

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Выпускная квалификационная работа на тему:
***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ САМООЦЕНКОЙ РИСКА
ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ***
по специальности 030302 – Клиническая психология
основная образовательная программа: Клиническая психология
профиль: клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Выполнил:
студент 6 курса
очного отделения

Кривошапова К.В.

Рецензент:

Психолог, специалист психологической службы

ФГБУ высшего образования «Санкт-Петербургский
руководитель:
Государственный университет телекоммуникаций
кафедры
им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»
и
Ураева Г.Е.
психофизиологии

Е.А.

Научный
старший преподаватель
медицинской психологии

Бурина

Санкт-Петербург
2017

АННОТАЦИЯ

Дипломная работа посвящена исследованию психологических особенностей женщин с различной самооценкой риска заражения ВИЧ-инфекцией. В исследовании приняли участие 68 женщин в возрасте от 18 до 44 лет, не беременные и имевшие половые контакты в течение 6 месяцев. По дизайну исследования были выбраны 2 группы: женщины, вовлеченные в коммерческий секс (n=28) и потенциально благополучные женщины (n=40). Вся выборка исследования была разделена на 4 подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия самооценки риска и риска заражения. При помощи соответствующих методик в рамках исследования проводился сравнительный анализ по следующим показателям: уровень знаний и установок в отношении ВИЧ, особенности сексуального поведения, самооценка риска заражения ВИЧ, особенности употребления алкоголя, уровень выраженности личностных черт, уровень субъективного контроля, содержание мотивационных объектов и временная направленность в отношении будущего.

Анализ данных показал большое количество интересных результатов, в том числе было выявлено, что женщины, вовлеченные в коммерческий секс, по психологическим характеристикам не отличаются от потенциально благополучных женщин, а также то, что на формирование самооценки риска влияют наличие или отсутствие постоянного партнера, особенности употребления алкоголя и временная перспектива будущего.

В настоящее время эпидемиологи обеспокоены распространением ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем, а следовательно, и быстрым увеличением ВИЧ-инфицированных молодых женщин. Поэтому становятся все более актуальными разработки совершенствования профилактических программ в отношении распространения ВИЧ-инфекции среди женщин.

Полученные в дипломном исследовании данные могут быть использованы при разработке данного рода профилактических мероприятий.

ABSTRACT

This diploma study is devoted to the research of psychological features of women with HIV-infection self-assessment risk. The study involved 68 non-pregnant women aged 18 to 44, who had sex within last 6 months. By the study design, all participants were selected into 2 groups: women involved in commercial sex (n=28) and potentially prosperous women (n=40). Later, depending on HIV self-assessment risk and real HIV-infection risk, the entire sample of the study was divided into 4 subgroups. With appropriate techniques a comparative analysis of the following indicators in two groups was performed: HIV knowledge, sexual behavior peculiarities, the characteristics of alcohol use, the level of personality traits, the level of subjective health importance, the content of motivational objects and a temporary focus on the future.

Analysis of the data showed a large number of interesting results. It was found that women involved in commercial sex do not differ in psychological characteristics from potentially well-off women. The presence or absence of a permanent partner, the characteristics of alcohol use and the temporary focus influences the formation of risk self-assessment on the future.

Currently epidemiologists are concerned about the spread of HIV infection in a heterosexual contact, and therefore increases the relevance of the development and improvement of programs for HIV prevention through sexual contact among women. The results of the study can be used in the development of such preventive measures.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| АННОТАЦИЯ..... | 2 |
| ВВЕДЕНИЕ..... | 6 |
| ГЛАВА 1. ВИЧ-инфекция: психологические детерминанты риска заражения..... | 9 |
| 1.1 Понятие ВИЧ-инфекции, пути передачи..... | 9 |
| 1.2 Группы риска заражения ВИЧ-инфекцией..... | 17 |
| 1.3. Рискованное поведение женщин, как фактор повышающий риск заражения..... | 22 |
| 1.4. Самооценка риска заражения у женщин..... | 26 |
| 1.5. Психологические детерминанты риска заражения ВИЧ-инфекцией у женщин..... | 29 |
| 1.6. Профилактика ВИЧ-инфекции..... | 33 |
| Резюме..... | 37 |
| ГЛАВА 2. Методы и организация исследования..... | 39 |
| 2.1 Описание выборки исследования..... | 40 |
| 2.2 Методы исследования..... | 42 |
| 2.2.1 Анкета..... | 42 |
| 2.2.2 Полуструктурированное интервью..... | 42 |
| 2.2.3 Метод «Календарь»..... | 44 |
| 2.2.4 Личностный опросник «Большая пятерка»..... | 45 |
| 2.2.5 Метод оценки уровня субъективного контроля (УСК)..... | 45 |
| 2.2.6 Метод мотивационной индукции Ж. Нюттена (ММИ)..... | 48 |
| 2.3 Процедура исследования..... | 49 |
| 2.4 Математико-статистические методы обработки данных..... | 51 |
| Резюме..... | 51 |
| ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение..... | 52 |
| 3.1 Результаты полуструктурированного интервью..... | 52 |
| 3.1.1 Результаты изучения самооценки риска и реального риска..... | 52 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.2 Распределение участниц по группам..... | 55 |
| 3.1.3 Результаты анализа уровня знаний и установок по отношению к ВИЧ-инфекции | 58 |
| 3.1.4 Результаты анализа групп по количеству партнеров..... | 60 |
| 3.2 Результаты анализа употребления алкоголя..... | 62 |
| 3.2.1 Результаты сравнительного анализа количества партнеров в группах по сравнению с употреблением алкоголя..... | 63 |
| 3.3 Результаты анализа выраженности личностных черт..... | 63 |
| 3.4 Результаты анализа субъективного контроля..... | 66 |
| 3.5 Результаты анализа мотивационной направленности..... | 68 |
| 3.6 Обсуждение результатов исследования..... | 70 |
| | |
| ВЫВОДЫ..... | 76 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 78 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ..... | 79 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 88 |
| Приложение А..... | 88 |
| Приложение Б..... | 90 |
| Приложение В..... | 108 |
| Приложение Г..... | 109 |
| Приложение Д..... | 110 |
| Приложение Ж..... | 112 |

ВВЕДЕНИЕ

Не смотря на век высоких технологий, когда самое время разрабатывать препараты от смертельных болезней, эпидемия ВИЧ является одной из самых обсуждаемых проблем в России.

Как сообщает Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом количество ВИЧ-инфицированных уже превысило более миллиона человек. Только за 6 месяцев работы было сообщено о 51 099 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации и это за исключением выявленных анонимно. С 2005 по 2015 год ежегодный прирост новых ВИЧ-инфицированных граждан в среднем составлял 10%. В 2016 году эпидемическая ситуация продолжила ухудшаться. Только за 6 месяцев 2016 года показатель заболеваемости в России составил 39,4 на 100 тысяч населения (СПб ГБУЗ Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 2016).

ВИЧ уже не является заболеванием, характерным только для групп риска, он активно распространяется и в населении страны в целом. По данным, предоставленным Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора установлено, что у 44,5% граждан инфицирование произошло при гетеросексуальных контактах (ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ», 2016). Специалистов беспокоит сильное нарастание количества инфицированных женщин. Распространенность вируса среди женщин приближается к показателю мужчин. Необходимо отметить, что заражение половым путем происходит преимущественно у женщин детородного возраста, что, следовательно, оказывает влияние на распространение детской ВИЧ-инфекции (Сакевич В.И., 2011).

По предположению В.В. Покровского такое распространение вируса связано с временной моногамией. В современном мире люди не живут долго с одним человеком, а постоянно меняют партнеров. Если в эту цепочку попал хотя бы один ВИЧ-инфицированный, то заражаются все (РБК, 2016).

Отдельной группой являются женщины, занимающиеся коммерческим сексом. По данным МВД РФ их количество составляет около миллиона. Данная группа женщин является опасной в распространении ВИЧ-инфекции. Если посмотреть сайты, где женщины предлагают свои услуги, то дополнительной услугой за отдельную плату является «секс без презерватива». Кроме того, в Санкт-Петербурге большинство инфицированных женщин, занимающихся коммерческим сексом, употребляют наркотики (Медвестник, 2016).

В связи с этим в России остро стоит вопрос о профилактике ВИЧ-инфекции. Сложность заключается в том, что наиболее часто ВИЧ-инфекция встречается в возрастной группе старше 25 лет. Эти люди уже закончили школу и высшие учебные заведения. Следовательно, основной и одновременно сложной задачей является привлекать работодателей к внедрению профилактики ВИЧ-инфекции среди своих подчиненных.

Что касается группы женщин, занимающихся коммерческим сексом, то с ними совершенно не проводится никакой профилактики. В нашем государстве для осуществления профилактики в данной группе привлекаются общественные организации, которые являются довольно слабыми за неимением достаточного финансирования (Медвестник, 2016).

Но, несмотря на имеющиеся сложности, разрабатываются и совершенствуются существующие программы превенции и вырабатываются новые стратегии профилактики ВИЧ/СПИД. Все более актуальными становятся исследования, посвященные изучению детерминант риска заражения ВИЧ-инфекцией. В том числе изучаются поведенческие и психологические особенности, обуславливающие риск заражения ВИЧ-инфекцией, в том числе и ощущение собственного риска (Seal D., Agostinelli G., Kalichman S.C., Heckman T., Kelly J.A., Schmitt D.P.).

В формировании самооценки риска заражения важную роль играют все компоненты структуры личности, включая когнитивный, эмоционально-волевой, ценностно-мотивационный и поведенческий. В качестве когнитивного компонента на формирование самооценки риска могут влиять установки и уровень знаний о ВИЧ-инфекции. Также подразумевается возможная связь риска инфицирования и текущего эмоционального состояния, включая

последствия насилия. На мотивационном уровне на риск заражения ВИЧ-инфекцией может оказывать влияние отсутствие перспектив в отношении собственного будущего, а также уровень субъективного контроля в отношении здоровья и болезни. Также необходимо учитывать личностные характеристики, связанные с характером взаимодействия с окружающими, личностными ресурсами или, к примеру, структурой субъективного восприятия психологического времени (Patel V.L., Gutnik L.A., Yoskowitz N.A., Wyatt G.E., Carmona V.J. Кондратьев М.Ю., Ильин В.А.).

Таким образом, *целью* данного исследования явилось изучение психологических особенностей женщин с различной самооценкой риска заражения ВИЧ-инфекцией.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

- 1) изучить социально-демографические характеристики потенциально благополучных женщин и женщин, вовлеченных в коммерческий секс;
- 2) изучить реальный риск заражения ВИЧ-инфекцией и самооценку риска заражения у женщин;
- 3) изучить уровень знаний и установок в отношении ВИЧ-инфекции у женщин;
- 4) изучить особенности употребления алкоголя женщинами;
- 5) изучить психологические особенности (личностные характеристики, уровень субъективного контроля, особенности мотивационной сферы) женщин;
- 6) проанализировать взаимосвязь изученных психологических характеристик и самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией.

В рамках данного исследования проверяются *гипотезы*:

- 1) о наличии различий психологических особенностей у женщин в зависимости от самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией, а именно, женщины с отсутствием самооценки риска заражения характеризуются низким уровнем сознательности и личностных ресурсов, отличаются выраженной экстернальностью в сфере межличностных отношений и экстернальностью в отношении здоровья и болезней, а также имеют различия в содержании

мотивационных объектов и направленности временной перспективы будущего;

2) женщины, находящиеся в риске заражения ВИЧ-инфекцией, имеют соответствующую самооценку риска, то есть считают себя в риске заражения.

Объектом исследования являются социально-демографические характеристики, паттерны рискованного поведения, самооценка риска и психологические характеристики женщин.

Предметом исследования выступают психологические характеристики, паттерны рискованного поведения и самооценка риска заражения ВИЧ-инфекцией.

ГЛАВА 1. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ

1.1 Понятие ВИЧ-инфекции, пути передачи

«ВИЧ-инфекция (HIV-infection – Human Immunodeficiency Virus infection) – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становится высоковосприимчив к различным оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного» (ред. Шаболтас А.В., 2012. с. 7).

Впервые о вирусе иммунодефицита человека, как о возбудителе заболевания, вызывающего тяжелые расстройства иммунной системы, заговорили в 1983 году. Французский вирусолог L. Montagnier и американский ученый R.C. Gallo практически одновременно и независимо друг от друга описали вирус, который является возбудителем синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). По рекомендации Международного комитета по таксономии вирусов в мае 1986 года было введено единое название – «вирус иммунодефицита человека» (ВИЧ).

На данный момент в мире обнаружено четыре вируса иммунодефицита человека: ВИЧ-1; ВИЧ-2; ВИЧ-3; ВИЧ-4, а также уступы: А, В, С, D, E, F, G, H, O. В США наиболее распространен ВИЧ-1 субтипа В, а на территории Российской Федерации наиболее распространен ВИЧ-1 субтипа А, который является основным вирусом вызывающим СПИД. Данный субтип характеризуется достаточно быстрым распространением через гетеросексуальные контакты. Распространение субтипа А в нашей стране связано с тем, что исторически именно он начал распространяться среди потребителей инъекционных наркотиков, в то время как распространение субтипа В связывают с сексуальным путем передачи ВИЧ-инфекции. Субтип В обладает низким уровнем заразности и агрессивности. Он похож на сегодняшний ВИЧ-2, такой же летальный, но медленно прогрессирующий.

Ранее, субтип В редко вызывал заболевания, последующие за гетеросексуальной передачей, или передачей с продуктами крови. Но после того как он вошел в общину гомосексуалистов, произошла его адаптация к инфицированию людей через внутреннюю стенку прямой кишки. Быстрая циркуляция позволила ему стать достаточно эффективным убийцей, которого мы видим на сегодняшний день. Но несмотря на это, он плохо конкурирует с субтипами, которые более эффективно используют гетеросексуальную передачу (Viral Sex, 1997).

В процессе изучения ВИЧ-инфекции было установлено, что только инфицированный ВИЧ человек может быть источником ВИЧ-инфекции, независимо от того как протекает у него болезнь, бессимптомно или уже с развернутыми клиническими проявлениями (Шаболтас А.В., 2012).

Факторами передачи ВИЧ служат: биологические жидкости организма инфицированного человека: кровь (инфицирующая доза 0,1 мл), спинномозговая жидкость, семенная жидкость, грудное молоко, влагалищные выделения и др. В этих жидкостях, при условии присутствия в организме человека ВИЧ-инфекции, находится достаточная концентрация вируса для заражения в случае контакта (Либман Г., Макадон Х.Д., 2013).

Рассматривают два вида факторов, способствующих инфицированию:

1) связанные с вирусом, а именно его концентрацией, объемом инфицирующей жидкости и субтипом вируса, предшествующей антиретровирусной терапии (АРВТ) в отношении ВИЧ;

2) связанные с организмом конкретного человека и ситуацией риска, а именно путь заражения и восприимчивость организма (Шаболтас А.В., 2012).

Особенностью данного заболевания является то, что длительность периодов заболевания ВИЧ колеблется от пары недель до десятков лет. У большинства людей наблюдается так называемое «серонегативное окно» – период от 3 до 6 месяцев, в течение которого антитела к ВИЧ уже вырабатываются, но пока еще не выявляются. Следовательно, ВИЧ-инфекция может достаточно длительное время бессимптомно находиться в организме

инфицированного человека, который, не подозревая о своем ВИЧ-статусе, может участвовать в распространении вируса (Шаболтас А.В., 2015).

В.И. Покровским в 1989 году была предложена классификация клинического течения ВИЧ, которая включает четыре стадии развития заболевания: стадия инкубации, стадия первичных проявлений, стадия вторичных заболеваний, терминальная стадия.

Стадия инкубации протекает минимум 2-3 недели, средняя продолжительность – 6-9 месяцев, максимальная 3-5 лет.

Стадия первичных проявлений. Здесь выделяются три фазы:

2А – острый период, который может протекать бессимптомно или с наличием симптомов лихорадки от 2-3 дней до 2-3 недель с признаками интоксикации (головная боль, тошнота, фарингит, анорексия, поражение нервной системы и др.). В сыворотке крови начинают образовываться антитела к ВИЧ.

2Б – бессимптомная фаза длительностью от 1-3 месяцев до нескольких лет. В этом периоде отсутствуют клинические проявления болезни, но наблюдаются положительные серологические реакции на ВИЧ-инфекцию.

2В – фаза персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ) продолжительностью от 6 месяцев до 5 лет. Особенностью фазы является увеличение лимфатических узлов на протяжении 3 месяцев в отсутствие какого-либо текущего заболевания или лечения.

Стадия вторичных заболеваний. Данная стадия включает три фазы:

3А – переходная к СПИД – потеря массы тела менее 10%, бактериальные, вирусные, грибковые поражения кожи и слизистых, синуситы, повторные фарингиты;

3Б – признаки СПИД – потеря массы тела более 10%, лихорадка и диарея более одного месяца, вирусные и бактериальные поражения внутренних органов, туберкулез легких и др. заболевания.

3В – развернутый СПИД – вирусные, грибковые, бактериальные и паразитарные заболевания, кандидоз бронхов, легких, пищевода, поражения ЦНС и др.

Терминальная стадия. При отсутствии специфического антиретровирусного лечения наступает гибель человека (ВИЧ-инфекция и СПИД, 2013; Инфекционные болезни и эпидемиология, 2012).

К сожалению, в настоящее время не существует препаратов, которые могут полностью уничтожить вирус, но при применении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) появилась возможность остановить размножение ВИЧ. За первые три года применения ВААРТ в России частота развития СПИД сократилась более чем в 10 раз (с 31% до 2,5%) (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003). Но не всегда наличие ВИЧ-инфекции является показанием для назначения ВААРТ. Для того чтобы была назначена ВААРТ, сначала анализируются показатели иммунного статуса и вирусной нагрузки, клинические проявления, а также психологическое состояние пациента и его готовность начать ВААРТ. ВААРТ представляет собой комбинацию препаратов, которая останавливает размножение ВИЧ на различных этапах его проникновения в клетку (Барлетт Д.Д., 2011; Лечение ВИЧ-инфекции..., 2012). Комбинация препаратов обычно собирается из трех или четырех препаратов, которые по механизму своего действия делятся на следующие группы: ингибиторы обратной транскриптазы двух видов – нуклеозидные и нуклеотидные; ингибиторы протеазы; ингибиторы интегразы; ингибиторы слияния и ингибиторы рецепторов (Барлетт Д.Д., Галант Д., Фам П., 2012). На данный момент нет препаратов, которые могут излечить от инфекции полностью, но с началом применения ВААРТ изменилось отношение к ВИЧ как к смертельному заболеванию, и сейчас о ВИЧ-инфекции говорят, скорее как о хроническом заболевании (Glass J.E., Stoley K., 2009; Advances in international therapy...2012).

Огромное значение имеет готовность и мотивация пациента к регулярному и безостановочному приему препаратов в течение необходимого времени. Если же нет уверенности, что приверженность к терапии ВИЧ-инфицированного будет хорошей, то перед началом лечения работают над формированием приверженности. Чаще всего это осуществляется с помощью индивидуального консультирования, групп поддержки для ВИЧ-

инфицированных, индивидуального сопровождения и привлечения членов семьи.

Опасным явлением служит прерывание терапии, так как происходит формирование резистентных форм вируса, которые являются проблемой для лечения лиц, заразившихся подобным вирусом (ВИЧ-инфекция..., 2012).

Как указывалось выше, вирус иммунодефицита человека может быть обнаружен во всех жидкостях инфицируемого организма. При этом различная концентрация вируса в каждой из жидкости инфицированного организма определяет пути передачи ВИЧ-инфекции.

Существует три пути распространения вируса иммунодефицита человека: половой путь, парентеральный, перинатальный (вертикальный).

Перинатальный (вертикальный) путь заражения – передача вируса происходит от ВИЧ-инфицированной матери ребенку. В данном случае заражение может происходить внутриутробно, во время прохождения родовых путей или при кормлении грудью. В развитии детской ВИЧ-инфекции данный путь заражения является основным.

Парентеральный путь заражения – передача вируса происходит через кровь в результате использования нестерильного медицинского оборудования. Заражение данным способом чаще встречается у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), людей, подвергающихся процедуре переливания крови, у медицинских работников, чья деятельность связана с выполнением инъекций и других процедур ВИЧ-инфицированным пациентам. Заражение таким путем встречается довольно редко из-за существующих правил и процедур, касающихся банков донорской крови. Наибольшему риску заражения при парентеральном пути подвергаются потребители инъекционных наркотиков.

Половой путь заражения ВИЧ-инфекцией предполагает передачу вируса от инфицированного партнера при половом (сексуальном) контакте. Как упоминалось выше, вирус находится во всех биологических жидкостях организма, включая кровь, сперму и вагинальные выделения, поэтому инфицирование может произойти в процессе любой половой (сексуальной) активности, предполагающей обмен жидкостями. Наиболее рискованными формами сексуального поведения в данном случае являются незащищенные

(без использования презерватива) анальные и вагинальные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером (Шаболтас А.В., 2012).

Если на первых этапах распространения заболевания данный путь заражения наблюдался главным образом в гомосексуальной среде, то сейчас распространение болезни наиболее часто осуществляется именно через гетеросексуальный путь передачи (Misovich S.J., Fisher J.D., Fisher W.A., 1997). Так в 2016 году передача вируса при гетеросексуальных контактах зарегистрирована в 44,5% случаях заражения (ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ», 2016). При этом важно отметить, что для женщин передача вируса в ходе гетеросексуального полового контакта является основной. Такие данные в некоторой степени объясняются и тем, что по данным ЮНЭЙДС (Объединенная Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу), риск заражения ВИЧ-инфекцией при не защищенном половом контакте с инфицированным партнером у женщин выше, чем у мужчин. Отчасти это объясняется большей, в сравнении с мужчинами, биологической уязвимостью. Так, по данным исследований, во время незащищенного вагинального полового контакта риск инфицирования ВИЧ для женщин в 2-4 раза выше, чем для мужчин, что обусловлено анатомо-физиологическими аспектами: большей площадью поверхности слизистой оболочки женских половых органов с одной стороны и большей концентрацией вируса в семенной жидкости мужчин с другой. Еще большему биологическому риску подвергаются молодые женщины, так как их шейка матки является физиологически незрелой и, следовательно, более уязвимой для ВИЧ (ЮНЭЙДС, 1997). Важно отметить, что большему риску заражения подвергаются женщины детородного возраста. Так за 6 месяцев 2016 года количество ВИЧ-инфицированных женщин, преимущественно в возрастной группе от 30-39 лет, составляло 55,4% всех больных (СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний», 2016). К сожалению, в наше время, единственным эффективным способом защиты от ВИЧ-инфекции при половых контактах, является использование мужских и женских латексных презервативов (Шаболтас А.В., 2012).

При изучении распространения ВИЧ-инфекции, были выделены «группы риска» – это категории людей, в которых наиболее быстро растут распространенность и заражаемость ВИЧ. Введение термина «группы риска» было обусловлено недостаточным уровнем знаний о путях и механизмах распространения вируса иммунодефицита человека. В современной научной литературе предпочитают использовать термин «лица, уязвимые к заражению ВИЧ», так как термин «группы риска» сужает исследовательскую и профилактическую работу в этой области. К таким «уязвимым группам», или к «группам риска» относятся: лица, употребляющие инъекционные наркотики; лица, вовлеченные в коммерческий секс; мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ); гетеросексуальные мужчины и женщины; лица, имеющие инфекции, передаваемые половым путем (ИППП); подростки и лица юношеского возраста; лица находящиеся в пенитенциарной системе (заключенные); бездомные; лица с психическими расстройствами и психопатологиями (Шаболтас А.В., 2015).

Как указывает Минздрав России за 10 месяцев 2016 года среди впервые выявленных ВИЧ-позитивных с установленными факторами риска заражения 52,8% инфицировались при употреблении наркотиков нестерильным инструментарием, 44,5% – при гетеросексуальных контактах, 1,5% – при гомосексуальных контактах, 1,1 % – дети, инфицированные от матерей во время беременности, родов и при грудном вскармливании (Минздрав России, 2016).

