

Звіт за результатами дослідження:

«Оцінка якості та доступності профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ в контексті переходу від донорського до державного фінансування»

**Олеся Трофименко
Оксана Рокицька
Руслана Москотіна
Марія Шваб**

ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка»

Інституту соціології НАН України

На замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Київ-2022

ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
ПОДЯКИ	4
ГЛОСАРІЙ	5
ВСТУП	7
МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	9
МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	10
ПРОЦЕДУРА ДОСТУПУ ДО ЦІЛЬОВИХ ГРУП	11
ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДОСЛІДЖЕННЯ	12
ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	12
ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	13
АНАЛІЗ ДАНИХ	13
ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	14
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ	15
РОЗДІЛ 2. СУБ'ЄКТИВНА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО АРТ	26
2.1. Досвід прийому АРТ	26
2.2. Причини припинення прийому АРТ	27
2.3. Оцінка задоволеності організацією лікування серед ЛЖВ	29
2.4. Суб'єктивна прихильність до АРТ	30
РОЗДІЛ 3. ДОСВІД ОТРИМАННЯ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПОСЛУГ, В ТОМУ ЧИСЛІ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ ТА / ЧИ ВОЄННИХ ДІЙ	35
3.1. Досвід отримання профілактичних послуг серед ЛВНІ, СП, ЧСЧ, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій	35
3.2. Оцінка якості профілактичних послуг серед ЛВНІ, СП, ЧСЧ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій	51
3.3. Досвід отримання послуг з догляду і підтримки у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій	68
3.4. Оцінка якості послуг з догляду і підтримки у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій	71
РОЗДІЛ 4. БАР'ЄРИ ОТРИМАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ І ПОСЛУГ З ДІП	74
4.1. Бар'єри отримання профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій	74
4.2. Бар'єри отримання послуг з ДіП у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій	77

РОЗДІЛ 5. ДОСВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ, СТИГМАТИЗАЦІЇ, ГРУБОГО / НЕСПРАВЕДЛИВОГО СТАВЛЕННЯ З БОКУ ПРОВАЙДЕРІВ ПОСЛУГ	80
5.1. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій	80
5.2. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг до клієнтів послуг з догляду і підтримки, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій	86
РОЗДІЛ 6. ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ОТРИМАННЮ ПОСЛУГ	91
6.1. Фактори, що сприяють отриманню профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій	91
6.2. Фактори, що сприяють отриманню послуг з ДіП у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій	93
ВИСНОВКИ	96
РЕКОМЕНДАЦІЇ	102

ПОДЯКИ

Авторки висловлюють щирі подяки таким організаціям і людям, без яких це дослідження не відбулось би:

- ✓ Людмилі Амджадін, асистентці дослідження, ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка»
- ✓ Регіональним координаторам та координаторкам дослідження:
 - Костянтину Писареву (Дніпропетровська обл.);
 - Тарасу Карасійчуку (Київська обл., м. Київ);
 - Юлії Чабанюк (Кіровоградська обл.);
 - Мар'яну Кавецькому (Одеська обл.);
 - Людмилі Рибчук (Рівненська обл.);
 - Василю Малікову (Харківська обл.);
 - Володимиру Кулику (Черкаська обл.).

та всім членам регіональних команд.

ГЛОСАРІЙ

АРТ – антиретровірусна терапія.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини.

ВГВ – вірусний гепатит В.

Вибіркова сукупність – сукупність одиниць дослідження, відібраних із генеральної сукупності за певними правилами з метою репрезентації генеральної сукупності за певними ознаками.

ВПО – внутрішньо-переміщені особи.

Генеральна сукупність – сукупність усіх одиниць дослідження із заданими характеристиками, які планується вивчати при проведенні дослідження.

ГПР – групи підвищеного ризику до інфікування ВІЛ (у рамках дослідження СП, ЛВНІ і ЧСЧ).

ДіП – послуги з догляду та підтримки.

ДКП – доконтактна профілактика.

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом.

Ключові групи щодо інфікування ВІЛ: ЛВНІ, СП, ЧСЧ

ЛВНІ – люди, які вживають наркотики ін'єкційно.

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ.

НУО – неурядова організація.

ПТВ – послуги з тестування на ВІЛ.

СНІД – синдром набутого імунодефіциту.

Статус ВІЛ у цьому дослідженні: оскільки дослідження не передбачає тестування учасників на ВІЛ, ВІЛ-статус респондентів визначається зі слів самого респондента.

СЕЦА – Східна Європа та Центральна Азія.

СП – особи, які надають сексуальні послуги за винагороду та їхні клієнти.

ТБ – туберкульоз.

ЧСЧ – чоловіки, які мають сексуальні контакти з чоловіками.

ЦГЗ – Замовник дослідження – ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України.

Організатор дослідження – Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка Інституту соціології Національної академії наук України.

N – розмір вибірки чи підвибірки, від якої рахується вказана частка у %.

n – кількість респондентів, яка складає вказану частку в %.

p — розраховане зі статистичного тесту число, яке описує, наскільки ймовірним є тестований набір значень за умови, що нульова гіпотеза є вірною; зазвичай значення $p < 0.05$ вважаються за такі, які вказують на не випадковий характер спостережуваного розподілу даних.

ВСТУП

Станом на 2020 рік тягар епідемії ВІЛ/СНІДу у світі все ще залишається значною проблемою громадського здоров'я, попри масштабні консолідовані зусилля впроваджені світовою спільнотою на різних рівнях впливу¹. Історія впровадження ключових зусиль боротьби з епідемією налічує багаторічний досвід. Свідчення ефективності таких заходів описано у численних дослідженнях та ґрунтується на фактичних даних впливу на поширення епідемії, в тому числі з точки зору їх рентабельності²³⁴. У країнах з низьким доходом та нижче середнього, куди входить і Україна, все ще значний тягар епідемії припадає саме на групи, які стикаються з правовими, соціальними бар'єрами доступу до профілактичних, діагностичних послуг, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ, що прямо впливає на успішність досягнення глобальних цілей у боротьбі з епідемією ВІЛ:⁵⁶⁷ окремі групи вразливі до інфікування, що пов'язано з поведінковими особливостями (чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ); люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (ЛВНІ); особи, які перебувають у в'язницях та інших закладах закритого типу; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду та їх клієнти (СП); трансгендерні особи). З огляду на світову практику, консолідовані заходи включають застосування науково обґрунтованих комплексних послуг, в тому числі низькопорогових, поведінкових інтервенцій, які дозволяють задовольнити потреби ключових груп населення та людей, які живуть з ВІЛ, та досягти стійкої відповіді на епідемію⁸⁹. Однак, попри наявність заходів, направлених на ранню діагностику та лікування ВІЛ/ко-інфекцій, оптимізації схем лікування та застосування комбінованих інтервенцій лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ все ще не гарантують успішність лікування через низку факторів, які впливають на прихильність до такого лікування. Згідно даних окремих досліджень, високий або частковий рівень прихильності до АРТ серед людей, які живуть з ВІЛ достатньо низький (близько 40%)¹⁰¹¹, а

¹ <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>

² Antiretroviral Therapy Adherence Support: Recommendations and Future Directions K. Rivet Amico, PhD, Catherine Orrell, MBChB, MSc, MMed; First Published January 18, 2013 Research <https://doi.org/10.1177/1545109712459041>

³Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. Wiessing L, Likatavicius G, Klempová D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P *Am J Public Health*. 2009 Jun; 99(6):1049-52.

⁴ Mannheimer, SB, Matts, J, Telzak, E Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*. 2005;17(1):10–22.

⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174506/>

⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775865/>

⁷ THE GLOBAL RESPONSE AND UNMET ACTIONS FOR HIV AND SEX WORKERS Kate Shannon¹, Anna-Louise Crago², Stefan D. Baral³, Linda-Gail Bekker⁴, Deanna Kerrigan³, Michele R. Decker³, Tonia Poteat³, Andrea L. Wirtz³, Brian Weir³, Marie-Claude Boily⁵, Jenny Butler⁶, Steffanie A. Strathdee⁷, and Chris Beyrer³; *Lancet*. 2018 August 25; 392(10148): 698–710. doi:10.1016/S0140-6736(18)31439-9

⁸ Wiessing L, Likatavicius G, Klempová D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. *Am J Public Health*. 2009;99:1049–52.

⁹ Van den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho RA, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users. *Addiction*. 2007;102:1454–62.

¹⁰ Al-Dakkak I, Patel S, McCann E, Gadkari A, Prajapati G, Maiese EM. The impact of specific HIV treatment-related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*. 2013;25(4):400–414. doi:10.1080/09540121.2012.712667

¹¹ Beer L, Heffelfinger J, Frazier E, et al. Use of and adherence to antiretroviral therapy in a large U.S. sample of HIV-infected adults

дотримання режиму лікування все ще є проблемою для переважної більшості тих, хто отримує АРТ¹².

В Україні, як і в багатьох країнах СЄЦА, в останні роки активно запроваджуються кроки, спрямовані на забезпечення сталості сервісів, пов'язаних з профілактикою, діагностикою, лікуванням та доглядом у зв'язку з ВІЛ серед ключових груп населення та людей, які живуть з ВІЛ за рахунок переходу від зовнішнього до внутрішнього фінансування та забезпечення стійкого розвитку послуг, як частини державної політики у сфері громадського здоров'я.

З 2019 р. в Україні державним коштом забезпечується покриття оплати за надання «базового пакету послуг» з профілактики представникам трьох ключових груп населення та догляду та підтримки ЛЖВ. До базового пакету профілактичних послуг та послуг з догляду та підтримки ЛЖВ входять: програми розповсюдження/обміну голочок та шприців, консультування/надання інформаційної продукції, тестування на ВІЛ, скринінг ТБ, розповсюдження презервативів та лубрикантів; послуги догляду та підтримки, направлені на сприяння у диспансеризації, мотивування до раннього початку лікування ВІЛ, формування прихильності до АРТ та отримання медичних послуг, профілактику передачі ВІЛ.

Низка міжнародних досліджень щодо оцінки якості та доступності послуг свідчить, що незважаючи на широкий спектр розроблених стандартів та керівництв з провідних практик, їх не завжди дотримуються та використовують¹³¹⁴¹⁵¹⁶. Це породжує необхідність отримання даних, які відображатимуть практики «на місці». У 2019 році при проведенні оцінки якості послуг та вивчення рівня задоволення клієнтів профілактичних програм¹⁷ було виявлено низку проблем у наданні послуг профілактики та лікування у зв'язку з ВІЛ серед трьох ключових груп. При цьому оцінка надання послуг з догляду та підтримки ЛЖВ немедичним персоналом з числа неурядових організацій не була в переліку завдань дослідження.

Внаслідок повномасштабної військової агресії росії в Україні зростають ризики інфікування ВІЛ-інфекцією, а також негативний вплив на доступ громадян до профілактичних та медичних послуг. Зокрема однією з проблем є доступ ВІЛ-інфікованих пацієнтів до антиретровірусної терапії (АРТ), подальше утримання на лікуванні, формування прихильності до лікування. Доступ до профілактичних програм з запобігання поширення вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) також зазнає змін у зв'язку з руйнуванням

in care, 2007–2008. *Open AIDS J.* 2012;6:213–223. doi:10.2174/1874613601206010213

¹² Ortego, C, Huedo-Medine, TB, Llorca, J, Sevilla, L, Santos, P Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): A meta-analysis [published online ahead of print]. *AIDS Behav.* 2011.

¹³ Lucas Wiessing¹, Marica Ferri², Vendula Běláčková^{3,4,5}, Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study: *Harm Reduct J*, 2017 Apr 22;14(1):19, doi: 10.1186/s12954-017-0141-6.

¹⁴ Strike C, Watson TM, Lavigne P, Hopkins S, Shore R, Young D, et al. Guidelines for better harm reduction: evaluating implementation of best practice recommendations for needle and syringe programs (NSPs). *Int J Drug Policy.* 2011;22:34–40.

¹⁵ EMCDDA. Best practice portal. Lisbon: EMCDDA; 2017. <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>. Accessed 20 Mar 2017.

¹⁶ Ferri M, Bo A. Best practice promotion in Europe: a web-based tool for the dissemination of evidence-based demand reduction interventions. *Drugs Educ Prev Policy.* 2013;20:331–7.

¹⁷ Балакірева О., канд. соціол. наук Бондар Т., канд. соціол. наук Шевченко С., канд. соціол. наук Галустьян Ю., канд. соціол. наук Левцун О., канд. соціол. наук: Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД».

інфраструктури, особливо на тимчасово окупованих територіях, високою внутрішньою міграцією, зміною потреб клієнтів у профілактичних послугах. Крім загально визначених способів (повторне/спільне використання голочок і шприців, незахищені статеві акти), під ризиком незахищений контакт з великою кількістю крові.

З огляду на зміну моделі фінансування на наявність нормативного регулювання послуг профілактики трьом ключовим групам (ЛВНІ, СП та ЧСЧ) і догляду та підтримки ЛЖВ, а також повномасштабного вторгнення військ росії на територію України, існує потреба оновлення цих даних, вивчення рівня задоволеності та якості надання послуг для ключових груп, ЛЖВ. Оцінка якості послуг буде здійснена насамперед через визначення рівня задоволеності отриманням профілактичних послуг і догляду, та підтримки ЛЖВ, наявних бар'єрів до отримання та факторів, що сприяють їх отриманню. Отримана інформація уможливить подальше планування та поглиблення інтеграції послуг до системи громадського здоров'я з урахуванням досвіду їх кінцевих реципієнтів.

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження складалася з двох компонентів.

- 1) **Перший компонент** передбачав визначення якості та доступності профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, а саме ЛВНІ, СП, ЧСЧ в контексті переходу від донорського до державного фінансування в Україні та повномасштабної військової агресії росії.
- 2) **Другий компонент** полягав у встановленні якості та доступності послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ в контексті переходу від донорського до державного фінансування в Україні та повномасштабної військової агресії росії.

Завдання першого компоненту:

- 1) Дізнатися та проранжувати критерії якості профілактичних послуг, які фінансуються коштом державного бюджету (далі – профілактичних послуг) для ЛВНІ, СП та ЧСЧ з точки зору задоволеності отримувачів послуг;
- 2) Встановити наявні бар'єри до отримання профілактичних послуг для ЛВНІ, СП та ЧСЧ у зв'язку з воєнним станом в Україні;
- 3) Визначити фактори, які сприяють отриманню профілактичних послуг серед ЛВНІ, СП, ЧСЧ;
- 4) Сформулювати рекомендації щодо підвищення якості та доступності профілактичних послуг для ЛВНІ, СП та ЧСЧ в контексті повномасштабної військової агресії росії, які фінансуються коштом державного бюджету.

Завдання другого компоненту:

- 1) Дізнатися та проранжувати критерії якості послуг з догляду та підтримки, які фінансуються коштом державного бюджету (далі – ДіП) для ЛЖВ в Україні з точки зору задоволеності отримувачів послуг;
- 2) Встановити наявні бар'єри до отримання ДіП для ЛЖВ у зв'язку з воєнним станом в Україні;

- 3) Визначити фактори, які сприяють отриманню послуг з ДіП для ЛЖВ;
- 4) Дослідити детермінанти, які впливають на процес формування прихильності до лікування антиретровірусними препаратами, включаючи медичні та немедичні фактори, з точки зору отримувачів послуг;
- 5) Встановити причини переривання та відмови від АРТ серед ЛЖВ;
- 6) Сформувати рекомендації щодо можливих механізмів попередження переривання АРТ в контексті надання таких послуг поза межами медичного закладу у зв'язку з воєнним станом в Україні;
- 7) Сформувати рекомендації щодо підвищення якості та доступності послуг з ДіП ЛЖВ в контексті повномасштабної військової агресії росії, які фінансуються коштом державного бюджету.

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Дизайн дослідження

Даний проект є одномоментним крос-секційним дослідженням із використанням кількісної методології.

Гіпотези дослідження:

- 1) Респонденти із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, а саме ЛВНІ, СП, ЧСЧ більш прихильні отримувати профілактичні послуги у неурядових організаціях.
- 2) Основними критеріями оцінок якості профілактичних послуг серед цільових груп дослідження є кваліфікація персоналу та доступність і зрозумілість консультацій, а також своєчасність отримання послуг¹⁸.
- 3) Основними факторами, які сприяють отриманню профілактичних послуг серед цільових груп є кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій¹⁹.
- 4) Основними критеріями якості послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ є фізична доступність до закладів надання послуг (враховуючи умови воєнного стану та можливі активні бойові дії на території проживання / перебування цільової групи) та дотримання конфіденційності персоналом закладу²⁰.
- 5) Наявними бар'єрами отримання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ є віддаленість від місця проживання, та/або неможливість дістатися місця отримання послуг внаслідок умов воєнного стану та можливих активних бойових дій на території проживання / перебування цільової групи, а також ставлення персоналу²¹.
- 6) Основними детермінантами, які впливають на процес формування прихильності до лікування антиретровірусними препаратами більшою мірою виступатимуть соціальні фактори, ніж медичні показники (відсутність активних бойових дій, безперервний

¹⁸ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Quality_of_services_report.pdf

¹⁹ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Quality_of_services_presentation.pdf

²⁰ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MPGR_report.pdf

²¹ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MPGR_report.pdf

доступ до препаратів, можливість безкоштовно доїхати до лікувального закладу, відсутність черг, ставлення персоналу)²².

- 7) Однією з найвагоміших причин переривання та відмови від АРТ серед ЛЖВ є наявність побічних дій від призначеної схеми лікування та необхідність щоденного прийому препаратів²³.

Цільові групи дослідження:

- 1) **Перший компонент:** ЛВНІ, СП, ЧСЧ, які є клієнтами профілактичних послуг, для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у відповідному населеному пункті, отримували послуги хоча б 1 раз впродовж мінімум 6-ти місяців на момент участі в дослідженні, віком від 14 років (ЛВНІ та ЧСЧ), та 18 років (СП) на момент участі у дослідженні.
- 2) **Другий компонент:**
 - ✓ Клієнти ВІЛ-програм з догляду та підтримки в Україні, які перебувають на АРТ, незалежно від того, чи мали досвід переривання АРТ (*перериванням вважається випадок, коли людина не з'являлася за препаратом впродовж 3 місяців та більше*);
 - ✓ Клієнти ВІЛ-програм з догляду та підтримки в Україні, які відмовились від АРТ, включно з тими, хто мав досвід переривання (*відмовою вважається написання заяви про відмову від прийому АРТ-препаратів*).

ПРОЦЕДУРА ДОСТУПУ ДО ЦІЛЬОВИХ ГРУП

Процедура доступу до цільових груп була реалізована за наступним алгоритмом:

- 1) Відбір та затвердження регіональних координаторів дослідження у кожній області дослідження;
- 2) Встановлення переліку та затвердження Замовником НУО / ЗОЗ, які надають послуги представникам цільових груп дослідження;
- 3) Встановлення контактів із представниками затверджених НУО / ЗОЗ з ціллю формування списків потенційних респондентів;
- 4) Встановлення попередніх контактів представниками НУО / ЗОЗ із потенційними респондентами, з метою інформування про дослідження та отримання попередньої згоди на участь у ньому.
- 5) Отримання попередньої згоди потенційного респондента на участь у дослідженні та дозволу на надання контактів інтерв'юерам, передача контактів респондентів інтерв'юерам із збереженням конфіденційності (тільки контактний номер та ім'я респондента). У випадках відмови респондентів надавати свої контакти соціологам, регіональні координатори шукали іншого респондента за відповідними характеристиками.

²² https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PHLWH50%2B_report.pdf

²³ https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PHLWH50%2B_report.pdf

ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДОСЛІДЖЕННЯ

На підготовчому етапі дослідження було розроблено дві анкети, для кожного із компонентів дослідження. Пілотування інструментарію було проведено у м. Черкаси (8 респондентів). Під час пілотування інструментарію було опитано 8 представників ключових груп (по 2 з кожної цільової групи). За результатами пілотування внесені необхідні виправлення та уточнення. Скринінгові форми та інструментарії заповнювалися в електронному вигляді. Для кожної анкети було автоматично сформовано електронне посилання. Для заповнення анкет у електронному вигляді використано програмне забезпечення Lemur, яке не потребувало окремого встановлення на планшет або смартфон.

ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведення опитування цільових груп дослідження за компонентом 1 та 2 відбувалося у вибіркових областях за допомогою репрезентативної двоступеневої кластерної вибірки. Формування вибірки відбувалось з використанням підходу, за якого кожна область розглядалася як окремий кластер, при цьому, була врахована наявна різниця в кількості представників/ць ЛВНІ, СП, ЧСЧ та клієнтів/ок ВІЛ-програм, а також нерівномірність покриття ВІЛ-програмами території України. Виходячи з цього, був проведений наступний розрахунок вибіркової сукупності (Таблиця 1).

Таблиця 1.

Розрахунок вибіркової сукупності

№ з/п	Область	ЛЖВ	ЛВНІ	ЧСЧ	СП	Всього в області
1	Дніпропетровська	696	516	83	109	1404
2	Кіровоградська	96	99	13	22	230
3	Львівська	144	139	58	35	376
4	Одеська	768	417	83	127	1395
5	Рівненська	72	60	13	12	156
6	Харківська	120	198	83	75	476
7	Черкаська	96	119	19	23	257
8	м. Київ	408	436	288	173	1305
Всього		2400	1984	640	576	5600
				3200		

Таким чином, сумарно для першого компоненту дослідження вибірка склала 3200 респондентів та сумарно для другого компоненту дослідження – 2400 респондентів. Загальне вибіркоче завдання склало 5600 респондентів.

ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою реалізації дослідження в рамках етичних принципів організації, після затвердження Замовником фінальної версії інструментарію дослідження та даного Протоколу, було отримано схвальний висновок Комісії з питань етики ЦГЗ стосовно протоколу та інструментарію дослідження.

Участь у дослідженні передбачала мінімальні ризики, пов'язані із можливим витоком конфіденційної інформації та деанонімізації. Усі ризики були мінімізовані за допомогою відповідних процедур захисту конфіденційної інформації. Для унеможливлення ризику порушення конфіденційності особистої інформації респондентів, Організатор та Замовник отримали масив даних виключно із порядковими номерами респондентів. Порядкові коди респондентів були сформовані із набору букв (назва області дослідження) та порядкового номеру анкет, розподіленого за областями дослідження. Опитування проводилося методом віч-на-віч і ніхто, окрім інтерв'юера та респондента, не був при цьому присутній.

За участь у дослідженні була передбачена грошова компенсація у розмірі 200 грн. готівкою. У рамках дослідження не передбачалося жодних грошових витрат з боку учасників. Компенсація респондентам виплачувалась відразу по завершенню участі в дослідженні.

Члени дослідницької команди, регіональні супервайзери та інтерв'юери, які брали участь у реалізації дослідження, перед його початком у обов'язковому порядку підписували «Згоду про нерозголошення конфіденційної інформації».

Потенційні учасники були поінформовані про те, що їхня участь у дослідженні є суто добровільною, а також, що вони мають право в будь-який момент відмовитися від подальшої участі в дослідженні. У випадку відмови від участі в опитуванні, анкета з відповідями респондента знищувалася і не використовувалась під час аналізу.

АНАЛІЗ ДАНИХ

В аналізі даних використані методи описової статистики: частоти, пропорції, показники центральної тенденції (середнє значення) і варіації (стандартне відхилення), чітко описано наявні зв'язки. Також застосовано непараметричний критерій Вілкоксона, покликаний перевіряти різницю між відповідями в межах одної вибірки. Рівень значущості встановлено на рівні $p < 0,05$. Поряд з оцінками параметрів представлені 95% довірчі інтервали. Також проведено порівняння отриманих даних із результатами попередніх досліджень:

- «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД»²⁴ (2019);
- «Оцінка якості послуг та вивчення рівня задоволеності клієнтів профілактичних програм з ВІЛ»²⁵ (2019).

²⁴ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MPGR_report.pdf

²⁵ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Quality_of_services_report.pdf

У дослідженні увага зосереджена на двох періодах отримання послуг клієнтами програм:

1. За увесь період отримання послуг з профілактики та догляду і підтримки, не обмежуючись певним роком;
2. З початку повномасштабного вторгнення росії в Україну – з 24 лютого 2022 року.

Порівняння даних із результатами 2019 року проводилось окремо за показниками, які повторювались у трьох дослідженнях (включаючи дане), враховуючи загальні тенденції отримання послуг клієнтами.

ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Реалізація польового етапу відбувалась під час повномасштабного вторгнення росії в Україну, що мало безпосередній вплив як на можливість доступу до представників цільових груп, їх перебування у місцях постійного проживання, так і на їх зацікавленість в участі у дослідженні. Значна частка респондентів відмовлялись від участі у дослідженні через страх за власну безпеку та через необхідність доїзду до місця проведення опитування.

На реалізацію запланованої вибірки у встановлені терміни впливала також воєнна ситуація у обраних регіонах дослідження: активні бойові дії, повітряні тривоги тощо.

Оцінка якості послуг як профілактичних програм, так і програм догляду і підтримки, проводилась за два періоди: до початку повномасштабного вторгнення росії в Україну та після її початку 24 лютого 2022 року. Респондентам було важко згадувати та оцінювати послуги до початку війни, оскільки події останнього часу вплинули на психологічний стан респондентів.

Це дослідження у методологічному плані спиралося на 2 дослідження, проведені Центром громадського здоров'я у попередні роки, а саме: «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД» та «Оцінка якості послуг та вивчення рівня задоволеності клієнтів профілактичних програм з ВІЛ», було заплановано порівняння отриманих даних із попередніми результатами. Порівняння даних можливо лише частково, оскільки дослідження мають відмінності як у методології, так і у підходах до реалізації вибіркового сукупностей:

- *«Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД»* - складалось із якісного та кількісного компонентів, але кількісний компонент мав обмеження у віці представників цільових груп, а саме охоплював категорію від 14 до 24 років, а якісне дослідження не було передбачено методологією даного опитування;
- *«Оцінка якості послуг та вивчення рівня задоволеності клієнтів профілактичних програм з ВІЛ»* - включало проведення кабінетного аналізу, якісного та кількісного дослідження серед клієнтів програм профілактики. Кількісне дослідження передбачало інший критерій включення у дослідження (отримання послуг впродовж останніх 3-х місяців), а також відмінний перелік послуг, які оцінювались респондентами.

РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

Соціально-демографічні параметри частково було задано квотною вибірковою сукупністю (див. розділ «Методологія»).

До вибірки потрапили (Таблиця 1.1.) 99% і 98% жителів міст в обох підвибірках (ГПР та ЛЖВ). Причому, зважаючи на те, що підвибірка ГПР включає в себе три групи респондентів: СП, ЛВНІ і ЧСЧ, слід відмітити, що всі ці підгрупи також продемонстрували нам рівні відсотки жителів міст/сіл у кожній підгрупі.

За статтю: у вибірці 62% чоловіків та 37% жінок серед опитаних в групах підвищеного ризику. А у підвибірці ЛЖВ ця диспропорція менша – 51% опитаних становлять чоловіки і 49% жінки. Зрозуміло, що диспропорція чоловіків і жінок у вибірці груп підвищеного ризику викликана власне критеріями включення у самі підвибірки ЧСЧ, СП та ЛВНІ. Відповідно, загальна вибірка представлена такими пропорціями: для СП – 94% (9,7; 95,5) жінок, 4% (2,3; 5,4) трансгендерних людей, і 2% (1,4; 4,0) чоловіків; а для ЛВНІ – 68% (65,9; 69,7) чоловіків і 32% (30,3; 34,1) жінок.

За рівнем освіти можна виділити три найбільші групи серед обох підвибірок: повна середня, середня спеціальна та базова вища освіта. В обох підвибірках домінують респонденти із середньою спеціальною освітою, і частка їх приблизно однакова: серед ЛЖВ ця частка становить 40%, а серед ГПР – 36%. Загалом, можемо констатувати, що підвибірка ЛЖВ має більш високий рівень освіти, аніж загалом підвибірка ГПР. Так, ми спостерігаємо серед ЛЖВ вищу частку респондентів із базовою вищою освітою: 26% ЛЖВ мають таку освіту та 15% (13,5; 16,5) ГПР. Теж саме ми спостерігаємо і з повною вищою освітою (14% ЛЖВ у порівнянні із 9% (7,4; 10,6) ГПР). В свою чергу, ми спостерігаємо нижчу частку тих, хто має повну середню освіту (29% ЛЖВ у порівнянні із 16% (14,5; 17,2) ГПР). Якщо ж подивитися на підвибірки цільової групи ГПР, то можемо побачити, що тут спостерігається значна різниця, тому що кожна підвибірка вирізняється різним рівнем освіти, а особливо, якщо говорити про ЛВНІ та ЧСЧ, які є майже прямо протилежними підгрупами за рівнем освіти. Так, якщо серед ЧСЧ респондентів із незакінченою середньою освітою лише 1%, то серед ЛВНІ їх аж 15%, хоча критерій включення згідно віку для цих обох цільових груп в даному дослідженні був однаковий – від 18 років. Водночас, респонденти із найвищим рівнем освіти за запропонованою кваліфікацією представляють третину підвибірки ЧСЧ, тоді як серед ЛВНІ таких лише 2% (Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1.

Порівняльна таблиця рівня освіти серед різних категорій вибірки груп підвищеного ризику*

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=626
Незакінчена середня (9 класів)	9 (6,9; 12,0)	15 (13,6; 16,8)	1 (0,3; 1,7)
Повна середня (11 класів)	29 (24,8; 3,3)	34 (32,0; 36,2)	12 (9,4; 14,5)

Продовження Таблиці 1.1.

