

**Ассоциация некоммерческих организаций по противодействию
эпидемии ВИЧ/СПИДа «БелСеть антиСПИД»**

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СТИГМЫ К ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАТРОНУТЫМ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ, СРЕДИ СОТРУДНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Отчет об исследовании

Автор: Кечина Евгения Аркадьевна – доктор социологических наук,
профессор

**Проект международной технической помощи № 2/15/000784 «Сдерживание
эпидемии ВИЧ и сокращение заболеваемости от ВИЧ в Беларуси».**

Минск 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
1. ЗНАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	8
2. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ	10
3. ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ	14
4. ОТНОШЕНИЕ К ГРУППАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ.....	20
4.1. ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ	21
4.2. ОТНОШЕНИЕ К МУЖЧИНАМ, ИМЕЮЩИМ СЕКС С МУЖЧИНАМИ.....	27
4.3. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ЗА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ	33
ВЫВОДЫ.....	39
1. ЗНАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	39
2. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ	39
3. ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ	40
4. ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ.....	41
5. ОТНОШЕНИЕ К МУЖЧИНАМ, ИМЕЮЩИМ СЕКС С МУЖЧИНАМИ.....	43
6. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ЗА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ	44
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ	45

ВВЕДЕНИЕ

Исследование уровня стигмы к группам населения, затронутым ВИЧ-инфекцией, среди сотрудников учреждений здравоохранения проводилось Ассоциацией «БелСеть антиСПИД» в сотрудничестве с ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» в рамках проекта международной технической помощи № 2/15/000784 «Сдерживание эпидемии ВИЧ и сокращение заболеваемости от ВИЧ в Беларуси. Полевой этап был выполнен Унитарным предприятием «МАСМИ». Инструментарий (анкеты) были согласованы и утверждены на Ученом Совете ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» и Заседании Республиканского консультационного комитета по мониторингу и оценке в сфере ВИЧ.

Объект (целевая группа) исследования - сотрудники учреждений здравоохранения – врачи, работающие с группами населения, затронутыми ВИЧ

Цель исследования - характеристика уровня стигматизации (при наличии таковой) по отношению к группам населения, затронутым ВИЧ, среди сотрудников учреждений здравоохранения

К группам населения, затронутым ВИЧ, в контексте цели данного исследования, относятся:

- потребители инъекционных наркотиков (ПИН)
- мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)
- работники коммерческого секса (РКС)
- люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ)

Уровень стигматизации изучается исходя из характеристик толерантности целевой группы к представителям уязвимых групп.

Толерантность - это определенное качество взаимодействия между субъектом (целевой группой) и объектом толерантности (группами населения, затронутыми ВИЧ), характеризующее готовностью субъекта принимать социокультурные отличия объекта, включающие в себя внешние признаки, высказывания, особенности поведения.

Уровень толерантности операционализируется в индикаторах, позволяющих дать характеристику отношения целевой группы к представителям уязвимой группы в целом, а также при выполнении профессиональных обязанностей (отношение к пациентам).

Основные задачи исследования

1. Определение уровня информированности целевой группы в области ВИЧ-инфекции (пути передачи, диагностика)
2. Характеристика специфики отношения целевой группы к людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ)
3. Характеристика специфики отношения целевой группы к потребителям инъекционных наркотиков (ПИН)
4. Характеристика специфики отношения целевой группы к мужчинам, имеющим секс с мужчинами (МСМ)
5. Характеристика специфики отношения целевой группы к работникам коммерческого секса (РКС)

Методика сбора данных

Сбор данных проводится методом анкетного опроса и методом фокусированного интервью (фокус-группа).

Выборочная совокупность исследования

А. Анкетный опрос

Объем выборки – 150 человек (сотрудники учреждений здравоохранения - врачи)

Опрос проводился в г. Минске, Гродно, Гомеле, Пинске и Светлогорске. В выборочную совокупность опроса были включены города, в которых Ассоциацией "БелСеть антиСПИД" в рамках текущего проекта № 2/15/000784 «Сдерживание эпидемии ВИЧ и сокращение заболеваемости и смертности от ВИЧ в Беларуси» запланированы тренинги по снижению стигмы и дискриминации по отношению к затронутым ВИЧ группам населения (Табл. А)

Таблица А.

Город	Сотрудники учреждений здравоохранения
г. Минск	60
г. Гродно	30
г. Гомель	30
г. Пинск	15
г. Светлогорск	15

Отбор сотрудников учреждений здравоохранения проводился в учреждениях здравоохранения различного типа (поликлиниках, больницах и городских диспансерах). Учреждения здравоохранения были отобраны случайным образом из списка соответствующих учреждений в каждом городе. Опрос осуществлялся индивидуально по месту работы респондентов среди врачей, присутствовавших на рабочем месте в день проведения опроса (Табл. В).

Таблица В.

г.Минск (60 чел.)					
Учреждение здравоохранения	Инфекционисты	Дерматовенерологи	Акушер-гинекологи	Урологи	Терапевты
Поликлиника №6	1	-	2	1	4
Поликлиника №18	1	-	2	1	4
Поликлиника №21	1	-	2	1	4
Больница № 3	-	-	4	2	4
Больница № 9	-	-	4	2	4
КВД г.Минска (ул. Прилуцкая, 46а)		10	-	-	-
Инфекционная больница г.Минска (ул. Кропоткина,76)	12	-	-	-	-
Всего	15	10	10	5	20

<i>(число человек)</i>					
г. Гомель (30 чел.)					
Учреждение здравоохранения	Инфекционисты	Дерматовенерологи	Акушер-гинекологи	Урологи	Терапевты
Гомельская центральная городская поликлиника (филиалы)	-	-	6	5	3
Гомельская городская больница №1	-	-	4	0	2
Гомельская областная инфекционная больница	5	-	-	-	-
Гомельский областной КВД	-	5	-	-	-
Всего <i>(число человек)</i>	5	5	10	5	5
г. Гродно (30 чел.)					
Учреждение здравоохранения	Инфекционисты	Дерматовенерологи	Акушер-гинекологи	Урологи	Терапевты
Гродненская центральная городская поликлиника (филиалы)	-	-	5	5	3
Городская клиническая больница № 4	-	-	5	0	2
Гродненская областная инфекционная больница	5	-	-	-	-
Гродненский областной КВД	-	5	-	-	-
Всего <i>(число человек)</i>	5	5	10	5	5
г. Пинск (15 чел.)					
Учреждение здравоохранения	Инфекционисты	Дерматовенерологи	Акушер-гинекологи	Урологи	Терапевты
Пинская центральная поликлиника	-	2	2	2	2
Пинская центральная больница	1	-	-	-	3
Пинский межрайонный	-	-	3	-	-

родильный дом					
Всего (число человек)	1	2	5	2	5
г. Светлогорск (15 чел.)					
Учреждение здравоохранения	Инфекционисты	Дерматовенерологи	Акушер-гинекологи	Урологи	Терапевты
Светлогорская поликлиника	-	-	2	1	2
Светлогорская центральная районная больница	1	-	3	1	3
Светлогорский межрайонный кожно-венерологический диспансер	-	2	-	-	-
Всего (число человек)	1	2	5	2	5

Среди принявших участие в опросе респондентов 18,5% мужчин и 81,5% женщин. Возраст респондентов различен (Табл. С).

Таблица С.

Возраст	Число человек	Процент
18-24 года	5	3,3
25-29 лет	40	26,7
30-34 года	20	13,3
35-39 лет	17	11,3
40-44 года	15	10,0
45-49 лет	17	11,3
50 лет и старше	35	23,3
Нет ответа	1	0,7

В. Фокус-группы

В ходе исследования проведено 4 фокус-группы с врачами различных специальностей в г. Минске, Лиде, Пинске и Светлогорске.

Фокус-группы проводились после получения результатов опроса и с учетом этих результатов для уточнения данных количественного исследования.

Дискуссия в фокус-группах проводилась по блокам вопросов, соответствующим задачам исследования:

- отношение к людям, живущим с ВИЧ
- отношение к потребителям инъекционных наркотиков
- отношение к женщинам, оказывающим сексуальные услуги за вознаграждение
- отношение к мужчинам, имеющим секс с мужчинами

- обсуждение рекомендаций по повышению уровня толерантности целевой группы по отношению к группам, затронутым ВИЧ

В г. Минске набор участников фокус-групп осуществлялся в учреждениях здравоохранения, ранее отобранных для участия в опросе; в районных городах набор участников проводился в центральных больницах и центральных поликлиниках района с учетом специальности врачей. Информация о фокус-группах была предоставлена главным врачам учреждений здравоохранения для информирования врачей о приглашении к участию в исследовании. Для участия в фокус-группах были за рекрутированы врачи различных специальностей, которые имели свободное время и выразили желание участвовать в исследовании.

Все участники фокус-группы дали устное информированное согласие на участие в фокус-группе. Также с их согласия дискуссии в рамках фокус-групп сопровождались аудиозаписью на диктофон.

В разных группах число участников групповой дискуссии варьировало от 4 до 8 человек (Табл. D).

Таблица D.

Место проведения фокус-группы	Количество участников	Пол	
		Мужчины	Женщины
г. Лида	4	2	2
г. Пинск	4	1	3
г. Светлогорск	8	2	6
г. Минск	8	2	6
Итого	24	7	15

Анализ данных

Итоговый анализ результатов исследования осуществлялся методом триангуляции данных, полученных количественными (опрос) и качественными методами (фокус-группы).

Сроки проведения исследования – май – декабрь 2017 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. ЗНАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Проблему распространения ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь считают очень актуальной 52% врачей; 45,3% считают эту проблему важной, но не самой важной в ряду других более актуальных проблем. 2,7% опрошенных медицинских работников затруднились в оценке этой проблемы (Табл.1).

Таблица 1.

Насколько проблема распространения ВИЧ-инфекции актуальна для Беларуси?	Число человек	Процент
Очень актуальна	78	52,0
Актуальна, но есть и более важные проблемы	68	45,3
Мало актуальна	-	-
Затрудняюсь	4	2,7

Большинство 85,3% опрошенных врачей знают, что ВИЧ-инфекция выявляется в крови через 3 месяца после заражения. 3,3% считают, что вирус может обнаруживаться через несколько часов; 3,3% - через неделю. 8% медработников затруднились в ответе на данный вопрос (Табл. 2).

Таблица 2.

Как Вы считаете, через какое время после инфицирования (заражения) ВИЧ может быть обнаружен в крови?	Число человек	Процент
Через несколько часов	5	3,3
Через неделю	5	3,3
Через 3 месяца	128	85,3
Затрудняюсь ответить	12	8,0

95,3% врачей знают, что при условии приема специальных препаратов (антиретровирусной терапии) ВИЧ-инфицированный человек может поддерживать хорошее состояние здоровья в течение многих лет (Табл. 3).

Таблица 3.

Как Вы считаете, может ли ВИЧ-инфицированный человек поддерживать хорошее состояние здоровья в течение многих лет?	Число человек	Процент
Да, при условии приема специальных препаратов (антиретровирусной терапии)	143	95,3
Нет, такого не бывает	-	-
Затрудняюсь ответить	7	4,7

Большинство медработников знают основные пути передачи ВИЧ. Так, 95,3% врачей отметили, что риск передачи ВИЧ снижается при использовании презервативов; 96% - что можно инфицироваться ВИЧ при совместном использовании инструментария (шприцы, иглы и т.д.) при внутривенном введении наркотика. 97,3% врачей знают, что здоровый на вид человек может иметь ВИЧ.

Вместе с тем, респонденты отмечают и несуществующие пути передачи ВИЧ-инфекции. Так, 82% респондентов считают, что ВИЧ не передается при укусе комара; при этом **8,7% считают, что при укусе комара можно инфицироваться ВИЧ, а 9,3% не имеют определенного мнения по этому вопросу.** 75,3% опрошенных считают, что ВИЧ не передается при бытовых контактах (при пользовании общей ванной, бассейном, туалетом с ВИЧ-инфицированным человеком); **14% считают, что ВИЧ передается таким путем, а 10,7% затруднились с ответом на данный вопрос** (Табл. 4).

Таблица 4.

Какими путями можно заразиться ВИЧ-инфекцией? (% по строке)	Да	Нет	Не знаю
Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?	95,3%	3,3%	1,3%
Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?	97,3%	2,0%	0,7%
Можно ли инфицироваться ВИЧ-инфекцией при рукопожатии?	3,3%	94,0%	2,7%
Можно ли инфицироваться ВИЧ при укусе комара?	8,7%	82,0%	9,3%
Можно ли инфицироваться ВИЧ при совместном использовании инструментария (шприцы, иглы и т.д.) при внутривенном введении наркотика?	98,0%	1,3%	0,7%
Можно ли инфицироваться ВИЧ, при нанесении татуировок, маникюре, бритье нестерильными инструментами?	96,0%	2,0%	2,0%
Можно ли инфицироваться ВИЧ, при пользовании общей ванной, бассейном, туалетом с ВИЧ-инфицированным человеком?	14,0%	75,3%	10,7%

Таким образом, большинство респондентов продемонстрировали высокий уровень знаний о реальных путях передачи ВИЧ. В то же время, среди респондентов есть те, кто указал иные, не существующие, пути передачи ВИЧ (рукопожатие, укус комара, бассейн, туалет и т.п.). Наличие недостоверной информации относительно риска передачи ВИЧ-инфекции может рассматриваться как одна из предпосылок формирования стигматизирующего отношения к людям, живущим с ВИЧ и представителям групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ.

Следует также отметить недостаточную осведомленность относительно сроков диагностики ВИЧ-инфекции.

Тест на ВИЧ-инфекцию когда-либо сдавали большинство (93,3%) респондентов (Табл. 5).

Таблица 5.

Делали ли Вы когда-либо тест (анализ) на ВИЧ?	Число человек	Процент
Да	140	93,3

Нет	10	6,7
-----	----	-----

92,7% из них знают результаты этого анализа.

2. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ

66,7% опрошенных медработников считают, что ВИЧ-инфицированные люди нуждаются в помощи и поддержке; 28% относятся к ВИЧ-инфицированным людям нейтрально. 5,3% респондентов затруднились в ответе на данный вопрос. Об отрицательном отношении к ЛЖВ не заявил никто из участников опроса.