В настоящее время эпидемиологи обеспокоены стремительным распространением ВИЧ-инфекции среди населения, а особенно увеличением ВИЧ-инфицированных молодых женщин. В связи с этим особенно актуальными становятся исследования, направленные на выявление причин данного феномена, поэтому следует более подробно остановиться на особенностях заражения и распространения вируса иммунодефицита в некоторых уязвимых группах.

1.2 Группы риска

Термин «уязвимые группы», или «группы риска» используется для обозначения групп людей, которые независимо от типа эпидемии и местных условий, подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования из-за особенностей своего поведения. Кроме того, представители в данных группах могут находиться в такой правовой и социальной ситуации, которая еще больше повышает их уязвимость к ВИЧ-инфекции. У людей этих групп существует большое количество проблем, которые служат препятствием для проведения профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения и лечения (ВОЗ, 2016).

Сегодня, лица, употребляющие наркотики инъекционным путем, являются основной группой распространения ВИЧ-инфекции как в странах с высоким уровнем эпидемии инъекционной наркомании, так и в России (Comorbidity of infectious and addictive diseases..., 2006). Второй группой по уровню заражения ВИЧ являются лица, вовлеченные в коммерческий секс. Также по имеющимся данным на 2016 год федеральный СПИД-центр сообщает, что происходит рост распространения ВИЧ-инфекции среди гетеросексуальных мужчин и женщин, а именно 48% заражений приходится на гетеросексуальные отношения. По предположению В.И. Покровского, это связано с временной моногамией. В современном мире люди не живут долго с одним человеком, а постоянно меняют партнеров. Если в эту цепочку попал хотя бы один ВИЧ-инфицированный, то заражаются все (РБК, 2016).

Лица, употребляющие наркотики инъекционным путем (ПИН), являются неоднородной группой, которая подвергается высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией. Заражение происходит от человека к человеку при употреблении психотропных веществ (наркотиков).

В качестве факторов риска распространения ВИЧ-инфекции у ПИН является:

- использование совместных игл и шприцев. В таких группах совместное использование препаратов представляет собой определенный ритуал (Борзунова Е.М., Сасаров А.В., 2009);

- забор раствора наркотического препарата из общей емкости, следовательно, весь раствор становится зараженным кровью ВИЧ участника;

- использование мелких предметов (ложки, чашки, банки, ватки и др.), которые могли быть заражены при предыдущем использовании;
- использование общей емкости для промывки шприцев и игл несколькими наркопотребителями, один из которых мог быть инфицирован.

Отдельным фактором нужно выделить незащищенные половые контакты с часто сменяемыми половыми партнерами, в том числе имеющими риск заражения ВИЧ.

Любое употребление психостимуляторов независимо от способа употребления, перорально или парентерально, стимулирует сексуальные эксцессы, что увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией половым путем.

Алкоголь также является веществом, который косвенно увеличивает риск заражения половым путем, так как приводит к более рискованному поведению.

Как показывают исследования, среди потребителей наркотиков наблюдается более рискованное поведение, которое приводит к частой смене половых партнеров и незащищенному сексу. Таким образом, заражение потребителей психоактивных веществ вирусом иммунодефицита может произойти половым путем, так как был этот фактор риска заражения (Минздравсоцразвития России, 2014).

Важно отметить, что среди потребителей инъекционных наркотиков наиболее уязвимы коммерческие секс-работники; мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами, мигранты; заключенные, в том числе и бывшие; дети улиц. Риск инфицирования удваивается из-за использования общего оборудования и незащищенных половых контактов.

Особая группа – женщины, употребляющие наркотики. В обществе они не так заметны, как мужчины-ПИН, но это не значит, что их меньше. Обычно женщины употребляют наркотики дома, совместно с партнерами-мужчинами и практически никогда не обращаются за помощью (Борзунова Е.М., Сасаров А.В., 2009).

Следовательно, профилактические мероприятия по предотвращению передачи ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, должны включать и профилактические мероприятия по предотвращению ВИЧ половым путем (Минздравсоцразвития России, 2014).

Лица, вовлеченные в коммерческий секс, или коммерческие секс-работники (КСР) – вторая по значимости распространения ВИЧ-инфекции группа. Это лица с высоким уровнем половой активности, которые предоставляют сексуальные услуги за деньги или предметы, являющиеся денежным эквивалентом, например, наркотики (Борзунова Е.М., Сасаров А.В., 2009).

По данным различных исследований было установлено, что факторами, повышающими риск заражения ВИЧ-инфекцией, являются: количество половых партнеров; наличие сопутствующих инфекций (ИППП); длительность занятия проституцией, употребление алкоголя, а также инъекционных наркотиков.

Последний фактор свидетельствует о том, что женщины, употребляющие психоактивные вещества и вовлеченные в коммерческий секс, ради получения средств на наркотики являются значимой группой в распространении ВИЧ-инфекции (Минздравсоцразвития России, 2014).

По результатам исследования в диссертации Г.Г. Саламова был выявлен высокий уровень пораженности ВИЧ женщин и мужчин, занимающихся проституцией на улицах города Москвы в совокупности с низким уровнем знаний о передаче ВИЧ-инфекции и пренебрежением пользования презервативами, а также была выявлена прямая связь инфицирования женщин с травматизацией во время полового акта и половыми сношениями во время менструаций. Было установлено, что коммерческие секс-работники подвергаются повышенному риску инфицирования ВИЧ, НВУ, НСУ, и являются важным резервуаром этих инфекций (СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний, 2001).

В Санкт-Петербурге уровень зараженности ВИЧ среди уличных проституток достигает 30-40% (HIV incidence and factors associated with HIV..., 2006). По результатам обследования женщин, вовлеченных в коммерческий секс, Т.Н. Виноградовой ВИЧ был выявлен у 69 из 479 женщин (12,9%) (Возможность и необходимость..., 2012). Как известно, во многих странах, невзирая на запрет или легализацию проституции, пользование услугами коммерческого секса является социальной нормой. По статистике, 20-40%

женатых мужчин пользуются услугами, проституток на регулярной основе, что приводит к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции в гетеросексуальной среде (Psychosocial predictors..., 1991; Commercial sex..., 2001; Factors associated with HIV-1 infection..., 2001).

Таким образом, данная группа также нуждается в комплексной профилактике среди лиц, занимающихся коммерческим сексом.

Гетеросексуальные мужчины и женщины являются самой многочисленной и неоднородной группой с точки зрения рискованного поведения. По данным на 2016 год Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД сообщает, что гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения, были установлены у 48% новых случаев заражения ВИЧ, тогда как на 2014 год эта цифра составляла 39,7% (СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний», 2016).

По результатам исследования О.В. Кольцовой и коллег, в котором изучались социальные и поведенческие особенности людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией, было выявлено, что в большинстве случаев заражение вирусом иммунодефицита происходит не из-за незнания об опасности заражения, а от пренебрежения мерами защиты и игнорирование риска (Социальные и поведенческие особенности людей..., 2011). Уже стало известно, что распространение ВИЧ среди гетеросексуальных контактов носит больший риск заражения для женщин, чем для мужчин. Это может быть обусловлено следующими особенностями: биологическими факторами, наличием полового партнера, употребляющего инъекционные наркотики, а также нельзя исключать неравенство сил в контексте межличностных отношений с партнером, что затрудняет ведение переговоров о соблюдении профилактических мер во время половых контактов (Kalichman S, 1998). Стоит отметить, что российские женщины довольно часто подвергаются насилию, в том числе и сексуальному, что также увеличивает риск заражения ВИЧ. Так, например, в России партнеры-мужчины ежегодно убивают около 15000 женщин, в то время как в США этот показатель меньше в 10 раз (Horne S., 1995; The emerging AIDS crisis in Russia, 2000). Исследование, проведенное Л.В. Корневой и ее коллегами, об изучении случаев обращения в службы,

оказывающие помощь жертвам домашнего насилия в России показало, что 41% обратившихся женщин имели опыт изнасилования, а 39% подвергались бытовому насилию, том числе и сексуальному (Корнева Л.В., Ходырева Н.В., Шаболтас А.В., 1996). По результатам исследований, проведенным в Руанде (город Кигали) и США, было выявлено, что женщины, подвергающиеся сексуальному насилию, имеют больший риск заражения ВИЧ-инфекцией (Couple communication..., 1995; Kalichman S., 1998).

Таким образом, сексуальное принуждение в гетеросексуальных контактах также является важным фактором в распространении вируса иммунодефицита.

Подводя итог, можно сделать вывод, что человек, принадлежащий к одной из групп риска, более подвержен ВИЧ-инфицированию. Но при этом, индивид, не принадлежащий ни к одной из групп, также может практиковать различные формы рискованного поведения. В рамках тематики данной работы дальше будет рассматриваться только рискованное поведение женщин.

1.3 Рискованное поведение женщин, как фактор повышающий риск заражения

Категория «рискованное поведение» или «поведение риска» становится все более актуальной для изучения в контексте психологии здоровья, где оно рассматривается в качестве одного из факторов, оказывающего непосредственное влияние на развитие эпидемической ситуации в отношении социально-значимых заболеваний.

Под рискованным поведением понимается «такое индивидуальное поведение, которое в качестве своего исхода может, с определенной степенью вероятности, иметь повреждающее, вплоть до смертельного, воздействие на самого индивида» (Гурвич И.Н., Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицян К.Ю., 2014). В контексте данной работы под рискованным поведением будет обозначаться такое поведение, которое повышает вероятность заражения ВИЧ-инфекцией.

Выделяют два аспекта рискованного поведения: объективный и субъективный риск. «Объективный риск» – доля реального риска, вероятность

неблагоприятных исходов некоторых видов поведения, имеющих определенные устойчивые характеристики. «Субъективный риск» – это самооценка риска, то есть это то, как индивид воспринимает некое действие как потенциально опасное для своего здоровья и благосостояния. Субъективное восприятие риска является предметом многих исследований в области психологии здоровья, так как, по мнению авторов, оно тесно связано с мотивацией и детерминирует поведение человека в этой области (Гурвич И.Н., Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицян К.Ю., 2014). Исходя из этого положения, в рамках данной работы субъективный риск будет рассматриваться в отдельном разделе, в качестве самостоятельного фактора оказывающего влияние на наличие объективного риска заражения ВИЧ-инфекцией среди молодых женщин.

Под объективным риском в контексте проблемы ВИЧ будут подразумеваться те виды поведения, неблагоприятным исходом которых является заражение ВИЧ-инфекцией. Основные виды рискованного поведения были освещены выше при обсуждении путей передачи ВИЧ. На основе вышеизложенного материала, можно сделать вывод, что наиболее опасной разновидностью поведения в контексте риска заражения ВИЧ-инфекцией среди женщин является незащищенный гетеросексуальный половой контакт.

Многочисленными исследованиями были выявлены виды поведенческих практик, связанных с высоким риском передачи ВИЧ половым путем.

Сексуальные практики можно разделить на более и менее рискованные с точки зрения передачи вируса.

Так анальный половой контакт является самой рискованной сексуальной практикой, особенно для принимающего партнера, то есть для женщины. Полученные данные в результате исследования L.A. Kingsley свидетельствовали о том, что риск заражения принимающего партнера при анальном контакте возрастает в три раза (Risk factors for seroconversion..., 1987). Это объясняется высокой вероятностью повреждения стенок прямой кишки, которая характеризуется тонкой мукозной поверхностью и содержит большое количество CD4 лимфоцитов (O'Brien T.R., Sheffer N., Jaffe H.W., 1992).

Если раньше данный путь заражения преимущественно был в гомосексуальной среде, то в современном мире, девушки часто практикуют такой вид контакта в качестве предохранения от нежелательной беременности и потери девственности.

Вагинальный половой контакт остается самой распространенной причиной передачи ВИЧ-инфекции. Далеко не все ВИЧ-инфицированные, знающие свой статус, придерживаются защищенных сексуальных практик. Отказ от использования презервативов на сегодняшний день остается достаточно распространенным явлением: по данным, опубликованным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), процент респондентов, которые никогда не используют презерватив при половых контактах, составляет 43% для возрастной группы до 22 лет и 26,7% для группы 23-30 лет. Регулярное использование средств индивидуальной защиты отмечают лишь 24% и 13% соответственно (Alcohol Use and Sexual Risk Behavior..., 2005). Риск заражения при вагинальных контактах, как и при анальных, обусловлен возможностью микроповреждений слизистых, а также возможными сопутствующими ИППП и другими воспалительными процессами половых органов. В любом случае, даже при отсутствии травм и других заболеваний, риск заражения ВИЧ больше у принимающего партнера из-за большей поверхности слизистой, которая подвергается контакту с большой концентрацией вируса в семенной жидкости (Padian N.S., Shiboski S.C., Jewell N.P., 1991; Incidence and prevalence trends..., 1992; Kalichman S., 1998).

Орально-генитальный контакт признается самым безопасным видом из всех сексуальных практик, так как заражение ВИЧ-инфекцией через орально-генитальный контакт не подтверждается данными исследований.

Так или иначе, отказ от использования средств индивидуальной защиты при любой из сексуальных практик, повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Как показывают исследования, в начале отношений пара использует презерватив регулярно, но как уверенность в партнере возрастает, то незащищенный половой акт перестает восприниматься в качестве рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ-инфекцией (Hennessy M., Fishbein M. Curtis B., Barrett D., 2007). В семейных парах использование презерватива

служит средством предохранения от нежелательной беременности, а не в качестве защиты от ВИЧ и ИППП. Так, 93,1% женщин используют презерватив, как надежный метод контрацепции (Денисов Б.П., Сакевич В.И., 2004).

Если говорить об отношениях со вторым основным партнером, то здесь женщины склонны использовать презерватив чаще и уже в качестве метода защиты от ИППП и ВИЧ (Anderson J.E., Wilson R., Doll L., Jones T.S., Barker P., 1999). Что касается отношений со случайным партнером, то в большинстве случаев барьерными методами защиты пренебрегали женщины в возрасте от 18-30 лет (Денисов Б.П., Сакевич В.И., 2004).

Некоторым зарубежным исследователям удалось выявить связь между уровнем занятости в образовательном процессе и практикой незащищенных случайных половых связей. По данным исследования молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет, которые ранее имели опыт обучения в учебных заведениях, но на данный момент не обучающиеся, чаще практикуют случайные незащищенные половые связи, в отличие от тех, кто продолжает свое обучение (Lyons H., Manning W., Giordano P., Longmore M., 2010).

При изучении характеристик женщин, вступающих в незащищенные половые связи со случайным партнером, американскими исследователями было выявлено, что женщины данной группы склонны полагаться на случай в отношении здоровья, а также они характеризуются повышенным уровнем употребления алкоголя (Rosemard C., Clarke J.G., DaSilva K., Hebert M., Rose J., Stein M.D., 2005).

Как уже известно, употребление алкоголя, также как и употребление психоактивных веществ, выделяют отдельным фактором рискованного поведения, что в результате повышает риск заражения ВИЧ. Употребление алкоголя может приводить к некоторым изменениям восприятия, снижению критичности, что может приводить к беспорядочным половым связям без использования средств индивидуальной защиты, а также к практике нетрадиционных форм сексуальных контактов.

В результате исследований выяснилось, что незащищенные половые контакты после употребления алкоголя более распространены в случаях со случайным партнером, нежели с основным. Кроме того, была установлена связь

между отказом от презерватива со случайным партнером после употребления алкоголя при первом сексуальном контакте (Graves K.L., Hines A.M., 1997).

Таким образом, наиболее значимым объективным риском в контексте вероятности заражения ВИЧ является гетеросексуальный контакт без использования презерватива. При этом для женщин данная форма поведения является более опасной, чем для мужчин, что обуславливается биологическими особенностями строения женского организма.

Среди моделей рискованного поведения принято выделять те, которые повышают риск заражения ВИЧ-инфекцией. К ним относят: наличие нескольких сексуальных партнеров в течение жизни или одновременно, наличие случайных половых партнеров, употребление психоактивных веществ, алкоголя и др. (Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Кошкин А.В., Коновалова С.Г., 2004). Потенциально опасными данные формы поведения являются в случаях, когда они тем или иным образом связаны с отказом от использования презерватива.

В итоге, как указывалось выше, в формировании рискованного поведения выделяют два аспекта: объективный и субъективный. Поэтому при рассмотрении проблемы риска заражения ВИЧ-инфекцией среди женщин, важно учитывать не только основные модели рискованного поведения, но и восприятие собственного риска.

1.4 Самооценка риска заражения

Итак, как уже говорилось ранее, существенное влияние на риск заражения ВИЧ-инфекцией, оказывают как представление о своем собственном риске, так и установка в отношении риска других лиц.

Восприятие собственного риска является психологическим фактором, который оказывает влияние на выбор того или иного поведения в ситуации, являющейся потенциально опасной для собственного здоровья и благосостояния (Шаболтас А.В., 2015).

Рассмотрим несколько зарубежных и отечественных исследований, посвященных изучению самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией, чтобы

наглядно продемонстрировать, какие факторы оказывают влияние на формирование оценки собственного риска.

В рамках исследования, проведенного среди жителей Амстердама, была выявлена взаимосвязь между воспринимаемым риском заражения ВИЧ-инфекцией и поведенческими намерениями в отношении безопасных сексуальных практик. Авторами были проанализированы суждения о связанных с ВИЧ-инфекцией рисках людей, которые были разделены на несколько групп лиц, различающихся по степени риска в сексуальном поведении – от низкого до высокого.

В целом, по результатам данного исследования можно сделать вывод, что люди склонны оценивать свой собственный риск заражения ВИЧ-инфекцией значительно ниже, чем риск заражения других людей (Van der Velde F.W., Hooikaas C., 1994; Van der Pligt J., Richard R., 1994).

В исследовании, проведенном Г.Ф. Мошковичем, Е.С. Введенской и Н.Н. Сидоровой была изучена самооценка риска заражения ВИЧ-инфекцией жителей Нижнего Новгорода, а также особенности сексуального поведения, связанного с этим риском. Как показали результаты исследования, более половины респондентов считают свой риск заражения ВИЧ-инфекцией невысоким. Были выделены три группы в зависимости от самооценки риска заражения: группа высокого риска (4,6%), группа среднего риска (37,5%) и группа низкого риска (57,9%). Что касается женщин, то они склонны чаще говорить об отсутствии риска инфицирования по сравнению с мужчинами. Так 38,1% женщин говорят об отсутствии риска, когда 23,5% мужчин считают себя в риске заражения. Респонденты, практикующие рисковое сексуальное поведение, а также лица, употребляющие наркотики, отличаются пониженным восприятием собственного инфицирования. Так, 71,4% участников исследования, отнесенных к группам риска, обычно не использовали презерватив (Мошкович Г.Ф., Введенская Е.С., Сидорова Н.Н., 2016).

Американскими учеными было предположено, что восприятие собственного риска заражения при незащищенном половом контакте зависит от привлекательности партнера (Hennessy M., Fishbein M., Curtis B., Barrett D., 2007). Участникам исследования было предложено оценить потенциального

партнера с точки зрения его привлекательности и с точки зрения возможности иметь с ним незащищенный половой контакт. Результаты исследования показали, что чем больше партнер субъективно оценивается как привлекательный, тем больше снижается восприятие собственного риска заражения при незащищенном контакте с ним.

Также было замечено, что характер партнерских отношений влияет на самооценку риска заражения ВИЧ-инфекцией, а именно половые контакты с постоянным партнером воспринимаются как более безопасные, в отличие от сексуальных контактов со случайными или новыми половыми партнерами (Mehrotra P., Noar S., Zimmerman R., Palmgreen P., 2009).

Некоторыми исследователями было выявлено, что большое влияние на формирование адекватного восприятия своего собственного риска оказывают доступ к достоверной информации и возможность открытого обсуждения проблемы ВИЧ. В нескольких работах было замечено, что проживание в городах дает возможность получить более высокий уровень знаний, что положительно сказывалось на повышении уровня информированности и восприятия риска заражения ВИЧ (Bekalu M.A., Eggermont S., 2014).

Но в другом исследовании было выявлено, что высокий уровень информированности не является фактором, предотвращающим рискованное поведение. Молодые люди могут знать о всех профилактических мерах и барьерных методах защиты, но при этом практиковать рискованное сексуальное поведение (Patel V.L., Gutnik L.A., Yoskowitz N.A., et al, 2006). Вероятно, знания об особенностях и путях передачи ВИЧ являются важным фактором, но не определяющим в отношении рискованного поведения.

Таким образом, в результате анализа изученных исследований можно сделать вывод, что женщины в большей степени, чем мужчины склонны признавать у себя отсутствие риска инфицирования, объясняя это половыми контактами только с постоянным партнером, которые не всегда являются безопасными. Если партнер принадлежит к близкому окружению или субъективно оценивается женщиной как привлекательный, то отсутствие информации о его ВИЧ статусе не приводит женщину к мысли о возможном

заражении. На формирование самооценки риска также оказывает влияние уровень осведомленности об аспектах и путях передачи ВИЧ-инфекции.

Но самооценка риска является не единственным фактором, который оказывает влияние на практику рискованного поведения, поэтому в следующем разделе будет рассмотрен ряд других психологических особенностей, которые также могут быть определяющими в проявлении рискованных форм поведения.

1.5 Психологические детерминанты риска заражения ВИЧ-инфекцией у женщин

Как известно, многие заболевания человека в своем возникновении и развитии связаны, не только с биологическими факторами и формами рискованного поведения, но и с психологическими и поведенческими факторами, а заражение ВИЧ практически всегда и происходит в контексте последних. На сегодняшний день, исследование поведенческих особенностей является основной задачей в сфере контроля над эпидемией ВИЧ-инфекции.

А.В. Шаболтас и ее коллеги разделяют факторы, оказывающие влияние на рискованное поведение человека, на три группы: личностные, межличностные и социальные (Шаболтас А.В., 2015).

В контексте данной работы рассмотрены только некоторые психологические особенности, которые являются наиболее значимыми в формировании рискованных форм поведения у женщин.

Влияние уровня осведомленности о заражении ВИЧ было описано выше. Стоит еще раз обозначить, что при отсутствии достоверной информации о путях передачи ВИЧ человек может практиковать рискованное поведение, потому что не знает о возможном риске и его последствиях.

Что касается возрастных особенностей, то в работах К. Sikkema описывается, что женщины молодого возраста рискуют из-за того, что на коротком временном промежутке имеют сексуальные отношения со многими партнерами, тогда как женщины более старшего возраста рискуют из-за прошлого своих партнеров-мужчин, которые имели высокий риск, связанный с

употреблением наркотиков или сексуальными связями с мужчинами (HIV risk behavior among women..., 1996).

Как правило, личностные особенности не рассматриваются специалистами как основные детерминанты риска заражения ВИЧ, но было выявлено, что такие характеристики как импульсивность и социальный самоконтроль могут детерминировать рискованное сексуальное поведение (Sexual Functioning in HIV..., 1993; Seal D., Agostinelli G., 1994). Во многих исследованиях была обнаружена связь между такой личностной характеристикой, как поиск ощущений и различными типами рискованного поведения. Например, в исследовании S.C. Kalichman и его коллег было обнаружено, что поиск сильных ощущений может служить причиной широкого спектра рискованных форм поведения, среди которых сексуальное является лишь одной из его поведенческих форм (Kalichman S.C., Heckman T., Kelly J.A., 1996). В другом американском исследовании были рассмотрены такие характеристики как согласие и готовность к сотрудничеству. В результате исследования было выявлено, что низкий уровень согласия и готовности к сотрудничеству взаимосвязаны с рискованными формами сексуального поведения (Schmitt D.P., 2004). Результаты другого исследования говорят о том, что такая характеристика, как экстраверсия, также является предиктором рискованного сексуального поведения у женщин (Hudek-Knezevic J., Kardum I., Krapic N., 2007).

