



БАРЬЕРЫ И ФАСИЛИТАТОРЫ ДОСТУПА К ДОКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Публикация была создана и опубликована в рамках регионального проекта «Устойчивость услуг для ключевых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) – #iSoS: Расширение возможностей и инновации», реализуемого консорциумом организаций под управлением Альянс общественного здоровья при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Точки зрения, представленные в настоящем документе, принадлежат исключительно его авторам и могут не совпадать со взглядами или мнениями Альянса общественного здоровья и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Авторы: Николай Лунченков, Елена Герман

Дизайн и верстка: Анастасия Данилевская



РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО

Содержание данной публикации может свободно копироваться и использоваться для некоммерческих целей при условии, что каждое такое использование будет сопровождаться указанием на EKOM как на источник.

ВСТУПЛЕНИЕ

Доконтактная профилактика (ДКП) ВИЧ-инфекции является высокоэффективным биомедицинским методом предотвращения передачи ВИЧ среди ключевых и уязвимых групп населения. Согласно данным ВОЗ, ежедневное применение пероральной ДКП снижает риск заражения ВИЧ при половых контактах более чем на 90%, а среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, – более чем на 70%.

В Республике Таджикистан сформировалась устойчивая тенденция увеличения случаев ВИЧ-инфекции, при этом страна находится в концентрированной стадии эпидемии среди ключевых групп населения. Показатель распространенности ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики (ЛУИН) составляет около 12,9%, среди женщин-секс-работниц (РС) – 3,5% и среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ) – около 2,7%. За последние годы произошли изменения в трендах передачи ВИЧ-инфекции, и половой путь передачи составляет около 65% от всех новых случаев.

В 2020 году Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан были утверждены методические рекомендации по внедрению и проведению доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции. Однако, несмотря на наличие нормативной базы и доступность услуг ДКП, охват данной услугой среди уязвимых групп населения остается недостаточным. Понимание барьеров и фасilitаторов доступа к ДКП является критически важным для масштабирования программы и повышения ее эффективности.

МЕТОДОЛОГИЯ

Настоящий анализ основан на качественных данных, полученных из следующих источников:

- 1. Глубинные интервью с пользователями ДКП (n=15):** Проведены структурированные интервью с лицами, принимающими препараты ДКП в Республике Таджикистан. Выборка включала представителей различных ключевых групп населения: людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), работников секса, мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также серодискордантным пары. Длительность приема ДКП среди участников варьировалась от 3 месяцев до 2 лет.
- 2. Анализ нормативных документов:** Проведен систематический обзор Методических рекомендаций по внедрению и проведению доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан (2020), а также сопутствующих документов и стандартных операционных процедур.
- 3. Данные литературы:** Использованы публикации ВОЗ, ЮНЭЙДС и результаты исследований по ДКП в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

Методологический подход включал тематический анализ транскриптов интервью с выделением повторяющихся тем и паттернов, связанных с препятствиями и стимулирующими факторами доступа к ДКП. Анализ проводился с использованием социально-экологической модели, рассматривающей факторы на индивидуальном, межличностном, организационном и структурном уровнях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

БАРЬЕРЫ ДОСТУПА К ДКП

1

ИНФОРМАЦИОННЫЕ БАРЬЕРЫ

НИЗКАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ДКП В ОБЩЕСТВЕ

Практически все респонденты указали, что узнали о ДКП случайным образом - через друзей, знакомых или сотрудников НПО, а не через официальные каналы информации. Характерно, что информация о ДКП распространялась исключительно через личные связи и сети взаимопомощи внутри сообществ ключевых групп населения. Один из участников отметил: «*Если бы я не знал их [друзей с ДКП], я бы ДКП тоже не знал... Я даже не знал, что в диагностике есть центр СПИД... Сколько эта диагностика там стоит, мне вот уже сколько – 47 лет будет... Не знал, я вот сколько лет живу, не знал*».

Особенно показательным является тот факт, что даже лица, ведущие рискованный образ жизни и потенциально нуждающиеся в ДКП, не имели информации о существовании такой услуги. Несколько участников описывали свое удивление при первом знакомстве с концепцией ДКП: «*Я услышал о ДКП три или четыре года назад... Сначала я был немного скептически настроен, думая, что все эти лекарства бесполезны*». Другой респондент отметил: «*Честно сказать я думала, что это враньё... а потом когда я стала употреблять эти таблетки я убедилась в том, что они действительно очень хорошие*».

Низкая осведомленность распространялась не только на саму возможность профилактики ВИЧ с помощью антиретровирусных препаратов, но и на существование центров СПИД и доступных услуг. Участники исследования подчеркивали, что узнавали о местах предоставления ДКП только благодаря тому, что их туда физически приводили знакомые: «*Моя знакомая сказала мне о том, что есть таблетки которых можно употреблять... и таблетки даются бесплатно... я тогда пошла, сделала анализы*». Другой участник отметил: «*Мои друзья обсуждали про это между собой и мне посоветовали. Сказали, что есть такое место, где проводится бесплатная экспертиза и таблетки*».

Важно отметить, что отсутствие информации создавало барьеры не только для первичного обращения за услугами, но и для формирования правильных представлений о ДКП. Многие участники первоначально воспринимали ДКП скептически из-за недостатка знаний о механизме действия препаратов: «*Я не поверил, что есть такое лекарство, которое может защитить человека от вируса во время полового акта, потому что такие лекарства только недавно появились в Таджикистане, и я был удивлен, что здоровый человек будет их использовать, чтобы не заболеть*».

ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМАЦИИ В СМИ

Респонденты единодушно отмечали полное отсутствие информации о ДКП в средствах массовой информации: «*Я не видел, что по телевизору об этом говорили, или по радио об этом, или в прессе писали, или в интернете что-то такое... Если бы это была большая проблема, наверное, об этом бы говорили.*» Эта ситуация создавала впечатление, что тема ВИЧ-профилактики не является приоритетной для общественного здравоохранения страны, что в свою очередь снижало мотивацию людей самостоятельно искать информацию о профилактических методах.

Отсутствие освещения темы ДКП в публичном пространстве особенно контрастировало с тем, как в других странах региона информация о современных методах профилактики активно распространяется через различные каналы. Участники исследования отмечали, что даже базовая информация о ВИЧ/СПИД практически не появляется в таджикских СМИ, не говоря уже о специализированной информации о профилактических технологиях: «*В Таджикистане вообще о СПИДЕ не говорят открыто... Это табу.*» Такое замалчивание темы способствовало формированию представления о ВИЧ как о чём-то далёком и не касающемся обычных граждан.

Важно отметить, что информационный вакuum в СМИ имел прямые последствия для формирования спроса на услуги ДКП. Респонденты подчеркивали, что даже представители ключевых групп населения, которые потенциально нуждаются в профилактике, не знали о существовании таких услуг именно из-за отсутствия публичного обсуждения темы. Один из участников отметил: «*Если бы я не встретил своего друга, который рассказал мне про это, я бы никогда не узнал... Нигде об этом не говорят.*» Эта ситуация создавала порочный круг: отсутствие информации приводило к низкому спросу, что в свою очередь могло восприниматься как отсутствие необходимости в информационных кампаниях.

Кроме того, отсутствие информации в традиционных СМИ не компенсировалось и онлайн-ресурсами. Участники отмечали, что даже целенаправленный поиск информации о ДКП в интернете на русском или таджикском языках давал крайне ограниченные результаты. Это означало, что даже наиболее мотивированные и информированные представители целевых групп не имели доступа к качественной информации о профилактике: «*Я嘗試ed найти информацию в интернете, но почти ничего не нашёл на нашем языке... Всё на английском, и непонятно, подходит ли это для нашей страны.*»

НЕДОСТАТОК ИНФОРМАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Участники указывали на отсутствие доступных информационных материалов о ДКП: «*Некоторые даже спрашивают, почему у этих таблеток нету инструкции по употреблению, почему они не в коробках?*» Эта проблема была особенно острой для людей, впервые начинающих прием ДКП, которые не имели возможности получить подробную информацию о препарате, его механизме действия, возможных побочных эффектах и правилах приема в письменной форме для последующего изучения. Отсутствие упаковки с инструкцией создавало у некоторых пользователей впечатление, что препараты могут быть поддельными или некачественными, что снижало доверие к программе ДКП в целом.

Респонденты также отмечали полное отсутствие печатных информационных материалов брошюр, памяток, флаеров которые могли бы помочь им лучше понять суть метода профилактики и правила его применения.

Один из участников подчеркнул: «*Мне бы хотелось получить какую-то брошюру, где всё написано понятно – когда принимать, что делать, если пропустил таблетку, какие анализы нужно сдавать... Я всё время забываю, что мне врач говорил*». Отсутствие таких материалов заставляло пользователей полагаться исключительно на устную информацию от медицинских работников или сотрудников НПО, что приводило к неполному пониманию схем приема и мониторинга. Некоторые участники признавались, что не могли объяснить друзьям или знакомым, как работает ДКП, именно из-за отсутствия материалов, на которые можно было бы сослаться.

Особую проблему представляло отсутствие информационных материалов на таджикском языке и адаптированных для разных уровней грамотности. Участники отмечали, что даже в центрах, где предполагается ДКП, визуальная информация и постеры практически отсутствовали: «*На стенах ничего нет, никаких плакатов про ДКП... Как будто этой услуги вообще не существует*». Эта ситуация создавала дополнительные барьеры для людей с низким уровнем образования или ограниченным знанием русского языка, которые не могли получить информацию в доступной для них форме. Отсутствие визуальных материалов также означало, что потенциальные пользователи, посещающие медицинские учреждения по другим вопросам, не узнавали о существовании услуг ДКП, теряя возможность своевременно начать профилактику.

2

СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ БАРЬЕРЫ

СТРАХ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

Значительная часть респондентов не раскрывала информацию о приеме ДКП членам семьи и коллегам из-за опасений стигматизации: «*Я не рассказывал об этом своей семье, родственникам и братьям, коллегам, чтобы они не подумали, что я сошёл с ума, принимая такие лекарства*».

БОЯЗНЬ ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ

Одним из наиболее значимых барьеров являлся страх официальной регистрации и последующих негативных последствий: «*Я не то что боялся, мало ли куда-нибудь поехать захочешь или еще что может сказать... поставят на учет... Если на учет поставят, тормознут, пробьют, на хрен еще права заберут*». Этот страх был связан с распространенным представлением о том, что обращение за услугами, связанными с ВИЧ-профилактикой, автоматически означает постановку на специальный учет с соответствующими ограничениями гражданских прав. Участники исследования отмечали, что даже понимая необходимость профилактики, они избегали обращения в медицинские учреждения из опасения попасть в базы данных, которые могут быть использованы против них в будущем.

Особую озабоченность вызывали возможные ограничения на трудоустройство и передвижение. Респонденты выражали опасения, что информация об их обращении за услугами ДКП может стать доступной работодателям, правоохранительным органам или миграционным службам: «*Я слышал, что если ты на учете в СПИД-центре, тебе могут отказать в визе... Или на работу не возьмут, если узнают*».

