

Оценка барьеров, с которыми сталкиваются беженцы из Украины из ключевых групп при доступе к медицинским услугам



Кишинэу, 2024

**Оценка барьеров, с которыми сталкиваются
беженцы из Украины из ключевых групп при
доступе к медицинским услугам**

Кишинэу, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения.....	4
Благодарность	7
Коллектив авторов.....	7
Резюме.....	8
Общая информация	9
Методология	10
Название исследования	10
Цель исследования	10
Цели исследования	10
Количественное исследование	10
Качественное исследование	11
Анализ данных.....	12
Количественное исследование: результаты	13
Общие характеристики	13
Социально-демографические.....	13
Группы и сообщества	15
Процедуры въезда.....	15
Временная защита	18
Насилие	19
Поддержка и средства.....	21
Финансовая помощь.....	21
Поддержка и средства, предоставляемые НПО и волонтерами.....	22
Медицинские услуги	24
Состояние здоровья	24
Источники информации.....	25
Регистрация у семейного врача.....	26
Общение с поставщиками медицинских услуг.....	28
Качество и безопасность медицинских услуг.....	34
Качество и безопасность медицинского обслуживания	40
Снижение вреда	43
ВИЧ-инфекция	48
Тестирование на ВИЧ	49
АРВ-терапия (АРТ)	50
Вирусные гепатиты В и С	51
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).....	54
Наркотическая зависимость.....	56
Туберкулез	59
Острые вирусные респираторные инфекции	62
Экстренные медицинские состояния.....	64
Хронические заболевания.....	65
Другие причины, связанные со здоровьем.....	68
Психическое здоровье.....	70
Стигма, дискриминация, право на здоровье.....	72
Восприятие стигматизации.....	72

Восприятие дискриминации	73
Право на здоровье	74
Барьеры в доступе к медицинским услугам	75
Барьеры, связанные с расстоянием	76
Барьеры времени ожидания	76
Барьеры, препятствующие доступу к лечению	78
Барьеры для доступа к услугам	78
Препятствия в связи с запросом дополнительных документов	79
Языковые барьеры	80
Факторы риска и барьеры, препятствующие доступу к услугам	80
Социально-демографические факторы	80
Процедуры перехода как факторы риска	82
Насилие как фактор риска	83
Внесение в реестр семейного врача как фактор риска	84
Группы и сообщества	84
Виды востребованных медицинских услуг и препятствия	85
Стигма и дискриминация как факторы риска	86
Качественное исследование: результаты	87
Обсуждения	89
Ограничения исследования	97
Выводы	97
Рекомендации	101
Библиография	103

СОКРАЩЕНИЯ

АРТ	Антиретровирусная терапия
ИПП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИОК	Информация, образование и коммуникация
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ТБ	Туберкулез
СР	Секс-работник
ЛГБТКИ+	Аббревиатура, обозначающая лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов
НПО	Неправительственная организация
ЛУН	Люди употребляющие наркотики (в любой форме)
PrEP	Доконтактная профилактика
PEP	Постконтактная профилактика
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЮНЭЙДС	Агентство ООН по ВИЧ/СПИДу
UNHCR	Агентство ООН по делам беженцев

Список рисунков

Рисунок 1. Инструмент Google docs, используемый для мониторинга участия респондентов в исследовании	11
Рисунок 2. Среднемесячный доход респондентов в Украине и Молдове	14
Рисунок 3. Группы и сообщества	15
Рисунок 4. Период пребывания и количество въездов в Молдову	16
Рисунок 5. Распределение респондентов по регионам Молдовы, в которых они проживают, и регионам Украины, из которых они приехали	17
Рисунок 6. Первоначальное место проживания, когда участники исследования прибыли в Молдову, и текущее место проживания	18
Рисунок 7. Временная защита и причины отсутствия временной защиты	19
Рисунок 8. Временная защита в разбивке по группам и сообществам	19
Рисунок 9. Группы и сообщества по типу насилия, которому они подверглись	20
Рисунок 10. Финансовая помощь, включая разбивку по группам и сообществам	22
Рисунок 11. Поддержка и условия, предоставляемые НПО и волонтерами	23
Рисунок 12. Помощь и средства, предоставленные НПО и волонтерами, по группам и сообществам	24
Рисунок 13. Воспринимаемое респондентами состояние здоровья за последние четыре недели до интервью	25
Рисунок 14. Источники информации о доступе к медицинским услугам	25
Рисунок 15. Регистрация у семейного врача	27
Рисунок 16. Причины отказа от регистрации у семейного врача	27
Рисунок 17. Информация от поставщиков медицинских услуг о вариантах лечения и ухода	29
Рисунок 18. Информация от медицинских работников о безопасности лечения	29
Рисунок 19. Адаптация медицинского обслуживания поставщиками услуг в зависимости от потребностей респондентов	30
Рисунок 20. Сбор отзывов от поставщиков медицинских услуг	31
Рисунок 21. Время, отведенное медицинскими работниками на медицинскую консультацию	31
Рисунок 22. Мнение о конфиденциальности во время медицинской консультации	32

Рисунок 23. Мнения о конфиденциальности медицинской информации	33
Рисунок 24. Мнение о доверии к поставщикам медицинских услуг	33
Рисунок 25. Мнения об эффективности системы направлений и сотрудничества между медицинскими службами	34
Рисунок 26. Мнения об эффективности системы направления и сотрудничества между медицинскими службами и центрами размещения	35
Рисунок 27. Мнения об эффективности системы направлений и сотрудничества между медицинскими и социальными службами	36
Рисунок 28. Восприятие эффективности системы направления к специалистам и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в контексте туберкулеза	36
Рисунок 29. Мнения об эффективности системы направлений и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в контексте ВИЧ	37
Рисунок 30. Восприятие эффективности системы направлений и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО - при лечении опиоидными агонистами	38
Рисунок 31. Согласие на медицинские услуги, доступные только на румынском языке	39
Рисунок 32. Согласие на получение медицинских услуг на румынском и украинском языках	39
Рисунок 33. Мнения о спросе на медицинские услуги и возможности первичной медико-санитарной сети	40
Рисунок 34. Мнения о качестве оказанного медицинского обслуживания	41
Рисунок 35. Восприятие безопасности предоставляемых медицинских услуг	42
Рисунок 36. Мнение о непрерывности медицинского обслуживания	42
Рисунок 37. Система направления и сотрудничество между службами здравоохранения и НПО по оказанию услуг поддержки	43
Рисунок 38. Удовлетворенность респондентов и их восприятие PrEP	44
Рисунок 39. Доступ к услугам по снижению вреда	45
Рисунок 40. Услуги снижения вреда по группам и сообществам	46
Рисунок 41. Источники информации о службах снижения вреда	47
Рисунок 42. Мнения об использовании услуг снижения вреда	47
Рисунок 43. Доступ к услугам ВИЧ, включая разбивку по группам и сообществам	48
Рисунок 44. Источники информации об услугах ВИЧ	49
Рисунок 45. Удовлетворенность респондентов полученными услугами в связи с ВИЧ и доверие к врачу-инфекционисту	51
Рисунок 46. Доступ к услугам по лечению вирусных гепатитов В, С, включая разбивку по группам и сообществам	51
Рисунок 47. Источники информации об услугах по лечению вирусных гепатитов В, С	52
Рисунок 48. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг, полученных в связи с вирусными гепатитами В, С	54
Рисунок 49. Доступ к услугам по лечению инфекций, передаваемых половым путем, в разбивке по группам и сообществам	54
Рисунок 50. Источники информации об услугах в области ИППП	55
Рисунок 51. Удовлетворенность и восприятие респондентами медицинских услуг в связи с ИППП	56
Рисунок 52. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг, которые они получили в связи с наркозависимостью	59
Рисунок 53. Доступ к услугам по лечению туберкулеза в разбивке по группам и сообществам	60
Рисунок 54. Источники информации о медицинских услугах, связанных с туберкулезом	60
Рисунок 55. Симптомы туберкулеза	61
Рисунок 56. Удовлетворенность и восприятие респондентами медицинских услуг, полученных в связи с туберкулезом	62
Рисунок 57. Доступ к услугам по лечению острых респираторных инфекций в разбивке по группам и сообществам	63
Рисунок 58. Удовлетворенность и восприятие респондентами медицинских услуг, полученных в связи с острыми респираторными вирусными инфекциями	64
Рисунок 59. Доступ к услугам неотложной медицинской помощи, в разбивке по группам и сообществам	64
Рисунок 60. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг скорой медицинской помощи	65

Рисунок 61. Доступ к медицинским услугам, хронические заболевания, в разбивке по группам и сообществам	66
Рисунок 62. Направление на медицинское обслуживание в зависимости от заболевания.....	67
Рисунок 63. Удовлетворенность и восприятие респондентами полученных медицинских услуг в связи с хроническими заболеваниями	68
Рисунок 64. Доступ к медицинским услугам, другие причины, в разбивке по группам и сообществам.....	68
Рисунок 65. Удовлетворенность и восприятие респондентами других медицинских услуг, к которым они обращались	69
Рисунок 66. Доступ к медицинским услугам, другие заболевания, в разбивке по группам и сообществам .	70
Рисунок 67. Источники информации об услугах в области психического здоровья	71
Рисунок 68. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг в области психического здоровья.....	72
Рисунок 69. Восприятие стигмы, включая разбивку по группам и сообществам	72
Рисунок 70. Причины воспринимаемой стигматизации	73
Рисунок 71. Восприятие дискриминации, включая разбивку по группам и сообществам	73
Рисунок 72. Виды дискриминации, с которыми сталкивались участники исследования	74
Рисунок 73. Мнения об уважении права на здоровье, включая разбивку по группам и сообществам	75
Рисунок 74. Барьеры в доступе к медицинским услугам, включая разбивку по группам и сообществам.....	75
Рисунок 75. Барьеры, связанные с расстоянием, включая разбивку по группам и сообществам	76
Рисунок 76. Барьеры, связанные со временем ожидания приема врача-специалиста, в разбивке по группам и сообществам	77
Рисунок 77. Барьеры, связанные со временем ожидания приема врача-специалиста, в разбивке по группам и сообществам	77
Рисунок 78. Препятствия для доступа к лечению, в разбивке по группам и сообществам	78
Рисунок 79. Препятствия для доступа к услугам, в разбивке по группам и сообществам	79
Рисунок 80. Барьеры, связанные с запросом дополнительных документов, в разбивке по группам и сообществам	80
Рисунок 81. Языковые барьеры, включая разбивку по группам и сообществам	80

Список таблиц

Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов.....	13
Таблица 2. Употребление инъекционных и неинъекционных психоактивных веществ за последние 6 месяцев в разбивке по респондентам	57
Таблица 3. Социально-демографические факторы, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам	81
Таблица 4. Профессиональные и экономические факторы, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам.....	82
Таблица 5. Процедуры въезда как фактор риска, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам	83
Таблица 6. Насилие как фактор риска, который может повлиять на доступ к медицинским услугам.....	84
Таблица 7. Регистрация и доверие к семейному врачу как фактор риска, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам	84
Таблица 8. Группы и сообщества в отношении барьеров, препятствующих доступу к медицинским услугам	85
Таблица 9. Виды услуг, к которым обращались в связи с барьерами в доступе к медицинским услугам	86
Таблица 10. Стигма и дискриминация как барьеры для доступа к медицинским услугам.....	87

БЛАГОДАРНОСТЬ

Исследование по оценке барьеров, препятствующих доступу к услугам здравоохранения, с которыми сталкиваются люди из основных затронутых групп беженцев из Украины в Республике Молдова, проведено независимыми консультантами в сотрудничестве с организациями гражданского общества активных в области здоровья при технической и финансовой поддержке ЮНЭЙДС и Агентство ООН по делам беженцев.

Отчет исследования отражает точку зрения авторов и не обязательно совпадает с мнением донора или любой другой аффилированной организации.

Мы хотели бы поблагодарить все учреждения, организации и отдельных людей, которые внесли свой вклад в это исследование, в частности представителей ключевых уязвимых групп населения, людей, затронутых ВИЧ и туберкулезом. Сбор данных осуществлялся при поддержке неправительственных организаций "Позитивная Инициатива", "Союз за равноправие в здравоохранении", "Гендердок-М", "Pas cu Pas regiunea Sud", "AFI".

Искренняя благодарность всем респондентам, принявшим участие в исследовании, за их время, участие, открытость, доверие, уверенность и ценную информацию, предоставленную в ходе обсуждений в фокус-группах и глубинных интервью.

Мы благодарны экспертам, которые проанализировали отчет и внесли свой вклад в его доработку.

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Ана Чобану

Независимый эксперт, магистр общественного здравоохранения

Светлана

Магистр общественного здравоохранения, председатель общественной ассоциации AFI

Долту

Светлана

Магистр общественного здравоохранения

Пламадялэ

Даниэла

Консультант

Присакару

РЕЗЮМЕ

На фоне гуманитарного кризиса, вызванного конфликтом в Украине, необходимо было провести исследование, чтобы понять и решить конкретные проблемы, с которыми сталкиваются украинские беженцы при получении доступа к медицинским услугам в Республике Молдова (далее - Молдова).

В данном отчете представлен подробный анализ положения украинских беженцев в Молдове с особым акцентом на их доступ к медицинским услугам и барьеры, с которыми они сталкиваются. Исследование фокусируется на уязвимых группах, включая людей, употребляющих наркотики (ЛУН), людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), ЛГБТК+ и людей с туберкулезом (ТБ). Это комплексное исследование, включающее мнения и представления, представленные в фокус-группах и интервью с представителями правительственных и неправительственных организаций.

Беженцы из Украины сталкиваются с препятствиями в доступе к медицинским услугам в Молдове. Среди наиболее распространенных препятствий - большие расстояния до медицинских учреждений, от чего особенно страдают беженцы в сельской местности, и длительное время ожидания консультаций как у специализированных, так и у семейных врачей. Необходимость в дополнительных документах, таких как временная защита и украинские паспорта, также осложняет доступ к услугам. Еще одним существенным препятствием является высокая стоимость основного лечения и специализированных услуг, таких как платные медицинские консультации и исследования в частных клиниках. Стигматизация и дискриминация, особенно в отношении уязвимых групп, таких как ЛУН и ЛЖВ, создают дополнительные трудности. Языковые барьеры еще больше усложняют доступ к услугам, особенно для тех, кто не знает румынского языка. Эти барьеры не только затрудняют доступ к медицинской помощи, но и влияют на качество обслуживания беженцев.

Факторы риска при обращении за медицинскими услугами включают региональное и сельское неравенство, тяжелое финансовое положение, отсутствие временной защиты, отсутствие регистрации у семейного врача, принадлежность к уязвимым группам, доступ к специфическим услугам (АРВ-терапия и лечение наркозависимости), подверженность насилию, а также опыт стигматизации и дискриминации. Беженцы из северных и южных регионов Молдовы сталкивались с меньшим количеством барьеров по сравнению с беженцами из центрального региона. Кроме того, жители районных центров и сел чаще сталкивались с трудностями по сравнению с жителями муниципиев.

В исследовании подчеркивается, что группы ЛУН и ЛЖВ сталкиваются с наибольшими трудностями в доступе к медицинским услугам и часто подвергаются стигматизации и маргинализации. Сообщество ЛГБТ+ сталкивается с меньшими препятствиями, в основном благодаря доступу к услугам через НПО или частные клиники.

Рекомендации по результатам исследования включают разработку инновационных решений для приближения медицинских услуг к сообществам беженцев, упрощение административных и бюрократических процедур, снижение стигматизации и дискриминации, а также обеспечение адекватной финансовой и психосоциальной поддержки. Эти меры необходимы для того, чтобы удовлетворить сложные потребности беженцев и дать им реальный шанс на здоровую и стабильную жизнь в Молдове.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Война в Украине вызвала крупнейший гуманитарный кризис в европейском регионе со времен окончания Второй мировой войны. К концу 2024 года около восьми миллионов беженцев бежали от войны в Украине, и около миллиона из них прибыли в Молдову. В настоящее время в Молдове находится более 130 тысяч украинских беженцев [1].

В Молдове иностранцы могут воспользоваться несколькими формами защиты, предусмотренными Законом об убежище в Молдове, одной из которых является временная защита [2]. Временная защита - это правовой статус, предоставляемый странами-членами Европейского союза, в том числе и Молдовой, лицам, вынужденным бежать от войны в Украине в соседние страны. Основным преимуществом временной защиты перед ходатайством о предоставлении убежища является ее быстрота, то есть немедленное предоставление беженцам, прибывшим из зоны конфликта, правового статуса, признающего ряд прав, включая право на экстренную медицинскую помощь, первичную медицинскую помощь и бесплатное медицинское обследование по состоянию здоровья населения, в медицинских учреждениях в соответствии с перечнем медицинских услуг, установленным Министерством здравоохранения, а также доступ к мерам социальной помощи, финансируемым международными организациями, на основании положений и условий, утвержденных совместно с Министерством труда и социальной защиты и компетентным органом по делам иностранцев [3].

Международные исследования подчеркивают, что доступ к медицинскому и социальному обслуживанию становится проблемой для многих перемещенных лиц из других стран. Среди препятствий или трудностей в доступе к медицинскому обслуживанию были перечислены (1) языковые барьеры, (2) чрезмерное количество требуемых документов, (3) пробелы в информации о том, как получить доступ к услугам и (4) виды доступных услуг, (5) культурная компетентность, (6) страх преследования, (7) системные проблемы, связанные с "понижением статуса" (процесс перехода от просителя убежища к статусу беженца). Острые респираторные инфекции, хронические заболевания, такие как диабет, рак, травмы, а также инфекционные заболевания (туберкулез (ТБ), ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты) были названы в качестве факторов высокого риска среди беженцев. Украина входит в список стран с высоким бременем хронических инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ и туберкулез, особенно лекарственно-устойчивый туберкулез, ежегодно регистрируя около 30 тысяч новых случаев заболевания туберкулезом [4].

С первых дней войны Молдова столкнулась с большим потоком беженцев, включая людей из групп риска, а также подверженных риску заражения ВИЧ и туберкулезом [5]. Учитывая приоритеты общественного здравоохранения - непрерывный доступ к профилактике, скринингу, диагностике, лечению и уходу за инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ и ТБ, было принято решение предоставлять беженцам профилактические, медицинские, психосоциальные и вспомогательные услуги, а также включать лиц из групп риска в существующие программы профилактики, лечения и поддержки как ВИЧ, так и ТБ. Более 8 тысяч беженцев воспользовались поддержкой НПО с момента их прибытия в Молдову [5].

В связи с этим ЮНЭЙДС предложила провести оперативное исследование на уровне сообществ, чтобы получить полное, основанное на фактах понимание приоритетных потребностей и барьеров, с которыми сталкиваются беженцы, особенно из групп риска, при получении медицинских услуг после прибытия в Молдову. Результаты исследования дадут более четкое представление о том, как перемещенные лица из Украины сталкиваются с трудностями в получении медицинских услуг.

Результаты исследования могут служить ориентиром для государственной политики и стратегий вмешательства, помогая разрабатывать более эффективные и доступные программы и услуги для беженцев, а также подчеркивают важность сотрудничества между различными медицинскими и социальными организациями для обеспечения лучшей охраны здоровья беженцев и более эффективной интеграции в систему здравоохранения Молдовы. Кроме того, результаты исследования могут пополнить литературу о доступе к медицинским услугам для беженцев из групп риска, предоставив полезные данные и анализ.

МЕТОДОЛОГИЯ

Название исследования

Оценка барьеров, с которыми сталкиваются беженцы из Украины из ключевых групп при доступе к медицинским услугам в Республике Молдова

Цель исследования

Анализ барьеров, с которыми сталкиваются украинские беженцы из групп риска при получении медицинских услуг в Республике Молдова

Цели исследования

Среди беженцев из групп риска ЛУН СР, ЛЖВ, ЛГБТ, ВИЧ, ТБ, другие категории:

1. описать социально-демографические характеристики
2. описать процедуры передачи
3. описать доступ к медицинским услугам
4. проанализировать барьеры, препятствующие доступу к медицинским услугам
5. оценить факторы риска, которые могут повлиять на доступность медицинских услуг

Количественное исследование

Тип исследования: описательное, проспективное, перекрестное

Объем выборки. В исследование были включены все лица, отвечающие критериям отбора. Объем выборки составил 300 опрошенных респондентов. Целевая группа включала беженцев из Украины, временно пребывающих в Молдове.

Критерии включения: беженцы из Украины, которые:

- временно находятся в Молдове (и пользуются услугами здравоохранения на правом берегу Днестра)
- доступ хотя бы к одной из соответствующих медицинских и/или социальных услуг в связи ТБ, ВИЧ, вирусные гепатиты
- психически здоров и может дать структурированное интервью на основе анкеты
- старше 18 лет
- подписанное информированное согласие на участие в исследовании

Критерии исключения: включает обратные критерии.

Набор респондентов

Респонденты были набраны на основе списков НПО, занимающихся поддержкой украинских беженцев из групп риска. При наборе учитывались критерии включения и шаг выборки, который включал: территориальное представительство по 25% для Северного и Южного регионов и 50% для Центрального региона, включая пропорцию по полу. Лицо, отказавшееся от участия в исследовании, заменялось следующим по списку. При регистрации респонденту присваивался обезличенный уникальный идентификатор, который не позволял прямо или косвенно идентифицировать человека.

Контроль за набором респондентов осуществлялся в режиме онлайн с помощью инструмента, разработанного в формате Google docs, куда в режиме реального времени вносилась информация о наборе респондентов в исследование. Инструмент мониторинга позволял отслеживать пропорции по группам, полу, географическим регионам, а также процентное соотношение зачисленных респондентов (Рисунок1).

Рисунок1 . Инструмент Google docs, используемый для мониторинга включения респондентов в исследование

	A Inițiativa Pozitivă	B Uniunea Echitate Sănătate	C Pas cu Pas Cahul	D GENDERDO C-M	E AFI	Nr Total studiu efectuat	Nr Total studiu estimat	Nr. restant	% indeplinire
Grup	LGBT							0	#DIV/0!
	LS							0	#DIV/0!
	PTH							0	#DIV/0!
	PCD							0	#DIV/0!
	Alte/TB							0	#DIV/0!
	Alte/Hepatitis							0	#DIV/0!
	Alte/Sanitate mintala							0	#DIV/0!
Gen	M							0	#DIV/0!
	F							0	#DIV/0!
	Transgen							0	#DIV/0!
Regiune	Nord							0	#DIV/0!
	Centru							0	#DIV/0!
	Sud							0	#DIV/0!
Total	0	0	0	0	0	0	0		
REFUZ									

Опрос респондентов

Для проведения интервью использовался опросник, разработанный на основе литературных данных [5–14]. Инструмент сбора данных был доступен на русском языке. После предварительного тестирования анкета была скорректирована. Опрос респондентов проводился последовательно в следующей последовательности: контакт с респондентом, информирование и заполнение анкеты. Изменение последовательности событий не допускалось. Опрос проводился конфиденциально в отсутствие третьей стороны.

Качественное исследование

Фокус-группы и индивидуальные интервью. Было организовано две фокус-группы. Участниками фокус-групп были представители НПО, которые участвовали или осуществляли деятельность, связанную с оказанием поддержки беженцам из Украины, а также представители сообществ населения, подверженного риску. Индивидуальные полу структурированные интервью проводились с представителями правительственных и неправительственных учреждений. Как

интервью, так и фокус-группы проводились в соответствии с рекомендациями, разработанными на основе литературы [5–14].

Анализ данных

Количественное исследование. Полученные данные были подвергнуты следующим методам анализа: синтез; сравнение; прогнозирование; определение достоверности. Данные, извлеченные из анкеты, были импортированы в статистическую программу IBM SPSS Statistics 20 для анализа. Анализ данных проводился путем составления простых частот и перекрестных таблиц. Также были проведены дополнительные статистические тесты для выявления корреляций между переменными. Непрерывные переменные суммировались как среднее значение (стандартное отклонение). Для оценки факторов риска использовали коэффициент *нечетности*. Порогом статистической значимости считалось значение $p < 0,05$. Тест Фишера применялся в случае подсчета чисел менее 30. **Качественное исследование.** Информация, собранная на основе индивидуальных интервью и фокус-групп, транскрибировалась в текстовом виде: расшифровка, транскрипция и триангуляция полученной информации.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ

ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Социально-демографические

Демографический профиль исследуемой выборки показывает, что большинство респондентов - мужчины (56%). Средний возраст составил $39,3 \pm 12$ лет, а медианный - 37 лет. Преобладающая возрастная группа - от 25 до 44 лет (65%). Молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет составили 8,7%, а люди в возрасте 65 лет и старше - 4,3%. Самому молодому респонденту было 18 лет, а самому пожилому - 75. В 39% случаев участники опроса указали, что состоят в браке или сожительстве, в 18% случаев - разведены или овдовели, в 43% случаев - одиноки (Таблица 1).

Трудовой статус участников значительно различался между периодом пребывания в Украине и периодом пребывания в Молдове: работающие (61% против 15%, $p < 0,001$), самозанятые (16% против 23%, $p = 0,246$), не работающие (10% против 58%, $p < 0,001$) и другие категории (21% против 13%, $p = 0,158$), соответственно (Таблица 1).

Примерно в половине случаев (51%) респонденты имели полное среднее образование, в одной пятой - высшее (23%) или неполное среднее (19%). Небольшое число респондентов не имели образования или имели только начальное образование (2,7% и 3,3%, соответственно, Таблица 1).

Во время пребывания в Молдове 26% респондентов отметили, что у них есть иждивенцы. Из них дети до 18 лет (87%, 69 из 79), лица старше 65 лет (16%, 13 из 79) и инвалиды (9%, 7 из 79) (Таблица 1).

Что касается знания языков, то почти все респонденты отметили, что владеют русским (99%) и украинским (88%). Четверть респондентов указали, что владеют английским (25%) и румынским (10%). Также, 7% респондентов отметили знание других языков (Таблица 1).

Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов

Характеристики	N (%)
Пол	
Мужчины	168 (56.0)
Женщины	123 (41.0)
Трансген	9 (3.0)
Возрастная группа	
18-24 года	26 (8.7)
25-44 года	195 (65.0)
45-64 года	66 (22.0)
≥ 65 лет	13 (4.3)
Уровень образования	
Без образования	8 (2.7)
Начальное обучение	10 (3.3)
Неполное среднее	56 (18.7)
Полное среднее	153 (51.0)
Высшее	69 (23.0)
Статус трудовой занятости (в Украине)	
Трудоустроен	184 (61.3)
Частный предприниматель	48 (16.0)
Не трудоустроен	30 (10.0)

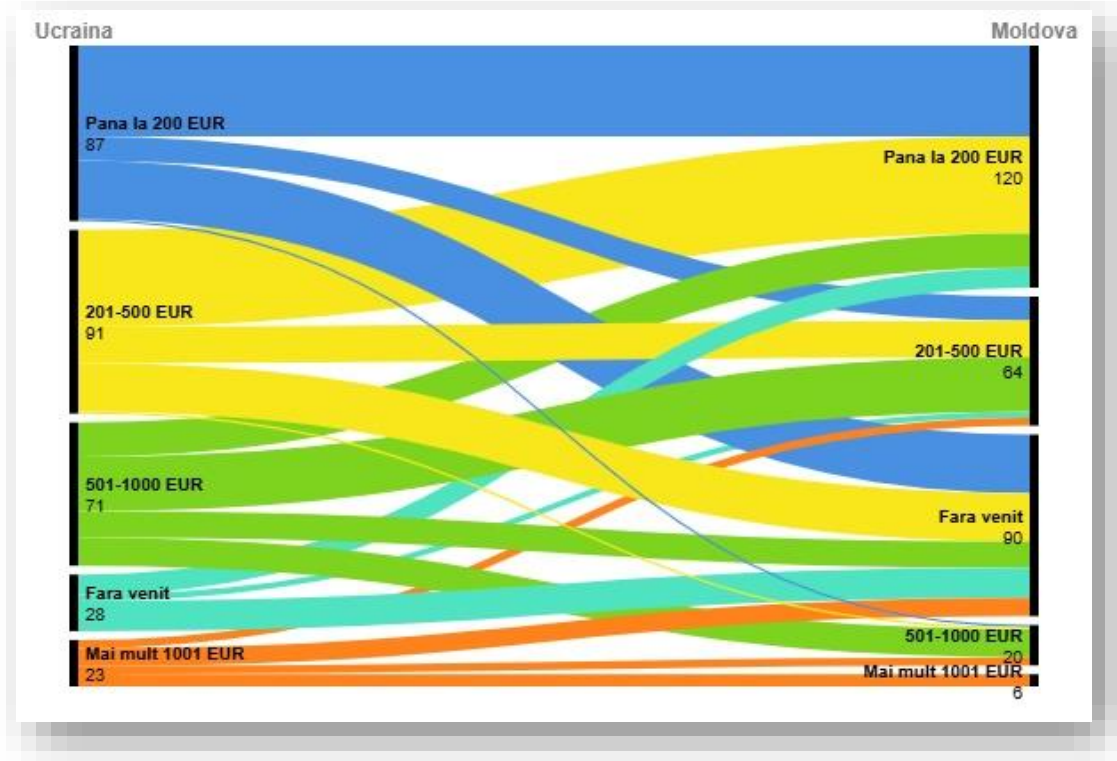
Характеристики	N (%)
Другое	62 (20.7)
Статус трудовой занятости (Молдова)	
Трудоустроен	44 (14.7)
Частный предприниматель	70 (23.3)
Не трудоустроен	174 (58.0)
Другое	40 (13.3)
Семейное положение	
Женат или сожительствует	117 (39.0)
Разведен или овдовевший	53 (17.7)
Холост	130 (43.3)
Иждивенцы (Молдова)	
Да	79 (26.3)
Нет	221 (73.7)
Знание языков	
Украинский	265 (88.3)
Русский	296 (98.7)
Английский	75 (25.0)
Румынский	31 (10.3)
Другие языки	21 (7.0)

Нет ответа: уровень образования (4)

Статус занятости (Другое: ученик, студент, пенсионер, инвалид, декретный/отцовский отпуск)

Во время пребывания в Молдове респонденты отмечали значительное снижение своего среднемесячного дохода по сравнению с периодом пребывания в Украине (Рисунок2).

Рисунок2 . Среднемесячный доход респондентов в Украине и Молдове



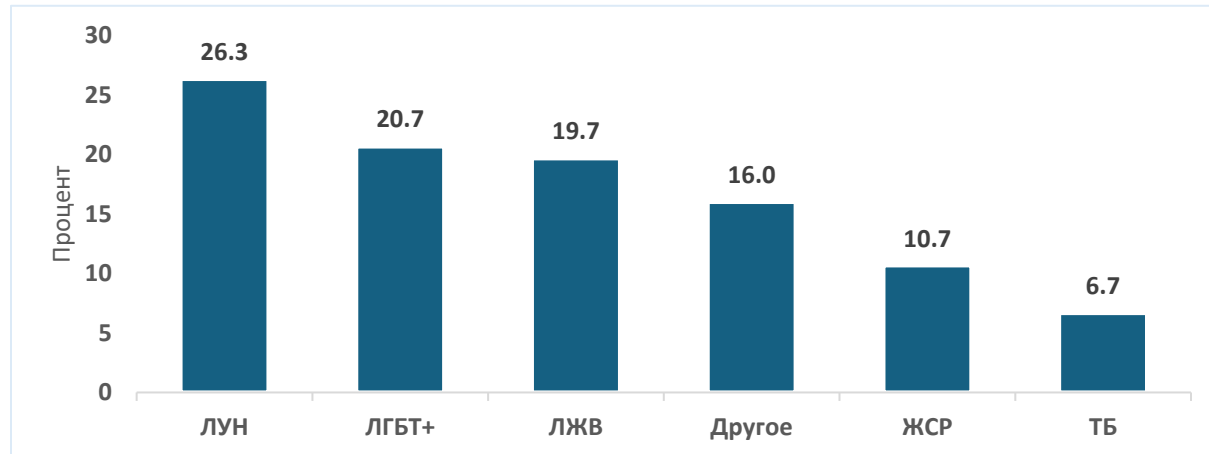
В Украине 9,3% респондентов не имели дохода, в то время как в Молдове этот показатель вырос до 30%. Доля тех, кто имеет доход до 200 евро, также увеличилась с 29 % в Украине до 40 % в Молдове. Треть респондентов (30,3%) указали доход от €201 до €500 в Украине, в то время как в Молдове этот показатель снизился до 21,3 %. Аналогичным образом, доля респондентов с доходом от 501 до 1000 евро снизилась с 23,7% в Украине до 6,7% в Молдове. О более высоких доходах, превышающих 1000 евро, сообщили 7,7% респондентов в Украине и только 2% в Молдове (Рисунок2

Группы и сообщества

Самой многочисленной группой были люди, употребляющие наркотики (ЛУН), - 26,3% (79) от общего числа респондентов. Следующей по численности группой были люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), - 19,7% (59), за ними следовало сообщество ЛГБТ+, которое составило 20,7% (62) респондентов. Женщины, работающие в сфере сексуальных услуг (ЖСР), составили 10,7 % (32) от общего числа респондентов, что указывает на их заметное, хотя и меньшее, присутствие среди исследуемых групп населения. Самой малочисленной группой оказались люди с туберкулезом (ТБ) - всего 6,7 % (20), но это не уменьшает их значимости в контексте уязвимости (Рисунок3).

Обратите внимание, что в группу ЛЖВ вошли 12 человек из группы ЛУН, один человек из группы ЖСР и 11 человек из сообщества ЛГБТ+. Также в группе ЛЖВ два человека идентифицировали себя как ЛГБТ+. В категорию "Другие" вошли 16 % респондентов - это люди, не относящие себя к какой-либо группе или сообществу, но воспользовавшиеся услугами здравоохранения, включая снижение вреда (Рисунок3).

Рисунок3 . Группы и сообщества

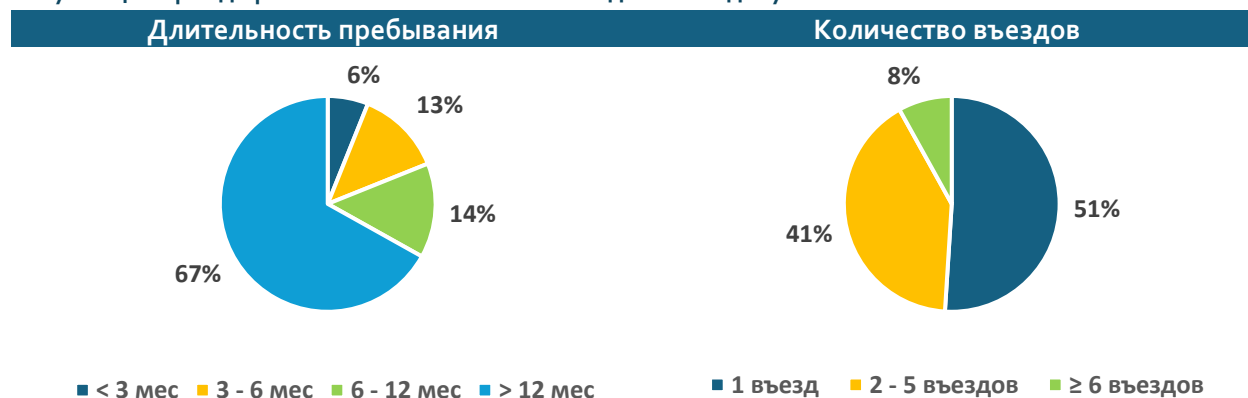


ПРОЦЕДУРЫ ВЪЕЗДА

Большинство респондентов использовали биометрические паспорта при въезде в Молдову, что составило 77,7% (233) от общего числа опрошенных. Следующим по частоте использования документом было украинское удостоверение личности - 13,0% (39), за ним следовал не биометрический паспорт - 6,0% (18). Использование других документов было незначительным: водительское удостоверение использовалось в 0,7% случаев (2), свидетельство о рождении - в 0,3% случаев (1). Кроме того, 2,3 % (7) респондентов въехали в страну без юридических документов.

Участники опроса сообщили о различных сроках пребывания и частоте въезда в Молдову. Большинство респондентов (67%, 198) заявили, что находились в Молдове более одного года, 14% (42) - от 6 до 12 месяцев и 13% (38) - от 3 до 6 месяцев. Только 6,0% (18) находились в стране менее 3 месяцев. Что касается частоты въезда, то 51% (152) респондентов въезжали в страну один раз, 41% (122) - от 2 до 5 раз, а 9% (24) - более 6 раз (Рисунок 4).

Рисунок 4. Период пребывания и количество въездов в Молдову



Нет ответа: период пребывания (4), количество записей (2)

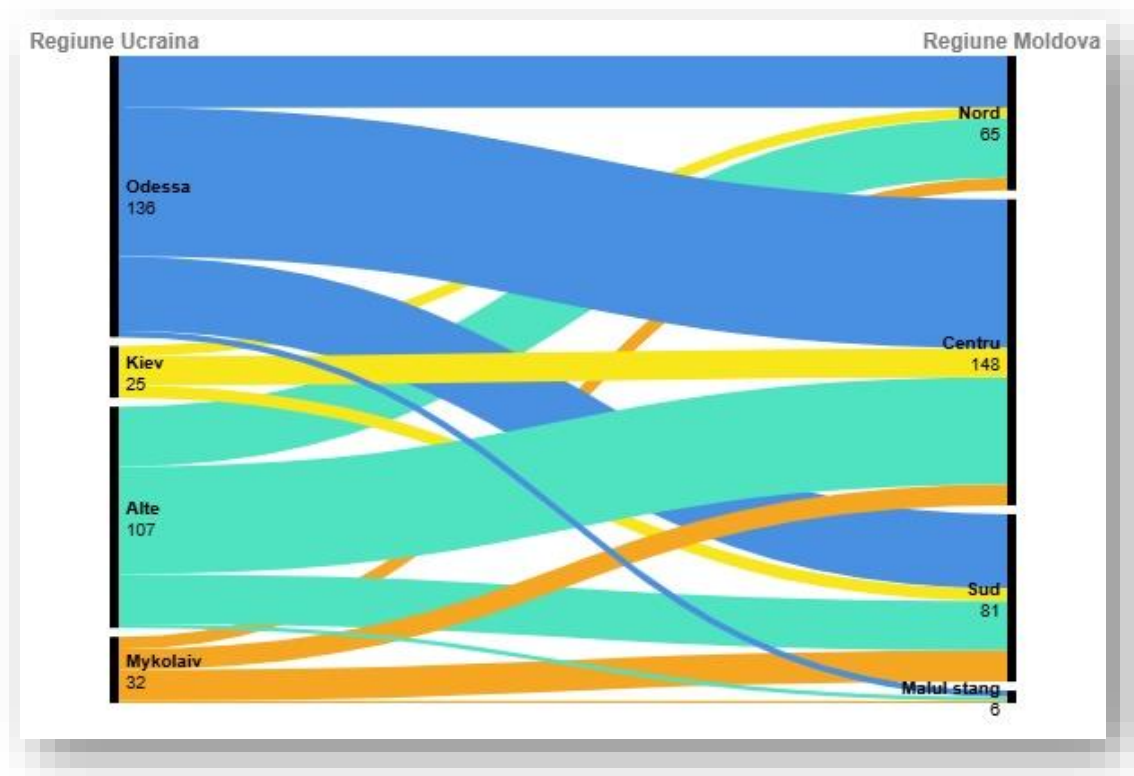
Участники опроса представляли различные регионы Украины, в том числе Одессу, Николаев и Киев. Большинство респондентов, 45,3% (136), были из Одесской области, вторым по распространенности регионом происхождения был Николаев - 10,7% (32). Примерно 8,3% (25) были из Киева, столицы Украины. Кроме того, 6,7% (20) - из Харькова и 6,3% (19) - из Херсона. Среди других регионов происхождения - Днепропетровск (4,0%), Донецк (3,0%) и Чернигов (2,0%). Регионы с долей менее 2% - Черкассы, Черновцы, Крым, Хмельницкий, Житомир, Кировоград, Луганск, Львов, Могилев, Тернополь, Винница и Запорожье. Некоторые респонденты (7) не указали регион происхождения.

В Молдове место жительства участников было самым разнообразным: они предпочитали жить в муниципиях (64,3%, 193), районных центрах (26,7%, 80) и селах (9,0%, 27). Муниципалитет Кишинева был наиболее представлен - 46,0% (138). Вторым по частоте городом проживания был муниципий Бельцы - 17,7% (53). Кагульский и Комратский районы также имели заметное присутствие - 12,3% (37) и 3,0% (9) соответственно. Среди других районов с более низким уровнем присутствия - Чадыр-Лунга (1,7%), Тараклия (3,0%) и город Бендеры (1,3%). К районам, где проживает менее 1% респондентов, относятся Анений Ной, Кэлэрашь, Кантемир, Кэушень, Криулень, Дондушень, Дрокия, Дубэсарь, Фэлешть, Фэлешть, Глодень, Окница, Рышкань, Резина, Сынжерей, Слободзея, Сорока, Штефан Водэ, Стрэшень, Теленешть, Тирасполь и Вулкэнешть.

Рассматривая географическое распределение респондентов, отметим, что почти половина из них (49,3%, 148) предпочли жить в центральной части Молдовы. На юге проживает 27,0 % (81) участников, 21,7 % (65) - в северном регионе страны и 2,0 % (6) - в восточном.

На рисунке ниже показаны регионы Молдовы, в которых проживали респонденты, а также регионы Украины, откуда они приехали. На выбор региона проживания в Молдове не повлиял регион происхождения в Украине, $p\text{-value} = 0,252$, что свидетельствует об отсутствии статистически значимой связи (Рисунок 5).

Рисунок 5. Распределение респондентов по регионам Молдовы, в которых они проживают, и регионам Украины, из которых они приехали



Когда участники исследования прибыли в Молдову, они были размещены в различных местах, например, в центрах для беженцев (93) или в семьях, которые принимали их бесплатно (42). Другие снимали квартиру, дом (80) или комнату (27), а некоторые выбирали другие виды жилья (58), например (у родственников, друзей, в реабилитационных центрах НПО или жилье арендуемое посредством НПО) (Рисунок 6).

В 37,6% (35 из 93) случаев те, кто изначально размещался в центрах для беженцев, оставались там, а еще 39,8% (37 из 93) снимали квартиру или дом. Подавляющее большинство (95,0%, 76 из 80) остались в квартирах или домах, которые они первоначально арендовали. Кроме того, 63 % (17 из 27) тех, кто снимал комнату, и 64,3 % (27 из 42) тех, кто первоначально жил в семьях, предоставивших им бесплатное жилье, остались в тех же условиях. Что касается других видов размещения (у родственников, друзей, в реабилитационных центрах НПО или на условиях аренды жилья посредством НПО), то 62,1% (36 из 58) остались в этих условиях, а 20,7% (12 из 58) сняли квартиру или дом (Рисунок 6).

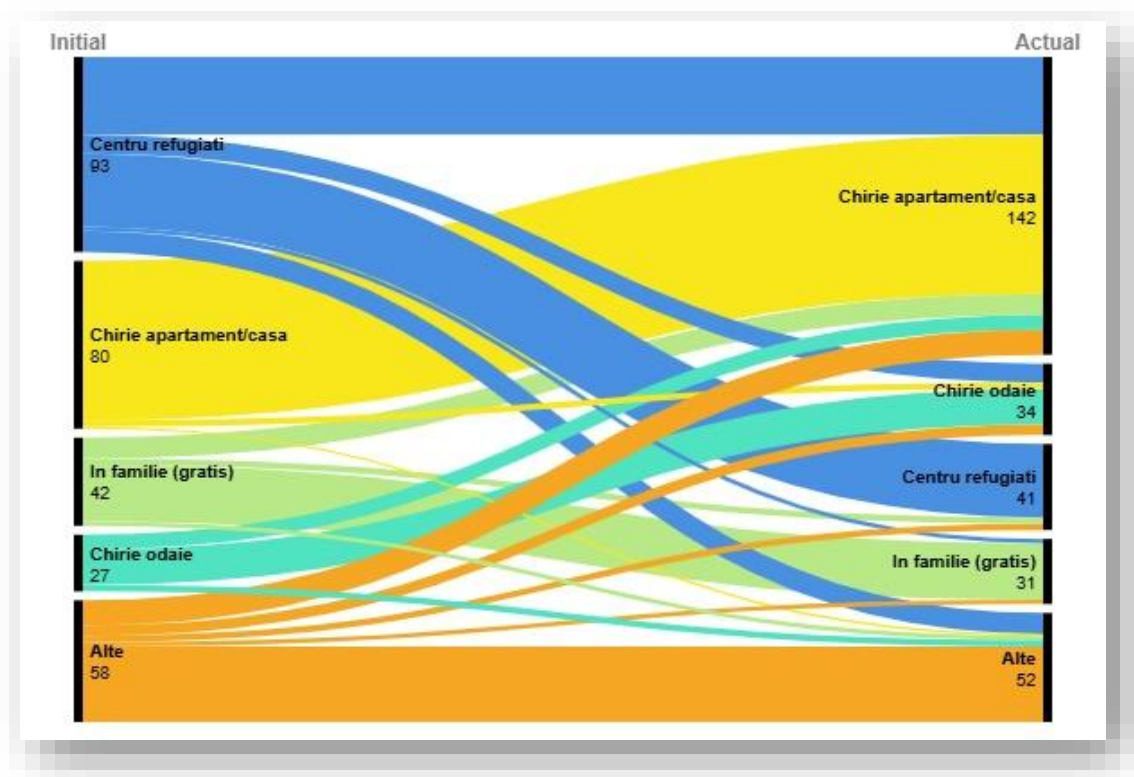
Статистические тесты показали значительную связь между первоначальным местом проживания и текущим местом жительства, что свидетельствует о том, что первоначальный опыт проживания в Молдове оказал значительное влияние на их текущую жилищную ситуацию ($p < 0,05$).

