

Вивчення комунікаційних процесів щодо інфікування ВІЛ.

Звіт щодо результатів дослідження

Підготовлено Європейським Інститутом Політики Громадського Здоров'я у відповідь на тендер на закупівлю послуг з проведення дослідження від БО "100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ"
Оголошення № 136-КТ-21

Зміст

Вступ	5
Географія Дослідження	5
Організація Дослідження	5
Етапи Дослідження.....	5
Терміни виконання.....	5
Мета та завдання дослідження.....	5
Головна мета дослідження	5
Завдання дослідження.....	6
Методи.....	6
Дизайн дослідження	6
Вибірка.....	6
Критерії включення.....	7
Етапи дослідження	9
Підготовчий етап	9
Огляд результатів попереднього дослідження для підготовки протоколу дослідження.	9
Інструментарій кількісного дослідження.....	9
Інструментарій якісного дослідження	11
Пілотування інструментарію та тренінг збирачів даних	11
Польова фаза опитування.....	11
Стратегія набору респондентів.....	11
Збір даних та управління даними	12
Польова фаза якісного дослідження	12
Аналіз кількісних та якісних даних	12
Захист учасників дослідження.....	13
Результати кількісного дослідження	14
Соціально-демографічні дані.....	14
Ризикова поведінка (ЦГ2, ЦГ3).....	18
Тестування та лікування ВІЛ	23
Тестування на ВІЛ.....	23
Лікування ВІЛ.....	26
Рівень обізнаності ВІЛ.....	28
Загальний рівень знань щодо ВІЛ	28
Різниця рівню знань між групами респондентів.	31
Детермінанти рівня знань щодо ВІЛ.....	32
Доконтактна профілактика – ставлення до ДКП серед ЦГ2 та ЦГ3.....	37
Доконтактна профілактика - обізнаність і ставлення до ДКП серед медичних працівників	41
ТБ та Гепатити ІПСШ (всі окрім мед працівників).....	46
Використання послуг НУО (серед ЦГ2 та ЦГ3 за виключенням ЦГ1, ЛВУ та ЗН)	49

Джерела інформації (всі ЦІ)	50
Канали інформації.....	51
Формат комунікації	54
Засоби комунікації	56
Результати якісного дослідження.....	61
Результати інтерв'ю з медичними працівниками	62
Інформованість медичних працівників з питань ВІЛ-інфекції	63
Власний досвід надання ВІЛ-послуг	64
Джерела інформації з питань ВІЛ-інфекції.....	65
Рівень знань пацієнтів і загального населення щодо ВІЛ.....	66
Джерела отримання пацієнтами інформації щодо ВІЛ-інфекції.....	67
Залучення сімейних лікарів до профілактики ВІЛ-інфекції	68
Наявність власного ризику інфікування ВІЛ.....	69
Хто у суспільстві має ризик інфікуватись ВІЛ	69
Доступ населення до тестування на ВІЛ-інфекцію	70
Доступ населення до доконтактної профілактики	71
Доступ населення до послуг НУО	73
Можливі канали надання інформації про ВІЛ-інфекцію населенню	74
Формат друкованої інформації	75
Результати інтерв'ю з представниками ключових груп і загального населення.....	77
Користування медичними послугами	83
Користування послугами неурядових організацій (НУО)	84
Інформованість про ВІЛ-інфекцію.....	86
Тестування на ВІЛ	91
ДКП / PrEP	94
Отримання інформації щодо ВІЛ	96
Результати обговорення ключових повідомлень на фокус-групах з представниками трьох ключових і пріоритетних груп	106
Методи.....	106
Результати обговорення ключових повідомлень	107
Висновки.....	126
Рекомендації.....	131
Додатки	133
Додатковий Електронний Матеріал 1.	133
Додатковий Електронний Матеріал 2.	133
Список літератури.....	134

Подяка

Автори цього звіту висловлюють подяку групі національних та регіональних експертів і іншим, чия робота, інформація, критичні зауваження, думки і рекомендації склали істотний внесок у підготовку цього дослідження, звіту і лягли в основу оцінки комунікаційних процесів щодо інфікування ВІЛ.

Кількісний компонент:

Ананьєва Лариса
Апанасенко Андрій
Балабаш Віталій
Беклемешева Ірма
Витвіцький Олександр
Власова Юлія
Гайдай Валентина
Гончаров Дмитро
Гречанюк Артем
Доценко Олександр
Козак Ігор
Коржан Тетяна
Лисак Євгенія
Максимець Раїса
Петров Андрій
Писарев Костянтин
Погорела Марина
Подмазко Олена
Прокоф'єв Володимир
Сорокін Олексій
Тацаєв Сергій
Терещук Іван
Ходимчук Ганна
Ходос Марія
Цимбалістенко Юлія
Чехов Дмитро
Якімова Юлія

Якісний компонент:

Карлова Ольга
Кудінов Ігор
Кухта Ірина
Лісовський Микита
Малярєнко Юлія
Сазонова Олена
Тароянц Анастасія
Ходимчук Ганна

Авторський колектив

Олександр Зезюлін, старший науковий співробітник, Європейський Інститут Політики Громадського Здоров'я.

Тетяна Кірьязова, старший науковий співробітник, Європейський Інститут Політики Громадського Здоров'я.

Мирослава Філіппович, науковий співробітник, Європейський інститут політики громадського здоров'я.

Наталія Титаренко, менеджер з контролю та якості даних.

Контактна особа

Олександр Зезюлін, старший науковий співробітник, Європейський Інститут Політики Громадського Здоров'я, тел: +380674617296, email: zeziulin@uihp.org.ua

Вступ

Дане дослідження було розроблено та проведено Європейським Інститутом Політики Громадського Здоров'я на замовлення БО "100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ" (Оголошення № 136-КТ-21). Цей звіт описує основні результати та етапи організації і проведення дослідження комунікаційних процесів щодо інфікування ВІЛ серед медичних працівників, чоловіків, які мають секс з чоловіками, чоловіків віком 30-50 років та їхніх сексуальних партнерів (надалі Цільові Групи (ЦГ) дослідження). Подібне дослідження проводилось у 2018 році, однак станом на 2021 рік з'явилася програмна необхідність повторити аналогічну оцінку. Таким чином, дане дослідження висвітлює поточну ситуацію та зміни, що відбулись за останні три роки із залученням додаткових груп респондентів у 11 регіонах України.

Географія Дослідження

Задля виконання завдань кількісного компоненту дослідження було проведено кросс-секційний збір даних із залученням щонайменше 900 респондентів в наступних областях: Одеська, Миколаївська, Херсонська, Чернігівська, Черкаська, Полтавська, Запорізька, Кіровоградська, Донецька, Дніпропетровська, Київська області та в м. Києві. В ході реалізації якісного компоненту, задля дистанційного проходження глибинних інтерв'ю, були запрошені представники ЦГ із міст Києва, Запоріжжя, Одеси, Чернігова та Дніпропетровської області.

Організація Дослідження

Дослідницька команда Європейського Інституту Політики Громадського Здоров'я (ЄІПГЗ) співпрацювала з багаточисленними вітчизняними партнерами на національному та регіональному рівні, що включали БО "100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ" та профільні недержавні організації, що впроваджують програми надання ВІЛ послуг на регіональному та місцевому рівнях. Організації-партнери співпрацювали із дослідницькою командою та забезпечували доступ до ЦГ дослідження у 11 регіонах України та місті Києві.

Етапи Дослідження

Впровадження дослідження проводилося шляхом послідовного виконання спочатку підготовчого етапу, а потім польового та аналітичного етапів дослідження.

Терміни виконання

Загалом реалізація проєкту тривала з 20 серпня 2021 року по 11 лютого 2022 року.

Мета та завдання дослідження

Головна мета дослідження

Головною метою запропонованого дослідження **є виявлення найбільш ефективних комунікаційних процесів для впливу на поведінку стосовно тестування і раннього лікування ВІЛ**. Мета дослідження була визначена Додатком 1 "Вимоги до товарів, робіт або послуг" до оголошення про проведення конкурсних торгів № 136-КТ-21 БО "100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ" (Замовник). Таким чином проведення цього дослідження, а також практичне використання отриманих результатів визначається програмними потребами Замовника. Загалом в ході дослідження планувалося визначити, описати та виміряти розподіл та взаємозв'язок наступних досліджуваних параметрів: 1) ефективні для конкретних повідомлень і цільових аудиторій канали та інструменти комунікації, типи оптимальних спікерів, тональність, формати та активності; 2) доступність джерел інформації для цільових аудиторій, що викликають довіру та надають зрозумілі інформаційні повідомлення; 3) комунікаційні та психосоціальні фактори, що в підсумку здійснюють вплив на зміну поведінки в питаннях, що стосуються здоров'я і, зокрема, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції.

Завдання дослідження

Мету дослідження було досягнуто через виконання наступних завдань:

Завдання 1. Оцінка рівня поінформованості щодо ВІА.

- 1.1. Стосовно кожної цільової групи оцінити рівень поінформованості щодо: а) ВІА-інфекції/СНІДу загалом, б) профілактики та лікування ВІА, в) користі раннього лікування, г) обізнаності та прихильності до прийому доконтактної профілактики ВІА-інфекції (PrEP).
- 1.2. Стосовно кожної цільової групи у випадку низького рівня поінформованості і/чи недовіри до наявної інформації, дослідити причини.
- 1.3. Оцінити вплив рівня поінформованості представників цільових груп (щодо зазначених в пункті 1.1 речей) на залучення їх до каскаду послуг із тестування та лікування ВІА: зокрема, 1) частоту, місце і спосіб тестування на ВІА, 2) причини уникнення чи бар'єри до тестування на ВІА, 3) ставлення і практику регулярної діагностики ТБ, вірусних гепатитів, ППСН.
- 1.4. Стосовно кожної цільової групи оцінити рівень прихильності до прийому антиретровірусної терапії.

Завдання 2. Оцінка каналів, інструментів комунікації та джерел інформації.

- 2.1. Стосовно кожної цільової групи виявити 1) найпопулярніші джерела отримання інформації та новин, 2) конкретні інтернет-ресурси (веб-сайти, додатки, сторінки в соцмережах, канали, групи, блогерів), на які підписані або якими користуються (включаючи порносайти, сайти або додатки для знайомств), 3) які канали та інструменти комунікації найбільше використовуються для отримання інформації про здоров'я.
- 2.2. Стосовно кожної цільової групи дослідити, якої інформації, в якому форматі, через які платформи найбільше бракує, аби бути обізнаним та безпечним у темах здоров'я.
- 2.3. Оцінити розуміння цільовими групами інформаційних повідомлень щодо здоров'я/ВІА, що отримуються через різні канали комунікації та з різних джерел інформації.
- 2.4. Стосовно кожної цільової групи протестувати дієві повідомлення, що мотивують до профілактики та лікування ВІА/СНІД.
- 2.5. Стосовно кожної цільової групи визначити конкретних лідерів думок, яким довіряють щодо інформації про здоров'я.

Методи

Дизайн дослідження

Завдання дослідження були виконані через використання змішаної методології кількісного та якісного збору та аналізу даних. В рамках виконання **кількісного компоненту** дослідження було проведено опитування серед представників всіх ЦГ, щоби зібрати та проаналізувати кількісні данні задля визначення поширеності досліджуваних параметрів та їх розподілу за групами респондентів. В рамках **якісного компоненту** дослідження було проведено збір та аналіз якісних даних серед представників всіх ЦГ задля визначення та опису комунікаційних, індивідуальних, контекстуальних та соціальних факторів, що формують бачення та поведінку респондентів щодо профілактики та лікування ВІА.

Вибірка

У рамках виконання **кількісного компоненту** дослідження було проведено збір даних для вивчення розподілу досліджуваних показників серед представників ЦГ. ЦГ групи та структура вибірки була визначена технічним завданням Замовники (див. Таблиця 1).

Таблиця 1

ЦГ	Цінність вибірки	Група осіб
ЦГ1	30%	медичні працівники: сімейні лікарі, профільні спеціалісти, медичні сестри та інший медперсонал (як державних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), так і приватних установ і діагностичних центрів)
ЦГ2	30%	чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) та їх сексуальні партнери/ки (СП)
ЦГ3	40%	чоловіки віком 30-50 років та їх статеві партнерки

До ЦГ3 (40% від загальної вибірки) було включено додаткові **підгрупи** респондентів:

- **ЛЖВ, що не належать до ключових груп** і їх партнерки.
- **ВІА позитивні та ВІА негативні** люди, що вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) та їх статеві партнерки.
- **ВІА позитивні та ВІА негативні** робітники комерційного сексу (РКС) та їх клієнти/клієнтки.
- **ВІА позитивні та ВІА негативні** трансгендерні люди (ТЛ)(за виключенням міста Києва, де набір респондентів цієї групи не проводився).
- **ВІА позитивні та ВІА негативні** працівники, які мають підвищений ризик інфікування ВІА (в цю групу увійшли працівники правоохоронних органів, де можливий контакт з кров'ю) – надалі, **люди в уніформі (ЛВУ)**.
- **ВІА негативне** загальне населення (ЗН) та їх сексуальні партнерки.

Планувалося, що ЦГ1, ЦГ2 та ЦГ3 міститимуть в собі близько 50% респондентів, що проживають в обласних центрах та містах з більш ніж 500 тис. населення та 50% респондентів, що проживають в районних центрах, містах з менш ніж 500 тис. населення та селах в районах областей, де проводилося дослідження (див. Географія Дослідження). Також щонайменше 50% ЦГ2 було заплановано набрати серед клієнтів профільних НУО.

В рамках виконання **якісного компоненту** загалом 60 осіб було залучено до проходження глибинного інтерв'ю. Ми використовували методологію стратифікованої вибірки для якісних досліджень та досліджень змішаної методології.^[1] Абсолютна кількість респондентів для проведення глибинних інтерв'ю наведена у таблиці нижче. Також для тестування ключових повідомлень було проведено 2 фокусні групи з представниками ЦГ2 та ЦГ3. Список ключових повідомлень було надано Замовником.

Критерії включення

Наступні **загальні критерії включення** були використані для набору респондентів:

1. Проживання/робота за місцем проведення опитування.
2. Здатність зрозуміти інформаційний лист дослідження та надати усну інформовану згоду.

Наступні **спеціальні критерії включення** були застосовані для набору респондентів із окремих ЦГ та підгруп:

1. Критерії для ЦГ1 (медичні працівники):
 - а. Офіційне працевлаштування в приватному або ж державному закладі охорони здоров'я (верифікація – самозвіт, за результатом пре-скринінгу (див. нижче), проведення опитування в ЗОЗ).

- b. Вік 18 років та старші.
- 2. Критерії для ЦГ2 (ЧСЧ):
 - a. Сексуальні контакти з особами чоловічої статі протягом останніх 6 місяців (верифікація – за результатами пре-скринінгу та за самозвітом).
 - b. Вік 18 років та старші.
 - c. Згода запросити свого сексуального партнера/партнерку до опитування (опціонально).
- 3. Критерії для ЦГ3:
 - a. Чоловіча стать.
 - b. Вік 30-50 років (верифікація – за результатами пре-скринінгу, самозвітом та візуальною оцінкою ЗД).
 - c. ЛВНІ:
 - i. Вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів (верифікація – проведення опитування у відповідних НУО, пре-скринінг, самозвіт, анатомічні ознаки ін'єкційного використання речовин).
 - ii. Згода запросити свого сексуального партнера до опитування (опціонально).
 - d. РКС:
 - i. Надання сексуальних послуг за винагороду протягом останніх 6 місяців (верифікація – проведення опитування у відповідних НУО, розважальних закладах та точках виходу на дану аудиторію, пре-скринінг, самозвіт).
 - ii. Згода запросити свого клієнта/клієнтки до опитування (опціонально).
 - e. Трансгендерні люди:
 - i. (верифікація – проведення опитування у відповідних НУО, розважальних закладах та точках виходу на дану аудиторію, пре-скринінг, самозвіт).
 - f. Люди в уніформі (респонденти будь-якого віку):
 - i. Офіційне працевлаштування у закладах пенітенціарної, правоохоронної системи та збройних сил України (верифікація - проведення опитування у відповідних закладах, самозвіт).
 - ii. Згода запросити свого сексуального партнера до опитування (опціонально).
 - g. Загальне населення:
 - i. ВІА негативний статус (верифікація – за самозвітом, опитування поза профільними НУО та профільними ЗОЗ).
 - ii. Згода запросити свого сексуального партнера до опитування (опціонально).
- 4. Партнери/партнерки ЦГ2 та ЦГ3
 - a. Вік 18 років та старші.
 - b. Підтверджено партнерство з Індексом (первинним респондентом) (верифікація – спільне проходження опитування, направлення від Індекса на опитування та використання кодового слова – псевдоніма Індекса).

Етапи дослідження

Підготовчий етап

Огляд результатів попереднього дослідження для підготовки протоколу дослідження.

Дослідницька команда провела детальне вивчення інформації щодо попереднього дослідження, стратегії комунікації Замовника та локального контексту, що сформували перелік завдань цього дослідження. Задля підготовки протоколу цього дослідження були використані дані щодо застосування методів збору даних в різних контекстних умовах, а також вивчення існуючих практик та технологій керування даними із прогнозованим результатом у рамках виконання схожих досліджень. Також на цьому етапі було розроблено набір дослідницького та адміністративного інструментарію.

Інструментарій кількісного дослідження

Форми для збору даних опитувальника були створені на основі інструментів, що були використані у попередньому дослідженні. Опитувальник містив питання щодо: демографії, географічного розташування та декілька блоків питань для визначення рівня знань щодо ВІЛ, причин низької поінформованості, прихильності до АРТ, а також блок питань задля оцінки каналів, джерел та формату комунікації щодо профілактики та лікування ВІЛ. Певні розділи опитувальника застосовувались для окремих ЦГ (див. Таблиця 2). Задля забезпечення автоматичного скерування респондента до відповідного розділу опитувальника та автоматичного контролю якості введених даних, опитувальник був переведений у формат онлайн платформи для управління даними REDCAP (див. нижче). Також були розроблені інформаційні листи щодо дослідження та форми усної інформованої згоди.

Таблиця 2

Інструменти та форми Збору даних		Групи респондентів							
№		ЦГ1	ЦГ2	ЦГ3					
		Мед. працівники	ЧСЧ та партнери (ВІЛ позитивні та негативні)	Чоловіки 30-50 років					
				1. ЛЖВ та їх партнери	2. ЛВНІ (ВІЛ позитивні та негативні) та їх партнери	3. РКС та партнери (ВІЛ позитивні та негативні)	4. Трансгендерні люди (ВІЛ позитивні та негативні)	5. Люди в уніформі (ВІЛ позитивні та негативні)	6. Загальне населення (ВІЛ негативні)
1.	Технічні дані	X	X	X	X	X	X	X	X
2.	Скринінг	X	X	X	X	X	X	X	X
3.	Ресстрація	X	X	X	X	X	X	X	X
4.	Сексуальна поведінка		X	X	X	X	X	X	X
5.	До контактна профілактика		X	X	X	X	X	X	X
6.	Обізнаність щодо ДКП серед медичних працівників	X							
7.	Тестування ВІЛ		X*		X*	X*	X*	X*	X
8.	Діагностика ТБ, вірусних гепатитів, ПІСШ		X	X	X	X	X	X	X
9.	Лікування ВІЛ		X**	X**	X**	X**	X**	X**	
10.	Рівень обізнаності	X	X	X	X	X	X	X	X
11.	Послуги		X	X	X	X	X		
12.	Джерела інформації	X	X	X	X	X	X	X	X
13.	Соціально-демографічні характеристики	X	X	X	X	X	X	X	X

Інструментарій якісного дослідження

Фахівцем дослідження було створено список 60 кандидатів для проведення глибоких інтерв'ю. Також для тестування ключових повідомлень Замовником було надано список ключових повідомлень. На підставі результатів попереднього дослідження та консультацій із організаціями-партнерами, персоналом дослідження було підготовлено керівництво для проведення інтерв'ю з респондентами, що належать до ЦГ та підгруп дослідження. Дослідники адаптували питання з урахуванням ЦГ або ж підгрупи, з якою проводилися інтерв'ю (тобто деякі розділи керівництва могли бути актуальні тільки для окремих категорій респондентів). Керівництво містило в собі сценарій уточнень і додаткових запитів для отримання даних, відсутніх у попередньому дослідженні.

Пілотування інструментарію та тренінг збирачів даних

Після отримання схвалення Комісії з питань Етики (див. Захист учасників дослідження), форми для збору кількісних і якісних даних пройшли пілотні випробовування на базі дослідницького сайту у місті Києві серед респондентів, що відповідали критеріям включення до цього дослідження. Метою пілотного випробування було визначення оптимальних рівнів читабельності, зручності та комфорту для використання та надання відповідей респондентами дослідження, оскільки тема та питання у опитувальнику носять приватний характер. Для пілотування опитувальник був підготовлений українською мовою. Дослідники попередньо випробували всі форми для збору даних у Києві серед щонайменше 10 респондентів. Додатково були перевірені механізми збору даних (використання планшетів, телефонів і ноутбуків через самозаповнення або заповнення збирачем даних), щоб визначити найбільш зручний та ефективний у часі режим збору даних для респондентів.

Весь польовий персонал пройшов офіційне навчання до початку виконання процедур набору учасників, їх скринінгу та опитування. Збирачі даних отримали стандартні інструкції у відповідності до обсягу їх функціональних обов'язків у проєкті. Також, всі співробітники проєкту пройшли навчання з питань дослідницької етики та захисту учасників дослідження.

Польова фаза опитування

Стратегія набору респондентів

Для кожного регіону дослідження було складено регіональний план проведення опитування із кількостями респондентів у відповідності до їх належності до ЦГ або ж підгрупи. Також цей план містив перелік точок виходу до окремої ЦГ або ж підгрупи. Точками виходу до ЦГ слугували географічні локації, державні та недержавні установи, заклади охорони здоров'я, торгові центри, підприємства та бізнеси, розважальні комплекси, віртуальні майданчики та платформи, що є місцями природнього скупчення представників ЦГ та підгруп.

У кожному досліджуваному регіоні збирачі даних чергували у відповідних точках доступу (фізично або дистанційно) та запрошували потенційних учасників пройти опитування. З певними підгрупами, такими як сексуальні партнери респондентів відповідних ЦГ, інтерв'ю могло проводитись дистанційно з використанням телефонного номеру, що був добровільно наданий зареєстрованими учасниками дослідження або іншим прийнятним способом телекомунікації, погодженим із потенційним респондентом. Готуючись до скринінгу та інтерв'ю із потенційним респондентом збирачі даних проводили **пре-скринінг** респондента, що могло включати, але не обмежуватись наступним: розмова із спеціалістами профільних НУО щодо запрошення окремих клієнтів-представників ЦГ, попередня розмова (по телефону) із потенційними респондентами за їх згодою щодо його/її інтересу до участі у дослідженні, консультація із адміністраторами відомств та бізнесів щодо залучення працівників до опитування. Метою пре-скринінгу було проведення попереднього відбору кандидатів, що мали найвищу вірогідність відповідати критеріям включення та надати згоду на участь у опитуванні. Респонденти, що пройшли пре-скринінг, були запрошені на зустріч із збирачем даних, щоби пройти процедури інформованої згоди, скринінг та, у разі остаточної відповідності критеріям участі, самостійно (або ж за допомогою збирача даних) заповнити електронну анкету.

Збір даних та управління даними

Збір даних здійснювався шляхом самозаповнення респондентом електронного опитувальника за технічної підтримки збирача даних, використовуючи ноутбук або планшет з онлайн доступом до платформи даних REDCAP. Збір даних був конфіденційним та здійснювався в максимально можливому приватному місці в межах точки доступу без присутності сторонніх осіб. В деяких випадках, інтерв'ю проводились по телефону під час якого збирач даних вводив дані в опитувальник.

Усі електронні форми опитувальника заповнювались збирачами даних під контролем дослідників у реальному часі за допомогою онлайн-платформи управління даними REDCAP (Research Electronic Data Capture) ^[2] із надійними можливостями захисту та резервного копіювання. У цьому дослідженні було використано електронні механізми перевірки якості даних в реальному часі та з періодичним аудитом якості та повноти даних за допомогою відповідного модуля REDCAP. В результаті, більшість помилових або пропущених значень змінних виявлялись негайно на регіональному та центральному рівнях і були негайно усунуті.

Польова фаза якісного дослідження

План і процедури збору якісних даних був заснований на рекомендаціях Центру досліджень в сфері політики охорони здоров'я Каліфорнійського університету.^[6] Для виконання цього завдання фахівцем з якісних досліджень було підготовлено і проведено 60 інтерв'ю з респондентами з регіонів дослідження. Також для тестування ключових повідомлень було проведено 3 фокусні групи з представниками ЦГ2 та ЦГ3. Респонденти були спрямовані в дослідження у відповідності до списку респондентів, що був підготовлений за допомогою партнерів дослідження. Проведення інтерв'ю проходили дистанційно згідно заздалегідь підготовленим і узгодженим з респондентами календарним планом. Персонал дослідження вів аудіо запис, а також докладний конспект інтерв'ю. Протягом 24 годин після завершення інтерв'ю така інформація була переглянута і заархівована в файли для зберігання даних на комп'ютері з високим рівнем безпеки. На етапі обробки якісних даних (транскрибування аудіо запису, внесення інформації у примітки) будь-яка ідентифікуюча інформація, така як імена, які могли випадково бути записані, була видалена.

Аналіз кількісних та якісних даних

Описовий аналіз **кількісних даних** для ілюстрації лінійного розподілу відповідей за *цільовими групами та підгрупами дослідження*, а також аналіз за методами логістичної та лінійної регресії було проведено за допомогою програмного забезпечення SPSS® for Windows version 23 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA).

Аналіз **якісних даних** проводився одночасно зі збором даних, щоби при потребі можна було розширити пошук та охопити теми обговорення шляхом уточнюючих питань у разі надходження інформації про додаткові фактори впливу. Таким чином проводився тематичний аналіз задля визначення ключових концепцій і категорій факторів, що мають відношення до побудови гіпотез про те, як персональний досвід респондентів, а також будь-які інші явища вплинули на досліджувані параметри. Двоє дослідників незалежно перевірили і здійснювали кодування транскриптів інтерв'ю, порівнювали вихідні коди і складали кодову книгу для подальшого аналізу. Між кодова узгодженість оцінювалася відповідно до встановленого порогу 80% або вище, що вважалося надійним. Модель, що припускає залежність досліджуваних параметрів від особливостей ЦГ або локального контексту, розроблена шляхом індуктивного аналізу оповідань учасників в поєднанні з існуючими уявленнями про фактори впливу на комунікацію щодо профілактики та лікування ВІЛ, служила основою аналізу спостережень і досвіду респондентів. Ключовими порівняльними елементами в аналізі слугували: ознаки впливу персональних, соціальних та поведінкових характеристик на комунікаційні вподобання щодо ВІЛ у світлі пов'язаних з респондентами контекстних детермінант. Також були проведені внутрішньо групові та міжгрупові порівняння точок зору респондентів, щоб виявити фактори впливу та існуючі зв'язки.

Захист учасників дослідження

Протокол та інструментарій дослідження пройшли перевірку та були схвалені Комісією з питань Етики в Українському інституті політики громадського здоров'я (Київ, Україна). Усі дослідники та польовий персонал мали діючі сертифікати про проходження навчання щодо захисту прав учасників дослідження та вивчення принципів дослідницької етики. До участі у дослідженні НЕ допускалися особи, які на момент збору даних мали психотичні чи когнітивні порушення, та не могли надати інформовану згоду.

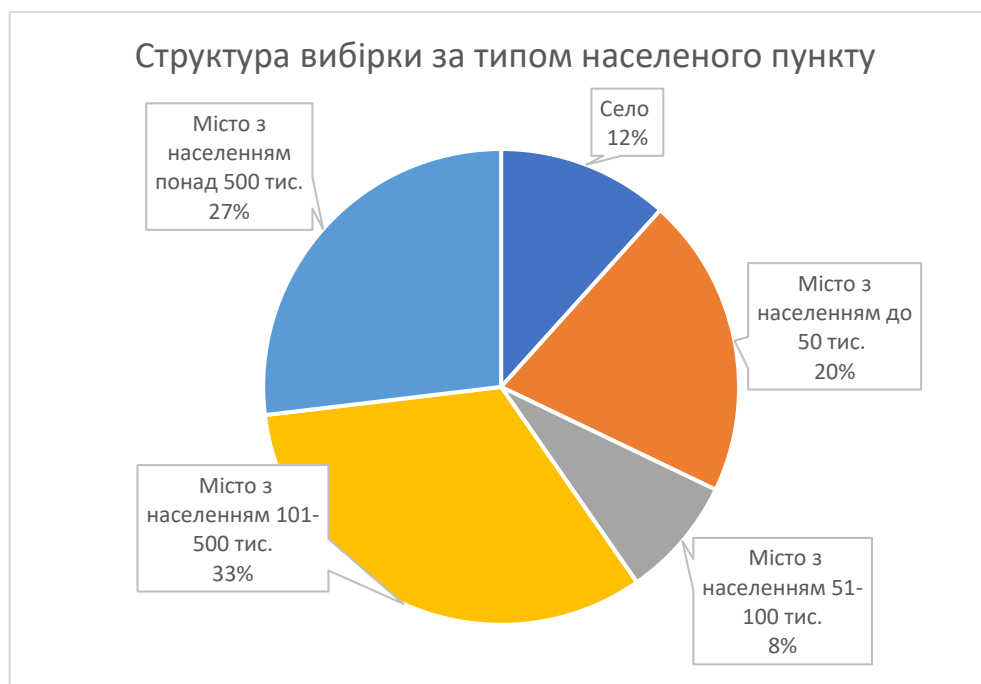
Результати кількісного дослідження

Соціально-демографічні дані¹

Згідно технічного завдання Замовника було набрано 900 учасників із заздалегідь визначеним протоколом дослідження розподілом вибірки за ЦГ та підгрупами, місцем проживання і використанням послуг НУО для ЦГ2. Опитування більшості респондентів 767(85,2%) проводилося збирачами даних віч-на-віч, а решту учасників було опитано по телефону (133, 14,8%). За типом населеного пункту структура вибірки виглядала наступним чином (Рисунок 1):

1. Село (105, 11,7%);
2. Місто з населенням до 50 тис. (184, 20,4%);
3. Місто з населенням 51-100 тис. (74, 8,2%);
4. Місто з населенням 101-500 тис. (295, 32,8%);
5. Місто з населенням понад 500 тис. (242, 26,9%).

Рисунок 1

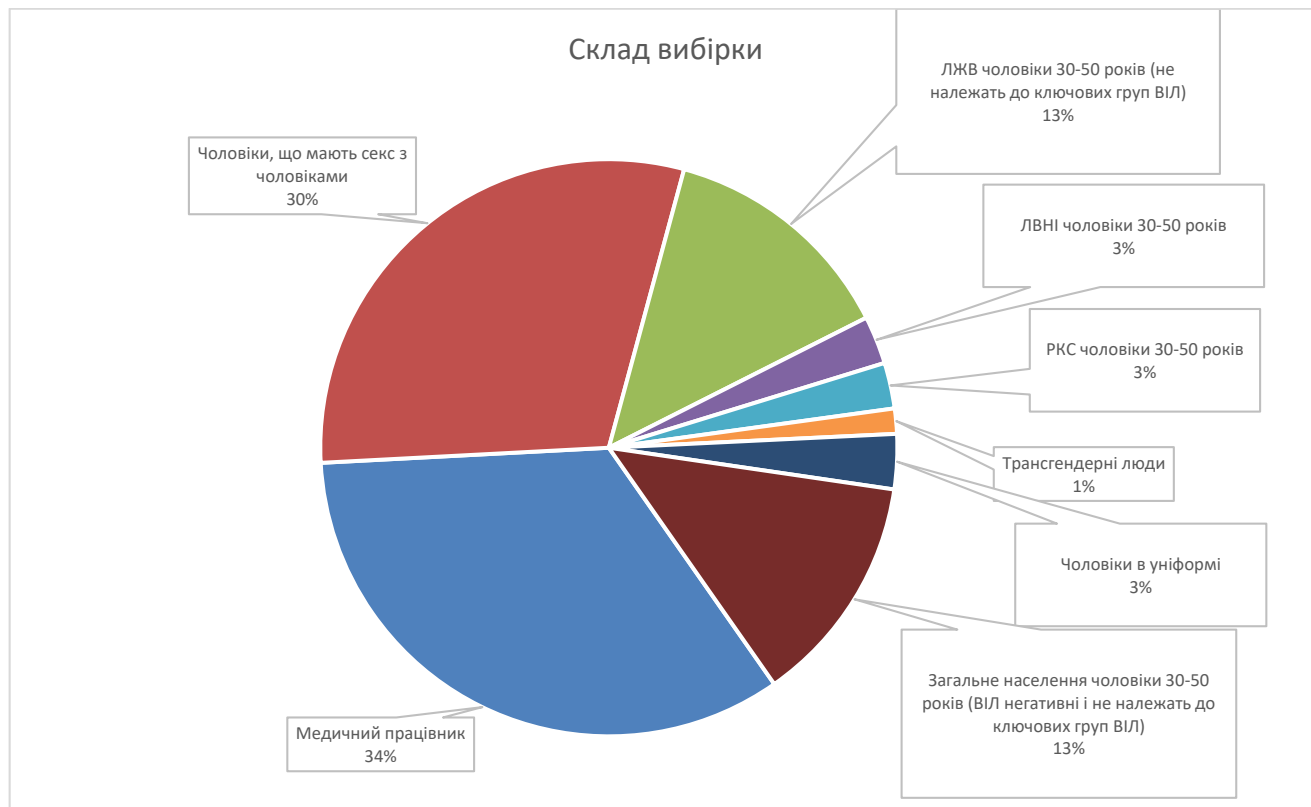


В підсумку вибірка дослідження містила в собі наступні категорії респондентів за цільовими групами і підгрупами (Рисунок 2):

1. ЦГ1 – Медичні працівники 264 (29,3%);
2. ЦГ2 – ЧСЧ 234 (26,0%);
3. ЦГ3:
 - a. ЛЖВ чоловіки віком 30-50 років – 104 (11,5%);
 - b. ЛВНІ чоловіки віком 30-50 років – 21 (2,3%);
 - c. РКС чоловіки віком 30-50 років – 20 (2,2%);
 - d. ТЛ – 11(1,2%);
 - e. ЛВУ – 24 (2,66%);
 - f. ЗН чоловіки 30-50 років – 101(11,2%);
 - g. СП ЦГ2 та ЦГ3 – 121 (13, 4%).

¹ Більш детальну соціально-демографічну інформацію, будь-ласка, дивіться у Додатковому електронному матеріалі 1.

Рисунок 2

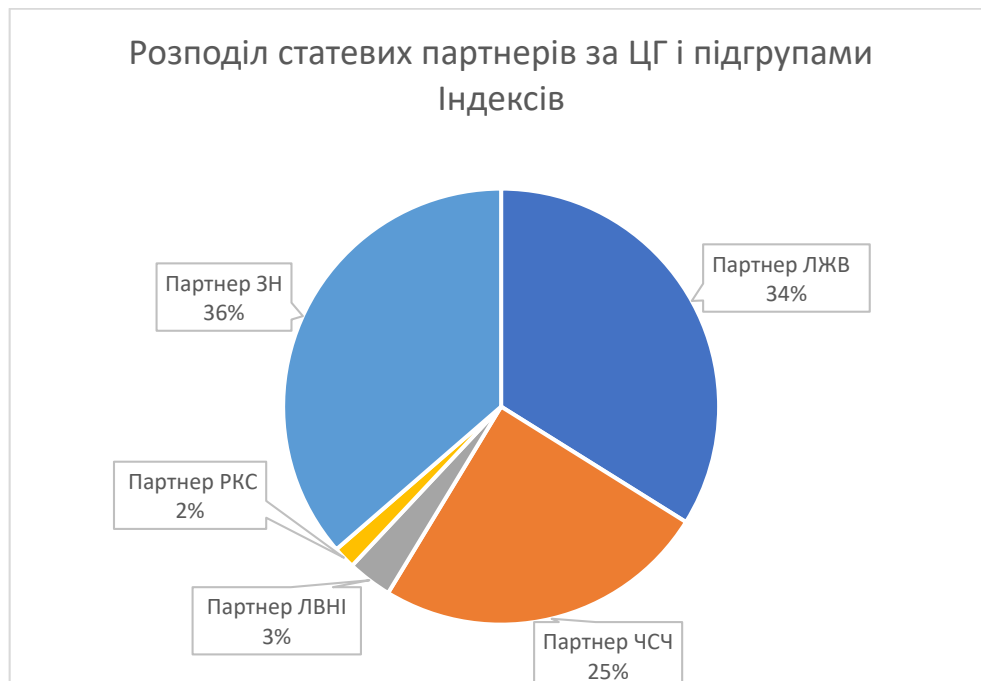


Більшість респондентів – 735 (81,7%) – були віком 25-49 років, в той час як в категорії 15-24 роки та 50-70 років потрапило 78 (8,7%) та 87 (9,7%) учасників опитування відповідно. Серед окремих груп ЧСЧ виявилися наймолодшою когортою де 26,9% з усіх ЧСЧ мали 15-24 роки під час опитування. За статтю група медичних працівників на третину складалася з жінок (294, 32,7%) і серед СП дві третини респондентів були жінками (90, 74,4%). Найвищий рівень освіти, що отримали у вищому навчальному закладі мали 348 (38,7%) респондентів. Найчастіше вища освіта була задекларована медичними працівниками (139, 52,7%) та ЛВУ (17, 70,8%). За фахом група медичних працівників складалася із сімейних лікарів (40, 15,2%), профільних спеціалістів (92, 34,8%), медичних сестер (125, 47,3%) та інших посад або спеціальностей (7, 2,7%). Первинним місцем роботи для більшості залучених до дослідження медичних працівників була державна клініка (207, 78,4%). Медіанний загальний стаж роботи медичних працівників склав 20 років (середня арифметична 20.25 років, стандартне відхилення 8.89, мінімально 1 рік, максимально 45 років). Загальний медіанний стаж роботи людей в уніформі був 12.5 років (середня арифметична 12.54 років, стандартне відхилення 8.89, мінімально 1 рік, максимально 27 років).

Розподіл статевих партнерів за ЦГ і підгрупами Індексів склався наступним чином (Рисунок 3):

1. Партнер ЛЖВ (41, 33,9%);
2. Партнер ЧСЧ (30, 24,8%);
3. Партнер ЛВНІ (4, 3,3%);
4. Партнер РКС (2, 1,7%);
5. Партнер ЗН (44, 36,4%).

Рисунок 3



Серед респондентів частка тих, що за останніх 12 місяців користувалися мікро кредитами склала 154 (17,1%) (Рисунок 4). За підгрупами найбільша частина, що задекларувала використання мікро кредитів була серед ЛЖВ (30, 28,8%) та ЛВНІ (6, 28,6%). Однак, частка тих, хто використовує мікро кредити щонайменше раз на місяць (найчастіше) виявилася найбільшою серед ЧСЧ (4, 11,8%).

Рисунок 4



Серед тих, хто за 12 місяців користувався мікро кредитами, 22,1% повідомили, що їм телефонувала колекторська служба (Рисунок 5). Найбільшими частками респондентів, кому телефонувала колекторська служба були ЛВНІ (66,7%) та РКС (50,0%).

Рисунок 5



Варто зазначити, що загалом 64,7% склала частка всіх респондентів, котрим колекторська служба телефонувала приблизно раз на місяць або частіше (Рисунок 6) і найбільше про такі контакти звітували ЛЖВ (77,8%), ЛВНІ (75,0%) та РКС (100,0%).

Рисунок 6



Про історію роботи за кордоном вахтовим методом загалом повідомили 10,7% респондентів серед яких найбільшу частку склали ЗН (23,8%).

Близько 88% респондентів віднесли себе до будь-якої релігії, однак в загальній вибірці найбільше було православних (63,2%). Частка невіруючих у всій вибірці склала 12,2% і найбільший відсоток невіруючих виявився серед ТГ (45,5%) і РКС (35,0%).

Ризикована поведінка (ЦГ2, ЦГ3).

Загалом 29,7% респондентів мали постійного статевого партнера. Водночас, 22,8% респондентів повідомили, що не мають постійного статевого партнера і час від часу зустрічаються з різними партнерами. Така поведінка була типовою для ЧСЧ (43,6%), РКС (60,0%) та ТЛ (45,5%) (Рисунок 7).

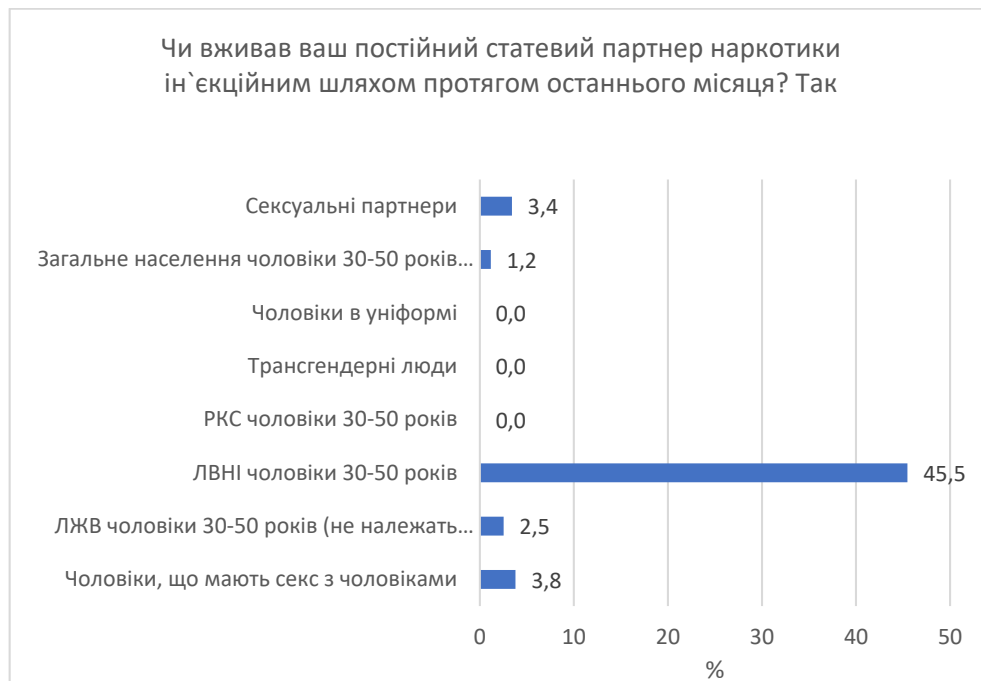
Рисунок 7



Взагалі не мали статевих партнерів протягом 12 місяців і більше загалом по всій вибірці 5,0%, а серед окремих груп найчастіше про відсутність сексуальних стосунків повідомляли 16,3% ЛЖВ та 33,3% ЛВНІ. Серед тих респондентів, хто мав постійних статевих партнерів 54,2% зазначили чоловіків, 45,1% - жінок і 0,7% (n=3) партнера іншої статі. На рівні підгруп, у якості своїх постійних статевих партнерів 4,5% ЧСЧ зазначили жінок, а 37,5% РКС і 60 % ТЛ зазначили чоловіків.

Серед Індексів, окрім ЛВНІ про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом повідомили: 1 респондент з групи ЧСЧ, 1 з підгрупи РКС та 3 з підгрупи СП. На питання чи вживав ваш постійний статевий партнер наркотики ін'єкційним шляхом протягом останнього місяця ствердно відповіли загалом 3,7% респондентів. На рівні окремих категорій респондентів про вживання ін'єкційних наркотиків постійними партнерами повідомили ЛВНІ (45,5%), ЧСЧ (3,8%) та СП (3,4%) (Рисунок 8).

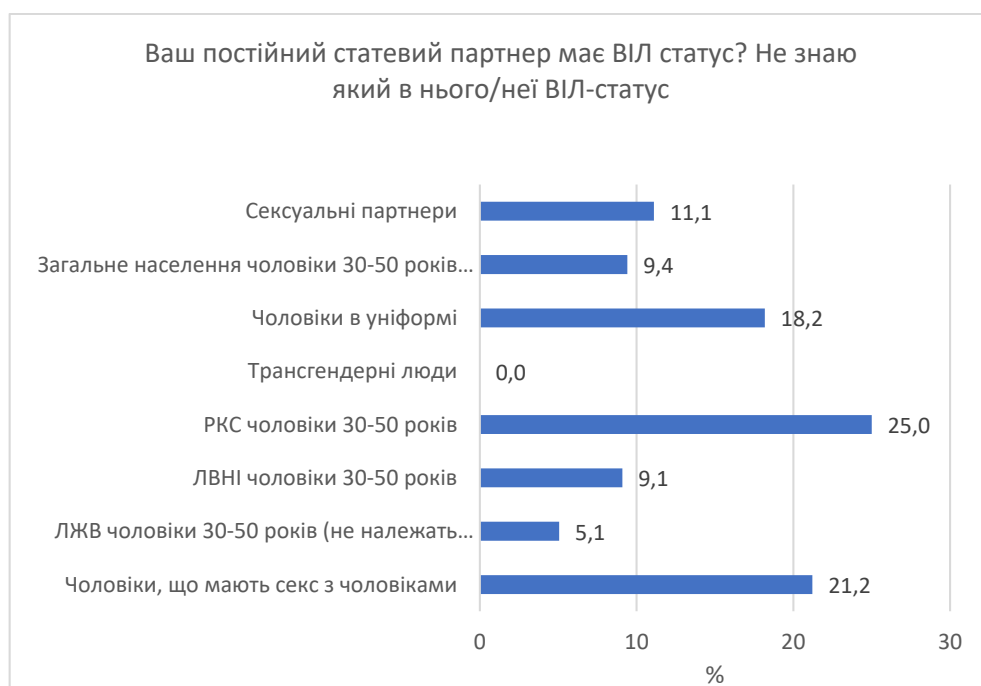
Рисунок 8



Про надання постійним сексуальним партнером сексуальних послуг за винагороду протягом останніх 6 місяців загалом повідомили 1,7%, а серед підгруп це явище найчастіше зустрічалось серед РКС 25,0%, ТА 20,0% та ЧСЧ 2,3%.