Другой участник добавил: «*У нас многие работают в России или хотят туда поехать... Если узнают что ты на учете, могут депортировать или вообще не пустить*». Эти опасения были особенно актуальны для трудовых мигрантов и людей, планирующих выезд за границу, которые составляют значительную долю потенциальных пользователей ДКП. Страх постановки на учет создавал парадоксальную ситуацию, при которой люди, наиболее нуждающиеся в профилактике из-за рискованного поведения, отказывались от услуг именно из-за опасения официальной регистрации.

Важно отметить, что этот страх часто основывался не столько на реальном опыте, сколько на слухах и недостатке достоверной информации о порядке предоставления услуг ДКП. Участники признавались, что не знали точно, какая информация фиксируется при обращении за ДКП и кто имеет к ней доступ: «*Я не знаю, что они там записывают про меня... Может быть, они сообщают куда-то, может быть нет... Никто толком не объясняет*». Один из респондентов отметил: «*Я долго не решался начать ДКП, потому что думал что меня поставят на учет как ВИЧ-положительного... Только потом узнал что это не так, но информацию эту нигде не написали, пришлось самому выяснить*». Отсутствие четких, публично доступных гарантий конфиденциальности и разъяснений о правовом статусе пользователей ДКП способствовало поддержанию атмосферы недоверия и страха, что значительно снижало охват целевых групп профилактическими услугами.

НЕДОВЕРИЕ И МИФЫ О ПРЕПАРАТАХ

Некоторые участники сообщали о негативных реакциях со стороны окружения: «*Есть конечно же люди, которые меня осуждают за то, что я употребляю эти таблетки, они говорят, что это метадон и эти таблетки нанесут вред моему организму*».

СТРАХ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ СО СТОРОНЫ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Особенно актуальным для работников секса являлся страх контакта с правоохранительными органами: «*Эти девчонки... они говорят, что [полиция] их короче ловят... телефон у них забирают короче, и потом вот эти контакты все начинают пробивать*». Этот страх был основан на реальном опыте задержаний, во время которых правоохранители изымали телефоны и использовали найденную в них информацию для выявления клиентов и других работников секса. Такая практика создавала серьезный барьер для обращения за услугами здравоохранения, так как посещение специализированных центров или контакты с НПО могли быть использованы как доказательство занятия секс-работой.

Для мужчин, имеющих секс с мужчинами, страх преследования был еще более выраженным и многосторонним. Респонденты из этой группы сообщали о практике задержаний по статьям о распространении порнографических материалов, при этом в качестве «доказательств» использовались личные интимные фотографии, найденные в телефонах: «*Они могут просто посмотреть твой телефон и если найдут фотографии... даже личные, твои собственные фото, они говорят что это порнография и арестовывают*». Один из участников описывал случай из своего опыта: «*Мой знакомый сидел полгода... у него в телефоне были его личные фото, ну интимные... и они сказали что он распространял порно... хотя это были просто его фото для себя*».

Эта практика создавала атмосферу постоянной угрозы и заставляла представителей ключевых групп населения избегать любых контактов с государственными структурами, включая медицинские учреждения. Участники отмечали, что страх ареста по надуманным обвинениям был настолько силен, что многие предпочитали вообще не обращаться за медицинской помощью: *«Лучше неходить вообще никуда, чем потом сидеть... Даже если тебя просто задержат на улице и проверят телефон, могут найти что-то и посадить»*. Респонденты подчеркивали, что правоохранительные органы целенаправленно используют статьи о порнографии для преследования геев, так как прямого запрета на однополые отношения в законодательстве нет, но практика показывает систематическое притеснение.

Страх преследования напрямую влиял на готовность получать услуги ДКП, так как регулярное посещение медицинских учреждений повышало видимость и риск стать объектом внимания правоохранителей. Один из участников объяснял: «Если ты будешь каждый месяц ходить в СПИД-центр, тебя могут заметить, начать следить... Полиция знает что туда в основном геи ходят... Это опасно». Другой респондент добавил: *«Я знаю людей, которые хотели бы принимать ДКП, но боятся... Боятся что их увидят около центра, спросят зачем ты туда ходишь, и начнутся проблемы»*. Эта ситуация создавала парадокс, при котором люди, наиболее нуждающиеся в профилактике ВИЧ, были наименее способны получить доступ к услугам из-за страха стать жертвами правоохранительной системой

3

СИСТЕМНЫЕ БАРЬЕРЫ

НЕОБХОДИМОСТЬ ЛИЧНОГО ПОСЕЩЕНИЯ ЦЕНТРА

Хотя большинство участников не считали это существенным препятствием, некоторые отмечали: *«Если бы [врачи] могли доставлять лекарства на дом, было бы еще лучше, так как не пришлось бы тратить деньги на дорогу»*.

ОГРАНИЧЕННАЯ ДОСТУПНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ О ТОЧКАХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Участники узнавали о местах предоставления ДКП исключительно через личные контакты, а не через публично доступные источники информации.

4

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ

ЗАБЫВЧИВОСТЬ В ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТОВ

На начальном этапе многие сталкивались с проблемой несоблюдения режима приема: «Сначала конечно было трудно, я забывала про них, серьёзно не относилась, один день принимала, а потом через три дня».

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Некоторые участники сообщали о временных побочных эффектах в начале приема: «*У меня сны плохие я начал видеть... Вот такие сны. А потом постепенно, постепенно... эти сны, которые я видел, исчезли.*». Другой респондент отметил: «*Когда начинаешь принимать таблетки, появляется ощущение, будто что-то уже тебя защищает... чувствовала слабость, но со временем состояние постепенно улучшилось.*».

