

Проект:

**«Послуги з дослідження серед молодих представників груп ризику
щодо епідемії ВІЛ/СНІД, ЛЖВ (людей, що живуть з ВІЛ)
та дітей з ВІЛ»**

Дослідження

**«Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики,
тестування та лікування серед молодих представників груп ризику
щодо епідемії ВІЛ/СНІД»**

**Аналітичний звіт за результатами опитування
в рамках дослідження
(Фаза 2 – Кількісне опитування
Фаза 3 – Експертне опитування)**

Авторський колектив:

**Балакірєва О., канд. соціол. наук
Бондар Т., канд. соціол. наук
Шевченко С., канд. соціол. наук
Галустян Ю., канд. соціол. наук
Левцун О., канд. соціол. наук**

Київ 2019

ЗМІСТ	Стор.
АБРЕВІАТУРИ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Послуги профілактики, тестування та лікування для МПГР	6
1.1. Знання про існування послуг	6
1.2. Час отримання послуг	8
1.3. Задоволеність послугами	10
1.4. Послуги, яких не вистачає	11
Висновки до Розділу 1	16
РОЗДІЛ 2. Організації для МПГР	19
2.1. Знання про організації в населеному пункті	19
2.2. Зручність розташування організацій, графіка прийому, процедури прийому, ставлення персоналу	24
2.3. Припинення надання послуг	30
2.4. Причини побоювань щодо першого звернення	32
Висновки до Розділу 2	35
РОЗДІЛ 3. Тестування на ВІЛ та отримання АРТ	39
3.1. Проходження тестування. Причини непроходження тестування	39
3.2. Отримання АРТ. Причини непроходження АРТ	46
3.3. Задоволеність різними аспектами лікування	47
3.4. Послуги, яких не вистачає для ЛЖВ	48
Висновки до Розділу 3	49
РОЗДІЛ 4. Прояви дискримінації та стигматизації	52
4.1. Поширеність дискримінації через належність до груп ризику	52
4.2. Звернення по допомогу у випадках дискримінації щодо груп ризику	59
4.3. Звернення по допомогу у випадках дискримінації ЛЖВ	63
Висновки до Розділу 4	70
РОЗДІЛ 5. Розширення спектра послуг для МПГР	75
Висновки до Розділу 5	78
ВИСНОВКИ	80
РЕКОМЕНДАЦІЇ	88
ДОДАТКИ:	91
• Методологія дослідження	91
• Соціально-демографічні характеристики респондентів (МПГР)	97
• Характеристики респондентів (експертів і надавачів послуг)	99

АБРЕВІАТУРИ

АРТ – антиретровірусна терапія

БФ – благодійний фонд

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ГО – громадська організація

ЖКС – жінки комерційного сексу

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА – імуноферментний аналіз

КДМ – Клініка, дружня до молоді

КіТ – консультування і тестування

ЛВІН – люди, які вживають ін'єкційні наркотики

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

МПГР – молоді представники груп ризику

ПГР – підлітки груп ризику

РКС – робітники комерційного сексу

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс із чоловіками

ВСТУП

Станом на 1 січня 2016 р. на обліку перебувало 126 604 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 297,2 на 100 тис. населення)¹. У 2015 р. частка осіб віком 15–24 роки, серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, становила 5,7% проти 6,7% у 2014 р. та 7,1% у 2013 р. Сьогодні підлітки груп ризику (ПГР) продовжують залишатися однією з уразливих груп населення до інфікування ВІЛ/СНІДу в Україні. Підлітки груп ризику мають високий рівень статевої активності, практикують часту зміну партнерів і ризиковані статеві практики. У контексті низької соціальної адаптації та захищеності підлітки груп ризику є уразливими до зовнішніх подразників, що призводить до високого рівня інфікування на ВІЛ та інші захворювання.

Протягом кількох останніх років у різних регіонах України впроваджено профілактичні інтервенції, що спрямовані на дітей, підлітків і молодих жінок (зокрема, з груп підвищеного ризику), які довели свою ефективність. Проведено ряд соціальних досліджень, які стосуються оцінки доступності консультування та тестування на ВІЛ, поширеності ризикованих практик, рівня поінформованості, оцінки потреб, аналізу нормативно-правового поля, моделювання факторів ризику тощо.

Профілактика. Для всіх підліткових груп ризику існують організації, які надають послуги, у тому числі зі «зменшення шкоди»; найбільше організацій, що працюють з людьми, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН). Незважаючи на це, оцінка показала, що ПГР недостатньо охоплені профілактичними послугами в усіх відібраних містах. Частка ПГР 14–19 років серед загального числа охоплених послугами із «зменшення шкоди» в усіх містах у 2015 р. є дуже малою. Охоплення послугами молодих людей груп ризику віком 20–24 роки є значно кращим, проте недостатнім. Частка молодих людей груп ризику віком 20–24 роки, які охоплені інтервенціями із «зменшення шкоди», так само, як частка ПГР віком 14–19 років, майже в усіх випадках є нижчою, ніж їхня питома вага серед загалу популяції груп ЛВІН, робітників комерційного сексу (РКС) та чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) відповідного міста. Таким чином, рівень охоплення інтервенціями з обміну шприців і розповсюдження презервативів як для вікової групи 14–19 років, так і для 20–24 роки, є недостатнім².

Тестування. Для регулярного тестування створено мережу клінік, дружніх до молоді, в яких надаються послуги консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ. Послуги КіТ надаються в повному обсязі (проводиться до- та післятестове консультування) не тільки в спеціалізованих центрах СНІДу, але й у кабінетах «Довіра» та Клінік, дружніх до молоді (КДМ). Тестування осіб віком від 14 років проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй дотестової консультації. Розвивається мережа громадських ВІЛ-сервісних організацій, формуються мультидисциплінарні команди, використовуються мобільні амбулаторії. Періодично

¹ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 47. Київ: ЦГЗ, 2017. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_47_2017.pdf

² Посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД: адвокаційний звіт / за ред. О.М. Балакіревої; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ, 2017. 88 с. URL: http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/B_AIDS__teens_Ua_2017_Web.pdf

проводяться акції з тестування під час масових акцій, у закладах освіти. У випадку виявлення позитивного статусу, підліток перенаправляється до Центру СНІДу. Практично всі підлітки, якщо вони потребують антиретровірусної терапії (АРТ), починають лікування. Проте охоплення молоді тестуванням не є повноцінним через низку проблем, які пов'язані із забезпеченням конфіденційності тестування, наявності тест-систем, забезпечення безоплатності тестування, обмеженістю інформації про місця, де можна пройти тестування.

Лікування. ВІЛ-інфікована молодь отримує АРТ за рахунок коштів державного бюджету. Лікарі підбирають схеми, в разі протипоказань або побічних ефектів. Доступність до АРТ у дітей та підлітків 100%, але її якість залежить від бажання підлітків (батьків, опікунів) вчасно її отримувати. Проте відсутність більш якісних і нових препаратів АРТ та систематичне щоденне вживання кількох пігулок втомлює людину психологічно, що спричинює переривання АРТ.

Отже, дослідження «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД» що реалізується в рамках проекту «Послуги з дослідження серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД, ЛЖВ (людей, які живуть з ВІЛ) та дітей з ВІЛ» сприятиме виявленню інформації про те, наскільки доступними та якісними є послуги профілактики, тестування та лікування для молодих представників груп ризику (МППР) та які бар'єри існують у доступі до цих послуг. Інформація, отримана в результаті проведення дослідження, дозволить у майбутньому оптимізувати перелік та якість послуг, зокрема підвищити доступ до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику, що матиме позитивний вплив на протидію епідемії ВІЛ/СНІД.

РОЗДІЛ 1. ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ, ТЕСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ДЛЯ МПГР

1.1. Знання про існування послуг

Наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України) затверджено Порядок надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ³. Структура послуг з профілактики ВІЛ включає:

- надання цільових інформаційних, освітніх і комунікаційних послуг;
- розповсюдження презервативів і лубрикантів;
- обмін і видачу шприців;
- послуги тестування на ВІЛ;
- скринінг на туберкульоз.

Молодим представникам груп ризику під час опитування було поставлено запитання щодо існування послуг з профілактики та тестування на ВІЛ у їхньому місті з метою виявлення рівня знань про ці послуги.

Консультування щодо ризикованих сексуальних практик, належного використання презервативів, попередження передачі ВІЛ та інших захворювань є відомими для 48,5% ЛВІН та більшості РКС та ЧСЧ (на рівні 60% відповідно). Консультації щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом, є менш відомою соціальною послугою для МПГР і становить 32,4% ствердних відповідей серед ЛВІН, 45,5% серед РКС та 36,3% серед ЧСЧ. Інший вид консультування, щодо туберкульозу, є ще менш відомим видом консультування (кожен п'ятий опитаний респондент зазначив про знання щодо цієї соціальної послуги).

Така соціальна послуга, як видача презервативів, є достатньо відомою для представників груп ризику. Так, 88% РКС та 80,1% ЧСЧ підтвердили свої знання стосовно цієї послуги. Серед ЛВІН таких респондентів виявилось 51,5%. Щодо видачі лубрикантів (змазки), то ця соціальна послуга відома для половини опитаних респондентів, причому менш ознайомлені з нею ЛВІН (27,8% ствердних відповідей), а більш ознайомлені РКС (63,5%).

Оскільки обмін і видача шприців орієнтовано переважно на ЛВІН, то представники саме цієї групи ризику найбільш обізнані з цією соціальною послугою (87% відповідей). Найменш обізнаною групою виявилися представниці комерційного сексу (18,9%).

Тестування на ВІЛ швидкими (експрес) тестами є послугою, яка добре відома представникам ключових груп. У цілому по масиву опитаних 76,2% МПГР добре знають про таку послугу. При цьому різниця між ЛВІН та ЧСЧ є незначною, серед РКС позитивних відповідей виявилось більше – 81,7%.

³ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 12.07.2019 р. № 1606. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0855-19>

Кожен п'ятий МПГР ознайомлений з такою послугою, як консультування щодо туберкульозу, 13% опитаних знають про направлення для підтвердження діагнозу осіб, які отримали позитивний результат (рис. 1.1.1).



Рис. 1.1.1. Рівень знань респондентів про існування послуг з профілактики та тестування на ВІЛ у місті проживання, %

Опитані експерти, які представляють організації з надання відповідних послуг з профілактики, тестування та лікування щодо епідемії ВІЛ/СНІД, зазначили, що останні 1–2 роки спостерігаються деякі зміни у тенденції надання таких послуг МПГР. З одного боку, це посилення інституційної спроможності та поширення інституцій, що надають такі послуги, а з іншого боку – це збільшення кількості клієнтів, які мають високий рівень обізнаності та готові до отримання необхідних послуг:

- «Соціальні служби, центри соціальних служб для молоді теж працюють з такою категорією людей, які живуть з ВІЛ, займаються профілактикою. Первинна ланка медицини теж займається тестуванням. Асистоване самотестування дає змогу самому клієнту протестуватися та побачити цей результат. Вже немає того страху, коли людина узнавала, що в неї ВІЛ-інфекція» (експерт № 1, Дніпропетровська область);
- «Почало з'являться більше тестів від різних донорів, тому всі групи можуть вільно прийти до нас обстежуватись, отримати презервативи, отримати інформацію. Нас стало більше. І той же Центр підтримки сім'ї, вони теж

надавали цю послугу, тестують людей... Стало більше виявлення» (експерт № 2, Дніпропетровська область);

- *«...Все більше і більше наших клієнтів якось готові та відкрито про те говорять, що вони бажають протестуватися. Більш відкриті, більш заохочувані, зацікавлені...» (експерт № 23, Львівська область).*

Під час глибинних інтерв'ю з експертами зазначалося, що МПГР стали більш відкритими й обізнаними щодо спектра послуг з профілактики та тестування, вони краще йдуть на контакт із соціальними працівниками, більше користуються інтернет-ресурсами. Так, стосовно жінок комерційного сексу, то *«...ці жінки розпочали зараз збиратися, обговорювати свої проблеми. Є групи самодопомоги, вони мають більше інформації щодо захисту своїх прав, тому що мають можливість проходити тестування. Так як це група ризику, вони можуть, знаходячись на роботі, пройти. До них приїжджає соціальна працівниця, яка видає засоби контрацепції та пропонує протестуватися. Також мають вони більше інформації про захист прав»*. Крім того, до ЖКС на траси виїжджають мобільні амбулаторії, які прямо на місці надають їм послуги з тестування, роздають презервативи та лубриканти. Ставлення до дівчат і жінок з боку соціальних працівників є абсолютно позитивним, відповідно, є мотивація в отриманні послуг з профілактики.

Це можна сказати й про представників групи ЛВІН, які також створюють групи взаємодопомоги, обмінюються інформацією, беруть участь в анкетуванні й відповідно, мають мотивацію в отриманні послуг. Вони (ЛВІН) бачать, що їм дійсно надається послуга (наприклад, замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), в якій у них є потреба, більше того – якісна послуга, тому ці клієнти знають і звертаються до таких послуг.

1.2. Час отримання послуг

Тезу про те, що отримані знання не завжди відповідають поведінці, доводять результати відповідей МПГР на запитання про те, коли востаннє респонденти отримували такі послуги з профілактики та тестування на ВІЛ. Таку послугу як «консультування щодо попередження передачі ВІЛ» більшість МПГР (майже по 40% відповідно по кожній групі) отримували протягом останніх 6 місяців. Кожен п'ятий з опитаних звертався до цієї послуги більше ніж 6 місяців тому, серед РКС таких виявилось найменше (17,9%).

Консультування щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), не проходили 8,9% респондентів, причому серед ЛВІН таких виявилось найбільше (12,7%). Кожен четвертий опитаний заявив, що таке консультування відбулося протягом останнього місяця, а третина респондентів зазначили на проведення з ними подібного консультування протягом останніх 6 місяців. Буклети та листівки протягом останнього тижня отримували майже 5% респондентів, а 10% МПГР жодного разу не були охоплені інформаційною кампанією.

Презервативи отримували кожного місяця більшість представників усіх трьох цільових груп (загалом по масиву – це 41,4%). РКС є групою, яка має найбільшу потребу в отриманні презервативів, тому й найбільше отримувала цю соціальну послугу.

Найменше цією послугою охоплені ЛВІН: 12,4% ніколи не отримували таку послугу. Експерти під час глибинних інтерв'ю підтвердили останню тезу:

- *«Група ЛВІН майже не користується послугами по презервативах. Вони говорять, що вони їм вже не потрібні. ЧСЧ за останні роки дуже мало користувалися презервативами. Вони зараз останні 2–3 роки, як масово пішло виявлення ВІЛ-інфекції в їхній групі, то вони більше почали користуватися презервативами»* (експерт № 21, Львівська область).

Майже 26% МПГР ніколи не отримували лубриканти (більше за інших – ЛВІН, та менше за інших – РКС). Близько третини опитаних отримували лубриканти протягом останнього місяця. Щодо отримання шприців і голок, то переважна більшість РКС та ЧСЧ (84,4% та 82,7% відповідно) ніколи не користувалися цією послугою. Навіть серед ЛВІН знайшлися ті, які ніколи не отримували шприци та голки (5,7%). Аналогічна тенденція у відповідях МПГР зафіксована стосовно отримання спиртових серветок (56,6% респондентів ніколи їх не отримували).

Збір використаних шприців/голок, їх утилізація є майже незатребуваною послугою з профілактики та тестування з боку МПГР (80,7% опитаних ніколи не зверталися за цією послугою). Говорячи про тестування на ВІЛ швидкими тестами, то більше ніж третина опитаних робила це протягом останніх 6 місяців. Водночас кожен десятий опитаний респондент серед ЛВІН та РКС ніколи цього не робили.

Направлення для підтвердження діагнозу з позитивним результатом також зустрічалося рідше серед МПГР (87,6%). Водночас 3,8% серед усіх представників цільових груп отримували таке направлення протягом 6 місяців, а 5,8% респондентів – більше ніж 6 місяців тому. При цьому більшість належить ЛВІН (11,4% ствердних відповідей).

Незважаючи на національну розгалужену інформаційну мережу щодо профілактики туберкульозу, 35,4% респондентів ніколи не отримували консультацій з профілактики туберкульозу. І тут випереджають РКС та ЧСЧ (42,2 та 41,8% відповідно).

Під час експертних дискусій деякі спеціалісти звертали увагу на те, що останнім часом збільшилася частота відвідування представниками груп ризику їхніх установ з метою отримання послуг:

- *«Збільшилася кількість людей.., які інфікуються під час сексуальних контактів незахищеного сексу; 2–3 роки тому, наприклад, пацієнтів з категорії ЧСЧ у нас не було, принаймні, в кабінеті ніхто не говорив про це відверто. А на даний момент, тобто, я вважаю це нашим досягненням, що ця категорія осіб приходить, обстежується, і ми можемо відверто говорити, безоціночно, тобто сприймати кожну людину з її особливостями, обстежувати, розказувати, як знизити ризик інфікування. Тобто, і передконтактна профілактика у нас з'явилася»* (експерт № 16, Київська область);
- *«Я десь за цей рік помічаю, що набагато більше стало відвідувати наш заклад, особливо група ЧСЧ. За цей рік, не те щоб максимально, але десь на відсотків 20 збільшилося відвідування цих людей. Вони стали більш відкритими»* (експерт № 10, Чернівецька область).

1.3. Задоволеність послугами

Порядком надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ⁴ зазначається, що головними завданнями надавача послуг є задоволення потреб населення у послугах з профілактики ВІЛ; формування в отримувача послуг стійких поведінкових змін щодо зниження ризикованої поведінки, спрямованих на «зменшення шкоди» для здоров'я, покращення його стану та якості життя тощо.

Цікавим було дізнатися думку респондентів щодо виявлення тих послуг з профілактики та тестування, якими МПГР незадоволені. Серед тих, хто отримував послуги за останні 6 місяців, 4,5% опитаних незадоволені видачою презервативів (5,9% серед ЧСЧ та 6,3% серед РКС). Головні причини незадоволення – неякісні презервативи, мала кількість при видачі та далека відстань організації, в якій можна їх отримати. Найбільший відсоток серед усіх опитаних МПГР, які незадоволені отриманням послуг з профілактики та тестування, належить ЧСЧ (7,2%), які незадоволені отриманням лубрикантів. І знову серед основних причин незадоволень є погана якість лубрикантів.

Що стосується решти незадоволених МПГР, то їхня кількість не є статистично значущою. Водночас, якщо проаналізувати одиничні випадки невдоволень, то декілька разів зустрічаються відповіді, коли йдеться про низьку інформативність консультацій, нецікавість і залякування з боку консультантів.

Для визначення експертної думки щодо якості наданих послуг виявлено ставлення фахівців до висловлених респондентами оцінок наданих послуг. Думки експертів є одноставними в тому, що їм постачалися неякісні презервативи (лише деякі партії):

- *«Таке було один час, зараз вже такого немає. То була якась така партія поступила, нам надали. То так, було таке, що, по-перше, вони були дуже маленькі. Лубриканти – якісні. На це ніколи ніхто не скаржився, не було такого»* (експерт № 1, Дніпропетровська область).

Водночас певна частка експертів дотримується думки про те, що й сьогодні спостерігаються випадки постачання неякісних як презервативів, так і лубрикантів, що може призвести до інфікування ВІЛ та ІПСШ. Проте, говорячи про якість, експерти згадували випадки, коли клієнти повідомляли більше про неякісні презервативи, ніж про лубриканти:

- *«Так. Скаржаться дівчата, часто рвуться презервативи. Ще ці, які китайські були, тобто, на них багато скарг було. Потім індійські пішли, наче, трохи якість краща. Але воно ще ж треба з лубрикантом використовувати, а він такий не дуже якісний, дуже швидко висихає. А якщо сухий презерватив, то, звісно, він нагрівається та рветься»* (експерт № 3, Дніпропетровська область).

⁴ Там само.

Крім того, серед відповідей фахівців простежується загальна думка, яку поділяє більшість опитаних, щодо наявності нарікань, насамперед, з боку РКС щодо невідповідного розміру презервативів, які, переважно є меншими за розміром. Від того вони (презервативи) й рвуться. На думку експертів, ЧСЧ, як і РКС, також висловлюють свої нарікання щодо якості презервативів. Щодо ЛВІН, то з їхнього боку таких оцінок не спостерігалось і саме через незначне користування ними:

- *«Серед секс-працівників був ряд зауважень, таких досить частих. Це не йшлося про якість, а йшлося про розмір, скоріше. Вони вважали, що це був недостатній розмір»* (експерт № 25, Львівська область);
- *«Якщо говорити про споживачів ін'єкційних наркотиків, то вони презервативами цими майже не користуються. Вони їх обмінюють на наркотики. На їхню якість вони не жаліються в принципі. РКС – так, жалілися, що вони неякісні, вони пошкоджуються тощо. Мені здається, першопричина не в якості презервативу, а в їхньому вмінні їх використовувати. Щодо ЧСЧ, так, їм не подобаються ці презервативи, які там видають»* (експерт № 17, Київська область).

Опитані експерти поділилися думками щодо можливих варіантів покращення якості цих послуг для представників ключових груп. Їхні пропозиції зійшлися в тому, що клієнти мають відкрито говорити про якість наданих презервативів і лубрикантів. Звернення клієнтів, на думку фахівців, має рішуче значення для своєчасної зміни постачальника. І тут має працювати принцип: використовувати якісні презервативи, ніж взагалі їх не використовувати:

- *«Люди мають говорити, тому що ми не орієнтуємося, ми не перепробуємо. Ми не орієнтуємося в їхній якості, а людям треба говорити, щоб вони правду казали, які презервативи. Якщо неякісні, приходять і говорять, що вони неякісні. Тоді ми повідомляємо в інші організації, звідки ми отримуємо, що вони неякісні, будь ласка, пацієнти жаліються»* (експерт № 21, Львівська область).

Дехто з експертів акцентував увагу на більш активній роботі соціальних працівників, які мають проводити інформаційні заняття для МПГР:

- *«З боку соціальних працівників більше треба проводити якісь групи самопомоги. Там інформаційні заняття як користуватись цими презервативами. Тими ж лубрикантами. Для ін'єкційних наркоманів проводити інформаційні заняття, як безпечно користуватись шприцями. Як шприци можна промивати, якими розчинами, що убезпечити себе. Такі от питання інформаційного характеру»* (експерт № 30, Донецька область).

1.4. Послуги, яких не вистачає

Окреме запитання під час опитування МПГР стосувалося виявлення переліку послуг, яких не вистачає респондентам. Загалом по масиву 14% респондентів вказали на те, що їм бракує послуг з профілактики та тестування ВІЛ (по 16% серед ЛВІН та ЧСЧ та 9% серед РКС). Серед пропозицій того, яких саме послуг не вистачає молодим представникам груп ризику, можна назвати такі (серед усіх опитаних): більш якісні презервативи (28,9%), онлайн-консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я (24,4%), можливість безкоштовно отримувати шприци та/або презервативи за картою клієнта в аптеці (23,2%), особисте спілкування з психологом (20,3%), додаток у смартфоні, де можна зручно отримувати інформацію щодо здоров'я (18,9%), правова допомога (юридичні послуги) (15,9%), групові заняття, спілкування у групі молодих людей (14,3%) тощо (рис. 1.4.1).



Рис. 1.4.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Яких ще послуг не вистачає Вам у Вашому місті?», за групами ризику, %

Якщо проаналізувати відповіді респондентів залежно від їх приналежності до групи ризику, то можна побачити, що більше третини ЛВІН та 20,9% ЧСЧ не вистачає

можливості безоплатно отримувати шприци або презервативи за карткою клієнта в аптеці (рис. 1.4.2).

Отримувати більшу кількість шприців хотіла б третина ЛВІН. Про збільшення кількості презервативів, що надаються, повідомили як РКС, так і ЧСЧ (по 12% відповідно). Додаткові послуги, про які зауважили РКС, стосуються також якості наданих презервативів (34,6%) та особистого спілкування з психологом (20,6%).



Рис. 1.4.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Яких ще послуг не вистачає Вам у Вашому місті?», за групами ризику, %

Експерти також висловили власну думку про таку послугу, як безоплатне отримання шприців та/або презервативів в аптеці за карткою клієнта. Їхнє ставлення до цього не є однозначним. Третина експертів вважає, що така активність не принесла б певних результатів, що представники ключових груп не приходили б в аптеки з різних причин (або забували б, або не доходили б чи не доїжджали б) або через страх і осуд:

- «Я вважаю, що це непотрібно насправді. По-перше, тому що у нас виїзди три рази на тиждень. Це більше ніж достатньо, щоб отримати і інформаційну консультацію, і гуманітарну допомогу. По-друге, тут вже йде питання зловживання: чи не будуть вони просто зловживати такою доступністю, дедалі більше отримувати» (експерт № 23, Львівська область).

Водночас інша третина експертів вважає, що такий досвід був би гарним і була би мотивація у клієнтів. Проте для цього треба чітко продумати всю схему звернення представників груп ризику до аптек, врахувати й мотивацію самих аптек і клієнтів. Ще третина експертів вагалася з відповіддю, акцентуючи увагу на тому, що отримання послуг на базі аптек є доцільним, але існує й багато ризиків:

- *«Я думаю, що ЧСЧ ходили б в аптеку спокійно. Якби в аптеці ще фіксувалося, що певна кількість видається на місяць. Наприклад, не знаю, 50 презервативів видається на місяць на кожну картку окремо. Тобто, вони прийшли одноразово чи, можливо, частинами, скільки їм там потрібно, взяли. Це все фіксується, певна кількість. І тільки в певних аптеках, не по всьому місту. У центрі міста десть якась аптека, бажано, щоб вона була цілодобовою. Тобто, це має все контролюватися. З приводу наркозалежних ВІЛ-інфікованих сумніваюся, тому що наркозалежні – така складна група. Вони можуть утворювати конфлікти, навіть розбої. Тому краще для них, я думаю, не актуально це. Для РКС важко сказати взагалі. Ну, можна, в принципі, спробувати. Може, й для РКС теж було би актуально» (експерт № 18, Київська область).*

Кожна десята РКС потребує правової допомоги, 17,6% мають бажання отримувати онлайн-консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я, а 14% бажають мати додаток у смартфоні, де можна зручно отримувати інформацію щодо здоров'я. Глибинні інтерв'ю з фахівцями надали можливості для підтвердження деяких результатів опитування МПГР. Так, деякі експерти під час глибинних інтерв'ю, мали деякі суперечності з приводу використання смартфонів РКС:

- *«Якщо сказали, що смартфони потрібні, то – потрібні. Але, слухаючи наших дівчат, які були респондентами, в більшості випадків я чула, коли вони не хочуть такого додатку. Вони не хочуть абсолютно ніякої прив'язки ні до свого телефону, ні до свого номера. Більшість з них мають сім'ї або власні, або живуть із сім'єю, вони не хочуть, щоб десть щось там випадково прийшло якесь оповіщення. Щодо онлайн-консультацій – дуже непогана ідея, тому що, якщо в дівчини може з'явитися якесь питання, навіть юридичного характеру, то в мене є дуже великі сумніви, що вона збереться і реально піде в якусь ту саму безоплатну юридичну консультацію. Саме через те, що вона не хоче, щоб люди знали, чим вона займається і щось таке» (експерт № 23, Львівська область).*

Проте переважна більшість опитаних експертів дотримується думки про позитивний вплив додатку для смартфона, в якому було б запрошення на тестування, адреси мобільних амбулаторій, місця отримання допомоги та можливість отримати онлайн-консультацію спеціалістів для представників ключових груп:

- *«Це було б класно. Чому? Тому що в даний момент часу дуже низька освіченість серед населення, дуже мала кількість інформації, і не завжди всі знаходять необхідну інформацію, тому що проблеми ж є не тільки, наприклад, у даної групи осіб. Є набагато ширші проблеми, наприклад, якісь уколи, пошкодження шкіри тощо, контакт з голкою. І люди, коли починають шукати інформацію, іноді її взагалі не знаходять, а коли знаходять, це вже пізні терміни, це вже через місяць. Хоча реально в перші 72 години ми могли допомогти людині. Тому я думаю, якби*

були в такому достатньо відкритому форматі, це полегшило б і пацієнту роботу, і лікарю» (експерт № 9, Чернівецька область).

Крім того, відповідаючи на запитання стосовно конкретних груп, яким було б корисним використання смартфона чи онлайн-консультація, то думки більшості експертів збіглися на двох групах – це ЧСЧ та РКС, ЛВІН – меншою мірою:

- *«Для груп МСМ і для РКС. Для ЛВІН, вони не завжди є в стані такому, що вони б свідомо переглядали цей смартфон і заглядали в нього. І не кожен з ЛВІН має смартфон. Також онлайн-консультація. ЛВІН би консультувалися он-лайн. Але я думаю, що це, як сказати, не дуже би їм допомогло. Вони би поговорили і забули, а РКС і ЧСЧ, я думаю, що для них би краще було он-лайн, тому що вони сюди (в організацію – прим. автора) не дуже хочуть ходити, щоб їх не бачили, не чули. Наприклад, скільки ми обстежували РКС, то вони ніколи не мають часу. У них важливіша робота, ніж обстеження чи звернення до лікаря. Вони просто на це не мають часу» (експерт № 21, Львівська область).*

Стосовно послуг, яких не вистачає у містах для ЧСЧ, то це групові заняття, спілкування у групі молодих людей (24,8%), наявність приміщень, де можна спілкуватися з іншими молодими людьми (22,2%) та захист від дискримінації (18%).

Слід зазначити, що МПГР повідомили також про необхідність можливості проходження тестування на інші захворювання (5,1% серед усіх), такі як тестування на гепатит, тестування на сифіліс, гонорею, хламідіоз та інші ІПСШ.

Під час глибинних інтерв'ю експерти висловили власні думки щодо послуг, яких не вистачає для профілактики, тестування та лікування. Узагальнюючи відповіді фахівців щодо послуг, яких потребують ЧСЧ, можна зробити висновок про те, що бракує вторинної профілактики, оскільки якість первинної профілактики має бути кращою. Крім того, є прогалини у тестуванні, потребує вдосконалення до- і післятестове консультування. Експерти зазначали й більш конкретні пропозиції, які, на їхню думку, вкрай потрібні для цієї ключової групи: презервативи для орального сексу, надання комунікаційних послуг (поширення мережі клубів знайомств), тестування на гепатит С і В, ІПСШ, а також проведення з населенням інформаційної кампанії щодо стигми та дискримінації цієї групи:

- *«Недостатньо якісно проводиться іноді передтестове консультування, коли пацієнту не в широкому форматі розповідається про період, наприклад, вікна, що необхідні повторні звернення, що обов'язково в цей період всі подальші статеві контакти повинні бути захищені, тому що інакше буде недостовірне і наступне обстеження. Що загалом для їхньої безпеки необхідно, щоб всі статеві контакти були захищені» (експерт № 9, Чернівецька область).*

Серед інших пропозицій, яких, на думку експертів, не вистачає МПГР, можна виокремити налагодження зручного для клієнтів графіка роботи організацій, які надають послуги з профілактики, тестування та лікування. Дуже важливим є врегулювання повного «ланцюга» процесу для того, щоб стати на облік після встановлення позитивного результату. Дуже часто таким клієнтам приходиться по декілька разів робити тестування, в різних установах, витрачаючи на це достатньо багато часу (інколи, до тижня). Тому

важливо спростити проходження клієнтами усього процесу взяття на облік. Соціальний супровід – це також послуга, яка потребує більшої якості. Іноді вона надається з боку соціальних працівників «формально».

