



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



EIPHP
EUROPEAN INSTITUTE
OF PUBLIC HEALTH
POLICY

ЗВІТ

за результатами дослідження:

Операційний аналіз та оцінка впливу повномасштабної війни в Україні на потреби та доступ ключових груп до каскаду послуг із профілактики, тестування та лікування ВІЛ

в рамках проєкту «Інновації для подолання епідемії ВІЛ»

Київ, 2024

Автори звіту:

Олександр Недужко (1)

Олена Карагодіна (1)

Євген Большов (2)

Олександр Зезюлін (1)

Олена Сазонова (1)

Наталія Сайчук (1)

Олексій Проценко (3)

(1) ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я»

(2) Консультант

(3) FHI 360

Операційний аналіз та оцінка впливу повномасштабної війни в Україні на потреби та доступ ключових груп до каскаду послуг з профілактики, тестування та лікування ВІЛ в рамках проєкту «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» (KPNEEDS): звіт за результатами дослідження / Недужко О., Карагодіна О., Большов Є., Зезюлін О., Сазонова О., Сайчук Н., Проценко О. – К.: ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я», 2024. – 133 с.

Джерело фінансування: проєкт «Інновації для подолання епідемії ВІЛ», який впроваджують організації Pact. Inc., FHI 360 та МБФ «СНІД ФОНД СХІД-ЗАХІД» за підтримки Уряду США через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).

Підготовка звіту стала можливою завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) та Надзвичайну ініціативу Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД. Зміст є винятковою відповідальністю Пакту та його партнерів і необов'язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) або уряду США.

Зміст

Терміни та скорочення	5
Подяки	6
Резюме	7
1. Обґрунтування	8
2. Мета та завдання	8
3. Методологія	8
4. Безпека інтерв'юера та респондента у зв'язку з військовими діями	16
5. Організація навчання команди	16
6. Етичні засади проведення дослідження	16
7. Використання даних і розповсюдження результатів	16
8. Результати	17
8.1. Основні мотивувальні фактори до отримання послуг із тестування на ВІЛ на рівні неурядових організацій серед нововиявлених людей, які живуть із ВІЛ	17
8.2 Причини відмови від послуг із тестування на ВІЛ представників КГ на рівні НУО та ЗОЗ / Основні потреби гуманітарного, соціального, медичного, юридичного та психологічного характеру представників КГ, які виникли після 24.02.2022 року, задоволення яких спонукало б клієнтів до отримання послуг у межах континууму послуг на рівні НУО-учасників проєкту	47
9. Висновки та рекомендації	95
10. Література	103
Додатки	104
Таблиця А 1. Основні соціодемографічні характеристики респондентів якісного компонента дослідження (N=60)	104
Таблиця А 2. Основні соціодемографічні характеристики респондентів кількісного компонента дослідження (N=360)	107
Таблиця А 3. Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних	111
Таблиця А 4. Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних	114
Таблиця А 5. Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних	117

Таблиця А 6. Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних	120
Таблиця А 7. Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних	123
Таблиця А 8. Наявність чи відсутність незадоволених потреб будь-якого типу в розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних	126
Таблиця А 9. Кількість респондентів, що мають окремі гуманітарні потреби	129
Таблиця А 10. Кількість респондентів, що мають окремі соціальні потреби	130
Таблиця А 11. Кількість респондентів, що мають окремі медичні потреби	131
Таблиця А 12. Кількість респондентів, що мають окремі юридичні потреби	132
Таблиця А 13. Кількість респондентів, що мають окремі психологічні потреби	133

Терміни та скорочення

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВПО	внутрішньо переміщена особа
ГІ	глибинне інтерв'ю
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
Ключові групи (КГ) щодо інфікування ВІЛ	групи людей, які через особливості їх поведінки та поведінки їхнього оточення мають підвищений ризик інфікування ВІЛ незалежно від епідеміологічного контексту, що впливає на динаміку поширення ВІЛ
Люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ)	люди, які вживають наркотики або інші речовини, що змінюють свідомість, ін'єкційним способом поза медичним призначенням
Людина, яка живе з ВІЛ (ЛЖВ)	особа, в організмі якої підтверджено наявність маркерів ВІЛ із використанням лабораторних методів.
Неурядова організація (НУО)	неурядова організація, легалізована або зареєстрована згідно із законодавством України
ПАР	психоактивні речовини
Секс-працівники (СП)	повнолітні, які надають сексуальні послуги, що передбачають безпосередню тілесну взаємодію
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
Чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ)	чоловіки, які мають досвід принаймні одного за останні 12 місяців добровільного сексуального контакту із чоловіком
Research Electronic Data Capture (REDCap)	електронна платформа управління даними

Подяки

Ми висловлюємо глибоку подяку всім учасникам дослідження, які поділилися своїм досвідом і надали цінну інформацію. Ваш внесок важливий для розуміння потреб і доступу ключових груп до послуг із профілактики та лікування ВІЛ. Особливу вдячність висловлюємо організаціям, які сприяли реалізації дослідження:

- ◆ Благодійний фонд «Нехай твоє серце б'ється» (Житомир)
- ◆ Благодійна організація «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя» (Запоріжжя)
- ◆ Благодійна організація «Благодійне товариство «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД м. Львів»»
- ◆ Благодійна організація «100 відсотків життя. Київський регіон»
- ◆ Благодійна організація «Чернігівське відділення Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»»

Ваші зусилля та підтримка зробили можливим успішне проведення цього дослідження, що є важливим кроком у подоланні епідемії ВІЛ в Україні.

Резюме

У звіті «Операційний аналіз та оцінка впливу повномасштабної війни в Україні на потреби та доступ ключових груп до каскаду послуг з профілактики, тестування та лікування ВІЛ в рамках проєкту «Інновації для подолання епідемії ВІЛ»» досліджено, як повномасштабне вторгнення вплинуло на мотивацію отримання послуг нововиявленими людьми, які живуть із ВІЛ, на рівні неурядових організацій, основні потреби представників ключових груп після 24.02.2022 року, що сприяють отриманню послуг, і виявлено причини відмови від тестування на ВІЛ. Дослідження проводили в п'яти містах України: Києві, Запоріжжі, Львові, Чернігові та Житомирі в період із червня по серпень 2024 року. Звіт поєднує якісні та кількісні методології, зокрема глибинні інтерв'ю та опитування.

У якісному компоненті дослідження було виявлено, що значна частина опитаних не пов'язувала свій ВІЛ-статус із війною. Мотиви тестування на ВІЛ найчастіше залежать від соціально-демографічних і поведінкових характеристик респондентів. Основними мотивами для тестування були погіршення самопочуття та потреба в захисті власного здоров'я, особливо серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно. Респонденти також зазначали, що соціальні працівники неурядових організацій і програми гуманітарної допомоги значно впливають на їхнє рішення пройти тестування.

За результатами кількісного компонента встановлено, що 81% респондентів мали принаймні одну незадоволену потребу, зокрема гуманітарну, соціальну, медичну, юридичну чи психологічну. Серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, спостерігався найвищий рівень незадоволених потреб. Більшість респондентів із низьким рівнем доходу, безробітні або внутрішньо переміщені особи повідомили про найвищий рівень незадоволених потреб. Респонденти, які перебувають у складних соціально-економічних умовах, мають підвищений ризик інфікування ВІЛ і частіше усвідомлюють потребу в тестуванні. Контакт із лікарями та працівниками ВІЛ-сервісних неурядових організацій сприяє виявленню цієї потреби та її усвідомленню завдяки консультаціям і рекомендаціям.

Рекомендації за результатами дослідження: розширення доступу до соціальних і гуманітарних послуг для уразливих груп, підвищення рівня обізнаності про ВІЛ через програми неурядових організацій, посилення підтримки молоді та програм працевлаштування, а також забезпечення доступу до юридичної, медичної та психологічної допомоги для ключових груп.

1. Обґрунтування

Війна в Україні спричинила значні соціальні й економічні зрушення, зокрема зміни в доходах, статусі зайнятості та міграційних моделях ключових груп населення (КГ), що непропорційно впливає на їхню вразливість і доступ до необхідних ВІЛ-послуг. Збільшення ризикованої поведінки та перешкоди в доступі до антиретровірусної терапії (АРТ), профілактики й інших життєво важливих послуг створюють додаткові виклики.¹⁻⁵ Враховуючи наслідки повномасштабної війни в Україні для КГ, це дослідження мало на меті глибше зрозуміти й оцінити вплив воєнних дій на систему надання ВІЛ-послуг і можливість їх отримання. Воно прагнуло виявити основні бар'єри та мотиваційні чинники, що впливали на доступність та ефективність послуг у цей критичний період, надаючи основу для розробки адаптованих стратегій та інтервенцій.

2. Мета та завдання

Метою дослідження було оцінити вплив повномасштабної війни в Україні на потреби та доступ КГ до каскаду послуг із профілактики ВІЛ, тестування та лікування.

Для досягнення мети дослідження передбачало низку завдань:

1. З'ясувати в нововиявлених людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), основні мотивувальні фактори до отримання послуг із тестування на ВІЛ на рівні неурядових організацій (НУО).
2. З'ясувати основні потреби гуманітарного, соціального, медичного, юридичного та психологічного характеру представників КГ, які виникли після 24.02.2022 року, задоволення яких спонукало б клієнтів до отримання послуг у межах континууму послуг на рівні НУО-учасників проєкту.
3. Визначити причини відмови від послуг із тестування на ВІЛ представників КГ на рівні НУО та закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

3. Методологія

Дизайн дослідження

Польовий етап дослідження був реалізований протягом червня – серпня 2024 року і складався з двох компонентів відповідно до поставлених завдань.

- ◆ Якісний компонент, що передбачав проведення глибинних інтерв'ю (ГІ) із 60 нововиявленими ЛЖВ, представниками КГ (Завдання 1).
- ◆ Кількісний компонент, що включав опитування 360 представників КГ (Завдання 2 та 3).

Вибірка та географія дослідження

Дослідження проводили в п'яти містах України, які було вибрано відповідно до географії реалізації проєкту «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» (далі – Проєкт): Житомир, Запоріжжя, Київ, Львів і Чернігів – регіони реалізації дослідження було вибрано з урахуванням різних епідемічних та безпекових ситуацій.

Цільовими групами в межах дослідження були представники трьох КГ віком від 18 років, які проживали у вказаних вище містах щонайменше протягом останніх 3 місяців:

- ◆ люди, які вживали наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) хоча б один раз протягом останніх 30 днів до збору даних;
- ◆ чоловіки, які мали оральний чи анальний секс із чоловіками (ЧСЧ) хоча б один раз протягом останніх 6 місяців до збору даних;
- ◆ секс-працівники (СП), які хоча б один раз протягом останніх 6 місяців надавали сексуальні послуги за винагороду – для отримання грошей, товарів чи послуг.

Залежно від компоненту дослідження, до участі залучали представників КГ, які живуть із ВІЛ (якісний компонент – Завдання 1) або не знали свій ВІЛ-статус, або тестувалися на ВІЛ понад 12 місяців тому й отримали негативний результат (кількісний компонент – Завдання 2, 3).

Якісний компонент складався з проведення 60 ГІ з представниками КГ, вибірку яких розраховували з урахуванням потенційної насиченості кодів.

Кількісний компонент. Вибірка опитування становила 360 учасників і була розрахована за допомогою калькулятора Scalex,⁶ для чого використовували таку формулу:

$$n = \frac{z^2 P (1-P)}{d^2}$$

де n – розмір вибірки, z – рівень довіри, P – очікувана поширеність, d – точність.⁷

Під час розрахунку було зроблено такі припущення:

- ◆ рівень впевненості (level of confidence) = 95%
- ◆ очікувана поширеність (expected prevalence) = 70% (за даними дослідження, після початку війни 70% представників КГ мали дохід менший за мінімальну заробітну платню)⁸
- ◆ без відповіді або будь-яка втрата (non-response or any loss) = 10%

Загальна вибірка дослідження за компонентами та регіонами дослідження представлена в **Таблиці 1**, а критерії включення учасників у кожен із компонентів дослідження вказано у **Таблиці 2**.

Таблиця 1. Розмір вибірки за методами та територією

	Житомир	Запоріжжя	Київ	Львів	Чернігів	Разом
ГІ серед ЛЖВ – представників КГ (Завдання 1)	≈12	≈12	≈12	≈12	≈12	60
Опитування серед представників КГ із невідомим або негативним ВІЛ-статусом (Завдання 2, 3)						
ЛВНІ	24	24	24	24	24	120
ЧСЧ	24	24	24	24	24	120
СП	24	24	24	24	24	120
Усього	72	72	72	72	72	360

Таблиця 2. Критерії включення учасників дослідження відповідно до Завдань

Критерії	Якісний компонент (Завдання 1)	Кількісний компонент (Завдання 2, 3)
Володіння мовою	Володіння українською або російською мовою на рівні, що дає змогу вільно розуміти та відповідати на запитання гайду/анкети	
Вік	Від 18 років	
Тривалість проживання	Досвід постійного проживання в місті дослідження щонайменше протягом останніх 3 місяців, що передують дослідженню	
ЛВНІ	Вживання наркотиків ін'єкційно хоча б один раз протягом останніх 30 днів	
ЧСЧ	Хоча б один оральний або анальний сексуальний контакт із чоловіком протягом останніх 6 місяців	
СП	Отримання грошей, товарів чи послуг в обмін на секс протягом останніх 6 місяців	
ВІЛ-статус	Позитивний, встановлений у межах Проекту з 01.10.2022 по 31.03.2024 року	Невідомий або негативний за результатами останнього тестування понад 12 місяців тому
Наявність згоди на участь	Письмова	Усна
Наявність дійсного купону	-	Так (вторинні респонденти)

Критеріями виключення потенційних учасників для кожного компоненту є:

- ♦ участь у дослідженні понад один раз;
- ♦ відсутність інформованої згоди на участь у дослідженні;
- ♦ такий стан алкогольного чи наркотичного сп'яніння, який не дозволяє проводити ГІ або опитування, а поведінка респондента може мати ризики безпеки для нього або для членів команди.

Рекрутинг учасників

Якісний компонент. Потенційних респондентів вибирали випадковим способом з електронного програмного реєстру відповідно до критеріїв включення Завдання 1: працівники НУО запрошували клієнтів зі списку для участі в дослідженні. Учасники отримали інформацію відповідно до «Запрошення взяти участь у дослідженні» і запрошувалися до участі, якщо вони виявили зацікавленість. Після цього учасники надавали письмову інформовану згоду, і для кожного визначали дату, формат і час проведення ГІ.

Кількісний компонент. Використано методику RDS для формування вибірки, де респонденти самостійно залучали учасників наступної хвилі. Учасники ЛВНІ запрошували інших ЛВНІ зі своєї соціальної мережі, ЧСЧ – чоловіків із-поміж ЧСЧ, а СП – інших СП. Якщо учасник належав відразу до двох КГ, групу участі визначали за купоном рекрутера. Кожен респондент міг залучити до дослідження не більш як двох представників своєї КГ. Купони RDS містили індивідуальний номер респондента й номер рекрутера.

Збір даних здійснювали через планшети в онлайн-режимі через Research Electronic Data Capture (REDCap), що забезпечувало моніторинг за перебігом процесу.

Первинні зерна було відібрано до початку збору даних на основі обговорення з регіональними командами або рекомендацій представників спільноти. У кожному місті було визначено по одному первинному зерну для кожної КГ. Якщо швидкість рекрутингу виявлялася недостатньою, залучали додаткові первинні зерна. Первинні зерна добирали з огляду на критерії включення, а також за додатковими критеріями мотивації та розміру соціальної мережі.

Після завершення опитування респондентів інструктували щодо рекрутування інших учасників із соціальної мережі, пояснюючи процедуру видачі купонів. Учасники могли залучити до двох представників своєї КГ, за винятком первинних зерен. Купон потрібно було використати протягом тижня.

Збір даних

Якісний компонент. Для якісного компонента дослідження було проведено пілотування інтерв'ю-гайду з двома ЛЖВ-представниками КГ, що дозволило оцінити тривалість ГІ та зрозумілість запитань.

Перед проведенням ГІ на основному етапі проводили повторний скринінг ЛЖВ-представників КГ для перевірки відповідності критеріям включення в дослідження. Форми скринінгу, збору соціодемографічної та поведінкової інформації були запрограмовані та заповнені в електронному вигляді на закритій платформі для збору даних REDCap. Скринінг і збір соціодемографічної та поведінкової інформації здійснювали незалежні інтерв'юери. Запитання інтерв'ю-гайду для ГІ серед ЛЖВ-представників КГ, які отримували послуги, були спрямовані на визначення основних мотивувальних факторів для отримання послуг із тестування на ВІЛ на рівні НУО. ГІ записували на цифровий диктофон, а для респондентів використовували систему кодування Case++.

Завершивши ГІ, учасники отримували компенсацію в розмірі 335 гривень за участь.

Кількісний компонент. Для кількісного компонента було проведено пілотування опитувальника з двома представниками КГ, що дозволило перевірити зрозумілість опитувальника й логіку переходів і уточнити тривалість опитування.

Під час основного етапу дослідження проводили скринінг потенційних учасників, щоб визначити їхню відповідність критеріям включення. Кожний учасник мав надати інтерв'юеру купон, виданий рекрутером, який інтерв'юер перевіряв перед початком скринінгу. Якщо учасник відповідав усім критеріям, йому надавали форму інформованої згоди для ознайомлення. Після надання усної згоди він переходив до заповнення анкети. Форма скринінгу, збір соціодемографічної та поведінкової інформації, а також опитувальник були запрограмовані та заповнювалися в електронному вигляді на платформі REDCap. Усі ці форми заповнювали інтерв'юери з НУО.

Для забезпечення конфіденційності та мінімізації ризику розкриття інформації використовували два коди. Спочатку генерували код Case++, який дозволяв уникнути повторної участі респондентів. Додатково використовували ID-код для відстеження всіх етапів дослідження та пов'язування форм кількісного компонента (купони, форми винагороди тощо). ID-код створювали послідовно для кожного міста та ключової групи, не містивши жодної ідентифікаційної інформації про учасників.

Завершивши опитування, учасники отримували компенсацію в розмірі 270 гривень за участь, а також додаткову компенсацію в розмірі 200 гривень за кожного рекрутованого учасника.

Сайти дослідження

Сайти дослідження було вибрано за такими критеріями: офіс НУО, місце впровадження Проєкту та надання профілактичних послуг; комфортність (для забезпечення конфіденційності інформації, зручності для респондента й обмеження відволікань респондента). Загалом до дослідження було включено п'ять сайтів, які належать до 5 організацій (**Таблиця 3**).

Таблиця 3. Сайти дослідження

Назва НУО	Місто	Адреса	Графік роботи
Благодійний фонд «Нехай твоє серце б'ється»	м. Житомир	вул. Покровська 28, каб. 19	9.00 – 17.00
Благодійна організація «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя»	м. Запоріжжя	вул. Перемоги 38	09:00 – 16:00
Благодійна організація "Благодійне товариство «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД м. Львів»"	м. Львів	вул. Лисенка 45	Понеділок – п'яниця, 10:00 – 15:00
Благодійна організація «100 відсотків життя. Київський регіон»	м. Київ	вул. Лисенка 8	Вівторок – субота, 13:00 – 20:00
Благодійна організація "Чернігівське відділення Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» "	м. Чернігів	вул. Івана Мазепи 3	09:00 – 17:00

Обробка та зберігання даних

Усі електронні форми заповнювали незалежні інтерв'юери й інтерв'юери НУО під контролем центрального офісу дослідження в режимі реального часу за допомогою онлайн-платформи управління даними REDCap, яка забезпечувала надійний захист і резервне копіювання даних. Було розроблено процедуру використання паперової документації на випадок неможливості застосування електронних форм через відсутність підключення до інтернету. Усі заповнені паперові форми анкети негайно вводили (бажано того ж дня) у REDCap, щоб забезпечити можливість контролю якості даних у режимі реального часу.

Відповідний персонал центрального офісу дослідження, незалежні інтерв'юери й інтерв'юери НУО відповідали за забезпечення повноти та цілісності даних згідно з встановленими процедурами контролю якості. У цьому дослідженні використовували електронні механізми введення даних і обміну ними через REDCap, тому більшість помилкових або пропущених значень змінних виявляли на центральному рівні й негайно усували відповідно до процедури.

Аналіз даних

Якісний компонент. Дані скринінгу, а також базові соціодемографічні та поведінкові кількісні дані серед ЛЖВ-представників КГ було проаналізовано за допомогою описової статистики. Мотивувальні фактори для отримання послуг із тестування на ВІЛ на рівні НУО було визначено за допомогою тематичного аналізу транскриптів ГІ.⁹

Кількісний компонент. Вибірку для аналізу склали представники трьох КГ (ЛВНІ, СП, ЧСЧ), опитані в містах Житомир, Запоріжжя, Київ, Львів і Чернігів, і цю вибірку згодом проаналізували як єдину сукупність. Логічний контроль і чистка даних були проведені з метою перевірки логічної узгодженості та пошуку викидів (аутлаєрів) у метричних змінних.

Для визначення доцільності зважування даних кількісного компонента дослідження було здійснено RDS-діагностику й аналіз рекрутингу учасників дослідження за допомогою RDS-A, $v. 0.72$.¹⁰ З огляду на характеристики учасників кількісного етапу (невідомий або негативний ВІЛ-статус за результатами останнього тестування понад 12 місяців тому), а також відсутність актуальної оцінної чисельності кожної КГ на момент проведення дослідження, для діагностики даних було використано описаний нижче підхід.

1. Для визначення оцінної чисельності КГ, що відповідають критерію включення в дослідження за ВІЛ-статусом, використовували останні доступні дані щодо оцінної чисельності в містах проведення дослідження станом на 2019 рік¹¹, а також частку ВІЛ-негативних КГ за результатами останніх раундів інтегрованих біоповедінкових досліджень – ЛВНІ, 2023 рік¹², ЧСЧ, 2021 рік¹³ і СП, 2021 рік.¹⁴
2. Оскільки з 2020 року інтегровані біоповедінкові дослідження проводять не в усіх регіонах України, для міст, не включених в останні раунди, як частку ВІЛ-негативних КГ використано усереднений показник.
3. Для визначення розміру соціальної мережі використовували відповіді на каскад запитань, передбачений в анкеті дослідження.

Таблиця 4. Вхідні дані для діагностики та зважування RDS

Місто	Ключова група	Оцінна чисельність, 2019	Частка з негативним ВІЛ-статусом, %	Оцінна чисельність КГ з негативним ВІЛ-статусом
Житомир	ЛВНІ	2600	84,0	2184
	СП	1700	96,9	1647
	ЧСЧ	800	95,0	760
Чернігів	ЛВНІ	4400	76,4	3362
	СП	800	96,9	775
	ЧСЧ	900	96,0	864
Львів	ЛВНІ	6400	88,0	5632
	СП	2600	99,7	2592
	ЧСЧ	4900	98,0	4802
Київ	ЛВНІ	33700	79,6	26825
	СП	14600	98,7	14410
	ЧСЧ	32200	98,0	31556
Запоріжжя	ЛВНІ	7900	95,8	7568
	СП	2900	96,9	2810
	ЧСЧ	3700	96,0	3552

Обмеження

1. Дані оцінки чисельності застарілі й з огляду на міграцію населення, зокрема представників КГ, у зв'язку з повномасштабною війною росії проти України можуть не відображати актуальну поточну ситуацію, а тому позначатися на якості отриманих результатів дослідження.
2. Використані оцінки чисельності та показники поширеності ВІЛ за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень поширюються на представників КГ віком від 15 років. Разом із тим, у поточному дослідженні мінімальний вік учасників встановлено на рівні 18 років.
3. Під час дослідження запитання щодо розміру особистої соціальної мережі учасників стосувалися знайомих із-поміж КГ без уточнення їх ВІЛ-статусу (тобто учасникам ставили запитання про кількість знайомих представників КГ, які досягли 18 років і проводять більшість свого часу в місті дослідження). Оскільки запитання стосовно ВІЛ-статусу чутливе й не завжди повідомляється своєму оточенню, цей показник не додали для визначення розміру соціальної мережі для мінімізації дискомфорту серед учасників і надання ними ненадійних відповідей.

RDS-діагностика передбачала аналіз перелічених нижче показників.

1. Гомофілія – це тенденція респондентів залучати учасників із такими ж характеристиками, які мають вони самі. Значення гомофілії «1» означає відсутність гомофілії, значення більш як 1 указує на позитивну гомофілію (тобто учасники приводять у до-

слідження схожих на себе респондентів), а значення менш як 1 – на негативну гомофілію, коли учасники залучають у дослідження респондентів, які не схожі на них. Переважно гомофілія була відсутня, а в КГ та містах, де значення менше або більше ніж 1, показники не є статистично значущими.

2. Еквілібріум/конвергенція – це точка, у якій пропорції змінних у вибірці RDS перестають змінюватися (або змінюються мінімально), незалежно від кількості залучених учасників надалі. Кожна змінна може досягати еквілібріуму (рівноваги) на різних хвилях дослідження. Досягнення еквілібріуму є свідченням того, що кількість купонів для поширення можна скорочувати та, у підсумку, завершити збір даних, оскільки результати за наявною вибіркою не будуть змінюватися з участю нових респондентів. У межах дослідження еквілібріум відповідно до графіків конвергенції не був досягнутий за індикаторами перевірки, а обсяг вибірки недостатній для екстраполяції даних на всю субпопуляцію КГ (відповідно до критеріїв включення). Проте, дані можна екстраполювати на ті групи респондентів, що відповідали критеріям включення й були залучені до вибірки в межах досліджених міст.
3. Аналіз рекрутингу й побудова ланцюгів рекрутингу (recruitment tree). Зниження розміру соціальної мережі учасників на останніх хвилях рекрутингу не зафіксовано за більшістю вибірок.

З огляду на це, зважування даних кількісного опитування на субпопуляцію КГ відповідно до RDS (і поширення результатів на субпопуляцію) обмежене. Проте дані можна екстраполювати на ті групи респондентів, що відповідали критеріям включення й були залучені до вибірки в межах досліджених міст.

Описовий аналіз даних

Соціально-демографічні характеристики вибірки було проаналізовано із частотним аналізом і розрахунком довірчих інтервалів, моди для категоріальних змінних, середнього, медіани, мір розкиду та процентилів для метричних змінних. Для побудови довірчих інтервалів було використано рівень довірчої ймовірності 0,95. Поведінкові змінні, бар'єри тестування на ВІЛ, гуманітарні, соціальні, медичні, юридичні та психологічні потреби було проаналізовано із частотним аналізом і побудовою довірчих інтервалів та розрахунком моди.

Побудова похідних змінних. Розраховано відсоток респондентів із незадоволеними потребами в гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних або психологічних послугах, з побудовою довірчих інтервалів. Розраховано каскад:

1. наявність хоча б однієї потреби;
2. наявність незадоволеної потреби;
3. неможливість задовольнити потреби в майбутньому.

Визначено загальну кількість незадоволених потреб для кожного респондента.

Двовимірний аналіз даних. Асоціацію між потребою в тестуванні на ВІЛ і незадоволеними потребами в різних послугах вивчали за допомогою критерію хі-квадрат, коефіцієнтів кореляції та логістичної регресії, враховуючи потенційні конфаундери.

Багатовимірний аналіз. Побудовано моделі логістичної регресії для оцінки впливу соціально-демографічних змінних, належності до груп ризику, поведінкових змінних і кількості незадоволених потреб на потребу в тестуванні на ВІЛ.

4. Безпека інтерв'юера та респондента у зв'язку з військовими діями

Для підтримки безпеки у зв'язку з проведенням військових дій, а також для створення безпечної та доброзичливої атмосфери, ГІ (якісний компонент) проводили онлайн через зручні для респондентів канали зв'язку (Zoom, Skype, Viber тощо). Напівструктуровані опитування (кількісний компонент) проводили віч-на-віч в офісах НУО. У разі виникнення небезпеки, пов'язаної з військовими діями, зокрема під час повітряної тривоги, опитування та всі очні польові заходи переривали та відновлювали після скасування тривоги, за умови можливості проведення інтерв'ю в безпечних умовах.

5. Організація навчання команди

У межах підготовчого етапу проєкту було організовано тренінг-інструктаж для інтерв'юерів НУО, які брали участь у залученні учасників та проведенні опитувань, а також для незалежних інтерв'юерів, які проводили напівструктуровані ГІ.

6. Етичні засади проведення дослідження

Протокол та інструменти дослідження розглянула Комісія з питань етики № 1 при БО «Український інститут політики громадського здоров'я». Усі учасники надавали письмову інформовану згоду для участі в глибинних інтерв'ю в межах якісного компонента або усну згоду для участі в опитуванні в межах кількісного компонента.