Отвечая на вопрос о том, планируют ли они в ближайшее время покинуть место жительства в Молдове, треть респондентов (30,6%, 89 из 291¹) отметили, что у них есть такие планы. Анализируя намерения респондентов относительно переезда, можно отметить, что большинство

¹ Нет ответа (9)

(51,7%, 46 из 89) тех, кто хочет покинуть Молдову, предпочитают переехать в другую страну. Примерно в четверти случаев (22,5%, 20 из 89) они хотят вернуться в свой родной регион в Украине, а другие (3,4%, 3 из 89) намерены переехать в другой регион в Украине, отличный от родного. Каждый десятый (10,1%, 9 из 89) планирует сменить место жительства на другой населенный пункт в Молдове, а 12,4% (11 из 89) респондентов не уверены, хотят ли они покинуть свое место жительства.

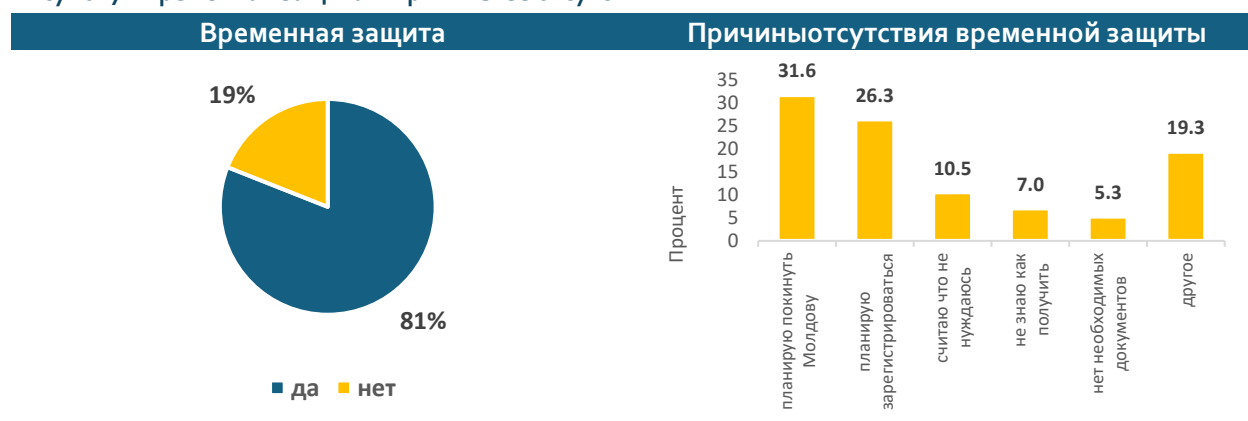
Рисунок 6. Первоначальное место проживания, когда участники исследования прибыли в Молдову, и текущее место проживания



Временная защита

Согласно собранным данным, значительное большинство (81%, 243) респондентов воспользовались временной защитой. Кроме того, 19% (57) респондентов не имеют этой защиты по различным причинам: планируют покинуть Молдову в ближайшее время (18), планируют зарегистрироваться (15), считают, что она им не нужна (6), не знают, как ее получить (4), не имеют необходимых документов (3), другие неуказанные причины (11) (Рисунок7).

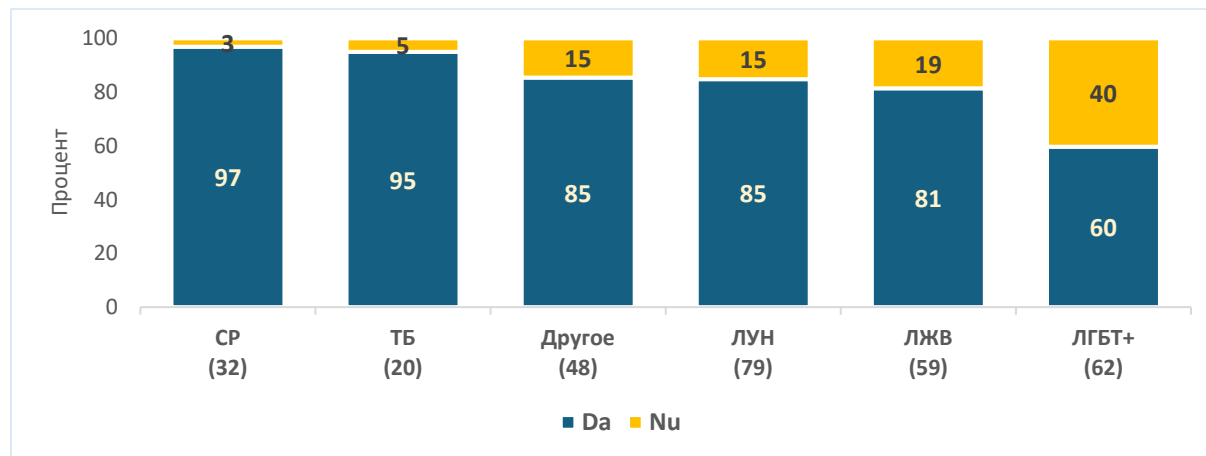
Рисунок7 . Временная защита и причины ее отсутствия



Что касается наличия временной защиты и принадлежности к группе (или сообществу), то наибольшая доля людей с таким статусом приходится на группы СР и ТБ - 96,9% и 95,0% соответственно. В группах ЛУН и ЛЖВ доля людей, имеющих временную защиту, составила 84,8% и 81,8% соответственно. В группе ЛГБТ+ только 59,7% респондентов имеют временную защиту (Рисунок8).

Значение p-value $p < 0,001$ указывает на статистически значимую связь между принадлежностью к определенной группе (или сообществу) и наличием статуса временной защиты, что говорит о том, что принадлежность к определенной группе (или сообществу) оказывает значительное влияние на вероятность получения временной защиты в Молдове (Рисунок8).

Рисунок8 . Временная защита в разбивке по группам и сообществам



Насилие

В исследовании анализировался опыт насилия, которому подвергалось исследуемое население после вторжения России в Украину. Так, около половины (49%, 147) опрошенного населения подвергались различным формам насилия. 78,9% (116 из 147) респондентов, подвергавшихся насилию, заявили, что испытывали эмоциональное насилие, что является самым высоким показателем среди всех форм насилия, о которых сообщалось. Психическое насилие упомянули 51,7% (76 из 147) респондентов, что свидетельствует о высокой распространенности психических расстройств и травм. Что касается физического насилия, то 14,3% (21 из 147) респондентов

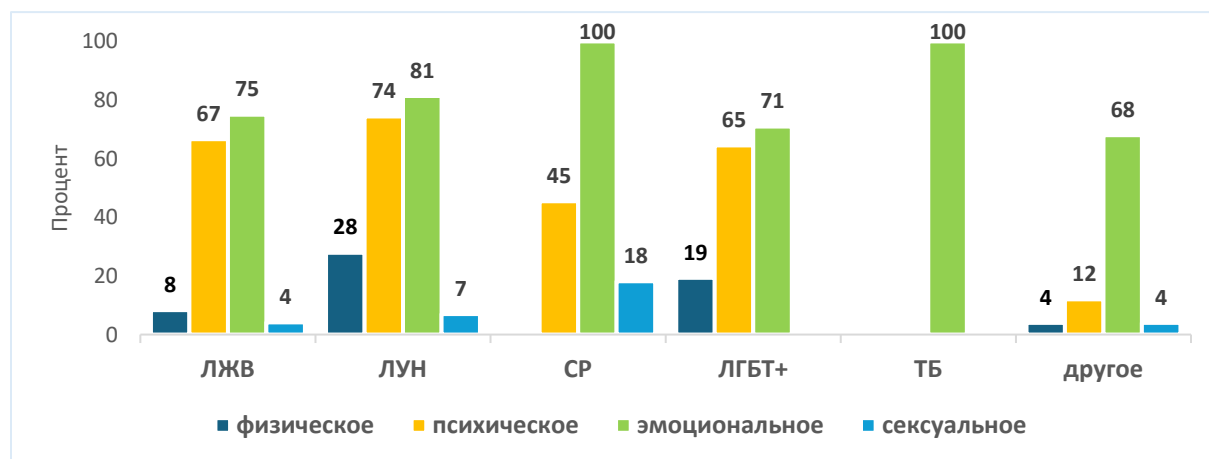
заявили, что они были жертвами этого вида насилия. Сексуальное насилие было отмечено в 4,8% случаев (7 из 147).

Результаты опроса показали, что 55,8% (82/147) мужчин, 40,1% (59/147) женщин и 4,1% (6/147) транссексуалов сообщили об опыте насилия. Статистические тесты ($p = 0,555$) указывают на отсутствие значимой связи между полом и насилием.

Анализ данных показал, что наиболее уязвимыми к насилию были люди с ТБ (13 из 20). Аналогично, ЛУН и представители группы "Другие" имели высокий уровень насилия - 54,4% (43/79) и 52,1% (25 из 48) соответственно. Представители сообщества ЛГБТ+ указали на подверженность насилию в 50,0% (31 из 62) случаев, что свидетельствует о значительной уязвимости. ЛЖВ и СР указали, что стали жертвами насилия в 40,7% (24 из 59) и 34,4% (11 из 32) случаев соответственно.

Среди людей с ТБ, упомянувших о подверженности насилию (13), все были жертвами эмоционального насилия. Среди ЛЖВ, подвергшихся насилию (24), 18 человек испытали эмоциональное насилие, 16 стали жертвами психологического насилия, двое подверглись физическому насилию и один - сексуальному. Среди ЛУН, указавших на подверженность насилию (43), большинство подвергались эмоциональному (35) и психологическому (32) насилию, затем физическому (12) и сексуальному (3). Все СР, указавшие на подверженность насилию (11), подвергались эмоциональному насилию, пятеро пострадали от психологического насилия, а двое стали жертвами сексуального насилия. Из представителей сообщества ЛГБТ+, подвергшихся насилию (31 человек), 22 человека подверглись эмоциональному насилию, 20 - психологическому, а шестеро стали жертвами физического насилия. В группе "Другое" (25 человек) 17 человек подверглись эмоциональному насилию, трое - психологическому, по одному - физическому и сексуальному (Рисунок 9).

Рисунок 9. Группы и сообщества и типы насилия, которому они подверглись



Из 21 респондента, упомянувшего о физическом насилии, 14 указали, что стали жертвами физического насилия на территории Молдовы, 10 уточнили, что насилие имело место в Украине, трое упомянули, что насилие произошло при пересечении границы с Молдовой, и один заявил, что стал жертвой насилия на территории другой страны. Что касается агрессоров, то, согласно полученным данным, 13 респондентов стали жертвами физического насилия со стороны неизвестных лиц. Полицию в качестве агрессора упомянули 7 респондентов, а членов семьи и сотрудников пограничной службы - по два респондента.

Что касается психического насилия (76), 58 респондентов указали, что стали жертвами психического насилия в Украине, а 29 заявили, что насилие имело место на территории Молдовы. Кроме того, 14 респондентов указали, что психическое насилие имело место при пересечении границы с Молдовой, а один респондент отметил, что насилие имело место на территории другой страны. Для 38 респондентов агрессорами были неизвестные лица. Сотрудников пограничной службы назвали в качестве агрессоров 32 респондента, а полицию - 23 респондента. Членов семьи в качестве агрессоров указали 25 респондентов, еще 5 предпочли не отвечать.

Эмоциональное насилие упомянули 116 участников исследования, которые подвергались насилию в различных контекстах. Большинство из них (86) сообщили, что стали жертвами эмоционального насилия в Украине, а 61 - что подверглись эмоциональному насилию при пересечении границы с Украиной. Кроме того, 34 респондента заявили, что это насилие имело место на территории Молдовы. Меньшее число респондентов указало, что подверглись эмоциональному насилию при пересечении границы с Молдовой (10) или на территории другой страны (2). Что касается агрессоров, данные показывают, что 57 респондентов стали жертвами эмоционального насилия со стороны неизвестных лиц, а 52 респондента назвали в качестве агрессоров сотрудников пограничной службы. Членов семьи в качестве агрессоров указали 29 респондентов, а полицию – 17 респондентов.

Анализ данных о сексуальном насилии показывает, что семь участников исследования заявили о пережитом насилии. Большинство этих инцидентов произошло в Молдове, где пять респондентов указали, что стали жертвами сексуального насилия. Еще один респондент указал, что надругательство произошло в Украине, а один предпочел не отвечать. Что касается агрессоров, то, согласно данным, двое респондентов стали жертвами сексуального насилия со стороны членов семьи или своих партнеров, а один указал в качестве агрессоров неизвестных лиц. Остальные четыре респондента предпочли не отвечать на этот вопрос.

Во время пребывания в Молдове респондентов, подвергшихся насилию (147 человек), спросили, обращались ли они за помощью, чтобы сообщить о случаях насилия во время пребывания в Молдове. Таким образом, большинство (55,1%, 81) признало, что были жертвами насилия, но не обращались за помощью. Более чем в трети случаев (34,0%, 50) они обращались за помощью к НПО. В 2,0% случаев (по 3) они обратились в полицию и за медицинской помощью. Кроме того, 6,8% (10) предпочли не отвечать на этот вопрос.

У некоторых респондентов (79) были иждивенцы: дети до 18 лет, взрослые старше 65 лет и люди с ограниченными возможностями. Опыт насилия относительно иждивенцев упомянули 23 респондента. Один респондент указал, что один из его иждивенцев стал жертвой физического насилия, 10 респондентов сообщили, что их иждивенцы подвергались психологическому насилию, а 12 респондентов указали, что их иждивенцы подвергались эмоциональному насилию.

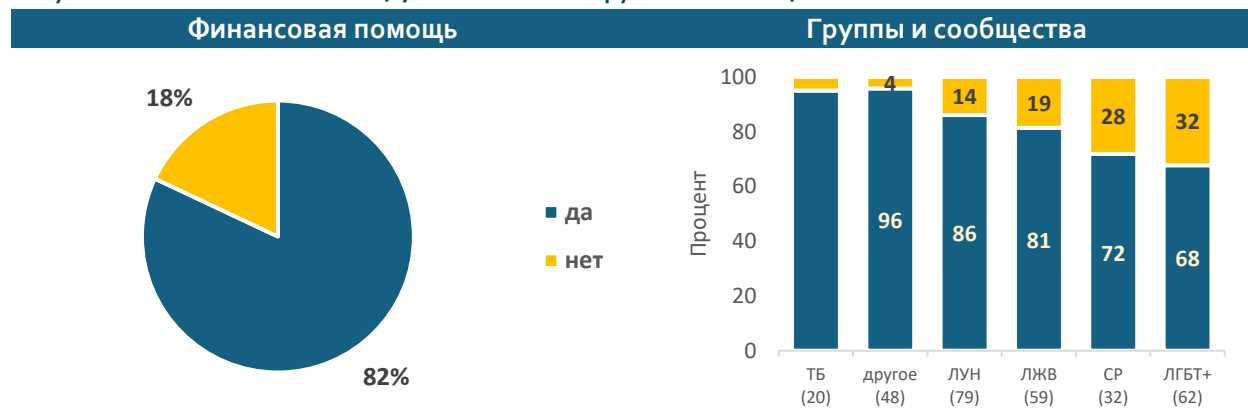
ПОДДЕРЖКА И СРЕДСТВА

Финансовая помощь

Участников опроса спросили, получали ли они финансовую поддержку для беженцев во время их пребывания в Молдове. Из 300 респондентов подавляющее большинство - 82% (246) - подтвердили, что получали такую финансовую поддержку. Напротив, около пятой части (18%, 54 человека) заявили, что не получали финансовой поддержки. Причины, по которым они не получали финансовую поддержку, были самыми разными: они не были зарегистрированы для

получения такой поддержки (57,4%, 31 из 54), не хотели раскрывать свои личные данные (5,6%, 3 из 54) и не знали, что могут получить такую финансовую поддержку (3,7%, 2 из 54). Один респондент (1,9%) сообщил, что намерен зарегистрироваться для получения финансовой помощи. Кроме того, в 25,9% случаев (17 из 54) респонденты не указали причины отказа (Рисунок 10).

Рисунок 10. Финансовая помощь, в том числе по группам и сообществам



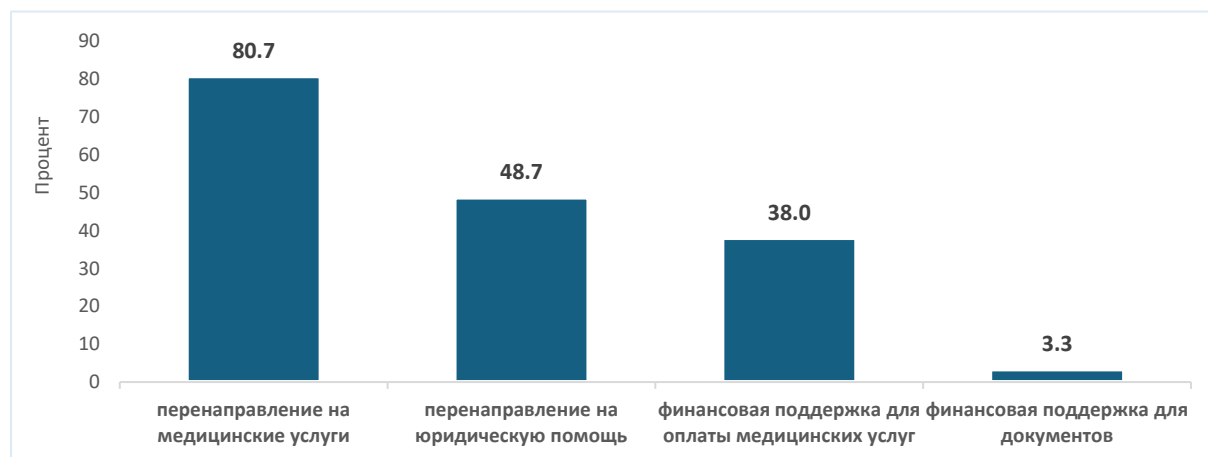
Внутри групп и сообществ доля тех, кто получал финансовую поддержку, существенно различалась: люди с ТБ (19 из 20), ЛЖВ (81,4%), ЛУН (86,1%), СР (71,9%), ЛГБТ+ сообщество (67,7%). В группе "Другие" 95,8% респондентов подтвердили, что получали финансовую помощь. Статистические тесты выявили значимую связь между группами и финансовой помощью, что указывает на то, что принадлежность к определенной группе или сообществу может влиять на вероятность получения финансовой поддержки ($p=0,001$, Рисунок 10).

С момента прибытия в Молдову участники исследования бесплатно получали различные товары и продукты первой необходимости. Наиболее часто раздавались продукты питания, которые получили 22,7% (68) респондентов. Примерно пятая часть (20,7%, 62) респондентов получала средства гигиены, а еще 11,3% (34) - одежду, постельное белье и другие тому подобные средства. В 18,7% (56) случаев они получали лекарства, а в 0,7% (2) случаев - медицинское оборудование (инвалидные коляски, костыли, слуховые аппараты и т. д.). Семьи с детьми (5,0%, 15) получали такие специфические товары, как детское питание и подгузники. Кроме того, 9,7% (29) респондентов получали другие виды помощи.

Поддержка и средства, предоставляемые НПО и волонтерами

Участники исследования воспользовались широким спектром услуг, предоставляемых НПО и волонтерами. Наиболее распространенными услугами были направление и/или сопровождение в медицинские учреждения, которые получили 80,7% (242) респондентов. Кроме того, в 48,7% (146) случаев респонденты были направлены на получение юридической помощи, а в 38,0% (114) случаев получили финансовую поддержку для оплаты медицинских услуг (Рисунок 11).

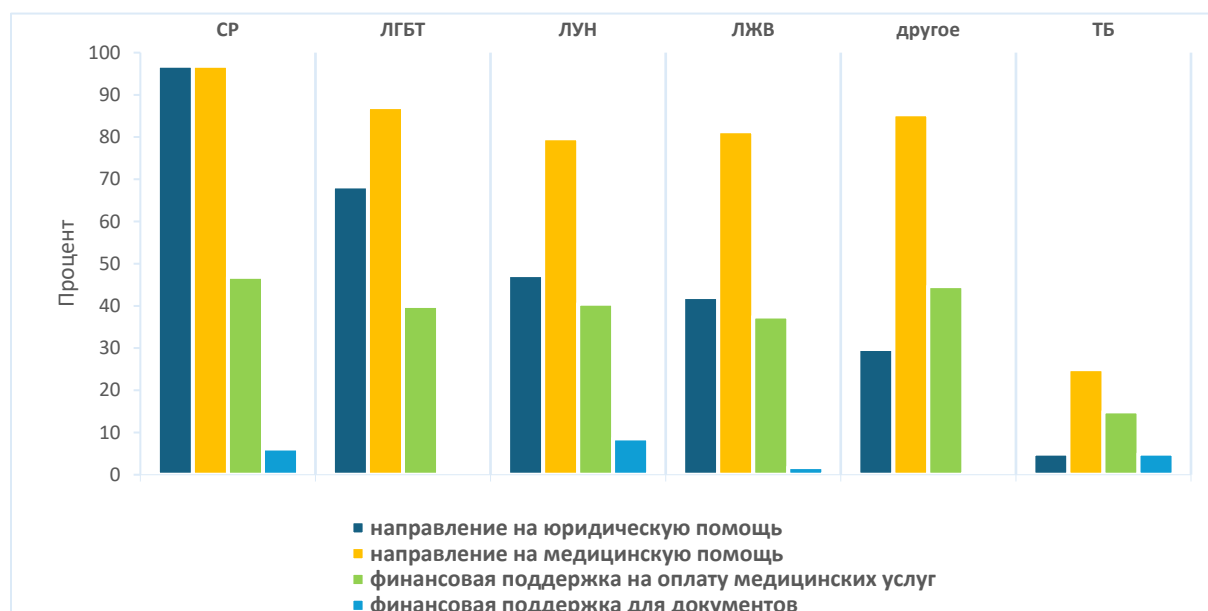
Рисунок 11. Поддержка и средства, предоставленные НПО и волонтерами



Услуги, предоставляемые НПО и волонтерами, в зависимости от групп и сообществ, показывают, что чаще всего используется направление в медицинские учреждения, с высоким процентом бенефициаров во всех группах (Рисунок 12):

- ЛУН в основном пользовались направлениями в медицинские учреждения (79,7%), направлениями на юридическую помощь (47,3%) и финансовой поддержкой для оплаты медицинских услуг (40,5%).
- Группа СР значительно воспользовалась направлениями на юридическую помощь (96,9%) и финансовой поддержкой для оплаты медицинских услуг (46,9%). В 96,9% случаев они были направлены в медицинские учреждения.
- Члены сообщества ЛГБТ+ в основном воспользовались направлениями в медицинские учреждения (87,1%), финансовой поддержкой для оплаты медицинских услуг (40,0%).
- Группа ЛЖВ получила значительную помощь в виде направления в медицинские учреждения (81,4%), направления на юридическую помощь (42,1%), финансовую поддержку для оплаты медицинских услуг (37,5%).
- Люди с туберкулезом получали в основном направления в медицинские учреждения (25,0%), в 15,0% случаев - финансовую поддержку для оплаты медицинских услуг.
- Группа Другое получила направления в медицинские учреждения (85,4%), в 29,8% случаев они получили направления на юридическую помощь и в 44,7% случаев - финансовую поддержку на медицинские услуги.

Рисунок 12. Поддержка и средства, предоставленные НПО и волонтерами, по группам и сообществам



МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

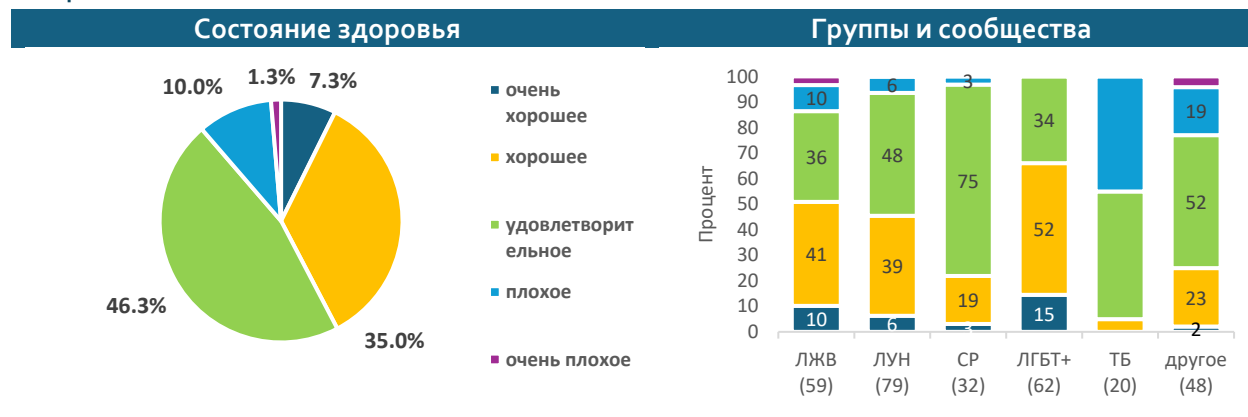
Состояние здоровья

В ходе исследования оценивалось восприятие респондентами своего состояния здоровья на момент проведения опроса. Они самостоятельно оценили состояние своего здоровья за последние четыре недели. В 46,3% (139) случаев участники исследования оценили свое состояние здоровья как удовлетворительное. Значительная часть, 35,0% (105), считала свое состояние здоровья хорошим. И наоборот, только 7,3% (22) респондентов оценили свое состояние здоровья как очень хорошее. С другой стороны, 10,0% (30) респондентов оценили свое состояние здоровья как плохое, а 1,3% (4) - как очень плохое (Рисунок 13).

Анализ восприятия состояния здоровья в зависимости от группы и сообщества выявил значительные различия, что подчеркивает необходимость индивидуального подхода. Так, в группе СП был самый высокий процент респондентов, оценивших свое состояние здоровья как удовлетворительное (75,0 %, 24 из 32), что говорит об общем позитивном восприятии. Напротив, в сообществе ЛГБТ+ был самый высокий процент респондентов, оценивших свое состояние здоровья как хорошее (51,6 %, 32 из 62), что свидетельствует о более благоприятном восприятии состояния здоровья в этой группе. С другой стороны, в группе людей с туберкулезом был самый высокий процент респондентов, оценивших свое состояние здоровья как плохое (9 из 20), что свидетельствует о значительных проблемах со здоровьем в этой группе. В группе ВИЧ также был замечен процент респондентов, оценивших свое состояние здоровья как очень хорошее (10,2 %, 6 из 59), но также 3,4 % (2 из 59), которые охарактеризовали свое состояние здоровья как очень плохое. Группа ЛУН продемонстрировала умеренное восприятие своего состояния здоровья: почти половина респондентов (48,1%, 38 из 79) оценили свое здоровье как удовлетворительное. Значительная часть (39,2%, 31 из 79) считает свое здоровье хорошим, а небольшая часть (6,3%, 5 из 79) - очень хорошим. Однако некоторые респонденты (6,3%, 5 из 79) охарактеризовали свое состояние здоровья как плохое, и никто из них не сообщил об очень плохом здоровье (Рисунок 13).

Статистические тесты ($p < 0,001$) показали значительную связь между группами и воспринимаемым состоянием здоровья, предполагая, что принадлежность к определенной группе может влиять на то, как респонденты воспринимают свое состояние здоровья.

Рисунок 13. Воспринимаемое респондентами состояние здоровья за последние четыре недели до интервью



Источники информации

В ходе исследования респондентов опрашивали об источниках информации о доступе к медицинским услугам в Молдове. Наиболее распространенными источниками информации о доступе к медицинским услугам были НПО в Молдове (65,0%, 195), за ними следовала информация, полученная от других беженцев в Молдове (37,3%, 112) и от друзей или знакомых в Молдове (27,0%, 81). Социальные сети были важным источником информации для 26,0% (78) респондентов, а листовки и брошюры использовались примерно в пятой части случаев (19,3%, 58). Информация с официальных молдавских сайтов была источником в 17,7% (53) случаев, а официальные украинские сайты использовались только 3,0% (9) респондентов. Украинские друзья и знакомые послужили источником информации для 14,0% (42) респондентов, а украинские НПО - для 2,7% (8) респондентов (Рисунок 14).

Рисунок 14. Источники информации о доступе к медицинским услугам



В разных группах и сообществах наблюдались значительные различия в источниках информации, используемых для доступа к медицинским услугам.

Наиболее частым источником информации были молдавские НПО. Так, респонденты из группы СР полагались на эти организации в 96,9% (31 из 32), за ними следуют респонденты из группы ЛУН (67,1%, 53 из 79), сообщества ЛГБТ+ (79,0%, 49 из 62), группы ЛЖВ с (50,8%, 30 из 59) и группы Другое (56,3%, 27 из 48), а также люди, страдающие туберкулезом (5 из 20).

Друзья и знакомые в Молдове также были другим важным источником. На эти источники в основном опирались больные туберкулезом (14 из 20). На этот источник ссылались в трети случаев ЛУН (30,4%, 24 из 79) и "Другое" (29,2%, 14 из 48), и примерно в четверти случаев ЛЖВ (25,4%, 15 из 59). Респонденты из сообщества ЛГБТ+ указали этот источник в 17,7% (11 из 62) случаев, и в 9,4% (3 из 32) случаев СР.

Чаще всего социальные сети использовали люди, страдающие туберкулезом (12 из 20), за ними следуют представители сообщества ЛГБТ+ (48,4%, 30 из 62), группа ЛЖВ (30,5%, 18 из 59), группа "Другое" (22,9%, 11 из 48) и группа ЛУН (8,9%, 7 из 79).

Другие беженцы из Молдовы были важным источником информации для группы СР (71,9%, 23 из 32), за ней следуют группа ЛУН (49,4%, 39 из 79), группа "Другое" (29,2%, 14 из 48) и сообщество ЛГБТ+ (24,2%, 15 из 62).

Информацией на официальных сайтах в Молдове в основном пользовались люди из группы ТБ (10 из 20), за ними следуют группа СР (28,1%, 9 из 32), группа ЛУН (13,9%, 11 из 79), группа ЛЖВ (11,9%, 7 из 59), группа "Другое" (20,8%, 10 из 48) и сообщество ЛГБТ+ (9,7%, 6 из 62).

Брошюры и листовки также были важными источниками информации для людей из группы ТБ (8 из 20), за ними следуют люди из группы СР (34,4%, 11 из 32), группы ЛУН (26,6%, 21 из 79), группы "Другое" (20,8%, 10 из 48), группы ЛГБТ+ (8,1%, 5 из 62) и группы ЛЖВ (5,1%, 3 из 59).

Друзья и знакомые в Украине были основными источниками информации для группы "Другое" (35,4%, 17 из 48), группы ЛУН (10,1%, 8 из 79), группы СР (12,5%, 4 из 32), группы ТБ (6 из 20), группы ЛЖВ (8,5%, 5 из 59) и сообщества ЛГБТ+ (3,2%, 2 из 62).

Информация с официальных украинских сайтов использовалась реже: группа ТБ (1 из 20), группа ЛЖВ (6,8%, 4 из 59), группа ЛУН (3,8%, 3 из 79), группа "Другое" (2,1%, 1 из 48).

НПО в Украине: группа ЛЖВ (3,4%, 2 из 59), группа ЛУН (3,8%, 3 из 79) и сообщество ЛГБТ+ (4,8%, 3 из 62).

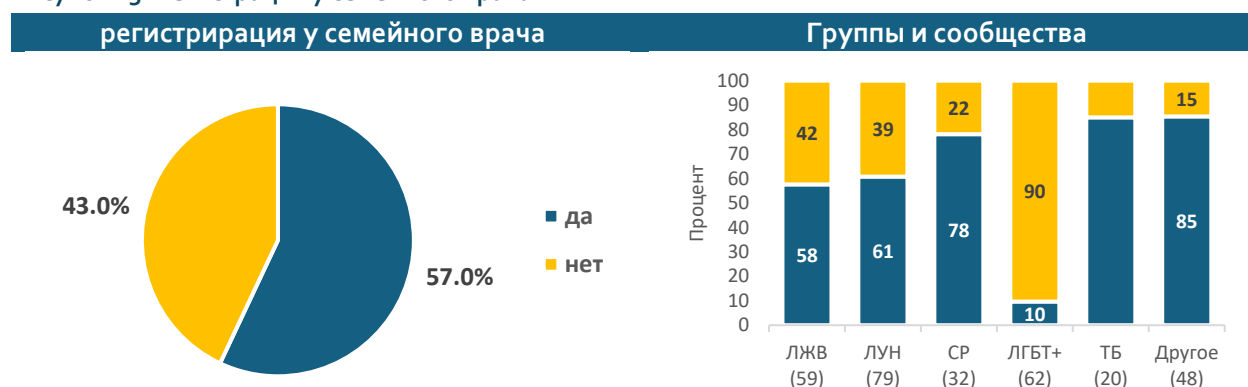
Регистрация у семейного врача

В 57,0% (171) случаев респонденты отметили, что они зарегистрированы у семейного врача в Молдове, но этот процент значительно варьирует между группами и сообществами.

В группах "ТБ" и "Другие" отмечен самый высокий уровень регистрации - 85,0% и 85,4% (41 из 48) соответственно, что свидетельствует о хорошей доступности медицинских услуг. Высокий показатель в 78,1% (25 из 32) также наблюдается в группе СР. Иная ситуация наблюдается в группах ЛЖВ и ЛУН, где показатели регистрации умеренные - 57,6% (34 из 59) и 60,8% (48 из 79). В отличие от них, в группе ЛГБТ+ самый низкий показатель регистрации - всего 9,7% (6 из 62).

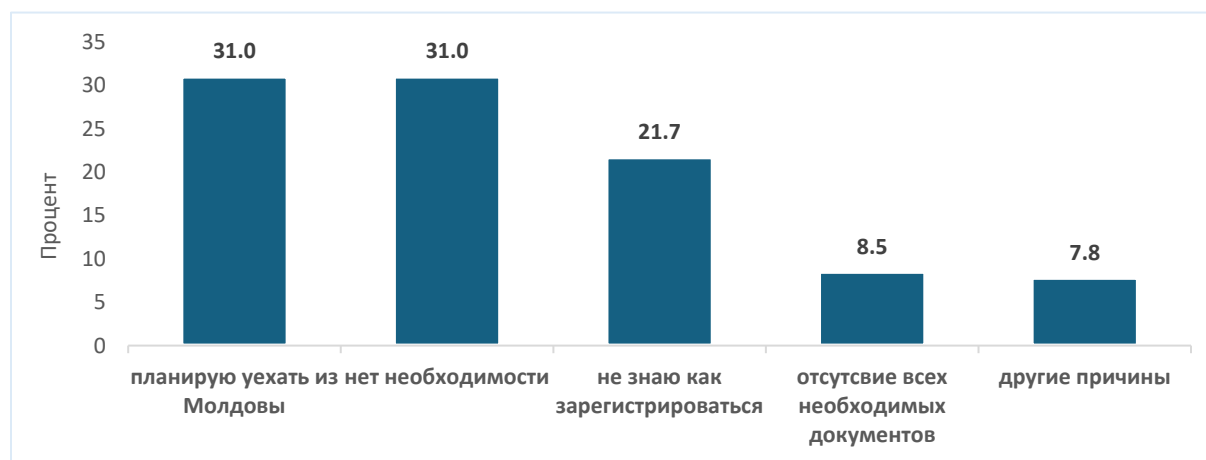
Статистические тесты подтверждают наличие значимой связи между принадлежностью к группе и вероятностью постановки на учет у врача общей практики ($p < 0,001$, Рисунок 15).

Рисунок 15. Регистрация у семейного врача



Исследование выявило несколько причин, по которым участники не зарегистрировались у семейного врача в Молдове. Примерно в трети случаев основными причинами были намерение уехать из Молдовы (31,0%, 40 из 129) и отсутствие необходимости регистрироваться у семейного врача несмотря на то, что они оплачивают медицинские услуги (31,0%, 40 из 129). С другой стороны, более чем в одной пятой случаев (21,7%, 28 из 129) респонденты указали, что не зарегистрированы у врача, потому что не знают процедуры регистрации. Еще меньший процент, 8,5%, не имел необходимых для регистрации документов. Наконец, оставшиеся 7,8% (10 из 129) респондентов не указали мотив отсутствия регистрации (Рисунок 16).

Рисунок 16. Причины отсутствия регистрации у семейного врача



Анализ по группам и сообществам показал разнообразие причин отказа от регистрации у семейного врача в Молдове. Так, 40,0% (10 из 25) респондентов из группы ЛЖВ, 39,3% (22 из 56) респондентов из сообщества ЛГБТ+, 9,7% (3 из 31) респондентов из группы ЛУН не считают необходимым регистрироваться у семейного врача. Кроме того, на эту причину указали некоторые респонденты из группы "Другие" (2 из 7), а также из группы ТБ (2 из 3)

Намерение покинуть Молдову в ближайшем будущем было еще одной распространенной причиной, особенно среди респондентов ЛГБТ+ (37,5%, 21 из 56), среди ЛЖВ (28%, 7 из 25) и ЛУН (25,8%, 8 из 31). Некоторые респонденты из группы СР также указали эту причину (4 из 7).

Незнание способов регистрации, - еще одна причина, которая была отмечена среди респондентов ЛЖВ в 28,0% (7 из 25) случаев, среди респондентов ЛУН в 29,0% (9 из 31) случаев, а также среди респондентов ЛГБТ+ в 21,4% (12 из 56) случаев.

Еще одной причиной названо отсутствие необходимых документов, требуемых для регистрации. Около четверти (25,8%, 8 из 31) респондентов ЛУН упомянули об этом, а также по одному респонденту из групп ЛЖВ (4,0%, 1 из 25), СР (1 из 7) и Другое (1 из 7).

Доверие к семейному врачу является важным аспектом отношений между пациентом и врачом и существенно влияет на качество медицинской помощи. Респондентов, зарегистрированных в списке семейных врачей Молдовы (171), попросили высказать свое мнение об уровне доверия к семейному врачу, у которого они состоят на учете. В 44,4% (76) случаев они указали, что доверяют семейному врачу, в 37,4% (64) случаев - нейтрально, не имея четкого положительного или отрицательного мнения. С другой стороны, 8,8% (15) участников заявили о полном доверии к семейному врачу, а 8,2% (14) указали на низкий уровень доверия или полное отсутствие доверия (1,2%, 2).

Общение с поставщиками медицинских услуг

Общение с поставщиками медицинских услуг имеет решающее значение для обеспечения качественной медицинской помощи.

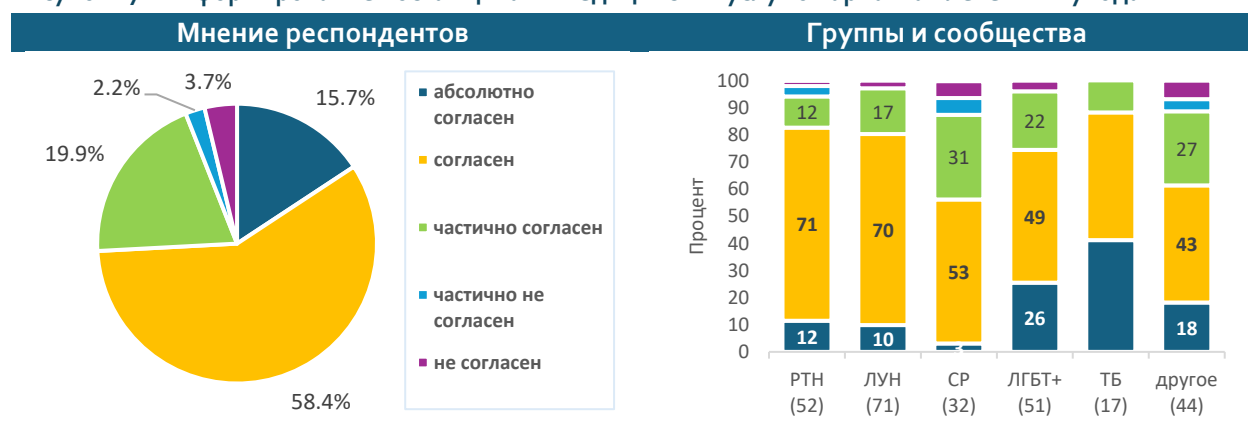
Информирование о вариантах лечения и ухода

Согласно полученным данным, большинство респондентов считают себя достаточно информированными о своем здоровье и вариантах лечения (74,1% согласны или категорически согласны, 198 из 267²), что свидетельствует о высоком уровне удовлетворенности участников исследования.

В зависимости от группы и сообщества, респонденты из групп ЛЖВ и ЛУН были наиболее удовлетворены уровнем информирования со стороны поставщиков медицинских услуг в 82,7% (43 из 52) и 80,3% (57 из 71) случаев, соответственно. Представители сообщества ЛГБТ+ чувствовали себя достаточно информированными в 74,5% (38 из 51) случаев, а группа СР-в 56,2% (18 из 32) случаев. Кроме того, большинство людей в группе ТБ (15 из 17) были удовлетворены уровнем информирования со стороны поставщиков медицинских услуг. При этом мнения респондентов относительно объема информации, предоставляемой поставщиками медицинских услуг о лечении и вариантах ухода, различались в разных группах и сообществах, что было подтверждено статистическими тестами ($p=0,009$) (Рисунок 17).

² Нет ответа (33)

Рисунок 17 . Информирование поставщиками медицинских услуг о вариантах лечения и ухода



Информирование о безопасности лечения

Анализ данных об информировании респондентов о безопасности лечения показал преимущественно положительное отношение. Доля тех, кто считает, что получает необходимую информацию (категорически согласен и согласен), составила 72% (190 из 264,³Рисунок 18).

При разбивке по группам и сообществам значительных различий не наблюдалось ($p=0,281$). Респонденты в группах ЛЖВ и ЛУН чувствовали себя лучше всего информированными о безопасности лечения в 87,2% (48 из 55) и 72,9% (51 из 70) случаев, соответственно. Большинство участников группы ТБ также чувствовали себя хорошо информированными (13 из 17). Представители сообщества ЛГБТ+ чувствовали себя адекватно информированными в 68,8% (33 из 48) случаев, а представители группы "Другое" - в 61,9% (26 из 42) случаев. Напротив, группа СР чувствовала себя наименее информированной о безопасности лечения (59,3%, 19 из 32) (Рисунок 18).

Рисунок 18. Информирование поставщиками медицинских услуг о безопасности лечения



Адаптация медицинского обслуживания в соответствии с потребностями

Мнения респондентов относительно адаптации медицинских услуг к их потребностям свидетельствуют о преимущественно позитивном отношении. Доля тех, кто полностью согласен

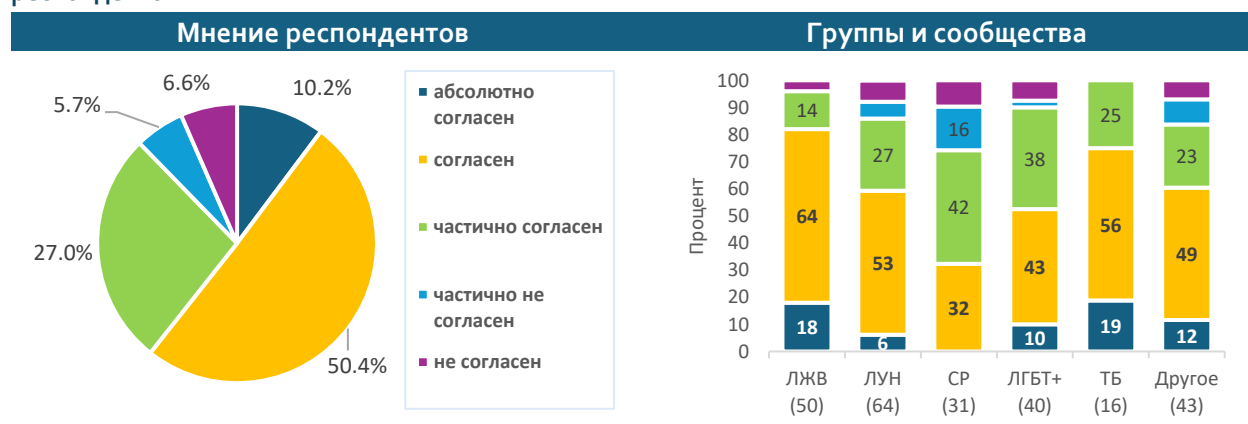
³ Нет ответа (36)

и согласен с этим утверждением, составила 60,6% (148 из 244⁴), что свидетельствует о высоком уровне удовлетворенности (Рисунок 19).

