



Исследование интернализированной гомонегативности



Eurasian Coalition
on Male Health

Шестаковский А., Касянчук М. Исследование интернализированной гомонегативности (внутренней гомофобии) : Аналитический отчёт / Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ). – Таллинн, 2018. – 161 с.



Публикация подготовлена и опубликована в рамках региональной программы «Право на здоровье», реализуемой Евразийской коалицией по мужскому здоровью (ЕКОМ) при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

ЕВРАЗИЙСКАЯ КОАЛИЦИЯ ПО МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

**ИССЛЕДОВАНИЕ
ИНТЕРНАЛИЗИРОВАННОЙ
ГОМОНЕГАТИВНОСТИ
(ВНУТРЕННЕЙ ГОМОФОБИИ)**

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ

**АЛЕКСЕЙ ШЕСТАКОВСКИЙ
МАКСИМ КАСЯНЧУК**

ТАЛЛИНН
2018

Оглавление

Список сокращений	6
Благодарности	7
Резюме	8
1. Вступление	12
2. Данные и методы	14
2.1. Дизайн исследования	14
2.2. Опросник	14
2.3. Соображения этики и конфиденциальность	15
2.4. Сбор данных	16
2.5. Методы анализа данных	21
3. Социально-демографические характеристики	24
3.1. Сексуальная ориентация и её открытость	24
3.2. Возраст, образование и занятость	24
3.3. Брак и сожительство	30
3.4. Место проживания	31
3.5. Религиозность	31
3.6. Участие в работе НПО	34
Выводы	35
4. Интернализированная гомонегативность и её измерение	36
4.1. Понятие интернализированной гомонегативности	36
4.2. Как интернализированная гомонегативность связана с сексуальным здоровьем MSM	37
4.3. Исследования интернализированной гомофобии, её последствий и связанных факторов в ЦВЕЦА	38
4.4. Краткая шкала интернализированной гомонегативности	40
4.5. Результаты проверки валидности КШИГ	42
4.6. Одномерные распределения пунктов шкалы	43
4.7. Сравнение среднего уровня интернализированной гомонегативности между странами	44
4.8. Факторы, связанные со шкалой гомонегативности	47
Выводы	52
5. Секс, рискованное поведение и использование презервативов	54
5.1. Секс с мужчинами за полгода до исследования	54
5.2. Использование презервативов	58

5.3.	Опыт коммерческого секса	62
5.4.	Употребление алкоголя во время секса и использование презервативов	64
5.5.	Связи рискованного поведения и интернализированной гомонегативности	65
5.6.	Факторы использования презерватива при последнем сексе	76
	Выводы	76
6.	ВИЧ-статус и тестирование на ВИЧ, ИППП и гепатиты	81
6.1.	Осведомлённость о месте, где можно пройти тест на ВИЧ	81
6.2.	Тестирование на ВИЧ	81
6.3.	ВИЧ-статус	82
6.4.	Возможность тестирования на ИППП и гепатиты	82
6.5.	Связи тестирования с интернализированной гомонегативностью	85
6.6.	Тестирование на ВИЧ, интернализированная гомонегативность и дополнительные факторы: статистическое моделирование	85
	Выводы	90
7.	Охват услугами МСМ-сервиса	93
7.1.	Доступность МСМ-сервисных НПО	93
7.2.	Охват МСМ-сервисными услугами: сравнение всех опрошенных и имеющих доступ к НПО	94
7.3.	Доступность отдельных услуг для МСМ разных стран	94
	Азербайджан	97
	Армения	98
	Беларусь	99
	Грузия	101
	Казахстан	102
	Кыргызстан	103
	Литва/Эстония	103
	Россия	103
	Украина	103
	Сравнительный охват услугами в разных странах	111
7.4.	Связь между получением услуг и интернализированной гомонегативностью	111
7.5.	Получение услуг, гомонегативность и дополнительные факторы: статистическое моделирование	115
	Выводы	120
8.	Права человека для ЛГБТ и активизм	122
8.1.	Желание участвовать в работе НПО для геев и бисексуалов	122
8.2.	Поддержка прав ЛГБТ	125
8.3.	Проявления ЛГБТ-активизма	128
	Индекс ЛГБТ-активизма	135
	Связь ЛГБТ-активизма и ИГ	135
	Выводы	136

9. Ограничения исследования	139
10. Общие выводы и рекомендации	140
10.1. Интернализированная гомонегативность и здоровье МСМ	140
10.2. Рискованное поведение, профилактика ВИЧ и ЛГБТ-активизм	142
10.3. Другие факторы рискованного поведения, тестирования на ВИЧ и получения МСМ-сервисных услуг	143
10.4. Рекомендации	144
Список литературы	146
А. Установление конструктивной валидности и согласованности КШИГ	154
Согласованность по критерию α Кронбаха	154
Мультигрупповой КФА для разных языковых версий шкалы в странах	155
Мультигрупповой КФА для отдельных стран	158

Список сокращений

(95%) ДИ	(95-процентный) доверительный интервал
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЕКОМ	Евразийская коалиция по мужскому здоровью
ЗО	Затрудняюсь ответить
ИГ	Интернализованная гомонегативность
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путём
КШИГ	Краткая шкала интернализованной гомонегативности
(МГ)КФА	(Многогрупповой) конфирматорный факторный анализ
ЛГБ(ТИ)	Лесбиянки, геи, бисексуалы (транс* и интерсекс люди)
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
ОШ	Отношение шансов
СО	Сексуальная ориентация
ЦВЕЦА	Страны Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии
N	Количество опрошенных

Благодарности

Это исследование было бы невозможным, если бы не ряд людей и организаций.

За постоянную поддержку и помощь от начала и до конца исследования мы благодарим сотрудников ЕКОМ: исполнительного директора Виталия Джуму, Елену Герман, Александра Палуяна, Паату Сабелашвили, Эрику Черкашину.

Мы благодарим сервис онлайн-исследований VirtualExS.ru и его руководителя Валерия Козарука за любезное разрешение бесплатно воспользоваться всеми его возможностями для организации онлайн опроса.

Перевод анкеты на 12 языков потребовал усилий многих людей: Светланы Валько, Арамазда Галамкаряна, Мамикона Овсепяна, Ованеса Мадояна, Нины Карапетянц, Лилит Тадевосян, Исмаила Джалилова, Вафы, Кахабера Кепуладзе, Серго Чихладзе, Римы Бярташавичюте, Валерии Кораблёвой, Хели Саар, Кристи Рюитель, Луиса Виренги, Ноября Кенжегараева, Гульзады Сержан, Ягдара Тореханова, Темира Калбаева, Шухрата Саидова, Фариштамох Гуловой, Петру Негуры, Фаны Алексовской, Зденки Виденовой, Андрея Богославца, Александра Надтоки, Тараса Цимбала. Укажем, чтобы не повторяться, что многие из них помогали и на других этапах исследования.

Программирование анкеты на всех языках на сервере осуществилось быстрее благодаря усилиям Марии Шестаковской.

Вряд ли мы смогли опросить такое множество респондентов без помощи сервиса знакомств Hornet, президента Hornet Networks Ltd. Шона Хауэлла и старшего специалиста по стратегиям и инновациям в сфере здоровья Алекса Гарнера, а также сервисов BlueSystem и Grindr. Их роль в исследовании невозможно переоценить.

Отдельное спасибо за консультации при составлении анкеты, помощь в рекрутинге респондентов следующим людям: Эльхану Багирову, Камряну Рзаеву (Азербайджан); Олегу Ерёмину, Андрею Завалею, Николаю Кацуку, Александру Шаблыко (Беларусь); Акселю Шмидту (Великобритания); Ульриху Маркусу (Германия); Амиру Шайкежанову (Казахстан); Мирославу Бингелю, Томасу Витаутасу Раскявичюсу, Раминте Штуките (Литва); Вячеславу Муляру (Молдова); Андрею Белоглазову и Татьяне Казанцевой (Россия); Александру Виноградову, Александру Зинченкову, Андрею Маймулахину, Яне Сазоновой, Святославу Шеремету, Андрею Чернышёву и сотрудникам ОО “Альянс.Глобал” (Украина); Лачину Алиеву, Раулю Линнеманну, Маргарите Мустафиной, Александру Остапенко, Екатерине Смирновой (Эстония).

Предварительные результаты опроса были представлены на встрече Региональной рабочей группы по стратегической информации в рамках проекта 12–14 сентября 2017 г. в Таллинне, Эстония. Авторы благодарны участникам встречи за комментарии и за дополнительные усилия по рекрутингу респондентов.

Исследование финансировалось Глобальным фондом в рамках проекта ЕКОМ “Право на здоровье”.

И, конечно же, мы благодарны каждому участнику опроса. Мы надеемся, что ваши ответы, обобщённые в этом отчёте, смогут улучшить ситуацию с правом на здоровье для всех мужчин региона, которые практикуют секс с мужчинами.

Резюме

Цели и дизайн исследования. Интернализированная гомонегативность (ИГ) является важным фактором, связанным с худшим здоровьем МСМ и недостаточным их доступом к соответствующим услугам. ИГ можно определить как негативное отношение к собственной гомосексуальности, усвоенное самими МСМ в гомофобных обществах. Существующие исследования однозначно говорят о том, что ИГ является барьером на пути к тестированию на ВИЧ, охвату услугами профилактики ВИЧ и участию в работе организаций для геев и бисексуалов. Также существуют отдельные свидетельства, что ИГ прямо или непрямо способствует рискованным сексуальным практикам среди МСМ. Однако в регионе ЦВЕЦА проводилось очень мало исследований этой темы.

С целью систематически исследовать уровень ИГ и её связей со здоровьем МСМ, профилактикой ВИЧ и возможной мобилизацией для адвокации своего права на здоровье, Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ) инициировала это исследование.

Кросс-секционный интернет-опрос прошёл с 12 августа по 2 октября 2017 года. Он охватил МСМ 12 стран: Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Литвы, Казахстана, Кыргызстана, Македонии, Молдовы, России, Украины и Эстонии. Предполагалось также получить данные из Таджикистана, однако в нём не удалось привлечь достаточно респондентов. Продвижение опроса осуществлялось через сервисы знакомств Hornet, BlueSystem.org, Grindr, а также партнёрские сайты и НПО. Окончательная аналитическая выборка составила 8239 опрошенных. Более половины из них — опрошенные из России, достаточно большие выборки также получились в Украине и Беларуси. В остальных странах удалось опросить очень мало МСМ (от 54 до 223 человек). Выборка была удобной (convenience), следовательно, не является статистически репрезентативной для популяций МСМ указанных стран.

Примерно две трети выборки составили гомосексуалы, ещё четверть — бисексуалы, и ещё до 10% не определили себя в этих терминах. Подавляющее большинство респондентов — молодые, высокообразованные, экономически активные, малорелигиозные жители больших городов, никогда не состоявшие в браке. Также в странах с маленькой выборкой наблюдалось смещение в сторону участников НПО для геев и бисексуалов вследствие особенностей рекрутинга.

Интернализированная гомонегативность и её связи со здоровьем, профилактикой ВИЧ и мобилизацией для защиты права на здоровье. Средний уровень ИГ среди опрошенных во всех странах оказался низким. Доминировало принятие гомосексуальности и себя как гомосексуала. Весьма вероятно, что мужчины, плохо относящиеся к тому, что они не гетеросексуалы, реже знакомятся с другими мужчинами через Интернет, участвуют в НПО для геев и бисексуалов и принимают участие в подобных исследованиях. Поэтому исследование могло недооценить реальный уровень ИГ.

Между странами наблюдались значимые различия, хоть и не очень большие содержательно. Самый низкий уровень ИГ наблюдался среди респондентов Македонии и Лит-

вы/Эстонии (которые мы объединили для анализа). Самый относительно высокий уровень ИГ был зарегистрирован в Кыргызстане, Казахстане и России.

Более высокая ИГ наблюдалась у бисексуалов, гетеросексуалов и опрошенных с другой идентичностью по сравнению с гомосексуалами, а также у тех, чьё предпочтение мужчин было меньше известно окружающим. Кроме того, для примерно половины стран была значимой связь большей религиозности с большей ИГ.

В результате исследования была апробирована и валидизирована Краткая шкала интернализированной гомонегативности, одна из наиболее популярных на сегодня методик измерения ИГ [1]. Наш перевод можно использовать в дальнейших исследованиях.

Прямой связи между ИГ и использованием презерватива при последнем анальном сексе не было обнаружено. Мы указали на ряд потенциальных связей, которые являются разнонаправленными и опосредованными, и которые стоит исследовать подробнее.

В то же время более высокая ИГ связана с худшим охватом мероприятиями по профилактике ВИЧ-инфекции. Она снижает шансы знать, где пройти тест на ВИЧ, и шансы на его прохождение в предшествующие 12 месяцев. Кроме того, она снижает шансы на получение большинства услуг, необходимых для МСМ, включая такие стандартные как получение бесплатных презервативов или информации о сексуальном здоровье.

ИГ снижает вероятность и желание участвовать в работе организаций для геев и бисексуалов. Также она снижает поддержку защиты прав для ЛГБТ и участие в действиях по защите ЛГБТ от дискриминации и насилия.

Остальные результаты. Ответы респондентов касательно сексуального поведения, тестирования на ВИЧ и ВИЧ-статуса, охвата профилактическими услугами, участия в НГО и защиты прав представляют отдельный интерес. Везде, где это имело смысл, приведены распределения ответов в отдельных странах. Различия нередко являются существенными. Резюмируем ключевые результаты.

У примерно половины опрошенных в Македонии, странах Балтии, Молдове и Кыргызстане последний секс был с постоянным партнёром, и примерно у половины — со случайным. В других странах случайные партнёры в той или иной степени преобладали. У большинства опрошенных количество случайных партнёров за полгода варьировало от 0 до 3. При этом при наличии постоянных партнёров количество случайных заметно меньше. Опыт коммерческого секса также сравнительно распространён.

Использование презерватива во время последнего анального секса остаётся недостаточным. Оно заметно варьирует между странами и составляет от 50 до 82% среди всех партнёров. Оно несколько выше, если брать только секс с непостоянными партнёрами.

Остаются проблемы с доступом к презервативам. В зависимости от страны 60–70% опрошенных никогда не имели проблем с доступом к презервативам, в то время как до 10% имели их в течение последнего месяца.

Употребление алкоголя во время секса можно назвать не таким уж и частым. Как правило, больше половины опрошенных его либо не употребляли, либо употребляли очень редко в предшествовавшие полгода. Однако те, кто часто или всегда употребляют алкоголь во время секса, склонны реже использовать презерватив, в том числе со случайными партнёрами.

Не все, но большинство опрошенных практически во всех странах знают, где пройти тестирование на ВИЧ. В последний год тестировались многие, но далеко не все опрошенные (от 42 до 66%). Распространённость ВИЧ среди тех, кто прошёл тестирование и знает результат, составила от 4 до 12% в зависимости от страны.

Говоря об оказании неправительственными организациями услуг для МСМ, стоит начать с очень неравномерного и в целом недостаточного доступа к самим организациям. В зависимости от страны, от 16% (в России) до 70% (в Македонии) знали релевантную организацию в зоне доступности. При этом доступность НПО среди опрошенных стран с маленькими выборками, вероятно, переоценена.

Соответственно, недостаточным и очень неравномерным является и охват услугами для МСМ. Самые оказываемые услуги — информирование о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье, тестирование на ВИЧ, раздача бесплатных презервативов и лубрикантов.

Следует отметить, что на менее оказываемые услуги, начиная от организации совместных мероприятий до юридических консультаций, по-видимому, есть большой неудовлетворённый спрос: большинство ответило, что их не получали, но хотели бы получать.

Существует заметный неиспользованный потенциал для участия МСМ в организациях для геев и бисексуалов и для адвокации прав ЛГБТ. Также большинство респондентов поддерживают открытую защиту прав ЛГБТ. Если говорить об отдельных проявлениях ЛГБТ-активизма, то самыми распространёнными были оказание помощи ЛГБТ, пострадавшим от насилия или дискриминации и подписание петиций. Однако этот потенциал, видимо, далеко не одинаков в разных странах.

Помимо связей с ИГ, имеет смысл сказать о следующих факторах.

Во всех случаях заметный позитивный эффект имело наличие достигаемой организации для геев и бисексуалов, а негативный эффект — проживание за пределами столицы. Отсутствие полного высшего образования было связано с меньшей вероятностью использовать презерватив или тестироваться на ВИЧ, но при этом, несколько парадоксально, с большей вероятностью получать практически все услуги.

Использование презерватива при последнем анальном сексе менее вероятно с постоянным партнёром. Другими факторами, снижающими вероятность воспользоваться презервативом, были их нехватка — не было под рукой или респонденты не получали их от НПО, и частое употребление алкоголя во время секса.

Шансы на прохождение теста на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев дополнительно повышает знание того, где это сделать, а также проживание в одиночку, но снижает бисексуальная ориентация и закрытость ориентации от окружающих.

Меньшие шансы на получение большинства услуг имели респонденты, чья ориентация была более закрыта для окружающих. Также менее вероятно это было для более старших респондентов. Учитывая особенности связи с образованием, возможно, старшие и статусные МСМ менее склонны обращаться в НПО за услугами.

С учётом этих связей оставались и значимые различия между странами. Презерватив реже использовался в Азербайджане, а чаще — в Грузии. Меньшие шансы знать, где пройти тест на ВИЧ, имели опрошенные в Армении, Азербайджане, странах Балтии и Украине, а недавно его пройти — в Беларуси, Казахстане, и также странах Балтии и Украине. С другой стороны, в Украине и Кыргызстане охват услугами был лучше.

Рекомендации. С целью снижения интернализированной гомонегативности и её влияния на оказание услуг для здоровья МСМ:

1. Необходимо добиться запрета дискриминации по признаку сексуальной ориентации на законодательном уровне во всех сферах и добиваться реализации права на недискриминацию. В более долгосрочном плане необходимо стремиться к легализации однополых союзов. Это должно сопровождаться кампаниями, которые снижают уровень сексуальных предубеждений в обществе.
2. ВИЧ-сервис и движение в защиту прав для ЛГБТ должны объединить свои усилия и ресурсы для совместных адвокационных действий против гомонегативности и гетеросексизма в обществе.
3. Для уменьшения ИГ на индивидуальном уровне, необходимы массовые психологические консультации для принятия собственной сексуальности. Организациям для МСМ также стоит подумать о других услугах, которые могли бы снижать ИГ.

Другие рекомендации:

1. Необходимо улучшать охват профилактическими программами, в том числе самыми стандартными вроде бесплатной раздачи презервативов. Недостаточный доступ продолжает оставаться проблемой безотносительно уровня ИГ.
2. Привлечение большего количества МСМ для работы организаций и защиты прав для ЛГБТ.
3. Отдельно стоит обратить внимание на популяцию МСМ в Азербайджане, по меньшей мере, в столице. Она находится в неблагоприятной ситуации и нуждается в срочных мерах по борьбе со вспышкой эпидемии ВИЧ-инфекции и недостаточной профилактикой.
4. Стоит далее использовать аналитический потенциал данных, собранных нашим исследованием; в частности, для анализа не прямых связей ИГ с рискованными практиками, а также факторов оказания услуг и запроса на них, защиты прав и ЛГБТ-активизма. В особенности это касается Беларуси, России и Украины — стран с относительно большими выборками.
5. Организация дополнительных исследований для уточнения связей между ИГ и количеством партнёров, как случайных, так и постоянных, употреблением наркотических веществ, химсексом, компульсивным сексуальным поведением, а также организация исследований с лонгитюдным дизайном и связанным тестированием на ВИЧ и ИППП.

1. Вступление

Доступ к услугам по профилактике ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), и транс людей в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии (ЦВЕЦА) остаётся низким. Признавая эту сложность, Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ) инициировала региональную программу “Право на здоровье: действия сообщества по расширению доступа МСМ и транс людей к ВИЧ-сервису в ЦВЕЦА”.

Плохое здоровье и меньший доступ к услугам среди МСМ связан с рядом социальных и психологических факторов. Среди них центральным можно считать интернализованную гомонегативность (ИГ), известную также под названием внутренней гомофобии.

ИГ — это негативное отношение к собственной гомосексуальности [2, 3]. Она состоит в том, что МСМ усваивают и начинают разделять негативные представления и отношение к гомосексуальности, популярные в обществе. Широко распространённый гетеросексизм и сексуальные предубеждения действуют на всех, в том числе ЛГБ, которые начинают плохо относиться к однополым влечениям и к себе.

Множество исследований, в проведённых в США и Западной Европе, однозначно свидетельствуют, что ИГ является барьером на пути к тестированию на ВИЧ, охвату услугами профилактики ВИЧ и участию в работе организаций для геев и бисексуалов. Также существуют данные, что ИГ способствует рискованным сексуальным практикам среди МСМ (обзор литературы об ИГ и её связи со здоровьем см. в Гл. 4).

Интернализованная гомонегативность должна быть серьёзной проблемой в регионе ЦВЕЦА, поскольку правовая ситуация к МСМ в целом недружественна [4]. В рейтинге равенства прав для ЛГБТИ среди 49 стран Европы большинство восточноевропейских стран занимают позиции ниже тридцатой (рис. 1.1). Преимущественно негативным является и отношение работников ключевых социальных сервисов в регионе [5]. В регионе также распространены сексуальные предубеждения против гомосексуальности, если сравнивать общее население пост-социалистических стран с населением остальной Европы [6, 7]. Однако в ЦВЕЦА существуют только единичные исследования ИГ. ИГ часто даже не осознаётся как проблема.

В этом исследовании изучена ситуация с ИГ в регионе и её связями со здоровьем МСМ, профилактикой ВИЧ и потенциалом мобилизации.

Кросс-секционный Интернет-опрос прошел в 2017 году и охватил МСМ из 13 стран региона, данные из 12 стран проанализированы в отчёте.

Кроме данных об интернализованной гомонегативности, представляют интерес результаты об использовании презервативов, количестве случайных партнёров и использовании презервативов с ними, употреблении алкоголя во время секса, тестировании на ВИЧ, участии в работе НГО, получении услуг, поддержки ЛГБТ-активизма.

Мы старались представлять результаты в разрезе отдельных стран, хотя данные различались. Мы надеемся принести пользу при планировании и реализации программ, направленных на МСМ.

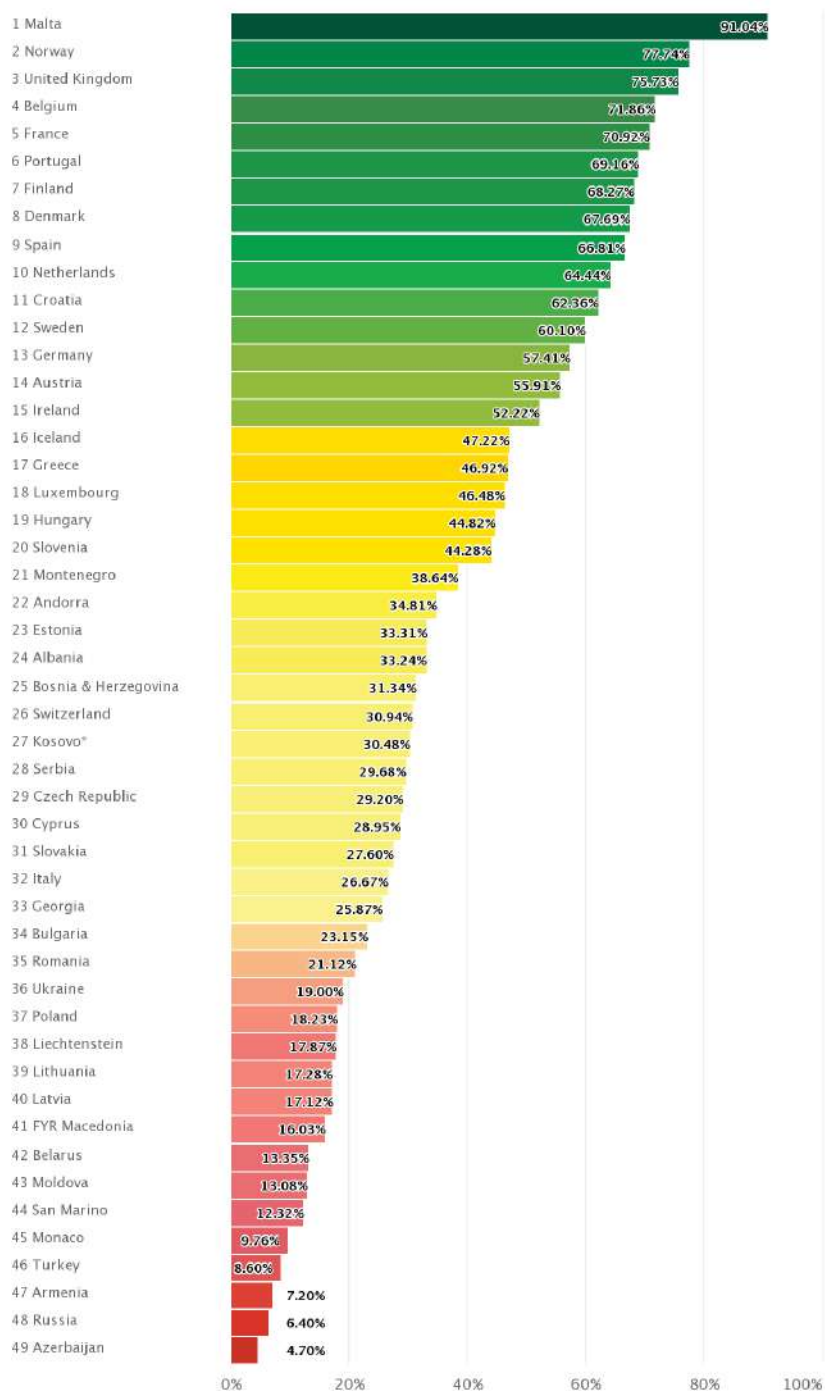


Рис. 1.1: Страны Европы, проранжированные по индексу равенства прав для ЛГБТИ (0% — грубые нарушения прав человека, дискриминация; 100% — уважение прав человека, полное равенство): Источник: <https://rainbow-europe.org/country-ranking>, последнее обращение 27.02.2018

2. Данные и методы

2.1. Дизайн исследования

Интернет-опрос. Был проведён кросс-секционный секционный Интернет-опрос МСМ по стандартизированной анкете. Потенциальные респонденты рекрутировались через веб-приложения и порталы знакомств среди геев, бисексуалов и транс людей, через МСМ-сервисные НПО и неформальные сети.

Те, кто соглашался принять участие, проходили по ссылке на опрос, который находился на сервере онлайн-исследований VirtualExS.ru и заполняли его.

Страны. Опрос проводится среди МСМ 13 стран ЦВЕЦА: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Македония, Молдова, Россия, Таджикистан, Украина, Эстония.

Выборка. Генеральная совокупность представляла собой МСМ и мужчин, которых привлекают другие мужчины.

Критерии отбора для участия в исследовании: идентификация себя как мужчины; опыт секса с мужчинами или сексуальное влечение к мужчинам; постоянное проживание в одной из 13 стран исследования; респондент ещё не участвовал в этом опросе (или не проходил его до конца).

Изначально одним из критериев отбора было пользование по крайней мере одним из сервисов для онлайн-знакомств с партнёрами своего пола. На практике преобладающее большинство респондентов таковыми и были, однако небольшое их количество дополнительно набиралось через НГО, работающие с геем и бисексуалами.

Дизайн выборки был так называемым удобным (*convenience sampling*). Поскольку такой способ отбора является невероятностным, *полученная выборка не предполагалась репрезентативной* для популяций МСМ стран ЦВЕЦА. На данный момент нам неизвестен способ организовывать национально репрезентативные выборки МСМ. В то же время такой отбор представляет собой максимально возможное в данных условиях приближение к вероятностному отбору.

2.2. Опросник

Содержание. Анкета содержала 51 вопрос (не по порядку в анкете).

Краткая шкала интернализированной гомонегативности (КШИГ) — состояла из восьми утверждений. Является развитием Шкалы реакций на гомосексуальность Росса и Росера [1, 3, 8, 9, 10]. Подробнее см. Раздел 4.4.

Тестирование на ВИЧ — три вопроса, которые являются упрощённой формой стандартных вопросов о тестировании и статусе в биоповеденческих дозорных исследованиях ключевых групп (напр., [11]).

ЛГБТ-активизм — построена на основе распространённой шкалы политического участия, которая используется, например, в Европейском социальном исследовании (см. <http://www.europeansocialsurvey.org/>).

Из Европейского социального исследования взят вопрос о религиозности.

Европейское Интернет-исследование МСМ [12] является источником формулировок шкалы гомофобии, информированного согласия, вопросов о гендерной идентичности и сексуальной ориентации.

Ряд других вопросов являются типовыми (гл. образом, социально-демографические).

Исходный опросник был создан на русском языке. Для его пилотажа были проведены 5 интервью с МСМ, которые имели разную ориентацию (гомо- или бисексуальную), ВИЧ-статус и уровень образования (высшее или нет). Респондентами были сотрудники киевского офиса общественной организации “Альянс.Глобал” одной из ведущих ВИЧ- и МСМ-сервисных организаций Украины.

Языки и перевод. Ориентируясь на общедоступные статистические данные о распространённости языков общения в исследуемых странах, мы перевели опросник на 13 языков: азербайджанский, армянский, грузинский, казахский, киргизский, литовский, македонский, румынский, русский, таджикский, украинский, эстонский, а также имели англоязычную версию. Использовать белорусский язык мы посчитали нецелесообразным, поскольку в самой Беларуси опросы, как правило, проводятся только на русском.

Исходный опросник (*master questionnaire*) был создан на русском и переведён на английский язык, для дальнейших переводов предоставлялись обе версии. Перевод осуществлялся квалифицированными сотрудниками организаций, входящих в сеть ЕСОМ, либо профессиональными переводчиками, в зависимости от доступных вариантов. При поиске внешних переводчиков предпочтение отдавалось работавшим с темами МСМ или ЛГБТ. Для всех переводов по возможности находились внешние рецензенты. Если у них возникали замечания к переводу, то они обсуждались с переводчиком и, в случае их принятия, переводчик вносил правки.

2.3. Соображения этики и конфиденциальность

Все респонденты, перед тем как начать сам опрос, должны были ознакомиться с текстом информированного согласия на языке, который они сами выбрали. Только после того, как респондент ставил отметку, что он прочёл, понял и принимает условия опроса, система его перенаправляла на опрос. В противном случае опрос завершался.

В информированном согласии указывалась краткая информация об исследовании, его целях, ориентировочном времени прохождения, организации, которая его проводит (ЕСОМ), контакты, по которым можно было обратиться, если у респондентов возникали какие-либо вопросы.

Опрос являлся конфиденциальным. IP-адрес компьютера/гаджета респондента не записывался, никакие cookies не использовались.

Чтобы иметь возможность повторить опрос через два года на той же самой выборке, мы просили респондентов указать свой e-мэйл, имя или ник. Предоставление этой

информации было полностью добровольным. Соответственные переменные после отделялись от итогового массива данных и хранились отдельно. Доступ к нему имели лишь два координатора опроса.

Обязательными для ответа были только вопросы о предпочитаемом языке, стране проживания, гендерной идентичности и о том, проходил ли респондент исследование ранее. Ответы на все остальные вопросы были добровольными.

Участники могли прекратить опрос в любой момент без каких-либо санкций.

Участие в опросе было неоплачиваемым.

2.4. Сбор данных

Даты и реализованная выборка. Опрос был открыт с 12 августа по 2 октября 2017 г. Всего на страницу опроса перешли и начали отвечать 13760 респондентов.

В выборку для последующего анализа были включены только те, кто соответствовал всем нижеуказанным критериям: приняли информированное согласие; указали одну из 13 стран как страну проживания; указали свой гендер как мужской, а не женский, транс или другой¹; прошли опрос полностью, при этом ранее его полностью не проходили.

Кроме того, из анализа были исключены опрошенные из Таджикистана — всего лишь 21 участник, отдельный анализ которых не представлялся целесообразным.

Всего в общую аналитическую выборку для отчёта вошло 8239 человек.

Продвижение исследования. Опрос продвигался по следующим каналам:

- приложение для знакомств геев Hornet: две волны рассылки персональных сообщений, 15 августа и 15 сентября;
- баннерную рекламу на портале BlueSystem.org, с 16 августа по 2 октября;
- рекламу через приложение для знакомств Grindr, с 22 сентября по 1 октября;
- привлечение МСМ-сервисными НПО своих сотрудников и клиентов, реклама на партнёрских сайтах. Большинство организаций входит в сеть ЕКОМ.

Объём и динамика рекрутинга через разные каналы отражена на рис. 2.1.

¹ Общее число транс людей, принявших участие в опросе — около 100 человек. Их отдельный анализ мог бы представлять интерес

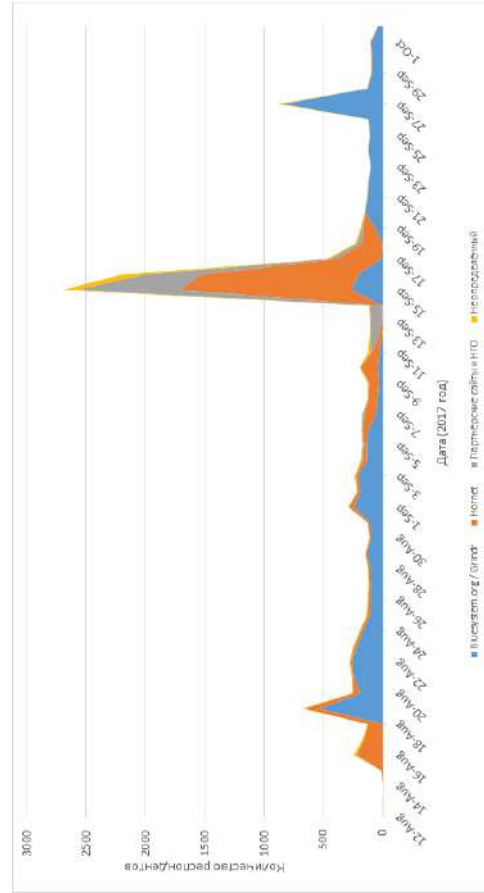


Рис. 2.1.1: Количество и динамика набора респондентов, рекрутированных для участия в опросе, по каналам рекрутинга (Учтены все перешедшие на страницу опроса и начавшие отвечать, N = 13760)

2. Данные и методы

По техническим причинам невозможно полностью отделить друг от друга респондентов, пришедших с BlueSystem.org и пришедших с Grindr, однако можно предположить максимально возможное число рекрутированных через последний с учётом позднего начала рекламы. Доли участников по каналам отображена на рис. 2.2.

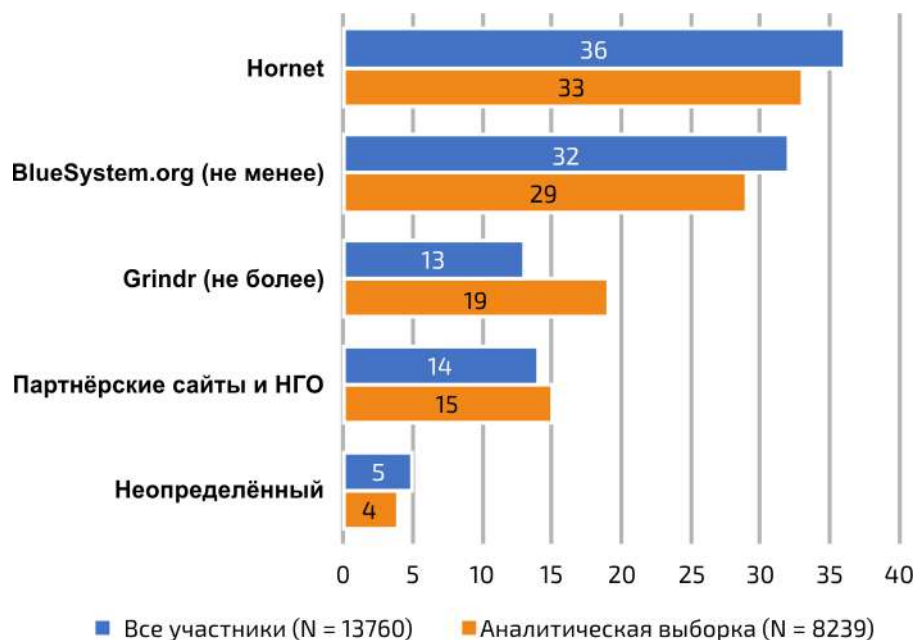


Рис. 2.2: Распределение участников опроса, рекрутированных через разные каналы, %

Распределение опрошенных по странам и языкам. МСМ разных стран очень неравномерно были представлены в этом опросе. Респонденты из России составили более половины всех опрошенных, 5252 человека (рис. 2.3). В Украине 1365 МСМ полностью прошли опрос, что тоже позволяет предполагать неплохой охват. Почти полтысячи охваченных геев и бисексуалов Беларуси тоже являются значительной выборкой.

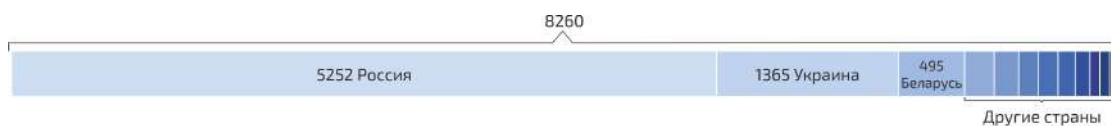


Рис. 2.3: Количество респондентов из отдельных стран, человек

К сожалению, у нас получилось намного хуже охватить опросом остальные страны. Шесть из них дали от 100 до чуть более 200 респондентов (рис. 2.3), чего достаточно для соответствия формальным требованиям к объёму выборки при статистической проверке простых связей. Впрочем, в ряде случаев этой выборки недостаточно, когда

показатели имеют много пропущенных значений, их варианты ответов распределены неравномерно или их больше трёх. Кроме того, экстраполировать результаты на совокупности МСМ этих стран в целом следует с большой осторожностью.

С четырьмя странами, давшими менее 100 опрошенных, мы поступили следующим образом. Эстонию мы объединили с Литвой, и анализируем их вместе в большинстве случаев. Эти страны имеют различные культурные корни, но в то же время находятся в одном Балтийском регионе и входят в Евросоюз, что должно создавать схожие условия для принятия ЛГБТ-сообщества и геев в частности. Предварительный анализ также показал, что ответы респондентов из Литвы и Эстонии в большинстве случаев распределены похоже.

Ответы из Молдовы и Македонии рассматриваются только при одномерном описательном анализе, впрочем, не всегда. Таджикистан мы решили не рассматривать вообще, поскольку в нём не набралось и 30 респондентов. Объединять его с другими странами нецелесообразно, поскольку это существенно не повысит объём выборки, например, Кыргызстана, а вопросы социокультурных особенностей всё равно сохраняются.

Ещё более внушительным является превалирование русского языка, который де-факто продолжает оставаться основным языком международного общения на территории бывшего СССР (рис. 2.4). Из 8260 респондентов 7147 — то есть, 87% заполняли анкету на русском языке.



Рис. 2.4: Распределение респондентов по языкам опросника, человек

В разрезе отдельных стран ситуация выглядит так (рис. 2.5). Исключительно на русском языке опросник заполняли в России и Беларуси, а также в Казахстане. Русский язык также доминировал в Кыргызстане, Молдове, Эстонии и Украине. Впрочем, в последней много (35%) респондентов использовали украинский.

В странах Южного Кавказа, Литве и Молдове участники, как правило, использовали язык титульной нации.

Некоторое место занял английский язык, особенно в Македонии, Армении, Эстонии, Литве, Грузии, Казахстане, Азербайджане. Также небольшое число респондентов, проживая в некоторой стране, использовали язык, отличный от языка титульной нации, русского и английского. Все они были объединены категорией “Другой (язык)”. Например, в Эстонии часть респондентов отвечали на армянском, азербайджанском, румынском и украинском, что в сумме дало 6% опрошенных.

Несмотря на общее преобладание русского, перевод анкеты на другие языки скорее оправдал себя вне России, прежде всего, на армянский, грузинский, азербайджанский и литовский. В то же время чересчур мало респондентов использовали казахский, киргизский, эстонский, румынский и таджикский язык. Помимо прочего, можно предпо-

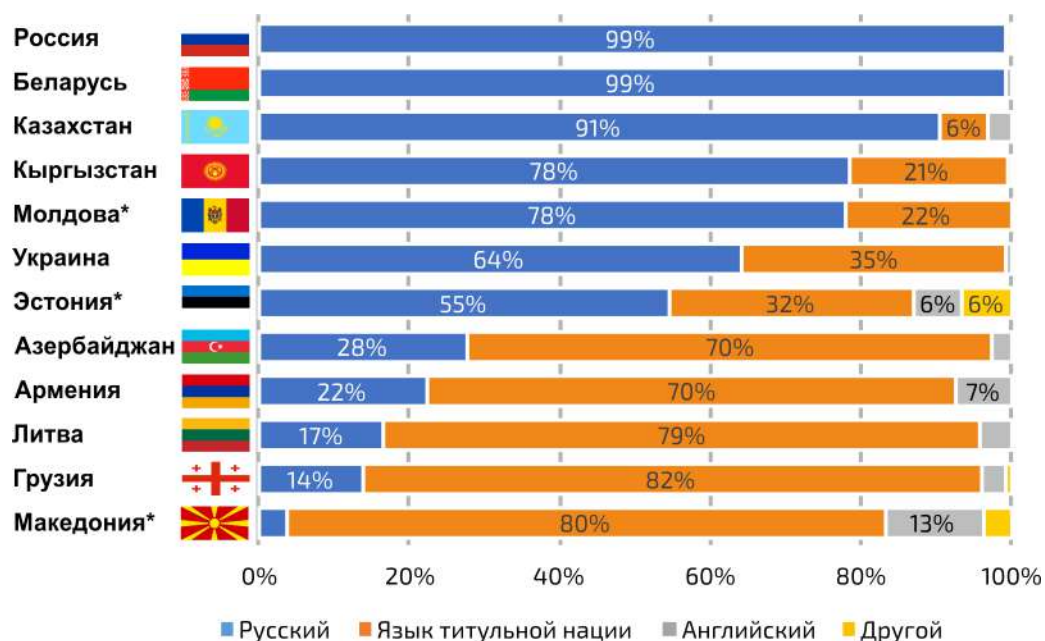


Рис. 2.5: Язык заполнения опросника в отдельных странах, % (* $N < 100$)

лагать, что в этих странах МСМ, не идентифицирующие себя с русскими, не попали в исследование сколько-нибудь представительно.

Таким образом, отдельные страны охвачены крайне неравномерно. Больше половины опрошенных проживает в России. Заметно меньшее, но всё же достаточное для исследования число респондентов проживает в Украине и Беларуси. По ряду социально-демографических признаков (см. Гл. 3) можно говорить и о том, что в России и Украине мы имеем и самые относительно репрезентативные выборки в смысле представленности разных категорий МСМ. Другие страны представлены намного хуже.

Доля респондентов с анкетами на русском языке ставит следующий вопрос: насколько в странах были представлены МСМ, которые не являлись русскими или обрусевшими, либо насколько равномерно были представлены разные регионы стран? Речь идёт о Казахстане, Кыргызстане, Молдове, Украине, Эстонии. Дополнительное возможное объяснение — тот факт, что более 80% респондентов проживали в крупных городах, преимущественно столицах, которые со времён СССР были русифицированы.

Непредусмотренные события. После очередного раунда рассылки рекламных сообщений через Hornet был кратковременный очень большой наплыв потенциальных респондентов. Сервер VirtualExS.ru не смог обработать все запросы. Около 6000 заходов на опрос было отклонено в ночь с 15 на 16 сентября 2017 г. Это могло привести к тому, что часть МСМ не поучаствовали в опросе. С другой стороны, мы надеемся, что их число было не очень большим: один участник мог отправлять по несколько запросов, они также могли пройти опрос в последующие дни.

Желание поучаствовать в подобном опросе в будущем. В наших планах — повторить опрос в 2019 году, сделав его по возможности лонгитюдным. Для этого мы спросили респондентов, не хотят ли они принять участие в подобном вопросе через два года, и если да, то не могли бы они указать свой e-mail (рис. 2.6).

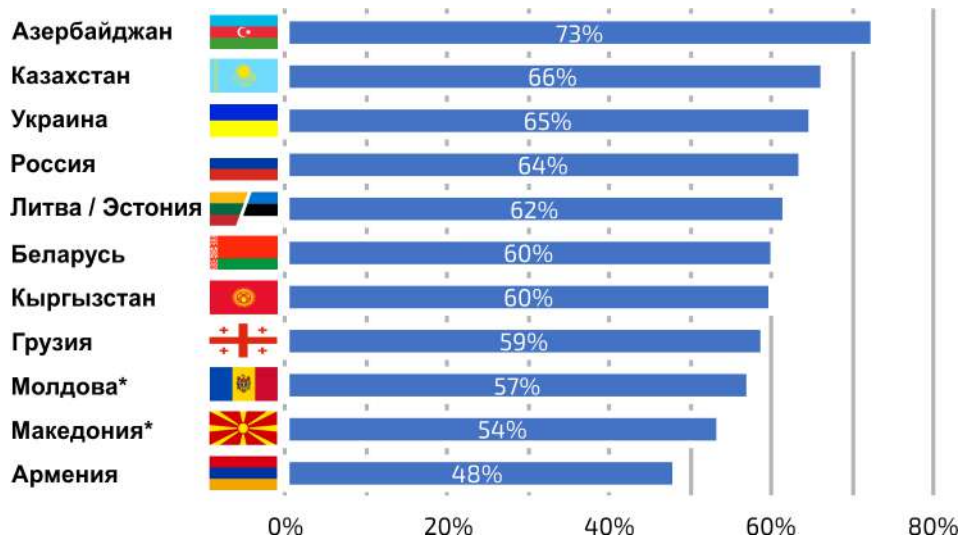


Рис. 2.6: Доля согласившихся поучаствовать в следующем опросе в отдельных странах и указавших e-mail, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

От половины (Армения — 48%) до трёх четвертей (Азербайджан — 73%) согласились указать свой адрес. Но с учётом в целом небольших выборок, и того, что на деле не все примут участие в повторном опросе, имеет смысл говорить только о России, Украине и Беларуси как о странах, где возможно будет провести лонгитюдные сравнения. Количество указавших свой электронный адрес в этих странах составило 3321, 875 и 295 человек соответственно.

2.5. Методы анализа данных

Описательный анализ включал одно- и двумерные распределения ответов респондентов. Для количественных переменных рассчитывались средние и медианы. Распределения визуализировались с помощью линейчатых и столбчатых диаграмм, “ящиков с усами” (*boxplots*), диаграмм рассеяния с наложенными поверх линиями линейных моделей. Статистическая значимость различий оценивалась с помощью критерия χ^2 Пирсона, t-критерия Стьюдента, одномерного дисперсионного анализа с поправкой Уэлча. Если общая разница средних между несколькими группами была значима, проводились попарные *post hoc* сравнения с помощью критерия Геймса-Хауэлла. Медианы сравнивались с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Для статистического моделирования

предикторов отдельных переменных (например, тестирования на ВИЧ) использовались бинарная логистическая регрессия.

Согласованность КШИГ оценивалась с помощью α Кронбаха. Для стран и языковых групп с большей выборкой (хотя бы 95 человек) валидность и измерительная эквивалентность шкалы тестировалась с помощью многогруппового конфирматорного анализа (КФА). При этом для оценки моделей использовался алгоритм робастного максимального правдоподобия (*MLR*) с полной информацией (*FIML*). Для оценки связей КШИГ и возможных предикторов использовалось моделирование структурными уравнениями. Согласованность и валидность шкалы ЛГБТ-активизма также проверялись с помощью α Кронбаха и КФА. В последнем случае использовался алгоритм робастных взвешенных наименьших квадратов (*WLSMV*) на общей выборке.

Применимость методов различалась в зависимости от доступных объёмов выборок. Выше мы указали, что в отдельных странах выборка не достигает 100 опрошенных. Помимо этого, выборка могла быть дополнительно ограничена, например, теми, кто занимался анальным сексом со случайными партнёрами в предыдущие 6 месяцев. Объём типичных подвыборок для разных стран см. в табл. 2.1. Помимо этого, расчёт КШИГ как среднего арифметического создавал много пропущенных значений — порядка четверти выборки.

Общее правило таково. Если в подвыборке менее 100 человек, она не берётся только для одномерных распределений ответов для отдельных стран. В этом случае страна отмечается астериском “*”. В таких случаях связи между переменными анализируются для меньшего количества стран.

Статистический анализ проводился с помощью IBM SPSS Statistics 22.0 [13], R 3.4.3 [14] вместе с RStudio 1.1.383 [15] и Mplus 7.0 [16]. Графики и диаграммы строились средствами MS Excel и библиотеки ggplot2 [17], дополнительно подключаемой к R.

Таблица 2.1: Размер выборки для разных подгрупп в отдельных странах

	Все опрошенные	Секс с мужчинами в предыдущие 6 мес.	Анальный секс с мужчинами в предыдущие 6 мес.	Анальный секс со случайными партнёрами в предыдущие 6 мес.	Последний анальный секс в предыдущие 6 мес. был с постоянным партнёром	Проходили тестирование на ВИЧ	Доступна МСМ-сервисная НПО
Россия	5252	4469	3899	3255	2142	4289	821
Украина	1365	1177	989	814	556	1033	567
Беларусь	495	404	349	287	190	362	215
Казахстан	223	180	161	138	90	169	41
Кыргызстан	181	149	136	108	70	147	114
Грузия	151	129	108	96	68	112	79
Армения	138	111	94	81	61	96	82
Литва	120	104	87	69	44	88	56
Азербайджан	119	99	87	84	48	67	33
Эстония	77	66	61	51	31	68	28
Молдова	64	52	44	38	22	48	37
Македония	54	50	44	36	21	40	38
Таджикистан	21	13	12	11	6	14	5
Всего	8260	7003	6071	5068	3349	6533	2116

Светло-серым цветом отмечены подвыборки менее 100 человек; тёмно-серым — менее 30 человек

3. Социально-демографические характеристики

3.1. Сексуальная ориентация и её открытость

Большинство опрошенных (64%) идентифицируют себя как геи или гомосексуалы, примерно четверть — как бисексуалы (рис. 3.1). Гетеросексуальными считают себя два процента, ещё несколько процентов определяют себя по-другому.



Рис. 3.1: Декларируемая сексуальная ориентация всех опрошенных, %

Самая высокая доля геев (рис. 3.2), 70% и больше, была в Литве/Эстонии и Македонии. Меньше всего идентифицировали себя в качестве гомосексуалов в Армении (всего 43%), Азербайджане, Грузии и Кыргызстане. В этих странах было относительно много тех, кто не смог определиться со ориентацией. Остальные страны находились посередине, с 64–67% геев и примерно четвертью бисексуалов.

Если смотреть на открытость своего статуса, то страны упорядочиваются похожим образом (рис. 3.3). Ни в одной стране большинство МСМ не сказала, что их предпочтения известны всем. Однако наиболее открытые — люди Литвы и Эстонии. От 17 до 22% опрошенных в этих странах ответили, что об этом известно всем, и ещё от 25 до 29%, что об этом знают больше половины их знакомых. В остальных странах больше половины ответило, что об их влечении к мужчинам знают немногие или никто. Самыми закрытыми являются опрошенные Армении и Азербайджана.

Более редкая идентификация как гомосексуалов и меньшая открытость своей ориентации в обществах, негативнее настроенных к гомосексуальности, соответствует закономерности, описанной в литературе [18].

3.2. Возраст, образование и занятость

Можно говорить, что мы опросили прежде всего молодых людей (рис. 3.4). Медианный респондент имеет возраст 30 лет, а половина опрошенных имеет возраст от 24 до 37 лет. Также скажем, что 80% респондентов имеют возраст 39 лет и младше. Другими словами, МСМ в возрасте от 40 лет являются недостаточно представленными.

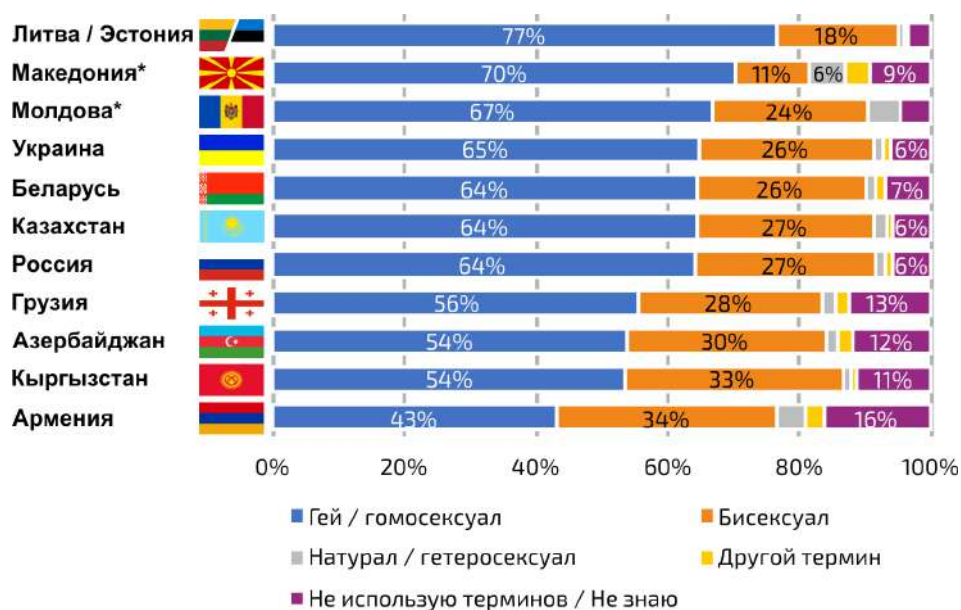


Рис. 3.2: Распределение сексуальной ориентации опрошенных в отдельных странах, % (* $N < 100$)

Возраст опрошенных различается в разных странах (рис. 3.5). В частности, опрошенные в Армении, Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, были в среднем немного моложе, а в Эстонии/Литве и России — несколько старше.