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=626
Середня спеціальна (технікум)	39 (34,9; 43,2)	40 (37,7; 42,1)	24 (19,9; 26,4)
Базова вища (бакалавр)	17 (14,2; 20,5)	9 (7,6; 10,2)	31 (26,6; 33,9)
Повна вища (спеціаліст, магістр)	6 (3,8; 7,5)	2 (1,3; 2,5)	32 (27,7; 35,4)

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Серед усіх опитаних у підвибірці ЛЖВ домінує частка тих, хто має або мав досвід шлюбу: чи то офіційного, чи то, громадянського. Так, частка тих, хто ніколи не був одружений, в цій підвибірці становить лише 20% у порівнянні із підвибіркою ГПР, де вона в два рази вища, і становить 40% (38,7; 41,4). На момент опитування перебували в офіційному шлюбі 20% ЛЖВ та 6% (4,7; 7,3) ГПР, ще 21% ЛЖВ та 10% (8,7; 11,2) ГПР перебувають у громадянському шлюбі. І майже однакові частки: 18% ЛЖВ та 19% (17,7; 20,2) ГПР розлучені.

Якщо ж подивитися на розподіл респондентів у підвибірках цільової групи ГПР за сімейним статусом (Таблиця 1.2.), то тут ми також спостерігаємо значну різницю, тому маємо за цим критерієм абсолютно різні соціально-демографічні портрети, іноді діаметрально протилежні, як от наприклад, в підгрупі ЧСЧ та ЛВНІ. Так, наприклад, серед ЧСЧ найбільша частка (61%) ніколи не були одружені, а ще 27% проживають з партнером. І тільки трохи більше, ніж десята частина цієї підвибірка, мали або мають досвід зареєстрованого (відповідно, гетеросексуального) шлюбу. Тоді, як серед ЛВНІ мали досвід офіційного гетеросексуального шлюбу майже половина опитаних.

Таблиця 1.2.

Порівняльна таблиця сімейного стану серед різних категорій вибірки груп підвищеного ризику*

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=640
Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	2 (1,2; 3,5)	8 (6,4; 8,8)	3 (1,6; 4,1)
Розлучений (на)	22 (18,9; 25,5)	21 (19,6; 23,1)	8 (6,1; 10,4)
Перебуваю у громадянському шлюбі	7 (4,7; 8,7)	14 (12,9; 16,1)	1 (0,2; 1,4)
Вдівець / вдова	3 (2,1; 5,0)	4 (2,7; 4,3)	-
Ніколи не перебував(ла) у офіційному шлюбі	56 (51,7; 59,7)	28 (26,3; 30,2)	61 (56,9; 64,5)
Проживаю з партнером / партнеркою	10 (7,5; 12,2)	25 (23,0; 26,9)	27 (24,1; 30,8)

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Середній вік у підвибірці ЛЖВ становить 38 років, мінімальний (18 років) визначено відбором, а максимальний — 71 рік. Що ж стосується підвибірок груп підвищеного ризику, то тут цей показник значно відрізняється, хоча для усіх разом він становить 34 роки. Так, наприклад, середній вік серед підгрупи ЧСЧ найнижчий і становить 29 років, тоді як серед ЛВНІ він найвищий і становить 36 років. СП в свою чергу мають показник в 32 роки. Що ж стосується показника мінімального віку, то він також заданий методологією і для підгруп ЧСЧ та ЛВНІ становить 16 років, а для групи СП – 18 років. Тоді, як найстаршою є підвибірка ЧСЧ (за критерієм максимального віку, який не обмежувався методологією). Так, найстаршому респондентові в цій підгрупі – 68 років. Тоді, як в підгрупі ЛВНІ максимальний вік становить 66 років, а серед СП – 58 років.

Таблиця 1.3.

Соціально-демографічні показники отриманих підвбірок у зіставленні*, %

Змінна	Групи підвищеного ризику (ГПР), n=3200	ЛЖВ, n=2400
Стать, p < 0.001	%	%
Чоловіча	62 (60,8; 64,3)	51 (48,8; 52,7)
Жіноча	37 (35,1; 38,6)	49 (47,3; 51,2)
Трансгендерна людина	1 (0,4; 0,9)	0,1 (0; 0,2)
Тип населеного пункту, p < 0.001	ГПР, n=3200	ЛЖВ, n=2400
Місто	99 (98,8; 99,4)	98 (98,0; 99,0)
Селище міського типу	0,5 (0,3; 0,7)	1 (0,7; 1,5)
Село	0,3 (0,2; 0,6)	0,5 (0,0; 0,7)
Вікові групи, p<0,05	ГПР, n=3200	ЛЖВ, n=2400
До 18 років	1 (0,3; 0,7)	-
18–24 роки	13 (11,3; 13,6)	7 (5,9; 8,0)
25–34 роки	42 (40,2; 43,6)	32 (29,9; 33,4)
35–44 роки	35 (32,8; 36,2)	38 (36,0; 39,7)
45–54 роки	9 (8,4; 10,4)	19 (17,2; 20,3)
55 і старші	1 (0,7; 1,5)	5 (4,1; 5,8)
Освіта, p < 0.001	ГПР, n=3200	ЛЖВ, n=2400
Незакінчена середня (9 класів)	11 (10,3; 12,4)	4 (2,9; 4,5)
Повна середня (11 класів)	29 (27,1; 30,2)	16 (15,0; 18,0)
Середня спеціальна (технікум)	36 (34,7; 38,2)	40 (37,7; 41,6)
Базова вища (бакалавр)	15 (13,5; 15,8)	26 (24,5; 28,0)
Повна вища (спеціаліст, магістр)	9 (7,5; 9,4)	14 (12,4; 15,0)
Сімейний стан, p < 0.001	ГПР, n=3200	ЛЖВ, n=2400
Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	6 (4,9; 6,5)	20 (18,0; 21,3)

Змінна	Групи підвищеного ризику (ГПР), n=3200	ЛЖВ, n=2400
Розлучений (на)	19 (17,5; 20,3)	18 (16,2; 19,1)
Перебуваю у громадянському шлюбі	10 (9,2; 11,4)	21 (19,8; 23,2)
Вдівець / вдова	3 (2,3; 3,5)	4 (3,2; 4,7)
Ніколи не перебував(ла) у офіційному шлюбі	40 (38,0; 41,5)	20 (18,7; 22,0)
Проживаю з партнером / партнеркою	22 (21,2; 24,0)	17 (15,6; 18,6)

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Розглянемо ж ряд соціально-економічних характеристик, які належать двом підвбіркам респондентів – групам підвищеного ризику та ЛЖВ, такі як: матеріальний стан (самооцінка), зайнятість та рід занять. Спостерігаємо більш забезпечену в економічному плані підвбірку ЛЖВ, в якій понад 60% опитаних загалом вистачає на життя/на все необхідне, а також деякі з них можуть робити заощадження; в той час, як у підвбірці ГПР майже така сама частка практично знаходиться за межею бідності: в кращому випадку їм вистачає на продукти харчування. Але, якщо оцінювати матеріальний стан ГПР по підгрупах (СП, ЛВНІ, ЧСЧ), а не загалом, то можна побачити, наскільки значущою є різниця по даному критерію опису соціально-демографічного портрету (Таблиця 1.4.). Очікувано, ЛВНІ, у порівнянні із іншими підгрупами даної вибірки, є найбіднішими, а ЧСЧ – найбагатшими. Так, наприклад, більш ніж $\frac{3}{4}$ ЛВНІ є тими, хто за самооцінкою живе поза межею бідності, оскільки їм часто не вистачає грошей і продуктів харчування, і іноді вони навіть жебракують. В той же час, така сама частка, $\frac{3}{4}$ респондентів із числа ЧСЧ мають середній і вище середнього рівень матеріального забезпечення, оскільки значній частині із них вистачає на все необхідне, а деякі навіть роблять заощадження, та живуть у повному достатку. СП за цим критерієм знаходяться десь посередині між ЛВНІ та ЧСЧ, оскільки майже половині із них загалом вистачає на життя, а ще чверті вистачає на все необхідне, але заощаджень вони не роблять.

Таблиця 1.4.

Порівняльна таблиця самооцінки матеріального стану серед різних категорій вибірки груп підвищеного ризику*, %

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=640
Часто не вистачає грошей і продуктів харчування, іноді жебракую	-	4 (3,1; 5,0)	-
Не вистачає на продукти харчування, але не жебракую	2 (1,2; 3,8)	40 (37,7; 42,1)	3 (2,1; 4,9)

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=640
Вистачає лише на продукти харчування	17 (14,2; 20,3)	35 (32,5; 36,7)	22 (18,5; 24,8)
Загалом вистачає на життя	42 (38,5; 46,2)	17 (14,9; 18,0)	35 (31,3; 38,8)
Вистачає на все необхідне, але заощаджень не роблю	26 (22,0; 29,3)	4 (0,0; 0,4)	25 (21,1; 27,9)
Вистачає на все необхідне, роблю також заощадження	10 (7,6; 12,7)	,2 (0,1; 0,5)	13 (10,8; 16,2)
Живу у повному достатку	2 (1,0; 3,6)	,3 (0,1; 0,5)	2 (0,8; 2,8)
Інше	-	,3 (0,1; 0,5)	-

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

За зайнятістю підвибірка ЛЖВ також значно відрізняється із значним перехилом в зайнятих, порівняно із підгрупою ГПР, де домінують ті, хто так чи інакше на момент опитування стикнувся із безробіттям. За родом заняття у обох вибірках спостерігаємо майже однакові диспропорції, де домінуючі частки припадають на респондентів із числа робочих/різноробочих, працівників сфери торгівлі та працівників офісу. Але, наприклад, якщо для ЛВНІ і ЧСЧ на першому місці ідуть працівники торгівлі, далі за зменшенням відсотку працівники офісу і потім вже різнороби, то для СП перше місце посідають працівники офісу, далі ідуть різнороби і тільки потім працівники торгівлі.

Що ж стосується підвибірок в цільовій групі ГПР, то розподіл респондентів в кожній категорії респондентів можна побачити в Таблиці 1.5. Так, спостерігаємо найбільшу зайнятість у підгрупі ЧСЧ, оскільки половина респондентів зайняті повний робочий день і ще п'ята частина на неповний робочий день. Також ЧСЧ вирізняється найвищою кількістю студентів. Тоді як, ЛВНІ поміж інших сильно вирізняються високою часткою безробітних, а СП – найвищою часткою тих, хто працює неповний робочий день.

Таблиця 1.5.

Порівняльна таблиця зайнятості серед різних категорій вибірки груп підвищеного ризику*, %

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=640
Працюю повний робочий день	5 (3,1; 6,8)	10 (8,2; 10,8)	48 (44,2; 51,9)
Працюю неповний робочий день, часткова зайнятість	39 (35,4; 43,1)	18 (16,5; 19,9)	22 (18,8; 25,2)
Навчаюся	2 (0,7; 2,8)	1 (0,2; 0,9)	10 (7,8; 12,4)
Веду домашнє господарство, доглядаю за сім'єю	3 (2,1; 4,7)	2 (1,4; 2,7)	-

	СП, n=576	ЛВНІ, n=1984	ЧСЧ, n=640
Працюючий/ча пенсіонер/ка	-	-	-
Непрацюючий/ча пенсіонер/-ка	-	2 (1,4; 2,7)	-
Офіційно безробітний/на, але маю тимчасові заробітки	14 (11,3; 17,0)	21 (18,9; 22,4)	4 (2,7; 6,0)
Безробітний/на, але шукаю роботу	12 (9,4; 14,6)	40 (37,8; 42,0)	12 (9,4; 14,5)
Безробітний/на, але не шукаю роботу	12 (9,4; 14,6)	6 (4,7; 5,8)	3 (1,6; 4,0)
Секс-робота	12 (8,9; 14,2)	-	-
Інвалідність		1 (0,3; 1,0)	-

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Таблиця 1.6.

Соціально-економічні характеристики портрету респондентів у зіставленні

	ГПР n=3200 (%)	ЛЖВ n=2400 (%)
Матеріальний стан сім'ї (самооцінка), p<0,05.	%	%
Часто не вистачає грошей і продуктів харчування, іноді жебракую	2 (2,0; 3,1)	-
Не вистачає на продукти харчування, але не жебракую	26 (24,3; 27,3)	10 (8,7; 11,0)
Вистачає лише на продукти харчування	29 (27,3; 30,5)	29 (27,0; 30,8)
Загалом вистачає на життя	25 (23,3; 26,3)	35 (32,9; 36,8)
Вистачає на все необхідне, але заощаджень не роблю	12 (11,1; 13,3)	18 (16,2; 19,1)
Вистачає на все необхідне, роблю також заощадження	5 (3,9; 5,3)	7 (6,1; 8,1)
Живу у повному достатку	1 (0,6; 1,2)	1 (0,5; 1,1)
Зайнятість, p<0,05	ГПР n=3200 (%)	ЛЖВ n=2400 (%)
Працюю повний робочий день	16 (15,1; 17,7)	44 (42,1; 46,1)
Працюю неповний робочий день, часткова зайнятість	23 (21,2; 24,1)	23 (21,3; 24,7)
Навчаюся	3 (2,1; 3,3)	2 (1,5; 2,6)
Веду домашнє господарство, доглядаю за сім'єю	2 (1,6; 2,5)	5 (3,7; 5,3)
Працюючий / ча пенсіонер / ка	-	1 (0,8; 1,7)
Непрацюючий / ча пенсіонер / -ка	2 (1,1; 2,3)	3 (2,1; 3,5)

	ГПР n=3200 (%)	ЛЖВ n=2400 (%)
Офіційно безробітний / на, але маю тимчасові заробітки	16 (15,0; 17,6)	10 (9,3; 11,7)
Безробітний / на, але шукаю роботу	29 (27,6; 30,8)	9 (8,1; 10,3)
Безробітний / на, але не шукаю роботу	6 (5,4; 7,1)	2 (1,3; 2,3)
Інвалідність	1 (0,2; 1,6)	1 (0,6; 1,4)
Секс-робота	2 (1,6; 2,6)	-
Ваш рід занять, p<0,05	ГПР n=533 (%)	ЛЖВ n=1060 (%)
Робочий / ча /різноробочий / ча	22 (18,5; 26,2)	23 (20,3; 25,4)
Державний / на службовець /ця	8 (5,6; 10,4)	9 (6,9; 10,4)
Працівник / ця с/г сектору	5 (3,7; 7,8)	3 (2,1; 4,1)
Працівник / ця торгівлі	30 (25,6; 33,6)	29 (36,1; 31,6)
Працівник / ця офісу	30 (36,3; 33,9)	32 (29,0; 34,3)
Медичний / на працівник / ця	4 (2,0; 5,4)	3 (2,6; 4,9)
Приватний підприємець	1 (0,4; 2,1)	1 (0,7; 2,2)

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Досвід внутрішнього переміщення після 24 лютого 2022 року мають 7% представників груп підвищеного ризику та 4% ЛЖВ. Найбільшого досвіду внутрішнього переміщення зазнали ЧСЧ (12%), порівняно, наприклад, із ЛВНІ (4%) та СП (10%). Десь половина ЛВНІ та СП перемістилися майже одразу після початку війни, половина ЧСЧ – через декілька місяців після її початку. Більшість внутрішньо-переміщених осіб серед ГПР із Донецької області (займає 1-е місце серед опитаних ЛВНІ за кількістю переміщених в даній категорії респондентів), Харківської області (займає 1-е місце серед опитаних ЧСЧ за кількістю переміщених в даній категорії респондентів) та Запорізької області (займає 1-е місце серед опитаних СП за кількістю переміщених в даній категорії респондентів). Серед ЛЖВ найбільша частка внутрішньо-переміщених із Донецької області, трохи менше – із Миколаївської та Херсонської областей.

Таблиця 1.7.

Досвід внутрішнього переміщення у зв'язку із воєнним вторгненням росії в Україну*

Чи є Ви внутрішньо-переміщеною особою у зв'язку із воєнним вторгненням росії в Україну 24.02.2022р.?	ГПР n=3200 (%)	ЛЖВ n=2400 (%)
Так	7 (5,7; 7,5)	4 (3,5; 5,1)
Ні	93 (92,4; 94,2)	96 (94,9; 96,5)

Чи є Ви внутрішньо-переміщеною особою у зв'язку із воєнним вторгненням росії в Україну 24.02.2022р.?	ГПР n=3200 (%)	ЛЖВ n=2400 (%)
З якої області Ви переїхали?	ГПР, К-сть осіб	ЛЖВ, К-сть осіб
Дніпропетровська	7	7
Донецька	51	27
Запорізька	18	4
м. Київ	-	1
Київська	-	3
Кіровоградська	-	1
Луганська	24	6
Миколаївська	20	18
Одеська	1	5
Сумська	1	-
Харківська	78	13
Херсонська	10	15
Чернігівська	1	1
Черкаська	-	1
Вкажіть, будь ласка, термін перебування у області, у яку Ви переїхали?	ГПР, К-сть осіб	ЛЖВ, К-сть осіб
Менше 1 місяця	4	3
Від 1 до 3х місяців	35	31
3-5 місяців	79	41
Більше 5-ти місяців	93	27

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Респондентам із обох підвбірок були поставлені запитання стосовно тих, чи інших поведінкових факторів, які вказують на певні ризики в їх поведінці щодо інфікування ВІЛ. При цьому, певні критерії були задані, як критерії відбору до тієї чи іншої підвбірки, інші же виявлені як фактори ризику в рамках даного дослідження.

Так, наприклад, серед ЛЖВ 8% зазначили, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом, серед них 11% є учасниками замісної підтримувальної терапії. 3% опитаних ЛЖВ зазначили, що вони надавали за останні 6 місяців сексуальні послуги за винагороду. Серед тієї невеликої частки тих, хто мав досвід надання сексуальних послуг за винагороду у підвбірці ЛЖВ, більшість надавала їх в квартирі клієнта, рідше – у машині клієнта, в орендованій кімнаті / квартирі, у своїй квартирі. Приблизно $\frac{3}{4}$ опитаних ЛЖВ надавали сексуальні послуги за винагороду впродовж останнього тижня із різною періодичністю: від

кожного дня до 1 разу на тиждень. Серед тих ЛЖВ, які визначили, що мали досвід надання сексуальних послуг за винагороду, десь біля третини залучені до їх надання впродовж 2-5 років, і ще третина – впродовж 5-10 років. Також 22% опитаних ЛЖВ чоловічої статі визнали, що мали одностатевий сексуальний контакт впродовж останніх 6 місяців.

Що ж стосується підвибірки ГПР, то відсоток в ній тих, хто має досвід вживання ін'єкційних наркотиків, становить 1% для всієї цільової групи (але для СП цей відсоток становить 2%, серед яких 4% є учасниками ЗПТ, а для ЧСЧ – 0,5% і жодного учасника ЗПТ). Тоді, як про досвід надання сексуальних послуг за винагороду говорять 6% опитаних, для ЛВНІ цей показник становить 6%, а для ЧСЧ – 5%.

У підвибірці ГПР ми спостерігаємо значну різницю у тривалості залучення до надання сексуальних послуг за винагороду в порівнянні із ЛЖВ, яка є значно нижчою, оскільки десь половина опитаних ГПР із досвідом надання сексуальних послуг за винагороду є новими в цьому бізнесі і залучені до нього не більше, ніж 2 роки. Особливо, якщо говорити про ЧСЧ, тому що більша частка з них мали такий досвід менше, ніж впродовж року. Для ЛВНІ підвибірка залучених до надання сексуальних послуг розподіляється майже порівну між залученими до їх надання впродовж останніх 2 років, або тих, хто до них залучений від 2-х до 10 років. Що ж стосується місць надання сексуальних послуг за винагороду, то для ЛВНІ і ЧСЧ вони дещо відрізняються, оскільки ЧСЧ переважно їх надають у квартирі клієнта, рідше в своїй квартирі, а ЛВНІ у готелі, сауні, в машині, або на орендованій квартирі клієнта. Частота надання послуг ЛВНІ та ЧСЧ значно відрізняється у двох групах, оскільки для ЛВНІ це більш регулярна залученість (1-2-3 рази на тиждень або кожного дня), а для переважної більшості ЧСЧ – це 1-2-3 рази на тиждень.

Про одностатеві сексуальні контакти з чоловіками згадують лише 3% СП та 3% ЛВНІ.

Таблиця 1.8.

Показники приналежності до груп підвищеного ризику: наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотичних речовин, наявність досвіду надання сексуальних послуг за винагороду, наявність досвіду одностатевих сексуальних контактів серед чоловіків*

Змінні	ГПР	ЛЖВ
Чи вживали Ви наркотики ін'єкційним шляхом за останній місяць?	n=1216 (%)	n=2400 (%)
Так	1 (0,3; 1,7)	8 (7,3; 9,5)
Ні	99 (98,3; 99,6)	91 (89,8; 92,1)
Відмова від відповіді	-	1 (0,4; 1,0)
Чи є Ви учасником програми замісної підтримувальної терапії?	n=1216 (%)	n=2400 (%)
Так	2 (1,5; 3,2)	11 (9,3; 11,8)
Ні	98 (97,6; 99,0)	89 (88,0; 90,5)
Чи надавали Ви за останні 6 місяців сексуальні послуги за винагороду?	n=2624 (%)	n=2399 (%)

Продовження Таблиці 1.8

Змінні	ГПР	ЛЖВ
Так	6 (5,3; 7,2)	3 (2,5; 3,9)
Ні	94 (93,2; 96,4)	96 (95,4; 97,0)
Відмова від відповіді	-	1 (0,3; 1,2)
Де Ви найчастіше надаєте, чи раніше надавали, сексуальні послуги клієнтам? (Інтерв'юєре, можлива лише одна відповідь)	n=146 (%)	n=75 (%)
На вулиці, в парку	3 (1,2; 4,7)	4 (3,2; 5,8)
На шосе, в посадці	8 (6,8; 9,3)	4 (3,2; 5,8)
У готелі	17 (15,3; 18,2)	7 (6,1; 8,5)
У сауні	1 (,0; 1,3)	7 (6,1; 8,5)
У машині клієнта	19 (17,2; 21,4)	11 (10,1; 13,8)
В орендованій кімнаті / квартирі	21 (18,9; 23,2)	13 (12,1; 14,5)
У своїй квартирі	7 (6,5; 8,9)	13 (12,1; 14,5)
В квартирі клієнта	21 (19,5; 23,6)	25 (23,8; 26,7)
У гуртожитку	1 (,0; 1,3)	1 (0,1; 2,1)
Важко відповісти	1 (,0; 1,3)	15 (14,6; 16,2)
За бажанням клієнта	1 (,0; 1,3)	4 (3,2; 5,8)
Як часто Ви надавали сексуальні послуги за винагороду впродовж останніх 6 місяців?	n=146 (%)	n=75 (%)
Кожного дня	3 (0,2; 4,3)	17 (15,2; 18,6)
2-3 рази на тиждень	39 (36,5; 42,6)	31 (28,9; 33,1)
1 раз на тиждень	16 (14,9; 17,1)	20 (18,9; 22,1)
2–3 рази на місяць	23 (21,9; 24,5)	19 (18,2; 21,3)
Рідше 1 разу на місяць	18 (16,9; 19,2)	12 (11,3; 13,6)
Важко відповісти	1 (,0; 1,3)	1 (0,1; 2,1)
Як довго Ви в цілому надаєте сексуальні послуги за винагороду?	n=146 (%)	n=75 (%)
Менше року	30 (28,2; 32,4)	9 (7,3; 10,2)
Від року до двох	27 (26,3; 28,0)	17 (15,2; 18,6)
Від двох років до п'яти	27 (26,3; 28,0)	32 (28,9; 33,1)
Від п'яти до десяти років	10 (8,6; 1,4)	28 (26,9; 29,5)
Більше десяти років	5 (3,2; 6,8)	9 (7,6; 10,2)
Важко відповісти	1 (,0; 1,3)	4 (3,2; 5,8)

Продовження Таблиці 1.8

Змінні	ГПР	ЛЖВ
Чи мали Ви сексуальний контакт з чоловіком (оральний або анальний) впродовж останніх 6-ти місяців?	n=1360 (%)	1218 n= (%)
Так	4 (3,1; 5,0)	22 (21,3; 24,2)
Ні	96 (95,2; 97,8)	76 (72,8; 77,5)
Відмова від відповіді	-	2 (0,2; 3,1)

**В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків*

РОЗДІЛ 2. СУБ'ЄКТИВНА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО АРТ

Формування прихильності до АРТ є надзвичайно важливим фактором успішного лікування серед ЛЖВ. У цьому розділі розглянуті питання досвіду прийому АРТ серед респондентів, проаналізовані основні причини переривання або відмови від прийому АРТ, проведена оцінка задоволеності якістю лікування серед ЛЖВ, а також визначений рівень суб'єктивної прихильності до АРТ серед клієнтів програм догляду і підтримки.

2.1. Досвід прийому АРТ

Згідно даних Центру громадського здоров'я МОЗ України, на початок 2022 року було офіційно зареєстровано 244 877 ЛЖВ, серед них залучені до медичного нагляду 183 929 осіб, що становить 75% від усіх зареєстрованих випадків²⁶. За результатами дослідження, 91% (89,3 – 91,6) респондентів на момент участі у дослідженні перебували на обліку у лікаря в Центрі СНІДу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією (N=2172) та ще 9% відповіли, що не перебувають на обліку (8,4 – 10,6).

У чотирьох областях дослідження (Кіровоградська, Львівська, Харківська та Черкаська) всі респонденти вказали на перебування на обліку у лікаря в Центрі СНІДу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. У м. Києві, Одеській та Львівській областях на обліку перебували переважна більшість респондентів і лише у Дніпропетровській області на обліку у лікаря перебували 69% респондентів (Таблиця 2.1.1.).

Таблиця 2.1.1.

Частка респондентів, які перебувають на обліку у лікаря в Центрі СНІДу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією за областями

Область	N=2172	%
Кіровоградська	96	100
Львівська	144	100
Харківська	120	100
Черкаська	96	100
м. Київ	406	99
Одеська	758	99
Рівненська	71	99
Дніпропетровська	481	69

Практично половина респондентів (46%) востаннє відвідували Центр СНІДу впродовж останнього місяця на момент участі у дослідженні, а трохи більше половини – впродовж останнього року (51%), зовсім незначна частка респондентів (3%) вказали, що востаннє відвідували Центр СНІДу від 1 до 15 років тому.

Згідно даних ДП «Центр громадського здоров'я МОЗ України»²⁷, на початок 2022 року 83% ЛЖВ, які перебували на обліку, отримували АРТ. За областями дослідження, які

²⁶ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022.pdf

²⁷ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022.pdf

потрапили до вибірки, станом на 01.10.2022 року²⁸, переважна більшість ЛЖВ, які перебувають на обліку, отримували АРТ, при цьому, найвищий показник у Черкаській області (98%), Рівненській (93%) та Кіровоградській областях (91%), а найнижчий у м. Києві (64%). (Таблиця 2.1.2.).

Таблиця 2.1.2.

**Кількість осіб, які отримують АРТ в Україні
станом на 01.10.2022²⁹ (за областями дослідження)**

Область	Перебувають на обліку (01.10.2022)	Отримують АРТ (01.10.2022)	% тих, хто отримує АРТ
Черкаська	3936	3845	98
Рівненська	2231	2071	93
Кіровоградська	3329	3030	91
Дніпропетровська	29025	25906	89
Львівська	4191	3276	78
Одеська	26843	20023	75
Харківська	4758	3513	74
м. Київ	18089	11602	64

За результатами дослідження, на момент участі у дослідженні переважна більшість респондентів, які перебувають на обліку у лікаря в Центрі СНІДу (98%) приймали АРТ, ще 1% - уже отримали призначення, але ще не розпочали прийом АРТ. Менше 1% респондентів відмовилися від прийому АРТ.

Середня тривалість прийому АРТ для 85% (82,6-87,4) становить 5,3 роки, мінімальне значення 1 рік, а максимальне 24 роки. 14% (11,6 – 16,4) респондентів вказали, що розпочали прийом АРТ впродовж останнього року (у середньому 7,5 місяців, від 1 до 11 місяців). І лише 1% респондентів розпочали прийом АРТ впродовж останнього місяця.

З моменту останнього прийому АРТ для переважної більшості респондентів (97%) пройшло від 1 до 10 днів (середнє становить 1 день), і лише для 3% - від 1 до 3-х місяців. У середньому пройшло 1,5 місяці.

2.2. Причини припинення прийому АРТ

Одним із завдань дослідження було встановлення причин переривання та відмови від АРТ. Розглянемо, які саме причини вказали респонденти, які припинили прийом АРТ.

19 респондентів ЛЖВ на момент участі у дослідженні вказали, що припинили прийом АРТ. Серед них переважна більшість припинили прийом впродовж останніх 10 місяців (10 осіб), ще 2 респонденти – впродовж останніх 2-3 років, 3 особи – менше місяця тому. 4-м респондентам важко було відповісти щодо терміну припинення прийому АРТ (Рис. 2.2.1.)

²⁸ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2022.10.pdf

²⁹ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_art_2022.10.pdf

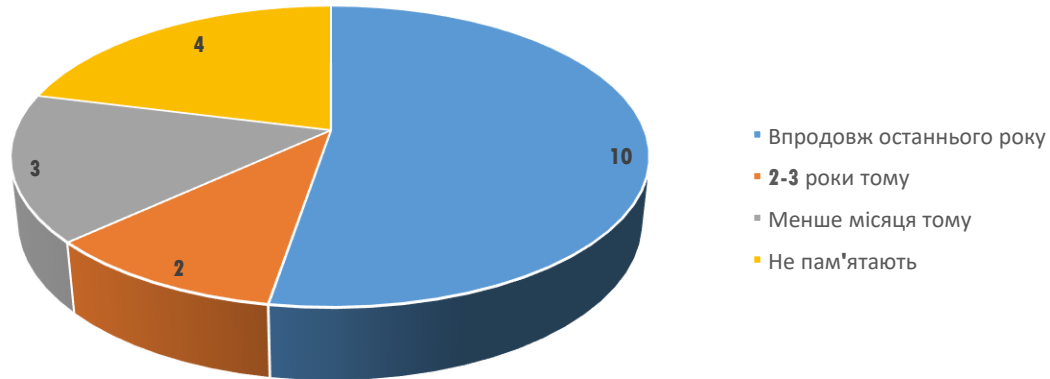


Рис.2.2.1. Відповідь на запитання «Як давно Ви припинили приймати АРТ?», абсолютні числа

Серед основних причин припинення прийому АРТ більшість респондентів обрали варіант «Забуваю про необхідність приймати таблетки» (13 відповідей), а також відсутність бажання приймати АРТ (13 відповідей). Трохи менше респондентів (по 10 відповідей) обрали вживання наркотиків та алкоголю. Варто відмітити також те, що респонденти серед причин припинення прийому АРТ вказували і наслідки війни: психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану (10 відповідей) та страх відвідування закладів для отримання препаратів через воєнні дії та / або воєнний стан (7 відповідей). Не менш важливими причинами для респондентів були також необхідність приймати препарати у певний час (9 відповідей) та наявність побічних ефектів від прийому АРТ (9 відповідей) (Таблиця 2.2.1).