7. Використання даних і розповсюдження результатів

Результати дослідження будуть розповсюджені шляхом підготовки та поширення аналітичного звіту за результатами, проведення презентації для регіональних/національних/міжнародних партнерів для обговорення отриманих результатів.

8. Результати

8.1. Основні мотивувальні фактори до отримання послуг із тестування на ВІЛ на рівні неурядових організацій серед нововиявлених людей, які живуть із ВІЛ

Загальні характеристики життєвої ситуації респондентів якісного компонента дослідження

У **Таблиці А 1** подано основні кількісні соціодемографічні характеристики респондентів, які відповідали на запитання ГІ. ЛВНІ та ЧСЧ представлено у вибірці приблизно однаковими частками (38% і 40% відповідно), а частка СП є найменшою (22%). Найбільшу кількість представників КГ опитано у Львові (близько 32% загальної вибірки), на Житомир і Київ припадають однакові частки вибірки (по 26,7% респондентів), а найменше учасників вдалося залучити до дослідження в Запоріжжі та Чернігові (7% і 8% відповідно). Як бачимо, до вибірки належать переважно особи середнього віку. Трохи більше третини опитаних (33%) має вищу освіту, при цьому найбільша частка таких осіб є серед ЧСЧ (71%). ЧСЧ мають і значно вищий (порівняно з представниками двох інших КГ) рівень матеріального забезпечення – їхній середній місячний дохід становить близько 25 тис. грн.

За результатами опитування, група учасників якісного компоненту дослідження є неоднорідною за показниками сімейного стану, трудової зайнятості та джерел доходу, умов проживання, ступеня задоволення основних матеріальних потреб і соціальної підтримки. Серед представників усіх трьох КГ є ті, хто скаржиться на нестачу коштів на найнеобхідніше, але є і ті, хто має середній або вищий за середній рівень достатку. Матеріальне становище респондентів залежить від джерел їхнього доходу, зокрема від способу й розміру заробітку, складу сім'ї та кількості дорослих осіб у родині, які працюють, умов проживання (власне або орендоване житло), необхідності піклуватися про непрацездатних близьких (дітей, батьків або інших родичів) і деяких інших чинників.

Респондент (Р): «Проживаю з батьками, з мамою і з батьком, дітей немає. Працюю, я автослюсар. Є в нас друга квартира, і ми її здаємо».

Інтерв'юєр (І): «Наскільки ви матеріально незалежні, можете самі себе забезпечити?»

Р: «Так, так, звичайно».*

Житомир_ЛВНІ_44 роки

*Тут і надалі виконано переклад цитат українською.

«Ми орендуємо однокімнатну квартиру. Заробляю. Продавець. Чоловік теж працює, він теж дуже залежить від замовлень. Дуже мало матеріально незалежна, живемо в постійній напрузі, бо грошей не вистачає. Якийсь мінімум я забезпечую. Але постійно приходиться ужиматись десь, робити вибір у пользу їжі. Чогось не купуєш з одягу. Забагато не їсиш, але ж все йде на їжу».

Житомир_СП_39 років

«Живу в приватному секторі, у будинку. Я знімаю. Розлучений, живу один. Є донька від шлюбу, 11 років. Заробляю, але, звісно, робота нестабільна. Але принаймні на їжу, на комуналку, на оренду вистачає. Там дещо собі ще купити з одягу, побутових якихось зручностей. Я виплачую аліменти дитині. Мамі допомагаю теж трошки. Ну, вистачає. Трохи нижче середнього».*

Запоріжжя_ЧСЧ_43 роки

У найбільш скрутному становищі перебувають ті особи, які за станом здоров'я не можуть працювати й задовольняють власні базові потреби за рахунок пенсійних виплат, гуманітарної допомоги або підтримки родичів. Про такі обставини частіше повідомляють представники групи ЛВНІ.

І: «Скажіть, будь ласка, а як Ви себе забезпечуєте? Як отримуєте засоби для життя?»

*Р: «Давали пайки раз на місяць. Туберкульозні. З тубдиспансеру. Потім три рази їздив у цю п'яту лікарню, теж на інтерв'ю, там по 500 гривень давали. І дружина годує, одягає. Хочу стати незалежним і не можу. Завишу постійно. Якби не дружина, то був би десь із бомжами, напевно, лазив би по смітниках».**

Київ_ЛВНІ_58 років

«Я не працюю. Маю інвалідність третю. Проживаю сам, з мамою. Матеріально залежний, тому що група інвалідності – всьо, більше нічого немає».

Львів_ЛВНІ_34 роки

Здебільшого представники КГ повідомляють про погіршення власного матеріального становища у зв'язку з повномасштабним вторгненням через втрату постійного місця роботи й підвищення цін: декого звільнили з роботи із закриттям підприємства або скороченням штату працівників; дехто змушений змінити житло через нестачу грошей на його оренду.

«Стало трошки важче. Не просто трошки, а набагато важче. Знайти роботу, щоб оплачувалася була добре. Погіршилися [умови проживання] тим, що знімав трикімнатну квартиру, змушений був переїхати на двокімнатну. Тому що не витягували».

Київ_ЧСЧ_37 років

*«Підробляю. У міру можливості. Роботу [постійну] втратив. Працював на підприємстві. Підприємство-то не закрилося, але скоротилася кількість людей, яка працювала. Ціни зараз зросли жахливо, а зарплата залишилася на тому ж рівні».**

Чернігів_ЛВНІ_45 років

«Зараз стало набагато складніше оплачувати квартиру. Як раніше, я от знімала квартиру сама, тому що вона в нашому місті коштувала набагато дешевше. А зараз чомусь ціни дуже підвищилися. Тому мені прийшлося ще взяти до себе двох знайомих моїх. І ми знімаємо зараз разом, щоб нам було просто менше платити грошей».

Житомир_СП_38 років

Кардинальні зміни умов проживання та статку відзначають особи, які змушені були виїхати з рідного міста або селища внаслідок повномасштабного вторгнення. Проте не всі опитані ВПО скаржаться на погіршення власної життєвої ситуації – деякі з них змогли адаптуватися до нових умов і в цілому налагодити своє життя.

«З початком війни [довелося] змінити місто і регіон. Це для мене було надзвичайно важко.

Оце етап такий психологічно самий важкий. І втрата якихось своїх зав'язків соціальних навіть за межами іншої області. Тут треба було заново це все якось налагоджувати. Але ми це пройшли, тому більш-менш нормально».

Львів2_СП_33 роки

«Я сам з-під Бахмута. Ми ж переселенці. Коли почалися сильні бойові дії, ми з матір'ю поїхали сюди в Житомир. Брат уже тут влаштувався. Допоміг, щоб ми сюди доїхали вдвох. У мене є кімнатка в гуртожитку. Мама стара. У неї два інсульти, і ноги відмовили. Ми її поклали в лікарню. Вона там лежить, за нею доглядають. Усе ось нормально. Ми живемо вже тут близько двох років».*

Житомир_ЛВНІ_51 рік

«Життя змінилось кардинально. Я прожив сім місяців в окупації. Херсонська область. І там я не думав, що настільки буде тяжко морально. Бачити тих... орків. Тому отак і прийшлося, я виїхав, 28 серпня буде два роки, як я в Києві живу. В мене свої заощадження були. І я з другом вложив у бізнес. І... зараз працюємо, отримуємо стабільні зарплати і все. На їжу, на кафе, бари, на одяг, квартиру, на бензин, на життя і отаке».

Київ_ЧСЧ_31 рік

Говорячи про зміни свого життя впродовж війни, поряд із матеріальними труднощами деякі опитані відзначають почуття невизначеності та загрози, тривогу за майбутнє дітей. Проте більшість опитаних згадує про страх і розгубленість у минулому, у перші тижні повномасштабного вторгнення. У цілому їхні відповіді засвідчують певний рівень адаптації до життя в умовах воєнного стану, зосередженість на побутових проблемах, набуття досвіду здолання труднощів, зумовлених війною.

«Дорожче стало знімати зараз житло у Львові. А так, в принципі, поки не жалуюсь. Важче стало в моральному плані, у фінансовому плані. За дитину переживаю. Прильоти бувають опять же ж... Більше працювати надо. Ну і важко психологічески, бо непонятно, коли це все закінчиться».

Львів_СП_39 років

«Ну в мене якби нічого не сталося. Не змінилось. Як живем, так і живем. Трошки підробляю. Я просто розумію, що в Києві твориться, що в Харкові, що в Сумах. Ну розказували хлопці».

Львів_ЛВНІ_44 роки

«Я родом із міста Авдіївки. Я переїхав у 2015 році звідти, з Авдіївки, до Києва. Тож я знаю, що таке війна. І я, коли це все почалося, нічого не боявся, тому що був звиклий. Я ще гірше бачив. Я поїхав звідти, тому що там не було ні роботи, ні зв'язку, ні інтернету».*

Київ_ЧСЧ_26 років

Відчуття соціальної підтримки, наявність дружніх і міцних родинних зав'язків, партнерські відносини опитаних також досить різні. Серед жінок-СП є такі, хто орендує житло разом із подругами, а отже вони можуть підтримувати одна одну. Певна частка СП має неповнолітніх дітей, які проживають разом зі своїми мамами, тобто жінки дбають про них і підтримують матеріально. Дехто з СП живе у формальних чи неформальних шлюбних відносинах і повідомляє про підтримку з боку своїх партнерів. Серед групи ЧСЧ є особи, які проживають разом із партнерами-чоловіками, але є й ті, що мають дружину й дітей і піклуються про них. ЛВНІ нерідко мешкають разом із партнерами, які також вживають наркотики ін'єкційно, але дехто живе окремо чи разом із батьками. Лише поодинокі опитані вказали, що вони цілком «самостійні» й не мають жодної підтримки близьких людей.

«Оскільки зараз немає партнера, не маю братів, сестер, то не можу сказати [що отримую підтримку]. Хіба можу виділити батьків, я з ними зідзвонююся, списуємося. Можу сказати, що піклуємося один про одного. Але ніхто ні від кого ні фінансово, ні емоційно не залежить».

Львів_ЧСЧ_25 років

Р: «Не була ніколи замужем. Одинокa, скажем так. У мене є дитина, три з половиною роки, вона живе з моєю мамою. Я їм допомагаю, фінанси висилаю їм. [З мамою] дуже тяжкі стосунки».

І: «А про вас хтось піклується? Є такі люди?»

Р: «Ні».

Житомир_СП_38 років

Р: «Про кого мені турбуватися? Про сім'ю тільки. У мене, саме, мета, забезпечити, перше це сім'ю».

І: «А чи є люди, які піклуються про вас і приділяють вам багато уваги?»

*Р: «Ну друзі є такі. Друзі, дружина – це ж на першому місці».**

Чернігів_ЛВНІ_35 років

Вплив війни на поведінку представників окремих КГ

Доступ до наркотиків і ризик інфікування ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно

Більшість опитаних ЛВНІ повідомили про те, що відразу після початку повномасштабного вторгнення вони відчували утруднення доступу до основного наркотику. У перші місяці війни представники цієї КГ потерпали від надмірного контролю й переслідувань із боку територіальної оборони, ускладнення або втрати зв'язків зі своїми постачальниками, значного підвищення цін на наркотики. Згодом переслідування тероборони послабилися, канали постачання поступово налагодилися, але ціни на препарати зросли, а їх якість погіршилася.

І: «Як змінилося споживання наркотику після початку війни, зокрема доступ до наркотику?»

Р: «Дуже сильно! Дуже тяжко... взяти їх... І якість, і вартість – дуже подорожчала».

Житомир_ЛВНІ_26 років

«Спочатку дуже багато у військовій формі бігало всякого народу. Були такі, що... зустріли знайомих наркоманів, йдемо троє, зупиняє нас якийсь вояка, всіх троїх положив на асфальт під пістолетом, потім відвіз в поліцію, там нас обшукали і відпустили. З початком війни так було місяця два-три, потім вони всі попропадали, і знову все стало на круги своя. А вартість змінилася, подорожчало все».

Львів_ЛВНІ_38 років

ЛВНІ, які стали учасниками програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) ще до початку повномасштабного вторгнення, відзначають тимчасові перебої в отриманні замісного препарату в перші тижні війни, але повідомляють, що його постачання швидко відновилося. Також за відповідями опитаних саме в перші місяці війни спостерігався значний притік ЛВНІ на програми ЗПТ – до того їх спонукало саме погіршення доступу до нелегальних опіоїдів.

«Спочатку були великі перебої, не було його [метадону], все закрито було. А потім все налагодилось, програми всі працюють. Десять налаштувалося все бистро».

Київ_ЛВНІ_37 років

*«Із грошима проблема. Ціна зростає. Ну, я ж не можу витратити постійно гроші тільки на себе. І інші потреби є, правильно? Я тому й став на програму, щоб не забивати собі голову всякими дурницями».**

Чернігів_ЛВНІ_45 років

Деякі ЛВНІ зі значним стажем споживання нелегальних опіоїдів пов'язують погіршення доступу до звичних для них препаратів і погіршення їх якості зі зміною звичних способів їх постачання й оплати, а також із підвищенням інтересу постачальників до солей і амфетаміну. Вони вказують, що постачальники наразі відмовилися від продажу «з рук у руки», повністю перейшовши на безготівкову оплату й повідомлення про місця «закладок». Тому ризики отримання неякісного препарату або втрати оплаченої дози для них підвищилися.

«Стало набагато гірша якість. Дорожче стало. Ну і... якщо раніше можна було прийти, придбати так, якби мовити, з рук в руки, то зараз треба слати гроші на карту. Робить він закладку, а її можна не найти чи отаке. Набагато важче стало.»

Львів_ЛВНІ_34 роки

*«Не було війни – були бариги, які не боялися торгувати з рук у руки. А зараз у нас бариг не залишилися, інтернет-магазини. А інтернет-магазини – що там? Знайшов ти, не знайшов або вони тебе кинули... їм зараз більш цікавий амфетамін і ось ці солі. А метадон їм особливо зараз чогось не цікавий, мабуть, мало заробітку в них...»**

Житомир_ЛВНІ_44 роки

Проте думки ЛВНІ про якість, вартість і шляхи отримання нелегальних опіоїдів різняться. Дехто з опитаних вважає, що якість залежить від постачальника – саме так, як це було і до війни. Серед опитаних є ті, хто вказує на залежність вартості препаратів від курсу долара, отже її передбачуване зростання через девальвацію гривні. Окремі опитані повідомляють про збільшення пропозицій офіційного метадону «на вулиці», що призводить до зниження його ціни.

«Як знайде, різна якість – і дуже, і не дуже, і набодяжена. Плюс-мінус, не скажу, щоби там щось дуже помінялося.»

Житомир_ЛВНІ_34 роки

«Ціни звісно зростають. Воно завжди, мені здається, трималось на рівні курсу долара. Воно все так більше в доларах ціна. Наприклад, конопля завжди була 10 доларів грам.»

Львів2_ЛВНІ_44 роки

«Може ще й здешевшали [наркотики], бо як появилася замісні терапії, там препарати продають хто може дешевше. Не постійно, але час від часу. Коли нема варіантів, то так.»

Львів_ЛВНІ_36 років

Також деякі особи зі значним стажем споживання запевняють, що на момент опитування вони не відчують жодних перепон доступу до наркотику, для них здобути наркотик наразі навіть легше, ніж до війни. Вони пояснюють це більшим притоком препарату з-за кордону і значним власним досвідом взаємодії із постачальниками.

*«Нормально. Можна купити і взяти. Усе зараз можна дістати.»**

Чернігів_ЛВНІ_48 років

«Можу сказати, легше стало [здобувати наркотик]. Більше контрабанди, видно, з-за кордону йде. Валом. І дуже багато все. Все налагоджено. Ну, розумієте, 20 років, це ж теж. Подзвонив, привіт-привіт. Три. Де? Там. Я знаю куди. І там буде лежати.»

Львів_ЛВНІ_48 років

Під час дослідження опитані відповідали на запитання про те, як після початку повномасштабного вторгнення змінилися ризики інфікування ВІЛ для ЛВНІ в цілому й особисто для них. Виявлено, що більшість ЛВНІ зі значним стажем навіть до визначення позитивного ВІЛ-статусу не вдавалися до ризикової ін'єкційної поведінки – вони не купували

наркотики в розчині, користувались одноразовими шприцами, надавали перевагу індивідуальному вживанню препарату. Лише поодинокі опитані повідомили про інфікування ВІЛ через використання спільного шприца.

*«Я б не сказав [що ризик збільшився], навпаки, зараз кожен сам за себе, у розчині нічого вже й не продається в нас. Ширка, якщо раніше була, то можна було підхопити, або там принесли в брудному шприці, а зараз немає. Зараз, мені здається, якщо людина при своєму глузді, то вона не буде ж у натовпі одним шприцом колотися. Ми ж не у в'язниці».**

Житомир_ЛВНІ_44 роки

«Для мене так воно ніяк не змінилось, тому що я сам готую і сам вживаю. В мене такого нема, що я десь там де-небудь його вживаю. Вживаю тільки вдома».

Львів_ЛВНІ_34 роки

«От буває даже пару людей берут і одним тим самим шприцем колються. У одного є інфекція, у другого нема, но... стараються мовчати, що у нього є. Так вона і передається. Так і я заразилася».

Житомир_ЛВНІ_26 років

Дехто з учасників акцентував на тому, що зменшення ризиків інфікування ВІЛ для ЛВНІ останнім часом зумовлено їх участю в програмах ЗПТ і доступністю засобів профілактики (безкоштовних одноразових шприців, голок і презервативів).

І: «Після початку війни чи зросли ризики інфікування ВІЛ?»

Р: «Знаєте, я думаю, що... і зросли і не зросли одночасно. Тому що зазвичай багато людей зараз вживають замісну терапію. Раніше треба було знати, що брати з рук в руки, тепер воно доступніше, людина пішла, отримала, і ти знаєш, а з іншої сторони появились підтримувальні всякі програми такі, що видача шприців. Я не користуюсь зараз [спільними шприцами або кілька разів шприцом]».

Львів_ЛВНІ_34 роки

*«З таблетками навпаки ризик заразити когось, він мені здається, зменшився... Здебільшого так, люди ж не збираються там, як раніше, угрупованнями, там... десь варимо..., щось робимо... Приходять офіційно, приймають, тому так – ризик набагато зменшився».**

Запоріжжя_ЛВНІ_49 років

Проте деякі опитані говорять про збільшення ризиків інфікування ВІЛ для інших – молодших – споживачів наркотиків, які не замислюються над наслідками власної ризикованої поведінки і наражаються на небезпеку передавання вірусу ін'єкційним або статевим шляхом.

«Зараз у розчинах не продається. Зараз все – порошок, таблетки. А це вже залежить від тебе, чим ти будеш розбавляти, можеш купити в аптеці розчин для ін'єкцій, можеш брати воду з крана. Шприци можна взяти у «поліклініці» безплатно. Зараз немає сенсу брати чужий шприц, хіба що такі безголові, які вживають наркотики і шприца немає і підбирає, що попало – є і такі люди попадаються, вони заражаються на раз-два-три».

Львів_ЛВНІ_38 років

*«Безмозких дуже багато. Ну вони, як правило... вирішують питання в міру їх надходження. Ніхто там не оберігається. Тобто, поки нормально і все добре».**

Чернігів_ЛВНІ_45 років

*«Зараз, особливо молоді дівчата, вони якось до цього ставляться, я б сказав, узагалі ніяк. Їм пофіг. Ну, пояснюю, іноді. Вони ж хочуть без презерватива, а я без презерватива не можу, я – ВІЛ-інфікований, і доводиться пояснювати».**

Житомир_ЛВНІ_44 роки

Частка опитаних ЛВНІ вважає, що в період війни не виникло додаткових чинників інфікування ВІЛ для їхньої КГ групи в цілому або їх навіть поменшало, адже чоловіки менше контактують один з одним і намагаються «ховатися» вдома, побоюючись представників територіального центру комплектування. Водночас кілька опитаних припускають, що могли бути інфіковані вже під час війни внаслідок незахищених статевих контактів, оскільки втратили своїх постійних партнерок (співмешканок, дружин) через їх від'їзд.

*«Я би сказав, що все так само, як і було. В принципі, ризики завжди, але я би не сказав, що стало гірше».**

Львів_ЛВНІ_41 рік

*«Навпаки зменшився [ризик]. Люди стали замкненішими. Нема такого, що «О! Пішли там сядем...». Ці ховаються, тож з дому ніхто не виходить – ТЦК».**

Львів_ЛВНІ_48 років

*«У різний спосіб люди хворіють. Я, наприклад, просто захворів, коли в мене дружина поїхала до Польщі. Тобто, я залишився тут сам. Я заразився статевим шляхом».**

Запоріжжя_ЛВНІ_44

Майже всі опитані наголошують, що після визначення в них позитивного ВІЛ-статусу вони не вдаються до ризикованої поведінки та дбають про те, щоб убезпечити інших від інфікування ВІЛ.

*«Я коли взяв, що ВІЛ-інфікований, то ніякого сексу, а моя дівчина теж ВІЛ-інфікована. З шприцами проблем немає, я завжди приходжу в поліклініку... вже нема чим ризикувати».**

Львів_ЛВНІ_38 років

*«Щойно я дізнався, що я ВІЛ-інфікований, я взяв шприц собі, постійно в мене в кишені свій шприц, тільки я один користуюся. Щоб нікого не заразити».**

Житомир_ЛВНІ_51 рік

Вплив війни на поведінку жінок, які надають сексуальні послуги

Учасниці-СП повідомляють про низку змін в умовах їхньої праці, зокрема про зміни контингенту клієнтів, заробітків і ризиків надання сексуальних послуг упродовж війни. Дехто з опитаних вважає, що в них з'явилися нові можливості для бізнесу, оскільки попит на такі послуги збільшився через клієнтів-військових, що перебувають у відпустці й готові витрачати значні гроші на «емоційне розвантаження». Водночас СП пов'язують із цією категорією клієнтів більшу небезпеку насильства.

*«Ми відкрили для себе нові, так сказати, можливості. Ми більшість працюємо з воєнними. І у зв'язку з тим, що в них зараз великі заробітки, або вони приїжджають для відпочинку до нашого міста, то вони витрачають більше грошей на нас. Заробітки теж проявилися. Колись раніше було дуже ризиків багато. Зараз теж воєнні, вони різні попадаються. Але стараємося підшукувати таких людей, з якими можна було би більш-менш себе захищено відчувати».**

Житомир_СП_38 років

«Останнім часом, якщо вже чесно говорити, є проблема з військовими, які повертаються. Не завжди, скажем так, адекватні. Можуть бути в стані й алкогольного, можуть бути і наркотичного [сп'яніння]. Я це чую від своїх подруг, ця проблема є. Думаю, що вона іде по нарастаючій, скажем так».

Львів_СП_40 років

*«Стало працювати небезпечніше. Дуже багато хлопців військових. Вони приходять у відпустку, у них є готівка. Досить багато. І вони її починають витрачати нестримно. І поки вони в стані алкогольного сп'яніння, може під якоюсь наркотою, їм здається, що вони королі світу. І з такими людьми дуже небезпечно... Дівчата сказали, що з трасою взагалі стало дуже страшно. Раніше такого не було. Мені розповідали, що нещодавно одну дівчинку знайшли в посадці».**

Житомир_СП_39 років

Деякі СП пов'язують зростання ризику насильства час війни не лише з клієнтами-військовими, а також з іншими отримувачами сексуальних послуг, тому що вони перебувають у стані стресу, частіше вживають алкоголь і наркотики й можуть поводитися цілком непередбачувано. Також СП складніше уникнути агресії через втрату постійних клієнтів. У цілому через зменшення заробітків, підвищення цін і загальне зниження добробуту СП доводиться працювати більше, тому частка незнайомих клієнтів значно зростає.

«Мої постійні партнери, яким я надавала послуги, багато кого не стало. Хтось виїхав, хтось щось ще. А заробітки зменшилися. [Ризик насильства] збільшився. Тому що дуже багато людей є агресивними. Зі мною колись один момент такий був. Але серед дівчат є такі, які зазнають насилля, дівчата стикаються багато, так».

Львів2_СП_33 роки

«Зараз чоловіки, вони дуже стали багато вживати алкоголю. В мене навіть ті клієнти, які були раніше, якимось на такому зриві. Вони всі нервні. З того, що їх можуть забрати в армію. Тому, конечно, помічаємо багато таких проблем в цьому плані».

Житомир_СП_38 років

Агресивна поведінка та насильство з боку клієнтів можуть бути бар'єром для використання презервативів, а тому спричиняти ризик інфікування ВІЛ. Одна з опитаних повідомила саме про такі обставини інфікування.

*«У мене був інфікований контакт, якого я не змогла уникнути просто. Або отримуєш по голові, або... Мені довелося робити це без презерватива. Інакше погано було б...»**

Житомир, СП, 39 років

Опитані СП неохоче розповідають про вживання психоактивних речовин (ПАР) і здебільшого спростовують власне вживання наркотиків або збільшення вживання алкоголю під час війни. Проте деякі з них говорять про постійне супутнє сексуальним послугам вживання ПАР, а відповідно й збільшення ймовірності незахищених статевих контактів. При цьому вони зазначають, що останніми роками відбувається поширення ВІЛ у загальному населенні. До того ж в умовах війни дехто перериває прийом АРТ. Отже, усі ці обставини разом спричиняють підвищення ризиків інфікування ВІЛ для СП.

«[Ризик інфікування ВІЛ] збільшився однозначно. Тому що це зараз у багатьох є. Воно не кероване, хоча і свідоме, та не кожному будеш казати, що треба протестуватися чи ще щось. Тому... навіть, не знаєш, з чим ти стикаєшся... У стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння незахищений секс – це першим пріоритетом є для розповсюдження ВІЛ-інфекції. Це точно».

Львів2_СП_33 роки

«Людина під наркотичними діями, вона ж не думає, що треба обов'язательно предохраняться. «Та прокатить», – якось так. І, от воно получается, такі ситуації».

Житомир_СП_38 років

«Через війну, можливо, люди мали досвід переривання терапії. І може це буде сприяти тому... Завжди є ризик інфікування, якщо людина не при свідомості... завжди ризики більші, коли ти себе не контролюєш».

Львів3_СП_33 років

Вплив війни на поведінку чоловіків, які мають секс із чоловіками

Серед опитаних ЧСЧ є значна частка тих, хто не відзначає суттєвих змін у поведінці та взаємовідносинах представників власної КГ. Проте є й ті, які говорять про негативні зміни психологічного стану ЧСЧ – тривогу, інколи панічні атаки, погіршення настрою, розгубленість, занепокоєння й усамітнення через побоювання мобілізації. Деякі ЧСЧ знаходять можливість виїжджати за кордон або змінюють місце проживання в межах України. Тому загальне коло комунікації й підтримки значно змінюється, нерідко обмежується, а сталі контакти з партнерами можуть втрачатися.

«Деякі друзі впали в депресію через ТЦК, оці вилучення на вулицях. З багатьма друзями я втратив контакт. Не бачимось через те, що вони не хочуть виходити з дому. Дуже в депресії перебувають зараз друзі. Переважна більшість. З деякими телефоном, у соцмережах [спілкуюсь]».

Львів_ЧСЧ_28 років

«Дуже сильно [змінились умови життя], тому що мій партнер виїхав, його сильно паралізував страх і панічні атаки, і по його здоров'ю він виїзний, і щойно у нас припинилися стосунки. Мій найближчий друг незадовго до війни виїхав за кордон на піврічне стажування, але воно вже триває третій рік і він навряд чи повернеться до кінця війни. Зменшилося моє соціальне тіло, ну і плюс самі комунікації обмежилися».

Київ_ЧСЧ_47 років

За повідомленнями окремих ЧСЧ спілкування в їхньому середовищі й навіть партнерські стосунки утруднюються через зміни способу життя, зумовлені війною, появу певних інших пріоритетів, зокрема необхідність більше працювати на тлі погіршення добробуту, потребу приділяти більше уваги власним родичам.

«Труднощі спілкування? Це реально, мабуть, що нема грошей. Наразі робота не дозволяє. А раніше було часто, да. А може просто психологічно і все. Не хочу, не буду».

Якось так».

Житомир2_ЧСЧ_38 років

«Був раніше партнер, а зараз його немає. З початку війни ми перейшли на віддалений режим роботи. Могли частіше сваритися, тому що це природньо для людей, коли вони починають кожен день протягом довгого періоду часу бачитися і перебувати під одним дахом».

Львів_ЧСЧ_25 років

Майже всі ЧСЧ спростували припущення про власне збільшення вживання алкоголю або наркотиків під час війни. Лише один з опитаних зв'язав власне інфікування ВІЛ із вживанням алкоголю, водночас наголосивши на тому, що не вважає вплив війни суттєвим фактором ризику.

