

Доступ к услугам по профилактике ВИЧ и отношение к разрабатываемым стратегиям.

Глобальный опрос мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), и представителей системы здравоохранения, работающих с МСМ



Июль 2011 г.



Доступ к услугам по
профилактике ВИЧ и
отношение к
разрабатываемым стратегиям.

Глобальный опрос мужчин,
практикующих секс с мужчинами
(МСМ), и представителей системы
здравоохранения, работающих с МСМ

Глобальный форум по проблемам МСМ и ВИЧ (MSMGF)

Патрик Уилсон (Patrick Wilson), д-р наук
Гленн-Мило Сантос (Glenn-Milo Santos), маг. здрав.
Пато Геберт (Pato Hebert), маг. иск.
Джордж Айала (George Ayala), дпсхн

Июль 2011 г.

Содержание

Раздел	Страница
Основные положения.....	3
Введение.....	7
Критерии.....	11
Параметры выборки.....	12
Результаты.....	15
Заключение и рекомендации.....	32
Приложение. Методы.....	39
Список литературы.....	50

Основные положения

В условиях глобального роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), медицинские и правозащитные организации призвали к интеграции мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ для МСМ. Такой комбинированный подход к профилактике ВИЧ включает разнообразные поведенческие вмешательства, перспективные биомедицинские подходы, а также структурные подходы и программы на уровне сообществ. В этом диалоге внимание все чаще обращается на потенциал, которые несут в себе новые биомедицинские стратегии по профилактике ВИЧ, включая предконтактную профилактику (PrEP) и применение ректальных гелевых микробицидов.

PrEP является первой в своем роде программой профилактики ВИЧ с использованием биомедицинских подходов, которая оказалась эффективной в снижении риска заражения ВИЧ среди МСМ. Именно поэтому она была встречена с ажиотажем. По мере проведения испытаний эффективности PrEP в различных странах мира важно изучить отношение к разрабатываемым технологиями профилактики среди МСМ в контексте ограниченного доступа к проверенным и основным услугам по профилактике ВИЧ в настоящее время. Необходимо убедиться, что МСМ играют важную роль в диалоге о будущем профилактики ВИЧ в целях полной реализации потенциала как существующих, так и разрабатываемых мер профилактики.

В связи с этим Глобальный форум по проблемам МСМ и ВИЧ (MSMGF) предпринял попытку выразить мнения МСМ со всего мира и выделить основные пробелы в глобальных усилиях по оказанию конструктивных услуг по профилактике ВИЧ для МСМ. Мы также постарались предоставить МСМ и медицинским работникам информацию и средства, необходимые для обеспечения здравоохранения МСМ. С этой целью MSMGF провел глобальный онлайн-опрос МСМ и специалистов, работающих с ними, с помощью наших обширных глобальных сетей. Опрос был направлен на получение информации о доступе к услугам по профилактике ВИЧ и участии в их оказании; знаниях о PrEP и других перспективных профилактических мероприятиях и отношении к ним, а также информации относительно представлений о внешней и интернализированной гомофобии.

Опрос проводился с 24 июня по 17 августа 2010 года. В общей сложности, в онлайн-опросе на английском, испанском, французском, русском и китайском языках приняло участие 5066 МСМ и представителей системы здравоохранения. Большинство опросов было пройдено на английском (46%) или китайском (40%) языках. Значительная доля (56%) респондентов была представлена Азиатско-Тихоокеанским регионом (Центральная, Восточная, Южная и Юго-Восточная Азии и острова Тихого океана), 14% были выходцами из Северной Америки, 11% из Центральной/Южной Америки и стран Карибского бассейна, 7% из Австралии/Новой Зеландии, 6% из Европы (Западная и Восточная Европа), 4% из Африки (Северная, Западная, Восточная и Южная Африка) и 1% из стран Ближнего Востока. Средний возраст участников составил 34,3 года (в диапазоне от 14 до 86 лет). Большинство участников составляли мужчины (96%). Более 1000 участников (21% выборки) были представителями системы здравоохранения. Большинство (71%) участников сообщили о ВИЧ-отрицательном статусе, а 22% – о ВИЧ-положительном.

Критерии, используемые в опросе, представляли следующие двенадцать ключевых предметных областей: 1) воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия, 2) интернализованная гомофобия, 3) самоуважение, 4) доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ, 5) доступ к разрабатываемым технологиям по профилактике ВИЧ, 6) знания о разрабатываемых стратегиях профилактики, 7) желание узнавать о новых стратегиях профилактики, 8) знания о PrEP, 9) отношение к PrEP, 10) участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ, 11) получение информации о профилактике ВИЧ и 12) места, где были получены материалы по профилактике ВИЧ.

Собранные данные были проанализированы в несколько этапов: создание итоговых переменных (с использованием средних и общих баллов) для двенадцати ключевых критериев; изучение групповых различий (напр., регион и возраст) по каждому из двенадцати ключевых конструкторов, измеренных в ходе опроса на основе дисперсионного анализа; а также проведение многомерных анализов для изучения независимых предикторов доступа к услугам по профилактике ВИЧ и участия в профилактических мероприятиях.

В ходе данного глобального опроса было установлено, что большое количество МСМ не имели доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ, в том числе бесплатным презервативам, смазкам, которые могут быть использованы с презервативами, и образовательным и поведенческим программам по профилактике ВИЧ. Были выявлены значительные региональные различия в доступе к услугам по профилактике ВИЧ и участии в их оказании, при этом наиболее низкие показатели были зафиксированы в Азиатско-Тихоокеанском регионе, на Ближнем Востоке,

Африке и Центральной/Южной Америке или странах Карибского бассейна (т.е. в регионах с низким уровнем дохода за пределами Северной Америки, Европы и Австралии/Новой Зеландии).

Кроме того, полученные данные позволяют предположить, что молодые МСМ не имеют достаточного доступа к услугам по профилактике ВИЧ и менее осведомлены о стратегиях профилактики по сравнению с взрослыми МСМ. Это является тревожным показателем, особенно учитывая рост распространенности и заболеваемости ВИЧ среди молодых МСМ во всем мире.

Полученные данные также выявили, что МСМ и специалисты, работающие с ними, имеют определенные опасения и неясные представления о разрабатываемых стратегиях профилактики ВИЧ, например PrEP. Во всех регионах уровень знаний о PrEP и других новых стратегиях был низким; участники, в среднем, правильно ответили только на 2 из 6 пунктов проверки знаний о PrEP. Такие результаты в некоторой степени можно ожидать, поскольку опрос проводился с июня по август 2010 года и предшествовал опубликованию в декабре 2010 года результатов первого исследования эффективности PrEP среди МСМ – iPrEx. Важно то, что подобные опасения и значительные пробелы в знаниях были пропорциональны такому же сильному желанию узнавать больше о разрабатываемых стратегиях. Восполнение этих пробелов в знаниях среди МСМ будет иметь решающее значение в процессе реализации PrEP и других биомедицинских подходов за пределами научных исследований.

Кроме того, среди МСМ в составе выборке наблюдались различные показатели стигмы и гомофобии в разных регионах, что было в значительной степени связано с низким уровнем доступа к основным стратегиям профилактики ВИЧ в нашем анализе. Участники из многих регионов подтвердили вызывающие тревогу высокие уровни внешней гомофобии, при этом самые высокие уровни наблюдались в Африке, странах Карибского бассейна и Центральной/Южной Америке, Азиатско-Тихоокеанском регионе и на Ближнем Востоке (в порядке убывания). Самые низкие уровни внешней гомофобии были зафиксированы в Северной Америке, Европе и Австралии/Новой Зеландии, в порядке убывания. Регионы с высоким уровнем внешней гомофобии нуждаются в проведении мероприятий по борьбе со стигматизацией и дискриминацией, необходимых для снижения барьеров, препятствующих оказанию критических услуг по профилактике ВИЧ.

Результаты опроса обращают внимание на четыре основные рекомендации для представителей системы общественного здравоохранения, сторонников и поставщиков услуг в связи с ВИЧ/СПИДом и исследователей:

1. С учетом документального подтверждения эффективности основных стратегий профилактики ВИЧ, многое еще предстоит сделать для предоставления всеобщего доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ среди МСМ во всех странах мира, особенно на Ближнем Востоке и в Азиатско-Тихоокеанском регионе. В целях успешного сдерживания распространения ВИЧ необходимо проявлять бдительность и прилагать постоянные усилия для обеспечения доступа МСМ к комплексным наборам профилактических стратегий.
2. Целевые информационные кампании необходимы для повышения уровня знаний о PrEP и других разрабатываемых стратегиях среди МСМ и медицинских работников до начала реализации этих стратегий. Это, вероятно, сделает предконтактную профилактику более приемлемой и осуществимой программой в контексте общественного здравоохранения.
3. Необходимо принять меры по борьбе со стигмой в отношении гомосексуальности и геев, которая препятствует повышению уровня здравоохранения и доступу к медицинским услугам. Необходимо принимать меры в отношении структурных условий, таких как внешняя гомофобия и стигма, в целях обеспечения беспрепятственного доступа к услугам по профилактике ВИЧ и повышения уровня здравоохранения сообществ МСМ по всему миру.
4. Привлечение внимания к потребностям молодых МСМ в связи с профилактикой ВИЧ имеет большое значение. Согласно докладам, во всех регионах мира молодые МСМ имеют более ограниченный доступ к основным и разрабатываемым стратегиям профилактики и более низкий уровень знаний о них, по сравнению с взрослыми МСМ. С учетом роста числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди молодых МСМ необходимо сгладить подобное неравенство в доступе к медицинским услугам.

1. Введение

Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), несут непропорционально тяжелое бремя пандемии ВИЧ во всем мире. Согласно оценкам, вероятность инфицирования ВИЧ среди МСМ в 19,3 раза выше, чем среди общего населения в странах с низким и средним уровнем доходов.¹ Увеличение случаев инфицирования ВИЧ среди МСМ также было документально подтверждено в регионах с высоким уровнем доходов, таких как Северная Америка, Западная Европа и Австралия, где на МСМ приходится основная часть новых инфекций.² Согласно подсчетам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), секс между мужчинами может составлять до 10% всех случаев инфицирования ВИЧ в мире.³

Кроме того, МСМ сталкиваются с множеством других проблем, которые негативно сказываются на их здоровье, в том числе социальная стигма и дискриминация. Сексуальные отношения с обоюдного согласия между двумя взрослыми людьми одного и того же пола в настоящее время считаются противозаконными в почти 80 странах мира. Многие МСМ подвергаются враждебным действиям, преследованиям и насилию со стороны членов своих семей и коллег, что связано с повышенным риском членовредительства, небезопасного сексуального поведения, появлением мыслей о самоубийстве и злоупотреблением наркотиками.^{1,4} Гомофобия, стигма, дискриминация и криминализация также затрудняют доступ к услугам в связи с ВИЧ, способствуя еще большему распространению пандемии ВИЧ среди МСМ.⁵

Учитывая множество проблем, стоящих перед МСМ, растет осознание необходимости комбинированных подходов, сочетающих биомедицинские и поведенческие стратегии с программами на уровне общин и структурными подходами.^{6,7,8} Сочетание подходов по профилактике ВИЧ играет важную роль, поскольку отдельный акцент на индивидуальном, групповом, общественном или структурном факторе, способствующем передаче ВИЧ, не приведет к значительному и долгосрочному улучшению профилактики ВИЧ. К примеру, МСМ не будут получать максимальную выгоду от поведенческих вмешательств или биомедицинских подходов в случае несправедливого предоставления доступа к основным медицинским услугам или в условиях недостаточного использования ресурсов по причине социальной изоляции, вытекающей из стигматизации, дискриминации или криминализации.⁶

Доступность услуг по профилактике ВИЧ

Несмотря на тяжелое бремя ВИЧ, которое несут МСМ во всем мире, согласно оценкам, лишь 1,2% всех средств, выделяемых на профилактику ВИЧ, ориентированы на МСМ.⁹ Услуги по профилактике ВИЧ доступны лишь 1 из 10 МСМ по всему миру. Удручает то, что нехватка проверенных и основных мероприятий по профилактике ВИЧ и подобного рода услуг для МСМ наиболее очевидна в странах с низким и средним уровнем дохода.^{10,11} Согласно оценкам, в этих регионах с ограниченными ресурсами лишь 31% МСМ прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев; 33% имели доступ к информации о ВИЧ; 44% имели точные представления о ВИЧ, и лишь 54% использовали презервативы во время последнего анального секса с другим мужчиной.¹² В некоторых регионах материалы по профилактике ВИЧ обращали внимание исключительно на гетеросексуальный путь передачи инфекции, способствуя неправильным представлениям о том, что секс между мужчинами не несет практически никакого риска передачи ВИЧ.^{13,14} На сегодняшний день, три десятилетия спустя после начала пандемии ВИЧ, масштабы и предоставление основных стратегий и мероприятий, способствующих снижению уровня передачи ВИЧ, недостаточны в отношении МСМ, особенно за пределами стран с высоким уровнем доходов.