Таблиця 2.2.1.

Причини припинення прийому АРТ, абсолютні числа

Причини	N=19*
1. Забуваю про необхідність приймати таблетки	13
2. Немає бажання приймати АРТ	13
3. Вживання наркотиків	10
4. Вживання алкоголю	10
5. Психологічний стан внаслідок воєнних дій/воєнного стану	10
6. Необхідність приймати препарати у певний час	9
7. Наявність побічних ефектів під час лікування	9
8. Не хочу привертати увагу своїх родичів / знайомих / колег по роботі вживанням ліків – іноді доводиться чекати коли залишусь на одинці	7
9. Відсутність підтримки близьких/друзів	7
10. Страх відвідування закладів для отримання препаратів через воєнні дії та / або воєнний стан	7
11. Відсутність можливості усамітнитися для прийому препаратів	5

Причини	N=19*
12. Необхідність приймати багато таблеток	4
13. Плутають у годинах прийому окремих препаратів	4
14. Незручний графік роботи сайтів АРТ	4
15. Перебої з препаратами у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	4
16. Зміна місця розташування Центру СНІДу / Кабінету Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	2
17. Переїзд соціального працівника / лідера спільноти до іншого регіону через воєнні дії та / або воєнний стан	2
18. Відсутність послуг, в яких має потребу через воєнні дії	2
19. Нічого не заважає дотримуватись режиму прийому АРТ	2
20. Лікувальний заклад видає АРТ із затримкою (не завжди ліки бувають вчасно)	-
21. Зміна графіку роботи Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	-
22. Відсутність спеціалістів, які Вам потрібні, через воєнні дії	-

* Респонденти могли обрати декілька варіантів відповіді

У порівнянні отриманих результатів із даними попереднього дослідження, а саме «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД»³⁰, причини припинення прийому АРТ змінилися. У попередньому дослідженні респонденти обирали неможливість приїхати за ліками через брак грошей на проїзд, відсутність тривалий час у місті, де пацієнт може отримати ліки, добре самопочуття, а також побічні ефекти від АРТ.

Важливим фактором безперебійного прийому АРТ є також постійна наявність необхідних для АРВ-терапії препаратів у Центрах СНІДу / Кабінетах Довіри. Про перебої з АРВ-препаратами говорили лише 4 респонденти, які обрали цей варіант як причину припинення прийому АРТ, але про повну відсутність препаратів сказав лише 1 респондент, який переїхав з початку війни із Донецької області.

2.3. Оцінка задоволеності організацією лікування серед ЛЖВ

98% респондентів повністю задоволені тим, як організовано їх лікування у Центрі СНІДу / Кабінеті Довіри. Лише 13% (10,7-14,3) мають перешкоди, які заважають відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри.

Для визначення основних перешкод у отриманні повноцінного лікування, респондентам було поставлено запитання щодо того, які саме перешкоди заважають відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри. Результати аналізу отриманих даних свідчать про те, що основними перешкодами для третини ЛЖВ є вплив війни, а саме страх відвідувати

³⁰ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MPGR_report.pdf

Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (34%), а також переїзд соціального, аутріч- працівника / лідера спільноти до іншого регіону через воєнні дії та / або воєнний стан (29%). Хоча не менш важливими, на думку респондентів, є також витрати на проїзд до Центру СНІДу / Кабінету Довіри (31%) та страх того, що родичі можуть дізнатись про ВІЛ-статус (29%) (Таблиця 2.3.1.).

Таблиця 2.3.1.

Основні перешкоди, які заважають відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри

Перелік перешкод	% (n=290)
Страх відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (N=96)	34 (27,7-38,8)
Витрати на проїзд до Центру СНІДу / кабінету Довіри (N=90)	31 (25,7-36,5)
Психологічний стан внаслідок воєнних дій/воєнного стану (N=85)	29 (24,1-35,0)
Страх, що родичі, знайомі дізнаються мій ВІЛ-статус (N=67)	24 (18,3-27,9)
Черги у медичному закладі (N=55)	19 (14,7-23,7)
Стан здоров'я (N=52)	18 (13,6-22,6)
Незручне розташування Центру СНІДу / кабінету Довіри (N=44)	15 (11,2-19,4)
Піклування про хворих членів родини / дитину (N=27)	9 (5,9-12,4)
Погане ставлення медичного персоналу (N=13)	4 (2,4-6,9)
Зміна графіку роботи Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (N=11)	4 (1,9-6,1)
Відсутність спеціалістів, які Вам потрібні, через воєнні дії (N=8)	3 (1,1-4,7)
Перебої з препаратами у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (N=6)	2 (0,7-3,9)
Переїзд соціального, аутріч- працівника / лідера спільноти до іншого регіону через воєнні дії та / або воєнний стан (N=6)	2 (0,6-3,9)
Зміна місця розташування Центру СНІДу / Кабінету Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (N=4)	1 (0,3-2,9)
Відсутність послуг, в яких маєте потребу через воєнні дії (N=2)	1 (0,0-1,8)

Якщо виключити вплив війни на можливість отримання повноцінного лікування, то як і за результатами попереднього дослідження, основними перешкодами для респондентів є високі витрати на проїзд до Центру СНІДу/ Кабінету Довіри, а також страх відкриття ВІЛ-статусу.

2.4. Суб'єктивна прихильність до АРТ

Для оцінки суб'єктивної прихильності до АРТ серед респондентів ЛЖВ використовувалися 4 запитання щодо пропуску прийомів ліків, два запитання щодо знань про АРТ, клітини СД-4 та рівень вірусного навантаження. Для оцінок використовувались наступні запитання:

Перелік запитань	Відповідь на запитання (для розрахунку)
1. Чи бувають випадки, коли Ви забуваєте прийняти свої ліки?	Ні
2. Якщо Ви почуваетесь краще, Ви припиняєте приймати ліки?	Ні
3. Згадайте останні чотири дні. Чи були випадки, коли Ви забували прийняти ліки або приймали їх із запізненням на 4 і більше години?	Ні
4. Чи бувають випадки, коли приймаючи ліки, Ви відчували себе гірше і переставали приймати ліки?	Ні
5. Чи знаєте Ви, який вплив має прийом препаратів на ВІЛ в організмі?	Так
6. Чи знаєте Ви, що таке клітини СД-4 та рівень вірусного навантаження?	Так

За результатами аналізу даних суб'єктивна прихильність до АРТ становить 55% (N=1197). Рівень суб'єктивної прихильності до АРТ має відмінності за областями дослідження. Так, найвищий рівень суб'єктивної прихильності до АРТ спостерігаємо у Кіровоградській області (63% (61,8-64,2), у м. Києві та Рівненській області він становить 60% (м. Київ 60% (57,7-62,3), Рівненська область (60% (59,0-61,0). Трохи нижчий, на рівні 57-59% у Харківській, Черкаській та Одеській областях. Найнижчий рівень суб'єктивної прихильності спостерігається у Дніпропетровській області та становить 28% (25,9-30,1) (Таблиця 2.4.1).

Таблиця 2.4.1.

Рівень суб'єктивної прихильності до АРТ за областями дослідження

Області	N=1197	%
Кіровоградська	61	63 (61,8-64,2)
м. Київ	245	60 (57,7-62,3)
Рівненська	43	60 (59,0-61,0)
Одеська	455	59 (56,4-61,6)
Харківська	68	57 (55,7-58,8)
Черкаська	55	57 (55,8-58,2)
Львівська	75	52 (50,6-53,4)
Дніпропетровська	195	28 (25,9-30,1)

Крім відповідей на основні запитання щодо визначення суб'єктивної прихильності до АРТ, важливим є відсутність пропусків у прийомі ліків не лише у днях, а й чітке дотримання годин прийому препаратів. 84% (82,1-85,9) підтвердили відсутність впродовж останніх 4-х днів пропусків прийому препаратів та чітке слідування графіку прийому.

16% (14,1-17,0) респондентів за останні 4 дні до моменту участі у дослідженні вказали на випадки, коли або пропустили прийом ліків, або приймали їх із запізненням на 4 і більше години. За областями дослідження, найбільша частка таких респондентів проживають у Одеській (24% (17,7-29,3), Черкаській областях (23% (2,4-25,6) та м. Києві (14% (10,2-17,8). За іншими соціально-демографічними характеристиками: це переважно респонденти віком від 35 до 44 років (46% (40,6-51,8), які працюють повний робочий день

(34% 29,5-38,9) та мають низький рівень доходу. Також за додатковими характеристиками 32% (27,2-37,2) є учасниками ЗПТ, а 14% (10,2-17,6) – підтвердили вживання ін'єкційних наркотиків впродовж останніх 6-ти місяців (Таблиця 2.4.2)

Таблиця 2.4.2.

Соціально-демографічні характеристики респондентів, які мали пропуски препаратів АРТ на 4 і більше годин впродовж останніх 4 днів до моменту участі у дослідженні

Характеристики	N	%
Область, p < 0.001		
Дніпропетровська	47	7 (3,3-10,7)
м. Київ	58	14 (10,2-17,8)
Кіровоградська	1	1 (0,0-0,9)
Львівська	14	10 (8,0-12,0)
Одеська	187	24 (17,7-29,3)
Рівненська	6	8 (6,8-9,2)
Харківська	4	3 (1,8-4,2)
Черкаська	22	23 (20,4-25,6)
Вікові групи, p<0,05		
18-24 роки	12	4 (1,6-5,8)
25-34 роки	115	34 (28,7-38,9)
35-44 роки	155	46 (40,6-51,8)
45-54 роки	53	16 (11,9-19,3)
55 років і старші	4	1 (0,3-2,5)
Сімейний стан, p < 0.001		
Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	61	18 (14,2-22,1)
Розлучений (на)	67	20 (15,6-24,4)
Перебуваю у громадянському шлюбі	61	18 (14,0-22,2)
Вдівець/вдова	16	5 (2,4-7,2)
Ніколи не перебував(ла) у офіційному шлюбі	56	16 (12,4-2,3)
Проживаю з партнером / партнеркою	78	23 (18,2-27,5)
Освіта, p < 0.001		
Незакінчена середня (9 класів)	25	7 (4,6-10,2)
Повна середня (11 класів)	65	19 (15,1-23,5)
Середня спеціальна (технікум)	136	40 (34,9-45,2)
Базова вища (бакалавр)	85	25 (20,5-29,8)
Повна вища (спеціаліст, магістр)	28	8 (5,5-11,3)
Статус зайнятості, p<0,05		
Працюю повний робочий день	115	34 (29,5-38,9)
Працюю неповний робочий день, часткова зайнятість	97	29 (24,0-33,4)
Навчаюся	7	2 (0,6-3,7)
Веду домашнє господарство, доглядаю за сім'єю	14	4 (2,1-6,3)
Працюючий / ча пенсіонер/ка	4	1 (0,3-2,6)

Характеристики	N	%
Офіційно безробітний/на, але маю тимчасові заробітки	45	13 (9,5-16,9)
Безробітний/на, але шукаю роботу	42	12 (8,9-16,0)
Безробітний/на, але не шукаю роботу	9	3 (1,1-4,6)
Інвалідність	6	2 (0,6-3,3)
Матеріальний стан, p < 0.001		
Часто не вистачає грошей і продуктів харчування, іноді жебракую	7	2 (0,6-3,6)
Не вистачає на продукти харчування, але не жебракую	78	23 (18,6-27,7)
Вистачає лише на продукти харчування	120	35 (30,3-40,3)
Загалом вистачає на життя	87	26 (21,3-30,2)
Вистачає на все необхідне, але заощаджень не роблю	39	12 (8,4-14,9)
Вистачає на все необхідне, роблю також заощадження	7	2 (0,8-3,7)
Живу у повному достатку	1	,3 (0-1,0)
Додаткові характеристики респондентів, p < 0.001		
Вживання ін'єкційних наркотиків впродовж останніх 6-ти місяців	47	14 (10,2-17,6)
Учасники ЗПТ	109	32 (27,2-37,2)
Надання сексуальних послуг за винагороду впродовж останніх 6-ти місяців	11	3 (1,5-5,3)
Для чоловіків: сексуальний контакт із чоловіком впродовж останніх 6-ти місяців	18	5 (3,1-7,9)

Для уточнення рівня суб'єктивної прихильності до АРТ, респондентам також була запропонована шкала від 0 до 10, де «0» – це ситуація, коли або не приймали препарати взагалі, або жодного разу не приймали їх вчасно (без запізень на 4 і більше годин), а «10» – це усі препарати були прийняті в повному об'ємі та вчасно (як прописано лікарем). Середній показник становить 9,32 (9,26 – 9,38), що свідчить про те, що переважна більшість респондентів дотримується прийому препаратів АРТ, вчасно та у повному об'ємі.

Для більш детального аналізу випадків, коли респонденти мали ситуації пропуску прийому препаратів взагалі або жодного разу не приймали їх вчасно, шкала була перегрупована на 4 показники, де:

- 1) 1-3 бали – постійні пропуски прийому препаратів або постійні відхилення у часі прийому препаратів;
- 2) 4-6 балів – часті пропуски прийому препаратів або відхилення у часі прийому;
- 3) 7-9 балів – нечасті випадки пропуску прийому препаратів або прийом не за часом;
- 4) 10 балів – відсутність випадків пропуску прийому препаратів і завжди у встановлений час.

За результатами аналізу даних, переважна більшість респондентів (70% (67,6-71,5) вказали на відсутність випадків пропуску прийому препаратів або ж збій прийому у часі. Майже третина респондентів (27% (25,0-28,7) обрали бал від 7 до 9, що свідчить про

незначні випадки пропуску прийому препаратів або відхилення у часі прийому. Лише 3% респондентів вказали або на часті пропуски як прийому, так і відхилення в часі (2% (1,6-2,9)) та не приймали препарати взагалі, або жодного разу вчасно (1% (0,9-1,8)) (Рис. 2.4.1.)

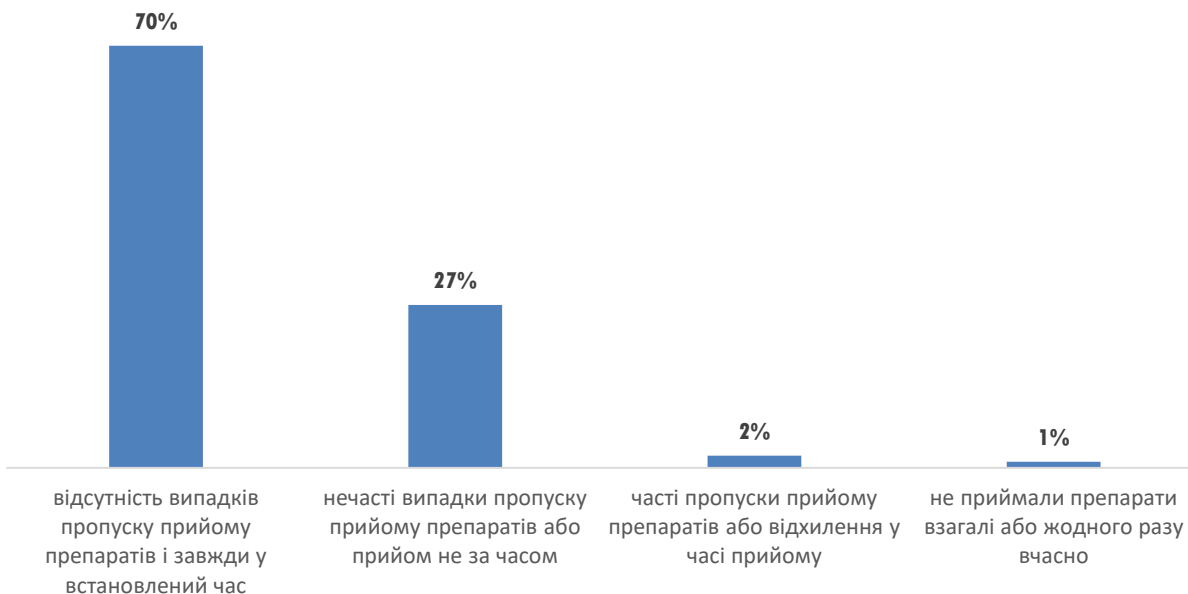


Рис.2.4.1. Шкала випадків пропуску прийому препаратів та недотримання графіку прийому

РОЗДІЛ 3. ДОСВІД ОТРИМАННЯ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПОСЛУГ, В ТОМУ ЧИСЛІ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ ТА / ЧИ ВОЄННИХ ДІЙ

3.1. Досвід отримання профілактичних послуг серед ЛВНІ, СП, ЧСЧ, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій

Більшість респондентів усіх трьох груп вперше дізналися про діяльність організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ, від друзів та родичів. Це значення становить 59% для ЛВНІ, 68% для СП та 58% для ЧСЧ. Другим за поширеністю джерелом такої інформації були громадські організації, які спеціалізуються на наданні послуг групам ризику (27% серед ЛВНІ, 25% серед СП та 24% серед ЧСЧ). Характерним суто для ЧСЧ (16%) було отримання інформації від ЗМІ, що, вочевидь, вказує на ефективність реклами на спеціалізованих інтернет-ресурсах, які часто відвідуються цією групою.

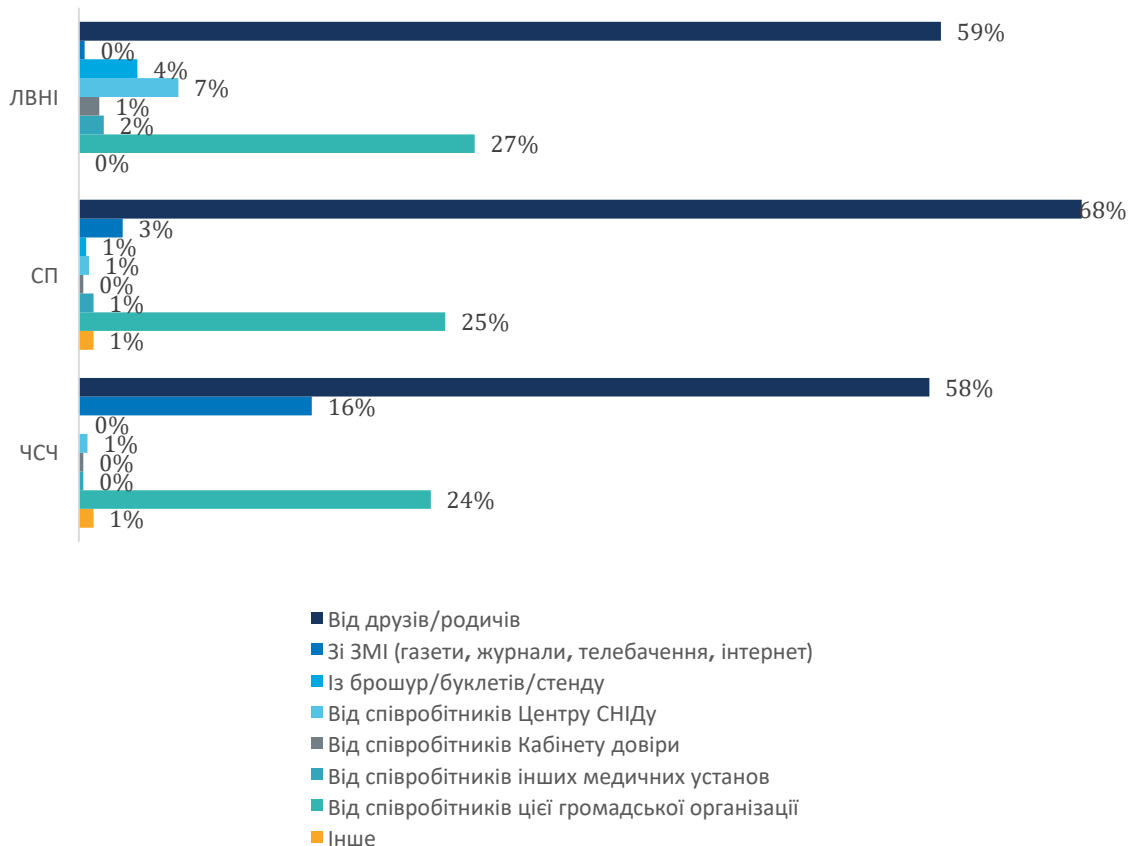


Рис. 3.1.1. Перше джерело інформації про діяльність організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ, за групами ризику, N=3200

Абсолютна більшість респондентів найчастіше отримує послуги з профілактики ВІЛ на базі НУО чи організацій ЛЖВ (99%).

Представники ЛВНІ найчастіше отримують послуги з профілактики ВІЛ на базі НУО чи організацій ЛЖВ (99%) та регіональних ЦГЗ (15%).



Рис. 3.1.2. Місце отримання послуг з профілактики ВІЛ на сьогодні серед ЛВНІ, N=1984

СП найчастіше отримують такі послуги на базі НУО чи організацій ЛЖВ (99%), у приватних лікарнях (14%), кабінетах «Довіра» чи кабінетах інфекційних захворювань (12%) та регіональних ЦГЗ (11%).

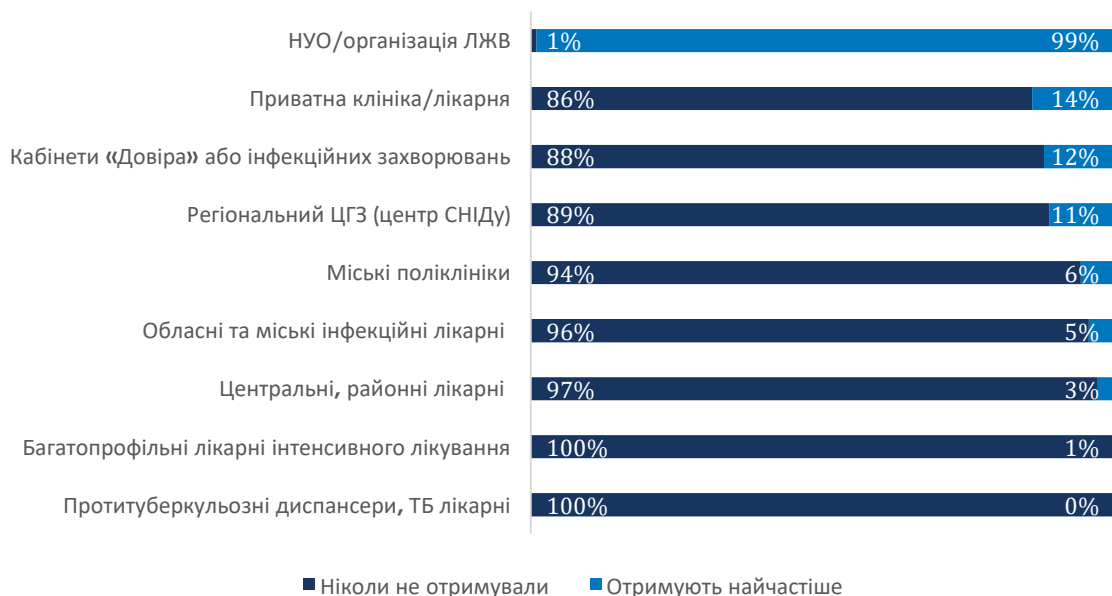


Рис. 3.1.3. Місце отримання послуг з профілактики ВІЛ на сьогодні серед СП, N=576

Серед ЧСЧ найбільшим попитом користуються профілактичні послуги, які надаються на базі НУО та організацій ЛЖВ (98%) та регіональні ЦГЗ (16%).



Рис. 3.1.4. Місце отримання послуг з профілактики ВІЛ на сьогодні серед ЧСЧ, N=640

Подібна тенденція спостерігається і за місцем отримання останньої профілактичної послуги: респонденти найчастіше вказували НУО чи організацію ЛЖВ (91% серед ЛВНІ, 90% серед СП, 94% серед ЧСЧ), значно рідше згадувалися регіональні ЦГЗ, кабінети «Довіра» або кабінети інфекційних захворювань та приватні лікарні.

З наведених даних можна зробити висновок, що представники груп ризику фактично не звертаються за профілактичними послугами до ЗОЗ, які не спеціалізуються безпосередньо на послугах, пов'язаних із ВІЛ.



Рис. 3.1.5. Місце отримання останньої послуги з профілактики ВІЛ за групами ризику, N=3200

Чітко прослідковується тенденція до зменшення попиту клієнтів на послуги після початку повномасштабного вторгнення росії в Україні 24 лютого 2022 року. Для розрахунку статистичної значущості змін ми застосували критерій Вілкоксона. Значуща різниця на рівні $p < 0,001$ позначена на графіках та в таблицях трьома зірочками, на рівні $p < 0,01$ – двома, на рівні $p < 0,05$ – однією.

Серед групи ЛВНІ спостерігається зменшення отримання всіх інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг. Найчастіше ЛВНІ отримують мотиваційне консультування щодо тестування на ВІЛ (78% до та 65% після 24 лютого), консультування з приводу замісної підтримувальної терапії (76% та 61% відповідно), зменшення шкоди (73% та 59%) та безпечної поведінки (71% та 58%). Найменшим попитом користується консультування з репродуктивного та сексуального здоров'я (42% та 33%) та питань попередження гендерного насильства (34% та 27%). Варто зазначити, що 2019 року рівень користування послугами складав 73% для консультування щодо проходження тестування на ВІЛ, 66% для консультування щодо ЗПТ, 78% для консультування щодо зменшення шкоди наркотиків, 83% для консультування щодо безпечних ін'єкцій та 59% для консультування щодо ризикованих сексуальних практик, 88% для видачі безкоштовних інформаційних матеріалів, 35% для консультування з питань сексуального здоров'я та 31% для консультування щодо запобігання насильству.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Рис. 3.1.6. Отримання цільових інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг до та після 24 лютого 2022 серед ЛВНІ, N=1984

Як і серед ЛВНІ, у випадку СП бачимо тенденцію до зниження попиту на інформаційні, освітні та комунікаційні послуги. Єдиним винятком є консультування з питань попередження гендерного насильства: отримання цієї послуги серед СП після 24 лютого зросло з 30% до 40%. Імовірно, це пояснюється зростанням фінансування та/або проектної уваги до цього напрямку та реагуванням на потенційне збільшення небезпеки СП через активні воєнні дії. Утім, слід зазначити, що 2019 року послуги із запобігання насильству отримували аж 67% опитаних СП.

Найчастіше СП споживають такі послуги, як мотиваційне консультування щодо тестування на ВІЛ (77% до та 55% після 24 лютого), отримання інформаційних матеріалів (75% та 60% відповідно) та консультування щодо безпечної поведінки (63% та 58%). Найменший попит мають консультування з питань ЗПТ (16% та 13%), зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням ПАР (8% та 5%) та передозувань ПАР та надання невідкладної допомоги (статистично незначуща зміна з 3% до 2,6%). 2019 року консультування щодо тестування на ВІЛ отримували 90% опитаних, інформаційні та довідкові матеріали – 87%, консультування щодо безпечних ін'єкцій – 19%, консультування щодо ризикованих сексуальних практик – 85%, консультування щодо зменшення шкоди наркотиків – 14%, консультування з питань сексуального здоров'я – 69%, консультування з приводу ЗПТ – 12%.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

**Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,01$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Рис. 3.1.7. Отримання цільових інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг до та після 24 лютого 2022 серед СП, N=576

Спостерігаємо не такі сильні зміни в отриманні інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг групою ЧСЧ, у порівнянні із двома попередніми групами. Бачимо певний спад попиту на послуги, які споживаються найбільше, а саме – мотиваційного консультування щодо тестування на ВІЛ (80% до та 71% після 24 лютого), отримання інформаційних матеріалів (77% та 60% відповідно), консультування щодо безпечної поведінки (62% та 57%) та зменшення шкоди ризикованої сексуальної поведінки та ін'єкційних практик (54% та 51%). Найменший попит мають: консультування з питань зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням ПАР (статистично незначуще зменшення отримання з 9% до 7%), передозувань ПАР та надання невідкладної допомоги (статистично незначуща зміна з 4% до 3%) та ЗПТ (3% в обидва періоди). Для порівняння, 2019 року консультування щодо тестування на ВІЛ отримували 71% опитаних ЧСЧ, безкоштовні інформаційні та довідкові матеріали – 80%, консультування щодо безпечних ін'єкцій – 32%, щодо зменшення шкоди наркотиків – 30%, щодо сексуального здоров'я – 48%, з питань запобігання насильству – 27%, з питань ЗПТ – 26%.