При изучении взаимосвязи ценности здоровья и поведения человека было выявлено, что высокая ценность здоровья влияет на поведение человека в том случае, когда он ощущает свою способность управлять собственным здоровьем (Patel V.L., Gutnik L.A., Yoskowitz N.A., 2006). Таким образом, следует говорить о субъективном контроле, а именно склонности индивида приписывать свои успехи или неудачи себе или внешним обстоятельствам (Кондратьев М.Ю., Ильин В.А., 2007). Так, здесь будет правильнее рассмотреть особенности субъективного контроля в отношении здоровья и болезней, как наиболее значимых характеристик в отношении инфицирования ВИЧ. В результате исследований было установлено, что ощущение собственного контроля в сфере сексуальных отношений бывает снижено. Женщины склонны считать, что их

поведение может зависеть не от их контроля, а от внешних ситуативных компонентов (Bruine de Bruin W., Downs J.S., Fischhoff B., 2007). Поэтому, при принятии решения об использовании барьерных методов защиты, женщины будут перекладывать ответственность на своих партнеров (Wyatt G.E., Carmona V.J., 2000).

При изучении психологических детерминант, влияющих на риск заражения ВИЧ-инфекцией, проводились исследования по выявлению взаимосвязи между личностными феноменами и ценностями, установками и мотивами. Убеждения являются одной из главных характеристик ценностной сферы в контексте риска заражения ВИЧ. Убеждения могут быть как рациональными, так и иррациональными. Так, существует убеждение, что девушке неприлично покупать презервативы, а тем более настаивать на их использовании (ВИЧ-инфекция..., 2012). Также существует много исследований, которые изучают связи рискованных форм сексуального поведения с установками, касающимися будущего индивида. Так, в одном из исследований выяснилось, что студенты, имеющие большие перспективы на будущее, чаще практикуют защищенные половые связи, в отличие от студентов с ограниченными перспективами (Correlates of safer sex communication..., 2000).

Была выделена еще одна психологическая особенность, которая оказывала влияние на формирование рискованного поведения у женщин – доверие. Часто, именно фактор доверия своему интимному партнеру обуславливает риск заражения ВИЧ. В исследованиях, описанных выше, говорилось, что использование презервативов характерно больше для случайных связей, чем для стабильных отношений. В одном из исследований, проведенном среди женщин, занимающихся коммерческим сексом в Мехико, было обнаружено, что женщины реже использовали презервативы с постоянными клиентами, чем со случайными (Sex masks..., 1996).

Насилие по отношению к своему партнеру приводит к серьезным последствиям, как для физического, так и для психологического здоровья пострадавшего, включая убийства и самоубийства (Horne S.; The «battering syndrome»..., 1997; The impact of physical..., 2006; Stickley A., Timofeeva I., Sparen P., 2008).

В российском исследовании, проведенном среди трех университетов с участием студентов, 54% которых составляли девушки, были обнаружены высокие уровни распространенности всех видов насилия в интимных отношениях: физическому насилию подверглись 25,5%, а совершили 31%; сексуальному принуждению и насилию подверглись 24,1%, совершили 23,6%; что касается вербальной агрессии, 61% замужних женщин ответили, что они инициировали вербальный конфликт, тогда как 29% сказали, что их мужья являлись инициаторами данного конфликта. В результате исследования не было выявлено гендерных различий виктимизации, но было замечено, что девушки чаще говорили о физическом насилии в отношении своих партнеров (Lysova A.I., Douglas E.H., 2008). Как известно, насильственный опыт может повлечь за собой серьезные психические нарушения (посттравматический стресс, тревожность, депрессия), которые в свою очередь могут детерминировать повышенный риск заражения ВИЧ (Cavanaugh S.E., Hansen N.B., Sullivan T.P., 2010). Часто, лица, подвергшиеся насилию, начинают употреблять наркотики, чтобы справиться с негативными переживаниями, а, как известно, употребление наркотиков нарушает эмоциональное и когнитивное функционирование, что приводит к трудностям взаимодействия с окружающими людьми, как насильников, так и жертв (HIV risk of men..., 2001; Relationship between drug abuse..., 2005).

Таким образом, в качестве психологических факторов, влияющих на риск заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, выделяют: уровень осведомленности об аспектах и путях передачи ВИЧ-инфекции; субъективное восприятие риска (самооценка риска); возрастные и личностные особенности, в наибольшей степени это высокий уровень импульсивности, низкий уровень социального самоконтроля, согласия и готовности к сотрудничеству; особенности эмоционального состояния; направленность ценностно-мотивационной сферы, а именно отсутствие перспектив в отношении собственного будущего; уровень субъективного контроля, особенно в отношении здоровья и болезни.

Опираясь на вышерассмотренные теоретические и эмпирические данные, закономерно сделать вывод о том, что проблема ВИЧ-инфекции является острой не только для других стран мира, но и для России. Как свидетельствуют

эпидемиологические данные, происходит проникновение ВИЧ-инфекции из групп риска в общую популяцию населения. В настоящее время нарастает сексуальный путь передачи, что приводит к возникновению новой и основной уязвимой группы в отношении ВИЧ, включающей все молодое население страны. Поэтому, предотвращение распространения ВИЧ-инфекции должно включать все фазы профилактики и лечения, начиная от снижения рискованного поведения и привлечения людей к тестированию на ВИЧ до вовлечения и удержания ВИЧ-инфицированных людей в системе помощи и поддержании непрерывного приема лекарств.

1.6 Профилактика ВИЧ-инфекции

В отношении профилактики ВИЧ принято говорить о первичной и вторичной профилактике. Такое разделение основывается на мишени профилактических усилий и объекте превентивных вмешательств.

Первичная профилактика представляет собой взаимодействие специалистов и здоровых людей с целью предотвращения риска инфицирования, а именно исключение рискованных форм поведения и формирование здоровьесберегающего поведения. Первичная профилактика включает просветительскую работу, контроль инфекций, имеющих сходные пути передачи, распространение презервативов, консультирование и тестирование, а также направлена на снижение рискованных форм поведения и внедрения профилактических мер в отношении передачи ВИЧ среди уязвимых групп населения.

Вторичная профилактика представляет собой взаимодействие специалистов и ВИЧ-инфицированных с целью предотвращения распространения заболевания от заболевших здоровым. Данная профилактика предполагает комплексное применение медицинских, психологических, социальных и педагогических мер. При этом включает как адаптацию к диагнозу и лечению, так и формирование и внедрение в жизнь эффективных поведенческих навыков, направленных на заботу о себе и профилактику дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции (Шаболтас А.В., 2015).

В рамках данной работы рассмотрим уровни профилактики, для которых ведущую роль при ее разработке и внедрении играют достижения психологической науки.

Индивидуально-психологический уровень предполагает направленность профилактических мероприятий на отдельную личность. К профилактическим мерам данного уровня являются: тестирование на ВИЧ и другие сопутствующие инфекции, а также консультирование во время обследования; психологическое консультирование с целью предотвращения или изменения рискованных форм поведения (Шаболтас А.В., 2015).

J. Burton с коллегами провели систематический обзор исследований, направленных на оценку влияния парного консультирования на снижение рискованного поведения в отношении ВИЧ. Было обнаружено, что парное консультирование является более результативным, а именно приводит к снижению незащищенных половых актов и увеличению использования презервативов по сравнению с контрольными группами (Burton J., 2010).

Социально-психологический уровень предполагает работу с малыми группами, таких как семья, школа, группы сверстников. Здесь профилактика заключается в формировании эффективных навыков коммуникации и навыков здоровьесберегающего поведения, как в общении со сверстниками, так и с интимными партнерами, а также с партнерами, практикующими рискованные формы поведения.

Для женщин существуют тренинги навыков безопасного поведения, которые продолжаются в течение нескольких занятий. Некоторыми исследователями были предложены программы для женщин, которые включали следующие компоненты: информацию о ВИЧ, помощь в осознании личных рисков в отношении ВИЧ, обучение навыкам использования презерватива и безопасного секса и тренинг навыков обсуждения безопасного секса с партнером (Kalichman S.C., 1996). Такие программы оказались эффективными для повышения уровня осведомленности о ВИЧ, снижения рискованного поведения и осознания собственного риска, а также привело к увеличению использования презервативов (DiClemente R.J., 1995).

Профилактические программы для женщин, содержащие только поведенческий компонент, оказались не столь эффективными по предотвращению рискованных сексуальных практик. Результаты поведенческих исследований, которые были направлены на увеличение использования презервативов женщинами, не показали значимых результатов и не имели длительного позитивного эффекта (Carvalho F.T., 2011).

Общественный, или социальный уровень профилактики ориентирован на информирование общества о проблемах ВИЧ, наркозависимости, продвижение социальных норм, а также формирование толерантных установок к лицам, живущим с ВИЧ. В качестве методов используются публичные выступления, конференции, создание бесплатных служб для доступа к существующим профилактическим и реабилитационным ресурсам для лечения наркозависимости, ВИЧ и сопутствующих инфекций, а также законодательные инициативы, направленные на поддержку уязвимых групп населения (Шаболтас А.В., 2015). В качестве эксперимента была предложена профилактическая программа по снижению распространения ВИЧ среди женщин. В пяти американских городах в сообществах использовались технология аутрич, малые группы и досуговые мероприятия для формирования социальных норм, поддерживающих безопасный секс, и снижение рискованного поведения. В функции аутрича входило распространение брошюр и листовок, установление контакта между сотрудниками проекта и жительницами микрорайона. Женщины, являющиеся лидерами сообщества, были привлечены для проведения тренингов в малых группах. Тем временем, участницы малых групп основали Женский Совет, который раз в месяц на протяжении 6 месяцев устраивал досуговые мероприятия, а также привлекал других женщин микрорайона к участию в образовательных занятиях. В результате данного вмешательства в экспериментальной группе было обнаружено увеличение использования презерватива с 27% до 45% по сравнению с контрольной группой. После получения данных результатов, авторы эксперимента предложили использовать многоуровневую профилактическую программу по ВИЧ для женщин, в которую входят изменение социальных норм на уровне сообщества и тренинг навыков в малых

группах, объясняя это тем, что данные методы значительно влияют на изменение поведения в отношении распространения ВИЧ-инфекции у женщин (Sikkema K.J., 2000).

Кроме того, профилактическая работа требует соблюдения некоторых принципов, которые включают:

- адресность: мероприятия должны быть направлены на определенные группы, а профилактическая работа должна соответствовать потребностям этих групп;

- активное вовлечение целевой аудитории в профилактическую работу, что означает планирование и осуществление профилактических мер;

- междисциплинарность: профилактическая работа должна планироваться специалистами разных направлений (педагогов, психологов, медиков и социальных работников);

- долгосрочность и непрерывность – реализация долгосрочных и непрерывных профилактических программ, либо регулярное проведение краткосрочных профилактических мероприятий;

- комплексность, что означает использование разнообразных видов профилактики, направленных на различные уровни вмешательства;

- научная обоснованность – постоянное слежение за распространением ВИЧ и актуальными факторами риска в конкретном регионе, а также использование профилактических программ, подтвержденных клиническими исследованиями (Шаболтас А.В., 2015).

Рассмотрев основные уровни и принципы профилактической работы, становится очевидным, что эффективное превентивное вмешательство требует учета многих факторов. Необходимо учитывать все значимые факторы, обуславливающие рискованное поведение и реализацию здоровьесберегающего поведения. Превентивная программа должна включать в себя, как моделирование, так и практическую тренировку реализации профилактического поведения отдельного индивида в различных ситуациях, соответствующих его реальной жизни.

Резюме

В качестве обобщения изложенного в Главе 1 материалы, можно сделать вывод о том, что проблема ВИЧ-инфекции является острой как для России, так и для других стран мира. Как свидетельствуют эпидемиологические данные, происходит проникновение ВИЧ-инфекции из групп риска в общую популяцию населения. В настоящее время нарастает сексуальный путь передачи, а особенно увеличивается процент инфицированных молодых женщин. Такое распространение ВИЧ-инфекции среди женщин связано с практикой рискованного поведения, а именно с практикой незащищенных половых контактов. На осуществление рискованного поведения влияет такая характеристика как восприятие собственного риска (самооценка риска). Женщины в большей степени, чем мужчины склонны полагать отсутствие собственного риска инфицирования, объясняя это половыми контактами только с постоянным партнером, которые не всегда являются безопасными. Употребление алкоголя и психоактивных веществ перед половым актом снижают восприятие собственного риска заражения, что приводит к незащищенным половым контактам и со случайными партнерами. На практику рискованных форм поведения также влияют такие психологические факторы как уровень осведомленности об аспектах и путях передачи ВИЧ-инфекции; субъективное восприятие риска; возрастные и личностные особенности, особенности эмоционального состояния; направленность ценностно-мотивационной сферы, а именно отсутствие перспектив в отношении собственного будущего; уровень субъективного контроля, особенно в отношении здоровья и болезни.

Эффективная профилактическая работа требует учета многих факторов, обуславливающих рискованное поведение и реализацию здоровьесберегающего поведения. Превентивная программа должна включать в себя, как моделирование, так и практическую тренировку реализации профилактического поведения отдельного индивида в различных ситуациях, соответствующих его реальной жизни.

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования явилось изучение психологических особенностей женщин с различной самооценкой риска заражения ВИЧ-инфекцией.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

- 7) изучить социально-демографические характеристики потенциально благополучных женщин и женщин, вовлеченных в коммерческий секс;
- 8) изучить реальный риск заражения ВИЧ-инфекцией и самооценку риска заражения у женщин;
- 9) изучить уровень знаний и установок в отношении ВИЧ-инфекции у женщин;
- 10) изучить особенности употребления алкоголя женщинами;
- 11) изучить психологические особенности (личностные характеристики, уровень субъективного контроля, особенности мотивационной сферы) женщин;
- 12) проанализировать взаимосвязь изученных психологических характеристик и самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией.

В рамках данного исследования проверяются *гипотезы*:

- 1) о наличии различий психологических особенностей у женщин в зависимости от самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией, а именно, женщины с отсутствием самооценки риска заражения характеризуются низким уровнем сознательности и личностных ресурсов, отличаются выраженной экстернальностью в сфере межличностных отношений и экстернальностью в отношении здоровья и болезней, а также имеют различия в содержании мотивационных объектов и направленности временной перспективы будущего;
- 2) женщины, находящиеся в риске заражения ВИЧ-инфекцией имеют соответствующую самооценку риска, то есть считают себя в риске заражения.

Объектом исследования являются социально-демографические характеристики, паттерны рискованного поведения, самооценка риска и психологические характеристики женщин.

Предметом исследования выступают психологические характеристики, паттерны рискованного поведения и самооценка риска заражения ВИЧ-инфекцией.

2.1 Описание выборки исследования

В данном исследовании приняли участие 68 женщин. На момент прохождения исследования все участницы проживали в Санкт-Петербурге, были не беременны, имели половые контакты за последние 6 месяцев.

Возраст участниц варьируется от 18 до 44 лет. Группу женщин, прошедшую ранее профилактику здоровьесберегающего поведения, составили 40 участниц, средний возраст – 27 лет, во вторую группу женщин, занимающихся коммерческим сексом, были включены 28 участниц, средний возраст которых составил 28,64 года. В исследовании изучались следующие социально-демографические характеристики: семейное положение, наличие детей, уровень образования, социальное положение и уровень дохода. Социально-демографические характеристики выборки представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки

| Социально-демографические характеристики | | Группа (Количество респондентов) | |
|--|---------------------------------|--|--|
| | | Потенциально благополучные женщины (n=40) | Женщины, вовлеченные в коммерческий секс (n=28) |
| Возраст | Диапазон | 18 – 40 лет | 18 – 44 лет |
| | Средний возраст | 27,00 лет | 28,64 лет |
| Семейное положение | Никогда не состояли в браке | 35% (n=14) | 61% (n=16) |
| | В браке или в гражданском браке | 60% (n=24) | 11% (n=3) |
| | Проживают отдельно от супруга | 0 % (n=0) | 4% (n=1) |

| | | | |
|---------------------|----------------------|------------|------------|
| | В разводе | 5% (n=2) | 21% (n=6) |
| | Вдова | 0 % (n=0) | 4% (n=1) |
| Дети | Есть | 30% (n=12) | 36% (n=9) |
| | Нет | 70% (n=28) | 64% (n=18) |
| Уровень образования | Высшее | 68% (n=28) | 29% (n=8) |
| | Неполное высшее | 20% (n=8) | 18% (n=5) |
| | Среднее специальное | 10% (n=4) | 36% (n=10) |
| | Среднее | 2% (n=1) | 14% (n=4) |
| | Неоконченное среднее | 0 % (n=0) | 4% (n=1) |
| Уровень дохода | Низкий | 15% (n=6) | 4% (n=1) |
| | Ниже среднего | 10% (n=4) | 14% (n=4) |
| | Средний | 5% (n=2) | 21% (n=6) |
| | Выше среднего | 18% (n=7) | 14% (n=4) |
| | Высокий | 40% (n=16) | 46% (n=13) |
| | Очень высокий | 12% (n=5) | 0% (n=0) |

Таким образом, выборку исследования составили женщины из двух групп в возрасте от 18 до 44 лет. Респонденты первой группы – это женщины, состоящие в браке, имеющие высшее образование и работающие по найму, в основном не имеющие детей.

Вторую группу составляют женщины, преимущественно не состоящие в браке, имеющие среднее специальное образование, работающие по найму и в большинстве имеющие по одному ребенку.

2.2 Методы исследования

При проведении данного исследования использовались следующие экспериментально-психологические методики: анкета, направленная на изучение социально-демографических характеристик участниц исследования; полуструктурированное интервью, направленное на изучение сексуального поведения, особенностей самооценки риска заражения, реального риска заражения ВИЧ-инфекцией, а также знаний и установок к данному заболеванию и его профилактике. Также использовался метод «Календарь» –

метод самоотчета женщин, с помощью которого изучались особенности употребления алкоголя за последние 90 дней. Для изучения индивидуально-психологических характеристик были выбраны 3 методики: методика «Большая пятерка», методика оценки уровня субъективного контроля (УСК) и метод мотивационной индукции (ММИ).

2.2.1 Анкета

Для изучения социально-демографических характеристик были взяты некоторые вопросы из базового интервью. Базовое интервью было разработано исследовательской группой профилактики ФАС (Балашова Т.Н., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н. и др.) в 2007 году в рамках проекта «Профилактика Фетального Алкогольного Синдрома (ФАС) и нарушений нейроразвития у детей в России». Группа вопросов (*вопросы № 78; 81; 82; 85-87*) была направлена на уточнение информации относительно возраста, семейного положения, количества детей, уровня образования, трудового статуса, уровня дохода, а также несколько вопросов (*вопросы № 74; 75; 76*), направленных на уточнение информации об опыте сексуального насилия. Вопросы представлены в приложении А.

2.2.2 Полуструктурированное интервью

Метод был разработан исследовательской группой Санкт-Петербургского государственного университета (Балашова Т.Н., Шаболтас А.В.) в 2012-2013 году в рамках проекта «Профилактика ФАС/ФАСН у детей в России/Основы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции у женщин».

Материалы исследования, включая форму методики, прошли рассмотрение и были одобрены Этическим Комитетом Санкт-Петербургского государственного университета.

Методика представляет собой полуструктурированное интервью, целью которого является определение факторов, оказывающих влияние на установки и отношение женщин к здоровью и профилактике ВИЧ-инфекции в сексуальной жизни.

Форма интервью содержит 322 вопроса открытого и закрытого типа. С учетом поставленных задач в рамках данного исследования выборочно использовались отдельные вопросы и группы вопросов (Приложение Б).

Условно, все полуструктурированное интервью можно разделить на следующие блоки:

1. Знания и установки по отношению к ВИЧ-инфекции (вопросы № 1-25; 270-273.) Блок представлен вопросами для оценки уровня знаний о ВИЧ-инфекции и отношения к ней испытуемых.

2. Отношение к средствам контрацепции (вопросы №256; 258-260; 262-269).

3. Осознание риска (вопросы 26-39; 53-62). Данный блок вопросов направлен на определение самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией или ИППП.

4. Реальный риск заражения (вопросы № 64-70; 74; 78-98; 103-127; 135-155; 163-180; 184-200; 205-221; 229-241; 249-255). Блок включает в себя вопросы, направленные на выявление факторов рискованного сексуального поведения за последние 3 и 12 месяцев: количество половых партнеров, наличие выявленных ИППП или ВИЧ-инфекции, используемые методы контрацепции, особенности сексуальных отношений с партнером (партнерами).

5. Анализ на ВИЧ-инфекцию (вопросы № 294-296; 298-307). Блок включает вопросы об опыте тестирования на ВИЧ, его результате, о том, что препятствовало прохождению или наоборот, что подтолкнуло к прохождению анализа.

6. Профилактика ВИЧ (вопросы № 274-293; 312; 314). Блок вопросов, направленный на выявление наиболее часто встречающихся источников информирования о заболевании, а также факторов, которые могли бы повлиять на отношение к профилактике ВИЧ-инфекции.

2.2.3 Метод «Календарь»

Данный метод был разработан исследовательской группой профилактики ФАС в 2007 году. «Календарь» является методом самоотчета испытуемых. Как

правило, методы самоотчета наиболее эффективны для выборки лиц, которые не страдают алкоголизмом, а также данный метод позволяет изучить особенности употребления алкоголя (Identifying maternal self-reported alcohol use associated..., 2001).

Метод «Календарь» представлял собой бланк с четырьмя месяцами. На каждом бланке указывалась дата проведения интервью, от которой отсчитывалась дата, равная 90 дням (3 месяца) до момента проведения опроса. В качестве инструкции участницам исследования было необходимо вспомнить и отметить на бланке, в какие дни они употребляли алкоголь, а также отметить на календаре количество доз употребленного алкоголя в каждый из указанных дней.

Обработка результатов проводилась с учетом следующих показателей:

- количество дней употребления алкоголя за последние 90 дней;
- средняя доза алкоголя, употребляемая за один день;
- максимальная доза алкоголя, употребляемая за один день.

Необходимо отметить, что в зависимости от месяца проведения исследования, форма календаря менялась. Бланк «Календаря» представлен в приложении В.

2.2.4 Личностный опросник «Большая пятерка»

Опросник основывается на пятифакторной модели структуры личности, которая была основана на результатах эмпирических исследований, проводимых в 1960-х годах авторами D.W. Fiske (1949), E. Tupes и R. Christal (1961) (John O.P., Srivastava S., 1999). В процессе исследования проводился анализ прилагательных, которые использовались для описания личностных характеристик. На основе полученных данных в 1963 году W.T. Norman были сформулированы пять параметров личностной структуры, которые позднее в 1981 году нашли отражение в работах L.R. Goldberg и были обозначены как «Большая пятерка» (Big five) личностных черт (Первин Л., Джон О., 2001).

В данном исследовании была использована адаптация Д.П. Яничева. Данная адаптация представлена 30 несвязанными между собой

прилагательными, которые отражают пять личностных характеристик: экстраверсия, сознательность, доброжелательность, эмоциональная стабильность, личностные ресурсы и открытость (Разработка методики интерперсональной психотерапии..., 2007). Испытуемым предлагалось каждое прилагательное отнести к себе и оценить насколько оно относится к нему в соответствии с предложенной 7-балльной шкалой, где «1» – «совершенно не относится ко мне», «7» – «полностью ко мне относится».

Обработка результатов производилась при помощи ключа, с помощью которого рассчитывался суммарный балл для каждого из пяти факторов. Показатели могли варьироваться от 1 до 7 баллов, где среднему значению соответствовало 4 балла. (Лаак Я., Бругман Г., 2003).

Бланк методики представлен в приложении Г.

2.2.5 Методика оценки уровня субъективного контроля (УСК)

Методика оценки уровня субъективного контроля (УСК) была разработана в 1984 году сотрудниками НИИ им. Бехтерева: Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд). Главное отличие методики оценки УСК от оригинальной шкалы («Locus of control scale», автор – J.B. Rotter) заключается в том, что направленность субъективного контроля может различаться в зависимости от сферы жизнедеятельности. Поэтому разработчиками теста было предложено выделить субшкалы, которые отражали семь сфер жизни (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1993).

Методика содержит 44 утверждения. Испытуемому предлагалось оценить степень своего согласия с высказываниями по 7-балльной шкале (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3).

