

Предпочтения в отношении программы самотестирования на ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики в Казахстане, Центральная Азия

Оливия Кордингли¹, Тара МакКриммон², Брук С. Уэст¹, Меруерт Даришева³, Шолпан Примбетова³, Асель Терликбаева³, Луиза Гилберт¹, Набила Эль-Бассель¹, Виктория Фрай⁴

¹ Школа социальной работы, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США

² Кафедра социомедицинских наук, Школа общественного здравоохранения им. Мейлмана, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США

³ Центр исследований глобального здравоохранения Центральной Азии, Алматы, Казахстан

⁴ Кафедра общественного здоровья и социальной медицины, Медицинская школа CUNY, Нью-Йорк, США

Правила повторного использования статьи: sagepub.com/journals-permissions

Контактный автор: Оливия Кордингли, Школа социальной работы, Колумбийский университет, 1255 Амстердам-авеню, Нью-Йорк, NY 10027, США. Omc2113@columbia.edu

Заявление о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и/или публикации данной статьи.

Аннотация

Цель: Женщины, занимающиеся секс-работой (СР) и употребляющие наркотики, сталкиваются с препятствиями при прохождении тестирования на ВИЧ. Самотестирование на ВИЧ (СТВИЧ) может дать секс-работницам возможность узнать свой ВИЧ-статус, однако оно пока не получило широкого распространения среди СР в Казахстане. Цель данного исследования — выявить барьеры и факторы, способствующие традиционному тестированию на ВИЧ и СТВИЧ среди этой группы.

Метод: Проведены 30 углублённых интервью (УИ) и четыре фокус-группы (ФГ) с казахстанскими СР, употребляющими наркотики. С помощью прагматического анализа были выделены ключевые темы в качественных данных.

Результаты: Участницы положительно оценили СТВИЧ за его потенциал преодолевать логистические трудности и стигму, с которыми СР сталкиваются при традиционном тестировании. Также была выражена потребность в эмоциональной и социальной поддержке при использовании СТВИЧ, а также в дальнейшем направлении к ВИЧ-лечению и другим услугам.

Обсуждение: СТВИЧ среди женщин, занимающихся сексом за вознаграждение и употребляющих наркотики, может быть успешно внедрено для преодоления стигмы и других барьеров в доступе к тестированию на ВИЧ.

Ключевые слова: самотестирование на ВИЧ; женщины-секс-работницы; употребление наркотиков; тестирование на ВИЧ; стигма; насилие со стороны полового партнёра (ПП)

Самотестирование на ВИЧ (СТВИЧ) — это потенциально мощный инструмент для повышения уровня тестирования на ВИЧ и направления к лечению в сообществах секс-работников. Однако оно ещё не получило широкого распространения среди женщин, занимающихся сексом за вознаграждение и употребляющих наркотики, а также среди

женщин в Центральной Азии — регионе, где заболеваемость ВИЧ продолжает расти. По данным UNAIDS (2017, 2021) и Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (2021), 8% всех новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на женщин, занимающихся секс-работой (СР), ещё 19% — на клиентов и партнёров секс-работниц в Центральной Азии. Однако показатели среди СР, употребляющих наркотики, ещё выше. Распространённость ВИЧ среди секс-работниц в Казахстане в 2021 году составила 1,3% (Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний (КНЦДИЗ), 2021b). Тестирование на ВИЧ является точкой входа в систему ВИЧ-помощи и, следовательно, играет ключевую роль в глобальных усилиях по профилактике. Увеличение вовлечённости на всех этапах континуума профилактики и лечения ВИЧ, особенно среди уязвимых групп, таких как СР, имеет решающее значение для прекращения глобальной эпидемии ВИЧ. Несмотря на то, что уровень тестирования на ВИЧ среди СР в Казахстане, как правило, выше, чем в общей популяции — согласно официальным данным, большинство женщин, самоидентифицирующихся как секс-работницы (87%), прошли тестирование на ВИЧ в 2021 году (КНЦДИЗ, 2021a), — сохраняются определённые барьеры, которые необходимо устранить для обеспечения регулярного тестирования, особенно среди употребляющих наркотики. СТВИЧ представляет собой многообещающий инструмент для достижения этих целей.

Исследования, проведённые в других странах и контекстах, выявили ключевые барьеры для самотестирования на ВИЧ (СТВИЧ), которые могут быть важны при разработке программ для женщин, занимающихся секс-работой (СР) в Казахстане. Распространённые барьеры при доступе и использовании СТВИЧ среди СР включают: сомнения в точности экспресс-тестов, тревогу по поводу получения результата в одиночестве, недостаток знаний о СТВИЧ, стигматизацию ВИЧ и страх положительного результата, сложности с планированием времени, а также опасения, что не удастся вовремя попасть в систему последующего лечения. (Источники: Beckham и др., 2021; Chanda и др., 2017; Khajehkazemi и др., 2021; McCrimmon и др., 2018; Nnko и др., 2020; Shava и др., 2020). Стигма является одним из основных барьеров для СТВИЧ: СР выражали страх быть замеченными с набором для самостоятельного тестирования или рядом с учреждением, ассоциирующимся с ВИЧ, а также опасения насилия со стороны сообщества, клиентов и полиции. Тревога и страх по поводу получения положительного результата на ВИЧ в одиночестве или вне медицинского учреждения также вызывают беспокойство, как и необходимость пройти подтверждающее тестирование в клинике. Также важно отметить потенциальный риск насилия со стороны полового партнёра (ПП) при использовании СТВИЧ дома — такие случаи были зафиксированы среди участниц программы СТВИЧ в Замбии (Chanda и др., 2017). Исследования, посвящённые взаимосвязи между ПП и СТВИЧ, включая влияние на сексуальное и репродуктивное здоровье СР, на сегодняшний день ограничены.

Существующие исследования также подчёркивают факторы, способствующие использованию самотестирования на ВИЧ (СТВИЧ) среди женщин, занимающихся секс-работой (СР), включая чувство автономии, осведомлённость о собственном ВИЧ-статусе, возможность обойтись без медицинских работников, сбор образцов слюны (в связи со страхом перед иглами), доступность и удобство. Например, СР в других странах отмечают, что получение наборов для СТВИЧ от сверстниц или обученных равных консультантов, а не от клиник по ВИЧ, значительно облегчило бы доступ к тестированию как для них, так и для их окружения. (Obiezu-Umeh и др., 2021; Ortblad и др., 2017; Ortblad и др., 2018; Shava

и др., 2020). Женщины также подчёркивали, что возможность провести тест самостоятельно, без присутствия врача, является важным преимуществом.