Выборка МСМ также получилась весьма высокообразованной. Ту или иную степень высшего образования имеет 72% — большинство респондентов (рис. 3.6). В частности, примерно треть имеет незаконченное высшее (без диплома магистра / специалиста), в их число входят как бакалавры, так и не получившие эту степень. Также 37% имеют полное высшее, 4% имеют учёную степень.

Следует отметить, что заметная доля тех, кто отметил уровень образования ниже, чем полное высшее, являются студентами. То есть, для многих из них, образование ниже высшего не является окончательным.

Уровень образования в отдельных странах немного варьирует. Впрочем, общая доля опрошенных с высшим образованием нигде не опускается ниже 65% (рис. 3.7). Больше всего таковых в Украине (78%), там же больше всего респондентов с незаконченным высшим (45%). Меньше всего опрошенных с той или иной степенью высшего образования в Азербайджане и Казахстане.

Хотя большинство МСМ определили себя как наёмных работников (всего 64%, рис. 3.8), среди них относительно много самозанятых или имеющих свой бизнес. Учитывая возрастную профиль респондентов, неудивительно, что среди них довольно много студентов (13%) и очень мало пенсионеров и нетрудоспособных (1%).

Говоря об отдельных странах, можно отметить следующие особенности (рис.3.9).

3. Социально-демографические характеристики

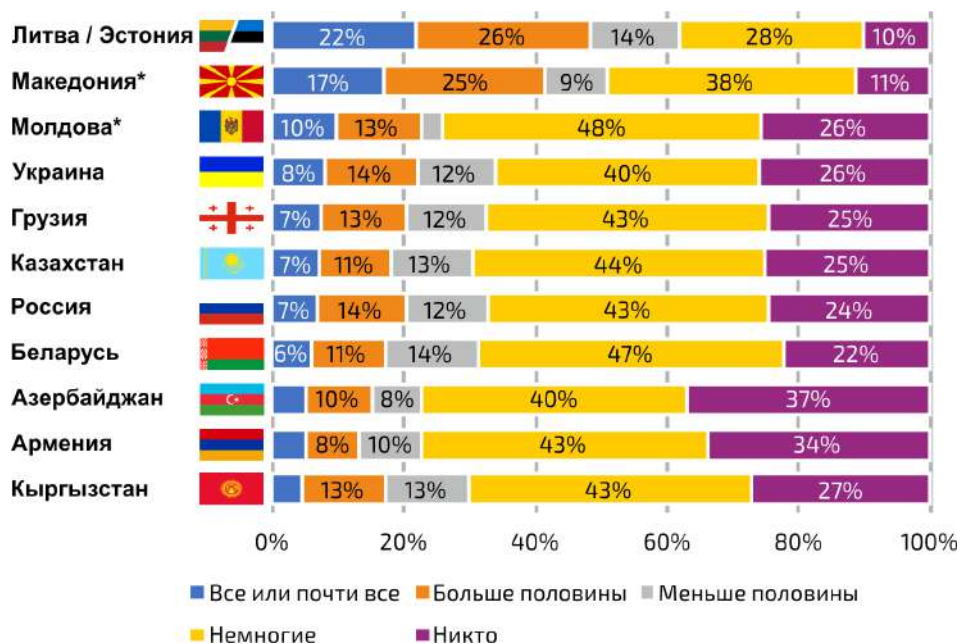


Рис. 3.3: “Если подумать обо всех знакомых, сколько из них знают, что вас привлекают мужчины?”, в отдельных странах, % (* N < 100)

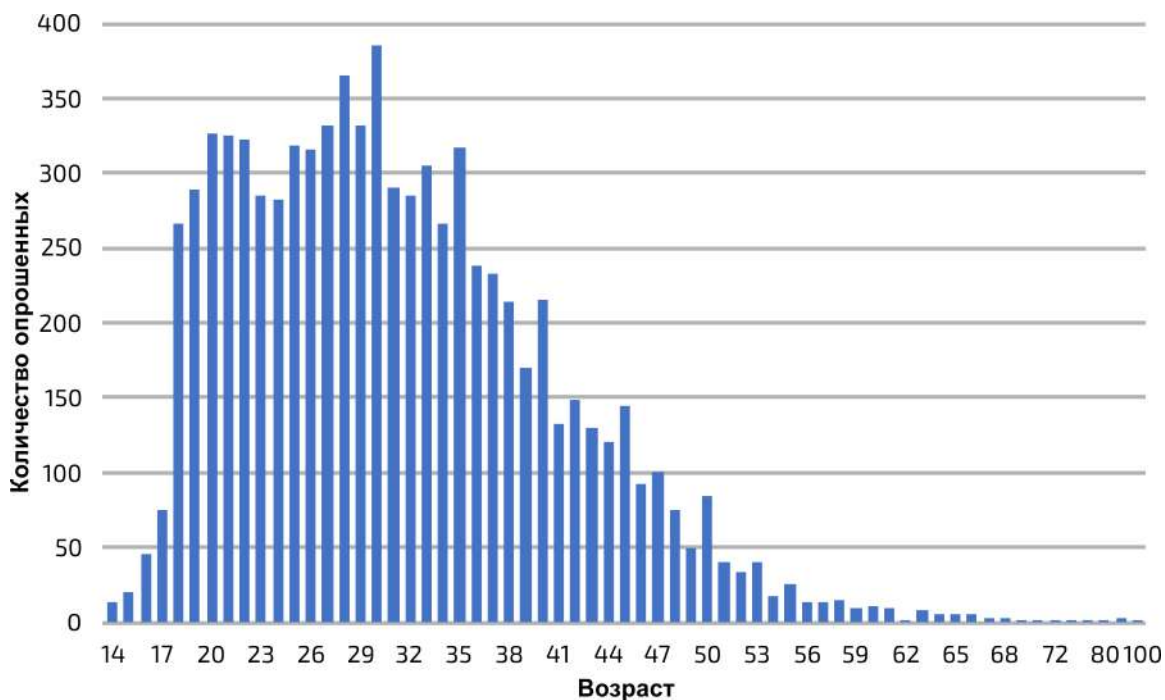


Рис. 3.4: Возраст опрошенных, полных лет

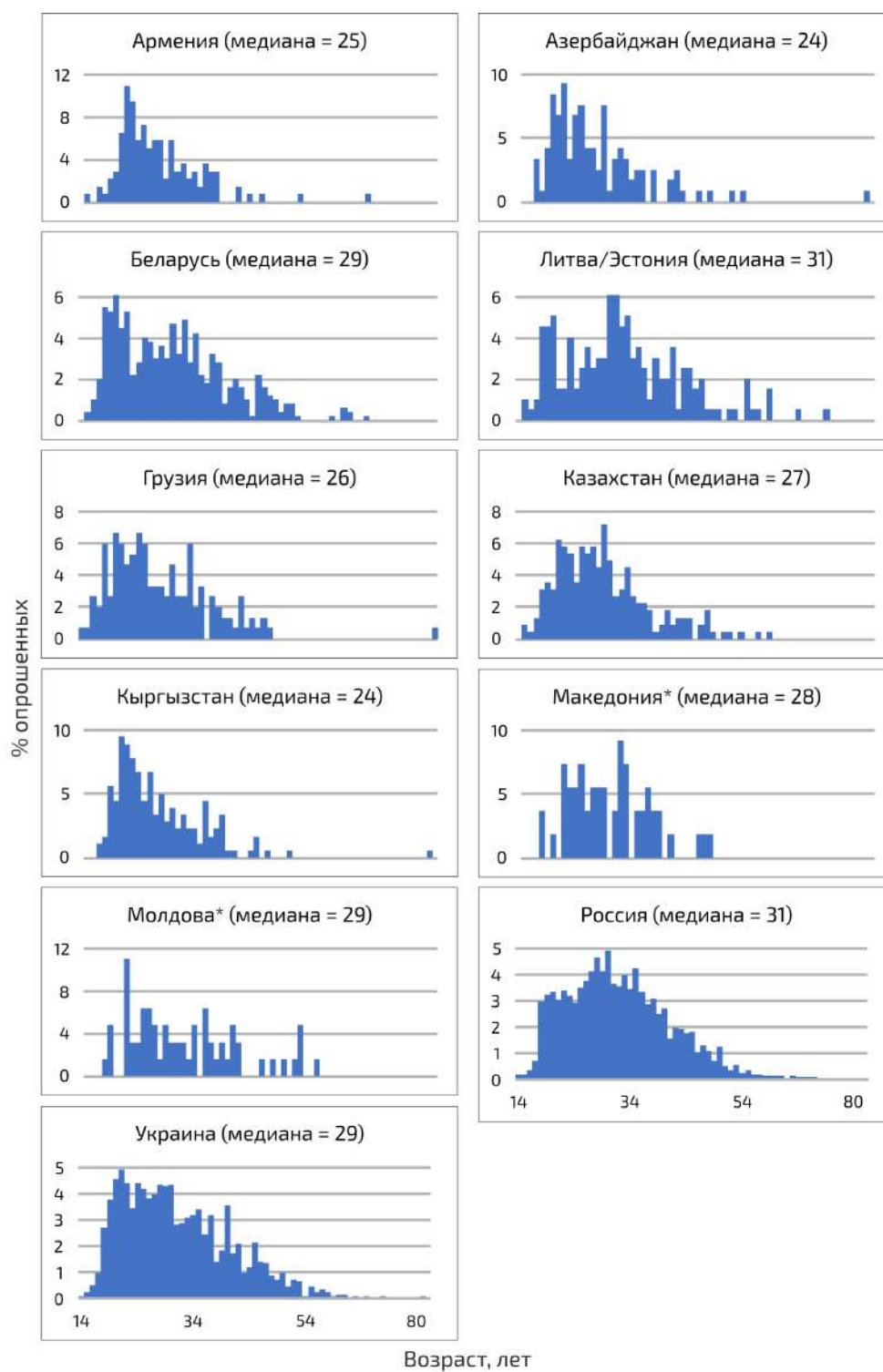


Рис. 3.5: Возраст опрошенных в отдельных странах (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0,001$, * $N < 100$)

3. Социально-демографические характеристики



Рис. 3.6: Уровень образования опрошенных, %

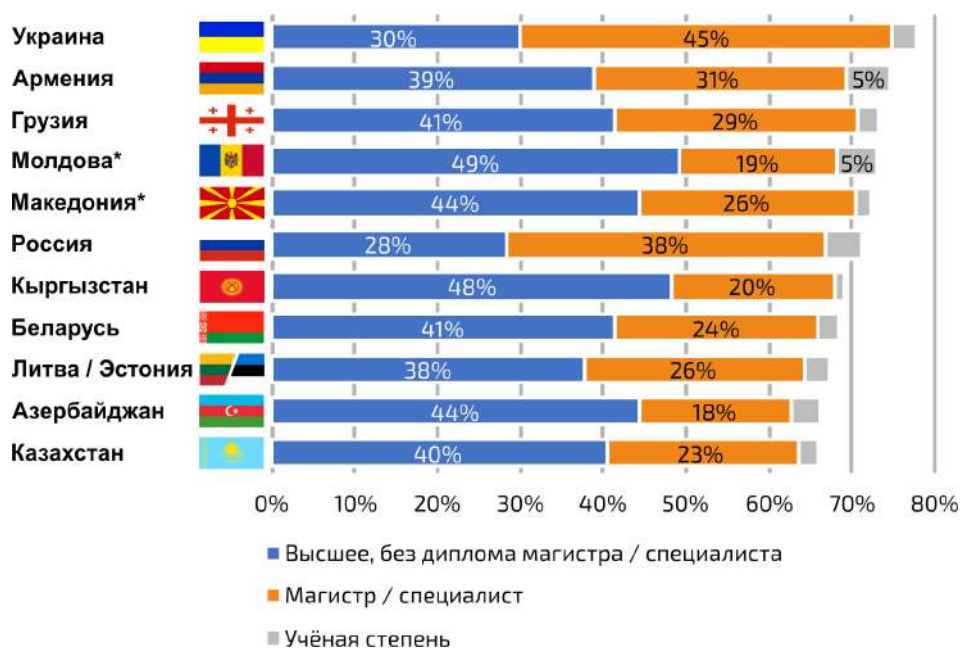
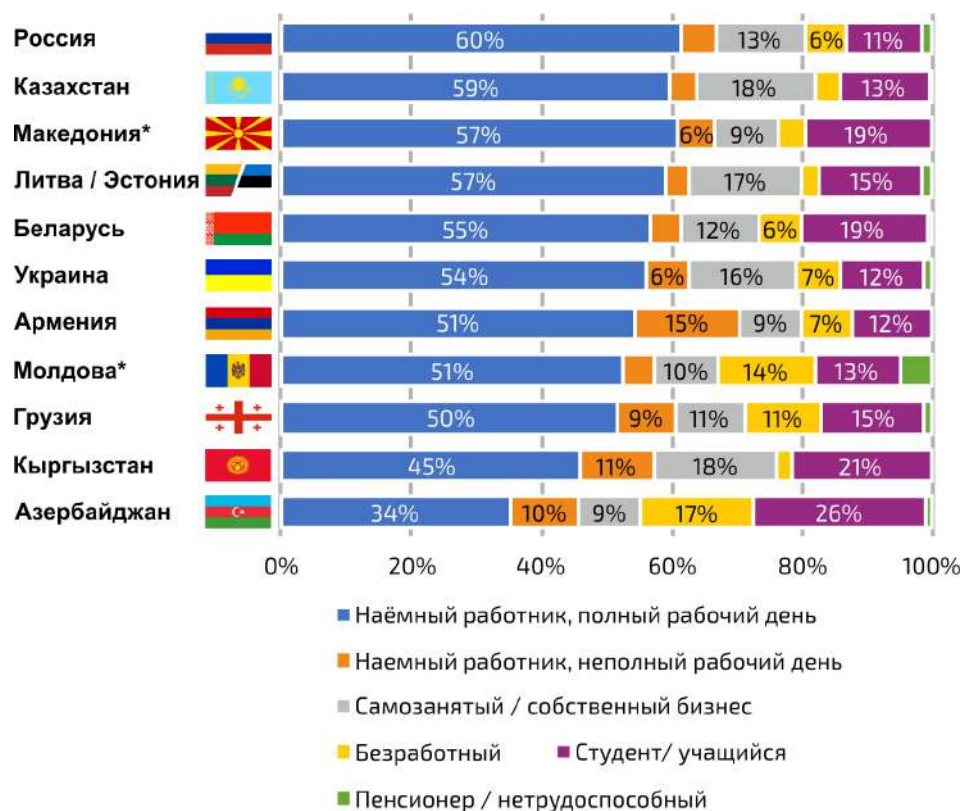


Рис. 3.7: Доля опрошенных с разным уровнем высшего образования в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)



Рис. 3.8: Статус занятости опрошенных, %

Рис. 3.9: Статус занятости опрошенных в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

3. Социально-демографические характеристики

Относительно большое число — не менее 60% — наёмных работников среди опрошенных России, Казахстана, Македонии, Беларуси, Украины и Армении (среди последних много работающих на частичной занятости).

Больше всего самозанятых в Литве/Эстонии (17%), Казахстане и Кыргызстане (по 18%), а меньше всего — в Македонии, Армении и Азербайджане (по 9%). Наибольшая доля студентов в Азербайджане (26%), Кыргызстане (21%), Македонии и Беларуси (по 19%).

Большее всего безработных среди опрошенных в Молдове (14%; также 5% отметили, что они пенсионеры или нетрудоспособные), Азербайджане (17%) и Грузии (11%).

Самую специфическую структуру занятости имеют опрошенные в Азербайджане. Среди них меньше всего работающих, заметно меньше, чем в других странах, и больше всего студентов и безработных.

3.3. Брак и сожительство

Абсолютное большинство всех, принявших участие в опросе, никогда не состояло в формальном браке: от 75% в Кыргызстане до 92% в Македонии (рис. 3.10).

При этом ответы о реальной ситуации сожительства рисуют немного другую картину (рис. 3.11). Примерно треть живёт с родителями/родственниками, ещё 27% — одни. С другой стороны, 16% сказали, что живут с партнёром, 11% — с женой или партнёркой.

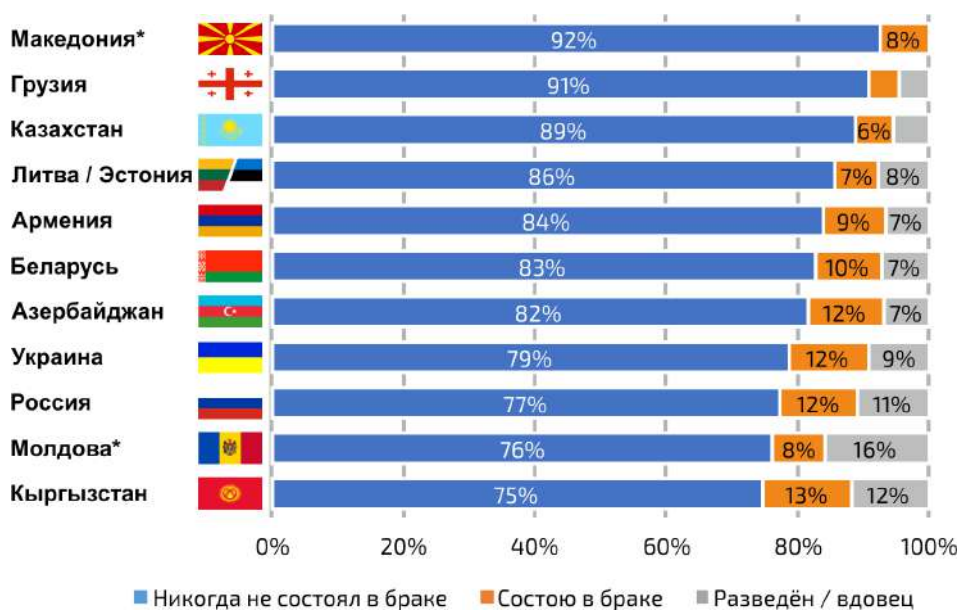


Рис. 3.10: Брачный статус опрошенных в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

Частота тех или иных видов сожительства различается в разных странах (рис. 3.12). С одной стороны, существенная часть респондентов живёт с мужчиной в Македонии

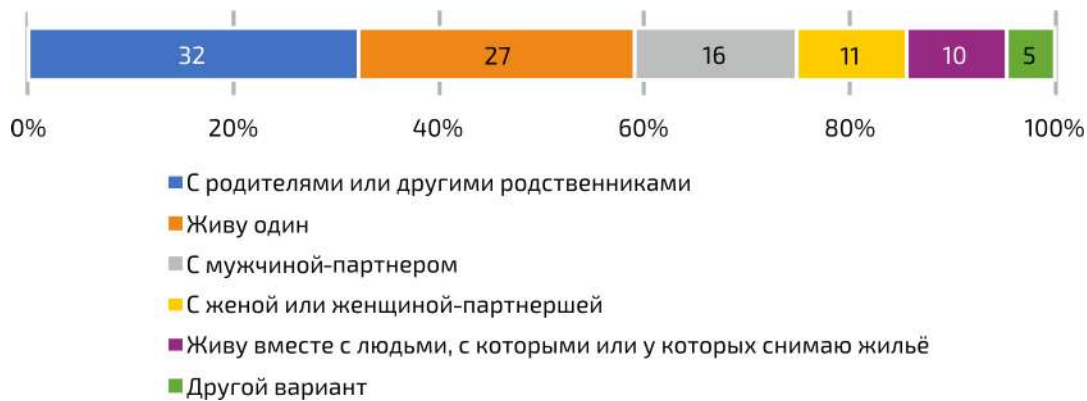


Рис. 3.11: Реальный статус сожительства респондентов, %

(37%) и Литве/Эстонии (24%). Также 13–17% таких в Молдове, Беларуси, Украине и России. Наименьшее число живущих с партнёром в Азербайджане и Грузии. Это сочетается с указанной разницей открытости своего влечения к мужчинам. С другой стороны, часть опрошенных живёт с женой или партнёркой, больше всего — в Македонии (19%), а также в Азербайджане, России, Украине и Кыргызстане (в каждом случае — более 10%).

3.4. Место проживания

Подавляющее большинство опрошенных живут в крупных городах с населением свыше 100 тыс. человек (рис. 3.13), причём в ряде стран большинство проживает в столице — что нужно учитывать при экстраполяции результатов. Во всех случаях из сельской местности мы имеем только несколько процентов респондентов на страну.

Больше всего столичных жителей в выборках стран Кавказа, Кыргызстане и Македонии (72–75%). С другой стороны, среди опрошенных в Казахстане и Украине столичных жителей по 41–43%, а в России — 26%. В остальных большинство живёт в крупных нестоличных городах. Это говорит как о большем количестве городов в этих странах, так и о лучшей представленности таких МСМ в нашем опросе.

3.5. Религиозность

Религиозность, возможно, не самая важная характеристика при изучении МСМ и их сексуального здоровья. Большая религиозность связана с большей гомофобией [19, 20].

Большинство малорелигиозны (рис. 3.14). Больше всего тех, кто определил себя как совсем нерелигиозного — 0 по десятибалльной шкале, и “серединка на половинку” (5).

Религиозность несколько отличается в разных странах. На рис. 3.15 изображены её распределения в виде диаграмм размаха. Горизонтальная линия показывает медиану, а “зазубрины” — доверительный интервал. Если “зазубрины” не пересекаются по высоте,

3. Социально-демографические характеристики

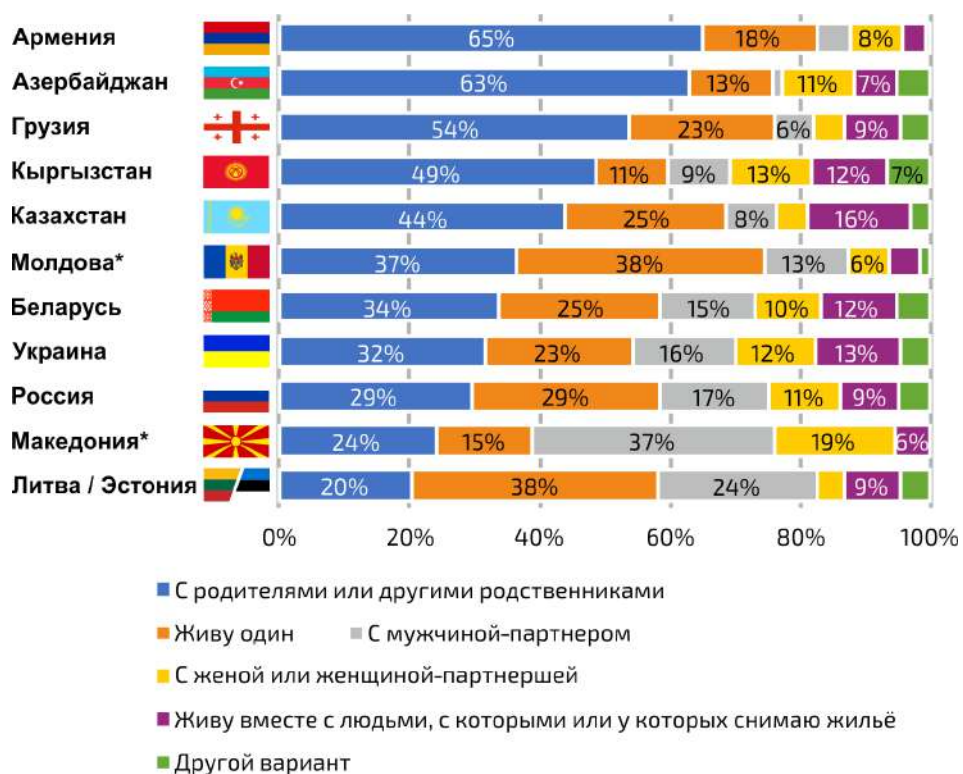


Рис. 3.12: Реальный статус сожительства респондентов в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

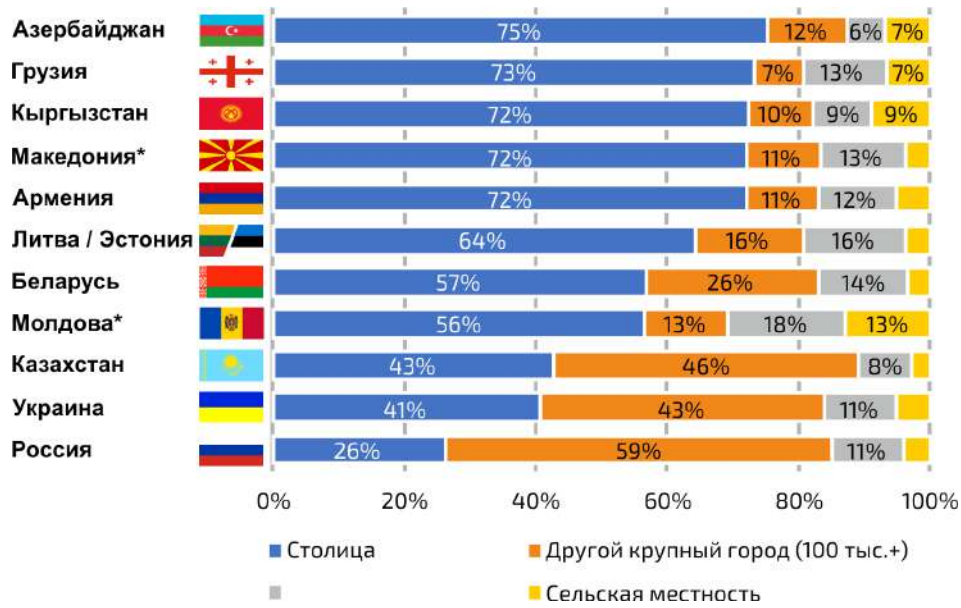


Рис. 3.13: Населённый пункт проживания респондентов в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0,001$, * $N < 100$)

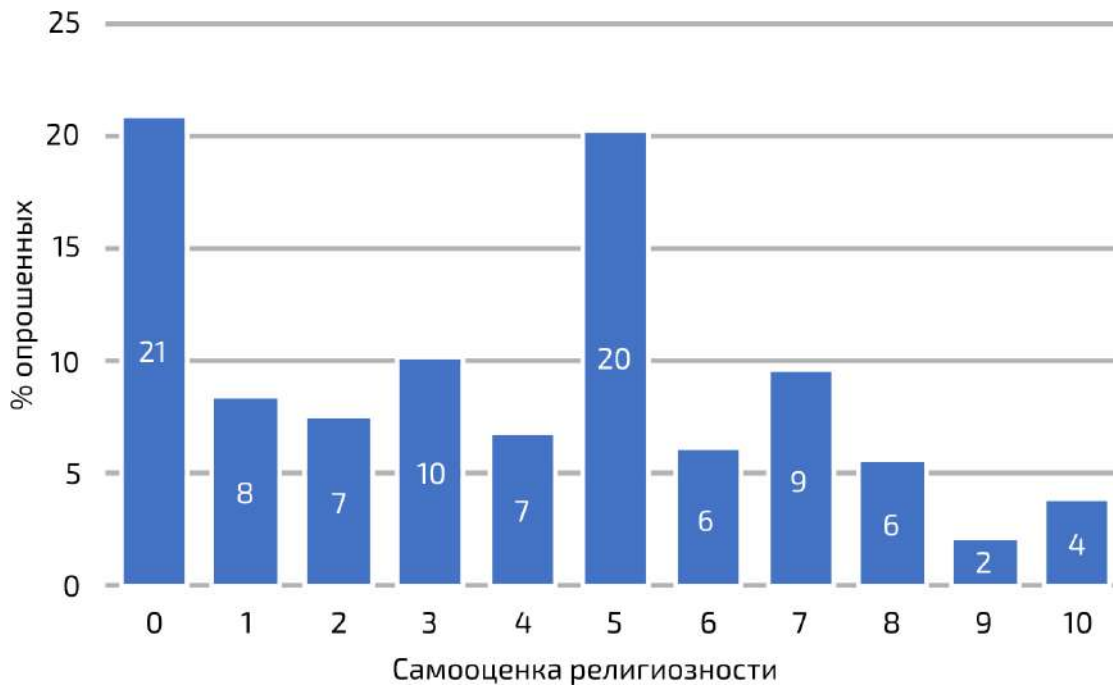


Рис. 3.14: Самооценка религиозности всех опрошенных в баллах, % (0 — вообще не религиозен; 10 — очень религиозен)

3. Социально-демографические характеристики

можно предполагать значимые различия. Наименее религиозны МСМ Македонии, Литвы/Эстонии и Грузии. Заметно более религиозны в Армении и Казахстане. Остальные страны находятся посередине.

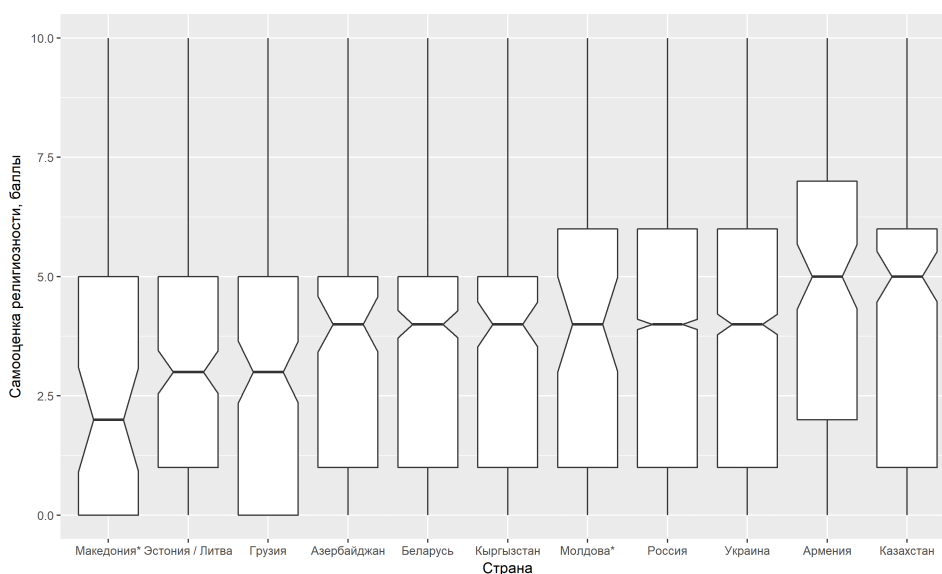


Рис. 3.15: Распределения самооценок религиозности опрошенных в отдельных странах, (0 — вообще не религиозен; 10 — очень религиозен, * $N < 100$)

3.6. Участие в работе НПО

Стоит обратить внимание на значимые отличия между странами, когда речь идёт об участии МСМ-сервисных НПО (рис. 3.16). МСМ, работающие в таких НПО, вероятно, и лучше охвачены профилактическими программами, и имеют большее принятие себя в качестве гомо- или бисексуалов, и, следовательно, должны иметь меньшую интернализированную гомонегативность. С другой стороны, большинство МСМ не участвуют в работе таких организаций. Избыток в выборке тех, кто участвует в НПО, указывает на особенности отбора и на необходимую осторожность при экстраполяции результатов.

Итак, в Македонии, Молдове и Кыргызстане 15–17% опрошенных — участвуют в МСМ-сервисных НПО, в Армении — 10%. В России — всего 1%. В остальных странах — от 3 до 7%. Можно заметить, что чем меньше выборка, тем в большей мере она была набрана в НПО. Исключение — Кыргызстан, который по объёму выборки ближе к Казахстану.

Всего 3% опрошенных указали, что участвуют в МСМ-сервисной организации.

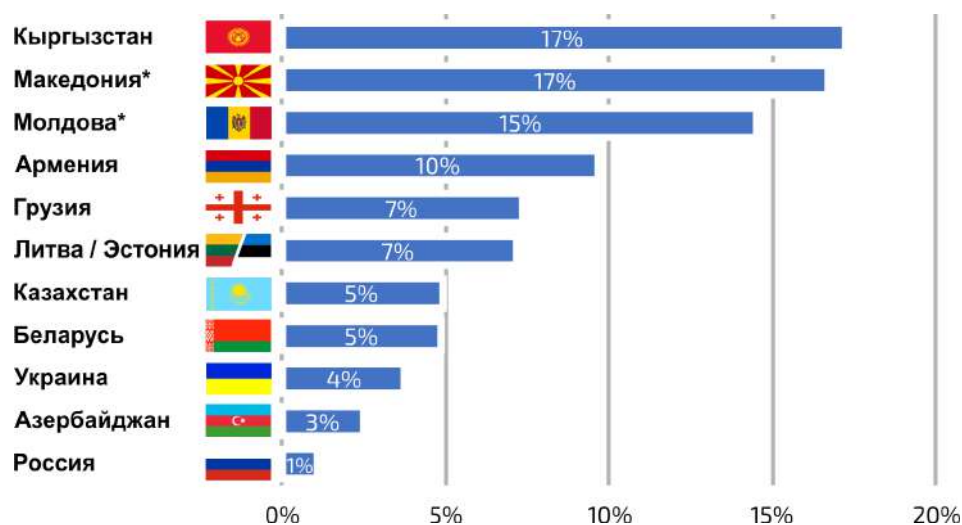


Рис. 3.16: Доля участвующих организациях для геев и бисексуалов в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

Выводы

Во-первых, примерно две трети выборки составили гомосексуалы, ещё четверть — бисексуалы, и ещё до 10% — те, кто не определил себя в этих терминах.

Во-вторых, большинство респондентов — молодые, высокообразованные, экономически активные, малорелигиозные жители больших городов. Соответственно, на МСМ в возрасте примерно 40 лет и старше, жителей небольших городов и т. д. результаты исследования должны распространяться с осторожностью. Большинство никогда не состояло в браке. Часть из них живёт с партнёром или с партнёркой.

В-третьих, чем меньше выборка в отдельной стране, тем больше в ней представлены те, кто участвуют в организациях для геев и бисексуалов, т. е., более активные и охваченные сервисной работой геи и бисексуалы, которые скорее будут отличаться от остальных МСМ в стране. Если в России таковых 1%, то в выборках других стран этот показатель достигает 17%. Соответственно, все остальные полученные результаты будут характеризовать участвующих в НПО больше, а прочих МСМ — меньше, если сравнивать с их относительным весом в общих популяциях МСМ.

В-четвёртых, можно говорить о явной тенденции к увеличению открытости, если мы переходим от стран Южного Кавказа и Средней Азии к группе, включающей Россию, Украину, Беларусь и Молдову, и далее к странам Балтии и Македонии. В этой последовательности растёт доля тех, кто определяет себя в качестве сугубых гомосексуалов, чья ориентация известна окружающим, и кто живёт с мужчинами.

Всё это следует учитывать при анализе ответов о сексуальном поведении и охвате программами профилактики.

4. Интернализированная гомонегативность и её измерение

4.1. Понятие интернализированной гомонегативности

Интернализированная гомонегативность (ИГ), она же интернализированная или внутренняя гомофобия — это психологическая установка, когда лесбиянка, гей или бисексуал негативно относятся к гомосексуальности, в том числе, к собственной [21, 22]. Её сущность состоит в том, что ЛГБ некритически усваивают в процессе социализации отрицательные установки и допущения о гомосексуалах и гомосексуальности, которые распространены в обществе, и относятся к себе со стыдом, презрением и тому подобными чувствами [23, 24, 25]. Другими словами, ИГ — это существующая в обществе стигма, которую МСМ принимают, от чего стигматизируют сами себя [26, 27].

Прямая связь ИГ с уровнем стигмы гомосексуальности в обществе показана эмпирически. Средняя ИГ связана с тем, насколько локальное законодательство защищает или дискриминирует гомосексуалов [28], в частности, она связана с законодательным разрешением однополых союзов и усыновлением/удочерением детей однополыми парами [29]. Также ИГ выше среди респондентов тех стран, где неприятие гомосексуальности распространено в общественном мнении, а сами ЛГБ воспринимают социальное окружение как менее дружественное [30], и где доступ к услугам профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП более ограничен [29].

Стоит немного прояснить терминологию. Исторически более ранним термином была гомофобия, в том числе для описания “отвращения к себе” самих гомосексуалов [31]. Нередко этот термин используется и сейчас. Однако против его использования есть возражения. Термин отсылает к фобии как индивидуальной психопатологии, которая базируется на иррациональных страхах. Однако текущий консенсус состоит в том, что враждебность и негативное отношение к гомосексуалам — это проявления массово распространённой культурной стигмы, то есть, скорее социокультурный феномен [24, 26]. Кроме того, термин гомофобия излишне ценностно нагружен [32].

Поэтому вместо *гомофобии* со стороны гетеросексуалов предлагается использовать термин *сексуальные предубеждения* [26]. Для гомофобии по отношению к себе предлагаются термины *интернализированная гомонегативность*, *интернализированный гетеросексизм* или *само-стигматизация (self-stigma, [27])*. Мы остановимся на первом варианте. Кроме того, мы предпочли слово интернализированная вместо внутренняя, поскольку она лучше отражает то обстоятельство, что гомонегативность появляется не сама собой, а усваивается из внешнего окружения.

Стоит отдельно оговорить, что для мужчин и женщин, для цис- и трансгендерных индивидов, а также, скорее всего, для гомо- и бисексуалов ИГ имеет достаточно разное содержание [1, 25]. В практическом отношении это означает, что ИГ как психологическая установка имеет разную структуру и требует разных методик измерения. В частности показано, что ИГ у лесбиянок может иметь другие составляющие [34]. Для гомо-

и бисексуальных мужчин одна и та же шкала ИГ может работать по-разному [1]. Имея это в виду, мы однако будем следовать в этом отчёте общей практике, согласно которой различия в гомонегативности между мужчинами-гомосексуалами и бисексуалами скорее количественное, чем качественное [10, 35]. В отчёте мы по умолчанию подразумеваем под ИГ только такую для МСМ.

4.2. Как интернализированная гомонегативность связана с сексуальным здоровьем МСМ

Расширяющийся корпус исследований интернализированной гомофобии посвящен прежде всего тому, какие последствия ИГ имеет для здоровья геев и бисексуалов, в частности, для сексуального здоровья, рискованного сексуального поведения и употребления алкоголя и веществ [2]. Впрочем, результаты проверки наличия связей довольно противоречивы [33, 36]. Причины можно искать в разных методиках измерения и анализа, а также выборках разного размера и с разным социокультурным контекстом.

Одной из главных переменных в контексте рискованного поведения является незащищённый анальный секс. Одни исследования показывают, что есть прямая связь между более выраженной ИГ и меньшей вероятностью использовать презерватив [37, 38, 39, 40, 22]. В то же время, мета-аналитическое [36] и обзорное [33] исследования указывают, что эта связь, по меньшей мере, наблюдается далеко не всегда.

В тоже время, более сложный анализ показывает существование не прямых связей, когда эффект ИГ на незащищённый секс опосредуется другими переменными. ИГ связана с компульсивным сексуальным поведением (меньшей возможностью сдерживать желание заняться сексом, как только оно возникло), и соответственно, большей вероятностью незащищённого секса [41]. С другой стороны, более высокий уровень ИГ связан с меньшим средним количеством случайных партнёров, и, соответственно, меньшей вероятностью незащищённого анального секса [41].

Также широко показано, что незащищённый секс коррелирует с более частым употреблением алкоголя и психоактивных веществ [42, 43, 44], однако связано ли последнее с повышенной гомонегативностью МСМ? Связь между ИГ и злоупотреблением алкоголем и веществами либо сексом под их действием противоречива. Одни исследования показывают её наличие [45, 38, 40, 46] или утверждают, что её нужно учитывать [47, 48], другие не подтверждают или подтверждают в незначительной мере [49, 50, 51, 52]. Есть и результаты, показывающие, что более низкая ИГ связана с употреблением рекреационных наркотиков, попперсов, а также с недавним употреблением алкоголя [35].

Есть также свидетельства связи между опытом коммерческого секса и интернализированной гомонегативностью [40, 53].

Отдельные исследования среди ВИЧ-позитивных геев, показало, что ИГ связана с большей вероятностью незащищённых принимающих анальных контактов, и, через связи с негативными переживаниями (депрессивностью, тревогой и т. п.) и большим использованием стимуляторов, с меньшей приверженностью антиретровирусной терапии [54]. Также среди них большая предрасположенность к незащищённым серодискордантным

анальным контактам связана с ИГ через меньшее желание раскрывать свой статус и больший дискомфорт во время секса, что приводит их к отказу от презерватива [55].

Кроме того, высокая интернализированная гомонегативность может быть значимым предиктором недиагностированной ВИЧ-инфекции [56], то есть, само-стигматизация может снижать желание МСМ проходить тестирование.

Само прохождение тестирования на ВИЧ прямо связано с более низкой собственной гомонегативностью [57, 22], см. также [46], а также опосредовано, через большую открытость своей ориентации [22].

Ряд исследований подтверждает прямую связь между ИГ и меньшей открытостью окружающим своей сексуальной ориентации² [35, 58, 22, 59, 53], а уже последняя может быть прямо связана с рискованным сексом, меньшим охватом профилактическими услугами или непрохождением тестирования на ВИЧ. Более того, МСМ с большей самостигматизацией менее связаны с гей- и ЛГБТ-сообществами [60, 58, 61, 10]. В плане профилактики это означает, что гомонегативные МСМ могут быть менее склонны посещать организации для геев и бисексуалов и участвовать в их работе.

Есть свидетельства, что ИГ влияет также и на эффективность профилактических мероприятий [62]. Исследование Хюбнера и коллег [63] показало, что более высокая гомонегативность связана с меньшей осведомлённостью о доступных услугах, меньшим желанием участвовать в профилактических интервенциях совместно с другими МСМ. Как мы упоминали выше, более высокая ИГ на индивидуальном уровне связана с меньшим доступом к профилактическим услугам, в частности, информацией о ВИЧ и ИППП, тестированием на ВИЧ и ИППП, а также доступом к бесплатным презервативам [29].

Стоит упомянуть и о связи между высокой ИГ и худшим психологическим здоровьем МСМ: более низкой самооценкой, депрессивными симптомами, одиночеством и более частыми суицидальными мыслями среди мужчин, которых привлекают другие мужчины [64, 58, 36, 65, 55, 59, 24, 66].

4.3. Исследования интернализированной гомофобии, её последствий и связанных факторов в ЦВЕЦА

Правовой климат, общественное сознание, принятие гомосексуальности самими МСМ намного ниже в постсоциалистических обществах региона ЦВЕЦА, чем в остальной Европе [22]. Резонно предполагать, что в этих странах ИГ среди МСМ является большей проблемой как сама по себе, так и в качестве фактора, который ухудшает здоровье и снижает эффективность борьбы с ВИЧ.

В то же время нам известно чрезвычайно мало релевантных исследований в регионе.

Ряд вышеуказанных работ, написанных на материале Европейского Интернет-опроса МСМ (EMIS), включают данные о МСМ Беларуси, Молдовы, России, Украины, Эстонии [30, 2, 29, 35, 22], однако там эти страны специально не рассматривались.

² В литературе часто обозначается термином *outness* или противоположным по значению *concealment*

В отдельных странах были написаны дескриптивные отчёты, в частности, в России [67] и Эстонии [68]. Однако только в российском отчёте удалось найти показатель ИГ, в среднем невысокий, а также его сравнение между разными городами — в Москве и Санкт-Петербурге ИГ значимо ниже, чем в других городах-миллионниках [67].

В Эстонии также было проведено отдельное исследование связи ИГ с различными показателями здоровья МСМ [69]. В нём не удалось установить значимых связей между ИГ и незащищённым анальным сексом или употреблением наркотиков и почти всеми показателями психологического здоровья (уровнем тревоги, депрессивности, суицидальных настроений). Впрочем, исследование подтвердило, что в среднем более высокий уровень ИГ наблюдается среди тех, кто испытывает влечение не только к мужчинам, и кто больше скрывает свою ориентацию.

В России и Украине есть единичные работы, в которых ИГ рассматривалась в контексте сексуальной социализации и взросления [70, 71], популярно рассматривался сам феномен ИГ [72]³, были адаптированы или сконструированы шкалы ИГ [74, 75].

В Украине исследовались связи между интернализированной гомофобией и показателями, связанными с сексуальным здоровьем и профилактикой ВИЧ и ИППП по меньшей мере в двух исследованиях: национальном биоповеденческом обследовании [76] и отдельном опросе бисексуалов [75]. Эти исследования показывают, что многие вышеописанные закономерности воспроизводятся и в украинском контексте.

Прохождение тестирования на ВИЧ и получение результата теста, осведомлённость об МСМ-сервисной организации неподалёку, охват профилактическими услугами и получение бесплатных презервативов были значимо связаны с меньшей ИГ. Позитивный тест на сифилис был связан с более высокой ИГ. В то же время не обнаружено связи с показателем знания про ВИЧ [76].

Гомонегативность была ниже среди респондентов с более высоким уровнем образования, обеспеченным материальным положением, тех, кто не имел опыта мест лишения свободы. Помимо этого, уровень гомонегативности варьировал между отдельными регионами, что могло быть связано с особенностями рекрутинга [76]. В обоих исследованиях те, кто определял себя как исключительно гомосексуалов, имели более низкую ИГ [75, 76]. В исследовании бисексуалов гомонегативность была положительно связана с употреблением алкоголя и большими опасениями камин-аута [75]. С другой стороны, более высокая гомонегативность была связана с большим количеством партнёров-мужчин за предыдущие полгода [75], что противоречит упомянутым результатам [41].

Из прочих исследований — при определении возможных стратегий внедрения ПрЕП в Украине также оценивался уровень ИГ [77], но этот показатель не был центральным.

Что касается стран Средней Азии, Южного Кавказа, а также Молдовы, Македонии и Литвы — нам не удалось найти для них исследований ИГ и её последствий для здоровья МСМ и профилактики ВИЧ.

³ Упомянем также переводную книгу о психотерапии с ЛГБ-клиентами [73], в которой также описана ИГ, и на которую регулярно ссылаются пишущие о ИГ на русском языке

4.4. Краткая шкала интернализированной гомонегативности

Для измерения ИГ исследователи сконструировали ряд шкал [3, 21, 24, 33, 58, 65, 78]. Из них достаточно популярными были Опросник гомосексуальных установок Нангессера (*Nungesser Homosexual Attitudes Inventory*), состоящий из 34 утверждений [65], и Опросник интернализированной гомонегативности (*Internalized Homonegativity Inventory*, IHNI) Мэйфилда, включающий 23 утверждения [21].

В работе мы, однако, отдали предпочтение методике, выросшей из работы Росса и Россера [3]. Изначально она включала 26 утверждений и называлась Шкала реакций на гомосексуальность (*Reactions to Homosexuality Scale*). В дальнейшем её сократили, очистив от утверждений, которые были недостаточно согласованными или имели недостаточно прямую связь с концептом интернализированной гомонегативности [8, 10]. Получившаяся версия шкалы была названа Краткой шкалой интернализированной гомонегативности, КШИГ (*Short Internalized Homonegativity Scale*, *SIHS*), и содержала всего семь-восемь пунктов [10]. Один из них можно было не использовать на усмотрение исследователя, поскольку его отсутствие практически не сказывалось на качестве шкалы. Шкала использовалась в самом массовом интернет-опросе MSM в мире, охватившем 174209 участников из 38 стран в 2010 г. [12, 22, 79], и включена в аналогичный глобальный опрос 2017 года.

Преимущества этой шкалы не ограничивались компактностью и относительно недавним усовершенствованием. Ряд исследований показали, что шкала сохраняет свою валидность, а попросту говоря работает примерно одинаково хорошо в разных культурах, обществах и социально-демографических стратах [9, 10], в том числе в разных европейских странах [1]. Нам неизвестны подобные кросс-национальные подтверждения валидности для других шкал. Это также существенный аргумент в пользу выбора КШИГ для стран, в которых подобные исследования ранее почти не проводились.

Оригинальные формулировки утверждений шкалы на английском языке, их перевод на русский и сокращённые обозначения, используемые в дальнейшем, приведены в табл. 4.1. Варианты ответов на каждое утверждение изменяются по семибальной шкале от 1 (“Категорически не согласен”) до 7 (“Полностью согласен”), где 4 — “Не могу определиться”. Также возможным вариантом ответа является “Не применимо ко мне”, который считался пропущенным значением.

Шкала была переведена на все языки опроса. Мы предпочли использовать восемь утверждений, хотя можно было не включать пункт “Феминность”. Мы сделали это для большей устойчивости моделей при тестировании валидности шкалы (см. Приложение А).

КШИГ, как и концепт интернализированной гомонегативности в её основе, состоит из трёх структурных элементов (факторов)⁴: личного комфорта с гей-идентичностью, комфорт в общении с другими гомосексуалами, и открытая самоидентификация как гея. Соответствие отдельных утверждений указанным факторам приведено на рис. 4.1.

⁴ Данная структура не универсальна: другие рассмотренные варианты методик измерения интернализированной гомонегативности имели отличающуюся факторную структуру

Таблица 4.1: Формулировки пунктов Краткой шкалы интернализированной гомофобии (КШИГ)

Оригинальные формулировки ¹	Русскоязычный перевод ²	Сокращённое обозначение
Obviously effeminate homosexual men make me feel uncomfortable ^R	Откровенно женоподобные гомосексуалы вызывают у меня чувство неловкости ^R	Феминность
I feel comfortable in gay bars	Я чувствую себя комфортно в гей-барах	Гей-бары
Social situations with gay men make me feel uncomfortable ^R	Я чувствую себя неловко в обществе геев ^R	Общество геев
I feel comfortable being seen in public with an obviously gay person	Я спокойно себя чувствую, когда меня видят в компании явно гомосексуального человека	В компании гея
I feel comfortable discussing homosexuality in a public situation	Я спокойно себя чувствую, когда открыто обсуждаю гомосексуальность	Обсуждение
I feel comfortable being a homosexual man	Быть гомосексуальным мужчиной для меня комфортно	Быть гомосексуалом
Homosexuality is morally acceptable for me	Гомосексуальность для меня морально приемлема	Моральность
Even if I could change my sexual orientation, I wouldn't	Даже если бы я мог изменить свою сексуальную ориентацию, я этого не сделал бы	Не менял бы ориентацию

Степень согласия указывается по семибальной шкале от 1 ("Strongly disagree"/"Категорически не согласен") до 7 ("Strongly agree"/"Полностью согласен")

¹ Источник англоязычных утверждений: [1]

² Перевод сделан в рамках данного исследования

^R Обратная шкала



Рис. 4.1: Теоретическая структура и индикаторы КШИГ (Построено на основе [1])

Следует указать на некоторую особенность шкалы: возрастание её значений отражает *снижение* уровня интернализированной гомонегативности. Это легко проверить, вчитавшись в утверждения и варианты ответов. Чтобы смягчить это неудобство и не оборачивать при этом шкалу, мы в отчёте употребляем выражение “принятие гомосексуальности” и подобные ему как синонимы низкой ИГ. Тем более, что о наличии интернализированной гомофобии говорят только значения менее 4 баллов. Значения КШИГ выше 4 баллов свидетельствуют о противоположности, то есть, принятии гомосексуальности своей и окружающих.

4.5. Результаты проверки валидности КШИГ

Перед использованием шкалы нужно проверить её валидность. Это тем более актуально, что валидность шкалы в регионе ЦВЕЦА ранее не тестировалась⁵.

Мы проверяли пригодность шкалы двумя способами. Во-первых, тестировали согласованность шкалы с помощью α Кронбаха. Во-вторых, тестировали латентную структуру шкалы с помощью конфирматорного факторного анализа (КФА). Первый способ более простой, и позволяет показать, можно ли рассчитывать шкалу как среднее арифметическое ответов на её отдельные утверждения. Также его можно использовать для более маленьких выборок, но он менее точный. Второй способ точнее, позволяет лучше учитывать погрешности измерения, и проверять, насколько эквивалентна методика между языковыми и культурными группами, установить различия между странами. Ведь перевод шкалы на другие языки и применение её в других условиях может вносить дополнительные искажения. Однако этот способ сложнее технически, требует больших выборок — поэтому мы применили его не для всех стран, а результат сложнее интерпретировать. Технические детали процесса установления согласованности, латентной структуры и измерительной эквивалентности шкалы мы вынесли в Приложение А.

⁵ У нас нет свидетельств, что КШИГ вообще использовалась в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане. Так что возможно, на соответствующие языки КШИГ была переведена впервые. Что касается других стран, то они были охвачены Европейским Интернет-опросом МСМ в 2010 году, во время которого использовалась эта шкала. Однако, при проверке её валидности регион был взят как целое, без разбивки по отдельным странам [1]. Переводы шкалы в том исследовании по крайней мере на русский и украинский языки отличались от нашего

Общие выводы относительно пригодности шкалы таковы. Надёжность (согласованность) шкалы во всех странах (кроме Таджикистана) достаточна: α Кронбаха варьируется от 0,71 до 0,83. Теоретическая трёхфакторная структура не проверялась для Македонии и Молдовы, и не подтвердилась для опрошенных Армении. Для всех остальных странах подтвердилась частичная скалярная инвариантность КШИГ. С практической точки зрения это означает, что результаты измерений и статистических моделей в этих странах можно сравнивать между собой с учётом некоторых нюансов.