«Я не дуже прихильник вживання алкоголю. Хіба може десь на свята випиваю. Я не прихильник вживання. Тому не скажу, щоб воно збільшилось там чи зменшилось. В мене завжди більш менш однаково. [Вживання наркотиків] не було досвіду. Надалі не можу сказати, але наразі не планую починати».

Львів_ЧСЧ_25 років

«Може якраз через алкоголь [відбулося інфікування ВІЛ], напевно так. Це було під час цього військового стану, але думаю, що війна не вплинула. Просто саме алкоголь або просто, ну як це правильно сказати, легковажність, якось так».

Київ_ЧСЧ_22 років

Повідомляючи про повну відмову від вживання ПАР після початку повномасштабної війни, один з опитаних ЧСЧ водночас вказує на збільшення споживання наркотиків певною частиною представників власної КГ, що причетні до «клубної культури». Приїхавши під час війни в Київ, він помітив значне пожвавлення клубної активності, що завжди асоційована з наркотизацією.

*«Я приїхав до Києва. Нові люди, з якими я знайомлюся, вони всі торчять на наркотиках. Всі супроводжуються вечірки ось цими всіма приколами. Я в шоці від цього всього. Так що, я думаю, дуже навіть сильно зросло [споживання наркотиків чи алкоголю]».**

Київ_ЧСЧ_26 років

Думки ЧСЧ щодо ризиків інфікування ВІЛ під час війни розійшлися. Деякі опитані вважають, що ці ризики не змінилися. Інша думка полягає в тому, що ризик підвищився внаслідок збільшення кількості ризикованих контактів. Проте опитані по-різному пояснюють цей факт. За висловлюванням одного з них, небезпека війни спонукає до активнішого життя як «протиставлення смерті». Інші зазначають, що війна спричинила внутрішню міграцію, люди із сільських районів масово перемістились до великих міст, зростає кількість випадкових контактів із тими, хто раніше не мав доступу до засобів профілактики або меншою мірою дбав про власне здоров'я.

«З війною стало більше контактів ризикованих. Єдине, що ти можеш протиставити смерті, це життя в його максимальних проявах. Народжувати я не можу, а розмножуватися... Ну так, це така очевидна форма ризикованої поведінки, незахищений секс і немоногамні стосунки».

Київ_ЧСЧ_47 років

*«Ризики – так. Причини ризиків у тому, що, припустімо, є сауни, тематичні в клубі в Києві. Там якісь люди знайомляться. Там дуже багато якихось якихось таких... недоглянутих, бородатих, після початку війни, дуже значно, багато дуже людей з маленьких міст, сіл сюди, біженці, все інше».**

Київ_ЧСЧ_50 років

Один з опитаних внутрішньо переміщених осіб (ВПО) повідомив, що його інфікування ВІЛ пов'язане саме з переміщенням під час війни, оскільки він втратив постійні контакти, а у великому місті люди поводяться «більш розкуто» й не вважають за необхідне використовувати засоби профілактики, через що наражаються на більшу небезпеку інфікування. Інший вважає, що в умовах війни люди піддаються стресу, стають менш обачливими, а якщо захворюють на ВІЛ, то поводяться агресивно й намагаються навмисно інфікувати інших.

*«Виникли ризики через незахищений секс. Заразився саме під час війни. Уже в Києві, бо мав непостійного статевго партнера й далеко не завжди були засоби захисту. До цього в мене завжди був захищений секс. У Києві більш, напевно, люди якісь чи то безстрашні, чи то розкуті».**

Київ_ЧСЧ_38 років

«Багато я людей зустрічаю, які кажуть: «Ось ми під час війни підчепили». Причина в чому? Можливо, що є такі люди, які захворіли на ВІЛ, і в них дах зриває. І вони думають, що раз я хворію, то треба й побільше людей заразити. Думають, тут ще війна. І так от заражають людей».*

Київ_ЧСЧ_26 років

Також було висловлено думку, що на початку війни (зокрема, в окупації) виникли бар'єри для доступу до засобів профілактики й тестування на ВІЛ унаслідок зниження активності НУО. Це могло спричинити тимчасове підвищення ризиків інфікування. Проте згодом доступ до профілактичних послуг відновився.

«Ну, можливо, і виникли [додаткові ризики інфікування ВІЛ]. Раніше давали безкоштовні презервативи, лубриканти. Були знайомі. Займалися цим. Давали тести безкоштовні на ВІЛ. Потом, як почалася війна, багато всього зникло. Потом це якось знову наладилося. Це саме якраз на початку війни».

Київ_ЧСЧ_45 років

«Це вже, якщо там зовсім якась така ситуація, я не знаю. Але ж, ну, побули ми місяць в окупації. Це все працює на даний момент. Засоби захисту є».

Чернігів_ЧСЧ_43 роки

Індивідуальні мотивувальні чинники тестування на ВІЛ представників КГ на рівні НУО під час війни

Рівень добробуту

Попри те, що більшість опитаних повідомила про негативний вплив війни на їхнє життя в цілому та, зокрема, про зниження рівня власного добробуту, лише невелика частка представників КГ відзначила зв'язок між власним добробутом і рішенням про тестування на ВІЛ. Деякі особи з найнижчим рівнем статку прямо вказали на те, що безкоштовність тестування була для них вирішальним чинником рішення визначити власний ВІЛ-статус – у протилежному разі вони б від такої процедури відмовилися. Також кілька ЛВНІ з низьким рівнем статку наголосили на тому, що пропозиція харчових або мотиваційних наборів була для них важливим мотивом тестування на ВІЛ.

«Тест, усе безплатно – і аналізи, і обслуговування, звісно, це вплинуло. Безоплатні – це дуже добре, багато хто тому й приходить здати, бо соціально незахищені».*

Житомир_ЛВНІ_44 роки

«Тестування було безкоштовним. Якби, наприклад, треба було заплатити навіть 100 гривень, то я би ніколи в житті не пішов ніяке тестування робити».

Львів_ЛВНІ_38 років

«Була реклама – мотиваційний набір тому, хто здасть кров. Я скористався цією програмою... Тоді ні в чому ні в кого не було впевненості. Тому я всі вільні гроші тоді в продукти вкладав. Я не вважав зайвим узяти допомогу, яка могла зовсім не завадити моїй сім'ї».*

Запоріжжя_ЛВНІ_44 роки

Відсутність інформації про безоплатність тестування на ВІЛ та інші послуги ЛЖВ утримував деяких представників КГ від визначення власного ВІЛ-статусу.

І: «Скажіть, будь ласка, Ваш добробут на той час – житло, можливість купувати їжу і таке інше – усе це якось вплинуло на ваше рішення щодо тестування?»

Р: «Я з початку думала, що мені прийдеться отримувати і купувати це лікування в разі чого, як я отримаю статус. Я ж не знала, що це є державне, безкоштовне. Можливо, і був вплив такий. Недоінформованості».

Львів2_СП_33 роки

«Тестування було безкоштовним. Якби, наприклад, треба було заплатити навіть 100 гривень, то я би ніколи в житті не пішов ніяке тестування робити».

Львів_ЛВНІ_38 років

Один з опитаних повідомив про інший характер зв'язку між власним добробутом і своїм рішенням про тестування на ВІЛ: маючи добрі умови для життя, він вирішив подбати про те, щоб їх не втратити. Водночас він припустив, що проживаючи за межею бідності, він би позбувся такої мотивації.

І: «Як Ваш добробут вплинув на рішення щодо тестування на встановлення діагнозу ВІЛ?»

Р: «На той момент мабуть, що так. Якщо в мене було, що їсти, пити, жити, то щоб це все не втратити. Якщо б я, може, вибачте, жив десь за межами [бідності], взагалі нічого, то мабуть би я нічого і не робив».

Житомир2_ЧСЧ_38 років

Усвідомлення ризиків власного способу життя та потреба дбати про здоров'я

Чимало опитаних добре розуміли, що їхній спосіб життя становить неабиякий ризик для здоров'я. Саме тому вони регулярно проходили тестування швидкими тестами на ВІЛ шляхом самотестування вдома або за допомогою соціальних працівників – у «польових умовах» чи в НУО. Дехто звертався для того до знайомих, які працюють у медичних закладах. Здебільшого така поведінка притаманна ЧСЧ.

*«Я й раніше ходив на ВІЛ тестувався. Тільки не в організацію, а до знайомих своїх, у лікарню. Я там тестувався, то в мене все було добре».**

Київ_ЧСЧ_26 років

*«Спонукало, тому що я вів дуже активне статеве життя. І не завжди воно було із засобами захисту. І плюс у мене були кілька разів сифіліс, гонорея була, тому це було важливо перевірятися... Мене мотивувало те, що я хочу знати більше про своє здоров'я. Буде здоров'я – буде все інше. Я кожні півроку перевіряюся».**

Київ2_ЧСЧ_26 років

Водночас серед представників інших КГ теж є окремі особи, які намагались підтримувати своє здоров'я на належному рівні навіть за небезпек, зумовлених їхнім способом життя. Цей мотив був головним для їх тестування на ВІЛ.

«Я і раніше робив ці тести. Це треба знати кожній людині, а ще й обов'язково, якщо людина вживає наркотики».

Житомир_ЛВНІ_36 років

«Я особисто за своє здоров'я сильно переживаю, боюсь. Я завжди звертаюсь за допомогою дрібницею. У мене було багато різних партнерів, і всякі хлопці були. Оце мене і підштовхнуло до тестування».

Чернігів_СП_40 років

Окремі випадки ризикованої поведінки (здебільшого це були незахищені статеві контакти) вмотивували до тестування кількох представників КГ.

«Що вплинуло? Було просто багато незахищених контактів. А ще я дізнався, що в чоловіка, з яким в мене були контакти, виявили ВІЛ».

Київ_ЧСЧ_45 років

*«У лютому 2023 року я прийшла здавати тест сама, тому що в мене був інфікований контакт».**

Житомир_СП_39 років

Варто зазначити, що для переважної більшості опитаних рішення про тестування на ВІЛ ніяк не пов'язане з війною. Дехто з них саме наголошує на тому, що прагнення підтримати здоров'я абсолютно не залежить від війни.

«Війна – таке, зрозуміло, що війна війною, але ж це здоров'я – це особисте».

Житомир, ЛВНІ_34 роки

Проте кілька респондентів усе ж указують на зв'язок свого наміру пройти тестування на ВІЛ із життям в умовах війни. Ці особи акцентують увагу на тому, що з війною бажання жити загострюється, здоров'я набуває особливої значущості, від нього залежить здатність адаптуватися до нових обставин, що швидко змінюються.

І: «Скажіть, будь ласка, могло б бути так, що ваше рішення протестуватися якимось пов'язане з війною і життям в умовах війни?»

«Так, з врахуванням, що невідомо, що далі нас очікує, яке буде життя – умови проживання, робота, військова служба і все інше, то бажано знати, що у тебе зі здоров'ям. Від якоїсь там печінки, серця і все інше умови життя можуть змінитися. І ти повинен знати і враховувати такий аспект».

Київ_ЧСЧ_43 роки

«Напевно так, тому що багато що змінилось під час війни. Ти думаєш по-іншому. Був якийсь вплив, відбиток такий, я думаю. Страх, напевно, за майбутнє. Ти зрозумів, що хочеш жити і підтримати своє здоров'я. Поки ще не стало пізно».

Львів2_СП_33 роки

«Стало цікаво, бо я ніколи в житті цього не робила. Я з тих, хто адекватно ставиться до питання свого здоров'я. Хоч така робота, але за своїм здоров'ям я слідкую. По-перше, вже вік, по-друге, в країні війна. Воно все до купи».

Львів_СП_40 років

Окрему думку про ставлення до власного здоров'я і потребу тестуватися на ВІЛ під час війни висловлює один з опитаних ЧСЧ. Він вважає, що навіть ті ЧСЧ, які до війни усвідомлювали ризики власного способу життя й регулярно проходили тестування, наразі роблять це набагато рідше. На тлі загрози життю й депресивного стану їхня потреба дбати про здоров'я стає доречною.

«Немає в наших людей на сьогодні відповідальності. Зараз люди в депресивному стані аргументують тим, що в країні війна. Дуже багато людей вважають, що це мелочі. Вони не звертають уваги на те, що треба йти протестуватися на регулярній основі».

Київ3_ЧСЧ_26 років

Погіршення самопочуття

Серед представників усіх КГ є особи, які вперше дізналися про власний позитивний ВІЛ-статус, звернувшись за тестуванням унаслідок поганого самопочуття та загального фізичного стану – появи слабкості, втрати маси тіла, повторюваних вірусних захворювань тощо.

*«У мене десь у 23-му році влітку почалася слабкість. Прокидався, ніби я всю ніч розвантажував вагони. Дика була слабкість і втома. Я пропив вітаміни, начебто став почуватися бадьоріше, але була якась тривожність тощо. Я пішов протестувався».**

Київ_ЧСЧ_38 років

*«Як потрапила? Герпес у мене. Оперізувальний лишай. Я почала худнути і пішла. Якби не ця болячка, я взагалі туди не потрапила б».**

Чернігів_ЛВНІ_48 років

«Для мене тоді першим питанням стояло здоров'я. Я почав себе погано почувати до того, як встановили цей статус. В мене виявили ряд захворювань і зробили мені операцію. В мене рана не гоїлась після операції. Я почував, що зі мною щось не те. Пішов у неурядову організацію, перевірівся, виявив свій статус».

Житомир_ЧСЧ_38 років

Деякі ЛВНІ вперше дізналися про власний позитивний ВІЛ-статус, тому що мали погіршення самопочуття чи стану здоров'я, але були націлені пройти тестування на гепатит. Отже, їхня переважна мотивація звернення до тестування в НУО – підтвердження підозри про захворювання печінки й зацікавленість в отриманні відповідної допомоги.

«Так як я вже тривалий час вживав, у мене було підозра, що в мене гепатит. У мене вже й печінка боліла і цей... І мені запропонували, сказали, що є така можливість можна пройти тести. І якщо хворий, то отримувати курс лікування».

Львів_ЛВНІ_34 роки

Серед опитаних є особи, які вперше визначили власний позитивний ВІЛ-статус під впливом інших осіб (друзів, соціальних працівників), деякі висловили думку, що самотужки звернулися б за тестуванням, якщо б мали відчутне погіршення стану здоров'я. Дехто з опитаних вважає, що для решти представників КГ саме погане фізичне самопочуття може бути головною спонукою до тестування на ВІЛ.

*«Якщо явні якісь ознаки погіршення здоров'я, то пішов би».**

Запоріжжя_ЧСЧ_43 роки

«Може вже потому визначив, захворів би більше, не хватало би імунітету, став би такий, наприклад, що вавки не хочуть заживати... може і пішов би зразу».

Житомир_ЛВНІ_36 років

*«Особиста зацікавленість. Воно, коли по здоров'ю вдарить, тоді вже почнеться... а так, поки все нормально, там ніхто не звертається».**

Чернігів_ЛВНІ_45 років

Доступ до первинної мережі медичної допомоги й рекомендації медичних працівників

Опитування представників КГ не дозволяє однозначно стверджувати, що доступність або відсутність доступу до первинної ланки медичної допомоги певним чином вплинула на їхнє рішення пройти тестування на ВІЛ у НУО. Серед опитаних є ті, хто регулярно відвідував сімейного лікаря, а також ті, хто не мав відповідної декларації й не вважав

за потрібне звертатись до первинної ланки медичної допомоги в разі погіршення стану здоров'я. Окремі опитані зазначають, що вони в цілому не налаштовані звертатися за медичною допомогою, тому що на лікування їм не вистачає грошей.

«Постоянні в мене були герпеси, заїди. Є мазь там якась, бабка делає з трави. Помастив три рази на день, отак от було. Мені помагало. В больницю я би не пішов, бо я її не потяну».

Житомир_ЛВНІ_38 років

Деякі учасники – відвідувачі сімейних лікарів наголосили на тому, що не звернулися б до них із проханням протестувати на ВІЛ, адже вважали їх некомпетентними в цій сфері, побоювалися розголошення інформації або негативного ставлення (стигматизації) у разі отримання позитивного результату.

«Я своєму сімейному лікарю не довіряю. Скільки було таких моментів, що я звертався до лікаря, у мене горло боліло. Я жодного разу не тестувався. «Ну горло у вас красне. Ну і що? От, попейте оце, оце». Я більше не звертався».

Чернігів_ЧСЧ_43 роки

«Багато хто боїться, що будуть абсолютно всі лікарі все бачити, все знати. І будуть дивитися скоса. Дійсно є таке стереотипне мислення в деяких лікарів у загальних поліклініках. Якщо, не дай Боже, десь хтось про це узнає, то потім відношення може бути кардинально недобрим».

Житомир_ЧСЧ_30 років

*«Ім знати цю інформацію взагалі не потрібно. У нас невелике місто, дуже боюся, що інформація буде їм доступна. І якщо лікарі розуміють, що... вони несуть якусь відповідальність за поширення, вони можуть сказати медсестрі. А медсестра може сказати ще комусь. У будь-якому разі, ця інформація, вона виходить назовні».**

Житомир_СП_39 років

Маючи погіршення самопочуття, окремі представники КГ зверталися до медичних працівників – фахівців спеціалізованої медичної допомоги, приватного або знайомого лікаря-консультанта. Саме від них вони отримали рекомендацію щодо тестування на ВІЛ у профільних ЗОЗ або переадресовували до отримання ПТВ до дружніх НУО. Так вони вперше дізналися про власний позитивний ВІЛ-статус. Проте частка опитаних, які мали саме цей чинник тестування на ВІЛ, є порівняно невеликою з огляду на загальну кількість повідомлень про погіршення самопочуття або виникнення медичних проблем, що передували зверненню за послугою тестування.

«Фурункули постійно вилазили. І я звернувся до лікаря щодо інфекцій. Не сімейний, це знайомі. А вона порадила здати кров на аналіз і також аналіз на ВІЛ. Я це все здав у Сінево. І там я зрозумів, що я ВІЛ-інфікований. І одразу мене направили саме в цю клініку».

Київ_ЧСЧ_19 років

*«Психіатрична лікарня. Я в них стою на обліку. І я раз на місяць до них їжджу, вони мені дають ліки. Вони дізналися про мене, що я яке життя веду. І підказали показатися в цій лікарні, де ми зараз із вами розмовляємо».**

Житомир_ЛВНІ_51 рік

Також один з опитаних ВПО висловив припущення, що маючи декларацію із сімейним лікарем за новим місцем проживання, він міг би легше дістатися до установи, де можна пройти тестування на ВІЛ.

*«Його [сімейного лікаря] ще тоді не було, але, гадаю, у цьому плані сімейний лікар ма-
буť зразу сказала би, де треба йти».*

Київ_ЧСЧ_31 рік

Вмотивування до тестування особами з найближчого оточення та їх психологічна підтримка на етапах отримання послуг щодо ВІЛ

Значна частина опитаних була залучена до тестування на ВІЛ із позитивним результатом або до отримання послуг у НУО особами з їхнього найближчого оточення – родичами, партнерами, друзями, які раніше вже певний час мали досвід отримання таких послуг. Нерідко саме друзі рекомендували звернутися за тестуванням на ВІЛ у НУО, тому що опитані скаржилися на погане самопочуття й радилися, у який спосіб найлегше отримати допомогу.

*«Подружка запропонувала, що вона проходила тестування. До того я ніколи не обстежу-
валась. І ми пішли... І зробили тест».*

Львів_СП_33 роки

*«Потрапив до неурядової організації випадково. Мені про неї розповів партнер тодіш-
ній. Мені розказав, що є така можливість пройти тестування в НУО. І якось воно так, не
знаю, переконав можна сказати... Зі своїм партнером я прийшов».*

Львів_ЧСЧ_25 років

*«Знайомий мене привів за руку. Він пояснював: «Ти дуже худий, ходи перевірюйся, це
нічого страшного»».*

Львів_ЛВНІ_48 років

Окремі респонденти повідомили, що зголосилися пройти тестування на ВІЛ просто «за компанію» чи для підтримки своїх друзів, не маючи в той час проблем зі здоров'ям або певних припущень про наявність інфікування.

*Р: «Мене знайомий привів, теж наркоман. Попросив, каже, давай, щоб я пішов здав.
Мене здивувало, чесно кажучи, результат, бо я слідував за тим, щоб той ВІЛ не
зачепити ніде».*

І: «А в цей час Ви якісь зміни в здоров'ї відчували, у самопочутті?»

Р: «Ні, я навіть по нинішній день нічого».

Львів_ЛВНІ_38 років

Прикметно, що дехто з опитаних після тестування на ВІЛ у НУО за порадою осіб з близького оточення наразі охоче рекомендує власним друзям тестування за допомогою соціальних працівників. Проте серед опитаних іноді були й такі, хто не готовий «рекрутувати» нових отримувачів послуги з тестування на ВІЛ у НУО.

*«З ким би я не розмовляв, [кажу] не хейтуйте, є такий кабінет, де все конфіденційно. І
в мене близько напевно дванадцяти друзів, котрі пішли просто здати аналіз. І це дуже
круто, що вони мені подякували. А я подякував знайомому, котрий мене познайомив з
цим соціальним працівником».*

Київ_ЧСЧ_31 рік

*«Мій досвід у сфері соціальної роботи в юності був і завершився, тому що не мотивовані
клієнти, це найбільш неприємне, що може бути в роботі. І це – постійний виклик, який не
завжди є ресурси долати».*

Київ_ЧСЧ_47 років

Особливу роль у залученні до тестування на ВІЛ відіграли ті знайомі – представники КГ, які мали досвід самотестування й запропонували швидкі тести учасникам опитування. Вони зазвичай супроводжували своїх друзів у НУО та підтримували їх на подальших етапах каскаду ВІЛ-послуг.

«Мене протестував друг. Ми випивали. Він мені запропонував протестуватися. Це було типу щось на прикол. Протестувалися, він каже, що це може бути помилка. Але той самий друг підказав [піти в НУО тестуватися]. Він мене повів за руку, показав. На другий день. І потім я вже в «100% життя» протестувався».

Чернігів_ЧСЧ_43 роки

Учасники здебільшого вказують на важливість психологічної підтримки родичів чи інших близьких людей упродовж встановлення діагнозу ВІЛ і початку АРТ. Проте доступність такої підтримки була для опитаних досить різною. Представниці СП нерідко не можуть повідомити власних родичів про позитивний ВІЛ-статус, в окремих випадках їх підтримують подруги, зрідка – співмешканці. Лише один з опитаних ЧСЧ прийшов на тестування разом із партнером, отже ця підтримка мала певний вплив на його рішення про тестування. ЛВНІ ухвалювали рішення про тестування здебільшого незалежно від наявності чи відсутності психологічної підтримки їхнього найближчого оточення, проте дехто мав поруч близьких людей вже на етапі верифікації ВІЛ-статусу.

«Звісно, мені було важливо, як мінімум, розуміння близьких людей. А вже підтримка, ну мені достатньо було партнера разом зі мною [на тестуванні]».

Житомир_ЧСЧ_38 років

«З близьких людей про мій статус ніхто не знає. Подружка знає. Це в мене дуже хороша подруга. І вона мене, так, підтримує».

Львів_СП_33 роки

*«Ми в сім'ї відкрито розмовляємо на всі теми і тому, напевно, мені легше пережилося це все. Найкращий психолог – це батьки. Нормальна підтримка має бути, хтось має бути поруч, коли отримуєш таку звістку. У мене поруч мама була».**

Житомир_ЛВНІ_44 роки

Доступність інформації про тестування на ВІЛ у НУО

Інформацію про послугу тестування на ВІЛ, що поширюється усно в середовищі КГ або розміщена в мережевих ресурсах, згадують як мотивувальний чинник тестування з позитивним результатом лише кілька опитуваних. Вочевидь така інформація є доступною більшій кількості учасників інтерв'ювання, проте в багатьох випадках вона становить важливе тло для ухвалення рішення про тестування; безпосередніми ж мотиваторами можуть виступати інші чинники.

«Я знав, що в цій клініці є кабінет довіри, де і соціальні працівники працюють, і лікарі. Реклама є по Києву, і в Фейсбуку, і в Інстаграмі. Тому я знав, що таке єсть».

Київ_ЧСЧ_31 рік

*«Я досить давно знала, що є в нашому місті такі організації. І знайомі були, і дівчата розповідали».**

Житомир_СП_39 років

*«Між собою там спілкувалися, наркомани ж люблять між собою поговорити, то мені розповіли, що є така «Перспектива», де видають шприци, серветки, роблять швидкі тести, і все анонімно».**

Житомир_ЛВНІ_44 роки

Один з опитаних ЧСЧ наголосив на тому, що він вперше дізнався про послугу безкоштовного тестування на ВІЛ у НУО через мережевий канал, яким користуються саме представники його КГ.

*«Є ж ця соцмережа – Хорнет, для хлопців. І там часто пишуть хлопці – представники всяких таких організацій, мовляв: «Пройди тест і щось таке там, отримай презервативи». Так якось після цього і дізнався, що можна пройти безкоштовне тестування».**

Київ_ЧСЧ_26 років

Значущість поширення інформації про ВІЛ і послугу тестування на ВІЛ для залучення до неї нових користувачів засвідчують також думки деяких опитаних про «найкращі умови», за яких представники КГ могли б ухвалити рішення про визначення власного ВІЛ-статусу.

«Це підвищення рівня обізнаності, що існують такі інфекції – ВІЛ, СНІД. Напевно зі школи треба починати, більше на уроках це інформувати. Всяка профілактика шкідливих звичок».

Львів_СП_33 роки

«На мою думку, це проінформованість правильна. Що саме в разі чого позитивного, що ти отримаєш і що буде. Якщо ти не протестуєшся, так само, що може бути. Має бути реклама, соціальні працівники, якийсь доступ до цього».

Львів2, СП, 33 роки

«Як на мене, то більша зручність і доступна реклама. Наприклад, у спеціальних соціальних мережах».

Житомир_ЧСЧ_30 років

Поширенню інформації про доступність тестування на ВІЛ у НУО сприяє обмін засобами профілактики та гігієни в середовищі КГ – постійні клієнти ВІЛ-сервісних організацій можуть пропонувати їх своїм друзям.

«До цього [до тестування на ВІЛ] періодично у знайомих, ті, які з НУО були більш дотичні, міг собі, наприклад, замовити якісь лубриканти».

Житомир_ЧСЧ_30 років

«До всього я туди взагалі не звертався. Друзі, котрі туди звертались, вони мені приносили... «Я, каже, був там у СПІД-Центрі, так мені дали, так хочеш з тобою поділюся?» Кажу: «А, давай.»».

Чернігів_ЧСЧ_43 роки

Системні фактори тестування представників КГ на ВІЛ на рівні НУО

Залучення до тестування шляхом пропозиції асоційованих послуг і попередній досвід представників КГ з отримання послуг у НУО

Для значної частки опитаних тестування в НУО з позитивним результатом було першим у житті тестуванням на ВІЛ і водночас першим контактом із працівниками НУО. Проте серед опитаних були й ті, хто до цього тестування отримував у НУО засоби профілактики (лубриканти, презервативи, засоби гігієни), інколи – гуманітарну допомогу, сертифікати на певні товари або послуги.

«У нас постійно були такі зустрічі, нам привозили презервативи і роз'яснення різні про-водили, були такі спілкування».

Житомир_СП_38 років

«Спочатку мене одна людина запросила в цю організацію для отримання гуманітарної допомоги. Він каже: «Приїжджай за такою-то адресою, оформимо тобі гуманітарну допомогу. Оскільки ти виїхав з окупованої території». І тоді почав частково отримувати гуманітарну допомогу і протестувався [спочатку з негативним результатом].*

Запоріжжя_ЧСЧ_43 роки

«Пайки давали. Соцробітник мене покликав: «Ну може потрібна допомога? Станете до нас, може якісь пайки получите. Допомога якась така.»».

Львів_ЛВНІ_44 роки

Деякі представники КГ були залучені до першого тестування на ВІЛ із позитивним результатом саме шляхом пропозиції інших послуг – гуманітарної допомоги, засобів профілактики або проведення тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом (зокрема, вірусні гепатити).

«Моя подружка тоді казала, що там якісь сертифікат дають. Таке щось дріб'язкове було. Я пішла тоді з подружкою. Казали, що можна задурно протестуватися, щось взяти.»

Львів_СП_40 років

«Я поїхав взяти безкоштовно лубрикантів, презервативів. У них там були смішні такі всякі фішки. І я поїхав, ну мені кажуть: «Давай тест пройдемо». Я був абсолютно впевнений, що нічого там не буде».*

Київ_ЧСЧ_50 років

«Я ж ніби домовився, щоб на гепатит зробити. А коли вона сказала на ВІЛ, я не хотів одразу. Вона мене упрасувала. Боявся я того чуть-чуть. Але уговорила. Я дуже їй вдячний, що вона мене умовила.»

