



Исследовательская статья

УДК 316.4

DOI: 10.18413/2408-9338-2024-10-1-0-8

¹Жукова Е. В.
¹Пронин А. Ю.
²Шилова В. А.

Стереотипы жителей Московской области в связи
с заболеванием ВИЧ-инфекцией и их установки
на здоровьесберегающее поведение и духовную жизнь

¹) Государственное казенное учреждение здравоохранения Московской области
«Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»
микрорайон Силикат, дом 41а, Котельники,
Московская область, 140053, Россия
alexanderp909@gmail.com
zhukovazh@mail.ru

²) Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра
Российской академии наук
ул. Кржижановского, д. 24/35, корпус 5, Москва, 117218, Россия
vshilova@yandex.ru

Аннотация. *Актуальность.* Данная статья продолжает серию работ авторского коллектива, затрагивающую проблемы информированности жителей Московской области и мигрантов по поводу распространения ВИЧ. Исследование направлено на выявление уровня информированности и паттернов поведения возрастных групп, в которых наметился рост новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в Московской области. Перед авторским коллективом стояла задача рассмотреть морально-нравственные установки и связанные с ними особенности здоровьесберегающего поведения, чтобы предпринять адекватные меры профилактики заболевания в изучаемых группах. *Методы.* Статья опирается на данные исследования, проведенного в форме фокусированных групповых дискуссий в июне 2022 года с участием жителей Московской области, проживающих в городах области на постоянной основе; всего в 4 дискуссиях приняло участие 40 респондентов в возрасте 30 лет и старше. Для анализа данных использовались методы: систематизации высказываний респондентов; структурирования текстовой информации; выделения типичных, стереотипных суждений; конструирования устойчивых суждений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных; соотнесения типичных, стереотипных суждений с идеальными типовыми моделями здоровьесберегающего поведения; осевое кодирование. *Научные результаты.* В статье представлен развернутый анализ устойчивых стереотипов, сформировавшихся внутри изученных групп, в связи с представлениями о распространении ВИЧ-инфекции, характеристиках заболевания, ходе лечения, характере правовых аспектов и особенностях морально-нравственных принципов, установок на здоровьесберегающее поведение и отношения к ВИЧ-инфицированным. *Выводы.* В результате проведенного исследования выявлены ряд характерных черт, присущих изучаемым группам, в частности, низкий уровень информированности и использование непроверенных фактов о заболевании, сознательное занижение возможной угрозы заразиться ВИЧ-инфекцией, подмена знания реального ВИЧ-статуса партнера представлениями о его социальном статусе, образе жизни

и морально-нравственных принципах. Заложено в период юношеской социализации чувство неловкости, которое не позволяет высказать недоверие партнеру и предложить использовать презервативы или пройти совместную проверку на ВИЧ-статус.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; СПИД; здоровьесберегающее поведение; информированность о ВИЧ; морально-нравственные установки

Информация для цитирования: Жукова Е. В., Пронин А. Ю., Шилова В. А. Стереотипы жителей Московской области в связи с заболеванием ВИЧ-инфекцией и их установки на здоровьесберегающее поведение и духовную жизнь // Научный результат. Социология и управление. 2024. Т. 10, № 1. С. 100-120. DOI: 10.18413/2408-9338-2024-10-1-0-8

Reserch article

¹ Evgenia V. Zhukova

¹ Alexander Yu. Pronin,

² Valentina A. Shilova 

Stereotypes of residents of the Moscow region in connection with HIV-infection and their attitudes towards health-saving behavior and spiritual life

¹ Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases,
41a Silicate Dist., Kotelniki, Moscow region, 140053, Russia
alexanderp909@gmail.com
zhukovazh@mail.ru

² Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences
bld. 5, 24/35 Krzhizhanovsky St., Moscow, 117218, Russia
vshilova@yandex.ru

Abstract. This article continues a series of works by the authors team, which are posing problems of informing residents of the Moscow region and migrants about the spread of HIV. The study is aimed at revealing the level of awareness and behavioural patterns of age groups in which new cases of HIV infection are on the rise in the Moscow region. The authors team had the task to consider moral attitudes and related health-saving behaviors in order to take adequate preventive measures in the groups studied. *Methods.* The article is based on the data of a study conducted in the form of focus group discussions in June 2022 with the participation of residents of the Moscow region, living in the cities of the region on a permanent basis; a total of 40 respondents aged 30 years and older took part in 4 discussions. Data analysis included: organization of respondents' statements; structuring of text information; highlighting of typical, stereotypical judgements; constructing sustainable judgements about HIV and HIV-positive individuals; correlation of typical, stereotype judgments with ideal health-saving model behaviors; axial coding. *Scientific results.* The article presents a detailed analysis of stable stereotypes, formed within the studied groups, in connection with the concepts of HIV infection distribution, the characteristics of the disease, the course of treatment, the legal aspects and characteristics of moral principles, HIV-positive behaviour and attitudes. *Conclusions.* The study revealed a number of characteristics inherent in the groups studied, such as low levels of awareness and use of unverified cases of disease, conscious underestimation of the possible risk of HIV infection, and knowledge substitution of the HIV status as a partner in terms of social status, lifestyle

and moral principles. The awkward feelings of youth socialization that prevent you from expressing your distrust of your partner and offering to use condoms or to get HIV tested together.

Keywords: HIV infection; AIDS; healthy behavior; awareness of HIV; moral and moral attitudes

Information for citation: Zhukova, E. V., Pronin, A. Yu., Shilova, V. A. (2024), "Stereotypes of residents of the Moscow region in connection with HIV-infection and their attitudes towards health-saving behavior and spiritual life", *Research Result. Sociology and Management*, 10 (1), 100-120. DOI: 10.18413/2408-9338-2024-10-1-0-8

Введение (Introduction). Изучение здоровьесберегающего поведения в социологии берет начало в работах классиков. Э. Дюркгейм отмечал необходимость учета инстинкта самосохранения при исследовании поведения и отдельно рассматривал социальное здоровье, которое связывал с благополучием как всего общества, так и отдельных индивидов. М. Вебер писал о том, что на отношение к здоровью влияют традиции общества, которые формируют повседневные практики людей. Г. Зиммель полагал, что забота о своем здоровье – одна из основных обязанностей личности. П. Сорокин считал, что в основе выживания любой социальной группы лежит индивидуальное и коллективное самосохранение (Дубровина, 2020).

В 70-х годах прошлого века в западной социологии сформировалось понятие «*Health Promotion*» – обеспечение здоровья. Концепт *Health Promotion* получил активное развитие в государственных социальных и образовательных программах, направленных на помощь гражданам в сохранении здоровья. В связи с этим, сформировавшиеся в рамках данного направления научные теории, были сфокусированы на поведенческом аспекте. В качестве таковых можно назвать социально-когнитивную теорию (*social cognitive theory*), направленную на объяснение причин, по которым индивиды выбирают или не выбирают ориентацию на здоровье; теорию убеждений, связанных со здоровьем (*health belief model*), объясняющую условия, при которых индивиды будут предпринимать профилактические меры; экологические теории (*ecological models*), фокусирующиеся на

влиянии окружающего мира (в том числе и социального) на здоровье человека; и, наконец, транстеоретическую модель изменения поведения (*stages of change model transtheoretical model*), объясняющую причины смены поведения индивида в сторону ведения здорового образа жизни (Шушнова, 2019).

В отечественной социологии проблема изучения поведения, направленного на сохранение физического, психологического и социального здоровья была сформулирована А. И. Антоновым, который впервые рассмотрел совокупность социальных и психологических факторов, влияющих на здоровьесберегающее поведение (Гордон, 1998). М. В. Игошев отмечал влияние таких факторов как традиции, культура и формируемые ими ценности. С. А. Вангородская выявила прямую зависимость индивидуальной активности в отношении здоровьесберегающего поведения и удовлетворенностью политической ситуацией в стране. Б. С. Павлов, Р. Конгер, Г. Саттон и др. отмечают влияние семьи на формирование практик здоровьесберегающего поведения. О. А. Немова, Л. И. Кутепова и В. В. Ревитина указывают, что в целом на здоровьесберегающее поведение влияют агенты первичной и вторичной социализации. Отдельно можно выделить влияние СМИ как одного из основных каналов информирования индивидов. В модели убеждений в отношении здоровья И. Розенстока и Г. Хохбаума (*health belief model, HBM*) одним из факторов, определяющих поведение по отношению к здоровью является осознаваемость риска возможно-

сти заболеть: чем более индивид информирован о тяжести и возможной угрозе заболевания, тем более вероятно, что он будет предпринимать действия, направленные на укрепление здоровья (Rosenstock, 1974).