В целом мы получили вполне рабочую шкалу на разных языках, которую можно использовать в дальнейшем, и это — дополнительный результат работы.

4.6. Одномерные распределения пунктов шкалы

Глядя на одномерные распределения, можно предположить, что большинство опрошенных не будут иметь внутренней гомонегативности. Распределения на рис. 4.2. Мы не включили сюда выбравших ответ: “Не применимо ко мне”. В зависимости от утверждения, его выбрало от 2% (“Гомосексуальность для меня морально приемлема”) до 11% (“Я чувствую себя комфортно в гей-барах”) опрошенных.



Рис. 4.2: Распределение ответов на вопросы шкалы гомонегативности, % (*r* — обратно закодированные пункты шкалы)

Напомним, что 4 балла для каждого утверждения — своего рода нуль. Если респондент выбрал оценку больше 4 (для обратных утверждений, отмеченных r — меньше 4), то он, скорее всего, не имеет интернализированной гомонегативности, а наоборот, принимает себя в качестве гомо- или бисексуала.

Мы видим, что ответы, свидетельствующие об отсутствии ИГ, были выбраны более, чем половиной респондентов для 6 из 8 утверждений. Исключениями являются вопрос о комфорте в ситуации, когда тебя в обществе гея видят другие, и, особенно, вопрос о феминных гомосексуалах. В этом случае респонденты были более склонны давать ответы, которые считаются гомонегативными.

Предварительно убедиться, что ответы различаются для отдельных стран, можно в табл. 4.2. Например, медианные ответы относительно моральной приемлемости гомосексуальности различаются меньше, чем относительно гипотетической смены ориентации или феминных гомосексуалов. Видно также, что в Литве/Эстонии и Македонии склонны давать менее гомонегативные ответы, чем, к примеру, в Грузии.

4.7. Сравнение среднего уровня интернализированной гомонегативности между странами

Для начала сравним между собой значения КШИГ, рассчитанных как среднее арифметическое ответов относительно отдельных утверждений. Напомним, что шкала может изменяться от 1 до 7 баллов, где 1 — максимальный уровень ИГ, а 7 — максимальное принятие гомосексуальности.

Сравнение подтверждает низкий уровень ИГ во всех странах: везде показатель значимо больше 4 баллов (рис. 4.3). В среднем опрошенные скорее принимают гомосексуальность. Также разница в средних индексах между отдельными странами не кардинальная: 1,2 балла между наибольшим (Македония) и наименьшим (Кыргызстан).

Теперь сравним между собой средние значения латентного фактора КШИГ, полученных в результате КФА (А.5, модель 14). С их помощью мы сравним ИГ в восьми странах, но более точно, и дополнительно выявим содержательные различия в структуре ИГ.

К сожалению, работая в подходе КФА, мы не можем для каждой группы установить абсолютное значение гомонегативности. Поэтому мы приняли значение ИГ для России равным нулю как baseline — что *не означает* нулевой гомонегативности в реальности — чтобы с ней сравнить ИГ во всех остальных семи странах (рис. 4.4).

Статистически значимой разницы нет между Россией и Казахстаном (в том числе из-за небольшой выборки в последнем). В Украине, Беларуси, и особенно Литве/Эстонии принятие своей гомосексуальности выше, чем в России. В Грузии, Кыргызстане и Азербайджане — значимо ниже.

При этом нужно сказать, что средняя ИГ между странами отличается хоть и значимо, но не радикально. Поскольку исходные утверждения оценивались по 7-бальной шкале, то и латентный фактор ИГ имеет 7 баллов размерности. На рисунке мы видим, что самая большая разница между странами Балтии и Азербайджаном лишь слегка превышает 1 балл.

4.7. Сравнение среднего уровня интернализированной гомонегативности между странами

Таблица 4.2: Медианные баллы для отдельных пунктов КШИГ в разных странах

	Откровенно женоподобные гомосексуалы вызывают у меня чувство неловкости	Я чувствую себя комфортно в гей-барах	Я чувствую себя неловко в обществе геев	Я спокойно себя чувствую, когда меня видят в компании явно гомосексуального человека	Я спокойно себя чувствую, когда открыто обсуждают гомосексуальность	Быть гомосексуальным мужчиной для меня комфортно	Гомосексуальность для меня морально приемлема	Даже если бы я мог изменить свою сексуальную ориентацию, я этого не сделал бы
Армения	4	5	2	3	5	6	7	5
Азербайджан	4	4	3	4	4	4	6	4
Беларусь	5	5	2	4	5	5	7	6
Грузия	4	5	1	3	4	6	7	7
Казахстан	6	5	2	4	4	5	7	5
Кыргызстан	5	5	3	4	4	4	6	4
Литва/Эстония	5	6	2	5	5	6	7	7
Македония*	2	6	1	6	6	7	7	7
Молдова*	6	6	3	4	5	5	7	7
Россия	6	5	2	4	5	5	7	6
Украина	5	5	2	4	5	5	7	6

Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$

4. Интернализированная гомонегативность и её измерение

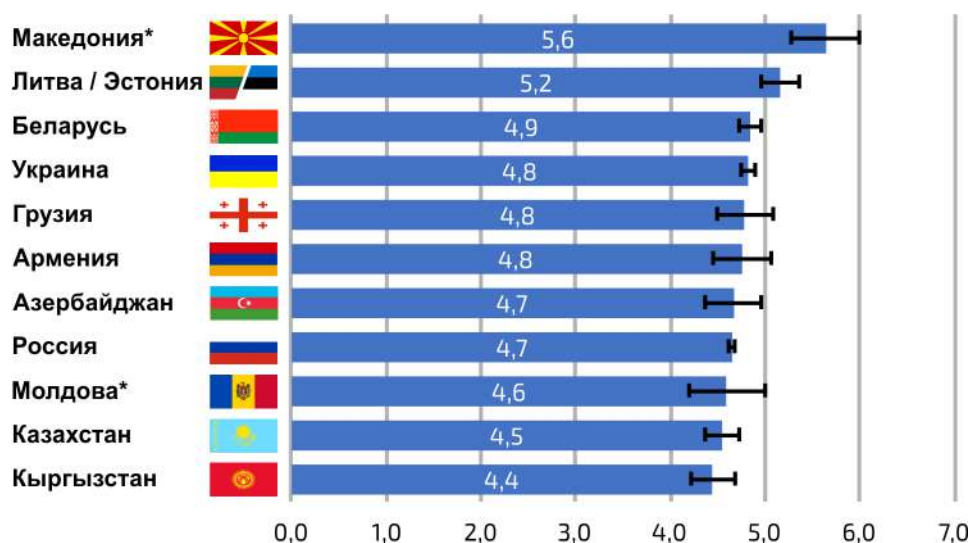


Рис. 4.3: Средние значения КШИГ (среднее арифметическое) в 12 странах (Различия статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

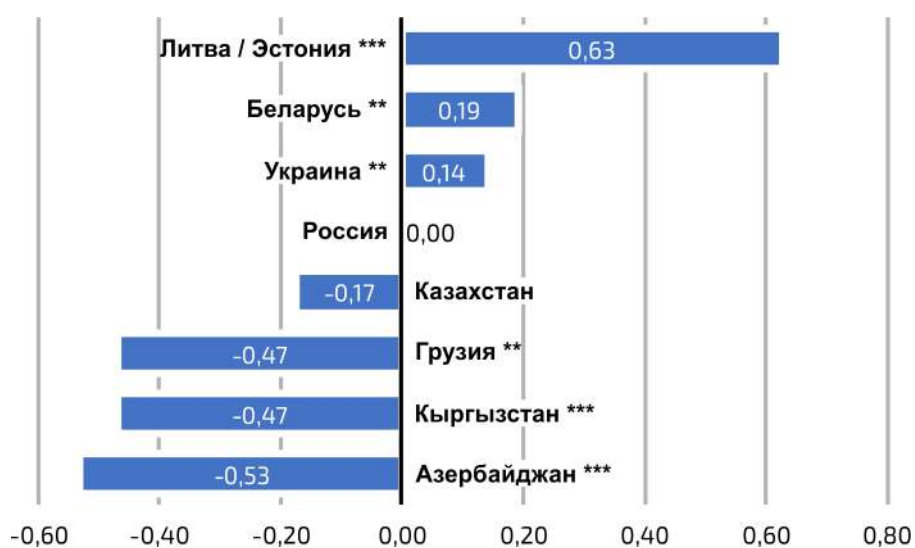


Рис. 4.4: Средние значения КШИГ (латентный фактор) в разных странах по сравнению с Россией

Среднее значение ИГ для России приравнено нулю и выбрано для сравнения, что не означает "нулевой" гомонегативности

** Статист. значимое отличие от российского показателя на уровне $p = 0.01$

*** Статист. значимое отличие от российского показателя на уровне $p = 0.001$

Поскольку шкала имеет только частичную скалярную инвариантность, то интерпретировать её следует с оговорками. Они состоят в следующем. Если некоторый пункт скалярно неинвариантен, то он будет иметь другие значения при равной ИГ. Для этого обратимся к табл. А.6. Опрошенные в отдельных странах имеют такие особенности.

- Азербайджан: внутренняя гомонегативность больше влияет на моральное принятие гомосексуальности, т. е. этот пункт относительно более значим при расчёте шкалы. Также при одинаковой ИГ дискомфорт от феминных гомосексуалов относительно меньше.
- Грузия: гомонегативность меньше связана с ощущением комфорта среди других геев. При том же уровне гомонегативности, что и в других странах, общий комфорт при общении с геями в среднем выше, а в гей-барах — ниже.
- Кыргызстан: гомонегативность меньше связана с ощущением комфорта среди других геев, однако больше связана с моральным принятием гомосексуальности.
- Литва/Эстония: по-особенному работают пункты, относящиеся к публичной идентификации себя как гея. При равном уровне гомонегативности обсуждение гомосексуальности слегка менее комфортно, тогда как в компании открытого гея себя чувствуют более свободно.
- Россия: при равном уровне ИГ больше дискомфорта испытывается при виде феминных гомосексуалов.

4.8. Факторы, связанные со шкалой гомонегативности

Гипотетические связи. Искомые связи между ИГ и рискованным поведением, тестированием на ВИЧ, охватом услугами МСМ-сервиса и вовлечённостью в организации для геев и бисексуалов мы рассмотрим ниже (Разделы 5.5, 6.6, 7.5, 8.3 соответственно). Здесь мы сосредоточимся на социально-демографических факторах ИГ. Это подскажет, каким категориям МСМ более свойственна гомонегативность. Кроме того, соответствие теоретически предсказанным связям дополнительно подтвердит валидность методики.

Большая религиозность может быть связана с меньшим принятием гомосексуальности. Как известно, христианство и ислам — религии, распространённые в регионе, негативно относятся к гомосексуальности. Поэтому, если живущий в регионе МСМ религиозен, он, скорее всего, усвоил и отрицательные религиозные взгляды на гомосексуальность, следовательно, имеет более высокую интернализованную гомонегативность (для подтверждения гипотезы на американском материале см. [80, 81]).

С возрастом может приходиться принятие своей гомосексуальности, поэтому ожидается, что в среднем более старший возраст будет связан с меньшей ИГ [1, 35, 58, 62].

Более высокий уровень образования связан с низкой ИГ, что может быть вследствие большей информированности о гомосексуальности и более благоприятного социального окружения [1, 22, 46, 55, 82].

Проживание в населённых пунктах меньшего размера — по сути, за пределами больших и более толерантных по атмосфере городов — способствует большей ИГ [22].

Выше мы уже описали, что более высокая ИГ обычно предполагает меньшую открытость своей ориентации окружающим. Также более гомонегативные МСМ менее склонны идентифицировать себя как исключительно гомосексуальных, и находиться в романтических отношениях с другими мужчинами [10, 35, 61, 82, 83]. Из этого следует, что МСМ, имеющие постоянных сексуальных партнёров-мужчин и/или живущие вместе с постоянным партнёром, должны быть менее гомонегативны, а находящиеся в браке с женщиной — более.

Тестировать связи мы будем с помощью моделирования структурными уравнениями, в которых значения латентного фактора КШИГ будут зависимой переменной.

Двумерные связи КШИГ и других факторов для отдельных стран. В табл. 4.3 приведены параметры парных регрессий между латентным значением КШИГ и отдельными предикторами для каждой страны.

Для всех восьми стран бисексуальная или другая сексуальная ориентация (включая гетеросексуальную) связаны с большей ИГ, также, как и большая закрытость своей ориентации. Статистическая значимость отсутствует только для «другой» ориентации в случае Казахстана и ситуации, когда все или больше половины знакомых знают о сексуальной ориентации в случае Азербайджана.

Для шести из восьми стран (кроме Грузии и Казахстана) проживание с мужчиной значимо связано с меньшей гомонегативностью и большим принятием себя (категория для сравнения здесь — проживание с родителями, родственниками или другими людьми, не являющимися для респондентов родственниками или свойственниками).

Также для Кыргызстана, России и Украины в среднем большая ИГ была среди тех, кто проживает вместе с женой или партнёркой. Аналогичная связь существует для тех, кто имеет юридически зарегистрированный брак, в тех же странах и Казахстане.

Проживание не в столичном большом городе, малом городе или селе связано со значимо большей ИГ в случае Азербайджана, России и Украины. Для Беларуси и Кыргызстана наблюдается значимая связь только при сравнении столицы и малого города/села. В остальных случаях знак коэффициента, как правило, был таким же, но не имел статистической значимости.

Религиозность была связана с ИГ в ожидаемом направлении (больше религиозность — меньше принятие гомосексуальности) в большинстве стран, кроме стран Балтии и Кыргызстана. Причём в Грузии коэффициент был не таким уж маленьким.

Связи с возрастом и образованием наблюдались реже и не всегда в предсказанном направлении. Возраст был связан с ИГ только для Грузии, Кыргызстана и России, причём только в последнем случае больший возраст был связан с большим принятием своей сексуальности.

Только в Литве/Эстонии и Казахстане наблюдается значимая разница ИГ между опрошенными с полным высшим образованием и вообще без высшего, причём в Казахстане менее образованные имеют более низкий уровень гомонегативности.

Моделирование факторов КШИГ. В уравнения множественной регрессии для каждой страны мы включили только переменные, показавшие значимую связь в парной регрессии (табл. 4.4). Для большинства стран сохранили статистическую значимость связи с сексуальной ориентацией респондентов и её открытостью для окружающих.

При этом значимость связей с фактом совместного проживания с мужчиной сохранилась только для России и Азербайджана. Кроме того, практически исчезла связь с типом населённого пункта. Это позволяет сделать вывод, что эти связи объяснялись преимущественно разницей в сексуальной самоидентификации и её открытости между MSM из разных городов и с разными сожителями.

Обратная связь между религиозностью и ИГ почти во всех случаях сохранила значимость, а именно для Беларуси, Грузии, Казахстана, России и Украины.

Связь между возрастом и ИГ сохранила свою значимость и знак для Грузии, Кыргызстана и России, и стала значимой для Украины в присутствии прочих переменных. Для Украины связь положительная: с увеличением возраста в среднем усиливается принятие гомосексуальности, хотя сила связи небольшая.

Уровень образования сохранил свою значимость среди опрошенных Казахстана, потерял в странах Балтии, и приобрёл в России. Однако эти связи контринтуитивны: меньший уровень образования связан с меньшей ИГ и большим принятием себя. На данный момент сложно сказать, чем обусловлена такая связь.

Таблица 4.3: Нестандартизированные коэффициенты парных регрессий для отдельных стран, зависимая переменная — латентное значение КШИГ

	Азербайджан	Беларусь	Литва/Эстония	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Украина
N	116	491	192	147	217	175	5074	1329
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)								
Бисексуал	-0,83*	-0,37***	-1,23***	-0,79*	-0,88*	-1,21***	-1,15***	-1,08***
Другая	-1,87***	-0,30***	-1,66***	-1,02*	-0,86	-1,62***	-1,34***	-1,52***
Из окружающих знают (Ref. = Никто)								
Немногие/Меньше половин	1,05*	0,93***	0,95**	0,69*	0,92***	1,02**	0,89***	0,84***
Все/Больше половин	0,65	1,74***	1,84***	1,99***	2,15***	2,20***	1,77***	1,79***
Место проживания (Ref. = Столица)								
Другой большой город	-1,01*	-0,07	-0,19	-0,27	0,39	-0,85	-0,33***	-0,34***
Малый город/село	-1,20*	-0,42*	-0,32	-0,28	-0,10	-1,19**	-0,40***	-0,61***
Высшее образование (Ref. = Полное высшее)								
Неполное высшее	0,06	-0,01	-0,22	0,40	0,11	-0,11	0,03	0,07
Отсутствует	-0,19	-0,08	-0,55*	0,62	0,60*	0,06	0,09	-0,01
В браке (1 = да)	-0,61	-0,26	0,09	0,59	-0,07	-1,11**	-0,46***	-0,47**
Сожительство (Ref. = Не с половыми партнёрами)								
Один	-0,05	-0,02	-0,05	0,27	-0,04	-0,27	0,001	0,19
С женой/женщиной-партнёром	-0,34	-0,56	-1,19	0,12	-0,69	-0,88*	0,60***	-0,45**
С мужчиной-партнёром	2,03***	0,47*	0,63*	0,99	0,36	0,69***	0,64***	0,63***
Возраст, лет	0,01	0,01	0,01	-0,03*	-0,01	-0,04**	0,01***	0,01
Религиозность (0-10 баллов, 10 = очень религиозен)	-0,12*	-0,09**	-0,06	-0,51***	-0,19*	0,09	-0,06***	-0,08***

Ref. — категория переменной, с которой сравнивается эффект других категорий
 Статистическая значимость коэффициентов на уровне: * $p = 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p = 0,001$

Таблица 4.4: Нестандартизированные коэффициенты множественных регрессий для отдельных стран, зависимая переменная — латентное значение КШИГ

	Азербайджан	Беларусь	Литва/Эстония	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Украина
N	116	491	192	147	217	175	5074	1329
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)								
Бисексуал	-0,67	-0,29***	-0,74*	-0,32	-0,33	-0,77*	-0,23***	-0,58***
Другая	-1,52**	-0,24***	-1,30*	-0,50	-0,33	-0,91	-0,19***	-0,98***
Из окружающих знают (Ref. = Никто)								
Немного/Меньше половны	0,60	0,30***	0,38	0,51	1,10***	0,77*	0,24***	0,62***
Все/Больше половны	0,23	0,44***	1,05*	1,39***	2,15***	1,75***	0,41***	1,42***
Место проживания (Ref. = Столица)								
Другой большой город	-0,79	-	-	-	-	-0,25	-0,06**	-0,14
Малый город/село	-0,84	-	-	-	-	-0,69	-0,02	-0,18
Высшее образование (Ref. = Полное высшее)								
Неполное высшее	-	-	-0,24	-	0,26	-	0,05**	-
Отсутствует	-	-	-0,29	-	0,55*	-	0,09***	-
В браке (1 = да)	-	-	-	-	-	0,18	-	-
Сожительство (Ref. = Не с половыми партнёрами)								
Live alone	-0,06	-0,01	-0,12	-	-	-	-0,02	0,05
С женой/женщиной-партнёрой	0,29	0,06	-0,59	-	-	-	-0,01	0,14
С мужчиной-партнёром	1,27**	0,04	0,25	-	-	-	0,08***	0,20
Возраст, лет	-	-	-	-0,03*	-	-0,05***	0,11***	0,01*
Религиозность (0-10 баллов, 10 = очень религиозен)	-	-0,12*	-	-0,15**	-0,15***	-	-0,10***	-0,06**

Ref. — категория переменной, с которой сравнивается эффект других категорий
 Статистическая значимость коэффициентов на уровне: * $p = 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p = 0,001$

Выводы

Интернализированная гомонегативность является психологической установкой среди МСМ, при которой они усваивают господствующую в обществе стигму гомосексуальности, разделяют негативное к ней отношение и, соответственно, испытывают неприятные переживания насчёт своего влечения к мужчинам. В частности, в странах с дружественным к ЛГБ законодательством и относительно благоприятным общественным мнением средний уровень ИГ ниже. Страны ЦВЕЦА к их числу не относятся.

Множество исследований демонстрируют связь между ИГ и разными аспектами сексуального здоровья МСМ. Свидетельства связи интернализированной гомонегативности с незащищённым анальным сексом и злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами противоречивы: одни исследования говорят о наличии значимой связи, другие о её отсутствии. Впрочем, они позволяют предположить не прямые связи между ИГ и неиспользованием презервативов.

С другой стороны, довольно однозначны свидетельства в пользу того, что интернализированная гомонегативность затрудняет борьбу с эпидемией ВИЧ среди МСМ. Высокая ИГ — барьер для прохождения тестирования на ВИЧ и вовлечения в жизнь сообщества, в том числе, участия в работе организаций. Она связана с меньшим охватом профилактическими программами и их меньшей эффективностью.

Хотя в регионе ЦВЕЦА ИГ должна представлять собой большую проблему, чем, например, в Западной Европе, она практически не исследовалась.

В качестве шкалы для измерения ИГ мы выбрали Краткую шкалу интернализированной гомонегативности (КШИГ), разработанную Россом и Россером [3], и усовершенствованную позднее [1, 8, 10].

Шкала показала согласованность во всех странах по критерию α Кронбаха. При проверке факторной структуры и измерительной инвариантности шкалы с помощью конфирматорного факторного анализа КШИГ продемонстрировала частичную скалярную инвариантность, более полную между русско- и украиноязычными версиями, и между Россией, Украиной, Беларусью и Казахстаном и более ограниченную при дополнительном сравнении с Азербайджаном, Грузией, Литвой/Эстонией и Кыргызстаном.

В целом шкала и её переводы показали свою применимость и пригодность для дальнейшего использования в странах региона. Варианты на русском, украинском, литовском, грузинском и в меньшей мере армянском языках вполне пригодны для дальнейшего использования (эстонский уже использовался ранее, [68, 69]). Варианты на азербайджанском, казахском, кыргызском, македонском и румынском языках показали достаточную согласованность, но нуждаются в дополнительной проверке валидности.

Средний уровень интернализированной гомонегативности во всех странах был достаточно низким и свидетельствовал, что большинство респондентов принимает гомосексуальность и себя. Хотя между некоторыми странами и были статистические различия, содержательно они были не очень большими. Кроме того, КШИГ имела особенности в отдельных странах. Они сводились к небольшим отличиям того, как латентный фактор ИГ был связан с отдельными утверждениями, касавшимися общения с другими геями и своей публичной самоидентификации как гея.

Факторами, значимо связанными с ИГ, для большинства стран были сексуальная ориентация и открытость своих сексуальных предпочтений окружающим. Бисексуалы и респонденты с другой ориентацией имели в среднем более выраженную ИГ по сравнению с гомосексуалами. Менее закрытые имели меньшую ИГ. В присутствии этих переменных сожителство с постоянным партнёром и тип населённого пункта практически перестали быть значимыми предикторами уровня ИГ. Примерно для половины стран была значимой связь большей религиозности с большей ИГ. Что касается возраста и уровня образования, то их связь с ИГ была значимой в меньшинстве случаев, при этом не всегда направление связи соответствовало обнаруженному в литературе.

5. Секс, рискованное поведение и использование презервативов

5.1. Секс с мужчинами за полгода до исследования

Большинство опрошенных занимались сексом с мужчинами в предыдущие полгода перед исследованием — от 81% в Армении и Казахстане до 93% в Македонии (рис. 5.1). При этом анальный секс практиковала меньшая доля респондентов (от 70 до 83%).

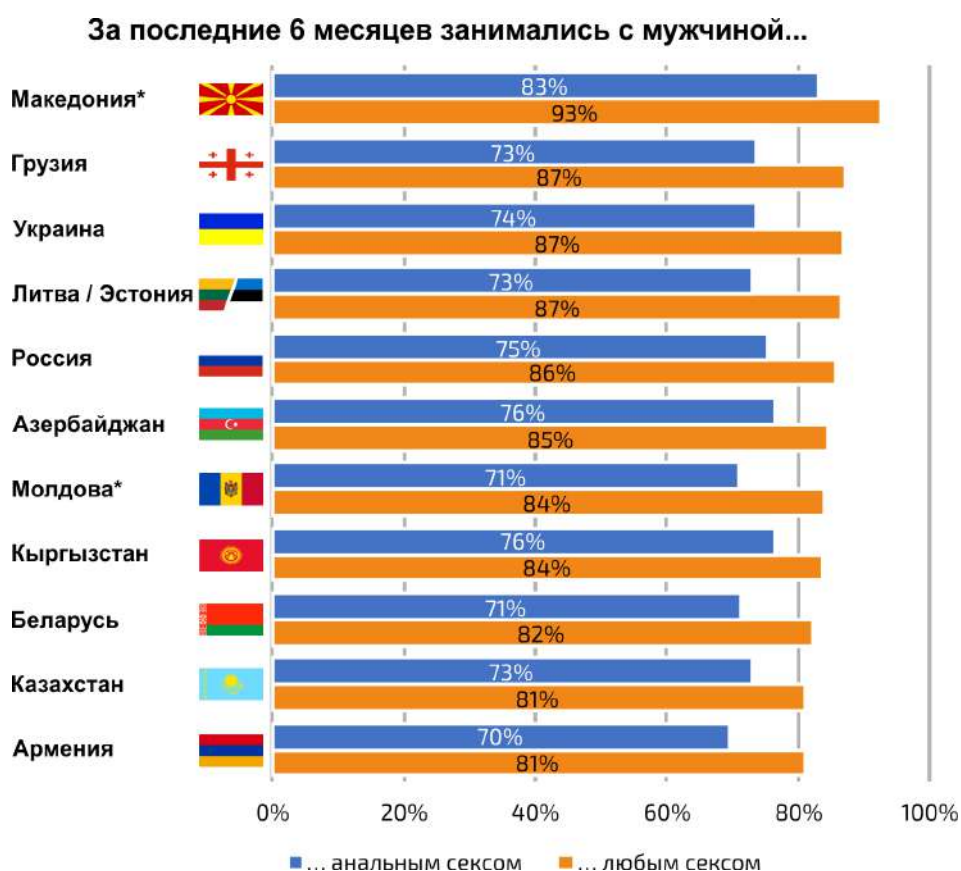


Рис. 5.1: Опыт секса с мужчиной в течение шести месяцев до опроса, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

В нашем исследовании сексуальные партнёры классифицировались так: *постоянный* — с ним есть регулярный секс достаточно долго, и респондент не даёт/не получает от партнёра материального вознаграждения; *случайный* — малознакомый, с которым был один или несколько раз секс без материального вознаграждения; *коммерческий* — который давал респонденту или принимал от него вознаграждение за секс.

Кроме того, при дальнейшем изложении мы классифицируем партнёров как постоянных и непостоянных (всех остальных).

Если брать только тех, кто имели анальный секс, то за предыдущие полгода у них было очень разное количество случайных партнёров. Хотя некоторые указали, что имели более 50 случайных партнёров, у большинства от 0 до 3 партнёров (рис. 5.2).

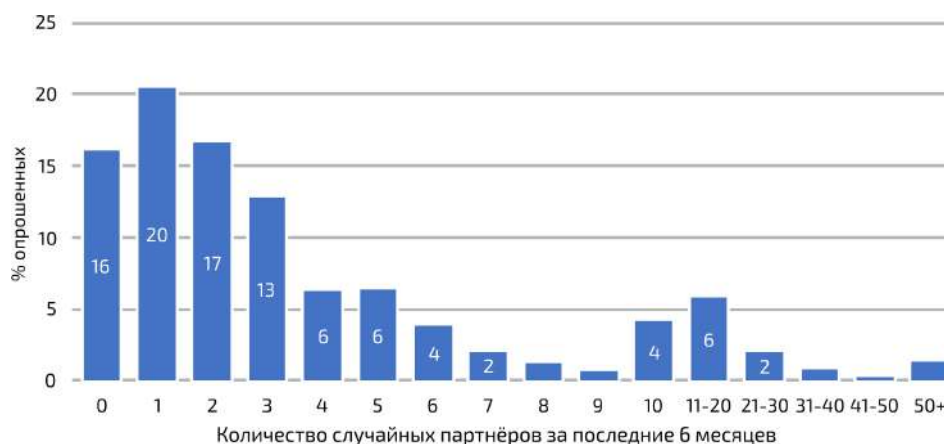


Рис. 5.2: Количество случайных партнеров, с которыми был анальный секс в течение 6 месяцев до опроса, %

На рис. 5.3 сравниваются страны с достаточно большой выборкой. Медианы для Беларуси, России и Украины составляют 2 партнёра, для остальных стран — 3.

Мы также спросили, с каким партнёром — постоянным, случайным или коммерческим — у респондентов был последний анальный секс. Ответы отличались от страны к стране (рис. 5.4). Постоянный и случайный партнёр были примерно одинаково часто в Македонии, Молдове, Литве/Эстонии и Кыргызстане.

Партнёр был случайным заметно чаще (разница порядка 10%) в Казахстане, Беларуси, России, Украине. Примерно вдвое чаще это был случайный партнёров в Грузии, Армении и Азербайджане. При этом в Азербайджане 14% опрошенных затруднились отнести своего последнего партнёра к одной из предложенных категорий.

Стоит обратить внимание, что число случайных партнёров за предыдущие полгода заметно связано с тем, каким был последний партнёр при анальном сексе (рис. 5.5). Среди тех, чей последний анальный секс был с постоянным партнёром, 37 вообще не имели случайных партнёров, 21% имел только одного. Более 5 партнёров имели только 11%. Среди тех, чей последний секс был со случайным партнёром, половина имела 2–5 партнёров, а 30% — больше 5 случайных партнёров. Те, кто последний раз занимался сексом с коммерческим партнёром, склонны иметь случайных партнёров примерно столько же.

Это означает, что вопрос о последнем партнёре может использоваться как прокси-переменная для оценки того, находится ли МСМ в постоянных отношениях и, соответственно, не имеет случайных партнёров или имеет их мало.

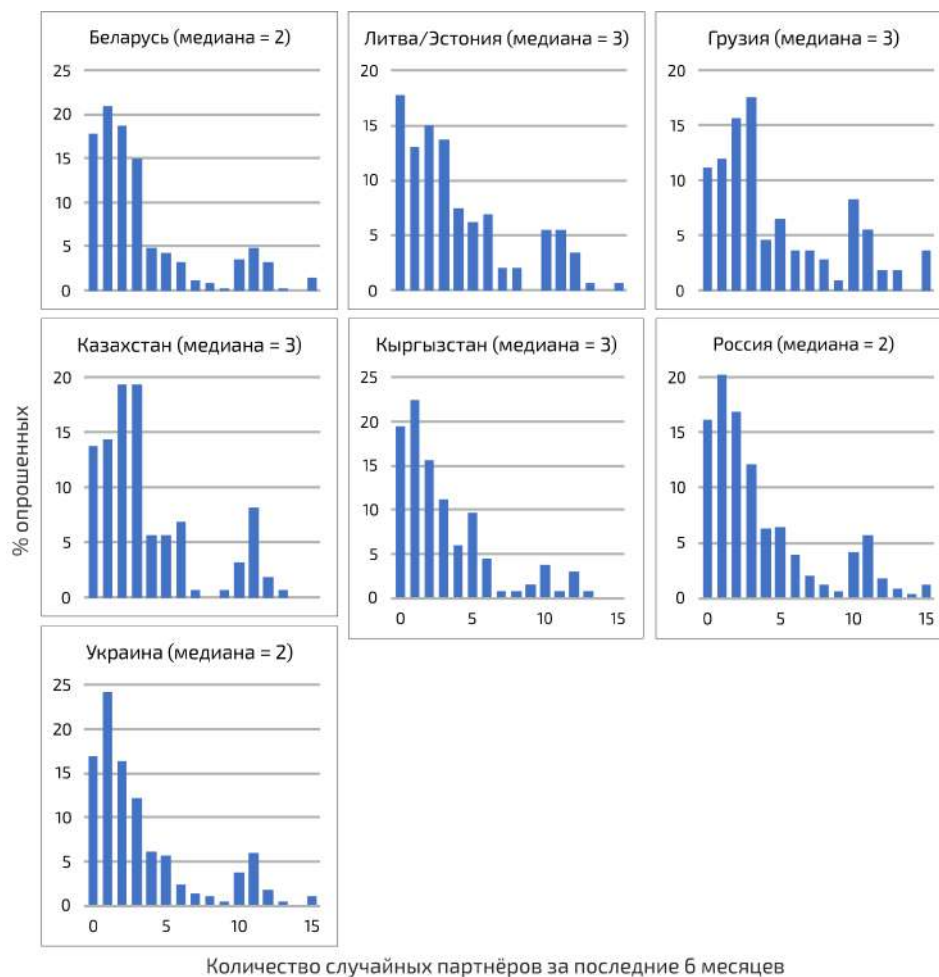


Рис. 5.3: Количество случайных партнеров, с которыми был анальный секс в течение 6 месяцев до опроса, в отдельных странах, % (Различия медиан значимы на уровне $p < 0.001$)

5.1. Секс с мужчинами за полгода до исследования

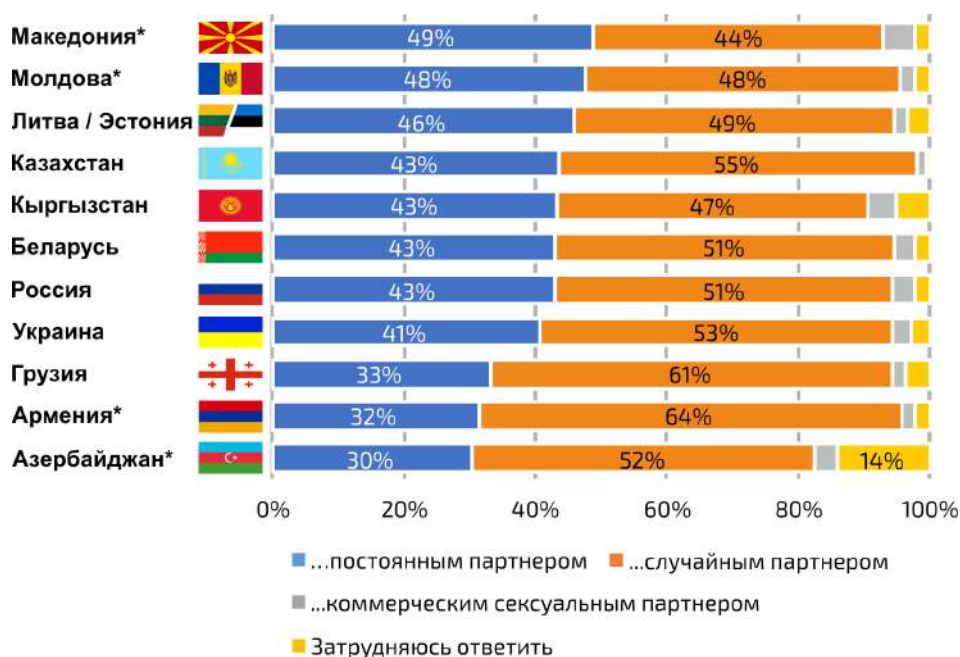


Рис. 5.4: Мужчина, с которым был последний анальный секс (среди тех, кто им занимался в предыдущие шесть месяцев), % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

Количество случайных партнёров за предыдущие 6 месяцев

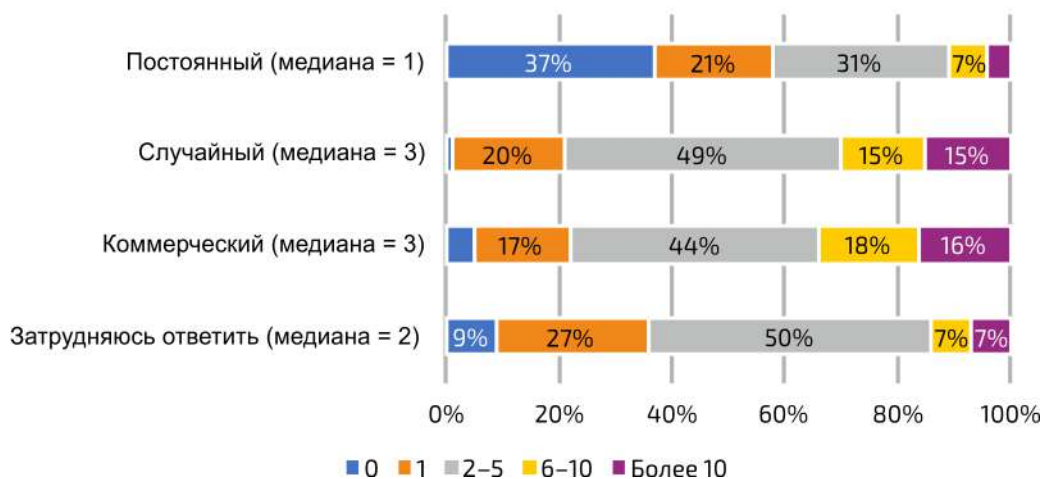


Рис. 5.5: Распределение количества недавних случайных партнёров в зависимости от последнего сексуального партнёра, человек (Различия между типами партнёров статистически значимы на уровне $p < 0.001$)

5.2. Использование презервативов

Доступность презервативов. У большинства опрошенных никогда не было такого, что презерватив нужен, но его нет под рукой (рис. 5.6). Тем не менее, существенная доля опрошенных сталкивалась с подобными случаями.

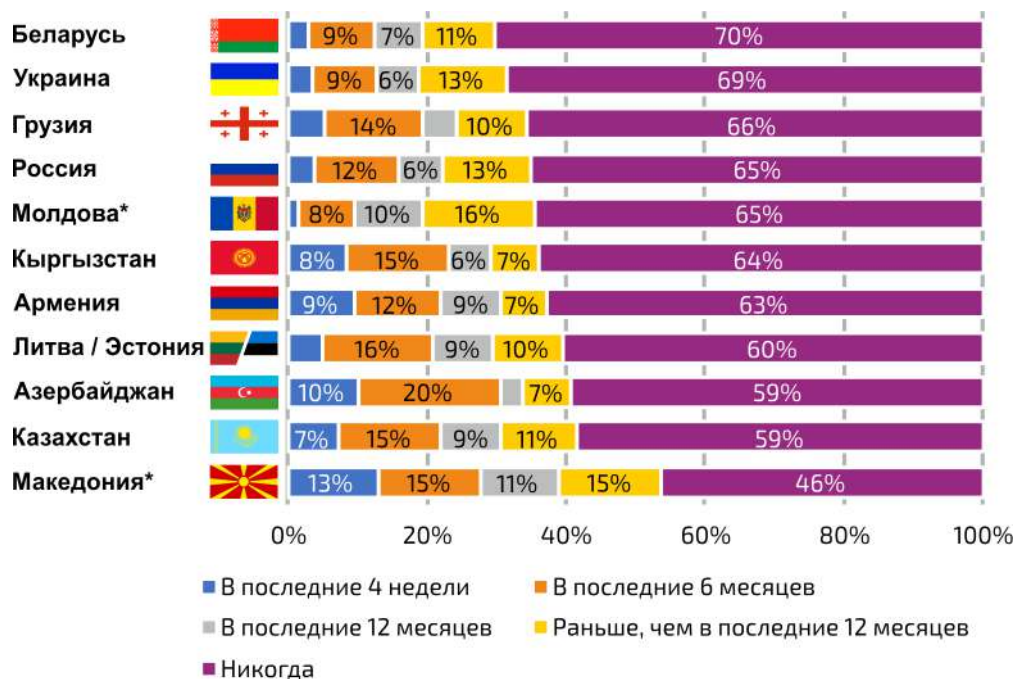


Рис. 5.6: Распределение ответов на вопрос “Когда в последний раз вам был нужен презерватив, но его не оказалось под рукой?” в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

Относительно недоступными были презервативы для опрошенных МСМ Македонии: только 46% никогда не имели проблем с доступом, а 13% не хватало презерватива в течение последнего месяца, ещё 26% — в предыдущий год.

Что касается всех остальных стран, то совсем не имели проблем с доступом порядка 60–70% опрошенных в каждой стране. Не оказывалось презерватива под рукой в последний месяц у 2–10% опрошенных, ещё у 15–24% в предыдущий год.

Не считая Македонии, самым проблематичным доступ к презервативам выглядит в Азербайджане, самым беспрепятственным — в Молдове, Беларуси и Украине (рис. 5.6).

Использование презерватива при последнем анальном сексе часто используется как индикатор безопасного секса среди популяции вообще. В таком случае, опрошенные МСМ пользуются презервативами далеко не всегда (рис. 5.7).

Если рассматривать последний анальный секс с любым партнёром, то этот показатель варьировал от 82% в Грузии до 55% в Кыргызстане и Македонии и всего 50% в Азербай-

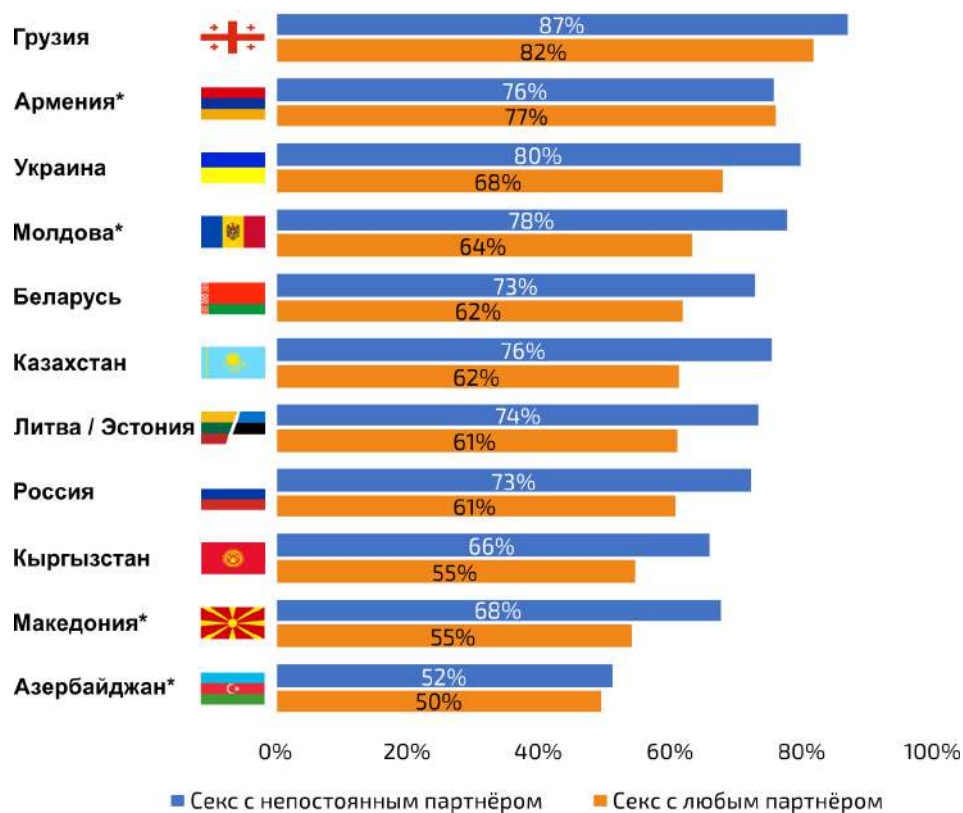


Рис. 5.7: Доля тех, кто использовал презерватив при последнем анальном сексе с мужчиной (за предыдущие 6 месяцев), % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

джане. Можно предположить, что часть случаев неиспользования презерватива имеют место с постоянным партнёром, и стоит внимательнее посмотреть на последний секс с непостоянным партнёром.

Процент пользования презервативом тогда действительно растёт, но не везде одинаково. Например, в Азербайджане он вырос всего на 2%. Среди опрошенных там МСМ самая неблагоприятная ситуация: всего половина пользовались презервативом при последнем с непостоянным партнёром.

В Армении он остался примерно таким же, в Грузии вырос всего на 5%, однако на фоне других стран их респонденты использовали презерватив чуть ли не чаще всех (в Грузии — 87%). Для всех остальных стран использование презервативов, если учитывать только случайных партнёров, выросло на 11–15%.

Частота использования презервативов со случайными партнерами. Секс с многочисленными случайными партнёрами является более рискованным для инфицирования ВИЧ. Поэтому мы отдельно спросили тех, у кого был секс со случайными партнёрами в предыдущие полгода (61% от всей выборки), как часто они во время таких контактов пользовались презервативами.

Только половина респондентов (рис. 5.8) с недавними случайными партнёрами ответили, что всегда использовали презерватив при таких сексуальных контактах. Ещё четверть ответила, что пользовалась ими в большинстве случаев.

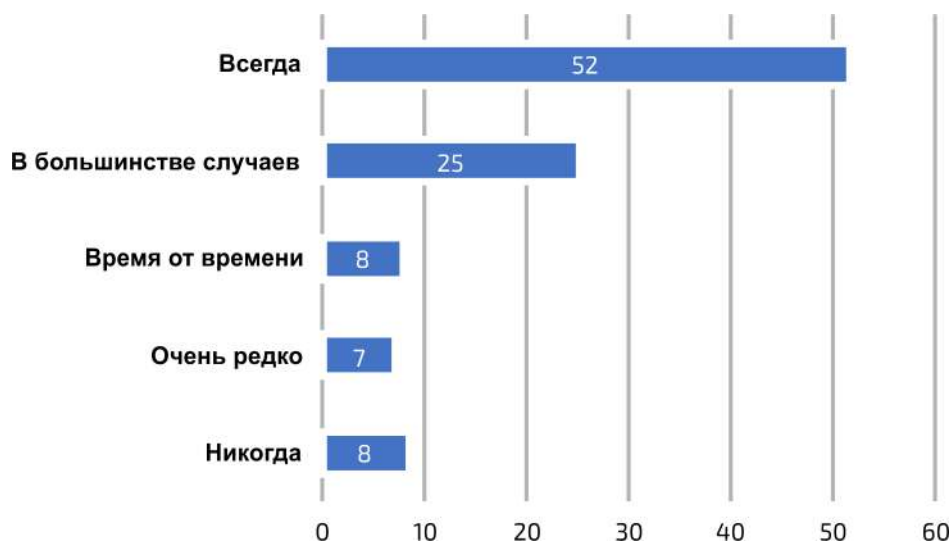


Рис. 5.8: Частота использования презервативов со случайными партнёрами в предыдущие 6 месяцев среди опрошенных, имевших таких партнёров, %

Разбивка по странам (рис. 5.9) опять показывает, что чаще всего презервативами пользовались в Грузии, затем в Украине. Наихудшая ситуация в Азербайджане.

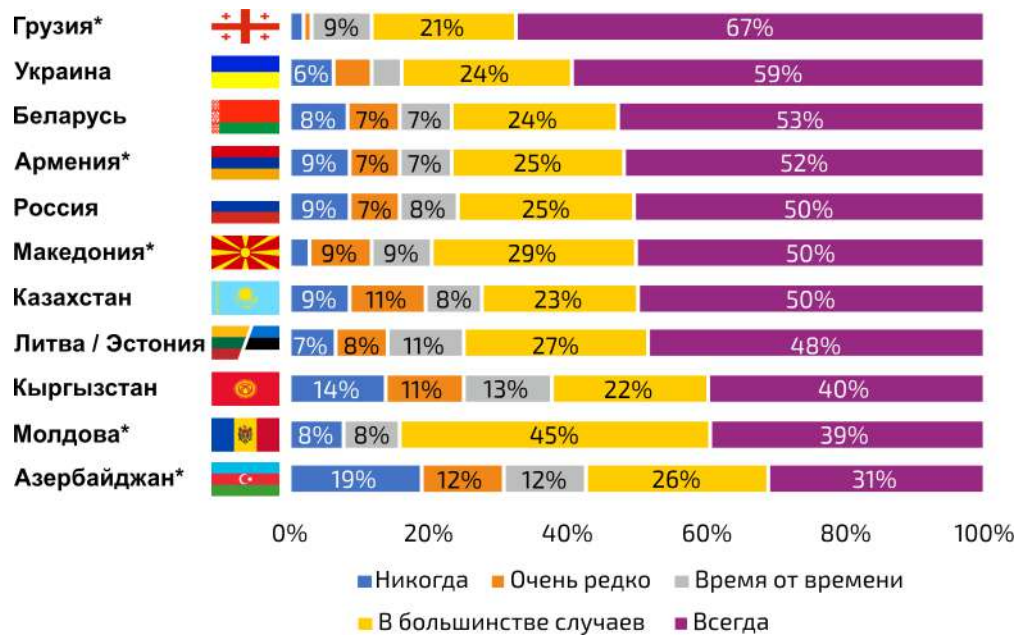


Рис. 5.9: Частота использования презервативов со случайными партнёрами в предыдущие 6 месяцев среди опрошенных, имевших таких партнёров, в отдельных странах, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

Безусловно, существует значимая связь: при большем числе случайных партнёров респонденты склонны чаще пользоваться презервативом (рис. 5.10).

Всегда использовавшие презерватив — группа респондентов, выбивающаяся из общей закономерности. Половина из них имела от 1 до 5 случайных партнёров за полгода (медиана — 3 партнёра), а экстремальные числа среди них редки. Среди тех, кто пользовался презервативами не всегда, чаще делают это, если случайных партнёров больше.

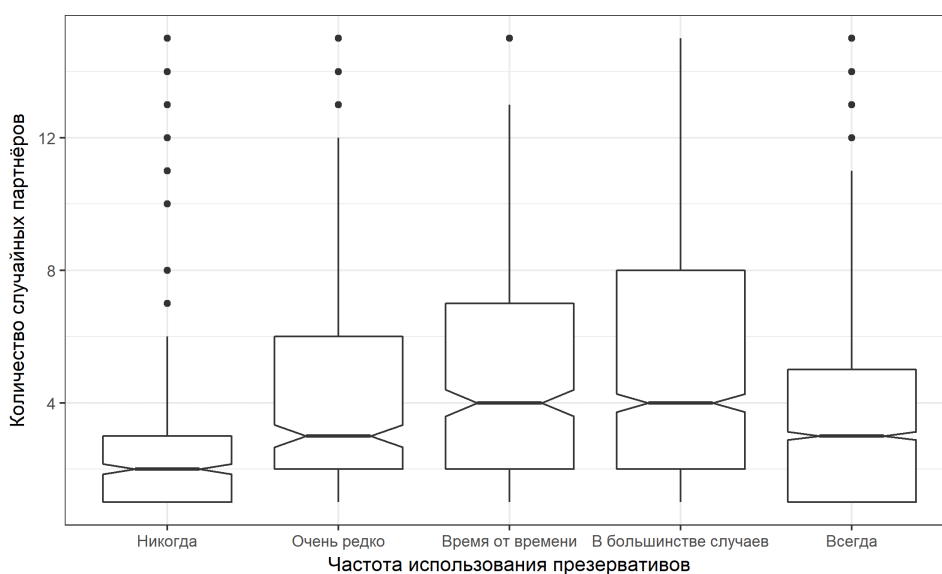


Рис. 5.10: Связь между числом случайных партнеров и частотой использования презервативов (Разница в медианах статист. знач. при $p < 0.001$)

Тенденция иметь описанную связь между количеством партнёров и использованием презервативов наблюдается и на уровне отдельных стран (рис. 5.11). Из-за недостаточного размера выборки мы укрупнили варианты ответов об использовании презервативов. Медианные значения количества случайных партнёров в зависимости от частоты пользования презервативов различаются по странам за исключением Литвы/Эстонии.

Те, кто никогда не использовали презерватив, в среднем имели заметно меньше партнёров, чем те, кто его использовали, но не всегда. Всегда пользовавшиеся презервативами находятся примерно посередине. Возможное исключение — Казахстан.

5.3. Опыт коммерческого секса

Большое число опрошенных имели опыт коммерческого секса в течение 6 мес. перед опросом. Распространённость опыта варьировала от страны к стране (рис. 5.12). В нашем исследовании коммерческий секс определялся как ситуация, когда респондент платил или брал деньги за секс с другим мужчиной.

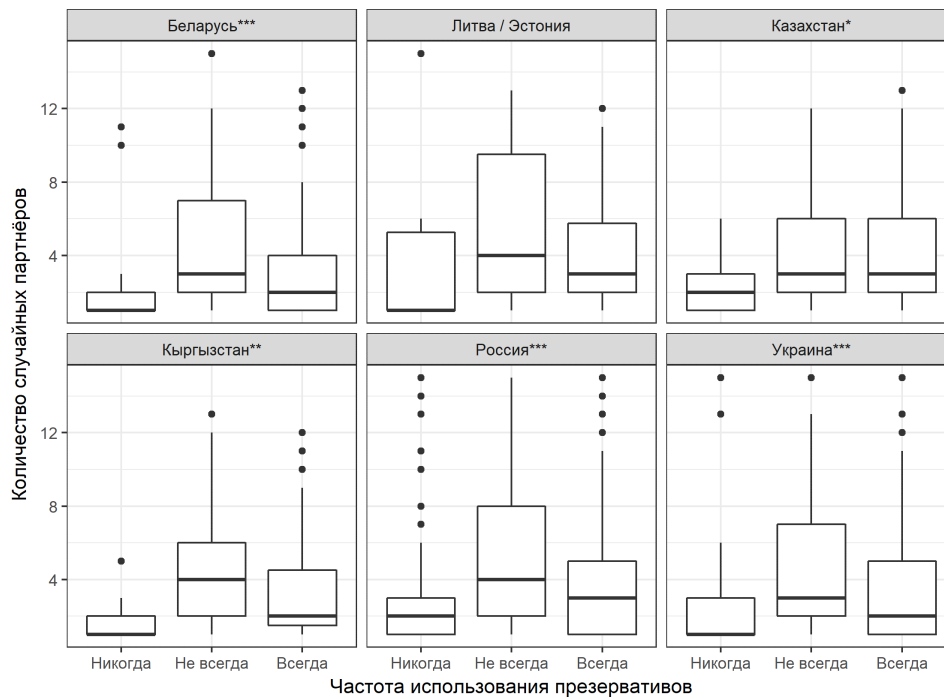


Рис. 5.11: Связь между числом случайных партнеров и частотой использования презервативов в отдельных странах (Статистическая значимость различий на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$)

Наименьшая доля опрошенных, у которых был недавний коммерческий секс, наблюдалась в Грузии (9%), Литве/Эстонии и Македонии (по 10%). Наибольшая — в Азербайджане (18%), а также в Армении, Молдове и Кыргызстане (по 16%).