РАЗМЕР ТАБЛЕТКИ

Был отмечен как незначительный, но все же барьер: «*Единственное, что у него таблетка чуть-чуть большая... иногда застревает... Она горькая, размельчишь, она сильно горькая.*».

ФАСИЛИТАТОРЫ ДОСТУПА К ДКП

1

ИНФОРМИРОВАНИЕ ЧЕРЕЗ РАВНЫХ И НПО

РОЛЬ РАВНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ И СООБЩЕСТВА

Подавляющее большинство участников узнали о ДКП от друзей, знакомых или через сотрудников НПО: «*Моя знакомая сказала мне о том, что есть таблетки которых можно употреблять и не бояться заразиться... и таблетки даются бесплатно.*». Этот паттерн распространения информации оказался наиболее эффективным в условиях отсутствия официальных информационных кампаний и высокого уровня стигматизации ключевых групп населения. Респонденты подчеркивали, что информация от людей из собственного сообщества воспринималась как более достоверная и релевантная, чем информация из официальных источников.

Особую роль играла доверительная атмосфера, созданная равными консультантами, которые сами являлись представителями ключевых групп и понимали специфические потребности и опасения своей аудитории. Один из участников объяснял: «*Когда мне про это рассказывал мой друг, который сам принимает ДКП, я ему поверил... Он же как я, он понимает какие у нас риски, он не будет врать.*». Другой респондент добавил: «*Я бы не пошел в центр, если бы не мой знакомый, который уже туда ходил... Он мне рассказал как там всё происходит, что врачи нормальные, что никто не осуждает. Без него я бы не решился.*». Эта модель peer-to-peer распространения информации компенсировала недостаток официальных каналов коммуникации и создавала безопасное пространство для обсуждения вопросов профилактики.

Сообщество также выполняло функцию неформальной поддержки и обмена практическим опытом использования ДКП. Участники отмечали, что в закрытых онлайн-группах и при личных встречах они могли получить ответы на вопросы, которые не решались задать медицинским работникам: «*В нашей группе в Telegram мы обсуждаем всё про ДКП... Кто-то спрашивает про побочки, кто-то делится опытом, советует.*».

Один из респондентов подчеркнул: «*Я узнал больше о ДКП от своих друзей, чем от врачей... Они мне рассказали про всё – как принимать, что делать если забыл таблетку, какие анализы важны. Это такая взаимопомощь получается*». Такая горизонтальная передача знаний оказалась критически важной для формирования информированного сообщества пользователей ДКП, способных поддерживать друг друга и привлекать новых людей к профилактикею.

ЛИЧНЫЙ ПРИМЕР

Положительный опыт других пользователей мотивировал к началу приема: «*Я видел людей, которые принимают уже... Они на моих глазах, я вижу у них уже настроение, они начинают работать, занимаются своими делами, и я тоже решил попробовать*». Наблюдение за позитивными изменениями в жизни знакомых, использующих ДКП, служило мощным стимулом для преодоления собственных страхов и сомнений относительно начала профилактики. Респонденты отмечали, что видимый результат— снижение тревожности по поводу возможного заражения ВИЧ и улучшение качества жизни — делал концепцию ДКП реальной и достижимой.

Особенно важным оказывался личный пример для людей, которые скептически относились к эффективности профилактических препаратов или боялись побочных эффектов. Один из участников рассказал: «*Я долго сомневался, думал может это всё обман... Но когда увидел что мой друг уже год принимает и у него всё нормально, ничего плохого не случилось, я подумал – почему бы и мне не попробовать?*» Другой респондент добавил: «Моя знакомая начала принимать ДКП и стала спокойнее, меньше переживать... Раньше она после каждого клиента боялась, что могла заразиться, а теперь она знает что защищена. Это меня убедило больше чем любая реклама». Такие свидетельства из первых рук создавали доказательную базу эффективности ДКП, основанную на личном опыте людей из собственного окружения.

Демонстрационный эффект распространялся не только на решение начать прием ДКП, но и на формирование правильных практик его использования и мониторинга. Участники отмечали, что наблюдая за тем, как их знакомые организуют регулярный прием препаратов, проходят обследования и взаимодействуют с медицинскими службами, они получали практическую модель поведения, которой могли следовать: «*Я смотрел как моя подруга это делает – она каждый день в одно время принимает таблетку, у неё напоминание на телефоне стоит... Я тоже так же сделал, и мне это помогает не забывать*». Эта социальная передача практических навыков оказалась не менее важной, чем передача информации о существовании ДКП как такового.

АКТИВНОСТЬ НПО

Сотрудники НПО СПИН ПЛЮС играли ключевую роль в информировании и мотивации потенциальных пользователей ДКП. Организация выступала в качестве связующего звена между медицинскими учреждениями и представителями ключевых групп населения, обеспечивая не только распространение информации о профилактических услугах, но и сопровождение на всех этапах — от первичного консультирования до содействия в получении ДКП. Респонденты единодушно отмечали, что без участия НПО они либо вообще не узнали бы о возможности профилактики, либо не решились бы обратиться в медицинские учреждения самостоятельно.