В большинстве случаев респонденты из групп ЛЖВ и "Другое" в основном были твердо согласны или согласны, в 82,0% (41 из 50) и 60,4% (26 из 43) случаев, соответственно. Большинство респондентов в группе ЛУН (59,3%, 38 из 64) и большинство в сообществе ЛГБТ+ (52,5%, 21 из 40) также чувствовали адекватный уход, как и респонденты в группе ТБ (12 из 16). Группа СР чувствовала наименьший уход (32,3%, 10 из 31) (Рисунок 19).

Таким образом, мнения респондентов о том, адаптируют ли поставщики медицинских услуг медицинское обслуживание к их потребностям, различаются между группами и сообществами, что подтверждается статистическими тестами ($p=0,026$, Рисунок 19).

Рисунок 19. Адаптация медицинского обслуживания поставщиками услуг в зависимости от потребностей респондентов



Сбор отзывов поставщиками медицинских услуг

Данные по сбору отзывов респондентов (с помощью опросов об удовлетворенности или другими способами) поставщиками медицинских услуг показали, что доля тех, кто был твердо согласен и согласен с этим утверждением, составила 48,2% (102 из 212), что свидетельствует об умеренном уровне удовлетворенности участников исследования.

Исследование выявило высокий уровень удовлетворенности сбором отзывов поставщиками медицинских услуг среди респондентов группы ЛЖВ - 55,8% (24 из 43) и группы ТБ (11 из 17). Группа ЛУН выделялась 50,0% (28 из 56), а сообщество ЛГБТ+ - 47,5% (19 из 40). Группа СР отметила удовлетворенность только в одной трети случаев (33,3%, 9 из 27). Таким образом, проанализированные результаты свидетельствуют о значительных различиях между группами и сообществами в зависимости от сбора отзывов поставщиками медицинских услуг ($p=0,027$, Рисунок 20).

⁴ Нет ответа (56)

Рисунок 20. Сбор отзывов поставщиками медицинских услуг

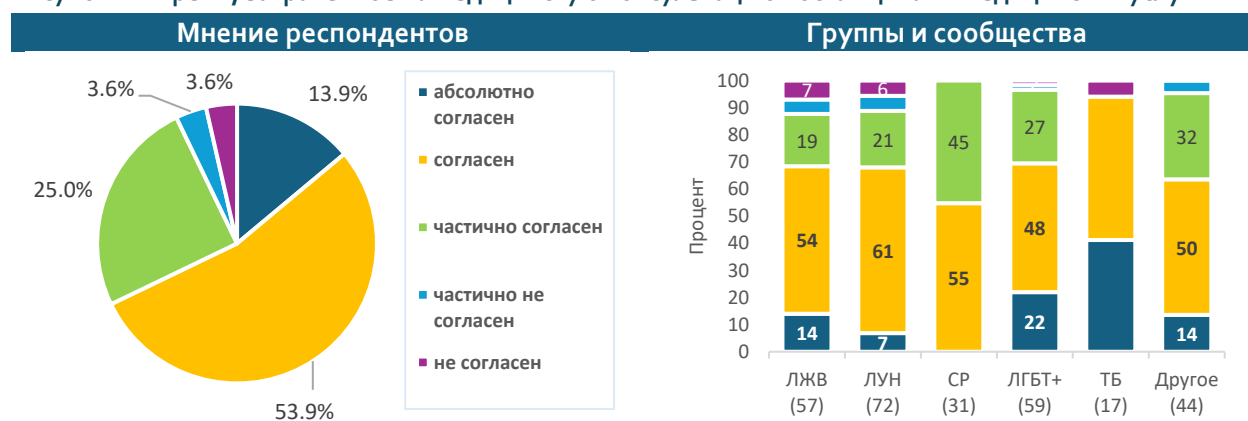


Время, отведенное на медицинскую консультацию

В подавляющем большинстве случаев (67,8%, 190 из 280⁵) участники исследования были твердо согласны или согласны с тем, что время, отведенное медицинскими работниками на консультацию, было достаточным (Рисунок 21).

Подавляющее большинство людей из группы ТБ полностью согласились или согласились с этим утверждением (16 из 17), а также представители сообщества ЛГБТ+ (69,5%, 41 из 59). За ними следуют респонденты из группы ЛУН (68,0%, 49 из 72), группы ЛЖВ (68,4%, 39 из 57) и группы "Другое" (63,6%, 28 из 44). Также 54,8% (17 из 31) респондентов из группы СР отметили этот факт. Таким образом, статистический анализ подтвердил статистически значимые различия между группами ($p = 0,003$, Рисунок 21).

Рисунок 21. Время, затраченное на медицинскую консультацию поставщиками медицинских услуг



Конфиденциальность во время медицинской консультации

Относительно проведения медицинских консультаций в приватном и конфиденциальном порядке поставщиками медицинских услуг, исследование показало, что 78,5% (219 из 279⁶) респондентов поддержали это утверждение, решительно согласившись или согласившись с ним (Рисунок 22).

⁵ Нет ответа (20)

⁶ Нет ответа (21)

В разбивке по группам и сообществам 91,1% (51 из 56) респондентов группы ЛЖВ поддерживали это утверждение, за ними следуют респонденты из группы ЛУН (84,5%, 60 из 71) и сообщества ЛГБТ+ (71,2%, 42 из 59). Представители группы "Другое" поддержали это утверждение на 66,6% (30 из 45), а представители группы РС - на 64,5% (20 из 31). Также, представители группы ТБ (16 из 17) поддержали это утверждение. Таким образом, анализ данных выявил статистически значимые различия между группами респондентов с точки зрения восприятия конфиденциальности и приватности во время медицинских консультаций ($p=0,007$, Рисунок 22).

Рисунок 22. Мнения о конфиденциальности во время медицинской консультации



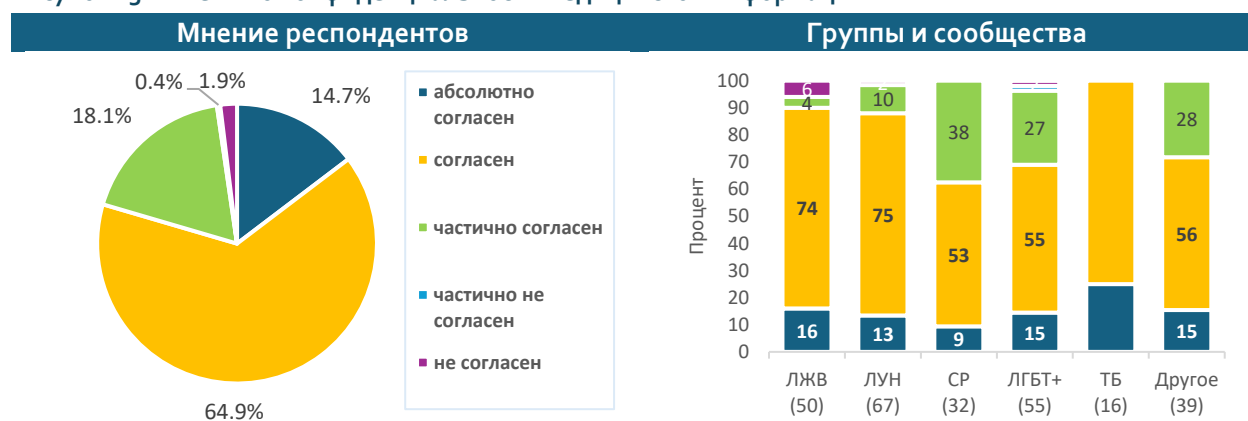
Конфиденциальность о состоянии здоровья

Соблюдение конфиденциальности поставщиками медицинских услуг является важнейшим вопросом при оказании медицинской помощи. Анализируя собранные данные, можно отметить, что большинство участников исследования (79,5%, 206 из 259⁷) считают, что поставщики медицинских услуг соблюдают конфиденциальность касаясь состояния их здоровья (Рисунок 23).

Однако уровень уверенности в том, что медицинские работники соблюдают конфиденциальность в отношении здоровья людей, различался между группами и сообществами ($p=0,010$). Так, в группе ТБ все люди (16 из 16) выразили полную уверенность в том, что медицинские работники соблюдают конфиденциальность. Группа ЛЖВ следует за ней, где 90,0% (45 из 50) респондентов высказали положительное отношение, но и в группе ЛУН респонденты также выразили высокий уровень уверенности: 88,0% (59 из 67) респондентов согласились или были полностью согласны. В группе "Другое" 71,8% (28 из 39) респондентов выразили уверенность в соблюдении конфиденциальности, а в сообществе ЛГБТ+ этот показатель составил 69,0 % (38 из 55). С другой стороны, в группе РС уровень уверенности был самым низким: только 62,5% (20 из 32) респондентов согласились или были полностью согласны с тем, что поставщики медицинских услуг соблюдают конфиденциальность о состоянии их здоровья (Рисунок 23).

⁷ Нет ответа (41)

Рисунок 23 . Мнения о конфиденциальности медицинской информации

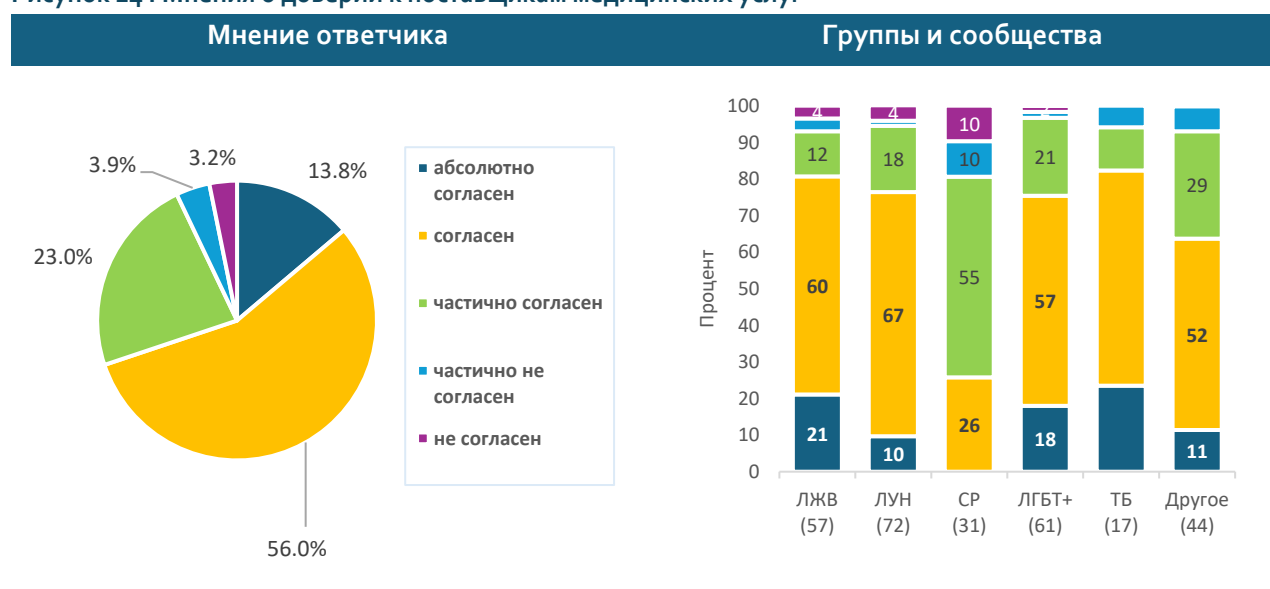


Доверие к поставщикам медицинских услуг

Большинство респондентов (69,9%, 197 из 282⁸) подчеркнули свое доверие к поставщикам медицинских услуг, с которыми они общались, в частности, 13,8% (39) респондентов были полностью согласны и 56,0% (158) согласились с утверждением "Я доверяю медицинским работникам, с которыми я общался" (Рисунок 24).

Наибольший процент доверия был у респондентов из группы ЛЖВ (80,7%, 46 из 57), за ними следуют респонденты из группы ЛУН (76,4%, 55 из 72). Представители сообщества ЛГБТ+ выразили доверие к медицинским работникам в 75,4% (46 из 61) случаев, а представители группы "Другие" - в 63,7% (28 из 44) случаев. Люди из группы ТБ также проявили доверие к поставщикам медицинских услуг (14 из 17). Наименьший процент доверия был в группе СР (25,8%, 8 из 31). Статистический анализ выявил значительные различия между группами по уровню доверия к поставщикам медицинских услуг ($p < 0,001$, Рисунок 24).

Рисунок 24 . Мнения о доверии к поставщикам медицинских услуг



⁸ Нет ответа (18)

Качество и безопасность медицинских услуг

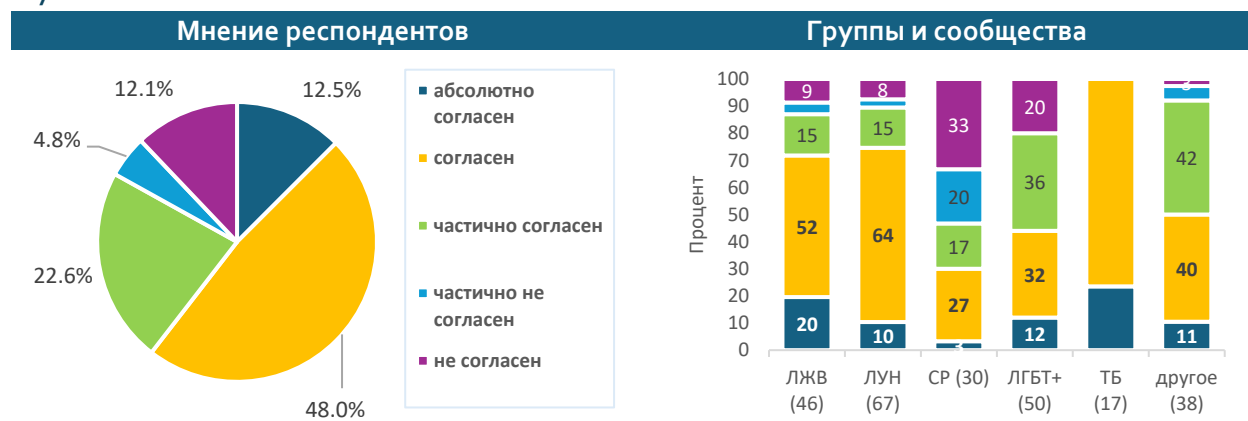
Качество и безопасность медицинских услуг оценивались по различным аспектам сотрудничества и направления к специалистам.

Система направления и сотрудничества между службами здравоохранения

Система направления и сотрудничества между медицинскими службами была признана эффективной 60,5% (150 из 248⁹) участниками опроса. В частности, респонденты были категорически согласны с этим утверждением в 12,5% (31) случаев и согласны в 48,0% (119) случаев (Рисунок 25).

В разбивке по группам и сообществам все респонденты в группе ТБ (17 из 17) утверждают, что в Молдове существует хорошая система направления к специалистам и сотрудничества между службами здравоохранения. За ними следуют группа ЛУН (74,6%, 50 из 67) и группа ЛЖВ (71,8%, 33 из 46). Систему перенаправления и сотрудничества между службами здравоохранения считают хорошей 50,0% (19 из 38) респондентов из группы "Другое", 44,0% (22 из 50) респондентов из сообщества ЛГБТ+ и 30,0% (9 из 30) респондентов из группы СР. Эти данные свидетельствуют о том, что восприятие эффективности системы направления к специалистам и сотрудничества между медицинскими службами существенно различается в разных группах. Значение $p < 0,001$ указывает на то, что эти различия статистически значимы (Рисунок 25).

Рисунок 25. Мнения об эффективности системы направлений и сотрудничества между медицинскими службами



Система направления и сотрудничества между медицинскими службами и центрами размещения

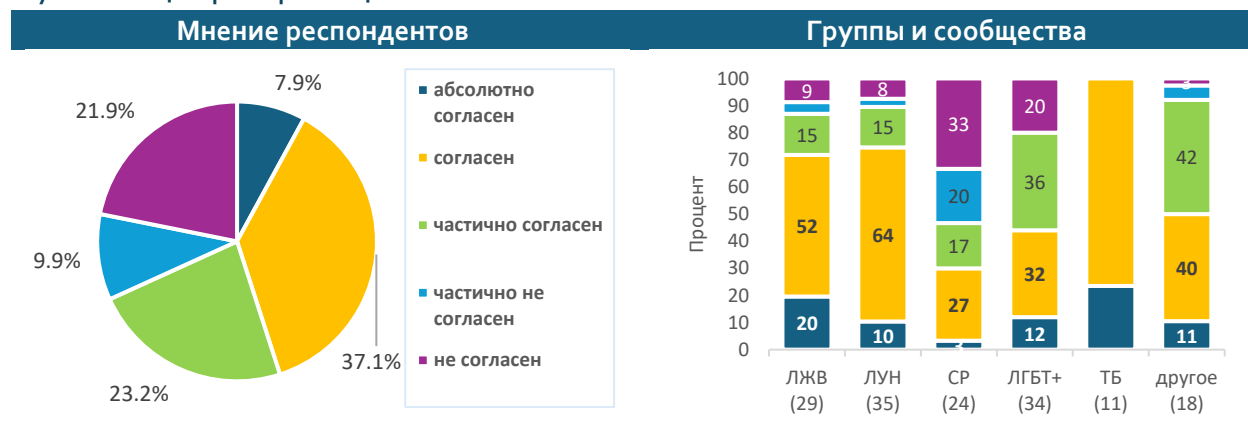
Из 300 респондентов 151 высказал свое мнение о системе направления и сотрудничества между медицинскими службами и центрами размещения, которая была оценена как хорошая в 45% (68) случаев, или 7,9% (12) респондентов были категорически согласны и 37,1% (56) согласились с этим утверждением (Рисунок 26).

Хорошую систему перенаправления и сотрудничества между медицинскими службами и центрами размещения отметили 65,7% (23 из 35) респондентов ЛУН, 55,1% (16 из 29) респондентов ЛЖВ и 44,5% (8 из 18) респондентов "Другое". Сообщество ЛГБТ+ оценило хорошее сотрудничество в 35,3% (12 из 34) случаев, а группа СР- в двух случаях из 24. Только три

⁹ Правильные ответы (52)

респондента (3 из 11) в группе ТБ выразили уверенность в систему перенаправления и сотрудничества. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что восприятие эффективности системы направления и сотрудничества между медицинскими службами и центрами размещения существенно различается между группами ($p < 0,001$, Рисунок 26).

Рисунок 26. Мнения об эффективности системы направления и сотрудничества между медицинскими службами и центрами размещения



Система направления и сотрудничества между медицинскими и социальными службами

Из 300 респондентов 194 ответили на вопрос о сотрудничестве между медицинскими и социальными службами. Из них 57,2% согласились с тем, что система направления и сотрудничества между медицинскими и социальными службами является хорошей; 7,7% (15) были полностью согласны и 49,5% (96) согласились с этим утверждением.

Анализируя восприятие сотрудничества между медицинскими и социальными службами в Молдове по группам и сообществам, можно отметить, что 69,2% (45 из 65) респондентов из группы ЛУН считают это сотрудничество хорошим, и 65,7% (23 из 35) респондентов из группы ЛЖВ придерживаются того же мнения. Аналогичным образом, 58,8% (10 из 17) респондентов из группы "Другое" и 52,3% (23 из 44) респондентов из сообщества ЛГБТ+ считают, что сотрудничество было хорошим, в то время, как только 19,0% (4 из 21) респондентов из группы СР разделяют это мнение. В группе ТБ шесть респондентов (6 из 12) поддерживают наличие хорошего сотрудничества (Рисунок 27).

Значение p -value 0,001 указывает на статистически значимые межгрупповые различия в восприятии сотрудничества между медицинскими и социальными службами (Рисунок 27).

Рисунок 27 . Мнения об эффективности системы направлений и сотрудничества между медицинскими и социальными службами

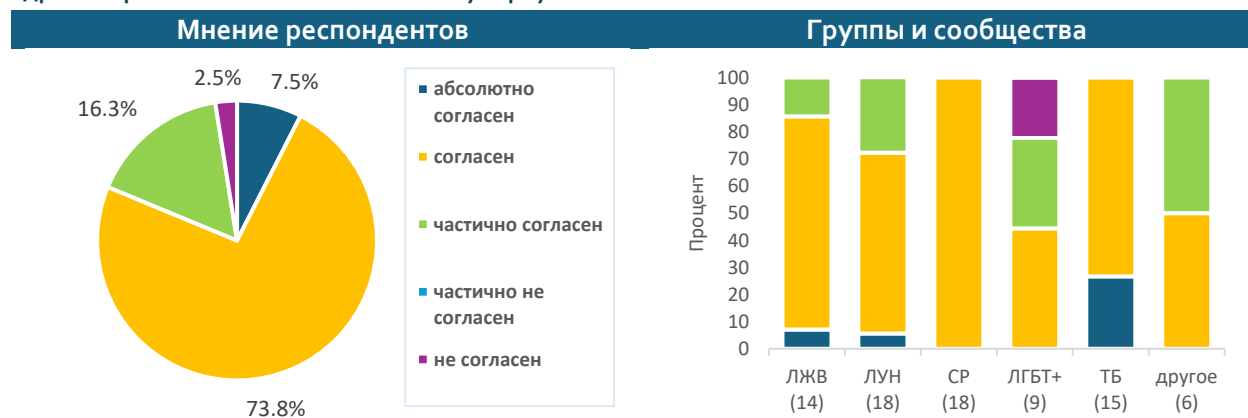


Система перенаправления и сотрудничество между службами здравоохранения и НПО в контексте ТБ

Оценка системы перенаправления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в Молдове в контексте противотуберкулезных услуг показала преимущественно положительное восприятие. Так, из 300 респондентов 80 высказали свое мнение о сотрудничестве между службами здравоохранения и НПО, и это были те, кто имел возможность узнать о существовании такого сотрудничества. Таким образом, 81,3% (65 из 80) респондентов оценили сотрудничество как хорошее.

Анализ по группам показал, что существуют значительные различия в оценке системы направления и сотрудничества между службами здравоохранения и молдавскими НПО по борьбе с туберкулезом. Группы ТБ и СР охарактеризовали оценкой хорошо (15 из 15 и 18 из 18, соответственно), что говорит о полной удовлетворенности в этих категориях. Напротив, группы ЛЖВ и ЛУН указали на то, что они в основном, но не полностью удовлетворены (12 из 14 и 13 из 18, соответственно). Самый низкий уровень оценки хорошо был в группах "Другое" (3 из 6) и ЛГБТ+ (4 из 9). Эти различия подтверждены значимым р-значением ($p < 0,001$), что указывает на четкую связь между группами и уровнем оценки системы направления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в контексте ТБ (Рисунок 28).

Рисунок 28. Восприятие эффективности системы направлений и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в контексте туберкулеза

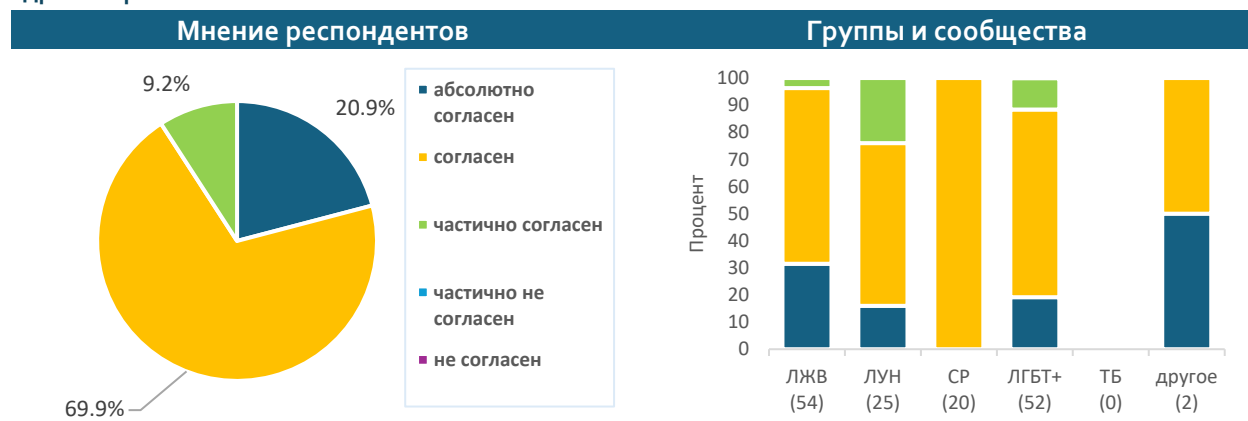


Система перенаправления и сотрудничество между службами здравоохранения и НПО в контексте ВИЧ

Исследование выявило значительно положительную оценку системы перенаправления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в области ВИЧ-услуг в Молдове. Из 300 опрошенных, 153 респондента высказали свое мнение о сотрудничестве между службами здравоохранения и НПО, причем это были те, кто имел хоть какое-то касательное представление о существовании такого сотрудничества. В частности, 90,8% (139) респондентов считают, что эта система работает хорошо. Из них 20,9% (32 человека) категорически согласны, а 69,9% (107 человек) согласны. Эти результаты свидетельствуют о высокой общей удовлетворенности и позитивном восприятии сотрудничества в этой области.

Анализ по группам показал, что существуют значительные различия в оценке системы направления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в сфере ВИЧ-услуг. Группа СР выделилась хорошей оценкой (20 из 20), что говорит о полной удовлетворенности. Группа ЛЖВ получила хорошую оценку в 96,3 % (52 из 54) случаев, что свидетельствует об удовлетворенности большинства, а респонденты из сообщества ЛГБТ+ показали хорошую оценку в 88,5% (46 из 52) случаев, что свидетельствует о значительной удовлетворенности. С другой стороны, респонденты из группы ЛУН дали хорошую оценку в 19 из 25, что свидетельствует о более низкой удовлетворенности по сравнению с другими группами. Эти различия были подтверждены значимым р-значением ($p = 0,06$), что указывает на четкую связь между группами и уровнем оценки системы направления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в контексте ВИЧ (Рисунок 29).

Рисунок 29. Мнения об эффективности системы направления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в контексте ВИЧ



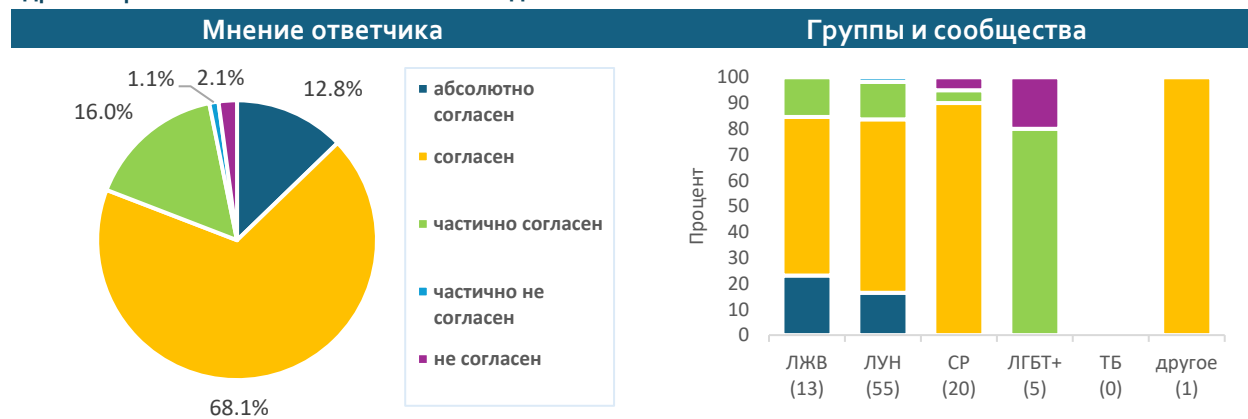
Система направлений и сотрудничество между службами здравоохранения и НПО в области лечения опиоидными агонистами

Из 300 участников опроса 94 человека поделились своим мнением о системе направлений и сотрудничестве между службами здравоохранения и НПО в области лечения опиоидными агонистами. Респонденты, поделившиеся своим мнением, были теми, кто хоть немного знаком с подобной системой. Так, 80,9% респондентов (76 из 94) считают, что система работает хорошо. В частности, 12,8% (12) респондентов были категорически согласны, а 68,1% (64) согласились с этим утверждением. Эти результаты свидетельствуют о высокой общей удовлетворенности и положительном восприятии сотрудничества в этой области (Рисунок 30).

Анализ по группам показал, что большинство респондентов из группы СР удовлетворены (18 из 20), из группы ЛЖВ (11 из 13) и из группы ЛУН (46 из 55). С другой стороны, респонденты из сообщества ЛГБТ+ указали на полное отсутствие удовлетворенности (0 из 5) (Рисунок 30).

В этом контексте анализ выявил четкую связь между группами и уровнем оценки системы направления и сотрудничества для лечения опиоидными агонистами ($p=0,004$).

Рисунок 30. Мнения об эффективности системы направлений и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО в лечении опиоидными агонистами



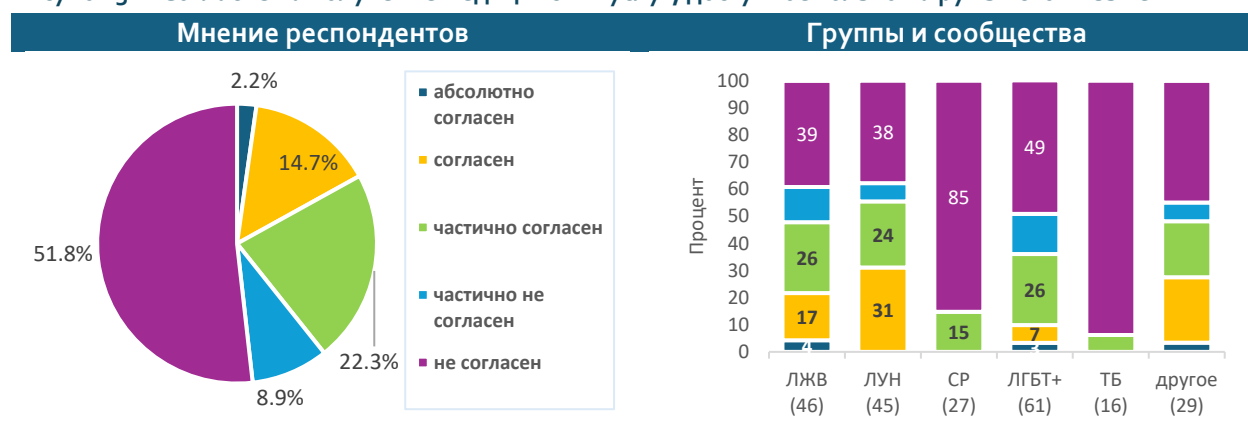
Доступность информированного согласия на медицинские услуги только на румынском языке

В ходе исследования участников попросили высказать свое мнение о наличии информированного согласия на медицинские услуги, уточнив, предоставляется ли оно только на румынском или и на других языках.

Анализ выявил различные мнения относительно доступности информированного согласия только на румынском языке. Большинство респондентов (60,7%, 136 из 224) указали, что информированное согласие доступно и на других языках. В отличие от этого, 17,0% (38 из 224) указали, что оно доступно только на румынском языке, а 22,3% (50 из 224) высказали нейтральное мнение.

Респонденты из группы ТБ и СР отличились положительной оценкой, указав на наличие согласия на других языках в подавляющем большинстве случаев (15 из 16 и 23 из 27, соответственно). Аналогичным образом, респонденты из сообщества ЛГБТ+ дали положительную оценку в 63,9% (39 из 61) случаев, из группы ЛЖВ - в 52,2% (24 из 46) случаев, а из группы "Другое" - в 51,7% (15 из 29) случаев. В отличие от этого, группа ЛУН дала положительную оценку в 44,4% случаев (20 из 45), и примерно в трети случаев (31,1%, т. е. 14 из 45) они упомянули тот факт, что согласие было дано только на румынском языке. Эти различия подтверждены значимым p -значением ($p<0,001$), что указывает на четкую связь между группами и уровнем оценки доступности информированного согласия (Рисунок 31).

Рисунок 31 . Согласие на получение медицинских услуг, доступное только на румынском языке

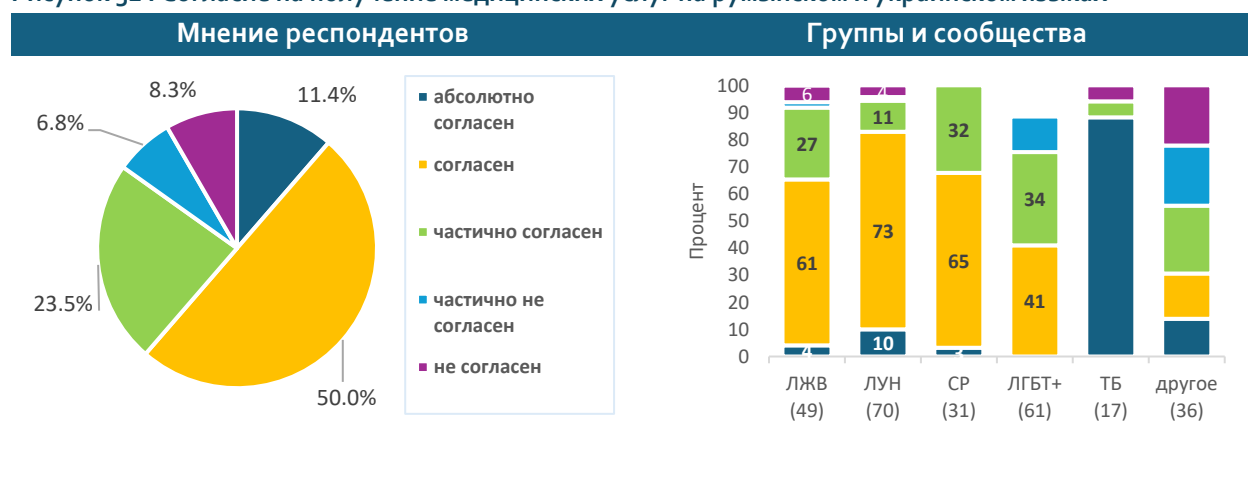


Доступность информированного согласия на медицинские услуги на украинском языке

Предоставление информированного согласия, в том числе на других языках, подчеркивает обеспечение эффективной и доступной коммуникации в контексте доступа к медицинским услугам. В связи с этим 61,4% (162 из 264¹⁰) участников опроса отметили наличие информированного согласия, в том числе на украинском языке, 15,2% (40 из 264) указали их отсутствие, а 23,5% (62 из 264) заняли нейтральную позицию по этому вопросу.

Анализ по группам показывает значительные различия. Наличие согласия, в том числе на украинском языке, было указано в подавляющем большинстве случаев респондентами из группы ТБ (15 из 17) и группы ЛУН (82,9%, 58 из 70). Напротив, эта доля была ниже среди респондентов из группы СР (67,7%, 21 из 31) и группы ЛЖВ (65,3%, 32 из 49). Представители сообщества ЛГБТ+ подтвердили это в 41,0% (25 из 61) случаев, а представители группы "Другое" - только в трети случаев (30,6%, 11 из 36). Эти различия подтверждены значимым р-значением ($p < 0,001$), что указывает на четкую связь между группами и наличием согласия, в том числе на украинском языке, при обращении за медицинскими услугами (Рисунок 32).

Рисунок 32 . Согласие на получение медицинских услуг на румынском и украинском языках



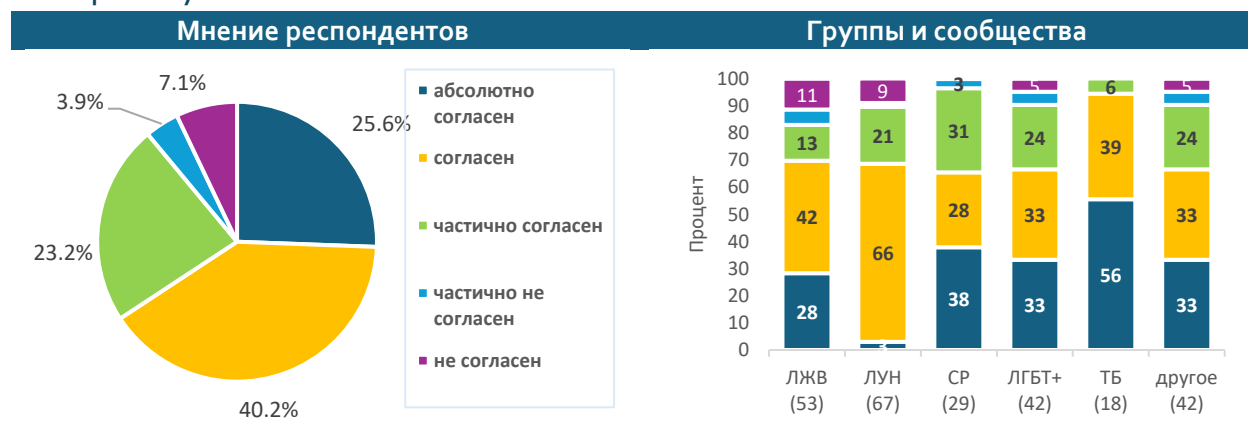
¹⁰ Нет ответа (36)

Спрос на медицинские услуги в соотношении с возможностями первичной медико-санитарной помощи

Что касается обращений за помощью со стороны беженцев в сравнении с возможностями первичной медицинской службы по предоставлению этих услуг, высказали свое мнение 254 участника опроса. Большинство респондентов, 65,7% (167 из 254), утверждали, что обращения за помощью превышают возможности первичной медико-санитарной службы по оказанию этих услуг. В 23,2% (59 из 254) случаев респонденты высказались нейтрально, а в 11,0% (28 из 254) случаев они не поддержали данное утверждение.

Результаты опроса показали, что практически все респонденты из группы ТБ (17 из 18), а также большинство респондентов из группы ЛЖВ (69,8%, 37 из 53), группы ЛУН (68,7%, 46 из 67) и группы "Другое" (66,7%, 28 из 42) поддержали идею о том, что спрос на медицинскую помощь превышает возможности первичной медико-санитарной службы. Респонденты из группы РС были менее убеждены в этом (19 из 29), как и представители сообщества ЛГБТ+ (44,4 %, 20 из 45). В целом, несмотря на различия в восприятии в разных группах, большинство респондентов считают, что спрос на медицинскую помощь превышает возможности первичной медицинской службы. Значение $p\text{-value} > 0,001$ указывает на статистически значимую связь между группами и полученными ответами (Рисунок 33).

Рисунок 33. Мнения о спросе на медицинские услуги по отношению к возможностям первичной медико-санитарной службы



Качество и безопасность медицинского обслуживания

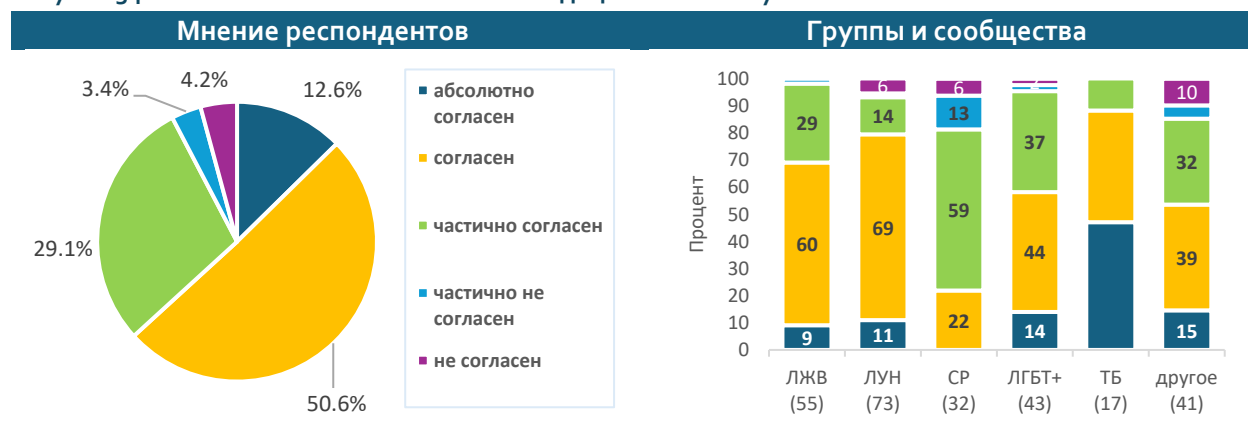
Качество и безопасность медицинского обслуживания имеют важнейшее значение для обеспечения благополучия пациентов. Безопасность медицинской помощи означает предотвращение медицинских ошибок и неблагоприятных инцидентов, а качество - доступность, эффективность и удовлетворенность пациентов полученными услугами.

Высокое качество медицинского обслуживания

Из 300 респондентов 261 был задан вопрос о том, получали ли они качественное обслуживание (в соответствии с имеющимися стандартами, рекомендациями или передовой практикой). Большинство участников опроса (63,2%, 165 из 261) поддержали это утверждение, около трети (29,1%, или 76 из 261) высказали нейтральное мнение, а 7,7% (20 из 261) не поддержали его.

Анализ по группам показал значительные различия между группами и сообществами в их оценке качественного ухода. Респонденты из группы ТБ показали самую высокую положительную оценку в этом отношении (15 из 17), за ними следуют респонденты из группы ЛУН - 79,5% (58 из 73) и респонденты из группы ЛЖВ - 69,1% (38 из 55), что свидетельствует об удовлетворенности большинства. Участники опроса из сообщества ЛГБТ+ поддержали это утверждение в 58,1% (25 из 43), а из группы "Другое" - в 53,7% (22 из 41). Респонденты из группы РС получили наименьшую положительную оценку - 21,9% (7 из 32), что свидетельствует о значительной неудовлетворенности этой группы. Эти различия подтверждены значимым р-значением ($p < 0,001$), что указывает на четкую связь между группами и уровнем оценки предоставляемой медицинской помощи (Рисунок 34).

Рисунок 34. Мнение о качестве оказанного медицинского обслуживания



Безопасность услуг здравоохранения

После анализа ответов выяснилось, что 71,2% (200 из 281¹¹) респондентов были удовлетворены безопасностью полученного ими ухода. Около четверти (25,3%, 71 из 281) были нейтральны и 3,6% (10 из 281) не были удовлетворены.

Если разделить по группам и сообществам удовлетворенность безопасностью полученных медицинских услуг, результаты опроса показали, что больше всего удовлетворены респонденты из группы ТБ (16 из 18). За ними следует группа ЛУН - 85,3% (64 из 75), а группа ЛЖВ - 77,2% (44 из 57). Также удовлетворенными назвали себя 67,9% (38 из 56) участников из сообщества ЛГБТ+ и 54,5% (24 из 44) из группы "Другое". Наименее удовлетворенными оказались респонденты из группы СР - 45,2% (14 из 31). Значение $p\text{-value} < 0,001$, что указывает на сильную статистическую значимость различий между группами по степени удовлетворенности безопасностью полученных медицинских услуг (Рисунок 35).

¹¹ Нет ответа (19)

Рисунок 35 . Восприятие безопасности предоставляемых медицинских услуг



Непрерывность медицинского обслуживания

Анализ восприятия непрерывности медицинского обслуживания показывает, что 63,0% (172 из 273¹²) респондентов поддержали утверждение о том, что они удовлетворены непрерывностью медицинского обслуживания. Примерно в одной трети случаев (28,9%, 79 из 273) участники были нейтральны, а в 8,1% (22 из 273) случаев они не поддержали утверждение (Рисунок 36).

Рисунок 36. Мнения о непрерывности ухода



Большинство респондентов из групп ТБ (16 из 18), ЛЖВ (82,1%, 46 из 56) и ЛУН (74,7%, 56 из 75) заявили, что удовлетворены непрерывностью предоставляемого медицинского обслуживания. Кроме того, значительный процент представителей сообщества ЛГБТ+ (60,4%, 29 из 48) отметили, что удовлетворены. Участники из групп "Другое" и "СР" были наименее удовлетворены - 43,2% (19 из 44) и 18,8% (6 из 32) соответственно. Значение $p < 0,001$ указывает на статистически значимые различия между группами в удовлетворенности непрерывностью ухода (Рисунок 36).