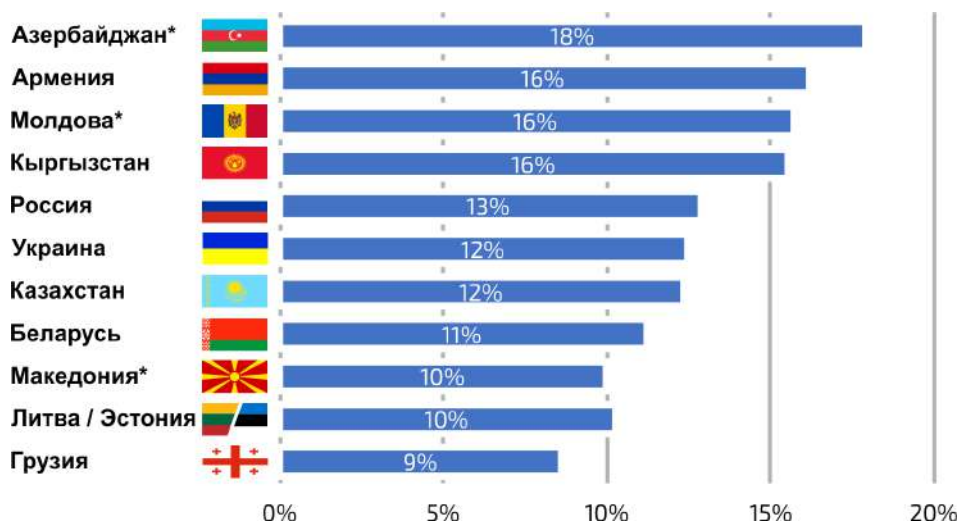


Рис. 5.12: Наличие опыта секса с мужчинами за деньги в течение 6 месяцев до опроса (среди тех, кто занимался анальным сексом в предыдущие полгода, $N = 6059$), % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

5.4. Употребление алкоголя во время секса и использование презервативов

Мы предполагали, что более частое употребление алкоголя во время секса с мужчинами может быть связано с более редким использованием презерватива. С другой стороны, оно может быть связано с необходимостью раскрепоститься из-за, в том числе, собственной гомонегативности.

Мы спрашивали об употреблении алкоголя во время секса с мужчинами в предыдущие 6 месяцев. Хотя есть страновые различия (рис. 5.13), большинство опрошенных употребляло алкоголь во время секса не так уж и часто: очень редко (22–41%) или вообще никогда (27–44%), в сумме, как правило, превышая 60%.

При этом те, кто часто употребляет алкоголь во время секса с мужчинами, действительно склонны несколько реже пользоваться презервативами, в том числе с непостоянными партнёрами. Если из тех, кто употребляет всегда или в большинстве случаев за предыдущие 6 месяцев, 59% использовали презерватив во время последнего секса, то из тех, кто употреблял реже или вообще никогда — 63–65% (рис. 5.14). Если брать только тех, у кого последний сексуальный контакт был не с постоянным партнёром, то

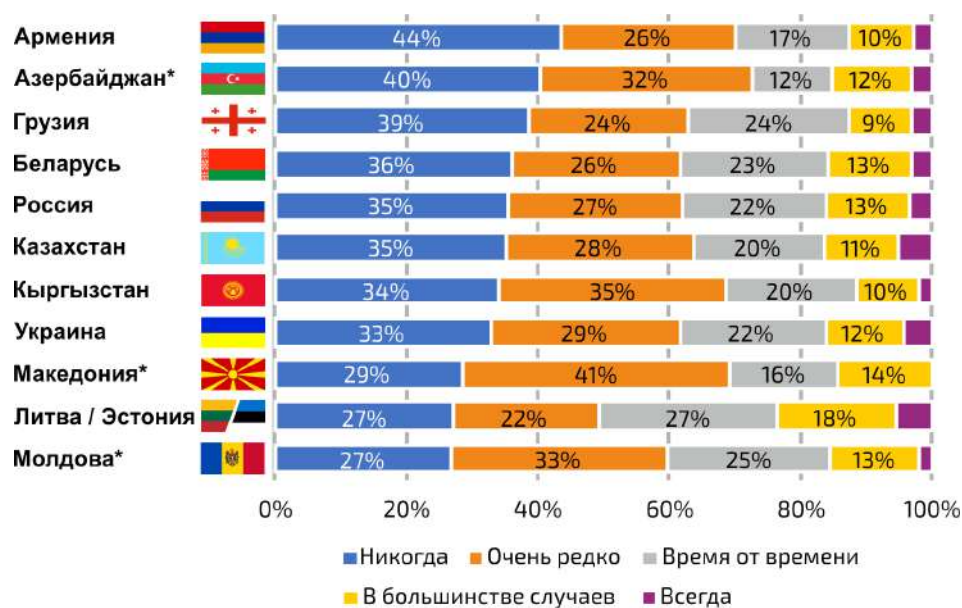


Рис. 5.13: Частота употребления алкоголя во время секса с мужчинами за предыдущие шесть месяцев, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

различия увеличиваются. Из употреблявших всегда 64% пользовались презервативом при последнем сексе, тогда как среди употреблявших время от времени, очень редко или никогда — 76–78%. Различия статистически значимы.

Аналогичная ситуация при рассмотрении частоты использования презервативов со случайными партнёрами в предыдущие полгода (рис. 5.15). Из неупотреблявших алкоголь 57% пользовались презервативами всегда. Из тех, кто употреблял редко или время от времени — 51%. Тех, кто употреблял алкоголь в большинстве случаев, имеют показатель 44%, всегда употреблявшие — 49%. Также среди тех, кто выпивал всегда, больше тех, кто никогда не пользовался презервативами.

Хотя эти закономерности не кажутся определяющими, регулярная выпивка во время секса вносит свою лепту в то, что презервативами пользуются реже, чем могли бы.

5.5. Связи рискованного поведения и интернализированной гомонегативности

Секс с другими мужчинами. Меньшее принятие своей гомосексуальности связано с отказом от секса с мужчинами, по крайней мере, регулярного (рис. 5.16). Хотя в выборке было мало опрошенных, которые не занимались сексом с мужчинами в предыдущие полгода, ещё меньше (всего 98 человек) — тех, кто никогда не занимался анальным сексом, отличия их уровня ИГ оказались заметными и статистически значимыми.

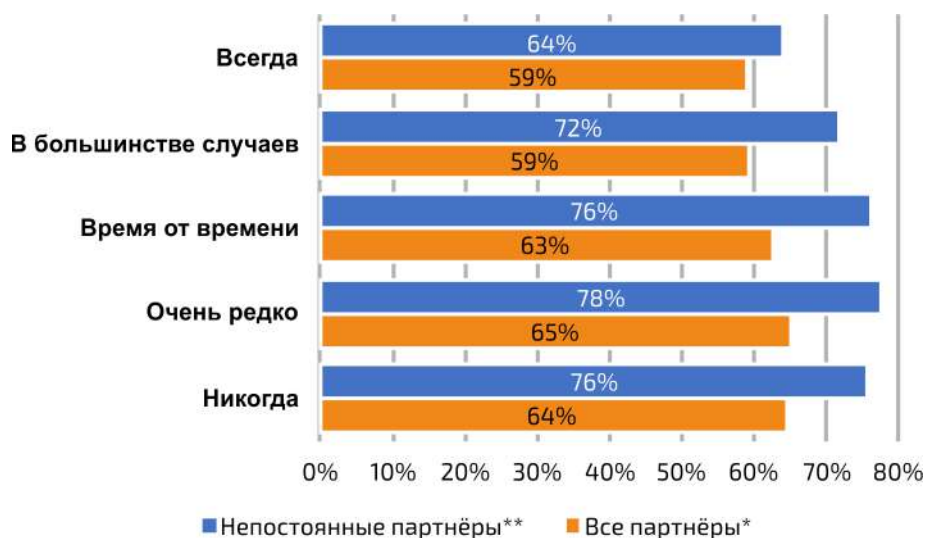


Рис. 5.14: Процент использовавших презерватив при последнем анальном сексе со всеми и непостоянными партнёрами в зависимости от частоты употребления алкоголя во время секса (Статистическая значимость различий на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$)



Рис. 5.15: Частота использования презервативов со случайными партнёрами в зависимости от частоты употребления алкоголя во время секса за предыдущие 6 месяцев (Различия статистически значимы на уровне $p = 0.001$)

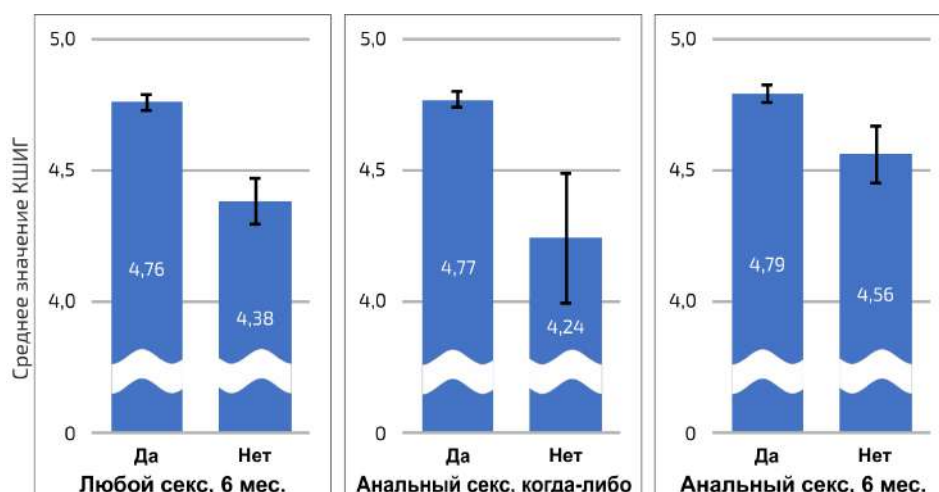


Рис. 5.16: Среднее значение КШИГ в зависимости от опыта секса с мужчинами
Все различия статистически значимы на уровне $p = 0.001$

Наличие постоянного партнёра. Выше мы предположили (см. Раздел 5.1), что респонденты, последний сексуальный партнёр которых был постоянным, скорее всего находятся в постоянных отношениях и склонны иметь меньше случайных партнёров. Также респонденты, у которых последний секс был с постоянным партнёром, в среднем имели значимо больший балл КШИГ, то есть, большее принятие своей гомосексуальности (рис. 5.17). Впрочем, разница средних, хоть и есть, является небольшой.

Такая тенденция наблюдается и в отдельных странах с достаточно большой релевантной выборкой (рис. 5.18). При этом разница статистически значима только для стран Балтии, Казахстана, России и Украины.

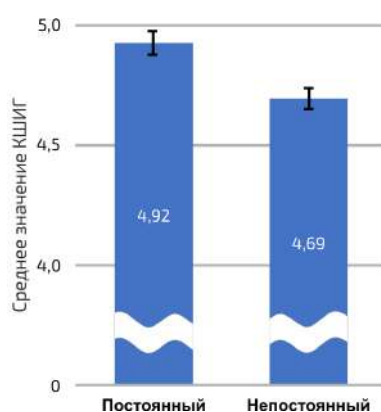


Рис. 5.17: Средний балл КШИГ зависимо от последнего сексуального партнёра (Различия статистически значимы на уровне $p < 0.001$)

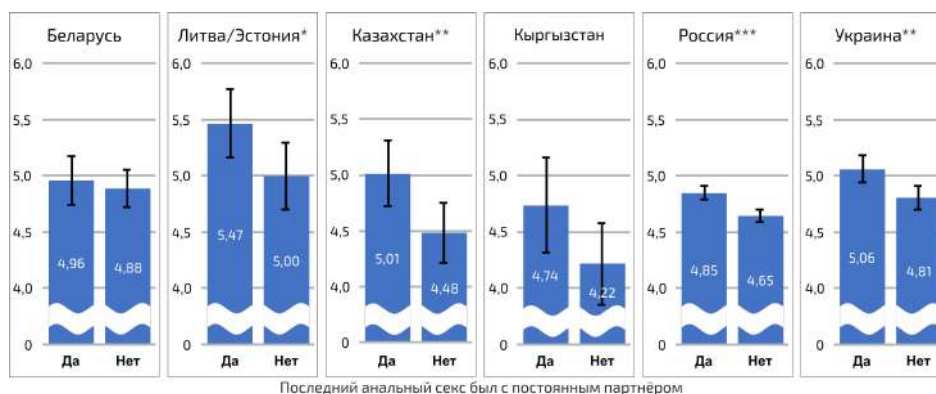


Рис. 5.18: Средний балл КШИГ зависимо от последнего сексуального партнёра в отдельных странах (Статистическая значимость различий на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$)

Количество случайных партнёров за полгода. Мы пытались установить связь между интернализированной гомофобией и числом случайных партнёров за предыдущие полгода. Глядя на общую выборку, говорить о существенной связи не приходится. Корреляция очень слабая для всех опрошенных, имевших секс с мужчиной, и незначительно сильнее, если рассматривать опрошенных без постоянных партнёров. В первом случае коэффициент корреляции Пирсона составляет всего 0,03 (значимый на уровне = 0.02), во втором — 0,11 (значимый на уровне $p < 0.001$).

По-видимому, при выраженной ИГ, примерно до 3 баллов по шкале КШИГ, респонденты действительно склонны иметь меньше случайных партнёров, но как мы помним, таковых в нашей выборке меньшинство. Среди всех прочих балл по КШИГ и количество партнёров могут быть не связаны.

Подобный анализ для Беларуси, Литвы/Эстонии, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, России и Украины, как среди всех (рис. 5.19), так и среди опрошенных без постоянного партнёра (рис. 5.20), показывает, что описанная связь предопределяется прежде всего особенностями в России. Также ещё более выраженная связь наблюдается в Грузии. Насчёт остальных стран у нас нет оснований утверждать её наличие.

Использование презервативов. Ограниченность доступа к ним (насколько недавно случилось, что презерватива под рукой не было) статистически не связана с уровнем интернализированной гомонегативности (рис. 5.21).

С использованием презерватива при последнем сексуальном контакте КШИГ связана, на первый взгляд странно. Неиспользование презерватива предполагает в среднем большее принятие своей гомосексуальности: разница незначительна, но статистически значима (рис. 5.22, левая панель). Это объясняется тем, что с постоянными партнёрами, наличие которых предполагает меньшую ИГ, презервативы используются реже.

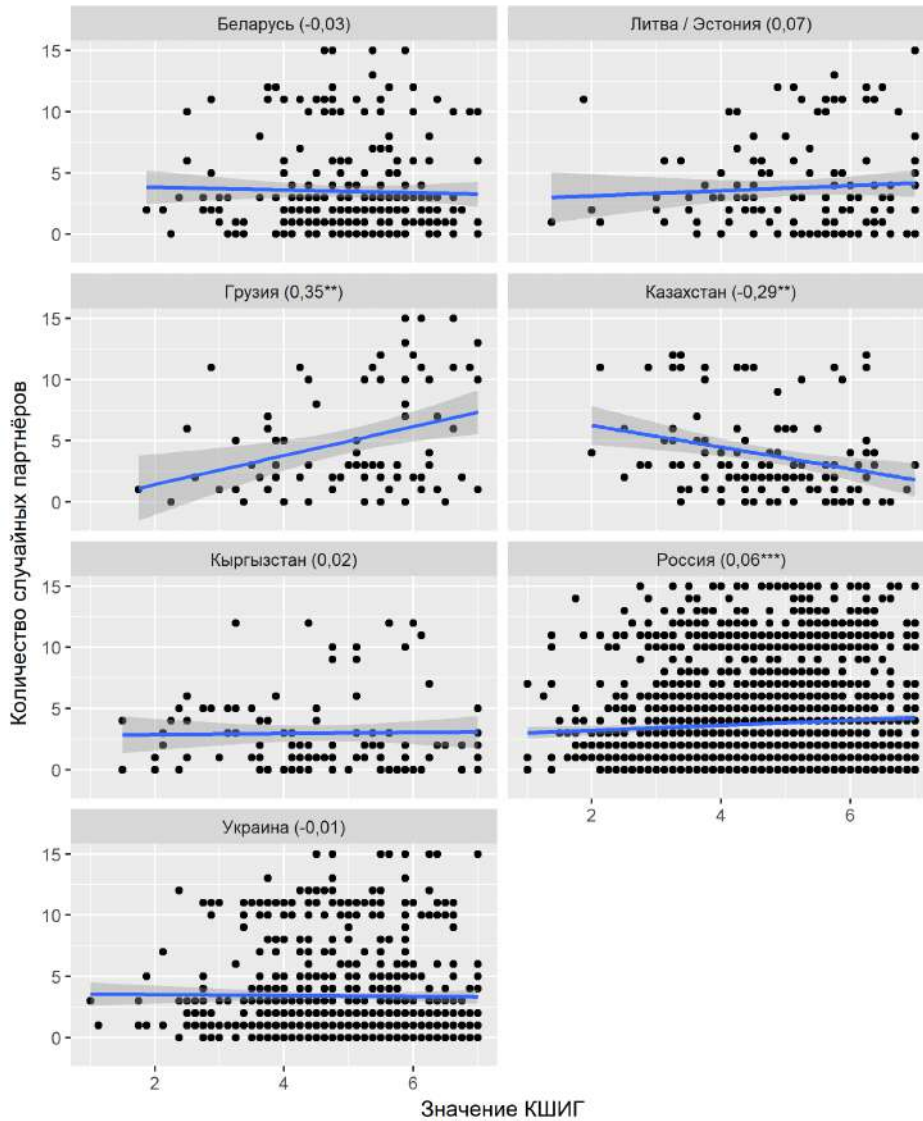


Рис. 5.19: Диаграммы рассеяния с графиками регрессии между значением КШИГ и количеством случайных партнёров среди всех, имевших недавний секс, для отдельных стран (Статистическая значимость коэффициентов корреляции Пирсона на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$)

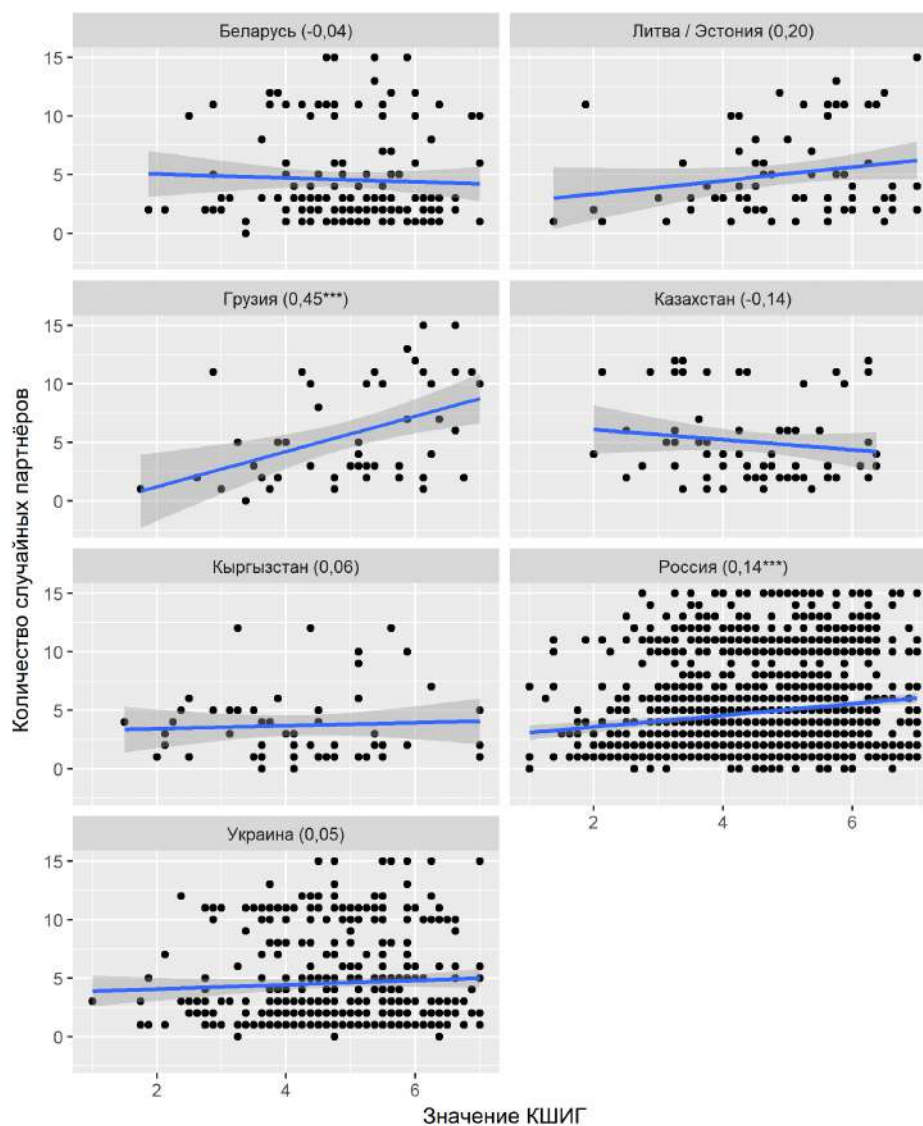


Рис. 5.20: Диаграммы рассеяния с графиками регрессии между значением КШИГ и количеством случайных партнёров среди тех, у кого последний партнёр был непостоянным, для отдельных стран (Статистическая значимость коэффициентов корреляции Пирсона на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$)



Рис. 5.21: Среднее значение КШИГ в зависимости от того, когда в последний раз под рукой не оказалось презерватива (Статистически значимые различия отсутствуют на уровне $p = 0.05$)

Если исключить постоянных партнёров из анализа, то значимость различий исчезает (рис. 5.22, правая панель).

Анализ на уровне отдельных стран с достаточным объёмом выборки подтверждает значимость такой связи для России и Казахстана при включении респондентов с постоянными партнёрами, и её отсутствие для всех стран, если рассматривать только респондентов с непостоянными партнёрами (рис. 5.23 и рис. 5.24 соответственно).

Частота использования презервативов с непостоянными партнёрами для тех опрошенных, у кого они были, также не имеет значимой связи с КШИГ ни на всей доступной выборке (рис. 5.25), ни в отдельных странах (рис. 5.26).

Опыт коммерческого секса за последние полгода. Что касается опыта коммерческого секса, то его наличие также не предполагает значимо другого уровня гомонегативности ни среди всех опрошенных (рис. 5.27), ни в отдельных странах (рис. 5.28).

Употребление алкоголя при сексе с мужчинами за последние полгода. Употребление алкоголя во время секса с мужчинами значимо связано с КШИГ, по крайней мере, в отдельных странах. Но при этом связь нелинейная, и мы на данный момент не можем предложить исчерпывающей интерпретации.

Те, кто употреблял алкоголь редко, имели в среднем меньшую гомонегативность, чем те, кто или никогда не употреблял, или часто/всегда употреблял (рис. 5.29). Две последние категории между собой значимо не отличались.

Аналогичный анализ в девяти отдельных странах показал наличие значимых различий в четырёх из них (рис. 5.30). Среди опрошенных России характер различий та-

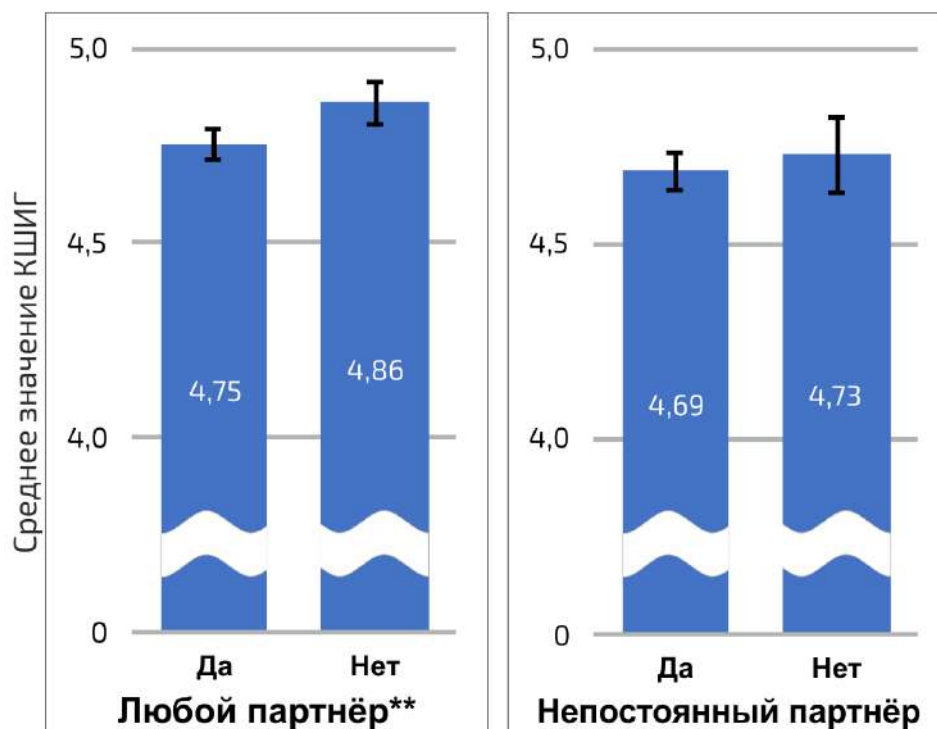


Рис. 5.22: Среднее значение КШИГ в зависимости от использования презерватива во время последнего анального секса с мужчиной (** Различия статистически значимы на уровне $p = 0.01$)

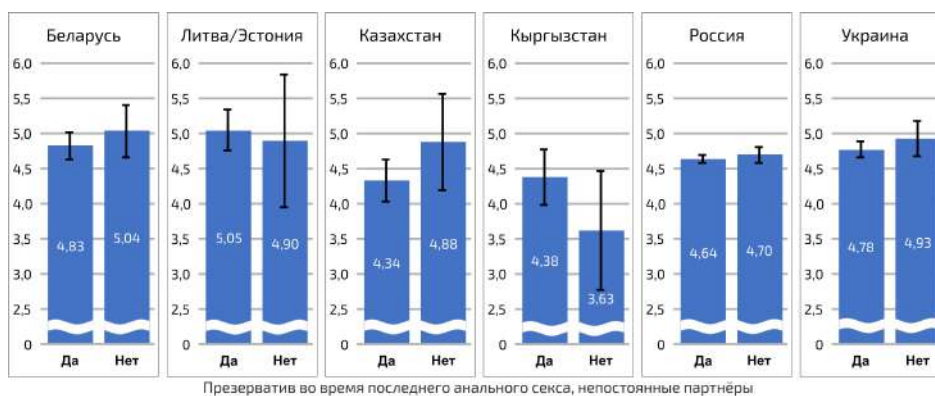


Рис. 5.23: Среднее значение КШИГ в зависимости от использования презерватива во время последнего анального секса с мужчиной в отдельных странах (* Различия статистически значимы на уровне $p = 0.05$)

5.5. Связи рискованного поведения и интернализированной гомонегативности

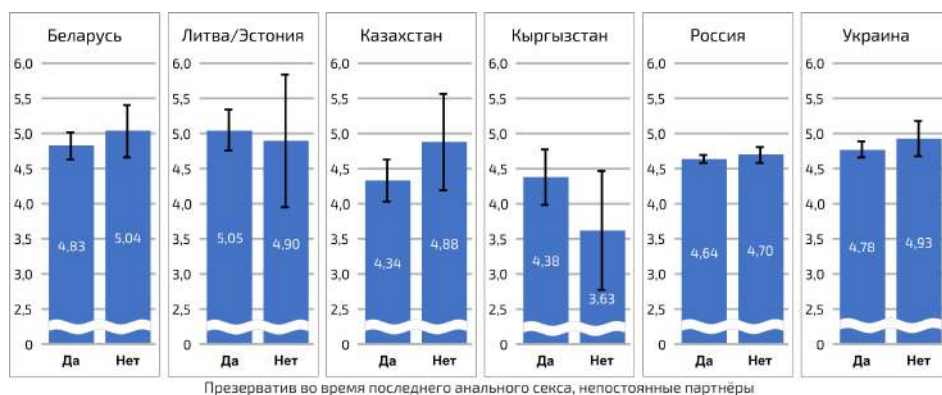


Рис. 5.24: Среднее значение КШИГ в зависимости от использования презерватива во время последнего анального секса с непостоянным партнёром в отдельных странах (Статистически значимые различия отсутствуют на уровне $p = 0.05$)

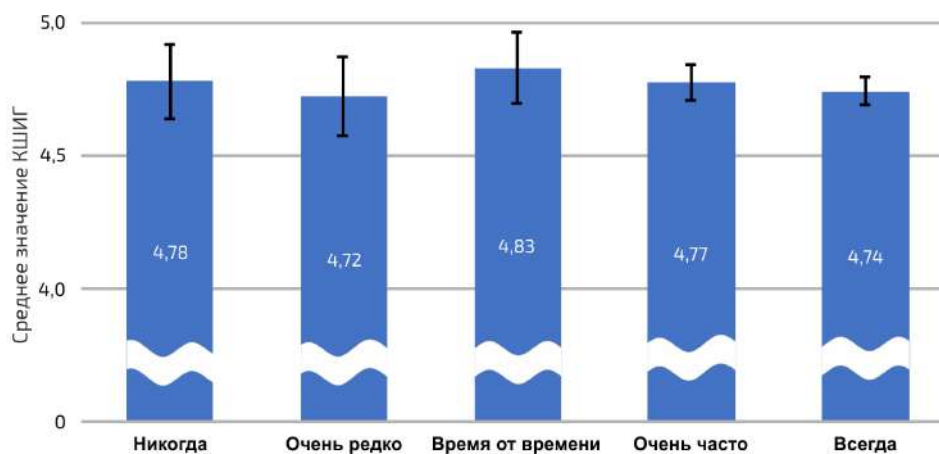


Рис. 5.25: Среднее значение КШИГ в зависимости от частоты использования презервативов со случайными партнёрами (Статистически значимые различия отсутствуют на уровне $p = 0.05$)

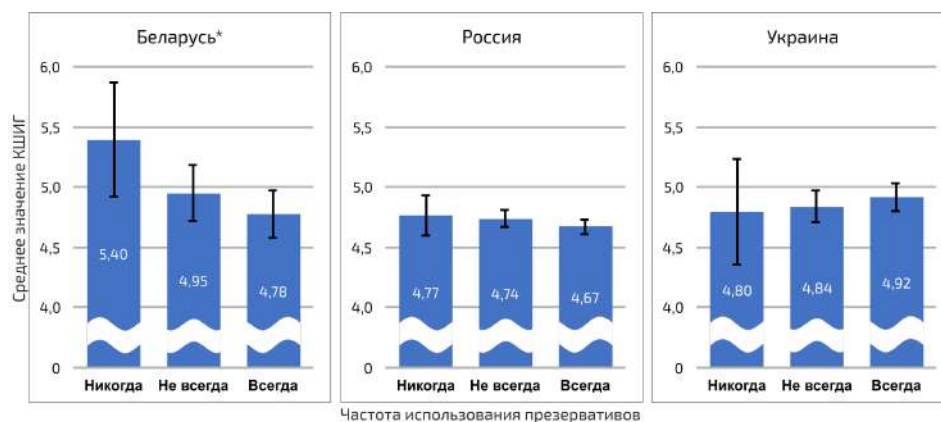


Рис. 5.26: Среднее значение КШИГ в зависимости от частоты использования презервативов со случайными партнёрами в отдельных странах (Различия статистически значимы на уровне $p = 0.05$. При этом попарных различий нет)

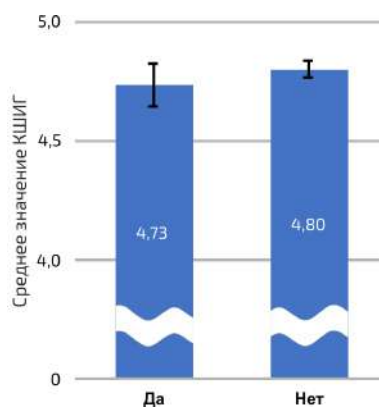


Рис. 5.27: Среднее значение КШИГ в зависимости от наличия недавнего опыта коммерческого секса (Статистически значимые различия отсутствуют на уровне $p = 0.05$)

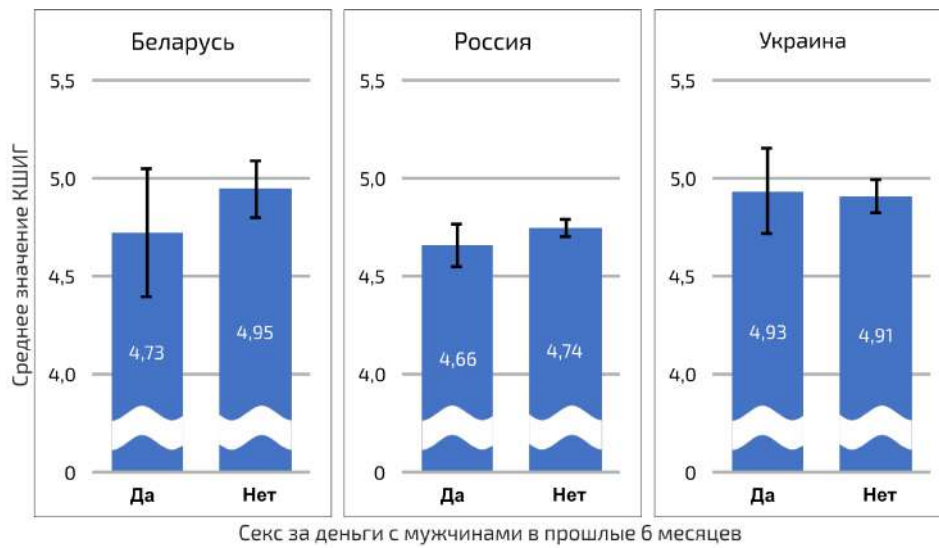


Рис. 5.28: Среднее значение КШИГ в зависимости от наличия недавнего опыта коммерческого секса в отдельных странах (Статистически значимые различия отсутствуют на уровне $p = 0.05$)

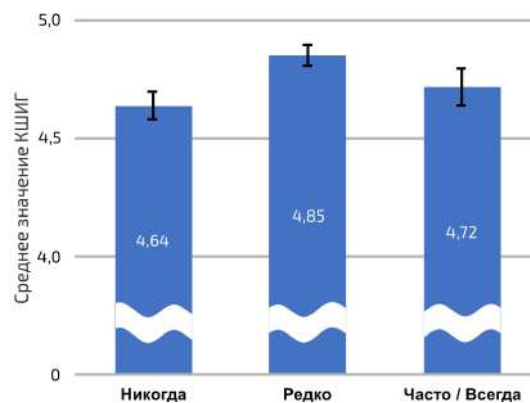


Рис. 5.29: Среднее значение шкалы КШИГ в зависимости от употребления алкоголя во время секса с мужчиной, баллы (Различия статистически значимы на уровне $p = 0.001$)

кой же, как и на всей выборке. В Азербайджане и в Украине значимые различия есть только между употреблением “никогда” и “редко”, при этом среди второй категории гомонегативность ниже. В Кыргызстане значимые различия установлены только между крайними категориями: теми, кто никогда не употреблял, и теми, кто часто/всегда употреблял алкоголь во время секса

В целом, похоже, что более низкий уровень ИГ связан с употреблением алкоголя во время секса, но нечастым. Впрочем, это можно наблюдать не во всех странах. Как мы выяснили в одном из предыдущих разделов, с рискованным поведением связано только частое или постоянное употребление алкоголя во время секса. В таком случае, сниженная ИГ может быть незначительно связана с более редким использованием презервативов через употребление алкоголя только для Украины и Кыргызстана.

5.6. Факторы использования презерватива при последнем сексе

Чтобы оценить роль ИГ в том, как часто МСМ пользуются презервативами, а также установить связь с другими факторами, мы построили логистическую модель (табл. 5.1). Из неё следует, что прямой связи между КШИГ и использованием презервативов при последнем сексуальном контакте не наблюдается.

Если последний партнёр был постоянным, а также если респондент проживает вместе с мужчиной, то шансы использования презерватива в среднем ниже. Сексуальная ориентация с использованием презерватива значимо не связана, однако большая её открытость окружающим связана с более высокими шансами на использование.

Значимо связаны с этим и доступность презервативов, и охваченность профилактикой. Те, кто относительно недавно испытывал нехватку презервативов (до полугода тому назад), имели меньшие шансы им воспользоваться при последнем сексе. С другой стороны, несколько большие шансы имели те, кто получал бесплатные презервативы, и у кого в зоне доступности есть организация для геев и бисексуалов. Как мы и ожидали, несколько меньшие шансы у тех, кто часто употребляет алкоголь во время секса.

Меньшую вероятность использования презерватива имели опрошенные, проживающие не в столице и без полного высшего образования. Незначительно с этим связан и более старший возраст. Наконец, при контроле всех вышеуказанных факторов, опрошенные Азербайджана всё равно имели меньшие шансы, а Грузии — большие шансы на использование презерватива, по сравнению с опрошенными из России.

Выводы

Подавляющее большинство опрошенных занимались сексом с мужчинами в предшествующие 6 месяцев перед опросом.

Сексуальные партнёры и их количество. Последний сексуальный контакт был с примерно поровну с постоянным или случайным (не коммерческим) партнёром в Македонии, странах Балтии, Молдове и Кыргызстане. В других странах случайные парт-

5.6. Факторы использования презерватива при последнем сексе

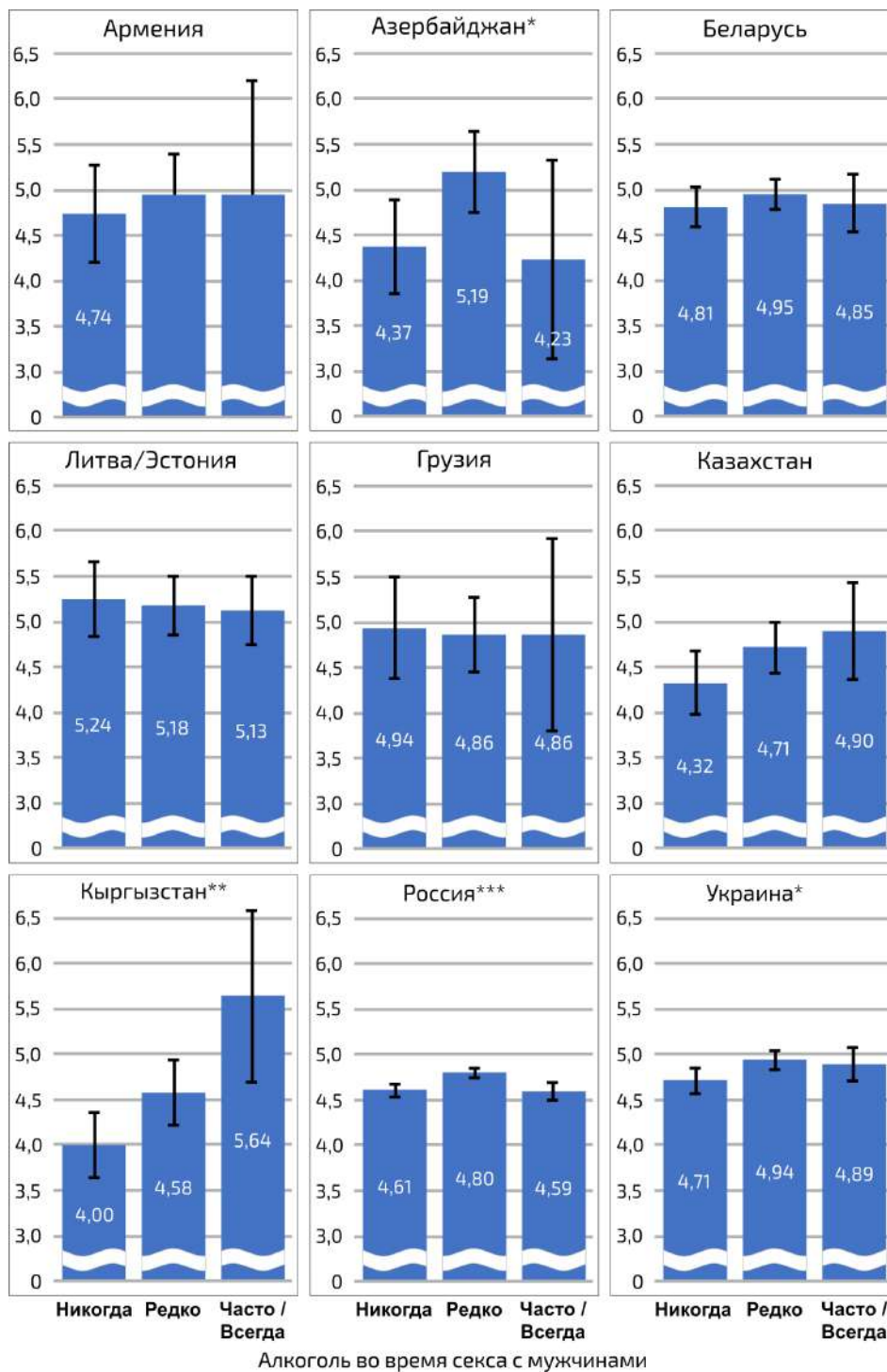


Рис. 5.30: Среднее значение КШИГ в зависимости от употребления алкоголя во время секса с мужчиной в отдельных странах (Статистическая значимость различий на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$)

Таблица 5.1: Параметры бинарной логистической модели использования презерватива при последнем анальном сексе с мужчиной в зависимости от значений КШИГ и других характеристик

	Коэффициент	ОШ	95% ДИ
КШИГ (шкала 1–7 баллов)	–0,03	0,97	0,91–1,03
Партнёр, с которым был последний секс (Ref. = Не постоянный)			
Постоянный	–1,31***	0,27	0,23–0,31
Последний раз презерватива не было под рукой (Ref. = Никогда)			
В последние 4 недели	–0,62***	0,54	0,39–0,73
В последние 6 месяцев	–0,6***	0,55	0,45–0,66
В последние 12 месяцев	–0,16	0,85	0,65–1,11
Раньше, чем в последние 12 месяцев	0,06	1,06	0,87–1,3
Получали бесплатные презервативы в предыдущие 6 месяцев (Ref. = Нет)			
Да	0,2*	1,22	1,03–1,46
Наличие МСМ-сервисной НПО (Ref. = Нет)			
Да	0,2*	1,23	1,03–1,45
Страна проживания (Ref. = Россия)			
Армения	0,42	1,52	0,76–3,04
Азербайджан	–0,61*	0,55	0,31–0,98
Беларусь	–0,18	0,84	0,63–1,12
Литва/Эстония	0,11	1,12	0,76–1,65
Грузия	0,83*	2,3	1,19–4,42
Казахстан	0,12	1,13	0,75–1,7
Кыргызстан	–0,36	0,7	0,44–1,1
Украина	0,14	1,15	0,95–1,38
Город проживания (Ref. = Столица)			
Другой большой город	–0,19*	0,83	0,71–0,96
Малый город/село	–0,39***	0,67	0,55–0,83
Возраст, лет (Ref. = 30 лет)	–0,01	0,99	0,98–1 ¹
Наличие высшего образования (Ref. = Полное высшее)			
Неполное высшее	–0,36***	0,7	0,59–0,83
Отсутствует	–0,21**	0,81	0,69–0,95
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)			
Бисексуал	–0,04	0,97	0,81–1,15
Гетеросексуал/другая	–0,02	0,98	0,75–1,28
Окружающие знают, что МСМ (1 = Все, 5 = Никто)	0,07*	1,07	1,01–1,14
Совместное проживание (Ref. = С другими, но не с половыми партнёрами)			
Один	0,04	1,04	0,89–1,23
С женой/женщиной-партнёршей	0,05	1,05	0,8–1,39
С мужчиной-партнёром	–0,43***	0,65	0,54–0,78
Употребление алкоголя во время секса в предыдущие 6 месяцев (Ref. = Никогда)			
Редко/Время от времени	–0,05	0,95	0,82–1,1
В большинстве случаев/Всегда (Константа)	–0,31**	0,74	0,61–0,9
	1,6***	4,97	3,12–7,92

$N = 4838$. Статист. знач. параметров: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$

¹ Реальное значение верхней границы доверительного интервала больше 0,99 и меньше 1

нёры в той или иной степени преобладали. У большинства опрошенных количество случайных партнёров за полгода варьировало от 0 до 3. При этом при наличии постоянных партнёров количество случайных заметно меньше. Опыт коммерческого секса также сравнительно распространён.

Презервативы. Практически во всех странах 60–70 % опрошенных никогда не имели проблем с доступом к презервативам, в то время как до 10% имели их в течение последнего месяца. Исключением является Македония, где меньше половины опрошенных никогда не были в ситуации нехватки презерватива.

Использование презерватива во время последнего анального секса заметно варьирует между странами и составляет от 50 до 82% среди всех партнёров, и несколько выше, если брать только непостоянных партнёров. Если говорить о частоте использования во время анального секса с непостоянными партнёрами вообще, то всего половина, у кого недавно были подобные сексуальные контакты, всегда их использовала.

В целом частота использования презервативов не удовлетворительна и в любом случае оставляет простор для улучшения. Самые высокие показатели использования презервативов в Грузии, Армении и Украине. Самые низкие — в Азербайджане, немногим лучше среди респондентов Македонии и Кыргызстана.

Отдельно стоит выделить Азербайджан. Опрошенные МСМ из этой страны, как правило, имеют самые неблагоприятные показатели: больше всего случайных партнёров, с которыми был последний секс, самый распространённый опыт коммерческого секса, при этом относительно проблематичный доступ к презервативам, самое редкое использование презервативов, в том числе со случайными партнёрами.

Алкоголь во время секса. Употребление алкоголя во время секса можно назвать не таким уж и частым. Больше половины опрошенных в отдельных странах его либо не употребляли, либо употребляли очень редко в предшествовавшие полгода. Тем не менее, регулярно употреблявшие алкоголь респонденты несколько реже пользовались презервативом, в том числе и со случайными партнёрами.

Связи между сексуальным поведением и ИГ. Подобные связи противоречивы, не всегда прямые и имеют значимый, но несильный эффект.

Большая ИГ наблюдается среди тех, кто отказывается от регулярных или всех сексуальных контактов с мужчинами. Это вряд ли способствует душевному и сексуальному благополучию, но должно снижать риск инфицирования ВИЧ. При наличии сексуальных контактов, в среднем меньшая ИГ свойственна тем, кто имеет постоянного мужчину, а они в свою очередь имеют меньше случайных партнёров, что тоже снижает риск инфицирования. В то же время, меньшая ИГ значимо связана (по крайней мере, в России и Грузии) с большим количеством случайных партнёров, что риск инфицирования увеличивает. Впрочем, последняя связь очень слабая и, вероятно, отчетливее наблюдается среди тех, кто имеет высокие уровни ИГ. Кроме того, при большем количестве случайных партнёров, есть тенденция к более частому использованию презервативов, то есть, уменьшению риска.

Что касается регулярности использования презервативов, то нам не удалось отыскать её прямой связи с ИГ. В то же время, в Украине и Кыргызстане наблюдается слабая связь между меньшей гомонегативностью и регулярным употреблением алкого-

ля во время секса с мужчинами. А последнее связано с более редким использованием презервативов, в том числе со случайными партнёрами. То есть, по этой цепочке меньшая гомонегативность связана с большим риском инфицирования.

Также, как мы обнаружили в предыдущем разделе, чем меньше гомонегативность, тем больше открытость своей ориентации окружающим. А последнее связано с большими шансами пользования презервативами.

Связи гомонегативности с опытом секса за деньги найти не удалось.

Факторы использования презерватива при последнем анальном сексе с мужчинами. Из прочих факторов, связанных с шансами пользоваться презервативом, мы обнаружили следующие. Наличие постоянного партнёра снижает использование презерватива. Также меньшая вероятность использовать его при ситуации дефицита, а большая — при охваченности раздачей презервативов или при наличии НПО. То есть, расширение профилактических программ продолжает быть актуальным. Регулярное или постоянное употребление алкоголя значимо связано с меньшими шансами пользоваться презервативами. Кроме того, меньшие шансы воспользоваться презервативом имели опрошенные, которые проживают не в столице, не имеют полного высшего образования. Отдельно от этого, опрошенные из Азербайджана имели меньшую вероятность использовать презерватив, а из Грузии — большую.

6. ВИЧ-статус и тестирование на ВИЧ, ИППП и гепатиты

6.1. Осведомлённость о месте, где можно пройти тест на ВИЧ

Большинство опрошенных, как правило, знают, где в их населённом пункте пройти тестирование на ВИЧ (рис. 6.1). Выпадает из этого ряда Азербайджан — всего 44%.

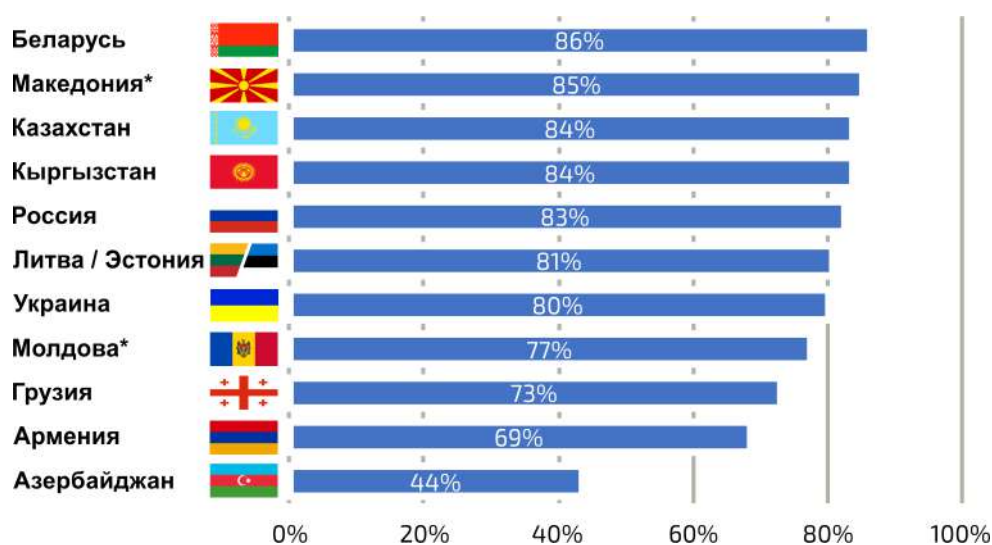


Рис. 6.1: Доля тех, кто знает, где пройти тест на ВИЧ, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

6.2. Тестирование на ВИЧ

Показатель тестирования на ВИЧ также различается между странами, и в целом является посредственным (рис. 6.2).

Азербайджан — единственный, где процент протестированных в предыдущие 12 месяцев составил меньше половины (42%). Вместе с теми, кто тестировался ранее, общая доля когда-либо проходивших тестирование здесь всего 56%. В других странах процент участников, протестированных в последний год варьировалась от 51 до 66%. Общее число протестированных составило от 70 до 82% в зависимости от страны. Самые высокие показатели тестирования наблюдались в России, Кыргызстане и Молдове.



Рис. 6.2: Доля тех, кто проходил тест на ВИЧ, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

6.3. ВИЧ-статус

Среди всех респондентов 7% указали, что они ВИЧ позитивны. Если брать только тех, кто прошёл тестирование и получил результаты — 9%.

Разбивка по странам выглядит следующим образом (рис. 6.3). От 3 до 8% всех опрошенных, и от 4 до 12% знающих свой статус являются ВИЧ-позитивными. Самая низкая распространённость ВИЧ — среди опрошенных Беларуси и Кыргызстана. Самая высокая — в Азербайджане: 12% знающих статус. Помимо Азербайджана, ВИЧ более распространён среди опрошенных в Украине, Молдове, России, Грузии и Казахстане: 10–11% знающих свой статус.

6.4. Возможность тестирования на ИППП и гепатиты

В большинстве стран МСМ не испытывают серьёзных затруднений с тем, чтобы сдать анализ на ИППП или гепатиты (рис. 6.4). Наиболее проблемное положение в Азербайджане, где всего 48% считают, что смогут сдать анализы на ИППП или гепатит. В то же время 25% считают, что они вряд ли смогут сдать подобные анализы, хотя во всех других странах доля таких респондентов составила 0–2%.