За последние несколько лет инновационные биомедицинские подходы продемонстрировали свою способность действительно снижать уровень передачи ВИЧ. Все больше доказательств подтверждают эффективность антиретровирусных препаратов (АРВ), микробицидных гелей местного применения и обрезания для предотвращения новых случаев инфицирования ВИЧ. Распределение и реализация этих биомедицинских подходов наряду с другими основными методами профилактики ВИЧ-инфекции, подкрепленными убедительными доказательствами (например, презервативы, смазки, которые могут быть использованы с презервативами, образовательные программы и поведенческие вмешательства в связи с ВИЧ), будут способствовать дальнейшему укреплению усилий по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции.

Использование АРВ-препаратов в качестве стратегии профилактики ВИЧ-инфекции было оценено среди различных групп населения. Исследователи и медицинские работники, которые использовали АРВ-препараты для лечения ВИЧ-инфицированных женщин и их новорожденных детей, смогли снизить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку более чем на 90%.¹⁵ Смит и коллеги¹⁶ продемонстрировали, что АРВ-препараты снижают риск заражения ВИЧ при применении в течение 72 часов в качестве постконтактной профилактики (PEP) лицами,

имевшими контакт с кровью или жидкостями организма человека, живущего с ВИЧ. Когда ВИЧ-положительные гетеросексуалы принимают АРВ-препараты, вероятность передачи ВИЧ-инфекции половым путем их ВИЧ-отрицательным партнерам значительно снижается, согласно эпидемиологическим и экспериментальным доказательствам, полученным в ходе клинического испытания HPTN 052.¹⁷ Абдул Карим и его коллеги¹⁸ продемонстрировали, что вагинальный микробицидный гель, содержащий АРВ-препарат под названием тенофовир, снижает риск заражения ВИЧ-инфекцией среди женщин. Наконец, в настоящее время проводится исследование с целью изучения эффективности ректальных микробицидных гелей, содержащих АРВ-препараты, в профилактике ВИЧ-инфекции. В ходе исследования 017, проводимого Microbicide Trials Network (интернациональным объединением биологов и врачей, которое занимается тестированием и изучением микробицидов против ВИЧ и СПИДа, MTN), тестирование ректальных микробицидов начнется в 2012 году с исследовательскими центрами в Перу, Таиланде, Южной Африке и Соединенных Штатах.¹⁹

Недавнее рандомизированное, контролируемое исследование iPrEx, в ходе которого ВИЧ-отрицательные индивидуумы принимали АРВ-препараты до контакта – PrEP – продемонстрировало эффективность данных препаратов в снижении риска заражения ВИЧ среди MSM и трансгендерных женщин. В данном исследовании принимало участие почти 2500 MSM и трансгендерных женщин в Бразилии, Эквадоре, Перу, Южной Африке, Таиланде и США. Исследование iPrEx показало, что использование PrEP привело к 44%-ному снижению уровня заражения ВИЧ-инфекцией при одновременном применении комплексных стратегий профилактики ВИЧ, включая презервативы, тестирование на ВИЧ и ЗППП, а также консультирование по снижению риска.²⁰ Другое исследование эффективности PrEP среди женщин было прекращено досрочно по причине отсутствия доказательств эффективного снижения новых случаев инфицирования ВИЧ среди женщин, которые участвовали в данном исследовании, при использовании PrEP.²¹ В настоящее время среди многих групп населения в различных регионах земного шара проводятся дальнейшие испытания эффективности и пригодности PrEP, в том числе исследование Partners PrEP в Кении и Уганде и исследование 4370 Центра по контролю заболеваемости в Таиланде.

Результатом исследования предконтактной профилактики iPrEx стало первое в истории биомедицинское вмешательство, чья эффективность была оценена и продемонстрирована MSM – группой, несущей непропорционально тяжелое бремя ВИЧ-инфекции с момента начала пандемии. Таким образом, использование PrEP в качестве профилактики ВИЧ было встречено с ажиотажем

представителями систем общественного здравоохранения, правозащитниками и общественными группами, а также СМИ. Многие заинтересованные стороны согласны с тем, что PrEP может быть рекомендована для лиц с высоким риском заражения ВИЧ, включая MSM, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), этнические меньшинства и другие уязвимые группы населения. Большой интерес к PrEP заставил многие организации здравоохранения прокомментировать результаты iPrEx и оказать поддержку в связи с вытекающими последствиями.¹⁶ Для того чтобы понять, станет ли PrEP возможной и приемлемой стратегией вмешательства в отношении MSM, необходимо проведение всеобъемлющего исследования с целью оценки знаний, взглядов и убеждений, касающихся использования PrEP, со стороны MSM и медицинских работников. Кроме того, необходимо установить уровень охвата и оценить недостатки существующих проверенных услуг по профилактике ВИЧ, поскольку PrEP и другие биомедицинские стратегии, скорее всего, будут осуществляться в рамках комплексной программы наряду с данными существующими стратегиями.

Цели доклада

Цель Глобального форума по проблемам MSM и ВИЧ (MSMGF) заключалась в изучение восприятия MSM и представителей системы здравоохранения относительно разрабатываемых стратегий профилактики ВИЧ и в описании факторов, связанных с доступом к проверенным основным стратегиям профилактики. Тогда как биомедицинские стратегии пока находятся на рассмотрении, также важно оценить степень распространенности и доступности проверенных стратегий профилактики ВИЧ для MSM по всему миру.

Цели настоящего доклада заключались в следующем: 1) обеспечить платформу для выражения мнений MSM со всего мира, способствуя их включению в дискуссии о профилактике ВИЧ в рамках их сообществ; 2) выделить основные пробелы в усилиях по оказанию MSM основных услуг по профилактике ВИЧ; 3) оценить предикторы доступа и участия для данных услуг и 4) выявить потенциальные проблемы и вопросы, которые требуют дополнительного внимания по мере реализации разрабатываемых стратегий профилактики. При этом MSMGF стремится поддерживать здоровый образ жизни среди MSM и их сообществ в глобальном масштабе.

2. Критерии опроса

Критерии, используемые в опросе, представляли двенадцать ключевых предметных областей: 1) воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия, 2) интернализованная гомофобия, 3) самоуважение, 4) доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ, 5) доступ к разрабатываемым технологиям по профилактике ВИЧ, 6) знания о разрабатываемых технологиях, 7) желание узнавать о разрабатываемых технологиях, 8) знания о PrEP, 9) отношение к PrEP, 10) участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ, 11) получение информации о профилактике ВИЧ и 12) места, где были получены материалы по профилактике ВИЧ. Методы, используемые для разработки данных критериев, их компонентов, а также их внутренней согласованности, описаны в приложении к докладу. Также были собраны данные о демографических характеристиках, предыдущем тестировании на ВИЧ, ВИЧ-статусе и сексуальном поведении по сообщениям участников.

3. Параметры выборки

Участники, выбранные для этого проекта, были представлены различными группами геев, других МСМ, а также специалистов, работающих с МСМ. МСМ и медицинские работники, участвовавшие в опросе, были набраны с помощью многочисленных сетей MSMGF и связей с общественными, правозащитными и медицинскими организациями и социальными службами. Через эти сети были разосланы электронные сообщения со ссылкой на сайт SurveyMonkey.com, где был размещен опрос. В общей сложности, с 24 июня по 17 августа 2010 года в опросе приняло участие 5066 человек.

Большинство (70%) участников узнали об опросе из электронных сообщений. Остальные участники узнали об опросе через список рассылки (9%), сайт MSMGF (5%), из рекламного объявления (5%), через организацию, где они работали в качестве сотрудников или волонтеров (4%), или от других людей (3%).

Большинство опросов было пройдено на английском (46%) или китайском (40%) языках. Около 10% опросов было пройдено на испанском языке, 2% на французском и 1% на русском языке. Несмотря на региональное разнообразие выборки, большая часть (56%, или 2822) участников сообщили, что они являются выходцами из Азиатско-Тихоокеанского региона (т.е. Центральной, Восточной, Южной, Юго-Восточной Азии и островов Тихого океана). Четырнадцать процентов (708) участников были выходцами из Северной Америки, 11% (528) из Центральной/Южной Америки или стран Карибского бассейна, 7% (374) из Австралии/Новой Зеландии, 6% (304) из Европы (Западная и Восточная Европа), 4% (214) из Африки (Северная, Южная, Восточная и Западная Африка) и 1% (52) из стран Ближнего Востока. Данные региональные категории были сгруппированы из дополнительных субрегиональных категорий. В ходе опроса участникам было предложено выбрать свой регион из следующего списка: Северная Америка, Центральная Америка, Южная Америка, страны Карибского бассейна, Западная Европа, Восточная Европа, Ближний Восток, Центральная Азия, Южная Азия, Юго-Восточная Азия, острова Тихого океана, Австралия, Северная Африка, Западная Африка, Восточная Африка и Южная Африка. В целях анализа эти субрегионы были затем сгруппированы в семь крупных регионов, которые упоминаются в настоящем докладе: Северная Америка, Центральная/Южная Америка и страны Карибского бассейна, Азиатско-Тихоокеанский регион (Центральная, Южная и Юго-Восточная

Азия и острова Тихого океана), Африка (Северная, Западная, Восточная и Южная Африка), Европа (Западная и Восточная Европа), Ближний Восток, Австралия и Новая Зеландия.

Средний возраст участников составил 34,3 года (в диапазоне от 14 до 86 лет); 21% были в возрасте от 14 до 24 лет, 52% – в возрасте от 25 до 40 лет, а 28% – в возрасте от 41 года до 86 лет. Большинство (96%) участников были мужчинами, тогда как 3% составляли женщины, 0,7% были транссексуалами и 0,3% – гермафродитами. Большинство (79%, или 3933) участников отнесли себя к MSM, остальные к MSM и одновременно представителям системы здравоохранения (14%, или 718) или к последним, которые не являлись MSM (7%, или 337). В общей сложности, 1055 участников или 21% выборки были специалистами, оказывающими услуги в связи с ВИЧ. Участники идентифицировали себя как «гей» (58%), «бисексуал»(7%), «гетеросексуал» (2%) и «другое» (33%). Большинство (71%) участников сообщили о ВИЧ-отрицательном статусе, 22% процента сообщили о ВИЧ-положительном статусе, 4% не знали о своем статусе ВИЧ, а 3% отказались предоставить ответ. Из числа участников с ВИЧ-положительным статусом 12% были диагностированы менее чем за один год до участия в опросе, 26% знали о своем ВИЧ-положительном статусе в течение от 1 года до 5 лет, 19% – в течение 6-10 лет, 14% – в течение 11-15 лет и 12% – в течение 16-20 лет. Шестнадцать процентов ВИЧ-положительных участников сообщили, что живут с ВИЧ в течение 20 лет или более. Семьдесят девять процентов ВИЧ-положительных участников отметили прием лекарств (напр., АРВ-препаратов) для лечения ВИЧ-инфекции.

В состав выборки входили участники с различным уровнем доходов и жилищных условий, тогда как различия в уровне образования были менее заметными. Семнадцать процентов участников опроса указали отсутствие дохода или назвали себя неимущими/имеющими очень низкий доход. Большое количество участников заявили о своей принадлежности к рабочему классу/с уровнем доходов ниже среднего (35%) или среднему классу/со средним уровнем доходов (42%). Лишь 6% участников сообщили о том, что принадлежат к высшим слоям общества и имеют высокий уровень доходов. Участники, составившие выборку, имели высокий уровень образования, при этом около 99% сообщили о получении как минимум среднего образования, 61% отметили высшее и 24% – послевузовское образование. В отношении жилищных условий 76% участников заявили, что они имеют постоянное жилье, в то время как 22% сказали, что не имеют постоянного жилья, а 2% указали, что являются бездомными.

Большинство участников опроса указали, что они ведут активную сексуальную жизнь. Шестьдесят семь процентов сообщили, что имели сексуальные отношения с двумя или более сексуальными партнерами за последний год, а 26% сообщили о сексуальных отношениях только с одним партнером за последний год. Восемь процентов указали на отсутствие сексуальных отношений за последний год. Большинство (53%) участников идентифицировали себя как «холост», а 32% сообщили о наличии романтического партнера мужского пола. Семь процентов указали на состояние в браке с мужчиной, а 5% – с женщиной. Наконец, большинство (87%) участников заявили, что они вступают в сексуальные отношения только с мужчинами, 9% – с мужчинами и женщинами, 2% – только с женщинами, а 2% отрицали сексуальные отношения вообще.

4. Результаты

ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПА К РАЗЛИЧНЫМ ОСНОВНЫМ И РАЗРАБАТЫВАЕМЫМ УСЛУГАМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ

Показатели доступа к различным основным и разрабатываемым услугам по профилактике ВИЧ выявили существенные различия в типах услуг, которые участники отметили как доступные. Следует обратить внимание, что опрос не выявил ни одной услуги по профилактике ВИЧ, которая была бы легкодоступной для большинства участников. Тем не менее, некоторые услуги были отмечены в качестве «легкодоступных» чаще, чем другие.

