

100%LIFE
KPIB



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ДОСЛІДЖЕННЯ



**«ІНДЕКС СТИГМИ ЛЖВ
– ОДЕСА.2020»**

«Індекс Стигми ЛЖВ – Одеса.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 – Одеса.2020»/ **Демченко І. (гол. ред.), Булига Н., Скокова Л., Дмитрієв Д., Салабай Н.** – Київ: ЮНЕЙДС, 2020 – 43 стор.

ISBN 978-617-7443-05-5

Дослідження «Індекс Стигми ЛЖВ – Одеса. 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.....	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.....	26
5.4. Сексуальне та репродуктивне здоров'я.....	30
5.5. Досвід отримання медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ.....	31
6. Права людини і зміни в цій сфері.....	33
7. Стигма та дискримінація з причин, не пов'язаних з ВІЛ-статусом.....	36
7.1. Споживачі наркотиків.....	36
7.2. Секс-працівники.....	38
7.3. Представники ЛГБТ-спільноти.....	39
8. Поінформованість про ВІЛ-інфекцію та джерела інформації.....	41

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»).

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. Одеса.

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. Одеси

си, 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 403 респонденти.

▶ 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. Одеса.

Отримані дані також свідчать про низку факторів, які підвищують соціальну вразливість ЛЖВ, можуть накладатися на СіД за ознакою ВІЛ-статусу та підсилювати її. Зокрема 37% належать до однієї або навіть кількох КГН одночасно, що може стати підставою для подвійної стигми. Четверть (26%) опитаних не мають жодного особистого доходу (включаючи ту чи іншу форму зайнятості або соціальних виплат). З цим пов'язана проблема бідності, яка актуальна для 70% опитаних. Зокрема протягом 12 місяців, що передували дослідженню, 17% респондентів систематично стикалися з ситуаціями, коли вони не могли задовольнити свої базові потреби (харчування, одяг, житло), ще 53% 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. Кожен четвертий респондент (24%) хоча б раз стикався із несанкціонованим розголошенням діагнозу. При цьому дізнавшись про ВІЛ-статус респондента (за його згодою або ні), представники близького соціального оточення у більшості випадків надають підтримку ЛЖВ.

Позитивно, що малознайомі люди також доволі часто демонструють підтримку та толерантне ставлення до ЛЖВ (приблизно у двох випадках із трьох).

Результати аналізу свідчать про наявність випадків стигматизації і дискримінації з боку соціального оточення, при чому їх розповсюдженість є вищою серед КГН. Так, протягом останнього року хоча б із одним проявом СіД з боку соціального оточення зіткнулися 10% опитаних (в т.ч. 13% представників КГН та 8% ЛЖВ, які до них не належать – відмінності не є значимими). Про випадки СіД з боку соціального оточення, які мали місце раніше, ніж протягом останнього року, повідомили 57% ЛЖВ-представників КГН та 35% опитаних, які до них не належать (відмінності значимі при $p=0,01$).

Прояви самостигматизації і самодискримінації досить поширені серед ЛЖВ- мешканців Одеси. Негативний вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти свого життя протягом останнього року відчували 75% опитаних, негативні емоції щодо себе (сором, вина, уявна забрудненість, непотрібність) властиві 70% респондентів (в тому числі серед КГН – 75%), самодискримінаційні рішення приймали 29% ЛЖВ (в тому числі серед КГН – 39%).

Разом із тим певна частина ЛЖВ виявляють ознаки спротиву обставинам, життєстійкості. На позитивні прояви ВІЛ-статусу вказали 19% опитаних (в тому числі серед КГН – 25%), від половини до двох третин ЛЖВ нейтрально оцінюють більшість аспектів життя з ВІЛ-статусом протягом останнього року.

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 24% ЛЖВ. Представники ключових груп населення частіше стикаються зі стигматизуючим ставленням або дискримінаційними діями з боку медичних працівників: про такий досвід повідомили 30% пред-

ставників КГН порівняно з 21% 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. Зокрема з відмовами у медичних послугах стикалися 4% опитаних (14 осіб), з відмовою у стоматологічних послугах – 2% респондентів (7 осіб), з відмовами у послугах в сфері репродуктивного здоров'я (напр., призначення контрацепції) не стикався ніхто із опитаних.

В результаті дослідження виявлено також певні проблеми несвоєчасного початку лікування ВІЛ-інфекції, низької прихильності ЛЖВ до прийому АРТ. Зокрема чотири п'ятих (80%) 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 44% опитаних. Десята частина ЛЖВ, 10%, ніколи не отримували антиретровірусну терапію. За останні 12 місяців серед тих, хто коли-небудь розпочинав прийом АРТ, майже половина (45%) мали проблеми з прихильністю (припиняли прийом терапії). Виходячи з цього, ктуальним є розширення програми постійної підтримки прихильності до лікування серед ЛЖВ для досягнення вірусологічної успішності.

Серед ЛЖВ, які залучені до лікування ВІЛ-інфекції, **20%** 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, перевищує рівень СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції. Так, п'ята частина (30%) респондентів, які за останній рік звертались за медичною допомогою, не пов'язаною з ВІЛ, по-

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

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 12% (10% в ВІЛ-сервісних медичних закладах та 7% в загальних закладах охорони здоров'я).

Ситуація із протидією стигми і дискримінації, захистом своїх прав серед ЛЖВ- мешканців Одеси потребує заходів щодо подальшої уваги і просвітницьких зусиль. Серед опитаних лише 70% знають про існування законів щодо захисту прав ЛЖВ, решта – не знають про них. З порушеннями своїх прав протягом останнього року стикалися 7% ЛЖВ (в тому числі серед КГН – 12%), раніше, ніж останній рік – 17% (в тому числі серед КГН – 26%). Разом із тим протягом останнього року 27% опитаних намагалися тим чи іншим способом протистояти випадкам нетолерантного, стигматизуючого ставлення до ЛЖВ, поширювали відповідну інформацію на міжособистісному, організаційному, медійному рівнях. Раніше, ніж протягом останнього року, до таких практик долучалися – 37% респондентів.

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=103). Наповнюваність решти груп варіює в межах 5-39 осіб, 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 42-91%, тоді як інтегральний показник (частка тих, хто правильно відповів на усі запитання) становить 26%.

Інакше кажучи, три із чотирьох респондентів або поділяють певні упередження, які можуть негативно позначитися на їх прихильності до лікування (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, представники НУО та представники 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 проектів 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 пропонувалося 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	260	140
Реалізовано	403	263	140

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 54% і 46% 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.

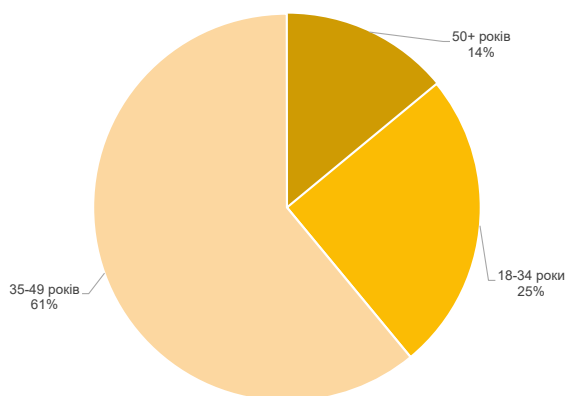


Рис. 1.1. Вік респондентів, %

Серед респондентів достатньою мірою представлені як ЛЖВ з порівняно незначним стажем життя з ВІЛ (до 5 років), так і ті, хто живе з ВІЛ досить давно (рис. 1.2). Максимальний стаж життя з ВІЛ становить 27 років.

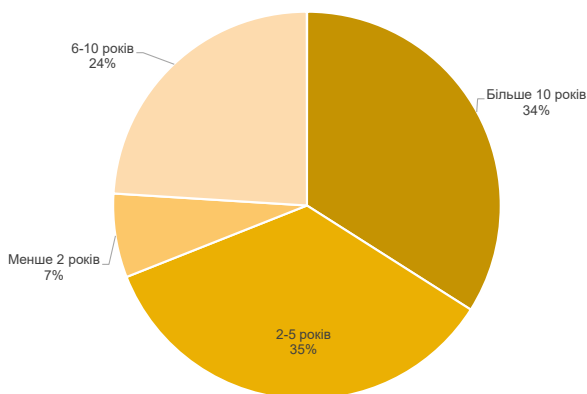


Рис. 1.2. Стаж життя з ВІЛ-інфекцією, %

Майже дві третини (61%) респондентів перебувають у близьких стосунках, незалежно від офіційного статусу цих стосунків (zareєстрований шлюб чи ні). При цьому більше половини з них знають про ВІЛ-позитивний статус свого партнера (рис. 1.3).

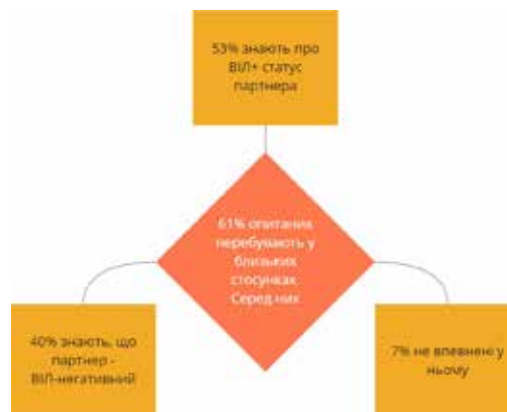


Рис. 1.3. Наявність у респондентів близьких стосунків та ВІЛ-статус партнера, %

Дві третини (67%) опитаних зазначили, що вони не мають неповнолітніх дітей, які перебувають на їх утриманні. У решти 33% опитаних діти є. Здебільшого йдеться про 1 дитину (20%). Про наявність 2 дітей зазначили 11% опитаних, а 2% мають 3 і більше дітей.

Серед опитаних домінують люди із загальною середньою або середньою спеціальною освітою (70%). Вищу освіту мають 21% опитаних (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Рівень освіти респондентів, %

Ту чи іншу форму оплачуваної зайнятості мають 69% опитаних, ще 5% отримують пенсію. Таким чином, не мають ніякого особистого доходу чверть (26%) опитаних (рис. 1.5).

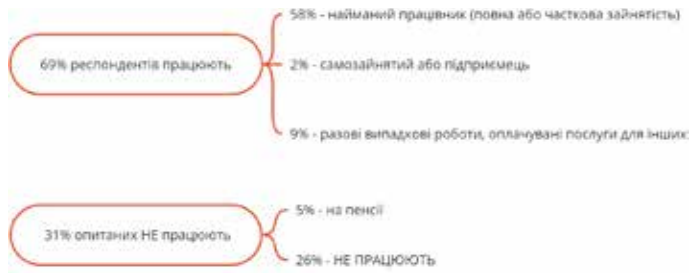


Рис. 1.5. Зайнятість респондентів, %

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, 17% респондентів стикалися із такими ситуаціями систематично, ще 53% опитаних – час від часу. При цьому частка тих, хто живе за межею бідності (регулярно не може задовольнити базові потреби) серед непрацюючих респондентів досягає 25%. Цікаво, що проблеми щодо задоволення своїх базових потреб час від часу виникають як у тих респондентів, які мають постійне джерело доходу, так і у тих, хто його не має (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)

Майже дві третини (63%) опитаних зазначили, що вони не належать до жодної із ключових груп, натомість 37% - 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 (49% проти 11% 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

Жоден із респондентів не зазначив, що про їхній ВІЛ-статус не знає ніхто із представників їхнього соціального оточення. Абсолютно у кожного респондента є хоча б хтось, поінформований про його ВІЛ-статус. Найчастіше йшлося про сімейного лікаря, подружжя/партнера та інших дорослих членів сім'ї, а також про друзів. Окрім цього, респонденти із числа споживачів наркотиків, найчастіше 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	77*	13*(10 осіб)	10*(10 осіб)
Сімейний лікар	69	20	14
Подружжя/партнер	61	15	9
Дорослі члени сім'ї (крім подружжя/партнера)	60	19	11
Друзі	48	11	6
Діти	21	10(9 осіб)	2(9 осіб)
Представники влади (поліція, судді, органи слідства тощо)	13	27 (14 осіб)	4 (14 осіб)
Колеги	10	5 (2 особи)	0,5 (2 особи)
Роботодавець	9	3 (1 особа)	0,2 (1 особа)
Сусіди	5	29 (6 осіб)	2 (6 осіб)
Місцеві лідери (напр., політичні, релігійні лідери)	4	6 (1 особа)	0,2 (1 особа)
Викладачі/адміністрація навчального закладу	1	75 (3 особи)	0,7 (3 особи)
Однокласники/одногрупники	1	25 (1 особа)	0,2 (1 особа)

*Показник розрахований лише для споживачів наркотиків (n=103)

**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

24% 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.