Львів_ЛВНІ_48 років

Кілька опитаних мали значний досвід попереднього тестування на ВІЛ та інші захворювання (зокрема, вірусні гепатити) у НУО, оскільки вони усвідомлювали ризики власного способу життя та прагнули в такий спосіб подбати про своє здоров'я. У деякого внаслідок регулярного відвідування НУО сформувалися довірливі відносини з певними соціальними працівниками, отже надалі це полегшило пристосування до інших ВІЛ-сервісів.

«Я кожні три місяці здавав чи пів року. Принаймні, частіше, ніж раз на рік. Олексій, який мене тестував, я до нього час від часу заходив і робив тестування на ВІЛ і решту – гепатит, сифіліс та таке інше. Отримував якісь презервативи. PrEP – прекоконтактна профілактика. Я колись був, але потім зайшов у тривалі стосунки і відмінив, бо нема потреби.»

Київ_ЧСЧ_47 років

«Я протестувався [вперше] десь у 2011 році, напевно. ВІЛ і гепатит я там протестував. У недержавній, я там міг раз на рік, раз на два роки [проходити тестування].*

Житомир_ЛВНІ_44 роки

Поширення швидких тестів для самотестування на ВІЛ і аутріч-робота соціальних працівників із представниками КГ задля заохочення їх до тестування в НУО

Серед опитаних ЧСЧ і ЛВНІ було кілька осіб, які вперше отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, самостійно застосовуючи швидкі тести. Ці тести вони отримували від своїх знайомих – представників КГ або соціальних працівників, з якими мали приятельські відносини. В окремих випадках вони замовляли тести поштою в представників НУО, яких могли знаходити в соціальних мережах.

Р: «Взяв тест. У людини, яка займається. Протестувався. Виникли питання, я звернувся до нього, і так потрапив».

І: «Тобто у Вас є знайомий, у якого Ви просто попросили тест? Самостійно вдома робили тестування, так?»

*Р: «Так». **

Чернігів_ЛВНІ_45 років

«Мені хлопець зі Львова прислав презервативи, лубриканти і тести оці»

Київ_ЧСЧ_45 років

«Раніше в інтернеті тести замовляв, знаєте там, від благодійних. По Новій пошті мені приходила коробочка, там були тести, лубриканти, оце все. Я для себе протестувався, просто так, не в лікарні. А просто тими тестами».

Київ_ЧСЧ_22 роки

Дехто з опитаних вперше отримав позитивний результат тестування на ВІЛ теж поза межами ВІЛ-сервісних організацій, але за допомогою представників НУО. У місцях їх частого перебування соціальні працівники НУО залучили їх до тестування шляхом аутріч-роботи.

«Мої дівочки, що ми з ними живемо вместе, знали цього [працівника], з цієї організації. І він просто прийшов і якось каже, що давайте проведемо тестування. Я подумала, що раз вже він прийшов, то треба зробити».

Житомир_СП_38 років

*«У 23-му році була вечірка якась у Києві. І там були ось ці тести на ВІЛ. Там усі тестувалися, і ми вирішили протестуватися. Підійшли, я кажу: «Можна протестуватися?» Він [соціальний працівник]: «Так-так, звісно». Ми на цій вечірці перевіряємося. Мені показує позитивний результат».**

Київ_ЧСЧ_26 років

*«Виходить, ми, просто на вулиці були. Там підійшли [соціальні працівники], самі запропонували протестуватися. Ну ось, протестувалися, і я тоді перший раз дізнався».**

Запоріжжя_ЛВНІ_49 років

На тлі поширення цифрових комунікацій сучасним варіантом аутріч-залучення до визначення ВІЛ-статусу можна вважати запрошення до тестування в соціальних мережах, якими користуються представники КГ.

І: «Як Ви потрапили до НУО?»

Р: «Через соціальні мережі. Мені написали і запропонували. У соцмережі «Хорнет», здається. Там, де знайомство з хлопцями».

І: «Тобто, там поширювали інформацію, що можна пройти тестування на ВІЛ? І Ви прийшли туди з метою саме протестуватися?»

Р: «Так».

Київ_ЧСЧ_24 роки

Професійна взаємодія працівників НУО з представниками КГ і супровід клієнтів на всіх етапах отримання ВІЛ-послуг

Якість професійної комунікації. Рівень професіоналізму працівників НУО в комунікації з клієнтами значною мірою впливає на доступність діагностики та лікування ВІЛ для представників КГ. Вдалий вибір каналів та манери спілкування в соціальних мережах і різних умовах аутріч-роботи, заохочення до відвідування НУО, особливості поведінки щодо клієнтів упродовж тестування, їх супровід на подальших етапах каскаду послуг із

ВІЛ забезпечує позитивний імідж діяльності НУО в середовищі КГ, а разом із належною організацією послуг уможливорює заохочення нових представників КГ до тестування та сприяє прихильності до АРТ. Багато опитаних зазначають, що соціальним працівникам НУО вдається налагодити з ними довірливі, «дружні» взаємовідносини, вони є послідовними й наполегливими у своїх діях, добре розуміють потреби своїх клієнтів, пропонують їм відповідну допомогу, по-справжньому про них піклуються.

«Це дуже важливо – людина, яка просто знаходиться поруч під час тестування. І на протязі цього року наскільки вони опікуються, я б, напевно, сама не витримала, бо це дуже велике навантаження. От Ви кажете, хто опікується мною, то це точно соцпрацівники.»

Житомир_СП_38 років

«Вони чудові консультанти, і я по сьогоднішній день тримаю зв'язок. Найважливіше, напевно, [було тоді] розуміння, в першу чергу, і щоб ти не відчувала, щоб на тебе дивляться, як на іншу людину, критики не було. Ні в очах, ні в розмові.»

Львів2_СП_33 роки

*«Тут мені пояснили, що потрібно дбати про себе, про своє здоров'я. Я побачив тут підхід новий, побачив турботу, допомогу. Я довірився, мені не страшно.»**

Житомир_ЛВНІ_51 рік

«Я чуть не кожен день з нею бачився. І консультації, і що можна, і що не можна. І пре-зервативи. І я [спочатку] не розумів, чому мене туди затягують. Чесно кажучи, вона мене була замучена. Але потім я зрозумів, для чого вона це робила. І я вам скажу, вона мені запхала в голову оце, що краще лікуватись. Я радий, що вона так зробила»

Львів_ЛВНІ_48 років

Оскільки в заохоченні до тестування соціальні працівники НУО часто застосовують метод «рівний-рівному», дехто з опитаних не вирізняє їх із кола своєї спільноти або друзів. В умовах інституційної взаємодії клієнти подекуди вважають соціальних працівників психологами, адже ті здатні добре їх зрозуміти та підтримати.

*«У мене друг, а він соціальний працівник. Він каже: «Не хочеш до нас прийти?» Він працює у «100% життя». Я приходжу, там перевіряються на гепатити, на сифіліс. Це людина для мене знайома, я її знаю, я їй довіряю. Я не боюся і поспілкуватися, і розпитати, і протестуватися. Якось легко, як із психологом.»**

Київ_ЧСЧ_26 років

«На мою думку, психолог дуже велику роль відіграє. От та пані з неурядової організації, вона багато заспокоювала, настроювала на позитив, виганяла ці всі думки дурні негативні. Я спочатку думав, що вона – психолог.»

Львів_ЛВНІ_38 років

Гарні комунікативні навички соціальних працівників НУО, добре знання способу життя, пріоритетів представників КГ важливі для їх заохочення й аутріч-тестування, а також для відвідування НУО після отримання позитивного результату в польових умовах. У деяких випадках соціальним працівникам доводиться супроводжувати клієнтів – дорогою вони «продовжують» післятестове консультування.

Р: «Ми зустрілись, і вона таку сумочку мала. Ми в під'їзді то зробили, щоб я там нічого не боявся, що мене чи заберуть чи положать у лікарню.»

І: «Ця волонтерка Вас уловила тоді звернутися [до НУО]?»

Р: «Дуже просила просто. Умоляла. Ось ця волонтерка мене привезла до тої пані Світлани [до НУО]. Вона мені дуже багато чого розказала. Що так, що це добре, що люди з тим живуть, що не помирай. Всю дорогу фактично за руку вона мене вела.»

Львів_ЛВНІ_48 років

Дотестове інформування. Дотестове інформування часто не відіграє роль важливого чинника мотивування до тестування на ВІЛ, оскільки представники КГ вдаються до тестування за певних умов – або за власним рішенням, або через інші заохочувальні фактори. Водночас, оскільки опитування респондентів проводили через значний період після їх першого тестування з позитивним результатом, деякі респонденти не змогли пригадати конкретного змісту дотестового інформування. Проте є досить очевидним, що в тій ситуації емпатійна поведінка, уважне ставлення з боку соціальних працівників для них подекуди були важливішими за зміст вербальної комунікації.

Р: «Ой, щось розказували. Я вже так, щоб точно особо весь разговор не пам'ятаю». „
І: «А як Ви пам'ятаєте, це інформування дотестове якось вплинуло на ваше рішення про-
йти тестування на ВІЛ?»
Р: «Як би воно могло вплинути, якщо я і так прийшов туди проходити тестувати?»
Київ_ЧСЧ_45 років

І: «До того, як Вам тестування провели, якусь інформацію давали про те, що це, навіть тощо? Ви пам'ятаєте щось?» „
*Р: «Коли отримуєш таку звістку, все в одну картинку змивається, тому не зовсім зручно мені відповідати. Думаю, так. З неввічливою людиною я б не розмовляв. Тому впевнений, дівчина була дуже ввічливою і все розповіла мені. Для чого це робиться, з якою метою». **
Запоріжжя_ЛВНІ_44 роки

Деякі опитані зазначають, що дотестове інформування зміцнило їхній намір визначити власний ВІЛ-статус і (або) допомогло здолати тривогу. Дехто загострює увагу на тому, що найважливішою інформацією для них тоді були повідомлення про ефективність АРТ і позитивний прогноз для їхнього життя за умови високого рівня прихильності до лікування.

«Я сам вирішив для того, щоб піти просто протестуватися. Він просто проконсультував мене, сказав, що нічого страшного в цьому немає, навіть якщо і буде там позитивне це. Люди з цим живуть. На основі цього я трошки морально заспокоївся. Потім же протестувалися». „
Київ_ЧСЧ_37 років

«Вона розказувала шляхи передачі, які ризики, що може бути, якщо не лікуватися, не перевірятися. Вона так більш пояснила, розказала, то спонукала мене ще більш. І страх, конечно був, але вже якось знаєш, що воно могло бути». „
Житомир_ЛВНІ_34 роки

Для кількох СП особливо важливим у дотестовому інформуванні було повідомлення про його анонімність і конфіденційність (якщо буде отримано позитивний результат і виникне потреба в конфіденційному тестуванні в ЗОЗ), а також про можливість отримувати надалі супровід і психологічну підтримку соціальних працівників.

«Я почула, що в мене не питають документів. І якщо здам тест, ніхто не буде в мене паспорта питати, хто я така, і що до чого». „
Житомир_СП_39 років

«Трохи пам'ятаю, трохи не пам'ятаю. Боже, як це воно? Що це не розголошується нікому. Ніхто про це знати не буде, крім нас і лікарів. Щоб я не боялась, що там розпространять такі слухи про мене». „
Житомир_СП_36 років

«Було важливо, коли казали, що навіть при позитивному результаті я не останусь сама. Завжди буде якась підтримка і супровід, і допомога в цьому. Я би, напевно, навіть не ризикнула б це робити, якби мені сказали: «Ви пройдете тестування, далі собі там будете рішати.»».

Львів2_СП_33 роки

Повідомлення про позитивний результат тестування на ВІЛ і післятестове консультування.

Відповіді респондентів засвідчують, що високий рівень толерантності, емпатійна поведінка, готовність повсякчас підтримувати представників КГ є важливими мотиваторами до подальшого підтвердження ВІЛ-статусу й початку АРТ. Отримавши від соціального працівника інформацію про позитивний результат тестування на ВІЛ, деякі респонденти потребували довшої співбесіди для зняття реакції первинного шоку. Інші були налаштовані лише на конкретні рекомендації щодо подальших дій, тому що заздалегідь припускали можливість власного інфікування ВІЛ або розраховували впоратися зі стресом самотужки. Позаяк усі вони отримали відповідну їхнім потребам інформацію й емоційну підтримку під час післятестового консультування соціальними працівниками.

«У мене настрій тоді дуже пропав, нічого не хотілося робити. А Саша сказав, що люди живуть із цим, приймають препарати. Найбільш важливо, що він мене підбадьорював, щоб я не занепадав духом, щоб я жив своїм життям, і розумів, що є хвороба.*

Київ_ЧСЧ_26 років

«Я, в принципі, такий сильний. Не зразу дійшло до мене, що сталося. Ну я вже знаю, що люди з цим живуть, лікуються. Багато знайомих знаю. В принципі, то для мене не було стресом. Не був такий вже панічно настроєний. Ще соціальний працівник адекватно [підтримувала]».

Львів_ЛВНІ_36 років

«Я просто в шоці була. Мені таке було, що я все, вже умру завтра просто. А він [соціальний працівник] почав мені говорити, що ні, це люди живуть, що можна терапію приймати.

Я не знаю, як в нього получилось, але він це все якось так зумів розказати, що поступенно пройшов цей жах, але все равно от зараз це треба робити регулярно, треба щоб він так все розказував».

Житомир_СП_38 років

Супровід у медичному закладі та подальша підтримка представників КГ.

Майже всі опитані повідомляють про супровід соціальних працівників під час відвідування медичного закладу, їх стали підтримку на всіх етапах подальшої діагностики ВІЛ і супутніх захворювань, а також після призначення АРТ. Соціальні працівники сприяли покращенню комунікації з медичними працівниками, через що процес підтвердження результату та зустрічі з лікарем-інфекціоністом щодо призначення АРТ була максимально комфортною для клієнтів. Післятестове консультування соціальними працівниками сприяло налаштуванню клієнтів на прийом АРТ. Багато опитаних відзначають довготривалу взаємодію із соціальними працівниками як важливий фактор «нормалізації» їхнього життя з ВІЛ-позитивним статусом.

«Мене підтримували, мені дзвонила соцпрацівник Наташа, вона постійно зі мною говорила. От саме ця підтримка зі сторони, вона дуже мені допомогла».

Житомир_ЛВНІ_26 років

«Я вже до того знав про необхідність терапії, мені пані Світлана [соціальний працівник] пояснила, що приймати терапію потрібно. Я спочатку так теж не дуже хотів їх приймати, але це ж вона мені пояснила, що потрібно їх приймати.»

Львів_ЛВНІ_38 років

«Я ще до сих пір багато нових речей під супроводом отримую, більш отримую поглиблені знання. Ми там зустрічаємося періодично з соціальним працівником. Всі питання проговорюємо, щоб я орієнтувалася про свою хворобу.»

Львів_СП_33 роки

Значна частка опитаних зазначила комфортність стаціонарних пунктів тестування соціальних працівників – зазвичай, вони були територіально близько розташовані до ЗОЗ, які надають послуги з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, що уможливлювало подальше обстеження з метою остаточного встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція» відразу після отримання реактивного результату самотестування.

Проте виявилось, що опитані інколи не відрізняють соціальних працівників від медичного персоналу й можуть вважати НУО частиною «лікарні» чи-то «приватної лікарні». Дехто з опитаних називав соціальних працівників, які здійснювали їх супровід у ЗОЗ, «персональними помічниками» або «консультантами». Позаяк практично для більшості респондентів їхня підтримка під час отримання послуг у медичному закладі була важливою.

«Він мені сказав щоб я приїхала [у ЗОЗ]. Я боялася, щоб мене там ніхто не [побачив]. Він мене там зустрів біля дверей. І вже мене там повів, куди там треба було ходити. Він ходив зі мною.»

Житомир_СП_38 років

*«Мені зателефонувала Лілечка, соціальний працівник. І ми з нею домовилися, зустрілися. Ми зробили рентген, потім аналіз крові, аналіз мокротиння. Це в лікарні. Це дуже важливий момент, коли ти розумієш, що є тобі на кого спертися.»**

Київ_ЛВНІ_58 років

*«Соцпрацівник мене відвів у клініку, він же зателефонував до лікаря. І був весь час, поки в мене повторно брали аналізи, потім, коли підтвердився діагноз, він зі мною був. Мені видали терапію, я запам'ятав усі ось ці папірці, став на облік. І потім провів мене до метро. Усе було реально добре. Я не знаю, як це проходить у державних клініках, тому що я пішов у приватну.»**

Київ_ЧСЧ_38 років

У цілому представники КГ високо оцінюють якість послуг у медичному закладі, значною мірою саме через супровід соціальних працівників. Але вони здебільшого задоволені й ставленням до себе медичного персоналу, обсягом наданих послуг, відзначають уважність лікарів-інфекціоністів, їхню манеру ретельно інформувати про необхідність і режим АРТ, готовність відповісти на будь-які запитання. Лише поодинокі опитані розповідають про певне утруднення комунікації з лікарем через застосування ним медичних термінів і більшу доступність інформації стосовно ВІЛ, яку подають соціальні працівники.

«Всі лояльно відносились. Розказали соціальний працівник, лікар, що все це конфіденційно. Ми довго сиділи, розмовляли. І лікар була, і соціальний працівник. Я пив воду, потім мені чай зробили. Лікар дуже хороша. Мені з цим повезло в том плані, що все розказала, все об'яснила, і все дуже хорошо.»

Київ_ЧСЧ_31 рік

«Особливих складнощів [у ЗОЗ] не було. Ми контактуємо тільки з інфекціоністом, соціальним працівником, там вже всі свої, всіх знаєш... Вона [лікарка-інфекціоніст] розказувала, чому потрібно приймати ті препарати, що вони дають, і потім вона мені все пояснювала дуже досконально. Там була вся термінологія... Ну, як, здогадуюся, що вона має на увазі, але ці терміни, я їх до сих пір запам'ятати не можу».

Львів_ЛВНІ_38 років

«Коли я прийшла до СНІД-Центру, то там уже було видно, що мене намагаються якось мотивувати на життя: «Ви повинні жити! На-на-на-на!» Як піонерський горн. Я просто не люблю цього пафосу. Тому мені було якось комфортніше, напевно, в організації. І лікар спілкується медичною термінологією. А коли ти її не знаєш і починаєш перепитувати, починає дратуватися. Лікарка все пояснила дуже сухо, і я все одно нічого не зрозуміла».*

Житомир_СП_39 років

За повідомленнями опитаних, у НУО та ЗОЗ їм пропонували допомогу професійного психолога. Дехто скористався такою можливістю й повідомив про її ефективність, дехто зауважує, що допомога була не зовсім вдалою. Окремі респонденти відмовилися від спілкування з психологом, тому що покладався на власний досвід і стійкість до життєвих негараздів.

«Я і з психологом зустрічалася два рази. В неурядовій організації. Ця зустріч мотивувала більше. Щоб сформувані прихильність до лікування».

Львів_СП_33 роки

«Консультацію психологічну пропонували, давали контакти психолога, з яким можна було спілкуватись по телефону. На офлайн-консультацію я б з радістю би їздив, тому що потрібна була психологічна підтримка дійсно спочатку. Але цього не було. А по телефону мені мало що дасть».

Київ_ЧСЧ_36 років

«Мені кажуть, якщо треба – звертайтеся [за психологічною підтримкою]. А я таке життя прожив, що я вже в принципі звик. Звісно, коли дізнався про ВІЛ-інфекцію, сильно переживав, але однаково, те, що я раніше попереживав, життя прожив, мені якось допомогло на ногах встояти».*

Запоріжжя_ЛВНІ_49 років

Усе ж більшість опитаних указує на те, що саме соціальні працівники є для них найбільш надійними помічниками й надавачами психологічної підтримки від тестування, повідомлення позитивного результату тестування швидким тестом і надалі – на всіх етапах діагностики та лікування ВІЛ. Дехто зазначив, що психологічна підтримка соціальних працівників відіграла роль саме у залученні до тестування.

«Соціальна працівниця, до якої я прийшов за тестуванням, вона сама по собі психолог. Вона фактично сумістила ці дві послуги – з тестування і з психологічної підтримки. Вони не стільки вплинули на моє рішення до тестування, скільки вплинули на рішення до тестування мого партнера. Одразу ж на місці, разом зі мною».

Житомир_ЧСЧ_38 років

«Я психологічну допомогу отримував. Пані Світлана [соціальна працівниця НУО], можна казати, мозги мені вправляла, бо спочатку, перші три доби я не спав, такі переживання були дурацькі. Вона мене врозумила, що в цьому нічого страшного в тому нема, просто, що робити, як з цим жити і ще щось».

Львів_ЛВНІ_38 років

Окрім вдалої комунікації на різних етапах взаємодії з клієнтами, вмотивуванню нових користувачів до тестування слугує надання гуманітарної допомоги та засобів профілактики для тих, хто вже отримав позитивний ВІЛ-статус. У переліку послуг є засоби гігієни, сертифікати на закупівлю продуктів, тести для партнерів, препарати доконтактної профілактики – те, що сприяє поширенню позитивної інформації про діяльність НУО і, як вважають опитані, може діяти як стимули для тестування на ВІЛ.

«Сертифікати мені давали, на магазини «Сільпо». Не раз приходив, додаткові тести брав там для партнера».
Київ_ЧСЧ_22 роки

«Можна взяти презервативи і лубриканти. Плюс вони дають мені так званий PrEP. Тому що я живу з чоловіком, у якого нема ВІЧ-статусу».
Київ_ЧСЧ_45 років

«Все є, треба, чи шприци, чи це – взяв. Вдома хай буде все, змазки, все, що хочеш. Чесно, я ніколи би не узнав, що в нас, в Україні, може таке бути. Це немає такого ніде в світі, щоб так. Я радий, чесно вам скажу, я задоволений».
Львів_ЛВНІ_48 років

Рекомендації опитаних щодо залучення представників КГ до тестування на ВІЛ

Думка опитаних щодо оптимізації активності НУО із заохочення до тестування на ВІЛ і надання інших послуг у сфері ВІЛ

Чимала частка опитаних висловлює думку, що соціальні працівники НУО роблять все можливе для заохочення КГ до тестування на ВІЛ, усі їхні активності високопрофесійні й відповідні потребам користувачів. Тому вони не потребують рекомендацій щодо впровадження нових практик або зміни стилю своєї роботи.

«Нічого би їм не порекомендувала. Далі залишатись такими професійними. І я їм дуже вдячна за то, що вони так віднеслися до мене. Я задоволена, дуже».
Львів_СП_33 роки

«Вони молодці. Вони повністю активно з цим працюють, я побачив, по соцсетям і по всьому тому. Вважаю, що вони нормально працюють. Хорошо. Отлічно».
Київ_ЧСЧ_37 років

«Навіть я не знаю [що рекомендувати]. Вони і так зі шкіри вилазять, молодці, нічого не можу сказати».
Львів_ЛВНІ_39 років

Обстоюючи таку думку, деякі опитані наголошують, що соціальні працівники віддані своїй справі, тому що працюють у складних умовах і, імовірно, не мають за те належної матеріальної винагороди. Також вони підкреслюють високий рівень потреби КГ у забезпеченні доступу до ВІЛ-послуг, завелике навантаження соціальних працівників та рекомендують збільшити їхню кількість, щоб вони «все встигали».

«Щоб побільше таких було працівників у нас в Україні, котрі отак от дуже гарно до людей. Котрі мають такий статус. В тому плані, що вони дуже лояльні, дуже круті, дуже класно себе поведуть... зрозуміло об'ясняють людям».
Київ_ЧСЧ_31 рік

*«Кількість їх треба більша, все-таки один там соцпрацівник на якусь певну кількість людей. Я думаю, що їх зараз просто не вистачає. Швидше за все, порадив би набрати ще, щоб встигали за всім. Їм просто треба зменшувати навантаження і, щоб вони встигали».**

Житомир_ЛВНІ_44 роки

«В принципі і так нормально, така робота в них, знаходити таких клієнтів, це тож не легко, ... слава Богу, що є такі люди, що займаються такою справою. Не думаю, що там дуже великі гроші за це платять, там більше на ентузіазмі».

Житомир_ЛВНІ_34 роки

Проте опитані висловлюють і конкретні рекомендації, що мають сприяти вмотивуванню представників КГ до тестування на ВІЛ. Частково такі рекомендації випливають із власного досвіду взаємодії респондентів із соціальними працівниками НУО на різних етапах отримання ВІЛ-послуг, частково – з думок, поширених у спільнотах КГ. Загалом ці рекомендації стосуються підвищення рівня готовності представників КГ до тестування шляхом поширення відповідної інформації в їхніх спільнотах, підвищення їхньої обізнаності про ВІЛ і сучасні методи його діагностики та лікування; наближення послуги тестування до клієнтів завдяки аутріч-роботі; підвищення рівня професійної компетентності соціальних працівників щодо комунікації з клієнтами та їх психологічної підтримки; дотримання принципів етики у взаємодії з клієнтами, матеріального заохочення представників КГ до тестування.

Так, від ЧСЧ отримано рекомендації щодо аутріч-роботи соціальних працівників і розвитку їхньої здатності надавати психологічну допомогу клієнтам у кризових ситуаціях. Також деяким ЧСЧ не вистачало доступу до спілкування з професійними психологами на етапах отримання ВІЛ-послуг після першого тестування з позитивним результатом.

«Треба робота в полях, як я її називаю, тому що не кожний представник ключових груп піде безпосередньо в саму [НУО]. Це надо вже бути достатньо свідомим, щоб прийти за допомогою до когось. А дуже багато людей чекають, що хтось прийде до них. Тому я рекомендував би розширити роботу безпосередньо в місцях, де збираються ключові групи. У кожній вони різні».

Житомир_ЧСЧ_38 років

«Можливо, треба, щоб на місці якийсь був профільний психолог. Який прямо, коли є такі випадки [гострих емоційних реакцій клієнтів], то він би міг. Працівники соціальні, вони напевно не настільки компетентні саме в психологічній допомозі в таких кризових ситуаціях».

Львів_ЧСЧ_25 років

Також представники ЧСЧ разом із кількома СП звертають увагу на необхідність суворого дотримання анонімності, конфіденційності та професійної дистанції з клієнтами. Деякі опитані зазначають, що залучення до тестування на ВІЛ і отримання профілактичних послуг не мають бути надто нав'язливими чи директивними.

*«Є такі не дуже сумлінні люди, які шукають на сайтах хлопчиків, щоб тестувати. І якщо в когось там щось виявляється, не всі, я не узагальнюю, але є такі хлопці, які розповідають це своїм друзям. Анонімність буває не до кінця збережена. Я кажу, що такі організації в нашому місті є просто».**

Київ2_ЧСЧ_26 років

*«Я була задоволена. Мені ніяких зайвих запитань не ставили. Я просто від знайомих чула, що іноді люди ставлять погані запитання, на які ти не хочеш відповідати. Або впізнають тебе. А ти не хочеш, щоб тебе впізнавали, наприклад».**

Житомир_СП_39 років

«Люди не хочуть сідати на PrEP. Мене теж дуже довго тягнули на цей PrEP, я не сідав. Я б не хотів більше, щоб це відбувалося. Якщо допомагає соціальний працівник, то він не повинен затягувати, нав'язувати».*

Київ_ЧСЧ_26 років

Деякі ЛВНІ та ЧСЧ вважають, що пропозиція гуманітарної та грошової допомоги може бути найбільш ефективною для залучення представників КГ до НУО і в такий спосіб полегшення їхнього доступу до тестування на ВІЛ.

«А в неурядових – хай дають побільше допомоги. У них там буває дають сертифікати на 200, на 500, на 1000. То на допомогу таки давали пакетами, а в пакеті там всяке таке.

Кожен місяць, було б добре».

Житомир_ЛВНІ_36 років

«Соцпрацівники би могли підвищити мотивацію людей бонусами, можливо. Сертифікатами».

Київ_ЧСЧ_24 роки

Максимально сприятливі умови для залучення представників КГ до тестування на ВІЛ соціальними працівниками НУО: бачення респондентів

У заключній частині опитування представникам КГ поставили запитання стосовно того, яка ситуація може бути максимально сприятливою для ухвалення позитивного рішення про тестування на ВІЛ і подальше отримання послуг із ВІЛ. Здебільшого відповіді на нього висвітлюють три аспекти імовірної активності соціальних працівників НУО, спрямованої на заохочення клієнтів із-поміж КГ до тестування: поширення інформації про ВІЛ і доступність ВІЛ послуг; сприяння відповідальному ставленню представників КГ до власного здоров'я; здолання їхнього страху перед виявленням ВІЛ. Опитані зазначають, що інформаційні повідомлення мають бути адресовані не лише представникам КГ, а й загальному населенню, і мають поширюватися різними каналами – в інтернеті, інших засобах комунікації як соціальна реклама, а також у сервісах соціальної і первинної медичної допомоги (соціальними працівниками та сімейними лікарями).