Учитывая уязвимость СР, которые также употребляют или инъекционно вводят наркотики, при разработке программ СТВИЧ для этой группы необходим особый подход. Данные о самостоятельном тестировании среди ЖСР, употребляющих наркотики, весьма ограничены: в недавнем обзоре литературы по стратегиям распространения СТВИЧ только 1 из 33 исследований включало людей, употребляющих наркотики внутривенно (ЛУИН) (Eshun-Wilson и др., 2021). Среди ЛУИН во Вьетнаме, которые получили положительный результат при СТВИЧ (51 из 1 551 участников), 100% прошли подтверждающее тестирование, а 92% начали антиретровирусную терапию в рамках исследования (Nguyen и др., 2019). Однако недавнее исследование по самостоятельному тестированию на гепатит С среди ЛУИН в Казахстане показало, что доступность тестов способствовала прохождению тестирования (Martínez-Pérez и др., 2021). В совокупности эти исследования свидетельствуют о том, что СТВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, может быть полезным инструментом для повышения охвата тестированием и вовлечения в лечение. Тем не менее, требуется больше исследований, посвящённых барьерам и факторам, способствующим СТВИЧ среди СР, употребляющих наркотики.

С целью лучшего понимания уникального опыта и потребностей СР, употребляющих наркотики в Казахстане, а также их отношения к СТВИЧ, мы провели углублённые интервью (УИ), фокус-группы (ФГ) и краткий опрос в двух городах Казахстана. Полученные данные предоставляют важную информацию для масштабирования и расширения программ СТВИЧ для СР в условиях высокой распространённости ВИЧ и среди женщин, употребляющих наркотики.

Методология

Сбор данных включал как углублённые интервью (УИ), так и фокус-группы (ФГ), которые проводились обученными фасилитаторами. Интервью с 30 участницами были проведены в период с марта по апрель 2021 года. Четыре фокус-группы с участием 18 женщин были проведены после завершения УИ в период с мая по июль 2021 года. Участницы набирались при содействии аутрич-работников из двух НПО в Казахстане: «Амелия» (г. Талдыкорган) и «Сауболашак» (г. Алматы). Эти организации занимаются реализацией программ по профилактике ВИЧ и снижению вреда для уязвимых групп, включая секс-работниц. Критерии включения в исследование: сексуальные контакты (вагинальные или анальные) в течение последнего года в обмен на деньги, алкоголь, наркотики или другие товары/ресурсы; употребление/инъекционное введение наркотиков в течение последнего года; как минимум один эпизод незащищённого полового контакта за последние 90 дней с платным, случайным или постоянным (половым) партнёром; отрицательный или неизвестный ВИЧ-статус. Все участницы подписали письменное информированное согласие перед началом участия. Исследование прошло этическую экспертизу и было одобрено Институциональным наблюдательным советом Городского университета Нью-Йорка и Колумбийского университета, а также Местным этическим комитетом Казахского национального университета имени Аль-Фараби.

Углублённые интервью (УИ) и фокус-группы (ФГ) проводились научными ассистентами в Казахстане. Фасилитаторы прошли обучение всей исследовательской командой для проведения качественного сбора данных с использованием указанных методов. Темы, охваченные в УИ, включали: (а) опыт и отношение к тестированию на ВИЧ; (б) впечатления от самотестирования на ВИЧ (например, удобство и безопасность),

убеждения (например, точность, конфиденциальность, возможность социального вреда и др.); (с) предпочтения (например, тип биологического образца, самостоятельное выполнение теста и т. д.); (d) потенциальные барьеры и факторы, способствующие использованию СТВИЧ. Особое внимание также уделялось роли стигматизации как фактора, как способствующего, так и препятствующего прохождению тестирования и установлению связи с лечением ВИЧ. Фокус-группы были ориентированы на обсуждение возможных компонентов программ поддержки при СТВИЧ, включая подходы, основанные на участии равных консультантов, коалиций адвокации и коллективных действий, которые были выявлены на основе данных УИ.

В рамках скрининга было рассмотрено 71 потенциальная участница, из которых 50 (70%) соответствовали критериям включения. Все из них дали согласие на участие: 30 женщин прошли углублённое интервью (УИ), а 18 приняли участие в одной из четырёх фокус-групп (ФГ). Из 71 прошедшей скрининг женщины были исключены: 2 участницы (из-за незнания русского языка); 9 (из-за отсутствия употребления наркотиков, соответствующего критериям); 4 (из-за установленного ВИЧ-положительного статуса); 4 (из-за постоянного использования презервативов с партнёрами); 2 (из-за отсутствия сексуальных контактов в обмен на деньги, наркотики или другие необходимые ресурсы в течение установленного временного периода).

Мы собирали социодемографическую информацию от участниц с помощью краткого опроса до начала их участия в исследовании. Углублённые интервью (УИ) и фокус-группы (ФГ) проводились онлайн с использованием защищённого программного обеспечения для видеосвязи (Zoom/Jitsi). Все УИ и ФГ проводились на русском языке. Длительность сессий составляла от 45 до 70 минут; они записывались в аудиоформате, затем профессионально транскрибировались на русском языке и переводились на английский. Участницам выплачивалась компенсация: 1 000 тенге (3 доллара США) за прохождение скрининга и 6 000 тенге (15 долларов США) за завершение краткого опроса и участие в УИ или ФГ. Все интервью и фокус-группы были записаны, транскрибированы и переведены на английский язык.

Поскольку целью проведения интервью и фокус-групп было получение информации и мнений относительно практических и других аспектов разработки программы самотестирования на ВИЧ (СТВИЧ), мы сначала проанализировали данные с использованием модифицированной версии «метода тематических рамок» (framework method), который сочетает дедуктивный и индуктивный подходы. Все члены аналитической команды независимо друг от друга прочитали расшифровки, чтобы составить первые впечатления, выявить возникающие темы и разработать прагматическую стратегию анализа. Мы структурировали ответы на каждый раздел интервью, используя обобщающие формулировки, а также дословные цитаты в ответах на ключевые вопросы. Далее материалы были организованы по тематикам, а также сведены в рабочую матрицу, отражающую как основные тематические блоки интервью, так и теоретические факторы, определяющие поведенческие изменения.

Результаты

В общей выборке 24 участницы были набраны в Алматы и 24 — в Талдыкоргане. Средний возраст участников составил 31,5 года (стандартное отклонение = 6,8; диапазон: от 21 до 49 лет) (см. Таблицу 1). Возрастных тенденций обнаружено не было. Среди участниц 52,1% составляли этнические казашки, и 68,8% не имели постоянного партнёра. Из общего числа участниц 60,4% имели профессиональное или высшее образование, тогда

как 39,6% окончили только начальную, среднюю школу или школу старших классов. На момент проведения опроса 87,5% участниц указали, что секс-работа является их основным источником дохода; 10,4% — что это дополнительный источник дохода; и 2,1% — что они занимаются секс-работой в обмен на товары (еда, жильё, наркотики или алкоголь). Социодемографические характеристики участниц представлены в Таблице 1. Мы представляем наши результаты по ключевым темам: осведомлённость о СТВИЧ и потребность в нём, предпочтения в отношении программы СТВИЧ, а также поддержка и обучение по СТВИЧ. В частности, описаны результаты, связанные с опытом традиционного тестирования на ВИЧ; точками доступа к наборам для СТВИЧ, организационной и социальной поддержкой, а также подтверждающим тестированием; потребностями в обучении по СТВИЧ, включая его формат, место проведения, групповую динамику и другие барьеры и факторы, способствующие участию. Имена участниц были изменены для сохранения их анонимности.