Особенно важной была работа аутрич-сотрудников НПО, которые проводили информационные встречи в местах скопления представителей ключевых групп и индивидуальное консультирование. Один из участников рассказал: «*Сотрудник СПИН ПЛЮС меня встретил на улице, дал буклете и рассказал про ДКП... Потом мы созвонились, он мне всё подробно объяснил, даже предложил пойти вместе в центр в первый раз*». Другой респондент подчеркнул: «*Я боялся идти один в СПИД-центр, думал что там будут осуждать... Сотрудник НПО пошел со мной, помог заполнить бумаги, был рядом когда я разговаривал с врачом. Без него я бы не решился*». Это сопровождение оказывалось критически важным для преодоления барьеров страха и недоверия к государственным медицинским учреждениям.

НПО также создавали безопасное пространство для получения информации и поддержки, организуя встречи сообщества, онлайн-консультации и группы взаимопомощи. Участники отмечали, что офис НПО воспринимался как дружественное место, где можно было получить ответы на любые вопросы без страха осуждения: «*В офисе СПИН ПЛЮС я могу спросить всё что угодно... Там понимающие люди, они не будут осуждать за то что я гей или за то что у меня много партнеров*». Один из респондентов добавил: «*Они организуют встречи, где мы можем обсудить наши проблемы, поделиться опытом... Это очень помогает чувствовать что ты не один, что есть люди которые тебя поддержат*». Создание такого сообщества пользователей ДКП и людей из ключевых групп способствовало не только повышению осведомленности о профилактике, но и формированию культуры заботы о своем здоровье и взаимной поддержки в условиях стигматизирующего общества.

2

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Все без исключения участники высоко оценили качество обслуживания в центрах СПИД: «*Доктора все любезные, никогда вот по отношению... никогда со мной доктора плохо не говорили, всегда – пожалуйста, заходите, объясняют мне*». Другой участник подчеркнул: «*Они не обращаются с нами как с падшими женщинами, для них мы как и все остальные люди... В ДКП я себя чувствую как дома и они все мне как родственники*». Эта атмосфера принятия и уважения оказалась критически важной для формирования доверия к системе здравоохранения у представителей стигматизированных групп населения, многие из которых имели негативный опыт взаимодействия с медицинскими учреждениями в прошлом.

Респонденты особо отмечали, что доброжелательное отношение проявлялось не только в отсутствии явной дискриминации, но и в искренней заботе медицинского персонала о благополучии пациентов. Один из участников рассказал: «*Врач всегда спрашивает как у меня дела, не только про таблетки... Интересуется моим здоровьем в целом, даже спросила как у меня на работе. Чувствуешь что им не всё равно*». Другой респондент добавил: «*Когда я первый раз пришел, я очень нервничал... Врач увидела это и говорит – не волнуйтесь, здесь безопасно, мы здесь чтобы помочь вам. Это меня очень успокоило*». Такое человеческое отношение создавало психологически безопасную среду, в которой люди могли открыто обсуждать свои риски и опасения.

Важно отметить, что позитивный опыт взаимодействия с медицинским персоналом способствовал не только продолжению приема ДКП, но и распространению информации о доступности услуг среди других представителей ключевых групп.

Участники исследования часто становились неформальными адвокатами программы ДКП, рассказывая знакомым о своем положительном опыте: «*Я всем своим друзьям говорю – идите туда, там нормальные врачи, никто вас не будет осуждать... Я сам боялся сначала, но теперь вижу что зря*». Таким образом, качество межличностного взаимодействия имело мультиплективный эффект, способствуя расширению охвата программы через сарафанное радио.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ОТСУТСТВИЕ ОСУЖДЕНИЯ

Участники отмечали важность неосуждающего подхода: «*Это не проблема вообще... говорят, ничего, ты придешь без документов, без ничего там, фамилия, фамилия не надо там... Проблем не будет вообще, на учет не поставят ничего*». Гарантии конфиденциальности были особенно значимы для представителей ключевых групп населения, чья деятельность или сексуальная ориентация могли стать причиной преследования или дискриминации. Респонденты подчеркивали, что возможность получения услуг без предоставления документов или под псевдонимом существенно снижала барьеры для обращения за помощью.

Отсутствие осуждающего отношения проявлялось не только в декларациях, но и в практических действиях медицинского персонала. Участники отмечали, что врачи и консультанты задавали необходимые вопросы о сексуальном поведении и рисках в нейтральной, профессиональной манере, без моральных оценок: «*Врач спрашивала про моих партнеров, как часто у меня секс, использую ли я презервативы... Но она это спрашивала нормально, не так чтобы я чувствовал себя виноватым или плохим*». Другой ре-спондент подчеркнул: «Когда я сказала что я работаю [в секс-индустрии], я боялась что врач начнет меня учить или осуждать... Но она просто кивнула и сказала — хорошо, тогда вам точно нужен ДКП для защиты. Никаких лекций про то что это плохо». Такой подход позволял пациентам быть честными относительно своих рисков, что критически важно для адекватной оценки необходимости профилактики.

Респонденты также отмечали, что конфиденциальность соблюдалась на всех этапах предоставления услуг — от регистрации до консультаций и выдачи препаратов. Один из участников рассказал: «*Они меня не спрашивали зачем мне ДКП, не требовали объяснять почему я в группе риска... Просто предложили тестирование и консультацию*». Другой ре-спондент добавил: «*Когда я получаю таблетки, никто вокруг не знает что это за препараты... Они упакованы нейтрально, и фармацевт не объявляет на весь зал что я получаю*». Такое внимание к приватности создавало атмосферу безопасности и защищенности, что особенно важно в условиях высокого уровня стигматизации в обществе

КОМПЕТЕНТНОСТЬ И ПРОФЕССИОНАЛИЗМ МЕДПЕРСОНАЛА

Способность персонала доходчиво объяснять информацию высоко ценилась: «*Врачи в центре отнеслись ко мне хорошо... хорошо все объяснили... я не забываю... Если у меня сегодня будут вопросы, я пойду в центр*». Участники подчеркивали, что медицинский персонал не просто выдавал препараты, но и обеспечивал полноценное консультирование, объясняя механизм действия ДКП, правила приема, возможные побочные эффекты и важность регулярного мониторинга. Эта образовательная функция была особенно важна для людей с низким уровнем медицинской грамотности или ограниченным доступом к достоверной информации о здоровье.

