЧ-инфекция в группах риска. Распространяются ли возбудители по одним и тем же сетям? / С.Л. Плавинский, А.Н. Барина, К.М. Ерошина, А.В. Бобрик, А.В. Новожилов // Российский семейный врач. 2009. № 1. С. 26–31.

Каскад услуг – это основной международный инструмент, позволяющий оценить достижения и пробелы в доступе к услугам по ВИЧ/СПИДу<sup>133</sup> для дальнейшего стратегического и тактического управления программами профилактики, ухода и лечения.

Данный инструмент можно применять на базе ВИЧ-сервисных НКО, в Центрах СПИДа, а также рекомендовано ВОЗ применение на национальном (страновом, государственном) уровне. Можно выделить три типа каскада услуг:

Первый тип – «профилактический», который включает в себя аутрич<sup>134</sup> профилактические мероприятия (информирование и консультирование по вопросам ВИЧ). Основные цели данного каскада можно обозначить следующим образом: 95% людей проинформированы о ВИЧ/СПИДе; 95% людей, охваченных информированием, прошли тестирование на ВИЧ; 95% людей, прошедших тестирование на ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус.

Второй тип – «каскад для ВИЧ-положительных», который направлен на улучшение положения людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в доступе к услугам по лечению (антиретровирусная терапия – АРТ) и снижение новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Данный тип каскада включает в себя следующие компоненты: 95% ВИЧ-положительных людей прошли тестирование на ВИЧ и знают о своём ВИЧ-статусе; 95% ВИЧ-положительных, знающих свой ВИЧ-статус, встали на учет в лечебно-профилактическое учреждение (Центр по профилактике и борьбе со СПИДом) и начали лечение; 95% людей, начавших лечение ВИЧ-инфекции, достигли неопределяемой вирусной нагрузки.

При достижении неопределяемой вирусной нагрузки человек не может передать ВИЧ-инфекцию своим половым партнерам, а также беременная

---

<sup>133</sup> ЮНЭЙДС. [Электронный ресурс]: Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году. Женева: ЮНЭЙДС, 2014. URL: [https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/JC2686\\_WAD2014report](https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report) (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>134</sup> *Аутрич* – мероприятия, проводимые во вне, за пределами офиса организации или клиники. Например, в местах локализации ключевой группы (для секс-работников – трассы, притоны; для МСМ – клубы, бары, сауны и др.).

ВИЧ-положительная женщина не может передать ВИЧ своим детям (при беременности и родах, исключая грудное вскармливание)<sup>135</sup>.

Третий тип – «каскад для ВИЧ-отрицательных», направленный на здоровье людей, знающих о своем «отрицательном» ВИЧ-статусе. Данный каскад тоже можно назвать «профилактическим», поскольку он направлен на сохранение у человека ВИЧ-отрицательного статуса. Отметим, что услуги данного каскада могут не покрывать все население и ориентированы на людей, практикующих незащищённые половые контакты с разными партнерами. Каскад включает в себя следующие достижения охвата: 95% ВИЧ-отрицательных, знающих свой ВИЧ-статус, проинформированы о доконтактной профилактике (ДКП/PrEP); 95% ВИЧ-отрицательных, проинформированных о доконтактной профилактике, начали прием ДКП; 95%, начавших прием ДКП, удержаны на ДКП (продолжают регулярно принимать препараты); 95% ВИЧ-отрицательных, удержанных на ДКП, сохранили отрицательный ВИЧ-статус в течение 12 месяцев.

Исследователи управления профилактической работой по ВИЧ-инфекции рассматривают не только проблему управления рисками, изменения поведения представителей риск-групп с разрушительного на сохранительное, но и управление профилактическими программами по работе с разным риск-контингентом. Осланд О. и соавторы считают, что для управления профилактическими программами необходимо придерживаться нескольких аспектов эффективной работы по противодействию ВИЧ<sup>136</sup>. По мнению авторов, основа профилактической работы по ВИЧ-инфекции – доверие, которое включает в себя расширение прав и возможностей отдельных групп населения (пр. соискателя: организация доступа к бесплатному лечению ВИЧ-инфекции для трудящихся на территории России ВИЧ-положительных мигрантов). Управление должно

---

<sup>135</sup> Okoli C. Undetectable equals untransmittable (U = U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries / C. Okoli, N. Van de Velde, B. Richman, B. Allan, E. Castellanos, B. Young, G. Brough, A. Eremin, G.M. Corbelli, M. Mc Britton, W.D. Hardy, P. de Los Rios // *Sex Transm Infect.* 2021. № 97(1). P. 18–26.

<sup>136</sup> Осланд О. Управление профилактикой ВИЧ / СПИДа на Северо-Западе России: описание совместного Норвежско-Российского проекта / О. Осланд, А.Б. Грённингсетер, П.А. Мейлахс, Э. Клоуман, Т.В. Балаева, Х. Блюстад, А.М. Гржибовский // *Экология человека.* 2011. №12. С. 49-54.

строится на межсекторальной основе – государственная система здравоохранения и гражданское общество. Система здравоохранения в свою очередь является также посредником между органами власти и получателями медицинской и социальной помощи (услуг).

Российские исследователи вопросов реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции определяют проведение скрининга населения на ВИЧ – основным элементом профилактики<sup>137</sup>. Болодурина И.П. отмечает, что использование математических и информационных методов может быть эффективно при управлении процессами применения антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции<sup>138</sup>. Следовательно, такие методы, могут облегчить контроль для Центров СПИД за состоянием здоровья людей, живущих с ВИЧ.

В первом параграфе проведено теоретическое осмысление и рассмотрение понятий «здоровье», «профилактика», «рискованное поведение». С позиции рискованного поведения обозначены уязвимые группы населения. Основываясь на результатах исследований описаны некоторые управленческие особенности реализации профилактических программ по ВИЧ, а также международный инструмент мониторинга за эпидемией ВИЧ / СПИДа – «каскад услуг по ВИЧ». Возникает необходимость статистического анализа состояния проблемы по ВИЧ-инфекции, в том числе с учетом достижения целей каскадов услуг.

## **1.2. Состояние проблемы по ВИЧ-инфекции в России и в мире: сравнительный анализ актуальных данных по распространенности и заболеваемости ВИЧ**

---

<sup>137</sup> Белова М.В Интегральная оценка и управление эпидемическим процессом ВИЧ-инфекции в мегаполисе с выделением когорт высокого поведенческого риска / М.В. Белова, Е. А. Брюн, М. А. Годков, А. И. Мазус, А. Я. Ольшанский, С. С. Петриков, М. М. Поцхверия, С. А. Солонин, В. И. Харченко // Премия города Москвы в области медицины. Сборник тезисов научных работ, представленных на присуждение премии в 2019 году. 2019. С. 34-35.

<sup>138</sup> Болодурина И.П., Иванова Ю.П. Оптимальное управление процессом применения антивирусных препаратов при лечении ВИЧ-инфекции // Вестник ЮУрГУ. Серия: Вычислительная математика и информатика. 2013. №4. С. 94-102.

Оценка состояния проблемы ВИЧ-инфекции на глобальном и страновом уровнях проведена на основе историко-эпидемиологического и статистического анализа распространения заболевания в России и мире. Впервые ВИЧ-инфекция в СССР была обнаружена в 1987 году<sup>139</sup>.

Сегодня эпидемия ВИЧ-инфекции является серьёзной проблемой и развивается быстрыми темпами. Ежегодно увеличивается численность зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, которая на начало 2022 г. составила 851,8 тыс. человек (рис. 1).

Число зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» в 2021 году уменьшилось по сравнению с 2020 годом и составило 58,8 тыс. человек (рис. 2).

Однако можно предположить, что уровень заболеваемости в России выше, чем показывают данные официальной статистики, поскольку не все пациенты обращаются за медицинской помощью и (или) сообщают о своей принадлежности к группе риска или предпочитают услуги частных клиник, где заболеваемость не всегда регистрируется<sup>140, 141</sup>.

Во всем мире увеличивается число новых зарегистрированных случаев ВИЧ. По данным Объединенной программы Организации объединенных наций по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) за весь период с первого зафиксированного случая ВИЧ в 1981 году до 2022 года включительно в мире было обнаружено примерно 85,6 млн человек, из которых почти половина умерли (40,4 млн)<sup>142</sup>.

---

<sup>139</sup> Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: «Это был редкий вариант вируса» Как ВИЧ на самом деле появился в СССР — отвечает расследовавший вспышку академик Покровский. 2022. URL: <http://www.hivrussia.info/eto-byl-redkij-variant-virusa-kak-vich-na-samom-dele-poyavilsya-v-sssr-otvechae-t-rassledovavshij-vspyshku-akademik-pokrovskij/> (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>140</sup> Плавинский, С. Л. Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) и ВИЧ-инфекция в группах риска. Распространяются ли возбудители по одним и тем же сетям? / С. Л. Плавинский, А. Н. Барина, К. М. Ерошина [и др.] // Российский семейный врач. – 2009. – № 1. – С. 26-31., (с. 29)

<sup>141</sup> Peterson J. A. Targeted Sampling in Drug Abuse Research: A Review and Case Study / J.A. Peterson, H.S. Reisinger, R.P. Schwartz and al. // Field Methods. 2008. № 20. P. 155–170.

<sup>142</sup> ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Глобальные вопросы повестки дня СПИД. URL: <https://www.un.org/ru/global-issues/aids> (дата обращения 01.09.2024).

В 2022 году насчитывалось 39 млн людей, живущих с ВИЧ, из которых 53% девочки и женщины<sup>143</sup>.

Наибольшее число тех, кто живёт с ВИЧ-инфекцией и установленным диагнозом – люди в возрасте 20–40 лет<sup>144</sup>. Рискованное поведение присуще молодым, которые не осведомлены о последствиях смены множества партнёров и реже склонны предохраняться во время секса<sup>145</sup>. Специалисты отмечают сочетанность рисков в поведении и в заболеваемости социальными болезнями<sup>146</sup>. В частности, определено, что ВИЧ-инфицированных пациентов зачастую сопровождает вирус гепатита<sup>147, 148</sup>.

Структура ключевых групп и пути передачи инфекции за последние 25 лет в России изменилась. До 1997 г. основной путь передачи инфекции – гомосексуальный контакт, с 1997 г. – парентеральный<sup>149</sup> контакт при употреблении наркотиков. И сегодня существуют два основных пути передачи инфекции – парентеральный путь и гетеросексуальные контакты<sup>150</sup>.

Среди ВИЧ-инфицированных меняется гендерное соотношение. Идёт феминизация заражения ВИЧ-инфекцией: среди новых случаев ВИЧ-инфекции в последние 5 лет доля женщин увеличивается и к концу 2020 г. в России, среди инфицированных ВИЧ, женщины и девочки составляли 37,4% (531326

---

<sup>143</sup> ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Глобальные вопросы повестки дня СПИД. URL: <https://www.un.org/ru/global-issues/aids> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>144</sup> Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. – Москва, 2021. 83 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>145</sup> Morales A. Personality profiles of sexual risk among Spanish adolescents / A. Morales, X. Méndez, M. Orgilés, J.P. Espada // Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2017. Vol. 4. № 1. P. 41–49.

<sup>146</sup> Нечаев В.В. Эпидемиология социально-значимых сочетанных инфекций. Факторы риска летальных исходов / В.В. Нечаев, А.К. Иванов, А.А. Яковлев, В.Б. Мусатов, О.И. Федуняк, М.В. Васильева, В.С. Беляков, А.И. Кравцова / ТМЖ. 2018. №3 (73). С. 68–71.

<sup>147</sup> Базыкина Е.А. Распространенность и молекулярно-генетические особенности парентеральных вирусных гепатитов В и С среди ВИЧ-позитивных граждан Дальневосточного федерального округа, в том числе осужденных к лишению свободы / Е.А. Базыкина, В.Б. Туркутюков, О.Е. Троценко, В.О. Котова, Л.А. Балахонцева, Л.В. Варнавская, В.В. Фоменко, М.А. Чечулина // Здоровье населения и среда обитания. 2019. №2. С. 51–55.

<sup>148</sup> Кузнецова А. В. Парентеральные вирусные гепатиты на Дальнем Востоке России: вирусологические и эпидемиологические особенности у моноинфицированных и пациентов с ко-инфекцией ВИЧ / А. В. Кузнецова, А.В. Витько, Т.Н. Каравянская, И.А. Баглай, А.Е. Рогачикова, Г.А. Воронцова, С.С. Рудь // Клиническая фармакология и терапия. 2015. Т.24. №1. С. 34–37.

<sup>149</sup> *Парентеральный путь* – путь передачи ВИЧ с материалом, содержащим вирус, например, с кровью, при использовании общего инъекционного оборудования.

<sup>150</sup> Кондратова С.Е. Анализ структуры ВИЧ-инфицированных лиц по полу, путям заражения, возрасту в регионе с высоким уровнем пораженности ВИЧ на примере Тюменской области / С.Е. Кондратова, А.Н. Марченко, С.В. Петрова, О.А. Нестерова // Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 7. С. 44–49.

человек) от всех зарегистрированных случаев выявления ВИЧ-инфекции и 28,8% от числа всех умерших больных<sup>151</sup>.

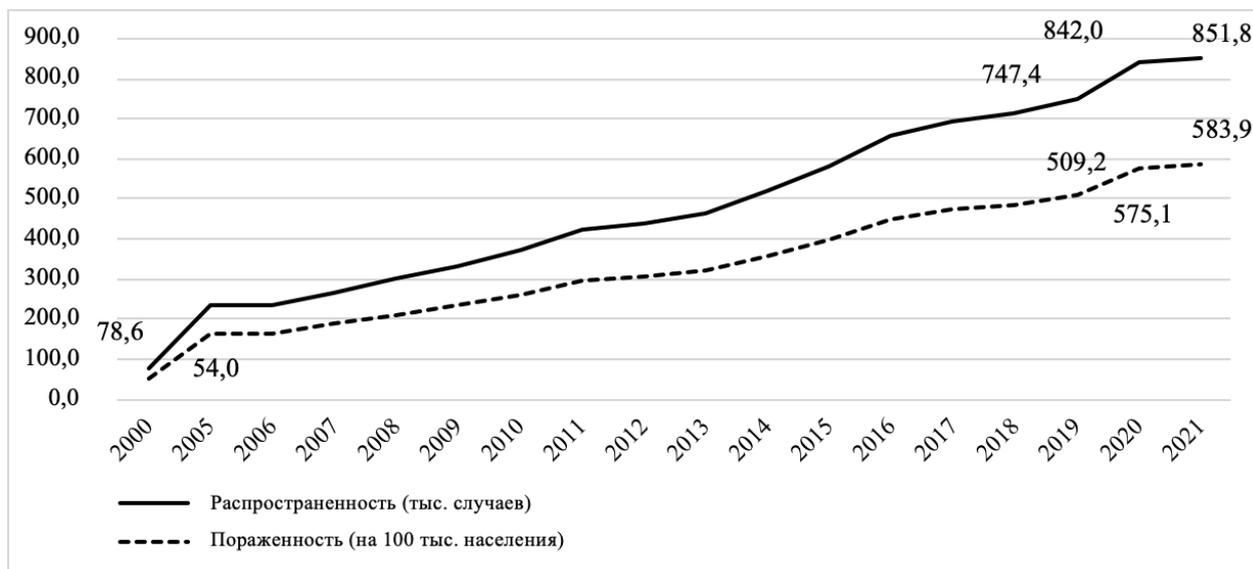


Рисунок 1. Динамика общего числа зарегистрированных больных с диагнозом «ВИЧ-инфекция» (без учета умерших от СПИД и сопутствующих заболеваний)

Подтверждение феминизации эпидемии можно найти в данных UNAIDS. Всего, за весь период с момента первого обнаружения ВИЧ-инфекции (1981 г., США) в мире было обнаружено более 85 млн ВИЧ-положительных. В 2022 году, также по данным UNAIDS, в мире проживало около 40 млн ВИЧ-положительных, при этом более половины всех случаев – девочки и женщины разных возрастов<sup>152</sup>.

По данным Росстата, на начало 2023 г. в России проживало 1 168 076 человек с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция. Однако, эксперты здравоохранения и лидеры гражданского общества склонны считать, что в России проживает по меньшей мере 1,5 млн. людей с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция<sup>153</sup>.

<sup>151</sup> Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. – Москва, 2021. 83 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Bulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>152</sup> ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Глобальные вопросы повестки дня СПИД. URL: <https://www.un.org/ru/global-issues/aids> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>153</sup> ТАСС [Электронный ресурс]: Эксперт сообщил, что в России насчитывается до 1,5 млн ВИЧ-инфицированных. ТАСС, 2022. URL: <https://tass.ru/obshchestvo/16213717> (дата обращения 01.09.2024).

По данным Специализированного научно-исследовательского отдела по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии), с 1987 года по 31 декабря 2022 года, в Российской Федерации было выявлено 1 629 955 человек<sup>154</sup>. При этом, смертность среди всех выявленных ВИЧ-положительных составила 28,3% или 461 879 больных, умерших за весь период наблюдения<sup>155</sup>.

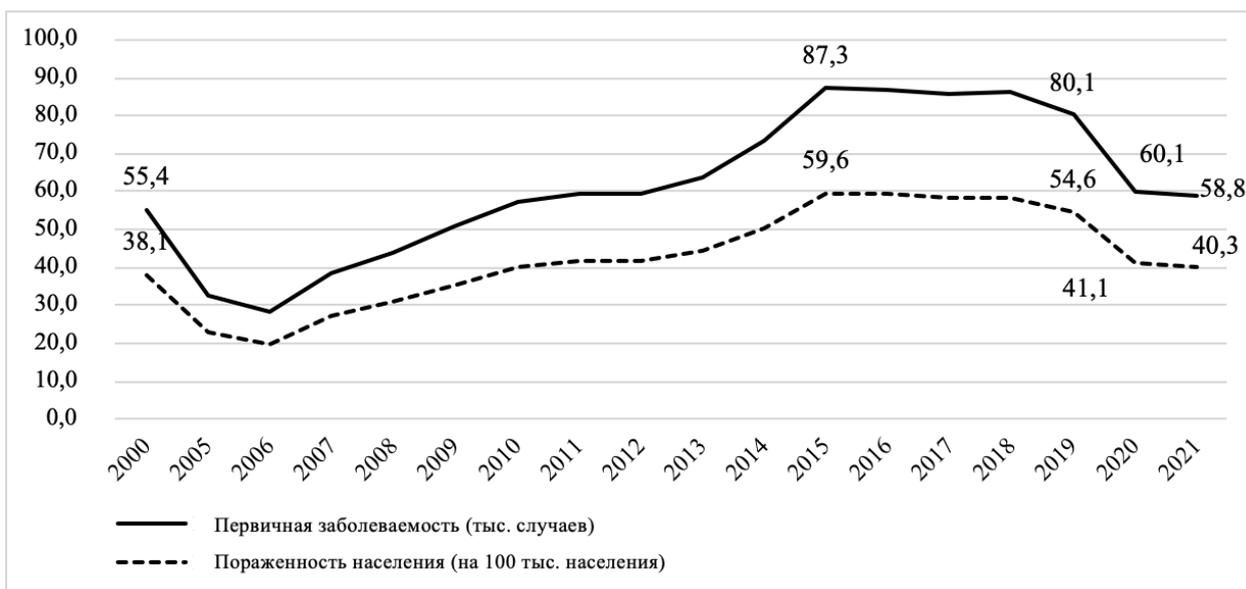


Рисунок 2. Данные по числу новых случаев ВИЧ-инфекции в России

Ежегодная динамика каскада услуг по ВИЧ указывает на низкую достижимость глобальных целей по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ. На конец 2021 г. на диспансерном учете состояло 803 796 ВИЧ-положительных (только граждане России), то есть 68,8% от числа россиян, живших с ВИЧ (данные за 2020 г. – 69,5%). Получали лечение в 2021 г. 660 821 пациентов и еще 35 290 человек прервали прием терапии, охват лечением составил 82,2% от числа состоявших на диспансерном наблюдении и 56,6% от числа живших с ВИЧ (против 76,7% и 54,8% соответственно – в 2020 г.). 527 705 больных

<sup>154</sup> Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2022 г. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/09/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2022.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>155</sup> Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2022 г. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/09/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2022.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

(79,9% от числа получавших АРТ или 46,5% от живущих с ВИЧ против 75,1% и 41,2% соответственно – в 2020 г.) достигли высоких результатов эффективности лечения (вирусная нагрузка стала неопределяемой)<sup>156, 157</sup>.

Проанализированные во втором параграфе данные официальной статистики России указывают на высокие показатели заболеваемости и поражённости населения ВИЧ-инфекцией, что актуализирует необходимость включения экстренных мер по остановке распространения эпидемии ВИЧ и усилению работы Центров СПИДа и ВИЧ-сервисных НКО в данном направлении. Необходимость усиления мер диктует создание модели взаимодействия НКО и Центров СПИД для эффективного преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции и сокращения числа новых случаев инфицирования среди населения.

### **1.3. Модель взаимодействия государства и НКО при профилактике и лечении ВИЧ-инфекции**

Всю деятельность по ВИЧ-инфекции в России можно поделить на три уровня управления эпидемией ВИЧ-инфекции: 1) макроуровень – национальный (на уровне государства), 2) мезоуровень – региональный (на уровне региональных Центров СПИД) и 3) микроуровень – работа некоммерческих организаций (на уровне НКО). Каждый уровень управления имеет свои цели и задачи (необходимые работы) в ключе профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции (рис. 3).

На макроуровне все управление и контроль за эпидемией ВИЧ лежит на государстве. Так, в Российской Федерации существует Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции (Стратегия)<sup>158</sup>.

---

<sup>156</sup> Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. – Москва, 2021. 83 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Vyulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>157</sup> Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №47. – Москва, 2021. 82 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/05/Vyulleten-47-VICH-infektsiya-za-2021-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>158</sup> Распоряжение Правительства РФ «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.» от 21.12.2020 N 3468-р.

Стратегия определяет основные направления работы по предупреждению (профилактике), диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, а также обозначает основную цель – сокращение числа новых случаев ВИЧ и смертности среди населения от СПИДа и сопутствующих заболеваний.

В Стратегии мы не встречаем четкого разделения управления эпидемией по уровням управления, однако, Стратегия определяет Центры по профилактике и борьбе со СПИДом (ЦПБС, Центр СПИД), как основные учреждения, осуществляющие все противоэпидемические мероприятия на подконтрольной им территории (на территории определенного региона). Из этого делаем вывод, что на мезоуровне основной исполнитель функций государства по сохранению здоровья граждан в контексте профилактики ВИЧ-инфекции – Центры СПИД.

Стратегия также включает в себя информацию о важности включения социально ориентированных некоммерческих организаций (СО НКО) в преодоление эпидемии ВИЧ, привлечение к профилактическим мероприятиям гражданского общества. Следовательно, микроуровень – уровень гражданского общества является «опциональным» и носит рекомендательный характер.

Соискатель считает, что взаимодействие государства и некоммерческих организаций (НКО) при профилактике и лечении ВИЧ-инфекции играет ключевую роль в борьбе с этим серьезным заболеванием. Исследователи отмечают, что НКО активно участвуют в реализации программ по профилактике ВИЧ, оказывают поддержку пациентам, проводят образовательные мероприятия и помогают в борьбе со стигматизацией и дискриминацией людей, живущих с ВИЧ<sup>159</sup>.

Проведенный в ходе исследования анализ Стратегии позволяет определить место НКО в системе предоставления услуг по ВИЧ-инфекции.

---

<sup>159</sup> Рындич А.А. Роль некоммерческих организаций в профилактике ВИЧ-инфекции / А.А. Рындич, А.Н. Матузкова, Д.В. Воронцов, Т.И. Твердохлебова, А.Г. Суладзе // Главврач Юга России. 2023. №4 (90). С. 13–16.

<i>Уровень</i>	<i>Выполнение работ</i>	<i>Исполнители</i>
<b>Макроуровень – Государство</b>	Стратегическое планирование противодействия ВИЧ-инфекции; методическая работа и техническая поддержка Центров СПИД; контроль за эпидемией ВИЧ на государственном (национальном) уровне	Правительство Российской Федерации, Министерство Здравоохранения, Роспотребнадзор
<b>Мезоуровень – Региональные ЦПБС</b>	Организация медицинской помощи для ВИЧ-отрицательных людей, вкл. тестирование (анализы) на ВИЧ; организация консультативной медицинской помощи по вопросам ВИЧ; организация доступа к лекарственной помощи для людей, живущих с ВИЧ	Региональные Центры СПИД, Инфекционные кабинеты, Инфекционные больницы
<b>Микроуровень – гражданское общество</b>	Поиск и привлечение представителей групп повышенного риска к услугам по ВИЧ (диагностика, информирование, профилактика); выявление новых случаев ВИЧ-инфекции среди представителей групп повышенного риска; доведение ВИЧ-положительных клиентов до Центров СПИД, поддержка в раннем начале лечения ВИЧ-инфекции; мотивационное консультирование по приверженности лечению ВИЧ	Некоммерческие организации

Определяет значимость НКО и включает в профилактическую работу

Подчиняет Центры СПИД и др.

Взаимодействуют и дополняют друг друга

Рисунок 3. Определение места НКО в управлении эпидемией ВИЧ-инфекции и перечень задач (работ) направленных на ее преодоление

На макроуровне основным исполнителем является – Правительство России, Министерство Здравоохранения; на мезоуровне – Центры СПИД и (или) инфекционные больницы и кабинеты, которые проводят работу по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в определенном регионе; микроуровень – поле для взаимодействия Центров СПИД и НКО по поиску представителей групп

риска, ранней диагностике заболеваний среди данного контингента, постановке на диспансерное наблюдение (обязательный государственный учет больных с инфекционной патологией), доведение до лечения «сложных» клиентов.

Взаимодействие НКО и государственных организаций происходит постоянно, с момента регистрации НКО до закрытия. Процесс создания некоммерческой организации – организации гражданского общества вызван непосредственным желанием граждан достичь определенных благотворительных и социальных целей, в зависимости от выбранного направления работы, будь то культура, здравоохранение, образование или другие сферы жизнедеятельности. Как и в случае с другими НКО, ВИЧ-сервисные благотворительные организации направлены на осуществление помощи обществу, чтобы сделать жизнь граждан комфортнее и доступнее.

В каждом отдельном случае, в зависимости от рода деятельности, взаимодействие НКО и государства имеет разные особенности. Однако, любая некоммерческая организация проходит ряд обязательных процедур, которые необходимы ей для создания, существования и функционирования.

Обязательным этапом взаимодействия НКО с государственными органами является период регистрации юридического лица. На данном этапе НКО можно называть инициативной группой – группой неравнодушных к определенной социальной проблеме граждан. Регистрацию осуществляет федеральный орган исполнительной власти – Министерство юстиции Российской Федерации (МЮ РФ), который вносит соответствующую запись в единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ).

На этапе регистрации МЮ РФ проверяет документы (в срок 30 или более календарных дней) будущей НКО на предмет соответствия (несоответствия) целей организации вопросам экстремизма и безопасности. В случае, если цели и миссия НКО представляют угрозу национальной безопасности, судом данная организация будет ликвидирована еще на моменте регистрации.

Согласно Федеральному закону № 82-ФЗ «Об общественных объединениях»<sup>160</sup> органы власти и общественные объединения не могут вмешиваться в деятельность друг друга. Органы государственной власти при этом могут помогать общественным организациям в развитии их деятельности, предоставлять различные льготы и субсидии, охранять законные права организаций и их интересы. Закон гарантирует самостоятельность и независимость государственных органов и общественных организаций. Организации гражданского общества также могут оказывать внешнюю поддержку государственным органам, не вмешиваясь в их деятельность.

Взаимодействие органов власти и НКО осуществляется на следующих уровнях: муниципальном, региональном и федеральном. На каждом из уровней действует соответствующее законодательство, относительно взаимодействия НКО и государства. Помимо этого, на федеральном и региональном уровнях возникают также законодательство или регламентирующие акты, протоколы или стратегии, относительно взаимодействия НКО и государственных служб в зависимости от рода деятельности (например, описанная выше, Стратегия по противодействию ВИЧ-инфекции в Российской Федерации).

Дополнительный контроль за деятельностью НКО по взаимодействию с государственными органами и организациями осуществляется согласно Федеральному закону № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»<sup>161</sup>. Вопросы защиты прав НКО освещены в Федеральном законе № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Помимо указанных выше законов, в Российской Федерации действует дополнительная пополняемая законодательная и приказная база, направленная на улучшение положения НКО и ее участников<sup>162</sup>, а также на усиление контроля за НКО в

---

<sup>160</sup> Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 N 82-ФЗ.

<sup>161</sup> Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 N 7-ФЗ.

<sup>162</sup> Федеральный закон «О благотворительной деятельности и добровольчестве (волонтерстве)» от 11.08.1995 N 135-ФЗ.

целях предупреждения подрыва государственной безопасности России. Некоторые распоряжения утрачивают силу<sup>163</sup>.

У российского государства и общества в лице некоммерческих организаций (НКО) активное сотрудничество в различных сферах деятельности, в том числе в системе здравоохранения для достижения социальной цели – охраны здоровья граждан и содействия деятельности медицинских организаций. Государство создаёт различные площадки в виде ресурсных центров поддержки НКО, в том числе оказывает финансовую поддержку<sup>164, 165</sup>. Исследователи обращают внимание на то, что деятельность НКО можно определить, как «вспомогательную» по отношению к государству, поскольку они выполняют значительный перечень различных функций по оказанию услуг социально-уязвимым категориям населения<sup>166</sup>, к которым относятся в том числе представители социальных групп, ведущих рискованный образ жизни. Именно в отношении указанных выше групп необходимо выстраивать особенные стратегии выявления заболеваний, профилактики, лечения<sup>167</sup>.

К одной из наиболее сложных риск групп относится группа, имеющая высокий риск получения ВИЧ-инфекции, включающая другие группы повышенного риска: потребители наркотиков; мужчины, практикующие секс с мужчинами; трансгендерные люди; лица, вовлеченные в занятие проституцией. Сотрудничество с Центрами СПИД по работе с указанными группами в Московском регионе осуществляется несколькими общественными организациями (например: Фонд «Шаги», Фонд «Позитивная инициатива»). В рамках

---

<sup>163</sup> См. напр.: Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении перечня показателей, используемых для расчета рейтинга субъектов Российской Федерации» от 19.06.2017 N 1284-р..

<sup>164</sup> Ромодина А.М., Черепанова Л.Б. Взаимодействие НКО и государства в сфере оказания социальных услуг в РФ // Управление в современных системах. 2022. № 4. С. 22–33.

<sup>165</sup> Назарова И.Б. Профессионализация социальных предпринимателей // Региональные проблемы преобразования экономики. 2023. № 7 (153). С. 62–71.

<sup>166</sup> Ромодина А.М. Социальные проекты в сфере профилактики наркомании, реализуемые в Челябинской области в 2020-2022 гг. // Актуальные проблемы современной науки: взгляд молодых: Сборник трудов XI Всероссийской (национальной) научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Челябинск, 22 апреля 2022 года / Науч. редакторы Д.В. Валько, А.М. Ромодина. Челябинск: Южно-Уральский технологический университет, 2022. С. 752–757.

<sup>167</sup> Назарова И.Б., Нестеров Р.С. Уязвимые к ВИЧ-инфекции группы населения: поведение и профилактика // Здоровье населения и среда обитания. 2023. № 31 (6). С. 27–35.

настоящего исследования соискатель исследует взаимодействие Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» (в рамках настоящего исследования данный Фонд является «типичной» ВИЧ-сервисной НКО) с Центрами СПИДа г. Москвы и Московской области.

Несмотря на уже сложившиеся практики позитивного взаимодействия, необходимо развивать данное сотрудничество и включать новые технологии в достижение пациентов услугами профилактики, тестирования и лечения ВИЧ-инфекции. С целью определения роли и функций НКО во взаимодействии с Центрами СПИД, соискателем была разработана, апробирована и внедрена в деятельность Фонда «Модель взаимодействия НКО и Центра СПИД» (рис. 4).

Разработанная соискателем в ходе исследования модель взаимодействия государства в лице системы здравоохранения (медицинская организация) и НКО направлена на решение сложной социальной проблемы – выявление ВИЧ-положительных людей и уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения, их тестирование на наличие социально-значимых заболеваний, сопровождение и лечение. По результатам четырех экспертных интервью (два взяты у врачей Центров СПИД и два у специалистов НКО) определено, что развитие и оптимизация процесса взаимодействия Центра СПИД и НКО позволяет увеличить число выявленных носителей ВИЧ-инфекции, своевременно начать лечение, предотвратить новые случаи заболеваний. Также, врачи отмечают, что *«в большей мере для медицинских организаций появляется возможность сконцентрироваться на лечебно-профилактической работе, отдавая функции выявления и направления в медицинскую организацию своему контрагенту – НКО»*.

Исследователи и практики описывают различные примеры успешного решения НКО множества задач на уровне местного самоуправления, включая проблемы здравоохранения, социальной реабилитации, вопросы социального

сиротства, инвалидов и т.д.<sup>168, 169, 170</sup>. Отмечается успешное взаимодействие медицинских организаций и НКО в работе с риск группами и профилактике социально-значимых заболеваний в российских регионах, в частности по профилактике наркозависимости<sup>171</sup>. Кроме этого, НКО являются полем развития добровольчества для молодёжи путём вовлечения их в социальные проекты<sup>172</sup>.

Вместе с тем работа с риск-группами в отношении ВИЧ-инфекции усложняется тем, что в неё входят другие различные риск-группы, каждая из которых требует особого подхода не только в лечении, профилактике, но и в выявлении инфицированных и коммуникации с ними<sup>173</sup>. Решение такой сложной задачи возможно только совместно с командой профессионалов медицинских организаций, исходя из определенных ценностей – пациентоориентированности, доверия, взаимного уважения<sup>174, 175</sup>.

В качестве теоретико-методологических оснований в данном параграфе использован функциональный подход<sup>176</sup> на примере исполнения функций институтами, представляющими государственный сектор – система здравоохранения в лице медицинской организации (Центр СПИД) и делегирование функций негосударственному сектору в лице одной из организаций некоммерческого сектора (Благотворительный фонд «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» – далее Фонд, Организация, НКО).

---

<sup>168</sup> Бровченко Н.В. Роль социально ориентированных некоммерческих организаций в реализации полномочий органов местного самоуправления // Право и государство: теория и практика. 2019. № 6 (174). С. 48–50.

<sup>169</sup> Карагодина О.А. Роль социально ориентированных НКО в решении проблем инвалидов и лиц с ОВЗ (на примере деятельности организаций Волгоградского региона) // Социодинамика. 2019. № 9. С. 75–81.

<sup>170</sup> Петросян Д.И., Аксёнов В.В., Соколова М.В. Социологическое изучение деятельности социально-ориентированных некоммерческих организаций на территории Владимирской области (на основе данных социологического опроса СОНКО) // Ученые записки РАНХиГС. 2018. №2. С. 126–136.

<sup>171</sup> Ромодина А.М. Социальные проекты в сфере профилактики наркомании, реализуемые в Челябинской области в 2020-2022 гг. // Актуальные проблемы современной науки: взгляд молодых: Сборник трудов XI Всероссийской (национальной) научнопрактической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Челябинск, 22 апреля 2022 года / Науч. редакторы Д.В. Валько, А.М. Ромодина. Челябинск: Южно-Уральский технологический университет, 2022. С. 752–757.

<sup>172</sup> Кушхова А.М., Кубова А.А. Становление волонтерских движений в России: проблемы развития и динамика // Вестник Майкопского государственного технологического университета. 2023. № 15 (4). С. 135–142.

<sup>173</sup> Назарова И.Б., Нестеров Р.С. Клиенты ВИЧ-сервисной НКО: структура, типология, особенности поведения // Народонаселение. 2023. № 26 (2). С. 153–164.

<sup>174</sup> Старшинин А.В. Ценности столичного здравоохранения: доверие, командный подход, профессионализм // Московская медицина. 2023. № 4 (56). С. 14–19.

<sup>175</sup> Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Швец Ю.Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение: проблемы и перспективы внедрения в практику. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 171 с.

<sup>176</sup> Парсонс Т. О социальных системах. – М.: Академический проект, 2002. 832 с.

Государству необходимо исполнение следующих укрупнённых функций в отношении взаимодействия с риск-группами, которые оно делегирует своим институтам (в нашем случае – здравоохранению и НКО): выявление групп риска, ранней диагностики заболевания у представителей групп риска, профилактика заболеваний, лечение заболеваний.

Для оценки взаимодействия государства и НКО были использованы: 1) база данных за период с 2018 по 2023 годы (результаты Мониторинга, внедрённого соискателем – см. п. 2.1. – 2.2., Глава 2), содержащая информацию о выявлении и учёте клиентов ВИЧ-сервисной НКО; 2) включённое наблюдение, проведенное соискателем с 2017 по 2024 годы. Исследование-учёт проведено на территории города Москвы и Московской области Фондом, в рамках профилактической работы по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам В и С, туберкулёзу и инфекциям, передаваемым половым путём (сифилис, гонорея, хламидиоз и др.) (ИППП).

Фонд работает с представителями групп высокого риска, пытаясь достичь услугами профилактики (информированием по вопросам ИППП, предоставлением информационно-образовательных материалов, тестированием и др.) людей, которые по тем или иным причинам не знают свой ВИЧ-статус, не пытаются его установить или знают, но не обращаются за квалифицированной медицинской помощью (возможно продолжая усугублять состояние своего здоровья и нанося вред здоровью партнёров).