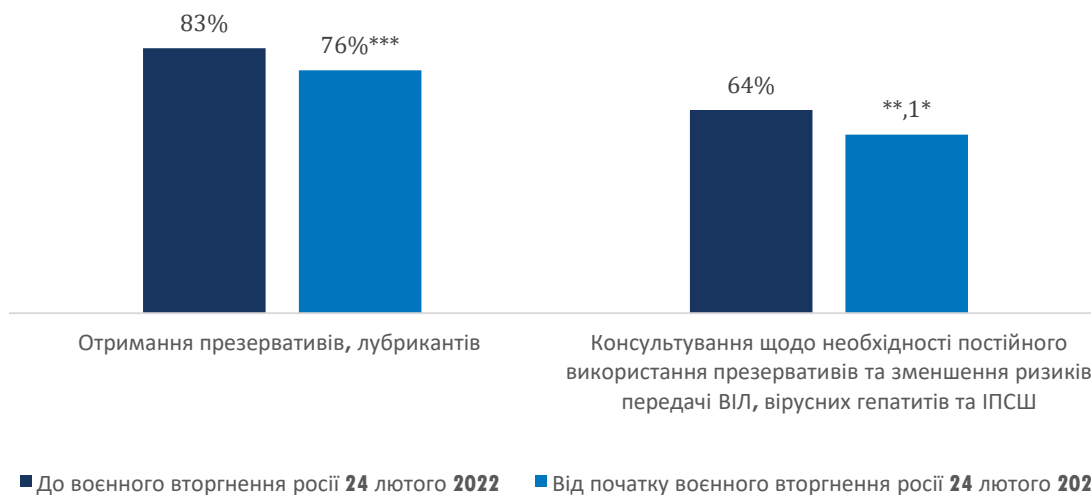
***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

**Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,01$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Рис. 3.1.8. Отримання цільових інформаційних, освітніх та комунікаційних послуг до та після 24 лютого 2022 серед ЧСЧ, N=640

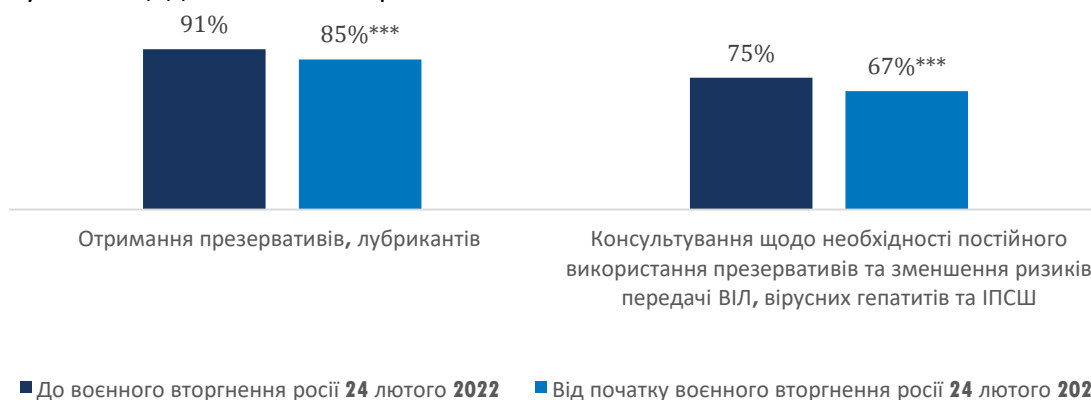
Схожим чином зменшився й відсоток тих, хто отримував презервативи та консультації щодо необхідності їхнього постійного використання. Серед ЛВНІ ідеться про зменшення з 83% до 76% та з 64% до 56% для кожної послуги відповідно. 2019 року презервативи та лубриканти отримували 76% опитаних ЛВНІ, консультування щодо їхнього використання – 40%.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.9. Отримання презервативів та лубрикантів до та після 24 лютого 2022 серед ЛВНІ, $N=1984$

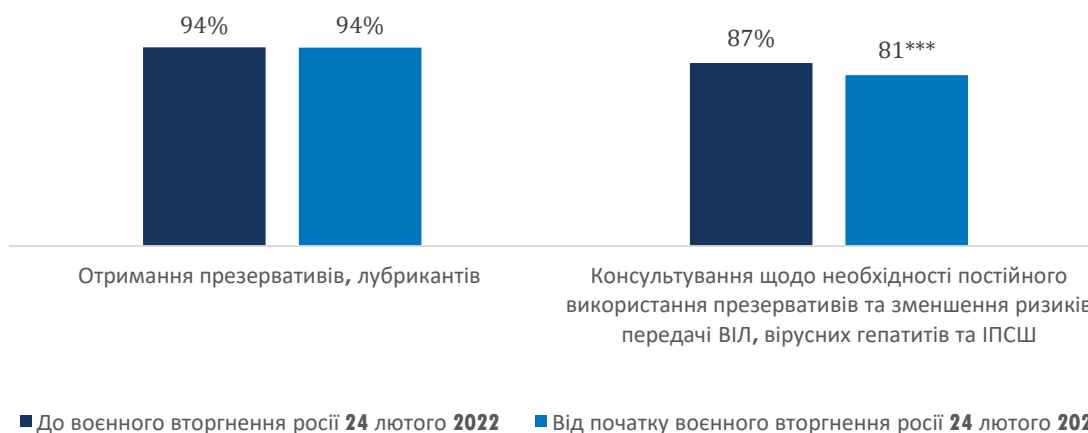
Серед СП отримання послуг впало з 91% до 85% у випадку отримання презервативів та лубрикантів, та з 75% до 67% для консультування щодо необхідності їхнього використання. 2019 року презервативи та лубриканти отримували 90% опитаних СП, консультування щодо їхнього використання – 69%.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.10. Отримання презервативів та лубрикантів до та після 24 лютого 2022 серед СП, $N=576$

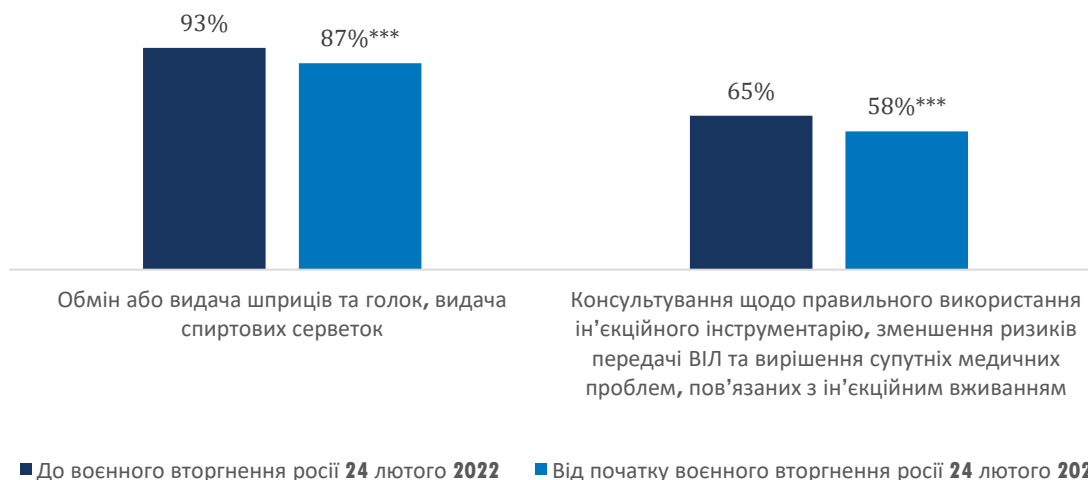
Серед ЧСЧ отримання презервативів та лубрикантів після початку повномасштабного вторгнення не змінилося (94,4% та 94,2% відповідно). Проте, дещо зменшилося отримання консультування щодо необхідності їхнього постійного використання (з 87% до 81%). У 2019-му презервативи та лубриканти отримували 75% опитаних, а консультування щодо їхнього використання – 50%.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.11. Отримання презервативів та лубрикантів до та після 24 лютого 2022 серед ЧСЧ, $N=640$

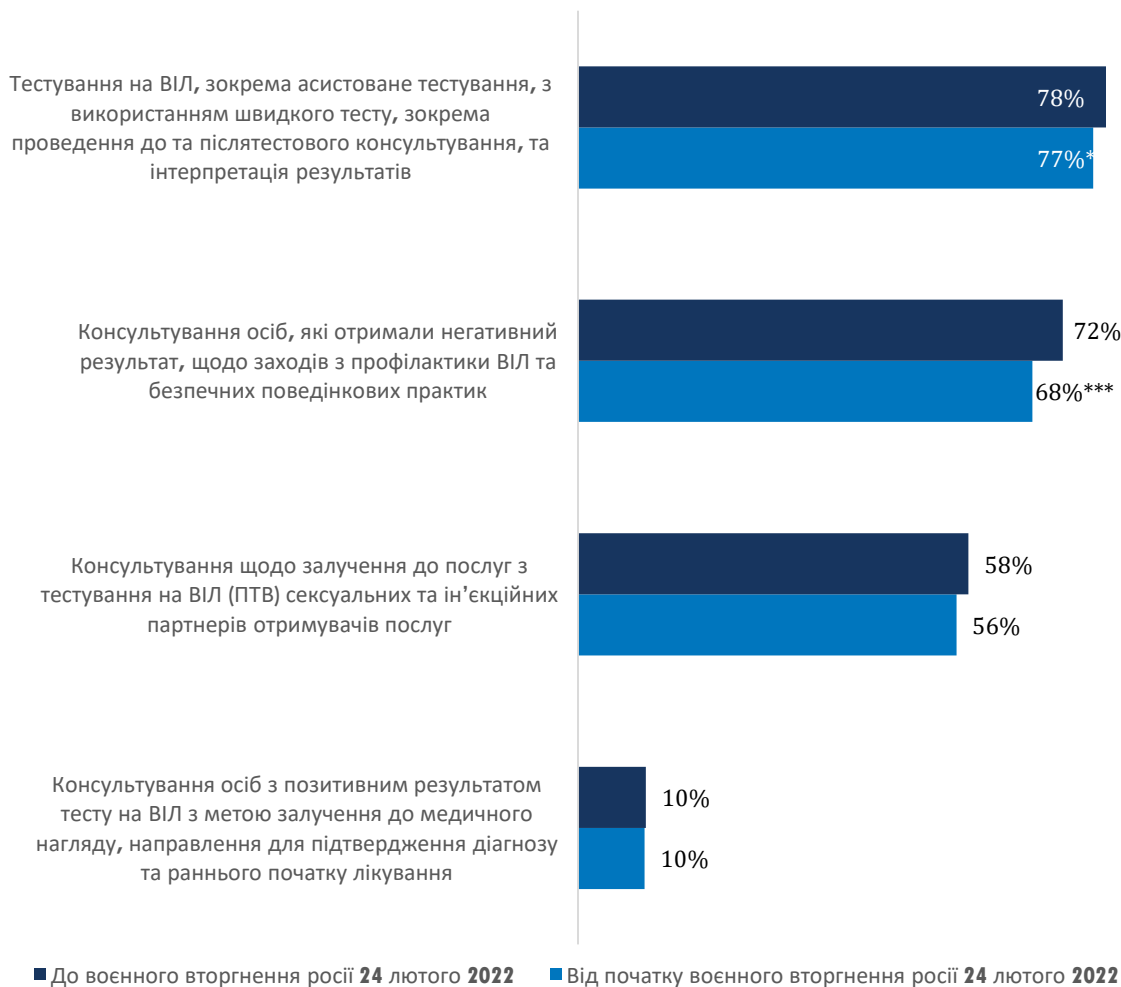
Обмін та отримання шприців серед ЛВНІ з початком вторгнення 24 лютого впав з 93% до 87%, консультування щодо правильного використання ін'єкційного інструментарію – з 65% до 58%. Під час попереднього дослідження 2019 року про користування послугою з отримання шприців та спиртових серветок повідомили 82% опитаних.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.12. Обмін та отримання шприців до та після 24 лютого 2022 серед ЛВНІ, $N=1984$

Серед ЛВНІ об'єми отриманих послуг, пов'язаних із тестуванням на ВІЛ, після 24 лютого дещо знизилися, але різниця статистично незначуща. До початку повномасштабного вторгнення послугами з тестування на ВІЛ користувалися 78% опитаних, після – 76%. Консультування після отримання негативного результату отримували 72% та 68% відповідно, індексне тестування – 58% та 56% (статистично незначуща зміна). 2019 року послугами з експрес-тестування на ВІЛ користувалося 78% опитаних ЛВНІ.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Рис. 3.1.13. Тестування на ВІЛ до та після 24 лютого 2022 серед ЛВНІ, N=1984

Серед СП зміни після 24 лютого є більш вираженими. Так, попит на тестування на ВІЛ впав з 95% до 88%, консультування після отримання негативного результату знизилося з 72% до 60%, а консультування з індексного тестування – з 59% до 50%. При цьому, у 2019 році послуги з тестування на ВІЛ отримували 88% опитаних СП.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.14. Тестування на ВІЛ до та після 24 лютого 2022 серед СП, N=576

Зміни значень серед ЧСЧ статистично незначущі: послуги з тестування на ВІЛ до повномасштабного вторгнення отримували 94%, після – 92%, консультування при отриманні негативного результату – 80% та 76%, індексне тестування – 43% та 42% відповідно. 2019 року послуги зі швидкого тестування отримували 70% ЧСЧ.



Рис. 3.1.15. Тестування на ВІЛ до та після 24 лютого 2022 серед ЧСЧ, N=640

Обсяги наданих послуг, пов'язаних із профілактикою туберкульозу, також дещо знизилися. Серед ЛВНІ скринінгове анкетування впало з 64% до 59% після початку повномасштабного вторгнення, консультування щодо профілактики ТБ – з 46% до 42%, консультування осіб з симптомами ТБ – з 21% до 16%, направлення осіб із симптомами ТБ на діагностику – з 20% до 14%. У 2019 році консультування з питань профілактики туберкульозу отримували 69% опитаних ЛВНІ, консультування осіб з симптомами ТБ – 40%.

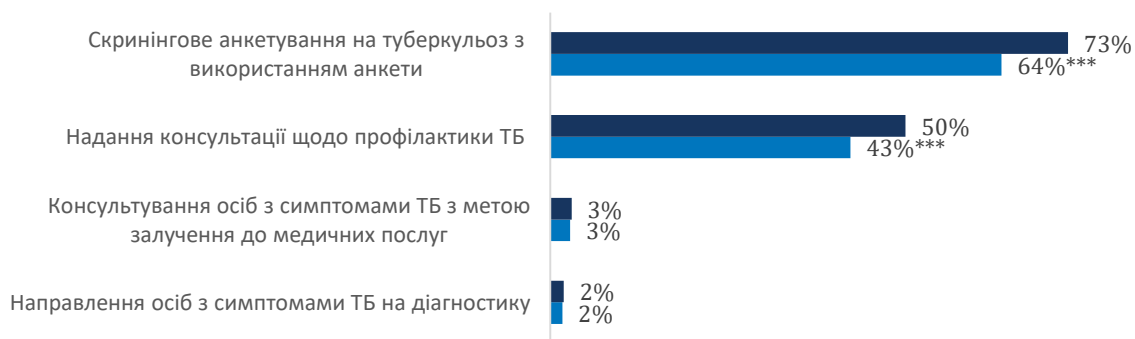


■ До воєнного вторгнення росії 24 лютого 2022 ■ Від початку воєнного вторгнення росії 24 лютого 2022

***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.16. Скринінг на туберкульоз до та після 24 лютого 2022 серед ЛВНІ, N=1984

Серед СП впало отримання послуг зі скринінгового анкетування (з 73% до 64%) та консультування щодо профілактики ТБ (з 50% до 43%). Отримання двох інших послуг із групи завжди було незначним та суттєво не змінилося. Для порівняння, у 2019 році консультування щодо профілактики ТБ отримувало 80% опитаних СП, консультування осіб з симптомами ТБ – 14%.



■ До воєнного вторгнення росії 24 лютого 2022 ■ Від початку воєнного вторгнення росії 24 лютого 2022

***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.17. Скринінг на туберкульоз до та після 24 лютого 2022 серед СП, N=576

Об'єми отримання послуг із профілактики ТБ серед ЧСЧ з початком повномасштабного вторгнення не змінилися, а також, майже не зазнало воно змін і в часі

(якщо порівнювати результати дослідження 2019 року та нинішнього дослідження). До 24 послугами зі скринінгового анкетування користувалися 59% опитаних, після 24 лютого – 58%, консультування щодо профілактики ТБ отримували 23% та 22,7% респондентів відповідно. У 2019 році консультування щодо профілактики ТБ отримувало 62% опитаних ЧСЧ, консультування осіб із ознаками ТБ – 18%.



Рис. 3.1.18. Скринінг на туберкульоз до та після 24 лютого 2022 серед ЧСЧ, N=640

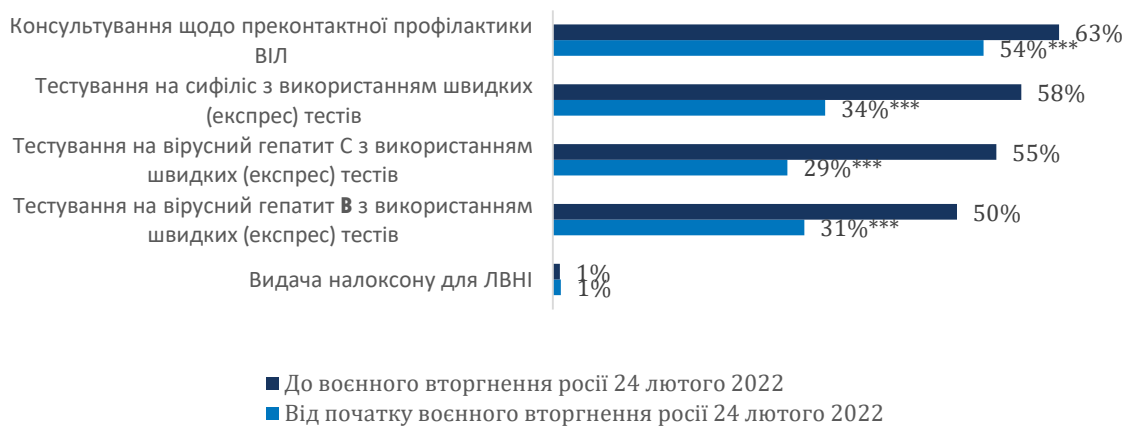
Найбільша зміна у споживанні послуг стосується саме профілактики ВІЛ та інших ІПСШ. Так, швидше користування послугою із тестування на гепатит С серед ЛВНІ з початком повномасштабного вторгнення знизилося з 80% до 62%, на сифіліс – з 66% до 23%, на гепатит В – з 33% до 22%, що ймовірно пов'язано із доступністю цієї послуги. Послугою з видачі налоксону користувалися також значно менша частка респондентів – 54%, у порівнянні із попереднім показником, який становив 39%. Єдиною послугою, за якою ми спостерігаємо хоча і незначне, але збільшення відсотку серед ЛВНІ за останні роки (з 44% до 49%), стало консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.19. Отримання послуг із профілактики ВІЛ та інших ІПСШ до та після 24 лютого 2022 серед ЛВНІ, N=1984

Схожу ситуацію спостерігаємо серед СП: відсоток консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ після 24 лютого знизився з 63% до 54%, тестування на сифіліс – з 58% до 34%, на гепатит С – з 55% до 29%, на гепатит В – з 50% до 31%.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.20. Отримання послуг із профілактики ВІЛ та інших ІПСШ до та після 24 лютого 2022 серед СП, N=576

Попри те, що обсяги консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ серед ЧСЧ з початком повномасштабного вторгнення не змінилися (маємо по 80% як до, так і після 24 лютого), значно знизився відсоток проходження тестування на сифіліс (з 73% до 48%), гепатит С (з 73% до 49%) та гепатит В (з 69% до 52%).

Імовірно, однією з причин був брак швидких тестів у країні, зумовлений порушенням ланцюгів поставок у зв'язку з повномасштабною війною.



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

Рис. 3.1.21. Отримання послуг із профілактики ВІЛ та інших ІПСШ до та після 24 лютого 2022 серед ЧСЧ, N=640

Найчастіше впродовж останніх шести місяців ЛВНІ користувалися послугами з обміну або отримання шприців (72%), отримання презервативів та лубрикантів (42%), тестування на ВІЛ (23%), мотиваційного консультування щодо тестування на ВІЛ (17%), консультування щодо ЗПТ (16%).



Рис. 3.1.22. Послуги, якими ЛВНІ користувалися впродовж останніх шести місяців найчастіше, N=1984

СП впродовж останніх шести місяців найчастіше користувалися послугами з отримання презервативів і лубрикантів (78%), тестування на ВІЛ (75%), консультування щодо безпечної ін'єкційної та сексуальної поведінки (25%) та скринінгове анкетування щодо ТБ (21%).



Рис. 3.1.23. Послуги, якими СП користувалися впродовж останніх шести місяців найчастіше, N=576

Серед ЧСЧ впродовж останніх шести місяців найуживанішими послугами були тестування на ВІЛ (71%), отримання презервативів та лубрикантів (71%), консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ (22%) та необхідності постійного використання презервативів (17%), а також тестування на сифіліс (21%), гепатит С (17%) та гепатит В (14%).

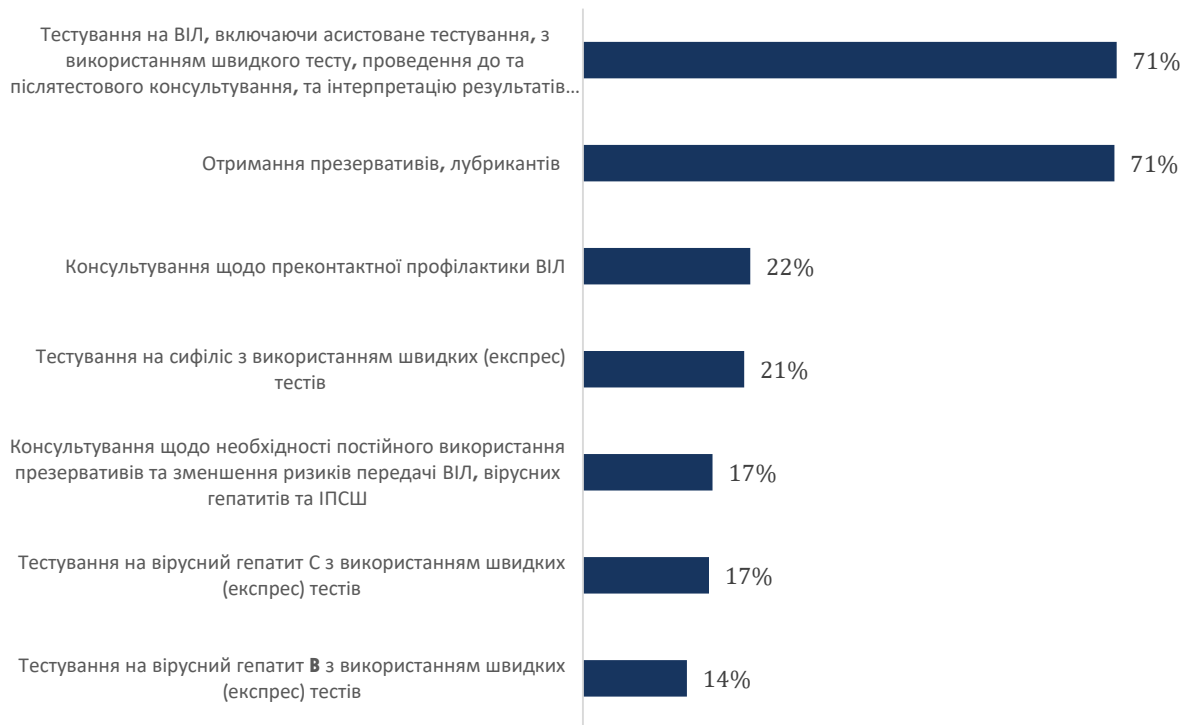


Рис. 3.1.24. Послуги, якими ЧСЧ користувалися впродовж останніх шести місяців найчастіше, N=640

Таблиця нижче містить детальний перелік послуг та інформацію щодо того, якими саме послугами користувалися респонденти впродовж останніх шести місяців найчастіше.

Таблиця 3.1.1.

Послуги, якими респонденти користувалися впродовж останніх шести місяців найчастіше, %, N=3200

Послуга з профілактики	ЧСЧ	СП	ЛВНІ
Консультування щодо зменшення шкоди в контексті ризикованої сексуальної поведінки та ін'єкційних практик	5	4	7
Консультування щодо безпечної ін'єкційної і статевої поведінки та способів попередження передачі ВІЛ, інфекцій, що передаються статевим шляхом (далі - ІПСШ), та вірусних гепатитів	4	25	11
Консультування щодо заходів зі зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин	-	0,3	10
Консультування з питань замісної підтримувальної терапії	-	1	16

Продовження Таблиці 3.1.1.

Послуга з профілактики	ЧСЧ	СП	ЛВНІ
Консультації з профілактики передозувань ПАР та надання невідкладної допомоги	-	0,2	11
Консультації з питань репродуктивного та сексуального здоров'я	3	5	3
Консультації з питань попередження гендерного насильства	0,5	1	1
Мотиваційне консультування щодо проходження тестування на ВІЛ	10	4	17
Консультації щодо переваг раннього початку лікування та перебування під медичним наглядом в разі інфікування ВІЛ	1	0,2	2
Інформування про доступні послуги неурядових організацій, в тому числі тих, що здійснюють догляд і підтримку людей, які живуть з ВІЛ, державних та комунальних установ та перенаправлення до них за потреби послуг	2	1	1
Видача безкоштовних інформаційних та довідкових матеріалів	6	5	10
Отримання презервативів, лубрикантів	71	78	42
Консультації щодо необхідності постійного використання презервативів та зменшення ризиків передачі ВІЛ, вірусних гепатитів та ІПСШ	17	4	2
Обмін або видача шприців та голочок, видача спиртових серветок	-	0,3	72
Консультації щодо правильного використання ін'єкційного інструментарію, зменшення ризиків передачі ВІЛ та вирішення супутніх медичних проблем, пов'язаних з ін'єкційним вживанням	-	-	7
Тестування на ВІЛ, включаючи асистоване тестування, з використанням швидкого (експрес) тесту, в тому числі проведення до та післятестового консультування, та інтерпретацію результатів тесту	72	75	22
Консультації осіб, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, з метою залучення до медичного нагляду, направлення для підтвердження діагнозу та раннього початку лікування	-	0,2	0,2
Консультації осіб, які отримали негативний результат, щодо заходів з профілактики ВІЛ та безпечних поведінкових практик	9	3	2
Консультації щодо залучення до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) сексуальних та ін'єкційних партнерів отримувачів послуг	1	0,5	6
Скринінгове анкетування на туберкульоз з використанням анкети	4	21	4

Послуга з профілактики	ЧСЧ	СП	ЛВНІ
Консультування осіб з симптомами ТБ з метою залучення до медичних послуг	-	-	1
Направлення осіб з симптомами ТБ на діагностику	-	-	0,4
Надання консультації щодо профілактики ТБ	0,2	2	1
Видача налоксону для ЛВНІ	-	0,3	12
Консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ	22	2	8
Тестування на вірусний гепатит С з використанням швидких (експрес) тестів	17	6	10
Тестування на вірусний гепатит В з використанням швидких (експрес) тестів	14	6	1
Тестування на сифіліс з використанням швидких (експрес) тестів	21	5	0,4
Не отримую жодних послуг	-	5	-

3.2. Оцінка якості профілактичних послуг серед ЛВНІ, СП, ЧСЧ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій

Під час участі в опитуванні респондентів просили оцінити якість отриманих ними послуг на шкалі, де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна. Узагальнені результати подані нижче в Таблиці 3.2.1. В цілому, опитувані оцінювали якісь отриманих послуг дуже високо. До 24 лютого 2022 року середня наскрізна оцінка усіх послуг становила 4,8, найнижча – 4,7 (консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ). Після початку повномасштабного вторгнення наскрізна оцінка знизилася до позначки 4,6, а найнижча оцінка дорівнювала 3,2 (видача налоксону для ЛВНІ).

ЛВНІ найчастіше оцінювали послуги, отримані після початку повномасштабного вторгнення, як такі, що погіршилися, порівняно з періодом до 24 лютого. Так, статистично значуще погіршення якості спостерігається за такими послугами, як консультування з питань замісної підтримувальної терапії (4,9 до 24 лютого зі зниженням до 4,5 після 24 лютого), консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров'я (4,9 та 4,6), мотиваційне консультування щодо проходження тестування на ВІЛ (4,8 та 4,1), видача безкоштовних інформаційних та довідкових матеріалів (4,8 та 4,6), отримання презервативів, лубрикантів (4,7 та 4,4), обмін або видача шприців та голок, видача спиртових серветок (4,8 та 4,5), консультування щодо правильного використання ін'єкційного інструментарію, зменшення ризиків передачі ВІЛ та вирішення супутніх медичних проблем, пов'язаних з ін'єкційним вживанням (4,9 та 4,9), тестування на ВІЛ (4,8 та 4,7), консультування осіб з симптомами ТБ з метою залучення до медичних послуг (4,9 та 4,2), видача налоксону (4,9 та 3,7; найнижча оцінка серед усіх), консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ (4,9 та 4,7) та тестування на вірусний гепатит С з використанням швидких тестів (4,8 та 4,6). Найвище ЛВНІ оцінили консультування щодо

переваг раннього початку лікування та перебування під медичним наглядом в разі інфікування ВІЛ (4,9 та 4,9).

Серед СП бачимо статистично значуще погіршення якості у випадку таких послуг, як видача безкоштовних інформаційних та довідкових матеріалів (4,7 до та 4,2 після 24 лютого), отримання презервативів, лубрикантів (4,8 та 4,7), тестування на ВІЛ (4,9 та 4,8), а також тестування на гепатит С (4,7 та 4,3) та гепатит В (4,9 та 4,6). Що цікаво, серед ЧСЧ статистично значуща зміна спостерігається лише щодо видачі безкоштовних інформаційних та довідкових матеріалів, причому йдеться про покращення якості послуги (з 4,7 до 4,8).

