

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

ОТЧЕТ О СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ



РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА
ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

ОТЧЕТ О СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

МОСКВА

2006

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Опрос городского населения	
Методология	7
Анализ	8
Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами	8
Устройство детей в детские дошкольные и учебные заведения	14
Доступ к медицинским услугам	16
Выявление более и менее лояльных групп населения в отношении ВИЧ-положительных женщин и их репродуктивных прав	20
Выводы	25
Опрос медицинского персонала	
Введение	27
Обсуждение результатов опроса медицинского персонала	27
1. Уровень информированности специалистов по вопросам вертикальной трансмиссии (от матери ребенку), в том числе по вопросам профилактики вертикальной трансмиссии	27
2. Оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в стране и в своем городе (в частности, среди женщин)	30
3. Отношение специалистов к ВИЧ-положительным женщинам	31
4. Оценка специалистами качества услуг, предоставляемых ВИЧ-положительным беременным женщинам. Рекомендации специалистов по работе с данной группой	33
Выводы	34
Опрос женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом	
Введение	37
Обсуждение результатов опроса женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом	37
1. Уровень информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа, вертикальной трансмиссии (от матери ребенку) и ее профилактики	38
2. Причины, побуждающие женщин с ВИЧ к рождению детей	42
3. Оценка уровня медицинского и социального сервиса и потребностей в нем	46
Выводы	50
Рекомендации	53

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня все большее значение для человека приобретает наличие доступа к информации и качественным медицинским услугам. Количество информационных каналов постоянно увеличивается, но мы не всегда уверены в адекватности предлагаемой информации. Растет количество медицинских и консультативных услуг, но, к сожалению, далеко не все категории населения имеют к ним доступ. Данные проблемы становятся особенно актуальными в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа. Согласно данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 1 декабря 2005 года зарегистрировано около 328 тысяч случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Реальное же количество инфицированных намного больше и, по оценкам того же Центра, составляет до 1,5 миллиона человек, т.е. 1–2% населения нашей страны живут с ВИЧ/СПИДом.

Особую тревогу у специалистов вызывает тот факт, что с 2001 года стала расти доля женщин, инфицированных ВИЧ. В 2005 году женщины составили более 40% от всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования.

В связи с ростом числа родов у ВИЧ-положительных матерей увеличивается риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Еще нет окончательных данных о диагнозе более 14 тысяч детей, находящихся под наблюдением. Не установлен диагноз у 3081 ребенка, рожденного ВИЧ-позитивными матерями в 2005 году (данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом).

Опыт работы с людьми, живущими с ВИЧ, свидетельствует, что одной из главных проблем беременных ВИЧ-положительных женщин является принятие решения о сохранении или прерывании беременности. Несмотря на то что для многих женщин с положительным ВИЧ-статусом беременность желанна, врачи зачастую рекомендуют ее прервать, объясняя это высокой вероятностью инфицирования ребенка во время беременности, родов и кормления грудью. Вместе с тем, как показывают результаты исследований, если ВИЧ-положительным женщинам было предоставлено необходимое лечение, риск инфицирования ребенка во время беременности и родов снижался до уровня менее 2%. Причем препараты, используемые для данной терапии, доступны и недороги. А при соблюдении всех последующих рекомендаций специалистов (в частности, отказ от грудного вскармливания) риск инфицирования ребенка снижался практически до нуля.

Помимо отношения медицинских работников в этой ситуации огромное значение имеет отношение общества к факту рождения детей ВИЧ-положительными женщинами и поведение самих ВИЧ-положительных женщин. Дело в том, что жен-

щины, как правило, не знают о своих репродуктивных правах, а также о дальнейших перспективах и возможностях, связанных с социальными и правовыми гарантиями для себя и своего ребенка.

На основании этих данных и некоторых предпосылок региональной общественной организацией «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» при финансовой поддержке отдела социальных и гуманитарных наук Бюро ЮНЕСКО в Москве и Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в 2005 году был разработан и реализован исследовательский проект, включавший ряд социологических исследований. Исследования были проведены холдингом «РОМИР Мониторинг» и сотрудниками РОО «Сообщество ЛЖВС» при участии партнерских организаций: ЧГОО НИЦ «Есть мнение», Фонда «Сибирь-СПИД-Помощь», НФ «Позитивная инициатива», РРОО «КОВЧЕГ АНТИСПИД», КООО «Будем жить!» на территории семи федеральных округов РФ и в шести городах: Санкт-Петербурге, Челябинске, Калуге, Томске, Оренбурге и Ростове-на-Дону.

Цель проекта — получение данных, определяющих уровень информированности ВИЧ-положительных женщин России в области их репродуктивных прав с целью дальнейшего формирования осознанной позиции в отношении деторождения.

Проект предусматривает проведение нескольких социологических исследований для анализа ситуации, связанной с нарушениями репродуктивных прав ВИЧ-положительных женщин с целью:

- определения отношения общественности к проблемам ВИЧ-положительных женщин и их репродуктивных прав;
- определения уровня информированности ВИЧ-положительных женщин относительно своих репродуктивных прав и возможностей деторождения;
- определения уровня предоставляемого медицинского сервиса для ВИЧ-положительных женщин (в том числе беременных) и детей, рожденных от ВИЧ-положительных женщин.

В настоящем документе представлены данные исследования, полученные в результате проведения опросов среди следующих групп:

- общее городское население;
- персонал медицинских учреждений, в которых ВИЧ-положительным женщинам оказывается помощь;
- женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом.

Настоящее издание представляет собой сокращенную версию отчета по проведенному исследованию.

Полную версию отчета можно прочитать на веб-сайте РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» (www.positivenet.ru).

ОПРОС ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

МЕТОДОЛОГИЯ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить отношение населения к вопросам, связанным с репродуктивными правами ВИЧ-положительных женщин (в том числе, праву на рождение ребенка).

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Выявить отношение населения к репродуктивным правам ВИЧ-положительных женщин.
2. Определить, какие категории граждан являются наиболее и наименее лояльными к ВИЧ-положительным женщинам с целью выстраивания стратегий дальнейшей информационной работы.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Городское население РФ в возрасте 18 лет и старше.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отношение населения РФ к репродуктивным правам ВИЧ-положительных женщин.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Опрос посредством формализованного интервью.

ИНСТРУМЕНТАРИЙ

Исследование проводилось методом формализованного интервью, состоящего из 14 вопросов основного блока и 8 вопросов блока «демография».

Продолжительность интервью — 20–25 минут. Анкета была разработана специалистами ТООБ Фонда «Сибирь-СПИД-Помощь». Окончательное утверждение анкеты, конструирование выборки, полевые работы, а также первичную и вторичную обработку данных произвело Социологическое агентство «РОМИР Мониторинг». Время проведения полевых работ — сентябрь 2005 года.

ВЫБОРКА

Данное исследование проводилось на основе случайной квотированной выборки (n=1029 человек). В соответствии с техническим заданием в исследовании

приняли участие городские жители в возрасте 18 лет и старше из семи федеральных округов:

- Центрального (ЦО),
- Северо-Западного (С-З),
- Южного (ЮО),
- Приволжского (ПО),
- Уральского (УО),
- Сибирского (СО),
- Дальневосточного (ДВО).

Данная выборка отражает генеральную совокупность (общую популяцию целевой аудитории).

АНАЛИЗ

Величина статистической ошибки составила 5%. Компьютерная обработка и первичный анализ данных осуществлялись при помощи программы «SPSS» Социологическим агентством «РОМИР Мониторинг».

РОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМИ ЖЕНЩИНАМИ

Более половины опрошенных придерживаются позиции, согласно которой ВИЧ-положительные женщины должны быть лишены права на рождение ребенка. Около 25% считают, что запрет на рождение ребенка возможен лишь в некоторых случаях. И только 13,8% считают, что все женщины с ВИЧ-положительным статусом имеют право на рождение ребенка (таблица 1).

ТАБЛИЦА 1

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы относитесь к рождению детей ВИЧ-инфицированными женщинами?

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ВСЕГО
Полностью поддерживаю — это их право.	13,8%
Считаю, что в некоторых случаях их нужно лишать этого права.	23,7%
Категорически против того, чтобы им позволяли рожать детей.	51,6%
Затрудняюсь ответить.	10,9%

ВЫБОРКА 1029

В таблице 2 представлено распределение ответов по территориальному признаку. За лишение ВИЧ-положительной женщины права на рождение ребенка «в некоторых случаях» высказались 32,9% респондентов из Южного ФО, за полное лишение такого права — 68,8% респондентов из Северо-Западного ФО и 62,6% — из Уральского округа. Реже всего подобная категоричность была зарегистрирована в Южном округе — 40,8% (по сравнению с остальными округами). Респонденты из Сибирского федерального округа чаще других испытывали затруднения с ответом на данный вопрос.

ТАБЛИЦА 2

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы относитесь к рождению детей ВИЧ-инфицированными женщинами?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	ЮО	ПО	УО	СО	ДВО
Полностью поддерживаю — это их право.	13,8%	11,1%	5,2% ^b	14,6%	18,6%	12,3%	17,7%	17,6%
Считаю, что в некоторых случаях их нужно лишать этого права.	23,7%	28,7%	16,8%	32,9% ^a	27,3%	12,7% ^b	12,3% ^b	23,9%
Категорически против того, чтобы им позволяли рожать детей.	51,6%	48,7%	68,8% ^a	40,8% ^b	47,1%	62,6% ^a	51,5%	56,1%
Затрудняюсь ответить.	10,9%	11,5%	9,2%	11,7%	7%	12,4%	18,4% ^a	2,4%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>294</i>	<i>111</i>	<i>128</i>	<i>214</i>	<i>96</i>	<i>137</i>	<i>49</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

В таблице 3 представлено распределение ответов в зависимости от численности населенного пункта. За лишение права на рождение ребенка лишь «в некоторых случаях» чаще других высказывались жители городов с населением 100–500 тысяч (30,6%). За полное лишение права — жители городов с населением менее 100 тыс. (59,2%).

ТАБЛИЦА 3

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы относитесь к рождению детей ВИЧ-инфицированными женщинами?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ТИП НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА				
	ВСЕГО	Свыше 1 млн	От 500 тыс. до 1 млн	От 100 до 500 тыс.	Менее 100 тыс.
Полностью поддерживаю — это их право.	13,8%	9,3%	18,7%	13,3%	15,5%
Считаю, что в некоторых случаях их нужно лишать этого права.	23,7%	20,1%	25,6%	30,6% ^а	20,5%
Категорически против того, чтобы им позволяли рожать детей.	51,6%	54,6%	47,2%	40,6% ^б	59,2% ^а
Затрудняюсь ответить.	10,9%	16% ^а	8,6%	15,5% ^а	4,8% ^б
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>259</i>	<i>132</i>	<i>273</i>	<i>366</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

Ответ на данный вопрос у многих респондентов вызвал затруднения, но особенно — у жителей мегаполисов (16%) и городов с населением 100–500 тысяч (15,5%).

