

**Укрепление способности организаций в регионе Восточной Европы и Центральной Азии
проводить исследования с участием представителей сообществ**

**«PrEP FOR LIFE»: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ДО-КОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ
(ДКП) И ЕЕ ПРИЕМЛЕМОСТЬ СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С
МУЖЧИНАМИ (МСМ), в г. КИЕВЕ, УКРАИНА.**

ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Список таблиц..... | 3 |
| Благодарности..... | 4 |
| Рекомендуемое цитирование..... | 5 |
| Резюме..... | 6 |
| Часть 1. Вступление..... | 9 |
| Часть 2. Цели и задачи исследования..... | 11 |
| Часть 3. Методология исследования..... | 12 |
| Часть 4. Результаты..... | 15 |
| Часть 5. Выводы и заключение..... | 26 |
| Список литературы..... | 27 |

СПИСОК ТАБЛИЦ

| | |
|---|----|
| Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов..... | 15 |
| Таблица 2. Сексуальное поведение респондентов..... | 16 |
| Таблица 3. Знания и установки в отношении ВИЧ-инфекции..... | 17 |
| Таблица 4. Осведомленность и знания о ДКП..... | 18 |
| Таблица 5. Опыт использования ДКП..... | 18 |
| Таблица 6. Приемлемость ДКП..... | 19 |
| Таблица 7. Предпочтение мест получения ДКП и готовность оплачивать ДКП..... | 21 |
| Таблица 8. Модель Намерены использовать ДКП..... | 23 |

БЛАГОДАРНОСТИ

Общественная организация «Центр социального развития и поддержки здоровья мужчин» (Фонд menZDRAV) выражает благодарность всем тем, кто внес вклад в разработку дизайна исследования, его протокола и инструментария, и в частности – комитету сообщества, научному комитету исследования, и Этическому комитету Киевской городской клинической больницы № 5, Киевскому городскому Центру по профилактике и борьбе со СПИДом за одобрение исследования.

Также мы хотели бы поблагодарить всех интервьюеров, кто осуществлял сбор данных, описанных в настоящем отчете, и всем респондентам, принявшим участие в данном исследовании, за то, что они делились своей личной информацией, убеждениями и мнениями, без которых проведение этого исследования было бы невозможным.

Мы также выражаем благодарность ЭФЬЮ Интернешнл за техническую поддержку на всех этапах проведения исследования и Министерству иностранных дел Королевства Нидерланды за финансовую поддержку.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ЦИТИРОВАНИЕ

Филиппов, Д., Постнов, А., Юрченко А., Мартыненко, Е. *PrEP for Life: осведомленность о до-контактной профилактике ВИЧ (ДКП) и ее приемлемость среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) в г. Киеве, Украина: Отчет об исследовании.* Фонд menZDRAV. Киев, Украина. 2018 г.

Filippau, D., Postnov, O., Yurchenko, O., Martynenko, O. *PrEP for Life: Awareness and Acceptability of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men in Kiev, Ukraine: A Study Report.* menZDRAV Foundation. Kiev, Ukraine. 2018.

РЕЗЮМЕ

Вступление

До-контактная профилактика ВИЧ (ДКП) – это применение антиретровирусной терапии (АРТ), используемой для лечения ВИЧ-инфекции, с целью предотвращения инфицирования ВИЧ среди людей с отрицательным ВИЧ-статусом. В настоящее время ДКП признана новым и основополагающим биомедицинским компонентом комбинированных подходов по профилактике ВИЧ.

Ряд последних рандомизированных контролируемых исследований и клинических испытаний однозначно продемонстрировали эффективность ежедневного приема ДКП в профилактике ВИЧ среди людей, подверженных высокому риску инфицирования, включая мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). Еще в 2012 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала ДКП для профилактики ВИЧ среди МСМ, как один из компонентов комплексного пакета услуг в связи с ВИЧ. В 2015 году ВОЗ расширила эти рекомендации, включив в нее всех людей с высоким риском инфицирования ВИЧ.

МСМ в Украине остаются группой населения, наиболее подверженной ВИЧ. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ в г. Киеве составляет более 10%. На фоне реальной и предполагаемой стигмы и дискриминации, в том числе со стороны медицинских учреждений и их сотрудников, МСМ сталкивается с рядом структурных и системных барьеров, которые влияют на их доступ и использование услуг по профилактике ВИЧ и усугубляют их риск инфицирования.

Эффективность ДКП зависит от многих факторов, среди которых: (1) приверженность приему препаратов и строгое соблюдение предписаний врача; (2) регулярное взаимодействие пользователей ДКП с медицинским специалистом; (3) готовность и потенциал системы здравоохранения для предоставления ДКП; (4) потенциальные барьеры на пути к доступу к услугам для людей, подверженных высокому риску ВИЧ-инфицирования, включая стигму и дискриминацию. Уровень осведомленности и приемлемости ДКП среди различных групп населения с высоким уровнем инфицирования ВИЧ, также является ключевым фактором. Результаты многих международных исследований говорят о различных уровнях осведомленности и приемлемости ДКП в различных группах населения при различных условиях и контекстах.

Чтобы оценить потенциальную пользу, практическую ценность и применимость ДКП для сообщества в качестве дополнительной стратегий профилактики ВИЧ, очень важно сперва оценить уровень осведомленности и приемлемости ДКП и понять индивидуальные и демографические факторы, которые могут повлиять на приемлемость ДКП и ее использование.

Исследование

С октября 2017 г. по март 2018 г. Фондом menZDRAV при участии сообщества и поддержке ЭФЬЮ Интернешнл было проведено исследование по ДКП среди МСМ в г. Киеве. В этом исследовании были изучены такие вопросы, как уровень осведомленности МСМ о ДКП, степень приемлемости ДКП и факторы, связанные с готовностью п ДКП в г. Киеве.

Это кросс-секционное исследование проводилось в виде индивидуальных структурированных интервью с респондентами из числа MSM с использованием специально разработанного опросника, размещенного на сервисе SurveyMonkey. Интервью проводились специально подготовленными интервьюерами, представителями сообщества MSM. Респонденты для участия в исследовании привлекались методом «случайной выборки» и методом «снежного кома». Критериями включения в исследование были: мужчина, имевший секс с мужчинами за последние 12 месяцев; возраст 18 и более лет; отрицательный или неизвестный ВИЧ-статус (на основании самоотчета респондента); дал письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании; ранее не участвовал в исследовании.

Респондентам исследования относительно знаний о ДКП, ее приемлемости и готовности использовать в целях профилактики ВИЧ, предлагалось ответить на ряд утверждений по шкале Лайкерта. Совокупные оценки утверждений относительно уровня знаний о ДКП классифицировали респондентов на четыре категории: (1) «нет знаний о ДКП»; (2) «очень низкий уровень знаний»; (3) «умеренный уровень знаний», и (4) «высокий уровень знаний». Аналогично совокупные оценки утверждений относительно приемлемости и готовности использовать ДКП классифицировали MSM на «намерены использовать» и «не заинтересованы использовать» ДКП.

Логистическая регрессия использовалась для определения факторов, связанных с приемлемостью ДКП. Анализ полученных данных проводился в SPSS.

Результаты

В исследовании приняли участие 202 MSM в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст 27 лет, SD 6.9); 77% участников имели высшее образование; четверть являлись студентами, 43% имели постоянную полную занятость в качестве наемного работника. Среднемесячный доход составлял ориентировочно 565 долларов США (SD 448,5). 78% респондентов не состояли в официальном браке или гражданском партнерстве с женщиной или женщиной, 35% проживали одни и 22% – с партнером-мужчиной.

Более 90% респондентов имели сексуальные контакты с мужчинами на протяжении последних шести месяцев, медианное число партнеров мужчин составило 4 человека (IQR 2,0-10,0). Только 19% респондентов, у которых был секс с мужчинами за последние полгода, имели одного партнера-мужчину. Из числа респондентов, имевших сексуальные контакты с мужчинами за последние полгода, 62% имели незащищенный анальный секс в любой роли, в том числе половина – в активной роли, почти половина – в пассивной роли. Из 29 респондентов, у которых были сексуальные контакты с партнерами, имеющими установленный ВИЧ-позитивный статус, половина (14 человек) имели незащищенный анальный секс.