Якщо говорити про послуги для РКС, то, насамперед, це послуги щодо медичних оглядів, роботи мобільних амбулаторій, з гінекологом, мазками, наданням лубрикантів і засобів індивідуального захисту та клієнтів, посилений захист від дискримінації. На думку експертів, для цієї групи не вистачає кабінетів «Довіра» та психологічної допомоги.

Стосовно послуг, яких не вистачає для ЛВІН, то експерти одностайно вказали на якісне до- і післятестове консультування, а також на відсутність доступу в отриманні консультацій і допомоги хірурга. Ці послуги мають бути анонімними та конфіденційними.

Висновки до Розділу 1

В опитуванні взяли участь молоді представники груп ризику з числа ЛВІН, з переважанням чоловічої статі. Вікові межі опитаних переважно коливаються від 19 до 24 років. Третина МПГР навчаються у закладах освіти різних рівнів акредитації, переважно у ЗВО та коледжах. Серед працюючих МПГР переважають ті, які працюють неофіційно або тимчасово не працюють. Для більшості МПГР грошей вистачає на їжу та інколи на одяг.

Послуги, які є достатньо відомими для МПГР: 1) тестування на ВІЛ швидкими (експрес) тестами (76,2%); 2) видача презервативів (73%); 3) консультування щодо ризикованих сексуальних практик, належного використання презервативів, попередження передачі ВІЛ та інших захворювань (56,6 %). Щодо консультування стосовно інфекцій, що передаються статевим шляхом, то ця соціальна послуга є менш відомою (38,1%). Консультування щодо туберкульозу є також менш відомим видом консультування для МПГР (20%). Найнижчий показник щодо обізнаності отримала така послуга як направлення для підтвердження діагнозу осіб, які отримали позитивний результат (13%). Видача шприців і голок відома для 87% ЛВІН, для інших груп ризику ця послуга є незнайомою (обізнаність на рівні 20%).

Консультування щодо попередження передачі ВІЛ 39,8% МПГР отримували протягом останніх 6 місяців. Кожен п'ятий з опитаних звертався до цієї послуги більше ніж 6 місяців тому. При цьому серед РКС таких виявилось найменше. Кожного десятого МПГР ніколи не було охоплено інформаційною кампанією щодо профілактики та тестування на ВІЛ. Третина опитаних ніколи не отримували консультацій з профілактики туберкульозу; 7,7% МПГР ніколи не отримували презервативів, а 12,8% отримували їх більше ніж 6 місяців тому.

Отримання презервативів і лубрикантів МПГР оцінюють як добре відомі соціальні послуги (73,3 та 50,4 % ствердних відповідей відповідно), але скаржаться на їхню погану якість і недостатню кількість. Збір використаних шприців/голок, їх утилізація є майже незатребуваною послугою з профілактики та тестування з боку МПГР (80,7%

респондентів ніколи не вдавалися до такого досвіду). Направлення для підтвердження діагнозу з позитивним результатом також зустрічається рідкою мірою серед МПГР (87,6% ніколи не отримували такої соціальної послуги). Не мали практики отримання шприців і спиртових серветок по 57% респондентів відповідно. Більше ніж третина (35,4%) МПГР ніколи не проходили консультування з профілактики туберкульозу, а тих, хто це зробив понад 6 місяців тому, виявилось 30,5%.

Серед головних причин незадоволення отриманими послугами, які респонденти називали у вільній формі, є далека відстань організації, в якій можна їх отримати, та низька інформативність консультацій і нецікавість або залякування з боку консультантів. Серед пропозицій того, яких саме послуг не вистачає молодим представникам груп ризику, можна назвати такі: більш якісні презервативи (28,9%), онлайн-консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я (24,4%), можливість безоплатно отримувати шприци та/або презервативи за карткою клієнта в аптеці (23,2%), особисте спілкування з психологом (20,3%), додаток у смартфоні, де можна зручно отримувати інформацію щодо здоров'я (18,9%), групові заняття, спілкування у групі молодих людей (14,3%).

Такі *канали інформації*, як онлайн-консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я (80,4%), спілкування із соціальним працівником (77,1%), телефон довіри (73,6%), лекції або бесіди у закладі освіти (71,7%), реклама в соціальних мережах (63,5%), додаток для мобільних пристроїв (65,8%), реклама на бігбордах (63,6%), сучасні інформаційні плакати та постери щодо ВІЛ для поліклінік/лікарень і зупинок транспорту (69,8%) та друкована продукція (53,4%) більшістю МПГР оцінюються як зручні та дуже зручні. Примусову рекламу на екрані, яка не вимикається декілька секунд і рекламу на телебаченні 61,8% та 49,4% респондентів відповідно сприймають як незручний і не дуже зручний канал надання інформації.

Опитані експерти, які представляють організації з надання відповідних послуг з профілактики, тестування та лікування щодо епідемії ВІЛ/СНІД, зазначили, що останні 1–2 роки спостерігаються деякі зміни у наданні послуг МПГР. З одного боку, це посилення інституційної спроможності та поширення інституцій, що надають такі послуги, а з іншого боку, це збільшення кількості клієнтів, які мають високий рівень обізнаності та готові до отримання необхідних послуг.

Експерти також висловили власну думку про таку послугу як безоплатне отримання шприців та/або презервативів в аптеці за карткою клієнта. Їхнє ставлення до цього не є однозначним. Третина експертів вважає, що така активність не мала б певних результатів, що представники ключових груп не приходили б в аптеки з різних причин (або забували б, або не доходили б чи не доїжджали б) або через страх і осуд. Водночас інша третина експертів вважає, що такий досвід був би гарним і була би мотивація у клієнтів. Проте для цього треба чітко продумати всю схему звернення представників груп ризику до аптек, врахувати й мотивацію самих аптек і клієнтів. Ще третина експертів вагалася з відповіддю, акцентуючи увагу на тому, що отримання послуг на базі аптек є доцільним, але існує й багато ризиків.

Глибинні інтерв'ю з фахівцями, надали можливості для підтвердження деяких результатів опитування МПГР. Так, деякі експерти під час глибинних інтерв'ю мали деякі

суперечності щодо використання смартфонів РКС. Проте переважна більшість опитаних експертів дотримується думки про позитивний вплив додатку для смартфона, в якому було б запрошення на тестування, адреси мобільних амбулаторій, місця отримання допомоги та можливість отримати онлайн-консультацію спеціалістів для представників ключових груп.

Узагальнюючи відповіді фахівців щодо послуг, яких потребують **ЧСЧ**, можна зробити висновок про те, що не вистачає вторинної профілактики, оскільки якість первинної профілактики має бути кращою. Крім того, є прогалини у тестуванні, потребує вдосконалення до- і післятестове консультування. Експерти зазначали й більш конкретні пропозиції, які на їхню думку, вкрай потрібні для цієї ключової групи: презервативи для орального сексу, надання комунікаційних послуг (поширення мережі клубів знайомств), тестування на гепатит С іВ, ІПСШ, а також проведення з населенням інформаційної кампанії щодо стигми та дискримінації цієї групи.

Якщо говорити про послуги для **РКС**, то, насамперед, це послуги щодо медичних оглядів, роботи мобільних амбулаторій, з гінекологом, мазками, наданням лубрикантів і засобів індивідуального захисту та клієнтів, посилений захист від дискримінації. На думку експертів, для цієї групи не вистачає кабінетів «Довіра» та психологічної допомоги.

Щодо послуг, яких не вистачає для **ЛВІН**, то експерти одноставно зазначили про якісне до- і післятестове консультування, а також на відсутність доступу в отриманні консультацій і допомоги хірурга. Ці послуги мають бути анонімними та конфіденційними.

Серед інших пропозицій, яких, на думку експертів, не вистачає **МПГР**, можна виокремити налагодження зручного для клієнтів графіка роботи організацій, які надають послуги з профілактики, тестування та лікування. Дуже важливим є врегулювання повного «ланцюга» процесу для того, щоб стати на облік після встановлення позитивного результату. Клієнтам доводиться по декілька разів робити тестування в різних установах, витрачати на це багато часу, тому важливо спростити проходження клієнтами усього процесу взяття на облік. Соціальний супровід – це також послуга, яка потребує більшої якості. Іноді вона надається з боку соціальних працівників «формально».

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЇ ДЛЯ МПГР

2.1. Знання про організації в населеному пункті

Окремий розділ анкети було присвячено знайомству молодих людей з організаціями, які надають послуги представникам груп ризику. Потрібно зауважити, що умовою відбору було отримання потенційними респондентами послуг щодо профілактики, тестування та лікування ВІЛ, а тому серед опитаних молодих людей рівень знання про ВІЛ-сервісні організації досить високий. За умови опитування молодих представників груп ризику без цього рівень знання та звернення був би набагато нижчим. Отже, підсумкова за даними табл. 2.1.1, найвищий рівень знань зафіксовано щодо організацій БФ «Світанок» (Краматорськ) – 100%, БФ «Світло надії» (Полтава) – 97,3% та БФ «Нова сім'я» (Чернівці) – 85,3%. Ці ж організації мають і дуже великий відсоток звернень до них серед опитаних. Деякі організації мають нижчі показники, оскільки їхньою цільовою аудиторією є не всі групи ризику, а тільки деякі з них. Так, БФ «Громадське здоров'я» (Кривий Ріг) знають всі ЛВІН і РКС, але майже ніхто серед ЧСЧ. Навпаки, Всеукраїнська ГО «Гей-альянс Україна» відома тільки ЧСЧ, що є зрозумілим.

Таблиця 2.1.1

Знання про організації та звернення до організацій серед МПГР, за населеними пунктами

	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
м. Біла Церква (через малу кількість опитаних дані по місту наведено в абс. числ), N=	3	0	15	18
<i>ВБО «Конвіктус Україна»</i>				
Зверталися	2	–	0	2
Не зверталися	1	–	8	9
Не знають таку організацію	0	–	7	7
<i>ГО «Альянс.Глобал»</i>				
Зверталися	0	–	15	15
Не зверталися	2	–	0	2
Не знають таку організацію	1	–	0	1
м. Краматорськ, N=	50	50	50	150
<i>БО «Клуб «Світанок»</i>				
Зверталися	100,0	100,0	100,0	100,0
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>ГО «Наша допомога»</i>				
Зверталися	0,0	6,0	0,0	2,0
Не зверталися	8,0	0,0	0,0	2,7
Не знають таку організацію	92,0	94,0	100,0	95,3
м. Кривий Ріг, N=	50	50	53	153
<i>БФ «Громадське здоров'я»</i>				
Зверталися	100,0	100,0	0,0	65,4
Не зверталися	0,0	0,0	1,9	0,7
Не знають таку організацію	0,0	0,0	98,1	34,0
<i>Всеукраїнська мережа ЛЖВ (м. Кривий Ріг)</i>				
Зверталися	2,0	8,0	35,8	15,7
Не зверталися	24,0	2,0	0,0	8,5
Не знають таку організацію	74,0	90,0	64,2	75,8
<i>Всеукраїнська громадська організація «Гей-альянс Україна»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	83,0	28,8
Не зверталися	0,0	0,0	9,4	3,3
Не знають таку організацію	100,0	100,0	7,5	68,0
м. Львів, N=	50	50	50	150
<i>БФ «Салюс»</i>				

	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
Зверталися	64,0	88,0	0,0	50,7
Не зверталися	4,0	0,0	24,0	9,3
Не знають таку організацію	32,0	12,0	76,0	40,0
<i>БФ «Аванте»</i>				
Зверталися	8,0	0,0	100,0	36,0
Не зверталися	12,0	2,0	0,0	4,7
Не знають таку організацію	80,0	98,0	0,0	59,3
<i>Всеукраїнська мережа ЛЖВ (м. Львів)</i>				
Зверталися	18,0	0,0	0,0	6,0
Не зверталися	14,0	0,0	20,0	11,3
Не знають таку організацію	68,0	100,0	80,0	82,7
<i>Центр профілактики та боротьби зі СНІДом</i>				
Зверталися	96,0	8,0	10,0	38,0
Не зверталися	0,0	6,0	26,0	10,7
Не знають таку організацію	4,0	86,0	64,0	51,3
<i>Медико-соціальний центр «Діалог»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	2,0	0,7
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	100,0	100,0	98,0	99,3
<i>Міжнародний БФ «AFEW»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	2,0	0,7
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	100,0	100,0	98,0	99,3
<i>Міжнародний БФ «Альянс громадського здоров'я»</i>				
Зверталися	0,0	8,0	0,0	2,7
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	100,0	92,0	100,0	97,3
<i>«AHF Checkpoint Lviv»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не зверталися	0,0	0,0	2,0	0,7
Не знають таку організацію	100,0	100,0	98,0	99,3
м. Полтава, N= 50 50 50 150				
<i>БФ «Світло надії»</i>				
Зверталися	92,0	86,0	98,0	92,0
Не зверталися	8,0	8,0	0,0	5,3
Не знають таку організацію	0,0	6,0	2,0	2,7
<i>ПОБФ «Громадське здоров'я»</i>				
Зверталися	24,0	40,0	8,0	24,0
Не зверталися	32,0	18,0	20,0	23,3
Не знають таку організацію	44,0	42,0	72,0	52,7
<i>Всеукраїнська мережа ЛЖВ (м. Полтава)</i>				
Зверталися	6,0	4,0	0,0	3,3
Не зверталися	42,0	48,0	4,0	31,3
Не знають таку організацію	52,0	48,0	96,0	65,3
<i>Центр профілактики ВІЛ-інфекції</i>				
Зверталися	50,0	60,0	14,0	41,3
Не зверталися	18,0	18,0	54,0	30,0
Не знають таку організацію	32,0	22,0	32,0	28,7
<i>БО «Меридіан»</i>				
Зверталися	4,0	2,0	0,0	2,0
Не зверталися	2,0	0,0	0,0	,7
Не знають таку організацію	94,0	98,0	100,0	97,3
<i>ГО «Точка опори»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не зверталися	0,0	0,0	2,0	0,7
Не знають таку організацію	100,0	100,0	98,0	99,3
<i>Кабінет «Довіра»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	2,0	0,7
Не зверталися	0,0	2,0	0,0	0,7
Не знають таку організацію	100,0	98,0	98,0	98,6
<i>Національна благодійна організація «Позитивні жінки»</i>				
Зверталися	4,0	22,0	0,0	8,7
Не зверталися	0,0	2,0	0,0	0,7
Не знають таку організацію	96,0	76,0	100,0	90,6
м. Чернівці, N= 50 50 50 150				
<i>МБФ «Нова сім'я»</i>				

	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
Зверталися	88,0	86,0	54,0	76,0
Не зверталися	10,0	10,0	8,0	9,3
Не знають таку організацію	2,0	4,0	38,0	14,7
<i>Чернівецький міський благодійний фонд «Життя заради життя»</i>				
Зверталися	4,0	10,0	2,0	5,3
Не зверталися	12,0	10,0	10,0	10,7
Не знають таку організацію	84,0	80,0	88,0	84,0
<i>ГО «Люди Буковини»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	42,0	14,0
Не зверталися	8,0	6,0	8,0	7,3
Не знають таку організацію	92,0	94,0	50,0	78,7
<i>Всеукраїнська мережа ЛЖВ (м. Чернівці)</i>				
Зверталися	6,0	0,0	2,0	2,7
Не зверталися	16,0	10,0	6,0	10,7
Не знають таку організацію	78,0	90,0	92,0	86,7
<i>Центр профілактики та боротьби зі СНІДом</i>				
Зверталися	26,0	16,0	66,0	36,0
Не зверталися	24,0	18,0	22,0	21,3
Не знають таку організацію	50,0	66,0	12,0	42,7
<i>Центр реабілітації</i>				
Зверталися	2,0	0,0	0,0	0,7
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	98,0	100,0	100,0	99,3
м. Житомир, N=	29	32	27	88
<i>БФ «Нехай твоє серце б'ється»</i>				
Зверталися	3,4	21,9	37,0	20,5
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	96,6	78,1	63,0	79,5
<i>ГО «Перспектива»</i>				
Зверталися	100,0	81,3	77,8	86,4
Не зверталися	0,0	0,0	3,7	1,1
Не знають таку організацію	0,0	18,8	18,5	12,5
м. Київ, N=	17	19	11	47
<i>Всеукраїнська БО «Конвіктус Україна»</i>				
Зверталися	100,0	94,7	90,9	95,7
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	0,0	5,3	9,1	4,3
<i>ГО «Альянс.Глобал»</i>				
Зверталися	0,0	15,8	9,1	8,5
Не зверталися	35,3	36,8	36,4	36,2
Не знають таку організацію	64,7	47,4	54,5	55,3
<i>ГО «Ла Страда – Україна»</i>				
Зверталися	0,0	5,3	0,0	2,1
Не зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не знають таку організацію	100,0	94,7	100,0	97,9
<i>ГО «Клуб «Еней»</i>				
Зверталися	0,0	0,0	0,0	0,0
Не зверталися	0,0	5,3	0,0	2,1
Не знають таку організацію	100,0	94,7	100,0	97,9

Далі респондентам ставилося запитання: «Скільки всього разів Ви зверталися до будь-якої з організацій, установ, щоб отримати послуги (такі як презервативи, шприци, серветки тощо), допомогу або пройти тестування на ВІЛ» з уточненням щодо часу (протягом останніх шести місяців; з них – протягом останніх трьох місяців; з них – протягом останнього місяця). У табл. 2.1.2 наведено розподіл кількості звернень за останній місяць серед різних представників груп ризику. Дані за інші періоди наведено в додатках. Дані за останній місяць відображають загальну картину — молоді люди, які

вживають ін'єкційні наркотики, набагато частіше звертаються за послугами (29,6% – чотири та більше рази на місяць, тобто в середньому щотижня), а найрідше звертаються ЧСЧ (чверть з них – 24,7% – не зверталася за послугами протягом місяця).

Таблиця 2.1.2

Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Скільки всього разів Ви зверталися до будь-якої з організацій, установ, щоб отримати послуги...протягом останнього місяця», %

Рази	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
0	5,6	11,3	24,7	13,5
1	22,6	31,2	36,4	29,9
2–3	42,2	36,1	32,0	36,9
4 та більше	29,6	21,4	6,9	19,7
ВСЬОГО	100,0	100,0	100,0	100,0

Якщо подивитися, наскільки сталими є відносини молодої людини та сервісних організацій, то можна побачити, що переважно ті люди, які зверталися до організацій, і зараз є їхніми клієнтами. У табл. 2.1.3 подано дані щодо порівняння осіб, які коли-небудь зверталися за послугами до організації та нині є клієнтами цієї організації. Для багатьох організацій всі 100% опитаних респондентів залишаються «постійними» клієнтами.

Таблиця 2.1.3

Звернення до організації та перебування в статусі клієнта організації, за населеними пунктами

Місто	Назва організації	Зверталися, осіб	Є клієнтом сьогодні, осіб	% «постійних» клієнтів
Біла Церква	«Альянс Глобал»	15	15	100,0
Краматорськ	«Світанок»	150	149	99,3
Кривий Ріг	«Громадське здоров'я»	100	100	100,0
	«Мережа ЛЖВ»	24	5	20,8
	«Гей-альянс Україна»	44	44	100,0
Львів	«Салюс»	76	75	98,7
	«Аванте»	54	38	70,4
	«Мережа ЛЖВ»	9	9	100,0
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	57	39	68,4
	«Альянс громадського здоров'я»	4	4	100,0
Полтава	«Світло надії»	138	131	94,9
	«Громадське здоров'я»	36	28	77,8
	«Мережа ЛЖВ»	5	5	100,0
	«Центр профілактики ВІЛ»	62	48	77,4
	«Меридіан»	3	3	100,0
	«Позитивні жінки»	13	13	100,0

Чернівці	«Нова сім'я»	114	95	83,3
	«Життя заради життя»	8	1	12,5
	«Люди Буковини»	21	18	85,7
	«Мережа ЛЖВ»	4	1	25,0
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	54	4	7,4
Житомир	«Нехай твоє серце б'ється»	18	14	77,8
	«Перспектива»	76	67	88,2
Київ	«Конвіктус»	45	45	100,0
	«Альянс Глобал»	4	2	50,0

У табл. 2.1.4 показано відсоток опитаних (з числа клієнтів), які мають картку клієнта організації та користуються нею (в деяких організаціях ця частка сягає 100%). У більшості випадків, якщо картка вже є, то нею користуються молоді люди.

Таблиця 2.1.4

**Наявність картки та користування картою
клієнта в організаціях, за населеними пунктами**

Місто	Назва організації	% тих, хто має картку клієнта (серед тих, хто сьогодні є клієнтом)	% тих, хто користується картою клієнта (серед тих, хто має картку)
Біла Церква	«Альянс Глобал»	100,0	100,0
Краматорськ	«Світанок»	98,7	92,5
Кривий Ріг	«Громадське здоров'я»	89,0	86,5
	«Мережа ЛЖВ»	40,0	100,0
	«Гей-альянс Україна»	88,6	97,4
Львів	«Салюс»	94,7	100,0
	«Аванте»	81,6	96,8
	«Мережа ЛЖВ»	88,9	100,0
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	46,2	100,0
	«Альянс громадського здоров'я»	100,0	100,0
Полтава	«Світло надії»	61,1	78,8
	«Громадське здоров'я»	3,6	100,0
	«Мережа ЛЖВ»	0,0	-
	«Центр профілактики ВІЛ»	0,0	-
	«Меридіан»	0,0	-
	«Позитивні жінки»	0,0	-
Чернівці	«Нова сім'я»	92,6	94,3
	«Життя заради життя»	0,0	-
	«Люди Буковини»	50,0	33,3
	«Мережа ЛЖВ»	0,0	-

	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	75,0	66,7
Житомир	«Нехай твоє серце б'ється»	35,7	80,0
	«Перспектива»	79,1	88,7
Київ	«Конвіктус»	97,8	90,9
	«Альянс Глобал»	50,0	0,0

2.2. Зручність розташування організацій, графіка прийому, процедури прийому, ставлення персоналу

По кожній з організацій, до якої звертався респондент, ставилися запитання щодо того, наскільки зручним є графік роботи, місце розташування, процедура прийому в організації, а також про ставлення персоналу й побоювання щодо звернення в організації.

У цілому опитані молоді люди задоволені різними аспектами роботи організацій. У табл. 2.2.1 зведено негативні відповіді, тобто частку незадоволених (повністю чи частково) певним фактором роботи організацій. Ця частка досить незначна. Згадані організації є дуже різними за типами допомоги, цільовими групами, обсягами фінансування тощо, але переважно вони є зручними для більшості своїх клієнтів. Так, у середньому частка тих, для кого незручним або не дуже зручним є графік роботи організації – **7,4%** (максимально – для 17,4% в тих організаціях, які могли оцінити не менше ніж 10 осіб).

Місце розташування організації є тим фактором, який майже неможливо усунути, і він не пов'язаний з якістю послуг. Водночас для когось незручне місце розташування може стати бар'єром для звернення. У цілому місце розташування є незручним або не дуже зручним для майже кожного п'ятого (**19,8%**) опитаного. При цьому тут є великі коливання залежно від міста (незручно розташовані організації м. Кривий Ріг, який має специфічну географію, де частини міста є дуже віддаленими одна від одної).

Майже для кожного десятого (**9,4%**) незручною або не дуже зручною є процедура прийому клієнтів в організації. Ця частка зросла за рахунок декількох організацій: «Мережа ЛЖВ» та «Гей-альянс Україна» (Кривий Ріг), «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» (Львів).

Щодо ставлення персоналу до молодих людей (одного з ключових елементів взаємодії клієнта та організації), то воно є дуже позитивним, є тільки поодинокі випадки незадовільного ставлення. У середньому тільки **2,5%** респондентів (максимально – 13,2% в тих організаціях, які могли оцінити не менше ніж 10 осіб) зазначили, що вони незадоволені або не дуже задоволені ставленням до них персоналу організацій. Для організацій Кривого Рогу характерним є задоволення взаємодією із ВІЛ-сервісними організаціями на рівні міжособистісної взаємодії, тоді як зовнішні причини (місце розташування, графік) є незручними. «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» (Чернівці) є організацією, де частка незадоволених ставленням персоналу є найбільшою (13,2%), не беручи до уваги організації, які оцінювали менше ніж 10 осіб.

Таблиця 2.2.1

Задоволеність клієнтів різними аспектами

діяльності організацій, за населеними пунктами

Місто	Назва організації	Осіб*	% тих, для кого незручним є графік роботи організації (зовсім незручним + не дуже зручним)	% тих, для кого незручним є місце розташування організації (зовсім незручним + не дуже зручним)	% тих, для кого незручною є процедура прийому клієнтів в організації (зовсім незручною + не дуже зручною)	% тих, для кого незадовільним є ставлення персоналу (зовсім незадовільним + не дуже задовільним)
Середні значення			7,4	19,8	9,4	2,5
Біла Церква	«Альянс Глобал»	15	6,7	20,0	6,7	6,7
Краматорськ	«Світанок»	149	8,7	17,6	5,4	0,7
Кривий Ріг	«Громадське здоров'я»	100	10,0	40,0	21	2,0
	«Мережа ЛЖВ»	23	17,4	60,9	52,2	0
	«Гей-альянс Україна»	44	4,5	38,6	18,2	0
Львів	«Салюс»	76	1,3	5,3	0	0
	«Аванте»	54	0	1,9	0	0
	«Мережа ЛЖВ»	9	22,2	33,3	11,1	0
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	57	10,5	30,9	19,3	5,3
	«Альянс громадського здоров'я»	4	25,0	25,0	0	0
Полтава	«Світло надії»	137	14,1	21,0	5,1	0,7
	«Громадське здоров'я»	35	2,9	17,1	2,9	0
	«Мережа ЛЖВ»	5	0	0	0	0
	«Центр профілактики ВІЛ»	59	5,1	10,0	6,8	0
	«Меридіан»	3	0	33,3	0	0
	«Позитивні жінки»	13	0	0	0	0
Чернівці	«Нова сім'я»	114	9,6	9,6	13,2	5,3
	«Життя заради життя»	7	0	0	0	0
	«Люди Буковини»	21	9,5	23,8	19,0	0
	«Мережа ЛЖВ»	5	25,0	25,0	25,0	25,0
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	52	7,5	9,4	25,0	13,2
Житомир	«Нехай твоє серце б'ється»	18	0	5,6	0	0
	«Перспектива»	75	2,6	17,1	1,3	2,6
Київ	«Конвіктус»	45	2,2	0	2,2	2,2

	«Альянс Глобал»	2	0	50,0	0	0
--	-----------------	---	---	------	---	---

* Кількість МППР, які могли оцінити зазначену організацію.

Для 73 осіб, для яких графік є незручним, було поставлене запитання: «Який графік був би для Вас більш зручним?». Майже половина (46,6%) з цих респондентів – це ЛВІН, які часто мають потреби у стерильному інструментарії для ін'єкцій, а тому бажали б мати можливість отримувати його цілодобово або без вихідних, або принаймні у вечірній час. Серед тих, хто незадоволений графіком, 20,5% РКС, які також хотіли б мати можливість отримувати послуги ввечері або цілодобово. Для ЧСЧ (32,9% від тих, кому незручно) більш важливим є можливість мати доступ до послуг у вихідні або хоча б у вечірні години (після роботи/навчання).

Для 191 особи, для яких графік є незручним, було поставлене запитання: «Чому саме це місце (місця) є незручним/и для Вас?». Відсоток ствердних відповідей наведено у табл. 2.2.2. Головні причини: далеко від мого місця проживання (76,4%), далеко добиратися (44,0%). На відміну від попереднього запитання, в цьому випадку немає зв'язку з групою ризику – незручно добиратися до організацій молодим людям, незалежно від того, чи вони вживають наркотики, чи займаються комерційним сексом. Для 12,6% молодих людей незручним є те, що в місці розташування організації їх можуть побачити знайомі (немає значущої різниці між представниками різних груп ризику).

Таблиця 2.2.2

Причини незручного графіка

Причина	% ствердних відповідей
Далеко від мого дому/місця проживання	76,4
Довго добиратися громадським транспортом	44,0
Мене можуть там побачити знайомі	12,6
Там збирається занадто багато людей	6,8
Громадський транспорт туди не ходить	3,1
Мене може там побачити поліція	3,1

Три особи, які назвали іншу, не зазначену в анкеті, причину, пояснили, що поруч з місцем розташування організації збираються споживачі наркотиків («рядом сборки наркоманов»). З трьох відповідей не можна робити об'єктивних висновків, але важливо в подальшому мати на увазі, що представники різних груп ризику не завжди доброзичливо ставляться один до одного.

Для 98 осіб, для яких процедура прийому клієнтів є незручною, було поставлене запитання: «Що саме є незручним у процедурі прийому?». Відсоток ствердних відповідей наведено у табл. 2.2.3. Головна причина, яку називали молоді люди – всередині дуже тісно, мало місця (68,4%). Також незручним є те, що під час прийому є мало соціальних працівників, які надають допомогу (35,7%). Згадані причини не залежать від групи ризику, до якої належить респондент.

Таблиця 2.2.3

Причини незручностей прийому

Причина	% ствердних відповідей
Великі черги	5,1
Довго чекати на прийом	19,4
Мало соціальних працівників, які надають допомогу	35,7
Мало місця всередині, дуже тісно	68,4

Серед осіб, які вказали іншу, не зазначену в анкеті, причину, 18 дали такі пояснення: «рядом организация для наркоманов» (4 відповіді), «нет возможности поговорить лично» (3), «не толерантне ставлення працівників» (3), «надолго растягивают лекции, скучно» (2), «нет компьютеров для игр» (2), «всі чують моє прізвище, не хочу світитися» (2), «устаревший ремонт, мебель, неопрятный туалет» (2), «приходят люди с туберкулезом» (1), «лучше помещение с диванами, ТВ и компьютером» (1).

Для тих, хто незадоволений ставленням персоналу (25 осіб), було поставлене запитання: «Що саме є незадовільним у ставленні персоналу?». Відповідь надали 9 ЛВІН, 6 РКС і 10 ЧСЧ. Серед відповідей – «бракує анонімності», «говорять, що секс з чоловіками – це ненормально», «грубе ставлення від соцпрацівників», «не пускають у туалет», «нецікаві семінари, формальність», «недоброзичливі», «нет опыта общения с клиентами», «неякісні консультації», «они очень настырные, навязчивые», «требовали стать на учет в их организации», «у вихідні працівники є, а шприци відмовляються видавати», «хамство медперсоналу на ресепшені», «читают нравоучения». У цілому для молодих людей характерні скарги на формальність подій, які відбуваються, недоброзичливість та, що є зовсім неприпустимим, засудження сексуальної орієнтації клієнтів, які звернулися по допомогу.

Для виявлення бар'єрів у зверненні молодих людей до ВІЛ-сервісних організацій було поставлене запитання: «Чи були ситуації, коли Ви не зверталися до організацій, оскільки боялися, що про це хтось дізнається або побачить Вас там?». Відповіді по організаціям з не менш ніж 15 клієнтами наведені в табл. 2.2.4. В середньому чверть (25,2%) МПГР були в ситуаціях, коли вони не зверталися до організацій, оскільки боялися, що їх там хтось побачить або дізнається про це.