Отношение к рождению детей ВИЧ-положительными женщинами оказалось не одинаковым в разных возрастных группах (таблица 4). Люди старше 60 лет проявили наибольшую категоричность — 62% против права на рождение детей ВИЧ-положительными женщинами. Среди молодых людей в возрасте 18–24 лет подобным образом ответили 40,5% (таблица 4).

ТАБЛИЦА 4

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы относитесь к рождению детей ВИЧ-инфицированными женщинами?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ВОЗРАСТ					
	ВСЕГО	18–24 года	25–34 года	35–44 года	45–59 лет	Старше 60 лет
Полностью поддерживаю — это их право.	13,8%	17,8%	15,8%	14,3%	11,1%	11,8%
Считаю, что в некоторых случаях их нужно лишать этого права.	23,7%	28%	27,1%	26,2%	24%	15,7% ^b
Категорически против того, чтобы им позволяли рожать детей.	51,6%	40,5% ^b	47,1%	48,7%	54,4%	62% ^a
Затрудняюсь ответить.	10,9%	13,6%	10%	10,8%	10,5%	10,4%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>157</i>	<i>186</i>	<i>195</i>	<i>262</i>	<i>229</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

Чем ниже образовательный уровень, тем жестче и категоричнее отношение к праву ВИЧ-положительных женщин на рождение детей (таблица 5).

ТАБЛИЦА 5

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы относитесь к рождению детей ВИЧ-инфицированными женщинами?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРЕКОДИРОВАННОЕ			
	ВСЕГО	Начальн., неполное среднее	Среднее, среднее специал.	Неполное высшее, высшее
Полностью поддерживаю — это их право.	13,8%	5,5%	14,8%	12,6%
Считаю, что в некоторых случаях их нужно лишать этого права.	23,7%	8,9% ^б	24,8%	24,8%
Категорически против того, чтобы им позволяли рожать детей.	51,6%	72,1% ^а	49,8%	51,4%
Затрудняюсь ответить.	10,9%	13,6%	10,6%	11,2%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>68</i>	<i>762</i>	<i>199</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

Таким образом, отношение общества к правам ВИЧ-положительных женщин на рождение ребенка является неоднозначным. Более того, к сожалению, «перевешивает» позиция, согласно которой необходимо ограничить или даже лишить ВИЧ-положительных женщин права на рождение ребенка. Не исключено, что одна из причин сложившейся ситуации связана с плохой информированностью населения в области лечения и профилактики передачи ВИЧ.

На вопрос, может ли у ВИЧ-положительной женщины родиться здоровый ребенок, 31,2% ответили, что «скорее не может», 29,4% — «не может» (таблица 6). Следовательно, группу сомнеющихся составили 60,6% респондентов.

ТАБЛИЦА 6

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы считаете, может ли у ВИЧ-положительной женщины родиться здоровый ребенок?

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ВСЕГО
Да, может.	17,4%
Скорее да, чем нет	12,7%
Нет, не может	29,4%
Затрудняюсь ответить	9,4%

ВЫБОРКА 1029

Характерно, что чем ниже уровень образования, тем выше частота ответов «скорее нет» и «нет» и больше затруднившихся с ответом (таблица 7).

ТАБЛИЦА 7

Рождение детей ВИЧ-позитивными женщинами

Как вы считаете, может ли у ВИЧ-положительной женщины родиться здоровый ребенок?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРЕКОДИРОВАННОЕ			
	ВСЕГО	Начальн., неполное среднее	Среднее, среднее специал.	Неполное высшее, высшее
Да, может.	17,4%	7,3% ^b	17,3%	21,1%
Скорее да, чем нет.	12,7%	7,9%	12,6%	14,7%
Скорее нет, чем да.	31,2%	19,8% ^b	32,8%	28,8%
Нет, не может.	29,4%	39,6%	28,3%	30%
Затрудняюсь ответить.	9,4%	25,4% ^a	9,1%	5,4%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>68</i>	<i>762</i>	<i>199</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

УСТРОЙСТВО ДЕТЕЙ В ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ И УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Респондентам была описана условная ситуация: они — родители, которые вдруг узнают, что вместе с их ребенком данное образовательное учреждение посещает ребенок с ВИЧ-положительным статусом, и задан вопрос о возможной ответной реакции на данную информацию. Результаты опроса представлены в таблице 8. 31,4% респондентов перевели бы своего ребенка в другое учебно-воспитательное заведение, 24,4% попросили бы своего ребенка быть осторожнее при общении с ВИЧ-положительным ребенком, 15,5% попросили бы ребенка избегать всяческих с ним контактов.

ТАБЛИЦА 8

Устройство детей в детские дошкольные и учебные заведения

*Как бы вы повели себя, если бы узнали, что в учебном заведении/
детском саду, который посещает ваш ребенок, есть ребенок с ВИЧ?*

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ВСЕГО
Я не буду предпринимать никаких действий.	6,4%
Я буду просить своего ребенка вести себя осторожнее.	24,2%
Я буду просить своего ребенка избегать общения и контактов с ВИЧ-положительным ребенком.	15,5%
Я поменяю учебное заведение/детский сад своего ребенка, чтобы избежать контактов с ВИЧ-положительным ребенком.	31,4%
Я буду настаивать на том, чтобы этого ребенка исключили из учебного заведения/детского сада.	10,8%
Затрудняюсь ответить.	11,7%

ВЫБОРКА 1029

Значимых различий по демографическому признаку в ответах обнаружено не было (таблица 9).

ТАБЛИЦА 9

Устройство детей в детские дошкольные и учебные заведения

Как бы вы повели себя, если бы узнали, что в учебном заведении/ детском саду, который посещает ваш ребенок, есть ребенок с ВИЧ?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ВОЗРАСТ					
	ВСЕГО	18–24 года	25–34 года	35–44 года	45–59 лет	Старше 60 лет
Я не буду предпринимать никаких действий.	6,4%	5,4%	8,5%	7,6%	5,1%	5,6%
Я буду просить своего ребенка вести себя осторожнее.	24,2%	30,5%	32,2% ^а	26,3%	19,9%	16,3% ^б
Я буду просить своего ребенка избегать общения и контактов с ВИЧ+ ребенком.	15,5%	11,6%	16,1%	21%	16,6%	11,9%
Я поменяю учебное заведение/ детский сад своего ребенка, чтобы избежать его контактов с ВИЧ+ ребенком.	31,4%	27,8%	25,7%	28,1%	35,5%	36,6%
Я буду настаивать на том, чтобы этого ребенка исключили из учебного заведения/ детского сада.	10,8%	9,8%	9,3%	8,6%	11,6%	13,8%
Затрудняюсь ответить	11,7%	14,9%	8,2%	8,5%	11,2%	15,7%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>157</i>	<i>186</i>	<i>195</i>	<i>262</i>	<i>229</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

ДОСТУП К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Перечень медицинских услуг:

- профилактические осмотры в поликлиниках,
- сдача анализов в поликлиниках,
- амбулаторное лечение,
- стационарное лечение,
- роды,
- проведение операций.

Результаты опроса, представленные в таблице 10, свидетельствуют, что большинство респондентов заинтересованы, чтобы предоставление медицинских услуг ВИЧ-положительным женщинам осуществлялось в специализированных учреждениях. На первом месте среди подобных услуг — проведение операций. 90,3% респондентов убеждены, что операции для ВИЧ-положительных пациентов не следует проводить там же, где проводят операции для ВИЧ-отрицательных пациентов. Далее следуют роды (89,1%) и стационар (88,3%).

21,8% респондентов считают возможным прохождение профилактических осмотров в одном заведении с ЛЖВС, но это вряд ли может служить поводом для оптимистических заключений. Интересно, что в малых городах количество респондентов, предоставивших такой ответ, оказалось большим — 27,8%.

Количество респондентов, настаивающих на раздельном прохождении профилактических осмотров, оказалось большим в Уральском ФО.

ТАБЛИЦА 10

Доступ к медицинским услугам

МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ	Наряду с остальными (здоровыми) пациентами	Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	Затруднились ответить / отказ от ответа
Профилактические осмотры в поликлиниках	21,8%	74,8%	3,3%
Сдача анализов в поликлиниках	14,4%	83,2%	2,4%
Амбулаторное лечение	15,3%	81,1%	3,6%
Стационарное лечение	8,6%	88,3%	3,1%
Роды	8,1%	89,1%	2,8%
Проведение операций	6,7%	90,3%	3,0%

Сравнение ситуации в разных регионах отражено в таблицах 11—16.

ТАБЛИЦА 11

Доступ к медицинским услугам

Профилактические осмотры в поликлиниках

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	Ю0	ПО	У0	СО	ДВО
Наряду с остальными здоровыми пациентами	21,8%	22,6%	26,2%	16,2%	27,3%	8,5% ^b	27,2%	9,6% ^b
Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	74,8%	74,7%	69,5%	77,8%	70,1%	88,2% ^a	70,4%	86,5%
Затрудняюсь ответить	3,3%	2,7%	4,3%	6%	2,6%	3,3%	2,4%	3,8%
<i>ВЫБОРКА</i>	1029	294	111	128	214	96	137	49

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

ТАБЛИЦА 12

Доступ к медицинским услугам

Сдача анализов в поликлиниках

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	Ю0	ПО	У0	СО	ДВО
Наряду с остальными здоровыми пациентами	14,4%	12,7%	22,7% ^a	10,3%	18,4%	6,4% ^b	17%	7%
Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	83,2%	84,6%	74,5% ^b	88,3%	79,6%	90,8%	80,6%	89,4%
Затрудняюсь ответить	2,4%	2,7%	2,8%	1,4%	2%	2,7%	2,4%	3,5%
<i>ВЫБОРКА</i>	1029	294	111	128	214	96	137	49

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

ТАБЛИЦА 13

Доступ к медицинским услугам

Амбулаторное лечение

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	ЮО	ПО	УО	СО	ДВО
Наряду с остальными здоровыми пациентами	15,3%	8,6% ^b	19,7%	13,4%	20,6%	6,0% ^b	26,1% ^a	14,4%
Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	81,1%	88,7% ^a	75,7%	83,4%	72,8% ^b	91,2% ^a	71,5% ^b	85,6%
Затрудняюсь ответить	3,6%	2,7%	4,7%	3,2%	6,6% ^a	2,8%	2,4%	0%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>294</i>	<i>111</i>	<i>128</i>	<i>214</i>	<i>96</i>	<i>137</i>	<i>49</i>