Утверждения относятся к 7 шкалам (Приложение Д):

- 1) *Шкала общей интернальности (Ио)* характеризует общий уровень субъективного контроля в любых жизненных ситуациях. Высокие показатели по этой шкале будут соответствовать высокой интернальности личности, низкие показатели говорить о личности с экстернальным локусом контроля.

- 2) *Шкала интернальности в области достижений (Ид)* отражает отношение человека к эмоционально положительным событиям и ситуациям. Высокие показатели соответствуют вере в то, что человек сам добился всего того хорошего, что есть в его жизни. Низкие показатели говорят о том, что человек приписывает свои успехи внешним обстоятельствам.
- 3) *Шкала интернальности в области неудач (Ин)* демонстрирует отношение личности к негативно окрашенным событиям жизни. Высокие показатели говорят о склонности человека обвинять самого себя в своих неудачах. Низкие показатели свидетельствуют о том, что человек склонен перекладывать ответственность за свои неудачи другим людям.
- 4) *Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис)* диагностирует уровень субъективного контроля за события, происходящие в семье. Высокие показатели говорят, что человек склонен считать себя ответственным за происходящее в его семейной жизни, а низкие показатели указывают на то, что субъект считает других причиной возникающих ситуаций в его семье.
- 5) *Шкала интернальности в производственных отношениях (Ип)* отражает уровень контроля в профессиональной деятельности. Высокие показатели свидетельствуют о том, что человек определяет складывающиеся отношения в коллективе и продвижение результатом своих действий. Низкие показатели указывают на то, что человек склонен ссылаться на внешние обстоятельства, например, на руководство.
- 6) *Шкала интернальности в межличностных отношениях (Им)* диагностирует степень ответственности личности за построение межличностных отношений с окружающими. Высокие показатели – человек считает себя ответственным за построение отношений с окружающими, низкие показатели – придает большее значение сторонним обстоятельствам.
- 7) *Шкала интернальности в отношении здоровья и болезней (Из)* демонстрирует готовность личности принять ответственность за собственное здоровье и выздоровление в случае болезни. Высокие

показатели говорят о склонности личности обвинять самого себя в случае болезни, а низкие показатели указывают на перекладывание ответственности за свое выздоровление на других людей, например, на врачей.

При обработке отдельно суммируются ответы со знаками «+» и «-», после чего полученные данные переводятся в стеновы – 10-балльную систему стандартных оценок. Средним значением принимается величина в 5,5 стенов, при половине стандартного отклонения в 1 стено (Реан А.А., 2001).

2.2.6 Метод мотивационной индукции (ММИ) Ж. Нюттена

Метод мотивационной индукции был создан бельгийским психологом Ж. Нюттеном в 1980 году. Данный метод предназначен для изучения временной перспективы будущего и анализа содержания мотивационных устремлений различных групп испытуемых.

В данном исследовании был использован наиболее полный вариант метода Ж. Нюттена из применяемых в российской практике – вариант Д.А. Леонтьева, разработанный в 1995 году.

Метод состоит из 40 мотивационных индукторов, не разделенных на позитивные и негативные, в форме незаконченных предложений. Начала предложений сформулированы в первом лице единственного числа, что позволяет испытуемому спонтанно адресовать индуктор к самому себе. Используемые в индукторах глаголы всегда отражают усилие, склонность, намерение, импульс и т.д. (Карвасарский Б.Д., Сарайкин Д.М., Васильева А.В. и др., 2011).

Индукторы разделены на три категории:

- 1) выражают общую направленность на мотивационные объекты;
- 2) выражают активность типа планирования или принятия решения;
- 3) выражают какую-то текущую активность или прилагаемые усилия.

Испытуемый должен завершить каждый индуктор (как незаконченное предложение), тем самым формулируя объекты, которые его мотивируют (Исследование мотивационных объектов..., 2011).

Ж. Нюттеном было предложено использовать в качестве метода обработки два различных кода: временной код и код анализа содержания.

Смысл *временного кода* в том, чтобы каждому мотивационному объекту приписать свой временной знак, а именно:

- 1) T (Test) – настоящий момент, время проведения методики;
- 2) D (Day) – в течение дня;
- 3) W (Week) – в ближайшую неделю;
- 4) M (Month) – в ближайший месяц;
- 5) Y (Year) – в течение года, через год;
- 6) L (Life) – мотивационные объекты, которые относятся ко всему периоду предстоящей жизни («вся жизнь»);
- 7) I – мотивационные объекты, которые не ограничены во времени, человек высказывает желание обладать ими «сегодня и ежедневно»;
- 8) P (Past) – упоминания о прошлом.

К *кодам анализа содержания* мотивационной направленности относят:

- 1) S (Self) – аспекты личности субъекта;
- 2) SR (Self-realization) – самореализация;
- 3) R (Realization) – созидательная активность;
- 4) C (Contact) – контакты с другими;
- 5) E (Exploration) – познание;
- 6) T (Transcendental) – трансцендентные темы (например, религиозная, экзистенциальная мотивация);
- 7) P (Possessions) – обладание;
- 8) L (Leisure)- отдых;
- 9) Tt (Test) – относящие к процедуре заполнения теста реплики;
- 10) U (Unclassified) – не классифицируемые ответы (Нюттен Ж., 2004).

Бланк методики представлен в приложении Ж.

2.3 Процедура исследования

По дизайну исследования были выбраны 2 группы респондентов. Первая группа – потенциальная группа риска, то есть женщины, вовлеченные в

коммерческий секс. Данная группа была набрана с помощью закрытых тематических интернет-групп, от администраторов которых было получено согласие на вступление в данные группы и приглашение девушек к участию в исследовании. При согласии, с участницей договаривались о личной встрече, на которой молодым женщинам коротко рассказывалось об исследовании, сообщалось о соблюдении всех этических принципов (в частности принципах анонимности и конфиденциальности). Участницы давали устное согласие на участие в исследовании, а также имели возможность задать все интересующие или беспокоящие их вопросы. Респондентам сообщалось, что исследование направлено на профилактику социально-значимых заболеваний, и его прохождение займет в среднем 60-80 минут.

Вторая группа респондентов – потенциально благополучные женщины, принявшие участие в научном проекте, поддержанном грантом «Профилактика Фетального Алкогольного Синдрома (ФАС) и нарушений нейроразвития у детей в России», таким образом прошедшие профилактическую процедуру информирования о здоровьесберегающем поведении, но не о ВИЧ-инфекции прицельно. С участницами данной группы не осуществлялось никакого контакта. При соблюдении всех этических правил, обрабатывались только данные женщин из проекта, при этом связь данных и ФИО не осуществлялась, таким образом, не нарушались правила дальнейшего использования и хранения данных.

Женщины приглашались к участию при соблюдении следующих критериев (данные критерии были едины):

- 1) возраст от 18 до 44 лет (детородный возраст);
- 2) отсутствие беременности на момент проведения исследования;
- 3) сексуальная активность за последние 6 месяцев;
- 4) добровольное согласие на участие в исследовании.

В случае согласия на участие в исследовании, участницы проходили анкету и полуструктурированное интервью. Как отмечалось выше, в интервью были включены социально-демографические вопросы, вопросы, направленные на изучение сексуального поведения, особенностей самооценки риска заражения, реального риска заражения ВИЧ-инфекцией, знаний и установок к

данному заболеванию и его профилактике, а также вопросы, касающиеся особенностей употребления психоактивных веществ.

По окончании прохождения полуструктурированного интервью, женщинам предлагалось заполнить несколько методик, направленных на изучение индивидуально-психологических особенностей личности.

В конце исследования женщины получали брошюры с информацией о профилактике и защите от ВИЧ-инфекции, а также в течение 5-7 дней всем участницам (при желании) высылались обратная связь по результатам заполненных методик и благодарностью за участие в исследовании.

2.4 Математико-статистические методы обработки данных

Полученные данные были проанализированы с использованием стандартных методов математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R».

Математико-статистическая обработка данных включала: критерий χ^2 -Пирсона, критерий Н-Краскала-Уоллеса; пост-хок анализ тестом Данна; для множественных сравнений метод Холма-Бонферрони; критерий Шапиро-Уилка для проверки нормальности распределения; критерий корреляции r-Спирмена (Наследов А.Д., 2012).

Резюме

В данной главе были описаны цели и задачи настоящего исследования.

Были предоставлены описание и социально-демографические данные выборки исследования, а также краткое освещение методов исследования, таких как:

- анкета, с помощью которой были изучены социально-демографические характеристики женщин;

- полуструктурированное интервью, с помощью которого были проанализированы уровень знаний и установок в отношении ВИЧ-инфекции, отношение к методам контрацепции, особенности осознания риска и

рискованного сексуального поведения, а также вопросы о профилактике ВИЧ-инфекции;

- метод «Календарь» для изучения характеристик употребления алкоголя женщинами;

- методы, направленные на изучение личностных особенностей женщин, уровня субъективного контроля и изучение временной перспективы будущего и анализа содержания мотивационных устремлений.

Также в данной главе были описаны особенности проведения исследования и математико-статистические методы исследования.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Результаты полуструктурированного интервью

3.1.1 Результаты изучения риска и самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией

Как описывалось ранее, задачами данного исследования было изучить особенности сексуального поведения молодых женщин с целью выделения групп риска заражения ВИЧ-инфекцией и провести анализ самооценки риска заражения.

По результатам анализа данных полуструктурированного интервью каждая из двух групп участниц была разделена на 4 группы в зависимости от сочетания двух факторов – наличие или отсутствие самооценки риска заражения ВИЧ и нахождение в зоне или вне зоны группы риска заражения ВИЧ

- 1) женщины, имеющие самооценку риска и находящиеся в зоне риска заражения ВИЧ (самооценка и риск);
- 2) женщины, не ощущающие возможность заражения, но находящиеся в зоне риска заражения (только риск);
- 3) женщины, имеющие самооценку риска, но не находящиеся в зоне риске заражения (только самооценка риска);
- 4) женщины, не ощущающие возможность заражения и не находящиеся в зоне риска заражения (нет самооценки и риска заражения).

Для оценки соотношения фактического риска и самооценки риска у респонденток двух групп был использован критерий χ^2 –Пирсона (таблица сопряженности), основные результаты представлены в таблице 2. Распределения статистически достоверно различаются ($\chi^2(3) = 14,069$, $p < 0,05$)

Соотношения фактического риска и самооценки риска у респонденток двух групп

| Группы | Потенциально благополучные женщины | Женщины, вовлеченные в коммерческий секс |
|--|------------------------------------|--|
| Самооценка риска и риск | 7 (17,5%) | 9 (34,6%) |
| Только риск заражения | 5 (12,5%) | 9 (34,6%) |
| Только самооценка риска | 8 (20%) | 6 (23,1%) |
| Нет самооценки риска и риска заражения | 20 (50%) | 2 (7,7%) |

Критериями для определения фактического риска заражения ВИЧ послужили: факт наличия или отсутствия незащищенных половых контактов (без использования презерватива) в течение последних 12 месяцев. Из группы риска исключались те не предохраняющиеся женщины, сексуальные партнеры которых субъективно оценивались ими как «безопасные». Партнеры считались «безопасными», если ответ на следующие вопросы был «нет»:

- 1) опыт пребывания в местах лишения свободы;
- 2) наличие в анамнезе опыта переливания крови;
- 3) опыт употребления внутривенных наркотиков

Также учитывалось наличие за последние 12 месяцев:

- 4) у него была обнаружена ИППП или ее симптомы;
- 5) у него были другие сексуальные партнерши;
- 6) у него был опыт сексуальных отношений с мужчиной;
- 7) был опыт тестирования на ВИЧ и известен его результат.

Ответ «да» или «не знаю» на любой из вопросов расценивался как потенциальный риск заражения ВИЧ.

В качестве критериев самооценки риска выступили вопросы, которые демонстрировали беспокойство:

- 1) заразиться ИППП или ВИЧ за последние 3 месяца;
- 2) заразиться ИППП или ВИЧ из-за чего-то, что было в прошлом;
- 3) из-за сексуального поведения сейчас или в прошлом;
- 4) из-за внутривенного употребления наркотиков респонденткой и ее нынешнего партнера сейчас или в прошлом;

- 5) из-за переливания крови респондентке и ее нынешнему или предыдущему партнеру;
- 6) из-за сексуального поведения нынешнего партнера с начала отношений или до начала их отношений;
- 7) из-за сексуального поведения предыдущего партнера, в период отношений с респонденткой или до их отношений.

Ответ «да» на любой из этих вопросов расценивался как наличие самооценки риска заражения ВИЧ-инфекцией.

Для дальнейшего анализа группа потенциально благополучных женщин и группа женщин, вовлеченных в коммерческий секс, будут объединены, в четыре группы на основании соотношения фактического риска и самооценки риска. Так как есть основание предполагать, что женщины, которые находятся или не находятся в зоне риска и имеют самооценку риска или не ощущают риск заражения не имеют содержательных различий. Но при этом, это не отменяет того, что женщины, вовлеченные в коммерческий секс, значительно чаще могут быть в зоне риска или чаще осознавать этот риск по сравнению с группой потенциально благополучных женщин.

3.1.2 Распределение участниц по группам

Таким образом, при объединении двух групп выборки получаем следующее разделение по группам на основе соотношения фактического риска и самооценки риска. Разделение групп представлено в таблице 3.

Таблица 3

Соотношения фактического риска и самооценки риска

| Группа | Количество |
|-------------------------|------------|
| Самооценка риска и риск | 16 |

| | |
|--|----|
| Только риск заражения | 14 |
| Только самооценка риска | 14 |
| Нет самооценки риска и риска заражения | 22 |

Так как количество женщин в группах различно, следующая обработка проводилась с помощью непараметрических критериев, а именно был проведен пост-хок анализ, проведенный тестом Данна с поправкой на множественные сравнения методом Бонферрони-Холма, и был применен критерий χ^2 -Пирсона. Описательные статистики представлены в таблице 4.

Таблица 4

Социально-демографические характеристики групп

| Социально-демографические характеристики | | Группа (Количество респондентов) | | | |
|--|--|--|------------------------------|--------------------------------|---|
| | | Самооценка риска и риск заражения (n=16) | Только риск заражения (n=14) | Только самооценка риска (n=14) | Нет самооценки и риска заражения (n=22) |
| Возраст | М (SD) | 26,00 (5,17) | 29,14 (7,70) | 30,78 (3,68) | 26,12 (4,57) |
| Семейное положение | Никогда не состояли в браке | 69% (n=11) | 57% (n=8) | 43% (n=6) | 25% (n=6) |
| | В браке или в незарегистрированном браке | 18% (n=3) | 21% (n=3) | 25% (n=5) | 66% (n=16) |
| | Проживают отдельно от супруга | 0 % (n=0) | 7% (n=1) | 0 % (n=0) | 0 % (n=0) |
| | В разводе | 6% (n=1) | 14% (n=2) | 21% (n=3) | 8% (n=2) |
| | Вдова | 6 % (n=1) | 0% (n=0) | 0% (n=0) | 0% (n=0) |
| Дети | Есть | 18% (n=3) | 36% (n=5) | 42% (n=6) | 33% (n=8) |
| | Нет | 81% (n=13) | 64% (n=9) | 57% (n=8) | 67% (n=16) |
| Уровень образования | Высшее | 44% (n=7) | 57% (n=8) | 50% (n=7) | 54% (n=13) |
| | Неполное высшее | 25% (n=4) | 21% (n=3) | 7% (n=1) | 20% (n=5) |
| | Среднее специальное | 19% (n=3) | 21% (n=3) | 28% (n=4) | 17% (n=4) |

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Среднее | 6% (n=1) | 0% (n=0) | 14% (n=2) | 8% (n=2) |
| | Неоконченное среднее | 6 % (n=1) | 0 % (n=0) | 0 % (n=0) | 0 % (n=0) |
| Социальное положение | По найму | 44% (n=7) | 36% (n=5) | 86% (n=12) | 67% (n=16) |
| | Свой бизнес | 0% (n=0) | 21% (n=3) | 7% (n=1) | 0% (n=0) |
| | В отпуске | 6% (n=1) | 14% (n=2) | 0% (n=0) | 8% (n=2) |
| | Студентка | 19% (n=3) | 28% (n=4) | 0% (n=0) | 21% (n=5) |
| | Не работаю | 31% (n=5) | 0% (n=0) | 7% (n=1) | 4% (n=1) |
| Уровень дохода | Низкий | 19% (n=3) | 0% (n=0) | 7% (n=1) | 12% (n=3) |
| | Ниже среднего | 12% (n=2) | 0% (n=0) | 21% (n=3) | 12% (n=3) |
| | Средний | 19% (n=3) | 14% (n=2) | 0% (n=0) | 12% (n=3) |
| | Выше среднего | 18% (n=3) | 14% (n=2) | 14% (n=2) | 17% (n=4) |
| | Высокий | 25% (n=4) | 71% (n=10) | 43% (n=6) | 37% (n=9) |
| | Очень высокий | 6% (n=1) | 0% (n=0) | 14% (n=2) | 8% (n=2) |

Полученные группы статистически достоверно различаются по возрасту респонденток ($H(3) = 10.223$, $p < 0.05$). Пост-хок анализ, проведенный тестом Данна с поправкой на множественные сравнения методом Бонферрони-Холма, продемонстрировал, что женщины, имеющие самооценку риска и не находящиеся в зоне риска, в среднем старше женщин, которые имеют самооценку риска и фактический риск заражения ($p < 0.05$) и старше женщин, которые не имеют самооценку риска заражения и не находятся в зоне риска ($p < 0.05$). Остальные группы не различаются по возрасту друг от друга.

Для остальных описательных статистик использовался критерий χ^2 -Пирсона.

По семейному положению группы различаются на уровне статистической тенденции ($\chi^2(15) = 23,363$, $p < 0,1$). По наличию детей в группах также статистически значимых различий не обнаружено ($\chi^2(9) = 10,919$, $p > 0,05$). Уровень образования в группах статистически достоверно не различается ($\chi^2(12) = 7,6244$, $p > 0,05$). По социальному положению группы статистически достоверно различаются ($\chi^2(12) = 26,85$, $p < 0.05$). Что касается уровня дохода, то достоверных различий между группами не обнаружено ($\chi^2(15) = 14,145$, $p > 0,05$).

Таким образом, полученные группы статистически достоверно различаются по возрасту респонденток и по социальному положению, а также на уровне статистической тенденции видно различие групп по семейному положению.

3.1.3 Результаты изучения уровня знаний и установок по отношению к ВИЧ-инфекции

При рассмотрении вопросов полуструктурированного интервью, стоит отметить, что участницы достаточно осведомлены в вопросах ВИЧ-инфекции (вопросы №1-14), которые направлены на знания общих положений и возможных путей заражения ВИЧ-инфекцией. Что касается установок и профилактики ВИЧ-инфекции (вопросы №15-25), то участницы демонстрируют адекватные установки и отмечают важность следования профилактическим мероприятиям в отношении ВИЧ-инфекции. Также, при рассмотрении вопросов полуструктурированного интервью, проводился анализ отношения к методам контрацепции (вопросы №256; 258-260; 262-269), в результате которого было выявлено, что большинство респонденток высказывают положительное отношение к методам контрацепции. Результаты процентного распределения ответов по группам представлено в таблице 5. Статистически значимых различий между ответами в группах обнаружено не было, кроме вопросов, описанных ниже отдельно.

Таблица 5

Распределение ответов групп на вопросы полуструктурированного интервью

| Вопросы | | Группа | | | |
|-----------|--------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | Самооценка риска и риск заражения | Только риск заражения | Только самооценка риска | Нет самооценки и риска заражения |
| Знания | Верно | 80% | 81% | 83% | 85% |
| | Неверно | 20% | 19% | 17% | 15% |
| Установки | Корректные | 78% | 63% | 74% | 77% |
| | Некорректные | 22% | 37% | 26% | 23% |

| | | | | | |
|---------------------------|------------|-----|-----|-----|-----|
| Отношение к презервативам | Позитивное | 75% | 79% | 78% | 79% |
| | Негативное | 25% | 21% | 22% | 21% |

При рассмотрении вопросов полуструктурированного интервью, относящихся к знаниям и установкам о ВИЧ-инфекции, а также отношению к презервативам, наиболее значимыми оказались вопросы №19, №20, №22, №262. Подробное процентное распределение данных вопросов по группам описано в таблице 6.

Таблица 6

Распределение ответов групп на вопросы полуструктурированного интервью

| Вопросы | | Группа | | | |
|---------|-----|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | Самооценка и риск заражения | Только риск заражения | Только самооценка риска | Нет самооценки и риска заражения |
| №19 | да | 19% | 71% | 43% | 33% |
| | нет | 81% | 28% | 57% | 66% |
| №20 | да | 44% | 36% | 28% | 8% |
| | нет | 56% | 64% | 71% | 92% |
| №22 | да | 0% | 28% | 21% | 8% |
| | нет | 100% | 71% | 78% | 92% |
| №262 | да | 50% | 28% | 21% | 12% |
| | нет | 50% | 71% | 78% | 87% |

Для выделения наиболее значимых вопросов был использован критерий χ^2 – Пирсона (таблица сопряженности).

По вопросу №19. «Я бы чувствовала себя непринужденно рядом с людьми, больными СПИД» группы статистически достоверно различаются ($\chi^2(3)=9,285, p< 0,05$);

По вопросам № 20, №22, №262 группы различаются на уровне статистической тенденции:

- №20. «Я бы не стала дружить с человеком больным ВИЧ» ($\chi^2(3)=7,1571, p< 0,1$);

- №22. «Не будет ничего страшного, если я заражусь ВИЧ» ($\chi^2(3)=6,6286, p< 0,1$);

- №262. «Презервативы ненадежны и часто рвутся» ($\chi^2(3)=7,1724, p< 0,1$);

Таким образом, в ходе анализа вопросов полуструктурированного интервью, установлено, что в целом, все респондентки имеют достаточно высокий уровень знаний в отношении ВИЧ-инфекции; демонстрируют адекватные установки в отношении заболевания и по отношению к методам контрацепции.

3.1.4 Результаты анализа групп по количеству партнеров

Для получения информации о том, различаются ли группы по количеству партнеров, был проведен анализ с помощью критерия Н-Краскала-Уоллиса, а потом был сделан пост-хок анализ тестом Данна.

В результате анализа видим, что группы статистически достоверно различаются по количеству партнеров ($H(3) = 12,526, p < 0,05$).

Пост-хок анализ, проведенный тестом Данна, продемонстрировал, что женщины, не имеющие самооценку риска и не находящиеся в зоне риска заражения отличаются по количеству партнеров от групп, в которых:

- женщины имеют и самооценку риска, и фактический риск заражения ($p < 0,05$);
- женщины, у которых нет самооценки риска заражения, но находятся в фактическом риске заражения ($p < 0,05$);
- женщины, которые имеют самооценку риска заражения, но не находятся в фактическом риске заражения ($p < 0,05$).

Остальные группы статистически значимо не различаются по количеству партнеров. Средние значения количества партнеров в группах представлены в таблице 7 и на рис.1.