Респонденты отмечали, что врачи демонстрировали глубокое понимание специфических потребностей и рисков различных групп населения, что позволяло им предоставлять персонализированные рекомендации. Один из участников рассказал: «*Когда я сказал что часто уезжаю в другие города по работе, врач объяснила мне как принимать таблетки в поездках, что делать если забуду взять их с собой... Она подумала обо всём*». Другой респондент добавил: «*Врач знала что у работников секса особые риски, она рассказала мне не только про ДКП, но и про другие ИППП, про то как защититься от гепатита... Это было очень полезно*». Такая комплексная компетентность свидетельствовала о специализированной подготовке персонала для работы с ключевыми группами населения.

Важным аспектом профессионализма была готовность медицинского персонала отвечать на любые вопросы пациентов, независимо от их сложности или деликатности. Участники исследования подчеркивали, что они могли свободно задавать вопросы и всегда получали исчерпывающие ответы: «*Я спрашивала всё что меня беспокоило — про алкоголь с таблетками можно ли, про побочки, про анализы... Врач на всё ответила терпеливо и понятно*». Один из респондентов отметил: «*Они не смеются над глупыми вопросами... Я спросил можно ли забеременеть если принимаешь ДКП, и врач серьезно объяснила что ДКП не контрацептив и как это работает. Не было никакого презрения к моему незнанию*». Эта открытость к диалогу способствовала формированию информированных и ответственных пользователей ДКП.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБСЛУЖИВАНИЮ

Участники высоко оценили возможность получения дополнительных услуг и поддержки: «*Сотрудники центра регулярно приглашают меня на семинары и тренинги, и я этим вполне довольна... Они даже предложили в определенное время позвонить мне, чтобы я принимала таблетки*». Комплексный подход выходил за рамки простой выдачи препаратов и включал широкий спектр поддерживающих услуг — от напоминаний о приеме до образовательных мероприятий. Респонденты отмечали, что такая всесторонняя поддержка значительно повышала их приверженность к терапии и улучшала понимание важности регулярного приема ДКП.

Особенно ценной оказалась возможность получения сопутствующих медицинских услуг в рамках одного визита. Участники отмечали, что во время посещений центра для получения ДКП они могли пройти тестирование на другие инфекции, получить консультации по различным вопросам здоровья, а также бесплатные презервативы и лубриканты: «*Когда я прихожу за таблетками, я могу сразу сдать анализы на все инфекции... Не нужноходить в разные места и платить отдельно*». Другой респондент добавил: «*Мне там дают не только ДКП, но и презервативы, смазку, иногда витамины если нужно... Это как комплексная забота о здоровье получается*». Такой подход делал программу ДКП частью более широкой стратегии охраны здоровья, а не изолированной услугой.

БЕСПЛАТНОСТЬ

Критически важным фактором являлась бесплатность препаратов и услуг: «*Только можно сказать спасибо, потому что это все предоставляется бесплатно. Мы этого ничего не покупаем... Если это бесплатно, я говорю, давай, почему нет?*» Экономическая доступность оказалась одним из ключевых факторов, определяющих готовность представителей ключевых групп населения начать и продолжить прием ДКП. Участники исследования единодушно отмечали, что в условиях низких доходов и экономической нестабильности они не смогли бы позволить себе покупку антиретровирусных препаратов на коммерческой основе, что сделало бы профилактику недоступной для тех, кто в ней наиболее нуждается.

Респонденты подчеркивали, что бесплатность распространялась не только на сами препараты, но и на все сопутствующие услуги — тестирование, консультации, лабораторный мониторинг. Один из участников объяснил: «*Если бы нужно было платить за анализы каждый месяц, я бы не смог себе это позволить...* *Одни анализы стоят дорого, а еще таблетки покупать... Это было бы невозможно для меня.*». Другой ре-спондент добавил: «*Я работаю [в секс-индустрии] именно потому что у меня нет других вариантов заработка... Откуда у меня деньги на дорогие лекарства? Если бы ДКП был платным, я бы просто рисковала своим здоровьем дальше.*». Эти свидетельства подчеркивают, что бесплатность не является просто удобством, но абсолютной необходимостью для обеспечения равного доступа к профилактике.

Бесплатное предоставление ДКП также имело важное символическое значение, демонстрируя признание государством ответственности за здоровье всех граждан, включая представителей маргинализированных групп. Участники отмечали, что сам факт бесплатности услуг воспринимался как знак заботы и уважения: «*Когда государство дает тебе бесплатно лекарства, ты понимаешь что твоя жизнь важна, что о тебе заботятся... Это очень важно для нас, которых обычно общество отвергает.*». Другой ре-спондент подчеркнул: «*Я рассказываю своим знакомым что ДКП бесплатный, и это очень их удивляет и мотивирует попробовать... Люди думают что для таких как мы ничего нет, а тут оказывается есть и бесплатно.*». Таким образом, бесплатность выполняла не только экономическую, но и важную социальную функцию, способствуя снижению стигматизации и повышению самооценки пользователей услуг

ГИБКОСТЬ СИСТЕМЫ ВЫДАЧИ ПРЕПАРАТОВ

Возможность получения препаратов на разные периоды времени способствовала приверженности: «*Сначала мне дали месячный запас... потом мне выдали на три месяца... Врачи мне сказали, что если я хочу, то они могут мне отдавать таблетки на три месяца, даже когда я хочу уезжать в Россию.*». Эта гибкость учитывала различные жизненные обстоятельства пользователей — от трудовой миграции до нерегулярного графика работы — и позволяла адаптировать систему предоставления услуг к индивидуальным потребностям. Респонденты особо подчеркивали, что возможность получения препаратов на длительный период снижала необходимость частых визитов в центр, что было важно для людей с ограниченным временем или проживающих в отдаленных районах.