Алгоритм взаимодействия НКО и медицинских организаций разделен на 4 этапа, каждый из которых направлен на выполнение определенных функций.

*Этап 1. Выявление места нахождения риск-групп; первичное консультирование; направление на тест или само тест* (рис. 4). Фонд занимается выявлением представителей риск-групп с целью дальнейшей работы с данным контингентом.

Так, в 2018 году в Фонде был внедрён Мониторинг «Здоровья и поведения уязвимых групп» (Мониторинг). Особенность Мониторинга состоит в сборе анамнеза в отношении поведения риск-групп и состояния их здоровья –

наличия различных инфекционных заболеваний с целью контроля за ситуацией по ВИЧ и другим ИППП, оценки поведения, здоровьесбережения и информированности риск-групп относительно ВИЧ и собственного здоровья. Сбор данных позволяет Фонду организовать профилактическую работу и оптимизировать её, принимать управленческие решения, внедрять новые подходы.

В первый год Мониторинга клиентами Фонда стали 1006 человек, затем ежегодно численность клиентов увеличивалась. Максимальное число клиентов было достигнуто в 2021 году, когда в Фонд обратились 6313 человек (955 – женщины, 15,9%) в возрасте от 18 до 93 лет. Фонд может реализовывать подобные обширные проекты, поскольку гибко увеличивает или уменьшает число волонтеров, готовых работать с группами риска. Кроме этого, подобные проекты позволяют развивать Мониторинг и получать дополнительную информацию о представителях групп повышенного риска, их образе жизни, практиках самосохранительного (разрушающего) поведения, сексуальном поведении, потреблении наркотиков, заболеваниях и профилактической вакцинации.

Сложность достижимости указанной группы подтверждается тем, что сотрудники Фонда работают с большим числом клиентов. Например, в 2021 году они обратились с предложением пройти тестирование к 20148 представителям ключевых групп, но только треть (31,3% – 6313 человек) пришли в Фонд на консультацию.

За пять лет работы Фонда (с 2019 по 2023 включительно) сотрудники Фонда общались более чем с сотней тысяч человек (110785 человек), включая

информирование, консультирование, тестирование, медико-социальное сопровождение<sup>177</sup>. За тот же период, сотрудники Фонда провели информирование в местах труда, отдыха и локализации группы (аутрич-мероприятия<sup>178</sup>) с 87486 представителями риск-групп. При первой встрече представителям риск-групп волонтерами Фонда даётся краткая информация о рисках и предлагается прийти в офис Фонда для развёрнутой консультации со специалистами и прохождения тестирования на наличие ИППП. Практически с данного момента сотрудники Фонда, посредством мотивационного консультирования, оказывают влияние на формирование ответственного самосохранительного поведения клиентов.

Консультирование и тестирование в Фонде включает также и распространение наборов для самостоятельного тестирования на ВИЧ-инфекцию (получение набора для тестирования дома). Тестирование в Организации за 5 лет прошли 23299 человек (21,0%).

За годы работы Фондом определены основные места достижения представителей ключевых групп (где можно с большей вероятностью найти представителей указанных групп): точки секс-работы, места развлечений, приюты, аптеки, стройки, таксопарки, группы анонимных наркоманов, реабилитационные центры. Сотрудники Фонда пытаются познакомиться с потенциальными клиентами в пунктах обмена шприцов, в мобильном пункте тестирования, и приглашают их в офис Организации для консультации.

Сотрудники Фонда размещают информацию для людей, ведущих рискованный образ жизни на различных интернет-ресурсах, и выходят на поиск таких людей в различные места, где наиболее вероятно встретить своих потен-

---

<sup>177</sup> *Медико-социальное сопровождение* – метод работы с людьми, имеющими социально-значимые заболевания по доведению их до лечебно-профилактического учреждения, поддержке на этапе начала и продолжения лечения. При сопровождении социальный работник помогает клиенту оформить необходимые документы, определяет план сопровождения, с указанием лечащего врача, места, где будет проходить лечение и др. аспекты.

<sup>178</sup> *Аутрич-работа* (определение №2) – метод работы с населением и отдельными группами, при котором специально обученные сотрудники или добровольцы профильных служб выходят в места встреч, пребывания, отдыха, работы целевой группы, оказывают поддержку, раздают печатные материалы и средства предохранения, проводят индивидуальные консультации и т.п.

циальных клиентов. Большинству пришедших информацию о Фонде и возможности тестирования передал друг или знакомый («сарафанное радио») – 63,3%. Клиенты сами находят информацию в социальных сетях – 12,8%, на других сайтах в интернете – 8,9%, получают ссылку в мобильном приложении – 0,1%. Некоторые клиенты были привлечены сотрудниками Фонда в местах развлечений – 7,1%, на точках секс-работы – 0,9%, в притонах 0,7%, получили визитку от сотрудника Фонда (10,8%), а также нашли информацию в различных печатных информационных материалах – 0,6%.

Очевидно, что места, в которых сотрудники Фонда ищут клиентов и площадки информирования клиентов существенно различаются по эффективности охвата. Фонд работает кропотливо со всеми возможными точками привлечения (сбора) клиентов. Важно, что значительная часть клиентов – около половины, приходят в Фонд повторно (47,7%). Автор диссертации проанализировал все места, наиболее посещаемые представителями риск-групп, и выделил наиболее эффективные для встречи и мотивации клиентов к тестированию.

Фонд является низкопороговым центром – организацией, в которую легко прийти пациенту, испытывающему страх перед визитом в государственную организацию, в том числе в медицинскую. В Фонде работают представители риск-групп, которые лучше понимают таких же людей как они сами, (возможно ВИЧ-положительный или бывший наркопотребитель). Тип общения таких сотрудников с представителями риск-групп называется «равный – равному» (см.: п. 2.3., Глава 2).

*Этап 2. Выявление носителей инфекций, передаваемых половым путём (ИППП).* Клиентов, пришедших в Фонд, опрашивают в отношении анамнеза (наличия заболевания, тестирования, лечения), образа жизни и рисков, которые сопряжены с поведением клиента (проституция, потребление наркотиков, секс мужчин с мужчинами), консультируют в отношении рисков заражения, важности тестирования и лечения.

Клиенты могут сделать выбор – пройти весь комплекс тестов, сделать тесты выборочно (один из тестов) или отказаться от тестирования, например, если у них уже есть в анамнезе ВИЧ-инфекции или другого заболевания. В случае, когда клиенты не могут субъективно оценить рискованность своего поведения, консультант помогает в выборе тестов.

Большинство тех, кто пришёл в Фонд, имеют опыт тестирования на ВИЧ (прошлый тест): с отрицательным результатом (88,1%), положительным результатом (3,9%) или не имеют опыта тестирования (8,0%). Единицы (менее одного процента) не помнят или не знают свой результат предыдущих тестирований или не хотят об этом говорить.

Часть клиентов при первом посещении Фонда сообщают о наличии диагноза сифилиса – 4,9% от имеющих опыт тестирования (или 2,6% от всех клиентов), гепатита В – 1,3% (или 1,1%), гепатита С – 0,9% (или 0,8%).

В Фонде предлагается пройти тестирование на антитела к ВИЧ-инфекции, гепатиту В, гепатиту С, сифилису. В результате тестирования клиенты получают информацию о наличии инфекции непосредственно в Фонде. При посещении Фонда, 2,6% клиентов были обнаружены как «положительные» при тестировании на сифилис (или 4,9% от протестированных, чья численность составила 2036 в 2022 году), 0,7% – при тестировании на гепатит В (или 1,7% от 1494 протестированных), 0,9% – на гепатит С (или 1,8% от 1958 протестированных) и 5,3% – впервые выявленные как ВИЧ-положительные (или 5,6% от 3555 протестированных). По результатам тестирования в Фонде узнали о наличии туберкулёза 0,8%, прошедших тестирование.

Кроме возможности пройти тестирование непосредственно в Фонде, представители ключевых групп могут провести самостоятельное тестирование на ВИЧ-инфекцию, заказав тест через сайт Организации, а также, при желании, получить ассистирование при самостоятельном тестировании (заказав онлайн-консультацию через сайт).

Фонд вносит вклад в выявление ЛЖВ, что является достаточно сложным мероприятием. Эксперты предполагают, что уровень заболеваемости в России

может быть выше, чем показывают данные официальной статистики: не все граждане (прежде всего социально неадаптированные, в том числе ВИЧ-инфицированные) обращаются за медицинской помощью, сообщают о своей принадлежности к группе риска или предпочитают услуги частных клиник, где заболеваемость не всегда регистрируется<sup>179, 180</sup>. В этой связи важно, что в Фонд приходит какая-то часть людей, которые ведут рискованный образ жизни или имеют ВИЧ-инфекцию.

Все клиенты Фонда, независимо от согласия пройти тестирование, получают консультацию специалистов Организации, информационно-образовательные материалы (ИОМ), средства индивидуальной профилактики (СИП). Люди, узнавшие о диагнозе ВИЧ при необходимости получают консультацию психолога.

После прохождения тестирования и установления диагноза («положительного» или «отрицательного») работа с посетителями ведётся в зависимости от установленного диагноза.

*Этап 3. Работа с представителями риск-групп после проведения теста; направление выявленных ВИЧ-положительных в государственные медицинские организации.* После установления диагноза, с клиентами проводится послетестовое консультирование. Клиентам с ВИЧ-отрицательным диагнозом рекомендуется проходить тестирование каждые 3-6 месяцев в зависимости от степени рисков. Наибольшие риски связаны с незащищенными половыми контактами, употреблением наркотиков, вовлеченностью в секс-работу. Всем ВИЧ-отрицательным клиентам с 2022 года, по предложению соискателя, после проведенной в 2021 году апробации (см.: п. 3.1., Глава 3), специалисты Фонда проводят консультацию по применению доконтактной и постконтактной медикаментозной профилактики ВИЧ, в соответствии с актуальными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения. Наиболее ответственные

---

<sup>179</sup> Плавинский С.Л. Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) и ВИЧ-инфекция в группах риска. Распространяются ли возбудители по одним и тем же сетям? / С.Л. Плавинский, А.Н. Барина, К.М. Ерошина, А.В. Бобрик, А.В. Новожилов // Российский семейный врач. 2009. № 1. С. 26–31.

<sup>180</sup> Peterson J. A. Targeted Sampling in Drug Abuse Research: A Review and Case Study / J.A. Peterson, H.S. Reisinger, R.P. Schwartz and al. // Field Methods. 2008. № 20. P. 155–170.

становятся постоянными клиентами Организации, отмечая, что для них важно проверять состояние здоровья.

Клиенты, с установленным «положительным» диагнозом, направляются в специализированные инфекционные медицинские организации (в зависимости от заболевания: ВИЧ-инфекция – Центр СПИД; сифилис и др. ИППП – Кожно-венерологические диспансеры; туберкулез – Противотуберкулезные диспансеры; гепатиты – Центр гепатологии и др.). Именно на этом этапе и происходит основное взаимодействие Фонда и медицинской организации, которая получает пациента, чей инфекционный статус подтверждён, а человек мотивирован к лечению. Можно сказать, что в данной точке проявляется единение команд медицинской организации и Фонда. Команда выявляет пациента и сопровождает его на всех этапах – тестирование, лечение, профилактическая работа.

Российские граждане направляются в том числе в Московский городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом (МГЦС) – Инфекционная больница №2 г. Москвы, в Московский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом (МОЦС). Иностранцы направляются на платное наблюдение к врачу-инфекционисту или передаются посредством дистанционного учета в «Домашние» Центры СПИД стран исхода. Направление проводится службой медико-социального сопровождения Фонда с целью ранней постановки пациентов на диспансерный учет (в г. Москве – только при наличии прописки, в Московской области – при наличии прописки или временной регистрации, иностранные граждане, за исключением граждан Беларуси и Украины, – платно), назначения АРВТ, сдачи необходимых анализов.

Благодаря Фонду пациенты получают доступ к «зеленому коридору» – быстрая постановка на учет и раннее начало лечения. Сотрудники Фонда, в рамках сопровождения помогают клиенту организовать коммуникации, необходимые для лечения: оформить необходимые документы, познакомить с лечащим врачом, а в последующем – контролируют приверженность лечению и делятся опытом из собственной практики жизни с ВИЧ.

Предложенный соискателем и организованный командой Фонда в рамках исследования «зеленый коридор» позволяет при необходимости способствовать экстренной госпитализации ВИЧ-положительных или неадаптивных пациентов (не зависимо от гражданства и регистрации).

В медицинские организации направляются не только российские, но иностранные граждане (мигранты), с которыми Фонд проводит масштабную комплексную работу. Основным партнером Фонда в работе с мигрантами выступает Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора (ФЦС). Благодаря имеющимся договоренностям между Фондом и ФЦС, клиентам-мигрантам на бесплатной основе доступны консультации врача-инфекциониста, минимальный комплекс необходимых анализов в связи с ВИЧ или другими ИППП, консультации доверенных врачей специалистов (уролога, гинеколога, окулиста, дерматовенеролога и др.). Обладая обширной сетью партнерских организаций в дружественных России странах Восточной Европы и Центральной Азии (регион ВЕЦА), иностранных граждан из Кыргызстана, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана, Молдовы и ряда других стран удастся поставить на диспансерный учет дистанционно с применением телемедицинских технологий.

В течение 2022 года 42,3% клиентов Фонда обращались в государственные медицинские учреждения. Обращавшиеся отметили следующие недостатки при посещении медицинской организации: в услуге было отказано – 29,6%, услуга не была оказана – 18,9%, необходимая информация не была предоставлена – 8,4%, недружелюбие медицинского персонала – 5,5%. Выявленные барьеры, трудности и недостатки, с которыми сталкиваются клиенты, обсуждаются с партнерскими медицинскими организациями для их дальнейшего устранения.

Для усиления взаимодействия НКО и Центров СПИД, в ходе исследования автором предложен и внедрен в деятельность Фонда дополнительный этап – этап 4.

*Этап 4. Профилактическая работа с ВИЧ-отрицательными по применению доконтактной профилактики ВИЧ; работа с партнерами ВИЧ-положительных людей, выявленных при тестировании на ВИЧ.*

После направления (доведения) ВИЧ-положительного клиента до Центра СПИД, работа с ним в Фонде не прекращается. Социальный работник Организации с 2023 года предлагает клиенту провести тестирование на ВИЧ и другие ИППП для его половых и инъекционных партнеров. Практика тестирования партнеров ВИЧ-положительных людей, недавно узнавших о своём диагнозе и (или) не получающих лечение, называется «индексное тестирование» (ИТ). Практика тестирования партнёров ЛЖВ была введена в деятельность Фонда (соискателем по результатам Мониторинга) в 2023 года и позволяет на ранних стадии выявить новые случаи ВИЧ-инфекции и возможно прервать цепочку передачи ВИЧ между разными партнёрами (см.: п. 3.1., Глава 3).

Последующая работа проводится в зависимости от полученного результата тестирования. Фонд в соответствии с моделью «Модель взаимодействия НКО и Центра СПИД» (рис. 4) выполняет делегируемые государством функции на четырёх основных этапах и по нескольким аспектам: тестирование населения; выявление новых случаев ВИЧ-инфекции; доведение ВИЧ-положительных до Центра СПИД; работа с партнёрами ВИЧ-положительных людей, др.

На завершающем этапе работа с ВИЧ-отрицательными людьми заключается в усилении мер профилактики ВИЧ и сохранении их отрицательного ВИЧ-статуса (этап 4, рис. 4). Врачи-консультанты Фонда проводят ознакомительные беседы по использованию медикаментозной доконтактной профилактики ВИЧ (ДКП). Консультация по ДКП включает в себя рассмотрение следующих аспектов: способы приёма (ситуативный и ежедневный); важность использования ДКП при наличии высоких рисков в поведении клиента; рискованность поведения; использование средств профилактики и др. По результатам консультации, клиент самостоятельно принимает решение относительно

приёма ДКП и обязан посетить врача-инфекциониста в Центре СПИД (см.: п. 3.1., Глава 3).

Фонд, специализирующийся на работе с риск-группами, плотно сотрудничает с государственными медицинскими организациями. Командная работа специалистов Фонда начинается с момента знакомства с клиентами в том числе за пределами офиса и продолжается в процессе сопровождения клиента с привлечением всех членов команды, включая руководство Организации, врачей и волонтеров. ВИЧ-инфицированных клиентов передают команде специализированного медицинского центра (Центрам СПИД).

Взаимное уважение, доверие, пациентоориентированность – именно эти принципы (ценности) позволяют привлекать к сотрудничеству сложных клиентов, включая нелегальных мигрантов, наркопотребителей, занимающихся проституцией, бывших заключенных и др., которые в некоторых случаях готовы посетить НКО, а не государственную организацию (в силу отсутствия знаний о сложности ИППП, боязни узнать «положительный» диагноз). Дополнительный позитивный вклад вносит внедрение практики работы «равный – равному» и, определённые соискателем, в рамках настоящего исследования, особые коммуникационные принципы, характеристики, которыми должны обладать специалисты Фонда, работающие с клиентами (см.: п. 2.3., Глава 2).

Отношения между сотрудниками Фонда и представителями риск групп, основанные на доверии, позволяют вести Мониторинг, включающий актуальные данные в отношении рискованного поведения клиентов, изменения поведения и инфекционного статуса. В результате Мониторинга были определены актуальные потребности клиентов Фонда и необходимость выстраивания с ними взаимодействия, позволяющее переходить к коммуникации с партнёрами клиентов. Так, по предложению соискателя, в 2021 и 2023 годах были внедрены новые функции Фонда – (1) работа с партнёрами ВИЧ-положительных людей, выявленных при тестировании на ВИЧ, (2) усиленная работа с ВИЧ-отрицательными клиентами по применению доконтактной профилактики ВИЧ (этап 4, рис. 4).



Рисунок 4. «Модель взаимодействия НКО и Центра СПИД» – распределение функций и этапы работы с риск-группой в отношении ВИЧ-инфекции на примере взаимодействия НКО и медицинских организаций

В рамках третьего параграфа удалось определить три уровня управления профилактической деятельностью по ВИЧ-инфекции: национальный, региональный и гражданский.

Государственные медицинские организации выполняют основную функцию по работе с ВИЧ-положительными, назначая им лечение, отслеживая

основные показатели здоровья, живущих с ВИЧ, осуществляя весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Фонд в данной коммуникации выполняет поддерживающие функции: выявление представителей риск-групп, скрининг-тестирование, направление инфицированных в медицинскую организацию, сопровождение, консультирование. Вместе с тем, перечисленные функции, делегированные Фонду государством, позволяют вносить значительный вклад в профилактику социально-значимых заболеваний. Ежегодно Фонд достигает более 20000 представителей ключевой группы; проводит тестирование на ВИЧ для 4000 клиентов и направляет в специализированные медицинские центры до 500 выявленных ВИЧ-положительных.

Оценивание эффективности результатов совместной работы – взаимодействия НКО и Центров СПИД производится с использованием различных инструментов мониторинга, внедренного и организованного в Фонде в рамках данного исследования. Особенности мониторинга и результаты внедрения представлены ниже.

## **ГЛАВА 2. Мониторинг общественной оценки в сфере профилактики ВИЧ-инфекции**

### **2.1. Организация мониторинга на базе типичной некоммерческой ВИЧ-сервисной организации**

Проведение мониторинга является важной составляющей управления организацией, характеризующей её деятельность, различные направления работы. Мониторинг – систематический непрерывный процесс сбора, анализа и использования информации для отслеживания прогресса и оценки эффективности программ и проектов, реализуемых НКО. Результатами грамотно выстроенного мониторинга является получение важной информации для принятия решений руководством, которая применяется с целью оптимизации управления процессами организации.

Поскольку не все организации гражданского общества, к которым относятся НКО, в силу ограниченности ресурсов, могут проводить мониторинг своей деятельности, на международном уровне, под влиянием программы UNAIDS был разработан подход «Мониторинг под руководством сообщества»<sup>181</sup>, при данном подходе сообщества представителей групп риска сами проводят мероприятия по мониторингу, отслеживают негативные последствия, оценивают барьеры и трудности в доступе к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Данный подход также имеет ограничения, поскольку для его использования требуется минимум один специалист, который мог бы обучить сообщество проводить мониторинг, составлять отчеты и осуществлять адвокационную работу перед государственными и иными структурами. Процесс мониторинга включает в себя регулярный сбор данных о ходе реализации проекта или программы; отслеживание прогресса по достижению ключевых показателей

---

<sup>181</sup> ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Проведение мониторинга услуг в сфере ВИЧ силами сообществ. – Женева, 2021. 42 с. URL: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_ru.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).

эффективности проекта или благотворительной программы; регулярный анализ количественных и качественных показателей, где количественные исходят от числового значения, а качественные от оценок и мнений благополучателей и экспертов – специалистов Организации и специализированных медицинских учреждений.

Весь процесс мониторинга подчиняет себе следующие цели: обеспечение подотчетности и прозрачности процессов реализации проекта; выявление областей для улучшения; информирование принятия решений; демонстрация результатов и воздействия; содействие обучению и развитию.

Работа Фонда началась в 2009 году и с этого времени учитывались основные числовые показатели (индикаторы), характеризующие работу Фонда. Прежде всего речь идет о показателях, позволяющих оценить количество клиентов, с которыми работают сотрудники Фонда, число оказанных консультаций, некоторые потребности клиентов.

Анализ процесса мониторинга и оценки Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» до 2018 года, указывает на следующую полезность проводимого в Фонде мониторинга: составление квартальных, итоговых и годовых отчетов для доноров (спонсоров); составление и издание отчетов о деятельности Фонда для партнеров и Центров СПИД, с которыми сотрудничает Фонд; составление отчетов для Министерства юстиции Российской Федерации.

В 2018 году соискателем предложено создание и внедрение рутинного мониторинга, который охватывает информацию относительно основных характеристик клиентов, включая их социально демографический статус, поведение, состояние и статусы здоровья. Сбор данных осуществляется консультантами и волонтерами Фонда с использованием стандартизированной анкеты (Приложение №1).

С целью оптимизации работы в 2021 году соискателем принято решение (1) расширить мониторинг (определить набор статичных вопросов, на которые

клиенты отвечают из года в год) и (2) включить в него дополнительные (временные) вопросы, позволяющие получать необходимую информацию от клиентов Фонда. Результаты принятых решений позволяют оценивать и контролировать здоровье, поведение, состояние, особые характеристики риск-групп, а также показатели, которые прямо или косвенно влияют на особенности этих групп населения.

Мониторинг, внедренный соискателем и осуществляемый в Фонде, помогает команде специалистов Фонда принимать различные управленческие решения, в том числе, связанные с поиском и достижением клиентов, выстраивание алгоритмов и коммуникаций с клиентами Фонда.

Мониторинг «Здоровья и поведения уязвимых групп», внедренный в рамках настоящего исследования в 2018 году в работу Фонда развивался поэтапно (табл. 1), в соответствии с потребностями основных задач Фонда, основываясь на миссии Фонда – сокращение числа новых случаев ВИЧ и других социально-значимых и опасных заболеваний. С момента открытия Фонда, сотрудники, работавшие с клиентами, фиксируют всю информацию о клиентах, чтобы развивать сервисы, предоставляемые в Фонде и повышать эффективность реализуемых проектов, руководствуясь особенностями и потребностями клиентов.

*Первый этап (с 2009 по 2014 гг.)* позволил определить точки доступа клиентов (места, где с наибольшей вероятностью можно встретить представителя группы риска) и выявить их потребности в профилактической работе.

На данном этапе сотрудники Фонда фиксировали количество и темы консультаций, оказанных клиенту; число выданных средств предохранения; перенаправление клиента в медицинские учреждения. По завершении этапа были оценены потребности клиентов и обоснованы направления работы следующего этапа.

*Второй этап (с 2015 по 2017 гг.).* С появлением тестов на ВИЧ, в Фонде открылся пункт тестирования. В работу Фонда были включены равные консультанты (люди, обладающие характеристиками ключевой группы или люди, живущие с ВИЧ).

Консультанты фиксировали результаты тестирования, потребности клиентов в «дотестовой» и «послетестовой» консультациях. Это позволило оценить потребность клиентов в тестировании, а также способствовало развитию службы медико-социального сопровождения клиентов с выявленными заболеваниями в специализированное медицинское учреждение системы здравоохранения.

*Третий этап (с 2018 по 2020 гг.).* В 2018 году командой Фонда, по предложению соискателя, в связи с началом взаимодействия с Центрами СПИД было принято решение усилить мониторинг.

Команда Фонда начала проводить контроль здоровья, рисков и состояния клиентов. Данная работа позволила определить новые «сложные» кросс-группы пациентов Фонда и адаптировать сервисы и услуги под их характеристики и особенности поведения.

*Четвертый этап (с 2021 по 2023 гг.).* Для упрощения сбора и обработки данных, по инициативе автора, мониторинг был перенесен в электронный формат. Доступ к базе Фонда получили не только социальные работники Фонда, но и врачи Центров СПИД. Такой шаг позволил облегчить и упростить коммуникацию и обмен информацией о клиентах Фонда, оперативно контролировать состояние их здоровья, отслеживать динамику и эффективность лечения.

По результатам мониторинга в 2021 году, команда Фонда приняла решение о получении лицензии на осуществление медицинской деятельности. В виду высокой пораженности ключевых групп ВИЧ-инфекцией и другими ИППП, основываясь на данных мониторинга, было усилено сотрудничество с Центрами СПИДа, инфекционными больницами и другими медицинскими организациями г. Москвы и Московской области.

На данном этапе часть информации о клиентах подлежит сбору во время консультации, а вторая часть, информация о состоянии здоровья людей, живущих с ВИЧ, фиксируется врачами и социальными работниками Фонда и Центра СПИД механически в общую базу Фонда, куда автоматически попадают ответы клиентов, полученные в ходе консультации.

*Пятый этап (с 2023 г.).* Мониторинг позволил ввести в рутинную деятельность и другие позитивные стратегические решения – внедрение доконтактной профилактики ВИЧ для работы с ВИЧ-отрицательными людьми из групп повышенного риска; тестирование партнеров ВИЧ-положительных людей для прерывания «цепочки передачи ВИЧ»; усиление работы с трудящимися мигрантами.

Заинтересованность врачей Центров СПИД позволила внедрить новый подход к оценке качества оказания медицинской помощи методом «тайный пациент» в Центры СПИД Московского региона.

*Таблица 1. Основные элементы Мониторинга «Здоровья и поведения уязвимых групп»*

<i>Элемент оценки</i>	<i>Содержание</i>	<i>Управленческие решения</i>
Территория и место с наибольшей достижимостью клиентов	На данном этапе консультант или социальный работник фиксирует в опроснике место встречи с клиентом. Не все клиенты сразу соглашаются на прохождение тестирования, поэтому, до передачи клиента консультанту или социальному работнику, с ним работает аутрич-работник – специалист, который, зачастую, обладает характеристиками ключевой группы (пр.: бывший наркоман), знает, где найти представителей группы и занимается поиском. Достижение клиентов в НКО называется «аутрич-работа». После аутрич-мероприятий, клиента направляют в офис Фонда или назначают ме-	Выбор мест и способов достижения и охвата большего числа клиентов Фонда (офис Фонда, точка секс-работы, аптечные пункты и др.).

<i>Элемент оценки</i>	<i>Содержание</i>	<i>Управленческие решения</i>
	сто встречи вне офиса для проведения тестирования на заболевания (ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С).	
Образ жизни и статус клиентов	В опросник вносится информация о поле, гендерной идентификации, возрасте, стране происхождения, городе регистрации, месте жительства, семейном статусе, наличии детей, наличии работы, доходах, образовании респондента.	Создание «портретов клиента». Выстраивание стратегии рекламы услуг Фонда и информационно-профилактической работы.
Состояние здоровья (субъективный и объективный уровни)	Оценка направлена на контроль состояния, рискованности поведения, наличия заболеваний у респондента – клиента Фонда. Оценка здоровья проводится в два этапа. На первом этапе клиент сообщает консультанту, какие заболевания он имеет на момент посещения Фонда (ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С), дает субъективную оценку своего здоровья с использованием шкалы. На втором этапе консультант проводит для клиента тестирование на эти заболевания (методом экспресс тестирования) и получает объективную оценку здоровья клиента.	Контроль заболеваемости контингента клиентов, которые обращаются в Фонд. Развитие имеющихся сервисов, услуг и проектов. Создание новых проектов, внедрение новых подходов к профилактике ВИЧ и других половых заболеваний. Вместе с врачами Центров СПИДа, команда Фонда проводит изменения алгоритмов консультирования в пользу здоровьесбережения клиентов.
Эффективности перенаправлений и (или) сопровождения в ЛПУ, лечения, взаимодействия с ЛПУ	Данный элемент мониторинга осуществляется и медицинской организацией, и НКО сообща. На данном этапе команда врача, клиента и социального работника объединена целью – раннее начало лечения и скорейшее выздоровление пациента. Контроль осуществляется с использованием двусторонней (ЦПБС и НКО) базы данных, где фиксируются обезличенные данные (для достижения анонимности – каждому клиенту Фонда консультант или аутрич-	Изменение подходов к социальному сопровождению клиентов в лечебные и профилактические учреждения (ЛПУ). Создание «зеленого коридора» (быстрый доступ к врачу) для клиентов Фонда.

<i>Элемент оценки</i>	<i>Содержание</i>	<i>Управленческие решения</i>
	работник присваивают специальный уникальный идентификационный код (УИК).	

На примере 2022 года удалось установить число заинтересованных в тестировании клиентов. Так, в ходе тестирования опрошено 3792 человека, из них 268 – женщины (7,1%), 3524 – мужчины (92,9%). Возраст респондентов варьируется от 18 до 65 лет. Наибольшее число респондентов – молодые люди в возрасте 20–30 лет, на их долю приходится 57,7% от общей численности респондентов. Люди старше 50 лет составили 1,5%, что свидетельствует об активном рискованном поведении в молодом возрасте.

Большинство клиентов, получивших услуги Фонда в 2022 году – цисгендерные (те люди, чье гендерное самоощущение совпадает с приписанным им при рождении биологическим полом) люди (90,5% от всех посетителей (86,3% – мужчины и 4,2% – женщины)), часть клиентов идентифицируют себя как небинарные или трансгендерные люди (8,5%), некоторые не делятся информацией относительно пола и идентификации гендера.

Наличие трансгендерных людей среди обслуженного в 2022 году контингента указывает на необходимость для сотрудников Фонда применять гендерно-чувствительный подход в работе. Команда Фонда на регулярной основе проходит обучение по работе с различными социально-демографическими группами населения, в обучении принимают участие и врачи ЦПБС.

Поскольку в Фонде ведется усиленная работа с трудящимися мигрантами, в том числе с «нелегальными», в ходе общения с клиентом, консультант выясняет гражданство и регион регистрации.

В 2022 году в Фонд обратилось 2201 граждан России (63,7%) и 1254 – иностранных граждан (36,3% от общего числа обратившихся в Фонд). Причины пребывания иностранных граждан в России, следующие: работа (97,1%), обучение (2,3%), туризм (<1%) (рис. 5). Среди мигрантов, каждый пятый находился в России нелегально, не имея обязательной временной регистрации

(23,4%), 76,6% были зарегистрированы в Москве, в Московской области, или в других регионах России.

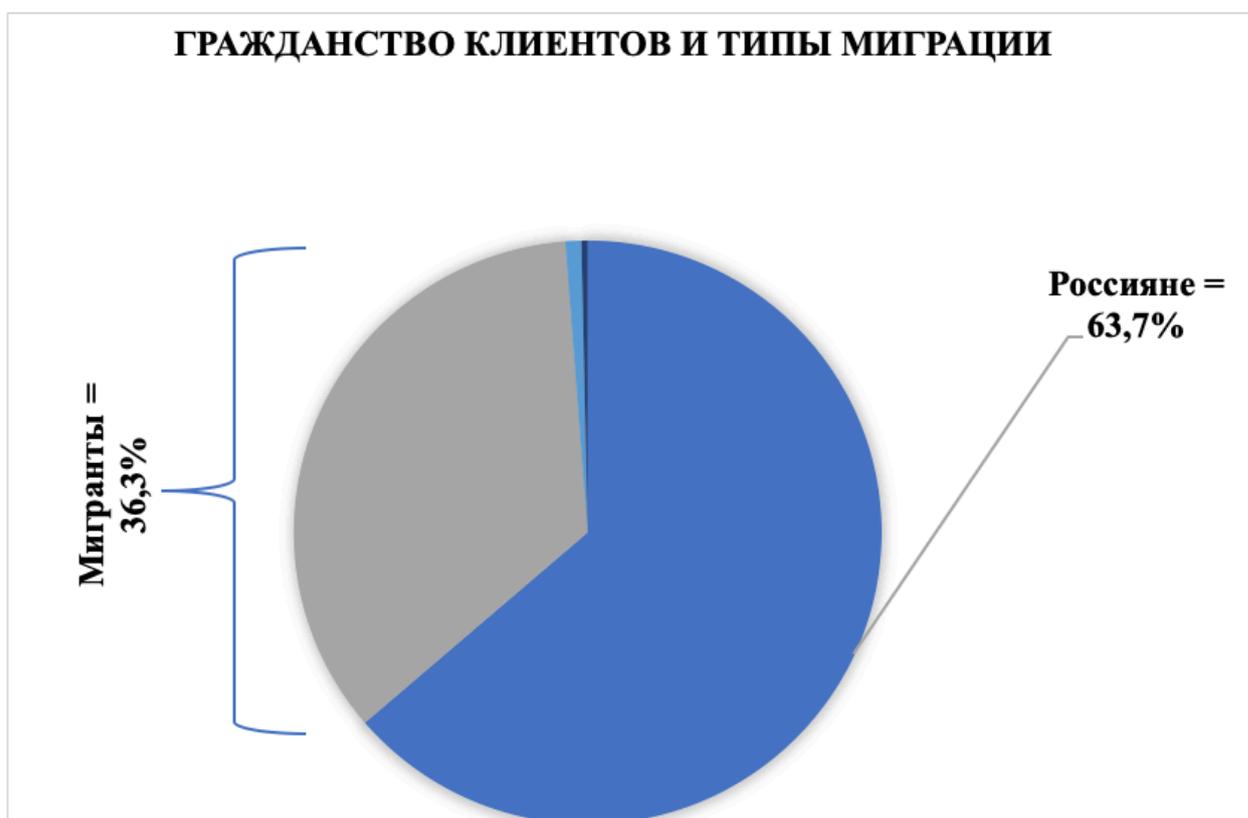


Рисунок 5. Распределение клиентов по гражданству и типу миграции: работа, учеба, туризм.

Отсутствие регистрации препятствует мигрантам в получении социальных услуг, в том числе услуг здравоохранения. Информация, полученная сотрудниками Фонда, поспособствовала усилению мер для работы с иностранными гражданами. В работу Фонда включена благотворительная программа «Здоровье мигрантов», которая направлена на тестирование, консультирование по вопросам ВИЧ и ИППП, социальное сопровождение к доверенному врачу-инфекционисту и организацию непрерывного доступа к лечению для мигрантов в России.

Среди клиентов Фонда выявляется ряд социальных заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, вирусные гепатиты). Социальные заболевания, которыми обладают респонденты – являются следствием рискованного поведения. По итогам мониторинга известно, что каждый пятый болел ранее

(имеет в анамнезе) или получил «положительный» результат анализа (методом экспресс-тестирования) на какую-либо инфекцию, передаваемую половым путем.

Заболеваемость обслуживаемой группы сифилисом составляет 8,5%. Гепатит С и В встречается у 1,7% и 1,9% соответственно. Каждый десятый клиент Фонда живет с ВИЧ-инфекцией (9,3%).

Информация о заболеваниях ключевой группы помогает специалистам Фонда выстраивать свою работу с лечебно-профилактическими учреждениями и изменять собственную. Так, по результатам мониторинга, Фонд получил лицензию на осуществление медицинской деятельности. В команду привлечены люди с дополнительными компетенциями, которых не было у социальных работников Фонда, например: врач дерматовенеролог для консультирования клиентов по вопросам профилактики и лечения сифилиса и других ИППП, врач терапевт для оказания медицинских консультаций и забора крови для анализов (тестирования). Развита и усилена работа с двумя Центрами по профилактике и борьбе со СПИДом, с Центром фтизиопульмонологии и Центром гепатологии.

Несмотря на большое наличие заболеваний, высок процент клиентов, которые считают, что «постоянно контролируют своё здоровье» (52,7%). Цель визита в Фонд для 61,1% клиентов является желание «узнать свой ВИЧ-статус». Данные указывают на наличие элементов самосохранительного поведения клиентов Фонда. Респонденты интересуются своим здоровьем, стремятся узнать статусы здоровья и возможно изменить свое поведение в пользу здоровьесбережения.

Охват ключевых риск-групп тестированием проводится только после того, как консультант (врач) соберёт информацию относительно рисков поведения, проведёт оценку наличия ИППП у клиента. По результатам полученной информации, 93,7% охвачены тестированием на сифилис, 94,4% на ВИЧ-инфекцию, половина на гепатит С и лишь треть на гепатит В.

Сбор информации о рискованном поведении клиентов позволяет консультантам грамотно рекомендовать необходимое для клиента тестирование. В случае, если у клиента ранее (имеется в анамнезе) сифилис или ВИЧ-инфекция, тестирование на эти заболевания не проводится, поскольку результат уже известен («положительный»), в качестве рекомендаций, консультант может рассказать клиенту о других типах анализов, которые в его ситуации являются более информативными и помогут контролировать заболевание. Обладая объективной информацией относительно числа тестов, проведенных для клиентов, из года в год, команда Фонда планирует закупку тест-систем и комплектует штат консультантов проекта.