Таблиця 2.2.4

Розподіл ствердних відповідей на запитання: «Чи були ситуації, коли Ви не зверталися до організацій, оскільки боялися, що про це хтось дізнається або побачить Вас там?», %

Місто	Назва організації	Осіб*	% тих, хто не звертався...	Примітки
<i>Середнє значення</i>			25,2	
Біла Церква	«Альянс Глобал»	15	13,3	
Краматорськ	«Світанок»	149	34,7	
Кривий Ріг	«Громадське здоров'я»	100	43,0	
	«Мережа ЛЖВ»	23	56,5	Більше половини ЧСЧ, по одній особі з груп ЛВІН та РКС
	«Гей-альянс Україна»	44	27,3	
Львів	«Салюс»	76	14,5	
	«Аванте»	54	3,7	
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	57	12,3	Кожен восьмий ЛВІН, 1 з 5 ЧСЧ, ніхто з РКС
Полтава	«Світло надії»	137	31,2	Половина ЧСЧ, чверть ЛВІН та кожна дев'ята РКС
	«Громадське здоров'я»	35	17,1	Поодинокі випадки серед ЛВІН та РКС, 3 особи з 4 у групі ЧСЧ
	«Центр профілактики ВІЛ»	59	21,3	Кожна шоста ЛВІН, кожна сьома РКС та 5 осіб з 6 в групі ЧСЧ
Чернівці	«Нова сім'я»	114	43,9	Близько половини в групах ЛВІН та РКС, кожен третій ЧСЧ
	«Люди Буковини»	21	19,0	
	«Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	52	40,4	Більше ніж половина в групах ЛВІН та РКС, кожен четвертий ЧСЧ
Житомир	«Нехай твоє серце б'ється»	18	22,2	
	«Перспектива»	75	10,5	Кожен п'ятий з ЛВІН, по одній людині з груп РКС (26 осіб) та ЧСЧ (21 особа)
Київ	«Конвіктус»	45	17,8	Всі 8 з групи РКС, серед інших груп таких не було

* Кількість МПГР, які могли оцінити зазначену організацію.

Для 278 осіб, які вказали про побоювання щодо звернення, було поставлено уточнююче запитання: «З чим саме пов'язані ці побоювання?». Відсоток ствердних відповідей на запропоновані варіанти наведено в табл. 2.2.5. У цілому переважна більшість побоювань мають характер упереджень. Так, 80,2% боялися, що їх можуть там побачити, 56,5% – що інші клієнти можуть комусь розповісти про них (цю причину найменше зазначали в групі РКС). Побоювання щодо недотримання анонімності

соціальним працівником характерні для 17,3% (у тому числі для 28,3% ЧСЧ). Побоювання щодо лікаря та психолога є меншими (відповідно 12,2% та 4,0%) . Реальні випадки порушення анонімності є поодинокими виключеннями – 2 особи повідомили, що з ним був випадок, коли інші люди без дозволу дізнались про те, що вони зверталися до організації, 5 осіб – що такий випадок трапився з їхніми знайомими.

Таблиця 2.2.5

**Розподіл ствердних відповідей на запитання:
«З чим саме пов’язані ці побоювання?», за групами ризику, %**

	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
Мене можуть там побачити	86,3	78,0	76,1	80,2
Інші клієнти можуть комусь розповісти про мене	61,1	46,2*	62,0	56,5
Соціальний працівник може розповісти про мене комусь	16,8*	6,6*	28,3*	17,3
Лікар може розповісти про мене комусь	14,7	7,7	14,1	12,2
Психолог може розповісти про мене комусь	4,2	1,1	6,5	4,0
Зі мною був випадок, коли інші люди дізнались про те, що я звертався до цієї організації, без мого дозволу	0	1,1	1,1	0,7
З моїм знайомим був випадок, коли інші дізналися про те, що він/вона звертався/лась до цієї організації, без його/її дозволу	1,1	3,3	1,1	1,8

* Різниця статистично значуща на рівні 95%.

На запитання: «Що саме сталося, коли інші люди дізналися про те, що Ви (або Ваші знайомі) зверталися до цієї організації?» були отримані такі відповіді (всього 6 відповідей з 7 таких випадків): «поліція його потім затримала та перевіряла на наявність наркотиків», «узнали родителі дівочки», «люди стали говорити, раз туди ходити, то ВІЧ-інфіцирован» (4 відповіді). ВІЛ-інфекція в уяві людей все ще залишається тим, чого потрібно соромитися, а організації, які надають послуги профілактики, сприймаються як такі, що переймаються тільки ВІЛ-позитивними людьми.

За даними кількісного опитування МПГР, самі клієнти організацій задоволені послугами, які вони отримують. Експерти (надавачі послуг) зазначають про те, що графік роботи не завжди зручний, через що потенційні клієнти не потрапляють до організації. Наприклад, в обласному центрі є організація, яка надає ВІЛ-сервісні послуги для ЧСЧ. В обласний центр хлопці з малих населених пунктів області приїжджають на вихідні, розважитися та відпочити. Це дні, коли вони також могли б протестуватися, але організація у вихідні не працює. Вечірній графік роботи потрібен і для такої групи ризику, як РКС.

Щодо розташування організацій, то, з одного боку, їхнє розташування в обласних центрах логічне та виправдане, з іншого, існує проблема для представників груп ризику з малих населених пунктів області туди дістатися: *«Не приходять лише тому що далеко. Є*

ще селища, люди з селищ до нас приїжджають. Це на проїзд трата грошей. Тому ми виходимо до них туди ближче». Є випадки, коли організація розташована в такій частині міста, куди довго та незручно діставатися.

Експерти зазначали, що часто молоді люди не приходять до організацій, оскільки бояться, що їх там хтось зі знайомих побачить: *«РКС теж не дуже сильно ходять, тому що теж дівчата працюють. Соромляться. Раптом когось знайомого побачать. Нашу організацію знають у місті. Причому, сюди ходять і споживачі, і РКС. Через це. І тому що організація одна, на вулиці, в такому місці міста, незручно, далеко діставатися людям». Проте ця проблема насправді стосується не тільки і не стільки розташування, скільки дискримінації та упередженого ставлення до МПГР в цілому.*

Сама процедура прийому клієнтів як у недержавних організаціях, так і в державних (центри СНІДу, КДМ тощо) може бути вдосконалена шляхом збільшення приміщення для консультацій і чисельності персоналу: *«Нам потрібне більше приміщення, щоб була більша конфіденційність між пацієнтами. У нас в одному кабінеті може бути 2–3 лікарі і 2–3 пацієнти одночасно. Вони перетинаються, бояться щодо тієї конфіденційності. Персоналу нам би в кожній ланці, що лікарів, що середнього персоналу нам би збільшити. Пацієнтів збільшується, ми не в змозі їх всіх охоплювати».*

Важливим моментом, на якому наголошували опитані експерти щодо роботи організацій, це можливість надання «ланцюга» послуг в одній установі: *«Хотілося б, щоб ті послуги були якщо не у всіх організаціях безоплатні, то хоча би у нас вони були, ті послуги, які суто потрібні для наших пацієнтів, щоб вони були в нашій установі, і їх нікуди, як вони кажуть, ми їх всюди ганяємо. Щоб вони прийшли в одну установу, обстежилися повністю і пішли собі. А не бігали. Кров на RW вони на Замарстинівську чи на Коновальця. Ще там щось вони ще кудись біжать. Рентген так само вони бігають, роблять. І вони просто не всі хочуть того».*

2.3. Припинення надання послуг

За результатами опитування не підтвердилось припущення про те, що організації останнім часом припинили надання деяких послуг. Респондентам було поставлене запитання: *«Чи були такі випадки, коли організації, клієнтом яких Ви є (були), припиняли надання послуг, які були в них раніше? Якщо так, то яких саме послуг це стосується?»*. Ствердні відповіді щодо припинення основних послуг, описаних в розділі 2.3, становлять менше ніж 1%, щодо інших, не зазначених в анкеті послуг – 7% (63 відповіді). Серед них найчастіше згадуються такі послуги, що припинили надавати, як «видача ліків, мазей, вітамінів, бинтів», «знижки у Сінево», «обслуговування в аптеках з карткою клієнта» (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Припинення послуг для МПГР, кількість зазначених випадків

Послуга, яка була припинена	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
Організація взагалі перестала працювати	2	-	4	6
Видача гінекологічних наборів	1	3	-	4
Видача прокладок	1	3	-	4
Всі послуги для РКС	-	1	-	1
Тестування на гепатит	-	-	1	1
Пайки, обіди	1	-	-	1
Знижки у Сінево	7	1	-	8
Видача хлоргексидину	1	-	1	2
Обслуговування в аптеках з карткою клієнта	8	1	-	9
Видача ліків, мазей, вітамінів, бинтів	16	1	-	17
Тести на гонорею та хламідіоз	-	-	4	4
Видача антибактеріальних серветок	-	3	-	3
Видача презервативів для орального сексу	-	-	1	1
Групи допомоги для ЛВІН	1	-	-	1
Послуги перукаря	1	-	-	1
ВСЬОГО	39	13	11	63

Що стосується істотного зменшення обсягу послуг, то на запитання: «Чи були такі випадки, коли організації, клієнтом яких Ви є (були), істотно зменшили обсяг послуг, які були в них раніше? Якщо так, то яких саме послуг це стосується?» було отримано трохи більше ствердних відповідей. Найбільше відповідей було отримано щодо видачі презервативів, лубрикантів та інструментарію для ін'єкцій (табл. 2.3.2). Ствердних відповідей щодо зменшення інших послуг було менше ніж 1%. Щодо інших послуг, не зазначених в анкеті, то там йдеться про ті ж самі «бинти, мазі, хлоргексидин», «гінекологічні набори», «тести на гепатит, на сифіліс», «вологі антисептичні серветки», що й у попередньому запитанні.

Таблиця 2.3.2

Зменшення обсягу послуг для МПГР, % зазначених випадків

Послуга, яка була припинена	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
Видача презервативів	2,3	4,3	4,2	3,6
Видача лубрикантів (змазки)	1,3	1,0	4,2	2,2
Видача шприців і голок	7,0	3,0	0,3	3,4

Отже, за результатами опитування МПГР не підтвердилось припущення про те, що організації останнім часом припинили надання деяких послуг. Проте опитування експертів показало, що **надання деяких послуг все-таки зменшилося**, що могло вплинути на прихильність клієнтів до організації. Так, для дівчат-РКС раніше була можливість в організації отримати послуги медичного огляду вузькими спеціалістами (гінеколога, венеролога), нині цього немає, а отримувати направлення від сімейного лікаря не завжди зручно для цих дівчат:

- *«Ну, бажано, щоб були кращі презервативи, щоб були доступи до лікарів. Так як зараз іде державна програма через сімейного лікаря, а багато з них приїжджі, з села, з районів. Років 3 назад, 3–4 роки назад у нас був безоплатний доступ до гінеколога, венеролога, де не потрібно було мати навіть прописку Чернівців»;*
- *«Раніше вони зверталися частіше, тому що вони знали, що вони могли отримати хлоргексидин..., вологі серветки..., консультацію гінеколога-венеролога безоплатно, без того, що їм треба записатися до сімейного лікаря в електронній черзі»;*
- *«Не вистачає: методи бар'єрного захисту, ті самі лубриканти, презервативи. Я би ще сказала, що їм не вистачає постійного медичного огляду і постійних профілактичних оглядів».*

На думку деяких експертів, зменшилася кількість заходів підтримки для груп ризику, є нестача соціального супроводу: *«Що стосується профілактики ВІЛ, то можна збільшити їм ті ж партнерські тести, не знаю, може, збирати їх якимось, проводити з ними якісь групи. Немає зараз вже ні груп цих, не проводимо вже групи. Раніше проводили. Не вистачає соціального супроводу».*

2.4. Причини побоювань щодо першого звернення

Для з'ясування бар'єрів першого звернення було поставлене запитання: «Чи було таке, що Ви спочатку побоювалися/не хотіли звертатися до організацій, установ, які надають послуги з профілактики та тестування на ВІЛ молодим людям? Якщо так, то через які причини?». За даними табл. 2.4.1, найбільшими бар'єрами для першого звернення є побоювання позитивного результату тестування на ВІЛ (55%) та того, що молоду людину хтось може там побачити (56,2%). Не менш важливими причинами називалися такі: соромилися звертатися – 45,8%, не думали, що це корисно – 44,3%, думали, що там буде погане ставлення – 40,8%. Інші причини назвали менше – 4,5% (9 відповідей, всі від ЛВІН). Ці відповіді стосувалися взаємодії з поліцією («боявся ментів», «що посадять в тюрму», «боявся засади поліції»). Найбільше страху щодо позитивного результату тестування на ВІЛ відмічали ЛВІН (67,5%), найменше – ЧСЧ (53%). РКС частіше за представників інших груп мали упередження щодо користі таких організацій та частіше соромилися звертатися.

У цілому всі зазначені бар'єри є досить вагомими, і робота в напрямі зменшення їх впливу дозволить залучати молодих людей більш ефективно.

Таблиця 2.4.1

Розподіл ствердних відповідей щодо причини незвернення до організацій, за групами ризику, %

Причина	ЛВІН	РКС	ЧСЧ	Серед усіх
Боявся/лася позитивного результату тестування на ВІЛ	67,5*	53,0*	45,0*	55,0
Боявся/лася, що мене там хтось побачить	56,6	58,0	54,0	56,2
Дунав/ла, що там будуть погано до мене ставитися	40,0	44,8	37,5	40,8
Соромився/лася звертатися	41,7*	50,7*	44,8	45,8
Не дунав/ла, що це корисно для мене	39,4*	47,8*	45,7	44,3
Інше	9,1*	0	0	4,5

* Різниця статистично значуща на рівні 95%.

На думку опитаних експертів, важливим бар'єром на шляху молоді людини до до організації є **недостатня поінформованість про такі організації**, особливо це стосується тих молодих людей, які потрапляють у великий населений пункт з малого. Для вирішення цієї проблеми пропонується збільшити охоплення потенційної аудиторії таких організацій:

«Мало інформації про організації, особливо в малих населених пунктах. Люди, які приїжджають з села, не відразу розуміють, куди їм звертатися».

Молоді люди, які стикаються з дискримінацією та непорозумінням у своєму житті, не розглядають навіть можливості того, що хтось буде їм безоплатно та анонімно допомагати:

«Вони звикли до життя такого, що їх ніхто не розуміє, це в першу чергу, але вони не розуміють самі одночасно те, що вони звертаються в певну організацію, і це все анонімно, і що вони можуть довіритися людям».

Експертів стверджують, що молоді люди з груп ризику інколи сприймають ВІЛ-сервісні організації ворожо, уявляючи їх як каральний орган: *«По-перше, у них якась викривлена інформація з приводу наших організацій. Вони думають, що ми співпрацюємо, не те, що співпрацюємо, а, нібито, мало чи не філіал МВС чи ще якась силова структура, де всі їхні дані передаємо. Тому вони на як би спочатку не дуже вірять. Потім вже, коли дізнаються, більш-менш ми знаходимо контакт».*

Важливим каналом **інформування про діяльність організацій** мають стати заклади освіти, сьогодні цього поки що немає:

«Дуже мало інформації у закладах освіти, училищах, коледжах, університетах про організацію. Працівники коледжів, університетів не залучають працівників організацій, де може ця сама організація надати безоплатну консультацію, безоплатний експрес-тест провести тощо».

На думку експертів, у будь-якому разі потрібно **збільшувати інформованість МПГР щодо діяльності ВІЛ-сервісних організацій**:

«Можливо, в ту програму додати в смартфон ті організації, які надають послуги. Не тільки роз'яснення: де надаються послуги, місце надання послуг. Тобто, більша поінформованість про послуги, про організації, які надають послуги»;

«Якийсь роздатковий матеріал, можуть бути якісь короткі інформаційні аудіореклами, бігборди, щось таке або навіть в тих самих якихось брошурах по інформації ВІЛ в кінці можна перераховувати організації, які надають послуги на засадах конфіденційності й анонімності».

На думку експертів, протягом останніх років є тенденція на **перетин груп ризику**, тобто молоді люди, які є ЧСЧ та водночас вживають психоактивні речовини (неін'єкційним шляхом), але це вживання зменшує ступінь їхнього контролю за своєю статевою поведінкою, що призводить до ризикованих практик щодо ВІЛ та подальшого небажання тестуватися: *«За останніх пару років збільшилася кількість ЧСЧ, які вживають психоактивні речовини, особливо коли вони йдуть у клуб або на якісь вечірки, заходи. Тобто, відбувається зміна в цьому. І єдине, що це якось серед молодих більше відчутно – розподіл на тих, хто дійсно тестується і слідує за цим, і тих, в кого це відбувається досить важко, цей процес, бо вони або не мають бажання, або ще щось. Серед молодих дуже різкий розподіл, це страх перед тестуванням, страх дізнатися про свій ВІЛ-статус, небажання цього».*

На думку експертів, ті хлопці, які належать до ЧСЧ та надають послуги комерційного сексу, є дуже вразливою групою, яка не потрапляє до зони дії ВІЛ-сервісних організацій, але має великий ризик інфікування ВІЛ: *«Там єдина тенденція, якраз серед тих, хто надає послуги сексуального характеру, там єдине що, вони, скажімо, намагаються не потрапляти в око організації, так, щоб вони були більш непомітними. І тому у них, як вони це пояснюють, що ось, якщо про них будуть знати, що вони ось так, то в них впаде кількість клієнтів, клієнти перестануть до них вже надходити, через що вони скривають свій статус, що вони є ЧСЧ і вони займаються наданням сексуальних послуг».*

Також перетинаються групи ЛВІН та ЧСЧ: *«На рахунок тих, що вживають ін'єкційним шляхом, я можу сказати єдине що. Я знаю двох, але єдине що, що там, скажімо, споживання наркотичних засобів ін'єкційним шляхом вже превалює над ЧСЧ і, скажімо, скоріше, вони поводять себе як споживачі, ніж як ЧСЧ. Вони менш активні сексуально. Іноді використовують сексуальну активність для заробітку, щоб здобути дозу, суто для цього».*

Про поширення ризику ВІЛ-інфікування не тільки на ключові групи, але й на всіх, хто вдається до ризикованої статевої поведінки, експерти теж згадують, наголошуючи на низькому рівні статевого виховання:

- *«Взагалі особи, що живуть статевим життям без презервативу. Їх навіть розділяти з приводу, однополі це сексуальні контакти чи різнополі, не доводиться. А зараз кількість людей наростає, які інфікуються не з груп ризику, а просто особи, що мають сексуальні контакти без бар'єрного захисту»;*
- *«Тому що наше населення з низьким рівнем статевого виховання і культури сексу на даний момент».*

Таким чином, критично важливим є не тільки робота з ключовим групами, але й **превентивна просвітницька робота з підлітками та молоддю**, особливо в закладах освіти:

- *«Проводити превентивну роботу вже не з нашими цільовими клієнтами, а проводити превентивну роботу, починаючи з малого. Вводити конкретно якісь такі інформативні бесіди, лекції, курси, починаючи зі школи, тому що насправді на превентивну роботу треба давати дуже великий відсоток і дуже багато зусиль. ...Попередити завжди легше, ніж потім працювати з якимись негативними наслідками. Я згадую, коли я була в школі, якісь там бесіди з гінекологом чи просто з лікарем, – я не можу згадати, що зі мною таке проводили, і що в мене було якесь конкретне. Ну, я знала, десь чула, що таке ВІЛ, що ВІЛ/СНІД, якісь такі загальні поняття. Якими шляхами воно передається, як лікуватися, до кого звертатися, що робити – без поняття. Тому я би добавляла якусь таку інформаційну роботу не з нашими цільовими аудиторіями, а просто на все населення. У цілому з групами ризику робота вибудована. Наша організація чи якась інша організація, вони однозначно надають інформаційну консультацію чи допомогу. І, в принципі, вони знають, що в таких випадках робити і взагалі що це таке. Єдине, що я виправляла б не в інших цільових групах, а в загальному – все населення»;*
- *«Особливо серед школярів, особливо серед підлітків, серед зовсім юної молоді. На мій погляд, найбільша прогалина - це така дуже масова профілактична робота, що повинна проводитись в школах серед юного населення. Таку роботу повинні проводити вчителі та психологи, і волонтери, і, звісно, представники громадських організацій, які хоч якось пов'язані з цим напрямком. Було б дуже непогано, щоб це робили колишні наркомани, тому що більше, ніж вони, про цю ситуацію не розповість ніхто»;*
- *«Щоб інформували не тільки Центр громадського здоров'я чи амбулаторії мобільні, а всі медичні працівники. Навіть освіта могла би, в школах більше розказувати інформацію, як профілактичну, так і лікувальну. Що можна у нас обстежитися тепер безоплатно на це, можна навіть анонімно».*

Висновки до Розділу 2

Оскільки умовою відбору було отримання респондентами послуг профілактики, тестування, лікування ВІЛ, серед опитаних молодих людей рівень знання про ВІЛ-сервісні організації є досить високим. Найвищий рівень знань зафіксовано щодо організацій БФ «Світанок» (Краматорськ) – 100%, БФ «Світло надії» (Полтава) – 97,3% та БФ «Нова сім'я» (Чернівці) – 85,3%. Ці ж організації мають і дуже великий відсоток звернень до них серед опитаних (100%, 94,5% та 89,1%). Деякі організації мають нижчі показники, оскільки їхньою цільовою аудиторією є не всі групи ризику, а тільки деякі з них.

ЛВІН набагато частіше звертаються за послугами (29,6% – чотири та більше рази на місяць, тобто в середньому щотижня), а найрідше звертаються ЧСЧ (чверть з них – 24,7% – не зверталася за послугами протягом місяця).

Переважно ті люди, які коли-небудь зверталися до організацій, і зараз є їхніми клієнтами. Для багатьох організацій всі 100% опитаних респондентів залишаються «постійними» клієнтами.

У цілому опитані молоді люди задоволені різними аспектами роботи організацій. У середньому частка тих, для кого незручним або не дуже зручним є графік роботи організації – **7,4%** (максимально – для 17,4%). Із 73 осіб, для яких графік є незручним, майже половина (34) – це ЛВІН, які воліли б мати можливість отримувати стерильний інструментарій цілодобово або без вихідних, або принаймні у вечірній час. Серед тих, хто незадоволений графіком, 15 РКС, які також хотіли б мати можливість отримувати послуги ввечері або цілодобово. Для ЧСЧ (24 особи) більш важливим є можливість мати доступ до послуг у вихідні дні або хоча б у вечірні години.

Місце розташування організації є тим фактором, який майже неможливо усунути, і він не пов'язаний з якістю послуг. Водночас для когось незручне місце розташування може стати бар'єром для звернення. У цілому місце розташування є незручним або не дуже зручним для майже кожного п'ятого (**19,8%**) опитаного; тут є великі коливання залежно від міста. Головні причини незручності такі: далеко від мого місця проживання (76,4%), далеко добиратися (44,0%). На відміну від графіка роботи, в цьому випадку немає зв'язку з групою ризику.

Майже для кожного десятого (**9,4%**) незручною або не дуже зручною є процедура прийому клієнтів в організації. Ця частка зросла за рахунок декількох організацій: «Мережа ЛЖВ» та «Гей-альянс Україна» (Кривий Ріг), «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» (Львів). Головні причини незручності (відповідало 98 осіб): всередині дуже тісно, мало місця (68,4%); під час прийому є мало соціальних працівників, які надають допомогу (35,7%). Ці причини не залежать від групи ризику, до якої належить респондент.

Щодо ставлення персоналу до молодих людей, то воно є дуже позитивним, є тільки поодинокі випадки незадовільного ставлення. У середньому тільки **2,5%** респондентів зазначили, що вони незадоволені або не дуже задоволені ставленням до них персоналу організацій. «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» (Чернівці) є організацією, де найбільша частка незадоволених ставленням персоналу (13,2%) – не беручи до уваги організації, які оцінювали менше ніж 10 осіб. У цілому для молодих людей, незадоволених ставленням персоналу, характерні скарги на формальність подій, які відбуваються, недоброзичливість та, що є зовсім неприпустимим, засудження сексуальної орієнтації клієнтів, які звернулися по допомогу.

У середньому чверть (**25,2%**) МПГР були в ситуаціях, коли вони не зверталися до організацій, адже боялися, що їх там хтось побачить або дізнається про це. Переважна більшість цих побоювань мають характер упереджень. Так, 80,2% боялися, що їх можуть там побачити, 56,5% – що інші клієнти можуть комусь розповісти про них (цю причину зазначали найменше в групі РКС). Побоювання щодо недотримання анонімності соціальним працівником характерні для 17,3% (у тому числі для 28,3% ЧСЧ). Побоювання щодо лікаря та психолога є меншими (відповідно 12,2% та 4,0%). Реальні випадки порушення анонімності є поодинокими: 2 особи повідомили, що з ним був випадок, коли інші люди без дозволу дізнались про те, що вони зверталися до організації, 5 осіб – що такий випадок трапився з їхніми знайомими.

Не підтвердилось припущення про те, що організації останнім часом припинили надання певних послуг. Ствердні відповіді щодо припинення основних послуг становлять менше ніж 1%, щодо інших, не зазначених в анкеті послуг – **7%** (63 відповіді). Серед них

найчастіше згадуються такі припинені послуги, як «Видача ліків, мазей, вітамінів, бинтів», «знижки у Сінево», «обслуговування в аптеках з карткою клієнта».

Щодо суттєвого зменшення обсягу послуг, то найбільше відповідей було отримано щодо видачі презервативів (3,6%), лубрикантів (2,2%) та інструментарію для ін'єкцій (3,4%).

Найбільшими бар'єрами для першого звернення є побоювання позитивного результату тестування на ВІЛ (55%) та побоювання того, що молоду людину там (в організації) хтось побачить (56,2%). Інші причини також вагомі – соромилися звернутися 45,8%, не думали, що це корисно – 44,3%, думали, що там буде погане ставлення – 40,8%. Інші причини назвали менше ніж 4,5% (9 відповідей, всі від ЛВІН). Ці відповіді стосувалися взаємодії з поліцією («боявся ментів», «що посадять в тюрму», «боявся засади поліції»). Про страх щодо позитивного результату тестування на ВІЛ найбільше зазначали ЛВІН (67,5%), найменше – ЧСЧ (53%). РКС частіше за представників інших груп мали упередження щодо користі таких організацій і соромилися звертатися.

У цілому всі зазначені бар'єри є досить вагомими, і робота в напрямі зменшення їх впливу дозволить залучати молодих людей більш ефективно.

За даними експертного опитування, надавачі послуг також кажуть про те, що графік роботи не завжди зручний, через що потенційні клієнти не потрапляють до організації. Експерти також зазначали, що часто молоді люди не приходять до організацій, оскільки бояться, що їх там хтось зі знайомих побачить. Проте ця проблема насправді стосується не тільки і не стільки розташування, скільки дискримінації та упередженого ставлення до МПГР в цілому.

Сама процедура прийому клієнтів як у недержавних організаціях, так і в державних (центри СНІДу, КДМ тощо) може бути вдосконалена шляхом збільшення приміщення для консультацій і чисельності персоналу. Важливим моментом, на якому наголошували опитані експерти щодо роботи організацій, є можливість надання «ланцюга» послуг в одній установі.

На думку експертів, важливим бар'єром на шляху молодої людини до організації є **недостатня поінформованість про такі організації**, особливо це стосується тих молодих людей, які потрапляють у великий населений пункт з малого. Для вирішення цієї проблеми пропонується збільшити охоплення потенційної аудиторії таких організацій.

Молоді люди, які стикаються з дискримінацією та непорозумінням у своєму житті, не розглядають навіть можливості того, що хтось буде їм безоплатно та анонімно допомагати. Крім того, молоді люди з груп ризику інколи сприймають ВІЛ-сервісні організації вороже, уявляючи їх як каральний орган.

Важливим каналом **інформування про діяльність організацій** мають стати заклади освіти, сьогодні цього поки що немає. На думку експертів, у будь-якому разі потрібно збільшувати інформованість МПГР щодо діяльності ВІЛ-сервісних організацій.

За результатами опитування МПГР, не підтвердилось припущення про те, що організації останнім часом припинили надання певних послуг. Проте опитування експертів показало, що **надання певних послуг все-таки зменшилося**, що могло

вплинути на прихильність клієнтів до організації. Так, для дівчат-РКС раніше була можливість просто в організації отримати послуги медичного огляду вузькими спеціалістами (гінеколога, венеролога), нині цього немає, а отримувати направлення від сімейного лікаря не завжди зручно для цих дівчат. Зменшилася кількість заходів підтримки для груп ризику, є нестача соціального супроводу.

На думку експертів, протягом останніх років є тенденція на **перетин груп ризику**: молоді люди, які є ЧСЧ та водночас вживають психоактивні речовини (неін'єкційним шляхом), але це вживання зменшує ступінь їхнього контролю за своєю статевою поведінкою, що призводить до ризикованих практик щодо ВІЛ та подальшого небажання тестуватися. Ті хлопці, які належать до ЧСЧ та надають послуги комерційного сексу, є дуже вразливою групою, яка не потрапляє до зони дії ВІЛ-сервісних організацій, але має великий ризик інфікування ВІЛ. Перетинаються групи ЛВІН та ЧСЧ, що робить цих людей ще більш вразливими.

Про поширення ризику ВІЛ-інфікування не тільки на ключові групи, але й на всіх, хто вдається до ризикованої статевої поведінки, експерти теж згадують, наголошуючи на низькому рівні статевого виховання.

Таким чином, критично важливим є не тільки робота з ключовими групами, але й **превентивна просвітницька робота з підлітками та молоддю**, особливо в закладах освіти.

РОЗДІЛ 3. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ОТРИМАННЯ АРТ

3.1. Проходження тестування. Причини непроходження тестування

Майже всі опитані представники груп ризику (91,9%) принаймні одного разу проходили тестування на ВІЛ. Найчастіше (82,5% згадувань) респонденти проходили «швидкі тести», коли відбувається забір крові з пальця, а результат надається через 15 хвилин. Чимало (16,1%) також і тих, хто проходив імуноферментний аналіз (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Розподіл відповідей на запитання: «Чи проходили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ? Якщо так, то якими тестами?», %

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх опитаних
Швидкі тести (забір крові з пальця, результат одразу, протягом 15 хвилин)	80,9	86,7	79,7	82,5
ІФА (імуноферментний аналіз, забір крові з вени)	16,1	18,6	13,7	16,1
Проходив тестування, але не пам'ятаю, яким тестом	6,7	1,3	2,9	3,6
Ні, ніколи	9,4	5,6	9,2	8,1

Примітка: Респонденти могли зазначити кілька варіантів відповіді.

Доцільно зауважити, що показники досвіду тестування серед представників різних груп ризику істотно не відрізняються. В усіх цільових групах «швидкі тести» проходили 80% або й більше респондентів, а досвід проходження ІФА в кожній групі мають від 14% до 19% респондентів.

Серед респондентів, які проходили тестування на ВІЛ, значна частка (40,3%) проходила його один або два рази. (Надалі за умовчання будуть матися на увазі респонденти, які проходили тестування на ВІЛ). Скоріше, йдеться про окремі, випадкові прецеденти, ніж про регулярне обстеження (табл. 3.1.2).

Таблиця 3.1.2

Розподіл відповідей на запитання: «Чи проходили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?», % серед респондентів, які проходили тестування

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх, хто проходив тестування
Один раз	13,7	15,1	23,4	17,4
Два рази	26,9	15,5	26,6	22,9
3–4 рази	22,9	20,4	19,4	20,9
5–9 разів	12,2	19,4	16,9	16,2
10 разів і більше	4,8	11,3	6,8	7,7
Не пам'ятаю, скільки разів	19,6	18,3	6,8	14,9

Порівняно частіше проходили тестування на ВІЛ респонденти РКС – частка тих, хто проходив тестування три рази або більше становить 51,1%. Інакше кажучи, щонайменше половина представників РКС має досвід багатократного обстеження.