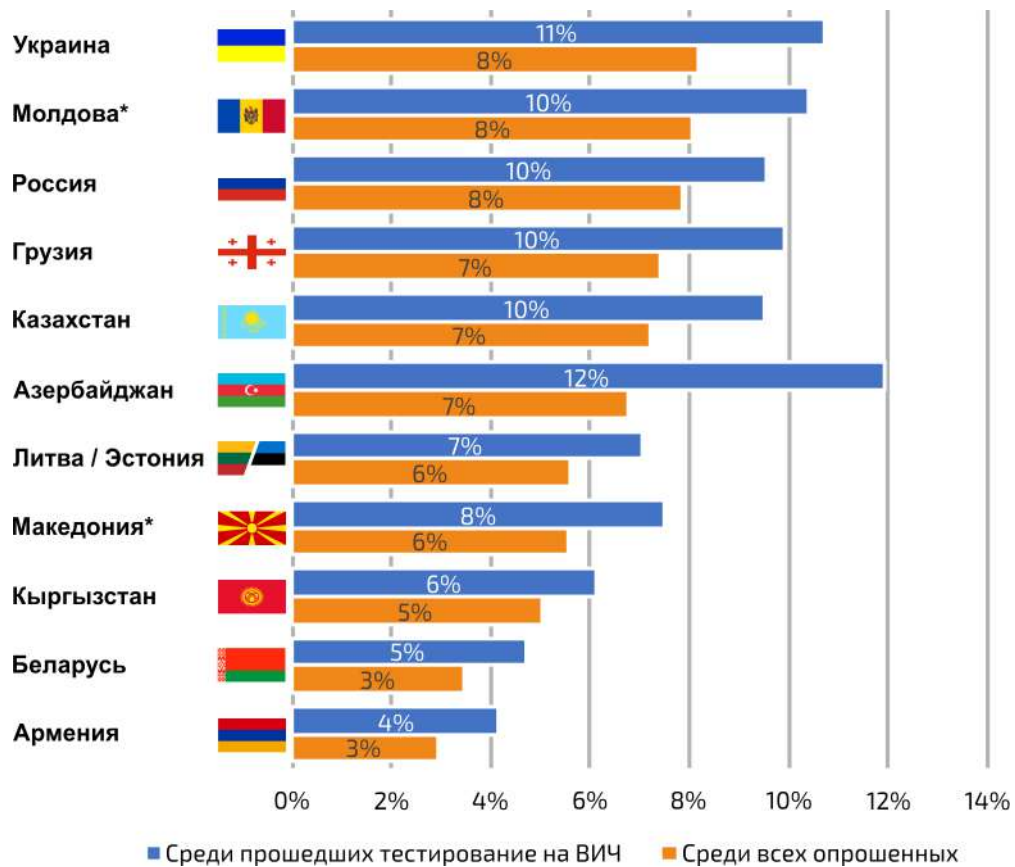


Рис. 6.3: Доля ВИЧ-положительных респондентов, знающих о своём статусе, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

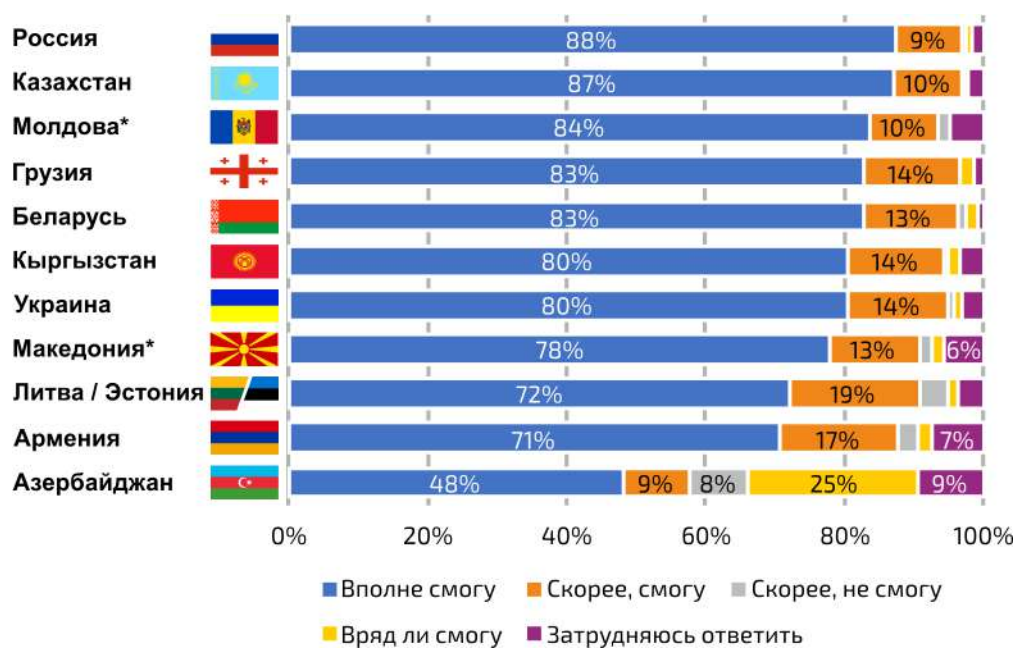


Рис. 6.4: Распределение ответов на вопрос “Сможете ли вы сдать анализы на ИППП, если считаете это нужным?”, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

6.5. Связи тестирования с интернализированной гомонегативностью

Знающие, где пройти тест на ВИЧ, в среднем имеют значимо меньшую гомонегативность, хотя разница средних КШИГ невелика (рис. 6.5). На уровне отдельных стран эта закономерность наблюдается для Грузии, Кыргызстана, России и Украины (рис. 6.6).

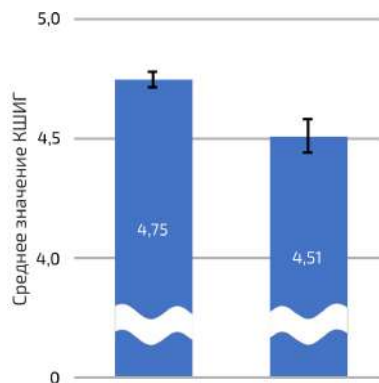


Рис. 6.5: Среднее значение КШИГ зависит от знания того, где пройти тест на ВИЧ (Разница средних статистически значима на уровне $p < 0.001$)

Также интернализированная гомонегативность значимо ниже среди тех, кто прошел тестирование на ВИЧ в течение предыдущих 12 месяцев (рис. 6.7). Между теми, кто проходил его ранее, и теми, кто не проходил его никогда, статистически значимой разницы средних значений КШИГ обнаружить не удалось.

На уровне отдельных стран такая закономерность наблюдается для России и Украины (рис. 6.8). В Беларуси и Кыргызстане те, кто недавно проходил тест на ВИЧ имеют значимо меньшую ИГ только по сравнению с теми, кто никогда не проходил тест, а в Казахстане — только по сравнению с теми, кто проходил тест, но ранее 12 месяцев.

Также значимо меньшая гомонегативность у тех, кто ответил, что вполне может сдать анализы на ИППП (рис. 6.9).

На уровне стран различия средних отмечены для Беларуси, России и Украины (рис. 6.10).

6.6. Тестирование на ВИЧ, интернализированная гомонегативность и дополнительные факторы: статистическое моделирование

Мы построили две отдельные логистические регрессии, в которых предсказывали шансы того, что респонденты знают, где пройти тест на ВИЧ, и того, что они тестировались на ВИЧ в предыдущие 12 месяцев (табл. 6.1).

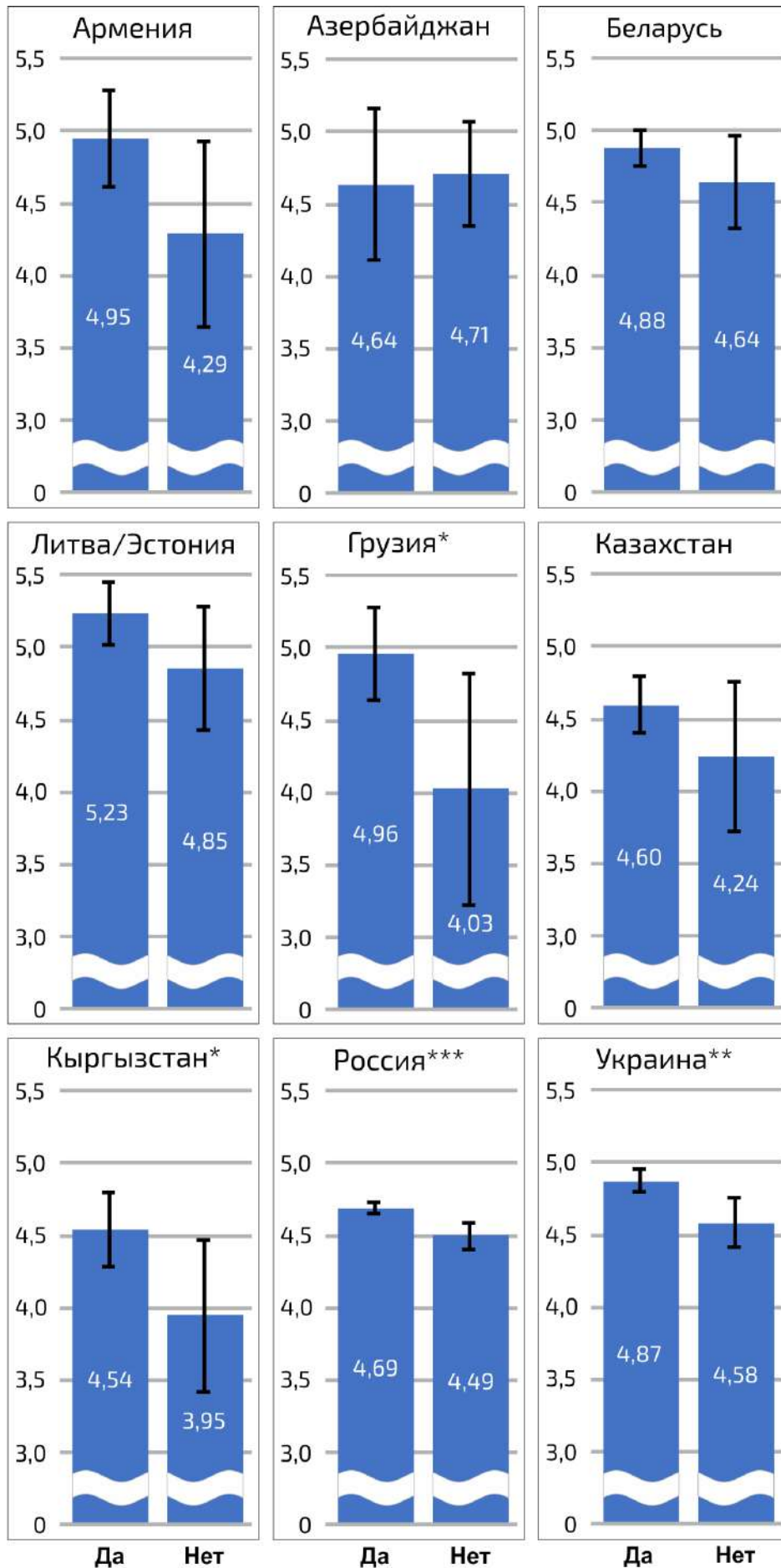


Таблица 6.1: Параметры бинарных логистических моделей знания места тестирования на ВИЧ и недавнего тестирования в зависимости от значений КШИГ и других характеристик

	Знание, где можно пройти тестирование на ВИЧ в своём нас. пункте, $N = 5767$			Тестирование на ВИЧ в предыдущие 12 мес., $N = 5762$		
	Коэф.	ОШ	95% ДИ	Коэф.	ОШ	95% ДИ
КШИГ (шкала 1–7 баллов)	0,07*	1,07	1 ¹ –1,15	0,08**	1,08	1,03–1,15
Знание, где можно пройти тестирование (Ref. = Нет)	–	–	–	1,65***	5,21	4,43–6,13
Страна проживания (Ref. = Россия)						
Армения	–1,31***	0,27	0,15–0,48	–0,25	0,78	0,45–1,33
Азербайджан	–1,95***	0,14	0,08–0,24	–0,43	0,65	0,38–1,12
Беларусь	0,17	1,18	0,83–1,7	–0,69***	0,5	0,39–0,65
Литва/Эстония	–0,55*	0,58	0,37–0,89	–0,57**	0,56	0,39–0,81
Грузия	–0,3	0,74	0,4–1,36	–0,39	0,68	0,42–1,09
Казахстан	0,32	1,37	0,86–2,18	–0,6***	0,55	0,39–0,77
Кыргызстан	0,09	1,09	0,59–2,03	0,03	1,03	0,66–1,6
Украина	–0,47***	0,63	0,51–0,77	–0,24**	0,79	0,67–0,93
Город проживания (Ref. = Столица)						
Другой большой город	0,05	1,05	0,88–1,25	–0,35***	0,7	0,61–0,8
Малый город/село	–0,61***	0,54	0,44–0,67	–0,18	0,84	0,69–1,01
Возраст, лет (Ref. = 30 лет)	0,02***	1,02	1,01–1,03	–0,01	0,99	0,99–1
Наличие высшего образования (Ref. = Полное высшее)						
Неполное высшее	–0,44***	0,65	0,54–0,78	–0,2*	0,82	0,71–0,96
Отсутствует	–0,17	0,84	0,7–1,01	–0,01	0,99	0,86–1,14
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)						
Бисексуал	–0,08	0,92	0,76–1,11	–0,3***	0,74	0,64–0,86
Гетеросексуал/Другая	–0,14	0,87	0,67–1,14	–0,15	0,86	0,68–1,07
Окружающие знают, что MSM (1 = Все, 5 = Никто)	–0,07	0,93	0,87–1	–0,08**	0,92	0,87–0,98
Совместное проживание (Ref. = С другими, но не с половыми партнёрами)						
Один	0,07	1,07	0,89–1,28	0,25***	1,28	1,11–1,48
С женой/женщиной-партнёршей	0,2	1,22	0,91–1,64	–0,14	0,87	0,68–1,1
С мужчиной-партнёром	0,26*	1,29	1,02–1,64	–0,16	0,85	0,72–1,01
Наличие MSM-сервисной НПО (Ref. = Нет)						
Да	1,48***	4,38	3,45–5,58	0,6***	1,83	1,57–2,13
(Константа)	1,61***	4,99	3,03–8,19	–0,7***	0,5	0,33–0,75

Статистическая значимость параметров на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$

¹ Реальное значение нижней границы доверительного интервала больше 1 и меньше 1,01

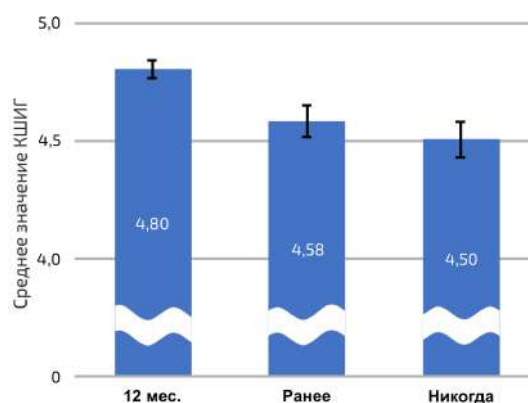


Рис. 6.7: Среднее значение КШИГ зависимо от давности прохождения теста на ВИЧ (Разница средних статистически значима на уровне $p < 0.001$)

Знание, где пройти тест на ВИЧ, в своём населённом пункте. Даже при условии контроля всех остальных переменных, КШИГ позитивно связана со знанием того, где пройти тест (табл. 6.1, левая модель). Увеличение принятия себя на каждый балл в среднем приводит к увеличению шансов знать место прохождения тестов на 7% (ОШ: 1,07 [95% ДИ: 1⁶–1,15]).

Из других факторов существенно повышает шансы знать, где пройти тест, организация для геев и бисексуалов, в которую можно попасть (ОШ: 4,38 [95% ДИ: 3,45–5,58]). Кроме того, шансы становятся выше с увеличением возраста, а также они выше, если респондент проживает совместно с мужчиной (по сравнению с теми, кто проживает с кем-то, но не с половыми партнёрами). В то же время, сексуальная ориентация и её открытость не имеют значимых связей. С другой стороны, шансы знать, где можно пройти тест на ВИЧ, значимо ниже для респондентов с неполным высшим образованием (по сравнению с теми, у кого полное), с проживающими в малом городе/селе (по сравнению со столичными жителями), а также у респондентов из Украины, стран Балтии и особенно — Армении и Азербайджана (по сравнению с Россией).

Недавнее тестирование на ВИЧ. В этой модели также значима позитивная связь принятия своей сексуальности и более высоких шансов на то, что респондент проходил тест в предыдущий год (табл. 6.1, правая модель). С увеличением на 1 балл шансы возрастают в среднем на 8% [95% ДИ: 1,03–1,15] при прочих равных.

Среди других переменных существенный эффект, как можно было ожидать, имело знание того, где в своём городе можно пройти такой тест (ОШ: 5,21, 95% ДИ: 4,43–6,13). Кроме того, позитивный эффект сохраняло и наличие MSM-сервисной организации неподалёку. Значимо связанным с более вероятным тестированием было проживание в одиночку (если сравнивать с проживанием с кем-то другими, не партнёрами).

⁶ Реальное значение нижней границы доверительного интервала больше 1 и меньше 1.01

6.6. Тестирование на ВИЧ, интернализированная гомонегативность и дополнительные факторы: статистическое

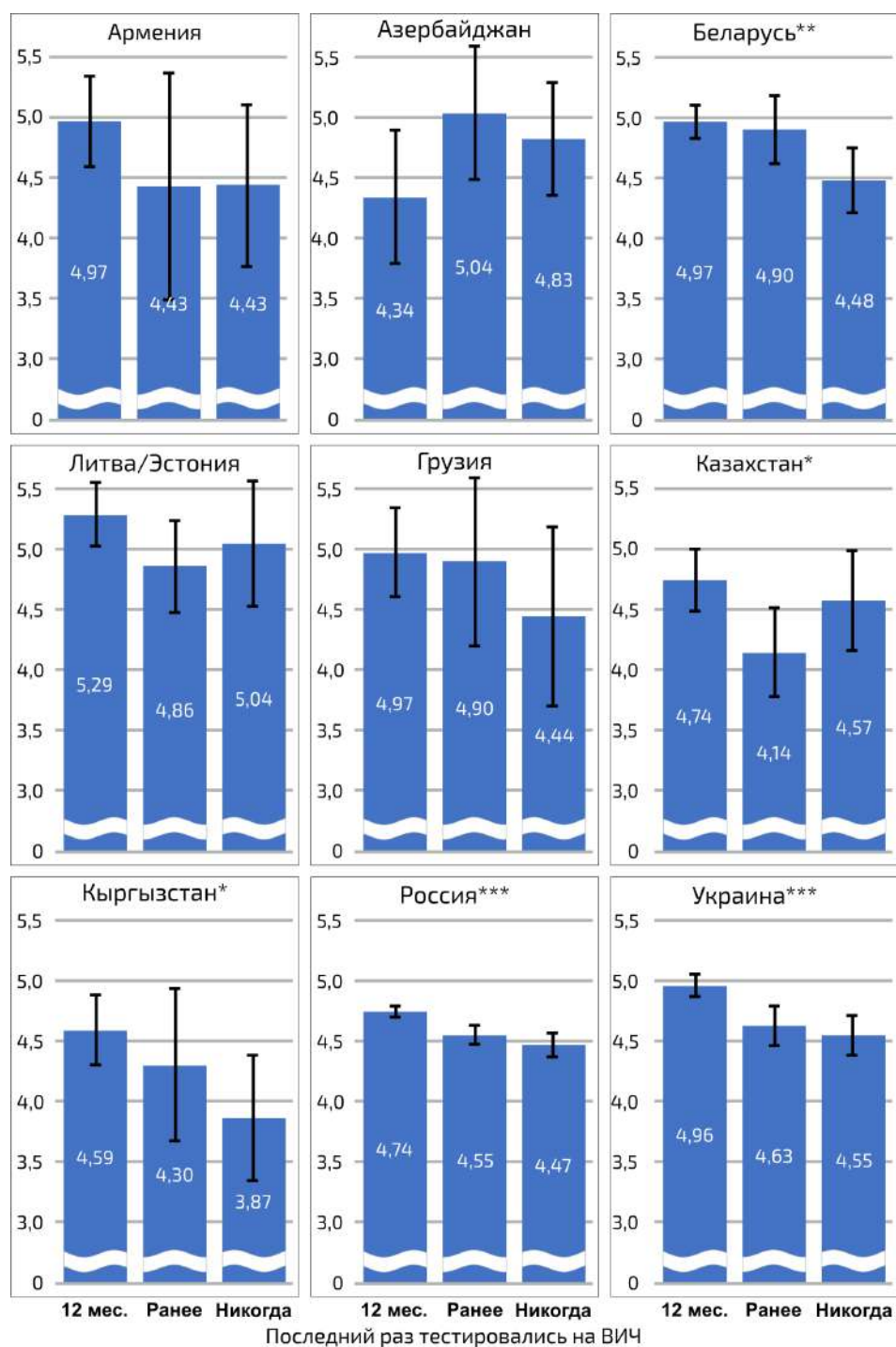


Рис. 6.8: Среднее значение КШИГ зависимо от давности прохождения теста на ВИЧ в отдельных странах (Статистическая значимость различий на уровне: * $p = 0.05$; ** $p = 0.01$; *** $p = 0.001$)

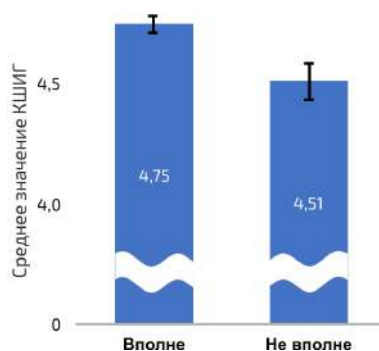


Рис. 6.9: Среднее значение КШИГ в зависимости от готовности пройти тест на ИППП (Различия статистически значимы на уровне $p = 0.001$)

С другой стороны, бисексуальная ориентация, а также меньшая открытость для окружающих своего влечения к мужчинам, значимо связаны с меньшими шансами недавно тестироваться на ВИЧ. Также менее были склонны проходить тестирование респонденты из нестоличных городов — по сравнению со столичными, с неполным высшим образованием — по сравнению с теми, у кого было полное высшее, а также опрошенные из таких стран (по сравнению с Россией): Украина, Беларусь, Литва/Эстония и Казахстан.

Выводы

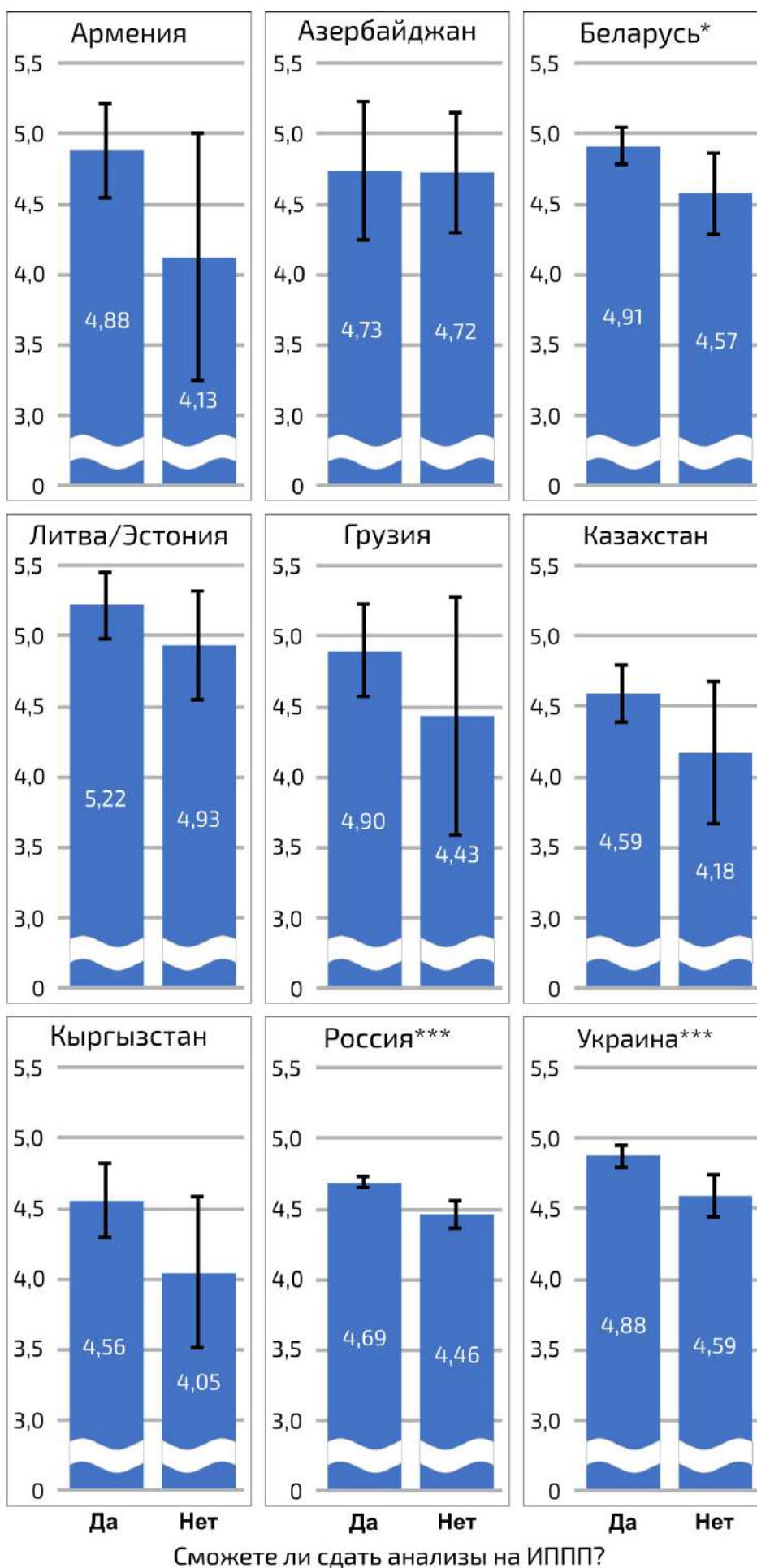
Большинство опрошенных практически во всех странах знают, где пройти тестирование на ВИЧ. В последний тестировались далеко не все опрошенные (от 42 до 66%). Распространённость ВИЧ среди тех, кто прошёл тестирование и знает результат, составила от 4 до 12% в зависимости от страны. Также для абсолютного большинства не составит серьёзных затруднений сдать анализы на ИППП и гепатиты.

Стоит опять отметить Азербайджан, в котором меньшинство опрошенных знает, где пройти тест на ВИЧ (и смогли бы без проблем протестироваться на другие инфекции) и проходило этот тест. В совокупности с наибольшей распространённостью рискованного поведения, описанного в предыдущем разделе, ожидаемо, что среди опрошенных Азербайджана самая высокая распространённость ВИЧ-инфекции.

Средний уровень ИГ несколько ниже среди тех, кто знает место тестирования на ВИЧ, тех, кто проходил тест в предшествующий год, и кто без проблем может сдать анализы на ИППП и гепатиты. Такая закономерность наблюдается среди опрошенных России, Украины, а для отдельных показателей и для Беларуси, Кыргызстана и Грузии.

Статистическое моделирование показало, что даже при контроле других переменных с увеличением принятия своей сексуальности (уменьшением гомонегативности) значимо увеличиваются и шансы на то, что респонденты знают, где проходить тест, а также на прохождение теста в предыдущие 12 месяцев.

Среди других значимых факторов, повышающих шансы упомянутых событий, отметим наличие организации для геев и бисексуалов неподалёку, знание, где пройти тест



(для более вероятного недавнего тестирования). Снижают шансы и того, и другого проживание за пределами столиц и отсутствие полного высшего образования.

Бисексуальная (а не гомосексуальная) ориентация и закрытость перед окружающими значимо не связаны с тем, знает ли респондент, где можно пройти тест, но в то же время делают менее вероятным, что респондент проходил тест за последний год. Если сравнивать с теми, кто проживает совместно не с сексуальными партнёрами, то проживающие вместе с мужчинами имеют больше шансов знать, где пройти тест, а проживающие в одиночку — недавно его проходить. Также более старший возраст связан с большими шансами знать, где проходить тест.

Кроме того, даже при контроле всех указанных факторов, респонденты из отдельных стран имели значимо меньшие шансы знать, где можно пройти тест (в Армении, Азербайджане, странах Балтии и Украине), и недавно его проходить (в Беларуси, странах Балтии, Казахстане и Украине).

7. Охват услугами МСМ-сервиса

7.1. Доступность МСМ-сервисных НПО

Прежде, чем выяснять охват опрошенных МСМ-сервисом, не лишне уточнить, сколько МСМ имеют доступ к организациям, которые такие услуги предоставляют. На уровне отдельных стран такой доступ крайне неравномерный (рис. 7.1). Больше всего МСМ, рядом с которыми есть такая организация, оказалось среди опрошенных в Македонии (70%). Наихудший доступ к МСМ-сервисным организациям в Азербайджане, Казахстане и России (16–28%).

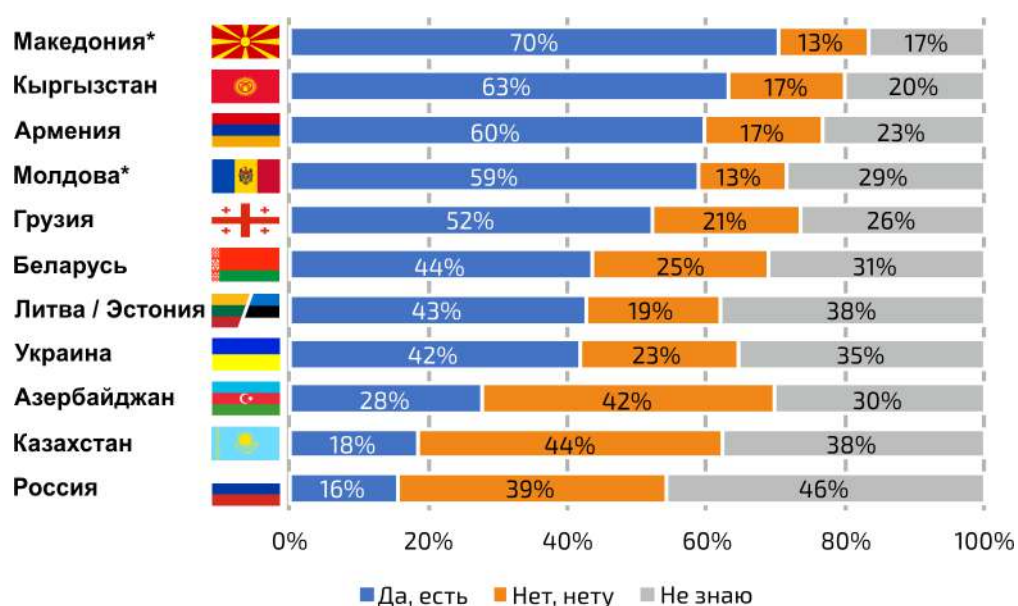


Рис. 7.1: Наличие рядом общественной организации, работающей с геями и бисексуалами, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

Такое распределение обусловлено по меньшей мере двумя причинами. С одной стороны, Европе клиенты действительно могут иметь лучший доступ к релевантным НПО. С другой, стороны, как мы упоминали выше, в ряде стран с небольшой выборкой существенная часть рекрутинга осуществлялась через клиентов НПО, что дало их больший удельный вес, чем среди всей популяции МСМ. Этим должно обуславливаться, например, то, что максимальный охват НПО — в Македонии, а за ней следует Кыргызстан.

С учётом этого резонно предположить, что в Азербайджане, Армении, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Македонии и Молдове доступность МСМ-сервисных организаций ниже, чем показывает исследование.

7.2. Охват МСМ-сервисными услугами: сравнение всех опрошенных и имеющих доступ к НПО

Охват МСМ-сервисными услугами за предыдущие 6 месяцев среди всех опрошенных не очень большой. Услуги можно проранжировать следующим образом (рис. 7.2).

Существует большой охват информацией о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье, а также тестированием на ВИЧ и раздачей презервативов (20–28%). В то же время, замечен меньший охват раздачей бесплатных лубрикантов, а также тестированием на другие инфекции (по 17%). Далее идёт организация общения с другими МСМ (12%) и услуги врача (11%). Меньше всего МСМ охвачены такими сервисами как раздача бесплатных антисептиков, услугами психолога и юриста (4–7%). Эти показатели могут различаться для отдельных стран или зависимо от наличия НПО поблизости (см. далее), однако, общий порядок охвата разными услугами примерно сохраняется.

Также обратим внимание на большую неудовлетворённую потребность в услугах — которую мы определяем как ситуацию, когда опрошенный чего-то не получал в предыдущие шесть месяцев, но хотел бы получать (рис. 7.2). Она варьирует от 55% (информация о ВИЧ и ИППП) до 74% (психолог, юрист и бесплатные антисептики).

Несколько другая картина, если анализировать только тех, кто имеет неподалёку МСМ-сервисную организацию (рис. 7.3). Как можно было ожидать, по всем показателям охват услугами больше. Информационными услугами о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье и тестированием на ВИЧ охвачено уже более половины опрошенных (53–60%), а раздачей презервативов — 47%. При этом процент охвата этими услугами больший, чем процент опрошенных с неудовлетворёнными потребностями.

Что касается других услуг, для них наблюдается не такая большая разница в охвате и неудовлетворённых потребностях между всеми респондентами и теми, недалеко от которых есть организация для геев и бисексуалов.

7.3. Доступность отдельных услуг для МСМ разных стран

В этом разделе мы даём разбивку охвата услугами в отдельных странах. Мы рассматриваем только страны, в которых количество опрошенных не менее 100, поэтому мы не даём отдельных распределений для Македонии и Молдовы. Для тех стран, в которых не менее 100 респондентов с доступом к НПО для геев и бисексуалов, мы дополнительно рассмотрели охват услугами среди этой подгруппы. К числу этих стран относятся Беларусь, Кыргызстан, Россия и Украина.



Рис. 7.2: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев среди всех опрошенных, %

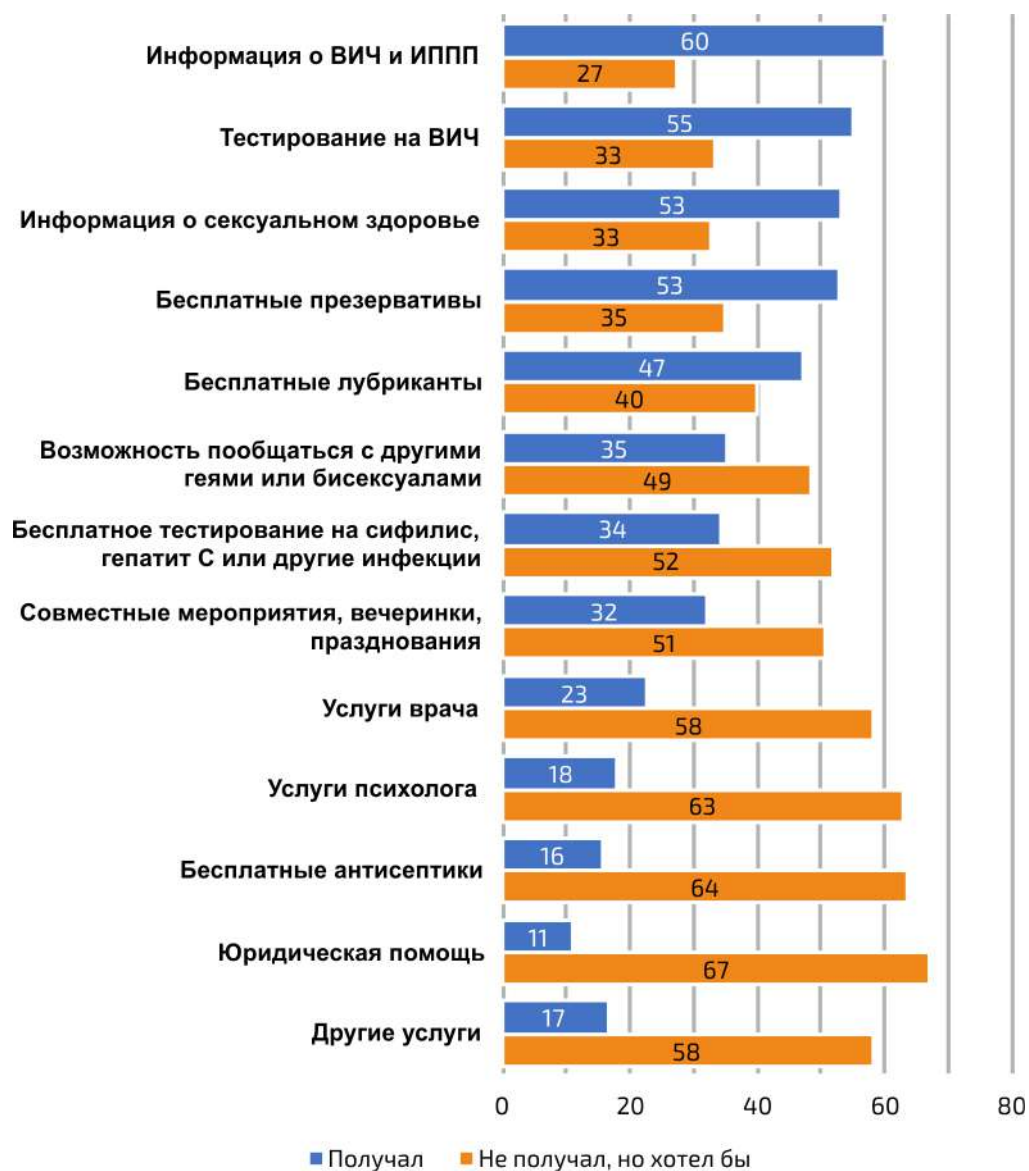


Рис. 7.3: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев среди опрошенных, которые имели доступ к таким организациям, %

Азербайджан

В Азербайджане опрошенные слабо охвачены услугами (рис. 7.4). Бесплатные презервативы за предшествующие полгода получало всего 19% из них. Информацию о ВИЧ/ИППП, тестирование на ВИЧ и бесплатные лубриканты — 15–16%. Охват остальными услугами находится на уровне 4–12%. При этом неудовлетворёнными те или иные потребности назвало от 60 до 71% опрошенных.



Рис. 7.4: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Азербайджане, все опрошенные, $N = 119$, %

Армения

Охват услугами в Армении заметно лучше (рис. 7.5). В частности, раздачей презервативов и тестированием охвачено 36 и 35% соответственно, столько же — информацией о сексуальном здоровье, ВИЧ и ИППП. Обращает на себя внимание относительная удовлетворённость потребностей в услугах врача (29%), юриста (20%) и психолога (13%). Кроме того, 20% получало ещё и другие услуги.

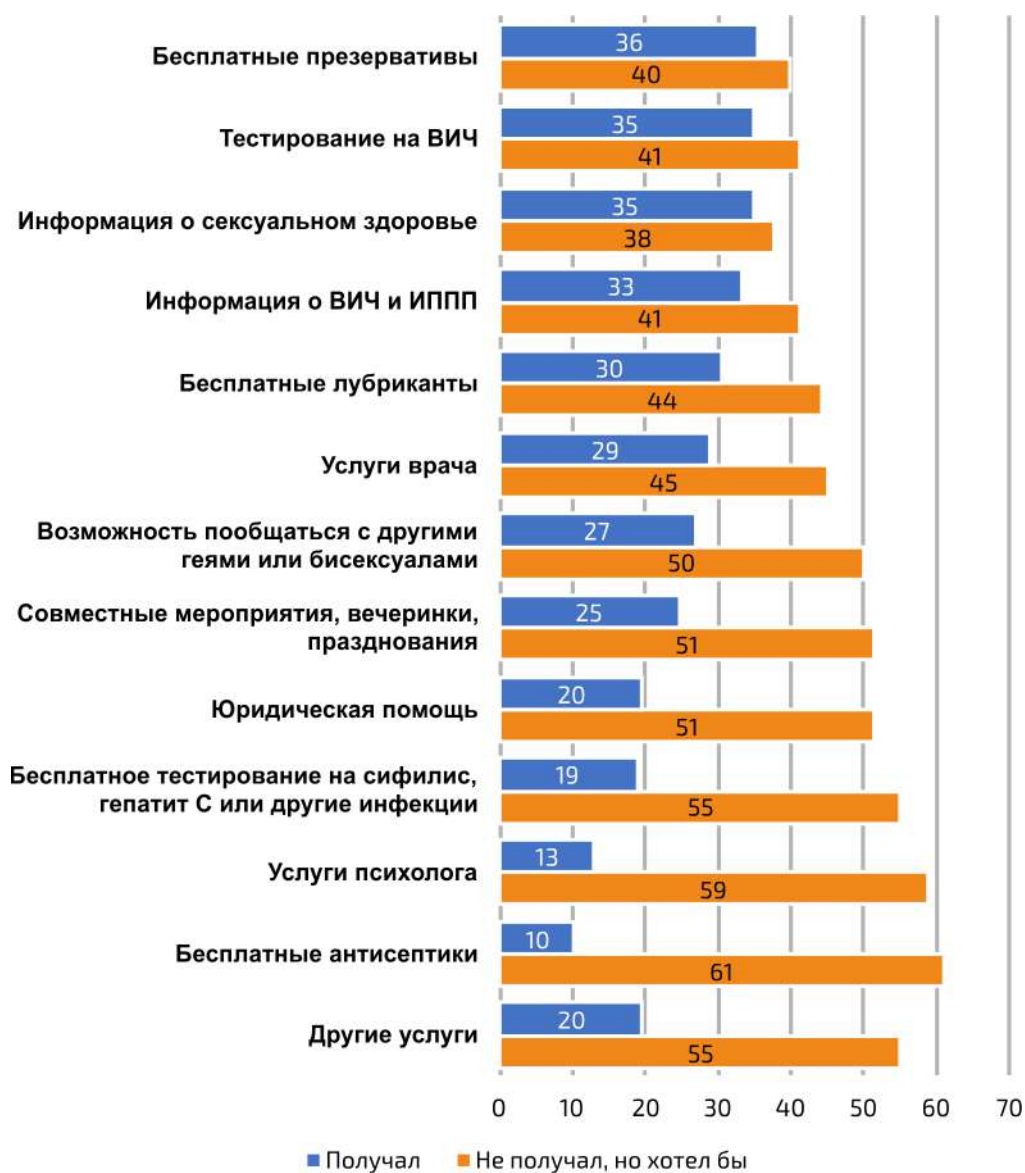


Рис. 7.5: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Армении, все опрошенные, $N = 138$, %

Беларусь

Охват пятью наиболее популярными услугами не самый плохой (рис. 7.6). В предыдущие полгода 37% были проинформированы о ВИЧ/ИППП, 34% протестированы на ВИЧ, ещё от 31 до 34% получали бесплатные презервативы и лубриканты, а также информацию о сексуальном здоровье. Охват другими услугами был меньшим. Охват выше, если брать только тех, у кого неподалёку МСМ-НПО (рис. 7.7).

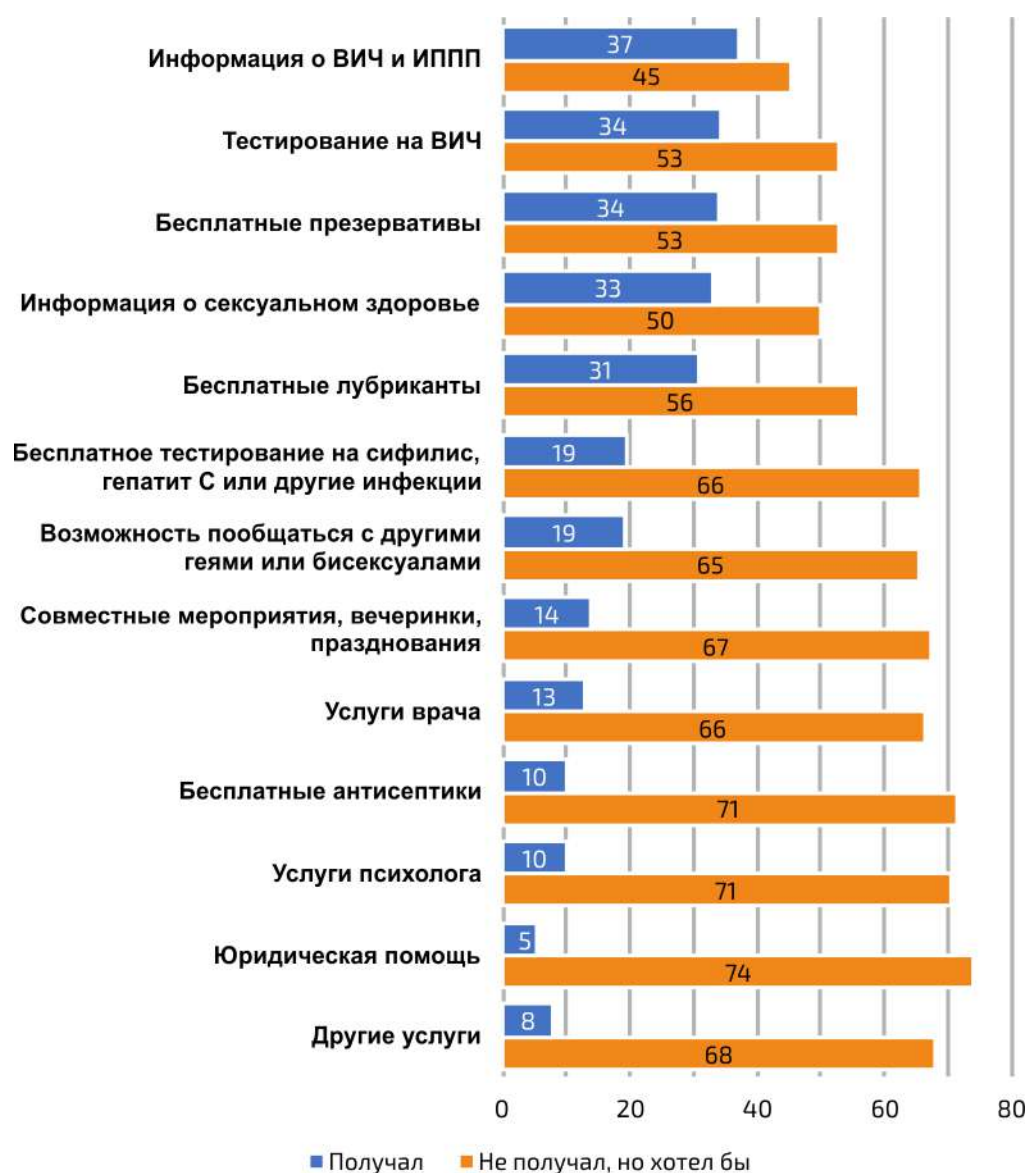


Рис. 7.6: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Беларуси, все опрошенные, $N = 495$, %

7. Охват услугами МСМ-сервиса

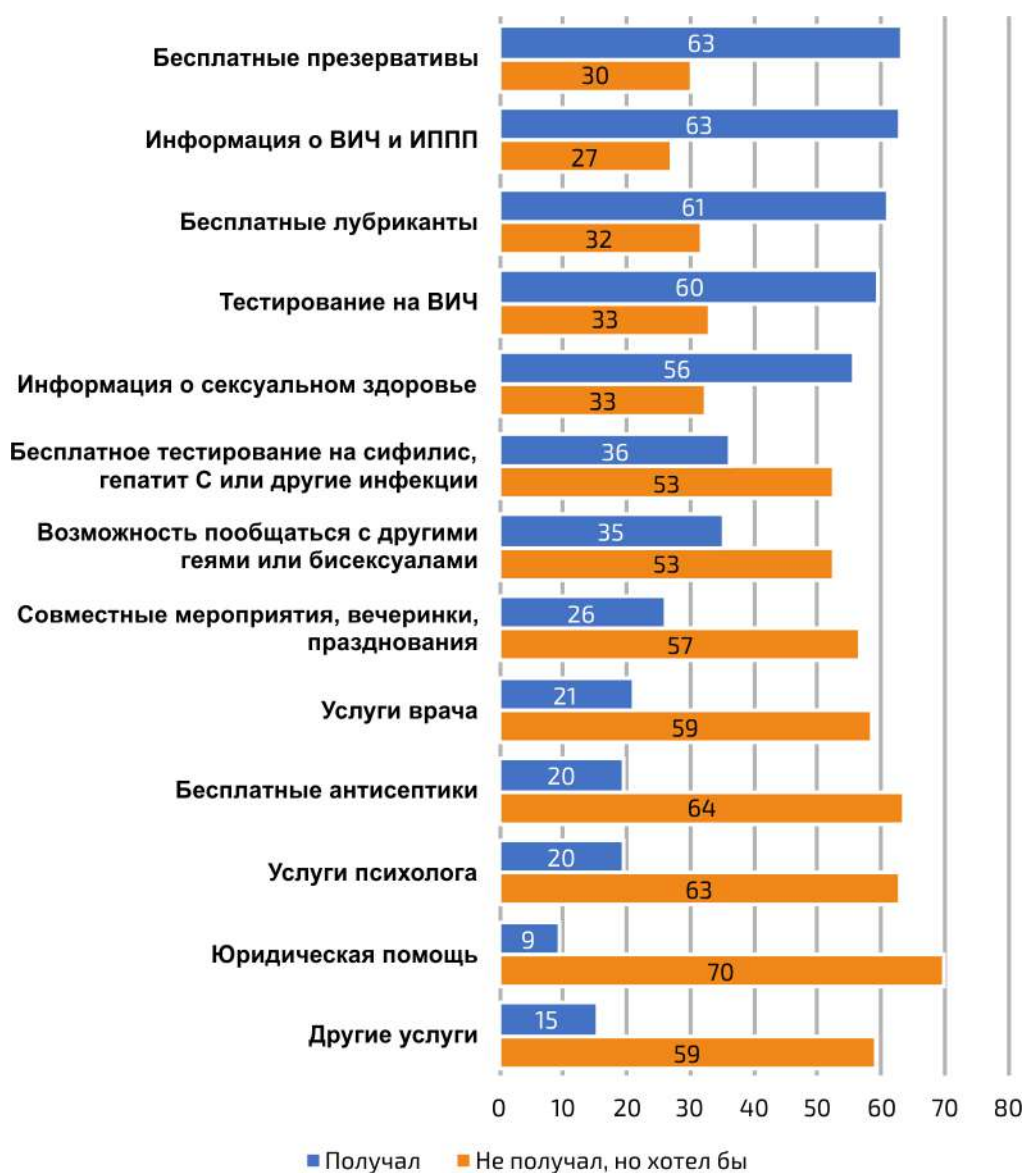


Рис. 7.7: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Беларуси среди имеющих доступ к МСМ-сервисным НПО, $N = 215$, %

Грузия

Охват услугами опрошенных в Грузии в целом напоминает ситуацию в Армении (рис. 7.8).



Рис. 7.8: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Грузии, все опрошенные, $N = 151$, %

Казахстан

Охват всех информацией о ВИЧ/ИППП составил 28%, тестированием на ВИЧ — 24%, на другие инфекции — всего 16% (рис. 7.9). Также 16% респондентов из Казахстана получали бесплатные презервативы. Охват остальными услугами составил от 2% (юридическая помощь) до 13% (услуги врача).