«Оця проінформованість правильна. Що саме в разі чого позитивного, що ти отримаєш і що буде. Якщо ти не протестуєшся, так само, що може бути. Я вважаю, що це все рівно має бути якась реклама, соціальні працівники, якийсь доступ до цього».

Львів2_СП_33 роки

«Щоб більше про це обговорювалося в інтернеті. Телевізора я не дивлюся. Я думаю, що молодь теж зараз не дивиться. Багато ж є телеграм-каналів, тік-токи, ютуби тощо. Щоб це було на якомусь державному [рівні]».*

Київ_ЧСЧ_45 років

«Щоб заохочувати людей тестуватися, потрібна якась інформація про те, що це дуже доступно. Щоб цим займатися не тільки неурядові організації, в які мало хто доходить. Підключати сімейних лікарів, інформування всюди, де тільки можна».

Київ_ЧСЧ_36 років

Деякі відповіді охоплюють всі три означені питання – респонденти вважають, що поширення інформації само собою може спонукати до тестування, оскільки допомагає розвіяти міф про фатальність інфікування ВІЛ і долати острах перед виявленням вірусу, недоступністю лікування або побоювання стигматизації з боку медичних працівників. Також дехто з опитаних зазначає, що важливо інформувати й загальне населення, щоб здолати ставлення широкого загалу до тестування на ВІЛ як до чогось особливого.

«Щоб була державна програма, де тестування. Принаймні інформування населення. Щоб абсолютно всі адекватно це сприймали і тестувалися. І не думали, що це стосується виключно представників ЛГБТ або... наркоманів чи ще щось таке».

Львів_ЧСЧ_37 років

«У рекламній кампанії не тільки акцентувати увагу, що це важливо знати свій статус, а більше розказувати, що це не страшно і з цим живеться нормально. І лікування абсолютно непомітне, скажімо так, бо всі ж бояться, що це щось неймовірне, і ти помреш».

Київ_ЧСЧ_43 років

«Я не знала, що оці тести – це так отак бистро проісходить, що раз-раз, і не треба там півлітра тої крові здавать. Ну то все дуже удобно. Якби... більше про це знали, можливо б не так того всього боялись».

Львів_СП_39 років

Окремі опитані звертають увагу на те, що інформування про доступність і користь тестування на ВІЛ потрібно проводити з урахуванням певних особливостей представників КГ, перш за все, їхнього віку. За висловами деяких опитаних молодшого віку й на думку старших респондентів, молоді особи меншою мірою обізнані з небезпекою інфікування та можливостями отримання ВІЛ-послуг, отже більшою мірою потребують такої інформації. Водночас пролунало припущення, що молодих людей складніше заохотити до тестування через менший життєвий досвід, краще фізичне самопочуття та більш легковажне ставлення до ризиків їхнього способу життя.

«Повинна бути інформація всюди, ненав'язливо, але щоб всі знали, що діяти в цих ситуаціях. До прикладу, я отримав позитивний результат. І я взагалі не греб, що мені дали робити, куди йти, кому телефонувати, як це лікується, нічого не знав».

Київ_ЧСЧ, 9 років

«Старших чуть-чуть легше заохотити. Старші вже починають щось відчувати. От він лікується, два-три рази в рік, а не знає, що робиться. Фактично йому треба тільки один оцей крок зробити, і він йде, тестується. Молодших важче. Тут або хитрість, або фінансово».

Львів_ЛВНІ_48 років

Деякі опитані середнього віку зауважують, що поширення швидких тестів є дуже важливим компонентом залучення до тестування, оскільки «люди з досвідом» не потребують додаткової інформації про ВІЛ, обізнані щодо діяльності НУО й усвідомлюють важливість регулярного тестування. Проте їм комфортніше тестуватися вдома, «без зайвого клопоту» відвідування організації або через потребу усамітнення в разі позитивного результату.

«Потрібно посилити інформаційну компанію і робити доступнішим похід тесту за клієнтом, а не [навпаки]. Скажімо, ну по моїм знайомим, то молоді, вони взагалі геть необізнані про це питання. А ті, що уже десь мого віку і старше, то їм трошки ліньки десь ходити по неурядовим організаціям і щоразу перевірятись».

Житомир_ЧСЧ_38 років

*«Я взагалі дуже рада, що в даний момент у нас з'явився доступ до тестів. Тому що це є шанс самому собі зробити тест і при цьому нікуди не ходити. Коли вже будеш знати, що в тебе недобре, у тебе буде час прийти до тями».**

Житомир_СП_39 років

Деякі опитані зазначають, що широке розповсюдження інформації про тестування на ВІЛ у НУО може слугувати усвідомленню ризиків способу життя представників КГ і доступності послуг у сфері ВІЛ. Проте чи не найголовнішими акцентами такої інформації

мають бути повідомлення про безкоштовність і ефективність сучасної АРТ, відсутність значних утруднень життя ЛЖВ, які отримують лікування, позитивний вплив АРТ на самопочуття і якість життя в цілому. Один з опитаних до того ще й висловлює готовність бути надавачем такої інформації, отже пропонує зосередитись на технології «рівний – рівному».

«У рекламній кампанії більше розказувати, що це не страшно і з цим живеться нормально. І лікування абсолютно непомітне, бо всі ж бояться, що це щось неймовірне і ти помреш. А тут саме, що майже взагалі нічого у тебе в житті не змінюється».

КиївЗ_ЧСЧ_43 роки

«Якби я знав тих людей, я би їх завів, так як я знав своїх близьких, що я їм запропонував, вони погодились. Що все надають безкоштовно, все буде таємно, ніхто нічого не буде знати, життя покращиться, стан покращиться. Все, вони мене послухалися. Пішли зі мною».

Львів_ЛВНІ_39 років

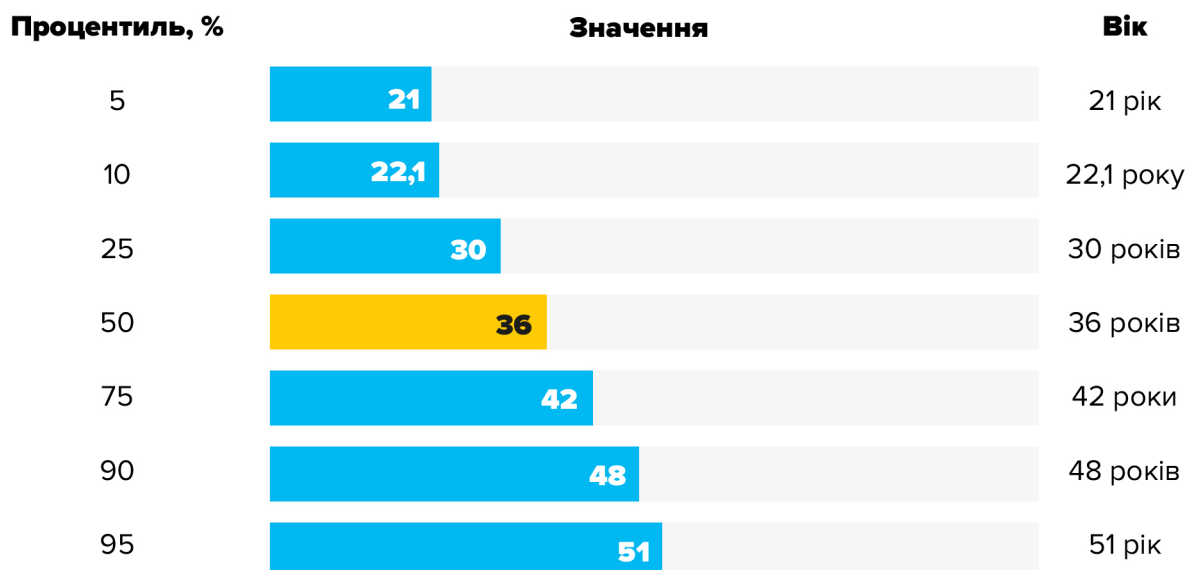
8.2 Причини відмови від послуг із тестування на ВІЛ представників КГ на рівні НУО та ЗОЗ / Основні потреби гуманітарного, соціального, медичного, юридичного та психологічного характеру представників КГ, які виникли після 24.02.2022 року, задоволення яких спонукало б клієнтів до отримання послуг у межах континууму послуг на рівні НУО-учасників проєкту

Описовий аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки

Розподіл за статтю та віком

Серед учасників дослідження загалом було 62% чоловіків і 38% жінок. Середній вік учасників становив 35,8 років (довірчий інтервал: 34,8–36,8 р.), а медіана віку — 36 років. У вибірці переважали старші вікові групи: лише 5% респондентів були молодшими за 21 рік, 10% — молодшими за 22 роки (**Рисунок 1**). Кожен другий учасник дослідження був старшим за 36 років, а 25% — старші за 42 роки. У групах ЧСЧ і СП відповідно чоловіки та жінки становили 100%. У групі ЛВНІ жінки становили 14,2% (довірчий інтервал: 7,8–20,5%), а чоловіки — 85,8% (довірчий інтервал: 79,6–92,1%).

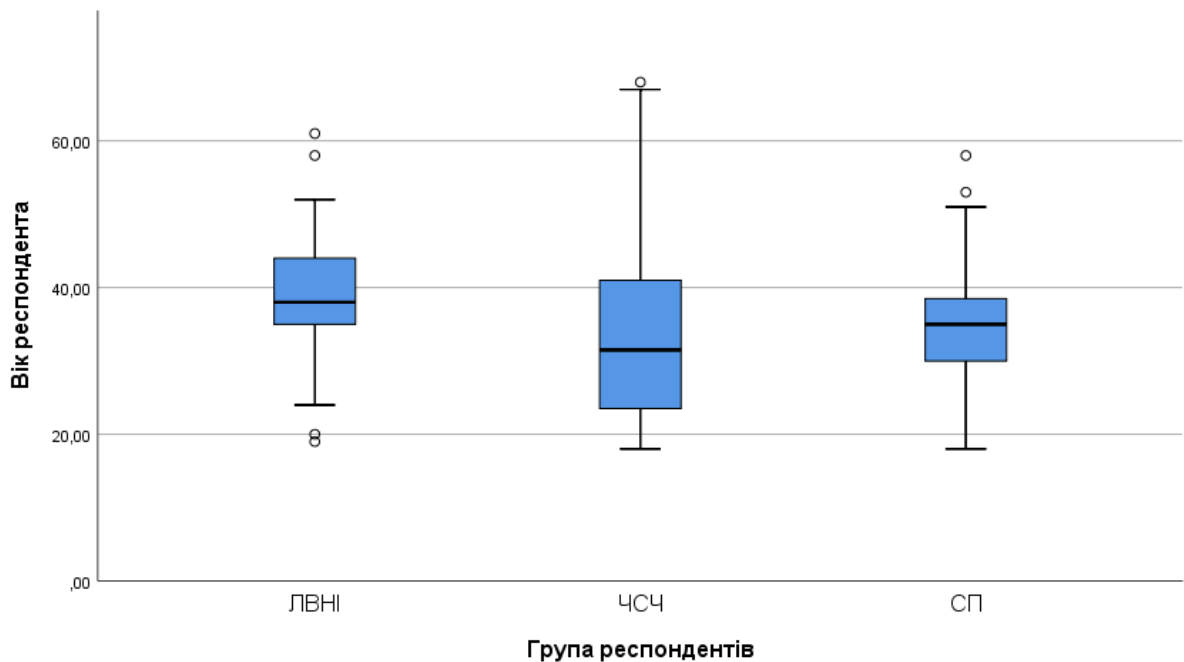
Рисунок 1. Значення процентилів розподілу віку, уся вибірка



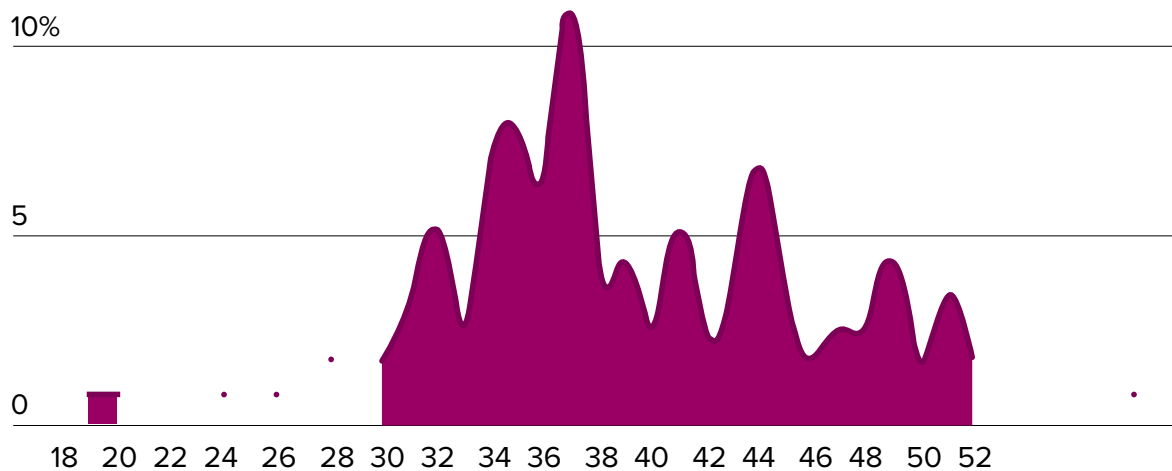
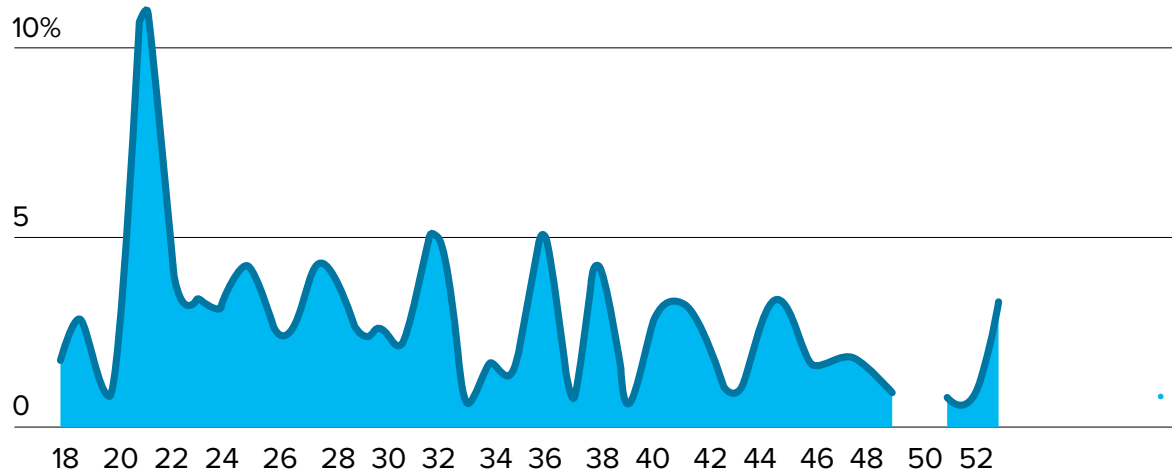
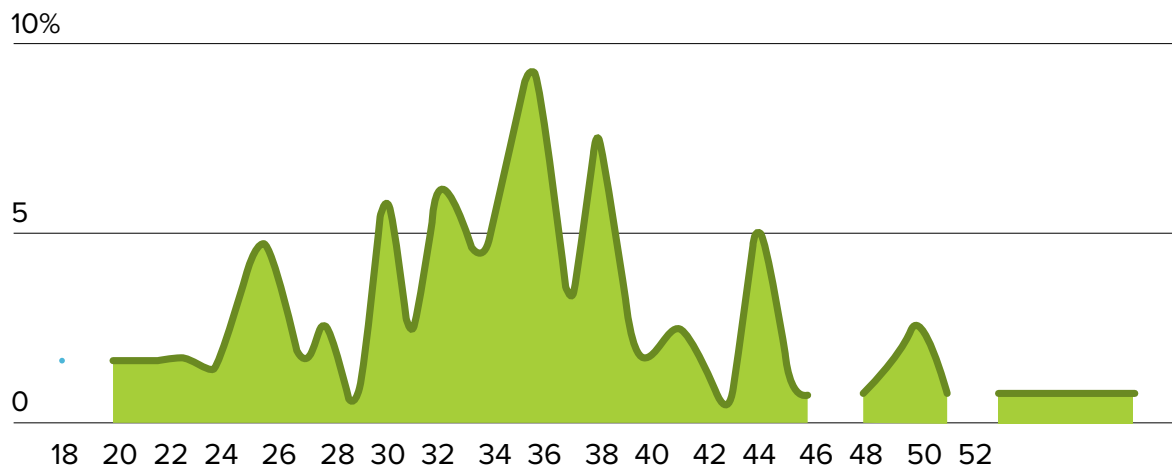
Групи респондентів суттєво відрізнялися одна від одної за віковим розподілом. Найстаршою групою були ЛВНІ, середній вік яких перевищував 39 років (**Таблиця 5, Рисунок 2**). У респондентів ЧСЧ і СП середній вік становив відповідно 33,6 та 34,6 року. Найбільш неоднорідною з погляду віку була група ЧСЧ, у якої середньоквадратичне відхилення та міжквартильний розмах були найбільшими серед трьох груп. Групи ЧСЧ і СП за середнім віком статистично значущо не відрізнялися, тоді як група ЛВНІ була статистично значущо старшою за перші дві.

Таблиця 5. Характеристики вікового розподілу окремих КГ

Характеристика	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Середній вік (років)	39,2	33,6	34,6
Медіана	38	31,5	35
Середньоквадратичне відхилення	7,2	11,7	7,9
Міжквартильний розмах	9	17,8	8,8

Рисунок 2. Характеристики вікового розподілу окремих КГ

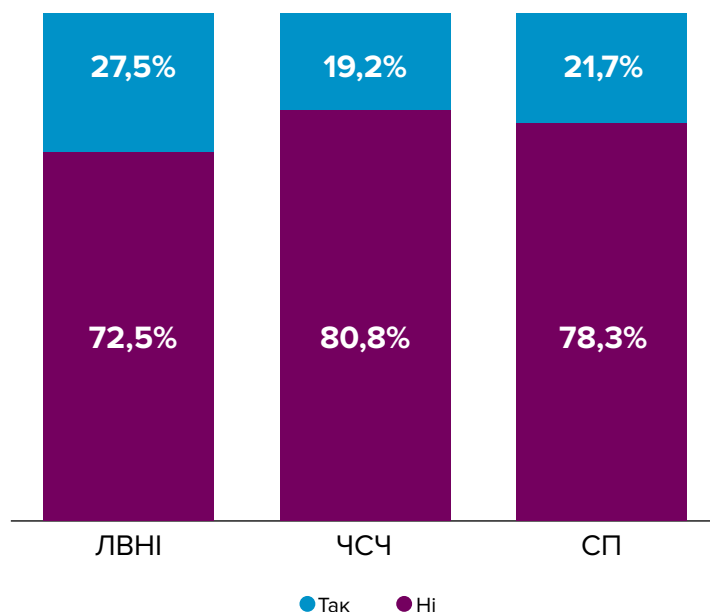
Серед респондентів із групи ЛВНІ частка людей віком до 30 років була невеликою, тоді як серед ЧСЧ ця частка була значною (**Рисунок 3**). Крім того, серед ЧСЧ було багато представників наймолодшої вікової групи — до 22 років. Віковий розподіл СП був більш схожим на розподіл ЛВНІ, хоча серед СП було більше людей віком від 18 до 30 років.

Рисунок 3. Порівняння вікового розподілу серед окремих КГ**Віковий розподіл ЛВНІ****Віковий розподіл ЧСЧ****Віковий розподіл СП**

Статус ВПО

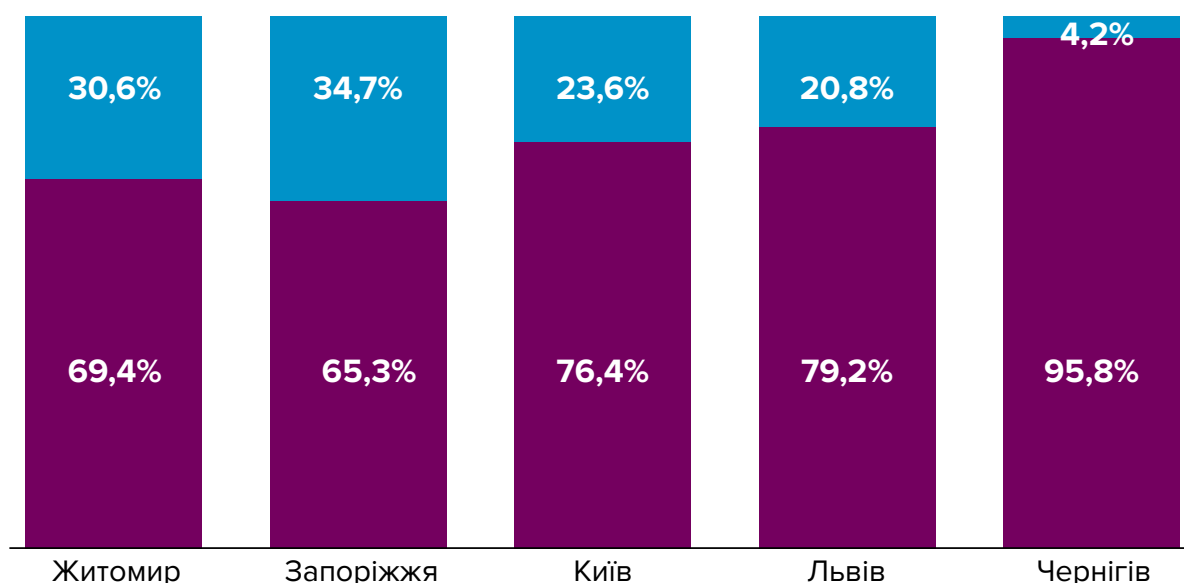
22,8% учасників дослідження були змушені переїхати до міста, де вони зараз проживають, унаслідок повномасштабного вторгнення 24.02.2022 року (довірчий інтервал 95%: 18,5–27,1%) **(Рисунок 4)**. Серед ЛВНІ частка ВПО становила 27,5% (довірчий інтервал: 19,5–35,5%), серед ЧСЧ — 19,2% (довірчий інтервал: 12,2–26,3%), серед СП — 21,7% (довірчий інтервал: 14,3–29,1%).

Рисунок 4. Статус ВПО окремих КГ за відповіддю на запитання: «Чи були ви вимушені переїхати до вашого нинішнього місця проживання внаслідок повномасштабного вторгнення 24.02.2022?»



Серед міст, у яких проводили дослідження, найбільша частка респондентів-ВПО в Запоріжжі (майже 35%) і Житомирі (31%) **(Рисунок 5)**. Найменша кількість респондентів-ВПО в Чернігові — близько 4%.

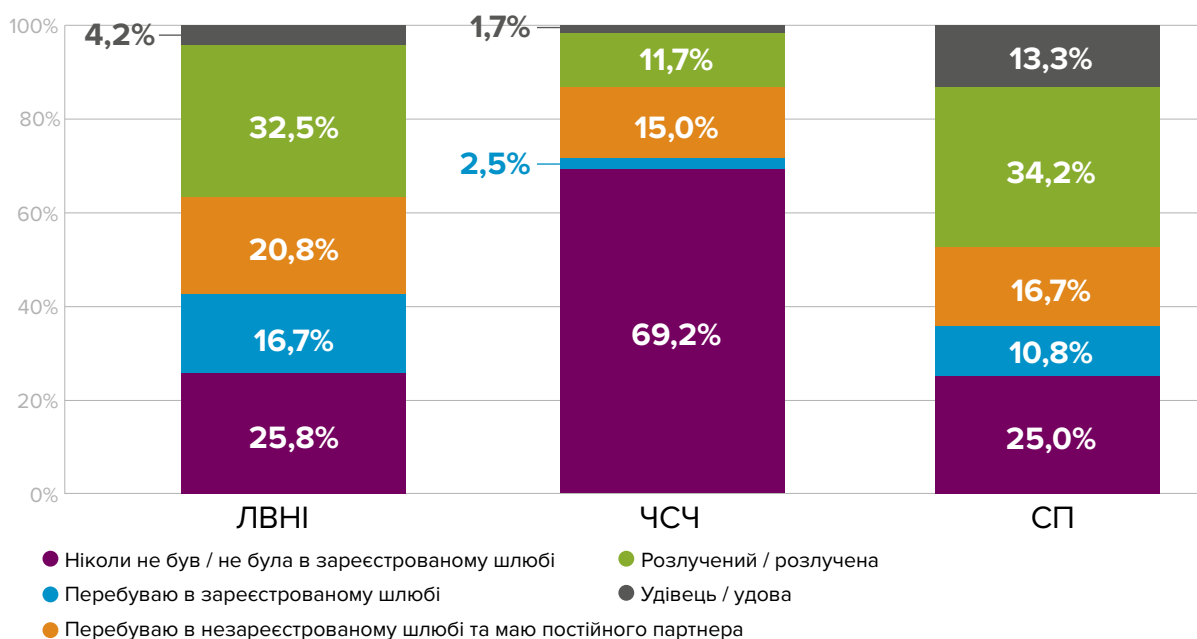
Рисунок 5. Статус ВПО респондентів окремих міст за відповіддю на запитання: «Чи були ви вимушені переїхати до вашого нинішнього місця проживання внаслідок повномасштабного вторгнення 24.02.2022?»



Сімейний стан

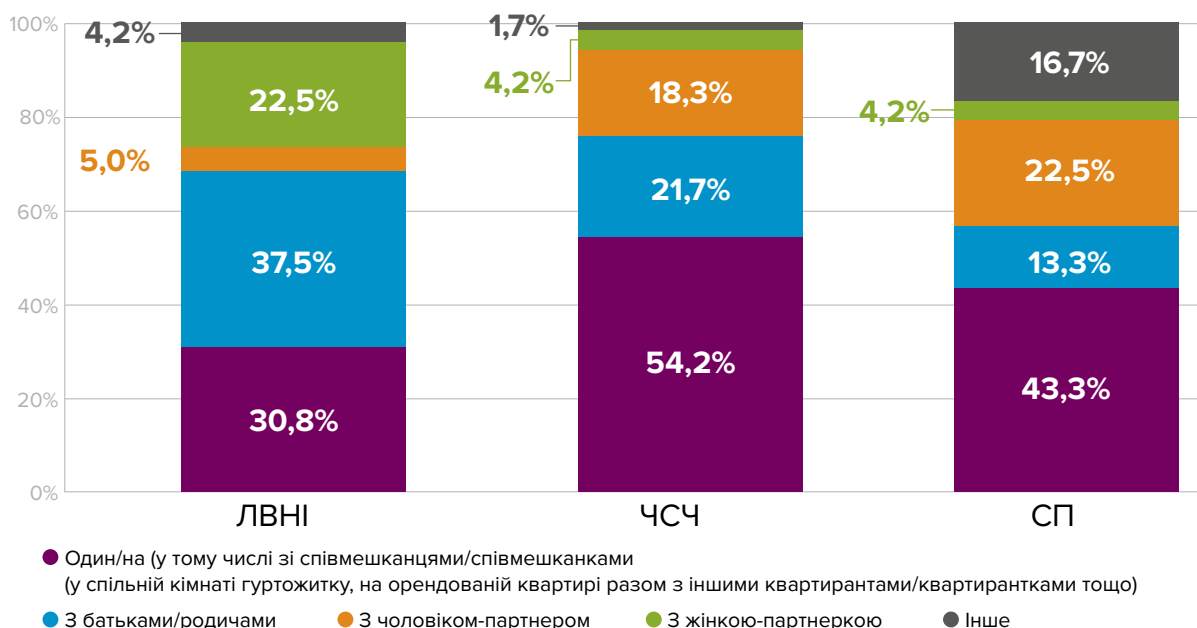
Сімейний стан учасників дослідження значно залежав від КГ (критерій хі-квадрат був статистично значущим на рівні 0,001, коефіцієнт кореляції Крамера — 0,33). Найпоширенішою відповіддю на це запитання серед групи ЧСЧ була «Ніколи не був/була в зареєстрованому шлюбі» (69%) **(Рисунок 6)**. Серед ЛВНІ та СП ніколи не були в шлюбі відповідно 26% і 25%. Для цих груп найчастішою відповіддю було «Розлучений/розлучена»: 33% серед ЛВНІ, 34% серед СП. У зареєстрованому шлюбі перебували 17% ЛВНІ, 3% ЧСЧ і 11% СП. Серед респондентів групи СП значна частка вдів — 13%. Близькі показники спостерігалися в усіх трьох групах за альтернативою «Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера»: 21% ЛВНІ, 15% ЧСЧ і 17% СП вибрали цю відповідь.