Таблица 7

Количество партнеров (M), количество партнеров (SD)

| Группа | M | SD |
|----------------------------------|---------|---------|
| Самооценка и риск заражения | 349,187 | 734,769 |
| Только риск заражения | 623,428 | 882,287 |
| Только самооценка риска | 134,143 | 176,162 |
| Нет самооценки и риска заражения | 64,208 | 167,567 |

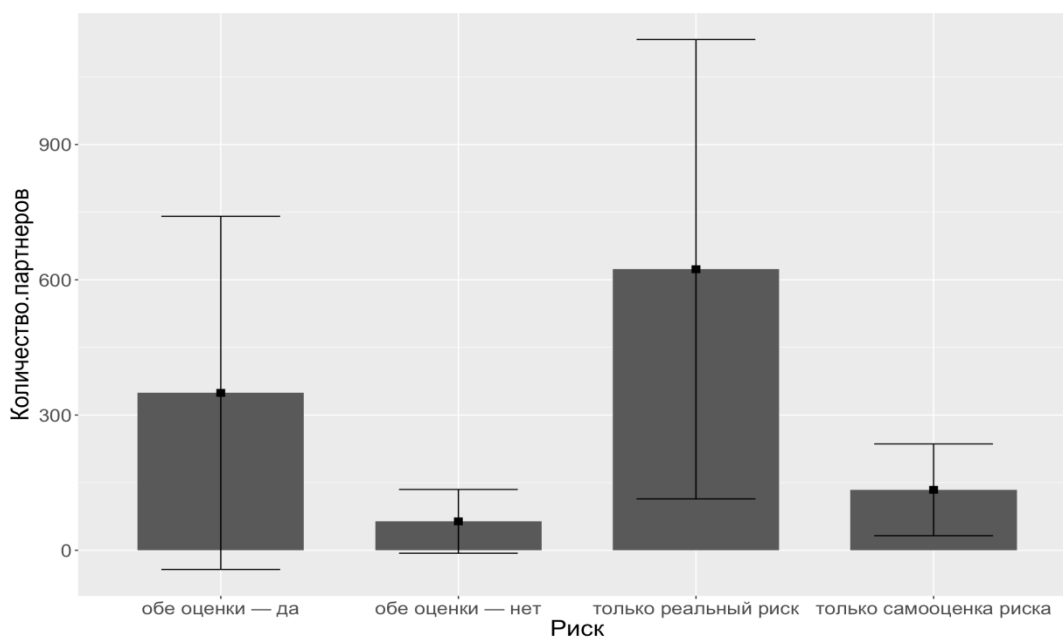


Рисунок.1 Распределение количества партнеров в каждой из групп

Таким образом, по результатам анализа данных, полученных в ходе полуструктурированного интервью:

- 1) участницы исследования были разделены на 4 группы: женщины, имеющие самооценку риска и риск заражения; женщины, имеющие только самооценку риска заражения; женщины, имеющие только риск заражения; женщины, не имеющие самооценку и риск заражения;
- 2) установлено, что все участницы исследования имеют достаточно высокий уровень знаний о ВИЧ, а также демонстрируют адекватные установки в отношении ВИЧ-инфекции и средств контрацепции;
- 3) установлено, что женщины, не имеющие самооценку риска и риск заражения, статистически значимо отличаются по количеству партнеров от женщин других групп.

3.2 Результаты анализа употребления алкоголя

Для оценки уровня употребления алкоголя использовался метод «Календарь», с помощью которого учитывались следующие показатели:

- количество дней употребления алкоголя за последние 90 дней;
- средняя доза алкоголя, употребляемая за один день;
- максимальная доза алкоголя, употребляемая за один день.

Для получения информации о том, различаются ли группы по характеру употребления алкоголя, был проведен анализ с помощью критерия Н-Краскала-Уоллиса, который не показал значимых различий ($p > 0,1$). Описание всех характеристик употребления алкоголя группами в течение 90 дней представлено в таблице 8.

Таблица 8

Распределение показателей методики «Календарь» в группах

| Показатели | | Группа | | | |
|-------------------|----|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | Самооценка и риск заражения | Только риск заражения | Только самооценка риска | Нет самооценки и риска заражения |
| Количество дней | M | 30,56 | 24,78 | 24,36 | 19,04 |
| | SD | 30,59 | 29,93 | 23,59 | 20,81 |
| Средняя доза | M | 3,56 | 2,86 | 2,71 | 2,54 |
| | SD | 2,13 | 2,51 | 1,68 | 1,61 |
| Максимальная доза | M | 8,25 | 5,86 | 4,43 | 6,00 |
| | SD | 6,96 | 4,45 | 2,53 | 3,02 |

Таким образом, все группы женщин употребляют сравнительно одинаковое количество алкоголя за 90 дней. Дни, в которые употреблялся алкоголь, составили примерно 19-30 дней, средняя доза употребленного алкоголя составляла 2-3 дозы, а максимальная доза принятого за день алкоголя варьировалась от 4 до 8 доз.

3.2.1 Результаты сравнительного анализа количества партнеров в группах по сравнению с употреблением алкоголя

Для изучения связи характера употребления алкоголя с количеством партнеров был проведен сравнительный анализ методом Шапиро-Уилка, который показал, что все 4 переменные распределены неравномерно, поэтому далее был проведен анализ с помощью критерия ранговых корреляций г-Спирмена, который показал:

- количество партнеров положительно коррелирует с количеством дней употребления алкоголя ($S(68)=0,396$, $p<0,05$), что означает, чем больше партнеров у женщины, тем в большее количество дней она употребляет алкоголь. Также может быть и наоборот, чем чаще женщина употребляет алкоголь, тем большее количество у нее партнеров;

- количество партнеров положительно коррелирует с уровнем средней дозы алкоголя ($S(68)=0,349$, $p<0,05$), что означает, чем больше количество партнеров, тем больше средняя доза, а также может быть и наоборот, чем выше средняя доза, тем больше партнеров;

- количество партнеров положительно коррелирует с уровнем максимальной дозы алкоголя ($S(68)=0,242$, $p<0,05$), что означает, чем больше партнеров, тем сильнее увеличивается максимальная доза алкоголя, а также увеличение максимальной дозы алкоголя может способствовать возникновению большего количества сексуальных партнеров.

3.3 Результаты анализа выраженности личностных черт

Уровень выраженность личностных черт (экстраверсия, сознательность, доброжелательность, эмоциональная стабильность, личностные ресурсы) оценивался на основании результатов личностного опросника «Большая пятерка». Предполагалось, что показатели пяти факторов личностной структуры будут различаться в 4 группах.

Анализ результатов проводился при помощи критерия χ^2 –Пирсона. По результатам анализа были обнаружены статистически значимые различия ($p<0,05$) уровня выраженности показателей «сознательность» и «эмоциональная

стабильность». На уровне статистической тенденции ($p < 0,1$) в группах различается параметр «экстраверсия» и «личностные ресурсы». Статистически достоверных различий по параметру «готовность к сотрудничеству» обнаружено не было ($p > 0,1$). Основные результаты математического анализа представлены в таблице 9.

Таблица 9

Распределение показателей уровня выраженности личностных черт в группах

| Параметры | | Группа | | | |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | Самооценка и риск заражения | Только риск заражения | Только самооценка риска | Нет самооценки и риска заражения |
| Экстраверсия | Выше сред. | 0% | 29% | 29% | 8% |
| | Средние | 31% | 29% | 43% | 58% |
| | Ниже сред. | 44% | 29% | 29% | 33% |
| | Низкие | 19% | 14% | 0% | 0% |
| | Очень низкие | 6% | 0% | 0% | 0% |
| Сознательность | Высокие | 0% | 0% | 7% | 0% |
| | Выше сред. | 12% | 14% | 7% | 12% |
| | Средние | 12% | 29% | 64% | 20% |
| | Ниже сред. | 62% | 29% | 14% | 29% |
| | Низкие | 6% | 29% | 7% | 37% |
| | Очень низкие | 6% | 0% | 0% | 0% |
| Готовность к сотрудничеству | Высокие | 12% | 7% | 7% | 0% |
| | Выше сред. | 6% | 14% | 7% | 25% |
| | Средние | 62% | 57% | 64% | 62% |
| | Ниже сред. | 12% | 14% | 21% | 8% |
| | Низкие | 6% | 7% | 0% | 4% |
| Эмоциональная стабильность | Выше сред. | 0% | 0% | 14% | 4% |
| | Средние | 12% | 43% | 29% | 33% |
| | Ниже сред. | 44% | 14% | 29% | 58% |
| | Низкие | 19% | 29% | 21% | 4% |
| | Очень низкие | 25% | 14% | 7% | 0% |

| | | | | | |
|--------------------|---------------|-----|-----|-----|-----|
| Личностные ресурсы | Очень высокие | 0% | 7% | 7% | 4% |
| | Высокие | 25% | 14% | 29% | 21% |
| | Выше сред. | 44% | 29% | 14% | 29% |
| | Средние | 19% | 7% | 14% | 21% |
| | Ниже сред. | 6% | 29% | 36% | 21% |
| | Низкие | 6% | 0% | 0% | 0% |
| | Очень низкие | 0% | 14% | 0% | 4% |

На рисунке 2 представлен график, отображающий выраженность пяти личностных черт в группах.

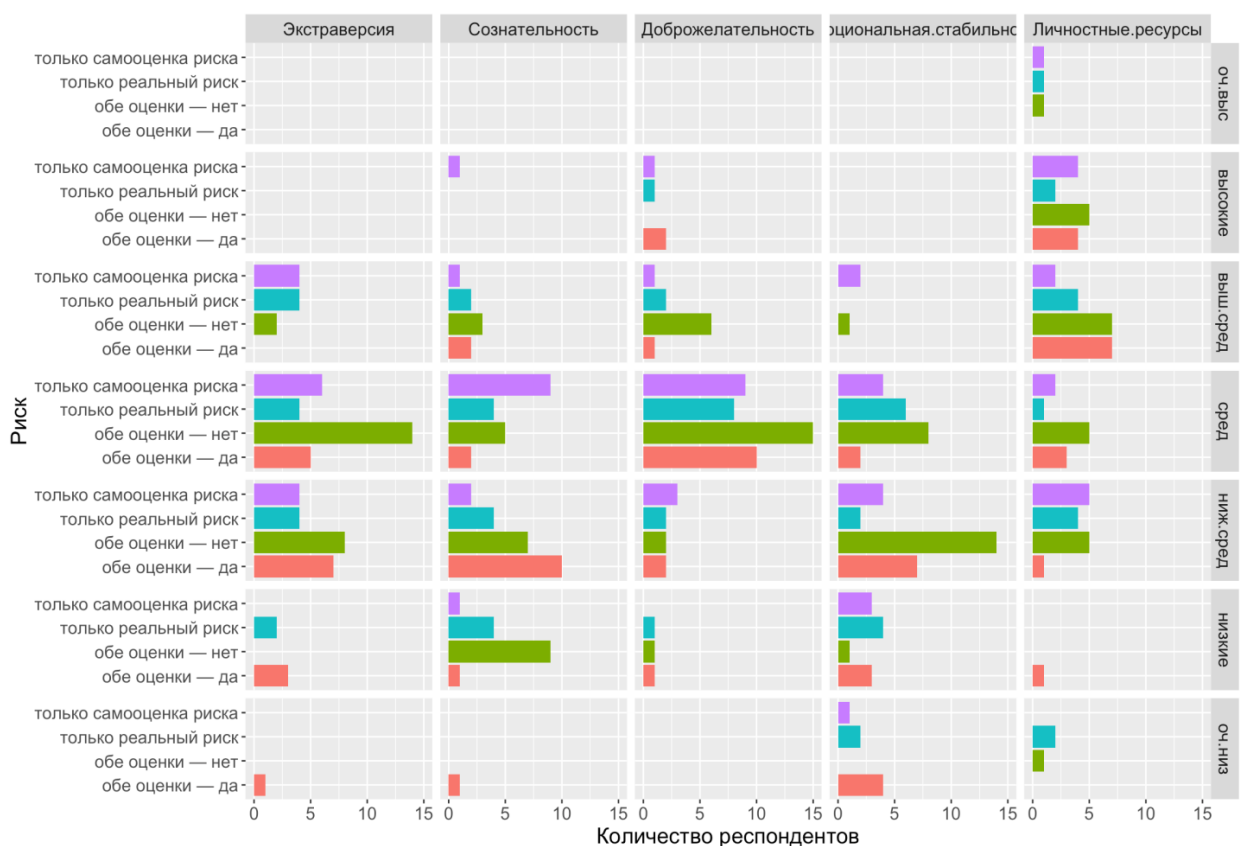


Рисунок 2. Распределение личностных черт в группах

Таким образом, по результатам анализа уровня выраженности личностных черт в группах установлено:

- 1) группа женщин, имеющих самооценку риска и риск заражения, характеризуются показателями ниже среднего уровня по параметрам «экстраверсия», «сознательность» и «эмоциональная стабильность»;

средним уровнем по параметру «готовность к сотрудничеству» и уровнем выше среднего по параметру «личностные ресурсы»;

2) группа женщин, имеющих только риск заражения, разделяются по параметру «экстраверсия» от уровня выше среднего до уровня ниже среднего в равной степени также как и по параметру «сознательность» от среднего до низкого уровня. По параметрам «готовность к сотрудничеству» и «эмоциональная стабильность» имеют средний уровень выраженности и по параметру «личностные ресурсы» женщины распределяются между уровнем выше среднего и ниже среднего в равной степени;

3) группа женщин, имеющих только самооценку риска заражения, отличаются средними показателями по 4 параметрам: «экстраверсия», «сознательность», «готовность к сотрудничеству», «эмоциональная стабильность». По параметру «личностные ресурсы» женщины показывают средний и ниже среднего уровень выраженности.

4) группа женщин, у которых нет ни самооценки риска, ни риска заражения, показывают средний уровень по параметрам «экстраверсия» и «готовность к сотрудничеству», низкий уровень по параметру «сознательность», уровень ниже среднего по параметру «эмоциональная стабильность» и уровень выше среднего по параметру личностные ресурсы.

3.4 Результаты анализа субъективного контроля

На основании результатов методики оценки уровня субъективного контроля был произведен сравнительный анализ выраженности интернальности в различных сферах в 4 группах.

Для анализа результатов использовался непараметрический критерий χ^2 – Пирсона. По результатам анализа статистически значимых различий по шкалам в группах обнаружено не было ($p > 0,1$). Но, как мы можем предположить, что на формирование самооценки риска и риска заражения могут влиять такие шкалы как: шкала общей интернальности, шкала интернальности в межличностных

отношения и шкала интернальности в отношении здоровья и болезней. Распределение средних значений по данным шкалам в группах представлено в таблице 10.

Таблица 10

Распределение показателей уровня субъективного контроля в группе

| Показатели | | Группа | | | |
|--|----|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | Самооценка и риск заражения | Только риск заражения | Только самооценка риска | Нет самооценки и риска заражения |
| Общая интернальность | M | 4,937 | 4,286 | 4,429 | 4,958 |
| | SD | 1,842 | 1,541 | 1,578 | 1,042 |
| Интернальность в межличностных отношениях | M | 5,937 | 5,643 | 5,786 | 6,166 |
| | SD | 1,482 | 1,737 | 1,477 | 1,049 |
| Интернальность в отношении здоровья и болезней | M | 5,125 | 4,857 | 5,000 | 5,250 |
| | SD | 1,668 | 1,562 | 0,961 | 0,944 |

Распределение по всем шкалам уровня субъективного контроля по группам представлено на рисунке 3.

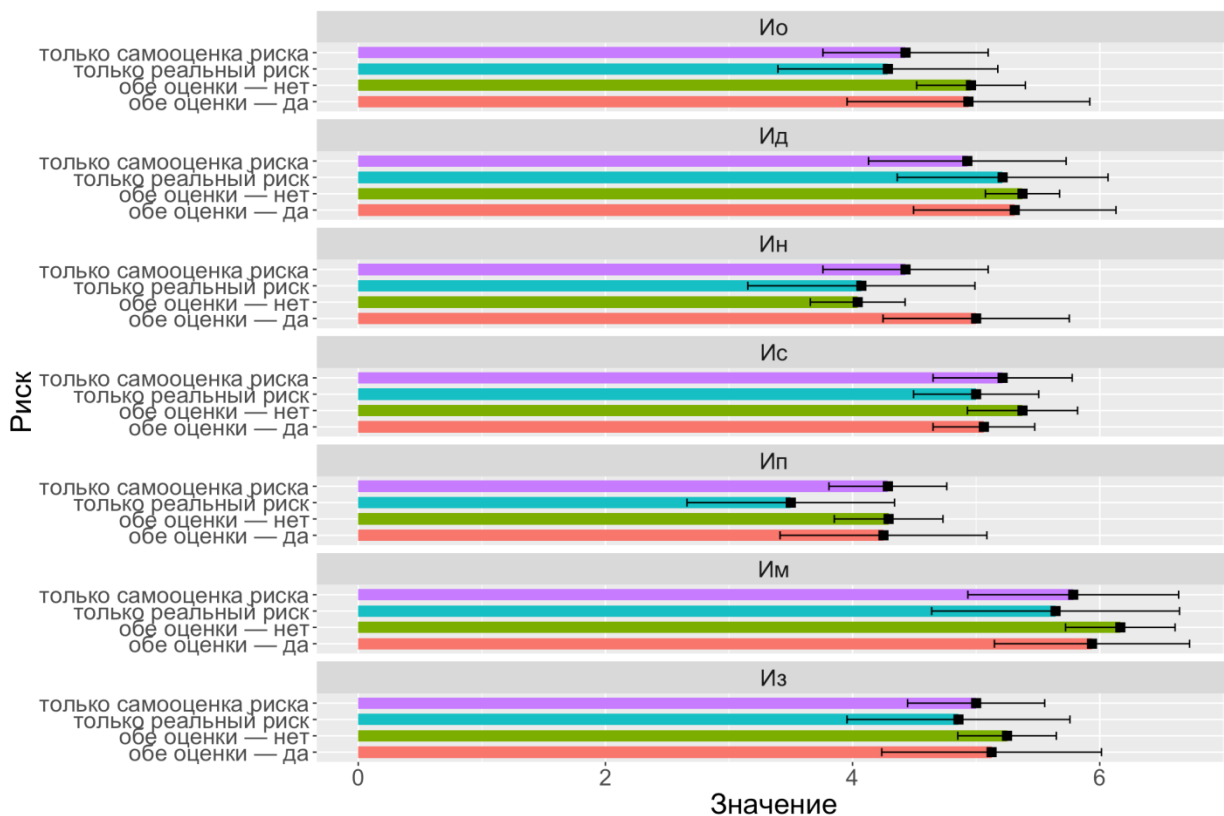


Рисунок 3. Распределение шкал уровня субъективного контроля по группам

Таким образом, в результате сравнительного анализа уровня субъективного контроля установлено:

- 1) группы женщин по всем шкалам статистически значимых различий не имеют;
- 2) у всех групп женщин по показателю общей интернальности высокие показатели, что говорит об экстернальном типе субъективного контроля;
- 3) женщины во всех группах имеют интернальный тип субъективного контроля в сфере межличностных отношений;
- 4) женщины, во всех группах имеют экстернальный тип субъективного контроля в отношении здоровья и болезней.

3.5 Результаты анализа мотивационной направленности

На основании результатов методики «Метод мотивационной индукции» Ж. Нюттена был проведен сравнительный анализ для изучения временной

перспективы будущего и анализа содержания мотивационных объектов у 4 групп.

Сравнительное исследование выраженности показателей проводилось с помощью критерия χ^2 – Пирсона.

По результатам анализа содержания мотивационных объектов у 4 групп статистически значимых различий обнаружено не было ($p > 0,1$).

Так содержание мотивационных объектов в группе женщин, имеющих самооценку риска и риск заражения, направлены на аспекты личности (25%), на самореализацию (19%) и отдых (19%). В группе женщин, находящихся только в риске заражения, мотивационные объекты направлены на самореализацию (29%) и личность (21%). Мотивационные объекты в группе женщин, имеющих только самооценку риска, направлены на самореализацию (29%) и обладание (21%). Группа женщин, не имеющих самооценки риска и риска заражения, демонстрирует самореализацию (29%) и созидательную активность (29%) в качестве мотивационных объектов. Остальное распределение по мотивационным объектам представлено на рисунке 4.

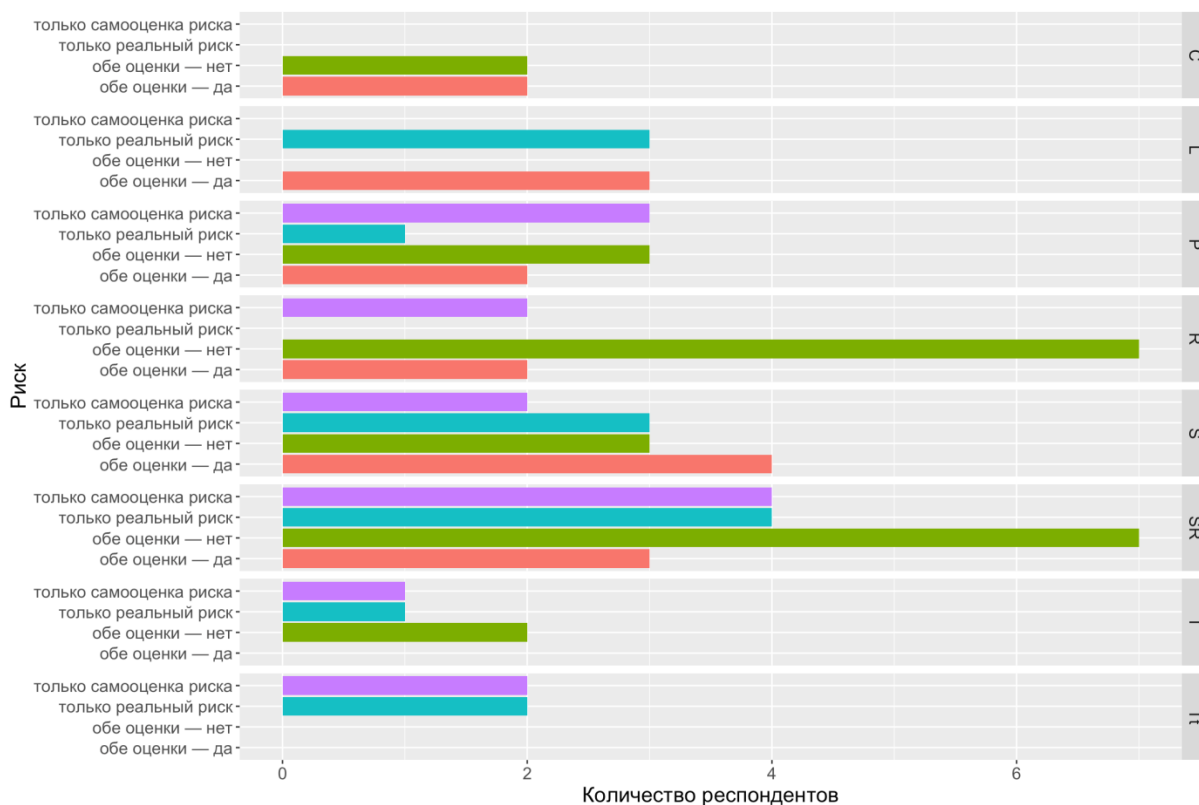


Рисунок 4. Распределение мотивационных объектов по группам

По результатам анализа временной перспективы будущего обнаружены различия между группами на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$).

Таблица 11

Распределение показателей по временному коду

| Временной код | Группа | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | Самооценка риска и риск заражения | Только риск заражения | Только самооценка риска | Нет самооценки и риска заражения |
| Текущий момент (Т) | 6% | 14% | 0% | 0% |
| В течение месяца (М) | 12% | 14% | 0% | 12% |
| В течение года (У) | 50% | 43% | 50% | 21% |
| В течение всей жизни (L) | 25% | 7% | 50% | 46% |
| Открытое настоящее (I) | 6% | 21% | 0% | 21% |

Результаты анализа временной перспективы будущего показывают, что:

- 1) в группе женщин, имеющих самооценку риска и риск заражения, временная перспектива, направленная на события в течение года, составила у половины группы – 50%, и у 25% временная перспектива направлена на всю жизнь;
- 2) в группе женщин, находящихся только в риске заражения временная перспектива, направленная на события в течение года, была обнаружена у 43% женщин, на открытое настоящее была направлена у 21% женщин и временную перспективу, направленную на события текущего момента и события ближайшего месяца, составили по 14% женщин;
- 3) группа женщин, имеющих только самооценку риска заражения, разделилась поровну на временную перспективу, направленную на события в течение года и в течение всей жизни;
- 4) временная перспектива в группе женщин, не имеющих самооценки риска и риска заражения, составила 46% в течение всей жизни, а также временная перспектива, направленная на события в течение года и открытое будущее составила по 21% женщин.

Таким образом, в результате анализа временной перспективы будущего и анализа содержания мотивационных объектов у 4 групп установлено:

- 1) женщины в 4 группах статистически значимо не различаются по коду анализа содержания, но различаются на уровне статистической тенденции по временному коду;
- 2) содержание мотивационных объектов у 4 групп женщин преимущественно направлено на личность, самореализацию и созидательную активность;
- 3) временная перспектива преимущественно направлена на события, которые должны свершиться в течение года и всей жизни.