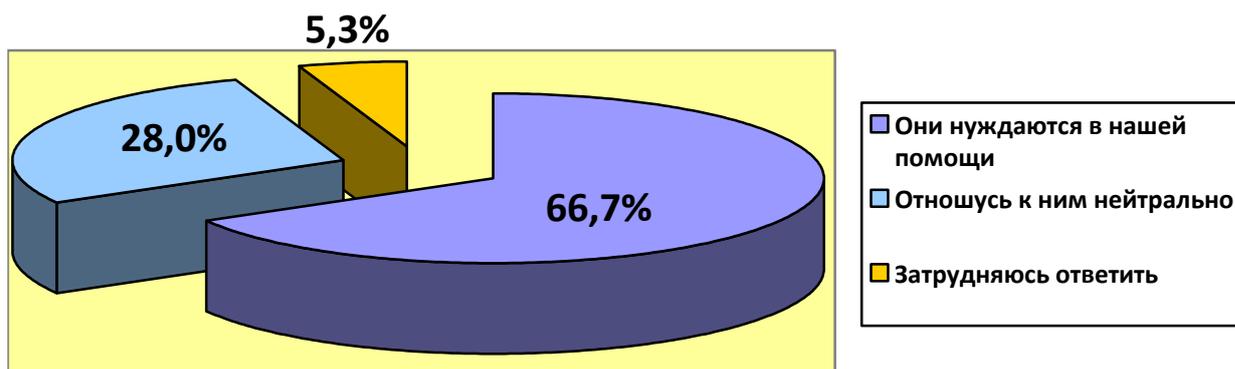


Рис.1. Из приведенных высказываний выберите одно, которое в наибольшей степени отражает Ваше отношение к ВИЧ-инфицированным людям

Таблица 6.

Из приведенных высказываний выберите одно, которое в наибольшей степени отражает Ваше отношение к ВИЧ-инфицированным людям	Число человек	Процент
Они нуждаются в помощи	100	66,7%
Отношусь к ним нейтрально	42	28,0%
Отношусь к ним отрицательно	-	-
Затрудняюсь ответить	8	5,3%

Наиболее толерантны респонденты по отношению к ВИЧ-инфицированным людям, если эти люди будут их друзьями: 93,3% респондентов отметили, что будут продолжать общаться с другом, если он будет ВИЧ-инфицирован.

При этом часть медработников с опасением относится к контактам с ЛЖВ в быту. Так, только 54,7% опрошенных согласны покупать продукты у продавца с ВИЧ-инфекцией; **18% не будут покупать продукты у продавца с ВИЧ; 27,3% затруднились с ответом на этот вопрос.**

61,3% врачей считают, что ВИЧ-положительного учителя следует допускать к работе в школе; **21,3% респондентов относятся отрицательно относятся к работе учителя с ВИЧ в школе; 17,3% не имеют определенного мнения по данному вопросу.**

68% респондентов считают, что ВИЧ-положительный ребенок может учиться в одном классе со здоровыми детьми; **14% не согласны с тем, что ВИЧ-положительный ребенок**

может учиться в одном классе с ВИЧ-отрицательными детьми; 18% затруднились определить свое отношение по этому вопросу (Табл.7).

Таблица 7.

Выскажите свое мнение по следующим вопросам	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Если Ваш друг будет ВИЧ-инфицирован, Вы будете продолжать общаться с ним?	93,3%	-	6,7%
Приобрели бы Вы продукты питания у продавца с ВИЧ-инфекцией?	54,7%	18,0%	27,3%
Следует ли допускать к работе в школе ВИЧ-инфицированного педагога?	61,3%	21,3%	17,3%
Может ли ВИЧ-инфицированный ребенок учиться в одном классе со здоровыми детьми?	68,0%	14,0%	18,0%

Конкретные аспекты отношения к ЛЖВ проявляются в отношении медработников к различным формам общения с ВИЧ-положительными людьми.

Только 70% опрошенных медработников отметили, что готовы к совместному отдыху с ВИЧ-положительным человеком (33,3% - «да, готов(а)»; 36,7% - «скорее да, чем нет»). 24,7% респондентов к такой форме общения с ЛЖВ не готовы; 5,3% затруднились ответить (Табл. 8).

Таблица 8.

Насколько Вы готовы к такой форме общения с ВИЧ-инфицированным человеком (человеком, живущим с ВИЧ) как <i>совместный отдых</i> ?		
	Число человек	Процент
Да, готов(а)	50	33,3
Скорее да, чем нет	55	36,7
Скорее нет, чем да	30	20,0
Нет, не готов(а)	7	4,7
Затрудняюсь ответить	8	5,3

К работе и учебе в одном коллективе с ВИЧ-положительными людьми готовы 88% респондентов (56% - «да, готов(а)»; 32% - «скорее да, чем нет»). 8% респондентов к такой форме общения с ЛЖВ не готовы, а 4% затруднились в ответе на данный вопрос (Табл. 9).

Таблица 9.

Насколько Вы готовы к такой форме общения с ВИЧ-инфицированным человеком (человеком, живущим с ВИЧ) как <i>работа/учеба в одном коллективе</i> ?		
	Число человек	Процент
Да, готов(а)	84	56,0
Скорее да, чем нет	48	32,0
Скорее нет, чем да	10	6,7
Нет, не готов(а)	2	1,3
Затрудняюсь ответить	6	4,0

К проживанию в одном помещении (квартире, номере в гостинице, комнате в общежитии и т.п.) готовы только 58,7% опрошенных (28,7% - «да, готов(а)»; 30% -

«скорее да, чем нет»). 32,6% к такой форме общения с ЛЖВ не готовы; 8,7% затруднились ответить (Табл. 10).

Таблица 10.

Насколько Вы готовы к такой форме общения с ВИЧ-инфицированным человеком (человеком, живущим с ВИЧ) как проживание в одном помещении (квартире, номере в гостинице, комнате в общежитии и т.п.)?		
	Число человек	Процент
Да, готов(а)	43	28,7
Скорее да, чем нет	45	30,0
Скорее нет, чем да	38	25,3
Нет, не готов(а)	11	7,3
Затрудняюсь ответить	13	8,7

К сексуальным отношениям с ВИЧ-положительным человеком готовы только 5,4% респондентов (0,7% - «да, готов(а)»; 4,7% - «скорее да, чем нет»). Большинство респондентов (90,6%) к такой форме общения с ЛЖВ не готовы; 4% затруднились в ответе на данный вопрос (Табл. 11).

Таблица 11.

Насколько Вы готовы к такой форме общения с ВИЧ-инфицированным человеком (человеком, живущим с ВИЧ) как сексуальные отношения?		
	Число человек	Процент
Да, готов(а)	1	0,7
Скорее да, чем нет	7	4,7
Скорее нет, чем да	11	7,3
Нет, не готов(а)	125	83,3
Затрудняюсь ответить	6	4,0

Также большинство респондентов (**88%**) не готовы к созданию семьи с ВИЧ-инфицированным человеком. Готовы к созданию семьи с ВИЧ-позитивным человеком 4,6% респондентов (1,3% - «да, готов(а)»; 3,3% - «скорее да, чем нет»); 7,3% затруднились ответить (Табл. 12).

Таблица 12.

Насколько Вы готовы к такой форме общения с ВИЧ-инфицированным человеком (человеком, живущим с ВИЧ) как создание семьи?		
	Число человек	Процент
Да, готов(а)	2	1,3
Скорее да, чем нет	5	3,3
Скорее нет, чем да	14	9,3
Нет, не готов(а)	118	78,7
Затрудняюсь ответить	11	7,3

К дружбе и приятельским отношениям с ВИЧ-положительными людьми готовы только 69,6% опрошенных (49,3% - «да, готов(а)»; 29,3% - «скорее да, чем нет»). Не готовы к такой форме общения с ЛЖВ 11,4% респондентов, 10% затруднились в ответе на данный вопрос (Табл. 13).

Таблица 13.

Насколько Вы готовы к такой форме общения с ВИЧ-инфицированным человеком (человеком, живущим с ВИЧ) как дружба, приятельские отношения?		
	Число человек	Процент
Да, готов(а)	74	49,3
Скорее да, чем нет	44	29,3
Скорее нет, чем да	13	8,7
Нет, не готов(а)	4	2,7
Затрудняюсь ответить	15	10,0

Таким образом, наиболее приемлемы для респондентов такие формы общения с ЛЖВ как работа/учеба в одном коллективе, совместный отдых, проживание в одном помещении (квартире, номере в гостинице, комнате в общежитии и т.п.) и дружба/приятельские отношения. К таким формам общения готовы («да» и «скорее да, чем нет») более половины опрошенных респондентов.

При этом практически никто из респондентов не готов к более близким отношениям с ЛЖВ – к сексуальным отношениям и созданию семьи (Рис. 2).

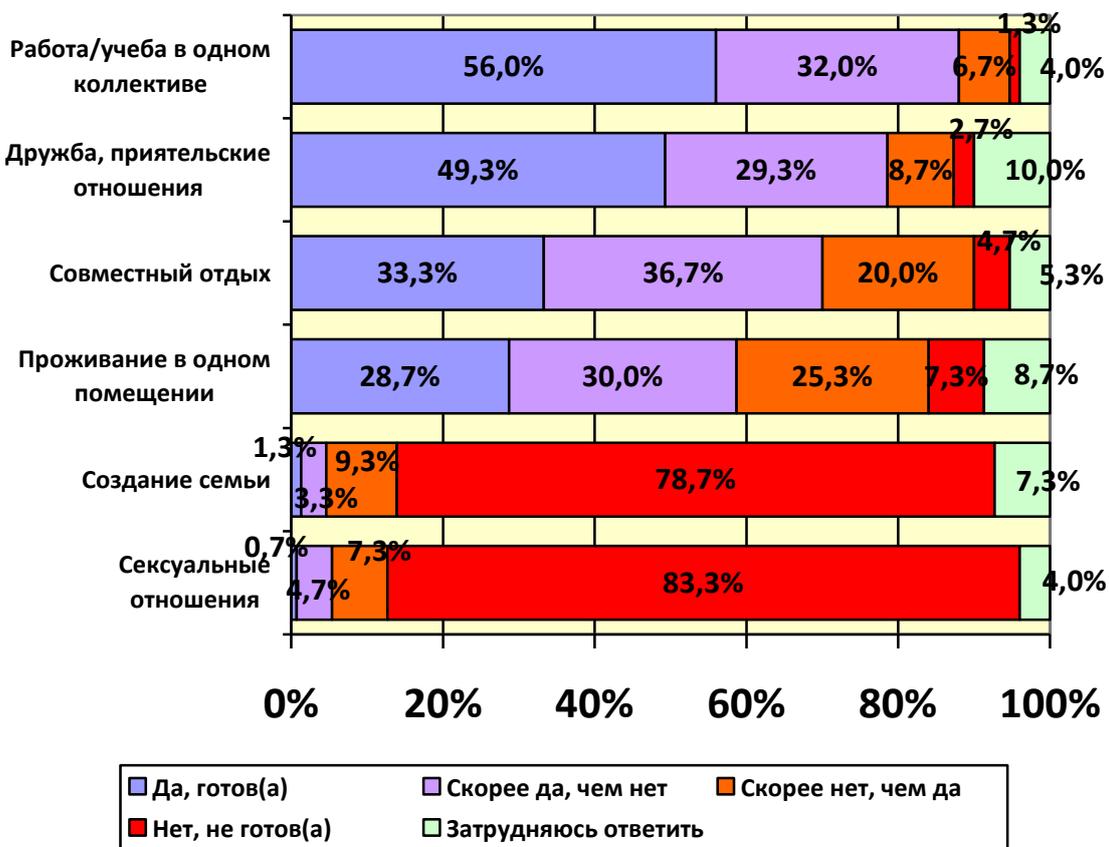


Рис.2. Готовность медицинских работников к различным формам общения с людьми, живущими с ВИЧ

6% респондентов не готовы («не готов(а), «скорее нет, чем да», «затрудняюсь ответить») ни к одной из рассматриваемых форм общения с ВИЧ-положительными людьми.

Ко всем рассматриваемым формам общения с ЛЖВ готовы («да, готов(а)» и «скорее да, чем нет») 4% респондентов.

3. ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

24,7% врачей считают, что для них существует реальный риск инфицирования ВИЧ на работе при контактах с ВИЧ-инфицированными пациентами. Еще 26% опрошенных считают, что такой риск скорее есть, чем нет. 46% респондентов считают, что такого риска нет (7,3%) или скорее нет, чем есть (38,7%). 3,3% затруднились в ответе на данный вопрос (Табл. 14).

Таблица 14.

Существует ли, по Вашему мнению, риск инфицирования ВИЧ лично для Вас <u>на работе</u> (при контактах с ВИЧ-инфицированными пациентами)?	Число человек	Процент
Определенно да	37	24,7
Скорее да, чем нет	39	26,0
Скорее нет, чем да	58	38,7
Определенно нет	11	7,3
Затрудняюсь ответить	5	3,3

Половина (51,3%) опрошенных врачей отметили, что при выполнении профессиональных обязанностей имеют контакты с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированных пациентов (Табл. 15).

Таблица 15.

Имеете ли Вы при выполнении профессиональных обязанностей контакты с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированных пациентов?	Число человек	Процент
Да	77	51,3
Нет	70	46,7
Затрудняюсь ответить	3	2,0

Установлена взаимосвязь между наличием контактов с кровью и биологическими жидкостями при выполнении профессиональных обязанностей и оценкой риска инфицирования ВИЧ при выполнении служебных обязанностей ($P < 0,001$). Так, 42,9% респондентов, имеющих такие контакты, считают, что такой риск есть определенно, а 29,9% - скорее есть, чем нет. Среди респондентов, таких контактов не имеющих, считают, что риск ВИЧ-инфицирования есть определенно 5,7%, «скорее да, чем нет» - 22,9% (Табл. 16)

Таблица 16.

Таблица сопряженности ($P < 0,001$)		Имеете ли Вы при выполнении профессиональных обязанностей контакты с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированных пациентов?	
		Да	Нет
		<i>% по столбцу</i>	<i>% по столбцу</i>
Существует ли, по Вашему мнению, риск инфицирования ВИЧ лично для Вас на работе (при контактах с ВИЧ-инфицированными пациентами)?	Определенно да	42,9%	5,7%
	Скорее да, чем нет	29,9%	22,9%
	Скорее нет, чем да	23,4%	54,3%
	Определенно нет	2,6%	12,9%
	Затрудняюсь ответить	1,3%	4,3%

47,3% респондентов отметили, что относятся к ВИЧ-положительным пациентам так же, как и к остальным; 39,3% относятся к таким пациентам, как к пациентам, требующим особого подхода. 12,7% опрошенных относятся к таким пациентам с опасением (Табл. 17).