Рисунок 6. Сімейний стан окремих КГ за відповіддю на запитання: «Яке з наступних тверджень найкраще описує Ваш теперішній сімейний стан?»



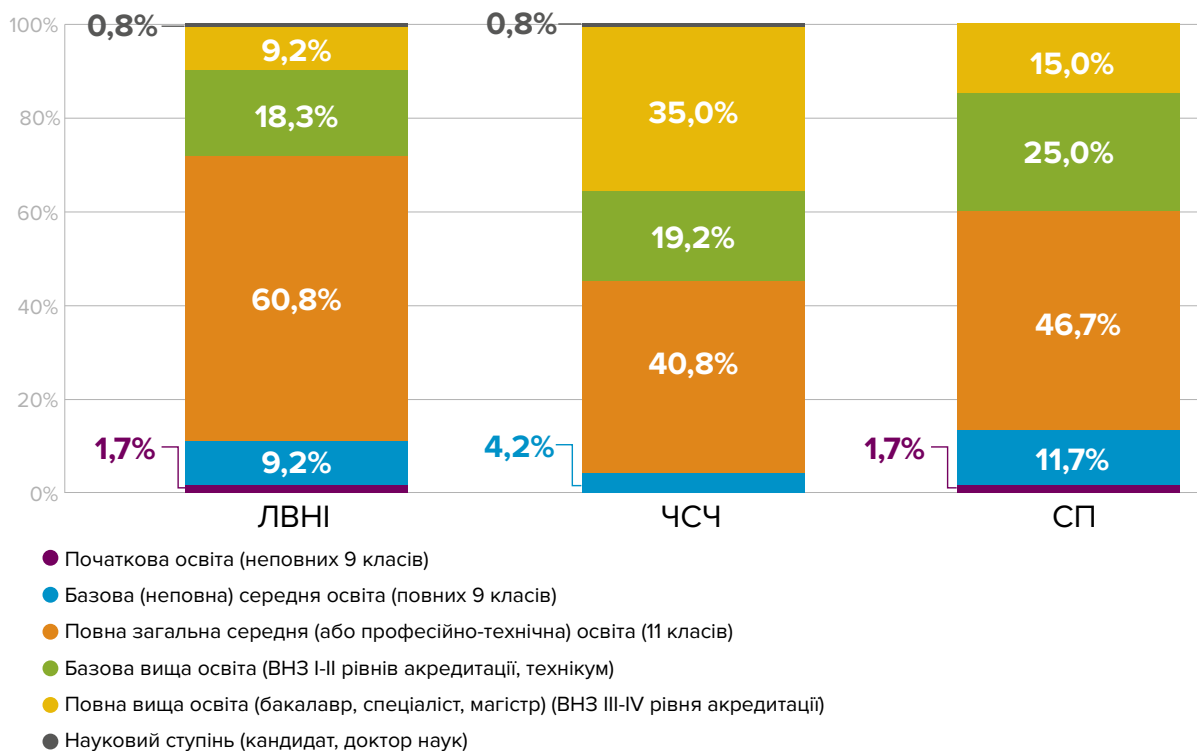
Проживання та ведення домашнього господарства респондентами

Спосіб проживання та ведення домашнього господарства суттєво відрізнявся в групах респондентів (критерій хі-квадрат був статистично значущим на рівні 0,001, коефіцієнт кореляції Крамера — 0,34). Респонденти з групи ЛВНІ найчастіше проживали з батьками або родичами (38%) або самостійно (цей варіант включав також спільну оренду квартири з іншими квартирантами, не родичами тощо) — 31% **(Рисунок 7)**. Респонденти з групи ЧСЧ переважно мешкали самостійно — таку опцію вибрали 54% представників цієї групи, з батьками або родичами — 22%, або з партнером-чоловіком — 18%. Жінки з групи СП найчастіше мешкали одні (43%) або з чоловіком-партнером (23%). Значна частина респонденток групи СП вибрали відповідь «Інше» — таких було 17%.

Рисунок 7. Спосіб проживання та ведення домашнього господарства окремих КГ за відповіддю на запитання: «З ким Ви спільно живете та веде домашнє господарство?»

Рівень освіти

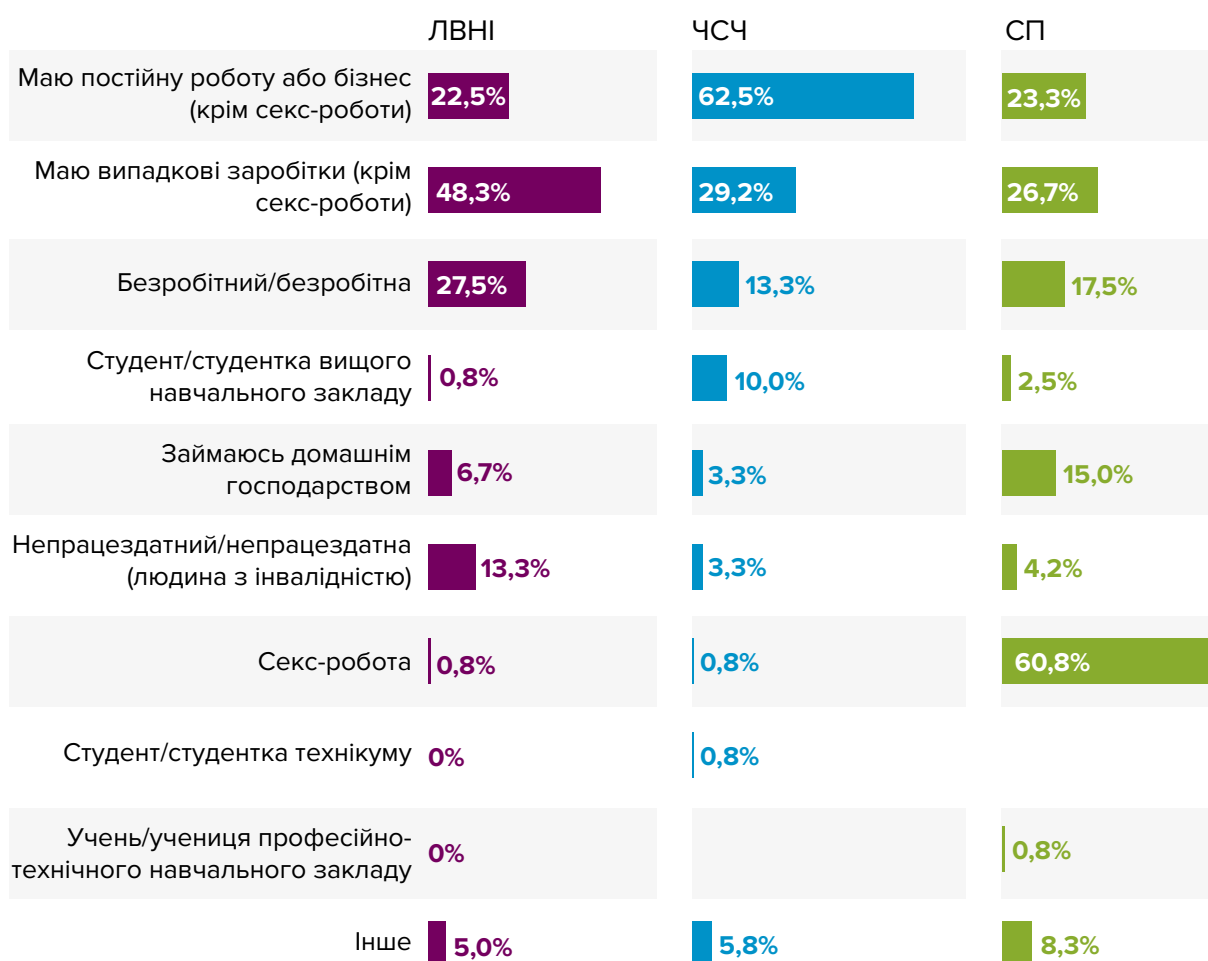
Група респондентів-ЧСЧ мала найвищий рівень освіти серед інших: 35% ЧСЧ мали повну вищу освіту (серед СП людей із вищою освітою було лише 15%, а серед ЛВНІ — ще менше, 9%) (**Рисунок 8**). Респондентів із повною загальною середньою або професійно-технічною освітою найбільше було в групі ЛВНІ — 61%, у групі СП таких людей було 47%, а в групі ЧСЧ — 41%. Людей із неповною середньою освітою в групі ЧСЧ було приблизно в два-три рази менше, ніж у групах ЛВНІ (9%) і СП (12%).

Рисунок 8. Рівень освіти окремих КГ за відповіддю на запитання: «Вкажіть, будь ласка, найвищий рівень освіти, який Ви отримали?»

Зайнятість

На момент проведення опитування найбільший відсоток респондентів, які мали постійну роботу або власний бізнес, був у групі ЧСЧ (63%) **(Рисунок 9)**. Значно менші показники були в групах ЛВНІ (23%) і СП (23%). Найбільший відсоток респондентів, які мали випадкові заробітки, зафіксували в групі ЛВНІ (48%), тоді як у групах ЧСЧ і СП ці показники були значно нижчими — відповідно 29% і 27%. Найвищий рівень безробіття серед респондентів був у групі ЛВНІ (28%), тоді як у групі СП цей показник становив 18%, а в групі ЧСЧ — лише 13%. Респонденти, які займалися секс-роботою, переважно були представлені в групі СП, причому всі вони надавали сексуальні послуги за винагороду протягом останніх шести місяців, а на момент опитування 61% вважали це своїм теперішнім заняттям. У групах ЛВНІ та ЧСЧ показник надання сексуальних послуг за винагороду залишався однаково низьким — 1%. Найбільший відсоток студентів вищих навчальних закладів був у групі ЧСЧ (10%), тоді як у групі ЛВНІ цей показник становив лише 1%, а у групі СП — 3%. Студенти технікумів становили 1% у групі ЧСЧ і були відсутні в групах ЛВНІ та СП. Учні професійно-технічних навчальних закладів були представлені тільки в групі СП (1%). Найбільший відсоток респондентів, зайнятих веденням домашнього господарства, був у групі СП (15%), тоді як у групах ЛВНІ і ЧСЧ цей показник становив 7% та 3% відповідно. Найбільший відсоток непрацездатних осіб зафіксували в групі ЛВНІ (13%), а найнижчий — у групах ЧСЧ та СП, де цей показник становив відповідно 3% і 4%. Категорія «Інше» не показала значних відмінностей між групами: у групах ЛВНІ, ЧСЧ та СП ці показники становили відповідно 5,0%, 5,8% та 8,3%.

Рисунок 9. Зайнятість окремих КГ за відповіддю на запитання: «Ваше заняття зараз?» (респонденти могли вибрати декілька відповідей).



Найпоширеніші комбінації зайнятості представлено в **Таблиці 6**.

Таблиця 6. Найпоширеніші комбінації занятості

Зайнятість	Частота	Відсоток, %
Маю постійну роботу або бізнес — Маю випадкові заробітки	12	3,3
Маю випадкові заробітки — Секс-робота	11	3,1
Маю постійну роботу або бізнес — Секс-робота	11	3,1
Інше	9	2,5
Безробітний/безробітна — Маю випадкові заробітки	8	2,2
Секс-робота — Інше	8	2,2
Маю випадкові заробітки — Непрацевдатний/непрацевдатна	7	1,9

Дохід

Три групи респондентів — ЛВНІ, ЧСЧ та СП — статистично значуще відрізнялися між собою за рівнем доходу, як у цілому, так і в кожній парі між собою (пост-хок тести це підтвердили). Найвищий середній дохід був у групі СП — приблизно 16 тисяч 300 гривень на місяць. У респондентів ЧСЧ середній дохід був дещо меншим — 13 тисяч 800 гривень. Найменший дохід мали респонденти з групи ЛВНІ — 6 тисяч 500 гривень на місяць.

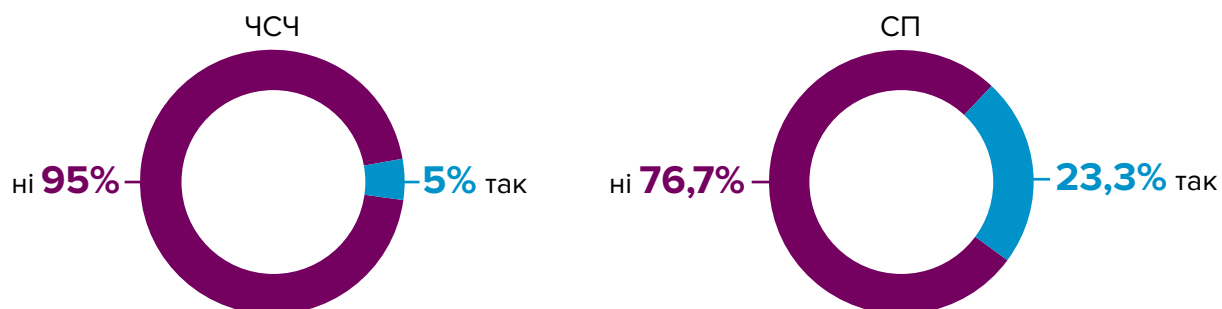
Таблиця 7. Дохід окремих КГ

Характеристика	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Середній дохід (гривні), нескоригований	8651	16 532	21 809
Середньоквадратичне відхилення	9278	20 030	19 508
Середній дохід (гривні), М-оцінка Хубера*	6475	13 838	16 297
Медіана	6000	12 000	15 000

Перетин КГ

Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом було притаманне не лише групі ЛВНІ. Серед ЧСЧ 5% зізналися в такому вживанні протягом 30 днів до опитування (**Рисунок 10**). У групі СП цей відсоток був значно вищим: 23,3% зазначили, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом місяця до участі в дослідженні.

Рисунок 10. Споживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед ЧСЧ і СП за відповіддю на запитання: «Чи вживали ви наркотики ін'єкційним шляхом хоча б один раз протягом останніх 30 днів?»



* Оцінювач М Хубера (Huber's M-Estimator) — це робастний статистичний метод, що використовується для зменшення впливу викидів під час оцінювання параметрів, таких як середнє значення

У групі чоловіків-ЛВНІ всі респонденти повідомили, що не мали оральних або анальних сексуальних контактів із чоловіками протягом останніх 6 місяців, що передували дослідженню.

Серед жінок-ЛВНІ більш ніж кожна третя (35,3%) респондентка зазначила, що отримувала гроші, товари чи послуги в обмін на секс протягом останніх 6 місяців (**Рисунок 11**). Чоловіки-ЛВНІ значно рідше повідомляли про такі випадки — лише 1,9% відповіли ствердно. Однак слід зазначити, що підвибірка жінок-ЛВНІ була дуже малою — лише 17 респонденток. Довірчий інтервал цього показника був досить широкий: від 12,6% до 58,0%. Серед ЧСЧ 6,7% респондентів зазначили, що отримували гроші, товари чи послуги за секс.

Рисунок 11. Надання секс послуг за винагороду серед ЛВНІ і ЧСЧ за відповіддю на запитання: «Чи отримували ви гроші, товари чи послуги в обмін на секс протягом останніх 6 місяців?»

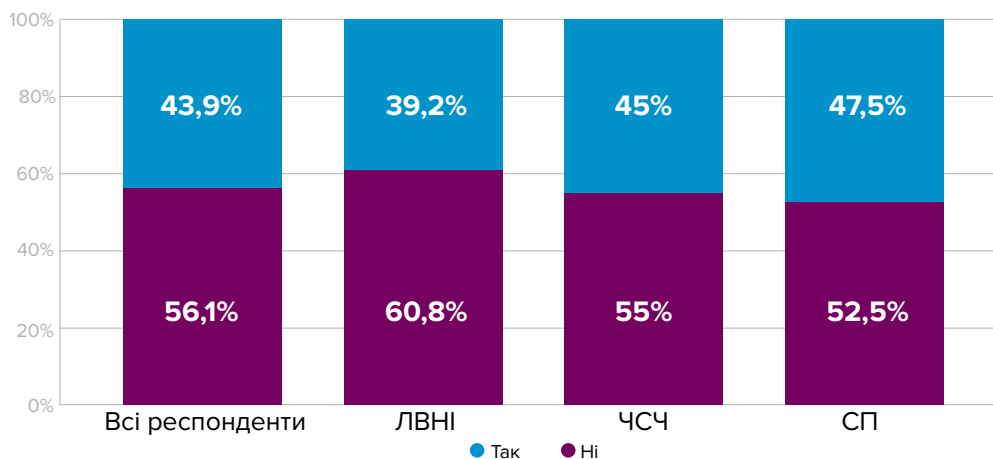


Описовий аналіз поведінкових змінних

Залученість до послуг НУО, які займаються тестуванням і профілактикою ВІЛ

Серед усіх опитаних 43,9% відповіли «Так» на запитання щодо участі в програмах НУО, які надають послуги з тестування на ВІЛ і профілактики (**Рисунок 12**). Серед респондентів групи ЛВНІ частка тих, хто є клієнтами НУО, становила 39,2% (довірчий інтервал: 30,8–47,9%). Серед ЧСЧ, рівень залученості до програм НУО становив 45,0% (довірчий інтервал: 36,1–53,9%). 47,5% респондентів-СП зазначили, що вони є клієнтами НУО (довірчий інтервал: 38,6–56,4%).

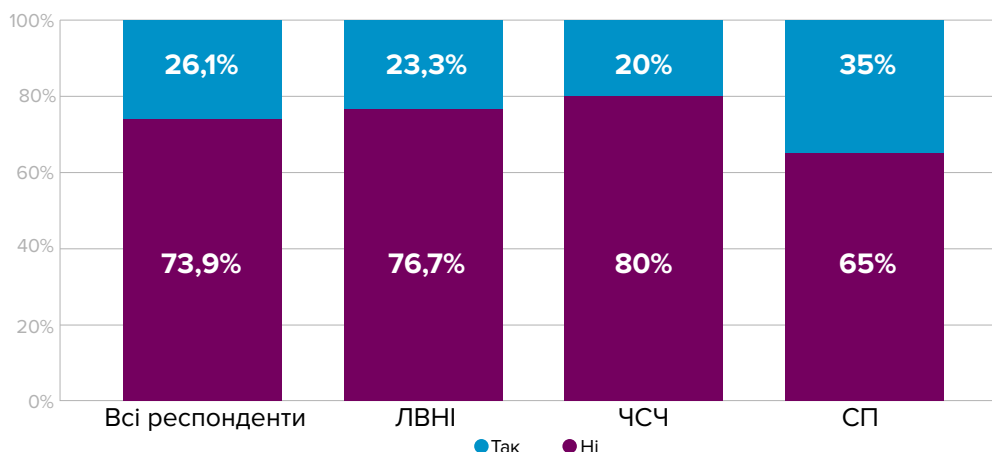
Рисунок 12. Залученість до послуг НУО, які займаються тестуванням і профілактикою ВІЛ серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ та послуги з профілактики інфікування ВІЛ?»



Залученість до послуг НУО, які займаються гуманітарними, юридичними й іншими послугами

До НУО, які спеціалізуються на наданні інших послуг (юридичних, гуманітарних тощо), респонденти дослідження були залучені значно менше, ніж до отримання послуг ВІЛ-сервісних організацій: лише 26% респондентів відповіли ствердно на це запитання **(Рисунок 13)**. Серед трьох цільових груп дослідження СП були більш залучені до послуг гуманітарних та інших НУО, ніж ЛВНІ та ЧСЧ. Показник залучення для СП становив 35% (довірчий інтервал: 26,5–43,5%). Для ЛВНІ показник залучення до гуманітарних та інших НУО як клієнтів становив 23,3% (довірчий інтервал: 15,7%–30,9%), а для ЧСЧ — 20% (довірчий інтервал: 12,8–27,2%).

Рисунок 13. Залученість до послуг НУО, які займаються гуманітарними, юридичними й іншими послугами серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає гуманітарні, юридичні та інші послуги (крім послуг з тестування та профілактики ВІЛ)?»



Наявність декларації та звернення до сімейного лікаря

Більшість учасників дослідження мали декларацію із сімейним лікарем (92%) і користувалися його послугами протягом останнього року (68%) **(Рисунок 14, Рисунок 15)**.

Рисунок 14. Наявність декларації із сімейним лікарем серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Чи Ви маєте декларацію із сімейним лікарем?»

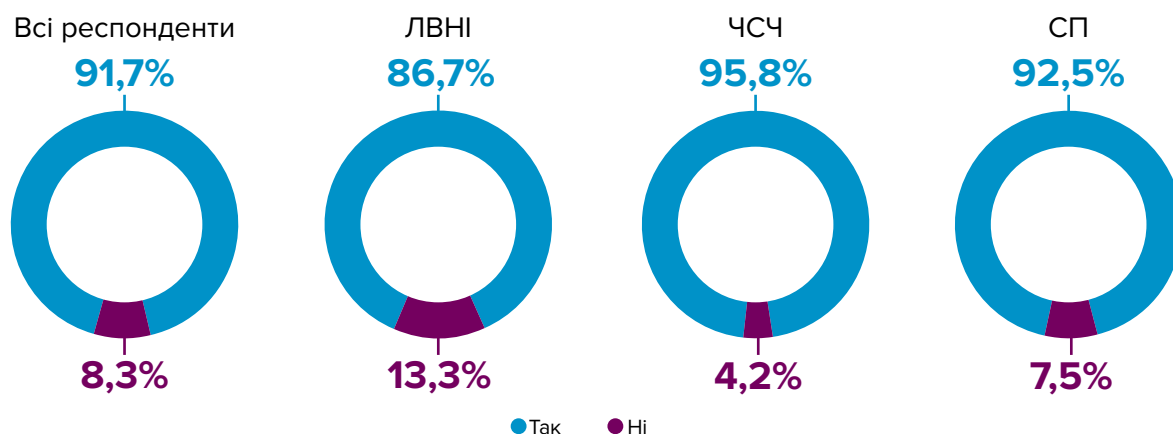
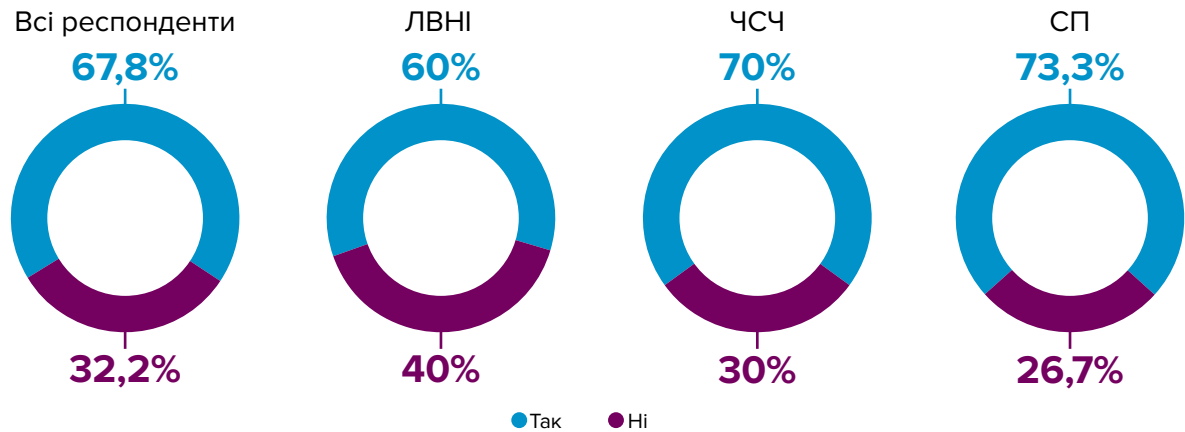


Рисунок 15. Звернення до сімейного лікаря окремих КГ за відповіддю на запитання: «Чи зверталися Ви до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців?»



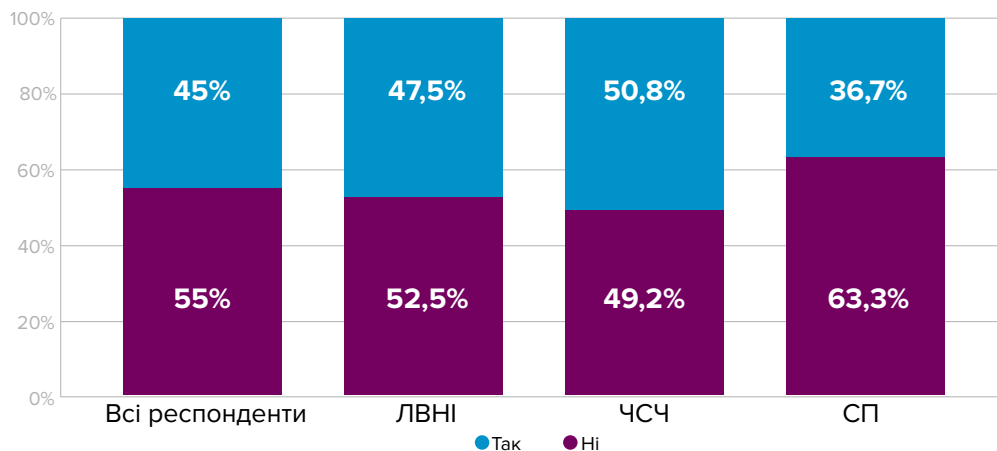
До інших лікарів (крім сімейних) протягом останнього року зверталися 62% учасників дослідження (довірчий інтервал: 56,7–66,7%). Серед ЛВНІ до інших лікарів зверталися 55% опитаних (довірчий інтервал: 46,1–63,9%). Для ЧСЧ цей показник становив 66,7% (довірчий інтервал: 58,3–75,1%), а для СП — 66,3% (довірчий інтервал: 57,8–74,8%).

Потреби та причини не проведення тестування на ВІЛ

Наявність потреби в тестуванні на ВІЛ

Відповідно до умов відбору для участі в дослідженні, усі респонденти на момент інтерв'ю мали невідомий ВІЛ-статус або негативний результат, отриманий понад 12 місяців тому. Понад половина респондентів (55%) не мала впродовж цього періоду потреби в тестуванні на ВІЛ і не має її зараз (**Рисунок 16**). Водночас 45% опитаних зазначили, що така потреба була. Серед ЛВНІ 48% потребували або потребують тестування на ВІЛ упродовж останніх 12 місяців, серед ЧСЧ ця частка становила 51%, а серед СП — 37%. Відмінності між групами не є статистично значущими на рівні $p < 0.05$.

Рисунок 16. Наявність потреби у тестуванні на ВІЛ у цілому та серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Чи Ви маєте зараз або мали протягом останніх 12 місяців потребу в тестуванні на ВІЛ?»



Ті 55% респондентів (n=198), які не мають зараз і не мали впродовж останніх 12 місяців потреби в тестуванні на ВІЛ, пояснюють це переважно тим, що вважають свій ризик інфікування мінімальним або відсутнім (92,4%) і загалом добре почуваються (87,9%) (**Рисунок 17**). Ще 66,7% зазначили, що не вважають тестування на ВІЛ своєю потребою, а половині (50,0%) ніхто не пропонував перевірити свій ВІЛ-статус. У 9,6% були інші причини вважати, що тестування їм не потрібне. Загалом 19 респондентів відповіли, що тестування їм не потрібне з інших причин, серед яких були більш фокусні причини, пов'язані зі сприйняттям мінімального ризику інфікування (довіра партнеру, використання презервативів, застосування чистих шприців, відсутність сексуального партнера), а також нестача часу на тестування та страх отримати позитивний результат.

Рисунок 17. Причини відсутності потреби в тестуванні на ВІЛ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви не маєте зараз або протягом останніх 12 місяців не мали потреби в тестуванні на ВІЛ, що є причиною (причинами) відсутності такої потреби?»