Таблиця 3.2.1

Якість послуг, отриманих респондентами до та після 24 лютого 2022 року, за групами ризику

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ			СП			ЧСЧ			Сумарно		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Консультавання щодо зменшення шкоди в контексті ризикованої сексуальної поведінки та ін'єкційних практик	4,8 (n=143)	4,78 (n=143)	-0,02	4,84 (n=25)	4,76 (n=25)	-0,08	4,1 (n=30)	4,07 (n=30)	-0,03	4,7 (n=198)	4,67 (n=198)	-0,03
Консультавання щодо безпечної ін'єкційної і статевої поведінки та способів попередження передачі ВІЛ, інфекцій, що передаються статевим шляхом (далі - ІПСШ), та вірусних гепатитів	4,96 (n=225)	4,92 (n=225)	-0,04	4,99 (n=143)	4,99 (n=143)	0	4,79 (n=28)	4,82 (n=28)	0,04	4,96 (n=396)	4,94 (n=396)	-0,02
Консультавання щодо заходів зі зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин (далі - ПАР)	4,92 (n=203)	4,9 (n=203)	-0,02	5 (n=2)	5 (n=2)	0	-	-	-	4,92 (n=205)	4,9 (n=205)	-0,02
Консультавання з питань замісної підтримувальної терапії	4,86 (n=321)	4,5 (n=321)	-0,36** *	4,25 (n=4)	3 (n=4)	-1,25	-	-	-	4,86 (n=325)	4,49 (n=325)	-0,37* **
Консультавання з профілактики передозувань ПАР та надання невідкладної допомоги	4,96 (n=225)	4,93 (n=225)	-0,03	4 (n=1)	4 (n=1)	0	-	-	-	4,96 (n=226)	4,92 (n=226)	-0,03
Консультавання з питань репродуктивного та сексуального здоров'я	4,86 (n=65)	4,6 (n=65)	-0,26*	4,8 (n=30)	4,87 (n=30)	0,07	4,59 (n=17)	4,47 (n=17)	-0,12	4,8 (n=112)	4,65 (n=112)	-0,15*

Продовження Таблиці 3.2.1

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ			СП			ЧСЧ			Сумарно		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Консультація з питань попередження гендерного насильства	4,83 (n=24)	4,54 (n=24)	-0,29	4,6 (n=5)	4,4 (n=5)	-0,2	5 (n=3)	5 (n=3)	0	4,81 (n=32)	4,56 (n=32)	-0,25
Мотиваційне консультування щодо проходження тестування на ВІЛ	4,84 (n=341)	4,09 (n=341)	-0,75** *	5 (n=22)	5 (n=22)	0	4,69 (n=61)	4,69 (n=61)	0	4,83 (n=424)	4,23 (n=424)	-0,6** *
Консультація щодо переваг раннього початку лікування та перебування під медичним наглядом в разі інфікування ВІЛ	4,94 (n=35)	4,97 (n=35)	0,03	5 (n=1)	4 (n=1)	-1	5 (n=7)	4,86 (n=7)	-0,14	4,95 (n=43)	4,93 (n=43)	-0,02
Інформування про доступні послуги неурядових організацій, в тому числі тих, що здійснюють догляд і підтримку людей, які живуть з ВІЛ, державних та комунальних установ та перенаправлення до них за потреби послуг	4,96 (n=25)	4,72 (n=25)	-0,24	4,4 (n=5)	4,6 (n=5)	0,2	4,57 (n=14)	4,57 (n=14)	0	4,77 (n=44)	4,66 (n=44)	-0,11
Видача безкоштовних інформаційних та довідкових матеріалів	4,78 (n=197)	4,57 (n=197)	-0,2***	4,68 (n=31)	4,16 (n=31)	-0,52**	4,66 (n=41)	4,76 (n=41)	0,1*	4,75 (n=269)	4,55 (n=269)	-0,19* **
Отримання презервативів, лубрикантів	4,74 (n=835)	4,4 (n=835)	-0,33** *	4,79 (n=450)	4,72 (n=450)	-0,07**	4,74 (n=451)	4,71 (n=451)	-0,03	4,75 (n=1736)	4,57 (n=1736)	-0,19* **

Продовження Таблиці 3.2.1

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ			СП			ЧСЧ			Сумарно		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Консультавання щодо необхідності постійного використання презервативів та зменшення ризиків передачі ВІЛ, вірусних гепатитів та ІПСШ	4,83 (n=41)	4,71 (n=41)	-0,12	4,9 (n=20)	4,95 (n=20)	0,05	4,69 (n=110)	4,73 (n=110)	0,04	4,75 (n=171)	4,75 (n=171)	0
Обмін або видача шприців та голок, видача спиртових серветок	4,8 (n=1433)	4,45 (n=1433)	-0,35** *	5 (n=2)	1,5 (n=2)	-3,5	-	-	-	4,8 (n=1435)	4,45 (n=1435)	-0,36**
Консультавання щодо правильного використання ін'єкційного інструментарію, зменшення ризиків передачі ВІЛ та вирішення супутніх медичних проблем, пов'язаних з ін'єкційним вживанням	4,97 (n=145)	4,90 (n=145)	-0,07*	-	-	-	-	-	-	4,97 (n=145)	4,9 (n=145)	-0,07*
Тестування на ВІЛ, включаючи асистоване тестування, з використанням швидкого (експрес) тесту, в тому числі проведення до та післятестового консультування, та інтерпретацію результатів тесту	4,81 (n=446)	4,67 (n=446)	-0,13** *	4,93 (n=429)	4,81 (n=429)	-0,12** *	4,84 (n=453)	4,84 (n=453)	0	4,86 (n=1328)	4,77 (n=1328)	-0,08**

Продовження Таблиці 3.2.1

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ			СП			ЧСЧ			Сумарно		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Консультування осіб, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, з метою залучення до медичного нагляду, направлення для підтвердження діагнозу та раннього початку лікування	4,75 (n=4)	4,75 (n=4)	0	5 (n=1)	5 (n=1)	0	-	-	-	4,8 (n=5)	4,8 (n=5)	0
Консультування осіб, які отримали негативний результат, щодо заходів з профілактики ВІЛ та безпечних поведінкових практик	4,95 (n=43)	4,88 (n=43)	-0,07	5 (n=16)	5 (n=16)	0	4,77 (n=56)	4,77 (n=56)	0	4,87 (n=115)	4,84 (n=115)	-0,03
Консультування щодо залучення до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) сексуальних та ін'єкційних партнерів отримувачів послуг	4,83 (n=110)	4,65 (n=110)	-0,17	4,67 (n=3)	4,67 (n=3)	0	4,5 (n=4)	4,5 (n=4)	0	4,81 (n=117)	4,65 (n=117)	-0,16
Скринінгове анкетування на туберкульоз з використанням анкети	4,96 (n=80)	4,89 (n=80)	-0,08	4,95 (n=119)	4,88 (n=119)	-0,07	4,78 (n=27)	4,74 (n=27)	-0,04	4,93 (n=226)	4,87 (n=226)	-0,07*
Консультування осіб з симптомами ТБ з метою залучення до медичних послуг	4,88 (n=16)	4,19 (n=16)	-0,69*	-	-	-	-	-	-	4,88 (n=16)	4,19 (n=16)	-0,69*
Направлення осіб з симптомами ТБ на діагностику	5 (n=7)	4,43 (n=7)	-0,57	-	-	-	-	-	-	5 (n=7)	4,43 (n=7)	-0,57
Надання консультації щодо профілактики ТБ	4,81 (n=16)	4,63 (n=16)	-0,19	4,78 (n=9)	4,56 (n=9)	-0,22	5 (n=1)	5 (n=1)	0	4,81 (n=26)	4,62 (n=26)	-0,19

Продовження Таблиці 3.2.1

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ			СП			ЧСЧ			Сумарно		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Видача налоксону для ЛВНІ	4,96 (n=247)	3,66 (n=247)	-1,3***	5 (n=2)	1,5 (n=2)	-3,5	-	-	-	4,96 (n=249)	3,65 (n=249)	- 1,32* **
Консультування щодо преконтактно́ї профілактики ВІЛ	4,85 (n=165)	4,7 (n=165)	-0,15**	4,54 (n=13)	4,62 (n=13)	0,08	4,52 (n=142)	4,61 (n=142)	0,09	4,69 (n=317)	4,66 (n=317)	-0,03
Тестування на вірусний гепатит С з використанням швидких (експрес) тестів	4,84 (n=204)	4,59 (n=204)	- 0,25** *	4,72 (n=32)	4,31 (n=32)	-0,41**	4,81 (n=107)	4,82 (n=107)	0,01	4,82 (n=343)	4,64 (n=343)	- 0,19* **
Тестування на вірусний гепатит В з використанням швидких (експрес) тестів	4,75 (n=12)	4,67 (n=12)	-0,08	4,91 (n=33)	4,58 (n=33)	-0,33**	4,82 (n=88)	4,92 (n=88)	0,1	4,83 (n=133)	4,81 (n=133)	-0,02
Тестування на сифіліс з використанням швидких (експрес) тестів	4,5 (n=8)	4,5 (n=8)	0	4,7 (n=30)	4,5 (n=30)	-0,2	4,85 (n=137)	4,86 (n=137)	0,01	4,81 (n=175)	4,78 (n=175)	-0,02

***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

**Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,01$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Крім задоволеності конкретними послугами, у респондентів також запитували про їхню задоволеність форматом отриманих послуг. Як і в попередньому випадку, опитані оцінювали якість отриманих послуг дуже високо. Так, до 24 лютого наскрізна якість послуг була в середньому оцінена на 4,6, починаючи з 24 лютого – на 4,4. Погіршення якості спостерігається за всіма характеристиками в розрізі загальної вибірки, проте, за групою ЧСЧ бачимо покращення індивідуального підходу до клієнта (4,7 до 24 лютого проти 4,8 після 24 лютого) та відсутності ризику зустріти в пункті отримання послуг знайомих (4,5 проти 4,7). Крім того, серед СП у розрізі останньої характеристики також відслідковується позитивна динаміка – 4,3 до 24 лютого в порівнянні з 4,4 після повномасштабного вторгнення.

Серед ЛВНІ найвище оцінювали індивідуальний підхід до клієнта (4,8 та 4,7), ввічливість і привітність персоналу (4,8 та 4,7), гарантії конфіденційності (4,7 та 4,6), неупередженість персоналу, однакове ставлення до всіх (4,7 та 4,7), кваліфікацію персоналу, якість та зрозумілість консультацій (4,7 та 4,7), дотримання актуальних протиепідемічних заходів (4,7 та 4,5), фізичні умови отримання послуг (4,7 та 4,5), доступність і зрозумілість інформації про послуги (4,7 та 4,5), можливість отримання послуги за принципом «рівний-рівному» (4,7 та 4,6), графік роботи організації (4,7 та 4,6). Утім, після 24 лютого спостерігається статистично значуще погіршення всіх характеристик якості. Серед найбільш виражених змін – своєчасність отримання послуг (4,7 до 24 лютого та 4,5 після), безперебійний доступ до актуальних послуг (4,6 та 4,3), час очікування послуги (4,5 та 4,1), вчасне оновлення матеріалів та послуг, які надаються, з огляду на зміни в потребах клієнтів (4,5 та 4,2), вартість добирання до місця отримання послуги (4,1 та 3,5) та час, який потрібен, щоб добратися до місця отримання послуги (4,2 та 3,6), відповідність наявних послуг потребам (4,5 та 4,2) та якість роздаткових матеріалів (4,6 та 4,3). Слід зазначити, що, згідно з дослідженням від 2019 року, найважливішими характеристиками якості профілактичних послуг для ЛВНІ є кваліфікованість, ввічливість та неупередженість персоналу, гарантії конфіденційності, фізичні умови отримання послуг, час очікування послуги та її своєчасність. Таким чином, дане дослідження продемонструвало стабільно високу задоволеність кадровим потенціалом закладів, що надають профілактичні послуги для ЛВНІ, проте, зниження задоволеності тривалістю очікування на послугу та її своєчасністю.

СП демонструють найбільший рівень задоволеності такими характеристиками якості, як: індивідуальний підхід до клієнта (4,8 до 24 лютого та 4,7 після), ввічливість і привітність персоналу (4,8 та 4,7), неупередженість персоналу, однакове ставлення до всіх (4,7 та 4,6), кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій (4,8 та 4,7), дотримання актуальних протиепідемічних заходів (4,6 та 4,5), фізичні умови отримання послуг (4,7 та 4,6), доступність і зрозумілість інформації про послуги (4,7 та 4,7). Найсуттєвіші зміни, спричинені війною, стосуються: своєчасності отримання послуг (4,7 до 24 лютого та 4,4 після), вартості добирання до місця отримання послуги (4,4 та 4,1) та часу, який потрібен, щоб дістатися до місця отримання послуги (4,4 та 4,2). Крім того, дуже низько було оцінено можливість отримання послуги за принципом «рівний-рівному» (3,9 до та 3,8 після 24 лютого). При цьому, для СП найважливішими критеріями якості, згідно з результатами дослідження 2019 року, є індивідуальний підхід, своєчасність отримання послуг, ввічливість, неупередженість та кваліфікація персоналу, час очікування на послугу, гарантії конфіденційності.

Група ЧСЧ демонструє високий рівень задоволеності (>4,5) усіма характеристиками якості, крім безперебійного доступу до актуальних послуг (4,5 до та 4,4 після повномасштабного вторгнення), вартості добирання до місця отримання послуги (4,6 та 4,3), часу, який потрібен, щоб добратися до місця отримання послуги (4,5 та 4,4), відповідності наявних послуг потребам (4,5 та 4,5) та якості роздаткових матеріалів (4,3 та 4,2). Для порівняння, у 2019 році найважливішими ознаками якості для них були доступність та зрозумілість інформації, гарантії конфіденційності, відповідність послуг потребам, своєчасність отримання послуг, вчасне оновлення послуг, кваліфікація, неупередженість та ввічливість персоналу. Таким чином, з характеристик, які є важливими для ЧСЧ та якими вони незадоволені, можна виокремити невідповідність наявних послуг актуальним потребам.

Як можна помітити із динаміки змін у оцінках якості послуг до та після 24 лютого, основним бар'єром є ускладнення логістики отримання послуг та неспроможність сервісів вчасно перебудуватися на нові потреби споживачів. Що цікаво, нарікання на час доїзду до організації фіксувалися й під час попереднього дослідження 2019 року. Крім того, тоді ж спостерігалися й скарги на якість роздаткових матеріалів (лубрикантів та презервативів), що, згідно з відповідями респондентів, лише знизилася після 24 лютого. Як і 2019 року, ЛВНІ виражали найменшу незадоволеність презервативами порівняно з ЧСЧ та СП. При цьому задоволеність ставленням з боку персоналу залишається стабільно високою з 2019 року.

Таблиця 3.2.2.

Якість профілактичних послуг, отриманих респондентами до та після 24 лютого 2022 року, за групами ризику

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ, N=1984			СП, N=576			ЧСЧ, N=640			Сумарно, N=3200		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Індивідуальний підхід до клієнта	4,75	4,67	-0,08***	4,79	4,73	-0,06**	4,73	4,79	0,06**	4,76	4,71	-0,05***
Своєчасність отримання послуг	4,70	4,45	-0,25***	4,68	4,42	-0,26***	4,72	4,68	-0,04	4,70	4,49	-0,21***
Безперобійний доступ до актуальних послуг (матеріалів, тест-систем, вузьких спеціалістів)	4,60	4,28	-0,32***	4,63	4,40	-0,24***	4,51	4,44	-0,08**	4,59	4,33	-0,25***
Час очікування послуги (наприклад, в черзі)	4,47	4,07	-0,40***	4,54	4,45	-0,09***	4,78	4,77	-0,02	4,55	4,28	-0,27***
Ввічливість і привітність персоналу	4,76	4,68	-0,07***	4,80	4,73	-0,07***	4,76	4,77	0,01	4,77	4,71	-0,06***
Гарантії конфіденційності	4,73	4,60	-0,13***	4,57	4,47	-0,10***	4,73	4,75	0,02	4,70	4,61	-0,09***
Неупередженість персоналу, однакове ставлення до всіх	4,73	4,68	-0,05***	4,68	4,61	-0,07**	4,74	4,77	0,03	4,72	4,68	-0,04***
Кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій	4,74	4,68	-0,06***	4,76	4,72	-0,04**	4,73	4,76	0,02	4,74	4,70	-0,04***

Продовження Таблиці 3.2.2

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ, N=1984			СП, N=576			ЧСЧ, N=640			Сумарно, N=3200		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Відсутність ризику зустріти в пункті отримання послуг знайомих, які можуть дізнатися про мою ідентичність/діагноз/особливості поведінки (наприклад, надання комерційних послуг, вживання ПАВ)	4,42	4,22	-0,20***	4,34	4,40	0,06**	4,53	4,65	0,11***	4,43	4,34	-0,09***
Вчасне оновлення матеріалів та послуг, які надаються, з огляду на зміни в потребах клієнтів	4,53	4,24	-0,29***	4,57	4,41	-0,16***	4,56	4,53	-0,03	4,54	4,33	-0,21***
Вартість добирання до місця отримання послуги	4,12	3,49	-0,64***	4,44	4,07	-0,37***	4,59	4,35	-0,24***	4,27	3,76	-0,51***
Дотримання актуальних протиепідемічних заходів	4,69	4,47	-0,22***	4,60	4,50	-0,10***	4,70	4,70	0,00	4,68	4,52	-0,16***
Фізичні умови отримання послуг (стан приміщення, комфортна температура, місце для очікування)	4,72	4,49	-0,22***	4,65	4,56	-0,09***	4,72	4,72	0,01	4,70	4,55	-0,15***
Доступність і зрозумілість інформації про послуги	4,68	4,50	-0,18***	4,73	4,67	-0,06**	4,76	4,77	0,01	4,70	4,58	-0,12***

Продовження Таблиці 3.2.2

Послуга з профілактики	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)											
	ЛВНІ, N=1984			СП, N=576			ЧСЧ, N=640			Сумарно, N=3200		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Можливість отримання послуги за принципом «рівний-рівному»	4,73	4,63	-0,10***	3,95	3,82	-0,12***	4,77	4,81	0,03	4,60	4,52	-0,08***
Час, який потрібен, щоб добратися до місця отримання послуги	4,19	3,60	-0,59***	4,43	4,18	-0,25***	4,53	4,45	-0,08**	4,30	3,88	-0,42***
Відповідність наявних послуг Вашим потребам	4,53	4,20	-0,33***	4,59	4,43	-0,16***	4,51	4,46	-0,05	4,54	4,29	-0,25***
Якість роздаткових матеріалів (засоби гігієни, шприци, презервативи тощо)	4,64	4,30	-0,34***	4,44	4,29	-0,15***	4,32	4,22	-0,10***	4,54	4,29	-0,25***
Графік роботи організації	4,70	4,55	-0,15***	4,77	4,42	-0,35***	4,75	4,74	-0,01	4,72	4,57	-0,16***

***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

**Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,01$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Відповідаючи на запитання про те, яких додаткових послуг вони ще потребують, ЛВНІ найчастіше згадували видачу налоксону (31%), тестування на гепатит В (21%), С (15%) та сифіліс (14%), обмін та видачу шприців (15%), отримання презервативів та лубрикантів (14%), а також мотиваційне консультування щодо тестування на ВІЛ (11%). Потреба в обміні шприців, у порівнянні з 2019 роком, знизилася понад удвічі (від 32%), в отриманні презервативів та лубрикантів – у півтора рази (від 22%); потреба в консультуванні щодо ЗПТ залишилася на рівні 2019 року (17%). При цьому у 2019 році 60% опитаних ЛВНІ вказали на потребу в допомозі з проходженням тестування на ІПСШ. Серед окремо зазначених послуг, яких потребує група: видача медичних засобів (бинтів, мазей, знезаражувальних засобів тощо), відновлення документів, гуманітарна допомога, зокрема допомога з продуктами, грішми, засобами гігієни (у 2019 році про потребу в засобах гігієни вказали 60% опитаних ЛВНІ), компенсація доїзду, реабілітація, лікування гепатиту С, ЗПТ, консультації медичних фахівців різних спрямувань (у 2019 році потребу в отриманні консультацій вузьких спеціалістів мали 62% опитаних).



Рис. 3.2.1. Додаткові послуги, яких ЛВНІ потребують найбільше, N=1984

Таблиця 3.2.3 містить детальну інформацію щодо найбільших потреб за областю. Так, потреба в налоксоні є найбільш значною серед ЛВНІ у Києві (61%), Кіровоградській (46%) та Львівській (75%) областях, в тестуванні на гепатит В – у Львівській (37%) та Харківській (34%) областях, у видачі шприців, голок та спиртових серветок – у Кіровоградській (34%) та Львівській (20%) областях, у консультуванні щодо ЗПТ – у Дніпропетровській (29%) та Львівській (57%) областях, у тестуванні на гепатит С – у Києві (29%) та Львівській області (57%), у тестуванні на сифіліс – у Харківській області (33%), у видачі презервативів та лубрикантів – у Одеській області (25%), у мотиваційному консультуванні щодо тестування на ВІЛ – у Дніпропетровській області (25%).

Розподіл додаткових послуг, які ЛВНІ потребують найбільше, за областями, %

Область	Потреба в послугі серед ЛВНІ							
	Видача налоксону	Тестування на ВГВ	Видача шприців, голки, спиртових серветок	Консультавання щодо ЗПТ	Тестування на ВГС	Тестування на сифіліс	Видача презервативів, лубрикантів	Мотиваційне консультування щодо тестування
Дніпропетровська	19	4	16	29	8	4	15	25
Київ	61	23	20	8	29	17	13	1
Кіровоградська	46	24	34	13	12	12	17	-
Львівська	75	37	20	33	57	14	12	1
Одеська	20	26	14	12	2	16	25	18
Рівненська	2	12	5	3	3	2	3	2
Харківська	-	34	2	-	2	33	-	-
Черкаська	20	22	6	-	16	17	8	1

СП найбільше потребують тестування на гепатит В (32%), С (28%) та сифіліс (25%), отримання презервативів та лубрикантів (14%) та консультування з питань попередження гендерного насильства (11%), репродуктивного та сексуального здоров'я (11%). Ці потреби скоротилися, в порівнянні з 2019 роком, коли допомоги в проходженні аналізів на ІПСШ потребували 59% опитаних, отримання презервативів та лубрикантів – 38%, консультування з питань попередження насильства – 32%, а консультування щодо сексуального здоров'я – 24%. Варто зазначити, що 9% СП вказали, що вони не потребують додаткових послуг, що свідчить про доволі широкий та актуальний спектр сервісів, доступних для цієї цільової групи. Серед окремо зазначених послуг, яких СП дійсно потребують – засоби гігієни, (2019 року таку потребу мали 61% опитаних СП), фемідоми, якісні презервативи та лубриканти, антисептичні засоби, як от хлоргексидин, консультації окремих медичних фахівців (49% 2019 року), набори для самотестування на ВІЛ, тестування на гонорею.



Рис. 3.2.2. Додаткові послуги, яких СП потребують найбільше, N=567

У розрізі за областями тестування на ВГВ найбільше потребують СП у Києві (67%), Кіровоградській (55%), Львівській (60%) та Харківській (29%) областях, тестування на ВГС – у Києві (60%), Львівській (57%) та Харківській (31%) областях, тестування на сифіліс – у Києві (48%), Кіровоградській (36%) та Львівській (51%) областях, консультації з питань попередження гендерного насильства та репродуктивного та сексуального здоров'я – у Харківській області (43%).

Таблиця 3.2.4.

Розподіл додаткових послуг, які СП потребують найбільше, за областями, %

Область	Потреба в послугі серед СП					
	Тестування на ВГВ	Тестування на ВГС	Тестування на сифіліс	Видача презервативів, лубрикантів	Консультації з питань попередження гендерного насильства	Консультації з питань репродуктивного та сексуального здоров'я
Дніпропетровська	9	9	7	26	21	20
Київ	67	60	48	5	2	2
Кіровоградська	55	18	36	32	14	23
Львівська	60	57	60	51	9	6
Одеська	-	-	-	2	1	-
Рівненська	17	17	-	-	-	-
Харківська	29	31	33	24	43	43
Черкаська	-	-	-	9	-	-

ЧСЧ найбільше потребують тестування на сифіліс (31%), гепатити В (29%) та С (28%), а також консультування щодо зменшення шкоди, пов'язаної зі вживанням психоактивних речовин, у 2019 році потребу в проходженні аналізів на ІПСШ мали 37% опитаних. Серед окремо названих потреб – групи взаємодопомоги, ДКП, консультації психолога (2019 року потребу в заходах з метою психологічної підтримки мали 20%), діагностика та лікування ІПСШ, тестування на гонорею, ширший вибір презервативів і лубрикантів. Питання груп взаємодопомоги та надання більш широкого та якіснішого набору презервативів і лубрикантів піднімалося групою ЧСЧ і під час попереднього дослідження у 2019 році.

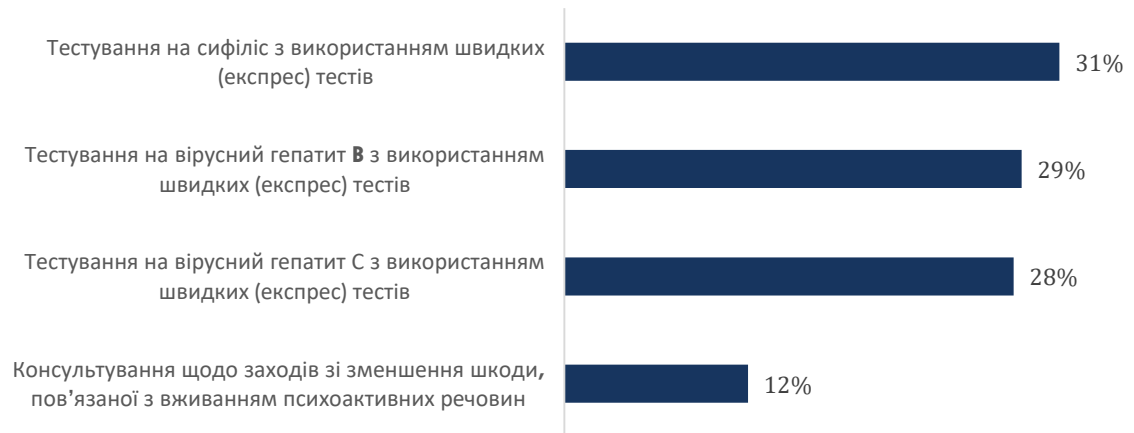


Рис. 3.2.3. Додаткові послуги, яких ЧСЧ потребують найбільше, N=640

Таблиця 3.2.5. містить детальний розподіл потреб у додаткових послугах за областями. Так, найбільша потреба в тестуванні на сифіліс та гепатити В та С спостерігається серед ЧСЧ у Києві (329%, 31% та 30% відповідно), Львівській (52%, 67,2%, 38%), Харківській (82%, 52%, 80%) та Черкаській (32%, 32%, 26%) областях, консультуванні щодо зменшення шкоди від ПАР – у Києві (22%) та Харківській області (11%).

Таблиця 3.2.5.

Розподіл додаткових послуг, які ЧСЧ потребують найбільше, за областями, %

Область	Потреба в послугі серед ЧСЧ			
	Тестування на сифіліс	Тестування на ВГВ	Тестування на ВГС	Консультування щодо зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин
Дніпропетровська	4	6	4	2
Київ	32	31	30	22
Кіровоградська	-	-	-	-
Львівська	52	67	38	-
Одеська	1	2	1	1
Рівненська	-	-	-	-
Харківська	82	52	80	11
Черкаська	32	32	26	-

Таблиця 3.2.6. містить детальний перелік відповідей на запитання, яких додаткових послуг респонденти потребують.

Таблиця 3.2.6.

Послуги, яких респонденти потребують, %, N=3200

Послуга з профілактики	ЛВНІ	СП	ЧСЧ
Консультування щодо зменшення шкоди в контексті ризикованої сексуальної поведінки та ін'єкційних практик	2	1	1
Консультування щодо безпечної ін'єкційної і статевої поведінки та способів попередження передачі ВІЛ, інфекцій, що передаються статевим шляхом, та вірусних гепатитів	2	1	3
Консультування щодо заходів зі зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин	6	4	12
Консультування з питань замісної підтримувальної терапії	15	3	1
Консультування з профілактики передозувань ПАР та надання невідкладної допомоги	7	7	9
Консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров'я	2	11	5
Консультування з питань попередження гендерного насильства	2	11	3
Мотиваційне консультування щодо проходження тестування на ВІЛ	11	1	1
Консультування щодо переваг раннього початку лікування та перебування під медичним наглядом в разі інфікування ВІЛ	1	1	1
Інформування про доступні послуги неурядових організацій, в тому числі тих, що здійснюють догляд і підтримку людей, які живуть з ВІЛ, державних та комунальних установ та перенаправлення до них за потреби послуг	2	4	3
Видача безкоштовних інформаційних та довідкових матеріалів	6	8	2
Отримання презервативів, лубрикантів	14	14	8
Консультування щодо необхідності постійного використання презервативів та зменшення ризиків передачі ВІЛ, вірусних гепатитів та ІПСШ	1	1	1
Обмін або видача шприців та голочок, видача спиртових серветок	15	2	1
Консультування щодо правильного використання ін'єкційного інструментарію, зменшення ризиків передачі ВІЛ та вирішення супутніх медичних проблем, пов'язаних з ін'єкційним вживанням	1	1	0,3
Тестування на ВІЛ, включаючи асистоване тестування, з використанням швидкого (експрес) тесту, в тому числі проведення до та післятестового консультування, та інтерпретацію результатів тесту	2	5	2
Консультування осіб, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, з метою залучення до медичного нагляду, направлення для підтвердження діагнозу та раннього початку лікування	0,3	0,3	0,3
Консультування осіб, які отримали негативний результат, щодо заходів з профілактики ВІЛ та безпечних поведінкових практик	0,4	2	1

Послуга з профілактики	ЛВНІ	СП	ЧСЧ
Консультування щодо залучення до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) сексуальних та ін'єкційних партнерів отримувачів послуг	1	2	1
Скринінгове анкетування на туберкульоз з використанням анкети	4	0,2	2
Консультування осіб з симптомами ТБ з метою залучення до медичних послуг	1	-	0,2
Направлення осіб з симптомами ТБ на діагностику	1	0,2	1
Надання консультації щодо профілактики ТБ	1	2	1
Видача налоксону для ЛВНІ	31	2	1
Консультування щодо прекоконтактної профілактики ВІЛ	3	4	5
Тестування на вірусний гепатит С з використанням швидких (експрес) тестів	15	28	28
Тестування на вірусний гепатит В з використанням швидких (експрес) тестів	21	32	29
Тестування на сифіліс з використанням швидких (експрес) тестів	14	25	31
Не потребує додаткових послуг	3	9	6

3.3. Досвід отримання послуг з догляду і підтримки у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій

Для пацієнтів із ВІЛ першим джерелом інформації про організації, які надають послуги з догляду та підтримки для ЛЖВ, зазвичай стають медпрацівники: співробітники Центрів СНІДу (37%), кабінетів «Довіра» (17%), інших медичних установ (13%), а також самі НУО (22%).