Відповідний показник серед ЛВІН становить 39,9%, а серед ЧСЧ – 43,1% (помітно нижче, ніж у РКС).

Майже половина (47,5%) опитаних проходила тестування незадовго до проведення опитування – весною або влітку 2019 р. Ще чверть (25,5%) – зимою цього ж року (табл. 3.1.3). Таким чином, три чверті респондентів мали нещодавній досвід проходження тестування, що дозволяло пригадати певні обставини й деталі обстеження.

Таблиця 3.1.3

Розподіл відповідей на запитання: «Коли востаннє Ви проходили тестування на ВІЛ?», % серед респондентів, які проходили тестування

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх, хто проходив тестування
Весною або влітку цього року (березень – червень 2019 р.)	39,5	56,0	46,8	47,5
Зимою цього року (січень – лютий 2019 р.)	26,6	23,2	26,6	25,5
Зимою минулого року (грудень 2018 р.)	9,6	6,0	7,6	7,7
Восени минулого року (вересень – листопад 2018 р.)	6,3	0,4	6,1	4,2
Влітку минулого року (червень – серпень 2018 р.)	2,6	0,4	5,0	2,6
Весною минулого року або раніше	3,7	0,4	2,5	2,2
Не пам'ятаю, коли саме	11,8	13,7	5,4	10,3

Серед РКС також спостерігається найбільший показник тих, хто проходив обстеження весною або влітку цього року (56,0%). Це додатково вказує на те, що саме представники РКС більш уважно ставляться до питання регулярного обстеження на ВІЛ. Відповідно, є підстави вважати, що РКС більш чутливі до ризику інфікування (гостріше відчувають загрозу), ніж представники інших груп ризику.

Останнє тестування на ВІЛ більшість (61,2%) респондентів проходили в благодійній чи громадській організації (табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4

Розподіл відповідей на запитання: «Де саме Ви проходили останнє тестування на ВІЛ?», % серед респондентів, які проходили тестування

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх, хто проходив тестування
Благодійна/громадська організація	59,8	57,7	66,2	61,2
Кабінет «Довіра» в лікарні/поліклініці	2,6	4,2	2,2	3,0
Клініка, дружня до молоді	0,0	1,1	1,1	0,7
Центр СНІДу	19,6	9,2	13,3	13,9
Державна лікарня/поліклініка	3,0	1,8	2,2	2,3
Приватна клініка	0,0	1,8	2,2	1,3
Самотестування	0,7	0,0	2,9	1,2
Мобільна амбулаторія	5,9	21,8	7,9	12,0
Пункт обміну шприців	3,3	0,0	0,0	1,1
Інше	1,5	1,1	0,7	1,1
Не пам'ятаю, де саме	3,7	1,4	1,4	2,2

Практика проходження тестування на ВІЛ представниками різних груп ризику має свої відмінності. До Центру СНІДу переважно звертаються ЛВІН, а РКС значно частіше проходять тестування у мобільних амбулаторіях. Показник тестування РКС в мобільній амбулаторії (21,8%) є другим після показника тестування в благодійній/громадській організації. Це свідчить про ефективність (затребуваність) мобільних амбулаторій у питанні раннього виявлення інфікування на ВІЛ серед РКС.

Найменш поширеними є практики самотестування та проходження тестування на ВІЛ у пунктах обміну шприців. Серед ЛВІН лише 3,3% проходили тестування у таких пунктах.

Слід зазначити про низький показник проходження респондентами тестування в кабінеті «Довіра» в лікарні або поліклініці (3,0%). Якщо обмежені випадки звертання до приватної клініки можна пояснити браком коштів або небажанням їх витратити, то безоплатне тестування в державних медичних закладах усуває проблему оплати послуг.

Серед представників груп ризику під час останнього тестування на ВІЛ 6,2% отримали позитивний результат. При цьому кожен десятий респондент (9,7%) відмовився повідомити результат останнього тестування (табл. 3.1.5).

Таблиця 3.1.5

Розподіл відповідей на запитання: «Чи можете Ви повідомити результат останнього тестування? Яким є Ваш ВІЛ-статус?», % серед респондентів, які проходили тестування

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх, хто проходив тестування
Негативний	73,1	86,3	88,1	82,6
Позитивний	8,9	4,9	5,0	6,2
Потребує уточнення	1,8	1,1	1,4	1,4
Відмова від відповіді	16,2	7,7	5,4	9,7

Серед ЛВІН, які проходили тестування, виявилося найбільше (8,9%) тих, хто отримав позитивний результат. Водночас саме серед представників цієї групи ризику було найбільше тих, хто відмовився повідомити результат тестування (16,2%). Результати опитування надають підставу кваліфікувати ЛВІН як групу з найвищим ризиком інфікування ВІЛ.

Майже всіх респондентів (11 із 12), у яких під час останнього тестування на ВІЛ результат виявився позитивним, направили для підтвердження діагнозу. Як правило (у 10 випадках з 11), таких респондентів направляли до Центру СНІДу. Виняток – одного респондента направили до кабінету «Довіра». Тільки один респондент з позитивним результатом повідомив, що його нікуди не направляли. Отже, система супроводу пацієнтів, які отримали позитивний результат на ВІЛ, в цілому працює за встановленими правилами, проте окремі відхилення від регламенту все ж таки є.

Окремо слід сказати про представників груп ризику, які жодного разу не проходили тестування на ВІЛ. Найчастіше респонденти просто не бачать необхідності проходити

обстеження, оскільки вважають, що їх це не стосується, що для них ризик бути інфікованим ВІЛ є неістотним. Цю причину вказала майже половина (34 із 73) тих респондентів, хто не проходив тестування на ВІЛ (табл. 3.1.6).

В усіх групах ризику цю причину зазначила приблизно однакова частка респондентів (близько половини). Чимало респондентів (15 із 73) взагалі не замислювалися над тим, що їх поведінка пов'язана з певним ризиком і може мати певні наслідки – інфікування. Таким чином, інформування груп ризику про небезпечність їх поведінки, необхідність регулярного обстеження на предмет виявлення ВІЛ залишається актуальним завданням.

Таблиця 3.1.6

Розподіл відповідей на запитання: «Чому Ви ніколи не проходили тестування на ВІЛ?», n= 73, абсолютні числа

	Кількість згадувань
Я думаю, що мене це не стосується / в мене малий ризик бути інфікованим/ою ВІЛ	34
Я боюся отримати позитивний результат	25
Я ніколи про це не замислювався/лася	15
Я боюся розголосу даних про себе	13
Навіть якщо в мене ВІЛ, я не бажаю знати про це	13
Мені ніколи не пропонували пройти тестування	6
Я не хочу, щоб батьки дізналися про тестування	5
Я гадаю, що це дорого коштує	1
Я не вірю, що ВІЛ існує	1
Я не знаю, де пройти тестування/як відбувається тестування	0

Примітка: Респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді.

Чверть (25 із 73) респондентів, які не проходять тестування, пояснили своє небажання тим, що побоюються отримати позитивний результат. У цьому випадку йдеться саме про усвідомлення небезпеки інфікування, проте це усвідомлення поєднується зі страхом, що їх поведінка може мати негативні наслідки.

Є респонденти (13 із 73), які побоюються, що результат тестування стане відомий оточуючим. Крім того, п'ятеро опитаних уточнили, що вони не хочуть, щоб батьки дізналися про тестування. Отже, збереження таємниці тестування є для респондентів важливим питанням. Щоб переконати представників групи ризику пройти тестування, необхідно навести аргументи та гарантувати, що стороннім особам не буде відомо про факт обстеження (тим більше – про його результати).

Такі причини, як «гадаю, що тестування дорого коштує», «не вірю, що ВІЛ існує» зазначив у кожному випадку лише один респондент. Йдеться про виняток з правила. Жоден з респондентів не вказав причину «я не знаю, де пройти тестування / як відбувається тестування». Ці обставини слід розцінювати як певне досягнення просвітницької роботи. За потреби представники груп ризику зможуть звернутися для проходження обстеження, вони знають, куди саме треба звернутися для тестування, і вони переважно знають, що це можна зробити безоплатно. У свідомості представників груп

ризикі відсутні міфи про те, що начебто ВІЛ не існує, тобто немає упереджень для проходження тестування.

За даними експертного опитування, всі експерти та надавачі послуг поділяють думку про необхідність підвищення кваліфікації лікарів первинної ланки (первинної медичної допомоги), які працюють з молодими людьми з груп ризику. Цієї точки зору дотримуються і медики, і соціальні працівники, і представники громадських та благодійних організацій.

Опитані медпрацівники – експерти і надавачі послуг – критично оцінюють рівень підготовки сімейних лікарів у питаннях, що стосуються діагностики, лікування та профілактики ВІЛ-інфікування, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу тощо:

- *«Всьому персоналу первинної ланки потрібно підвищувати кваліфікацію, тому що він дуже мало ознайомлений з ВІЛ-інфекцією. Сімейний лікар лікує все, тільки не ВІЛ-інфекцію. Будь-які ускладнення вони сприймають як простуду. Якщо підвищення температури – простуда. Кашляє – простуда, пройде. А обстежити його на туберкульоз, взяти кров на ВІЛ, вони до того не додумуються. Їм потрібно підвищувати кваліфікацію у питаннях, що стосуються ВІЛ-інфекції»* (надавач послуг, медпрацівник);
- *«Настільки низька обізнаність медпрацівників первинної ланки у питаннях ВІЛ-інфекції, що іноді це просто вражає»* (надавач послуг, медпрацівник);
- *«Сьогодні треба активно займатися первинною ланкою із самого початку. Медпрацівники первинної допомоги не знають нічого абсолютно: і в плані дискримінації, тестування, виявлення, призначення, і консультацій»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Насамперед, необхідна додаткова освіта у питаннях діагностики та профілактики ВІЛ»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Висловлювалася думка про необхідність навчання лікарів первинної ланки і з питань тестування, і з питань лікування, і з питань профілактики. Необхідність підвищення кваліфікації надавачі послуг також пов'язують з впровадженням нових технологій тестування – експрес-тестувань. При цьому медпрацівники неохоче беруть їх на озброєння. Причина – сімейні лікарі інколи психологічно не готові пропонувати пацієнтам пройти тестування на ВІЛ:

- *«Безперечно необхідне навчання медперсоналу. Зокрема, це пов'язано з тим, що ми займаємося впровадженням і поширенням серед лікувально-профілактичних закладів міста експрес-тестування. Беруть неохоче, не хочуть»* (надавач послуг, медпрацівник).

Лікарі первинної ланки мають бути добре обізнані із сучасними протоколами лікування ВІЛ-інфекції, у тому числі у поєднанні з лікуванням гіпертонічної хвороби, діабету та іншими хронічними захворюваннями:

- *«Необхідно підвищувати кваліфікацію з питання тестування на ВІЛ. Адже трапляються випадки, коли лікарю називають декілька пунктів показання для тестування, а він геть не реагує. Можна наприклад, щоби лікар-інфекціоніст зробив доповідь для своїх колег»* (надавач послуг, медпрацівник);
- *«Треба в обов'язковому порядку навчати первинну ланку, а не тільки медпрацівників, які працюють безпосередньо з ВІЛ-інфікованими. Зараз вже з'явилися нові протоколи лікування, можна ставити на облік за декількома*

тестами, а потім зразу призначати АРТ-терапію. Тобто, все міняється» (надавач послуг, керівник ГО);

- «Необхідно інформувати про нові методики лікування діабету, про нові методики лікування гіпертонічної хвороби, поряд з ВІЛ-інфекцією, поряд з антиретровірусною терапією» (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Відзначалася низька поінформованість лікарів первинної ланки з правових питань, які стосуються прав ВІЛ-позитивного пацієнта, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу, а також відповідальності за передання інфекції:

- «Воно не просто потрібне, воно вкрай необхідне. Сімейні лікарі з питань ВІЛ-інфекції погано обізнані, зокрема, з таких питань, як конфіденційність, нормативні вимоги, за що людина несе кримінальну відповідальність, як передається інфекція, що робити, якщо звернувся пацієнт по допомогу, куди його направити» (експерт, заступник директора Центру з профілактики СНІДу);
- «Нерідко трапляється, що після тестування та отримання позитивного результату, документи передають до поліклініки. І ВІЛ-позитивний статус стає приводом для обговорення між медсестрами, санітарками. У персоналу формується зневажливе ставлення до пацієнта, виникає підґрунтя для стигматизації. Тому необхідно проводити тренінги з персоналом первинної медичної допомоги» (надавач послуг, соціальний працівник).

Крім незадовільного рівня компетенції має місце психологічна неготовність працювати з представниками груп ризику, зокрема неспроможність наполягти на проведенні тестування на виявлення ВІЛ-інфекції. Особливо складно буває лікарю побудувати комунікацію з ВІЛ-позитивними дітьми. Медпрацівника слід навчати бути готовим працювати і з такими клієнтами:

- «На лікарів первинної ланки тепер покладається багато завдань. І скринінги туберкульозу, і тестування на ВІЛ. У зв'язку з цим потрібно підвищити кваліфікацію сімейних лікарів, підвищити їхню готовність працювати з групою ризику» (надавач послуг, керівник ГО);
- «Дуже багато лікарів, які працюють на первинній ланці, не знають клінічних проявів ВІЛ-інфекції. Є й інші проблеми: дуже часто, побоюючись образити пацієнта, вони бояться запропонувати пацієнту обстежитися на ВІЛ-інфекцію. І внаслідок цього ми маємо пізнє виявлення інфекції, ми виявляємо пацієнтів у пізніх клінічних стадіях» (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- «Сімейні лікарі часто не наважуються запропонувати людині обстежитися на ВІЛ – у них язик не повертається. Тому однозначно потрібна роз'яснювальна та виховна робота серед медперсоналу. Їх потрібно навчати навикам ефективної комунікації з пацієнтами» (надавач послуг, медпрацівник);
- «Треба проводилися тренінги, щоб сімейні лікарі вміли спілкуватися з ВІЛ-позитивними дітьми, мали змогу знаходити підхід до такої дитини» (надавач послуг, соціальний працівник).

Представники громадських організацій особливо наголошували на необхідності просвітництва лікарів з питань запобігання стигматизації та дискримінації представників груп ризику та ВІЛ-позитивних пацієнтів:

- *«Доречно проводити семінари з питань стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних пацієнтів, щоб попереджати такі випадки»* (надавач послуг, медпрацівник);
- *«Таке навчання необхідне для всіх сімейних лікарів»* (надавач послуг, медпрацівник).

Окремо експерти зазначали про необхідність підготовки лікарів первинної медичної допомоги до роботи з підлітками. Згадувалося, що сучасні українські підлітки (у тому числі – дівчата) рано розпочинають сексуальне життя, починають вживати алкоголь і наркотики, вдаються до ризикованої поведінки. Відтак на медиків первинної ланки покладається відповідальне завдання попередження та своєчасного виявлення інфікування підлітків. На думку експертів, сімейні лікарі мають знаходити підходи до дітей і підлітків, вміти переконувати їх пройти обстеження на ВІЛ, використовувати засоби профілактики:

- *«Важливе спілкування з молодими пацієнтами для того, щоби побудувати довірливі відносини. Щоб він довіряв тобі, відкрився, все розповів»* (експерт, медпрацівник);
- *«Мають бути посібники, як з підлітком треба вести діалог, мотивуючи його на обстеження, лікування, чи на здорову поведінку»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Сімейний лікар повинен вміти спілкуватися із сучасними підлітками, знаходити до них підхід. Теперішні підлітки рано починають сексуальне життя, рано відкривають для себе алкоголь, наркотики. Це – важлива цільова аудиторія профілактики ВІЛ-інфекції. Лікарів потрібно навчати мистецтву спілкування з підлітками»* (надавач послуг, соціальний працівник).

Надавачі послуг наголошували на тому, що навчання працівників первинної медичної допомоги має проводитися системно, регулярно. Що стосується форматів такого навчання, то акцент робили на навчанні без відриву від роботи: доповіді (лекції), семінари та тренінги за місцем роботи, відеолекції (в Інтернеті), онлайн-лекції, онлайн-тестування, самоосвіта з використанням літератури. Водночас пропонувалося використовувати також традиційні, «виїзні» форми навчання – короткострокові курси, конференції:

- *«Короткострокові курси, онлайн-лекції, онлайн-тестування, заліки. Знов таки, спеціальна література»* (надавач послуг, медпрацівник).

Коли йдеться про формування у лікарів толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів і представників груп ризику, дотримання анонімності ВІЛ-статусу пацієнта, попередження стигматизації та дискримінації, надавачі послуг пропонують проводити тренінги за участю представників згаданих цільових груп:

- *«Доцільно проводити тренінги. При цьому на тренінги запрошувати людей, які живуть з ВІЛ, РКС, ЛВІН, ЧСЧ, щоб вони розказували про проблеми, з якими стикаються, про досвід стигматизації, свої переживання, щоб медпрацівники мали змогу поставити їм запитання, щоб лікарі розуміли почуття цих людей. Я особисто дуже хотіла б проводити тренінги для медперсоналу»* (надавач послуг, керівник ГО).

Експерти наголошували на тому, що лікарі самі мають бути зацікавлені, мотивовані у підвищенні кваліфікації у питаннях діагностики, лікування та профілактики ВІЛ-інфекції. Лише в цьому випадку будуть ефективними такі форми самоосвіти, як навчальне відео, інтерактивні курси в інтернеті, ознайомлення із спеціальною літературою:

- «Медиків первинної ланки необхідно навчати питанням профілактики, тестування та лікування. При цьому бажано мотивувати медпрацівників до цього» (експерт, медпрацівник);
- «Підвищення кваліфікації потрібно тим, хто цього хоче сам. Лікар має бути сам зацікавлений у своєму розвитку. А що стосується форм навчання, то є чимало онлайн-курсів. Можна для них також провести тренінги» (експерт, лікар).

3.2. Отримання АРТ. Причини непроходження АРТ

Переважній більшості респондентів, які отримали позитивний результат тестування (41 із 52), було призначено лікування – антиретровірусну терапію (далі – АРТ). На момент опитування лікування отримували 34 респонденти, а 7 – ні.

Респондентам, яким призначили АРТ, але вони її не отримували, поставили запитання: «Чому Ви зараз не отримуєте антиретровірусну терапію?». З'ясувалося, що найчастіше причиною того, що респонденти не отримують АРТ, є:

- неможливість приїхати за ліками через брак грошей на проїзд (в усіх випадках причину зазначили ЛВІН);
- відсутність тривалий час у місті, де пацієнт може отримати ліки;
- добре самопочуття;
- побічні ефекти від АРТ (табл. 3.2.1).

Таблиця 3.2.1

**Розподіл відповідей на запитання: «Чому Ви зараз не отримуєте АРТ?», n=7,
абсолютні числа**

	Кількість згадувань
Важко прийняти факт хвороби та усвідомити необхідність лікування	1
Немає можливості їхати за препаратами через брак грошей на проїзд	3
Немає можливості їхати за препаратами через надмірну зайнятість на роботі або вдома	0
Побічні ефекти від антиретровірусних препаратів	3
Мене не було в місті довгий час	3
Не вірю в існування ВІЛ	0
Я добре себе почуваю	3
Немає препаратів у наявності на сайті видачі АРТ	0
Відмовили члени родини, знайомі	0
У мене низький рівень вірусного навантаження	0
Проходжу діагностику вірусного навантаження	1

Примітка: Респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді.

Важливо те, що жоден з респондентів, якому було призначено АРТ, не зазначив як перешкоду для отримання лікування відсутність самих препаратів, власне невір'я в

існування ВІЛ чи негативний вплив родичів (які не вірять в ефективність лікування). Це певною мірою свідчить про ефективність просвітницьких проєктів профілактики ВІЛ-СНІДу та програми забезпечення необхідними ліками.

Опитані експерти вважають, що ВІЛ-дисидентів, які не визнають існування ВІЛ та необхідність лікування ВІЛ-інфекції дуже небагато. Це – поодинокі люди, чий вплив на масову свідомість, громадську думку практично відсутній:

- *«Я би не сказав, що ВІЛ-дисиденти мають помітний вплив. Я думаю, що ми їх не переконаємо, ми їх не змінимо. Це те саме, що боротися з вітряками. Не варто їх взагалі чіпати, це дуже маленький відсоток людей»* (експерт, лікар);
- *«Не варто робити з цього проблему. ВІЛ-дисиденти – це поодинокі люди, і таких людей з кожним роком стає дедалі менше. І навіть ті люди, з якими ми зустрічаємося, які заперечують наявність ВІЛ-інфекції, вони не є впливовими. Мені здається, що це явище відживає...»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

На думку експертів, щоб попередити деструктивний вплив ВІЛ-дисидентів, дезавувати їхню інформаційну активність, потрібно проводити звичайну інформаційно-просвітницьку роботу, роз'яснювати населенню та фахівцям природу ВІЛ-інфекції, шляхи профілактики та лікування. Важливо, щоб така виховна робота проводилась у соціальних мережах, де молодь отримує значний обсяг інформації, новини про події в світі:

- *«Головне – це просвітницька робота і реклама. Дисиденти є, ми на них вплинути не можемо, але якщо буде правильне інформування населення про ВІЛ, то дисиденти залишаться у маргінесі»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Таких людей дуже небагато. Щоправда, дехто з них проявляє активність у соціальних мережах. Таких людей варто блокувати, «банити», а головне – потрібно проводити просвітницьку роботу в інтернеті, соціальних мережах»* (експерт, медпрацівник).

3.3. Задоволеність різними аспектами лікування

Серед респондентів, яким була призначена АРТ, переважна більшість (35 із 41) певною мірою задоволені процедурою призначення лікування. Незадоволеними виявилися лише двоє, четверо – не визначилися з відповіддю. Так само переважна більшість (37 із 41) певною мірою задоволені процедурою отримання лікування. Незадоволеним виявився лише один респондент, троє – не визначилися з відповіддю. Респонденти, яким була призначена АРТ у своїй більшості задоволені не тільки процедурами призначення та отримання лікування в цілому, але й окремими аспектами лікування. Більше ніж 30 із 41 респондентів у кожному випадку позитивно оцінили розташування пункту видачі АРТ, графік його роботи, процедуру здачі аналізів, ставлення до них лікарів та іншого медичного персоналу, форму ліків і графік їх прийому (табл. 3.3.1). Найбільше респондентів (39 із 41) задоволені ставленням до них лікарів.

Таблиця 3.3.1

**Кількість респондентів, які задоволені певним аспектом лікування, n=41,
абсолютні числа,**

Ставлення лікарів до Вас	39
Зручний графік прийому ліків	38
Графік роботи пункту видачі АРТ	37
Зручна форма ліків (таблетки)	37
Процедура здачі аналізів	35
Ставлення іншого медичного персоналу	35
Зручність розташування пункту видачі АРТ	31

3.4. Послуги, яких не вистачає для ЛЖВ

Респондентів, які під час останнього тестування отримали позитивний результат, запитали: «Які послуги вони хотіли б отримувати у своєму місті для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)?». При цьому респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді. З'ясувалося, що ЛЖВ насамперед потребують психологічної підтримки – особистого спілкування з психологом (12 з 52 респондентів) або спілкування у групі з іншими ЛЖВ (6 респондентів). Є також досить активний запит на правову допомогу та допомогу для захисту від дискримінації через ВІЛ-статус (табл. 3.4.1).

Таблиця 3.4.1

**Розподіл відповідей на запитання: «Які ще послуги Ви хотіли б отримувати у
Вашому місті для людей з ВІЛ?», n=52, абсолютні числа**

	Кількість згадувань
Особисте спілкування з психологом	12
Групові заняття, спілкування у групі з людьми, які живуть з ВІЛ	6
Захист від дискримінації (приниження, цькування, поганого ставлення) через ВІЛ-статус	5
Правова допомога (юридичні послуги)	5
Онлайн-консультація зі спеціалістами, які можуть відповісти на мої запитання щодо здоров'я	5
Особисте спілкування із соціальним працівником	4
Додаток у смартфоні, де було б зручно отримувати інформацію щодо здоров'я	3
Друкована продукція (брошури, буклети, журнали) щодо профілактики/лікування та життя з ВІЛ	2
Отримати допомогу продуктовими наборами	1
Всього вистачає	28

Примітка: Респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді.

Висновки до Розділу 3

Майже всі опитані представники груп ризику (91,9%) принаймні одного разу проходили тестування на ВІЛ. Найбільше респондентів (82,5%) проходили «швидкі тести», коли відбувається забір крові з пальця, а результат надається через 15 хвилин. В усіх цільових групах «швидкі тести» проходили 80% або й більше респондентів, а досвід проходження ІФА в кожній групі мають від 14% до 19% респондентів.

Серед респондентів, які проходили тестування на ВІЛ, 40,3% проходила його один або два рази. Серед РКС частка тих, які проходили тестування три рази або більше, становить 51,1% (найвищий показник), серед ЛВІН – 39,9%, а серед ЧСЧ – 43,1%.

Серед РКС також спостерігається найбільший показник тих, які проходили обстеження весною або влітку цього року (56,0%). Отже, саме представники РКС більш уважно ставляться до питання регулярного обстеження на ВІЛ.

Останнє тестування на ВІЛ більшість (61,2%) респондентів проходили в благодійній чи громадській організації. До Центру СНІДу порівняно більше звертаються ЛВІН, а РКС значно частіше проходять тестування у мобільних амбулаторіях.

Серед представників груп ризику, що проходили тестування на ВІЛ під час останнього тестування 6,2% отримали позитивний результат. При цьому кожен десятий учасник тестування (9,7%) відмовився вказати результат аналізу. Серед ЛВІН, які проходили тестування, виявилось найбільше (8,9%) тих, які отримали позитивний результат. Водночас саме серед респондентів було найбільше тих, які відмовилися повідомити результат тестування (16,2%).

Майже всіх респондентів (11 із 12), у яких під час останнього тестування на ВІЛ результат виявився позитивним, направили для підтвердження діагнозу та консультування. У 10 випадках з 11 таких респондентів направляли до Центру СНІДу. Виняток – одного респондента направили до кабінету «Довіра». Тільки один респондент з позитивним результатом повідомив, що його нікуди не направляли. Отже, система супроводу пацієнтів, які отримали позитивний результат під час тестування на ВІЛ, в цілому працює за встановленими правилами, проте окремі відхилення від регламенту є.

Респонденти, які жодного разу не проходили тестування на ВІЛ, найчастіше пояснюють це тим, що не бачать у цьому необхідності, вважаючи, що їх це не стосується, що для них ризик бути інфікованим ВІЛ є неістотним. Цю причину зазначили 34 із 73 респондентів, які не проходили тестування на ВІЛ. Частка респондентів (15 із 73) взагалі не замислювалися над тим, що їх поведінка пов'язана з певним ризиком і може мати певні наслідки – інфікування. Таким чином, інформування груп ризику про небезпечність їх поведінки, необхідність регулярного обстеження на предмет виявлення ВІЛ залишається актуальним завданням.

Частка респондентів, які не проходили тестування (25 із 73), пояснила своє небажання тим, що побоюється отримати позитивний результат. Йдеться про усвідомлення небезпеки інфікування, проте це усвідомлення поєднується зі страхом, що їхня поведінка може мати негативні наслідки.

Є респонденти (13 із 73), які побоюються, що результат тестування стане відомий оточуючим. Крім того, 5 із 73 опитаних уточнили, що вони не хочуть, щоб батьки

дізналися про тестування. Отже, збереження таємниці тестування є для респондентів важливим питанням. Щоб переконати представників групи ризику пройти тестування, необхідно навести аргументи та гарантувати, що стороннім особам не буде відомо про факт обстеження (тим більше – про його результати).

Жоден з респондентів, який не проходив тестування, не зазначив причину «я не знаю, де пройти тестування / як відбувається тестування». За потреби представники груп ризику зможуть звернутися для проходження обстеження, вони знають, куди саме треба звертатися для тестування, і вони, як правило, знають, що це можна зробити безоплатно. Це можна розцінювати як певне досягнення просвітницької роботи.

Опитані експерти вважають, що ВІЛ-дисидентів, які не визнають існування ВІЛ та необхідність лікування ВІЛ-інфекції, дуже небагато. Це – поодинокі люди, чий вплив на масову свідомість, громадську думку практично відсутній. Щоб попередити деструктивний вплив ВІЛ-дисидентів, дезавувати їхню інформаційну активність, потрібно проводити звичайну інформаційно-просвітницьку роботу, роз'яснювати населенню природу ВІЛ-інфекції, шляхи профілактики та лікування. Важливо, щоб така виховна робота проводилась у соціальних мережах, де молодь отримує значний обсяг інформації.

Переважній більшості респондентів, які отримали позитивний результат тестування (41 із 52) було призначено лікування – антиретровірусна терапія (АРТ). На момент опитування лікування отримували 34 респонденти, а 7 – не отримували. Респонденти, яким призначили АРТ, але вони не отримували лікування, найчастіше називали такі причини: неможливість приїхати за ліками через брак грошей на проїзд, добре самопочуття, побічні ефекти від АРТ (в кожному випадку причину вказали 3 із 7 респондентів).

Жоден із респондентів, якому було призначено АРТ, не зазначив як перешкоду для отримання лікування відсутність самих препаратів, власне невір'я в існування ВІЛ чи негативний вплив родичів (які не вірять в ефективність лікування). Це певною мірою свідчить про ефективність просвітницьких проєктів профілактики ВІЛ-СНІДу та програми забезпечення необхідними ліками.

Серед респондентів, яким була призначена АРТ, переважна більшість (35 із 41) певною мірою задоволені процедурою призначення лікування. Незадоволеними виявилися лише двоє, четверо – не визначилися з відповіддю. Більше 30 із 41 респондентів в кожному випадку позитивно оцінили розташування пункту видачі АРТ, графік його роботи, процедуру здачі аналізів, ставлення до них лікарів та іншого медичного персоналу, форму ліків і графік їх прийому. Найбільше респондентів (39 із 41) задоволені ставленням до них лікарів.

Респонденти, які під час останнього тестування отримали позитивний результат, насамперед потребують психологічної підтримки – особистого спілкування з психологом (12 із 52) або спілкування у групі з іншими ЛЖВ (6).

Частка ВІЛ-позитивних респондентів (14 із 52) повідомили, що вони стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, цькування, приниження через те, що вони мають ВІЛ-позитивний статус. Найбільше повідомлень було про випадки дискримінації та стигматизації у державній медичній установі (5 згадувань) та поліції (3 згадування).

Більшість (40 із 52) ВІЛ-позитивних респондентів побоюється, що в соціальному оточенні стане відомо про їхній ВІЛ-статус. Інакше кажучи, розголос про ВІЛ-позитивний статус сприймається, як значна небезпека. Частка ВІЛ-позитивних респондентів відчуває сором за свій статус; вони схильні покладати на себе провину, за те що відбулося (зазначили 18 із 52 респондентів у кожному випадку).

Усі опитані експерти та надавачі послуг поділяють думку про необхідність підвищення кваліфікації лікарів первинної ланки (первинної медичної допомоги), які працюють із молодими людьми з груп ризику. Опитані медпрацівники – експерти і надавачі послуг – критично оцінюють рівень підготовки сімейних лікарів у питаннях, що стосуються діагностики, лікування та профілактики ВІЛ-інфікування, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу тощо.