Система перенаправления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО по оказанию услуг поддержки

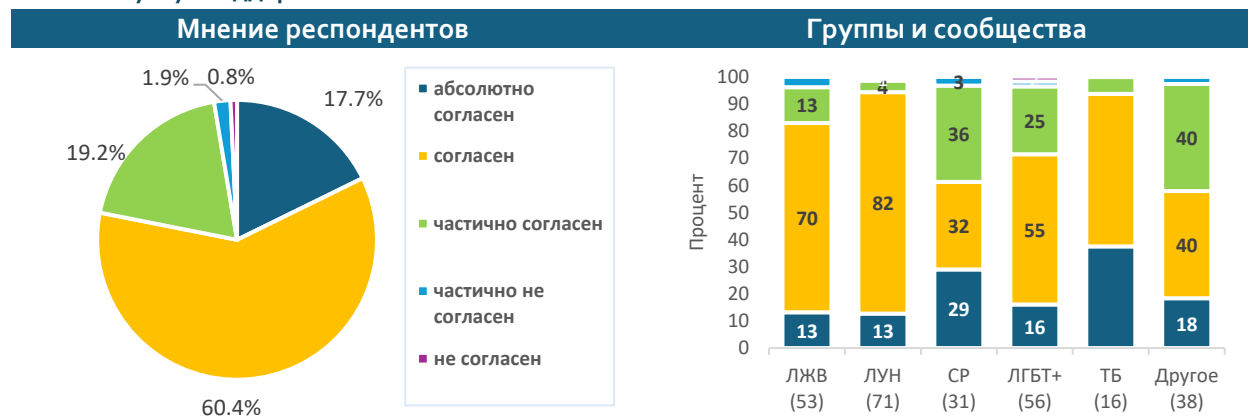
Результаты исследования показали, что 78,1% (207 из 265) из респондентов считают, что существует эффективная система перенаправления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО по оказанию услуг поддержки. - Примерно пятая часть (19,2%, 51 из 265)

¹² Нет ответа (27)

участников опроса отнесли к этому утверждению нейтрально, и только 2,6% (7 из 265) не поддержали его (Рисунок 37).

В частности, подавляющее большинство респондентов группы ЛУН (94,4%, 67 из 71) и группы ТБ (15 из 16) поддержали это утверждение. Респонденты ЛЖВ и ЛГБТ+ отметили, что существует в хорошая система в 83,0% (44 из 53) и 71,4% (40 из 56) случаев, соответственно. С другой стороны, респонденты из групп СР (61,3%, 19 из 31) и «Другое» (57,9%, 22 из 38) имели самый низкий процент в этом отношении ($p < 0,001$).

Рисунок 37. Система направления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО по оказанию услуг поддержки



СНИЖЕНИЕ ВРЕДА

После анализа полученных данных большинство участников исследования (55,0%, 164 из 298¹³) считают себя подверженными риску заражения ВИЧ, ИПП или вирусными гепатитами В и С. С другой стороны, 35,9% (107 из 298) не считают себя подверженными риску. Кроме того, 9,0% (27 из 298) респондентов выразили неуверенность в отношении этих рисков, указав, что они не уверены, подвержены ли они им или нет.

Большинство респондентов получали информацию и поддержку по вопросам профилактики и ведения ВИЧ. Так, 91,5% (268 из 293¹⁴) респондентов отметили, что обсуждали проблему ВИЧ с представителем НПО, *аутрич-работником* или *равным консультантом*. Кроме того, проанализированные данные свидетельствуют о высоком уровне осведомленности о возможностях конфиденциального тестирования на ВИЧ: 88,3% (256 из 290¹⁵) респондентов отметили, что знают о местах, где можно пройти конфиденциальное тестирование на ВИЧ.

Что касается уровня осведомленности и использования доконтактной профилактики (PrEP), большинство (69,5%, 205 из 295¹⁶) участников отметили, что знакомы с профилактикой ВИЧ с помощью PrEP. Что касается использования PrEP, 15,6% (32 из 205) респондентов отметили, что когда-либо использовали этот метод профилактики ВИЧ, в том числе во время пребывания в Молдове.

¹³ Нет ответа (2)

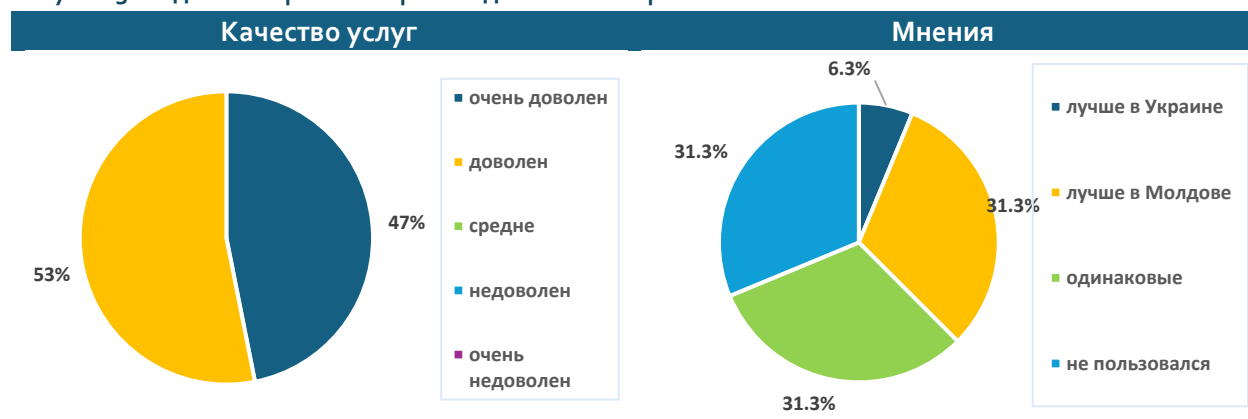
¹⁴ Нет ответа (7)

¹⁵ Нет ответа (10)

¹⁶ Нет ответа (5)

Среди участников опроса, обратившихся к услугам PrEP, в 53,1% (17 из 32) случаев они были удовлетворены услугами, предлагаемыми в Молдове, а 46,9% (15 из 32) были очень довольны. Что касается сравнения с услугами, предлагаемыми в Украине, 31,3% респондентов считают, что услуги в Молдове лучше (10 из 32) или такие же (10 из 32). Также, 6,3% (2 из 32) участников считают, что услуги в Украине лучше. Кроме того, еще 31,3% (10 из 32) респондентов отметили, что не пользовались подобными услугами в Украине и поэтому не могут их сравнить (Рисунок 38)

Рисунок 38. Удовлетворенность респондентов и восприятие PrEP



В том же контексте профилактики ВИЧ также оценивался уровень осведомленности и использования постконтактной профилактики (ПЕР) среди исследуемого населения. Полученные данные показали, что большинство (73,1%, 215 из 294¹⁷) респондентов отметили, что знакомы с ПЕР против ВИЧ. Однако значительная часть, 26,9% (79 из 294), не знает об этом методе профилактики. На то, что они когда-либо использовали ПЕР, указали 1,9% (4 из 215) респондентов.

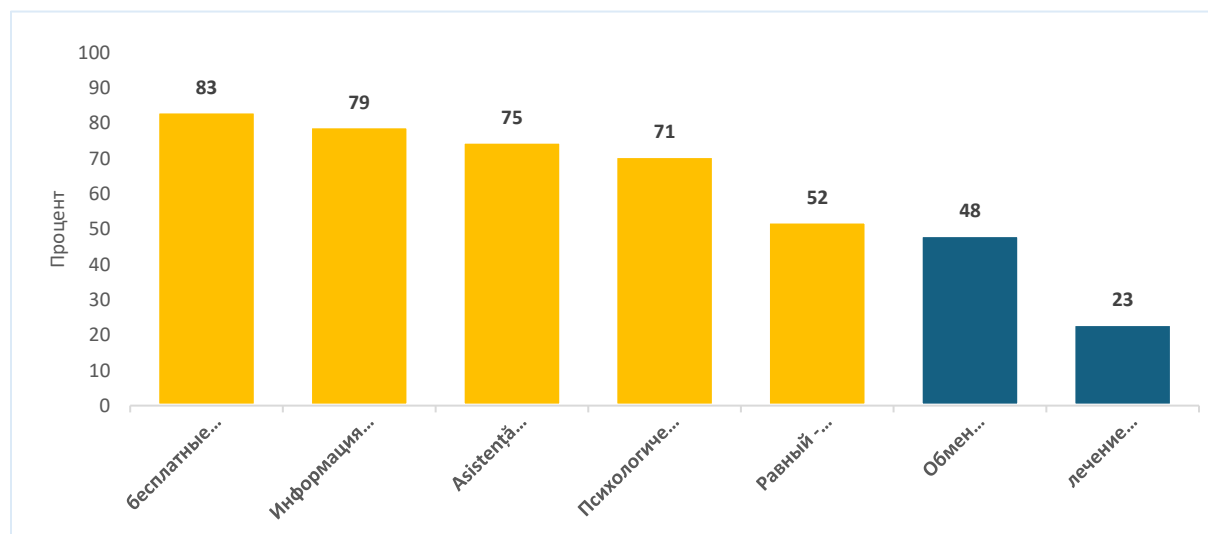
Подавляющее большинство (94,7%, 284 из 300) участников исследования (94,7%, 284 из 300) отметили существование служб снижения вреда в Молдове, и в 87,7% (249 из 284) случаев они обращались в них. В контексте данные опроса позволили проанализировать отдельно каждую услугу, как знание о существовании услуги, так и ее использование (Рисунок 39):

- 96,1% (273 из 284) респондентов указали, что знают об услуге анонимного и добровольного тестирования на ВИЧ, ИППП и гепатиты В, С. Из них 71,7% (196 из 273) обращались за ней
- 40,1% (114 из 284) респондентов указали, что знают о бесплатной услуге обмена шприцев. 48,3% (44 из 91) ЛУН воспользовались этой услугой;
- Знание о существовании служб информации, образования и коммуникации (ИОК, включая обучение) было упомянуто в 70,8% (201 из 284) случаев и в 79,1% (159 из 201) случаев использования.
- 76,1% (216 из 284) респондентов указали на существование услуги предоставления бесплатных презервативов; 83,3% (180 из 216) из тех, кто указал, что знал о существовании такой услуги, воспользовались ею.
- О существовании услуг *равный-равному* сообщили 56,7% (161 из 284) респондентов, которые знали о ней, и 52,2% (84 из 161) из них воспользовались этими услугами;
- 39,4% респондентов (112 из 284) указали наличие услуги по лечению опиоидными агонистами; 23,1% (21 из 91) ЛУН воспользовались ею.

¹⁷ Нет ответа (6)

- 73,9% (210 из 284) респондентов отметили, что знали о существовании услуги психологического консультирования и 74,8% (157 из 210) респондентов воспользовались этой услугой.

Рисунок 39 . Доступ к услугам по снижению вреда



Анализ данных об использовании услуг снижения вреда в Молдове по группам и сообществам позволяет получить подробное представление об их предпочтениях и потребностях (Рисунок 40).

Участники опроса из сообщества ЛГБТ+, которые воспользовались хотя бы одной услугой снижения вреда (62), сообщили, что чаще всего пользуются бесплатными презервативами: 91,9% (57) респондентов воспользовались этой услугой. Кроме того, 87,1% (54) из них участвовали в мероприятиях ИОК и 85,5% (53) прошли тестирование на ВИЧ, ИППП и гепатит В или С. Кроме того, 59,7% (37) из них обращались за консультацией, а 16,1% (10) воспользовались услугами "равный-равному".

Респонденты из группы ЛЖВ, которые обращались в службы снижения вреда (49), отметили, что в значительной степени использовали тестирование на ВИЧ, ИППП и гепатиты В и С (73,5%, 36), а также бесплатные презервативы (59,2%, 29). 53,1% (26) из них получали консультации, а 38,8% (19) - консультации сверстников. Кроме того, 49,0% респондентов этой группы участвовали в мероприятиях ИОК (24). Услугами обмена шприцев воспользовались в 18,4% (9) случаев, а лечением наркозависимости - в 6,1% (3) случаев, причем это были респонденты из смешанной группы ЛЖВ и ЛУН.

В группе ЛУН, получающих услуги по снижению вреда (79 человек), был самый высокий уровень использования тестирования на ВИЧ, ИППП и гепатиты В и С: 98,7% (78) респондентов воспользовались этой услугой. Кроме того, 86,1% (68) респондентов получали бесплатные презервативы, а 65,8% (52) - консультирование. Кроме того, 51,9% (41) респондентов участвовали в мероприятиях ИОК, 46,8% (37) воспользовались услугами "равный-равному", 44 - услугами по обмену шприцев и 21 - лечением от наркозависимости.

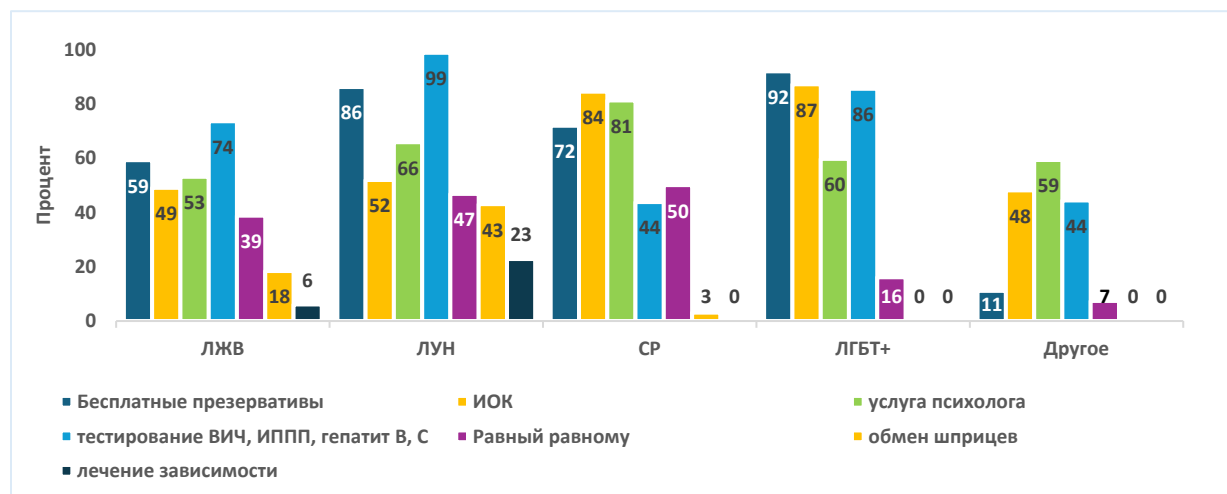
Респонденты из группы СР, обращавшиеся в службы снижения вреда (32 человека), отметили высокий уровень использования мероприятий ИОК (84,4%, 27) и психологического консультирования (81,2%, 26). Из них, 71,9% (23) получали бесплатные презервативы, а в 50% (16) воспользовались услугами равный-равному, а в 43,8% (14) воспользовались услугой по

тестированию на ВИЧ, ИППП и гепатит В, С. В 3,1% (1) случаев СР воспользовались услугами обмена игл (смешанная группа СР и ЛУН).

Группа Другое, обратившаяся к услугам снижения вреда (27 человек), указала более низкий уровень использования услуг снижения вреда: обращение за консультацией (16), тестирование на ВИЧ, ИППП и вирусные гепатиты В, С (12), участие в мероприятиях ИОК (13), получение бесплатных презервативов (3), получение услуг равный-равному (2).

Респонденты группы ТБ не обращались в службы снижения вреда.

Рисунок 40 . Услуги снижения вреда по группам и сообществам



Респондентам, указавшим, что они знают о существовании услуг снижения вреда (284 респондента), был задан вопрос об источниках, из которых они узнали об услугах снижения вреда в Молдове. Наиболее распространенным источником информации были НПО в Молдове - 72,2% (205) респондентов указали этот источник. Украинские НПО указали 37,0% (105) участников. Друзья и знакомые из Молдовы были источником информации для 31,0% (88) респондентов, а друзья и знакомые из Украины были упомянуты в 25,7% (73). Листовки и брошюры были источником информации для 33,1% (94) респондентов. Официальные сайты Молдовы упоминались в 23,6% (67) случаев, а официальные сайты Украины - в 19,0% (54) случаев. Другие беженцы в Молдове были источником информации для 14,8% (42) участников. Социальные сети были наименее частым источником информации, их упомянули только 1,8% (5) респондентов (Рисунок 41).

Рисунок 41 . Источники информации об услугах по снижению вреда

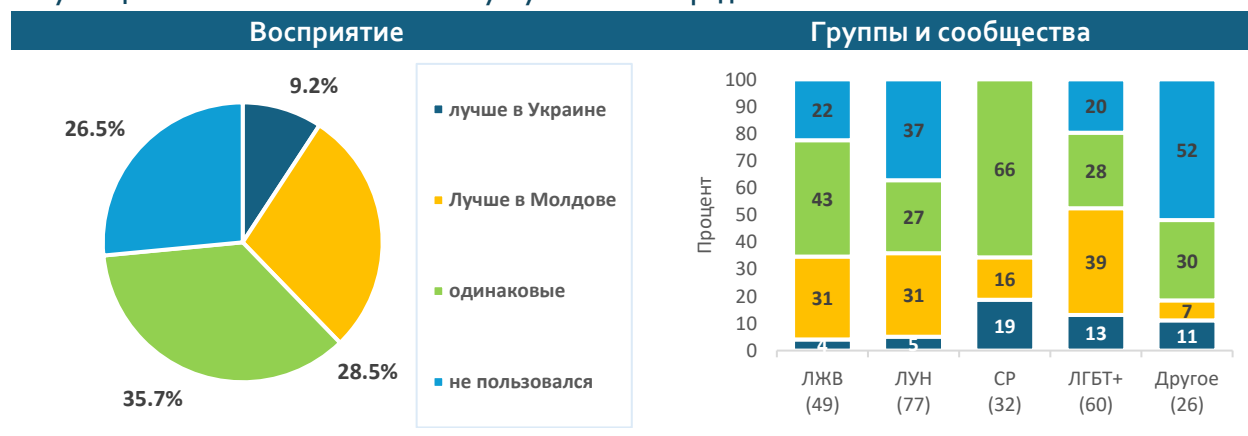


Среди участников исследования, которые воспользовались хотя бы одной услугой снижения вреда в Молдове (249 человек), более трети (35,7%, 89 человек) считают, что услуги в обеих странах идентичны. С другой стороны, 28,5% (71) оценили качество услуг в Молдове как более высокое, чем в Украине. Еще 26,5% (66) респондентов не пользовались услугами в Украине и поэтому не могли их сравнить. Наконец, 9,2% (23) считают, что в Украине услуги лучше (Рисунок 42).

Анализ данных о восприятии услуг снижения вреда в разбивке по группам и сообществам показал, что доля тех, кто оценил услуги в Молдове как лучшие, варьировалась от 7,4% (группа "Другое") до 39,3% (сообщество ЛГБТ+). Кроме того, представители групп ЛЖВ и ЛУН оценили услуги в Молдове как лучшие примерно в трети случаев (30,6% и 30,8%), а представители группы СР - только в 15,6% случаев Рисунок 42).

Так же 18,8% СР, 13,1% ЛГБТ+, 11,1% Другое, 5,1% ЛУН и 4,1% ЛЖВ считают, что эти услуги лучше в Украине (Рисунок 42).

Рисунок 42 . Мнения об использовании услуг снижения вреда



Доля тех, кто указал, что услуги одинаковы в обеих странах, варьировала от 26,9% (группа ЛУН) до 65,6% (группа СР). Также, 42,9% респондентов из группы ЛЖВ , 27,9% респондентов из группы ЛГБТ+ и 29,6% респондентов из группы "Другое" считают, что услуги одинаковы.

Респонденты, отметившие, что не пользовались услугами в Украине и не могут их сравнить, варьировала от 0,0% (группа СР) до 51,9% (группа "Другое"). 37,2% респондентов из группы ЛУН

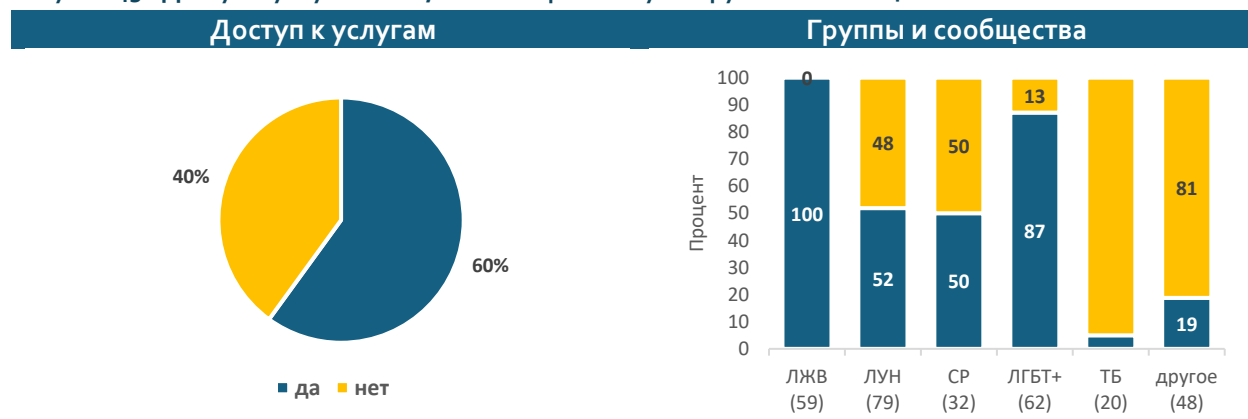
отметили это в 37,2% случаев, респонденты из группы ЛЖВ - в 22,4% случаев и 19,7% респондентов из сообщества ЛГБТ+ Рисунок 42

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Анализ данных об использовании в Молдове услуг, связанных с ВИЧ, показал, что большинство участников исследования обращались к этим услугам. Так, в 60,0% (180 из 300) случаев респонденты отметили, что обращались к услугам, связанным с ВИЧ, во время своего пребывания в Молдове.

Все респонденты в группе ЛЖВ (100%, 59 из 59) указали, что обращались за услугами в связи с ВИЧ, что свидетельствует о всеобщей осведомленности и использовании услуг в этой группе. Представители сообщества ЛГБТ+ также сообщили о высоком уровне использования услуг в связи с ВИЧ: 87,1% (54 из 62) респондентов указали, что обращались к этим услугам. В отличие от этого, респонденты из группы ЛУН и СР обращались к этим услугам в 51,9% (41 из 79) и 50,0% (16 из 32) случаев. Респонденты из группы "Другое" обращались к услугам в связи с ВИЧ в 18,8% (9 из 48) случаев, а из группы ТБ только один респондент обращался к этим услугам. Статистический анализ выявил значительное значение p -value ($p < 0,001$), что указывает на сильную связь между группами и использованием услуг, связанных с ВИЧ (Рисунок 43).

Рисунок 43 . Доступ к услугам ВИЧ, включая разбивку по группам и сообществам



Согласно полученным данным, большинство респондентов, обратившихся за услугами в связи с ВИЧ в Молдове (180 человек), узнали об этих услугах через молдавские НПО, что составляет 60,6% (109 человек) от общего числа. Еще одним важным источником информации были социальные сети - их упомянули 31,7% (57) респондентов. Другими источниками информации были другие беженцы в Молдове (22,8%, 41), друзья и знакомые в Молдове (17,2%, 31) и друзья и знакомые в Украине (11,1%, 20). Официальными сайтами в Молдове пользовались 6,7% (12) респондентов, а официальные сайты в Украине были источником информации для 1,1% (2) респондентов. Листовки и брошюры упоминались в 2,8 % (5) случаев, а украинские НПО - в 0,6 % (1) случаев (Рисунок 44).

Рисунок 44 . Источники информации о ВИЧ-услугах



Что касается услуг ВИЧ, к которым обращались, большинство респондентов (68,9%, 124 из 180) воспользовались услугами тестирования, примерно в одной пятой (18,3%, 33 из 180) случаев они обращались за АРВ-терапией, а в 12,8% (23 из 180) случаев они обращались и к услугам тестирования, и к АРВ-терапии.

Тестирование на ВИЧ

Для тестирования на ВИЧ подавляющее большинство участников (91,2%, 134 из 147) воспользовались услугами НПО. Очень небольшой процент респондентов обратился к семейному врачу (2,7%, 4 из 147) или врачу-инфекционисту (2,7%, 4 из 147). Центры для подтверждения ВИЧ и начала АРВ-терапии были выбраны в 2,0% (3 из 147) случаев, в то время как частные клиники предпочли 1,4% (2 из 147) участников.

Причины, по которым респонденты решили пройти тестирование на ВИЧ, были самыми разными. Более чем в половине случаев (54,5%, 78 из 143¹⁸) респонденты сделали это по собственной инициативе. Рекомендации врачей повлияли на небольшой процент респондентов (3,5%, 5 из 143), а рекомендации сотрудников НПО стали определяющим фактором для 42,0% (60 из 143).

До тестовое консультирование по вопросам ВИЧ было проведено для 63,9% (94 из 147) респондентов, обратившихся к услугам тестирования. Что касается информации, предоставленной при сообщении результата теста на ВИЧ, большинство респондентов (95,2%, 140 из 147) указали, что их проконсультировали и объяснили им значение результата в дополнение к сообщению результата. Очень небольшой процент (1,4%, 2 из 147) получили консультацию без объяснения значимости результата, а 2,7% (4 из 147) получили только результат теста без дополнительных объяснений. Только 0,7% (1 из 147) не поняли значения полученного результата.

В ходе опроса респондентов спрашивали об оплате тестирования на ВИЧ. Из них четверо участников (2,8%) отметили, что платили за эту услугу, причем суммы варьировались от 400 до 500 леев, и платили они в частных клиниках.

Из респондентов, прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию (147), 2,7%(4) были проконсультированы по поводу PEP, еще 5,4% (8) отметили, что не были проконсультированы,

¹⁸ Нет ответа (4)

поскольку с момента возможного заражения ВИЧ прошло более 72 часов, а 91,8% (135) не нуждались в таком лечении.

Все четыре респондента, которым был рекомендован РЕР, указали, что были подвержены риску заражения ВИЧ при половом контакте. Им был рекомендован РЕР в течение 28 дней, который они соблюдали в Молдове.

АРВ-терапия (АРТ)

За услугами АРТ в Молдове обращались 56 респондентов (или 94,9% группы ЛЖВ). В 69,6% (39 из 56) случаев АРТ была назначена украинским врачом-инфекционистом, в 26,8% (15 из 56) случаев - молдавским врачом-инфекционистом, а в 3,6% (2 из 56) лечение было назначено врачом из другой страны, кроме Украины или Молдовы. Респонденты начали АРТ в той стране, где им было назначено лечение.

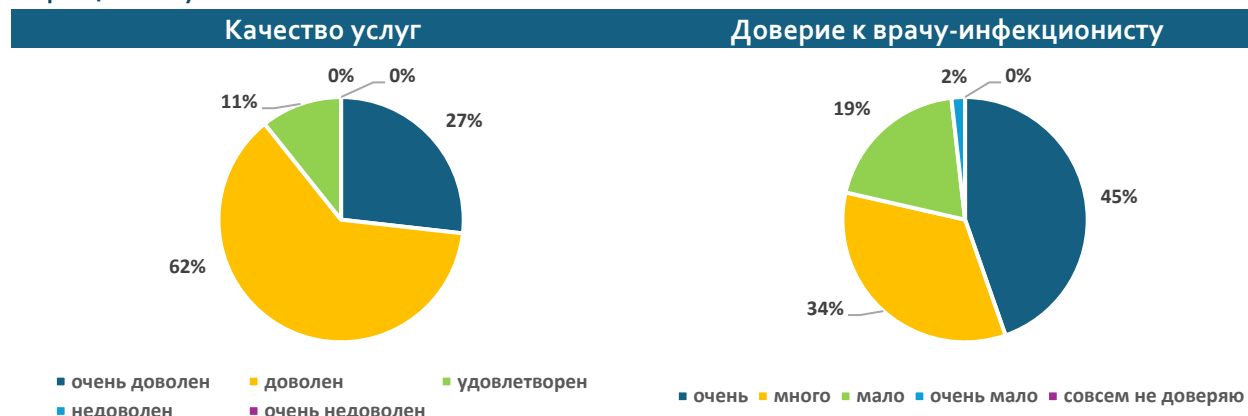
Участникам исследования, которые начали АРВ-терапию за пределами Молдовы (41 человек), были заданы вопросы о непрерывности лечения во время переезда в Молдову. Из них восемь респондентов отметили, что у них не было необходимого количества таблеток для обеспечения терапии во время переезда. Так, один респондент не имел таблеток менее одной недели, два респондента - более двух недель, один респондент - более трех недель и четыре респондента - более одного месяца. Респондентов, которые начали АРВ-лечение за пределами Молдовы (41 человек), также спросили, назначали ли им в Молдове ту же схему лечения, что и до переезда. Большинство респондентов (78,0%, 32) указали, что им была предложена та же схема лечения, 17,1% (7) - нет, а 4,9% (2) не дали ответа.

Способы получения таблеток для АРВ-терапии были различными, а в некоторых случаях смешанными. В большинстве случаев респонденты (92,9%, 52 из 56) отмечали, что лично забирали таблетки для АРВ-терапии из центра АРВ-терапии, в 5,4% (3 из 56) случаев их забирал из центра АРВ-терапии член семьи или друг, а в 19,6% (11 из 56) случаев их привозили на дом представители НПО.

Что касается побочных эффектов после приема АРВ-препаратов во время пребывания в Молдове, то они упоминались респондентами примерно в одной пятой случаев (19,6%, 11 из 56). Никто из респондентов, столкнувшихся с побочными эффектами, не упомянул о том, что получал от них какое-либо лечение.

Также респонденты отметили, что оплачивали услуги врача-инфекциониста, пять из респондентов, сумма оплаты за одну услугу составила 100 леев, и она была выплачена из собственных финансовых источников непосредственно врачу-инфекционисту.

Рисунок 45. Удовлетворенность респондентов полученными услугами ВИЧ и доверие к врачу-инфекционисту

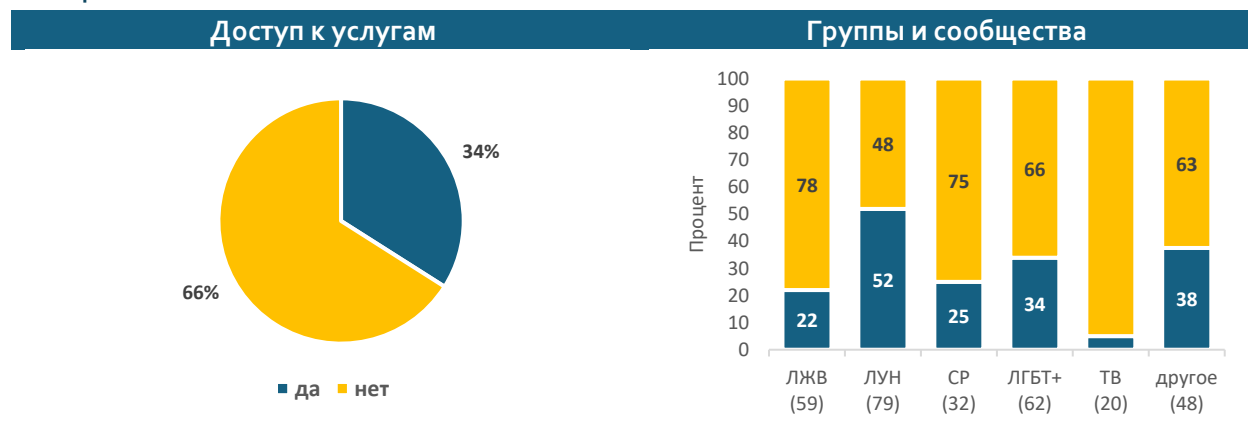


Что касается удовлетворенности респондентов качеством услуг ВИЧ в Молдове, то большинство (62,5%, 35 из 56) были удовлетворены этими услугами. Значительный процент (26,8%, 15 из 56) были очень удовлетворены, а 10,7% (6 из 56) были удовлетворены умеренно. Большинство респондентов (44,6%, 25 из 56) выразили полное доверие к молдавским врачам-инфекционистам, а 33,9% (19 из 56) сказали, что испытывают большое доверие. Кроме того, 19,6% (11 из 56) высказались нейтрально, а в 1,8% (1 из 56) случаев заявили, что не доверяют (Рисунок 45).

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С

Более трети (34,0%, 102 из 300) участников исследования обращались за услугами по лечению вирусных гепатитов (В, С). В зависимости от групп и сообществ, результаты анализа показали, что 51,9% (41 из 79) респондентов в группе ЛУН указали, что обращались за такими услугами. Среди группы "Другое" этот показатель составил 37,5% (18 из 48), а среди представителей ЛГБТ+ сообщества - 33,9% (21 из 62). Также к этим услугам обращались 25,0% (8 из 32) респондентов из группы СР и 22,0% (13 из 59) респондентов из группы ЛЖВ. Только один респондент из группы ТВ обращался к таким услугам. Статистический анализ выявил значительную разницу между группами в доступе к услугам по лечению вирусных гепатитов В, С ($p < 0,001$, Рисунок 46).

Рисунок 46. Доступ к услугам по лечению вирусных гепатитов В, С, включая разбивку по группам и сообществам



В ходе исследования респондентов об источнике информации по поводу где можно получить услуги по лечению вирусных гепатитов (В, С). Результаты показали, что большинство респондентов, 74,5% (76 из 102), назвали молдавские НПО в качестве основного источника информации. Других беженцев в Молдове указали 15,7% (16 из 102) респондентов, а друзья и знакомые в Украине были источником информации в 12,7% (13 из 102) случаев (Рисунок 47).

Друзья и знакомые в Молдове упоминались в 10,8% (11 из 102) случаев, листовки и брошюры были источником информации в 9,8% (10 из 102) случаев, а официальные молдавские сайты и социальные сети упомянули по 6,9% (7 из 102) респондентов. Украинские НПО упомянули 2,9% (3 из 102) респондентов, а официальные украинские сайты не упомянул ни один респондент (Рисунок 47).

Рисунок 47. Источники информации об услугах по лечению вирусных гепатитов В, С



Что касается тестирования на гепатит В или С во время пребывания в Молдове, результаты показали, что большинство (89,2%, 91 из 102) тех, кто обращался к таким услугам, сдали оба теста. В 7,8 % (8 из 102) случаев они сдали тест только на гепатит В, а в 2,9 % (3 из 102) случаев - только на гепатит С. Кроме того, респонденты отметили, что не платили за тесты, которые предлагались бесплатно.

Анализ результатов по группам и сообществам показал, что все респонденты в группе ЛЖВ (13 из 13) и 95,1% (39 из 41) респондентов в группе ЛУН прошли оба теста. Среди представителей сообщества ЛГБТ+ оба теста выполнили 18 из 21 респондента, в группе "Другое" - 15 из 18, а в группе СР - 6 из 8. Только два респондента из группы СР и ЛУН, один из сообщества ЛГБТ+ и три из группы "Другое" сделали тест на гепатит В. Что касается теста на гепатит С, то его сделали два респондента из сообщества ЛГБТ+ и один из группы ТБ.

Участникам опроса был задан вопрос о статусе вакцинации против гепатита В. Так, 9,4% (9 из 96¹⁹) респондентов указали, что были привиты, 76,0% (73 из 96) - что не были привиты, а 14,6% (14 из 96) заявили, что не знают, были ли они привиты или нет.

В исследовании также оценивалось место постановки диагноза гепатита В или С среди участников исследования. В этом отношении они указали, что диагноз гепатита В был поставлен им в Молдове в 5,9% (6 из 102) случаев, а гепатита С - в 7,8% (8 из 102) случаев. Кроме того, некоторые респонденты указали, что в Украине им уже был поставлен диагноз гепатита В в 9,8% (10 из 102)

¹⁹ Нет ответа (6)

случаев и в 7,8% (8 из 102) случаев - гепатита С. Кроме того, один из участников сообщил, что ему был поставлен диагноз гепатита В в другой стране.

Респондентам с диагнозом гепатита В и/или С был задан вопрос о том, назначал ли им лечение от этого заболевания какой-либо врач (инфекционист или гепатолог) в Молдове. Результаты показали, что в 12,1% (4 из 33) случаев им было назначено лечение от гепатита В, в 15,2% (5 из 33) - от гепатита С, и в 6,1% (2 из 33) - от обоих гепатитов В и С.

Что касается лечения гепатита В, то шесть респондентов продолжили лечение, начатое в Украине, один - в другой стране и один - в Молдове. Те, кто начал лечение в Украине или в другой стране, отметили, что во время переезда в Молдову у них были с собой необходимые таблетки, поэтому перерывов в лечении не было.

Для продолжения лечения гепатита В пять респондентов, начавших лечение в Украине или другой стране, имели при себе полный набор лекарств. Три респондента получили лекарства бесплатно в Молдове, один упомянул, что приобрел полный набор лекарств, а еще двое не начинали лечение.

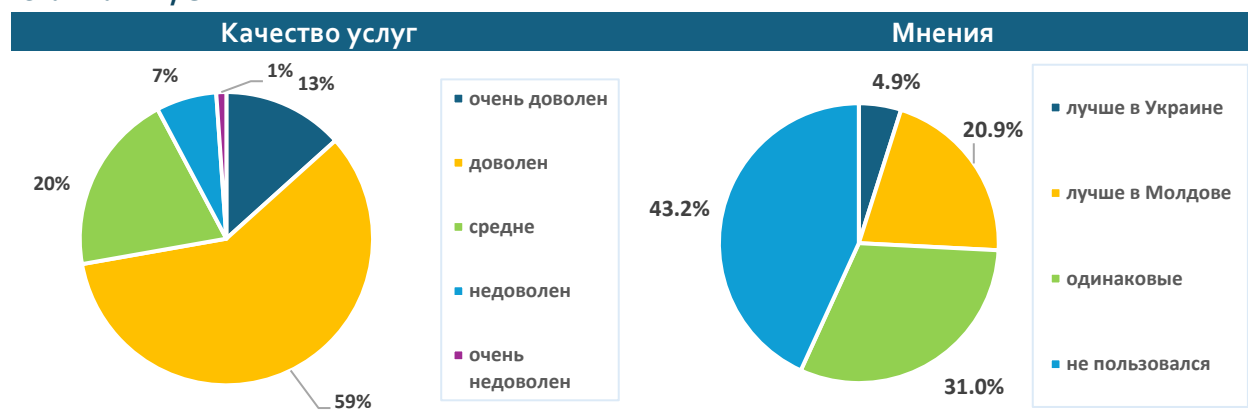
Что касается лечения гепатита С, то четверо респондентов продолжили лечение, начатое в Украине, а двое - в Молдове. Только у одного из респондентов, начавших лечение в Украине, был 21-дневный перерыв во время переезда в Молдову из-за отсутствия необходимых лекарств, после чего он приобрел их в Молдове. Остальные трое имели при себе все необходимые таблетки на протяжении всего периода лечения. Двое из респондентов, начавших лечение гепатита С в Молдове, приобрели свой набор лекарств. Кроме того, пять респондентов с диагнозом гепатита С в Молдове не начали лечение, двое - из-за отсутствия необходимых документов, а трое - по финансовым причинам.

Четверо из респондентов, указавших, что приобрели набор лекарств для лечения вирусных гепатитов В или С, указали разные источники финансирования: они использовали собственные средства (4), взяли деньги в долг (3) или оплатили из средств финансовой помощи беженцев (3).

Из 102 респондентов, которые обращались хотя бы за одной услугой по лечению вирусных гепатитов В или С, 88,2% (90) высказали свое мнение о качестве этих услуг. Большинство, 59,0% (53 из 90), были удовлетворены качеством услуг, а 13,1% (12 из 90) - очень удовлетворены. Около 19,7% (18 из 90) высказали нейтральное мнение, 6,6% (6 из 90) были недовольны и 1,6% (1 из 90) очень недовольны (Рисунок 48).

Мнения о качестве медицинских услуг по лечению вирусных гепатитов В и С варьировали в зависимости от индивидуального опыта респондентов. Примерно пятая часть респондентов (20,9%, 19 из 90) оценили качество услуг в Молдове как лучшее, чем в Украине, а 4,9% (4 из 90) посчитали, что качество услуг в Украине выше. Кроме того, 43,2% (39 из 90) респондентов отметили, что не пользовались услугами в Украине и поэтому не могут их сравнивать. Кроме того, 31,0% (28 из 90) считают, что услуги в обеих странах идентичны (Рисунок 48).

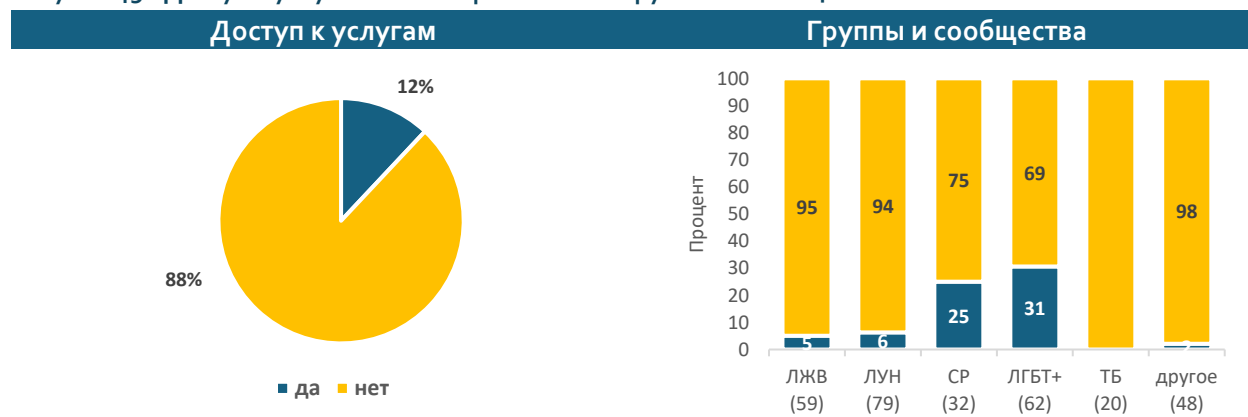
Рисунок 48. Удовлетворенность и восприятие респондентами полученных услуг в связи с вирусными гепатитами В, С



ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

Из 300 участников исследования 12,0% (36) обращались к услугам ИППП. Среди анализируемых групп наибольший процент респондентов, обращавшихся к услугам ИППП, был в сообществе ЛГБТ+ - 30,6% (19 из 62). За ними следуют респонденты из группы СР - 25,0% (8 из 32), и группы ЛУН - 6,3% (5 из 79). Респонденты из группы ЛЖВ обращались к услугам ИППП в 5,1% (3 из 59) случаев, а респонденты из группы "Другое" - в 2,1% (1 из 48) случаев. Ни один респондент из группы ТБ не обращался к этим услугам. Статистический анализ выявил значительное р-значение ($p < 0,001$), что указывает на существенные различия между группами в доступе к услугам ИППП (Рисунок 49).

Рисунок 49 . Доступ к услугам ИППП в разбивке по группам и сообществам



В большинстве случаев основным источником информации об услугах ИППП были молдавские НПО, о которых упомянули 97,2% (35 из 36) участников. Другие беженцы в Молдове были источником информации для 25,0% (9 из 36) респондентов. Социальные сети упомянули 19,4% (7 из 36) респондентов. Листовки и брошюры, а также друзья и знакомые в Молдове были источниками информации для 5,6% (2 из 36) респондентов. Напротив, официальные сайты в Молдове и Украине, друзья и знакомые в Украине, а также неправительственные организации в Украине не были упомянуты ни одним из респондентов (Рисунок 50).

Рисунок 50. Источники информации об услугах по лечению инфекций, передающихся половым путем



Большинство участников опроса, обращавшихся за услугами по лечению ИППП, пользовались услугами НПО. Согласно полученным данным, 77,8% (28 из 36) респондентов указали, что обращались за услугами, предлагаемыми НПО в Молдове. В четверти случаев (25,0%, 9 из 36) они также обращались в государственные учреждения, такие как поликлиники или больницы. В 13,9% (5 из 36) случаев респонденты обращались за услугами в частные клиники.

Из респондентов, которые обращались за услугами по лечению ИППП, 66,7% (24 из 36) отметили, что им было назначено лечение от ИППП, которое они получили в Молдове. Только один респондент, получавший лечение ИППП, был госпитализирован, остальные получали назначенное лечение амбулаторно.