Основные услуги по профилактике ВИЧ, рекомендуемые ЮНЭЙДС и Всемирным банком, например, тестирование на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), консультирование по вопросам ВИЧ и лечение ИППП, были отмечены как легкодоступные 53%, 51% и 47% участников, соответственно. Уровень доступа к лечению ВИЧ, однако, был довольно низким, при этом лишь 36% участников сообщили о легком доступе, а 27% отметили вариант «почти не доступно», «не доступно» или «никогда об этом не слышал». Другие основные услуги, такие как бесплатные презервативы и смазки, были легко доступны лишь 44% и 29% участников, соответственно. Лишь около 30% участников отметили легкий доступ к каждой из следующих основных услуг по профилактике ВИЧ: поведенческие вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом, информационные материалы по вопросам ВИЧ, психологическая поддержка, бесплатное или недорогое медицинское обслуживание, кампании в СМИ по профилактике ВИЧ, а также законы/постановления, гарантирующие доступность профилактики ВИЧ.

Почти половина (48%) участников сообщили, что имеют легкий доступ к бесплатному тестированию на ВИЧ, однако программы сексуального воспитания были не столь легко доступны, и только одна четверть участников отметила легкий доступ к ним. Кампании в СМИ по снижению уровня гомофобии не были широко распространены, причем половина из опрошенных сообщили, что кампании против гомофобии были либо не доступны (30%), либо они никогда об этом не слышали (20%). Подобным же образом, доступ к медицинским учреждениям для MSM не был легким, причем для более половины (52%) респондентов он либо отсутствовал (27%), либо

они никогда об этом не слышали (25%). Уровень доступа к услугам для тех, кто употреблял наркотики, был низким, и лишь 16% участников отметили легкий доступ и менее половины (43%) сообщили о *каком-либо* доступе к программам обмена игл и шприцев. Наконец, только около четверти (24%) участников отметили, что программы лечения наркозависимости были легко доступны.

В отношении уровня знаний о **разрабатываемых стратегиях профилактики** и доступа к ним во всех случаях, кроме обрезания, легкий доступ был отмечен низким числом респондентов. Например, РЕР была описана как легкодоступная лишь 18% участников. Тридцать пять процентов отметили, что они никогда не слышали о РЕР. Аналогичным образом, 39% указали, что никогда не слышали о РгЕР, и 44% МСМ никогда не слышали о микробицидах местного применения для профилактики ВИЧ. Обрезание являлось единственной биомедицинской стратегией профилактики ВИЧ, доступ к которой был открыт многим участникам: 50% сообщили, что оно было легкодоступным, и лишь 10% участников никогда не слышали об обрезании в качестве биомедицинской стратегии.

ПОКАЗАТЕЛИ ОТНОШЕНИЯ К РгЕР

Пункты опроса об отношении к РгЕР оценивали отрицательные и положительные мнения участников опроса об использовании РгЕР с учетом различных моментов. Помимо прочего, такие моменты включали финансовый риск, риск для здоровья и рискованное сексуальное поведение. В отношении всех пунктов ключевым результатом опроса стал недостаток мнений и знаний участников о РгЕР. В отношении большинства пунктов самая большая доля (37-64%) ответов была: «Не знаю». Такой результат впечатляет, поскольку он подчеркивает недостаток информации о РгЕР, доступной участникам для формирования мнения о РгЕР. Помимо распространенного ответа «Не знаю» другие результаты зависели от конкретного пункта. К примеру, 35% участников согласились (т.е. отметили либо «абсолютно согласен», либо «скорее согласен, чем не согласен»), что РгЕР должна использоваться МСМ для профилактики ВИЧ-инфекции. Тем не менее, 30% участников согласились, что РгЕР будет слишком дорого стоить. В отношении безопасности было ясно, что участники имеют смешанные чувства по поводу РгЕР. Большинство (64%) сообщили, что они ничего не знали о безопасности РгЕР, в то время как 20% не считали ее безопасной. Пятьдесят восемь процентов считали, что средства должны выделяться на финансирование исследований, направленных на последующее изучение РгЕР в качестве стратегии профилактики ВИЧ для МСМ. Примерно четыре из десяти (38%) участников считали, что РгЕР приведет к тому, что больше МСМ откажутся от использования презервативов при сексуальном контакте. Очень

немногие (16%) считали, что PrEP имеет потенциал стать более эффективной стратегией профилактики ВИЧ, чем использование презервативов.

СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП

РЕГИОН

Как показано в таблице 1 ниже, существенные различия по регионам были обнаружены по каждому из основных конструкторов. Значения F для каждого конструктора могут быть интерпретированы с точки зрения величины групповых различий (т. е. чем больше значение F, тем больше средние различия между регионами). Дисперсионные анализы (ANOVA) показали, что участники из Африки (все регионы) отметили высокий уровень стигмы и внешней гомофобии. После Африки вторые по величине уровни стигмы и внешней гомофобии были зарегистрированы на Ближнем Востоке, в Азиатско-Тихоокеанском регионе, Центральной/Южной Америке и странах Карибского бассейна. Все участники продемонстрировали относительно равные уровни по этим показателям. За этими регионами следовали Европа и Северная Америка, и, наконец, Австралия/Новая Зеландия, где был зафиксирован низкий уровень стигмы и внешней гомофобии во всех регионах. В отношении интернализованной гомофобии мужчины из Африки и Азиатско-Тихоокеанского региона сообщили о наиболее высоком уровне интернализованной гомофобии с показателями примерно в том же диапазоне. За Африкой и Азией последовала группа регионов с показателями в середине диапазона, включая Ближний Восток, Центральную/Южную Америку и страны Карибского бассейна. Самые низкие уровни интернализованной гомофобии были обнаружены в Европе, Северной Америке и Австралии/Новой Зеландии. Наконец, мужчины из стран Азии, Ближнего Востока и Африки продемонстрировали значительно более низкие показатели самоуважения по сравнению с мужчинами из Европы, Австралии/Новой Зеландии, Северной Америки, Центральной/Южной Америки и стран Карибского бассейна.

ТАБЛИЦА 1: СОПОСТАВЛЕНИЕ ПО КЛЮЧЕВЫМ КОНСТРУКТАМ ПО РЕГИОНУ

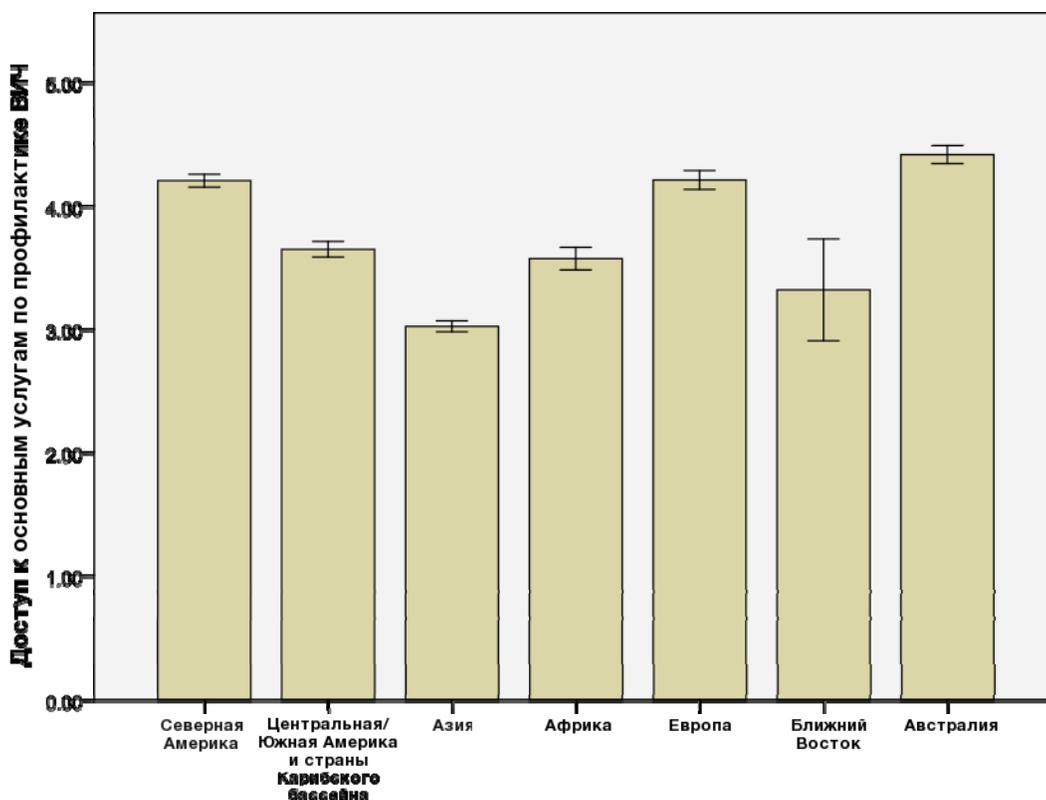
<i>Конструкт</i>	Северная Америка		Центральная/Южная Америка и страны Карибского бассейна		Азиатско-Тихоокеанский регион		Африка		Европа		Средний Восток		Австралия/Новая Зеландия		Значение <i>F</i>	<i>p</i>
	Сред.	CO	Сред.	CO	Сред.	CO	Сред.	CO	Сред.	CO	Сред.	CO	Сред.	CO		
<i>Воспринимаемая гомофобия (1-4; наименьший-наибольший уровень воспринимаемой гомофобии)</i>	2,07	0,68	2,59	0,70	2,57	0,71	2,86	0,87	1,99	0,73	2,52	0,80	1,72	0,58	115,16	,000
<i>Интернализованная гомофобия (1-4; наименьший-наибольший уровень интернализованной гомофобии)</i>	1,38	0,45	1,54	0,60	1,97	0,68	1,82	0,66	1,33	0,37	1,69	0,60	1,42	0,50	112,46	,000
<i>Самоуважение (1-4; наименьший-наибольший уровень самоуважения)</i>	3,79	0,37	3,81	0,33	3,53	0,49	3,68	0,40	3,72	0,45	3,59	0,55	3,75	0,41	40,37	,000
<i>Доступ к разрабатываемым стратегиям профилактики (1-5; наименьший-наибольший доступ)</i>	3,27	1,04	2,48	1,01	2,32	1,08	2,82	0,83	3,04	0,94	2,69	0,92	3,13	1,16	81,53	,000
<i>Знания о разрабатываемых стратегиях профилактики (1-4; наименьший-наибольший уровень знаний)</i>	2,90	0,78	2,48	0,79	2,05	0,68	2,64	0,73	2,91	0,77	2,61	0,85	2,49	0,79	138,54	,000
<i>Желание узнавать о разрабатываемых технологиях (1-4; самое слабое-самое сильное желание)</i>	3,08	0,78	3,74	0,46	3,70	0,50	3,58	0,64	2,76	0,80	3,39	0,77	2,92	0,73	193,56	,000
<i>Количество правильных</i>	2,99	1,76	2,07	1,81	1,36	1,56	2,37	1,99	3,48	1,83	1,64	1,50	2,33	1,69	99,19	,000

Результаты

<i>ответов проверки знаний о PrEP (0-6; наименьшее-наибольшее количество правильных ответов)</i>																	
<i>Отношение к PrEP (1-4; наименее-наиболее благоприятное отношение)</i>	2,43	0,72	2,57	0,75	2,74	0,70	2,67	0,62	2,26	0,63	2,42	0,64	2,43	0,69	23,30	,000	
<i>Информация о профилактике ВИЧ (0-5; наименьший-наибольший охват)</i>	3,97	1,31	4,09	1,32	3,34	1,70	4,23	1,30	4,09	1,20	2,45	1,99	3,27	1,41	29,67	,000	
<i>Места профилактики ВИЧ (0-5; наименьшее-наибольшее количество мест)</i>	2,34	0,98	2,18	0,94	1,23	1,25	2,02	1,16	2,21	0,90	1,25	1,25	2,21	0,99	103,58	,000	

Уровни знаний о разрабатываемых стратегиях профилактики ВИЧ также отличались по регионам, как и желание узнавать больше об этих стратегиях и отношение к PrEP. Участники из Азиатско-Тихоокеанского региона продемонстрировали самый низкий уровень знаний о разрабатываемых технологиях профилактики ВИЧ. За ними следовали участники из Центральной/Южной Америки и стран Карибского бассейна, Австралии/Новой Зеландии, стран Ближнего Востока и Африки. Участники в Северной Америке и Европе продемонстрировали значительно более высокий уровень знаний о разрабатываемых стратегиях профилактики, чем участники во всех других регионах. Несмотря на то, что участники в Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе и Центральной/Южной Америке и странах Карибского бассейна были менее осведомлены о разрабатываемых технологиях, чем их североамериканские и европейские собратья, они выразили значительно более сильное желание узнавать о разрабатываемых стратегиях профилактики, чем участники из всех других регионов. Результаты, подобные результатам изучения уровня знаний о разрабатываемых технологиях профилактики ВИЧ, наблюдались в отношении пунктов PrEP: участники из Азиатско-Тихоокеанского региона и стран Ближнего Востока правильно ответили на значительно меньше пунктов проверки знаний о PrEP, нежели участники из других регионов. Участники в Центральной/Южной Америке и странах Карибского бассейна, Австралии/Новой Зеландии и Африке ответили правильно на значительно большее количество пунктов, чем участники в Азиатско-Тихоокеанском регионе и странах Ближнего Востока, однако на значительно меньшее количество пунктов проверки знаний о PrEP по сравнению с участниками в Северной Америке и Европе, которые продемонстрировали самый высокий уровень знаний. Наконец, участники из Европы продемонстрировали наименее благоприятное отношение к PrEP по сравнению с участниками из других регионов. За ними следовали участники из стран Ближнего Востока, Австралии/Новой Зеландии и Северной Америки.