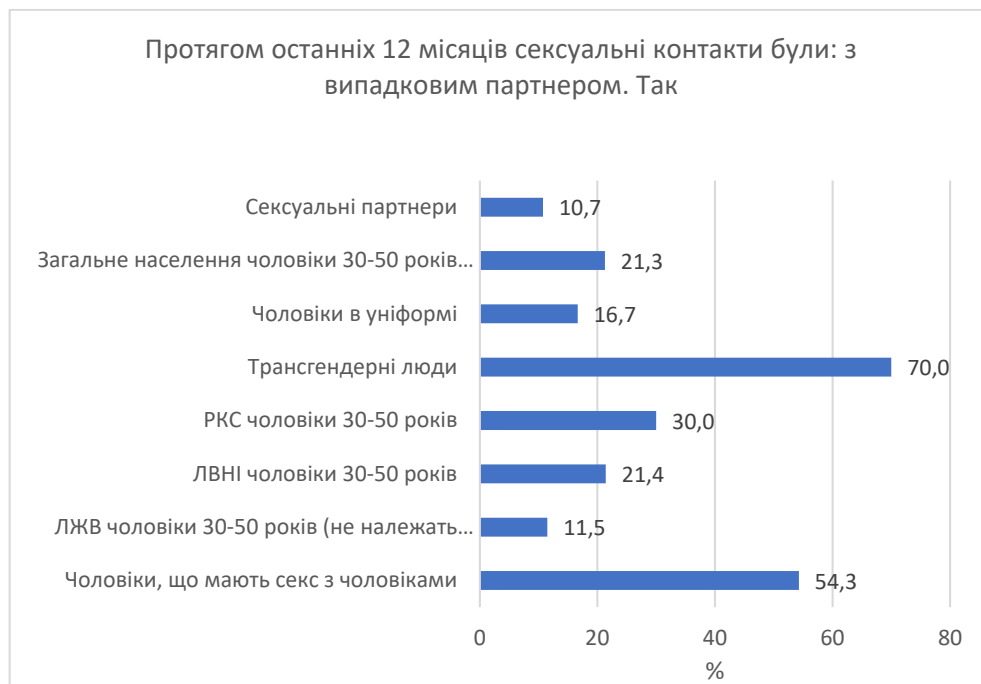
Загалом 21,1% респондентів доповіли, що мають постійного статевого партнера, що має ВІЛ-позитивний статус і отримує АРТ, а 0,7% повідомили, що мають постійного статевого партнера, який/яка має ВІЛ-позитивний статус і не отримує АРТ. Також 13,1% вказали, що мають постійного статевого партнера, ВІЛ статус якого їм не відомий (Рисунок 9). Найчастіше про постійного партнера з невідомим ВІЛ статусом повідомляли ЧСЧ (21,2%), ЛВУ (18,2%), ЗН (9,4%) та СП (11,1%). Однак, 86,5% респондентів зазначили, що їх постійний СП знає їхній ВІЛ статус.

Рисунок 9



Статеві контакти з випадковим партнером протягом останніх 12 місяців загалом виникали у 31,5% респондентів (Рисунок 10). Найчастіше така поведінка зустрічалась серед ЧСЧ (54,3%), ТЛ (70,0%), ЗН (21,3%) і СП (10,7%).

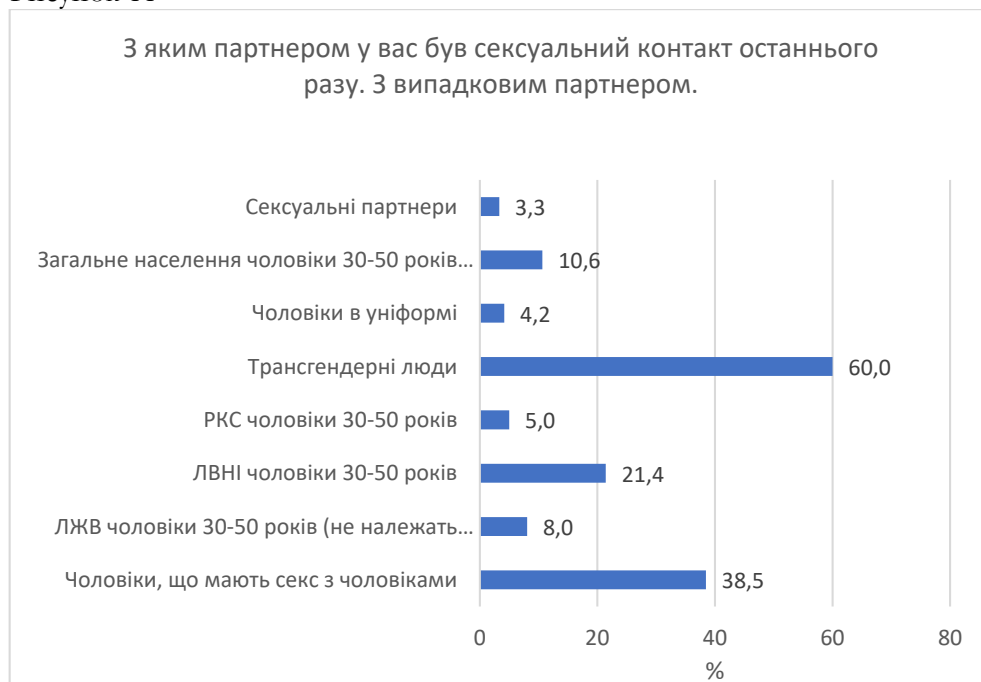
Рисунок 10



Також, про останній сексуальний контакт з випадковим партнером загалом повідомило 20,2%, в тому числі 38,5% ЧСЧ, 60,0% ТЛ та 10,6% ЗН (

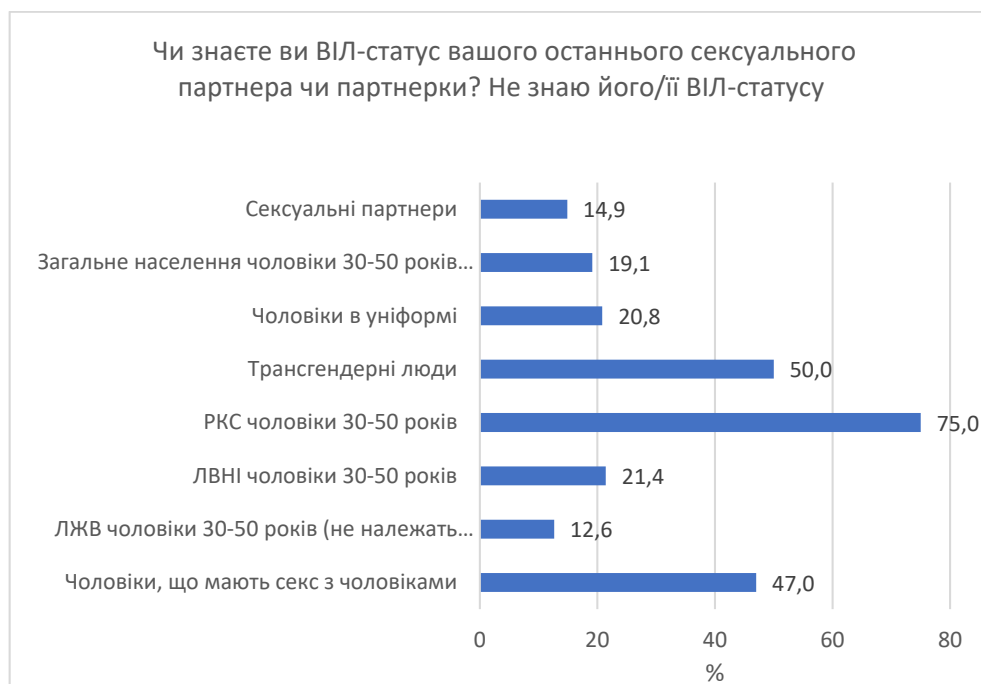
Рисунок 11).

Рисунок 11



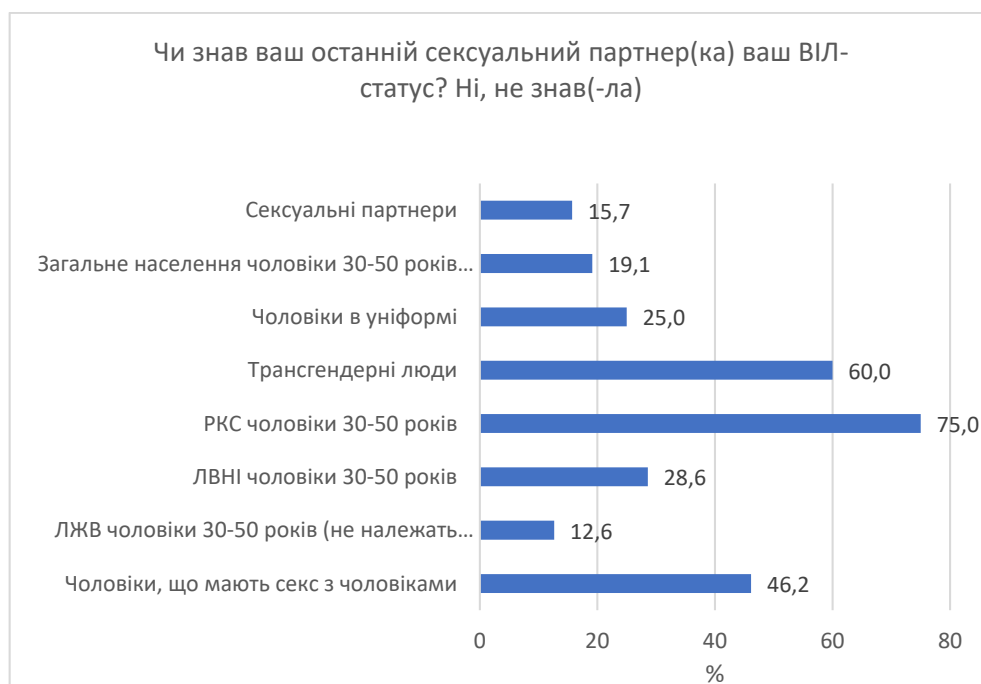
Про те, чи знали ВІЛ-статус останнього сексуального партнера чи партнерки «Так, ВІЛ позитивний» загалом повідомили 17,1% учасників. «Не знаю його/її ВІЛ-статусу» загалом вказали 30,6%, в тому числі 75,0% РКС, 50,0% ТЛ, 47,0% ЧСЧ та близько по 20% ЗН і ЛВУ (Рисунок 12).

Рисунок 12



На питання «Чи знав ваш останній сексуальний партнер(ка) ваш ВІЛ-статус?» загалом 31% респондентів відповіли негативно. Серед РКС та ЧСЧ такі випадки зустрічались найчастіше: 75,0% та 46,2% відповідно (Рисунок 13).

Рисунок 13



Серед тих респондентів, хто вказав на ВІЛ позитивний статус свого останнього статевого партнера (n=103), 3,9% повідомили, що цей партнер не приймав АРТ, а 1,9% вказали, що це їм не відомо.

Серед тих респондентів, хто вказав на ВІЛ негативний або ж невідомий статус свого останнього статевого партнера (n=501) на питання «Чи приймає ваш останній сексуальний партнер препарати ДКП?» ствердно відповіли 5% респондентів, з яких було 10,4% серед ЧСЧ та 9,1% серед ЛВНІ.

Не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту загалом 43,7% учасників, з яких найчастіше така поведінка була зафіксована серед ЗН (61,7%) та ЛВУ (58,3%) (Рисунок 14). Основними причинами НЕ використання презервативу були: 1) свідоме рішення з партнером (45,8%); 2) зниження чутливості (22,7%); 3) не вважається необхідним (18,2%); 4) прийом АРТ разом з партнером (17,8%); 5) прийом АРТ респондентом (12,5%).

Рисунок 14



Загалом 56,3% респондентів використали презерватив під час останнього статевого контакту. На загальному рівні основною причиною використання презервативу були: 1) захист від ВІЛ / СНІДу (39,4%); 2) захист від інших ІППС (24,1%); 3) запобігання вагітності 21,2%. Про використання презервативу для захисту від ВІЛ / СНІДу найчастіше повідомляли РКС (61,1%) та ЧСЧ (46,5%), а задля запобігання вагітності найчастіше ЗН (66,7%) та ЛВУ (80,0%).

Насилля зі сторони інтимного партнера загалом було зафіксовано серед 11% всіх респондентів, однак найчастіше про це доповідали ЧСЧ (19,2%), РКС (20,0%) та ТЛ (30,0%).

В ході опитування всім ВІЛ негативним респондентам, окрім медичних працівників, було запропоновано оцінити свій ризик інфікування ВІЛ за наступною шкалою: Мій ризик 1) – Абсолютно реальний; 2) – Цілком реальний; 3) – П'ятдесят на п'ятдесят; 4) – Малоймовірно 5) – Мені це абсолютно не загрожує. Загалом 36,9% респондентів відповіли, що мають високу (50% і вищу – 1-2 на шкалі) вірогідність інфікуватись ВІЛ (Рисунок 15). Найчастіше свій ризик зараження ВІЛ визначили як високий респонденти ЛВНІ (69,2%) та ЧСЧ (50,8%). Сприйняття ризику ВІЛ як не значного (абсолютно не загрожує) було найбільш поширене серед загального населення (15,3%)

Рисунок 15



Респондентам, хто вказав, що має ймовірний ризик (1-3 бали за шкалою ризику) було поставлене питання «Чому ви вважаєте, що існує реальний ризик інфікуватись ВІЛ?». Серед отриманих відповідей у 1,9% випадків, респонденти відповіли, що мають високий ризик, тому що *НЕ знають* як убезпечити себе від інфікування ВІЛ (2 респонденти серед загального населення та 1 респондент серед партнерів ЦГ).

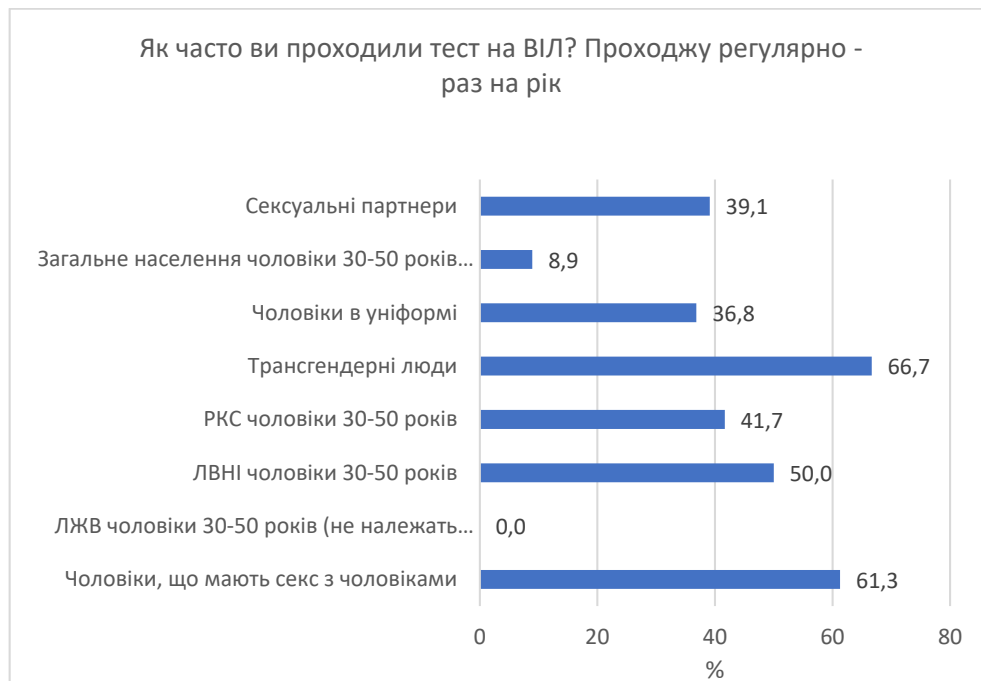
Тестування та лікування ВІЛ

Тестування на ВІЛ

Загалом 538 (84,6%) респондентів – за виключенням медичних працівників – доповіли, що проходили тестування на ВІЛ. Підгрупою з найменшою часткою протестованих були представники загального населення 56 (55,4%). 30,7% респондентів повідомили про свій позитивний ВІЛ статус і 8,0% не захотіли повідомляти про свій ВІЛ статус. Серед ЧСЧ виявилося 11,3% ВІЛ позитивних респондентів, а серед ЛВНІ і СП – 38,9% і 29,2% відповідно. Варто уваги те, що 33,3% РКС та 12,7% ЧСЧ відмовилися вказати свій ВІЛ статус.

Загалом 45,5% респондентів вказали, що проходили тестування на ВІЛ регулярно - раз на рік (Рисунок 16.). Серед ЧСЧ і ТЛ, ті респонденти, хто проходить тестування на ВІЛ регулярно склали більшість: 61,3% та 66,7% відповідно.

Рисунок 16.



Основна причина проходження тесту серед усіх груп було отримання результату для власного спокою (61,5%). Варто зазначити, що серед усіх респондентів 16,1% пройшли тест під час акції з агітацією пройти тестування і близько третини ЛВНІ, ТГ та ЗН пройшли тестування саме таким шляхом. Найбільш популярними точками проходження тестування на ВІЛ для всіх груп респондентів були: 1) громадська організація 35,5%; 2)...і кабінет довіри / центр СНІДу 32,4%.

Варто уваги те, що 6,7% (22 учасники) всіх респондентів застосовували оральний (слинний) тест на ВІЛ самостійно. Слинні тести були отримані респондентами на базі громадської організації у 59,1% випадків або отримано під час вуличного чи будь-якого іншого заходу у 22,7% випадків.

Протягом останніх 12 місяців 79,7% учасників на рівні всіх груп дослідження (за виключенням медичних працівників) пройшли тестування на ВІЛ, з найменшою часткою серед ЗН (39,3%) (Рисунок 17).

Рисунок 17.



Основними причинами, через які респонденти не проходили тест на ВІЛ були: 1) впевненість, що ВІЛ інфекції у респондента немає (35,8%) та...; 2) респонденти не мали ризикованої поведінки (61,2%). ВІЛ позитивних респондентів (n=165) запитали де саме вони проходили свій останній тест на наявність ВІЛ-інфекції (до проходження підтверджуючого тесту на ВІЛ у Центрі СНІДу) (Рисунок 18). Основними місцями тестування були: 1) центри СНІДу (там відбувалось тестування і підтвердження діагнозу) – 62 (37,6%); 2) в кабінеті Довіра – 31 (18,8%); 3) в громадській організації – 22 (13,3%)

Рисунок 18.



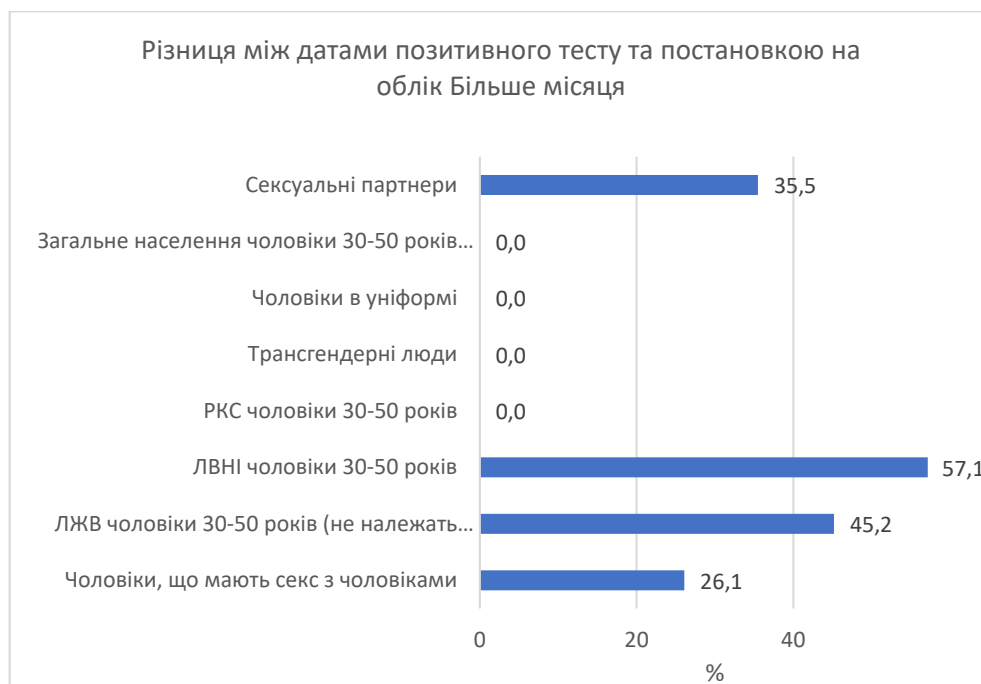
Респондентів, хто мав постійних статевих партнерів із ВІЛ-негативним статусом запитали: «Як часто ваша партнер проходить тест на ВІЛ?» і 34 респонденти відповіли (11,4%), що їхні партнери не

проходять тестування на ВІЛ взагалі. Така відповідь зустрічалася найчастіше серед загального населення (n=19, 25,0%). Основними причинами НЕ проходження тестування на ВІЛ постійним статевим партнером учасників були: 1) впевненість, що ВІЛ інфекції у партнера немає (35,3%) та...; 2) партнери не практикували ризикованої поведінки (38,2%);

Лікування ВІЛ

41,2% респондентів повідомили, що між датою встановлення позитивного тесту та постановкою на облік і призначенням АРТ пройшло більше одного календарного місяця. Серед підгруп респондентів найбільше часу до постановки діагнозу було зафіксовано серед ЛВНІ (57,1%) (Рисунок 19).

Рисунок 19



Основними причинами, за яких респондент не відразу став на облік, були: 1) необхідність пройти додаткові обстеження для того, щоб стати на облік (35,3%); 2) невіра у діагноз (25,0%); 3) вважали, що облік не потрібний (23,5%). Варто зазначити окрему причину затримки – 5,9% респондентів, що були взяті на облік із затримкою, вказали, що після тестування вони не знали, куди їм потрібно звернутись (Рисунок 20).

Рисунок 20



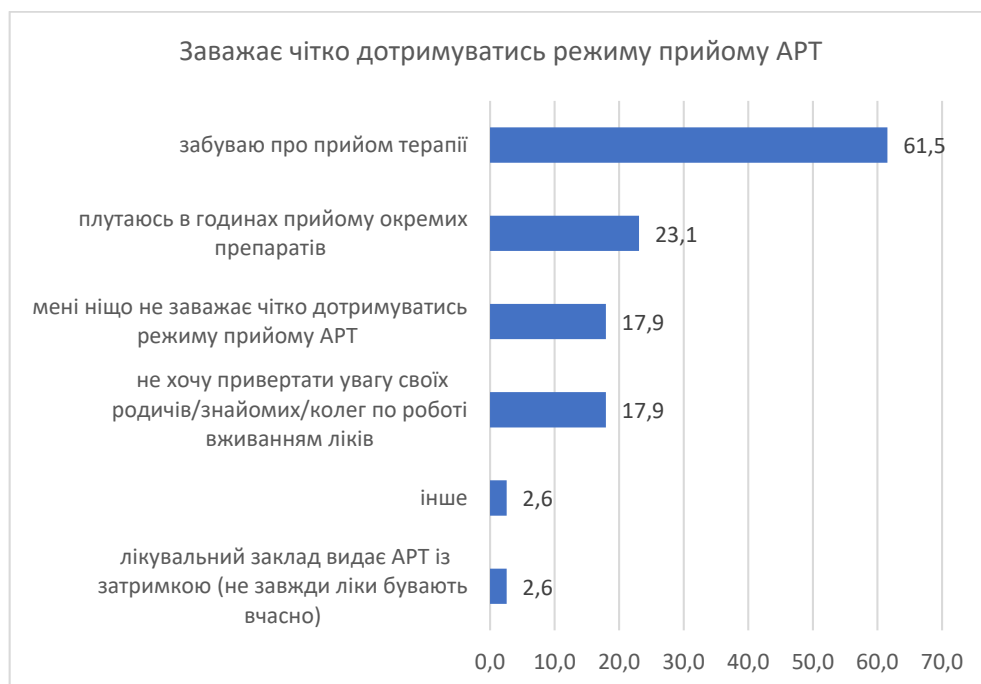
На момент опитування серед ВІЛ позитивних респондентів (n=165) 97,6% отримували АРТ, серед яких 75,8% повідомили, що чітко дотримуються режиму прийому АРТ препаратів (Рисунок 21).

Рисунок 21



Серед 39 респондентів, що не чітко дотримуються режиму прийому АРТ, причинами поганої прихильності до лікування були: 1) забували про прийом терапії 61,5%; 2) плутались в годинах прийому окремих препаратів 23,1% (Рисунок 22).

Рисунок 22



Із 165 ЛЖВ, 125 респондентів (75,8%) не пропустили жодного планового відвідування лікаря зі СНІД-Центру/ кабінету Довіри / кабінету інфекціоніста. Серед тих респондентів, хто мав пропущені візити до лікаря (n=40) завадило здійснити плановий візит до лікаря в основному: 1) забув/забула про необхідність відвідати лікаря (30,0%) та...; 2) важко знайти час, щоб відвідати лікаря/лікувальний заклад 45,0%. Серед всіх ЛЖВ, що пройшли опитування в цьому дослідженні 20,0% були би готові отримувати лікування та ВІЛ/супровід у свого сімейного лікаря, а 29,7% – ще не визначились.

Рівень обізнаності ВІА

Загальний рівень знань щодо ВІА

Для оцінки рівня знань про ВІА/СНІД загалом, профілактику та лікування ВІА, користь раннього лікування був модифікований та використаний індекс, що був створений під час попереднього дослідження. Такий індекс дозволяє охопити відповіді на усі основні запитання опитувальника щодо можливих шляхів передачі ВІА, основних відомостей про ВІА/СНІД та можливостей зниження ризику передачі ВІА – Загальний Індекс знань щодо ВІА-інфекції/СНІДу (далі – Загальний індекс знань). Визначення правильних та неправильних відповідей надається в конструкції Загального індексу нижче (Таблиця 3).

Таблиця 3. Конструкція Загального індексу знань щодо ВІА-інфекції/СНІДу.

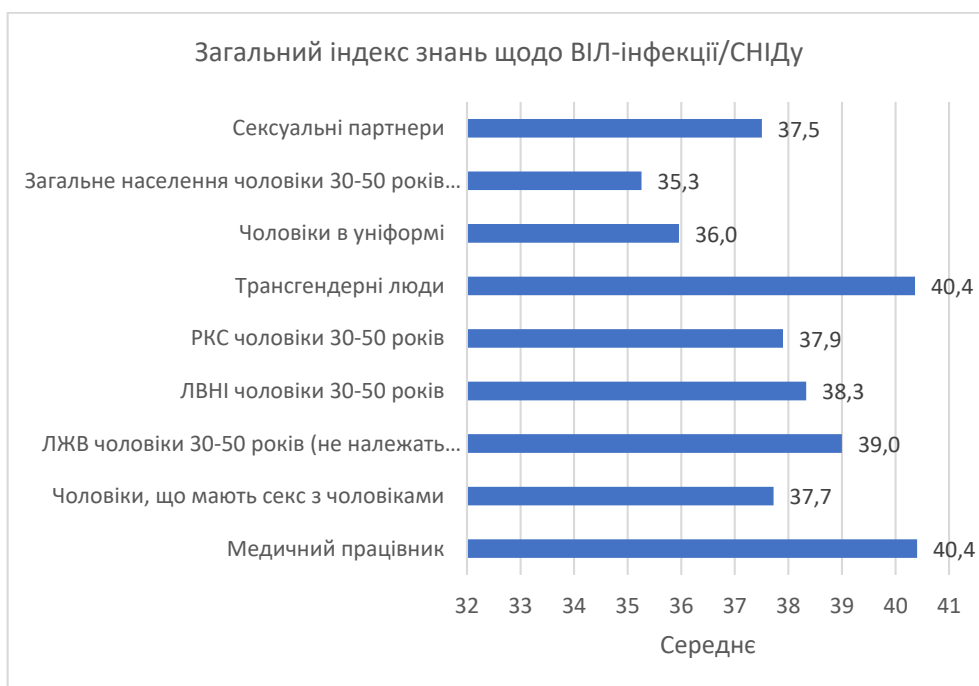
Які шляхи інфікування вІл ви вважаєте можливими? Якщо ви не впевнені щодо якогось твердження, будь ласка, позначте варіант «не певен».	Правильна відповідь
Вагінальний секс без використання презервативу	Правильно
Оральний секс без використання презервативу	Правильно
Анальний секс без використання презервативу	Правильно
Через укуси комара	Неправильно
Використовуючи той самий туалет/лазню/басейн або сауну, що й інфікована людина	Неправильно
Спільне користування шприцями і голками для ін'єкцій	Правильно
Через кров інфікованого при будь-яких контактах «кров у кров»	Правильно
Через поцілунок	Неправильно

Через дотики чи обійми	Неправильно
Через чхання чи кашель	Неправильно
Якщо з'їсти їжу, приготовану ВІА-інфікованою людиною	Неправильно
Через спільне користування рушником, мочалкою, милом	Неправильно
Живучи в одному приміщенні з ВІА-інфікованою людиною	Неправильно
Якщо приймати їжу спільно з ВІА-інфікованою людиною	Неправильно
Якщо проходити лікування в кабінеті лікаря, де також проходять лікування ВІА-інфіковані пацієнти	Неправильно
Під час пірсингу і татуювання	Правильно
При переливанні інфікованої крові	Правильно
При користуванні чужими засобами для гоління, зубними щітками	Правильно
Можливий шлях передачі ВІА: від ВІА-інфікованої матері до дитини	Правильно
Якщо пити із однієї склянки з ВІА-інфікованою людиною	Неправильно
ВІА-інфекція може передаватися від ВІА-інфікованої матері до дитини під час вагітності	Правильно
ВІА-інфекція може передаватися від ВІА-інфікованої матері до дитини при пологах	Правильно
ВІА-інфекція може передаватися від ВІА-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	Правильно
<i>Зараз я зачитаю вам кілька тверджень про ВІА/СНІД. Скажіть, будь ласка, щодо кожного з них, чи вважаєте ви його правильним. Якщо ви не впевнені щодо якогось з тверджень, будь ласка, скажіть мені про це.</i>	<i>Правильна відповідь</i>
Двоє ЛЖВ можуть спільно користуватись інекційним інструментарієм (шприці, голки) або мати сексуальні контакти, не вживаючи ніяких заходів безпеки, адже вони не можуть інфікувати одне одного.	Неправильно
Прийом АРВ-терапії на ранній стадії ВІА дозволяє запобігти розвитку ВІА-інфекції та зберегти імунітет організму.	Правильно
Можна інфікуватись ВІА і не знати про це	Правильно
Сьогодні немає ліків, які б повністю вилікували від ВІА-інфекції і СНІДу	Правильно
Якщо вчасно почати лікувати ВІА, лікування сповільнить розвиток вірусу, і людина може прожити багато років, не відчуваючи шкоди від цього захворювання	Правильно
Інфікування ВІА – це смертний вирок	Неправильно
Люди, які живуть з ВІА, забезпечуються лікуванням і мають можливість сьогодні жити нормальним життям	Правильно
Спочатку людина навіть може нормально почуватися, але якщо ВІА вчасно не почати лікувати, він врешті-решт зруйнує імунну систему, що призведе до розвитку важких захворювань і смерті	Правильно
Можна припинити лікування ВІА, якщо людина добре почувається	Неправильно
За умови лікування ВІА-позитивні жінки народжують здорових дітей	Правильно
Здорова на вигляд людина може бути ВІА-інфікованою	Правильно
ВІА-інфікована жінка не може народити здорову дитину	Неправильно
Під час вагітності лікування ВІА слід припинити	Неправильно
<i>Чи можливо знизити ризик передачі ВІА, якщо...</i>	<i>Правильна відповідь</i>

Мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером, у якого немає інших партнерів	Правильно
Приймати Доконтактну профілактику ВІЛ (PrEP)	Правильно
Завжди використовувати презервативи	Правильно
Практикувати проникаючий сексуальний контакт без сім'явиверження	Неправильно
Використовувати сперміциди під час сексуального контакту	Неправильно
Використовувати гормональні контрацептиви (наприклад, протизаплідні таблетки)	Неправильно
Мати сексуальні контакти лише з тими людьми, які сказали Вам, що вони ВІЛ-негативні	Неправильно

За кожну правильну відповідь на вищезазначені питання респондент отримував 1 бал, за неправильну відповідь – 0 балів. Таким чином, Загальний Індекс знань щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу має 44 можливих значень, від 0 до 43. Загалом середнє значення балів серед всієї вибірки було 38,4 балів, найвищий середній бал був серед медичних працівників та ТТ (40, 4), а найнижчим рівень знань був серед ЛВУ та ЗН (36,6 і 35,3 відповідно) (Рисунок 23). Для детального ознайомлення з розподілом правильних відповідей за групами будь ласка дивіться **Додатковий електронний матеріал 1**.

Рисунок 23



Питання на які було надано менше ніж 85% правильних відповідей на рівні загальної вибірки перераховані в таблиці нижче (Таблиця 4).

Таблиця 4. Перелік питань, на які було дано найменше правильних відповідей.

Питання	% правильних відповідей
<i>Які шляхи інфікування віл ви вважаєте можливими? Якщо ви не впевнені щодо якогось твердження, будь ласка, позначте варіант «не певен».</i>	
Оральний секс без використання презервативу	76,9%
При користуванні чужими засобами для гоління, зубними щітками	83,3%

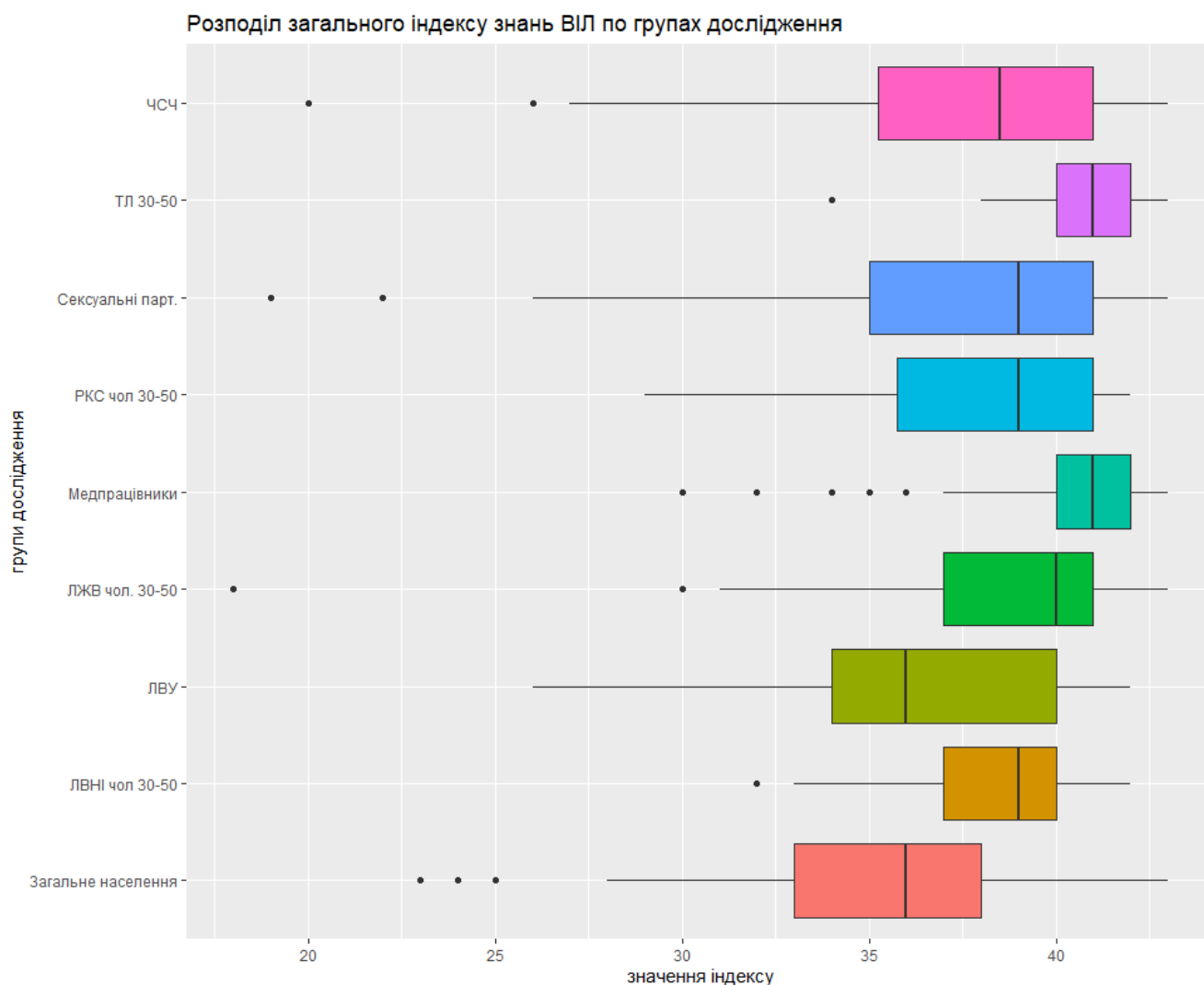
<i>Зараз я зачитаю вам кілька тверджень про ВІА/СНІД. Скажіть, будь ласка, щодо кожного з них, чи вважаєте ви його правильним. Якщо ви не впевнені щодо якогось з тверджень, будь ласка, скажіть мені про це.</i>	
Двоє ЛЖВ можуть спільно користуватись ін'єкційним інструментарієм (шприці, голки) або мати сексуальні контакти, не вживаючи ніяких заходів безпеки, адже вони не можуть інфікувати одне одного.	59,7%
Інфікування ВІА – це смертний вирок	80,7%
<i>Чи можливо знизити ризик передачі ВІА, якщо...</i>	
Приймати Доконтактну профілактику ВІА (PrEP)	60,7%
Практикувати проникаючий сексуальний контакт без сім'явиверження	73,9%
Мати сексуальні контакти лише з тими людьми, які сказали Вам, що вони ВІА-негативні	75,3%

Різниця рівню знань між групами респондентів.

В цьому аналізі було використано метод лінійної регресії для визначення статистичної значущості різниці між середнім рівнем знань медичних працівників та іншими групами респондентів. Згідно результатів цього аналізу всі групи респондентів мають значущо нижчий рівень, окрім ТЛ ($p=.97$) (

Рисунок 24). Детальний звіт щодо результатів цього порівняння будь ласка дивіться у Додатковому електронному матеріалі 2.

Рисунок 24



Детермінанти рівня знань щодо ВІА

Задля визначення зв'язку рівня знань щодо ВІА із факторами впливу було використано метод логістичної регресії. Було враховано відношення шансів (ВШ) отримати загальний бал Загального індексу знань вище медіанного рівня, 95% довірчі інтервали (ДІ) та значення p на рівні 0.05, що вважалося верхнім порогом статистичної значущості. До контрольованих змінних в логістичній моделі були внесені вік, стать та група респондентів.

Метою цього аналізу було виявлення статистично значущого зв'язку рівню знань щодо ВІА із тестуванням на ВІА, ТБ і ПСШ, причинами не проходження тестування на ВІА за останні 12 місяців та місцем проходження тестування на ВІА (Таблиця 5). Респонденти, що будь-коли проходили тест на ВІА в 3.6 разів мають вищі шанси отримати бал Загального індексу знань щодо ВІА вище медіанного в порівнянні з тими, хто не проходив тестування на ВІА (ВШ 3,56; ДІ від 2,10 до 6,04; $p < .0001$). Ті респонденти, хто проходив тестування на ВІА тільки один раз мають в 2.3 разів нижчий шанс мати знання вище медіанного порівняно з тими, хто тестується регулярно (ВШ 0,43; ДІ від 0,19 до 0,95; $p = .038$). Проходження скринінгової флюорографії (діагностика туберкульозу), в 2,3 рази підвищує шанси отримати Загальний індекс знань щодо ВІА вище медіанного в порівнянні з тими, хто не проходив флюорографію (ВШ 2,26; ДІ від 1,48 до 3,45; $p < .0001$). Аналогічно, респонденти, що будь-коли проходили тестування на вірусні гепатити мають вдвічі вищі шанси мати кращі знання з ВІА ніж ті, хто не проходив тестування на вірусні гепатити (ВШ 2,09; ДІ від 1,48 до 2,94; $p < .0001$). Ті респонденти, хто не проходив тестування на ВІА за останні 12 місяців через те, що були впевнені, що у них немає ВІА мали в 2.8 разів менші шанси мати знання щодо ВІА вище

медіанного рівня порівняно з тими, хто не вважає, що у них немає ВІЛ і не проходили тестування на ВІЛ за іншої причини (ВШ 0,26; ДІ від 0,08 до 0,81; $p=.021$). Статистично значущого зв'язку між місцем тестування на ВІЛ та рівнем знань щодо ВІЛ за Загальним індексом виявлено не було. Для ознайомлення з детальними результатами цього аналізу, будь ласка, звертайтеся до **Додаткового електронного матеріалу 2**.

Таблиця 5

Перемінна	Рівень	Значення	N нижч е медіа н	N вище медіан	медіана	ВШ	ΔI нижній верхній		p
Чи проходили Ви тестування на ВІЛ?	0	Ні	70	28	34,5				
	1	Так	229	309	39	3,56	2,10	6,04	0,000
Як часто ви проходили тест на ВІЛ?	1	Проходжу регулярно - раз на рік	58	92	40				
	2	Проходив кілька разів, але не регулярно	62	72	38	0,67	0,40	1,10	0,116
	3	Проходив один раз	24	22	36	0,43	0,19	0,95	0,038
Я не питаю про результати, але чи проходили ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?	0	Ні	33	34	37				
	1	Так	111	152	39	1,49	0,75	2,96	0,251
Ви коли-небудь проходили тестування на туберкульоз (скринінгової флюорографії)?	0	Ні	80	48	37				
	1	Так	219	289	39	2,26	1,48	3,45	0,000
Ви коли-небудь проходили тестування на вірусні гепатити?	0	Ні	156	116	37				
	1	Так	143	221	40	2,09	1,48	2,94	0,000
Ви коли-небудь проходили тестування на інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПП)?	0	Ні	164	163	38				
	1	Так	135	174	39	1,30	0,94	1,80	0,108
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: я певен/-а, що у мене нема ВІЛ	0	Ні	17	26	38				
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: я певен/-а, що у мене нема ВІЛ	1	Так	16	8	34	0,26	0,08	0,81	0,021
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: не хочу за це платити	0	Ні	32	34	37				
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: не хочу за це платити	1	Так	1	0	31	0,00	0,00	Inf	0,996
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: не хочу, щоби інші знали, що я проходжу тест	0	Ні	31	34	37				
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: не хочу, щоби інші знали, що я проходжу тест	1	Так	2	0	27	0,00	0,00	Inf	0,995
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: не практикую ризикованої поведінки	0	Ні	16	10	35				

Перемінна	Рівень	Значення	N нижч е медіа н	N вище медіан	медіана	ВШ	ΔI нижній верхній		p
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: не практикую ризикованої поведінки	1	Так	17	24	37	2,43	0,83	7,17	0,107
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: інше	0	Ні	31	30	37				
Причина, з якої не проходив/ла тест за останні 12 місяців: інше	1	Так	2	4	37	2,23	0,34	14,61	0,401
Де проходив/ла тест на ВІЛ: кабінет довіри / центр СНІДу	0	Ні	103	120	38				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: кабінет довіри / центр СНІДу	1	Так	41	66	40	1,41	0,86	2,31	0,173
Де проходив/ла тест на ВІЛ: жіноча консультація	0	Ні	133	176	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: жіноча консультація	1	Так	11	10	38	0,69	0,23	2,02	0,495
Де проходив/ла тест на ВІЛ: сімейний лікар	0	Ні	133	174	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: сімейний лікар	1	Так	11	12	37	0,84	0,34	2,04	0,696
Де проходив/ла тест на ВІЛ: інший медичний заклад	0	Ні	127	169	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: інший медичний заклад	1	Так	17	17	38	0,78	0,37	1,63	0,511
Де проходив/ла тест на ВІЛ: на пункті обміну шприців	0	Ні	143	181	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: на пункті обміну шприців	1	Так	1	5	39,5	6,03	0,58	62,96	0,133
Де проходив/ла тест на ВІЛ: в медичній установі	0	Ні	131	172	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: в медичній установі	1	Так	13	14	37	0,81	0,34	1,89	0,623
Де проходив/ла тест на ВІЛ: в іншій установі	0	Ні	142	186	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: в іншій установі	1	Так	2	0	32	0,00	0,00	Inf	0,981
Де проходив/ла тест на ВІЛ: громадська організація	0	Ні	96	117	38				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: громадська організація	1	Так	48	69	39	1,31	0,75	2,27	0,339
Де проходив/ла тест на ВІЛ: мобільна лабораторія	0	Ні	128	171	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: мобільна лабораторія	1	Так	16	15	38	0,68	0,31	1,50	0,345
Де проходив/ла тест на ВІЛ: виїзні акції різних організацій (швидке тестування)	0	Ні	126	171	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: виїзні акції різних організацій (швидке тестування)	1	Так	18	15	37	0,57	0,27	1,21	0,143
Де проходив/ла тест на ВІЛ: застосував/-ла тест-систему самостійно (наприклад, купив/-ла її в аптеці)	0	Ні	131	176	39				

Перемінна	Рівень	Значення	N нижч е медіа н	N вище медіан	медіана	ВШ	ΔI нижній верхній		p
Де проходив/ла тест на ВІЛ: застосував/-ла тест-систему самотійно (наприклад, купив/-ла її в аптеці)	1	Так	13	10	37	0,55	0,23	1,32	0,182
Де проходив/ла тест на ВІЛ: застосовував/ла оральний (слинний) тест на ВІЛ самотійно	0	Ні	136	172	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: застосовував/ла оральний (слинний) тест на ВІЛ самотійно	1	Так	8	14	40,5	1,30	0,50	3,40	0,588
Де проходив/ла тест на ВІЛ: інше	0	Ні	143	183	39				
Де проходив/ла тест на ВІЛ: інше	1	Так	1	3	38,5	2,91	0,28	30,56	0,373

Доконтактна профілактика – ставлення до ДКП серед ЦГ2 та ЦГ3

Загальна частка учасників серед ЦГ2 та ЦГ3, що коли-небудь чули про ВІЛ-негативних людей, які приймають медичні препарати, щоб захистити себе від зараження ВІЛ, склала 47,2% (n=300) (Рисунок 25). Найвищий рівень такої початкової поінформованості щодо ДКП був серед ТЛ (100%) та ЧСЧ (70,5%), а найнижчий рівень було зафіксовано серед ЗН - 8,9%.