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

ТАБЛИЦА 14

Доступ к медицинским услугам

Стационарное лечение

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	ЮО	ПО	УО	СО	ДВО
Наряду с остальными здоровыми пациентами	8,6%	4,1% ^b	10,7%	5,5%	13,9% ^a	5,9%	13,9% ^a	6%
Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	88,3%	92,8% ^a	84,6%	93,8%	82,2% ^b	90,5%	82,5%	94%
Затрудняюсь ответить	3,1%	3,1%	4,7%	0,7%	3,9%	3,5%	3,6%	0%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>294</i>	<i>111</i>	<i>128</i>	<i>214</i>	<i>96</i>	<i>137</i>	<i>49</i>

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

ТАБЛИЦА 15

Доступ к медицинским услугам

Роды

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	ЮО	ПО	УО	СО	ДВО
Наряду с остальными здоровыми пациентами	8,1%	5,1%	9,5%	5,3%	13,1% ^a	2,6%	11,9%	8,4%
Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	89,1%	92,2%	85%	94,3%	83,6% ^b	94,6%	85,7%	89,4%
Затрудняюсь ответить	2,8%	2,7%	5,5%	0,4%	3,3%	2,8%	2,4%	2,2%
<i>ВЫБОРКА</i>	1029	294	111	128	214	96	137	49

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

ТАБЛИЦА 16

Доступ к медицинским услугам

Проведение операций

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	ЮО	ПО	УО	СО	ДВО
Наряду с остальными здоровыми пациентами	6,7%	4,5%	9,5%	4,8%	10,6%	2,6%	7%	9,1%
Исключительно в специализированном учреждении для ВИЧ-инфицированных	90,3%	91,7%	85,8%	94,9%	85,4% ^b	95,3%	90,6%	90,9%
Затрудняюсь ответить	3%	3,8%	4,7%	0,4%	4%	2,1%	2,4%	0%
<i>ВЫБОРКА</i>	1029	294	111	128	214	96	137	49

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЕ И МЕНЕЕ ЛОЯЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ

Прежде чем ответить на вопрос об отношении к ВИЧ-положительным женщинам и их репродуктивным правам, попытаемся ответить на вопрос, с какими сложностями, по мнению респондентов, сталкиваются ВИЧ-положительные женщины в различных регионах (таблица 17).

ТАБЛИЦА 17

Сложности, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные женщины

Как вы считаете, с какими сложностями чаще всего могут сталкиваться ВИЧ-положительные женщины в вашей области/крае?

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ВСЕГО
Сложности со здоровьем	64,2%
Сложности с созданием семьи	59,7%
Сложности, связанные с отношением общества	59,1%
Сложности с рождением ребенка	58,1%
Сложности с трудоустройством	54,8%
Сложности с доступом к лечению	48,2%
Сложности с усыновлением ребенка	39%
Затрудняюсь ответить	8,4%

ВЫБОРКА 1029

На сложности, связанные с созданием семьи, чаще указывали в Северо-Западном (75,4%) и Южном (69,7%) федеральных округах. На сложности, связанные с отношением общества, — в Южном (68,9%) и Центральном (49,1%) федеральных округах. На сложности, связанные с рождением ребенка, — в Северо-Западном (74,7%) и реже в Центральном (48,6%) федеральных округах.

Аналогично распределились голоса по сложностям, связанным с трудоустройством женщин, живущих с ВИЧ: Северо-Западный округ — 65,5%, Центральный — 46,9%. Больше всего респондентов, назвавших в качестве основной проблемы усыновление, оказалось в Северо-Западном (49,6%) и Приволжском (47%) федеральных округах. Меньше всего — в Центральном (28,8%) и Уральском (26,7%) федеральных округах (таблица 18).

ТАБЛИЦА 18

Сложности, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные женщины

Как вы считаете, с какими сложностями чаще всего могут сталкиваться ВИЧ-положительные женщины в вашей области/крае?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОКРУГА							
	ВСЕГО	ЦО	С-30	ЮО	ПО	УО	СО	ДВО
Сложности со здоровьем	64,2%	68,6%	71,0%	63,7%	63,4%	52,5% ^b	59,6%	63,6%
Сложности с созданием семьи	59,7%	55,9%	75,4% ^a	69,7% ^a	58,9%	51,3%	57,1%	47,6%
Сложности, связанные с отношением общества	59,1%	49,1% ^b	58,6%	68,9% ^a	58,7%	64,3%	66,9%	63,5%
Сложности с рождением ребенка	58,1%	48,6% ^b	74,7% ^a	64,1%	59,6%	49,6%	65,2%	51,5%
Сложности с трудоустройством	54,8%	46,9% ^b	65,5% ^a	59,2%	59,8%	48,7%	54,5%	57,4%
Сложности с доступом к лечению	48,2%	47,9%	52,4%	54,6%	42,2% ^b	47,6%	47,0%	54,5%
Сложности с усыновлением ребенка	39,0%	28,8% ^b	49,6% ^a	43,5%	47,0% ^a	26,7% ^b	45,9%	34,3%
Затрудняюсь ответить	8,4%	7,4%	0,0% ^b	14,4% ^a	6,2%	18,4% ^a	9,3%	4,0%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>294</i>	<i>111</i>	<i>128</i>	<i>214</i>	<i>96</i>	<i>137</i>	<i>49</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

При оценке ситуации с точки зрения численности населенного пункта и административного влияния становится очевидной другая закономерность. Чем больше населенный пункт, тем меньше проблем, связанных с отношением населения к ЛЖВС (46,1%), трудоустройством ЛЖВС (43,4%), доступом ЛЖВС к лечению (40,6%). И, напротив, чем меньше населенный пункт, тем актуальнее проблемы, связанные с отношением общества к ЛЖВС (70%) и трудоустройством ЛЖВС (61,5) (таблица 19).

ТАБЛИЦА 19

Сложности, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные женщины

Как вы считаете, с какими сложностями чаще всего могут сталкиваться ВИЧ-положительные женщины в вашей области/крае?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ТИП НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА				
	ВСЕГО	Свыше 1 млн	От 500 тыс до 1 млн	От 100 до 500 тыс.	Менее 100 тыс.
Сложности со здоровьем	64,2%	69,0%	61,2%	65,0%	61,3%
Сложности с созданием семьи	59,7%	58,5%	56,7%	57,8%	63,0%
Сложности из-за отношения со стороны общества	59,1%	46,1% ^b	52,6%	59,8%	70,0% ^a
Сложности с рождением ребенка	58,1%	59,0%	58,1%	54,8%	59,9%
Сложности с трудоустройством	54,8%	50,0%	43,4% ^b	55,8%	61,5% ^a
Сложности с доступом к лечению	48,2%	40,6% ^b	40,7%	53,7%	52,1%
Сложности с усыновлением ребенка	39,0%	35,8%	36,8%	38,3%	42,5%
Затрудняюсь ответить	8,4%	9,0%	8,0%	9,6%	7,1%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>259</i>	<i>132</i>	<i>273</i>	<i>366</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

Вопросы формирования семьи (брак, рождение или усыновление ребенка) реже отмечались как проблемные в группе респондентов старше 60 лет. В то же время респонденты из группы 35–44 года посчитали проблему усыновления самой актуальной для ВИЧ-положительных женщин (таблица 20).

ТАБЛИЦА 20

Сложности, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные женщины

Как вы считаете, с какими сложностями чаще всего могут сталкиваться ВИЧ-положительные женщины в вашей области/крае?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ВОЗРАСТ					
	ВСЕГО	18–24 года	25–34 года	35–44 года	45–59 лет	Старше 60 лет
Сложности со здоровьем	64,2%	64,3%	67,0%	67,3%	64,5%	59,0%
Сложности с созданием семьи	59,7%	66,7%	57,5%	67,0%	58,7%	51,5%(b)
Сложности из-за отношения со стороны общества	59,1%	62,1%	65,8%	61,8%	55,1%	53,7%
Сложности с рождением ребенка	58,1%	65,1%	56,8%	62,3%	59,5%	49,1%(b)
Сложности с трудоустройством	54,8%	58,6%	59,4%	59,7%	50,0%	49,7%
Сложности с доступом к лечению	48,2%	47,8%	49,2%	54,1%	49,4%	41,1%
Сложности с усыновлением ребенка	39,0%	42,5%	39,9%	48,0%(a)	36,7%	30,7%(b)
Затрудняюсь ответить	8,4%	3,0%(b)	3,8%(b)	6,0%	8,3%	17,8%(a)
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>157</i>	<i>186</i>	<i>195</i>	<i>262</i>	<i>229</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

Респонденты с начальным или неполным средним образованием реже указывали на проблемы здоровья, лечения и усыновления и чаще высказывали затруднения при ответе на данные вопросы. Это свидетельствует о связи между образованием, уровнем информированности и отношением к проблеме (таблица 21).

ТАБЛИЦА 21

Сложности, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные женщины

Как вы считаете, с какими сложностями чаще всего могут сталкиваться ВИЧ-положительные женщины в вашей области/крае?

ВАРИАНТ ОТВЕТА	ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРЕКОДИРОВАННОЕ			
	ВСЕГО	Начальн., неполное среднее	Среднее, среднее специал.	Неполное высшее, высшее
Сложности со здоровьем	64,2%	47,3% ^b	64,0%	70,9%
Сложности с созданием семьи	59,7%	59,7%	58,2%	65,3%
Сложности из-за отношения со стороны общества	59,1%	50,3%	58,3%	65,1%
Сложности с рождением ребенка	58,1%	47,3%	57,3%	64,8%
Сложности с трудоустройством	54,8%	46,6%	53,9%	61,1%
Сложности с доступом к лечению	48,2%	30,7% ^b	47,4%	57,1% ^a
Сложности с усыновлением ребенка	39,0%	24,8% ^b	37,1%	51,1% ^a
Затрудняюсь ответить	8,4%	21,9% ^a	7,9%	5,5%
<i>ВЫБОРКА</i>	<i>1029</i>	<i>68</i>	<i>762</i>	<i>199</i>

а) Показывает, что процент/среднее значимо больше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

б) Показывает, что процент/среднее значимо меньше (на 95% УД) соответствующего значения в целом по выборке (колонка *ВСЕГО*)

РОМИР МОНИТОРИНГ, СЕНТЯБРЬ, 2005

ВЫВОДЫ

Отношение населения к репродуктивным правам ВИЧ-положительных женщин далеко от идеального: многие испытывают к ЛЖВС негативные эмоции, более половины считают, что ВИЧ-положительным женщинам следует запретить рожать. 74,8% респондентов убеждены, что даже обычные профилактические мероприятия должны проходить раздельно с ВИЧ-положительными пациентками, не говоря уже о более серьезных медицинских услугах.