Рискованность поведения свойственна для большинства клиентов Фонда. Так, только десятая часть клиентов не имеют рисков, способных привести к утрате здоровья и трудоспособности, к заражению ВИЧ и другими половыми заболеваниями.

По результатам мониторинга отмечено, что элементы рискованного поведения встречаются с разной частотой среди клиентов. Потребление наркотиков встречается в 14,4% случаев во время секса; 18,7% неинъекционно; 2,8% инъекционно; 2,1% двумя способами и во время секса. Вовлеченность клиентов в секс-работу – 10,4%, потребление услуг секс-работников – 14,3%. Более половины респондентов ответили, что не использовали средств предохранения во время полового контакта с постоянным или случайным партнером. Отметим, что в проституцию чаще вовлечены трансгендерные люди (ТГЛ), на их долю приходится более 70% от всех респондентов из числа ТГЛ.

Информация относительно рискованного поведения клиентов Фонда способствует развитию в Фонде новых подходов к профилактике ВИЧ и ИППП. Так, по результатам мониторинга, в Фонде соискателем была внедрена доконтактная профилактика ВИЧ (ДКП).

Для каждой группы клиентов, специалисты Фонда разрабатывают подходящий пакет профилактических и социальных услуг. Например, для ТГЛ

доступны консультации психолога, для секс-работников (СР) – перенаправление в дружественную НКО, помогающую женщинам в кризисной ситуации и социализации, в том числе по смене рода деятельности. Потребители наркотиков направляются в реабилитационные центры, к доверенным наркологам, проходят лечение наркомании и меняют своё поведение на сохранное. Люди, живущие с ВИЧ, могут посетить группу взаимопомощи или получить индивидуальную консультацию психолога по принятию диагноза.

В рамках первого параграфа второй главы определено, что Мониторинг «Здоровья и поведения уязвимых групп» позволил команде Фонда принять ряд управленческих решений в части компетенций, штата команды сотрудников, дополнительных инструментов в профилактической работе, внедрить новые методы профилактики, расширить спектр консультаций для клиентов.

По результатам проведенного мониторинга началось взаимодействие с медицинскими организациями. Взаимодействие со специализированными лечебными и профилактическими учреждениями повышает статус деятельности, которую проводит Фонд. Коммуникация между клиентом и врачом, благодаря взаимодействию с Фондом также становится более качественной и оперативной.

Благодаря внедрению мониторинга в Фонде, с самого основания, Фонду удается всегда проводить актуальные и своевременные профилактические мероприятия. Опыт и сотрудничество, приобретённые Фондом за годы существования, позволяют оперативно реагировать на новые группы риска, основываясь на научно-обоснованных подходах, выстраивать и развивать инновационные технологии в своей работе.

Позитивное влияние мониторинга на работу Фонда отмечено и в части повышения квалификации сотрудников Фонда и Центров СПИД. На регулярной основе, по результатам полученных данных, сотрудники проходят обучение, повышают свои навыки, в том числе в части мотивационного консультирования клиентов по изменению поведения в пользу здоровьесбережения.

## **2.2. Типологизация клиентов: состояние, идентификация, поведение, потребности (результаты социологического исследования)**

По результатам Мониторинга «Здоровье и поведения уязвимых групп» за 2021 год, на основе опроса организованного и проведенного соискателем с использованием анкеты (Приложение №1) среди 6313 представителей ключевой группы: клиентов ВИЧ-сервисной некоммерческой организации (НКО) – россиян 4793 человека и граждан других стран 1520 человек, обозначены основные риск-группы в отношении которых необходимо выстраивать особые стратегии работы, связанные с лечением и профилактикой в контексте ВИЧ-инфекции.

На основании аналитико-математических методов выделены восемь основных условных групп пациентов Фонда, что позволит выстраивать стратегии работы в зависимости от ряда основных социально-демографических характеристик (возраста, сексуальной ориентации, др.), достижимости клиентов, заболеваемости, рискованного поведения и установок в отношении заболеваемости, лечения и профилактики. Выделены наиболее сложные для работы в Фонде группы клиентов – мигранты «легальные» и «нелегальные», мужчины, вовлечённые в проституцию. Все эти группы объединяет то, что они зависят от своего работодателя и для них приоритетом является сохранение рабочего места, ради которого они готовы жертвовать здоровьем и вести девиантный образ жизни.

Цель типологизации клиентов ВИЧ-сервисной НКО состоит в оценке особенностей поведения и характеристик ключевых групп риска в отношении получения ВИЧ-инфекции и в определении структуры и основных типов пациентов на основе факторов риска.

В настоящем исследовании соискатель исходит из того, что индивидуальный выбор поведения формируется под воздействием ценностей, эмоций и знания, при этом отсутствует априорная предпосылка, что индивид всегда дей-

ствуют рационально или в поисках удовольствий<sup>182</sup>, а самосохранение не всегда связано с сохранением здоровья. В некоторых случаях человек рискует здоровьем ради сохранения жизни, получения средств существования. В результате формируются различные виды поведения, которые могут вести к ухудшению и (или) разрушению здоровья<sup>183</sup>.

Для проведения типологизации клиентов и оценки особенности работы с представителями групп риска используется: (1) база данных, содержащая информацию о ключевой группе – клиентах ВИЧ-сервисной НКО, специалисты которой работают с представителями группы высокого риска (респонденты, клиенты, ключевая группа); (2) экспертные интервью – 3 интервью с сотрудниками НКО, непосредственно работающими с клиентами.

Сбор данных проводился на территории города Москвы и Московской области силами волонтеров и равных консультантов Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» в рамках профилактической работы по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам В и С, туберкулёзу и инфекциям, передаваемым половым путём (сифилис, гонорея, хламидиоз и другие – далее ИППП).

В ходе исследования проведен сплошной опрос всех пациентов Фонда (100%), которые прошли тестирование в Фонде в течение календарного года.

Данные в отношении клиентов Фонда мониторятся с 2018 года; для решения задач данного исследования в опрос были включены дополнительные вопросы.

Сотрудники Фонда выделяют три основные группы, с которыми им приходится работать: мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) – 54,7%, люди, употребляющие наркотики (ЛУН) – 38,3%, трансгендерные люди (ТГЛ) – 6,3% и другие группы, которые не входят ни в одну из трёх названных (0,6%). Вместе с тем сотрудники Фонда понимают, что деление клиентов на три группы (ЛУН, МСМ, ТГЛ) – упрощение и выделение других

---

<sup>182</sup> Этциони А. Социэкономика: дальнейшие шаги // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 1. С. 65–71.

<sup>183</sup> Назарова И. Б. Здоровье занятого населения. – Москва : Макс Пресс, 2007. 526 с.

групп на основании множества характеристик, позволит сформировать более рациональные подходы в работе с пациентами.

*Социально-демографические характеристики исследуемой группы.*

Опрошено 6313 человек, из них 955 – женщины (15,9%) в возрасте от 18 до 93 лет. Среди респондентов выделяются прежде всего молодые люди в возрасте 20–30 лет – 57,3% от общей численности респондентов. Люди 50 лет и старше составили менее 1%. Россияне составляют большинство – 4793 человека (мужчины – 80,6% и женщины – 19,4%) и граждане других стран – 1520 человек (мужчины – 98,4% и женщины – 1,6%).

Среди иностранных граждан, трудовая миграция – основная причина пребывания в России (97,1%), 2,3% – проходят обучение, и единицы (9 человек) – туристы. Каждый пятый мигрант находился в России нелегально, не имея регистрации (20,9%), 69,7% были зарегистрированы в Москве, 9,2% – в Московской области, остальные – в других российских регионах. В 2019 г. прибыли в Россию 41,1% клиентов, 28,8% – в 2020 г., десятая часть – в 2021 г. (год исследования), остальные – в 2018 г. и ранее.

Большинство клиентов Фонда, получивших услуги в 2021 г. – трансгендерные люди, чье гендерное самоощущение совпадает с приписанным им при рождении полом (от общей совокупности клиентов Фонда – 93,6% (79,4% – мужчины и 14,3% – женщины), часть определили себя в качестве небинарного человека или транс-мужчины (82 человека – 1,7%), 4,6% являются транс-женщинами.

*Состояние здоровья и поведенческие практики клиентов Фонда.* Клиенты Фонда имеют ряд заболеваний, которые могут являться результатом рискованного поведения и относятся к социальным болезням. Болели ранее или болеют в настоящее время ИППП 26,6% мужчин и 19,8% женщин; сифилисом – 4,6% мужчин и 1,4% женщин; гепатитом С – 8,0% мужчин и 12,3% – женщин; реже гепатитом В – 1,2% от всех.

Каждый десятый инфицирован ВИЧ (10,3% мужчин и 2,6% женщин) (табл. 2). Считают, что постоянно контролируют своё здоровье 49,4% мужчин

и 35,2% женщин и пришли в Фонд для того, чтобы узнать свой ВИЧ-статус 51,4% мужчин и 35,2% женщин. Самостоятельно обратились в ВИЧ-сервисную НКО (в том числе для повторного прохождения тестирования в Фонде) 27,8% мужчин и 8,8% женщин. В Фонд чаще обращаются инфицированные ВИЧ иностранные граждане (13,7%), чем россияне (7,6%).

Практически все прошли тестирование на наличие сифилиса (94,2% мужчин и 88,8% женщин), ВИЧ-инфекции (76,4% мужчин и 72,7% женщин), половина прошли тестирование на наличие гепатита С и треть – на гепатит В.

Таблица 2. Элементы состояния и поведения (положительные ответы по каждой строке «да»)

Характеристика клиентов	м		ж	
	п	%	п	%
<b>Социально-демографические характеристики</b>				
Иностранец (мигрант)	1495	27,9	25	2,6
Отсутствие регистрации	600	11,3	39	4,1
- россиянин без регистрации	289	7,5	32	3,4
- иностранец без регистрации	311	20,8	7	28,0
<b>Характеристика здоровья</b>				
Наличие ВИЧ-инфекции	551	10,3	25	2,6
Наличие гепатита С	427	8,0	117	12,3
Наличие гепатита В	72	1,3	6	0,6
Наличие сифилиса	245	4,6	13	1,4
Наличие какой-либо ИППП (до и/или во время обращения в Фонд)	1426	26,6	189	19,8
- болел ИППП до обращения в Фонд	879	16,4	95	9,9
- выявили ИППП в день обращения	727	13,6	122	12,8
<b>Элементы самосохранительного поведения</b>				
Постоянно контролируют своё здоровье	2648	49,4	336	35,2
Самостоятельно обратились в ВИЧ-сервисную НКО (в том числе для повторного прохождения тестирования в Фонде)	1489	27,8	84	8,8
Обратились в Фонд, чтобы узнать свой ВИЧ-статус	2756	51,4	336	35,2
Проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию до обращения в Фонд	4096	76,4	694	72,7
Проходили тестирование на гепатит С до обращения в Фонд	2534	47,3	492	51,5
Проходили тестирование на гепатит В до обращения в Фонд	1502	28,0	313	32,8
Прошли тестирование на сифилис до обращения	5046	94,2	848	88,8

<i>Характеристика клиентов</i>	<i>м</i>		<i>ж</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
в Фонд				
Имеют прививку от гепатита В	1140	30,6	124	27,2
Имеют прививку от гепатита А	1181	22,0	138	14,5
<b>Элементы рискованного поведения</b>				
Употребляют наркотики	2241	41,8	812	85,5
Употребляют наркотики не инъекционно	2118	39,5	785	82,2
Употребляют наркотики инъекционно	866	16,2	257	26,9
Прибегают к услугам секс-работников	766	16,6	34	5,0
Вовлечены в секс-работу	650	13,6	106	15,4
Имели половые контакты с ВИЧ-положительными	1118	26,4	41	7,0
Имели половые контакты с МСМ	3387	70,8	46	6,7
Имели половые контакты с трансгендерные люди	248	5,3	14	2,0
Не использовали средства предохранения во время секса	2771	55,3	485	65,9
Имели незащищённый вагинальный секс	758	14,1	355	37,2
Имели незащищённый анальный секс	2178	40,6	95	9,9
Имели незащищённый оральный секс	1741	32,5	91	9,5
Пребывали когда-либо в местах лишения свободы	444	9,2	60	8,5

Ежегодно наблюдается, что поведение большинства пациентов Фонда рискованное – только десятая часть не имеют рисков (2021 год – 13,4%), способных привести к потере здоровья и, в частности, к заражению ВИЧ или другими ИППП. Остальные так или иначе отметили элементы рискованного поведения: потребление наркотиков у женщин чаще, чем у мужчин – в два-три раза (17,8% – инъекционно и 46,0% – не инъекционно), занятие проституцией (13,6% мужчин и 15,4% женщин), потребление секс-услуг (16,6% мужчин и 5,0% женщин), секс с МСМ (70,8% мужчин и 6,7% женщин), половые контакты с трансгендерными людьми, с ВИЧ-позитивными людьми. Причём каждый пятый или десятый пациент, среди женщин и мужчин соответственно, не знали статус здоровья своего партнера. Более половины отказывались от использования средств предохранения во время секса. Следует отметить, что в занятие проституцией чаще вовлечены трансгендерные и небинарные люди – 67,5%.

Факторный анализ позволил сократить количество переменных, характеризующих состояние здоровья и поведение пациентов Фонда, понять взаимосвязь. Был предпринят метод выделения факторов: метод главных компонент (табл. 3). В результате факторного анализа были получены 8 новых переменных, которые объясняют 60,6% информации о клиентах Фонда.

На втором этапе предпринят корреляционный анализ, показывающий оценить связь фактора и характеристик респондентов. На третьем – получено заключение экспертов – работников Фонда в отношении правомерности выделенных аналитическим путём групп клиентов ВИЧ-сервисной НКО и оценка по пятибалльной шкале сложности работы с группой в части привлечения в Фонд для профилактической работы и лечения (где 1 – наиболее просто и 5 – наиболее сложно). Эксперты проанализировали предложенную типологию (на основе факторного анализа) и согласились с ее правомерностью, согласившись в дальнейшем разработать особые подходы работы с клиентами восьми групп.

Три фактора из восьми содержат информацию о наличии у клиентов Фонда ВИЧ-инфекции.

*Таблица 3. Факторная структура характеристик состояния здоровья и поведения пациентов Фонда (данные 2021 года)*

<i>Характеристика клиентов</i>	<i>Компонент</i>							
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Наличие ВИЧ-инфекции	0,308		0,306		0,442			
Наличие гепатита С		0,520	0,341					
Наличие гепатита В								0,340
Наличие сифилиса	0,335							
Наличие какой-либо ИППП	0,431	0,437	0,411		0,433			
Постоянно контролируют своё здоровье		-0,404	0,637	0,516				
Обратились в Фонд, чтобы узнать свой ВИЧ-статус		-0,415	0,646	0,498				

<i>Характеристика клиентов</i>	<i>Компонент</i>							
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Самостоятельно обратились в ВИЧ-сервисную НКО (в том числе для повторного прохождения тестирования в Фонде)	0,371						0,365	
Прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию до обращения в Фонд	0,483				-0,321			
Прошли тестирование на гепатит С до обращения в Фонд	0,629				-0,421			
Прошли тестирование на гепатит В до обращения в Фонд	0,653				-,305			
Имеют прививку от гепатита В			-0,597	0,588	0,431			
Имеют прививку от гепатита А			-0,567	0,609	0,445			
Прошли тестирование на сифилис до обращения в Фонд								0,738
Не использовали средства предохранения во время секса							0,532	
Употребляют наркотики не инъекционно		0,622						
Употребляют наркотики инъекционно		0,655						
Прибегают к услугам секс-работников						-0,608		
Вовлечены в секс-работу						0,420	-0,384	-0,319
Имели половые контакты с ВИЧ-положительными	0,594					-0,302		

<i>Характеристика клиентов</i>	<i>Компонент</i>							
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Имели половые контакты с МСМ	0,428	-0,615						
Имели незащищённый вагинальный секс		0,372						
Имели незащищённый анальный секс	0,527	-0,317			0,320			
Имели незащищённый оральный секс	0,547			-0,309				
Пребывали когда-либо в местах лишения свободы		-0,471				0,439		

\*Метод выделения факторов: метод главных компонент. Извлечено компонентом – 8. В таблице представлены только значимые данные, >0,3.

Типичные пациенты с ВИЧ (фактор 1). Пациенты, у которых в анамнезе одно или несколько заболеваний, передаваемых половым путём, включая сифилис. Очевидны признаки устоявшихся рискованных образцов поведения в отношении здоровья: секс с ВИЧ-инфицированным, с МСМ, при этом секс – незащищённый. У пациентов есть опыт посещения Фонда, и они сдавали тесты на наличие гепатитов С и В. Данный фактор имеет ярко-выраженную связь с самоидентификацией «гомосексуал» (0,549 на уровне значимости 0,001) и с отнесением интервьюера своего клиента к риск-группе МСМ (0,705 на уровне значимости 0,001). Такое состояние характерно молодым людям, в возрасте двадцати двух лет и моложе и иностранным гражданам (мигрантам).

Комментарий эксперта: *«Такие клиенты чаще всего самостоятельно обращаются в Фонд, знают о своих рисках, но не готовы менять поведение на более сохранное»*. Работать с группой сложно на уровне 3 баллов.

Нелегальные мигранты (фактор 3). За данным фактором стоят характеристики пациентов с сочетанными заболеваниями: ИППП и гепатит С. Первичное посещение Фонда с целью узнать свой статус сочетается с отсутствием вакцинации от гепатитов В или А. При этом пациенты считают, что постоянно контролируют своё здоровье. Данная характеристика также соответствует

мужчинам – гомосексуалам, иностранцам без регистрации, прибывшим в Россию ранее 2018 года.

Комментарий эксперта: *«Нелегальные мигранты – это группа, в которой люди не заботятся о своём здоровье, поскольку это не является для них приоритетом, главное – заработок. Часто, представители данной группы не могут покинуть своё место работы, они живут там же, где работают, не имея документов, чтобы свободно передвигаться»*. Работать с группой очень сложно на уровне 5 баллов.

Молодые MSM (фактор 5). Элементы самосохранительного поведения присутствуют, клиенты прошли вакцинацию от гепатитов А и В, но тестирование на наличие гепатитов не проходили. Рискуют в своем сексуальном поведении, не применяя средства предохранения. Этот фактор, как и два предыдущих соответствует гомосексуальной ориентации респондента, а также молодым людям в возрасте 18-22 лет (на уровне значимости 0,001).

Комментарий эксперта: *«Молодёжь из числа MSM чаще стремится к соблюдению элементов здорового образа жизни. Они регулярно проходят тестирование и следят за вакцинацией от возможных инфекций. Интересуются своим здоровьем и здоровьем половых партнёров»*. Работать с группой сложно на уровне 3 баллов.

Потребители наркотиков (фактор 2). Ось данного фактора составляют переменные, характеризующие потребление наркотиков (наркотики потребляются инъекционно и не инъекционно), наличием гепатита С. Поведение сопровождается практикой рискованного секса (отказом от средств предохранения) и наличием ИППП. Отсутствует постоянный контроль здоровья, нет стремления узнать свой статус здоровья. Фактор не является женским или мужским и не связан с какой-либо самоидентификацией, в данную группу не входят MSM.

Комментарий эксперта: *«Наркопотребители не заботятся о здоровье, не готовы воспринимать рекомендации врачей относительно лечения ИППП, считают, что для них в этом нет необходимости. Общество и семья, как*

*правило отказываются от таких людей»*. Работать с группой сложно на уровне 4 баллов.

Мужчины, вовлечённые в проституцию (фактор 6). Основная нагрузка данного фактора связана с двумя переменными: поведение – проституция (поскольку практикуется секс за деньги, еду или наркотики) и пребывание в местах лишения свободы. Фактор значимо коррелирует с переменной, характеризующей старшую возрастную группу – 32 года и старше и со статусом MSM. К этой же группе относятся и трансгендерные люди.

Комментарий эксперта: *«В данную группу часто попадают мужчины, совершившие «временный» транс-переход (временно сменили гендерную принадлежность с мужской на женскую), которые являются мигрантами. Поскольку «транс-переход сексуализированный» и делается только для заработка, данную группу сложно мотивировать на сохранение здоровья. Представители группы часто сталкиваются с облавами и попадают в полицейские участки. Они не готовы ради профилактики ИППП покинуть место своей привычной работы»*. Работать с группой очень сложно на уровне 5 баллов.

Легальные мигранты (Фактор 8). Наличие в анамнезе гепатита В – данное заболевание является хроническим, антитела к гепатиту В сохраняются пожизненно. Прошли тестирование на сифилис до обращения в Фонд, получили результаты. Не вовлечены в занятие проституцией. Имеют временную регистрацию на территории России и находятся здесь легально.

Комментарий эксперта: *«Иностранцы с регистрацией – наиболее сложный контингент. Этим людей труднее всего пригласить в Фонд для проверки здоровья, поскольку они уверены, что их здоровью ничего не угрожает. В какой-то мере это действительно так, они следуют букве закона и регулярно проходят обязательные медицинские обследования. При обращении в Фонд они закрыты и мало рассказывают о прошлом опыте контроля состояния здоровья и рискованного поведения»*. Работать с группой очень сложно на уровне 5 баллов.

Здоровые клиенты (Фактор 7). Данный фактор образуют две переменные, связанные с самосохранительным и рискованным поведением. С одной стороны, под данный фактор попадают те, кто «уже был здесь», то есть регулярно посещают Фонд. С другой стороны, проявляется рискованное поведение – «не использовал презерватив».

Комментарий эксперта: *«Здоровые клиенты, или те, кто заботятся о своём здоровье, часто обращаются в Фонд за поддержкой и консультацией специалистов. Чаще всего это МСМ или трансгендерными людьми, которые уверены в своём статусе здоровья, используют медикаментозную доконтрактную профилактику (ДКП), которая защищает их от ВИЧ»*. Работать с группой сложно на уровне 2 баллов.

МСМ с наименьшими рисками (Фактор 4). Постоянный контроль за своим здоровьем, посещение Фонда с целью узнать свой статус здоровья, в том числе в отношении ВИЧ-инфекции. Наличие вакцинации от гепатитов В и А. Отсутствие практики незащищённого секса. Поведение характерно для самой старшей группы клиентов Фонда (старше 32 лет). Характерен мужчинам – гомосексуалам.

Комментарий эксперта: *«Представители данной условной группы МСМ – редкие клиенты Фонда. Разборчивы в выборе партнёра, заботятся о здоровье, следят за питанием, занимаются спортом»*. Работать с группой проще, чем с другими группами, на уровне 2 баллов.

Представители уязвимых групп населения отличаются особыми характеристиками – установками, поведением, самоидентификацией и состоянием здоровья. У каждого десятого клиента Фонда – ВИЧ-инфекция и гепатит С, болели ранее или болеют в настоящее время ИППП каждый четвертый, сифилисом – 4,6% мужчин и 1,4% женщин.

Поведение большинства пациентов Фонда – рискованное: только десятая часть не имеют рисков, способных привести к потере здоровья и, в частности, к заражению ВИЧ или другими ИППП. Отметим элементы рискованного поведения (в том числе до семи элементов) 83,9% клиентов: потребление

наркотиков, занятие проституцией, потребление секс-услуг, секс с МСМ, ТГЛ, с ВИЧ-позитивными людьми.

В рамках второго параграфа, на основании аналитико-математических методов выделены восемь основных условных групп пациентов Фонда, которые подтверждены экспертами – работниками Фонда. Определение основных групп – клиентов Фонда позволит выстраивать стратегии работы в зависимости от ряда основных социально-демографических характеристик (возраста, сексуальной ориентации) клиентов, достижимости клиентов, заболеваемости, рискованного поведения и установок в отношении заболеваемости, лечения и профилактики.

Все эти группы объединяет то, что они готовы жертвовать здоровьем и вести девиантный образ жизни. Нелегальные мигранты наиболее бесправные, ограниченные в перемещении люди. В поведении людей, занимающихся проституцией и легальных мигрантов сильна субъективная составляющая – первые не хотят менять сферу занятости, вторые недостаточно просвещены в отношении имеющихся заболеваний. Скорее к сложной группе (на уровне 4 баллов) относится группа потребителей наркотиков. Это глубоко зависимые от своей привычки люди, которые сложно поддаются убеждению лечиться.

Именно в отношении указанных выше групп необходимо выстраивать особенные стратегии выявления заболеваний (ВИЧ-инфекции, гепатитов, ИППП), профилактики и лечения.

Относительно проще работать с группами молодежи, первая из которых – ВИЧ-позитивные с дополнительным комплексом заболеваний. Обе группы – представители МСМ.

Положение и поведение представителей каждой группы обусловлены рядом факторов объективного и субъективного характера, которые также необходимо учитывать при организации работы. Объективные, которые не зависят или вышли из-под контроля клиентов, например, отсутствие регистрации и наличие определённых заболеваний. Субъективные – зависят от самих

пациентов: нежелание менять образ жизни, заниматься профилактикой, лечиться.

Обозначенные основные группы клиентов диктуют необходимость выработки дополнительных принципов и ценностей при работе с данным контингентом обращающихся в Фонд.

### **2.3. Принципы и структура работы типовой ВИЧ-сервисной некоммерческой организации**

Рассмотрение принципов, ценностей и особенностей работы с представителями групп риска – клиентами Фонда, целесообразно начать с анализа структуры типовой ВИЧ-сервисной НКО. Методом включенного наблюдения проанализирован Благотворительный фонд «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения». Фонд был основан в 2009 году специалистами в области охраны здоровья, равнодушными к проблеме эпидемии ВИЧ-инфекции в России.

Работа Фонда на 2024 год включает реализацию двух благотворительных программ, на которые составляет проекты и реализует гранты. Поскольку Фонд является некоммерческой организацией, он напрямую зависит от стороннего финансирования доноров (меценатов, крупных коммерческих компаний, других фондов, осуществляющих сбор средств для фондов), граждан (частные пожертвования граждан и клиентов Фонда), государственных контрактов, участия в государственных закупках и других форм фандрайзинга и краудфандинга.

Внутреннее кадровое устройство Фонда отличается от структуры большинства коммерческих и государственных предприятий. В Фонде нет четкой осязаемой вертикали управления, все решения по управлению и реализации проектов принимаются основной командой Фонда, утверждение программ и проектов проводится членами Правления Фонда. Внутренние приказы, акты и положения организации принимаются единолично генеральным директором

Фонда, который передает информацию менеджерам, руководителям структурных подразделений или проектов, которые в свою очередь доносят ее до своих подчиненных.

В настоящем исследовании обозначена структура типовой НКО. При определении структуры Фонда соискатель условно разделил структурные подразделения на две группы – «устойчивые» и «временные». Устойчивые или постоянные отделы – это те, без которых Фонд не может осуществлять свои прямые функции – предоставление социально-медицинских услуг, оказание помощи, проведение благотворительной деятельности, др. Среди устойчивых подразделений можно выделить: отдел мониторинга и оценки; финансовый отдел; программный отдел; бухгалтерия; медицинский центр. Без наличия этих подструктур, Организации невозможно выстраивание коммуникации с контрагентами на всех этапах, включая грантодателей, специализированные медицинские учреждения, клиентов.

В свою очередь, временные (проектные) подразделения и сотрудники – создаются и привлекаются для работы в Фонде, в ответ на потребности проектов Фонда, на определённый срок действия гранта. К таковым можно отнести: отдел консультирования и тестирования; отдел аутрич-работы; отдел медико-социального сопровождения; отдел по работе с мигрантами; отдел по медикаментозной профилактике ВИЧ; отдел самотестирования. В Фонде не принято делить работу по отделам, однако, в настоящем исследовании, направления работы Фонда названы отделами, чтобы обосновать важность каждого из направлений работы Фонда.

Обязанности каждого из отделов четко разделены и дополняют друг друга. Отдел аутрич-работы включает в себя сотрудников, которые занимаются поиском и достижением клиентов для привлечения их к тестированию на ВИЧ и другие инфекции. Аутрич-работники проводят работу очно в местах локализации уязвимой группы (точки секс-работы, клубы, др.) и онлайн в социальных сетях, закрытых каналах. Отдел тестирования и консультирования проводит обязательное консультирование по ВИЧ; тестирование на инфекции,

передаваемые преимущественно половым путем; в случае выявления «положительных» результатов тестирования, отдел медико-социального сопровождения помогает клиенту сориентироваться в вопросах лечения, доводит клиентов до специализированных лечебно-профилактических учреждений (Центров СПИД, кожно-венерологических диспансеров, туберкулезных клиник и других), в зависимости от выявленного заболевания.

В ходе исследования было инициировано создание компонента «домашнее» самостоятельное тестирование на ВИЧ. Подобный компонент работы создан для клиентов, которые не хотят или не могут приехать самостоятельно в Фонд. Под особенности отдела наняты и обучены специалисты, которые работают согласно алгоритму, разработанному в рамках исследования: (1) сотрудник отдела получает запрос клиента через сайт Фонда на заказ теста на ВИЧ, (2) обрабатывают заявку и отправляет тест на адрес, указанный клиентом, (3) проводят онлайн консультацию по ВИЧ с использованием дистанционных технологий (любой удобный для клиента канал связи – Zoom.us, WhatsApp, др.), (4) получает результат тестирования, (5 – опционально) в случае необходимости передает клиента в отдел медико-социального сопровождения для раннего начала лечения.

В ходе исследования, для ВИЧ-отрицательных клиентов, внедрен и функционирует еще один проектный отдел – медикаментозной профилактики ВИЧ. Сотрудники этого отдела проводят для клиентов консультации по использованию доконтактной и постконтактной профилактики ВИЧ (ДКП и ПКП), рассказывают о способах ее применения, местах, где ее можно купить или заказать.

Отдельное крупное направление работы Фонда – работа с трудовыми мигрантами. Данной работой занимается самостоятельный отдел, в который включены аутрич-работники, консультанты, социальные работники, владеющие языками Центральной Азии (узбекским, таджикским, киргизским), а также русским, испанским и английским языками. Отдел занимается преимущественно помощью по ВИЧ для граждан Беларуси, Казахстана, Кыргызстана,

Таджикистана, Узбекистана, Украины, Молдовы, Кубы и ряда других стран, находящихся в миграции в Москве или Московской области.

Работа устойчивых отделов направлена на поддержание структуры, стабильность финансирования, контроль выполнения заявленных индикаторов проектов. Ключевым в работе Фонда является отдел по мониторингу и оценке. В обязанности данного отдела входят все этапы реализации благотворительных программ от этапа написания гранта до предоставления отчета грантодающей организации. Помимо поиска финансирования, отдел занимается контролем за деятельностью Фонда, проводит обучение для сотрудников Фонда, оценивает уровень знаний специалистов, разрабатывает индивидуальные планы работы и повышения знаний, внедряет новые методики и подходы к профилактике инфекционных заболеваний в рутинную деятельность Фонда.

Финансовый отдел следит за расходами и доходами организации, ведет переговоры с грантодателями относительно реализации и модификации бюджетов, запрашивает транши, контролирует все выплаты, тесно сотрудничает с бухгалтерией, но не подчиняется ей напрямую. Бухгалтерия проводит бухгалтерский учет, обрабатывает всю поступающую документацию по вопросам оплаты услуг, взаимодействует с контрагентами Фонда.

Программный отдел включает в себя менеджеров, которые управляют проектами, реализуемыми Фондом. Отдел тесно взаимодействует с финансовым отделом и отделом мониторинга и оценки, что позволяет реализовывать проекты качественно. В 2021 году Фонд получил лицензию на осуществление медицинской деятельности и переоборудовал низкопороговый центр тестирования в медицинский центр, который также является одним из важных структурных подразделений Фонда.

Медицинский отдел следит за актуальным законодательством в сфере охраны здоровья граждан, контролирует все процессы, связанные с предоставлением услуг по здоровью, а также создает комфортные условия для клиентов и врачей, включенных в реализацию проектов, занимается поиском новых медицинских контактов, отвечает за медицинские закупки.

Сотрудники устойчивых отделов (бухгалтерия, финансы, мониторинг и оценка, программный менеджмент) подбираются с учётом наличия у них соответствующей квалификации, уровня образования и опыта работы. Для реализации проектов, в зависимости от целей и задач конкретного проекта, осуществляется подбор равных консультантов, аутрич и социальных работников. Например, для работы с людьми, употребляющими наркотики, Фонд ищет людей, имеющих опыт употребления ПАВ или «социометрических звёзд», которые могут организовать выход на подобную группу лиц. Для работы с мигрантами Фонд подбирает сотрудников, владеющих языками Центральной Азии и т.п.

Развитие Фонда с момента становления в 2009 по 2024 год указывает на постоянное развитие и рост организации (табл. 4), который достигается применением внедренного в ходе исследования мониторинга. Сотрудники Фонда, заинтересованы во включении новых подходов и технологий в рутинную работу. В 2009 году в России еще не были доступны экспресс-тесты на ВИЧ и Фонд, став приемником международной благотворительной программы UNAIDS (Populations Service International – PSI) проводил аутрич информационную работу среди уязвимых и ключевых групп населения.

*Таблица 4. История развития и улучшений профилактической работы Фонда*

<b>Год, период</b>	<b>Знаковые события развития Фонда</b>
2009	Открытие и регистрация Фонда, преемство прав на проведение профилактической работы среди МСМ и ТГЛ в Московском регионе от международной организации Populations Service International.
2010 – 2015	Проведение Российского блока панъевропейского интернет-исследования среди МСМ (EMIS-2010).
	Реализация аутрич-проекта по информированию МСМ и ТГЛ в 7 регионах Российской Федерации.
2015	Открытие первого в России Низкопорогового центра профилактики ИППП для проведения экспресс-тестирования на ВИЧ с использованием слюновых тест-систем OraQuick среди МСМ и ТГЛ.
	Внедрение технологии низкопорогового тестирования на ВИЧ.
2016	Внедрение групп взаимопомощи для МСМ, живущих с ВИЧ.

<i>Год, период</i>	<i>Знаковые события развития Фонда</i>
	Организация партнерства с Московским областным Центром СПИДа для усиления мер по охвату лечением ВИЧ представителей ключевых групп населения.
2017	Проведение первого исследования среди ЛУН в Московской области.
	Проведение Российского блока панъевропейского интернет-исследования среди МСМ (EMIS-2017).
	Реализация биоповеденческого эпидемиологического исследования Роспотребнадзора по компоненту МСМ в Московском регионе.
	Организация доступа к экспресс-тестированию на гепатит С по слюне.
<i>После внедрения мониторинга «Здоровья и поведения уязвимых групп» в рутинную работу Фонда (внедрено автором в рамках настоящего исследования)</i>	
2018	Начало аутрич-работы среди трудовых мигрантов ( <i>предложено и внедрено соискателем</i> ).
	Начало работы проекта «Красные ворота», направленного на профилактику ВИЧ-инфекции среди ЛУН, МСМ, ТГЛ в Московском регионе.
2019	Внедрение технологии самостоятельного («домашнего») тестирования на ВИЧ среди МСМ и ТГЛ в Московском регионе ( <i>предложено и внедрено соискателем</i> ).
2020	Организация профилактического межстранового проекта «Здоровье мигрантов» по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России из Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана.
	Организация оказания услуг посредством телемедицинских технологий (ассистированное самостоятельное тестирование на ВИЧ по видеосвязи; онлайн аутрич-работа по информированию населения; дистанционное медико-социальное сопровождение выявленных ВИЧ-положительных в Центры СПИД; доставка АРВТ маломобильным ЛЖВ) ( <i>предложено и внедрено соискателем</i> ).
2021	Внедрение ДКП. Проведение исследования по применению и приверженности среди МСМ и ТГЛ к доконтактной профилактике ВИЧ ( <i>предложено и внедрено соискателем</i> ).
	Получение лицензии на осуществление медицинской деятельности ( <i>предложено соискателем</i> ). Открытие медицинского центра на базе Фонда.
	Организация доступа к экспресс-тестированию на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С (по капиллярной крови – кровь из пальца).
2022	Адаптация и внедрение подхода «индексное тестирование» в рутинную деятельность Фонда ( <i>внедрено соискателем</i> ).
	Включение Фонда в Региональную экспертную группу по работе с мигрантами ( <i>предложено соискателем</i> ).
	Расширение мониторинга ( <i>внедрено соискателем</i> ).

<i>Год, период</i>	<i>Знаковые события развития Фонда</i>
2023	Расширение географии охвата проекта «Здоровье мигрантов» на внутрисоссийском и международном уровне. Добавлены в России – г. Санкт-Петербург, г. Екатеринбург ( <i>предложено и внедрено соискателем</i> ); добавлены в регионе ВЕЦА – Украина, Беларусь, Казахстан.
2024	Внедрение и апробация новых подходов (онлайн-анкетирование, наблюдение «тайный пациент») к сбору обратной связи, поиску барьеров, потребностей и информированности ключевых групп населения, посетителей Центров СПИД ( <i>внедрено соискателем</i> ).

Обладая выходом на уязвимые слои населения, Фонд активно проводил биоповеденческие и социальные исследования, преимущественно среди контингента МСМ. По результатам, полученным в ходе панъевропейского исследования EMIS-2010, был организован масштабный благотворительный проект, который охватывал профилактикой ВИЧ и ИППП 7 регионов России. Проект длился 5 лет, однако из-за нехватки человеческих и финансовых ресурсов был остановлен.