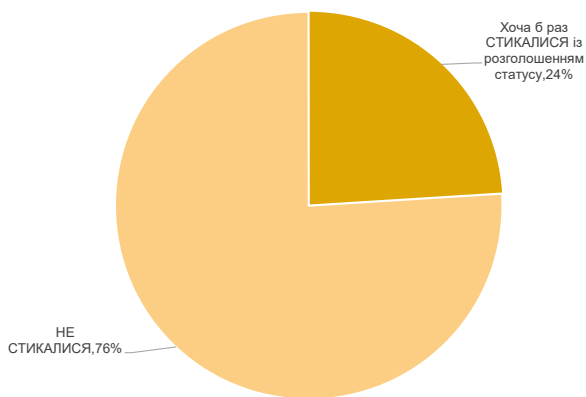


Рис. 2.1. Частка ЛЖВ, чий ВІЛ-статус був відкритий оточуючим без їхньої згоди, %

Випадки несанкціонованого розголошення ВІЛ-статусу є доволі поширеними як щодо представників близького соціального оточення (напр., подружжя/партнера, інших родичів), так і щодо сусідів, викладачів/одногрупників, представників органів державної влади. Особливої уваги заслуговує несанкціоноване розголошення ВІЛ-статусу сімейним лікарям, що судячи з результатів дослідження є усталеною практикою (табл. 2.1).

Понад дві третини респондентів (69%) погодилися, повністю або частково, з твердженням про те, що з часом розкриття ВІЛ-статусу дається їм легше. При цьому простежується тенденція щодо того, що 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 двох випадках із трьох (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. Кожен четвертий респондент (24%) хоча б раз стикався із несанкціонованим розголошенням діагнозу.

3. Досвід стигми та дискримінації з боку представників соціального оточення

Більшість опитаних не стикалися із запропонованими для оцінки формами стигматизації і дискримінації з боку представників соціального оточення (від 62% до 92% залежно від форми). Разом із тим протягом останнього року ті чи ті прояви СіД відчували на собі 10% опитаних, раніше, ніж протягом останнього року – 43% (табл. 3.1).

Найбільш поширеними формами СіД в досвіді респондентів є вербальні образи, плітки з боку сторонніх людей (34%) та негативні висловлювання членів сім'ї (23%). Дещо рідше зустрічаються усне насильство з боку інших людей (10%), дискримінаційні дії щодо членів сім'ї респондента (8%), шантаж (7%), заборона брати участь у домашніх справах (5%), фізичне насильство (5%). У сфері зайнятості відчували стигму і дискримінацію 6-8% опитаних.

Інтегральні показники СіД показують частку респондентів, які зазнали хоча б одного із проявів нетолерантного ставлення або дискримінаційної поведінки з боку оточення протягом року, що передував дослідженню, або раніше. Індекси СіД з боку соціального оточення дещо вищі серед ЛЖВ молодшого і середнього віку, а також серед жінок, хоча ці відмінності не є статистично значимими (табл. 3.2).

Досвід образ і дискримінації накопичується протягом життя із ВІЛ, на що вказує зростання інтегральних показників зі збільшенням стажу життя з ВІЛ-інфекцією. Так, рівень ретроспективного індексу СіД становить 30% серед респондентів зі стажем життя з ВІЛ до 5 років, тоді як серед осіб із стажем понад 10 років цей індекс дорівнює 53% (відмінності значимі при $p=0,01$).

Таблиця 3.1. Досвід стигматизації та дискримінації 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	2	89	8
Не допускали до участі в релігійних заходах або відвідування молитовних місць	1	0	87	12
Не допускали до участі в домашніх справах (наприклад, приготування їжі, спільна трапеза, сон в одній кімнаті тощо)	1	4	91	4
Члени сім'ї висловлювалися негативно або пліткували про ЛЖВ	3	20	74	3
Інші люди (не члени сім'ї) висловлювалися негативно або пліткували	6	28	62	4
Усний осуд, усне насильство з боку іншої людини (наприклад, крики, лайка)	4	6	90	3
Шантаж	1	6	90	3
Фізичне насильство з боку іншої людини (наприклад, стусани, поштовхи, удари)	1	4	92	3
Відмови в працевлаштуванні, втрата роботи або заробітку	1	5	81	13
Зміни у посадових обов'язках, виді діяльності або відмова в службовому просуванні	1	3	82	14
Дискримінація подружжя/партнера або дитини/дітей	1	7	78	14
Інтегральний показник*	10*	43*	-	-

*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

Серед КГН ретроспективний індекс СіД дорівнює 57%, в тому числі серед СН – 58%. Серед осіб, які не відносяться до КГН, ця частка нижча – 35% (відмінності між КГН і не-КГН значимі при $p=0,01$). Протягом останнього року хоча б однієї із форм стигми і дискримінації зазнавали 13% представників КГН, серед не-КГН таких 8% (рис. 3.1).

Загалом мають досвід таких проявів СіД, як вербальне насильство – 37% КГН, негативні висловлювання/плітки – 31%, дискримінація членів родини – 13%, фізичне насильство – 8%, недопущення до домашніх справ – 7%, проблеми із працевлаштуванням – 6%, недопущення до участі в громадських заходах – 4%. Серед не-КГН ці показники є нижчими.

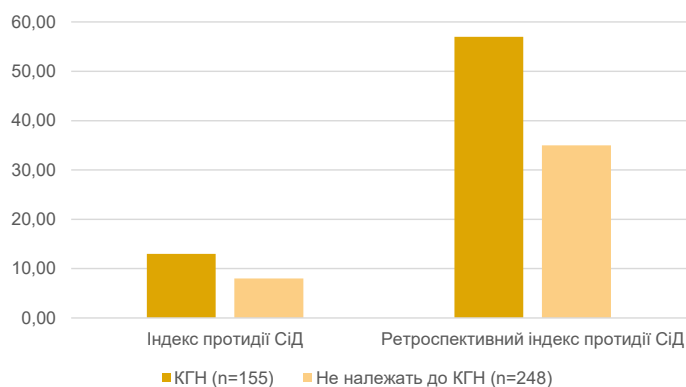


Рис. 3.1. Стигма і дискримінація з боку оточення, % за належністю до КГН

Отже, процеси поширення толерантного та інклюзивного ставлення до ЛЖВ з боку соціуму потребують подальшого відстеження. Ситуацій стигматизації і дискримінації за оцінками респондентів з часом стає менше. Проте кожен десятий опитаний стикався із проявами СіД протягом останнього року, серед КГН таких більше – 13%.

4. Внутрішня стигма та життєстійкість

Недружнє, а часом і вороже ставлення з боку зовнішнього оточення сприяє формуванню внутрішньої стигми, самодискримінації серед ЛЖВ. Протягом останнього року значна частина опитаних відчували негативний вплив ВІЛ-статусу на своє життя. Найбільш відчутними були зміни у сфері міжособистісних відносин: 40% ЛЖВ зазначили про погіршення здатності будувати романтичні відносини, 38% – встановлювати близькі та безпечні відносини з іншими людьми, 29% – вказали на зменшення бажання мати дітей. Страждають такі соціально-психологічні якості, як впевненість у собі (42%), стресостійкість (36%), самоповага (35%), повага до інших (15%). Негативні зміни щодо досягнення своїх особистих та професійних цілей помітили 20% опитаних. На погір-

шення здатності брати участь у житті спільноти за місцем проживання вказали 6%, брати участь у житті релігійної громади – 3%. Частка осіб, які відзначили негативний вплив ВІЛ-статусу хоча б на один аспект свого життя, становить 75% (табл. 4.1).

Переважна більшість опитаних обирали нейтральний варіант відповіді («ВІЛ-статус не вплинув») щодо таких можливостей, як залучення до публічної/громадської діяльності (79%), залучення до релігійних практик (78%), повага до інших (75%), досягнення особистих та професійних цілей (69%), самоповага (62%), стресостійкість (60%), впевненість у собі (54%).

Певна частина опитаних (19%) зазначила про позитивний вплив ВІЛ-статусу хоча б на один (або більше) аспект свого життя (індекс позитивного впливу). Респонденти вказували насамперед на позитивні зміни у сфері міжособистісних відносин: покращилася здатність будувати близькі та безпечні відносини з іншими людьми (9%), зросла повага до інших людей (9%). Від 2% до 4% ЛЖВ відзначили підвищення самоповаги, стресостійкості, впевненості у собі, вміння досягати професійних і особистих цілей. Можливості громадської, релігійної участі покращилися для 2-3% ЛЖВ.

Представники молодших вікових груп, чоловіки та ЛЖВ, які живуть з ВІЛ порівняно недавно зазвичай більш позитивно оцінювали вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти свого життя (табл. 4.2.). Щоправда, вказані відмінності не є статистично значимими.

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	4	45	40	11
Впевненість в собі	3	54	42	1
Здатність будувати близькі та безпечні відносини з іншими людьми	9	50	38	3
Здатність справлятися зі стресом/напругою	4	60	36	0
Бажання мати дітей	2	43	29	26
Самоповага	2	62	35	1
Досягнення своїх особистих та професійних цілей	3	69	20	8
Повага до інших	9	75	15	1
Здатність брати участь в житті спільноти (міста, села тощо, де ви живете)	3	79	6	12
Здатність практикувати свою віру/релігію так, як Ви хочете (відвідувати служби, святі місця, дотримуватися обрядів тощо)	2	78	3	17
ІНДЕКСИ ВПЛИВУ ВІЛ-СТАТУСУ НА ЖИТТЯ	19**		75*	

*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
Вік	18-34 роки (n=99)	22	68
	35-49 років (n=247)	18	77
	старше 50 років (n=57)	16	81
Стать	Жінка (n=186)	20	78
	Чоловік (n=217)	18	73
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=248)	15*	75
	Представники КГН (n=155)	25*	76
	СН (n=103)	25	70
Стаж життя з ВІЛ	0-5 років (n=152)	18	77
	6-10 років (n=87)	15	78
	Понад 10 років (n=164)	21	72

*Відмінності за стовпчиком значимі при $p=0.05$

Представники КГН більш схильні демонструвати позитивну налаштованість у даному питанні. Так, серед КГН індекс позитивного впливу сягає 25%, тоді як серед не-КГН він становить 15% (відмінності значимі при $p=0,05$). Показник індексу негативного впливу не відрізняється для КГН (76%) і не-КГН (75%) – рис. 4.1.

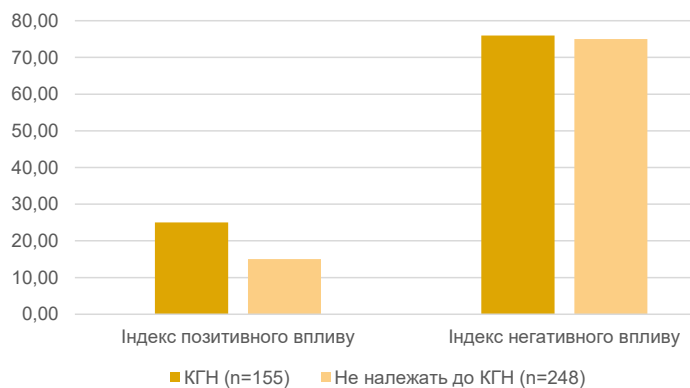


Рис. 4.1. Вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти життя респондентів, % залежно від належності до КГН

Щодо оцінок впливу ВІЛ-статусу у минулі роки, більше половини (55%) ЛЖВ обрали відповідь "було приблизно так само", 29% – зазначили, що "було гірше", тобто нині ситуація є відносно кращою, 16% вважають що в даний момент ситуація погіршилася ("раніше було краще") – рис. 4.2.