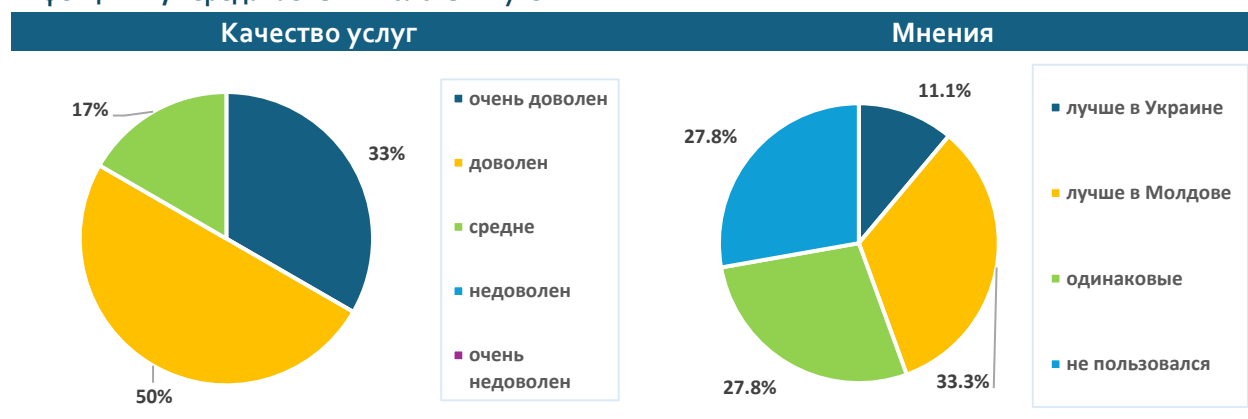
Пять респондентов отметили, что платили за медицинские услуги, связанные с ИППП (анализы и лечение), суммы варьировались от 1000 до 4500 леев, которые были оплачены в частных клиниках. Один из респондентов упомянул, что заплатил 400 леев непосредственно медицинскому персоналу. Для 13 респондентов, получавших лечение от ИППП в Молдове, расходы на лечение были оплачены НПО. Еще шесть человек приобрели выписанные им лекарства в аптеках.

Расходы на медицинские услуги, связанные с ИППП, были покрыты из собственных финансовых источников (5), кредитов (3), финансовой помощи беженцев (5) или помощи друзей (1).

Уровень удовлетворенности участников опроса качеством медицинских услуг в области ИППП, предоставляемых в Молдове, был разным. Большинство респондентов были удовлетворены или очень удовлетворены полученными услугами. Согласно полученным данным, 50,0% (18 из 36) респондентов были удовлетворены, 33,3% (12 из 36) - очень удовлетворены. 16,7% (6 из 36) высказали нейтральное мнение. Ни один респондент не был недоволен или очень недоволен качеством медицинских услуг, полученных в Молдове (Рисунок 51).

Участники опроса высказали разные мнения о медицинских услугах, связанных с ИППП, которые предоставляются в Молдове по сравнению с Украиной. Согласно полученным данным, 33,3% (12 из 36) респондентов считают, что услуги в Молдове лучше, чем в Украине, и 1,1% (4 из 36) респондентов считают, что услуги в Украине лучше. Около 27,8% (10 из 36) оценили услуги как одинаковые в обеих странах, а в 27,8% (10 из 36) случаев респонденты не пользовались услугами в Украине и поэтому не могли их сравнить (Рисунок 51).

Рисунок 51. Удовлетворенность и восприятие респондентами медицинских услуг, полученных в связи с инфекциями, передаваемыми половым путем



НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Треть участников исследования (30,3%, 91 из 300) указали, что когда-либо употребляли наркотики (инъекционные или неинъекционные). Респонденты, указавшие на употребление наркотиков, были представителями группы ЛУН (86,8%, 79) и группы ЛЖВ (13,2%, 12).

Значительная часть респондентов имела длительный стаж употребления наркотиков (инъекционный или неинъекционный). Так, большинство респондентов (44,0%, 40 из 91) отметили, что употребляют наркотики в течение 5-10 лет. Значительная часть (26,4%, 24 из 91) также отметила, что употребляет наркотики более 15 лет, а 17,6% (16 из 91) - 2-4 года. В 8,8% (8 из 91) случаев респонденты указали на длительность употребления 11-14 лет, а в 3,3% (3 из 91) - на употребление в течение 1 года.

Что касается употребления наркотиков, 63,7% (58 из 91) респондентов заявили, что употребляли неинъекционные наркотики, в том числе во время пребывания в Молдове. 56,0% (51 из 91) респондентов заявили, что когда-либо употребляли инъекционные наркотики, и 49 из них продолжали употреблять наркотики, в том числе во время пребывания в Молдове. Кроме того, 12 респондентов, указавших на инъекционное или неинъекционное употребление наркотиков, уточнили, что перестали употреблять наркотики после пребывания в Молдове.

Значительная часть потребителей инъекционных наркотиков, а именно 73,5% (36 из 49), заявили, что употребляли инъекционные наркотики в течение последних 30 дней. Кроме того, 10,2% (5 из 49) сообщили, что употребляли инъекционные наркотики в течение последних 6 месяцев, а 16,3% (8 из 49) указали, что употребляли наркотики более года назад.

Большинство неинъекционных веществ, употреблявшихся за последние 6 месяцев, составляли каннабис, марихуана и гашиш (95 %). Среди прочих веществ были отмечены амфетамины (55%), новые психоактивные вещества в виде порошка, кристаллов или таблеток (60%) и экстази (26%). Что касается инъекционного употребления наркотиков, то чаще всего использовались производные мака (ширач) - 59%. Среди других часто употребляемых инъекционных веществ - амфетамины (34%), новые психоактивные вещества в жидкой форме (46%) и метамфетамины (29%) (Таблица 2).

Таблица 2. Употребление инъекционных и неинъекционных психоактивных веществ за последние 6 месяцев в разбивке по респондентам

Название вещества	неинъекционное потребление последние 6 месяцев, n (%)	Инъекционное потребление последние 6 месяцев, n (%)
Всего	58	41
Каннабис, марихуана, гашиш	55 (94.8)	-
Героин	3 (5.2)	4 (9.8)
Кокаин	6 (10.3)	2 (4.9)
Амфетамин	32 (55.2)	14 (34.1)
Метамфетамин (VINT)	-	12 (29.3)
Экстази (MDMA, MDA)	15 (25.9)	-
Галлюциногенные грибы, мескалин	2 (3.4)	-
Кетамин	-	3 (7.3)
Галлюциногенное вещество (диэтиламид лизергиновой кислоты, ЛСД)	12 (20.7)	-
Происходит от мака	-	24 (58.5)
Дезоморфин, тропикамид	-	-
Метадон, бупренорфин, фентанил, субутекс (незаконный)	6 (10.3)	10 (24.4)
Промедол, фенobarбитал, амobarбитал, трамадол, морфин, кодеин, эфедрин, омнопон, димедрол, амитриптилин, транквилизаторы	11 (19.0)	2 (4.9)
Диазепам, алпразолам, ривотрил, клоназепам, крестин	13 (22.4)	2 (4.9)
Гамма-гидроксibuтират (ГГБ)	2 (3.4)	-
Гамма-бутиролактон (GBL)	-	-
NSP в виде курения травяных смесей с наркотическим эффектом (химари, этноботаники, спайс, ромашка, роза)	15 (25.9)	-
NSP в виде порошков, кристаллов, таблеток с наркотическим действием (мефедрон, пентрон, альфа-PVP, соли)	35 (60.3)	12 (29.3)
NSP в жидкой форме с лекарственными эффектами	8 (13.8)	19 (46.3)
Другие вещества (не указаны)	14 (24.1)	-

Все 41 участник (100%), указавшие на инъекционное потребление в течение последних 30 дней или последних 6 месяцев, отметили, что используют стерильные шприцы и иглы. Однако, согласно полученным данным, 48,7% (20 из 41) респондентов указали, что иногда используют²⁰ и повторно применяют оборудование. Также 43,9% (18 из 41) отметили, что делали инъекции или вводили себе заранее заполненные шприцы, не видя, как эти шприцы наполняются. Кроме того, 39,0% (16 из 41) респондентов указали, что давали другим людям шприцы с дозой, но без иглы, чтобы сделать себе инъекцию, и что иногда давали²¹ другим людям использованные шприцы или иглы.

Большинство респондентов (83,7%, 41 из 49), указавших на употребление инъекционных наркотиков, отметили, что знают, где или у кого они могут получить новые и неиспользованные

²⁰ В 1%-24% случаев

²¹ В 1%-24% случаев

шприцы в Молдове. Кроме того, 83,7% (41 из 49) респондентов заявили, что могут получить новые и неиспользованные шприцы, когда им это необходимо, а 81,6% (40 из 49) заявили, что могут получить новые и неиспользованные шприцы в нужном количестве, когда им это необходимо. Что касается бесплатного доступа к шприцам, 81,6% (40 из 49) респондентов отметили, что получают шприцы бесплатно.

Респонденты, употребляющие инъекционные наркотики, сообщили, что приобретали новые шприцы и иглы в Молдове из разных источников. Большинство (79,6%, 39 из 49) воспользовались программами обмена игл, а 65,3% (32 из 49) приобрели их в аптеках. Кроме того, 40,8% (20 из 49) получали шприцы и иглы от друзей. Меньшее число респондентов упомянули другие источники: 14,3 % (7 из 49) получили шприцы и иглы от медицинских работников вне медицинских учреждений и 18,4 % (9 из 49) - от других потребителей наркотиков. Сексуальных партнеров упомянули 12,2% (6 из 49) респондентов, а 4,1% (2 из 49) получили новые шприцы и иглы от наркодилеров или через уличные покупки.

Основным источником получения новых шприцев и игл в Молдове была программа обмена шприцев, которой воспользовались 68,3% (33 из 49) респондентов. Кроме того, 25,0% (12 из 49) респондентов приобретали их в аптеках. Друзья были названы в качестве основного источника 3,7% (2 из 49) респондентов, а сексуальные партнеры - 3,0% (1 из 49) респондентов.

В Молдове девять респондентов указали, что у них была передозировка до бессознательного состояния, а восемь из них отметили, что использовали *налоксон* для лечения передозировки.

За время пребывания на территории Молдовы 19,0% (16 из 84²²) респондентов, указавших, что когда-либо употребляли наркотики (инъекционные или неинъекционные), уточнили, что обращались за консультацией к специалисту по зависимостям (наркологу).

Согласно полученным данным, в 18,7% (17 из 91) случаев респонденты указали, что состоят на учете у нарколога в Украине, и в 6,6% (6 из 91) случаев - что состоят на учете у такого специалиста в Молдове. Также 5,5% (5 из 91) респондентов указали, что они состоят на учете у нарколога и в Украине, и в Молдове.

Исследование показало разнообразие опыта респондентов в области лечения наркозависимости. Так, согласно полученным данным, 25,6% (21 из 82²³) респондентов сообщили на момент интервью, что в настоящее время проходят лечение в Молдове с целью прекращения употребления наркотиков. Кроме того, в 40,2% (33 из 82) случаев они сообщили, что в прошлом проходили лечение, но в настоящее время уже не лечатся. С другой стороны, 37,8% (31 из 82) респондентов заявили, что никогда не получали никакого лечения, чтобы прекратить употребление наркотиков.

В этом же контексте респонденты указали, что получали различные услуги для прекращения употребления наркотиков. Согласно полученным данным, 5,5% (5 из 91) респондентов указали на амбулаторное лечение, 37,4 % (34 из 91) - на консультации у специалистов по зависимостям (терапевта или нарколога), группы поддержки упомянули 6,6% (6 из 91) респондентов, а в 23,1% (21 из 91) случаев они упомянули метадоновую или бупренорфиновую терапию. Также 5,5% (5 из 91) респондентов подтвердили, что получали реабилитационные услуги в специализированных центрах.

Двое из респондентов указали на оплату лечения наркозависимости (анонимная детоксикация) в размере 10000 и 5000 леев, которую они произвели в больнице, где проходили лечение,

²² Нет ответа (7)

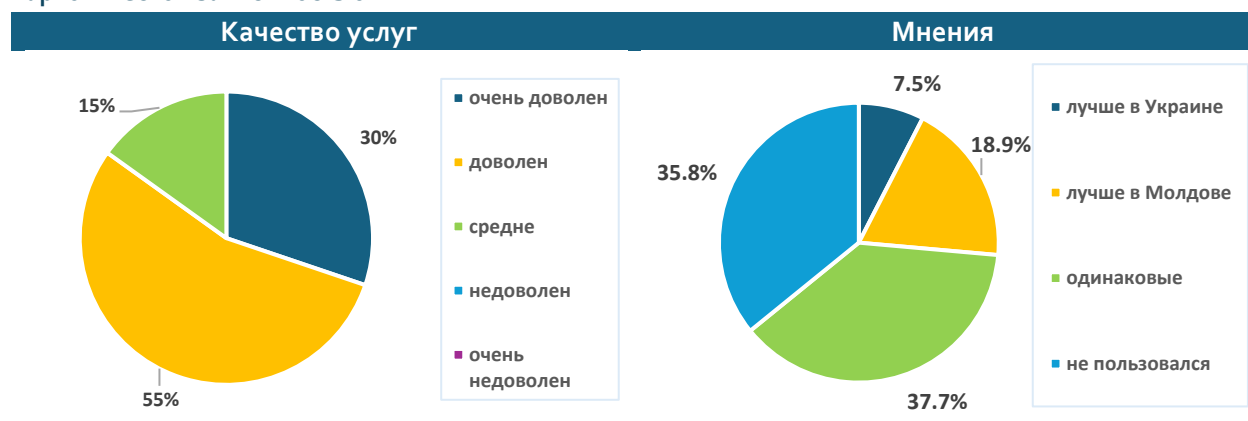
²³ Нет ответа (9)

оплаченное из собственных средств, в том числе из финансовой помощи для беженцев, полученной в Молдове.

Данные опроса отражают в целом положительное восприятие качества наркологических услуг в Молдове. Свое мнение по этому поводу высказали 53 респондента. В одной трети случаев (30,3%, 16) респонденты были очень довольны, а в более чем половине случаев (54,5%, 29) - удовлетворены этими услугами. Меньший процент, 15,2% (8), указали, что удовлетворены умеренно, то есть ни удовлетворены, ни не удовлетворены (Рисунок 52).

Что касается мнения респондентов о наркологических услугах, предлагаемых в Молдове и Украине, то оно было различным. В 7,5% (4 из 53) случаев они считали, что услуги лучше в Украине, в то время как 18,9% (10 из 53) респондентов заявили, что услуги лучше в Молдове. Значительная часть, 37,7% (20 из 53), заявила, что услуги в обеих странах одинаковы. Кроме того, 35,8% (19 из 53) респондентов отметили, что не пользовались услугами в Украине и поэтому не могут их сравнить (Рисунок 52).

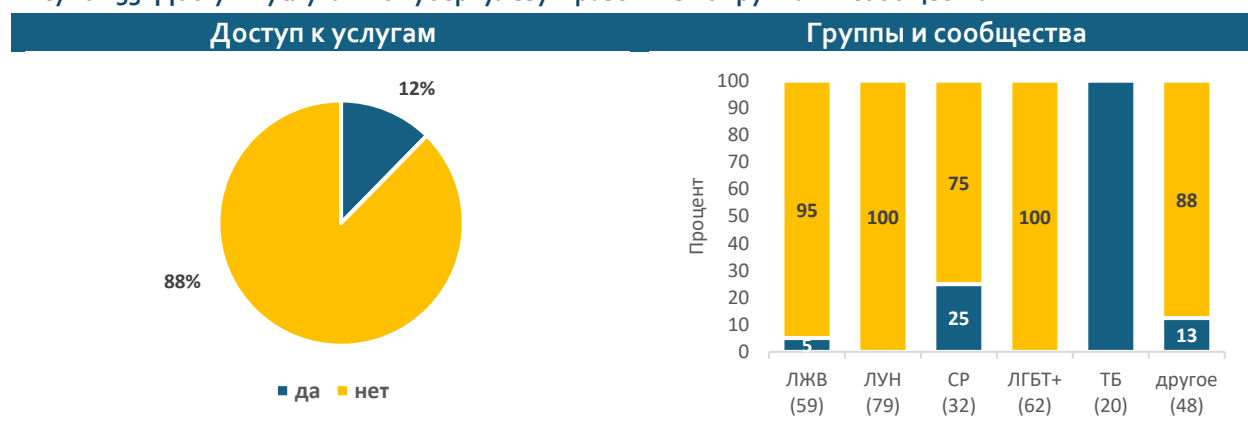
Рисунок 52. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг, которые они получили в связи с наркотической зависимостью



ТУБЕРКУЛЕЗ

Из 300 респондентов 12,3% (37) отметили, что обращались за услугами ТБ. В зависимости от групп и сообществ, все участники групп по ТБ (20 из 20) обращались к этим услугам. Четверть респондентов из группы СР (25,0%, 8 из 32) и 12,5% (6 из 48) из группы "Другое" также обращались к таким услугам. Ни один респондент из группы ЛУН и сообщества ЛГБТ+ не обращался к подобным услугам. Статистический анализ выявил значительную связь между группами и доступом к услугам ($p < 0,001$) (Рисунок 53).

Рисунок 53. Доступ к услугам по туберкулезу в разбивке по группам и сообществам



В исследовании участников спрашивали, как они узнали о том, как и куда можно обратиться за услугами в связи с ТБ. Так, НПО в Молдове сыграли решающую роль в информировании участников: 70,3% (26 из 37) участников указали, что узнали об этих услугах через эти организации. Друзья и знакомые в Молдове были важным источником информации для 54,1% (20 из 37) респондентов. Другие беженцы в Молдове предоставили полезную информацию в 37,8% (14 из 37) случаев, официальные молдавские сайты - в 35,1% (13 из 37) случаев, а в 32,4% (12 из 37) случаев респонденты отметили, что узнали необходимую информацию из листовок и брошюр или воспользовались социальными сетями. В 27,0% (10 из 37) случаев они получали информацию от друзей и знакомых в Украине, а 8,1% (3 из 37) респондентов обращались к официальным украинским сайтам. Ни один респондент не упомянул украинские неправительственные организации в качестве источника информации (Рисунок 54).

Рисунок 54. Источники информации о медицинских услугах, связанных с туберкулезом



Что касается симптомов, побудивших участников исследования обратиться за медицинской помощью, то большинство (89,2%, 33 из 37) отметили, что постоянный кашель и боль в груди были основными причинами обращения за услугами в связи с ТБ. О высокой температуре тела и немотивированной слабости или усталости сообщили 73,0% (27 из 37) участников. Ночная потливость и снижение аппетита упоминались в 62,2% (23 из 37) случаев, а потеря веса была важным симптомом для 54,1% (20 из 37) респондентов. В 2,7% (1 из 37) случаев участники отметили наличие прожилок крови в мокроте при кашле. Кроме того, в 13,5% (5 из 37) случаев респонденты

обращались за услугами в связи с ТБ, находясь в контакте с другими людьми, больными туберкулезом (Рисунок 55).

Рисунок 55. Признаки туберкулеза



В исследовании оценивалось время, прошедшее с момента появления первых характерных симптомов туберкулеза до обращения участников за медицинской помощью. Так, более чем в половине случаев (54,1%, 20 из 37) респонденты отметили, что ждали от 2 до 3 недель, прежде чем обратиться за медицинской помощью. Примерно в трети случаев (27,0%, 10 из 37) они обращались за медицинской помощью в течение одной недели после появления симптомов. Меньшее число респондентов, 16,2% (6 из 37), ждали более 3 недель, прежде чем обратиться за медицинской помощью, и 2,7% (1 из 37) сказали, что ждали от 1 до 2 недель. Причинами обращения за медицинской помощью более чем через 3 недели были страх перед обследованиями и анализами (3) и незнание, куда обратиться (3).

В подавляющем большинстве случаев (91,9%, 34 из 37) респонденты указали, что обращались за услугами ТБ в государственные учреждения (поликлинику или больницу), в 13,5% (5 из 37) случаев они отметили, что обращались в НПО за поддержкой в получении услуг, и в 5,4% (2 из 37) случаев они обращались в частные клиники. Двое из респондентов (те, кто обратился в частные клиники), понесли расходы в размере от 250 до 2000 леев, оплачивали услуги в клиниках из собственных финансовых источников.

Диагноз ТБ был подтвержден в 54,1% (20 из 37) случаев. Респонденты сообщили, что узнали о своем диагнозе в течение 1-3 дней после обследования на ТБ. Из них у 15 человек был диагностирован чувствительный туберкулез, а у пяти - устойчивый. Все респонденты были госпитализированы в специализированные стационарные учреждения для прохождения начального этапа назначенного им противотуберкулезного лечения. Респонденты сообщили, что они проходили лечение под непосредственным наблюдением (DOT), под наблюдением медсестер как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Они также ежедневно ходили в пункты лечения (туберкулезные кабинеты) за таблетками. Ни один из респондентов не упомянул об использовании программы *видеоподдержки* лечения (VST) во время амбулаторного лечения.

Участников спросили, испытывали ли они какие-либо побочные эффекты во время лечения туберкулеза. Так, они отметили тошноту (20 из 20), головные боли (15 из 20), диарею и боли в желудке (12 из 20), боли в мышцах или суставах (11 из 20), рвоту (8 из 20), чувство подавленности (6 из 20), кожную сыпь и зуд (3 из 20), снижение зрения (2 из 20). Кроме того, респонденты,

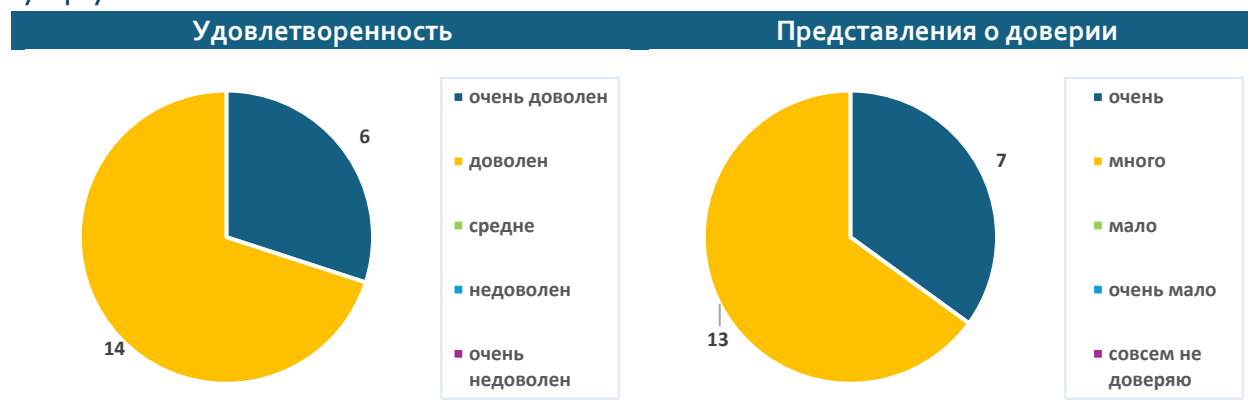
испытывавшие побочные эффекты, указали, что получали лечение от побочных эффектов во время госпитализации.

Говоря о поддержке, оказываемой во время лечения ТБ, участники исследования отметили, что получали поддержку от социальных работников (13 из 20) и психологов (7 из 20). Все респонденты также отметили, что во время лечения ТБ они получали поддержку в виде стимулов для приверженности.

Из 20 участников исследования, получавших лечение от туберкулеза, десять сообщили, что успешно завершили лечение. Один участник был признан с неудачей лечения, а девять других на момент опроса все еще проходили лечение.

Что касается удовлетворенности качеством услуг, предоставляемых в связи с туберкулезом, 14 респондентов сказали, что удовлетворены, а шесть - что очень удовлетворены. Кроме того, 13 участников отметили, что очень доверяли врачу, который их лечил, а еще пять - что доверяли (Рисунок Рисунок 56).

Рисунок 56. Удовлетворенность и восприятие респондентами медицинских услуг, полученных в связи с туберкулезом



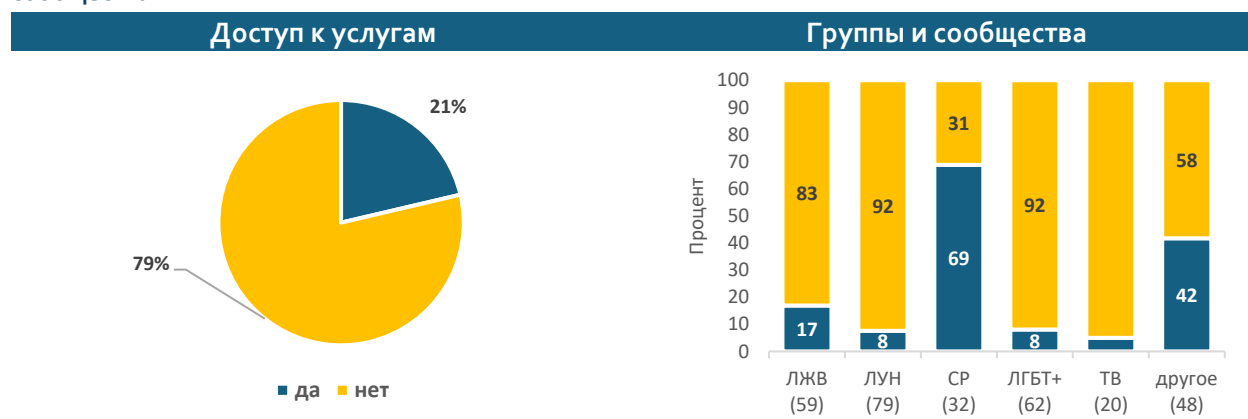
ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Из 300 участников исследования 21,3% (64) отметили, что обращались за медицинской помощью по поводу острых респираторных инфекций (ОРВИ) (Рисунок 57).

При более детальном анализе выяснилось, что наибольший процент обращений за медицинской помощью в связи с ОРВИ был у респондентов из группы СР - 68,8% (22 из 32), далее следуют респонденты из группы Другое - 41,7% (20 из 48) и респонденты из группы ЛЖВ - 16,9% (10 из 59). Респонденты из сообщества ЛГБТ+ обращались за такой помощью в 8,1% (5 из 62) случаев, а респонденты из группы ЛУН - в 7,6% (6 из 79). Только один респондент из группы ТБ обратился за медицинской помощью в связи с ОРВИ (Рисунок 57).

Данные свидетельствуют о значительной межгрупповой вариативности в обращении за медицинской помощью по поводу ОРВИ ($p < 0,001$, Рисунок 57).

Рисунок 57. Доступ к услугам по лечению острых респираторных инфекций в разбивке по группам и сообществам



Из 64 респондентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу ОРВИ, в 85,9% случаев (55 из 64) они обращались в государственные учреждения (поликлиники, больницы). В 20,3% (13 из 64) участники отметили, что обращались и в частные клиники. Большинству (84,4%, 54 из 64) респондентов, обратившихся за медицинской помощью в связи с ОРВИ, были проведены исследования, тесты или анализы, и примерно в трети случаев (27,8%, 15 из 54) они упомянули, что заплатили деньги за некоторые из этих услуг.

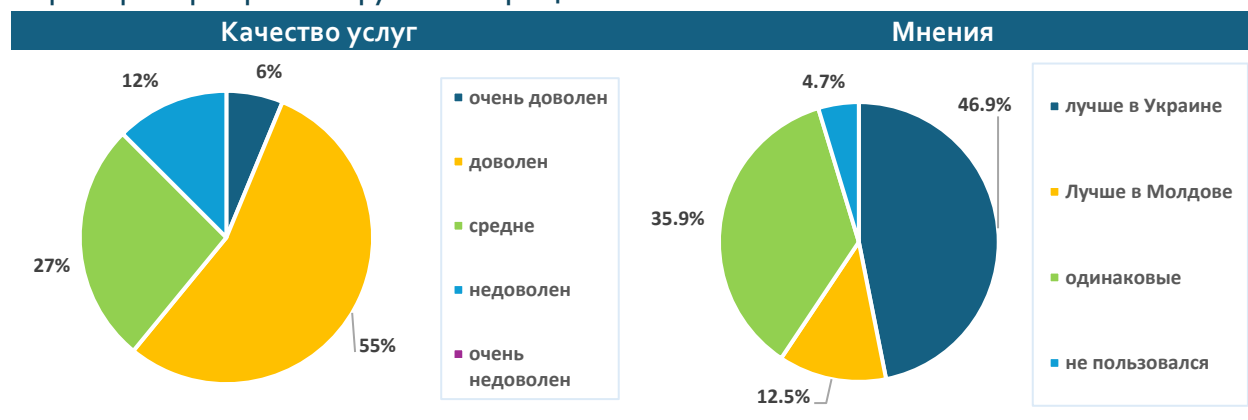
Что касается выплаченных сумм, то данные демонстрируют значительный разброс. Так, по одному из 14 случаев респонденты заплатили 300 лей и 400 лей соответственно. В целом суммы выплат варьировались от 300 до 2000 леев, а некоторые респонденты (2 из 14) заплатили 500 и 1100 леев. Такая вариативность свидетельствует о различиях в стоимости медицинских услуг, возможно, также зависящих от типа и сложности проведенных исследований. Что касается назначения платежей, 25,9% (14 из 54) респондентов отметили, что платили в кассу больницы или поликлиники, а 9,3 % (5 из 54) заявили, что платили непосредственно медицинскому персоналу, что свидетельствует о том, что большинство платежей осуществлялось по официальным каналам, но были и случаи неофициальных выплат.

Из тех респондентов, которые производили выплаты, 25,9% (14 из 54) отметили, что использовали собственные сбережения для покрытия расходов на здравоохранение, а в 7,4% случаев (4 из 54) они указали, что им пришлось прибегнуть к кредитам. В 5,6% случаев они получали помощь от родственников и друзей (3 из 54), использовали финансовые источники из фонда помощи беженцам (3 из 54) или расходы на медицинские услуги покрывались неправительственными организациями (3 из 54).

Участникам опроса был задан вопрос о том, насколько они удовлетворены качеством услуг в связи с ОРВИ, предоставляемых в Молдове. Так, в 54,7% (35 из 64) случаев респонденты отметили, что удовлетворены качеством услуг, а в 26,6% (17 из 64) случаев они остались нейтральными. С другой стороны, в 12,5% (8 из 64) случаев участники заявили, что не удовлетворены качеством услуг, а 6,3% (4 из 64) - что очень довольны (Рисунок 58).

Участники опроса также высказали свое мнение о восприятии качества услуг по сравнению с украинскими. В 46,9% (30 из 64) случаев респонденты указали, что медицинские услуги, связанные с ОРВИ, лучше в Украине, а в 35,9% (23 из 64) случаев отметили, что услуги одинаковы в обеих странах. Меньшее количество респондентов, 12,5% (8 из 64), указали, что медицинские услуги лучше в Молдове, а 4,7% (3 из 64) отметили, что не пользовались такими услугами в Украине и поэтому не могут провести сравнение (Рисунок 58).

Рисунок 58. Удовлетворенность и восприятие респондентами медицинских услуг, полученных в связи с острыми респираторными вирусными инфекциями

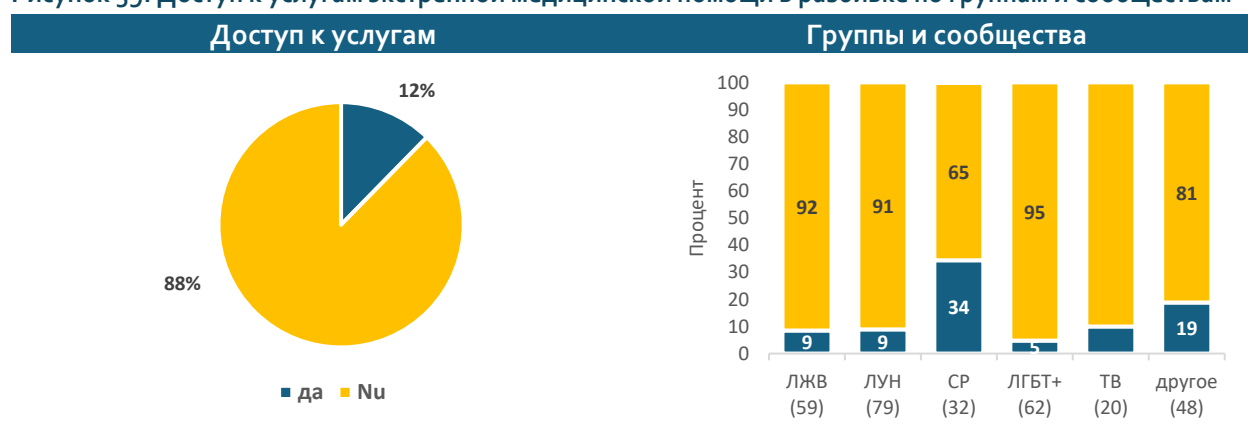


ЭКСТРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Из 300 участников опроса 12,3% (37) указали, что обращались за неотложной медицинской помощью во время пребывания в Молдове (Рисунок 59).

В исследовании анализировалась частота обращения за экстренной медицинской помощью во время пребывания респондентов в Молдове в зависимости от групп и сообществ. Результаты показали, что наибольший процент обращений за экстренной медицинской помощью приходится на респондентов из группы СР - 34,4% (11 из 32) сообщили, что нуждались в таких услугах. Респонденты из группы "Другое" обращались за неотложной медицинской помощью в 18,8% (9 из 48) случаев, из группы ЛУН - в 8,9% (7 из 79) случаев, а из группы ЛЖВ - в 8,5% (5 из 59) случаев. Респонденты из сообщества ЛГБТ+ обращались за неотложной помощью в 4,8% (3 из 62) случаев, а в группе ТБ два респондента указали, что обращались за неотложной помощью. Статистический анализ показал, что существуют значительные различия между группами в частоте обращения за неотложной медицинской помощью ($p=0,001$) (Рисунок 59).

Рисунок 59. Доступ к услугам экстренной медицинской помощи в разбивке по группам и сообществам



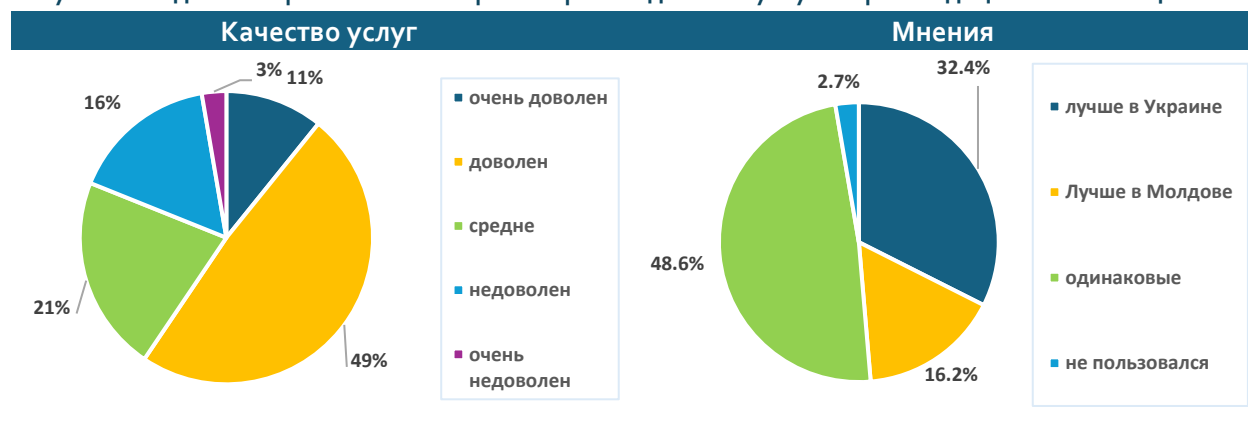
Результаты показали, что подавляющее большинство респондентов, 94,6% (35 из 37), обращались за экстренной медицинской помощью в государственные учреждения (отделения скорой помощи), а 5,4% (2 из 37) - в частные клиники.

73,0% (27 из 37) респондентов сообщили, что проходили различные экстренные медицинские обследования, тесты и анализы. Что касается расходов, связанных с этими услугами, 8,1% (3 из 37) сообщили, что понесли расходы в связи с услугами. Из тех, кто понес расходы, суммы варьировались от 600 леев до 1000 леев, оплата производилась непосредственно в кассу отделения скорой помощи. Один из респондентов указал, что понес расходы из собственных финансовых источников, а двое других указали, что платили из кредитов.

Удовлетворенность качеством услуг, полученных в Молдове, была различной. Результаты показали, что почти половина респондентов (48,6%, 18 из 37) были удовлетворены качеством услуг, а более пятой части (21,6%, 8 из 37) - умеренно удовлетворены, что свидетельствует о приемлемом, но не исключительном качестве услуг. С другой стороны, 16,2% (6 из 37) респондентов были недовольны качеством услуг, а меньшая часть - 2,7% (1 из 37) - были очень недовольны. Напротив, 10,8% (4 из 37) респондентов были очень довольны полученными услугами, что свидетельствует о положительном опыте обращения за неотложной медицинской помощью (Рисунок 60).

Что касается сравнения услуг, получаемых в Молдове и Украине, результаты показали, что почти половина респондентов, 48,6% (18 из 37), считают, что услуги экстренной помощи в обеих странах идентичны. Значительные 32,4% (12 из 37) заявили, что услуги в Украине лучше, чем в Молдове, а 16,2% (6 из 37) респондентов считают, что услуги в Молдове превосходят услуги в Украине. Небольшой процент, 2,7% (1 из 37), не пользовался услугами украинских служб экстренной помощи и поэтому не смогли провести сравнение (Рисунок 60).

Рисунок 60. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг скорой медицинской помощи



ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

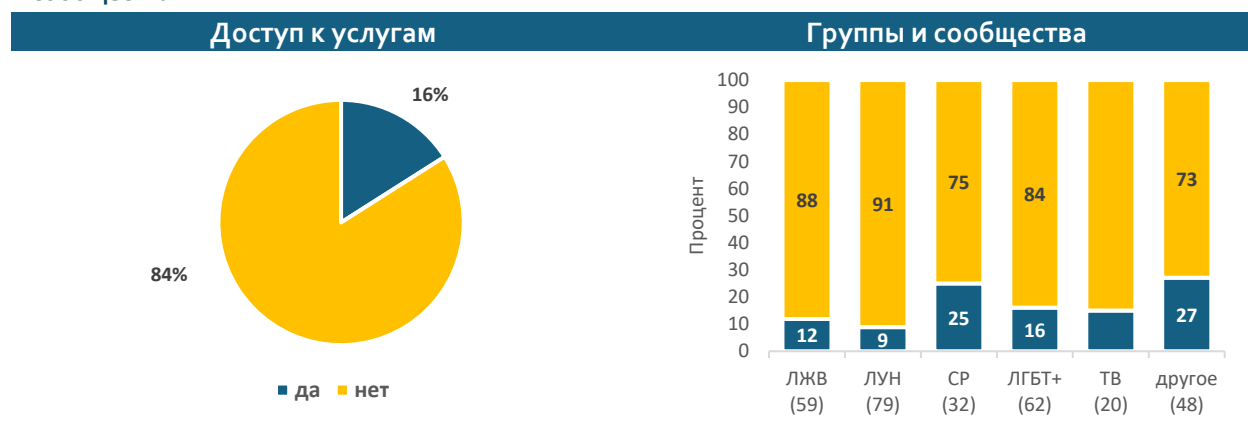
Участников опроса спрашивали, обращались ли они за медицинской помощью по поводу хронических заболеваний. Из 300 респондентов 16 процентов (48 из 300) указали, что обращались за медицинской помощью в связи с такими заболеваниями (Рисунок 61).

В разбивке по группам и сообществам респонденты из группы "Другое" обращались к таким услугам в 27,1% (13 из 48) случаев, а респонденты из группы "СР" - в 25,0% (8 из 32) случаев. Среди респондентов сообщества ЛГБТ+ 16,1% (10 из 62) указали, что обращались к услугам по поводу

хронического заболевания, в то время как только 11,9% (7 из 59) респондентов группы ЛЖВ и 8,9% (7 из 79) респондентов группы ЛУН сделали это. Три респондента из группы ТБ (3 из 20) также обращались к таким услугам (Рисунок 61).

Статистический анализ выявил р-значение, равное 0,073. Хотя это значение близко к порогу значимости 0,05, оно не указывает на статистически значимую разницу между группами в плане обращения за медицинской помощью по поводу хронических заболеваний.

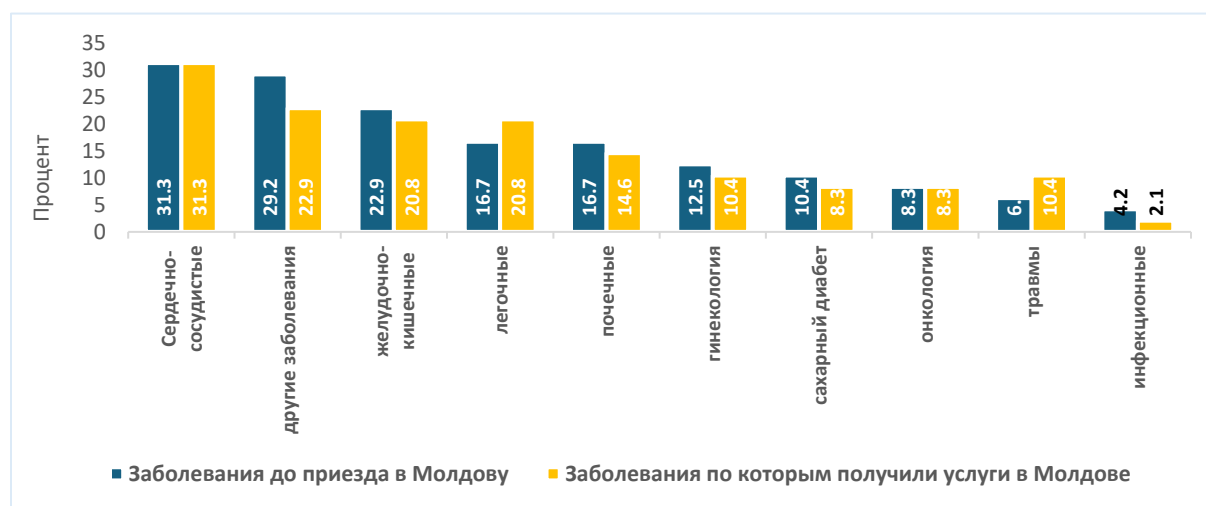
Рисунок 61. Доступ к медицинским услугам в связи с хроническим заболеванием, в разбивке по группам и сообществам



В ходе исследования были проанализированы данные о заболеваниях, которыми страдали участники до получения убежища в Молдове, и о получении медицинских услуг в связи с этими заболеваниями в Молдове. Данные Рисунок 62 представляют информацию о доле тех, кто имел определенное заболевание, и доле тех, кто получал помощь по этому заболеванию; оба показателя рассчитаны среди респондентов, обращавшихся за медицинской помощью по поводу хронических заболеваний (48). Так, болезни сердца - 31,3% (15, получили медицинские услуги 15) респондентов, болезни желудочно-кишечного тракта - 22,9% (11, получили медицинские услуги 10) респондентов, болезни дыхательных путей - 16,7% (8, получили медицинские услуги 10) респондентов, болезни почек - 16,7% (8, получили медицинские услуги 7) и гинекологические или акушерские заболевания - 12,5% (6, получили медицинские услуги 5) респондентов. Сахарный диабет упоминался в 10,4% (5, получили медицинские услуги 4) случаев травмы - в 6,3% (3, получили медицинские услуги 5) случаев, онкологические заболевания - в 8,3% (4, получили медицинские услуги 4), инфекционные заболевания (другие) - в 4,2% (2, получили медицинские услуги 1) случаев. Другие указанные заболевания отметили 29,2% (14, получили медицинские услуги 11) респондентов.

Эти данные свидетельствуют о том, что, хотя сердечно-сосудистые заболевания были наиболее распространенными как до получения убежища в Молдове, так и с точки зрения медицинских услуг, полученных в Молдове, существуют различные заболевания, по поводу которых участники обращались за медицинской помощью и получали ее (Рисунок 62).

Рисунок 62. Обращение за медицинскими услугами в зависимости от заболевания



Анализ предпочтений участников исследования в отношении доступа к медицинским услугам в учреждениях здравоохранения показывает, что 68,8% (33 из 48) респондентов пользуются медицинскими услугами, предлагаемыми государственными учреждениями (поликлиниками, больницами), а остальные 54,2% (26 из 48) респондентов обращаются за такими услугами в частные клиники.

Более чем в половине случаев (54,2%, 26 из 48) респонденты указали, что понесли расходы за медицинские услуги, полученные в связи с перечисленными заболеваниями. Средняя сумма, уплаченная респондентами, составила 5325 леев, минимальная указанная сумма составила 300 леев, а максимальная сумма достигла 60000 леев, данные отражают широкий диапазон расходов, понесенных пациентами на лечение хронических заболеваний, выделяя как случаи умеренных затрат, так и ситуации значительных расходов.