С нашей точки зрения, причины сложившейся ситуации заключаются в недостаточной информированности общества по вопросам ВИЧ/СПИДа и широкой распространенности заблуждений, — например, что женщина, живущая с ВИЧ, не может родить здорового ребенка.

Еще одним доказательством сказанному является реакция респондентов на предполагаемое сообщение о нахождении в одном учреждении с их ребенком ВИЧ-положительного ребенка. Все они направлены главным образом на изолирование ВИЧ-положительного ребенка, а не на профилактику передачи ВИЧ (*переведу своего ребенка в другое учреждение, попрошу своего ребенка вести себя с ним осторожнее, попрошу своего ребенка избегать с ним контактов*).

Чем ниже образовательный уровень респондентов, тем жестче и категоричнее оказалось отношение к рождению детей ВИЧ-положительными матерями.

С учетом перечисленных данных становится очевидной необходимость разработки единой стратегии, рассчитанной на разные категории населения и учитывающей возрастные, территориальные и социальные особенности, а также наиболее популярные каналы распространения информации.

ОПРОС МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ВВЕДЕНИЕ

Одновременно с опросом городского населения проводился опрос медицинских специалистов в шести городах РФ: Санкт-Петербурге, Челябинске, Калуге, Томске, Оренбурге и в Ростове-на-Дону.

Исследование проводилось методом полуструктуризованного интервью на основе случайной выборки (продолжительность — 30 минут, открытые вопросы). В исследовании приняли участие врачи, работающие в поликлиниках и больницах выбранных городов. Всего — 31 медицинский специалист.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснить базовые установки медицинских специалистов, касающиеся ВИЧ-положительных женщин и их репродуктивных прав.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить уровень информированности специалистов по вопросам вертикальной трансмиссии (от матери ребенку), включая профилактику вертикальной трансмиссии.
2. Определить, как оценивают специалисты эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в стране и в своем городе (в частности, среди женщин).
3. Выявить отношение специалистов к ВИЧ-положительным женщинам.
4. Определить, как оценивают специалисты качество услуг, предоставляемых ВИЧ-положительным беременным женщинам, имеются ли у них рекомендации по работе с данной группой.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ (ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ), В ТОМ ЧИСЛЕ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ

Условно были выделены две категории специалистов:

- 1) владеющие информацией, продолжающие самостоятельно изучать тему, стремящиеся к повышению собственной квалификации;
- 2) владеющие информацией в общих чертах.

Для первой категории характерно наличие опыта работы с ВИЧ-положительными пациентами. Они проявляют большую лояльность в отношении к ЛЖВС и отмечают, что далеко не все их коллеги владеют информацией в полной мере.

— «Я имею достаточно полное представление об инфекции, путях передачи и мерах профилактики. Информацию я получила из специальной литературы, распространяемой Центром СПИД, кое-что — из научно-популярной литературы, СМИ».

— «Консультирование беременных, химиопрофилактика во время беременности, в родах и новорожденному, отказ от грудного вскармливания».

— «Вертикальный путь включает три этапа: 1. Период беременности. 2. Период родов. 3. Период грудного вскармливания».

— «Тимазид. Женщинам его выписывают, когда они вынашивают ребенка. Этот препарат сокращает вероятность того, что плод инфицируется... отказ от кормления грудью».

Для второй категории специалистов характерно владение информацией «в общих чертах». На конкретные вопросы респонденты либо отвечали уклончиво, либо уходили от ответа, либо ссылались на СПИД-центр, объясняя это тем, что решение данных вопросов не входит в их обязанности.

— «О средствах профилактики тоже известно. Это — гуманитарная просветительская работа с населением, пути и меры профилактики. Что касается профилактики передачи СПИДа в отношениях врач — пациент (например, хирург — пациент), то здесь мы точно ходим под Богом, потому что никто не застрахован от случайных укулов. И меня особенно настораживает, что заражаются СПИДом сотрудники, которые по определению, по роду деятельности заразиться <не могут>, если они, конечно, не имели каких-то половых контактов, не являются наркоманами и так далее. Или заражаются сотрудники лабораторий, которые исследуют кровь в перчатках, соблюдая правила безопасности, — от чего бы они могли заразиться? <...>. Если мы знаем все пути передачи СПИДа, одно из двух: либо дается недостоверная информация о путях заражения, либо мы не все знаем о СПИДе».

— «Ну, собственно говоря, известно, что заражение возможно и вероятно. А относительно того, насколько оно возможно и насколько оно вероятно, во всяком случае, по тем статьям и докладам, которые я слышала, в общем, специализированные медицинские учреждения, по-моему, не могут до конца ответить на этот вопрос! На все воля Божья».

— «В принципе знаю, что ВИЧ передается от матери ребенку».

— «Слышал, что есть специальное лечение».

Противоречивые ответы были получены на вопрос, владеют ли необходимой информацией в области ВИЧ/СПИДа коллеги респондентов. Некоторые респонденты ответили, что им представляется бесспорным владение полной информацией всеми специалистами, работающими в лечебных учреждениях. Другие — что их коллеги владеют только необходимым минимумом, который они считают достаточным. Третья группа респондентов оценила уровень знаний у своих коллег, как явно недостаточный.

— «...Инфекционисты располагают адекватной информацией. Я могу поручиться за больницу. СПИД-центр? Ну, должны, по крайней мере. Врачи поликлиник — беда наша общая. В беседах с клиентами такое узнаешь, что им говорят в поликлиниках о ВИЧ и гепатитах <...>. О других специальностях сложно говорить, иногда тоже удивляют своим незнанием. Радуют врачи “скорой помощи”. Сталкиваясь все чаще и чаще с ВИЧ-положительными, говорят: “ВИЧ, ну и ладно, твои проблемы, я тут по другому поводу приехал...” В больницах — все еще боятся».

— «В женских консультациях, где зачастую и происходит выявление статуса у женщины, <...> знаю со слов клиентов, что они знают недостаточно о химио-профилактике. Слава Богу, что направляют в СПИД-центр. И, слава Богу, если женщина хочет ребенка, у нее есть мотивация — она идет в СПИД-центр, и получает-таки профилактику. Тем не менее, все же встречаются врачи и в женских консультациях, и в поликлиниках, и в больницах, которые жаждут “причинить добро”, отговорить женщину рожать, пожалеть ребенка, потому что он “уродом родится”. Все знают, что ВИЧ передается от матери ребенку, но объективной информацией располагают немногие, считают, что почти 100% вероятности, что ребенок родится ВИЧ+».

— «Да, мы проводим тестирование, потом направляем их в СПИД-центр. Мы их ведем, но там им делают все, что нужно».

— «На уровне общей информированности четких специальных знаний, наверное, нет».

Подводя итоги, можно сказать, уровень информированности специалистов варьируется в зависимости от индивидуальных причин и от условий деятельности (требования к качеству подготовки и степени профессионализма со стороны руководящего состава, специфика работы).

2. ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТРАНЕ И В СВОЕМ ГОРОДЕ (В ЧАСТНОСТИ, СРЕДИ ЖЕНЩИН)

При анализе ситуации специалисты руководствовались:

- личным опытом — оценивая прежде всего частоту обращений пациентов или выявлений случаев ВИЧ-инфекции;
- информацией из СПИД-центров, статистическими данными по городу.

Некоторые врачи не ответили на вопрос.

— *«Женщины есть, стали появляться года три-четыре назад. Примерно одна-две ВИЧ+ в три месяца (около пяти в год). Чаще хотят делать аборт, чем рожать».*

— *«Ну, я ничего такого конкретного сказать не могу».*

— *«Считаю, что ситуация стабильная. Относительно цифровых значений затрудняюсь ответить, я этими данными не владею».*

— *«Обычно дается официальная информация Госкомстата, которой мы и пользуемся».*

— *«В Питере, в области и в России в целом ситуация не очень благоприятная. За всю Россию не скажу, но, по официальным данным, в городе более 30 тысяч. Что касается женщин, то здесь довольно большой процент, я пользуюсь цифрами СПИД-центра. Около 40%. Активизируется половой путь передачи. Соответственно первые, кого это касается, — женщины. У нас проводилось небольшое исследование, и; в течение года собиралась информация. В исследовании приняли участие больше сотни женщин, которые рожали в нашей больнице. Выяснилось, что как минимум половина из них никогда не пробовали наркотики. И 60% этих женщин узнавали о своем статусе в момент постановки на учет в женской консультации».*

— *«Последние 2 года в регионе ситуация относительно стабильна, отмечаются тенденции изменения структуры путей передачи в сторону увеличения полового пути передачи и соответственно увеличения доли женщин среди ВИЧ-позитивных».*

— *«Приходится все чаще встречаться с данной проблемой. Растет число ВИЧ-инфицированных, в том числе и женщин».*

— *«На мой взгляд, за последнее время увеличились случаи ВИЧ-инфекции среди молодых женщин 19–26 лет — как раз тогда, когда необходимо рожать».*

Абсолютное большинство респондентов считают, что в ближайшее время улучшения в ситуации не произойдет. Такое мнение высказывали специалисты, вне зависимости от уровня владения информацией по эпидемиологической ситуации и/или по вопросам профилактики вертикальной трансмиссии.

- *«Не могу сказать, но лучше точно не будет».*
- *«В ближайшие несколько лет ситуация, очевидно, останется такой же».*
- *«Будет, конечно, меняться. На месте ничего не стоит. В какую сторону? В ближайшее время вряд ли в лучшую».*
- *«Ухудшится, потому что растет наркомания, проституция и нечестность органов, контролирующих эти проблемы».*

Однако были и оптимисты:

- *«На мой взгляд, ситуация должна измениться. Будут открываться центры, и наконец-то мы увидим результаты первичной профилактики. Исходя из этого, я думаю, в ближайшее время у нас прекратится рост ВИЧ-инфекции».*

В целом прогноз по развитию ситуации в определенной степени перекликается с прогнозами областных и федеральных центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

3. ОТНОШЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ К ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЖЕНЩИНАМ

В некоторых учреждениях специально маркируют карточки, чтобы персонал знал, что перед ним ВИЧ-положительная пациентка. Случается, что медицинский персонал предупреждает друг друга о том, кто из пациентов ВИЧ+. Объясняется это «индивидуальной защитой» и желанием предупредить «других специалистов» быть «осторожнее» и «внимательнее».