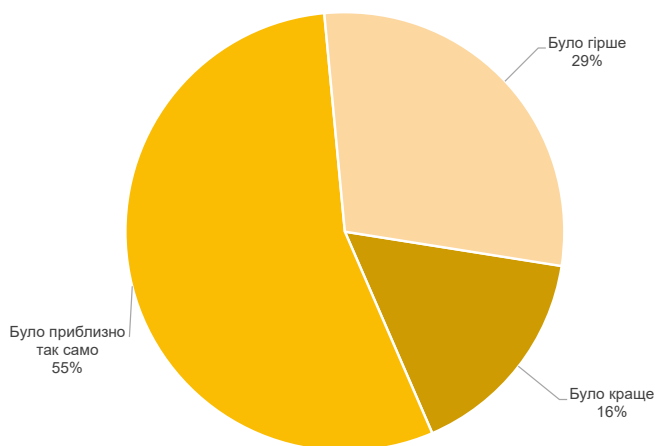


Рис. 4.2. Розподіл відповідей на запитання: «А раніше, ніж 12 місяців тому, як впливав Ваш ВІЛ-статус на зазначені аспекти Вашого життя?», %

Функціонування в суспільстві негативних стереотипів, упереджень щодо ЛЖВ сприяє формуванню серед них проявів самостигматизації та самодискримінаційних обмежень. Поширеними є приховування свого статусу (87%), страх розкрити його незнайомим людям (85%). Більше

половини ЛЖВ переживають почуття провини (56%), сорому (54%) за свій ВІЛ-статус. Відчуття непотрібності, уявної забрудненості переживали 37-40% респондентів (табл. 4.3).

Для оцінки поширеності таких самостигматизаційних уявлень серед ЛЖВ було розраховано два індекси. Індекс самостигматизації-6 охоплює тих, хто переживав хоча б один із шести наведених в опитувальнику проявів і сягає 95%, тоді як індекс самостигматизації-4 характеризує поширеність серед ЛЖВ саме внутрішніх негативних емоцій щодо себе. Його значення становить 70% (табл. 4.3).

Вік і стать значимо не впливають на частоту проявів самостигматизації. Зі зростанням стажу життя з ВІЛ інтенсивність проявів самостигматизації дещо зменшується. Зокрема, індекс самостигматизації-4 серед опитаних зі стажем життя з ВІЛ до 5 років становить 74% проти 67% серед групи, чий діагноз було встановлено понад 6 років тому (табл. 4.4). Щоправда, вказані відмінності не є статистично значимими. Індекс самостигматизації-4 серед представників КГН є дещо вищим (75%) порівняно із не-КГН (66%). Щоправда, вказані відмінності також не є статистично значимими при $p=0,05$.

Упереджене ставлення з боку соціального оточення, формування негативного образу себе може підштовхувати ЛЖВ до прийняття самодискримінаційних рішень. Серед таких рішень поширеними є уникання інтимних відносин (17%), відмова від звернення за медичною допомогою (12%), утримання від контактів з рідними і друзями (10%), звільнення з роботи/відмова від пошуку роботи (7%), неучасть у громадських заходах (6%), відмова від можливості отримати соціальну допомогу (5%) – табл. 4.5.

Інтегральний показник самодискримінації, тобто частка осіб, які обрали хоча б один із вказаних варіантів соціального самовиключення, становить 29%. Серед осіб із меншим стажем життя з ВІЛ (до 6 років) його рівень є значимо вищим (36%) порівняно із респондентами, які живуть з ВІЛ давно, що вочевидь пояснюється тим, що ЛЖВ, чий діагноз було встановлено порівняно давно, вже

з змогли прийняти свій діагноз (самостійно або за допомогою співробітників НУО) (табл. 4.6).

Таблиця 4.3. Прояви самостигматизації серед ЛЖВ, %

Прояви самостигматизації	Згоден/ згодна	Індекс-6	Індекс-4
Мені важко розповісти малознайомій людині про свою ВІЛ-інфекцію	85	+	
Я приховую свій ВІЛ-статус від інших людей	87	+	
Я відчуваю себе винним/-ою у своїй ВІЛ-інфекції	56	+	+
Мені соромно за те, що я ВІЛ-позитивний/-а	54	+	+
Іноді я відчуваю себе непотрібною/-им/ нічого не вартою / -им через те, що я ВІЛ-позитивний/-а	37	+	+
Я відчуваю себе брудним/брудною через свою ВІЛ-інфекцію	40	+	+
ІНДЕКСИ САМОСТИГМАТИЗАЦІЇ:		95*	70**

*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, % залежно від соціально-демографічних характеристик

Категорії		Індекс-6	Індекс-4
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=248)	96	66
	Представники КГН (n=155)	94	75
	СН (n=103)	92	73
Стаж життя з ВІЛ	0-5 років (n=152)	99	74
	6-10 років (n=87)	97	67
	Понад 10 років (n=164)	92	67

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

Рішення	Ні	Не стосується	Так
Ви вирішили не займатися сексом	74	9	17
Вирішили не звертатися за медичною допомогою	86	2	12
Ви ізолювалися від сім'ї та/або від друзів	87	3	10
Вирішили не звертатися за соціальною допомогою	81	12	7
Вирішили не влаштовуватися на роботу або звільнилися з роботи	90	4	6
Вирішили не відвідувати громадські заходи	90	5	5
Індекс самодискримінації:			29*

*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, % за стажем життя з ВІЛ

Категорії		Індекс самодискримінації
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=248)	23*
	Представники КГН (n=155)	39*
	СН (n=103)	27
Стаж життя з ВІЛ	0-5 років (n=152)	36**
	6-10 років (n=87)	24
	Понад 10 років (n=164)	25**

Представники КГН більш схильні до самообмежуючих рішень або дій (інтегральний показник самодискримінації – 39%), порівняно із ЛЖВ, які до них не належать (23%). Відмінності значимі при $p=0,01$. При цьому для СН цей індекс є нижчим (27%), ніж для КГН в цілому (39%).

Таким чином, прояви самостигматизації і самодискримінації досить поширені серед ЛЖВ-мешканців Одеси. Негативний вплив ВІЛ-статусу на різні аспекти свого життя протягом останнього року відчували 75% опитаних, негативні емоції щодо себе (сором, вина, уявна забрудненість, непотрібність) властиві 70% респондентів, самодискримінаційні рішення приймали 29% ЛЖВ.

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).

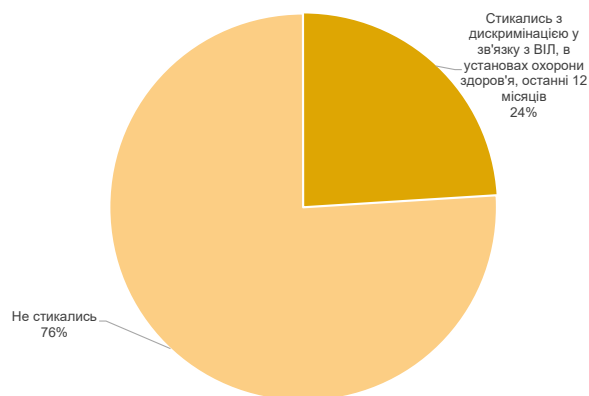


Рис. 5.1. Інтегральний показник СіД в медичній сфері, %

Представники ключових груп населення частіше стикаються зі стигматизуючим ставленням або дискримінаційними діями з боку медичних працівників – про те, що стикались з СіД в медичних закладах повідомили 30% представників КГН порівняно з 21% 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 (в тому числі 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 (в т.ч. 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 вибірки дослідження.

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. Зокрема з відмовами у медичних послугах стикалися 4% опитаних (14 осіб), з відмовою у стоматологічних послугах – 2% респондентів (7 осіб), з відмовами у послугах в сфері репродуктивного здоров'я (напр., призначення контрацепції) не стикався ніхто із опитаних.

◆ 5.2. Тестування на ВІЛ

Для більшості опитаних респондентів (82%) проходження тестування на ВІЛ було їх власним рішенням. При цьому, 69% вирішили пройти тестування свідомо і з власної волі, а 13%, хоч і прийняли рішення пройти тестування самостійно, але зробили це під тиском з боку інших людей. Майже восьма частина опитаних (13%) зазначили, що їм зробили тест без їхнього відома і вони дізналися про це вже після того, як зробили тест. Ще 1% ЛЖВ примусили пройти тест на ВІЛ без їхньої згоди (рис. 5.2).

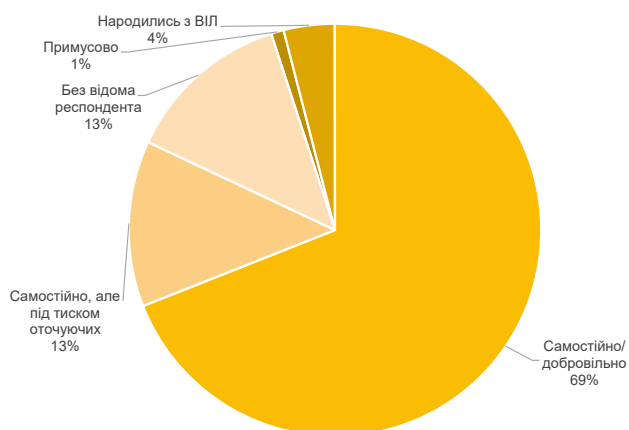


Рис. 5.2. Добровільність прийняття опитаними рішення про проходження КІТ, %

Необхідно зазначити, що серед чоловіків частка тих, хто прийняв рішення пройти тестування на ВІЛ самостійно та добровільно, значимо більша, ніж серед жінок – 74% порівняно з 63% (табл. 5.1).

Спостерігається позитивна тенденція щодо збільшення частки добровільно та свідомо протестованих на ВІЛ залежно від тривалості життя з відомим ВІЛ-статусом: від 62% для тих, чий діагноз було встановлено понад 6 років тому до 84% – для респондентів зі стажем до 2 років (табл. 5.2).

Крім того, респонденти, які не належать до жодної з ключових груп, частіше проходили тестування на ВІЛ самостійно та добровільно (табл. 5.3).

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 – 40% 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 (3%) 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 актуальною для 27% опитаних. Крім того, 13% мали симптоми, які, на думку респондентів, могли свідчити про наявність ВІЛ. 8% пройшли тестування просто тому, що хотіли знати свій ВІЛ-статус (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Причина проходження тестування на ВІЛ, %

Таблиця 5.1. Добровільність проходження КіТ, % за статтю

	Жінки (n=186)	Чоловіки (n=217)
Самостійно/добровільно	63	74
Самостійно, але під тиском оточуючих	16	10
Без відома респондента	15	12
Примусово	1	1
Народилися з ВІЛ/отримали ВІЛ в дитинстві	5	2

Таблиця 5.2. Добровільність проходження КіТ, % за стажем життя з ВІЛ

	0-2 роки (n=25)	2-5 років (n=157)	6-10 років (n=87)	Понад 10 років (n=164)
Самостійно/добровільно	84	80	62	62
Самостійно, але під тиском оточуючих	12	9	18	13
Без відома респондента	4	10	15	16
Примусово		1	1	1
Народилися з ВІЛ/отримали ВІЛ в дитинстві			3	7

Таблиця 5.3. Добровільність проходження КіТ, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=248)	Представники КГН (n=155)
Самостійно/добровільно	76	63
Самостійно, але під тиском оточуючих	9	19
Без відома респондента	11	16
Примусово	1	1
Народилися з ВІЛ/отримали ВІЛ в дитинстві	6	

Таблиця 5.4. Головна причина проходження тестування на ВІЛ, % за віком

	18-34 роки (n=76)	35-49 років (n=211)	старше 50 років (n=44)
Направлення медичного працівника	21	48	34
Підозра про ризик ВІЛ-інфекції	33	24	30
Погане самопочуття, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	13	12	20
Просто хотілося знати	13	5	9
Вимога в рамках певних процедур (працевлаштування, отриманні візи тощо)	9	3	7
В результаті взаємодії з НУО	7	3	
Інша причина	4	6	

Для респондентів молодшого віку (18-34 роки) більш актуальними, порівняно з представниками середньої вікової групи, є причини «Просто хотілося знати», «В результаті взаємодії з НУО» та «Це було вимогою (наприклад, при працевлаштуванні, отриманні візи тощо)». Водночас, вони рідше проходили тестування за направленням медичного працівника (табл. 5.4).