Лишь 65% респондентов ответили правильно на все пять стандартных вопросов о путях передачи и средствах профилактики ВИЧ-инфекции. Больше трети респондентов свой собственный риск инфицироваться ВИЧ половым путем оценили, как высокий или очень высокий, и две пятых – собственный риск инфицироваться ИППП половым путем. При этом, из 79 респондентов, которые оценили свой риск инфицироваться ИППП как высокий или очень высокий, 16,5% оценили риск инфицироваться ВИЧ как отсутствующий или низкий.

67% респондентов заявили, что знают, что такое ДКП, 64% – что слышали о людях, у которых нет ВИЧ, но которые принимают антиретровирусные препараты каждый день на протяжении месяцев или лет. 66% опрошенных MSM оценили уровень своих знаний о ДКП как умеренно высокий или высокий, в то же время 67% выбрали одно или два правильных определения ДКП. Однако, больше половины респондентов выбрали одно или два неправильных определения ДКП, в том числе 19% считают, что ДКП значительно снижает риск инфицирования ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Только 35% респондентов заинтересованы в использовании ДКП и 45% намерены использовать ДКП, если она станет доступной в Украине, столько же – готовы рекомендовать ДКП своим друзьям и знакомым.

При построении логистической регрессионной модели статистически значимыми факторами, связанными с намерением использовать ДКП, когда она станет доступной в Украине, стали: (1) образование неполное высшее, базовое высшее (AOR 0,21; CI95% 0,07; 0,68) и полное высшее, ученая степень (AOR 0,21 CI95% 0,06; 0,71); (2) незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в любой роли за последние шесть месяцев (AOR 3,71; CI95% 1,54; 8,93), и (3) наличие искаженных представлений о ДКП (AOR 0,27; CI95% 0,10; 0,75).

46% опрошенных респондентов предпочли бы получать ДКП в организациях на базе сообществ, а 23% – в аптеке. 30% не имеют никаких предпочтений по месту получения ДКП.

Больше половины опрошенных МСМ считают, что ДКП должна быть полностью бесплатной, 36% – частично платной. При этом, среди респондентов, которые допускают оплату ДКП, медиана суммы, которую респонденты готовы оплачивать ежемесячно составила 19 долларов США.

Выводы

Респонденты, вошедшие в опрошенную выборку, характеризовались высоким уровнем образования, достаточно высоким (по сравнению со страновым показателем) уровнем доходов. Среди респондентов очень часто практикуется незащищенный анальный секс с партнерами мужчинами, в том числе с ВИЧ-положительными партнерами.

Опрошенные МСМ продемонстрировали достаточно низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции и искаженную самооценку риска инфицироваться ВИЧ и ИППП половым путем.

Достаточно много респондентов слышали о ДКП ранее и продемонстрировали высокий уровень знаний о ДКП. В то же время, значительная часть респондентов имели неправильные представления о ДКП.

Почти половина респондентов намерены использовать ДКП если она будет доступна в стране. При этом большая часть респондентов предпочла бы получать ДКП на базе организаций сообщества и в аптеках, однако для трети респондентов не имеют предпочтений относительно места получения ДКП.

При построении логистической регрессионной модели статистически значимыми факторами, связанными с намерением использовать ДКП, когда она станет доступной в Украине, стали: (1) образование неполное высшее, базовое высшее (AOR 0,21; CI95% 0,07; 0,68) и полное высшее, ученая степень (AOR 0,21 CI95% 0,06; 0,71); (2) незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в любой роли за последние шесть месяцев (AOR 3,71; CI95% 1,54; 8,93), и (3) наличие искаженных представлений о ДКП (AOR 0,27; CI95% 0,10; 0,75). Снижающее влияние более высоких уровней образования на наличие намерения использовать ДКП явилось неожиданной находкой, объяснение которой требует дополнительных исследований.

Заключение

Поскольку 35% МСМ в этом исследовании намерены использовать ДКП и высокий уровень распространенности незащищенного анального секса с мужчинами, в том числе с ВИЧ-положительными партнерами, ДКП может стать жизнеспособным дополнением к комплексным стратегиям профилактики ВИЧ для МСМ в г. Киеве. Проекты, изучающие эффективность ДКП в реальных условиях жизни, включая определение вопросов, связанных с приверженностью к ДКП и логистикой (места и модели предоставления ДКП, а также мониторинг ДКП), должны стать следующим важным шагом для будущего внедрения и развития ДКП в г. Киеве.

ЧАСТЬ 1: ВСТУПЛЕНИЕ

В настоящее время профилактика ВИЧ-инфекции в глобальном масштабе сфокусирована на комбинированных подходах, которые включают одновременное и всестороннее использование стратегий, направленных на: изменение рискованного поведения (социальный маркетинг презервативов, лубрикантов в целях безопасного сексуального поведения; шприцев и стерильного инструментария для людей, употребляющих инъекционные наркотики и т.д.); структурных интервенций (адвокация, устранение стигмы и дискриминации, изменения политик и законов на местном уровне, реформы здравоохранения) и биомедицинских интервенций (1,2,3).

Биомедицинская профилактика включает в себя три основных подхода (2):

- (1) Профилактика как лечение (TasP): раннее начало антиретровирусной терапии (АРТ) для подавления вируса и снижения риска последующей передачи;
- (2) Пост-контактная профилактика (PEP/ПКП): применение АРТ ВИЧ-отрицательными людьми после контакта с вирусом;
- (3) До-контактная профилактика (PrEP/ДКП): применение АРТ ВИЧ-отрицательными людьми до предполагаемого или ожидаемого контакта с вирусом, чтобы снизить риск инфицирования ВИЧ.

Ряд международных рандомизированных контролируемых исследований продемонстрировал, что ежедневный пероральный прием ДКП значительно снижает риск передачи ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) (4), гетеросексуальных мужчин и женщин (5-9) и людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) (10) в сочетании с другими методами профилактики ВИЧ, такими как использование презервативов. Хотя эти клинические испытания наглядно продемонстрировали эффективность ДКП, открытые расширенные исследования, демонстрационные проекты в Европе и США, наблюдательные исследования и наблюдения из клинической практики, дополнительно продемонстрировали, что ДКП является высокоэффективным инструментом профилактики ВИЧ среди МСМ (7, 11-14). Тем не менее, результаты как контролируемых, так и наблюдательных исследований по ДКП среди МСМ подчеркивают важность приверженности приему ДКП. Паратов ДКП, постоянное консультирование по снижению риска и использование презервативов как важнейшее условие эффективности ДКП (12). Учитывая эти данные, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала включить ежедневный пероральный прием ДКП в комплексный пакет услуг по профилактике ВИЧ среди МСМ во всем мире (1, 15). В настоящее время ДКП одобрена во многих странах мира, как в США, так и в Европе, и в 2017 г. пилотный проект по ДКП был запланирован в рамках Городской целевой программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на 2017-2021 гг. в г. Киеве.

Приемлемость ДКП

Для того, чтобы ДКП была эффективной стратегией профилактики ВИЧ на уровне сообществ, она должна быть доступной и приемлемой. Исследования по приемлемости ДКП среди МСМ проводились как в странах с высоким уровнем дохода, например, в Великобритании (16-18), Нидерландах (19), Португалии (20), Австралии (21, 22), Канаде (23-25) и США (26-30), так и в странах с низким и средним уровнем дохода, например, в Китае (31, 32, 33), Таиланде (34-35), Индии (36), Перу (37, 38, 39, 40),

Южной Африке (41) и Кении (41). Уровень приемлемости ДКП среди МСМ значительно варьировался во всех исследованиях в странах с высоким уровнем дохода (от 13% в Нидерландах до 75% в США), а также в странах с низким и средним уровнем доходов (от 35% в Таиланде до 96% в Перу). Однако, такой диапазон приемлемости может объясняться тем, что использовались разные методы исследования, рекрутинга респондентов и анализа данных. Тем не менее, несмотря на это, в некоторых странах, где проводились такие исследования, были получены аналогичные результаты приемлемости ДКП. Например, три исследования в Таиланде, проведенные разными методами, свидетельствуют о приемлемости ДКП среди МСМ в диапазоне от 35% до 41% респондентов. Аналогичным образом исследования, проведенные различными методами в Китае, свидетельствуют об относительно последовательных уровнях приемлемости ДКП от 63% до 68%.

