

**«ЗАЩИЩЁННАЯ — ЗНАЧИТ ВООРУЖЁННАЯ»:
ВЗГЛЯДЫ НА ДОКОНТАКТНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ (ДКП) СРЕДИ ЖЕНЩИН,
ЗАНИМАЮЩИХСЯ СЕКС-РАБОТОЙ И УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ В
КАЗАХСТАНЕ**

Тара МакКриммон, Виктория Фрай, Меруерт Даришева, Лаура Старбёрд, Оливия Кордингги, Асель Терликбаева, Шолпан Примбетова, Луиза Гилберт, Набила Эль-Бассель, и Брук С. Уэст

Доконтактная профилактика (ДКП) ВИЧ-инфекции недавно стала доступна в Казахстане, однако женщины, занимающиеся секс-работой и употребляющие наркотики (СР/ЛУИН), могут получить наибольшую пользу от адаптированных подходов, направленных на поддержку вовлечённости и соблюдения режима. Для лучшего понимания того, как эффективно поддерживать СР/ЛУИН на каждом этапе непрерывного ДКП (осведомлённость, приемлемость, начало приёма и соблюдение), мы проанализировали данные 30 углублённых интервью и четырёх фокус-групп с участием 48 женщин из двух городов Казахстана. Мы провели тематический анализ, чтобы охарактеризовать восприятие, барьеры и мотивационные факторы на каждом этапе непрерывного ДКП. Участницы сообщили о низкой осведомлённости, но высоком интересе к ДКП. Среди мотивирующих факторов были названы стремление к укреплению здоровья и повышению уверенности. Женщины выразили множество предпочтений и опасений, касающихся формата и способов предоставления ДКП. Также описывались, как недоверие к организациям и наличие или отсутствие социальной поддержки могут мешать или, наоборот, способствовать началу и соблюдению режима ДКП. Масштабирование программы ДКП в Казахстане должно учитывать потребности и предпочтения СР/ЛУИН для обеспечения справедливого доступа.

Ключевые слова: профилактика ВИЧ, секс-работа, употребление психоактивных веществ, доконтактная профилактика, ДКП, Центральная Азия

Тара МакКриммон работает в Департаменте социально-медицинских наук Школы общественного здравоохранения Мейлмана Колумбийского университета, Нью-Йорк, США. Виктория Фрай, Оливия Кордингги, Луиза Гилберт, Набила Эль-Бассель и Брук С. Уэст представляют Группу социальных интервенций Школы социальной работы Колумбийского университета, Нью-Йорк, США. Виктория Фрай, Меруерт Даришева, Асель Терликбаева, Шолпан Примбетова, Луиза Гилберт, Набила Эль-Бассель и Брук С. Уэст также являются сотрудниками Центра исследований глобального здоровья Центральной Азии (Global Health Research Center of Central Asia), Алматы, Казахстан. Лаура Старбёрд работает в Департаменте семейного и общественного здравоохранения Школы медсестринского дела Пенсильванского университета, Филадельфия, США.

Для корреспонденции: Тара МакКриммон, МРН, MIA, Департамент социально-медицинских наук Школа общественного здравоохранения Мейлмана, Колумбийский университет, 722 W. 168th St., Нью-Йорк, NY 10032. Электронная почта: trm2131@columbia.edu

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на почти десятилетнюю доступность, охват доконтактной профилактикой (ДКП) по-прежнему значительно отстаёт от глобальных целевых показателей, что

существенно ограничивает её потенциал в снижении заболеваемости ВИЧ (Bavinton & Grulich, 2021). Особенно в странах с низким и средним уровнем дохода лишь 28% из 3 миллионов человек, которые могли бы получить пользу от ДКП, реально её используют (Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу [UNAIDS], 2022). В странах, где эпидемия ВИЧ сосредоточена среди ключевых групп населения — включая женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих или инъекционно вводящих наркотики (СР/ЛУИН) — крайне важно обеспечить доступ к ДКП через адаптированные и доступные программы. По оценкам, в Казахстане насчитывается около 20 250 женщин, занимающихся секс-работой, при этом распространённость ВИЧ среди них составляет 1,3% (Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, 2020). На региональном уровне у СР/ЛУИН, которые дополнительно употребляют инъекционные наркотики, вероятность быть ВИЧ-положительными выше в 20 раз (Baral и др., 2013); даже неинъекционное употребление наркотиков повышает риски заражения ВИЧ. Многоуровневые факторы риска ВИЧ среди СР/ЛУИН включают: ограниченную возможность вести переговоры о безопасном сексе, финансовую нестабильность, насилие со стороны партнёров и полиции, слабую правовую защиту, перекрёстную стигматизацию и социальную маргинализацию, дискриминацию со стороны медицинских работников и ограниченный доступ к услугам (Baral и др., 2012; Shannon и др., 2015). ДКП обладает потенциалом снизить риск заражения ВИЧ среди СР/ЛУИН, являясь биомедицинским методом профилактики, контролируемым самой женщиной. Однако доступ к ДКП в Казахстане по-прежнему ограничен.

Министерство здравоохранения Республики Казахстана (МЗ РК) одобрило пероральную доконтактную профилактику (ДКП) для национального распространения в январе 2021 года, но только через Центры СПИД — централизованные государственные учреждения по лечению ВИЧ. На данный момент МЗ РК ещё не одобрило инъекционную форму ДКП. МЗ РК определило женщин, занимающихся секс-работой (СР), наряду с мужчинами, имеющими секс с мужчинами (МСМ), партнёрами людей, живущих с ВИЧ (в дискордантных парах), и людьми, употребляющими инъекционные наркотики, в качестве приоритетных групп для доступа к ДКП. В 2021 году 70 врачей из Центров СПИД прошли обучение по назначению пероральной ДКП, включая полный набор клинических протоколов. Несмотря на эти усилия, охват остаётся ниже целевых показателей МЗ РК: по состоянию на 31 декабря 2021 года только 184 человека (при целевом показателе в 248) получили рецепты на ДКП (Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, 2022). Большинство получателей ДКП составили МСМ и партнёры людей, живущих с ВИЧ, тогда как доля людей, употребляющих инъекционные наркотики ($n = 1$) и женщин, занимающихся секс-работой ($n = 2$), была значительно ниже (КНЦДИЗ, 2022). Существует острая необходимость в проведении исследований, чтобы устранить этот разрыв и обеспечить, чтобы СР и СР/ЛУИН не остались в стороне от усилий по профилактике ВИЧ в Казахстане.