В 2015 году, с появлением быстрых тест-систем для определения антител к ВИЧ-инфекции по придесневой жидкости (по слюне) OraQuick, Фонд открыл низкопороговый центр, который с 2021 года имеет статус медицинского центра. Лицензирование позволило проводить больший спектр тестирований с использованием российских тест-систем по капиллярной крови (вместо двух типов теста – на ВИЧ и на гепатит С до 2021 года, стали доступны четыре типа тестов – на ВИЧ, сифилис, гепатит В и гепатит С).

С 2018 по 2021 год, помимо МСМ и ТГЛ, Фонд начал обслуживать дополнительно две группы населения – люди, употребляющие наркотики (ЛУН) и трудовые мигранты, преимущественно из стран Центральной Азии и Восточной Европы.

В связи с COVID в Фонде, в середине 2020 года, был организован процесс предоставления профилактических услуг с использованием телемедицинских технологий. Очную аутрич-работу, которую специалисты до COVID проводили в местах локализации ключевых групп, сменила онлайн-аутрич работа

в чатах, на страницах в социальных сетях, в различных группах. На смену офисному тестированию и самостоятельному тестированию пришла технология ассистированного самостоятельного тестирования – клиент может получить набор для тестирования у ближайшей к дому станции метро, связаться с консультантом Фонда по онлайн-связи, получить консультацию, пройти тестирование на ВИЧ. Для случаев «положительного» результата теста на ВИЧ была разработана система дистанционного медико-социального сопровождения. Социальный работник Фонда был на связи с клиентом и врачом, ориентировал клиента по услугам Центра СПИД, а после постановки клиента на диспансерный учет, помогал ему контролировать приверженность лечению ВИЧ.

Поскольку многие мигранты (иностранцы граждане) из-за «ковидных» ограничений не могли покинуть Российскую Федерацию и вернуться на родину, в 2020 году был организован первый трансграничный проект «Здоровье мигрантов». Цель проекта заключалась в организации доступа мигрантов из Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана, которые вынужденно остались в России, к услугам по профилактике и лечению ВИЧ. В 2022 году, перечень стран охвата, в связи с СВО, был увеличен, к проекту добавились мигранты из Украины, Беларуси и Казахстана, а работа была организована как в России с мигрантами, так и в странах-партнерах с релокантами и беженцами.

В 2021 году, в рамках настоящего исследования, было проведено внедрение в рутинную профилактическую работу Фонда доконтактной профилактики ВИЧ для ВИЧ-отрицательных клиентов Фонда с целью сохранения у них отрицательного ВИЧ-статуса. Для достижения наилучших результатов внедрения было проведено исследование по оценке информированности группы относительно ДКП и четырехэтапное оценочное исследование по внедрению и применению ДКП и сохранению «отрицательного» ВИЧ-статуса среди представителей групп повышенного риска (см.: п. 3.2., Глава 3).

В 2021-2023 гг. было предложено и внедрено два дополняющих компонента работы Фонда. Первый из которых направлен на работу с партнерами ВИЧ-положительных людей – «индексное тестирование» (см.: п. 3.2., Глава 3),

а второй заключался в усилении процесса мониторинга (см. п. 2.2., Глава 2).  
Расширение мониторинга было достигнуто добавлением вопросов, связанных с самооценкой здоровья, рискованного поведения, благополучия, расширен перечень вопросов социально-демографического блока.

В 2024 году на базе Фонда, в рамках настоящего исследования, был инициирован и внедрен комплексный подход к оценке барьеров и потребностей, сбору обратной связи от пациентов Центров СПИДа. Впервые в России, на базе двух Центров СПИД был применен метод «тайный пациент» (результаты представлены в п. 3.2., Глава 3).

По результатам проведенного анализа структуры Фонда, основываясь на мониторинге, определено, что в зависимости от характеристик и особенностей состояния, поведения и здоровья группы, проектные сотрудники выбираются по принципу «равный – равному» (табл. 5). Данный принцип является основным в работе проектных сотрудников Фонда.

Каждый клиент Фонда, пришедший на тестирование ВИЧ воспринимается сотрудниками потенциально инфицированным. Первостепенно, для работы с клиентами привлекаются сотрудники с «положительным» ВИЧ-статусом, чтобы в случае подтверждения результата теста, опираясь на личный опыт жизни с ВИЧ, проинформировать клиента Фонда относительно лечения ВИЧ-инфекции и сохранения здоровья.

*Таблица 5. Необходимая характеристика специалиста для работы с отдельными группами клиентов Фонда*

<b>Группа</b>	<b>Особенности группы (в соответствии со сложной типологией)</b>	<b>Необходимые характеристики консультанта</b>
Типичные пациенты с ВИЧ	Наличие в анамнезе одного или нескольких ИППП, включая ВИЧ и (или) сифилис. Устоявшееся рискованное поведение: секс с ВИЧ-положительными; с МСМ; незащищенные половые контакты. Самоидентификация – «гомосексуал». Возраст до 22 лет.	МСМ или молодая девушка психолог. Наличие рискованного окружения и (или) в прошлом наличие рискованных элементов поведения (в контексте гомосексуальности). Изменение личного поведения на самосохранительное.

<i>Группа</i>	<i>Особенности группы (в соответствии со сложной типологией)</i>	<i>Необходимые характери- стики консультанта</i>
Потребители наркотиков	Опыт употребления наркотиков (инъекционно и не инъекционно). Наличие гепатита С и (или) ИППП. Устоявшееся рискованное поведение: незащищенный секс; отказ от средств предохранения; отсутствие контроля здоровья.	ЛУН или врач нарколог (психиатр). Наличие рискованного окружения и (или) в прошлом наличие рискованных элементов поведения (в контексте употребления наркотиков). Изменение личного поведения на самосохранительное.
Нелегальные мигранты	Иностранец, находящийся на территории России нелегально (без обозначенных законодательством РФ документов). Наличие ИППП и (или) гепатита С. Устоявшееся рискованное поведение: отсутствие вакцинации от гепатитов В или А. Самоидентификация – «гомосексуал».	Мигрант или гражданин России, владеющий языками Центральной Азии (таджикский, узбекский, киргизский) <sup>184</sup> . Знание законодательства Российской Федерации в сфере миграции и ВИЧ-инфекции. Для работы с женщинами необходима консультант женщина; для работы с мужчинами – мужчина.
МСМ с наименьшими рисками	Постоянный контроль здоровья. Посещение Фонда с целью узнать свой статус здоровья, в том числе в отношении ВИЧ-инфекции. Наличие вакцинации от гепатитов В и А. Отсутствие практики незащищенного секса. Возраст – старше 32 лет. Самоидентификация – «гомосексуал».	МСМ старше 30 лет. Наличие высшего образования. Наличие рискованного окружения и (или) в прошлом наличие рискованных элементов поведения (в контексте гомосексуальности). Изменение личного поведения на самосохранительное.
Молодые МСМ	Наличие вакцинации от гепатитов В и А. Прохождение регулярного тестирования на ИППП. Устоявшееся рискованное поведение: незащищенный секс. Самоидентификация – «гомосексуал».	МСМ или молодая девушка. Наличие рискованного окружения и (или) в прошлом наличие рискованных элементов поведения (в контексте гомосексуальности). Изменение личного поведения на самосохранительное.

<sup>184</sup> Выбор данной группы языков определен на основе результатов Мониторинга Фонда, основываясь на высокой частоте обращаемости клиентов – иностранных граждан из Таджикистана, Узбекистана, Кыргызстана в Фонд.

<i>Группа</i>	<i>Особенности группы (в соответствии со сложной типологией)</i>	<i>Необходимые характери- стики консультанта</i>
	Возраст до 22-х лет.	
Мужчины, вовлечённые в проституцию	Устоявшееся рискованное поведение: проституция; опыт пребывания в местах лишения свободы. Возраст – старше 32 лет. Идентификация – «гомосексуал» или «трансгендерный человек»	МСМ или ТГЛ. Наличие рискованного окружения и (или) в прошлом наличие рискованных элементов поведения (в контексте проституции). Изменение личного поведения на самосохранительное.
Здоровые клиенты	Прохождение регулярного тестирования на ИППП. Устоявшееся рискованное поведение: незащищенный секс.	Врач терапевт или ЛЖВ. Наличие высшего образования. Наличие рискованного окружения и (или) в прошлом наличие рискованных элементов поведения (в контексте проституции). Изменение личного поведения на самосохранительное.
Легальные мигранты	Мигрант, находящийся на территории России легально (имеет все обозначенные законодательством РФ необходимые документы). Наличие в анамнезе гепатита В.	Мигрант или гражданин России, владеющий языками Центральной Азии (таджикский, узбекский, киргизский) <sup>49</sup> . Знание законодательства Российской Федерации в сфере миграции и ВИЧ-инфекции.

По результатам наблюдения и экспертных интервью, проведенных среди специалистов Фонда, определено, что клиентов Фонда можно условно поделить на две группы, в зависимости от их открытости в предоставлении информации относительно своего поведения, рисков и состояния.

Первая группа – «открытые» клиенты – чаще заботятся о своем здоровье, открыто рассказывают консультанту Фонда о рискованных ситуациях, в случае выявления «положительного» результата тестирования на ВИЧ соглашались встать на учет и начать лечение. Вторая группа – «закрытые» клиенты. К их числу относятся те, кто с недоверием или опаской делятся информацией о своем здоровье, не сразу соглашались на диспансерный учет, в случае выяв-

ления у них ВИЧ-инфекции. Для работы с этой группой, на основе наблюдения, соискателем определена, выстроена и внедрена коммуникационная стратегия (алгоритм), основанная на мотивационном консультировании и дополнительных принципах работы (табл. 6). Стратегия включает рекомендации для консультанта и претендует на внедрение в региональных ВИЧ-сервисных НКО. Отметим, что зачастую, для второй группы требуется привлечение к коммуникации дополнительного контрагента – психолога или социального работника.

*Таблица 6. Принципы коммуникационной стратегии, применяемой к «закрытым» клиентам Фонда*

<b>Принцип</b>	<b>Особенности</b>
«Активное слушание»	Данный принцип применяется с целью выявления особых «запросов» клиента, оценки заинтересованности в изменении поведения в пользу самосохранительного. При применении принципа, консультанту рекомендовано задавать наводящие и дополнительные вопросы, активно участвовать в диалоге с клиентом, поддерживать его и оказывать внимание к словам.
«Конфиденциальности»	Основополагающим в медицине является сохранение доверия между пациентом и врачом. Принцип «конфиденциальности» применяется в Фонде с целью сохранения и усиления доверия между клиентом и консультантом. Принцип используется всегда, консультанту не рекомендуется обсуждать клиента с коллегами, исключая ситуации, в которых требуется помощь дополнительных специалистов – психолога, социального работника, врача.
«Доброжелательности»	Работая с представителями групп риска, в особенности при доведении их до Центра СПИД или другой специализированной организации, требуется соблюдение принципа «доброжелательности». Данный принцип включает общее соблюдение этических норм и правил поведения человека в обществе, дополняется терпимостью к особенностям поведения других людей – клиентов Фонда, представителей групп риска. Консультант обязуется отказаться от стигматизирующей лексики в речи (пр.: вместо наркоман – наркопотребитель; вместо гомосексуалист – гомосексуал и т.д.), дискриминирующего отношения (пр.: не проведение определенного тестирования для клиента, в виду лич-

Принцип	Особенности
	ных отрицательных убеждений относительно его жизненного опыта – отказ трансгендерной женщине в тестировании на сифилис из-за ненависти к «смене пола») к представителям групп риска.
«Безопасности»	Данный принцип дополняет два предыдущих (№2 и №3). Используя его в практике, консультант создает все условия клиенту для сохранения доброжелательного отношения и конфиденциальности на всех этапах коммуникационного взаимодействия с клиентом. В случае, если консультант нарушает данный принцип, может быть принято решение относительно отстранения его от работы с клиентами, предоставление отпуска или выходных, т.к., зачастую, несоблюдение этих принципов (№2-4) является следствием профессионального выгорания работников социальной сферы.
«Открытых дверей»	Последний принцип, который внедрен в ходе исследования направлен на клиентов, которые не готовы своевременно начинать лечение. Суть принципа заключается в том, что для клиента всегда «открыты двери» организации. Если сегодня он не готов к диалогу с консультантом (пр.: убежал с консультации из-за шока получения «положительного» результата теста на ВИЧ), ему все равно будет оказана поддержка, когда он будет готов и вернется в Фонд.

Разработанные соискателем по результатам наблюдения для оптимизации работы со «сложными» («закрытыми») клиентами принципы внедрены в работу Фонда и помогают команде эффективно проводить основные медико-профилактические мероприятия, включая диагностику (тестирование), доведение до лечения (постановка на диспансерный учет в Центр СПИД; посещение врача инфекциониста; социальное сопровождение внутри Центра СПИД), мотивирование и воспитание у клиента приверженности лечению. Описанные выше коммуникационные принципы также применяются и в реализации новых для Фонда подходов – «индексное тестирование» и «доконтактная профилактика ВИЧ». В свою очередь, это позволяет (1) оперативно выходить на партнеров ВИЧ-положительных людей и прерывать некоторые «цепочки передачи ВИЧ» и (2) помогать клиентам из групп повешенного риска сохранять свой «отрицательный» ВИЧ-статус, несмотря на отсутствие желания менять

поведение с рискованного на сохранное. Как следствие, оба подхода направлены на сокращение нагрузки на Центры СПИД.

Решение некоторых задач Фонда требует от соискателя предложения новых подходов в работе с партнерами ВИЧ-положительных людей и с ВИЧ-отрицательными представителями групп повышенного риска. Ниже представлено научно-практическое обоснование внедрения и применения данных подходов.

### **ГЛАВА 3. Научно-практическое обоснование адаптации и технологизации процессов профилактической работы с группами повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией**

#### **3.1. Индексное тестирование: выявление партнеров людей, живущих с ВИЧ**

Для преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции и сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции, необходимо внедрять новые подходы к профилактике, направленные на работу с рискованным окружением и партнерами ЛЖВ (половыми и инъекционными).

Фонд работает с представителями групп высокого риска, пытаясь убедить изменить образ жизни людей, которые по тем или иным причинам не знают свой ВИЧ-статус, не пытаются его установить или осведомлены о носительстве вируса, но не обращаются за квалифицированной медицинской помощью (возможно, продолжая усугублять своё состояние и нанося вред здоровью партнёров). В исследовании используются данные, собранные Фондом за период с 2018 по 2023 гг., и основные результаты Мониторинга в отношении риск-групп за 2022 г.

Согласно «Модели взаимодействия НКО и Центра СПИД» (см.: рис. 4, п. 1.3., Глава 1), работа Фонда начинается с выявления потенциальных клиентов и предложения им получить развёрнутую информацию о последствиях реализации рискованного поведения, в том числе о возможности заражения ВИЧ-инфекцией. Только 30% субъектов, которых аутрич-работники приглашают в Фонд, соглашаются повысить свою информированность в этом вопросе и пройти тестирование как на ВИЧ-инфекцию, так и на другие заболевания, передающиеся преимущественно половым путём.

В целом, Фонд посещают от 3000 до 6000 представителей групп-риска в течение года. Например, в 2022 г. получили консультацию или тестирование в

фонде 3792 человека: 92,9% мужчин (3524 человека) и 7,1% женщин (268 человек) в возрасте от 18 до 65 лет. Как правило, представители риск-групп – молодёжь (57,7 %). Клиентами Фонда зачастую становятся не только жители России, которые составляют большинство (76,3%), но и иностранцы (мигранты) – их 23,7%.

В рамках мониторинга в Фонде определяются основные риски, которым подвержены клиенты: наличие ВИЧ-инфекции или других ИППП, потребление наркотиков, занятие проституцией, секс мужчин с мужчинами. Затем осуществляется персональное консультирование и тестирование граждан на предмет выявления заболеваний. Таким образом, у клиентов Фонда есть возможность пройти первичную диагностику и принять решение о необходимости посетить специализированное медицинское учреждение.

По результатам мониторинга определено, что Центры СПИД используют в своей работе следующие подходы и методы профилактики: консультирование по вопросам здоровья, ВИЧ и ИППП; тестирование (анализ) на ВИЧ-инфекцию; предоставление населению препаратов для ее лечения; противоэпидемиологические мероприятия. В свою очередь гражданское общество в лице ВИЧ-сервисных НКО определяет точки для поиска и выявления клиентов из групп повышенного риска; проводят их информирование и мотивационное консультирование; выявляют ВИЧ-положительных субъектов методом «экспресс-тестирования» по капиллярной крови (кровь из пальца); обеспечивают их социальное сопровождение и переориентацию на Центры СПИД.

Всего из 3792 человек, которые пришли в Фонд в 2022 г., у 3,9% была обнаружена ВИЧ-инфекция, у 5,3% – ее впервые выявили в этой организации. В конечном итоге почти каждый десятый (9,2%) клиент Фонда – это носитель вируса иммунодефицита. Из них треть (33,1%) считает, что практически не рискует, оценив опасность возникновения последствий на уровне 1–2 баллов из 5; половина респондентов (52,7%) ответили, что риски умеренные – на уровне 3 баллов, и только 14,1% опрошенных считают, что риски значительные и крайне высокие. Следовательно, большинство представителей групп

риска недооценивают последствия инфекции для их здоровья и социума в целом. В то же время только у каждого десятого клиента Фонда нет партнёра или есть один постоянный (13,3%), у остальных же – 2 и более; у каждого десятого – 5 (9,8%). При таком поведении сложно избежать рисков в отношении себя и других людей. Но также непросто выявить партнёров, которых множество, и о каждом из них клиенту вспомнить сложно или невозможно. Кроме того, практически каждый десятый пользовался сам услугами секс-работников (10,5%). Также отмечается участие респондентов в групповом сексе (12 человек – 3,5%), использование наркотиков (15 человек – 4,3%). Следовательно, у этих людей риски увеличиваются, а сексуальных партнёров выявить сложнее. Всего в течение года сотрудники Фонда отрабатывают порядка 9000 потенциально зараженных из числа входящих в контактный круг с ВИЧ-положительными клиентами, которых надо разыскать и проверить на факт возможного носительства вируса.

Среди данной группы респондентов присутствуют также мужчины, которые занимаются проституцией и имеют множество партнёров. Сегодня работу Фонда с клиентами можно разделить на два условных блока: 1 – операционная деятельность (которую организация ведёт в постоянном режиме с 2018 г.); 2 – инновационная деятельность, которая начала реализовываться фондом в качестве проекта с 2021 г. в части выявления носителей инфекции. Рассмотрим их подробнее. Операционная деятельность Фонда в отношении клиентов – это обязательная работа, которую организация практикует с представителями социальной риск-группы с 2018 г., она включает такие элементы работы, как: 1) поиск (достижение клиента) и мотивационная беседа; 2) дотестовая консультация, связанная с объяснением рисков состояния и поведения; 3) тестирование на ВИЧ и другие инфекции; 4) послетестовая консультация; 5) собеседование с психологом (при необходимости); 6) запись клиента к врачу в государственную специализированную медицинскую организацию (при необходимости); 7) сопровождение клиента в государственную специализированную медицинскую организацию (при необходимости).

Практика работы Фонда с 2018 по 2024 гг. показала, что наиболее ответственные граждане становятся постоянными клиентами Фонда и Центра СПИД и начинают проходить тестирование на наличие ВИЧ-инфекции и других инфекций на регулярной основе. По данным Мониторинга в 2022 г., самостоятельно обращаются в Фонд с целью проверить своё здоровье 54,8% клиентов; потому что постоянно контролируют своё здоровье – 61,3%; кто-то приходит в Фонд уже не первый раз – 47,7%. Клиенты НКО, в том числе потенциальные, связаны между собой и, как правило, узнают о возможности получить консультацию специалистов Фонда от своих друзей или знакомых (в 63,3% случаев). Вместе с тем часть людей, которые уже получили консультацию и даже узнали о наличии у себя заболеваний (ИППП), продолжают вести рискованный образ жизни. Это говорит о необходимости поиска новых принципов работы с указанным контингентом в целях предотвратить негативные последствия подобного рискованного поведения.

В связи с вышесказанным в ходе настоящего исследования было принято решение о внедрении дополнительных профилактических мероприятий в практику работы Фонда. Инновационная деятельность Фонда в отношении клиентов – это взаимодействие с партнёрами ВИЧ-положительных людей, выявленных при тестировании на это заболевание. В 2022 г. Фонд начал реализовывать проект «Индексное тестирование» – поиск партнёров ВИЧ-инфицированного клиента и установление круга его коммуникации.

Особенность проекта заключается в том, что субъект с «положительным» результатом на вирус иммунодефицита человека направляется в Центр СПИД, одновременно с этим ему предлагается привести в Фонд своих партнёров (половых и инъекционных) для тестирования. Затем в Центре СПИД ему также предложат предоставить контактные данные своих коммуникантов (будет организовано эпидемиологическое расследование).

Несмотря на общую цель – выявить рискованных партнёров, предотвратить или снизить возможность новых заражений, принципы работы государственной и общественной организаций различны и имеют свои особенности (табл. 7).

*Таблица 7. Принципы работы государственной и общественной организации в отношении выявления ВИЧ-инфицированных людей*

Организация	Инструмент и принцип работы	Особенности методов	
		плюсы	минусы
Центр СПИД – государственная организация	Эпидемиологическое расследование – принудительное тестирование. В соответствии с законодательством пациент должен указать данные партнёров	Общение медицинского работника и пациента Возможность включения случая ВИЧ-инфицирования в учёт государственной статистики	Пациенты могут скрывать своих партнёров, считая инструмент работы неэтичным
Фонд (НКО) – общественная организация	Индексное тестирование	Пациент решает сам – должен ли он указать имя своего партнёра (добровольно). Общение клиента с работником фонда происходит по принципу «равный равному» Позволяет сохранить конфиденциальность (анонимность) и расположить пациентов к откровенности	Данные о ВИЧ-инфицированных попадут в статистический учёт только в случае последующего посещения пациентом центра СПИД

Сотрудники Центра СПИД стремятся получить контактные данные всех партнёров своих пациентов и провести для них принудительное тестирование на наличие ВИЧ-инфекции, указывая на рискованный контакт с конкретным человеком. В случае удачного расследования и прихода партнёра в Центр СПИД, пациенту проводят диагностику и при «положительном» результате на вирус назначают лечение, затем также «по цепочке» просят дать контакты всех

взаимодействовавших с ним в рисковом поле. Данные о ВИЧ-инфицированных фиксируются в Центре СПИД и попадают в официальный статистический учёт. Недостатком такого выявления контактов, по мнению пациентов Центра СПИД, является нарушение конфиденциальности, а, следовательно, этичности, несмотря на то, что такое расследование проходит в соответствии с законодательством.

Индексное тестирование – уникальное и новое направление работы не только для Фонда, но и для России в целом. Данная методика, не была ранее нигде внедрена в России. Подход схож с инструментом «эпидемическое расследование», который применяют государственные Центры СПИД.

Методика индексного тестирования, которая внедрена в деятельность Фонда в ходе исследования, тоже направлена на сбор контактов и сведений о партнёрах ВИЧ-положительных людей, но не включает в себя принудительного тестирования и позволяет сохранить анонимность и конфиденциальность. В Фонде с клиентом работают сотрудники, которые уже прошли путь клиента. Такой принцип называется «равный – равному». Считается, что коммуникации устанавливать и убеждать легче сотруднику, который находится в аналогичной с клиентом ситуации и может демонстрировать позитивный опыт изменения образа жизни (см.: п. 2.3., Глава 2).

По каждому контакту социальный работник Фонда и клиент совместно определяют способ выхода на каждого конкретного партнёра и в конечном итоге применяют различные стратегии: «прямого контакта», «контракта» или «совместного контакта».

Стратегия «Прямой контакт» заключается в том, что социальный работник сам выходит на партнёра клиента по контактными данным, которые получил от клиента.

Стратегия «Контракт» реализуется с передачей инициативы клиенту, который сам приглашает своего партнёра пройти тестирование в случае, если тот не приходит в течение оговорённого срока, социальный работник сам выходит на клиента и реализуется стратегия «Прямой контакт».

Стратегия «Совместный контакт» подразумевает совместный выход социального работника и клиента на партнёра, доведение партнёра до тестирования на ВИЧ.

Вновь выявленного клиента в случае его прихода в Фонд и подтверждения результата, социальный работник Фонда направляет и (или) сопровождает в территориальный Центр СПИД, помогает ему встать на диспансерный учёт, начать лечение.

Недостатком метода индексного тестирования является то, что информация о пациентах, которые пожелали сохранить конфиденциальность, может не попасть в учёт официальной статистики. Но скорее всего и этот недостаток нивелируется, поскольку клиент, узнав о возможном инфицировании, в конечном итоге обратится в государственное медицинское учреждение. Задачей социального работника Фонда в данном случае является мотивирование клиента на скорейшее лечение для достижения наилучшего состояния здоровья, которое в случае ВИЧ-инфицированных, заключается в подавлении вирусной нагрузки (вируса в крови), поднятии иммунитета и как следствие эффективного лечения – невозможность передать инфекцию при половом контакте партнеру или при беременности и родах ребенку.

В целом можно сказать, что методы работы государственной и общественной системы выявления ВИЧ-инфицированных людей дополняют друг друга и позволяют охватить тестированием как можно больше представителей риск-групп, которым необходима консультационная помощь в отношении изменения ежедневного поведения, образа жизни и получения необходимого лечения.

Реализация проекта «Индексное тестирование» способствовала на ранних стадиях выявить новые случаи ВИЧ-инфекции и возможно прервать некоторые цепочки передачи ВИЧ между партнёрами, что позволило принять решение о переводе проектной деятельности в операционную в 2024 году.

При работе с представителями групп повышенного риска, нельзя игнорировать и предупредительную работу с ВИЧ-отрицательными клиентами, которые в силу своих особенностей поведения и состояния не могут или не хотят изменять свое поведение. Для данной группы клиентов в Фонде, в качестве проектной деятельности применяется подход «Доконтактная профилактика ВИЧ».

Работа с ВИЧ-отрицательными людьми, которые продолжают вести рискованный образ жизни, заключается в усилении мер профилактики ВИЧ с целью сохранения «отрицательного» ВИЧ-статуса у данной группы клиентов. Такая мера необходима, чтобы снизить возможную последующую нагрузку на Центры СПИД, куда чаще всего попадают клиенты, ведущие высоко рискованный образ жизни, который они не в силах изменить на сохранный.

Врачи-консультанты Фонда проводят профилактические беседы по использованию медикаментозной доконтактной профилактики ВИЧ (ДКП). Консультация по ДКП включает в себя рассмотрение следующих аспектов: способы приёма (ситуативный и ежедневный); важность использования ДКП при наличии высоких рисков в поведении клиента; рискованность поведения; использование средств профилактики. Каждого клиента консультанты мотивируют на продолжение использования презерватива, поскольку ДКП способна защитить только от вируса иммунодефицита человека и не защищает от других ИППП.

По результатам консультации, клиент самостоятельно принимает решение относительно приёма ДКП и обязан посетить врача-инфекциониста в Центре СПИД. Для контроля состояния здоровья клиента, применяющего ДКП, в процесс мониторинга Фонда введен дополнительный элемент сбора данных.

Клиент, который сообщает консультанту Фонда о готовности начать прием ДКП, заполняет анкету (Анкета №1) «По началу приема доконтактной профилактики» (Приложение №2), где самостоятельно проводит оценку рисков, отмечая те, которые у него были в течение предыдущих 12 месяцев. Консультант проводит обязательное тестирование на ВИЧ-инфекцию, поскольку

важно, чтобы клиент на момент начала приема ДКП был ВИЧ-отрицательным. Дополнительно, но тоже в обязательном порядке, все клиенты, решившие начать прием ДКП, получают тестирование на гепатит В. Если хотя бы один из тестов оказался «положительным», ДКП не рекомендовано клиенту. Консультант организует для данного клиента социальное сопровождение и направляет его в специализированное медицинское учреждение для лечения заболевания.

В случае, если оба результата тестирования оказались «отрицательными», консультант дает клиенту контакты врача-инфекциониста и направляет в лечебно-профилактическое учреждение для получения врачебной консультации и рецепта на лекарственные препараты. По результатам заполнения анкеты (Анкеты №1), клиенту предлагают также стать участником исследования «ДКП в повседневности», чтобы отследить, сохранил ли он свой «отрицательный» ВИЧ-статус, или нет. Клиент дает согласие, оставляет контактные данные и вступает в исследование, получая доступ к регулярному тестированию на ВИЧ и гепатит В (4 раза в течение 12 месяцев), а также консультирование врача.

Спустя два месяца от начала приема ДКП, на контактные данные клиента (номер телефона или адрес электронной почты) поступает запрос на заполнение второй анкеты (Анкета №2) «По применению доконтактной профилактики» (Приложение №3). В анкете, клиент фиксирует все риски, которые у него были после начала приема ДКП, предоставляет информацию по использованию препарата, сообщает о побочных реакциях, оставляет отзывы о работе консультантов и врачей Фонда и Центра СПИД. Полученная информация в дальнейшем служит поводом для принятия решений по обучению персонала и выстраиванию коммуникации с представителями риск-групп. Вместе с анкетой, клиент получает приглашение на повторное тестирование для оценки сохранения «отрицательного» ВИЧ-статуса.

Спустя еще 6 и 12 месяцев от начала приема ДКП, клиент получает третью и четвертую анкеты соответственно (по составу вопросов анкеты схожи с

Анкетой №2), в которой вновь фиксирует риски поведения и состояния, подтверждает продолжение приема ДКП. По результатам третьей анкеты, клиенту вновь рекомендуется пройти тестирование на ВИЧ для контроля ВИЧ-статуса. Цель подобной работы – сохранение «отрицательного» статуса ВИЧ у клиента Фонда – представителя группы высокого риска, не желающего изменять свое поведение на сохранное.

Такая сложная работа проводится с целью сокращения новых случаев ВИЧ и для снижения бремени СПИД на систему здравоохранения и государство. Во многом, прием доконтактной профилактики зависит не только от врача или консультанта. Основной вклад в сохранение «отрицательного» ВИЧ-статуса вносит приверженность клиента использованию ДКП. Воспитание приверженности и мотивационное консультирование клиентов является важной составляющей настоящей работы. От врача или консультанта требуются дополнительные компетенции, проявление эмпатии и особый подход к представителям риск-групп.

Работа по применению доконтактной профилактики ВИЧ требует доработки и объединения усилий НКО, Центров СПИД и фармацевтических компаний, поэтому пока не внедрена полностью в рутинную работу Фонда.

В первом параграфе третьей главы определено, что значительное и быстрое распространение ВИЧ-инфекции в России диктует необходимость кооперации различных институтов, борющихся с проблемой. Примером позитивного сотрудничества является взаимодействие государственных и общественных организаций в части работы с ВИЧ-инфицированными клиентами (пациентами) и их партнёрами. Принципы работы организаций направлены на единую цель, но методы различаются и дополняют друг друга.

В настоящий момент НКО реализует, внедрённый соискателем, метод работы с ВИЧ-инфицированными клиентами «индексное тестирование», что позволяет выявлять новые случаи инфицирования и направлять клиентов в государственные медицинские организации. Для клиентов, продолжающих

вести рискованный образ жизни и не желающих его изменить, Фонд апробирует работу с доконтактной профилактикой ВИЧ. Однако, в силу сложности подхода, полное внедрение его возможно только при консолидации усилий государственного сектора, общественных организаций и производителей лекарственных препаратов.

### **3.2. Оптимизация взаимодействия НКО с системой здравоохранения: мониторинг качества медицинской помощи**

Сотрудничество врача и пациента, доверие, совместные усилия, направленные на профилактику заболеваний и лечение болезни – основные ценности в системе оказания медицинской помощи. По мнению соискателя и ряда исследователей, здравоохранение в Москве основано на профессионализме врачей и медсестёр, грамотной кадровой политике, пациентоориентированном подходе, командной работе профессионалов<sup>185, 186</sup>.

В последние годы произошло улучшение материально-технической базы поликлиник, условий труда медицинских работников, вместе с тем профессионалы отмечают, что центральным вопросом в ценностях московских поликлиник остаётся улучшение взаимодействия врача и пациента<sup>187</sup>. От доверия и сотрудничества зависит и качество медицинской помощи, оценить которую могут прежде всего специалисты высокого уровня. Вместе с тем, учитывая необходимость сотрудничества врача и пациента, мы соглашаемся с тем, что в систему высококвалифицированной помощи вводим контрагента, не обладающего специальными знаниями, но имеющего свои представления о сотрудничестве с врачом и качестве медицинской помощи. Пациент, обращаясь за медицинской помощью, ежедневно её оценивает. Неудовлетворённость

---

<sup>185</sup> Старшинин А.В. Ценности столичного здравоохранения: доверие, командный подход, профессионализм // Московская медицина. 2023. № 4 (56). С. 14–19.

<sup>186</sup> Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Швец Ю.Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение: проблемы и перспективы внедрения в практику. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 171 с.

<sup>187</sup> Московская городская дума [Электронный ресурс]: Ценности столичных поликлиник: в центре внимания – пациент. URL: <https://duma.mos.ru/ru/0/news/novosti-fraktsiy/tsennosti-stolichnyih-poliklinik-v-tsentre-vnimaniya-patsient> (дата обращения: 01.09.2024).

пациента различными аспектами оказания медицинской помощи может вести к отказу от посещения медицинской организации и самолечению<sup>188</sup>.

С целью выявления факторов, влияющих на мнение пациентов в отношении качества медицинской помощи, проведено исследование, в ходе которого разработана и апробирована методика «тайный пациент», позволяющая оценить качество оказания медицинской помощи в соответствии с ценностями медицинских организаций с точки зрения пациента.

В качестве ценностей медицинской организации (МО) выбраны ценности московских поликлиник: пациентоориентированность, профессионализм, доброжелательность, командная работа, доверие, взаимное уважение<sup>189,190</sup>. Вместе с тем мы исключаем рассмотрение ценности «профессионализм», поскольку «тайные» пациенты не являются специалистами и не могут оценить указанное качество в должной мере.

Качество оказания медицинской помощи связывается с основными принципами, предложенными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) к которым относятся: эффективность, ориентация на потребности людей, своевременность, справедливость, интеграция<sup>191,192,193</sup>. Соответствие медицинской помощи указанным принципам исследуется в том числе и с привлечением мнения пациентов. Опросы пациентов проводятся непосредственно

---

<sup>188</sup> Чукреев М.П., Калинин Д.Е. Удовлетворенность качеством амбулаторно-поликлинической помощи студентов-медиков как элемент оценки действующей системы медицинского обслуживания // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2023. №1. С. 181-185.

<sup>189</sup> См. напр.: Старшинин А.В. Ценности столичного здравоохранения: доверие, командный подход, профессионализм // Московская медицина. 2023. № 4 (56). С. 14–19.

<sup>190</sup> См. напр.: Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Швец Ю.Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение: проблемы и перспективы внедрения в практику. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 171 с.

<sup>191</sup> Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. ВИЧ/СПИД. ВОЗ, 2024. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids/> (дата обращения 01.09.2024).

<sup>192</sup> Кочубей А.В. Качество медицинской помощи: теория // Московский хирургический журнал. 2017. № 1 (53). С. 48-52.

<sup>193</sup> Тимофеев И.В. Понятие «качество медицинской помощи»: о необходимости внесения изменений в определение // Петербургский юрист. 2016. № 2. С. 159-162.

в медицинских учреждениях после получения медицинской помощи или в течение некоторого времени после посещения врача<sup>194,195,196</sup>. Недостаток опросов, организованных через некоторое время после посещения МО заключается в том, что пациент не помнит подробностей посещения медицинского учреждения, затрудняется ответить на вопрос или отказывается от ответа. Такие проблемы может испытывать каждый четвёртый пациент поликлиники<sup>197</sup>.

Важной составляющей для пациента в процессе получения медицинской помощи по мнению экспертов является информация на сайте организации, которая должна помочь пациенту в выборе подходящей МО, специалиста и медицинской услуги<sup>198</sup>.

Исследователи анализируют содержание и объём информации, принятой в качестве обязательной для размещения на сайте в соответствии с действующим законодательством. Это значительный перечень содержательной информации о деятельности медицинской организации, её структуре, сотрудниках и оказываемой медицинской помощи, контактной информации, деятельности и услугах, сведениях о медицинских работниках, информации для пациентов, правовой информации, лекарственных препаратах, отзывах пациентов<sup>199,200,201</sup>. Полностью соответствуют требованиям по основным критериям

---

<sup>194</sup> См. напр.: Волнухин А.В. Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым / А.В. Волнухин, Т.Е. Морозова, Г.П. Сквирская, Е.О. Самохина, А.Г. Резе, Т.В. Заугольникова, Т.Е. Помыткина, Н.И. Жернакова, А.А. Стремоухов, А.А. Герцог // Социальные аспекты здоровья населения. 2023. №2. С. 21-50.

<sup>195</sup> См. напр.: Ерохина И.Ю., Рослая Н.А. Анализ удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных условиях // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. IV Международная (74-я Всероссийская) научно-практическая конференция, 2019. С. 626–631.

<sup>196</sup> См. напр.: Кобякова О.С. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, О.О. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. №3. С. 5.

<sup>197</sup> Ерохина И.Ю., Рослая Н.А. Анализ удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных условиях // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. IV Международная (74-я Всероссийская) научно-практическая конференция, 2019. С. 626–631.