Таблица 17.

Каково Ваше отношение к ВИЧ-инфицированным пациентам?	Число человек	Процент
Отношусь к ним с опасением	19	12,7
Отношусь к ним так же, как к остальным	71	47,3
Отношусь к ним как к пациентам, требующим особого подхода	59	39,3
Нет ответа	1	0,7

Связи между отношением к ВИЧ-положительным пациентам и наличием риска инфицирования ВИЧ при контактах с такими пациентами не установлено. Так, 42,1% респондентов, относящихся к пациентам-ЛЖВ с опасением, отметили, что для них нет риска инфицирования ВИЧ на работе («скорее нет, чем да») (Табл. 14).

Таблица 18.

Существует ли, по Вашему мнению, риск инфицирования ВИЧ лично для Вас на работе (при контактах с ВИЧ-инфицированными пациентами)?	Каково Ваше отношение к ВИЧ-инфицированным пациентам?		
	Отношусь к ним с опасением	Отношусь к ним так же, как к остальным	Отношусь к ним как к пациентам, требующим особого подхода
	<i>% по столбцу</i>	<i>% по столбцу</i>	<i>% по столбцу</i>
Определенно да	10,5%	19,7%	35,6%
Скорее да, чем нет	47,4%	23,9%	22,0%
Скорее нет, чем да	42,1%	39,4%	35,6%
Определенно нет	0,0%	11,3%	5,1%
Затрудняюсь ответить	0,0%	5,6%	1,7%

25,3% респондентов считают, что работа с ВИЧ-положительными пациентами ничем не отличается от работы с остальными пациентами. 39,3% опрошенных отметили, что при работе с такими пациентами требуется больше времени в связи с их ВИЧ-статусом. 38% медработников отмечают, что с ВИЧ-положительными пациентами работать психологически тяжелее. 9,3% респондентов опасаются инфицирования при контактах с такими пациентами, а 8,7% считают, что им не хватает знаний о работе с ЛЖВ (Рис. 2).

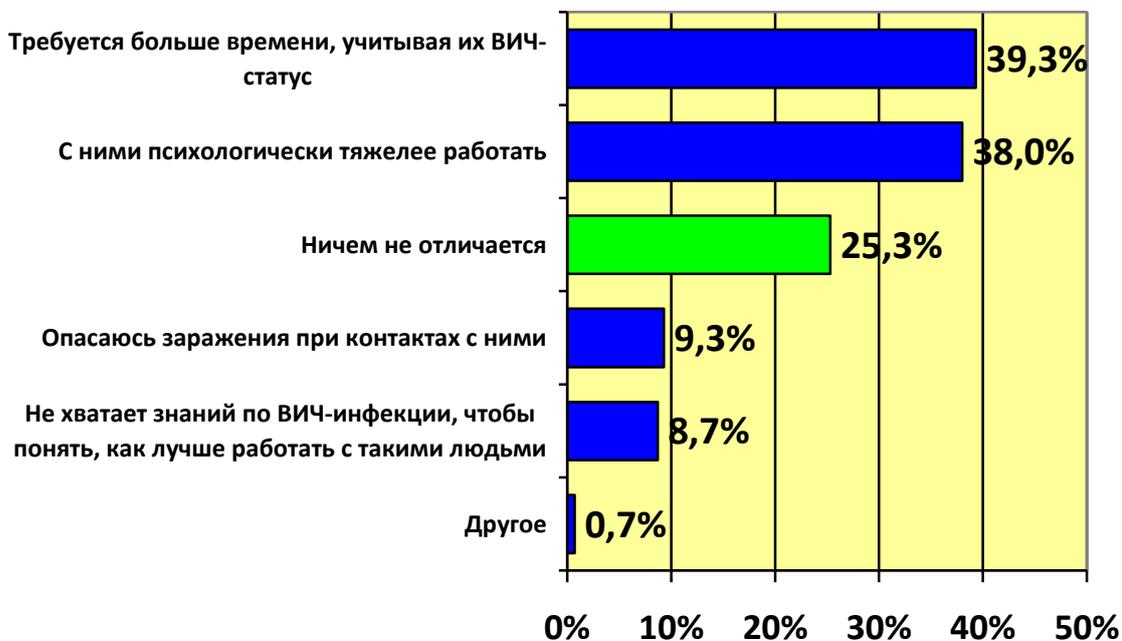


Рис.2. Отличается ли работа с ВИЧ-инфицированными пациентами от работы с остальными пациентами? (можно было выбрать несколько вариантов ответа)

Психологические аспекты работы с ВИЧ-положительными пациентами не связаны с опасениями по поводу риска инфицирования ВИЧ при контактах с такими пациентами. Так, среди респондентов, опасющихся заражения, 35,7% отметили, что им работать психологически тяжелее; среди тех, кто такого заражения не боится – 38,2% (Табл. 19).

Таблица 19.

		Опасюсь заражения при контактах с ними	
		Да	Нет
Отличается ли работа с ВИЧ-инфицированными пациентами от работы с остальными пациентами?		% по столбцу	% по столбцу
С ними психологически тяжелее работать	Да	35,7%	38,2%
	Нет	64,3%	61,8%

Результаты опроса уточнялись на фокус-группах. В ходе групповых дискуссий по отношению к людям, живущим с ВИЧ, обсуждались различные аспекты данной темы, а именно, отношение к ЛЖВ в целом и к пациентам ЛЖВ, наличие риска инфицирования ВИЧ

при выполнении служебных обязанностей, отношения к ограничениям по отношению к ЛЖВ.

Все участники фокус-групп продемонстрировали адекватное отношение к людям, живущим с ВИЧ, как в целом, так и по отношению к ВИЧ-положительным пациентам.

Участники фокус-групп отметили, что риск инфицирования ВИЧ на рабочем месте существует для только специалистов, осуществляющих инвазивные вмешательства. Для специалистов, таких процедур не осуществляющих, никакого риска нет.

«Т.к. у меня нет никаких инвазивных вмешательств, я не наблюдаю открытые раны, нет такого контакта кровь с кровью, и как такового у меня риска нет, так что про это лично я никак не переживаю. Мое отношение к таким людям – они такие пациенты, как и все остальные не лучше и не хуже»

При этом участники фокус-групп отметили, что меры предосторожности врач, осуществляющий инвазивные вмешательства, должен в полном объеме предпринимать при приеме любого пациента, поскольку не все пациенты по разным причинам сообщают о своем ВИЧ-положительном статусе.

«По закону они обязаны сообщать, но бывают разные ситуации. Например, пациент поступает в бессознательном состоянии, и его нужно взять в операционную и провести какую-то операцию. Мы берем его на операционный стол, и в голове заочно держим, что у него есть ВИЧ и одеваемся, как положено. Такие ситуации бывают, поэтому все заочно с ВИЧ инфекцией. Есть категория людей, по закону которые поступают в лечебное учреждение и говорят, что у них ВИЧ. Они обязаны нам об этом говорить потому что, если они об этом не говорят, они нарушают закон РБ. И третья категория лиц — это пациенты, которые поступают и знают, что у них ВИЧ, но в меру каких-то своих соображений, видения процессов они скрывают это. И были неоднократно ситуации, когда подрабатываешь в скорой помощи, приезжаешь сделать укол в вену. Пациенты не говорят при своих родственниках, не хотят, чтобы они знали. Родственник только выходит из комнаты, и он шепотом говорит, что у него и ВИЧ, и просит не говорить родственникам. Естественно, мы никому об этом не сообщаем»

«Каждый пациент приходит, ты не знаешь, с чем он к тебе придет. И каждый раз у тебя есть риск, и он тебе не скажет»

Помимо инфицирования ВИЧ, для врачей существуют и другие риски в случае несоблюдения мер предосторожности на рабочем месте, например, заражение гепатитом, поэтому меры безопасности применяются в полном объеме, независимо от наличия информации о ВИЧ-статусе пациента.

«Я работаю для оказания экстренной травматологической службы, и там периодически поступают пациенты с открытыми ранами. То мы всех независимо воспринимаем, как будто могли быть источником заражения вирусного гепатита или ВИЧ, и поэтому, естественно, обязательно при операциях используем защитные согласно приказам и рукавицы, вернее перчатки медицинские, и очки. Но отношение ко всем одинаковое»

«Вероятность, да, вероятность может быть, всякие ситуации. Может быть, допустим, прокол, перчатки там или что-то такое. Но, если ты

относишься к любому пациенту, как к потенциальному... и твоя защита достаточная, что собственно требует от нас и санпин – это нормы наши, то никакого риска такого не будет»

Если все-таки опасная ситуация произошла (например, контакт с кровью пациента из-за пореза перчатки), то врачи отметили, что хорошо осведомлены о действиях по минимизации риска инфицирования ВИЧ.

«Есть правила, которые мы знаем. Что сделать, если таковое произошло, авария какая-нибудь»

«Там разные варианты, смотря что. При разбрызгивании крови один алгоритм. Ты же даже готовишься по-разному. Если ты при манипуляции предполагаешь разбрызгивание, ты надеваешь дополнительную защиту: экраны, фартуки, нарукавники. Если допустим укол, там снять перчатки, вывернуть, выдавить кровь, обработать, снова обработать, заклеить пластырем, Надеть перчатки и продолжать работу, если это необходимо. Варианты, когда допустим авария, которая считается там попадание именно в рану или: зарегистрировать, сразу же взять кровь на анализ на ВИЧ-инфекцию, первично и через 6 месяцев, записать все данные. Алгоритм разработан, он у всех медиков есть, поэтому всё работает»

«Мы как хирурги ездим и по домам к ВИЧ-инфицированным в последней стадии, т.к. ему уже сложно в поликлинику самому прийти, и мы помогаем на дому. Понятно, что есть риск, и перчатка может порваться и ещё что-то – всякое бывает. Все знают, что делать, если это случилось, и как в таких ситуациях действовать, и меры предосторожности стараемся не упускать»

Врачи отметили, что регулярно проходят тестирование на ВИЧ, а также сдают экзамен по правилам безопасности на рабочем месте.

«Мы же экзамен сдаем по ВИЧ инфекции ежегодно, дополнительно. Причем иногда даже с диагностикой, там показываем, допустим, как перчатки снимать правильно, как другой рукой что делать, всё по алгоритму, инфекционист у нас принимает»

Участники фокус-групп отметили, что их отношение к пациентам не зависит от их ВИЧ-статуса. При этом респонденты указывали, что для работы с ВИЧ-положительным человеком может требоваться больше внимания из-за сопутствующих заболеваний.

«Даже чуть больше внимания. Потому что они всё-таки нуждаются в нем. Я не знаю, как описать. В большей помощи, чем обычный пациент. С психологической и медицинской точки зрения»

«У ВИЧ-инфицированных иммунитет падает, поэтому у них возможность развития любого осложнения гораздо выше в разы. Поэтому им и уделяется больше внимания. Внимание- это не психологическое внимание, что я тебя, утрируя, оближу. А больше внимания - это проконтролировать какие-то параметры, те, которые в обычном режиме, алгоритме не контролируются. Врач просто задумывается, какие»

«Мы вообще как медики будем толерантны к любому этому больному. Потому что у нас ВИЧ-инфицированные какие? Они там разными болезнями могут болеть. Необязательно ВИЧ, это может быть гепатит, это может быть вообще какая-нибудь инфекция, тяжёлая какая-нибудь, ну любая, ну поэтому мы привыкли к этому»

Участники фокус-групп не видят смысла в каких-либо ограничениях в отношении людей, живущих с ВИЧ, как в обычной жизни, так и в трудовой деятельности («нет», «абсолютно нет»).

«Это болезнь, как и другие болезни, лечится, и в настоящее время можно добиться таких результатов, что человек не будет себя ощущать больным, и ограничений не должно быть»

«У них нигде нет противопоказаний фактически. У нас много людей живущих с ВИЧ, и они социально адекватные работающие люди. Бывают случаи, когда «привозят» там муж жене или жена мужу, и бывает такое очень часто. Но работают такие люди и психологами, и педагогами, и в пищевой промышленности. Однако, там часто возникают вопросы, потому что там нужно проходить медкомиссию, и анализы берутся, и они этого боятся, что будут проверять. На самом деле ни на одну медкомиссию не берется анализ на ВИЧ, кроме медкомиссии на медработника»

«ВИЧ — это же снижение иммунитета, но если у человека нормальный иммунитет, и он лечится, и у него нет проблем ни в какой другой системе органов, то почему он не может заниматься спортом и усыновлять детей? Если он психически здоров, и он не будет делать никаких противоправных действий, чтобы заразить этих детей. Это - то же самое, что запретить человеку рожать детей»

Некоторые ограничения есть только для определенных медицинских специальностей.

«Они не могут работать только оперирующими хирургами, т.е. в специальностях медицинских, которые подразумевают именно этот профессиональный риск, когда есть контакт кровью с кровью. А так абсолютно любая профессия, если он психически здоров»

Такая ситуация решается сменой характера деятельности на медпомощь, не связанную с инвазивными процедурами.

«У нас был доктор, его перевели на другую специальность. Он был реаниматологом, а потом его перевели на УЗИ-диагностику»

Кроме того, участники фокус-групп отметили, что медицинские работники могут быть инфицированы и гепатитом, что также не является причиной для каких-либо ограничений.

«У нас в поликлинике очень много работает больных медработников, носителей вирусного гепатита. И они работают, их никто не увольняет»

В целом, никаких ограничений для ЛЖВ быть не должно, кроме имеющегося в законодательстве запрета на действия, ведущие к инфицированию других людей.

«Ограничения не должны быть, просто эти люди должны наблюдаться, консультироваться и знать, как себя вести»

«Если они получают лекарство, то они живут как обычные люди, продолжительность жизни у них такая же, у них рождаются здоровые дети, и при половом контакте дискордантные партнёры остаются не ВИЧ - инфицированными»

4. ОТНОШЕНИЕ К ГРУППАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

По мнению участников опроса, наибольшему риску инфицирования ВИЧ подвержены потребители инъекционных наркотиков (94,7%); мужчины и женщины, имеющие непостоянных сексуальных партнеров (90,7%); женщины секс-бизнеса (88,7%); мужчины секс-бизнеса (82,7%). Наименее уязвимыми к ВИЧ по мнению респондентов являются молодые люди в возрасте 16-29 лет и лица с алкогольной зависимостью (24,7%) (Рис. 3).