РИС. 1: ДОСТУП К ОСНОВНЫМ СТРАТЕГИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ПО РЕГИОНУ

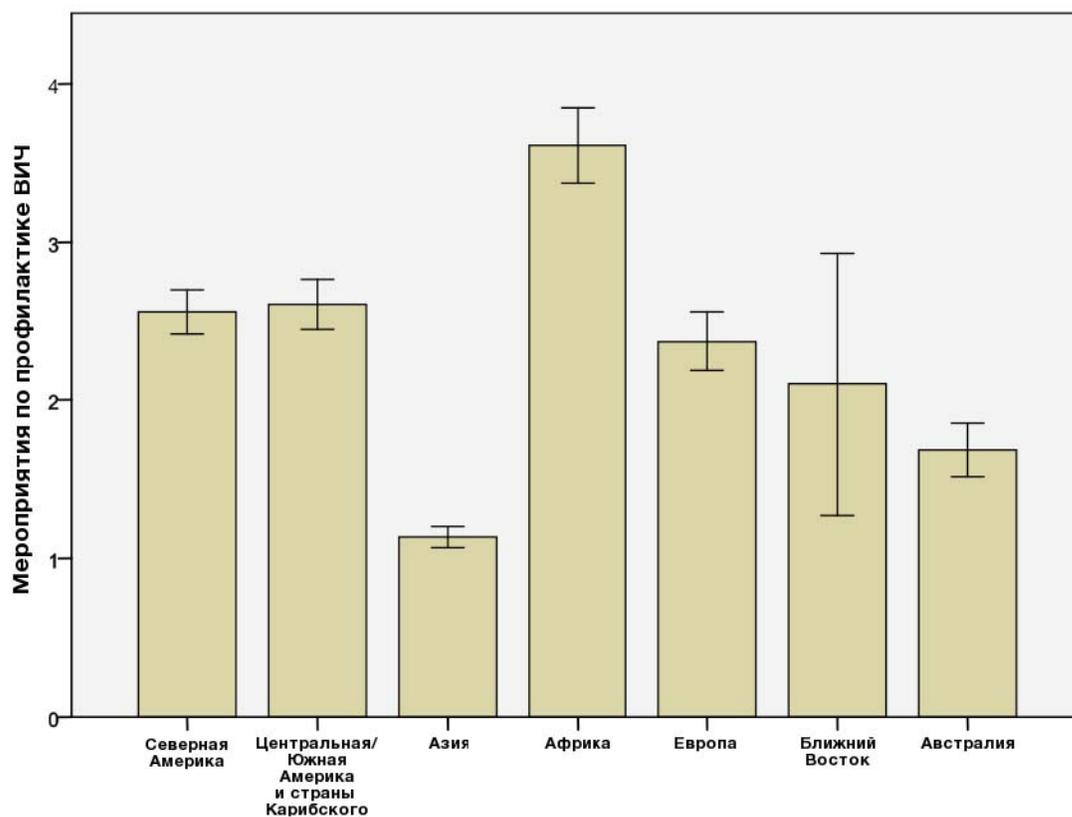


Примечание. Столбцы отражают средний балл по критерию из 18 пунктов оценки доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ (измеряется по 5-балльной шкале Лайкерта) для каждого региона. Оценка «5» свидетельствует о высокой доступности («Легко доступно в моем сообществе»), а оценка «1» указывает на низкую доступность («Никогда об этом не слышал»). Скобки отражают 95%-ный доверительный интервал для средних баллов. С точки зрения статистики, средние баллы между регионами значительно различаются в дисперсионном анализе ANOVA ($p < 0,001$). Полный список основных услуг по профилактике ВИЧ доступен в разделе «Методы» в приложении.

Как видно на рисунке 1, существенные различия в доступе к основным стратегиям профилактики ВИЧ между регионами отсутствовали. Участники из Австралии/Новой Зеландии, Европы и Северной Америки отметили самый высокий уровень доступа к основным технологиям профилактики ВИЧ. Участники из Африки, Центральной/Южной Америки и стран Карибского бассейна отметили уровни доступа к основным стратегиям профилактики ВИЧ, которые были значительно ниже, чем у участников из Австралии/Новой Зеландии, Европы и Северной Америки. Участники из Азиатско-Тихоокеанского региона и стран Ближнего Востока сообщили о значительно более низком уровне доступа по сравнению с участниками из всех других регионов.

Кроме того, существовали значительные региональные различия в участии в мероприятиях по профилактике ВИЧ. Как показано на рисунке 2, участники в Африке отметили самый высокий уровень участия в деятельности по профилактике ВИЧ. За ними следовали участники из стран Ближнего Востока, Европы, Северной Америки, Центральной/Южной Америки и стран Карибского бассейна, который отметили примерно равные уровни участия. Участники из Азиатско-Тихоокеанского региона и Австралии/Новой Зеландии отметили самый низкий уровень участия в мероприятиях по профилактике ВИЧ. Кроме того, респонденты на Ближнем Востоке, в Австралии/Новой Зеландии и в Азиатско-Тихоокеанском регионе сообщили о значительно меньшем уровне предоставления материалов о профилактике ВИЧ, приобретенных в различных местах, по сравнению с респондентами в Африке, Центральной/Южной Америке и странах Карибского бассейна, Европе и Северной Америке (таблица 1, строка 9). Аналогичным образом, участники в Азиатско-Тихоокеанском регионе, на Ближнем Востоке и в Африке сообщили о наличии значительно меньшего количества мест получения материалов по профилактике ВИЧ по сравнению с участниками из других регионов (таблица 1, строка 10).

РИС. 2: УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ПО РЕГИОНУ



Примечание. Столбцы отражают средний балл по критерию из 5 пунктов оценки участия в различных мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции среди разных возрастных групп. Варианты ответов включали «Да, я обращался к этой услуге» и «Нет, я не обращался к этой услуге». Более высокие баллы указывают на более активное участие в деятельности по профилактике ВИЧ. Скобки отражают 95%-ный доверительный интервал баллов. С точки зрения статистики, средние баллы по регионам значительно различаются в дисперсионном анализе ANOVA ($p < 0,001$).

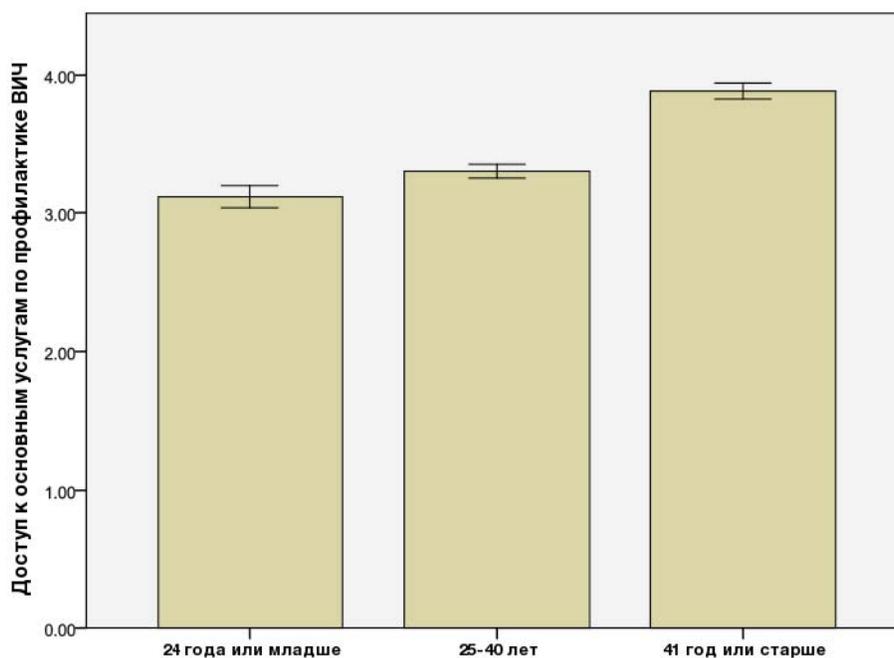
ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА

Как показано в таблице 2, между возрастными группами по каждому из основных конструктов исследования существовали значительные различия. Значения F указывают на критерии, по которым существовали большие различия между возрастными группами (напр., доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ, знания о разрабатываемых стратегиях профилактики). Как правило, более молодые возрастные группы оказались в более затруднительном положении с точки зрения психологических факторов, доступа к профилактике ВИЧ (рис. 3) и участия в деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции по сравнению с самой старшей возрастной группой. К примеру, участники в возрасте от 41 года или старше продемонстрировали значительно более низкие уровни воспринимаемой стигмы и интернализованной гомофобии и более высокое самоуважение по сравнению с участниками в возрасте от 24 лет и младше и в возрасте от 25 до 40 лет. Самые молодые участники (24 года и младше) отметили значительно более высокие уровни интернализованной гомофобии и более низкое самоуважение, чем две старшие возрастные группы. Более взрослые участники (41 год и старше) также были наиболее осведомлены о разрабатываемых стратегиях и правильно ответили на наибольшее количество пунктов проверки знаний о PrEP по сравнению с другими возрастными группами. Самые молодые участники (24 года и младше) продемонстрировали самый низкий уровень знаний о разрабатываемых стратегиях и наименьшее количество правильных ответов на пункты о PrEP. Тем не менее, более молодые участники (40 лет и младше) отметили значительно более сильное желание узнавать о разрабатываемых стратегиях профилактики и выразили более благоприятное отношение к PrEP по сравнению с участниками в возрасте от 41 года и старше.

ТАБЛИЦА 2: СОПОСТАВЛЕНИЕ ПО КЛЮЧЕВЫМ КОНСТРУКТАМ ПО ВОЗРАСТУ

Конструкт (диапазон)	от 24 лет и младше		от 25 до 40 лет		от 41 года и старше		Значение F	p
	Сред.	CO	Сред.	CO	Сред.	CO		
<i>Воспринимаемая гомофобия</i> (1-4; наименьший-наибольший уровень воспринимаемой гомофобии)	2,50	0,73	2,47	0,76	2,27	0,76	23,24	,000
<i>Интернализованная гомофобия</i> (1-4; наименьший-наибольший уровень интернализованной гомофобии)	1,95	0,67	1,80	0,65	1,55	0,62	61,15	,000
<i>Самоуважение</i> (1-4; наименьший-наибольший уровень самоуважения)	3,51	0,49	3,61	0,47	3,75	0,39	49,26	,000
<i>Доступ к разрабатываемым стратегиям профилактики</i> (1-5; наименьший -наибольший доступ)	2,23	1,03	2,50	1,08	2,90	1,15	74,55	,000
<i>Знания о разрабатываемых стратегиях профилактики</i>	2,00	0,67	2,20	0,73	2,61	0,83	141,61	,000

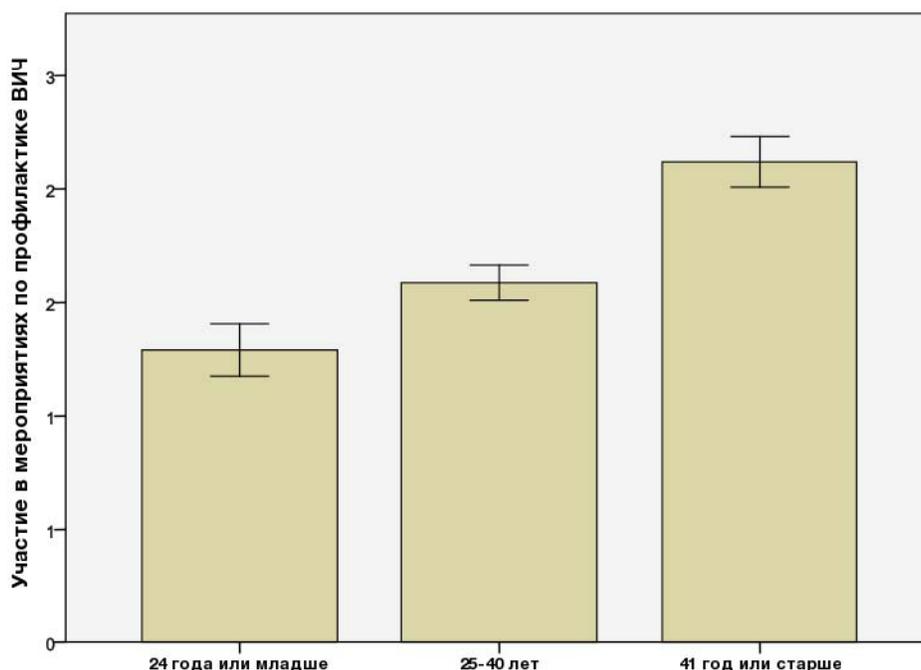
<i>(1-4; наименьший-наибольший уровень знаний)</i>								
<i>Желание узнавать о разрабатываемых технологиях</i> <i>(1-4; самое слабое-самое сильное желание)</i>	3,69	0,49	3,60	0,60	3,24	0,078	120,07	,000
<i>Количество правильных ответов проверки знаний о PrEP</i> <i>(0-6; наименьшее-наибольшее количество правильных ответов)</i>	1,41	1,61	1,89	1,87	2,71	1,90	85,51	,000
<i>Отношение к PrEP</i> <i>(1-4; наименее-наиболее благоприятное отношение)</i>	2,70	0,71	2,63	0,71	2,51	0,72	11,51	,000
<i>Информация о профилактике ВИЧ</i> <i>(0-5; наименьший-наибольший охват)</i>	3,36	1,65	3,51	1,60	3,85	1,46	20,73	,000
<i>Места профилактики ВИЧ</i> <i>(0-5; наименьшее-наибольшее количество мест)</i>	1,32	1,28	1,60	1,24	1,97	1,14	54,91	,000

РИСУНОК 3: ДОСТУП К ОСНОВНЫМ УСЛУГАМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ПО ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

Примечание. Столбцы отражают средний балл по критерию из 18 пунктов оценки доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ (измеряется по 5-балльной шкале Лайкерта) для каждого региона. Скобки отражают 95%-ный доверительный интервал для средних баллов. Более высокие баллы указывают на более широкий доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ. С точки зрения статистики, средние баллы по возрастным группам значительно различаются в дисперсионном анализе ANOVA ($p < 0,001$).