Таким образом, наблюдаемая в российском обществе недооцененность угрозы заражения ВИЧ-инфекцией вследствие недостаточной информированности населения становится одним из факторов распространения заболевания. ВИЧ в России все еще считается заболеванием, характерным для уязвимых социальных групп (например, для лиц, употребляющих наркотики и работников коммерческого секса). Между тем, статистические данные по эпидемии ВИЧ-инфекции свидетельствуют об изменении характера распространения ВИЧ-инфекции в России. Если в самом начале XXI века основным путем заражения было внутривенное введение наркотиков и значительная часть новых случаев ВИЧ фиксировалась в группе потребителей инъекционных наркотиков, то к настоящему моменту основным путем заражения стал половой путь передачи инфекции, и наибольший прирост новых случаев заболевания в России приходится на гетеросексуальный контакт. И при этом низкий уровень информированности о ВИЧ-инфекции в качестве фактора заражения оказывает большее влияние на индивидов, которые не входят в группы риска (Билловус, 2008). В связи с этим, ранее нами были проведены исследования, посвященные информированности о ВИЧ-инфекции мигрантов из Средней Азии и россиян, проживающих на территории Московской области. Так, в результате массовых опросов указанных групп осенью 2018 г., осенью 2021 г. и летом 2022 г. была выявлена прямая связь между уровнем информированности жителей Московской области и выраженностью у них установок здоровьесберегающего поведения (соответственно, наибольшие доли респондентов обоих полов с низким и средним уровнем информированности были отмечены в группе респондентов с преобладающими установками рискованного поведения) (Пронин,

Дробышевская, Жукова, 2023). Уровень информированности мигрантов оказался значительно ниже, чем у работающего населения Московской области, около 20% респондентов из Средней Азии затруднились ответить на вопросы о ВИЧ-инфекции, основных путях заражения и способах профилактики (Дробышевская, Пронин, Жукова и др., 2022).

Другая важная особенность эпидемии ВИЧ в настоящее время связана со значительными изменениями в возрастной структуре ВИЧ-инфицированных: за прошедшие годы XXI века среди впервые выявленных случаев сильно сократилась доля молодежи до 30 лет и сильно возросла доля более старших возрастов. Такая тенденция значительно актуализирует исследования, связанные с ВИЧ-инфекцией, поскольку в старших возрастных группах болезнь протекает быстрее, а выживаемость ниже, чем среди молодежи (15-30 лет) (Лебедев, 2008).

Методология и методы (Methodology and methods). Можно полагать, что устоявшиеся в общественном сознании стереотипы о ВИЧ-инфекции способствуют невнимательному отношению взрослых гетеросексуальных людей к возможностям заражения. В связи с этим и с учетом устойчивого роста заболеваемости среди россиян, не относящихся к группам риска (Хаитов, 2018), необходимо регулярно отслеживать изменения в уровне информированности и установках среди всего населения. Одним из показателей нехватки достоверной информации о ВИЧ-инфекции среди населения является устойчивая стигматизация заболевания. Негативные установки по отношению к ВИЧ-инфицированным поддерживают и усугубляют социальное неравенство (Решетников, Богачанская, Присяжная, 2018), а ранее мы фиксировали положительное влияние информированности о ВИЧ на толерантное отношение к людям, живущим с таким диагнозом (Пронин, Дробышевская, Жукова, 2023). Согласно исследованию 2022 года (N=482), проведенному Перми, Новосибирске, Голытьи и Екатеринбурге

наиболее негативное влияние ВИЧ-положительный статус оказал на уверенность в себе, возможность встретить любовь, желание иметь детей и поддерживать близкие и безопасные отношения, самоуважение, уверенность в себе и способность справляться со стрессом. Отрицательный опыт раскрытия своего заболевания имели около 42% респондентов. Такого же количество отметило, что со временем раскрывать статус ВИЧ-инфицированного не становится легче. Две трети респондентов не знают о существовании в России законов, запрещающих дискриминацию людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Также примечательно, что ВИЧ-инфицированные люди сами разделяют негативные установки о своем заболевании. Более половины респондентов ответили, что испытывают чувство вины или стыда из-за своего статуса, а более трети чувствуют себя «грязными» и «никчемными». Из-за своего ВИЧ-положительного статуса за последний год 13,7% решили отдалиться от семьи и друзей, 16,8% отказались от медицинских услуг, а 19,5% не занимались сексом (Годлевская, Мейлак, 2022).

Задача авторов настоящего исследования состояла в том, чтобы, используя поисковый метод фокусированного группового интервью, попытаться обнаружить изменения в представлениях и установках людей, связанные с этими процессами, и ответить на ряд исследовательских вопросов: выяснить характер информированности о ВИЧ-инфекции, уровень знания биологических основ и правовых аспектов, установки в отношении практик здоровьесберегающего поведения, связанного с ВИЧ, представления о группах риска и отношение к людям, живущим с ВИЧ.

Описание выборочной совокупности. Исследование проводилось в форме фокусированных групповых дискуссий 27-28 июня 2022 года в Москве. К участию в дискуссии были приглашены жители Московской области, проживающие в городах МО на постоянной основе; из состава участников были исключены те, кто приехал в город на заработки или работает на территории Московской области, но проживает в других регионах. Всего в 4 дискуссиях приняло участие 40 респондентов.

Социально-демографические характеристики участников фокус-групп
Table
Socio-demographic characteristics of focus group participants

№	Пол	Возраст	Образование	Город проживания
1.	женский	40 лет и старше	5 с высшим образованием и 5 с средним (специальным, техническим или общим)	С высоким уровнем по числу ВИЧ инфицированных, проживающих на территории
2.	женский	30-39 лет	5 с высшим образованием и 5 с средним (специальным, техническим или общим)	С низким уровнем по числу ВИЧ инфицированных проживающих на территории
3.	мужской	40 лет и старше	5 с высшим образованием и 5 с средним (специальным, техническим или общим)	С высоким уровнем по числу ВИЧ инфицированных проживающих на территории
4.	мужской	30-39 лет	4 с высшим образованием и 6 с средним (специальным, техническим или общим)	С низким уровнем по числу ВИЧ инфицированных проживающих на территории

Для анализа данных использовались методы: систематизации высказываний респондентов; структурирования текстовой информации; выделения типичных, стереотипных суждений; конструирования устойчивых суждений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных; соотнесения типичных, стереотипных суждений с идеальными типовыми моделями здоровьесберегающего поведения; осевое кодирование.

Научные результаты и дискуссия (Research results and discussion). В ходе групповых бесед выяснилось, что опыт первого знакомства с информацией о ВИЧ у участников дискуссии носит индивидуальный характер и по ситуации, в которой они получили первичное представление о ВИЧ, и по реакции на полученную информацию.

Одна из участниц дискуссии так описывает свой первый опыт получения информации о ВИЧ-инфекции: *«А я первый раз узнала, когда я, учась в последних классах школы, я пошла со своей подругой в центр планирования семьи к гинекологу по поводу того, что у меня был гормональный сбой. У меня нерегулярные месячные были, при этом я еще была девственницей, а подруга у меня уже была беременна. Поэтому мы пришли к одному врачу, мне дали кровь на гормоны, а ей на ВИЧ, сифилис (гепатита, по-моему, не было тогда), еще какие-то мазки. Я говорю: «А что это такое-то?». Она говорит: «Вот смотри, плакаты висят, почитай». Мы в очереди сидели, я ходила плакаты по стенкам читала, так все было интересно, но меня это не касалось, поэтому мне это было нестрашно»* (женщина, 40 лет, менеджер по персоналу, не замужем, детей нет, ФГ 1).

В памяти респондентов старшего поколения остались увиденные ими в 1990-е годы телепередачи, посвященные проблеме ВИЧ-инфекции: *«Но мы знали про <Вадима> Покровского, он выступал на телевидении, его приглашали, передачи появились новые на телевидении»* (женщина, 60 лет, специалист в области легкой промышленности, детей нет, ФГ 1).

В целом, по ощущению большинства респондентов, проблема ВИЧ к настоящему времени почти ушла из общественной повестки, будучи замещенной в ней другими актуальными проблемами здравоохранения (в частности, пандемией COVID-19). Среди участников фокус-групповых дискуссий, в которых принимали участие жители городов области с относительно более высоким уровнем инфицированности ВИЧ, были респонденты, у которых имелся опыт продолжительного общения с лично знакомыми им ВИЧ-инфицированными людьми. Погруженность этих респондентов в проблематику носит более личный и более сенситивный характер, их отличает более высокий уровень знания о проблемах, связанных с ВИЧ.

Первичное информирование о ВИЧ у некоторых респондентов связано не только с контентом виденных ими телевизионных программ, но также могло формироваться из личного опыта, полученного в каких-либо реальных жизненных ситуациях. Так, одна из участниц дискуссии отмечает неинклюзивное отношение к своей ВИЧ-инфицированной знакомой со стороны общих знакомых, узнавших о ВИЧ-положительном статусе этой женщины: *«У меня есть знакомая с положительным статусом ВИЧ. Она, когда выпивает, делится со всеми. Я так понимаю, ее какой-то молодой человек заразил. [...] Я спокойно отреагировала, а остальные... многие перестали общаться, боялись из одной кружки пить»* (женщина, 39 лет, бухгалтер, среднеспециальное образование, ФГ 2); *«Первое воспоминание – я увидела плакаты. Я очень много знаю на эту тему, потому что одно время я работала в такой организации, «Врачи без границ». Вы знаете, да? То есть медицинские принадлежности, вот это всё мы раздавали. Естественно, общаешься с людьми, кто болеет, кто думает, что у них СПИД, и не верит никому»* (женщина, 39 лет, бухгалтер, замужем, сыну 7 лет, ФГ 2); *«С этой проблемой столкнулся, когда мы жили в Волгограде, и первый раз я услышал*

про СПИД. Тогда был очень известный случай, вы должны знать – 7-я больница, очень много детей заболело. Я видел этих детей потом в колясках. Волгоград – оттуда первое пошло в Советском Союзе. И какой-то протестант приехал из Америки, пытался их поднять, но они были никакие, и они уходили на глазах. Саша, мой знакомый (сейчас бы ему тоже был полтинник, наверное), в пятнадцать лет умер на коляске. Страшная вещь. Тогда не понимали» (мужчина, 45 лет, работник культуры, не женат, ФГ 3); «Из каждого музыкального киоска несло в Перестройку: «Спит-спит Оля с кем попало, а про СПИД-СПИД Оля не слыхала». Потом газета СПИД-инфо. Вот оттуда, с тех времен. Соответственно, и по телевизору тоже» (мужчина, 44 года, инженер, образование высшее, женат, дочери 19 лет, ФГ 3).