Барьеры к традиционному тестированию на ВИЧ

На основе обсуждений взглядов и опыта участниц, связанных с традиционным (проводимым специалистами) тестированием на ВИЧ, мы выделили ключевые барьеры, которые могут служить основой для разработки программ самотестирования на ВИЧ (СТВИЧ) для женщин, употребляющих наркотики и занимающихся секс-работой. Особое внимание уделяется логистическим барьерам, которые СТВИЧ может помочь преодолеть, а также роли стигматизации.

Логистические барьеры. — Участницы часто отмечали такие распространённые препятствия, как нехватка времени, удалённость пунктов тестирования и необходимость поездок. Многие из них называли временные затраты как причину, по которой им трудно регулярно проходить тестирование (например, недостаточно времени, длинные очереди). По мнению участниц, возможность проходить тест дома может способствовать более частому тестированию: «Удобно, что никуда не нужно идти. У кого есть время, как говорится, двадцать четыре часа в сутки, если она занята двадцать часов — конечно, для неё этот экспресс-тест удобен» (Гульнара, 48 лет). Быстрый результат также был очень важен для участниц: «Кажется, это быстро, наверное. Не надо никуда идти и общаться с другими людьми. Можно сделать дома, в любых условиях, в любое время, и быть уверенной, что всё чисто» (Алина, 29 лет). Как показывают эти высказывания, возможность выбора наиболее удобного времени и места проведения теста является потенциальным преимуществом СТВ, которое может способствовать не только более широкому, но и регулярному тестированию.

Страх и стигма. — Участницы выражали множество страхов, таких как получение положительного результата на ВИЧ и, как следствие, заболевание и/или заражение других. Эти страхи были тесно связаны как с ожиданием, так и с переживанием стигматизации. Беспокойства, связанные со стигмой, касались того, как она отпугивает от тестирования и получения медицинской помощи, включая страх осуждения со стороны семьи и сообщества, опасения, связанные с работой, стигму, связанную с употреблением наркотиков, а также стигму в медицинских учреждениях, которая может мешать доступу к лечению.

Учитывая высокий уровень стигматизации людей, живущих с ВИЧ, секс-работников и потребителей наркотиков, тестирование на ВИЧ ассоциировалось у участниц с опасением негативной реакции окружающих, что выступало серьёзным сдерживающим фактором. Например, участницы делились, что в их сообществе принято считать, что

человек, часто проходящий тестирование на ВИЧ, уже болен. Одна из участниц сказала: «Они, наверное, думают, что мы все больны, раз проверяемся. Сразу приходят плохие мысли» (София, 40 лет). Другая добавила: «Скорее всего, они думают, что человек болен, раз сдаёт анализы» (Гульнара, 48 лет). Озабоченность тем, что другие подумают, будто у тебя ВИЧ, исходила из страха быть отвергнутой обществом, что хорошо отражается в следующей цитате: «Люди подсознательно боятся вообще проходить тестирование. Они боятся какого-то осуждения со стороны других людей» (Ана, 22 года). Ещё одна участница рассказала, что стигма вокруг ВИЧ может привести к утрате поддержки в случае положительного результата: «В Казахстане, если ты заболел, поддержки всё равно недостаточно... государство всё равно будет нас отделять и смотреть с отвращением [...] Да, боятся, что их будут отделять» (Мария, 33 года).

Участницы также выражали обеспокоенность тем, что частое прохождение тестирования на ВИЧ может вызвать у окружающих подозрение в занятии секс-работой, что может иметь реальные негативные последствия как для самих женщин, так и для их семей. Например, одна из участниц сказала: «Ну конечно, они думают, что у неё много партнёров, она шлюха, проститутка или, может, наркоманка, которая спит с кем-то за дозу» (Ана, 22 года). «Они думают, что это уличные девчонки» (Мила, 30 лет). Другая участница рассказала о страхе потерять работу, даже если кто-то просто подумает, что у неё может быть ВИЧ: «Если к ней приходят клиенты, им сразу говорят, что она больна» (Мария, 33 года).

Опасения, связанные со стигмой со стороны медицинских работников, также играли важную роль в отношении к тестированию на ВИЧ. Участницы высказывали тревогу по поводу возможной утечки информации о своей личности или результатах теста со стороны медперсонала: «Я не верю, что врачи могут всё скрыть и никому не сказать, это всё равно где-то всплывёт, кто-то кому-то скажет. Поэтому, может быть, люди и боятся. Мы вообще боимся ходить в такие места, мы не ходим в больницы» (Айгуль, 37 лет). Эту точку зрения подтвердила другая участница, выразившая сомнение в конфиденциальности: «Как я могу быть уверена, что там всё конфиденциально? Им нельзя доверять» (Фокус-группа, Талдыкорган). Эти страхи, связанные со стигматизацией при тестировании на ВИЧ, усиливаются из-за статуса женщин как потребителей наркотиков и тех, кто занимается секс-работой: «Ну конечно, они просто смотрят на наши руки. И у них сразу появляется неуважение к нам... Ну, у некоторых да, у некоторых нет» (Дарига, 37 лет).

Эти высказывания подчёркивают, что перекрёстная (интерсекциональная) стигматизация является важнейшим фактором, влияющим на восприятие тестирования на ВИЧ среди секс-работниц, употребляющих наркотики. Страх перед тем, как само тестирование — особенно частое — может быть воспринято другими секс-работницами, клиентами или широкой общественностью, оказывает влияние на принятие решений о тестировании. Эти опасения небезосновательны, поскольку данные свидетельствуют, что ожидаемая стигма является серьёзным барьером не только для прохождения тестирования на ВИЧ, но и для дальнейшего обращения за необходимой помощью. Особенно важно отметить, что пережитая стигма в медицинских учреждениях со стороны врачей и другого персонала также оказывает значительное влияние на решения о тестировании. Ожидания и опыт плохого обращения и отсутствия конфиденциальности приводят к высокому уровню недоверия к системе здравоохранения, что мешает как прохождению тестирования, так и установлению связи с лечением при положительном результате. Тем не менее, несмотря на

страхи и трудности, связанные со стигмой, многие участницы осознавали важность регулярного тестирования и выражали готовность заботиться о своём здоровье.