Рис. 3.3.1. Перше джерело інформації про діяльність організацій, які надають послуги з догляду і підтримки для ЛЖВ, N=2314

Найчастіше респонденти отримують послуги з догляду та підтримки в НУО чи організаціях ЛЖВ (78%) та регіональних ЦГЗ (64%). Ще чверть вказала кабінети «Довіра» (33%).

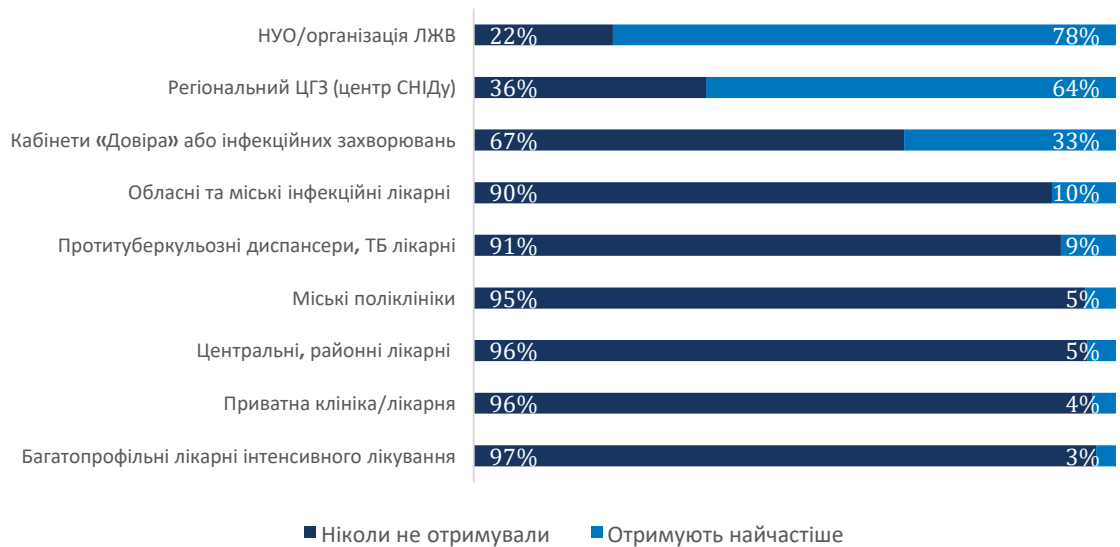


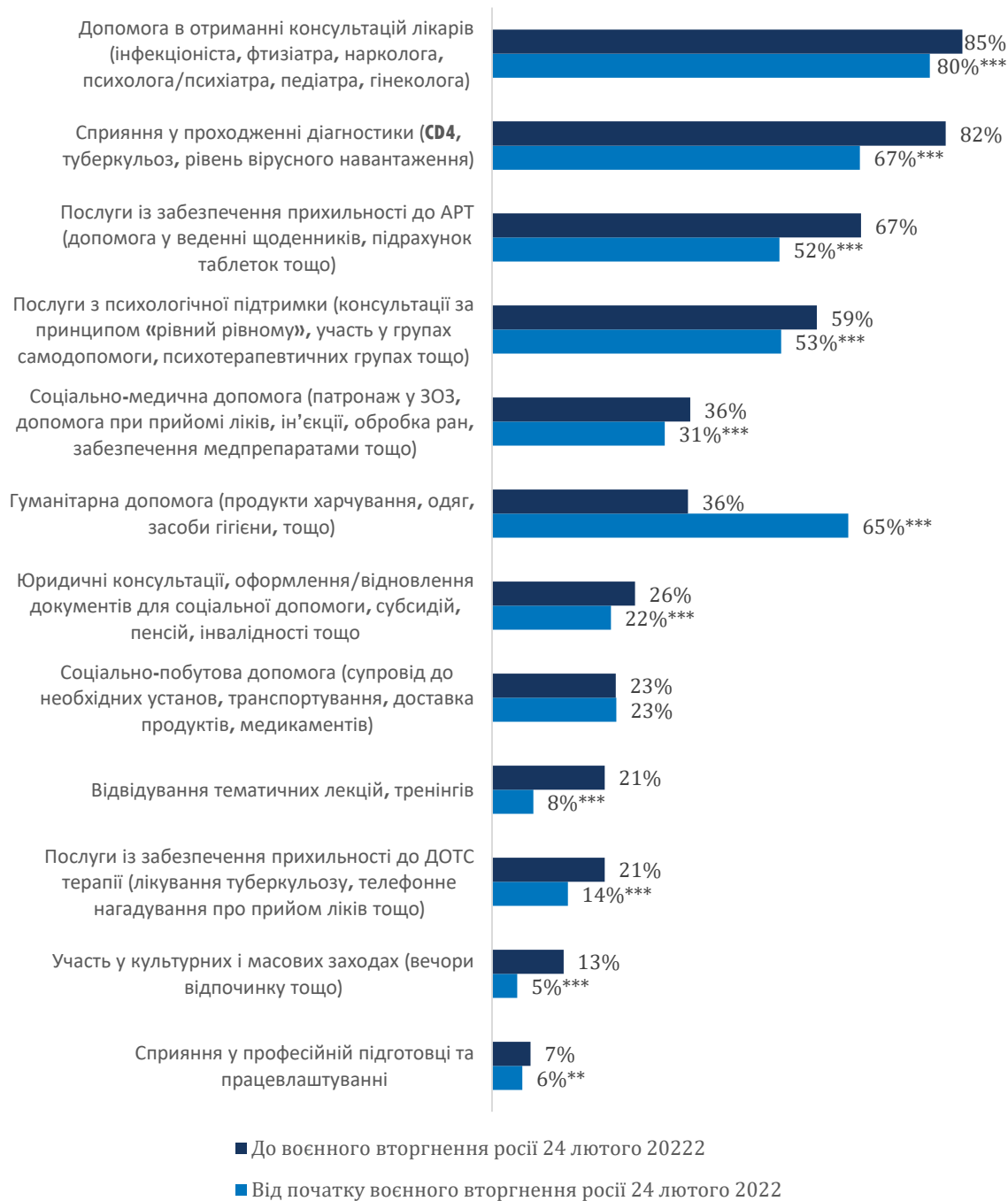
Рис. 3.3.2. Місце отримання послуг з догляду та підтримки на сьогодні, N=2400

Справді, в НУО такі послуги востаннє отримували 52% респондентів, в регіональних центрах ЦГЗ – 34%, в кабінетах «Довіра» – 11%.



Рис. 3.3.3. Місце отримання останньої послуги з догляду та підтримки, N=2400

Війна мала безпосередній негативний вплив на отримання майже всіх послуг із догляду та підтримки. Єдиним винятком стало отримання гуманітарної допомоги, яке зросло з 36% до 65% після 24 лютого. З послуг, які ЛЖВ вказували найчастіше – допомога в отриманні консультацій лікарів (85% до 24 лютого та 80% після), сприяння в проходженні діагностики (82% та 67%), послуги з забезпечення прихильності до АРТ (67% та 52%) та психологічної підтримки (59% та 53%).



***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

**Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,01$.

Рис. 3.3.4. Отримання послуг з догляду та підтримки до та після 24 лютого 2022, N=2400

Найчастіше ЛЖВ звертаються за такими послугами, як: допомога в отриманні консультацій лікарів (58%), сприяння у проходженні діагностики (42%), забезпечення прихильності до АРТ (40%) та психологічна підтримка (29%).

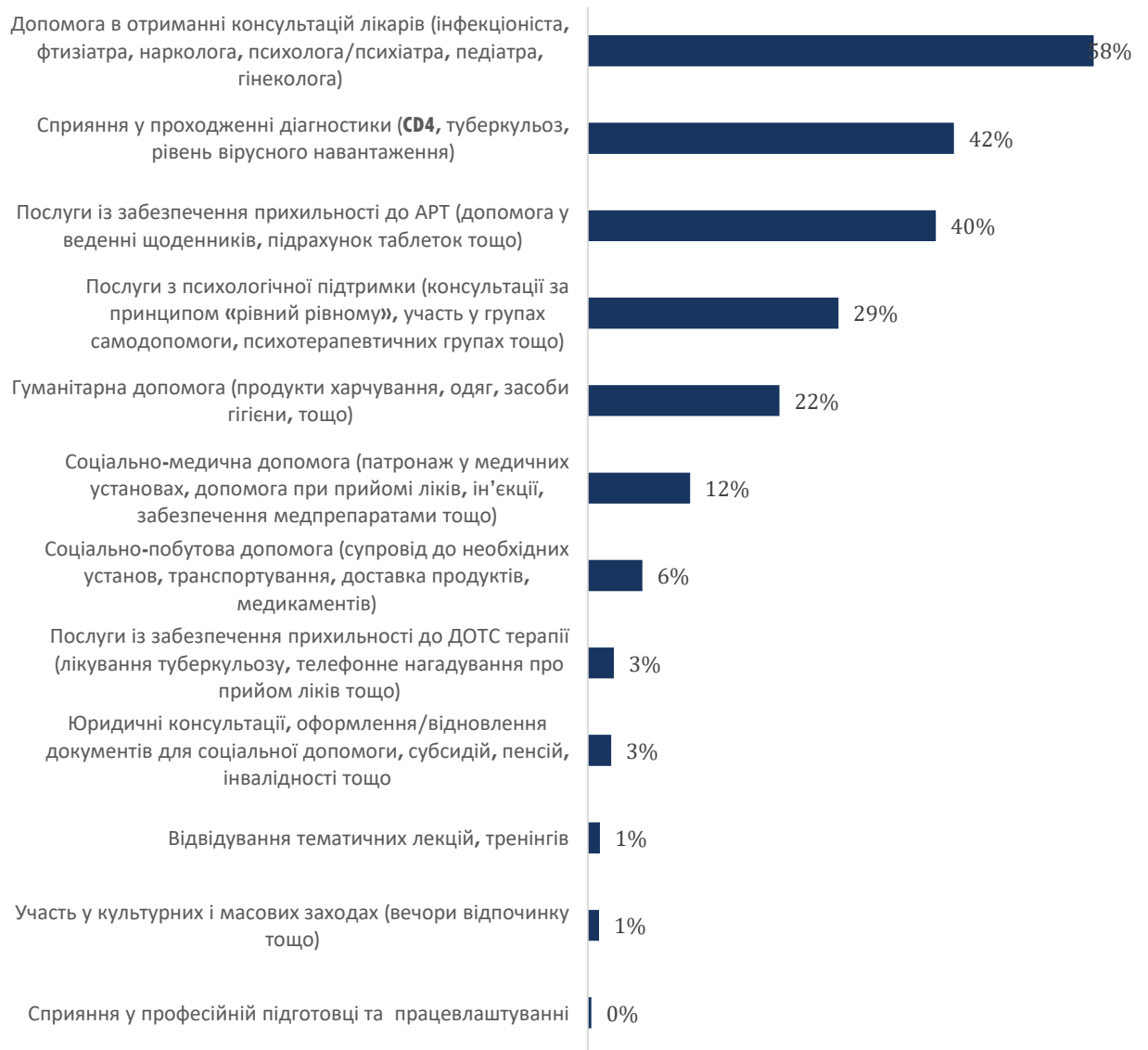


Рис. 3.3.5. Послуги, які респонденти отримують найчастіше, N=2400

3.4. Оцінка якості послуг з догляду і підтримки у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій

В цілому, респонденти оцінюють якість отриманих ними послуг дуже високо. До повномасштабного вторгнення середня наскрізна оцінка за всіма характеристиками складала 4,4, після вторгнення 24 лютого вона опустилася до 4,3. Найсуттєвіші зміни стосуються вартості (4,1 до 24 лютого, 3,8 після 24 лютого) та часу добирання до місця отримання послуги (4,2 та 4,1 відповідно).

Найвище респонденти оцінили ввічливість та привітність персоналу (4,5 до та 4,5 після 24 лютого), гарантії конфіденційності (4,5 та 4,5), кваліфікацію персоналу (4,5, без змін) та доступність і зрозумілість інформації про послуги (4,5 та 4,5). Найнижче оцінювали час

очікування послуги (4,1 та 4,1), ризик зустріти в пункті отримання послуг знайомих (4,2 та 4,2), вартість та час добирання до місця надання послуги (див. значення вище або в Таблиці 3.4.1.).

Таблиця 3.4.1.

Якість послуг, отриманих респондентами до та після 24 лютого 2022 року, N=2400	Якість наданої послуги (де 1 – зовсім не якісна, а 5 – цілком якісна)		
	До 24 лютого 2022	Після 24 лютого 2022	Різниця
Послуга з догляду та підтримки			
Індивідуальний підхід до клієнта	4,45	4,45	-0,01
Своєчасність отримання послуг	4,45	4,39	-0,06***
Безперервний доступ до актуальних послуг (матеріалів, тест-систем, вузьких спеціалістів)	4,36	4,27	-0,09***
Час очікування послуги (наприклад, в черзі)	4,13	4,07	-0,06**
Ввічливість і привітність персоналу	4,49	4,50	0,01
Гарантії конфіденційності	4,52	4,51	0,00
Неупередженість персоналу, однакове ставлення до всіх	4,47	4,47	0,00
Кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій	4,52	4,52	0,00
Відсутність ризику зустріти в пункті отримання послуг знайомих, які можуть дізнатися про мою ідентичність / діагноз / особливості поведінки (наприклад, надання комерційних послуг, вживання ПАВ)	4,15	4,16	0,01
Вчасне оновлення матеріалів та послуг, які надаються, з огляду на зміни в потребах клієнтів	4,39	4,35	-0,03*
Вартість добирання до місця отримання послуги	4,10	3,82	-0,28***
Дотримання актуальних протиепідемічних заходів	4,44	4,45	0,01
Фізичні умови отримання послуг (стан приміщення, комфортна температура, місце для очікування)	4,32	4,29	-0,04
Доступність і зрозумілість інформації про послуги	4,49	4,51	0,01
Можливість отримання послуги за принципом «рівний-рівному»	4,44	4,44	0,00
Час, який потрібен, щоб добратися до місця отримання послуги	4,19	4,07	-0,12***
Відповідність наявних послуг Вашим потребам	4,48	4,47	-0,01
Якість роздаткових матеріалів (засоби гігієни, шприци, презервативи тощо)	4,39	4,39	0,00
Графік роботи організації	4,47	4,42	-0,05***

***Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,001$.

**Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,01$.

*Статистично значуща відмінність на рівні $p < 0,05$.

Відповідаючи на запитання про те, яких додаткових послуг вони потребують, 44% респондентів зазначили, що вони не потребують додаткових послуг. Це свідчить про широкий спектр послуг, який надається наразі. Незважаючи на це, велику актуальність має гуманітарна допомога (34%) та психологічна підтримка (12%). Крім того, респонденти також прокоментували потребу в консультаціях та обстеженнях широкого спектру лікарів.

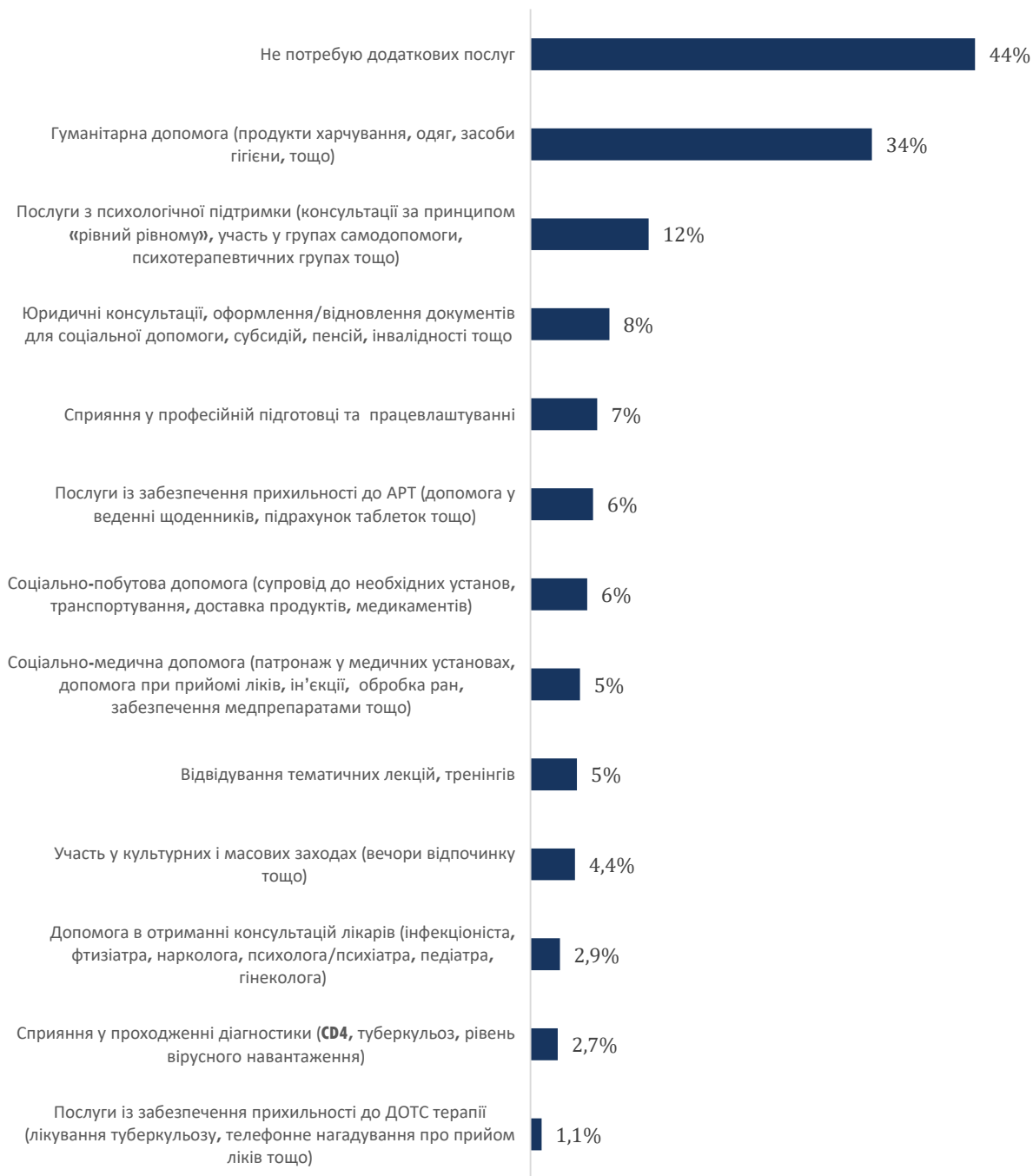


Рис. 3.4.1. Додаткові послуги, яких потребують респонденти, N=2400

РОЗДІЛ 4. БАР'ЄРИ ОТРИМАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ І ПОСЛУГ З ДІП

4.1. Бар'єри отримання профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій

Визначимо, чи мають особи з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики. Як видно з Таблиці 4.1.1., 89% респондентів не мали жодних перешкод в отриманні послуг з профілактики. І приблизно кожен десятий опитаний мав ті чи інші перешкоди в отриманні цих послуг. Також можемо помітити, що 85% представників СП, 89% представників ЛВНІ та 94% представників ЧСЧ не мали жодних перешкод для отримання послуг з профілактики. Тобто ЧСЧ частіше зазначали, що не мали жодних перешкод в отриманні послуг, ніж СП та ЛВНІ; ця відмінність є статистично значущою, оскільки відповідні 95%-ві довірчі інтервали для відсотків не перетинаються. Також ЧСЧ дещо рідше, ніж ЛВНІ, зазначали, що мають перешкоди в отриманні послуг з профілактики.

Таблиця 4.1.1.

Наявність перешкод в отриманні послуг з профілактики (у розрізі груп), %

Чи маєте Ви які-небудь перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики?	СП n=576	ЛВНІ n=1984	ЧСЧ n=640	Всього N=3200
Так	10 (7,3; 12,3)	11 (9,4; 12,1)	5 (3,9; 7,6)	9
Ні	85 (81,3; 87,4)	89 (87,0; 89,9)	94 (91,5; 95,4)	89
Важко відповісти	6	1	1	2

**В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків*

Щодо ситуації з наявністю перешкод в можливості отримання профілактичних послуг у розрізі областей (див. Таблицю 4.1.2), маємо наступне. Респонденти з Львівської, Одеської, Рівненської областей взагалі не мали перешкод в отриманні послуг з профілактики. Натомість, у Черкаській області 61% респондентів зазначили, що мали ті чи інші перешкоди в отриманні послуг з профілактики (суттєво більше, порівняно з рештою областей). В Дніпропетровській області частка респондентів, які мали ті чи інші бар'єри в отриманні послуг, теж була досить значною і становила 18%. Ця частка є більшою, порівняно з іншими областями, за винятком Черкаської та Кіровоградської.

Таблиця 4.1.2.

Наявність перешкод в отриманні послуг з профілактики (у розрізі областей), %

Чи маєте Ви які-небудь перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики?	Так	Ні	Важко відповісти
Дніпропетровська n=708	18 (15,2; 21,0)	82 (78,7; 84,5)	0

Чи маєте Ви які-небудь перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики?	Так	Ні	Важко відповісти
м. Київ n=897	4 (3,0; 5,7)	92 (89,6; 93,3)	4
Кіровоградська n=134	10 (5,5; 16,3)	81 (72,7; 86,7)	10
Львівська n=232	0 (0,0; 2,8)	100 (97,2; 100,0)	0
Одеська n=627	0 (0,1; 1,3)	100 (98,5; 99,9)	0
Рівненська n=85	0 (0,0; 5,4)	100 (94,6; 100,0)	0
Харківська n=356	6 (4,2; 9,7)	94 (90,3; 95,8)	0
Черкаська n=161	61 (53,5; 68,9)	38 (30,5; 45,9)	1

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Тепер з'ясуємо, якими саме є ці перешкоди. Частка опитаних, у яких наявні перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики, невелика. Крім того, кількість представників груп СП і ЧСЧ, які мають такі перешкоди, є замалою. З огляду на це, ми не будемо здійснювати порівняння груп. Та оскільки ми маємо дві області зі значною часткою респондентів, які мають бар'єри в отриманні послуг (Черкаську та Дніпропетровську), їх буде включено в аналіз.

З Таблиці 4.1.3 бачимо, що найбільш вагомими перешкодами в отриманні профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ виявились:

- 1) Психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану (79% респондентів обрали відповідь «Так» для цього пункту);
- 2) Далеко добиратися з дому до організації (69%);
- 3) Великі грошові витрати на дорогу (65%);
- 4) Страх відвідувати установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (64%).

Отже, основні перешкоди в отриманні послуг з профілактики, пов'язані з війною, проблемами з тим, щоб дістатися до місця призначення. Такий самий перелік найбільш вагомих перешкод, характерний для респондентів з Дніпропетровської та Черкаської областей. Значна частка опитаних з Дніпропетровської області також звертає увагу на необхідність повідомляти персональні дані, як одну з перешкод в отриманні послуг з профілактики (65%). Також значний відсоток респондентів з Черкаської області вважає незручні дні та години прийому бар'єром для отримання профілактичних послуг (66%).

У дослідженні 2019 року «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ / СНІД» було приділено увагу графіку роботи організації, як одному з можливих бар'єрів отримання

послуг. Основними причинами незручного графіка респонденти вважали наступні: 1) далеко від мого дому / місця проживання, 2) довго добиратися громадським транспортом. Ми бачимо, що в даному дослідженні ці ж перешкоди є одними з найбільш вагомих для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Таблиця 4.1.3.

Перелік перешкод для отримання послуг з профілактики, %

Які саме перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики Ви маєте?	Дніпропетровська n=127	Черкаська n=99	Всього N=302
Психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану	85	85	79
Далеко добиратися з дому до організації	79	90	69
Великі грошові витрати на дорогу	80	86	65
Страх відвідувати установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	76	72	64
Відсутність потрібних послуг	43	54	52
Недостатній обсяг послуг	43	48	51
Відсутність часу на отримання послуги	40	45	40
Знижена увага до потреб клієнтів організації	43	46	39
Незручні дні та години прийому	25	66	35
Зниження якості послуг, які надає організація	33	54	35
Відсутність послуг, в яких маєте потребу, через воєнні дії	44	9	32
Відсутність необхідних спеціалістів	18	29	31
Необхідність повідомляти персональні дані	65	7	30
Недостатній обсяг інформації	26	39	29
Відсутність можливості переадресації до інших спеціалістів	13	34	25
Відсутність спеціалістів, які Вам потрібні, через воєнні дії	15	3	20
Ризики зустріти знайомих через близькість до дому	30	7	18
Ризики порушення конфіденційності не з вини персоналу	20	16	17
Не подобається приміщення	14	22	15
Не подобається ставлення персоналу	12	26	14

Які саме перешкоди в можливості отримання послуг з профілактики Ви маєте?	Дніпропетровська n=127	Черкаська n=99	Всього N=302
Зайва цікавість, не пов'язана із вирішенням потреб клієнтів	16	9	10
Зміна місця розташування установ / організацій у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	21	1	10
Зміна графіку роботи установ / організацій у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	17	5	10
Переїзд соціального, аутріч-працівника / лідера спільноти до іншого регіону через воєнні дії та / або воєнний стан	12	11	10
Інше	34	1	15

*Наведено відсотки тих, обрав відповідь "Так" для кожного з пунктів

**Перешкоди ранжовано у порядку зниження відсотку за стовпчиком "Всього"

4.2. Бар'єри отримання послуг з ДіП у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій

Визначимо, чи були якісь бар'єри для отримання послуг з догляду і підтримки серед ЛЖВ. Як видно з Таблиці 4.2.1., 93% респондентів вказали, що таких перешкод не мають. А 6% мають ті чи інші перешкоди в отриманні послуг з ДіП.

Таблиця 4.2.1.

Наявність перешкод для отримання послуг з догляду і підтримки (%)

Чи маєте Ви які-небудь перешкоди в можливості отримання послуг з догляду і підтримки?	Всього N=2400
Так	6
Ні	93
Важко відповісти	1

Якщо дивитись у розрізі областей, маємо наступну ситуацію: найбільша частка респондентів, які стикаються з перешкодами в отриманні послуг з ДіП, у Черкаській області (73%). Досить великим цей відсоток є і в Рівненській області (17%). Частка тих, хто стикається з тими або іншими перешкодами в отриманні послуг з ДіП у Рівненській області більша, порівняно з Дніпропетровською, Кіровоградською, Львівською, Одеською областями та м. Києвом (див. Таблицю 4.2.2).

Таблиця 4.2.2.

Наявність перешкод в отриманні послуг з догляду і підтримки (у розрізі областей), %

Чи маєте Ви які-небудь перешкоди в можливості отримання послуг з догляду і підтримки?	Так	Ні	Важко відповісти
Дніпропетровська n=696	3 (1,9; 4,7)	96 (94,5; 97,5)	1
м. Київ n=408	6 (4,1; 9,0)	90 (87,1; 93,0)	3
Кіровоградська n=96	1 (0,1; 6,5)	99 (93,5; 99,9)	0
Львівська n=144	0 (0,0; 3,2)	100 (96,8; 100,0)	0
Одеська n=768	2 (0,8; 2,8)	98 (97,2; 99,2)	0
Рівненська n=72	17 (9,3; 27,7)	81 (69,2; 88,6)	3
Харківська n=120	6 (2,6; 12,1)	94 (87,9; 97,4)	0
Черкаська n=96	73 (62,7; 81,2)	27 (18,8; 37,3)	0

*В дужках наведено 95%-ві довірчі інтервали для відсотків

Тепер визначимо якими є ці перешкоди. Є сенс включити до аналізу також області зі значною часткою респондентів, які мають бар'єри в отриманні послуг з ДіП. В нашому випадку це Черкаська та Рівненська область. Однак, через невелику кількість відповідей Рівненську область до аналізу включено не буде.

З Таблиці 4.2.3. бачимо, що основними перешкодами в отриманні послуг з ДіП для ЛЖВ є:

- 1) Психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану (78% респондентів обрали відповідь «Так» для даного пункту);
- 2) Страх відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (69%);
- 3) Великі грошові витрати на дорогу (67%);
- 4) Далеко добиратися з дому до організації / ЗОЗ (64%).

Таким чином, основні перешкоди в отриманні послуг з ДіП для ЛЖВ, пов'язані з війною і складністю з тим, щоб дістатись до місця призначення. Ці ж перешкоди виявились вагомими і для респондентів з Черкаської області. Привертає увагу те, що, фактично, всі опитані з Черкаської області відзначили великі грошові витрати на дорогу, як перешкоду в отриманні послуг з ДіП.

Таблиця 4.2.3.