Участники дискуссий младшей возрастной группы чаще, чем более старшие респонденты, могли упоминать в качестве своего единственного информационного источника телевидение: «Единственное, что прям конкретно на меня повлияло, что я узнал побольше об этой тематике – это сериал (на удивление, русский; на удивление, хороший) «Лучше звоните Ди Каприо», и на удивление – Петров, одна из немногих его ролей, где он хорошо сыграл. Весь сериал был посвящен тематике СПИДа. Это такой интересный проект был» (мужчина, 30 лет, репетитор, не женат, детей нет, ФГ 4); «Я тоже вспоминаю цитаты из телевизора, слышала во 2-3 классе: «случайные связи», «незащищенный секс». Я ничего не понимаю, я ребенок, я думаю: «Чего они несут?». Потом я пошла в колледж. Там к нам приезжали лекции читать и рассказывали об этом» (женщина, 30 лет, ведущий менеджер по персоналу в IT компании, не замужем, детей нет, ФГ 2).

Некоторые участники дискуссии старшей возрастной группы демонстрировали достаточно высокий уровень чувствительности и обеспокоенность возможностью самому заразиться ВИЧ-инфекцией. Эта обеспокоенность, в частности, может быть

связана и с неуверенностью в партнере, его поведении: «Мы не особо были информированы, но знали, что такое заболевание существует. Я боялась заразиться через стоматолога, через уколы. Также нельзя быть уверенным на сто процентов в своем партнере, в муже. Я ему верю, но знаете... всё может быть. У любого человека это может быть, поэтому страх присутствует, он и сейчас присутствует, но притупился» (женщина, 60 лет, пенсионерка, замужем, взрослая дочь, ФГ 1).

У некоторых других участников фокус-групп истории, связанные с более глубоким знакомством с проблемой, носили драматичный характер. Одна респондентка (старшая возрастная группа) вспоминает заразившуюся ВИЧ подругу детства, и отмечает, что ситуация, происходившая у нее на глазах, тем не менее, казалось ей далекой, не могущей затронуть таким же образом ее саму, поскольку заболевшая подруга отличалась от нее рискованным поведением — употреблением наркотиков: «В итоге эта подруга, которая тогда беременная ходила, она в итоге СПИДом заразилась, но она наркоманка была, в итоге умерла от передоза, сыну было 15 лет. При том, что у меня такая девочка рядом, которая была моей соседкой, с которой я с детства общалась, мне все равно казалось, что настолько это все далеко, потому что в детстве мы вместе общались, а потом у нас пути разошлись» (женщина, 40 лет, менеджер по персоналу, не замужем, детей нет, ФГ 1); «Я стараюсь вести правильный образ жизни, но я в какой-то степени фаталист, и считаю, что ты можешь предохраняться, но тебя может и стоматолог заразить, татуировка. Не надо быть наркоманом или сексоголиком каким-то, чтобы заразиться СПИДом» (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2); «Про Валеру вспомнила. Валера пошел делать татуировку в Щелково на дому, и его заразили СПИДом. Он никому не сказал, пошел, сдал тесты. Мы компанией узнали об этом в июне, а тесты он сделал в апреле. Ему

стало плохо, потом жена нашла тест, он даже ей не сказал, ее тоже заразил. Он уехал на Украину. [...] Да, он поступил подло, потому что узнал в апреле, а мы узнали в июне, при этом продолжал со всеми общаться. Потом все пошли сдали тесты» (женщина, 39 лет, парикмахер, средне-специальное образование, в гражданском браке, сыну 14 лет, ФГ 2); «Я со СПИДом познакомился по сообщениям из американской прессы. Я услышал, что известный баскетболист Мэджик Джонсон болеет СПИДом. В принципе, я удивился, что у него такая страшная болезнь, но он продолжал играть, и, в принципе, я даже не слышал, что он умер. По-моему, он все еще живой. Но вообще для меня это всё какое-то далекое» (мужчина, 44 года, юрист, образование высшее, женат, сыну 11 лет, ФГ 3).

Когда проблема ВИЧ затрагивает кого-либо из близкого окружения человека, это часто бывает связано с повышением его информированности, что приводит к изменению его отношения к проблеме. Один из примеров этого на наших фокус-группах – история одного из участников дискуссии (мужчина, младшая возрастная группа), в которой он рассказывает о своем долговременном наблюдении за жизнью человека, инфицированного ВИЧ, связанного с респондентом родственными связями. Мы можем видеть, что такое близкое наблюдение и, возможно, личное участие в жизни человека, живущего с ВИЧ, способствует более глубокому пониманию проблемы, лечения, и более толерантному отношению: «Я был женат два раза. В первом браке у моей жены брат, вот он ВИЧ-инфицированный. Не знаю, как правильно сказать – либо СПИД, либо ВИЧ, это как бы два понятия разных. [...] И вот он уже лет 25 так живет. Да, он принимает лекарства, да, всё это, но у него тем не менее есть девушка, с которой он спит. Он так же кушать готовит, всё нормально, это ничего не влияет на жизнь. [...] Раньше работал в ресторане. То есть он спокойно даже с та-

ким диагнозом работал в ресторане» (мужчина, 35 лет, менеджер в ресторане, женат, дочери 8 лет, сыну 3 года, ФГ 4).

Информированность респондентов о ВИЧ-инфекции. Несмотря на то, что большая часть участников групповых дискуссий получает информацию о проблеме ВИЧ уже в течение достаточно длительного времени, уровень их информированности об особенностях заболевания, процессе протекания болезни, опасных при близких контактах биологических средах, ходе лечения, возможностях терапии и новых достижениях медицины в этой области можно охарактеризовать как недостаточный, даже сравнительно с имеющимися в нашем распоряжении данными массового опроса населения Московской области. Участники фокус-групп нередко выдают ошибочные ответы на простые вопросы и демонстрируют большое количество распространенных заблуждений: «Я читала, что лимфоузлы по всему телу увеличиваются, это явные симптомы носителей» (женщина, 39 лет, замужем, дочке 7 лет, специалист мебельной фабрики, образование среднее специальное, ФГ 2); «Никто не застрахован абсолютно. Может быть, проведешь время с женщиной, а потом выяснится, что у нее... Никто не застрахован. И презерватив, он не гарантирует» (мужчина, 42 год, образование высшее, не женат, ФГ 3).

Рассказывая о своих страхах, респонденты иногда воспроизводили тиражируемые заблуждения в отношении передачи ВИЧ при бытовых контактах и других неопасных ситуациях: «Я не встречала таких людей, но мне казалось, что можно при разговоре заразиться, при рукопожатии. Я даже боялась, что комары при укусе могут заражать, разносить. Я еще думала, а вдруг комар укусил кого-то ВИЧ-инфицированного, а потом меня своим жалом? Но оказывается, что нет, я позже узнала, что нет, не передается, слава Богу» (женщина, 39 лет, замужем, дочке 7 лет, специалист мебельной фабрики, образование среднее специальное, ФГ 2).

Одна из участниц дискуссии, являясь донором и часто, по ее словам, сдавая кровь, тем не менее, не знала о том, что тест крови на наличие ВИЧ у инфицированного человека может быть отрицательным, если от момента заражения до проведения теста прошел период времени, недостаточный для того, чтобы анализ показал корректный результат: *«А вот об этом, кстати, я даже не задумывалась. Я просто не знала про это <серологическое> «окно», я только сейчас узнала. Я всегда думала, что эту инфекцию сразу видно. Тем более, кровь же где-то лежит по полгода, они ее снова перепроверяют»* (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2).

Недостаточный общий уровень знаний о ВИЧ проявлялся, в том числе, и в выражаемом в некоторых случаях респондентами недоверии к информации по этим вопросам: *«Я читала, что если человек принимает терапию, то он вроде как даже совсем не заразен. Мне в это как-то не очень верится, но информацию такую я читала»* (женщина, 40 лет, менеджер по персоналу, не замужем, детей нет, ФГ 1); *«Наверное, да, наиболее велик риск через иглу и через незащищенные половые связи. Но мне кажется, действительно, ситуация, может быть, стала лучше, просто потому что виды наркотиков сменились, и люди, которые активно употребляли героин в 90-х, их уже многих нет. А те наркотики, которые есть сейчас, не подразумевают инвазивное введение»* (мужчина, 31 год, специалист по международным отношениям, образование высшее, не женат, ФГ 4).

Отдельные высказывания респондентов базировались на изначально ложных представлениях о вирусе, которые у них сложились в результате общения с такими же недостаточно информированными людьми: *«Татуировки, да, по сути это кровь тоже. Хотя кто-то, опять же, говорит, что вирус СПИДа, ВИЧ на воздухе живет энное количество времени и погибает, не как коронавирус живет неделю, нет, он самоуничтожается. Тем не менее,*

мы не знаем, когда там кровь осталась, 5 минут назад или 25 минут назад» (мужчина, 31 год, юрист, не женат, детей нет, ФГ 4).