Барьеры, специфичные для самотестирования на ВИЧ (СТВИЧ)

В рамках данного исследования мы также задавали участницам интервью и фокус-групп вопросы об их интересе к СТВИЧ и связанных с этим опасениях. Участницы делились своими мыслями о возможных негативных последствиях СТВИЧ, необходимости подтверждающего тестирования и установления связи с лечением, а также о том, как структурные барьеры могут мешать этим процессам.

Доступ к наборам для самостоятельного тестирования. — Участницы выразили желание иметь гибкий и повсеместный доступ к наборам для самостоятельного тестирования, чтобы преодолеть некоторые из логистических барьеров, связанных с традиционным тестированием, о которых говорилось выше. На вопрос о предпочтительных способах получения наборов для СТВИЧ участницы ответили, что им было бы удобно забирать их в следующих местах: центр СПИД, частная клиника, аптека, нейтральное пространство, не связанное с медицинскими учреждениями, и НПО «Амелия». Те, кто предлагал нейтральное пространство, объясняли это желанием избежать встречи с знакомыми:

«Не в Центре СПИД и не в дружественной клинике, потому что туда ходит много людей, могут быть знакомые, которые нас увидят и узнают» (Елена, 30 лет). «На нейтральной территории» (Алина, 29 лет). Большинство участниц отметили аптеку как наиболее удобное место для получения тестов благодаря анонимности: «Я не знаю фармацевта, она не знает меня — взяла, купила и пошла по своим делам» (Татьяна, 25 лет). Кроме того, отмечалось, что аптеки проще найти и они более доступны, чем другие организации: «У нас аптеки на каждом шагу» (Дарига, 37 лет).

Негативные последствия самотестирования (СТВИЧ). — Когда участниц спрашивали о возможных рисках для здоровья, которые могут возникнуть при самостоятельном тестировании на ВИЧ вне медицинского учреждения, они упомянули серьёзные угрозы, которые необходимо учитывать при внедрении программ СТВИЧ для женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики. В частности, женщины говорили о возможном насилии и негативных последствиях для психического здоровья в случаях, когда положительный результат теста получен с помощью СТВИЧ.

Несколько женщин выразили обеспокоенность возможным насилием со стороны интимных партнёров или клиентов, если они будут проходить тестирование дома и получают положительный результат. Например, одна участница сказала: «Мой парень, конечно, побил бы или повесил меня» (Фокус-группа, Алматы). Другая участница рассказала: «Он мне сказал — если, не дай бог, ты меня заразишь, я найду тебя где-нибудь на обочине, зарежу и выброшу. Такие случаи были, и, говорю тебе, не один и не два раза» (Фокус-группа, Алматы, 2 июля). Хотя страх перед насилием после положительного результата актуален и для традиционного тестирования, тестирование дома с помощью СТВИЧ может создать новые вызовы. Нарушение конфиденциальности при использовании СТВИЧ вне клиники может иметь реальные последствия, поэтому при разработке программ обучения по СТВИЧ важно заранее учитывать такие риски. Это может включать проведение тщательной оценки риска насилия среди женщин, получающих наборы для СТВИЧ, а также разработку рекомендаций по безопасным условиям прохождения теста и действиям в случае получения положительного результата.

Другим возможным риском, связанным с самотестированием на ВИЧ (СТВИЧ), являются последствия для психического здоровья в ситуации, когда человек получает положительный результат в условиях отсутствия немедленной психологической поддержки. Одним из ключевых элементов традиционного ВИЧ-тестирования является проведение до- и посттестового консультирования, которое играет важную роль в оказании поддержки людям при получении положительного результата. При обсуждении СТВИЧ с женщинами, участвовавшими в этом исследовании, были подняты различные проблемы, связанные с психическим здоровьем — от депрессии до потенциальных суицидальных мыслей и попыток. Участницы делились тем, как они могли бы отреагировать, если бы получили положительный результат дома: «Мне даже страшно представить. [...] Я бы, наверное, потеряла смысл жизни. У меня началась бы депрессия, стресс. Мне очень тяжело выходить из депрессии. Тем более я это знаю. Я бы, наверное, замкнулась в себе» (Ирина, 22 года). Некоторые женщины отметили, что их собственная реакция или реакция других женщин может быть более тяжёлой и привести к самоповреждению, как видно из следующих высказываний: «Если бы я была одна и пришёл положительный результат, я бы сразу впала в депрессию. То есть, если бы у меня случился такой момент, я бы себя убила. Я не стала бы дальше лечиться, не стала бы ничего узнавать. Лучше я сразу себя убью, как только узнаю. Мне лучше не быть одной, потому что у меня всё равно есть страх. [...] Да, я бы просто вскрыла вены на месте — и всё. [...] Если ты болен — значит всё равно умрёшь. Рано или поздно — умрёшь.» (Мария, 33 года). «Человек может покончить с собой или сделать что-то подобное — это самое страшное. А ещё у него могут появиться мысли вроде: “на этом жизнь закончилась”, “всё, я умру”, “у меня болезнь, я не могу выйти замуж”, “я больше не смогу родить детей”, “кто теперь возьмёт меня на работу” и так далее.»

Важно отметить, что одна из участниц подняла вопрос о ложноположительном результате теста и его влиянии на её психическое состояние. Она поделилась своим опытом, когда обратилась за подтверждающим тестированием после положительного экспресс-теста: «Когда мне сказали, что у меня положительный [экспресс]-тест... у меня было ощущение, будто меня ошпарили кипятком... У меня были такие эмоции, я молилась, я не спала три дня, пошла в Центр СПИД за подтверждением. Не знаю, сможете ли вы понять моё состояние тогда..., но оно было ужасным, самым страшным. Они ошиблись или оборудование сломалось. Это были ужасные три дня, хорошо, что у меня был маленький ребёнок. А так я бы, наверное, с моста прыгнула... Да, я потом сдала тест, ждала результат три дня... Я бесконечно просила у Господа прощения за свои грехи. Пришла за результатом — он оказался отрицательным. Конечно, я была так рада.» (Марина, 35 лет).