<sup>198</sup> Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 61(2). С. 70–75.

<sup>199</sup> Лактионова Л.В. Организация информационного пространства медицинского учреждения // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). 2013. № 2 (30). С. 7.

<sup>200</sup> Полухин Н.В. Анализ информационного наполнения сайтов медицинских организаций в сети Интернет // Вестник «Биомедицина и социология». 2018. № 1 (3). С. 21–24.

<sup>201</sup> Ханиев А.А., Ардавова А.А. Государственные стоматологические организации в цифровую эпоху: актуальность информационной прозрачности и достоверности данных // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. № 2 (9). С. 86–96.

содержания только пятая часть сайтов<sup>202</sup>. Вместе с тем не известно какая часть информации востребована пациентом.

Исследователи отмечают, что в качестве факторов, влияющих на мнение пациента при посещении поликлиник, является ожидание приёма специалиста. А в стационаре – комфортность условий пребывания, наличие необходимого оборудования, лекарственных препаратов<sup>203</sup>. Наиболее важные элементы получения медицинской помощи для пациента находятся в зоне коммуникации с врачом, например, внимание и отношение врача, разъяснение врачом вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи, заинтересованность врача в сохранении/восстановлении здоровья<sup>204</sup>.

Отвечая на вопросы, предложенные исследователем, пациенты не всегда могут рассказать о том, что действительно для них было важным, что надо изменить в организации работы МО. Негативным примером высказывания мнения пациентом могут быть жалобы, наиболее распространённые из которых связаны с некорректностью общения медицинского работника, длительностью ожидания, невозможностью получения медицинской услуги<sup>205</sup>.

Работникам, контактирующим с пациентами (специалистам call-центра, администраторам-регистраторам, работникам приёмного покоя, среднему медперсоналу, врачам), предписывается избегать фраз, которые могут привести к конфликтной ситуации при общении с пациентами<sup>206</sup>.

---

<sup>202</sup> Эккерт Н.В., Полухин Н.В. Представление информации для потребителей медицинских услуг на веб-сайтах медицинских организаций: проблемы и пути решения // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019. № 3 (37). С. 62–70.

<sup>203</sup> Линденбратен А.Л., Коломийченко М.Е. Анализ результатов социологических исследований качества и доступности медицинского обслуживания // Медикофармацевтический журнал «Пульс». 2021. Т. 23. №6. С. 225-231.

<sup>204</sup> Волнухин А.В. Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым / А.В. Волнухин, Т.Е. Морозова, Г.П. Сквирская, Е.О. Самохина, А.Г. Резе, Т.В. Заугольникова, Т.Е. Помыткина, Н.И. Жернакова, А.А. Стремоухов, А.А. Герцог // Социальные аспекты здоровья населения. 2023. №2. С. 21-50.

<sup>205</sup> Иванова М. Экспресс-ответ на жалобу: комплект заготовок для самых популярных обращений пациентов // Заместитель главного врача. 2024. № 3. С. 54-58.

<sup>206</sup> Лагерь И. Какие фразы запрещено говорить пациентам. Альтернатива – в таблице // Заместитель главного врача. 2023. № 8. С. 19-24.

В некоторой степени проблему купирования жалоб пациентов и полноты обратной связи можно решить, используя методы фокус группа, тематическое интервью, «тайный пациент» (контрольный пациент, скрытый пациент, анонимный пациент), которые позволяют оперативно получать подробную информацию о работе медицинской организации с точки зрения пациентов. Метод «тайный пациент» предлагается использовать в маркетинговых исследованиях по заказу частных клиник с целью выявления проблем, которые не позволяют увеличить число клиентов и приносить прибыль. Например, в качестве тайного пациента стоматологических клиник предлагается подготавливать профессиональных ревизоров, обладающих знаниями в области стоматологии, коммуникативными навыками, владеющих эффективными психологическими приёмами<sup>207</sup>.

Более широкое внедрение метода в государственных поликлиниках вызвало полемику в обществе и экспертном сообществе. Предполагается, что заинтересованными сторонами в получении информации от «тайного» пациента должны быть Минздрав, Росздравнадзор и Роспотребнадзор, которые могут создать межведомственную группу, ответственную за организацию сбора и обработку первичных данных. «Тайными» пациентами могут стать активисты, которым надзорные органы уже предоставляют дополнительные функции<sup>208</sup>. Высказывается необходимость привлечения в качестве «тайного» пациента специалистов, которые могут проверить знания медработников<sup>209</sup>, что скорее соотносится с принципами проверки, принятыми для коммерческих организаций.

---

<sup>207</sup> Клоуда Ю. Тайный пациент в стоматологической клинике // Свой бизнес маркетинг и психология. 2016. № 1 (145). С. 52–54.

<sup>208</sup> Разгуляева М. [Электронный ресурс]: Против хамства и непрофессионализма: в России предложили создать «тайных пациентов». URL: <https://mosregtoday.ru/news/zdravoohranenie/protiv-hamstva-i-neprofessionalizma-v-rossii-predlozhili-sozdat-tajnyh-patsientov/> (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>209</sup> Разгуляева М. [Электронный ресурс]: «Гораздо эффективнее, чем экзамены»: психолог поддержал идею создать в России «тайных пациентов». URL: <https://mosregtoday.ru/news/zdravoohranenie/gorazdo-effektivneechem-ekzameny-psiholog-podderzhal-ideju-sozdat-v-rossii-tajnyh-patsientov/> (дата обращения: 01.09.2024).

Медицинские работники не соглашаются с подходом, при котором медицина рассматривается и контролируется исключительно как сфера услуг<sup>210</sup>. В некоторых случаях «тайный» пациент приходит в медицинскую организацию с целью поиска недостатков в работе и придания их широкой огласке. Организации в этом случае предлагается алгоритм распознавания тайного пациента, защиты от провокации и её возможных последствий<sup>211</sup>. Организация работы тайного пациента, противопоставляющая пациента и медицинского работника, может препятствовать их сотрудничеству, взаимному уважению и доверию.

Напротив, организация исследования на основе сотрудничества сторон, доброжелательного взаимодействия пациентов и руководства МО предполагает совместный поиск скрытых резервов медицинской организации, позволяющих улучшить работу. В этом случае руководитель заинтересован в приглашении «тайного» пациента и получении обратной связи. Пациент может оценить обычную повседневную деятельность МО, взаимодействие врача и других сотрудников поликлиники с пациентами, отметить продолжительность ожидания приём врача, описать как прошёл приём. Или проверить различные аспекты работы медицинской организации и её сотрудников<sup>212</sup>. Например, на территории г. Иваново в рамках проекта «Вежливая регистратура» «тайными» пациентами была проверена работа регистратур поликлиник. К организации проверок привлекались общественные организации города<sup>213</sup>.

По мнению автора, в качестве обратной связи от пациентов для медицинской организации следует предложить метод, который также будет основан на ценностях: взаимном доверии, уважении сторон и сотрудничестве. В

---

<sup>210</sup> Разгуляева М. [Электронный ресурс]: Против хамства и непрофессионализма: в России предложили создать «тайных пациентов». URL: <https://mosregtoday.ru/news/zdravoohranenie/protiv-hamstva-i-neprofessionalizma-v-rossii-predlozhili-sozdat-tajnyh-patsientov/> (дата обращения: 01.09.2024).

<sup>211</sup> Глюкова М. Тайный пациент в клинике. алгоритм действий для сотрудников // Заместитель главного врача. 2018. №12. С. 96-111.

<sup>212</sup> Малеина М.Н. Тайный пациент и договор об оказании информационных услуг // Медицинское право. 2017. №3. С. 7-11.

<sup>213</sup> Москвина С. «Тайный пациент» как механизм повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи // Врач. 2017. № 1. С. 77–78.

этой связи соискателем был разработан комплекс инструментов (анкетирование, фокус группа, наблюдение), направленный не только на сбор обратной связи по качеству медицинской помощи, но и на поиск пробелов, барьеров и потребностей и проведено пилотирование исследования методом наблюдения «тайный пациент»

*Участники исследования* (тайный пациент, пациент, участник) – десять студентов социологов и десять клиентов и волонтеров Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» (Благотворительный фонд), которые описали элементы, составляющие процесс получения медицинской помощи и участвовали во включённом наблюдении в обследуемых медицинских организациях<sup>214</sup>. Волонтеры Благотворительного фонда имеют риски получения инфекционных заболеваний и могут быть пациентами обследуемых организаций, на приеме у врача они рассказывали о реальном положении дел в отношении своего самочувствия.

*В качестве кейсов – базы для разработки методики «тайный пациент» на основе ценностей московских поликлиник*, выбраны две медицинские организации (МО, организации, Центры, медицинские центры), расположенные в Москве, позволяющие получить медицинскую помощь всем желающим бесплатно, а также оказывающие платные услуги. Руководство организаций стремится улучшить качество оказания медицинской помощи, восприимчиво к новациям и заинтересованно в продолжении исследования с пациентами, имеющими заболевания, соответствующие профилю МО – инфекционные болезни. Каждый Центр посещался два раза каждым из двадцати тайных пациентов. В отношении каждого посещения велось наблюдение и делались заметки, составлялся отчет, включающий свободную форму изложения информации.

---

<sup>214</sup> Участники исследования оформили *информированное согласие* на участие в исследовании, подтвердив своё совершеннолетие и добровольное участие. Участникам была предоставлена информация об этом исследовании, о том, что их ожидает, о возможных рисках. Участники согласились также на возможное взятие образцов биоматериала (тестирование на ВИЧ) на условиях анонимности. Участники должны были вести себя корректно, уважительно по отношению ко всем сотрудникам МО, с которыми им предстояло общаться. Фото, видео съёмка и аудиозапись не велись.

Для проведения исследования соискателем был предложен инструмент наблюдения «тайный пациент» (гайд). Оценка гайда была проведена с использованием фокус-группы. Так, на предварительной стадии исследования фокус-группа с десятью участниками позволила обсудить и определить первоначальный набор элементов (важных с точки зрения обеспечения ценностей московских поликлиник), которые должны быть описаны, проанализированы и оценены участниками эксперимента.

Сбор данных, помимо метода наблюдения включал в себя также и использование ряда других методов, среди которых: контент анализ сайтов; этнографический метод go along.

Контент анализ использован для исследования содержания сайтов медицинских организаций с точки зрения поиска информации о расположении центра на картах города, позволяющих определить путь и удобный транспорт, информацию о специалистах и возможности записи на приём.

Этнографический метод go along позволил исследовать и описать дорогу от жилища участника исследования до медицинских организаций. В социологии предполагается опрос респондента интервьюером – исследователем на протяжении пути следования. В нашем случае исследователи сами отмечали значимые, по их мнению, характеристики пути и описывали их для дальнейшего включения в гайд.

Метод «тайный пациент» («тайный покупатель»), который позволяет оценить качество услуг тайным образом, фиксируя значимую информацию о них. С целью выявления позитивных и негативных практик организации и выполнения определённой деятельности, разработки рекомендаций по улучшению деятельности.

Условия (процедура) исследования «тайный пациент» заключалась в том, что участники, используя определённые легенды о своём самочувствии, рискованном поведении в отношении здоровья, посетили две медицинские организации, получили медицинскую помощь (включая консультацию врача и общение со средним медицинским персоналом во время сдачи анализов). По

результатам посещения медицинского учреждения участники заполнили первоначальный вариант бланк гайда, дополнив его элементами, позволяющими оценить качество медицинской помощи.

Включённое наблюдение позволило помимо фиксации структурированной информации, получить оценки и мнения участников, их впечатления об организации. Ответы, даваемые участниками по результатам наблюдения, представлялись в свободной форме. Наблюдение в общей сложности составило 34 рабочих дня.

Можно разделить пилотирование исследования на два этапа, где первый направлен на поиск и уточнение инструментария для проведения наблюдения «тайный пациент», а второй – пилотирование метода.

*Этап 1 – проведение фокус-группы, составление гайда (бланка, включающего набор элементов, характеризующих работу медицинскую организацию), выбор медицинской организации.* В процессе обсуждения значимых факторов при получении медицинской помощи, был выделен первоначальный набор основных элементов, с которыми пациенты связывают качество медицинской помощи в целом и которые могут быть индикаторами работы медицинской организации на основе ценностей московских поликлиник (табл. 8, столбец 1). По результатам фокус-группы был разработан гайд (бланк), который доработан и дополнен важными элементами, выявленными в процессе получения медицинской помощи, включённого наблюдения в МО. Все элементы были соотнесены с ценностями московских поликлиник (табл. 8).

*Этап 2 – основная часть исследования: от поиска местонахождения организации до прохождения обследования.* Пациенты обнаружили, что запись онлайн на приём невозможна и записались непосредственно в Центре или по телефону. В анкете была предусмотрена оценка удобства пользования сайтом организации, но молодые люди оценили отдельно удобство компьютерной и мобильной версии сайта (что было внесено в окончательный бланк, разработанный по результатам исследования) (табл. 8, блок 1). В качестве положительных отзывов отмечено наличие информации, необходимой для принятия

решения о выборе специалиста и времени посещения медицинской организации: *«Сайт сделан удобно, никаких проблем с мобильной и компьютерной версией не возникло»*; *«...вся главная и необходимая информация о записи, врачах, и контактах центра представлена на главной странице сайта, также присутствует версия для слабовидящих»*; *«сайт понятный, выбрать услугу просто»*. В качестве недостатка названо наличие обширной дополнительной информации, которая размещена на главной странице и мешает поиску необходимой информации о записи на приём: *«... на сайте больше информации про заболевание, чем про персонал и услуги»*; *«в отличие от версии на персональном компьютере, мобильная версия содержит слишком много ненужной информации»*. В последнем случае сложность может быть у людей, которые редко пользуются интернетом, например, у пожилых людей.

Поскольку нашим пациентам предстоял доверительный разговор о здоровье, в том числе на интимные темы, для них оказалось важным наличие информации о враче: наличие его фотографии, возможность получения представлений о его поле и возрасте (девушки хотели попасть на приём к женщине, а юноши – к мужчине), кто-то предположил, что сможет найти общий язык с врачом, имеющим значительный опыт работы, а кто-то – с молодым специалистом.

*Логистика и географическая доступность МО.* Исследование проводилось в феврале 2024 года и участники обратили внимание на дороги, отметив, что до одного из центров она достаточно удобна, но есть ограничения, связанные с сезонными особенностями: *«дороги почищены, в некоторых местах гололёд, в целом человеку с ограниченными возможностями будет реально добраться до клиники, но зимой с трудом»*. Или в отношении другого центра: *«дорога трудна для людей с ограниченными возможностями (переход через ж/д пути, нерасчищенный снег, узкие тропинки)»*. Неудобно, когда необходимо добираться несколькими видами транспорта и невозможно воспользоваться проездным билетом: *«...в целом от метро далеко, пришлось ехать на*

*маршрутке ... минут 15».* Характеристика расположения медицинского учреждения является индикатором доступности и связана с качеством оказания медицинской помощи<sup>215</sup>, что расходится с ценностью ориентации на пациентов.

Очевидно, что с некоторыми трудностями врачи в отличие от пациентов, встречаются постоянно (опасность пути, нерасчищенные дороги). И в этом случае пациенты солидарны с работниками медицинской организации и высказывают им сочувствие, поскольку после такой дороги сложно выполнять свои трудовые обязанности.

*Приём специалистов.* По правилам приёма обследуемых медицинских организаций, с пациентами должно проводиться дотестовое и послетестовое консультирование, которое было проведено не во всех случаях, при этом врачам были даны положительные характеристики: *«врач ... не спешил, всё было нормально, терпелив».* Или, напротив: *«...дотестового консультирования как такового проведено не было, просто вручили копию информированного согласия ... на деле же никакого разъяснения или даже попытки «ввести в курс дела»».* В некоторых случаях отсутствовало и послетестовое консультирование.

Участницы исследования – девушки намеревались попасть на приём к врачу женщине, но не у всех это получилось записаться, однако это не стало препятствием в получении консультации и хороших впечатлений от приёма: *«...консультировал молодой мужчина – общался очень вежливо и спокойно, подробно рассказал о путях передачи инфекции и ответил на все вопросы».*

У пациентов существуют собственные представления о том, как должен вести себя врач и в некоторых случаях общение со специалистом не оправдало этих ожиданий: показалось, что врач был недостаточно вежлив, или не смог сразу ответить на вопрос. Вместе с тем средняя оценка общения с врачом по шкале «вежливый, внимательный» составила 4,5 баллов и по шкале «заинтересованный в оказании помощи, сохранении здоровья пациента» 4,6 баллов.

---

<sup>215</sup> Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 40 с.

Участники исследования также остались недовольны тем, как с ними общались медсёстры при заборе крови (отметили 2 участника): *«процесс прошёл довольно болезненно, и, видя, что я морщусь и явно испытываю дискомфорт, медсестра сказала нечто вроде «ой-ой, ну-ну!», как будто посмеивалась над моей реакцией ... это было неприятно»*. Результаты исследований, проведённых в регионах России, также показывают, что общение с врачом является наиболее чувствительной частью посещения медицинской организации<sup>216</sup>.

У всех участников была одинаковая траектория в медицинских учреждениях, и они ожидали одинакового отношения и одинаковых результатов. Вместе с тем некоторым из них назвали разные сроки ожидания результатов анализов от «завтра» до «через три дня» или «приходите», «позвоните», «мы сами перезвоним». Понять и объяснить этого участники не смогли, отметив неравное отношение к пациентам, что расходится с принципом справедливости<sup>217</sup>.

В заключении своего посещения медицинской организации, участники исследования дали общую характеристику медицинской организации, исходя из полученного, в процессе включённого наблюдения, впечатления.

Отмечено долгое ожидание и очереди: *«было не совсем понятно, как работает очередь в кабинет, приходилось спрашивать других пациентов кто последний и когда я спросила у одной пациентки несколько раз, она ответила довольно грубо и мне стало ещё некомфортней там находиться»*. Напротив, часть пациентов отметили, что обслуживание и получение помощи было динамичным: *«посещение центра не заняло много времени, очередей не было, в кабинете забора крови никого не было, и я сразу зашла»*.

Некоторые наблюдатели отметили невежливое общение сотрудника регистратуры. Вместе с тем именно работник регистратуры испытывает значительные трудности в общении с совершенно разными пациентами, отвечать на

---

<sup>216</sup> Волнухин А.В. Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым / А.В. Волнухин, Т.Е. Морозова, Г.П. Сквирская, Е.О. Самохина, А.Г. Резе, Т.В. Заугольникова, Т.Е. Помыткина, Н.И. Жернакова, А.А. Стремоухов, А.А. Герцог // Социальные аспекты здоровья населения. 2023. №2. С. 21-50.

<sup>217</sup> Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. ВИЧ/СПИД. ВОЗ, 2024. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids> / (дата обращения 01.09.2024).

различные вопросы, в том числе на вопросы, которые к служебным обязанностям не имеют отношения. Часть участников исследования не могли сориентироваться в здании МО и спрашивали путь до нужного кабинета. Отмечен общий шум в одном из Центров. Важным для участников показалось наличие кулера и возможность запить при необходимости таблетку. Позитивную реакцию вызвало общение с гардеробщицей.

Другие исследователи также отмечают необходимость проверки наличия бейджей у регистраторов, наличие электронной очереди (инфоматов) для удобства пациентов, наличие очереди не более пяти человек, достаточное количество мест для ожидания (наличие стульев)<sup>218</sup>.

Участники исследования обратили внимание на важную проблему взаимодействия сотрудников медицинской организации и пациентов: в процессе проведения исследования встретились пациенты, которые вели себя шумно и нетактично, что могло мешать специалистам исполнять свои обязанности.

В один из дней посещения была отметка о некомфортной обстановке в Центре: *«В кабинетах кто-то шумел, громко и агрессивно переговаривался, так что я не ощущала себя в безопасности и мне было некомфортно...»*.

В завершении исследования был обновлён список значимых элементов, позволяющих оценить качество оказания медицинской помощи и подлежащих к включению в бланк исследования (табл 8).

Медицинская помощь воспринимается пациентами значительно шире, чем непосредственное общение с врачом. В качестве элементов, сопровождающих медицинскую помощь, пациенты отметили ряд факторов, которые не зависят от руководителя медицинской организации и не входят в зону его управления. Вместе с тем, эти элементы не должны быть оставлены без внимания и в решение некоторых проблем должны быть вовлечены дополнительные контрагенты, которые могут повлиять на изменение указанных факторов и стать частью команды медицинской организации в обеспечении доступной

---

<sup>218</sup> Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 2. С. 70–75.

медицинской помощи. Это может касаться навигации в отношении расположения медицинских организаций.

Очевидно, что поиск информации на сайте организации, необходимой для записи на приём, должна быть простой и удобной для разных категорий населения, в том числе и для непродвинутых пользователей интернета. Наличие информации, характеризующей специалистов, может быть полезной и востребована в процессе принятия решения о выборе специалиста. Значимой является информация на сайте, которая позволяет сформировать первоначальное впечатление о медицинской организации.

Важной оказалась атмосфера в медицинской организации, пациенты считают, что в медицинской организации должно быть тихо, спокойно, безопасно. Если говорить о взаимном уважении, то необходимо предъявлять соответствующие требования не только к команде МО, но и к пациентам.

В непосредственном общении с врачом пациентам важны доверительные и уважительные отношения. К врачу и медсестре предъявляют очень высокие требования, по мнению пациента, специалисты должны быть не только профессионалами своего дела, но и носителями особой культуры, которая характеризуется тактом, терпением и вежливостью в общении, вниманием к проблемам пациента и уважением к пациенту.

Разработанный с участием «тайных» пациентов инструментарий, может быть использован в работе медицинской организации, которая будет привлекать, в качестве «тайных» пациентов, людей, реально нуждающихся в специализированной помощи сотрудников центров.

*Таблица 8. Элементы, оцениваемые в рамках методики «тайный пациент»*

Элементы	Ценности				
	<i>пациенто-ориентированность</i>	<i>добро-желательность</i>	<i>командная работа</i>	<i>доверие</i>	<i>взаимное уважение</i>
<i>Блок 1. Инфраструктура: возможность и удобство записи к специалисту на сайте организации</i>					

Элементы	Ценности				
	пациенто-ориентированность	доброжелательность	командная работа	доверие	взаимное уважение
удобство использования (компьютерная версия и мобильная версия)	+	+			+
наличие перечня услуг	+	+		+	+
возможность записи на сайте	+	+		+	+
достаточность описания дополнительных услуг	+	+		+	+
достаточность информации о врачах	+	+	+	+	+
достаточность информации о МО: навигация, встроенная карта с оптимальным маршрутом, наличие карт и фото на сайте	+	+		+	+
наличие онлайн-бота (включая скорость отклика)	+	+	+	+	+
<i>Блок 2. Коммуникация с медицинским работником, облик врача</i>					
наличие бейджей у врача и медицинской сестры	+	+	+	+	+
наличие дотестового и послетестового консультирования	+	+	+	+	+
оценка общения с врачом: 1) вежливый, внимательный 2) заинтересованный в оказании помощи, сохранении здоровья пациента (от 1 до 5 баллов)	+	+	+	+	+
оценка общения с медицинской сестрой: 1) вежливая, внимательная	+	+	+	+	+

Элементы	Ценности				
	<i>пациенто-ориентированность</i>	<i>добросожелательность</i>	<i>командная работа</i>	<i>доверие</i>	<i>взаимное уважение</i>
(от 1 до 5 баллов)					
ясность и подробность информации о диагнозе пациента и способах лечения	+	+	+	+	+
<i>Блок 3. Характеристика медицинской организации</i>					
качество работы регистратуры и работников регистратуры	+	+	+	+	+
инфраструктура МО, организация пространства, комфорт	+	+	+	+	+
оценка технического персонала (работа раздевалки)	+	+	+	+	+
внутренняя логистика и доступность для пациентов (наличие табличек и указателей)	+	+	+	+	+
<i>Блок 4. Общая информация</i>					
общее время, затраченное на приём в Центре	+	+	+		+
<i>Блок 5. Дополнительная информация, которую хочет дать участник исследования (в свободной форме)</i>					
Логистика и географическая доступность МО: наличие удобной дороги, указателей места нахождения МО	Не находится в зоне ответственности руководителя МО и не оценивается с точки зрения ценностей поликлиник				

Помимо гайда наблюдения «тайный пациент» (Приложение №4) соискатель внедрил и апробировал в работу Фонда гайд фокус-групп «тайный пациент» (Приложение №5). Помимо качественных подходов к сбору данных, для

проведения комплексной оценки качества услуг Центра СПИД соискателем выбран количественный подход – анкетирование, который был апробирован и внедрен в деятельность двух Центров СПИД<sup>219</sup>.

Анкета, разработанная соискателем для данной цели, охватывает несколько важных аспектов: поиск барьеров, оценка уровня информированности получателей медицинской помощи в вопросах ВИЧ и оценку потребностей (Приложение №6).

Описанные выше методы являются вариативными и могут применяться не только в Центрах СПИД, но и в других медицинских организациях, желающих улучшить качество сервиса и предоставляемых медицинских услуг при работе с особыми группами пациентов. Также, в оба инструмента могут быть внесены необходимые блоки, вопросы, поля для учета мнений респондентов по определенным аспектам.

Таким образом, используя данные методики по отдельности или вместе можно получить эффективный гибкий инструмент по выявлению и устранению барьеров для улучшения доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. В свою очередь, апробация подходов указывает на простоту использования анкетирования на базе лечебных учреждений. Внедрение одного из инструментов предлагаемых выше позволяет шире оценить проблему качества услуг, предоставляемых медицинскими организациями (Центрами СПИД) и получить больше объективной социальной информации об обслуживаемом контингенте.

В заключительном параграфе диссертации на основе теоретического анализа литературы автором предложены и внедрены новые инструменты для сбора данных относительно обратной связи пациентов Центров СПИД: наблюдение «тайный пациент», фокус-группа и анкетирование.

---

<sup>219</sup> Нестеров Р.С., Попова А.А. Новые подходы к оценке качества услуг, предоставляемых в Центрах СПИД (методологический обзор) // Журнал инфектологии. Приложение 1. 2024. Т.16. №2. С. 141-143.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе диссертационного исследования проанализированы особенности профилактики ВИЧ-инфекции с позиции социологии управления, здоровья и рисков. Определены ключевые группы населения, подверженные высокому риску заражения и передачи ВИЧ-инфекции. Анализ результатов прошлых исследований и статистических данных официальной международной и государственной статистики России позволил определить необходимость создания модели взаимодействия НКО и Центров СПИД для объединения усилий в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции.

В соответствии с задачами исследования соискателю удалось разработать и внедрить в практическую работу оптимальную модель взаимодействия некоммерческих организаций, государства и получателей услуг, направленную на профилактику социально-значимых заболеваний – «Модель взаимодействия НКО и Центра СПИД».

По результатам исследования автором определено, что некоммерческие организации занимают ключевое место в работе с представителями групп повышенного риска. Функции НКО состоят в поиске, достижении уязвимых групп населения, предоставлении им тестирования на ВИЧ, доведении до специализированных медицинских учреждений. Оптимальное взаимодействие НКО и Центров СПИД позволяет эффективно проводить профилактическую и противоэпидемическую работу среди групп-риска.

По результатам включённого наблюдения был разработан и внедрен в деятельность Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» Мониторинг (Мониторинг «Здоровья и поведения уязвимых групп»), в отношении клиентов Фонда, представителей риск групп для оценки их состояния, поведения, здоровья и принятия управленческих решений в отношении эффективности профилактики.

Отмечено, что эффективность управления НКО определяется наличием мониторинга. Мониторинг деятельности ВИЧ-сервисной НКО, основанный на

медицинской и социальной информации в отношении групп-риска, позволяет контролировать здоровье, поведение, риски, состояние, идентификацию клиентов и в зависимости от результатов, выстраивать управленческие стратегии и принимать решения, направленные на усиление профилактики среди рискованного контингента и людей, живущих с ВИЧ. Блоки мониторинга могут добавляться в зависимости от решаемых задач.

Проведенный анализ результатов внедренного автором Мониторинга «Здоровье и поведение уязвимых групп» позволил определить, что сочетание рисков и заболеваний, особенности состояния, идентификации и потребностей клиентов Фонда указывают на наличие скрытых групп повышенного риска («нелегальные» и «легальные» мигранты, мужчины, вовлеченные в проституцию и другие типы), с которыми необходимо выстраивать определенные подходы в работе. На основе данных соискателем определены два типа («открытые» и «закрытые») и дополнительные «сложные» восемь групп клиентов.

В зависимости от степени открытости клиентов определены принципы адресной работы с клиентами Фонда, с привлечением персонала, с определёнными профессиональными компетенциями и социально-демографическими характеристиками, в НКО. Замечено, что необходимо применять особые коммуникационные стратегии, способствующие постановке представителей групп риска на официальный государственный учет в Центры СПИД, для раннего начала лечения, работы с рискованным окружением (половые и инъекционные партнеры), прерывания «цепочки передачи ВИЧ-инфекции».

Определена, обоснована и внедрена структура работы типичной ВИЧ-сервисной некоммерческой организации, которая включает два типа специалистов – «постоянные» и «проектные». Первая группа специалистов необходима для обеспечения жизнедеятельности НКО (написание грантовых заявок; управление организацией, др.), вторая – для функционирования проектов. Для успешной реализации проектной деятельности специалисты второго типа подбираются с определенными профессиональными компетенциями и социально-демографическими характеристиками, в зависимости от потребностей проекта

(для работы с мигрантами – мигранты, владеющие языками Центральной Азии, и т.п.).

В ходе исследования был апробирован и внедрен комплексный подход к сбору обратной связи от пациентов Центров СПИД. Для принятия эффективных управленческих решений и улучшения ситуации по ВИЧ, процесс сбора обратной связи должен включать не только оценку качества медицинской помощи, но и поиск (оценку) барьеров и потребностей пациентов с использованием комплекса социологических инструментов, включая анкетирование, фокус-групповые дискуссии, наблюдение «тайный пациент».

Проведенное исследование носит не только научно-теоретический, но и научно-прикладной характер и может служить своеобразной методической рекомендацией для ВИЧ-сервисных НКО, желающих усилить свою работу в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в определенных регионах России. По результатам включенного наблюдения соискателем внедрены следующие подходы, позволяющие управлять эпидемией ВИЧ и проводить адресную (точечную) работу с представителями групп риска. Основной управленческий инструмент, предложенный в рамках исследования – общественный мониторинг «Здоровье и поведение уязвимых групп», дополнительный – комплекс инструментов для сбора обратной связи от пациентов Центров СПИД.

Технология работы с клиентами – представителями групп риска получения ВИЧ, обозначенная в рамках настоящего исследования включает в себя два подхода, предложенных соискателем к внедрению в НКО. Первый подход – «индексное тестирование», направленный на работу с партнёрами людей, живущих с ВИЧ. Второй подход – доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции – направлен на работу с ВИЧ-отрицательными клиентами, ведущими высоко рискованный образ жизни.

На основе проведенного диссертационного исследования обозначены рекомендации по управлению программами профилактики ВИЧ-инфекции в России.

*Рекомендации для некоммерческого сектора* (региональные ВИЧ-сервисные НКО, инициативные группы граждан):

1. Внедрить в рутинную деятельность работу с партнерами (половыми и инъекционными) ВИЧ-положительных людей для выявления новых случаев ВИЧ-инфекции, ранней постановке выявленного контингента на диспансерный учет в Центры СПИД и прерывания «цепочки передачи ВИЧ-инфекции» в некоторых социальных группах.

2. При работе с контингентом групп повышенного риска (мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ); секс-работники (СР); партнеры ВИЧ-положительных людей, не принимающих лечение) использовать метод доконтактной профилактики ВИЧ. Внедрение метода рекомендовано проводить с привлечением специалистов местных (региональных) Центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

3. Выстраивать работу ориентируясь не только на известные группы риска, но и на «сложные» – скрытые группы, представители которых обладают сочетанными рисками (комбинациями рисков), имеют заболевания и не готовы менять поведение на сохранное.

4. Для успешной реализации благотворительных программ и проектов по профилактике ВИЧ-инфекции внедрить мониторинг для контроля за ситуацией по ВИЧ-инфекции в регионе реализации программы (проекта). Мониторинг должен быть информативным и включать информацию о поведении, здоровье и характеристиках контингента, обращающихся в НКО. Результаты мониторинга необходимо использовать для создания новых управленческих решений в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в регионе.

*Рекомендации для системы здравоохранения* (Центры СПИД, инфекционные больницы, кабинеты профилактики ВИЧ):

1. Делегировать функции поиска, достижения и скрининг диагностики в группах повышенного риска некоммерческому сектору.

2. Способствовать развитию гражданского общества в регионе: проводить совместные мероприятия по информированию населения относительно ВИЧ / ИППП; обмениваться знаниями, проводить обучение специалистов НКО; выстраивать взаимодействие с ВИЧ-сервисными НКО по модели автора диссертации.

3. Для улучшения ситуации по ВИЧ-инфекции применять различные методы оценки качества медицинской помощи с использованием предложенных в рамках настоящего исследования социологических инструментов сбора данных (наблюдение «тайный пациент», фокус-групповые дискуссии, анкетирование).

*Рекомендации для государственных служб (органы власти регионального и муниципального уровней; федеральные органы власти):*

1. На льготной или бесплатной основе предоставлять ВИЧ-сервисным НКО помещения (офисы) для реализации благотворительных программ и проектов по предотвращению ВИЧ-инфекции и для работы с людьми, живущими с ВИЧ.

2. Увеличить возможности для НКО реализации благотворительных программ и проектов в том числе посредством предоставления дополнительного финансирования (государственные закупки, гранты, муниципальные и государственные субсидии).

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аббасова В.В., Мазур О.А. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских организациях города Челябинска // Вестник СМУС74. 2016. №4 (15). С. 35–37.
2. Адлер М., Мортимер П. Азбука СПИДа. – М.: Мир, 1991. 69 с.
3. Азовцева О.В. Профилактика ВИЧ-инфекции в молодежной среде // Вестник НовГУ. 2016. №1 (92). С. 61–65.
4. Аксенов В.В., Петросян Д.И., Соколова М.В. Социологическое изучение деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций на территории Владимирской области (на основе данных социологического опроса СОНКО) // Учёные записки. 2018. № 2 (26). С. 126-136.
5. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 40 с.
6. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Швец Ю.Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение: проблемы и перспективы внедрения в практику. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 171 с.
7. Антонова Д.В., Бочаров В.В., Хрусталева Н.С. Рискованное сексуальное поведение лиц с вирусом иммунодефицита человека // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2019. № 4. С. 79–87.
8. Базыкина Е.А. Распространенность и молекулярно-генетические особенности парентеральных вирусных гепатитов В и С среди ВИЧ-положительных граждан Дальневосточного федерального округа, в том числе осужденных к лишению свободы / Е.А. Базыкина, В.Б. Туркутюков, О.Е. Троценко, В.О. Котова, Л.А. Балахонцева, Л.В. Варнавская, В.В. Фоменко, М.А. Чечулина // Здоровье населения и среда обитания. 2019. №2. С. 51-55.

9. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. 341 с.
10. Белова М.В. Интегральная оценка и управление эпидемическим процессом ВИЧ-инфекции в мегаполисе с выделением когорт высокого поведенческого риска / М.В. Белова, Е. А. Брюн, М. А. Годков, А. И. Мазус, А. Я. Ольшанский, С. С. Петриков, М. М. Поцхверия, С. А. Солонин, В. И. Харченко // Премия города Москвы в области медицины. Сборник тезисов научных работ, представленных на присуждение премии в 2019 году. 2019. С. 34-35.
11. Бойцов С.А., Деев А.Д., Шальнова С.А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз // Терапевтический архив. 2017. №1 (89). С. 5-13.
12. Болодурина И.П., Иванова Ю.П. Оптимальное управление процессом применения противовирусных препаратов при лечении ВИЧ-инфекции // Вестник ЮУрГУ. Серия: Вычислительная математика и информатика. 2013. №4. С. 94-102.
13. Беляева В.В., Ручкина Е.В. Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2001. № 1. С. 53–56.
14. Ботоева Е.А., Петунова А.Н., Аникеева Т.Г. Репродуктивное поведение подростков (анализ данных анкетирования) // Вестник БГУ. Медицина и фармация. 2017. №4. С. 51–56.
15. Бояркина С.И. Детерминанты социально значимых болезней в странах Европы и в России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2019. Т. 12. № 4. С. 350-367.
16. Бояркина С.И., Ходоренко Д.К. Теоретические подходы к изучению формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 2020. Т. 23 №5. С. 41-73.

17. Бровченко Н.В. Роль социально ориентированных некоммерческих организаций в реализации полномочий органов местного самоуправления // Право и государство: теория и практика. 2019. № 6 (174). С. 48–50.
18. Брюно В.В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в России. Часть 2 // СНИСП. 2019. №1 (25). С. 113–126.
19. Вангородская С.А. Конфигурационный подход как методологический инструмент изучения самосохранительного поведения // Социально-гуманитарные знания. 2019. № 4. С. 146-155.
20. Ветков Н.Е. Здоровье человека как ценность и его определяющие факторы // Наука-2020. 2016. №5 (11). С. 126–142.
21. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. ВИЧ/СПИД. ВОЗ, 2024. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids> / (дата обращения 01.09.2024).
22. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. – Женева, 2015. 12 с. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145087/WHO\\_NMH\\_NVI\\_14\\_2\\_rus.pdf?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145087/WHO_NMH_NVI_14_2_rus.pdf?sequence=2) (дата обращения 01.09.2024).
23. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Ключевые группы населения. URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/ru/> (дата обращения: 01.09.2024).
24. Всемирная организация здравоохранения. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Э.Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Весь Мир, 2003. – 376 с.
25. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Насилие в отношении женщин. – Женева, 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (дата обращения 01.09.2024).
26. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики.