Во всех этих исследованиях проанализированы факторы, влияющие на приемлемость ДКП среди МСМ. Результаты исследований в странах с низким и средним уровнем дохода показывают, что приемлемость ДКП зависит от стоимости ДКП-аппаратов и медицинских услуг, эффективности, безопасности, побочных эффектов, продолжительности периода использования, дозирования и времени, затраченного на получение ДКП. Например, потенциальные пользователи ДКП в исследовании iPrEx часто сообщали о побочных эффектах, как причинах не принимать ДКП. Другие исследования показали, что чем ниже потенциальные пользователи ДКП обеспокоены побочными эффектами, тем более вероятно они будут использовать ДКП, и вероятно будут более привержены приему препаратов.

В некоторых исследованиях были определены демографические факторы (например, более молодой возраст и более низкий доход), которые связаны с повышением уровня приемлемости ДКП, а другие исследования продемонстрировали взаимосвязь между высоко-рискованным сексуальным поведением (включая большое число сексуальных партнеров, анальный секс без презервативов, предыдущий опыт лечения ИППП и незащищенный секс с ВИЧ-положительными партнерами) и повышением уровня приемлемости ДКП.

Результаты исследований также говорят о взаимосвязи самооценки собственного риска ВИЧ-инфицирования приемлемости ДКП. Выводы из ряда исследований в странах с высоким уровнем дохода и предварительные данные из демонстрационного проекта в Бразилии говорят о более высоком уровне приемлемости ДКП, если респондент оценивает свой собственный риск инфицирования ВИЧ очень высоким. Однако, тайское исследование показало, что более высокий риск отрицательно связан с приемлемостью ДКП; это противоречивое открытие, возможно, частично объясняется низким уровнем фактического риска респондентов или неизмеримыми смешанными факторами. Другие исследования, проведенные в Азии, также показали, что страх и беспокойство относительно инфицирования ВИЧ напрямую связаны с более высоким уровнем приемлемости ДКП. Кроме того, результаты некоторых исследований показали связь между историей тестирования на ВИЧ и приемлемостью ДКП: если респондент проходил несколько раз тест на ВИЧ за последние 12 месяцев, уровень приемлемости ДКП, вероятно, будет более высоким.

ЧАСТЬ 2: ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: оценить уровень осведомленности и приемлемости ДКП среди МСМ, а также факторы, связанные с готовностью использовать услуги по ДКП среди МСМ в г. Киеве.

Задачи исследования:

- 1) Оценить уровень осведомленности и уровень приемлемости ДКП в выборке МСМ в г. Киеве;
- 2) Изучить факторы, связанные с приемлемостью ДКП в выборке МСМ в г. Киеве;
- 3) Изучить факторы, связанные с готовность МСМ в г. Киеве использовать услуги по ДКП.

ЧАСТЬ 3: МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования

Это кросс-секционное исследование проводилось в виде индивидуальных структурированных интервью с респондентами из числа MSM с использованием специально разработанного опросника, размещенного на сервисе SurveyMonkey. Интервью проводились специально подготовленными интервьюерами, представителями сообщества MSM.

Исследование проводилось Фондом menZDRAV при участии сообщества и поддержке ЭФЫО Интернешнл в период с октября 2017 г. по март 2018 г.

Привлечение респондентов

Для построения выборки исследования использовался комбинированный метод:

- 1) Метод «случайной выборки» (convenience sampling): через социальные сети сотрудников исследования к участию в исследовании привлекались их знакомые, а также клиенты общественных организаций сообщества, представляющих услуги по профилактике ВИЧ для MSM;
- 2) Метод «снежного кома» (snowball sample) – при помощи которого будет набрана первоначальная группа респондентов, и которые после проведенного опроса, будут замотивированы интервьюерами приглашать своих знакомых, которые могут принадлежать к генеральной совокупности и представлять интерес для исследования, принять участие в исследовании.

Поскольку одним из недостатков данного метода построения выборки является то, что в результате рекрутинга могла появиться выборка респондентов, которые относятся к одной и той же сети и которые могут не представлять всю целевую популяцию, рекрутинг респондентов в исследование осуществлялся из максимально возможных различных мест, включая:

- Организации сообщества: в качестве партнеров исследования были определены 3 организации сообщества, которые привлекали респондентов и проводили их опрос: «Альянс.Глобал», «Помоги жизни» и Фонд menZDRAV.
- Социо-сексуальные медиа (тематические интернет сайты, социальные сети, сайты знакомств, мобильные приложения для сексуальных знакомств);
- Места встреч (клубы, бары, сауны).

Критерии включения в исследование

В исследовании могли принять участие респонденты, соответствовавшие следующим критериям:

- 1) Мужчина, имевший секс с мужчинами за последние 12 месяцев;
- 2) Возраст: 18 и более лет;
- 3) Отрицательный или неизвестный ВИЧ-статус (на основании самоотчета респондента);
- 4) Дал письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании;
- 5) Ранее не принимал участие в данном исследовании.

Компенсация за участие в исследовании

Респонденты, принявшие участие в исследовании, получали компенсацию за потраченное время в размере 200 гривен (приблизительно 7 долларов США).

Этические вопросы

Протокол и инструментарий исследования были одобрены Локальным комитетом по этике Киевской городской клинической больницы № 5, Киевского городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Исследование проводилось анонимно в наиболее удобное для респондентов время в безопасном пространстве. Никакие личные данные респондентов, позволяющие идентифицировать их личность, не собирались, а данные которые предоставляли респонденты были строго конфиденциальны и сохранялись в электронной базе, защищенной паролем. Все респонденты перед началом опроса подписали информированное согласие на участие в исследовании. Если респондент не желал отвечать на тот или иной вопрос, у него была возможность может пропустить этот вопрос и продолжить участие в исследовании. При выплате вознаграждения за участие в исследовании, данные банковских карт респондентов не собирались.

Сбор и управление данными

Хотя результаты многих международных рандомизированных контролируемых клинических испытаний и обсервационных исследований ясно демонстрируют эффективность ДКП, ключевые вопросы исследования были построены на предположении, что эффективность ДКП на уровне сообщества будет зависеть от ряда местных факторов, которые будут влиять на охват услугами по ДКП и их доступность среди MSM в г. Киеве. Таким образом, в ходе исследования собирались следующие данные:

- 1) *Социально-демографический профиль респондентов:* изучались основные социально-демографические характеристики MSM, принявших участие в исследовании, такие, как возраст, юридическое и фактическое семейное положение, образование, материальное положение, продолжительность проживания в г. Киеве, сексуальная ориентация и гендерная идентичность.
- 2) *Сексуальное поведение:* изучались вопросы, касающиеся мест поиска потенциальных сексуальных партнеров, сексуальных ролей, безопасного и рискованного сексуального поведения как с женщинами, так и мужчинами, с постоянными и случайными партнерами, с последним партнером-мужчиной, вопросы употребления наркотиков и алкоголя, вопросы вовлеченности в секс-бизнес или приобретения сексуальных услуг, а также вопросы относительно осведомленности о ВИЧ-статусе сексуальных партнеров.
- 3) *Серосортинг и личностная оценка риска* позволили определить, какие стратегии используют респонденты для снижения риска ВИЧ-инфицирования и насколько они оценивают собственный риск инфицироваться ВИЧ и другими ИППП.
- 4) *Обращение в медицинские учреждения:* изучались причины обращения респондентов за медицинскими услугами, общего состояния здоровья, вопросы тестирования на ВИЧ, гепатиты и ИППП, удовлетворенности или неудовлетворенности полученными услугами в целом и качеством оказанной медицинской помощи медицинским специалистом при последнем обращении, включая вопросы стигмы и дискриминации в связи с сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью респондента, дружеской и безопасной клинической среды.