Законодательные знания. Правовые знания, связанные с проблемой ВИЧ, демонстрировали в основном те участники фокус-групп, кто непосредственно сталкивался с данной проблемой либо в межличностной коммуникации, либо в связи с профессиональной деятельностью, и, таким образом, можно сказать, что эти знания также проявляются только в тех случаях, когда они опосредованы личным опытом: *«Есть подзаконники, подзаконные акты. Есть закон «Об основах здравоохранения», там говорится, что в данном постановлении правительства есть перечень заболеваний, по которым положена бесплатная терапия в виде – и дальше там пошло-пошло. Какой-нибудь муковисцидоз, СПИД и так далее»* (мужчина, 31 год, юрист, не женат, детей нет, ФГ 4); *«Я ассистент стоматолога. Вообще дело страшное, не дай Бог. Если профессиональное заражение, надо это еще доказать, поэтому, когда я устраивалась, нам целую лекцию прочли – что если вы докажете, что вы на работе заболели, то вас чуть ли пожизненно будут обеспечивать»* (женщина, 47 лет, замужем, сын 12 лет, мед. работник, ФГ 1).

В целом, респонденты старшей возрастной группы отличаются менее толерантным отношением к людям, живущим с ВИЧ, чем более молодые респонденты: *«Конечно, их в одно место никуда не соберешь, но хотя бы что-то, принудительное лечение. Нельзя, чтобы они свободно творили, что хотели»* (женщина, 53 года, две дочери, старшей 30 лет, младшей 22, ФГ 1).

Респонденты младших возрастных групп придерживались скорее мягкой позиции сохранения права конфиденциальности медицинского статуса ВИЧ-инфицированных: *«Мне кажется, что человек, вступающий в незащищенную половую связь с мало знакомым человеком, автоматически принимает на себя риски. Поэтому ужесточать, с точки зрения, чтобы на лбу клеймо*

делать, не стоит» (мужчина, 31 год, специалист по международным отношениям, образование высшее, не женат, ФГ 4).

Отсутствие информации о возможностях пройти, например, анонимное обследование, или получить бесплатную терапию, респонденты объяснили тем, что у них не возникало такой потребности, поэтому они не владеют точными данными: «Я знаю, что можно сдать анонимно тест на ВИЧ. Не знаю, где, у меня такой проблемы никогда не стояло. Знаю, что можно бесплатно в поликлинике сдать этот тест. Знаю, что вроде как положена терапия бесплатно по ОМС, но, как Александра сказала, сейчас может в связи с обстановкой это всё отменится. Знаю, что за заражение ВИЧ, если человек знает и заражает, это – статья» (женщина, 40 лет, менеджер по персоналу, не замужем, детей нет, ФГ 1).

Но в тоже время отдельные участники дискуссии владели информацией о бесплатном лечении ВИЧ-инфицированных и программах государственной поддержки, а также предусмотренных законодательством наказаниях при случае умышленных заражениях: «Насколько я знаю, даже бесплатно выдают эти лекарства, потому что они очень дорогие, это государственная программа. Сейчас я читала, что есть дженерики, неизвестные, всё импортное» (женщина, 47 лет, замужем, сын 12 лет, мед. работник, ФГ 1); «Я знаю, что должно быть уголовное наказание, если они кого-то умышленно инфицируют» (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2); «Я слышал, что, кто заболел ВИЧ-инфекцией, им положены бесплатные лекарства. От больницы им дают, чтобы они жили – уколы, таблетки» (мужчина, 41 год, женат, дочери 16 лет, менеджер, ФГ 3).

Информированность участников дискуссии варьировалась от полного незнания законодательства в области предоставления возможностей профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, налагаемой ответственности, до знания отдельных законодательных тонкостей и нюансов состояния дел в этой

сфере. Прежде всего это было связано с уровнем включенности отдельных респондентов в эту проблему и длительностью и глубиной контактов с ВИЧ-инфицированными людьми. Также прослеживалась связь с количеством выявленных случаев заражения на территории проживания респондентов. Группы респондентов из населенных пунктов с более высоким уровнем зараженности демонстрировали более глубокие знания в том числе и в области права: «Каждый человек старше 40 лет может пройти просто полное медицинское обследование в своей поликлинике – флюорографию, ЭКГ. Соответственно, у него берут кровь на все инфекции. Соответственно, каждый может из этой студии пойти спокойно. Там есть определенный день, каждый может пойти в поликлинику, не надо даже записываться. В крайнем случае, пост в регистратуре – и запишешься» (мужчина, 44 года, инженер, образование высшее, женат, дочери 19 лет, ФГ 3); «В конце января или в феврале я пошел в свою поликлинику, и мне там сказали, что теперь ты не можешь просто в поликлинику прийти и сдать анализ на ВИЧ. Тебе должны дать направление в КВД, ты должен туда поехать, сдать, а потом (в ЕМИАСе этого тоже нету) ты должен поехать забрать лично вот эти вот бумажки и расписаться за них. Они даже в ЕМИАС не выкладываются, потому что эта информация конфиденциальная, мне сказали» (мужчина, 38 лет, инженер, не женат, ФГ 4); «Обеспечение медицинскими препаратами, но говорят, что с этим большие проблемы. По крайней мере, что я читал, что там люди в очередях стоят и их не хватает – лекарств» (мужчина, 31 год, специалист по международным отношениям, образование высшее, не женат, ФГ 4).

Респонденты, которые понимают важность антиретровирусной терапии в том, что она снижает вероятность передачи вируса при близком контакте с инфицированным, как правило, также дифференцируют ответственность людей, живущих с

ВИЧ, в зависимости от того, принимают те терапию, или нет. Респонденты, осознающие это различие, нейтрально-толерантно относятся к ответственным людям, живущим с ВИЧ, которые принимают терапию, и при этом склоняются к необходимости определенных принудительных мер для той категории инфицированных ВИЧ людей, которые отказываются от приема терапии, и, таким образом, представляют общественную опасность: *«Проблема в том, что их не заставляют это принимать, проблема – императивного фактора нет. Я, может быть, «пережестчу», конечно, но, наверное, я бы все-таки некоторый фактор принудительности сделал»* (мужчина, 31 год, юрист, не женат, детей нет, ФГ 4).

Представления о группах риска. Прежде всего все респонденты относили к группам риска людей, употребляющих наркотики, работающих в секс-индустрии и нетрадиционной сексуальной ориентации: *«Они <наркоманы> очень часто пользуются одним шприцем просто ради экономии. Они в состоянии эйфории забывают о безопасности»* (женщина, 40 лет, менеджер по персоналу, не замужем, детей нет, ФГ 1); *«Нетрадиционные, наркоманы и проститутки – вот три группы риска основные»* (мужчина, 42 год, образование высшее, не женат, ФГ 3).

Кроме общепринятых суждений к группам риска, например, отнесли полицейских и таксистов: *«Я знаю, что полицейские в группе риска. Когда они ловят наркоманов, те нарочно кусают их, чтобы заразить СПИДом»* (женщина, 39 лет, замужем, дочке 7 лет, специалист мебельной фабрики, образование среднее специальное, ФГ 2); *«Таксисты в группе риска. Сколько я работаю... я три раза ходил в такси. Нет, просто по слухам, это в газете писали, это я не выдумываю. [...] Это в газете писали про таксистов и ВИЧ. Раньше в такси вообще порядка не было»* (мужчина, 53 года, водитель, в гражданском брак, дочери от другого брака 23 года, ФГ 3).

Респонденты также делали акцент на морально-нравственных принципах людей, неразборчивости в выборе партнеров, частых половых контактах: *«Люди, имеющие большое количество половых связей, неразборчивые. К ним относятся гомосексуалисты и проститутки. Мне кажется это одна категория – с точки зрения половых актов. [...] Это группа людей, которые часто меняют партнеров»* (мужчина, 31 год, специалист по международным отношениям, образование высшее, не женат, ФГ 4).

Восприятие иностранных трудовых мигрантов как еще одной возможной группы риска участниками фокус-групп оказалось противоречивым – это единственная социальная группа, относительно которой в этом вопросе не был достигнут консенсус. В то время как отдельные респонденты видят в трудовых мигрантах угрозу, другие, напротив, воспроизводят идеализированные представления о сохранении в этой среде традиционной культуры с укорененными в ней моделями здорового образа жизни и строгой половой морали: *«Я считаю, что через миграцию очень много привозится, потому что в этих республиках вообще медицина на достаточно слабом уровне. [...] Они, может быть, там все болеют, и никто не знает. Они сюда приезжают, привозят эту болезнь. У нас Воскресенск богатый город, там химическая промышленность, там очень много приезжает людей»* (мужчина, 44 года, юрист, образование высшее, женат, сыну 11 лет, ФГ 3); *«Можно я скажу по поводу Подмосковья? У нас население активно замечается – славяне меняются на восточных людей. Они очень, как сказать, целомудренные, у них традиции, они особо не заражаются. [...] Они приезжают сюда с семьями, женами, они работают»* (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2); *«Вот у меня знакомые узбеки – ни фиги от них, извиняюсь, ничего от них такого нет. Потому что у них там долгожители... И у них этих заболеваний близко нет, там фрукты, я не знаю, дыни, и всё. Это всё с*

Запада идет, с Запада!» (мужчина, 45 лет, работник культуры, не женат, ФГ 3).