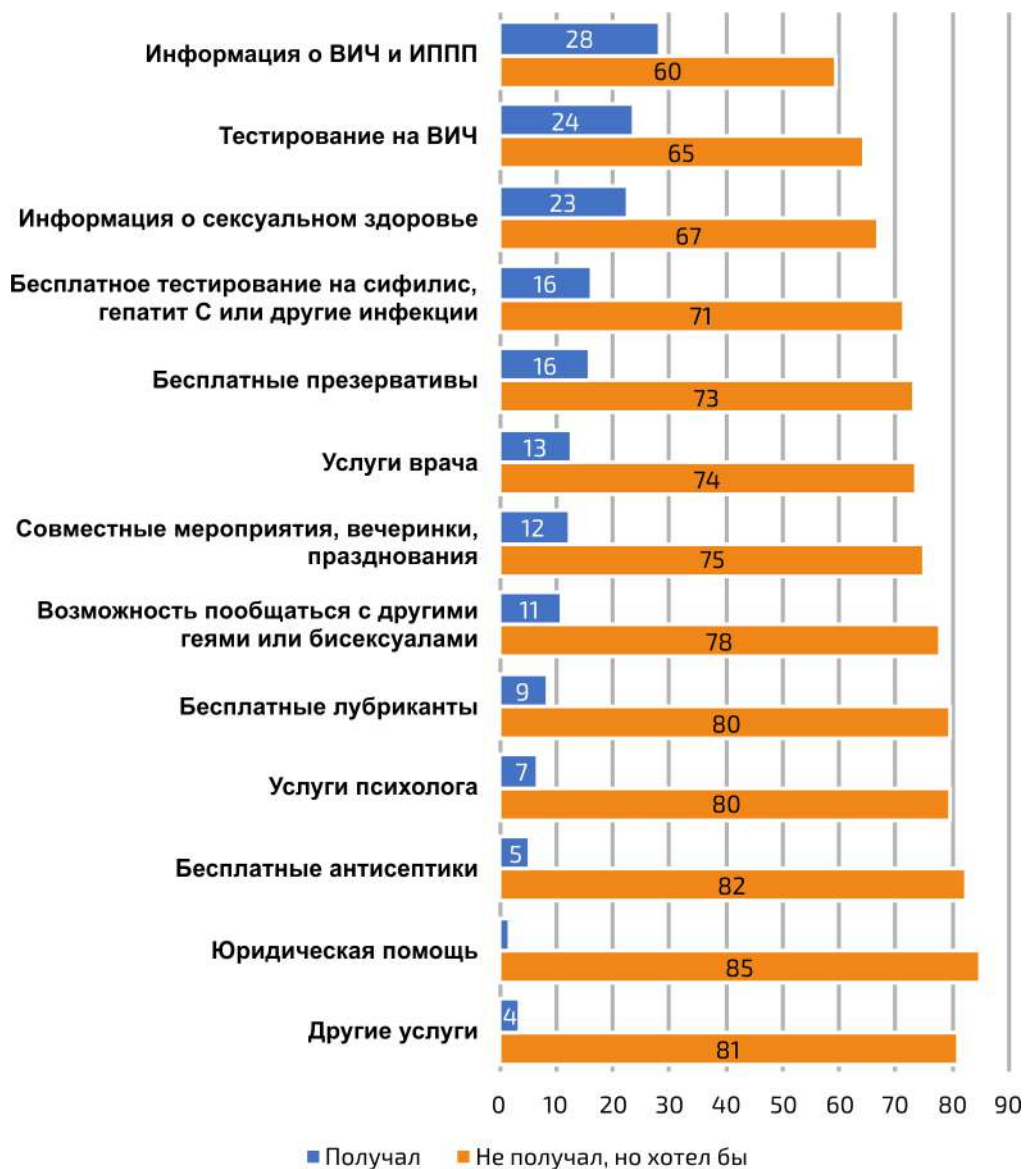


Рис. 7.9: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Казахстане, все опрошенные, N = 223, %

Кыргызстан

Опрошенные из Кыргызстана лидируют по относительному охвату МСМ-услугами (рис. 7.10). Если брать всех опрошенных, то пятью самыми популярными услугами в предыдущие 6 месяцев было охвачено половину и более из них. Речь, в том числе, о предоставлении информации о ВИЧ/ИППП (55%) и сексуальном здоровье (50%), тестировании на ВИЧ (53%), получении бесплатных презервативов (51%) и лубрикантов (49%).

Также МСМ были относительно неплохо охвачены другими услугами, включая услуги врача (31%), психолога (27%), юридической помощью (17%), а также неупомянутыми другими услугами (24%).

Показатели ещё выше, если рассматривать только опрошенных, недалеко от которых есть НПО, работающая с геями и бисексуалами (рис. 7.10). Например, 77% из них охвачено раздачей презервативов, а 75% — информированием о ВИЧ/ИППП, тестированием на ВИЧ и бесплатными лубрикантами — по 73%. Кроме того, более половины получили в НПО возможность пообщаться с другими МСМ и провести совместные вечеринки. Охват прочими услугами тоже был пропорционально большим.

Литва/Эстония

Среди опрошенных в Литве и Эстонии (рис. 7.12) больше всего было охвачено информацией о ВИЧ/ИППП (32%) и сексуальном здоровье (29%), а также тестированием на ВИЧ (30%). Бесплатные презервативы получали всего 24%. Охват остальными услугами составил от 5 до 20%.

Россия

Если брать всех опрошенных, в России уровень охвата услуг один из наихудших (рис. 7.13). Информацию о ВИЧ/ИППП получали 21% опрошенных, о сексуальном здоровье — 17%. Тестирование на ВИЧ получали всего 20%, получали бесплатные презервативы — 12% опрошенных. Охват другими услугами варьировался от 3 до 11%.

Показатели существенно выше среди опрошенных, имевших доступ к НПО для геев и бисексуалов (рис. 7.14). Например, получали информацию о ВИЧ/ИППП 54% из них, тестирование на ВИЧ — 45%, бесплатные презервативы — 43%, лубриканты — 35%.

Украина

Опрошенные в Украине отличаются относительно высоким охватом услугами на фоне остальных стран (рис. 7.15). В том числе информацию о ВИЧ/ИППП получали от НПО 43% опрошенных, тестирование на ВИЧ — 41%, бесплатные презервативы — 36%.

Показатели намного выше среди тех, кто знает рядом НПО для геев и бисексуалов (рис. 7.16). Среди прочего получал информацию о ВИЧ/ИППП 71%, тестирование на ВИЧ — 68%, бесплатные презервативы — 62%. Также 58% получали бесплатные лубриканты, а 56% — бесплатное тестирование на другие инфекции. Охват остальными услугами составлял от 12 до 36%.

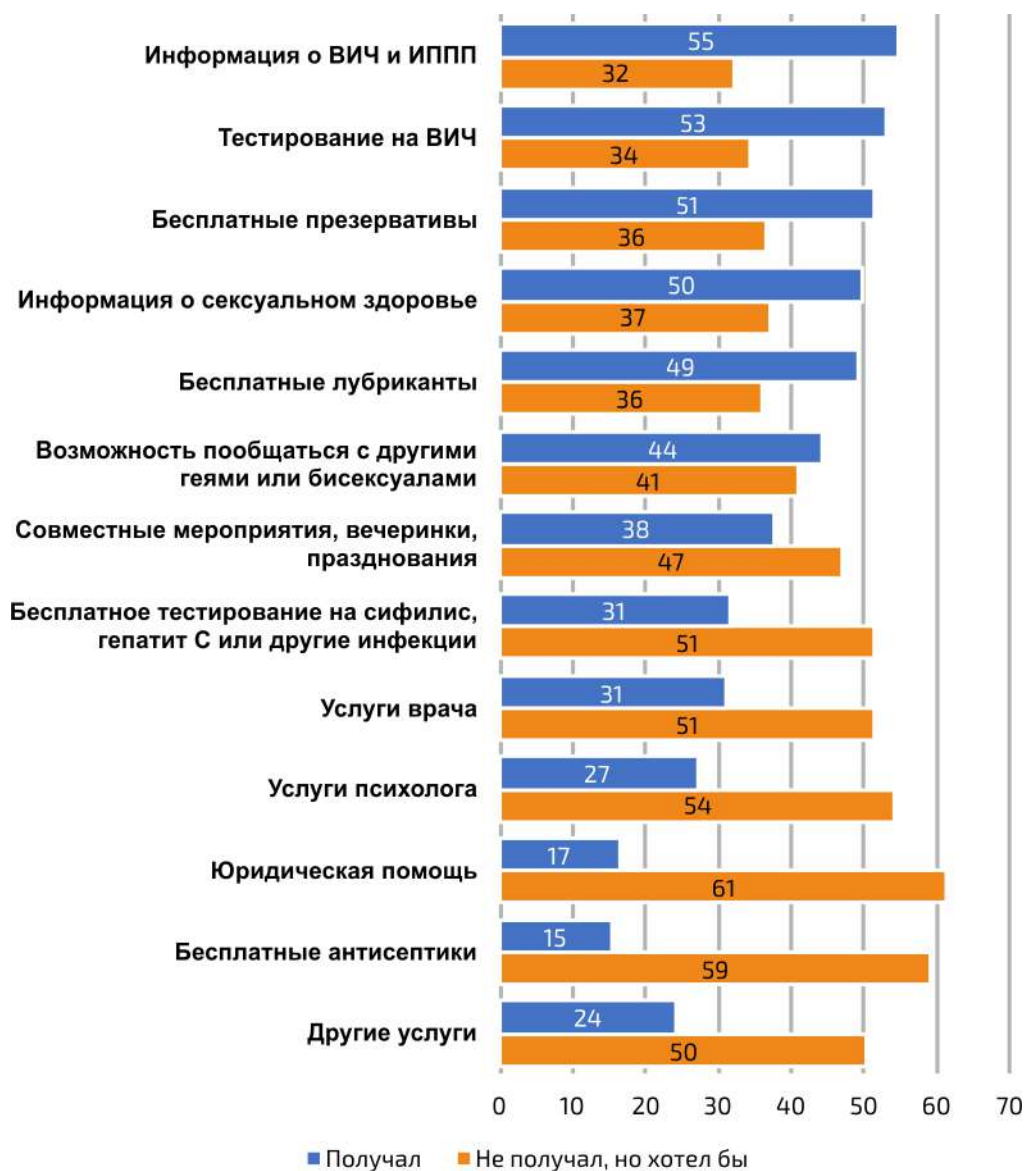


Рис. 7.10: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Кыргызстане, все опрошенные, $N = 181$, %

7.3. Доступность отдельных услуг для МСМ разных стран

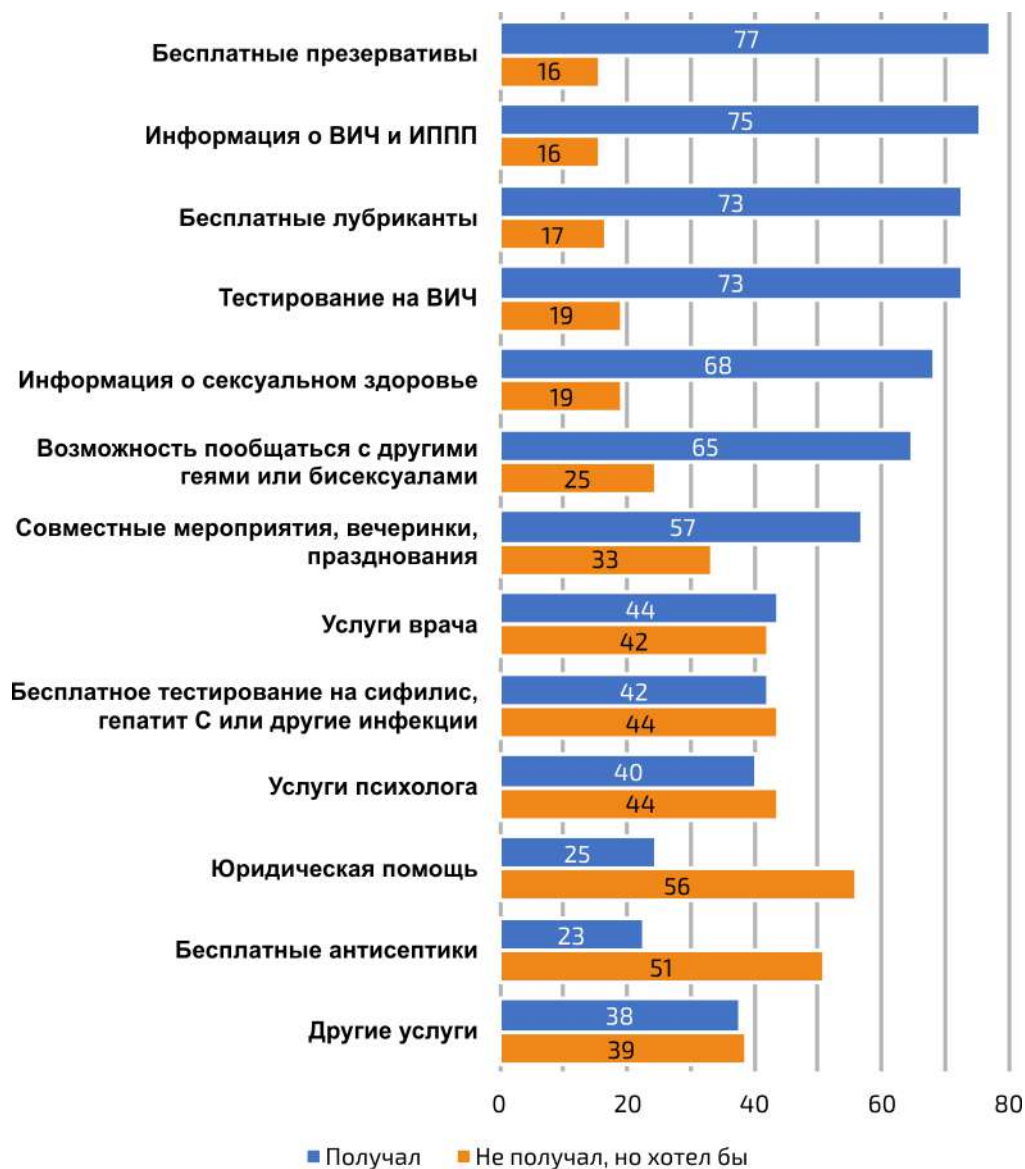


Рис. 7.11: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Кыргызстане среди имеющих доступ к МСМ-сервисным НПО, N = 114, %

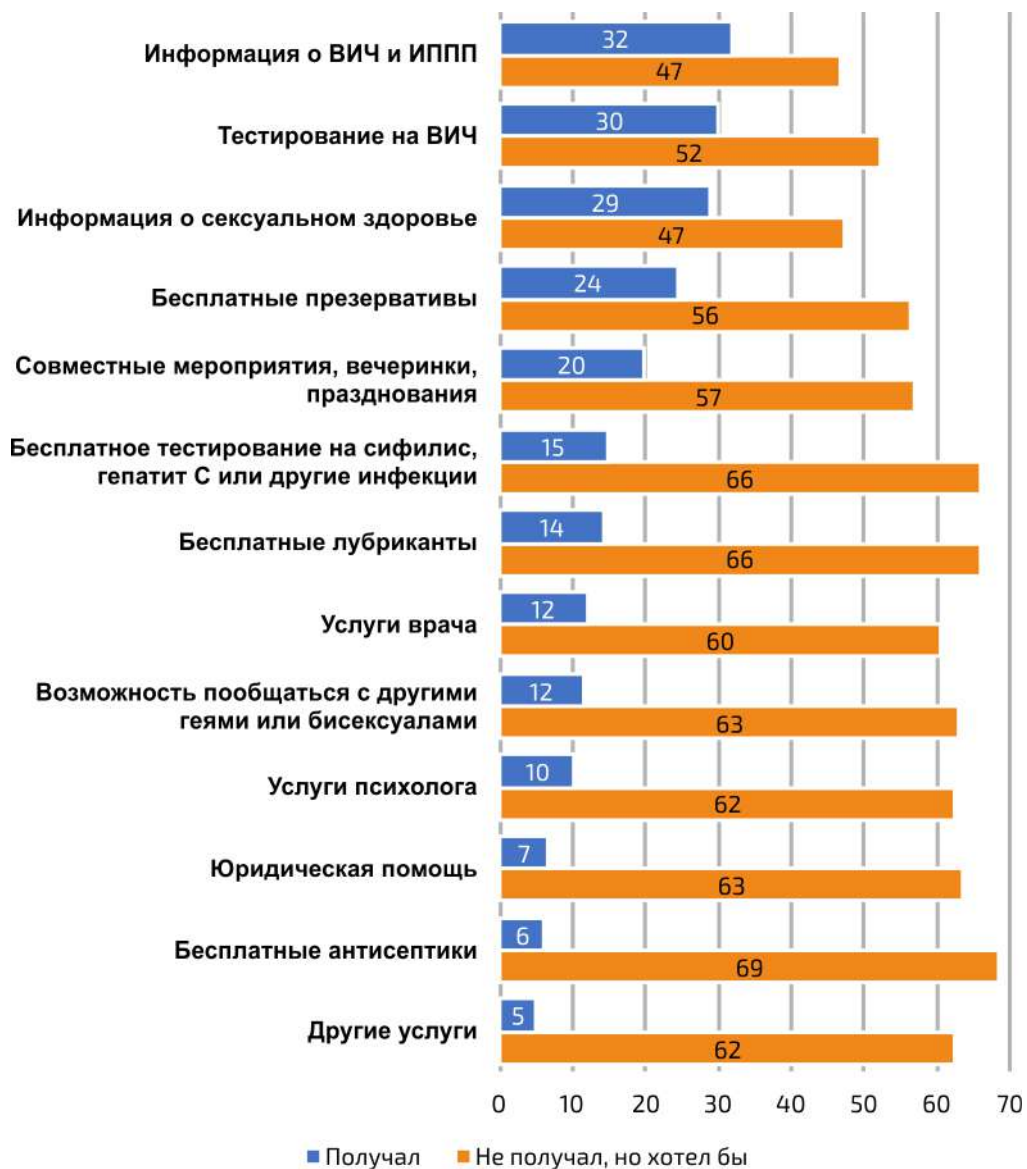


Рис. 7.12: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Литве/Эстонии все опрошенные, N = 197, %

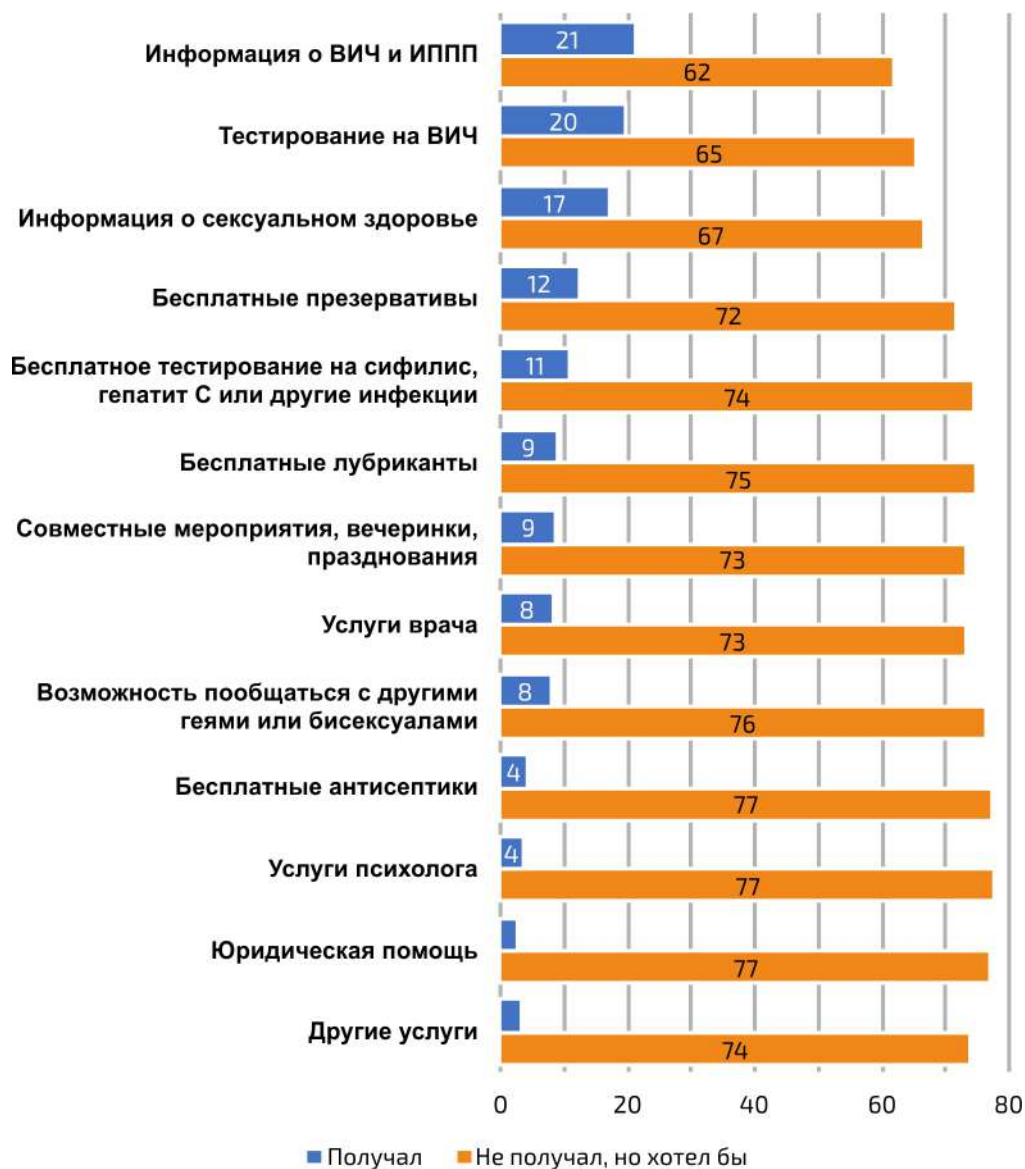


Рис. 7.13: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в России, все опрошенные, N = 5252, %



Рис. 7.14: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в России среди имеющих доступ к МСМ-сервисным НПО, $N = 821$, %

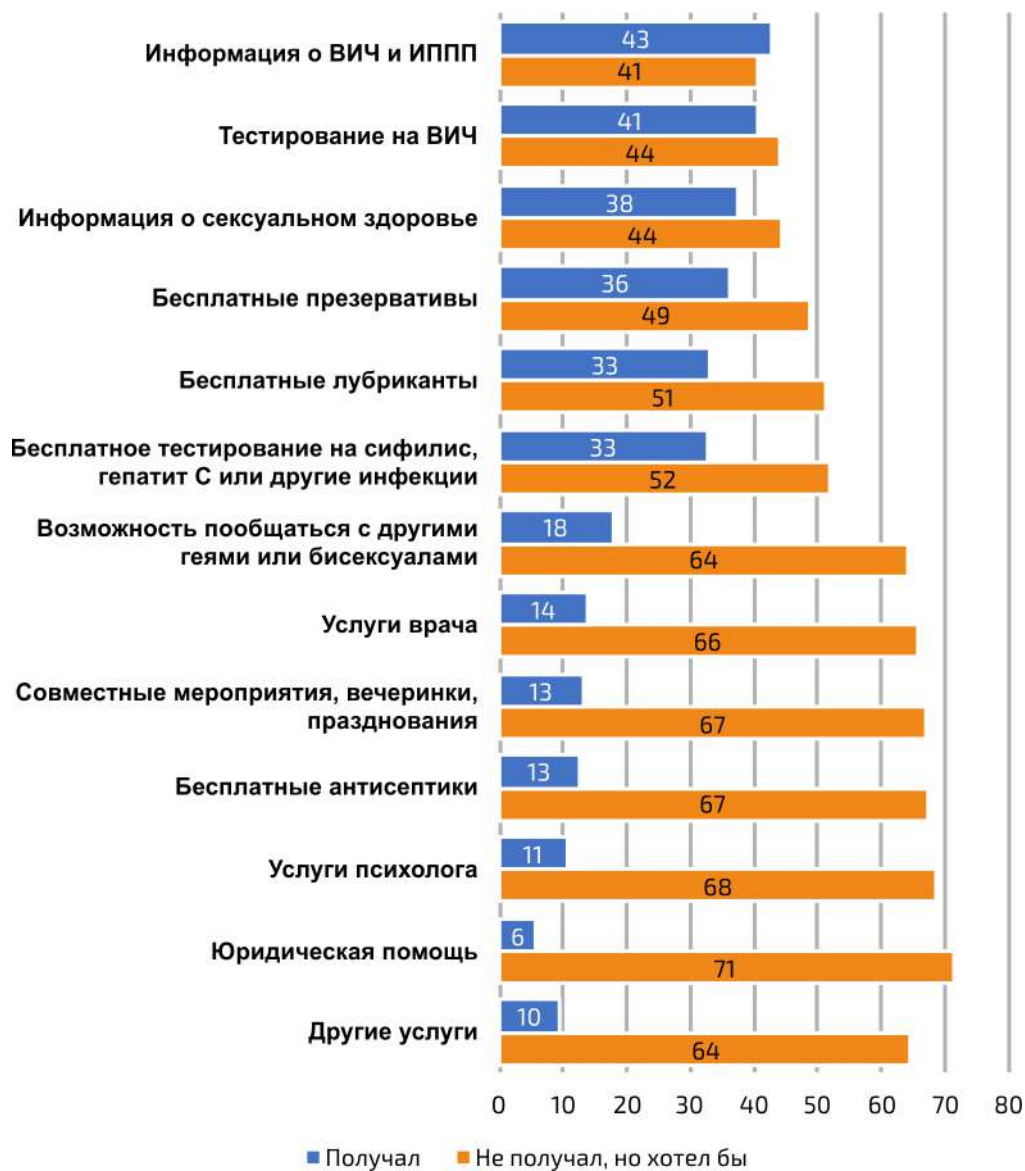


Рис. 7.15: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Украине, все опрошенные, $N = 1365$, %

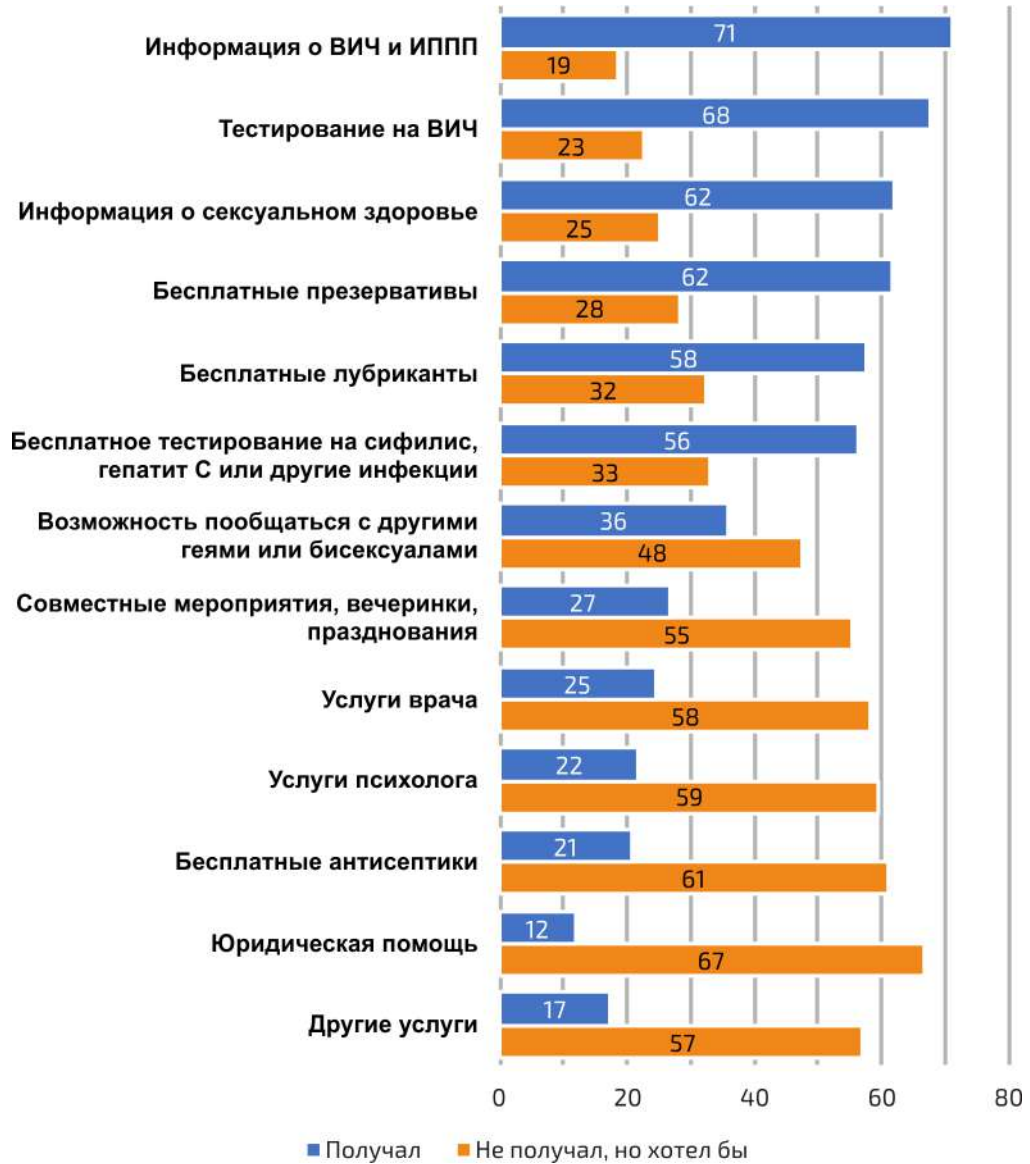


Рис. 7.16: Получение услуг от МСМ-сервисных организаций за последние 6 месяцев в Украине среди имеющих доступ к МСМ-сервисным НПО, $N = 567$, %

Сравнительный охват услугами в разных странах

Чтобы проще было сравнить страны между собой, сведём данные о проценте охваченных в разных странах теми или иными услугами в отдельные таблицы: для всех опрошенных (табл. 7.1) и имевших профильное НПО неподалёку (табл. 7.2). Упорядочим данные: услуги в строчках, по убыванию охвата; страны в колонках, по убыванию общей суммы топ-5 популярных услуг ⁷.

Мы видим, что наиболее охваченными можно считать опрошенных в Кыргызстане (табл. 7.1). За ними следуют респонденты Украины, Грузии, Армении и Беларуси. Причём в Грузии и Армении, как и в Кыргызстане, относительно высокий процент охвата наименее предлагаемыми услугами: врача, психолога, юриста. Вслед за этими странами идут Казахстан, Россия и замыкает список Азербайджан.

Стоит заметить, что порядок стран в основном совпадает с упорядоченностью по доле опрошенных, которым известна МСМ-сервисная НПО в пределах достижимости (рис. 7.1). Заметным исключением из этого порядка является Украина. Возможно, это связано с аутрич-работой украинских МСМ-сервисных организаций, которые охватывают и тех потенциальных клиентов, которые сами в организации не приходят.

Аналогично упорядочиваются страны, если брать только опрошенных с известной НПО неподалёку (табл. 7.2).

Экстраполируя полученные результаты на страновые популяции МСМ, следует сказать следующее. Учитывая сравнительные размеры выборок и особенности рекрутинга респондентов, более адекватно выглядят невысокие показатели в России, Беларуси и Украине, чем высокие в Кыргызстане, Армении и Грузии. Сравнивая между собой Украину, Россию и Беларусь, можно с известной осторожностью предположить, что в этом порядке ухудшается охват услугами МСМ этих стран и за рамками этого опроса.

В целом же очевидно, что во всех странах, где меньше, а где больше, достаточно пространства для улучшения охвата МСМ всеми услугами.

7.4. Связь между получением услуг и интернализированной гомонегативностью

Получение каждой услуги значимо связано с уровнем ИГ (рис. 7.17). В каждом случае принятие своей гомосексуальности в среднем значимо выше среди тех, кто получал ту или иную услугу в течение предыдущих 6 мес. При этом значимой разницы между теми, кто не получал, но хотел, и теми, кто ничего не отметил, как правило, нет. Исключениями являются совместные мероприятия и получение бесплатных лубрикантов. В этих случаях те, кто совсем не отметил эти услуги, имели значимо меньший уровень принятия себя, чем даже те, кто не получал эти услуги, но хотел получать.

⁷ В табл. 7.1 услуги упорядочены по средневыворочному показателю, в табл. 7.2 — по показателям России как страны с самой большой выборкой. Сумма показателей охвата пяти самых распространённых услуг рассчитывалась для удобства сортировки стран, и не предназначалась для содержательных интерпретаций

Таблица 7.1: Сравнение доли респондентов, охваченных разными услугами, в разных странах, %

	Кыргызстан	Украина	Грузия	Армения	Беларусь	Литва/Эстония	Казахстан	Россия	Азербайджан	Вся выборка
Информация о ВИЧ и ИППП	55	43	38	33	37	32	28	21	15	28
Тестирование на ВИЧ	53	41	36	35	34	30	24	20	16	26
Информация о сексуальном здоровье	50	38	34	35	33	29	23	17	12	24
Бесплатные презервативы	51	36	31	36	34	24	16	12	19	20
Бесплатное тестирование на сифилис, гепатит С или другие инфекции	31	33	26	19	19	15	16	11	11	17
Бесплатные лубриканты	49	33	27	30	31	14	9	9	15	17
Возможность пообщаться с другими геями или бисексуалами	44	18	24	27	19	12	11	8	9	12
Совместные мероприятия, вечеринки, празднования	38	13	26	25	14	20	12	9	8	12
Услуги врача	31	14	19	29	13	12	13	8	9	11
Услуги психолога	27	11	11	13	10	10	7	4	6	7
Бесплатные антисептики	15	13	7	10	10	6	5	4	6	7
Другие услуги	24	10	15	20	8	5	4	3	4	6
Юридическая помощь	17	6	10	20	5	7	2	3	5	4
Сумма % по верхним 5 строкам	240	191	165	158	157	130	107	81	73	115

Таблица 7.2: Сравнение доли респондентов, имеющих доступ к МСМ-сервисным НПО и охваченных разными услугами в разных странах, %

	Кыргызстан	Украина	Беларусь	Россия
Информация о ВИЧ и ИППП	75	71	63	54
Информация о сексуальном здоровье	68	62	56	48
Тестирование на ВИЧ	73	68	60	45
Бесплатные презервативы	77	62	63	43
Бесплатные лубриканты	73	58	61	35
Возможность пообщаться с другими геями или бисексуалами	65	36	35	31
Совместные мероприятия, вечеринки, празднования	57	27	26	29
Бесплатное тестирование на сифилис, гепатит С или другие инфекции	42	56	36	19
Услуги врача	44	25	21	16
Бесплатные антисептики	23	21	20	12
Другие услуги	38	17	15	11
Услуги психолога	40	22	20	11
Юридическая помощь	25	12	9	8
Сумма % по верхним 5 строкам	366	321	303	225

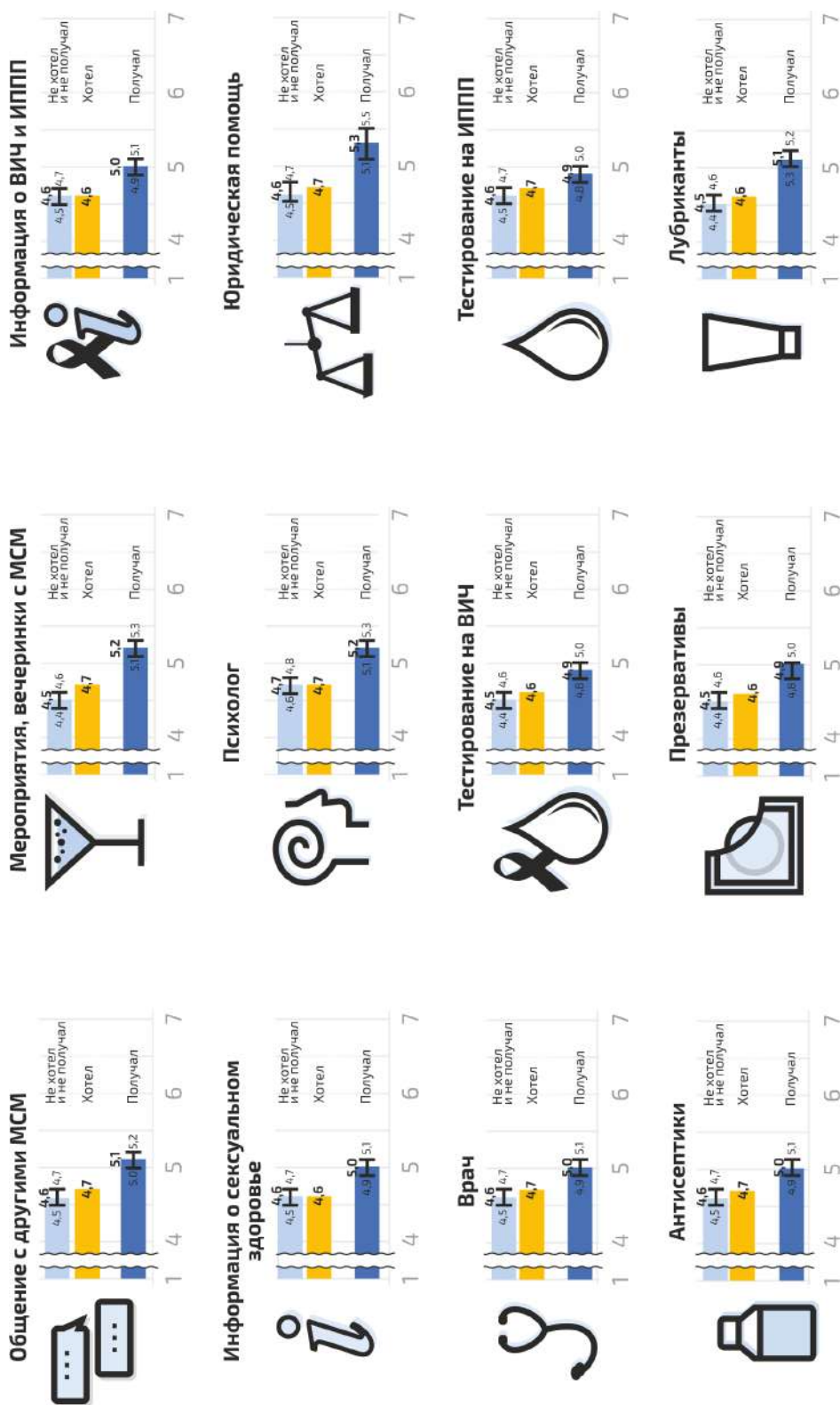


Рис. 7.17: Среднее значение КШИГ в зависимости от желания/получения отдельных услуг в предыдущие 6 месяцев (Различия средних для всех услуг статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

7.5. Получение услуг, гомонегативность и дополнительные факторы: статистическое моделирование

Для каждой из 12 услуг из списка мы построили отдельную бинарную логистическую модель (табл. 7.3). В модели предсказывалось получение определённой услуги в течение шести месяцев перед опросом.

Меньшая ИГ значимо связана с большими шансами получения 9 услуг из 12, даже при контроле других переменных (табл. 7.3). Исключением являются услуги врача, бесплатное тестирование на другие ИППП и получение бесплатных антисептиков.

Во всех остальных случаях, с повышением принятия гомосексуальности на каждый дополнительный балл шансы получить увеличиваются на 9–30%. Отношения шансов для разных услуг варьировали от 1,09 [1,02–1,16] для тестирования на ВИЧ до 1,3 [95% ДИ: 1,14–1,5] для получения юридической помощи.

Из других предикторов самый внушительный эффект имеет наличие рядом организации для МСМ: именно там можно получать услуги из списка. В зависимости от услуги, наличие такой организации увеличивает шансы на её получение в несколько раз.

Чем меньше окружающих знают об ориентации МСМ, тем меньше у него шансов на получение почти всех услуг за исключением бесплатных антисептиков. При этом сексуальная ориентация и совместное проживание с партнёром мужского или женского пола практически не связаны с вероятностью получения услуг.

Образование значимо связано с получением всех услуг, причём если его уровень ниже, шансы на получение услуг выше. Неполное высшее образование (во всех случаях) и отсутствие высшего образования (кроме информации о сексуальном здоровье) связаны с более высокими шансами получать услуги в предыдущие 6 месяцев, если сравнивать с респондентами с полным высшим образованием.

Увеличение возраста отрицательно связано с шансами получать в недавнем прошлом семь услуг из двенадцати: общение и совместное времяпрепровождение с другими МСМ, информация о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье, услуги психолога, тестирование на ВИЧ и презервативы.

С проживанием вне столиц также связана меньшая вероятность получения семи услуг. В их число не входят совместное общение и мероприятия, услуги психолога и юриста, бесплатное тестирование на другие ИППП. Для всех остальных услуг проживание не в столице государства связано с меньшими шансами их получать.

По сравнению с Россией, опрошенные Украины (кроме совместных празднований и юридической помощи) и Кыргызстана (кроме бесплатных антисептиков) последовательно имеют значимые и более высокие шансы на получение МСМ-услуг.

Другие страны могли быть значимыми предикторами в случае одной или нескольких услуг. Например, проживание в Армении или Азербайджане было связано с меньшими шансами информирования о ВИЧ/ИППП. Проживание в Азербайджане дополнительно связано с меньшими шансами проходить в НГО тестирование на ВИЧ. Респонденты из Беларуси имели более высокие шансы получать бесплатные презервативы.

Таблица 7.3: Параметры бинарных логистических моделей получения услуг в зависимости от значений КШИГ и других характеристик

	Общение с другими МСМ		Совместные мероприятия		Информация о ВИЧ и ИППП	
	Коэф.	ОШ	Коэф.	ОШ	Коэф.	ОШ
КШИГ (шкала 1–7 баллов)	0,19***	1,21	0,24***	1,27	0,14***	1,15
Страна проживания (Ref. = Россия)						
Армения	0,31	1,37	0,36	1,44	-0,58*	0,56
Азербайджан	-0,74	0,48	-0,78	0,46	-1,19***	0,3
Беларусь	0,26	1,29	-0,29	0,74	0,06	1,07
Литва/Эстония	-0,76**	0,47	-0,07	0,94	-0,37	0,69
Грузия	0,26	1,3	0,42	1,52	-0,12	0,89
Казахстан	0,2	1,23	0,08	1,08	0,31	1,37
Кыргызстан	1,31***	3,72	0,93***	2,54	0,64**	1,9
Украина	0,26*	1,29	-0,23	0,8	0,61***	1,83
Город проживания (Ref. = Столица)						
Другой большой город	-0,19	0,83	-0,13	0,88	-0,27***	0,76
Малый город/село	0,03	1,03	-0,16	0,85	-0,27**	0,76
Возраст, лет (Ref. = 30 лет)	-0,02**	0,98	-0,02***	0,98	-0,01**	0,99
Наличие высшего образования (Ref. = Полное высшее)						
Неполное высшее	0,45***	1,57	0,43***	1,53	0,18*	1,2
Отсутствует	0,48***	1,62	0,44***	1,56	0,23**	1,25
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)						
Бисексуал	0,21	1,24	0,25*	1,29	-0,2*	0,82
Гетеросексуал/другая	0,04	1,04	0,16	1,17	-0,22	0,8
Окружающие знают, что МСМ (1 = Все, 5 = Никто)	-0,19***	0,83	-0,23***	0,79	-0,11***	0,89
Совместное проживание (Ref. = С другими, но не с половыми партнёрами)						
Один	-0,04	0,96	-0,02	0,98	-0,04	0,96
С женой/женщиной-партнёром	-0,23	0,79	-0,91**	0,4	-0,25	0,78
С мужчиной-партнёром	-0,14	0,87	-0,04	0,96	-0,26**	0,77
Наличие МСМ-сервисной НПО (Ref. = Нет)						
Да	2,26***	9,55	1,89***	6,6	1,78***	5,95
(Константа)	-3,57***	0,03	-3,4***	0,03	-1,67***	0,19

N = 5774–5776 в зависимости от модели. Статистическая значимость параметров на уровне: * *p* = 0,05; ** *p* = 0,01; *** *p* = 0,001
 † Реальное значение верхней границы доверительного интервала больше 0,99 и меньше 1

Табл. 7.3 (продолжение)

	Информация о сексуальном здоровье		Услуги психолога		Юридическая помощь	
	Коэф.	ОШ	Коэф.	ОШ	Коэф.	ОШ
КШИГ (шкала 1–7 баллов)	0,19***	1,21	0,24***	1,27	0,14***	1,15
Страна проживания (Ref. = Россия)						
Армения	0,31	1,37	0,36	1,44	-0,58*	0,56
Азербайджан	-0,74	0,48	-0,78	0,46	-1,19***	0,3
Беларусь	0,26	1,29	-0,29	0,74	0,06	1,07
Литва/Эстония	-0,76**	0,47	-0,07	0,94	-0,37	0,69
Грузия	0,26	1,3	0,42	1,52	-0,12	0,89
Казахстан	0,2	1,23	0,08	1,08	0,31	1,37
Кыргызстан	1,31***	3,72	0,93***	2,54	0,64**	1,9
Украина	0,26*	1,29	-0,23	0,8	0,61***	1,83
Город проживания (Ref. = Столица)						
Другой большой город	-0,19	0,83	-0,13	0,88	-0,27***	0,76
Малый город/село	0,03	1,03	-0,16	0,85	-0,27**	0,76
Возраст, лет (Ref. = 30 лет)	-0,02**	0,98	-0,02***	0,98	-0,01**	0,99
Наличие высшего образования (Ref. = Полное высшее)						
Неполное высшее	0,45***	1,57	0,43***	1,53	0,18*	1,2
Отсутствует	0,48***	1,62	0,44***	1,56	0,23**	1,25
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)						
Бисексуал	0,21	1,24	0,25*	1,29	-0,2*	0,82
Гетеросексуал/другая	0,04	1,04	0,16	1,17	-0,22	0,8
Окружающие знают, что MSM (1 = Все, 5 = Никто)	-0,19***	0,83	-0,23***	0,79	-0,11***	0,89
Совместное проживание (Ref. = С другими, но не с половыми партнёрами)						
Один	-0,04	0,96	-0,02	0,98	-0,04	0,96
С женой/женщиной-партнёром	-0,23	0,79	-0,91**	0,4	-0,25	0,78
С мужчиной-партнёром	-0,14	0,87	-0,04	0,96	-0,26**	0,77
Наличие MSM-сервисной НПО (Ref. = Нет)						
Да	2,26***	9,55	1,89***	6,6	1,78***	5,95
(Константа)	-3,57***	0,03	-3,4***	0,03	-1,67***	0,19

N = 5774–5776 в зависимости от модели. Статистическая значимость параметров на уровне: * *p* = 0,05; ** *p* = 0,01; *** *p* = 0,001
 † Реальное значение верхней границы доверительного интервала больше 0,99 и меньше 1

Табл. 7.3 (продолжение)

	Услуги врача			Тестирование на ВИЧ			Бесплатный тест на другие ИППП		
	Коэф.	ОШ	95% ДИ	Коэф.	ОШ	95% ДИ	Коэф.	ОШ	95% ДИ
КШИГ (шкала 1–7 баллов)	0,07	1,08	0,99–1,17	0,09**	1,09	1,02–1,16	0,07	1,08	1–1,16
Страна проживания (Ref. = Россия)									
Армения	0,9***	2,45	1,42–4,24	0,01	1,01	0,6–1,69	–0,29	0,74	0,39–1,43
Азербайджан	–0,2	0,82	0,36–1,86	–0,77*	0,46	0,24–0,91	–0,31	0,73	0,34–1,58
Беларусь	0,05	1,05	0,74–1,49	0,15	1,17	0,89–1,52	0,22	1,25	0,92–1,7
Литва/Эстония	–0,38	0,68	0,4–1,16	–0,26	0,77	0,52–1,13	–0,31	0,74	0,46–1,19
Грузия	0,3	1,35	0,77–2,35	0,02	1,02	0,63–1,64	0,43	1,53	0,92–2,54
Казахстан	0,41	1,51	0,92–2,5	0,12	1,13	0,75–1,68	0,44	1,55	0,98–2,44
Кыргызстан	0,88***	2,4	1,55–3,71	0,76***	2,13	1,4–3,23	0,65***	1,92	1,25–2,93
Украина	0,35**	1,42	1,13–1,78	0,77***	2,17	1,83–2,57	1,28***	3,61	3,01–4,33
Город проживания (Ref. = Столица)									
Другой большой город	–0,2*	0,82	0,67–1 ¹	–0,18*	0,84	0,72–0,97	–0,16	0,85	0,72–1,01
Малый город/село	0,1	1,11	0,84–1,46	–0,28*	0,75	0,6–0,94	–0,21	0,81	0,63–1,05
Возраст, лет (Ref. = 30 лет)	0	1	0,99–1,01	–0,01**	0,99	0,98–1 ¹	0	1	0,99–1,01
Наличие высшего образования (Ref. = Полное высшее)									
Неполное высшее	0,55***	1,74	1,4–2,17	0,38***	1,46	1,25–1,72	0,35***	1,41	1,17–1,71
Отсутствует	0,86***	2,35	1,86–2,97	0,53***	1,7	1,43–2,02	0,61***	1,83	1,5–2,25
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)									
Бисексуал	0,21	1,23	0,97–1,55	–0,07	0,93	0,78–1,12	0,09	1,09	0,89–1,34
Гетеросексуал/другая	–0,09	0,91	0,63–1,32	–0,02	0,98	0,76–1,28	–0,01	0,99	0,73–1,35
Окружающие знают, что МСМ (1 = Все, 5 = Никто)	–0,14***	0,87	0,81–0,94	–0,14***	0,87	0,82–0,92	–0,09**	0,91	0,85–0,98
Совместное проживание (Ref. = С другими, но не с половыми партнёрами)									
Один	–0,06	0,94	0,75–1,17	0,08	1,08	0,92–1,27	–0,03	0,97	0,8–1,17
С женой/женщиной-партнёршей	–0,4	0,67	0,43–1,04	–0,22	0,8	0,59–1,09	–0,2	0,82	0,57–1,17
С мужчиной-партнёром	–0,09	0,91	0,71–1,18	–0,02	0,98	0,81–1,18	–0,13	0,88	0,7–1,1
Наличие МСМ-сервисной НПО (Ref. = Нет)									
Да	1,23***	3,42	2,82–4,17	1,62***	5,06	4,38–5,84	1,27***	3,58	3,03–4,23
(Константа)	–2,94***	0,05	0,03–0,1	–1,75***	0,17	0,11–0,27	–2,64***	0,07	0,04–0,12

N = 5774–5776 в зависимости от модели. Статистическая значимость параметров на уровне: * *p* = 0,05; ** *p* = 0,01; *** *p* = 0,001
¹ Реальное значение верхней границы доверительного интервала больше 0,99 и меньше 1

Табл. 7.3 (продолжение)

	Бесплатные антисептики		Бесплатные презервативы		Бесплатные лубриканты				
	Коэф.	ОШ	Коэф.	ОШ	Коэф.	ОШ			
КСИГ (шкала 1–7 баллов)	0,07	1,07	0,96–1,19	0,1**	1,11	1,03–1,19	0,1*	1,11	1,02–1,2
Страна проживания (Ref. = Россия)									
Армения	0,1	1,11	0,51–2,42	0,53	1,71	1–2,91	0,61*	1,84	1,07–3,19
Азербайджан	–0,51	0,6	0,18–1,99	–0,13	0,88	0,45–1,73	–0,02	0,98	0,47–2,05
Беларусь	0,38	1,46	0,98–2,19	0,61***	1,84	1,39–2,44	0,86***	2,36	1,76–3,18
Литва/Эстония	–0,59	0,55	0,26–1,18	–0,24	0,79	0,52–1,2	–0,75**	0,47	0,29–0,77
Грузия	–0,15	0,86	0,4–1,87	0,23	1,26	0,76–2,07	0,28	1,33	0,79–2,24
Казахстан	0,22	1,25	0,62–2,54	0,15	1,16	0,72–1,88	–0,3	0,74	0,4–1,39
Кыргызстан	0,38	1,46	0,83–2,58	1,08***	2,94	1,89–4,57	1,41***	4,11	2,63–6,43
Украина	0,79***	2,21	1,7–2,88	0,94***	2,55	2,12–3,07	1,18***	3,24	2,66–3,95
Город проживания (Ref. = Столица)									
Другой большой город	–0,25*	0,78	0,61–1,11	–0,3***	0,74	0,63–0,88	–0,4***	0,67	0,56–0,8
Малый город/село	–0,08	0,92	0,64–1,33	–0,28*	0,76	0,58–0,98	–0,31*	0,73	0,55–0,98
Возраст, лет (Ref. = 30 лет)	–0,01	0,99	0,98–1,01	–0,01**	0,99	0,98–1	< 0,01	1	0,99–1,01
Наличие высшего образования (Ref. = Полное высшее)									
Неполное высшее	0,4**	1,5	1,14–1,98	0,27**	1,31	1,09–1,56	0,21*	1,23	1,01–1,5
Отсутствует	0,77***	2,16	1,61–2,9	0,26*	1,3	1,06–1,59	0,21	1,24	0,99–1,55
Сексуальная ориентация (Ref. = Гей)									
Бисексуал	0,07	1,07	0,79–1,44	–0,11	0,89	0,73–1,1	–0,14	0,87	0,69–1,1
Гетеросексуал/другая	–0,2	0,82	0,5–1,33	–0,32*	0,73	0,53–1 ¹	–0,35	0,71	0,5–1,01
Окружающие знают, что MSM (1 = Все, 5 = Никто)	–0,06	0,94	0,85–1,04	–0,14***	0,87	0,81–0,93	–0,16***	0,85	0,79–0,92
Совместное проживание (Ref. = С другими, но не с половыми партнёрами)									
Один	0,03	1,03	0,78–1,35	0,11	1,12	0,93–1,34	0,17	1,19	0,97–1,45
С женой/женщиной-партнёром	–0,33	0,72	0,4–1,3	–0,66**	0,52	0,34–0,78	–0,68**	0,51	0,32–0,81
С мужчиной-партнёром	–0,07	0,93	0,68–1,28	0,09	1,09	0,88–1,35	0,11	1,12	0,89–1,41
Наличие MSM-сервисной НПО (Ref. = Нет)									
Да	1,48***	4,38	3,41–5,61	2,06***	7,83	6,7–9,16	2,21***	9,07	7,62–10,8
(Константа)	–3,86***	0,02	0,01–0,05	–2,35***	0,1	0,06–0,16	–2,73***	0,07	0,04–0,12

N = 5774–5776 в зависимости от модели. Статистическая значимость параметров на уровне: * *p* = 0,05; ** *p* = 0,01; *** *p* = 0,001
¹ Реальное значение верхней границы доверительного интервала больше 0,99 и меньше 1

Выводы

Прежде всего, доступность МСМ-сервисных НПО очень неравномерная между отдельными странами и в целом является недостаточной. Доступность НПО среди опрошенных стран с маленькими выборками вероятно переоценена, потому что существенная их часть через НПО рекрутировалась.

По масштабам охвата клиентов, МСМ-сервис условно можно разделить на три категории. Самые оказываемые услуги — это информирование о ВИЧ/ИППП, сексуальном здоровье, тестирование на ВИЧ, раздача бесплатных презервативов и лубрикантов. Менее популярные — организация мероприятий для геев и бисексуалов. Примерно настолько же часто предоставляют возможность пройти бесплатный тест на другие инфекции. К числу реже всего оказываемых услуг относятся прочие услуги врача, психолога, юридические консультации, а также получение бесплатных антисептиков.