- 5) *Осведомленность о ДКП*: изучались вопросы относительно знаний, установок и отношения к ДКП, что респонденты слышали о ДКП, в чем уверены, в чем сомневаются, что бы они хотели знать о ДКП, также оценивался уровень знаний респондентов относительно стоимости ДКП, приверженности, побочных эффектов и их профилактики, частоте обращений в медицинские учреждения с целью мониторинга и т.д.
- 6) *Приемлемость ДКП среди MSM*. Оценка факторов, которые, вероятно, будут важны для эффективности ДКП среди MSM является крайне важной. В исследовании оценивался уровень приемлемости ДКП, как инструмента профилактики ВИЧ среди MSM с более высоким риском инфицирования ВИЧ. Оценка факторов, связанных с приемлемостью ДКП, и выявление потенциальных личных и структурных барьеров, связанных с доступом к услугам, необходимым для эффективного и клинически безопасного предоставления услуг по ДКП, позволила получить важные данные, которые будут использоваться для развития будущих программ и проектов по ДКП среди MSM в Киеве. Оценивался ряд таких факторов в отношении приемлемости ДКП, как: ее стоимость, эффективность, безопасность, побочные эффекты, краткосрочное или долгосрочное использование, частота применения, время, затраченное на получение ДКП, модели и места предоставления услуг по ДКП, люди, задействованные в предоставлении услуг по ДКП, частота обращения в медицинские учреждения с целью мониторинга и оценки эффективности ДКП. Кроме того, при анализе данных приемлемости ДКП учитывалась взаимосвязь демографических факторов (например, возраст, образование и уровень доходов), факторов сексуального риска и поведения (например, большое количество сексуальных партнеров или использование презервативов, анамнез ИППП, секс с ВИЧ-положительным партнером, личностная оценка риска, история тестирования на ВИЧ и др.). Также изучались вопросы «не официального» (не легального) применения ДКП, среди тех респондентов, кто в настоящее время принимает ДКП: параты ДКП, купленные через интернет, или приобретенные другим способом.

Анализ данных

Анализ полученных данных осуществлялся с помощью программного обеспечения SPSS. Для открытых и полуоткрытых вопросов был составлен кодификатор данных и проведен количественный анализ, анализ линейных и парных распределений с использованием критерия хи-квадрат.

Для оценки уровня осведомленности, а также приемлемости ДКП и связанных с ней факторов, респондентам предлагалось ответить на ряд утверждений по шкале Лайкерта (0 - 4). Совокупные оценки утверждений относительно уровня знаний о ДКП классифицировали респондентов на четыре категории: (1) «нет знаний о ДКП»; (2) «очень низкий уровень знаний»; (3) «умеренный уровень знаний», и (4) «высокий уровень знаний». Аналогично совокупные оценки утверждений относительно приемлемости и готовности использовать ДКП классифицировали MSM на «намерены использовать» и «не заинтересованы использовать» ДКП. Средний балл шкалы также применялся для измерения личного опыта использования презервативов и уверенности обсуждать практики безопасного секса с партнерами.

Логистическая регрессия использовалась для определения факторов, связанных с приемлемостью ДКП. Для описания характеристик респондентов применялись методы описательной статистики, а для оценки различий между респондентами из различных подгрупп использовались критерии хи-квадрат.

ЧАСТЬ 4: РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические характеристики

В исследовании приняли участие 202 МСМ возрастом от 18 до 52 лет (средний возраст 27 лет, SD 6.9), 77% участников имели высшее образование (базовое или полное), четверть являлись студентами, 43% имеют постоянную полную занятость в качестве наемного работника. Среднемесячный доход составил 564,9 долларов США (SD 448,5). Большая часть (78%) респондентов не состояли в официальном браке или гражданском партнерстве с мужчиной или женщиной, больше трети (35%) проживали одни, одна пятая (22%) – с партнером-мужчиной. Демографические характеристики выборки описаны в таблице 1.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|---|-------------------------------|-----------------|
| Возраст, n=202 | | |
| среднее, SD | 27,38 | 6,89 |
| медиана, IQR | 26,00 | 9,0 |
| Образование (абс, %), n=202 | | |
| Неполное (базовое) общее, полное общее среднее, среднее-специальное | 47 | 23,3 |
| Неполное высшее, базовое высшее | 73 | 36,1 |
| Полное высшее, ученая степень | 82 | 40,6 |
| Занятость (абс, %), n=202 | | |
| Полная занятость в качестве наемного работника (полный рабочий день) | 87 | 43,1 |
| Частичная занятость в качестве наемного работника (неполный рабочий день) | 39 | 19,3 |
| Полная занятость в собственном бизнесе или в приносящей доход индивидуальной деятельности | 24 | 11,9 |
| Случайные заработки, неполная занятость в собственном бизнесе | 16 | 7,9 |
| Безработный | 8 | 4,0 |
| Студент | 50 | 24,8 |
| Средний месячный доход в долларах США, n=202 | | |

| | | |
|---|-------|---------|
| среднее, SD | 564,9 | 448,5 |
| медиана, IQR | 451,1 | 261-751 |
| Семейное положение (абс, %), n=196 | | |
| Состоит в официальном браке или гражданском партнерстве с женщиной | 35 | 17,9 |
| Состоит в гражданском партнерстве с мужчиной | 8 | 4,1 |
| Не состоит в официальном браке или гражданском партнерстве ни с мужчиной, ни с женщиной | 153 | 78,1 |
| С кем проживает (абс, %), n=202 | | |
| С партнером-мужчиной | 45 | 22,3 |
| С партнершей-женщиной | 1 | 0,5 |
| С родителями | 30 | 14,9 |
| С другими членами семьи | 8 | 4,0 |
| Один | 70 | 34,7 |
| В общежитии, с друзьями, в приюте | 48 | 23,8 |

Сексуальное поведение

Характеристики сексуального поведения респондентов представлены в таблице 2. Более 90% респондентов сообщили о том, что они имели сексуальные контакты с мужчинами на протяжении последних шести месяцев, медианное число партнеров мужчин составило 4 человека (IQR 2,0-10,0). Только одна пятая (19%) часть респондентов, у которых был секс с мужчинами за последние полгода, имели одного партнера мужчину. Из числа респондентов, имевших сексуальные контакты с мужчинами за последние полгода, 62% имела незащищенный анальный секс в любой роли, в том числе половина – в активной роли, почти половина – в пассивной роли. Из 29 респондентов, у которых были сексуальные контакты с партнерами, имеющими установленный ВИЧ-позитивный статус, половина (14 человек) имели незащищенный анальный секс. Почти треть респондентов имела сексуальные контакты с мужчинами за рубежом, и также треть – с иностранцами в Украине.

Одна пятая часть респондентов имели сексуальные контакты с женщинами за последние шесть месяцев, лишь три респондента имели сексуальные контакты с транс-людьми за последние шесть месяцев.

Таблица 2. Сексуальное поведение респондентов

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|---|-------------------------------|-----------------|
| Имели сексуальные контакты когда-либо с мужчиной, женщиной или ТГ, n=200 | 198 | 99,0 |
| Имели сексуальные контакты когда-либо с мужчиной(ми), n=197 | 197 | 100,0 |
| в т.ч. в течение последних шести месяцев, n=196 | 188 | 95,9 |
| среди них – число партнеров мужчин, n=188: | | |

| | | |
|---|-----|----------|
| среднее, SD | 8,8 | 12,2 |
| медиана, IQR | 4,0 | 2,0-10,0 |
| 1 партнер (абс, %) | 39 | 19,3 |
| 2+ партнеров (абс, %) | 149 | 79,3 |
| Имели незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в активной роли за последние шесть месяцев (абс, %), n=186 | 94 | 50,5 |
| Имели незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в пассивной роли за последние шесть месяцев (абс, %), n=186 | 89 | 47,8 |
| Имели незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в любой роли за последние шесть месяцев (абс, %), n=186 | 115 | 61,8 |
| Имели основного партнера (абс, %), n=188 | 75 | 39,9 |
| в т.ч. n=75 | | |
| ВИЧ+ | 14 | 18,7 |
| ВИЧ- | 59 | 78,7 |
| ВИЧ-статус неизвестен | 2 | 2,7 |
| Имели незащищенный анальный секс с основным партнером-мужчиной за последние шесть месяцев (абс, %), n=75 | 57 | 76,0 |
| в т.ч. | | |
| с ВИЧ+ партнером, n=14 | 9 | 64,3 |
| с ВИЧ- партнером, n=59 | 48 | 81,4 |
| с партнером с неизвестным ВИЧ-статусом, n=2 | 0 | |
| Имели постоянного(ых) партнера(ов) в течение последних шести месяцев (абс, %), n=188 | 63 | 33,5 |
| Число постоянных партнеров-мужчин, n=63 | | |
| среднее, SD | 2,1 | 1,6 |
| медиана, IQR | 2,0 | 1,0-2,0 |
| Имели незащищенный анальный секс с постоянными партнерами-мужчинами за последние шесть месяцев (абс, %), n=61 | 33 | 54,1 |
| в т.ч. | | |
| с ВИЧ+ партнером, n=3 | 2 | 66,7 |
| с ВИЧ- партнером, n=55 | 31 | 56,4 |
| с партнером с неизвестным ВИЧ-статусом, n=10 | 4 | 40,0 |
| Имели случайного(ых) партнера(ов) в течение последних шести месяцев (абс, %), n=186 | 128 | 68,8 |