Отношение к ВИЧ-инфицированным.

В ходе дискуссии обсуждались вопросы отношения к людям с ВИЧ-инфекцией. На вопрос, будете ли Вы продолжать общаться с человеком, узнав о его положительном ВИЧ-статусе, мнения участников дискуссии разделились. Для значительной части респондентов, такая информация стала бы поводом для того, чтобы разорвать отношения и дистанцироваться: *«Я знаю некоторых людей, которых я подозреваю в том, что они могут быть ВИЧ-инфицированными. Я просто реально избегаю с ними общения. Даже есть человек, который мне очень нравится, с подросткового возраста общались, долгая история, а сейчас он ведет очень праздный образ жизни, очень разгульный, беспорядочные связи. Я понимаю, что как бы ни был интересен человек, красив, привлекателен, я избегаю общаться и как-то видется. Общаться не хочется, потому что человек на меня смотрит как на сексуальный объект, и я просто стараюсь минимизировать, чтобы ничего такого»* (женщина, 30 лет, ведущий менеджер по персоналу в IT компании, не замужем, детей нет, ФГ 2); *«Я женат. Допустим, узнаю, не дай Бог, что жена – ВИЧ-инфицированная. Во-первых, понятно, там, каким образом она заразилась, вопрос сразу возникает. И, честно, я не знаю, не дойдет ли до развода в таком случае»* (мужчина, 49 лет, женат, дочке 13 лет, специалист обслуживанию промышленного холодильного оборудования, образование средне-специальное, ФГ 3).

Для отдельных участников дискуссии было важным сохранить морально-нравственные принципы, основанные на гуманности, уважении и сопереживании чужим проблемным ситуациям, они заявляли о готовности продолжить общение, но без близких контактов: *«Инстинкт самосохранения мне говорит, что нужно действительно дистанцироваться от таких людей. Но, с другой стороны, хочется человеческим*

оставаться и относиться как-то цивилизованно к этой проблеме, с пониманием, то есть не шарахаться, не закрываться. Я считаю, надо нормально относиться, без близких контактов – ну они же тоже люди» (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2); *«Пугает всегда неизвестность. Если он скажет, что я лечусь, что я не опасен для вас, тогда, может быть, да»* (женщина, 46 лет, специалист в мебельной компании, разведена, дочь 15 лет, ФГ 1).

Кроме того, респонденты поясняли, что их реакция и решение продолжить общение или прервать будет зависит от степени и характера знакомства с человеком. Возможно, если это близкий друг или давний знакомый, реакция будет продолжить общения. Если же это малознакомый человек, в таком случае, будет принято решение порвать контакт.

Большая часть участников дискуссии соглашалась с тем, что люди с подтвержденным положительным статусом вынужденно скрывают его из-за неоднозначности общественных настроений, возможных дальнейших социальных рисков для себя и стигматизации: *«Проблема в том, что у нас настолько злое общество, что люди не хотят афишировать свою болезнь, потому что ты скажешь, что ты болеешь ВИЧ – тебя тут же уволят с работы. Найдут любую причину, или просто вынудят по собственному желанию уйти. У нас все всего боятся»* (женщина, 45 лет, домохозяйка, трое взрослых детей, ФГ 1).

Респонденты, у которых в кругу знакомых уже были люди с положительным ВИЧ-статусом, смотрели на поставленные вопросы иначе, чем респонденты, которые никогда не сталкивались с такими людьми. Их размышления выстраивались в логике принятия ВИЧ-инфицированных людей как здоровых, без стигматизации их положения: *«У меня знакомая есть ВИЧ-инфицированная. Она состоит на учете, пьет терапию. У нее абсолютно нормальная*

жизнь, семья, работа – работает помощником судьи. Она вообще ничем не отличается ни от кого, и не особенно сама переживает. Как заразилась, история умалчивает. Нормально живет, сколько уже?.. лет 12 с этим. [...] Я ничего в этом ужасного не вижу. Если человек за собой смотрит, пьет таблетки, за иммунитетом смотрит, терапию получает, то абсолютно нормальная жизнь. У них свой коллектив, они ездят отдыхают вместе, встречаются, здоровый образ жизни ведут» (мужчина, 39 лет, мастер по ремонту кассовых аппаратов, разведен, детей нет, ФГ 4)

Отношение респондентов к смоделированным ситуациям, связанным с ВИЧ-инфицированными. В ходе групповой дискуссии была применена методика виньеток. Для обсуждения участникам дискуссии было предложено пять конкретных случаев заражения ВИЧ. В каждом случае модератор сначала сообщал только часть информации о ситуации для ее первоначальной оценки респондентами, после чего модератор дополнял историю таким образом, чтобы определить, меняет или нет сообщаемая более полная информация о заразившемся человеке или о ситуации, с которой связано заражение, отношение к нему в группе.

Ситуация 1. Мужчина 35 лет с высшим образованием перспективный молодой ученый, врач. Заботится о своих пожилых родителях, которые находятся на его попечении, холост. Заразился ВИЧ-инфекцией. Дополнение к ситуации 1. Известно, что он заразился от своего гей-партнера, с которым познакомился на сайте знакомств для геев. Встречались они один месяц, после чего была выявлена ВИЧ-инфекция. Молодой человек в настоящий момент проходит лечение.

У женщин в группе 30-39 лет первая ситуация вызвала неоднозначную реакцию. Мнения разделили участниц на тех, кто сочувствовал герою, прежде всего, потому, что молодому человеку придется обо всем рассказать своим родителям, и тех, кто,

также сочувствуя ему, помимо этого выразил надежду, что, будучи врачом, он скорее сможет адаптироваться к ситуации, чем другие люди с такой же проблемой, и терапия будет для него успешной.

Однако после дополнения к ситуации отношение к молодому человеку у части группы поменялось, появились критические суждения, связанные именно с профессиональным статусом героя – врач обладает большей информацией, и потому от него ожидается более рациональное и ответственное поведение: «Я думаю, он виноват, потому что, как врач, он должен знать, что такие болезни существуют, он должен быть всегда готов к тому, что он этой болезнью может заразиться, и должен всегда предохраняться, тем более с партнером, с которым он знаком месяц» (женщина, 40 лет, менеджер по персоналу, не замужем, детей нет, ФГ 1).

У мужчин в группе 30-39 лет дополнительная информация о гомосексуальности молодого врача вызвала неоднозначную реакцию, отдельные участники полагают, что для оценки данной ситуации более важным является не то, был ли контакт, приведший к заражению, гомосексуальным или гетеросексуальным, а сам факт рискованного поведения: «Незащищенный контакт – это фактор риска в любом случае. Просто тут наслаивается, как мы относимся к геем» (мужчина, 31 год, юрист, не женат, детей нет, ФГ 4).

В то же время, значительная часть мужчин скорее осуждала героя и находила сложившуюся ситуацию заслуженной им: «Я считаю, что он заразился справедливо» (мужчина, 49 лет, женат, дочке 13 лет, специалист обслуживанию промышленного холодильного оборудования, образование средне-специальное, ФГ 3).

У женщин и мужчин возрастной группы 40 лет и старше ситуация поначалу вызвала однозначные эмоции сожаления, сочувствия, сопереживания. После дополнительной информации отношение у большинства участников резко поменялось: «Но больше негатива. Да, он сам виноват, не

надо встречаться с непонятными партнерами, не надо быть геем» (женщина, 39 лет, парикмахер, средне-специальное образование, в гражданском браке, сыну 14 лет, ФГ 2); *«Я его не жалею, потому что он образованный. Он знал риски. Это халатность с его стороны, он несет за нее ответственность»* (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2); *«У меня – пренебрежение»* (мужчина, 42 год, образование высшее, не женат, ФГ 3); *«Как же он будет работать? Отстранить от должности такого доктора надо»* (мужчина, 45 лет, работник культуры, не женат, ФГ 3).

Ситуация 2. Женщина 57 лет, дети выросли, с мужем развелась по причине его пьянства и агрессивного поведения по отношению к ней и детям. Ведет активный образ жизни, знакомится с мужчинами на сайтах знакомств, встречается, за последний год сменила пять партнеров. Дополнение к ситуации 2. Известно, что эта женщина за последний год проходила два раза стационарное медицинское лечение и в процессе переливания ей перелили зараженную донорскую кровь.

Среди женщин в группе 30-39 лет поведение героини из второй ситуации вызвало неоднозначную реакцию. До того, как модератором было сделано дополнение к описанию ситуации, участницы при оценке ситуации исходили из предположения о том, что инфицирование героини связано с ее образом жизни и вероятным рискованным поведением. Часть участниц осудила легкомысленную смену партнеров, часть посчитала такое поведение нормальным: *«Я осуждаю. Потому что, в первую очередь, она должна была задуматься, чем это чревато, она только о себе думала, а о своем здоровье она не задумалась»* (женщина, 47 лет, вдова, сыну 27 лет, ФГ 1); *«Человек спихнул груз забот, дети взрослые, от алкаша избавилась, а что еще делать? Жизнь прекрасна»* (женщина, 60 лет, пенсионерка, замужем, взрослая дочь, ФГ 1).