Лікарі первинної ланки мають бути добре обізнані із сучасними протоколами лікування ВІЛ-інфекції, у тому числі у поєднанні з лікуванням гіпертонічної хвороби, діабету та іншими хронічними захворюваннями. Необхідність підвищення кваліфікації надавачі послуг також пов'язують з впровадженням нових технологій тестування – експрес-тестувань. За словами окремих надавачів послуг, медпрацівники неохоче беруть їх на озброєння. Причина – сімейні лікарі інколи психологічно не готові пропонувати пацієнтам пройти тестування на ВІЛ. Має місце психологічна неготовність працювати з представниками груп ризику, зокрема неспроможність наполягти на проведенні тестування на виявлення ВІЛ-інфекції. Особливо складно буває лікарю побудувати комунікацію з підлітками, а також ВІЛ-позитивними дітьми.

Експерти зазначають про низьку поінформованість лікарів первинної ланки з правових питань, які стосуються прав ВІЛ-позитивного пацієнта, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу, а також відповідальності за передання інфекції. Представники громадських організацій особливо наголошували на необхідності просвітництва лікарів з питань запобігання стигматизації та дискримінації представників груп ризику та ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Надавачі послуг наголошували на тому, що навчання працівників первинної медичної допомоги має проводитися системно, регулярно. Щодо форматів такого навчання, то акцент робили на навчанні без відриву від роботи: доповіді (лекції), семінари та тренінги за місцем роботи, відеолекції (в інтернеті), онлайн-лекції, онлайн-тестування, самоосвіта з використанням літератури. Водночас пропонується використовувати і традиційні, «виїзні» форми навчання – короткострокові курси, конференції. Коли йдеться про формування у лікарів толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів і представників груп ризику, рекомендується проводити тренінги за участю представників згаданих цільових груп.

РОЗДІЛ 4. ПРОЯВИ ДИСКРИМІНАЦІЇ ТА СТИГМАТИЗАЦІЇ

4.1. Поширеність дискримінації через належність до груп ризику

Респондентам запропонували висловити своє ставлення (згоду чи незгоду) до тверджень, що характеризують саморефлексію власної поведінки. З'ясувалося, що значна частка представників груп ризику переживають фрустрації через те, що вживають наркотики або займаються комерційним сексом, або практикують секс з чоловіками. Через ці обставини відчувають провину 35,7% опитаних, сором – 42,2%, побоюються шукати допомогу чи підтримку – 38,7%. Переважна більшість (73,8%) респондентів боїться, що про їх поведінку дізнається хтось із соціального оточення (табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

Частка респондентів, які «повністю погоджуються» або «погоджуються» з певними твердженнями, %

<i>Через те, що я вживаю наркотики/займаюся комерційним сексом/маю секс з чоловіками, я...</i>	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх опитаних
... відчуваю провину	60,4	31,8	15,1	35,7
... відчуваю сором	56,2	49,5	21,1	42,2
... боюся, що хтось дізнається про це	75,0	82,7	63,6	73,8
... боюся шукати допомогу та підтримку	42,8	34,0	39,3	38,7

Фрустрація особливо притаманна ЛВІН. Серед представників цієї групи ризику більшість респондентів відчуває сором (56,2%) або провину (60,4%) через вживання наркотиків, що свідчить про внутрішній моральний конфлікт. Три чверті (75,0%) ЛВІН також побоюється, що хтось дізнається про вживання наркотиків.

Страх, що хтось може дізнатися про зайняття комерційним сексом, демонструють 82,7% представників РКС. Це найбільший показник страху викриття серед різних груп ризику. Водночас почуття провини та сорому відчувають менше представників РКС, ніж ЛВІН. Це свідчить про те, що ЛВІН частіше переживають внутрішній моральний конфлікт. Можна припустити, що це пояснюється не тільки фактором вживання наркотиків, але й низьким соціальним і економічним статусом, спосіб життя ЛВІН та його наслідками – безробіттям, бідністю, незатребуваністю, відторгненням близькими тощо. ЛВІН соромляться свого життя в багатьох його аспектах, а не лише вживання наркотиків.

Значно рідше переживають фрустрацію ЧСЧ. Серед них 15,1% відчувають провину, 21,1% – сором через свою сексуальну поведінку. Водночас більшість ЧСЧ побоюється, що інші дізнаються, що вони практикують секс з чоловіками. Проте ЧСЧ змушені переживати, як їхня поведінка сприймається соціальним оточенням. Відповідно, як і представники інших груп ризику, вони побоюються відкрито шукати допомогу та підтримку серед соціального оточення.

Експерти підтверджують, що представники груп ризику схильні до **самостигматизації**, нерідко сприймають себе як ущербну людину. Схильність до самостигматизації робить проблематичним правозахист цієї категорії громадян, боротьбу

з дискримінацією і з рештою – їхню соціальну інтеграцію: *«Людина має побороти в собі самотизму. Підґрунтя самотизми – це відсутність глибокої інформованості, її підґрунтя – поверхнєве розуміння, фантазії, домисли. Тому людина має знати істину як про хворобу, так і про шляхи подолання, щоб бути вищою над цим, щоб почувати себе повноцінною»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Переважає більшість представників груп ризику намагається приховати те, що вони вживають наркотики/займаються комерційним сексом/практикують секс з чоловіками від свого найближчого оточення – членів родини, інших родичів, а також сусідів і знайомих (табл. 4.1.2).

Таблиця 4.1.2

Частка респондентів, які намагаються приховати те, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками, %

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх опитаних
У закладі освіти	35,8	26,9	55,9	39,6
Серед сусідів, знайомих	88,6	87,4	73,5	83,1
Серед членів родини	72,6	80,4	62,4	71,7
У державній медичній установі	80,3	83,4	79,4	81,0
Серед інших родичів	86,6	91,4	81,4	86,4
На роботі	60,2	44,9	65,4	56,8
У поліції	68,2	62,1	54,2	61,5

Переважає більшість (86,4%) респондентів приховують свою поведінку від родичів, які не входять до кола родини. Це пояснюється тим, що на розуміння і прийняття з боку членів родини можна розраховувати дещо частіше, ніж на поблажливість інших родичів. Чим менше ступінь родинного зв'язку, тим більшою є ймовірність стигматизації, відторгнення, приниження. Майже так само часто побоюються розголосу серед сусідів і знайомих. Зрозуміло, що чужа людина більше схильна осуджувати, ніж член сім'ї.

Переважає більшість (81,0%) респондентів при зверненні за послугами до державних медичних закладів намагаються приховати те, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками. Значно меншим є показник приховування в тих випадках, коли йдеться про поліцію (61,5%).

Серед РКС менше ніж половина приховує те, що вони займаються комерційним сексом за основним місцем роботи. Це пояснюється тим, що основним способом заробітку (джерелом доходу) для цих респондентів власне і є комерційний секс.

Невисокі показники приховування своєї поведінки у закладах освіти пояснюється тим, що серед представників ЛВІН та РКС навчаються менше ніж 40% опитаних (у кожному випадку). Тільки серед ЧСЧ студентів значно більше – дві третини. Відповідно і показник приховування своєї сексуальної орієнтації в освітніх закладах досить високий – 55,9%.

Найменше ЧСЧ схильні приховувати свою сексуальну орієнтацію, не приховують...

- 1) від членів родини – 35,0%;
- 2) від інших родичів – 16,3%;

з) від сусідів і знайомих – 22,5%.

Для порівняння: вживання наркотиків не приховують від родичів, які не є членами сім'ї, 8,4% ЛВІН, від сусідів і знайомих – 6,7%. Заняття комерційним сексом не приховують від членів родини – 13,3% РКС, від інших родичів – 5,0%, від сусідів і знайомих – 4,3%. Та обставина, що ЧСЧ значно менше приховують від найближчого оточення свою сексуальну орієнтацію, свідчить про поступову емансипацію суспільства, про зменшення гомофобії у масових настроях. Дані опитування є свідченням того, що населення стало більш терпимо ставитися до людей з нетрадиційною сексуальною орієнтацією та дієвості просвітницької роботи, спроможності з часом змінювати світогляд людей, навіть дуже консервативних.

Про поведінку респондентів найчастіше обізнані члени їхньої родини. Майже половина (43,3%) всіх опитаних зазначили, що членам сім'ї відомо про те, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками (табл. 4.1.3). У більшості опитаних ЛВІН (60,5%) члени сім'ї знають про те, що вони вживають наркотики. Серед представників груп ризику це найбільший показник обізнаності членів родини. У половини (49,0%) респондентів-ЧСЧ члени родини також знають про їхню нетрадиційну сексуальну орієнтацію.

Таблиця 4.1.3

Частка респондентів, про поведінку яких відомо певним представникам соціального оточення, %

<i>Чи відомо про те, що Ви вживаєте наркотики / займаєтеся комерційним сексом / маєте секс з чоловіками...</i>	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед всіх опитаних
у закладі освіти	1,0	2,3	8,5	4,0
серед сусідів, знайомих	25,4	24,9	39,5	30,0
серед членів родини	60,5	20,3	49,0	43,3
у державній медичній установі	18,4	10,3	8,5	12,4
серед інших родичів	9,7	6,3	13,1	9,7
на роботі	1,3	6,3	12,4	6,7
у поліції	14,7	18,3	5,9	12,9

На думку опитаних, найменше знають про їх поведінкові практики такі представники соціального оточення, як...

- однокурсники та працівники закладів освіти (за місцем навчання);
- колеги по роботі;
- інші родичі (крім членів родини).

Низькі показники обізнаності за місцем навчання та роботи значною мірою пояснюються тим, що далеко не всі респонденти навчаються або працюють. Проте низька обізнаність інших родичів свідчить про те, що респонденти ретельно приховують від них те, що вони вживають наркотики або займається комерційним сексом, або практикують секс з чоловіками.

Представники груп ризику даремно намагаються приховувати свою поведінку. Соціальне оточення, яке обізнано про поведінку респондентів, нерідко проявляє до них

нетолерантне ставлення, дискримінацію та стигматизацію. Респондентів, які зазначили, що про їхню поведінку відомо соціальному оточенню, запитали: «Чи стикалися Ви з випадками дискримінації, стигматизації, цькування, приниження через те, що Ви вживаєте наркотики / займаєтеся комерційним сексом / маєте секс з чоловіками?».

З'ясувалося, що найчастіше з дискримінацією та стигматизацією стикаються ЛВІН, а найбільш агресивним суб'єктом щодо них є поліція. Якщо правоохоронці знають про приналежність людини до осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, існує велика ймовірність, що вона стане об'єктом дискримінації та стигматизації під час перебування у відділі поліції. Більше ніж половина (63,6%) опитаних ЛВІН, про чию поведінку було відомо в поліції, були піддані там дискримінації та стигматизації. Чимало респондентів також повідомили про випадки нетолерантного ставлення у закладах освіти – за місцем навчання (табл. 4.1.4).

Таблиця 4.1.4

Частка респондентів, які зазнали дискримінації та стигматизації з боку певних представників соціального оточення, % серед респондентів, про поведінку яких було відомо представникам відповідного оточення

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед тих, про чию поведінку відомо відповідному оточенню
У закладі освіти	33,3	14,3	38,5	33,3
Серед сусідів, знайомих	34,2	25,3	18,2	24,6
Серед членів родини	27,6	24,6	20,0	24,2
У державній медичній установі	21,8	9,7	7,7	15,2
Серед інших родичів	34,5	15,8	20,0	23,9
На роботі	50,0	5,3	10,5	11,5
У поліції	63,6	25,5	33,3	41,0

26 респондентів-ЧСЧ повідомили, що в закладі освіти знають про їхню сексуальну орієнтацію. При цьому 10 з 26 повідомили, що вони стикались у закладах освіти з випадками стигматизації та нетолерантного ставлення. Йдеться про такі прояви:

- образи та неповага;
- презирливе ставлення;
- стигматизація приналежності до представників нетрадиційної сексуальної орієнтації.

Порівняно з іншими групами ризику, ЛВІН частіше стикаються з нетолерантним ставленням з боку сусідів і знайомих. Серед респондентів-ЛВІН 76 повідомили, що сусіди та знайомі обізнані про те, що вони вживають наркотики. Третина з них (26 із 76) зазначили, що стикалися з випадками дискримінації та стигматизації з боку сусідів і знайомих. Йдеться про такі прояви:

- образи та неповага, презирливе ставлення;
- погрози, психологічний тиск («постійно докоряють», «хотіли побити», «викликають поліцію, вимагають забрати у відділ, покарати»);
- небажання спілкуватися, демонстративне ігнорування;
- поширення інформації, що дискредитує респондента («розпускають плітки»);

- фізичне насильство («побили»).

Представники груп ризику менше приховують свою поведінку від членів своєї родини, сподіваються отримати розуміння та підтримку з боку сім'ї. Особливо це стосується ЛВІН. Більшість респондентів-ЛВІН (181 особа) повідомила, що члени родини знають про те, що вони вживають наркотики. Водночас близько третини (50 із 181) зазначили, що стикалися з випадками дискримінації та стигматизації з боку членів родини. Йдеться про такі прояви:

- образи, неповага, презирливе ставлення;
- небажання спілкуватися («не розмовляють зі мною», «батьки вигнали з дому»);
- погрози, докори, психологічний тиск («погрожують закрити на реабілітацію», «мати постійно свариться»);
- небажання підтримувати матеріально («батьки вигнали з дому», «мати не дає грошей»);
- фізичне насильство («батьки побили»).

Якщо членам родини представники груп ризику часто довіряють, то від інших родичів всіляко намагаються приховати свою поведінку. Серед опитаних представників груп ризику 88 осіб зазначили, що родичі поза родиною знають, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками. Водночас чверть з них (21 з 88) повідомила, що стикалася з неприйнятним ставленням з боку родичів. Йдеться про такі прояви:

- образи, неповага, презирливе ставлення (головним чином);
- небажання спілкуватися;
- погрози, докори, психологічний тиск.

Серед всіх опитаних представників груп ризику 112 респондентів повідомили, що в медичних закладах знають про їхню «особливість», а 17 з них зазначили, що стикалися в цих закладах з неприйнятним ставленням. Йшлося про такі прояви:

- образи, неповага, презирливе ставлення;
- обговорення за спиною, непристойні жарти.

Серед опитаних представників груп ризику 61 респондент повідомив, що на роботі відомо про вживання наркотиків / зайняття комерційним сексом / зайняття сексом з чоловіками. З них семеро повідомили, що стикалися на роботі з проявами стигматизації. Йшлося про такі прояви:

- образи, неповага;
- небажання спілкуватися;
- обговорення за спиною, непристойні жарти.

Серед опитаних представників груп ризику 117 респондентів зазначили, що у поліції відомо про вживання наркотиків / зайняття комерційним сексом / практику сексу чоловіків з чоловіками. Майже половина цих респондентів (48 осіб) повідомили, що стикалися з дискримінацією та стигматизацією з боку правоохоронців. Йшлося про такі прояви:

- образи, неповага, докори, презирливе ставлення;
- психологічний тиск («прояви злоби, ненависті», «лякають, що посадять»);

- ігнорування скарг, прохань про надання правової допомоги («ігнорують, не розслідують справу»);
- здирництво («вимагали гроші»);
- погрози фізичного насильства («хотіли побити»);
- безпідставне затримання («забирали у відділ»);
- фізичне насильство («побили»).

Різні форми стигматизації та дискримінації з боку правоохоронців мають місце щодо представників усіх груп ризику, ніхто не є винятком. Про фізичне насильство в поліції повідомляли і ЛВІН, і РКС; про погрозу фізичного насильства – ЧСЧ.

Майже всі опитані надавачі послуг стикалися із скаргами представників груп ризику на стигматизацію та дискримінацію. Найчастіше йдеться про стигматизацію та нетолерантне ставлення з боку працівників поліції, медиків, соціального оточення у закладах освіти:

- *«Я дуже часто чую від клієнтів, що до них нетолерантно ставляться у закладах освіти, медичних закладах»* (надавач послуг, керівник ГО);
- *«Дискримінація трапляється і з боку медпрацівників, і з боку поліції»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«Від ЧСЧ чула скарги про дискримінацію»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«ЧСЧ та РКС найчастіше стикаються з презирливим ставленням: їх можуть не дискримінувати, але ставляться інакше, зневажливо»* (надавач послуг, керівник ГО).

ЛВІН найчастіше скаржаться на зневажливе ставлення, дискримінацію та насильство з боку поліції. Йдеться про безпідставне затримання, ображання, побиття, змушування взяти на себе чужу провину (злочин). Також конфлікти з поліцією пов'язані із замісною метадоновою програмою, коли порушується лікарська таємниця, а ЛВІН звинувачують у кримінальних правопорушеннях:

«Якщо ЛВІН затримують працівники поліції, ставлення до нього кардинально відрізняється від ставлення до інших громадян. Незалежно від того, чи скоїв він щось, чи ні – везуть до відділу. Відповідно звертаються до затриманого: «наркоман», «кончена людина», «покидьок», «будеш сидіти у відділі» тощо» (надавач послуг, соціальний працівник);

- *«Права ЛВІН нерідко порушують у поліції. Їх там б'ють, змушують брати на себе злочини, яких вони не робили»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«ЛВІН скаржаться на переслідування з боку поліції. ЛВІН у нас перебувають на замісній метадоновій програмі. Трапляється, що поліція їх затримує, накладає штрафи за наявність наркотичних речовин»* (надавач послуг, медичний працівник);
- *«Поліція чіпляється до ЛВІН. Допитуються наскільки часто вони отримують метадон, скільки вони отримують препарату. Хоч це є конфіденційно, це лікарська таємниця, але поліція затримує ЛВІН, тягають по судах. Потім ЛВІН беруть у нас довідки, їх відпускають, але це травма також для нашого пацієнта»* (надавач послуг, медичний працівник).

За словами надавачів послуг, РКС скаржаться на стигматизацію та порушення власних прав з боку працівників поліції. РКС зазначають, що мають місце випадки, коли

в поліції їх б'ють, відбирають у них гроші, змушують підписувати протоколи про начебто вчинені правопорушення:

- *«РКС постійно стикаються зі стигматизацією та дискримінацією з боку працівників поліції. Поліція на свій розсуд складає протоколи, а потім змушує дівчат підписувати»* (надавач послуг, керівник ГО);
- *«Від РКС ми чули скарги, що в поліції їх б'ють, забирають гроші»* (надавач послуг, медичний працівник).

ЧСЧ нерідко скаржаться на нетолерантне ставлення з боку однолітків – однокласників у школі та однокурсників у закладах вищої освіти. Йдеться про ображання та фізичне насильство. Причому адміністрація у закладах освіти не реагувала на прояви булінгу:

- *«Мої клієнти – це ЧСЧ. Вони часто ще в юному віці стикалися зі стигматизацією, коли ще навчалися в школі. Їх ображали, їх били. Школа ніяк на це не реагувала»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«Чув про випадки, коли хлопців били через те, що вони – ЧСЧ»* (надавач послуг, керівник ГО).

Експерти висловили свою думку щодо того, чи потрібне підвищення кваліфікації або зростання санкцій для співробітників поліції аби забезпечити толерантне ставлення до представників груп ризику. Окремі експерти вважають доцільним посилити покарання поліції за прояви стигматизації та дискримінації:

- *«В плані дотримання законодавчих актів, посилити покарання у випадку недотримання, напевно, потрібно. Можливо, тоді ситуація покращилася»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Однак таку точку зору підтримують далеко не всі. Домінувала думка, що головним має бути не стільки жорсткість покарання, скільки його невідворотність:

- *«Навряд чи потрібні якісь зміни на законодавчому рівні в плані впровадження нових норм, а от в плані покарання у випадку недотримання, – то напевно»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Деякі експерти висловилися проти посилення покарання працівників поліції за дискримінацію щодо груп ризику. На їхню думку, це може призвести до загострення стосунків між правоохоронцями та представниками вразливих груп населення, спричинить формування у поліції упередженого, ворожого ставлення до цих груп. Важливіше – забезпечити ефективну адвокацію та захист прав груп ризику.

- *«Впровадження якихось додаткових санкцій, мені здається, не буде корисним, вони можуть десь тільки загострити відносини між правоохоронцями та групами ризику»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Введення нових санкцій, до поліції, медичних працівників не є правильним підходом. Важливіше забезпечити правовий захист цільових груп»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Водночас експерти зазначають, що адвокація, захист прав представників груп ризику пов'язані з певними труднощами, і насамперед – небажанням самих жертв дискримінації активно відстоювати власні права, ініціювати правозахисний процес:

- *«Покарання за порушення громадянських прав передбачені законом. Проте їх важко застосувати, тому що треба довести факт порушення. Для того, щоб людина, медичний працівник, поліцейський, освітянин заплатили штраф за неналежне ставлення до групи ризику, треба це довести. Це треба офіційно*

звернутися до поліції, написати заяву. А з цим проблема, ніхто не хоче писати заяву. Тільки час та постійна виховна робота зроблять свою справу» (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Думки експертів збігаються в тому, що необхідно проводити виховну роботу серед працівників поліції, інформувати їх про природу ВІЛ-інфекції, способи її поширення, права представників груп ризику, відповідальність за дискримінацію та стигматизацію:

- «Потрібно проводити навчальну та виховну роботу з поліцією» (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- «Доцільно проводити навчальні майстер-класи, надати зразки, як треба поводити себе з представниками груп ризику» (експерт, медпрацівник).

4.2. Звернення по допомогу у випадках дискримінації щодо груп ризику

Питання захисту від дискримінації та стигматизації безумовно є актуальним для представників груп ризику. Серед усіх опитаних 12,8% зазначили, що їм потрібен додатковий захист від дискримінації у своєму місті.

Серед опитаних 179 респондентів стикалися з випадками дискримінації та стигматизації через вживання наркотиків / зайняття комерційним сексом / зайняття сексом з чоловіками. Серед цих респондентів 20 осіб зверталися за допомогою внаслідок порушення їхніх прав, цькування та приниження. Найчастіше зверталися по допомогу до друзів (7 згадувань), соціального працівника (6 згадувань) та психолога (6 згадувань). Три респонденти повідомили, що зверталися по допомогу до поліції. В одному випадку респондент (ЧСЧ) попросив родичів надати допомогу (табл. 4.2.1).

Таблиця 4.2.1

Розподіл відповідей на запитання: «Куди саме Ви зверталися по допомогу?», n=20,

абсолютні числа

	Кількість згадувань
До друзів	7
До соціального працівника	6
До психолога, психотерапевта	6
У поліцію	3
До родичів	1
Інше	2

Примітка: Респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді.

Кількість випадків, коли респонденти зверталися по допомогу до друзів (7 згадувань), є майже такою самою, як і число звернень до соціального працівника (6 згадувань) або психолога, психотерапевта (6 згадувань). Це свідчить про високий рівень довіри представників груп ризику до вказаних фахівців, важливість їх ролі в житті респондентів. Додаткове запитання дало змогу з'ясувати, що соціальні працівники в усіх випадках були співробітниками громадських організацій і благодійних фондів. Отже, у питанні захисту прав представників груп ризику неурядові організації мають виняткове значення; нерідко респондентам було просто більше нікуди звернутися по допомогу (лише один респондент повідомив про звернення до родичів по допомогу).

Майже всі респонденти (19 із 20), які зверталися по допомогу у зв'язку з дискримінацією та стигматизацією, отримали допомогу – повною мірою (8 із 20) або принаймні частково (11 із 20). Отже, практику звернення за допомогою у випадку утискування прав груп ризику можна кваліфікувати як результативну. Цю обставину слід пропагувати, щоб представники груп ризику більш активно намагалися відстоювати свої права, не терпіли та не приховували психологічного й фізичного насильства щодо себе.

Серед респондентів, які стикалися з випадками дискримінації та стигматизації, переважна більшість (159 із 179) не зверталася по допомогу на захист своїх прав. Причину відсутності реакції на утискування власних прав ці респонденти пояснюють насамперед тим, що інші люди їм не можуть допомогти, а також небажанням загострювати конфлікт (табл. 4.2.2).

Таблиця 4.2.2

Розподіл відповідей на запитання: «Чому Ви не зверталися по допомогу?», n=159, %

	Кількість згадувань
Не знаю, куди звернутися	16,4
Впевнений/а, що мені не допоможуть	41,5
Не хотів/ла загострювати конфлікт	42,1
Намагаюся просто уникати таких ситуацій у подальшому	26,4
Ситуація була не настільки критичною	23,3
Намагаюся зробити все, щоб ніхто не знав про те, що я вживаю наркотики / займаюся комерційним сексом / маю секс з чоловіками	16,4

Примітка: Респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді.

Доцільно зауважити, що 16,4% респондентів просто не знають, куди звернутися по допомогу. Така ж частка респондентів утрималася від пошуку допомоги для захисту власних прав, оскільки намагалися приховати свої поведінкові прояви, уникнути розголосу про себе. У такій ситуації важливо, щоб поряд опинилася людина, якій довіряють, наприклад, соціальний працівник або психолог. Серед представників груп ризику слід поширювати інформацію про те, в яких випадках і до кого вони можуть звернутися, щоб отримати необхідну допомогу.

Експерти та надавачі послуг висловили свої міркування з приводу того, які заходи сприятимуть зменшенню дискримінації та стигматизації ЛВІН, РКС, ЧСЧ. І експерти, і надавачі послуг наголошують на необхідності проведення широкої інформаційної кампанії серед населення, а також виховної роботи серед певних професійних груп – медиків, педагогів і правоохоронців:

- *«Необхідно більше проводити інформаційно-просвітницької роботи серед працівників поліції, вчителів, лікарів»* (надавач послуг, глава ГО);
- *«Необхідно проводити відповідні тренінги з медпрацівниками, пояснювати неприпустимість дискримінації»* (надавач послуг, соціальний працівник).

Виходячи з власного досвіду, окремі надавачі послуг зазначають, що освітня та виховна робота серед професійних груп є ефективною, дійсно змінює ставлення до представників груп ризику:

- *«Ми працюємо з поліцією, проводимо тренінги. І така робота є дуже ефективною. Працівники поліції дуже обережно поводяться з представниками груп ризику, вони бояться зробити зайвий крок, щоб щось не порушити. Я не чув про дискримінацію з боку поліції у нашому місті»* (надавач послуг, керівник ГО).

Освітня та виховна робота серед правоохоронців, лікарів, педагогів має бути спрямована насамперед на формування етичних установок і практичних навичок спілкування з представниками груп ризику. Відповідно, експерти рекомендують використовувати такі формати навчання, як тренінги, семінари, круглі столи:

- *«Потрібно проводити навчальну та роз'яснювальну роботу і з поліцією, і з лікарями, і з педагогами. Навчальний процес – це тренінги, семінари, круглі столи. Доцільно використовувати виїзні форми – проводити навчання за місцем роботи цільової аудиторії. У фокусі уваги мають бути практичні питання, формування навичок у роботі»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

На думку експертів, як викладачів необхідно залучати насамперед лікарів Центрів з профілактики СНІДу, представників громадських організацій і тренінгових центрів, які працюють з групами ризику. Місцем (площадкою) проведення освітніх закладів можуть стати Інститути підвищення кваліфікації педагогічних і медичних кадрів:

- *«Викладати мають фахівці центрів профілактики СНІДу»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Проводити навчальну та роз'яснювальну роботу можуть також Інститути підвищення кваліфікації і тренінгові центри, недержавні організації, із залученням фахівців-медиків»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

На думку експертів, практична роботи та регулярне спілкування з представниками груп ризику з часом виконують виховну функцію, сприятимуть формуванню у правоохоронців, лікарів, педагогів толерантного ставлення до представників груп ризику. Зокрема, нові правила надання медичних послуг робить лікаря первинної ланки зацікавленим у довгострокових компліментарних відносинах з клієнтами, у тому числі з ВІЛ-позитивними:

- *«Має пройти певний час, суспільство має звикнути до існування цих груп. Наприклад, медики. Коли вони рідко стикалися з ЛВІНами, вони їх стигматизували. Як почали частіше працювати з ЛВІНами або ЧСЧ, медики з часом – через кілька місяців, рік – ставляться до них набагато толерантніше»* (експерт, лікар);
- *«Зараз змінюється система надання медичної допомоги. Лікар вже відповідає не за окреме захворювання, а за пацієнта в цілому. Стигматизація буде зменшуватися, коли лікар зацікавлений у пацієнті, у тривалому супроводі.*

Стигматизація була тому, що мета лікаря, медика, була «здихатись» пацієнта, направити його до вузькопрофільного спеціаліста, а той лікував лише окрему хворобу» (експерт, лікар).

Експерти та надавачі послуг вважають, що важливою передумовою зменшення дискримінації та стигматизації ЛВІН, РКС, ЧСЧ є забезпечення невідворотності покарання тих, хто припустився порушення прав представників груп ризику:

- *«Убачається доречним посилити відповідальність поліції за прояви стигматизації та дискримінації, але головне не жорсткість покарання, а її невідворотність» (експерт, лікар);*
- *«Важливо домогтися, щоб посадові особи, які припустилися дискримінації були притягнуті до відповідальності. Невідворотність покарання – найкращий засіб профілактики стигматизації та дискримінації» (надавач послуг, соціальний працівник).*

Для забезпечення захисту прав представників груп ризику необхідними є дієві організаційні ресурси для адвокації, а також поінформованість груп ризику про наявність можливостей захисту власних прав:

- *«Потрібно проводити службові розслідування та карати тих правоохоронців, які припустилися дискримінації, протиправних дій. Необхідна активна правозахисна діяльність, у тому числі силами громадських організацій» (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);*
- *«Необхідно розвивати надання послуг адвокації саме для представників груп ризику, щоб вони могли звертатися по допомогу, не терпіли образи та дискримінацію. Відповідно, працівники поліції та медпрацівники будуть поводити себе коректніше, більш стриманіше» (надавач послуг, соціальний працівник).*

Надавачі послуг і експерти окремо наголошували на тому, що успіх адвокації залежить від впевненості клієнтів у власній правоті, від їхньої готовності послідовно відстоювати власну гідність. І таку готовність слід виховувати серед представників груп ризику, оскільки самі вони схильні до самостигматизації, сприймати себе як ущербну людину:

- *«Людина має побороти в собі самостигму. Для цього потрібно, щоб вони розуміли, знали свої права, щоб вони могли звернутися до тих організацій, які можуть адвокатувати їх права. Самостигма, як люба стигма – це відсутність глибокої інформованості, її підґрунтя – поверхнєве розуміння, фантазії, домисли. Тому людина має знати істину як про хворобу, так і про шляхи подолання, щоб бути вищим над цим, щоб почувати себе повноцінним» (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).*

Окремі експерти та надавачі послуг висловилися за впровадження правових норм, які легалізують вид зайнятості та спосіб життя представників груп ризику, сприятимуть їх соціальній інтеграції, формуванню прихильного ставлення до них з боку суспільства. Йдеться про декриміналізацію та легалізацію комерційних сексуальних послуг, зміну

політики у сфері обігу наркотиків у бік лояльного ставлення до споживача (зокрема, збільшення дозвільних норм наркотичних речовин для власного споживання), а також надання права ЧСЧ укладати шлюб та всиновлювати дітей:

- «Потрібна легалізація сексуальних послуг» (надавач послуг, лікар);
- «Стосовно РКС – легалізація..., запровадження обов'язкового медичного нагляду, періодичного обстеження» (експерт, лікар);
- «Щодо РКС, то необхідна декриміналізація сексуальних послуг. Щодо ЛВІН, то потрібна зміна політики у сфері обігу наркотиків. Принаймні хоча б зміна в дозвільних нормах наркотичних речовин, які можуть бути при собі, тому що в Україні ці норми є найменшими в Європі. Щодо ЧСЧ – це зміна ставлення суспільства. Необхідно роз'яснювати населенню, що гомосексуальність – це не хвороба, що це такі ж люди, і не повинно бути відрази» (надавач послуг, соціальний працівник);
- «Для ЧСЧ було би добре ввести закон про те, що вони мають право одружуватися, дозволити одностатеві шлюби. І також, щоб могли всиновлювати дітей, наприклад, з будинку дитини. Було б добре, якби їм дозволили виховувати дітей, оформлювати опікунство, під наглядом соціального працівника. Це змінило би ставлення суспільства до них» (надавач послуг, соціальний працівник).