| | | |
|--|-----|---------|
| Число случайных партнеров-мужчин, n=63 | | |
| среднее, SD | 6,8 | 7,5 |
| медиана, IQR | 4,0 | 2,0-8,0 |
| Имели незащищенный анальный секс со случайными партнерами-мужчинами за последние шесть месяцев (абс, %), n=123 | 45 | 36,6 |
| в т.ч. | | |
| с ВИЧ+ партнером, n=12 | 3 | 25,0 |
| с ВИЧ- партнером, n=79 | 33 | 41,8 |
| с партнером с неизвестным ВИЧ-статусом, n=89 | 30 | 33,7 |
| Имели незащищенный анальный секс со ВИЧ+ партнерами-мужчинами за последние шесть месяцев (абс, %), n=29 | 14 | 48,3 |
| Имели сексуальные контакты с мужчинами за плату, n=181 | 24 | 13,3 |
| в т.ч. n=24 | | |
| с мужчинами, которые платили за секс | 21 | 87,5 |
| с мужчинами, которым платили за секс | 3 | 12,5 |
| Имели сексуальные контакты с мужчинами иностранцами за пределами Украины, n=189 | 51 | 27,0 |
| Имели сексуальные контакты с мужчинами иностранцами в Украине, n=189 | 61 | 32,3 |
| Имели сексуальные контакты с женщинами когда-либо, n=189 | 71 | 37,6 |
| Имели сексуальные контакты с женщинами за последние 6 месяцев, n=71 | 14 | 19,7 |
| Имели сексуальные контакты с транс-партнерами когда-либо, n=189 | 10 | 5,3 |
| Имели сексуальные контакты с транс-партнерами за последние 6 месяцев, n=9 | 3 | 33,3 |

Знания и установки в отношении ВИЧ-инфекции

Лишь 65% респондентов (Табл. 3) ответили правильно на все пять стандартных вопросов о путях передачи и средствах профилактики ВИЧ-инфекции.

Больше трети респондентов свой собственный риск инфицирования ВИЧ половым путем оценили, как высокий или очень высокий, и две пятых – собственный риск инфицирования ИППП. При этом из 79 респондентов, которые оценили свой риск инфицирования ИППП, как высокий или очень высокий, 13 (16,5%) оценили риск инфицирования ВИЧ, как отсутствующий или низкий.

Таблица 3. Знания и установки в отношении ВИЧ-инфекции

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|----------------|-------------------------------|-----------------|
|----------------|-------------------------------|-----------------|

| | | |
|--|-----|------|
| Самооценка риска инфицирования ВИЧ от средней до высокой, n=197 | 69 | 35,0 |
| Самооценка риска инфицирования ИППП от средней до высокой, n=196 | 79 | 40,3 |
| Знания о ВИЧ-инфекции (5 вопросов), n=187 | 121 | 64,7 |

Осведомленность и знания о ДКП

Две трети (67%) респондентов (Табл.4) заявили, что знают, что такое ДКП, чуть меньше (64%) – что слышали о людях, у которых нет ВИЧ, но которые принимают антиретровирусные ДКПараты каждый день на протяжении месяцев или лет. Треть (65,6%) опрошенных МСМ оценили уровень своих знаний о ДКП как умеренно высокий или высокий, в то же время две трети (67%) дали одно или два правильных определения ДКП. Однако, больше половины респондентов дали одно или два неправильных определения ДКП, в том числе, 19% считают, что ДКП значительно снижает риск инфицирования ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем.

Таблица 4. Осведомленность и знания о ДКП

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|--|-------------------------------|-----------------|
| Заявили, что знают, что такое ДКП, n=200 | 133 | 66,5 |
| Слышали о людях, у которых нет ВИЧ, но которые принимают антиретровирусные ДКПараты каждый день на протяжении месяцев или лет, n=201 | 129 | 64,2 |
| Оценили уровень своих знаний о ДКП как умеренный или высокий, n=202 | 72 | 35,6 |
| Дали правильные определения ДКП (частично или полностью), n=174 | 116 | 66,7 |
| в том числе: | | |
| ДКП – это таблетка, которая значительно снижает риск инфицирования ВИЧ. Вы должны принимать ее каждый день | 88 | 43,6 |
| ДКП – это таблетка, которую нужно принять за 24 и за 2 часа до секса и затем через 24 и 48 часов после секса | 60 | 29,7 |
| Дали ошибочные определения ДКП, n=174 | 99 | 56,9 |
| в том числе: | | |
| ДКП – это таблетка, которую Вы можете принять после того, как у Вас был риск инфицироваться ВИЧ | 33 | 16,3 |
| ДКП – это таблетка, которая значительно снижает риск инфицирования ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (ИППП) | 38 | 18,8 |
| ДКП – это таблетка, которая значительно снижает риск инфицирования ВИЧ. Вы должны принимать ее один или два раза в неделю | 46 | 22,8 |

Опыт использования ДКП

Одна десятая часть (n=22) опрошенных MSM (Табл. 5) пытались когда-либо получить ДКП, из них 17 – смогли получить. Среди этих 17 респондентов четыре в настоящее время не используют ДКП, 13 – используют в настоящее время.

Таблица 5. Опыт использования ДКП

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|---|-------------------------------|-----------------|
| Когда-либо пытались получить ДКП, n=202 | 22 | 10,9 |
| Смогли получить ДКП, n=22 | 17 | 77,3 |
| Использование ДКП, n=202: | | |
| - Использовали ранее, но в настоящее время не используют | 4 | 2,0 |
| - Используют в настоящее время | 13 | 6,4 |
| - Никогда ранее не использовали и не используют в настоящее время | 185 | 91,6 |

Приемлемость ДКП

Больше трети респондентов (35%) заинтересованы в использовании ДКП (Табл. 6) и почти половина (45%) намерены использовать ДКП, если она станет доступной в Украине. Столько же – готовы рекомендовать ДКП своим друзьям и знакомым.

Среди 142 респондентов, которые заинтересованы в ДКП или колеблются, наибольшее число выбрали такие причины заинтересованности в ДКП:

- Я бы чувствовал себя безопаснее (76% респондентов)
- Я бы чувствовал себя более уверенно (66,2%)
- У меня есть риск инфицироваться ВИЧ (59%)

Среди 134 респондентов, которые не заинтересованы в ДКП или колеблются, наибольшее число указало следующие причины отсутствия заинтересованности в ДКП:

- Я не хочу принимать лекарства каждый (84% респондентов)
- Меня беспокоят побочные эффекты (77%)
- Я беспокоюсь об инфицировании другими ИППП (69%)
- Я не хочу платить за ДКП (68%)

Среди респондентов, которые заинтересованы в ДКП или колеблются, ослабить их заинтересованность могут следующие факторы:

- Наличие побочных эффектов (55%)
- Оплата ДКП (54% респондентов)

В тоже время, усилить заинтересованность могут следующие факторы:

- Необходимость проходить регулярные медицинские осмотры (50%)
- Посещение медицинского учреждения для получения ДКП (48%).

Таблица 6. Приемлемость ДКП

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|---|-------------------------------|-----------------|
| Заинтересованность в использовании ДКП, n=195 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 68 | 34,9 |
| Намерены использовать ДКП когда она станет доступной в Украине, n=200 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - намерены (скорее да, определенно да) (абс, %) | 89 | 44,5 |
| Намерены рекомендовать использовать ДКП своим друзьям и знакомым | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) n=192 | 3,0 | 3,0-4,0 |
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 85 | 44,3 |
| Причины заинтересованности в ДКП (среди тех, кто определенно заинтересован, скорее заинтересован и колеблется – 5 причин): | | |
| 1. Я бы смог заниматься сексом без презерватива n=140 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 52 | 37,1 |
| 2. У меня есть риск инфицироваться ВИЧ n=140 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 3,0-4,0 |
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 84 | 59,2 |
| 3. Я бы чувствовал себя безопаснее n=139 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4 | 4,0-5,0 |
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 106 | 76,3 |
| 4. Я бы чувствовал себя более уверенно n=139 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 3,0-5,0 |
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 92 | 66,2 |
| 5. У меня была бы более удовлетворительная сексуальная жизнь n=139 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |

| | | |
|---|-----|---------|
| - заинтересованы (скорее да, определенно да) (абс, %) | 58 | 41,7 |
| Причины незаинтересованности в ДКП (среди тех, кто определенно не заинтересован, скорее не заинтересован и колеблется – 10 причин): | | |
| 1. Я не хочу принимать лекарства каждый день n=134 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 4,0-5,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 112 | 83,6 |
| 2. Я не хочу платить за ДКП n=133 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 3,0-5,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 90 | 67,7 |
| 3. Меня беспокоят побочные эффекты n=131 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 4,0-5,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 101 | 77,1 |
| 4. Я боюсь, если кто-то заметит, что я принимаю ДКП, обо мне будут плохо думать n=134 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 45 | 33,6 |
| 5. Я не считаю, что ДКП работает n=127 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-3,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 8 | 6,3 |
| 6. Я беспокоюсь об инфицировании другими ИППП n=134 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 3,0-5,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 92 | 68,7 |
| 7. Я и без ДКП хорошо себя защищаю и мне ничего не нужно менять в этом n=133 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 4,0 | 3,0-4,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 82 | 61,7 |
| 8. Я не думаю, что у меня есть риск инфицироваться ВИЧ n=133 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |

| | | |
|--|-----|---------|
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 41 | 30,8 |
| 9. Я не хочу проходить регулярные медицинские осмотры n=134 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 63 | 47,0 |
| 10. Я боюсь, что я буду реже использовать презервативы n=132 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – определенно нет, 5 – определенно да) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-3,0 |
| - не заинтересованы (скорее согласен, определенно согласен) (абс, %) | 22 | 16,7 |
| Факторы, влияющие на заинтересованность респондента в ДКП: «Как изменится ваша заинтересованность в ДКП если...» | | |
| 1. Вы будете должны сами оплачивать таблетки? n=139 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – значительно ослабнет, 5 – значительно усилится) (медиана, IQR) | 2,0 | 2,0-3,0 |
| - ослабнет | 75 | 54,0 |
| - без изменений | 32 | 23,0 |
| - усилится | 32 | 23,0 |
| 2. ДКП означает принимать лекарства каждый день n=141 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – значительно ослабнет, 5 – значительно усилится) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - ослабнет | 65 | 46,1 |
| - без изменений | 18 | 12,8 |
| - усилится | 58 | 41,1 |
| 3. Есть побочные эффекты n=139 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – значительно ослабнет, 5 – значительно усилится) (медиана, IQR) | 2,0 | 2,0-4,0 |
| - ослабнет | 77 | 55,4 |
| - без изменений | 22 | 15,8 |
| - усилится | 40 | 28,8 |
| 4. Вам нужно будет проходить регулярные медицинские осмотры n=142 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – значительно ослабнет, 5 – значительно усилится) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-5,0 |
| - ослабнет | 38 | 27,0 |
| - без изменений | 33 | 23,4 |

| | | |
|---|-----|---------|
| - усилится | 70 | 49,6 |
| 5. Вам нужно будет ходить в больницу за таблетками n=141 | | |
| - оценка по 5-бальной шкале (1 – значительно ослабнет, 5 – значительно усилится) (медиана, IQR) | 3,0 | 2,0-4,0 |
| - ослабнет | 41 | 29,1 |
| - без изменений | 33 | 23,4 |
| - усилится | 67 | 47,5 |

Предпочтение мест получения ДКП и готовность оплачивать ДКП

Почти половина (46%) опрошенных респондентов (Табл. 7) предпочли бы получать ДКП в ЛГБТ комьюнити-центре / НПО, а одна пятая (23%) – в аптеке. Почти треть респондентов (30%) не имеют никаких предпочтений по месту получения ДКП.

Больше половины опрошенных MSM считают, что ДКП должна быть полностью бесплатной, 36% - что ДКП должна быть частично платной. Среди респондентов, которые допускают получение ДКП на платной основе, медиана суммы, которую респонденты готовы оплачивать ежемесячно составила 19 долларов США.

Таблица 7. Предпочтение мест получения ДКП и готовность оплачивать ДКП

| Характеристика | Абс / среднее / медиана | % / SD / IQR |
|--|-------------------------------|-----------------|
| Место получения ДКП: | | |
| 1. В государственной поликлинике/больнице | 29 | 14,4 |
| 2. В частной больнице / медицинском центре | 24 | 11,9 |
| 3. В СПИД-центре | 18 | 8,9 |
| 4. В ЛГБТ комьюнити-центре / НПО | 93 | 46,0 |
| 5. В кожно-венерологическом диспансере | 2 | 1,0 |
| 6. У врача общей практики/семейного врача | 15 | 7,4 |
| 7. В аптеке | 47 | 23,3 |
| 8. Другое | 7 | 3,5 |
| 9. Нет предпочтений | 60 | 29,7 |
| 10. Нет ответа | 3 | 1,5 |
| ДКП должна быть n=202: | | |
| 1. Полностью платной | 13 | 6,4 |
| 2. Полностью бесплатной | 109 | 54,0 |

| | | |
|---|------|----------|
| 3. Частично платной: люди, которые используют ДКП, должны оплатить часть ее стоимости | 72 | 35,6 |
| 4. Нет ответа | 8 | 4,0 |
| Готовность оплачивать ДКП (USD) n=77 | | |
| среднее, SD | 32,4 | 39,0 |
| медиана, IQR | 18,8 | 8,6-37,6 |

Модель намерения использовать ДКП

При построении логистической регрессионной модели (Табл. 8, модель №2) статистически значимыми факторами, связанными с намерением использовать ДКП, когда она станет доступной в Украине, стали: образование неполное высшее, базовое высшее (AOR 0,21; CI95% 0,07; 0,68) и полное высшее, ученая степень (AOR 0,21 CI95% 0,06; 0,71); незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в любой роли за последние шесть месяцев (AOR 3,71; CI95% 1,54; 8,93) и наличие искаженных представлений о ДКП (AOR 0,27; CI95% 0,10; 0,75).