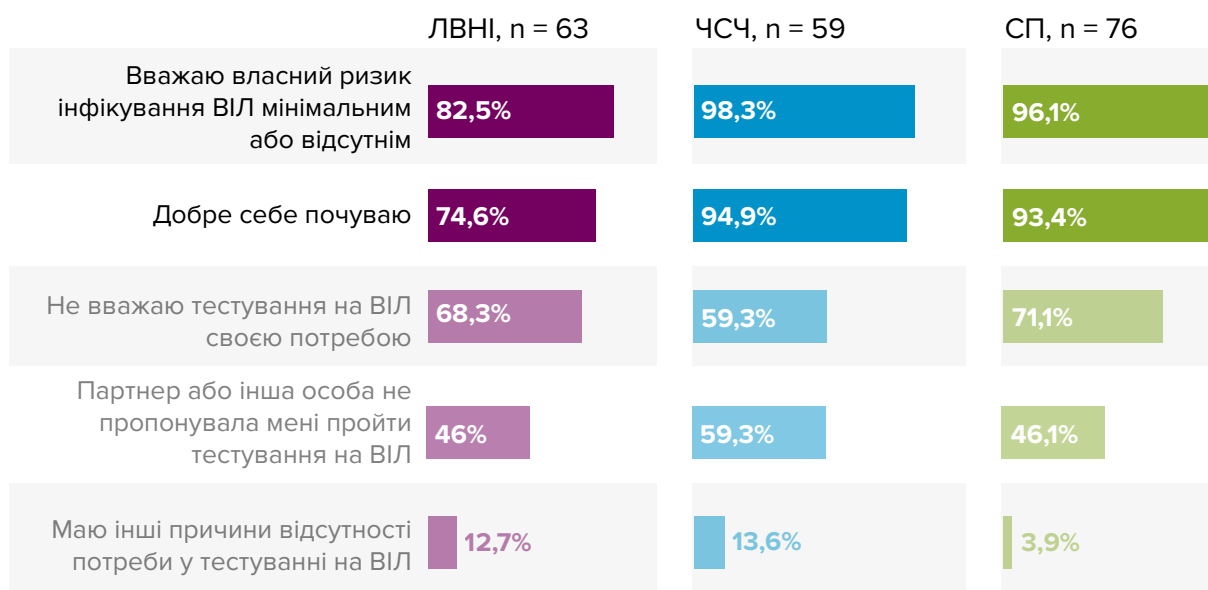
Найчастіше в респондентів спостерігалися такі комбінації причин відсутності потреби в тестуванні на ВІЛ.

Таблиця 8. Основні комбінації причин відсутності потреби в тестуванні на ВІЛ

Комбінація	Частота	Відсоток, %
Малий ризик — Ніхто не пропонував — Гарне самопочуття — Немає потреби	61	16,9
Малий ризик — Гарне самопочуття — Немає потреби	54	15
Малий ризик — Гарне самопочуття	24	6,7
Малий ризик — Ніхто не пропонував — Гарне самопочуття	15	4,2
Малий ризик — Ніхто не пропонував	6	1,7
Малий ризик — Гарне самопочуття — Інше	5	1,4

ЛВНІ дещо рідше, порівняно з ЧСЧ і СП, пояснювали відсутність потреби в тестуванні на ВІЛ низьким ризиком інфікування та добрим самопочуттям (**Рисунок 18**). Мінімальний або відсутній ризик інфікування як причину вказали 82,5% ЛВНІ, 96,1% СП та 98,3% ЧСЧ, а добре самопочуття — 74,6% ЛВНІ, 93,4% СП та 94,9% ЧСЧ.

Рисунок 18. Причини відсутності потреби в тестуванні на ВІЛ серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви не маєте зараз або протягом останніх 12 місяців не мали потреби в тестуванні на ВІЛ, що є причиною (причинами) відсутності такої потреби?»

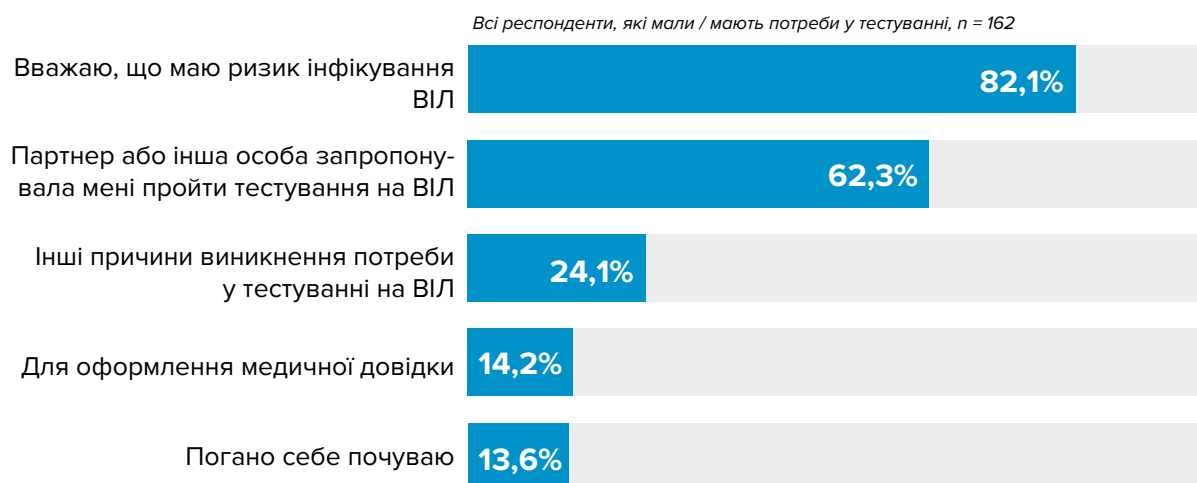


На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Причини наявності потреби в тестуванні на ВІЛ

Як зазначалося вище, 45% ($n=162$) респондентів мали впродовж останніх 12 місяців потребу в тестуванні на ВІЛ або мають її зараз, проте тестування не проходили. Найчастіше серед причин виникнення цієї потреби опитані називали наявний ризик інфікування ВІЛ (82,1%). На другому місці за частотою згадок була пропозиція партнера або іншої особи пройти тестування (62,3%). Також 14,2% потребували цього для оформлення медичної довідки, 13,6% — через погане самопочуття, а у 24,1% були інші причини вважати, що тестування на ВІЛ їм потрібне.

Рисунок 19. Причини наявності потреби в тестуванні на ВІЛ серед усіх КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви маєте зараз або протягом останніх 12 місяців мали потребу в тестуванні на ВІЛ, що є причиною (причинами) виникнення такої потреби?»



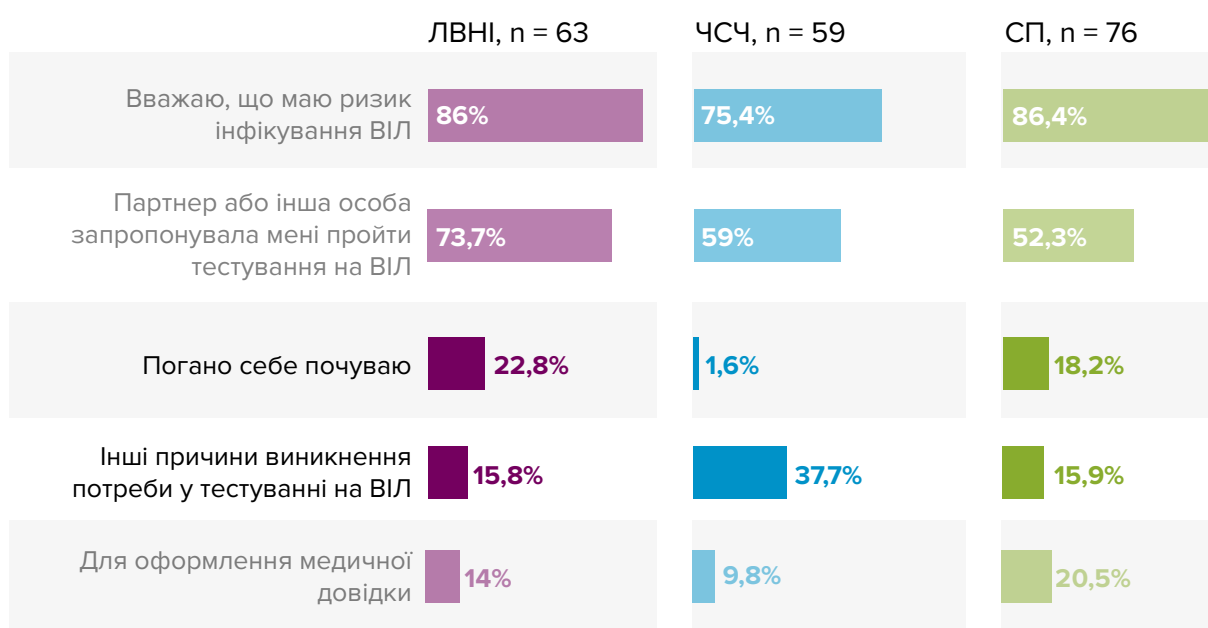
Найчастіше в респондентів спостерігалися такі комбінації причин наявності потреби в тестуванні на ВІЛ.

Таблиця 9. Основні комбінації причин наявності потреби в тестуванні на ВІЛ

Комбінація	Частота	Відсоток, %
Є ризик — Запропонували	49	13,6
Є ризик — Інше	12	3,3
Є ризик — Запропонували — Інше	10	2,8
Є ризик — Запропонували — Погане самопочуття	9	2,5
Є ризик — Запропонували — Довідка	6	1,7
Є ризик — Довідка	5	1,4
Запропонували — Інше	5	1,4

ЧСЧ значно рідше, порівняно з іншими КГ, зазначали, що потребують тестування на ВІЛ через погане самопочуття: так відповіли лише 1,6% опитаних у цій групі, тоді як серед ЛВНІ відповідний показник становив 22,8%, а серед СП — 18,2%. Натомість ЧСЧ частіше пояснювали свою потребу іншими причинами (37,7%) порівняно з ЛВНІ (15,8%) і СП (15,9%).

Рисунок 20. Причини наявності потреби в тестуванні на ВІЛ серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви маєте зараз або протягом останніх 12 місяців мали потребу в тестуванні на ВІЛ, що є причиною (причинами) виникнення такої потреби?»



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

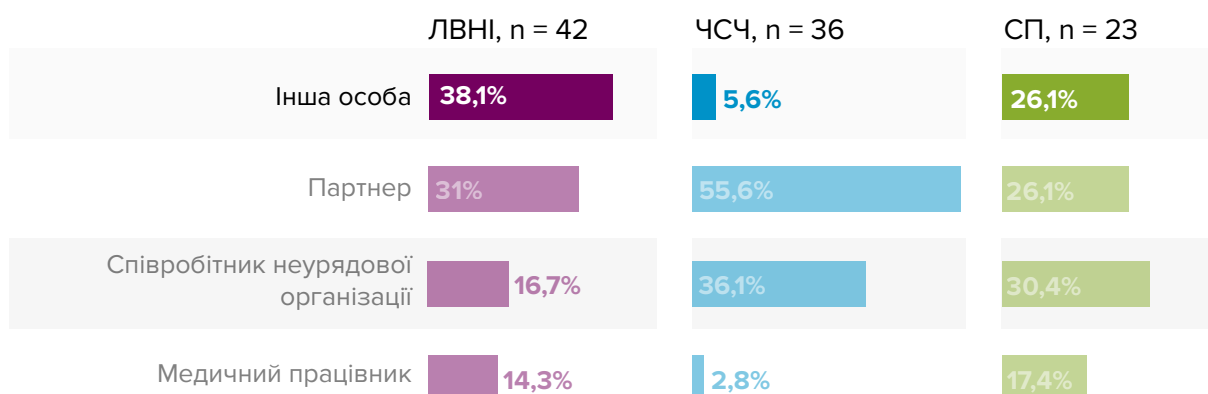
Тим, хто пояснив свою потребу в тестуванні на ВІЛ пропозицією іншої особи ($n=101$), найчастіше це пропонував партнер (38,6%) (**Рисунок 21**). Дещо рідше тестування пропонував працівник НУО (26,7%) або медичний працівник (10,9%). У 23,8% випадків це була інша особа із соціального оточення.

Рисунок 21. Характеристики осіб, які пропонували тестування на ВІЛ респондентам, що мали таку потребу, за відповіддю на запитання: «Хто саме запропонував Вам пройти тестування на ВІЛ?»



ЛВНІ частіше отримували пропозицію протестуватися на ВІЛ від осіб, окрім партнера, працівників НУО чи медичних працівників, порівняно з ЧСЧ: 38,1% ЛВНІ та лише 5,6% ЧСЧ вибрали цей варіант відповіді (**Рисунок 22**).

Рисунок 22. Характеристики осіб, які пропонували тестування на ВІЛ респондентам окремих КГ, що мали таку потребу, за відповіддю на запитання: «Хто саме запропонував Вам пройти тестування на ВІЛ?»



На діаграмі виділено відповіді, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Причини не проведення тестування на ВІЛ попри наявність такої потреби

Ті респонденти, які мали впродовж останніх 12 місяців потребу в тестуванні на ВІЛ або мають її зараз, проте не задовольнили цю потребу (n=162), найчастіше пояснювали це побоюванням перед тестуванням (45,1%) і наявністю важливіших потреб (39,5%) (**Рисунок 23**). Цей варіант вибрали 64 респонденти, найчастіше посилаючись на зайнятість (переважно робочу, але також навчальну, побутову та сімейну) або на пошук роботи й грошей. ВПО зазначали, що були зайняті адаптацією на новому місці та пошуком житла. Четверть опитаних (25,3%) зазначила, що їм не до вподоби організація тестування в ЗОЗ. Досить висока частка (18,5%) не знала, де можна пройти тестування. Також 11,7% вказали, що не мають достатньо фінансів для проходження тестування. Абсолютна меншість вибрала відповіді: «Не маю доступу до тестування на ВІЛ» (3,7%), «Потреба тестування на ВІЛ перестала бути для мене актуальною» (1,9%) і «Мене не влаштовує, як організовано тестування на ВІЛ в неурядових організаціях» (1,2%). Ще 11,7% опитаних мали інші причини не проходити тестування.

Рисунок 23. Причини не проведення тестування на ВІЛ попри наявність такої потреби серед усіх КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви зараз або протягом останніх 12 місяців мали потребу в тестуванні на ВІЛ, що є причиною (причинами) не проведення тестування протягом останніх 12 місяців?»

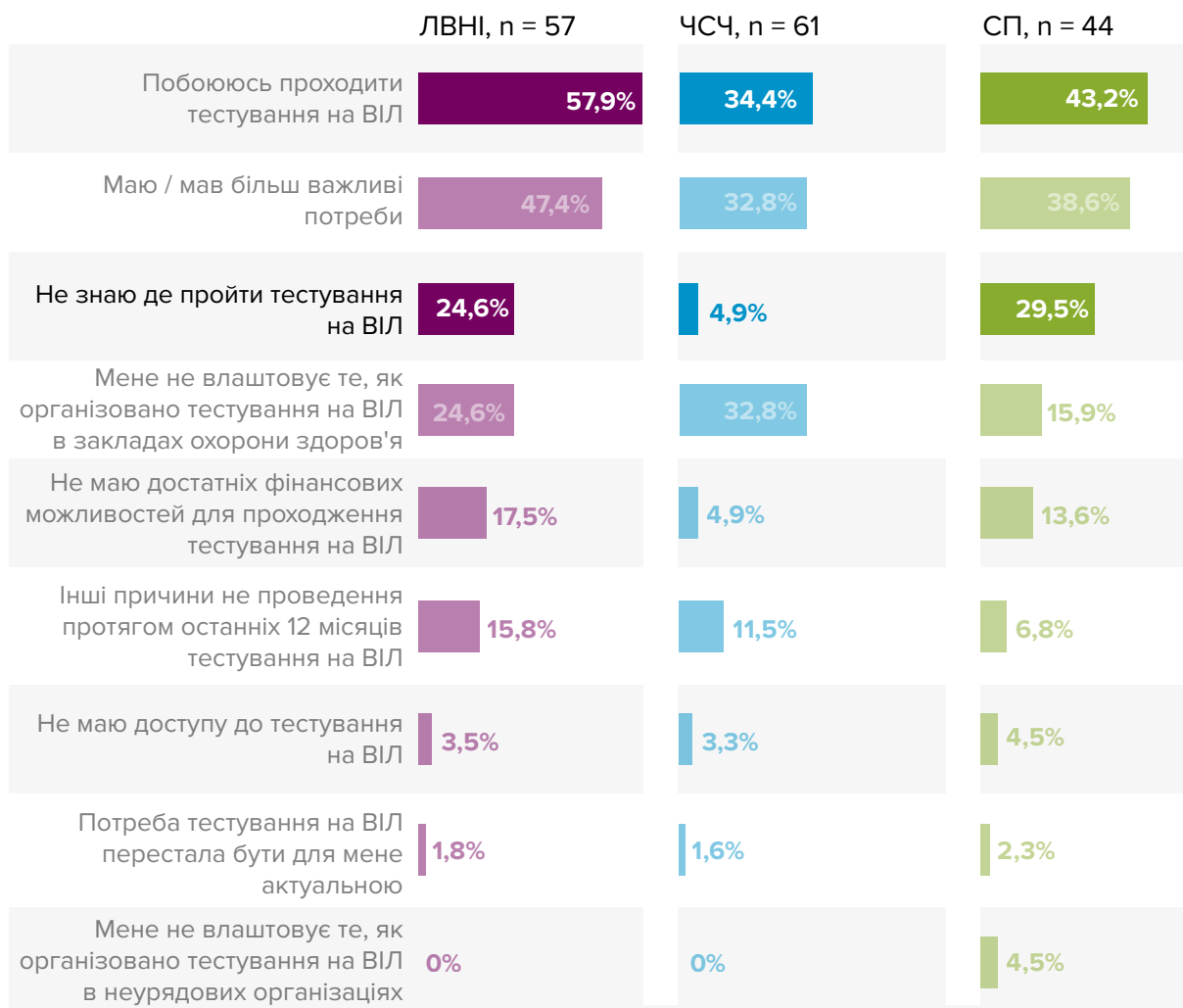


Таблиця 10. Основні комбінації причин не проведення тестування на ВІЛ попри наявності такої потреби

Комбінація	Частота	Відсоток, %
Важливіші потреби — Побоювання	16	4,4
Важливіші потреби — Побоювання — Не влаштовує тестування в ЗОЗ	16	4,4
Побоювання — Не влаштовує тестування в ЗОЗ	8	2,2
Важливіші — потреби — Не знаю, де	4	1,1
Не знаю, де — Побоювання	4	1,1
Важливіші потреби — Не знаю, де	4	1,1

Серед ЛВНІ значно більш поширений страх перед тестуванням на ВІЛ порівняно з ЧСЧ: частки для цих груп становили 57,9% і 34,4% відповідно (**Рисунок 24**). ЧСЧ також набагато рідше невідомі про те, де можна пройти тестування на ВІЛ: лише 4,9% не знали про це, тоді як серед ЛВНІ таких було 24,6%, а серед СП — 29,5%.

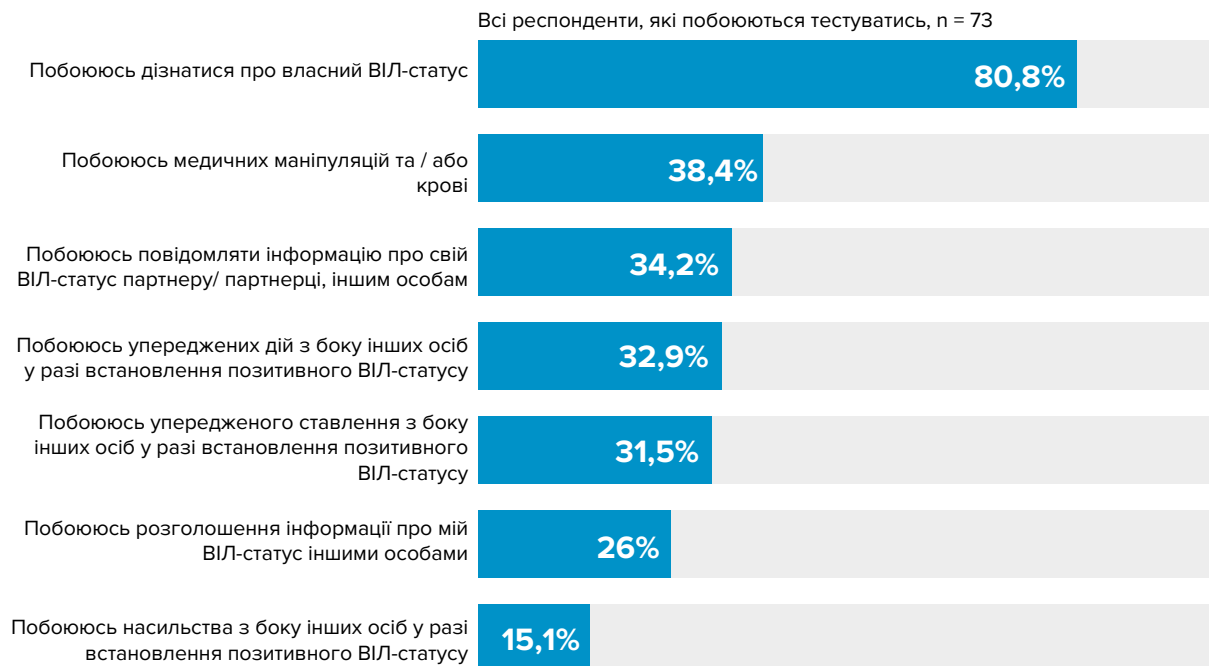
Рисунок 24. Причини не проведення тестування на ВІЛ попри наявність такої потреби серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви зараз або протягом останніх 12 місяців мали потребу в тестуванні на ВІЛ, що є причиною (причинами) не проведення тестування протягом останніх 12 місяців?»



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

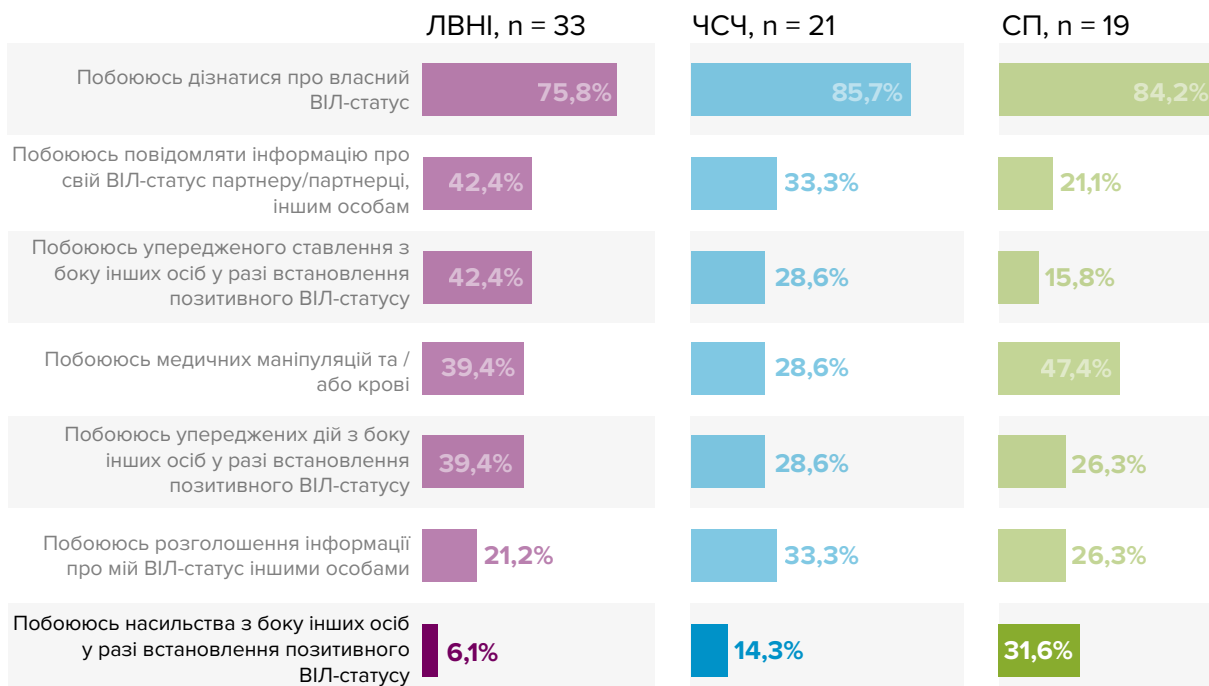
Основна причина побоювань перед тестуванням на ВІЛ — **страх дізнатися свій ВІЛ-статус** (80,8%) (**Рисунок 25**). Іншими причинами були **страх медичних маніпуляцій чи крові** (38,4%), **острах перед необхідністю повідомляти свій статус партнеру/партнерці чи іншим особам** (34,2%), **побоювання щодо упереджених дій** (32,9%) або упередженого ставлення (31,5%) з боку інших у разі встановлення позитивного ВІЛ-статусу, а також побоювання щодо розголошення інформації про ВІЛ-статус іншим особам (26,0%). Найрідше респонденти висловлювали побоювання стати жертвами насильства у разі встановлення позитивного ВІЛ-статусу (15,1%).

Рисунок 25. Причини побоювання проходження тестування на ВІЛ попри наявність такої потреби серед усіх КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви побоюєтеся проходити тестування на ВІЛ, то чому саме?»



Єдина статистично значуща відмінність, виявлена між КГ щодо причин їхніх побоювань перед тестуванням на ВІЛ, полягає в тому, що СП були більш схильні побоюватися насильства з боку інших осіб у разі встановлення позитивного ВІЛ-статусу, ніж ЛВНІ (31,6% та 6,1% відповідно) (**Рисунок 26**).

Рисунок 26. Причини побоювання проходження тестування на ВІЛ попри наявність такої потреби серед окремих КГ за відповіддю на запитання: «Якщо Ви побоюєтеся проходити тестування на ВІЛ, то чому саме?»



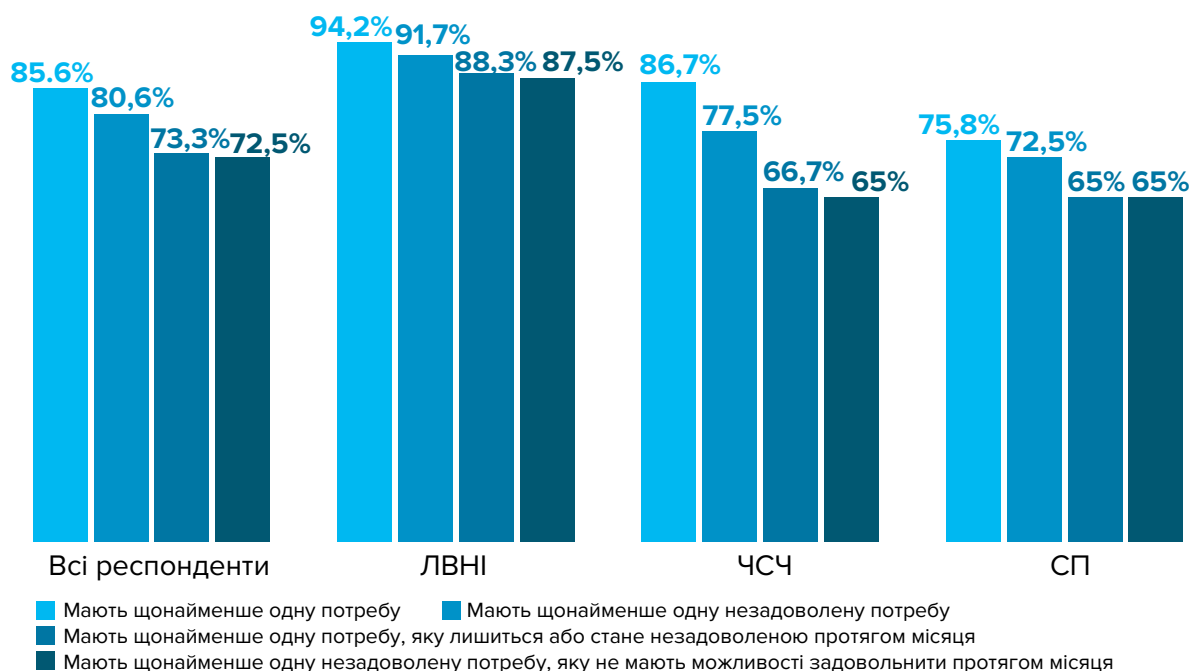
На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$).

Основні потреби гуманітарного, соціального, медичного, юридичного та психологічного характеру представників КГ, які виникли після 24.02.2022 року

Наявність і кількість незадоволених потреб

Усім респондентам було поставлено запитання щодо наявності потреб у п'яти сферах: гуманітарній, соціальній, медичній, юридичній і психологічній. Загалом 85,6% опитаних указали, що мають принаймні одну потребу з наданого переліку (**Рисунок 27**). У 80,6% була принаймні одна потреба, незадоволена на момент опитування. У 73,3% була щонайменше одна потреба, яка залишиться незадоволеною або стане такою впродовж найближчого місяця. Врешті, у 72,5% була щонайменше одна незадоволена потреба, яку вони не мають змоги задовольнити впродовж найближчого місяця. ЛВНІ вирізнялися серед інших груп вищою часткою тих, хто має потреби, зокрема незадоволені на момент опитування та/або впродовж найближчого місяця: усі вищеописані показники в цій групі перевищували 87%.