3.6 Обсуждение результатов исследования

Целью данного исследования являлось изучение психологических особенностей женщин с различной самооценкой риска заражения ВИЧ-инфекцией.

Рассматривая результаты настоящего исследования по вопросу о самооценке риска заражения ВИЧ-инфекцией, можно говорить, что больше половины женщин не имеют самооценку риска заражения, тогда как практически такое же количество женщин находятся в реальном риске заражения ВИЧ.

Результаты проведенного исследования показали, что женщины связывают свою безопасность в отношении риска заражения ВИЧ с наличием или отсутствием постоянного партнера. Так, больше половины женщин из группы не имеющих самооценку риска и риск заражения находятся в браке или в незарегистрированном браке. Женщины, имеющие самооценку риска и риск заражения или только риск заражения, преимущественно никогда не состояли в браке. Соответственно, на формирование самооценки риска оказывает влияние количество партнеров. Опять же, женщины, не находящиеся в риске заражения и не имеющие самооценку риска, по средним показателям количества

партнеров статистически значимо отличались от женщин, имеющих самооценку риска и риск заражения, только риск заражения или только самооценку риска.

Но, несмотря на такое соотношение самооценки риска и риска заражения в группах, все респондентки показали достаточно высокий уровень осведомленности об основных путях передачи вируса и о барьерных методах защиты. Кроме того, участницы исследования демонстрируют важность следования профилактическим мероприятиям в отношении ВИЧ-инфекции. Видимо, осведомленность в данных вопросах не является гарантией безопасного, с точки зрения риска заражения ВИЧ, поведения. Женщина может быть в достаточной степени осведомлена о возможных последствиях незащищенных половых контактов, но при этом практиковать половые контакты без использования средств индивидуальной защиты.

В качестве объяснения такого несоответствия результатов можно предположить, что женщины, зная о возможных последствиях рискованного поведения в отношении ВИЧ, склонны не идентифицировать свое поведение как потенциально рискованное, либо склонны перекладывать ответственность в отношении своего здоровья на партнера.

При изучении характера употребления алкоголя статистически значимых различий между группами обнаружено не было, что говорит о том, что женщины, независимо от наличия или отсутствия самооценки риска и различных форм рискованного поведения употребляют сравнительно одинаковое количество алкоголя. Но при этом была обнаружена тесная связь между уровнем употребления алкоголя и количеством партнеров. Результаты исследования показали, что употребление алкоголя напрямую зависит от количества партнеров, то есть, чем большее количество партнеров у женщины, тем чаще принимается алкоголь, а также увеличивается средняя и максимальная доза в день, также и наоборот, чем чаще и больше женщина употребляет алкоголь, тем сильнее возрастает количество сексуальных партнеров. Таким образом, можно сделать вывод, что алкоголь влияет на снижение самооценки риска и повышает практику рискованных форм поведения.

По результатам исследования, предоставляется возможность выделить ряд личностных черт, характерных для женщин в зависимости от наличия или отсутствия самооценки риска и риска заражения. Женщины всех групп отличаются средним или пониженным уровнем экстраверсии. Уровень сознательности варьируется от средних до низких показателей, что обуславливает высокий процент рискованного поведения и отсутствия самооценки риска. У групп женщин либо только с риском заражения, либо только с самооценкой риска «эмоциональная стабильность» на среднем уровне, а параметр «личностные ресурсы» варьируется от средних до пониженных показателей. Интересным представляется тот факт, что совершенно различные группы: женщины с самооценкой риска и риском заражения и женщины с отсутствием самооценки риска и риска заражения имеют одинаковые показатели по параметрам «эмоциональная стабильность» и «личностные ресурсы» – уровень выше среднего. Если вспомнить, что после объединения потенциально благополучных женщин с женщинами, вовлеченных в коммерческий секс, группу, где нет самооценки риска и риска заражения, составили 20 потенциально благополучных женщин, а остальные 2 – женщины, вовлеченные в коммерческий секс. Группу с самооценкой риска и риском заражения составили 9 женщин вовлеченных, в коммерческий секс и 7 потенциально благополучных женщин. Исходя из этих данных, можно говорить о том, что женщины двух исходных групп не имеют сильных различий по своим личностным характеристикам.

В рамках исследования также выдвигалось предположение о том, что женщины с отсутствием самооценки риска заражения характеризуются выраженной экстернальностью в сфере межличностных отношений и экстернальностью в отношении здоровья и болезней. Другими словами, предполагалось, что женщины, у которых отсутствует самооценка риска заражения, склонны перекладывать ответственность за свое здоровье на какие-либо внешние обстоятельства или на сексуального партнера по сравнению с женщинами, имеющими самооценку риска.

В результате исследования значимых различий между данными шкалами у женщин различных групп обнаружено не было. Все женщины отличались

интернальным типом субъективного контроля в сфере межличностных отношений, но экстернальным типом субъективного контроля в отношении здоровья и болезней. Таким образом, это может свидетельствовать о сходных психологических характеристиках во всех группах женщин или о том, что данный показатель не играет существенной роли в формировании самооценки риска заражения.

Также, в качестве психологических детерминант, которые предположительно могли влиять на формирование самооценки риска в отношении ВИЧ-инфекции, рассматривались временная перспектива будущего и содержание мотивационных объектов.

В результате исследования данных психологических факторов, статистически значимых различий в отношении содержания мотивационных объектов у женщин выявлено не было. Преимущественно, содержание мотивационных объектов направлено на личность, самореализацию и созидательную активность. Что касается временной перспективы будущего, то здесь есть различия между группами. Наиболее интересные показатели были выявлены в группе женщин, только с самооценкой риска и в группе женщин, с самооценкой риска и риска заражения. Группа женщин, имеющих только самооценку риска, поделилась поровну на два временных кода: в течение года и в течение всей жизни. Группа женщин, имеющих самооценку риска и риска заражения, поделилась преимущественно на такие же два кода: 50% – в течение года и 25% – в течение всей жизни. Таким образом, можно говорить, что женщины направленные на временную перспективу далекого будущего склонны беспокоиться о собственном риске заражения, то есть обладают самооценкой риска в отношении ВИЧ-инфекции, в отличие от женщин, не имеющих самооценку риска. Следовательно, самооценка риска заражения напрямую зависит от временной перспективы будущего.

Результаты данного исследования показывают многообразие факторов, принимающих участие в формировании самооценки риска заражения ВИЧ-инфекции. Анализ эмпирических данных показал, что женщины, имеющие самооценку риска заражения ВИЧ, действительно характеризуются рядом специфических поведенческих и психологических особенностей, что

подчеркивает необходимость проведения детальных исследований в данной области.

Результаты исследования подтвердили предположение, что потенциально благополучные женщины не отличаются по психологическим характеристикам от женщин, вовлеченных в коммерческий секс. Поэтому профилактические мероприятия должны направляться не только на данную группу риска в отношении заражения ВИЧ-инфекции, но и активно проводиться среди молодых гетеросексуальных женщин, не являющихся представителями групп риска.

ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) Более половины женщин находятся в риске заражения ВИЧ-инфекцией, при этом более половины из них не оценивают себя в таковом.
- 2) Самооценка риска связана с количеством сексуальных партнеров. Так женщины, находящиеся в постоянных отношениях, как правило, не имели самооценки риска и значительно отличались в меньшую сторону по количеству партнеров в сравнении с группами женщин, имеющих самооценку риска и риск заражения или только риск заражения.
- 3) Все женщины обладают достаточно высоким уровнем знаний о ВИЧ-инфекции, а также демонстрируют адекватные установки по отношению к заболеванию и профилактике, в частности к индивидуальным средствам защиты.
- 4) Женщины во всех группах употребляют сравнительно одинаковое количество алкоголя: в среднем по 2-3 дозы 7-10 раз в месяц. Обнаружена прямая связь частоты употребления и величины дозы алкоголя с количеством партнеров. Таким образом, алкоголь влияет на снижение самооценки риска и повышает практику рискованных форм поведения.
- 5) Женщины, вовлеченные в коммерческий секс и потенциально благополучные женщины сходны по своим личностным особенностям. Они характеризуются высокой эмоциональной стабильностью и личностными ресурсами, а также интернальным типом субъективного контроля в сфере межличностных отношений и экстернальным типом субъективного контроля в отношении здоровья и болезней.
- 6) Содержание мотивационных объектов женщин направлено на самореализацию и созидательную активность. При этом мотивационные объекты четко не локализованы во времени, зачастую временная

перспектива определяется как «в течение года» или «в течение всей жизни».

7) Самооценка риска заражения ВИЧ-инфекцией напрямую зависит от временной перспективы будущего. Женщины, ориентированные на временную перспективу далекого будущего склонны беспокоиться о собственном риске заражения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема ВИЧ-инфекции является острой проблемой для России. С каждым годом фиксируется все больший процент заболеваемости молодых женщин через гетеросексуальные контакты. Поэтому, ВИЧ-инфекция уже не является проблемой только традиционных групп риска. Кроме того, происходит проникновение ВИЧ-инфекции в общую популяцию населения.

В связи с этим, актуальными задачами являются разработка и совершенствование профилактических программ распространения ВИЧ-инфекции половым путем среди женщин. При разработке эффективных профилактических программ необходимо учитывать все значимые факторы, обуславливающие как психологические детерминанты риска заражения, паттерны рискованного поведения, так и самооценку риска в контексте сексуальных отношений, так как субъективная оценка отсутствия риска заражения способствует тому, что женщины не склонны демонстрировать профилактическое и здоровьесберегающее в отношении ВИЧ поведение.

Таким образом, превентивная программа должна включать в себя, как моделирование, так и практическую тренировку реализации профилактического поведения отдельного индивида в различных ситуациях, соответствующих его реальной жизни.

Полученные результаты в рамках данного исследования имеют практическую ценность, и могут быть использованы при разработке профилактических мероприятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). М.: Смысл, 1993. 16 с.
2. Бартлетт Д.Д. Лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа у взрослых. Карманный справочник. М.: Р. Валент. 2011. 120 с.
3. Бартлетт Д.Д., Галант Д., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Р. Валент. 2012. 528 с.
4. Батаршев А.В. Диагностика темперамента и характера. СПб.: Питер, 2006. 368 с.
5. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. М.: Социальное здоровье России. 1994. 224 с.
6. Борзунова Е.М., Сасаров А.В. Практические аспекты контроля ко-инфекции ВИЧ/ТБ среди уязвимых групп населения. М., 2009. 152 с.
7. ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы исследования и превенции и исследований: Учебно-методическое пособие / Под общей редакцией А.В. Шаболтас. СПб.: СПбГУ. Факультет психологии, 2012. 104 с.
8. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство/под ред. Покровского В.В. М.: ГЕОТАР Медиа, 2013. 608 с.
9. ВОЗ: сайт Всемирной организации здравоохранения. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. [Электронный ресурс]. // URL: <http://www.who.int.ru/> (дата обращения: 17.04.2017).
10. Возможность и необходимость оптимизации скрининга населения на ВИЧ-инфекцию / Виноградова Т.Н. и др. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. Т. 4, № 2. С. 101-108.

11. Государственное казенное учреждение здравоохранение Пермского края «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» [Электронный ресурс]. // URL: <http://aids-centr.perm.ru/> (дата обращения 17.04.2017).
12. Гурвич И.Н., Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицян К.Ю. Концептуализация поведения риска с позиции психологической науки // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер.12. Психология. Социология. Педагогика. 2014. Вып. 3. С. 113-120.
13. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД // Социологические исследования. 2004. № 1. С. 82.
14. Дерябина А. С. Исследование мотивационных объектов временной перспективы. Гендерный аспект [Текст] // Психология в России и за рубежом: материалы Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, октябрь 2011 г.). СПб.: Реноме, 2011. С. 43-47.
15. Инфекционные болезни и эпидемиология. Учебник для студентов медицинских вузов/Покровский В.И. (ред). М.: ГЕОТАР Медиа, 2012. 1008 с.
16. Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.07.2016 г.» Санкт-Петербургский центр СПИД. [Электронный ресурс]. // URL: <http://www.hiv-spb.ru/> (дата обращения 17.04.2017).
17. Карвасарский Б.Д., Сарайкин Д.М., Васильева А.В., Абабков В.А., Бочаров В.В., Калинина А.Л., Полторац С.В., Чехлатый Е.И. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента и планирования психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах. СПб НИРНИ им. В.М.Бехтерева, 2011. 31 с.
18. Корнева Л.В., Ходырева Н.В., Шаболтас А.В. О работе кризисного психологического центра для женщин в Санкт-Петербурге // Феминистская теория и практика: Восток-Запад. Материалы международной научно-практической конференции ПЦГИ. СПб., 1996. С. 130-136.

19. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Кошкин А.В., Коновалова С.Г. Влияние употребления алкоголя на рискованное в отношении инфицирования сексуальное поведение молодежи // Эпидемиологические аспекты наркологии. 2004. № 6. С. 44-51.
20. Лаак Я., Бругман Г. Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: оценки и описания / Пер. с англ. М.К. Павлова под ред. Г.В. Бурменская. М.: Книжный дом «Университет», 2003. 112 с.
21. Лечение ВИЧ-инфекции. НИОТ в схемах ВААРТ / под ред. Н.А. Белякова, Н.В. Сизова. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. 2012. №2. 34 с.
22. Либман Г., Макадон Х.Д., ВИЧ-инфекция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 564с.
23. Лиознов Д.А., Коновалова Н.В., Огурцова С.В. Характеристика эпидемии ВИЧ-инфекции в северо-западном федеральном округе РФ // Науч. изд. Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы. СПб.: Человек и его здоровье. 2014. С. 266-268.
24. Методические рекомендации. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. Министерство здравоохранения и социального развития. Хальфин Р.А. N 6834-РХ. 2006. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения 17.04.2017).
25. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб.: Речь. 2004. 392 с.
26. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2004. 608 с.
27. Объединенная Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) Женщины и СПИД: Точка зрения ЮНЭЙДС // Сборник ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта»: «Точка зрения». 1997. 11 с.

28. Официальный интернет-портал Минздрава России о профилактике ВИЧ/СПИДа [Электронный ресурс]. // URL: <http://o-spide.ru/> (дата обращения 17.04.2017).
29. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования / Пер. с англ. М. С. Жамкочьян под ред. В. С. Магуна. М.: Аспект Пресс, 2001. 607 с.
30. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности: методические рекомендации / Авторы-сост.: В.А. Абабков и др. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 50 с.
31. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности: учебное пособие. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. 224 с.
32. РосБизнесКонсалтинг (РБК). [Электронный ресурс]. // URL: <http://www.rbc.ru/> (дата обращения 18.04.2017).
33. Сакевич В.И. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2011 году [Электронный ресурс]. // Демоскоп Weekly. 2011. № 491-492. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2011/0491/reprod02.php> (дата обращения: 01.05.2017)
34. Саламов Г.Г., Диссертация «Особенности распространения инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, среди лиц, занимающихся коммерческим сексом». Федеральный центр СПИД [Электронный ресурс] // URL: <http://www.hivrussia.ru/> (дата обращения 18.04.2017).
35. Социальные и поведенческие особенности людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией / Кольцова О.В., Яковлева Н.Л., Рассохин В.В., Швед А.Г. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. Т.3, № 4. 2011. С. 75-80.
36. Толстых Н.Н. Хронотоп: культура и онтогенез. Смоленск-М.: Универсум,

2010. 312 с.
37. Шаболтас А.В., Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб.: Скифия-принт, 2015. 694 с.
 38. Advances in antiretroviral therapy / Olender S., Wilkin T.J., Taylor B.S., Hammer S.M. // *Top Antivir Med.* 2012. Jun-Jul. Vol. 20 (2). P. 61-86.
 39. Alcohol Use and Sexual Risk Behavior: A Cross-Cultural Study in Eight Countries /World Health Organization. Geneva. 2005. 135 p.
 40. Anderson J.E., Wilson R., Doll L., Jones T.S., Barker P. Condom use and HIV risk behaviors among U.S. adults data from a national survey // *Family Planning Perspectives.* 1999. Vol. 31, Issue 1. P. 24-28.
 41. Barr H.M. & Streissguth A.P. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 25 (2), 2001. P. 283-287.
 42. Bekalu M.A., Eggermont S. The role of communication inequality in mediating the impacts of socioeconomic disparities on HIV / AIDS knowledge and risk perception // *J. Equity Health.* 2014. Feb 10. Vol. 13(1). P. 16.
 43. Burton J. Couples-focused behavioral interventions for prevention of HIV: systematic review of the state of evidence / J. Burton, L.A. Darbes, D. Operario // *AIDS Behavior.* 2010. Vol. 14(1). P. 1-10.
 44. Carvalho F.T. Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV / F.T. Carvalho, T.R. Goncalves, E.R. Faria, J.A. Shoveller, C.A. Piccinini, M.C. Ramos, L.R. Medeiros // *Cochrane Database Syst Rev.* 2011. CD007844.
 45. Cavanaugh C.E., Hansen N.B., Sullivan T.P. HIV sexual risk behavior among low-income women experiencing intimate partner violence: The role of posttraumatic stress disorders // *Aids and Behavior.* 2010. Vol. 14. P. 318-327.
 46. Co-morbidity of infectious and addictive diseases in St. Petersburg and the Leningrad Region, Russia / Krupitsky E.M. et. al. // *Eur Addict Res.* 2006. Vol. 12 (1). P. 12-29.
 47. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa / Morison L. et al. // *AIDS.* 2001. Vol. 32(8). P. 426-432.

48. Correlates of safer sex communication among college students / Dilorio C., Dudley W.N., Lehr S., Soet J.E. // *L. Adv Ners.* 2000 Sep. Vol. 32(3). P. 658-665.
49. Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda / Vander Straten A. et al. // *AIDS.* 1995. Aug. Vol. 9(8). P. 935-944.
50. DiClemente R.J. A randomized controlled trial of an HIV sexual risk reduction intervention for young African-American women / R.J. DiClemente, G.M. Wingood // *JAMA.* 1995. Vol. 274 (16). P. 1271-1276.
51. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia / Aklilu M. et al. // *AIDS.* 2001. Vol. 15. P. 87-96.
52. Glass J.E., Stolley K. *HIV/AIDS. Health and Medical Issues Today.* Santa-Barbara (USA): Greenwood, 2009. 241 p.
53. Graves K.L., Hines A.M. Ethnic differences in the association between behavior with a new partner: an event-based analysis // *AIDS EducPrev.* 1997. Vol. 9. P. 219-237.
54. Hennessy M., Fishbein M. Curtis B., Barrett D. Evaluating the frisk and attractiveness of romantic partners when confronted with contradictory cues // *AIDS Behavior.* 2007. Vol. 11. P. 479-490.
55. HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St. Petersburg, Russia / Kozlov A.P. et al. // *AIDS.* 2006. Vol. 10(6). P. 901-906.
56. HIV risk behavior among women living in low-income, inner-city housing developments / Sikkema K.J. et al. // *Am. J. Public Health.* 1996. Aug. Vol. 86(8). P. 1123-1128.
57. HIV risks of men in methadone maintenance treatment programs who abuse their intimate partners: A forgotten issue / El-Bassel N. et al. // *Journal of Substance Abuse.* 2001. Vol. 13(1-2). P. 29-43.
58. Horne S. Domestic violence in Russia // *American Psychologist.* 1999. Vol. 54. P. 55-61.

59. Hudek-Knezevic J., Kardum I., Krapic N. HIV-transmission knowledge, five-factor personality traits and psychopathy as determinants of risky sexual behaviors // *Review of Psychology*. 2007. Vol. 14, №. 2. P. 139-152.
60. Incidence and prevalence trends of HIV infection in intravenous drug users attending treatment centers in Milan and northern Italy, 1986-1990 / Nicolosi A. et al. // *J. Acqui. Immune Defic. Syndr*. 1992. Vol. 5. P. 365-373.
61. John O.P., Srivastava S. *The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives*. Berkeley: University of California, 1999.
62. Kalichman S.C. Experimental component analysis of a behavioral HIV-AIDS prevention intervention for inner-city women / S. Kalichman, D. Ropma, B. Coley // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. Vol. 64. P. 687-693.
63. Kalichman S.C., Heckman T., Kelly J.A. Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior // *Arch Sex Behav*. 1996. Apr. Vol. 25(2). P. 141-154.
64. Kalichman S. C. *Preventing AIDS: a sourcebook for Behavioral Intervention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998. 240 p.
65. Lyons H., Manning W., Giordano P., Longmore M. *Casual sex among young adults: education Differentials*. Bowling Green State University: The Center for Family and Demographic Research. 2010. 26 p.
66. Lysova A.V., Douglas E.M. Intimate partner violence among male and female Russian university students // *Journal of Interpersonal Violence*. 2008. Vol. 23. P. 1579-1599.
67. McCrae R.R., Costa P.T. Personality trait structure as a human universal // *American Psychologist*. 1997. Vol. 52. № 5. P. 509-516.
68. Mehrotra P., Noar S., Zimmerman R., Palmgreen P. Demographic and personality factors as predictors of HIV/STD partner-specific risk perceptions: Implication for interventions // *AIDS Education and Prevention*. 2009. 21(1). P. 39-54.
69. Misovich S.J., Fisher J.D., Fisher W.A. Close relationships and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological // *Review of General Psychology*, 1997. 1. P. 72-107.

70. O'Brien T.R., Sheffer N., Jaffe H.W. Acquisition and transmission of HIV // The medical management of AIDS (3rd ed.) / eds Sande M.A., Volberding P.A. Philadelphia: Saunders, 1992. P. 3-17.
71. Padian N.S., Shiboski S.C., Jewell N.P. Female-to-male transmission of human immunodeficiently virus // Journal of American Medical Association. 1991. Vol. 266. P. 1664-1667.
72. Patel V.L., Gutnik L.A., Yoskowitz N.A., O'Sullivan L.F., Kaufman D.R. Patterns of reasoning and decision making about condom use by urban college students // AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV. 2006. Vol. 18, Issue 8. P. 918-930.
73. Psychosocial predictors of reported HIV-preventing behavior change among adults in Bulawayo, Zimbabwe | Wilson D., Dubley I., Msimanga S., Lavelle L. // Central African Journal of Medicine. 1991. Vol. 37. P. 196-202.
74. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: A longitudinal study among women receiving methadone / El-Bassel N. et al. // American Journal of Public Health. 2005. Vol. 95. P. 465-470.
75. Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals / Kingsley L.A. et al. // The Lancet. 1987. Vol. 1(8529). P. 345-349.
76. Rosengard C., Clarke J.G., DaSilva K., Hebert M., Rose J., Stein M.D. Correlates of Partner-Specific Condom Use Intentions Among Incarcerated Women in Rhode Island // Perspect Sex Reprod Health. 2005. Vol. 37, Issue 1. P. 32-38.
77. Schmitt D.P. The Big Five Related to Risky Sexual Behaviour Across 10 World Regions: Differential Personality Associations of Sexual Promiscuity and Relationship Infidelity // European Journal of Personality. Eur. J. Pers. 2004. Vol. 18. P. 301-319.
78. Seal D., Agostinelli G. Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes // AIDS Care. 1994. Vol. 6(4). P. 1430-1434.