Перелік перешкод для отримання послуг з догляду і підтримки, %

Які саме перешкоди в отриманні послуг з догляду і підтримки Ви маєте?	Черкаська n=70	Всього N=148
Психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану	87	78
Страх відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	87	69
Великі грошові витрати на дорогу	100	67
Далеко добиратися з дому до організації / ЗОЗ	97	64
Відсутність часу на отримання послуги	24	36
Незручні дні та години прийому	51	35
Відсутність необхідних спеціалістів	43	26
Відсутність можливості переадресації до інших спеціалістів	44	26
Відсутність потрібних послуг	40	24
Недостатній обсяг послуг	37	24
Знижена увага до потреб клієнтів організації	44	22
Ризики зустріти знайомих через близькість до дому	6	20
Зниження якості послуг, які надає організація	41	20
Не подобається приміщення	21	18
Недостатній обсяг інформації	31	16
Не подобається ставлення персоналу	26	13
Переїзд соціального, аутріч-працівника / лідера спільноти до іншого регіону через воєнні дії та / або воєнний стан	6	11
Відсутність послуг, в яких маєте потребу, через воєнні дії	9	11
Зміна графіку роботи Центру СНІДу / Кабінету Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	14	10
Ризики порушення конфіденційності не з вини персоналу	6	9
Необхідність повідомляти персональні дані	3	9
Зміна місця розташування Центру СНІДу / Кабінету Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	7	9
Перебої з препаратами у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	3	9
Зайва цікавість, не пов'язана із вирішенням потреб клієнтів	7	8
Відсутність спеціалістів, які Вам потрібні, через воєнні дії	9	7
Інше	7	7

*Наведено відсотки тих, обрав відповідь "Так" для кожного з пунктів

**Перешкоди ранжовано у порядку зниження відсотку за стовпчиком "Всього"

РОЗДІЛ 5. ДОСВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ, СТИГМАТИЗАЦІЇ, ГРУБОГО / НЕСПРАВЕДЛИВОГО СТАВЛЕННЯ З БОКУ ПРОВАЙДЕРІВ ПОСЛУГ

5.1. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій

Серед клієнтів програм профілактики (ЛВНІ, ЧСЧ та СП) 3% стикалися з випадками дискримінації, стигматизації грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг за увесь період отримання послуг. За цільовими групами, найбільший відсоток тих респондентів, які стикалися з вказаними випадками становлять ЧСЧ (5%), серед ЛВНІ – 2% та СП – 1% респондентів (Рис. 5.1.1.)

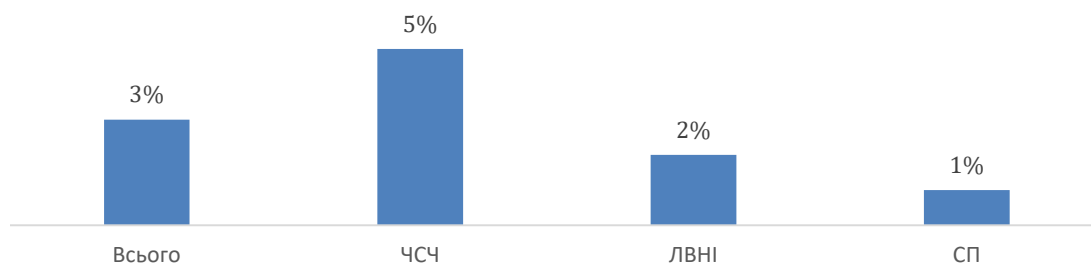


Рис.5.1.1. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів за увесь період отримання послуг

Серед СП найбільша кількість клієнтів стикалися з такими випадками у Львівській області (4 респонденти)³¹, серед ЛВНІ – у Дніпропетровській (19 осіб) та Черкаській області (11 осіб), а серед ЧСЧ – у м. Києві (19 осіб) та Черкаській області (9 осіб). Загалом, найбільша кількість клієнтів, які стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг, саме у Дніпропетровській та Черкаській областях (22 особи). Також такі випадки непоодинокі у м. Києві (18 осіб) та Львівській області (14 осіб) (Таблиця 5.1.1.).

Таблиця 5.1.1

Випадки дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, за областями, абсолютні числа

Область	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього випадків
Дніпропетровська	2	19	1	22
Черкаська	2	11	9	22
м. Київ	-	2	16	18
Львівська	4	10	-	14
Одеська	-	-	3	3
Кіровоградська	-	2	-	2

³¹ Оскільки вибірка респондентів, які мали досвід дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг становить всього 82 особи, наступні дані подані у кількісному значенні.

Область	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього випадків
Харківська	1	-	-	1
Рівненська	-	-	-	-

У порівнянні отриманих результатів із попереднім дослідженням³², за результатами якого група ЛВНІ найчастіше стикалася з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг, це дослідження свідчить про найчастіші випадки серед ЧСЧ.

Оскільки кількість респондентів, які вказали на випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг незначна, подальший аналіз наведено у абсолютних числах.

За результатами аналізу отриманих даних, найчастіше респонденти стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку саме соціального працівника, як безпосереднього надавача послуг (54 випадки³³). При цьому, на переважну більшість таких випадків вказали ЧСЧ (26 випадків із 54), трохи менше ЛВНІ (22 випадки із 54). Серед СП в цілому найнижча кількість випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, але і для цієї групи найчастіше випадки відбуваються з боку соціальних працівників (Рис. 5.1.2).



Рис.5.1.2. Відповідь на запитання «З боку кого Ви стикнулися із грубістю та/або упередженим ставленням?», за цільовими групами, абсолютні числа

Основними причинами виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, на думку респондентів, було саме упереджене ставлення з боку провайдерів послуг до клієнтів (63 випадки з урахуванням того, що респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей). Такий варіант обрали 29 ЛВНІ та 25 ЧСЧ. Крім цього, респонденти вказували на відмови у наданні медичних послуг / консультуванні (21 випадок),

³² https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Quality_of_services_report.pdf

³³ Респонденти мали змогу обрати декілька варіантів відповіді

а також на розголошення конфіденційної інформації (9 випадків, найбільша кількість серед ЧСЧ – 5) (Таблиця 5.1.2).

Таблиця 5.1.2.

Причини виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення, за увесь період отримання послуг, за цільовими групами, абсолютні числа

	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього
Упереджене ставлення до клієнтів	9	29	25	63
Відмова у наданні медичних послуг / консультуванні	2	13	6	21
Велика черга за послугами	1	10	-	11
Розголошення конфіденційної інформації	2	2	5	9
Перевантажений графік роботи працівників установ / організацій	-	6	2	8
Відмова у перенаправленні до інших спеціалістів	2	2	4	8
Некомпетентність надавача послуг	-	-	4	4

Респондентам, які стикалися із випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення за увесь період отримання послуг, також було запропоновано оцінити наскільки війна та воєнний стан вплинули на появу таких випадків. За результатами дослідження, серед основних причин, пов'язаних з війною, які могли викликати випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, була саме наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (18 випадків, з яких 14 – ЛВНІ), перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (15 випадків, з яких 9 – серед ЛВНІ), а також велика черга за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом (14 випадків, 13 з яких серед ЛВНІ) (Таблиця 5.1.3.).

Таблиця 5.1.3.

Причини виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення, за увесь період отримання послуг, пов'язані з війною, абсолютні числа

	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього
Наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом	2	14	2	18
Перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	2	9	4	15
Велика черга за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом	-	13	1	14
упереджене ставлення до клієнтів	3	3	-	6
Упереджене ставлення до внутрішньо-переміщених осіб	-	4	-	4
Некомпетентність надавача послуг	-	-	4	4
Наявність активних бойових дій у населеному пункті	-	1	1	2

Зі скаргами через дискримінацію, стигматизацію, грубе / несправедливе ставлення з боку провайдерів послуг, звертались лише 24 респонденти серед ЛВНІ та ЧСЧ. Незважаючи на те, що серед СП також траплялися випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, жодного звернення щодо них не було. Переважна більшість

респондентів зверталися до керівництва організацій (12 осіб, серед яких 7 ЛВНІ та 5 ЧСЧ), також залишали відгуки на сайтах організацій (7 осіб, серед яких 6 ЛВНІ та 1 ЧСЧ) (Таблиця 5.1.4.).

Таблиця 5.1.4.

Звернення у зв'язку із випадками дискримінації, стигматизації, грубого/несправедливого ставлення, за увесь період отримання послуг, за цільовими групами, абсолютні числа

	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього
До керівництва організації	-	7	5	12
Залишив (ла) відгук на сайті організації	-	6	1	7
До громадської організації	-	-	3	3
Телефонував (ла) на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД»	-	1	-	1
Написав (ла) у соціальних мережах	-	1	-	1

Оскільки польовий етап дослідження проводився уже в період воєнного вторгнення росії, важливим було питання щодо досвіду дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг саме з початку війни. З такими випадками стикалися 1,4% (N=45) клієнтів програм: 1% СП, 1% ЛВНІ і 3% ЧСЧ. Серед СП таких випадків 3 у Львівській та Черкаській області, серед ЛВНІ 20 – Дніпропетровська, Львівська, Черкаська та Кіровоградська області, а серед ЧСЧ 22 – м. Київ, Черкаська та Дніпропетровська області (Таблиця 5.1.5.)

Таблиця 5.1.5.

Випадки дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП з початку воєнного вторгнення, за областями, абсолютні числа

Область	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього випадків
Черкаська	1	8	7	16
м. Київ	-	-	13	13
Львівська	2	6	-	8
Дніпропетровська	-	4	1	5
Кіровоградська	-	2	-	2
Одеська	-	-	1	1
Харківська	-	-	-	-
Рівненська	-	-	-	-

Як і за увесь період отримання послуг, так із початку воєнного вторгнення, найчастішими випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, відбувались з боку соціальних працівників (45 випадків, серед них 20 – ЧСЧ, 11 – ЛВНІ та 2 – СП) (Рис. 5.1.3.).

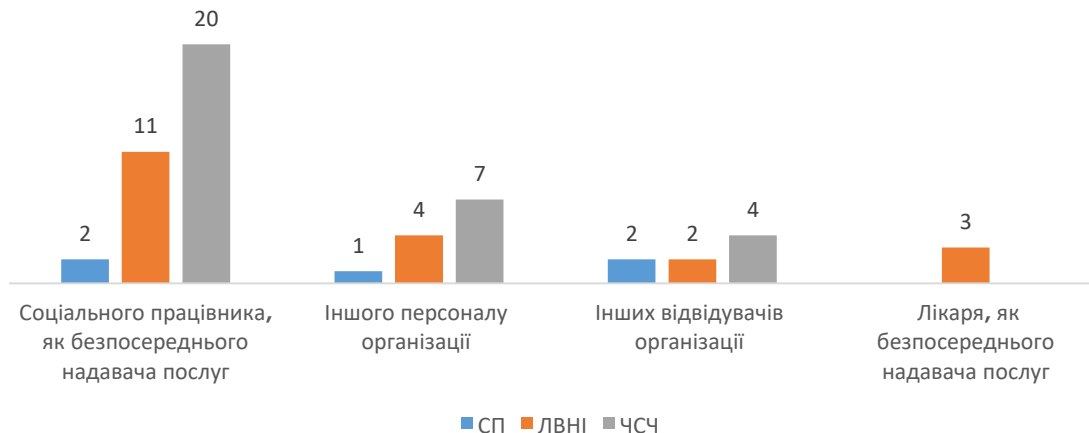


Рис.5.1.3. Відповідь на запитання «З боку кого Ви стикнулися із грубістю та/або упередженим ставленням з початку воєнного вторгнення?», за цільовими групами, абсолютні числа

На думку переважної більшості респондентів, які стикнулися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з початку воєнного вторгнення, але не пов'язаними з війною, є упереджене ставлення до клієнтів (38 випадків, серед них 20 серед ЧСЧ, 16 серед ЛВНІ та 2 серед СП), а також відмова у наданні медичних послуг / консьультуванні (22 випадки, серед них 15 серед ЧСЧ, 7 серед ЛВНІ та 1 серед СП) (Таблиця 5.1.6.)

Таблиця 5.1.6.

Причини виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення, не пов'язаних з війною, але з початку воєнного вторгнення, за цільовими групами, абсолютні числа

	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього
Упереджене ставлення до клієнтів	2	16	20	38
Відмова у наданні медичних послуг / консьультуванні	1	7	15	22
Відмова у перенаправленні до інших спеціалістів	1	1	4	6
Розголошення конфіденційної інформації	1	-	4	5
Велика черга за послугами	1	3	-	4
Перевантажений графік роботи працівників установ / організацій	-	3	1	4
Некомпетентність надавача послуг	-	-	1	1

Респонденти також визначили вплив війни на появу таких випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення. За результатами випадків, серед основних причин, пов'язаних з війною, які могли викликати випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, була саме наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом (10 випадків, з яких 8 – ЛВНІ), перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (9 випадків, з яких 4 – серед ЛВНІ та 3 серед ЧСЧ). Варто відзначити, що респонденти також підкреслили наявність упередженого ставлення до

клієнтів, яке прослідковується як за увесь період отримання послуг, так і з початку воєнного вторгнення (Таблиця 5.1.7.).

Таблиця 5.1.7.

Причини виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення, пов'язані з війною, абсолютні числа

	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього
Наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом	1	8	1	10
Перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	1	4	3	9
упереджене ставлення до клієнтів	-	1	7	8
Некомпетентність надавача послуг	-	4	3	7
Велика черга за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом	-	5	1	6
Упереджене ставлення до внутрішньо-переміщених осіб	-	2	-	2
Наявність активних бойових дій у населеному пункті	-	-	-	-

Зі скаргами через випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг з початку воєнного вторгнення звертались лише 7 респондентів – ЛВНІ та ЧСЧ: 7 осіб звертались до керівництва організації, 4 – залишили відгук на сайті організації (Таблиця 5.1.8.).

Таблиця 5.1.8.

Звернення у зв'язку із випадками дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення, з початку воєнного вторгнення, за цільовими групами, абсолютні числа

	СП	ЛВНІ	ЧСЧ	Всього
До керівництва організації	-	4	3	7
Залишив (ла) відгук на сайті організації	-	3	1	4
Телефонував (ла) на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД»	-	-	3	3
Написав (ла) у соціальних мережах	-	1	-	1
До громадської організації	-	-	-	-

Як бачимо із аналізу отриманих результатів, найбільш вагомою причиною виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення є саме упереджене ставлення до клієнтів, яке не змінюється ні за увесь період отримання ними послуг, ні з початку воєнного вторгнення росії.

За результатами попередніх досліджень, переважна більшість клієнтів профілактичних програм у випадках дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг, звертались на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД» (53%), а також до керівництва організації, де зіштовхнулись з поганим ставленням (50%) та до інших громадських організацій (43%). У цьому дослідженні у всіх випадках, як за увесь період

отримання послуг, так і з початку воєнного вторгнення, найбільш частим зверненням є звернення саме до керівництва організації та відгуки на сайті організації.

Досить важливим є показник знання респондентів куди саме можна звернутися у випадку поганого / грубого / несправедливого ставлення з боку медичних та соціальних працівників, які надають профілактичні послуги. За результатами аналізу даних, знають куди потрібно звертатися всі клієнти профілактичних послуг серед ЧСЧ, СП та ЛВНІ, які потрапили до вибірки дослідження.

У порівнянні результатів даних з попереднім дослідженням, а саме «Оцінка якості послуг та вивчення рівня задоволеності клієнтів профілактичних програм з ВІЛ»³⁴, 59% респондентів знали, як можна поскаржитись на дискримінацію або погане ставлення, найчастіше про це знали ЖКС (68%), найрідше – ЛВНІ (51%). У цьому дослідженні про свої суб'єктивні знання, куди потрібно звертатися вказали 100% респондентів за всіма цільовими групами, що може свідчити про зростання рівня поінформованості серед представників цільових груп щодо можливості захисту своїх прав та інтересів.

5.2. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг до клієнтів послуг з догляду і підтримки, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій

4% (n=103) респондентів ЛЖВ мали досвід дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг за увесь час отримання послуг, ще 2% вказали на подібний досвід з початку воєнного стану.

За областями дослідження, найчастіше за увесь період отримання послуг стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг респонденти із Черкаської області (14%, n=13) та Дніпропетровської області (7%, n=52). Варто відзначити, що лише респонденти із Рівненської області не стикалися із випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг (Рис. 5.2.1.)

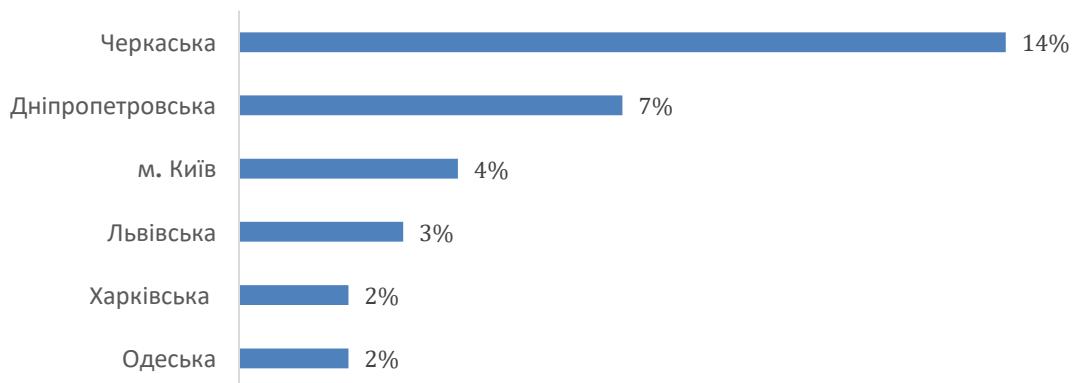


Рис 5.2.1. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг за областями дослідження

³⁴ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Quality_of_services_report.pdf

За увесь період отримання послуг з догляду і підтримки з найчастішими випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення респонденти стикалися від соціальних працівників, як безпосередніх надавачів послуг (35% (25,0-44,7)), хоча практично такий же відсоток і від лікарів (34% (24,5-43,9)) (Рис. 5.2.2.).

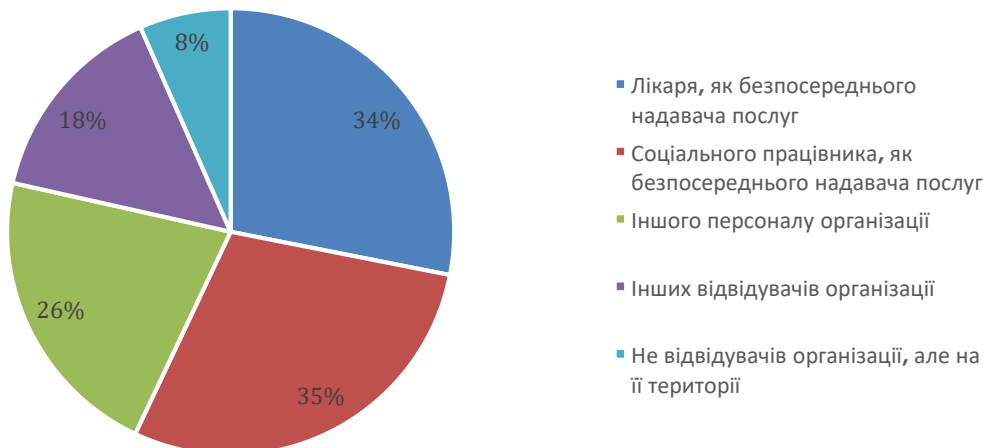


Рис 5.2.2. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення з боку надавачів послуг догляду і підтримки

Серед основних причин, не пов'язаних з війною, половина респондентів вказували на упереджене ставлення до клієнтів (51%), для третини респондентів – це причини організаційного характеру: велика черга за послугами (33%) та перевантажений графік роботи працівників установ / організацій (27%) (Таблица 5.2.1.).

Таблица 5.2.1.

Причини дискримінації, стигматизації, грубого/ несправедливого ставлення, не пов'язані з війною

	ЛЖВ n=103*	%
Упереджене ставлення до клієнтів	51	51 (35,6-55,3)
Велика черга за послугами	33	32 (23,2-41,5)
Перевантажений графік роботи працівників установ/організацій	28	27 (18,4-36,0)
Відмова у наданні медичних послуг/консультуванні	18	18 (11,3-25,3)
Відмова у перенаправленні до інших спеціалістів	18	18 (10,4-25,0)
Розголошення конфіденційної інформації	5	5 (1,0-9,4)

*Респонденти могли обирати декілька варіантів відповіді

З початку воєнного вторгнення, 2% респондентів з числа ЛЖВ (n=36³⁵) стикалися із випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення. Найбільша кількість таких випадків зафіксована у м. Києві та Черкаській області (11 та 10 респондентів відповідно) (Рис. 5.2.3.).

³⁵ Оскільки кількість респондентів менше 100 осіб, дані подані у абсолютних числах

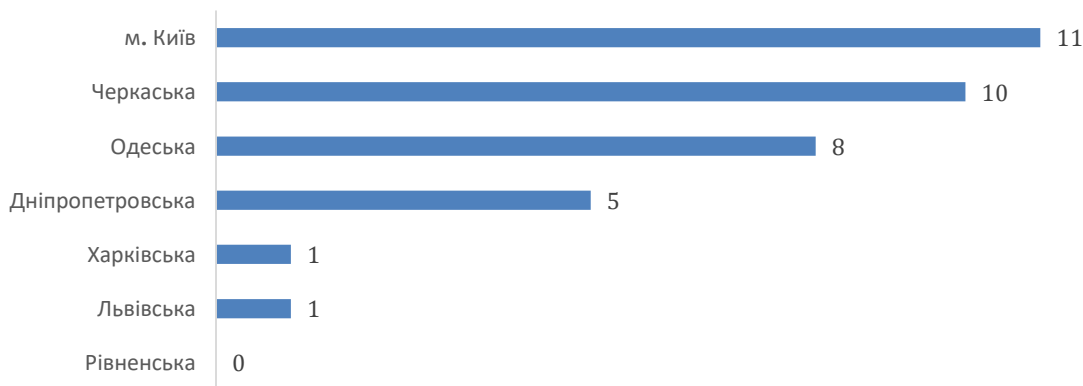


Рис 5.2.3. Кількість респондентів ЛЖВ, які стикалися із випадками дискримінації, стигматизації, грубого/несправедливого ставлення з початку війни в Україні, абсолютні числа

Найчастіше респонденти стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з початку війни в Україні від інших відвідувачів організації (19 випадків), а також від соціальних працівників та лікарів, як безпосередніх надавачів послуг (13 та 12 випадків відповідно) (Рис. 5.2.4.)

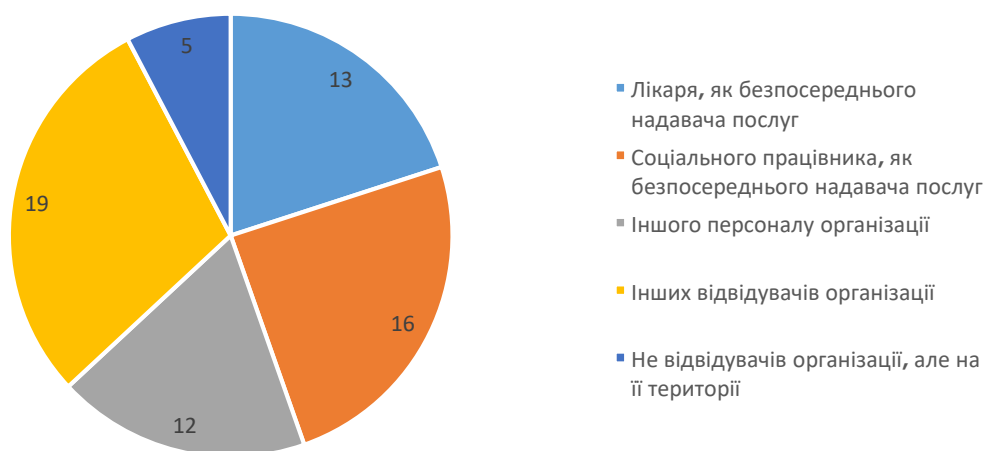


Рис 5.2.4. Досвід дискримінації, стигматизації, грубого/несправедливого ставлення з боку надавачів послуг догляду і підтримки з початку воєнного вторгнення (респонденти могли обрати декілька варіантів відповіді)

Основними причинами дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг пов'язаними з війною, респонденти визначали як наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (22 випадки), а також велику чергу за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом (20 випадків). Варто відзначити також і те, що однією з вагомих причин був обраний також перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом (15 випадків) (Таблиця 5.2.2).

Таблиця 5.2.2.

Причини дискримінації, стигматизації, грубого/несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг, пов'язані з війною, абсолютні числа

	ЛЖВ n=36*
Наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку із воєнними діями та/або воєнним станом	22
Велика черга за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом	20
Перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом	15
Інша причина: непрофесійність, нетолерантність,	7
Упереджене ставлення до внутрішньо-переміщених осіб	5
Наявність активних бойових дій у населеному пункті	4
Упереджене ставлення до представників цільових груп	3

*респонденти могли обрати декілька варіантів відповіді

За увесь період отримання послуг, 19 респондентів ЛЖВ зверталися зі скаргами на наявність таких випадків до початку воєнних дій, та 8 респондентів – з початку воєнного вторгнення. У переважній більшості випадків, звернення відбувалось до керівництва організації (11 та 4 випадки), а також телефонували на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД» (5 та 3 випадки) (Таблиця 5.2.3).

Таблиця 5.2.3.

Звернення у зв'язку із випадками дискримінації, стигматизації, грубого/несправедливого ставлення, абсолютні числа

	За увесь період	З початку воєнного вторгнення
До керівництва організації	11	4
Телефонував (ла) на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД»	5	3
Залишив (ла) відгук на сайті організації	3	1
До громадської організації	3	2

Трохи більше половини респондентів (53% (51,2-55,3) знають куди можна звертатися у випадку поганого / грубого / несправедливого ставлення з боку медичних працівників, соціальних працівників, які надають послуги догляду та підтримки для ЛЖВ. При цьому, 42% (40,2-44,3) вказали, що не знають до кого саме можна звертатись у таких випадках, та ще 5% (3,8-5,5) обрали варіант відповіді «Важко відповісти» (Рис. 5.2.5).

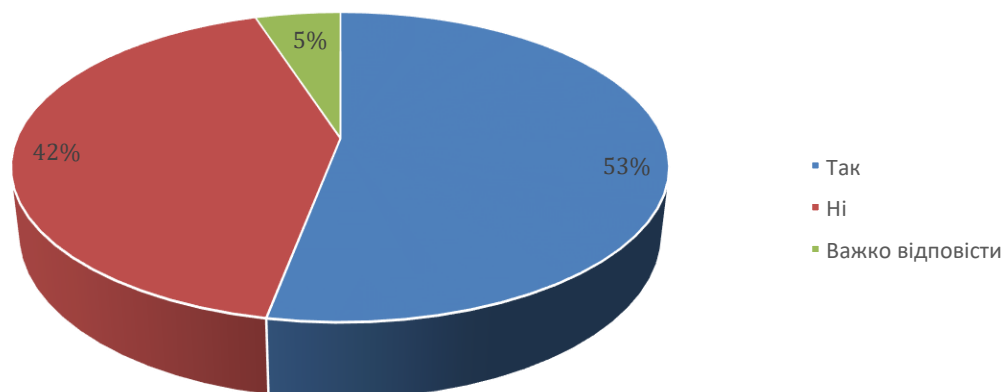


Рис. 5.2.5. Відповідь на запитання «Чи знаєте Ви куди можна звертатися у випадку поганого/грубого/несправедливого ставлення до Вас з боку медичних працівників, соціальних працівників, які надають послуги догляду та підтримки?»

За областями дослідження, найбільший відсоток респондентів, які не знають куди звертатися у випадку поганого / грубого / несправедливого ставлення з боку медичних працівників, соціальних працівників, які надають послуги догляду та підтримки у Львівській області (69% (68,1-69,9) та Дніпропетровській області (60% (58,5-61,5) (Таблиця 5.2.4.).

Таблиця 5.2.4.

Розподіл відповідей на запитання «Чи знаєте Ви куди можна звертатися у випадку поганого/грубого/несправедливого ставлення до Вас з боку медичних працівників, соціальних працівників, які надають послуги догляду та підтримки?» за областями дослідження

Область	ЛЖВ n=1013	%
Львівська	100	69 (68,1-69,9)
Дніпропетровська	411	60 (58,5-61,5)
Черкаська	56	58 (57,3-58,7)
м. Київ	168	41 (39,8-42,2)
Одеська	226	29 (27,7-30,3)
Харківська	33	28 (27,5-28,5)
Рівненська	19	26 (25,6-26,4)

РОЗДІЛ 6. ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ОТРИМАННЮ ПОСЛУГ

6.1. Фактори, що сприяють отриманню профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП, в тому числі під час воєнного стану та / чи воєнних дій

З'ясуємо, які фактори сприяють отриманню профілактичних послуг особами з груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, зокрема серед СП, ЛВНІ, ЧСЧ. Як бачимо з Таблиці 6.1.1, більш, ніж половина респондентів (в ряді випадків і більше, ніж 90% опитаних), погоджуються, що всі зазначені характеристики сприяють отриманню послуг з профілактики в організації. Аналогічна ситуація і з групами СП, ЛВНІ, ЧСЧ. Одним з найбільш вагомих факторів як для всіх респондентів, так і для СП, ЛВНІ, ЧСЧ, є відповідність наявних послуг потребам, а одним з найменш вагомих – наявність попереднього запису для отримання послуги у зв'язку з воєнним станом та / або активними бойовими діями.

У дослідженні 2019 року «Оцінка якості послуг та вивчення рівня задоволеності клієнтів профілактичних програм з ВІЛ» представники групи ЛВНІ зазначили, що для них дуже важливими є такі критерії, як кваліфікація персоналу, якість і зрозумілість консультацій, ввічливість і привітність персоналу, неупередженість персоналу, гарантії конфіденційності, фізичні умови отримання послуг. Дане дослідження теж показує важливість для ЛВНІ кожного із вказаних факторів. Зокрема тих, які стосуються характеристик персоналу, а саме: 1) його кваліфікації, якості та зрозумілості консультацій, 2) ввічливості і привітності персоналу. Не менш важливими для ЛВНІ виявились і фактори, пов'язані з власне отриманням послуг, зокрема своєчасністю їх отримання, відсутністю затримок.