Во всём мире женщины, занимающиеся секс-работой (СР), сталкиваются с трудностями на всех этапах непрерывного ухода при использовании доконтактной профилактики (ДКП): от осведомлённости и принятия до начала приёма и соблюдения режима. Непрерывный уход по ДКП представляет собой стандартизированную структуру, с помощью которой можно оценивать как эффективность программ, так и потенциальные пробелы в охвате (Kelley и др., 2015; Nunn и др., 2017). Существующие исследования, сосредоточенные на СР и СР/ЛУИН (женщины, употребляющие наркотики), в основном

проводились в Африке, Северной Америке, Южной и Восточной Азии и оценивали знание о ДКП и интерес к нему (Glick и др., 2020; Peng и др., 2012; Walters и др., 2017). Было установлено, что уровень осведомлённости о ДКП среди СР низкий (Bazzi и др., 2018; Eakle и др., 2018; Restar и др., 2017; Tomko и др., 2019), однако после получения информации женщины демонстрируют высокий интерес. Приемлемость ДКП связана с восприятием риска заражения ВИЧ (Restar и др., 2017), доверием к системе здравоохранения и медицинским работникам (Jackson и др., 2013), а также восприятием побочных эффектов, стоимости и доступности (Peng и др., 2012; Pines и др., 2019). Меньшее количество исследований сосредоточено на фактическом начале приёма ДКП среди СР (Glick и др., 2020). Те, что существуют, как правило, были частью крупных интервенционных исследований или расширенных открытых фаз испытаний ДКП, поэтому их данные могут не отражать поведение в реальных условиях. Начало приёма ДКП зависит от организаций и специалистов, предоставляющих услугу, и ранее исследования подчёркивали важность доверия СР к медицинским работникам. Кроме того, важную роль играют формы, в которых ДКП доступен (пероральные таблетки, инъекции, гели, вагинальные кольца), и индивидуальные предпочтения по этим формам (Lancaster и др., 2020; Mask и др., 2014). Наконец, исследования как фактического соблюдения режима, так и гипотетического (в условиях, где ДКП пока недоступен), подчёркивают проблемы, связанные с побочными эффектами, употреблением психоактивных веществ и уровнем социальной поддержки (Eakle и др., 2017, 2018; Reza-Paul и др., 2016).

Лишь немногие исследования по ДКП включают женщин, которые одновременно занимаются секс-работой и употребляют наркотики (Glick и др., 2020), и, насколько нам известно, в Центральной Азии — регионе с одной из самых быстро растущих эпидемий ВИЧ за последнее десятилетие (UNAIDS, 2021) — такие исследования вообще не проводились. По мере масштабирования ДКП в Казахстане необходимо проведение специализированных исследований для устранения пробелов в знаниях по поводу ДКП среди СР/ЛУИН. Настоящая статья представляет собой первое качественное исследование непрерывного ухода по ДКП среди СР/ЛУИН в Центральной Азии.

МЕТОДЫ

НАБОР УЧАСТНИКОВ И КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

Мы собирали данные в ходе формативной фазы интервенционного исследования (Aegida), пилотного исследования эффективности вмешательства по самотестированию на ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики (СР/ЛУИН). Сбор данных включал индивидуальные углублённые интервью и фокус-групповые обсуждения. Включение двух качественных методов было направлено на получение взаимодополняющих взглядов на основную тему исследования — самотестирование на ВИЧ: интервью позволяли исследовать личный опыт участниц в области тестирования и профилактики ВИЧ, тогда как фокус-группы были направлены на изучение предпочтений в доступе к самотестированию, обучению и адвокации.

Набор участниц проводился в городах Алматы и Талдыкорган, расположенных в Алматинской области. Эти города были выбраны из-за высокой концентрации секс-работы и употребления наркотиков.

Рекрутинг для углублённых интервью проводился в период с марта по апрель 2021 года, а набор для фокус-групп — с мая по июнь 2021 года. Процедуры набора и критерии включения были одинаковыми для обоих методов сбора данных, однако ранее участвовавшие в интервью женщины не могли принимать участие в фокус-группах.

Все процедуры исследования были одобрены институциональными этическими комитетами Колумбийского университета и Казахского национального университета имени аль-Фараби (Алматы, Казахстан).

Участницы набирались при содействии одной неправительственной организации (НПО) в каждом городе, обе из которых работают с СР и другими уязвимыми группами, предоставляя услуги по профилактике ВИЧ, снижению вреда и социальной поддержке. Координатор НПО в Алматы и директор НПО в Талдыкоргане помогали исследовательским ассистентам в подборе и привлечении участниц как из числа постоянных клиенток, так и через социальные и профессиональные сети этих клиенток. Представители НПО предлагали участие в исследовании и проводили компьютеризированный скрининг на соответствие критериям включения для тех, кто выразил интерес. Критерии включения включали следующее: вагинальный или анальный половой контакт в течение последнего года в обмен на деньги, алкоголь, наркотики, товары или услуги; употребление наркотиков (инъекционное или неинъекционное) в течение последнего года; как минимум один случай незащищённого вагинального или анального полового контакта за последние 90 дней с любым партнёром; владение русским языком; самооценка ВИЧ-статуса как отрицательного либо неизвестного.

Женщинам, соответствующим критериям, предоставлялась информация либо об углублённом интервью, либо об участии в фокус-группе — в зависимости от периода набора. Затем они подписывали форму информированного согласия. Перед участием женщины также заполняли краткую анкету с социодемографической информацией через компьютеризированную систему.

СБОР

ДАННЫХ

Как углублённые интервью, так и фокус-группы проводились на русском языке обученным персоналом (директором и координатором, ранее помогавшими с набором участниц) в партнёрских НПО. Хотя интервью и фокус-группы отличались по целям, как описано выше, обеим группам задавались аналогичные вопросы по вторичной теме исследования — доконтактной профилактике (ДКП). Участниц спрашивали, слышали ли они ранее о ДКП для профилактики ВИЧ. Если ответ был отрицательным, модераторы давали краткое объяснение (включая описание различных существующих форм ДКП), после чего задавали уточняющие вопросы: каково впечатление участницы, стала бы она принимать ДКП, где и в какой форме ей было бы удобно его получать, и рассказала бы она своим подругам, коллегам или клиентам о том, что принимает ДКП.

Сбор данных осуществлялся с использованием онлайн-платформ видеосвязи Jitsi и Zoom. Продолжительность интервью составляла от 45 до 70 минут, фокус-групп — от 94 до 115 минут. Участницы получали вознаграждение: 1000 тенге (3 доллара США) за прохождение скрининга и 6000 тенге (15 долларов США) за участие в углублённом интервью или фокус-группе. Все интервью и фокус-группы записывались в цифровом формате, затем профессионально транскрибировались и переводились на английский язык двуязычными участниками исследовательской команды. В случае неясностей в переводе текст дополнительно просматривался двумя носителями русского языка, которые приходили к консенсусу по точному смыслу в обоих языках.

АНАЛИЗ

ДАННЫХ

Пять членов исследовательской группы прочитали расшифровки интервью и фокус-групп, чтобы выявить основные возникающие темы и разработать начальный набор кодов для анализа. За доработку кодировочного справочника отвечали трое исследователей

— один из Казахстана и двое из США. Изначальные коды были применены к четырём расшифровкам, отобранным для достижения консенсуса, и на их основе уточнены. Команда анализа данных вносила предложения по доработке кодировочного справочника, обновляя его после каждой расшифровки до достижения единого мнения. После утверждения финальной структуры кодирования, все транскрипты были закодированы этими тремя исследователями с использованием программного обеспечения Dedoose.