Рис.3. По Вашему мнению, какие группы населения наиболее уязвимы к ВИЧ (имеют самый высокий риск ВИЧ-инфицирования)? (можно было выбрать несколько вариантов ответа)

4.1. ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Проблему распространения **инъекционного потребления наркотиков** в Республике Беларусь считают очень актуальной 48% врачей; 42,7% считают эту проблему важной, но не самой важной в ряду других более актуальных проблем; 3,3% - маловажной. 6% опрошенных медицинских работников затруднились в оценке этой проблемы (Табл.20).

Таблица 20.

Насколько проблема инъекционного наркопотребления актуальна для Беларуси?	Число человек	Процент
Очень актуальна	72	48,0
Актуальна, но есть и более важные проблемы	64	42,7
Мало актуальна	5	3,3
Затрудняюсь	9	6,0

Большинство респондентов (72,7%) считают, что к потребителям инъекционных наркотиков следует относиться как к больным людям. Вредной привычкой, а не заболеванием, инъекционное наркопотребление считают 24% опрошенных.

77,3% респондентов согласны с тем, что потребителям инъекционных наркотиков должны быть созданы условия для лечения, реабилитации и трудоустройства. При этом **большинство медработников (67,3%) считают, что потребителей инъекционных наркотиков нужно лечить принудительно**; с тем, что их нужно лечить только на добровольной основе, согласны 26% респондентов.

38% опрошенных считают, что потребители инъекционных наркотиков представляют угрозу для жизни других людей, поэтому их необходимо изолировать; не согласны с этим 30%, а затруднились с ответом – 32% врачей (Табл. 21).

Таблица 21.

Согласны ли Вы со следующими утверждениями о потребителях инъекционных наркотиков? <i>Дайте ответ по каждой строчке</i>	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
К ним надо относиться как к больным людям	72,7%	17,3%	10,0%
Это не заболевание, а вредная привычка	24,7%	62,0%	13,3%
Если потребитель инъекционных наркотиков не хочет лечиться от наркозависимости, его (ее) нужно лечить принудительно	67,3%	12,7%	20,0%
Потребителей инъекционных наркотиков нужно лечить только на добровольной основе	26,0%	49,3%	24,7%
Потребители инъекционных наркотиков представляют угрозу для жизни других людей, поэтому их необходимо изолировать	38,0%	30,0%	32,0%
Потребителям инъекционных наркотиков должны быть созданы условия для лечения, реабилитации и трудоустройства	77,3%	8,7%	14,0%

Характеристики отношения врачей к ПИН, в том числе выявленные в ходе опроса противоречия, изучались в ходе проведения фокус-групп.

Следует отметить, что с наркопотребителями инъекционных наркотиков в своей профессиональной деятельности встречались практически все участники фокус-групп, в том числе и с беременными женщинами, употребляющими наркотики, поэтому обсуждение вопросов групповой дискуссии имело не абстрактный, а вполне конкретный характер, исходя из жизненного и профессионального опыта участников.

Врачи отмечали, что поведение пациентов-ПИН, как правило, отличается от поведения других пациентов в худшую сторону.

«Ну, они себя ведут немножко неадекватно. Чаще всего психика такая получается»

«Они настроены по-другому, агрессивно»

«По скорой привозят человека, который не может дышать. Мы ему даем антидот, и он сразу начинает дышать, шлет всех добрым словом и уходит. Его лишили кайфа»

«И обманывают. Был такой случай, что после родов женщина находила способы чтобы уйти со стационара: и из окон вылазила, и через потайные двери, т.е. они очень обманывают»

Также врачи отмечали специфику поведения ВИЧ-положительных ПИН при получении медицинских услуг в поликлинике, которое зачастую является некорректным и потребительским.

«Они считают, что если они с ВИЧ-инфекцией, то их должны без очереди пропускать к узким специалистам, к терапевтам, на анализы какие-то. Все с утра перед работой спешат в километровой очереди, а они мало того, что не спешат, т.к. безработные, так они ещё и считают, что они в приоритете должны быть, что мы должны обзванивать. И у нас есть такие кадры, что если ты ему сейчас не пойдешь на встречу, то он действительно не сдаст этот анализ и пропадет. А у нас же обследование зачастую врачам больше, чем кому-то нужно. И тогда мы звоним в процедурный и просим, чтобы у них взяли анализ»

Поэтому отношение к потребителям инъекционных наркотиков в профессиональной деятельности у врачей связано, в первую очередь с тем, как ведет себя сам пациент. Если пациент ведет себя адекватно, то и отношение к нему соответствующее, такое же, как и к другим пациентам.

«Многие ведут себя как нормальные люди, а зачастую и лучше, чем нормальные люди, потому что они понимают, что они сами виноваты в своих бедах, и они знают, что им, возможно, больше нигде будет помощи просить, и они с нами нормально себя ведут. Если они с нами нормально себя ведут, то почему мы должны к ним плохо относиться?»

«Прием такой же, как обычного гражданина. Только чтобы он вели себя достойно»

При этом врачи понимают, что неадекватное поведение пациентов ПИН может быть связано и с их зависимостью.

«Ведут себя, конечно, неадекватно, не все всегда в очередях они, поверьте, стоят, и талончики в регистратурах они не берут, т.е. они шли, как и шли, открывают двери, и сразу эта помощь должна быть сиюминутно оказана. Но зато потом, когда им становится легче, они, в общем-то, идут и благодарят. Обычно также, напрямую, открывая дверь, громко оповещают о том, что кудесница, вы молодец, вы помогли мне, вылечили. Ну, т.е. в общем-то, да, скорее всего, немножко там с психикой, ну а по сути, что - пациент нуждается в помощи. Необходимо помочь»

Что касается оказания медицинской помощи, она оказывается наркопотребителям в полном объеме, даже если личное отношение самого врача к наркопотребителям в целом в принципе отрицательное.

«Он пришел с экстренной проблемой – мы должны ее решить, вот и все, какая разница»

«Помощь не ограничивается, мы к этому привыкли, и она одинаковая будет. От моего личного отношения это не будет зависеть»

«Она [помощь] не должна зависеть, болен он или наркоман, или ВИЧ-инфицированный, или гепатит С. Хорошо, когда вам скажут про свои сопутствующие патологии – это хорошо. Но, если не говорит, то всё равно оказываешь помощь, и в любом случае, даже, если знаешь, что он болен ВИЧ, то нет градации, что вот этот здоров, мы к нему будем более хорошо относиться, а к другому – нет. Одинаково всем оказываем помощь по возможности»

Проблемой при оказании медицинской помощи наркопотребителям зачастую является именно отношение пациента-ПИН к лечению и профилактике. Многие наркопотребители не хотят идти на прием к врачу, особенно женщины. В этом случае медицинские работники должны их разыскивать и даже ходить по домам.

«Когда она не приходит на прием, и мы соответственно должны её разыскивать. Разыскиваем их с помощью милиционеров, потому что понятно, что квартира находится под контролем, под наблюдением»

При этом условия медобслуживания таких ПИН могут быть лучше, чем у обычных пациентов (например, прием без очереди).

«Как участковый терапевт, я беру милиционера, я хожу по наркопритонам, что меня возмущает до ужаса. Я обязана их посетить, они все по декрету №18 проходят, у кого есть дети. Раз в три месяца их берут, водят по поликлинике, и они проходят без очереди всех врачей. Вопрос – почему? А нормальный человек придет в поликлинику, вот я, я должна взять талон к одному, другому»

Поэтому зачастую медицинское обслуживание наркопотребителей более комфортное, чем других пациентов.

«Такое ощущение, что у них больше прав, чем у обычного человека»

Отношение к наркопотреблению как к социальному явлению у врачей является, как правило, отрицательным. Это связано, в первую очередь, с криминальными аспектами наркопотребления и опасностью неадекватного поведения наркопотребителя для других людей.

«Заканчивается тем, что сначала выносятся все из дома, а потом магнитолы из близлежащих машин и вещи из других домов»

«Опять-таки, человек человеку – рознь. Есть социально адаптированные, да ради бога, пусть он себе употребляет, и есть социально негативные, которые, не дай бог, людей начинают убивать за дозу. Вот в этом плане»

«Преступники по-простому. Как можно хорошо относиться к преступнику? По голове его погладить, что он убивает людей?»

При этом отношение к самим наркопотребителям у врачей отношение скорее сочувственное, как к больным и зависимым людям (при условии отсутствия асоциального поведения).

«Вот и у меня в первую очередь жалость, потому что я понимаю, что у них зависимость, и может быть где-то в глубине души он бы хотел это все бросить, но они физически это не могут сделать, потому что у них уже такая зависимость, что они не могут. Поэтому на первом месте у меня жалость. Конечно, я не беру в расчет асоциальных людей, преступников, но в первую очередь жалость, и их нужно лечить, чтобы они это осознали»

«Понятно, что не зря мы в медицину пошли, что жалко их»

Что касается необходимости принудительного лечения от наркозависимости, то мнения участников фокус-групп по этому вопросу разделились.

Так, меньшая часть участников фокус-групп считают, что наркопотребителей надо лечить принудительно. Основанием для этого является, прежде всего, опасность наркопотребителя для общества и неадекватность поведения человека в состоянии наркотического опьянения, то есть целью принудительного лечения является, в первую очередь, изоляция человека с общественно опасным поведением или совершившим правонарушение.

«Может, это будет скорее не лечение, а просто ограничение свободы фактически у человека. Это будет способ обезопасить его от самого себя и окружающих от него, Может, так»

«Когда что-то противоправное совершил. Вот украл магнитолу, попался и все, иди, лечись»

«Я считаю, что лечение должно быть принудительным, это лично моё мнение. Потому что всё равно даже, казалось бы, самый спокойный человек, тихий наркоман, на фоне употребления инъекционных наркотиков, что может быть в голове у человека через две минуты или через пять? Я считаю только так»

«Принудительно, я считаю. Особенно эти притоны – надо брать их и куда-то на остров выселять»

«Я тоже считаю, что принудительно. Потому что не знаешь, в какую минуту, что может произойти с человеком, и вообще и в транспорте, и в метро, и в магазине, вдруг он подушит что-то, выбросит и дети кругом маленькие. Вообще представляет угрозу обществу»

Принудительное лечение наркопотребителей может быть организовано по примеру ЛТП для алкоголиков.

«У нас есть хорошие в Беларуси примеры. Алкоголиков лечат принудительно, и это называется ЛТП. ... Т.е. мы уже знаем, как принудительно лечить туберкулез, алкоголизм, и то же самое по аналогии можно сделать»

Кроме того, предлагались определенные критерии для направления наркопотребителя на принудительное лечение, опять-таки связанные со степенью криминализации его поведения.

«Всё зависит от стадии, наверное, наркотической зависимости. Если уже человек превращает себя в биологический объект асоциальный, который ... на грани уже преступления закона, то, мне кажется, должны его уже и принудительно лечить. Если есть многие длительные наркоманы, которые соблюдают рамки закона, то могут лечиться только добровольно, пожалуйста»

Также высказывалась мысль о принудительном лечении как о первом этапе, мотивирующем наркопотребителя на дальнейшее добровольное лечение.

«Нужно человека принудительно начать лечить, чтобы он почувствовал, что лечение помогает, а потом он уже может сам сознательно лечиться»

«Один раз может так [принудительно]. В следующий раз, допустим, если он опять на иглу, он задумается об этом. Есть другая жизнь, другие люди. Если он побыл этот промежуток времени где-то, на принудительном лечении, с ним же работают психотерапевты, и подзадумается уже»

Кроме того, предлагалось стимулировать наркопотребителей к лечению какими-либо мерами административного или финансового характера.

«Если у человека есть зависимость, нужно ввести наверное какие-то санкции против него, которые не оставляли бы ему выбора, кроме как пойти лечиться»

В качестве таких мер предлагалось увеличение налогов («хотя они и их и так не платят»), общественные работы, оплата оказанных медицинских услуг.

«Поступил ты в состоянии наркотического опьянения – отработай потом свое лечение»

«Не должно быть предвзятости в оказании помощи, но она должна быть компенсирована»

Вместе с тем, большая часть участников фокус-групп придерживается мнения о том, что принудительное лечение наркопотребителей не является эффективным.

«У самого пациента должно быть желание лечиться и вера соответственно в успех... Без желания и веры смысла нет. Единственное если это социально опасные или индивидуальные случаи, то возможно и нужно какое-то принудительное лечение, но это все индивидуально»

«Если человек выбрал, что он не будет лечиться, хоть ты его загоняй палками, трати на это бешеные деньги, все равно он не вылечится. Ты ему сегодня помог, сделал терапию, он тебя поблагодарит и все равно пойдет уколется. Смысла я в этом не вижу. Насильно ничего не будет. Родители могут сдать ребенка в наркодиспансер, чтобы пошел их сынок, но он через месяц или два снова попадет в больницу. Вроде его принудительно положили и пролечили, и смысл от этого? Через месяц он возвращается»

«Это должно быть какое-то осознанное решение, лечится он от зависимости или нет»

«Опять же это те же деньги государственные. Если их будут принудительно лечить, а они через год пойдут и опять начнут колоться»

«Называется приверженность к лечению, если ее нет – ты не вылечишь никак»

«А почему вопрос только про наркозависимость? Другие зависимости, чем они отличаются? Тут точно такая же. Как будет успешным лечение зависимости, если человек сам не хочет от неё избавиться? Это невозможно»

Что касается обычной (не наркологической) медицинской помощи наркопотребителям, то большинство участников фокус-групп считают, что она должна оказываться пациентам с зависимостями в обычных медицинских учреждениях (не специализированных наркологических).