Чоловіки частіше проходять тестування на ВІЛ через підозру про наявність ВІЛ-інфекції –32% порівняно з 20% серед жінок. Жінки частіше, ніж чоловіки зазначали в якості причини проходження

тестування вимоги (працевлаштування, отримання візи тощо) – 9% порівняно з 2%

Представники ключових груп населення рідше порівняно із респондентами, які до них не належать, проходять тестування за направленням медичних працівників (30% порівняно з 47%). При цьому, представники КГН частіше проходили тестування через наявність підозри про ризик ВІЛ (36% порівняно з 21%) (табл. 5.5).

Більшість опитаних (71%) пройшли тестування на ВІЛ одразу ж, як тільки задумалися про те, що потрібно його пройти. Ще 11% респондентів пройшли тестування впродовж півроку, після того, як ідея пройти тестування спала їм на думку. 12% ЛЖВ зволікали з проходженням тестування від 6 місяців і більше (рис. 5.4).

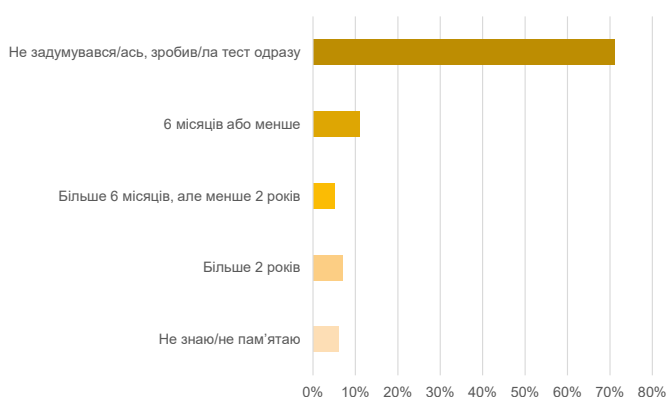


Рис. 5.4. Проміжок часу між моментом, коли респонденти вперше задумалися про проходження тестування, та моментом, коли вони його пройшли, %

Таблиця 5.5. Головна причина проходження тестування на ВІЛ, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=203)	Представники КГН (n=128)
Направлення медичного працівника	47	30
Підозра про ризик ВІЛ-інфекції	21	36
Погане самопочуття, думали, що це може бути пов'язано з ВІЛ	14	12
Просто хотілося знати	8	6
Вимога в рамках певних процедур (працевлаштування, отриманні візи тощо)	3	9
В результаті взаємодії з НУО	2	4
Інша причина	5	4

Представники ключових груп населення більш схильні до тривалого зволікання із проходженням тестування, порівняно із тими респондентами, які до таких груп не належать (табл. 5.6). Так, серед тих, хто не є представником жодної КГН, 78% опитаних проходили тестування одразу, тоді, як серед представників ключових груп частка таких респондентів складає 59%.

Третина всіх опитаних (33%) зазначили, що побоювалися реакції з боку інших людей (друзів, членів сім'ї, роботодавця або знайомих) на можливий позитивний результат тесту на ВІЛ, що змусило їх відкласти проходження тестування.

Таблиця 5.6. 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=203)	Представники КГН (n=128)
Не задумувався/ась, зробив/ла тест одразу	78	59
6 місяців або менше	6	18
Більше 6 місяців, але менше 2 років	5	5
Більше 2 років	5	11
Не знаю/не пам'ятаю	5	7

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

Чотири п'ятих опитаних ЛЖВ (80%) зазначили, що відклали звернення за медичною допомогою з приводу лікування ВІЛ. Частка ЛЖВ, які відклали початок лікування, серед респондентів середнього віку (35-49 років) вища, ніж серед респондентів інших вікових груп і становить 84% порівняно з 71% серед опитаних віком 18-34 роки та 72% серед старшої вікової групи (50+ років).

Для респондентів, які мали перерву між встановленням діагнозу «ВІЛ-інфекція» та початком лікування ВІЛ, основними причинами цієї перерви були побоювання, що сторонні люди дізнаються про ВІЛ-статус (актуально для 75% респондентів, які відклали лікування) або що про ВІЛ-статус дізнається сім'я або друзі (72%) (рис. 5.6). Також значна кількість опитаних не були готові що-небудь робити з ВІЛ-інфекцією або побоювалися негативного відношення або дискримінаційних дій з боку медичних працівників (71% та 64% відповідно). Попередній негативний досвід взаємодії з медичними працівниками, внаслідок якого було відкладено лікування ВІЛ, мали 41% опитаних.

Коли-небудь переривали лікування ВІЛ 44% опитаних. Основною причиною відкладання відновлення лікування після перерви ВІЛ був страх, що сторонні люди дізнаються про ВІЛ-статус

(49% тих, хто переривав лікування) (рис. 5.7).

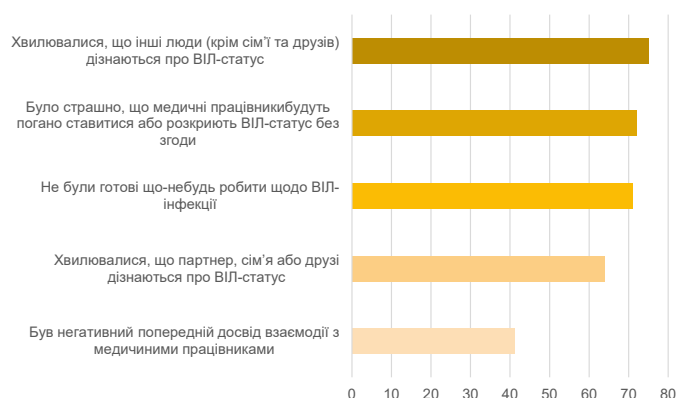


Рис. 5.6. Причини відкладання медичного нагляду та лікування ВІЛ, % до тих, хто відкладав (n=309)

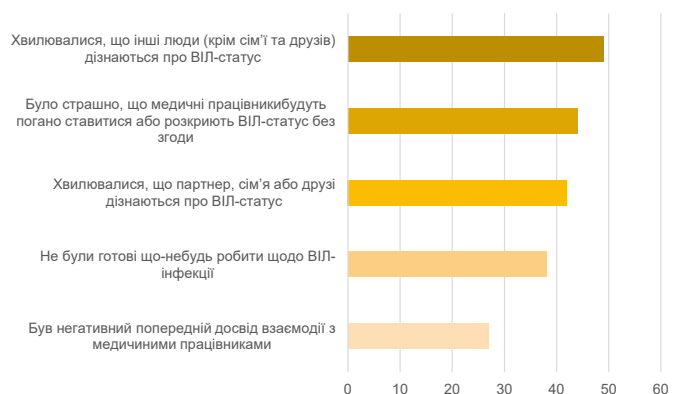


Рис. 5.7. Причини відкладання відновлення лікування ВІЛ при перериванні, % до тих, хто переривав (n=172)

Серед всіх опитаних 10% ніколи не отримували антиретровірусну терапію (АРТ); відповідно, 90% мають досвід отримання АРТ. Серед опитаних, які коли-небудь отримували терапію, 7% почали прийом АРТ одразу після встановлення діагнозу

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».

«ВІЛ-інфекція»; ще більше чверті опитаних (27%) почали її прийом впродовж місяця з моменту встановлення діагнозу. Майже третина респондентів почали приймати АРТ після 2 років життя з ВІЛ (рис. 5.8).

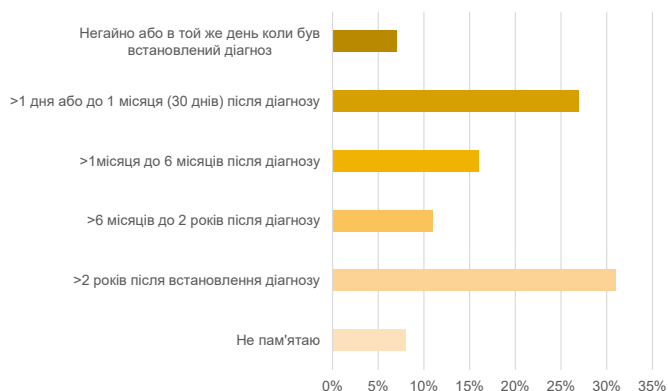


Рис. 5.8. Початок прийому АРТ, % до тих, хто приймав АРТ (n=350)

Спостерігається досить чітка залежність термінів початку прийому АРТ від стажу життя з ВІЛ: чим довше респонденти живуть з ВІЛ, тим пізніше після встановлення діагнозу вони починали приймати АРТ (табл. 5.7). Останнє вочевидь пов'язано зі зміною протоколів лікування ВІЛ у відповідності із міжнародними вимогами щодо максимально 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, порівняно з тими ЛЖВ, які не належать до КГН (22% порівняно з 42%); водночас, серед КГН більша частка тих, хто почав прийом АРТ після двох років після встановлення діагнозу і пізніше (41% порівняно з 24%) (табл. 5.8).

Для більшості ЛЖВ, які приймають (або колись приймали) 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 (64%). Ще чверть опитаних (25%) також приймали рішення самостійно, але вирішили почекати і почали лікування пізніше. 3% опитаних ЛЖВ повідомили, що медичний персонал приму-

сив їх почати лікування (рис. 5.9).

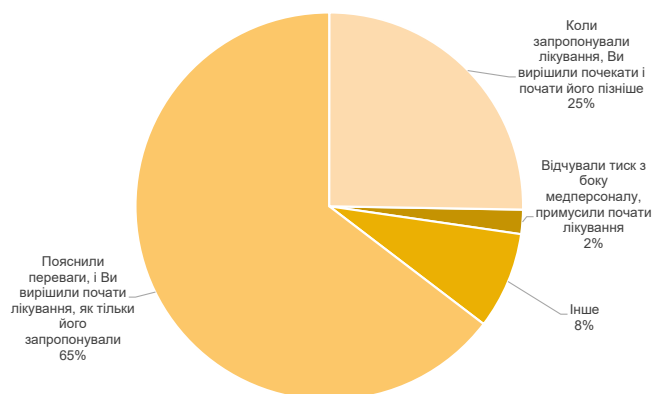


Рис. 5.9. Добровільність рішення про початок прийому АРТ, % до тих, хто приймав АРТ

При цьому, спостерігається залежність від стажу життя з ВІЛ: серед тих, чий діагноз було встановлено порівняно недавно, більше тих, хто почав лікування негайно, свідомо та добровільно (табл. 5.9).

Серед тих, хто коли-небудь починав прийом АРТ, дещо більше половини опитаних (55%) не припиняли прийом АРТ протягом останніх 12 місяців, відповідно 45% мали переривання АРТ за останній рік. Серед представників ключових груп населення переривань АРТ за останній рік було більше – 51% зазначили про наявність проблем з прийомом АРТ, порівняно з 38% серед тих ЛЖВ, хто не відноситься до жодної КГН.

Респонденти, які мали проблеми з прихильністю до АРТ, у якості причин переривання прийому препаратів, досить часто вказували фактори, пов'язані зі стигмою. Зокрема найчастіше йшлося про побоювання, що хто-небудь дізнається про ВІЛ-статус (35%) та відсутність готовності що-небудь робити щодо свого ВІЛ-статусу (33%). Окрім цього респонденти зазначали про страх, що медичні працівники будуть погано ставитися до респондента або розкриють ВІЛ-статус без його згоди (13%). 1% 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, демонструє, що серед тих респондентів, які коли-небудь починали прийом АРТ, 34% не переривали

лікування АРТ; 26% опитаних переривали, але раніше, ніж протягом останніх 12 місяців. Частка тих, хто раніше приймав АРТ, але на даний момент не приймає її складає 30%. Головними не пов'язаними зі стигмою причинами того, що на даний момент ці опитані не приймають лікування від ВІЛ, вони назвали відсутність АРВ-препаратів (35%), важкість перенесення побічних ефектів препаратів (25%), а також те, вони що не відчувають, що лікування необхідне (22%) (рис. 5.10).

Таблиця 5.7. Початок прийому АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

	0-2 роки (n=21)	2-5 років (n=107)	6-10 років (n=79)	Понад 10 років (n=143)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	33	10	5	1
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	57	40	27	13
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	0	25	16	12
>6 місяців до 2 років після діагнозу	5	11	14	11
>2 років після встановлення діагнозу	0	12	29	50
Не пам'ятаю	5	1	9	13

Таблиця 5.8. Початок прийому АРТ, % за належністю до КГН

	Не належать до КГН (n=206)	Представники КГН (n=144)
Негайно або в той же день, коли був встановлений діагноз	10	2
>1 дня або до 1 місяця (30 днів) після діагнозу	32	19
>1 місяця до 6 місяців після діагнозу	16	17
>6 місяців до 2 років після діагнозу	11	12
>2 років після встановлення діагнозу	24	41
Не пам'ятаю	7	9

Таблиця 5.9. Добровільність рішення про початок АРТ, % за стажем життя з ВІЛ

	0-2 роки (n=21)	2-5 років (n=107)	6-10 років (n=79)	Понад 10 років (n=143)
Пояснили переваги, і Ви вирішили почати лікування, як тільки його запропонували	86	76	68	49
Коли запропонували лікування, Ви вирішили почекати і почали його пізніше	10	18	22	35
Відчували тиск з боку медперсоналу, примусили почати лікування	0	2	1	4
Інше	5	5	9	12

⁷ Розраховано, як частку респондентів, які в питанні «29. Якщо Ви протягом останніх 12 місяців припинили 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 припинили 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.

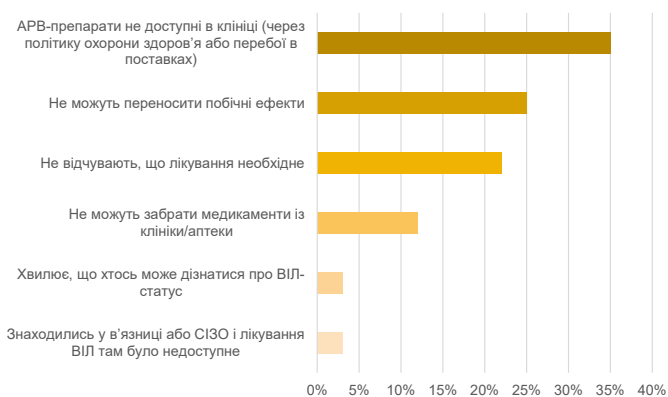


Рис. 5.10. Причини переривання АРТ (не пов'язані зі стигмою), % до тих, хто переривав (n=106)

Для чверті (24%) тих респондентів, які почали прийом АРТ-препаратів, але за останні 12 місяців мали переривання, страх, що хтось може дізнатися про їх ВІЛ статус, був причиною того, що вони пропускали прийоми АРТ.

Майже дві третини всіх опитаних ЛЖВ (63%) 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 (21% та 5% відповідно). У 5% вірусне навантаження визначається або вірус не пригнічений. Також, 5% повідомили про те, що не знають, що таке вірусне навантаження або вірусна супресія.

Більшість опитаних (94%) зазначили про наявність досвіду отримання послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ. Найбільша частка ЛЖВ (88%) 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. 5.11).

Серед респондентів, які залучені до лікування ВІЛ-інфекції, 20% 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. Найбільш поширеними формами СіД були лихослів'я і плітки, а також розкриття статусу медичним працівником без згоди респондента (рис. 5.12).

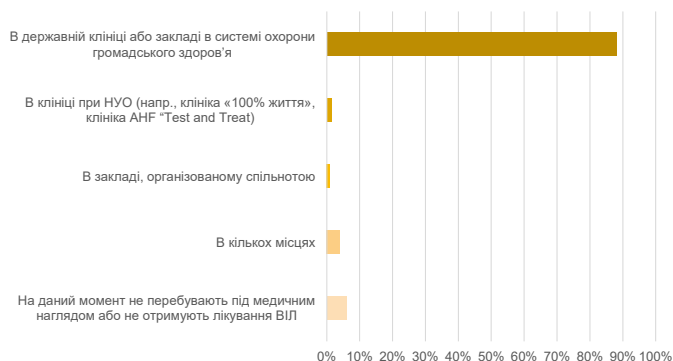


Рис. 5.11. Місця отримання послуг, пов'язаних з медичним наглядом та лікуванням ВІЛ, %

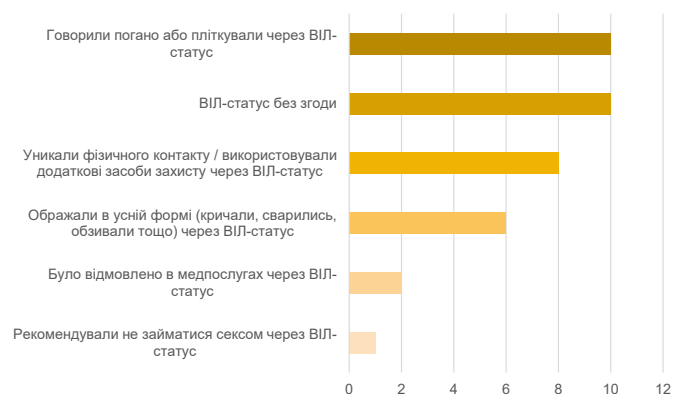


Рис. 5.12. Прояви стигми та дискримінації з боку працівників медичних закладів з лікування ВІЛ (за останні 12 місяців), % серед тих, хто перебуває під медичним наглядом або отримує лікування ВІЛ (n=377)

Важливо зазначити, що зі стигмою та дискримінацією з боку працівників медичних закладів при отриманні послуг з лікування ВІЛ жінки стикались частіше (або просто більше звертали на це уваги): 25% жінок зазначили, що мали досвід негативних дій з боку працівників ВІЛ-сервісних ЗОЗ, порівняно з 16% серед чоловіків.

Серед ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом або отримують лікування ВІЛ, третина опитаних (42%) знають про існування клінік, створених спільнотою (НУО), в яких вони можуть отримувати послуги, пов'язані з лікуванням ВІЛ.

Ті, хто знають про існування клінік, створених спільнотами, демонструють достатньо високу поінформованість про конкретні послуги, які вони можуть отримати в таких клініках – тільки 1% не змогли назвати жодної послуги (рис. 5.13).



Рис. 5.13. Послуги, які можна отримати в клініках, створених спільнотами, %

Таким чином, в результаті дослідження виявлено певні проблеми несвоєчасного початку лікування ВІЛ-інфекції, низької прихильності ЛЖВ до прийому АРТ. Зокрема чотири п'ятих (80%) опитаних ЛЖВ (за винятком тих, хто народився з ВІЛ/отримав ВІЛ-інфекцію в дитинстві) зазначили, що відклали початок медичного нагляду та лікування ВІЛ після отримання позитивного результату тестування. Коли-небудь переривали лікування ВІЛ 44% опитаних. Десята частина ЛЖВ, 10%, ніколи не отримували антиретровірусну терапію. За останні 12 місяців серед тих, хто коли-небудь розпочинав прийом АРТ, майже половина (45%) мали проблеми з лікуванням (припиняли прийом терапії).

Серед ЛЖВ, які залучені до лікування ВІЛ-інфекції, 20% 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.

◆ 5.4. Сексуальне та репродуктивне здоров'я

5% опитаних 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. При цьому жоден із опитаних чоловіків не повідомив про досвід СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (рис. 5.14).

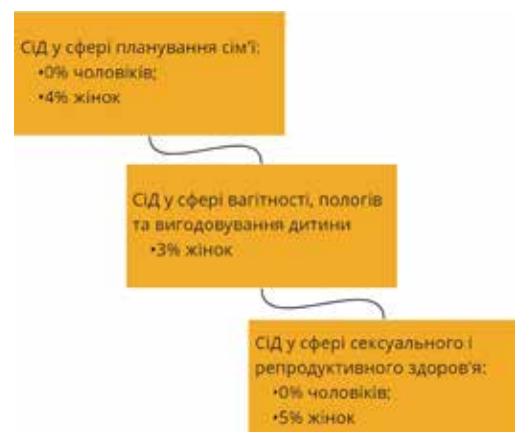


Рис. 5.14. Інтегральний показник СіД у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, % за статтю

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. 5.10).

Таблиця 5.10. 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 відповісти
Прояви СіД у сфері планування сім'ї, % до всіх респондентів				
Давали Вам пораду не ставати матір'ю/батьком	2	63	31	4
Тиснули на Вас або спонукали пройти стерилізацію	0,2	66	29,8	4
Провели Вам стерилізацію без Вашого відома або без Вашої згоди	0	68	29	3
Відмовили Вам в призначенні контрацепції чи послугах планування сім'ї	0	64	32	4
Сказали Вам, що для отримання лікування ВІЛ (АРТ) Вам необхідно використовувати контрацепцію, в т.ч. який-небудь конкретний її вид	1	76	20	3
Прояви СіД, пов'язані із вагітністю, пологами та вигодовуванням дитини, % до жінок (n=186)				
Вам рекомендували перервати вагітність	1	46	49	4
Тиснули на Вас, щоб Ви використовували конкретний вид контрацепції, а не консультували про різні види контрацепції і надавали можливість вибору	1	72	22	5
Тиснули на Вас при виборі конкретного способу пологів	1	43	53	3
Тиснули на Вас при виборі конкретного методу вигодовування дитини	1	42	54	3
Примушували Вас приймати АРТ, для зниження ризику передачі ВІЛ, а не запропонували це, як можливість	1	77	18	4

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

37% опитаних ЛЖВ оцінюють свій стан здоров'я як хороший. Тільки десята частина респондентів (9%) охарактеризували своє здоров'я, як погане. При цьому, у 52% опитаних за останні 12 місяців було виявлено хоча б одне із супутніх захворювань. Найпоширенішими є порушення психічного здоров'я (28%), неінфекційні захворювання (20%), а також вірусний гепатит (19%) (рис. 5.15). Три чверті (75%) ЛЖВ, які мали захворювання, отримували протягом останніх 12 місяців відповідне лікування.



Рис. 5.15. Діагнози, встановлені за останні 12 місяців, %

Майже половина ЛЖВ (47%) 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).

Рівень стигми та дискримінації при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ, є дещо вищим, ніж СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ. Зокрема 30% 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. Представники ключових груп населення стикались зі стигмою та дискримінацією в медичних закладах загального профілю частіше, ніж ті респонденти, які не належать до КГН (39% порівняно з 25%).

Найбільш частими проявами стигми та дискримінації з боку медичних працівників було уникнення фізичного контакту, розкриття ВІЛ-статусу без згоди респондента та плітки (рис. 5.16).

Найбільш частими проявами стигми та дискримінації з боку медичних працівників було уникнення фізичного контакту, розкриття ВІЛ-статусу без згоди респондента та плітки (рис. 5.16).



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 біля чверті всіх опитаних ЛЖВ (27%) 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).

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 12% (10% в ВІЛ-сервісних медичних закладах та 7% в загальних закладах охорони здоров'я).

Лише третина всіх респондентів (34%), переконані у абсолютній конфіденційності медичної документації щодо їхнього ВІЛ-статусу. 54% опитаних не знають, чи зберігається їхня медична документація конфіденційно, а 11% впевнені, що медична документація зберігається не конфіденційно.