Таблица 8. Модель Намерены использовать ДКП

| Характеристика | не намерены | | намерены | | p | OR | CI95% Lower bound | CI95% Upper bound | Модель №1 | | | | Модель №2 | | | |
|---|-------------|-------------|-----------|-------------|--------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------------|
| | абс | % | абс | % | | | | | p | AOR | CI95% Low bound | CI95% Upper bound | p | AOR | CI95% Low bound | CI95% Upper bound |
| Возраст, n=200 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 47 | 42,3 | 32 | 40,5 | реф | | | | | | | | | | | |
| 25+ | 64 | 52,9 | 57 | 47,1 | ,359 | 1,308 | ,737 | 2,322 | | | | | | | | |
| Образование n=200 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Неполное (базовое) общее, полное общее среднее, среднее-специальное | 20 | 43.5 | 26 | 56.5 | реф | | | | реф | | | | | | | |
| Неполное высшее, базовое высшее | 46 | 63.9 | 26 | 36.1 | 0,031 | ,435 | ,204 | ,926 | ,016 | ,244 | ,077 | ,769 | ,010 | ,213 | ,066 | ,686 |
| Полное высшее, ученая степень | 45 | 54.9 | 37 | 45.1 | 0,217 | ,632 | ,306 | 1,309 | ,014 | ,225 | 0,068 | ,739 | ,011 | ,212 | ,064 | ,702 |
| Средний месячный доход в долларах США, n=200 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-449 | 60 | 63.2 | 35 | 36.8 | реф | | | | реф | | | | | | | |
| 450+ | 51 | 48.6 | 54 | 51.1 | 0.039 | 1.815 | 1.031 | 3.196 | ,405 | 1,416 | ,624 | 3,213 | ,548 | 1,282 | ,570 | 2,881 |
| Семейное положение n=194 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|--------------|--------------|--------------|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Состоит в гражданском партнерстве с мужчиной | 21 | 60.0 | 14 | 40.0 | реф | | | | | | | | | | | |
| Состоит в официальном браке или гражданском партнерстве с женщиной | 3 | 37.5 | 5 | 62.5 | 0,257 | 2,500 | ,513 | 12,175 | реф | | | | | | | |
| Не состоит в официальном браке или гражданском партнерстве ни с мужчиной, ни с женщиной | 84 | 55.6 | 67 | 44.4 | 0,639 | 1,196 | ,566 | 2,529 | | | | | | | | |
| Число партнеров-мужчин n=186 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 28 | 71.8 | 11 | 28.2 | реф | | | | | | | | | | | |
| 2+ | 73 | 49.7 | 74 | 50.3 | ,016 | 2,580 | 1,196 | 5,566 | ,232 | 2,011 | ,639 | 6,333 | ,264 | 1,919 | ,612 | 6,016 |
| Незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в активной роли за последние шесть месяцев (абс, %), n=184 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| не было | 60 | 66.7 | 30 | 33.3 | реф | | | | | | | | | | | |
| был | 40 | 42.6 | 54 | 57.4 | 0,001 | 2,700 | 1,483 | 4,917 | ,260 | 1,686 | ,680 | 4,180 | | | | |
| Незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в пассивной роли за последние шесть месяцев (абс, %), n=184 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| не было | 65 | 67.7 | 31 | 32.3 | реф | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|--------|-------|-------|-------|------|-------|------|--------|------|-------|-------|--------|
| был | 35 | 39.8 | 53 | 60.2 | <0,001 | 3,175 | 1,735 | 5,811 | ,070 | 2,238 | ,936 | 5,352 | | | | |
| Незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в любой роли за последние шесть месяцев (абс, %), n=184 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| не было | 52 | 74.3 | 18 | 25.7 | | | | | | | | | | | | |
| был | 48 | 42.1 | 66 | 57.9 | <0,001 | 3,972 | 2,069 | 7,627 | | | | | ,004 | 3,676 | 1,525 | 8,860 |
| Наличие непостоянных (случайных) сексуальных партнеров-мужчин за последние шесть месяцев n=184 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| были | 64 | 50.8 | 62 | 49.2 | | реф | | | | | | | | | | |
| не было | 36 | 62.1 | 22 | 37.9 | ,155 | ,631 | ,334 | 1,190 | | | | | | | | |
| Самооценка риска инфицироваться ВИЧ n=195 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| отсутствие и низкий | 84 | 66.7 | 42 | 33.3 | реф | | | | | | | | | | | |
| средний - высокий | 23 | 33.3 | 46 | 66.7 | <0,001 | 4,000 | 2,146 | 7,456 | ,089 | 3,299 | ,833 | 13,064 | ,118 | 2,982 | ,759 | 11,719 |
| Самооценка риска инфицироваться ИПП от средней до высокой, n=194 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| отсутствие и низкий | 76 | 66.1 | 39 | 33.9 | реф | | | | | | | | | | | |
| средний - высокий | 31 | 39.2 | 48 | 60.8 | <0,001 | 3,017 | 1,666 | 5,466 | ,695 | 1,307 | ,343 | 4,971 | ,649 | 1,360 | ,361 | 5,126 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|----|-------|--------|-------|-------|--------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Знания о ВИЧ-инфекции (5 вопросов), n=185 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| есть пробелы в знаниях | 35 | 54.7 | 29 | 45.3 | реф | | | | | | | | | | | |
| все правильные ответы | 70 | 57.9 | 51 | 42.1 | ,680 | ,879 | ,478 | 1,619 | | | | | | | | |
| Самооценка знаний о ДКП n=200 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| отсутствие или низкий уровень | 86 | 67.2 | 42 | 32.8 | реф | | | | | | | | | | | |
| средний или высокий уровень | 25 | 34.7 | 47 | 65.3 | <0,001 | 3,850 | 2,093 | 7,081 | ,115 | 2,116 | ,833 | 5,373 | ,084 | 2,245 | ,897 | 5,617 |
| Проверка знаний о ДКП n=174 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ни одного правильного ответа | 46 | 79.3 | 12 | 20.7 | реф | | | | | | | | | | | |
| один или два правильных ответа | 48 | 41.4 | 68 | 58.6 | <0,001 | 5,431 | 2,604 | 11,325 | ,898 | ,929 | ,301 | 2,867 | ,912 | ,939 | ,304 | 2,900 |
| Наличие искаженных представлений о ДКП n=174 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| не было | 23 | 30.7 | 52 | 69.3 | реф | | | | | | | | | | | |
| были | 71 | 71.7 | 28 | 28.3 | <0,001 | ,174 | ,090 | ,337 | ,016 | ,280 | ,100 | ,786 | ,012 | ,267 | ,095 | ,751 |
| Опыт использования ДКП n=200 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| не было | 111 | 60.7 | 72 | 39.3 | реф | | | | | | | | | | | |
| был | 0 | | 17 | 100.0 | 0,998 | NC | | | | | | | | | | |

ЧАСТЬ 5: ВЫВОДЫ и ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Респонденты, вошедшие в опрошенную выборку, характеризовались высоким уровнем образования, достаточно высоким (по сравнению со страновым показателем) уровнем доходов. Среди респондентов очень часто практикуется незащищенный анальный секс с партнерами мужчинами, в том числе – с ВИЧ-позитивными партнерами.
2. Опрошенные MSM продемонстрировали достаточно низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции и искаженную самооценку риска инфицироваться ВИЧ и ИППП половым путем.
3. Достаточно много респондентов слышали о ДКП и показали высокий уровень знаний о ДКП. В то же время, значительная часть респондентов имеют неправильные представления о ДКП.
4. Меньше десятой части опрошенных респондентов имела опыт использования ДКП и почти половина респондентов – намерены использовать ДКП если она будет доступна в стране. Наибольшее влияние на заинтересованность респондентов оказывают факторы, связанные с чувством уверенности и безопасности. Среди респондентов, не заинтересованных в ДКП, наибольшее влияние на формирование такой позиции оказали такие факторы как ежедневный график приема ДКПаратов, побочные эффекты, увеличение риска инфицироваться ИППП и возможная оплата ДКПаратов.
5. Неожиданно было выявлено, что такие факторы как необходимость регулярных медицинских осмотров и посещения лечебного учреждения для получения ДКП оказывают усиливающие заинтересованность в использовании ДКП.
6. Большая часть респондентов предпочла бы получать ДКП в ЛГБТ сервисных организациях и аптеках, однако для трети респондентов не имеют предпочтений относительно места получения ДКП.
7. При построении логистической регрессионной модели статистически значимыми факторами, связанными с намерением использовать ДКП, когда она станет доступной в Украине, стали: образование неполное высшее, базовое высшее (AOR 0,21; CI95% 0,07; 0,68) и полное высшее, ученая степень (AOR 0,21 CI95% 0,06; 0,71); незащищенный анальный секс с партнерами-мужчинами в любой роли за последние шесть месяцев (AOR 3,71; CI95% 1,54; 8,93) и наличие искаженных представлений о ДКП (AOR 0,27; CI95% 0,10; 0,75). Снижающее влияние более высоких уровней образования на наличие намерения использовать ДКП явилось неожиданной находкой, объяснение которой требует дополнительных исследований.

Поскольку 35% MSM в этом исследовании намерены использовать ДКП и высокий уровень распространенности незащищенного анального секса с мужчинами, в том числе с ВИЧ-положительными партнерами, ДКП может стать жизнеспособным дополнением к комплексным стратегиям профилактики ВИЧ для MSM в г. Киеве. Проекты, изучающие эффективность ДКП в реальных условиях жизни, включая определение вопросов, связанных с приверженностью к ДКП и логистикой (места и модели предоставления ДКП, а также мониторинг ДКП), должны стать следующим важным шагом для будущего внедрения и развития ДКП в г. Киеве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men, and transgender women who have sex with men at high risk of HIV. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. WHO. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. 2014.
3. Technical update on pre-exposure prophylaxis (PrEP). Geneva: World Health Organization; 2015.
4. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(27):2587-99. PubMed PMID: 21091279.
5. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women. *The New England journal of medicine*. 2012 07/11;367(5):399-410. PubMed PMID: PMC3770474.
6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(5):423-34.
7. Molina JM, Capitant C, Charreau I, Meyer L, Spire B, Pialoux G, et al., editors. On Demand PrEP With Oral TDF-FTC in MSM: Results of the ANRS Ipergay Trial. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); 2015; Seattle, USA.
8. Molina JMC, C; Spire, B; Pialoux, G; Chidiac, C; Charreau, I; Tremblay, C; Meyer, L; Delfraissy, J.F, editor On Demand PrEP with Oral TDF-FTC in MSM: Results of the ANRS Ipergay Trial Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); 2015; Seattle, USA.
9. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*.
10. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet*. 2013;381(9883):2083-90.
11. Hosek S, Rudy B, Landovitz RJ, Kapogiannis B, Siberry G, Rutledge B, et al., editors. An HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) demonstration project and safety study for young men who have sex with men in the United States (ATN 110). Eighth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; 2015; Vancouver, Canada.
12. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014;14(9):820-9.
13. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. 2015.
14. Volk JE, Marcus JL, Phengrasamy T, Blechinger D, Nguyen DP, Follansbee S, et al. No New HIV Infections with Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting. *Clinical Infectious Diseases*. 2015.
15. FDA. Truvada for PrEP Fact Sheet: Ensuring Safe and Proper Use 2012. Доступно по ссылке: <http://www.fda.gov/downloads/NewsEvents/Newsroom/FactSheets/UCM312279.pdf>.
16. Aghaizu A, Mercey D, Copas A, Johnson AM, Hart G, Nardone A. Who would use PrEP? Factors associated with intention to use among MSM in London: a community survey. *Sex Transm Infect*. 2013 May;89(3):207-11. PubMed PMID: 23015689.
17. Thng C, Thorpe S, Shembri G, editors. Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and associated risk compensation in men who have sex with men (MSM) accessing GU services. 18th Annual Conference of the British HIV Association; 2012; Birmingham, UK.
18. Young I, Li J, McDaid L. Awareness and Willingness to Use HIV Pre-Exposure Prophylaxis amongst Gay and Bisexual Men in Scotland: Implications for Biomedical HIV Prevention. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e64038.