- *«Это, вообще, отдельная тема. Что касается хирургии, этот процент <ВИЧ+> постоянно растет... Пациенты имеют право — из боязни, что им откажут в медицинской помощи, — не сообщать о своем ВИЧ <...>. Но, с другой стороны, врач имеет право иметь достоверную информацию о своем пациенте — его права ведь тоже нарушаются. Закон в этом отношении, к сожалению, не стоит на стороне врача, врач не защищен».*

- *«Да, у всех абсолютно берем кровь на ВИЧ, а потом те... ВИЧ-инфицированные, у них даже пометочка есть... треугольничек мы ставим на амбулаторной карте и потом на истории болезни».*

- *«Мы к ним так же хорошо относимся, как и ко всем больным. Просто потихоньку предупреждаем процедурную медсестру, чтобы была особенно осторожна, когда делает какие-то процедуры этому больному. Но он об этом не знает».*

Что касается чувств, которые респонденты могли бы испытать при получении информации, что один из их пациентов ВИЧ-положительный, то в основном это были жалость, сострадание, желание помочь. Аналогичная ситуация — если бы ту же информацию они получили об одном из своих коллег. При этом абсолютное большинство респондентов не изменили бы отношения к человеку.

Однако в ответах респондентов не исключены были страх и отказ в помощи. Такие чувства прежде всего были обусловлены тем, что:

1) специалисты не защищены ни государством, ни учреждением;

2) специалисты не владеют достаточной информацией, как следствие — страх.

— «...Риск существует, и если жизненно важных показаний нет, то я предпочту не делать <операции>. Не потому, что не хочу, а чтобы... избежать провокации, возможности заражения».

— «Вообще уже нет никакой разницы. У кого-то выявляется ВИЧ, у кого-то — нет. Единственное отличие для меня — объем информации, который я им даю».

— «Основная масса моих пациентов и есть ВИЧ-инфицированные».

— «Сейчас отношение в основном совершенно нормальное. Несколько лет назад было много отказов в медицинской помощи, когда узнавали статус пациента. Опыт и знания помогли сделать ситуацию адекватной».

— «Они со всеми брезгливы. С чем это связано? Страх за собственное здоровье. Можно ли как-то изменить эту ситуацию? Больше информации».

— «Ну, кто-то панически боится. В инфекционной больнице разницы большой нет: вот больной дизентерией, а вот больной ВИЧ-инфекцией... Ну, конечно, за ВИЧ-инфекцией часто еще стоит «наркоман — проститутка»... Вообще-то, по правилам опроса больных положено спрашивать путь инфицирования. А “чертовы наркоманы”? Бывает, скажут и такое, но думаю, что это способ психологической защиты, потому что после они <врачи> идут лечить этих “чертовых наркоманов”».

Те же чувства, но в отношении коллег:

— «Ну, мне известно, что несколько моих коллег инфицированы гепатитом С. Причем один из них, к сожалению... там все очень серьезно. Неизвестно, сколько он еще проживет. Но это никак не отражается на моем отношении. Я не знаю, каким образом они заразились. Скорее всего, через кровь, во время операции, но это могут быть и какие-то их личные контакты, потому что один из них гей. Жизнь у каждого человека своя. Мое отношение к ним, как к профессионалам, не изменилось абсолютно, и человеческое тоже. Стало жалко — и все».

— «Ну, вздохнул бы тяжело, покурил бы, погрустил, но в принципе нет, <отношение> не изменилось бы никак».

Иногда среди персонала встречается восприятие ЛЖВС как в основном «наркоманов», «проституток» и т.д. Это сказывается на отношении к ВИЧ-положительным пациентам. В то же время ВИЧ-положительные пациенты часто приходят

к специалисту с уже сложившимся преубеждением и, как следствие, нервничают, грубят, не могут откровенно рассказать о проблеме и т.д.

4. ОЦЕНКА СПЕЦИАЛИСТАМИ КАЧЕСТВА УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ. РЕКОМЕНДАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО РАБОТЕ С ДАННОЙ ГРУППОЙ

По мнению одной группы специалистов, все, что зависит от медицинского учреждения, «полностью выполняется». Остальное — в СПИД-центре. Однако сторонники данной точки зрения составляют самую малочисленную группу.

Гораздо больше специалистов придерживаются мнения, что более серьезное внимание следует уделить консультированию, психологической поддержке, социальному сопровождению, своевременному предоставлению полной и достоверной информации по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

— *«Женщин нужно выделять в отдельную группу только в отношении репродуктивных моментов. Рожать-то им. Есть у нее ВИЧ или нет, есть риск или нет, надо дать информацию обо всех возможностях... Конечно, и с партнером ее работать, и с родственниками, но, главное, она — мать, потенциальная или настоящая».*

— *«Информировать, консультировать. Если она беременна — это вообще не самый лучший момент заниматься морализаторством, надо дать всю нужную информацию».*

— *«Когда женщина собирается рожать, она готовится к конкретному моменту — родам. Зачастую именно после родов она понимает — то, что произошло, это на всю жизнь. Мы должны помочь ей, чтобы она приняла правильное для себя решение».*

— *«Вся медицинская помощь должна быть оказана на общих основаниях».*

— *«Ко всем надо быть одинаково внимательными и лояльными».*

— *«Проводить более подробное консультирование, особенно сразу после постановки диагноза. <Пациенты> очень плохо информированы о мерах профилактики и необходимости диспансерного наблюдения. Нужно сделать пациента союзником».*

— *«Необходимо проводить семинары для медработников по данной проблеме и проводить профилактическую работу».*

— *«<Быть> более аккуратным, чтобы не заразиться самому».*

— *«Должны быть особенности в плане оказания услуг. Какие? Полностью отдельный сервис. С чем это связано? Это психологический фактор, чтобы человек не чувствовал себя отчужденным».*

— «Что тут можно рекомендовать? Все, что нужно, все делается» (раздражена).

— «Относиться, как к обычной женщине, но чаще осматривать, вести ее, следить за ее состоянием и т. д. Проводить с ней профилактические беседы о передаче ВИЧ».

— «На мой взгляд, ко всем женщинам нужен <особый> подход, а к беременным тем более. Если она еще и ВИЧ-инфицирована, то не стоит акцентировать внимание на этом».

— «Относиться к ним, как к обычным людям, не преувеличивать жалость, сочувствие».

Таким образом, на этот вопрос нет однозначного ответа. Для одних респондентов достаточно того, что уже существует в отношении ВИЧ-положительных женщин. Для других — необходимо «ликвидировать пробелы» и, в первую очередь, в области повышения квалификации персонала и его поддержке (профилактике синдрома сгорания). Следует учитывать особенности данной категории населения, а именно:

1) большая часть ВИЧ-положительных женщин имеет опыт употребления наркотических веществ (вероятно, это стало причиной формирования у врачей определенных стереотипов, способствующих их предвзятому отношению к пациентам);

2) специфика заболевания требует психологической поддержки, консультирования и патронажа. Пациент должен воспринять свой диагноз и научиться жить с ним. Это тяжело психически. Человек становится очень уязвимым.

Актуализируется проблема двойной стигматизации: со стороны общества и со стороны самого человека.

ВЫВОДЫ

Основной целью исследования было выявление базовых установок медицинских специалистов в отношении к ВИЧ-положительным женщинам и их репродуктивным правам.

Результаты исследования показали, что уровень информированности в отношении всех специалистов определить невозможно, так как он зависит:

- от опыта и специфики работы каждого из них;
- от требований учреждения;
- от личной инициативы и заинтересованности специалиста;
- от уровня информированности специалиста по вопросам вертикальной трансмиссии и других путей передачи ВИЧ-инфекции и методов профилактики передачи;

- от наличия/отсутствия стереотипов и от отношения к потребителям инъекционных наркотиков, секс-работникам и т.д.

В целом можно сказать, что большинство респондентов владеют информацией о вертикальном пути передачи ВИЧ и имеют опыт работы с ЛЖВС. Среди медицинского персонала нет однозначного отношения к ЛЖВС. Но большинство специалистов уверены, что решение о рождении ребенка должна принимать сама женщина, основываясь на современной и достоверной информации. К сожалению, у нее не всегда есть возможность получить информацию, так же, как и не всегда у нее есть желание родить ребенка. Иногда женщины с ВИЧ решаются на аборт, несмотря на мнение специалистов, или оставляют ребенка после его рождения, отказываясь от всех прав на него.

Существенно отличается оценка эпидемиологической ситуации со стороны разных специалистов. Большинство считают, что улучшения не происходит, но некоторые специалисты уверены, что реализуемые мероприятия в ближайшем будущем дадут желаемый эффект и в результате удастся существенно снизить темпы распространения или даже остановить распространение ВИЧ-инфекции.

Во многих регионах оставляет желать лучшего медицинский сервис: не хватает препаратов, должным образом не проводятся профилактическая работа, до- и послетестовое консультирование, не предоставляется социальное сопровождение, нет доступа к современной и достоверной информации о жизни с ВИЧ/СПИДом.

Существуют проблемы и в отношении специалистов к пациентам. В то же время абсолютное большинство респондентов считают, что относятся к ВИЧ-положительным пациентам так же, как и ко всем остальным. Случаи негативного отношения можно объяснить недостатком информации, стереотипами в отношении восприятия ЛЖВС и страхом за свое здоровье в условиях, когда государство и учреждения не защищают специалистов.

ОПРОС ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ/СПИДОМ

ВВЕДЕНИЕ

Одновременно с опросом городского населения и медицинских специалистов проводился опрос женщин, живущих с ВИЧ, в шести городах РФ: Санкт-Петербурге, Челябинске, Калуге, Томске, Оренбурге и в Ростове-на-Дону.

Опрос проводился методом полужформализованного интервью.

Исследование проводилось на основе случайной выборки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить качество оказываемого ВИЧ-положительным женщинам медицинского сервиса; выявить уровень информированности ВИЧ-положительных женщин в области репродуктивных прав и жизни с ВИЧ-инфекцией.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить уровень информированности ВИЧ-положительных женщин по вопросам ВИЧ/СПИДа, вертикальной трансмиссии и профилактики передачи ВИЧ.
2. Определить причины, побуждающие ВИЧ-положительных женщин к рождению детей.
3. Выяснить, как женщины оценивают уровень оказываемого медицинского и социального сервиса, каковы их потребности.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ/СПИДОМ

Все участницы исследования принадлежат к возрастной группе 23–32 года, что подтверждает выводы Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДОМ о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции с наибольшей скоростью распространяется среди молодежи (80% всех зарегистрированных случаев инфицирования).