Соответственно, общий охват МСМ-услугами довольно низкий, в то же время он серьёзно варьирует между отдельными странами. Это неудивительно, учитывая похожую неравномерность в доступе к НПО для геев и бисексуалов. Кроме того, для респондентов, имеющих соответствующую организацию в пределах доступности, эти показатели существенно выше. К примеру, если взять три услуги: информирование о ВИЧ и ИППП, тестирование на ВИЧ и раздачу презервативов, то охват ими всех опрошенных составит 28, 26 и 20% соответственно. Для респондентов с доступной НПО эти показатели составили 60, 55 и 53%.

Следует отметить, что на менее оказываемые услуги, начиная от организации совместных мероприятий до юридических консультаций есть большой неудовлетворённый спрос: большинство опрошенных ответили, что их не получали, но хотели бы получать.

Если сравнивать между собой отдельные страны, то МСМ из Кыргызстана оказались наиболее широко охваченными услугами. За ними следуют Украина, Грузия, Армения, Беларусь и страны Балтии. Менее всего охвачены услугами респонденты в Казахстане, России и Азербайджане. С учётом неоднократно упомянутых особенностей выборки в отдельных странах, мы склонны считать, что в Кыргызстане, Грузии и Армении охват услугами МСМ-сервиса может быть преувеличен. Напротив, показатели для Украины, Беларуси и России могут быть более близки к реальности.

Для всех услуг существует связь с уровнем ИГ. Те, кто получал услугу в предыдущие полгода, в среднем имеют меньшую ИГ чем те, кто её не получал. Эта связь остаётся значимой для большинства услуг и в статистических моделях, в которых контролируются другие переменные, связанные с демографией или сексуальной ориентацией. Исключение составляют услуги врача, бесплатное тестирование на другие ИППП и получение бесплатных антисептиков.

Другими словами, более высокая ИГ действительно выглядит как барьер на пути получения профилактических услуг. В то же время с некоторыми услугами возможна и обратная связь. Мы имеем в виду прежде всего организацию совместного времяпрепровождения, консультации психолога или юриста. Учитывая, что они оказываются довольно редко, и на них большой спрос, увеличение их предложения, возможно снизило бы средний уровень интернализированной гомонегативности.

Среди других факторов, влияющих на шансы получения услуг, отметим доступность организаций для геев и бисексуалов — их наличие повышает шансы получить услугу в несколько раз. Закрытость своей ориентации и проживание за пределами столицы снижают шансы получать все или большинство услуг. Также шансы как правило ниже у опрошенных с полным высшим образованием и более старшим возрастом. Можно предположить, что старшие и более статусные МСМ в целом реже считают нужным обращаться за какими-либо услугами в организации. Кроме того, подтвердился значимо лучший охват услугами опрошенных из Украины и Кыргызстана.

8. Права человека для ЛГБТ и активизм

Возможно, ЛГБТ-правозащита и участие в работе организаций для общего блага геев и бисексуалов не имеют прямого отношения к личному здоровью отдельного МСМ, но они важны в долговременной перспективе.

С другой стороны, чем больше человек склонны к такой активности, тем проще и эффективнее организации могут мобилизовать сообщества, в частности, адвокатируют расширение доступа к услугам в сфере ВИЧ. В свою очередь, это может улучшить средний уровень сексуального здоровья МСМ той или иной страны или региона. Кроме того, если гей или бисексуал открыт к взаимодействию с профильной НПО или защищает свои права, его должно быть проще включить в программы профилактики ВИЧ.

Кроме того, продвижение прав для ЛГБТ и их законодательное закрепление в итоге снижают гетеросексизм в обществе, а с ним и ИГ среди МСМ.

Поэтому мы посчитали целесообразным изучить, насколько МСМ в странах ЦВЕ-ЦА хотели бы участвовать в деятельности организаций, насколько они поддерживают открытую защиту прав для ЛГБТ, и насколько они сами участвуют в их отстаивании.

8.1. Желание участвовать в работе НПО для геев и бисексуалов

Вариабельность в разных странах. Мы частично уже говорили об участии в работе МСМ-организаций в Разделе 4.8. Теперь рассмотрим это подробнее (рис. 8.1).

Доля желающих участвовать в работе организаций для геев и бисексуалов составляет от 26 до 40% в зависимости от страны, тех, кто не желает участвовать — от 28 до 35%. Ещё 17–36% затрудняются с ответом.

Связь с гомонегативностью. Желание участвовать в работе организаций для геев и бисексуалов значимо коррелирует с уровнем интернализированной гомонегативности (рис. 8.2). В среднем самое высокое принятие себя наблюдается среди тех, кто уже участвует в НПО. Несколько ниже — среди тех, кто не участвует, но хочет. Ещё ниже — среди неопределившихся, а самый низкий среди нежелающих участвовать. Средние значения КШИГ значимо различаются между всеми категориями.

Значимые различия в средней ИГ наблюдаются на выборках практически всех стран, кроме Азербайджана (рис. 8.3). Впрочем, настолько чёткое снижение принятия собственной гомосексуальности при переходе от участников НПО к нежелающим участвовать наблюдается не всегда, в том числе из-за недостаточных объёмов выборок.

Вышеописанный порядок различий ИГ в зависимости от желания участвовать в работе профильных НПО наблюдается среди опрошенных из России и Казахстана за одним исключением: в Казахстане нет различий между желающими и неопределившимися.

8.1. Желание участвовать в работе НПО для геев и бисексуалов

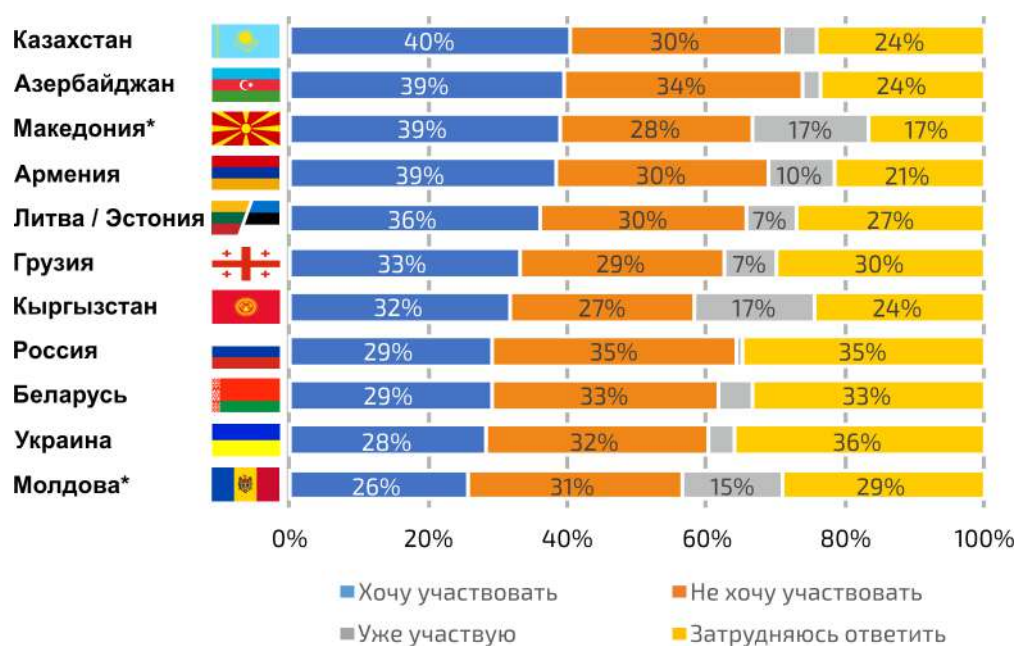


Рис. 8.1: Распределение ответов на вопрос: “Хотели бы Вы сами участвовать в работе организации для геев и бисексуалов?”, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

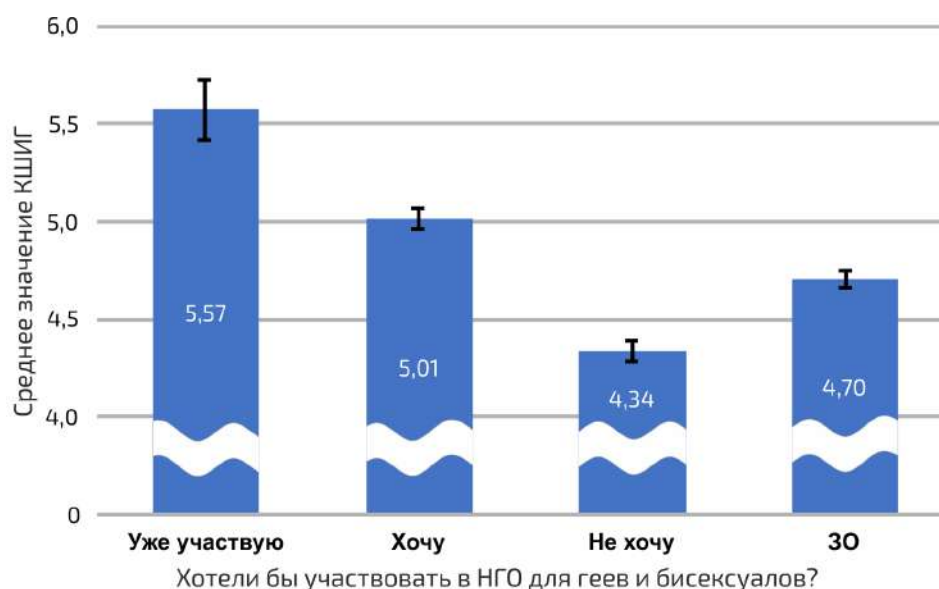


Рис. 8.2: Среднее значение КШИГ в зависимости от желания участвовать в работе НПО (Различия статистически значимы на уровне $p = 0.001$)

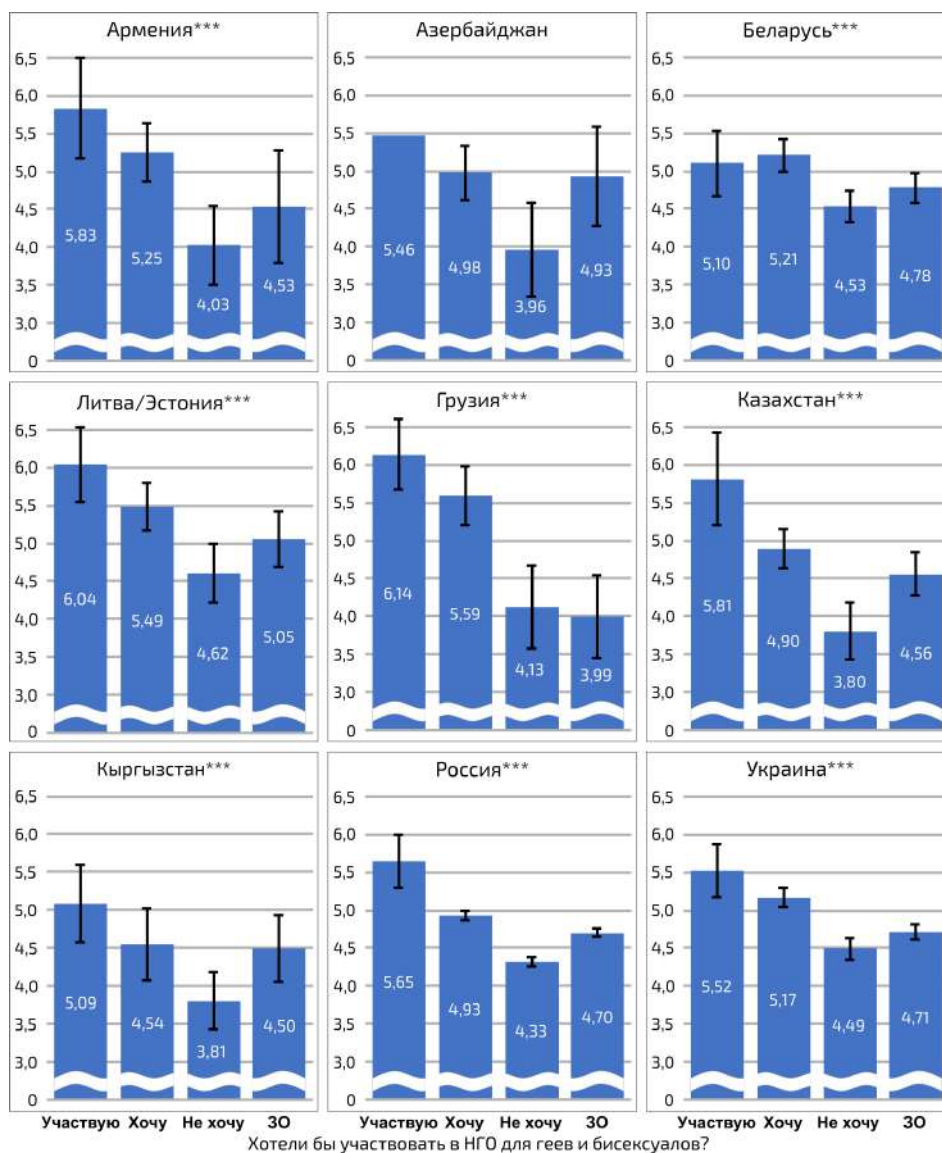


Рис. 8.3: Среднее значение КШИГ в зависимости от желания участвовать в работе НПО в отдельных странах (***) различия статистически значимы на уровне $p \leq 0.001$)

В Грузии и Украине ответы можно разделить на две категории. В одну войдут участники и желающие ими стать, в другую — неопределившиеся и нежелающие. Внутри категорий значимых различий не обнаружено. Между собой они различаются: участники НПО и желающие в среднем имеют меньшую гомонегативность.

В Армении и странах Балтии опрошенные следуют общей тенденции снижения индекса КШИГ от участников до нежелающих участвовать, различия между соседними категориями статистически не значимы. Так, отсутствуют различия между: уже участвующими и желающими участвовать, желающими участвовать и неопределившимися, а также неопределившимися и нежелающими.

В Беларуси опрошенные, которые уже являются участниками, не отличаются значимо от других категорий. Желающие участвовать отличаются от нежелающих и неопределившихся. Две последние категории респондентов между собой не различаются.

В Кыргызстане же статистически значимые различия удалось установить только между крайними категориями: уже участвующими и не желающими участвовать.

8.2. Поддержка прав ЛГБТ

Вариабельность в разных странах. Мы спрашивали у респондентов, считают ли они, что нужно публично защищать права для ЛГБТ.

Для отдельных стран процент позитивных ответов варьировал от 53% для России до 81% для Македонии (рис. 8.4). Остальные ответы разделились между отрицательным ответом (9–23%) и вариантом “Затрудняюсь ответить” (9–32%). Иными словами, публичную защиту прав ЛГБТ поддерживает большинство, но не все опрошенные.

Самая большая поддержка публичной защиты прав ЛГБТ в Македонии, в несколько меньшей степени — в Грузии (78%) и странах Балтии (72%). Далее располагаются прочие страны Южного Кавказа, Украина и Беларусь (поддерживают от 65 до 69%). Далее идут Казахстан, Кыргызстан, Молдова (с самой большой долей неопределившихся: 32%) и Россия. В этих странах защиту прав поддерживают от 53 до 57% опрошенных.

Связь с гомонегативностью. Как можно было предполагать, поддержка открытой защиты прав для ЛГБТ значимо связана с мерой принятия гомосексуальности. Опрошенные, которые поддерживают защиту прав, имеют в среднем большее значение КШИГ (рис. 8.5). Неопределившиеся — менее высокий. Те, кто не поддерживают защиту прав, самый низкий. Все указанные различия также статистически значимы между собой. На уровне отдельных стран, как и в случае с желанием участвовать в НПО, тоже наблюдается значимая связь, за исключением Азербайджана (рис. 8.6). При этом все категории ответов различаются между собой по уровню ИГ в России и Украине.

В Беларуси и Литве/Эстонии отсутствуют различия между теми, кто не поддерживает защиту прав, и неопределившимися. Поддерживающие права имеют значимо большее принятие себя.

В Кыргызстане отсутствуют различия между поддерживающими и неопределившимися. Те, кто не поддерживает защиту прав, имеют значимо меньшее принятие себя.

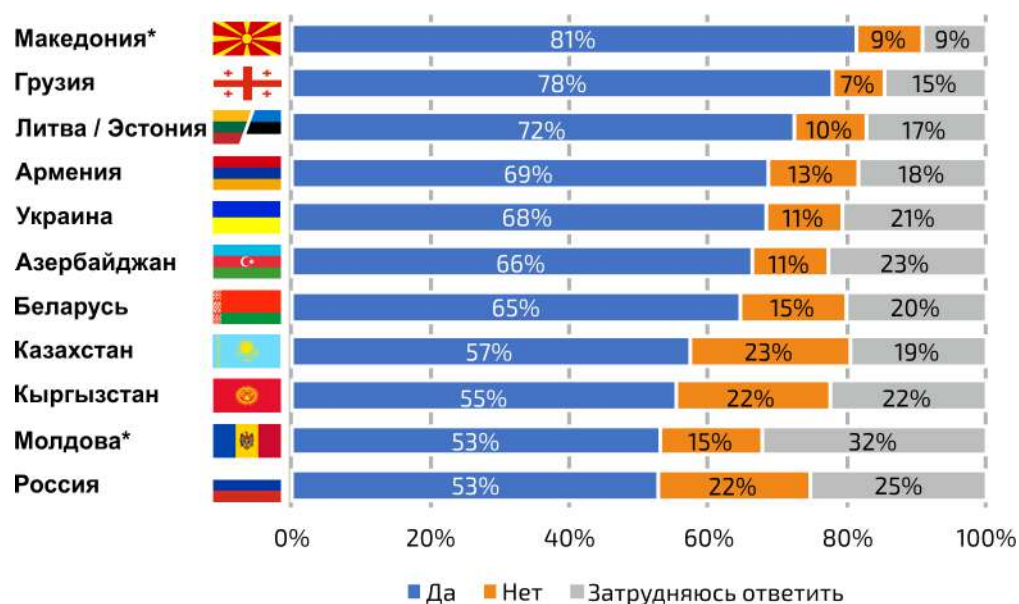


Рис. 8.4: Распределение ответов на вопрос: “Считаете ли вы, что нужно публично защищать права ЛГБТ и противодействовать их нарушению?”, % (Различия между странами статистически значимы на уровне $p < 0.001$, * $N < 100$)

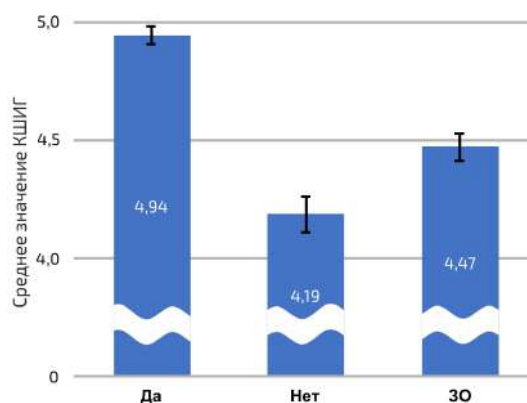


Рис. 8.5: Среднее значение КШИГ в зависимости от желания поддерживать защиту прав для ЛГБТ (Различия статистически значимы на уровне $p < 0.001$)

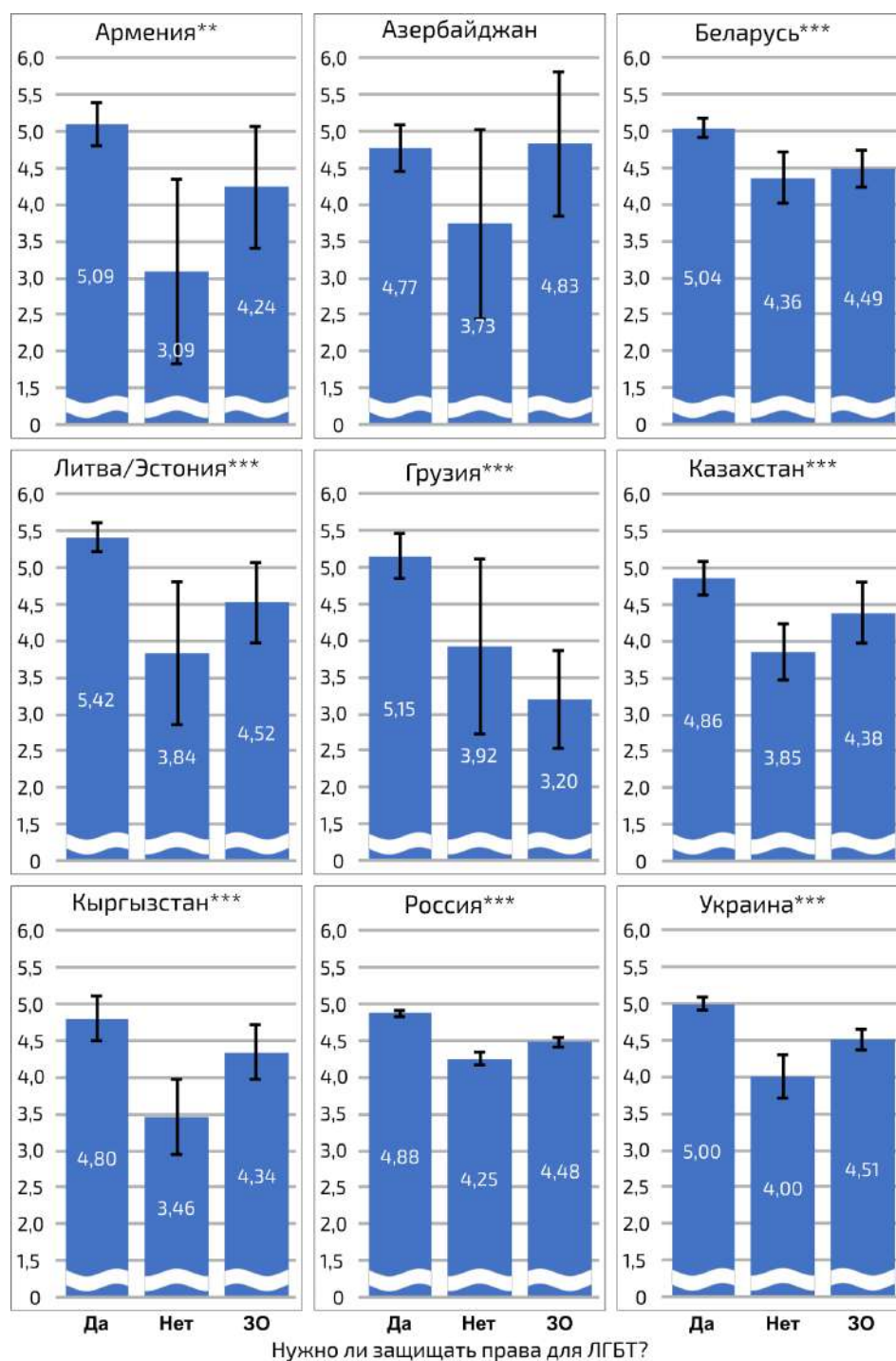


Рис. 8.6: Среднее значение КШИГ в зависимости от желания поддерживать защиту прав для ЛГБТ в отдельных странах (Статистическая значимость различий на уровне: ** $p = 0.01$; *** $p \leq 0.001$)

Среди опрошенных Армении и Казахстана отсутствуют значимые различия между неопределившимися и другими двумя категориями. Однако различия между поддерживающими и не поддерживающими защиту прав есть: у первых принятие себя выше.

Что касается Грузии, то из-за широкого доверительного интервала те, кто не поддерживает защиту прав, не отличаются по ИГ ни от поддерживающих, ни от неопределившихся. Значимо только различие между поддерживающими и неопределившимися.

8.3. Проявления ЛГБТ-активизма

Распространённость отдельных проявлений ЛГБТ-активизма. Мы предложили респондентам ряд действий, которые можно считать проявлениями ЛГБТ-активизма, и спросили, как часто они к ним прибегали за предшествующие 12 месяцев: ни разу, 1 раз или больше одного раза.

Ответы всех опрошенных. Относительно частыми действиями среди всех опрошенных было подписание петиции и помощь пострадавшему или пострадавшей от дискриминации или насилия (рис. 8.7). Больше одного раза за предыдущий год этим занимались 7 и 6% респондентов соответственно. В сумме с теми, кто предпринял эти действия по одному разу за предыдущий год показатели составили 19 и 14%. Что касается остальных действий по отстаиванию прав для ЛГБТ, то в сумме к ним прибегало 1 раз или больше от 2 до 7% в предыдущий год.



Рис. 8.7: Участие в действиях, связанное с защитой прав человека для ЛГБТ или против их дискриминации, за предыдущие 12 месяцев среди всех опрошенных, % (N варьирует для отдельных практик от 7938 до 8041)

Азербайджан

В Азербайджане (рис. 8.8) относительно распространённым было оказание помощи пострадавшим ЛГБТ, причём довольно много тех, кто делал это чаще одного раза (18%), всего же таковых за предыдущий год было 27%. Также относительно часто респонденты подписывали петиции: практиковали это один раз или больше 18%; а также писали в СМИ (13%) и участвовали в подготовке материалов о ЛГБТ (11%). Подобный активизм мог быть связан с реакцией местного ЛГБТ-сообщества на массовые полицейские облавы на геев и трансгендеров, прошедших в Азербайджане осенью 2017 года⁸.



Рис. 8.8: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Азербайджане, % (N варьирует для отдельных практик от 111 до 115)

Армения

В Армении помощь пострадавшим ЛГБТ оказывали чаще: 42%, из них 27% чаще одного раза (рис. 8.9). Относительно часто подписывали петиции (всего 23%) и участвовали в подготовке материалов (22%), к правозащитникам обращались 13%.

Беларусь

Заметно реже практиковался ЛГБТ-активизм среди опрошенных в Беларуси (рис. 8.10). Всего 17% помогали пострадавшим (7% больше одного раза), 13% подписывали петиции, 11% участвовали в подготовке материалов.

⁸ Рзаев К. (2017). Информационный Бюллетень "Стигма и дискриминация по отношению к ЛГБТ сообществу в Азербайджане 2017–2018". Предоставлено по запросу организацией "Gender and Development"

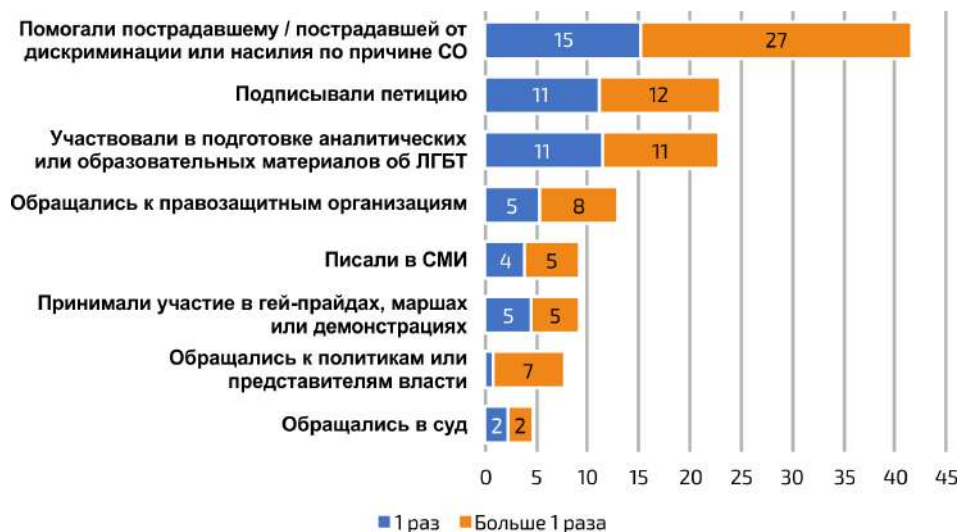


Рис. 8.9: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Армении, % (N варьирует для отдельных практик от 130 до 135)

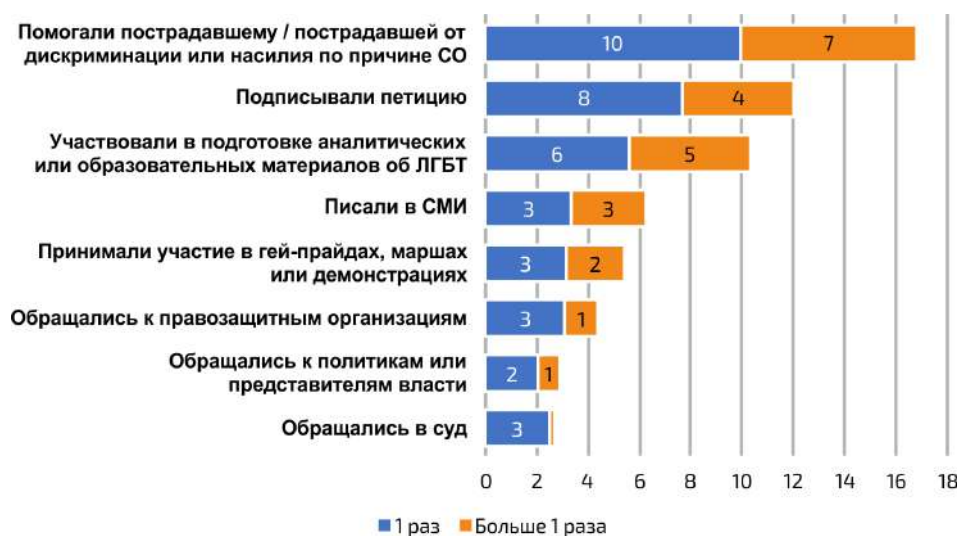


Рис. 8.10: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Беларуси, % (N варьирует для отдельных практик от 479 до 483)

Грузия

Среди опрошенных в Грузии активизм довольно распространён (рис. 8.11). Помогали пострадавшим 42% опрошенных, причём 24% чаще одного раза за предыдущий год. Также 31% подписывали петиции, 26% готовили аналитические и образовательные материалы. Написание текстов в СМИ, участие в прайдах и маршах, обращение к правозащитникам также были относительно более распространены.

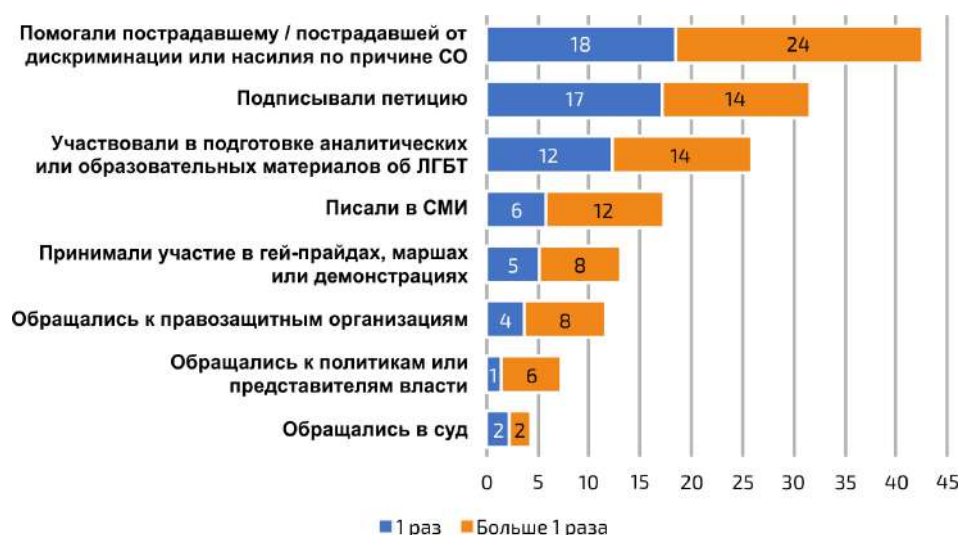


Рис. 8.11: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Грузии, % (*N* варьирует для отдельных практик от 137 до 146)

Казахстан

В Казахстане активизм был распространён реже (рис. 8.12). В частности, лишь 19% опрошенных хотя бы раз подписывали петицию, а 17% хотя бы раз помогали ЛГБТ, пострадавшим от дискриминации или насилия.

Кыргызстан

В Кыргызстане отдельные проявления активизма были распространены среди опрошенных немного больше, чем в Казахстане (рис. 8.13). Так, 25% помогали пострадавшим, 20% — участвовали в подготовке материалов, 17% — подписывали петицию.

Литва/Эстония

В Литве/Эстонии опрошенные МСМ были довольно активны (рис. 8.14). Петицию подписывали 32%, 16% — больше одного раза. Характерно, что 27% участвовали в гей-

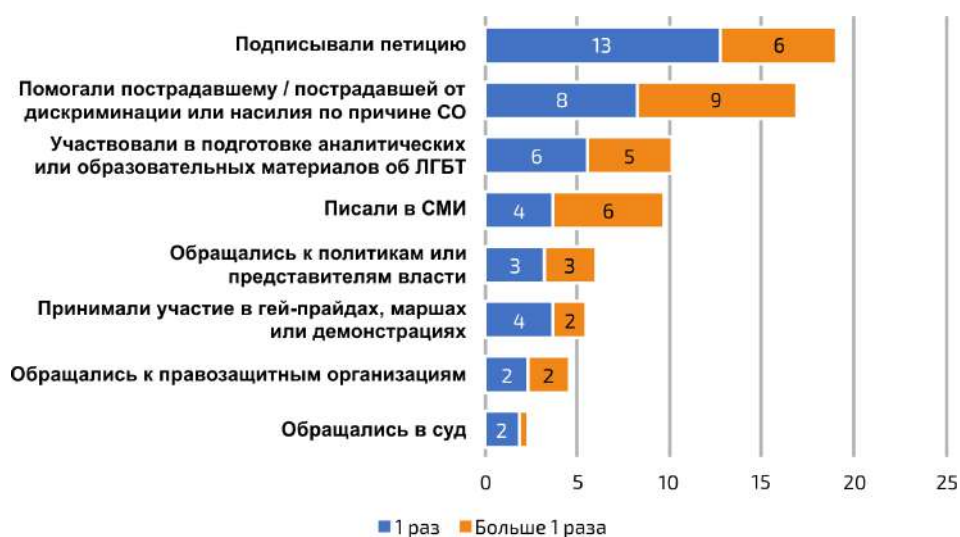


Рис. 8.12: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Казахстане, % (N варьирует для отдельных практик от 216 до 220)



Рис. 8.13: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Кыргызстане, % (N варьирует для отдельных практик от 172 до 175)

прайдах и демонстрациях в регионе, либеральном к ЛГБТ по крайней мере с точки зрения законодательства. Также 24% помогали пострадавшим.

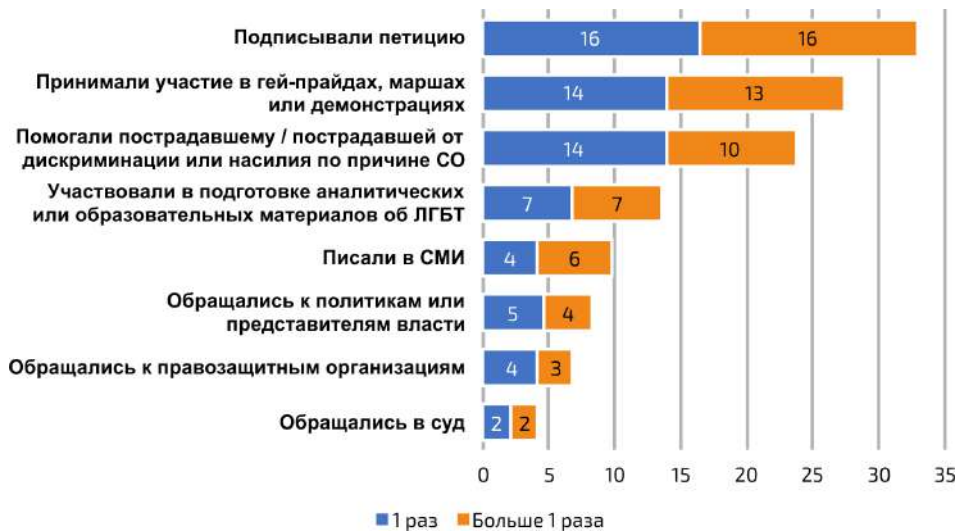


Рис. 8.14: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Литве и Эстонии, % (*N* варьирует для отдельных практик от 191 до 194)

Россия

В России проявления ЛГБТ активизма были меньшими (рис. 8.15). Если говорить о наиболее распространённых, лишь 19% хотя бы раз подписывали петицию (7% — чаще одного раза), 12% помогали пострадавшим ЛГБТ. Остальные проявления варьировали на уровне 2–4%.

Украина

В Украине отдельные проявления активизма были относительно мало распространены (рис. 8.16). Самыми распространёнными были подписание петиций (всего 18%) и помощь пострадавшим (всего 14%). В то же время 12% принимали участие в гей-прайдах, что объяснимо: в Украине они проходят уже не первый год. Также 10% участвовали в подготовке аналитических или образовательных материалов. Распространённость остальных практик была на уровне 2–7%.

Сравнение проявлений ЛГБТ-активизма в разных странах

Как можно было увидеть выше, ЛГБТ-активизм был наиболее распространён среди респондентов из Грузии и Армении почти во всех исследованных проявлениях.



Рис. 8.15: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в России, % (N варьирует для отдельных практик от 5079 до 5134)



Рис. 8.16: Участие в действиях для защиты прав ЛГБТ в предыдущие 12 месяцев среди опрошенных в Украине, % (N варьирует для отдельных практик от 1308 до 1328)

В меньшей мере активизм был свойственен респондентам из стран Балтии, Кыргызстана и Азербайджана. В них помогали пострадавшим 24–27%. Подписывали петиции по 17% опрошенных в Кыргызстане и Азербайджане, и 33% в Латвии/Эстонии. В последней также самый высокий процент участников гей-прайдов и демонстраций (27%). Особенности Балтийского региона следует объяснять членством в Евросоюзе и соответствующей законодательной и политической ситуацией.

За ними следуют Казахстан, Украина и Беларусь. Самыми распространёнными действиями здесь были подписания петиций (12–19%) и помощь пострадавшим от насилия или дискриминации (14–17%).

Закрывает ряд Россия, в которой 18% хотя бы раз за предыдущий год подписывали петицию, 12% — помогали пострадавшим, а хотя бы однократная практика остальных действий наблюдалась у 2–4% опрошенных.

Вновь отметим, что самый низкий уровень ЛГБТ-активизма — в странах, давших наибольшее количество опрошенных. Кроме того, обращение к политикам, а тем более в суд были малораспространены во всех странах

Индекс ЛГБТ-активизма

Если за однократное участие в течение года в каждой из вышеуказанных активностей начислять по одному баллу, а за многократное — по два, то можно сконструировать суммарный индекс ЛГБТ-активизма. Он может принимать значения от 0 баллов (ничем указанным не занимался в течение прошедшего года) до 16 баллов (занимался всем указанным, причем чаще, чем единожды). Полученная шкала будет достаточно согласованной (α Кронбаха составляет 0,75 для всей выборки)⁹.

Средний индекс ЛГБТ-активизма для всей выборки оказался низким — всего 0,8, что статистически значимо меньше 1. Другими словами, далеко не каждый МСМ в течение предыдущего года единожды делал хоть что-то из указанного списка.

Средний индекс значимо варьирует между девятью странами (рис. 8.17). Девять стран можно условно разделить на три группы: с относительно низким индексом активизма (Россия, Беларусь), относительно высоким (Грузия, Армения, Литва/Эстония), и промежуточными значениями (Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Украина). Значения индекса для Грузии, Армении и Литвы/Эстонии значимо больше единицы.

Связь ЛГБТ-активизма и ИГ

Для всех рассмотренных проявлений активизма наблюдается статистически значимые различия в среднем уровне ИГ в зависимости от участия респондентов. Как правило,

⁹ Строго говоря, ответы на вопросы не были измерены в метрической шкале. Однако для простоты интерпретации мы сделаем это допущение. Тем более, что КФА, проведённый на всей выборке без этого допущения, показывает что все проявления ЛГБТ-активизма хорошо объясняются одним общим фактором. КФА был проведён с помощью алгоритма WLSMV, который позволяет проводить факторный анализ на категориальных переменных. Модель имела $\chi^2 = 184,32$ ($df = 20$, $p < 0.001$, scaling factor 0.5368). Статистики качества модели составили: $CFI = 0.992$, $TLI = 0.989$, $RMSEA = 0.032$

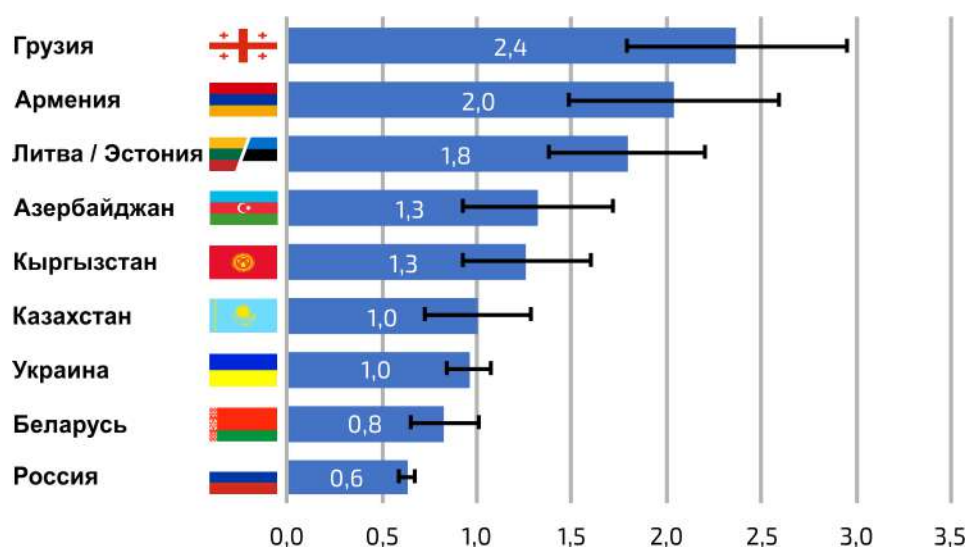


Рис. 8.17: Средние значения индекса ЛГБТ-активизма для опрошенных в отдельных странах (Различия между странами значимы на уровне $p < 0.001$)

те, кто проявляют активность, имеют более высокое принятие себя (рис. 8.18). То же самое верно если сравнивать тех, кто практиковал активизм однократно, с теми, кто в течение 12 месяцев делал то же самое чаще, чем единожды.

Диаграмма (рис. 8.19) показывает, что наблюдается связь между уменьшением ИГ и усилением ЛГБТ-активизма в целом. Однако эффект ИГ не очень значительный. Кроме того, связь усиливается при более высоких значениях КШИГ, ориентировочно более 5,5 баллов. В разрезе стран эта регулярность в целом также соблюдается.

Мы видим две возможных интерпретации. Первая: только когда ИГ меняется на сильное принятие своей сексуальности, эта установка начинает заметно больше влиять на желание лично защищать права ЛГБТ.

Во втором варианте мы обратим внимание на то, что большинство опрошенных, по крайней мере в отдельных странах, не практикуют активизм. Поэтому можно говорить о двух разных влияниях уровня ИГ. Сперва гомонегативность определяет вероятность того, будет ли человек в принципе активистом. Когда он им становится, ИГ влияет на выраженность этого активизма, и это уже другая связь.

Выводы

Среди опрошенных МСМ меньшинство, хоть и значительное, хотело бы участвовать в работе организаций для геев и бисексуалов. Относительно больше желающих среди опрошенных в Казахстане, Азербайджане, Македонии, Армении. Меньше всего их среди опрошенных России, Беларуси и Украины. Также не стоит забывать, что часть опрошенных уже участвуют в работе подобных организаций.

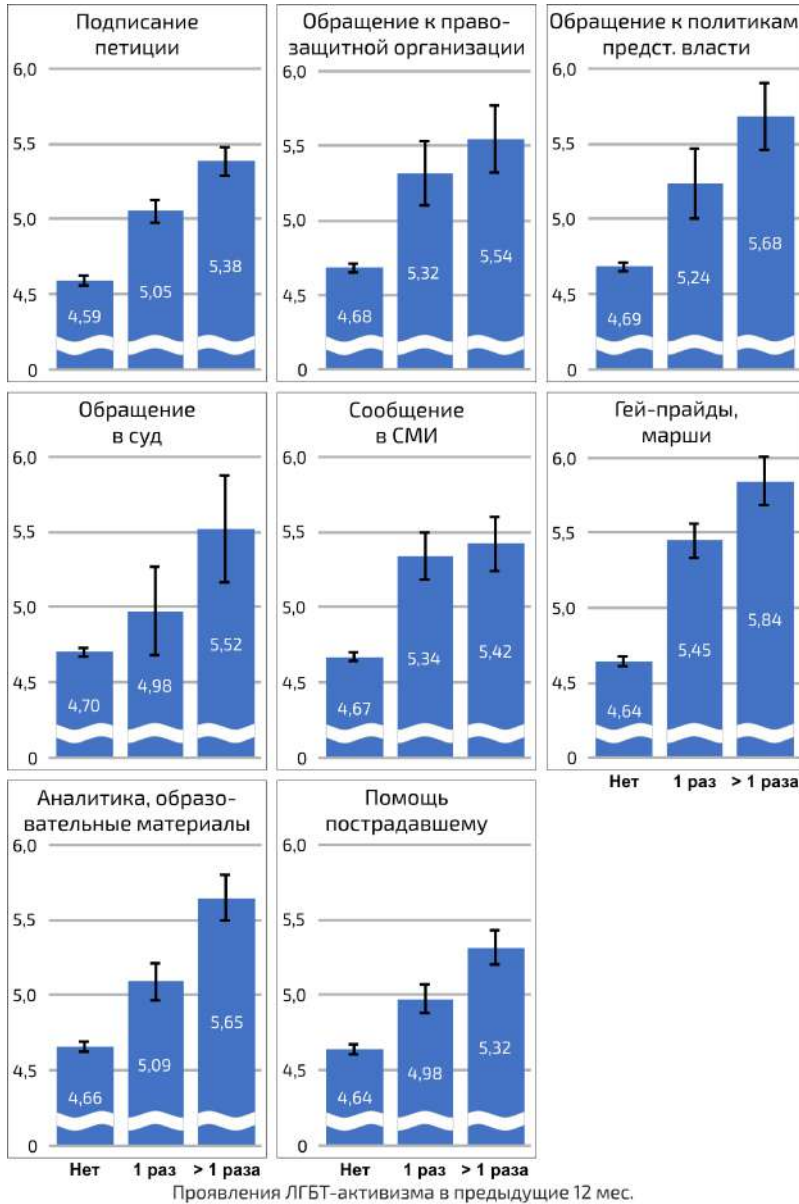


Рис. 8.18: Среднее значение КШИГ в зависимости от участия в разных видах ЛГБТ-активизма (Все различия статистически значимы на уровне $p < 0.001$)

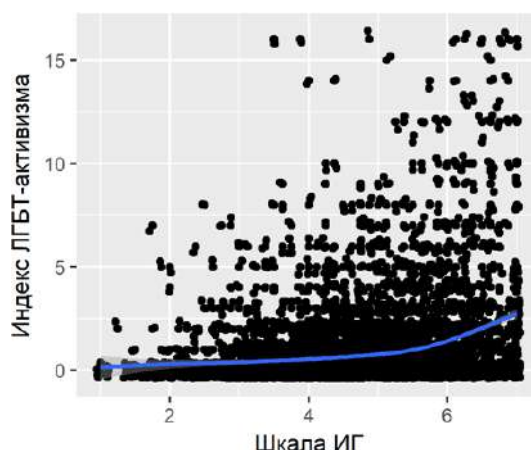


Рис. 8.19: Диаграмма рассеяния с кривой сглаживания между КШИГ и личным ЛГБТ-активизмом

Большинство респондентов поддерживают открытую защиту прав ЛГБТ, хотя и далеко не все. Поддержка прав ЛГБТ серьезно различается между отдельными странами. Наибольшую поддержку высказали опрошенные в Македонии, Грузии и Балтийских странах, наименьшую — в России, Молдове и странах Средней Азии.

Мы также оценили распространённость практик ЛГБТ-активизма: петиций, обращений к правозащитникам, представителям власти, в суд, в СМИ, участия в прайдах и демонстрациях, подготовки аналитических и образовательных материалов и помощи пострадавшим ЛГБТ. Наиболее распространённым такой активизм оказался в Грузии, Армении и странах Балтии (Македонию и Молдову мы не рассматривали по причине малой выборки). В этих странах в среднем опрошенные хотя бы раз в год практиковали хотя бы одно из этих действий. Наименее популярным активизм был в России, Беларуси, Украине и Казахстане. Если сравнивать между собой отдельные проявления активизма, то самыми распространёнными были оказание помощи ЛГБТ, пострадавшим от насилия или дискриминации (в отдельных странах более 40%), и подписание петиций. С другой стороны, наименее распространёнными во всех странах были обращения к представителям власти и в суд.

Поддержка прав и ЛГБТ-активизм значимо связаны с интернализированной гомофобией практически во всех странах, кроме Азербайджана. Общая тенденция связи однозначна: гомонегативность снижается при переходе от более низкого уровня участия или поддержки защиты прав к позиции неопределившегося и далее к поддержке и участию. Также говоря о связи между личным ЛГБТ-активизмом в целом и гомонегативностью, прослеживается закономерность, что активизм начинает становиться более интенсивным, когда принятие гомосексуальности уже достаточно сильное.

9. Ограничения исследования

Дизайн выборки не был репрезентативным, поэтому стоит экстраполировать результаты опроса на общие популяции МСМ в исследованных странах с осторожностью.

За исключением России, Украины и Беларуси, объём выборок для отдельных стран был очень небольшим, что даёт меньше возможности исследовать связи между исследуемыми вопросами.

Учитывая долю участников, заполнявших анкету на русском языке, представители титульных национальностей или отдельных регионов Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Украины, Эстонии могли быть недостаточно представлены.

В странах с маленьким количеством опрошенных, за возможным исключением Азербайджана, выборка была смещена в сторону участников НПО для геев и бисексуалов, то есть, более осознанных, активных и менее гомонегативных представителей МСМ.

Подавляющее большинство респондентов во всех странах — молодые, высокообразованные, экономически активные, малорелигиозные жители больших городов, никогда не состоявшие в браке. Подобные смещения обычны для удобных выборок МСМ, осуществляемых через Интернет [29, 84, 85]. Поэтому на МСМ в возрасте примерно 40 лет и старше, жителей небольших городов и т. д. результаты исследования должны распространяться с большей осторожностью.

Также весьма вероятно, что мужчины, которые плохо относятся к тому, что они не гетеросексуалы, реже знакомятся с другими мужчинами через Интернет, участвуют в НПО и принимают участие в подобных исследованиях [29]. Поэтому уровень интернализированной гомонегативности, скорее всего, недооценивается. Этим может объясняться и тот факт, что большинство опрошенных нами, даже в гомофобных странах, демонстрируют принятие своей гомосексуальности.

В то же время, оценка связей между переменными, в том числе с помощью статистических моделей, более устойчива к указанным смещениям выборки, чем простые распределения ответов. Хотя из-за недостаточного количества респондентов с выраженной ИГ (то есть, для кого значение КШИГ равнялось 1–3 баллам) значимость и величина её связей с другими переменными может быть недооценена.

Поскольку мы были ограничены размерами опросника, ряд важных переменных мы не смогли исследовать подробно (наличие постоянных партнёров, сексуальные практики с разными партнёрами, употребление алкоголя, религиозность), а некоторые были вынуждены совсем не включать (региональная принадлежность внутри страны, употребление наркотических веществ, химические зависимости и химсекс, компульсивное сексуальное поведение, тревожные и депрессивные симптомы).

Учитывая, что мы получали от респондентов информацию путём самозаполнения анкеты, результаты подвержены когнитивному искажению (*response bias*).

Кросс-секционный дизайн исследования не даёт возможности делать выводы о причинно-следственных связях. Однако установленные связи и их теоретические объяснения вполне могут послужить базой для дальнейших исследований.

10. Общие выводы и рекомендации

Интернализированная гомонегативность — одна из центральных тем при работе с факторами риска для здоровья МСМ. Она состоит в том, что распространённая в обществе стигма гомосексуальности усваивается и разделяется самими МСМ. Соответственно, они отрицательно или неоднозначно относятся к своим сексуальным влечениям и общению с геями и бисексуалами.

Предыдущие исследования свидетельствуют, что высокая ИГ затрудняет противодействие ВИЧ-инфекции среди МСМ, в том числе препятствует прохождению тестирования на ВИЧ, получению МСМ-сервисных услуг и препятствует контактам с организациями для геев и бисексуалов. Кроме того, существуют свидетельства (впрочем, неоднозначные), что ИГ может прямо или опосредовано быть связанной с более частым неиспользованием презерватива при анальном сексе и употреблением алкоголя и веществами.

Принимая во внимание крайне слабую изученность ИГ и её связей со здоровьем мужчин, практикующих секс с мужчинами в регионе ЦВЕЦА, мы провели в 2017 году данный онлайн-опрос среди МСМ Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Литвы, Казахстана, Кыргызстана, Македонии, Молдовы, России, Украины и Эстонии, давший нам ответы 8239 респондентов. К сожалению, большое количество опрошенных было только в России, Украине и Беларуси. Прочие страны анализировались ограниченно.