Закодированные данные анализировались с использованием подхода тематического анализа (Braun & Clarke, 2006). Аналитики обобщили темы, выявленные в интервью, а затем условно организовали их по четырём стадиям непрерывного получения ДКП: осведомлённость, приемлемость, начало приёма и соблюдение режима. Полученные результаты обсуждались и уточнялись с привлечением всей исследовательской команды.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 71 потенциальной участницы, прошедшей предварительный отбор для участия в интервью или фокус-группах, 50 (70%) соответствовали критериям включения и согласились участвовать в исследовании. Двух женщин не удалось связать после скрининга; 30 прошли углублённые интервью, а 18 приняли участие в четырёх фокус-группах (по 4–5 участниц в каждой). Обобщённые социодемографические характеристики представлены в Таблице 1. Ниже мы приводим восприятие СР/ЛУИН каждого этапа непрерывного ДКП в условиях, где доступность данной профилактики ограничена: осведомлённость и знание, приемлемость, а также потенциальная готовность к приёму и соблюдению режима. Учитывая новизну ДКП и её ограниченную доступность, вопросы гипотетического начала приёма и соблюдения режима мы рассматриваем в одном разделе. Приведены иллюстративные цитаты из 12 интервью и двух фокус-групп, с указанием возраста и города участниц. Из-за ограничений аудиоформата записи участников фокус-групп, мы не могли идентифицировать конкретных выступающих, и, соответственно, не можем указать их возраст.

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ И ЗНАНИЕ О ДКП

Ни одна из участниц не была знакома с понятием ДКП; многие никогда не слышали об этом ранее, а некоторые путали его с антиретровирусной терапией (АРТ), используемой для лечения ВИЧ-инфекции, когда тема только была поднята. Участницы проявляли любопытство и интерес, задавали модераторам вопросы о том, где можно узнать больше о ДКП и как его получить.

После предоставления стандартной информации, модераторы спрашивали, от кого участницы хотели бы получать дальнейшую информацию о ДКП. Некоторые ответили, что им важно обсудить ДКП с медицинским специалистом, например, с врачом — особенно чтобы задать индивидуальные вопросы о возможных побочных эффектах. Однако другие выразили недоверие к медицинским учреждениям, таким как Центры СПИД или государственные поликлиники, и к отдельным врачам и медсёстрам, работающим в этих учреждениях.

ТАБЛИЦА 1. Социодемографические характеристики участниц (N = 48)

Характеристика	n (%) или среднее [SD]
Этническая принадлежность	
Казашка	25 (52.1%)
Русская	14 (29.2%)
Уйгурка, татарка или корейка	9 (18.7%)

Характеристика	n (%) или среднее [SD]
Возраст (в годах), среднее [стандартное отклонение]	31.5 [6.8]
Имеет постоянного партнёра/супруга	15 (31.2%)
Имеет детей	17 (35.4%)
Образование ниже среднего или эквивалент	11 (22.9%)
Секс-работа является основным источником дохода	42 (87.5%)
Место оказания секс-услуг*	
Гостиница	35 (72.9%)
Частное жильё	42 (87.5%)
Развлекательное заведение (сауна, массажный салон, бар, клуб)	22 (45.9%)
Публичное место (автомобиль, улица, другое)	19 (39.6%)
Количество клиентов за последние 90 дней (медиана [межквартильный размах])	50 [46]
Проходила тест на ВИЧ за последние 6 месяцев	30 (62.6%)
Всегда использует презервативы с партнёрами (платными и другими)	8 (16.7%)
Не хватало средств на еду или аренду за последние 90 дней	34 (70.8%)
Бездомность за последние 90 дней	15 (31.5%)
Была арестована или отбывала наказание в прошлом	21 (43.8%)
Была арестована за последние 90 дней**	3 (14.3%)

*Участницы могли выбрать несколько вариантов

** Из числа тех, кто когда-либо был арестован или отбывал наказание

Эти участницы подчёркивали, что решение о начале приёма ДКП будет зависеть скорее от качества отношений с конкретными людьми, а не от принадлежности к организациям: «Если мне расскажет человек, которого я знаю, и даст достоверную информацию — я буду уверена в этом лекарстве... Но если кто-то из какой-то организации предложит “Давай попробуем!”, я не соглашусь» (Участница А, 34 года, Алматы). «Не [в диспансере], а аутрич-работники вызывают доверие» (Участница В, 33 года, Алматы).

Обе приведённые цитаты подчёркивают важность получения информации о ДКП из надёжного источника. Для многих участниц, как и для второй, таким источником был именно «волонтёр» — аутрич-работник, связанный с НПО, а не врач или медсестра из официальной медицинской организации. Участницы объясняли это тем, что у них уже был опыт взаимодействия с этими аутрич-работниками, и они испытывали к ним доверие: «Потому что они сохраняют максимальную конфиденциальность. То есть они дают мне возможность — даже психологическую возможность — им доверять» (Участница В, 33 года, Алматы). «Мы к ним очень хорошо относимся, доверяем. Мы к ним не настороженно... мы привыкли получать услуги именно от них» (Фокус-группа А, Алматы).

Для обеих участниц понятие «доверие» по отношению к аутрич-работникам основывается скорее на опыте поддержки в прошлом, чем на уровне знаний или профессиональных компетенций самих работников или достоверности информации о ДКП. Наконец, несколько участниц подчеркнули, что им важно иметь возможность самостоятельно изучить информацию: «Мне нужно будет всё прочитать — как организм будет адаптироваться, побочные эффекты, может, какие-то гормональные побочные эффекты...» (Участница С, 35 лет, Алматы). Хотя немногие участницы делали акцент на самостоятельное изучение информации о ДКП, в данном случае это подчёркивает стремление к самостоятельности и праву принимать медицинские решения на основе личного выбора.

ПРИЕМЛЕМОСТЬ

ДКП

Участницы как углублённых интервью, так и фокус-групп выражали положительное отношение к ДКП и говорили, что были бы готовы его принимать, если бы он стал более доступным. В их объяснениях прозвучали две основные формы мотивации: здоровье и безопасность. Мотивация, связанная со здоровьем, заключалась в осознании его приоритетного значения для полноценной жизни, выполнения рабочих и семейных обязанностей. Некоторые участницы рассматривали заботу о здоровье в контексте потенциальных рисков, связанных с секс-работой, а другие — в связи с уже имеющимися у них хроническими заболеваниями: «Как говорится, это моё здоровье» (Участница D, 43 года, Талдыкорган). «Любая женщина, занимающаяся такой работой, должна заботиться о себе» (Фокус-группа В, Алматы). «У меня и так иммунитет ослаблен диабетом. Я бы согласилась [на ДКП]» (Участница Е, 36 лет, Талдыкорган).

Одна из участниц выразила мнение, что приём ДКП станет частью её более широкой стратегии по укреплению иммунной системы и общего состояния здоровья: «Нет, я думаю, это вообще про иммунитет. Мы все зависим от иммунитета... Если иммунитет сильный — значит, не заболеешь» (Участница F, 35 лет, Талдыкорган).

Другие участницы описывали, как ДКП может дать чувство уверенности в условиях, где риск заражения ВИЧ всегда присутствует, а контроль над обстоятельствами — ограничен: «Я бы чувствовала себя увереннее, не дрожала бы перед работой и во время... Может случиться момент, когда порвётся презерватив» (Участница С, 35 лет, Алматы). «Если они будут принимать [ДКП], они будут знать, что если вдруг такое произойдёт — возможно, они не заразятся» (Участница G, 26 лет, Талдыкорган).