«Пусть ходят в поликлинику. Они нам не мешают, мы им не мешаем. Пусть не нарушают закон»

«В обычной поликлинике. Он обычный человек, и не важно, что кто-то, грубо говоря, алкаш, а кто-то - наркоман. Ну а разница? Тот, кто выпивает, мы будем обслуживать, а кто колется, нет? Это глупость»

«Зависимость бывает разная, не только наркотическая. Например, зависимость от компьютерных игр, и она у многих. Почему мы должны разграничивать. Да оно, может, воспринимается легче, но это не значит, что оно вреда здоровью меньше приносит»

«У того же наркомана может быть аппендицит, и что это будет делаться человеку в специализированном отделении? Это получается психиатрию нужно оборудовать хирургами-анестезиологами. Понятно, что если буйный пациент, то его нужно госпитализировать в психиатрию, а так в обычной больнице получать услуги медицинские»

4.2. ОТНОШЕНИЕ К МУЖЧИНАМ, ИМЕЮЩИМ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

Отношение медработников к мужчинам, имеющим секс с другими мужчинами (МСМ), неоднозначно. 46,7% респондентов относятся к ним так же, как и к другим людям; 40,7% - отрицательно; 12,7% затруднились в ответе на данный вопрос (Рис.4).

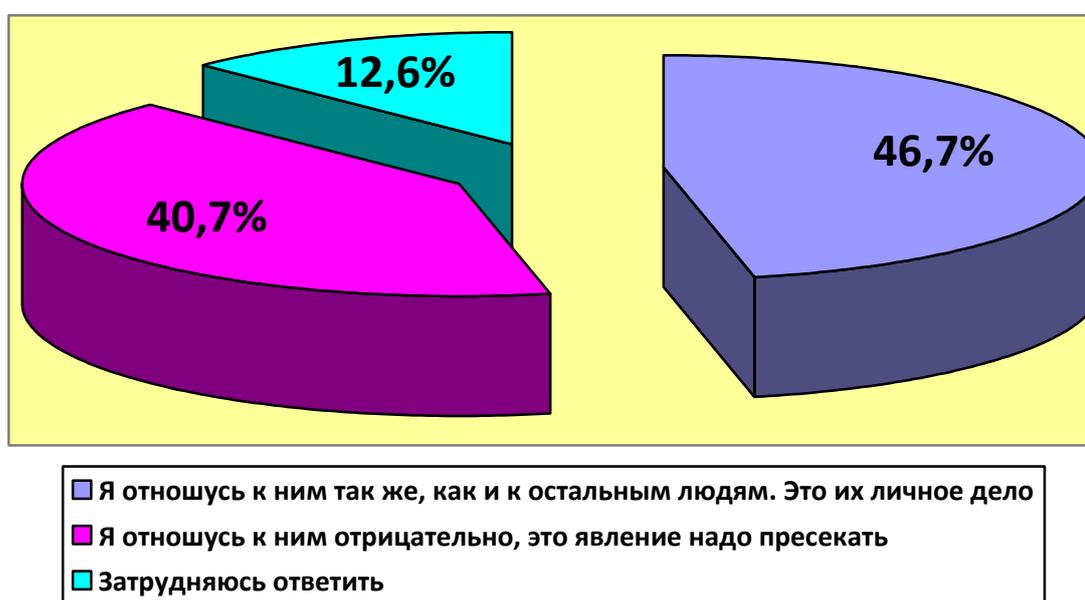


Рис.4. Как бы Вы оценили свое личное отношение к мужчинам, имеющим сексуальные отношения с другими мужчинами?

42% опрошенных отметили, что если им станет известно, что мужчина из числа их хороших знакомых имеет сексуальные отношения с мужчинами, их отношение к такому человеку не изменится. 40,6% респондентов отметили возможные негативные последствия такой ситуации: так, 25,3% опрошенных считают, что в такой ситуации они будут общаться с таким мужчиной меньше, а 15,3% - что разорвут с ним отношения. 17,3% респондентов не имеют определенного мнения по данному вопросу (Табл. 22).

Таблица 22.

Если Вы узнаете, что мужчина из числа ваших хороших знакомых имеет сексуальные отношения с мужчинами, изменится ли Ваше отношение к нему?	Число человек	Процент
Нет, не изменится	63	42,0
Я буду общаться с ним меньше	38	25,3
Я разорву с ним отношения	23	15,3
Затрудняюсь ответить	26	17,3

Установлена взаимосвязь между личным отношением респондентов к МСМ и их поведением в рассматриваемой ситуации: респонденты, относящиеся к МСМ толерантно, менее склонны уменьшать или прерывать общение со знакомым МСМ, чем те, кто относится к МСМ отрицательно ($P < 0,001$) (Рис. 5).

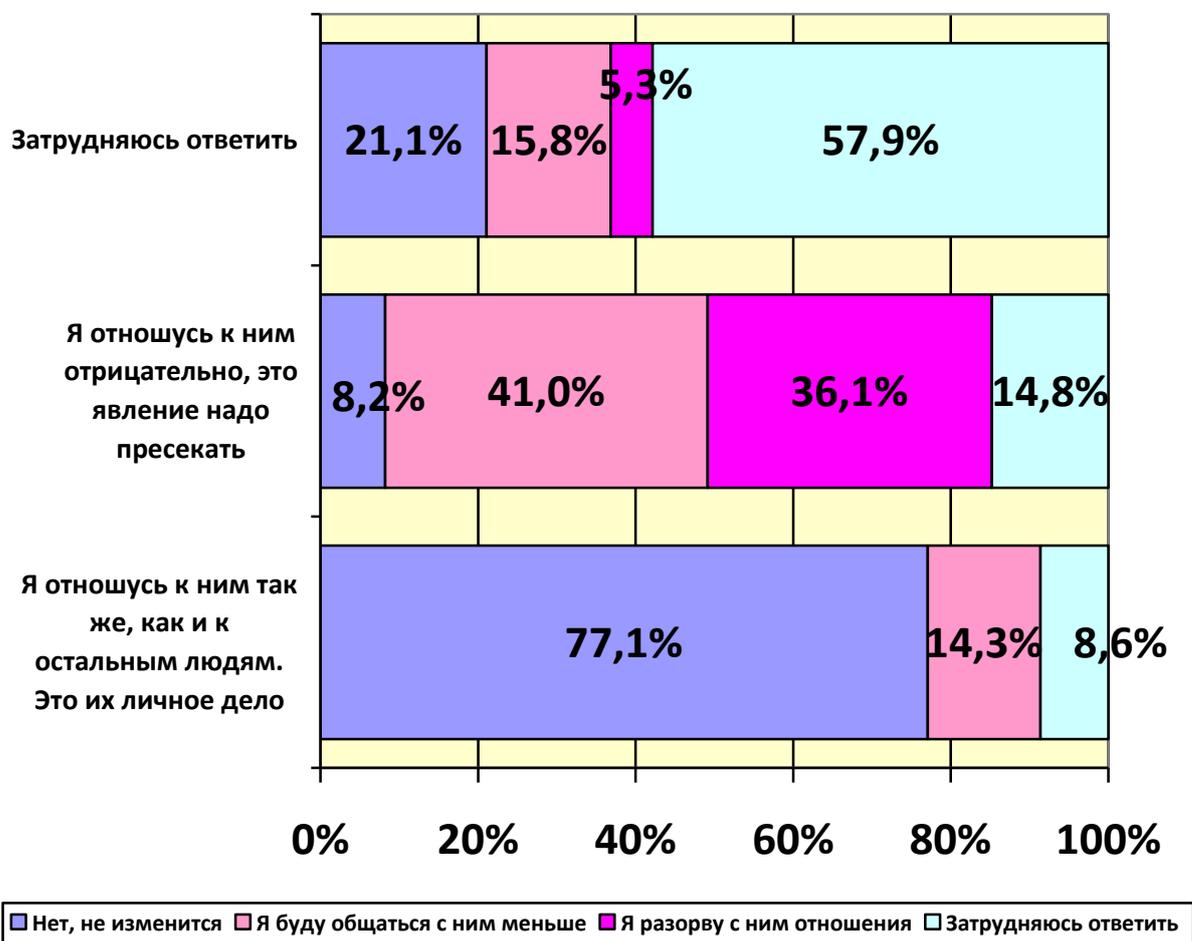


Рис. 5. Таблица сопряженности по вопросам «Как бы Вы оценили свое личное отношение к мужчинам, имеющим сексуальные отношения с другими мужчинами?» и «Если Вы узнаете, что мужчина из числа ваших хороших знакомых имеет сексуальные отношения с мужчинами, изменится ли Ваше отношение к нему?» ($P < 0,001$)

Результаты опроса были уточнены и расширены в ходе фокус-групп. Как и у участников опроса, отношение участников фокус-групп к МСМ не является однозначным. Дискуссия в фокус-группах позволила уточнить специфику этого отношения, а также конкретизировать само понятие «толерантное отношение врачей к МСМ», выявив три уровня этого отношения:

- отношение к сексуальным отношениям мужчин с мужчинами как к социальному явлению;
- личное отношение к мужчинам, имеющим секс с другими мужчинами в целом;
- отношение к пациентам - МСМ.

Фокус-группы показали, что к самому явлению (сексуальным отношениям мужчин с мужчинами) в общем, как правило, относятся нейтрально или негативно.

«Антиприродное что-то. К знакомым, которые немножко ушли в левак я отношусь спокойно. Но к самому факту крайне негативно»

«Лично мое мнение, что эти ребята – психически больные люди. И это мое личное мнение»

«Природой мужчина задуман, как продолжатель рода. И всё, что идет против – это аномалия. И её надо, если есть такая возможность, надо направлять в нормальное русло»

«Я отношусь нейтрально. И считаю, это выбор каждого»

«Я лично тоже негативно отношусь. Но считаю, если у кого-то есть какие-то потребности, и они нашли друг друга - как угодно, главное чтобы это никак не касалось остальных»

Отношение к явлению является нейтральным, если отсутствует ярко выраженная популяризация такого сексуального поведения, и оно не касается участников лично или членов их семьи.

«Я нейтрально отношусь пускай это будет, но если это коснется моей семьи, то я - против»

«У меня две дочери, и в общем-то я спокойна. Но, если бы у меня был сын, я бы, наверное, расстроилась бы, что у него вот такие проблемки. Для меня это была бы проблема. Я бы не расценивала, что это нормально, я думаю, муж бы со мной согласился, и ну, я не знаю, честно говоря»

«Мне всё равно, лишь бы не трогали меня и моих близких»

«Я как-то больше нейтрально, ну есть и есть. Только если нет такой пропаганды, что мол свободу им, чтобы они открыто ходили целовались»

«Нормально, если он не будет это популяризовать»

«Если будет все в рамках, то никаких проблем»

«У меня негативные чувства вызывает огласка, когда где-то ущемляют их права, мари запретили какой-то. Если вы занимаетесь ерундой, которая вам нравится, то не выносите это, чтобы дети не видели, зачем это?»

Достаточно сложными являются отношения к различным аспектам социальной жизни мужчин, имеющих секс с мужчинами, например, однополые браки, усыновление детей, легализованное в западных странах.

«Я отношусь так: что пускай занимаются, чем хотят. Главное, чтобы не было как сейчас: они семьи создают, детей усыновляют, потому что это на

психику детей будет влияние. Потому что у всех мама и папа, а у тебя не понятно - либо папа и папа, либо мама и мама. ... Я просто этого не понимаю, не знаю, может, я не дорос еще, может там менталитет такой. Но люди всякие бывают - кому-то нравится марки клеить, кому-то ещё что-то»

«Я бы вообще это искоренила. Норма - это что? Это большинство, а патология - это меньшинство. Иногда мне кажется, что вся эта огласка - это стремление перевернуть все с ног на голову, привести себя к большинству, к норме понимаете? И сейчас это очень стремительно идет. Посмотрите, сколько стран узаконило однополые браки. В каком-то году или 2012 или 2014 просто случайно мне попала статистика, что в Германии однополые семьи усыновили около 30 000 детей. Представляете? Поэтому я с этим явлением просто категорически не согласна. Норма должна быть нормой, патология должна быть патологией, и она должна называться своими именами»

«Как к людям, у меня нет никаких претензий. Мы дышим одним воздухом, имеем одно и то же строение человеческого тела, такие же потребности и чувства, но в плане такого повального явления я тоже согласна, что это не нормально»

Несмотря на негативное отношение части участников к рассматриваемому социальному явлению, когда речь заходит об отношениях к конкретным людям такой сексуальной ориентации, отношение меняется в сторону нейтрального. Некоторые участники фокус-групп имеют знакомых мужчин, относящихся к группе MSM. В таких случаях отношение к таким знакомым нормальное, не зависит от их сексуальной ориентации.

«У меня есть знакомый коллега, не в этом городе, вот, как говорится, не выходит за грань. Мы созваниваемся, общаемся и все без проблем»

«Я говорю, все равно мне. Я работал одно время с парнем-геем. Образованный парень был, умный, было о чем поговорить. Все знали, что он гей, и все относились как-то нейтрально к нему. Вот и все»

«Была большая компания людей молодых и девушек, ну вот и всё. Все знали друг друга хорошо. Ну вот, он и признался. Никакое отношение к нему не поменялось вообще»

Также нейтральным является и отношение к мужчинам, имеющим секс с мужчинами, как к членам своего трудового коллектива или как к представителям различных профессий (парикмахерам, поварам, автомеханикам, врачам, педагогам). То есть на бытовом уровне общения отношение к MSM такое же, как и к другим людям.

Про MSM – поваров:

«Лучшие повара — это мужчины»

«Будет вкусно и очень красиво»

«Нормально на самом деле»

«Лишь бы вкусно готовил»

«Может, он еще лучше, чем обычный повар»

Про MSM – автомехаников:

*«Главное, чтобы машину сделал»
«Почему нет, если руки золотые»
«Лишь бы хорошо выполнял свою работу»*

Про МСМ- парикмахеров:

*«У них очень тонкое чувство вкуса»
«Замечательно»
«Они такие женственные, они у них такие ручки. Вот я подстригалась у одного, вообще шикарно. Как брови выщипать, как накрасить ресницы, я бы его слушала и слушала»
«Послушать - у них такие мысли интересные. Они больше на женщин похожи, скажем так. Может потому, что он стилист-парикмахер. У меня все подружки ходят туда, все довольны»*

Про МСМ-врачей

*«Смотря каким. Если урологом, наверно, не очень, а остальными - ради бога»
«Мне кажется, наоборот, будет бережней»
«Конечно, лишь бы умный был, грамотный»
«На здоровье»
«Просто я знаю одного доктора, он вышел замуж за норвежца, он очень хороший доктор»*

Наиболее противоречивое отношение к работе МСМ педагогом. Если такие знакомые есть, то отношение нормальное без оговорок.