Мы впервые в регионе получили оценки уровня ИГ и её связей с важными для профилактики ВИЧ факторами. Кроме того, отдельный интерес представляют собранные для отдельных стран данные о рискованном поведении, тестировании на ВИЧ и его распространённости, охвате профилактическими услугами, а также вовлеченности в работу НПО и защиту прав ЛГБТ, что также полезно знать для мониторинга и адвокации.

10.1. Интернализированная гомонегативность и здоровье МСМ

Средний уровень ИГ среди опрошенных во всех странах оказался низким. Он свидетельствовал, что доминирует противоположность ИГ, которую можно называть принятием гомосексуальности и себя как гомосексуала. Впрочем, экстраполировать этот результат на всех МСМ этих стран не стоит.

Между странами наблюдались статистически значимые различия, хотя подчеркнём, что содержательно они были не очень большими. Более высокая ИГ наблюдалась у бисексуалов, гетеросексуалов и опрошенных с другой идентичностью чем у гомосексуалов, а также у тех, чьё предпочтение мужчин было меньше известно окружающим. Кроме того, для примерно половины стран была значимой связь большей религиозности с большей ИГ. Связь ИГ с возрастом и уровнем образования была значима в меньшинстве случаев и не всегда соответствовало гипотетическому.

Отдельным абзацем стоит сказать, что один из результатов исследования — впервые апробированная и валидизированная почти для всех отдельных языков и стран

региона «Краткая шкала интернализированной гомонегативности», одна из наиболее популярных на сегодня методик измерения ИГ [1]. В большей или меньшей мере, все использованные нами переводы (кроме таджикского), можно рекомендовать для дальнейшего использования.

Прямой связи между ИГ и использованием презерватива при последнем анальном сексе не было установлено. Имеет смысл говорить о непрямых разнонаправленных связях, которые следовало бы исследовать подробнее, в частности о таких:

Более низкий уровень ИГ может быть непрямо связан с меньшим риском инфицирования через более вероятное наличие постоянного партнёра, и в среднем меньшее количество случайных партнёров в этом случае. Также более низкая ИГ связана с большей открытостью своей ориентации для окружающих, которая связана с более частым использованием презервативов. С другой стороны, большая гомонегативность наблюдается среди тех, кто отказывается от регулярных или всех сексуальных контактов с мужчинами, снижая риск инфицирования, вероятно, за счёт своего сексуального благополучия. Кроме того, более низкий уровень ИГ может непрямо быть связанным с большим риском инфицирования. Она связана с большим количеством случайных партнёров, особенно в отсутствие постоянных, по крайней мере в России и Грузии. В то же время, чем больше непостоянных партнёров, тем чаще используется презерватив во время встреч с ним, впрочем, далеко не всегда. В Украине и Кыргызстане наблюдается также слабая связь между более низкой ИГ и регулярным употреблением алкоголя во время секса, что сопутствует более редкому использованию презервативов.

Однако более высокая ИГ действительно связана с худшим охватом мероприятиями по профилактике ВИЧ-инфекции.

Она снижает шансы знать, где пройти тест на ВИЧ, и шансы на его прохождение в предшествующие 12 месяцев. Кроме того, она снижает шансы на получение большинства услуг для МСМ. В их число входит получение бесплатных презервативов и лубрикантов, информация о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье, тестирование на ВИЧ в организации, общение и совместное времяпрепровождение с другими МСМ, консультации психолога и юриста. Связь между интернализированной гомонегативностью и всем вышеуказанным значима, даже если контролировать другие переменные, такие как известное наличие организации для геев и бисексуалов или тип населённого пункта.

Кроме того, более высокая ИГ снижает вероятность и желание участвовать организациях для геев и бисексуалов. Также она снижает поддержку защиты прав для ЛГБТ и самостоятельного участия в действиях по защите ЛГБТ от дискриминации и насилия.

Другими словами, ИГ действительно является барьером на пути получения профилактических услуг и для мобилизации сообщества. В то же время с некоторыми услугами возможна и обратная связь. Мы имеем в виду прежде всего организацию совместного времяпрепровождения, консультации психолога или юриста. Учитывая, что они оказываются довольно редко, и на них большой спрос, увеличение их предложения, возможно, снизило бы средний уровень интернализированной гомонегативности.

10.2. Рискованное поведение, профилактика ВИЧ и ЛГБТ-активизм

Наличие постоянного сексуального партнёра может снижать риск инфицирования ВИЧ, однако они находятся в меньшинстве среди половых партнёров опрошенных. Опрошенные имели последний сексуальный контакт примерно поровну с постоянным и случайным партнёром только в Македонии, странах Балтии, Молдове и Кыргызстане. В других странах случайные партнёры в той или иной степени преобладали. У большинства опрошенных количество случайных партнёров за полгода варьировало от 0 до 3. При этом при наличии постоянных партнёров количество случайных заметно меньше. Опыт коммерческого секса также сравнительно распространён.

Использование презерватива во время последнего анального секса в целом остаётся недостаточным. Оно варьирует между странами и составляет от 50 до 82% среди всех партнёров, и несколько выше, если брать только секс с непостоянными партнёрами. Если говорить о частоте использования во время анального секса с непостоянными партнёрами вообще, то всего половина опрошенных, у кого недавно были подобные сексуальные контакты, всегда их использовала, даже несмотря на в среднем большую частоту использования презервативов при увеличении количества случайных партнёров.

Также продолжают оставаться проблемы с доступом к презервативам. В зависимости от страны 60–70% опрошенных никогда не имели проблем с доступом к презервативам, в то время как до 10% имели их в течение последнего месяца. Исключением является Македония, где меньше половины опрошенных никогда не были в ситуации нехватки презерватива (напоминаем, впрочем, про очень маленькую выборку в этой стране).

Употребление алкоголя во время секса можно назвать не таким уж и частым. Как правило, больше половины опрошенных в отдельных странах его либо не употребляли, либо употребляли очень редко в предшествовавшие полгода.

Не все, но большинство опрошенных знают, где пройти тестирование на ВИЧ. При этом в последний год тестировались от 42 до 66% опрошенных в зависимости от страны. Распространённость ВИЧ среди тех, кто прошёл тестирование и знает результат, составила от 4% (Армения) до 12% (Азербайджан). Также для абсолютного большинства не составит серьёзных затруднений сдать анализы на ИППП и гепатиты.

Существует неравномерный и в целом недостаточный доступ к организациям для MSM. От 16% (в России) до 70% (в Македонии) знали релевантную организацию неподалёку. При этом доступность НПО среди опрошенных стран с маленькими выборками вероятно переоценена, потому что существенная их часть через НПО рекрутировалась.

Соответственно, недостаточным и очень неравномерным является охват услугами для MSM. Конечно, для тех, кто знает о доступной организации, процент охвата больше. Самые оказываемые услуги — информирование о ВИЧ, ИППП и сексуальном здоровье, тестирование на ВИЧ, раздача презервативов и лубрикантов. Менее популярные — организация совместного общения, мероприятий, празднований для геев и бисексуалов. К числу реже всего оказываемых услуг относятся прочие услуги врача, психолога, юридические консультации. Следует отметить, что на менее оказываемые услуги, начиная от организации совместных мероприятий есть большой неудовлетворённый спрос.

Существует заметный неиспользованный потенциал для участия МСМ в работе организаций для геев и бисексуалов и для адвокации прав ЛГБТ. Также большинство респондентов поддерживают открытую защиту прав ЛГБТ. Если говорить об отдельных проявлениях ЛГБТ-активизма, то самыми распространёнными были оказание помощи ЛГБТ, пострадавшим от насилия или дискриминации (в ряде стран более 40%) и подписание петиций. Однако этот потенциал далеко не одинаков в разных странах.

Отдельно стоит сказать о Азербайджане. Судя по данным опроса, в нём наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация на фоне всех остальных стран. У опрошенных азербайджанских МСМ чаще всех последним сексуальным партнёром был случайный, коммерческий секс был наиболее распространён. При этом был относительно проблематичный доступ к презервативам и самое редкое их использование, в том числе со случайными партнёрами. Азербайджан был одной из стран с наименьшим охватом услугами для МСМ. Наконец, меньшинство опрошенных знало, где пройти тест на ВИЧ и проходило этот тест. Также меньшинство смогло бы без проблем протестироваться на другие инфекции. По-видимому, в результате этого является самая высокая распространённость ВИЧ-инфекции. Выборка в Азербайджане была небольшой, всего 119 человек. Однако, она была довольно компактной: три четверти проживало в столице. То есть, по крайней мере, в Баку сложилась ситуация, требующая оперативных мер по профилактике ВИЧ. Частично эту ситуацию могла вызвать массовая полицейская облава на геев и трансгендеров, которая произошла в Азербайджане в конце сентября 2017 года под надуманным предлогом, и десятки представителей ЛГБТ были задержаны. Учитывая желание участвовать организациях для ЛГБТ среди тех же опрошенных, стоило бы развивать сеть этих организаций, также, как и ВИЧ-сервис.

10.3. Другие факторы рискованного поведения, тестирования на ВИЧ и получения МСМ-сервисных услуг

Помимо связей с ИГ, имеет смысл сказать о следующих факторах, связанных с использованием презерватива, знанием где пройти тест на ВИЧ, недавним прохождением теста, и получением услуг.

Во всех случаях заметный эффект, повышающий вероятность наступления всех этих событий, имело наличие достигаемой организации для геев и бисексуалов, по очевидным причинам. Кроме того, негативный эффект имело проживание за пределами столицы. Отсутствие полного высшего образования было связано с меньшей вероятностью использовать презерватив или проходить тестирование на ВИЧ, но при этом, несколько парадоксально, с большей вероятностью получать практически все услуги.

Использование презерватива, знание и прохождение теста на ВИЧ и охват услугами также варьируют между странами, даже если контролировать прочие факторы, которые здесь упомянуты.

Использование презерватива при последнем анальном сексе менее вероятно, если это был контакт с постоянным партнёром. Другими факторами, которые также снижа-

ли вероятность воспользоваться презервативом, были нехватка презервативов — когда презерватива недавно не было под рукой, а также когда респонденты не получали презервативов от НПО, и частое или постоянное употребление алкоголя во время секса.

Шансы на ВИЧ-тестирование в предыдущие 12 месяцев дополнительно повышает знание, где это сделать, а также проживание в одиночку, но снижает бисексуальная (по сравнению с гомосексуальной) ориентация и закрытость своей ориентации от окружающих.

Меньшие шансы на получение большинства услуг имели респонденты, чья ориентация была более закрыта для окружающих. Также менее вероятно это было для более старших респондентов. Учитывая особенности связи с образованием, возможно, старшие и статусные МСМ менее склонны обращаться в НПО за услугами.

10.4. Рекомендации

Интернализированная гомонегативность снижает эффективность профилактических программ. Стоит разработать ряд интервенций, которые могли бы её уменьшить.

Необходимо добиваться законодательно запрета дискриминации по признаку сексуальной ориентации во всех сферах, и добиваться его практической реализации. В более долгосрочном плане необходимо стремиться к легализации однополых союзов. Это должно сопровождаться кампаниями, которые снижают уровень сексуальных предубеждений в обществе.

ВИЧ-сервис и движение в защиту прав для ЛГБТ должны объединить свои усилия и ресурсы для совместных адвокационных действий против гомонегативности и гетеросексизма в обществе. Ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции среди одной из ключевых групп теряет эффективность в гомонегативных обществах. ЛГБТ-движение получает сильный аргумент, что общество буквально становится здоровее без гетеросексизма. Обе стороны имеют уникальные ресурсы и компетенции, и нуждаются в специальном укреплении потенциала для последующих кампаний.

Для уменьшения ИГ на индивидуальном уровне, нужно массовое психологическое консультирование для принятия собственной сексуальности. Есть потребность в программах кратковременных психотерапевтических интервенций, которые можно внедрить в условиях разных организаций.

Организациям МСМ следует расширять спектр своих услуг теми, что могли бы потенциально уменьшать ИГ. Помимо психологического консультирования, они могут включать совместные мероприятия и общение с другими МСМ и юридические консультации, на них существует высокий спрос и малое предложение. Конечно, нужно дополнительно доказывать их эффективность с помощью мониторинга и оценки.

Необходимо усиливать охват профилактическими программами в целом, в том числе самыми стандартными вроде бесплатной раздачи презервативов. Недостаточный доступ продолжает оставаться проблемой безотносительно ИГ.

Довольно значимая часть МСМ хотела бы участвовать в организациях для геев и бисексуалов и участвовать в защите прав ЛГБТ. Стоит задействовать этот потенциал для организационного развития.

Отдельно стоит обратить внимание на популяцию MSM в Азербайджане, судя по всему, нуждающуюся в срочных мерах по борьбе с вспышкой эпидемии ВИЧ-инфекции и в улучшении профилактических программ.

Напоследок выскажем несколько рекомендаций о дальнейших исследованиях.

Аналитический потенциал этих данных ещё не исчерпан. Их можно использовать для анализа не прямых связей между ИГ и рискованными практиками, факторов оказания услуг и запроса на них, защиты прав и ЛГБТ-активизма. В особенности это касается Беларуси, России и Украины — стран с относительно большими выборками.

Ряд тем заслуживают дополнительного исследования как факторы, последствия и медиаторы действия ИГ. К ним относятся более подробная картина количества партнёров, как случайных, так и постоянных, употребление веществ и химсекс, компульсивное сексуальное поведение. Стоит подумать и об исследованиях с лонгитюдным дизайном и связанным тестированием на ВИЧ и ИППП, которые позволят делать более обоснованные выводы о каузальных связях между ИГ и здоровьем MSM.

Список литературы

1. TRAN, H., ROSS, M. W., DIAMOND, P. M., BERG, R. C., WEATHERBURN, P., & SCHMIDT, A. J. (2017). Structural Validation and Multiple Group Assessment of the Short Internalized Homonegativity Scale in Homosexual and Bisexual Men in 38 European Countries: Results From the European MSM Internet Survey. *The Journal of Sex Research*, 1–13.
2. BERG, R. C., MUNTHE-KAAS, H. M., & ROSS, M. W. (2016). Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *Journal of Homosexuality*, 63(4), 541–558.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788>
3. ROSS, M. W., & ROSSER, B. R. S. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15–21. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199601\)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V)
4. ECOM. (2016). *Analysis of Legislation Related to LGBT Rights and HIV in Eastern Europe and Central Asia* (pp. 1–28). Tallinn, Estonia: Eurasian Coalition on Male Health.
5. MOSKOTINA, R., DMITRUK, N., TROFIMENKO, O., PRIVALOV, Y., & KASIANCZUK, M. (2017). Study on the Attitudes of Staff of Key Social Services of Five Countries of Central and Eastern Europe and Central Asia towards LGBT People, Conducted within the Framework of ECOM's Regional Program "Right to Health". Kiev.
6. LOTTES, I. L., & ALKULA, T. (2011). An Investigation of Sexuality-Related Attitudinal Patterns and Characteristics Related to Those Patterns for 32 European Countries. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(2), 77–92.
<https://doi.org/10.1007/s13178-011-0038-1>
7. Pew Research Center. (2017). *Religious Belief and National Belonging in Central and Eastern Europe* (pp. 1–176).
8. CURRIE, M. R., CUNNINGHAM, E. G., & FINDLAY, B. M. (2004). The Short Internalized Homonegativity Scale: Examination of the Factorial Structure of a New Measure of Internalized Homophobia. *Educational and Psychological Measurement*, 64(6), 1053–1067. <https://doi.org/10.1177/0013164404264845>
9. ROSS, M. W., SMOLENSKI, D. J., KAJUBI, P., MANDEL, J. S., MCFARLAND, W., & RAYMOND, F. H. (2010). Measurement of internalized homonegativity in gay and bisexual men in Uganda: Cross-cultural properties of the Internalized Homonegativity scale. *Psychology, Health & Medicine*, 15(2), 159–165.

10. SMOLENSKI, D. J., DIAMOND, P. M., ROSS, M. W., & SIMON ROSSER, B. R. (2010). Revision, Criterion Validity, and Multi-group Assessment of the Reactions to Homosexuality Scale. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 568–576.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513300>
11. BOLSHOV, Y. S., KASIANCHUK, M. G., LESHCHYNSKYI, Y. B., TROFYMENKO, L. V., & SHVAB, I. A. (2012). Analytical Report: Behaviour monitoring and HIV-prevalence among men who have sex with men as a component of second generation surveillance. AIDS Alliance.
12. The EMIS Network. (2013). EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. (p. 2017). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
13. SPSS. (2013). IBM SPSS statistics 22. IBM Corp New York.
14. R Core Team. (2017). R: A language and environment for statistical computing. (Version 3.4.3). Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <https://www.R-project.org/>
15. RStudio Team. (2016). RStudio: Integrated Development for R. Boston, MA: RStudio, Inc. Retrieved from <http://www.rstudio.com/>
16. MUTHÉN, L. K., & MUTHÉN, B. O. (2012). Mplus statistical modeling software: Release 7.0. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
17. WICKHAM, H. (2009). ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York. Retrieved from <http://ggplot2.org>
18. PACHANKIS, J. E., HATZENBUEHLER, M. L., MIRANDOLA, M., WEATHERBURN, P., BERG, R. C., MARCUS, U., & SCHMIDT, A. J. (2016). The geography of sexual orientation: Structural stigma and sexual attraction, behavior, and identity among men who have sex with men across 38 European countries. *Archives of Sexual Behavior*, 1–12.
19. ADAMCZYK, A., & PITT, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research*, 38(2), 338–351.
20. JOHNSON, M. E., BREMS, C., & ALFORD-KEATING, P. (1997). Personality Correlates of Homophobia. *Journal of Homosexuality*, 34(1), 57–69.
https://doi.org/10.1300/J082v34n01_05
21. MAYFIELD, W. (2001). The development of an Internalized Homonegativity Inventory for gay men. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53–76.
https://doi.org/10.1300/J082v41n02_04

22. ROSS, MICHAEL W., BERG, R. C., SCHMIDT, A. J., HOSPERS, H. J., BREVEGLIERI, M., FUREGATO, M., & WEATHERBURN, P. (2013). Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia. *BMJ Open*, 3(2), e001928.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001928>
23. MALYON, A. K. (1982). Psychotherapeutic Implications of Internalized Homophobia in Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 7(2-3), 59-69.
https://doi.org/10.1300/J082v07n02_08
24. SHIDLO, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In Some of the information in this chapter was presented at the meeting of the American Psychological Assn, New York, 1987. Sage Publications, Inc.
25. SZYMANSKI, D. M., KASHUBECK-WEST, S., & MEYER, J. (2008). Internalized Heterosexism A Historical and Theoretical Overview. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 510-524. <https://doi.org/10.1177/0011000007309488>
26. HEREK, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
27. HEREK, G. M., GILLIS, J. R., & COGAN, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32.
28. ROSSER, B. R. S., SMOLENSKI, D., HOLSINGER, D., BRADY, S. S., CAIN-NELSON, A., & FUCHS, E. (2011). The relationship between discrimination, homophobia, mental health and HIV risk: Findings from the SILAS study. Presentation at FEMP, Stockholm, Sweden.
29. BERG, R. C., ROSS, M. W., WEATHERBURN, P., & SCHMIDT, A. J. (2013). Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Social Science & Medicine*, 78, 61-69.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.033>
30. BERG, R. C., LEMKE, R., & ROSS, M. W. (2017). Sociopolitical and Cultural Correlates of Internalized Homonegativity in Gay and Bisexual Men: Findings from a Global Study. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 97-111.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1247125>
31. WEINBERG, G. H. (1972). *Society and the healthy homosexual*. Macmillan.
32. HEREK, G. M. (2000). The Psychology of Sexual Prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 19-22.

33. SZYMANSKI, D. M., KASHUBECK-WEST, S., & MEYER, J. (2008). Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 525–574.
34. SZYMANSKI, D. M., & CHUNG, Y. B. (2001). The lesbian internalized homophobia scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37–52.
35. BERG, R. C., WEATHERBURN, P., ROSS, M. W., & SCHMIDT, A. J. (2015). The Relationship of Internalized Homonegativity to Sexual Health and Well-Being Among Men in 38 European Countries Who Have Sex With Men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(3), 285–302.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1024375>
36. NEWCOMB, M. E., & MUSTANSKI, B. (2011). Moderators of the Relationship Between Internalized Homophobia and Risky Sexual Behavior in Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 189–199.
<https://doi.org/10.1007/s10508-009-9573-8>
37. FOLCH, C., MUÑOZ, R., ZARAGOZA, K., & CASABONA, J. (2009). Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance*, 14(47), 19415.
38. MORELL-MENGUAL, V., GIL-LLARIO, M. D., BALLESTER-ARNAL, R., & SALMERÓN-SANCHÉZ, P. (2017). Spanish Adaptation and Validation of the Short Internalized Homonegativity Scale (SIHS). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 298–305. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1149128>
39. RATTI, R., BAKEMAN, R., & PETERSON, J. L. (2000). Correlates of high-risk sexual behaviour among Canadian men of South Asian and European origin who have sex with men. *AIDS Care*, 12(2), 193–202. <https://doi.org/10.1080/09540120050001878>
40. ROSS, M W, KAJUBI, P., MANDEL, J. S., MCFARLAND, W., & RAYMOND, H. F. (2013). Internalized homonegativity/homophobia is associated with HIV-risk behaviours among Ugandan gay and bisexual men. *International Journal of STD & AIDS*, 24(5), 409–413. <https://doi.org/10.1177/0956462412472793>
41. SMOLENSKI, D. J., ROSS, M. W., & ROSSER, B. R. S. (2011). Direct and Indirect Effects between Internalized Homonegativity and High-risk Sex. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 785–792. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9705-1>
42. CHOI, K., OPERARIO, D., GREGORICH, S. E., MCFARLAND, W., MACKELLAR, D., & VALLEROY, L. (2005). Substance Use, Substance Choice, and Unprotected Anal Intercourse among Young Asian American and Pacific Islander Men Who Have Sex with Men. *AIDS Education and Prevention*, 17(5), 418–429.
<https://doi.org/10.1521/aeap.2005.17.5.418>

43. COLFAX, G., COATES, T. J., HUSNIK, M. J., HUANG, Y., BUCHBINDER, S., KOBLIN, B., ... TEAM, E. S. (2005). Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of San Francisco men who have sex with men. *Journal of Urban Health*, 82(1), i62.
<https://doi.org/10.1093/jurban/jti025>
44. OPERARIO, D., CHOI, K.-H., CHU, P. L., MCFARLAND, W., SECURA, G. M., BEHEL, S., ... VALLEROY, L. (2006). Prevalence and Correlates of Substance Use Among Young Asian Pacific Islander Men Who Have Sex with Men. *Prevention Science*, 7(1), 19. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-0018-x>
45. BAIUCCO, R., D'ALESSIO, M., & LAGHI, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive Behaviors*, 35(10), 896–899.
46. SHOPTAW, S., WEISS, R. E., MUNJAS, B., HUCKS-ORTIZ, C., YOUNG, S. D., LARKINS, S., ... GORBACH, P. M. (2009). Homonegativity, Substance Use, Sexual Risk Behaviors, and HIV Status in Poor and Ethnic Men Who Have Sex with Men in Los Angeles. *Journal of Urban Health*, 86(1), 77–92.
<https://doi.org/10.1007/s11524-009-9372-5>
47. FINNEGAN, D., & COOK, D. (1984). Special issues affecting the treatment of gay male and lesbian alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1(3), 85–98.
48. САРАНКОВ, Ю. (2006). Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих секс с мужчинами.
49. AMADIO, D. M. (2006). Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1153–1162.
50. FOLCH, CINTA, ESTEVE, A., ZARAGOZA, K., MUÑOZ, R., & CASABONA, J. (2010). Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. *European Journal of Public Health*, 20(2), 139–145.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp091>
51. ROSS, MICHAEL W., ROSSER, B. S., BAUER, G. R., BOCKTING, W. O., RUGG, D. L., & COLEMAN, E. (2001). Drug use, unsafe sexual behavior, and internalized homonegativity in men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 5(1), 97–103.
52. THIEDE, H., VALLEROY, L. A., MACKELLAR, D. A., CELENTANO, D. D., FORD, W. L., HAGAN, H., ... TORIAN, L. V. (2003). Regional Patterns and Correlates of Substance Use Among Young Men Who Have Sex With Men in 7 US Urban Areas. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1915–1921.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.93.11.1915>
53. XU, W., ZHENG, L., XU, Y., & ZHENG, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest

- China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 36.
<https://doi.org/10.1186/s12939-017-0530-1>
54. JOHNSON, M. O., CARRICO, A. W., CHESNEY, M. A., & MORIN, S. F. (2008). Internalized heterosexism among HIV-positive, gay-identified men: implications for HIV prevention and care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 829.
55. ROSS, MICHAEL W., ROSSER, B. R. S., NEUMAIER, E. R., & POSITIVE CONNECTIONS TEAM. (2008). The Relationship of Internalized Homonegativity to Unsafe Sexual Behavior in HIV Seropositive Men who have Sex with Men. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 20(6), 547–557. <https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.6.547>
56. YOUNG, S. D., SHOPTAW, S., WEISS, R. E., MUNJAS, B., & GORBACH, P. M. (2011). Predictors of Unrecognized HIV Infection Among Poor and Ethnic Men Who Have Sex with Men in Los Angeles. *AIDS and Behavior*, 15(3), 643–649.
<https://doi.org/10.1007/s10461-009-9653-8>
57. PYUN, T., SANTOS, G.-M., ARREOLA, S., DO, T., HEBERT, P., BECK, J., ... AYALA, G. (2014). Internalized homophobia and reduced HIV testing among men who have sex with men in China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 26(2), 118–125.
58. LINGIARDI, V., BAIOTTO, R., & NARDELLI, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: A new scale. *Journal of Homosexuality*, 59(8), 1191–1210
59. ROSSER, B. S., BOCKTING, W. O., ROSS, M. W., MINER, M. H., & COLEMAN, E. (2008). The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity, and mental health in men who have sex with men. *Journal of Homosexuality*, 55(2), 185–203.
60. HEREK, G. M., COGAN, J. C., GILLIS, J. R., & GLUNT, E. K. (1998). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal-Gay and Lesbian Medical Association*, 2, 17–26.
61. MEYER, I. H., & DEAN, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues*, 4, 160–186.
62. SANTOS, G.-M., BECK, J., WILSON, P. A., HEBERT, P., MAKOFANE, K., PYUN, T., ... AYALA, G. (2013). Homophobia as a Barrier to HIV Prevention Service Access for Young Men Who Have Sex With Men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(5), e167.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318294de80>
63. HUEBNER, D. M., DAVIS, M. C., NEMEROFF, C. J., & AIKEN, L. S. (2002). The Impact of Internalized Homophobia on HIV Preventive Interventions. *American Journal*

- of Community Psychology, 30(3), 327–348.
<https://doi.org/10.1023/A:1015325303002>
64. BERGHE, W. V., DEWAELE, A., COX, N., & VINCKE, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(1), 153–166.
65. NUNGESSER, L. G. (1983). *Homosexual acts, actors, and identities*. Praeger Publishers.
66. WILLIAMSON, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research, 15*(1), 97–107.
67. ШМЫКОВА, Е. (2011). Результаты европейского интернет-исследования среди мужчин, практикующих секс с мужчинами: ситуация в России
68. LÕHMUS, L., MURD, M., & TRUMMAL, A. (2012). Üle-euroopalise meestega seksivate meeste uuringu. *Eesti andmete kokkuvõte* (p. 69). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
69. PARKER, R. D., LÕHMUS, L., MANGINE, C., & RÜÜTEL, K. (2016). Homonegativity and associated factors among men who have sex with men in Estonia. *Journal of Community Health, 41*(4), 717–723.
70. КНАРЧЕНКО, І. (2014). *Adapting to Adverse Conditions: LGBT Coming out Strategies in Ukraine* (PhD Thesis). Central European University.
71. ЛАПШИНА, Т. Н., КОЧЕТКОВА, А. С. (2016). Психическое здоровье ЛГБ подросткового и юношеского возраста как вызов российским психологам. *Психология. Журнал Высшей Школы Экономики, 13*(1).
72. САБУНАЕВА, М. (2011). *Внутренняя гомофобия: Боюсь ли я сам себя?* СПб.: Интан.
73. ДЕЙВИС, Д., НИЛ, Ч. (2001). *Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами*. Санкт-Петербург: Питер.
74. YANYKIN, A. A., & NASLEDV, A. D. (2017). Internalized Homophobia in Russia. *Psychology in Russia: State of the Art, 10*(2), 103–116.
75. КАСЯНЧУК, М. (2014). *Интернальная гомофобия бисексуальных мужчин. На перепутье: методология, теория и практика ЛГБТ и квир-исследований: [сборник статей] // Центр независимых социологических исследований; ред.-сост. А. А. Кондаков. (pp. 391–409). СПб.*
76. КАСЯНЧУК, М., ТРОФИМЕНКО, О., БЛОУС, Є. В., & САЗОНОВА, Я. (2017). Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками (національна частина) (р. 80). Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

77. DUBOV, A., FRAENKEL, L., YORICK, R., OGUNBAJO, A., & ALTICE, F. L. (2017). Strategies to Implement Pre-exposure Prophylaxis with Men Who Have Sex with Men in Ukraine. *AIDS and Behavior*, 1–13.
<https://doi.org/10.1007/s10461-017-1996-y>
78. BELL, A. P., & WEINBERG, M. S. (1978). Homosexualities: A study of diversity among men and women.
79. WEATHERBURN, P., SCHMIDT, A. J., HICKSON, F., REID, D., BERG, R. C., HOSPERS, H. J., ... NETWORK, AND THE E. (2013). The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS): Design and Methods. *Sexuality Research and Social Policy*, 10(4), 243–257.
<https://doi.org/10.1007/s13178-013-0119-4>
80. BARNES, D. M., & MEYER, I. H. (2012). Religious Affiliation, Internalized Homophobia, and Mental Health in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 505–515.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x>
81. WILKERSON, J. M., SMOLENSKI, D. J., BRADY, S. S., & ROSSER, B. R. S. (2012). Religiosity, Internalized Homonegativity, and Outness in Christian Men Who Have Sex with Men. *Sexual and Relationship Therapy: Journal of the British Association for Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 122–132.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2012.698259>
82. VU, L., TUN, W., SHEEHY, M., & NEL, D. (2012). Levels and Correlates of Internalized Homophobia Among Men Who Have Sex with Men in Pretoria, South Africa. *AIDS and Behavior*, 16(3), 717–723.
<https://doi.org/10.1007/s10461-011-9948-4>
83. HEQUEMBOURG, A. L., & DEARING, R. L. (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 615–638. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.760365>
84. ROSS, MICHAEL W., MÅNSSON, S.-A., DANEBACK, K., COOPER, A., & TIKKANEN, R. (2005). Biases in internet sexual health samples: Comparison of an internet sexuality survey and a national sexual health survey in Sweden. *Social Science & Medicine*, 61(1), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.019>
85. ROSS, MICHAEL W., TIKKANEN, R., & MÅNSSON, S.-A. (2000). Differences between Internet samples and conventional samples of men who have sex with men: implications for research and HIV interventions. *Social Science & Medicine*, 51(5), 749–758.

Приложение А. Установление конструктивной валидности и согласованности КШИГ

Согласованность по критерию α Кронбаха

Оценка согласованности шкалы с помощью α Кронбаха менее требовательна к размеру выборки, поэтому мы можем её оценить для всех 11 стран. Впрочем, к сожалению ответы многих опрошенных в этом случае попадут в пропущенные значения (28% всей выборки). В каждой отдельно взятой стране α Кронбаха говорит про достаточную (> 0.7) либо хорошую (> 0.8) согласованность КШИГ, если шкалу конструировать как среднее арифметическое ответов на отдельные пункты (табл. А.1). Средний показатель 0,75. Таким образом, КШИГ достаточно согласована, и мы можем использовать её во всех анализируемых странах — если мы будем считать неважным вопрос особенностей структуры и инвариантности между ними.

Таблица А.1: Показатели согласованности КШИГ для отдельных стран

	N	α Кронбаха
Россия	3830	0,71
Беларусь	348	0,71
Азербайджан	74	0,71
Украина	1001	0,71
Казахстан	165	0,72
Армения	76	0,74
Молдова	39	0,77
Кыргызстан	130	0,79
Македония	39	0,79
Эстония/Литва	168	0,81
Грузия	96	0,83

Мультигрупповой КФА для разных языковых версий шкалы в странах

Логично ожидать, что когда мы применяем одну и ту же методику измерения в разных обществах, то она может работать по-разному: отображать некоторую скрытую характеристику (гомонегативность) неодинаково и с разной ошибкой измерения. Мы можем предположить по крайней мере два принципиальных источника разной работы шкалы. Во-первых, это язык. Когда мы переводим шкалу, утверждения могут приобретать разные оттенки смысла, даже в одинаковом контексте. С другой стороны, само общество с другой культурой влияет на работу шкалы, даже если шкала на одном языке применяется в разных обществах.

Поэтому мы начинаем проверку не между странами, а между отдельными языковыми версиями в разных странах. Были взяты языково-страновые группы респондентов, в которых было не меньше 95 человек (табл. А.2, колонка 3).

Для каждой группы была построена КФА-модель согласно рис. 4.1: три фактора на первом уровне, которые объединяются фактором второго порядка, который, собственно, и отражает ИГ.

Для всех стран, за исключением Армении, гипотетическая трёхфакторная структура КШИГ подтвердилась, т. е. статистики согласия говорили про соответствие моделей данным (табл. А.2, модели 3–11). Хотя модель для России была приемлемого качества, мы добавили ковариацию между пунктами “Феминность” и “В компании гея”, поскольку она заметно улучшала качество модели (табл. А.2, модель 9).

Что касается Армении, то для неё трёхфакторная структура КШИГ не подтвердилась (табл. А.2, модель 1). В то же время, однофакторная модель, в которой ИГ влияет непосредственно на каждое из 8 утверждений (табл. А.2, модель 2), хорошо соответствует данным. Причинами могут быть как особенности перевода на армянский, специфика Армении, так и маленькая (и особенная — см. предыдущий раздел) выборка, на грани применимости метода КФА. Мы исключили армяноязычные ответы из дальнейшего анализа с помощью КФА, потому что они имеют другую структуру. В то же время, эта модель показывает, что в Армении КШИГ применима, но сравнение с другими странами более проблематично.

Таким образом, для всех групп, кроме армянской, мы установили конфигурационную инвариантность. Результаты последовательной проверки более строгих уровней инвариантности приведены в табл. А.3. Для того, чтобы большая российская выборка не затеняла различий в других группах, мы сперва провели многогрупповой КФА без неё. Потом повторно проверяли инвариантность с ней, включая ограничения при метрической и скалярной инвариантности, установленные на 7 языково-страновых версиях.

Во всех 8 группах (4 языка в 7 странах) шкала является метрически инвариантной (табл. А.3, модель 11). Точнее, грузиноязычная группа имеет частичную метрическую инвариантность с другими группами, а последние между собой имеют полную метрическую инвариантность. Это означает, что вполне можно сравнивать связи КШИГ с другими переменными в разных группах между собой.

Таблица А.2: Статистики согласия для одногрупповых КФА моделей КШИГ для языковых версий в отдельных странах

#	Язык (страна)	N	MLR χ^2 (ст. св.)	Ст. знач. χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
1	Армянский (Армения) ¹	96	21,959 (17)	0,186	0,055	0,946	0,911	0,064
2	Армянский (Армения) — однофакторная модель ²	96	21,752 (20)	0,354	0,03	0,981	0,973	0,064
3	Грузинский (Грузия) ³	121	16,475 (18)	0,559	<0,001	1,000	1,015	0,045
4	Литовский (Литва)	95	16,635 (17)	0,479	<0,001	1,000	1,004	0,041
5	Русский (Беларусь)	489	39,062 (17)	0,002	0,052	0,951	0,920	0,039
6	Русский (Казахстан)	201	25,240 (17)	0,090	0,049	0,961	0,935	0,044
7	Русский (Кыргызстан)	142	25,766 (17)	0,079	0,060	0,957	0,929	0,047
8	Русский (Россия)	5175	220,185 (17)	<0,001	0,048	0,959	0,933	0,027
9	Русский (Россия) — дополнительная модель ⁴	5175	131,077 (16)	<0,001	0,037	0,977	0,959	0,020
10	Русский (Украина)	865	25,910 (17)	0,076	0,025	0,989	0,981	0,023
11	Украинский (Украина)	475	39,078 (17)	0,002	0,052	0,957	0,928	0,036

¹ Коэффициент корреляции между латентными переменными превышал единицу, что недопустимо

² Одноуровневая модель без выделения трёх субшкал КШИГ

³ Дисперсия фактора "Открытая самоидентификация" была зафиксирована равной нулю

⁴ Добавлена ковариация остаточных дисперсий между пунктами "Феминность" и "В компании гея"

Со скалярной инвариантностью — возможностью сравнивать средние значения КШИГ между разными группами — сложнее. Полную скалярную инвариантность показали русскоязычные группы в России, Украине, Беларуси и Казахстане. Их можно сравнивать без всяких оговорок. Частичную инвариантность (по 7 пунктов из 8) с ними имеет русскоязычная группа в Кыргызстане и украиноязычная группа в Украине. Между собой эти две группы имеют 2 скалярно неэквивалентных пункта, однако даже отдельные субшкалы между собой могут быть сравнимы. Варианты шкалы на литовском и грузинском языках менее инвариантны, хотя некоторая частичная скалярная инвариантность есть. Между собой у них инвариантны всего по 2 пункта из 8. При сравнении с другими группами, количество инвариантных пунктов варьирует от 4 до 5. На практике сравнивать средние значения КШИГ в разных группах допустимо с оговорками.

Таблица А.3: Статистики согласия МГКФА моделей для КШИГ с разной степенью инвариантности языковых версий в отдельных странах

#	Модель инвар-ти ¹	CFI	Разница CFI	TLI	RMSEA	MLR χ^2 (ст. св., п. коэф.)	Скоррект. разница MLR χ^2 (ст. знач.)
7 языковых версий в отдельных странах (без русской версии в России)							
1	Конфигурационная	0,972	—	0,954	0,041	188,197 (120, 1,0992)	—
2	Метрическая	0,965	0,007 ⁵	0,954	0,041	235,877 (150, 1,116)	47,644 (0,022)
3	Частичная метрическая ²	0,969	0,003 ⁵	0,959	0,039	224,647 (149, 1,1147)	36,941 (0,148)
4	Метрическая второго порядка	0,969	0,003 ⁵	0,963	0,037	235,859 (161, 1,1074)	48,015 (0,210)
5	Скалярная	0,928	0,041 ⁶	0,927	0,052	365,602 (191, 1,0936)	135,975 (<0,001)
6	Частичная скалярная ³	0,961	0,008 ⁶	0,958	0,039	282,245 (186, 1,0914)	47,404 (0,004)
7	Скалярная второго порядка	0,932	0,037 ⁶	0,932	0,050	364,971 (198, 1,0839)	136,915128 (<0,001)
8	Частичная скалярная второго порядка ⁴	0,959	0,01 ⁶	0,959	0,039	292,751 (194, 1,0867)	57,768 (0,005)
8 языковых версий в отдельных странах (включая русскую версию в России)							
9	Конфигурационная	0,963	—	0,939	0,046	409,998 (137, 1,1003)	—
10	Частичная метрическая ²	0,961	0,002 ⁷	0,949	0,042	455,868 (171, 1,1181)	49,239 (0,044)
11	Метрическая второго порядка	0,961	0,002 ⁷	0,953	0,040	470,633 (185, 1,1117)	62,996 (0,072)
12	Частичная скалярная ³	0,954	0,007 ⁸	0,952	0,041	551,981 (215, 1,0914)	82,000 (<0,001)
13	Частичная скалярная второго порядка ⁴	0,953	0,008 ⁸	0,953	0,040	569,472 (225, 1,0868)	98,493 (<0,001)

¹ Снятые ограничения в моделях более низкого уровня инвариантности сохраняются в последующих моделях. Например, Модель 4 сохраняет параметры частичной инвариантности Модели 3

² Снято ограничение равенства факторной нагрузки на пункт "Общество геев" для грузинского языка

³ Снято ограничение на равенство констант для пунктов "Общество геев" (украинский и грузинский языки); "Гей-бары" (грузинский язык); "Быть гомосексуалом" и "Обсуждение" (литовский язык)

⁴ Снято ограничение на равенство нулю константы для субшкалы "Комфорт в общении с геями" (грузинский язык); а также дополнительно снято ограничение на равенство констант для пунктов "В компании гея", "Гей-бары" (литовский язык) и "Моральность" (русский язык в Кыргызстане)

⁵ Сравнение с CFI Модели 1

⁶ Сравнение с CFI Модели 4

⁷ Сравнение с CFI Модели 9

⁸ Сравнение с CFI Модели 11

Мультигрупповой КФА для отдельных стран

Тестирование инвариантности КШИГ на уровне отдельных стран следовало тому же алгоритму, что и в случае языково-страновых групп. Для моделирования мы взяли 10 стран (за исключением Македонии и Молдовы), где выборка превышала 100 респондентов. Статистики согласия моделей КШИГ для отдельных стран приведены в табл. А.4.

Таблица А.4: Статистики согласия для одногрупповых КФА моделей КШИГ для отдельных стран

#	Страна	N	MLR χ^2 (ст. св.)	Ст. знач. χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
1	Азербайджан	117	34,845 (17)	0,007	0,095	0,875	0,793	0,070
2	Азербайджан — дополнительная модель ¹	117	21,904 (16)	0,146	0,056	0,958	0,927	0,061
3	Армения	137	33,572 (17)	0,010	0,084	0,878	0,800	0,067
4	Армения — однофакторная модель ²	137	36,128 (20)	0,015	0,077	0,882	0,834	0,069
5	Армения — двухфакторная модель ³	137	25,314 (19)	0,151	0,049	0,954	0,932	0,056
6	Беларусь	492	39,574 (17)	0,002	0,052	0,950	0,918	0,039
7	Грузия ⁴	148	20,560 (18)	0,302	0,031	0,987	0,979	0,047
8	Казахстан	222	26,571 (17)	0,065	0,050	0,955	0,927	0,046
9	Кыргызстан	181	22,613 (17)	0,162	0,043	0,978	0,963	0,044
10	Литва/Эстония	197	22,503 (17)	0,166	0,041	0,982	0,970	0,034
11	Россия ⁵	5212	130,678 (16)	<0,001	0,037	0,977	0,960	0,019
12	Украина ⁵	1350	31,954 (16)	0,01	0,027	0,987	0,978	0,020

¹ Дисперсия фактора “Личный комфорт” зафиксирована равной нулю. Кроме того, добавлены две ковариации остаточных дисперсий: между пунктами “Обсуждение” и “Феминность” (средняя негативная корреляция) и между пунктами “Быть гомосексуалом” и “В компании гея” (слабая позитивная корреляция)

² Одноуровневая модель без выделения трёх субшкал КШИГ

³ Одноуровневая модель, в которой выделены два фактора, отличных от гипотетических

⁴ Дисперсия фактора “Открытая самоидентификация” была зафиксирована равной нулю

⁵ Добавлена ковариация остаточных дисперсий между пунктами “Феминность” и “В компании гея” (очень слабая негативная корреляция)

Трёхфакторная модель не подошла Армении, в её случае данным соответствовала альтернативная двухфакторная. Построение фактора ИГ второго порядка технически невозможно. Выборка респондентов Армении была исключена из дальнейшего анализа. Кроме того, для России и Украины была добавлена ковариация между пунктами “Феминность” и “В компании гея”, между которыми была слабая негативная корреляция. Также пришлось внести похожие добавления в модель для Азербайджана, чтобы она имела приемлемые статистики согласия.

Окончательная многогрупповая модель имела частичную скалярную инвариантность (табл. А.5, модель 14). Значения факторных нагрузок и констант в модели приведены в табл. А.6.

Полная скалярная инвариантность соблюдалась для КШИГ в Украине, Беларуси и Азербайджане, а Россия имела с ними частичную скалярную инвариантность 7 из 8 пунктов. Остальные сочетания стран между собой имели скалярную инвариантность шкалы, в которой от 3 (между Грузией и Литвой/Эстонией) до 6 пунктов были скалярно эквивалентны.

Таким образом, возможно с оговорками (см. Раздел 4.7) сравнивать средние значения КШИГ в разных странах.

Таблица А.5: Статистики согласия моделей многогруппового КФА для КШИГ с разной степенью инвариантности среди респондентов отдельных стран

#	Модель инвар-ти ¹	CFI	Разница CFI	TLI	RMSEA	MLR χ^2 (ст. св., п. коэф.)	Скоррект. разница MLR χ^2 (ст. знач.)
6 стран (без России и Украины)							
1	Конфигурационная	0,967	—	0,946	0,047	153,658 (102, 1,0895)	—
2	Метрическая	0,941	0,026 ⁷	0,922	0,057	153,658 (127, 1,1013)	65,049 (<0,001)
3	Частичная метрическая ²	0,957	0,010 ⁷	0,941	0,049	192,539 (124, 1,1057)	38,516 (0,016)
4	Метрическая второго порядка	0,953	0,014 ⁷	0,941	0,049	208,023 (134, 1,0986)	54,207 (0,008)
5	Частичная метрическая второго порядка ³	0,958	0,009 ⁷	0,948	0,047	198,504 (133, 1,0956)	44,879 (0,051)
6	Скалярная	0,921	0,037 ⁸	0,916	0,059	282,409 (158, 1,0777)	88,421 (<0,001)
7	Частичная скалярная ⁴	0,951	0,007 ⁸	0,947	0,047	233,618 (156, 1,08)	35,186 (0,050)
8	Скалярная второго порядка	0,906	0,052 ⁸	0,905	0,063	314,382 (166, 1,0751)	121,424 (<0,001)
9	Частичная скалярная второго порядка ⁵	0,950	0,008 ⁸	0,948	0,046	241,939 (163, 1,0764)	43,320 (0,055)
8 стран (включая Россию и Украину)							
10	Конфигурационная	0,976	—	0,961	0,037	318,210 (134, 1,0974)	—
11	Частичная метрическая ²	0,973	0,003 ⁹	0,964	0,036	377,647 (166, 1,1138)	60,398 (0,002)
12	Частичная метрическая второго порядка ³	0,973	0,003 ⁹	0,966	0,035	391,82 (179, 1,1058)	74,346 (0,004)
13	Частичная скалярная ⁴	0,963	0,010 ¹⁰	0,961	0,037	502,426 (212, 1,0833)	115,478 (<0,001)
14	Частичная скалярная второго порядка ⁶	0,966	0,007 ¹⁰	0,966	0,035	487,881 (222, 1,0819)	96,257 (<0,001)

¹ Снятые ограничения в моделях более низкого уровня инвариантности сохраняются в последующих моделях. Например, Модель 4 сохраняет параметры частичной инвариантности Модели 3

² Снято ограничение равенства факторных нагрузок на пункт "Общество геев" для Грузии и Кыргызстана, и "Моральность" для Кыргызстана

³ Снято ограничение равенства факторных нагрузок на пункт "Моральность" для Азербайджана

⁴ Снято ограничение на равенство констант для пунктов "Гей-бары" для Грузии и "Обсуждение" для Литвы/Эстонии

⁵ Снято ограничение на равенство нулю константы для субшкалы "Комфорт в общении с геями" для Грузии, а также дополнительно снято ограничение на равенство констант для пунктов "В компании гея" для Литвы/Эстонии и "Феминность" для Азербайджана

⁶ Снято ограничение на равенство нулю константы для субшкалы "Комфорт в общении с геями" для Грузии, а также дополнительно снято ограничение на равенство констант для пунктов "В компании гея" для Литвы/Эстонии и "Феминность" для Азербайджана и России

⁷ Сравнение с CFI Модели 1

⁸ Сравнение с CFI Модели 5

⁹ Сравнение с CFI Модели 10

¹⁰ Сравнение с CFI Модели 12

Таблица А.6: Отдельные параметры финальной многогрупповой КФА-модели КШИГ в девяти странах (В таблице приведены инвариантные параметры. Отличающиеся от них показатели в примечаниях)

	Нестандартизированные факторные нагрузки	Константа
Факторы первого порядка		
Личный комфорт с гей-идентичностью		
Быть геем	1,00	4,90
Моральность	0,62 ¹	5,96
Не менял бы ориентацию	0,78	4,98
Открытая самоидентификация как гея		
В компании гея	1,00	3,80 ²
Обсуждение	1,02	4,56 ³
Комфорт в общении с геями		
Гей-бары	1,00	4,85 ⁴
Феминность	-0,49	4,96 ⁵
Общество геев	-0,91 ⁶	2,72
Фактор второго порядка		
Интернализированная гомонегативность		
Личный комфорт с гей-идентичностью	1,00	0,00
Открытая самоидентификация как гея	0,83	0,00
Комфорт в общении с геями	0,64	0,00 ⁷

Все параметры статистически отличны от нуля на уровне $p < 0.001$ за исключением фиксированных (нестандартизированных нагрузок, приравненных к единице, и констант, приравненных к нулю)

¹ Для Азербайджана 1,08; для Кыргызстана 1,00

² Для Литвы/Эстонии 4,37

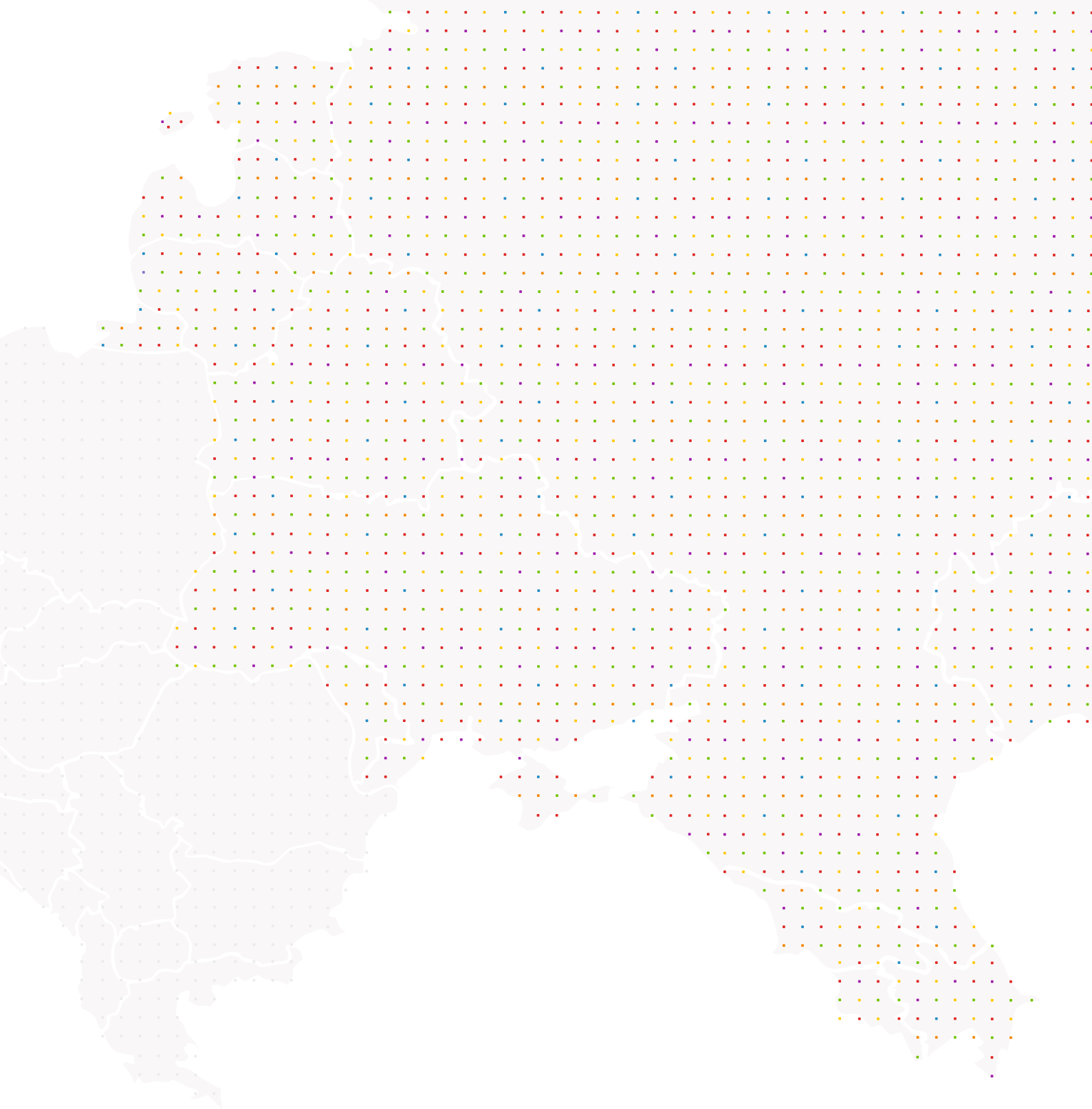
³ Для Литвы/Эстонии 4,46

⁴ Для Грузии 2,47

⁵ Для Азербайджана 4,26; для России 5,25

⁶ Для Грузии -0,32; для Кыргызстана -0,50

⁷ Для Грузии 2,51



*Eurasian Coalition
on Male Health*

Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ)
Eurasian Coalition on Male Health (ECOM)

Наши контакты:
www.ecom.ngo
www.fb.com/ecom.ngo
www.twitter.com/ECOMngo
contact@ecom.ngo