- Копенгаген: ВОЗ, 1998. 25 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277078/EUR-ICP-LVNG-02-06-01-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 01.09.2024).
27. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях. – Женева: ВОЗ, 2007. 68 с. URL: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87744/9789244595565\\_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87744/9789244595565_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата обращения: 01.09.2024).
28. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Скрытая эпидемия: ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и трансгендеры в Восточной Европе и Центральной Азии. Копенгаген, 2011. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277099/WHO-EURO-2011-8560-48332-71758-rus.pdf?sequence=4&isAllowed=y> – Загл. с экрана. – 34 с. (дата обращения 01.09.2024).
29. Всемирная организация здравоохранения. Трансгендеры и ВИЧ. – Копенгаген: ВОЗ, 2015. 28 с.
30. Волнухин А.В. Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым / А.В. Волнухин, Т.Е. Морозова, Г.П. Сквирская, Е.О. Самохина, А.Г. Резе, Т.В. Заугольникова, Т.Е. Помыткина, Н.И. Жернакова, А.А. Стремоухов, А.А. Герцог // Социальные аспекты здоровья населения. 2023. №2. С. 21-50.
31. Герасимова О.Ю. Сексуальное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП/ВИЧ // Вестник СМУС. 2017. №1 (16). С. 52–54.
32. Гидденс Э. Устройство общества: Очерк теории структуриации. – М.: Академический проект, 2003. – 528 с.
33. Гиясова Г.М. Социально-демографическая характеристика женщин, оказывающих интимные услуги за вознаграждение, до и после проведения

- превентивных мероприятий по ВИЧ/СПИДу // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. Т. 3. № 1. С. 76–79.
34. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией [Электронный ресурс]: Техническая записка по ВИЧ и ключевым группам населения. – Женева. 2019. – 46 с. URL: [https://eescapplatform.org/wp-content/uploads/2020/07/core\\_keypopulations\\_technicalbrief\\_ru.pdf](https://eescapplatform.org/wp-content/uploads/2020/07/core_keypopulations_technicalbrief_ru.pdf). (дата обращения 01.09.2024).
  35. Глюкова М. Тайный пациент в клинике. алгоритм действий для сотрудников // Заместитель главного врача. 2018. №12. С. 96-111.
  36. Горелова И.С. Пневмоцистная пневмония у ВИЧ-инфицированных: наблюдение из практики и обзор литературы / И.С. Горелова, А.Ф. Попов, В.А. Иванис, Э.Ю. Доскал, Ю.Л. Кондрашова, Е.А. Варавина, Е.Н. Сердцева, И.В. Зацепина // ТМЖ. 2019. №3. С. 94–97.
  37. Губанов Н.И., Губанов Н.Н. Риски в современном обществе. – М.: Этносоциум, 2020. – 220 с.
  38. Гура Н.А. Целевое финансирование: учет и налогообложение в Украине // Международный бухгалтерский учет. 2013. № 24. С. 43–50.
  39. Гурвич И.Н. Планирование, осуществление и оценка эффективности программ профилактики ВИЧ-инфицирования среди учащихся учреждений системы начального и среднего профессионального образования: научно-методическое пособие. СПб: Изд-во СПбГУ, 2008. 177 с.
  40. Демедецкая Я.А., Денисов А.В., Лапицкая А.В. ВИЧ в транс\*популяции: local case study // Демографическое обозрение. 2019. Т. 6. № 3. С. 85–97.
  41. Департамент здравоохранения города Москвы [Электронный ресурс]. Новости московского здравоохранения. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/index.html> ((дата обращения 01.09.2024).
  42. Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. проф. Г. С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2011. – 950 с.

43. Дробышевская Е.В., Жукова Е.В., Пронин А.Ю., Шилова В.А. Связь информированности о ВИЧ-инфекции с установками здоровьесберегающего и рискованного поведения жителей Московской области // Научный результат. Социология и управление. 2023. №3. С. 49–68.
44. Дробышевская Е. В. Уровень информированности мигрантов из Средней Азии о ВИЧ-инфекции./ Дробышевская Е. В., Пронин А. Ю., Жукова Е. В., Пить В. В., Сочнев А. С., Ватулян А. К., Терин Д. Ф., Шилова В. А. // Научный результат. Социология и управление. 2022. №1. С.43–67.
45. Дубровский В.И. Гигиена физического воспитания и спорта. – М.: Владос, 2003. 512 с.
46. Ерохина И.Ю., Рослая Н.А. Анализ удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных условиях // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. IV Международная (74-я Всероссийская) научно-практическая конференция, 2019. С. 626–631.
47. Загдын З.М., Кобесов Н.В., Вербицкая Е.В., Денюшенков В.Л. Глобальное бремя ВИЧ/СПИД в России в аспекте общественного здоровья. Часть 1. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2023. №15 (2). С. 69–80.
48. Залетаев И.П. Профилактика рискованного поведения подростков // Педагогика. 2005. № 8. С. 50.
49. Здоровье: дайджест [Электронный ресурс] / О. Б. Полякова, Т. И. Бонкало. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/daydzhest-meditsinskiy-turizm-i-eksport-meditsinskikh-uslug/> – Загл. с экрана. – 51 с. (дата обращения 01.09.2024).
50. Зимбардо Ф., Лейппе М. Социальное влияние – СПб: Питер, 2000. 448 с.
51. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология. – СПб.: Питер, 2001. 574 с.

52. Зумбулидзе Н.Г., Сизова Т.Д., Хокканен В.М. Офтальмологические проявления цитомегаловирусной инфекции при ВИЧ (обзор литературы) // Офтальмол. ведомости. 2019. №2. С. 57–64.
53. Иванова М. Экспресс-ответ на жалобу: комплект заготовок для самых популярных обращений пациентов // Заместитель главного врача. 2024. № 3. С. 54-58.
54. Измеров Н.Ф. Здоровье трудоспособного населения России // Медицина труда и промышленная экология. 2005. №11. С. 2–8.
55. Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ [Электронный ресурс]: Показатель уровня стигмы людей, живущих с ВИЧ. – Алматы, 2015. – 42 с. URL: [https://data.unaids.org/pub/report/2007/jc1194-peereducation\\_ru.pdf](https://data.unaids.org/pub/report/2007/jc1194-peereducation_ru.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).
56. Как организовать и провести оценку барьеров при получении услуг в связи с ВИЧ силами сообщества. Новосибирск: НРОО Гуманитарный проект, 2019. 31 с.
57. Карагодина О.А. Роль социально ориентированных НКО в решении проблем инвалидов и лиц с ОВЗ (на примере деятельности организаций Волгоградского региона) // Социодинамика. 2019. № 9. С. 75–81.
58. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии. СПб.: Питер, 2000. 889 с.
59. Клоуда Ю. Тайный пациент в стоматологической клинике // Свой бизнес маркетинг и психология. 2016. № 1 (145). С. 52–54.
60. Кобякова О.С. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, О.О. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. №3. С. 5.
61. Ковалева Т.В., Степанова О.К. Подростки смутного времени. К проблеме социализации старшеклассников. // Социологические исследования. 1998. №8. С.56–61.
62. Колпакова О.И. Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных

- рisku заражения: Научно-методическое пособие. – Иновроцлав: ЛЕГРО Спупка, 2015. 93 с.
63. Кондратова С.Е. ВИЧ в пенитенциарной системе региона с высоким уровнем пораженности ВИЧ-инфекцией (на примере Тюменской области) / С.Е. Кондратова, А.Н. Марченко, Э.А. Кашуба, А.А. Бельтикова, О.А. Нестерова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2019. Т.18. № 5. С. 50–55.
  64. Кондратова С.Е. Анализ структуры ВИЧ-инфицированных лиц по полу, путям заражения, возрасту в регионе с высоким уровнем пораженности ВИЧ на примере Тюменской области / С.Е. Кондратова, А.Н. Марченко, С.В. Петрова, О.А. Нестерова // Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 7. С. 44–49.
  65. Кочубей А.В. Качество медицинской помощи: теория // Московский хирургический журнал. 2017. № 1 (53). С. 48-52.
  66. Кравченко С. А. Социология риска и безопасности: учебник и практикум для академического бакалавриата. – М.: Юрайт, 2016. 272 с.
  67. Кузнецова А. В. Парентеральные вирусные гепатиты на Дальнем Востоке России: вирусологические и эпидемиологические особенности у моноинфицированных и пациентов с ко-инфекцией ВИЧ / А. В. Кузнецова, А.В. Витько, Т.Н. Каравянская, И.А. Баглай, А.Е. Рогачикова, Г.А. Воронцова, С.С. Рудь // Клиническая фармакология и терапия. 2015. Т.24. №1. С. 34–37.
  68. Кропанцева К.Р. Информированность студентов вузов о ВИЧ-инфекции / К.Р. Кропанцева, К.В. Захаров, Е.Н. Руднев, З.П. Худоногова, Л.Н. Захарова, Е.А. Бондарева, Л.Г. Бурова, С.Р. Галеева, Ю.А. Пименова, А.Ф. Редько, И.А. Солодовникова, А.Н. Евстропов // Journal of Siberian Medical Sciences. 2013. №4. С. 46.
  69. Кулакова С.А. Рискованное поведение подростков как критерий их неадаптированности // Юридическая техника. 2019. № 13. С. 495–497.

70. Культуральные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД в России. под ред. В. В. Колкова. — М.: Права человека, 2003. 85 с.
71. Курманова Г.У., Башмакова Л.Н., Бутенко Е.Н. Работники коммерческого секса // Социологические исследования. 2000. №5 С. 52–53.
72. Кушхова А.М., Кубова А.А. Становление волонтерских движений в России: проблемы развития и динамика // Вестник Майкопского государственного технологического университета. 2023. № 15 (4). С. 135–142.
73. Лагерь И. Какие фразы запрещено говорить пациентам. Альтернатива – в таблице // Заместитель главного врача. 2023. № 8. С. 19-24.
74. Ладная Н.Н., Иванова М.А. ВИЧ-инфекция и инфекции, передаваемые половым путем, в Российской Федерации в 1993-2008 гг. // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. № 3. С. 4–11.
75. Лактионова Л.В. Организация информационного пространства медицинского учреждения // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 2 (30). С. 7.
76. Лебедева-Несевря Н.А., Елисеева С.Ю. Оценка риска, связанного с воздействием поведенческих факторов на здоровье работающего населения России // Здоровье населения и среда обитания. 2018. № 5 (302). С. 8-11.
77. Лебедева-Несевря Н.А., Маркова Ю.С. Модели и динамика поведения, связанного со здоровьем, экономически активных россиян // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. № 2 (34). С. 287-296.
78. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 848 с.
79. Линденбратен А.Л., Коломийченко М.Е. Анализ результатов социологических исследований качества и доступности медицинского обслуживания // Медикофармацевтический журнал «Пульс». 2021. Т. 23. №6. С. 225-231.

80. Липова Е.В., Тарасенко Г.Н., Грязева Н.В. Эпидемиологические аспекты инфекции вируса папилломы человека и ассоциированных злокачественных новообразований (обзор литературы) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012. № 3. С. 51–55.
81. Луман Н. Риск и опасность // Отечественные записки. 2013. № 2 (53).
82. Луман Н. Понятие риска // Альманах THESIS: теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1994. № 5. С. 135–160.
83. Лунина И. В. Отклоняющееся поведение подростков в условиях социальных рисков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. № 1. С. 66–70.
84. Макеева О.С., Штефан М.А. Источники финансирования деятельности некоммерческих организаций: понятие, классификация, особенности формирования и использования // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. 2014. №22. С. 43–59.
85. Малеина М.Н. Тайный пациент и договор об оказании информационных услуг // Медицинское право. 2017. №3. С. 7-11.
86. Миллер О.В., Орешкин И.В., Арутюнян В.Ф. Инфекционная настороженность к ВИЧ-инфекции на стоматологическом приёме. // Сибирско-азиатский стоматологический форум. 2019. С. 197–204.
87. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция у взрослых. – МЗ РФ, 2017. 64 с. URL: [https://www.hiv-spb.ru/Клинические%20рекомендации%20ВИЧ-инфекция%20у%20взрослых\\_2017.pdf](https://www.hiv-spb.ru/Клинические%20рекомендации%20ВИЧ-инфекция%20у%20взрослых_2017.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).
88. Мозалева О.Л., Самарина А.В. Эпидемиологические и социально-демографические характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Журнал Инфектологии. 2018. №3. С. 7–15.
89. Москвина С. «Тайный пациент» как механизм повышения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи // Врач. 2017. № 1. С. 77–78.

90. Московская городская дума [Электронный ресурс]: Ценности столичных поликлиник: в центре внимания – пациент. URL: <https://duma.mos.ru/ru/0/news/novosti-fraktsiy/tsennosti-stolichnyih-polikliniki-v-tsentre-vnimaniiya-patsient> (дата обращения: 01.09.2024).
91. Мохрякова Т. Е., Сеницын М. В. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией. – М.: Триада, 2016. 20 с.
92. Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «спайсов» и «солей» (обзор) // Интерактивная наука. 2017. № 11. С. 36–39.
93. Мыльникова Л.А., Камынина Н.Н. Создание Центра общественного здоровья и медицинской профилактики города Москвы как структуры медицинской профилактики популяционного уровня в мегаполисе // Здоровье мегаполиса. 2021. №1. С. 7–21.
94. Назарова И. Б. Детерминанты субъективной неудовлетворенности жизнью: анализ российских данных за 1994-2021 годы // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2023. № 6. С. 3-16.
95. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – Москва : Макс Пресс, 2007. 526 с.
96. Назарова И.Б. Показатели, характеризующие здоровье жителей России к 2021 году // Народонаселение. 2022. №2. С. 28–38.
97. Назарова И.Б. Профессионализация социальных предпринимателей // Региональные проблемы преобразования экономики. 2023. № 7 (153). С. 62–71.
98. Назарова И.Б. Профессиональная самоорганизация в сфере оказания медицинских услуг в России // Главный врач: Хозяйство и право. 2016. № 3. С. 4-11.
99. Назарова И.Б. Профессиональные сообщества в сфере оказания медицинских услуг и охраны здоровья: презентация в интернет пространстве //

Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2014. № 4. С. 10.

100. Назарова И.Б. Социальные предприниматели: защита жизни и здоровья населения. В сборнике: Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы. материалы VIII Международной научно-практической конференции. Институт социально-экономических проблем народонаселения им. Н. М. Римашевской Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук. Москва, 2023. С. 163-168.
101. Назарова И. Б. Старшее поколение: особенности коммуникации с детьми // Народонаселение. 2024. Т. 27. №1. С. 81-93.
102. Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. Потенциал здоровья населения российских регионов в самооценках // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2024. Том 17. №3. С. 126-141.
103. Назарова И.Б., Московская А.А. Возможности сотрудничества крупного бизнеса с социальными предпринимателями // Векторы благополучия: экономика и социум. 2023. №1 (48). С. 173-189.
104. Назарова И.Б., Нестеров Р.С. Уязвимые к ВИЧ-инфекции группы населения: поведение и профилактика // Здоровье населения и среда обитания. 2023. № 31 (6). С. 27–35.
105. Назарова И.Б., Нестеров Р.С. Клиенты ВИЧ-сервисной НКО: структура, типология, особенности поведения // Народонаселение. 2023. № 26 (2). С. 153–164.
106. Назарова И.Б., Нестеров Р.С. Модель взаимодействия государства и общества в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции // Труд и социальные отношения. 2024. №5.
107. Назарова И.Б., Нестеров Р.С. Работа с группами повышенного риска в отношении ВИЧ-инфекции: исследование новых подходов // Общество: социология, психология, педагогика. 2024. № 10. С. 16-22.

108. Назарьева С.Е., Долгаева Е.И. Самосохранительное поведение молодежи. Инженерные технологии и системы. 2011. №3. С. 229–232.
109. Нестеров Р.С., Назарова И.Б. Мониторинг в управлении ВИЧ-сервисной НКО (на примере работы с уязвимыми группами населения) // Теория и практика общественного развития 2024. №10. С. 26-31.
110. Нестеров Р.С., Попова А.А. Новые подходы к оценке качества услуг, предоставляемых в Центрах СПИД (методологический обзор) // Журнал инфектологии. Приложение 1. 2024. Т.16. №2. С. 141-143.
111. Нечаев В.В. Эпидемиология социально-значимых сочетанных инфекций. Факторы риска летальных исходов / В.В. Нечаев, А.К. Иванов, А.А. Яковлев, В.Б. Мусатов, О.И. Федуняк, М.В. Васильева, В.С. Беляков, А.И. Кравцова / ТМЖ. 2018. №3 (73). С. 68-71.
112. НРОО Гуманитарный проект [Электронный ресурс]: ВИЧ-сервисные организации в России. URL: <https://human.org.ru/knowledge/hiv-ngo/> (дата обращения 01.09.2024).
113. Обзор барьеров, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией для ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ. Базовая оценка 2.0. – Киев: ЕКОМ, 2018. – 227 с.
114. Онищенко Г.Г. Задачи органов управления и учреждений здравоохранения по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. № 1. С. 15–23.
115. Осланд О. Управление профилактикой ВИЧ / СПИДа на Северо-Западе России: описание совместного Норвежско-Российского проекта / О. Осланд, А.Б. Грэннингсетер, П.А. Мейлахс, Э. Клоуман, Т.В. Балаева, Х. Блюстад, А.М. Гржибовский // Экология человека. 2011. №12. С. 49-54.
116. Папырин А. Сильнее профилактики пока средства нет // Медицинская газета. 2000. №62. С. 2–4.

117. Пермский Центр СПИД [Электронный ресурс]: Факты о ВИЧ/СПИД. URL: <http://aids-centr.perm.ru/Факты-о-ВИЧ/СПИД/Пути-передачи-ВИЧ-инфекции> (дата обращения: 01.09.2024).
118. Парсонс Т. О социальных системах. – М.: Академический проект, 2002. 832 с.
119. Петросян Д.И., Аксёнов В.В., Соколова М.В. Социологическое изучение деятельности социально-ориентированных некоммерческих организаций на территории Владимирской области (на основе данных социологического опроса СОНКО) // Ученые записки РАНХиГС. 2018. №2. С. 126–136.
120. Плавинский С.Л. Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) и ВИЧ-инфекция в группах риска. Распространяются ли возбудители по одним и тем же сетям? / С.Л. Плавинский, А.Н. Барина, К.М. Ерошина, А.В. Бобрик, А.В. Новожилов // Российский семейный врач. 2009. № 1. С. 26–31.
121. Плавинский С.Л., Барина А.Н., Разнатовский К.И. Сексуальное поведение, венерические болезни и гетеросексуальная эпидемия ВИЧ-инфекции - некоторые результаты математического моделирования // Российский семейный врач. 2007. №3. С. 30–37.
122. Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Барина А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования – М.: Открытый институт здоровья населения, 2017. 140 с.
123. Письмо «О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» от 6 октября 2005 N АС-1270/06 // Министерство образования и науки Российской Федерации.
124. Позднякова М.Е. Рискованное сексуальное поведение как фактор распространения ВИЧ-инфекции в России. Часть 2 // СНИСП. 2018. №4(24). С. 105–116.

125. Покровский В.И., Покровский В.В. СПИД. Синдром приобретенного иммунодефицита. – М.: Медицина, 1988. 48 с.
126. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин. – Москва, 2003. – 488 с.
127. Полунин В.С. Здоровый образ жизни - основа отличного здоровья каждого индивидуума и общества в целом // Российский медицинский журнал. 2019. №2. С. 68–69.
128. Полунина Н.В., Полунин В.С., Буслаева Г.Н. Здоровый образ жизни – важнейший фактор, определяющий здоровье индивидуума и общества в целом // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № S5. С. 136–137.
129. Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина – основа сохранения здоровья населения // Вестник РГМУ. 2018. №5. С. 5–13.
130. Полухин Н.В. Анализ информационного наполнения сайтов медицинских организаций в сети Интернет // Вестник «Биомедицина и социология». 2018. № 1(3). С. 21–24.
131. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 20 октября 2020 г. N 1129н.
132. Профилактика ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде: Учебное пособие для студентов педагогических вузов. Под ред. К. Г. Гуревича, Л. М. Шипицыной. — М.: Фирма Вариант, 2006. 80 с.
133. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прочаска Д.О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение // Вопросы психологии. 1994. №2. С. 113-122.
134. Разгуляева М. [Электронный ресурс]: «Гораздо эффективнее, чем экзамены»: психолог поддержал идею создать в России «тайных пациентов».

URL: <https://mosregtoday.ru/news/zdravoohranenie/gorazdo-effektivnee-chem-ekzameni-psihiolog-podderzhal-ideju-sozdat-v-rossii-tajnyh-patsientov/> (дата обращения: 01.09.2024).

135. Разгуляева М. [Электронный ресурс]: Против хамства и непрофессионализма: в России предложили создать «тайных пациентов». URL: <https://mosregtoday.ru/news/zdravoohranenie/protiv-hamstva-i-neprofessionalizma-v-rossii-predlozhili-sozdat-tajnyh-patsientov/> (дата обращения: 01.09.2024).
136. Распоряжение Правительства РФ «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.» от 21.12.2020 N 3468-р.
137. Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении перечня показателей, используемых для расчета рейтинга субъектов Российской Федерации» от 19.06.2017 N 1284-р.
138. Ромодина А.М. Социальные проекты в сфере профилактики наркомании, реализуемые в Челябинской области в 2020-2022 гг. // Актуальные проблемы современной науки: взгляд молодых: Сборник трудов XI Всероссийской (национальной) научнопрактической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Челябинск, 22 апреля 2022 года / Науч. редакторы Д.В. Валько, А.М. Ромодина. Челябинск: Южно-Уральский технологический университет, 2022. С. 752–757.
139. Ромодина А.М., Черепанова Л.Б. Взаимодействие НКО и государства в сфере оказания социальных услуг в РФ // Управление в современных системах. 2022. № 4. С. 22–33.
140. Росстат [Электронный ресурс]: Информация о социально-экономическом положении России. – Москва, 2020. – 96 с. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/oper-01-2020.pdf> (дата обращения: 01.09.2024).

141. Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам / Под ред. Р.В. Йорика. 2-е изд. – СПб.: Врачи детям, 2009. – 134 с.
142. Рыбакова О.В. Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией среди медицинских работников // Вестник СМУС74. 2018. №2 (21). С. 71–74.
143. Рындич А.А. Роль некоммерческих организаций в профилактике ВИЧ-инфекции / А.А. Рындич, А.Н. Матузкова, Д.В. Воронцов, Т.И. Твердохлебова, А.Г. Суладзе // Главврач Юга России. 2023. №4 (90). С. 13–16.
144. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 №4.
145. Сборник программ по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетних / Под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: Образование и культура, 2003. – 384 с.
146. Селиванова З.К. Смысложизненные ориентации подростков. // Социологические исследования. 2001. №1. С.87-92.
147. Сельцовский А.П., Ющук Н.Д., Поляков С.В. Организация и проведение просветительской работы по проблеме ВИЧ/СПИД среди учащихся старших классов общеобразовательных школ: Методические рекомендации № 8. – М.: Комитет здравоохранения, 2002. – 73 с.
148. Семенова В.Г., Вангородская С.А. Потери российской молодежи в контексте поведенческих факторов риска в 2000-е годы // Вестник ЮРГТУ (НПИ). 2021. №2. С. 130–141.
149. Сергевнин В.И. Многолетняя динамика смертности ВИЧ-инфицированных и факторы риска летального исхода при наличии и отсутствии сопутствующего туберкулеза / В.И. Сергевнин, О.В. Тукачёва, О.Е. Микова, М.В. Рожкова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2022. Т. 21. № 6. С. 48–58.

150. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркоманий и алкоголизма: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М.: Академия, 2003. — 175 с.
151. Смольская Т. Т. Профилактика ВИЧ-инфекции и её роль в контексте будущего эпидемии в российской Федерации // Экология человека. №2. 2012. С. 47–54.
152. Солнцева Г.Н., Смолян Г.Л. Психологические механизмы и модели «рискового поведения» // Труды ИСА РАН. 2007. Том 31. С. 231–244.
153. Скочилов Р.В. Поведенческие риски передачи ВИЧ-инфекции у потребителей синтетических наркотиков (по результатам полевого исследования) / Р.В. Скочилов, Э.Р. Асерова, А.Т. Лахов, Ю.В. Годунова, С.В. Корень // Журнал «Вопросы наркологии». 2020. №11 (194). С. 30–48.
154. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30 апреля 2020 г. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/05/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-30.04.2020-g.pdf> (дата обращения 01.09.2024).
155. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2022 г. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/09/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2022.pdf> (дата обращения 01.09.2024).
156. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора [Электронный ресурс]: Что такое ВИЧ и СПИД. URL: <http://www.hivrussia.info/chto-takoe-vich-i-spid/> (дата обращения: 01.09.2024).

157. Старшинин А.В. Ценности столичного здравоохранения: доверие, командный подход, профессионализм // Московская медицина. 2023. № 4 (56). С. 14–19.
158. Таенкова И.О. Взгляд современных подростков и молодежи на проблему ВИЧ/СПИДа: осведомленность и риск здоровью (результаты поведенческих исследований) / И.О. Таенкова, О.Е. Троценко, А.А. Таенкова, Л.А. Балахонцева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2017. №6 (77). С. 102–110.
159. Таенкова И.О., Таенкова А.А., Троценко О.Е. Профилактика распространения ИППП/ВИЧ-инфекции и потребления психоактивных веществ среди подростков и молодежи – дополнительный резерв в сохранении репродуктивного потенциала // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. № 4 (69). С. 12–17.
160. Таенкова И.О. Методы оценки уровня информированности учащейся молодежи Хабаровского края о факторах риска заражения ВИЧ-инфекцией / И.О. Таенкова, О.Е. Троценко, Л.А. Балахонцева, А.А. Таенкова // Анализ риска здоровью. 2016. № 4. С. 119–127.
161. ТАСС [Электронный ресурс]: Эксперт сообщил, что в России насчитывается до 1,5 млн ВИЧ-инфицированных. ТАСС, 2022. URL: <https://tass.ru/obschestvo/16213717> (дата обращения 01.09.2024).
162. Ташкинова И.П. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в сельской местности Калининградской области / И.П. Ташкинова, Н.И. Ячменев, Т.П. Груничева, Е.А. Бабура // Инфекция и иммунитет. 2012. №1–2. С. 426–427.
163. Тимофеев И.В. Понятие «качество медицинской помощи»: о необходимости внесения изменений в определение // Петербургский юрист. 2016. № 2. С. 159-162.

164. Тулупьева Т.В. Модели ВИЧ-рискованного поведения в контексте психологической защиты и адаптации / Т.В. Тулупьева, А.Е. Пащенко, А.Л. Тулупьев, В.М. Голянич // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2010. №1. С. 108-115.
165. Тулупьева Т. В. Психологическая защита и копингстратегии ВИЧ-инфицированных с позиции опасности для общественного здоровья: автоматизация сбора данных и итоги исследования / Т. В. Тулупьева, А. Л. Тулупьев, А. Е. Пащенко и др. // Труды СПИИРАН. 2007. №4. С. 357–387.
166. Ульянова И.В., Попова Т.А. Рискованное поведение подростков как педагогический феномен // Современные наукоёмкие технологии. 2016. № 9 (2). С. 343–349.
167. Улюкин И.М. Сложности дифференциальной диагностики токсоплазмоза головного мозга при ВИЧ-инфекции / И.М. Улюкин, М.А. Булыгин, Ю.И. Буланьков, Е.С. Орлова // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2019. №1. С. 498–504.
168. Университетская клиника РУДН [Электронный ресурс]: Токсоплазмоз. – Москва, 2020. URL: <https://h-clinic.ru/articles/toksoplazmoz/> (дата обращения: 01.09.2024).
169. Усачева Е.В. Смертность трудоспособного населения России от сердечно-сосудистых заболеваний / Е.В. Усачева, А.В. Нелидова, О.М. Куликова, И.П. Флянку // Гигиена и санитария. 2021. №2. С. 159–165.
170. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения от 22 июля 1946 // Всемирная организация здравоохранения. – № 48-е издание. – с изм. и допол. в ред. от 31 декабря 2014 г.
171. Хасанова Г.Р. Анализ факторов риска заражения женщин ВИЧ-инфекцией / Г.Р. Хасанова, Л.М. Мухарямова, С.Т. Аглиуллина, В.А. Анохин // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017. №4. С. 374-378.
172. Фахрадова Л. Н., Разварина И. Н., Смолева Е. О. Рискованное деструктивное поведение подростков и условия его формирования // Проблемы развития территории. 2017. № 1 (87). С. 114–129.

173. Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 N 82-ФЗ.
174. Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 N 7-ФЗ.
175. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и добровольчестве (волонтерстве)» от 11.08.1995 N 135-ФЗ.
176. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями и дополнениями).
177. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: Справки по ВИЧ-инфекции в России. URL: <http://www.hivrussia.info/dannye-po-vich-infektsii-v-rossii/> (дата обращения 01.09.2024).
178. Федеральный научно-исследовательский центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: Пути передачи ВИЧ-инфекции. URL: <http://www.hivrussia.info/puti-peredachi-vich-infektsii/> (дата обращения 01.09.2024).
179. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень №41. – Москва, 2016. – 56 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/05/Byulleten-41-VICH-infektsiya-2015g..pdf> (дата обращения: 01.09.2024).
180. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень №45. – Москва, 2020. – 58 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/12/Byulleten-45-VICH-infektsiya-2019-g..pdf> (дата обращения: 01.09.2024).

181. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. – Москва, 2021. 83 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf> (дата обращения 01.09.2024).
182. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. [Электронный ресурс]: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №47. – Москва, 2021. 82 с. URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/05/Byulleten-47-VICH-infektsiya-za-2021-g.pdf> (дата обращения 01.09.2024).
183. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]: «Это был редкий вариант вируса» Как ВИЧ на самом деле появился в СССР — отвечает расследовавший вспышку академик Покровский. 2022. URL: <http://www.hivrussia.info/eto-byl-redkij-variant-virusa-kak-vich-na-samom-dele-poyavilsya-v-sssr-otvechae-t-rassledovavshij-vspyshku-akademik-pokrovskij/> (дата обращения: 01.09.2024).
184. Ханиев А.А., Ардавова А.А. Государственные стоматологические организации в цифровую эпоху: актуальность информационной прозрачности и достоверности данных // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. № 2 (9). С. 86–96.
185. Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций // Здоровоохранение Российской Федерации. 2017. № 2. С. 70–75.
186. Цветкова Л.А., Ерицян К.Ю., Антонова, Н.А. Формирование различных видов поведения риска в онтогенезе // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2015. №2. С. 56–65.
187. Чукреев М.П., Калинин Д.Е. Удовлетворенность качеством амбулаторно-поликлинической помощи студентов-медиков как элемент оценки

- действующей системы медицинского обслуживания // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2023. №1. С. 181-185.
188. Чухрова М.Г., Пронин С.В., Аскар Кызы А.А., Хомушку С.Д.-О. Пилотное исследование предрасполагающих факторов употребления российской молодежью психоактивных веществ // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». 2019. № X. С. 121–125.
189. Шахвердян Ю.Г., Жукова Л.И. Опоясывающий герпес у ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. №6. С. 145–150.
190. Шаповалова И.С. самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски / И.С. Шаповалова, С.А. Вангородская, О.Н. Полухин, А.П. Пересыпкин, А.В. Кисиленко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. №1 (28). С. 44-51.
191. Эккерт Н.В., Полухин Н.В. Представление информации для потребителей медицинских услуг на веб-сайтах медицинских организаций: проблемы и пути решения // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019. № 3 (37). С. 62–70.
192. Этциони А. Социоэкономика: дальнейшие шаги // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 1. С. 65–71.
193. ЮНЕСКО [Электронный ресурс]: Методические рекомендации по проведению внеурочного занятия о профилактике ВИЧ-инфекции. ЮНЕСКО, 2016. – 8 с. URL: [https://iite.unesco.org/files/news/639301/HIV\\_exercise\\_RF.pdf](https://iite.unesco.org/files/news/639301/HIV_exercise_RF.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).
194. ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: ВИЧ/СПИД и молодежь: надежда на завтрашний день. – Женева, 2003. – 31 с. URL: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc785-youngpeople\\_ru\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc785-youngpeople_ru_0.pdf). (дата обращения 01.09.2024).
195. ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: ВИЧ, стигма и дискриминация. Женева: ЮНЭЙДС, 2021. URL:

- [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_ru.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).
196. ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Глобальные вопросы повестки дня СПИД. URL: <https://www.un.org/ru/global-issues/aids> (дата обращения 01.09.2024).
197. ЮНЭЙДС. Женщины и СПИД: Точка зрения ЮНЭЙДС // Сборник ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта». – Женева: ЮНЭЙДС, 1997. 11 с.
198. ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Недостаточное финансирование мер по противодействию ВИЧ становится все более заметным. URL: [https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2020/november/20201116\\_hiv-financing-gap-widening](https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2020/november/20201116_hiv-financing-gap-widening) (дата обращения 01.09.2024).
199. ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Официальная глобальная статистика по ВИЧ. URL: [https://data.unaids.org/pub/report/2007/jc1194-peereducation\\_ru.pdf](https://data.unaids.org/pub/report/2007/jc1194-peereducation_ru.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).
200. ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: Проведение мониторинга услуг в сфере ВИЧ силами сообществ. – Женева, 2021. 42 с. URL: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services\\_ru.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_ru.pdf) (дата обращения: 01.09.2024).
201. ЮНЭЙДС. [Электронный ресурс]: Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году. Женева: ЮНЭЙДС, 2014. URL: [https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/JC2686\\_WAD2014report](https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report) (дата обращения: 01.09.2024).
202. ЮСАИД [Электронный ресурс]: Распространенность ВИЧ-инфекции в регионе Центральной Азии. URL: <https://www.usaid.gov/ru/central-asia-regional/fact-sheets/usaid-meeting-targets-and-maintaining-epidemic-control> (дата обращения: 01.09.2024).
203. Яницкий О. Н. Социология риска: ключевые идеи // Мир России. 2003. Том 12. № 1. С. 3–35.

204. Berg R.C. HIV testing and treatment among HIV-positive men who have sex with men (MSM) living in Russia: Data from two waves of the European MSM Internet Survey / R.C. Berg, V. Skogen, A.J. Schmidt, Nesterov R., A. Beloglazov // *AIDS and Behavior*. 2024.
205. Beyrer C. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men / C. Beyrer, S.D. Baral, F.V. Griensven [and al.] // *Lancet*. 2012. P. 367–377.
206. Bruce D., Ferguson J., Ross D.A. Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries. Introduction and rationale // *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2006. Vol. 938. P. 1–13.
207. Chitnis A., Rawls D., Moore J. Origin of HIV type 1 in colonial French Equatorial Africa? // *AIDS Res. Hum. Retroviruses*. 2000. № 16. C. 5–8.
208. Cuellar I., Arnold B., Maldonado R. Acculturation Rating Scale for Mexican Americans-II: A revision of the original ARSMA scale // *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 1995. №17. P. 275-305.
209. Decker M. R. Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women’s HIV infection: findings from Indian husband-wife dyads / M. R. Decker, G. R. Seage 3rd, D. Hemenway J. Acquir. // *Immune Defic. Syndr*. 2009. Vol. 51. № 5. P. 593–600.
210. Douglas M. Risk as a Forensic Resource // *Risk*. 1990. Vol. 119. No. 4. P. 1–16.
211. Douglas M., Wildavsky A. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Los Angeles: University of California Press, 1983. 224 p.
212. Ennett S.T., Bailey S.L., Federman E.B. Social network characteristics associated with risky behaviors among runaway and homeless youth // *Journal of Health and Social Behavior*. 1999. № 40(1). P. 63–78.

213. Gao F. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes* / F. Gao, E. Bailes, D.L. Robertson, Y. Chen, C.M. Rodenburg, S.F. Michael, L.B. Cummins, L.O. Arthur, M. Peeters, G.M. Shaw, P.M. Sharp, B.H. Hahn // *Nature*. 1999. № 397. P. 436–441.
214. Hirsch V., Olmsted R., Murphey-Corb M. et al. An African primate lentivirus SIVsmclosely related to HIV-2 // *Nature*. 1989. № 339. C. 389–392.
215. Hoyle R.H., Fejfar M.C., Miller J.D. Personality and sexual risk taking: A quantitative review // *Journal of Personality*. 2000. 68 (6). P. 1203–1231.
216. Keele B.F. Chimpanzee reservoirs of pandemic and nonpandemic HIV-1 / B.F. Keele, H. Van, Y. Li, E. Bailes, J. Takehisa, M. Santiago, F. Bibollet-Ruche, Y. Chen, L.V. Wain, F. Liegeois, S. Loul, E.M. Ngole, Y. Bienvenue, E. Delaporte, J.F. Brookfield, P.M. Sharp, G.M. Shaw, M. Peeters, B.H. Hahn // *Science*. 2006. № 313. P. 523–526.
217. Morales A. Personality profiles of sexual risk among Spanish adolescents / A. Morales, X. Méndez, M. Orgilés, J.P. Espada // *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2017. Vol. 4. № 1. P. 41–49.
218. Okoli C. Undetectable equals untransmittable (U = U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries / C. Okoli, N. Van de Velde, B. Richman, B. Allan, E. Castellanos, B. Young, G. Brough, A. Eremin, G.M. Corbelli, M. Mc Britton, W.D. Hardy, P. de Los Rios // *Sex Transm Infect*. 2021. № 97(1). P. 18–26.
219. Peeters M. Isolation and characterization of a new chimpanzee lentivirus (simian immunodeficiency virus isolate cpz-ant) from a wild-captured chimpanzee / M. Peeters, K. Fransen, E. Delaporte, M. Van den Haesevelde, G.M. Gershy-Damet, L. Kestens, G. van der Groen, P. Piot // *AIDS*. 1992. №6 (5). P. 447–451.
220. Peterson J. A. Targeted Sampling in Drug Abuse Research: A Review and Case Study / J.A. Peterson, H.S. Reisinger, R.P. Schwartz and al. // *Field Methods*. 2008. № 20. P. 155–170.