«Опять же про того товарища он вполне адекватный. Даже учитель года был. Но сказать, что он нетрадиционной сексуальной ориентации, не зная этого, в жизни не скажешь»

Если речь идет об абстрактном педагоге-МСМ, то отношение к такому специалисту неоднозначное. Большинство участников высказали нейтральное отношение, но, прежде всего, при условии, что педагог не будет популяризировать однополые отношения среди детей.

«Опять же если он это не популяризирует, то это нормально»

«Если он не педофил...»

«Ничего если мой ребенок не акцентирует на этом внимание. «Мама, а ты знаешь, что мой препод с физруком...»

«Если человек это никак не афиширует и не смешивает личную жизнь с работой, и никак не агитирует и не склоняет к определенной точке зрения, то почему нет. Я считаю, что в принципе нельзя смешивать одно с другим»

«Живут своей жизнью там где-то у себя в доме и на детях, тем более, это никак не отражается. И если он, тем более, он хороший специалист, и как педагог, и как преподаватель умеет разговаривать с детьми, находит общий язык. Ведь дети чувствуют, они бывают, педагога с хорошей нормальной»

ориентацией не воспринимают, а такого может, наоборот. Может мягче он, может, знает подход. Опять же, если он ведет себя адекватно»

«Всё зависит от поведения, наверное. Если мужчина гетеросексуальный, и он слишком много рассказывает о своей личной жизни ученикам своим, то это тоже не нормально абсолютно. Зачем это нужно»

А негативное отношение, в первую очередь, связано с опасениями по поводу того, что такой педагог начнет пропагандировать однополые отношения среди детей и подростков.

«Я бы не хотела, чтобы он учил моих детей. Потому что он все равно каким-то образом будет нести свои убеждения, свой образ жизни. Все равно дети это чувствуют, даже больше и острее чем взрослые. Для меня это как пропаганда его нормы поведения. ... Я бы не хотела, чтобы мои дети имели отношение и контакт с такими людьми»

«Не хотела бы, потому что ты не знаешь человека, и во что это может вылиться, по телевизору много случаев. Это тревогу вызывает»

К преподаванию МСМ в ВУЗе (студенты - это более взрослые люди) отношение более толерантное.

«В ВУЗе уже сформированное сознание, и там уже не важно, кто что преподает, главное, как преподает. А детям да я бы тоже не хотел бы»

Отношение к ситуации, когда МСМ оказался бы соседом по дому, у участников фокус-группы в основном нейтральное.

«Все равно»

«Ну, соседом, так соседом»

«Ещё даже лучше, жена не изменит»

«Наверно, нейтрально. Он - в своей квартире, я - в своей»

«Сосед и сосед, но не друг семьи»

При этом все-таки делаются оговорки о нежелательности демонстративного поведения со стороны мужчин.

«Главное, чтобы человек хороший был как мой знакомый по вузу. Понятное дело, что если он будет на каблуках ходить или в стрингах, то ... главное, чтобы все было в рамках приличия»

«Я бы, может, попросила с детьми в общении свой образ жизни не преподносить, а просто общаться. Насторожилась бы к детям и понаблюдала бы, как они общаются некоторое время»

Что касается поведенческого риска МСМ, то врачи оценивают его как высокий, особенно в части инфицирования ВИЧ. При этом риск инфицирования ВИЧ половым путем среди общего населения также оценивается как высокий.

«Да потому, что это, как правило, незащищенный половой контакт»

«Нарушение целостности ануса»

«Это, наверное, было раньше повально так, а сейчас я бы не сказала, что эта половая передача [среди мужчин] чем-то отличается от гетеросексуальной передачи»

«В любом случае, это не асоциальные личности, а раз так, значит, они какой-то медосмотр проходят все равно, какие-то анализы сдают, т.е. выявляемость у них довольно высокая»

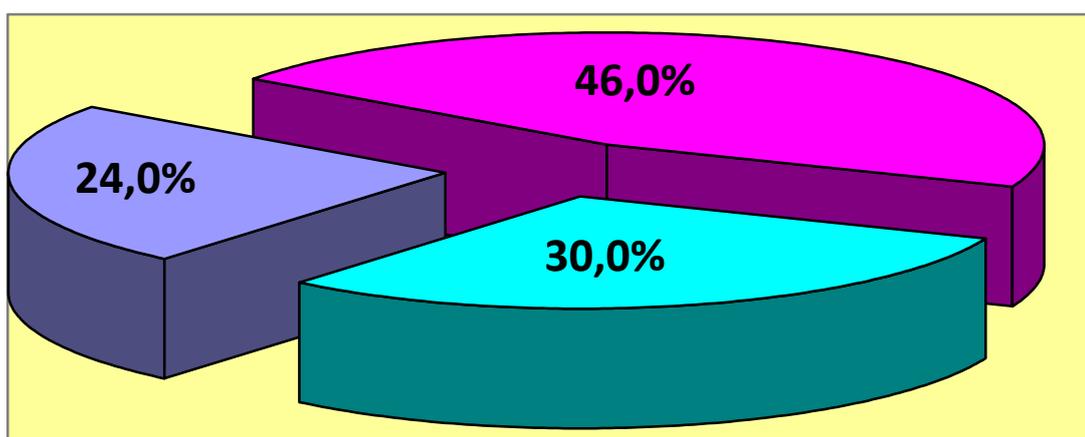
Личное отношение к самому явлению (сексу мужчин с мужчинами) врача не оказывает влияния на отношение к такому мужчине как к пациенту, помощь ему будет оказываться так же, как и любому другому пациенту.

«Чисто как к пациенту, ты все равно относишься к нему, как к обычному человеку, а если взять личное отношение, то немного неприятно»

«Как пациент, он пришел, и мне все равно, чем он занимается, и какое у него социальное положение, я должна выполнить свои должностные обязанности и относиться к нему как к пациенту как к простому человеку. Но вот как явление я с этим категорически не согласна, и эта пропаганда способствует разрастанию этого»

4.3. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ЗА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ

Отношение медработников к людям, оказывающим сексуальные услуги за деньги/вознаграждение, неоднозначно. Так, 24% респондентов заявляют, что относятся к ним так же, как и к другим людям; 46% - отрицательно; 30% затруднились в ответе на данный вопрос (Рис.6).



■ Такое же, как к другим людям ■ Я отношусь к ним отрицательно ■ Затрудняюсь ответить

Рис. 6. Как бы Вы оценили свое личное отношение к людям, оказывающим сексуальные услуги за деньги/вознаграждение?

Существенных различий между отношением респондентов к мужчинам и женщинам, оказывающим сексуальные услуги за вознаграждение, не установлено. Отрицательно к таким мужчинам относятся 54,7% респондентов, к женщинам – 54%; относятся так же, как и к другим людям – 16% и 22% соответственно. Не высказали определенного отношения по отношению к мужчинам коммерческого секса 29,3% опрошенных, к женщинам – 24% (Табл. 23).

Таблица 23.

	Такое же, как к другим людям	Я отношусь к ним отрицательно	Затрудняюсь ответить
	% по строке	% по строке	% по строке
В последнее время получает распространение оказание мужчинами сексуальных услуг за вознаграждение. Каково Ваше отношение к таким мужчинам?	16,0%	54,7%	29,3%
Как бы Вы оценили свое личное отношение к женщинам, оказывающим сексуальные услуги за деньги/вознаграждение?	22,0%	54,0%	24,0%

Отношение к мужчинам коммерческого секса и к женщинам коммерческого секса не зависит от пола этих лиц ($P < 0,001$): так, например, 44,7% респондентов отрицательно относятся и к мужчинам, и к женщинам, оказывающим сексуальные услуги за вознаграждение; 12% - относятся к работникам коммерческого секса обоего пола также, как и к другим людям; 18,7% не определились в отношении как мужчин, так и женщин. Различия в отношении к работникам коммерческого секса в зависимости от их пола наблюдаются только у 24,6% респондентов (Табл. 24).

Таблица 24.

Таблица сопряженности ($P < 0,001$) (% по таблице)		Как бы Вы оценили свое личное отношение к женщинам, оказывающим сексуальные услуги за деньги/вознаграждение?			Итого
		Такое же, как к другим людям	Я отношусь к ним отрицательно	Затрудняюсь ответить	
В последнее время получает распространение оказание мужчинами сексуальных услуг за вознаграждение. Каково Ваше отношение к таким мужчинам?	Такое же, как к другим людям	12,0%	4,0%	-	16,0%
	Я отношусь к ним отрицательно	4,7%	44,7%	5,3%	54,7%
	Затрудняюсь ответить	5,3%	5,3%	18,7%	29,3%
<i>Итого</i>		22,0%	54,0%	24,0%	100,0%

44% респондентов считают, что необходимо ужесточить наказание за предоставление сексуальных услуг за вознаграждение. 31,3% считают, что наказание необходимо ввести и для клиентов, покупающих сексуальные услуги. 82,7% опрошенных медработников согласны с тем, что если человек, оказывающий сексуальные услуги, подвергся насилию со стороны клиента, то ей (ему) должна быть оказана помощь в полном объеме, несмотря на нарушение закона. При этом 31,3% респондентов считают, что все свои проблемы лица, оказывающие сексуальные услуги, должны решать самостоятельно (Табл. 25).

Таблица 25.

Согласны ли Вы со следующими утверждениями <i>Дайте, пожалуйста, ответ по каждой строчке</i>	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Необходимо ужесточить наказание за предоставление сексуальных услуг за вознаграждение	44,7%	21,3%	34,0%
Если он (она), предоставляя сексуальные услуги за вознаграждение, подверглись насилию со стороны клиента, то ей (ему) должна быть оказана помощь в полном объеме, несмотря на нарушение закона	82,7%	5,3%	12,0%
Занятие проституцией – собственный выбор человека, поэтому все свои проблемы он (она) должна решать самостоятельно	31,3%	32,7%	36,0%
Необходимо ввести наказание для клиентов (людей, покупающих сексуальные услуги)	31,3%	28,0%	40,7%

Дискуссия в фокус-группах позволила уточнить результаты опроса, а также конкретизировать понятие «толерантное отношение врачей к работникам секс-бизнеса», выявив три уровня этого отношения. При этом акцент был сделан на изучении отношения участников фокус-групп к женщинам секс-бизнеса (ЖСБ). Установлено, что толерантность по отношению к ЖСБ, как и в случае предыдущих уязвимых групп, проявляется на трех уровнях:

- отношение к коммерческому сексу как к социальному явлению;
- личное отношение к женщинам секс-бизнеса (ЖСБ);
- отношение к пациентам - ЖСБ.

Отношение к секс-бизнесу как к социальному явлению является толерантным. Данное явление рассматривается как неизбежное в любом обществе.

«Проституция всегда была, есть и будет»

«Общество уже настолько привыкло к ним. Даже в некотором роде они украшают общество, если так взять. Они очень яркие, выразительные такие, ну, достаточно, скажем, дорогие такие девочки, правда. А некоторые мужчины пользуются этими услугами»

Также толерантно врачи относятся к легализации секс-бизнеса, прежде всего, способствующей уменьшению уровня заболеваемости среди ЖСБ. Легализация коммерческого секса позволит, по мнению участников фокус-групп, обследовать работников коммерческого секса и минимизировать распространение ВИЧ и ИППП.

«Если легализовать, то они будут все обследованы, у них не будет ВИЧ инфекции и исключится тогда путь передачи»

«У нас есть опыт высокоразвитых стран, где это легализовано. Они платят налоги, они работают, у них целые курсы, профсоюзы есть, они ничем не болеют, они все обследованы, и нигде ничего не передается»

«Посмотрите, какие цифры по инфекции. Это же жутко. Так уж лучше они уже легально. И пусть они осматриваются, и пусть на них будет контроль, чем это»

В целом, у врачей к ЖСБ личное отношение различное – от негативного и безразличного до сочувственного.

«Я лично плохо отношусь, не нравится мне такое зарабатывание денег. Мне кажется, не мешало бы пойти, выучиться и найти себе более достойную работу»

«Их просто жалко, потому что это несчастные женщины, которые попали в какую-то зависимость или жизненные обстоятельства не ради удовольствия. Просто так сложилась жизнь, и другого выхода у неё в этой жизни нет. Поэтому очень жалко»

«С сожалением. Это просто заложники ситуации, они не от веселья идут туда, а из-за того, что их вынудили жизненные обстоятельства»

«А чего жалость-то, инвалиды что ли? Обычное отношение. Если есть спрос – значит, будет и предложение. Это вполне нормально»

Также различаются мнения врачей и по отношению к мужчинам, покупающим услуги ЖСБ (клиентам) и необходимости административной ответственности за продажу/покупку секс-услуг. Однако большинство участников фокус-групп оценивают покупку секс-услуг мужчинами как нормальное и вполне естественное явление, объясняя его различными причинами.

«Нормальное отношение. Это естественная потребность мужчин. С тех времен, древних времен. Существовали гетеры, публичные дома там, всё такого рода существовало»

«Если мужчина ходит налево, то это упущение жены»

«Мужчины по своей природе полигамны, и поэтому спрос на эти услуги будет всегда»

«Вот я к женщинам плохо отношусь, а к мужчинам хорошо»

«Может, он так пытается брак сохранить? Пришел, стресс снял, и дома ни с кем не ругаешься»

«Это услуга, он клиент. Почему он не может её купить, если он может себе это позволить?»

«Или он предохраняется»

При этом участники фокус-групп понимают, что такие сексуальные контакты несут большой риск инфицирования ВИЧ и ИППП. Именно в этом аспекте покупка/продажа секса как явление оценивается отрицательно.

«Все плохо и для тех, и для других, потом они все приходят ко мне на прием»

«С передачей ВИЧ-инфекций связано, однозначно. Потому что смотря как, смотря где и смотря с кем»

Таким образом, отношение к мужчинам-клиентам хотя в целом и является лояльным, но когда покупка секса рассматривается в контексте распространения инфекционных заболеваний, отношение к таким мужчинам меняется в сторону отрицательного.

«Ладно, если это адекватный человек, который предохраняется. К таким людям у меня нейтральное отношение. А если это неадекватный, который заразился сам, заразил ещё кого-то, например, свою половинку - невинного человека, который не виноват в том, что у тебя мозгов нет. Простите, к такому человеку у меня уже будет негативное отношение, чисто морально, потому что я понимаю, что он мог это предотвратить»

По поводу наказания ЖСБ и их клиентов, мнения разделились на две точки зрения. Часть участников считает, что ответственность должны нести и женщины, и их клиенты.