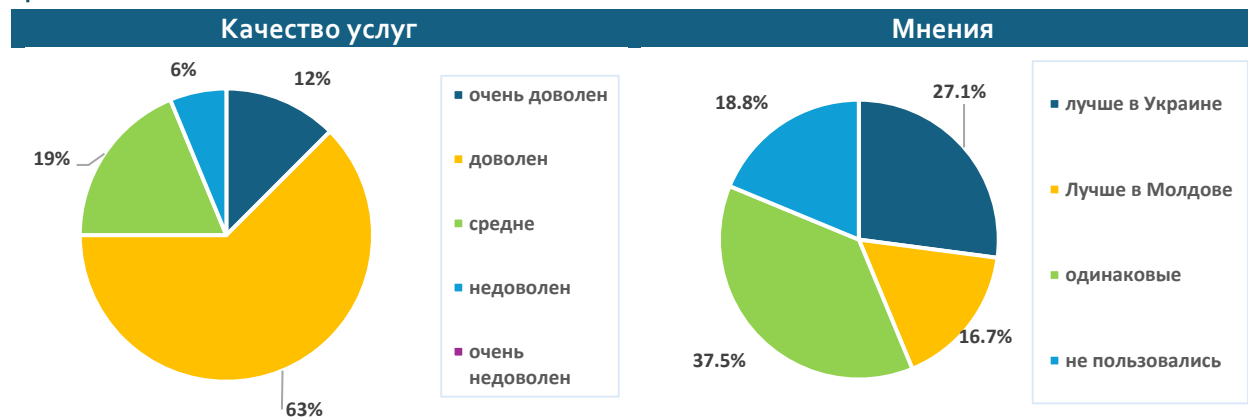
Из 26 респондентов, указавших платежи, 24 уточнили, что платили в кассе больницы или поликлиники. Четыре респондента указали, что производили оплату, в том числе и медицинскому персоналу. Что касается источников финансирования медицинских услуг, связанных с хроническими заболеваниями, то 17 респондентов использовали собственные средства для покрытия медицинских расходов. Некоторые из них (6) воспользовались кредитами, другие (4) получили помощь от родственников или друзей. Кроме того, 8 респондентов использовали для оплаты финансовые источники из фонда помощи беженцам. Кроме того, 11 респондентов получили помощь от НПО для покрытия расходов на здоровье.

Участникам опроса было предложено ответить на вопрос, насколько они удовлетворены качеством медицинских услуг, предоставляемых в Молдове в связи с хроническими заболеваниями, которыми они страдают или по поводу которых они получали медицинскую помощь. Из 48 респондентов 12,5% (6) были очень довольны этими услугами, а 62,5% (30) - удовлетворены. Это большинство респондентов, что говорит о высоком уровне общей удовлетворенности. С другой стороны, 18,8% (9) были удовлетворены умеренно, что говорит о том, что услуги не были для них ни хорошими, ни плохими. Только 6,3% (3) участников были недовольны качеством медицинских услуг, что представляет собой незначительное меньшинство (Рисунок 66).

Что касается сравнения медицинских услуг по лечению хронических заболеваний между Молдовой и Украиной, 27,1% (13) респондентов считают, что в Украине услуги лучше. Напротив,

16,7% (8) заявили, что услуги лучше в Молдове. Значительные 37,5% (18) считают, что услуги в обеих странах одинаковы. Кроме того, 18,8% (9) респондентов отметили, что не пользовались медицинскими услугами в Украине и поэтому не могут провести сравнение (Рисунок 66).

Рисунок 63. Удовлетворенность и восприятие респондентами полученных медицинских услуг в связи с хроническими заболеваниями

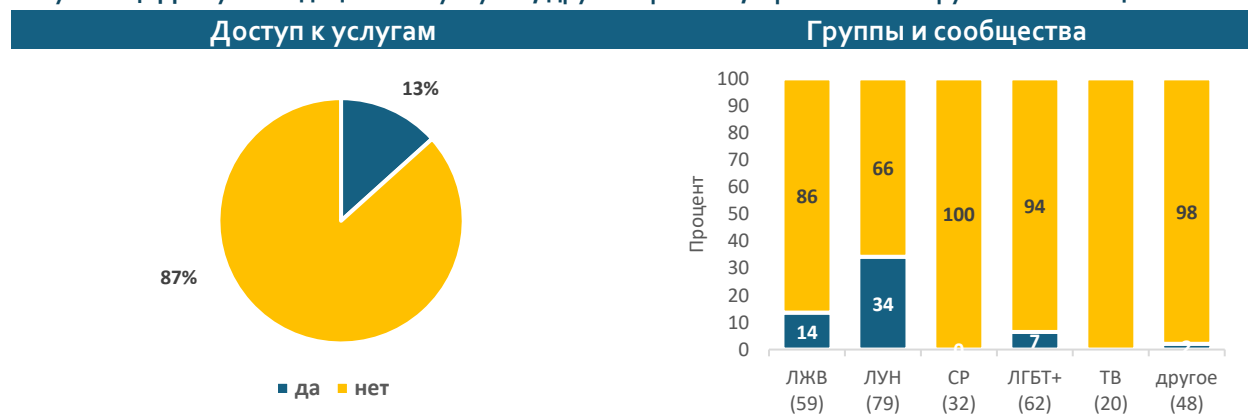


ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ, СВЯЗАННЫЕ СО ЗДОРОВЬЕМ

Из 300 участников опроса 13,3% (40) указали, что обращались в медицинские учреждения по другим причинам, кроме вышеперечисленных. Другие причины включали различные виды консультаций, такие как дерматологические, ЛОР, урологические, терапевтические и гормональные (Рисунок 64).

В зависимости от групп и сообществ, респонденты из группы ЛУН обращались к таким услугам в 34,2% (27 из 79) случаев, за ними следуют респонденты из группы ЛЖВ (13,6%, 8 из 59) и респонденты из сообщества ЛГБТ+ (6,5%, 4 из 62). В группе "Другое" к таким услугам обращались 2,1% (1 из 48) респондентов. В группах ТБ и СР ни один респондент не обращался к таким услугам. Эти данные свидетельствуют о значительной вариативности использования услуг в зависимости от группы респондентов ($p < 0,001$) (Рисунок 64).

Рисунок 64. Доступ к медицинским услугам, другие причины, в разбивке по группам и сообществам



Что касается услуг по другим причинам, то в большинстве случаев респонденты отдавали предпочтение частным клиникам (в том числе клинике MedHub, входящей в общественной

организации "Позитивная инициатива") - 87,5% (35 из 40) респондентов указали именно этот вариант. Что касается государственных учреждений (поликлиник, больниц), то к ним респонденты обращались в 12,5% (5 из 40) случаев. В 95,0% (38 из 40) случаев участники опроса, обратившиеся за такими услугами, указали, что им были проведены какие-либо обследования, тесты или анализы.

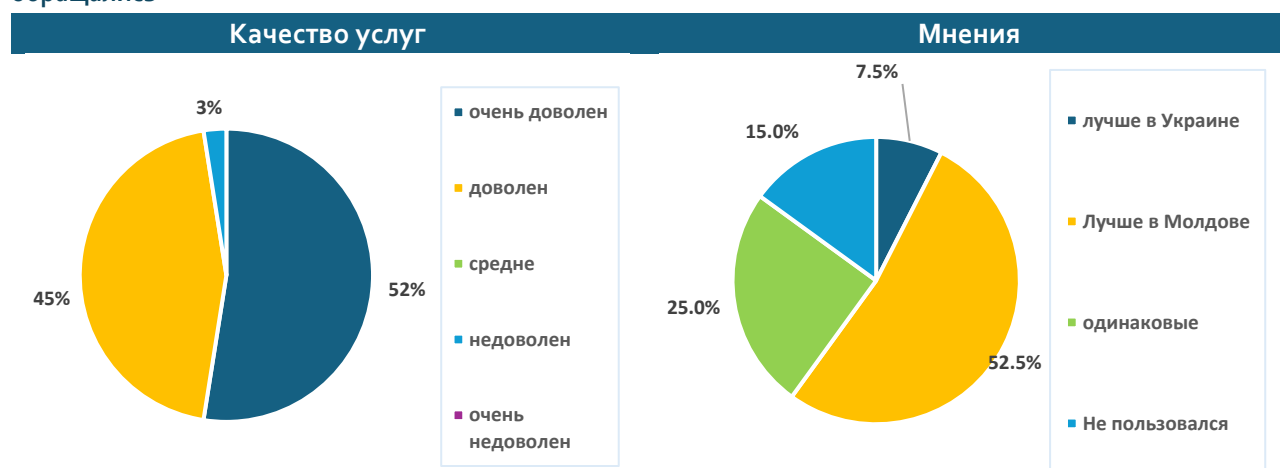
Что касается оплаты консультаций, включая исследования, анализы или тесты, проведенные в медицинских учреждениях, результаты опроса показали, что 87,5% (35 из 40) респондентов указали, что оплачивали эти услуги. Из тех, кто заплатил, 77,1% (27 из 35) заплатили сумму в 750 леев, 14,3% (5 из 35) заплатили сумму в 1300 леев, и 5,7% (2 из 35) заплатили сумму в 300 леев. В 2,9% (1 из 35) случаев платежи составили 4800 леев. Что касается назначения платежей, 87,5% (35 из 40) респондентов внесли деньги в кассу больницы или поликлиники, а 5,0% (2 из 40) заплатили непосредственно медицинскому персоналу.

Источник выплат был разным: в 87,5% (35 из 40) случаев респонденты указали, что получили финансовую поддержку от НПО (ваучер на 750 леев за консультацию терапевта и исследования или выплаты в размере 1300 леев за гормональную терапию). Напротив, в 5,0% (2 из 40) случаев участники указали, что использовали собственные сбережения для покрытия этих расходов, в 2,5% (1 из 40) случаев они платили из кредитов и еще в 2,5% (1 из 40) случаев из финансовой помощи беженцам.

В ходе исследования была проанализирована удовлетворенность качеством предоставляемых в Молдове услуг, а также другие причины, по которым респонденты обращались в медицинские центры. Так, было установлено, что 52,5% (21 из 40) респондентов были очень довольны, а 45,0% (18 из 40) - удовлетворены. В 2,5% (1 из 40) случаев респонденты были недовольны качеством услуг (Рисунок 65).

Что касается сравнения медицинских услуг в Молдове и в Украине, 52,5% (21 из 40) респондентов считают, что услуги в Молдове лучше, 25,0% (10 из 40) считают услуги идентичными, а 7,5% (3 из 40) считают, что услуги в Украине лучше. Кроме того, 15,0% (6 из 40) респондентов отметили, что не пользовались подобными услугами в Украине и поэтому не могут их сравнивать (Рисунок 65).

Рисунок 65. Удовлетворенность и восприятие респондентами других медицинских услуг, к которым они обращались

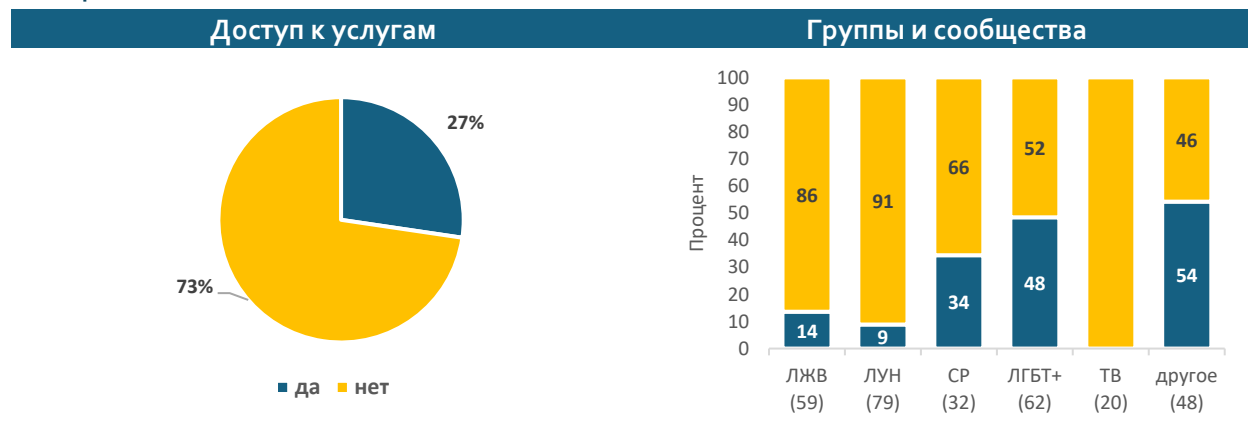


ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Примерно в трети случаев (27,3%, 82 из 300) обращались за услугами в связи с психическим здоровьем.

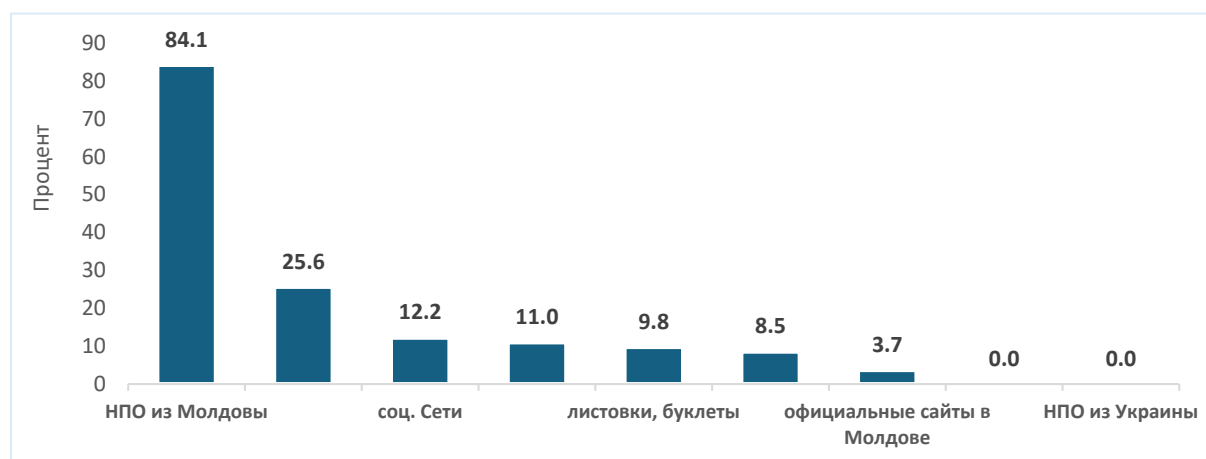
В разбивке по группам и сообществам, 54,2% (26 из 48) респондентов из группы "Другое" обращались за услугами по охране психического здоровья, за ними следуют респонденты из сообщества ЛГБТ+ - 48,4% (30 из 62). Респонденты из группы СР обращались к таким услугам в 34,4% (11 из 32) случаев, а респонденты из группы ЛЖВ - в 13,6% (8 из 59) случаев. В группе ЛУН 8,9% (7 из 79) респондентов сообщили об обращении к таким услугам, а в группе ТБ ни один респондент (0 из 20) не указал, что обращался за услугами психического здоровья. Статистические данные указывают на статистически значимую связь между группами и доступом к услугам в области психического здоровья ($p < 0,001$, Рисунок 66).

Рисунок 66. Доступ к медицинским услугам психического здоровья, в разбивке по группам и сообществам



Что касается того, как респонденты узнали об имеющихся в Молдове услугах по охране психического здоровья, результаты показали, что в 84,1% случаев (69 из 82) они узнали об этих услугах через молдавские НПО. В четверти случаев (25,6%, 21 из 82) респонденты узнали об услугах психического здоровья от других беженцев в Молдове, социальные сети стали источником информации для 12,2% (10 из 82) участников исследования, а 11,0% (9 из 82) узнали об услугах психического здоровья от друзей и знакомых в Молдове. Друзья и знакомые в Украине были источником информации для 8,5% (7 из 82) респондентов, а листовки и брошюры были полезны для 9,8% (8 из 82) респондентов. К официальным молдавским сайтам обращались в 3,7% (3 из 82) случаев, в то время как официальные украинские сайты и украинские НПО не упоминались в качестве источников информации об услугах психического здоровья в Молдове (Рисунок 67).

Рисунок 67. Источники информации об услугах в области психического здоровья



В ходе исследования было проанализировано, куда респонденты обращались за услугами по охране психического здоровья. Результаты показали, что большинство участников, 75,6% (62 из 82), обращались за помощью в области психического здоровья в НПО. Более чем в пятой части случаев (22,0%, 18 из 82) они обращались к психиатру или неврологу в консультативных отделениях поликлиник или больниц, а 15,9% (13 из 82) - к своему семейному врачу. Что касается частных медицинских центров, то 13,4% (11 из 82) респондентов также выбрали этот вариант получения услуг. Общественные центры психического здоровья посетили 6,1% (5 из 82) респондентов, а государственные центры психического здоровья выбрали 2,4% (2 из 82) респондентов.

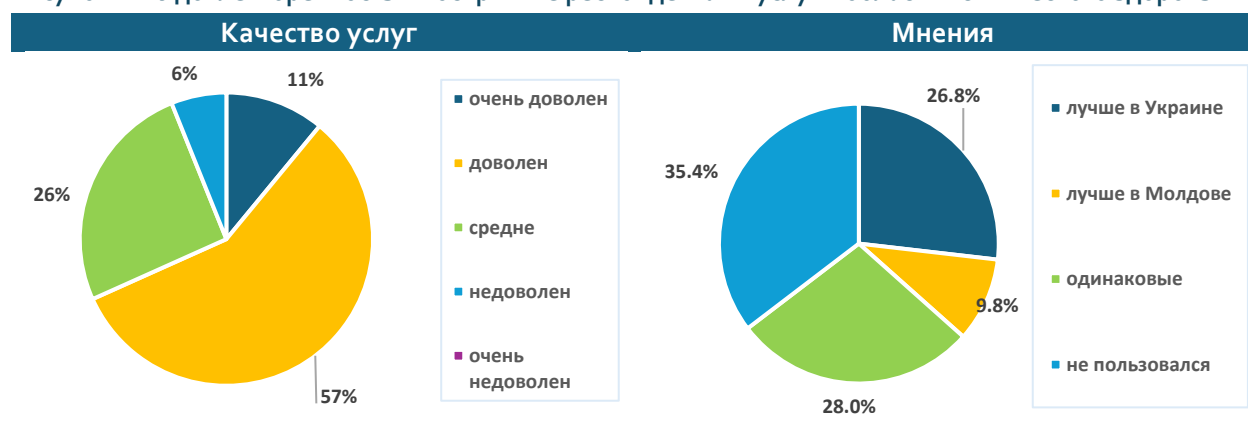
Что касается оплаты услуг психического здоровья, результаты показали, что 13,4% (11 из 82) респондентов оплачивали консультации психиатра (невролога) и индивидуальную психотерапию, 6,1% (5 из 82) респондентов оплачивали консультации психиатра (невролога).

Чаще всего (3 из 16) респонденты платили за полученные услуги 300 или 1000 леев. Другие (2 из 16) платили 400 или 500 леев. Другие уплаченные суммы составили 2700, 4290 и 6000 леев (1 из 16). Также (3 из 16) заплатили 200 леев. Что касается способа оплаты, то в 12,2% (10 из 82) случаев респонденты производили оплату в кассе учреждения, а в 7,3% (6 из 82) - непосредственно медицинскому персоналу. Источниками финансирования были: собственные финансовые средства (10), кредиты (4), поддержка НПО (2).

Результаты оценки удовлетворенности качеством услуг в области психического здоровья в Молдове показали, что 57,3% (47 из 82) респондентов были удовлетворены качеством полученных услуг. В четверти случаев (25,6%, 21 из 82) участники были умеренно удовлетворены, указывая на то, что услуги были приемлемыми, но не исключительными. С другой стороны, 11,0% (9 из 82) респондентов были очень довольны качеством услуг, что свидетельствует о положительном опыте получения услуг психического здоровья. Напротив, 6,1% (5 из 82) респондентов были недовольны качеством услуг (Рисунок 68).

Сравнение услуг в области психического здоровья в Молдове и в Украине показало, что 28,0% (23 из 82) респондентов считают, что услуги в обеих странах идентичны. В 26,8% (22 из 82) случаев они указали, что услуги в Украине лучше, чем в Молдове, а 9,8% (8 из 82) респондентов считают, что услуги в Молдове лучше, чем в Украине. Значительные 35,4% (29 из 82) не пользовались услугами в области психического здоровья в Украине и поэтому не могли провести сравнение (Рисунок 68).

Рисунок 68. Удовлетворенность и восприятие респондентами услуг в области психического здоровья



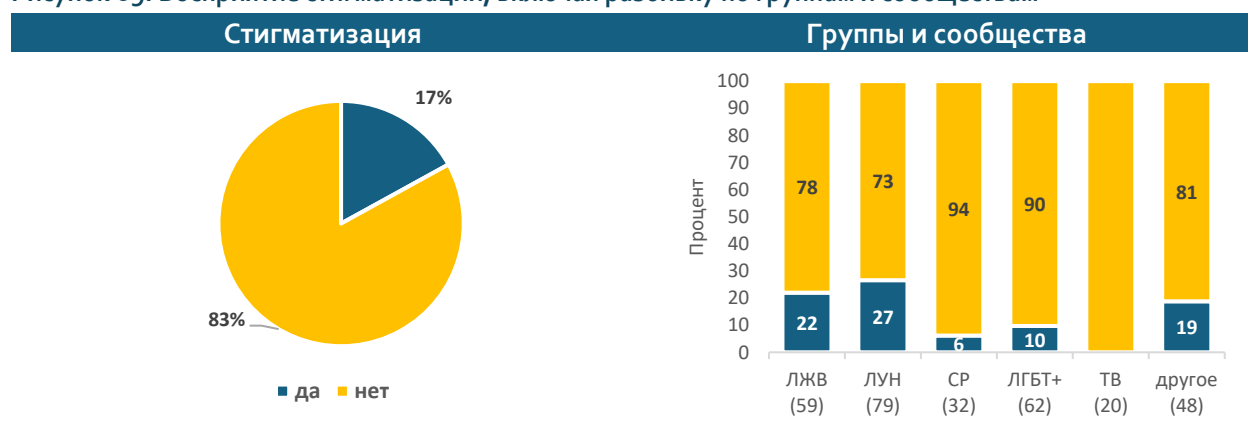
СТИГМА, ДИСКРИМИНАЦИЯ, ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ

Восприятие стигматизации

В исследовании также анализировался опыт стигматизации участников при обращении за медицинской помощью. Результаты показали, что 17,0% (51 из 300) респондентов отметили, что испытывали стигматизацию при обращении за медицинскими услугами (Рисунок 69).

Результаты по опыту стигматизации при обращении за медицинской помощью в разбивке по группам и сообществам показали, что в группе ЛУН был самый высокий процент респондентов, испытывавших стигматизацию: 26,6% (21 из 79) сообщили о таком опыте. В группе ЛЖВ об этом упомянули 22,0% (13 из 59). Также о стигматизации сообщили 18,8% (9 из 48) респондентов из группы "Другое", 9,7% (6 из 62) респондентов из сообщества ЛГБТ+ и 6,2% (2 из 32) респондентов из группы СР. В группе ТБ не было отмечено ни одного случая стигматизации (0 из 20). Статистический анализ выявил р-значение, равное 0,009, что указывает на значительную связь между группами и опытом стигматизации (Рисунок 69).

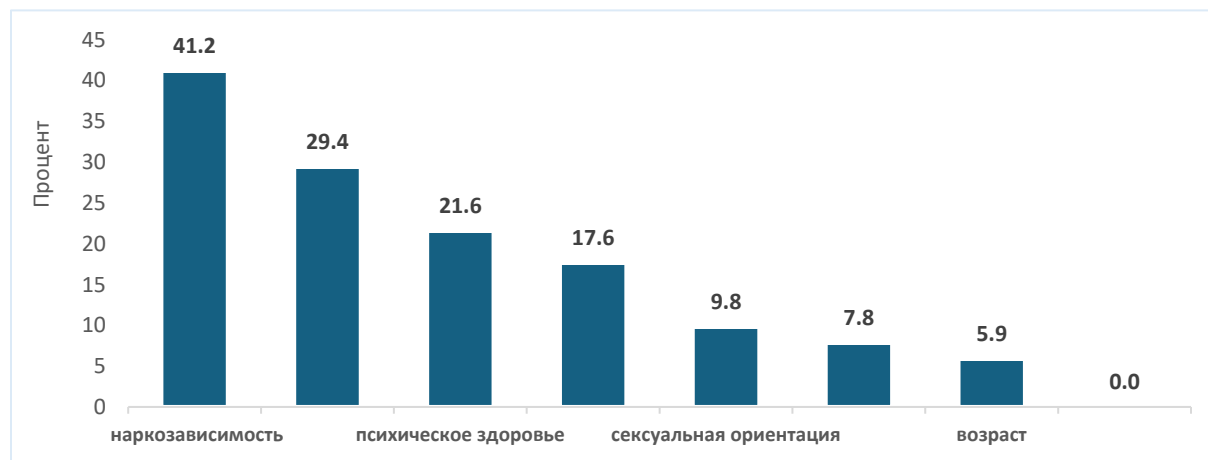
Рисунок 69. Восприятие стигматизации, включая разбивку по группам и сообществам



Также были проанализированы причины стигматизации. Результаты показали, что наиболее распространенной причиной стигматизации была наркотическая зависимость: 41,2% (21 из 51) респондентов сообщили о подобном опыте. Другая значительная причина стигматизации была связана с этнической принадлежностью - 29,4% (15 из 51) респондентов указали эту причину. О

стигме, связанной с психическим здоровьем, сообщили 21,6% (11 из 51) респондентов, а 17,6% (9 из 51) чувствовали себя стигматизированными из-за ВИЧ-инфекции. Стигматизацию по признаку сексуальной ориентации испытали 9,8% (5 из 51) респондентов, а 7,8% (4 из 51) сообщили о стигматизации из-за физических недостатков. Наконец, 5,9% (3 из 51) респондентов испытывали стигматизацию по причине возраста, как молодого, так и пожилого. Ни один респондент не сообщил о стигматизации из-за туберкулеза (0 из 51) (Рисунок 70).

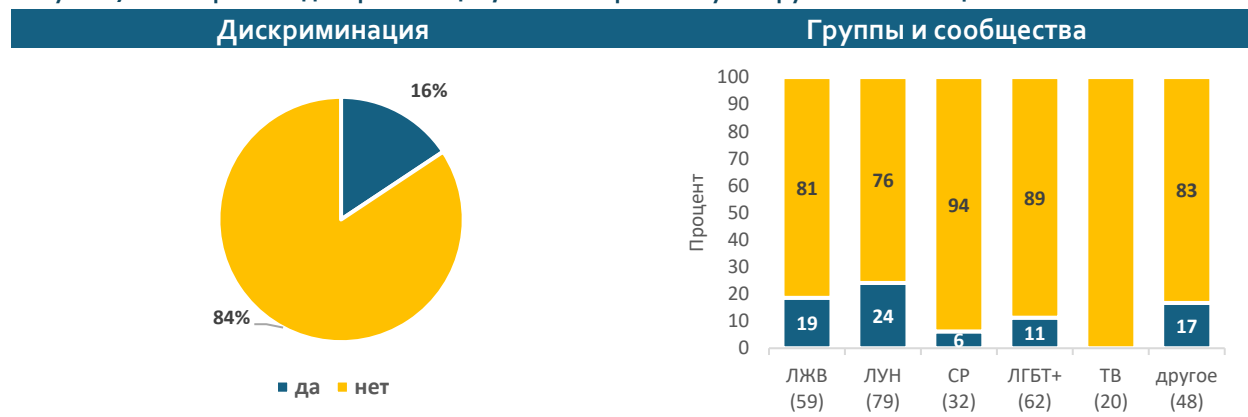
Рисунок 70. Причины воспринимаемой стигматизации



Восприятие дискриминации

Результаты опроса также показали, что 15,7% (47 из 300) респондентов отметили, что сталкивались с негативным опытом, например, с дискриминацией при получении медицинских услуг (Рисунок 71).

Рисунок 71. Восприятие дискриминации, включая разбивку по группам и сообществам



Анализ данных показал, что группы и сообщества по-разному воспринимают дискриминацию. Респонденты из группы ЛУН ощущали дискриминацию в 24,1% (19 из 79) случаев, а респонденты из группы ЛЖВ - в 18,6% (11 из 48) случаев. Респонденты из группы "Другое" сообщили о дискриминации в 16,7% (8 из 48) случаев, а представители сообщества ЛГБТ+ - в 11,3% (7 из 62) случаев. Кроме того, в группе СР о подобном опыте сообщили 6,2% (2 из 32). В группе ТВ не было зафиксировано ни одного случая дискриминации (0 из 20). Статистический анализ выявил р-значение, равное 0,044, что указывает на значительную связь между группами и опытом дискриминации (Рисунок 71).

Виды дискриминации, с которыми сталкивались респонденты, были самыми разными: чаще всего дискриминация была связана с негативным отношением медицинского персонала - 70,2% (33 из 47) респондентов сообщили о подобном опыте. Следующий по распространенности вид дискриминации был связан с неподобающим общением, используемым медицинским персоналом при оказании медицинских услуг, - 59,6% (28 из 47) респондентов указали эту причину. Некоторые (8,5 %, 4 из 47) респондентов почувствовали дискриминацию, когда им отказали в медицинской консультации, а другие (4,3%, 2 из 47) столкнулись с дискриминацией, когда им отказали в медицинском лечении. Эти данные свидетельствуют о том, что, хотя большинство респондентов сталкивались с проблемами, связанными с отношением и общением медицинского персонала, имели место и случаи отказа в предоставлении консультаций или назначении лечения (Рисунок 712).

Рисунок 72. Виды дискриминации, с которыми сталкивались участники исследования



Право на здоровье

Согласно данным опроса, 75,6% (204 из 270²⁴) респондентов отметили, что право на здоровье беженцев в Молдове соблюдается, что составляет явное большинство, свидетельствующее о положительном восприятии этого вопроса участниками. С другой стороны, 21,1% (57 из 270) респондентов считают, что оно соблюдается частично, и 3,3% (9 из 270) - что оно не соблюдается.

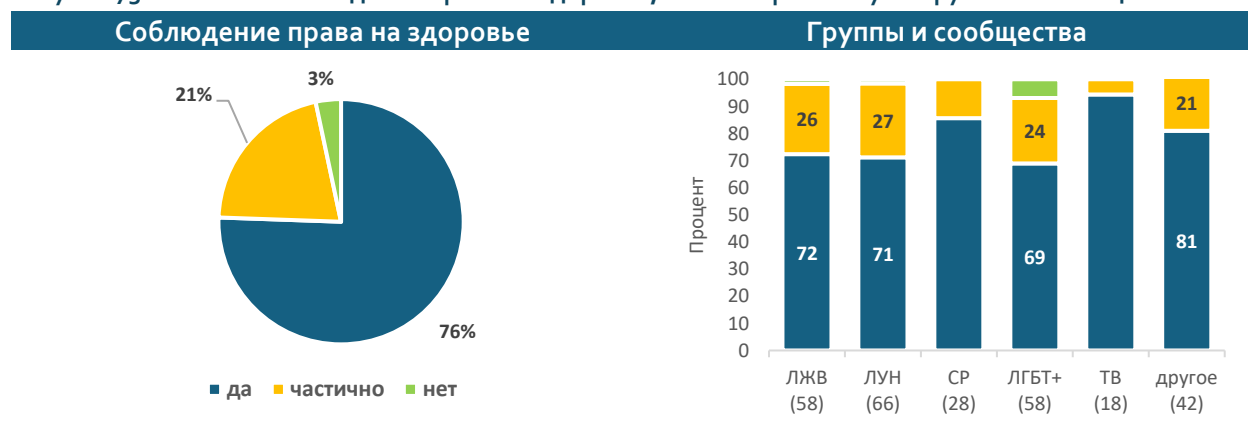
Мнения о реализации права на здоровье беженцев в Молдове различались в зависимости от групп и сообществ. Так, респонденты из группы ТБ в большинстве случаев (17 из 18) считали, что право на здоровье соблюдается, что свидетельствует об очень позитивном восприятии среди этой группы. Также 85,7% (24 из 28) респондентов из группы СР, 81,0% (34 из 42) респондентов из группы Другое и 72,4% (42 из 58) респондентов из группы ЛЖВ считают, что право на здоровье соблюдается. Респонденты из группы ЛУН отметили положительный ответ в 71,2% (47 из 66) случаев, а представители сообщества ЛГБТ+ - в 69,0% (40 из 58) случаев (Рисунок 73).

С другой стороны, 27,3% (18 из 66) респондентов ЛУН, 25,9% (15 из 58) респондентов ЛЖВ и 24,1% (14 из 58) респондентов ЛГБТ+ согласились с этим частично. Считают, что право на здоровье не соблюдается 6,9% (4 из 58) респондентов ЛГБТ+, 7,1% (3 из 42) из группы "Другое" и 1,7% (1 из 58 и 1 из 66) респондентов из групп ЛЖВ и ЛУН. Анализ р-значения, равного 0,130, указывает на отсутствие статистически значимых различий между группами с точки зрения восприятия

²⁴ Нет ответа (30)

соблюдения права на здоровье, что говорит о том, что восприятие в целом схоже между анализируемыми группами (Рисунок 73).

Рисунок 73. Мнения о соблюдении права на здоровье, включая разбивку по группам и сообществам

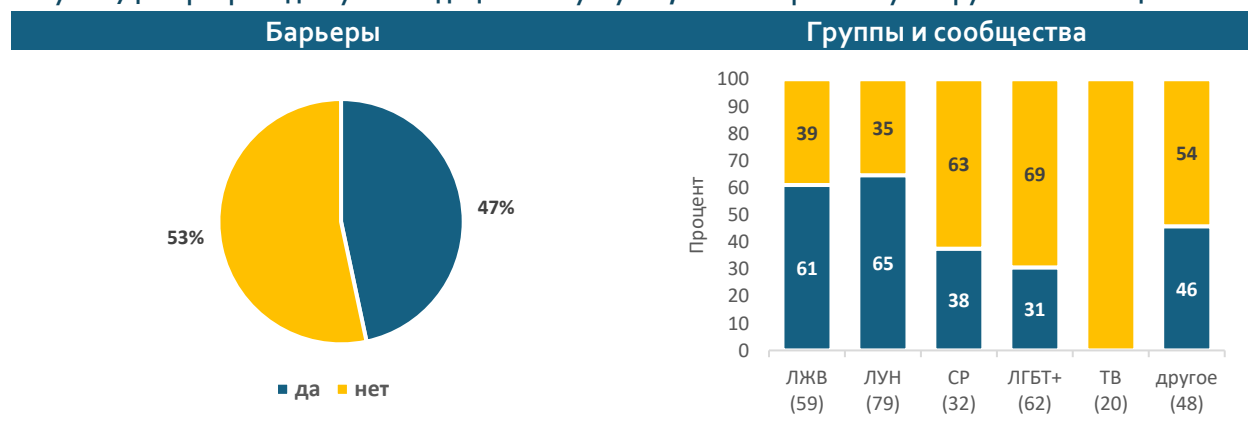


БАРЬЕРЫ В ДОСТУПЕ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Анализ собранных данных о доступе к медицинским услугам показал, что респонденты считают, что сталкиваются с определенными барьерами. В числе барьеров были названы: расстояние до центров (медицинских учреждений), время ожидания у врача-специалиста, время ожидания у семейного врача, связанные с назначением лечения, доступом к услугам, запросом дополнительных документов, языком. Таким образом, 46,7% (140 из 300) участников сталкивались с какими-либо из перечисленных препятствий при получении определенных медицинских услуг (Рисунок 74).

Столкновение с барьерами при получении медицинских услуг в зависимости от групп и сообществ показывает, что большинство респондентов из группы ЛУН столкнулись с барьерами - 64,6% (51 из 79), затем следуют респонденты из группы ЛЖВ (61,0%, 36 из 59) и респонденты из группы "Другое" (45,8%, 22 из 48). Группа СР отметила столкновение с барьерами в 37,5% (12 из 32) случаев, а представители сообщества ЛГБТ+ - в 30,6% (19 из 62) случаев. В группе ТВ барьеры отсутствовали (0 из 20). Значение $p\text{-value} < 0,001$ указывает на наличие статистически значимых различий между группами по встречаемости барьеров (Рисунок 74).

Рисунок 74. Барьеры в доступе к медицинским услугам, включая разбивку по группам и сообществам

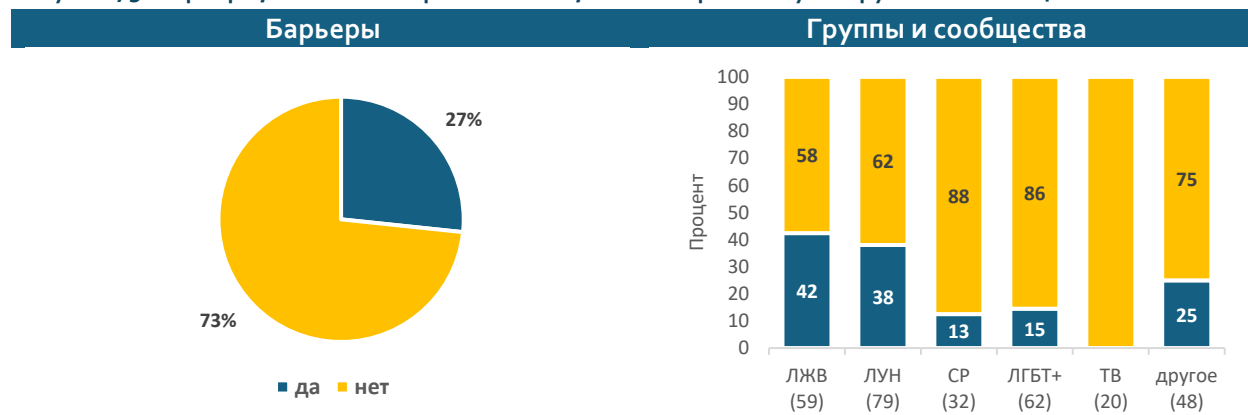


Барьеры, связанные с расстоянием

С барьерами, связанными с расстоянием, столкнулись 26,7% (80 из 300) респондентов, указав, что центры (учреждения), в которые они обращались, находились на большом расстоянии от их места проживания. Расстояние от места проживания до указанных респондентами центров составляло в среднем 40 км и варьировалось от 4 км до 120 км.

Большинство респондентов из группы ЛЖВ отметили, что центры, в которые они ходят, находятся далеко от их дома, - 42,4% (25 из 59), за ними следуют респонденты из группы ЛУН - 38,0% (30 из 79). Респонденты из группы "Другое" столкнулись с таким препятствием в четверти случаев (25,0%, 12 из 48), а представители сообщества ЛГБТ+ - в 14,5% (9 из 62) случаев. В группе СР на это препятствие указали 12,5% (4 из 32) респондентов. Респонденты из группы ТБ не упоминали о проблемах, связанных с расстоянием. В целом, данные показывают, что восприятие расстояния до центров значительно различается в разных группах. Группы ЛЖВ и ЛУН испытывали наибольшие трудности, связанные с расстоянием, в то время как группа ТБ не отмечала таких проблем. Значение $p\text{-value} < 0,001$ указывает на статистически значимую разницу между группами в восприятии расстояния до центров медицинского обслуживания (Рисунок 75).

Рисунок 75. Барьеры, связанные с расстоянием, включая разбивку по группам и сообществам



В зависимости от региона проживания 48,1% (39 из 81) респондентов из Южного региона, 21,6% (32 из 148) из Центрального региона и 13,8% (9 из 65) из Северного региона Молдовы столкнулись с препятствиями в виде расстояния. Респонденты, проживающие в восточном регионе страны (0 из 6), не отметили расстояние в качестве препятствия.

Барьеры времени ожидания

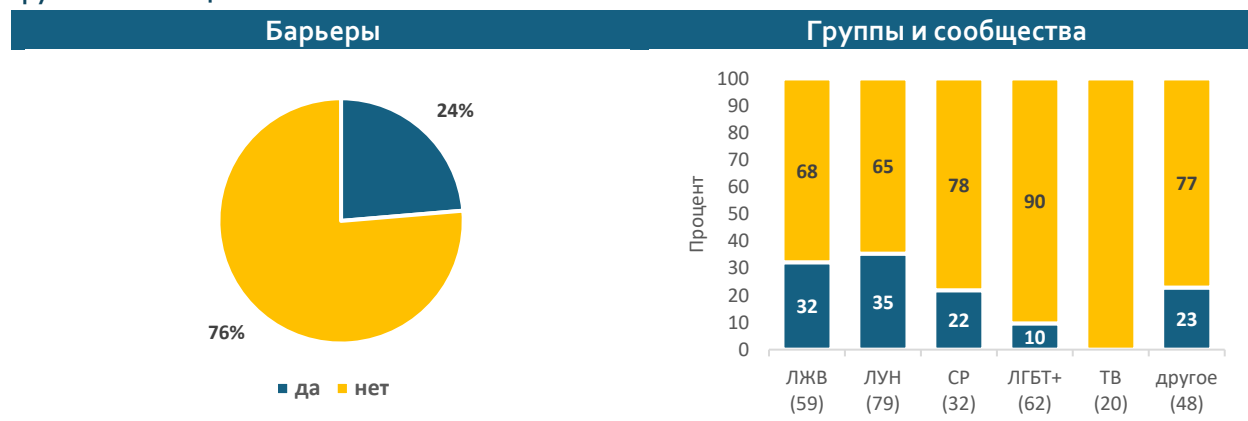
Время ожидания у специалиста

Что касается барьера, связанного с ожиданием приема у врача-специалиста, результаты показали, что примерно в четверти случаев (23,7%, 71 из 300) респонденты упоминали эту проблему. Среднее время ожидания у дверей врача-специалиста составило 30 минут, минимальное - 15 минут, максимальное - 90 минут (Рисунок 76).

В разбивке по группам с этим типом барьеров столкнулось подавляющее большинство респондентов из сообщества ЛГБТ+ - 90,3% (56 из 62). Следующей по численности была группа ЛЖВ - 67,8% (40 из 59), затем ЛУН - 64,6% (51 из 79). Группа СР составила 78,1% (25 из 32), а группа "Другое" - 77,1% (37 из 48). Группа ТБ не указала время ожидания у врача общей практики в

качестве барьера для доступа к медицинским услугам (0 из 20). Таким образом, существует статистически значимая разница между группами в отношении длительного ожидания в кабинете врача-специалиста с р-значением 0,001, что указывает на неслучайность результатов и наличие значимой связи между группами и временем ожидания (Рисунок 76).

Рисунок 76. Барьеры, связанные со временем ожидания приема врача-специалиста, в разбивке по группам и сообществам

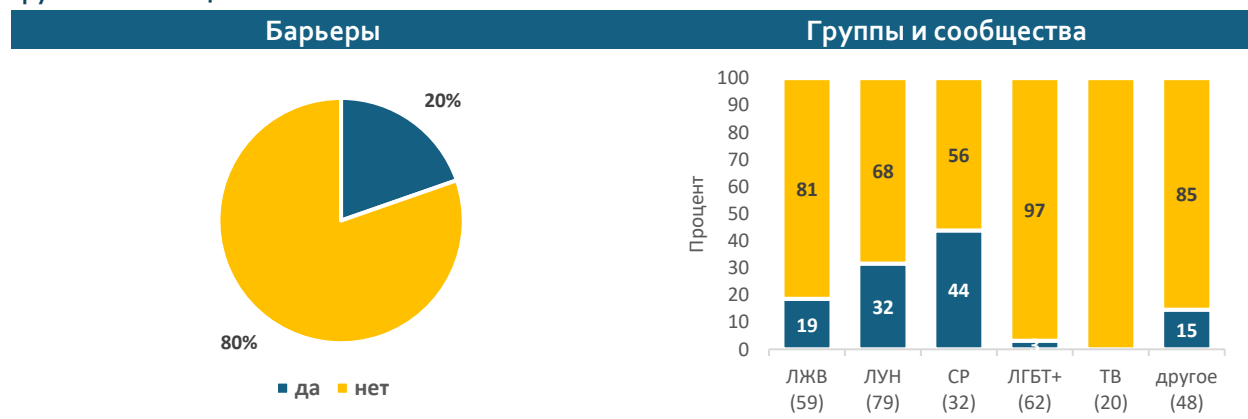


Время ожидания у семейного врача

Что касается времени ожидания у дверей семейного врача, то примерно одна пятая (19,7%, 59 из 300) респондентов указала, что сталкивалась с этой проблемой. Среднее время ожидания у дверей врача-специалиста составило 25 минут, минимальное - 15 минут, максимальное - 60 минут (Рисунок 77).