Как показано на рисунках выше, участники в возрасте от 24 лет или младше отметили значительно меньший доступ к основным и разрабатываемым услугам по профилактике ВИЧ по сравнению с двумя старшими возрастными группами, при этом участники в возрасте от 41 года и старше отметили наибольший доступ. Наконец, участники в возрасте 24 лет и младше продемонстрировали самый низкий уровень участия в мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции (см. рисунок 4 ниже), самый низкий уровень охвата материалов по профилактике ВИЧ, полученных в различных местах, а также наименьшее количество мест их получения, по сравнению с участниками в возрасте от 25 до 40 лет и от 41 года и старше. Самая старшая возрастная группа (41 год и старше) сообщила о наибольшем участии в профилактических мероприятиях и о самом большом доступе к материалам по профилактике ВИЧ и местам их получения.

РИСУНОК 4: УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ ПО ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ



Примечание. Столбцы отражают средний балл по критерию из 5 пунктов оценки участия в различных мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции среди разных возрастных групп. Скобки отражают 95%-ный доверительный интервал для баллов. Более высокие баллы указывают на более активное участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ. С точки зрения статистики, средние баллы по возрастным группам значительно различаются в дисперсионном анализе ANOVA ($p < 0,001$).

МНОЖЕСТВЕННЫЕ РЕГРЕССИОННЫЕ АНАЛИЗЫ, ПРОГНОЗИРУЮЩИЕ ДОСТУП К УСЛУГАМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УЧАСТИЕ В ИХ ОКАЗАНИИ

Множественный регрессионный анализ использовался для оценки демографических и КАВ-переменных (knowledge, attitude and behavior – знание, отношение и поведение), являющихся независимыми предикторами доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ (табл. 3) и участия в деятельности по профилактике ВИЧ (табл. 4). В разделе «Методы» в приложении подробно описаны выбор регрессионной модели и процесс ее построения.

Модель прогнозирования доступа к основным стратегиям профилактики ВИЧ (табл. 3) включала следующие переменные: воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия, интернализованная гомофобия, желание узнавать о разрабатываемых стратегиях профилактики, знания о PrEP,

участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ, получение информации по профилактике, места получения материалов по профилактике ВИЧ, ВИЧ-статус, нестабильные/стабильные жилищные условия и возраст. Большой доступ к услугам по профилактике ВИЧ был прямо пропорционален получению участниками информации о профилактике ВИЧ, наличию доступа к местам распространения материалов по профилактике ВИЧ, участию в мероприятиях по профилактике ВИЧ, более высокому уровню знаний о PrEP, ВИЧ-положительному статусу, стабильным жилищным условиям и более старшему возрасту участников. С другой стороны, доступ к услугам по профилактике ВИЧ был обратно пропорционален более сильному восприятию внешней гомофобии и большему желанию MSM узнавать о разрабатываемых технологиях профилактики. Меньший доступ к услугам по профилактике ВИЧ также наблюдался среди MSM, которые отметили более высокий уровень интернализованной гомофобии, хотя эта связь не была статистически значимой. Согласно нашим анализам, наиболее сильные предикторы доступа к услугам по профилактике ВИЧ – это воспринимаемая внешняя гомофобия ($\beta = -0,29$) и количество мест, где были получены материалы по профилактике ВИЧ ($\beta = 0,25$). В целом, переменные в этой модели позволили объяснить 43% расхождений в доступе к профилактическим мероприятиям.

ТАБЛИЦА 3: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КАВ-ПЕРЕМЕННЫЕ, ПРОГНОЗИРУЮЩИЕ ДОСТУП К ОСНОВНЫМ УСЛУГАМ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

<i>Независимые переменные</i>	Бета	СП	P
<i>Воспринимаемая гомофобия</i>	-,29	,03	,000
<i>Интернализованная гомофобия</i>	-,04	,03	>0,05
<i>Желание узнавать о новых стратегиях профилактики</i>	-,15	,03	,000
<i>Знания о PrEP</i>	,09	,01	,000
<i>Участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ</i>	,13	,01	,000
<i>Информация о профилактике ВИЧ</i>	,13	,01	,000
<i>Места профилактики ВИЧ</i>	,25	,02	,000
<i>ВИЧ-статус</i>	,05	,04	,022
<i>Жилищные условия</i>	,09	,04	,000
<i>Возраст</i>	-,05	,02	,019
<i>Примечание. Бета-коэффициенты указывают на увеличение (если бета-коэффициент положительный) или уменьшение (если бета-коэффициент отрицательный) баллов доступа к основной мере профилактики ВИЧ, что связано с каждым единичным увеличением предикторов (т.е. демографические и КАВ-переменные). Например, увеличение балла воспринимаемой гомофобии на 1 связано с предполагаемым снижением балла доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ на 0,29. Предикторы с р-значениями <0,05 считаются статистически значимыми (т.е. наблюдаемый эффект предиктора вряд ли будет случайным).</i>			

В таблице 4 представлены модели, прогнозирующие участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ. Следующие переменные являлись независимыми предикторами участия в мероприятиях по профилактике ВИЧ: воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия, интернализованная гомофобия, самоуважение, доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ, доступ к разрабатываемым стратегиям профилактики ВИЧ, знания о PrEP, принадлежность к числу представителей системы здравоохранения, ВИЧ-статус и уровень образования. Более активное участие в оказании услуг по профилактике ВИЧ было положительно связано с тем фактом, что MSM имели больший доступ к

основным услугам по профилактике ВИЧ и разрабатываемым технологиям профилактики ВИЧ, имели более высокий уровень знаний о PrEP и ВИЧ-положительный статус, более сильное восприятие внешней гомофобии и более высокое самоуважение.

Принадлежность к числу представителей системы здравоохранения была самым сильным предиктором участия в оказании услуг по профилактике ВИЧ ($\beta = 0,28$), далее следовал доступ к основным услугам по профилактике ($\beta = 0,23$). Вместе на эти переменные приходилось 30% расхождений в участии в профилактических мероприятиях.

ТАБЛИЦА 4: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КАВ-ПЕРЕМЕННЫЕ, ПРОГНОЗИРУЮЩИЕ УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ

<i>Независимые переменные</i>	Бета	СП	p
<i>Воспринимаемая гомофобия</i>	,15	,05	,000
<i>Интернализованная гомофобия</i>	-,11	,06	,000
<i>Самоуважение</i>	,06	,09	,017
<i>Доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ</i>	,23	,05	,000
<i>Доступ к разрабатываемым стратегиям профилактики ВИЧ</i>	,13	,04	,000
<i>Знания о PrEP</i>	,10	,02	,000
<i>Принадлежность к числу представителей системы здравоохранения</i>	,28	,10	,000
<i>ВИЧ-статус</i>	,07	,08	,002
<i>Уровень образования</i>	-,05	,04	,038

Примечание. Бета-коэффициенты указывают на увеличение (если бета-коэффициент положительный) или уменьшение (если бета-коэффициент отрицательный) балла участия в деятельности по профилактике ВИЧ, что связано с каждым единичным увеличением предикторов (т.е. демографические и КАВ-переменные). Например, 1-балльное увеличение в доступе к основным услугам по профилактике ВИЧ связано с предполагаемым снижением в участии в мероприятиях по профилактике ВИЧ на 0,23 балла. Предикторы с p-значениями <0,05 считаются статистически значимыми (т.е. наблюдаемый эффект предиктора вряд ли будет случайным).

5. Заключение и рекомендации

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В эту новую эпоху пандемии ВИЧ важно, чтобы системы здравоохранения и защитники прав МСМ имели четкое представление о наших достижениях и неудачах в связи с сокращением воздействия ВИЧ на МСМ. Кроме того, сейчас самый подходящий момент задать вопрос: предоставляем ли мы МСМ из всех регионов земного шара *проверенные* методы профилактики, необходимые для защиты самих МСМ и их сообществ? Результаты данного исследования показывают, что ответ на этот вопрос является однозначным: «Нет».

Наше исследование показывает, что основные проверенные средства профилактики ВИЧ не являются широкодоступными для МСМ и специалистов, работающих с ними, по всему миру. В целом, только около половины участников нашего опроса отметили легкий доступ к тестированию и консультированию в связи с ВИЧ/СПИДом, и только около одной трети сообщили о том, что у них есть легкий доступ к лечению ВИЧ-инфекции. Кроме того, бесплатные презервативы были легко доступны лишь 44% МСМ, а смазки – лишь 29%. Этого недостаточно. На этом нельзя останавливаться. Опрос также показал, что существуют значительные региональные различия в доступе к основным стратегиям профилактики ВИЧ и участии в профилактических мероприятиях. Уровень доступа к профилактическим мероприятиям и участия в них был самым низким в регионах с низким и средним уровнем доходов – Азиатско-Тихоокеанский регион, Ближний Восток, страны Карибского бассейна, Южная/Центральная Америка и Африка, в то время как самый высокий уровень наблюдался в Австралии/Новой Зеландии, Северной Америке и Европе. Этот вывод согласуется с другими глобальными оценками, которые продемонстрировали низкий уровень проведения основных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в регионах с низким и средним уровнем доходов.^{1, 11, 12, 22} В целях глобального увеличения масштабов распространения этих проверенных стратегий профилактики требуются постоянные и срочные меры.

Кроме того, большинство МСМ и медицинских работников продемонстрировали очень ограниченное понимание и недостаточные знания о разрабатываемых стратегиях профилактики ВИЧ. Соответствующим образом, участники продемонстрировали опасения и непонимание новых вмешательств, таких как PrEP. Большинство участников не смогли выразить свои чувства о

стоимости, безопасности и эффективности PrEP. Наш опрос показал, что уровень знаний о PrEP и других разрабатываемых стратегий был низким среди MSM во всех регионах. Как и ожидалось, самый высокий уровень знаний продемонстрировали MSM в регионах с высоким доходом. В Северной Америке и Западной Европе участники, в среднем, правильно ответили на три из шести вопросов проверки знаний о PrEP. В отличие от них, участники из Азиатско-Тихоокеанского региона и стран Ближнего Востока правильно ответили на наименьшее количество вопросов: в среднем, 1,4 и 1,6 из 6, соответственно. Интерес к новым стратегиям был самым высоким в регионах с низким и средним уровнем дохода за пределами Австралии/Новой Зеландии, Северной Америки и Западной Европы. Важно отметить, что хотя участники в целом продемонстрировали недостаточные знания о PrEP и других разрабатываемых стратегиях, MSM со всего мира проявили сильное желание узнавать больше о разрабатываемых стратегиях в целом. Исследование показало, что MSM открыты новым подходам и стремятся узнать больше о том, как такие мероприятия могут способствовать охране их здоровья.

Исследование подчеркивает серьезные недостатки в глобальных усилиях по предоставлению MSM и медицинским работникам доступа к эффективным и разрабатываемым средствам профилактики ВИЧ и информации о них. Следует отметить, что MSM и медицинские работники из Азиатско-Тихоокеанского региона и стран Ближнего Востока имеют наименьший доступ к основным мероприятиям по профилактике ВИЧ, наименьший уровень знаний о новых мероприятиях, а также наибольший интерес к последним, по сравнению с MSM в других частях мира. Такие результаты указывают на необходимость крупномасштабных усилий, направленных на распространение средств профилактики ВИЧ (в том числе информации) в различных странах этих регионов.