Таким чином, результати дослідження показали, що рівень стигми та дискримінації при отриманні медичних послуг, не пов'язаних з ВІЛ, перевищує рівень СіД в закладах, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції. Так, п'ята частина

(30%) 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.

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

Понад дві третини (70%) опитаних ЛЖВ-мешканців Одеси знають про існування в українському законодавстві норм, які захищають від дискримінації людей, котрі живуть з ВІЛ. Впевнені у відсутності таких норм 4% респондентів, 26% визнають свою необізнаність в цьому питанні (рис. 6.1).

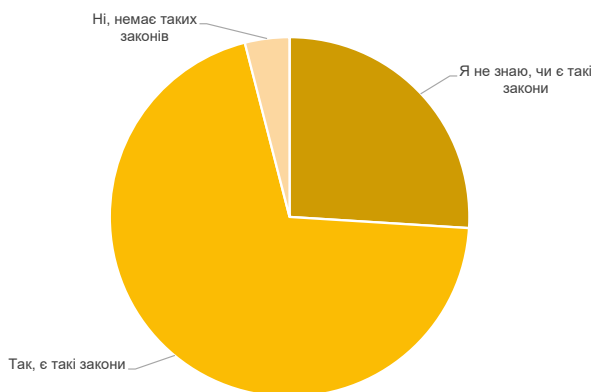


Рис. 6.1. Обізнаність про існування законів, які захищають ЛЖВ від дискримінації. %

Респонденти молодшого і середнього віку дещо менше обізнані із законами (67-69%, ніж особи старшого віку (76%). Опитані з вищою освітою дещо краще знають про існування відповідного законодавства (75%), ніж респонденти з нижчим рівнем освіти (68%), а представники КГН – дещо краще (73%), ніж не-КГН (67%). Хоча вказані відмінності не є статистично значимими.

Більшість опитаних зазначили, що вони не стикалися із порушенням своїх прав (табл. 6.1). Серед різновидів порушення прав респонденти найчастіше зазначали про примус займатися сексом (7%), примушування до публічного розкриття ВІЛ-статусу або розголошення статусу без згоди респондента (6%), вимушене проходження тестування на ВІЛ для отримання медичних послуг (6%), отримання пенсії (4%), працевлаштування (3%).

На випадки відмови у наданні притулку для жертв домашнього насильства вказали 1% опитаних жінок (не стикалися 99%). Перешкод в отриманні медичних послуг (в т.ч. в системі громадської охорони здоров'я, приватному секторі, послуг на базі спільноти) з боку чоловіка/партнера зазнавали 5% жінок, 3% об-

рали варіант "не хочу відповідати"; не стикалися з такими ситуаціями 92% опитаних жінок.

Для узагальненої оцінки ситуації щодо порушення прав ЛЖВ було розраховано інтегральні показники: індекс порушень прав протягом останнього року становить 7%, ретроспективний індексу порушень прав ЛЖВ – 17% (табл. 6.2).

За віком, статтю, рівнем освіти значимих відмінностей інтегральних показників не спостерігається. Натомість зі зростанням стажу життя з ВІЛ, досвіді ЛЖВ щодо порушення їхніх прав також розширюється: ретроспективний індекс порушення прав для осіб, які живуть з ВІЛ менше 5 років, становить 12% проти 25% для ЛЖВ, чий стаж життя з ВІЛ становить 6-10 років (відмінності значимі при $p=0,05$) – табл. 6.2.

Серед представників КГН індекс порушень прав протягом останнього року є вищим – 12%, (в тому числі серед СН – 7%) порівняно із не-КГН (3%). Відмінності між КГН і не-КГН за цим показником значимі при $p=0,01$. Подібний розподіл спостерігаємо й щодо ретроспективного індексу порушень прав ЛЖВ: КГН – 26%, СН – 17%, не-КГН – 14%. Відмінності між КГН і не-КГН також значимі при $p=0,01$.

Серед ЛЖВ, які стикалися протягом останніх 12 місяців із порушеннями своїх прав (27 осіб), лише один респондент намагався захистити себе від свавілля, а саме – подав скаргу та звернувся до спільноти/мережі/групи взаємодопомоги ВІЛ-позитивних осіб. В результаті проблема була вирішена. Решта опитаних не намагалися відстоювати свої права (24 особи) або зазначили, що порушення мало місце раніше, ніж 12 місяців тому (2 особи).

ЛЖВ, які не намагалися захищати свої права ($n=24$), у якості основної причини такого рішення вказували наступні чинники:

- не мали впевненості в успішному результаті (7 осіб);
- відсутність доказів порушення (5 осіб);
- були залякані і побоюлись діяти (4 особи);
- не знали, куди йти/що робити (3 особи);
- прислухалися до порад інших людей нічого не робити (3 особи);

• побоюлися, що такі дії призведуть до того, що люди дізнаються про ВІЛ-статус респондента (2 особи).

Серед способів протидії стигмі і дискримінації найбільш популярними є міжособистісна підтримка у середовищі ЛЖВ, роз'яснювальна діяльність (табл. 6.3). Так, надавали матеріальну чи емоційну підтримку іншим ВІЛ-позитивним людям 46% опитаних, намагалися пояснити тим, хто виявляв нетолерантність до інших ЛЖВ, що вони неправі – 41%, переконували осіб, які виявляли до опитаного стигму або дискримінацію, – 38% респондентів (протягом останнього року або раніше).

До участі в регулярній, організованій діяльності, інформаційних кампаніях проти СіД залучалися 19% опитаних, підтримували лідера спільноти в протидії СіД – 19%.

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

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	1
працевлаштування	1	2
отримання пенсії	3	1
відвідування навчального закладу або отримання стипендії	0	1
отримання медичних послуг	1	5
отримання медичного страхування	0,2	0
Інші форми порушення прав ЛЖВ, спричинені ВІЛ-статусом		
Респондент був заарештований або засуджений з причини, пов'язаної з ВІЛ-статусом	0	1
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	0,5	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	2	4
Респондента примусили займатися сексом проти його волі (в т.ч. фізично примусили)	1	6
ІНДЕКС ПОРУШЕННЯ ПРАВ ЛЖВ	7*	17*

*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

Кожен десятий респондент брав участь у підтримці політиків у протидії СіД та вирішенні інших проблем ЛЖВ. Досвід виступів у мас-медіа з цієї проблеми мають 4% ЛЖВ.

Загалом, як свідчать інтегральні показники, до будь-яких практик протидії стигматизації і дискримінації ЛЖВ протягом останнього року були залучені 27% респондентів, раніше, ніж протягом останнього року – 37% (табл. 6.3).

Про залучення до протидії СіД протягом останнього року дещо частіше повідомляли молоді люди (34%), порівняно із ЛЖВ середнього та старшого віку, хоча вказані відмінності не є значимими. Натомість про подібний досвід у попередні роки частіше повідомляли люди старшого віку (44%) і середнього віку (40%), ніж молодь (26%) – табл. 6.4.

Таблиця 6.2. Досвід порушення прав ЛЖВ, % залежно від соціально-демографічних характеристик

Категорії		Індекс порушення прав ЛЖВ	Ретроспективний індекс порушення прав ЛЖВ
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=248)	3*	14*
	Представники КГН (n=155)	12*	26*
	СН (n=103)	7	17
Стаж життя з ВІЛ	0-5 років (n=152)	5	12**
	6-10 років (n=87)	5	25**
	Понад 10 років (n=164)	10	21

*Відмінності між показниками значимі при $p=0,01$

** Відмінності між показниками значимі при $p=0,05$

Таблиця 6.3. 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	14	24
Намагались переконати або підвищити поінформованість людини, яка проявила по відношенню до іншої людини, яка живе з ВІЛ, СіД	16	25
Надавали емоційну, фінансову або іншу підтримку людині, яка живе з ВІЛ, щоб допомогти їй справитися з СіД	21	25
Брали участь в роботі організації або в інформаційній кампанії, яка бореться з СіД ЛЖВ	10	9
Підтримували лідера спільноти в діях, спрямованих на те, щоб вирішити проблему, пов'язану з СіД ЛЖВ	11	8
Підтримували політиків (депутатів, чиновників) в діях, спрямованих на вирішення проблеми, пов'язаної з СіД ЛЖВ	5	5
Говорили в ЗМІ (давали інтерв'ю) про проблему СіД ЛЖВ	1	3
Індекс протидії стигматизації і дискримінації	27*	37*

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

Таблиця 6.4. Інтегральні показники протидії стигмі і дискримінації, % за соціально-демографічними характеристиками

Категорії		Індекс протидії СіД	Ретроспективний індекс протидії СіД
Вік	18-34 роки (n=99)	34	26*
	35-49 років (n=247)	26	40
	старше 50 років (n=57)	21	44*
Належність до КГН	Не належать до КГН (n=248)	23*	29**
	Представники КГН (n=155)	34*	50**
	СН (n=103)	35	49
Стаж життя з ВІЛ	0-5 років (n=152)	22*	23**
	6-10 років (n=87)	25	35
	Понад 10 років (n=164)	33*	52**

*Відмінності між показниками значимі при $p=0,05$

** Відмінності між показниками значимі при $p=0,01$

Досвід участі у практиках захисту прав ЛЖВ зростає зі зростанням стажу життя з ВІЛ (рис. 6.2).

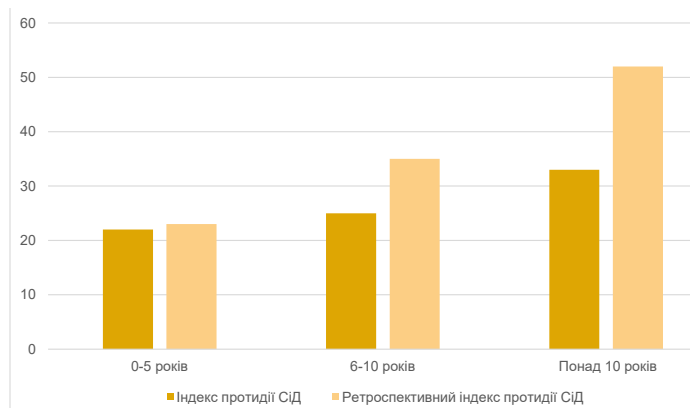


Рис. 6.2. Протидія стигмі і дискримінації, % за стажем життя з ВІЛ

Іншим значимим фактором є належність до КГН (рис. 6.3). Серед не-КГН показник участі у протидії СІД протягом останнього року дорівнює 23%, тоді як серед КГН – 34%. Відмінності між КГН і не-КГН значимі при $p=0,05$. За ретроспективним індексом відмінності між КГН (50%) і не-КГН (29%) значимі при $p=0,01$.

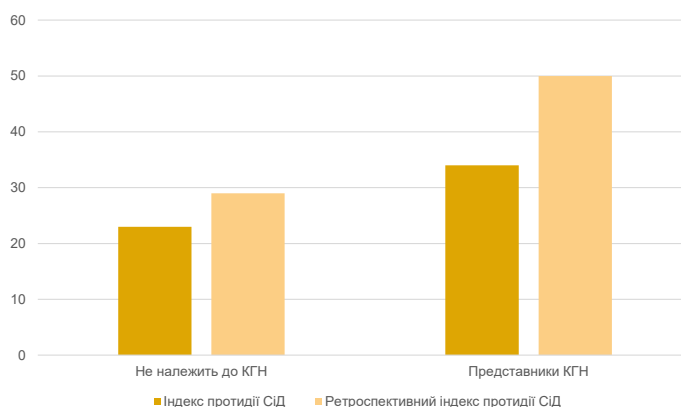


Рис. 6.3. Інтегральні показники протидії стигмі і дискримінації, серед КГН і тих осіб, які не відносяться до КГН, %

Отже, ситуація щодо правової культури ЛЖВ-мешканців Одеси потребує подальшої уваги і просвітницьких зусиль. Серед опитаних лише 70% знають про існування законів щодо захисту прав ЛЖВ. З порушеннями своїх прав протягом останнього року стикалися 7% ЛЖВ, раніше, ніж протягом останнього року – 17%. Для КГН ці показники є ще вищими. Протягом останнього року були задіяні в практиках протидії стигмі і дискримінації 27% опитаних, раніше, ніж протягом останнього року – 37%.