221. Popovic M., Sarngadharan M.G., Read E., Gallo R.C. Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS // *Science*. 1984. № 224. P. 497–500.
222. Rogers E. *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press, 2010. – 518 с.
223. Rushmore J., Learner E.R., Bernstein K.T. Expanding the Evidence Base for Improving Sexual Health Among Transgender Communities: The Importance of Rigorous Epidemiologic Studies // *The Journal of infectious diseases*. 2024. Vol. 229(6). P. 1603–1605.
224. Shannon K. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants / K., S.A. Strathdee, S.M. Goldenberg, P. Duff, P. Mwangi, M. Rusakova, S. Reza-Paul, J. Lau et al. // *The Lancet*. 2015. Vol. 385. № 9962. P. 55–71.
225. Sharp P.M., Hahn B.H. The evolution of HIV-1 and the origin of AIDS // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2010. № 365 (1552). P. 2487–2494.
226. Strunin L., Hingson R. Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents: Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors // *Pediatrics*. 1987. №5. P. 79–82.
227. *Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing*. Geneva: UNAIDS, 2000. – 59 с.
228. UNAIDS. AIDS epidemic update: December 1999 // *Joint United Nations Programme on HIV / AIDS*. 2000. №10(5). P. 2.
229. UNAIDS [Электронный ресурс]: *Global AIDS Monitoring*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. – Geneva, 2022. 216 с. URL: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/unaidsglobalaidsmonitoring-2022.pdf> (дата обращения: 01.09.2024).
230. Zhukova E.V. HIV infection and COVID-19 among MSM in the Moscow region. / Zhukova E.V., Drobyshevskaya E.V., Pronin A. Yu. // 18th European AIDS conference (EACS 2021) (October 27-30, 2021, London, UK) – PE4/28.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### Анкета «Здоровье и поведение уязвимых групп»

Консультанты, при заполнении данной учетной формы обращайтесь особое внимание на строфы вопросы, отмеченные звездочкой (\*). Данная форма позволяет собрать минимальный эпидемиологический анамнез группы и способствовать расширению услуг для ключевых и уязвимых групп населения и ЛЖВ.

С каждым клиентом, прошедшим тестирование в рамках благотворительных программ и проектов, должна быть проведена консультация до и после тестирования на ВИЧ, ВГС, ВГВ, Сифилис и заполнена данная форма. Форма является документом, подтверждающим расход ТМЦ (тестов, презервативов, лубрикантов и других товарно-материальных ценностей). Пожалуйста, относитесь к данному процессу с пониманием, уважением и полной отдачей.

Контроль заполнения учетных форм осуществляет Отдел по Мониторингу и оценке, в лице менеджера по МиО Нестерова Р.С.

*Вопрос 1.* Клиент дал устное информированное согласие на проведение тестирования и консультации? \*

- Да (*Переход к вопросу 2*)
- Нет (*Отправить форму*)

#### **БЛОК «ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ»**

*Вопрос 2.* Где проходит тестирование? \*

- Москва
- Московская область (уточните, где именно в графе «Другое»)
- Другое \_\_\_\_\_

*Вопрос 3.* Фамилия, Имя консультанта \* \_\_\_\_\_

*Вопрос 4.* Место тестирования \*

- Офис Низкопорогового медицинского центра
- Улица, «плешка», аптека
- Точка секс-работы (притон/квартира)
- Место развлечения (бар, клуб, сауна)
- Мобильный пункт тестирования
- Другое: \_\_\_\_\_

*Вопрос 5.* Возраст клиента (Сколько Вам полных лет на момент прохождения тестирования?) \* \_\_\_\_\_

(Указывать только число. Если меньше 18 – отправить форму, прекратить консультацию, если 18 и больше – Переход к вопросу 6)

#### **БЛОК «ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ»**

*Вопрос 6.* Уровень образования (Какой у Вас уровень образования?) \*

- Неполное среднее
- Полное среднее
- Среднее специальное
- Неоконченное высшее

- Оконченное высшее
- Наличие ученой степени

*Вопрос 7. Сексуальная ориентация (Какая у Вас сексуальная ориентация?)*

- Гетеросексуальная
- Гомосексуальная
- Бисексуальная
- Квир
- Другое: \_\_\_\_\_

*Вопрос 8. Пол, приспанный при рождении (Какой пол был приспанны Вам при рождении?)*

- Мужской
- Женский

*Вопрос 9. Гендерная идентичность (Какая у Вас гендерная идентичность?)*

- Цисгендерный мужчина (*Переход к вопросу 14*)
- Цисгендерная женщина (*Переход к вопросу 14*)
- Трансгендерный мужчина (*Переход к вопросу 10*)
- Трансгендерная женщина (*Переход к вопросу 10*)
- Небинарный человек (*Переход к вопросу 10*)
- Не применимо (*Переход к вопросу 14*)

### **БЛОК «ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ ПЕРЕХОД»**

*Вопрос 10. Обращались ли Вы в комиссию по трансгендерному переходу? \**

- Да
- Нет

*Вопрос 11. Укажите год обращения (В каком году Вы обращались в комиссию?) \**

- Не обращался
- Год: \_\_\_\_\_

*Вопрос 12. Укажите город обращения (В каком городе Вы проходили медицинскую комиссию?) \**

- Не обращался
- Город: \_\_\_\_\_

*Вопрос 13. Укажите комиссию (В какую именно комиссию Вы обращались?) \**

- Не обращался
- Название: \_\_\_\_\_

### **БЛОК «ГРАЖДАНСТВО»**

*Вопрос 14. Гражданство клиента (Гражданином какой страны Вы являетесь?) \**

- Россия (*Переход к вопросу 15*)
- Беларусь (*Переход к вопросу 16*)
- Казахстан (*Переход к вопросу 16*)
- Кыргызстан (*Переход к вопросу 19*)
- Таджикистан (*Переход к вопросу 19*)
- Туркменистан (*Переход к вопросу 16*)
- Узбекистан (*Переход к вопросу 19*)
- Украина (*Переход к вопросу 16*)
- Другое: \_\_\_\_\_ (*Переход к вопросу 16*)

### **БЛОК «УНИКАЛЬНЫЙ КОД КЛИЕНТА»**

Вопрос 15. Укажите код клиента по формату: имя01мам0199 \*

(Переход к вопросу 25)

### БЛОК «МИГРАЦИЯ»

Вопрос 16. Укажите код клиента по формату: имя01мам0199 \*

Вопрос 17. Укажите цель визита в РФ (Какова Ваша основная цель приезда в Россию?) \*

- Трудовая миграция (работа)
- Образование (студент)
- Туризм (турист)
- Резидент (ВНЖ)

Вопрос 18. Укажите год последнего въезда в РФ (В каком году Вы последний раз приехали в Россию?) \*

(Переход к вопросу 25)

### БЛОК «МИГРАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ»

Вопрос 19. Укажите код клиента по формату: ММАИМ01011999 \*

Вопрос 20. Укажите цель визита в РФ (Какова Ваша основная цель приезда в Россию?) \*

- Трудовая миграция (работа)
- Образование (студент)
- Туризм (турист)
- Резидент (ВНЖ)

Вопрос 21. Укажите год последнего въезда в РФ (В каком году Вы последний раз приехали в Россию?) \*

Вопрос 22. Устный скрининг на туберкулезную инфекцию \*

Симптом	Да	Нет
Уже 3 и более недель Вас беспокоит кашель (он может быть не сильным и выражаться слабым периодическим покашливанием)		
Ночью Вы часто потеете, особенно в области шеи и грудной клетки		
Сильно устаете, отмечаете ухудшение работоспособности, постоянно испытываете общую слабость, привычные задачи (физические и умственные) стали даваться труднее		
Вы стали меньше есть, отмечаете у себя снижение аппетита		
Вы резко похудели без видимой причины		
Периодически отмечаете у себя повышение температуры выше «37.0» (может также держаться постоянно)		
Вы часто испытываете боли в спине и суставах и не можете объяснить их причину		
Отмечаете у себя увеличение лимфатических узлов шеи, надключичных и подмышечных областей с одной или двух сторон		
Вы стали страдать от хронических воспалений мочеполовой системы (лечение не дает нужного эффекта, не помогает)		

Вопрос 23. Результат устного скрининга на ТБ \*

- Положительный
- Отрицательный

Вопрос 24. Клиент получил сегодня дополнительные консультации на следующие темы: \*

Тема	Да	Нет
Юридические аспекты миграции		
«Безопасная» миграция		
«Здоровая» миграция		

### **БЛОК «ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ»**

Вопрос 25. Регион постоянной или временной регистрации клиента (В каком регионе Вы временно или постоянно зарегистрированы в настоящее время?) \*

- Москва
- Московская область
- Другой регион: \_\_\_\_\_
- Нет регистрации

Вопрос 26. Информированность (Как Вы узнали о работе нашего проекта?) \*

- Я уже был здесь
- Мне рассказал друг/знакомый
- Я увидел информацию в печатных информационных материалах
- Я нашел информацию в Интернете
- Я увидел рассылку в мобильном приложении
- Получил информацию от социального работника
- Я нашел информацию в социальных сетях
- Другое: \_\_\_\_\_

Вопрос 27. Контрольный вопрос: секс-работа (За последние 12 месяцев Вы занимались сексом в обмен на деньги, еду или наркотики, когда платили Вам?) \*

- Да (Переход к вопросу 28)
- Нет (Переход к вопросу 31)

### **БЛОК «ОПЫТ СЕКС-РАБОТЫ»**

Вопрос 28. Число половых партнеров (Сколько за последние 3 месяца у Вас было половых партнеров, которые платили Вам за секс деньги или иные ценности?) \*

Вопрос 29. Частота использования презервативов (Как часто Вы использовали презервативы при сексуальных контактах с этими половыми партнерами?) \*

- Всегда
- Почти всегда
- В половине случаев
- Редко
- Никогда

Вопрос 30. Длительность опыта секс-работы (Сколько месяцев Вы занимаетесь секс-работой?) \*

Консультант, если клиент говорит 1 год, в ответе укажите 12 месяцев

## БЛОК «РИСКОВАННОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ»

*Вопрос 31.* Самооценка риска (Как Вы считаете, а течение последних 3-х месяцев, насколько велик был Ваш риск заражения ВИЧ и другими инфекциями? \*)

- Не было совсем
- Незначительный
- Умеренный
- Значительный
- Крайне высокий

*Вопрос 32.* Риски и основания для тестирования (Сейчас я перечислю Вам некоторые риски и основания для тестирования на ВИЧ, ВГС, ВГВ и Сифилис, а Вы ответьте, пожалуйста, был ли у Вас тот или иной риск или имеется то или иное основание для тестирования?) \*

*Несколько вариантов ответа*

- Незащищенный вагинальный секс
- Незащищенный анальный секс
- Незащищенный оральный секс
- Участие в групповых сексуальных мероприятиях
- Порвавшийся презерватив
- У партнера был выявлен «положительный» статус ВИЧ
- Использование общего инъекционного оборудования
- Прежде чем перестать использовать презерватив со своим партнером
- Постоянный контроль собственного здоровья
- Именно узнать свой ВИЧ/ВГС/ВГВ/Сифилис-статус
- Период «окна»
- Другое: \_\_\_\_\_

*Вопрос 33.* Партнеры (С кем в течение последних 12 месяцев у Вас был проникающий секс?) \*

*Несколько вариантов ответа*

- Мужчины
- Женщины
- Транс\* люди
- Не было сексуальных контактов

*Вопрос 34.* Число партнеров (Сколько половых партнеров у Вас было за последний год?) \*

*Вопрос 35.* Контроль рисков (Сейчас я задам Вам несколько дополнительных вопросов по контролю рисков инфицирования ВИЧ, для ответа используйте варианты: «Да», «Нет», «Не знаю»)

Вопрос	Да	Нет	Не знаю
Вы использовали презерватив при последнем проникающем сексуальном контакте?			
За последние 12 месяцев у вас диагностировали ИППП?			
За последние 12 месяцев вы употребляли стимуляторы, чтобы сделать сексуальные ощущения более яркими или длящимися дольше?			

За последние 12 месяцев у вас был проникающий секс с ВИЧ-положительным человеком, чей ВИЧ-статус вы знали			
За последние 12 месяцев у вас был проникающий секс с человеком, чей ВИЧ-статус вы не знали			
За последние 12 месяцев у вас был проникающий секс с ЛУН			
За последние 12 месяцев у вас был проникающий секс с МСМ			
За последние 12 месяцев у вас был проникающий секс с ТГЛ			
За последние 12 месяцев у вас был проникающий секс с СР			

*Вопрос 36.* Контрольный вопрос: употребление ПАВ (В течение последних 12 месяцев Вы употребляли наркотики или ПАВ?)

- Да (*Переход к вопросу 37*)
- Нет (*Переход к вопросу 48*)

#### **БЛОК «УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ: КОНТРОЛЬ 1»**

*Вопрос 37.* Вы употребляли в течение последних 12 месяцев наркотики или ПАВ неинъекционно?

- Да (*Переход к вопросу 38*)
- Нет (*Переход к вопросу 42*)

#### **БЛОК «УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ НЕИНЪЕКЦИОННО»**

*Вопрос 38.* Какие именно наркотики или ПАВ Вы употребляли неинъекционно?

*Укажите только три основных*  
 -=СПИСОК ПАВ=-

*Вопрос 39.* В каком возрасте Вы впервые употребили наркотики или ПАВ неинъекционно?

*Вопрос 40.* Вы стоите на учете у нарколога в связи с употреблением наркотиков или ПАВ неинъекционно?

- Да
- Нет
- Отказ от ответа

*Вопрос 41.* Вы употребляли в течение последних 12 месяцев наркотики или ПАВ инъекционно (с использованием иглы и шприца)?

- Да (*Переход к вопросу 43*)
- Нет (*Переход к вопросу 48*)

#### **БЛОК «УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ: КОНТРОЛЬ 2»**

*Вопрос 42.* Вы употребляли в течение последних 12 месяцев наркотики или ПАВ инъекционно (с использованием иглы и шприца)?

- Да (*Переход к вопросу 43*)
- Нет (*Переход к вопросу 48*)

### **БЛОК «УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ ИНЪЕКЦИОННО»**

*Вопрос 43. Какие именно наркотики или ПАВ Вы употребляли инъекционно?*

*Укажите только три основных*

*-=СПИСОК ПАВ=-*

*Вопрос 44. В каком возрасте Вы впервые употребили наркотики или ПАВ инъекционно?*

*Вопрос 45. Вы стоите на учете у нарколога в связи с употреблением наркотиков или ПАВ инъекционно?*

- Да
- Нет
- Отказ от ответа

*Вопрос 46. Вы употребляли в течение последних 12 месяцев наркотики или ПАВ инъекционно с использованием общих иглы и шприца?*

- Да (*Переход к вопросу 47*)
- Нет (*Переход к вопросу 48*)

### **БЛОК «ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ ИНЪЕКЦИОННО С ОБЩИМИ ИГЛОЙ И ШПРИЦЕМ»**

*Вопрос 47. Сколько раз за последние 3 месяца Вы употребляли наркотики или ПАВ инъекционно с использованием общих иглы и шприца?*

\_\_\_\_\_ (*Переход к вопросу 48*)

### **БЛОК «ОПЫТ ТЕСТИРОВАНИЯ»**

*Вопрос 48. Опыт тестирования на ВИЧ-инфекцию (Вы тестировались ранее на ВИЧ? Если да, то каким был последний результат теста/анализа на ВИЧ-инфекцию?)*

- Отрицательный (*Переход к вопросу 73*)
- Положительный (*Переход к вопросу 54*)
- Неопределённый / Сомнительный (*Переход к вопросу 73*)
- Не знаю / не помню (*Переход к вопросу 73*)
- Не тестировался ранее (*Переход к вопросу 73*)

*Вопрос 49. Опыт тестирования на ВГС (Вы тестировались ранее на ВГС? Если да, то каким был последний результат теста/анализа на ВГС?)*

- Отрицательный
- Положительный
- Неопределённый / Сомнительный
- Не знаю / не помню
- Не тестировался ранее

*Вопрос 50. Опыт тестирования на ВГВ (Вы тестировались ранее на ВГВ? Если да, то каким был последний результат теста/анализа на ВГВ?)*

- Отрицательный
- Положительный
- Неопределённый / Сомнительный
- Не знаю / не помню
- Не тестировался ранее

**Вопрос 51.** Опыт тестирования на Сифилис (Вы тестировались ранее на Сифилис? Если да, то каким был последний результат теста/анализа на Сифилис?)

- Отрицательный
- Положительный
- Неопределённый / Сомнительный
- Не знаю / не помню
- Не тестировался ранее

**Вопрос 52.** Частота тестирования (С какой частотой Вы трестируетесь на...?)

	Имеется диагноз	1 раз в год	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 3 месяца	Чаше 1 раза в 3 месяца	Реже 1 раза в год	Не тестировался ранее
ВИЧ-инфекцию							
Гепатит С (ВГС)							
Гепатит В (ВГВ)							
Сифилис							

**Вопрос 53.** Вакцинация (Вы вакцинированы в соответствии со всеми требованиями и мерами от...?)

	Да	Нет	Не знаю
Гепатит А (ВГА)			
Гепатит В (ВГВ)			
COVID-19			

### **БЛОК «ОПЫТ ЖИЗНИ С ВИЧ»**

**Вопрос 54.** Дата постановки диагноза "ВИЧ-инфекция" (Когда Вам был поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция»?) \_\_\_\_\_

*ДД ММ ГГ*

**Вопрос 55.** Вы стоите на учете в Центре СПИДа?

- Да (Переход к вопросу 56)
- Нет (Переход к вопросу 57)

### **БЛОК «МОЙ ЦЕНТР СПИД»**

**Вопрос 56.** В каком Центре СПИДа Вы состоите на учете?

- Московский областной ЦПБС
- Московский городской ЦПБС
- Федеральный ЦПБС
- "Домашний" ЦПБС
- ЦПБС в России по месту регистрации
- Другое: \_\_\_\_\_

### **БЛОК «БАРЬЕРЫ В ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ»**

**Вопрос 57.** Почему Вы не стоите на учете в Центре СПИДа? (открытый вопрос)

---

Вопрос 58. Вам требуется бесплатная квалифицированная поддержка социального работника?

- Да (Переход к вопросу 59)
- Нет (Переход к вопросу 61)

### **БЛОК «ПЕРЕДАЧА В СЛУЖБУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И СОПРОВОЖДЕНИЯ»**

Вопрос 59. Укажите номер мобильного телефона клиента для экстренной передачи в службу медико-социальной помощи и сопровождения в формате: 89990099000

---

Вопрос 60. Кому был передан клиент? \_\_\_\_\_

### **БЛОК «ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ВИЧ+»**

Вопрос 61. Вы знаете свои показатели ВН и CD-4?

- Да (Переход к вопросу 65)
- Нет (Переход к вопросу 62)

### **БЛОК «АРВТ»**

Вопрос 62. Вы принимаете АРВ-терапию?

- Да (Переход к вопросу 63)
- Нет (Переход к вопросу 69)

### **БЛОК «ЖИЗНЬ С ВИЧ: ЛЕЧЕНИЕ»**

Вопрос 63. Вы принимаете АРВ-терапию в настоящее время?

- Да, принимаю ежедневно (Переход к вопросу 73)
- Да, принимаю нерегулярно, но принимаю сейчас (Переход к вопросу 69)
- Нет, принимал, но бросил (Переход к вопросу 69)
- Нет, никогда не принимал (Переход к вопросу 69)

Вопрос 64. Какую схему АРВ-терапии Вы принимаете/-ли?

---

### **БЛОК «ЖИЗНЬ С ВИЧ: ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ»**

Вопрос 65. Какая у Вас вирусная нагрузка?

---

Вопрос 66. Какое у Вас состояние иммунного статуса (CD-4)?

- До 200 клеток
- 201 - 300 клеток
- 301 - 500 клеток
- 501 - 800 клеток
- 801 - 1000 клеток
- Более 1000 клеток
- Не знаю

Вопрос 67. Вы принимаете АРВ-терапию в настоящее время?

- Да, принимаю ежедневно
- Да, принимаю нерегулярно, но принимаю сейчас

- Нет, принимал, но бросил
- Нет, никогда не принимал

Вопрос 68. Какую схему АРВ-терапии Вы принимаете/-ли?

---

### БЛОК «БАРЬЕРЫ ДОСТУПЕ К ЛЕЧЕНИЮ»

Вопрос 69. Почему Вы не принимаете АРВ-терапию? (открытый вопрос)

---

Вопрос 70. Вам требуется поддержка социального работника?

- Да (Переход к вопросу 71)
- Нет (Переход к вопросу 73)

### БЛОК «ПЕРЕДАЧА В СЛУЖБУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И СОПРОВОЖДЕНИЯ»

Вопрос 71. Укажите номер мобильного телефона клиента для экстренной передачи в службу медико-социальной помощи и сопровождения в формате: 89990099000

---

Вопрос 72. Кому был передан клиент?

---

### БЛОК «ТЕСТИРОВАНИЕ»

Вопрос 73. Консультация до тестирования проведена?

- Да
- Нет

Вопрос 74. Клиент прошел сегодня тестирование на...?

	Да	Нет
ВИЧ-инфекцию		
ВГС		
ВГВ		
Сифилис		

Вопрос 75. Результат теста на ВИЧ

- Отрицательный (Переход к вопросу 83)
- Положительный (Переход к вопросу 80)
- Не проводился (Переход к вопросу 83)

Вопрос 76. Результат теста на ВГС

- Отрицательный
- Положительный
- Не проводился

Вопрос 77. Результат теста на ВГВ

- Отрицательный
- Положительный
- Не проводился

Вопрос 78. Результат теста на Сифилис

- Отрицательный
- Положительный
- Не проводился

Вопрос 79. Консультация после тестирования проведена?

- Да
- Нет

### **БЛОК «ПЕРЕДАЧА В СЛУЖБУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И СОПРОВОЖДЕНИЯ»**

*Вопрос 80.* Укажите номер мобильного телефона клиента для экстренной передачи в службу медико-социальной помощи и сопровождения в формате: 89990099000

*Вопрос 81.* Кому был передан клиент?

*Вопрос 82.* Укажите в какое ЛПУ был направлен клиент?

- Московский областной ЦПБС
- Московский городской ЦПБС
- Федеральный ЦПБС
- "Домашний" ЦПБС
- ЦПБС в России по месту регистрации
- Другое: \_\_\_\_\_

### **БЛОК «ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ»**

*Вопрос 83.* Клиент получил следующие консультации и/или услуги?

- Консультация по ДКП
- Консультация по ПКП
- Консультация для ТГЛ по совместимости АРТ/ДКП с ГАТ
- Консультация по лечению ИППП
- Консультация по вопросам лечения вирусных гепатитов
- Консультация по вопросам лечения ВИЧ-инфекции
- Комплект АРВ-терапии
- Комплект ДКП
- Забор мазков на ИППП
- Тестирование на CD-4

### **БЛОК «ВАРИАТИВНЫЕ ВОПРОСЫ»**

*Вопрос 84.* Наличие работы: У вас есть постоянная или временная работа? (ФИЛЬТР-ВОПРОС)

- Да, у меня есть постоянная работа – *(Переход к вопросу 85)*
- Да, у меня есть временная занятость - *(Переход к вопросу 85)*
- Да, у меня есть и постоянная, и временная работа - *(Переход к вопросу 85)*
- Нет, у меня нет работы - *(Переход к вопросу 87)*

*Вопрос 85.* Сфера деятельности: В какой сфере Вы работаете в настоящее время?

- Строительство
- Общественное питание
- здравоохранение
- Торговля
- Образование
- Управление
- Экономика
- Промышленность
- Сельское хозяйство
- Услуги

- Другое (уточнить) \_\_\_\_\_

*Вопрос 86.* Число рабочих дней (Сколько дней в неделю Вы работаете?) (укажите число)

---

*Вопрос 87.* Семейное положение: Какое у Вас семейное положение?

- Холост
- Состою в зарегистрированном браке
- Состою в гражданском браке
- В разводе
- Вдовец

*Вопрос 88.* Уровень благосостояния: Как Вы оцениваете своё материальное благосостояние? (для ответа используйте шкалу от 1 до 5, где 1 – плохо, 5 -отлично)

- 1 - плохо
- 2
- 3
- 4
- 5 - отлично

*Вопрос 89.* Жилищные условия: Какие у Вас жилищные условия?

- Я проживаю один с собственной квартире
- Я проживаю один в съемном жилье
- Я снимаю квартиру с друзьями
- Я снимаю квартиру с коллегами
- Я снимаю квартиру с супругом/ой
- Я живу на работе
- Я живу на улице

*Вопрос 90.* Наличие детей: У Вас есть дети? (ФИЛЬТР-ВОПРОС)

- Да – (Переход к вопросу 91)
- Нет – (Переход к вопросу 94)

*Вопрос 91.* Наличие детей до 18 лет: Сколько у Вас детей младше 18 лет? (укажите число)

---

*Вопрос 92.* Наличие детей старше 18 лет: Сколько у Вас детей старше 18 лет? (укажите число)

---

*Вопрос 93-М.* Самооценка знаний русского языка: Как Вы оцениваете свои знания русского языка? (для ответа используйте шкалу от 1 до 5, где 1 – плохо, 5 -отлично)

*Вопрос только для мигрантов*

- 1 - плохо
- 2
- 3
- 4
- 5 - отлично

*Вопрос 94.* Самооценка здоровья: Как Вы оцениваете своё здоровье? (для ответа используйте шкалу от 1 до 5, где 1 – плохо, 5 -отлично)

- 1 - плохо
- 2
- 3

4

5 - отлично

*Вопрос 95.* Обращение за медицинской помощью в государственные учреждения: В течение последнего года Вы обращались в государственные медицинские учреждения? (ФИЛЬТР-ВОПРОС)

- Да – (Переход к вопросу 96)
- Нет

*Вопрос 96.* Оценка опыта посещения учреждения: Как Вы оцениваете опыт обращения в это учреждение? (для ответа используйте шкалу от 1 до 5, где 1 – плохо, 5 - отлично)

- 1 - плохо (Переход к вопросу 97)
- 2 (Переход к вопросу 97)
- 3 (Переход к вопросу 97)
- 4 (Переход к вопросу 97)
- 5 - отлично

*Вопрос 97.* Барьеры: С какими трудностями Вы столкнулись при посещении медицинского учреждения?

- а) недружелюбие медицинского персонала
- б) необходимая информация не была предоставлена
- в) услуга не была оказана
- г) мне отказали в получении услуги
- д) другое \_\_\_\_\_

### Анкета по началу приема доконтактной профилактики

Здравствуйте!

Мы предлагаем Вам принять участие в мониторинговом социологическом исследовании. Данное исследование состоит из четырех этапов:

1. Прохождение опроса перед началом приема ДКП с получением рецепта на доконтактную профилактику ВИЧ (сроком на 3 месяца).
2. Повторный визит для оценки рискованности поведения, скрининга самочувствия, подтверждение продолжения приема ДКП и обсуждение аспектов, связанных с этим (через 3 месяца после начала приема ДКП). Получение второго рецепта на ДКП (сроком 3 месяца), сдача контрольных анализов.
3. Второй повторный визит для оценки рискованности поведения, скрининга самочувствия, подтверждение продолжения приема ДКП и обсуждение аспектов, связанных с этим (через 6 месяцев от начала приема ДКП). Получение третьего рецепта на ДКП (сроком 6 месяцев), сдача контрольных анализов.
4. Последний повторный визит для оценки приверженности ДКП (через 12 месяцев от начала приема ДКП). Получение дополнительного рецепта на ДКП, сдача контрольных анализов.

Заполнение анкеты на каждом этапе производит клиентом самостоятельно, либо консультантом Фонда, фиксируя сведения «со слов клиента».

Благотворительный фонд «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» (далее БФ ПСИОЗ) гарантирует безопасность и конфиденциальность данных, полученных в ходе данного исследования. Адрес электронной почты участника будет обработан и помещен на зашифрованный диск, доступ к которому будет иметь менеджер по мониторингу и оценке БФ ПСИОЗ. Сбор адресов электронной почты необходим для проведения исследования и напоминания о повторном прохождении тестирования, сдаче необходимых контрольных анализов. На каждом этапе исследования потребуется использование и подтверждение электронной почты. В случае, если Вам не понятен вопрос, Вы можете попросить о помощи консультанта или написать нам по адресу [mesterov100@gmail.com](mailto:mesterov100@gmail.com).

Надеемся на искренность Ваших ответов. Результаты исследования будут обработаны, проанализированы и представлены в обобщенном виде, что позволит провести адвокационную работу по внедрению ДКП в профилактическую работу Центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Контроль за проведением и выполнением исследования производят Нестеров Роман, социолог и менеджер по мониторингу и оценке БФ ПСИОЗ.

*Вопрос 1.* Электронная почта \_\_\_\_\_

*Вопрос 2.* Я ознакомился с информацией, представленной выше, и даю свое согласие на участие в исследовании

- Да – (Переход к вопросу 3)
- Нет

## БЛОК «ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ»

Вопрос 3. Id участника \_\_\_\_\_

Вопрос 4. Сколько Вам полных лет? Выберите подходящий возрастной диапазон

- 18-21
- 22-25
- 26-32
- 33-40
- 41-45
- 46-50
- 51 и старше

Вопрос 5. Укажите пол, приспанный Вам при рождении

- Мужской
- Женский

Вопрос 6. Ниже приведены различные описания людей, представителей уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения, пожалуйста укажите наиболее подходящие для Вас варианты ответов

	Да	Нет	Принадлежал ранее
Трансгендерный человек			
Мужчина, практикующий секс с другими мужчинами			
Потребитель инъекционных наркотиков			
Потребитель неинъекционных наркотиков			
Иностраный гражданин (мигрант)			
Секс-работник			

Вопрос 7. Уровень образования клиента: Какой у Вас уровень образования?

- Неполное среднее
- Полное среднее
- Среднее специальное
- Неоконченное высшее
- Оконченное высшее
- Наличие ученой степени

Вопрос 8. У вас есть постоянная или временная работа?

- Да, у меня есть постоянная работа
- Да, у меня есть временная занятость
- Да, у меня есть и постоянная, и временная работа
- Нет, у меня нет работы

Вопрос 9. Как Вы оцениваете своё материальное благосостояние?

Для ответа используйте шкалу от 1 до 5, где 1 - плохое, а 5 - отличное материальное положение

- 1 - плохо
- 2
- 3
- 4
- 5 - отлично

Вопрос 10. Вы ранее использовали ДКП?

- Да – (Переход к вопросу 11)
- Нет – (Переход к вопросу 13)
- Не знаю – (Переход к вопросу 13)

### **БЛОК «ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДКП»**

Вопрос 11. С какой частотой Вы принимали ранее ДКП?

- Ежедневно
- Ежедневно, но случались перерывы в приеме ДКП
- При необходимости (ситуативно)

Вопрос 12. Вы принимали ДКП под наблюдением врача?

- Да
- Нет

### **БЛОК «ПОДГОТОВКА К ПРИЕМУ ДКП»**

Вопрос 13. Ниже приведен список того, что рекомендовано сделать перед началом приема ДКП. Продолжите фразу: «Перед началом приема ДКП я...»

	Да	Нет
Сделал экспресс-тест/сдал анализ крови на анти-тела к Гепатиту С		
Сдал анализ на определение уровня креатинина (проверка функции почек)		
Сдал мазок на инфекции, передаваемые половым путем (гонорея, микоплазмоз, сифилис, трихомо-ниаз)		
Проконсультировался с врачом и/или равным консультантом		
Поговорил со своим партнером		
Провел вакцинацию от Гепатита В		

Вопрос 14. Сделали ли Вы сегодня экспресс-тест/анализ крови на антитела к ВИЧ

- Да – (Переход к вопросу 15)
- Нет – (Переход к вопросу 16)

### **БЛОК «РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ»**

Вопрос 15. Какой результат теста на ВИЧ был обнаружен сегодня?

«Положительный» результат – обнаружены антитела к ВИЧ-инфекции; «Отрицательный» результат – не обнаружены антитела к ВИЧ-инфекции; «Сомнительный» – результат теста неоднозначный

- Положительный – (Завершить анкетирование)
- Отрицательный – (Переход к вопросу 18)
- Сомнительный – (Завершить анкетирование)

### **БЛОК «ОПЫТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ»**

Вопрос 16. Когда Вы последний раз проходили тестирование/сдавали анализ на антитела к ВИЧ? \_\_\_ \_\_ \_\_ (ДД.ММ.ГГ)

*Вопрос 17. Какой результат теста на ВИЧ был обнаружен?*

*«Положительный» результат – обнаружены антитела к ВИЧ-инфекции; «Отрицательный» результат – не обнаружены антитела к ВИЧ-инфекции; «Сомнительный» – результат теста неоднозначный*

- Положительный – *(Завершить анкетирование)*
- Отрицательный – *(Переход к вопросу 18)*
- Сомнительный – *(Завершить анкетирование)*

#### **БЛОК «ГЕПАТИТ В»**

*Вопрос 18. Сделали ли Вы сегодня экспресс-тест/анализ крови на антитела к Гепатиту В?*

- Да – *(Переход к вопросу 19)*
- Нет – *(Переход к вопросу 20)*

#### **БЛОК «РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА АНТИТЕЛА К ВГВ»**

*Вопрос 19. Какой результат теста на Гепатит В был обнаружен сегодня?*

- Положительный – *(Завершить анкетирование)*
- Отрицательный – *(Переход к вопросу 24)*

#### **БЛОК «ОПЫТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВГВ»**

*Вопрос 20. Когда Вы последний раз проходили тестирование/сдавали анализ на антитела к Гепатиту В? \_\_ \_\_ \_\_ (ДД.ММ.ГГ)*

*Вопрос 21. Какой результат теста на Гепатит В был обнаружен?*

- Положительный – *(Завершить анкетирование)*
- Отрицательный – *(Переход к вопросу 24)*

#### **БЛОК «ОПЫТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА СИФИЛИС»**

*Вопрос 22. Когда Вы последний раз проходили тестирование/сдавали анализ на антитела к сифилису? \_\_ \_\_ \_\_ (ДД.ММ.ГГ)*

*Вопрос 23. Какой результат теста на сифилис был обнаружен?*

- Положительный – *(Переход к вопросу 26)*
- Отрицательный – *(Переход к вопросу 26)*

#### **БЛОК «СИФИЛИС»**

*Вопрос 24. Сделали ли Вы сегодня экспресс-тест/анализ крови на антитела к сифилису?*

- Да – *(Переход к вопросу 25)*
- Нет – *(Переход к вопросу 22)*

#### **БЛОК «РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА СИФИЛИС»**

*Вопрос 25. Какой результат теста на сифилис был обнаружен сегодня?*

- Положительный – *(Переход к вопросу 26)*
- Отрицательный – *(Переход к вопросу 26)*

#### **БЛОК «ПОЛУЧЕНИЕ РЕЦЕПТА ДКП»**

*Вопрос 26. С какой частотой Вы планируете принимать ДКП в рамках исследования?*

- Ежедневно
- При необходимости (ситуативно)

*Вопрос 27.* По окончании приема ДКП, Вы планируете продолжить принимать ее дальше?

- Да
- Нет

*Вопрос 28.* Спустя 3 месяца от начала приема ДКП, полученной в рамках исследования, мы отправим Вам приглашение в офис для контроля состояния здоровья и предоставления рецепта. Вы готовы продолжить участие в настоящем исследовании?

- Да – *(Переход к вопросу 29)*
- Нет

#### **БЛОК «ВЫДАЧА РЕЦЕПТА НА ДКП»**

*Вопрос 29.* Планируемая дата начала приема ДКП \_\_ \_\_ \_\_ (ДД.ММ.ГГ)

### Анкета по применению доконтактной профилактики

Здравствуйте!

Мы предлагаем Вам принять участие в мониторинговом социологическом исследовании. Данное исследование состоит из четырех этапов:

1. Прохождение опроса перед началом приема ДКП с получением рецепта на доконтактную профилактику ВИЧ (сроком на 3 месяца).
2. Повторный визит для оценки рискованности поведения, скрининга самочувствия, подтверждение продолжения приема ДКП и обсуждение аспектов, связанных с этим (через 3 месяца после начала приема ДКП). Получение второго рецепта на ДКП (сроком 3 месяца), сдача контрольных анализов.
3. Второй повторный визит для оценки рискованности поведения, скрининга самочувствия, подтверждение продолжения приема ДКП и обсуждение аспектов, связанных с этим (через 6 месяцев от начала приема ДКП). Получение третьего рецепта на ДКП (сроком 6 месяцев), сдача контрольных анализов.
4. Последний повторный визит для оценки приверженности ДКП (через 12 месяцев от начала приема ДКП). Получение дополнительного рецепта на ДКП, сдача контрольных анализов.