Барьеры к подтверждающему тестированию и охвату лечением после СТВИЧ

Несмотря на указанные опасения, участницы размышляли о том, какие шаги они предприняли бы в случае получения положительного результата самостоятельного тестирования, в частности — о прохождении подтверждающего теста и дальнейшем обращении за лечением. Лишь немногие заявили, что не стали бы проходить повторное тестирование или обращаться к врачу. Например, одна участница сказала: «Я бы повторила тот же самый тест, но к врачу бы не пошла. Если тест снова покажет положительный результат — зачем тогда идти к врачу?» (Айгуль, 37 лет). Несколько женщин, напротив, выразили намерение пройти подтверждающее тестирование в Центре СПИД или у врача в целом. Для многих из них желание получить подтверждение от

медицинского специалиста основывалось на сомнениях в точности СТВИЧ: «Может быть, ты что-то неправильно сделала. Не знаешь, на 100% ли эта система надёжна. Поэтому, наверное, я бы пошла, чтобы узнать — да или нет. Тест может быть ошибочным» (Валентина, 32 года). Некоторые участницы говорили, что им, возможно, потребуется сделать ещё один экспресс-тест, прежде чем обратиться за подтверждением: «Я бы прошла тест ещё раз, и после этого врачи уже скажут точный результат» (Елена, 30 лет). Участницы также выразили обеспокоенность по поводу самого процесса подтверждающего тестирования и дальнейшего доступа к лечению, включая ограничения по времени работы клиник и вопросы конфиденциальности: «Если я сделаю это ночью, например, в 23:00, и получу положительный результат, я не буду знать, к кому обращаться. Врачи, я думаю, в это время не работают. Естественно, придётся ждать до утра... Я не знаю, это будет стрессово» (Диана, 23 года).

Участницы также поднимали тему политик и нормативных требований как структурных барьеров к прохождению подтверждающего тестирования и охвату лечением после СТВИЧ. Некоторые ссылались на правила Казахстана в отношении доступа к государственным поликлиникам, которые требуют регистрации по месту жительства и предоставления удостоверяющих документов. Одна участница сказала: «Без регистрации здесь делать нечего. Не будет поликлиники, не будет ничего» (Кристина, 35 лет). Другая описала процедуру следующим образом: «Я подаю заявление через интернет или записываюсь в частную клинику. [...] В госучреждениях — это очень долго, нужно ждать в очередях и быть там зарегистрированной. Проще пойти в частную клинику» (Алекс, 26 лет). Этот процесс регистрации в поликлинике был одновременно необходимым и обременительным. Особенно сложным барьером для некоторых участниц стала необходимость предоставления документов. Одна из них рассказала о своей коллеге-негражданке Казахстана, пытавшейся получить помощь в дружественной клинике без документов: «Она очень боялась, что её отправят обратно. Она была из Узбекистана и боялась, что её отправят домой и расскажут родителям, чем она здесь занимается» (Елена, 30 лет). Для других участниц такие требования противоречили обещаниям конфиденциальности медицинских услуг: «Говорят, всё конфиденциально, но всё равно спрашивают документы и гражданство» (Алина, 29 лет).

Дополнительные потребности в медицинских и социальных услугах

Когда участниц спрашивали, какие медицинские и социальные услуги, помимо СТВИЧ и установления связи с лечением ВИЧ, им необходимы, они высказывали ряд предложений, подчёркивающих уровень маргинализации и ограниченный доступ к помощи, с которым сталкиваются многие женщины, занимающиеся секс-работой и употребляющие наркотики (СР/ЛУИН). Многие выразили потребность в гинекологических услугах. Одна участница объяснила, что стоимость является основным барьером: «Посещение гинеколога и сдача анализов — это очень дорого, я вам скажу, и многие наши девочки не могут себе этого позволить. Это дорогое удовольствие» (Фокус-группа, Алматы). Другие участницы отметили высокую потребность в психологической помощи из-за характера своей работы: «Девочкам в нашем сообществе нужна психологическая помощь, поговорить с кем-то — вот главная проблема.» Одна из участниц выразила это ещё резче: «Наша работа убивает нас психологически» (Фокус-группа, Алматы).

Также была озвучена потребность в юридической помощи, особенно в контексте взаимодействия с полицией. Одна участница сказала, что юридическая грамотность

помогла бы ей чувствовать себя увереннее при встрече с полицейскими: «У меня был такой опыт, и я испугалась. Я не знала, как себя вести без истерики, чтобы доказать, что они не имеют права “упаковать” меня и куда-то везти» (Фокус-группа, Алматы). Эти предложения подчёркивают, что у этой группы женщин существуют множественные, пересекающиеся потребности — в медицинской помощи, психосоциальной поддержке и правовой защите.

Обсуждение и практическое применение

Учитывая высокий уровень риска, с которым сталкиваются женщины, занимающиеся секс-работой и употребляющие наркотики (СР/ЛУИН) в Казахстане, им необходимо обеспечить достаточные возможности для тестирования на ВИЧ, чтобы они могли узнать свой ВИЧ-статус и при необходимости обратиться за лечением. Интервью и фокус-группы показали, что самотестирование на ВИЧ (СТВИЧ) обладает большим потенциалом для повышения осведомлённости об инфекционном статусе среди этой группы и воспринимается как приемлемый и уместный метод тестирования для СР/ЛУИН. Однако для достижения максимального эффекта могут потребоваться поддерживающие программы, адаптированные к потребностям данной группы, что позволит расширить охват СТВИЧ среди ключевых уязвимых слоёв населения. Из рассказов участниц видно, что СТВИЧ может помочь преодолеть ряд барьеров, с которыми сталкиваются СР/ЛУИН при доступе к тестированию на ВИЧ — как логистических, так и связанных со стигматизацией. Интервью также подчёркивают необходимость учитывать особенности СТВИЧ и специфические трудности секс-работы при разработке программ. Почти все опрошенные женщины выразили интерес к обучению проведению самостоятельного тестирования на ВИЧ. Одним из ключевых выводов стало то, что многие участницы проявили желание делиться информацией о СТВИЧ со своими подругами и коллегами, что указывает на высокий общий интерес к СТВИЧ среди СР/ЛУИН и на то, что распространение информации о нём в их кругах может быть эффективным и социально приемлемым каналом внедрения.

В нашем исследовании, как и в других (например, Chanda и др., 2017), ожидаемая стигматизация мешала женщинам обращаться в пункты тестирования или проходить тестирование регулярно — они опасались быть замеченными представителями своего сообщества и боялись, что окружающие узнают об их статусе секс-работницы или возможном ВИЧ-статусе. Учитывая множество барьеров, с которыми сталкиваются женщины, занимающиеся секс-работой и употребляющие наркотики, при регулярном тестировании — как логистических, так и связанных со стигмой, — самотестирование на ВИЧ (СТВИЧ) может стать способом смягчения части этих трудностей. Например, СТВИЧ напрямую решает проблему времени и транспорта, позволяя человеку самостоятельно выбирать, где и когда пройти тест. Это также потенциально укрепляющий инструмент, который даёт женщинам возможность контролировать обстоятельства тестирования и сохранять конфиденциальность, избегая потенциальной стигмы со стороны других. Для создания программы СТВИЧ, специально ориентированной на женщин, занимающихся сексом за вознаграждение и употребляющих наркотики, эти факторы необходимо учитывать. Наряду с этим необходимо уделять внимание вопросам установления связи с системой помощи — для подтверждающего тестирования и получения лечения, если это потребуется, — особенно учитывая, что женщины также говорили о логистических трудностях и страхах, связанных с обращением в медицинские учреждения и взаимодействием с врачами. Тем не менее, участницы обозначили ряд

практических и психосоциальных барьеров, в особенности — ожидаемую стигму, которые мешают им обращаться за тестированием на ВИЧ в другие места. Это указывает на то, что, хотя самостоятельное тестирование может быть оптимальным вариантом для данной группы, подтверждающее тестирование останется проблемой без дополнительных интервенций, направленных на снижение стигматизации.