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 уразливих груп: 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 (39%) 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 26% (103 особи). Ця УГ 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.

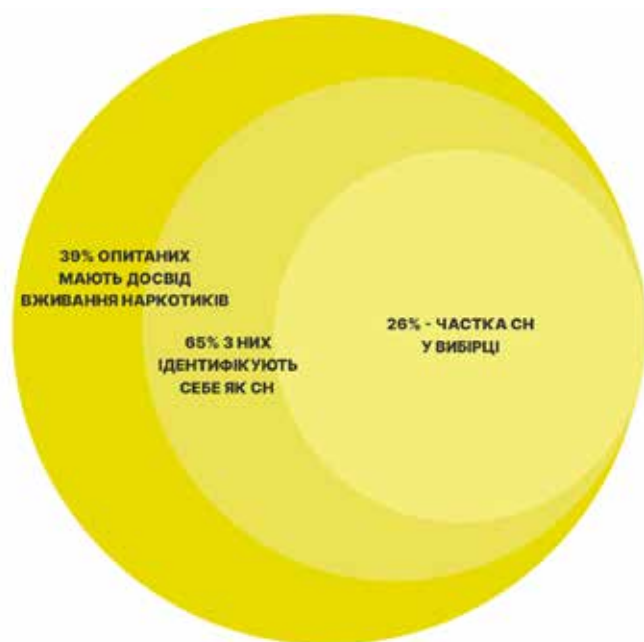


Рис. 7.1. Представленість споживачів наркотиків у вибірці, %

Лише 1 з 10 опитаних СН (9% або 9 осіб із 103) зазначив, що він ніколи не стикався з проявами стигматизації або самостигматизації через свою належність до цієї соціальної групи. Натомість більшість опитаних (86% або 89 осіб) мають такий досвід, в тому числі 17% (або 17 осіб із 103) - стикалися принаймні з одним із проявів СіД протягом 12 місяців, що передували опитуванню (рис. 7.2).

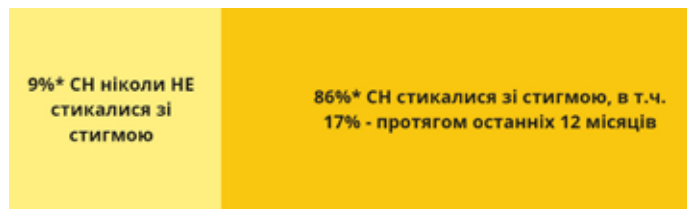


Рис. 7.2. **Інтегральні показники стигматизації споживачів наркотиків, % до СН (n=103)**

* 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 самостигматизацією страх звернення за медичною допомогою, в т.ч. відмова від необхідних медичних послуг. Досвід фізичного насильства та шантажу також є доволі поширеним серед опитаних СН, хоча здебільшого такі випадки мали місце раніше, ніж протягом останніх 12 місяців (табл. 7.1).

Таблиця 7.1. **Поширеність окремих проявів СіД щодо споживачів наркотиків, % до СН**

	Ні	Так		Не хочу відповідати
		Протягом останніх 12 місяців	Раніше, ніж 12 місяців тому	
Хто-небудь намагався Вас утискати в усній формі	18	12	62	8
Члени родини висловлювалися про Вас дискримінаційно або пліткували про Вас	23	8	60	9
Ви відчували страх при зверненні за медичною допомогою через те, що хтось може дізнатися про Ваш досвід вживання наркотиків	44	3	44	9
Ви уникали медичної допомоги через те, що боялися, що іншим людям стане відомо про Ваш досвід вживання наркотиків	53	2	39	6
Хто-небудь впливав/домагався Вас фізично або робив Вам фізично боляче	55	3	32	10
Вас не допускали до участі в сімейних заходах	58	1	35	6
Хто-небудь Вас шантажував	71	1	24	4

Практично всі опитані СН (99% або 102 особи із 103) зазначили, що представники соціального оточення знають про їхню належність до вказаної групи. Найчастіше про це поінформовані інші СН, члени сім'ї та друзі (рис. 7.3).

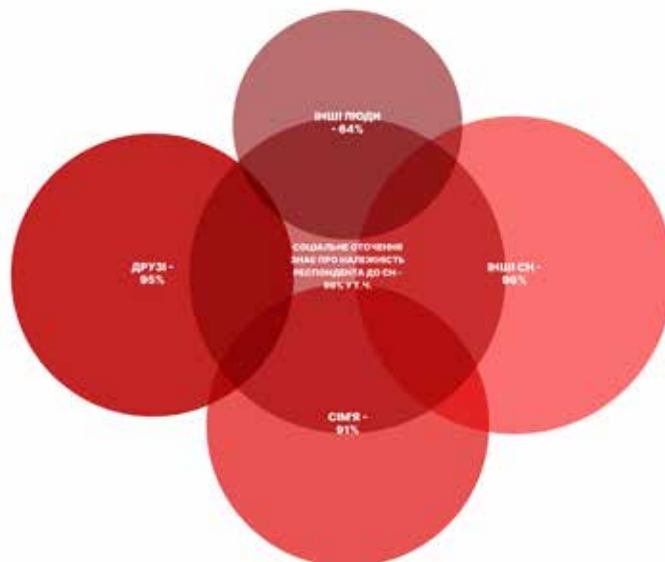


Рис. 7.3. **Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи споживачів наркотиків, % до СН (n=119)**

Про свою належність до мережі або групи/об'єднання/організації/неформальної групи споживачів наркотиків повідомили 20% респондентів (21 особа із 103).

◆ 7.2. Секс-працівники

10% опитаних (39 осіб) зазначили, що у них будь-коли був секс в обмін на гроші або інші блага, в тому числі 16% жінок (29 осіб) та 5% чоловіків (10 осіб), хоча більше половини таких респондентів (23 особи із 39) 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 10% (39 осіб). Три чверті із них (29 осіб із 39) становлять жінки, одну чверть (10 осіб) - чоловіки.



Рис. 7.4. Представленість секс-працівників у вибірці

Чверть опитаних секс-працівників (10 осіб із 39) зазначили, що вони ніколи не стикалися з проявами стигми та самостигми через свою належність до цієї групи. Натомість майже три чверті опитаних (28 осіб із 39) мають такий досвід, в тому числі 3 особи - стикалися принаймні з одним із проявів Сід протягом 12 місяців, що передували опитуванню (рис. 7.5).

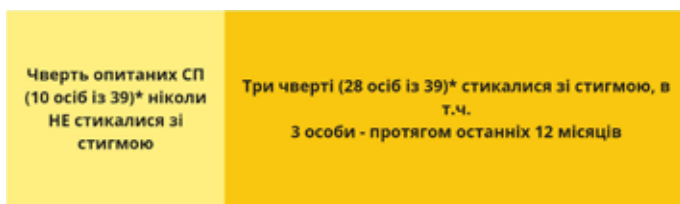


Рис. 7.5. Інтегральні показники стигматизації секс-працівників, осіб серед СП (n=39)

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

Кількість респондентів, які зазначили про досвід тих чи інших проявів Сід протягом останніх 12 місяців не перевищує 2 осіб. Натомість значна частина опитаних нарікали на подібні випадки, які трапилися раніше. Найчастіше йшлося про усні образи та дискримінаційні виловлювання щодо СП, в тому числі з боку членів родини,

а також фізичне насильство і шантаж (табл. 7.2)

Дві третини опитаних секс-працівників (26 осіб із 39) зазначили, що про їхню належність до вказаної групи знає принаймні хтось із представників їхнього соціального оточення. При цьому однаково часто йшлося про членів сім'ї, друзів та інших СП (рис. 7.6).

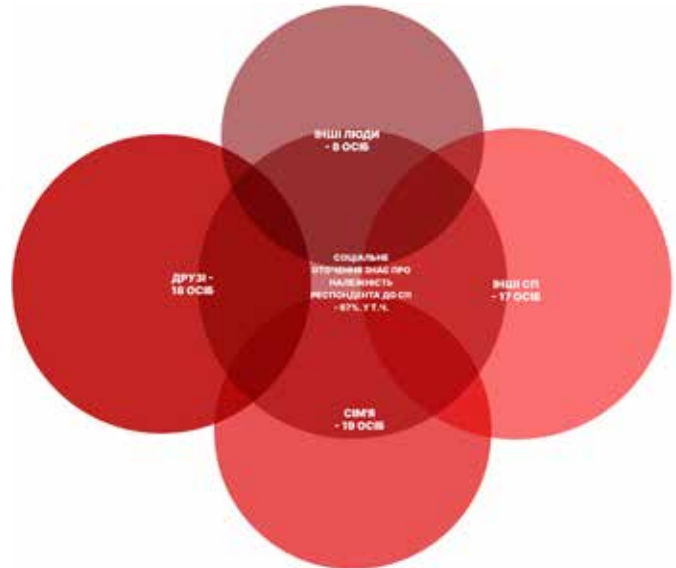


Рис. 7.6. Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи секс-працівників, осіб серед СП (n=39)

Про свою належність до мережі або групи підтримки секс-працівників повідомило 2 особи із 39.

Таблиця 7.2. **Поширеність окремих проявів СіД щодо секс-працівників, ОСІБ серед СП (n=39)**

	Ні	Так		Не хочу відповідати
		Протягом останніх 12 місяців	Раніше, ніж 12 місяців тому	
Хто-небудь намагався Вас утискати в усній формі	15	2	21	1
Члени родини висловлювалися про Вас дискримінаційно або пліткували про Вас	22	0	17	0
Хто-небудь впливав/домагався Вас фізично або робив Вам фізично боляче	22	0	17	0
Хто-небудь Вас шантажував	24	1	14	0
Ви уникали медичної допомоги через те, що боялися, що іншим людям стане відомо про Ваш досвід вживання наркотиків	37	1	1	0
Ви відчували страх при зверненні за медичною допомогою через те, що хтось може дізнатися про Ваш досвід вживання наркотиків	38	0	1	0
Вас не допускали до участі в сімейних заходах	38	0	1	0

◆ 7.3. Представники ЛГБТ-спільноти ЧСЧ/геї

11% опитаних чоловіків (23 особи із 217) зазначили, що вони ідентифікують себе як представників групи ЧСЧ або геїв. Ще один респондент з числа тих, хто не відносить себе до вказаних груп, відповідаючи на уточнююче запитання, зазначив, що має досвід сексуальних контактів із чоловіками. Таким чином, частка ЧСЧ/геїв сягає 6% від загального обсягу вибірки (або 11% опитаних чоловіків), що становить 24 особи.

Лише 4 із 24 опитаних ЧСЧ зазначили, що вони ніколи не стикалися з проявами СіД (включаючи самостигму) через свою належність до цієї групи. Натомість більшість опитаних (19 осіб із 24) мають такий досвід, в тому числі майже третина (7 осіб із 24) - стикалися принаймні з одним із проявів стигматизації протягом 12 місяців, що передували опитуванню (рис. 7.7).

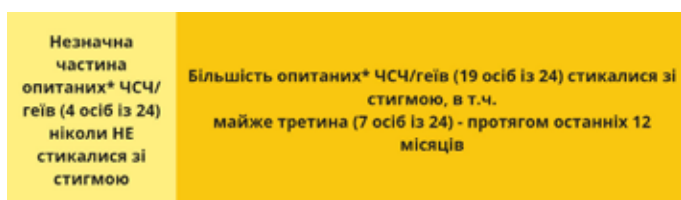


Рис. 7.7. **Інтегральні показники стигматизації ЧСЧ/геїв, осіб серед ЧСЧ/геїв (n=24)**

* Сума показників менша за n=24, оскільки певна частка респондентів відмовилися відповідати на вказані запитання

Кількість респондентів, які зазначили про досвід тих чи інших проявів СіД протягом останніх 12 місяців не перевищує 5 осіб. Натомість значна частина опитаних нарікали на подібні випадки, які трапилися раніше. Найчастіше йшлося про усні образи та дискримінаційні вилучування щодо ЧСЧ, в тому числі з боку членів родини, а також фізичне насильство і шантаж (табл. 7.3).