Заполнение анкеты на каждом этапе производит клиентом самостоятельно, либо консультантом Фонда, фиксируя сведения «со слов клиента».

Благотворительный фонд «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» (далее БФ ПСИОЗ) гарантирует безопасность и конфиденциальность данных, полученных в ходе данного исследования. Адрес электронной почты участника будет обработан и помещен на зашифрованный диск, доступ к которому будет иметь менеджер по мониторингу и оценке БФ ПСИОЗ. Сбор адресов электронной почты необходим для проведения исследования и напоминания о повторном прохождении тестирования, сдаче необходимых контрольных анализов. На каждом этапе исследования потребуется использование и подтверждение электронной почты. В случае, если Вам не понятен вопрос, Вы можете попросить о помощи консультанта или написать нам по адресу [rnesterov100@gmail.com](mailto:rnesterov100@gmail.com).

Надеемся на искренность Ваших ответов. Результаты исследования будут обработаны, проанализированы и представлены в обобщенном виде, что позволит провести адвокационную работу по внедрению ДКП в профилактическую работу Центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Контроль за проведением и выполнением исследования производят Нестеров Роман, социолог и менеджер по мониторингу и оценке БФ ПСИОЗ.

*Вопрос 1.* Электронная почта \_\_\_\_\_

*Вопрос 2.* Я ознакомился с информацией, представленной выше, и даю свое согласие на участие в исследовании

- Да – (Переход к вопросу 3)
- Нет – (Завершить анкетирование)

## БЛОК «ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ»

Вопрос 3. Id участника \_\_\_\_\_

Вопрос 4. С какой частотой Вы принимали ранее ДКП?

- Ежедневно
- Ежедневно, но случались перерывы в приеме ДКП
- При необходимости (ситуативно)

Вопрос 5. Что из нижеперечисленного является для Вас мотивацией в приеме ДКП в рамках исследования?

	Является	Не является
Возможность получить рецепт на ДКП бесплатно		
Личная «подстраховка» при сексуальных контактах		
Забота о своем здоровье		
Забота о здоровье партнера		
Состою в отношениях с ВИЧ- положительным партнером		
Осмотр врача терапевта бесплатно		
Возможность пройти тестирование на ВИЧ, гепатит В и сифилис бесплатно		
Возможность получить таблетницу		
Возможность получить презервативы и лубрикант		

Вопрос 6. Как Вы оцениваете опыт приема ДКП? Для оценки используйте шкалу от 1 до 5, где 1 – это плохо, 5 – отлично.

- 1 - плохо
- 2
- 3
- 4
- 5 - отлично

Вопрос 7. Как Вы оцениваете свой риск заражения ВИЧ-инфекцией?

- Крайне низкий
- Низкий
- Средний
- Высокий
- Крайне высокий

Вопрос 8. Ниже приведен список возможных рисков в отношении инфицирования ВИЧ. Какие из перечисленных рисков у Вас случались в течении последних 3 месяцев? Напротив каждого риска выберете «Да» (был риск) или «Нет» (не было риска).

	Да	Нет
Незащищенный анальный секс		
Незащищенный вагинальный секс		
Незащищенный секс с секс-работником		
Использование общих игл и шприцев для употребления наркотиков		
Употребление наркотиков во время секса (химсекс)		
Участие в массовых сексуальных мероприятиях (секс-вечеринки, групповой секс, др.)		
Незащищенный секс с человеком, чей ВИЧ-статус был Вам неизвестен		

*Вопрос 9.* Использовали ли Вы презерватив при последнем проникающем (анальном/вагинальном) сексуальном контакте?

- Да
- Нет

*Вопрос 10.* В редких случаях у людей, принимающих ДКП наблюдается так называемый «стартап-синдром», который характеризуется тяжестью в желудке, снижением аппетита, тошнотой. Были ли у Вас подобные проявления?

- Да
- Нет

*Вопрос 11.* Оцените, как в целом Вы себя чувствовали во время приема ДКП? Для оценки используйте шкалу от 1 до 5, где 1 - плохо, а 5 - отлично.

- 1 - плохо
- 2
- 3
- 4
- 5 - отлично

*Вопрос 12.* Как изменилась Ваша сексуальная жизнь после начала приема ДКП? Каждому из нижеперечисленных факторов дайте оценку. Для ответа используйте «+», «-» и «=», где «+» означает, что данный показатель увеличился (пр.: Вы стали больше интересоваться здоровьем половых партнеров или у Вас увеличилась частота сексуальных контактов); «-» означает, что данный показатель уменьшился (пр.: Вы стали меньше ощущать безопасность во время секса или уровень Вашей тревожности понизился); «=» изменений не произошло.

	+	-	=
Интерес к здоровью своих половых партнеров			
Частота сексуальных контактов			
Частота смены половых партнеров			
Ощущение безопасности во время секса			
Уровень тревожности			

*Вопрос 13.* Вы отказались от использования презервативов во время секса в течение последних 3-х месяцев?

- Да – (Переход к вопросу 14)
- Нет – (Переход к вопросу 15)

### **БЛОК «ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИП»**

*Вопрос 14.* По каким причинам за последние 3 месяца Вы не могли достать презервативы, когда они были нужны?

- Слишком дорого
- Не удобно обращаться с этой просьбой в медицинское учреждение
- Поликлиники не обеспечивают ими
- Общественные организации не обеспечивают ими
- Стидно покупать презервативы
- Не знаю, где их можно взять
- Презервативы недоступны
- Думал, что есть у партнера
- Другое: \_\_\_\_\_

## БЛОК «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА»

Вопрос 15. Оцените, пожалуйста, качество консультации специалиста по следующим критериям. Для оценки используйте шкалу от 1 до 5, где 1 - плохо, а 5 - отлично.

	1	2	3	4	5
Доступность информации [Насколько просто и доходчиво консультант рассказал Вам о ДКП?]					
Новизна информации [Насколько новой была для Вас информация, которую предоставил консультант?]					
Полнота консультации [Насколько полно была изложена информация в аспектах: анализы перед началом приема ДКП, необходимость тестирования на ВИЧ и иные?]					

Вопрос 16. Было ли Вам комфортно получить консультацию и рецепт на ДКП в нашем Фонде?

- Да – (Переход к вопросу 19)
- Нет – (Переход к вопросу 17)

## БЛОК «КОМФОРТНОСТЬ»

Вопрос 17. Расскажите о сложностях, с которыми Вы столкнулись. *Напишите все, что посчитаете важным.*

---

Вопрос 18. При покупке ДКП в аптеке были ли у вас трудности с отпуском препарата?

- Да, у меня не оказалось рецепта с собой
- Да, мне отказали в продаже ДКП
- Нет, трудностей не было

## БЛОК «ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДКП»

Вопрос 19. Продолжаете ли Вы прием ДКП?

- Да
- Нет

Вопрос 20. Являются ли для Вас лично предложенные ниже аспекты ограничениями в приеме ДКП?

	Да, является	Нет, не является
Дороговизна препаратов		
Расположение аптеки, где можно купить ДКП		
Низкий уровень информированности о ДКП		
Мой партнер просит меня прекратить прием ДКП		
Отсутствие информации о побочных эффектах от приема ДКП		
Отсутствие безопасного пространства для приема ДКП		
Отсутствие безопасного пространства для хранения препаратов ДКП		

*Вопрос 21.* Продолжите фразу: "Я готов продолжить прием ДКП..."

- ...за свой счет, платно
- ...только, если буду получать бесплатно

### **БЛОК «РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ»**

*Вопрос 22.* Результат тестирования на ВИЧ

- Положительный
- Отрицательный

*Вопрос 23.* Результат тестирования на гепатит В

- Положительный
- Отрицательный

*Вопрос 24.* Результат тестирования на сифилис

- Положительный
- Отрицательный

## Гайд наблюдения «тайный пациент»

### *Приветственное слово*

Уважаемый участник!

Благодарим Вас за проявленный интерес к исследованию «Тайный пациент», которое проводит Благотворительный фонд «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» (БФ ПСИОЗ). Исследование является комплексным, для достижения наилучших результатов мы используем три метода сбора данных относительно барьеров и потребностей ключевых групп населения в доступе к услугам по ВИЧ (анкетирование пациентов Центров СПИДа; фокус-групповые дискуссии; наблюдение «тайный пациент»).

**Общее описание исследования.** Настоящая часть исследования проводится с целью наблюдения за деятельностью партнерских Центров СПИДа и *выявления пробелов в доступе и организации услуг по ВИЧ*. Просим Вас ознакомиться с бланком добровольного информированного согласия и подписать его. Передайте заполненный и подписанный бланк в БФ ПСИОЗ, любому специалисту Фонда, по адресу: ул. Мясницкая, д. 46с1, этаж 3, каб. 311 (м. Красные ворота, выход из метро №1, вход во двор со стороны Большого Козловского переулка).

**Мероприятия.** В рамках наблюдения мы просим Вас посетить Центр СПИДа, к которому Вы прикреплены, получить консультацию минимум одного врача (это может быть Ваш лечащий врач-инфекционист); оценить работу регистратуры, гарбероба, охраны и общее состояние Центра СПИД. Для удобства, в бланке приведены наводящие вопросы, мы просим Вас дать ответ по каждому вопросу бланка.

**Время участия.** Время заполнения бланка составляет от 1 до 1,5 часов. Время участия в исследовании составляет от 2 до 3,5 часов (в зависимости от удаленности Центра СПИД от Вашего места жительства).

**Поощрение участников.** За потраченное время Вы получите вознаграждение – подарочный мульти-сертификат (пластиковая карта) на сумму 1500,00 рублей, которую можно отоварить в любом магазине.

**Контактная информация.** В случае возникновения вопросов, пожалуйста, свяжитесь с командой исследователей.

- Нестеров Роман, руководитель исследования (тел.: +7 995 155 24 16).

**Этическое соответствие.** Настоящее исследование является социологическим и не требует утверждения в этическом комитете. Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие и прошли обязательный инструктаж. Исследование не несет рисков для участников. Участие в исследовании добровольное.

### *Бланк для заполнения участником*

**Вы прошли инструктаж наблюдателей по сбору данных?**

1. Да
2. Нет

**Вы предоставили заполненный бланк добровольного информированного согласия на участие в исследовании?**

1. Да
2. Нет

**Укажите, пожалуйста, Ваш уникальный код участника исследования по формату МИМ0198**

М – Ваш пол (М – мужской пол, Ж – женский пол, Т – трансгендерный человек), ИМ – две первые буквы Вашего имени, 01 – день Вашего рождения, 98 – две последние цифры года Вашего рождения

О: \_\_\_\_\_

**Дата посещения Центра СПИД**

ДД/ММ/ГГГГ

О: \_\_\_\_\_

**Название Центра СПИД**

1. Московский областной ЦС
2. Клиника «Центр ПЛЮС»
3. Московский городской ЦС

**Укажите, пожалуйста, Ваш ВИЧ-статус**

1. Положительный
2. Отрицательный

*Просим Вас не давать однозначные ответы, а дать комментарии и описание ситуации по каждому пункту*

<i>Качество работы учреждения и доступность получения медицинской помощи</i>	<i>Оцените или опишите все элементы, связанные с характеристикой качества медицинской помощи</i>
<b>Блок 1. Инфраструктура: возможность и удобство записи к специалисту на сайте организации</b>	
1. Насколько удобно было пользоваться сайтом? <i>- компьютерная версия</i> <i>- мобильная версия</i>	<b>Пожалуйста, в этой графе уточните, с какого устройства Вы посещали сайт Центра (телефон, планшет, ноутбук, компьютер) и дайте оценку удобства сайта, Ваше общее впечатление.</b>
2. Возможность и удобство записи к специалисту на сайте	
3. Наличие перечня услуг: содержание и удобство	
4. Наличие и достаточность информации о врачах	
5. Доступность и качество информации об учреждении: навигация, встроенная карта с оптимальным маршрутом, наличие карт и фото на сайте	
6. Наличие онлайн-бота и его качество (включая скорость отклика)	
7. На что ещё вы обратили внимание при использовании сайта?	
<b>Блок 2. Логистика и географическая доступность Центра</b>	
8. Удалённость учреждения от станции метро	
9. Наличие указателей, знаков, табличек об учреждении	
10. Общая оценка доступности маршрута для людей с ограниченными возможностями (наличие пандусов, дорожек и т.д.)	
11. Расходы на транспорт и наличие бесплатного транспорта	
12. Ландшафт в районе учреждения	

(наличие тротуаров, отдельных свободных, расчищенных дорог, проходимость по дорогам, отсутствие посторонних учреждений, ухудшающих окружающую обстановку близ социального учреждения)	
13. Понятность расположения главного входа/корпуса	
14. На что ещё вы обратили внимание при посещении Центра?	
<b>Блок 3. Персонал медицинского учреждения и работа вспомогательных служб</b> <i>Оцените работу охранников, гардеробщиц, работников регистратуры, обратив внимание на такие показатели, как: вежливость, клиентоориентированность и др.</i>	
15. Работа гардероба	
16. Работа регистратуры	
17. Удобство ожидания приёма к врачу или в процедурный кабинет	
<b>Блок 4. Коммуникация с медицинским работником, облик врача</b> <i>Оцените работу врачей, медсестёр, обратив внимание на такие показатели, как: вежливость, клиентоориентированность и другие особенности</i>	
18. Наличие медицинского консультирования. Если Вы общались с несколькими врачами, дайте ответ по каждой консультации.	<b>Пожалуйста, в этой графе уточните, ответил ли врач на все Ваши вопросы (если они были), опишите консультацию, проведенную врачом.</b>
19. Наличие бейджа у врача с ФИО медработника, с которым Вы общались. Если Вы общались с несколькими врачами, дайте ответ по каждому врачу.	<b>Пожалуйста, в этой графе уточните ФИО врача.</b>
20. Наличие бейджа у медсестры (только, если Вы получали услуги медицинской сестры).	
<b>Смоделируйте различные ситуации:</b>	
21. Обратитесь к медработнику по имени и оцените его реакцию	
22. Попросите предоставить копию информированного согласия (на вмешательство) только в случае, если Вы посещали врачей диагностики	
23. Задайте вопросы о способах передачи ВИЧ-инфекции	
24. Задайте любые вопросы по здоровью (в том числе о презервативах, их доступности в других учреждениях / благотворительных фондах)	
25. Задайте вопрос о принципе «Н=Н» (это принцип, когда ВИЧ-положительный человек, в результате лечения, сократил уровень своей вирусной нагрузки (кол-во вируса в крови) до неопределяемого уровня, и не может передать ВИЧ своим партнерам)	
26. «Включите» скептика и поговорите с	

врачом о «врачебном заговоре» (вы не верите в существование ВИЧ, оцените дальнейшие реакцию и действия медработников)	
27. Задайте вопросы о доконтактной и постконтактной профилактике для половых партнеров	
<b>Оценка общения с врачом, поставьте балл:</b>	
28. Невежливый 1 2 3 4 5 очень вежливый	
29. Невнимательный 1 2 3 4 5 очень внимательный	
30. Незаинтересованный в оказании помощи 1 2 3 4 5 заинтересованный	
31. Незаинтересованный в сохранении здоровья пациента 1 2 3 4 5 заинтересованный	
<b>Оценка ясности и подробности информации о диагнозе пациента и способах лечения:</b>	
32. Не ясно 1 2 3 4 5 все ясно	
<b>Оценка общения с медицинской сестрой:</b>	
33. Невежливая 1 2 3 4 5 очень вежливая	
34. Невнимательная 1 2 3 4 5 очень внимательная	
35. Незаинтересованная в оказании помощи 1 2 3 4 5 заинтересованная	
36. Укажите другие важные аспекты, на которые вы обратили внимание при общении с медицинскими работниками	
<b>Блок 5. Характеристика внутренней инфраструктуры медицинской организации</b>	
37. Качество работы регистратуры и работников регистратуры	
38. Удобство внутренней логистики для пациентов организация пространства, комфорт	
39. Оценка технического персонала (работа раздевалки)	
40. Внутренняя логистика и доступность для пациентов (наличие табличек и указателей)	
<b>Блок 6. Общая информация</b>	
41. Общее время, затраченное на приём в Центре _____ мин	
42. Время, затраченное от НАЧАЛЬНОЙ ТОЧКИ (дом, работа и т.д.), укажите точку старта старта (с какой станции метро вы ехали) _____ и точку финиша (к какой станции метро вы ехали) _____, _____ мин	
<b>Блок 7. Дополнительная информация, которую вы хотите по любой составляющей исследования, включая его организацию (в свободной форме)</b>	
43. _____	

**Гайд фокус-группы «тайный пациент»**

*Модератор! Обратите внимание, каждый блок вопросов имеет 2 подраздела, где 1-й направлен на пациентов Московского областного Центра СПИД, в 2-й на пациентов Клиники «Центр ПЛЮС».*

Дата проведения	
Модератор	
Общее число участников	чел.
Участник 1	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 2	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 3	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 4	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 5	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 6	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 7	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Участник 8	УИК участника _____ Возраст _____ лет
Место проведения	

**Приветствие участников.** Уважаемые участники, благодарим за проявленный интерес к исследованию. Сегодня у нас будет проведена фокус-группа, посвященная вопросам качества оказания медицинской помощи и её доступности. Информация будет использована в обезличенном, обобщённом виде и направлена на улучшение работы СПИД Центров г. Москвы и Московской области.

**БЛОК 1. Возможности и особенности сайта (вопросы задаются вариативно, в зависимости от исследуемой группы пациентов).**

*1.1 Давайте, поговорим об удобстве и особенностях сайта Центра СПИД Московской области.*

1. Насколько удобно было пользоваться сайтом? (компьютерная и мобильная версия)
2. Ориентация по услугам: насколько просто и удобно записаться к врачу?
3. Какой перечень дополнительных услуг присутствует в меню сайта?
4. Насколько доступна информация о врачах и самом учреждении?
5. На что еще вы обратили внимание при использовании сайта Центра СПИД Московской области?
6. Какая информация вас интересовала на сайте, помимо записи?
7. Смогли вы найти интересующую вас информацию на сайте?

*1.2 Давайте, теперь поговорим о Клинике инфекционных заболеваний «Центр ПЛЮС»?*

1. Насколько удобно было пользоваться их сайтом? (компьютерная и мобильная версия)
2. Ориентация по услугам: насколько просто и удобно записать к врачу?
3. Какой перечень дополнительных услуг присутствует в меню сайта?
4. Насколько доступна информация о врачах и самом учреждении?
5. На что еще вы обратили внимание при использовании сайта Клиники «Центр ПЛЮС»?
6. Какая информация вас интересовала на сайте, помимо записи?
7. Смогли вы найти интересующую вас информацию на сайте?

## **БЛОК 2. Логистика и географическая доступность (вопросы задаются вариативно, в зависимости от исследуемой группы пациентов).**

### *2.1 Давайте, оценим с точки зрения географической доступности Центра СПИД Московской области*

1. Оцените удалённость учреждения от станции метро
2. Расстояние от места вашего проживания или работы до учреждения: время, затраченное на дорогу от дома до Центра?
3. Наличие указателей, знаков, табличек об учреждении
4. Общая оценка доступности маршрута для людей с ограниченными возможностями (наличие пандусов, дорожек и т.д.)
5. Расходы на транспорт и наличие бесплатного транспорта
6. Ландшафт в районе учреждения (наличие тротуаров, отдельных свободных, расчищенных дорог, проходимость по дорогам, отсутствие посторонних учреждений, ухудшающих окружающую обстановку близ социального учреждения)
7. Понятность расположения главного входа/корпуса
8. Удобство внутренней логистики для пациентов
9. На что еще вы обратили внимание при посещении Центра?

### *2.2 Давайте, теперь оценим географическую доступность Клиники «Центр ПЛЮС»*

1. Удалённость учреждения от метро
2. Расстояние от места вашего проживания или работы до учреждения: время, затраченное на дорогу от дома до Центра?
3. Наличие указателей, знаков, табличек об учреждении
4. Общая оценка доступности маршрута для людей с ограниченными возможностями (наличие пандусов, дорожек и т.д.)
5. Расходы на транспорт и наличие бесплатного транспорта
6. Ландшафт в районе учреждения (наличие тротуаров, отдельных свободных, расчищенных дорог, проходимость по дорогам, отсутствие посторонних учреждений, ухудшающих окружающую обстановку близ социального учреждения)
7. Понятность расположения главного входа/корпуса
8. Внутренняя логистика и доступность для пациентов
9. На что еще вы обратили внимание при посещении Центра?

## **БЛОК 3. Персонал и работа с пациентом (вопросы задаются вариативно, в зависимости от исследуемой группы пациентов).**

### *3.1 Давайте оценим работу с пациентом персонала Центра СПИД Московской области*

1. Оцените работу охранников, гардеробщиц, работников регистратуры, врачей, медсестёр, обратив внимание на такие показатели, как: вежливость, клиентоориентированность и др.
2. Каким был прием врача?
3. Было ли проведено необходимое консультирование?
4. На все ли вопросы, которые вы задавали, были получены ответы?
5. У всего ли персонала было наличие бейджиков с ФИО медработника, с которым будет проходить анонимное тестирование? А у кого не было? Они представились вам?
6. На что еще Вы обратили внимание при общении с персоналом Центра?
7. На что ещё вы обратили внимание при посещении центра, на что вам особенно хотелось бы обратить внимание (отрицательное или положительное)

### *3.2 Давайте, теперь оценим работу с пациентом Клиники «Центр ПЛЮС»*

1. Оцените работу охранников, гардеробщиц, работников регистратуры, врачей, медсестёр, обратив внимание на такие показатели, как: вежливость, клиентоориентированность и др.
2. Каким был прием врача?
3. Было ли проведено необходимое консультирование?
4. На все ли вопросы, которые вы задавали, были получены ответы?
5. У всего ли персонала было наличие бейджиков с ФИО медработника, с которым будет проходить анонимное тестирование? А у кого не было? Они представились вам?
6. На что еще Вы обратили внимание при общении с персоналом Центра?
7. На что ещё вы обратили внимание при посещении центра, на что вам особенно хотелось бы обратить внимание (отрицательное или положительное)

### **Анкета «Оценка потребностей и барьеров в доступе к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний, среди пациентов Клиники инфекционных заболеваний»**

Уважаемый пациент, здравствуйте!

#### ***Добровольное информированное согласие участника исследования***

Исследовательская группа Клиники инфекционных заболеваний и Благотворительного фонда «Поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения» приглашает Вас принять участие в социологическом исследовании, целью которого является *Оценка потребностей и барьеров в доступе к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний, среди пациентов Клиники инфекционных заболеваний ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора*.

Прежде чем Вы примете решение об участии в этом исследовании, мы бы хотели предоставить Вам информацию об этом исследовании, о том, что ожидает Вас, и о возможных рисках.

#### **Условия участия в исследовании**

Вы можете принять участие в исследовании, если:

- Вы являетесь дееспособным (т.е. совершеннолетним, не страдающим тяжкими психическими расстройствами и расстройствами, способными ухудшить Ваше состояние или спровоцировать обострение)
- Вы являетесь пациентом Клиники инфекционных заболеваний ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

#### **Добровольность участия**

Ваше участие в исследовании должно быть исключительно добровольным. Данное согласие не должно даваться под влиянием обмана, психического или физического насилия, или в условиях несвободы. Ваше согласие не должно быть вынуждено стечением тяжелых жизненных обстоятельств (недостатком материальных средств) и/или не обусловлено какой-либо зависимостью от экспериментатора (-ов). Вы можете принять решение не участвовать в исследовании сейчас или отказаться продолжать участвовать на любом этапе без каких-либо негативных последствий.

#### **Конфиденциальность**

В данном исследовании мы не собираем никакие персональные данные участников. Все результаты будут представляться только в общем массиве, а не индивидуально. Все данные, собранные в ходе исследования, будут доступны только исследовательской группе. По результатам исследования мы планируем опубликовать результаты в научных журналах.

#### **Риски**

Данное исследование не предполагает чрезвычайных ситуаций, однако в случае возникновения таковых Вам будет оказана необходимая помощь. В помещении Клиники имеется все необходимое для оказания первой медицинской помощи (аптечка), телефон для вызова экстренных служб.

#### **Выгоды**

Информация, полученная в ходе этого исследования, может в будущем принести пользу и Вам, и другим людям.

## Этическое одобрение

Данное исследование рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ

Продолжая заполнение онлайн-опроса, я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) цели, процедуру, методы и возможные неудобства участия в исследовании. Данное согласие дается не под влиянием обмана, психического или физического насилия, или в условиях несвободы. Мое согласие не вынуждено стечением тяжелых жизненных обстоятельств (недостатком материальных средств) и/или не обусловлено какой-либо зависимостью от экспериментатора (-ов). Я даю свое согласие на участие в исследовании.

Благодарим Вас за проявленное желание принять участие в исследовании. Среднее время заполнения анкеты составляет 12 минут. Заранее благодарим за искренние ответы.

### БЛОК 0. Посещение Клиники «Центр ПЛЮС»

#### 0. Сегодня вы впервые посетили Центр ПЛЮС?

- Да, впервые
- Нет, я уже был здесь

### БЛОК 1. Опыт обращения в Центр ПЛЮС

Расскажите нам, пожалуйста, о своём опыте обращения в Центр ПЛЮС

#### 1.1 Насколько легко вам было найти информацию о нашем Центре?

- Просто
- Достаточно просто
- Достаточно сложно
- Сложно

#### 1.2 Скажите, пожалуйста, как вы узнали о Центре ПЛЮС?

- От социального работника
- От родных, друзей, знакомых
- Нашёл информацию в интернете
- Увидел рекламу в социальных сетях
- Увидел информацию на рекламном щите
- Другое (НАПИШИТЕ) \_\_\_\_\_

#### 1.3 Удобно ли вам было добраться до Центра ПЛЮС?

- Да, удобно
- Скорее удобно
- Нормально
- Скорее не удобно
- Нет, не удобно

#### 1.4 Удобное ли расположение Центра ПЛЮС?

- Да, удобно
- Скорее удобно
- Нормально
- Скорее не удобно
- Нет, не удобно

### 1.5 Удобное ли время работы Центра ПЛЮС?

- Да, удобно
- Скорее удобно
- Нормально
- Скорее не удобно
- Нет, не удобно

### 1.6 Необходима ли для Вас дополнительная навигация в Центр ПЛЮС?

- Нет
- Да, необходима в виде городских указателей
- Да, необходима в формате видео-маршрута
- Да, необходима в формате карты, размещенной на сайте Клиники
- Да, необходима в другом формате (ВПИШИТЕ) \_\_\_\_\_

## БЛОК 2. Опыт тестирования на ВИЧ

### 2.1 Вы когда-либо в жизни проходили тестирование на ВИЧ?

- Да, проходил (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 2.2)
- Нет, не проходил (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 3.1)
- Затрудняюсь ответить

### 2.2 Где вы проходили последнее тестирование на ВИЧ?

- В мобильном пункте профилактики
- В больнице (стационаре)
- В поликлинике (амбулатории)
- В женской консультации
- В наркологическом диспансере
- В анонимном кабинете
- В кожно-венерологическом диспансере
- В учреждении УФСИН
- В благотворительной организации (НКО / Фонд)
- В Центре СПИД, кабинете инфекциониста
- В реабилитационном центре
- В частной клинике / лаборатории

### 2.3 Было ли это тестирование добровольным?

- Да
- Нет (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 2.1.1)
- Затрудняюсь ответить

### 2.4 Проводилось ли с вами до-тестовое консультирование во время проведения тестирования на ВИЧ? *(До-тестовое консультирование — это беседа, которую проводит специалист до забора крови для тестирования на ВИЧ. В ходе этой беседы обсуждаются причины обращения за тестированием, ваши знания о ВИЧ, путях инфицирования и индивидуальных способах профилактики, а также ваше поведение, связанное с риском инфицирования ВИЧ)*

- Да, проводилось
- Нет, не проводилось
- Затрудняется ответить

**2.5 Проводилось ли с вами после-тестовое консультирование в момент сообщения результата тестирования на ВИЧ?** *(После-тестовое консультирование — это беседа, которую проводит специалист после сообщения результата тестирования на ВИЧ. Она включает разъяснение значения результата, а также обсуждение принципов снижения риска ВИЧ и/или лечения ВИЧ)*

- Да, проводилось (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 4.1)
- Нет, не проводилось (ПЕРЕХОД К БЛОКУ 5)
- Затрудняется ответить (ПЕРЕХОД К БЛОКУ 5)

## **БЛОК 2.1 Опыт тестирования на ВИЧ**

**2.1.1 Кто принуждал Вас к прохождению тестирования на ВИЧ?**

- Работодатель
- Учебное заведение
- Родственники / родители
- Супруг (супруга)
- Религиозный лидер
- Коллеги
- Другое (ВПИШИТЕ) \_\_\_\_\_

## **БЛОК 3. Барьеры в доступе к тестированию на ВИЧ**

**3.1 Расскажите, пожалуйста, почему вы никогда не проходили тестирование на ВИЧ?** *(Отметьте, пожалуйста, все подходящие варианты для ответа)*

- Вы не думали, что это вам необходимо
  - Вы боялись осуждения
  - Вы не знали, как и где это можно сделать
  - У вас нет нужных документов
  - Ваша культура, религия это запрещает
  - У вас нет регистрации
  - Вы не могли доехать до места тестирования
  - У вас нет гражданства РФ
  - Вы боялись разглашения информации
  - У меня были (есть) проблемы с русским языком
  - Другое (НАПИШИТЕ) \_\_\_\_\_
- (ПЕРЕХОД К БЛОКУ 5)

## **БЛОК 4. Консультирование и сообщение результата**

**4.1 Вспомните, пожалуйста, кто беседовал с вами в момент сообщения результата тестирования на ВИЧ?** *(Отметьте все подходящие ответы)*

- Врач-инфекционист
- Психолог
- Социальный работник
- Равный консультант
- Врач-гинеколог
- Врач-эпидемиолог
- Средний медицинский персонал

- Другой специалист
  - Не помню / не знаю
- (ПЕРЕХОД К БЛОКУ 5)

## БЛОК 5. Знание своего ВИЧ-статуса

### 5.1 Какой у Вас ВИЧ-статус?

- Положительный, я живу с ВИЧ (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 6.1)
- Отрицательный, я живу без ВИЧ (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 7.1)
- Не знаю (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 7.1)

## БЛОК 6. Жизнь с ВИЧ

### 6.1 Состоите ли вы на официальном учёте в Центре СПИД?

- Да
- Нет

### 6.2 В каком году Вы встали на учет в Центр СПИД?

- Укажите год \_\_\_\_\_

### 6.3 Знаете ли Вы о необходимой вакцинопрофилактики для людей, живущих с ВИЧ (пр.: от гепатита В, пневмококка, др.)?

- Да, знаю, но не проходил
- Да, знаю и проходил
- Нет, не знаю

(ПЕРЕХОД К БЛОКУ 7)

## БЛОК 7. Информация и информированность

### 7.1 Знаете ли вы, где и как в вашем городе (регионе) можно получить следующие услуги: (Дайте ответ по каждой строке)

	Да, знаю	Нет, не знаю
Горячая линия по ВИЧ		
Мобильный пункт по тестированию на ВИЧ		
Низкопороговый кабинет по профилактике и тестированию и на ВИЧ		
Набор для самотестирования на ВИЧ		
Доверенные врачи, консультации		
Равные консультанты (люди с положительным ВИЧ-статусом), консультации		
Доконтактная профилактика (PrEP)		
Постконтактная профилактика ВИЧ		
Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребёнку		
Группа поддержки для людей, живущих с ВИЧ		
Группа поддержки для женщин, живущих с ВИЧ		
Профилактика, диагностика и лечение туберкулёза		
Обследование, диагностика и лечение гепатитов В, С		

Обследование и лечение психических расстройств (депрессия, расстройства поведения, стресс и т.д.)		
Обследование, диагностика и лечение ИППП		
Услуги по сохранению и ведению беременности		
Обследование на рак шейки матки		
Поддержка и помощь в ситуации стигмы, дискриминации		

**7.2 Вспомните, пожалуйста, из каких источников вы получали информацию о ВИЧ? (Отметьте все подходящие варианты ответа)**

- Профилактическая акция на улице, в публичном месте
- Лекция / тренинг / акция по месту учёбы, работы
- Ролики на телевидении
- Ролики в сети Интернет
- Медицинские интернет-сайты по теме ВИЧ
- Немедицинские интернет-сайты по теме ВИЧ
- Информация в социальных сетях
- Печатные газеты, журналы
- Брошюры, флайеры
- Наружная реклама, постеры
- Беседа со специалистом (врач, соцработник и т.п.)
- Беседа с равным консультантом
- Беседы с друзьями, знакомыми, близкими людьми

**7.3 В целом, как вы оцениваете свою информированность о ВИЧ? (Оцените по 5-балльной шкале, где 1 - “очень плохо”, 5 - “очень хорошо”)**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**7.4 Давайте поговорим о том, как передаётся ВИЧ. Назовите, пожалуйста, пути передачи ВИЧ, которые вы знаете. (Отметьте все подходящие варианты)**

- При переливании инфицированной крови или ее компонентов
- При использовании “грязных” инструментов для инъекций (игла, шприц)
- При незащищённых (без презерватива) половых контактах
- При кормлении ребёнка грудным молоком
- При укусе комара / клеща
- При беременности и родах
- Затрудняется ответить

**7.1 Как человек может обезопасить себя от ВИЧ? (Отметьте все подходящие варианты)**

- Используя только “чистые” (стерильные) инструменты для инъекций (игла, шприц)
- Не переливать инфицированную кровь и (или) ее компоненты

- Правильно используя презерватив при каждом половом контакте
- Химиопрофилактика ВИЧ (медикаментозная профилактика)
- Следовать рекомендациям врачей, наблюдающих за беременностью
- Регулярно проходить тестирование на ВИЧ
- Затрудняется ответить

**7.2 Может ли ВИЧ-положительный человек сохранить привычный образ жизни, здоровье, работоспособность?**

- Да, может
- Нет, не может
- Затрудняется ответить

**БЛОК 7.1 Люди, живущие с ВИЧ**

**7.1.1 Как Вы думаете, почему, человек, живущий с ВИЧ, не может сохранить привычный для него образ жизни и работоспособность?**

- (ВПИШИТЕ) \_\_\_\_\_

**БЛОК 8. Социальная и демографическая информация**

**8.1 Есть группы людей, которые испытывают сложности с получением различных услуг и помощи. Являетесь ли вы (или являлись в прошлом) представителем таких групп? (Пожалуйста, дайте ответ по каждой строке)**

	1. Нет, не является	2. Да, являлся в прошлом	3. Да, является сейчас
1. Люди, употребляющие наркотики			
2. Люди, вовлечённые в коммерческий секс			
3. Мужчины, имеющие секс с мужчинами			
4. Транс* люди			
5. Мигранты, не имеющие гражданства РФ			
6. Люди без регистрации по месту жительства			
7. Люди, находящиеся в местах лишения свободы			
8. Люди, имеющие инвалидность			
9. Люди, проживающие в сельской местности			
10. Многодетный и/или одинокий родитель			

**8.2 Укажите Ваш пол**

- Мужской
- Женский

**8.3 Сколько Вам полных лет?**

- Укажите число \_\_\_\_\_

#### **8.4 Какое у Вас фактическое семейное положение?**

- Не женат / не замужем (одинок)
- Не женат / не замужем (не одинок)
- Женат / замужем (в зарегистрированном браке)
- В гражданском (незарегистрированном) браке
- Разведён(а)
- Вдовец / Вдова

#### **8.5 Какое у Вас образование?**

- Начальное (1-8 классов школы)
- Среднее общее (9-11 классов школы)
- Начальное профессиональное (лицей, ПУ)
- Среднее специальное (колледж, техникум)
- Неполное высшее или бакалавриат (1-4 года обучения в ВУЗе)
- Высшее или магистратура (5-6 лет обучения в ВУЗе)
- Аспирантура, ученая степень

#### **8.6 У вас есть сейчас работа? (Отметьте все подходящие ответы)**

- Да, есть постоянная
- Да, есть непостоянная
- Нет

#### **8.7 Как вы можете охарактеризовать ваше материальное положение?**

- Не хватает денег даже на еду
- Затруднительно покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги
- Не можем купить товары длительного потребления – бытовую технику, мебель и пр.
- Не хватает денег на покупку автомобиля, квартиры
- Средств достаточно, чтобы купить всё, что считаем нужным

#### **8.8 Есть ли люди, о которых вам сейчас приходится заботиться – поддерживать материально, помогать решать бытовые и жизненные вопросы и т.п.? (Отметьте все подходящие варианты ответа)**

- Да, есть несовершеннолетние
- Да, есть взрослые
- Нет

#### **8.9 Есть люди, к которым при необходимости вы можете обратиться за помощью?**

- Да
- Нет

### **БЛОК 9 Улучшения и изменения**

**9.1 Поделитесь, пожалуйста, что бы Вы хотели улучшить в нашей работе? Это могут быть любые улучшения, которые Вы бы хотели видеть в нашей работе**

- (ВПИШИТЕ) \_\_\_\_\_

*Благодарим вас за участие в исследовании!*