Участники отмечали, что система выдачи препаратов учитывала не только временные рамки, но и особенности образа жизни различных групп населения.

Для трудовых мигрантов предусматривалась возможность получения запаса препаратов перед отъездом, для работников секса с нерегулярным графиком — гибкие часы приема: «*Я работаю ночами, и не всегда могу прийти в обычные часы работы центра... Они договорились со мной что я могу приходить в определенные дни когда мне удобно, даже если это не их обычное расписание*». Другой респондент рассказал: «*Когда я уезжал в Россию на три месяца на заработки, врач дала мне сразу весь запас таблеток и даже немного больше, на случай если задержусь... Она сказала — главное чтобы у вас не закончились таблетки там*». Такая индивидуализированная система демонстрировала понимание реальных жизненных условий пользователей ДКП.

Гибкость проявлялась также в возможности корректировки режима приема в зависимости от изменений в жизни пользователя. Участники отмечали, что медицинский персонал был готов обсуждать различные схемы приема — от ежедневного до событийного — в зависимости от частоты и регулярности рискованного поведения: «*Врач объяснила мне что если у меня секс не каждый день, я могу принимать ДКП по-другому, перед и после секса... Это удобно потому что у меня партнер не постоянный*». Один из респондентов добавил: «*Когда я сказал что у меня сейчас период когда партнеров нет, врач предложила сделать перерыв в приеме и вернуться когда снова будет нужно... Это показывает что они реально заботятся о том чтобы система работала для меня, а не я подстраивался под жесткие правила*». Эта адаптивность системы существенно повышала приверженность и удовлетворенность пользователей

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ДОСТУПНОСТЬ

Для большинства респондентов центры находились в приемлемой транспортной доступности: «*Диагностика там, где СПИД центр находится... там недалеко... хоть пешком иди, хоть на маршрутку сядь, доешь, нормально все*». Географическая близость точек предоставления услуг к местам проживания или работы пользователей значительно снижала барьеры для регулярного получения ДКП. Участники отмечали, что возможность добраться до центра пешком или на общественном транспорте за разумное время делала посещения менее обременительными и более регулярными.

Однако некоторые респонденты, проживающие в отдаленных районах или малых городах, сталкивались с определенными трудностями в доступе к услугам. Один из участников рассказал: «*Я живу в районе, мне нужно ехать в столицу чтобы получить таблетки... Это занимает весь день и стоит денег на транспорт*». Другой респондент добавил: «*В моем городе нет центра где можно получить ДКП, я должен ездить в Душанбе... Хорошо что они дают таблетки на три месяца, иначе мне пришлось бы ездить каждый месяц, это было бы очень дорого*». Эти свидетельства указывают на необходимость расширения географии предоставления услуг ДКП или развития альтернативных моделей доставки препаратов для жителей отдаленных регионов.

Некоторые участники предлагали решения для улучшения территориальной доступности, включая организацию выездных пунктов выдачи препаратов или доставку через аутрич-сотрудников НПО: «*Было бы хорошо если бы сотрудники НПО могли привозить таблетки в наш район... Они и так там работают с нами, могли бы и ДКП давать*». Другой респондент предложил: «*Может быть можно сделать так чтобы в обычных поликлиниках тоже можно было получить ДКП... Тогда не нужно было бы ехать через весь город в специальный центр*». Эти предложения отражают стремление пользователей к дальнейшему упрощению доступа к профилактическим услугам и свидетельствуют о их заинтересованности в продолжении приема ДКП при условии снижения логистических барьеров

ЛОЯЛЬНОСТЬ К ПРОПУСКАМ ПРИЕМА

Система выдачи препаратов была гибкой даже при пропусках: «*Я их потеряла... спустя недели я пошла опять за таблетками. Врачи на меня не орали, не были недовольными, наоборот сказали, что это очень хорошо, что после потери пришла к ним за таблетками.*».

4

МОТИВАЦИЯ И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ

ОЩУЩЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОСТИ

Главным мотиватором являлось чувство защиты от ВИЧ: «*Не всегда под рукой окажется презерватив, а эти таблетки принимаешь и всегда защищен... Когда я принимаю эти таблетки у меня изнутри идет какая то теплота, мне становится спокойно.*».

УЛУЧШЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Прием ДКП способствовал нормализации социальных связей: «*Родители в семье, плюс родственники, все начинают с тобой нормально общаться, нормально разговаривать... В обществе помогло мне устроиться на работу.*».

5

СТРАТЕГИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ НАПОМИНАНИЙ

Большинство участников использовали будильники на телефоне: «*Каждое утро у меня звонит в телефон будильник, чтобы я не забыла их употреблять.*».