Участницы фокус-группы (Фокус-группа А, Алматы) обсуждали это в следующем диалоге:

- «В первую очередь ты делаешь это для себя — чтобы быть уверенной».
- «Чтобы быть застрахованной».
- «Чтобы быть защищённой, правда?»
- «Защищённая — значит вооружённая».

Одна из участниц описала защиту, которую даёт ДКП, как своего рода лозунг, подчёркивая важность того, чтобы можно было заявить о своём защищённом статусе: «Ну, если я принимаю [ДКП], это как лозунг для меня — я под защитой» (Участница С, 35 лет, Алматы).

Лишь одна участница сказала, что лично не стала бы принимать ДКП из-за недостатка информации и страха: «Нет, я бы не захотела. Я слышала разговоры об этом, но в моём окружении никто не делал этого. Я боюсь» (Участница А, 34 года, Алматы).

Хотя большинство участниц заявили о своей личной готовности принимать ДКП, многие выражали сомнение в том, что другие СР/ЛУИН будут настроены так же: «[Другим СР/ЛУИН] всё равно. Их надо будет заставлять. И нет гарантии, что они будут проходить терапию» (Участница F, 35 лет, Талдыкорган). «Есть рассеянные девочки... Да, им надо [принимать ДКП]. Но я не думаю, что это им поможет или что они будут его принимать» (Участница E, 36 лет, Талдыкорган).

В этих высказываниях участницы представляют отношение своих коллег как вопрос личной ответственности и осознания рисков — либо их отсутствия. Кроме того, некоторые участницы предположили, что приемлемость ДКП может зависеть от продолжительности работы в секс-индустрии: чем дольше стаж, тем выше готовность использовать профилактику.

НАЧАЛО ПРИЁМА И СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА ДКП

Учитывая ограниченную доступность ДКП на момент сбора данных, ни одна из участниц не сообщила о текущем приёме. Однако они размышляли о том, стали бы они принимать ДКП, и насколько могли бы соблюдать режим, если бы он стал доступным. Ниже приведены предпочтения и барьеры, которые они обозначили в отношении формы препарата, места получения и раскрытия информации в своём социальном окружении.

Форма препарата (модальность ДКП). Участницы выразили разные предпочтения относительно того, какую форму ДКП они бы выбрали — пероральную (таблетки), инъекционную или в виде вагинального кольца. Многие упомянули трудности соблюдения режима приёма ежедневных таблеток, особенно с учётом сопутствующего употребления психоактивных веществ. Другие, напротив, считали инъекции неудобными, а таблетки — сравнительно более удобной формой. «Невозможно контролировать приём таблеток каждый день. Я работаю два дня, выматываюсь, могу проспать, но понимаю, что таблетки нужно принимать в определённое время. У меня и другие проблемы, помимо доконтактной профилактики — из-за [употребления веществ]» (Участница D, 43 года, Талдыкорган). «Мне неудобно просить кого-то сделать укол или самой делать себе внутривенно... Таблетки и капли раз в день — это удобно... Можно носить с собой в сумке и принимать, когда нужно» (Участница C, 35 лет, Алматы).

Одна из участниц в первую очередь была обеспокоена клинической эффективностью разных форм препарата: «Я не знаю, что эффективнее... Мне нужно понять, что эффективнее» (Участница H, 21 год, Алматы).

Некоторые участницы высказывали скепсис по поводу формы в виде вагинального кольца в контексте своей работы: «Неудобно во время [сексуальной] работы, если честно. Может, с другом и удобно, но на работе — совсем другое дело» (Участница C, 35 лет, Алматы).

Место получения препарата. Участницы выразили предпочтения по разным возможным точкам получения ДКП: Центры СПИД, кожно-венерологические диспансеры (КВД), поликлиники, неправительственные организации и аптеки. Как и в вопросе осведомлённости о ДКП, доверие участниц к медицинским учреждениям и специалистам сильно варьировалось, что влияло на выбор места, где они хотели бы получать препарат и проходить соответствующее сопровождение. Конфиденциальность играла для них важную роль, и многие выражали обеспокоенность по поводу приватности при обращении в Центры СПИД: «Если я пойду [в Центр СПИД] за ним, меня могут увидеть знакомые. А если я часто туда хожу, могут начать спрашивать, что я там делаю и так далее» (Участница

I, 29 лет, Алматы). «Мне не нравится туда ходить... там много людей. Удобнее [получать ДКП] в какой-нибудь организации, где всё конфиденциально» (Фокус-группа В, Алматы). Другая участница выразила схожее мнение, обсуждая необходимость получать ДКП анонимно (без предъявления удостоверения личности): «Если [Центр СПИД] гарантирует анонимность, если не будут спрашивать удостоверение — тогда да. Я бы туда сразу побежала, полетела бы» (Фокус-группа А, Алматы).

В той же фокус-группе другая участница отметила важность удобного местоположения для получения препарата: «Да, если [Центр СПИД] не где-то далеко, где я раньше была. Я заплатила 1500 тенге [5 долларов США] за такси, и больше туда не хочу». (Фокус-группа А, Алматы)

Наконец, участницы выразили обеспокоенность по поводу наличия и доступности препаратов в Центрах СПИД, ссылаясь на прошлый опыт: «Не должно быть такого, что [в Центре СПИД] нет в наличии препаратов... Когда [свечи] появляются, мы бегаем их брать — а они уже закончились» (Участница С, 35 лет, Алматы). Это указывает на то, что участницы уже сталкивались с разочарованием из-за ограниченности медицинских ресурсов в государственных учреждениях и осведомлены о дефицитах на уровне системы. Учитывая важную роль, которую играют менеджеры женщин, занимающихся секс-работой (сутенёры, мамочки), в условиях их труда, мы задали участницам вопросы об их участии в тестировании на ВИЧ и профилактике. Лишь одна участница описала, как менеджеры фактически контролируют доступ СР к ДКП: «[Мамочки/сутенёры] никогда не позволят, чтобы к девушке с ДКП подошёл какой-то посторонний. Всё это должно идти только через мамочек... [Они] сами в этом заинтересованы... Потому что им не нужны потом обвинения от клиентов [в заражении]... Я, наверное, знаю двух сутенёров, у которых девушки ходят к гинекологу каждые три месяца» (Участница F, 35 лет, Талдыкорган). Хотя ранее было установлено, что большинство СР в Казахстане работают независимо (El-Bassel и др., 2021), высокий уровень контроля со стороны менеджеров над доступом к медицинским услугам может представлять собой серьёзный барьер для начала приёма ДКП. Это описание указывает на то, что интерес менеджеров к ДКП продиктован, скорее, финансовыми и клиентскими соображениями, а не заботой о здоровье самих женщин.

Раскрытие информации о приёме ДКП

Как и в вопросах о месте получения и форме препарата, участницы выразили разные мнения относительно того, будут ли они рассказывать о приёме ДКП своим партнёрам, семье, друзьям или коллегам. Некоторые говорили, что не стали бы сообщать об этом никому: «Это не та информация, которую нужно знать другим... Меньше знаешь — крепче спишь» (Участница Е, 36 лет, Талдыкорган).

Другие, напротив, заявили, что не чувствовали бы стыда и восприняли бы это как возможность подать пример: «Я бы всем рассказала, что есть такая система, береги себя, раз в месяц — укол... В этом нет ничего постыдного» (Участница J, 37 лет, Талдыкорган). Некоторые участницы сказали, что будут продвигать идею ДКП среди своего окружения, но при этом не станут раскрывать, что сами его принимают: «Я скажу, что ДКП есть, но не скажу, что я его принимаю, потому что слухи, сами понимаете, разрастаются» (Фокус-группа А, Алматы).

Одна из участниц более подробно объяснила это решение, указав, что сам факт приёма профилактических препаратов может спровоцировать стигму в сообществе. Люди могут неправильно понять назначение ДКП и решить, что она уже заражена ВИЧ или другим ИППП: «Наоборот, подумают: “Она больна, заражена, раз проходит

профилактику”. Если бы ты была не секс-работницей, а обычным человеком с нерегулярным половым партнёром — может быть... [Но] в нашей среде [СР] на такое не согласятся. Потому что [другие] начнут подозревать, что что-то не так. Начнут что-то говорить клиентам, потом клиенты начнут тебя избегать... Лучше вообще такие темы не обсуждать» (Участница L, 37 лет, Талдыкорган).

По словам этой участницы, даже профилактический приём лекарств может восприниматься как признак заражения и привести к утрате клиентов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Понимание восприятия и предпочтений женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики (СР/ЛУИН) в Казахстане имеет решающее значение для того, чтобы эта маргинализованная группа не осталась в стороне от масштабирования программы ДКП. Мировые данные показывают, что если не учитывать уникальные потребности ключевых групп, доступ к ДКП и его использование остаются неравномерными, что только усиливает существующее неравенство в профилактике ВИЧ (Bavinton & Grulich, 2021). Часто менее уязвимые группы населения демонстрируют более высокий уровень приёма ДКП по сравнению с другими, более маргинализированными подгруппами (Conley и др., 2022; Kamitani и др., 2020; Yumori и др., 2021). Запуск программы ДКП в Казахстане (почти через десять лет после того, как ДКП стал доступен в других странах, и только в форме таблеток) предоставляет уникальную возможность понять и устранить факторы, способствующие возникновению неравенства, которое наблюдалось во всём мире при масштабировании этой профилактики. В данном разделе мы обсуждаем полученные результаты с точки зрения их значения для разработки сообщений и программ, направленных на содействие приёму ДКП, с целью поддержать СР/ЛУИН в продвижении по непрерывному уходу вплоть до соблюдения режима приёма и, соответственно, достижения высокого уровня биомедицинской защиты от ВИЧ-инфекции.

Как и в других странах и регионах (Glick и др., 2020), участницы демонстрировали низкий уровень осведомлённости и знакомства с ДКП, что указывает на необходимость масштабного распространения информации и повышения информированности среди СР/ЛУИН. В частности, путаница, которую продемонстрировали многие участницы в различении ДКП и АРТ (антиретровирусной терапии), показывает, что просветительские материалы должны чётко и недвусмысленно объяснять, что ДКП предназначен именно для профилактики, а не для лечения ВИЧ. Высокая степень потенциальной приемлемости ДКП среди участниц обнадеживает, однако это также соответствует международной практике, в которой реальный охват ДКП в дальнейшем оказывался значительно ниже, чем предполагали предварительные качественные исследования (Poteat и др., 2019).

Уже наблюдающееся неравенство в охвате ДКП между мужчинами, имеющими секс с мужчинами (МСМ), и женщинами, занимающимися секс-работой (СР), в Казахстане предполагает, что текущая промоция ДКП, вероятно, была ориентирована преимущественно на МСМ. Такая централизация на МСМ в продвижении ДКП также была отмечена как барьер для женщин в США (Sophus & Mitchell, 2019). Наши результаты подчёркивают важность разработки стратегий коммуникации, адаптированных специально для СР/ЛУИН — как по содержанию сообщений, так и по способам их распространения — чтобы максимизировать осведомлённость и приемлемость ДКП среди этой группы. Коммуникация должна быть значимой и соответствовать реальному опыту СР/ЛУИН, чтобы женщины могли поверить, что ДКП предназначен и для них, и может быть частью

их повседневной жизни. Информация может распространяться как лично — через местные общественные организации, так и онлайн — в том числе с помощью таргетированной рекламы на платформах, где размещаются объявления о секс-услугах. Здоровье и безопасность были основными мотивирующими факторами для участниц нашего исследования, и продвижение ДКП может опираться именно на эти выгоды. Акцент на дополнительный уровень защиты или на чувство уверенности, которое женщины могут получить с помощью ДКП, согласуется с результатами других исследований (Willie и др., 2021). Особенно важно вовлекать самих СР/ЛУИН в разработку таких информационных кампаний — чтобы убедиться, что сообщения действительно отвечают их потребностям, являются эффективными и не усиливают стигматизацию ВИЧ, секс-работы или употребления психоактивных веществ.

В то время как в других странах основными источниками информации о ДКП выступают врачи и исследователи (Peng и др., 2012), многие участницы нашего исследования выразили недоверие к медицинским учреждениям и специалистам. Аутрич-работники — зачастую бывшие или тесно связанные с целевой группой лица — были названы наиболее заслуживающими доверия источниками информации. Это подчёркивает необходимость альтернативных стратегий, таких как коммуникация на уровне сообществ через аутрич-работников и подходы снижения вреда, которые уже показали свою эффективность в повышении осведомлённости в других контекстах (Walters и др., 2017). Технологические решения, такие как онлайн-программы, также обладают потенциалом для передачи информации о ДКП, не подвергая уязвимых лиц риску стигматизации (Evans и др., 2022). В регионе уже применялись стратегии, основанные на социальных сетях, для повышения охвата экспресс-тестированием на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (McCrimmon и др., 2019), и успешные элементы этих программ могут быть адаптированы для распространения информации о ДКП. Исследования подчёркивают важность понимания различий в рискованном поведении и восприятии ДКП даже внутри ключевых групп, а также необходимости адаптировать стратегии под эти различия (Dangerfield и др., 2021). Разнообразие предпочтений, выявленных среди наших участниц, требует применения нескольких параллельных подходов, чтобы охватить как можно больше женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики. Стигматизация, связанная с секс-работой, употреблением наркотиков и/или ВИЧ-статусом, часто упоминалась в ответах участниц. В другом исследовании мы уже рассмотрели, как интерсекциональная стигма влияет на отношение к тестированию на ВИЧ и готовность проходить его среди данной выборки (Cordingley и др., 2023); настоящие результаты показывают, что как внутренняя, так и ожидаемая стигма также являются барьерами к приёму ДКП. Негативные комментарии участниц в адрес других СР/ЛУИН (включая обвинения в безразличии к риску заражения ВИЧ и рассеянности) могут указывать на наличие глубокой внутренней стигмы, связанной с секс-работой и употреблением веществ. Тревога по поводу того, что окружающие могут принять женщину, особенно секс-работницу, за уже инфицированную ВИЧ, если увидят, что она принимает ДКП, была отмечена и в других регионах мира (Calabrese, 2020; Goparaju и др., 2017; Sundararajan и др., 2022). Это указывает на то, что изолированное распространение информации о ДКП только среди ключевых групп может, напротив, усилить ДКП-связанную стигматизацию и снизить уровень его приёма. Следовательно, масштабное просвещение всего сообщества в Казахстане должно идти параллельно с целенаправленной работой с уязвимыми группами.