Наши результаты подчеркивают важность сотрудничества с местными государственными и медицинскими организациями для обеспечения доступа к наборам для СТВИЧ в аптеках и других местах. Разнообразие мест, предложенных участниками (аптеки, Центры СПИД, местные НПО, такие как организации, участвовавшие в наборе), говорит о том, что единая стратегия распространения может не удовлетворить потребности всех женщин. Кроме того, необходимо учитывать возможные финансовые барьеры, чтобы гарантировать доступность СТВИЧ для женщин, занимающихся секс-работой. Наконец, важно работать с клиниками, где проводится подтверждающее тестирование, чтобы снижать стигму в медицинской среде — это критически важно для того, чтобы СТВИЧ имело максимальное положительное воздействие. Наши результаты также подчёркивают важность психологической и социальной поддержки при использовании СТВИЧ для данной группы женщин. Эмоциональная нагрузка, связанная с процессом тестирования на ВИЧ, неоднократно упоминалась участницами, которые боялись получить положительный результат в одиночестве. Это указывает на необходимость обучения участниц программ СТВИЧ не только техническим аспектам тестирования, но и вопросам социальной и эмоциональной поддержки. Кроме того, беспокойство некоторых участниц по поводу возможного насилия со стороны партнёра в случае положительного результата требует тщательного включения элементов планирования безопасности в обучающую программу. Ресурсы по оказанию помощи в ситуации насилия со стороны половых партнёров (ПП) в Казахстане ограничены. Однако неправительственные организации, занимающиеся защитой прав секс-работниц, находятся в хорошей позиции для предоставления такой поддержки, поскольку они глубоко понимают жизнь этих женщин и обладают необходимым опытом для реализации программ помощи.

Чтобы программы самотестирования на ВИЧ (СТВИЧ) действительно отвечали уникальным потребностям секс-работниц, употребляющих наркотики, обучающие компоненты этих программ должны также учитывать трудности, связанные с подтверждающим тестированием и установлением связи с лечением — этап, на котором женщинам необходимо обращаться в традиционные медицинские учреждения. Такие программы должны учитывать личные, межличностные и структурные барьеры, мешающие прохождению этого критически важного следующего шага. В других контекстах было показано, что установление связи с лечением улучшается, если сотрудники сообществ или аутрич-работники посещают дома участниц, участвующих в программах СТВИЧ, для проведения дальнейших мероприятий (Hayes и др., 2014, 2017; Mulubwa и др., 2019). Наши результаты согласуются с другими исследованиями, показывающими, что доставка тестов и помощь в их использовании способствуют более активному прохождению тестирования (Ortblad и др., 2017; Ortblad и др., 2019). Кроме того, социальная поддержка может сыграть важную роль в установлении связи с лечением после тестирования. Существуют вполне обоснованные опасения по поводу того, как поддержать женщин, использующих СТВИЧ, и обеспечить их безопасность и здоровье в случае получения положительного результата вне клиники. В других странах также

поднимались подобные вопросы, однако исследования показывают, что поддержка со стороны равных консультантов, аутрич-работников и других секс-работниц может быть важной для снижения потенциальных негативных последствий, связанных с СТВИЧ (Beckham и др., 2021). Наши данные указывают на то, что женщины, занимающиеся секс-работой и употребляющие наркотики, могут нуждаться в дополнительной поддержке при обращении за подтверждающим тестированием и лечением, если они получают положительный результат при самостоятельном тестировании.

Хотя многие участницы заявили, что обратились бы в клинику или Центр СПИД за подтверждающим тестом, если бы получили положительный результат СТВ дома, некоторые выразили сомнения по поводу такого шага из-за опасений стигмы и изоляции со стороны окружающих. Дополнительные барьеры для обращения за подтверждающим тестированием включали страх перед государственной регистрацией и полицией; эти опасения часто пересекались с другими препятствиями. Изоляция и ощущение бессилия, которые испытывают секс-работницы под угрозой насилия, затрудняют как ведение переговоров о безопасных сексуальных практиках, так и доступ к услугам тестирования. Согласно недавнему отчёту НПО «Амелия» из Талдыкоргана (Казахстан), женщины, занимающиеся секс-работой, сообщили о нарушениях их прав со стороны полиции и/или медицинского персонала, включая угрозы, насилие и вымогательство; половина участниц сообщили о принудительном тестировании на ВИЧ, а более трети — об отказе в медицинской помощи, что всё вместе серьёзно мешает доступу к тестированию и лечению (Amelia – NGO, 2018). В совокупности со стигмой в медицинских учреждениях такие условия ещё больше усиливают уязвимость женщин и снижают их доступ к тестированию и медицинским услугам. Наши данные показывают, что стигма является мощным сдерживающим фактором для обращения за официальным тестированием, медицинской помощью и лечением среди СР/ЛУИН в Казахстане. Разработка детальных посттестовых протоколов является ключом к тому, чтобы женщины имели инструменты для преодоления этих потенциальных барьеров. И здесь вновь местные неправительственные организации могут сыграть важную роль в оказании поддержки.

Наше исследование имеет множество сильных сторон, включая использование различных методов сбора как количественных, так и качественных данных (опросы, углублённые интервью и фокус-группы), обеспечение безопасности и конфиденциальности данных, а также сотрудничество с местными и заслуживающими доверия НПО-партнёрами. Тем не менее, у исследования есть и определённые ограничения. Во-первых, поскольку набор участниц проводился через НПО, возможно, они с большей вероятностью уже имели доступ к услугам НПО и программам по снижению вреда, и, следовательно, не вполне представляют наиболее маргинализованную часть женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики в Казахстане. Однако мы также применяли метод "снежного кома" (snowball sampling), что могло уменьшить это смещение выборки. Как и во всех интервьюированных исследованиях, существует вероятность смещения ответов (response bias). Поскольку интервью проводились виртуально, у нас не было возможности контролировать место проведения беседы (например, некоторые проходили в рабочих или домашних условиях участниц), что могло повлиять на их ответы. С другой стороны, это могло повысить участие тех женщин, которые в противном случае не пришли бы на исследовательскую площадку или в НПО. Кроме того, фокус-группы также проводились в виртуальном формате через Zoom/Jitsi (с использованием только аудио, без видео), что, возможно,

способствовало большей открытости участниц. Однако это также было и ограничением: из-за отсутствия визуального контакта мы не могли соотнести высказывания участниц с их демографическими данными. Наконец, как и в любом качественном исследовании, выборка может быть не репрезентативной, как уже отмечалось, и воспоминания об опыте за всю жизнь или даже за последний год могли быть искажены, особенно учитывая, что сбор данных проходил на фоне пандемии COVID-19.