После приведения дополнительной информации большинство участниц дискуссии склонилось к мнению, что причина заражения – халатность медиков – меняет их отношение к заразившейся: в данном случае заболевшая вызывает сочувствие, поскольку она стала жертвой чужой халатности: *«Если ты, извините за выражение, дурак, и заразился по своей глупости, то тут, я не знаю, какое может быть сочувствие. А если ты заразился по вине чужого человека – то же переливание, зубной врач, не знаю, что там еще – то тут только сочувствие, потому что ты вроде всё делал, и всё равно попал»* (женщина, 45 лет, домохозяйка, трое взрослых детей, ФГ 1); *Мне жалко, мне всегда жалко людей, когда они заболевают, потому что на этом месте любой из нас может оказаться.* (женщина, 46 лет, специалист в мебельной компании, разведена, дочь 15 лет, ФГ 1).

Мужчины в возрасте 30-39 лет демонстрировали аналогичную перемену в отношении к героине ситуации – их отношение после приведения дополнительной информации менялось на сочувствующее: *«Я бы ни в одной ситуации не сказал, что человек это заслужил, но вторая ситуация для меня трагичнее. Человек никак не мог на это повлиять, это не его безалаберность»* (мужчина, 42 год, образование высшее, не женат, ФГ 3).

Несмотря на собственное рискованное поведение, женщина в ситуации №2 заразилась вне связи с этим рискованным поведением, а в результате врачебной ошибки, случайной жертвой которой может стать каждый, и это обстоятельство словно бы «реабilitирует» героиню в глазах респондентов.

Ситуация 3. Женщина 53 лет, вдова, серьезно относится к выбору партнера, поехала в санаторий, там познакомилась с мужчиной, отставным военным. Они начали встречаться, отношения серьезные, презервативами не пользовались. Дополнение к ситуации 3. Известно, что причиной заражения стал партнер, который на протяжении 10-15 лет никак не проверялся на

ВИЧ-инфекцию, проследить историю его заражения не удалось.

Ситуация с женщиной, встретившей отставного военного, вызвала и у мужчин, и у женщин всех возрастных групп размышления о том, что высокий социальный или профессиональный статус при выборе партнера не дает гарантии, что он не может оказаться ВИЧ-инфицированным и не снижает степени риска: *«Я считаю, что у нас стереотипное мышление. Мы думаем, что эти больные люди только наркоманы и проститутки. А он военный»* (женщина, 53 года, замужем, две дочери, старшей 30 лет, младшей 22, ФГ 1); *«Когда ты вводишь в жизнь нового партнера, все равно это фактор риска. Мы можем сейчас несколько кейсов, абсолютно неважно – гомосексуалист, не гомосексуалист, ищешь партнера... Да даже если не сайт знакомств, неважно – на улице книжку подобрали, как в романтических фильмах, это не суть. Это все равно фактор риска, когда ты впускаешь в жизнь нового человека. В любом кейсе все равно страдание какое-то есть»* (мужчина, 31 год, юрист, не женат, детей нет, ФГ 4).

Ситуация 4. Молодая девушка 23 года, из-за конфликта с родителями, ей пришлось переехать жить самостоятельно, зарабатывать на жизнь официанткой в ночном клубе, деньги она тратила на получение образования юриста. После того, как стало известно, что она инфицирована, родители окончательно разорвали с ней все отношения. Дополнение к ситуации 4. Известно, что заразилась ВИЧ-инфекцией от партнеров в процессе оказания сексуальных услуг, к которым ее принудил директор заведения, где она работала.

Ситуации с молодой девушкой вызвала глубокий эмоциональный отклик у всех респондентов, участвовавших в дискуссиях. И мужчины, и женщины демонстрировали высокий уровень чувствительности сложившейся ситуации, проявляли симпатию к девушке, услышав дополнение к истории, всячески оправдывали героиню,

обвиняя ее родителей и окружение: *«Девочки говорят о том, что жалко было женщин, которым прилетело под 60 лет. А мне жалко девчонок, которым прилетает под 20. С другой стороны, сейчас столько информации, если хочешь жить. Такой информации не было 20 лет назад»* (женщина, 39 лет, бухгалтер, замужем, сыну 7 лет, ФГ 2); *«Там непонятная история. Она работать пошла во сколько лет? Наверное, в 18? Вечерняя школа, одинокая, единственный ребенок. Нет, родители здесь виноваты во всем, полностью»* (мужчина, 45 лет, работник культуры, не женат, ФГ 3).

Ситуация 5. Мужчина 35 лет из обеспеченной благополучной семьи, узнал, что его беременная жена, приехавшая в Москву из региона с высоким уровнем зараженности, инфицирована ВИЧ-инфекцией и он также заражен. Дополнение к ситуации 5. Известно, что источником заражения стал сам мужчина, потому что в период юности принимал инъекционные наркотики и заражение произошло из-за использования нестерилизованных не одноразовых шприцев.

В ситуации с женщиной из благополучной семьи мнение участников дискуссии кардинально менялось. Когда респонденты получали первую часть информации, симпатия была на стороне мужчины, когда же получали вторую часть, мужчина переставал быть симпатичным для респондентов и становился виновником.

Использование метода виньеток показало, что распространенные стереотипы могут влиять на отношение к ВИЧ-инфицированным людям. Расширенная информация о герое виньетки, заразившемся человеке, более наглядно раскрывающая его образ и обстоятельства заражения, во всех случаях значительно меняла отношение к нему или к ней участников фокус-групп.

Здоровьесберегающее поведение. В дискуссии обсуждался здоровьесберегающий аспект сексуального поведения участников. Участники фокус-групп высказывали различные суждения об этом, но были выявлены общие закономерности. Респон-

денты разделились на тех, кто, по их собственному мнению, всегда в состоянии рационально контролировать ситуацию, и тех, кто рассказывал об отдельных случаях в своей жизни, когда, когда они, под воздействием ситуации, могли поступать рискованно: «Нет-нет, мужчинам нельзя доверять, а у меня второй муж. Доверять нельзя. Раз в два-три года я проверяюсь. А если я встречаюсь с какими-то другими партнерами, разовыми – ну, это глупость называется» (женщина, 60 лет, пенсионерка, замужем, взрослая дочь, ФГ 1); «Ты просто уже ценишь свою жизнь, уже о себе заботишься» (женщина, 33 года, менеджер в строительной фирме, образование высшее, не замужем, ФГ 2); «У меня один партнер, наркотики я не употребляю. О том, что какая-то эпидемия, я заметила, когда человек пять в моем окружении заразились» (женщина, 39 лет, бухгалтер, замужем, сыну 7 лет, ФГ 2); «У меня есть разведенная девушка, которая признается, что у нее в 38 было более 50-60 половых партнеров, хотя у нее ребенок. Нет, она классная, она чистая, она серьезная, по ней ничего не скажете. И все равно, вступаю я с ней в отношения, не вступаю, проверится она на начальном этапе, но не могу я доверять все равно потом, когда человек с таким бэкграундом» (мужчина, 31 год, юрист, не женат, детей нет, ФГ 4); «Мне когда было 18 лет, у меня всегда с собой пачка презервативов была. У меня не было случайных связей, у меня были знакомые девушки, но у меня всегда с собой были. Даже когда жена у меня, нынешняя, на которой я женат – мы три месяца чисто с презервативом. Пока не сдали анализы, пока не сдали мазки, вот это вот всё полностью, пока не пришла целая расшифровка» (мужчина, 35 лет, менеджер в ресторане, женат, дочери 8 лет, сыну 3 года, ФГ 4); «Конечно, были по молодости всякие там, как вам сказать... Я не такой, как говорят, бабник, что-то такое. Да, вот – ловелас. Не-не, я не из таких. Просто еще хотел сказать, что есть, допустим, примета такая: если с собой носишь презерватив, у тебя долго ничего не

будет. Как только он исчезнет – ах, где он, нету – так сразу...» (мужчина, 53 года, водитель, в гражданском брак, дочери от другого брака 23 года, ФГ 3).

Как женщины, так и мужчины, делали особый акцент на том, что значительный риск представляет сексуальный контакт с незнакомым партнером, «первым встречным». Значительно менее рискованным или совсем лишенным риска респондентам представляется сексуальный контакт с человеком, более хорошо знакомым, благоприятный образ которого у них уже сложился. Не только женщины, но и мужчины говорили, что чувствовали неловкость, и не могли в таких ситуациях предлагать использовать презервативы при контакте: «Я просто вижу своих коллег. Я работаю с людьми, соответственно, проходят мероприятия вот эти, я вижу это своими глазами. Просто как бы человек сам к этому приходит, грубо говоря. Я, например, сейчас не употребляю алкоголь, не курю, а люди это... Молодой парень выпил рюмку и там: «Эй, пойдёмте танцевать!». Первую попавшуюся девчонку, тоже такую же – рюмку выпила. Это просто я своими глазами наблюдаю» (мужчина, 44 года, инженер, образование высшее, женат, дочери 19 лет, ФГ 3).