4.3. Звернення по допомогу у випадках дискримінації ЛЖВ

Частка ВІЛ-позитивних респондентів (14 із 52) повідомили, що стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, цькування, приниження через ВІЛ-позитивний статус. Найбільше повідомлень було про випадки дискримінації та стигматизації у державній медичній установі (5 згадувань) та поліції (3 згадування). З боку родичів і знайомих випадки цькування та приниження трапляються досить рідко (табл. 4.3.1).

Таблиця 4.3.1

Розподіл відповідей на запитання: «Чи стикалися Ви з випадками дискримінації, стигматизації, цькування, приниження через те, що Ви маєте ВІЛ-позитивний статус? Якщо так, то з боку яких осіб або в яких установах?», n=52, абс. числа

	Кількість згадувань
У державній медичній установі	5
У поліції	3
З боку членів родини	2
З боку сусідів, знайомих	1
На роботі	1
З боку інших родичів	1
У благодійній / громадській організації	0
У закладі освіти	0
З боку інших осіб або в інших установах	2
Ні, не стикався	38

Примітка: Респондент міг зазначити кілька варіантів відповіді.

Випадки дискримінації та стигматизації у районній поліклініці, на прийомі гінеколога та стоматолога свідчать про необхідність більш ретельно проводити просвітницьку та виховну роботу з медичним персоналом.

Надавачі послуг під час експертних інтерв'ю навели приклади відомих їм випадків, коли порушувалися права ЛЖВ. Найчастіше йшлося про ненадання медичної допомоги ВІЛ-позитивному пацієнту саме через його статус:

- *«Мені відомий випадок, коли ВІЛ-позитивній людині відмовилися надавати медичні послуги у селищі за місцем проживання. Медпрацівники сказали, щоб ця людина їхала в обласний центр (надавач послуг, керівник ГО);*
- *«Трапляється, що медпрацівник системи первинної допомоги направляє до іншого фахівця, не бажає надавати послугу ВІЛ-позитивному пацієнту» (надавач послуг, медпрацівник);*
- *«Якось біля Центру профілактики СНІДу чоловіку з трофічною язвою була потрібна невідкладна медична допомога. Три «швидкі» для нього викликали – всі відмовлялися везти його до лікарні. Зрештою довелося везти його до стаціонару на власному автотранспорті» (надавач послуг, соціальний працівник).*

Наводилися приклади, коли йшлося про дискримінацію при влаштуванні на роботу, відрахування дитини з дитячого садка або школи. В усіх випадках причиною дискримінації був саме ВІЛ-статус:

- *«Мені відомий випадок, коли ВІЛ-позитивну людину не брали на роботу саме через її статус» (надавач послуг, керівник ГО);*
- *«Був випадок, коли працівники дитячого садку поставили запитання про відвідування садка дитиною через те, що в неї хтось із батьків був ВІЛ-позитивним» (надавач послуг, керівник ГО);*
- *«Якось мама однієї нашої ВІЛ-інфікованої дитини жалілася, що дитину хочуть вигнати зі школи у зв'язку з тим, що хтось дізнався про її статус. Через дискримінацію дуже часто ВІЛ-позитивні люди приховують свій статус» (надавач послуг, медичний працівник).*

На думку окремих надавачів послуг, випадків дискримінації було б набагато більше, якби ЛЖВ не приховували свій статус від оточуючих. Лише завдяки анонімності їм вдається забезпечувати інтеграцію в соціальне середовище:

- *«Мені не відомо про випадки дискримінації, але справа в тому, що представники груп ризику приховують від своїх рідних та оточуючих, яким родом занять вони займаються. Тому відповідно в них як такої стигматизації чи дискримінації немає» (надавач послуг, соціальний працівник).*

ВІЛ-позитивним респондентам (52 особи) запропонували висловити своє ставлення (згоду чи незгоду) до певних тверджень, що характеризували переживання (фрустрації) через власний ВІЛ-статус. Результати показано у табл. 4.3.2.

Ставлення ВІЛ-позитивних респондентів до певних тверджень, n=52, абс. числа

	Погодилися	Не погодилися
Я відчуваю провину за те, що в мене ВІЛ	18	32
Я відчуваю сором за те, що в мене ВІЛ	18	32
Я боюся, що хтось дізнається про мій ВІЛ-статус	40	10
Я боюся шукати допомогу та підтримку через мій ВІЛ-статус	18	32

Переважна більшість (40 із 52) респондентів побоюється, що в соціальному оточенні стане відомо про їхній ВІЛ-статус. Інакше кажучи, розголос про ВІЛ-позитивний статус сприймається як значна небезпека. Побоюються шукати допомогу та підтримку через їхній статус меншість (18 із 40) респондентів. Небезпека «викрити» себе стримує бажання шукати підтримку в суспільстві, але потреба у такій допомозі все ж таки змушує йти до людей, звертатися до них. (Ще раз нагадаємо, що за словами ВІЛ-позитивних респондентів, вони, насамперед, потребують психологічної підтримки фахівців-психологів і оточуючих).

Частка ВІЛ-позитивних респондентів відчуває сором за свій статус і схильна покладати на себе провину за те, що відбулося (18 із 52 опитаних у кожному випадку). РКС більшою мірою схильні обвинувачувати самих себе. Найменше схильні відчувати сором через ВІЛ-статус представники групи ЧСЧ.

Надавачі послуг розповіли, яку допомогу надає їхня організація у тих випадках, коли представники груп ризику скаржаться на стигматизацію та дискримінацію. У громадських і благодійних організаціях жертвам стигматизації, насамперед, надають психологічну (реабілітаційну) допомогу:

- *«Проводимо групи самопомог, де люди діляться досвідом, висловлюють поради іншим. Ті, хто зазнав дискримінації, стигматизації, отримують психологічну підтримку. У нас така людина може отримати консультацію психолога»* (надавач послуг, керівник ГО);
- *«У нас є психолог, який може морально підтримати людину, дати пораду»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«У таких випадках надаємо консультацію психолога, соціального працівника»* (надавач послуг, керівник ГО).

Чимало організацій, в яких працюють надавачі послуг, надають жертвам дискримінації безоплатну юридичну консультацію. Є організації, в яких безпосередньо працює юрист, але найчастіше правову допомогу надають юристи, які співпрацюють з благодійними та громадськими організаціями:

- *«Пропонуємо допомогу юриста – нашого штатного або, залежно від випадку, позаштатного»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«У нас є юридичний супровід, з нашою організацією співпрацюють юристи Гельсінської спілки»* (надавач послуг, керівник ГО);
- *«З нашою організацією співпрацює юрист, до якого постраждала людина можна звернутися по допомогу. Юрист надає доскональну консультацію, за потреби допоможе звернутися до правоохоронних органів. Є безоплатна державна*

консультація: на першу консультацію постраждалого можна відправити до неї» (надавач послуг, соціальний працівник);

- *«Переадресуємо до юриста, який працює в іншій НГО»* (надавач послуг, соціальний працівник).

В Україні з 2017 р. працюють громадські радники або параюристи. Серед надавачів послуг були ті, хто як параюрист консультував представників груп ризику, надавав практичну правову допомогу:

- *«Я особисто є представником мережі параюристів. Я можу надати рекомендацію людині, яка зазнала дискримінації певну консультацію, допомогти скласти заяву, скаргу, пояснити, на що варто звернути увагу, щоб вона не загубилася. Єдине, що не всі звертаються по допомогу, і не всі готові йти далі, відстоювати власні права»* (надавач послуг, соціальний працівник).

Надавачі послуг не тільки безоплатно консультують жертв дискримінації або направляють до компліментарних юристів за консультацією. Вони безпосередньо захищають права представників груп ризику, тобто організовують і здійснюють правозахисний процес, особисто беруть в ньому участь. В окремих випадках йдеться про комплексний правозахисний супровід. Зокрема, надавачі послуг зустрічаються з посадовими особами, які утискають права клієнтів, проводять виховну роботу, домагаються встановлення справедливості:

- *«Ми можемо взяти людину за руку і піти разом з нею до лікаря або в поліцію, вирішити конфліктне питання»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«Якщо необхідно, надаємо правову підтримку, консультацію юриста. В окремих випадках, коли дискримінацію вчинила конкретна людина, яку ми знаємо, ми навіть можемо з нею зустрітися, поговорити, провести виховну роботу»* (надавач послуг, керівник ГО);
- *«Якщо до нас звертаються по допомогу, ми намагаємося допомогти: складаємо скаргу, телефонуємо до організації, де скривдили людину, намагаємось якимось вплинути на ситуацію, на кривдника. Якщо ідуть на контакт – приходимо особисто, проводимо роз'яснювальну роботу»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«За потреби забезпечуємо супровід, беремо участь у консультаціях, обговорюємо з юристом усі питання і ухвалюємо спільно рішення»* (надавач послуг, соціальний працівник).

Надавачі послуг зазначають, що клієнти нерідко самі відмовляються розпочинати правозахисний процес, намагаються уникнути розголосу про їхній соціальний та ВІЛ-статус:

- *«У нас є два юристи, які надають безоплатну юридичну допомогу... На жаль, дуже часто самі ж клієнти відмовляються від правового процесу, коли потрібно піти, написати заяву, все повністю задокументувати і далі вести справу»* (надавач послуг, керівник ГО).

Надавачі послуг, які є медпрацівниками, допомагають отримати якісні медичні послуги у тих випадках, коли клієнтам відмовляють у закладах первинної медичної

допомоги. Таких клієнтів направляють до лікарів відповідного фаху, які співпрацюють з Центрами профілактики СНІДу:

- *«Якщо медпрацівник відмовив ВІЛ-позитивному пацієнту надати медичні послуги, то зв'язуємося з лікарями, які співпрацюють з нашим Центром профілактики СНІДу. Ці медпрацівники готові надавати відповідні послуги. Йдеться про стоматологів, гінекологів, терапевтів. Якщо наш клієнт скаржитися на дискримінацію, ми направляємо до інших фахівців, які краще підготовлені до роботи з ВІЛ-позитивними пацієнтами і не відмовляють їм»* (надавач послуг, медпрацівник).

Громадські організації, в яких працюють надавачі послуг, інформують представників груп ризику та ЛЖВ, де вони можуть отримати таку допомогу, якщо їх права утискаються:

- *«Поширюємо інформацію про те, куди представники груп ризику або ВІЛ-позитивні люди можуть звернутися за допомогою. Це телефони «гарячої лінії» Центру з профілактики СНІДу. Це телефони відділів сім'ї та молоді у держадміністрації. Це контакти координатора благодійної організації та юристів Хельсінкської спілки. Разом вони зможуть забезпечити кваліфікований правовий супровід, захистити права людини, яку дискримінують»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«Ми поширюємо об'яви, в яких інформуємо про готовність надати безоплатну правову допомогу, консультацію, вказуємо свої контакти. У нас є візитки, які ми роздаємо»* (надавач послуг, керівник ГО).

Експерти та надавачі послуг висловили рекомендації, спрямовані на попередження (профілактику) стигматизації та дискримінації ЛЖВ. На їхню думку, ставлення суспільства до ВІЛ-позитивних людей може змінити насамперед просвітництво населення. Системна виховна робота з часом призведе до якісних позитивних зрушень у масовій свідомості:

- *«Що стосується попередження стигматизації, то тут нормативними змінами багато чого не вдієш. Тут просто потрібне інформування населення та час»* (експерт, медпрацівник);
- *«Необхідні різноманітні інформаційно-просвітницькі акції у засобах масової інформації. Доцільно говорити про програми «зменшення шкоди», замісну підтримувальну терапію, постконтактну профілактику. Якщо ми просвітницьку роботу почнемо з дітей, то з часом вони почнуть терпимо, з розумінням сприймати саму проблему ВІЛ-захворювання, толерантніше ставитися до ВІЛ-позитивних людей та групи ризику. Потрібен час та інформація»* (експерт, заступник директора Центру з профілактики СНІДу).

Інформування населення має насамперед зруйнувати поширені стереотипи про СНІД як хворобу вузького прошарку маргіналів (паріїв) суспільства. Необхідно домогтися, щоб українські громадяни були обізнані про природу ВІЛ-інфекції, шляхи поширення, про можливості її лікування. Необхідно сформувати в суспільній свідомості нові уявлення: що інфікуватися ВІЛ може будь-хто, представник будь-якої соціальної групи населення, що сучасне лікування надає можливість ВІЛ-позитивним людям жити достатньо довго:

- *«У масі зберігається міф про ВІЛ як про чуму ХХ ст., що це небезпечна і невиліковна хвороба маргіналів. Потрібно спростувати цей міф: розказувати населенню як передається інфекція, що інфікуватися може будь хто, що сьогодні хворобу можна контролювати, зберігаючи хронічний перебіг, і ВІЛ-позитивна людина може жити тривалий час»* (надавач послуг, лікар-психолог).

Роз'яснювальна робота має поширити та затвердити у масовій свідомості думку, що ВІЛ-позитивні люди можуть (і мають) працювати і навчатися поряд з іншими людьми, не створюючи загрозу для інших. Тобто виховна робота має пропагувати ідею інклюзії ВІЛ-позитивних людей. Експерти наводили приклади іноземного досвіду, який доводить: спільна праця і навчання з ВІЛ-позитивними людьми сприяють зменшенню страхів щодо них у оточуючих, допомагають формуванню толерантного ставлення:

- *«Коли люди постійно працюють з представниками груп ризику, вони звикають до їх, перестають сприймати як особливий виняток з життя і перестають стигматизувати цих людей»* (експерт, лікар);
- *«У Німеччині був такий цікавий експеримент. В одному місті у державному і приватному секторі були виділені робочі місця для хворих на ВІЛ, туберкульоз, колишніх ЛВІН тощо. Вони працювали поряд з іншими людьми і були живим зразком, з якими проблемами вони стикаються, як долають свою хворобу, залежність. Інші працівники з часом звикли до них, і стали ставитися толерантніше. Це яскравий приклад, коли інклюзивна співпраця сприяє подоланню відчуження, стигматизації та дискримінації в суспільстві»* (надавач послуг, лікар).

Наголошувалося на тому, що просвітництво має бути всеохоплюючим, і розпочинатися зі школи, з інформування дітей і підлітків:

- *«Необхідно проводити широку роз'яснювальну роботу серед населення, починаючи зі школи»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«Інформувати потрібно починаючи зі школи, на уроках «Безпека життя»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Інформування населення про ВІЛ та групи ризику потрібно розпочинати зі школярів. У школі таку інформацію доцільно надавати у межах курсу «Основи безпеки життя». Одночасно необхідно формувати толерантне ставлення у дітей до ВІЛ-позитивних людей»* (експерт, лікар).

Окремою цільовою аудиторією мають стати батьки дітей – школярів і вихованців дитячих садків:

- *«Я вважаю, що і в дитячих закладах має проводитися просвітницька робота не тільки з вихователями та медичними працівниками, але й з батьками. Батьки теж повинні знати, що дитина має право ходити в дитячий заклад, ніхто не має права розголошувати статус цієї дитини»* (надавач послуг, глава ГО).

Інформувати та виховувати потрібно і персонал дитячих садків – вихователів і медпрацівників:

- *«Ми запропонували зібрати керівників дошкільних закладів і медичний персонал дошкільних закладів, щоб провести просвітницьку роботу, щоб ці працівники на місцях провели таку ж роз'яснювальну роботу з вихователями та батьками. Вважаю, що це треба робити постійно, регулярно, тоді випадків дискримінації не буде»* (надавач послуг, керівник ГО).

На думку експертів і надавачів послуг, сучасна просвітницька робота передбачає активне застосування реклами в електронних ЗМІ, насамперед, на телебаченні та в інтернеті, соціальних мережах. Без цього інформування населення не буде ані масштабним (всеохоплюючим), ані ефективним:

- *«Для зменшення стигматизації та випадків дискримінації потрібно активно застосовувати соціальну рекламу та інші засоби інформування через телебачення та соціальні мережі»* (надавач послуг, соціальний працівник);
- *«Соціальна реклама у ЗМІ, в інтернеті»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу);
- *«Це має бути соціальна реклама у засобах масової інформації. Можливо, зробити відеоролики з людьми, які відверто говорять про свій ВІЛ»* (експерт, заступник директора Центру з профілактики СНІДу).

Експерти неодноразово висловлювали думку, що на аудиторію найбільше вплинуть відверті сповіді ВІЛ-позитивних людей, їх розповіді про власний життєвий досвід, про те, як вони стикнулися з ВІЛ, як протистоять хворобі. Такий підхід сприятиме усвідомленню того, що ВІЛ поряд, що інфікуватися може кожен, що ВІЛ-позитивні – такі самі люди. Відповідно, такі відеосповіді сприятимуть поширенню та зміцненню в суспільстві толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей:

- *«Думаю, найкраще спрацює розкриття власного досвіду ВІЛ-позитивної людини. У нас у суспільстві поширена думка, що ВІЛ стосується інших, а не мене... Не вистачає інформаційної кампанії, спрямованої на те, щоб люди зрозуміли: ВІЛ дуже близько, він поряд, щоб люди ВІЛ-інфіковані у роликах на телебаченні розказали: ось я живу, у мене ВІЛ, ось так воно сталося. З такою рекламою краще виходити в соцмережі»* (експерт, лікар).

Інформаційна кампанія має бути диференційованою, залежно від того, на яку цільову групу та аудиторію вона спрямована:

- *«Необхідна просвітницька робота, причому серед різних прошарків населення. Має бути диференційований підхід, але цей момент майже завжди ігнорувався. І це має бути не разова реклама, не разові акції, а системна, постійна робота»* (експерт, директор Центру з профілактики СНІДу).

Щодо особливості просвітницької роботи серед молоді, то тут експерти зазначали про необхідність активної присутності в інтернеті, розгортання роботи в соціальних мережах:

- *«Враховуючи те, що молодь не дивиться телевізор, давати рекламу, інформувати потрібно через інтернет, через соціальні мережі»* (експерт, лікар).

На думку експертів, важливим каналом інформування сільського населення є телебачення, оскільки в сільській місцевості інтернет ще не здобув свого поширення:

- *«Телевізійну рекламу доречно використовувати, коли йдеться про сільське населення. Для них інтернет часто є недоступним. Люди дивляться телевізор. Це має бути соціальна реклама, спрямована на профілактику ВІЛ-інфекції, а також виховання толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей»* (експерт, заступник директора Центру з профілактики СНІДу).

Висновки до Розділу 4

Значна частка представників груп ризику переживають фрустрації через те, що вживають наркотики або займаються комерційним сексом, або практикують секс з чоловіками. Внаслідок цього відчувають провину 35,7% опитаних, сором – 42,2%, побоюються шукати допомогу чи підтримку – 38,7%. Переважна більшість (73,8%) респондентів боїться, що про їхню поведінку дізнається хтось із соціального оточення. Фрустраційні переживання особливо притаманні ЛВІН. Серед представників цієї групи ризику більшість відчуває сором (56,2%) або провину (60,4%) через вживання наркотиків, що свідчить про внутрішній моральний конфлікт. Експерти підтверджують, що представники груп ризику схильні до саможигматизації, нерідко сприймають себе як ущербну людину. Сажожигматизація робить проблематичним правозахист цієї категорії громадян, боротьбу з дискримінацією і з рештою – їхню інтеграцію в соціальне середовище.

Переважаа більшість представників груп ризику намагається приховати те, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками від свого найближчого оточення – членів родини (71,7%), інших родичів (86,4%), сусідів і знайомих (83,1%), а також у державних медичних закладах (81,0%). Серед представників груп ризику найменше схильні приховувати свою поведінку респонденти-ЧСЧ. Свою сексуальну орієнтацію не приховують від членів родини 35,0% опитаних ЧСЧ, від сусідів і знайомих – 22,5%.

Про поведінку респондентів найчастіше обізнані члени їхньої родини. Майже половина (43,3%) всіх опитаних повідомили, що членам сім'ї відомо про те, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками. У більшості опитаних ЛВІН (60,5%) члени сім'ї знають про те, що вони вживають наркотики. Серед представників груп ризику це найбільший показник обізнаності членів родини.

Соціальне оточення, яке обізнано про поведінку респондентів, нерідко проявляє до них нетолерантне ставлення, дискримінацію та стигматизацію. Найагресивніше поводить себе щодо груп ризику поліція. Серед респондентів, про поведінку яких було відомо поліції, 41,0% зазнали дискримінації та стигматизації з боку правоохоронців. Найчастіше з дискримінацією та стигматизацією з боку поліції стикаються ЛВІН. Більше ніж

половина (63,6%) опитаних ЛВІН, про чию поведінку було відомо в поліції, зазнали дискримінації та стигматизації з боку правоохоронців.

Питання захисту від дискримінації та стигматизації є досить актуальним для представників груп ризику. Серед усіх опитаних 12,8% повідомили, що їм потрібен додатковий захист від дискримінації у своєму місті.

Серед тих, хто стикався з випадками дискримінації та стигматизації через вживання наркотиків / зайняття комерційним сексом / зайняття сексом з чоловіками, 20 осіб зверталися за допомогою внаслідок порушення їхніх прав, цькуванням та приниженням. Найчастіше зверталися по допомогу до друзів (7 згадувань), соціального працівника (6 згадувань) та психолога (6 згадувань). Три респонденти зазначили, що зверталися по допомогу до поліції. В одному випадку респондент (ЧСЧ) попросив надати допомогу родичам.

Всього серед опитаних МПГР зазнавали дискримінації **19,9%** (в тому числі 26,0% ЛВІН, 13,7% РКС та 20,0% ЧСЧ). Серед тих, хто стикався з випадками дискримінації та стигматизації через вживання наркотиків / зайняття комерційним сексом / зайняття сексом з чоловіками, тільки **11,2%** зверталися за допомогою внаслідок порушення їхніх прав, цькування та приниження.

Кількість випадків, коли респонденти зверталися по допомогу до друзів, є майже такою самою, як і число звернень до соціального працівника або психолога, психотерапевта. Це свідчить про високий рівень довіри представників груп ризику до зазначених фахівців, про важливість їх ролі в житті респондентів. Додаткове запитання дало змогу з'ясувати, що соціальні працівники в усіх випадках були співробітниками громадських організацій і благодійних фондів. Отже, у питанні захисту прав представників груп ризику неурядові організації мають виняткове значення.

Майже всі респонденти (19 із 20), які зверталися по допомогу внаслідок дискримінації та стигматизації, отримали допомогу – «повною мірою» (8 із 20) або принаймні «частково» (11 із 20). Отже, практику звернення за допомогою у випадку утискування прав груп ризику можна кваліфікувати як результативну. Цю обставину слід пропагувати, щоб представники груп ризику намагалися активніше відстоювати свої права, не терпіли та не приховували психологічного й фізичного насильства стосовно себе.

Респонденти, які стикалися з випадками дискримінації та стигматизації, але не зверталися за допомогою для захисту своїх прав, пояснюють свою бездіяльність насамперед тим, що, на їхню думку, інші люди їм не можуть допомогти (41,5%), а також небажанням загострювати конфлікт (42,1%). При цьому 16,4% респондентів просто не знали, куди звернутися по допомогу. Така ж частка (16,4%) респондентів утрималася від пошуку допомоги для захисту власних прав, оскільки намагалася приховати свою поведінкову практику, уникнути розголосу про себе. У такій ситуації важливо, щоб поряд опинилася людина, якій довіряє жертва несправедливості. Йдеться про соціального працівника або психолога. Серед представників груп ризику необхідно поширювати інформацію, в яких випадках і до кого вони можуть звернутися, щоб отримати необхідну допомогу.

Майже всі опитані надавачі послуг стикалися із скаргами представників груп ризику на стигматизацію та дискримінацію. **Найчастіше йдеться про стигматизацію та нетолерантне ставлення з боку працівників поліції, медиків, соціального оточення у закладах освіти.** ЛВІН найчастіше скаржаться на зневажливе ставлення, дискримінацію та насильство з боку **поліції**. Йдеться про безпідставне затримання, ображання, побиття, змушування взяти на себе чужу провину (злочин). Конфлікти з поліцією пов'язані із замісною метадоновою програмою, коли порушується лікарська таємниця, а ЛВІН звинувачують у кримінальних правопорушеннях. **РКС** також скаржаться на стигматизацію та порушення власних прав з боку працівників **поліції**. **ЧСЧ** скаржаться на нетолерантне ставлення та насильство з боку однолітків у закладах освіти. Причому адміністрація у закладах освіти не реагувала на прояви **булінгу**.

Окремі експерти вважають доцільним посилити покарання (санкції) поліції за прояви стигматизації та дискримінації. Проте таку точку зору підтримують далеко не всі. Домінує думка, що головним має бути не стільки жорсткість покарання, скільки його невідворотність. Тому важливіше – забезпечити ефективну адвокацію та захист прав груп ризику. Водночас експерти зазначають, що ефективна адвокація пов'язана з певними труднощами, передусім насамперед, небажанням самих жертв дискримінації активно відстоювати власні права, ініціювати правозахисний процес. Думки експертів збігаються в тому, що необхідно проводити виховну роботу серед працівників поліції, інформувати їх про природу ВІЛ-інфекції, способи її поширення, права представників груп ризику, відповідальність за дискримінацію та стигматизацію.

Виходячи з власного досвіду, надавачі послуг зазначають, що освітня та виховна робота серед професійних груп є ефективною, дійсно змінює ставлення до представників груп ризику. Освітня та виховна робота серед правоохоронців, лікарів, педагогів має бути спрямована насамперед на формування етичних установок і практичних навичок спілкування з представниками груп ризику. Експерти рекомендують використовувати такі формати навчання, як тренінги, семінари та круглі столи. Як викладачів доцільно залучати лікарів Центрів з профілактики СНІДу, представників громадських організацій і тренінгових центрів, які працюють з групами ризику. Місцем проведення освітніх закладів можуть стати інститути підвищення кваліфікації педагогічних і медичних кадрів.

На думку експертів, практична роботи та регулярне спілкування з представниками груп ризику з часом виконують виховну функцію, сприяють формуванню у правоохоронців, лікарів, педагогів толерантного ставлення до представників груп ризику. Зокрема, нові правила надання медичних послуг робить лікаря первинної ланки зацікавленим у довгострокових компліментарних стосунках з клієнтами, у тому числі ВІЛ-позитивними.

Експерти та надавачі послуг вважають, що важливою передумовою зменшення дискримінації та стигматизації ЛВІН, РКС, ЧСЧ є забезпечення невідворотності покарання тих, хто припустився порушення прав представників груп ризику. Для забезпечення захисту прав представників груп ризику необхідні дієві організаційні ресурси для адвокації, а також поінформованість груп ризику про наявність можливостей захисту власних прав. Успіх адвокації залежить від впевненості клієнтів у власній правоті, їхньої готовності послідовно відстоювати власну гідність. І таку готовність слід

виховувати серед представників груп ризику, оскільки самі вони схильні до самостигматизації.

Окремі експерти та надавачі послуг висловилися за впровадження правових норм, які легалізують вид зайнятості та спосіб життя представників груп ризику, сприятимуть їх соціальній інтеграції, формуванню прихильного ставлення до них з боку суспільства. Йдеться про декриміналізацію та легалізацію комерційних сексуальних послуг, зміну політики у сфері обігу наркотиків у бік лояльного ставлення до споживача (зокрема, збільшення дозвільних норм наркотичних речовин для власного споживання), а також надання права ЧСЧ укладати шлюб та всиновлювати дітей.

Надавачі послуг навели приклади відомих їм випадків, коли порушувалися права ЛЖВ. Найчастіше йшлося про ненадання медичної допомоги ВІЛ-позитивному пацієнту, а також дискримінацію при влаштуванні на роботу, відрахування дитини з дитячого садка або школи. В усіх випадках причиною дискримінації був саме ВІЛ-статус. На думку окремих надавачів послуг, випадків дискримінації було б набагато більше, якби ЛЖВ не приховували свій статус від оточуючих. Лише завдяки анонімності їм вдається забезпечувати інтеграцію в соціальне середовище.

У громадських і благодійних організаціях, де працюють надавачі послуг жертвам стигматизації, насамперед надають психологічну (реабілітаційну) допомогу, а також безоплатну юридичну консультацію. Є організації, в яких безпосередньо працює юрист, але найчастіше правову допомогу надають юристи, які співпрацюють з НУО. Надавачі послуг, які є медпрацівниками, допомагають отримати якісні медичні послуги у тих випадках, коли клієнтам відмовляють у закладах первинної медичної допомоги. Таких клієнтів направляють до лікарів відповідного фаху, які співпрацюють з центрами профілактики СНІДу.

Надавачі послуг не тільки безоплатно консультують жертв дискримінації або направляють до компліментарних юристів за консультацією. Вони безпосередньо захищають права представників груп ризику, тобто організовують і здійснюють правозахисний процес, особисто беруть у ньому участь. В окремих випадках йдеться про комплексний правозахисний супровід. Зокрема, надавачі послуг зустрічаються з посадовими особами, які утискують права клієнтів, проводять виховну роботу, домагаються відновлення справедливості.

На думку експертів та надавачів послуг, змінити ставлення суспільства до ВІЛ-позитивних людей може насамперед **просвітництво населення**. Системна виховна робота спричинить якісні позитивні зрушення у масовій свідомості. Інформування населення має насамперед зруйнувати поширені стереотипи про СНІД як хворобу вузького прошарку маргіналів (паріїв) суспільства. Необхідно домогтися, щоб українські громадяни були обізнані про природу ВІЛ-інфекції, шляхи поширення, можливості її лікування. Необхідно сформувані в суспільній свідомості нові уявлення: що інфікуватися ВІЛ може будь-хто, представник будь-якої соціальної групи населення, що сучасне лікування надає можливість ВІЛ-позитивним людям жити достатньо довго.

Роз'яснювальна робота має поширити та затвердити у масовій свідомості думку, що ВІЛ-позитивні люди можуть і мають працювати та навчатися поряд з іншими людьми, не створюючи загрозу останнім. Виховна робота повинна пропагувати ідею інклюзії ВІЛ-

позитивних людей. Експерти наводили приклади іноземного досвіду, який доводить, що спільна праця та навчання з ВІЛ-позитивними людьми сприяють зменшенню страхів щодо них у оточуючих, допомагають формуванню толерантного ставлення.

Наголошувалося на тому, що просвітництво має бути всеохоплюючим і розпочинатися зі школи, інформування дітей і підлітків. Окремою цільовою аудиторією повинні стати батьки дітей – школярів і вихованців дитячих садків. Інформувати та виховувати потрібно і персонал дитячих садків – вихователів і медпрацівників.