«Если есть за это ответственность по законодательству, то она должна быть разделена на двоих»

«Я считаю, что это процесс обоюдный, неправильный с точки зрения общества, поэтому оба должны нести ответственность»

Другая часть считает, что ответственность не должна нести ни одна из сторон.

«Ну, он же не идет туда под конвоем, т.е. покупает проститутку, и она тоже это делает без принуждения»

«Он же закон не нарушает, никого не убивает, не принуждает, волю не забирает. А если всё-таки будут штрафы и административка, то пускай оба несут ответственность»

«Никто, это личное дело каждого»

«Или оба, или никто»

Личное отношение врачей к ЖСБ не оказывает влияние на их отношение к женщинам из группы ЖСБ как к пациентам. Следует отметить, что в отличие от пациентов-ПИИН или ВИЧ-положительных пациентов, статус женщин как ЖСБ врачам, как правило, неизвестен.

«Они не признаются, а мы и не спрашиваем»

«Визуально это не определить, а они нам не говорят»

«Вычислить вряд ли можно я думаю. Наркомана можно хоть по анализу посмотреть, а тут никак»

Бывает, что принадлежность женщины к этой группе может установить гинеколог по некоторым косвенным признакам (большое количество контактов, рассказы самой женщины и пр.).

«Ко мне приходят и сразу говорят, что была в Москве. Про работу говорит обтекаемо, лицо симпатичное, и как-то сразу понимаешь, чем она там занималась. Про некоторых я могу даже и не знать, что они эти занимаются. Некоторых по контактам можно определить, когда 30 человек по всей области»

«Она приходила, хотела обследоваться на инфекции передающиеся половым путем, на ВИЧ, на гепатиты. И она сказала»

В целом, определить точно принадлежность женщины к ЖСБ сложно, поскольку рискованные виды сексуального поведения могут практиковать и обычные женщины.

«Тут же не обязательно, что они за деньги спят. У нас же молодые девочки как теперь: приходят каждые полтора-два месяца сдавать мазки, на четвертый раз ей надоедает, что опять новый партнер половой. Это 18-19 лет, это наши реалии. У неё за 4 месяца поменялось 4 половых партнера, и всё нормально. Это наша молодежь теперь такая. Даже без денег»

«Так это можно сказать и на проходящую мимо и не обязательно на оказывающие сексуальные услуги женщину. Мне лично все равно, если она ко мне придет на прием. Она в первую очередь для меня пациент»

«Медработники встречают столько людей, вообще не имеющих отношения к этой профессии древней, а другой раз выходит, и думаешь, Боже мой»

Если даже будет известно, что женщина оказывает сексуальные услуги за вознаграждение, это никак не скажется на отношении к ней врачей как к пациентке. Более того, ее статус (в том числе и ВИЧ) будет способствовать тому, что врач проведет обследование, учитывая уровень поведенческих рисков женщины.

«Ну, придет она, скажет «я проститутка и у меня грипп». Отношение к ней не поменяется и лечение тоже»

«Просто спросишь «а ВИЧ у вас есть?». Больше беспокоит это, а не проститутка или нет»

«Мы как врачи сразу думаем, что ей назначить и как обследовать. Я думаю, сразу такие мысли возникнут»

«Она для меня такой же пациент, как и все остальные. Да у неё так сложились обстоятельства. Я не обвиняю и не пытаюсь разобраться, что её сподвигло на это все. Чем бы она не занималась, она - такой же пациент, как и все»

ВЫВОДЫ

1. ЗНАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. Уровень знаний врачей по основным вопросам ВИЧ-инфекции является достаточно высоким. Так, большинство (85,3%) опрошенных врачей знают, что ВИЧ-инфекция выявляется в крови через 3 месяца после заражения. Вместе с тем, 3,3% считают, что вирус может обнаруживаться через несколько часов; 3,3% - через неделю, а 8% медработников затруднились в ответе на данный вопрос. Поэтому, несмотря на достаточно высокий уровень знаний по данному вопросу, **повышение уровня знаний медработников по вопросам сроков диагностики ВИЧ-инфекции является актуальной задачей.**
2. В целом, знания врачей характеризуются достаточно высоким уровнем по существующим путям передачи ВИЧ. Так, 95,3% врачей отметили, что риск передачи ВИЧ снижается при использовании презервативов; 96% - что можно инфицироваться ВИЧ при совместном использовании инструментария (шприцы, иглы и т.д.) при внутривенном введении наркотика. 97,3% врачей знают, что здоровый на вид человек может иметь ВИЧ.
3. В то же время, часть респондентов убеждена в существовании иных путей передачи ВИЧ. Так, 8,7% врачей считают, что можно инфицироваться ВИЧ при укусе комара и 9,3% не имеют определенного мнения по этому вопросу. 14% респондентов считают, что ВИЧ передается при бытовых контактах (при пользовании общей ванной, бассейном, туалетом с ВИЧ-инфицированным человеком), а 10,7% затруднились с ответом на данный вопрос. То есть почти четверть опрошенных не знают/не уверены в том, что ВИЧ не передается при бытовых контактах. Наличие недостоверной информации относительно риска передачи ВИЧ-инфекции может рассматриваться как одна из предпосылок формирования стигматизирующего отношения к людям, живущим с ВИЧ и представителям групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ. Такая ситуация может также потенциально формировать у врачей негативные эмоции, страх, психологический дискомфорт при приеме ВИЧ-положительных пациентов. Поэтому дальнейшее информирование и обучение медицинских работников по вопросам ВИЧ/СПИДа является весьма актуальным.

2. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ

1. Выявленное в ходе исследования отношение медработников к ЛЖВ можно охарактеризовать как неоднозначное и требующее дополнительного углубленного изучения. С одной стороны, значительная часть опрошенных считает, что ЛЖВ нуждаются в помощи и поддержке ЛЖВ (66,7%), 28% заявляет о нейтральном отношении, 5,3% затруднились ответить на вопрос. Об отрицательном отношении к ЛЖВ не заявил никто из участников опроса. В то же время, часть медицинских работников указала на отсутствие готовности к различным видам контактов с ЛЖВ в быту.
2. Наиболее толерантное отношение респонденты заявляют по отношению к ВИЧ-инфицированным людям, входящим в их ближний круг общения: 93,3% респондентов отметили, что будут продолжать общаться с другом, если он будет

ВИЧ-инфицирован. По отношению в более «дальнему» кругу общения уровень толерантности устойчиво снижается. Особенно это касается контактов с ВИЧ-инфицированными людьми в быту. Так, только 54,7% опрошенных согласны покупать продукты у продавца с ВИЧ-инфекцией, а 18% не будут этого делать; 27,3% затруднились с ответом на этот вопрос. 61,3% врачей считают, что ВИЧ-инфицированного учителя следует допускать к работе в школе; 21,3% относятся к этому отрицательно, а 17,3% не имеют определенного мнения по данному вопросу. 68% респондентов считают, что ВИЧ-инфицированный ребенок может учиться в одном классе со здоровыми детьми; 14% с этим не согласны, а 18% затруднились определить свое отношение по этому вопросу.

3. Наиболее приемлемы для респондентов такие формы общения с ЛЖВ как работа/учеба в одном коллективе, совместный отдых, проживание в одном помещении (квартире, номере в гостинице, комнате в общежитии и т.п.) и дружба/приятельские отношения. К таким формам общения готовы («да» и «скорее да, чем нет») более половины опрошенных респондентов.

При этом практически никто из респондентов не готов к более близким отношениям с ЛЖВ – к сексуальным отношениям и созданию семьи.

4. Следует отметить, что выявленная тенденция уменьшения уровня толерантности к ЛЖВ от ближнего круга общения к более дальнему характерна не только для врачей, но и для населения в целом (См. отчеты исследований «Изучение уровня толерантности в отношении людей, живущих с ВИЧ», МиО, 2013 г. и 2015 г.). Причины такого отношения к обычным бытовым контактам с ЛЖВ нуждаются в дальнейшем изучении, возможно, с учетом психологических (или иррациональных) аспектов восприятия ВИЧ-инфекции и сформировавшихся ранее стереотипов по отношению к ВИЧ-инфекции и людям, живущим с ВИЧ.

3. ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

1. Половина респондентов признают наличие риска инфицирования ВИЧ при выполнении ими профессиональных обязанностей (24,7% медработников считают, что для них существует реальный риск инфицирования ВИЧ на работе при контактах пациентами ЛЖВ; 26% считают, что такой риск скорее есть, чем нет). 51,3% опрошенных имеют при выполнении профессиональных обязанностей контакты с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированных пациентов. Установлена взаимосвязь между наличием контактов с кровью и биологическими жидкостями при выполнении профессиональных обязанностей и оценкой риска ВИЧ-инфицирования при выполнении служебных обязанностей ($P < 0,001$): среди врачей, имеющих такие контакты, 72,8% считают, что такой риск есть (42,9% «определенно» и 29,9% «скорее есть, чем нет»); среди врачей, таких контактов не имеющих, 28,6% считают, что риск ВИЧ-инфицирования есть («определенно» - 5,7%, «скорее да, чем нет» - 22,9%). Поскольку наличие риска «определенно» отметили только 5,7% врачей, не имеющих контактов с биологическими жидкостями пациентов, можно в качестве гипотезы для дальнейших исследований предположить, что в данной группе такие опасения имеют скорее психологические причины, связанные с ранее сформированными стереотипами восприятия ВИЧ-инфекции.
2. Большинство респондентов демонстрирует толерантное отношение к ВИЧ-положительным пациентам. 47,3% врачей отметили, что относятся к ВИЧ-положительным пациентам так же, как и к остальным; 39,3% относятся к таким пациентам как к пациентам, требующим особого подхода. В то же время, 12,7%

опрошенных относятся к таким пациентам с опасением. Связи между отношением к ВИЧ-положительным пациентам и наличием риска инфицирования ВИЧ при контактах с такими пациентами не установлено. **Дискуссия в фокус-группах позволила уточнить, что** риск инфицирования на рабочем месте минимизируется правильными действиями врача при инвазивных процедурах и аварийных ситуациях. Кроме того, при инвазивных процедурах существуют и другие риски, например, риск инфицирования гепатитом С. Поскольку ВИЧ-статус многих пациентов врачам не известен, меры безопасности должны соблюдаться при контактах с биологическими жидкостями всех пациентов без исключения.

3. Анализ и сравнение результатов фокус-групп с результатами опроса позволяет в качестве гипотезы сделать вывод о том, что **толерантность к конкретным ЛЖВ (например, пациентам, коллегам и т.д.) в реально существующих обстоятельствах значительно выше, чем толерантность «абстрактная» по отношению к обстоятельствам гипотетическим**, с которыми люди сталкиваются редко или не сталкиваются вообще (например, покупка продуктов у ВИЧ-положительного продавца). Так, например, по результатам опроса 21,3% врачей отрицательно относятся к тому, что ВИЧ-положительный человек будет работать педагогом в школе. А фокус-группы показали, что врачи не видят смысла вводить для ВИЧ-положительных людей какие-либо ограничения, как в обычной жизни, так и в трудовой деятельности и в целом, и в отношении своих коллег (в случае ВИЧ-положительного статуса врача). Также, когда дискуссия касалась конкретных аспектов работы с ВИЧ-положительными пациентами на основании имеющегося в этой области опыта участников фокус-групп, отношение врачей к пациентам-ЛЖВ можно охарактеризовать как вполне толерантное. **Таким образом, уровень толерантности к ЛЖВ при обсуждении гипотетических людей и ситуаций снижается, а при обсуждении реальных жизненных и профессиональных коллизий, соответственно, повышается.**
4. При работе с ВИЧ-положительными пациентами врачи **отмечают повышенную психологическую нагрузку**: 38% медработников отмечают, что с ВИЧ-положительными пациентами им работать психологически тяжелее. **При этом психологические аспекты работы с ВИЧ-положительными пациентами не связаны с опасениями по поводу при контактах с такими пациентами.** Так, среди респондентов, опасаящихся инфицирования ВИЧ, 35,7% отметили, что им работать психологически тяжелее; среди тех, кто такого заражения не боится, – 38,2%. Поэтому причины психологического дискомфорта врачей при работе с ВИЧ-положительными пациентами и возможные пути преодоления такой ситуации нуждаются в дальнейших исследованиях.

4. ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

1. Опрос показал, что **отношение врачей к потребителям инъекционных наркотиков является неоднозначным.** С одной стороны, у врачей есть понимание того, что ПИН являются людьми с зависимостью и нуждаются в лечении. Также большинство респондентов (72,7%) считают, что к потребителям инъекционных наркотиков надо относиться как к больным людям. Вредной привычкой, а не заболеванием, инъекционное наркопотребление считают только 24% опрошенных. 77,3%

респондентов согласны с тем, что потребителям инъекционных наркотиков должны быть созданы условия для лечения, реабилитации и трудоустройства. С другой стороны, распространены мнения о том, что лечение ПИН должно быть принудительным. Так, большинство (67,3%) врачей считают, что потребителей инъекционных наркотиков нужно лечить принудительно; с тем, что их нужно лечить на добровольной основе, согласны только четверть (26%) респондентов. Также 38% опрошенных считают, что потребители инъекционных наркотиков представляют угрозу для жизни других людей, поэтому их необходимо изолировать; не согласны с этим 30%, а затруднились с ответом – 32% врачей.