Уровень образования участниц — от среднего до высшего. Это опровергает существующее представление о том, что ВИЧ касается прежде всего маргинальных групп. Среди опрошенных были инфицированные как через половой путь пере-

дачи, так и вследствие употребления инъекционных наркотиков. Большинство женщин узнали о своем ВИЧ-статусе в ситуации, связанной с беременностью:

— *«В 2005 году, когда я встала на учет по беременности, от врача-гинеколога узнала, что у меня ВИЧ. Она меня сразу в СПИД-центр отправила и сказала, чтобы я всегда наблюдалась теперь там».*

— *«В январе 2005 года в женской консультации № 3, во время беременности».*

— *«При обследовании во время родов в 2003 году в родильном доме».*

— *«...Заразилась через иглу, употребляла одно время наркотики, героин, узнала <о ВИЧ-статусе> в больнице. Лежала на сохранении по беременности... в 2001 году. Я сделала аборт, естественно, боялась, информации вообще никакой не было».*

1. УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ/СПИДА, ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ (ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ) И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

В ходе опроса было выявлено, что уровень информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа, в том числе вертикальной трансмиссии, до получения результатов теста, в большинстве случаев существенно отличался от уровня информированности после получения результатов теста:

— *«До этого я даже не сталкивалась с этим. Знала, что где-то есть, мельком слышала. О путях передачи тоже ничего не знала. Сейчас все знаю, у меня много брошюр, я ведь с этим напрямую столкнулась».*

— *«Раньше не знала ничего, думала, что меня это не коснется. А сейчас, конечно... приходится узнавать...».*

— *«Да, я знала о СПИДе. В основном информацию получала из буклетов, газет и журналов. Сейчас я об этом знаю очень много».*

— *«Конечно, знала, но постольку-поскольку. У меня знакомых никого с такими проблемами не было... Знала, что существует такое, но не было общения с такими людьми».*

— *«...< Как себя защитить>, конечно, знала. Я взрослый уже была человек, 25 лет было, все я знала. Презервативами, конечно, пользовалась, а так вышло, что через иглу получилось. Как узнала, что у меня такие вот вещи, тем более я хотела ребенка, я, естественно, очень испугалась факта того, что у меня ВИЧ, сколько я проживу, и вообще, что вся жизнь кончена, и все такое прочее. Я, конечно, сразу своему молодому человеку сказала, что ты как хочешь, а я отхожу от той компании, ничего больше не употребляю, и вообще, я хочу прожить подольше. Ну, в принципе все, с наркотиками завязала я полностью. Этот молодой человек остался со мной. Стал моим мужем, родили мы с ним ребенка, и вот сейчас 2,5 года дочке моей. На 30-й неделе беременности у меня к тому же*

обнаружили гепатит С. До этого у меня не было ничего, как я на учет становилась, позже у меня обнаружилось. То есть, видимо, какой-то инкубационный период был. Потом вот уже позже я узнала. Ребенок у меня в 2003 году родился, и узнала где-то в конце 2002 года, что у меня еще и гепатит С».

— «Я слышала об этом, поскольку у меня медицинское образование. Но не обо всем».

Информация по вопросам профилактики вертикальной трансмиссии становится актуальной для женщины лишь в тот период, когда она начинает задумываться о рождении ребенка. Если тема материнства является одной из приоритетных, женщина начинает искать информацию.

— «Знаю, что передается через молоко при кормлении, что в течение беременности нужно пить тимазид (я его сейчас пью), а во время родов мне должны дать одну таблетку, чтобы защитить ребенка от инфекций».

— «...Химиотерапия и отказ от кормления грудью — это мне гинеколог сразу рассказала, все объяснила».

— «Знаю, что ВИЧ-инфекция может передаваться во время беременности ребенку».

— «Ой, ну кормить нельзя грудью было. В консультации я, естественно, с 5–6 недель наблюдалась. У меня цель была родить ребенка здорового. Я проконсультировалась в Центре с гинекологом. Мне сказали, что будет профилактика, если наркотиков не будет... Я сказала... с наркотиками — все. Если есть какая-то большая вероятность, что будет профилактика нужная, и если буду лекарства вовремя принимать, и что впоследствии тоже буду следить и за ребенком, и за собой. Т.е. я с 24-й недели стала принимать лекарство, тимазид... Принимала по часам, потом в больницу рожать поехала. Мне уже недели 3 оставалось до родов. Приехала, у меня давление, анемия, срочно в больницу, без вещей, без ничего. В больницу меня забрали на «скорой». Сделали кесарево сечение, давление было высокое. Потом, как ребенок родился, ретровир давала ему, сироп. Ребенок снят с учета в полтора года, все в порядке».

— «...Очень важна терапия, проводимая во время беременности, также о том, что весьма важен момент родов, насколько правильно и профессионально они будут проведены, что дает большой процент того, что ребенок рождается здоровым. А также послеродовая терапия».

— «...Какая-то терапия. Все время забываю названия препаратов, но знаю, что назначают на втором месяце, везде по-разному, но приблизительно на втором месяце беременности назначают терапию... После этого ребенок получает какое-то время терапию для профилактики. После этого его долгое время наблюдают, лет до 3 что ли...».

— «...А что такое вертикальный путь? <От матери ребенку> ...Да, слышала. Вирус может передаваться во время беременности, во время родов и при кормлении грудью. <А как можно защитить ребенка?> ... Я знаю только, что нельзя кормить ребенка грудью».

Абсолютное большинство отмечает, что специалисты обсуждали с ними тему рождения ребенка.

- «Да, приходилось, с гинекологом и инфекционистом».
- «Да, конечно... С гинекологом, инфекционистом СПИД-центра».
- «Да, со мной обсуждали эту возможность».
- «Да, конечно, я обратилась к врачу, уже будучи в положении».

Однако рекомендации, которые получали женщины от специалистов, существенно отличаются. Одним рекомендовали рожать, другим, наоборот, советовали сделать аборт.

— «...Говорили “рожай”. Ну, они же видели в принципе, что я всегда прихожу, все анализы вовремя делаю... Я просто знаю девчонок-наркоманок, которым вообще до фени, они даже до последней недели не знали, что беременны, торчали до последнего и не замечали, в больницу привозили таких. У меня была цель, и я к ней напролом шла. Мне говорили, что если все будет хорошо, в плане того, что я все буду делать правильно, то все нормально должно быть. Главное — это терапия предродовая, и потом уже, как я буду сироп этот ребенку давать. У меня просто уже все автоматически получалось. Ну, мне сказали, что 3% может быть, что ребенок будет больной, а 97%... что нормальным будет. И у меня цель была, что я в лепешку разобьюсь, но все для этого сделаю... Тьфу-тьфу-тьфу, ребенок здоровый».

— «Гинеколог дал время на обдумывание, чтобы сделать аборт, а инфекционист дал информацию и сказал решать самой...».

— «Все врачи... советовали сделать аборт... Говорили, что ребенок родится ВИЧ+, что у меня “период окна” и что он проживет 5 лет... вообще жуткие вещи. Хотя я почитала литературу, там тоже не рекомендуют рожать в “период окна”».

— «Объяснили, что можно предотвратить заражение специальным лечением».

— «Мне сказали, что я должна сделать аборт, что не должна рожать ребенка при моем диагнозе. Мой гинеколог сказал, что сто процентов того, что ребенок родится больным... Мне пришлось сделать аборт. К тому же, когда с ним <гинекологом> разговаривала моя мама, он сказал о том, что мне незачем рожать, поскольку с ВИЧ-инфекцией я не проживу больше 5–7 лет».

— «Они говорили, что обязательно беременей, и обязательно приходи к нам в СПИД-центр. Я спрашивала, а какие гарантии того, что я действительно буду получать нужную терапию?.. Мне говорили, “все будет в порядке”. Когда я сейчас обращаюсь, мне говорят, что все гораздо сложнее. Спрашиваю, ну а что же все-таки делать?.. Они говорят, “ну, ты беременей, а там посмотрим”. Т.е. я сейчас, честно говоря, не уверена. Два года назад я была уверена, что все будет хорошо, а сейчас нет».

Очень многое зависит от подхода специалиста, и от той информации, которую он предоставляет женщине с ВИЧ. Большинство страхов связано именно с тем, что женщина не может понять, насколько велика вероятность заражения ребенка и как уменьшить риск передачи. В одном из интервью прозвучало:

— «Сейчас я об этом слышала очень много, и это мне мешает».

Очевидно, что в определенный период усиливаются сомнения и колебания, возникает множество вопросов — ведь для большинства женщин это действительно очень важный шаг. В это время женщины наиболее уязвимы. Им особенно необходимы поддержка и достоверная информация.

Далеко не все ВИЧ-положительные женщины ответственно подходят к рождению ребенка. Многое зависит от личных характеристик женщины и от образа ее жизни. Как видно из ответов, есть случаи, когда, узнав о беременности, женщины настолько кардинально меняют жизнь, что даже бросают употребление наркотиков.

Варьируется и отношение медперсонала к женщинам с ВИЧ. Многие отмечали, что к пациентам, имеющим опыт активного употребления наркотиков (даже в прошлом), отношение специалистов более негативное:

— «...Когда ты приходишь <в больницу> и видят, что ты не употребляющий или ты никогда не была наркоманкой, к тебе отношение другое. Скажем, если мои знакомые, которые бросили, но по их внешнему виду можно определить, что когда-то они употребляли наркотики, то к ним отношение совсем другое. Когда я общалась со своим инфекционистом, она говорила: “Ну, тебе будет терапия, ты такая вся хорошая, ты училась в университете, ты даже можешь быть нам полезна, потому что журналистка. Мы сделаем все возможное для тебя, и все будет хорошо”. А если девушка нигде не училась, и видно, что она вряд ли когда сможет заплатить хоть какие-то деньги, то такое отношение мне не очень нравится, выборочное такое отношение к пациентам».

2. ПРИЧИНЫ, ПОБУЖДАЮЩИЕ ЖЕНЩИН С ВИЧ К РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ

Из предыдущего блока видно, что одна из причин, побуждающих женщин к рождению ребенка, это поддержка и достоверная информация от специалистов. Есть женщины, которые категорически против рождения ребенка. Одной из причин их отказа от ребенка является страх, что он может быть инфицирован.

Фрагмент из текста интервью:

Инт.: *В данный момент вы знаете о своем диагнозе. Решились бы вы сейчас родить ребенка?*

Респ.: *Нет.*

Инт.: *Почему нет?*

Респ.: *Потому, что ребенок может заболеть.*

Инт.: *Считаете ли вы, что ВИЧ-инфицированные женщины должны рожать детей?*

Респ.: *Нет, я думаю, что не следует рожать, потому что ребенок может быть болен.*

Инт.: *Вы считаете, что ВИЧ-инфицированная женщина не сможет родить здорового ребенка?*

Респ.: *Я не знаю, но мне кажется, что все-таки ребенок скорее всего родится больным».*

Во время интервью с женщинами речь шла не только о страхе за жизнь и здоровье ребенка из-за разрушающего воздействия вируса на организм, но и о личном опыте жизни с ВИЧ. Многие отмечали сложности, с которыми им пришлось столкнуться, в частности, с отношением со стороны окружающих.

Боле того, женщины говорили о желании пожить «для себя», неготовности к ответственности, отсутствию или ограниченных возможностях по уходу за ребенком, наличии других заболеваний, не связанных с ВИЧ/СПИДом, и т.д.

Во многих случаях женщины пытались или уйти от ответа, или отвечали односложно.