ВИДИМОЕ РАЗМЕЩЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

Стратегия «на виду» помогала не забывать о приеме: «*Таблетки у меня всегда лежать около моей кровати на тумбочке, я их вижу всегда... Таблетки у меня всегда лежат на обеденном столе.*».

СВЯЗЬ С ЕЖЕДНЕВНЫМИ РИТУАЛАМИ

Участники интегрировали прием в повседневные привычки: «*Я как кофе выпью, что-нибудь прогложу, раз – эту таблетку кинул... Я всегда принимаю лекарство после завтрака.*».

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ ДОСТУПА К ДКП

На основании выявленных барьеров и фасилитаторов предлагаются следующие рекомендации:

1

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ

ДЛЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ:

- Разработать и реализовать национальную информационную кампанию о ДКП с использованием телевидения, радио, социальных сетей и наружной рекламы
- Внедрить систему SMS-рассылок о профилактике ВИЧ и доступности ДКП, аналогичную существующим рассылкам по другим вопросам здравоохранения
- Создать инфографические материалы и видеоролики на таджикском и русском языках
- Обеспечить наличие информации о точках предоставления ДКП на официальных сайтах и в мобильных приложениях

ДЛЯ СПИД-ЦЕНТРОВ И НПО:

- Проводить информационные сессии вочных клубах, на дискотеках и в местах концентрации ключевых групп населения
- Распространять информационные материалы через равных консультантов
- Создать онлайн-платформу с актуальной информацией о ДКП
- Разработать информационные материалы, которые можно прикладывать к упаковкам с препаратами

2

СНИЖЕНИЕ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

ДЛЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ:

- Провести тренинги для медицинского персонала по неосуждающему консультированию и работе с ключевыми группами населения
- Разработать антидискриминационные политики в медицинских учреждениях
- Проводить общественные кампании по снижению стигмы в отношении ВИЧ и профилактических мер

ДЛЯ НПО И РЕЛИГИОЗНЫХ ЛИДЕРОВ:

- Привлекать религиозных лидеров к разъяснительной работе о том, что профилактика заболеваний не противоречит исламским ценностям
- Организовать диалог между сообществами, медработниками и религиозными лидерами

3

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

ДЛЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ:

- Рассмотреть возможность децентрализации услуг ДКП с расширением точек предоставления
- Пилотировать модели доставки препаратов на дом для лиц, имеющих ограничения в мобильности
- Обеспечить анонимность получения услуг ДКП без обязательного предоставления документов
- Гарантировать отсутствие постановки на учет при получении ДКП

ДЛЯ СПИД-ЦЕНТРОВ:

- Увеличить гибкость графика работы (включая вечерние часы и выходные дни)
- Расширить возможности для онлайн-консультаций через WhatsApp, Telegram и другие мессенджеры
- Обеспечить возможность заказа препаратов заблаговременно

4

ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:

- Проводить индивидуальное консультирование по стратегиям приверженности
- Предоставлять таблетницы и другие вспомогательные средства
- Организовать систему напоминаний через SMS или мессенджеры (с согласия пользователя)
- Информировать о временном характере побочных эффектов

ДЛЯ НПО:

- Организовать группы взаимопомощи для пользователей ДКП
- Развивать систему равного консультирования
- Проводить регулярный мониторинг приверженности с поддерживающими интервенциями

5

РАБОТА С ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ

ДЛЯ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- Разработать межведомственные протоколы о недопустимости преследования лиц, получающих профилактические медицинские услуги
- Провести тренинги для сотрудников правоохранительных органов о ДКП и правах пациентов
- Обеспечить правовую защиту пользователей ДКП от дискриминации

6

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

ДЛЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ:

- Внедрить систему регулярного сбора данных о доступе к ДКП и причинах отказа от услуг
- Проводить периодические качественные исследования для мониторинга барьеров и фасилитаторов
- Оценивать удовлетворенность пользователей качеством услуг
- Отслеживать показатели приверженности и факторы, влияющие на нее

7

ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ

ДЛЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН:

- Обеспечить включение ДКП в пакет гарантированных государством медицинских услуг
- Предусмотреть финансирование программы ДКП в государственном бюджете
- Разработать план по обеспечению доступности услуг ДКП после завершения проектов международных доноров

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты качественного анализа демонстрируют, что доступ к ДКП в Республике Таджикистан определяется комплексом взаимосвязанных факторов на индивидуальном, межличностном, организационном и структурном уровнях. Несмотря на наличие значимых барьеров, в первую очередь информационных и связанных со стигмой, выявлен ряд важных фасилитаторов, включая высокое качество медицинских услуг, эффективность равного консультирования и мотивирующие эффекты самого препарата.

Критически важным является тот факт, что практически все пользователи ДКП узнали о данной услуге через неформальные каналы (друзей, знакомых, НПО), а не через официальные информационные источники. Это свидетельствует о необходимости срочной разработки и внедрения масштабной информационной кампании с использованием различных медиа-каналов.

Высокий уровень удовлетворенности пользователей качеством услуг и отношением медицинского персонала является сильной стороной программы, которую необходимо сохранить и масштабировать. Однако для существенного расширения охвата необходимо преодолеть информационные барьеры, страх стигматизации и опасения постановки на учет.

Реализация предложенных рекомендаций позволит значительно улучшить доступ к ДКП среди ключевых и уязвимых групп населения, повысить приверженность к терапии и, в конечном итоге, внести существенный вклад в профилактику новых случаев ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан.

Важно подчеркнуть, что успешное внедрение ДКП требует межсекторального подхода с вовлечением не только системы здравоохранения, но и образования, правоохранительных органов, религиозных и общественных организаций, а также самих сообществ ключевых групп населения.