Фактически, в описываемых респондентами случаях происходит подмена реального знания о статусе человека (ВИЧ-статусе) некоей общей информацией о предполагаемом образе жизни партнера, который либо вызывает, либо не вызывает доверия, и на этой основе принимается решение о возможности незащищенного контакта: «Убедиться, что человек ходит к врачу. Ну расспросить-то всегда можно. Нет, до кровати должен быть период, когда нужно узнать человека, и поговорить с ним о здоровье, как часто он ходит к врачам, а не бежать с первым попавшимся, извините» (женщина, 60 лет, специалист в области легкой промышленности, детей нет, ФГ 1); «Если мы в какой-то момент нашего знакомства проверялись, и мы доверяем друг другу... для меня, наверное, скажу так:

я бы не сдавал анализы каждые полгода тогда в этой ситуации. И да, я бы мог в незащищенную половую связь вступить тогда. А с человеком, с которым я мало знаком, – нет» (мужчина, 31 год, специалист по международным отношениям, образование высшее, не женат, ФГ 4); «*Рискованный <сексуальный контакт> со временем он был, не сразу. Чисто познакомился, общался, представляешь, откуда она, из какой семьи, чем занимается, ты пошел к ней, она пришла к тебе, и потом уже... [...] Познакомился, узнал ее, и пришли к этому сами по себе. Это как сказать... не договаривались об этом, это из души*» (мужчина, 30 лет, продавец-консультант, образование средне-специальное, не женат, ФГ 4).

Дискуссия о том, что такое ВИЧ-инфекция. По мнению респондентов, ВИЧ является не только заболеванием, но и социальной проблемой. Респондентам видятся несколько путей решения этой проблемы, и все они так или иначе связаны с задачей информирования и формирования установок здоровьесберегающего поведения, связанного с ВИЧ. По мнению некоторых респондентов, наиболее эффективным распространение знаний о ВИЧ должно быть при работе с самой молодой аудиторией – школьниками, поскольку в подростковом возрасте легче закрепляются установки здоровьесберегающего поведения. Для достижения этой цели, как считают респонденты, следовало бы дополнить программу средней школы специальными уроками соответствующей тематики: «*Прямо со школы надо ввести детям вот этот урок, я считаю, не то, что у них там – пестикитычки. Чтобы им рассказывали про СПИД. Да, что есть презерватив, что не стыдно сказать мальчику «одень его»*» (женщина, 39 лет, работает в гостиничном бизнесе, образование среднее-специальное, замужем, дочке 15 лет, ФГ 2); «*Мне кажется, что на взрослую группу уже бесполезно что-то делать, потому что они уже для себя все решили. Нужно, наоборот, с детства всё вот это вдалбливать, чтоб*

было все как на автомате: решил переспать, значит, одевай презерватив, вот так вот. А взрослою, они вот так посидят, головкой покивают, разойдутся, и сделают по-своему» (женщина, 45 лет, домохозяйка, трое взрослых детей, ФГ 1).

При работе со взрослой аудиторией основной механизм решения видится респондентам в создании и распространении по телеканалам «правильной рекламы», то есть таких образцов социальной рекламы, посвященной ВИЧ, которые бы наиболее тщательно учитывали социально-психологические особенности различных групп населения, и тем способствовали успешной борьбе с распространенными в российском обществе стереотипами, связанными с ВИЧ: «*Надо, чтобы писали о таких случаях, что на тысячу человек 12 случаев есть. Тогда люди станут более бдительны, начнут информацию читать в интернете. В интернете всё это есть – через что заражаются...*» (женщина, 39 лет, замужем, дочке 7 лет, специалист мебельной фабрики, образование среднее специальное, ФГ 2); «*Те же цифры – это тоже оружие. Сколько ВИЧ-инфицированных, мы не знаем. Если обнародовать... Я вот уверен, что не меньше миллиона, а это много*» (мужчина, 42 год, образование высшее, не женат, ФГ 3); «*Самое эффективное – это реклама, правильная реклама. Я помню, очень давно была реклама – выступает менеджер, топ-менеджер, показывает фотографии детей, семьи. Он говорит: «Очень много было у меня командировок в другие страны, красивые города, красивые женщины. По завершению у меня обнаружили СПИД». И тут же показывают его фотографию на надгробье – всё, его нет в живых*» (мужчина, 42 год, образование высшее, не женат, ФГ 3).

Высказывались также мнения о необходимости максимальной доступности информации для лучшего мотивирования инфицированных принимать терапию: «*Мне кажется, важно еще, чтобы люди были готовы, общество, чтобы были социальные ролики, чтобы не ругали, а объясняли, что*

с этим можно жить, что это не конец света – как с онкологией. Чтобы люди максимально были информированы, что делать, куда идти, и как дальше жить. Чтобы люди, в первую очередь, не боялись, чтоб не было паники, что теперь выпрыгнуть из окна и всё» (женщина, 46 лет, специалист в мебельной компании, разведена, дочь 15 лет, ФГ 1).

Помимо мощной информационной компании, по мнению участников дискуссии, должны прорабатываться и механизмы наказания за умышленное заражение другого человека, вплоть до уголовной ответственности: *«Прежде всего должен оставаться тот человек, который знает, что он носитель СПИДа или ВИЧ-инфекции. Пусть у него в голове алкоголь и еще что-то, но, если он переспал или совершил какие-то действия, которые могут привести к ВИЧ-инфекции другого человека, однозначно, должно быть уголовно наказуемо, всё. А если он пошел на диспансеризацию, он знает, что он носитель»* (мужчина, 49 лет, женат, дочке 13 лет, специалист обслуживанию промышленного холодильного оборудования, образование средне-специальное, ФГ 3).

Заключение (Conclusions). Данные об уровне и характере информированности старших возрастных групп населения, полученные в ходе фокусированных групповых дискуссий, высвечивают ряд возрастных особенностей. Первое знакомство с информацией о заболевании в этих группах относится к 1990-м годам, когда информация была, с одной стороны, ограничена, с другой стороны, подавалась с запугивающим коммуникативным посылом, в связи с чем у респондентов сформировался ряд разделяемых устойчивых заблуждений в вопросах распространения и лечения ВИЧ-инфекции.

Выявленные в ходе исследования особенности установок на здоровьесберегающее поведение, связанное с ВИЧ, имеют также ряд характерных признаков. Во-первых, эти установки в значительной степени остаются в области моральных оценок, не являясь ра-

циональными. Решение об использовании/неиспользовании презервативов при сексуальных контактах, потенциально связанных с риском заражения, многими респондентами принимается на основании житейского здравого смысла и исходя из сложившегося образа сексуального партнера, а не на основании рациональных медицинских рекомендаций. Представления респондентов о группах риска, интерпретация правовой информации, отношение к ВИЧ-инфицированным в отдельных случаях носит стигматизирующий характер, что может вызывать риск формирования социальной эксклюзии.

Полученные в ходе исследования данные о стереотипах и установках жителей Московской области старших возрастов, были учтены в информационной работе Московского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, в подготовке материалов широкомасштабной профилактической кампании «Новое поколение без ВИЧ», реализуемой на разных коммуникативных площадках Подмосковья, в том числе на телеканале «360», в отделениях МФЦ и Почты России, в территориальном пространстве - на бортах городского и междугороднего общественного транспорта, курсирующего, в пригородных поездах, на рекламных конструкциях (билбордах, ситибордах, Digital суперсайтах), и способствовали привлечению внимания данных возрастных групп к проблеме ВИЧ-инфекции, рационализации поведения, а также повышению мотивации населения на своевременное обследование на ВИЧ и обращение за медицинской помощью.

Список литературы

Биловус В. К. Цели-ценности и медико-социальные параметры здоровьесберегающего поведения молодежи: дис. ... канд. соц. наук: 14.00.52. Волгоград, 2008. 157 с.

Вангородская С. А. Факторы самосохранительного поведения населения региона (по результатам эмпирических исследований) // Научный результат. Социология и управление. 2018. № 2. С. 13-26.

Годлевская М., Мейлак А. Индекс стигмы 2.0 Людей, живущих с ВИЧ. 2022. 73 с.

Гордон Л. Социология быта, здоровья и образа жизни населения // Социология в России / под ред. В. А. Ядова. М.: Издательство Института социологии РАН, 1998. С. 432-453.

Дробышевская Е. В., Пронин А. Ю., Жукова Е. В., Пить В. В., Сочнев А. С., Ватулян А. К., Терин Д. Ф., Шилова В. А. Уровень информированности мигрантов из Средней Азии о ВИЧ-инфекции // Научный результат. Социология и управление. 2022. № 1. С. 43-67. DOI: 10.18413/2408-9338-2022-8-1-0-5.

Дубровина А. С. Самоохранительное поведение в семье: содержание понятия в социологии // Институты развития человеческого потенциала в условиях современных вызовов: сборник статей XI Уральского демографического форума: в 2-х томах. Т. II. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2020. С. 148-154.

Зубок Ю. А., Проказина Н. В. Отношение молодежи к новой коронавирусной инфекции: динамика представлений и практики здоровьесберегающего поведения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № S1. С. 752-757.

Игошев М. В. Социетальный подход в трактовке самоохранительного поведения // Теория и практика общественного развития. 2013. № 7. С. 39-41.

Карабинская О. А., Изатулин В. Г., Калягин А. Н., Завьялов А. В., Федурин И. В. Основные пути передачи ВИЧ-инфекции среди лиц групп риска в Иркутской области // Философия здоровья: интегральный подход: межвуз. сб. науч. тр. Иркутск: ИГМУ, 2020. С. 105-114.

Лебедев П. В. Современные тенденции распространения и медико-социальная значимость ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Москва, 2008. 160 с.

Леевик М. В. Распространение социально значимых заболеваний в контексте гендерных особенностей полоролевого поведения мужчин // Московский экономический журнал. 2019. №8. С. 746-753. DOI: 10.24411/2413-046X-2019-18058

Немова О. А., Кутепова Л. И., Ревитина В. В. Здоровье как ценность: мечта или реальность // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2016. № 1. С. 155-157.