У згаданому дослідженні (що проводилося в 2019 році) представники групи ЧСЧ вказали, що для них дуже важливими є наступні критерії: доступність і зрозумілість інформації про послуги, гарантії конфіденційності, відповідність наявних послуг потребам, своєчасність отримання послуг, відсутність затримок, відповідність послуг стандартам. В даному дослідженні вказані фактори теж виявились дуже важливими для ЧСЧ (особливо можна відмітити своєчасність отримання послуг, відсутність затримок). Проте, не менш вагомими для ЧСЧ є зручність графіку роботи організації та ввічливість і привітність персоналу.

Таблиця 6.1.1.

Фактори, що сприяють отриманню послуг з профілактики, %

Скажіть, будь ласка, чи наведені нижче характеристики могли б сприяти отриманню послуг з профілактики в організації?	СП n=576	ЛВНІ n=1984	ЧСЧ n=640	Всього N=3200
Відповідність наявних послуг Вашим потребам	89	97	98	96
Своєчасність отримання послуг, відсутність затримок	85	97	98	95
Вчасне оновлення послуг та матеріалів, які надаються, з огляду на зміни в потребах клієнтів	87	95	96	94

Скажіть, будь ласка, чи наведені нижче характеристики могли б сприяти отриманню послуг з профілактики в організації?	СП n=576	ЛВНІ n=1984	ЧСЧ n=640	Всього N=3200
Доступність і зрозумілість інформації про послуги	84	96	97	94
Неперервність послуг, відсутність ситуацій, коли немає в наявності певних матеріалів чи спеціалістів	85	96	96	94
Зручний графік роботи організації	84	95	98	93
Гнучкість при вирішенні складних чи незвичних питань, індивідуальний підхід	81	96	92	93
Якість роздаткових матеріалів (засоби гігієни, шприци, презервативи тощо)	81	95	95	93
Кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій	80	95	97	92
Ввічливість і привітність персоналу	78	94	98	92
Спрощена система отримання послуг у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	75	96	90	91
Можливість отримувати більше послуг у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	78	93	91	90
Гарантії конфіденційності	80	91	96	90
Неупередженість персоналу, однакове ставлення до всіх	77	92	97	90
Нетривалий час, який потрібен щоб добратися до місця отримання послуги	77	93	91	90
Концентрація всіх можливих послуг у одній установі / організації, у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	78	91	92	89
Відповідність послуг стандартам (наприклад, якщо проводиться тестування на ВІЛ обов'язково має бути проведене дотестове та післятестове консультування)	82	89	95	89
Фізичні умови отримання послуг (стан приміщення, комфортна температура, місце для очікування тощо)	73	90	94	88

Скажіть, будь ласка, чи наведені нижче характеристики могли б сприяти отриманню послуг з профілактики в організації?	СП n=576	ЛВНІ n=1984	ЧСЧ n=640	Всього N=3200
Географічна розшарованість місць отримання послуг, задля їх безперервного функціонування в населеному пункті, на випадок, якщо якийсь із місць буде знищено / недоступне	69	94	86	88
Вартість добирання до місця отримання послуги	66	93	84	86
Можливість отримання послуги за принципом «рівний – рівному»	67	89	90	85
Відсутність ризику зустріти знайомих, які можуть негативно відреагувати на отримання послуг	74	89	82	85
Користь інформації, яка надається у друкованих матеріалах	65	91	80	84
Дотримання актуальних протиепідемічних заходів	63	88	85	83
Наявність попереднього запису для можливості отримати послугу у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	59	69	62	66
Інше	2	13	2	9

*Наведено відсотки тих, обрав відповідь "Так" для кожного з пунктів

**Фактори ранжовано у порядку зниження відсотку за стовпчиком "Всього"

6.2. Фактори, що сприяють отриманню послуг з ДіП у зв'язку з ВІЛ серед ЛЖВ, в тому числі під час воєнного стану та/чи воєнних дій

Визначимо, які фактори сприяють отриманню послуг з догляду і підтримки серед ЛЖВ. Як видно з Таблиці 6.2.1, більш ніж 80% респондентів погоджуються щодо важливості кожного з факторів сприяння отриманню послуг з ДіП. Одними з найбільш вагомими виявились наступні:

- 1) Кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій (99% респондентів обрали відповідь «Так» для цієї позиції);
- 2) Ввічливість та привітність персоналу (98%);
- 3) Відповідність наявних послуг потребам (98%).

Натомість географічна розшарованість місць отримання послуг стала одним з найменш вагомих факторів, що сприяє отриманню послуг з ДіП для ЛЖВ (82%).

Таблиця 6.2.1.

Фактори, що сприяють отриманню послуг з догляду і підтримки, %

Скажіть, будь ласка, чи наведені нижче характеристики могли б сприяти отриманню послуг в організації?	Всього N=2400
Кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій	99
Ввічливість і привітність персоналу	98
Відповідність наявних послуг Вашим потребам	98
Гарантії конфіденційності	97
Неупередженість персоналу, однакове ставлення до всіх	97
Доступність і зрозумілість інформації про послуги	97
Гнучкість при вирішенні складних чи незвичних питань, індивідуальний підхід	97
Зручний графік роботи організації	96
Вчасне оновлення послуг та матеріалів, які надаються, з огляду на зміни в потребах клієнтів	96
Своєчасність отримання послуг, відсутність затримок	96
Неперервність послуг, відсутність ситуацій, коли немає в наявності певних матеріалів чи спеціалістів	96
Коротший час очікування послуги	95
Фізичні умови отримання послуг (стан приміщення, комфортна температура, місце для очікування тощо)	94
Нетривалий час, який потрібен щоб добратися до місця отримання послуги	93
Можливість отримання послуги за принципом «рівний-рівному»	92
Дотримання актуальних протиепідемічних заходів	92
Якість роздаткових матеріалів (засоби гігієни, шприци, презервативи тощо)	92
Спрощена система отримання послуг у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	91
Відсутність ризику зустріти знайомих, які можуть негативно відреагувати на отримання послуг	90
Вартість добирання до місця отримання послуги	90
Користь інформації, яка надається у друкованих матеріалах	89
Можливість отримувати більше послуг у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	89
Концентрація всіх можливих послуг у одній установі / організації, у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	84
Наявність попереднього запису для можливості отримати послугу у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	84
Географічна розшарованість місць отримання послуг, задля їх безперервного функціонування в населеному пункті, на випадок, якщо якесь із місць буде знищене / недоступне	82
Інше	1

*Наведено відсотки тих, обрав відповідь "Так" для кожного з пунктів

***Фактори ранжовано у порядку зниження відсотку*

Нарешті з'ясуємо, що, на думку респондентів, могло б стати на заваді перериванню антиретровірусної терапії. З Таблиці 6.2.2. видно, що визначальними факторами, які могли б стати на заваді перериванню АРТ, є:

- 1) Видача більшої кількості препаратів на руки, з урахуванням обмежень (61%);
- 2) Можливість отримання послуг онлайн (42%).

Таблиця 6.2.2.

Фактори, що могли б стати на заваді перериванню антиретровірусної терапії, %

На Вашу думку, що могло б стати на заваді перериванню АРТ у зв'язку з воєнним станом в Україні?	Всього N=2400
Видача більшої кількості препаратів на руки, з урахуванням обмежень	61
Можливість отримання послуг онлайн	42
Спрощена система переадресації до інших спеціалістів	35
Географічна розшарованість місць отримання послуг, задля їх безперервного функціонування в населеному пункті, на випадок, якщо якесь із місць буде знищене / недоступне	32
Посилення психологічної підтримки, впровадження індивідуального консультування, в тому числі онлайн	31
Наявність попереднього запису для можливості отримати послугу у зв'язку із воєнним станом та / або активними бойовими діями	31
Концентрація всіх можливих послуг у одній установі / організації	30
Доступ до Центрів СНІДУ / Кабінетів Довіри за тимчасовим місцем проживання	29
Інше	3
Важко відповісти	9

**Сума може перевищувати 100%, оскільки можна було обрати кілька варіантів відповіді*

***Фактори ранжовано у порядку зниження відсотку*

ВИСНОВКИ

Розділ 1.

- ✓ У дослідженні взяли участь 3200 представників груп підвищеного ризику та 2400 ЛЖВ. В кожній підвибірці охоплено різну кількість респондентів за статтю, що частково обумовлювалося критеріями включення до дослідження (як, наприклад, включення групи ЧСЧ та СП до вибірки ГПР). Тому вибірка, у випадку ГПР, має перехил у бік чоловіків, в той час як вибірка ЛЖВ розділена порівну між жінками та чоловіками. Зрозуміло, що переважна більшість СП представляють у вибірці жінки, рідше – трансгендерні люди, а ще рідше – чоловіки, а ЛВНІ більш представлені респондентами чоловіками.
- ✓ Середній вік у підвибірці ГПР нижче, ніж у підвибірці ЛЖВ. Найменший показник середнього віку ми спостерігаємо в категорії респондентів ЧСЧ, а найвищий – серед ЛВНІ, при тому, що за заданими критеріями мінімальний вік, з якого можна було залучати респондентів до вибірки для цих двох груп, був 16 років, тоді як для СП він був значно вищий і становив 18 років.
- ✓ Підвибірка ЛЖВ має більш високий рівень освіти, ніж загалом підвибірка ГПР, але у підвибірці ГПР підгрупи дуже відрізняються між собою, і найвищий рівень освіти демонструє підгрупа ЧСЧ, а найнижчий – ЛВНІ.
- ✓ За зайнятістю підвибірка ЛЖВ також значно відрізняється із значним перехилом в зайнятих, порівняно із підгрупою ГПР, де домінують ті, хто так чи інакше на момент опитування стикнувся із безробіттям, але все це за рахунок підвибірки ЛВНІ, які в переважній більшості є безробітними і становлять половину всієї вибірки ГПР. Зайняті в обох підвибірках в тій чи іншій мірі представлені головним чином працівниками торгівлі, робітниками офісів та різноробами.
- ✓ Спостерігаємо більш забезпечену в економічному плані підвибірку ЛЖВ та ЧСЧ, як частину підвибірки ГПР та ЛВНІ, що практично знаходяться за межею бідності.
- ✓ Серед ЛЖВ домінує частка тих, хто має або мав досвід шлюбу: чи то офіційного, чи то громадянського. Тоді як частка тих, хто ніколи не був одружений, у підвибірці ГПР в два рази вища, звісно за рахунок категорії ЧСЧ, що включені в дану підвибірку, в якій 2/3 ніколи не були одружені, а ще майже третина респондентів проживають з партнером.
- ✓ Опитані в усіх підвибірках в домінуючій частці представлені жителями міст.
- ✓ Десять біля 20-ї – 10-ї частки опитаних становлять внутрішньо-переміщенні особи (в залежності від категорії респондента). Так, найбільше ВПО ми спостерігаємо серед ЧСЧ, а найменше – серед ЛВНІ. Тривалість перебування в статусі ВПО для ЧСЧ та ЛЖВ нижча, в порівнянні з СП та ЛВНІ, і становить від 3 до 5 місяців на момент опитування. Ті ж СП та ЛВНІ, які були внутрішньо-переміщенні, мабуть перемістилися одразу після початку війни.
- ✓ Окрім ознак, згідно яких респонденти належать до своєї цільової групи, опитані також мають досвід додаткових ризиків. Хоча у підвибірці ГПР відсоток тих, хто має досвід вживання ін'єкційних наркотиків невисокий і становить 1% для всієї цільової групи (але для СП цей відсоток становить 2%, а для ЧСЧ – 0,5%), та все ж таки про досвід надання сексуальних послуг за винагороду зазначають 6% опитаних (для ЛВНІ цей показник становить 6%, а для ЧСЧ – 5%). А про одностатеві сексуальні контакти з чоловіками згадують

3% СП та 3% ЛВНІ. Серед ЛЖВ маркери небезпечної поведінки вище: 8% ЛЖВ вживали наркотики ін'єкційним шляхом, 3% - надавали за останні 6 місяців сексуальні послуги за винагороду, а 22% визнали, що мали сексуальний контакт із чоловіком впродовж останніх 6 місяців.

Розділ 2.

- ✓ Переважна більшість респондентів ЛЖВ на момент участі у дослідженні перебували на обліку у лікаря в Центрі СНІДу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. У 4-х регіонах дослідження (Дніпропетровська, Одеська, Львівська області та м. Київ) незначна частка респондентів вказали, що не перебувають на обліку у лікаря в Центрі СНІДу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.
- ✓ За частотою відвідування Центрів СНІДу, трохи більше половини респондентів відвідували заклад впродовж останнього року, а практично половина респондентів відвідують його регулярно (останній візит відбувся впродовж останнього місяця).
- ✓ Практично всі респонденти на момент участі у дослідженні приймали АРТ. Для переважної більшості середня тривалість прийому становить 5,3 роки.
- ✓ Незначна частка респондентів вказали, що не приймають АРТ взагалі, або ж припинили прийом препаратів (у середньому впродовж останніх 10 днів до моменту участі у дослідженні). Серед основних причин припинення прийому АРТ, респонденти вказали на особисті (такі як: забувають про прийом препаратів та відсутність бажання приймати препарати). Також причинами припинення прийому було й вживання наркотиків та алкоголю. Війна / воєнний стан / активні бойові дії також вплинули на припинення прийому АРТ. Це і психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану і страх відвідування закладів для отримання препаратів через воєнні дії та / або воєнний стан.
- ✓ У порівнянні отриманих результатів із попереднім дослідженням, а саме «Оцінка і покращення доступу до послуг профілактики, тестування та лікування серед молодих представників груп ризику щодо епідемії ВІЛ/СНІД», причини припинення прийому АРТ змінилися. У попередньому дослідженні респонденти обирали неможливість приїхати за ліками через брак грошей на проїзд, відсутність тривалий час у місті, де пацієнт може отримати ліки, гарне самопочуття, а також побічні ефекти від АРТ. А це дослідження свідчить скоріше про практику вживання алкоголю та наркотиків, результату припинення прийому препаратів.
- ✓ Практично всі респонденти ЛЖВ повністю задоволені тим, як організовано їх лікування у Центрі СНІДу / Кабінеті Довіри. Незначна частка респондентів незадоволені лікуванням там, мають перешкоди щодо відвідування закладів. Результати аналізу отриманих даних свідчать про те, що основними перешкодами для третини ЛЖВ є вплив війни, а саме страх відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом, а також переїзд соціального, аутріч- працівника / лідера спільноти до іншого регіону через воєнні дії та / або воєнний стан, хоча не менш важливими є також витрати на проїзд до Центру СНІДу / Кабінету Довіри та страх того, що родичі можуть дізнатись про ВІЛ-статус.

- ✓ Суб'єктивна прихильність до АРТ визначена у трохи більше, ніж половини респондентів ЛЖВ. Найвищий рівень суб'єктивної прихильності до АРТ спостерігаємо у Кіровоградській області, а найнижчий – у Дніпропетровській області.
- ✓ Переважна більшість респондентів вказали також на чітке дотримання годин прийому препаратів впродовж останніх 4-х днів до моменту участі у дослідженні та чітке дотримання графіку прийому препаратів. А серед тих респондентів, які вказали на такі пропуски, найвища частка у Одеській, Черкаській областях та м. Києві. Третина таких респондентів вказали, що вони перебувають на ЗПТ та ще частина практикували вживання ін'єкційних наркотиків впродовж останніх 6-ти місяців.

Розділ 3.

- ✓ Більшість опитаних вперше дізналися про існування НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ, від друзів та від родичів. Саме на НУО припадає й найбільша частка профілактичних послуг, які отримують представники груп ризику. Після початку повномасштабного вторгнення показники користування більшістю профілактичних послуг значно знизилися – єдиним винятком є консультування з питань попередження гендерного насильства, показник споживання якого суттєво зріс серед СП. Найчастіше клієнти отримують послуги з мотиваційного консультування для тестування на ВІЛ та безпосереднього тестування на ВІЛ, гепатити В та С та сифіліс, видачі презервативів та лубрикантів, а також шприців для ЛВНІ. ЛВНІ найчастіше користуються послугою з обміну шприців. СП та ЧСЧ найчастіше отримують презервативи та лубриканти та тестуються на ВІЛ.
- ✓ Респонденти оцінювали якість послуг як дуже високу, навіть попри деяке зниження оцінок після 24 лютого. Найсуттєвіше погіршення стосувалося видачі налоксону для ЛВНІ. Респонденти високо відгукувалися про індивідуальний підхід, ввічливість, неупередженість та кваліфікацію персоналу, проте, виражали незадоволеність часом і вартістю доїзду до місця отримання послуг. Із послуг, яких респондентам наразі бракує – видача налоксону, а також тестування на гепатити В і С та сифіліс.
- ✓ Вперше інформацію про НУО, які надають послуги для ЛЖВ, респонденти найчастіше дізнавалися від працівників регіональних ЦГЗ. Найчастіше йдеться про споживання таких послуг, як допомога в отриманні консультацій лікарів, сприяння діагностиці та прихильності до АРТ. Після 24 лютого спостерігається зменшення об'ємів отримання всіх послуг, крім гуманітарної допомоги, показник отримання якої навпаки зріс.
- ✓ Респонденти оцінювали якісь отримуваних послуг як дуже високу. Зокрема позитивно відгукувалися про гарантії конфіденційності, ввічливість та кваліфікованість персоналу, доступність та зрозумілість інформації. Найнижче було оцінено час очікування на послугу, а також вартість та час добирання до місця, де вона надається. Що стосується послуг, яких респонденти наразі потребують, найважливішою залишається гуманітарна допомога.

Розділ 4.

- ✓ Переважна більшість респондентів не мали жодних перешкод в отриманні послуг з профілактики ВІЛ. ЧСЧ частіше відзначали відсутність таких бар'єрів.

- ✓ Серед респондентів, які мають перешкоди в отриманні послуг з профілактики, найбільша частка у Черкаській області.
- ✓ Основними перешкодами в отриманні послуг з профілактики (серед тих, хто вказав, що вони існують) для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ виявились:
 - Психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану;
 - Далеко добиратися з дому до організації;
 - Великі грошові витрати на дорогу;
 - Страх відвідувати установи / організації у зв'язку із воєнними діями та/або воєнним станом.
- ✓ Переважна більшість респондентів ЛЖВ не мали перешкод в отриманні послуг з ДіП. А серед тих, хто має, найбільша частка респондентів у Черкаській області.
- ✓ Основними перешкодами в отриманні послуг з ДіП для ЛЖВ є:
 - Психологічний стан внаслідок воєнних дій / воєнного стану;
 - Страх відвідувати Центр СНІДу / Кабінет Довіри у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Великі грошові витрати на дорогу;
 - Далеко добиратися з дому до організації / ЗОЗ.

Розділ 5.

- ✓ Серед клієнтів програм профілактики (ЛВНІ, ЧСЧ та СП) досить незначна частка стикалися з випадками дискримінації, стигматизації грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг за увесь період їх отримання. За цільовими групами, найчастіше з такими випадками стикались ЧСЧ, а найрідше – СП.
- ✓ За областями дослідження, найбільша кількість випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг спостерігається у Дніпропетровській та Черкаській областях, трохи нижче – м. Київ та Львівська область. За цільовими групами: серед СП найбільша кількість клієнтів стикалися з такими випадками у Львівській області, серед ЛВНІ – Дніпропетровська та Черкаська області, а серед ЧСЧ – м. Київ та Черкаська область. Найчастіші випадки спостерігаються у групі ЧСЧ.
- ✓ Найчастіше, респонденти стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку саме соціального працівника, як безпосереднього надавача послуг: особливо серед ЧСЧ та ЛВНІ. Серед СП в цілому найнижча кількість випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, але і для цієї групи найчастіше випадки відбуваються з боку соціальних працівників.
- ✓ Основними причинами виникнення випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, на думку респондентів, було саме упереджене ставлення з боку провайдерів послуг до клієнтів, відмови у наданні медичних послуг / консультуванні.
- ✓ Серед основних причин, пов'язаних з війною, респонденти визначили наступні:
 - Наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Перевантажений графік роботи працівників установи/організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Велика черга за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом.

- ✓ Зі скаргами через дискримінацію, стигматизацію, грубе / несправедливе ставлення з боку провайдерів послуг звертались незначна частка респондентів серед ЛВНІ та ЧСЧ. Серед СП таких звернень не зафіксовано. Переважна більшість респондентів зверталися до керівництва організацій, також залишали відгуки на сайтах організацій.
- ✓ Випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг з початку воєнного вторгнення відбулись у Черкаській області, м. Києві, Львівській, Дніпропетровській та Кіровоградській областях. Дослідженням не було зафіксовано таких випадків у Харківській та Рівненській областях.
- ✓ Як і за увесь період отримання послуг, так із початку воєнного вторгнення, найчастішими випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг серед ЛВНІ, ЧСЧ, СП відбувались з боку соціальних працівників, як основних надавачів послуг, а причинами такого ставлення були:
 - Упереджене ставлення до клієнтів;
 - Відмова у наданні медичних послуг / консультуванні;
 - Відмова у перенаправленні до інших спеціалістів.
- ✓ Респонденти також визначили вплив війни на появу таких випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення. За результатами випадків, основними причинами пов'язаними з війною є:
 - Наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Перевантажений графік роботи працівників установи/організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Упереджене ставлення до клієнтів;
 - Некомпетентність надавача послуг;
 - Велика черга за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом.
- ✓ Зі скаргами через випадки дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг з початку воєнного вторгнення переважна більшість респондентів не звертались.
- ✓ У порівнянні із результатами попередніх досліджень, переважна більшість клієнтів профілактичних програм у випадках дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг звертались на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД», а також до керівництва організації, де зіштовхнулись з поганим ставленням та до інших громадських організацій. У цьому дослідженні, у всіх випадках, як за увесь період отримання послуг, так і з початку воєнного вторгнення, найбільш частим зверненням є звернення саме до керівництва організації та відгуки на сайті організації.
- ✓ Знають куди потрібно звертатися всі клієнти профілактичних послуг серед ЧСЧ, СП та ЛВНІ, які потрапили до вибірки дослідження, у порівнянні із попередніми дослідженнями, за результатами яких переважна більшість відповідали, що не знають про це, що свідчить про збільшення рівня поінформованості серед клієнтів профілактичних програм щодо можливості захисту своїх прав.

- ✓ Досить незначна частка респондентів ЛЖВ мали досвід дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг як за увесь час отримання послуг, так і з початку воєнного вторгнення.
- ✓ За областями дослідження, найчастіше за увесь період отримання послуг стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з боку провайдерів послуг респонденти із Черкаської та Дніпропетровської областей, і лише респонденти із Рівненської області не стикалися із жодним із таких випадків.
- ✓ За увесь період отримання послуг з догляду і підтримки з найчастішими випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення респонденти стикалися від соціальних працівників та лікарів, як безпосередніх надавачів послуг. А серед основних причин, не пов'язаних з війною, респонденти визначили:
 - Упереджене ставлення до клієнтів;
 - Велика черга за послугами;
 - Перевантажений графік роботи працівників установ/організацій.
- ✓ З початку воєнного вторгнення найчастіше із випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення стикалися респонденти із м. Києва та Черкаської області, та жодного разу – респонденти із Рівненської області.
- ✓ Найчастіше респонденти стикалися з випадками дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення з початку війни в Україні від інших відвідувачів організації, соціальних працівників та лікарів, як безпосередніх надавачів послуг. А основними причинами визначали:
 - Наявність повітряної тривоги на час отримання послуги у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Велику чергу за послугами у зв'язку з воєнними діями та / або воєнним станом;
 - Перевантажений графік роботи працівників установи / організації у зв'язку із воєнними діями та / або воєнним станом.
- ✓ Як за увесь період отримання послуг, так і з початку воєнного вторгнення, дуже незначна частка респондентів ЛЖВ зверталися зі скаргами про наявність випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення. У переважній більшості випадків звернення відбувалось до керівництва організації, а на «Національну лінію телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІД».
- ✓ Трохи більше половини респондентів серед ЛЖВ знають куди можна звертатися у випадку поганого / грубого / несправедливого ставлення з боку медичних працівників, соціальних працівників, які надають послуги догляду та підтримки для ЛЖВ. За областями дослідження, найбільший відсоток респондентів, які не знають куди звертатися у випадку поганого / грубого / несправедливого ставлення з боку медичних працівників, соціальних працівників, які надають послуги догляду та підтримки, у Львівській та Дніпропетровській області.

Розділ 6.

- ✓ Загалом, всі зазначені фактори, які сприяють отриманню профілактичних послуг особами з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, на думку респондентів, є вагомими. Одним з найбільш вагомих факторів для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є

відповідність наявних послуг потребам, а одним з найменш вагомих – наявність попереднього запису для отримання послуги у зв'язку з воєнним станом та / або активними бойовими діями. Аналогічна ситуація спостерігається й у розрізі окремих груп (СП, ЛВНІ, ЧСЧ). Для ЛВНІ ще одним з найбільш вагомих факторів є своєчасність отримання послуг, відсутність затримок. А у випадку з ЧСЧ до найбільш вагомих факторів, що сприяють отриманню профілактичних послуг, можна також віднести своєчасність отримання послуг, відсутність затримок, зручний графік роботи організації та ввічливість і привітність персоналу.

- ✓ Щодо факторів, які сприяють отриманню послуг з ДіП серед ЛЖВ, спостерігаємо наступне. Як і в ситуації з особами з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, всі зазначені фактори, які сприяють отриманню послуг з ДіП, на думку респондентів, є вагомими. Одними з найбільш вагомих факторів виявились наступні:
 - Кваліфікація персоналу, якість та зрозумілість консультацій;
 - Ввічливість і привітність персоналу;
 - Відповідність наявних послуг потребам.
- ✓ А географічна розшарованість місць отримання послуг стала одним з найменш вагомих факторів, що сприяє отриманню послуг з ДіП.
- ✓ Визначальними факторами, що могли б стати на заваді перериванню АРТ серед ЛЖВ, є наступні:
 - Видача більшої кількості препаратів на руки, з урахуванням обмежень;
 - Можливість отримання послуг онлайн.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації щодо підвищення якості та доступності профілактичних послуг для ЛВНІ, СП та ЧСЧ в контексті повномасштабної військової агресії росії, які фінансуються коштом державного бюджету

- Враховуючи витрати часу та вартість проїзду, можливі труднощі із доїздом до пункту отримання послуг, страх відвідувати установи через воєнні дії / воєнний стан, та внаслідок уражень критичної інфраструктури, передбачити перенесення всіх можливих послуг (консультацій), які не потребують особистої присутності для їх отримання, онлайн для представників всіх цільових груп.
- З огляду на те, що однією з основних перешкод для безперервного отримання послуг є висока вартість проїзду, а також можлива втрата джерел доходу у зв'язку із воєнним станом / активними бойовими діями, розглянути на рівні організацій можливість компенсації вартості проїзду для клієнтів або передбачення можливості виїзду мобільної бригади на місце перебування клієнта.
- У зв'язку із збільшенням попиту на тестування на гепатити В, С та сифіліс серед представників усіх цільових груп (ЧСЧ, СП, ЛВНІ), варто впровадити послуги з тестування з

використанням мультитестів, особливо серед ЛВНІ у Києві, а також Кіровоградській та Львівській областях.

- Оскільки, за результатами дослідження, суттєве погіршення у задоволеності якістю послуг стосувалось видачі налоксону, варто розширити доступ до послуги для ЛВНІ, особливо серед ЛВНІ у Києві, а також Кіровоградській та Львівській областях. Враховуючи те, що опитані ЧСЧ, які проживають у м. Києві, заявляли про потребу в проведенні груп взаємодопомоги, як за результатами попередніх, так і за результатами даного дослідження, розширити можливості для отримання цих послуг, зокрема онлайн.
- За результатами дослідження, рекомендується впровадити послугу з видачі гігієнічних наборів та антисептично-дезінфікуючих засобів для СП.
- Проведення інформаційних, комунікаційних заходів серед соціальних та медичних працівників, як основних надавачів послуг, щодо протидії дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення до представників цільових груп.
- Проводити систематичні дослідження щодо оцінки потреб клієнтів профілактичних програм на регіональному рівні для того, щоб ефективно реагувати на виклики.

Рекомендації щодо можливих механізмів попередження переривання АРТ в контексті надання таких послуг поза межами медичного закладу у зв'язку з воєнним станом в Україні

- Передбачити на законодавчому рівні видачу препаратів АРТ на більш тривалий термін під час воєнного стану.
- Передбачити можливість пересилання препаратів АРТ за допомогою пошти або кур'єрської доставки з оплатою вартості пересилки.
- Необхідно розширити графік прийому лікарів та можливість отримання АРТ у вечірні години (для респондентів, які мають повний робочий день), розглянути можливість відкриття пункту видачі АРТ, які б працювали у вихідні дні.

Рекомендації щодо підвищення якості та доступності послуг з ДіП ЛЖВ в контексті повномасштабної військової агресії росії, які фінансуються коштом державного бюджету

- Оскільки після 24 лютого 2022 року респонденти із вибірки ЛЖВ почали більше користуватися такою послугою, як отримання гуманітарної допомоги, і, в той же час, на відповідь про те, які додаткові послуги їм потрібні, вказували саме на гуманітарну допомогу, бачимо, що це є дуже нагальною потребою і об'єм надання цієї послуги необхідно збільшити.
- Проведення інформаційних, комунікаційних заходів серед соціальних та медичних працівників, як основних надавачів послуг, щодо протидії дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення до ЛЖВ.

- Оскільки за результатами дослідження серед ЛЖВ значно менша частка респондентів, у порівнянні із іншими цільовими групами, які не знають куди звертатися у разі, якщо вони зазнали випадків дискримінації, стигматизації, грубого / несправедливого ставлення, необхідно збільшити рівень поінформованості щодо можливості захисту своїх прав серед ЛЖВ.
- Проводити систематичні дослідження щодо оцінки потреб клієнтів програм догляду і підтримки на регіональному рівні для того, щоб ефективно реагувати на виклики.