Кроме того, наши данные показывают, что внешняя гомофобия по-прежнему негативно влияет на MSM и мешает предоставлению услуг по профилактике ВИЧ для этой уязвимой группы населения. Уровни воспринимаемой внешней гомофобии были самыми высокими в Африке, Азиатско-Тихоокеанском регионе, странах Карибского бассейна, Центральной/Южной Америке и на Ближнем Востоке. В этих регионах мужчины чаще были «согласны» (в отличие от «не согласен» или «абсолютно не согласен») с заявлениями, указывающими на существование гомофобии на уровне сообществ и организаций (напр., «Большинство работодателей не примут на работу гей/MSM»). Эти данные отражают трудные реалии, с которыми сталкиваются MSM и по сей день. Многие из них живут в репрессивных и враждебных условиях, где добровольные сексуальные отношения между индивидуумами одного и того же пола подлежат стигматизации,

уголовной ответственности и/или наказанию.²³ Анализ показал, что воспринимаемая внешняя гомофобия независимо прогнозирует более ограниченный доступ к основным стратегиям профилактики ВИЧ. Он также показал, что воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия является конструктом с наибольшей способностью к прогнозированию доступа к основным стратегиям профилактики ВИЧ. Наши выводы подчеркивают разрушающее влияние внешней гомофобии на доступ к важным услугам здравоохранения для МСМ и крайнюю необходимость борьбы с негативным влиянием гомофобии. Не менее важным, однако, оказался тот факт, что МСМ отметили общий низкий уровень интернализованной гомофобии. Такие факторы, укрепляющие жизнестойкость МСМ перед лицом дискриминации и изоляции, оправдывают проведение более значительных исследований.

Наше исследование также показало, что молодые МСМ имеют недостаточный доступ к развивающимся стратегиям профилактики и знания о них по сравнению с более взрослыми МСМ. Последние отметили более высокие уровни доступа и участия, чем более молодые респонденты. В нашей регрессионной модели возраст также являлся значимым предиктором доступа к стратегиям профилактики ВИЧ; более молодой возраст был пропорционален сокращению доступа. Кроме того, МСМ в возрасте до 25 лет отметили самые высокие уровни внешней и интернализованной гомофобии в ходе нашего исследования. Вполне вероятно, что молодые МСМ подвергаются преследованиям, отторжению, насилию и социальной изоляции – факторы, которые могут препятствовать их доступу к профилактике ВИЧ. Действительно, существуют доказательства того, что молодые геи, бисексуалы и транссексуалы, страдающие от социальной дискриминации, имеют более высокий риск членовредительства и чаще практикуют рискованное сексуальное поведение, что отражает упущенные возможности и нехватку доступа к услугам по профилактике ВИЧ для этой уязвимой демографической группы.^{24, 25} Неудивительно, что во многих странах во всем мире заболеваемость ВИЧ среди молодых МСМ растет, свидетельствуя о том, что молодые МСМ, которые, возможно, больше всего нуждаются в новых средствах профилактики, на самом деле имеют наименьший доступ к ним.

Появление новых и эффективных средств профилактики ВИЧ вызывает ажиотаж и вселяет столь необходимую надежду в МСМ, которые несли непропорциональное бремя пандемии ВИЧ с момента ее возникновения. Постоянно растущий набор средств для борьбы с распространением ВИЧ-инфекции следует рассматривать с разумным оптимизмом. Вряд ли PrEP, микробициды и другие новые биомедицинские стратегии будут эффективными на 100% в одиночку. Доказано, что основные мероприятия по профилактике ВИЧ являются необходимыми, но не достаточными для

ликвидации ВИЧ-инфекции. Следовательно, эти подходы должны быть объединены и реализованы совместно; их эффективная интеграция, вероятно, будет проблематичной, но также и чрезвычайно важной. В районах, где уровень доступа и охвата доказавших свою эффективность мероприятий по профилактике ВИЧ является низким или недостаточным, более быстрая реализация этих стратегий является критической в отношении их пользы для МСМ. Также необходимо предоставление адекватного медицинского обслуживания и максимального ухода для МСМ, что потребует разрушения структурных барьеров, в том числе в отношении гомофобии, дискриминации, стигматизации и криминализации. Связи между этими барьерами и использованием основных стратегий профилактики ВИЧ являются сложными, и те, кто способствует профилактике ВИЧ среди МСМ, должны учитывать эти факторы для достижения действительно значимых и долгосрочных последствий.

Наконец, глобальная борьба с ВИЧ также должна включать компоненты, ориентированные на конечного пользователя, и принципы действий с учетом прав человека. Необходимо уделять первостепенное внимание участию и привлечению МСМ на всех этапах и уровнях исследования, разработки, реализации и оценки программ и стратегий. В конечном итоге, стратегии имеют наибольшее влияние только тогда, когда они организуются или реализуются членами сообщества, для которых они предназначены. Успех более вероятен тогда, когда члены этого сообщества проявляют инициативу и имеют свободу действий и ресурсы для участия в разработанных ими мероприятиях по защите здравоохранения.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Необходимо обратить внимание на определенные важные ограничения в отношении данного опроса. Во-первых, состав выборки не включает абсолютно всех МСМ или представителей системы здравоохранения. Регионы мира не были в равной мере представлены в опросе. На самом деле, более половины (56%) участников были выходцами из Азиатско-Тихоокеанского региона и менее 5% из Африки (4% выборки) или стран Ближнего Востока (1% выборки). Эти факторы исключают возможность распространения полученных результатов на всю популяцию МСМ. Мы признаем возможность смещения выборки в данном исследовании в сторону МСМ, которые имеют более тесную связь с сетями МСМ (напр., MSMGF и его глобальными партнерами), больший доступ к технологиям и информации (т.е. опрос доставляется по электронной почте и Интернету) и участвуют в опросе из собственных побуждений. Вполне вероятно, что состав нашей выборки представлен МСМ, являющихся активными и обладающими связями в социальном плане и имеющими доступ к технологиям. Данные, полученные от этой группы, скорее всего, будут

переоценивать доступ к услугам по профилактике ВИЧ и знания о новых вмешательствах и недооценивать уровни интернализированной гомофобии. Таким образом, отмеченные трудности в доступе к основным и разрабатываемым стратегиям профилактики ВИЧ являются весьма убедительными, и мы предполагаем, что истинная картина для MSM, не участвовавших в опросе, была бы более мрачной. Отсутствие ответа также представляет еще одно ограничение, в значительной степени связанное с использованным методом онлайн-опроса. Такой подход не позволяет точно установить личность участников, и, что более важно, личность тех, кто не смог принять участие в опросе. В частности, количество людей, которые видели опрос, но не приняли в нем участие, неизвестно, и остается непонятным, насколько они близки к составу нашей выборки или далеки от него.

Другое ограничение исследования связано с надежностью конструкторов в разных языках. Несмотря на то, что большинство из используемых шкал в опросе продемонстрировало сильную надежность, некоторые из них оказались слабее. Примечательно, что критерии самоуважения и интернализированной гомофобии продемонстрировали недостаточную надежность в русском языке. Кроме того, критерий отношения к PrEP не продемонстрировал сплоченности в качестве шкалы. К примеру, оценки надежности были недостаточными для критериев в китайском и русском языках. Еще одним ключевым фактором, связанным с оценками, является использование переведенных критериев. Вполне вероятно, что перевод вопросов опроса изменил их значение в различных культурах. Планируется проведение дополнительных анализов чувствительности и подгрупп с целью обойти данные ограничения в последующих анализах.

Несмотря на эти ограничения, необходимо подчеркнуть сильные стороны опроса и методологии. Во-первых, и, возможно, это самое главное, данный опрос стал первым в своем роде опросом, вынесшим на передний план голоса геев и других MSM по всему миру в связи с профилактикой ВИЧ и отношением к разрабатываемым технологиям профилактики ВИЧ. Результаты свидетельствуют о важности принятия основанного на уважении прав человека подхода к исследованиям с учетом того, что стигма и гомофобия играют критическую роль в ограничении доступа MSM к медицинским услугам. Сосредоточив внимание на двенадцати ключевых областях, опрос предлагает комплексное представление об услугах по профилактике ВИЧ, доступных для MSM.

Наконец, хотя выборка и не была представительной, в ее состав входило большое количество MSM и представителей системы здравоохранения из самых разнообразных регионов мира. Опрос

прошли более 5000 MSM и медицинских работников из 127 стран, что позволило изучить ассоциации с критическими переменными, представляющими интерес, с множества точек зрения. Опрос является первым в своем роде исследованием, которое проводилось в глобальном масштабе и на нескольких языках. Полученные данные свидетельствуют о глобальных усилиях по профилактике ВИЧ и открывают новые области для исследования, которые будут углублять понимание профилактики ВИЧ-инфекции в различных условиях.

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Существует несколько рекомендаций, которые можно почерпнуть из полученных результатов:

1. С учетом документально подтвержденной эффективности основных стратегий профилактики ВИЧ, необходимо принимать больше усилий для обеспечения всеобщего доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ среди MSM во всех странах мира. Услуги по профилактике ВИЧ, которые являются частью минимальных стратегий, рекомендованных ЮНЭЙДС и Всемирным банком, в настоящее время не доступны для MSM в широком плане.
 - Необходимо принимать значительные усилия, направленные на улучшение и расширение доступа к услугам по профилактике ВИЧ среди MSM, в глобальном масштабе. Регионы, в которых данные услуги недостаточны в значительной степени (как показал опрос), – это Ближний Восток и Азиатско-Тихоокеанский регион. Африка, страны Карибского бассейна и Центральная/Южная Америка по-прежнему сталкиваются с серьезными проблемами. Более активные усилия для расширения доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ необходимы в различных странах этих регионов. Более широкий доступ к услугам будет также способствовать участию MSM в профилактических мероприятиях, которые могут снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией или ее передачи.
2. Внимание должно быть сосредоточено на повышении уровня знаний о PrEP, ректальных микробицидах и других разрабатываемых профилактических вмешательствах среди MSM и представителей системы здравоохранения.
 - Результаты ясно призывают к проведению целенаправленных информационных кампаний о PrEP и других разрабатываемых стратегиях профилактики ВИЧ с целью донести до MSM из всех регионов земного шара информацию о возможностях использования новых стратегий для профилактики. Это, вероятно,

сделает данные стратегии более приемлемыми и осуществимыми в контексте общественного здравоохранения.

3. Исследование показывает, что без надежных и постоянных усилий по снижению стигматизации, особенно в Азиатско-Тихоокеанском регионе, Африке и на Ближнем Востоке, странах Карибского бассейна и Центральной/Южной Америке, где ее уровни наиболее высоки, невозможно гарантировать, что все МСМ будут иметь доступ к средствам по профилактике ВИЧ. Политики, исследователи и правозащитники, которые стремятся контролировать распространение ВИЧ, должны бороться со стигматизацией и дискриминацией и сделать эту борьбу ключевым компонентом своей деятельности.
4. Наконец, опрос свидетельствует о необходимости целенаправленных усилий для обеспечения предоставления основных услуг по профилактике молодым МСМ, которые могут быть очень уязвимыми к ВИЧ. С учетом роста числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди молодых МСМ необходимо как можно скорее сгладить подобное неравенство в доступе к услугам здравоохранения.

Опрос и результаты, содержащиеся в настоящем докладе, представляют собой отправную точку для определения областей, на которых должны сосредоточиться будущие исследования и усилия по профилактике ВИЧ и защите прав МСМ. В ходе опроса были получены богатые данные от МСМ, живущих и работающих в разнообразных социальных и политических условиях. Дальнейшая деятельность может быть направлена на региональные различия и изучение уникальных потребностей МСМ из конкретных стран. Аналогичным образом, опрос подчеркнул необходимость последующего изучения ключевых конструктов, связанных с доступом к мерам профилактики, таких как стигма, знания о PrEP и возраст. Наконец, требуется дальнейшее изучение конкретных взглядов и представлений представителей системы здравоохранения. Медицинские работники, участвовавшие в опросе, могут предоставить уникальный взгляд на потребности МСМ в профилактике ВИЧ и являются ключевыми заинтересованными сторонами в рамках глобальных усилий по расширению масштабов комбинированных подходов к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ.

Приложение. Методы

Цель исследования заключалась в оценке доступа к мероприятиям по профилактике ВИЧ и участия в них, уровня знаний о разрабатываемых технологиях профилактики ВИЧ (напр., PrEP) и отношения к ним, а также оценке воспринимаемой стигмы/гомофобии. Поскольку обзор ставил своей целью оценить мнения респондентов по темам, в отношении которых существует несколько официально установленных критериев (в частности, критерии, разработанные специально для геев/МСМ), они были адаптированы из существующих шкал, и были созданы заново разработанные критерии. Были осуществлены различные процедуры в разработке критериев и процессе адаптации.

Во-первых, критерии оценки воспринимаемой стигмы/гомофобии были адаптированы на основе существующих шкал, используемых в отношении геев в США. Сюда относятся шкала стигмы,²⁶ шкала интернализованной гомофобии,²⁷ и шкала самоуважения Розенберга.²⁸ Во-вторых, оценки доступа к услугам по профилактике и обращения к ним, а также знания о PrEP и отношения к ней были разработаны на основе информации, предоставленной Всемирной организацией здравоохранения, ЮНЭЙДС, Всемирным банком и другими неправительственными организациями по рекомендациям в отношении минимальных услуг по профилактике ВИЧ, которые должны предлагаться органами здравоохранения и сообществами. В частности, было рассмотрено несколько докладов в отношении определения услуг по профилактике ВИЧ и разработки вопросов опроса, в первую очередь доклад Коалиции за вакцину против СПИДа (AIDS Vaccine Advocacy Coalition, AVAC) под названием «Piecing Together the HIV Prevention Puzzle» (на английском языке)²⁹ и их проспект «Предконтактная профилактика (PrEP) ВИЧ»,³⁰ доклад ЮНЭЙДС «Потребности стран. Ресурсы, необходимые для выполнения показателей на 2010 год»,³¹ доклад Всемирной организации здравоохранения «Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations» (на английском языке)³² и документ, озаглавленный «Основная профилактика и уход за взрослыми и подростками, живущими с ВИЧ, в условиях ограниченных ресурсов»,³³ а также краткий отчет Всемирного банка «HIV/AIDS At A Glance» (на английском языке).³⁴

В заключение, Руководящий комитет MSMGF рассмотрел все вопросы опроса. Члены Комитета, знакомые с процедурой глобальных опросов по теме здравоохранения, предоставили свои отзывы,

акцентируя внимание на четкости и актуальности отдельных пунктов. Отзывы, предоставленные Руководящим комитетом, были включены в окончательный критерий. До распространения опроса его окончательный вариант был протестирован членами целевых групп населения (т.е. MSM). Опрос также проверялся на время прохождения; было установлено, что прохождение опроса занимает 8-12 минут.

Опрос был создан на английском языке, но переведен на испанский, французский, русский и китайский языки в целях его глобального применения. Для этого MSMGF были задействованы профессиональные переводчики. После разработки первого переведенного варианта он был проверен на предмет культурной компетентности и качества несколькими членами Руководящего комитета MSMGF, говорящими на испанском, французском, русском и китайском языках, и значительно большим числом их коллег-добровольцев. Окончательные версии опроса на английском, испанском, французском, русском и китайском языках предоставляются по требованию.

В ходе опроса были получены описательные данные о респондентах и использованы исчерпывающие меры для изучения двенадцати ключевых тематических областей. Описательные данные, полученные от участников, включали следующее: 1) критерии отбора (MSM или медицинский работник), 2) регион проживания, 3) демографическая информация, 4) ВИЧ-статус и 5) сексуальное поведение. Критерии отбора были получены путем просьбы участников идентифицировать себя в качестве «мужчины, практикующего секс с мужчинами», «представителя медицинского учреждения и/или социальной службы для MSM» или «представителя медицинского учреждения и/или социальной службы и одновременно MSM». Респонденты, отметившие «Я не отношусь к вышеперечисленным группам», не принимали участия в опросе. Участникам, которые являлись медицинскими или социальными работниками (MSM или не MSM), было предложено ответить на вопрос, «принимали ли они когда-либо участие в программах поддержки для медицинских учреждений или специалистов, предоставляющих услуги по профилактике и лечению ВИЧ», и указать срок, в течение которого они работали в области профилактики ВИЧ. Региональные данные были получены с помощью двух вопросов, в которых участников просили указать регион, в котором они проживали (множественный выбор), и страну/страны их проживания (указать). Демографические данные были получены в ответах на несколько вопросов. Участникам было предложено указать их гендерную идентичность (варианты ответа включали «Мужчина», «Женщина», «Транссексуал типа мужчина->женщина», «Транссексуал типа женщина->мужчина», «Гермафродит» и

«Другое»), год рождения (указать), уровень дохода (пять вариантов ответа от «У меня нет дохода» до «Высокий доход/высшие слои общества»), а также их жилищные условия (варианты ответа включали «Мне негде жить», «Сейчас у меня есть жилье, но не постоянное» и «У меня есть постоянное жилье»). Участников также просили указать их уровень образования (шесть вариантов ответа от «Нет образования» до «Аспирантура/степень магистра/кандидата или доктора наук»). Данные о ВИЧ-статусе оценивались с помощью пункта: «Каков ваш ВИЧ-статус?» Варианты ответов включали следующее: «ВИЧ-отрицательный», «ВИЧ-положительный» и «Я не знаю своего ВИЧ-статуса» (участники также могли выбрать вариант «Не скажу»). Участникам, которые сообщили о ВИЧ-положительном статусе, было предложено указать время с момента установления диагноза, и принимали ли они АРВ-препараты. В заключение, данные о сексуальном поведении были получены с помощью вопросов, в которых участников просили описать их сексуальное поведение, используя следующие варианты: «За последний год у меня не было сексуальных отношений», «За последний год у меня были сексуальные отношения с одним партнером» и «За последний год у меня были сексуальные отношения с двумя или более партнерами». Участников также просили указать, вступали ли они в сексуальные отношения только с мужчинами, только с женщинами или как с мужчинами, так и с женщинами. Наконец, их попросили описать свою сексуальную ориентацию, выбрав «Гей», «Бисексуал», «Гетеросексуал» или «Другое» (указать).

Критерии, представляющие двенадцать ключевых областей в опросе, могут быть описаны как шкалы или индексы, которые являются одинаково полезными для оценки конструктов знания, отношения и поведения (КАВ). Описательная статистика в отношении шести критериев, являющихся индексами (т.е. пунктами, которые определяют уровень конструкта КАВ и объединяются в сводные шкалы), приведена в таблице 2.1. Оценки надежности шести критериев, которые можно рассматривать в качестве шкал (т.е. пунктов, значения которых, как считается, *определяются* уровнями лежащего в основе конструкта КАВ и устанавливаются как средний балл), представлены в таблице 2.2.

1. **Воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия:** критерий включает пять пунктов, используемых для оценки восприятия гомофобии в стране проживания участника. Данные пункты были адаптированы из критерия, используемого для получения представления о воспринимаемой дискриминации.²⁶ Пример пункта: «*В стране, где я живу, большинство людей считает, что гею/МСМ нельзя доверять*». Ответы участников соответствуют 4-балльной шкале Лайкерта с диапазоном ответов от «абсолютно согласен» до «абсолютно

не согласен». Шкала демонстрирует очень сильную надежность в различных языках (0,82 - 0,90); общая надежность по внутренней согласованности составила 0,86.

2. **Интернализованная гомофобия**: критерий включает семь пунктов, используемых для оценки уровня интернализованной стигмы вокруг гомосексуальных/однополых отношений среди геев. Пункты адаптированы из критерия, используемого Херекком и Глантом (1995)²⁷ и Мейером и коллегами (1995).³⁵ Пример пункта: *«Я стараюсь справиться со своим влечением к мужчинам»*. Ответы соответствуют 4-балльной шкале Лайкерта с диапазоном от «часто» до «никогда». Шкала демонстрирует сильную надежность во всех языках (0,77 - 0,85), кроме русского (альфа = 0,56); общая надежность по внутренней согласованности составила 0,84.
3. **Самоуважение**: критерий включает четыре пункта, используемых для оценки общего чувства собственного достоинства и самоуважения у участников. Пункты были адаптированы из шкалы самоуважения Розенберга²⁸, которая широко используется в США и других странах для оценки самоуважения. Пример пункта: *«Мне кажется, что у меня немало хороших качеств»*. Ответы соответствуют 4-балльной шкале Лайкерта с диапазоном от «часто» до «никогда». Шкала демонстрирует хорошую надежность на всех языках (0,65 - 0,79), кроме русского, который показывает недостаток/отсутствие надежности (альфа = 0,18). Во всех языках надежность по внутренней согласованности положительно составила 0,76.
4. **Доступ к основным стратегиям профилактики ВИЧ**: критерий из 18 пунктов просит участников оценить степень доступности различных услуг по профилактике ВИЧ в их сообществе. Услуги по профилактике были определены путем анализа рекомендаций медицинских и неправительственных учреждений. Основные услуги по профилактике ВИЧ включали: консультирование по вопросам ВИЧ; тестирование на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП); лечение заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП); бесплатные презервативы; бесплатные смазки на водной основе; программы обмена игл и шприцев (ПОИШ); препараты для лечения ВИЧ (антиретровирусные препараты); программы по профилактике ВИЧ/СПИДа, направленные на изменение рискованного поведения; психологическую поддержку; законы и постановления, гарантирующие доступность профилактики и лечения ВИЧ; бесплатное или недорогое медицинское обслуживание; бесплатное тестирование на ВИЧ; кампании в

СМИ по профилактике ВИЧ; кампании в СМИ по снижению уровня гомофобии; программы сексуального воспитания; информационные материалы по вопросам ВИЧ; программы лечения наркозависимости и медицинские учреждения для геев/МСМ. Ответы соответствуют 5-балльной шкале Лайкерта, где оценка «5» свидетельствовала о высокой доступности («Легко доступно в моем сообществе»), а оценка «1» указывала на низкую доступность («Никогда об этом не слышал»). Надежность не была изучена с точки зрения статистики, так как этот критерий не представляет шкалу.

5. **Доступ к новым технологиям профилактики ВИЧ:** критерий из 6 пунктов просит участников оценить степень доступности новых услуг по профилактике ВИЧ в их сообществе. Новые стратегии включают в том числе «обрезание», «постконтактную профилактику», «ректальные микробициды» и «предконтактную профилактику». Ответы на данные пункты предоставляются с использованием 5-балльной шкалы Лайкерта с диапазоном от «Легко доступно в моем сообществе» до «Никогда об этом не слышал». Надежность не была изучена с точки зрения статистики, так как этот критерий не представляет шкалу.

6. **Знания о разрабатываемых технологиях:** критерий включает 6 пунктов, в которых участников просят оценить уровень их знаний о разрабатываемых стратегиях профилактики, включая ректальные микробициды и PrEP. Пункты были разработаны путем анализа докладов медицинских и неправительственных учреждений. Пример пункта: *«Как бы вы оценили уровень своих знаний по следующему вопросу: использование ректальных микробицидов для профилактики передачи ВИЧ среди геев»*. Ответы соответствуют 4-балльной шкале Лайкерта с диапазоном ответов от «отлично знаю» до «ничего не знаю». Шкала показывает сильную надежность на всех языках (0,76 - 0,87). Во всех языках надежность по внутренней согласованности положительно составила 0,86.

7. **Желание узнавать о новых технологиях:** критерий включает 6 пунктов, в которых участников просят оценить степень их желания узнавать о таких разрабатываемых стратегиях профилактики, как ректальные микробициды и PrEP. Пункты были разработаны путем анализа докладов медицинских и неправительственных учреждений. Пример пункта: *«Мне бы хотелось больше узнать о постконтактной профилактике (PEP) ВИЧ среди геев/МСМ»*. Ответы соответствуют 4-балльной шкале Лайкерта с диапазоном ответов от «абсолютно согласен» до «абсолютно не согласен». Шкала

продемонстрировала высокую надежность на всех языках (0,80 - 0,92). Во всех языках надежность по внутренней согласованности составила 0,90.

8. **Знания о PrEP**: критерий из 6 пунктов используется для оценки базовых знаний участников о PrEP. Участников просили указать, являлось ли утверждение о PrEP верным или неверным. Участники также имели возможность выбрать «Не знаю» в качестве варианта ответа. Пункты были разработаны путем анализа докладов медицинских и неправительственных учреждений. Пример пункта: *«Предконтактная профилактика (PrEP) предназначена только для ВИЧ-отрицательных людей (Верно)»*. Надежность не была оценена с точки зрения статистики, так как этот критерий не представляет шкалу.
9. **Отношение к PrEP**: критерий включает 9 пунктов для выявления отношения участников к PrEP в качестве стратегии профилактики ВИЧ с точки зрения ее безопасности и пригодности. Пункты для данного критерия были разработаны на основе анализа докладов медицинских и неправительственных учреждений и с помощью замечаний, высказанных в ходе общественного обсуждения использования PrEP в отношении геев. Пример пункта: *«Укажите, насколько Вы согласны со следующим утверждением: PrEP будет слишком дорого стоить»*. Ответы соответствуют 4-балльной шкале Лайкерта с диапазоном ответов от «полностью согласен» до «категорически не согласен». Пятый вариант ответа «Не знаю» был также доступен для выбора. Шкала демонстрирует приемлемую надежность на всех языках (0,57 - 0,73), кроме китайского, который показал недостаток/отсутствие надежности (альфа = 0,13). В целом, надежность по внутренней согласованности составила 0,60.
10. **Участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ**: критерий из 5 пунктов оценивает участие респондентов в различных мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции. Участников просят указать, участвовали ли они в индивидуальном консультировании, группах поддержки или взаимопомощи по профилактике ВИЧ, деятельности организаций сообщества, программах профилактики ВИЧ в их учебном заведении или по месту работы, а также в программах профилактики ВИЧ в религиозных учреждениях. Варианты ответов включали «Да, я обращался к этой услуге» и «Нет, я не обращался к этой услуге». Надежность не была изучена с точки зрения статистики, так как этот критерий не представляет шкалу.

11. **Получение информации о профилактике ВИЧ:** критерий из 5 пунктов оценивает уровень распространения информации по профилактике ВИЧ. Участников просили указать, слышали ли они сообщения по радио, направленные на профилактику ВИЧ, и видели ли они рекламу в Интернете, наряду с другими средствами массовой информации и местами ее распространения. Варианты ответов включали «Да, я видел/слышал» и «Нет, я не видел/не слышал». Надежность не была изучена с точки зрения статистики, так как этот критерий не представляет шкалу.
12. **Места получения материалов по профилактике ВИЧ:** критерий из 4 пунктов устанавливает, где именно участники получали презервативы или другие средства для более безопасного секса. Участников спрашивали, получали ли они презервативы или другие средства для более безопасного секса в общественных организациях, ночных клубах, религиозных учреждениях и других местах. Варианты ответов включали «Да, я получал» и «Нет, я не получал». Надежность не была изучена с точки зрения статистики, так как этот критерий не представляет шкалу.

ТАБЛИЦА 2.1 ОПИСАТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА ДЛЯ ИНДЕКСОВ

Индекс	Кол-во пунктов	Мин.	Макс.	Сред. (СО)
Доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ (средний балл):	18	1	5	2,51 (1,02)
Доступ к разрабатываемым технологиям профилактики ВИЧ (средний балл):	6	1	5	3,38 (1,12)
Знания о PrEP (общий балл)	6	0	6	2,01 (1,83)
Участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ (общий балл)	5	0	5	1,72 (1,64)
Получение информации о профилактике ВИЧ (общий балл)	5	0	5	3,58 (1,59)
Места получения материалов по профилактике ВИЧ (общий балл)	4	0	4	1,66 (1,25)

Баллы по каждому из двенадцати критериев были рассчитаны для использования в одномерных и многомерных анализах. Для каждого пункта ответа были созданы численные значения. В целях

создания баллов для шкал (т.е. критерии 1, 2, 3, 6, 7 и 9) средние баллы были получены путем вычисления общих баллов для критерия (сумма всех пунктов для критерия) и деления на количество пунктов. Это позволило получить общий тестовый балл, которые использовал подобную метрику в качестве вариантов ответа для шкалы. Для индексов (т.е. критерии 4, 5, 10, 11 и 12) баллы были получены путем суммирования баллов по пунктам для получения общего балла. Наконец, для критерия № 8 (пункты знания PrEP) общее число правильных баллов было получено путем суммирования количества правильных ответов на каждый из 6 вопросов.

ТАБЛИЦА 2.2 ОЦЕНКИ НАДЕЖНОСТИ ПО ВНУТРЕННЕЙ СОГЛАСОВАННОСТИ (АЛЬФА) ДЛЯ ШКАЛ

Шкала	Кол-во пунктов	Язык	Альфа Кронбаха (α)
Воспринимаемая стигма/внешняя гомофобия:	5	ВСЕ	0,86
		Английский	0,85
		Испанский	0,87
		Французский	0,90
		Китайский	0,85
		Русский	0,82
Интернализованная гомофобия	7	ВСЕ	0,84
		Английский	0,85
		Испанский	0,81
		Французский	0,77
		Китайский	0,79
		Русский	0,56
Самоуважение	4	ВСЕ	0,76
		Английский	0,75
		Испанский	0,65
		Французский	0,79
		Китайский	0,75
		Русский	0,18
Знания о разрабатываемых технологиях	6	ВСЕ	0,86
		Английский	0,87
		Испанский	0,85
		Французский	0,80
		Китайский	0,81
		Русский	0,76
Желание узнавать о разрабатываемых технологиях	6	ВСЕ	0,90
		Английский	0,87
		Испанский	0,89
		Французский	0,89
		Китайский	0,92
		Русский	0,80
Отношение к PrEP	9	ВСЕ	0,60
		Английский	0,67
		Испанский	0,62

Французский	0,73
Китайский	0,13
Русский	0,57

АНАЛИЗ

Анализ осуществлялся в несколько этапов. Для начала были созданы итоговые переменные для двенадцати ключевых критериев. Как описано выше, эти итоговые переменных были получены путем суммирования пунктов данного критерия или получения среднего балла в пункте критерия. Для использования в анализе были созданы и другие переменные. К ним относится **региональная переменная**, которая использовала географический регион проживания участников. Были использованы семь региональных категорий: Северная Америка, Центральная/Южная Америка и страны Карибского бассейна, Азиатско-Тихоокеанский регион (в том числе Южная/Юго-Восточная, Центральная и Восточная Азии и острова Тихого океана), Африка (в том числе Северная, Западная, Восточная и Южная Африка), Европа (включая Восточную и Западную Европу), Ближний Восток и Австралия/Новая Зеландия. Также была создана **переменная возрастной группы**. Эта переменная определила три возрастные группы участников опроса: 1) от 24 лет или младше, 2) от 25 до 40 лет и 3) от 41 года и старше.

Затем были получены переменные показателей, корреляций и перекрестных таблиц. Переменные показателей были проанализированы на предмет распределения и асимметрии, правильного кодирования и недостающих данных. Получение базовых показателей также считалось важным с аналитической точки зрения. Эти показатели дают важные результаты, которые помогают в описании общего доступа к услугам по профилактике ВИЧ и отношения к таким разрабатываемым стратегиям, как PrEP. Корреляции и перекрестные таблицы (напр., статистика хи-квадрат) были использованы для определения прочности ассоциаций между ключевыми демографическими переменными. Кроме того, ассоциации между предикторами доступа к услугам по профилактике ВИЧ и участия в профилактических мероприятиях были изучены в целях убедиться в отсутствии слишком большой дисперсии между ними (поскольку в таком случае они могли бы опровергнуть наблюдаемую взаимосвязь между предикторами – включая демографические факторы и конструкторы КАВ – и итоговыми переменными).

Следующий этап анализа был посвящен изучению групповых расхождений (напр., по региону и возрасту) по каждому из ключевых двенадцати конструкторов, измеряемых в опросе. Для определения групповых расхождений и их значимости по ключевым конструкторам были проведены дисперсионный анализ (ANOVA) и Т-тесты. Статистически консервативный *метод множественных парных сравнений средних (PostHoc) по критерию Tukey HSD* использовался для выявления существенных различий между отдельными группами в случае использования анализов

ANOVA. Значения Р и значения F/T были изучены в целях оценки статистической значимости и важности различий между группами, соответственно.

В заключение, было проведено несколько многомерных анализов в целях изучения независимых предикторов доступа к основным услугам по профилактике ВИЧ и участия в профилактических мероприятиях. Множественный регрессионный анализ использовался для тестирования различных моделей. Модели включали ключевые демографические переменные (напр., возраст, образование, жилищные условия, доход, ВИЧ-статус и МСМ или медицинский работник) и конструкты КАВ (напр., воспринимаемая стигма или интернализованная гомофобия, самоуважение, знания о разрабатываемых стратегиях, желание узнавать о разрабатываемых стратегиях, знания о PrEP и отношение к ней) в качестве предикторов доступа к базовым услугам по профилактике ВИЧ и участия в профилактических мероприятиях. Во всех регрессионных анализах использовалось базовое «построение модели» в целях разработки наиболее консервативной и подходящей регрессионной модели. Это включало следующее: 1) изучение всех независимых переменных в качестве предикторов зависимой переменной (напр., доступ к основным услугам по профилактике ВИЧ-инфекции), 2) удаление переменных из модели, которые не были статистически значимыми (т.е. на уровне $p \leq 0,10$) в прогнозировании зависимой переменной, и 3) повторное проведение регрессионного анализа с использованием исключительно статистически значимых переменных с целью оценки их независимых эффектов. Значения Р и стандартизированные бета-коэффициенты были проанализированы в целях оценки статистической значимости и относительной прогнозирующей способности каждой независимой переменной, соответственно.

Все анализы проводились с использованием программы для статистической обработки данных PASW/SPSS Statistics 18. Синтаксис, используемый в анализе, а также все выходные данные, предоставляемые данной программой, доступны в архиве администрации MSMGF.

Список литературы

¹ Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, & Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med.* 2007;4(12):e339.

² Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, et al. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Ann Epidemiol.* 2009;19(6):423-431.

³ UNAIDS. *Men who have sex with men*. Joint United Nations on HIV/AIDS website. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/briefingnote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf. Accessed on July 11, 2011.

⁴ Wolitski RJ, Stall R, & Valdiserri R. *Unequal Opportunity: Health Disparities affecting Gay and Bisexual Men in the United States*. New York: Oxford Press; 2008.

⁵ Ayala G, Hebert P, Lauer K, & Sundararaj M. *HIV Prevention with MSM: Balancing Evidence with Rights-based Principles of Practice*. Global Forum on MSM and HIV website. <http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/11/aid/2107>. 2010. Accessed on March 17, 2011.

⁶ Coates TJ, Richter L, & Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet.* 2008;372(9639):669-684.

⁷ Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, & Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet.* 2008;372(9640):764-775.

⁸ Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(3):CD001230.

⁹ Saavedra J, Izazola-Licea JA, & Beyrer C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *J Int AIDS Soc.* 2008;11(1):9.

¹⁰ amfAR *MSM, HIV, and the Road to Universal Access — How Far Have We Come?* The Foundation for AIDS Research website. http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf. Accessed June 28, 2011.

¹¹ Beyrer, C. Global prevention of HIV infection for neglected populations: men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2010;50(3):S108-113.

¹² Adam PC, de Wit JB, Toskin I, Mathers BM, et al. Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52(2):S143-151.

- ¹³ Geibel S, Luchters S, King'Ola N, Esu-Williams E, Rinyiru A, & Tun W. Factors associated with self-reported unprotected anal sex among male sex workers in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Dis.* 2008;35(8):746-752.
- ¹⁴ Zulu K, Bulawo N, & Zulu W. *Understanding HIV risk behavior among men who have sex with men in Zambia.* Paper presented at the AIDS 2006 -XVI International AIDS Conference. Abstract WEPE0719. 2006.
- ¹⁵ Volmink J, Siegfried NL, van der Merwe L, & Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD003510.
- ¹⁶ Smith DK, Grant RM, Weidle PJ, Lansky A, Mermin J, & Fenton KA. Interim Guidance: Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in Men Who Have Sex with Men. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).* 2011;60(3), 65-68.
- ¹⁷ Anglemyer A, Rutherford GW, Egger M, & Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(5):CD009153.
- ¹⁸ Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science.* 2010;329(5996):1168-1174.
- ¹⁹ Pickett J. Arming Africa with rectal microbicides: Project ARM. 2011. Science Speaks: HIV & TB News website. <http://sciencespeaksblog.org/2011/04/11/arming-africa-with-rectal-microbicides-project-arm/>. Accessed on June 28, 2011.
- ²⁰ Grant RM, Lama JR, Anderson P L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2587-2599.
- ²¹ Warren M, & Marshall K. Discontinuation of the FEM-PrEP Trial Disappointing, AVAC Says Calls for continued research to find new ways to end the HIV epidemic. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/display/ReleaseDetails/i/33409/pid/212>. Accessed on June 28, 2011.
- ²² Beyrer C, Wirtz A, Walker D, Johns B, Sifakis F, & Baral S. *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men: Epidemiology, Prevention, Access to care and Human Rights.* Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2011.
- ²³ Ottosson D. (2009). State sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same-sex activity between consenting adults. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association website. http://ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf. Accessed on March 6, 2010.
- ²⁴ Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, & Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc.* 2009;38(7), 1001-1014.
- ²⁵ McDermott E, Roen K, & Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex.* 2008;10(8), 815-829.

- ²⁶ Kessler RC, Mickelson KD, & Williams D R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav.* 1999;40(3), 208-230.
- ²⁷ Herek GM, & Glunt EK. Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era: Preliminary findings from the Sacramento Men's Health Study. In: Herek GM, Green B, eds. *AIDS, identity, and community: The HIV epidemic and lesbians and gay men.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995:55-84.
- ²⁸ Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- ²⁹ AVAC (2009). *Piecing Together the HIV Prevention Puzzle: AVAC report 2009.* AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/a/GetDocumentAction/i/2241>. Accessed on June 29, 2011.
- ³⁰ AVAC (2010). *Pre-Exposure Prophylaxis: AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC).* AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/d/sp/a/GetDocumentAction/i/5851>. Accessed on June 29, 2011.
- ³¹ UNAIDS (2009b). "What Countries Need: Investments Needed for 2010 Targets." Joint United Nations Programme on HIV/AIDS website. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1681_what_countries_need_en.pdf. Accessed on June 29, 2011.
- ³² WHO (2009). *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations.* World Health Organization website. http://www.who.int/entity/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf. Accessed on June 29, 2011.
- ³³ WHO (2008). *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings.* World Health Organization website. http://www.who.int/entity/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf. Accessed on June 29, 2011.
- ³⁴ TWB (2003). *HIV/AIDS at a glance.* The World Bank website. <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGHIVAIDS1003.pdf>. Accessed on June 29, 2011.
- ³⁵ Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995; 36(1), 38-56.