Практично всі опитані ЧСЧ (23 особи із 24) зазначили, що про їхню належність до вказаної групи знає принаймні хтось із представників їхнього соціального оточення. Здебільшого йдеться про членів сім'ї, друзів та інших ЧСЧ (рис. 7.8).

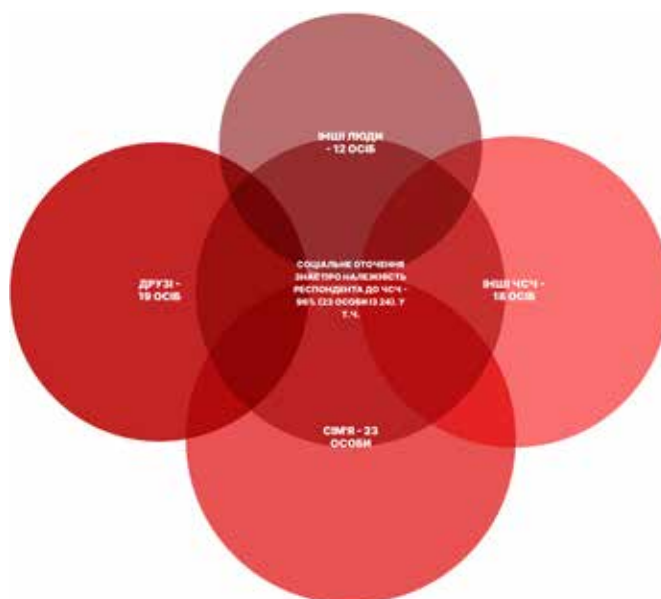


Рис. 7.8. **Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи ЧСЧ/геїв, ОСІБ серед ЧСЧ/геїв (n=24).**

Про свою належність до мережі або групи/об'єднання/організації/неформальної групи геїв/чоловіків, які мають секс з чоловіками зазначили менше третини опитаних ЧСЧ (7 осіб із 24), що є найвищим показником порівняно із представниками решти соціальних груп.

Таблиця 7.3. **Поширеність окремих проявів СіД щодо ЧСЧ/геїв, ОСІБ серед цієї групи**

	Ні	Так		Не хочу відповісти
		Протягом останніх 12 місяців	Раніше, ніж 12 місяців тому	
Хто-небудь намагався Вас утискати в усній формі	7	5	11	1
Члени родини висловлювалися про Вас дискримінаційно або плітували про Вас	8	3	12	1
Хто-небудь Вас шантажував	13	2	8	1
Хто-небудь впливав/домагався Вас фізично або робив Вам фізично боляче	15	0	9	0
Ви уникали медичної допомоги через те, що боялися, що іншим людям стане відомо про Ваш досвід вживання наркотиків	17	0	6	1
Ви відчували страх при зверненні за медичною допомогою через те, що хтось може дізнатися про Ваш досвід вживання наркотиків	17	0	6	1
Вас не допускали до участі в сімейних заходах	19	1	3	1

◆ ЖСЖ/лесбійки

Лише одна із 186 опитаних жінок, що становить 0,5% зазначила, що вона ідентифікує себе як представницю групи ЖСЖ (жінок, що мають секс з жінками) або лесбійок. При цьому ще 5% опитаних жінок (9 осіб) ствердно відповіли на уточнююче запитання про досвід сексуальних контактів з жінками. Таким чином, до групи ЖСЖ/лесбійок були віднесені 10 осіб (5,5% опитаних жінок).

7 із 10 опитаних ЖСЖ зазначили, що вони не стикалися з жодними проявами стигми та дискримінації ані протягом 12 місяців, що передували дослідженню, ані раніше. Натомість 3 особи зазначили, що вони мають досвід СіД з огляду на свою належність до даної групи. В усіх трьох випадках йшлося про дискримінаційні висловлювання/плітки щодо респондентки з боку членів родини. В одному випадку такі ситуації мали місце протягом останніх 12 місяців, у решті 2 випадках – раніше.

При цьому лише 1 респондентка зазначила, що

представники її соціального оточення (а саме – друзі та інші ЖСЖ) поінформовані про її належність до даної групи.

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

◆ Бісексуали/ки

Троє опитаних жінок (1,5%) та двоє чоловіків (1%) ідентифікували себе як бісексуалів/ок. Таким чином, частка бісексуалів/ок серед опитаних становить 1% (5 осіб із 403).

3 із 5 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 5 опитаних, при цьому всі ці випадки (усні образи та спроби шантажу) мали місце, раніше, ніж 12 місяців тому (рис. 7.9).



Рис. 7.7. **Інтегральні показники стигматизації бісексуалів, осіб серед цієї групи (n=5)**

4 із 5 опитаних зазначили, що про їхні сексуальні вподобання знає принаймні хтось із представників їхнього соціального оточення. Найчастіше, це – інші бісексуальні люди, друзі та сім'я (рис. 7.10).

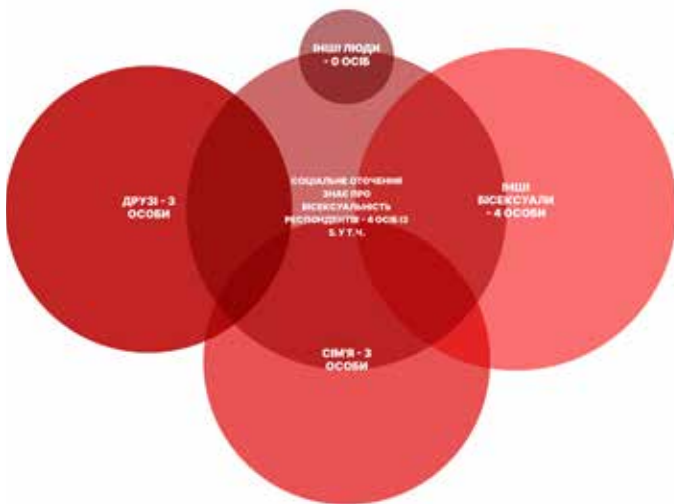


Рис. 7.10. **Поінформованість соціального оточення про належність респондентів до групи бісексуалів, осіб серед цієї групи (n=5)**

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. 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=103). Наповнюваність решти груп варіює в межах 5-39 осіб, що є недостатнім для коректних висновків.

◆ 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 91% до 42%. Найменш поінформовані респонденти про профілактику ВІЛ-інфікування за допомогою PrEP, а також про необхідність звертатися за пост-контактною профілактикою у разі ризикованого контакту, 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 26% (рис. 8.2).

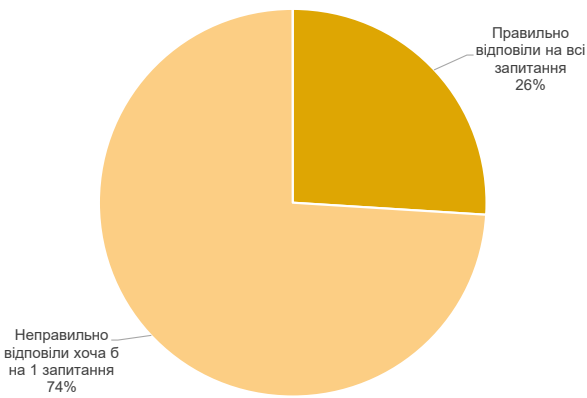


Рис. 8.2. Інтегральний показник поінформованості респондентів про різні аспекти лікування та профілактики передачі ВІЛ-інфекції, %

При цьому ЛЖВ, які не належать до КГН, продемонстрували нижчий рівень поінформованості (інтегральний показник – 25%), порівняно із представниками таких груп як СН (32%) та ЧСЧ (35%).

Стаж життя з ВІЛ-інфекцією певною мірою впливає на рівень знань респондентів щодо тих чи інших питань, що пояснюється як особистим досвідом респондентів, так і історією розвитку підходів до лікування ВІЛ. Зокрема ЛЖВ, чий стаж життя з ВІЛ перевищує 10 років значимо краще обізнані про необхідність пост-контактної профілактики у випадку ризикованого контакту. Однак це нівелюється їхньою «непоінформованістю» про необхідність починати АРТ одразу після встановлення ВІЛ-позитивного статусу, навіть при хорошому самопочутті пацієнта (рис. 8.3). Щоправда, останнє обумовлено тим, що протягом тривалого часу відповідно до медичних протоколів АРТ дійсно призначалася лише після досягнення у пацієнта певних показників CD4.

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

1) Найбільш популярними є медичні та соціальні працівники, а також НУО (громадські організації, благодійні фонди), інформацію від яких отримують або готові отримувати понад 90% опитаних.

2) До другої групи можна віднести практично всі різновиди ЗМІ, соцмережі та месенджери, а також членів сім'ї, друзів/знайомих, колег по роботі та представників державних структур у сфері охорони здоров'я. Частка респондентів, які

користуються/готові користуватися вказаними джерелами інформації, варіює в межах 74–81%.

3) Найменш популярними є такі джерела інформації як релігійні лідери/організації та наукові/навчальні заклади, до яких готові звертатися близько 60–66% 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, соцмереж та месенджерів, рівень довіри до них є низьким та варіює в межах 1,5–2,1 бала за п'ятибальною шкалою (табл. 8.1).

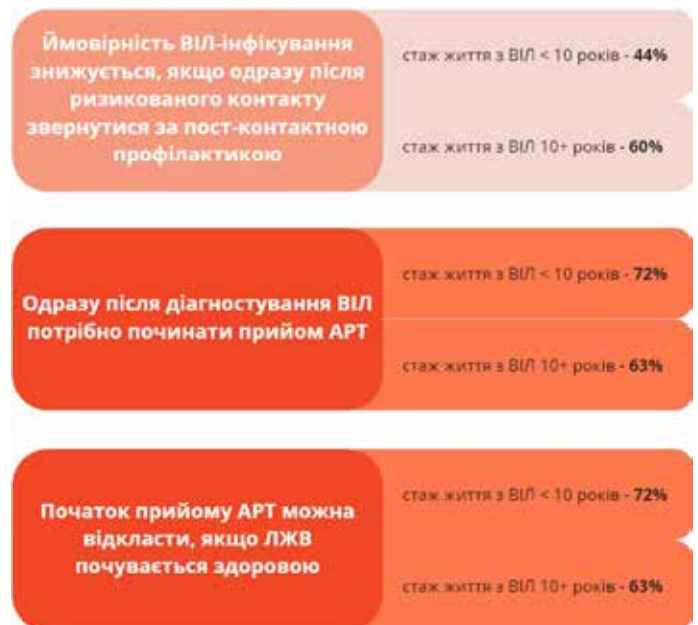


Рис. 8.3. Поінформованість ЛЖВ про окремі аспекти лікування та профілактики передачі ВІЛ-інфекції, залежно від стажу життя з ВІЛ

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**
Медичні працівники	97	4,4
Соціальні працівники	94	4,6
Громадські організації, благодійні фонди	92	4,3
Відео-сервіс YouTube	81	2,0
Сім'я, близьке оточення	80	3,0
Державні структури у сфері охорони здоров'я (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ)	79	4,1
Телебачення	79	2,1
Преса	78	1,9
Новинні або розважальні сайти в Інтернеті	78	1,5
Соціальні мережі	78	2,0
Месенджери	75	1,6
Друзі, знайомі, сусіди, колеги	75	1,8
Радіо (у т.ч. Інтернет-радіо)	74	1,7
Релігійні та духовні лідери та організації	66	1,5
Наукові та навчальні заклади, особи	60	3,2

*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: низька частка тих, хто користується певним джерелом інформації та низький рівень довіри до нього

** 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 42-91%, тоді як інтегральний показник (частка тих, хто правильно відповів на усі запитання) становить 26%.

Інакше кажучи, три із чотирьох респондентів або поділяють певні упередження, які можуть негативно позначитися на їх прихильності до лікування (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, представники НУО та представники державних структур у сфері охорони здоров'я.