Рисунок 25



Про доконтактну профілактику (ДКП або PrEP (ПРЕП), яка використовується для запобігання ВІЛ-інфекції (базове уявлення) знали 46,9% респондентів (n=298). Знову ж таки, найкраще проінформованими щодо ДКП виявились ТЛ (100%) та ЧСЧ (72,2%), а найгірше ЗН - 7,9% (Рисунок 26).

Рисунок 26



Серед тих респондентів (n=298), що мали базове уявлення про ДКП 22,1% вперше дізналися про ДКП від соціального працівника, 19,1% в організації/громадському центрі та 15% від друга або подруги або від медичного працівника (Рисунок 27).

Рисунок 27



41,5% (n=86) ВІЛ негативних респондентів, серед тих, що мали базове уявлення про ДКП, думали про те, щоб почати ДКП. Найвищий рівень бажання почати ДКП спостерігався серед ЧСЧ (47,9%) та СП (23,3%)(Рисунок 28).

Рисунок 28



Серед тих респондентів, що планували розпочати ДКП, 94,2% (n=81) вдалося отримати інформацію де можна отримати ДКП. Майже 100% осіб отримали необхідну інформацію щодо ДКП серед ЧСЧ та ТА і близько 15% серед СП та РКС НЕ змогли отримати таку інформацію(Рисунок 29).

Рисунок 29



Серед тих респондентів, кому вдалося дізнатись, де можна отримати ДКП 43,2% знайшли потрібну інформацію в організації/громадському центрі і 45,7% отримали таку інформацію від соціального

працівника. З інформаційних джерел благодійної організації «100% ЖИТТЯ» інформацію щодо того, де можна отримати ДКП, отримали 3,7% учасників (Рисунок 30).

Рисунок 30



Найбільш надійним джерелом інформації щодо ДКП респонденти вважали медичного працівника (53,4%), соціального працівника (13,4%) та профільну НУО (12,8%). Інформацію щодо ДКП з джерел благодійної організації «100% ЖИТТЯ» вважали надійною 5,4% респондентів (Рисунок 31).

Рисунок 31



Серед тих респондентів, що чули про ДКП, але не планували почати прийом ДКП (n=121),

головними причинами відмови від початку ДКП було: 1) відсутність ризикованої поведінки (33,9%); 2) використання презервативу як методу профілактики 29,8%; 3) небажання приймати таблетки через страх побічних ефектів 20,7% (Рисунок 32).

Рисунок 32



Серед тих респондентів хто планував і кому вдалось отримати інформацію про ДКП (n=81) 42,0% (n=34) повідомили, що наразі приймають ДКП, а 14,8% повідомили, що колись приймали, але наразі припинили прийом ДКП. Загалом припинило прийом ДКП 12 респондентів і головною причиною слугувало те, що у респондент не вважав, що має ризик інфікування ВІЛ (50,0%).

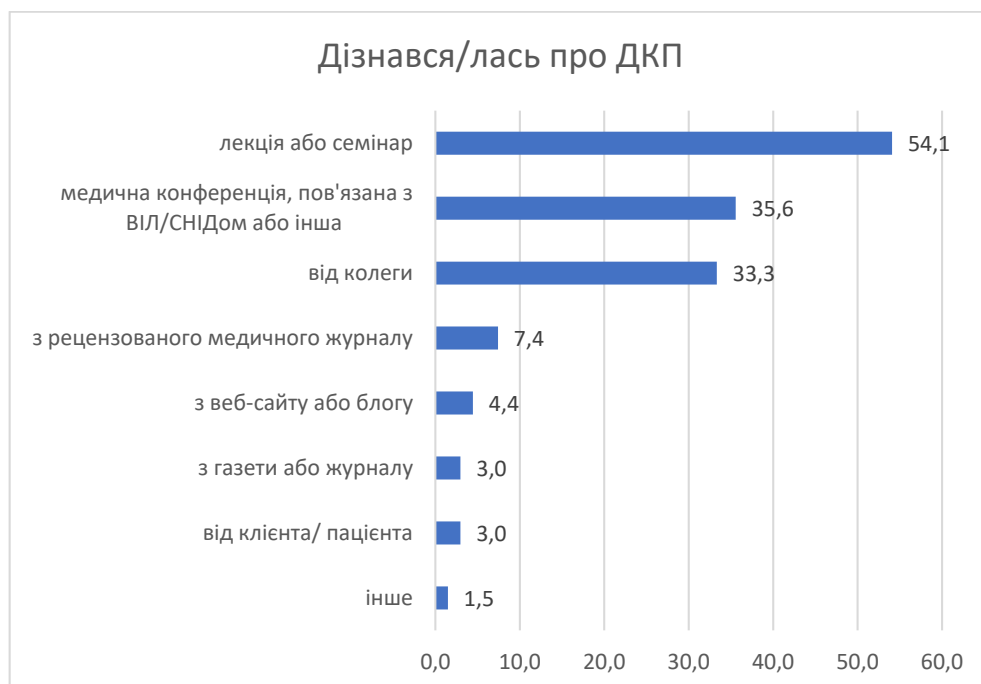
Через побічні ефекти або через дефіцит часу від ДКП відмовилося 33,3% респондентів.

З 34 респондентів, що наразі приймають ДКП 97,1% повідомили, що будуть продовжувати прийом ДКП і були у цьому цілком впевнені. 1 респондент повідомив, що ще не визначився щодо продовження прийому ДКП.

Доконтактна профілактика - обізнаність і ставлення до ДКП серед медичних працівників

Половина медичних працівників (51,1%, n=135) чули про ДКП раніше своєї участі у цьому дослідженні. Серед тих медичних працівників, що чули про ДКП, вперше дізнались про ДКП під час лекції або ж семінару (54,1%), під час конференції щодо ВІЛ/СНІД (35,6%) або ж почули від колеги (33,3%)(Рисунок 33).

Рисунок 33



Також 38,5% медичних працівників, що чули про ДКП, проходили офіційний тренінг щодо ДКП і 31,1% вважають, що вони детально обізнані з детальними критеріями відповідності щодо ДКП (Рисунок 34). Також 49.6% респондентів вважали, що вони достатньо знають про ДКП, щоби проводити обговорення ДКП з пацієнтами і знають куди направляти своїх пацієнтів у їхньому населеному пункті.

Рисунок 34



В цьому дослідженні було визначено загальний індекс знань щодо ДКП за стандартною шкалою.^[3] До шкали входили 5 питань (Таблиця 6)

Таблиця 6. Конструкція загального індексу знань щодо ДКП

В наступному розділі визначте чи правильними є наступні твердження	Правильна відповідь
ДКП це спосіб запобігання розвитку ВІЛ –інфекції шляхом прийому ліків проти ВІЛ після зараження вірусом	Неправильно
Доведено, що ДКП працює для ЧСЧ та трансгендерних жінок	Правильно
ДКП призначене для використання ВІЛ-позитивними людьми.	Неправильно
Дослідники не знають, чи існує ризик для здоров'я від використання ДКП протягом тривалого періоду часу	Неправильно
Основною метою лікування як профілактики є дослідження безпеки новостворених препаратів проти ВІЛ.	Неправильно

За кожну правильну відповідь на вищезазначені питання респондент отримував 1 бал, за неправильну відповідь – 0 балів. Таким чином, Загальний Індекс знань щодо ДКП має 6 можливих значень, від 0 до 5. Загалом медіанна кількість балів серед всієї вибірки медичних працівників була 4,0 бали (80% надали правильні відповіді), що можна вважати низьким, але все ще задовільним рівнем знань. Розподіл правильних відповідей на питання наведені в таблиці нижче (Таблиця 7)

Таблиця 7

Питання	% правильних відповідей
ДКП це спосіб запобігання розвитку ВІЛ –інфекції шляхом прийому ліків проти ВІЛ після зараження вірусом	77,8%
Доведено, що ДКП працює для ЧСЧ та трансгендерних жінок	80,7%
ДКП призначене для використання ВІЛ-позитивними людьми.	95,6%
Дослідники не знають, чи існує ризик для здоров'я від використання ДКП протягом тривалого періоду часу	74,1%
Основною метою лікування як профілактики є дослідження безпеки новостворених препаратів проти ВІЛ.	69,6

Також нами було досліджено думки медичних працівників щодо ДКП серед тих, хто чув про ДКП до участі у цьому опитуванні. В опитувальнику це відношення оцінювалося шляхом надання трьох варіантів відповідей: «так», «ні» або «не знаю» (Рисунок 35).

Рисунок 35



Більшість медпрацівників (87,4%) вважають, що ДКП має бути легкодоступною через те, що вона базується на доказах, 55%, 6 почуваються комфортно, коли потрібно направити пацієнта до надавача послуг ДКП. 35,6% вважають, що пацієнти будуть дотримуватися регулярного прийому ДКП, але 57,0% не мали власної думки з цього приводу. Також, більшість респондентів (48,9%) вважають, що не існує ризику фізичного чи сексуального примусу для того, щоби приймати ДКП і 57,8% вважають, що фінансування ДКП НЕ зменшить фінансування інших профілактичних заходів проти ВІЛ.

53,3% відзначили, що мають час обговорити ДКП з пацієнтами, як частину свого профілактичного консультування і 89,6% в реальному житті вважають ДКП ефективним засобом профілактики ВІЛ. 68,1% вважають, що доконтактна профілактика більш ефективна, ніж постконтактна профілактика серед осіб, що часто використовують постконтактну профілактику та 63,0% впевнені, що ДКП матиме більший вплив, ніж поведінкові втручання для запобігання ВІЛ-інфекції. 43,7% НЕ вважає, що існує стигма щодо пацієнтів, що приймають ДКП і 55,6% - ДКП має підтримку ЧСЧ спільнотою.

53,3% НЕ вважають, що пацієнтів, що приймають ДКП, люди навкруги будуть сприймати як ВІЛ позитивних, а 81,5% впевнені, що ДКП матиме значний вплив на епідемію ВІЛ. Однак, 39,3% сумніваються в тому, що ДКП не призведе до підвищення поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) також 54,1% були не впевнені в тому, що ДКП матиме незначний вплив на поширення медикаментозної резистентності до АРТ препаратів. Близько 18,5% респондентів погоджуються або ж не мають власної думки (41,5%), щодо твердження, що наразі не існує достатніх доказів щоби застосовувати ДКП в Україні в великих масштабах

Близько 20% не мали інформації або вважали недоречним використання ресурсів системи охорони здоров'я на ДКП. Водночас 81,5% медпрацівників вважають, що урядовці мають етичний обов'язок надавати доступ до будь-якого втручання, яке може зменшити ризик ВІЛ інфікування громадян.

Більшість медиків (75,6%) не погодилися з твердженням, що ДКП може відвернути занадто багато уваги від інших заходів щодо профілактики ВІЛ та погодилась з тим (85,9%), що ДКП - це новий і прогресивний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції, і його слід якнайшвидше впровадити для широкого використання. Близько третини (29,6%) медиків вважають, що ДКП може заподіяти більше шкоди ніж користі, якщо буде застосовуватись необережно, а близько 20% не мають визначеності у цьому питанні.

26,7% погоджуються, що ДКП є корисною, але ДКП ще не готова для широкого використання, а близько третини не мають власної думки щодо такого твердження. Однак абсолютна більшість (94,1%) НЕ погоджується з твердженням, що ДКП - це марне відволікання уваги та зусиль.

«Впровадження і використання ДКП є небезпечним, і його не слід продовжувати» є твердженням з яким НЕ погоджуються 88,9%, однак 8,1% - не мають достатньо інформації, щоби визначитись. 77,0% погоджуються з тим, що скринінг щодо ДКП повинен бути частиною процесу швидкого тестування на ВІЛ.

В таблиці нижче (Таблиця 8.) надається перелік питань, на які було дано відповідь «не знаю» у більше ніж 20% випадків, щоби відобразити масштаби можливих інформаційних потреб медичних працівників щодо ДКП.

Таблиця 8.

Питання	% респондентів що обрали відповідь «не знаю».
Я почуваюся комфортно, коли мені потрібно направити пацієнта до надавача послуг ДКП	42,2%
Пацієнти будуть дотримуватися регулярного прийому ДКП	57,0%
Не існує ризику фізичного чи сексуального примусу для того, щоби приймати ДКП.	27,4%
Я стурбований/на тим, що фінансування ДКП зменшить фінансування інших профілактичних заходів проти ВІЛ.	32,6%
У мене є час обговорити ДКП з пацієнтами, як частину мого профілактичного консультування	34,1%
Доконтактна профілактика більш ефективна, ніж постконтактна профілактика серед осіб, що часто використовують постконтактну профілактику?	27,4%
ДКП матиме більший вплив, ніж поведінкові втручання для запобігання ВІЛ - інфекції.	21,5%
Існує стигма щодо пацієнтів, що приймають ДКП	43,7%
ДКП має підтримку ЧСЧ (чоловіки, що мають секс з чоловіками) спільноти.	41,5%
Пацієнтів, що приймають ДКП, люди навкрути будуть сприймати як ВІЛ позитивних.	30,4%
ДКП не призведе до підвищення поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).	23,7%
ДКП матиме незначний вплив на поширення медикаментозної резистентності до АРТ препаратів.	54,1%
Наразі не існує достатніх доказів щоби застосовувати ДКП в Україні в великих масштабах.	41,5%
ДКП є корисною, але ДКП ще не готова для широкого використання.	29,6%

ТБ та Гепатити ІПСШ (всі окрім мед працівників)

Більшість представників ЦГ2 і ЦГ3 (79,9%) проходили тестування на туберкульоз (скринінгову флюорографію) з котрих 1,2% вказали результат останнього обстеження на туберкульоз як позитивний. ЧСЧ проходили скринінг на туберкульоз найрідше (66,2%)(Рисунок 36).

Рисунок 36



Будь-коли проходили тестування на вірусні гепатити 57,2% респондентів і 18,4% мали позитивний результат серед яких 70,6% було серед ЛВНІ, 49,4% – серед ЛЖВ та 11,0% – серед СП (Рисунок 37, Рисунок 38).

Рисунок 37



Рисунок 38

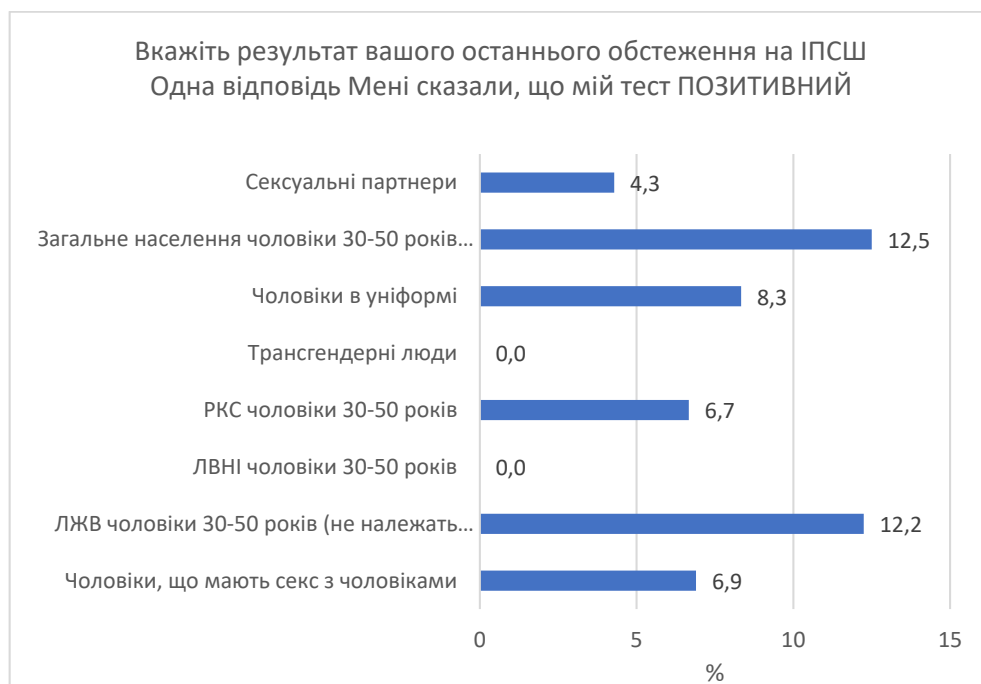


48,6% проходили тестування на інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) і 7,4% з усіх респондентів повідомили про позитивний результат, в числі яких домінували ЗН (12,5%) та ЛЖВ (12,2%) (Рисунок 39, Рисунок 40).

Рисунок 39



Рисунок 40



Використання послуг НУО (серед ЦГ2 та ЦГ3 за виключенням ЦГ1, ЛВУ та ЗН)

Упродовж останніх 12 місяців 51,1% (n=261) респондентів користувались послугами однієї або декількох громадських організацій, які надають послуги (наприклад, консультації соціальних працівників, психологів, юристів, гігієнічні набори, харчові набори, тощо) групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ та/або ВІЛ-позитивним людям. Найчастіше такими послугами користувались ЛВНІ (81,0%) і найрідше – СП (60,3%). Серед тих респондентів, що НЕ користувались послугами профільних організацій основними причинами відмови від таких послуг були: 1) відсутність потреби в послугах НУО (58,0%); брак часу для відвідування НУО (22,0%) (Рисунок 41)

Рисунок 41



Джерела інформації (всі ЦГ)

Для визначення довіри різноманітним джерелам інформації на першому етапі аналізу було з'ясовано чи респондент сформував свою думку у відповідь на певне питання, тобто ті респонденти, що відповіли «не застосовується» були виключені з подальшого аналізу. На другому етапі з числа тих, хто мав сформовану думку щодо джерела інформації було обраховано частки пацієнтів, які їм довіряли.

Більшість респондентів сформували свої думки щодо довіри до таких джерел інформації як Міністерство охорони здоров'я (98,2%) та Національна служба здоров'я України (91,3%). В той самий час, частки респондентів, що мали сформовану думку щодо Дмитра Шерембея (голови координаційної ради Всеукраїнської мережі ЛЖВ) (46,9%) та Анастасії Деевої (виконавчого директора Всеукраїнської мережі ЛЖВ) 37,2% були найменшими (Рисунок 42).

Рисунок 42



Найбільший рівень довіри серед респондентів (близько 80%) мали ЮНЕЙДС (Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу), БО 100% Життя (відома як Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ чи Мережа ЛЖВ) та місцеві ВІЛ-сервісні організації, що надають послуги групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ та/або ВІЛ-позитивним людям (Рисунок 43).

Рисунок 43



Канали інформації

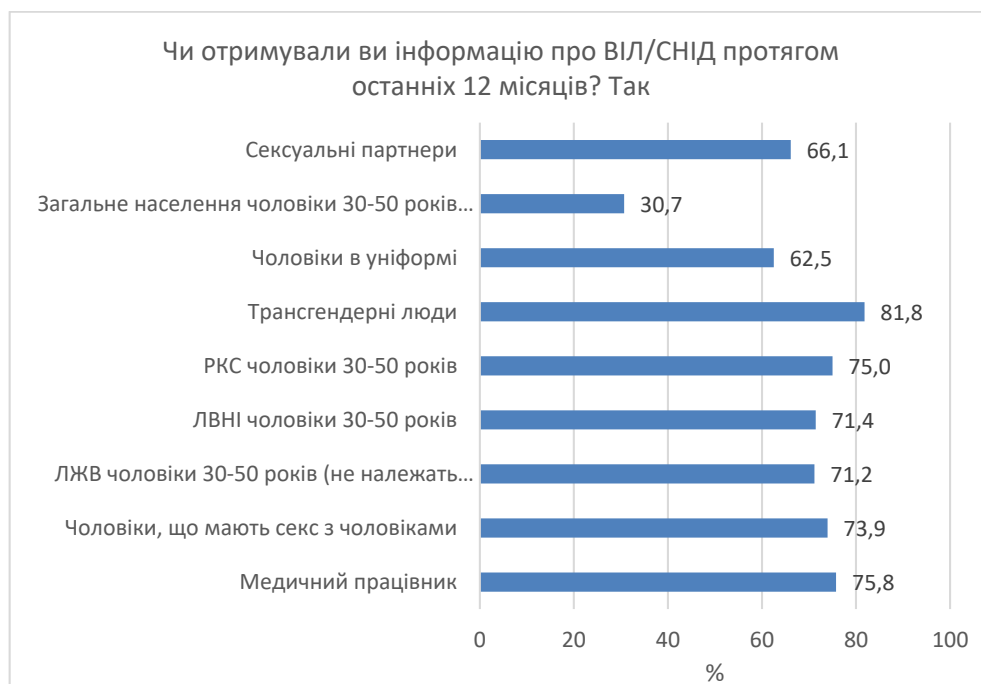
З числа всіх респондентів (n=900), більшість респондентів найчастіше дізнаються про новини в Україні та світі через всеукраїнське телебачення (58,7%), за допомогою соціальних мереж (55,8%) та всеукраїнських інтернет-сайтів (51,6%) (Рисунок 44).

Рисунок 44



68,0% (n=612) респондентів повідомили, що отримували інформацію про ВІЛ/СНІД протягом останніх 12 місяців. Найбільші частки респондентів, що отримали інформацію щодо ВІЛ протягом останніх 12 місяців була виявлена серед ТЛ (81,8%), медичних працівників (75,8%) та РКС (75,0%), і найменша частка – серед ЗН (30,7%) (Рисунок 45).

Рисунок 45



З цих респондентів, протягом останніх 12 місяців отримували інформацію про ВІЛ або СНІД в основному з соціальних мереж (37,3%), від працівників охорони здоров'я (37,3%), від працівників громадських організацій (36,6%), з інтернету (крім соціальних мереж) (27,9%) та телебачення (26,8%) (Рисунок 46).

Рисунок 46



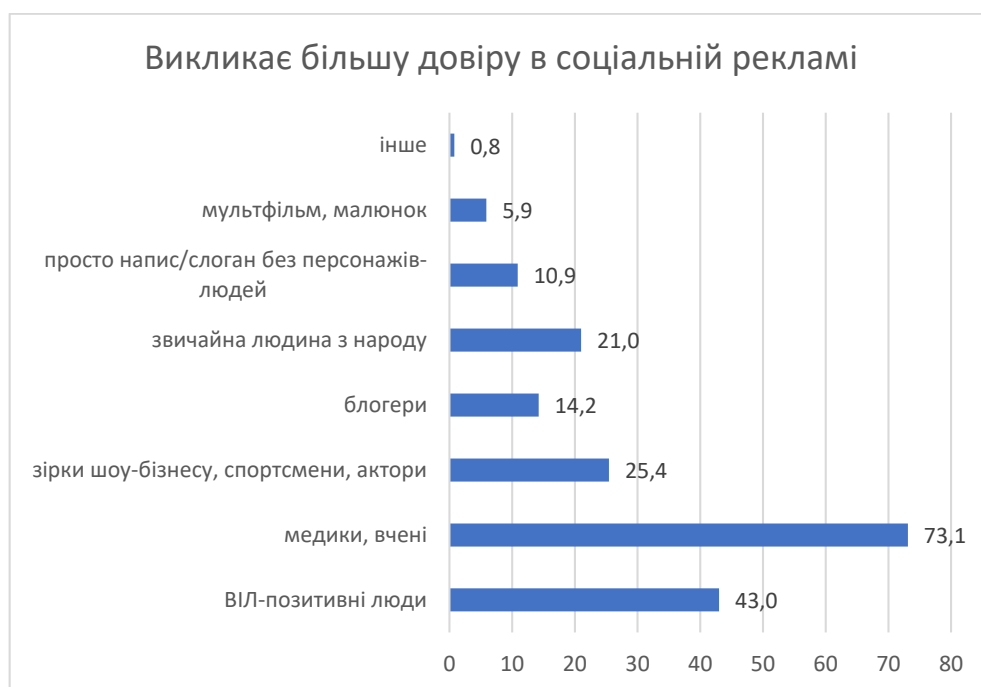
Варто зазначити, що найбільшу довіру щодо висвітлення питань профілактики та лікування ВІЛ серед респондентів мали працівники охорони здоров'я (61,6%), працівники громадських організацій (41,2%) та інші лікарі (профільні спеціалісти) (37,6%) (Рисунок 47).

Рисунок 47



Також на думку респондентів, більшу довіру в соціальній рекламі викликають медики та вчені (73,1%), ВІЛ позитивні люди (43,0%) та зірки шоу бізнесу і спортсмени (25,4%)(Рисунок 48).

Рисунок 48

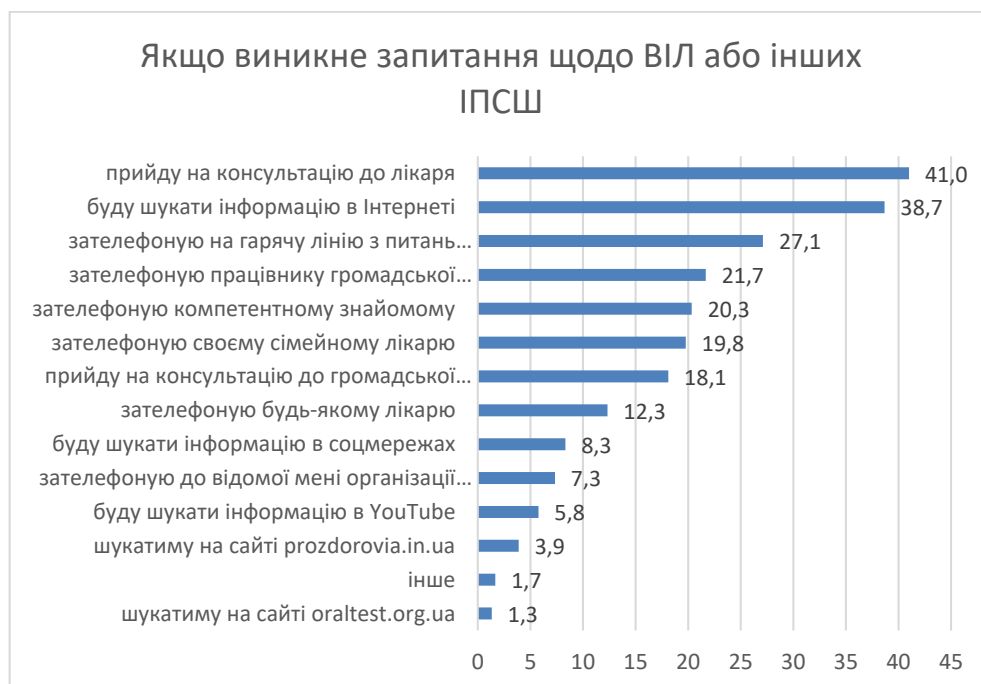


Варто зазначити, що у відповідь на питання «Представники якої статі викликають більшу довіру в соціальній рекламі?» більшість респондентів відповіли «не має значення» (73,7%), 19,3% віддали перевагу чоловікам, а 7,0% - жінкам. Однак на рівні ЗН жіночу стать оцінили як більш варту довіри (23,8%) у порівнянні з чоловічою статтю (14,9%).

В ході опитування респондентам було поставлене питання куди вони звернуться, якщо у них виникне запитання щодо ВІЛ або інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Найбільш поширеними

відповідями серед усіх груп респондентів були: 1) «прийду на консультацію до лікаря» (41,0%); 2) «буду шукати інформацію в Інтернеті» (38,7%); 3) «зателефоную на гарячу лінію з питань ВІА/СНІДу» (27,1%)(Рисунок 49).

Рисунок 49



Формат комунікації

Респондентам було поставлене питання щодо найзручнішого **формату отримання** інформації щодо ВІА або ІПСШ та наявності доступу до такого формату. Найпопулярнішим зручним форматом отримання інформації щодо ВІА та ІПСШ була зазначена безпосередня (вживу) бесіда з консультантом (36,4%) і наявність доступу до такого формату підтвердили 86,3% учасників. На другому місці по зручності було визначено формат отримання консультацій за допомогою безкоштовної гарячої лінії з ВІА/СНІД (35,6%) з задекларованим наявним доступом на рівні 78,4%. На третьому місці по зручності був формат брошури про те, як не заразитись ВІА (30,9%), доступ до якого мали 74,5% з усіх респондентів (Рисунок 50, Рисунок 51).

Рисунок 50

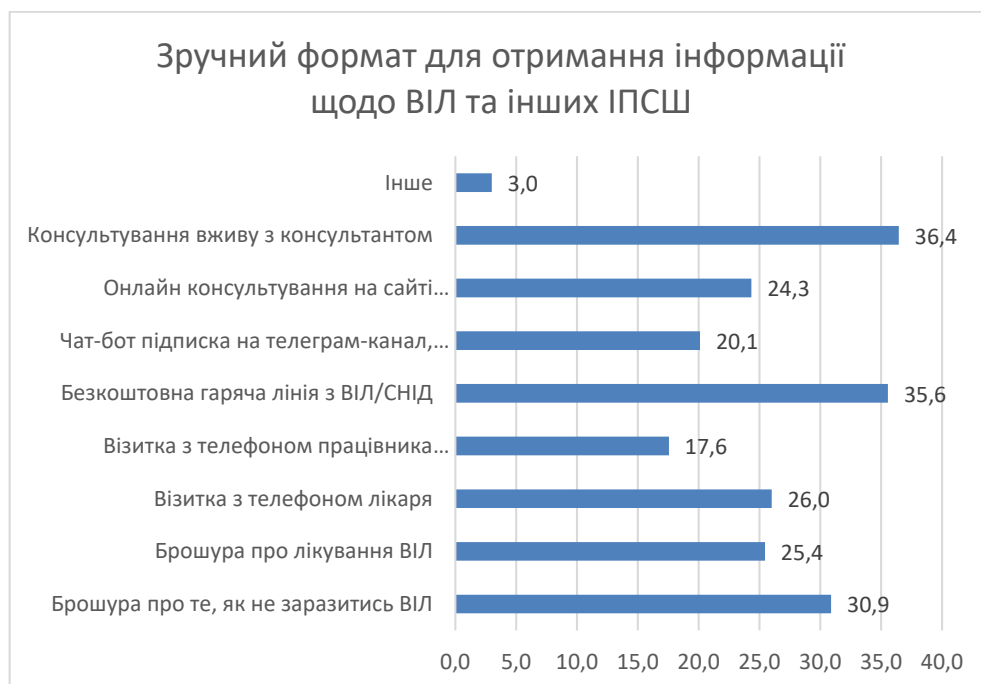
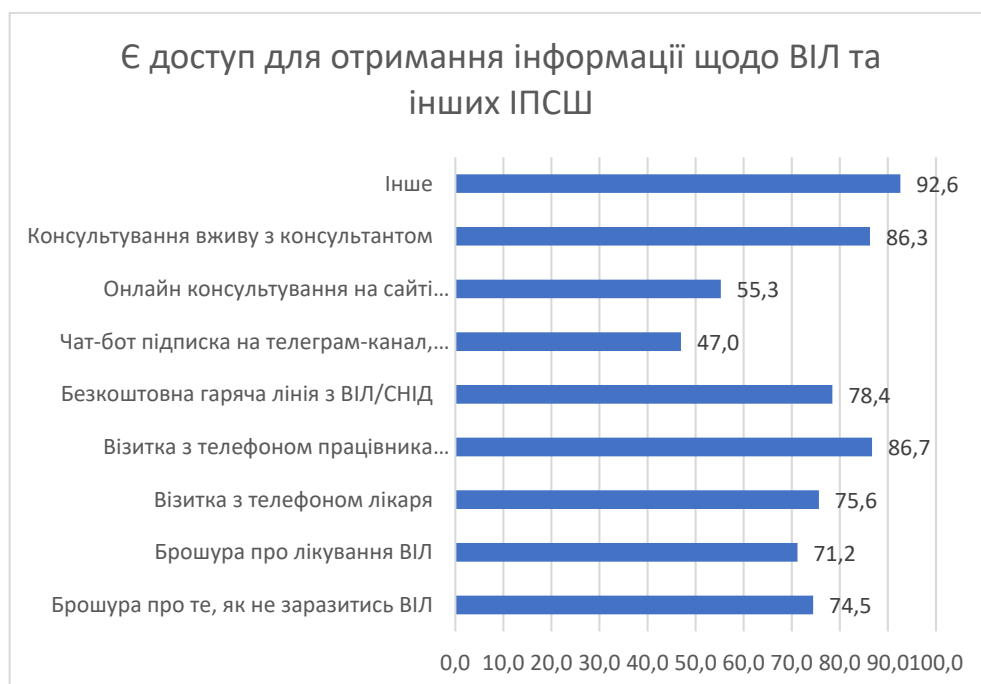
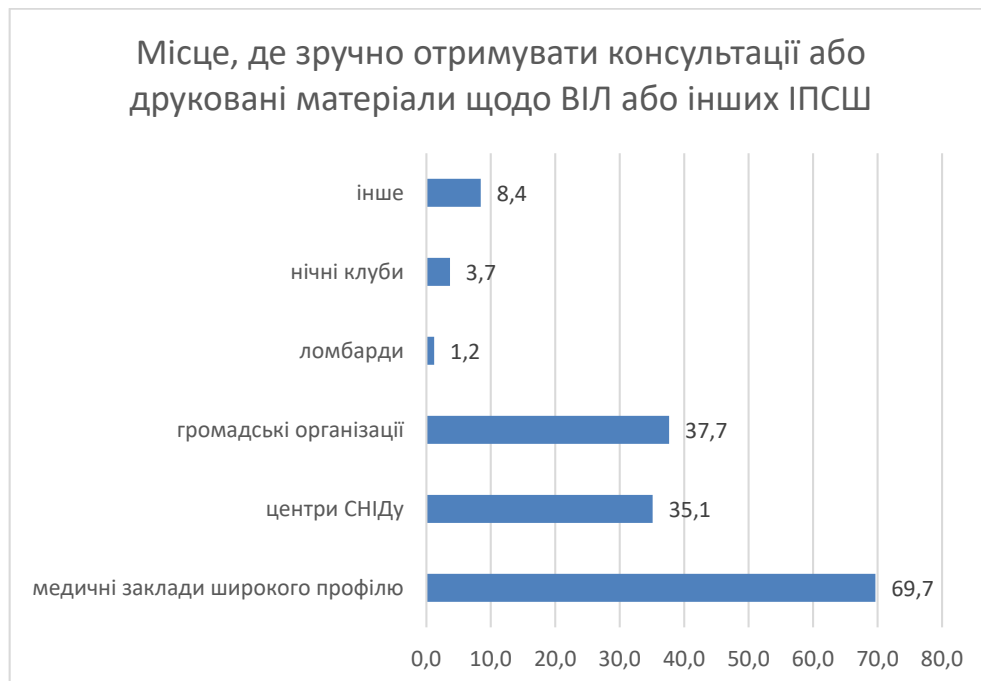


Рисунок 51



Додатково респонденти відмітили найзручніші для них **місця отримання** консультацій або друкованих матеріалів щодо ВІЛ або ІПСШ, котрими виявились медичні заклади широкого профілю (69,7%), центри СНІДу (35,1%) та громадські організації (37,7%) (Рисунок 52).

Рисунок 52



Засоби комунікації

Загалом 98,8% (n=889) респондентів повідомили про те, що мають можливість користуватися інтернетом. Однак серед *ЛВНІ* рівень доступу до інтернету був найнижчий (81,0%)(Рисунок 53). Рисунок 53



Аналогічно, загальний рівень респондентів, що на момент опитування мали смартфон був 96,0%, в той час як серед *ЛВНІ* смартфоном володіли лише 57,1% учасників (Рисунок 54).

Рисунок 54

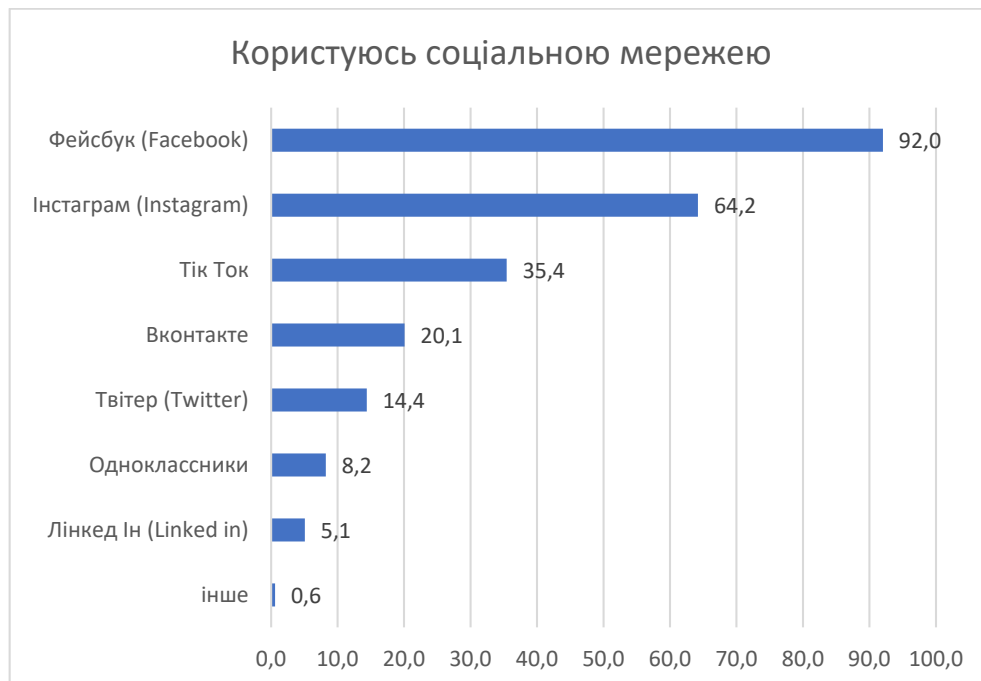


Рівень користування соціальними мережами серед усіх респондентів становив 91,9% з найнижчим показником серед ЛВНІ (61,9%). Найбільш популярними соціальними мережами серед учасників опитування були Фейсбук (Facebook) (92,0%), Інстаграм (Instagram) (64,2%) і Тік Ток (35,4%) (Рисунок 55, Рисунок 56).

Рисунок 55

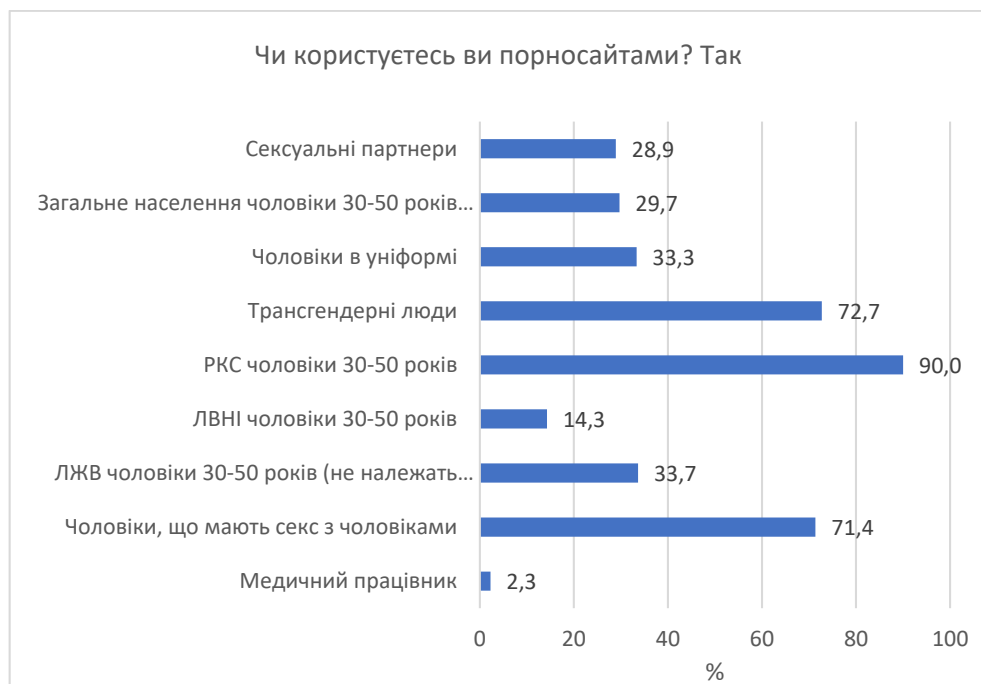


Рисунок 56



6,2% всіх опитаних користуються платформами для онлайн-казино, з яких 80,4% звертають увагу на рекламу, а з них 58,9% вказали, що реклама їх дратує. 34,4% респондентів повідомили, що вони користуються порносайтами, серед яких найвищий рівень відвідування цих ресурсів був зафіксований серед РКС 90,0%, ТЛ 72,7% та ЧСЧ 71,4% (Рисунок 57). Серед користувачів порносайтів 51,6% звертають увагу на рекламу і з них 38,1% скаржилися, що реклама їх дратує.

Рисунок 57



25,6% вибірки респондентів використовували сайти для знайомств, серед яких найбільша частка користувачів сайтами для знайомств була серед РКС (75,0%), ЧСЧ (64,5%) та ТГ (63,6%) (Рисунок 58). Найпопулярнішими сайтами серед всіх респондентів були HORNET (73,5%), MAMBA 37,8% і BADOO 31,3%. Серед ЧСЧ найпопулярнішим сайтом для знайомств був HORNET (94,7%), серед

ЛЖВ та РКС - МАМБА (75,0% та 66,7% відповідно, а серед ТЛ знову ж таки HORNET (71,4%) (Рисунок 59).

Рисунок 58

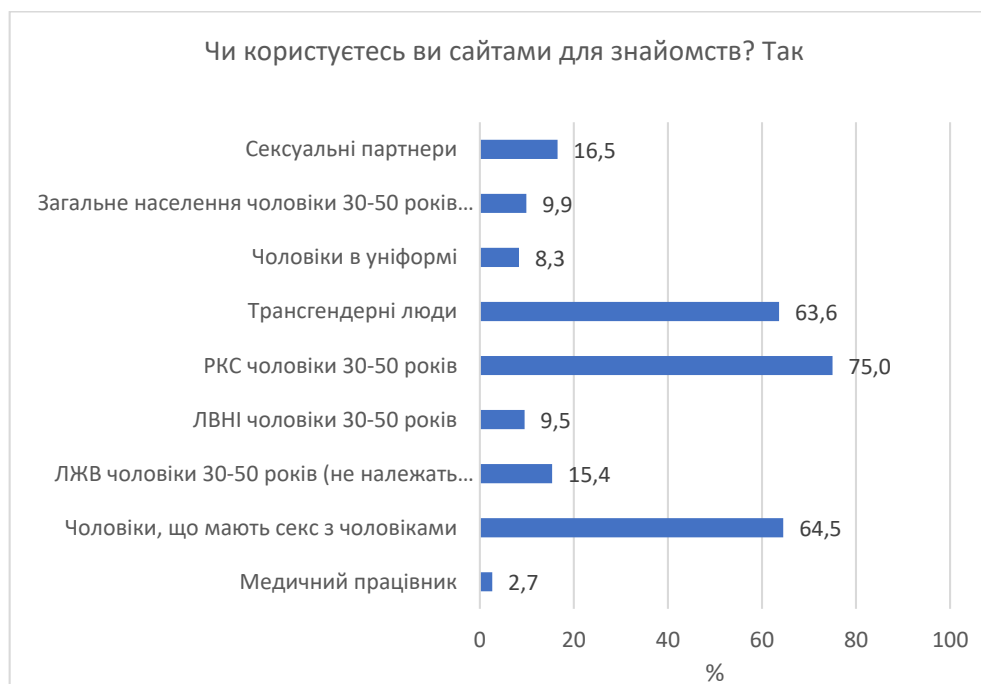


Рисунок 59

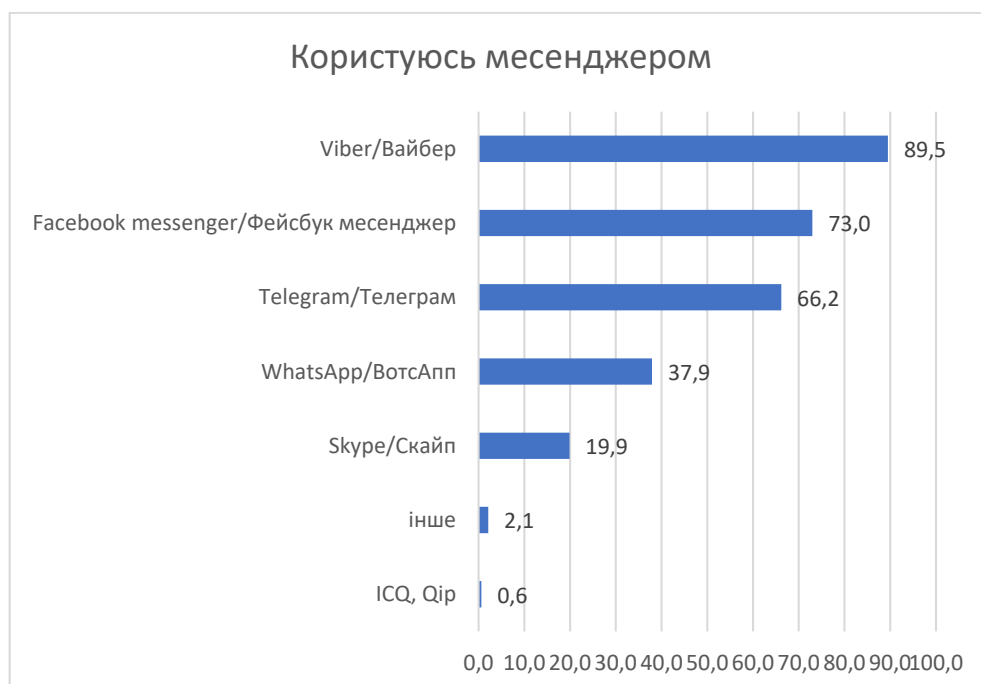


Загальний рівень користування месенджерами серед респондентів склав 90,0% з найнижчим рівнем використання месенджерів серед ЛВНІ (38,1%)(Рисунок 60). Загалом серед респондентів найбільш популярними месенджерами були Вайбер (89,5%), Фейсбук (73,0%) та Телеграм (66,2%) (Рисунок 61)

Рисунок 60



Рисунок 61



Результати якісного дослідження

В період з листопада 2021 р. по січень 2022 р. було проведено 60 глибинних інтерв'ю з медичними працівниками, представниками ключових груп і загального населення у 5 регіонах України (Таблиця 9).