2. Дискуссия в фокус-группах позволила уточнить результаты опроса, а также **конкретизировать понятие «толерантное отношение врачей к потребителям инъекционных наркотиков», выявив три уровня этого отношения:**
 - отношение к инъекционному потреблению как к социальному явлению;
 - отношение к инъекционным наркопотребителям в целом;
 - отношение к пациентам ПИН.
3. **Отношение врачей к инъекционному наркопотреблению как к социальному явлению является отрицательным.** Это связано, прежде всего, с криминальными аспектами наркопотребления и опасностью неадекватного поведения наркопотребителя для других людей. Именно поэтому часть врачей считает, что ПИН надо отправлять на принудительное лечение. При этом врачи понимают низкую эффективность принудительного лечения, но не видят другой возможности минимизировать опасное поведение ПИН. То есть основанием для принудительного лечения ПИН является, прежде всего, опасность наркопотребителя для общества и неадекватность его поведения в состоянии наркотического опьянения. В связи с этим, целью принудительного лечения является, в первую очередь, изоляция человека с общественно опасным поведением или совершившим правонарушение. Если социально опасного поведения нет, то нет и необходимости в принудительном лечении. Также некоторые участники фокус-групп говорили о принудительном лечении как первом этапе, мотивирующем наркопотребителя на дальнейшее добровольное лечение. Таким образом, получило объяснение противоречие, установленное по результатам опроса.
4. **Отношение к самим инъекционным наркопотребителям у врачей отношение сочувственное,** как к больным и зависимым людям (при условии отсутствия асоциального поведения).
5. **Отношение врачей к ПИН-пациентам в части качества оказания медицинской помощи ничем не отличается от отношения к другим пациентам.** При этом, личное отношение к ПИН у врачей связано, в первую очередь с тем, как ведет себя сам пациент-ПИН. **Поведение многих пациентов-ПИН, как правило, отличается от поведения других пациентов в худшую сторону** (проявления агрессии, грубости, потребительское отношение, нарушение режима лечения в стационаре и т.д.). Также проблемой при оказании медицинской помощи наркопотребителям зачастую является **отношение пациента-ПИН к лечению и профилактике.** Многие наркопотребители не являются на прием к врачу. Тогда медицинским работникам приходится разыскивать их, посещая по месту жительства (иногда в сопровождении сотрудников милиции). Врачи отмечают, что условия медобслуживания таких ПИН могут быть лучше, чем у обычных пациентов (например, прием без очереди, посещение разных

специалистов в течение одного посещения поликлиники и т.д.). Участники фокус-групп понимают, что неадекватное поведение пациентов ПИН может быть связано и с их зависимостью и считают, что права пациентов-ПИН в части медицинского обслуживания должны быть такими же, как и у остальных пациентов. Например, участники фокус-групп отрицательно относятся к изоляции ПИН и оказанию им медицинской помощи (не наркологической) в рамках специальных медицинских учреждений. Большинство участников фокус-групп считают, что такая помощь должна оказываться пациентам с зависимостями в обычных медицинских учреждениях (не специализированных наркологических).

6. Таким образом, фокус-группы позволили определить и другую сторону вопроса толерантного отношения врачей к пациентам-ПИН, а именно, **проблему некорректного или неадекватного поведения таких пациентов как по отношению к лечению в целом, так и по отношению к врачам в процессе посещения и лечения в медицинских учреждениях.** Различные аспекты этой проблемы требуют дальнейшего исследования.

5. ОТНОШЕНИЕ К МУЖЧИНАМ, ИМЕЮЩИМ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

1. Опрос показал, что **отношение врачей к мужчинам, имеющим секс с другими мужчинами (МСМ) является неоднозначным.** Почти половина (46,7%) респондентов относятся к ним так же, как и к другим людям; 40,7% - отрицательно; 12,7% затруднились в ответе на данный вопрос. Такое же неоднозначное отношение сохраняется и при оценке гипотетической ситуации, когда станет известно, мужчина из числа их хороших знакомых имеет сексуальные отношения с мужчинами. 42% опрошенных отметили, что их отношение к такому человеку не изменится, а 40,6% респондентов отметили возможные негативные последствия такой ситуации (в такой ситуации они или будут общаться с таким мужчиной меньше, или разорвут с ним отношения.). 17,3% респондентов не имеют определенного мнения по данному вопросу.
2. Дискуссия в фокус-группах позволила уточнить специфику этого отношения, а также **конкретизировать само понятие «толерантное отношение врачей к МСМ», выявив три уровня этого отношения:**
 - отношение к сексуальным отношениям мужчин с мужчинами как к социальному явлению;
 - личное отношение к мужчинам, имеющим секс с другими мужчинами в целом;
 - отношение к пациентам - МСМ.
3. К самому явлению (сексуальным отношениям мужчин с мужчинами) **врачи, как правило, относятся нейтрально или негативно.** Негативное отношение связано как с восприятием данного явления как заболевания или отклонения от нормы, так и с демонстративным поведением МСМ, популяризацией таких отношений. При отсутствии ярко выраженной популяризации такого сексуального поведения, и если оно не касается участников лично или членов их семьи, отношение к самому явлению является нейтральным. Также негативным является отношение к институционализации однополых отношений между мужчинами (однополых браков, усыновления детей и пр.).

4. **Отношениях к конкретным людям такой сексуальной ориентации в большинстве является нейтральным.** Нейтральным является отношение как к знакомым MSM, так и к другим людям, и не зависит от их сексуальной ориентации. Также нейтральным является и отношение к мужчинам, имеющим секс с мужчинами как к членам своего трудового коллектива или как к представителям различных профессий (парикмахерам, поварам, автомеханикам, врачам). Наиболее противоречивое отношение к работе MSM педагогом. Причем в случае наличия знакомых педагогов-MSM, то отношение к ним нормальное без оговорок. Если речь идет об абстрактном педагоге-MSM, то отношение к такому специалисту нейтральное, но, прежде всего, при условии, что педагог не будет популяризировать однополые отношения среди детей. А негативное отношение, в первую очередь, связано с опасениями по поводу того, что такой педагог начнет пропагандировать однополые отношения среди детей и подростков, что также можно рассматривать как проявление стереотипов в отношении MSM. При этом наличие демонстративного поведение со стороны даже знакомых MSM оценивается негативно. Таким образом, **популяризация однополых контактов среди мужчин, поведение, направленное на установление таких контактов, оценивается негативно как на уровне социального явления в целом, так и на уровне личных контактов с MSM.**
5. Поведенческий риск MSM врачи оценивают как высокий, особенно в части инфицирования ВИЧ. При этом риск ВИЧ-инфицирования половым путем среди обычного населения также оценивается как высокий. **Личное отношение к самому явлению (сексу мужчины с мужчинами) врача не оказывает влияния на отношение к такому мужчине как к пациенту, помощь ему будет оказываться так же, как и любому другому пациенту.**

6. ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ЗА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ

1. Опрос показал, что отношение врачей к людям, оказывающим сексуальные услуги за деньги/вознаграждение, также неоднозначное. Так, 24% респондентов относятся к ним так же, как и к другим людям; 46% - отрицательно; 30% затруднились в ответе на данный вопрос. Существенных различий между отношением респондентов к мужчинам и женщинам, оказывающим сексуальные услуги за вознаграждение, не установлено. Почти половина (44%) респондентов считают, что необходимо ужесточить наказание за предоставление сексуальных услуг за вознаграждение. Почти треть опрошенных (31,3%) также считают, что наказание необходимо ввести и для клиентов, покупающих сексуальные услуги. 82,7% опрошенных медработников согласны с тем, что если человек, оказывающий сексуальные услуги, подвергся насилию со стороны клиента, то ей (ему) должна быть оказана помощь в полном объеме, несмотря на нарушение закона. Вместе с тем, 31,3% респондентов считают, что все свои проблемы лица, оказывающие сексуальные услуги, должны решать самостоятельно.
2. Дискуссия в фокус-группах позволила уточнить результаты опроса, а также конкретизировать понятие «толерантное отношение врачей к работникам секс-бизнеса», выявив три уровня этого отношения. При этом акцент был сделан на

изучении отношения участников фокус-групп к женщинам секс-бизнеса (ЖСБ). Установлено, что толерантность по отношению к ЖСБ, как и в случае предыдущих уязвимых групп, проявляется на трех уровнях:

- отношение к коммерческому сексу как к социальному явлению;
- личное отношение к женщинам секс-бизнеса (ЖСБ);
- отношение к пациентам - ЖСБ.

3. **Отношение врачей к секс-бизнесу (женщин) как к социальному явлению является достаточно толерантным.** Данное явление рассматривается как неизбежное в любом обществе. Также весьма толерантным является отношение к идее легализации секс-бизнеса, поскольку это позволит обследовать работников коммерческого секса и минимизировать распространение ВИЧ и ИППП среди них и их клиентов.
4. **Личное отношение разным к ЖСБ является различным – от негативного и безразличного до сочувственного.** Также различаются и мнения врачей относительно клиентов ЖСБ – от негативного до нейтрального, когда покупка секс-услуг мужчинами оценивается как нормальное и вполне естественное явление, имеющее разные причины. Негативное отношение к клиентам связано с тем, что покупка секса рассматривается в контексте распространения инфекционных заболеваний.
5. **Личное отношение врачей к ЖСБ не оказывает влияние на их отношение к женщинам из группы ЖСБ как к пациентам.** При этом, в отличие от пациентов-ПИН или ВИЧ-положительных пациентов, статус женщин как ЖСБ врачам, как правило, известен редко и может быть установлен только по косвенным признакам (большое количество контактов, рассказы самой женщины и пр.). Если даже будет известно, что женщина оказывает сексуальные услуги за вознаграждение, это никак не скажется на отношении к ней врачей как к пациентке. Более того, знание врачом статуса женщины (в том числе и ВИЧ) будет способствовать тому, что врач проведет обследование, учитывая уровень поведенческих рисков женщины.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ результатов исследования позволил уточнить само понятие толерантного отношения медицинских работников к уязвимым группам, а именно определить сложную структуру данного понятия через рассмотрение указанного отношения на различных уровнях:

- **на уровне отношения к социальному явлению**, формирующему конкретную уязвимую группу (инъекционное наркопотребление, секс-бизнес, сексуальные отношения мужчин с мужчинами);
- **на уровне отношения к людям, входящим в уязвимую группу**, как к носителям признаков или поведенческих особенностей данной группы;
- **на уровне отношения к пациентам, входящим в уязвимую группу**, при оказании им медицинской помощи.

Исследование показало, что отношение к уязвимым группам на первых двух уровнях формируется у врачей, как и у других групп населения, под влиянием совокупности различных факторов (культурно-исторических традиций, норм и ценностей всего общества в целом, существующих стереотипов, уровня приемлемости поведенческих особенностей уязвимых групп, личного опыта общения и многих других).

А вот отношение врачей к представителям уязвимых групп при оказании им медицинской помощи (уровень толерантности к пациентам) – это несколько другая категория, на формирование которой оказывают определяющее влияние именно факторы профессиональной принадлежности к медицинской специальности (понимание профессионального врачебного долга, гуманное отношение к пациентам, желание оказать помощь, соответствующая профессиональная подготовка, личностные качества и другие). При этом достаточно низкий уровень толерантности к различным социальным явлениям, формирующим уязвимые группы (например, наркопотреблению, сексуальным отношениям мужчин с мужчинами) мало влияет на уровень толерантности к пациентам-представителям указанных групп, который является высоким.

Таким образом, **отношение к явлению, к просто человеку из уязвимой группы и к пациенту-представителю уязвимой группы нельзя рассматривать как тождественные понятия.**

2. Исследование также показало, что **толерантное отношение на каждом из выявленных уровней может иметь свою специфику.** Так, наличие высокого уровня толерантности к пациентам-представителям уязвимой группы не противоречит низкому уровню толерантности к самому явлению, формирующему данную группу. Например, все участники фокус-групп оценили наркопотребление как негативное явление, что не помешало им проявлять толерантное отношение к ПИН как к пациентам. Или негативное отношение к секс-бизнесу никак не сказывается на отношении к пациентам-ЖСБ.

В целом, оценки уровня толерантности, по отношению к рассматриваемым уязвимым группам на трех выявленных уровнях, можно представить обобщенно следующим образом (Табл. 26)

Таблица 26.

Отношение к ЛЖВ	
Социальное явление	Нейтральное (как к другим заболеваниям)
Люди-представители уязвимой группы	Нейтральное или сочувственное. Наибольший уровень толерантности выявлен по отношению к ЛЖВ, входящих в ближний круг общения, наименьший – по отношению к незнакомым ЛЖВ. Толерантность к конкретным ЛЖВ (например, пациентам, коллегам и т.д.) в реально существующих обстоятельствах значительно выше, чем толерантность «абстрактная» по отношению к обстоятельствам гипотетическим
Пациенты-представители уязвимой группы	Нейтральное или сочувственное. У части врачей отмечается повышенная психологическая нагрузка при работе с пациентами ЛЖВ. При этом психологические аспекты работы с ВИЧ-положительными пациентами не связаны с опасениями по поводу ВИЧ-инфицирования при оказании медицинской помощи таким пациентами
Отношение к ПИН	
Социальное явление	Отрицательное

Люди-представители уязвимой группы	Нейтральное или отрицательное (в основном, из-за боязни противоправных действий и неадекватного поведения ПИН)
Пациенты-представители уязвимой группы	Нейтральное или сочувственное. Отмечаются трудности работы с пациентами ПИН, связанные с некорректным поведением части пациентов-ПИН и безответственным отношением пациентов-ПИН к лечению и профилактике.
Отношение к МСМ	
Социальное явление	Нейтральное или отрицательное
Люди-представители уязвимой группы	Нейтральное или отрицательное (при наличии демонстративного поведения, популяризации гомосексуальных отношений между мужчинами)
Пациенты-представители уязвимой группы	Нейтральное
Отношение к ЖСБ	
Социальное явление	Нейтральное или отрицательное
Люди-представители уязвимой группы	Нейтральное
Пациенты-представители уязвимой группы	Нейтральное

*Нейтральное – как к остальным людям/пациентам

Поэтому **информационную работу среди целевой группы по повышению уровня толерантности, определение ее целей, задач и желаемых результатов рекомендуется проводить с учетом содержательной специфики понятия «толерантность» на выявленных трех уровнях.**

2. Недостаточно исследованным является **уровень толерантности и уровень знаний по ВИЧ для среднего медицинского персонала.** Такая проблема обозначена в ходе групповых дискуссий, однако ее распространенность требует дополнительных исследований.

3. Исследование выявило у части врачей **наличие излишних опасений по передаче ВИЧ несуществующими путями.** Рекомендуется продолжение информирования медработников по вопросам путей передачи ВИЧ, особенно при бытовых контактах.

4. При оказании медицинской помощи представителям уязвимых групп врачи также сталкиваются с неадекватным отношением и поведением со стороны части пациентов (например, ПИН). **Распространенность таких ситуаций, а также уязвимость врачей в таких ситуациях при работе с отдельными затронутыми ВИЧ группами требуют дальнейшего изучения.**

5.В дальнейших количественных и качественных исследованиях при изучении понятия «толерантность» **рекомендуется разработка научного протокола исследования построение эмпирических индикаторов исследования с учетом трех установленных уровней категории «толерантное отношение».**