79. Sex mask: the double life of female commercial sex workers in Mexico City / Castaneda X. et al. // *Cult Med Psychiatry*. 1996. Vol. 20(2). P. 229-247.
80. Sexual Functioning in HIV+ and HIV-injected drug-using women / Meyer-Bahlburg H.F. et al. // *J. Sex Marital Ther.* 1993. Spring. Vol. 19(1). P. 56-68.
81. Sikkema, K.J. Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments / K.J. Sikkema, J.A. Kelly, R.A. Winett, L.J., Solomon, V.A. Carquill, R.A. Roffman, T.L. MacAuliffe, T.G. Heckman, E.A. Anderson, D.A. Waqstaff, A.D. Norman, M.J. Perry, D.A. Crumble, M.B. Marcer // *Am J Public Health*. 2000. Vol. 90(1). P. 57-63.
82. Stickley A., Timofeeva I., Sparen P. Risk factors for intimate partner violence against women in St. Petersburg, Russia // *Violence Against Women*. 2008. Vol. 14. P. 483-495.
83. The «battering syndrome»: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices / McCauley J. et al. // *Annals of Internal Medicine*. 1995. Vol. 123. P. 737-746.
84. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs / Kalichman S.C. et al. // *J. STD AIDS*. 2000. Vol. 10(2). P. 71-75.
85. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide / Pico-Alfonso M.A. et al. // *Journal of Women's Health*. 2006. Vol. 15. P. 599-611.
86. Van der Pligt J., Richard R. Changing adolescent's sexual behavior: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret // *Patient Educ Couns*. 1994. Jul. Vol. 23(3). P. 187-196.
87. Van der Velde F.W., Van der Pligt J., Hooykaas C. Perceiving AIDS-Related Risk: Accuracy as a Function of Differences in Actual Risk // *Health Psychology*. 1994. Vol. 13(1). P. 25-33.
88. *Viral Sex. The Nature of AIDS*. Oxford University Press, New York // Jaap Goudsmit. 1997. 260 p.

89. Wyatt G.E., Carmona V.J., Loeb B.T., Guthrie D., Chin D., Gordon G. Factors affecting HIV contraceptive decision-making among women / *Sex Roles*. 2000. Vol. 42(7/8). P. 495-521.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Анкета

Метод был разработан исследовательской группой Санкт-Петербургского государственного университета (Балашова Т.Н., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н. и др.) совместно с Центром наук о здоровье университета Оклахомы (США) и институтом Нижегородского государственного педагогического университета в 2007-2013 году в рамках гранта «Профилактика Фетального Алкогольного Синдрома (ФАС) и нарушений нейроразвития у детей в России» Grant Number R01AA016234 from the NIH/National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism and Fogarty International Center.

Указаны вопросы, использовавшиеся в текущем исследовании. Нумерация вопросов сохранена.

74. В течение последнего года совершал ли с Вами кто-то насильно какие-либо сексуальные действия?

- Да (переход к в.75) Нет (переход к 77) ОТК

75. Если да: было ли это один раз или больше?

- Один раз Более одного раза

76. Если да: это был знакомый или не знакомый Вам человек? (Отметьте все, что подходит)

- Знакомый Незнакомец ОТК

78. Дата Вашего рождения: Месяц_____ День_____ Год ОТК

- Не знаю

81. Какая из следующих категорий отражает Ваш текущий семейный статус? (Прочитайте категории, отметьте одну)

- Никогда не состояла в браке
 Замужем (в зарегистрированном браке)
 Живем вместе в незарегистрированном браке
 Живу отдельно от супруга, развод не оформлен
 В разводе
 Вдова
 ОТК
 Не знаю

82. Есть ли у Вас дети (биологические) и если есть, то сколько? _____детей

85. Какое у Вас образование?

- Неоконченное среднее
 Среднее (школьный диплом)
 Среднее специальное (диплом техникума или колледжа)
 Неоконченное высшее (студентка)
 Высшее (диплом Магистра)
 Научная степень (кандидат или доктор)
 Не знаю ОТК

86. Работа

- Работаю по найму (по трудовому договору)
- Свой бизнес
- Не имею работы более года (безработная)
- Не имею работы менее года (безработная)
- Домохозяйка
- Студентка
- На пенсии
- На инвалидности
- В отпуске по уходу за ребенком
- Другое, укажите _____
- Не знаю ОТК

87. Какой был доход в среднем на человека в семье за последний год?

(включая зарплату, дополнительные подработки, пенсию, пособия, деньги от частного бизнеса, алименты и т.п. любые денежные доходы)

- Меньше 2000 рублей
- От 2000 до 4000 рублей
- От 4001 до 6000 рублей
- От 6001 до 8000 рублей
- От 8001 до 10000 рублей
- От 10001 до 15000 рублей
- От 15001 до 25000 рублей
- От 25001 рублей и более
- ОТК

Приложение Б

Полуструктурированное интервью

Метод был разработан исследовательской группой Санкт-Петербургского государственного университета (Балашова Т.Н., Шаболтас А.В.) в 2012-2013 году в рамках гранта «Профилактика ФАС/ФАСН у детей в России/Основы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции у женщин». Грант РФФИ/НИН № 12-06-91444-НИЗ_а.

Указаны вопросы, использовавшиеся в текущем исследовании. Нумерация вопросов сохранена.

| | | | |
|-----|---|----|-----|
| 1. | Слышали ли Вы когда-нибудь что-нибудь о ВИЧ или СПИД? | да | нет |
| 2. | Противозачаточные таблетки защищают от ВИЧ | да | нет |
| 3. | Заразиться ВИЧ можно, поцеловав больного человека | да | нет |
| 4. | Наличие венерических заболеваний увеличивает возможность заразиться ВИЧ. | да | нет |
| 5. | Большинство больных ВИЧ выглядят нездоровыми | да | нет |
| 6. | Вы можете заразиться ВИЧ через всего один половой акт с больным человеком | да | нет |
| 7. | Беременная женщина может передать ВИЧ своему ребенку | да | нет |
| 8. | ВИЧ – это проблема в Африке, а не в России | да | нет |
| 9. | Существует лекарство, которое излечивает от ВИЧ/СПИД | да | нет |
| 10. | Латексные презервативы защищают от ВИЧ | да | нет |
| 11. | Большинство больных ВИЧ знают о том, что больны | да | нет |
| 12. | Для того, чтобы заразиться ВИЧ человек должен иметь много сексуальных партнеров | да | нет |
| 13. | Можно заразиться ВИЧ через укусы комара | да | нет |
| 14. | Можно заразиться ВИЧ, если пользоваться совместно с больным ВИЧ посудой, ванной и пр. | да | нет |
| 15. | Только гомосексуалы и наркоманы могут заразиться ВИЧ | да | нет |
| 16. | Нет ничего постыдного в том, чтобы сказать людям, что у Вас или у кого-то в Вашей семье ВИЧ | да | нет |
| 17. | Список людей, больных СПИД, должен быть доступен широкой общественности | да | нет |
| 18. | ВИЧ/СПИД не является наказанием за поведение человека | да | нет |
| 19. | Я бы чувствовала себя непринужденно рядом с людьми, больными ВИЧ | да | нет |
| 20. | Я бы не стала дружить с человеком, больным ВИЧ | да | нет |
| 21. | Люди с ВИЧ должны быть изолированы от общества | да | нет |

| | | | |
|-----|--|----|-----|
| 22. | Не будет ничего страшного, если я заражусь ВИЧ | да | нет |
| 23. | Для меня важно не заболеть ВИЧ | да | нет |
| 24. | Для меня важно следовать профилактическим рекомендациям для того, чтобы избежать заражения ВИЧ | да | нет |
| 25. | Я уверена, что могу защититься от ВИЧ | да | нет |
| 256 | Я стесняюсь покупать презервативы | да | нет |
| 258 | Презервативы препятствуют занятию сексом | да | нет |
| 259 | Презервативы предохраняют людей от заражения ВИЧ | да | нет |
| 260 | Использование презервативов не естественно | да | нет |
| 262 | Презервативы не надежны и часто рвутся | да | нет |
| 263 | Секс ощущается лучше без презервативов | да | нет |
| 264 | Презервативов никогда нет под рукой, когда они нужны | да | нет |
| 265 | Использование презервативов показывает заботу о вашем партнере | да | нет |
| 266 | Презервативы позволяют наслаждаться сексом | да | нет |
| 267 | Большинство презервативов высокого качества | да | нет |
| 268 | Использование презервативов безнравственно | да | нет |
| 269 | Использовать презервативы во время секса в моей культуре абсолютно неприемлемо | да | нет |
| 270 | Анализ на ВИЧ делают преимущественно проституткам и наркоманам | да | нет |
| 271 | Стыдно идти в клинику, чтобы сделать анализ на ВИЧ, потому что меня могут увидеть другие люди | да | нет |
| 272 | Трудно найти место, где делают подобные анализы | да | нет |
| 273 | Сделать анализ на ВИЧ стоит дорого | да | нет |

26. Беспокоитесь ли Вы сейчас, что могли заразиться инфекциями, передающимися половым

путем (ИППП), или ВИЧ из-за чего-то происходящего в Вашей жизни сейчас или за последние 3 месяца?

- Да (к вопросу 27)
- Нет (к вопросу 28)

27. Вы могли заразиться...?

| | |
|--|-----------------|
| | ИППП |
| | ВИЧ |
| | И ВИЧ, и ИППП |
| | Ни ВИЧ, ни ИППП |

28. Беспокоитесь ли Вы сейчас, что Вы могли заразиться инфекциями, передающимися половым путем или ВИЧ из-за чего-то, что было в прошлом?

- Да (продолжайте к 29)
- Нет (переходите к вопросу 30)

29. Вы могли заразиться...? (отметьте одно)

| | |
|--|-----------------|
| | ИППП |
| | ВИЧ |
| | И ВИЧ, и ИППП |
| | Ни ВИЧ, ни ИППП |

Насколько, Вы чувствовали риск или могли бы почувствовать риск из-за...

| | | | |
|-----|---|----|-----|
| 30. | Вашего сексуального поведения сейчас или в прошлом* | да | нет |
| 31. | Вашего употребления наркотиков внутривенно сейчас или в прошлом** | да | нет |
| 32. | переливания Вам крови | да | нет |
| 33. | сексуального поведения Вашего нынешнего партнера с начала ваших отношений или до ваших отношений | да | нет |
| 34. | внутривенного употребления наркотиков нынешним партнером сейчас или в прошлом | да | нет |
| 35. | переливания крови, которое было у нынешнего партнера | да | нет |
| 36. | сексуального поведение Вашего предыдущего партнера, в период когда он был с Вами и до того, как он был с Вами | да | нет |
| 37. | внутривенного употребления наркотиков Вашим предыдущим партнером | да | нет |
| 38. | переливания крови вашему предыдущему партнеру | да | нет |
| 39. | Другое из-за чего чувствую риск (укажите) _____ | | |

Употребляли ли Вы когда-либо наркотические вещества?

- Да (к вопросу 53)
- Нет (к вопросу 64)

| | | Спросите только о наркотиках, которые употреблялись | | Никогда не употребляла |
|-----|---|---|---|------------------------|
| | | Употребляла в последние 12 месяцев? (если да, спросите о 3 месяцах) | Употребляла в последние 12 месяцев? (если да, спросите о 3 месяцах) | |
| 53. | Успокоительные, включая транквилизаторы (напр. валиум, барбитураты или т.п. без рецепта (кроме валерианы и тп.) | | | |
| 54. | Марихуана/конопля | | | |
| 55. | Кокаин/крэк | | | |
| 56. | Амфетамины/ спид, другие психостимуляторы | | | |
| 57. | ЛСД, РСР, “грибы” и другие галлюциногены | | | |
| 58. | Героин (или метадон) | | | |
| 59. | Сильные обезболивающие, например, морфий, кодеин, т.п. не без назначения врача | | | |
| 60. | Экстази | | | |
| 61. | Ингалянты- вдыхаемые например, клей или краска | | | |
| 62. | Другие (впишите) _____ | | | |

5. РЕАЛЬНЫЙ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

64. Были ли у Вас сексуальные отношения с мужчиной за последние 3 месяца?

- Да (переходите ниже)
- Нет (т.е. не было секса с мужчинами за последние 3 месяца, переходите к началу стр. 4)

(Введение к вопросу 65) В последние 3 месяца был ли у Вас основной сексуальный партнер? Под «основным сексуальным партнером» я подразумеваю постоянного, стабильного партнера, с которым было больше сексуальных контактов, чем с кем-нибудь другим за последние 3 месяца.

- Да
- Нет (поставьте 0 в вопросе 65 и переходите в 66)

За последние 3 месяца были ли у Вас другие основные или постоянные сексуальные партнеры?

- Нет (Если, НЕТ, т.е был один основной партнер, внесите 1 в вопросе 65 и переходите к 66)
- Да

Сколько основных или постоянных партнеров у вас было за последние 3 месяца? _____

65. Итак, общее число постоянных партнеров - мужчин за последние 3 месяца было _____ (впишите#). Это примерно так? (Интервьюер, считайте, включая вышеназванного основного партнера) [вставьте # в таблицу]

66. В этом интервью мы разделяем постоянных партнеров и других, не столь постоянных партнеров. Это могут быть мужчина/ы, с которыми у Вас были секс один или лишь несколько раз. Был ли у Вас такой партнер или партнеры в последние 3 месяца?

- Нет (впишите 0 и переходите к 67)
- Да

Сколько непостоянных партнеров было у Вас за последние 3 месяца? (число непостоянного/ых партнеров мужского пола за последние 3 месяца, не включайте постоянных партнеров посчитанных выше)

_____ (впишите#)

67. Итак, за последние 3 месяца, у Вас был/и _____ (впишите) сексуальный партнер-мужчина. (Интервьюер, суммируйте всех и постоянных - из вопроса 65, и непостоянных – из вопроса 66 партнеров) Правильно? [Вставьте # в таблицу]

Раньше Вы сказали что в последние 3 месяца у Вас был/и _____ основных/постоянных партнеров. За последние 12 месяцев были ли еще дополнительные постоянные партнеры? Это может, например, быть кто-то с кем до последних 3 месяцев, были постоянные отношения (если ДА, спросите) Сколько таких дополнительных постоянных партнеров было за последние 12 месяцев?

68. Получается _____ (впишите #) постоянных партнеров за последние 12 месяцев, (это включает тех, кто был уже назван в последние 3 месяца) (внесите в таблицу). Правильно?

69. Сколько в этот период у Вас было непостоянных партнеров с которыми был секс может быть один или всего несколько раз за последние 12 месяцев? _____ (впишите#) (это включает тех, кто был в последние 3 месяца, внесите в таблицу)

70. Итак, все вместе получается _____ (Подсчитайте и впишите#)_партнеров за последние 12 месяцев период (занесите в таблицу). Правильно?

(Интервьюер, заполните таблицу при обсуждении на предыдущих 2 страницах и используйте информацию из таблицы далее при опросе)

Вы сказали, что у вас есть основной сексуальный партнер__ (укажите имя или код основного партнера). Сейчас, я хотела бы спросить Вас об отношениях с этим партнером за последние 3 месяца. В этом интервью понятие «секс» включает в себя вагинальный, оральный и анальный виды секса.

74. Как вы определите ваши отношения с вашим партнером (выберите одну из категорий)?

| | |
|--|------------------------------------|
| | Муж (брак зарегистрирован или нет) |
| | Сожитель |
| | Друг/Молодой человек |
| | Жених |

| | |
|--|---|
| | Любовник |
| | Кто-то, с кем вы занимаетесь сексом ради денег, жилья или чего-то другого |
| | Кто-то, с кем вы начинаете или планируете начать новые взаимоотношения |
| | Другое [напишите] _____ |

78.-80. Когда у вас был секс с вашим основным партнером за последние 3 месяца, Вы использовали презерватив каждый раз?

- Да
- Нет

81.- 85. Использовали ли Вы презерватив в соответствии с инструкцией?

- Да
- Нет

86. Проводилось ли ему когда-либо переливание крови или других продуктов крови?

- Да
- Нет

87. - 88. Были ли у Вашего партнера за последние 3 месяца диагностированы ИППП или непривычные выделения из пениса, жжение при мочеиспускании, генитальные или анальные язвы или бородавки, или другие симптомы, которые могут означать присутствие ИППП?

- Да
- Нет

89. Насколько Вы знаете, есть ли у него ВИЧ, делал ли он анализ на ВИЧ и какой был результат (не предлагайте варианты ответа, слушайте и отметьте одно)

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|---|---------------------------|---------------------------------------|
| — | — | — | — | — |
| ВИЧ или диагноз СПИД | Отрицательный анализ на ВИЧ | Анализ, но Вы не знаете его результат | Не делал анализ на ВИЧ | Не знаю, делал ли он анализ на ВИЧ |

Принимал ли Ваш партнер какие-либо наркотические вещества без назначения врача.

| | | Когда-либо принимал | Принимал за последние 3 месяца | Никогда не принимал |
|-----|---|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 90. | Принимал какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |
| 91. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололся) | | | |

92. С начала Ваших сексуальных отношений с _____ (имя или код), как вы думаете, были ли

у него сексуальные контакты с другими женщинами?

Как бы вы сказали (отметьте одно)

1. У него не было других партнеров
2. Не уверена
3. Я подозреваю, что у него были другие парнеры
4. Я знаю, что у него были другие парнеры

93. Были ли у него когда-нибудь сексуальные отношения с мужчинами

- Да
- Нет

94. Был ли когда-нибудь ваш партнер в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

| За последние 3 месяца, когда вы занимались сексом с _____ (вашим постоянным партнером), употребляли ли Вы... (Ваш партнер) | | Да | Нет |
|--|--|----|-----|
| 9 5. | Вы употребляли алкоголь перед сексом? | | |
| 9 6. | Ваш партнер употреблял алкоголь перед сексом? | | |
| 9 7. | Вы употребляли наркотики перед сексом? | | |
| 9 8. | Ваш партнер употреблял наркотики перед сексом? | | |

ВТОРОЙ ПОСТОЯННЫЙ ПАРТНЕР-МУЖЧИНА

Давайте поговорим об Вашем другом стабильном (постоянном) партнере. с которым у Вас за последние 3 месяца были сексуальные отношения

103. Как бы вы описали свои взаимоотношения с _____ (этим партнером)

[Сборщик данных, слушайте, что отвечает женщина и отметьте в таблице ниже соответствующую категорию, если женщина спросит о категориях, вы можете сообщить их ей]

| | |
|--|---|
| | Муж (браk зарегистрирован или нет) |
| | Сожитель |
| | Друг/Молодой человек |
| | Жених |
| | Любовник |
| | Кто-то, с кем вы занимаетесь сексом ради денег, жилья или чего-то другого |
| | Кто-то, с кем вы начинаете или планируете начать новые взаимоотношения |
| | Другое [напишите] _____ |

107. – 109. Когда у вас был секс с ____ (вторым вашим партнером) за последние 3 месяца, использовали ли Вы презерватив каждый раз?

- Да
- Нет

110. – 114. Использовали ли Вы презерватив в соответствии с инструкцией?

- Да
- Нет

115. Проводилось ли ему когда-либо переливание крови или других продуктов крови?

- Да
- Нет

116. – 117. Были ли у Вашего партнера за последние 3 месяца диагностированы ИППП или непривычные выделения из пениса, жжение при мочеиспускании, генитальные или анальные язвы или бородавки, или другие симптомы, которые могут означать присутствие ИППП?

- Да
- Нет

118. Насколько Вы знаете, есть ли у него ВИЧ, делал ли он анализ на ВИЧ и какой был результат (не предлагайте варианты ответа, слушайте и отметьте одно)
отметьте одно)

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|---|---------------------------|--|
| — | — | — | — | — |
| ВИЧ или диагноз СПИД | Отрицательный анализ на ВИЧ | Анализ, но Вы не знаете его результат | Не делал анализ на ВИЧ | Не знаю, делал ли он анализ на ВИЧ |

Принимал ли Ваш партнер какие-либо наркотические вещества без назначения врача.

| | | Когда-либо принимал | Принимал за последние 3 месяца | Никогда не принимал |
|------|---|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 119. | Принимал какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |
| 120. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололся) | | | |

121. С начала Ваших сексуальных отношений с _____ (имя или код), как вы думаете, были ли у него сексуальные контакты с другими женщинами?

Как бы вы сказали (отметьте одно)

1. У него не было других партнеров
2. Не уверена

- 3. Я подозреваю, что у него были другие партнеры
- 4. Я знаю, что у него были другие партнеры

122. Были ли у него когда-нибудь сексуальные отношения с мужчинами

- Да
- Нет

123. Был ли когда-нибудь ваш партнер в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

| За последние 3 месяца, когда вы занимались сексом с _____ (этим постоянным партнером), употребляли ли Вы... (Ваш партнер) | | Да | Нет |
|---|--|----|-----|
| 124. | Вы употребляли алкоголь перед сексом? | | |
| 125. | Ваш партнер употреблял алкоголь перед сексом? | | |
| 126. | Вы употребляли наркотики перед сексом? | | |
| 127. | Ваш партнер употреблял наркотики перед сексом? | | |

НЕПОСТОЯННЫЕ ПАРТНЕРЫ-МУЖЧИНЫ (ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА)

Далее мы поговорим о Вашем/х менее постоянном/ых партнере/ах за последние 3 месяца, с кем у Вас мог быть секс один или всего несколько раз.

135. – 137. Когда у вас был секс с этим/и партнером/ами за последние 3 месяца, использовали ли Вы презерватив каждый раз?

- Да
- Нет

138. – 142. Использовали ли Вы презерватив в соответствии с инструкцией?

- Да
- Нет

143. Проводилось ли ему/кому либо из этих партнеров переливание крови или иных продуктов крови?

- Да
- Нет

144. – 145. Были ли у него/кого-либо из этих партнеров за последние 3 месяца диагностированы ИППП или непривычные выделения из пениса, жжение при мочеиспускании, генитальные или анальные язвы или бородавки, или другие симптомы, которые могут означать присутствие ИППП?

- Да
- Нет

Принимал ли он/кто-либо из этих партнеров наркотические вещества без назначения врача.

| | | Когда-либо принимал | Принимал за последние 3 месяца | Никогда не принимал |
|------|---|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| 147. | Принимал какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |
| 148. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололся) | | | |

149. С начала Ваших сексуальных отношений с ним/кем-то из этих партнеров, как вы думаете, были ли у него/кого-то из них сексуальные контакты с другими женщинами? Как бы вы сказали (отметьте одно)

1. У него не было других партнеров
2. Не уверена
3. Я подозреваю, что у него были другие парнеры
4. Я знаю, что у него были другие парнеры

150. Были ли у него/кого-то из них когда-нибудь сексуальные отношения с мужчинами?

- Да
- Нет

151. Был ли когда-нибудь ваш партнер в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

| За последние 3 месяца, когда вы занимались сексом с _____ (этим постоянным партнером), употребляли ли Вы... (Ваш партнер) | | Да | Нет |
|---|--|----|-----|
| 152. | Вы употребляли алкоголь перед сексом? | | |
| 153. | Ваш партнер употреблял алкоголь перед сексом? | | |
| 154. | Вы употребляли наркотики перед сексом? | | |
| 155. | Ваш партнер употреблял наркотики перед сексом? | | |

ПАРТНЕРЫ-МУЖЧИНЫ В ПРОШЛОМ

Далее мы поговорим о Ваших прежних партнерах, с кем у Вас были сексуальные отношения за последние 12 месяцев и о которых мы еще не говорили.

163. – 165. Когда у Вас был секс с этим/и партнером/ами всегда ли Вы использовали презерватив?

- Да
- Нет

166. Проводилось ли ему/кому либо из этих партнеров переливание крови или иных продуктов крови?

- Да
- Нет

167. Были ли у него/кого-либо из этих партнеров диагностированы ИППП за последние 3 месяца?

- Да
- Нет

168. Насколько Вы знаете этот партнер/кто-либо из этих партнеров ВИЧ положительный или имеет диагноз СПИД (отметьте одно)

- Да
- Нет

Принимал ли он/кто-либо из этих партнеров наркотические вещества без назначения врача.

| | | Когда-либо принимал | Принимал за последние 3 месяца | Никогда не принимал |
|------|---|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| 169. | Принимал какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |
| 170. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололся) | | | |

171. Были ли у него/кого-то из них когда-нибудь сексуальные отношения с мужчинами?

- Да
- Нет

172. Был ли когда-нибудь ваш партнер в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

ПАРТНЕРЫ ЖЕНСКОГО ПОЛА

173. Был ли у Вас сексуальный опыт с партнерами-женщинами?

- Да
- Нет (переходите к вопросу 256)

174. Были ли у Вас сексуальные отношения с женщиной за последние 3 месяца?

- Да
- Нет (т.е. не было секса с женщинами за последние 3 месяца)

(Введение в вопросу 175) В последние 3 месяца была ли у Вас основная сексуальная партнерша? Под «основным сексуальным партнером» я подразумеваю постоянную, партнершу, с которой секс был чаще, чем с какой-то другой женщиной за последние 3

месяца.