Подавляющее большинство респондентов из сообщества ЛГБТ+ - 96,8% (60 из 62) - указали, что сталкивались с этим барьером. Респонденты группы ЛЖВ упомянули этот барьер в 81,4 % (48 из 59) случаев, а респонденты группы Другое - в 85,4 % (41 из 48) случаев. Группа ЛУН отметила 68,4% (54 из 79) случаев, а группа СР - 56,2% (18 из 32) случаев. В группе ТВ ни один респондент (0 из 20) не отметил время ожидания в качестве барьера. Результаты исследования показали, что существует статистически значимая разница между группами в отношении длительного ожидания у дверей врача общей практики, при этом р-значение меньше 0,001, что указывает на то, что результаты не случайны и что существует значимая связь между группами и указанным временем ожидания (Рисунок 77).

Рисунок 77. Барьеры, связанные со временем ожидания приема у семейного врача, в разбивке по группам и сообществам



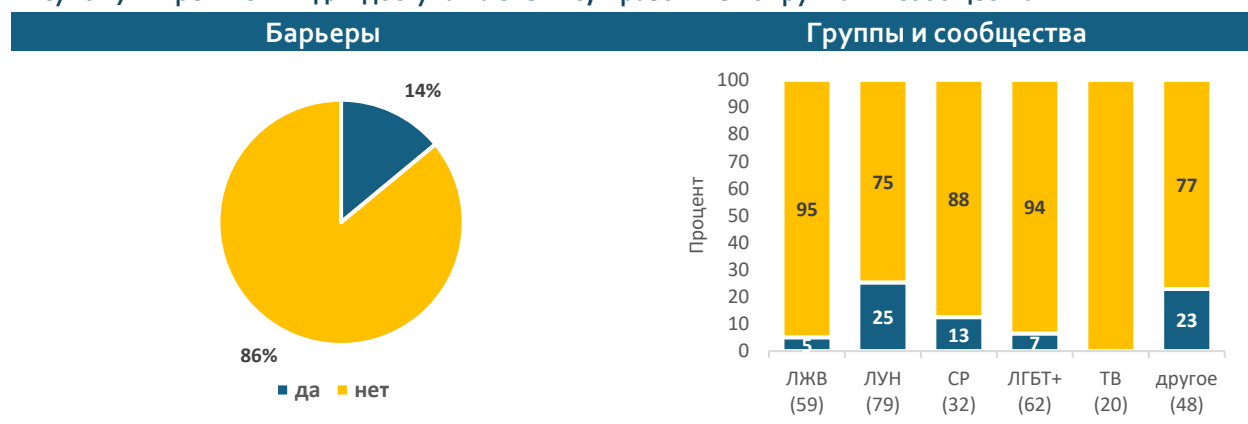
Барьеры, препятствующие доступу к лечению

В 14,0% (42 из 300) случаев участники исследования отметили, что сталкиваются с препятствиями, связанными с лечением. Среди препятствий упоминалось отсутствие некоторых лекарств в фармацевтической сети Молдовы, а также наличие лекарств, в большинстве случаев более дорогих, чем в фармацевтической сети Украины.

Среди других препятствий упоминались ограничения, накладываемые статусом временной защиты, который не всегда обеспечивает свободный доступ к некоторым видам лечения, что негативно сказывается на возможности пациентов получать необходимую помощь. Также упоминались проблемы с выпиской рецептов: некоторые респонденты говорили о том, что врачи не выписывают необходимые лекарства или что лечение назначается с опозданием. Еще одним препятствием стало платное лечение: респондентам приходилось самим оплачивать лекарства, а в некоторых случаях они были вынуждены обращаться за помощью к неправительственным организациям, чтобы покрыть расходы на лечение.

В зависимости от групп и сообществ наибольший процент респондентов, указавших на барьеры, связанные с доступом к лечению, был в группе ЛУН - 25,3% (20 из 79), за ней следует группа "Другое" - 22,9% (11 из 48), респонденты группы РС упомянули о таких барьерах в 12,5% (4 из 32) случаев, респонденты ЛГБТ+ - в 6,5% (4 из 62) случаев, а респонденты группы ЛЖВ - в 5,1% (3 из 59) случаев. В группе ТБ (0 из 20) барьеры, связанные с лечением, не упоминались. Анализ выявил статистически значимые различия между группами по барьерам, связанным с доступом к лечению ($p=0,001$, Рисунок 78).

Рисунок 78. Препятствия для доступа к лечению, в разбивке по группам и сообществам



Барьеры для доступа к услугам

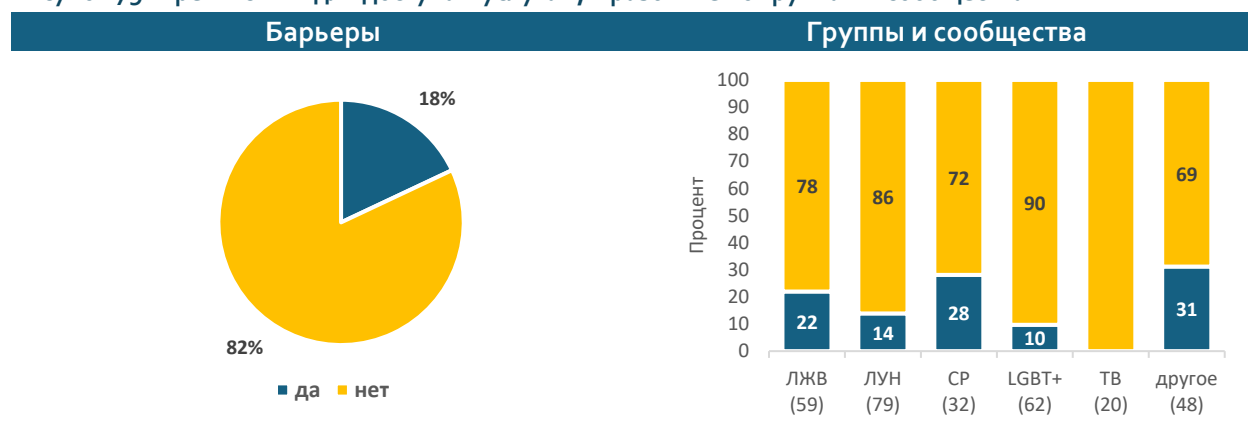
Что касается доступности услуг, результаты опроса показали, что в 18,0% (54 из 300) случаев респонденты сталкивались с препятствиями при получении определенных услуг, которые предлагались им только на платной основе (Рисунок 79).

Одним из наиболее часто упоминаемых барьеров были платные медицинские консультации, в том числе консультации инфекциониста, психолога или невролога. Среди других барьеров - стоимость общих анализов, включая определение CD4, гормональные тесты, тесты COVID-19, маммографию, рентгенологическое обследование и т. д. Респонденты также упоминали, что их часто направляли на обследования в частные клиники, что влекло за собой дополнительные расходы. Еще один выявленный барьер был связан со стоматологическими услугами:

респонденты указали, что доступ к стоматологу (в экстренных случаях) затруднен из-за высокой стоимости.

Респонденты из группы "Другое" столкнулись с такими препятствиями примерно в трети случаев - 31,2% (15 из 48), а респонденты из группы "СР" - 28,1% (9 из 32). Респонденты из группы "ЛЖВ" указали на такие препятствия в 22,0% (13 из 59) случаев, а респонденты из группы "ЛУН" - в 13,9% (11 из 79) случаев. Представители сообщества ЛГБТ+ составили 9,7% (6 из 62), а респонденты из группы ТБ не указали на наличие барьеров, связанных с доступом к услугам (0 из 20). В целом, исследование выявило статистически значимые различия между группами в доступе к услугам ($p=0,005$) (Рисунок 79).

Рисунок 79. Препятствия для доступа к услугам, в разбивке по группам и сообществам

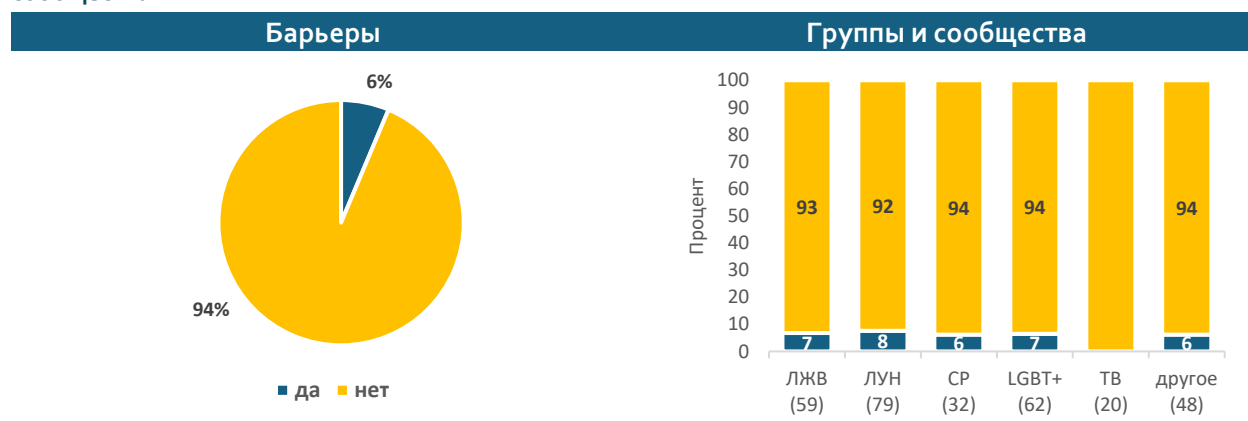


Препятствия в связи с запросом дополнительных документов

В 6,5% (19 из 300) случаев участники исследования указали, что столкнулись с препятствиями в доступе к медицинским услугам, которые были связаны с требованием медицинских учреждений предоставить дополнительные документы. Они считали препятствиями в доступе к медицинским услугам, когда от них требовали временную защиту (а у них ее не было), украинский паспорт, документы, подтверждающие диагноз или инвалидность (из Украины), или результаты анализов, тестов, динамических исследований (из Украины).

Наибольший процент респондентов, упомянувших о запросе дополнительных документов, приходится на группу ЛУН - 7,6% (6 из 79). Следующей по численности была группа ЛЖВ - 6,8 % (4 из 59), за ней следовали представители сообщества ЛГБТ+ - 6,5 % (4 из 62). Группы СР и Другое составили по 6,2 % (2 из 32 и 3 из 48, соответственно). Группа ТБ не сталкивалась с подобными барьерами (0 из 20). Кроме того, проанализированные данные не выявили статистически значимых различий между группами в отношении запроса дополнительных документов ($p=0,903$, Рисунок 80).

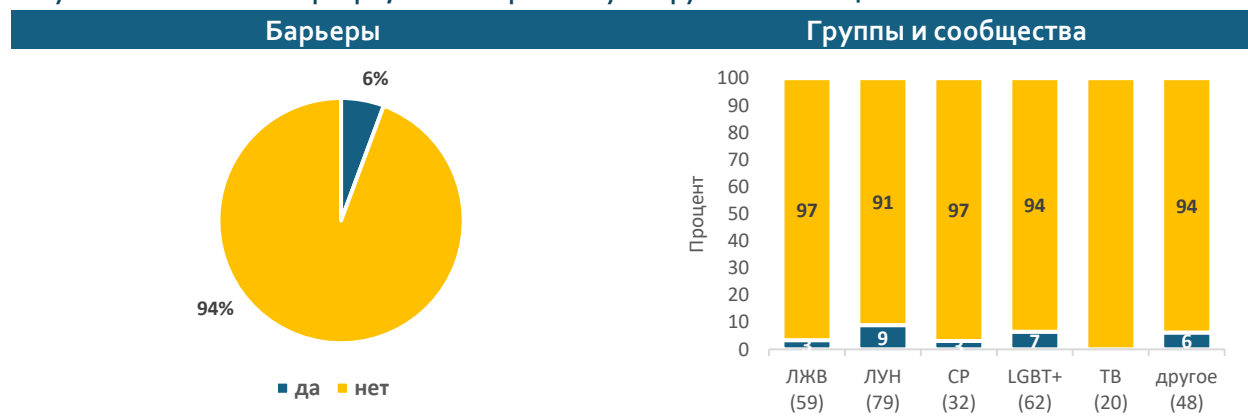
Рисунок 80. Барьеры, связанные с запросом дополнительных документов, в разбивке по группам и сообществам



Языковые барьеры

С языковыми барьерами столкнулись 5,7% (17 из 300) участников исследования. Результаты исследования показали, что респонденты из группы ЛУН столкнулись с языковыми барьерами в 8,9% (7 из 79) случаев, а представители сообщества ЛГБТ+ - в 6,5% (4 из 62) случаев. Респонденты из группы "Другое" столкнулись с такими барьерами в 6,2% (3 из 48) случаев, из группы ЛЖВ - в 3,4% (2 из 59) случаев, а из группы СР - в 3,1% (1 из 32) случаев. В группе ТБ языковые барьеры отсутствовали (0 из 20). Статистический анализ показал $p\text{-value} = 0,583$, что свидетельствует об отсутствии статистически значимой разницы между группами в отношении языковых барьеров (Рисунок 81).

Рисунок 81. Языковые барьеры, включая разбивку по группам и сообществам



ФАКТОРЫ РИСКА И БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ДОСТУПУ К УСЛУГАМ

Социально-демографические факторы

Анализ данных о барьерах, препятствующих доступу к медицинским услугам, не выявил статистически значимых различий между анализируемыми социально-демографическими

группами. Несмотря на различия в восприятии барьеров в зависимости от пола, возраста, уровня образования и семейного положения, полученные р-значения (все более 0,05) указывают на то, что эти различия не являются статистически значимыми. Таким образом, проанализированные социально-демографические факторы не повлияли на восприятие барьеров при получении медицинских услуг (Таблица 3).

Таблица 3. Социально-демографические факторы, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Пол				
Мужчины	78 (55.7)	90 (56.2)	0.9 [0.59-1.49]	0.795
Женщины	59 (42.1)	64 (40.0)	1	
транген	3 (2.1)	6 (3.8)	0.5 [0.13-2.27]	0.621
Возраст				
≤ 39 лет	82 (58.6)	87 (54.4)	1.2 [0.75-1.88]	0.467
≥ 40 лет	58 (41.4)	73 (45.6)	1	
Уровень образования				
Первичное или неполное среднее	36 (26.3)	38 (23.9)	1.3 [0.67-2.53]	0.433
Полное среднее	72 (52.6)	81 (50.9)	1.2 [0.69-2.17]	0.491
Высшее	29 (21.2)	40 (25.2)	1	
Семейное положение				
Женат или сожительствует	61 (43.6)	56 (35.0)	1.6 [0.95-2.62]	0.075
Разведен или вдовец	26 (18.6)	27 (16.9)	0.4 [0.73-2.67]	0.388
Холост	53 (37.9)	77 (48.1)	1	

Что касается профессиональных и экономических факторов, то данные опроса показали, что размер среднемесячного дохода был определен как значимый фактор восприятия барьеров при получении медицинских услуг. Так, респонденты, не имеющие дохода, испытывали барьеры в доступе к этим видам услуг, причем в наибольшей степени - 39%. По оценкам исследования, участники этой группы в 3,5 раза чаще испытывали барьеры при получении медицинских услуг по сравнению с участниками с более высоким доходом ($p=0,007$, Таблица 4).

В отличие от этого, профессиональный статус и наличие иждивенцев у респондента не показали статистически значимых различий с р-значениями более 0,05. Эти результаты свидетельствуют о том, что доход играет решающую роль в доступе к медицинским услугам, в то время как другие проанализированные социально-экономические факторы не оказали существенного влияния (Таблица 4).

Таблица 4. Профессиональные и экономические факторы, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Работа*				
трудоустроен	23 (16.4)	21 (13.1)	1	
Самостоятельный предприниматель	31 (22.1)	39 (24.4)	0.7 [0.34-1.54]	0.523
Другое	20 (14.3)	20 (12.5)	0.8 [0.36-1.73]	0.704
Не трудоустроен	66 (47.1)	80 (50.0)	0.7 [0.38-1.48]	0.417
Иждивенцы*				
Да	42 (30.0)	37 (23.1)	1.4 [0.85-2.38]	0.112
Нет	98 (70.0)	123 (76.9)	1	
Среднемесячный доход*				
Нет дохода	55 (39.3)	35 (21.9)	3.5 [1.38-9.00]	0.007
≥ 200 EUR	52 (37.1)	68 (42.5)	1.7 [0.69-4.26]	0.247
201-500 EUR	25 (17.9)	39 (24.4)	1.4 [0.54-3.81]	0.623
≤ 501 EUR	8 (5.7)	18 (11.2)	1	

*Занятые (Молдова); Другое: ученик, студент, пенсионер, инвалид, отпуск по беременности и родам/отпуск по уходу за ребенком; Иждивенцы (Молдова); Среднемесячный доход (Молдова)

Процедуры перехода как факторы риска

Анализ процедур перехода выявил несколько важных аспектов, связанных с факторами, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам в Молдове. В этом контексте регион проживания, место проживания и наличие временной защиты были признаны значимыми факторами, которые могут повлиять на доступ беженцев к медицинским услугам в Молдове ($p < 0,05$). Другие проанализированные факторы, такие как продолжительность пребывания, количество въездов в Молдову, а также получение финансовой помощи для беженцев, не оказали существенного влияния на доступ к медицинским услугам ($p > 0,05$, Таблица 5).

Так, респонденты из Северного и Южного регионов значительно реже ($OR=0,14$ и $OR=0,15$, соответственно) сталкивались с барьерами в доступе к медицинским услугам, которые были представлены как защитные факторы. Иными словами, вероятность того, что респонденты, проживающие в Центральном регионе, столкнутся с барьерами в доступе к услугам здравоохранения, была в 6,7 [ИО95%: 3,59-12,86] раз выше, чем у респондентов, проживающих в Северном регионе, и в 6,8 [ИО95%: 3,26-14,48] раз чаще, чем жители Южного региона, что является статистически значимым различием ($p < 0,001$), указывающим на региональные различия в доступе к медицинским услугам (Таблица 5).

Проживание в Молдове также влияло на доступ к медицинским услугам. Участники, указавшие, что они живут в районных центрах и селах, чаще ($OR=4,8$ и $OR=17,1$, соответственно) сталкивались с препятствиями в доступе к медицинским услугам по сравнению с теми, кто жил в муниципиях. Эти различия статистически значимы ($p < 0,001$), что свидетельствует о неравенстве между городом и деревней (Таблица 5).

Еще одним значимым фактором была временная защита. Респонденты без временной защиты в 2,5 раза чаще сталкивались с препятствиями в доступе к медицинским услугам по сравнению с респондентами с временной защитой, что является статистически значимым различием ($p=0,002$, Таблица 5).

Таблица 5. Процедуры перехода как факторы риска, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Период пребывания				
< 12 месяцев	40 (28.6)	58 (36.2)	0.7 [0.43-1.14]	0.159
> 12 месяцев	100 (71.4)	102 (63.8)	1	
Количество въездов				
1 въезд	78 (55.7)	74 (46.2)	1.4 [0.92-2.30]	0.104
≥ 2 въездов	62 (44.3)	86 (53.8)	1	
Регион проживания (Молдова)				
Север	53 (37.9)	95 (59.4)	0.14 [0.08-0.27]	<0.001
Юг	23 (16.4)	42 (26.2)	0.15 [0.07-0.30]	<0.001
Центр	64 (45.7)	17 (10.6)	1	
Восток (левый берег)	0 (0.0)	6 (3.8)	-	
Временная защита				
Да	103 (73.6)	140 (87.5)	1	
Нет	37 (26.4)	20 (12.5)	2.5 [1.38-4.64]	0.002
Место жительства (Молдова)				
Муниципалитет	61 (43.6)	132 (82.5)	1	
Районный центр	55 (39.3)	25 (15.6)	4.8 [2.71-8.34]	<0.001
Село	24 (17.1)	3 (1.9)	17.1 [5.42-73.8]	<0.001
Финансовая помощь беженцам				
Да	113 (80.7)	133 (83.1)	1	
Нет	27 (19.3)	27 (16.9)	1.2 [0.64-2.13]	0.652

Насилие как фактор риска

Насилие в его различных формах оказалось значимым фактором в контексте доступа к медицинским услугам. Участники, которые заявили, что подвергались насилию, в два раза чаще ($OR = 2,2$) сталкивались с препятствиями в доступе к медицинским услугам по сравнению с теми, кто не подвергался насилию ($p = 0,001$, Таблица 6).

Физическое насилие было связано с еще более высокой вероятностью ($OR=5,4$) возникновения барьеров для доступа к медицинским услугам, и эта разница также статистически значима ($p=0,001$). Психологическое и эмоциональное насилие также были важными факторами, и вероятность того, что столкнется с барьерами для доступа к медицинским услугам, была вдвое выше ($OR=2,2$ и $OR=2,1$, соответственно) по сравнению с людьми, которые не подвергались таким формам насилия. Эти различия статистически значимы ($p=0,005$ и $p=0,003$, соответственно) (Таблица 6).

Таблица 6. Насилие как фактор риска, который может повлиять на доступ к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Насилие				
Да	83 (59.3)	64 (40.0)	2.2 [1.37-3.47]	0.001
Нет	57 (40.7)	96 (60.)	1	
Физическое насилие				
Да	17 (12.1)	4 (2.5)	5.4 [1.77-16.43]	0.001
Нет	123 (87.9)	156 (97.5)	1	
Психическое насилие				
Да	46 (32.9)	30 (18.8)	2.2 [1.25-3.61]	0.005
Нет	94 (67.1)	130 (81.2)	1	
Эмоциональное насилие				
Да	67 (47.9)	49 (30.6)	2.1 [1.29-3.33]	0.003
Нет	73 (52.1)	111 (69.4)	1	
Сексуальное насилие				
Да	7 (5.0)	0 (0.0)	-	-
Нет	133 (95.0)	160 (100)	-	-

Внесение в реестр семейного врача как фактор риска

Регистрация у семейного врача была определена как значимый фактор в контексте доступа к медицинским услугам. Участники, не имеющие регистрации у семейного врача, в два раза чаще ($OR = 2,2$) сталкивались с барьерами в доступе к медицинским услугам по сравнению с теми, кто был зарегистрирован. Эта разница статистически значима ($p=0,001$), что говорит о том, что регистрация у семейного врача может влиять на доступ к медицинским услугам. Доверие к семейному врачу не является значимым фактором, поскольку наблюдаемые различия не являются статистически значимыми ($p=0,878$, Таблица 7).

Таблица 7. Регистрация и доверие к семейному врачу как факторы риска, которые могут повлиять на доступ к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Зарегистрируйтесь у своего терапевта				
Да	94 (67.1)	77 (48.1)	1	
Нет	46 (32.9)	83 (51.9)	2.2 [1.37-3.52]	0.001
Доверяйте своему семейному врачу				
Да	51 (54.3)	40 (51.9)	1	
Умеренно или нет	43 (45.7)	37 (48.1)	1.1 [0.60-2.01]	0.878
Нет				

Доверие к семейному врачу, среди зарегистрированных, без ответа (1)

Группы и сообщества

На доступ к медицинским услугам могут влиять различные барьеры, с которыми сталкиваются группы и сообщества. По данным исследования, респонденты из групп ЛУН и ЛЖВ в 2,6 раза и 2,1 раза чаще сталкивались с барьерами при получении медицинских услуг по сравнению с теми, кто не входил в эти группы. Эти различия были статистически значимыми ($p=0,001$ и $p=0,020$, Таблица 8).

Напротив, представители сообщества ЛГБТ+ значительно реже ($OR=0,43$) сталкивались с препятствиями в доступе к медицинским услугам, что говорит о возможном защитном эффекте ($p=0,006$). С другой стороны, группы "Другое" и "СР" не показали статистически значимых различий в доступе к медицинским услугам ($p=0,902$ и $p=0,362$, соответственно) (Таблица 8).

Таблица 8. Группы и сообщества в отношении барьеров, препятствующих доступу к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Группа ЛУН				
Да	51 (36.4)	28 (17.5)	2.6 [1.59-4.63]	0.001
Нет	89 (63.6)	132 (82.5)	1	
Сообщество ЛГБТ+				
Да	19 (13.6)	43 (26.9)	0.43 [0.23-0.77]	0.006
Нет	121 (86.4)	117 (73.1)	1	
Группа ЛЖВ				
Да	36 (25.7)	23 (14.4)	2.1 [1.15-3.72]	0.020
Нет	104 (74.3)	137 (85.6)	1	
Группа Другое				
Да	22 (15.7)	26 (16.3)	0.96 [0.51-1.79]	0.902
Нет	118 (84.3)	134 (83.8)	1	
Группа СР				
Да	12 (8.6)	20 (12.5)	0.6 [0.30-1.39]	0.362
Нет	128 (91.4)	140 (87.5)	1	
Группа ТБ				
Да	0 (0.0)	20 (100)	-	
Нет	140 (100)	140 (87.5)	-	

Виды востребованных медицинских услуг и препятствия

На доступ к медицинским услугам может влиять целый ряд барьеров, в зависимости от типа требуемых услуг. Для респондентов, обращавшихся за медицинскими услугами в связи с наркотической зависимостью, исследование оценило трехкратное увеличение шансов столкнуться с барьерами при получении услуг ($OR=3,1$), что является статистически значимым различием ($p<0,001$, Таблица 9).

Вдвое больше шансов столкнуться с барьерами при получении медицинских услуг было также оценено для тех, кто обращался за услугами АРВ-терапии ($OR=2,0$) со статистически значимой разницей ($p=0,028$). Напротив, тестирование на ВИЧ было связано со значительно меньшей вероятностью столкнуться с барьерами ($OR=0,4$, $p=0,001$), что указывает на защитный эффект (Таблица 9).

Статистически значимых различий в доступе к медицинским услугам в связи с вирусными гепатитами В и С, ИППП, хроническими заболеваниями, психическим здоровьем, неотложной медицинской помощью или по другим медицинским показаниям не было (все значения p-value превышали 0,05) (Таблица 9).

Таблица 9. Виды услуги барьеры в доступе к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Тестирование на ВИЧ				
Да	53 (37.9)	94 (58.8)	0.4 [0.26-0.68]	0.001
Нет	87 (62.1)	66 (41.3)	1	
АРВ-терапия				
Да	34 (24.3)	22 (13.8)	2.0 [1.11-3.67]	0.028
Нет	106 (75.7)	138 (86.3)	1	
Вирусные гепатиты В и С				
Да	52 (37.1)	50 (31.2)	1.3 [0.80-2.09]	0.329
Нет	88 (62.9)	110 (68.8)	1	
Инфекции, передающиеся половым путем				
Да	11 (7.9)	25 (15.6)	0.5 [0.21-0.97]	0.050
Нет	129 (92.1)	135 (84.4)	1	
Наркомания				
Да	60 (42.9)	31 (19.4)	3.1 [1.86-5.23]	< 0.001
Нет	80 (57.1)	129 (80.6)	1	
Туберкулез				
Да	0 (0.0)	37 (21.2)	-	
Нет	140 (100)	126 (78.8)	-	
Острые вирусные респираторные инфекции				
Да	26 (18.6)	38 (23.8)	0.7 [0.41-1.28]	0.323
Нет	114 (81.4)	122 (76.2)	1	
Медицинские чрезвычайные ситуации				
Да	21 (15.0)	16 (10.0)	1.5 [0.79-3.18]	0.219
Нет	119 (85.0)	144 (90.0)	1	
Хронические заболевания				
Да	21 (15.0)	27 (16.9)	0.8 [0.46-1.62]	0.753
Нет	119 (85.0)	133 (83.1)	1	
Другие причины, связанные со здоровьем				
Да	20 (14.3)	20 (12.5)	1.2 [0.59-2.28]	0.775
Нет	120 (85.7)	140 (87.5)	1	
Психическое здоровье				
Да	31 (22.1)	51 (31.9)	0.6 [0.36-1.02]	0.069
Нет	109 (77.9)	109 (68.1)	1	

Стигма и дискриминация как факторы риска

Результаты исследования свидетельствуют о значительном влиянии стигмы и дискриминации на доступ к медицинским услугам. Данные свидетельствуют о том, что люди, испытывавшие стигматизацию, чаще испытывают трудности с доступом к медицинским услугам по сравнению с

теми, кто не испытывал стигматизации (OR=42). Значение p-value $p < 0,001$ свидетельствует о высокой статистической значимости ассоциации (Таблица 10).

Аналогичным образом, респонденты, сообщившие о том, что чувствуют дискриминацию, также чаще испытывали трудности с доступом к медицинским услугам (OR=37, $p < 0,001$), что указывает на сильную и статистически значимую связь (Таблица 10).

Результаты исследования восприятия соблюдения права на здоровье беженцев в Молдове показали, что люди, считающие, что это право не соблюдается или соблюдается частично, в два раза чаще (OR=2,2, $p = 0,007$) сталкивались с барьерами при получении медицинских услуг (Таблица 10).

Таблица 10. Стигма и дискриминация как барьеры для доступа к медицинским услугам

Имя	С сайта	Нет	ИЛИ [I195%]	p-value
Стигматизация				
Да	49 (35.0)	2 (1.2)	42.1 [11.8-263.1]	<0.001
Нет	91 (65.0)	158 (98.8)	1	
Дискриминация				
Да	45 (32.1)	2 (1.2)	37.1 [10.3-231.9]	<0.001
Нет	95 (67.8)	158 (98.8)	1	
Соблюдение права на здоровье				
Да	86 (67.7)	118 (82.5)	1	0.007
Частично или нет	41 (32.3)	25 (17.5)	2.2 [1.27-4.01]	

Нет ответа: уважение права на здоровье (30)

КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ

После обсуждения с представителями основных затронутых сообществ, членами платформы по ТБ и представителями властей вопроса о доступе беженцев к основным медицинским услугам были подняты следующие проблемы:

- Статус временной защиты обеспечивает бесплатный доступ к семейному врачу и доврачебной неотложной помощи. В то же время ряд услуг первой необходимости (например, скрининг на CD4 для лиц с ЛЖВ) не может быть предоставлен бесплатно.
- В качестве основной проблемы доступа к медицинским услугам были названы большие расстояния, отсутствие транспорта и стоимость поездок в учреждения, предоставляющие медицинские услуги, стационарное лечение, анализы, лабораторные тесты, исследования воспринимались как труднодоступные услуги, зависящие от направления от семейного врача, а также от наличия мест в медицинских учреждениях.
- Доступ к основным услугам, особенно наркологическим, услугам, связанным с ВИЧ-статусом, и медицинским исследованиям, неравномерен и менее доступен для жителей сельских районов. Аналогичная ситуация наблюдается и для других групп риска в этих населенных пунктах. Отсутствие специализированного медицинского персонала на районном уровне влечет за собой косвенные расходы, связанные с поездками в муниципалитеты, и является препятствием для доступа к медицинским услугам и их непрерывности.
- Беженцы из группы ЛУН в Украине отметили ограниченный доступ к услугам по лечению опиоидными агонистами, в том числе об их отсутствии в частном секторе. В связи с закрытием нескольких центров временного размещения беженцев это приводит к высоким затратам на аренду жилья.

- Наркологические услуги, услуги по лечению туберкулеза и ВИЧ-инфекции считаются легкодоступными и поддерживаются НПО. Также имеется хороший доступ к АРВ, ТБ, лечению опиоидными агонистами и схемам лечения аналогичным, используемых в Украине и Молдове. Однако для других состояний и хронических заболеваний существуют различия в спектре и стоимости лечения, что часто приводит к регулярным возвращениям в Украину для приобретения лекарств (например, для гипертонии, диабета и т. д.). Доступность бесплатных лекарств ограничена, и дополнительные расходы на их приобретение часто покрываются с помощью НПО.
- Специализированные медицинские услуги, такие как стоматологические, психиатрические и гинекологические, считались менее доступными.
- Было подтверждено частое использование услуг частных учреждений, причем расходы покрываются либо самим пациентом, либо при поддержке кого-то еще. Основная причина обращения к этим услугам - длительное ожидание исследований или медицинских консультаций.
- Из-за сильной стигматизации ЛГБТ+ сообщество реже обращается в государственные учреждения, чаще предпочитая услуги, предлагаемые НПО, такими как GDM и MedHUB. Сообщалось о перерывах в гормональном лечении из-за отсутствия препаратов в Молдове или слишком высоких цен. В Молдове только одна НПО оказывает услуги по поддержке этой группы, включая сопровождение в медицинские учреждения и услуги по снижению вреда от ВИЧ, такие как PreP на базе сообществ.
- Существует языковой барьер при получении услуг, поскольку официальные веб-сайты часто доступны только на румынском языке, а медицинские документы также выдаются на румынском. Это увеличивает частоту запросов информации от румыно-говорящих третьих лиц, таких как члены НПО, местные друзья или другие беженцы.
- В качестве проблемной была названа ситуация, когда люди из ключевых групп не хотят признавать свою принадлежность к этим уязвимым группам, включая свой ВИЧ-статус.
- Беженцы из групп риска сталкиваются с теми же барьерами в доступе к основным услугам, что и население Молдовы. Поэтому назрела необходимость инвестировать в инфраструктуру здравоохранения и оснастить ее современными технологиями, чтобы увеличить потенциал для удовлетворения разнообразных потребностей пациентов, в том числе из числа беженцев.
- Модель оказания медицинской помощи беженцам была реализована путем интеграции услуг в национальную систему здравоохранения, с точкой входа через первичную медико-санитарную сеть и теми же механизмами доступа к услугам, что и для местного населения. Таким образом, доступ к услугам через перенаправление и сопровождение людей из групп риска беженцев из Украины осуществлялся через НПО, как и для людей из местных групп риска. Для обеспечения непрерывности услуг была создана система быстрой связи с украинскими НПО.

В этом контексте доступ к медицинским услугам для беженцев из групп риска характеризуется проблемами и неравенством, на которые влияют такие факторы, как большие расстояния, стоимость проезда, ограниченный доступ к основному лечению и специализированным услугам, стигматизация и языковые барьеры. НПО играют ключевую роль в обеспечении доступа к лечению и услугам, однако необходимо инвестировать в современную медицинскую инфраструктуру и оборудование, чтобы удовлетворить разнообразные потребности пациентов.

ОБСУЖДЕНИЯ

В исследовании изучается доступность медицинских услуг для ЛЖВ, ЛУН, СР, ЛГБТ+ и людей с ТБ, а также барьеры, с которыми они сталкиваются при получении этих услуг во время своего пребывания в Молдове.

Результаты исследования показывают, что люди из группы ЛУН и ЛЖВ сталкиваются с наибольшими препятствиями в доступе к медицинским услугам. Эти группы часто подвергаются стигматизации и маргинализации, что затрудняет им доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию [15, 16]. Представители сообщества ЛГБТ+ реже сталкиваются с барьерами при получении медицинских услуг, что говорит о возможном защитном эффекте, который также может быть объяснен тем, что в большинстве случаев они получают медицинские услуги через НПО или чаще получают платные услуги непосредственно в частных клиниках.

Группы СР и Другое не показали значительных различий в доступе к медицинским услугам, что говорит о том, что эти группы не сталкиваются с особыми барьерами. Тем не менее, важно продолжать информационно-просветительскую работу, чтобы обеспечить инклюзивную и уважительную среду для всех групп и сообществ.

Исследование подчеркивает, что на доступ беженцев к медицинским услугам в Молдове влияет ряд факторов, и беженцы могут сталкиваться с препятствиями при получении медицинских услуг.

Что касается проанализированных социально-демографических факторов, несмотря на отсутствие статистически значимых различий, восприятие барьеров различалось по полу, возрасту, уровню образования, профессиональному статусу, семейному положению и наличию иждивенцев. Это говорит о том, что, хотя социально-демографические факторы не оказывают прямого влияния на доступ к медицинским услугам, они могут косвенно влиять на восприятие и опыт беженцев в доступе к медицинским услугам.

Уровень образования респондентов в данном исследовании сопоставим с другими исследованиями, что указывает на высокий потенциал интеграции на рынке труда при условии наличия соответствующих возможностей и признания квалификации. Однако ограниченное знание румынского языка может стать барьером, что совпадает с результатами других исследований, подчеркивающих важность программ изучения языка для содействия социальной и экономической интеграции [17, 18].

Результаты данного исследования свидетельствуют о значительных изменениях в статусе занятости и доходах украинских беженцев в Молдове. По сравнению с другими подобными исследованиями, наблюдалась общая тенденция снижения уровня занятости и доходов среди беженцев, что отражает трудности, с которыми они сталкиваются при интеграции на рынке труда в принимающих странах [17]. Результаты исследования подчеркивают, что среднемесячный доход беженца является ключевым фактором, влияющим на доступ к медицинским услугам. Беженцы с нулевым или очень низким доходом сталкиваются с наибольшими трудностями в доступе к медицинским услугам в Молдове. Многие беженцы не могут позволить себе оплатить медицинские консультации, лечение и исследования, что лишает их возможности получить необходимую помощь. Эти результаты подчеркивают важность обеспечения адекватной финансовой поддержки беженцев, чтобы они могли получить доступ к необходимым медицинским услугам, не обременяя себя расходами. Исследование, проведенное в Марокко, оценило вклад правительства в финансирование здравоохранения мигрантов и беженцев через бесплатные услуги: правительство мобилизовало около 5% годового бюджета на первичную

медико-санитарную помощь мигрантам и беженцам, что подчеркивает необходимость разработки альтернативных механизмов финансирования по мере расширения охвата медицинским страхованием [19]. В связи с этим необходимо совершенствовать политику финансовой поддержки и механизмы страхования для покрытия медицинских расходов беженцев, обеспечивая тем самым их доступ к качественным медицинским услугам.

Результаты исследования дают подробное представление о процедурах перемещения и опыте проживания украинских беженцев в Молдове, особенно среди групп риска. Хотя в большинстве случаев беженцы использовали законные документы для пересечения границы, были и случаи нелегального перемещения.

Большинство респондентов заявило, что находятся в Молдове более 12 месяцев, что свидетельствует об относительной стабильности, которая необходима для долгосрочной интеграции и доступа к основным услугам. Частота многократных въездов в Молдову также указывает на постоянную мобильность, возможно, связанную с поиском лучших условий жизни или услуг или временным возвращением в Украину. С другой стороны, треть респондентов намерена покинуть Молдову в ближайшем будущем, причем большинство предпочитает переехать в другую страну, что отражает неопределенность и желание найти лучшие условия жизни. На намерения переехать влияют экономические факторы и факторы безопасности, аналогичные тем, которые были выявлены в других исследованиях по вынужденной миграции[18].

Участники исследования приехали из разных регионов Украины, в том числе из Одессы, Николаева и Киева. В Молдове большинство предпочло жить в муниципалитетах, особенно в Кишиневе и Бельцах. Географическое распределение отражает предпочтение городских местностей, где доступ к услугам и экономическим возможностям шире. На выбор места жительства не влиял регион происхождения в Украине, что говорит о том, что в Молдове местные факторы играли более важную роль при принятии решения о проживании [18].

Однако большое расстояние до медицинских центров - одно из самых распространенных препятствий для доступа к медицинским услугам. Многим беженцам приходится преодолевать большие расстояния, чтобы добраться до медицинских центров, что может быть затруднительно и дорого. Эта проблема также может усугубляться отсутствием адекватного общественного транспорта и ограниченными финансовыми ресурсами беженцев. Результаты исследования показывают, что беженцы, живущие в районных центрах и селах, сталкиваются с большими трудностями в доступе к медицинским услугам, чем те, кто живет в муниципалитетах [11, 20]. Также отмечаются региональные различия. Так, беженцы, проживающие в северных и южных регионах Молдовы, сталкиваются с меньшими препятствиями в доступе к медицинским услугам по сравнению с беженцами из Центрального региона. В этом контексте для обеспечения равного доступа к медицинскому обслуживанию необходимо разработать решения, позволяющие приблизить медицинские услуги к общинам беженцев, в том числе путем внедрения мобильных медицинских услуг [21].

Первоначальный опыт размещения повлиял на фактическую жилищную ситуацию беженцев. Те, кто первоначально был размещен в центрах для беженцев, как правило, оставались там или впоследствии снимали квартиру или дом, что свидетельствует о важности центров для беженцев в качестве стабильной стартовой площадки для дальнейшей интеграции [22].

Большинству респондентов была предоставлена временная защита, что подчеркивает эффективность мер поддержки, осуществляемых молдавскими властями [23]. Однако

значительная часть респондентов не получила временную защиту по разным причинам, включая планы покинуть Молдову, отсутствие необходимых документов или незнание процедур.

Наличие временной защиты является еще одним фактором, влияющим на доступ к медицинским услугам. Беженцы, не имеющие временной защиты, имеют большую вероятность столкнуться с препятствиями в доступе к медицинским услугам, чем те, кто имеет временную защиту [24, 25]. Эти данные свидетельствуют о необходимости проведения информационных кампаний, а также совершенствования политики и программ, направленных на облегчение доступа к временной защите для всех беженцев, в том числе за счет привлечения НПО и их сотрудничества с соответствующими учреждениями.

Большинство беженцев получали финансовую поддержку, что подчеркивает эффективность , реализуемых мер поддержки [26]. Однако значительная часть людей не получила поддержку по разным причинам, включая отсутствие регистрации и неосведомленность о возможностях воспользоваться этой поддержкой. Эти данные свидетельствуют о необходимости проведения более эффективных информационных кампаний и административной поддержки для обеспечения доступа к финансовой помощи для всех беженцев. Распределение финансовой помощи значительно различалось между группами, причем больше всего финансовой поддержкой воспользовались люди с туберкулезом и относящиеся к категории "Другое". Такие различия указывают на то, что принадлежность к определенной группе может влиять на вероятность получения финансовой помощи, что подчеркивает необходимость разработки политики или программ, обеспечивающих справедливое распределение ресурсов.

Помимо финансовой поддержки, беженцам были предоставлены различные предметы первой необходимости, такие как продукты питания, средства гигиены и лекарства. Распределение этих благ отражает насущные потребности беженцев и важность обеспечения доступа к основным ресурсам для облегчения адаптации и интеграции в новую среду.

НПО и волонтеры сыграли важнейшую роль в предоставлении таких необходимых услуг, как направление или сопровождение в центры (медицинские учреждения), бесплатное тестирование на ВИЧ и психологическая поддержка. Беженцы часто обращались за этими услугами, что свидетельствует о сохраняющейся потребности в специализированной поддержке. Направление на юридическую помощь и финансовая поддержка для оплаты медицинских услуг также были важны для обеспечения доступа к правам и медицинским услугам.

Исследование показало высокую распространенность насилия среди беженцев: почти половина респондентов сообщили о различных формах жестокого обращения. Эмоциональное и психологическое насилие было наиболее распространенным, что указывает на высокий уровень стресса и травм среди исследуемого населения. Люди, больные туберкулезом, потребители наркотиков и представители сообщества ЛГБТ+ подвергались насилию чаще других, что подчеркивает уязвимость этих групп. Данные показывают, что преобладало эмоциональное и психологическое насилие, а в качестве агрессоров выступали незнакомые люди, члены семьи, сотрудники пограничных служб и полиции [27]. Эти данные указывают на необходимость мер защиты и психологической поддержки беженцев, а также мероприятий по предотвращению насилия во всех его формах [17]. Тревожным моментом является то, что большинство жертв насилия не обращаются за помощью, что может объясняться недоверием к властям или незнанием доступных ресурсов. НПО сыграли решающую роль в оказании поддержки, но необходимы согласованные усилия для поощрения заявления об инцидентах и доступа к помощи. Высокая степень подверженности насилию и нежелание обращаться за помощью подчеркивают необходимость комплексных мер, направленных как на обеспечение безопасности, так и на удовлетворение психологических потребностей беженцев.

Насилие в его различных формах также было определено как фактор, который может повлиять на доступ беженцев к медицинским услугам. Так, участники, подвергшиеся насилию - физическому, психологическому или эмоциональному, - с большей вероятностью столкнутся с препятствиями в доступе к медицинским услугам по сравнению с теми, кто не подвергался такому опыту. Это подчеркивает глубокое воздействие насилия на здоровье и благополучие беженцев, что еще больше усложняет их доступ к основным медицинским услугам. Данные литературы подчеркивают, что беженцы переживают непрерывный цикл травм и насилия, который начинается до миграции и сохраняется после переселения, оказывая кумулятивное воздействие на их здоровье [28].

В этом же исследовании подчеркивается, что физическое насилие связано с наибольшими трудностями в доступе к медицинским услугам [27]. Беженцы, подвергшиеся физическому насилию, сталкиваются с серьезными препятствиями, что можно объяснить физическими и психологическими травмами, а также страхом перед обращением за помощью из-за стигматизации или репрессий в связи с принадлежностью к определенным группам риска. Психологическое и эмоциональное насилие также являются важными факторами, влияющими на доступ к медицинским услугам. Беженцы, подвергшиеся таким формам насилия, могут страдать от тревоги, депрессии и других проблем психического здоровья [29], что влияет на их способность обращаться и получать медицинскую помощь. Для того чтобы улучшить доступ беженцев к медицинским услугам в Молдове, необходимо бороться с насилием во всех его формах. В то же время психосоциальная поддержка и усилия общества остаются ключевыми факторами в облегчении доступа к медицинским услугам и улучшении состояния здоровья беженцев.

Стигматизация и дискриминация были отмечены как проблемы среди беженцев из групп риска [5]. Около 17% респондентов сообщили, что испытывали стигматизацию и 16% - дискриминацию при обращении за медицинскими услугами. Наибольшие показатели стигматизации и дискриминации наблюдались в группах ЛУН и ЛЖВ. Основными причинами стигматизации были наркотическая зависимость, этническая принадлежность и психическое здоровье, а виды дискриминации были самыми разными, включая негативное отношение медицинского персонала и некорректные высказывания в их адрес. Исследование, проведенное во Франции, показало, что социально незащищенные слои населения, включая иммигрантов и беженцев, сталкиваются с высоким уровнем дискриминации при обращении за медицинскими услугами [30]. Эти данные подчеркивают необходимость целенаправленных мероприятий по снижению стигмы и дискриминации среди беженцев путем просвещения и повышения осведомленности медицинских работников, но и общества в целом.

Большинство беженцев, обосновавшихся в Молдове, считают, что их право на здоровье соблюдается, что свидетельствует об общем положительном восприятии. Однако есть и такие беженцы, которые считают, что это право соблюдается лишь частично или не соблюдается вовсе, что свидетельствует о пробелах в обеспечении равного доступа к медицинским услугам [5]. Восприятие в разных группах и сообществах различно. Например, наиболее позитивное восприятие у группы ТБ, в то время как у групп ЛГБТ+ и ЛУН оно менее благоприятное. Опрос населения в целом в Молдове показал, что восприятие соблюдения прав человека, включая право на здоровье, значительно различается между различными уязвимыми группами, подчеркивая, что, несмотря на прогресс в реализации прав человека, некоторые группы, такие как ЛГБТ+ и люди с ограниченными возможностями, продолжают сталкиваться с серьезными проблемами [31]. Эти различия подчеркивают необходимость принятия специальных мер для решения проблем каждой группы и обеспечения равного доступа к медицинским услугам для всех беженцев.

Некоторые из специфических проблем и потребностей беженцев в отношении состояния здоровья и доступа к медицинским услугам также освещены в настоящем исследовании [10]. Самооценка респондентами состояния своего здоровья значительно различается между группами; большинство оценивает свое здоровье как удовлетворительное или хорошее, с небольшими различиями между группами, такими как люди с туберкулезом и ЛГБТ+, указывающими на более серьезные проблемы со здоровьем. Все это подчеркивает важность постоянного мониторинга состояния здоровья и предоставления соответствующих медицинских услуг, в том числе в зависимости от групповой принадлежности [12].

Регистрация у семейного врача необходима для облегчения доступа к медицинскому обслуживанию, в том числе для беженцев. Беженцы, не зарегистрированные у семейного врача, сталкиваются со значительными препятствиями в доступе к медицинским услугам, что подчеркивает важность регистрации у семейного врача [6,8]. Процент беженцев, зарегистрированных у семейного врача, значительно различается между группами, причем самые высокие показатели регистрации наблюдаются среди людей с туберкулезом и группы "Другое". Напротив, среди представителей сообщества ЛГБТ+ был самый низкий уровень регистрации, что может отражать препятствия в доступе к медицинским услугам, предлагаемым государственными учреждениями.

Одной из основных причин, по которой беженцы не регистрируются у своего семейного врача, является намерение покинуть Молдову в ближайшем будущем [6]. Это говорит о нестабильности и отсутствии уверенности среди беженцев, что мешает им зарегистрироваться и получать постоянную медицинскую помощь. Еще одна существенная причина - незнание процедуры регистрации. Многие беженцы не знакомы с молдавской системой здравоохранения и не знают, как зарегистрироваться у семейного врача [5]. Отсутствие необходимых документов, требуемых для регистрации, также является значительным препятствием. Беженцы часто сталкиваются с трудностями в получении необходимых для регистрации документов, что затрудняет им доступ к медицинским услугам [13]. Все это подчеркивает необходимость проведения информационных и образовательных кампаний, которые бы четко объясняли шаги, необходимые для регистрации, и ее преимущества. НПО и государственные учреждения должны работать вместе, чтобы предоставлять эту информацию в доступной форме и на понятных беженцам языках.

Доверие к семейному врачу является важным аспектом отношений между пациентом и врачом и существенно влияет на качество медицинского обслуживания [32]. Хотя большинство беженцев доверяют своему семейному врачу, есть также значительная часть тех, кто не уверен или не доверяет врачу которого они зарегистрированы, что говорит о необходимости продолжать усилия по укреплению и поддержанию доверия беженцев к системе здравоохранения и медицинским работникам.

Беженцы воспользовались широким спектром медицинских услуг, что свидетельствует о разнообразном доступе к медицинским услугам, а также отражает сложные потребности беженцев [10,13]. Молдавские НПО были основным источником информации для получения доступа к этим услугам, за ними следовали социальные сети и другие беженцы, обосновавшиеся в Молдове, что подчеркивает решающую роль НПО в распространении информации и облегчении доступа к медицинским услугам. Большинство участников обращались к услугам, предоставляемым НПО, что подчеркивает важность этих организаций в поддержке беженцев.

Результаты опроса представляют подробный анализ коммуникации между украинскими беженцами и медицинскими работниками в Молдове, подчеркивая важность эффективного общения и адекватной информации в отношениях между пациентами и медицинскими работниками. Большинство беженцев выразили высокий уровень удовлетворенности

информацией о вариантах лечения, их безопасности и адаптации медицинской помощи к индивидуальным потребностям. Конфиденциальность и доверие к медицинским работникам также были ключевыми аспектами, которые высоко оценили пациенты. Все эти результаты схожи с результатами исследования среди беженцев, проведенного в общей популяции [5]. Однако настоящее исследование выявило различия между группами и сообществами в этой области, что подчеркивает необходимость индивидуального подхода и большего внимания к группам с более низким уровнем удовлетворенности. Исследование также выявило другие проблемы, такие как ощущение, что спрос на медицинскую помощь превышает возможности первичной медико-санитарной помощи в Молдове в контексте беженцев [7], особенно очевидные в группах, страдающих от туберкулеза, ЛЖВ и ЛУН.

Также были отмечены пробелы в наличии информированного согласия на различных языках, что подчеркивает важность этого аспекта для доступности и эффективной коммуникации, как это было описано в предыдущем исследовании среди беженцев, где они отметили наличие информированного согласия на русском или украинском языке в 58% случаев [5]. В связи с этим можно сделать вывод, что необходимо продолжать усилия по обеспечению информированного согласия на родном или других языках, понятных украинским беженцам.

Опрос выявил различные представления беженцев о качестве и безопасности медицинских услуг, а также об эффективности систем направления к специалистам и сотрудничества между различными медицинскими и социальными организациями [5]. Большинство беженцев из групп риска считают, что системы направления и сотрудничества между медицинскими службами, центрами размещения и НПО функционируют хорошо, хотя между группами и общинами существуют различия, особенно среди людей из групп ЛУН и СР. Таким образом, необходимо продолжать усилия по совершенствованию систем направления и сотрудничества между службами здравоохранения, социальными службами и НПО для обеспечения комплексного и качественного ухода.

Длительное время ожидания консультаций как у врачей-специалистов, так и у семейных врачей является существенным препятствием для доступа к медицинским услугам [33]. Беженцы часто сталкиваются с длительными очередями и задержками приема, что может привести к ухудшению их здоровья. Необходимо повысить эффективность системы записи на прием и обеспечить достаточное количество медицинского персонала, чтобы свести к минимуму время ожидания и обеспечить своевременную медицинскую помощь. В литературе подчеркивается, что беженцы в принимающих странах часто сталкиваются с длительным ожиданием медицинских консультаций, что может привести к задержкам в диагностике и лечении [34, 35].

Дополнительные требования к документации и языковые барьеры еще больше усложняют доступ к медицинским услугам. Беженцы часто сталкиваются с чрезмерными бюрократическими требованиями и трудностями в общении из-за языкового барьера, что было продемонстрировано и в других исследованиях, проведенных в странах, принимающих беженцев или мигрантов [7,20,36]. Упрощение административных и бюрократических процедур и предоставление переводчиков может облегчить общение между беженцами и медицинским персоналом.

Проанализировав данные, полученные в ходе исследования, можно сделать вывод о значительной осведомленности и разнообразном использовании услуг по снижению вреда среди беженцев, которые обосновались в Молдове. В основном беженцы получали информацию и поддержку по вопросам профилактики и ведения ВИЧ, а уровень осведомленности о конфиденциальном тестировании на ВИЧ был высоким. Кроме того, беженцы были в значительной степени ознакомлены с до контактной профилактикой (PrEP) и пост контактной профилактикой (PEP) ВИЧ. Эти результаты подтверждаются другими исследованиями. Например,

в исследовании, опубликованном ЮНЭЙДС, подчеркиваются уникальные проблемы, с которыми сталкиваются беженцы при профилактике и лечении ВИЧ, и подчеркивается необходимость доступа к услугам по профилактике, лечению и поддержке [37].

Качество услуг по снижению вреда оценивается положительно, при этом общая удовлетворенность услугами, предлагаемыми в Молдове, высока. Однако между группами и сообществами наблюдались заметные различия в восприятии и использовании услуг. Например, ЛГБТ+ и группа ЛУН сообщили о самых высоких показателях использования услуг, в то время как группы СР и "Другое" обращались к ним реже. Таким образом, дальнейшие усилия по информированию и просвещению беженцев, укреплению сотрудничества между медицинскими и социальными учреждениями и адаптации услуг к конкретным потребностям групп и сообществ могут способствовать дальнейшему улучшению доступа и качества услуг по снижению вреда, а также обеспечению лучшей охраны здоровья беженцев и более эффективной интеграции в систему здравоохранения Молдовы.

Доступ к услугам ВИЧ в Молдове был разным и зависел от ряда факторов, включая принадлежность к группе и сообществу. Группа ЛЖВ продемонстрировала всеобщую осведомленность и использование услуг ВИЧ, что подчеркивает важность постоянного информирования и просвещения этой группы. В сообществе ЛГБТ+ также отмечается высокий уровень использования услуг ВИЧ, что свидетельствует об их хорошей интеграции в систему здравоохранения. В отличие от этого, группы ЛУН и СР пользовались этими услугами в меньшей степени [38], что говорит о необходимости специальных мероприятий по улучшению доступа и использования услуг среди этих групп.

Что касается тестирования на ВИЧ, то большинство беженцев воспользовались услугами НПО, что подчеркивает решающую роль этих организаций в профилактике и лечении ВИЧ. Причины тестирования были разными, но личная инициатива и направления от сотрудников НПО были основными факторами, побуждающими к тестированию. Исследование, проведенное в Уганде, показало, что на доступ беженцев к тестированию на ВИЧ влияют повседневные приоритеты выживания и обстоятельства, позволяющие временно менять эти приоритеты [39], а другое исследование подчеркнуло важность социальной поддержки и усилий сообщества для молодых мигрантов в получении доступа к услугам ВИЧ [40].

АРВ-лечение было доступно подавляющему большинству беженцев в группе ЛЖВ, и непрерывность лечения была обеспечена [41]. Однако были случаи, когда беженцы не имели достаточного количества таблеток для обеспечения терапии в период перемещения. Удовлетворенность беженцев качеством услуг ВИЧ в Молдове была высокой: большинство беженцев выразили удовлетворение или высокую степень удовлетворенности этими услугами. Исследование, проведенное в Эфиопии, показало, что на уровень удовлетворенности услугами по лечению и уходу в связи с ВИЧ влияют время ожидания и продолжительность получения помощи [42].

Что касается доступа беженцев к услугам по лечению вирусных гепатитов В и С, то результаты отметили такие положительные моменты, как наличие и доступ к бесплатному тестированию. Однако на непрерывность лечения повлияли такие факторы, как отсутствие необходимых документов и финансовые трудности, что может привести к перерыву в лечении и ухудшению состояния здоровья. В литературе подтверждается, что беженцы подвержены повышенному риску заражения вирусными гепатитами В и С и что они сталкиваются с препятствиями в доступе к услугам по иммунизации, тестированию и лечению [43].

Хотя большинство беженцев обращались за услугами по лечению ИППП, самый высокий процент обращений был среди ЛГБТ+ сообщества. В литературе подчеркивается важность быстрого и чувствительного молекулярного тестирования [44]. Однако, в отличие от результатов, полученных в настоящем исследовании, в систематическом обзоре подчеркивается стигма среди беженцев связанная с тестированием на ИППП и ВИЧ, что привело к низкому уровню использования услуг по тестированию [45]. На непрерывность лечения ИППП влияли экономические факторы: некоторые респонденты были вынуждены платить за медицинские услуги, а другие получали финансовую поддержку от НПО для оплаты этих услуг.

Исследование показало, что среди беженцев из группы ЛУН распространено как инъекционное, так и неинъекционное употребление наркотиков, причем продолжительность употребления различна. В большинстве случаев они продолжают употреблять наркотики во время своего пребывания в Молдове, что подчеркивает необходимость постоянных и эффективных мер вмешательства. Результаты исследований подчеркивают, что на распространенность употребления психоактивных веществ среди беженцев влияют такие факторы, как подверженность травмам, психические расстройства, социальное и экономическое неравенство [46], условия жизни и социальные отношения [47].

Доступ к шприцам и стерильным иглам был относительно хорошим: большинство беженцев из группы ЛУН воспользовались программами обмена шприцев или приобрели шприцы в аптеках [48]. Однако эпизодическое использование бывшего в употреблении оборудования и инъекции с помощью предварительно заполненных шприцев представляют значительный риск для здоровья людей, употребляющих наркотики. Часть респондентов обращалась за лечением наркозависимости, но его продолжение зависело от экономических факторов и доступности услуг [49]. Хотя большинство респондентов удовлетворены качеством услуг, предлагаемых в Молдове, мнения о сравнении с услугами в Украине разнятся.

К услугам противотуберкулезной службы обратились 100 процентов беженцев из группы ТБ. Симптомы, побудившие беженцев обратиться в противотуберкулезные службы, включали постоянный кашель, боль в груди, лихорадку и немотивированную слабость. В подавляющем большинстве случаев беженцы обращались за медицинской помощью в государственные учреждения, и диагноз ТБ подтверждался быстро, в течение 1-3 дней. Все те, у кого был диагностирован туберкулез, были госпитализированы и проходили лечение под непосредственным наблюдением, что подчеркивает важность медицинского наблюдения в лечении туберкулеза [14]. Однако были и проблемы, связанные с побочными реакциями на лечение, особенно на амбулаторном этапе [50]. Поддержка со стороны социальных работников и психологов, а также стимулы за приверженность к лечению, сыграли ключевую роль в завершении лечения [51, 52].

Доступ к медицинским услугам для ОРВИ, неотложной медицинской помощи и хронических заболеваний был разным. Чаще всего к этим услугам обращалась группа СР, затем группа "Другое" - по экстренным медицинским показаниям и хроническим заболеваниям. В подавляющем большинстве случаев беженцы пользовались государственными услугами. Некоторые беженцы понесли расходы, пользуясь услугами частных клиник или получая определенные услуги на платной основе. В этом контексте разброс в стоимости медицинских услуг и использование собственных сбережений, кредитов или помощи НПО для покрытия этих расходов подчеркивают финансовые проблемы, с которыми сталкиваются беженцы. Данные литературы свидетельствуют о том, что беженцы в Иране сталкиваются со значительными финансовыми трудностями при получении медицинских услуг, несмотря на существование программы государственного медицинского страхования [53].

К услугам психического здоровья обращались, в частности, группа "Другое" и ЛГБТ+ [54], в то время как группа ТБ не обращалась к этим услугам вообще. Большинство беженцев обращались за услугами психического здоровья в НПО, а значительная часть - к психиатрам или неврологам в поликлиниках. Некоторые респонденты несли расходы на услуги психического здоровья [55], а источники финансирования включали собственные финансовые средства, кредиты и помощь НПО. Удовлетворенность качеством услуг психического здоровья в Молдове в целом положительная: большинство респондентов заявили, что удовлетворены или очень удовлетворены. Однако есть и те, кто считает услуги в Украине более качественными, что говорит о необходимости постоянного совершенствования молдавской системы психического здоровья, чтобы достичь стандартов, принятых в Украине.

Наконец, в исследовании подчеркивается важность комплексных и персонализированных вмешательств для удовлетворения специфических потребностей различных групп беженцев. Необходимо продолжать работу по повышению осведомленности и просвещению, разрабатывать решения по приближению медицинских услуг к сообществам беженцев и обеспечивать инклюзивную и уважительную среду предоставления медицинских услуг. Это обеспечит лучшую защиту здоровья беженцев и более эффективную интеграцию в систему здравоохранения Молдовы.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном исследовании данные были получены от респондентов самостоятельно, что может быть ограничением. Такой метод сбора данных может внести субъективные ошибки, поскольку респонденты могут предоставить неточную или неполную информацию.

Еще одним ограничением исследования была кластеризация основных затронутых групп населения, что затрудняло интерпретацию некоторых результатов из-за небольшого размера подвыборки - менее 30 респондентов. Это может снизить статистическую мощность и ограничить обобщаемость результатов.

ВЫВОДЫ

1. **Барьеры в доступе к медицинским услугам:** Беженцы из Украины, особенно из ключевых групп, сталкиваются с некоторыми барьерами в доступе к медицинским услугам в Молдове. Среди наиболее распространенных препятствий - расстояние до медицинских учреждений, длительное время ожидания, необходимость предоставления дополнительных документов, ограниченный доступ к основному лечению и специализированным услугам, стигматизация и языковой барьер. Эти барьеры не только затрудняют доступ к медицинским услугам, но и влияют на качество обслуживания беженцев.
 - 1.1. **Расстояние.** Барьеры, связанные с расстоянием, были значительными для 27% беженцев. Наибольшие трудности испытывали группы ЛЖВ и ЛУН. Восприятие расстояния значительно различалось в разных регионах Молдовы, причем чаще всего с этим барьером сталкивались беженцы, проживающие южных регионах.
 - 1.2. **Время ожидания.** Барьеры, связанные с ожиданием приема у специалиста и семейного врача, были существенными для значительной части беженцев. В четверти случаев (24%)

указывалось время ожидания у врача-специалиста и в пятой части случаев (20 %) - время ожидания у семейного врача, что в основном касалось ЛГБТ+ сообщества и групп ЛЖВ и ЛУН.

- 1.3. **Ограниченный доступ к основным видам лечения.** В 14% случаев беженцы сталкивались с препятствиями в доступе к лечению, включая отсутствие лекарств в фармацевтической сети Молдовы и более высокую стоимость по сравнению с Украиной. Другие препятствия включали ограничения, налагаемые временной защитой, проблемы с рецептами и необходимость платить за лечение, иногда обращаясь к НПО для покрытия расходов. С барьерами такого рода чаще всего сталкивались представители групп ЛУН, Другое, СР, ЛЖВ, а также ЛГБТ+.
- 1.4. **Доступ к специализированным услугам.** В 18% случаев беженцы сталкивались с препятствиями в доступе к медицинским услугам, которые предоставлялись только на платной основе. Наиболее распространенными препятствиями были платные медицинские консультации, стоимость анализов (включая CD4) и исследований в частных клиниках. Доступ к экстренным стоматологическим услугам был затруднен из-за высокой стоимости. С такими барьерами столкнулись беженцы из групп "Другое" и "СР", а также из групп ЛЖВ и ЛУН.
- 1.5. **Запрос дополнительных документов.** С таким препятствием столкнулись 6,5% беженцев, в частности из групп ЛУН, ЛЖВ и ЛГБТ+. Среди документов чаще всего фигурировали временная защита, украинский паспорт, документы, подтверждающие диагноз или инвалидность, а также результаты анализов из Украины.
- 1.6. **Языковые барьеры.** С языковыми барьерами при получении медицинских услуг столкнулись 5,7% беженцев, особенно из группы ЛУН и ЛГБТ+.
2. **Факторы риска, препятствующие доступу к медицинским услугам:** региональное и сельское неравенство, экономические факторы, такие как плохое финансовое положение, отсутствие доступа к временной защите, отсутствие регистрации у семейного врача, принадлежность к группе риска, доступ к специфическим услугам, таким как АРВ-терапия и лечение наркозависимости, подверженность любому виду насилия, опыт стигматизации и дискриминации.
 - 2.1. **Региональные и городско-сельские различия:** беженцы, поселившиеся в Северном и Южном регионах, значительно реже сталкивались с барьерами, в то время как жители Центрального региона сталкивались с трудностями значительно чаще. Жители районных центров и сел также значительно чаще сталкивались с барьерами, чем городские жители.
 - 2.2. **Роль экономического фактора:** размер среднемесячного дохода является значимым фактором в восприятии барьеров при получении медицинских услуг. Беженцы, не имеющие дохода, в 3,5 раза чаще испытывают трудности с доступом к медицинским услугам.
 - 2.3. **Роль временной защиты:** роль временной защиты имеет решающее значение для облегчения доступа к медицинским услугам, однако около одной пятой беженцев не пользуются этой защитой. Беженцы, не имеющие временной защиты, значительно чаще сталкиваются с препятствиями в доступе к медицинским услугам.
 - 2.4. **Роль регистрации у семейного врача:** доказано, что регистрация у семейного врача является важным фактором в получении медицинских услуг и может положительно

повлиять на доступ к ним. Беженцы, не зарегистрированные у семейного врача, в два раза чаще сталкиваются с препятствиями в доступе к медицинским услугам.

- 2.5. **Принадлежность к группе риска:** группы риска, такие как ЛУН и ЛЖВ, сталкиваются с наибольшими препятствиями в доступе к медицинским услугам из-за стигмы и маргинализации. В отличие от них, сообщество ЛГБТ+ сталкивается с меньшим количеством барьеров, что говорит о возможном защитном эффекте или о том, что они являются более "закрытой" группой.
- 2.6. **Доступ к конкретным услугам:** на доступ к медицинским услугам влияют различные барьеры, в зависимости от типа требуемых услуг. Беженцы, обращающиеся за услугами по лечению наркозависимости, в три раза чаще сталкиваются с барьерами, а те, кто обращается за услугами по АРВ-терапии, - в два раза чаще. В отличие от этого, тестирование на ВИЧ ассоциировалось со значительно меньшей вероятностью столкнуться с барьерами, что указывает на защитный эффект.
- 2.7. **Насилие.** Насилие в различных формах, как выяснилось, является существенным фактором, затрудняющим доступ к медицинским услугам. Беженцы, подвергшиеся насилию, чаще сталкиваются с препятствиями при получении этих услуг. Те, кто подвергается физическому насилию, в 5,4 раза чаще сталкиваются с трудностями, а те, кто подвергается психологическому и эмоциональному насилию, в два раза чаще сталкиваются с такими препятствиями.
- 2.8. **Стигма и дискриминация:** исследование показало, что стигма и дискриминация оказывают значительное влияние на доступ к медицинским услугам. Люди, подвергшиеся стигматизации или дискриминации, испытывали значительно больше трудностей с доступом к этим услугам, чем те, кто не подвергался воздействию этих факторов. Кроме того, восприятие того, что право на здоровье не соблюдается или соблюдается лишь частично, было связано с более высокой вероятностью столкнуться с препятствиями в доступе к медицинским услугам.
3. **Коммуникация с поставщиками медицинских услуг.** Большинство беженцев посчитали себя хорошо информированными и сообщили о высоком уровне удовлетворенности медицинским обслуживанием. Группы ЛЖВ и ЛУН были наиболее удовлетворены, в то время как группа СР чувствовала себя наименее информированной. Положительную оценку получило качество информирования о безопасности лечения и адаптации медицинской помощи к потребностям пациентов. Учет обратной связи показал умеренный уровень удовлетворенности, а время, затрачиваемое на консультации, и соблюдение конфиденциальности были оценены положительно, хотя между группами имелись различия.
4. **Качество и безопасность медицинских услуг.** Полученные результаты подчеркивают важность хорошо структурированной системы направления и сотрудничества для обеспечения качества и безопасности медицинских услуг с учетом конкретных потребностей различных групп и сообществ.
 - 4.1. Система направления к специалистам и сотрудничество между медицинскими службами в большинстве случаев считалась эффективной, особенно в группах ТБ, ЛУН и ЛЖВ, в то время как группы СР и ЛГБТ+ посчитали ее менее благоприятной.
 - 4.2. Сотрудничество между медицинскими службами и центрами размещения было оценено положительно, но с различиями между группами: группа ЛУН и ЛЖВ считают, что

существует хорошая система перенаправления и сотрудничества, в то время как группы СР и ЛГБТ+ оценили это менее благоприятно.

- 4.3. Сотрудничество между медицинскими и социальными службами также было положительно оценено большинством беженцев, особенно в группах ЛУН и ЛЖВ. Группа СР значительно ниже оценила эффективность этого сотрудничества.
- 4.4. Система перенаправления и сотрудничества между службами здравоохранения и НПО была хорошо оценена в контексте ТБ и ВИЧ, но в разных группах она была разной. В контексте ТБ сотрудничество было оценено как эффективное, особенно группами ТБ и СР. В контексте услуг по ВИЧ система перенаправления и сотрудничества также была оценена хорошо, с высокой степенью удовлетворенности среди групп СР, ЛЖВ и ЛГБТ+. Однако группа ЛУН отметила более низкую оценку по сравнению с другими группами. Что касается лечения опиоидными антагонистами, большинство респондентов считают, что система работает хорошо, за исключением сообщества ЛГБТ+, которые отметили полное отсутствие удовлетворения.
- 4.5. **Качество и безопасность медицинской помощи.** В большинстве случаев беженцы были удовлетворены качеством, безопасностью и непрерывностью получаемой ими медицинской помощи. Группы ТБ, ЛУН и ЛЖВ имели самый высокий уровень удовлетворенности, в то время как группа СР имела самую низкую положительную оценку.
5. **Поддержка НПО:** Исследование подчеркнуло решающую роль НПО в поддержке украинских беженцев в Молдове. НПО предоставляли такие необходимые услуги, как направление и сопровождение в медицинские центры, бесплатное тестирование на ВИЧ, психологическая поддержка, юридическая помощь. Они также оказывали финансовую поддержку для оплаты медицинских услуг и распределения товаров первой необходимости, таких как продукты питания, средства гигиены и лекарства. Беженцы часто обращались за этими услугами, что свидетельствует о сохраняющейся потребности в специализированной поддержке. НПО сыграли ключевую роль в облегчении доступа к медицинским услугам и обеспечении более эффективной интеграции беженцев в систему здравоохранения Молдовы. Для удовлетворения потребностей беженцев необходимо сотрудничество между НПО и системой здравоохранения.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. **Улучшение доступа к медицинским услугам.** Необходимо разработать инновационные решения, чтобы приблизить медицинские услуги к общинам беженцев. Внедрение мобильных медицинских услуг может сократить большие расстояния, которые приходится преодолевать беженцам, чтобы получить необходимую помощь. Упрощение административных и бюрократических процедур также будет способствовать быстрому и эффективному доступу к медицинским услугам, устраняя ненужные препятствия.
2. **Человек-ориентированный подход.** Чтобы улучшить качество, повысить удовлетворенность беженцев и безопасность медицинского обслуживания, необходим подход, ориентированный на человека, включая эффективную и прозрачную коммуникацию, адаптацию ухода к индивидуальным потребностям человека и обеспечение конфиденциальности и безопасности во всех аспектах медицинского обслуживания.
3. **Расширение доступа к временной защите и адекватной информации:** необходимо расширить поддержку в получении временной защиты для всех групп риска, включая ЛУН, ЛЖВ, СР и ЛГБТ+. Информационные кампании должны четко разъяснять процедуры получения временной защиты и ее преимущества, а также проводиться на языках, известных беженцам, чтобы обеспечить доступ к информации для всех беженцев.
4. **Устранение языковых барьеров.** Уменьшение языковых барьеров и улучшение доступа к медицинским услугам - ключевые факторы для облегчения доступа беженцев к здравоохранению. Обеспечение наличия медицинских форм и информации на языках, которыми владеют беженцы, устранил языковые барьеры.
5. **Борьба со стигмой и дискриминацией.** Стигма и дискриминация являются значительными препятствиями для доступа к медицинским услугам для людей из групп риска. Обучение поставщиков медицинских услуг навыкам обеспечения инклюзивной и уважительной медицинской среды поможет улучшить опыт людей и повысить их доверие к системе здравоохранения. Проводить информационные кампании и мероприятия по снижению стигмы и дискриминации беженцев, особенно из уязвимых групп (ЛУН, ЛЖВ, СР, ЛГБТ+), чтобы способствовать социальной интеграции и равному доступу к услугам.
6. **Укрепление образовательных и просветительских программ.** Продолжение информационно-просветительской работы по информированию беженцев о процедурах регистрации и их преимуществах облегчит доступ к медицинскому обслуживанию и снизит языковой барьер.
7. **Предоставление вспомогательных услуг.** Обеспечение поддержки и расширение программ финансовой помощи, а также увеличение потенциала НПО по предоставлению помощи, в том числе для получения юридической помощи, психологической поддержки и специализированных медицинских услуг, обеспечит беженцам из групп риска уход и поддержку, необходимые для сохранения их здоровья и благополучия.
8. **Психосоциальная поддержка и предотвращение насилия.** Осуществление мер защиты и психологической поддержки беженцев имеет решающее значение для преодоления глубокого воздействия насилия на их здоровье и благополучие. Поощрение заявления о случаях насилия и обеспечение доступа к помощи будут способствовать созданию безопасной и благоприятной среды для беженцев.

9. **Укрепление сотрудничества между НПО и службами здравоохранения.** Укрепление сотрудничества между НПО и службами здравоохранения необходимо для обеспечения непрерывности ухода и доступа к специализированным услугам для беженцев из групп риска (ЛУН, ЛЖВ, СР, ЛГБТ+). НПО играют решающую роль в оказании поддержки, и улучшение координации между неправительственными организациями и официальными медицинскими учреждениями может оптимизировать доступ к медицинским услугам. Улучшение систем направления к специалистам и эффективное сотрудничество в значительной степени обеспечат качественный уход и адекватный ответ на сложные потребности беженцев.
10. **Непрерывный мониторинг и оценка.** Внедрение системы непрерывного мониторинга и оценки необходимо для обеспечения эффективного доступа беженцев к медицинским услугам. Эти механизмы позволят оперативно выявлять и устранять новые барьеры, обеспечивая качество и эффективность вмешательств. Мониторинг и оценка воздействия предоставляемых услуг будут способствовать адаптации стратегий в соответствии с возникающими потребностями беженцев, что будет способствовать постоянному совершенствованию услуг здравоохранения и поддержки. Эти меры крайне важны для адекватного и гибкого реагирования на проблемы, с которыми сталкиваются беженцы, и обеспечения их доступа к качественной медицинской помощи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Страна - Республика Молдова [цит. по 2025 Мар 4]. Доступно на сайте: <https://data.unhcr.org/en/country/mda>.
2. Закон 270 от 18 декабря 2008 года о предоставлении убежища в Республике Молдова [цит. по 2025 Мар 4]. Доступно на сайте: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123117&lang=ro
3. Постановление Правительства 21 от 18 января 2023 года [Интернет] [цит. по 2025 Мар 4]. Доступно на сайте: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135260&lang=ro
4. Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ публикует новые глобальные списки стран с высоким бременем ТБ, ВИЧ-ассоциированного ТБ и лекарственно-устойчивого ТБ [Интернет]. WHO Library Cataloguing. 2021 [cited 2025 Mar 4]. Доступно по адресу: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>.
5. Панико К. Отчет об оценке доступности основных медицинских услуг для беженцев в Республике Молдова. 2023;1-50. Доступно на сайте: <https://ombudsman.md/wp-content/uploads/2023/10/raportul-avocatului-poporului-privind-evaluarea-accesibilitatii-serviciilor-esentiale-de-sanata.pdf>.
6. Международная организация по миграции. A QUALITATIVE STUDY ON FOREIGNERS' ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA [Интернет]. Доступно по адресу: <https://publications.iom.int/books/qualitative-study-foreigners-access-health-services-republic-moldova>.
7. Moezzi SMI Moezzi, Etemadi M, Lankarani KB, Behzadifar M, Katebzada H, Shahabi S. Barriers and facilitators to primary healthcare utilisation among immigrants and refugees of low and middle-income countries: a scoping review. Global Health [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 24];20(1):75. Доступно на сайте: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39449084/>.
8. Davitian K, Noack P, Eckstein K, Hübner J, Ahmadi E. Barriers of Ukrainian refugees and migrants in accessing German healthcare. BMC Health Serv Res [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 25];24(1):1-10. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11592-x>
9. Республика Молдова. Tech Assist Reports [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 4];2024(023):1. Available from: https://www.unhcr.org/countries/republic-moldova?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA5pq-BhBuEiwAvkzVZRG5MmeXSpzhjGbTyA21cYNhgAHknBRT5GOSZLrxs7nX57ViUspDNRoCA5QQA5Vd_BwE
10. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) Потребности в услугах здравоохранения и доступ к ним для беженцев из Украины. https://www.who.int/docs/default-document-library/health-service-needs-and-access-for-refugees-from-ukraine.pdf?sfvrsn=5E8Ad9De_1&Download=True. 2023; (March 2022).
11. Оценка транспортных потребностей иммигрантов и беженцев | 1. Доступно по ссылке: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/c86a044e/files/uploaded/King County Immigrant and Refugee Transportation Needs Assessment May 2019.pdf>
12. ООН. Перемещение по проблемам здоровья и благополучия беженцев из Украины. An Inter-Agency Explor Data [Интернет]. 2024; (May). Доступно на сайте: <https://reliefweb.int/report/bulgaria/navigating-health-and-well-being-challenges-refugees-ukraine>.
13. Международная организация по миграции. УКРАИНСКАЯ РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ . 2023; Доступно на сайте: <https://moldova.un.org/en/265748-republic-moldova--access-healthcare-services-refugees-ukraine---annual-report-2023>.
14. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ выпускает новый доклад о борьбе с туберкулезом среди беженцев и мигрантов [цит. по 2025 Feb 24]. Доступно на сайте: <https://www.who.int/news/item/19-11-2024-who-releases-new-report-addressing-tb-among-refugees-and-migrants>.
15. Зирш А., Дуэ К., Дуэ К., Уолш М. Дискриминация: угроза здоровью людей из числа беженцев и просителей убежища, переселенных в Австралию. BMC Public Health. 2020;20(1).
16. Карадаг Каман Карадаг Каман О. О. Стигма и дискриминация в отношении мигрантов в здравоохранении: Озге Карадаг Каман. Eur J Public Health [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2025 Feb 25];25(suppl_3). Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv167.054>
17. КНР Молдова. INTEGRATION OF REFUGEES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA AND THE PROTECTION OF THEIR RIGHTS [Интернет]. Vol. 15, Ауча. 2024. Доступно на сайте: https://cpr.md/wp-content/uploads/2024/02/Studiu_Integrarea-persoanelor-refugiate-în-Republica-Moldova.pdf.
18. Норвежский совет по делам беженцев. Непрерывающиеся трудности: украинские беженцы в Молдове и Польше два года спустя Сравнительный анализ положения беженцев из Украины в Молдове и Польше (апрель 2024 года). 2024; (апрель). Доступно на сайте: https://www.nrc.no/siteassets/reports/20240416_report_two-year-mark-research-pl-and-md.pdf.
19. Akhnif EH, Mataria A, Belmadani A, Bigdeli M. Финансирование здравоохранения мигрантов и беженцев в Марокко: насколько велик скрытый вклад государства в виде бесплатных услуг? Health

- Econ Rev [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 25];14(1). Доступно на сайте: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39589607/>
20. Coumans JVF, Wark S. Обзор барьеров и факторов, способствующих использованию медицинских услуг в связи с поселением беженцев в региональных или сельских районах принимающей страны. BMC Public Health. 2024;24(1).
21. Rabiou LM, Oumarou B, Oumarou B, Mor D, Abdou M, Ibrahim C, Tamuzi JL. Мобильные аутич-клиники для улучшения доступности медицинских услуг для уязвимых групп населения в регионе Диффа в Нигере: описательное исследование. Res Sq [Internet]. 2024 Nov 12 [cited 2025 Feb 24];23(1):1-20. Доступно на сайте: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-024-02322-0>.
22. Международная организация по миграции, Оценка жилищной экосистемы и варианты социального и доступного жилья в Республике Молдова [Интернет]. Доступно на сайте: <https://moldova.iom.int/sites/g/files/tmzbd1626/files/documents/2024-12/pub2024-051-l-housing-ecosystem-assessment-moldova.pdf>.
23. УВКБ ООН. Временная защита в Молдове [Интернет]. УВКБ ООН. 2021 [цит. по 2025 Feb 23]. Доступно на сайте: <https://help.unhcr.org/moldova/temporary-protection/>.
24. Чонг К. Временная защита: ее влияние на здравоохранение сирийских беженцев в Турции. Int Health. 2018;10(4).
25. Komakech H, Orach CG, Atuyambe LM. Устойчивость медицинских услуг в районах приема беженцев: качественное исследование медицинских услуг в трех районах приема беженцев в Западном Ниле, Уганда. Confl Health. 2023;17(1).
26. Денежная помощь для беженцев в Молдове - УВКБ ООН [цитируется по 2025 февраля]. Доступно на сайте: <https://help.unhcr.org/moldova/how-to-find/cash-assistance/>.
27. Ханвелл К., Финнерти Ф., Ричардсон Д. Опыт просителей убежища и беженцев в отношении насилия и доступа к здравоохранению в Великобритании: систематический обзор. J Public Health (Bangkok) [Internet]. 2025 Jan 23 [cited 2025 Feb 25]; Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdafo05>.
28. Ши М., Стей А., Татебе Л. К. Распознавание и разрыв цикла травмы и насилия среди беженцев-переселенцев. Curr Trauma Reports [Интернет]. 2021;7(4):83-91. Доступно на сайте: <https://doi.org/10.1007/s40719-021-00217-x>.
29. Дуэ К., Грин Э., Зирш А. Психологическая травма и доступ к первичной медицинской помощи для людей из числа беженцев и просителей убежища: систематический обзор, основанный на смешанных методах. Том 14, Международный журнал систем психического здоровья. 2020.
30. Rivenbark JG, Ichou M. Дискриминация в здравоохранении как барьер для получения медицинской помощи: опыт социально незащищенных слоев населения во Франции по результатам национального репрезентативного исследования. BMC Public Health. 2020;20(1).
31. ПРООН. Восприятие прав человека в Республике Молдова. 2018;69. Доступно на сайте: <https://www.undp.org/ro/moldova/publications/perceptii-asupra-drepturilor-omului-republica-moldova-2018>.
32. Ye T, Xiao W, Li Y, Xiao Y, Xiao Y, Fang H, Chen W, et al. Trust in family doctor-patient relationships: an embeddedness theory perspective. BMC Public Health [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Mar 4];24(1):1-8. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-20805-1>
33. Capodici A, Noci F, Nuti S, Emdin M, Dalmiani S, Passino C, et al. Сокращение времени ожидания амбулаторных пациентов с помощью телемедицины: систематический обзор и количественный анализ. BMJ Open [Internet]. 2025 Jan 30 [cited 2025 Mar 4];15(1):e088153. Доступно на сайте: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11784372/>.
34. Mangrio E, Sjögren Forss K. Опыт беженцев в области здравоохранения в принимающей стране: обзор. Том 17, BMC health services research. 2017. p. 814.
35. Kang C, Farrington R, Tomkow L. Доступ к первичной медицинской помощи для просителей убежища и беженцев: качественное исследование опыта пользователей услуг в Великобритании. Br J Gen Pract. 2019;69(685):E537-45.
36. Pandey M, Maina RG, Amoyaw J, Li Y, Kamrul R, Michaels CR, et al. Влияние уровня владения английским языком на доступ к здравоохранению, его использование и результаты среди иммигрантов: качественное исследование. BMC Health Serv Res. 2021;21(1).
37. ЮНЭЙДС, УВКБ ООН. Аналитическая записка: ВИЧ и беженцы. 2007;28(2002):20-1. Доступно по адресу: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1300-policybrief-refugees_en.pdf.
38. Отчет Т. Люди, употребляющие нпс/стимуляторы: основные потребности и барьеры в доступе к медицинским и социальным услугам, связанным с ВИЧ, в Молдове.
39. O'Laughlin KN, Rouhani SA, Faustin ZM, Ware NC. Опыт тестирования ВИЧ-положительных беженцев в поселении беженцев Накивале в Уганде: информирование о мероприятиях, способствующих смещению приоритетов. Confl Health. 2013;7(1).

40. Li K, Thaweesee N, Kimmel A, Dorward E, Dam A. Barriers and facilitators to using HIV prevention and treatment services among migrant youth globally: A scoping review. *PLOS Glob Public Heal*. 2024;4(2 February).
41. Mendelsohn JB, Schilperoord M, Spiegel P, Ross DA. Приверженность антиретровирусной терапии и результаты лечения среди затронутых конфликтами и насильственно перемещенных лиц: систематический обзор. Vol. 6, *Conflict and Health*. 2012.
42. Абдисса Б, Абдисса Р, Дерера Дж, Вейк СК. Удовлетворенность услугами антиретровирусной терапии и связанные с ней факторы среди взрослых клиентов, проходящих антиретровирусную терапию в городе Волисо, Эфиопия. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 24];21(1). Доступно на сайте: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38254208/>
43. Saseetharan A, Hiebert L, Gupta N, Nyirahabihirwe F, Kamali I, Ward JW. Профилактика, тестирование и лечение гепатитов В и С среди беженцев: результаты обзора. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Feb 24];23(1). Доступно на сайте: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38071291/>
44. Hlatshwayo M, Reno HEL, Reno HEL, Yarbrough ML. STI update: Testing, treatment, and emerging threats. Том 86, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2019. p. 733-40.
45. Aljadeeah S, Hosseinalipour SM, Khanyk N, Szocs E, Traianou A, Tomas A, et al. Оказание медицинской помощи перемещенным лицам во время транзита: анализ регулярно собираемых данных из клиник INTERSOS на границе Украины с Молдовой и Польшей. *J Migr Heal* [Интернет]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Feb 23];11. Доступно на сайте: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39867634/>.
46. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Эпидемиология употребления психоактивных веществ среди вынужденных мигрантов: глобальный систематический обзор. *PLoS One*. 2016;11(7).
47. Гертнер Л., Стилианопулос П., Хайнц А., Ключе У., Шефер И., Пенка С. Неправильное употребление психоактивных веществ среди беженцев как вопрос социальной экологии: выводы по результатам экспресс-оценки на нескольких сайтах в Германии. *Confl Health*. 2023;17(1).
48. Aljadeeah S, Kielmann K, Michielsen J, Payedimarri AB, Ravinetto R. Access to medicine among asylum seekers, refugees and undocumented migrants across the migratory cycle: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2022;12(12):e068917.
49. Дубов А., Басенко А., Дымацкий О., Шоптау С. Влияние российского вторжения на программы терапии опиоидными агонистами в Украине: Качественное исследование. *Drug Alcohol Dependence*. 2024;255.
50. Sant'Anna FM, Araújo-Pereira M, Schmaltz CAS, Arriaga MB, de Oliveira RVC, Andrade BB, et al. Неблагоприятные лекарственные реакции, связанные с лечением лекарственно-чувствительного туберкулеза в Бразилии: проспективное когортное исследование. *Front Trop Dis*. 2021;2.
51. Ciobanu A, Domete L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V, et al. Улучшают ли стимулы результаты лечения туберкулеза в Республике Молдова? *Public Heal Action*. 2014 Oct 21;4:S59-63.
52. Wen S, Yin J, Sun Q. Влияние социальной поддержки на результаты лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза: Систематический обзор и мета-анализ. *BMJ Open*. 2020;10(10).
53. Amuzadeh-Araei S, Takian A, Jabbari A. Анализ политики программы универсального государственного медицинского страхования для афганских беженцев в Иране: протокольное исследование. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2025 Feb 21 [cited 2025 Feb 24];44(1):47. Доступно на сайте: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39985004/>.
54. Bleckmann C, Golembe J, Kaiser T, Leyendecker B, Busch J. Mental Health and Well-Being of LGBTQ+ Refugees in Comparison to LGBTQ+ Host Country Population. *Sex Res Soc Policy* [Internet]. 2024 Dec 18 [cited 2025 Feb 25];1-16. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-024-01064-6>
55. Böge K, Karnouk C, Hahn E, Schneider F, Habel U, Banaschewski T, et al. Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): дизайн и методология проспективного многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования, изучающего эффекты модели ступенчатого и совместного ухода. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(1).