19. Bil JP, Davidovich U, van der Veldt WM, Prins M, de Vries HJ, Sonder GJ, et al. What do Dutch MSM think of preexposure prophylaxis to prevent HIV-infection? A cross-sectional study. *AIDS*. 2015 May 15;29(8):955-64. PubMed PMID: 25915169. Epub 2015/04/29. eng.
20. Rocha LM, Campos MJ, Brito J, Fuertes R, Rojas J, Pinto N, et al. Acceptability of PrEP among HIV negative Portuguese men who have sex with men that attended 2014 Lisbon pride fair. *Journal of the International AIDS Society*. 2014;17(4 Suppl 3):19734. PubMed PMID: 25397480. Pubmed Central PMCID: Pmc4225295. Epub 2014/11/15. eng.
21. Holt M, Lea T, Murphy D, Ellard J, Rosengarten M, Kippax S, et al. Willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis has declined among Australian gay and bisexual men: results from repeated national surveys, 2011-2013. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2014 Oct 1;67(2):222-6. PubMed PMID: 25078535. Epub 2014/08/01. eng.
22. Holt M, Murphy DA, Callander D, Ellard J, Rosengarten M, Kippax SC, et al. Willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis and the likelihood of decreased condom use are both associated with unprotected anal intercourse and the perceived likelihood of becoming HIV positive among Australian gay and bisexual men. *Sex Transm Infect*. 2012 Jun;88(4):258-63. PubMed PMID: 22290327.
23. Kesler MA, Kaul R, Liu J, Loutfy M, Tharao W, Rebbapragada A, et al., editors. Willingness of HIV-uninfected MSM in Toronto , Canada to use pre-exposure prophylaxis. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology Conference: 23rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2014; St. John's, NL Canada*.
24. Lebouche B, Sissoko D, Lessard D, Pant Pai N, Machouf N, Trottier B, et al., editors. Increased awareness of PrEP and PEP and higher immediate uptake of PEP among migrant men who have sex with men in l'Actuel sur Rue checkpoint. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology Conference: 23rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2014; St. John's, NL Canada*.
25. Leonardi M, Lee E, Tan DH. Awareness of, usage of and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men in downtown Toronto, Canada. *International journal of STD & AIDS*. 2011 Dec;22(12):738-41. PubMed PMID: 22174057. Epub 2011/12/17. eng.
26. Dolezal C, Frasca T, Giguere R, Ibitoye M, Cranston RD, Febo I, et al. Awareness of Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Is Low but Interest Is High Among Men Engaging in Condomless Anal Sex With Men in Boston, Pittsburgh, and San Juan. *AIDS Education and Prevention*. 2015 2015/08/01;27(4):289-97.
27. Eaton LA, Driffin DD, Bauermeister J, Smith H, Conway-Washington C. Minimal Awareness and Stalled Uptake of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Among at Risk, HIV-Negative, Black Men Who Have Sex with Men. *AIDS patient care and STDs*. 2015 Aug;29(8):423-9. PubMed PMID: 26083143. Epub 2015/06/18. eng.
28. Galindo GR, Walker JJ, Hazelton P, Lane T, Steward WT, Morin SF, et al. Community member perspectives from transgender women and men who have sex with men on pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: implications for implementation. *Implementation science : IS*. 2012;7:116. PubMed PMID: 23181780. Pubmed Central PMCID: Pmc3527231. Epub 2012/11/28. eng.
29. Grov C, Whitfield TH, Rendina HJ, Ventuneac A, Parsons JT. Willingness to Take PrEP and Potential for Risk Compensation Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav*. 2015 Mar 4. PubMed PMID: 25735243. Epub 2015/03/05. Eng.
30. Krakower D, Mimiaga M, Rosengerger J, Novak D, Mitty J, White J, et al. Limited Awareness and Low Immediate Uptake of Pre-Exposure Prophylaxis among Men Who Have Sex with Men Using an Internet Social Networking Site. *PLoS One*. 2012;7(3).
31. Zhou F, Gao L, Li S, Li D, Zhang L, Fan W, et al. Willingness to accept HIV pre-exposure prophylaxis among Chinese men who have sex with men. *PLoS One*. 2012;7(3):e32329. PubMed PMID: 22479320. Pubmed Central PMCID: 3316531. Jackson T, Huang A, Chen H, Gao X, Zhong X, Zhang Y.
32. Cognitive, psychosocial, and sociodemographic predictors of willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among Chinese men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2012 Oct;16(7):1853-61. PubMed PMID: 22538373.
33. Zhang Y, Peng B, She Y, Liang H, Peng H-B, Qian H-Z, et al. Attitudes Toward HIV Pre-Exposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex with Men in Western China. *AIDS Patient Care and STDs*. 2013;27(3):137-41. PubMed PMID: PMC3595955. Sineath RC, Finneran C, Sullivan P, Sanchez T,

34. Smith DK, Griensven F, et al. Knowledge of and interest in using preexposure prophylaxis for HIV prevention among men who have sex with men in Thailand. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. 2013 Jul-Aug;12(4):227-31. PubMed PMID: 23708677.
35. Wheelock A, Eisingerich AB, Ananworanich J, Gomez GB, Hallett TB, Dybul MR, et al. Are Thai MSM willing to take PrEP for HIV prevention? An analysis of attitudes, preferences and acceptance. *PLoS One*. 2013;8(1):e54288. PubMed PMID: 23342121. Pubmed Central PMCID: 3544831.
36. Yang D, Chariyalertsak C, Wongthanee A, Kawichai S, Yotruean K, Saokhieo P, et al. Acceptability of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender women in Northern Thailand. *PLoS One*. 2013;8(10):e76650. PubMed PMID: 24116132. Pubmed Central PMCID: 3792988.
37. Galea JT, Kinsler JJ, Salazar X, Lee SJ, Giron M, Sayles JN, et al. Acceptability of pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: barriers and facilitators to pre-exposure prophylaxis uptake among at-risk Peruvian populations. *International journal of STD & AIDS*. 2011 May;22(5):256-62. PubMed PMID: 21571973. Pubmed Central PMCID: 3096991.
38. Peinado J, Lama JR, Galea JT, Segura P, Casapia M, Ortiz A, et al. Acceptability of oral versus rectal HIV preexposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender women in Peru. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. 2013 Jul-Aug;12(4):278-83. PubMed PMID: 23422742. Epub 2013/02/21. eng.
39. Hoagland B, Veloso VG, De Boni RB, Madruga JV, Kallas EG, Fernandes NM, et al., editors. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and associated factors among MSM and TGW in the PrEP Brasil demonstration project. Eighth IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015); 2015; Vancouver, Canada.
40. 60. Veloso VG, Mesquita F, Grinsztejn B. Pre-exposure prophylaxis for men and transgender women who have sex with men in Brazil: opportunities and challenges. *Journal of the International AIDS Society*. 2015;18(Suppl 3).
41. Eisingerich AB, Wheelock A, Gomez GB, Garnett GP, Dybul MR, Piot PK. Attitudes and acceptance of oral and parenteral HIV preexposure prophylaxis among potential user groups: a multinational study. *PLoS One*. 2012;7(1):e28238. PubMed PMID: 22247757. Pubmed Central PMCID: 3256136.