Еще одна причина нежелания рожать ребенка — наличие детей. В стране существенно сокращается количество детей в семье. Чаще всего можно встретить семьи с 1–2 детьми. Поэтому неудивительно, что при наличии одного или двух детей женщины не решаются рожать еще. Помимо личностных факторов здесь вступают в силу социальные.

Итак, что же сами респондентки указывали в качестве причин, способных повлиять на решение ВИЧ-положительной женщины рожать или не рожать ребенка:

— «...Хорошее отношение специалистов, если нельзя рожать, то объяснили бы по-доброму почему?! А если можно родить ВИЧ-отрицательного, поддержали бы... Конечно же, поддержка близких...».

— «Время... я бы ждала, когда закончится “период окна”».

— «Решение рожать ребенка — всегда, всегда остается только за женщиной».

— «...Позиция врача. Если врач будет говорить о том, что рождение здорового ребенка возможно, то женщина захочет рожать, если же, как в моем случае, врач будет утверждать, что ребенка рожать не стоит, то женщина последует его совету».

— «...Ой, сложно сказать, у всех, наверное, индивидуально... наверное, желание. Желание ребенка... Я понимаю, что я инфицирована, и девочки тоже... врачи говорят “ройай”, а я же понимаю, что нам еще детей поднимать, я же не могу ни на кого ребенка своего оставить. Думаю, желание прожить подольше, желание ребенка поднять, желание самой пожить, даже зная, что у тебя такой диагноз, и плюс такая ответственность сильная — ребенок. Это ответственность для здорового человека ребенка рожать, я так считаю, а для больных, так это, вообще, подвиг, наверное».

— «Наверное, ничего. Если сама решит, то будет рожать».

— «Думаю, что скорее всего человек, который будет со мной, мужчина, от которого я хотела бы иметь ребенка. Это могло бы повлиять на решение, иметь или не иметь. Уверенность. Уверенность в том, что ребенок будет здоровым. Ну хотя бы какая-то гарантия, условия, чтобы иметь здорового ребенка».

Таким образом, очевидна личная заинтересованность ВИЧ-положительных женщин в рождении ребенка. Но при этом они хотели бы получить некоторые гарантии, что ребенок будет здоров, и что будет предпринято максимум возможного для снижения риска передачи ребенку ВИЧ-инфекции. Важную роль для принятия решения о рождении ребенка играют наличие поддержки со стороны ближайшего окружения (мужа, любимого человека, родителей, друзей) и наличие у женщины уверенности, что она сможет «поставить ребенка на ноги» (причем речь идет скорее не о финансовых, а о физических возможностях):

— «...Я же понимаю, что нам еще детей поднимать, я же не могу ни на кого ребенка своего оставить. Ну, я думаю, желание прожить подольше, желание ребенка поднять, желание самой пожить, даже зная, что у тебя такой диагноз, и плюс такая ответственность — ребенок...».

Выдержки ответов на вопрос, что могло бы поддержать самих участниц исследования:

— «Я уже решилась, у меня муж очень хочет второго ребенка. Мальчик у нас уже есть, а это девочка будет...»

— «Семья, желание, ну и финансовое положение».

— «Ничего».

— «...Ну семья, наверное, а кто еще? Потому что мало кто знал тогда, а с девочками я уже позже познакомилась, в больнице, когда вместе рожали. А так, муж, родители. Родители мужа, например, до сих пор не знают ни о наших проблемах, ни о том, что ребенок на учете состоял».

— «Наверное, самое главное — родители. А так, жизнь продолжается, меня особенно не напрягает то, что я не такая, как все. Общение с людьми... Но сначала, когда меня выписали из больницы, я вышла на Ленинский проспект, думала, под какую машину мне броситься. Все, ВИЧ — это все. Завтра-послезавтра умру. А сейчас вроде все нормально, анализы, показатели хорошие, в отличие от мужа, у него не очень все хорошо. А у меня нормально все развивается, вялотекущий такой процесс».

— «Ну, во-первых, то, что я намного больше узнала о возможности рождения здорового ребенка, во-вторых, это поддержка моего врача, который мне помог. Он сделал все, что от него зависело, для рождения здорового ребенка, сейчас моему ребенку 2 года, и с него сняли подозрение на диагноз. Огромную поддержку в данном решении мне оказал муж и близкие родственники».

Обратимся к сложностям, с которыми могут сталкиваться женщины с ВИЧ и которые оказывают существенное влияние на их решение о рождении ребенка: доступ к лечению и медицинскому сервису, а также к учебным и иным учреждениям для детей.

Многие женщины отмечали, что никогда не сталкивались со сложностями в медицинских учреждениях, связанных с их статусом. Частично это можно объяснить тем, что до получения информации о наличии ВИЧ-инфекции они не обращались в лечебные учреждения: не было проблем со здоровьем. В таких случаях женщины говорили, что им не с чем сравнивать, и потому в целом никаких претензий к качеству обслуживания они не имеют.

— «...Я вообще не обращалась к своему врачу в поликлинику».

— «...Я никуда не обращалась, я вообще не болела. Единственное что, с рождением ребенка. В женской консультации в курсе были, что нам специализированная больница нужна, инфекционная... Но настолько безграмотная в этом смысле моя врач-гинеколог! Она сажала меня за стол после осмотра и спрашивала: "Ой, и что, и как это вообще?" Понимаешь, она со мной вообще не как врач. "Ой, а что у вас в Центре? А как берут кровь? А сколько вы проживете?"

Такие вот вопросы сама врач задает. Она, конечно, 3 пары перчаток одевала, когда осматривала».

— «Мне редко приходится обращаться к медикам, поскольку у меня нет особых проблем со здоровьем. Единственное, к кому я обращалась, это к терапевту, но он не знает о моем диагнозе. Я не посчитала нужным ему об этом сообщать».

Есть и другая категория женщин с ВИЧ, которые столкнулись со сложностями:

— «Я приходила по месту жительства в свою больницу, а меня в грубой форме отправили в СПИД- центр — это было очень неприятно...».

— «Мой гинеколог по месту жительства говорил, что нас лечат и наблюдают только в СПИД- центре, а здесь — здоровые люди».

— «Приходила на обследование, терапевт сказал: “ВИЧ-инфицированные к нам не ходят, иди в свою больницу”».

— «Были проблемы с ребенком. Она у меня часто болела, кишечные инфекции. Когда мы из роддома приехали, 20 дней от роду было... какая-то кишечная инфекция серьезная, дисбактериоз, нас госпитализировали. И пришла к нам педиатр, буквально на 5 минут, одела перчатки. Они ничего вообще про это не знают, педиатры. То, что по R-75 ребенок состоит, по контакту. Но на тот момент она была еще на учете. Она буквально на 5 минут залетела, мол, “я скажу, кому звонить, вы позвоните, и за вами сейчас машина придет, и вы в инфекционную больницу срочно”. И потом врач нам карту писала детскую, такую расписную сделала, после того, как нас уже сняли с учета... Я имею в виду, R-75, все маркерами цветными, красными, желтыми, все черным карандашом зачеркнуто, что было написано. Карту потом отказались менять. И хотели мне еще в детской карте написать, для садика. Я когда пришла, говорю, вы мне, пожалуйста, перепишите все эти показатели, врач даже не знала, что, будучи снятым с учета, там нельзя все эти вещи писать. Она меня послала к заведующей поликлиники, а та ей написала, что карту не маркировать детсадовскую. И когда она к нам приходила, до полутора лет, на учете пока были, на цыпочках, и на 2–3 минуты забежит: “Ой, у вас то, се, горло покажите, все нормально”. К ребенку боялась подходить, и сразу же убежала».

— «Когда пришло время рожать, меня отвезли в больницу, где меня не хотели принимать, в итоге меня поместили в отдельную, платную палату, попросили не есть вместе со всеми, пользоваться своей посудой. После рождения ребенка я вышла с огромными психологическими проблемами, и мне пришлось обращаться за помощью к психологу. Главный врач сказал мне о том, что я не могу рожать со всеми, поскольку могу заразить других, и что другие женщины будут против того, чтобы я рожала вместе с ними».

Таким образом, далеко не все специалисты за пределами СПИД-центров владеют информацией о ВИЧ/СПИДе, среди них распространены страхи, заблуждения и предубеждение в отношении ЛЖВС.

3. ОЦЕНКА УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СЕРВИСА И ПОТРЕБНОСТЕЙ В НЕМ

Чаще всего участницы опроса отмечали, что основное учреждение, в котором они получают медицинский и социальный сервис, — это Центры профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Некоторые женщины имели негативный опыт общения со специалистами в других лечебных учреждениях. В целом уровень обслуживания был оценен как «средний». Сложности, как правило, возникали в отношении отдельных специалистов и были связаны с проявлениями грубости, некомпетентности и т.п.

Культура обслуживания клиентов/пациентов:

— *«Средняя. Мне нравятся врачи-инфекционисты, приветливые они, отзывчивые. Когда надо, прикрикнут по делу...».*

— *«Мне не нравится гинеколог, не выполняет все обязанности на приеме».*

— *«Обслуживание среднее».*

— *«Культуры нет...».*

— *«Средняя».*

— *«Высокая».*

— *«...Сложный вопрос. Была я как-то у инфекциониста, такой молодой специалист, говорят, очень хороший. По месту жительства попадаю к нему. Вышла из кабинета вся в слезах, соплях. Ужасно он вообще общался, ужасно. Я ему говорю: "Ну вот, понимаете, у меня такие-то проблемы, гепатит там еще возник, немножко иммунка еще ухудшилась". А он мне: "А как колоться, когда вмазывались, вы об этом не думали". Всех под одну гребенку гребет. Хамство. Ну я такого там только одного человека знаю. И мне посоветовали поменять на другого. Там другие, женщины, очень такие приятные, хорошо общаются. А он такой молодой, может, конечно, специалист хороший, но очень по-хамски общается. Не знаю, чем я на него такое впечатление произвела, вроде бы на наркоманку совсем опущенную я непохожа».*

— *«Культура обслуживания оставляет желать лучшего, очень часто приходится сталкиваться с грубостью персонала».*

Квалификация медицинского персонала:

— *«Знают свое дело».*

— «Во время беременности не могли определить срок ВИЧ-инфекции... даже приблизительно...».

— «Высокая».

— «Не знаю. Они просто направляют. Я прихожу раз в 3–4 месяца. Мне сразу “кровь сдавай”. У меня пока, слава Богу, все нормально, поэтому я ни к кому особо и не хожу».

— «Как можно оценить квалификацию, если врач говорит вам о том, что вы не можете родить ребенка, потому что он родится больным. Я не говорю, что все специалисты такие, но все же их работа подразумевает высокую профессиональную квалификацию».