Таблиця 9. Розподіл опитувань за цільовими групами та регіонами дослідження.

	Медичні працівники		ЧСЧ			Чоловіки віком 30-50 років				ТЛ
	Лікарі	М/с	Пари ЧСЧ+ партнер	ЧСЧ-ЛЖВ	ЧСЧ ВІА-	Загальн е населен ня	Клієнти РКС та РКС	ЛВНІ і партнерки	ЛВУ (група проф. ризику)	
	12	4	8	4	6	10	4	6	4	2
Одеса	3	1	2 ос. (1 пара), з яких 1 ЧСЧ ВІА+	1 ЛЖВ НЕ клієнт НУО	1 ВІА-, НЕ клієнт НУО	3	2 (пара)	2 (ЛЖВ+ партнерка)	1	1 транс* жінка
Київ	3		2 ос. (1 пара), з яких обидва ЧСЧ ВІА-	1 ЛЖВ НЕ клієнт НУО	1 ВІА-, НЕ клієнт НУО	2	2	2 (ЛЖВ+ партнерка)	1	
Запоріжжя	3	1	2 ос. (1 пара), з яких 1 ЧСЧ ВІА+	1 не клієнт НУО (на нинішній момент)	1 ВІА-, клієнт НУО	1		1	1	1 транс* чоловік
Чернігів	1			1 ЛЖВ клієнт НУО	1 ВІА-, клієнт НУО	2		1		
Дніпропетровська обл	3	1	2 ос. (пара), з яких обидва ЧСЧ ВІА-		2 ВІА(-) НЕ клієнти НУО	2			1	

Результати інтерв'ю з медичними працівниками

З 16 медичних працівників, які взяли участь в глибоких інтерв'ю, було 13 жінок і 3 чоловіків; вік учасників – від 20 до 65 років. Дев'ятеро представляли спеціалізовані заклади (4 лікарі-інфекціоністи, 1 інфекціоніст-дерматовенеролог, 2 фтизіатри, одна медсестра ТБ-закладу та одна медсестра Кабінету «Довіра») (Таблиця 10). Крім того, в опитуванні взяли участь 5 сімейних лікарів закладів різної форми власності, медсестра медичної амбулаторії і лікар-невролог.

Таблиця 10. Медичні працівники – учасники інтерв'ю.

№ учасника	Населений пункт	Підпорядкування	Група респондентів	Стать	Вік	Загальний стаж роботи за спеціальністю - повних років
МП-1	м. Одеса	Державний	Медична сестра кабінету «Довіра»	Ж	20	2
МП-2	м. Одеса	Державний	Лікар - дерматовенеролог	Ч	45	25
МП-3	Одеська обл., м. Білгород-Дністровський	Приватний	Лікар-ФОП, терапевт	Ж	46	12
МП-4	м. Одеса	Державний	Лікар ЗПСМ Інтерн	Ж	25	1
МП-5	м. Київ	Приватний	Лікар ЗПСМ, педіатр	Ж	26	2
МП-6	м. Київ	Приватний	Лікар-невролог	Ч	43	16
МП-7	Київська область, м. Бровари	Державний	Лікар, інфекціоніст	Ж	65	37
МП-8	Запорізька область, м. Мелітополь	Приватний	Лікар ЗПСМ	Ж	32	6
МП-9	Запорізька область, ФАП Широківська сільська територіальна громада	Державний	Медична сестра ЗПСМ	Ж	35	13
МП-10	м. Запоріжжя	Державний	Лікар, інфекціоніст, педіатр	Ж	51	25

№ учасника	Населений пункт	Підпорядкування	Група респондентів	Стать	Вік	Загальний стаж роботи за спеціальністю - повних років
МП-11	Запорізька область, м. Мелітополь	Державний	Лікар, фтизіатр	Ж	43	18
МП-12	м. Чернігів	Державний	Лікар, інфекціоніст	Ж	45	22
МП-13	Дніпропетровська область, м. Тернівка	Державний	Лікар ЗПСМ	Ч	39	10
МП-14	Дніпропетровська область, м. Павлоград	Державний	Медична сестра протитуберкульозного диспансеру	Ж	42	16
МП-15	Дніпропетровська область, м. Павлоград	Державний	Лікар, фтизіатр	Ж	44	15
МП-16	Дніпропетровська обл., м. Кам'янське	Державний	Лікар, інфекціоніст	Ж	41	16

Інформованість медичних працівників з питань ВІА-інфекції

За словами медичних працівників, «до ковіду» навчання з питань ВІА/СНІДу було доступнішим. Однак виявляється, що і в той час до навчання за цією тематикою мали доступ переважно профільні фахівці – інфекціоністи, фтизіатри та меншою мірою медичні сестри профільних медичних закладів, у той час як більшість медичних працівників інших спеціальностей не проходили тренінгів або курсів з питань ВІА-інфекції. Як результат, медики інших спеціальностей майже не володіють інформацією про доконтактну профілактику (ДКП або PrEP).

Были у нас тренинги однодневные по тестированию, по ДКТ, медсестры приглашались. Дотестовое, послетестовое консультирование... И тесты делать нас учили. Два-три года назад все это было. Дн-МП-15

Ежегодно мы проходим курсы по доконтактной и постконтактной профилактике, по антиретровирусной терапии, новые протоколы. ВИЧ, туберкулез – регулярно эти курсы проходят. Образование у нас непрерывное. Дн-МП-16

Нас четыре доктора в СПИД-центре, все мы были на этих тренингах. Но если вы сейчас зададите вопрос инфекционисту, который не работает с ВИЧ-позитивными пациентами, никто не скажет, что такое доконтактная профилактика. Спросите наркологов – они тоже не знают, что это. ...Надо выходить на наркологов, на акушер-гинекологов, дерматовенерологов. У нас в области эту информацию практически никто не знает. Че_МП-12

Ні, не проходила по ВІА. Якись є знання ще з університету, а так просто не було потреби дізнаватися щось глибше. Кн-МП-5

Крім того, дані свідчать про те, що загалом середній медичний персонал має нижчий доступ до навчання, ніж лікарі, і є менш інформованим з питань ВІЛ-інфекції, хоча інтерес до такої інформації є.

Вот читаю лекцию медсестрам, так такое ощущение, что они о ВІЧ вообще никогда не слышали. В области у нас есть курсы повышения квалификации среднего медперсонала: медсестры, фельдшера, и у них есть цикл лекций по ВІЧ. ...Вопросов очень много задают, хотя сначала воспринимают в штыки. Есть интерес узнать больше. Че-МП-12

Я бы хотела узнать, где у нас по городу находятся центры оказания психологической и лечебной помощи больным, которые уже являются ВІЧ-инфицированными. Конкретные адреса, куда мы можем людей перенаправить. Это бы была очень полезная информация. За-МП-9

Сімейні лікарі також недостатньо обізнані у сфері ВІЛ-інфекції, тому трапляються прояви стигматизуючого ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів. Наприклад, дотепер деякі медичні працівники вірять в те, що ЛЖВ свідомо інфікують ВІЛ оточуючих.

Если взять докторов хирургического профиля, неврологического, они очень мало знают о ВІЧ-инфекции. Потому что они сначала лечат, а если не получается, тогда обследуют на ВІЧ. А обследовать всех – у них такого нету. Семейные доктора – единицы слышали о ВІЧ. Приезжаю к ним на выезд, они говорят: «У нас нету групп риска». Че-МП-12

Сейчас идет тенденция – те, которые ВІЧ-инфицированные, они обозленные и хотят, чтоб больше было ВІЧ-инфицированных людей, и он подкладывает эти иглы, чтоб другие собирали. Потому что идет отношение негативное в их сторону, и они злые на весь мир. Надо поменять это отношение, чтобы люди знали, что могут жить нормальной жизнью, как все остальные люди. Они чувствуют себя изгоями, не такими, как все, и хотят все больше людей инфицировать. За-МП-9

Особливо складним питанням для респондентів було питання про доконтактну профілактику – дехто вперше чув про неї, навіть фахівці столичних медичних закладів.

Доконтактная профилактика ВІЛ-инфекции? Ні, не знаю. Не чув. Ки-МП-5

Я не совсем понимаю просто доцельность этого, тому я не могу сказать, де вона застосовується, ця профілактика. Я з такими людьми просто не працюю, не цікавилась і... не могу сказать. Ки-МП-5

Власний досвід надання ВІЛ-послуг

Профільні фахівці (інфекціоністи) скаржились, що медичні працівники інших спеціальностей не пропонують своїм пацієнтам тестування на ВІЛ-інфекцію і рідко скеровують їх до спеціалізованих закладів. У той самий час серед наших респондентів були фахівці первинної ланки, які надають послугу тестування на ВІЛ і консультування пацієнтам.

Врачи, другие специальности, направляют очень-очень редко. Они сами не обследуют и очень редко направляют. ...Вот мы им дали сотни тестов, они все списали и поставили одни нули. Ну, так не бывает.... Че-МП-12

У нас свободный доступ и достаточное количество экспресс-тестов, чтобы сразу проверить человека в течение 10 минут. Дн-МП-13

По пакету первичной медицинской помощи, в него входит тестирование на ВІЧ и сопровождение пациента с ВІЧ-инфекцией. Ну и планируется же на 2022 год, что мы должны поставить себе цель, чтобы каждый человек раз в год тестировался на ВІЧ и на гепатиты В, С. За-МП-8

Лечением мы не занимаемся таких людей, но у нас есть тесты, благодаря которым мы можем поставить предварительный диагноз и потом рассказать, куда им можно обратиться. За-МП-9

У той час як фахівці висловлювали зацікавленість в отриманні навчання за вузькоспеціалізованими темами («взаимодействие АРТ и противотуберкулезных препаратов, схемы лечения, побочные реакции» (Дн-МП-15)), лікарі й медсестри сімейної медицини бажали дізнатися, як спілкуватися з пацієнтами з питань ВІА-інфекції, особливо у випадку позитивного результату тесту.

Наверно, все-таки доконтактная профилактика. Потому что... по тренигам все понятно, а вот, если углубиться, то чуть-чуть неразборчиво мы все поняли. Од-МП-1

Консультирование посттестовое. Все равно не хватает навыка общения с пациентом, потому что, когда мы получаем положительный результат, то и у пациента ступор и у нас. Как правильно начать этот разговор и как об этом сообщить человеку. За-МП-8

Я хотела бы пройти какой-то тренинг по поведению больных, поскольку как провести тестирование — это понятно, но вот как оказать психологическую поддержку... Потому что, если это выявляется на первичном звене, возникает проблема, что люди с положительным тестом могут не пойти на следующий этап, не обратятся за помощью в центр СПИДа и не начнут получать терапию. Как с ними работать психологически, чтобы они поняли, что это проблема, с которой можно жить, — вот в этом мне не хватает опыта. Од-МП-4

Джерела інформації з питань ВІА-інфекції

Респонденти поділилися інформацією про те, звідки вони отримують інформацію щодо ВІА. Тільки одна лікарка була знайома з сайтами prozdorovya.in.ua та oraltest.org.ua, але зауважила, що це сайти, орієнтовані на населення, а не на фахівців. Всі решта медичних працівників взагалі не чули про ці сайти.

Ну, это ж больше для населения, чтоб они получали информацию и знали о том, что можно пройти тестирование. Больше мы ориентируем, что у нас есть горячая линия по ВИЧ-инфекции. Кн-МП-7

Найчастіше медики консультуються з питань ВІА з більш досвідченими колегами. Дехто користується офіційними Інтернет-сайтами медичних закладів.

У нас есть доктор-инфекционист. И если вопросы у меня возникают конкретно по какой-то ситуации, то с ним мы советуемся, обращаемся. Дн-МП-14

Это и областные инфекционисты, с которыми можно проконсультироваться... За-МП-11

У нас много кураторов из Центра городского здоров'я, которые нас сопровождают. И если есть вопросы, мы к ним можем свободно обращаться, нам дают информацию. Дн-МП-16

Опять же, моя родная кафедра семейной медицины в Днепре. Я с ними контактирую по сей день и информацию от них получаю. Дн-МП-13

Крім того, респонденти згадували онлайн-навчання, яке вони проходили останнім часом.

Онлайн-занятия. Ну, и разные платформы, которые занимаются обучением, украинские. «Аксемеди», по-моему. Эти лекции нам помогают что-то узнать, что-то доучить. Ну, и Интернет тоже в помощь. Какие-то статьи ищешь по интересующим вопросам, на официальных сайтах каких-то. Дн-МП-16

Обучающие курсы, обучающие семинары на платформе Центра городского здоров'я. За-МП-10

Медики зауважили, що довіряють офіційним джерелам, тобто інформації, яку надають офіційні сайти – наприклад, Центр громадського здоров'я МОЗ України.

Я не доверяю написанному там в фейсбуке... Официальные протоколы, приказы министерства. Центр громадського здоров'я - это первое. За-МП-10

Центр громадського здоров'я, Национальная служба здоровья, институт Громашевского, кафедре нашей инфекционных болезней доверяю. Доверяем своим коллегам, которые работают в институтах инфекционных заболеваний, которые возглавляют кафедры. Обожаю Голубовскую. Ки-МП-7

Мы по сложным вопросам советуемся с коллегами из института Громашевского, потому что мне кажется, они на сегодняшний день самые компетентные. А что касается Интернет-сайтов... Ну чтоб я сильно к ним обращался, я не могу сказать. Од-МП-2

Могу задать вопрос о ВИЧ или о других инфекциях врачам из Кабинета Доверие. II есть такая хорошая организация Альянс. Мне нравятся их брошюры, статьи. Я частенько захожу к ним на сайт. Од-МП-3

Фахівці та деякі сімейні лікарі розповідали, що вони спілкуються з пацієнтами-ЛЖВ та їхніми родичами, надають консультації щодо ВІЛ. За словами сімейного лікаря, пацієнти приходять до неї обговорити «питання профілактики, бо до інфекціоніста йому немає сенсу йти, він здорова людина» (Дн-МП-13). Однак і сімейні лікарі, і інфекціоністи вважають, що найкраще для цієї ролі підходить соціальний працівник.

Кто беседует с пациентом о ВИЧ? Честно говоря, соцработник. Как-то на медсестёр возложитъ — они заняты своей работой рутинной, анализы, бумаги. А соцработники очень хорошо выполняют эту функцию. Психологов сокращали всех, нету их в больницах. А пациенты любят общаться. А врачам некогда с ними разговаривать. Дн-МП-15

Этим больше занимаются социальные работники. Ну, смотрите, на одного доктора в день человек 35-40. Он просто ну физически это все не охватывает. Когда ты приходишь на работу, а у тебя под кабинетом стоит 15 человек... Сейчас же сокращали всех. Если у нас был штат 80 человек, то сегодня с лабораторией 32 человека в областном СПИД-Центре. У нас диспансерная группа 2688 человек на 3 доктора. Че-МП-12

У нас есть Сеть ЛЖВ, они очень нам помогают. Они больше с ними разговаривают. У них больше времени, чем у нас. Мы назначаем терапию, а они дальше уже ведут школу пациента. Они дальше уже ориентируют. Че-МП-12

Рівень знань пацієнтів і загального населення щодо ВІЛ

Медпрацівники вважають, що обізнаність пацієнтів стосовно ВІЛ-інфекції в цілому є низькою; особливо це стосується пацієнтів з маленьких населених пунктів. Загалом рівень знань загального населення щодо ВІЛ «нижчий за середній: деякі люди й дотепер впевнені, що на ВІЛ можна наразитись через рукопритискання» (За-МП-8). Фахівці висловили думку про те, яка інформація потрібна загальному населенню в першу чергу.

Одни пациенты вроде бы знают. А есть, которые вообще — что такое ВИЧ-инфекция, как передается, что такое вообще может быть... Дн-МП-14

Те, кто только выявляются, — конечно, для них это страх. Многие не знают, что это такое. Все боятся. Потому что в СМИ это не освещается. Как-то забывают уже о ВИЧ-инфекции. На сегодняшний день у нас ковид. За-МП-11

Жители города более ознакомлены с ВИЧ-инфекцией. А жители районов, сельской местности, они процентов, наверное, на шестьдесят вообще далеки от этого всего. Потому что они считают — их в селе это не коснётся.

Общему населению нужно осознать, что заболеть ВИЧ-инфекцией может каждый человек независимо от его статуса, уровня образования и так далее. И что даже если это произойдет, то он не будет брошен один, и что все это великолепно лечится. За-МП-8

Джерела отримання пацієнтами інформації щодо ВІЛ-інфекції

Всі медичні працівники визнають, що інформація у вигляді друкованих матеріалів доступна в медичних закладах саме завдяки діяльності неурядових організацій, які постачають у ЗОЗ інформаційні буклети і плакати – у тому числі про шляхи передачі ВІЛ і про тестування на ВІЛ-інфекцію.

Приходят пациенты к нам в тубдиспансер и, ожидая в коридоре приема врача, могут почитать и почерпнуть много информации о ВИЧ-инфекции. На подоконниках лежат буклеты, на стенах висят. ДН-МП-15

В нашем учреждении есть информационные стенды по вопросам ВИЧ, туберкулеза... Это большей частью предоставляют НПО. Плакаты, эти все ресурсы. Они же и их обновляют. ОД-МП-3

На думку медичних працівників, здебільшого пацієнти отримують інформацію щодо ВІЛ з Інтернету – вони все «читають в Гуглі» (ДН_КДВ82ч). На другому місці – знайомі, «які не є медпрацівниками»; так зване «сарафанне радіо» (За-МП-10):

Ищут информацию в интернете и лечатся по интернету. ОД-МП-3

Самый первый источник у пациента информации – это интернет. Они всегда так - в Интернете почитал, а потом пришел спросить - так ли я понял, и правильно ли там написано. Это процентов восемьдесят. А остальные по знакомым... ОД_МП-2

Они общаются со знакомыми, и информация от них поступает. У кого-то верная, у кого-то неверная, каждый по-своему ее понимает и каждый по-своему подает. ДН-МП-16

От врачей, от медработников получает уже в тех случаях, когда что-то произошло, тогда они добираются до медработников. На приеме или на консультации. А в основном - от соседа к соседу, от подружки к подружке. ДН-МП-13

Всі медпрацівники згодні з тим, що інформації щодо ВІЛ в медійному просторі вкрай недостатньо. Всі інформаційні кампанії традиційно проводяться двічі на рік. Як розповів сімейний лікар з малого міста:

«По телевизору я, честно говоря, о ВИЧ слышу только в день борьбы со СПИДом. когда у нас висит красный бантик в уголке экрана. А так, по телевизору я очень-очень редко вижу что-то о ВИЧ» (ДН-МП-13).

У той самий час виявилось, що всі інформаційні матеріали отримують здебільшого заклади інфекційного та фтизіатричного профілю, а в амбулаторіях сімейної медицини, поліклініках (тобто закладах, які мають займатися саме профілактикою ВІЛ-інфекції) таких матеріалів (буклетів, плакатів) дуже бракує.

У нас все по всем заболеваниям есть стенды, есть плакаты, есть телевизор, есть печатная продукция. Есть презервативы, лежат рядом с этой печатной продукцией. Нам ее присылают международные организации - ВОЗ, I-TECH, Альянс гражданского здоровья. За-МП-10

В каких-то поликлиниках, амбулаториях, больницах – ну, там я давным-давно уже не встречал, чтобы было описание какое-то хотя бы про ВИЧ-инфекцию. Поэтому информированность надо расширять. Амбулатории общей практики, поликлиники, то есть места, куда люди чаще всего обращаются. Это могут быть брошюры в

Предоставляю информацию в устной форме. Нету никаких брошюр. Нету такого ничего. За-МП-8

Залучення сімейних лікарів до профілактики ВІА-інфекції

Респонденти (у тому числі сімейні лікарі й медсестри) загалом позитивно ставляться до того, щоб залучати сімейних лікарів до спілкування з пацієнтами з питань ВІА-інфекції, доконтактної профілактики.

Само название «семейный врач» - по идее он должен быть самым близким для пациента. Думаю, это в перспективе очень правильно. Если их разгрузят этих вот врачей. Конечно, семейный врач должен в первую очередь объяснять, вести пациента и психологически и по лечению. ДН-МП-15

Да, конечно, так должно быть. И это проще всего, потому что человек все равно на протяжении своей жизни больше контактирует либо с семейным врачом, либо с его медсестрой. За-МП-8

Вообще надо начинать предоставлять информацию с первички. Если человек задекларирован, он должен получить первую информацию от своего семейного доктора. Че-МП-12

Раз они /семейные врачи/ подписывают декларации со своими пациентами, то они каждого пациента должны обследовать на ВІЧ. И если у пациента ВІЧ нет, а рискованное поведение есть, то рассказывать ему про доконтактную профилактику. Они с пациентами больше общаются. Но все заняты только ковидом. КИ-МП-7

Проте абсолютно всі респонденти вживали такі висловлювання, як «у майбутньому», «в ідеалі», «в перспективі» або за якихось умов – «якщо сімейних лікарів розвантажити» і т.п. Більшість респондентів вважала, що в умовах пандемії нереально залучити первинну ланку до роботи з профілактики ВІА.

В перспективе это хороший вариант. Но на практике, я вам так скажу, в нынешней ситуации, вместо 20 человек, которых я должен за день принять у меня приходит пятьдесят-шестьдесят. Ну, реально времени на это не будет. ДН-МП-13

Я очень за то, чтобы семейные врачи занимались скринингом нар, профилактикой рисков инфицирования пациентов. Потому что они ближе к пациенту, чем мы. Им легче обследовать своего пациента, чем нам. Но не хотят они... Они загнанные работой, нет времени вообще. Как они говорят: "Нам не до ваших пациентов". ДН-МП-16

Если взять перечень, что семейные врачи должны делать, то профилактика там я не знаю на каком месте... За-МП-10

Конечно, было бы здорово – информировать пациентов о ВІЧ. Но при их загруженности... У них такое выгорание на рабочем месте, такая нагрузка огромнейшая у семейных врачей, что просто жалко смотреть на них. ОД-МП-3

Водночас деякі респонденти наводили й позитивні приклади лідерства сімейних лікарів у профілактиці ВІА-інфекції.

Семейные врачи очень хорошо начали работать в плане ВІЧ. Они и предлагают тестирование, и тестируют. И рассказывают об этом, консультируют, выявляют. Потом уже направляют к нам. ОД-МП-1

За словами медсестри сімейної амбулаторії, вона вважає, що вона має донести до пацієнтів цю життєво важливу інформацію.

Я в этот момент чувствую себя великим миссионером, если я людям доношу какую-то полезную информацию, которая в будущем может их уберечь или спасти от чего-то. Я себя при этом не чувствую дискомфортно. Это моя работа, и кто, как не я, должна это донести. За-МП-9

Наявність власного ризику інфікування ВІА

Дослідження довело, що деякі фахівці дотепер вважають, що їхня діяльність пов'язана з професійним ризиком інфікування ВІА-інфекцією. Серед таких учасників були переважно медичні сестри, а також медичні працівники первинної ланки. Дехто вважає такий ризик гіпотетичним. Водночас інфекціоністи і деякі сімейні лікарі були впевнені, що такий професійний ризик цілком відсутній.

Конечно же /работа/ связана с риском, так как каждый человек является возможным инфицированным человеком, потому что мы ж не знаем, какие люди приходят на прием. За-МП-9

Будь-яка медична робота може бути з цим пов'язана. А люди не всі говорять про свій статус і мають право про це не повідомляти, тому ризик, звісно, є. Ки-МП-5

Если нам за это проценты платят, то, наверное, риск есть. Ну вот коллеги рассказывали, что бывали неадекватные пациенты, которые могли наброситься на медицинский персонал и покусать, — такие риски, конечно, есть. А когда пациенты приходят на прием, я их смотрю, с ними беседую, — тут факторы риска исключены вообще. Ки-МП-7

Моя работа больше связана с риском инфицирования туберкулезом. ВІЧ-инфицированный пациент, пришедший на прием, не опасен для меня совершенно. За-МП-10

У меня поликлинический уровень работы. Сейчас я до пациента дотрагиваюсь только руками в перчатках, фонендоскопом, бесконтактным термометром. Я считаю, что рисков нет. Дн-МП-13

Хто у суспільстві має ризик інфікуватись ВІА

Обговорюючи питання, хто у суспільстві має ризик інфікуватись ВІА, медпрацівники найчастіше згадували так звані групи ризику. Однак серед респондентів були й ті, хто усвідомлював, що всі люди мають ризик інфікуватись ВІА, і що особливу увагу потрібно приділяти роботі з молоддю:

Беспорядочные половые связи, вредные привычки, наркотические вещества инъекционные. В основном так. Дн-МП-15

Потребители инъекционных наркотиков, люди, которые имеют незащищенные контакты половые. Ну, и партнеры ВІЧ-инфицированных, наркоманов. Те категория, которые имеют риск. Дн-МП-16

Любой имеет риск инфицироваться, вне зависимости от социального статуса. От этого никто не застрахован. Дн-МП-13

Сегодня потребители инъекционных наркотиков имеют меньше риска, потому что у них есть одноразовые шприцы, все такое. Поэтому хотелось бы, чтобы молодежь в первую очередь знала, что это за инфекция. Как не заразиться, что надо использовать презервативы... За-МП-11

Люди не из групп риска — высокая опасность. Мы же знаем, что это социальная проблема. Несмотря на то, что много информации, люди не приучены пользоваться презервативами и защищать себя. Од-МП-3

Мое мнение, что не застрахован никто. Это не та проблема, где можно выделить какую-то группу и сказать, что только здесь есть риски. Потому что очень низкий процент осведомленности, особенно среди молодежи. Од-МП-4

Доступ населения до тестування на ВІЛ-інфекцію

У спеціалізованих закладах пацієнти мають вільний доступ до послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію, а заклади ВІЛ- та ТБ-служби активно проводять скринінг на ВІЛ серед тих, хто звертається.

Если впервые выявленный туберкулез, ему обязательно предлагаем. И тем, кто приходит на консультацию, мы тоже им предлагаем. Заставить человека мы не можем, но предлагаем всем. ДН-МП-14

Мы предлагаем всем партнёрам тестироваться на ВИЧ. Не только половым партнёрам наших пациентов, но и партнёрам по шприцам. У нас занимается консультированием несколько человек - обученных, сертифицированных: и врач, и медсестра, и психолог. За-МП-10

Медпрацівники констатують підвищення попиту на тестування на ВІЛ-інфекцію з боку молоді і загального населення. Люди звертаються за тестуванням на ВІЛ при створенні нових відносин, а також якщо вважають, що в них була ризикована ситуація.

Молодежь приходит добровольно на тестирование перед началом половой жизни. Им 18-20 лет, они приходят осознанно, тестируются на гепатит и ВИЧ, они заинтересованы. Взрослые тоже перед созданием повторных отношений приходят тестироваться. Такого раньше не было. ДН-МП-16

У нас приходит масса людей просто протестироваться на ВИЧ. Потому что знают, что была какая-то ситуация, связанная с факторами риска. Ки-МП-7

У відповідності до реформи охорони здоров'я, люди мають тестуватись у сімейного лікаря і, у разі позитивного результату скринінгового тесту, скеровуватись до спеціалізованого закладу. Але люди не знають про таку можливість і звертаються до Центрів СНІДу.

Может, была задумка и хорошая... Люди должны идти к семейному врачу и у него тестироваться на ВИЧ. И если положительный результат, тогда уже человек направляется к специалисту для дообследования. Но в нашем центре мы, конечно, никому не отказываем. Од-МП-2

На думку інфекціоністів, важливо проводити широкий скринінг на первинній ланці, бо багато випадків виявляється на стадії імуносупресії: «Я за последний год из 500 человек могу только троих назвать, у которых было 500-600 клеток. Все остальные это низкоклеточные пациенты, которые 8-10 лет ходили, не зная своем статусе, их никто не обследовал» (Че-МП-12).

За словами медиків – представників первинної ланки, найчастіше вони пропонують тест на ВІЛ, якщо знають або припускають, що людина відноситься до групи ризику, або у разі нетипового перебігу захворювання у пацієнта.

У нас свободный доступ, достаточное количество экспресс-тестов, чтобы сразу проверит человека в течение 10 минут. Поэтому видим какой-то нетипичный случай – предлагаем. ДН-МП-13

Это все бесплатно и без проблем. Если люди сами хотят – с удовольствием, мы им не отказываем, а если предлагаем, то объясняем почему мы предлагаем. И что это нужно обязательно пройти. За-МП-9

За словами деяких сімейних лікарів, вони здебільшого пропонують зробити тест на ВІЛ пріоритетним групам, але намагаються залучити всіх пацієнтів і вважають, що всім необхідно проходити «скринінгове» тестування. Один лікар розповів, що не проводить тестування в кабінеті, а направляє пацієнтів до кабінету «Довіра».

В принципе мы предлагаем всем людям. Ну понятно, что приоритетные группы – это либо люди, длительно лихорадящие, либо имеющие атипичные инфекции. Либо которые сами обращаются к нам по поводу незащищенных половых контактов. Но стараемся предлагать всем как скрининг. У нас медсестра прошла курсы и

Предлагаем им посетить кабинет «Доверие». Там всегда есть быстрые тесты и можно пройти. ОД-МП-3

Проте виявилось, що далеко не всі сімейні лікарі пропонують тестування на ВІЛ пацієнтам. Основний бар'єр для цього – гостра нестача часу у сімейних лікарів. Лікарі скаржаться на те, що в них немає ані умов, ані часу, аби якісно провести маніпуляції і надати повноцінне консультування.

Не хватает времени. На прием каждые 15-20 минут, это невозможно вместить. Даже для тестирования и дотестового консультирования у нас нет времени. Чтобы как положено, как я обучался, полностью объяснить человеку возможные риски и т.д. За-МП-8

Стосовно того, як реагують пацієнти, відповіді респондентів відрізнялися. Дехто не відчуває дискомфорту, коли пропонує пацієнтам первинної ланки пройти тест на ВІЛ, а інші стикалися з неадекватною реакцією з боку пацієнтів: «Да, были и скандалы: "За кого вы меня принимаете?! Я что, проститутка или наркоман?" И были вполне нормальные, адекватные люди» (Дн-МП-13).

II: Насколько комфортно Вы чувствуете себя, когда предлагаете пройти тест на ВИЧ вашим пациентам?

Р: Комфортно. Люди реагируют по-разному: бывает, возмущаются, бывает, соглашаются сразу. Или подумают и потом придут. ОД-МП-3

За словами інфекціоністів, зайнятість сімейних лікарів призводить до того, що в разі скерування пацієнтів до іншого кабінету або закладу частина пацієнтів «губиться». Крім того, не всі лікарі вмотивовані цим займатися навіть за умови певного заохочення. Знову ж таки, можна задіяти ресурс середнього медичного персоналу.

На приеме действительно доктору семейному нереально протестировать, дожидаться ответа. Потому что пока он будет проводить тест, дотестовое, послетестовое консультирование, на которое минут 30 уйдет, у него там драки будут в коридоре. Поэтому это все отошло на задний план. А когда они направляют на тестирование в лабораторию, то по пути пациентов много теряется. Они идти в лабораторию не хотят. Здесь и сейчас они согласны, а идти куда-то, потом через пару дней получить результат – это не для них... На этом этапе много пациентов теряется. Дн-МП-16

В любой амбулатории можно повесить плакат, разложить литературу, обучить ту же медсестру, как мы обучаемся на курсах по тестированию, и предлагать желающим, которые пришли на прием к семейному врачу.

Почему бы не предложить ему сделать тест на ВИЧ, который делается буквально десять минут. И выявляемость была бы больше. И если у человека есть желание, то, пожалуйста, не надо ни в какой СПИД-центр – к семейному врачу, и сделал. В каждой амбулатории можно это делать! Дн-МП-14

Доступ населения до доконтактної профілактики

За словами респондентів, низка учасників-інфекціоністів пройшли навчання і успішно призначають ДКП своїм пацієнтам. Багато з тих, кому пропонують ДКП, особливо партнери ВІЛ-позитивних пацієнтів, погоджуються приймати препарати.

Я прошла много семинаров и курсов. У нас есть препараты для доконтактной профилактики, они бесплатны. За-МП-10

Мы видим на практике, что оно действует. Потому что у нас есть уже около 13 человек, которые пьют PrEP, живут активной незащищенной половой жизнью, и они здоровы. ОД-МП-1

Мы ДКП широко внедряем в течение последнего года. Партнеры наших пациентов, в принципе, легко соглашаются на доконтактную профилактику и принимают. MSM многие получают... Те же потребители

инъекционных наркотиков, которые заботятся о своем здоровье, принимают ДКП параллельно с употреблением наркотиков.
ДН-МП-16

Для більш широкого залучення населення до програми ДКП, на думку респондентів, необхідна підготовка медичних працівників, які будуть цим займатися. Бар'єром є велике навантаження на лікарів-інфекціоністів під час пандемії; загалом потрібно враховувати обмежені можливості ВІЛ-служби.

Нашими силами мы не можем охватить большой контингент населения, чтобы предложить ДКП. Хотелось бы побольше освещения в группах риска и так далее, чтобы люди обращались за доконтактной профилактикой.
ОД-МП-2

Крім того, суттєвим бар'єром є той, що пацієнту на ДКП необхідно щомісяця відвідувати Центр СНІДу (кабінет «Довіра»), який дотепер має «монополію» на призначення доконтактної профілактики, періодично проходити певні обстеження та виконувати інші вимоги участі у безкоштовній програмі. Проте не всі пацієнти готові часто відвідувати Центр СНІДу – деякі нервуються, коли приходять до закладів ВІЛ-служби. Крім того, для пацієнтів-ЛВНІ бар'єром часто є відсутність документів.

По новым приказам нужно, чтобы пациент каждый месяц посещал кабинет «Доверие». То есть мы должны ему, хочешь не хочешь, выдавать препараты только на месяц, чтобы он пришел через месяц за следующей банкой препарата. НСЗУ хочет, чтобы мы отчитывались каждый месяц за каждого пациента. ДН-МП-16

Все ж хотят все бесплатно и не хотят себя утруждать. А у нас требования – то пойді сдай кров, то пойді сдай то... Многих пугает неанонимность, люди не хотят «светиться». Некоторые хотят получать таблетки чуть ли не сразу на год. А это надо завести карточку, сдать креатинин, надо раз в полгода ИППП сдать... ОД-МП-2

Для некоторых людей, получается, даже травма – идти сюда. Они напряжены, они все равно боятся кого-то в поликлинике встретить знакомого... ДНМП-16

На думку лікарів, гарним рішенням була б можливість видавати пацієнтам ДКП в аптеках або НУО.

Если бы люди знали свои факторы риска, то у них, в идеале, должен быть доступ к препаратам просто в аптеке. Потому что многие себя стигматизируют, они боятся обращаться в лечебное учреждение – вдруг кто-то увидит, кто-то что-то скажет. Но все равно врач должен выписать и выдать. Все зафиксировано на лечебном учреждении. КИ-МП-7

Бар'єром до ДКП залишається недостатня інформованість медичних працівників: навіть у спеціалізованих закладах навчені не всі працівники. Учасники говорили про те, що необхідно періодично проводити «бустерне» навчання, оновлювати знання. Серед учасників дослідження з групи сімейних лікарів майже ніхто нічого не знав про доконтактну профілактику, так само як й інші фахівці, за винятком медиків спеціалізованих закладів ВІЛ-профілю.

Даже у нас в кабинете «Доверие» занимаются этим только три человека, которые обучались доконтактной профилактике и более осведомлены об этом. А есть сотрудники, которые об этом меньше знают. Хотелось бы, чтобы весь медперсонал был обучен. За-МП-11

Чтобы людям доносить какую-то информацию, я должна ею хорошо владеть. За-МП-9

Доконтактная профилактика? Ну слышала, да. Но как-то... /со смехом/ Не хочется сочинять... Честно говоря, не сталкивалась. ДН-МП-15

Нет, на данный момент мне ничего не известно о доконтактной профилактике. То есть, профилактика ВИЧ – это стандартно. А ДКП – я не слышал об этом. Дн-МП-13

Нет, обучения не проходил. Насколько ДКП снижает риск инфицирования ВИЧ? По статистике, по-моему, от 60 до 86 процентов, то есть, все равно риск остается. За-МП-8

А можете еще раз? Доконтактна... Ні, не знаю. Не чула. Кн-МП-5

Крім того, важливо більше інформації про PrEP надавати загальному населенню, активніше задіяти ЗМІ.

Средства массовой информации должны быть более активными. Про эту доконтактную профилактику надо кричать на всех углах. Тогда люди поймут, что это есть, и они будут знать, куда прийти получить эту профилактику. А так, конечно, это голос волающего в пустыне. Кн-МП-7

Доступ населения до услуг НУО

Учасники дослідження – інфекціоністи і фтизіатри говорили про активну співпрацю з НУО. Виявилось, що у всіх закладах фтизіатричного і ВІЛ-профілю наявні соціальні працівники, а деякі медичні заклади співпрацюють навіть з 3-4 НУО. Принаймні пацієнти з ключових груп охоплені послугами соціальних працівників.

Все пациенты охвачены у нас соцработниками. Они консультируют пациентов, психологически их поддерживают, мотивируют их к приверженности к лечению. Если пациент не может доехать, привозят ему на дом таблетки... Дн-МП-15

У нас в учреждении в штатном расписании нет соцработника. Он приходит к нам, когда выявляются пациенты, он их сопровождает с места выявления до кабинета, и потом сопровождает в течение 3-6 месяцев, напоминает им о приеме препаратов, что нужно анализы сдать или к доктору прийти. Когда у пациентов вопросы возникают, они чаще звонят соцработнику, чем доктору. Дн-МП-16

ІІ: То есть, у вас есть контакты НПО и опыт направления в НПО пациентов?

Р: Да, у нас четыре НПО, и есть социальный работник в центре. За-МП-10

На відміну від профільних медичних закладів, заклади первинної ланки майже не співпрацюють з неурядовими організаціями. Лише одиниці з сімейних лікарів обізнані щодо доступних послуг НУО, куди вони могли б скеровувати своїх пацієнтів, а більшість цього не робить.

Есть неправительственные организации при Кабинете Доверия. Знаю, что они консультируют, раздают шприцы, презервативы... Я знаю, что они есть. II они окружены именно людьми рискованного поведения. Од-МП-3

Нет, я ничего не знаю о таких общественных организациях. В нашем учреждении нету социального работника. У нас только врачебный штат и медсестринский. Дн-МП-13

У нас нет социального работника. Ну, я слышал, что есть сопровождение ВИЧ-инфицированных людей. Но конкретно не могу сказать, /со смехом/ кто этим занимается. Контакт с этих организаций и опыта направления к ним пациентов у меня нет. За-МП-8

Нарешті, стигма по відношенню до людей з ключових груп та ЛЖВ у суспільстві загалом і у медичних закладах є значним бар'єром до отримання ВІЛ-послуг, у тому числі профілактичних. На думку фахівців з профільних закладів, ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів є адекватним тільки у фтизіатрів та інфекціоністів, і ця ситуація роками не змінюється.

Я в 17-м году когда пришла, то у меня был страх. Мне казалось, что все ВИЧ-инфицированные. Но потом страх

этот я как-то переборола. Врачи-инфекционисты тоже относятся нормально. А вот другие врачи — ненормально. За-МП-11

Многие люди боятся и стесняются. Не каждый придет в кабинет инфекциониста, чтобы посоветоваться по поводу ВИЧ. Потому что город маленький, 27 тысяч, тут все друг друга знают. Даже постоять возле кабинета инфекциониста — это уже как минимум подозрение для соседки... Поэтому горячая линия была бы интересным вариантом: человек может анонимно задать все свои вопросы. ДН-МП-13

Можливі канали надання інформації про ВІА-інфекцію населенню

Результати дослідження показують, що лікарі як ВІА-профілю, так і первинної ланки часто вважають, що головну роль в інформуванні щодо ВІА мають взяти на себе не лікарі, а НУО і ЗМП. Крім того, фахівці ВІА-служби вважають, що лідерство у профілактичній роботі, у наданні населенню інформації щодо ВІА мають взяти на себе лікарі первинної ланки.

Понимаете, здесь должны разговаривать не доктора. Больше должны о ВИЧ рассказывать вот эти благодийные организации. Этим должны заниматься социальные работники. На медицину это не надо скидывать. Это не наша роль — ораторствовать, доносить населению. Наше дело лечить. Че-МП-12

Надо начинать предоставлять информацию с первички. Человек должен получить первую информацию от семейного доктора. Просто семейникам не хватает банального времени. Информации у них достаточно. Им надо просто освободить время, чтобы нормально поговорить с пациентом. Че-МП-12

На думку кількох учасників, недооціненим і недостатньо задіяним є потенціал середнього медичного персоналу — медичних сестер, фельдшерів. А загалом лікарі і середній медперсонал будь-якого профілю мали б відчувати відповідальність і надавати пацієнтам інформацію з профілактики ВІА-інфекції.

Необязательно врач, это может быть даже тот же самый фельдшер, который расскажет школьникам несложную лекцию по путям профилактики. Уровня знаний фельдшера с головой хватит, чтобы рассказать школьникам, как себя защитить на будущее. ДН-МП-13

Любой доктор любой специальности мог бы такую информацию /о ВИЧ/ дать... Каждый должен осознать и должен уметь об этом поговорить — семейные доктора, урологи, гинекологи, стоматологи... Об этом могут говорить все, и если, допустим, с медсестрой человеку легче общаться, какой-то есть доверительный контакт, то медсестра тоже должна... И медсестры должны проходить тренинги, чтобы уметь донести информацию. В этом должны участвовать все. ОД-МП-4

Учасники інтерв'ю висловили думку, що, оскільки пацієнти активно шукають в Інтернеті інформацію щодо здоров'я, було б доцільно, щоб медичні працівники рекомендували пацієнтам надійні Інтернет-ресурси — тим більше, що, як виявилось, навіть самим медпрацівникам не було відомо про ресурс prozdorovia.org.ua.

Надо, чтобы семейные врачи или инфекционисты им давали сразу Интернет-ресурсы при выявлении. У них появляется много вопросов, когда у них выявляют ВИЧ-инфекцию. Но чего-то никто им не подсовывает эти ресурсы. ДН-МП-15

Респонденти вважали вагомим каналом надання інформації телефонну гарячу лінію з питань ВІА/СНІДу. Окрім надійної інформації, це дозволить людям поставити свої запитання анонімно й у зручний для них час. Це є важливим за умови високого рівня стигми щодо ВІА у суспільстві:

Горячая линия, в принципе, у меня бы вызвала доверие — там хоть правильно рассказывают, что делать и куда обратиться. ОД-МП-2

Горячая линия — неплохой вариант. Горячая линия — это как анонимная консультация. Дн-МП-13

В идеале если б все приходили на консультацию к доктору, и он бы посоветовал, что еще почитать... Но, если приходит лично, есть какое-то стеснение, было бы неплохо, если б была горячая линия поддержки, — иногда в телефонном разговоре человеку проще сказать, чем лично. Од-МП-4

Респонденти наголошували на важливості такого ресурсу, як телебачення, на якому наразі майже відсутня соціальна реклама щодо використання презервативів і «зовсім немає інформації про ВІЛ-інфекцію, про ДКП» (Черн-ПГ75Ж). Також на ТБ можна запрошувати лідерів думок, яким довіряють. Добре було б також, щоб людина, яка стикнулася з ВІЛ, розповіла з екрана свою особисту історію:

По телевидению нет ни одного ролика, что надо пользоваться презервативом! Какие-то фармпрепараты — на слуху, а ВПЧ на слуху нету. Никто не знает, что можно пить Тривад и защититься от ВПЧ-инфекции. Нужно пустить какие-то рекламные ролики. Чтобы люди знали, что есть таблетки, и ты можешь не заболеть ВПЧ-инфекцией. Че-МП-12

Компетентный человек, которому доверяют. Того же Комаровского взять, ему страна верит. Если б он проблему СПИДа хотя бы периодически озвучивал, то это тоже бы сработало. Кн-МП-7

Я думаю, билборд какой-то броский точно привлечет внимание, заставит задуматься. II ролики — неплохо было бы вместо рекламы на Ютубе пускать пару роликов про ВПЧ, почему нет? Од-МП-4

Більшість респондентів висловлювалися за друковану продукцію — буклети, брошури у громадських місцях, і взагалі «те, що можна прочитати». На думку учасників, людям подобається, коли їм щось дають. Такі матеріали можуть надаватись не тільки у медзакладах, а в будь-якому місці, яке відвідує багато людей.

Многие пациенты любят, когда им что-то дают. Так что в печатном виде было бы очень неплохо. Вообще... печатное есть печатное. Дн-МП-15

...Брошюры либо какое-то оповещение в письменном виде, либо в виде сообщений в мессенджерах, в соцсетях. II Информация, которая читается - она лучше воспринимается. Это может быть стенд с буклетами, чтобы эта информация попала на глаза человеку. чтобы он увидел это и взял домой почитать. За-МП-8

Во всех общественных местах есть какие-то буклеты, что курение вредит вашему здоровью, — чтоб про ВПЧ тоже это было везде. Люди, даже не вникая — там увидели, там, и потом на подсознательном уровне это воспринимают. Не только в медучреждении — если эта проблема актуальна, то чтоб это было во всех общественных местах. За-МП-9

Где бы люди могли получить печатные материалы по ВПЧ? Естественно, специализированные медучреждения — но это надо туда прийти. А там, где люди чаще посещают — в супермаркетах сделать уголок... В аптеках тоже неплохой вариант, каждый человек хоть иногда заходит в аптеку, даже вот купить маску или термометр. II получит там информацию печатную. Од-МП-2

Формат друкованої інформації

Учасники підкреслювали, що друкована інформація має бути стислою і доступною для розуміння людям з будь-яким рівнем освіти.

II Информация должна быть яркой и краткой. Должны быть описаны конкретные действия — что нужно знать и делать, если что-то произошло. Про доконтактную профилактику, где можно получить лечение, консультацию. Если кого-то это интересует, то он уже, увидев эту бумажку, может обратиться дальше и получить необходимую

Доступным языком, понятным для человека, чтоб он прочитал и понял. ДН-МП-14

Один з учасників висловив таку ідею – заради уникнення стигми комбінувати інформацію про ВІЛ з іншою інформацією в буклетах.

Как-то стесняются подойти к такому столу и взять... А если бы это было как-то... Не только информация о ВІЧ, а еще какая-то информация – о шинах, о машинах, чтоб там что-то еще было написано. II проще будет людям, особенно в местах, где все друг друга знают – малые города, поселки... А когда там будет два-три слова о том, о том: о машинах, о погоде, об изменении климата, о том, что нужно сортировать мусор... II человек взял и обо всем прочитал. II о ВІЧ там будет, и кому надо – найдет и прочитает. ОД-МП-2

Чтобы провести консультацию по ВІЧ-инфекции, нужен доверительный контакт с человеком, и человек должен сам хотеть услышать какую-то новую информацию, потому что когда пытаешься донести то, о чем не хотя слышать, то вряд ли эта информация как-то усвоится. ОД-МП-4

Переживая, как воспримет это пациент, как правильно подобрать слова, чтобы не напугать, не стигматизировать, чтобы это было доброжелательно и он эту информацию воспринял. А в целом мне комфортно общаться на эту тему – это тема, на которую нужно общаться. ОД-МП-4

Не всі учасники підтримували ідею надання друкованих матеріалів. Дехто вважав, що брошури вже ніхто не читає, і друкована продукція – це марнотратство.

Нужны билборды, видеоролики, на что все обращают внимание. А буклеты, газеты вообще мало кто читает. В основном это телефон, телевизор, интернет. За-МП-9

Всі учасники були єдині в думці, що профілактичну роботу потрібно починати зі шкільних років, приділяти увагу сексуальній освіті підлітків.

Мы как делали – мы с соучастником шли в школу, в 11-й класс, рассказывали, что такое ВІЧ, пути заражения. II потом дети, которые уже живут половой жизнью, пришли к нам тестироваться. ОД-МП-1

Я бы уделила внимание сексуальному образованию подростков. Чтоб еще до того, как у них будут какие-то половые контакты, они уже знали о рисках, которые может иметь то или иное поведение. Потому что если этой информации не будет у человека в таком возрасте, то какую бы он информацию во взрослой жизни ни получил, уже она может не помочь... ОД-МП-4

І нарешті, в багатьох інтерв'ю звучала думка про те, що різні люди сприймають інформацію по-різному, тому інформація щодо профілактики ВІЛ-інфекції має надаватися постійно, всюди, де тільки можливо, в різній формі, через всі можливі канали надання інформації.

То, что это должно мелькать и крутиться... Доконтактная профилактика. Профилактика ВІЧ. II Использование презервативов. Это должно быть постоянно. За-МП-10

Важно осознать, что никто не застрахован и просто если надеяться на свое везение и продолжать без конца одно и то же действие, и как бы спиливать под собой ветку по чуть-чуть, то рано или поздно ты упадешь. Ты можешь надпилить раз, надпилить два, но рано или поздно эта ветка все-таки треснет под тобой. Люди должны это осознавать. Потому что когда есть опыт рискованного поведения, и человек не заразился и все супер, то это не повод повторять. Это повод задуматься и больше так не делать. ОД-МП-4

Результати інтерв'ю з представниками ключових груп і загального населення

В інтерв'ю взяли участь 30 представників ключових і пріоритетних груп населення (Таблиця 11) і 14 чоловіків, які є представниками загального населення, включно з представниками професій підвищеного ризику (т.з. «люди в уніформі» – ЛВУ) (

Таблиця 12).

Таблиця 11. Представники ключових груп – учасники інтерв'ю.

Код	Місто	Група респондента	Стать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятість	Користувач послуг НУО	Наявність декларації з сімейним лікарем
ЛВН I-1	м. Одеса	ЛВНІ	Ч	39	У відносинах/ є постійний партнер	Середня спеціальна	Нерегулярна робота	> 1 року	Так
ЛВН I-2	м. Одеса	ЛВНІ - партнерка	Ж	30	У відносинах/ Є постійний партнер	Повна середня	Декрет	не клієнт НУО	Ні
ЛВН I-3	м. Київ	ЛВНІ	Ч	37	У відносинах/ є постійний партнер	Середня спеціальна	Нерегулярна робота	> 1 року	Так
ЛВН I-4	м. Київ	ЛВНІ - партнерка	Ж	38	У відносинах/ Є постійний партнер	Вища	Нерегулярна робота	> 1 року	Так
ЛВН I-5	м. Запоріжжя	ЛВНІ	Ч	44	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Середня спеціальна	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЛВН I-6	м. Чернігів	ЛВНІ	Ч	40	Самотній	Середня спеціальна	Без роботи	> 1 року	Так
РКС -1	м. Одеса	РКС	Ч	40	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Вища	Нерегулярна робота	> 1 року	Так

Код	Місто	Група респо ндент а	Ст ать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятіст ь	Корист увач послуг НУО	Наявн ість деклар ації з сімейн им лікаре м
РКС -2	м. Одеса	РКС - парне рка	Ж	40	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
РКС -3	м. Київ	РКС	Ч	32	У відносинах/ Є постійний партнер	Вища	Робота неповний робочий день	> 1 року	Так
РКС -4	м. Київ	РКС	Ч	33	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Вища	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ТЛ-1	м. Одеса	ТЛ	Тра нс* жін ка	26	Самотній	Середня спеціаль на	Без роботи	> 1 року	Так
ТЛ-2	м. Запорі жжя	ТЛ	Тра нс* чол ові к	35	"Бостонський" шлюб	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -1	м. Одеса	ЧСЧ	Ч	30	У відносинах/ Є постійний партнер	Повна середня	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Ні
ЧСЧ -2	м. Одеса	ЧСЧ	Ч	29	У відносинах/ Є постійний партнер	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЧСЧ -3	м. Одеса	ЧСЧ	Ч	32	У відносинах/ Є постійний партнер	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -4	м. Одеса	ЧСЧ	Ч	20	У відносинах/ Є постійний партнер	Незакін чена вища	студент/м оряк	не клієнт НУО	Так
ЧСЧ -5	м. Київ	ЧСЧ	Ч	36	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так

Код	Місто	Група респо ндент а	Ст ать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятіст ь	Корист увач послуг НУО	Наявн ість деклар ації з сімейн им лікаре м
ЧСЧ -6	м. Київ	ЧСЧ	Ч	29	У відносинах/ Є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -7	м. Київ	ЧСЧ	Ч	27	У відносинах/ Є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЧСЧ -8	Київсь ка област ь, м. Ірпінь	ЧСЧ	Ч	50	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Неповн а середня	Пенсія/інв алідність	не клієнт НУО	Так
ЧСЧ -9	м. Запорі жжя	ЧСЧ	Ч	40	У відносинах/Є постійний партнер	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -10	м. Запорі жжя	ЧСЧ	Ч	35	У відносинах/Є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЧСЧ -11	м. Запорі жжя	ЧСЧ	Ч	21	У відносинах/Є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	< 1 року	Так
ЧСЧ -12	м. Запорі жжя	ЧСЧ	Ч	26	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Вища	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -13	м. Черніг ів	ЧСЧ	Ч	42	Самотній	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -14	м. Черніг ів	ЧСЧ	Ч	40	Самотній	Повна середня	Без роботи	> 1 року	Так
ЧСЧ -15	м. Дніпр о	ЧСЧ	Ч	34	У відносинах/Є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	> 1 року	Так

Код	Місто	Група респо ндент а	Ст ать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятіст ь	Корист увач послуг НУО	Наявн ість деклар ації з сімейн им лікаре м
ЧСЧ -16	м. Дніпр о	ЧСЧ	ч	24	У відносинах/Є постійний партнер	Середня спеціаль на	Робота повний робочий день	> 1 року	Так
ЧСЧ -17	м. Дніпр о	ЧСЧ	ч	21	Не одружений/ Непостійні сексуальні партнери	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЧСЧ -18	м. Дніпр о	ЧСЧ	ч	32	У відносинах/Є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так

До складу 30 представників ключових груп, які взяли участь в глибинних інтерв'ю, входили 18 чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), дві транслюдини (ТЛ), шестеро людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) і їхні партнерки та чотири секспрацівники або робітники комерційного сексу (РКС) і партнери.

Серед 18 ЧСЧ, які взяли участь в глибинних інтерв'ю, були мешканці всіх регіонів дослідження. Половина ЧСЧ не отримували послуги НУО. Вік учасників коливався від 20 до 50 років; десятеро мали вищу або незакінчену вищу освіту; значна більшість (15 осіб) працювали повний робочий день. У 17 ЧСЧ підписані декларації із сімейним лікарем; одинадцятьоро зазначили, що мають постійного партнера.

Серед шести ЛВНІ віком від 30 до 44 років, які представляли Одесу, Київ, Запоріжжя та Чернігів, були 2 жінки-партнерки ЛВНІ. Четверо ЛВНІ були клієнтами НУО впродовж більше ніж 1 рік, п'ятеро мали сімейного лікаря. Один учасник-ЛВНІ мав вищу освіту, решта – середню/середню спеціальну. Четверо з 6 ЛВНІ зазначили, що мають нерегулярну роботу або наразі не мали роботи, одна особа працює повний робочий день. Четверо ЛВНІ мали постійного партнера.

Серед 4 РКС віком від 32 до 40 років, які мешкали в Києві й Одесі, було троє чоловіків-РКС і одна жінка-партнерка РКС. Троє з цієї групи отримували послуги НУО довше ніж протягом року, у всіх чотирьох осіб підписані декларації із сімейним лікарем. Троє РКС мали вищу освіту, троє працювали повний робочий день. Одна людина мала постійного сексуального партнера.

Транслюди (1 трансчоловік і 1 трансжінка) були клієнтами НУО та мали підписані декларації із сімейним лікарем.

Таблиця 12. Представники загального населення – учасники інтерв'ю.

Код	Місто	Група респондента	Стать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятість	Користувач послуг НУО	Наявність декларації з сімейним лікарем
ЗН-1	м. Одеса	Загальне населення	Ч	30	У відносинах/є постійний партнер	Середня спеціальна	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЗН-2	м. Одеса	Загальне населення	Ч	33	Самотній	Середня спеціальна	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЗН-3	м. Одеса	Загальне населення	Ч	38	Не одружений/Непостійні сексуальні партнери	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЗН-4	м. Київ	Загальне населення	Ч	36	У відносинах/є постійний партнер	Середня спеціальна	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЗН-5	м. Київ	Загальне населення	Ч	31	У відносинах/є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так

Код	Місто	Група респондента	Стать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятість	Користувач послуг НУО	Наявність декларації з сімейним лікарем
ЗН-6	м. Запоріжжя	Загальне населення	Ч	41	У відносинах/є постійний партнер	Вища	Без роботи	не клієнт НУО	Так
ЗН-7	м. Чернігів	Загальне населення	Ч	35	У відносинах/є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЗН-8	м. Чернігів	Загальне населення	Ч	50	У відносинах/є постійний партнер	Вища	Пенсія/інвалідність	не клієнт НУО	Так
ЗН-9	Дніпропетровська область, м. Павлоград	Загальне населення	Ч	47	У відносинах/є постійний партнер	Середня спеціальна	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ЗН-10	Дніпропетровська область, м. Павлоград	Загальне населення	Ч	29	У відносинах/є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ПР-1	м. Одеса	Чоловік з групи професійного ризику	Ч	35	У відносинах/є постійний партнер	Незакінчена вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так

Код	Місто	Група респондента	Стать	Вік	Статус відносин	Освіта	Зайнятість	Користувач послуг НУО	Наявність декларації з сімейним лікарем
ПР-2	м. Київ	Чоловік з групи професійного ризику	Ч	37	Не одружений/Непостійні сексуальні партнери	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так
ПР-3	м. Запоріжжя	Чоловік з групи професійного ризику	Ч	46	Не одружений/Непостійні сексуальні партнери	Вища	Відсутність роботи - недопущений до служби у зв'язку із відмовою вакцинуватися	не клієнт НУО	Так
ПР-4	м. Дніпро	Чоловік з групи професійного ризику	Ч	31	У відносинах/є постійний партнер	Вища	Робота повний робочий день	не клієнт НУО	Так

З 14 учасників з групи загального населення (ЗН) віком від 29 до 50 років, які представляли всі регіони дослідження, 10 мали вищу або незакінчену вищу освіту, 11 працювали повний робочий день. Всі учасники групи мали підписані декларації із сімейним лікарем, але ніхто не користувався послугами НУО. Десятеро мали постійного партнера. З 14 осіб четверо представляли людей в уніформі (ЛВУ), тобто працювали в Національній поліції або ДКВС України і мали професійний ризик інфікування ВІЛ.

Користування медичними послугами

Більшість учасників – представників різних ключових груп (КГ) та загального населення (ЗН) – визнали, що звертаються до медичних закладів тільки за необхідністю. Так, чоловіки-ЗН говорили про те, що розуміють необхідність регулярних обстежень, але не звертаються до лікаря, коли нічого не болить.

Нет времени на это все. А если бы было время, я бы себе говорил, что нет времени. Ну, я обращаюсь в больницу, когда у меня что-то болит. Когда у меня ничего не болит, зачем мне туда идти? Я найду, чем заниматься. ОД-ЗН-2

За словами трансгендерних учасників, вони звертаються до лікарів здебільшого з причин, пов'язаних з транспереходом, і дуже рідко відвідують медичні заклади з інших причин.

Ну, вообще редко обращаются в медицинские учреждения. Обращаются только к эндокринологу, наблюдаюсь у психиатра. То есть по своей теме, гормонотерапии заместительной. Од-ТЛ-1

З усіх ключових груп лише ЧСЧ обстежуються доволі регулярно і загалом приділяють більшу увагу стану свого здоров'я порівняно з іншими КГ. При цьому практично всі представники ключових груп і загального населення уклали декларацію із сімейним лікарем.

Пытаюсь обследоваться хотя бы раз в полгода: то стоматолог, то невролог, просто пройти тестирование в «Ин-витро» – например, на ИППП. Чтобы просто знать для себя. Конечно, мне мое здоровье очень важно. Дн-ЧСЧ-17

Користування послугами неурядових організацій (НУО)

Інформованість про послуги НУО

Група ЛВНІ більше за інші групи є обізнаною стосовно доступних послуг НУО. Здебільшого вони отримують таку інформацію «в своєму колі», через друзів і знайомих ЛВНІ. У той самий час у жінок-ЛВНІ доступ до послуг є дещо обмеженим у порівнянні з чоловіками.

II: Откуда вы узнали о том, что существуют подобные организации, где можно получить помощь?

Р: От знакомых. Все от знакомых, да. Через людей. Ки-ЛВНІ-4

Р: Не знаю, без понятия, какие услуги и что они предоставляют. Мне как-то... Не знаю, я никуда не хожу...

II: А где Вы берете бесплатные шприцы, презервативы?

Р: Ну... муж приносит. Од-ЛВНІ-2

За словами деяких секспрацівників (СП), вони також дізналися про можливість отримати послуги НУО через знайомих. Інший СП побачив рекламу місцевої НУО на сайті знайомств Хорнет:

Об услугах узнаю через своих знакомых, в основном так. Через знакомых, знакомых, и вот так проходит дальше. Сарафанное радио – оно очень эффективно. Ки-РКС-3

Виявилося, що респонденти-ЧСЧ з різних регіонів дослідження, які не отримують послуги НУО, часто й дотепер не володіють інформацією про доступні в їхньому місті послуги неурядових організацій:

I: Являетесь ли вы клиентом ВИЧ-сервисной неправительственной организации?

Р: Нет. Ну, я бы знал, наверное. Нет. Мне говорили, что есть организации. Там презервативы дают, брошюры тоже. Ну да, что-то слышал, когда тестировался у доктора. Ки-ЧСЧ-5

Я о них даже особо не в курсе, если честно. Я видел, в маршутке висела рекламка, и там, вот я не помню название организации, но там что-то было по борьбе с ВИЧ. Помню, что приглашали на тестирование, но я особо не запомнил информацию. Дн-ЧСЧ-17

Ті ЧСЧ, хто чув про послуги НУО і мають досвід отримання таких послуг, отримували інформацію про такі послуги з різних каналів - в Інтернеті, на сайтах знайомств від соціпрацівників, від друзів-клієнтів НУО. Дехто звертався до НУО саме з метою отримати надійну інформацію від соціальних працівників.

Презервативы ребята предлагали, лубриканты, но мне была интересна больше информация о ВИЧ, понимаете? То, что нам там рассказывали, это нас больше интересует. В основном это - как себя обезопасить. Че-ЧСЧ-17

Я увидел рекламку в Хорнете. Сначала сходил в «ГендерЗед», меня там проконсультировали, узнал про PrEP, мне рассказал сотрудник, и решил его получить и пошел в СПИД-центр. За-ЧСЧ-11

Найменш обізнаними стосовно послуг НУО є чоловіки з групи ЗН – у той самий час, дехто бачив рекламу по ТВ або чув про такі організації від знайомих, але не має конкретної інформації.

Ну, я знаю, что они /НУО/ есть. Я ни разу не пользовался и не искал их в Интернете. Но я помню, проскакивали картинки в телеке. Какой-то фонд, в День борьбы со СПИДом. Много говорят почему-то только конкретно один день в году об этом. Дн-ЗН-10

У меня знакомый когда-то ходил в неправительственную организацию. Он рассказывал, что там дают шприцы, презервативы, лубриканты. Что они еще помогают заключенным. Ну, я не вникал, оно мне не очень. Я слышал АЖВ, но не слышал "Сто відсотків життя". АЖВ было написано на билборде. Од-ЗН-2

Отримання послуг НУО

Невід'ємною частиною отриманих послуг НУО клієнти називали саме отримання інформації від соціальних працівників, яким вони довіряють.

Получаю там информацию от социальных работников. Про все, что связано с ВИЧ-сервисом – доконтактная, послеконтактная терапия, все с этим связанное. Ки-ЧСЧ-6

З усіх ключових груп ЧСЧ і ТА найбільше говорили про бар'єри к використанню послуг НУО. ЧСЧ відштовхує стигматизуюче ставлення до них у суспільстві; вони часто називали страх і недовіру причиною того, чому не звертаються до неурядових організацій.

Почему MSM не пользуются услугами НПО? Потому что боятся. Элементарно боятся прийти куда-либо: «А вдруг меня встретят по дороге, дадут по голове просто потому, что я практикую секс с мужчинами». Дн-ЧСЧ-16

Это вопрос конфиденциальности, многие не хотят, чтобы их кто-то знал. Сейчас распространён офал тест - на сайте оставляете заявку и новой почтой получаете. И никаких контактов с людьми не будет. Многие не хотят идти, не доверяют, а заказать тест и самому дома сделать – это проще. Дн-ЧСЧ-15

Боятся афишировать, я думаю. Прекрасно все MSM знают и о "ГендерЗеде", и о "Сто процентов лайф", но не спешат обращаться. Вот у меня есть знакомые, причина банальная: "Мы с моим парнем не хотим светиться, мы не пойдём туда проверяться.". За-ЧСЧ-9

Іншим індивідуальним бар'єром є страх розповсюдження інформації, теж пов'язаний з багаторівневою стигмою. Часто люди не довіряють безоплатним послугам – якості, конфіденційності. Тому реєстрація клієнтів НУО дещо відлякує ключові групи – ЧСЧ, РКС. Однак, на думку учасників, обізнаність про наявність таких організацій і послуг підвищує вірогідність того, що рано чи пізно люди звернуться і отримають послуги.

Все услуги, которые предоставляются бесплатно, должны привлекать внимание людей. Просто у нас люди такие, они боятся, что бесплатно – значит, подвох какой-то есть. Од-РКС-2

У нас другой менталитет, мы боимся. Все, что, типа: приходите, получите, а мы там что-то запишем – ведь в организации записывают определенные данные... И люди боятся, что потом где-то, как-то это выльется. Од-РКС-1

У людей моей профессии всегда будет настороженность, потому что эта профессия никогда не станет вровень с любой другой профессией. Она будет осуждаема всегда. Но хорошо, что есть такие услуги. Вот я передаю информацию своим друзьям, коллегам, и уже тот факт, что они просят, когда я буду там /в НПО/, взять им презервативы, – это уже результат, потому что они знают об этих организациях и смогут сами пойти, если не

Крім того, учасники згадували структурні бар'єри до отримання послуг НУО. Це перш за все низький доступ до послуг в маленьких населених пунктах. У той самий час надання аустріч-послуг в таких населених пунктах викликає страх втрати конфіденційності. Для ЛВНІ структурним бар'єром є нестача послуг НУО за місцем проживання і недостатня кількість сайтів НУО на велике місто – їхній стан здоров'я не завжди дозволяє «їздити через все місто», щоб отримати послуги:

Таких организаций здесь нету, основные организации в больших городах. ...Для меня телефонный режим общения лучше. Потому что когда они /НУО/ приезжают в маленькие поселки - там люди все друг друга знают. И некоторые ЧСЧ боятся этого: если пойдут разглашения по селу или по хутору, то придется тогда переезжать. У нас люди к этому относятся не очень адекватно. Че-ЧСЧ-14

Вот даже получать услуги - не многие инъекционные могут с другого района приезжать... Для нормальных людей это кажется, тьфу – мелочь, а для многих это проблема. И инъекционные – зачастую это больные люди, у многих проблемы с ногами, с передвижением. А если это с одного конца города ехать в другой... Поэтому многие на все это забывают. За-ЛВНІ-5

На відміну від людей з КГ, респонденти з групи ЗН часто вважали, що послуги НУО потрібні тільки тим, хто вже захворів на ВІЛ-інфекцію.

ЛЖВ – это что? Линия жизни, что ли? (Люди, живущие с ВИЧ). А-а. Нет. Досконально ничего не знаю. Но утопающий хватается и за соломинку. И если бы я заболел, я бы схватился за них. Че-ЗН-8

Нарешті, особливості групи транслюдей, їхня закритість і стигматизація у суспільстві відпговує цих людей від звернення по будь-які послуги, у тому числі профілактичні послуги НУО:

Группа транслюдей делится еще на участников и участниц кросс-групп всяких. То есть, трансженщины часто бывают секс-работницами, а трансмужчины - геями, практикующими секс с мужчинами. И потребители наркотиков тоже бывают. Но у транслюдей как группы, в плане доступа к профилактике, есть некоторые особенности, которые им не позволяют пользоваться сервисами для тех кросс-групп. Проблема в особенностях социализации. Транслюди вообще ограничены в доступе к услугам. За-ТЛ-2

Транслюдям очень сложно на работу устроиться, им не хватает на жилье, они озабочены тем, что они будут завтра есть. И как-то нет ресурсов для того, чтобы делать еще какие-то профилактики. Люди даже в секс-работу идут, потому что им просто надо на что-то жить. За-ТЛ-2

Інформованість про ВІЛ-інфекцію

Рівень знань

Рівень знань чоловіків із групи загального населення щодо ВІЛ-інфекції виявився дуже різним. В більшості вони ніколи спеціально не цікавилися цією інформацією, бо зазвичай не асоціюють себе з так званими групами ризику, яких, на їхню думку, це стосується. Однак інформацію люди отримують – по телебаченню, від знайомих, а дехто пам'ятає інформацію зі шкільних часів.

Зазвичай ніхто із групи ЗН не чув про принцип «не визначається = не передається», тому трактують його різними способами. Практично ніхто не чув і про сайти prozdorovia.in.ua або oraltest.org.ua.

Ну, мне хватает знаний. Я знаю, как оно передается. Что предохранение надо... То есть, основы я знаю. (Слышали о принципе «не определяется = не передается» относительно ВИЧ-инфекции?) Нет, не слышал. Од-ЛВУ-1

Кто имеет риск инфицироваться ВИЧ? Люди, которые употребляют наркотики. И люди, которые занимаются

сексом без презерватива или за деньги. Ну, я думаю, что все могут заразиться ВИЧ, ну вот любой человек. Я помню, лекции еще читали в школе нам о ВИЧ-инфекции. Приходили люди, бывшие наркоманы... Од-ЗН-2

Я точно знаю, что /лечение/ бесплатное. Потому что возмущались... Ну, не секрет, что «нафиков» много болеют этим, потому что шприцы используют много раз, и всякие проститутки. Ведут себя так вольготно, а потом еще им все бесплатно. Кто-то возмущался, я краем уха услышал, и мне запала в голову информация. Дн-ЗН-9

Ну, пути инфицирования — я знаю, что половым путем передается. Еще может в открытую рану попасть. Вроде все. ВИЧ-инфекция может в открытую рану попасть и половым путем. Дн-ЗН-9

Не определяется = не передается? Не передается она воздушно-капельным путем, в смысле поздороваться — ничего не передаст. А не определяется — ну, по человеку нельзя определить, болеет он ВИЧ или нет, внешне. Дн-ЗН-9

Важливо, що представники професій, які відносяться до групи підвищеного ризику, також були недостатньо обізнаними з питань ВІЛ-інфекції, і не отримували ніякої спеціальної підготовки. З точки зору декількох з них, краще просто не контактувати з людиною з ВІЛ, аби уберегтися від ризиків:

Пути передачи? Возможно, слюна... Очень хорошие вопросы вы задаете, потому что визуально то, что люди болеют, оно как-то видно. Был человек, вот он в каких-то точечках весь... Говорит — «я болею, я зараженный», ведет какие-то там половые связи нехорошие, и в итоге... А насчет возможных передач — я точно знаю, что через кровь, сто процентов, половым путем и так далее... Дн-АВУ-4

II: Есть ли у вас инструкции с алгоритмами — допустим, в ситуации, когда вы проводили обыск и случайно укололись иглой от шприца, какой план действий на такой случай?

Р: Знаете, самое интересное, когда нас обучали проводить поверхностную проверку и все говорят — нет, мы вот так не делаем, чтобы не наткнуться на иглу. Но если ты наткнулся на иглу, никто не говорит, что делать. Ну, кроме того, что ехать сразу сдавать анализы. Если сдал и все хорошо, значит, повезло.

II: А постконтактная профилактика? Знаете про такую?

Р: Нет. Не знаю. Дн-АВУ-4

II: При контакте с человеком, у которого ВИЧ, как вы можете себя защитить от потенциального риска передачи?

Р: Та ну, не контактировать, наверное, с ним лучше. Дн-АВУ-4

Мій рівень знань від одного до п'яти? Десять на трійочку. ... При сексуальних контактах? Ну, це презервативи, або взагалі утримуватись від сексуальних контактів з такими особами. Самий правильний варіант. За-АВУ-3

Представники загального населення не чули про такі ресурси, як prozdorovia.in.ua або oraltest.org.ua і часто оцінюють свій рівень знань як доволі низький — однак не всі й хочуть знати більше.

Мои знания? Один балл из 10. Ну я ж говорю, боюсь как-то этих болячек всех. Поэтому не хочется углубляться в это, чтоб больше еще об этом знать, ну, не хочется. Как-то оно страшно. Вот поэтому... Од-ЗН-1

На відміну від загального населення, ключові групи були більш обізнаними з питань ВІЛ-інфекції. Наприклад, рівень знань ЧСЧ виявився досить високим у порівнянні з іншими групами. Однак деякі респонденти-ЧСЧ зізналися, що почали цікавитися цією темою, коли особисто стикнулися з проблемою ВІЛ.

У меня ее не было, достоверной информации, и особо и нигде не мог получить. Потом уже, когда я инфицировался, то понятно, я уже сам перечитал, уже узнал много информации...Ки-ЧСЧ-5

Оценить по 10-балльной шкале мой уровень знаний? Ну, я знаю, как предохраниться и какие пути передачи. Ну пусть будет девять. Дн-ЧСЧ-15

Учитывая, что многие люди практически ничего не знают, я знаю достаточно для себя, то, что мне надо знать. Че-ЧСЧ-13

Барьерный способ профилактики пока самый лучший. Дальше — это PrEP. Вот я участвую в программе PrEP, я его принимаю, Дн-ЧСЧ-16

Що стосується принципу «Не визначається = не передається», з ним були знайомі тільки деякі ЧСЧ – клієнти ВІА-сервісних НУО.

«Не определяется = не передается»? Ну, если не определили, значит, я не болею... Значит, никого не могу заразить. Дн-ЧСЧ-18

Да, да, я слышал это выражение. «Не определяется = не передается» - Это когда ВИЧ-инфицированный человек принимает терапию, у него падает вирусная нагрузка до неопределяемого уровня, и тогда он уже не может передать инфекцию дальше. Дн-ЧСЧ-16

На відміну від інших ключових груп, які майже зовсім нічого не чули про сайти prozdorovia.in.ua та oraltest.org.ua, ЧСЧ були більш знайомі з цими сайтами завдяки тому, що частина вже зверталася на сайт oraltest.org.ua, коли замовляла сейф-бокси з оральними тестами на ВІА:

Oraltest, что-то слышал о таком. А prozdorovia нет. Если не ошибаюсь, там что-то с сейф-боксами связано. Мои друзья заказывали. Это коробочка, где презервативы, смазка и какие-то там буклетики лежат и прочее. Дн-ЧСЧ-17

Ну oraltest.org.ua — это сайт, на котором заказывается сейф бокс, я сам заказывал через сайт. А prozdorovia.in.ua я не слышал, я слышал health24.ua, сотрудники его мне советовали. Дн-ЧСЧ-15

Інтерес до інформації щодо ВІА

Представники ключових груп та загального населення рідко цікавляться інформацією про ВІА або спілкуються на цю тему в своєму колі. За словами респондентів-ЛВНІ, в них інші пріоритети, і їм не до профілактики. ЧСЧ часто не звертають увагу на цю проблему, доки вона їх не торкнеться.

Поймите, человеку наркозависному, у него мысли чуть-чуть в другую сторону направлены. Честно сказать, в этом кругу ВИЧ и гепатит считается как насморк, понимаете. На них наркоманы особого внимания не обращают. То есть: «Ну, ВИЧ, а ВИЧ, та и хер с ним», грубо говоря. За-ЛВНІ-5

Я не интересовался... Я вообще я был уверен, что меня это не коснется. А уже когда конкретно узнал о статусе, тогда и стало заботить. Од-ЧСЧ-3

Нет, я вообще не знал, что даже такое... Верите, я даже не знал, что такое есть, что можно это поймать. Сейчас уже никому нельзя доверять. Сейчас только резинки надо. Если б я знал до этого... Если б я знал, то я не занимался бы без резинки, понимаете? Если бы я знал. Ки-ЧСЧ-8

Чоловіки з групи ЗН теж самі цікавились цією темою, якщо вважали, що є певні ризики, пов'язані з їхньою професійною діяльністю.

Нет, ни разу не было такого. Как-то тему ВИЧ не обсуждали. Неинтересная тема для обсуждения. Это же не анекдот, чтоб про него рассказывать. Компания собралась, что я, пришел про ВИЧ рассказывать? Сейчас моднее ковид, про него больше говорят, чем о ВИЧ. Дн-ЗН-9

Так, цікавився. Но більшою мірою через те, що по своїй службовій діяльності приходиться зіштовхуватися з такими людьми. І щоб не захворіти і не принести цю заразу додому, тому і цікавлюсь. За-ЛВУ-3

Да как-то об этом не говорят сильно. Не знаю. Не заходила такая тема. Чтоб человек сказал: «Вот прошел тест». Не могу сказать, честно, чтоб такая тема всплывала в компании. Од-ЛВУ-1

Лише один ЧСЧ сказав, що цілеспрямовано цікавився темою ВІЛ, оскільки має постійного і випадкових партнерів і вбачає для себе певні ризики.

Я интересовался. То есть я читал зарубежные источники на английском, на французском языке — последние исследования по поводу PrEP-а в инъекционной форме. Просто для себя. У меня есть постоянный партнер и есть непостоянные партнеры. Дн-ЧСЧ-16

Спілкування на тему ВІЛ

Представники як КГ, так і ЗН визнавали, що в їхньому колі не часто «вспливає» тема ВІЛ-інфекції. Наприклад, ЛВНІ наголошували на тому, що в них інші пріоритети і інтереси, і їм «не до ВІЛ». На відміну від поширеної думки, не всі ЛВНІ розповідають знайомим про свій ВІЛ-позитивний статус.

В этом обществе (ЛУНП), там даже если о чем-то заводишь разговор, то все сводится абсолютно к другому: где взять, у кого дешевле, то есть на все вот это, а остальное... За-ЛВНІ-5

Я стараюсь вообще о ВИЧ-статусе никому не рассказывать. Вот у меня в окружении есть люди, которые это не скрывают, они считают это нормальным. А я живу в социуме, у меня сын... Представит себе... ну это уму непостижимо. Боже упаси! Это смерти подобно. Од-ЛВНІ-1

Багато людей вважають, що доки людину особисто не торкнеться, люди взагалі не піднімають тему ВІЛ-інфекції.

В сообществе, может, и поднимается тема ВИЧ, но не так часто, как хотелось бы. Ведь человек когда начинает разговаривать об этом? Когда это его начинает беспокоить либо это у кого-то случилось... И тогда люди об этом вспоминают. А просто, сидя за чашкой чая, — нет. Од-РКС-2

ІІ: Бывает ли, что вы обсуждаете темы ВИЧ-инфекции с вашими знакомыми, друзьями?

Р: Нет, никогда не обсуждал ни с кем. Кроме вас, вот сегодня. Че-ЗН-9

Що стосується ЧСЧ, більшість з них визнає, що тема ВІЛ обговорюється в їхній спільноті зазвичай «на рівні пліток» — якщо хтось почув, що знайомий захворів. Також молоді ЧСЧ часто обговорюють тему PrEP, вона «на слуху» в спільноті.

Раньше эту тему обсуждали, но всегда эта тема какая-то такая была, как табу, очень редко о ней говорят, в самом сообществе. Если кто-то где-то узнает, что кто-то инфицирован — об этом говорят, об этом знают очень многие, а так... Слетни передаются быстро. За-ЧСЧ-10

Я не могу сказать, что прямо тема ВИЧ... В основном все говорят: предохраняюсь, сижу на PrEP, такого плана. Сам ВИЧ — что это такое, пути передачи — мы не обсуждаем. Ну методы профилактики, насколько PrEP эффективный, или там презервативы. Дн-ЧСЧ-15

Нарешті, один з чоловіків з групи ЗН висловився про те, як важлива щира комунікація з сексуальним партнером щодо здоров'я, — яка, на жаль, «не є притаманною нашому суспільству».

Важлива комунікація з партнером, з партнеркою про здоров'я. Така щира, відкрита. Бо люди багато чого розуміють по-різному. один вважає, що там у мене нічого не чужасться і я здоровий, а інший розуміє, що ти

здоровий тільки після того, як пройдеш тест і отримаєш підтвердження цьому. Ки-ЗН-5

Ризик інфікування ВІЛ

Серед ключових груп ЛВНІ найчастіше визнають, що споживачі наркотиків мають підвищений ризик інфікуватися ВІЛ, але наголошують виключно на ін'єкційному шляху інфікування. У той самий час деякі ЛВНІ вважають, що завдяки переходу на придбання наркотику у вигляді не розчину, а кристалів ЛВНІ менше інфікуються ВІЛ, ніж раніше.

Он будет знать, что вот рядом человек ВИЧ-евый, вот он с ним поздоровался, покурил, туда-сюда, пошли что-то взяли. В одном шприце это все выбрали, с одного шприца один отлил другому. Все, оба укололись, все замечательно. За-ЛВНІ-5

Вы ж понимаете, что оно уже инфицировано может быть. И не играет роли, дал ты свой шприц или тебе дали уже в том шприце готовом... Од-ЛВНІ-1

Сейчас же в основном покупают в кристаллах тот же метадон, мет, —то есть это уже не так, как раньше было, что в жидком виде брали. То сейчас уже меньше заражаются, чем раньше. А раньше, когда я начинала, очень много кто и гепатитами и чем хочешь позаражались. Од-ЛВНІ-2

Однак ЛВНІ усвідомлюють, що поява нових синтетичних наркотиків несе нові ризики — інфікуватися статевим шляхом. Крім того, що стосується нових ПАР, ЛВНІ жодного разу не згадали про власний ризик інфікуватися статевим шляхом, для них ризики пов'язані першочергово з ін'єкційним споживанням наркотиків.

Первая тема — это «кислота». Амфетамин, допустим. Там настолько бешеное желание секса.... Настолько, что ты просто, ну, очень прямо надо, прямо сейчас. И мозг уже не думает. Ты уже не думаешь о ВИЧ. Даже если с презервативом — под «кислотой» есть возможность что женщине, что мужчине заниматься сексом даже больше десяти часов подряд. И этот бедный презерватив такой — «да идите в баню, ребята, я так не согласен». Ки-ЛВНІ-3

Секспрацівники теж вважали, що через свою роботу мають підвищений ризик щодо ВІЛ: "Если секс-работа, то эти люди, ну всегда они в риске» (Ки-СП-3). Тому, на їхню думку, «люди, которые предоставляют эти услуги, должны и проверяться, и знать свой статус» (Од-РКС-1). У той самий час, за словами РКС, вони не в змозі проконтролювати стан здоров'я клієнта.

Ты вряд ли будешь спрашивать и проверять /смеется/ все тесты... когда уже договорились заняться этим за деньги. Ки-РКС-4

Так как я практикую секс с мужчинами, то мне кажется, тут высокий риск, поэтому это очень актуально. Что я делаю? Ну, в первую очередь, это защита презервативами, и еще я принимаю PrEP. Ки-РКС-4

У меня средний риск. Я действительно пользуюсь какими-то услугами, но я понимаю, что быть уверенной на сто процентов, что партнер здоров, я не могу, соответственно, какие-то риски есть, несмотря на то, что презерватив и все такое... Од-РКС-2

СП описували ситуації, в яких можлива ризикована поведінка щодо ВІЛ. При цьому вони розуміють власні ризики, але «сподіваються на краще».

То, что можно получить /презервативы/ бесплатно — это прекрасно, потому что, когда у тебя нету лишних денег купить презервативы, а есть возможность заработать дополнительно, либо они уже закончились, а у тебя еще за дверью очередь... И люди — «а, была, не была» Од-РКС-1

Транслюди вважають себе групою ризику через приналежність багатьох до крос-груп з підвищеним

ризиком інфікування ВІЛ.

...Я думаю, что они (транслюди) отдадут себе отчет в рисках. Просто не всегда доступ есть к организациям, к услугам. Люди, которые занимаются анальным сексом или секс-работой – в наше время у всех уже какие-то представления о рисках есть. Думаю, что люди в основном обзнані. Скорее доступ к сервисам не очень. То есть, они знают, какие есть риски, но не знают, куда обращаться. За-ТЛ-2

Так само й більшість ЧСЧ говорили про те, що відносять себе до групи ризику, тому питання захисту від ВІЛ вважають для себе актуальним: «Да, вопрос защиты актуален, я отношу себя к группе риска. Я использую презерватив, ну и ПрЕП еще» (За-ЧСЧ-11).

Ну, я принимаю доконтрактную профилактику. Иногда используем контрацепцию. Я знаю, что у моего партнера нагрузка неопределяемая, плюс я принимаю PrEP. И мы уверены. Это осознанный выбор. За-ЧСЧ-9

Если так оценить себя – наверное, все-таки средний риск. Потому что PrEP все равно забывается, презерватив тоже не всегда есть... Средний пуск будет. Дн-ЧСЧ-16

Мой риск – наверное, три балла из десяти. Ну, например, если я PrEP не пью, а там оральный секс, я же не буду надевать презерватив... Дн-ЧСЧ-17

Нарешті, чоловіки з групи ЗН по-різному оцінювали свій ризик, але дехто з них визнавав, що навіть коли ризик наявний, їхня поведінка не завжди є відповідною.

Я думаю, риск в мене низкий. Ну, я не є ін'єкційним наркоманом. /сміється/ Ходжу до стоматологів, яким довіряю, у яких все добре з дезинфікуванням інструментів. У мене зараз одна статева партнерка, і все одно я использую засіб контрацепції бар'єрний. Ки-ЗН-5

Риск есть, я это прекрасно осознаю, но вместе с тем... ВИЧ - это не приговор. (А что вы делаете, чтобы защититься от ВИЧ-инфекции?) Иногда надеваю презерватив. Но не всегда получается – не всегда он есть, а любви хочется сразу. Од-ЗН-3

Що стосується професійного ризику інфікування, люди зізнавались, що їхній доступ до необхідного оснащення (такого як загубники для проведення штучного дихання) є недостатнім, і підготовка з питань ВІЛ взагалі відсутня:

Вот у меня была ситуация недавно: человеку стало плохо, он упал и... Это просто даже, ну, с одной стороны, смешно: я подбежал, но у меня с собой даже перчаток не было, – я же не знал, что там происходит, и ничего не брал с машины, а метров на сто отбежал. Мне аж неудобно было: не было при себе ничего вообще, даже перчаток тех же самых. Дн-ЛВУ-4

(По профилактике ВИЧ-инфекции у вас были тренинги или инструктажи?) Нет. Не проводили ничего такого. Разговоры – понятно, что «вы там берегите себя, осторожно, никаких контактов с кровью»... А прямо чтобы тренинги – я такого, честно, не помню. Дн-ЛВУ-4

Тестування на ВІЛ

Інформація про ВІЛ-тестування

Учасники інтерв'ю в більшості мали досвід тестування на ВІЛ-інфекцію – особливо це стосується КГ. У той самий час практично ніхто з учасників з усіх груп не володів інформацією про те, що можна пройти безоплатне тестування на ВІЛ-інфекцію у сімейного лікаря:

Если честно, про тесты у семейного врача не знал. Ну, я хожу в организацию на тестирование. Кн-РКС-4

Да, вот совсем недавно я прочитал... Напротив кабинета семейного врача висела бумага, что там в нашем учреждении Вы можете пройти именно то, о чем Вы говорите. За-ЛВНІ-5

Ты можешь какие-то бесплатные услуги по своей декларации... Но не все об этом знают. Врачи об этом не говорят. Пока ты сам не спросишь у врача, не выяснишь. ОД-РКС-2

У семейного врача я ни разу тест на ВИЧ не делал, даже как-то не задумывался, что можно у нее, и она мне не предлагала ни разу. ДН-ЧСЧ-15

Що, сам сімейний лікар ці тести робить? Ні, цього я не знаю. Ну я знав, що в поліклініці можуть направити, а що прямо сам сімейний лікар має такий обов'язок, я цього не знав. Кн-ЗН-5

Один учасник з групи ЗН проходив тестування на ВІА у сімейного лікаря, інший виявився інформованим про доступне тестування у кабінетах «Довіра» і про «свято» 1 грудня.

Конечно. Я прохожу. Сейчас я поменял семейного врача, и теперь у нее на приеме, чтобы даже время не тратить, мы сразу и проходим все тесты, когда к ней обращаемся. ОД-ЗН-3

В Одесском регионе есть сеть кабинетов «Довіра», они везде рекламируются. II по телевизору регулярно показывают горячую линию 0800, куда можно позвонить узнать, где можно анонимно протестироваться. Более того, существует праздник, первое декабря, по-моему, День борьбы со СПИДом. Когда катается мобильная амбулатория и по всему городу бесплатно всех тестирует. ОД-ЗН-3

Мотивація до тестування / досвід тестування

Представники ключових груп (КГ) найчастіше проходили тестування на ВІА в НУО або на аутріч-маршрутах тих самих НУО. Мотивує проходити тестування зручність, одночасне отримання інших послуг (пшиців, інформації), дружні стосунки із представниками НУО.