На думку експертів і надавачів послуг, сучасна просвітницька робота передбачає активне застосування реклами в електронних ЗМІ, насамперед, на телебаченні та в інтернеті, соціальних мережах. Без цього інформування населення не буде ані масштабним (всеохоплюючим), ані ефективним. На аудиторію найбільше вплинуть відверті сповіді ВІЛ-позитивних людей, їх розповіді про власний життєвий досвід, про те як вони зіткнулися з ВІЛ, як протистояють хворобі. Такий підхід сприятиме усвідомленню того, що ВІЛ поряд, що інфікуватися може кожен, що ВІЛ-позитивні – такі самі люди. Відповідно, такі відеосповіді будуть сприяти поширенню та зміцненню в суспільстві толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей.

Інформаційна кампанія за своїми інструментами має бути диференційованою, залежно від того, на яку цільову групу, аудиторію вона спрямована. Щодо особливості просвітницької роботи серед молоді, то тут експерти зазначали про необхідність активної присутності в інтернеті, розгортання роботи в соціальних мережах. Важливим каналом інформування сільського населення є телебачення, оскільки в сільській місцевості інтернет ще не має свого поширення.

РОЗДІЛ 5. РОЗШИРЕННЯ СПЕКТРУ ПОСЛУГ ДЛЯ МПГР

Молоді представники груп ризику надали під час опитування також опосередковану інформацію стосовно тих послуг щодо профілактики та тестування на ВІЛ, яких, на їх погляд, не вистачає молодим людям у місті. Таких респондентів загалом по масиву виявилось 19,5%. Серед ЧСЧ – найбільша кількість (29,1%), серед РКС – 15,3%, а серед ЛВІН – 14%. Значна частка послуг з профілактики та тестування на ВІЛ надається через певні канали інформації. На запитання стосовно того, наскільки зручними були б для МПГР канали інформації про послуги профілактики та тестування на ВІЛ, було надано такі відповіді (рис. 5.1).



Рис. 5.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Наскільки зручними були б для Вас та інших молодих людей, як Ви, такі канали інформації про послуги профілактики та тестування на ВІЛ?», %

За даними рис. 5.1, запропоновані для оцінки зручності канали інформації про послуги профілактики та тестування на ВІЛ для більшості опитаних виявилися зручними. Стосовно таких каналів, як онлайн-консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я (80,4% ствердних відповідей), спілкування із соціальним працівником (77,1%), телефон довіри («гаряча лінія») (73,6%), лекції, бесіди у закладі освіти (71,7%), реклама в соціальних мережах (63,5%), додаток для мобільних пристроїв (65,8%) та реклама на біл-бордах (63,4%), друкована продукція (буклети, брошури) (53,4%), то вони більшістю МПГР оцінюються як зручні та дуже зручні.

Щодо такого каналу інформації, як примусова реклама на екрані, яка не вимикається декілька секунд, то 61,8% опитаних вважають його незручним. Значний відсоток тих, хто дотримується думки про незручність, припадає на МПГР, які висловили негативну оцінку щодо такого каналу, як реклама на телебаченні (49,4%).

Експерти під час глибинних інтерв'ю надали слушні пропозиції щодо поширення переліку послуг для молодих представників груп ризику у своєму місті. Якщо говорити про усіх представників ключових груп, то назвемо найбільш згадувані пропозиції.

По-перше, це надання пакета послуг в одній установі/організації, оскільки клієнти мають «бігати» від однієї клініки до іншої, та збільшення персоналу, який працює безпосередньо з пацієнтами. Крім того, не завжди зберігається конфіденційність при консультуванні з лікарем через малі приміщення та збільшення кількості пацієнтів:

- *«Хотілося б, щоб ті послуги були, якщо не у всіх організаціях безоплатними, то хоча б у нас вони були, ті послуги, які суто потрібні для наших пацієнтів, щоб вони були в нашій установі, і їх нікуди, як вони кажуть, ми їх всюди ганяємо. Щоб вони прийшли в одну установу, обстежилися повністю та пішли собі. А не бігали. Ще там щось – вони ще кудись біжать. Рентген так само вони бігають, роблять. І вони просто не всі хочуть того. Нам потрібне більше приміщення, щоб була більша конфіденційність між пацієнтами. У нас в одному кабінеті може бути 2–3 лікарі і 2–3 пацієнти зразу одночасно. Вони пересікаються, бояться тієї конфіденційності»* (експерт, Львівська область).

По-друге, це соціальний супровід і налагодження роботи «гарячої лінії», куди би могли звернутися МПГР у будь-який час з будь-якою проблемою:

- *«...Послуги не тільки для наших клієнтів, а також більше розширити послуги для сім'ї, членів сім'ї, налагодити роботу дитячого центру. Надати можливість, і щоб ті спеціалісти, і соціальний педагог, можливо, і інші спеціалісти працювали з нашими клієнтами. Тобто, збільшити послуги в соціальній сфері, психологічному напрямі, юридичному напрямі, підтримка супроводу АРТ. Особливо для молоді – інформаційно-просвітницька підтримка, робота «рівний – рівному». Важливою є також робота груп самопомогі. Це все потрібно розвивати, проводити тренінги з ними, тренінги для наших клієнтів, навчати, щоб вони отримували навички безпечної поведінки, отримували інформацію стосовно свого здоров'я»* (експерт, Дніпропетровська область);
- *«Я вважаю, що якби у нас були телефони гарячої лінії, куди вони могли б звернутись, центри такої психологічної підтримки саме в таких ситуаціях, в ситуаціях кризових, то, напевно, це було б дуже добре і гарною профілактикою суїцидальної поведінки в тому числі»* (експерт, Донецька область).

Серед інших пропозицій поширення послуг, на яких наголошували експерти, були: розповсюдження фемідомів (як для РКС, так і для ЧСЧ), тести на гепатити, інформаційна робота з ключовими групами та навчальні тренінги для соціальних працівників по роботі з даною категорією клієнтів і пацієнтів.

Аналіз пропозицій експертів окремо для кожної ключової групи доводить, що для РКС, це, насамперед, збільшення кількості презервативів і лубрикантів, забезпечення РКС гінекологічними пакетами, мазями, бинтами та хлоргексидином.

Що стосується пропозицій послуг для ЧСЧ, то часто експерти згадували про комп'ютерну томографію та послуги урологів, кондомати, мобільну амбулаторію, послуги дерматовенерологів, партнерські тести та посилення мотивації (забезпечення пайками, роздатковими матеріалами), створення груп взаємопідтримки та консультації «рівний – рівному».

На думку експертів, найбільш затребуваними послугами для ЛВІН мають бути: доступ до хірурга та тубдиспансеру, де вони можуть пройти рентгенографію та здати мокроту на виявлення туберкульозу, збільшення кількості роздаткового матеріалу, у тому числі шприци, спиртові серветки, експрес-тести. Для тих ЛВІН, які перебувають на ЗПТ, експерти пропонували посилити інформаційну роботу щодо необхідності рентгенографії.

Під час опитування МПГР було з'ясовано думку про **готовність респондентів скористатися швидким тестом крові** (для цього потрібно проколоти палець спеціальним пристроєм для отримання краплі крові). Відповідно до отриманих результатів, майже третина респондентів вже робили подібні тести (більшість – серед ЧСЧ), 57% поділяють думку про свою готовність скористатися такими тестами, а 10,5% опитаних заявили, що не готові до таких тестів. У порівнянні з ЛВІН та РКС, ЧСЧ виявили найменший рівень готовності до користування такими тестами (49,3% ствердних відповідей).

Серед причин, які можуть завадити зробити швидкий тест крові, було отримано такі: серед усіх респондентів це переважно нерозуміння інструкції до тесту (4%) та недостатньо інформації щодо тесту (4,9%), побоювання неправильно зробити тест (7,7%) та самотійно колоти палець, щоб отримати кров (7%). Серед тих, хто неготовий пройти такий тест, кому було важко відповісти на це запитання або тих, хто висловив бажання зробити тест, головними причинами, що можуть завадити це зробити, є: побоювання неправильно зробити тест (53,8%) та самотійно колоти палець, щоб отримати кров (48,5%), небажання робити такий тест на самоті (28,5 %).

Щодо **користування швидким тестом слини**, то ним вже користувалися 3,9% МПГР, неготовність до цього виявили 6,3%, переважна більшість опитаних (85,8%) повідомили, що готові зробити подібний тест. При цьому розподіл відповідей респондентів, які готові зробити такий тест, за групами ризику, майже ідентичний (табл. 5.2).

Стосовно причин, які можуть завадити зробити швидкий тест слини, серед тих МПГР, які не готові скористатися швидким тестом слини або кому важко відповісти, чи готовий, можна виокремити такі: недостатньо інформації щодо тесту (43%), побоювання неправильно зробити тест (38,7%) та побоювання не зрозуміти інструкцію до тесту (31,2%). Висока ціна тесту є стримуючим чинником для 18% респондентів, у більшості випадків для ЛВІН (31,4%) і меншою мірою для ЧСЧ (4,8%).

Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Чи готові Ви особисто скористатися швидким тестом слини (для цього потрібно зробити мазок спеціальною тестовою смужкою по яснам)?», за групами ризику, %

	Серед ЛВІН	Серед РКС	Серед ЧСЧ	Серед усіх
Зовсім неготовий/а	2,7	4,0	2,3	3,0
Скоріше, неготовий/а	4,3	4,7	1,0	3,3
Скоріше, готовий/а	27,1	25,9	15,7	22,8
Повністю готовий/а	57,9	57,1	73,9	63,0
<i>Вже робив/ла це</i>	3,3	4,7	3,6	3,9
Важко відповісти	4,7	3,7	3,6	4,0

З 1 квітня 2019 р. в межах медичної реформи пацієнт має право на свій розсуд обрати будь-який лікувальний заклад (якщо він приєднався до медреформи), обрати лікаря первинної ланки за своїм бажанням та отримувати інформацію про своє лікування. Крім того, пацієнти можуть ознайомлюватися з медичною документацією, отримувати відповідні виписки з медичної картки, результати досліджень.

Під час опитування МПГР було цікавим дізнатися, чи підписали респонденти декларацію зі своїм сімейним лікарем. Виявилось, що загалом по масиву усіх опитаних більшість (61,4%) таку декларацію підписали. Лідирують у підписанні декларації ЧСЧ (71,6%), а ЛВІН до підписання цього документа поставилися неохоче. Щодо РКС, то більшість (64,8%) позитивно відповіли на це запитання. Водночас кожен десятий ЧСЧ та 6,4% ЛВІН нічого не знають про існування такої декларації. Найобізнанішими у цьому питанні виявилися РКС – серед них 3,7% повідомили про свою необізнаність щодо підписання декларації.

Висновки до Розділу 5

Майже третина респондентів мають *досвід тестування швидким тестом крові*. 57% МПГР висловили свою готовність до такого виду тестування, а 10,5% зазначили, що є неготовими до цього. Серед стримуючих причин стосовно такого тестування є побоювання неправильно зробити тест (7,7%) та самостійно колоти палець, щоб отримати кров (7%) та небажання робити такий тест на самоті (4,1%). На недостатність інформації щодо тесту та імовірність неправильно зрозуміти інструкцію до тесту поскаржилися 4,9% та 4% респондентів відповідно.

До *користування швидким тестом слини* вдавалася незначна кількість МПГР (3,9%, причому більшість – серед РКС – 4,7%); 85,8% МПГР висловили свою готовність до такого тестування, а 6,3% зазначили про те, що є неготовими пройти такий тест. Серед причин, що стримують зробити таке тестування, є брак інформації щодо тесту (4,4%), побоювання неправильно зробити тест (4%) та не зрозуміти інструкцію до тесту (3,2%). Висока ціна тесту є стримуючим чинником для такого тестування переважно для ЛВІН (3,9% проти 1,9% серед усіх МПГР).

Більшість МПГР (61,4%) підписали декларацію із сімейним лікарем, а 6,8% взагалі нічого про декларацію не чули. Кількість тих МПГР, які підписали декларацію, найбільшою є серед ЧСЧ (71,6%), найменшою – серед ЛВІН (47,5%). Водночас ЧСЧ випереджають серед тих МПГР, які нічого про таку декларацію не чули (10,5%).

Правової допомоги (юридичних послуг) переважно потребують РКС (20,6%). Захист від дискримінації є актуальною послугою для ЧСЧ (10,3%). МПГР повідомили також про необхідність можливості проходження тестування на інші захворювання (5,1%): тестування на сифіліс, гонорею, хламідіоз та інші ПСШ (2,6 %), а також на гепатит (1,8%).

За отриманими експертними пропозиціями доходимо таких висновків. Якщо говорити про усіх представників ключових груп, то найбільш згадуваними пропозиціями є:

1) надання пакета послуг в одній установі/організації, оскільки клієнти мають «бігати» від однієї клініки до іншої, та збільшення персоналу, який працює безпосередньо з пацієнтами. Не завжди зберігається конфіденційність при консультуванні з лікарем через малі приміщення та збільшення кількості пацієнтів;

2) соціальний супровід і налагодження роботи «гарячої лінії», куди могли б звернутися МПГР у будь-який час з будь-якою проблемою.

Аналіз пропозицій експертів окремо для кожної ключової групи доводить, що для **РКС**, це, насамперед, збільшення кількості презервативів і лубрикантів, забезпечення РКС гінекологічними пакетами, мазями, бинтами та хлоргексидином.

Щодо пропозицій послуг для **ЧСЧ**, то часто експерти згадували про комп'ютерну томографію та послуги урологів, кондомати, мобільну амбулаторію, послуги дерматовенерологів, партнерські тести та посилення мотивації (забезпечення пайками, роздатковими матеріалами), створення груп взаємопідтримки та консультації «рівний – рівному».

На думку експертів, найбільш затребуваними послугами для **ЛВІН** мають бути: доступ до хірурга та тубдиспансеру, де вони можуть пройти рентгенографію та здати мокроту на виявлення туберкульозу, збільшення кількості роздаткового матеріалу, у тому числі шприци, спиртові серветки, експрес-тести. Для тих ЛВІН, які перебувають на ЗПТ, експерти пропонували посилити інформаційну роботу щодо необхідності рентгенографії.

Серед інших пропозицій поширення послуг, на яких наголошували експерти, були: розповсюдження фемідомів, тести на гепатити, інформаційна робота з ключовими групами та навчальні тренінги для соціальних працівників по роботі з цією категорією клієнтів і пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Спектр послуг для МПГР

- 1.1. Опитаним МПГР в основному відомі ВІЛ-сервісні послуги: тестування на ВІЛ швидкими тестами (76,2%); видача презервативів (73%); консультування щодо ризикованих сексуальних практик, попередження передачі ВІЛ та інших захворювань (56,6%). Консультування щодо туберкульозу відомо тільки 20% опитаних.
- 1.2. Отримання презервативів і лубрикантів МПГР оцінюють як добре відомі соціальні послуги (73,3% та 50,4 % ствердних відповідей відповідно), але скаржаться на їхню погану якість і недостатню кількість.
- 1.3. Консультування щодо попередження передачі ВІЛ 39,8% МПГР отримували протягом останніх 6 місяців. Кожен п'ятий з опитаних звертався до цієї послуги понад 6 місяців тому.
- 1.4. Кожного десятого МПГР ніколи не було охоплено інформаційною кампанією щодо профілактики та тестування на ВІЛ. Третина опитаних ніколи не отримували консультацій з профілактики туберкульозу; 7,7% МПГР – презервативів, а 12,8% отримували їх більше ніж 6 місяців тому.
- 1.5. Серед головних причин незадоволення отриманими послугами, які респонденти називали самостійно у відповідь на відкрите запитання, є далека відстань до організації, низька інформативність консультацій, нецікавість або залякування з боку консультантів.
- 1.6. На закриті запитання з варіантами відповідей щодо того, яких послуг не вистачає МПГР, були названі: більш якісні презервативи (28,9%), онлайн-консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я (24,4%), можливість безоплатно отримувати шприци та/або презервативи за картою клієнта в аптеці (23,2%), особисте спілкування з психологом (20,3%), додаток у смартфоні, де можна зручно отримувати інформацію щодо здоров'я (18,9%), групові заняття, спілкування у групі молодих людей (14,3%).
- 1.7. Опитані експерти зазначили, що протягом 1–2 останніх років, з одного боку, спостерігається поширення інституцій, що надають ВІЛ-сервісні послуги, а з іншого боку, збільшується кількість клієнтів, які мають високий рівень обізнаності та готові до отримання необхідних послуг.
- 1.8. Ставлення експертів до отримання шприців та/або презервативів в аптеці за картою клієнта є неоднозначним. Третина експертів вважає, що представники ключових груп не приходили б в аптеки з різних причин. Інша третина експертів вважає, що такий досвід був би гарним і була би мотивація у клієнтів. Проте для цього треба чітко продумати всю схему звернення представників груп ризику до аптек. Ще третина експертів вагалася з відповіддю, акцентуючи увагу на тому, що отримання послуг на базі аптек є доцільним, але існує й багато ризиків.
- 1.9. Переважна більшість опитаних експертів дотримується думки про позитивний вплив додатку для смартфона, в якому було би запрошення на тестування, адреси мобільних амбулаторій, місця отримання допомоги та можливість отримати онлайн-

консультацію спеціалістів для представників ключових груп. Деякі експерти, щоправда, мали певні сумніви щодо користування РКС таким додатком.

- 1.10. Відповіді експертів щодо послуг, яких потребують **ЧСЧ**, зводяться до того, що є прогалини у тестуванні, потребує вдосконалення до- та післятестове консультування; потрібні презервативи для орального сексу; необхідне розширення мережі клубів знайомств; потрібно забезпечити тестування на гепатити В та С, ПСШ. Більш серйозним завданням є проведення інформаційної кампанії щодо зменшення систематизації цієї групи.
- 1.11. Відповіді експертів щодо послуг, яких потребують **РКС**, зводяться до того, що недостатньо поширені послуги медичних оглядів, мобільних амбулаторій; потрібно збільшити кількість лубрикантів і засобів індивідуального захисту; також ця група потребує посиленого захисту від дискримінації. На думку експертів, для цієї групи не вистачає кабінетів «Довіра» та психологічної допомоги.
- 1.12. Стосовно послуг, яких не вистачає для **ЛВІН**, то експерти одностайно вказали на якісне до- та післятестове консультування, а також на відсутність доступу в отриманні консультацій і допомоги хірурга. Ці послуги мають бути анонімними та конфіденційними.
- 1.13. Серед інших пропозицій, яких, на думку експертів, не вистачає молоді **всіх** груп ризику, можна виокремити: а) налагодження зручного для клієнтів графіка роботи організацій, які надають послуги; б) врегулювання повного «ланцюга» процесу для того, щоб стати на облік після встановлення позитивного результату тестування на ВІЛ; в) соціальний супровід – це також послуга, яка потребує більшої якості, сьогодні вона подекуди надається з боку соціальних працівників «формально».

2. Організації, що надають послуги

- 2.1. Переважно ті люди, які коли-небудь зверталися до організацій і нині є їхніми клієнтами. Для багатьох організацій всі 100% опитаних респондентів-МППР залишаються «постійними» клієнтами.
- 2.2. ЛВІН набагато частіше звертаються за послугами (29,6% – чотири рази та більше на місяць, тобто в середньому щотижня), а найрідше звертаються ЧСЧ (24,7% не зверталися за послугами протягом місяця).
- 2.3. Загалом опитані молоді люди задоволені різними аспектами роботи організацій. У середньому частка тих, для кого незручним або не дуже зручним є графік роботи організації – **7,4%**.
- 2.4. Місце розташування організації є незручним або не дуже зручним для **19,8%** опитаних (є великі коливання, залежно від міста).
- 2.5. Для **9,4%** незручною або не дуже зручною є процедура прийому клієнтів в організації. Головна причина незручності – всередині тісно, мало місця, також незручно те, що під час прийому є мало соціальних працівників, які надають допомогу.
- 2.6. Щодо ставлення персоналу до молодих людей, то воно є дуже позитивним, є тільки поодинокі випадки незадовільного ставлення (**2,5%** респондентів зазначили, що

вони незадоволені або не дуже задоволені ставленням до них персоналу організацій).

- 2.7. Четверть (25,2%) МПГР були в ситуаціях, коли вони не зверталися до організацій, оскільки боялися, що їх там хтось побачить або дізнається про це: 80,2% з них боялися через те, що їх можуть там побачити, 56,5% – через те, що інші клієнти можуть комусь розповісти про них.
- 2.8. Не підтвердилось припущення про те, що організації останнім часом припинили надання деяких послуг. Щодо суттєвого зменшення обсягу послуг, то найбільше відповідей було отримано щодо видачі презервативів (3,6%), лубрикантів (2,2%) та інструментарію для ін'єкцій (3,4%).
- 2.9. Найбільшими **бар'єрами для першого звернення** є побоювання позитивного результату тестування на ВІЛ (55%, в тому числі 67,5% серед ЛВІН) та побоювання того, що молоду людину там (в організації) хтось побачить (56,2%). Інші причини також вагомі: соромилися звернутися 45,8%, не думали, що це корисно – 44,3%, думали, що там буде погане ставлення до них – 40,8%.
- 2.10. За даними експертного опитування, надавачі послуг також кажуть про те, що графік роботи не завжди зручний, через що потенційні клієнти не потрапляють до організацій. Експерти також зазначали, що часто молоді люди не приходять до організацій, оскільки бояться, що їх там хтось зі знайомих побачить.
- 2.11. Сама процедура прийому клієнтів як у недержавних організаціях, так і в державних (центри СНІДу, КДМ тощо) може бути вдосконалена шляхом збільшення приміщення для консультацій і збільшення чисельності персоналу. Важливим моментом, на якому наголошували опитані експерти щодо роботи організацій, це можливість надання «ланцюга» послуг в одній установі.
- 2.12. На думку експертів, важливим бар'єром на шляху молодої людини до організації є **недостатня поінформованість про такі організації**, особливо це стосується тих молодих людей, які потрапляють у великий населений пункт з малого.
- 2.13. Важливим каналом **інформування про діяльність організацій** мають стати заклади освіти, сьогодні цього поки що немає. На думку експертів, у будь-якому разі потрібно збільшувати інформованість МПГР щодо діяльності ВІЛ-сервісних організацій.
- 2.14. Опитування експертів показало, що останнім часом обсяг **надання деяких послуг все-таки зменшився**, що могло негативно вплинути на прихильність клієнтів до організації. Так, для дівчат-РКС раніше була можливість просто в організації отримати послуги медичного огляду вузькими спеціалістами (гінеколога, венеролога), сьогодні цього немає, а отримувати направлення від сімейного лікаря не завжди зручно для цих дівчат.
- 2.15. Протягом останніх років є тенденція на **перетин груп ризику**. На думку експертів, ті хлопці, які належать до ЧСЧ та надають послуги комерційного сексу, є дуже вразливою групою, яка не потрапляє до зони дії ВІЛ-сервісних організацій, але має великий ризик інфікування ВІЛ. Також перетинаються групи ЛВІН та ЧСЧ, що робить цих людей ще більш вразливими.

- 2.16. Експерти теж згадують про **поширення ризику ВІЛ-інфікування не тільки на ключові групи**, але й на всіх, хто вдається до ризикованої статевої поведінки. Важливу роль тут відіграє низький рівень статевого виховання. Таким чином, критично важливим є не тільки робота з ключовими групами, але й **превентивна просвітницька робота з підлітками та молоддю**, особливо в закладах освіти.

3. Тестування на ВІЛ та отримання АРТ

- 3.1. Більшість (**91,9%**) опитаних МПГР принаймні одного разу проходили тестування на ВІЛ; 82,5% проходили «швидкі тести», а досвід проходження ІФА в кожній групі мають від 14% до 19% респондентів.
- 3.2. Серед респондентів, які проходили тестування на ВІЛ, 40,3% проходили його один або два рази. Серед РКС частка тих, які проходили тестування три рази або більше становить 51,1%, серед ЛВІН – 39,9%, а серед ЧСЧ – 43,1%. Серед РКС також найбільший показник тих, хто проходив обстеження весною або влітку 2019 р. (56,0%).
- 3.3. Останнє тестування на ВІЛ більшість (61,2%) респондентів проходили в благодійній чи громадській організації. До Центру СНІДу порівняно більше звертаються ЛВІН, а РКС значно частіше проходять тестування у мобільних амбулаторіях.
- 3.4. Серед тих МПГР, які проходили тестування на ВІЛ, **6,2%** отримали позитивний результат, а результат **1,4%** потребує уточнення. Майже всіх тих (11 із 12 осіб), у яких результат потребує уточнення, направили для підтвердження діагнозу та консультування; **78,8%** респондентам, чий ВІЛ-статус є позитивним, призначено АРТ.
- 3.5. Респонденти, які жодного разу не проходили тестування на ВІЛ (це **8,9%** всіх опитаних), найчастіше пояснюють це тим, що їх це не стосується, що для них ризик бути інфікованим ВІЛ є неістотним або взагалі не замислювалися над тим, що їх поведінка пов'язана з ризиком інфікування. Частка побоюється отримати позитивний результат, а деякі побоюються, що результат тестування стане відомий оточуючим. Для таких людей необхідно навести аргументи та гарантувати, що стороннім особам не буде відомо про тестування та його результати.
- 3.6. Жоден з респондентів, який не проходив тестування, не зазначив причину «я не знаю, де пройти тестування / як відбувається тестування». МПГР знають, куди саме треба звернутися для тестування, і вони знають, що це можна зробити безоплатно.
- 3.7. 41 особі з 52, які мають позитивний ВІЛ-статус, було призначено АРТ. На момент опитування лікування отримували 34 респонденти, 7 – не отримували (через неможливість приїхати за ліками, добре самопочуття, побічні ефекти від АРТ). Серед респондентів, яким була призначена АРТ, переважна більшість (35 із 41) певною мірою задоволені процедурою призначення лікування.
- 3.8. Більшість (40 із 52) ВІЛ-позитивних респондентів побоюється, що в соціальному оточенні стане відомо про їхній ВІЛ-статус, розголос про статус сприймається як

значна небезпека. Частка ВІЛ-позитивних респондентів відчуває сором за свій статус; вони схильні покладати на себе провину, за те що відбулося.

- 3.9. Опитані експерти вважають, що ВІЛ-дисиденти – це поодинокі люди, чий вплив на масову свідомість практично відсутній. Щоб попередити деструктивний вплив таких уявлень, потрібно проводити інформаційно-просвітницьку роботу. Необхідно, щоб така виховна робота проводилась у соціальних мережах, де молодь отримує значний обсяг інформації.
- 3.10. Усі опитані експерти та надавачі послуг поділяють думку про **необхідність підвищення кваліфікації лікарів первинної ланки**, які працюють із МПГР. Опитані експерти **критично оцінюють рівень підготовки сімейних лікарів** у питаннях, що стосуються профілактики, діагностики, та лікування ВІЛ, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу тощо. За словами окремих надавачів послуг, має місце психологічна неготовність сімейних лікарів працювати з представниками груп ризику, зокрема неспроможність наполягти на проведенні тестування на ВІЛ. Особливо складно лікарям комунікувати з підлітками.
- 3.11. Експерти зазначають **низьку поінформованість лікарів первинної ланки з правових питань**, які стосуються прав ВІЛ-позитивного пацієнта, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу, а також відповідальності за передання інфекції. Представники громадських організацій особливо наголошували на необхідності просвітництва лікарів з питань запобігання стигматизації та дискримінації представників груп ризику та ВІЛ-позитивних пацієнтів.
- 3.12. Експерти наголошували на тому, що **навчання працівників первинної медичної допомоги має проводитися системно, регулярно**. Щодо форматів такого навчання, то акцент робили на навчанні без відриву від роботи: доповіді (лекції), семінари та тренінги за місцем роботи, відеолекції (в інтернеті), онлайн-лекції, онлайн-тестування, самоосвіта з використанням літератури. Водночас пропонується використовувати і традиційні, «виїзні» форми навчання – короткострокові курси, конференції. Коли йдеться про формування у лікарів толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів і представників груп ризику, рекомендується проводити тренінги за участю представників згаданих цільових груп.

4. Стигматизація та дискримінація

- 4.1. Значна частка МПГР переживає фрустрації, оскільки вживають наркотики або займаються комерційним сексом, або практикують секс з чоловіками. Відчувають провину **35,7%** опитаних, сором – **42,2%**, побоюються шукати допомогу чи підтримку – **38,7%**; **73,8%** респондентів бояться, що про їх поведінку дізнається хтось із соціального оточення. Фрустраційні переживання особливо притаманні ЛВІН. Експерти підтверджують, що представники груп ризику схильні до **самостигматизації**.
- 4.2. Переважна більшість МПГР намагається приховати те, що вони вживають наркотики / займаються комерційним сексом / практикують секс з чоловіками від

свого найближчого оточення – членів родини (71,7%), інших родичів (86,4%), сусідів і знайомих (83,1%), а також у державних медичних закладах (81,0%).

- 4.3. Соціальне оточення нерідко проявляє до МПГР нетолерантне ставлення, стигматизує та дискримінує молодих людей. Найагресивніше поводить себе щодо МПГР **поліція**. Серед респондентів, про належність яких до ключових груп було відомо поліції, **41,0%** зазнали дискримінації та стигматизації з боку правоохоронців (у тому числі 63,6% серед ЛВІН). Відповідно, **15,2%** зазнавали дискримінації у державному медичному закладі.
- 4.4. Питання захисту від дискримінації та стигматизації є досить актуальним: **12,8%** усіх опитаних МПГР зазначили, що їм потрібен додатковий захист від дискримінації у своєму місті.
- 4.5. Всього серед опитаних МПГР зазнавали дискримінації **19,9%** (у тому числі 26,0% ЛВІН, 13,7% РКС та 20,0% ЧСЧ). Серед тих, які стикалися з випадками дискримінації та стигматизації через вживання наркотиків / зайняття комерційним сексом / зайняття сексом з чоловіками, тільки **11,2%** зверталися за допомогою внаслідок порушення їхніх прав, цькування та приниження.
- 4.6. Респонденти, які стикалися з випадками дискримінації та стигматизації, але не зверталися за допомогою для захисту своїх прав, пояснюють свою бездіяльність насамперед тим, що інші люди їм не можуть допомогти (41,5%), а також небажанням загострювати конфлікт (42,1%). При цьому 16,4% респондентів просто не знали, куди звернутися про допомогу; 16,4% респондентів утрималися від пошуку допомоги, оскільки намагалися уникнути розголосу про себе. У такій ситуації важливо, щоб поряд опинилася людина, якій довіряє жертва несправедливості (соціальний працівник або психолог). Серед МПГР необхідно поширювати інформацію, в яких випадках і до кого вони можуть звернутися, щоб отримати допомогу.
- 4.7. Майже всі опитані експерти також стикалися зі скаргами МПГР на стигматизацію та дискримінацію. **Найчастіше йдеться про стигматизацію та нетолерантне ставлення з боку працівників поліції, медиків, соціального оточення у закладах освіти. ЛВІН** найчастіше скаржаться на зневажливе ставлення, дискримінацію та насильство з боку **поліції** (безпідставне затримання, ображення, побиття, змушування взяти на себе чужий злочин). **РКС** також скаржаться на стигматизацію та порушення власних прав з боку працівників **поліції**. **ЧСЧ** скаржаться на нетолерантне ставлення та насильство з боку однолітків у закладах освіти, в той час як адміністрація не реагувала на прояви **булінгу**.
- 4.8. Експерти зазначають, що **просвітницька робота серед професійних груп** є ефективною, вона допомагає змінити ставлення до МПГР. Така робота має бути спрямована на формування етичних установок і практичних навичок спілкування з представниками груп ризику. Експерти рекомендують використовувати тренінги, семінари, круглі столи, як викладачів доречно залучати лікарів центрів СНІДу, представників ГО, які працюють з групами ризику.
- 4.9. Експерти вважають, що важливим чинником зменшення дискримінації та стигматизації є забезпечення **невідворотності покарання** тих, хто припустився

порушення прав представників груп ризику. Для забезпечення захисту прав МПГР необхідні дієві організаційні ресурси для адвокації, а також поінформованість про наявність можливостей захисту власних прав.