— «Даже не знаю. Я не совсем уверена в том, насколько правильно они делают анализы. Потому как я столкнулась с тем, что во время беременности, сдавая анализы в больнице и в СПИД-центре, я получала совершенно разные результаты. В больнице мне говорили, что, по результатам анализов, у меня нормальное количество гемоглобина в крови, в СПИД-центре мне говорили совершенно обратное».

Расписание работы также оценивается скорее положительно:

— «Среднее. Мне удобно, хотя и приходится с работы отпрашиваться...».

— «Среднее».

— «Да, расписание удобное. Утро, вечер, удобно, ты можешь прийти в течение всего дня, нормально».

— «Да, вполне устраивает».

Вопрос об оснащении медицинским оборудованием оказался сложным для большинства из участников исследования, поскольку не все владеют информацией по данному вопросу. Техническую оснащенность иногда ошибочно воспринимали как «общий вид Центра»: ремонт, удобства для пациентов и пр.

— «Низкое. Бедно выглядит наш Центр, темный...».

— «Не знаю».

— «Лаборатории?.. Да ничего плохого не могу сказать. Единственное, запись, особенно на иммунограмму, за месяц, если не больше. А так — анализы вовремя, когда тебе скажут, тогда и приходишь, через два дня, так через два дня».

— «Сложный вопрос. Ну для беременных все есть. ...<я> только в лаборатории кровь сдаю и все».

— «Очень даже хорошо, по-моему, в последнее время оно намного улучшилось».

В отношении лекарственных препаратов также были неоднозначные оценки. Часть респонденток еще не нуждались в препаратах, поэтому не могли оценить.

Другие опирались на опыт своих близких, знакомых, которые сталкивались с различными трудностями и перебоями. Третьи имели собственный и не всегда положительный опыт:

— *«Среднее. Мне все вовремя дают...».*

— *«Мне хватает. Хорошо».*

— *«Не знаю».*

— *«Вот по себе ничего не могу сказать, не принимаю. А вот муж... на три-терапии — вообще беда. Одно есть, двух нет. <А были ли такие моменты, когда не было перебоев?> Вначале, как он встал на терапию. Вот только в первый раз, когда он встал на терапию, ему подобрали препараты, выписали, один раз. А потом все время перебои были. А на свои деньги никак. Ждем, пока будут препараты. По два <препарата> пока муж принимает. Врач, а что врач говорит? Нельзя, конечно, пропускать, и нужно по 3 принимать, раз три-терапия назначена, но принимает то, что есть. А потом недостающий препарат, говорят, когда будет, тогда и продолжишь пить. А к тому моменту эти <два других> уже закончатся. Перебои все время. Никогда нет всех трех препаратов. А у меня только тимазид был, баночку одну давали».*

— *«Может, препаратов и хватает, но иногда они оказываются просроченными, у меня такое было, мне выписали препараты, а они оказались просроченными».*

Оценка удобства расположения учреждения также была очень индивидуальной и зависела главным образом от местожительства женщин.

— *«Неудобно, час на дорогу трачу...».*

— *«Нет, я живу далеко, мне приходится через весь город ехать».*

— *«Удобно, оно в центре города».*

— *«В общем удобно. На метро, а потом пешочком. Мне вообще отсюда 25–30 минут, сажусь на маршрутку, и без проблем».*

— *«СПИД-центр находится достаточно далеко, на другом конце города, и до него очень долго добираться».*

С наличием всех необходимых специалистов оказалось гораздо сложнее. Не всегда у женщин был положительный опыт обращения в другие учреждения за медицинской помощью (речь идет и о случаях отказа в оказании помощи, стигме, дискриминации, хамстве). По результатам опроса явно прослеживалась заинтересованность, чтобы все специалисты находились в СПИД-центре.

— *«Среднее. Мне хватает».*

— *«Нет гастроэнтеролога, нет терапевта...».*

— *«Мне пока никто не нужен».*

— «Это да. Там же не только к инфекционисту ходишь. Записываться нужно. Надо и к психологу, и к стоматологу. И очередь бывает, и вообще некоторые раз в месяц принимают. Инфекциониста можно всегда найти, а к остальным нужно заранее записываться, узнавая в регистратуре, кто когда принимает».

— «Нет стоматолога».

— «Вы знаете, может, они есть, но насколько они хорошо работают, и можно ли считать, что они есть, я не знаю. Ну, например, психолог. Когда я получила диагноз, конечно, у меня было ужасное состояние, меня направили к психологу. Знаете, что он мне сказал? Он сказал, что мне не стоит переживать из-за таких пустяков, что куча людей болеют раком, так что тебе не о чем переживать, а если нервы шалят, попей ново-пассит».

В пользу этого предположения свидетельствуют и следующие данные:

Чего в работе СПИД-центра именно вам не хватает? Какие недостатки в предлагаемых услугах вы видите?

— «Плюс в том, что он есть для нас. Мне там спокойно, ничего скрывать не надо, вот и все...».

— «Плохо, что долго приходится ждать очереди к инфекционисту и гинекологу, а хорошо... что инфекционист дает хорошую информацию... ну все понятно объясняет».

— «Недостатков я не вижу. В Центре мне душевно, комфортно, со мной здесь обращаются так, как нигде».

— «... Чтобы и лекарства все в наличии были, и специалисты. А то написано, что жители имеют право на лечение, а не обеспечивают. То есть препаратами. Ну и специалисты, чтобы все работали бы так же четко, как и инфекционисты. К стоматологу вообще чуть ли не за 3 месяца <записываться>. Все в разное время принимают. Ну а плюс, то, что есть такое заведение в городе».

— «От недостатка информации и опыта страдаем мы все, в том числе — общие врачи. Приходится лечиться по месту жительства, в поликлинике, а то в Центре очереди жуткие, вот хожу сюда, но ничего не говорю врачу... А то там пока дождешься, совсем развалишься».

— «Не все специалисты являются достаточно квалифицированными для данной работы. Зачастую к тебе относятся грубо либо безразлично. Но хорошо то, что они все-таки помогли мне при рождении ребенка, но здесь скорее всего следует говорить о враче, который мне помогал».

Таким образом, в целом преобладают скорее положительные оценки, хотя картина далека от идеальной. Сложность в данном случае заключается в том, что речь идет прежде всего о межличностном взаимодействии. В одних случаях устанавливается контакт между врачом и пациентом, в других — нет. Многое зависит

от личности самих участников этого взаимодействия. Кроме того, крайне важным становится учет потребностей женщин, живущих с ВИЧ: доступ к качественному и своевременному медицинскому сервису, а также к службам психологической и социальной поддержки.

ВЫВОДЫ

Целью данного исследования было выяснение уровня информированности ВИЧ-положительных женщин по вопросам репродуктивных прав и жизни с ВИЧ-инфекцией, а также их оценки качества предоставляемого медицинского сервиса. Последнее необходимо для составления рекомендаций специалистам СПИД-центров и управлений здравоохранения. На основании полученных данных можно говорить о том, что однозначно оценить уровень информированности ВИЧ-положительных женщин невозможно: в большинстве случаев он существенно отличался до и после получения диагноза «ВИЧ-инфекция».

Уровень информированности по вопросу профилактики вертикальной трансмиссии также варьируется от высокого до крайне низкого. Эта информация становится актуальной для женщины лишь в тот период, когда она начинает задумываться о рождении ребенка. Если тема материнства является одной из приоритетных, женщина сама начинает поиск информации. В противном случае знания носят фрагментарный, обрывочный характер.

Основными причинами, по которым женщина соглашается на продолжение беременности и роды, являются желание иметь ребенка и уверенность, что он окажется здоровым. При этом речь не идет о стопроцентных гарантиях — скорее об уверенности, что будет сделано все для максимального снижения риска передачи ВИЧ-инфекции ребенку.

Что касается сложностей, с которыми сталкиваются женщины с ВИЧ и которые могут оказывать влияние на решение о рождении ребенка, то это доступ к лечению и профилактике (медицинскому сервису), а также к учебным и иным учреждениям для детей. Сложности с последними были отмечены крайне редко, так как большинство опрошенных женщин либо имеют ВИЧ-отрицательных детей, либо еще не рожали.

Многие респондентки отмечали, что никогда не сталкивались со сложностями, связанными с ВИЧ-статусом, в медицинских учреждениях. При этом большинство из них до постановки диагноза ВИЧ-инфекция никогда не обращались в лечебные учреждения: не было проблем со здоровьем. Следовательно, сравнивать им было не с чем.

Сложность в оценке качества медицинского сервиса оказалась связана с тем, что речь шла о разных учреждениях. В разных учреждениях разная ситуация.

Причем отличаться она может по уровням кадровой укомплектованности и профессиональной подготовки персонала, по наличию препаратов, регулярности поставок и т.д.

Некоторые из участниц опроса отметили, что у них существуют определенные стереотипы восприятия медицинских специалистов. Еще до прихода в лечебное учреждение и контакта с персоналом они испытывают страх и неуверенность. Женщины как бы изначально готовятся к худшему и боятся его. Иногда это связано с тем, что они слышали о подобных историях от своих знакомых. В итоге, и медицинские специалисты, и женщины с ВИЧ становятся своеобразными заложниками ситуации, которая для обеих сторон является источником дополнительных проблем.

РЕКОМЕНДАЦИИ

В качестве рекомендаций для дальнейшей работы по формированию осознанной и информированной позиции в отношении вопросов, связанных с деторождением и защитой репродуктивных прав женщин, живущих с ВИЧ, предлагается:

1. Создание системы правовой помощи людям с ВИЧ/СПИДом, включая подготовку юристов; повышение правовой грамотности женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, в области репродуктивных прав.
2. Создание и развитие системы общественного мониторинга в области законодательством по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом.
3. Внедрение технологий, направленных на профилактику социального сиротства, включая организацию медико-социального патронажа на дому для детей до 1,5 года и введение ранней диагностики для детей, рожденных от ВИЧ-положительных женщин.
4. Информирование ВИЧ-положительных женщин о способах и средствах профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции, службах поддержки, консультативной медико-психологической и социальной помощи.
5. Развитие системы психологической поддержки при ВИЧ-инфекции, включая нормативную базу, систему подготовки кадров, материально-техническую базу.
6. Совершенствование услуг по до- и послетестовому консультированию через подготовку и повышение квалификации специалистов-консультантов и развитие служб равного консультирования и поддержки.
7. Расширенное вовлечение некоммерческих организаций, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа, самоорганизаций ЛЖВС, а также групп само- и взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ, в мероприятия по профилактике и адвокации.
8. Проведение информационных кампаний, направленных на снижение стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, как среди медицинского персонала, так и в обществе в целом.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ТИРАЖ 500 ЭКЗ.

РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»
www.positivenet.ru

Бюро ЮНЕСКО в Москве
www.unesco.ru

ЮНФПА
www.unfpa.ru

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО