

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ДОСЛІДЖЕННЯ



**«ІНДЕКС СТИГМИ ЛЖВ
– КИЇВ.2020»**

«Індекс Стигми ЛЖВ – Київ.2020»

Аналітичний звіт за результатами дослідження



БК 51.16

Авторський колектив:

Демченко Ірина, канд. екон. наук, директор ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» (науковий керівник проекту)

Булига Наталія, канд. соц. наук, завідувачка відділу моніторингу і оцінки соціальних проектів ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг»

Скокова Людмила, д. соц. наук, провідний науковий співробітник Інституту соціології НАН України, експертка ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг»

Дмитрієв Денис, експерт ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг»

Наталія Салабай, консультант ЮНЕЙДС

«Індекс Стигми ЛЖВ – Київ.2020»/ **Демченко І. (гол. ред.), Булига Н., Скокова Л., Дмитрієв Д., Салабай Н.** – Київ: ЮНЕЙДС, 2020 – 41 стор.

ISBN 978-617-7443-04-8

Дослідження «Індекс Стигми ЛЖВ – Київ. 2020» проведене в рамках спільного UNAIDS-IAPAC проекту «Прискорення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в пріоритетних містах задля досягнення цілей 90-90-90, нульової стигми та якості лікування до 2020 року», що реалізується за підтримки USAID.

Ця публікація видана UNAIDS завдяки щедрій підтримці американського народу через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Надзвичайною ініціативою Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR). Ці матеріали відображають точку зору їх авторів та не обов'язково - точку зору UNAIDS, USAID, PEPFAR чи Уряду США.

© ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг»

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	5
СТИСЛИЙ ВИКЛАД.....	6
ВСТУП.....	9
МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	10
1. Основні характеристики учасників.....	13
2. Розкриття ВІЛ-статусу.....	15
3. Досвід стигми та дискримінації з боку представників соціального оточення.....	16
4. Внутрішня стигма та життєстійкість серед ЛЖВ-клян.....	18
5. Стигма та дискримінація в закладах охорони здоров'я.....	22
5.1. Обмеження у доступі до медичних послуг та СіД через ВІЛ-статус у медичній сфері.....	22
5.2. Тестування на ВІЛ.....	23
5.3. Досвід лікування ВІЛ-інфекції та прихильність до АРТ.....	25
5.4. Сексуальне та репродуктивне здоров'я.....	29
5.5. Досвід отримання медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ.....	30
6. Права людини і зміни в цій сфері.....	32
7. Стигма та дискримінація з причин, не пов'язаних з ВІЛ-статусом.....	34
7.1. Споживачі наркотиків.....	34
7.2. Секс-працівники.....	36
7.3. Представники ЛГБТ-спільноти.....	36
8. Поінформованість про ВІЛ-інфекцію та джерела інформації.....	39

Перелік умовних скорочень

АРВ-терапія, АРТ	антиретровірусна терапія
БО	благодійна організація
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВІЛ+	ВІЛ-позитивний статус
ВІЛ-	ВІЛ-негативний статус
ВН	вірусне навантаження
ЖСЖ	жінки, що мають секс з жінками
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПСШ	захворювання, що передаються статевим шляхом
КГН	ключові групи населення
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ
ЛГБТ	лесбійки, геї, бі- і трансесексуали
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
НУО	неурядова організація
Сід	стигма і дискримінація
СНІД	синдром набутого імунодефіциту людини
СН	споживачі наркотиків
СП	секс-працівники
Центр СНІДу	центр профілактики і боротьби зі СНІДом
ЧСЧ	чоловіки, що мають секс з чоловіками
PrEP	(pre-exposure prophylaxis) доконтактна профілактика

▶ СТИСЛИЙ ВИКЛАД

В рамках проєкту «Прискорення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в пріоритетних містах задля досягнення цілей 90-90-90, нульової стигми та якості лікування до 2020 року», що реалізується UNAIDS спільно з IPAC та фінансується USAID, досягнення цілей фаст-треку має відбуватися в рамках програмної діяльності, орієнтованої на подолання бар'єрів, пов'язаних з правами людини та заснованої на доказах.

Метою даного дослідження був збір даних, необхідних для планування програмної діяльності на рівні міст, що доєдналися до стратегії Фаст-треку, а також для проведення моніторингу стигми і дискримінації у відповідності із Рекомендаціями ЮНЕЙДС щодо Глобального моніторингу з питань ВІЛ (зокрема щодо показника 4.4. «Досвід дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, в установах охорони здоров'я»)¹.

Проведення даного дослідження поєднувалося із проведенням четвертої хвилі дослідження «Індекс стигми ЛЖВ в Україні» на національному рівні під керівництвом Української мережі ЛЖВ – БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ». Індекс стигми – це розроблена та схвалена на міжнародному рівні дослідницька ініціатива, яка передбачає використання стандартизованого опитувальника та стратегії побудови вибірки задля збору даних щодо взаємопов'язаних форм стигми та дискримінації, з якими стикаються люди, що живуть з ВІЛ.

Дослідження проводилося в містах Київ та Одеса (міста, які прийняли стратегію фаст-треку). Даний документ підготовлено за результатами дослідження у м. Київ.

Збір даних проводився за допомогою методу структурованих інтерв'ю face-to-face з ЛЖВ з використанням планшетів. Інтерв'ю проводилися за анкетною, розробленою міжнародними партнерами та адаптованою до українських реалій.

Тип вибірки – репрезентативна для м. Києва,

квотна за частками ЛЖВ, які активно лікують ВІЛ-інфекцію, та ЛЖВ, які уникають лікування ВІЛ, статтю та віком, а також частками представників ключових груп, уразливих до ВІЛ. Загальний обсяг вибірки становив 400 респондентів.

▶ ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основні характеристики респондентів, включаючи статево-віковий розподіл та розподіл респондентів за належністю до КГН, відповідають характеристикам генеральної сукупності, що свідчить про дотримання заданих квот в ході рекруту респондентів та про репрезентативність отриманих даних для ЛЖВ віком від 18 років, які проживають у м. Києві.

Отримані дані також свідчать про низку факторів, які підвищують соціальну вразливість ЛЖВ, можуть накладатися на СіД за ознакою ВІЛ-статусу та підсилювати її. Зокрема 39% належать до однієї або навіть кількох КГН одночасно, що може стати підставою для подвійної стигми. Понад чверть (27%) опитаних не мають жодного особистого доходу (включаючи ту чи іншу форму зайнятості або соціальних виплат). З цим пов'язана проблема бідності, яка актуальна для більше, ніж половини опитаних. Зокрема протягом 12 місяців, що передували дослідженню, 13% респондентів систематично стикалися з ситуаціями, коли вони не могли задовольнити свої базові потреби (харчування, одяг, житло), ще 43% ЛЖВ потрапляли у такі ситуації час від часу.

Результати дослідження свідчать про поширеність проявів СіД в різних сферах життя ЛЖВ.

Зокрема досить актуальною є **проблема дотримання конфіденційності інформації про ВІЛ-статус**. Хоча б раз стикалися із несанкціонованим розголошенням діагнозу 13% опитаних. Дізнавшись про ВІЛ-статус, представники близького соціального оточення у більшості випадків (близько 90%) надають підтримку ЛЖВ, тоді як у випадку із малознайомими людьми ймовірність

1 Global AIDS Monitoring 2020 - Indicators for monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS. UNAIDS 2019 - https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf

такого розвитку подій становить близько 50%.

Результати аналізу свідчать про **наявність випадків стигматизації і дискримінації з боку соціального оточення**, при чому їх розповсюдженість значимо вища серед КГН. Так, протягом останнього року хоча б із одним проявом СіД з боку соціального оточення зіткнулися 19% представників КГН та 6% ЛЖВ, які до них не належать. "Епіцентрами" нетолерантного ставлення і загроз стають кола приятелів, друзів, сусідів, випадкових знайомих, а також найближчих родичів. Ситуації СіД в публічному просторі, в місцях зайнятості є менш поширеними.

Сприйняття ВІЛ-статусу через рамки само-стигматизації і самодискримінації є досить актуалізованим серед ЛЖВ-киан. Близько половини (48%) відмітили негативний вплив ВІЛ-статусу хоча б на один із аспектів їхнього життя протягом останнього року, 56% опитаних відчували хоча б одне із негативних почуттів щодо себе (вина, сором, непотрібність, "забрудненість"). Серед представників КГН ця частка ще вища (64%). Кожен четвертий респондент (27%) приймав хоча б одне самодискримінуюче рішення щодо важливих аспектів свого життя протягом останнього року. Останній показник вищий серед КГН (35%). Разом із тим, майже кожен третій респондент (31%) зазначив про позитивний вплив ВІЛ-статусу на ті чи інші аспекти їхнього життя (наприклад, підвищення поваги до інших, стресостійкості, самоповаги тощо), в т.ч. серед представників КГН таких 39%.

Для узагальненої оцінки рівня стигми та дискримінації в медичній сфері було розраховано відповідний **інтегральний показник СіД в медичній сфері**. Показник було розраховано відповідно до керівництва ЮНЕЙДС «Глобальний моніторинг епідемії СНІДу 2020». Згідно результатів дослідження, з дискримінацією в зв'язку з ВІЛ в установах охорони здоров'я стикались 13% ЛЖВ. Представники ключових груп населення вдвічі частіше стикаються зі стигматизуючим ставленням або дискримінаційними діями з боку медичних працівників: про такий досвід повідомили 18% представників КГН порівняно з 9%

серед тих, хто не належить до жодної групи.

За даними опитування 4% респондентів протягом останніх 12 місяців хоча б раз стикалися з обмеженнями у доступі до медичних послуг (включаючи стоматологічну допомогу та послуги у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я) з причин, пов'язаних з ВІЛ-статусом. В тому числі з відмовами у медичній допомозі стикалися 3% опитаних (13 осіб), з відмовами у стоматологічних послугах – 1% ЛЖВ (4 особи), а з відмовами у послугах в сфері репродуктивного здоров'я (а саме – відмова у призначенні контрацепції) – 1 особа (що становить 0,3% від загальної кількості опитаних).

В результаті дослідження також **виявлено певні проблеми несвоєчасного початку лікування ВІЛ-інфекції, низької прихильності ЛЖВ до прийому АРТ**. Зокрема більше половини (56%) опитаних ЛЖВ (за винятком тих, хто народився з ВІЛ/отримав ВІЛ-інфекцію в дитинстві) зазначили, що відкладали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ після отримання позитивного результату тестування. Коли-небудь переривали лікування ВІЛ третина опитаних – 35%. Десята частина ЛЖВ (9%) ніколи не отримували антиретровірусну терапію. За останні 12 місяців серед тих, хто коли-небудь розпочинав прийом АРТ, третина (32%) мали проблеми з прихильністю до лікування (припиняли прийом терапії). Виходячи з цього, актуальним є розширення програми **постійної** підтримки прихильності до лікування серед ЛЖВ для досягнення вірусологічної успішності.

Серед ЛЖВ, які залучені до лікування ВІЛ-інфекції, **11%** зазначили про те, що за останній рік вони **стикались з проявами стигми та дискримінації з боку персоналу медичного закладу, в якому вони отримують послуги, пов'язані з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ**.

Рівень стигми та дискримінації при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ значимо не відрізняється від рівня СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції. Так, 14% респондентів, які за останній рік звертались за медичною допомогою, не пов'язаною з ВІЛ,

потерпали від стигми та дискримінації з боку медичного персоналу в різних формах.

Ситуація із протидією стигми і дискримінації, захистом своїх прав серед ЛЖВ-клян потребує заходів щодо подальшого покращення.

Майже половина (44% опитаних) залишаються необізнаними із законами щодо захисту ЛЖВ і протидії СіД. Кожен 10-й із респондентів стикався із хоча б одним із порушень своїх прав як особи із ВІЛ-статусом протягом останнього року або раніше. Разом із тим протягом останнього року або раніше 40% опитаних намагалися тим чи тим способом протистояти випадкам нетолерантного, стигматизуючого ставлення до ЛЖВ, поширювали відповідну інформацію на міжособистісному, організаційному, медійному рівнях.

Результати дослідження свідчать, що **ЛЖВ, які належать до КГН, в багатьох випадках несуть подвійний тягар СіД**, адже стигма на основі ВІЛ-статусу поєднується зі стигмою, пов'язаною з належністю до соціально засуджуваних груп, таких як споживачі наркотиків, секс-працівники, представники ЛГБТ-спільноти. На жаль, детальний аналіз конкретних проявів СіД, з якими стикаються представники КГН, а також порівняння окремих груп між собою неможливий з огляду на незначну статистичну наповнюваність вказаних груп. Єдина КГН, щодо якої можливий статистично коректний аналіз – це споживачі наркотиків (n=119). Наповнюваність решти груп варіює в межах 3-32 особи, що є недостатнім для коректних висновків.

Рівень знань респондентів щодо різних аспектів лікування ВІЛ-інфекції та профілактики її передачі від ЛЖВ до ВІЛ-негативного партнера є недостатнім. Частка респондентів, які дали правильні відповіді на окремі запитання варіює в межах 90-61%, тоді як інтегральний показник (частка тих, хто правильно відповів на усі запитання) становить 33%.

Інакше кажучи, два із трьох респондентів або поділяють певні упередження, які можуть негативно позначитися на їх прихильності до лікування (наприклад, вважають, що при хорошому самопочутті прийом АРТ можна переривати),

вання (наприклад, вважають, що при хорошому самопочутті прийом АРТ можна переривати), або не володіють необхідними знаннями, щоб попередити передачу ВІЛ партнеру (наприклад, не знають про існування PrEP, не кажучи вже про те, щоб переконати свого партнера приймати її). При чому недостатній рівень знань характерний не лише для ЛЖВ, чий діагноз був встановлений порівняно недавно, а й для респондентів, які живуть з ВІЛ протягом 10 років і більше.

Перелік **каналів, які можуть використовуватися для донесення інформації з питань ВІЛ**, є надзвичайно широким. Серед опитаних популярні як професіонали (медичні та соціальні працівники, співробітники НУО, офіційна інформація від відповідних державних структур, наприклад, МОЗ тощо), так і ЗМІ, інтернет-джерела (включаючи соцмережі, месенджери). Однак задля більшої ефективності інформаційно-просвітницької роботи варто віддавати перевагу джерелам інформації, які користуються найбільшою довірою ЛЖВ, а саме: медичні та соціальні працівники та представники НУО. Звертає на себе увагу порівняно невисокий рівень довіри (3,5 бали за п'ятибальною шкалою) до офіційної інформації від державних структур у сфері охорони здоров'я.

ВСТУП

В рамках проєкту «Прискорення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в пріоритетних містах задля досягнення цілей 90-90-90, нульової стигми та якості лікування до 2020 року», що реалізується UNAIDS спільно з IPAC та фінансується USAID, досягнення цілей фаст-треку має відбуватися в рамках програмної діяльності, орієнтованої на подолання бар'єрів, пов'язаних з правами людини та заснованої на доказах.

Індекс стигми – це розроблена та схвалена на міжнародному рівні дослідницька ініціатива, яка передбачає використання стандартизованого опитувальника та стратегії побудови вибірки задля збору даних щодо взаємопов'язаних форм стигми та дискримінації, з якими стикаються люди, що живуть з ВІЛ. Індекс стигми ЛЖВ дозволяє моніторити ситуацію щодо проявів стигми та дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу у різних сферах життя, з особливим акцентом на прояви множинної стигми, з якими стикаються різні групи ЛЖВ, та забезпечує доказову базу для адвокації, спрямованої на усунення ключових бар'єрів у сфері лікування ВІЛ, профілактики, догляду та підтримки.

На даний момент до проведення дослідження за методикою «Індекс стигми ЛЖВ» долучились понад 100 країн світу. В Україні таке дослідження проводилося вже тричі: в 2010, 2013 та 2016 роках під керівництвом БО «100% життя» (на той момент – ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»).

2 People Living with HIV Stigma Index Implementation Brief. GNP+, ICW, UNAIDS and IPPF, 2020. - <https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/what-is-the-people-living-with-hiv-stigma-index/>

3 <https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/what-is-the-people-living-with-hiv-stigma-index/>

МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

► Мета дослідження

Метою даного дослідження був збір даних, необхідних для планування програмної діяльності на рівні міст, що доєдналися до стратегії Фаст-треку, а також для проведення моніторингу стигми і дискримінації у відповідності із Рекомендаціями ЮНЕЙДС щодо Глобального моніторингу з питань ВІЛ (зокрема щодо показника 4.4. «Досвід дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, в установах охорони здоров'я»)

Проведення даного дослідження поєднувалося із проведенням четвертої хвилі дослідження «Індекс стигми ЛЖВ в Україні» на національному рівні під керівництвом Української мережі ЛЖВ – БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ».

► Територіальне охоплення дослідження

Дослідження проводилося в містах Київ та Одеса (міста, які прийняли стратегію фаст-треку).

Даний звіт було підготовлено за результатами дослідження у м. Одесі.

► МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Збір даних проводився за допомогою методу структурованих інтерв'ю face-to-face з ЛЖВ з використанням планшетів. Цей метод дослідження дозволив зібрати кількісну інформацію щодо поширеності різних проявів стигми та дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу. Інтерв'ю проводилися за анкетною, розробленою міжнародними партнерами та адаптованою до українських реалій.

Застосування стандартизованої анкети «Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ» дало змогу:

- зібрати інформацію безпосередньо від ЛЖВ щодо їхнього досвіду стигматизації та дискримінації;

- зафіксувати базові дані за індикаторам моніторингу стигми і дискримінації;

- надати факти, підтвердження з метою ініціювання змін у політиці та впровадження програм, спрямованих на протидію стигматизації, дискримінації ЛЖВ.

У якості інтерв'юерів виступали люди, які мають ВІЛ-позитивний статус та відкрито живуть з ним.

Переваги такого підходу:

- створення атмосфери довіри між інтерв'юером і респондентом, що не спотворює інформацію;
- набуття представниками спільноти ЛЖВ нових навичок щодо проведення опитувань (рекрутинг, інтерв'ювання, документування);
- формування в спільноті ЛЖВ відчуття та розуміння «власності на дані, відповідальності за результати» – ЛЖВ стають не об'єктом дослідження, а – суб'єктом;
- можливість надати дієву соціальну підтримку респондентам, якщо вони її потребують.

► ВИБІРКА ДОСЛІДЖЕННЯ

Генеральна сукупність – люди, які живуть з ВІЛ і знають про свій статус, віком 18 років і старше, проживають у м. Одеса.

Вибіркова сукупність. Загальний обсяг вибірки – 400 респондентів.

Тип вибірки – репрезентативна для м. Одеси, квотна за частками ЛЖВ, які активно лікують ВІЛ-інфекцію, та ЛЖВ, які уникають лікування ВІЛ, статтю та віком, а також частками представників ключових груп, уразливих до ВІЛ.

Обсяги квот (підвибірок) визначалися таким чином, аби забезпечити можливості для проведення прийняттого статистичного аналізу (розрахунку статистичної значущості відмінностей відсотків та середніх, розрахунку статистичної значущості відмінностей відсотків та середніх,

розрахунку статистичної значущості відмінностей відсотків та середніх, розрахунку кореляцій) на рівні вибіркової сукупності за наступними категоріями:

- стать та вік,
- належність до ключових груп (СН/ЧСЧ/СП),
- активно включені в лікування ВІЛ-інфекції/ ті, хто уникає лікування ВІЛ.

Загалом було проведено **400 структурованих інтерв'ю** з ЛЖВ, що належать до цільових груп дослідження (табл. 1):

1. ЛЖВ, які відвідують ЗОЗ (стоять на диспансерному обліку в СНІД-центрі та впродовж останніх 12 місяців отримували медичні послуги з лікування ВІЛ: консультування лікаря, аналізи на ВН або CD4, отримання АРТ тощо) – **268 респондентів або 67%** від загального обсягу вибірки.

2. ЛЖВ, які НЕ відвідують ЗОЗ (знають про свій ВІЛ-позитивний статус, але не стоять на диспансерному обліку в СНІД-центрі, або стоять на диспансерному обліку, але впродовж останніх 12 місяців не отримували медичні послуги з лікування ВІЛ – **132 респонденти** або 33% від загального обсягу вибірки. До цієї групи також включалися:

- ЛЖВ з низькою прихильністю до лікування (тобто ті, хто протягом останнього року переривав лікування більше ніж на 1 місяць);
- ЛЖВ, які давно знають про свій ВІЛ-статус, проте почали отримувати АРВ-терапію лише протягом останніх півроку.

Для кожної категорії ЛЖВ (включаючи тих, хто отримують та не отримують лікування ВІЛ-інфекції) використовувався власний дизайн вибірки.

Зокрема відбір ЛЖВ, які НЕ лікують ВІЛ, проводився випадковим чином, а їх розподіл за соціально-демографічними характеристиками формувався природнім шляхом.

Натомість для ЛЖВ, які лікують ВІЛ, була розрахована система квот за такими характеристиками, як стать, вік та належність до ключових груп. Вказані квоти були поділені на дві групи: перша група квот включала демографічні характеристики, а друга – належність респондентів до ключових груп.

➤ Рекрут респондентів

Для забезпечення максимального охоплення різних категорій респондентів в дослідженні використовувалися три канали рекруту респондентів:

1. Залучення респондентів через громадські організації, які працюють в сфері профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД (РП БО «100 Відсотків Життя», Альянс громадського здоров'я тощо). Респонденти рекрутувалися серед клієнтів проєктів догляду та підтримки ЛЖВ, зменшення шкоди тощо.

2. Залучення респондентів через медичні заклади, які надають послуги для ЛЖВ – СНІД-центри, Кабінети довіри, сайти АРТ тощо. Медичні працівники (перш за все лікарі-інфекціоністи та, з дозволу лікаря - медсестра, що йому асистує) закладів запрошували пацієнтів до участі в опитуванні.

3. Використання методу «снігової кулі». Респондентам, які взяли участь в опитуванні пропонувався запросити до участі своїх знайомих, які є ВІЛ-позитивними і готові взяти участь в опитуванні. Кількість зарекрутованих кожним респондентом не перевищувала 3 нових респондентів.

Локації для проведення інтерв'ю обиралися з огляду на такі критерії: наявність умов для забезпечення конфіденційності, оточення, «дружнє» до респондента, щоб забезпечити максимальний рівень психологічного комфорту, мінімальний

Таблиця 1. Реалізація вибірки для проведення структурованих інтерв'ю

	ВИБІРКА, осіб	ЛЖВ, які відвідують ЗОЗ	ЛЖВ, які НЕ відвідують ЗОЗ
Заплановано	400	268	132
Реалізовано	400	268	132

ний рівень фізичного комфорту для респондента та інтерв'юера, зручність запропонованої локації для респондента

Інтерв'ю проводились у наступних локаціях: окреме приміщення на базі НУО або СНІД-центру, опитування місцем проживання респондента, інші локації, зручні для респондента (напр., парк або сквер неподалік від місця проживання чи роботи респондента, медзакладу, який він відвідує тощо).

► Обробка даних і методи їх аналізу

Дані, зібрані в ході дослідження, аналізувалися в комп'ютерній програмі SPSS. Основні методи аналізу даних включали:

- Розрахунок описових статистик – одновимірних та двовимірних розподілів відповідей респондентів на запитання анкети. Основні ознаки, за якими проводився аналіз двомірних розподілів:

1. досвід належності до ключових груп: СН, СП, ЧСЧ та люди, що не належать до жодної з них.

2. демографічні характеристики (стать, вік, стаж життя з ВІЛ тощо), якщо це обумовлювалося логікою аналізу;

- Розрахунок та аналіз інтегральних показників щодо стигматизації та дискримінації в різних сферах життя, та їх аналіз за соціально-демографічними групами.

- Систематизація та контент-аналіз відкритих відповідей в стандартизованих інтерв'ю.

► Обмеження дослідження

Основні труднощі у процесі аналізу даних були пов'язані із особливостями розуміння (або нерозуміння) певною частиною респондентів низки термінів (наприклад, стигма, дискримінація), їхньою недостатньою правовою грамотністю. Внаслідок цього респонденти не завжди адекватно оцінювали, які саме висловлювання/дії можна вважати проявами стигми та дискримінації, що зокрема досить яскраво проявилось у деяких життєвих історіях. Це призвело до порушення

логіки у відповідях на запитання анкети або необхідності з обережністю інтерпретувати деякі показники.

Проведенню статистично обґрунтованого аналізу даних заважала недостатня наповнюваність більшості ключових груп (наприклад, СП, ЧСЧ, ЖСЖ, бісексуалів/ок тощо). Єдиною групою, наповнюваність якої була достатньою для проведення коректного аналізу, є споживачі наркотиків (n=119 осіб). У зв'язку з цим порівняльний аналіз проводився між двома групами: ЛЖВ, які належать до КГН, та ті, хто не належить до них.

► Етичні засади дослідження

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базувалися на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність та конфіденційність. Анкета (та масив даних) не містили жодних персональних даних, які б дозволяли ідентифікувати особу респондента. Всі співробітники, залучені до реалізації проекту, зокрема інтерв'юери, координатори, контролери, підписали угоду про дотримання конфіденційності, згідно якої вони зобов'язуються не розголошувати та іншим чином не передавати стороннім особам будь-які відомості про респондентів, які стануть їм відомими в ході виконання ними своїх професійних обов'язків.

До участі у дослідженні запрошувалися ЛЖВ віком від 18 років. Кожному респонденту перед проведенням інтерв'ю було запропоновано ознайомитися зі змістом інформаційного листа, в якому викладена історія та завдання дослідження, особливості його перебігу, а також зазначалося про гарантії анонімності та конфіденційності для респондентів, їхнє право на добровільну участь в дослідженні та на її припинення в будь-який момент. У випадку усної згоди на участь в опитуванні, респонденти заповнювали форми поінформованої згоди у письмовому вигляді.

Розробка дослідницького інструментарію та безпосередньо проведення дослідження базувалися на принципах гендерної чуйності

1. Основні характеристики учасників

Частки чоловіків і жінок серед респондентів є приблизно однаковими та становлять 52% і 48% відповідно. Серед опитаних не виявилось тих, хто визначив себе як трансгендера, або зазначив, що їхня статева самоідентифікація відрізняється від статі, вказаної у свідоцтві про народження.

Серед респондентів достатньою мірою представлені різні вікові групи, включаючи молодь та ЛЖВ у віці 50 років і старші, хоча домінують люди середнього віку (рис. 1.1). Статеві-вікові характеристики респондентів відповідають статеві-віковому розподілу генеральної сукупності, що свідчить про дотримання заданих квот в ході рекруту респондентів та про репрезентативність отриманих даних.

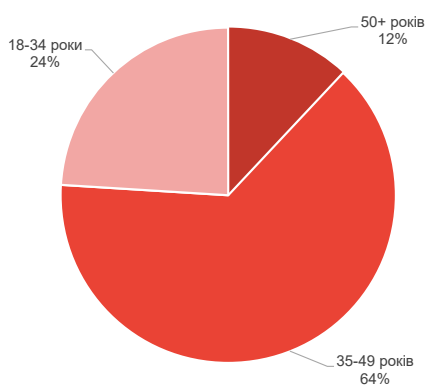


Рис. 1.1. Вік респондентів, %

Серед респондентів є як люди з незначним стажем життя з ВІЛ, так і ті, чий діагноз було встановлено понад 10 років тому (рис. 1.2). Зокрема максимальний стаж життя з ВІЛ становить 24 роки.

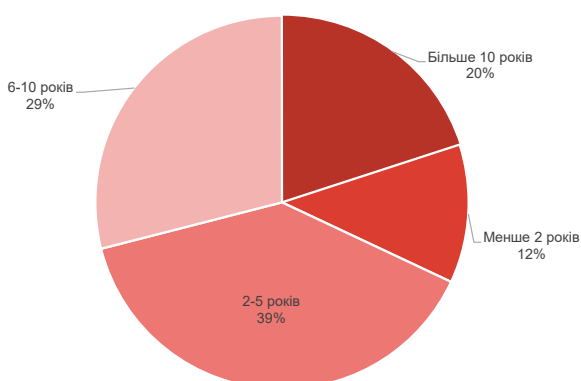


Рис. 1.2. Стаж життя з ВІЛ-інфекцією, %

Майже дві третини респондентів перебувають

у близьких стосунках, незалежно від офіційного статусу цих стосунків (zareєстрований шлюб чи ні). При цьому частки тих, чий партнер є ВІЛ-позитивним та ВІЛ-негативним, є приблизно однаковими (рис. 1.3).

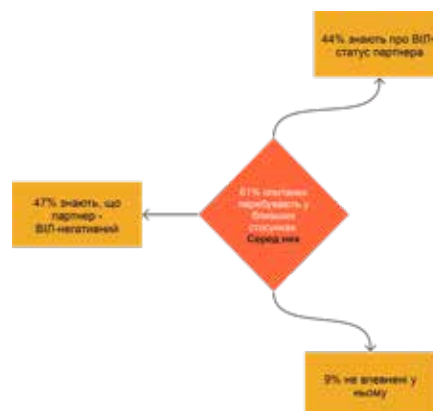


Рис. 1.3. Наявність у респондентів близьких стосунків та ВІЛ-статус партнера, %

Більше половини (59%) опитаних зазначили, що вони не мають неповнолітніх дітей, які перебувають на їх утриманні. У решти 41% опитаних діти є. Здебільшого йдеться про 1 дитину (29%). Про наявність 2 дітей зазначили 9% опитаних, а 3% мають 3 дітей. При цьому респонденти, які зазначили, що вони не мають неповнолітніх дітей, частіше зустрічаються у віковій групі 50+ років (84%), ніж серед молоді до 35 років (62%) та респондентів середнього віку (53%).

Понад дві третини (70%) опитаних мають загальну середню або середню спеціальну освіту, а понад чверть – вищу (рис. 1.4).

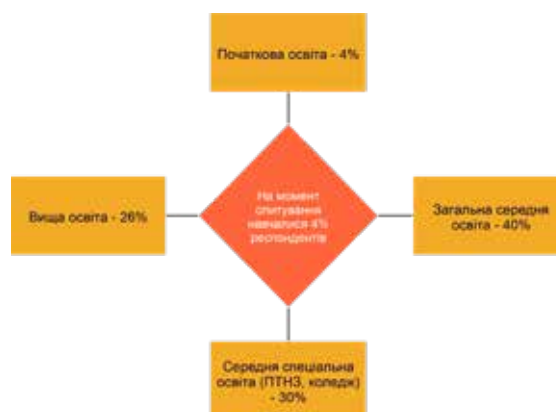


Рис. 1.4. Рівень освіти респондентів, %

Ту чи іншу форму оплачуваної зайнятості мають 66% опитаних, ще 7% отримують пенсію. Таким чином, не мають ніякого особистого доходу понад чверть (27%) опитаних (рис. 1.5).

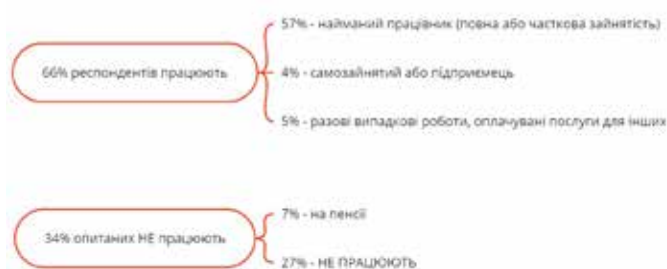


Рис. 1.5. Зайнятість респондентів, %

Відсутність джерела доходу є одним з факторів того, що значна частина респондентів не має змоги задовольнити базові потреби (харчування, житло, одяг). Зокрема протягом 12 місяців, що передували опитуванню, 13% респондентів стикалися із такими ситуаціями систематично, ще 43% опитаних – час від часу. При цьому частка тих, хто живе за межею бідності (регулярно не може задовольнити базові потреби) серед непрацюючих респондентів досягає 25% (рис. 1.6).



Рис. 1.6. Розподіл відповідей на запитання: «Як часто протягом останніх 12 місяців Ви не могли задовольнити свої базові потреби (наприклад, харчування, житло, одяг)», % залежно від наявності джерела доходу (робота/пенсія)

61% опитаних зазначили, що вони не належать до жодної із ключових груп, натомість 39% - належать до однієї або кількох КГН одночасно (рис. 1.7). Найбільше серед респондентів споживачів наркотиків, а також секс-працівників та ЧСЧ. Розподіл опитаних за належністю до КГН загалом відтворює відповідний розподіл у генеральній сукупності (серед ЛЖВ в цілому) та свідчить про дотримання квот в ході рекруту респондентів та репрезентативність отриманих даних.



Рис. 1.7. Належність респондентів до ключових груп, %

Також значна частина респондентів мають досвід належності до інших соціально уразливих груп, зокрема колишніх засуджених, людей з інвалідністю, етнічних меншин, ВПО (рис. 1.8). Найвищою є частка колишніх засуджених, що обумовлено особливостями існуючої в Україні системи протидії наркоспоживанню. Зокрема через невисокі гранично допустимі для зберігання кількості наркотичних речовин, перевищення яких стає підставою для кримінальної відповідальності, значна частина людей, які вживають наркотики, мають досвід тюремного ув'язнення (46% проти 8% серед тих, хто не має досвіду вживання наркотиків).



Рис. 1.8. Належність респондентів до соціально уразливих груп, %

Таким чином, соціально-демографічні характеристики респондентів, включаючи статево-віковий розподіл та розподіл респондентів за належністю до КГН відповідають характеристикам генеральної сукупності, що свідчить про дотримання заданих квот в ході рекруту респондентів та про репрезентативність отриманих даних.

2. Розкриття ВІЛ-статусу

Лише 3 особи, що становить менше 1% опитаних, зазначили, що про їхній ВІЛ-статус не знає ніхто із представників їхнього соціального оточення. Натомість абсолютна більшість (понад 99%) опитаних зазначили, що принаймні хтось із представників їхнього соціального оточення знає про їхній діагноз. Найчастіше йшлося про подружжя/партнера та інших дорослих членів сім'ї, а також про друзів та сімейного лікаря. Окрім цього, респонденти із числа споживачів наркотиків, також досить часто зазначали, що про їхній ВІЛ-статус знають партнери по вживанню наркотиків (табл. 2.1).

Таблиця 2.1. Частка ЛЖВ, чий ВІЛ-статус був відкритий оточуючим, в т.ч. без їхньої згоди, %

	Знають про ВІЛ-статус респондента, %	Серед них дізналися про ВІЛ-статус без згоди респондента, %	Частота несанкціонованого розголошення ВІЛ-статусу серед усіх респондентів, %
Партнери по вживанню ін'єкційних наркотиків	71*	4	3*
Подружжя/партнер	65	6	4
Дорослі члени сім'ї (крім подружжя/партнера)	57	7	4
Друзі	43	11	5
Сімейний лікар	37	7	3
Діти	18	4	1
Представники влади (поліція, судді, органи слідства тощо)	6	17 (4 особи)	1
Колеги	6	4 (1 особа)	0,3
Роботодавець	6	5 (1 особа)	0,3
Сусіди	3	17 (2 особи)	0,5
Місцеві лідери (напр., політичні, релігійні лідери)	2	0	0
Однокласники/одногрупники	1	0	0

*Показник розрахований лише для споживачів наркотиків (n=119)

**Червоним кольором в таблиці виділені високі значення відповідних показників: висока частка респондентів з відкритим ВІЛ-статусом та висока частка тих, чий ВІЛ-статус було розголошено без їхньої згоди

Оранжевим кольором в таблиці виділені середні значення відповідних показників: середня частка респондентів з відкритим ВІЛ-статусом та середня частка тих, чий ВІЛ-статус було розголошено без їхньої згоди

Зеленим кольором в таблиці виділені низькі значення відповідних показників: незначна частка респондентів з відкритим ВІЛ-статусом та незначна частка тих, чий ВІЛ-статус було розголошено без їхньої згоди

13% опитаних зазначили, що вони хоча б раз стикалися із несанкціонованим розкриттям ВІЛ-статусу (рис. 2.1). Значимих відмінностей за цим показником в залежності від соціально-демографічних характеристик та досвіду належності до КГН не виявлено.

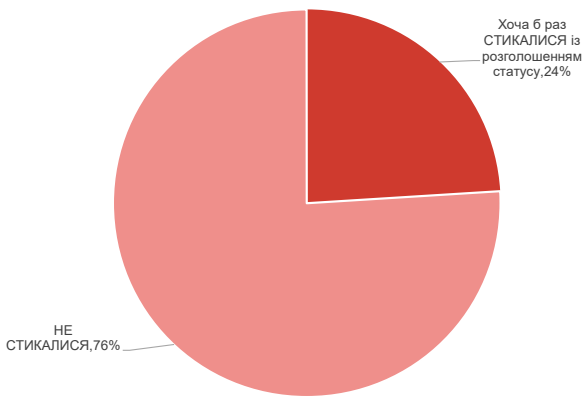


Рис. 2.1. Частка ЛЖВ, чий ВІЛ-статус був відкритий оточуючим без їхньої згоди, %

Випадки несанкціонованого розголошення ВІЛ-статусу є доволі поширеними як щодо представників близького соціального оточення (напр., подружжя/партнера, інших родичів, друзів), так і щодо сусідів, представників органів державної влади та сімейних лікарів. (табл. 2.1).

Майже дві третини респондентів (63%) погодилися, повністю або частково, з твердженням про те, що з часом розкриття ВІЛ-статусу близьким людям для більшості респондентів стало позитивним досвідом, дозволило відчути їхню підтримку та допомогу, тоді як щодо малознайомих людей такий досвід був позитивним приблизно у одному випадку із двох (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Частка ЛЖВ, які погодилися із відповідними твердженнями щодо досвіду розкриття ВІЛ-статусу, %

* Об'єднані варіанти відповіді «згоден» та «частково згоден»
Відповідні показники розраховані для респондентів, які мають досвід розкриття ВІЛ-статусу близьким (n=356) та малознайомим людям (n=221)

Таким чином, проблема дотримання конфіденційності інформації про ВІЛ-статус є досить актуальною. Хоча б раз стикалися із несанкціонованим розголошенням діагнозу 13% опитаних.

3. Досвід стигми та дискримінації з боку представників соціального оточення

Результати опитування показують, що прояви стигматизації і дискримінації найчастіше пов'язані із контактами з представниками ширшого соціального оточення – знайомими, сусідами, колегами по роботі тощо, а також з відносинами у колі власної родини. З плітками та іншими негативними висловлюваннями сторонніх людей стикалися 15% опитаних (в т.ч. 4% – протягом минулого року), з лайкою, криками та подібними проявами вербального насильства – 12% (в т.ч. 4% – протягом минулого року), з дискримінацією подружжя/партнера, дітей – 2% (табл. 3.1). Зіткнулися з шантажем 5% опитаних, з фізичним насильством – 3%. Зазнали усних образ, обговорень “поза спиною” від членів власної родини 11% респондентів, в т.ч. 4% протягом останніх 12 місяців. Декого з ЛЖВ не допускали до участі у спільних домашніх справах (2%).

У публічному просторі упереджене ставлення до ЛЖВ фіксується рідко. Так, не мали змоги брати участь у громадських заходах (вечірки, весілля, похорон тощо) 2% опитаних, не змогли задовольнити свої релігійні потреби – 1%.

Порівняно нечасто, але трапляються випадки дискримінації ЛЖВ у сфері зайнятості. Пережили відмову у працевлаштуванні або втрату роботи/заробітку 3% респондентів, 3% – зазнавали змін у посадових обов'язках, відмови у службовому просуванні протягом останнього року або раніше.

Інтегральний показник СіД, який являє собою частку ЛЖВ, котрі зазнали протягом останнього року хоча б одного із проявів стигматизації і дискримінації, становить 11%. Його рівень є значимо вищим серед представників КГН. Зокрема протягом останнього року ситуації соціальної ексклюзії (обмеження можливостей для участі у різних сферах життя) були актуальними для 19% представників КГН. Для решти опитаних, індекс стигматизації становить 6%. Відмінності між КГН і не-КГН значимі при $p=0,01$ (табл. 3.2).

Таблиця 3.1. Досвід СіД через ВІЛ-статус з боку соціального оточення, %

Прояви СіД ЛЖВ	Так, протягом останніх 12 місяців	Так, раніше, ніж 12 місяців тому	Ні	Н/С
Не допускали до участі в громадських заходах або активностях (наприклад, весілля, похорон, відвідування вечірок, клубів)	1	1	89	9
Не допускали до участі в релігійних заходах або відвідування молитовних місць	1	0	78	21
Не допускали до участі в домашніх справах (наприклад, приготування їжі, спільна трапеза, сон в одній кімнаті тощо)	1	1	88	10
Члени сім'ї висловлювалися негативно або пліткували про ЛЖВ	4	7	82	7
Інші люди (не члени сім'ї) висловлювалися негативно або пліткували	4	11	75	10
Усний осуд, усне насильство з боку іншої людини (наприклад, крики, лайка)	4	8	85	3
Шантаж	1	4	92	3
Фізичне насильство з боку іншої людини (наприклад, стусани, поштовхи, удари)	1	2	94	3
Відмови в працевлаштуванні, втрата роботи або заробітку	1	2	87	10
Зміни у посадових обов'язках, виді діяльності або відмова в службовому просуванні	1	2	84	13
Дискримінація подружжя/партнера або дитини/дітей	1	1	81	17
Інтегральний показник*	11*	21*	-	-

*Інтегральні показники становлять собою частку ЛЖВ, які зазначили, що стикалися принаймні з одним із вказаних проявів СіД з боку соціального оточення протягом 12 місяців, що передували опитуванню, або раніше

Таблиця 3.2. СіД з боку представників соціального оточення залежно від соціально-демографічних характеристик респондентів, %

		Індекс СіД	Ретроспективний індекс СіД
Стаж життя з ВІЛ	0-2 роки (n=48)	10	6
	2-5 років (n=157)	11	14
	6-10 років (n=114)	13	27
	Понад 10 років (n=81)	9	33
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=245)	6	17
	Представники КГН (n=155)	19	27

В ході опитування було також отримано інформацію про досвід стигматизації і дискримінації раніше, ніж протягом останнього року. Частка тих, хто зазначив про наявність хоча б одного із випадків СіД (ретроспективний індекс СіД), становить 21%. Значення ретроспективного індексу СіД підвищується зі зростанням стажу життя з ВІЛ, тобто накопиченням досвіду стикання із стигматизацією і дискримінацією. Серед тих, хто має стаж життя з ВІЛ 2-5 років, цей показник становить 14%, понад 10 років – 33% (відмінності значимі при $p=0,01$).

Подібно до індексу СіД, ретроспективний індекс стигматизації також є значимо вищим для КГН (27%), порівняно із респондентами, які до них не належать (17%). Ці відмінності статистично значимі при $p=0,05$.

Результати аналізу свідчать про наявність випадків стигматизації і дискримінації ЛЖВ, які мешкають в Києві, при чому їх розповсюдженість значимо вища серед КГН.

4. Внутрішня стигма та життєстійкість серед ЛЖВ-киян

Усвідомлення людьми з ВІЛ-статусом себе не такими, як інші – з вадами, провинками і т.п. – здатне серйозним чином змінити можливості їх повсякденного функціонування в різних контекстах соціуму. Ці зміни мають амбівалентний характер, в різні моменти часу посилюючи чи послаблюючи психологічну стійкість, комунікативні настанови, соціальну активність. За результатами оцінок респондентами негативних/позитивних впливів ВІЛ-статусу на повсякденне життя були побудовані відповідні інтегральні показники (табл. 4.1).

Індекс негативного впливу ВІЛ-статусу дорівнює 48% і вказує на частку опитаних, які відмітили хоча б один із негативних ефектів протягом останнього року. Серед цих негативів домінують погіршення у налагодженні романтичних відносин (28%), у здатності будувати близькі відносини з іншими людьми (21%), небажання мати дітей (18%). Також ЛЖВ-кияни відмітили зменшення впевненості у собі (24%), стресостійкості (17%), самоповаги (18%). Кожен десятий мав проблеми із досягненням особистих і професійних цілей.

На перших етапах після встановлення діагнозу показники індексу негативного впливу вищі (65% – для ЛЖВ зі стажем до 2-х років) і поступово знижуються зі збільшенням стажу життя з ВІЛ – відмінності значимі при $p=0,01$ (табл. 4.2).

Серед ключових груп населення індекс негативного впливу дещо вищий (51%) у порівнянні із тими, хто не відніс себе до цих груп (47%), хоча відмінності не є статистично значимими.

Значна частка опитаних ЛЖВ-киян не помітили протягом останнього року особливого впливу свого ВІЛ-статусу на повсякденне життя і психологічне самопочуття (49-79%), демонструючи тим самим ознаки соціальної адаптації до життя з ВІЛ-статусом. Від 2% до 16% опитаних знайшли певні **позитивні прояви** у своїй життєвій ситуації, насамперед: зростання поваги до інших людей (16%), стресостійкості (14%),

Таблиця 4.1. Вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти життя респондентів, %

Аспекти життя	вплинув позитивно	не вплинув	вплинув негативно	Н/С
Здатність вступати в романтичні відносини	7	57	28	8
Впевненість в собі	11	64	24	1
Здатність будувати близькі та безпечні відносини з іншими людьми	11	65	21	3
Здатність справлятися зі стресом/напругою	14	68	17	1
Бажання мати дітей	6	49	18	27
Самоповага	10	72	18	0
Досягнення своїх особистих та професійних цілей	7	76	10	7
Повага до інших	16	79	5	0
Здатність брати участь в житті спільноти (міста, села тощо, де ви живете)	4	64	3	29
Здатність практикувати свою віру/релігію так, як Ви хочете (відвідувати служби, святі місця, дотримуватися обрядів тощо)	2	62	2	34
ІНДЕКСИ ВПЛИВУ ВІЛ-СТАТУСУ НА ЖИТТЯ	31**		48**	

*Індекс негативного впливу ВІЛ-статусу розраховується як частка ЛЖВ, які зазначили про негативний вплив хоча б на 1 із аспектів їхнього життя.

**Індекс позитивного впливу ВІЛ-статусу розраховується як частка ЛЖВ, які зазначили про позитивний вплив хоча б на 1 із аспектів їхнього життя.

Таблиця 4.2. Інтегральні показники впливу ВІЛ-статусу на різні аспекти життя залежно від соціально-демографічних характеристик респондентів, %

Категорії		Індекс позитивного впливу	Індекс негативного впливу
Стаж життя з ВІЛ	0-2 роки (n=48)	35	65*
	2-5 років (n=157)	30	48*
	6-10 років (n=114)	28	48*
	Понад 10 років (n=81)	37	39*
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=245)	27*	47
	Представники КГН (n=155)	39*	51

*Відмінності за стовпчиком значимі

впевненості у собі (11%), здатності будувати близькі та безпечні відносини з іншими людьми (11%), самоповаги (10%) (табл. 4.1).

Інтегральний показник позитивного впливу ВІЛ-статусу становить 31%. Він охоплює респондентів, які вказали хоча б один із позитивних проявів впливу ВІЛ-статусу на ті чи інші аспекти свого життя. Серед ключових груп населення цей показник становить 39%. Серед респондентів, котрі не належать до КГН, індекс позитивного впливу дорівнює 27% (відмінності між КГН і не-КГН значимі для $p=0,05$).

Респонденти оцінювали вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти свого життя у більш ранній період, ніж останні 12 місяців перед опитуванням (рис. 4.1). Варіант «було приблизно так само» обрали 75% ЛЖВ-киан, вказали на відносне погіршення 8% респондентів («раніше було краще»), відносне покращення відмітили 17% (варіант «раніше було гірше»). Відмінності за цим показником між ЛЖВ, які належать та не належать до КГН, не є статистично значимими.

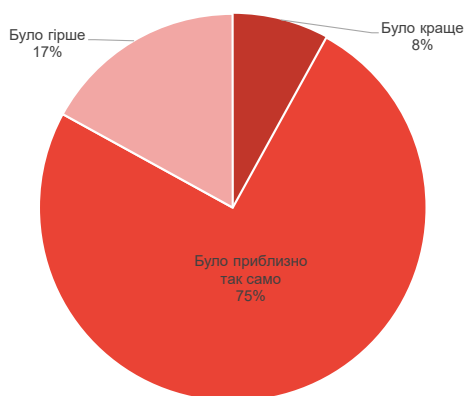


Рис. 4.1. Розподіл відповідей на запитання: «А раніше, ніж 12 місяців тому, як впливав Ваш ВІЛ-статус на зазначені аспекти Вашого життя?», %

На основі частки респондентів, які погодилися із твердженнями щодо наявності в їхньому досвіді самостигматизаційних відчуттів та їх проявів в поведінці (зменшення соціальних контактів, закритість), було розраховано інтегральні показники (табл. 4.3). Індекс самостигматизації-4 враховує лише внутрішні відчуття (сором, вина, уявна забрудненість, непотрібність), тоді як індекс самостигматизації-6 охоплює також випадки поведінкових проявів стигми (приховування

ВІЛ-статусу, труднощі з тим, щоб розповісти малознайомим людям про свою хворобу). Значення індексу-6 дорівнює 94%. При цьому немає значимих відмінностей між респондентами, які на належать до КГН та не належать до них. Так, серед представників КГН це значення становить 91%, а серед тих, хто не віднесені до КГН, – 95%.

Значення індексу стигми-4 становить 56%. При цьому серед КГН цей показник сягає 64%. Відмінності індексу самостигматизації-4 між КГН і особами, котрі не віднесені до КГН (51%), є статистично значимими при $p=0,05$ (табл. 4.4).

Порівняння цих двох інтегративних показників самостигматизації показує, що для КГН більш характерними є внутрішні відчуття стигми (сором, вина, символічна забрудненість, непотрібність), тоді як поведінкові настанови (закритість, неконтактність) властиві і КГН, і опитаним, які не відносять себе до КГН.

Випадки нетолерантного ставлення, образ і дискримінації з боку соціального оточення, а також сформоване стигматизуюче самосприйняття впливають на прийняття ЛЖВ конкретних життєвих рішень, пов'язаних із подальшим виключенням із сфер особистого, трудового життя, охорони здоров'я, соціальної комунікації.

На основі частки респондентів, які зазначили про прийняття хоча б одного із запропонованих в опитувальнику самообмежувальних рішень в різних сферах життя розраховано індекс самодискримінації, який дорівнює 27%. Переважна більшість опитаних (78-92%) не погодилися із наявністю в їхньому житті проявів самообмежень. Разом із тим 15% зазначили, що уникають інтимних відносин, 13% – не звертаються за медичною допомогою, 6% – ізольовані від родини і друзів, 5% – вирішили піти з роботи/не влаштовуватися на роботу, по 3% – не звертаються по соціальну допомогу, не відвідують публічні заходи (табл. 4.5).

Індекс самодискримінації серед представників КГН (35%) є значимо вищим, порівняно із ЛЖВ, які до них не належать (23%). Відмінності значимі при $p=0,05$. (табл. 4.6).

Таблиця 4.3. Прояви самостигматизації, %

Прояви самостигматизації	Згоден/ згодна	Індекс-6	Індекс-4
Мені важко розповісти малознайомій людині про свою ВІЛ-інфекцію	86	+	
Я приховую свій ВІЛ-статус від інших людей	48	+	
Я відчуваю себе винним/-ою у своїй ВІЛ-інфекції	43	+	+
Мені соромно за те, що я ВІЛ-позитивний/-а	37	+	+
Іноді я відчуваю себе непотрібною/-им/ нічого не вартою / -им через те, що я ВІЛ-позитивний/-а	20	+	+
Я відчуваю себе брудним/брудною через свою ВІЛ-інфекцію	19	+	+
ІНДЕКСИ САМОСТИГМАТИЗАЦІЇ		94*	56**

*Індекс самостигматизації-6 розрахований як частка респондентів, які погодилися принаймні з 1 із 6 тверджень (відмічені знаком «+» в колонці 3 таблиці).

**Індекс самостигматизації-4 розрахований, як частка респондентів, які погодилися принаймні з 1 із 4 тверджень (відмічені знаком «+» в колонці 4 таблиці).

Таблиця 4.4. Інтегральні показники самостигматизації, %

Категорії		Індекс-6	Індекс-4
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=245)	95	51*
	Представники КГН (n=155)	91	64*

*Відмінності значимі при $p=0,05$

Таблиця 4.5. Рішення у зв'язку із ВІЛ-статусом, прийняті протягом останнього року, %

Рішення	Ні	Не стосується	Так
Ви вирішили не займатися сексом	78	7	15
Вирішили не звертатися за медичною допомогою	86	1	13
Ви ізолювалися від сім'ї та/або від друзів	92	2	6
Вирішили не звертатися за соціальною допомогою	90	7	3
Вирішили не влаштовуватися на роботу або звільнилися з роботи	84	11	5
Вирішили не відвідувати громадські заходи	92	5	3
Індекс самодискримінації			27*

*Індекс самодискримінації розраховувався як частка ЛЖВ, які зазначили, що приймали хоча б одне самодискримінаційне рішення протягом останніх 12 місяців

Таблиця 4.6. Інтегральний показник самодискримінації, %

Категорії		Індекс самодискримінації
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=245)	23*
	Представники КГН (n=155)	35*

Таким чином, сприйняття ВІЛ-статусу через рамки самостигматизації і самодискримінації є досить актуальним серед ЛЖВ-клян. Близько половини (48%) відмітили негативний вплив ВІЛ-статусу хоча б на один із аспектів їхнього життя протягом останнього року, 56% опитаних відчували хоча б одне із негативних почуттів щодо себе. Кожен четвертий респондент (27%) приймав хоча б одне самодискримінуюче рішення щодо важливих аспектів свого життя протягом останнього року.

5. Стигма та дискримінація в закладах охорони здоров'я

5.1. Обмеження у доступі до медичних послуг та СіД через ВІЛ-статус у медичній сфері

Для узагальненої оцінки рівня стигми та дискримінації в медичній сфері було розраховано відповідний **інтегральний показник СіД в медичній сфері**. Показник було розраховано відповідно до керівництва ЮНЕЙДС «Глобальний моніторинг епідемії СНІДу 2020» [https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_ru.pdf] як частку ЛЖВ, які повідомили про те, що на власному досвіді стикалися з дискримінацією, пов'язаною з ВІЛ, в установах охорони здоров'я в наступних формах.

- Відмова в наданні медичної допомоги через ВІЛ-позитивний статус.
- Рекомендація не вступати в статеві відносини внаслідок ВІЛ-позитивного статусу.
- З респондентом грубо розмовляли або пліткували через ВІЛ-позитивний статус.
- Респондент піддавався словесним образам через ВІЛ-позитивний статус.
- Респондент піддавався грубому фізичному поводженню через ВІЛ-позитивний статус.
- З респондентом уникали фізичного контакту через ВІЛ-позитивний статус.
- Про ВІЛ-позитивний статус респондента повідомляли третім особам без його згоди.

Згідно результатів дослідження, з дискримінацією в зв'язку з ВІЛ в установах охорони здоров'я стикались 13% ЛЖВ (рис. 5.1).

Представники ключових груп населення вдвічі частіше стикаються зі стигматизуючим ставленням або дискримінаційними діями з боку медичних працівників: про такий досвід повідомили 18% представників КГН порівняно з 9% серед тих, хто не належить до жодної групи.

Згідно з міжнародною методикою «Індекс стигми», у опитувальник для ЛЖВ були включені запитання, які забезпечують отримання

даних щодо відмов у медичній допомозі (зокрема у стоматологічному обслуговуванні) та щодо відмов у послугах в сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (зокрема послуги з планування сім'ї). Ці дані використовувалися для розрахунку **інтегрального показника обмеження у доступі до медичних послуг**. Це частка опитаних, які протягом останніх 12 місяців з причини ВІЛ-статусу стикалися з відмовами у медичному обслуговуванні (зокрема у стоматологічній допомозі), а також в послугах у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (зокрема в послугах з планування сім'ї). Інтегральний показник розраховувався до загальної кількості опитаних.

За даними опитування 4% респондентів протягом останніх 12 місяців хоча б раз стикалися з обмеженнями у доступі до медичних послуг (включаючи стоматологічну допомогу та послуги у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я) з причин, пов'язаних з ВІЛ-статусом. В тому числі з відмовами у медичній допомозі стикалися 3% опитаних (13 осіб), з відмовами у стоматологічних послугах – 1% ЛЖВ (4 особи), а з відмовами у послугах в сфері репродуктивного здоров'я (а саме – відмова у призначенні контрацепції) – 1 особа (що становить 0,3% від загальної кількості опитаних).

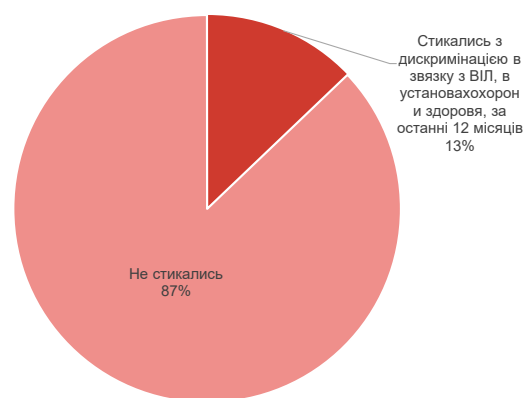


Рис. 5.1. Інтегральний показник СіД в медичній сфері, %

◆ 5.2. Тестування на ВІЛ

Для більшості опитаних респондентів (94%) проходження тестування на ВІЛ було їх власним рішенням. При цьому, 90% вирішили пройти тестування свідомо і з власної волі, а 4%, хоч і прийняли рішення пройти тестування самостійно, але зробили це під тиском з боку інших людей. 5% опитаних зазначили, що їм зробили тест без їхнього відома і вони дізналися про це вже після проведення тестування. Ще 1% ЛЖВ примусили пройти тест на ВІЛ проти їхньої волі (рис. 5.2).

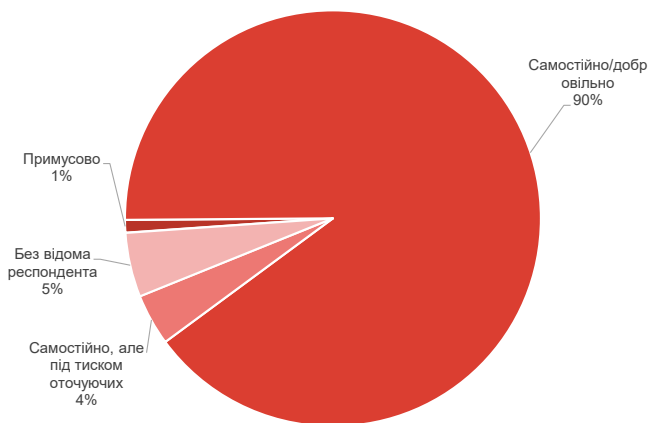


Рис. 5.2. Добровільність прийняття опитаними рішення про проходження КіТ,%

Головною причиною проходження тестування на ВІЛ опитані (ті, хто прийняв рішення пройти тестування самостійно, в т.ч. повністю добровільно, або під тиском оточуючих) назвали направлення в рамках взаємодії із системою охорони здоров'я – 36% опитаних пройшли тестування за порадою медичного працівника або в рамках певної медичної процедури (наприклад, передпологовий догляд, медичне чоловіче обрізання, перевірка/лікування ЗПСШ, доконтактна профілактика (PrEP)). Ще частина респондентів (8%) пройшли тестування в рамках взаємодії з НУО. Другою за поширеністю причиною є проходження тестування внаслідок наявності у респондента підозри про ризик ВІЛ-інфекції – дана причина була актуальна для 23% опитаних. Крім того, 7% мали симптоми, які, за думкою респондентів, могли свідчити про наявність ВІЛ. 16% пройшли тестування просто тому, що хотіли знати свій ВІЛ-статус (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Причина проходження тестування на ВІЛ, %

Для респондентів молодшого віку (18-34 роки) більш актуальною, порівняно зі старшими віковими групами, є причина «Просто хотілося знати» (28% порівняно із 12-15%). Зі збільшенням віку зростає актуальність причини проходження тестування на ВІЛ за направленням медичного працівника – з 27% до 45% (табл. 5.1).

Чоловіки частіше проходять тестування на ВІЛ з причини поганого самопочуття, що могло бути пов'язано з ВІЛ –10% порівняно з 4% серед жінок. Відмінності значимі при $p=0,05$.

Представники ключових груп населення рідше, порівняно із респондентами, які до них не належать, проходять тестування за направленням медичних працівників (27% порівняно з 41%, відмінності значимі при $p=0,01$). При цьому, представники КГН частіше проходили тестування через взаємодію з НУО (13% порівняно з 4%, відмінності значимі при $p=0,01$) (табл. 5.2).

Більшість опитаних (80%) пройшли тестування на ВІЛ одразу ж, як тільки задумалися про те, що потрібно його пройти. Ще 9% респондентів пройшли тестування впродовж півроку, після того, як ідея пройти тестування спала їм на думку. 11% ЛЖВ зволікали з проходженням тестування більше 6 місяців і (рис. 5.4).

Таблиця 5.1. Головна причина проходження тестування на ВІЛ, % за віком

	18-34 роки (n=95)	35-49 років (n=235)	старше 50 років (n=47)
Порадив пройти тест медичний працівник або тест був частиною медичної процедури	27*	37*	45*
Підозрювали про ризик ВІЛ-інфекції	21	24	17
Просто хотіли знати	28*	12*	15*
В результаті взаємодії з НУО	6	9	4
Погано почувалися, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	5	7	11
Це було вимогою (наприклад, при працевлаштуванні, отриманні візи тощо)	4	4	4
Інша причина	7	7	4

* Відмінності між віковими групами статистично значимі

Таблиця 5.2. Головна причина проходження тестування на ВІЛ, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=227)	Представники КГН (n=150)
Порадив пройти тест медичний працівник або тест був частиною медичної процедури	41*	27*
Підозрювали про ризик ВІЛ	19*	27*
Просто хотіли знати	17	15
В результаті взаємодії з НУО	4*	13*
Погано почувалися, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	6	8
Це було вимогою	7	6
Інша причина	4	3

* Відмінності між КГН і не-КГН статистично значимі

Таблиця 5.3. Проміжок часу між моментом, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=227)	Представники КГН (n=150)
Не задумувався/ась, зробив/ла тест одразу	85*	73*
6 місяців або менше	7	11
Більше 6 місяців, але менше 2 років	4	6
Більше 2 років	1	2
Не знаю/не пам'ятаю	3	9

* Відмінності значимі при $p=0,01$

Представники ключових груп населення більш схильні до тривалого зволікання із проходженням тестування, порівняно із тими респондентами, які до таких груп не належать (табл. 5.3). Так, серед тих, хто не є представником жодної ключової групи, 85% опитаних проходили тестування одразу, тоді, як серед представників ключових груп частка таких респондентів складає 73% (відмінності значимі при $p=0,01$).

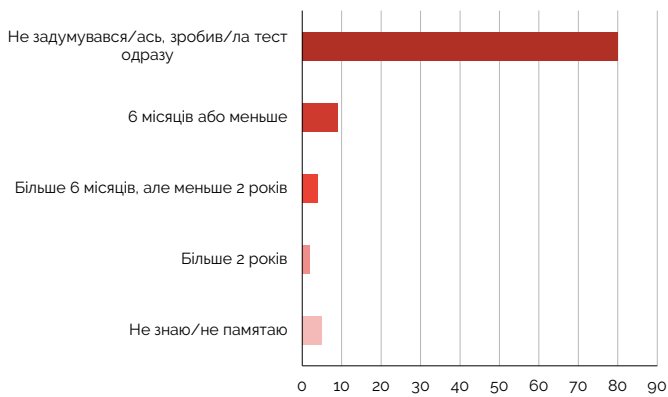


Рис. 5.4. Проміжок часу між моментом, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, %

Десята частина всіх опитаних (10%) зазначили, що побоювалися реакції з боку інших людей (друзів, членів сім'ї, роботодавця або знайомих) на можливий позитивний результат тесту на ВІЛ, і це змусило їх відкласти проходження тестування.

◆ 5.3. Досвід лікування ВІЛ-інфекції та прихильність до АРТ

Серед опитаних ЛЖВ більше половини (56%) зазначили, що відклали звернення за медичною допомогою з приводу лікування ВІЛ. Частка ЛЖВ, які відклали початок лікування, серед молоді віком 18-34 років вища (67%), ніж серед респондентів віком 35-49 років (53%) та старших (49%). Крім того, частка тих, хто відкладав лікування, вища серед представників КГН, ніж серед тих, хто до них не належить (60% проти 49%).

Для тих респондентів, хто мав перерву між встановленням діагнозу «ВІЛ-інфекція» та початком лікування ВІЛ, основними причинами цієї перерви є побоювання, що сторонні люди дізнаються про ВІЛ-статус (актуально для 76% респондентів, які відклали лікування) або що про ВІЛ-статус дізнається сім'я або друзі (55%) (рис. 5.5). Також значна кількість опитаних не були готові що-небудь робити з ВІЛ-інфекцією або побоювалися негативного ставлення або

побоювалися негативного ставлення або дискримінаційних дій з боку медичних працівників (49% та 48% відповідно). Попередній негативний досвід взаємодії з медичними працівниками, внаслідок якого було відкладено лікування ВІЛ, мали третина опитаних.

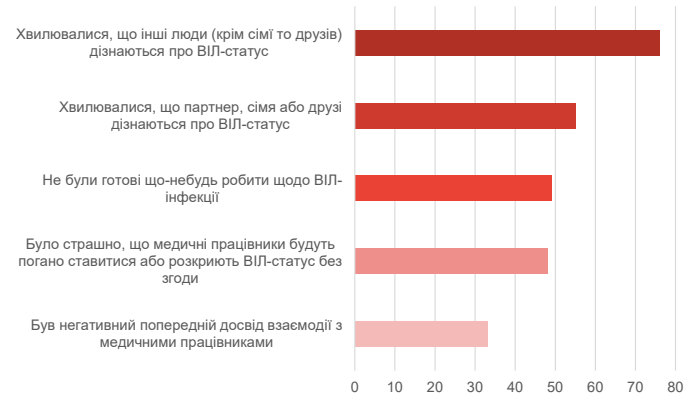


Рис. 5.5. Причини відкладання медичного нагляду та лікування ВІЛ, % до тих, хто відкладав (n=224)

Коли-небудь переривали лікування ВІЛ третина опитаних (35%). Основними причинами відкладання відновлення лікування були страх, що сторонні люди дізнаються про ВІЛ-статус (36% тих, хто переривав лікування) та неготовність що-небудь робити з ВІЛ-інфекцією (34%) (рис. 5.6).



Рис. 5.6. Причини відкладання відновлення лікування ВІЛ при перериванні, % до тих, хто відкладав (n=259)

⁵ Розраховано, як частку респондентів, які в питанні «25. Чи примусило Вас що-небудь із нижче вказаного відкласти початок медичного нагляду та лікування ВІЛ?» обрали хоча б одну причину, з якої відклали лікування

⁶ Розраховано, як частку респондентів, які в питанні «26. Якщо Ви коли-небудь переривали лікування ВІЛ, чи примусило Вас що-небудь із нижче вказаного відкласти відновлення лікування ВІЛ?» не обрали варіант «а. Ви ніколи не переривали лікування ВІЛ».

Серед всіх опитаних 9% ніколи не отримували антиретровірусну терапію (АРТ); відповідно, 91% мають досвід отримання АРТ. Серед тих опитаних, які коли-небудь отримували терапію, 9% почали прийом АРТ одразу після встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція»; ще більше третини опитаних (39%) почали її прийом впродовж місяця з моменту встановлення діагнозу. Четверть респондентів почали приймати АРТ після 2 років життя з ВІЛ (рис. 5.7).

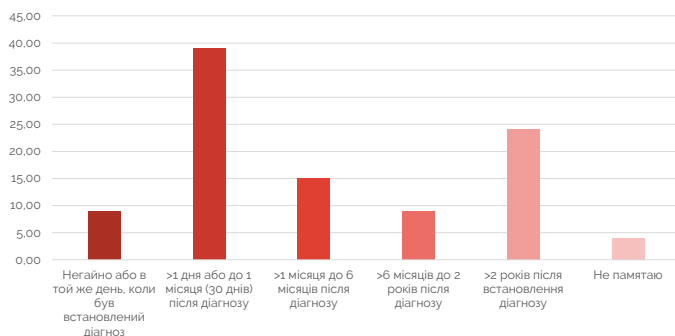


Рис. 5.7. Початок прийому АРТ, % до тих, хто приймав АРТ (n=366)

Спостерігається тенденція щодо того, що чим довше респонденти живуть з ВІЛ, тим пізніше після встановлення діагнозу вони починали прийом АРТ (табл. 5.4). Останнє вочевидь пов'язано зі зміною протоколів лікування ВІЛ у відповідності із міжнародними вимогами щодо максимального раннього початку прийому АРТ.

Також тенденція до більш пізнього початку прийому АРТ спостерігається серед ключових груп населення: значимо менша частка представників КГН починають приймати АРТ впродовж першого місяця після встановлення діагнозу (38%), порівняно з тими ЛЖВ, які не належать до КГН (54%) (табл. 5.5).

Для більшості тих, хто приймає (або колись приймав) АРТ, рішення почати її прийом було самостійним – при початку прийому терапії респондентам були пояснені переваги, і вони вирішили почати лікування, як тільки їм його запропонували (78%). Ще 17% опитаних також приймали рішення самостійно, але вирішили почекати і почали лікування пізніше. Тільки 1% опитаних ЛЖВ медичний персонал примусив

почати лікування (рис. 5.8).

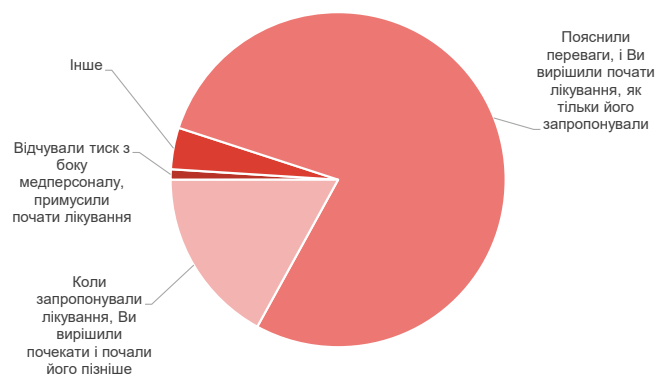


Рис. 5.8. Добровільність рішення про початок прийому АРТ, % до тих, хто приймав АРТ (n=366)

При цьому, спостерігається залежність від стажу життя з ВІЛ: серед тих, чий діагноз було встановлено порівняно недавно, більшою є частка пацієнтів, які почали лікування свідомо та добровільно (табл. 5.6).

Серед тих, хто коли-небудь починав прийом АРТ, дві третини опитаних (68%) не припиняли прийом АРТ протягом останніх 12 місяців, відповідно 32% мали переривання АРТ за останній рік. Серед осіб старшого віку, порівняно з більш молодими ЛЖВ, переривань АРТ за останній рік було менше: у віковій групі старше 50 років зазначили про відсутність переривань 81%, порівняно з 66% серед осіб віком 35-49 років та 69% серед респондентів віком 18-34 роки.

Респонденти, які мали проблеми з прийомом АРТ, у якості причин переривання прийому препаратів, досить часто вказували фактори, пов'язані зі стигмою. Зокрема найчастіше йшлося про відсутність готовності що-небудь робити щодо свого ВІЛ-статусу (52%). Окрім цього респонденти зазначали хвилювання, що хто-небудь дізнається про ВІЛ-статус (5%) та страх, що медичні працівники будуть погано ставитися до респондента або розкриють ВІЛ-статус без його згоди (3%). 2% повідомили, що їм відмовили у наданні лікування ВІЛ (АРТ) через те, що на той момент вони вживали наркотики.

Аналіз відповідей на запитання щодо причин переривання АРТ, не пов'язаних зі стигмою,

Таблиця 5.4. Початок прийому АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

	0-2 роки (n=43)	2-5 років (n=140)	6-10 років (n=106)	Понад 10 років (n=77)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	14	9	8	6
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	74	51	23	19
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	12	20	15	9
>6 місяців до 2 років після діагнозу	0	8	14	9
>2 років після встановлення діагнозу	0	8	36	51
Не пам'ятаю	0	5	4	5

Таблиця 5.6. Добровільність рішення про початок АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

	0-2 роки (n=43)	2-5 років (n=140)	6-10 років (n=106)	Понад 10 років (n=77)
Пояснили переваги, і Ви вирішили почати лікування, як тільки його запропонували	88	82	75	70
Коли запропонували лікування, Ви вирішили почекати і почали його пізніше	9	16	17	23
Відчували тиск з боку медперсоналу, примусили почати лікування	0	1	2	1
Інше	2	1	7	5

демонструє, що серед тих респондентів, які коли-небудь починали прийом АРТ, 55% не переривали лікування АРТ; 14% опитаних переривали, але раніше, ніж протягом останніх 12 місяців. Частка тих, хто раніше приймав АРТ, але на даний момент не приймає її складає 23%. Головною не пов'язаною зі стигмою причиною того, що на даний момент ці опитані не приймають лікування від ВІЛ, вони назвали те, що не відчують, що лікування необхідне – ця причина є актуальною майже для половини опитаних (43%). Крім того, 30% не мають можливості забрати препарати із клініки/аптеки, а 21% не може переносити побічні ефекти препаратів (рис. 5.9).



Рис. 5.9. Причини переривання АРТ (не пов'язані зі стигмою), % до тих, хто переривав (n=86)

⁷ Розраховано, як частку респондентів, які в питанні «29. Якщо Ви протягом останніх 12 місяців припиняли приймати АРТ на будь-який період часу, чи було це пов'язано з якими-небудь із перерахованих і пов'язаних зі стигмою причин?» обрали будь-який інший варіант окрім «5. Н/С – Ви не припиняли прийом АРТ протягом останніх 12 місяців».

⁸ Розраховано, як частку респондентів, які в питанні «30. Яка ГОЛОВНА (не пов'язана зі стигмою) причина того, що Ви на даний момент не приймаєте лікування від ВІЛ (АРТ)?» обрали яку-небудь з причин того, що вони на даний момент не приймають АРТ.

Майже дві третини опитаних ЛЖВ (64%) зазначили про те, що вони впродовж останніх 12 місяців були повідомлені про невизначене вірусне навантаження. Частина опитаних не перевіряла вірусне навантаження за останні 12 місяців, або перевіряла, але ще не має результату (10% та 9% відповідно). У 8% вірусне навантаження визначається або вірус не пригнічений. Десята частина респондентів (10%) повідомили про те, що не знають, що таке вірусне навантаження або вірусна супресія. Серед жінок більша частка опитаних, порівняно з чоловіками, зазначила, що їм протягом останнього року не перевіряли ВН (13% порівняно з 6%). Крім того, серед респондентів, що мають стаж життя з ВІЛ менше двох років, більша частка респондентів, ніж серед інших опитаних, які зазначили, що їм робили аналіз ВН, але вони ще чекають результатів (19% порівняно з 6-11%).

Більшість опитаних (95%) зазначили про наявність досвіду отримання послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ. Найбільша частка ЛЖВ (94%) отримує послуги з лікування ВІЛ в державній клініці або закладі в системі охорони громадського здоров'я. Водночас, 5% опитаних зазначили, що на даний момент не перебувають під медичним наглядом або не отримують лікування ВІЛ (рис. 5.10).



Рис. 5.10. Місця отримання послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ, %

Серед респондентів, які залучені до лікування ВІЛ-інфекції, 11% зазначили про те, що за останні 12 місяців вони стикались з проявами стигми та дискримінації з боку персоналу медичного закладу, в якому вони отримують послуги, пов'язані з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ.

Поширеність різних форм стигми та дискримінації перебуває на рівні 3-5% (рис. 5.11).

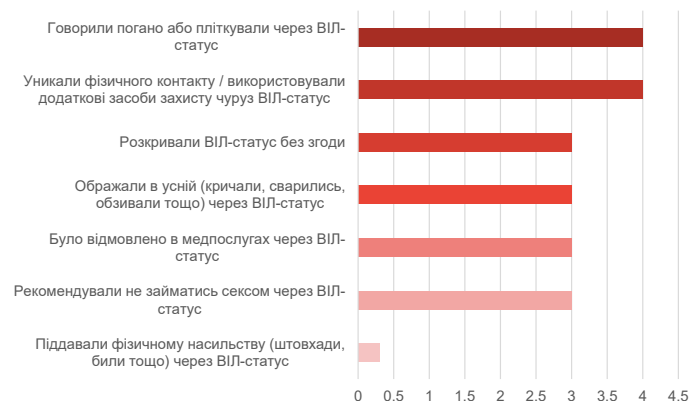


Рис. 5.11. Прояви СіД з боку працівників медичних закладів з лікування ВІЛ (за останні 12 місяців), % серед тих, хто перебуває під медичним наглядом або отримує лікування ВІЛ (n=381)

Важливо зазначити, що зі стигмою та дискримінацією зі сторони працівників медичних закладів при отриманні послуг з лікування ВІЛ в більшій мірі стикались представники ключових груп населення – 17% зазначили, що мали досвід негативних дій з боку працівників ЗОЗ, спеціалізованих на лікування ВІЛ, порівняно з 8% тих опитаних, які не належать до жодної КГН. Крім того, ті респонденти, які мають стаж життя з ВІЛ до двох років, рідше стикались зі СіД при отриманні медичних послуг з лікування ВІЛ, ніж всі інші респонденти (2% порівняно з 13% серед тих, хто живе з ВІЛ 2-5 років, 11% при стажі 6-10 років, 14% при стажі більше 10 років).

Серед ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом або отримують лікування ВІЛ, третина опитаних (36%) знають про існування клінік, створених спільнотою (НУО), в яких вони можуть отримувати послуги, пов'язані з лікуванням ВІЛ. Частка тих, хто знає про можливість отримувати послуги в клініках спільнот, вища серед ЛЖВ більш молодшого віку – 44% серед 18-34 років, 35% серед 35-49 років та 22% серед 50 років та старше.

Ті, хто знають про існування клінік, створених спільнотами, демонструють достатньо високий рівень знань про конкретні послуги, які вони можуть отримати в таких клініках – тільки 4% не змогли назвати жодної послуги (рис. 5.12).



Рис. 5.12. Послуги, які можна отримати в клініках, створених спільнотами, % до тих хто знає про такі клініки (n=136)

Таким чином, в результаті дослідження виявлено певні проблеми несвоєчасного початку лікування ВІЛ-інфекції, низької прихильності ЛЖВ до прийому АРТ. Зокрема більше половини (56%) опитаних ЛЖВ зазначили, що відклали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ після отримання позитивного результату тестування. Коли-небудь переривали лікування ВІЛ третина опитаних – 35%.

◆ 5.4. Сексуальне та репродуктивне здоров'я

1% опитаних чоловіків та 3% жінок зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони стикалися

принаймні з одним проявом СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи СіД у сфері планування сім'ї та прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини (рис. 5.13).



Рис. 5.13. Інтегральний показник СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, % за статтю

Конкретні прояви СіД у сфері планування сім'ї включають поради відмовитися від народження дітей, тиск щодо проходження стерилізації, відмови у послугах з контрацепції або планування сім'ї тощо, а прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини – рекомендації щодо переривання вагітності, тиск щодо вибору конкретних видів контрацепції, пологів, вигодовування дитини тощо (табл. 5.7).

Таблиця 5.7. Розподіл відповідей на питання: «Протягом останніх 12 місяців чи робив хто-небудь із медичних працівників щось із нижче вказаного ТІЛЬКИ через Ваш ВІЛ-статус?», %

	Так	Ні	Н/С	Не хочу відповідати
Прояви СіД у сфері планування сім'ї, % до всіх респондентів				
Давали Вам раду не ставати матір'ю/батьком	1	78	21	0
Тиснули на Вас або спонукали пройти стерилізацію	1	69	30	0
Провели Вам стерилізацію без Вашого відома або без Вашої згоди	0	68	32	0
Відмовили Вам в призначенні контрацепції чи послугах планування сім'ї	1	73	26	0
Сказали Вам, що для отримання лікування ВІЛ (АРТ) Вам необхідно використовувати контрацепцію, в т.ч. який-небудь конкретний її вид	1	79	19	1
Прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини, % до жінок (n=194)				
Вам рекомендували перервати вагітність	1	53	45	1
Тиснули на Вас, щоб Ви використовували конкретний вид контрацепції, а не консультували про різні види контрацепції і надавали можливість вибору	1	72	26	1
Тиснули на Вас при виборі конкретного способу пологів	0	46	54	0
Тиснули на Вас при виборі конкретного методу вигодовування дитини	0	46	54	0
Примушували Вас приймати АРТ, для зниження ризику передачі ВІЛ, а не запропонували це, як можливість	0	43	56	1

◆ 5.5. Досвід отримання медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ

45% опитаних ЛЖВ оцінюють свій стан здоров'я як хороший. Тільки десята частина респондентів (9%) оцінили своє здоров'я, як погане. При цьому, майже у 41% опитаних за останні 12 місяців було виявлено хоча б одне із супутніх захворювань. Найпоширенішими є вірусний гепатит, його мали п'ята частина респондентів (19%), а також неінфекційні захворювання – 15% (рис. 5.14). Майже три чверті тих ЛЖВ (73%), які мали захворювання, отримували протягом останніх 12 місяців відповідне лікування.



Рис. 5.14. Діагнози, встановлені за останні 12 місяців, %

Більше третини ЛЖВ (38%) зазначили, що протягом останніх 12 місяців вони зверталися за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (таких як грип, стоматологічні послуги, вакцинація, травми тощо). Респонденти, які мають стаж життя з ВІЛ до 2 років, частіше звертались за медичною допомогою, ніж інші респонденти (56% порівняно з 36% серед тих, хто живе з ВІЛ 2-5 років, 31% при стажі 6-10 років, 43% при стажі більше 10 років).

Рівень стигми та дискримінації при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ, знаходиться на тому є рівні, що і СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ – 14% респондентів, які протягом останнього року зверталися за медичною допомогою, не пов'язаною з ВІЛ, зазначили, що вони стикались хоча б з одним проявом СіД в медичних закладах.

Найбільш частими проявами стигми та дискримінації з боку медичних працівників було

розкриття ВІЛ-статусу без згоди респондента, плітки, уникнення фізичного контакту та усні образи (рис. 5.15).

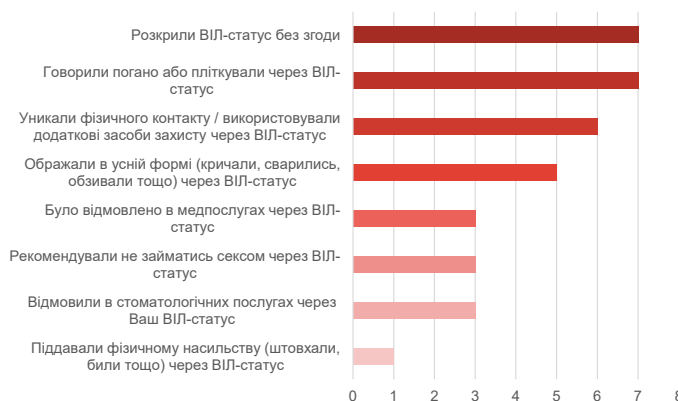


Рис. 5.15. Прояви стигми та дискримінації з боку працівників медичних закладів, не спеціалізованих на лікуванні ВІЛ (за останні 12 місяців), % до тих, хто звертався за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (n=153)

Лише чверть опитаних ЛЖВ (24%) зазначили, що вони, як правило, розкривають свій ВІЛ-позитивний статус, отримуючи медичні послуги загального характеру (не пов'язані з ВІЛ) поза ВІЛ-клінікою (в поліклініці, приватній стоматології тощо). Представники ключових груп населення загалом є більш відвертими з медичними працівниками, ніж ті, хто не належать до КГН. ЛЖВ із ключових груп значно частіше розкривають свій ВІЛ-статус, ніж ЛЖВ із числа представників загального населення (32% порівняно з 19%). Крім того, ЛЖВ з меншим стажем життя з ВІЛ схильні рідше розкривати свій статус в медичних закладах загального профілю (табл. 5.8).

Частка ЛЖВ, які повідомили про факти розголошення медичними працівниками (як медичних закладів загального профілю, так і медзакладів, спеціалізованих на лікуванні ВІЛ-інфекції) інформації про ВІЛ-позитивний статус респондента без його на те згоди, складає 6% (3% в ВІЛ-сервісних медичних закладах та 7% в закладах охорони здоров'я загального профілю).

Майже чотири п'ятих всіх респондентів (79%), переконані у абсолютній конфіденційності медичної документації щодо їхнього ВІЛ-статусу. 18% опитаних не знають, чи зберігається їхня медична документація конфіденційно, а 4% впев-

нені, що вона зберігається не конфіденційно.

Таким чином, результати дослідження показали, що рівень стигми та дискримінації при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ значимо не відрізняється від рівня СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції. Так, 14% респондентів, які за останній рік звертались за медичною допомогою, не пов'язаною з ВІЛ, потерпали від стигми та дискримінації з боку медичного персоналу в різних формах.

Таблиця 5.8. Повідомлення про ВІЛ-статус в медичних закладах, % за стажем життя з ВІЛ

	0-2 роки (n=48)	2-5 років (n=157)	6-10 років (n=114)	Понад 10 років (n=81)
Розкривають свій ВІЛ-позитивний статус медичних закладах загального профілю	8	22	26	36

⁹ Показник розрахований як частка респондентів, які у питаннях «39. Чи стикалися Ви протягом останніх 12 місяців з чим-небудь із нижче вказаного з боку персоналу медичного закладу, в якому Ви отримуєте послуги, пов'язані з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ?» та «41. Протягом останніх 12 місяців при зверненні за медичною допомогою з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, чи стикалися Ви з чим-небудь із нижче вказаного з боку персоналу медзакладу?» обрали варіант відповіді «Розкривали Ваш ВІЛ-статус без Вашої згоди».

6. Права людини і зміни в цій сфері

Про існування в Україні законодавчої бази, яка регулює захищає права ВІЛ-позитивних людей, відомо далеко не всім опитаним. Частка респондентів, котрі знають про існування законів, направлених на захист ЛЖВ від дискримінації, становить 56%. Решта не знають, чи існують такі закони, або впевнені, що їх немає (рис. 6.1).

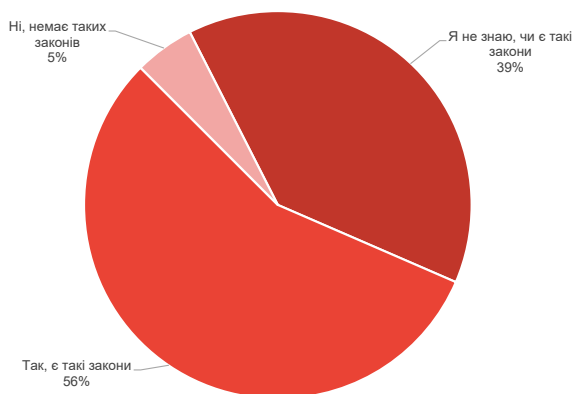


Рис. 6.1. Обізнаність про існування законів, які захищають ЛЖВ від дискримінації, %

Значимих відмінностей щодо рівня обізнаності про чинне законодавство в залежності від соціально-демографічних характеристик респондентів (напр., вік, стать, стаж життя з ВІЛ, рівень освіти), включаючи досвід належності до КГН, не виявлено. Зокрема серед ключових груп населення рівень обізнаності становить 54%, проти 57% серед тих осіб, хто не належить до КГН.

За результатами опитування був розрахований інтегральний показник – індекс порушення прав, що являє собою частку респондентів, які засвідчили хоча б про одне з порушень їх прав як ЛЖВ протягом останнього року. Ця частка становить 2%. Ретроспективний індекс порушення прав ЛЖВ (частка ЛЖВ, які стикалися з такими ситуаціями раніше, ніж протягом останнього року) є вищим і дорівнює 8% (табл. 6.1).

Серед жінок 99% відповіли, що не стикалися із відмовою у наданні притулку для жертв домашнього насильства. Із ситуацією перешкоди чоловіком/партнером отримання медичних послуг стикалися 1% жінок, 4% – не захотіли відповідати, 95% – не стикалися.

З огляду на незначну частку ЛЖВ, які зазначили про досвід порушення їхніх прав протягом останнього року або раніше, не було виявлено значимих відмінностей за соціально-демографічними характеристиками, в т.ч. за належністю до КГН.

Серед респондентів, які стикалися з порушенням своїх прав протягом останнього року (n=9), жоден не намагався їх відстоювати. Серед головних причин цього вони вказали на необізнаність із тим, куди йти і що робити (2 особи), побоювання, що внаслідок цих дій люди дізнаються про їх ВІЛ-статус (2 особи), невпевненість в успішності своїх дій (2 особи), заляканість/страх діяти (1 особа).

Для узагальненої оцінки ситуації щодо протидії ЛЖВ нетолерантному ставленню з боку соціального оточення і порушенню їхніх прав, було розраховано два інтегральні показники. Вони являють собою частки ЛЖВ, які намагалися протидіяти стигмі і дискримінації протягом останнього року або раніше. Значення обох індексів протидії СіД становлять по 20% (табл. 6.2).

Більшість дій стосуються ситуацій міжособистісного спілкування, в яких ЛЖВ надавали інформацію/пояснювали особливості життя з ВІЛ-статусом тим людям, які проявили стигму і дискримінації щодо них особисто або щодо інших ЛЖВ. Також значна частка опитаних надавали психологічну, матеріальну підтримку іншим ЛЖВ. Порівняно менше поширені серед респондентів участь в організаційних, інформаційних кампаніях, направлених на захист прав ЛЖВ, підтримка лідерів спільноти ЛЖВ або депутатів/чиновників у діях, скерованих на протистояння СіД, виступи у мас-медіа з цієї проблеми.

Таблиця 6.1. **Порушення прав людей, що живуть з ВІЛ, %**

Види порушень	Протягом останніх 12 місяців	Раніше, ніж 12 місяців тому
Вимушене проходження тесту на ВІЛ або розкриття ВІЛ-статусу для...		
отримання візи, подання документів на вид на проживання/на громадянство в країні	0	0,3
працевлаштування	0,4	0,6
отримання пенсії	0,3	0,3
відвідування навчального закладу або отримання стипендії	0	0,6
отримання медичних послуг	1	2
отримання медичного страхування	0,5	1,5
Інші форми порушення прав ЛЖВ, спричинені ВІЛ-статусом		
Респондент був заарештований або засуджений з причини, пов'язаної з ВІЛ-статусом	0	0
Респондент був затриманий або поміщений в ізолятор через ВІЛ-статус	0	1
Відмова в отриманні візи або у в'їзді в країну через ВІЛ-статус	0	1
Відмова в перебуванні в країні або в виді на проживання через ВІЛ-статус	0	1
Респондент був змушений публічно розкрити свій ВІЛ-статус або він був розкритий без його згоди	1	1
Респондента примусили займатися сексом проти його волі (в т.ч. фізично примусили)	0	2
ІНДЕКС ПОРУШЕННЯ ПРАВ ЛЖВ	2*	8**

*Індекс порушення прав ЛЖВ розраховувався як частка ЛЖВ, які стикалися хоча б з одним із порушень їхніх прав протягом останнього року

** Ретроспективний індекс порушення прав ЛЖВ розраховувався як частка ЛЖВ, які стикалися хоча б з одним із порушень їхніх прав раніше, ніж за останній рік

Таблиця 6.2. **Протидія стигмі і дискримінації з боку опитаних, %**

Варіанти протидії	Так, протягом останніх 12 місяців	Так, але раніше, ніж 12 місяців тому
Намагались переконати або підвищити поінформованість людини, яка проявила по відношенню до Вас СіД	13	9
Намагались переконати або підвищити поінформованість людини, яка проявила по відношенню до іншої людини, яка живе з ВІЛ, СіД	13	10
Надавали емоційну, фінансову або іншу підтримку людині, яка живе з ВІЛ, щоб допомогти їй справитися з СіД	14	9
Брали участь в роботі організації або в інформаційній кампанії, яка бореться з СіД ЛЖВ	4	3
Підтримували лідера спільноти в діях, спрямованих на те, щоб вирішити проблему, пов'язану з СіД ЛЖВ	3	3
Підтримували політиків (депутатів, чиновників) в діях, спрямованих на вирішення проблеми, пов'язаної з СіД ЛЖВ	1,5	0,5
Говорили в ЗМІ (давали інтерв'ю) про проблему СіД ЛЖВ	1	4
Індекс протидії стигматизації і дискримінації	20*	20*

* Показник розраховано як частку респондентів, які робили хоча б що-небудь із зазначеного протягом останніх 12 місяців або раніше

У протидії СіД більш активно поводять себе ЛЖВ з більшим стажем життя з ВІЛ (рис. 6.2).

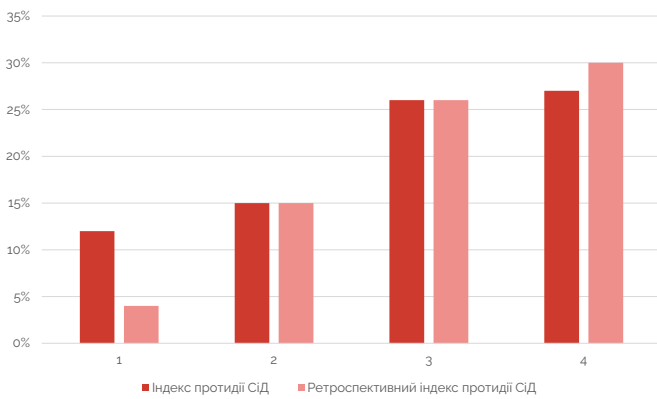


Рис. 6.2. Протидія стигмі і дискримінації, % за стажем життя з ВІЛ, % Відмінності значимі при $p=0,05$

Серед ключових груп населення залученість до активності з протидії СіД вища, ніж серед решти опитаних. Так, інтегральний показник протидії СіД серед КГН дорівнює 28%, тоді як серед не-КГН – 15% (відмінності статистично значимі при $p=0,01$). Подібний розподіл спостерігаємо й щодо показників ретроспективного індексу СіД (рис. 6.3).

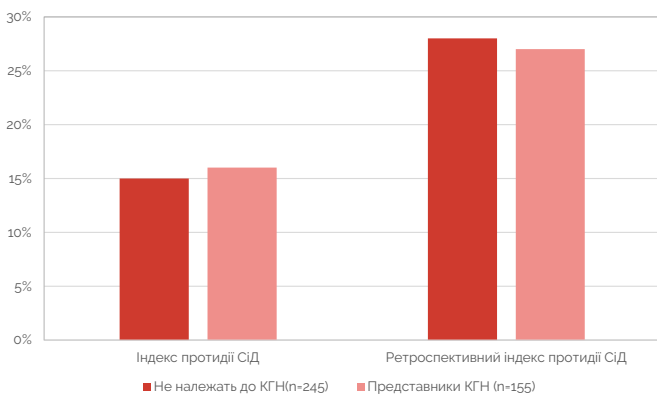


Рис. 6.3. Інтегральні показники протидії стигмі і дискримінації, серед КГН і тих, хто до них не належить, %

Таким чином, ситуація із протидією стигми і дискримінації, захистом своїх прав серед ЛЖВ-клян потребує заходів щодо подальшого покращення. Майже половина (44% опитаних) залишаються необізнаними із законами щодо захисту ЛЖВ і протидії СіД. Кожен 10-й із респондентів стикався із хоча б одним із порушень своїх прав як особи із ВІЛ-статусом протягом останнього року або раніше.

7. Стигма та дискримінація з причин, не пов'язаних з ВІЛ-статусом

Як свідчать результати попередніх досліджень, значна кількість ЛЖВ відчувають не тільки стигму, пов'язану з ВІЛ-позитивним статусом, але й прояви стигми та дискримінації, пов'язані з їх належністю до КГН: споживачі наркотиків, секс-працівники, представники ЛГБТ-спільноти. Даний розділ присвячений опису даних щодо стигматизації ЛЖВ, пов'язаної з їх належністю до груп ризику.

7.1. Споживачі наркотиків

Більше третини (37%) опитаних зазначили, що вони мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків або регулярного вживання таких наркотиків як героїн, кокаїн, метамфетамін. При цьому частина таких респондентів не ідентифікують себе як споживачів наркотиків (рис. 7.1). Таким чином, частка ЛЖВ, які ідентифікували себе як споживачів наркотиків (і дали відповідь на відповідний блок запитань), у загальній вибірці сягає 30% (119 осіб). Ця КГН найбільшою мірою представлена у вибірці та у генеральній сукупності загалом. Це обумовлено історією розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, в ході якої протягом тривалого часу домінував ін'єкційний шлях передачі ВІЛ-інфекції при вживанні ін'єкційних наркотиків.

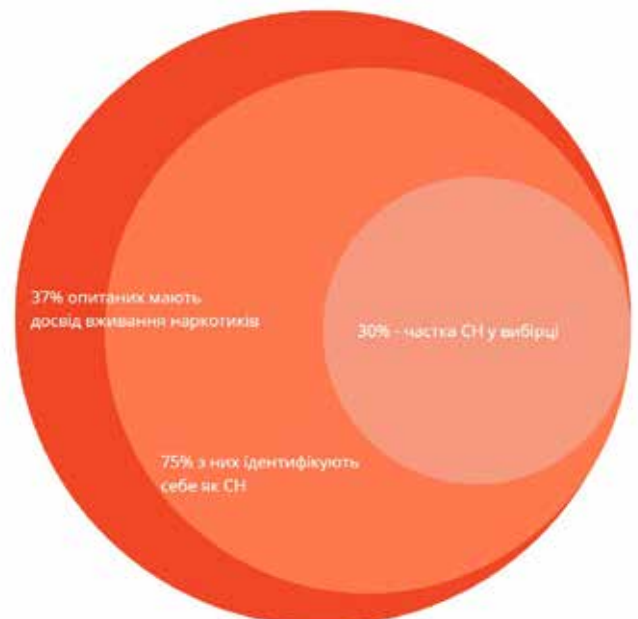


Рис. 7.1. Представленість споживачів наркотиків у вибірці, %

Лише 1 з 5 опитаних СН (22% або 26 осіб із 119) зазначив, що він ніколи не стикався з проявами стигматизації або самостигматизації через свою належність до цієї соціальної групи. Натомість майже три чверті опитаних (72% або 86 осіб) мають такий досвід, в тому числі 28% (або 33 особи) - стикалися принаймні з одним із проявів Сід протягом 12 місяців, що передували опитуванню (рис. 7.2).



Рис. 7.2. **Інтегральні показники стигматизації споживачів наркотиків, % до СН (n=119)**

* Сума показників менша за 100%, оскільки певна частка респондентів відмовилися відповідати на вказані запитання

Найчастіше зустрічаються такі прояви Сід, як усні образи та дискримінаційні вилучування щодо СН, в тому числі з боку членів родини. Також поширеним явищем є пов'язаний зі само-стигматизацією страх звернення за медичною допомогою, в т.ч. відмова від необхідних медичних послуг (табл. 7.1).

Практично всі опитані СН (98% або 117 осіб із 119) зазначили, що представники соціального оточення знають про їхню належність до вказа-

ної групи. Найчастіше про це поінформовані інші СН, члени сім'ї та друзі (рис. 7.3).

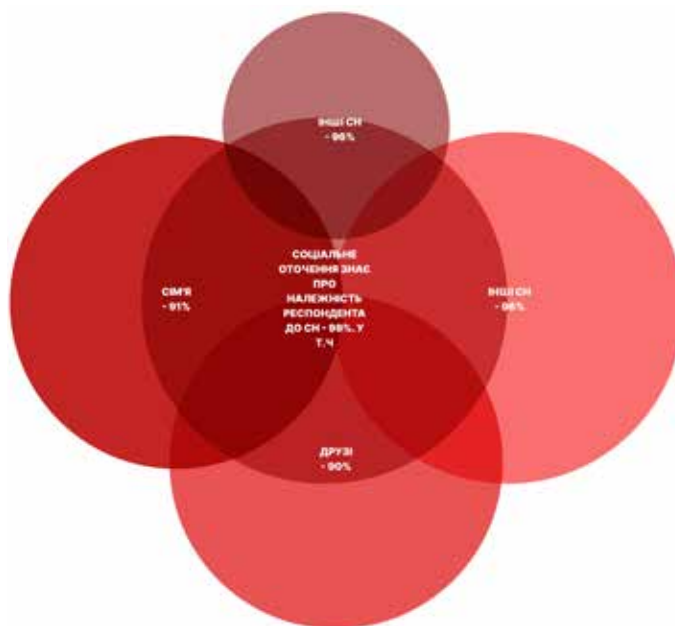


Рис. 7.3. **Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи споживачів наркотиків, % до СН (n=119)**

Про свою належність до мережі або групи/об'єднання/організації/неформальної групи споживачів наркотиків повідомили 8% респондентів (10 осіб із 119).

Таблиця 7.1. **Поширеність окремих проявів Сід щодо споживачів наркотиків, % до СН (n=119)**

	Ні	ТАК		Не хочу відповідати
		Протягом останніх 12 місяців	Раніше, ніж 12 місяців тому	
Хто-небудь намагався Вас утискати в усній формі	38	20	36	6
Члени родини висловлювалися про Вас дискримінаційно або плітували про Вас	49	16	32	3
Ви відчували страх при зверненні за медичною допомогою через те, що хтось може дізнатися про Ваш досвід вживання наркотиків	70	7	17	6
Ви уникали медичної допомоги через те, що боялися, що іншим людям стане відомо про Ваш досвід вживання наркотиків	71	8	18	3
Вас не допускали до участі в сімейних заходах	75	3	17	5
Хто-небудь впливав/домагався Вас фізично або робив Вам фізично боляче	77	2	17	4
Хто-небудь Вас шантажував	87	3	8	2

◆ 7.2. Секс-працівники

8% опитаних (32 особи) зазначили, що у них будь-коли був секс в обмін на гроші або інші блага, в тому числі 11% жінок (21 особа) та 5% чоловіків (11 осіб), хоча більшість таких респондентів (20 осіб із 32) не ідентифікують себе як секс-працівників. Але респонденти відносилися до групи секс-працівників на основі ствердної відповіді хоча б на одне із вказаних запитань, відповідно частка СП у загальній вибірці сягає 8% (32 особи). Дві третини із них (21 особа із 32) становлять жінки, одну третину (11 осіб) - чоловіки.

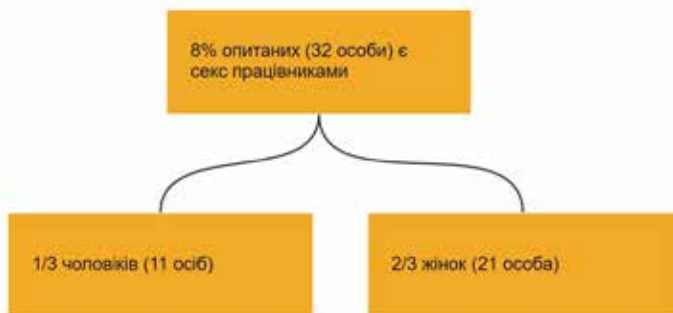


Рис. 7.4. Представленість секс-працівників у вибірці

Половина опитаних секс-працівників (17 осіб із 32) зазначили, що вони ніколи не стикалися з проявами стигми та самостигми через свою належність до цієї групи. Натомість третина опитаних (11 осіб) мають такий досвід, в тому числі 2 особи - стикалися принаймні з одним із проявів СіД протягом 12 місяців, що передували опитуванню (рис. 7.5).

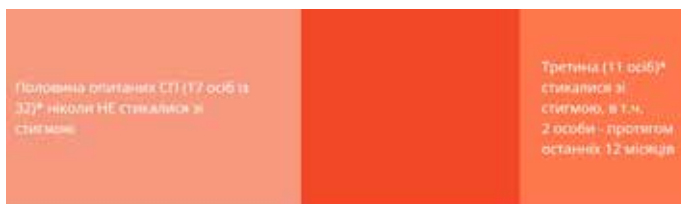


Рис. 7.5. Інтегральні показники стигматизації секс-працівників, осіб серед СП (n=39)

* Сума показників менша, ніж n=39, оскільки певна частка респондентів відмовилися відповідати на вказані запитання

Аналіз конкретних проявів СіД не має сенсу з огляду на незначну статистичну наповнюваність груп (кількість респондентів, які зазначили про досвід тих чи інших проявів СіД не перевищує 5 осіб).

Половина опитаних секс-працівників (17 осіб із 32) зазначили, що про їхню належність до вказаної групи знає принаймні хтось із представників їхнього соціального оточення. Здебільшого

йдеться про інших СП; члени сім'ї та друзі згадувалися рідше (рис. 7.6).

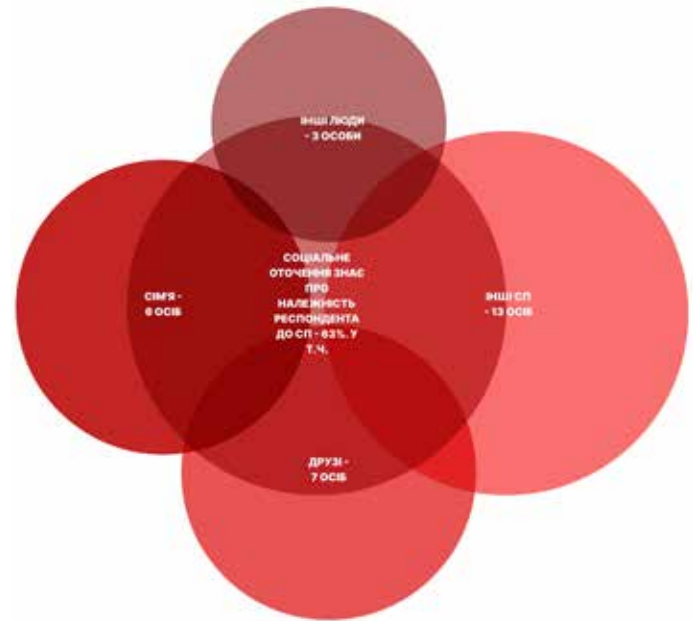


Рис. 7.6. Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи секс-працівників, осіб серед СП (n=32)

Про свою належність до мережі або групи підтримки секс-працівників повідомила 1 особа із 32.

◆ 7.3. Представники ЛГБТ-спільноти ЧСЧ/геї

10% опитаних чоловіків (20 осіб) зазначили, що вони ідентифікують себе як представників групи ЧСЧ або геїв.

Третина опитаних ЧСЧ/геїв (7 осіб із 20) зазначили, що вони ніколи не стикалися з проявами СіД (включаючи самостигму) через свою належність до цієї групи. Натомість половина опитаних (11 осіб із 20) мають такий досвід, в тому числі третина (7 осіб із 20) - стикалися принаймні з одним із проявів стигматизації протягом 12 місяців, що передували опитуванню (рис. 7.7).

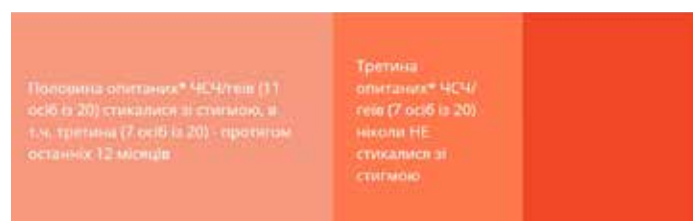


Рис. 7.7. Інтегральні показники стигматизації ЧСЧ/геїв, осіб серед ЧСЧ/геїв (n=20)

* Сума показників менша за n=20, оскільки певна частка респондентів відмовилися відповідати на вказані запитання

Аналіз конкретних проявів СіД не має сенсу з огляду на незначну статистичну наповнюваність груп (кількість респондентів, які зазначили про досвід того чи іншого конкретного прояву СіД не перевищує 5 осіб).

Переважає більшість (86%) опитаних ЧСЧ зазначили, що про їхню належність до вказаної групи знає принаймні хтось із представників їхнього соціального оточення. Здебільшого йдеться про членів сім'ї та друзів; про інших ЧСЧ та решту представників соціального оточення згадувалися порівняно рідше (рис. 7.8).

Про свою належність до мережі або групи/об'єднання/організації/неформальної групи геїв/чоловіків, які мають секс з чоловіками зазначили близько третини опитаних ЧСЧ (6 осіб із 20), що є найвищим показником порівняно із представниками решти ключових груп.

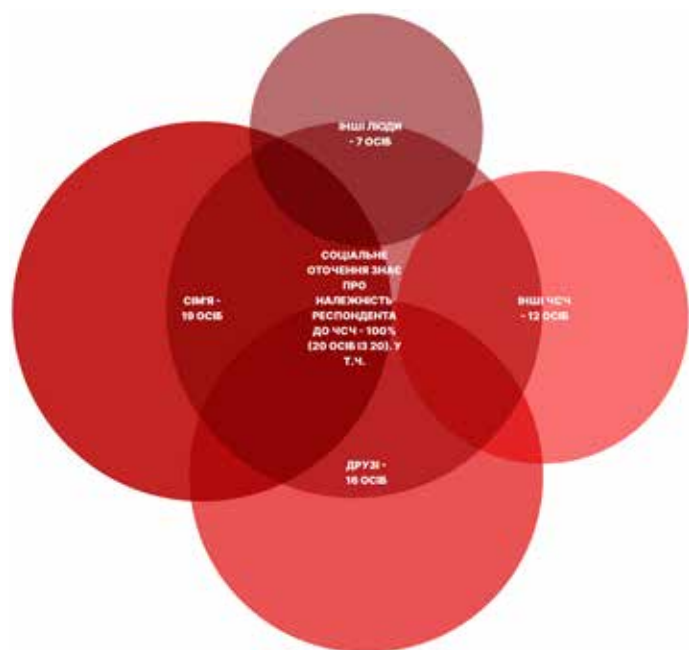


Рис. 7.8. Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи ЧСЧ/геїв, осіб серед ЧСЧ/геїв (n=20)

◆ ЖСЖ/лесбійки

Жодна із опитаних жінок НЕ зазначила, що вона ідентифікує себе як представницю групи ЖСЖ (жінок, що мають секс з жінками) або лесбійок. При цьому 2% опитаних жінок (3 особи із 194) ствердно відповіли на уточнююче запитання про досвід сексуальних контактів з жінками. Таким чином, до групи ЖСЖ/лесбійок були

віднесені 3 особи (2% опитаних жінок), які зазначили про досвід сексуальних контактів із представницями своєї статі.

Жодна із опитаних ЖСЖ НЕ зазначила про досвід будь-яких проявів СіД з огляду на свою належність до даної групи (протягом останніх 12 місяців або раніше). Це корелює з тим, що всі респондентки приховують свою належність до даної групи абсолютно від усіх представників свого соціального оточення, включаючи родичів, друзів і навіть інших ЖСЖ.

Подібним чином, жодна із респонденток НЕ зазначила про свою належність до мережі або групи/об'єднання/організації/неформальної групи лесбійок/ЖСЖ.

◆ Бісексуали/ки

Жодна жінка не ідентифікувала себе як бісексуалку. Натомість серед чоловіків таких виявилось 6 осіб (3%). Таким чином, частка бісексуалів серед опитаних становить менше 2% (6 осіб із 400, 1,5%).

З 3 із 6 опитаних бісексуалів зазначили, що вони ніколи не стикалися з проявами СіД, включаючи самостигму, через свою належність до цієї групи. Про досвід стигматизації повідомили 2 із 6 опитаних, при цьому всі ці випадки мали місце, раніше, ніж 12 місяців тому (рис. 7.9).

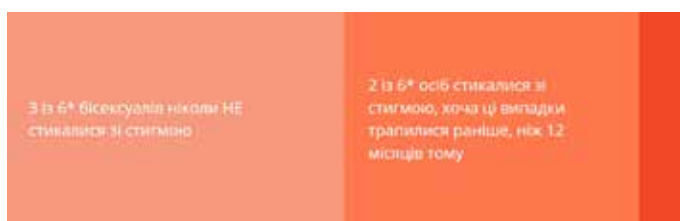


Рис. 7.9. Інтегральні показники стигматизації бісексуалів, осіб серед цієї групи (n=6)

* Сума показників менша за n=6, оскільки певна частка респондентів відмовилися відповідати на вказані запитання

Аналіз конкретних проявів СіД не має сенсу з огляду на незначну статистичну наповнюваність груп (кількість респондентів, які зазначили про досвід тих чи інших проявів СіД не перевищує 1-2 особи).

Всі без винятку опитані зазначили, що про їхні сексуальні вподобання знає принаймні хтось

із представників їхнього соціального оточення. Найчастіше, це – інші бісексуальні люди та/або друзі (рис. 7.10).

аналіз множинної стигми потребує проведення подальших більш спеціалізованих досліджень.

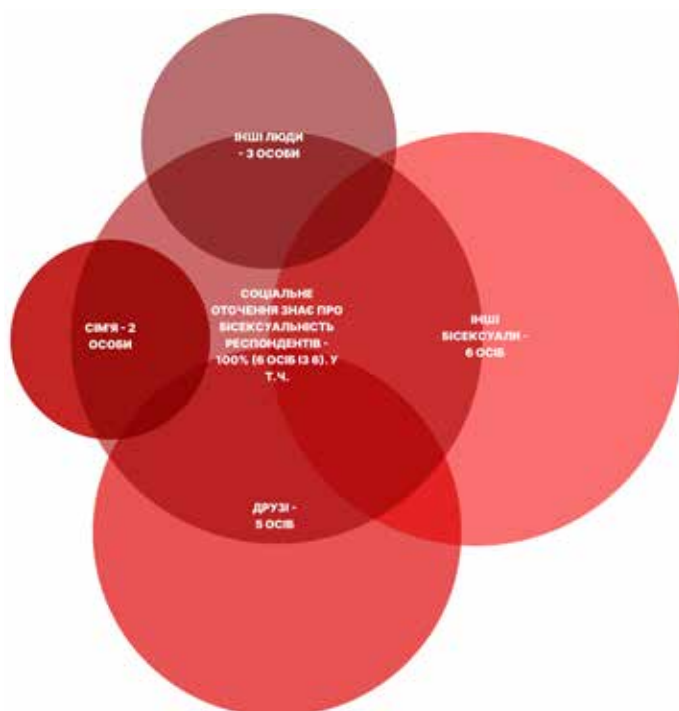


Рис. 7.10. Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи бісексуалів, осіб серед цієї групи (n=6)

Про свою належність до мережі або групи/об'єднання/організації/неформальної групи бісексуалів не зазначив жоден із респондентів.

◆ Трансгендери

Жоден із респондентів не ідентифікували себе як трансгендера, ані прямо, ані зазначивши у питанні про гендерну самоідентифікацію стать, відмінну від тієї, що була вказана у свідоцтві про народження. Відповідно блок запитань анкети щодо СіД по відношенню до представників даної КГН в ході опитування було пропущено.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що ЛЖВ, які належать до КГН, в багатьох випадках несуть подвійний тягар СіД, адже стигма на основі ВІЛ-статусу поєднується зі стигмою, пов'язаною з належністю до соціально засуджуваних груп, таких як споживачі наркотиків, секс-працівники, представники ЛГБТ-спільноти. Однак з огляду на незначну статистичну наповнюваність більшості КГН у даному опитуванні.

8. Поінформованість про ВІЛ-інфекцію та джерела інформації

Рівень поінформованості респондентів про ВІЛ залишає бажати кращого. Частка респондентів, які правильно відповіли на окремі запитання про різні аспекти лікування та профілактики передачі ВІЛ варіює від 90% до 61%. Найменш поінформовані респонденти про те, що початок АРТ не можна відкласти, навіть якщо ВІЛ+ людина відчуває себе здоровою, а також про профілактику ВІЛ-інфікування за допомогою PrEP, а найбільше – про необхідність використовувати презервативи при кожному сексуальному контакті (рис. 8.1).

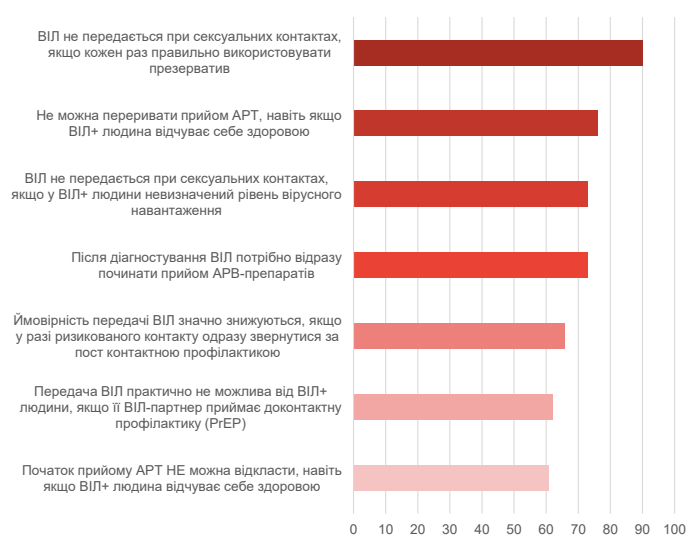


Рис. 8.1. Поінформованість респондентів про окремі аспекти лікування та профілактики передачі ВІЛ-інфекції, %

Частка респондентів, які одночасно правильно відповіли на всі запитання становить 33% (рис. 8.2).

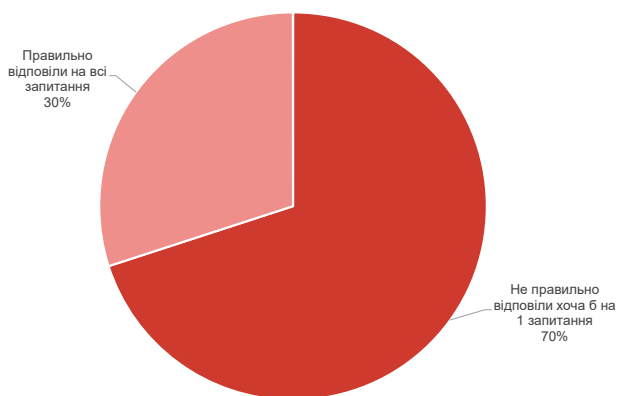


Рис. 8.2. Інтегральний показник поінформованості респондентів про різні аспекти лікування та профілактики передачі ВІЛ-інфекції, %

Значимих відмінностей рівня знань в залежності від належності до КГН, не виявлено.

Натомість стаж життя з ВІЛ-інфекцією певною мірою впливає на рівень знань респондентів. Відмінності інтегрального показника поінформованості не є значимими: для респондентів, які живуть з ВІЛ до 5 років включно він становить 31% проти 34% для тих, чий діагноз було встановлено більше 5 років тому. Але відмінності за окремими індикаторами є значимими. Зокрема ЛЖВ, чий стаж життя з ВІЛ перевищує 5 років значимо краще обізнані про необхідність використання презервативів при кожному сексуальному контакті для профілактики ВІЛ, а також про те, що ВІЛ не передається при невизначеному рівні вірусного навантаження у ВІЛ+ партнера. Однак це нівелюється їхньою «непоінформованістю» про необхідність починати АРТ одразу після встановлення ВІЛ-позитивного статусу (рис. 8.3). Щоправда, останнє обумовлено історією розвитку підходів до лікування ВІЛ-інфекції, в т.ч. медичних протоколів в Україні, відповідно до яких ЛЖВ з тривалим стажем життя з ВІЛ-інфекцією АРТ дійсно призначалася лише після досягнення певних показників CD4.



Рис. 8.3. Поінформованість ЛЖВ про окремі аспекти лікування та профілактики передачі ВІЛ-інфекції, залежно від стажу життя з ВІЛ

*Відмінності інтегрального показника не значимі при $p=0.1$

За популярністю серед респондентів джерела інформації з питань ВІЛ-інфекції можна умовно поділити на три групи.

1) Найбільш популярними є медичні та соціальні працівники, інформацію від яких отримують або готові отримувати понад майже 100% опитаних. Також з певним відривом у цю групу можна включити НУО (громадські організації, благодійні фонди), інформацію від яких готові отримувати понад 80% респондентів

2) До другої групи можна віднести практично всі різновиди ЗМІ, починаючи від преси і телебачення і закінчуючи соцмережами, а також членів сім'ї та представників державних структур у сфері охорони здоров'я. Частка респондентів, які користуються/готові користуватися вказаними джерелами інформації, варіює в межах 57-70%.

3) Найменш популярними є такі джерела інформації як месенджери, друзі/знайомі/сусіди/колеги, релігійні лідери/організації та наукові/навчальні заклади, до яких готові звертатися близько 43-53% опитаних.

Варто зазначити, що респонденти доволі критично оцінюють різні джерела інформації про ВІЛ-інфекцію. Зокрема попри те, що значна частка респондентів отримує інформацію зі ЗМІ, рівень довіри до них є низьким та варіює в межах 1,9-2,1 бала за п'ятибальною шкалою (табл. 8.1).

Таблиця 8.1. «Популярність» та рівень довіри респондентів до різних джерел інформації про ВІЛ-інфекцію

Джерела інформації	Частка тих хто користується, %*	Рівень довіри, середній бал**
Соціальні працівники	99	4,5
Медичні працівники	98	4,5
Громадські організації, благодійні фонди	81	4,0
Телебачення	70	2,1
Преса	70	2,0
Радіо (у т.ч. Інтернет-радіо)	68	1,9
Новинні або розважальні сайти в Інтернеті	64	2,0
Соціальні мережі	60	2,1
Сім'я, близьке оточення	59	2,7
Відео-сервіс YouTube	58	2,1
Державні структури у сфері охорони здоров'я (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ)	57	3,5
Месенджери	53	1,9
Друзі, знайомі, сусіди, колеги	52	1,9
Релігійні та духовні лідери та організації	48	2,0
Наукові та навчальні заклади, особи	43	2,5

* Зеленим кольором в таблиці виділені високі значення відповідних показників: висока частка тих, хто користується певним джерелом інформації та високий рівень довіри до нього

Оранжевим кольором в таблиці виділені середні значення відповідних показників: середня частка тих, хто користується певним джерелом інформації та середній рівень довіри до нього

Червоним кольором в таблиці виділені низькі значення відповідних показників: низький рівень довіри до того чи іншого джерела інформації

** Середній бал був розрахований як середня арифметична зважена за 5-бальною шкалою, де 1 – зовсім не надійне джерело інформації, а 5 – дуже надійне

Таким чином, рівень знань респондентів щодо різних аспектів лікування ВІЛ-інфекції та профілактики її передачі від ЛЖВ до ВІЛ-негативного партнера є недостатнім. Частка респондентів, які дали правильні відповіді на окремі запитання варіює в межах 90-61%, тоді як інтегральний показник (частка тих, хто правильно відповів на усі запитання) становить 33%.