Я тестирование проходил на заболевания, передающихся половым путем, я приходил в центр тестирования Альянс. Общественная организация. Ки-РКС-4

Когда сексуальные партнеры появились, я начал регулярно тестировался. На все тесты сразу. С сотрудником всегда на связи в общественной организации. Ки-РКС-3

В каких случаях тестируюсь? До того момента, как я познакомился с сотрудником организации одной и не стал к нему ходить, это было практически никогда. А с ним обменялись контактами, и вот хожу. Од-РКС-1

У нас приезжал микроавтобус. У меня сын, мама, меня волнует то, что я принесу домой. Это меня сподвигает сдавать анализы. Подошел, руку протянул. «Подождите, пожалуйста, 10 минут». Пошел там попил кофе, подождишь: «У Вас результат отрицательный. Вот Вам литературка, будьте любезны, ознакомьтесь». Люди ходили. Что-то последнее время пропало это все. За-ЛВНІ-5

Ну конечно, тестируюсь. Это же мое здоровье, моя жизнь. II информацию там получаю, брошюры. Если человек хочет, то он информацию найдет где хочешь. У меня интернета нет, я в организацию зашел, тест прошел, взял пару брошюрок... Че-ЛВНІ-6

Що ж стосується чоловіків із групи загального населення, які зазвичай не користуються послугами НУО, для них приводом пройти тестування часто служать якісь акції, які пропонують заохочення, безплатне швидке тестування без черг у зручному місті тощо:

Предложили: «Бесплатно хотите пройти?» А я думаю, а почему бы и нет? II я прошел. Это был первый раз. II на гепатит С - там они сразу тестировали и так, и так. Потом не было необходимости мне проходить, это ж стоят в очередях, неохота. Од-ЗН-2

На 7-м километре проводилась какая-то акция. Там такая машина, лаборатория стояла целая. Вот там прошел. Для интереса. Я увидел, что быстро. Почему нет? 10-15 минут выделить своего времени за то, что ты знаешь, что у тебя ничего нету... Ты же в больницу не будешь ездить, а там за 10-15 минут прошел себе и все. Од-ЛВУ-1

Учасники-ЗН висловлювали готовність пройти тестування у майбутньому, у разі якщо це буде безкоштовно і без черги.

Раньше не делал, потому что меня ничего не беспокоило. А тут только за счет того, что подвернулась возможность... Я не знаю, как это назвать, - бесплатно, «на шару». Од-ЗН-1

Если будет какая-то возможность, где будет мне удобно, я пройду. А если не будет возможности, ну я не буду искать. Сам искать не буду. Од-ЗН-2

Деякі учасники-ЗН і самі ініціювали тестування, якщо вважали, що мають якісь ризики.

Два месяца назад делал тест на ВИЧ. Для профилактики. У меня нету постоянного сексуального партнера, бывают половые связи иногда, и не всегда они бывают защищенными. Од-ЗН-3

Когда я выбирал нынешнего партнера, изначально половой контакт был защищенный. А потом уже... Кстати, мы сдавали анализы в начале отношений. В частной лаборатории. Это был обдуманный, нормально обсужденный поступок. Пошли сдали, чтобы не было друг к другу потом никаких претензий. Дн-ЗН-10

Представники інших КГ проходять тестування, тому що обізнані про епідемію ВІЛ в країні і про належність до групи підвищеного ризику.

В наше время проблема ВИЧ-инфекции, она глобальна. Поэтому я, как представитель нетрадиционной ориентации, в любом случае забочусь о своем здоровье. И я решил, и для себя, и с партнером своим, пройти тестирование. Для нашей безопасности. Че-ЧСЧ-13

Процедура ВІЛ-тестування/ консультування

Згідно з даними інтерв'ю, в клініках, лікарнях, медичних лабораторіях далеко не завжди люди отримують повноцінну консультацію під час тестування на ВІЛ-інфекцію. Зрозуміле докладну інформацію їм надавали тільки соціпрацівники:

Цирроз печени у меня был, я лежала в больнице, у меня были сильно большие эти... лимфоузлы, поэтому меня отправили сдать на ВИЧ. И там узнала. ...Нет, консультации не было вообще никакой. Вообще врачи ничего не говорили, что дальше делать с этим... Од-ЛВНІ-2

В областной поликлинике я тестировался у инфекциониста. Но информацию мне не доносили. Мне интересно было процесс результата только, и все. А информация - это все соцработники. Они общались, рассказывали... Че-ЛВНІ-6

От врачей никогда в жизни ничего я не слышал. Это все я дальше информацию получал сузубо сам читая все из литературы. Мне соцработники прямо давали литературу всю. Лично никогда в жизни, ни при каком тесте, никто тебя не о чем не предупреждает. Как жить с ВИЧ, как вот дальше — никто этого не обсуждает. Од-ЛВНІ-

1

У той самий час в Кабінеті «Довіра» та в НУО люди отримували повноцінну консультацію і багато додаткової інформації: наприклад, в кабінеті «Довіра» під час консультування учаснику розповіли про доконтактну і постконтактну профілактику.

При тестировании в мобильной амбулатории там объясняли, как передается ВИЧ. Пути передачи. Как предохраняться. О! Вспомнил, еще презервативы раздавали. Все было понятно, все доходчиво. Од-РКС-1

И еще, кстати, мне рассказали интересно за профилактику, доконтактную и послеконтактную. Там же, в кабинете «Доверие». Оказывается, что если я предполагаю, что мой партнер может быть ВИЧ-позитивным, то я могу получить доконтактную профилактику. Од-ЗН-3

Я тестировался в организации «Альянс Глобал». Ну, получил информацию о своем статусе, о том, как важно предохраняться, и о профилактике рассказывали, и как часто нужно тестироваться и в каких случаях. Ки-ЧСЧ-7

Часто КГ (ЧСЧ, ТЛ) надавали перевагу отриманню сейф-боксу, щоб бути впевненими у конфіденційності інформації щодо результату тестування.

Ну это проще – и то, что дома. И если там будет позитивный результат, то будет как-то проще в плане конфиденциальности. За-ТЛ-2

Бар'єри/фасилітатори до тестування на ВІЛ

Учасники інтерв'ю висловлювали ідеї стосовно мотивації людей проходити тестування на ВІЛ-інфекцію. Так, на думку респондентів, для ЛВНІ важливою є наявність якогось заохочення. Інша ідея – не робити фокус суто на ВІЛ-інфекції, а поєднувати тест на ВІЛ з якоюсь іншою послугою, щоб знизити стигматизацію людей.

Ребята очень любят за денежку сдавать кровь – пятьдесят гривен, ты пошел и сдал тест. Как заохочения, чтобы люди проходили тестирование. Ки-ЛВНІ-4

Для тех, кто первый раз пришел – на тебе там шприцов, презервативов, лубрикантов, ну, какой-то набор необходимый. Что-либо привлекательное ... И поверьте, все его окружение будет там. За-ЛВНІ-5

Не обязательно тест только на ВИЧ-инфекцию, а придумать там еще чего-то, там визначить аллергию, чи... Ну, как-то разрекламировать. Ну, чтобы не стеснялись люди, кто там на ВИЧ или еще на что. И самое главное, напишите: «Безкоштовно», – отбоя не будет. За-ЛВНІ-5

Крім того, респонденти-ЧСЧ рекомендували, за потребами спільноти, розширяти спектр послуг, тому що «*тільки на послугах ВІЛ неможливо підтримувати інтерес спільноти*» (За-ЧСЧ-10).

Если людям постоянно, ну как нам, присылают какие-то приглашения тест на ВИЧ пройти, то люди от этого устанут. Мне кажется, надо расширять услуги. Например, можно организовать дружественного семейного врача. И потом уже чтобы этот врач тестировал на ВИЧ – ну, в том числе. За-ЧСЧ-10

ДКП / PrEP

Інформованість про ДКП

Інформованість стосовно ДКП була дуже різною в залежності від групи дослідження. Наприклад, спостерігалась вкрай низька інформованість щодо PrEP серед ЛВНІ скрізь в усіх регіонах.

О доконтактной – вот честно, ничего. Ну, руки мыть там, это понятно. Ничего не известно, честно. За-ЛВНІ-5

Про доконтактную нет. Я даже не слышал о таком деле, что можно заранее делать какие-то профилактики. Ки-ЛВНІ-3

Я не... не понимаю, что это. Я просто не понимаю, что подразумевается под этим. Вообще не слышал. Нет, вообще не слышал. Од-ЛВНІ-1

II: II вам никогда не предлагали доконтактную профилактику?

Р: Нет, я не знаю, что это такое.

II: А, может, стоит поискать эту информацию в интернете?

Р: Так у меня нет интернета.

Че-АВНН-6

Група транслюдей загалом інформована, але вони здебільшого не зацікавлені і не вважають за доцільне приймати ДКП. Для ТЛ пріорітетом завжди є все, що пов'язано з транспереходом.

Ну, в организации проверяюсь, прохожу тесты, получаю информацию. Но сама лично не принимала PrEP. Не вижу необходимости. Пока что другое интересует. Од-ТЛ-1

Найбільш обізнаними з питань ДКП є група ЧСЧ і деякі секспрацівники, частіше чоловіки. Але і деякі представники цих груп мають дещо викривлене уявлення про ефективність та інші характеристики доконтактної профілактики.

Я услышал о ДКП от ребят, которые проводили нам тестирование. Я, честно говоря, и не слышал до этого. Но они рассказали, и я потом углубился в Интернет, почитал. Очень даже полезная такая терапия. Че-ЧСЧ-13

В «ГендерЗед» мне рассказал сотрудник, что это таблетки, которые принимаешь по схеме или разово, и они уменьшают риск заражения ВИЧ на достаточно много. За-ЧСЧ-11

Мне кажется, что даже это все до конца не защищает. Я не знаю, были ли случаи заражения ВИЧ у тех людей, которые принимали эту доконтактную терапию. Но мне кажется, что она не является эффективной. В любом случае, если это суждено, то это суждено. Хотя с доконтактной, хоть с послеконтактной. Од-ЧСЧ-3

Немногие знают об организациях, которые есть у нас в городе, понимаете? А вы говорите о какой-то доконтактной профилактике! Я об этом буквально недавно узнал. Так я уже не один год интересуюсь ВИЧ. Поэтому надо как можно больше распространять эту информацию. Че-ЧСЧ-13

Нарешті, загальне населення взагалі нічого не знає про доконтактну профілактику.

Доконтактна профілактика? От прямо таке формулювання не чув, але по логіці доконтактна профілактика – це перед тим як починати якісь сексуальні стосунки, це йти вдвох і здавати тести. Чи це мається на увазі? /сміється/ Ки-ЗН-5

Доконтактная? Это как? / / смеется/ Что-то я не понял. А-а-а! То есть, информация, что для меня донесена – это считается доконтактной профилактикой? Информирование мое, получается? Од-АВУ-1

Бар'єри і фасилітатори до ДКП

За словами ЧСЧ, головною мотивацією до прийому ДКП є «власна безпека». Люди, які отримують ДКП, задоволені своїм самопочуттям, не скаржаться на побічні дії і впевнені у власній безпеці.

Мотивация – собственная безопасность. Вот мой друг, хотя он и защищается презервативами, но все равно решил еще дополнительно себя обезопасить. Ки-РКС-4

У меня есть двое знакомых ребят, которые принимают PrEP. Один принимает PrEP, потому что он живет с ВИЧ-положительным человеком. А второй – потому что регулярно имеет половые контакты с посторонними людьми. II все нормально. Они полностью довольны. Они чувствуют себя защищенными. Как бы это уже очень много в этом мире. Од-ЧСЧ-4

Бар'єрами до ДКП учасники називали: 1) нічний спосіб життя (особливо у секспрацівників), нестача часу; 2) необхідність отримувати ДКП в медичному закладі, черги; 3) дія «хімічних речовин» на організм і можливі побічні дії препаратів.

Мне тяжело подобрать время. Время моей работы — это ночь А дневное время уходит на личные дела и сон.

...Тут три НЕ: нет возможности, времени и желания. Нет желания ее получить и больше узнать. Нету желания осуществить это и пойти. И нету времени на то, чтобы вспомнить, что можно еще и это сделать. Од-РКС-1

Лучше отдельные пункты, а не какие-то больницы, потому что в больницах наших всегда очереди. Человек придет один раз, второй... А на третий раз просто уже не пойдет. То есть, зависит от скорости предоставления этого всего. Од-ЛВУ-1

Мы обсуждали с партнером этот момент, но мы пришли к выводу, что лучше пользоваться презервативами, чем губить печень всякими непонятными химикатами. Если человек может обойтись без этого, то почему бы не обойтись? Я не вижу смысла губить организм химией, если есть презервативы. Од-ЧСЧ-3

Отримання інформації щодо ВІЛ

Джерела інформації

Загалом люди користуються різними каналами і джерелами отримання інформації щодо ВІЛ-інфекції. У той самий час виявилось, що представники різних груп дослідження часто надають перевагу різним каналам отримання інформації. Наприклад, ЛВНІ частіше отримували інформацію з друкованих матеріалів, які вони беруть в НУО, або від знайомих зі спільноти. Вони значно рідше користуються Інтернет-ресурсами.

II: Когда вы узнали о ВИЧ-статусе, от кого вы получили основную информацию о жизни с ВИЧ?

Р: Только из буклетов у сотрудников. Ни от кого больше, никто слова не говорил ни о чем вообще. Од-ЛВНІ-1

Я себе в голове накрутил, что год-два и все. А потом с этими ребятами начал общаться, брошюрки... А в брошюрах этих очень классно информацию доносят, про все — про ВІЛ, про все виды наркотиков... Ну уже начал читать информацию, узнал, что есть брошюрки, что можно у людей спросить. II вот так пошло-поехало. Ки-ЛВНІ-3

Если мы берем наркозависимых, то у 90 процентов нет компьютера, понимаете. В лучшем случае телефон, и то, из семи дней он пять в ломбарде. Ну, я образно. /смеется/ За-ЛВНІ-5

Однак деякі учасники-ЛВНІ розповідали, що досить широко користуються Інтернетом для пошуку інформації, про здоров'я у тому числі.

Интернет. Там есть новостные ресурсы, знаете, в Telegram-канале? Тут зайді только в поисковик — тебе куча информации какой-то предлагается, и пошел-пошел-пошел. Од-ЛВНІ-1

Група СП широко користується Інтернет-ресурсами; за словами кількох СП, вони частіше отримують інформацію на *YouTube*, а за необхідності користуються Гугл та іншими ресурсами. Однак СП зауважили, що не заходять на державні сайти (наприклад, сайт МОЗ) в пошуках інформації про здоров'я, бо вважають, що вона викладена складною незрозумілою мовою. Учасники-СП також говорили про те, що надають перевагу «живому спілкуванню» і звертаються по інформацію до соціальних працівників.

О здоровье? На YouTube, бывает, что-то смотрю, читаю в Интернете. Какие-то форумы читаю. Ки-РКС-3

В основном это YouTube ... YouTube -каналы, но потом можно перейти, если что-то заинтересовало, в Гугл и

прочитать подробную информации: про какой-то там препарат новый или услугу. Од-РКС-1

Понимаете, на государственный сайт тебе нужно зайти, прочитать и сделать выводы. Опять же, не зная законов, ты не поймешь, что ты прочитал. Ну, вот я, может, и пойму что-то, но не до конца пойму, куда мне дальше идти. Мне проще живое общение – сказать свою проблему, и чтобы мне посоветовали, что мне дальше делать, куда идти... Од-РКС-1

Група ТЛ теж є гнучкою у тому, що стосується джерел інформації, і користуються різними ресурсами, але транслятори здебільшого надають перевагу Інтернет-ресурсам, вони підписані на інформаційні Telegram-канали. Схожі тенденції спостерігалися і серед ЧСЧ. При цьому в кожній групі є вікові розбіжності: наприклад, деякі ЧСЧ старшого віку сказали, що дивляться телебачення і отримують інформаційні буклети в НУО, у той час як молоді ЧСЧ цілком орієнтовані на Інтернет-ресурси.

Два источника: это Фейсбук, подписки на порталы информационные, и Гугл. В плане гормональной терапии – либо подписки, либо же это передается как сафариное радио внутри сообщества. Я еще вспомнил, что я подписан на Telegram-каналы. Информационный портал Запорожья, например, и коронавирусный. За-ТЛ-2

Instagram, Facebook, YouTube – там смотрю новости какие-то. Это все. Од-ТЛ-1

Телевизор не смотрю, только Facebook и Telegram. Ну или в Гугле ищешь какие-то темы, которые тебе важны. Од-ЧСЧ-10

Ой, честно говоря, больше Интернет нам в помощь. Ну, конечно, и ребята, у которых я тестировался, они тоже немало рассказали важного. Че- ЧСЧ-13

Первый раз я узнал об этом в школе на уроке основы здоровья. Далее мне стала эта тема интересна, и я уже смотрю и читаю разные Интернет-ресурсы. Од-ЧСЧ-4

Чоловіки з групи загального населення розповідали про широкий спектр інформаційних джерел, якими вони користуються. Однак все більшу частину таких джерел складають, за їхніми словами, Інтернет-ресурси. Деякі учасники читають новини на державних Інтернет-сайтах. Крім того, чоловіки старшого віку дивляться телевізор, дехто читає газети. Ця група майже не цікавилась інформацією про ВІЛ-інфекцію, тому всі коментарі стосувалися загальних питань здоров'я.

Ну, беру велику частину інформації від свого кола оточення, від родичів, знайомих, беру частину інформації з соцмереж. Наприклад, я підписаний на канал Міністерства цифрової трансформації, де вони збирають новини про технології з усього світу. Ки-ЗН-5

От просмотра телевидения и газет я отказался, потому что пользуюсь Интернетом. Самые посещаемые страницы - Facebook, Instagram, социальные сети, в которых тоже есть информация на данную тему. ...Касаящуюся здоровья – с официальных источников: Министерства здравоохранения, центра гражданского здоровья. Там систематически обновляется информация по разным вопросам. Че-ЗН-7

У нас десть місяця два назад була лекція, приїжджали дівчата зі СПІД-центру. Вони проводили нам лекцію, роздавали кольорові буклети. Розписували, розказували нам, що робити, як робити. Цікаво було, вообщє. За-ЛВУ-3

Информацию о ВИЧ искать? А зачем это мне надо? Меня это совершенно не интересует. А в телефильмах, хотя бы взять этот «Женский доктор» – фильм многосерийный, там полно информации. Че- ЗН-8

Довіра до інформації

Учасники підкреслювали, що важливо отримувати інформацію про такі питання, як ВІЛ-інфекція, з джерел, які викликають довіру. Дані, отримані в даному дослідженні, демонструють відсутність у групі ЛВНІ довіри до Інтернету, блогерам. Крім спілкування в спільноті і з соціпрацівниками, абсолютно

всі ЛВНІ казали, що люблять та із захопленням читають газети «Мотылек» і «Подорожник». Про сайти prozdorovia.in.ua або oraltest.org.ua учасники-ЛВНІ не чули.

Блогеры? Нет, принципиально вообще нет. Я тоже могу взять камеру и буду блогером. Ки- ЛВНІ-4

«Мотылек» — знаете, такая есть газета? «Мотылек», мы ее обожаем. Жалко, что она не часто выходит. Но когда есть, этот «Мотылек» нарасхват. Вот оттуда тоже. Ки- ЛВНІ-3

И: Какие источники информации по ВИЧ вы считаете авторитетными и рекомендуете друзьям?

Р: «Подорожник» и «Мотылек». Это вот две газеты. Там даны номера, адреса клиник, фамилии, телефоны врачей. Ну все, все для помощи. Ки- ЛВНІ-4

Деякі учасники-ЧСЧ також не довіряють блогерам, а найбільшу довіру з питань ВІЛ-інфекції в них викликають медичні працівники і знайомі соціальні працівники: *«Блоги — нет. Я вообще не верю этим людям. Эти люди сами брали большинство информации из Интернета. Сайт ЦГЗ — да. Их литературу я читаю иногда» (Од- ЧСЧ-4).*

Одна-єдина людина з усіх учасників була знайома із обома сайтами — prozdorovja та oraltest. Втім, виявилось, що їхнє подання інформації здалося цьому хлопцю нецікавим:

И: Какие источники информации по вопросам ВИЧ-инфекции у вас вызывают наибольшее доверие?

Р: Наверное, это сайт ВОЗ.

И: А о таких ресурсах, как prozdorovia.in.ua, oraltest.org.ua, слышали?

Р: Да. Но там как-то... слишком скучно. Я заходил, да, но мне показалось, что слишком уж растянутое такое. Дн- ЧСЧ-16

Абсолютно всіх учасників інтерв'ю з усіх груп и населених пунктів поєднувало те, що найбільшу довіру щодо надання інформації з питань ВІЛ у них викликали саме медичні працівники. Навіть транслюди, які зазвичай шукають інформацію в Інтернеті та на форумах, стосовно питань здоров'я більше довіряють медичним фахівцям. Важливо, що якщо до НУО звертались не всі учасники, то практично всі респонденти зазначили, що мають підписану декларація з сімейним лікарем і мають доступ до послуг медичних працівників.

И: А к своему семейному врачу вы прислушиваетесь?

Р: Ну конечно. Если есть вопросы по здоровью, то к кому еще прислушиваться? Че-ЛВНІ-6

(А страницы людей из транссообщества, которые делятся своим опытом?) Ну, опыт опытом, это все индивидуально. Я больше верю врачам-специалистам. Просто людей не слушаю. Од-ТЛ-1

Нельзя бояться идти к врачу, нужно идти к специалистам, однозначно. Сама себе назначать какие-то препараты или заниматься самолечением я не буду. Од-РКС-2

...Да, была реклама от каких-то звезд, по поводу ВИЧ. Но если мне надо будет, я лучше обращусь к врачу профильному, который на этом специализируется. Че- ЧСЧ-13

Чоловіки з групи загального населення також найбільше довіряють медичним фахівцям:

... К врачу в первую очередь. Это специалист, с которым у меня подписан договор, — к кому мне еще обращаться? Од-ЛВУ-1

З усіх респондентів один зазначив, що він би довіряв і середньому медичному персоналу.

Я думаю, доверился бы медработнику. Не обязательно профессору — простым людям профессора недоступны. А

*просто прислушаться даже к маленькому человеку, к маленькой санитарке, медсестре или к фельдшеру на «скорой»
– и то уже хорошо. Че- ЧСЧ-14*

На думку тих респондентів, які користуються послугами НУО, соціальні працівники та вебсайти провідних НУО є надійним джерелом інформації, особливо щодо ВІА-інфекції.

Ну, /по ВІІЧ/ я смотрю на Гугле или пишу соуработникам, которые тестировали меня. Я им могу лично написать в Telegram, Viber и уточнить какой-то вопрос о рискованном поведении, или вдруг порвался презерватив. Они хорошие ребята, доступные, с ними легче, чем идти к семейному на эту тему пообщаться. Дн- ЧСЧ-15

Нарешті, кілька учасників зауважували, що довіряють офіційним джерелам – таким як МОЗ, ЦГЗ, ВОЗ, ЮНІСЕФ, а також інформації від профільних НУО.

*Я доверяю источникам официальным – это Центр громадського здоров'я и Министерство здравоохранения наше. ВОЗ. Иногда смотрю врача-инфекциониста от ЮНИСЕФ, не помню, как ее фамилия. /К.Булавинова/
Много информации в Интернете, которая кажется какой-то фейковой, поэтому я стараюсь фильтровать информацию и читаю больше МОЗ или ЦГЗ, чем Facebook. ...В плане ВІІЧ для меня это тоже информация ЦГЗ и МОЗ. Информация от неправительственных организаций – тот же «Гендер Зед». «Сто відсотків життя», «Сподівання», – у нас несколько организаций в Запорожье. Они с этим работают, и их новостным ресурсам я доверяю. За- ЧСЧ-10*

Ефективні канали комунікації щодо ВІА

Учасники інтерв'ю пропонували ефективні, на їхній погляд, канали надання інформації щодо ВІА/СНІДу ключовим групам і загальному населенню. Думки учасників часто дуже відрізнялися, і в рамках одної ключової групи існувало кілька точок зору.

1. Просвітницька робота в школах

Практично всі респонденти з різних груп говорили про необхідність профілактичної роботи та якісної освіти з профілактики ВІА в школах для учнів різного віку, а також в усіх інших навчальних закладах:

Я считаю, что в школах должны преподавать сексуальное воспитание, и не только в школах – во всех учебных заведениях. Только тогда дети, которые растут и превращаются потом во взрослых людей, будут об этом знать. Од- РКС-2

Я инфицировался очень рано для своего возраста. II я считаю, что если бы я знал информации больше о ВІІЧ-инфекции, то, возможно, я бы и не инфицировался. Потому что, когда я учился в школе, нам не рассказывали про ВІІЧ-инфекцию вообще. За-ЧСЧ-10

Я би ввів таку програму у школах, коледжах, університетах. Щоб наша молодь отримувала цю інформацію. Тому що молодь - це як раз статево дозрівання, потяг чоловіка до жінки, молодість, весна... Обов'язково це треба, щоб була здорова нація, здорові діти. За- АВУ-3

2. Інтернет-ресурси, у тому числі впливаюча реклама, соцмережі

Під поняттям «Інтернет» учасники мали на увазі широкий спектр каналів донесення інформації. ЧСЧ рекомендували використання сайтів знайомств типу Hornet та інші, на яких може з'являтися проплачена соціальна реклама. Крім того, один учасник запропонував залучати «научно» блогерів, які доносять наукову інформацію простою мовою:

Если для MSM именно... тогда это сайты знакомств, тематические группы в соцсетях – туда добавлять /информацию/. Если начатъ делать это массово, то там уже, в принципе, не отвертись, в любом случае увидишь какой-нибудь пост о тестировании. Дн-ЧСЧ-16

Научпоп-блогеры – Утопия шоу, Trash Mash, Топлес... Если бы тот же Топлес выпустил какой-то обширный выпуск про ВІЧ или рассказал про PrEP – потому что он уважаемый, у него куча просмотров, по пять миллионов на видеосах; он рассказывает научные темы в понятной всем форме. Я думаю, его бы послушали. Дн-ЧСЧ-17

Неодноразово лунало згадування про «вспливаючу» рекламу, яка з'являється перед переглядом фільмів, на безкоштовному YouTube, між переглядом новин тощо:

Есть реклама, которая высвечивается где-то между новостей, оплаченная, и там можно всплывающую рекламу сделать, чисто – «Вот есть такой PrEP, профилактика ВІЧ», хотя бы об этом рассказать или что-то другое придумать. Потому что всплывающая реклама, она выпадает всем. Дн-ЧСЧ-17

Это может быть всплывающая информация в Интернете. Есть же много ресурсов, куда люди заходят. Возможно, реклама в метро, – может, кто-то и присматривался. Ки-РКС-3

Элементарно – реклама на YouTube. После переключения роликов на YouTube реклама в любом случае вылезит. Там такое что-то запустить. Дн-ЧСЧ-16

Если эта реклама будет информативной и не очень длинной – конечно, это плюс; знаний много не бывает. Я пользуюсь социальной сетью TikTok, и у меня несколько раз появлялось видео, посвященное PrEP. Ну очень ребята хорошо преподнесли эту рекламу! Это было, скорее, как информационное видео. Интересный формат. Од-ЧСЧ-4

3. Отримання інформації через «живе спілкування»

Учасники-ЛВНІ та РКС та інші активно підтримували ідею отримання інформації через «живе спілкування» під час особистої зустрічі із соціальним працівником, медичним працівником або онлайн-консультантом в режимі реального часу тощо. Деяким учасникам з інших груп також подобалась ідея спілкування з консультантом онлайн.

У нас в Киеве всего лишь три сайта бесплатной выдачи метадона – а надо сделать их пятьсот, понимаете? Человек будет приходить, пить метадон, брать литературу с собой и проходить консультацию соцработника. Ки-ЛВНІ-4

Не у всех наркоманов есть Интернет. Остался еще костяк тех наркоманов, которые ходят с кнопочными телефонами. И если он не знает, что можно за бесплатно вылечить гепатит, потому что ему никто об этом не сказал, то вот он подошел взять шприцы, его проинформировали, он пошел и вылечился. Живое общение! Пропаганда в тех точках, где собираются наркоманы. Потому что в век технологий я могу сказать, что Интернет правит миром, но не в этом случае, понимаете? Ки-ЛВНІ-4

Нужно провести работу с врачами. В госучреждениях, в первую очередь среди семейных врачей. Потому что некоторые врачи меньше знают, чем социальные работники, которые меня информируют. Ки-ЧСЧ-6

Онлайн пообщаться со специалистом, задать вопросы в режиме реального времени в сфере ВІЧ-инфекции или PrEP – трансклюдам это было бы очень удобно. Возможно, даже какой-то бот в Телеграме. Это можно запустить в соцсетях организаций, нанять соцработника, который бы эту информацию распространял на сайтах знакомств Hornet, BlueSystem – там большие группы риска сидят. И секс-работницы трансгендерные. За-ТЛ-2

Людам удобно получать информацию, когда их не видят и не знают, кто они. Например, позвонить по телефону на горячую линию, или какой-то чат в Телеграме, где можно пообщаться с консультантом и тебя не будут видеть. Сохранить момент анонимности – это важно. За-ЧСЧ-10

Если бы был какой-то канал в Вайбере или Телеграме – нажал на кнопочку и выбрал интересующую тебя тему, и связался с кем надо. Ки-ЧСЧ-5

4. Безоплатна гаряча лінія, телефон довіри

Учасники з різних груп, у тому числі ЗН, підтримували ідею створення безоплатної гарячої лінії, на яку можна зателефонувати у будь-який зручний час, а головне – анонімно («Це як анонімна консультація»).

Бесплатная горячая линия, телефон доверия - тоже интересно, да. Потому что, если тебя какой-то вопрос волнует, ты уже начинаешь искать номер горячей линии – и чем куда-то идти, лучше сразу позвонить. Од- ЛВУ-1

Человек по какой-то причине может постесняться пойти в организацию, а телефонная линия ему может проще даваться. Че-ЧСЧ-13

Я посоветовал бы телефон доверия. Почему? Потому что туда в любое время можно обратиться. Я сам обращался очень-очень много раз. И ночью приходилось. Почему ж телефон доверия работает круглосуточно... Че-ЧСЧ-14

Однак деякі з респондентів-ЛВНІ не підтримували ідею гарячої лінії. На їхню думку, це потребує як мінімум грошей на телефонному рахунку, а з цим у споживачів наркотиків бувають проблеми.

Не знаю, лично я в последнюю очередь вспоминаю, чтобы позвонить на какую-то горячую линию. Это не очень удобно. И тот номер где-то надо сохранить, записать в телефон... Од-ЛВНІ-1

Поймите, бесплатное, но все равно оно же какие-то деньги на счету должны быть, хоть для соединения. Скажу просто, у наркоманов это целая проблема. /смеется/ Не всегда есть деньги на телефоне и так далее. За-ЛВНІ-5

Учасники звернули увагу на те, що навіть за наявності телефонної гарячої лінії люди мають знати номер, на який можна телефонувати, – тобто потрібно доносити інформацію про цей інформаційний канал: «Гаряча лінія потрібна, але ж цей номер все рівно потрібно десь прорекламувати» (За-ЧСЧ-9).

5. Друкована продукція

Як вже зазначалось, ЛВНІ менше за інші групи мають доступ до Інтернету, не всі мають смартфони або комп'ютери. Тому ЛВНІ активно підтримували ідею отримання інформації з друкованої продукції. Оскільки більшість ЛВНІ із задоволенням отримують і читають буклети, брошури, а особливим попитом користуються спеціалізовані видання для споживачів наркотиків – газети «Мотылек» і «Подорожник», ЛВНІ рекомендували поширення цих видань та інших друкованих матеріалів як ефективного інформаційного каналу для спільноти, у тому числі на сайтах ЗПТ.

Естественно, брошюры, печатная продукция. Человеку можно не объяснять два часа, а дать ему книжечку, и если ему интересно, он прочитает и другому даст. А всех проконсультировать не получится. Взять сайт ЗПТ – принесли печатную продукцию, хоп, положили, каждый взял себе и просветляется. Ки-ЛВНІ-3

Ну, это ж началось лет десять назад. И уже настолько отточили это мастерство, что эти брошюры... Настолько тебе понятно и в то же время интересно! Вот есть «Подорожник» – а в нем есть статьи, что писали тоже наркоманы. И уже как свое, знаешь, наше что-то. Легко идет, доступным языком. Ки-ЛВНІ-3

Найчастіше учасники називали медичні заклади як місце, де можна надавати людям таку інформаційну продукцію.

Чтобы зашел в любую больницу или в поликлинику, а там висит нормальный стенд, и рядом куча этих

бюллетеней с информацией. II ты можешь просто подойти, взять, не стыдись, и почитать. Дн-ЗН-10

Как у сотрудников полиции, у нас есть медицинская комната, где мы проходим комиссию. II если бы там это висело и ты просто стоял, ждал в очереди, бросал взгляд и задумывался: какие симптомы и так далее. Ну, для меня лучше бы дошло при общении, кто-то на сайте прочитал, кто-то в Телеграме, а кто-то брошюрку открыл... Для нашего общества надо много вариантов. Много тех, кто по старинке еще живёт — должны быть разные каналы. Дн-ЛВУ-4

Часто нам по наркотикам дают брошюрки — какие симптомы, как выявить особу, як надати допомогу при передозуванні... II вот ты едешь в маршрутке домой, открыл, читаешь эту брошюрочку... Дн-ЛВУ-4

Респонденти активно обговорювали оптимальний формат друкованих інформаційних матеріалів, тобто якими вони мають бути, щоб пригорнути увагу і ефективно надати інформацію. Головне, з точки зору учасників, — це стислість і проста, зрозуміла мова: «Чем меньше научного и медицинского, тем будет людям проще это принять на себя и сравнить свою ситуацию» (Дн-ЧСЧ-15). Респонденти вважали важливим, щоб матеріали містили чітко описаний план дій в різних ситуаціях. Часто учасники рекомендували використовувати інфографіку, комбінувати текст із графічними зображеннями.

Чтобы она легко ложилась на мозги и легко усваивалась. Потому что не каждый, еще и немножко закумаренным взглядом, будет о чем-то думать... За-ЛВНІ-5

Чтоб в картинках была — несколько строчек, которые запомнятся. Буклетик такой: картинка и краткое пояснение доходчивое. Потому что если смотришь, что 20 листов прочитать, то думаешь: «Да ну его в баню». Од-ЛВУ-1

Возможно, иллюстрации в виде комиксов, или доступный текст на примере человеческих отношений... Чем меньше научного и медицинского, тем будет людям проще это принять на себя и сравнить свою ситуацию. Дн-ЧСЧ-15

Нужна краткая, сжатая информация, где четко все прописано — что должен делать человек и куда ему идти, если он, например, столкнулся с данным заболеванием... Как план действий — поэтапно, что он должен делать. Че-ЗН-7

Однак не всі учасники підтримували ідею вкладати ресурси у друковані видання; частина, яка не належала до групи ЛВІН, вважала, що цей вид інформування вже відійшов у минуле.

Печатная — не сильно актуально. Я если раньше какие-то журналы покупал, газеты, что-то там читал, то сейчас я этого вообще уже не делаю. Так много информации в Интернете и в телефоне, что мне так проще воспринимать. За-ЧСЧ-10

Я считаю, что листовка — это выброшенные на ветер деньги, которые могли бы пойти на другие реальные услуги. С таким количеством информации, которую мы можем сейчас найти в Гугле, листовка — это нерациональная затрата, которая не приведет ни к чему. Человек, который берет эту листовку, как правило, выкидывает ее в ближайшую урну, даже не читая. Од-РКС-1

Если бы я жил с родителями, то я бы не брал эту литературу, потому что особо дома не хотелось бы мне ее хранить. Ну, если бы я как-то не хотел говорить родителям, скрывал о себе информацию... За-ЧСЧ-10

Печатные материалы — точно нет. Транс-люди не особо что-то читают. Вообще эти печатные лежать будут. За-ТА-2

Нарешті, учасники рекомендували не обмежуватись паперовою продукцією, а надавати друковані матеріали разом з другими інформаційними послугами, тобто включити надання таких матеріалів до

комплексної стратегії інформування населення про ВІЛ-інфекцію.

В идеале – совмещенное, когда тебе после живой беседы дадут печатные материалы. Потому что всегда останутся вопросы, которые всплывут после беседы. Мозг же устроен так, что он анализирует, и спустя какое-то время, день или два, ты всю беседу не вспомнишь, а печатные материалы – под рукой. II, возможно, у тебя всплывет в голове вопрос, ты почитаешь, обновить знания... Ну, я за себя говорю. Дн-ЗН-10

Листовка на касе? Это скорее способ привлечь внимание, а не глобальную информацию выдавать на листовках. Я бы комбинировал – наклейки, например, а на них QR-код, по которому можно зайти, почитать информацию. Потому что буклеты никто не читает. Лучшие QR-код – если я захочу, то найду и прочитаю. За-ТЛ-2

6. ТВ, «живі історії» людей

Учасники здебільшого старшого віку говорили про те, що багато людей дивляться телевізор, тому потрібно надавати більше інформації по телебаченню. Згадували соціальну рекламу, сюжети у фільмах. Представники всіх груп говорили про те, що дійовою інформацією мали б бути «живі історії» людей, які стикнулися з проблемою ВІЛ.

Для старшего возраста – реклама по телевизору, они больше времени проводят дома. II радио, потому что много автомобилистов; несколько раз услышишь – как ни крути, запоминаешь. Во всяком случае, нужна и там реклама, и там, потому что человек сам не будет лазить, искать. Од-ЛВУ-1

Больше делать роликов с живыми людьми, когда информация подается для ВИЧ-негативных от ВИЧ-позитивного человека. То есть, реальные истории! Потому что иногда люди думают о ВИЧ: «Ну оно где-то есть, но где-то далеко, и это меня не касается». А если бы им рассказывал ВИЧ-позитивный человек – по ТВ или какой-то ролик в YouTube... Если бы представитель МСМ рассказал свою историю о том, как он инфицировался, – это бы больше заставляло людей задуматься о том, что ВИЧ-инфекция существует, она очень рядом. За-ЧСЧ-10

7. Плакати, білборди, зовнішня реклама

Деякі учасники згадували, що свого часу звертали увагу на зовнішню рекламу і білборди у метро; лунали рекомендації надавати інформацію у всіх можливих місцях, у тому числі у нічних клубах.

В ночных клубах в туалетах можно повесить мальчикам и девочкам плакаты вместе с бесплатными презервативами. II визитки с номером доктора, где они могут получить доконтактную профилактику. Од-ЗН-3

8. Таргетована інформація для різних цільових аудиторій

Більшість учасників визнавали, що «населення» – це широке поняття, тому потрібно використовувати всі канали комунікації і орієнтувати повідомлення на різні цільові аудиторії. Інформаційні кампанії мають бути цікавими і сегментованими: «Одне для всіх повідомлення точно не підійде, тому що у людей дуже різні інтереси» (Ки-ЗН-5). Деякі респонденти наголошували на тому, що у маленьких населених пунктах інформації доступ до інформації взагалі обмежений.

I освітні заклади – школа, університет, і заклади громадського здоров'я – поліклініки, приватні клініки...

Подобается, что больше стало информации на массовых заходах. Якщо людина не хворіє, вона може ніколи й не ходити в поліклініку – а тут вона прийшла, і прямо інформація йде саме до неї. Спортивні заходи... I соцмережі – але це широке поняття, кожній аудиторії треба готувати своє повідомлення, яке запам'ятається, і думати про те, яким каналом його донести. Ки-ЗН-5

Два источника / информации/, которые будут оставаться еще долгое время: Интернет охватывает молодое поколение, а телевидение – более старшее. II плюс внешняя реклама, которая охватывает и тех, и тех. Од-ЧСЧ-

У меня два варианта листовок. Даже три. Первое – это рассказать людям о том, как уберечь себя от этого [ВИЧ]. Буклетика на 2-3 странички будет предостаточно. Первое – это как уберечь себя, второе – как относиться к людям, которые уже инфицированы. Что это обычные люди, которые вам никакого вреда не нанесут. И третье – если все-таки «да», то как дальше быть. Од-ЧСЧ-4

По селам, по райцентрам маленьким эта информация просто не доступна. Информации больше в больших городах, в областных центрах. А когда в селе или где-то на хуторе – думают, что, ай да так, просто. Оказывается, нет. Че-ЧСЧ-14

Низка учасників висловила думку про те, що, якщо людина взагалі ніколи не думала про ВІЛ-інфекцію і не цікавилася її темою, ця тема зовсім не цікава, то вона може й не звернути увагу і не почути інформацію з будь-яких джерел. Тому необхідно створювати постійний інформаційний фон, щоб тема ВІЛ-інфекції постійно була «на слуху» завдяки усім можливим каналам донесення інформації, – тоді люди будуть більш відкриті до відповідної інформації.

Люди не интересуются темой ВИЧ. Информации мало, но достаточно. Если захотеть, ее хватит, чтобы ее усвоить и понять. Люди не заинтересованы. Дн-ЗН-10

Мне че-то кажется, что человеку оно ж если не интересно, то он не остановит свой взгляд на статье про ВИЧ-инфекцию. Надо заставить человека остановить взгляд на этой статье или взять в руки эту брошюру и прочитать. А если он думает: «Та, такого у меня быть не может», то как мы можем его заставить? Од-РКС-2

Банери, плакати в метро і на вулицях - вони можуть працювати як додаткова інформація, просто щоб створювати інформаційне поле і тримати тему на слуху. А для зміни поведінки, мабуть, цього не достатньо. А от якесь цікаве повідомлення... Плюс в ньому має бути якийсь заклик до дії, який легко здійснити. Наприклад, йдеться про експрес-тест або про те, як швидко отримати допомогу, якщо ти дізнався, що маєш ВІЛ. Ну, це має бути добре продумано: наприклад, на етапі, коли людина дізнається, що вона хвора, допоможе якась чітка послідовність дій, чітке повідомлення, в якому є заклик до дії. Або – пройди експрес-тест сьогодні, це безкоштовно, ти можеш зробити це там-то, і це займе 5 хвилин. Ки-ЗН-5

Повідомлення мають бути цікавими і доступними для аудиторії, на яку спрямовані. Головне – такими, що привертають увагу. Наприклад, якесь повідомлення, якийсь зрозумілий меседж, який повторюється всюди і через повторення запам'ятовується. І є посилання на якісь додаткові ресурси, якщо людина захоче більше розібратись в темі. Ки-ЗН-5

Зв'язок знань і поведінки

Одною з обговорюваних тем було питання невідповідності знань і поведінки людей. Учасники з різних груп пояснювали, чому не завжди знання призводять до зміни поведінки на безпечну. Учасники-ЛВНІ пояснювали таку невідповідність впливом залежності на організм людини.

Я вам объясню. Вот мы сидим, допустим, и я скажу: "Эх, можно было б фена взять или винта..." Он услышал, и организм – давай, давай. И он готов на все. Вот шприц, в нем какой-то наркотик, но ты сомневаешься, что за шприц и откуда он взялся, а тебе – «не хочешь, не бери». И твой мозг говорит: "Беги, потому что я хочу. Давай, погнали, никаких преград, я тебе разрешаю". Ки-ЛВНІ-3

Когда люди хотят уколаться, им абсолютно все равно эти все знания, что до них доносят, понимаете? Они хотят уколаться, и им надо прямо сейчас. Они живут одним днем: вот сегодня я укололся и все нормально, а завтра – ну, завтра мы посмотрим, что будет завтра... Од-ЛВНІ-2

Чоловіки із групи ЗН визнавали, що люди можуть вести себе безвідповідально в певних ситуаціях і підсвідомо сподіватися на те, що «його це не торкнеться». Сама людина має усвідомлювати ризики і

відповідально ставитися до свого здоров'я.

Сказать по-честному, по поводу презерватива — использовал бы, но более чем уверен, что не всегда. Наверное, когда у тебя все подходит к этому делу, сильно не задумываешься в тот момент о презервативе. Од-ЗН-1

Человек всегда думает, что именно его это не зацепит. У нас есть такое бесстрашие — пока не столкнешься, думаешь: «Та нет, этого нету». У человека все время такое чувство — «это будет не со мной». Од-АВУ-1

Частина — через те, що думають, що це мене не стосується, а частині все одно... Це невміння брати відповідальність за свої дії і своє життя. Ки-ЗН-5

Про это нужно говорить. И человек сам должен взвешивать ситуацию, понимать риски. Человек сам должен к этому прийти. Ну, ты же в рот не засунешь человеку таблетку и не скажешь: "Глотай, это хорошо." Од-ТА-1

Про те ж саме розповів і юнак з групи ЧСЧ, який в інтимній ситуації не наважився запропонувати малознайомому партнеру презерватив й інфікувався ВІЛ.

Да, я знал риски, но как бы... доверяешь человеку, а оказывается — западня. Само знание не избавляет тебя от риска. Я как бы ходил в /НПО/, слушал, но особо не придавал этому значения. Знаете, как обычно люди думают: «Со мной такого никогда не будет». За-ЧСЧ-12

Около двух часов нам обширно рассказывали, что лучше всегда предохраняться, даже если ты доверяешь человеку.

Приводили примеры, что есть люди, которые скрывают статус, что нужно быть всегда внимательным, вот. Можно сказать, разжигали и в рот клали. ...Просто в тот момент я расслабился. Я даже не подумал о том, что может быть что-то не так... Это зависит, наверное, от гормонов /смеется/. Когда один человек нравится другому, всегда безопасность будет на втором плане. По себе знаю. За-ЧСЧ-12

Стигма як бар'єр до отримання послуг і сприйняття інформації

Нарешті, відповіді учасників торкалися теми стигми щодо ВІЛ у суспільстві, яка заважає людям отримувати всі види профілактичних послуг та сприймати інформацію.

Многие не знают о таких организациях. А даже если есть информация, то люди не хотят туда обращаться, боятся там встретить знакомых и раскрыть и себя, и статус. И решают, что лучше в это не ввязываться. Од-ЧСЧ-3

Люди негативно относятся к людям с заболеванием с таким. Ну, потому что нет информации, по сути. Мало работают с людьми те же семейные врачи. И информации нет на телевидении. Хотелось бы больше информации, и больше чтобы она подавалась в позитивном ключе. За-ЧСЧ-9

У той самий час, про позитивні зміни у свідомості людей свідчать відповіді представників загального населення на питання, якою буде їхня реакція, якщо вони узнають, що їхня близька людина інфікувалася ВІЛ.

Я постараюсь її підтримати і, мабуть, більше дізнаюсь про життя з ВІЛ і дізнаватимусь, які є тенденції запобігання і лікування. Ки-ЗН-5

Ну, конечно, родственника я бы отправил в кабинет «Довіра». И заставил бы его быть приверженным АРТ-терапии. Если бы это был половой партнер — ну, пошел бы получил постконтактную профилактику и сдал бы анализы сразу, через месяц, через три и через шесть месяцев. Од-ЗН-3

Реакция? Ну, наверно, это будет поддержка, в которой будет нуждаться человек. Че-ЗН-7

Результати обговорення ключових повідомлень на фокус-групах з представниками трьох ключових і пріоритетних груп

З метою обговорення ключових повідомлень, спрямованих на підвищення інформованості та мотивації до отримання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, у грудні 2021 ми провели три фокус-групи з представниками ключових/пріоритетних груп населення.

Методи

Збір даних під час фокус-групових дискусій поводився за допомогою метода мозкового штурму. Учасникам було запропоновано розглянути надруковані на окремих аркушах паперу ключові повідомлення. Після цього обговорювалось кожне повідомлення, а саме: його зміст, фокусна аудиторія, зрозумілість, доцільність, можливі канали донесення, варіанти внесення змін.

Всі учасники надали усну інформовану згоду на участь у дослідженні. Їхня участь у фокус-групах була анонімною.

Дослідницька команда ЄСПЗ співпрацювала з місцевими ВІЛ-сервісними НУО: ГО «Асоціація ЛГБТ 'ЛІГА'» (м.Одеса) та БО «Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю (ВОЛНА)» (м.Київ). Організації-партнери забезпечили доступ до цільових груп дослідження та надали приміщення для проведення фокус-груп.

Учасники дослідження

Чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ). У фокус-групі взяли участь 10 ЧСЧ в м.Одеса. Вік учасників коливався від 19 до 54 років. З 10 учасників четверо мали вищу освіту, троє були студентами. Троє учасників працювали повний робочий день. Четверо вказали, що мають постійного партнера. Половина учасників не вважали себе клієнтами НУО; один отримував ДКП. Один учасник не мав декларації з сімейним лікарем.

Люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ). У фокус-групі взяли участь 12 ЛВНІ в м.Київ. Всі вони були чоловіками; вік учасників коливався від 29 до 49 років. Четверо мали вищу або незакінчену вищу освіту. Четверо учасників вказали, що не мають роботи, двоє працювали неповний робочий день, ще п'ятеро мали нерегулярну роботу, одна особа отримувала пенсію у зв'язку з інвалідністю. Троє учасників перебували у шлюбі. Половина групи були клієнтами НУО; один учасник отримував ЗПТ.

Чоловіки із загального населення (ЗН), включно з тими, хто має підвищений професійний ризик інфікування ВІЛ (так звані «люди в уніформі» (ЛВУ)). У фокус-групі взяли участь 5 ЗН в м. Київ; двоє з них належали до ЛВУ (були працівниками Національної поліції). Вік учасників коливався від 30 до 47 років. Троє учасників мали вищу або незакінчену вищу освіту. Троє учасників працювали повний робочий день, двоє вказали, що мають нерегулярну роботу. Четверо учасників перебували у шлюбі. Ніхто з учасників не отримував послуг НУО; всі мали декларації з сімейним лікарем. Троє хоча б раз проходили тестування на ВІЛ-інфекцію.

Для обговорення учасникам був запропонований такий перелік ключових повідомлень:

- Протестуй свою любов.
- Тестування на ВІЛ є безкоштовним, конфіденційним і триває лише 15 хвилин.

- ВІЛ не вирок, а хронічний стан, що потребує регулярного прийому ліків і не становить загрози для оточуючих та близьких
- Люди, які живуть з ВІЛ і приймають АРТ, є безпечними для своїх партнерів навіть під час незахищеного сексу.
- 94% людей, які живуть з ВІЛ і регулярно приймають антиретровірусну терапію (АРТ), досягають стану Н=Н (вірус Не визначається – значить Не передається). А це означає, що вони не передають ВІЛ своїм статевим партнерам.
- Довіряй лікарю – продовжуй лікування.
- В Україні близько 250 000 людей живуть з ВІЛ, і кожен третій з них не знає про свій статус.
- Завдяки антиретровірусній терапії (АРТ) люди, які живуть з ВІЛ, можуть народжувати дітей без ВІЛ.
- Сьогодні є антиретровірусна терапія (АРТ) – ліки, що дозволяють жити з ВІЛ так само повноцінно, як і без ВІЛ.
- 94% людей, які живуть з ВІЛ і регулярно приймають антиретровірусну терапію (АРТ), досягають стану Н=Н. Вірус не визначається в крові, отже, не передається. І головне, ВІЛ не переростає у СНІД.
- Не припиняй лікування. Дізнайся, як вийти на рівень Н=Н і врятувати своє життя.
- Як на 99% зменшити ризик інфікуватись ВІЛ?
- Доконтактна профілактика ВІЛ (ДКП або PrEP) захищає від інфікування ВІЛ на 99%.
- Сексуальних фантазій не варто соромитися. Важливо вчасно себе захистити. Використовуй презерватив.
- Сексуальних фантазій не варто соромитися. Важливо вчасно себе захистити. Доконтактна профілактика ВІЛ (ДКП або PrEP) захищає від інфікування ВІЛ на 99%.
- Через рукоштовтання та поцілунки ВІЛ не передається.
- ВІЛ'на бути мамою.
- ВІЛ'ний бути татом.
- Тестуйся. Так краще.

Результати обговорення ключових повідомлень

Протестуй свою любов.

На думку респондентів-ЧСЧ, повідомлення «Протестуй свою любов» може мати «неоднозначне тлумачення». У більшості воно асоціювалося із закликом перевірити почуття або вірність свого партнера. Таке саме враження було й у респондентів у групі ЛВІН. Дехто навіть вирішив би, що це заклик до перевірки на вагітність.

Р1: Наверное, "протестируй своего партнера"? Я так могу подозревать. Либо "вторую половинку" там... Я бы сказал, что это больше похоже на какую-то ревность – проверит своего партнера на то, что верен он тебе или нет. То есть это совсем не про ВИЧ.

ІІ: Проверьте свои чувства, да?

Р2: Ага, тоже самое.

ФГ ЧСЧ

ІІ: Вы идете по городу, на билборде видите – «Протестуй свою любовь». О чем бы вы подумали?

А: Свою вторую половинку.

Ан: Своего партнера. Партнера.

С: Пройти анализы.

В: Я бы тоже понял - протестируй свою женщину.

ФГ ЛВНІ

Вн: Мне ничего равным счетом это бы не дало. Я даже... пропустил бы это.

П: Недостаточно.

Д: Я бы отнес к этому, чтоб на беременность проверилась.

В: А я вообще подумал, что это шутка.

ФГ АВНН

В групі чоловіків ЗН також виникали асоціації з тим, що людям, які планують вступити в інтимне життя, потрібно пройти обстеження, щоб перевірити своє здоров'я і краще довіряти один одному. Учасники згадували тест на коронавірус; у них не було чіткої асоціації цього меседжу саме з тестом на ВІЛ-інфекцію.

ІІ: *«Протестуй свою любов». Какие у Вас ассоциации?*

Сг: *Я думаю, що це подружня пара. Може, зробити тест на ВІЛ для того, щоб їх стосунки були більш безпечними.*

І: *Що люди, які планують вступити в інтимне життя без презерватива, мають перевірити одне одного.*

Сг: *Насправді, я не бачу тут прив'язки до ВІЧ, тому що зараз епідемія коронавірусу, і напевне, тест вважається саме для того, що б пройти на коронавірус. Про ВІЧ тут мало хто буде задумуватись.*

ФГ ЗН

ІІ: *Сообщение: «Протестуй свою любовь» — насколько оно ассоциируется у вас с ВИЧ-инфекцией? Если бы вы не знали, что наша тема сегодня такая?*

/Все респонденты говорят одновременно/: Ні.

І: *Ні, взагалі не асоціюється. Більше схоже, я так думаю, на рекламу якогось проекту телевізійного... Телешоу якогось реклама, чи ще чогось. Ну, з хворобою взагалі не асоціюється.*

Сг: *Як прев'ю якесь.*

ФГ ЗН

Тестування на ВІЛ є безкоштовним, конфіденційним і триває лише 15 хвилин.

За словами учасників-ЧСЧ, це повідомлення вже розповсюджується в медичних закладах. На їхню думку, воно є зрозумілим, хоча загальному населенню може бути незнайомим і незрозумілим поняття «конфіденційний». Загалом всім групам це повідомлення здалося доцільним і зрозумілим.

Ал: *Многие путают конфиденциальность с анонимностью. То есть у них нет разницы. Они считают, что конфиденциальность и анонимность — это одно и то же. И это большинство людей.*

ФГ ЧСЧ

Р: *Где? Ну, лучше где-то в каких-то поликлиниках.*

Н: *У семейного врача.*

Ал: *В каждой поликлинике это должно быть.*

Р: *Да, да.*

Ал: *Общего профиля поликлиники, где там люди приходят не в частные лаборатории, а в общего профиля.*

Ар: *Вот в той поликлинике, где я был, тоже про это писалось, что это бесплатно, конфиденциально и 15 минут длится. Может, была немножко другая формулировка, но тоже было что-то подобное.*

ФГ МСМ

Р1: *Да, все понятно.*

Р2: *Так, цього достатньо.*

ІІ: *А вам понятно, что такое конфиденційно?*

Р2: *Да, конечно.*

Р3: *Адрес. Адрес должен быть... Где это можно пройти.*

ФГ_АВНН

В групі ЗН учасникам сподобалось, що першим словом є «безкоштовний» — це є важливим для більшості населення. Вони загалом вважали це повідомлення інформативним і таким, що налаштовує на позитив.

І: Я до того, як побачив таку рекламу в метро, я до того і не уявляв скільки йде тестування, я, наприклад, сьогодні взнав чи завтра. Такої інформації я не мав, тобто це інформативно і показує тобі, що це не страшно, це швидко, тобто результат зразу, тобто це позитивно.

Сг: Слово «безкоштовно» дуже мотивує, насправді, багатьох людей. Добре, що воно стоїть попереду «є безкоштовним». Його можна було навіть виділити.

ІІ: То есть, это сообщение вы одобряете?

/Все респонденты говорят одновременно/: Да, так, да.

Сергій: Це непогано.

Сірвожа: Ну, можна додати — «протестуватися Ви можете там-то, там-то». Або той самий QR-код.

ФГ ЗН

ІІ: Вот представьте, идет человек, и вот он читает — «протестуйтесь», но не знает, где. Что можно добавить, как вы думаете? Если не заморачиваться с qr-кодом.

С: Запитай у свого сімейного лікаря.

ФГ ЗН

ВІА – не вирок, а хронічний стан, що потребує регулярного прийому ліків і не становить загрози для оточуючих та близьких.

В групі ЧСЧ пролунала думка, що, хоча зміст цілком зрозумілий, в цьому повідомленні забагато текста для наружної реклами. Крім того, цей меседж не підходить для розсилки у соціальних мережах.

Р1: Много текста, для рекламы слишком много.

Р2: Если это, например, билборд, то много.

ФГ ЧСЧ

ІІ: Если бы пришло бы вам, вот вы говорите, в мессенджер, Инстаграм, TikTok — насколько был бы информативным такой текст?

Р: Если бы оно прошло пришло сообщением — это было бы очень странно. (Смеется) Если бы вот мне — хоп — "ВІЧ - не вирок". Я такой - что?

ФГ ЧСЧ

Ал: Знаете, мне фразу пришла мысль. Когда едешь в маршрутке, на сидениях, а же та информация, которая тебе не интересна, ты все равно ее читаешь. Или наверху в маршрутках бывает такой маленький телевизор...

Естественно, люди обращают внимание все равно и читают это. Вот там такое могло бы быть.

Р: Все-таки, мне кажется, можно короче. "ВІА - не вирок, не становить загрози для оточуючих та близьких".

ФГ ЧСЧ

В: Этот текст очень плох для рекламы, потому что он не про читающего. Человек, который думает, что он здоров, видит текст - "ВІЧ — не вирок", и такой: "Ну, и ладно, это не про меня". Поэтому он не захочет протестироваться. Я понимаю, что этот текст для того, чтобы люди не думали, что это конец света, что это все ок. Но люди не ассоциируют себя с этой информацией.

М: Тут я согласен с В.. Во-первых, это слишком длинный текст; он должен быть лаконичным и бросающимся в глаза. А во-вторых, до той части, про которую вы говорите, возможно, читающие даже не дойдут. "ВІА - не вирок"... Тут еще подключается такая реверсивная психология. Не вирок — значит, подразумевалось, что изначально он был вироком. Уже человек может воспринять его прямо противоположно. Вот.

ІІ: Слово "вирок" лишнее, вы имеете в виду.

М: Да, просто изначально какой-то негатив идет.

ФГ ЧСЧ

Група АВНІ позитивно реагувала на цей меседж, який здавався учасникам зрозумілим і таким, що висловлює підтримку людям із хворобою і налаштовує їх на лікування. На думку АВНІ, це повідомлення може транслюватися всюди, в будь-яких громадських місцях.

Ю: Здесь просто все сказано.

Р: Надо принимать АРТ-терапию.

Р: Что это не винок.

І: Это призыв, придающий уверенности для больных людей. Знаете, как детям надо лечиться, надо лечиться. И при этом при всем все будет в порядке.

ФГ АВНІ

Ан: Это для всех – для близких, для родственников. Чтобы они понимали, что можно общаться с человеком... и не переживать за то, что подхватишь, заболеешь, заразишься.

В: Здесь я вижу четкий посыл. Здесь конкретно видно, о чем идет речь. Четкий посыл. Если бы это было написано, это было бы понятно всем.

Р1: Да. Здесь все сказано.

Р2: Нормальный посыл.

Р3: Всему социуму.

ФГ АВНІ

В: В общественных местах. В том же метро на стендах светящихся, где проезжают миллионы людей.

Р1: По телевизору. Это максимальное количество людей.

Р2: Везде, где собираются люди. Поликлиники.

Р1: Общественный транспорт.

Д: Общественные какие-то организации. ВУЗ-ы. Школы даже...

Р3: Везде. Везде.

ФГ АВНІ

В групі чоловіків ЗН учасники вважали, що все ж таки інформація в цьому повідомленні не дуже приємна, боїдеться про тривале лікування; крім того, розмір повідомлення занадто великий, і загалом воно потребує якогось аналізу і важко сприймається. На думку учасників, замість слів «не вирок» краще було б надати більш позитивний меседж.

Ну скажем так, хоч це и не вирок, але це что-то непристойное. Тобто це регулярный прием лекарств. В принципе, многих людей уже эта фраза, оно уже... Людям тяжело что-то делать постоянно. Мы хотим все одно каких-то изменений, и очень часто люди впадают, особенно от приема лекарств.

ФГ ЗН

І: Мені здається, він занадто великий трошки, і трошечки така... незручна термінологія. Люди не готові, можливо, коли їдуть в транспорті, задумуватися дуже сильно. «Це вирок», «хронічний стан», «потребує»... Дуже багато тез, які потрібно аналізувати. Тобто не легко написано, важко сприймається. Тому що тут іде протиставлення – «не вирок», замість того, що б сказати, щось позитивне. Ну, що ВЛ1 – це просто хронічний стан, наприклад. А коли тобі кидається така фраза, ти вже думаєш: «А дійсно, вирок чи ні?». Тобто це думка того, хто це написав. І вона може не відповідати дійсності. Вона не вносить ніякої конкретики. Якщо воно має на меті змінити ставлення оточуючих до цього, то це не та фраза, саме через те, що тут «не вирок», і воно зосереджує увагу саме на тому, що це... в широкому сенсі, це все таки вирок. Ну, конкретно для самої людини – так, це обмеження.

С: Знаю, що в таких випадках «не» людьми не сприймається. Треба казати навпаки. Потрібно перефразувати.

Щоб не було негативу.

В: Да, согласен. Полностью.

ФГ ЗН

Люди, які живуть з ВІЛ і приймають АРТ, є безпечними для своїх партнерів навіть під час незахищеного сексу.

В усіх фокус-групах учасникам не сподобалась наявність незрозумілих скорочень – вони вважали, що далеко не всі знайомі з терміном АРТ, і це зводить нанівець загальний зміст меседжу. Крім того, учасники не підтримали висловлювання про безпеку незахищеного сексу; на їхню думку, це протирічить традиційному меседжу про важливість використання презервативів, бо йдеться не тільки про ВІЛ.

/Учасник, який зачитував повідомлення вголос, прочитав – «АРТ»/

ІІ: А вы знаете, что такое АРТ?

Р: Антиретровирусная... (не закончена фраза)

ІІ: Вот Н. не слышал, да?

Н: Ну, да, да.

ФГ ЧСЧ

Р1: Тут используются аббревиатуры, которые не понятны читающему человеку. Может, быть, ВІЛ, да... Но АРТ... Соответственно, текст уже теряет смысловую нагрузку.

ІІ: То есть если человек не знает, что такое АРТ, все остальное – уже лишено смысла, да?

Р1: Да.

Р2: Лікування - больше понятно для общего населения.

ІІ: А если поставит - лікування, то такой меседж информативен?

Р: Да, да, да.

В: Все еще много текста, но да. Выражение "Люди, які живуть з ВІЛ" - это пять слов, обозначающие какой-то смысл. То есть "Люди з ВІЛ" - уже как-то покороче и попонятнее, попроще для восприятия.

ІІ: То есть, можно было бы сказать – "Люди з ВІЛ, які приймають лікування"?

В: Да.

ФГ ЧСЧ

Ю: Что люди эти безопасны для социума, да.

ІІ: А если вы человек из общего населения, и вы увидите слово АРТ...?

В: Вот я это и хотел сказать. Что для любого человека – что такое АРТ? Кто знает, что такое АРТ?

ФГ АВНІ

Д: Я считаю, что это лишнее, последняя фраза. Ну это подталкивает под незащищенный секс. ІІ вот этот незащищенный секс...

Р: Ни к чему вообще.

Д: Везде стараются как бы дать понять, чтобы не занимались, что это опасно, могут не только ВІЧ передаваться, а и другие инфекции.

ФГ АВНІ

ІІ: «Люди, которые живут с ВІЛ и принимают АРТ, є безпечними для своїх партнерів навіть під час незахищеного сексу». Во-первых, вы об этом знали?

І: Не.

В: Не, не знал.

І: Мені здається, що мало хто тут може розшифрувати «АРТ», тобто в принципі тут незручно написано.

Сг: Ну, я, от например, первый раз це чую. І дуже скептично до цього відношусь.

ФГ ЗН

ІІ: А для чего вообще это сообщение, как вы думаете?

І: Ну для того, щоб захистити людей від дискримінації. Щоб пояснити, якщо вони не розуміють способи передачі ВІЛ, що людина, яка живе з ВІЛ, вона абсолютно безпечна для суспільства.

Сг: Навіть під час сексу.

ФГ ЗН

94% людей, які живуть з ВІЛ і регулярно приймають антиретровірусну терапію (АРТ), досягають стану Н=Н (вірус Не визначається – значить Не передається). А це означає, що вони не передають ВІЛ своїм статевим партнерам.

До цього повідомлення було багато зауважень: воно здавалося учасникам усіх груп занадто довгим, містило незнайомі скорочення, схожі на формули, і незрозумілі меседжі.

ІІ: Прочитайте вслух, пожалуйте.

Ал: /Читаєт: АПІ равно АПІ/.

ІІ: "Н=Н" - по-українски в данном случае.

А: Слишком много опять текста и непонятные некоторые слова для людей.

Р: Формулы, да.

ІІ: Н., антиретровірусна терапія ви бы прочитали - вы бы читали дальше, дойдя до этих слов?

Н.: (Смеется) Мне кажется, я такое длинное не читал бы тоже.

ФГ ЧСЧ

Ар: Вот многие подметили, что очень много текста. А мне вот интересно, где бы человек мог увидеть эти меседжи? Если мы рассматриваем это для билборда – хорошо, там лучше слоганами, чтобы было меньше текста. А если мы, например, листаем ленту Инстаграм – если есть какая-то картинка, которая цепляет, то мы читаем дальше, что там написано. И если там все эти меседжи расписаны, то человек уже может их прочитать. То есть будет больше охват.

В: Для плаката текст длинноватый.

ІІ: А если вас зацепила картинка, и вы бы читали текст, то здесь уже размер приемлемый?

Артур: Я думаю, что да. Я не говорю, что я прям буду в какой-то тематической группе искать потом информацию. А в ленте если выскочит и если бы меня картинка зацепила, можно было бы прочитать дальше.

ІІ: А что может быть на картинке, чтоб она вас зацепила?

Ар: Если брать группу MSM – наверное, если бы я увидел двух партнеров, которые держатся за руку, то возможно бы меня это зацепило.

ФГ ЧСЧ

Первое, что сразу бросилось в глаза - это "Н=Н". То есть люди не всегда могут, даже у нас в группе вот, не всегда могут понять, о чем это. Что имеется в виду. Второе - согласен с Ар. насчет текста. Ну, у нас люди любят всякие там тайные секреты. Очень любят вот эти – "вся правда про коронавирус" и так далее. И точно так же, я думаю, что бы зацепило – это какая-то фраза типа «факты про ВІЧ, которые вы не знали». Топ-8 фактов про ВІЧ... То есть если это, например, Инстаграм – то первая картинка «топ-5 фактов о ВІЧ, которые вы могли не знать». И дальше мы листаем 5 фактов, и если это один из них, то вполне даже может быть.

ФГ ЧСЧ

С: Тут аббревиатурами...

Р1: Ну, процентами как-то...

С: И я не понял, что такое Н...

В: Н=Н – это что? Как переводится?

Р: Партнер плюс партнер.

/В. показывает руками, что очень длинный текст. /

В: Процент! Равно! Скобки, куча букв... Зачем это?

ФГ АВНІ

І: Мені здається, такі довгі тези краще розміщувати там, де люди читають і чекають продовження. Тобто це бігуща строка на телебаченні, знизу. Тобто іде слово, за ним слово, за ним слово, і люди чекають, що буде наступним.

Сг: Я думаю, що це люди, які, які сидять в череді в поліклініці, у них є час для того, щоб почитать, поразмишлять... Можливо, щось погуглить: що таке АРТ ілі Н = Н.

ІІ: Ну, вот скажите, В., если бы Вы сидели в поликлинике в очереди, что бы Вы поняли из этого сообщения?

В: Ну, что вирус не передается, если принимаешь терапию.

Сг: Просто у мене тут інші питання: а на скільки я можу бути впевнений, що людина приймає цю антиретровірусну терапію? Ну... знаючи людей, що людям важко постійно щось підтримувати, і можуть люди в депресії бути і – раз і на півроку пропустив. Можу я бути впевнений чи ні? То є якийсь контроль за такими людьми, що вони дійсно проходять терапію?

ФГ ЗН

Роз'яснення в дужках, яке має пояснити зміст висловлювання Н=Н, теж здається учасникам незрозумілим.

І: Слово «отже», знову... якось не дуже мені подобається, як написано. Багато тексту і ... знову ж таки, аббревіатура мене завжди якось... Н=Н – я не знаю, що це, але, можливо, це «негативний равно негативний».

ІІ: Дальше написано: «вірус не визначається – значить, не передається». Как Вы это понимаете?

Сг: То есть они проходят тест і він не показує, що в людини є ВІЛ. Це я так розумію.

ФГ ЗН

Цифра 94 не дуже тут актуально звучить, тому що люди завжди... намагаються думати, що вони можуть потрапити в ці 6%... Тобто, в принципі, це може трошки завадили, тому що 6 % – це доволі багато, насправді.

ФГ ЗН

С: Я ж кажу, це... я бачу тут надію... надію ВІЧ-інфікованого, це надія на нормальне життя.

ІІ: То есть у Вас позитивное такое ощущение, да?

С: Ну да. От я якщо я вхожу в роль ВІЧ-інфікованого, то для мене це як надія. Тобто якщо я буду постійно приймати цю терапію, то я нічим не буду відрізнятись абсолютно, від здорових людей.

І: Я згоден, що цей текст налаштований на людей, які вже хворіють...

ФГ ЗН

Довіряй лікарю – продовжуй лікування.

Учасники вважали, що цей слоган підходить для людей, які вже отримують лікування, але не оцінили цей меседж як інформативний або ефективний. Тим більше що незрозуміло, про яке саме лікування йдеться.

Р: Это уже в медицинских учреждениях.

ІІ: "Довіряй лікарю" - оно вообще как-то мотивирует доверять лікарю?

Р: Не особо. (Смеется)

А: Нет факта, почему надо доверять.

Р: Да.

ФГ ЧСЧ

В: Ну я так понимаю – кто болеет, если принимает препараты, то продолжают его дальше пить, принимать. Делать то, что...

Р: Говорит врач.

С: Когда врачу можно доверять, и он тебя вылечит. Вот мне так кажется.

В: Лікар доверяє тобі, ти довіряєш лікарю, вот так правильно.

ФГ АВНІ

Сг: «Продовжуй лікування». Я не знаю, це можливо який центр для хронічних хвороб якихось, тому що... «продовжуй лікування». Люди, які приходять до лікаря, вони сподіваються вилікуватись повністю, а не продовжувати лікування. /сміється/ Ну, здається, так закладено у людей.

ФГ ЗН

В Україні близько 250 тисяч людей живуть з ВІЛ, і кожен третій з них не знає про свій статус. Групі ЧСЧ сподобався цей меседж як той, що «чіпляє» і мотивує пройти тестування на ВІЛ-інфекцію. Так само реагували і ЛВНІ. Водночас в групі ЗН учасникам здалося, що цей меседж «залякує».

Ж: Вот такое, кстати, интересно.

Ар: Да, это бы задело.

Ж: Это именно то, что вот внутри, где-то там в глубине побудило бы узнать, интересно...

ІІ: Не отношусь ли я к этой трети?

Ж: Да.

Ар: Да, это мотивирующий, мотивирующий меседж, да.

В: Это цепляет.

ФГ ЧСЧ

ІІ: Здесь не написано дальше – "Пройди тест, протестуйся, просто зроби це". Но вы это прочитали, и вам понятно, к чему это, да?

Все: Да. Да. Да.

Ар: Я думаю, что здесь скрытое послание, что надо все-таки протестироваться.

ФГ ЧСЧ

Д: Это вообще отлично все.

Р1: Хорошая цитата.

Р2: Оно работает.

Р1: Человек зайдет и протестируется.

ІІ: Вот В. показывает большой палец, что это класс.

В: 100%. Такую рекламу пустить бы по телевидению.

І: Это посыл для тестирования. Чтобы сделать быстрее... тест.

С: Столько уже болеет! Еще и каждый третий не знает! А может я каждый третий?

ФГ ЛВНІ

С: Ну тут страшно.../сміється/

Сг: Залякує.

С: Залякує, да. Залякує. То есть, ты не знаешь, в принципе, с кем ты будешь завтра ехать в метро.

І: Ну і закрадаються думки, типу: «А раптом він в тебе», – ну, ще додатково закликає пойти протестуватися.

ІІ: То есть, идея автора какая?

Сірьюжа: Протестуватися.

ФГ ЗН

ІІ: Какие у Вас мысли вызвало бы такое сообщение, если Вы в метро едете и прочитали?

В: Ну, оно не закончено. Тут надо «протестуйся» добавить.

С: Класно сказав В., можна було б написати - тут офіційно написано літерами, а «протестуйся» написати якось графічно, ну, зовсім іншим кольором і зовсім іншим шрифтом, що ніби це додав хтось просто з людей. Оце б доволі красиво виглядало б...

ФГ ЗН

Завдяки антивірусній терапії АРТ люди, які живуть з ВІЛ, можуть народжувати дітей без ВІЛ. ЧСЧ зауважили, що цей меседж не має до них відношення, але загалом підтримали це повідомлення.

А: У меня к вам вопрос. А это ж не относится к МСМ?

ІІ: Вы имеете ввиду, что МСМ... не рожают детей... Да, это не относится к МСМ-меседжам, но это для общей информации.

Р: Хорошо, если мы для общей, то, в принципе...

ФГ ЧСЧ

В целом, полезно. Я бы добавил здесь в конце вопрос. Сейчас переформулирую. Люди з ВЛД можуть народжувати дітей без ВЛД. ІІ потім — хочеш знати, як? ІІ ссылка. ІІли там — дізнатись більше. ІІ ссылка. То есть не так, что просто увидел — и все, но чтобы остался какой-то незавершенный вопрос, чтобы человеку захотелось узнать об этом больше.

ФГ ЧСЧ

Ан: Мы за это уже говорили. Здесь все понятно. У людей есть ВИЧ...

Р: Принимают препараты.

Ан: ...они принимают АРТ... Они могут...

Р: Рождаются здоровые дети.

Ан: ...создавать семью, и рождать здоровых детей. ІІ полноценно жить.

ФГ АВНІ

Як ЧСЧ, так і АВНІ вважали, що цю інформацію потрібно розповсюджувати в антенатальних клініках (жіночих консультаціях, пологових будинках).

Р1: Если обращаться к гетеросексуальным женщинам и с такой информацией, то это, наверное, рассчитано на такую целевую аудиторию.

Р2: Может, в каких-то родильных домах...

Р3: Да, может быть.

ФГ ЧСЧ

Я считаю, что подобная информация должна быть обязательно в кабинетах доверия для беременных женщин. Как поддержка... Которая забеременела, и она сразу же получает информацию о том, что даже если у нее и есть заболевание, ребенок у нее может быть здоровым. То есть, в женских консультациях. В роддомах.

ФГ АВНІ

С: Ну, у мене — надія. Бо багато людей з ВЛД, можливо, бояться вагітніти через те, що хвилюються за покоління майбутнє. А це дає можливість і дітей народжувати, і жити нормальним життям і більше того, що б діти були здорові.

ІІ: То есть это Вас, как бы так, воодушевило, да?

С: Звісно.

ФГ ЗН

Однак були й питання — в групах АВНІ та ЗН не всім сподобалось слово «можуть»: «Мне не нравится слово «может». То есть, они, получается может и не здоровыми рождается?» (ФГ АВНІ)

Сг: Мені не подобається слово «можуть народжуватись». «Народжусться» краще сказати, тому що «можуть» викликає підозру. «У людей, які живуть з ВЛД, народжуються здорові діти». Ну, так було б краще, мені здається.

ІІ: Ведь даже если женщина не на антиретровирусной терапии, у неё тоже может родиться здоровый ребенок.

С: Ну, да. Краще — «народжуються діти без ВЛД».

Виктор: Завдяки лікуванню.

ІІ: Вам не нравится «антиретровирусная терапия»?

В: Ну, це... сложно...

Сг: Я теж згоден, що трошки складно.

С: Ну оці всі терміни і аббревіатури, вони більше для самих лікарів.

ФГ ЗН

ІІ: «Завдяки антиретровірусній терапії, АРТ...» Вы бы дочитали до конца или на этом месте уже б остановились?

С: Я би, по-перше, не міг слово «антиретровірусній терапії» ...

Сг: Мені сподобалось, як ви сказали? Лікування... завдяки лікуванню.

ІІ2: Тобто або просто «терапія», або просто «лікування»?

Сг: Да, «терапія». «Завдяки терапії».

С: Або «лікування».

Сг: Оце слово «антиретровірусна»....

С: Не, от тожє: «лікування» це теж щось складне, це щось таке, якийсь процес серйозний. А терапія вона... ну, вона така може бути просто, як просто приймання пігулок.

Сг: Да, може «терапія» краще ніж «ліки».

ФГ АВНІ

Сьогодні антиретровірусна терапія (АРТ) – ліки, що дозволяють жити, маючи ВІЛ, так само повноцінно, як і без ВІЛ.

Знов учасникам не сподобались складні медичні терміни і аббревіатура АРТ, яка, як виявилось, знайома не всім ЧСЧ. В групі АВНІ учасники загалом розуміли зміст повідомлення, і воно не здавалось їм занадто складним, на відміну від чоловіків-ЗН.

ІІ: АРТ в скобках - оно нужно вообще, как вы думаете?

Р: Нет, нет.

ІІ: Часто звучат – люди на АРТ... Я так поняла, когда Н. прочитал АРТ, что АРТ не на слуху у вас?

В: Я считаю, что не нужно. ІІ вообще можно заменить вот это антиретровирусная терапия, просто - или ліки, або терапія.

Ал: О, терапия, лучше терапия.

ІІ: Ліки или терапия.

ФГ ЗН

ІІ: Информация, если бы она была на билборде, в метро, привлекла бы внимание? Вызывает доверие?

Р1: Да, если бы была бы какая-то положительная картинка – семья, дети, все хорошо...

Р2: В принципе, да, эта фраза имеет место на жизнь.

ФГ ЧСЧ

І: Все лаконично.

Р1: Все понятно.

Р2: Можно ну даже по телевизору рекламу такую.

Р1: В поликлинике.

Р3: На улице на билборде.

ФГ АВНІ

Сг: Якись завороти тут дуже заплутані.

С: Я навіть загубився

В: Не, ничего вообще не могу понять.

ІІ: Вообще не понятно, да?

В: Да.

ФГ ЗН

С: Когда фильм смотришь онлайн, два раза рекламу показывают по 12 секунд.

В: Ну, оно все время показывает про казино.

/одновременно все говорят и смеются/ Да, да, так.

В: К казино доверия нету.

ІІ: То есть, если бы это было в рекламе перед фильмом или где-то в Интернете и всплыла реклама – доверия не было бы к такой рекламе?

Сг: В мене не дуже, я би не знав чи це реально.

С: Ну бо це – вірусна реклама, вона вже як би... не располагает...

ІІ2: А может логотипы, каких-то организаций, Министерства здравоохранения... чтобы вы лучше поверили?

С: Ну, да, в будь-якому випадку це повинно бути там... якісь АНФ..
ФГ ЗН

ІІ: Мы сошлись на том, что все запутано, непонятно. А как бы вы сказали ту же самую мысль более простыми словами, чтоб было понятно?

С: Наприклад, «Сьогодні є ліки, які дозволяють ВІЛ-інфікованим жити повноцінно». А то я його три рази прочитав, поки зрозумів взагалі.

Сг: Я і досі не розумію.

С: Щоб самі важливі слова, да? «Ліки», «жити», «повноцінно» - все.

ФГ ЗН

94% людей, які живуть з ВІЛ і регулярно приймають антиретровірусну терапію (АРТ), досягають стану Н=Н. Вірус не визначається в крові, отже, не передається. І головне, ВІЛ не переростає у СНІД.

Учасники різних груп вважали, що це повідомлення перевантажено науковою інформацією, дужками і скороченнями, і загалом більше підходить для брошури, ніж в якості соціальної реклами.

Р1: Ужас.

Р2: Много текста.

Р3: Это похоже на то, что было, да?

Ар: Человек прочитал $N=N$, а я вообще прочитал $H=H$, потому что похоже на какую-то формулу.

В: Слишком сложно. Очень много тяжелой информации в одном меседже.

ФГ ЧСЧ

Р: Ну, мне кажется, надо убрать вот этот АРТ. Вот эту строчку убрать.

М: Можно сократить – «Люди з ВІЛ на лікуванні не передають ВІЛ статевим партнерам».

...Этот текст, скорее, подходит для брошюр, для людей, которые уже в теме, заинтересованы либо уже узнали про свой диагноз. Это текст для брошюры, где в хронологической последовательности сначала объясняют, что такое – нагрузка и так далее. А для социальной рекламы это не подходит.

ФГ ЧСЧ

ІІ: $H=H$ - наверное, имелось в виду, что это будет какая-то узнаваемая аббревиатура?

В: Это, как с "Протестуйся". Десятки лет все говорят про "Протестуйся", но тут у нас появляется COVID – и все, все переключились: на COVID тестуйся. Большие никому не интересен ВІЧ.

ФГ ЧСЧ

Р1: Ну это плакаты, брошюры, я считаю.

Р2: Брошюры. Много текста?

Р1: Да. Да. Да.

В: Может, чтобы это кто-то говорил, где-то там, возле метро. Запись можно включать.

Р3: В уши чтоб пошло, да?

В: Да. Да. Чтоб где-то идешь, и услышал. Я так ботинки купил. Зашел рядом возле магазина, там в записи говорилось – низькі ціни. Я поднялся и купил.

ФГ АВНІ

Р: Текста много.

Сг: Ну, текста много, але я бачу тут надію для ВІЧ-інфікованих. Тому що СНІД це вже щось... ну дефіцит імунітету, це вже щось дуже серйозне. Не досягнути до такого стану – це місія людини, яка інфікувалася.

ІІ: А вы вообще знали, что ВІЧ-инфекция и СПИД - это не одно и то же?

В: Ні, не знав. Ну, я еще до сих пор не знаю.

ФГ ЗН

ІІ: Чем отличается посыл – если мы возьмем предыдущий, «...а це означає, що вони не передають ВІЛ своїм

статевим партнерам», а здесь написано – «отже ВІЛ не переростає у СНІД»?

С: Перше для партнерів може бути. А це уже для... ВІЛ-інфікованих ну, і для рідних.
ФГ ЗН

Не припиняй лікування, дізнайся, як вийти на рівень Н=Н і врятувати своє життя.

Учасники-ЧСЧ знов нарікали на незрозумілу «формулу» Н=Н, а також на те, що слово «врятувати» не налаштовує на позитив і натякає на смертельні ризики. Групі ЗН текст здавався недостатньо зрозумілим, вони теж згадували «формулу».

Ар: Вот я не знаю, например, что такое "Н=Н". Да, я могу представить, что это связано что-то с равенством там с обычными людьми, но это так, это чисто моя интерпретация. Вот я не понимаю, допустим, что такое "Н=Н". То есть это надо как-то заменить. Вот.

Р: А здесь не понятно, о чем вообще идет речь... Какое лечение? С ВИЧ ничего не связано.

ІІ: А если убрать "Н=Н", то это подходит к любой болезни, правда?

Артур: Да, вообще к любой.

ФГ ЧСЧ

В: Еще мне не нравится слово – "врятувати своє життя". Опять про безысходность и то, что С. говорил, про депрессию в рекламах.

ІІ: То есть, когда "спаси свою жизнь", или что "не вилок"...

Р: То сразу думаешь про вилок.

ФГ ЧСЧ

ІІ вот там, где - "Не передаётся". Там было написано каким путем, я еще помню даже со школы "Основы здоровья". Там писалось в учебнике - через посуду, через полотенце не передается. Это тоже можно в таких кружочках сделать. То есть визуально, как не передается.

ФГ ЧСЧ

Р1: «Врятувати своє життя» привлекает внимание.

Р2: Сама аббревиатура пугающая. Н=Н. Что такое Н=Н? Что-то такое непонятное...

Р3: Да.

ФГ АВНІ

І: ...Ну якщо це просто повісити на вулиці, і мені знається, що от ти йдеш, глянув на біл-борд і пішов далі. В тебе не той настрій, щоб сприймати цей текст. На вулиці нічого не зрозуміло.

Сг: А мені здається, що з моїх знайомих чи друзів 95% просто не зрозуміє, як вийти на рівень і що таке «н=н».

Вони просто цього не зрозуміють. От я тільки зараз ці два дізнався, що це виявляється не «негативний на негативний», а що це «не визначається та не перелається». Тобто мої знайомі не будуть знати, що таке «н=н».

С: Більшість прочитас як h & h.

Сгй: Да, може шось таке /сміються/.

ІІ: А вообще про какую болезнь здесь идет речь, понятно?

/Все респонденты говорят одновременно/: Ні.

С: Вообще не понятно.

ФГ ЗН

Як на 99% зменшити ризик інфікуватись ВІЛ?

Майже всі учасники вважали, що цей меседж приверне увагу, заінтригує і спонукає людей самостійно шукати інформацію в Інтернеті. Декому це повідомлення здалося найбільш ефективним серед усіх.

ІІ: "Як на 99% зменшити ризик інфікуватися ВІЛ" – а дальше что? Какая-то ссылка? Хотите?

Р: Можно ссылку.

М: Просто добавит там – "Дізнайся" и ссылку, и все.

А: Смотри, где это будет висеть. Если это будет в Инстаграме такое сообщение, то я думаю, что вряд ли. Если это просто придет от человека левого сообщения, то вряд ли.

Ал.: Я хочу сказать, как М. сказал, "Дізнайся", я бы поставил впереди здесь – «Дізнайся, як на 99% зменшити ризик інфікуватися ВІЛ". "Дізнайся"- и внизу какая-то ссылочка.

ІІ: "Дізнайся, як на 99% зменшити ризик інфікуватися ВІЛ".

А.: Да.

ФГ ЧСЧ

ІІ: Как можно на 99% зменшити ризик інфікуватися ВІЛ – про что тут речь?

Н: Приймати PrEP.

Артур: Про профилактику, наверное. Вообще как понятие. Ни о чем конкретном я не подумал.

ФГ ЧСЧ

Вообще большую часть этих месседжей я вижу с какой-то картинкой, где буде, наверное, какой-то такой кружочек, например – "Як на 99% зменшити ризик інфікуватися ВІЛ". ІІ там можна каких-то четыре кружочка. Там, например, в одном кружочке – контрацепция, в другом PrEP, как говорили, и еще какие-то кружочки, да.

ФГ ЧСЧ

Ан: Предохраняться... Ни в коем случае не использовать б/у-ые шприцы. Предохраняться во время полового контакта.

Р1: ІІ надеяться на Господа Бога, что у стоматолога или у врача... ну там операции какие-то, переливание крови...

І: Сузубо как приглашение – узнать, как зменшити ризик інфікування ВІЛ.

ФГ АВНІ

Р1: Інформацию получить нужно.

Р2: Здесь не хватает аббревиатуры организации, которая тебе это разъяснит.

Р3: ІІли ссылки на сайт.

ФГ АВНІ

С: Ну, це зразу відправить більшість людей в гугл.

І: Мені здається, от із усіх тем, які ми бачили, воно найбільш зацікавить звичайного пересічного.

Ну, мені здається, що от С. сказав, що це змусить людину подумати і пошукати шляхи поцікавитись цим. От мені це подобається. Мне б це зацікавило. ...Я б шукав в Гугл... Тобто, в принципі, я б написав би там: ВІЛ шляхи передачі, ризики. Тобто я думаю, що можливо мені б який профільний сайт видало, там де, саме алгоритми, все чітко написано, цікавий, яскравий і таке. Можливо навіть в картинках, все було б цікаво.

ІІ: А каким сайтам Вы доверяли бы?

С: Ну, офіційні сайти, наприклад МОЗ. Або центр громадського здоров'я.

ФГ ЗН

ІІ: А может, было бы проще, если бы здесь же была бы какая-то информация?

Сг: От я про це хотів сказати Вам. Було б цікаво, як би QR-код писалось би таке, більш для молодшого населення. Навіть посилання якесь.

В: Посилання якесь.

С: Я не думаю, що хтось би вводив би адресу сайта. Якби одним нажатієм можна було перейти, то було б да...

Сг: Як би в назві самого сайту було б «99 процентів», було б дуже...

С: А якщо це якийсь сіті-лайт або біл-борд, то тут тільки QR-код.

ФГ ЗН

Сг: Ну, мені просто сама фраза ця подобається. Тому що якимось самостійно хочеться вже... ну мені самостійно хочеться щось дізнатися. Ну, мене вже взагалі ця фраза зацікавила, без QR-коду навіть і без посилання.

С: Ну, кстаті, фраза мені дуже сподобалась «використовуй презерватив». Бо я колись... давно чув, що не треба з людьми говорити про СПІД, треба казати про безпечний секс.

ФГ ЗН

Сг: Я хотів сказати, що коли у багатьох людей справа доходить до сексу, вони думають виключно про інтимний стан і не дуже про захист і про інші речі. Потрібно бути дуже свідомою людиною, щоб думати про захист саме в цей час. Тому що це все ж таки фізична потреба і вона викликає ендорфіни, а не думки про щось там потойбічне, потустороннє, що може бути колись там, потім. Тому мені фраза «використовуй презервативи» тут не дуже сподобалась би.

С: Мені здається, тут все залежить від виховання, і якщо з самого раннього віку підліткам розповідати про безпечний секс, то навіть в період такої страсті більшість, все ж таки, будуть думати головою. Тому що це вже буде як навик, рефлекс, це буде вже як навик, от і все.

ФГ ЗН

ІІ: А какой же фразой всё-таки людей мотивировать использовать презерватив?

С: Ну, мы сейчас активно в полиции занимаемся пасками безпеки. І у нас дуже низький рівень людей користуються пасками безпеки, але, все-таки, інформаційні кампанії збільшили кількість людей, які сьогодні використовують паски безпеки. І тут якраз ці фактори, які сприяють: ті ж самі фото з ДТП і так далі.

ФГ ЗН

Доконтактна профілактика ВІЛ (ДКП або PrEP) захищає від інфікування ВІЛ на 99%.

Основним недоліком цього меседжу учасники вважали його неінформативність у разі, якщо люди взагалі не знають про ДКП – що це таке і яким саме чином захищає. Наприклад, група ЛВНІ, які нічого не знали про ДКП, з цього повідомлення навіть не усвідомили б, що йдеться не про ВІЛ-позитивних людей.

Я читал на Википедии, и вот 99% там точно не было. То есть там 70 было, там очень много разной информации, поэтому наверное, 99% – мне кажется, это утрировано как-то. А если бы не читал на Википедии, то 99% внушают доверие. Это как бы заинтересовало, да.

ФГ ЧСЧ

ІІ: А достаточно ли информативное сообщение? Если бы вы ничего не знали про PrEP, допустим?

В: Нет, совсем не информативное. То есть защищает – как, о чем, что это?

ІІ: Совсем не информативное – думает В. ІІ Ж. говорит – нет.

Ар: А как интерпретировать вообще – доконтактная профилактика? Как она происходит, ну, вот? ...То есть можно было бы написать, например, ліки, там что как-то уточнить этот вопрос.

ФГ ЧСЧ

В: Скобки – это всегда мешает. "Доконтактна профілактика" – это словосочетание очень тяжело для восприятия. Это непонятно. Какая-то профилактика ВІПЧ – зачем оно мне надо, если это меня не касается? Допустим, МСМ на улице видит это, и такой: "У меня нет ВІПЧ – значит, это не про меня".

ІІ: А если МСМ, который слышал? Вы же где-то слышали, С., Н. слышали... Вы слышали больше PrEP или ДКП?

Все: PrEP. PrEP.

ІІ: Сейчас все слышат про PrEP. ІІ тут вы видите – " PrEP захищає від інфікування ВІЛ на 99%".

Ал: Я бы изменил немножко: " PrEP – препарат, который защищает від інфікування ВІЛ на 99%". Лучше «PrEP – это препарат, который защищает», а не «доконтактная», и многие не поймут.

ІІ: То есть указать, что это препарат; может быть, картинка таблеточки, как всегда.

Ал: Да, да, "PrEP – препарат, який захищає від інфікування ВІЛ на 99%".

ФГ ЧСЧ

І: Я вам скажу честно, я бы не уловил слово доконтактная. Я бы подумал, что это все-таки для людей уже с позитивной...

Р1: Я согласен. Да, доконтактная - с чем контактировать?

ІІ: То есть, если человек не знает, не слышал, то оно непонятно, да?

P2: Непонятно, конечно.

ФГ АВНН

II: «Доконтактна профілактика захищає від інфікування ВЛІ на 99%». Вы ничего об этом не знаете...

C: Да. Зразу пішов би шукать, що таке доконтактна профілактика ВЛІ.

C2: Центр громадського здоров'я видає посилання, якщо ввести ДКП; бачу, це доволі поширена абревіатура.

C: Ну от я чисто логічески предположу.. Це щось все ж таки пов'язане з безпечним сексом. Тобто це якісь розмови чи якась інформація, пов'язана з безпечним сексом.

I: Мені здається, що це якісь препарати, які піднімають резистентність до вірусу.

II: А Вы бы, В., обратили бы внимание на это? Заинтересовались бы?

В: Конечно. Ну, чисто для себя бы выяснил, что это. Что это обозначает...

II: Где бы Вы искали эту информацию?

В: В Интернете.

ФГ ЗН

Сексуальних фантазій не варто соромитися. Важливо вчасно себе захистити. Використовуй презерватив.

Учасники-ЧСЧ критикували це повідомлення за те, що три його частини не пов'язані між собою. На їхню думку, цей меседж викликає різні асоціації у різних людей, тому є неоднозначним.

М: Так это шизофазия какая-то, знаете, не связанные между собой предложения... То есть одно предложение не связано с другим. Непонятно, причем тут фантазия, при чем тут защитит, и потом презерватив....

II: То есть вы здесь не видите связи? По тексту.

В: Сексуальные фантазии бывают разные. (Смеется)

ФГ ЧСЧ

Ар: А как вы думаете, если опустить предложение посередине - поменяется ли смысл? Если первое оставит и последнее предложение, то смысл особо не меняется, но текста становится меньше. "Сексуальних фантазій не варто соромитися - просто використовуй презерватив".

ФГ ЧСЧ

II: Где может быть такое сообщение и в каком виде?

М: В каких-то клубах, может быть — знаете, секс-клубы, БДСМ-клубы какие-то, туалеты.

II: Нужна какая-то картинка для привлечения внимания?

М: Вот как эта.

II: Вот как эта, с молодыми людьми, то есть подразумевает, что речь идет о сексе.

Ар: Да.

Р: Да, отлично.

В: Знаете, какая-то с прелюдиями картинка должна быть, чтобы про сексуальные фантазии было, не про кошечек или уточку, а про какие-то прелюдии...

ФГ ЧСЧ

II: Скажите, вам меседж понятен? Что любые виды секса безопасны, если ты в презервативе?

Р: Так это не про все фантазии. Кому-то нравится, чтобы сперма попадала внутрь, а тут презерватив - ну, типа, какие фантазии? Не все фантазии.

ФГ ЧСЧ

В: Можно убрать первое / предложение/. Оставить второе и третье

Ар: Содержание полностью понятно, если это прочитать полностью, вчитаться. А мы же говорим о том, что может кто-то недочитать. II вот, как зацепить? Может быть, что-то выделить, что-то убрать...

II: А М. говорит, что вообще тут не связанные вещи и про сексуальные фантазии ничего не понятно.

М: Потому что не хватает действия; фантазии и презерватив — а какая между ними связь? Фантазии — реализация — презерватив — вот тогда была бы связь.

II: Типа, реалізуй свої сексуальні фантазії з презервативом?

М: Що-то типа того, но тільки більш красиво.

ФГ ЧСЧ

Ар: Я думаю, що кожен говорить про свої асоціації. Для кого-то сексуальні фантазії – одно, хто-то подумав про що-то інше, як ми вже пояснили. То єсть це дуже спірний меседж.

II: А потрібно ли взагалі в такому випадку слово "фантазії"? І чи про це йде мова?

Ар: Наскільки я зрозумів, слово "фантазії" – це як спосіб зацікавити в цьому меседжі. Але при цьому він дуже суперечливий.

ФГ ЧСЧ

На відміну від ЧСЧ, як АВНІ, так і чоловіки з групи ЗН асоціювали цей меседж з рекламою презервативів, а не з профілактикою ВІЛ-інфекції.

I: Реклама презервативів. Це про те, що подумав, чесно. Реклама презервативів. Залишилося тільки поцінувати, якою презерватив.

P1: Згоден. ВІПЧ тут як би не асоціюється. Чесно.

P2: Якої фірми презерватив.

P3: А при чому тут презерватив? Все сексуальні фантазії – клас. При чому тут ВІПЧ?

II: То єсть, про це ви подумали?

P1: О продажі презервативів.

I: Я зразу подумав про рекламу.

ФГ АВНІ

Сг: Мені це більше як реклама самих презервативів. Про ВІЛ, тут я би взагалі не подумав би.

II: А взагалі подобається така реклама?

Сг: Як реклама так.

С: Як реклама презервативів.

II: А про ВІПЧ?

С: Немає тут нічого. Але тут і інші хвороби, які передаються статевим шляхом...

ФГ ЗН

I: Мені здається, тут просто йде акцент про те, що сексуальних фантазій «не варто соромитися». І ти починаєш несерйозно сприймати весь подальший текст. От перше речення, де людина має якось сконцентруватися, заставити задуматися, можна було б сказати про кількість хвороб: стільки-то хвороб передаються статевим шляхом...

Щоб побачив цифри і задумався.

Сг: Мені теж здається, що якась перша фраза «гральна» така, вона відволікає, і в тому її плюс, тому що вона націлює на наступні, і вони легко сприймаються. Через те що вона заманлива. Вона заманює – ті «сексуальні фантазії», вони заманюють, а далі «важливо вчасно себе захистити» і «використовувати презерватив», воно таку ланцюжок створює і легко сприймається. Те, що легко сприймається, не нав'язливо, воно дуже добре запам'ятовується.

С: Да. Навіть вже при сексуальних відносинах може виникнути в пам'яті ця фраза... От людина йде на побачення, і він розуміє, що можливе продовження відносин, тому зайти в аптеку і купити презерватив буде доречно.

ФГ ЗН

Сексуальних фантазій не варто соромитися. Важливо вчасно себе захистити. Доконтактна профілактика ВІЛ (ДКП або PrEP) захищає від інфікування ВІЛ на 99%.

В: Почали за здоров'я, закончили за упокій. Занадто багато тексту.

Ар: Похоже на симбіоз двох меседжів.

В: Як в попередньому – то ж саме, тільки «використовувати PrEP». Сделайте так: "Сексуальних фантазій не варто соромитися – використовувати PrEP". Це буде коротко і зрозуміло для тих, хто знає, що таке PrEP.

II: А як ви думаєте, а питання інших інфекцій, які передаються статевим шляхом?

В: Все погано. (Сміється)

Ж: У мене такої ж питання. Я подивився всі ці висловлювання. А чому всюди тільки про ВІПЧ? А сифіліс,

гепатит?
ФГ ЧСЧ

Учасники-ЧСЧ рекомендували зробити меседж коротшим, у той час як ЛВНІ порадили об'єднати ці два меседжі про викристання презервативів і ДКП, оскільки прийом ДКП не відмінняє необхідності користуватися презервативом.

В: Здесь уже понятно, что речь идет про ВИЧ. Здесь уже конкретно.

Р: Даже если принимаешь доконтактную вот эту терапию, все равно надо пользоваться презервативом. Мне кажется.

ІІ: То есть, вы бы соединили? Потому что сейчас здесь одна тема - это «защищайся, презерватив». А другая - доконтактная профилактика. Отдельно презерватив, отдельно PrEP, и вроде как это взаимоисключающие вещи.

Р: Да. Да. Соедините про ВИЧ и про презервативы и про PrEP.

ФГ ЛВНІ

Сг: Знову ж таки аббревіатури, багато інформації. Спершу така ніжна, така інтимна інформація, потім іде нормальна, а потім – доконтактна профілактика, і воно якось позбавляє... Не може бути і стрес і радість в одній фразі.

С: Воно нечитабельно.

Ігор: Мені просто здається, що доконтактна профілактика потрібна вузькому колу людей. А просто на вулиці – це більшість рекламного, соціального характеру... Воно так і починається, а потім якась непонятна річ.

Сг: Це для певної категорії, повністю згоден. Це для звичайного пересічного громадянина не дуже...

ФГ ЗН

Через рукоштовтання та поцілунки ВІА не передається.

Це було одне з небагатьох повідомлень, яке, на думку учасників, цілком підходить для загального населення. Проте учасники вважали, що ця інформація вже всім давно відома.

ІІ: Как вы думаете, для общего населения работает?

Р: Да.

ІІ: Такой меседж, где он может быть?

В: В общественных местах.

А: На билбордах тоже. Конечно.

ФГ ЧСЧ

Р1: Ну это, я считаю, все знают.

Р2: Да-да.

Р1: Потому что это уже много рекламы.

Р3: Не думаю, что все, но многие об этом знают.

Р1: Слышали почти все.

ФГ ЛВНІ

Сг: Здається деś і була вже така реклама.

С: Да.

Сг: Воно і запам'яталося і воно доволі класно звучить. І запам'яталося всім при чому.

ФГ ЗН

ІІ: Мы это все знаем, да? А если ваш приятель ВИЧ-позитивный, вы бы могли с ним обняться, поцеловать его в щеку, допустим?

С: Серьёзно, да. Да, можна. Ну, знов таки, якщо ти розумієш, що ця людина, вона ну... не тот самый, не якийсь наркоман, це не якась людина, яка веде безпорядочний спосіб життя, да? Тобто, це людина, якій ти можеш довіряти по суті. Бо даже більш не ВІА буде мені від цієї людини загрозовувати, а все інше.

ФГ ЗН

ВІАна бути мамою. ВІАний бути татом.

Учасники-МСМ зазначили, що ці два меседжі не є релевантними для ЧСЧ. Учасники АВНІ та ЗН пропонували виділити частину слова «ВІА» іншим кольором, щоб меседж сприймався більш однозначно, і не губилася тема ВІА. Без цього, на думку респондентів, люди не зорієнтуються, що йдеться саме про ВІА-інфекцію.

В.: Очень про МСМ. (Смеется)

ФГ ЧСЧ

І: Вот как по мне, красим красным цветом три первые буквы и дальше продолжаем. Внизу ставим ссылочку на сайт... Ну, принципе, образованные люди и так поймут.

ФГ АВНІ

ІІ: «ВІАна бути мамою». Если, как говорит І, выделить цветом или другим шрифтом эти буквы ВІА - как вы думаете поймут, о чем идет речь?

Р1: Поймут.

Р2: Да. Поймут.

Р3: Даже общее население.

І: Первые три буквы ВІА, они о многом говорят.

Р2: О чем-то уже задуматься, да.

ФГ АВНІ

В: Я не совсем понимаю «ВІАна бути мамою» — что это означает? То, что женщина, больная ВІЧем, может свободно рожать, так я понимаю? Если едет человек в метро и такое читает где-то, то я думаю, сразу возникает мысль: «А что это она будет рожать. А вдруг ребенок заразится?». Человек, который не знает...

ІІ: Не раскрыта информация.

ІІ: Вы имеете в виду, В., что если бы была еще одна фраза, которая говорила бы, что ВІЧ-позитивная женщина на АРТ рождает здоровых детей...

В: Да. Да. Что-то в таком плане.

ФГ АВНІ

ІІ: «ВІАна бути мамою» і «ВІАний бути татом». Вот как бы вы поняли вот эти сообщения?

Сг: Треба слово «ВІА» виділяти іншим кольором, щоб було зрозуміло, що це можна сказати два різних слова і нашітовхує на те, щоб задуматися — бути батьком можна і з ВІА В принципі, як от соціальна реклама, яка нашітовхує на думки — мені подобається.

Сірьюжа: Знов таки, це для обмеженої категорії людей, інфікованих...

В: А мені навпаки, а мені для всіх.

ФГ ЗН

ІІ: Мы сегодня уже несколько раз говорили, что «ліки», «антиретровірусна терапія», «дозволяє мати здорову дитину», да? Если бы мы с вами сегодня не говорили о ВІЧ так долго, Вы бы обратили внимание на то, что это «ВІА», что это аббревиатура касается ВІЧ-инфекции?

Виктор: Ну, нет...

ІІ: Вы бы просто прочитали «ВІАна бути мамою», «ВІАний бути татом» — и что бы Вы подумали? Про что это?

І: Я би теж, коли біжиш і на сіті-лайті таке бачиш, я не пов'язав би це з ВІАом.

В: Да.

С: Може це вообщє буде асоціюватись у деяких людей з серіалом «ВІАна» чи як воно там... З пісню Тіни Кароль «ВІАна»... Да все що завгодно.

ФГ ЗН

ІІ: А если было вот «ВІА» красным, допустим, а дальше «...віАний бути татом», Что бы вы поняли из этого, В., как Вы думаете? Даже если б Вы поняли — ага, ВІА — это ВІА, то что бы Вы поняли? «ВІАна бути мамою», «ВІАний бути татом» — про что это?

В: Ну... що є ВІПЧ-інфекцією також можна бути батьками.

ІІ: То есть бы Вы это поняли, если было бы выделено и было понятно, что ВІА.

Виктор: Ну да, сейчас-то уже я понимаю, о чем речь.

ІІ2: А так можно и не понять?

В: А так можно и не понять, что подразумевается. Ну, аббревиатура, и как пересічний гражданин, то... Никто не понял бы, вот тот строитель не понял бы.

ФГ ЗН

С: Там ще має бути якась додаткова інформація. не вистачає інформації про саму ВІА. Можливо, додати якусь інформацію.... Це може бути про терапію, да. Можливо як перший слоган цієї фрази... Ось так: «Завдяки терапії у людей, які живуть з ВІА, можуть народжуватися здорові діти».

Сг: «Народжуються діти без ВІА».

С: **«Завдяки терапії у людей, які живуть з ВІА, народжуються діти без ВІА».**

Сг: Ну тут дійсно добре поєднати, тому що... і закликає, і змушує подумати, і причинно-наслідковий зв'язок є.

ІІ: ІІ не заставляє людей шукати і по-своєму трактувати.

С: Во, во. Вот це саме головне, бо що у людини в голові в той час, ніхто не розуміє. Я ж кажу, чи він думає про «Вільну» серіал чи про пісню, чи про... Я не знаю, вільний від чого, що людина думає.

І: Мені здається, що якщо навіть просто таку рекламу, якщо хочеться зробити просто лаконічний текст, то додати якусь емблему – ну, МОЗ наприклад, що принаймні воно спрямувало твої думки, ну від кого ця реклама, тому що ти навіть не подумаєш про те, що це про ВІА. Тобто або інформативний меседж, або якесь посилання – хто цю рекламу дав. Що б ти розумів: МОЗ дало – значить, це про хворобу, і тоді вже пов'язуєш.

ФГ ЗН

Тестуйся. Так краще.

Учасники вважали цей меседж недостатньо конкретним – з нього не зрозуміло, на що саме потрібно тестуватися, і під час пандемії це збиває з панталіку. Крім того, незрозуміло, кому і чому «так краще». Учасники-ЧСЧ запропонували свої варіанти ефективного повідомлення на цю тему.

Р1: Непонятно, на что тут тестироваться.

Р2: Хотелось бы, чтоб какая-то ссылка или QR-код, где можно это сделать.

В: Вообще, если я захожу на Hornet, то я знаю, о чем это. Они постоянно вот эту хрень пихают и пихают, и опять с этим ВІПЧом – тестуйся и тестуйся. Там это всегда раздражает. Даже понимая, что это и что так краще. Кому краще?

ФГ ЧСЧ

Ар: Если не касаться того, что "Тестуйся" не уточняется... Вот "так краще" мне не очень. Если говорит про "так краще", то можно было бы написать – "Где справа твоего здоров'я". Что-то вроде этого.

В: Что-то про тебя, то есть не про "так краще", а – "тестуйся для себе".

Ар: Это касается тебя, да.

ІІ: "Тестуйся для своего здоров'я", что-то такое. А "тестуйся" – понятно, о чем речь?

Ар: А если "Тестуйся на ВІА"? "Тестуйся на ВІА – це справа твоего здоров'я". «Так краще» - абстрактно очень.

В: ІІ вот вы про место спросили. Я думаю, что можно где-то в поликлиниках возле кабинета сдачи анализов. Ну, и – "Тестуйся для себе".

ФГ ЧСЧ

Сг: Знову таки про коронавірус, напевно.

С: Да. Асоціації інші.

ІІ: То есть «Тестуйся, так краще» в эпоху коронавируса в первую очередь ассоциируется с коронавирусом?

С: Да, да

Сг: Напевно з коронавірусом.

ФГ ЗН

Висновки

Ризикована поведінка. Лише третина респондентів мала постійного статевого партнера. Кожен десятий респондент мав постійного статевого партнера, ВІА-статус якого був йому не відомий. Кожен п'ятий з респондентів повідомив, що не має постійного статевого партнера і час від часу зустрічається з різними партнерами. Така поведінка є типовою для ЧСЧ, РКС та ТЛ. Статеві контакти з випадковим партнером протягом останніх 12 місяців загалом виникали у третини респондентів, найчастіше серед ЧСЧ і ТЛ. Також майже третина респондентів не знала ВІА-статусу свого останнього випадкового партнера. Близько половини респондентів не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, з яких найчастіше не користувалися презервативами ЗН та ЛВУ. Серед усіх КГ ЛВНІ найчастіше визнавали наявність в себе підвищеного ризику інфікуватися ВІА, суто через ін'єкційний шлях інфікування. РКС також вважали, що їхня робота наражає їх на ризик. Визнання власних ризиків було причиною того, що більшість ЧСЧ цікавилися ДКП. Чоловіки ж з групи ЗН часто не усвідомлювали свої ризики, а деякі зізнавалися, що навіть коли ризик наявний, їхня поведінка не завжди є відповідною.

Тестування на ВІА, ТБ та ПСІП. Більшість респондентів проходили тестування на ВІА, з яких кожний десятий не захотів повідомляти про свій ВІА статус в цьому дослідженні. Найменше проходили тестування на ВІА респонденти з групи загального населення. Майже половина респондентів проходили тестування на ВІА регулярно – раз на рік. Найбільш популярними точками проходження тестування на ВІА для всіх груп респондентів були НУО і кабінет «Довіра» або центр СНІДу. Хоча переважна більшість респондентів (особливо КГ) проходила тестування на ВІА, майже ніхто не знав, що можна пройти безоплатне тестування на ВІА-інфекцію у сімейного лікаря. Проте, в той час як у спеціалізованих закладах ВІА- і ТБ-служби широко надаються послуги з тестування на ВІА-інфекцію, у ЗОЗ іншого профілю, особливо первинної ланки, медпрацівники рідко пропонують пацієнтам пройти тестування на ВІА. Основним бар'єром респонденти вважали нестачу часу у сімейних лікарів. Представники КГ найчастіше проходили тестування на ВІА в НУО або на аутріч-маршрутах НУО. До цього їх мотивувало зручне розташування, одночасне отримання інших послуг (шприци, інформація), дружнє ставлення з боку соціальних працівників, а також визнання наявності ризику щодо ВІА. Водночас для ЗН приводом зробити тест на ВІА часто були масові акції, які пропонували безоплатне швидке тестування без черг у зручному місті. За даними інтерв'ю, в ЗОЗ і медичних лабораторіях люди часто не отримують повноцінного консультування під час тестування на ВІА. До і післятестове консультування надають соціальні працівники в НУО, а також фахівці в Центрі СНІДу / кабінеті «Довіра». На думку респондентів, мотивувати людей до тестування на ВІА може його поєднання з іншими послугами заради зниження стигми; для групи ЛВНІ актуальним є наявність заохочення. Рівень обстеження на туберкульоз, вірусні гепатити та ПСІП був нижче ніж 80%, 60% та 50% відповідно на рівні всіх груп учасників цього дослідження.

Профілактика ВІА. Тема залучення сімейних лікарів до профілактики ВІА-інфекції є актуальною. Медичні працівники (у тому числі первинної ланки) загалом підтримували ідею залучення сімейних лікарів до надання пацієнтам профілактичних ВІА-послуг, проте вважали, що через надмірне навантаження працівників первинної ланки залучити їх до цієї роботи наразі нереально. Крім того, значна частка медиків вважала, що надавати пацієнтам інформацію про ВІА першочергово мають соціальні працівники

Лікування ВІА. Майже половина респондентів чекали більше одного календарного місяця до постановки на облік в Центрі СНІДу. Серед підгруп респондентів найбільше часу до постановки на облік було зафіксовано серед ЛВНІ. На момент опитування абсолютна більшість ЛЖВ отримували АРТ, а дві третини ЛЖВ повідомили, що чітко дотримуються режиму прийому АРВ-препаратів і не пропустили жодного планового відвідування лікаря-інфекціоніста. Серед всіх ЛЖВ кожен п'ятий був готовий отримувати лікування та ВІА-супровід у свого сімейного лікаря, а кожен третій ще не визначився; це може слугувати точкою прикладення зусиль у плануванні відповідних інформаційних кампаній.

Рівень обізнаності ВІЛ. Загальний рівень коректних відповідей на питання склав 93% (медіана 40 балів з 43 можливих), що свідчить про високий рівень поінформованості респондентів. Проходження респондентами тестування на ВІЛ, ТБ і ППСІ було позитивно пов'язано з вищим за середній рівнем знань щодо ВІЛ серед ЦГ2 і ЦГ3. Найвищий рівень знань був серед медичних працівників і трансгендерних людей, а найнижчий – серед загального населення. Медики вважали доволі низькою обізнаність пацієнтів з питань ВІЛ, особливо мешканців малих населених пунктів. Представники як ключових груп, так і загального населення рідко цікавляться інформацією щодо ВІЛ або спілкуються на цю тему в своєму соціальному колі.

У групі ЗН питаннями профілактики ВІЛ-інфекції цікавились лише ті, хто вважав, що має певні ризики, пов'язані з професійною діяльністю або способом життя. Більшість чоловіків з групи ЗН не цікавилася ВІЛ, бо не асоціювала себе з групами ризику, яких, на їхню думку, це стосується. Рівень знань чоловіків з групи ЗН щодо ВІЛ-інфекції широко варіював. Майже ніхто із групи ЗН не чув про принцип «не визначається = не передається» або про сайти prozdorovia.in.ua або oraltest.org.ua; під час інтерв'ю ЗН часто оцінювали свій рівень знань про ВІЛ як доволі низький. Люди звертали увагу на те, що інформація щодо ВІЛ з'являється у ЗМІ двічі на рік, в грудні та травні. «Люди в уніформі», які відносяться до групи підвищеного професійного ризику, також не були достатньо інформовані з питань ВІЛ-інфекції і не отримували ніякої спеціальної підготовки. Ключові групи виявились більш обізнаними з питань ВІЛ-інфекції. Тільки група ЧСЧ з усіх КГ була знайома з принципом «не визначається = не передається», і лише ЧСЧ знали про сайти oraltest.org.ua та (меншою мірою) prozdorovia.in.ua – завдяки тому, що частина вже зверталася на сайт oraltest.org.ua, аби замовити сейф-бокс із оральним тестом на ВІЛ. Представники решти ключових груп нічого не знали про ці сайти.

До навчання з питань ВІЛ/СНІД залучаються переважно медичні працівники ВІЛ- і ТБ-профілю, тоді як медики інших спеціальностей і первинної ланки мають обмежений доступ до такого навчання. Як результат, окрім інфекціоністів, інші медіпрацівники майже не володіють інформацією про ДКП, не почуваються впевнено під час проведення консультивання і тестування на ВІЛ і рідко пропонують ці послуги або спілкуються на тему ВІЛ-інфекції зі своїми пацієнтами. Середній медичний персонал має нижчий доступ до навчання порівняно з лікарями.

Доконтактна профілактика – ставлення до ДКП серед ЦГ2 та ЦГ3. Близько половини учасників знали про ДКП до проведення цього опитування. Варто зазначити, що респонденти ЗН були найменше обізнані про ДКП; водночас в цій групі найчастіше звітували про НЕвикористання презервативу і НЕзнання статусу свого останнього статевого партнера. **Майже половина** ВІЛ-негативних респондентів серед тих, що мали базове уявлення про ДКП, думали про те, щоб почати ДКП. Доступ до інформації щодо ДКП не є проблематичним, оскільки серед тих респондентів, що планували розпочати ДКП, майже всім вдалося отримати інформацію щодо місця, де можна отримати ДКП. Ми можемо зробити висновок, ще є достатньо високий відсоток бажаючих розпочати профілактику, яких можна було б підтримати на шляху до отримання ДКП за допомогою стратегій, спрямованих на мотивацію, зниження стигми і покращення доступу до ДКП. Абсолютна більшість респондентів отримали інформацію про ДКП в НУО і від соціальних працівників і вважають, що найбільш надійним джерелом інформації про ДКП є медичні працівники, соціальні працівники і профільні НУО. Однією з основних причин відмови від ДКП був страх побічних ефектів. Проте абсолютна більшість клієнтів, що наразі приймають ДКП, були цілком впевнені, що будуть продовжувати цю профілактику.

Доконтактна профілактика – обізнаність і ставлення до ДКП серед медичних працівників. Половина опитаних медичних працівників ніколи не чули про ДКП. Рівень знань щодо ДКП серед вибірки медичних працівників, що чули про ДКП, знаходився на нижній межі задовільної оцінки (в середньому 80% правильних відповідей). Варто зазначити, що велика кількість респондентів ще не визначилась із своїм ставленням щодо ДКП, що може бути непрямою ознакою низького рівня поінформованості щодо ДКП. Так, з 25 тверджень щодо ставлення до ДКП у 14 твердженнях частка відповідей з обраним варіантом «не знаю» зустрічалась із частотою від 20% до 57%. Таким чином, суттєвим

бар'єром доступу пацієнтів до ДКП є недостатня інформованість медичних працівників: крім лікарів-інфекціоністів, які призначають ДКП, сімейні лікарі та інші фахівці майже нічого не знали про доконтактну профілактику під час проведення інтерв'ю.

Стигма. На думку респондентів, стигматизація ЛЖВ та людей з КГ у суспільстві загалом і у ЗОЗ є бар'єром до отримання ВІЛ-послуг. На думку профільних фахівців, з усіх медичних працівників тільки фтизіатри та інфекціоністи толерантно ставляться до пацієнтів з ВІЛ, і ця ситуація роками не змінюється. Деякі медичні працівники вважали, що через роботу з ВІЛ-позитивними пацієнтами вони мають підвищений ризик інфікування ВІЛ. Незважаючи на досі високий рівень стигми, пов'язаної з ВІЛ, у суспільстві, *про позитивні зміни у свідомості людей* свідчать відповіді представників ЗН на питання про їхню реакцію у разі, якщо їхня близька людина інфікується ВІЛ. Варто зазначити, що серед медичних працівників домінує думка, *що не існує стигми до пацієнтів, що приймають ДКП*. Однак існують численні звіти щодо ролі і масштабів впливу стигми до ДКП на рівень отримання цих послуг.^[4-6] Таким чином, ми рекомендуємо звернути увагу на тематику стигми щодо людей, що приймають ДКП, задля раціонального планування подальшої дослідницької та програмної діяльності.

Використання послуг НУО. Половина респондентів користувалась послугами однієї або декількох громадських організацій, які надають послуги групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ та/або ВІЛ-позитивним людям. Найчастіше такими послугами користувались ЛВНІ і найрідше – статеві партнери представників ключових груп. Група ЛВНІ більш за інші КГ була обізнана про доступні послуги НУО, здебільшого завдяки спілкуванню в своєму соціальному колі. ЧСЧ отримували інформацію про послуги НУО з різних джерел – в Інтернеті, з публікацій соціальних працівників на сайтах знайомств, а також від друзів-клієнтів НУО. Деякі ЧСЧ зверталися до НУО саме як до джерела надійної інформації. Найменш обізнаною про діяльність НУО була група ЗН. Часто респонденти-ЗН вважали, що послуги НУО потрібні лише представникам ключових груп, до яких самі вони не відносяться.

Серед тих респондентів, що НЕ користувались послугами профільних організацій, основними причинами відмови від таких послуг була відсутність потреби в послугах НУО. Однак респонденти зазначали, що з усіх ключових груп ЧСЧ і ТА мають найбільше бар'єрів до отримання послуг НУО. ЧСЧ не звертаються до НУО через стигму, страх фізичного насильства і розповсюдження інформації. Серед згаданих структурних бар'єрів до отримання послуг НУО був низький доступ до послуг НУО в малих населених пунктах. Для ЛВНІ бар'єром є віддаленість послуг від місця проживання і обмежена кількість сайтів НУО навіть у великих містах.

Варто зазначити, що у більшості закладів фтизіатричного і ВІЛ-профілю працюють штатні соціальні працівники і представники ВІЛ-сервісних НУО. На відміну від профільних ЗОЗ, заклади первинної ланки не співпрацюють з НУО. Лише окремі сімейні лікарі були обізнані про послуги ВІЛ-сервісних НУО, куди вони могли б скеровувати своїх пацієнтів, але більшість цього не робить. Ці дані можуть свідчити про те, що навіть за наявності профілактичних сервісів на базі НУО існують певні інформаційні та поведінкові перепони на шляху до отримання послуг з профілактики ВІЛ.

Джерела інформації. Більшість респондентів *сформували свої думки* щодо Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України як до надійних джерел інформації. Значно менше респондентів мали сформовану думку щодо головних представників БО «100%Життя» як до джерел інформації. Джерелами з найвищим *рівнем довіри* виявились ЮНЕЙДС (Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу), **БО «100% Життя»** та місцеві ВІЛ-сервісні організації. Медичні працівники віддають перевагу офіційним джерелам інформації щодо ВІЛ-інфекції – вебсайтам МОЗ, ЦГЗ, а також звертаються за консультаціями до фахівців з ВІЛ, найчастіше – до колег-інфекціоністів.

Канали інформації. Більшість респондентів найчастіше дізнаються про новини в Україні та світі через всеукраїнське телебачення, за допомогою соціальних мереж і через всеукраїнські інтернет-сайти та

отримували інформацію про ВІЛ/СНІД протягом останніх 12 місяців. Трансгендерні люди, медичні працівники та робітники комерційного сексу найчастіше отримували інформацію щодо ВІЛ, а найрідше отримували таку інформацію представники загального населення. Інформацію про ВІЛ/СНІД отримують переважно з соціальних мереж, від працівників охорони здоров'я, від працівників громадських організацій, з Інтернету (крім соціальних мереж) та телебачення. Меншою мірою всі учасники згадували зовнішню рекламу (білборди, реклама у метро).

На думку медиків, пацієнти отримують інформацію про ВІЛ-інфекцію з Інтернету та з друкованих інформаційних матеріалів, які є доступними у ЗОЗ *завдяки діяльності ВІЛ-сервісних НУО*. Однак представники різних груп дослідження надають перевагу різним інформаційним каналам: наприклад, ЛВНІ частіше отримують інформацію з друкованих матеріалів, які вони беруть в НУО, або від знайомих і доволі рідко користуються Інтернетом. РКС, ТЛ і ЧСЧ надають перевагу Інтернет-ресурсам. Водночас всередині груп є вікові розбіжності: якщо ЧСЧ старшого віку дивляться телебачення і отримують інформаційні буклети в НУО, то молоді ЧСЧ були цілком орієнтовані на Інтернет-ресурси. Також представники всіх КГ зверталися по інформацію до працівників місцевих НУО. За словами КГ, вони не заходять на офіційні сайти державних закладів, бо інформація там викладена складною незрозумілою мовою. Чоловіки-ЗН користуються широким спектром інформаційних джерел, більшу частину яких складають Інтернет-ресурси. Дехто читає новини на державних Інтернет-сайтах (МОЗ, ЦГЗ). Чоловіки старшого віку дивляться телебачення, читають газети. Ця група майже не цікавилась інформацією про ВІЛ-інфекцію, тому всі коментарі стосувалися загальних питань здоров'я. Щодо ЛВНІ, крім спілкування в спільноті і з соціпрацівниками, вони читають орієнтовані на цю групу видання «Мотылек» і «Подорожник» і не довіряють Інтернету та блогерам.

Варто зазначити, що *найбільшу довіру* щодо висвітлення питань профілактики та лікування ВІЛ серед респондентів мали працівники охорони здоров'я, працівники громадських організацій та інші лікарі (профільні спеціалісти). Загалом найвищий рівень довіри серед каналів соціальної реклами **мали медики і вчені, ВІЛ-позитивні люди та зірки шоу-бізнесу і спортсмени** як жіночої, так і чоловічої статі. У разі потреби отримати інформацію щодо ВІЛ або інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, більшість респондентів будуть отримувати інформацію через консультації з медичними працівниками, шукатимуть інформацію в Інтернеті самостійно і будуть використовувати гарячу лінію з питань ВІЛ/СНІДу.

Формат комунікації. Найзручнішими та найдоступнішими форматами отримання інформації щодо ВІЛ виявились особиста зустріч з консультантом, отримання консультацій за допомогою безкоштовної гарячої лінії з питань ВІЛ/СНІДу та формат друкованих інформаційних матеріалів у вигляді брошури. Найзручнішими **місцями отримання** консультацій або друкованих матеріалів щодо ВІЛ респондентами були визначені медичні заклади широкого профілю, центри СНІДу та громадські організації.

Засоби комунікації. Майже всі респонденти мають доступ до мережі Інтернет, і більш ніж 90 відсотків мають смартфон. Серед окремих ключових груп ЛВНІ мають найнижчий рівень доступу до мережі Інтернет, і майже половина з них не є власниками смартфонів. Абсолютна більшість респондентів використовують соціальні мережі для отримання інформації та спілкування, однак майже половина респондентів-ЛВНІ не є користувачами соціальних мереж. Найбільш популярними соціальними мережами є Фейсбук (Facebook), Інстаграм (Instagram) і ТікТок. Онлайн-казино виявились непопулярними серед учасників цього дослідження; водночас більше ніж третина респондентів користуються порносайтами, і половина з цих користувачів звертають увагу на рекламу. Кожен четвертий респондент використовував для своїх потреб сайти для знайомств. Найчастіше сайтами для знайомств користуються РКС, ЧСЧ і трансгендерні люди. Найпопулярнішими сайтами серед всіх респондентів були HORNET, MAMBA і BADOO. Серед ЧСЧ та трансгендерних людей найпопулярнішим сайтом для знайомств був HORNET, а серед ЛЖВ та РКС – MAMBA. Загалом месенджерами користуються близько 90 відсотків респондентів, однак серед ЛВНІ рівень

використання месенджерів був більш ніж вдвічі менший. Найпопулярнішими месенджерами є Вайбер, Фейсбук та Телеграм.

Рекомендації

1. Рекомендовано підтримувати сьогоденний рівень інформаційного тиску щодо ВІА, однак необхідно розширити охоплення і збільшити кількість цільових груп. Особливої уваги потребує цільова група чоловіків із загального населення, які мають значно *нижчий рівень знань* щодо ВІА порівняно з КГ, не усвідомлюють власні ризики, не цікавляться темою ВІА/СНІДу і не звертаються за послугами з профілактики. Рекомендовано розробити систему скринінгу для використання сімейними лікарями та з вільним доступом в Інтернеті, яка б дозволила громадянам за кілька хвилин самостійно відповісти на низку запитань і отримати інформацію про наявність ризиків щодо ВІА, що може допомогти усвідомити власну вразливість і приверне увагу до надійних інформаційних джерел і профілактичних послуг. Також ми рекомендуємо провести поглиблене вивчення інформаційних та сервісних потреб *статевих партнерів* представників ключових груп ВІА. Варто також систематично збирати необхідні дані задля визначення перепон на шляху статевих партнерів ключових груп до послуг з профілактики та лікування ВІА-інфекції і формування відповідних політик щодо покращення доступу та утримання в мережі надання таких послуг.
2. Оскільки в цьому дослідженні *було визначено суттєву частку респондентів, що зацікавилися ДКП, але не розпочали отримувати цю послугу*, ми рекомендуємо розглянути можливість впровадження моделей самооцінки ризику ВІА та самостійного або асистованого скринінгу на критерії відповідності щодо початку прийому ДКП з інформаційним супроводом до місць надання послуг з ДКП. Такий підхід може бути реалізовано через поширення відповідних інформаційних матеріалів, проведення системних просвітницьких кампаній, регулярних навчальних низькопорогових послуг на платформах профільних НУО та закладів охорони здоров'я загального і спеціалізованого профілю задля цільового контрольованого застосування ДКП серед ключових груп ВІА і загального населення.
3. *Рівень знань про ДКП і щодо ДКП серед медичних працівників є субоптимальним.* Тому потрібно створити передумови і/або використати наявні інформаційні платформи для насичення когорти медичних працівників всіх ланок і рівнів знаннями щодо ДКП. В світлі медичної реформи і підвищення ролі та відповідальності первинної медико-санітарної допомоги особливу увагу варто приділити навчанню з питань ДКП та надання відповідних ВІА-послуг сімейними лікарями як державних, так і приватних закладів охорони здоров'я.
4. Інформаційні кампанії мають бути спрямовані на зниження *стигми* щодо представників ключових груп для усунення їхніх бар'єрів до користування послугами ЗОЗ та НУО. Також ми рекомендуємо провести дослідження щодо стигми до ДКП в різних контекстах впровадження ДКП в Україні. За необхідності розробити відповідні втручання, що будуть направлені на зменшення внутрішньої та зовнішньої стигми серед кандидатів і отримувачів послуг ДКП задля покращення доступу та утримання в програмах ДКП.
5. Всеукраїнське телебачення, соціальні мережі та всеукраїнські інтернет-сайти мають великий потенціал для поширення соціальної реклами. Фокус інформаційних кампаній щодо ВІА має ширше охоплювати загальне населення. Науковці, працівники охорони здоров'я, зірки шоу-бізнесу та профільні НУО мають слугувати пріоритетними спікерами задля поширення інформації щодо профілактики та лікування ВІА-інфекції. Респонденти цього дослідження зазначали, що для ефективного донесення інформації необхідно використовувати всі можливі канали комунікації, орієнтувати повідомлення на різні цільові аудиторії і не обмежувати інформаційні кампанії *великими населеними пунктами*.
6. Під час планування та впровадження інформаційних кампаній варто впровадити *практику електронних опитувань* на відповідних віртуальних майданчиках щодо релевантних форматів та засобів комунікації серед цільових аудиторій, їхніх потреб та перепон на шляху до отримання необхідних послуг. Як було зазначено вище, група ЛВНІ є особливою через те, що ЛВНІ

мають обмежений доступ до мережі Інтернет і менше користуються сучасними електронними приладами та засобами електронної комунікації. Тому задля збору даних з метою моніторингу і оцінки ми рекомендуємо проводити збір даних у безпосередньому контакті з респондентами ЛВНІ (віч-на-віч або дистанційно).

7. Ми рекомендуємо використовувати найзручніші і доступні формати комунікації із цільовими групами (*особиста зустріч з консультантом, отримання консультацій за допомогою безкоштовної гарячої лінії з ВІА/СНІДу та формат друкованих інформаційних матеріалів*) для швидкого досягнення необхідного рівня інформування як щодо загальних даних про певну проблематику, так і детального ознайомлення щодо конкретних послуг. На думку респондентів, друковані інформаційні матеріали мають бути стислими, написаними зрозумілою мовою. Також доцільно комбінувати текст із графічними зображеннями, а також розглядати типові життєві ситуації, які люди зможуть «приміряти» на себе. Для привернення уваги широких верств населення до теми ВІА-інфекції необхідно орієнтувати повідомлення на різні цільові аудиторії і створювати постійний інформаційний фон, щоб тема ВІА постійно була «на слуху». Дослідження довело, що про сайт *prozdorovia.in.ua* майже ніхто не чув. За наявності гарячої лінії з питань ВІА/СНІДу та інформаційних вебсайтів як джерел надійної інформації необхідно використовувати доступні для більшості громадян інформаційні ресурси для пропагування цих джерел. Це можуть бути білборди, реклама на транспорті, QR-коди та повідомлення з номерами телефонів на касових чеках супермаркетів та будь-які інші можливі канали надання інформації.
8. *Лікарі і середній медичний персонал* будь-якого профілю мають високий рівень довіри, вважаються доступними та надійними провідниками інформації і мають надавати пацієнтам інформацію з профілактики ВІА-інфекції на постійній основі. Для більшого охоплення населення послугами з тестування на ВІА і надання якісного консультування необхідні тренінги з проведення тестування і консультування на ВІА-інфекцію для медичних працівників всіх рівнів і закладів всіх форм власності, включно із державними та приватними лабораторіями. Потрібно забезпечити доступ до навчання з питань ВІА/СНІДу медичних працівників первинної ланки нарівні з фахівцями спеціалізованих ЗОЗ, включно із середнім медперсоналом. Це дозволить не тільки покращити охоплення населення послугами з профілактики ВІА (у тому числі тестуванням на ВІА та ДКП), але й знизити рівень *стигми* щодо ВІА у закладах всіх рівнів і типів підпорядкування. Також медичним працівникам, включно із сімейними лікарями, необхідно надати інформацію про телефонну гарячу лінію з питань ВІА/СНІДу та інформаційні вебсайти, орієнтовані на пересічних читачів, такі як *oraltest.org.ua* та *prozdorovia.in.ua*, для розповсюдження інформації про ці ресурси серед пацієнтів у медичних закладах всіх рівнів.
9. Високому рівню довіри до послуг ВІА-сервісних НУО протирічить *низька інформованість населення про ці послуги*. Потрібно ширше висвітлювати діяльність НУО через канали, прийнятні для спільнот, і залучати для цього всі можливі ресурси (повідомлення від лідерів думок, рекламні повідомлення на мобільних додатках для знайомств, надання інформації сімейними лікарями) для інформування КГ про наявні ресурси НУО в їхньому населеному пункті та онлайн.
10. БО «100% Життя» наразі є ведучим *генератором та провідником* інформації щодо ВІА, якому довіряє більшість представників ВІА ключових груп і майже половина загального населення. Група авторів цього звіту рекомендують підтримувати на сьогоденному рівні та оптимізувати систему надання інформаційних послуг (активне залучення працівників охорони здоров'я, науковців та інших лідерів думок) задля більш широкого охоплення цільових аудиторій серед ключових популяцій і особливо загального населення.

Додатки

Додатковий Електронний Матеріал 1.



Додатковий
електронний матеріал

Додатковий Електронний Матеріал 2.



Додатковий
електронний матеріал

Список літератури

1. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. **Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research.** *Adm Policy Ment Health* 2015; 42(5):533-544.
2. REDCap. **Research Electronic Data Capture**, . In; 2019.
3. Kundu I, Martinez-Donate A, Karkada N, Roth A, Felsner M, Sandling M, et al. **Attitudes and referral practices for pre-exposure prophylaxis (PrEP) among HIV rapid testers and case managers in Philadelphia: A mixed methods study.** *PloS one* 2019; 14(10):e0223486.
4. Golub SA. **PrEP Stigma: Implicit and Explicit Drivers of Disparity.** *Current HIV/AIDS reports* 2018; 15(2):190-197.
5. Haire BG. **Preexposure prophylaxis-related stigma: strategies to improve uptake and adherence - a narrative review.** *HIV/AIDS (Auckland, NZ)* 2015; 7:241-249.
6. Calabrese SK, Underhill K. **How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize "Truvada Whores".** *American journal of public health* 2015; 105(10):1960-1964.