- 4.10. Окремі експерти висловилися за впровадження правових норм, які легалізують вид зайнятості та спосіб життя МПГР. Йдеться про декриміналізацію комерційних сексуальних послуг, зміну політики у сфері обігу наркотиків у бік лояльного ставлення до споживача (зокрема, збільшення дозвільних норм наркотичних речовин для власного споживання), а також надання права ЧСЧ укладати шлюб.
- 4.11. На думку експертів, змінити ставлення суспільства до ВІЛ-позитивних людей може насамперед **просвітництво населення**. Необхідно сформувати в суспільній свідомості сучасні уявлення про ВІЛ. Ця виховна робота має пропагувати ідею інклюзії ВІЛ-позитивних людей.
- 4.12. Експерти наголошували на тому, що просвітництво має бути всеохоплюючим і **розпочинатися зі школи, з інформування дітей і підлітків**. Окремою цільовою аудиторією мають стати батьки дітей і персонал закладів освіти.
- 4.13. На думку експертів, сучасна просвітницька робота передбачає активне використання електронних ЗМІ, соціальних мереж. Інформаційна кампанія має бути диференційованою, залежно від того, на яку цільову групу вона спрямована. Важливим каналом інформування сільського населення є телебачення.

5. Розширення спектра послуг для МПГР

- 5.1. Серед опитаних МПГР **28,7%** мають досвід самостійного тестування швидким тестом крові; 57% МПГР висловили свою готовність до такого виду тестування, а 10,5% повідомили, що є неготовими до цього.
- 5.2. До користування швидким тестом слини вдавалася тільки 3,9% опитаних МПГР; 85,8% МПГР висловили свою готовність до такого тестування, а 6,3% зазначили про те, що є неготовими пройти такий тест.
- 5.3. Більшість опитаних МПГР (61,4%) підписали декларацію із сімейним лікарем, а 6,8% взагалі нічого про декларацію не чули. Найбільша кількість тих, хто підписав декларацію – серед ЧСЧ (71,6%), найменша – серед ЛВІН (47,5%).
- 5.4. Правової допомоги (юридичні послуги) переважно потребують РКС (20,6%). Захист від дискримінації є актуальною послугою для ЧСЧ (10,3%). МПГР повідомили також про необхідність проходження тестування на інші захворювання (ІПСШ, гепатит).
- 5.5. Для впровадження нових видів послуг і для удосконалення існуючих потрібні механізми комунікації з МПГР. На думку опитаних молодих людей, найбільш зручними каналами інформації для них є: консультації зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я (80,4%), спілкування із соціальним працівником (77,1%), телефон довіри (73,6%), лекції або бесіди у закладі освіти (71,7%), реклама в соціальних мережах (63,5%), додаток для мобільних пристроїв (65,8%), реклама на бігбордах (63,6%), сучасні інформаційні плакати та постери (69,8%), друкована продукція (53,4%).

- 5.6. Аналіз пропозицій експертів окремо для кожної групи доводить, що для РКС, це, насамперед, збільшення кількості презервативів і лубрикантів, забезпечення РКС гінекологічними пакетами, мазями, бинтами та хлоргексидином.
- 5.7. Щодо послуг для ЧСЧ, то часто експерти згадували про комп'ютерну томографію та послуги урологів, кондомати, мобільну амбулаторію, послуги дерматовенерологів, партнерські тести та посилення мотивації (забезпечення пайками, роздатковими матеріалами), створення груп взаємопідтримки та консультації «рівний – рівному».
- 5.8. На думку експертів, найбільш затребуваними послугами для **ЛВІН** мають бути: доступ до хірурга та тубдиспансеру, де вони можуть пройти рентгенографію і здати мокроту на виявлення туберкульозу, збільшення кількості роздаткового матеріалу, включаючи шприци, спиртові серветки, експрес-тести. Для тих ЛВІН, які перебувають на ЗПТ, експерти пропонували посилити інформаційну роботу щодо необхідності рентгенографії.
- 5.9. Якщо говорити про усі групи ризику, то найбільш згадуваними пропозиціями експертів є: надання пакета послуг в одній установі/організації, збільшення персоналу, який працює безпосередньо з пацієнтами, та приміщень для проведення комфортного й анонімного консультування; налагодження роботи «гарячої лінії», куди МПГР могли б звернутися у будь-який час, а також тестування на гепатити, розповсюдження фемідомів, інформаційна робота з ключовими групами, навчальні тренінги для соціальних працівників.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Розширити спектр послуг, що надаються МПГР

- 1.1. Збільшення кількості презервативів (в тому числі фемідомів та презервативів для орального сексу відповідно до груп ризику), лубрикантів, шприців, спиртових серветок, які видаються МПГР. Впровадження контролю якості презервативів, лубрикантів та інших засобів, які видаються МПГР.
- 1.2. Посилення інформаційного впливу (консультування) щодо профілактики туберкульозу.
- 1.3. Посилення психологічної підтримки МПГР, забезпечення можливості особистого спілкування з психологом.
- 1.4. Відновлення (чи впровадження) групових занять, спілкування у групі молодих людей, консультацій у форматі «рівний – рівному»; створення груп взаємопідтримки.
- 1.5. Забезпечення можливості проходження тестування на інші захворювання (ІПСШ, гепатити).
- 1.6. Забезпечення можливості отримати консультацію вузького спеціаліста (уролога, венеролога, гінеколога тощо).
- 1.7. Поширення інформації про нові можливості самотестування (тест крові, тест слини).
- 1.8. Заохочення МПГР до тестування на ВІЛ, особливо тих, які ніколи не проходили тестування, пояснення того, що тестування анонімне та конфіденційне.

2. Надавати послуги відповідно до груп ризику

- 2.1. Удосконалення до- та післятестового консультування, забезпечення доступу до хірурга та тубдиспансеру, де можна пройти рентгенографію та здати мокроту на виявлення туберкульозу (ЛВІН).
- 2.2. Забезпечення медичних оглядів за участі вузьких спеціалістів, збільшення кількості мобільних амбулаторій, посилення захисту від дискримінації та правова допомога, впровадження психологічної допомоги (РКС).
- 2.3. Забезпечення партнерськими тестами, удосконалення до- та післятестового консультування, розширення мережі клубів знайомств (ЧСЧ).

3. Підвищити організаційну спроможність ВІЛ-сервісних організацій

- 3.1. Налагодження зручного для клієнтів графіка роботи організацій, які надають послуги (за можливості включити вечірні години та вихідні).
- 3.2. Збільшення приміщення для консультацій, що має забезпечити конфіденційність і комфортність консультування, а також чисельності персоналу, який працює безпосередньо з клієнтами.
- 3.3. Забезпечення надання «ланцюга» послуг (пакета послуг) в одній установі (в тому числі ставити на облік після виявлення позитивного результату тестування на ВІЛ).

3.4. Проведення навчальних тренінгів для соціальних працівників з метою підвищення їхньої кваліфікації та запобігання професійному вигоранню.

4. Відповідати на нові виклики (середньо- та довгострокові завдання)

- 4.1. Розробка чіткої схеми співпраці з аптеками для видачі презервативів, шприців за карткою клієнта організації.
- 4.2. Налагодження роботи телефонної «гарячої лінії», куди МПГР можуть звернутися у будь-який час для отримання підтримки та допомоги.
- 4.3. Розробка платформи для онлайн-консультацій молодих людей зі спеціалістами, які можуть відповісти на запитання щодо здоров'я, психологічної підтримки тощо.
- 4.4. Розробка додатку для смартфона, де можна зручно отримувати інформацію щодо здоров'я (в тому числі запрошення на тестування, адреси мобільних амбулаторій, місця отримання допомоги, можливість отримати онлайн-консультацію спеціалістів тощо).

5. Долати наявні бар'єри у наданні послуг для МПГР

- 5.1. Збільшення інформованості МПГР щодо діяльності ВІЛ-сервісних організацій (в тому числі в малих населених пунктах), інформування про організації через мережу закладів освіти.
- 5.2. Врахування останніх тенденцій на перетин груп ризик (належність однієї молодій людини до більше ніж однієї групи ризику).
- 5.3. Превентивна просвітницька робота щодо попередження ВІЛ-інфікування з підлітками та молоддю (в тому числі в закладах освіти).
- 5.4. Підвищення кваліфікації лікарів первинної ланки, які працюють з підлітками (нині рівень підготовки сімейних лікарів у питаннях профілактики, діагностики та лікування ВІЛ, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу тощо оцінюється як невисокий).
- 5.5. Підвищення поінформованості лікарів первинної ланки з правових питань, які стосуються прав ВІЛ-позитивного пацієнта, забезпечення анонімності ВІЛ-статусу, а також відповідальності за передання інфекції, а також з питань запобігання стигматизації та дискримінації як представників груп ризику, так і ВІЛ-позитивних пацієнтів.

6. Протидіяти стигматизації та дискримінації МПГР

- 6.1. Поширення серед МПГР інформації про те, в яких випадках і до кого (соціального працівника, психолога тощо) вони можуть звернутися, щоб отримати допомогу у випадку дискримінації.
- 6.2. Просвітницька робота серед професійних груп (правоохоронців, медичних працівників), спрямована на формування етичних установок та практичних навичок спілкування з представниками груп ризику.

- 6.3. Забезпечення невідворотності покарання для тих, хто припустився порушення прав представників груп ризику.
- 6.4. Окремі експерти висловилися за пом'якшення правових норм, які стосуються способу життя МПГР (декриміналізацію комерційних сексуальних послуг, зміну політики у сфері обігу наркотиків у бік лояльнішого ставлення до споживача тощо).
- 6.5. Проведення загальної інформаційно-просвітницької роботи для всього населення з метою формування сучасних уявлень про ВІЛ. Така робота має розпочинатися зі школи, інформування дітей і підлітків, передбачати активне використання електронних ЗМІ та соціальних мереж. Інформаційна кампанія має бути диференційованою (залежно від того, на яку цільову групу вона спрямована).

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Географія дослідження. Для даного дослідження важливим було отримання даних з областей, які мають різні рівні поширення ВІЛ-інфекції (від низького до високого)⁵, щоб з'ясувати, чи є відмінності у доступі до послуг в регіонах з різним рівнем поширення ВІЛ-інфекції. Для цього було виокремлено 6 кластерів відповідно до рівня поширеності ВІЛ-інфекції (табл. Д1). У кожному кластері було обрано одну область та, відповідно, її обласний центр як основне місто проведення дослідження. Не є обласними центрами міста Краматорськ (але сьогодні він є фактичним центром Донецької області – тих її територій, що контролюються Урядом України), Біла Церква (це найбільше місто Київської області) та Кривий Ріг (обраний як альтернатива місту Дніпро, де проводилося багато поведінкових досліджень, переважно серед РКС, та яке істотно відрізняється за кількістю населення).

Таблиця Д1

Кластеризація областей за рівнем поширюваності ВІЛ

Кластер	Поширеність ВІЛ (на 100 тис.)	Області, які належать до кластера	Область для проведення дослідження	Місто для проведення дослідження
1	0–100	Чернівецька, Луганська, Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська	Чернівецька	Чернівці
2	101–200	Вінницька, Рівненська, Хмельницька, Харківська, Львівська, Сумська	Львівська	Львів
3	200–300	Запорізька, Житомирська, Полтавська, Волинська	Полтавська	Полтава
4	301–400	Чернігівська, Донецька, Кіровоградська, Черкаська	Донецька	Краматорськ
5	400–500	м. Київ, Херсонська, Київська	Київська	Біла Церква
6	700+	Одеська, Дніпропетровська, Миколаївська	Дніпропетровська	Кривий Ріг

Генеральна сукупність. Інформація про генеральну сукупність дослідження має свої обмеження. Якщо оціночні дані щодо чисельності груп ризику існують, то даних щодо кількості МПГР, які зверталися або не зверталися за послугами профілактики, тестування та лікування щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІД, відсутні. Тому дослідження можна розглядати, як пошуково-розвідувальне, а не репрезентативне в загальнонаціональному масштабі, що зумовлює як географію дослідження, так і особливості

⁵ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. № 47.

дизайну вибіркової сукупності. Методи опитування, цільові групи та реалізована вибірка сукупність див. у табл. Д2.

Таблиця Д2

Дизайн вибірки для всіх компонентів дослідження

Метод опитування	Цільова група	Вибіркова сукупність
Фаза 1. Глибинні інтерв'ю з МПГР		
Глибинні інтерв'ю (всього 48) з МПГР , які дозволили отримати якісну інформацію про досвід звернення за послугами профілактики, тестування та лікування серед МПГР, бар'єри на шляху отримання послуг та сприяли формулюванню гіпотез для перевірки на кількісному етапі	Молоді представники груп ризику (ЛВІН, РКС, ЧСЧ), які мають досвід звернення за послугами профілактики, тестування та лікування	24
	Молоді представники груп ризику (ЛВІН, РКС, ЧСЧ), які не мають досвіду звернення за послугами профілактики, тестування та лікування	24
Фаза 2. Структуровані інтерв'ю з МПГР		
Структуровані інтерв'ю (всього 900) , які дозволили перевірити гіпотези та сформулювати статистично обґрунтовані висновки щодо бар'єрів на шляху отримання послуг і можливостей покращення доступу для різних цільових груп	Молоді представники груп ризику віком 14–24 роки, які мали досвід звернення за послугами профілактики, тестування та лікування	
	ЛВІН	300
	РКС	300
	ЧСЧ	300
Фаза 3. Інтерв'ю з експертами		
Глибинні інтерв'ю з експертами (всього 40) , які дозволили з'ясувати ключові потреби та можливості покращення послуг для МПГР у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД	Надавачі послуг, які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД (медики, психологи кабінетів «Довіра», соціальні працівники НУО, що надають послуги ключовим групам і соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо) – 30 інтерв'ю (по 5 інтерв'ю в області). Надавачі послуг є експертами саме у роботі з ключовими групами (молоді представники груп ризику – ЛВІН, РКС, ЧСЧ)	30
	Експерти національного рівня, які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД (національний рівень)	10

ФАЗА 2. Критерії включення до дослідження:

Молоді представники груп ризику (ЛВІН, РКС та ЧСЧ), віком 14–24 роки (МППР), які мають досвід звернення за послугами профілактики, тестування та лікування:

- належать до груп ризику;
 - на момент залучення до дослідження досягли віку 14–24 роки;
 - отримували послуги профілактики або тестування на ВІЛ протягом останніх трьох місяців.
- ЛВІН⁶ – особа, яка вживала нелегальні наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів.
 - РКС – особа, яка використовує секс як джерело доходу (постійного або тимчасового). Ключовими представниками цієї групи вважаються люди, для яких надання сексуальних послуг є основним (або одним з основних) джерелом заробітку та які залучені до секс-індустрії щонайменше впродовж останнього року (12 міс.).
 - ЧСЧ – чоловіки, які мають досвід одностатевих стосунків щонайменше протягом останніх півроку (6 міс.).

Послугами профілактики вважаються⁷: видача презервативів і лубрикантів; консультування щодо використання презервативів та безпечного сексу; обстеження на ПСШ; видача нових стерильних голів і шприців. Послуги можуть бути здійснені НУО або закладами охорони здоров'я.

Послугами тестування вважається проходження тестування на ВІЛ.

Критерії виключення учасників з дослідження. За умови агресивної поведінки респондентів, а також у випадку знаходження їх на момент запланованого інтерв'ю у стані важкого алкогольного сп'яніння або під дією психоактивних речовин, інтерв'ю могло бути відмінено або перервано або перенесено на інший час з ініціативи інтерв'юера.

ФАЗА 3. Критерії включення до дослідження:

1. Надавачі послуг, що працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД (медики, психологи кабінетів «Довіра», соціальні працівники НУО, які надають послуги ключовим групам і соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо) – 30 інтерв'ю (в середньому по 5 інтерв'ю в кожній з 6 областей, які обрані для Фаз 1 та 2). Надавачі послуг є

⁶ Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні» / Г. Берлева, Я. Сазонова. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна», 2017. 64 с. URL: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/mio2016high.pdf>

⁷ Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2020. Руководство ЮНЭЙДС 2019. Индикаторы для мониторинга выполнения Политической декларации ООН по прекращению эпидемии СПИДа (2016). URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_ru.pdf

експертами саме у роботі з ключовими групами (молоді представники груп ризику – ЛВІН, РКС, ЧСЧ). Критерій включення: Учасник дослідження працює не менше ніж 2 роки на цій посаді в медичному/соціальному закладі; надає медичну або соціальну допомогу та безпосередньо контактує з представниками ключових груп.

2. Експерти національного рівня, які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД (національний рівень) – 10 інтерв'ю. Критерій включення: учасник дослідження працює не менше ніж 2 роки на цій або аналогічній посаді у сфері профілактики ВІЛ.

ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ розроблені на базі кодексу професійної етики соціолога САУ та Гельсінської декларації етичних принципів для проведення досліджень, зокрема вирішення таких етичних питань:

Поінформована згода: перед залученням до дослідження респонденти були поінформовані про всі умови участі в проєкті та інтерв'юером надано опис процедури дослідження: тематика, цілі та завдання дослідження, формат опитування, час проведення дослідження.

Добровільна участь: Респонденти мали право висловлювати свою точку зору з усіх питань, відмовитися від відповіді на будь-які запитання анкети або від подальшої участі в опитування в будь-який момент.

Конфіденційність та анонімність: всі учасники були поінформовані про те, що участь у дослідженні є конфіденційною та анонімною. Інформація, яку надає респондент, використовуватиметься без ідентифікації особи та в узагальненому вигляді. Усі дані дослідження будуть зберігатися з дотриманням усіх принципів конфіденційності. Представники дослідницької команди не фіксуватимуть прізвищ або інших ідентифікаційних даних на дослідницьких опитувальниках. Після збору даних весь дослідницький інструментарій зберігатиметься в безпечному місці.

Приватність: респондентам було забезпечено право на приватність (закритість для інших) стосовно будь-якої особистої інформації про їх власне життя, думки та переконання. Для того, щоб захистити приватність, забезпечено отримання інформованої згоди від суб'єктів дослідження на використання інформації, яку вони надають для цілей дослідження. Учасники дослідження будуть заздалегідь попереджені про те, як використовуватиметься отримана від них інформація.

Протокол та інструментарій дослідження пройшли експертизу комісії з професійної етики соціолога САУ та отримали висновок щодо відповідності Кодексу професійної етики соціолога, а також експертизу комісії з етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Ризики для учасників

Соціальні ризики. З метою мінімізації будь-яких соціальних ризиків усім учасникам дослідження повідомлено назву та контактні дані організатора дослідження для того, щоб вони могли звернутися до нього, маючи будь-які запитання щодо дослідження або вважаючи, що до них погано ставилися чи вони якимось чином постраждали внаслідок участі/неучасті в дослідженні. Під час підготовки регіональних команд враховані всі

особливості цільової групи, всі члени дослідницької команди проінструктовані щодо дотримання етичних норм під час дослідження.

Психологічні ризики. Існування психологічного ризику участі в дослідженні через чутливий характер деяких запитань. Для мінімізації цього ризику інтерв'ю проводилися підготовленими інтерв'юерами в окремому приміщенні. Учасники могли відмовитися відповідати на деякі конкретні запитання, про що їм було повідомлено заздалегідь.

Переваги для учасників

Можливість отримати консультацію соціального працівника, який рекрутував їх для участі у дослідженні та отримати інформацію про установи та організації, що надають ВІЛ-сервісні послуги.

Компенсація участі. Учасники отримували заохочувальну винагороду за участь у дослідженні за умови того, що інтерв'ю проведено повністю. Винагорода є мотивацією для участі в дослідженні. Як компенсація використовувалися сертифікати на поповнення рахунку мобільного телефону або на купівлю продуктів у мережевих супермаркетах. Окрема винагорода передбачена за рекрутинг своїх друзів (знайомих), які також належать до цільових груп дослідження. Доцільність винагороди обумовлюється тим, що вона допомагає залучати представників прихованих або важкодоступних груп.

Конфіденційність

Форма конфіденційності для представників дослідницької команди в рамках проєкту. З метою уникнення ризиків розголошення конфіденційних даних учасників дослідження, кожен член дослідницької команди підписав згоду щодо зобов'язань не оприлюднювати та не поширювати інформацію, яка стосується учасників дослідження.

Ситуації, які потребували порушення конфіденційності. Конфіденційність може бути порушена стосовно неповнолітніх дітей у таких випадках, як⁸: інтерв'юер довідався, що над дитиною було вчинене насильство; дитина небезпечна для самої себе (наприклад, покалічення або суїцид); дитині потрібна невідкладна допомога (різні медичні послуги, соціальна допомога, юридична консультація). У випадку, якщо інтерв'юер у процесі інтерв'ю довідається від дитини, що над нею або іншими підлітками вчинене насильство, то він зобов'язаний пояснити дитині-учаснику, що вона повинна розповісти про те, що трапилося, батькам або кому-небудь з дорослих – людині, якій вона довіряє. Якщо дитина більше не хоче ні з ким ділитися своїми проблемами, інтерв'юер повинен сам повідомити (до закінчення інтерв'ю) дитині про те, що він повинен розповісти те, про що дізнався,

⁸ Методические рекомендации по проведению количественного исследования «Опрос мальчиков/юношей и девочек/девушек 10–19 лет, которые живут или работают на улице в Украине» в рамках проекта: «Исследование поведенческих практик, связанных с риском ВИЧ-инфицирования, факторов уязвимости, и охвата различными услугами подростков (мальчиков и девочек) 10–19 лет из групп высокого риска ВИЧ-инфицирования в Украине». Украинский институт социальных исследований имени Александра Яременко. Hilary Nomans, Июль 2007. UNICEF (2006): UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States. Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft, May 2006

компетентній особі в організації, яка зможе допомогти дитині в певному питанні. Такими організаціями є:

- центри соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді;
- департаменти й/або управління обласних адміністрацій з роботи з дітьми;
- представники регіональних організацій, які працюють з ВІЛ/СНІД і туберкульозом;
- громадські організації, благодійні фонди;
- органи внутрішніх справ.

Інформована згода. Після детального пояснення теми дослідження та умов участі респондентам, які відповідають необхідним критеріям, надано форму інформованої згоди або, якщо це необхідно, форма інформованої згоди зачитана респонденту представником дослідницької команди. Усі запитання, що виникатимуть у респондентів, були для них адекватно роз'яснені. Після того, як учасник дає свою згоду, представник дослідницької команди дає на підпис учаснику дослідження форму інформованої згоди.

Інформована згода є письмовою. Після завершення дослідження підписані форми інформованої згоди зберігатимуться в архіві ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» без доступу до них осіб, не пов'язаних з дослідженням. Форма інформованої згоди не містить жодних персональних даних учасника, а тому ризики розголошення даних третім особам відсутні.

Особисту інформацію про себе учасник дослідження повідомляє інтерв'юєру під час інтерв'ю, після обробки даних ця інформація зберігається у знеособленому вигляді. Таким чином, ідентифікувати учасника дослідження третім особам неможливо. Після проведення валідизації на кількісному етапі анкети зберігатимуться в архіві, де сторонні особи не матимуть доступу до них. Під час проведення структурованого інтерв'ю учасникам пояснюється, що номер телефону потрібен лише для перевірки якості роботи інтерв'юєра.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ (МПГР), опитаних під час ФАЗИ 2

Близько третини, по кожній з опитаних цільових груп, становлять респонденти віком 22–23 роки. Дещо менше (від 25% серед ЧСЧ до 30% серед ЛВІН) становлять 24-річні опитані та ті, які входять до вікової групи 19–21 рік (24% серед ЧСЧ та 27% серед ЛВІН), група 14–18 років є найменшою за чисельністю (рис. Д3).

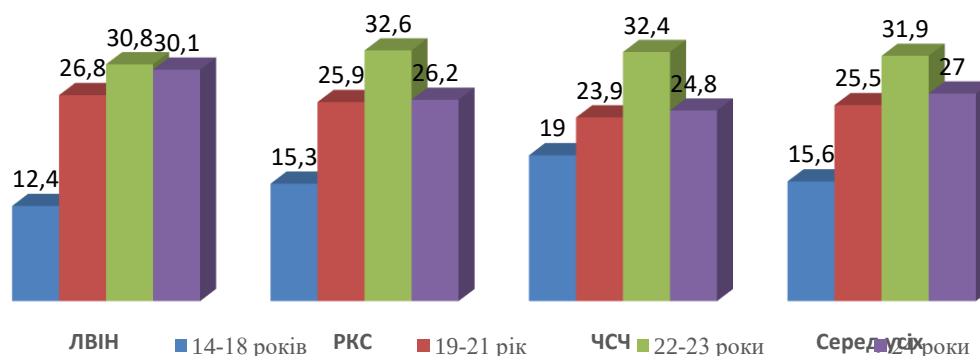
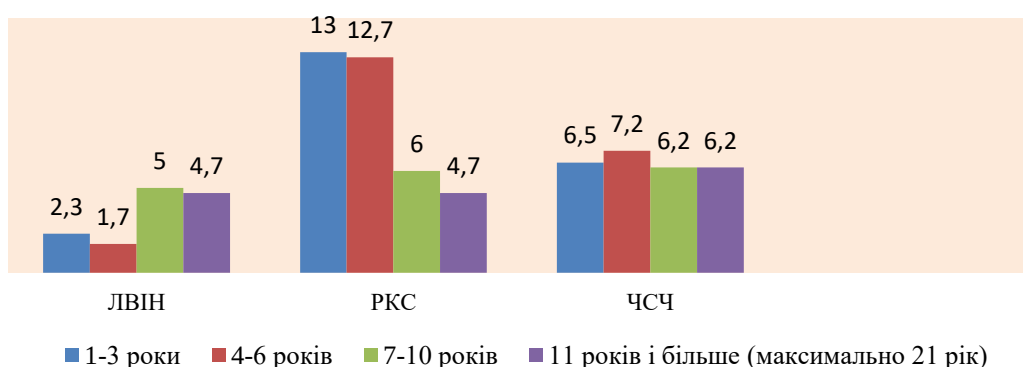


Рис.

Д3. Розподіл респондентів за віком, %

Щодо *статі*, то серед опитаних ЛВІН опитано 27,1% жінок і втричі більше чоловіків (72,9%). Майже всі опитані респонденти трьох цільових груп постійно мешкають у містах опитування. Робітниці комерційного сексу є більш мобільною групою й серед них виявилось більше тих, які мешкають в іншому населеному пункті (8,6% ствердних відповідей), та, відповідно, менше тих, які є корінними мешканками населеного пункту (63,5%), де проходило опитування. Серед людей, які використовують ін'єкційні наркотики, більшу частку становили ті, які народились у місті опитування (86%).

Говорячи про кількість років, які опитані респонденти проживають у містах опитування, то найбільша кількість років (11 років і більше) проживання у містах опитування виявилася серед ЧСЧ (6,2%), серед ЛВІН і РКС – по 4,7% відповідно. Серед робітниць комерційного сексу виявилось по 13% відповідно тих, які проживають у містах проведення опитування до 3 років та 4–6 років (рис. Д4).



**Рис. Д4. Розподіл респондентів за кількістю років проживання у населеному пункті,
де проводилося опитування, %**

Місце проживання. Переважна більшість опитаних респондентів останні три місяці проживали вдома (в квартирі/будинку батьків або родичів) – 52,5 % серед усіх. Третина РКС та майже кожен п'ятий ЧСЧ проживають в орендованій квартирі або будинку. У знайомих або друзів мешкають по 12% відповідно ЛВІН та РКС. Серед опитаних є ті, які мешкають практично на вулиці (1,7% ЛВІН та по 0,7% відповідно РКС та ЧСЧ). У притулку, центрі реабілітації або інтернаті більше проживає ЛВІН (2,4%). Гуртожиток як місце помешкання зазначили 4,9% ЧСЧ та по 9% відповідно ЛВІН і РКС.

Рід занять. У цілому серед опитаних представників усіх трьох цільових груп виявилось 26,3% тих, які навчаються (більшість серед ЧСЧ та РКС – 36,3% та 25,9% відповідно). Серед ЛВІН осіб, які навчаються, зафіксовано 16,4%. За типом закладів освіти респонденти, які навчаються, розподілилися таким чином: у ЗПТО навчаються 57,1% ЛВІН, 30,8% РКС та 18% ЧСЧ. Серед ЧСЧ виявилось більше тих, які навчаються у коледжах – 27% та закладах вищої освіти – 45%.

Стосовно тих респондентів, які не навчаються, можна зауважити: працюють неофіційно майже третина ЛВІН та РКС відповідно та 21,6% ЧСЧ. Найманих працівників виявилось більше серед ЧСЧ (29,5%). Більшість тих, які не працюють за станом здоров'я, виявилось серед ЛВІН (5,4%). Крім того, серед ЛВІН майже третину становлять ті, які тимчасово не працюють, але збираються працювати далі; 2,3% робітниць комерційного сексу зазначили, що перебувають у відпустці по догляду за дитиною віком до 3 років.

Рівень добробуту. За рівнем матеріального становища опитані респонденти займають достатньо різні позиції. Так, можуть дозволити собі купувати деякі коштовні речі (телевізор або холодильник) 26,5% ЧСЧ; 12,6% РКС та лише 3,4% ЛВІН. Вистачає грошей на одяг, їжу та можуть відкладати гроші 48,3% ЧСЧ та 42,5% РКС. Майже вдвічі менше таких виявилось серед ЛВІН (25,5%). Для переважної більшості ЛВІН (51%) вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко. В аналогічній ситуації перебувають 37,5% РКС та 19,2% ЧСЧ. Своє матеріальне становище оцінили як скрутне (не вистачає грошей навіть на їжу) 19,5% ЛВІН, 6% РКС та 4,3% ЧСЧ.

ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ (експертів і надавачів послуг), опитаних під час ФАЗИ 3

Надавачі послуг:

- Соціальний працівник ВІЛ-сервісної ГО – 15.
- Медична сестра – 3.
- Голова правління ВІЛ-сервісної ГО – 2.
- Керівник проєктів, регіональний координатор ВІЛ-сервісної ГО – 3.
- Лікар-інфекціоніст – 2.
- Лікар-психолог кабінету «Довіри» – 2.
- Психіатр, психіатр-нарколог – 2.

Експерти національного рівня:

1. Лікар-інфекціоніст, ДУ «Центр громадського здоров'я».
2. Директор, КЗ «Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом».
3. Медичний директор, КП «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом».
4. Головний лікар, Київська міська клінічна лікарня № 5.
5. Директор, Львівський обласний центр громадського здоров'я.
6. Заступник медичного директора з питань профілактики і боротьби зі СНІДом, Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань.
7. Директор, Рівненський центр громадського здоров'я.
8. Головний лікар, Одеський обласний центр соціально-значущих хвороб.
9. Директор, Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом.
10. Медичний директор, ГО «Центр соціального розвитку та підтримки здоров'я чоловіків».