- Да
- Нет (поставьте 0 в вопросе 175 и переходите в 176)

За последние 3 месяца были ли у Вас другие основные или постоянные сексуальные партнеры-женщины?

- Нет (Если, НЕТ, т.е. был один основной партнер, внесите 1 в вопросе 176 и переходите к 176)
- Да

Сколько основных или постоянных партнеров у вас было за последние 3 месяца? _____

175.Итак, общее число постоянных партнеров-женщин за последние 3 месяца было _____ (впишите#). Это примерно так? (Интервьюер, считайте, включая вышеназванного основного партнера) [вставьте # в таблицу]

176.В этом интервью мы разделяем постоянных партнеров и других, не столь постоянных партнеров. Это могут быть женщина/ы, с которыми у Вас были секс один или лишь несколько раз. Был ли у Вас такой партнер или партнеры в последние 3 месяца? _____

(Если НЕТ, впишите 0 и переходите к 177, (Если ДА)

Сколько непостоянных партнеров женщин было у Вас за последние 3 месяца? (число непостоянного/ых партнеров женского пола за последние 3 месяца, не включайте постоянных партнеров посчитанных выше] _____ (впишите#)

177.Итак, за последние 3 месяца, у Вас был/и _____ (впишите) сексуальный партнер-женщина. (Интервьюер, суммируйте всех и постоянных из вопроса 175, и непостоянных из вопроса 176 партнеров) Правильно? [Вставьте # в таблицу]

Раньше Вы сказали что в последние 3 месяца у Вас был/и _____ основных/постоянных партнеров-женщин. За последние 12 месяцев были ли еще дополнительные постоянные партнеры-женщины? Это может, например, быть кто-то с кем до последних 3 месяцев, были постоянные отношения (если ДА, спросите) Сколько таких партнеров-женщин было за последние 12 месяцев?

178.Получается _____ (впишите #) постоянных партнеров-женщин за последние 12 месяцев, (это включает тех, кто был уже назван в последние 3 месяца). Правильно?

179.Сколько в этот период у Вас было непостоянных партнеров, женщин с которыми был секс может быть один или всего несколько раз за последние 12 месяцев? _____ (это включает тех, кто был в последние 3 месяца, внесите в таблицу)

180.Итак, все вместе получается _____ партнеров за последние 12 месяцев (занесите в таблицу). Правильно?

РИСК ПАРТНЕРА – ОСНОВНОЙ ПОСТОЯННЫЙ ПАРТНЕР-ЖЕНЩИНА

Вы сказали, что у вас есть постоянный сексуальный партнер женского пола _____ (укажите имя или код). Сейчас, я хотела бы спросить Вас об отношениях с _____ этой партнершей) за последние 3 месяца. В этом интервью понятие секс между женщинами включает оральный секс, мануальный секс (с использованием рук), или любой другой вид сексуальной активности, включающий в себя прикосновения к гениталиям женщин.

184. Как бы вы описали свои взаимоотношения со своей партнершей (выберите одну

соответствующую категорию) [Интервьюер, слушайте, что отвечает женщина и отметьте ниже, если женщина спросит о вариантах ответа, зачитайте]

| | |
|--|--|
| | Жена(наиболее <u>основной сексуальный партнер и по сравнению С МУЖЧИНАМИ</u>) |
| | Сожительница |
| | Девушка/Подруга |
| | Невеста |
| | Любовница |
| | Кто-то, с кем вы занимаетесь сексом ради денег, жилья или чего-то другого |
| | Кто-то, с кем вы начинаете или планируете начать новые взаимоотношения |
| | Другое (укажите) [напишите]_____ |

188. Когда у вас был секс с _____ за последние 3 месяца всегда ли вы использовали аналог презерватива для женщин?

- Да
- Нет

189. Проводилось ли ей когда-нибудь переливание крови или иных продуктов крови?

- Да
- Нет

190.- 191. Были ли у Вашей партнерши за последние 3 месяца диагностированы ИППП или необычные выделения из вагины, жжение при мочеиспускании, генитальные или анальные язвы или бородавки, или другие симптомы, которые могут означать присутствие ИППП?

- Да
- Нет

192. Насколько Вы знаете, есть ли у нее ВИЧ, делала ли она анализ на ВИЧ и какой был результат?

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|--|
| — | — | — | — | — |
| ВИЧ или диагноз СПИД | Отрицательный анализ на ВИЧ | Анализ, но Вы не знаете его результат | Не делала анализ на ВИЧ | Не знаю, делала ли она анализ на ВИЧ |

Принимала ли Ваша партнерша какие-либо наркотические вещества без назначения врача?

| | | | | |
|------|---|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| | | Когда-либо принимала | Принимала за последние 3 месяца | Никогда не принимала |
| 193. | Принимала какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 194. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололась) | | | |
|------|--|--|--|--|

195. С начала Ваших сексуальных отношений с _____, как вы думаете, были ли у нее сексуальные контакты с другими женщинами?

1. У него не было других партнеров
2. Не уверена
3. Я подозреваю, что у него были другие парнеры
4. Я знаю, что у него были другие парнеры

196. Была ли когда-нибудь она в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

| | | | |
|---|---|----|-----|
| За последние 3 месяца, когда вы занимались сексом с _____ (постоянным партнером женщиной), употребляли ли Вы... (Ваш партнер) | | | |
| | | Да | Нет |
| 197. | Вы употребляли алкоголь перед сексом? | | |
| 198. | Она употреблял алкоголь перед сексом? | | |
| 199. | Вы употребляли наркотики перед сексом? | | |
| 200. | Она употребляла наркотики перед сексом? | | |

ВТОРОЙ ПОСТОЯННЫЙ ПАРТНЕР-ЖЕНЩИНА

205. Как бы вы описали свои взаимоотношения со своей партнершей (выберите одну соответствующую категорию)?

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Жена(наиболее <u>основной сексуальный партнер и по сравнению С МУЖЧИНАМИ</u>) |
| <input type="checkbox"/> | Сожительница |
| <input type="checkbox"/> | Девушка/Подруга |
| <input type="checkbox"/> | Невеста |
| <input type="checkbox"/> | Любовница |
| <input type="checkbox"/> | Кто-то, с кем вы занимаетесь сексом ради денег, жилья или чего-то другого |
| <input type="checkbox"/> | Кто-то, с кем вы начинаете или планируете начать новые взаимоотношения |
| <input type="checkbox"/> | Другое (укажите) [напишите] _____ |

209. Когда у вас был секс с _____ за последние 3 месяца всегда ли вы использовали аналог презерватива для женщин?

- Да
- Нет

210. Проводилось ли ей когда-нибудь переливание крови или иных продуктов крови?

- Да
- Нет

211.- 212. Были ли у Вашей партнерши за последние 3 месяца диагностированы ИППП или необычные выделения из вагины, жжение при мочеиспускании, генитальные или анальные язвы или бородавки, или другие симптомы, которые могут означать присутствие ИППП?

- Да
- Нет

213. Насколько Вы знаете, есть ли у нее ВИЧ, делала ли она анализ на ВИЧ и какой был результат?

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|--|
| — | — | — | — | — |
| ВИЧ или диагноз СПИД | Отрицательный анализ на ВИЧ | Анализ, но Вы не знаете его результат | Не делала анализ на ВИЧ | Не знаю, делала ли она анализ на ВИЧ |

Принимала ли Ваша партнерша какие-либо наркотические вещества без назначения врача?

| | | Когда-либо принимала | Принимала за последние 3 месяца | Никогда не принимала |
|------|--|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 214. | Принимала какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |
| 215. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололась) | | | |

216. С начала Ваших сексуальных отношений с _____, как вы думаете, были ли у нее сексуальные контакты с мужчинами или другими женщинами?

1. У него не было других партнеров
2. Не уверена
3. Я подозреваю, что у него были другие парнеры
4. Я знаю, что у него были другие парнеры

217. Была ли когда-нибудь она в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

За последние 3 месяца, когда вы занимались сексом с вашей постоянной партнершей, употребляли ли Вы... (Ваш партнер)

| | | |
|--|----|-----|
| | Да | Нет |
|--|----|-----|

| | | | |
|------|---|--|--|
| 218. | Вы употребляли алкоголь перед сексом? | | |
| 219. | Она употреблял алкоголь перед сексом? | | |
| 220. | Вы употребляли наркотики перед сексом? | | |
| 221. | Она употребляла наркотики перед сексом? | | |

НЕПОСТОЯННЫЕ ПАРТНЕРЫ-ЖЕНЩИНЫ (ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА)

229. Когда у Вас был секс с непостоянной/ми_партнером/и-женщинами за последние 3 месяца всегда ли Вы использовали средства предохранения?

- Да
- Нет

230. Проводилось ли ей когда-нибудь переливание крови или иных продуктов крови?

- Да
- Нет

231.- 232. Были ли у Вашей партнерши за последние 3 месяца диагностированы ИППП или необычные выделения из вагины, жжение при мочеиспускании, генитальные или анальные язвы или бородавки, или другие симптомы, которые могут означать присутствие ИППП?

- Да
- Нет

233. Насколько Вы знаете эта партнерша/кто-либо из этих партнерш ВИЧ положительны или имеет диагноз СПИД?

- Да
- Нет

Она/кто-либо из этих партнерш употребляли наркотические вещества без назначения врача?

| | | Когда-либо принимала | Принимала за последние 3 месяца | Никогда не принимала |
|------|--|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| 234. | Принимала какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |
| 235. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололась) | | | |

236. С начала Ваших сексуальных отношений с _____, как вы думаете, были ли у нее сексуальные контакты с мужчинами или другими женщинами?

1. У него не было других партнеров
2. Не уверена
3. Я подозреваю, что у него были другие парнеры
4. Я знаю, что у него были другие парнеры

237. Была ли когда-нибудь она в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

За последние 3 месяца, когда вы занимались сексом с ней (этими партнершами), употребляли ли Вы...(Ваша партнерша)

| | | Да | Нет |
|------|---|----|-----|
| 238. | Вы употребляли алкоголь перед сексом? | | |
| 239. | Она употреблял алкоголь перед сексом? | | |
| 240. | Вы употребляли наркотики перед сексом? | | |
| 241. | Она употребляла наркотики перед сексом? | | |

ПАРТНЕРЫ-ЖЕНЩИНЫ В ПРОШЛОМ

249. Когда у вас был секс с этой партнершей/ми, всегда ли Вы использовали средства предохранения?

- Да
- Нет

250. Проводилось ли ей/кому-либо из этих партнерш переливание крови или иных продуктов крови?

- Да
- Нет

251. Были ли у Вашей партнерши за последние 3 месяца диагностированы ИППП?

- Да
- Нет

252. Насколько Вы знаете этот партнерша/кто-либо из этих партнерш ВИЧ положительный или имеет диагноз СПИД?

- Да
- Нет

Она/кто-либо из этих партнерш употребляли наркотические вещества без назначения врача?

| | | Когда-либо принимала | Принимала за последние 3 месяца | Никогда не принимала |
|------|---|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| 253. | Принимала какие-либо наркотические препараты без назначения врача | | | |

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 254. | Любые из этих препаратов вводились в посредством инъекций (кололась) | | | |
|------|--|--|--|--|

255. Была ли когда-нибудь она в заключении (в тюрьме)?

- Да
- Нет

6. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В целом, насколько следующие люди или факторы влияют или могли бы повлиять на Ваше отношение к профилактике СПИД и Ваше поведение. Выберите ответ, который описывает Ваше мнение или чувства.

| | | Влияет | Не влияет |
|------|--|---------------|------------------|
| 274. | Мнение мужа/партнера | | |
| 275. | Советы друзей | | |
| 276. | Совет матери | | |
| 277. | Совет отца | | |
| 278. | Советы других родственников | | |
| 279. | Наличие ВИЧ позитивного друга или родственника | | |
| 280. | Рекомендации врача | | |
| 281. | Опыт ВИЧ инфицированного человека, о котором он говорил публично | | |
| 282. | Выступление известного человека о проблеме ВИЧ | | |
| 283. | Программа на телевидении или радио | | |
| 284. | Информация на интернете | | |
| 285. | Брошюры или плакаты в поликлинике или женской консультации | | |
| 286. | Медицинская литература | | |
| 287. | Участие в групповой дискуссии медиков и женщин о проблеме ВИЧ | | |
| 288. | Участие в дискуссии интернет-группы | | |
| 289. | Участие в информационном семинаре по проблеме ВИЧ | | |
| 290. | Занятия в школе | | |
| 291. | Заявление правительства | | |
| 292. | Другое (впишите что) _____ | | |
| 293. | Другое (впишите что) _____ | | |

294. Вы когда-нибудь проходили анализ на ВИЧ?

- Да (переход к в. 296)
- Нет (переход к в. 295, далее к в. 307)

295. Что препятствует или препятствовало прохождению Вами анализа на ВИЧ?

| | |
|---|--|
| Не считаю себя в зоне риска | |
| Не знаю где можно пройти тест на ВИЧ/СПИД | |
| До или после тестовое сопровождение не нравится или не хочу уделять этому время | |
| Страх раскрытия/опасения в утрате конфиденциальности | |
| Уходит очень много времени на получение результатов | |
| Боязнь положительного результата | |
| Опасения дискриминации по ВИЧ, в случае положительного результата | |
| Тестирование слишком дорого стоит | |
| Лечение слишком дорого стоит | |
| Укол в вену – боюсь уколов | |
| Убежденность в том, что другие увидят меня во время тестирования | |
| Другое _____ | |

296. Сколько раз в жизни вы делали анализ на ВИЧ? _____

298. Какая была основная причина почему Вы решили сдать анализ на ВИЧ?

| Отметьте все, что подходит | |
|---|--|
| Для защиты против ВИЧ/СПИД | |
| Хотела прекратить использовать презервативы | |
| Хотела завести ребенка | |
| Требование на работе | |
| Требование из-за беременности | |
| Заболела ИППП/у партнера нашли ИППП | |
| Узнала больше о ВИЧ/ИППП/ получила информацию | |
| Новый партнер | |
| Увеличилось осознание риска | |
| Профилактическая программа | |

| | |
|---|--|
| Влияние партнера | |
| Влияние друга/члена семьи | |
| Оказалась в ситуации возможного заражения ВИЧ | |
| Другое _____ | |

299. Вы вернулись, чтобы узнать результаты анализа?

- Да, знаю результат
- Нет, не знаю результат [Перейти к 307]

300. Вы чувствуете себя достаточно комфортно, чтобы поделиться со мной?

- Фрукт (переходите к 301)
- Овощ (переходите к 307)
- Отк

301. (Есть ли есть основной партнер, спросите) Поделились ли Вы результатами со своим основным партнером?

- Нет
- Да
- Нет партнера

302. (Есть ли есть другие партнеры, спросите) Поделились ли Вы результатми со своим/и другими партнером/ами?

- Нет
- Да
- Нет партнера

303. (Если фрукт спросите:) Получаете ли Вы сейчас какое-либо лечение фруктовое?

- Да (переходите к 304)
- Нет[переходите к 305]

304. Какое лечение Вы получаете сейчас?

| | да | нет |
|---|----|-----|
| Фруктово-витаминное (уточните лекарство) _____ | | |
| Другое (уточните, напишите) _____ | | |

(Если ДА – получает лечение, Переходите к 307)

305. (Если 304 НЕТ -не получает лечение сейчас) Почему Вы не получаете фруктовое лечение? (переходите к 307)

306. (Если фрукт и 304 НЕТ), Вы не получаете лечение сейчас, получали ли Вы фруктовое лечение когда-нибудь раньше?

- Да
- Нет (Переходите к вопросу 307]

307. Планируете ли Вы

(если 294 – Да, т е был тест) повторить тест на ВИЧ в ближайшие 12 месяцев?

(если 294 – НЕТ, т е не было теста) сделать тест на ВИЧ в ближайшие 12 месяцев?

- Да
- Нет

312. От кого или из каких источников Вы узнали/получили информацию про ВИЧ?

| | |
|--|--|
| Муж/партнер | |
| Друзья | |
| Мать | |
| Отец | |
| Другие родственники | |
| Врач | |
| Человек, страдающий от ВИЧ, делился опытом | |
| Знаменитый человек говорил о ВИЧ | |
| Программа на телевидении или радио | |
| Информация из интернета | |
| Брошюры или плакаты | |
| Медицинская литература | |
| Участвовала в дискуссии в интернете | |
| Лекция в школе или университете | |
| Государственный отчет | |
| Другое (Уточните): _____ | |

314. В последние 3 месяца, что из нижеперечисленного вы делали, чтобы предохранить себя от ИППП и ВИЧ за последние 3 месяца?

| | |
|---|--|
| Использовала презервативы с основным партнером | |
| Использовала презервативы со случайным партнером | |
| Мы использовали прерванный половой акт | |
| Был только один моногамный партнер (т.е. оба партнера имели секс только друг с другом) | |
| Не занималась сексом (вагинальным, анальным, оральным) | |
| Избегала секса с партнером, потому что была озабочена тем, что у него может быть ИППП или ВИЧ | |

| | |
|---|--|
| Прервала отношения с партнером, потому что он не хотел использовать презервативы или сдать анализ на ИППП или ВИЧ | |
| Я прошла тест на ВИЧ | |
| Мой партнер прошел тест на ВИЧ | |
| Мы оба решили и прошли тест на ВИЧ вместе | |
| Мы оба прошли тест дважды | |
| Ничего не делала_ | |
| Другое (уточните, пожалуйста)_____ | |

Приложение В Метод «Календарь»

Номер участницы _____

ОТ: _____ / _____ / _____

ДО _____ / _____ / _____

День Месяц Год

День Месяц Год

| ОКТЯБРЬ | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| П | В | С | Ч | П | С | В |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

| НОЯБРЬ | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| П | В | С | Ч | П | С | В |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | | | | |

| ДЕКАБРЬ | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| П | В | С | Ч | П | С | В |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

| ЯНВАРЬ | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| П | В | С | Ч | П | С | В |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

© Исследовательская группа профилактики ФАС
Санкт-Петербургский Государственный университет
Нижегородский Государственный Педагогический Университет
Центр наук о здоровье университета Оклахомы

Приложение Г

Личностный опросник «Большая пятерка»

Ниже Вы увидите 30 слов, которые отражают определенные качества и характеристики человека. Мы просим Вас указать, в какой степени эти характеристики относятся к Вам, Каким Вы видите себя в сравнении с другими людьми? Постарайтесь дать честный ответ даже в тех случаях, когда характеристика Вам не слишком приятна. Не существует хороших или плохих ответов. Важно лишь то, каким Вы себя считаете.

Свои ответы распределите от «Совсем не относится ко мне», до «Полностью относится ко мне».

| Совсем не относится ко мне | Не относится ко мне | Скорее не относится ко мне | Трудно определить, относится это ко мне или нет | Скорее относится ко мне | Относится ко мне | Полностью относится ко мне |
|----------------------------|---------------------|----------------------------|---|-------------------------|------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| дружелюбный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| творческий (наделенный богатым воображением) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| раздражительный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| небрежный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| сдержанный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| глубокий | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| нервный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| старательный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| спокойный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| помогающий | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| обидчивый | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| организованный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| закрытый (интровертированный) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| разносторонний | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| сердечный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| основательный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| общительный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| современный (легко воспринимающий новое) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| сотрудничающий | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| тревожный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| робкий | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| приятный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| артистичный («художественная натура») | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| боязливый | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| четкий | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| нелюдимый | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| систематичный | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| сочувствующий | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| возбудимый | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| созидающий (креативный, творческий) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Приложение Д

Метод оценки уровня субъективного контроля (УСК)

Инструкция

Ответьте пожалуйста на поставленные вопросы, используя (отмечая на бланке) одну из градаций 7-балльной шкалы

- «+3» согласен полностью
- «+2» согласен частично
- «+1» скорее согласен, чем не согласен
- «-1» скорее не согласен, чем согласен
- «-2» не согласен частично
- «-3» не согласен полностью

Текст Опросника

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного обстоятельства, чем от способностей и усилий человека.
2. Большинство разводов происходит оттого, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь – дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатию других людей.
7. Внешние обстоятельства — родители и благосостояние — влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда полностью контролируются действия подчиненных, а не полагаются на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе чаще зависели от случайных обстоятельств (например, от настроения учителя), чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то я, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь они все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Дети вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случаи или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я стараюсь не планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и степени подготовленности.

20. В семенных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определять, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моей болезни или болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своем деле.
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
26. Я часто думаю, что ничего не могу изменить в сложившихся отношениях в семье.
27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.
28. На подрастающее поколение влияет так много разных обстоятельств, что усилия родителей по воспитанию детей часто оказываются бесполезными.
29. То, что со мной случается, — это дело моих собственных рук.
30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают так, а не иначе.
31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего не проявил достаточно усилий.
32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что я хочу.
33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще всего были виноваты другие люди, чем я сам.
34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно его одевать.
35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы разрешатся сами собой.
36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.
37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.
38. Мне всегда трудно было понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.
39. Я всегда предпочитаю принять решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.
40. К сожалению, заслуги человека остаются непризнанными, несмотря на все его старания.
41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.
42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.
43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.
44. Большинство неудач в моей жизни произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

Приложение Ж

Метод мотивационной индукции Ж. Нюттена

Данная часть опросника состоит из словосочетаний, например «Я хочу...», «Я боюсь...». Каждое из этих словосочетаний представляет собой начало предложения. Мы просим Вас закончить каждое предложение, относя написанные слова к себе самой. Так, если взять первый из приведенных примеров, то его продолжением будет указание на то, чего Вы лично действительно хотите.

Вам не надо долго думать над каждым предложением, просто запишите то, что приходит в голову. Важна не грамматическая правильность предложения, а указание реальных объектов Ваших желаний, планов, намерений и т.д.

Мы понимаем, что люди не любят говорить другим о том, чего они хотят или боятся. Для нашего исследования неважно знать имена людей, завершающих предложения, но важно, чтобы он делали это искренне и неформально. Мы полностью гарантируем Вам, что никто не будет пытаться определить, кто написал тот или иной ответ. Вы можете без колебаний выражать свои глубоко личные и интимные желания или страхи, даже когда они могут показаться социально неприемлемыми. Единственное условие заключается в том, что они есть внутри Вас или время от времени приходят Вам в голову.

У Вас может сложиться впечатление, что напечатанные фразы повторяются под разными номерами. Это сделано для того, чтобы дать Вам возможность указать несколько мотивирующих объектов. Если такое впечатление похожести фраз у Вас возникает, не пытайтесь вспомнить или посмотреть, что Вы написали раньше, а просто запишите то, что приходит Вам в голову, когда Вы читаете каждую новую фразу.

1. Я надеюсь...
2. Я работаю над...
3. Я ужасно хочу...
4. Наибольшее удовольствие я получу, если..
5. Я стремлюсь к...
6. Я хочу...
7. Я боюсь, что...
8. Когда-нибудь я...
9. Я пытаюсь...
10. Я страстно желаю...
11. Я буду рад, если...
12. Я ужасно хочу уметь...
13. Я мечтаю о том, что...
14. У меня есть определенное намерение...
15. Наихудшим наказанием для меня...
16. Я действительно хочу...
17. Я прилагаю усилия для...
18. У меня сильное стремление к...
19. Лучшей наградой для меня будет...
20. Я хотел бы быть способным...
21. Мне очень понравилось бы...
22. Я готовлюсь...
23. Я буду очень счастлив...

24. Я готов...
25. Я ожидаю...
26. Я сделаю все возможное, чтобы...
27. Я опасюсь...
28. Долгое время я ожидал...
29. Я сделаю все зависящее от меня, чтобы...
30. Я буду вполне доволен, если...
31. Моя большая надежда – это...
32. Я ничего не пожалел бы для...
33. Я сожалею о...
34. Я принял решение...
35. Я больше всего готов к...
36. Любой ценой я хочу...
37. Мое самое большое желание – это...
38. Я определенно хочу...
39. Я желаю как можно скорее...
40. Я прилагаю максимум усилий...