Существует острая необходимость в реагировании на проблему ВИЧ среди женщин, занимающихся секс-работой и употребляющих наркотики (СР/ЛУИН) в Казахстане. Данное прагматическое исследование подтвердило, что самотестирование на ВИЧ (СТВИЧ) воспринимается как приемлемая и реалистичная мера среди СР/ЛУИН в Казахстане, и что СТВИЧ может стать полезной и уместной интервенцией для увеличения охвата тестированием и его регулярности среди этой ключевой группы. Крайне важно начать распространение СТВИЧ среди СР/ЛУИН, чтобы эта уязвимая группа не осталась в стороне от важного прогресса в области ВИЧ-скрининга. Однако наши результаты подчёркивают необходимость разработки обучающих программ по СТВИЧ, которые учитывают конкретные потребности и предпочтения этой целевой аудитории. Для успешной реализации национальной программы СТВИЧ среди СР/ЛУИН в Казахстане также требуется дополнительная структурная, общественная и институциональная поддержка.

Финансирование

Авторы сообщают о получении следующей финансовой поддержки для проведения исследования, написания и/или публикации данной статьи: эта работа была поддержана Национальным институтом по проблемам злоупотребления наркотиками (грант № R34DA049664).

Список литературы

1. Amelia – НПО (2018). Отчёт: Документирование нарушений прав человека (HRADP). 5 ноября 2015 года. <http://www.swannet.org/en/content/amelia-ngo-kazakhstan-publish-report-sex-work>.
2. Beckham, S. W., Karver, T., Mantsios, A., Shembilu, C., Donastorg, Y., Perez, M., Gomez, H., Barrington, C., Mwampashi, A., Davis, W., Likindikoki, S., Mbwapbo, J. K., & Kerrigan, D. (2021). Приемлемость и восприятие перорального самостоятельного тестирования на ВИЧ в различных странах: сравнительное качественное исследование среди секс-работниц в Доминиканской Республике и Танзании. *Global Public Health*, 0(0), 1–15. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1901129>
3. Chanda, M. M., Ortblad, K. F., Mwale, M., Chongo, S., Kanchele, C., Kamungoma, N., Fullem, A., Dunn, C., Barresi, L. G., & Harling, G. (2017). Самостоятельное тестирование на ВИЧ среди секс-работниц в Замбии: кластерное рандомизированное контролируемое исследование. *PLoS Medicine*, 14(11), e1002442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002442>
4. Eshun-Wilson, I., Jamil, M. S., Witzel, T. C., Glidden, D. V., Johnson, C., Le Toureau, N., Ford, N., McGee, K., Kemp, C., Baral, S., Schwartz, S., & Geng, E. H. (2021). Систематический обзор и сетевой мета-анализ эффективности стратегий распространения самостоятельного тестирования на ВИЧ. *Clinical Infectious Diseases*, 73(4), e1018–e1028. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab029>

5. Hayes, B., Briceno, A., Asher, A., Yu, M., Evans, J. L., Hahn, J. A., & Page, K. (2014). Предпочтения, приемлемость и последствия использования экспресс-теста на гепатит С среди молодых людей, употребляющих наркотики. *BMC Public Health*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-645>
6. Hayes, R., Floyd, S., Schaap, A., Shanaube, K., Bock, P., Sabapathy, K., и др. — команда исследования HPTN 071 (PopART). (2017). Интервенция по универсальному тестированию и лечению для улучшения контроля ВИЧ: результаты за один год в Замбии. *PLoS Medicine*, 14(5), e1002292. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002292>
7. Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний (КНЦДИЗ) (2021a). Национальный отчет о достигнутом прогрессе в реализации Глобального отклика на ВИЧ/СПИД. Алматы, Казахстан.
8. Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний (КНЦДИЗ) (2021b). Оценка численности лиц, употребляющих наркотики инъекционно (ЛУИН) в Республике Казахстан.
9. Khajehkazemi, R., Taj, L., Amiri, T., Sindarreh, S., Nasirian, M., Hosseini-Hooshyar, S., Esmaeili, A., McFarland, W., Mohraz, M., & Mirzazadeh, A. (2021). Осуществимость самостоятельного тестирования на ВИЧ среди секс-работниц в Иране: исследование SELFii. *Journal of the International AIDS Society*, 24(S4), 44–45. <https://doi.org/10.1002/jia2.25755>
10. Martínez-Pérez, G. Z., Nikitin, D. S., Bessonova, A., Fajardo, E., Bessonov, S., & Shilton, S. (2021). Ценности и предпочтения в отношении самостоятельного тестирования на гепатит С среди ЛУИН в Кыргызстане. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06332-z>
11. McCrimmon, T., Mergenova, G., Witte, S., Meinhart, M., Terlikbayeva, A., Primbetova, S., & El Bassel, N. (2018). Секс-работницы, употребляющие наркотики, и риск ВИЧ/ИППП в Казахстане: последствия для профилактики ВИЧ. Представлено на 22-й Международной конференции по ВИЧ/СПИДу, Амстердам, Нидерланды.
12. Mulubwa, C., Hensen, B., Phiri, M. M., Shanaube, K., Schaap, A. J., Floyd, S., & Ayles, H. (2019). Распространение пероральных наборов для СТБ на уровне сообществ в Замбии: кластерное рандомизированное исследование в четырёх интервенционных сообществах PopART. *The Lancet HIV*, 6(2), e81–e92. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30258-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30258-3)
13. Nguyen, V. T., Phan, H. T., Kato, M., Nguyen, Q.-T., Le Ai, K. A., Vo, S. H., Thanh, D. C., Baggaley, R. C., & Johnson, C. C. (2019). Услуги по тестированию на ВИЧ, проводимые сообществом, включая СТБ и партнёрское оповещение, во Вьетнаме: уроки пилотного проекта в условиях концентрированной эпидемии. *Journal of the International AIDS Society*, 22(S3), e25301. <https://doi.org/10.1002/jia2.25301>
14. Nnko, S., Nyato, D., Kuringe, E., Casalini, C., Shao, A., Komba, A., Chantalucha, J., & Wambura, M. (2020). Взгляды и опасения секс-работниц в отношении самостоятельного тестирования на ВИЧ: разведочное исследование в Танзании. *BMC Public Health*, 20(1), без номера страниц. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09105-6>
15. Obiezu-Umeh, C., Gbajabiamila, T., Ezechi, O., Nwaozuru, U., Ong, J. J., Idigbe, I., Oladele, D., Musa, A. Z., Uzoaru, F., Airhihenbuwa, C., Tucker, J. D., & Iwelunmor, J. (2021). Предпочтения молодёжи в отношении услуг по самостоятельному тестированию на ВИЧ в Нигерии: качественный анализ. *BMC Public Health*, 21(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10072-1>