Павлов Б. С. Семья и самоохранительное поведение молодежи // Экономика региона. 2008. № 2. С. 109-113.

Проказина Н. В., Бобылева Н. В. Социальные представления и практики здоровьесберегающего поведения молодежи в условиях пандемии COVID-19 // Среднерусский вестник общественных наук. 2022. Т. 17, № 1. С. 37-53. DOI: 10.22394/2071-2367-2022-17-1-37-53

Пронин А. Ю., Дробышевская Е. В., Жукова Е. В., Шилова В. А. Связь информированности о ВИЧ-инфекции с установками здоровьесберегающего и рискованного поведения жителей Московской области // Научный результат. Социология и управление. 2023. №3. С. 49-68. DOI: 10.18413/2408-9338-2023-9-3-0-5.

Решетников А. В., Богачанская Н. Н., Присяжная Н. В. Восприятие проблемы ВИЧ-инфекции/СПИДа россиянами // Иммунология. 2018. № 39. С. 92-100. DOI: 10.18821/0206-4952-2018-39-2-3-92-100.

Семенов Н. С. Восприятие ВИЧ-инфекции населением Кировской области // Вятский медицинский вестник. 2014. № 1. С. 26-31.

Хайтов Р. М. СПИД. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 189-276.

Шушунова Т. Н., Галич Л. П. Самоохранительное поведение как внеэкономический фактор социального самочувствия в зарубежной социологии // Весці БДПУ. Серыя 2. Гісторыя. Філасофія. Паліталогія. Сацыялогія. Эканоміка. Культуралогія. 2019. № 1. С. 65-72.

Conger R., Elder G., Lorenz F. O., Conger K., Simons R., Whitbeck L., Huck S., Melby Yanet N. Linking economic hardship to mortal quality and instability // Journal of Marriage and the Family. 1990. № 3. P. 643-56.

Reshetnikov A. V., Bogachanskaya N. N., Prisyazhnaya N. V. Perception of the problem of HIV infection/AIDS by Russians // Immunologiya. 2018. № 39. P. 92-100. DOI: 10.18821/0206-4952-2018-39-2-3-92-100.

Rosenstock I. M. The health belief model and preventative behavior. Health Education Monographs. 1974. № 2. P. 354-386.

Sutton G. C. Assortative marriage for smoking habits // Ann. Hum. Biol. 1980. № 7. P. 449-56.

References

Bilovus, V. K. (2008), *Tseli-tsennosti i mediko-sotsialnye parametry zdoroviesberegayushhego povedeniya molodezhi: PhD dissertation: 14.00.52* [Goals-values and medical and social parameters of health-saving behavior of young people: 14.00.52], Volgograd, Russia, 157. (In Russia)

Vangorodskaya, S. A. (2018), "The factors of self-preservation behavior of the population in the region (based on empirical studies)", *Research result. Sociology and Management*, (2), 13-26. (In Russia)

Godlevskaya, M., Meylaks, A. (2022), *Indeks stigmy 2.0 Lyudey, zhivushhih s VICH* [People Living with HIV Stigma Index 2.0.], 73. (In Russia)

Gordon, L. (1998), "Sociology of everyday life, health and lifestyle of the population", *Sotsiologiya v Rossii* [Sociology in Russia], Moscow, Russia, 432-453. (In Russia)

Drobyshevskaya, E. V., Pronin, A. Ju., Zhukova, E. V., Pit', V. V., Sochnev, A. S., Vatulyan, A. K., Terin, D. F. and Shilova V. A. (2022), "HIV awareness among labor migrants from Central Asia States", *Research Result. Sociology and Management*, (1), 43-67, DOI: 10.18413/2408-9338-2022-8-1-0-5. (In Russia)

Dubrovina, A. S. (2020), "Self-preserving behavior in the family: the content of the concept in sociology", *Instituty razvitiya chelovecheskogo potentsiala v usloviyah sovremennyh vyzovov: sbornik statey XI Uralskogo demograficheskogo foruma: v 2-h tomah. T. II.* [Institutes of human potential development in the conditions of modern challenges: collection of articles of the XI Ural Demographic Forum: in 2 volumes. Vol. II.], Institut ekonomiki UrO RAN, Yekaterinburg, Russia, 148-154. (In Russia)

Zubok, Ju. A., Prokazina, N. V. (2021), "The attitude of young people to the new coronavirus infection: the dynamics of ideas and practices of health-saving behavior", *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*, 29(S1), 752-757. (In Russia)

Igoshev, M. V. (2013), "Societal approach to interpretation of the self-preservation behavior", *Theory and practice of social development*, (7), 39-41. (In Russia)

Lebedev, P. V. (2008), *Sovremennye tendentsii rasprostraneniya i mediko-sotsialnaya znachimost VICH-infektsii v Krasnodarskom krae: PhD dissertation: 14.00.33* [Modern trends in the spread and medical and social significance of HIV infection in the Krasnodar Territory: 14.00.33], Moscow, Russia, 160. (In Russia)

Leevik, M. V. (2019), "The spread of socially significant diseases in the context of gender-specific gender-role behavior of men", *Moscow Economic Journal*, (8), 746-753. DOI: 10.24411/2413-046X-2019-18058 (In Russia)

Nemova, O. A., Kutepova, L. I., Revitina, V. V. (2016), "Health as a value: dream or reality", *Health and education in the XXI century*, (1), 155-157. (In Russia)

Karabinskaya, O. A., Izatulin, V. G., Kal'yagin, A. N., Zavyalov, A. V., Fedurina, I. V. (2020), "The main ways of HIV transmission among people at risk in the Irkutsk region", *Filosofiya zdoroviya: integralny podkhod: mezhvuz. sb. nauch. tr.* [Philosophy of health: an integral approach: interuniversity scientific research], IGMU, Irkutsk, Russia, 105-114. (In Russia)

Pavlov, B. S. (2008), "Family and self-keeping behavior of youth", *Economy of Regions*, (2), 109-113. (In Russia)

Prokazina, N. V., Bobyleva, N. V. (2022), "Social concepts and practices of health-saving behavior of young people in the context of the COVID-19 pandemic", *Central Russian Journal of Social Sciences*, (1), 37-53. DOI: 10.22394/2071-2367-2022-17-1-37-53 (In Russia)

Pronin, A. Ju., Drobyshevskaya, E. V., Zhukova, E. V. and Shilova V. A. (2023), "Relationship of HIV awareness with health-saving and risk behaviour attitudes of residents in the Moscow region", *Research Result. Sociology and Management*, (3), 49-68, DOI: 10.18413/2408-9338-2023-9-3-0-5. (In Russia)

Reshetnikov, A. V., Bogachanskaya, N. N., Prisyazhnaya, N. V. (2018), "Perception of the problem of HIV infection/AIDS by Russians", *Immunologiya*, (39), 92-100. DOI: 10.18821/0206-4952-2018-39-2-3-92-100. (In Russia)

Semenov, N. S. (2014), "The perception of the HIV-infected by population of Kirov region", *Vyatka Medical Bulletin*, (1), 26-31. (In Russia)

Haitov, R. M. (2018), *SPID. 2-e izd* [AIDS. 2nd ed], GEOTAR-Media, Moscow, Russia, 189-276. (In Russia)

Shushunova, T. N., Galich, L. P. (2019), "Self-preservation behavior as a non-economic factor of social well-being in international sociology", *News of the BSPU. Series 2. History. Philosophy. Political Science. Sociology. Economy. Culture*, (1), 65-72. (In Russia)

Conger, R., Elder G., Lorenz, F. O., Conger, K., Simons, R., Whitbeck, L., Huck, S., Melby Yarnet, N. (1990), Linking economic hardship to mortal quality and instability, *Journal of Marriage and the Family*, (3), 643-656.

Reshetnikov, A.V., Bogachanskaya, N.N., Prisyazhnaya, N.V. (2018), Perception of the prob-

lem of HIV infection/AIDS by Russians, *Immunologiya*, (39), 92-100. DOI: 10.18821/0206-4952-2018-39-2-3-92-100.

Rosenstock, I. M. (1974), The health belief model and preventative behavior, *Health Education Monographs*, (2), 354-386.

Sutton, G. C. (1980), Assortative marriage for smoking habits, *Ann. Hum. Biol.*, (7), 449-456.

Статья поступила в редакцию 25 февраля 2024 г. Поступила после доработки 03 марта 2024 г. Принята к печати 10 марта 2024 г.

Received 25 February 2024. Revised 03 March 2024. Accepted 10 March 2024.

Конфликты интересов: у авторов нет конфликта интересов для декларации.

Conflicts of Interest: the authors have no conflict of interest to declare.

Жукова Евгения Васильевна, заведующий отделом эпидемиологии и профилактики Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Evgenia V. Zhukova, Head of the Department of Epidemiology and Prevention, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Moscow Region, Moscow, Russia.

Пронин Александр Юрьевич, кандидат медицинских наук, главный врач Государственного казенного учреждения здравоохранения Московской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Москва, Россия.

Alexander Yu. Pronin, MD, PhD, Head Doctor, Moscow Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Moscow Region, Moscow, Russia.

Шилова Валентина Александровна, кандидат социологических наук, ведущий научный сотрудник Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, Россия.

Valentina A. Shilova, PhD in Sociology, Leading Researcher, Institute of Sociology, Federal Center for Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.