Наши результаты показывают, что предоставление ДКП в различных формах и через разные точки доступа является решающим фактором для повышения охвата. Ранее проведённые исследования также подчёркивали важность выбора формы препарата для уровня приёма (Lancaster и др., 2020; Mack и др., 2014). Некоторые участницы предпочли бы пролонгированные инъекционные формы; учитывая новизну данной технологии, Министерству здравоохранения Казахстана стоит рассмотреть возможность ускоренного утверждения инъекционного ДКП как альтернативы пероральной форме. На данный момент ДКП доступен только через Центры СПИД, однако многие участницы выразили обеспокоенность по поводу именно этого места — из-за вопросов конфиденциальности, анонимности, транспортной доступности и перебоев с препаратами. Наши данные показывают, что Казахстану необходимо диверсифицировать точки, где можно получать ДКП, включая аптеки, поликлиники и места, основанные на работе с сообществами — такие как НПО, обслуживающие ключевые группы населения. Также альтернативные способы получения препарата (например, доставка на дом) могут помочь преодолеть часть барьеров для женщин в будущем.

Эти аспекты важны не только для начала приёма ДКП, но и для соблюдения режима. Хотя на момент проведения интервью ни одна из участниц не принимала ДКП, они обозначили множество барьеров для ежедневного приёма, корнящихся в сложностях их повседневной жизни. Среди них — конкурирующие и базовые потребности выживания, такие как экономическая нестабильность, стигматизация секс-работы и/или употребления наркотиков, а также само употребление веществ, которое может мешать регулярному приёму препарата. По мере расширения ДКП-услуг для СР/ЛУИН в Казахстане, программы, информационные кампании и взаимодействие с клиентками в учреждениях здравоохранения должны учитывать эти реалии. Например, ДКП можно продвигать как часть общей стратегии заботы о себе и благополучии, позволяющей женщинам жить более полноценно и с меньшими страхами по поводу ВИЧ. Следует уделить приоритетное внимание навигации с участием равных (peer navigation) — с привлечением уважаемых аутич-работников и адвокатов прав секс-работниц. В клинических условиях перспективными подходами являются мотивационное интервьюирование, ориентированный на клиента подход и травма-информированный уход. Это может включать в себя развитие мотивации к постоянному приёму и обсуждение потенциальных барьеров и инструментов для соблюдения режима (например, где хранить препарат, в какое время принимать, какие напоминания помогут). Многие СР/ЛУИН уже принимают противозачаточные препараты ежедневно, поэтому можно обсуждать, как интегрировать ДКП в этот рутинный приём таблеток. В долгосрочной перспективе, появление пролонгированных инъекционных форм ДКП и комбинированных препаратов ДКП/контрацепция может быть особенно привлекательным решением для этой группы и помочь им преодолеть трудности, связанные с ежедневным приёмом таблеток.

Другие версии каскада ДКП (ДКП cascade) показывают, что очень немногим женщинам, занимающимся секс-работой, вообще предлагают этот метод профилактики (Hensen и др., 2021), что указывает на необходимость исследований в области подготовки кадров. Важно понять, как специалисты, прошедшие обучение по ДКП от Министерства здравоохранения, применяют полученные знания на практике — в том числе, как они ведут диалог с СР в клинических условиях и какую поддержку им самим необходимо предоставлять в этом процессе. Разработка и внедрение вспомогательных сервисов по поддержке приёма ДКП (ведение случаев, равное консультирование, напоминания о

приёме лекарств) являются ключевыми для обеспечения приверженности терапии (Nieto и др., 2020). Наконец, наши результаты показывают, что социальная поддержка и социальные сети могут играть важную роль в соблюдении режима приёма ДКП. Хотя многие участницы готовы были открыто говорить о своём приёме ДКП, другие, напротив, не желали разглашать личную информацию. Это вновь подчёркивает необходимость наличия множества адаптированных стратегий и вариантов — чтобы одни женщины могли получать ДКП и поддержку открыто, а другие — конфиденциально. Также существует потребность в проведении строго контролируемых исследований групповых интервенций, которые не только предоставляют информацию и навыки, но и помогают женщинам формировать чувство солидарности и поддержки друг друга.

Полученные результаты следует интерпретировать с учётом ограничений, связанных с методами сбора данных. Поскольку набор участниц и проведение исследования осуществлялись через местные НПО, можно предположить, что принявшие участие женщины уже имели определённый уровень доверия к услугам, основанным на сообществе, и медицинской помощи, а также были знакомы с методами профилактики ВИЧ. Следовательно, наши выводы могут быть не вполне репрезентативны для СР/ЛУИН, которые остаются вне сферы охвата НПО. Кроме того, на результаты могли повлиять **смещения в ответах**: участницы могли демонстрировать более положительное отношение к ДКП, чем испытывали на самом деле, в присутствии интервьюера. Также мы не могли гарантировать, что участницы проходили интервью и фокус-группы в приватной обстановке: они могли адаптировать свои ответы, опасаясь, что их услышат друзья или родственники. Тем не менее, формат онлайн-интервью и фокус-групп, возможно, облегчал участие для некоторых женщин, особенно для тех, у кого есть транспортные или иные структурные барьеры, мешающие очному визиту в НПО или на исследовательскую площадку. Использование только аудиоформата (без видео) через платформы Zoom или Jitsi, вероятно, также способствовало большей открытости участниц, чем это могло бы быть в условиях личного общения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По мере расширения программы ДКП в Казахстане крайне важно поставить в центр внимания женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики (СР/ЛУИН). Наши результаты подчёркивают важность информационной работы и программ, связанных с ДКП, которые были бы одновременно гибкими и адаптированными к конкретным потребностям этой целевой группы. Подобные подходы должны учитывать социально-структурные барьеры, с которыми сталкиваются СР/ЛУИН, включая стигму, дискриминацию со стороны медицинского персонала и ограниченный доступ к здравоохранению, чтобы не допустить усиления уже существующего неравенства в доступе к ДКП. Необходимо проводить строгую оценку эффективности коммуникационных стратегий и вмешательств, связанных с ДКП, для поддержки СР/ЛУИН на всех этапах ДКП: от повышения осведомлённости и приемлемости до начала приёма и соблюдения режима. Эти стратегии должны включать креативные подходы, упомянутые выше — технологии e-health и m-health, а также стратегии, основанные на социальных сетях. Кроме того, требуется исследование структурных и организационных вмешательств, которые могут облегчить доступ к ДКП. Предоставление ДКП только через Центры СПИД, вероятно, будет иметь ограниченный эффект, поэтому необходимы исследования по внедрению дифференцированной модели оказания услуг. Также важно проводить исследования среди медицинских и социальных работников Казахстана (врачей,

медсестёр, сотрудников НПО), а также изучать их осведомлённость, убеждения и действия в отношении продвижения ДКП среди СР/ЛУИН. Только через понимание барьеров на разных уровнях и комплексный подход к реализации можно обеспечить, чтобы этот жизненно важный биомедицинский метод профилактики стал доступен для данной ключевой группы.