16. Ortblad, K. F., Kibuuka Musoke, D., Ngabirano, T., Nakitende, A., Magoola, J., Kayiira, P., Taasi, G., Barresi, L. G., Haberer, J. E., McConnell, M. A., Oldenburg, C. E., & Bärnighausen, T. (2017). Прямая доставка по сравнению с получением в клинике наборов СТВ среди секс-работниц в Уганде: кластерное рандомизированное исследование. *PLoS Medicine*, 14(11), e1002458. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002458>
17. Ortblad, K. F., Chanda, M. M., Musoke, D. K., Ngabirano, T., Mwale, M., Nakitende, A., & Oldenburg, C. E. (2018). Приемлемость СТВ как поддержки доконтактной профилактики среди секс-работниц в Уганде и Замбии: результаты двух РКИ. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3415-z>
18. Ortblad, K. F., Kibuuka Musoke, D., Ngabirano, T., Nakitende, A., Harling, G., Haberer, J. E., McConnell, M., Salomon, J. A., Oldenburg, C. E., & Bärnighausen, T. (2019). Влияние моделей доставки СТВ на сексуальное поведение секс-работниц: РКИ в Уганде. *AIDS and Behavior*, 23(5), 1225–1239. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02393-z>
19. Ortblad, K. F., Kibuuka Musoke, D., Ngabirano, T., Nakitende, A., Taasi, G., Barresi, L. G., Bärnighausen, T., & Oldenburg, C. E. (2018). Эффективность СТВ среди секс-работниц в Кампале, Уганда: поперечное исследование. *BMJ Open*, 8(11), e022652. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022652>
20. Ortblad, K. F., Musoke, D. K., Ngabirano, T., Nakitende, A., Haberer, J. E., McConnell, M., & Oldenburg, C. E. (2018). Секс-работницы часто неправильно интерпретируют результаты СТВ в Уганде. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 79(1), e42–e45. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001765>
21. Shava, E., Manyake, K., Mdluli, C., Maribe, K., Monnapula, N., Nkomo, B., Mosepele, M., Moyo, S., Mmalane, M., Bärnighausen, T., Makhema, J., Bogart, L. M., & Lockman, S. (2020). Приемлемость перорального СТВ среди секс-работниц в Габороне, Ботсвана. *PLOS ONE*, 15(7), e0236052. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236052>
22. UNAIDS (2017). Специальный аналитический отчет UNAIDS.
23. UNAIDS (2021). Обзор по ВИЧ и СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. *UNAIDS AIDSinfo* (дата доступа: февраль 2021 года). <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>
24. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро (2021). Представительство ВОЗ в Казахстане: ежегодный отчет о деятельности (WHO/EURO:2021-2436-42191-58165). Европейское региональное бюро ВОЗ. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342238>

Таблица 1.

Социодемографические и другие характеристики участников исследования (N = 48)

Характеристика	Общая выборка (N = 48)	Участницы УИ (N = 30)	Участницы ФГ (N = 18)
Гендерная идентичность			
Женский	48 (100%)	30 (100%)	18 (100%)
Другая	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Возраст, лет (среднее [SD])	31.5 [6.8]	32.5 [7.4]	29.8 [5.3]
Этническая принадлежность			
Казашка	25 (52.1%)	11 (36.7%)	14 (78.8%)
Русская	14 (29.2%)	12 (40.0%)	2 (11.1%)
Другая	9 (18.7%)	7 (23.3%)	2 (10.1%)
Страна рождения			
Казахстан	43 (89.6%)	27 (90.0%)	16 (88.9%)
Другая	5 (10.4%)	3 (10.0%)	2 (11.1%)
Семейное положение			
Замужем	1 (2.1%)	1 (3.3%)	0 (0%)
Гражданский брак	4 (8.3%)	3 (10.0%)	1 (5.6%)
В длительных отношениях	10 (20.8%)	7 (23.3%)	3 (16.7%)
Нет партнёра	33 (68.8%)	19 (63.4%)	14 (77.7%)
Есть ли у вас родные, приёмные или опекаемые дети?			
Нет	31 (64.6%)	19 (63.3%)	12 (66.7%)
Да	17 (35.4%)	11 (36.7%)	6 (33.3%)
Уровень образования			
Начальная и средняя школа	11 (22.9%)	7 (23.3%)	4 (22.2%)
Средняя школа (выпуск)	8 (16.7%)	6 (20.0%)	2 (11.1%)
Профессиональное образование	23 (47.9%)	13 (43.3%)	10 (55.6%)
Высшее образование	6 (12.5%)	4 (13.3%)	2 (11.1%)
Секс-работа как источник дохода			
Основной источник дохода	42 (87.5%)	25 (83.0%)	17 (94.4%)
Секс-работа как дополнительный источник дохода	5 (10.4%)	4 (14.0%)	1 (5.6%)
Обмен секс-услуг на еду, жильё, наркотики или алкоголь	1 (2.1%)	1 (3.0%)	0 (0%)
Текущее место проживания			
В собственной квартире или доме	4 (8.3%)	1 (3.3%)	3 (16.7%)

Характеристика	Общая выборка (N = 48)	Участницы УИ (N = 30)	Участницы ФГ (N = 18)
В арендованной квартире/доме	36 (75.0%)	22 (73.3%)	14 (77.7%)
В доме/квартире родителей или родственников	3 (6.3%)	2 (6.7%)	1 (5.6%)
В доме/квартире других людей (не родственников)	3 (6.3%)	3 (10.0%)	0 (0%)
Другое	2 (4.1%)	2 (6.7%)	0 (0%)
За последние 90 дней не хватало денег на еду или оплату жилья			
Нет	14 (29.2%)	10 (33.3%)	4 (22.2%)
Да	34 (70.8%)	20 (66.7%)	14 (77.8%)
Была ли у вас бездомность или нестабильное жильё за последние 90 дней			
Нет	33 (68.8%)	19 (63.3%)	14 (77.8%)
Да	15 (31.2%)	11 (36.7%)	4 (22.2%)
Были ли вы когда-либо арестованы или заключены под стражу			
Нет	27 (56.2%)	15 (50.0%)	12 (66.7%)
Да	21 (43.8%)	15 (50.0%)	6 (33.3%)
Были ли вы арестованы за последние 90 дней			
Да, была арестована за последние 3 месяца	3 (14.3%)	3 (20.0%)	0 (0%)
Да, была заключена под стражу за последние 3 месяца	1 (4.8%)	0 (0%)	1 (16.7%)
Нет, не была арестована и не была под стражей за последние 3 месяца	17 (80.9%)	12 (80.0%)	5 (83.3%)

Примечание: УИ = углублённые интервью; ФГ = фокус-группы.