Информация о финансировании. Данная работа была поддержана Национальным институтом по изучению наркотической зависимости США (NIDA) — грант R34DA049664, предоставленный доктору Фрай и доктору Эль-Бассель. Дополнительно Тара МакКриммон получила поддержку по гранту T32 DA37801 (NIDA, руководители: Эль-Бассель и Розен-Метч). Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Baral, S., Beyrer, C., Muessig, K., Poteat, T., Wirtz, A. L., Decker, M. R., Sherman, S. G., & Kerrigan, D. (2012). Бремя ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой, в странах с низким и средним уровнем дохода: систематический обзор и метаанализ. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(7), 538–549. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X)
2. Baral, S., Todd, C. S., Aumakhan, B., Lloyd, J., Delegchoimbol, A., & Sabin, K. (2013). ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой, в Центральной Азии, Афганистане и Монголии: контексты и пересечение с употреблением наркотиков. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(S1), S13–S16. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.004>
3. Bavinton, B. R., & Grulich, A. E. (2021). Доконтактная профилактика ВИЧ: масштабирование для максимального эффекта сейчас и в будущем. *The Lancet Public Health*, 6(7), e528–e533. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00112-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00112-2)
4. Bazzi, A. R., Yotebieng, K. A., Agot, K., Rota, G., & Syvertsen, J. L. (2018). Взгляды женщин, употребляющих инъекционные наркотики в Кении, на биомедицинские варианты профилактики ВИЧ. *AIDS Care*, 30(3), 343–346. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1363369>
5. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Тематический анализ в психологии. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
6. Calabrese, S. K. (2020). Понимание, контекстуализация и преодоление стигмы ДКП для улучшения реализации профилактики. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00533-y>
7. Conley, C., Johnson, R., Bond, K., Brem, S., Salas, J., & Randolph, S. (2022). Чернокожие трансгендерные женщины в США и доконтактная профилактика ВИЧ: обзор. *Women's Health (London, England)*, 18, 17455057221103098. <https://doi.org/10.1177/17455057221103098>
8. Cordingley, O., McCrimmon, T., West, B. S., Darisheva, M., Primbetova, S., Terlikbaeva, A., Gilbert, L., El-Bassel, N., & Frye, V. (2023). Предпочтения в отношении программы самостоятельного тестирования на ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики, в Казахстане, Центральная Азия. *Research on Social Work Practice*, 33(3), 296–304. <https://doi.org/10.1177/10497315221128594>
9. Dangerfield, D. T., Kuo, I., Magnus, M., Beauchamp, G., Fields, S. D., Nelson, L., Shoptaw, S., Wilton, L., & Wheeler, D. P. (2021). Профили сексуального риска среди чернокожих сексуальных меньшинств: последствия для таргетированных коммуникаций о

ДКП. *Archives of Sexual Behavior*, 50(7), 2947–2954. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02066-w>

10. Eakle, R., Bourne, A., Mbogua, J., Mutanha, N., & Rees, H. (2018). Изучение приемлемости перорального ДКП до его внедрения среди женщин, занимающихся секс-работой, в Южной Африке. *Journal of the International AIDS Society*, 21(2), e25081. <https://doi.org/10.1002/jia2.25081>

11. Eakle, R., Gomez, G. B., Naicker, N., Bothma, R., Mbogua, J., Cabrera Escobar, M. A., Saauman, E., Moorhouse, M., Venter, W.D.F., & Rees, H. (2017). Доконтактная профилактика ВИЧ и раннее начало АРТ среди женщин, занимающихся секс-работой, в Южной Африке: результаты проспективного демонстрационного проекта. *PLoS Medicine*, 14(11), e1002444. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002444>

12. El-Bassel, N., McCrimmon, T., Mergenova, G., Chang, M., Terlikbayeva, A., Primbetova, S., Kuskulov, A., Baisarkin, B., Denebayeva, A., Kurmetova, K., & Witte, S. S. (2021). Кластерное рандомизированное контролируемое исследование комбинированной интервенции по снижению риска ВИЧ и микрофинансированию среди женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики, в Казахстане. *Journal of the International AIDS Society*, 24(5), e25682. <https://doi.org/10.1002/jia2.25682>

13. Evans, K. N., Hassan, R., Townes, A., Buchacz, K., & Smith, D. K. (2022). Потенциал телекоммуникационных технологий для преодоления расовых/этнических различий в осведомлённости, приёме, приверженности и продолжительности использования ДКП: обзор. *AIDS and Behavior*, 26(12), 3878–3888. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03715-4>

14. Glick, J. L., Russo, R., Jivapong, B., Rosman, L., Pelaez, D., Footer, K. H. A., & Sherman, S. G. (2020). Континуум ухода с использованием ДКП среди трансгендерных женщин, занимающихся секс-работой и/или употребляющих наркотики: систематический обзор. *AIDS and Behavior*, 24(5), 1312–1333. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02733-z>

15. Goparaju, L., Praschan, N. C., Warren-Jeanpiere, L., Experton, L. S., Young, M. A., & Kassaye, S. (2017). Стигма, партнёры, медработники и стоимость: потенциальные барьеры для приёма ДКП среди женщин в США. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 8(9), 730. <https://doi.org/10.4172/2155-6113.1000730>

16. Hensen, B., Machingura, F., Busza, J., Birdthistle, I., Chabata, S. T., Chiyaka, T., Floyd, S., Jamali, G., Mushati, P., Hargreaves, J., & Cowan, F. M. (2021). Как поддержать использование перорального ДКП среди молодых женщин, занимающихся секс-работой? Анализ континуума ухода с использованием ДКП. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), 45–56. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002733>

17. Jackson, T., Huang, A., Chen, H., Gao, X., Zhang, Y., & Zhong, X. (2013). Факторы, предсказывающие готовность к использованию ДКП среди женщин, занимающихся секс-работой, в юго-западном Китае. *AIDS Care*, 25(5), 601–605. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.726341>

18. Kamitani, E., Johnson, W. D., Wichser, M. E., Adegbite, A. H., Mullins, M. M., & Sipe, T. A. (2020). Рост доли и неравенство в использовании ДКП среди ключевых групп, определённых в национальных целях США: систематический обзор и метаанализ опубликованных опросов. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 84(4), 379–386. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002345>

19. Kazakh Scientific Center for Dermatology and Infectious Disease. (2020). Данные эпиднадзора по ВИЧ. Авторское издание.

20. Kazakh Scientific Center for Dermatology and Infectious Disease. (2022). Записи данных KSCDID: Деятельность и эпиднадзор. Авторское издание.
21. Kelley, C. F., Kahle, E., Siegler, A., Sanchez, T., del Rio, C., Sullivan, P. S., & Rosenberg, E. S. (2015). Применение континуума ДКП-ухода для мужчин, имеющих секс с мужчинами, в Атланте, штат Джорджия. *Clinical Infectious Diseases*, 61(10), 1590–1597. <https://doi.org/10.1093/cid/civ664>
22. Lancaster, K. E., Lungu, T., Bula, A., Shea, J. M., Shoben, A., Hosseinipour, M. C., Kohler, R. E., Hoffman, I. F., Go, V. F., Golin, C. E., Wheeler, S. B., & Miller, W. C. (2020). Предпочтения в оказании ДКП-услуг среди женщин, занимающихся секс-работой, в Малави: эксперимент с дискретным выбором. *AIDS and Behavior*, 24(5), 1294–1303. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02705-3>
23. Mack, N., Evens, E. M., Tolley, E. E., Brelsford, K., Mackenzie, C., Milford, C., Smit, J. A., & Kimani, J. (2014). Важность выбора при внедрении профилактики на основе АРВ-средств среди групп пользователей в Кении и Южной Африке: качественное исследование. *Journal of the International AIDS Society*, 17(3Suppl 2), 19157. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.3.19157>
24. McCrimmon, T., Gilbert, L., Hunt, T., Terlikbayeva, A., Wu, E., Darisheva, M., Primbetova, S., Kuskulov, A., Davis, A., Dasgupta, A., Schackman, B. R., Metsch, L. R., Feaster, D. J., Baisierkin, B., & El-Bassel, N. (2019). Улучшение предоставления ВИЧ-услуг для людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Казахстане: протокол исследования пошагового вмешательства Bridge. *Implementation Science: IS*, 14(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0909-z>
25. Nieto, O., Brooks, R. A., Landrian, A., Cabral, A., & Fehrenbacher, A. E. (2020). Прекращение использования ДКП среди Латиноамериканских и чернокожих МСМ и трансгендерных женщин: необходимость в поддерживающих услугах ДКП. *PLoS One*, 15(11), e0241340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241340>
26. Nunn, A. S., Brinkley-Rubinstein, L., Oldenburg, C. E., Mayer, K. H., Mimiaga, M., Patel, R., & Chan, P. A. (2017). Определение континуума ухода при доконтактной профилактике ВИЧ. *AIDS (London, England)*, 31(5), 731–734. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001385>
27. Peng, B., Yang, X., Zhang, Y., Dai, J., Liang, H., Zou, Y., Luo, J., Peng, H., Zhong, X., & Huang, A. (2012). Готовность к использованию ДКП среди женщин, занимающихся секс-работой: поперечное исследование в Китае. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 4, 149–158. <https://doi.org/10.2147/HIV.S33445>
28. Pines, H., Strathdee, S., Hendrix, C., Bristow, C., Harvey-Vera, A., Magis-Rodríguez, C., Martinez, G., Semple, S., & Patterson, T. (2019). Предпочтения в отношении характеристик препаратов для пероральной и вагинальной ДКП среди женщин, занимающихся секс-работой, в приграничном регионе Мексики и США. *International Journal of STD & AIDS*, 30(1), 45–55. <https://doi.org/10.1177/0956462418793038>
29. Poteat, T., Wirtz, A., Malik, M., Cooney, E., Cannon, C., Hardy, W. D., Arrington-Sanders, R., Lujan, M., & Yamanis, T. (2019). Разрыв между готовностью и реальным приёмом: результаты смешанных методов исследования профилактики ВИЧ среди чернокожих и латиноамериканских трансгендерных женщин. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 82(2), 131–140. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002112>
30. Restar, A. J., Tocco, J. U., Mantell, J. E., Lafort, Y., Gichangi, P., Masvawure, T. B., Chabeda, S. V., & Sandfort, T. G. M. (2017). Взгляды женщин и мужчин, занимающихся

секс-работой, в Момбасе (Кения), на ДКП и РЕР: последствия для интеграции биомедицинской профилактики в услуги сексуального здоровья. *AIDS Education and Prevention*, 29(2), 141–153. <https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.2.141>

31. Reza-Paul, S., Lazarus, L., Doshi, M., Hafeez Ur Rahman, S., Ramaiah, M., Maiya, R., MS, V., Venukumar, K. T., Sundararaman, S., Becker, M., Moses, S., & Lorway, R. (2016). Приоритизация риска в рамках подготовки к демонстрационному проекту: исследование осуществимости применения пероральной ДКП среди женщин, занимающихся секс-работой, в Южной Индии. *PLoS One*, 11(11), e0166889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166889>

32. Shannon, K., Strathdee, S. A., Goldenberg, S. M., Duff, P., Mwangi, P., Rusakova, M., Reza-Paul, S., Lau, J., Deering, K., Pickles, M. R., & Boily, M.-C. (2015). Глобальная эпидемиология ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой: влияние структурных факторов. *The Lancet*, 385(9962), 55–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60931-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4)

33. Sophus, A. I., & Mitchell, J. W. (2019). Обзор подходов, использованных для повышения осведомлённости о доконтактной профилактике (ДКП) в США. *AIDS and Behavior*, 23(7), 1749–1770. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2305-0>

34. Sundararajan, R., Wyatt, M. A., Muwonge, T. R., Pisarski, E. E., Mujugira, A., Haberer, J. E., & Ware, N. C. (2022). Понимание приемлемости ДКП среди приоритетных групп: результаты качественного исследования потенциальных пользователей в Центральной Уганде. *AIDS and Behavior*, 26(8), 2676–2685. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03606-8>

35. Tomko, C., Park, J. N., Allen, S. T., Glick, J., Galai, N., Decker, M. R., Footer, K.H.A., & Sherman, S. G. (2019). Осведомлённость и интерес к ДКП среди уличных женщин, занимающихся секс-работой: данные из США. *AIDS Patient Care and STDs*, 33(2), 49–57. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0182>

36. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). (2021). Обзор по ВИЧ и СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. UNAIDS “AIDSinfo.” <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>

37. Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). (2022, 17 января). Использование ДКП расширяется, но недостаточно быстро. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220117_preexposure-prophylaxis-use-expands

38. Walters, S. M., Reilly, K. H., Neaigus, A., & Braunstein, S. (2017). Осведомлённость о ДКП среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики в Нью-Йорке: значение социальных сетей и программ обмена шприцев для профилактики ВИЧ. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0166-x>

39. Willie, T. C., Monger, M., Nunn, A., Kershaw, T., Stockman, J. K., Mayer, K. H., Chan, P. A., Adimora, A. A., Mena, L. A., Knight, D., Phillips, K. A., & Baral, S. D. (2021). «ДКП — это просто чтобы подстраховаться, как страховка»: качественное исследование приверженности и удержания на ДКП среди чернокожих трансгендерных женщин в Миссисипи. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), статья 1. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06786-1>

40. Yumori, C., Zucker, J., Theodore, D., Chang, M., Carnevale, C., Slowikowski, J., LaSota, E., Olender, S., Gordon, P., Cohall, A., & Sobieszczyk, M. E. (2021). Женщины реже проходят тестирование на ВИЧ или получают предложение пройти ДКП при диагностике

ИППП. *Sexually Transmitted Diseases*, 48(1), 32–36.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001265>