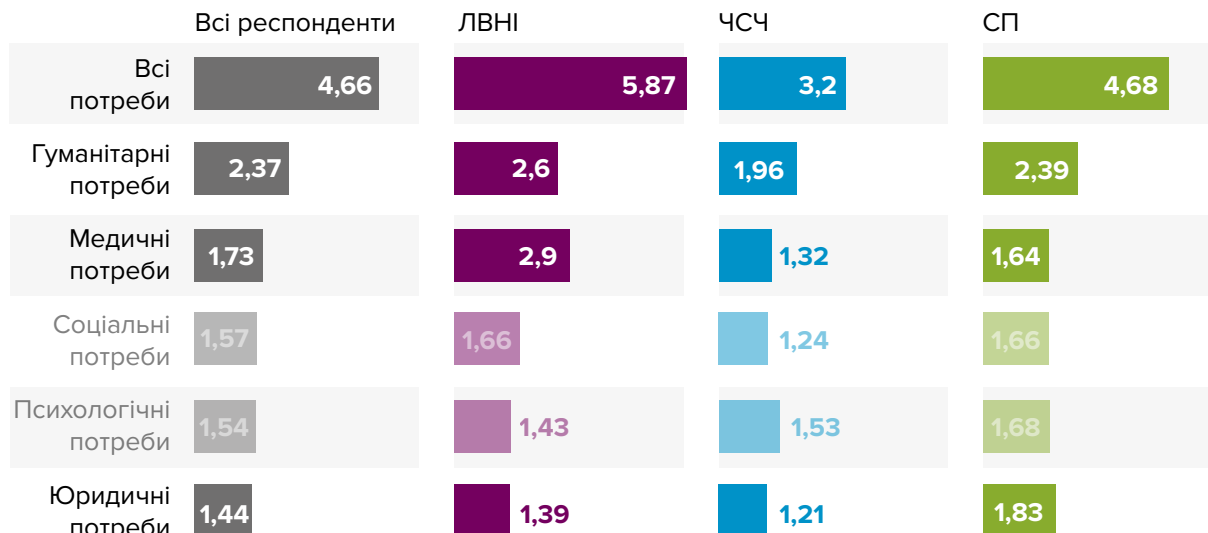
Рисунок 27. Наявність потреб у будь-якій сфері та перспективи їх задоволення протягом місяця серед усіх респондентів та окремих КГ



Серед тих, хто має принаймні одну незадоволену потребу, середня кількість потреб становила 4,7 (мінімум — 1, максимум — 19, мода — 4) (**Рисунок 28**). Загалом респондент міг відзначити до 26 потреб. Серед тих, хто мав принаймні одну незадоволену **гуманітарну** потребу, середня кількість таких потреб становила 2,4 (мінімум — 1, максимум — 5, мода — 1), при цьому респондент міг відзначити до 6 гуманітарних потреб. Серед тих, хто мав принаймні одну незадоволену **медичну** потребу, середня кількість становила 1,7 (мінімум — 1, максимум — 5, мода — 1), при загальній можливості відмітити до 6 медичних потреб. Серед тих, хто мав принаймні одну незадоволену **соціальну** потребу, середня кількість таких потреб становила 1,6 (мінімум — 1, максимум — 5, мода — 1), загалом до 7 соціальних потреб. Серед тих, хто мав принаймні одну незадоволену **психологічну** потребу, середня кількість таких потреб становила 1,5 (мінімум — 1, максимум — 4, мода — 1), із загальної кількості до 5 психологічних потреб. Серед тих, хто мав принаймні одну незадоволену **юридичну** потребу, середня кількість таких потреб становила 1,4 (мінімум — 1, максимум — 3, мода — 1), при цьому респондент міг відзначити до 5 юридичних потреб.

ЛВНІ та СП мали в середньому більше незадоволених потреб (5,9 і 4,7 відповідно), ніж ЧСЧ (3,2). ЛВНІ також мали більше гуманітарних (2,6) і медичних (2,9) потреб, а СП — більше юридичних (1,8).

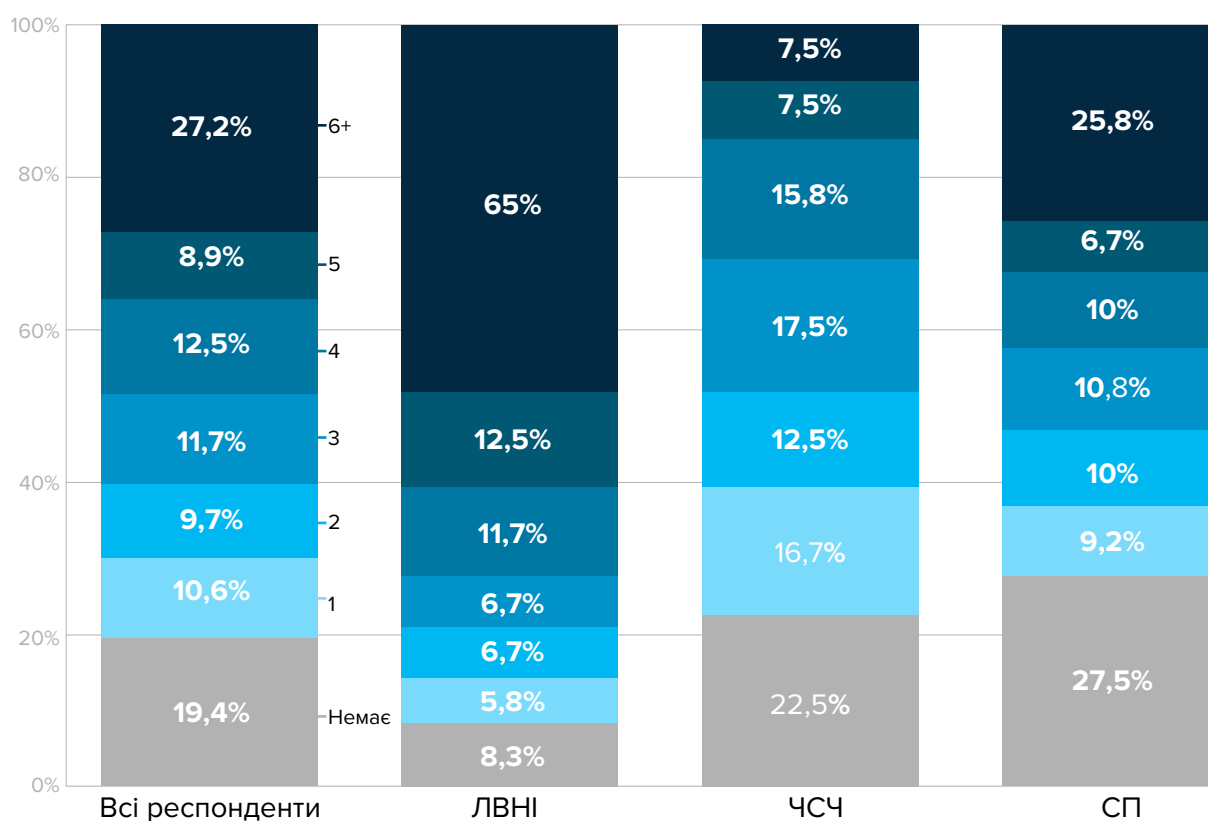
Рисунок 28. Середня кількість незадоволених потреб серед усіх респондентів і окремих КГ



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

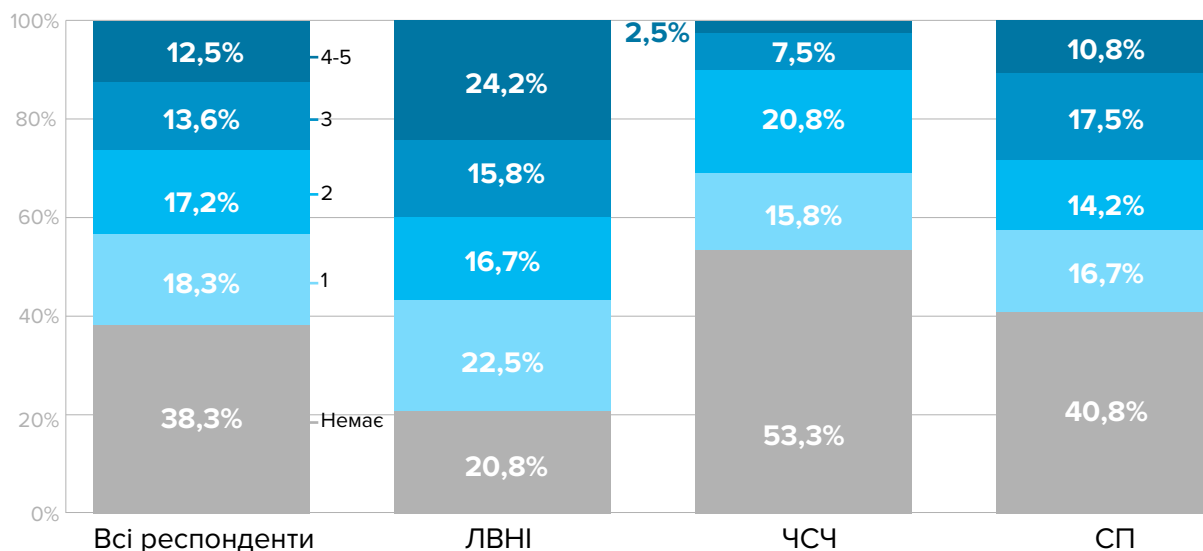
На діаграмі нижче наведено частотний розподіл незадоволених потреб усіх п'яти типів (**Рисунок 29**). Лише 19,4% респондентів не мали незадоволених потреб (не мали потреб або вони були задоволені): 8,3% ЛВНІ, 22,5% ЧСЧ і 27,5% СП. Серед ЛВНІ майже половина мала щонайменше 6 незадоволених потреб.

Рисунок 29. Кількість незадоволених потреб п'яти типів серед усіх респондентів і окремих КГ



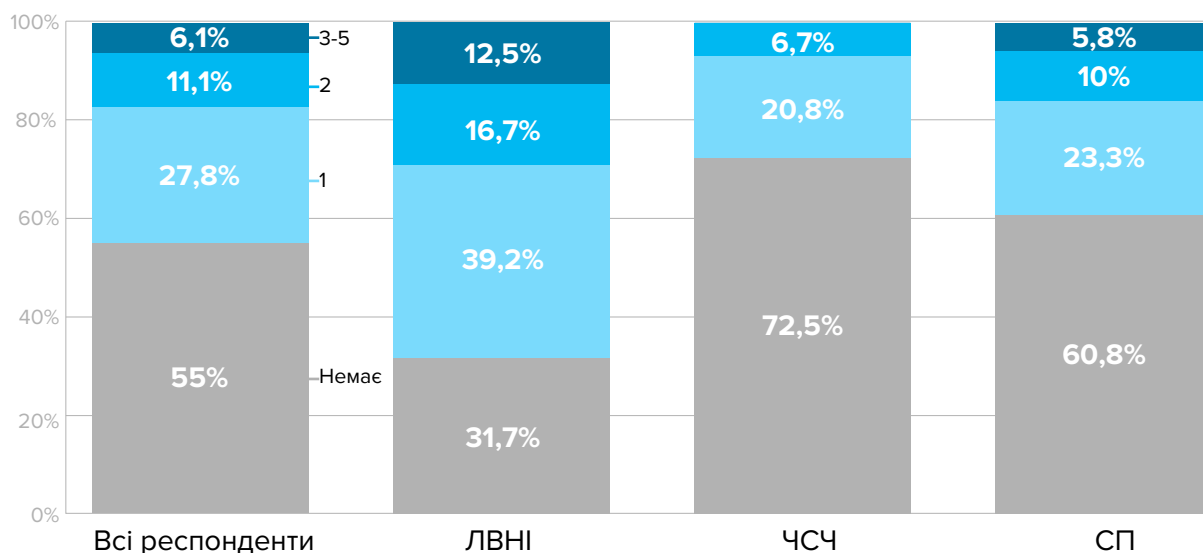
На **Рисунок 30** наведено частотний розподіл незадоволених **гуманітарних** потреб. Не мали незадоволених гуманітарних потреб 38,3% респондентів: 20,8% ЛВНІ, 53,3% ЧСЧ і 40,8% СП. Серед ЛВНІ майже чверть мала щонайменше 4 незадоволені гуманітарні потреби.

Рисунок 30. Кількість незадоволених гуманітарних потреб серед усіх респондентів і окремих КГ



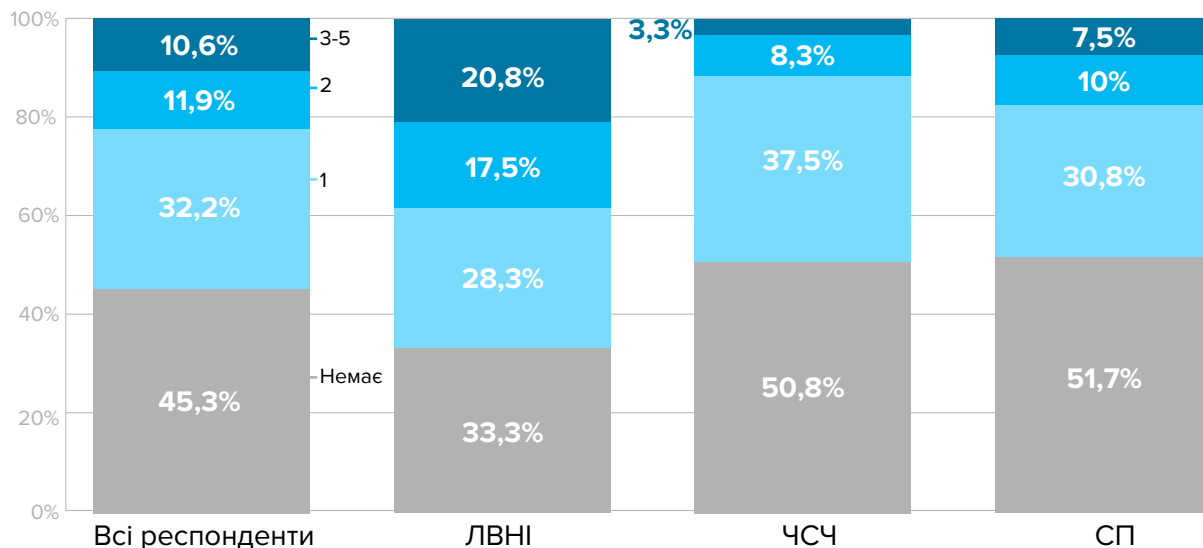
На **Рисунку 31** наведено частотний розподіл кількості незадоволених соціальних потреб. Не мали таких потреб 55,0% респондентів: 31,7% ЛВНІ, 72,5% ЧСЧ та 60,8% СП.

Рисунок 31. Кількість незадоволених соціальних потреб серед усіх респондентів і окремих КГ



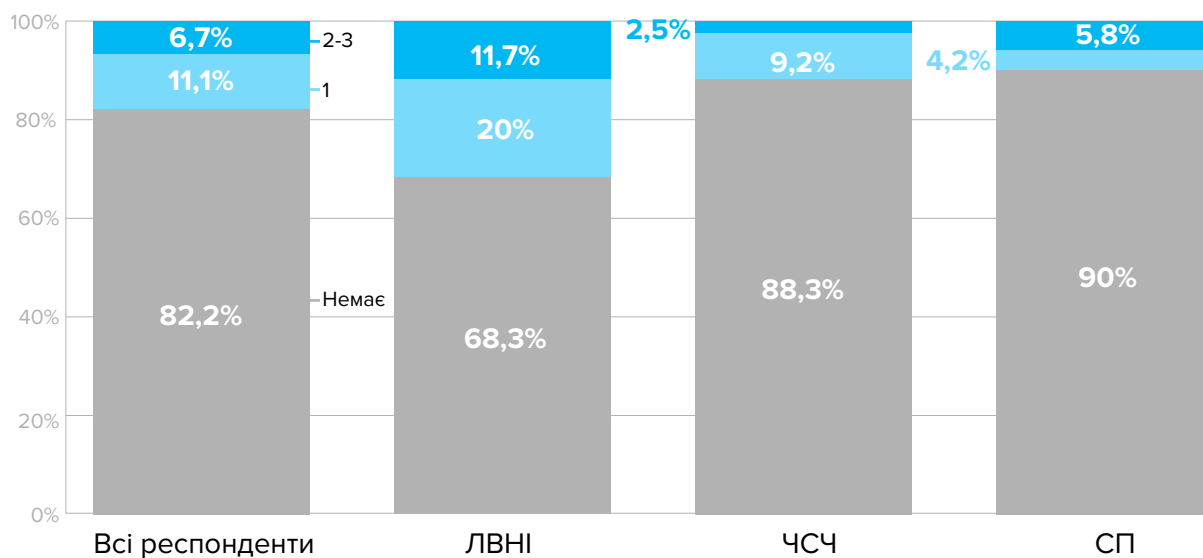
На **Рисунку 32** наведено частотний розподіл кількості незадоволених медичних потреб. Не мали таких потреб 45,3% респондентів: 33,3% ЛВНІ, 50,8% ЧСЧ і 51,7% СП.

Рисунок 32. Кількість незадоволених медичних потреб серед усіх респондентів і окремих КГ



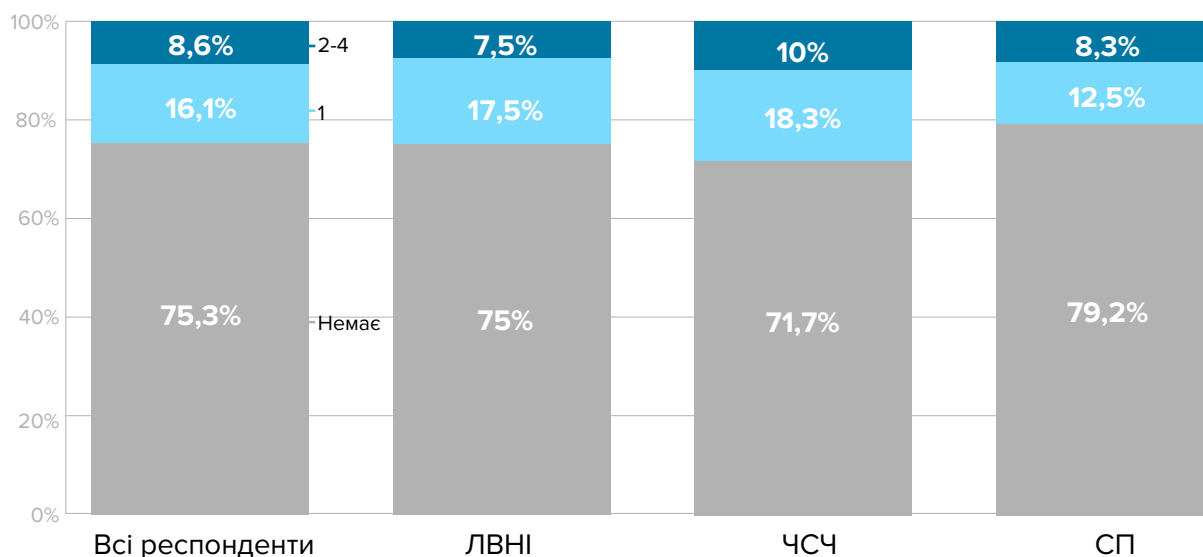
На **Рисунку 33** наведено частотний розподіл незадоволених юридичних потреб. Не мали таких потреб 82,2% респондентів: 68,3% ЛВНІ, 88,3% ЧСЧ і 90,0% СП.

Рисунок 33. Кількість незадоволених юридичних потреб серед усіх респондентів і окремих КГ



На **Рисунку 34** наведено частотний розподіл кількості незадоволених потреб психологічного характеру. Не мали таких потреб 75,3% респондентів: 75,0% ЛВНІ, 71,7% ЧСЧ і 79,2% СП.

Рисунок 34. Кількість незадоволених потреб психологічного характеру серед усіх респондентів і окремих КГ

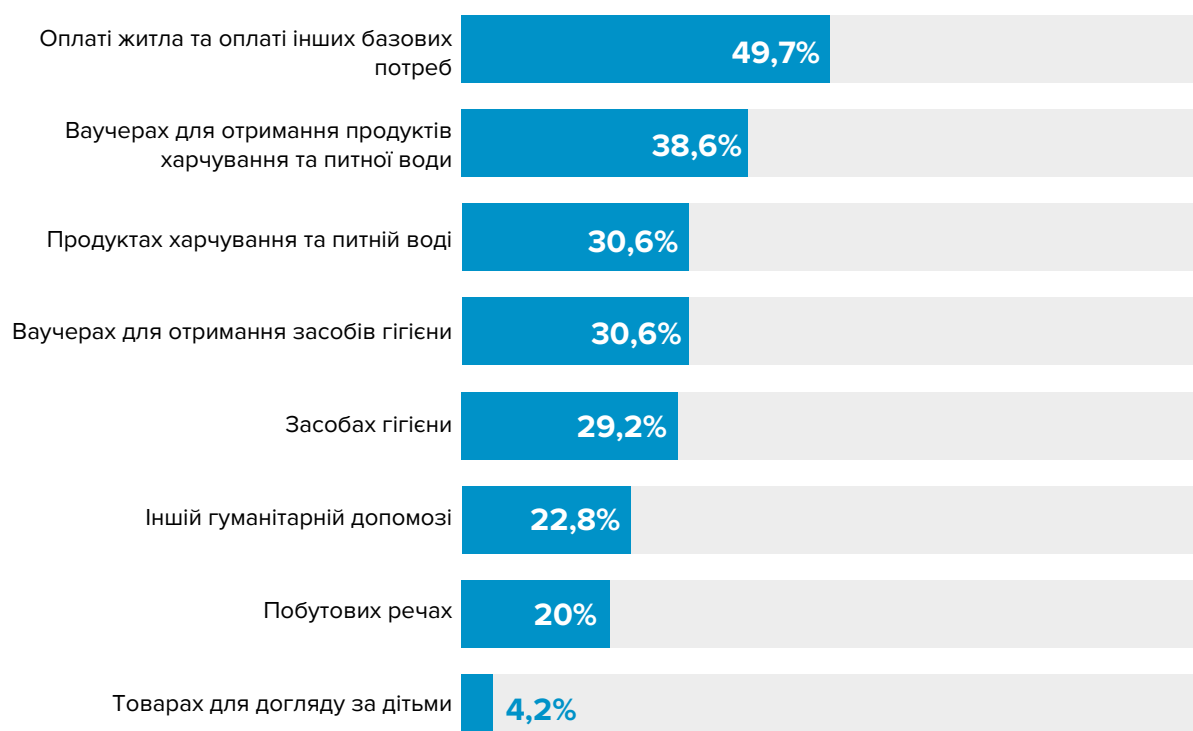


Гуманітарні потреби

Серед потреб гуманітарного характеру найбільш поширеною є потреба в оплаті житла та інших базових речей: її називають 49,7% опитаних (**Рисунок 35**). Крім цього, 38,6% потребують ваучерів для отримання продуктів харчування та питної води, 30,6% — самих продуктів і води, стільки ж — ваучерів на засоби гігієни, 29,2% — самих засобів гігієни, а 20% — побутових речей. Найменш затребуваними є товари для догляду за дітьми (4,2%). Ще 22,8% мають інші гуманітарні потреби.

Рисунок 35. Гуманітарні потреби, усі КГ

Чи Ви маєте потреби у...



ЛВНІ частіше вказували потребу в оплаті житла (72,5%), продуктах і питній воді (49,2%), побутових речах (26,7%) та іншій гуманітарній допомозі (40,8%), аніж інші дві групи (**Рисунок 36**). Окрім цього, ЛВНІ та СП більшою мірою потребують засобів гігієни (43,3% та 31,7% відповідно), аніж ЧСЧ (12,5%).

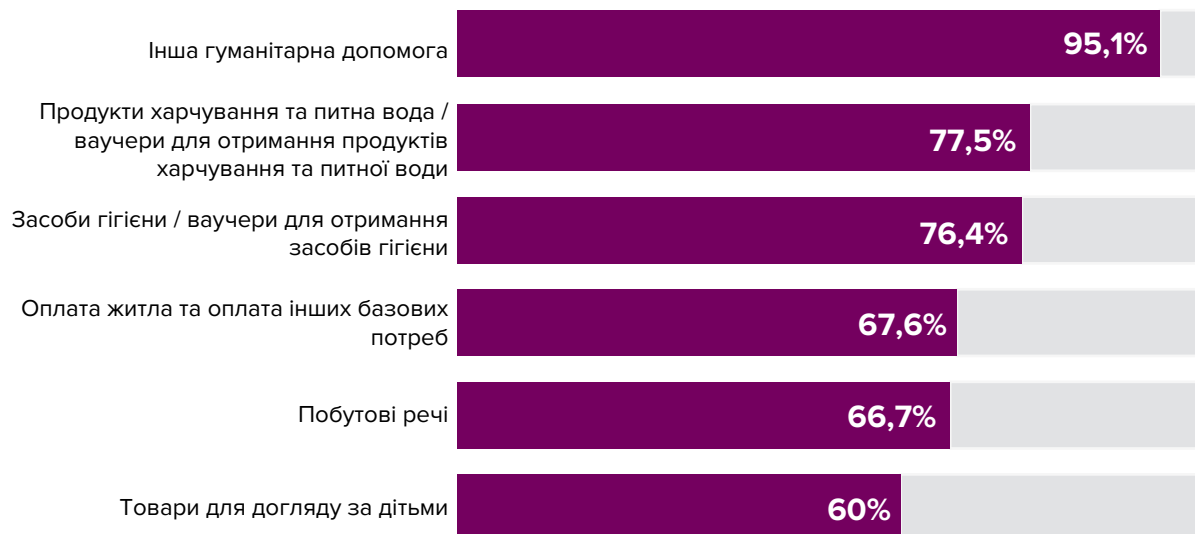
Рисунок 36. Гуманітарні потреби, окремі КГ



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Щодо ступеня задоволеності гуманітарних потреб, найменшою мірою задовольняються потреби в продуктах, воді, засобах гігієни або ваучерах для їх отримання, а також в іншій гуманітарній допомозі, якої немає в наданому переліку (**Рисунок 37**). Загалом понад половина респондентів, які повідомили про кожну з гуманітарних потреб, зазначають, що ці потреби наразі незадоволені.

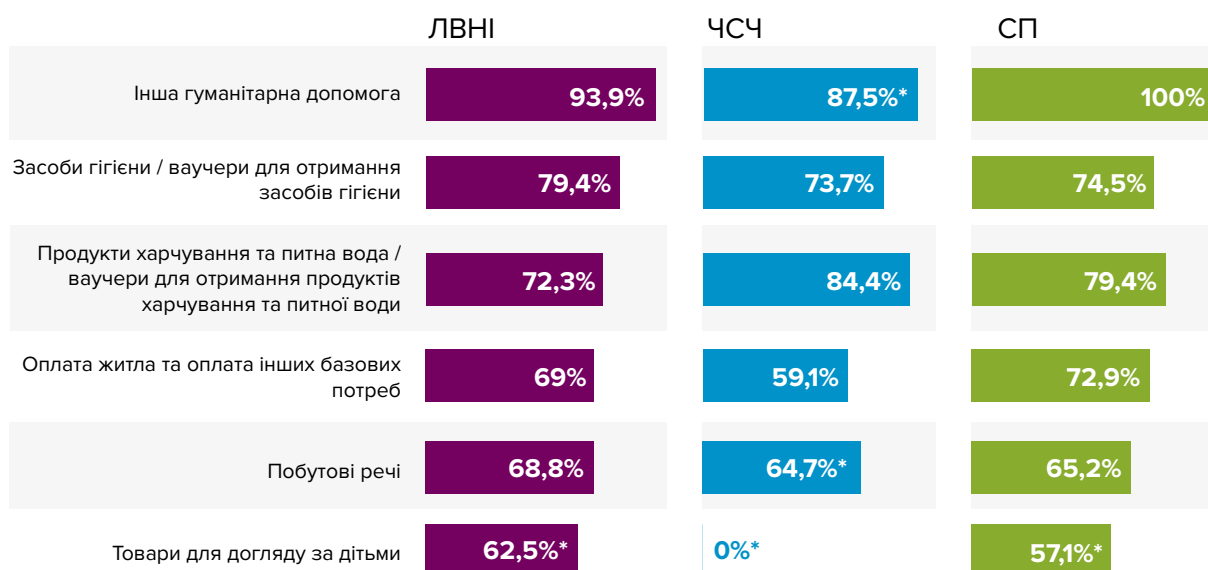
Рисунок 37. Частка незадоволених гуманітарних потреб, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А7 у Додатках.

Щодо ступеня задоволеності гуманітарних потреб у розрізі КГ, суттєвих відмінностей не спостерігалось (**Рисунок 38**).

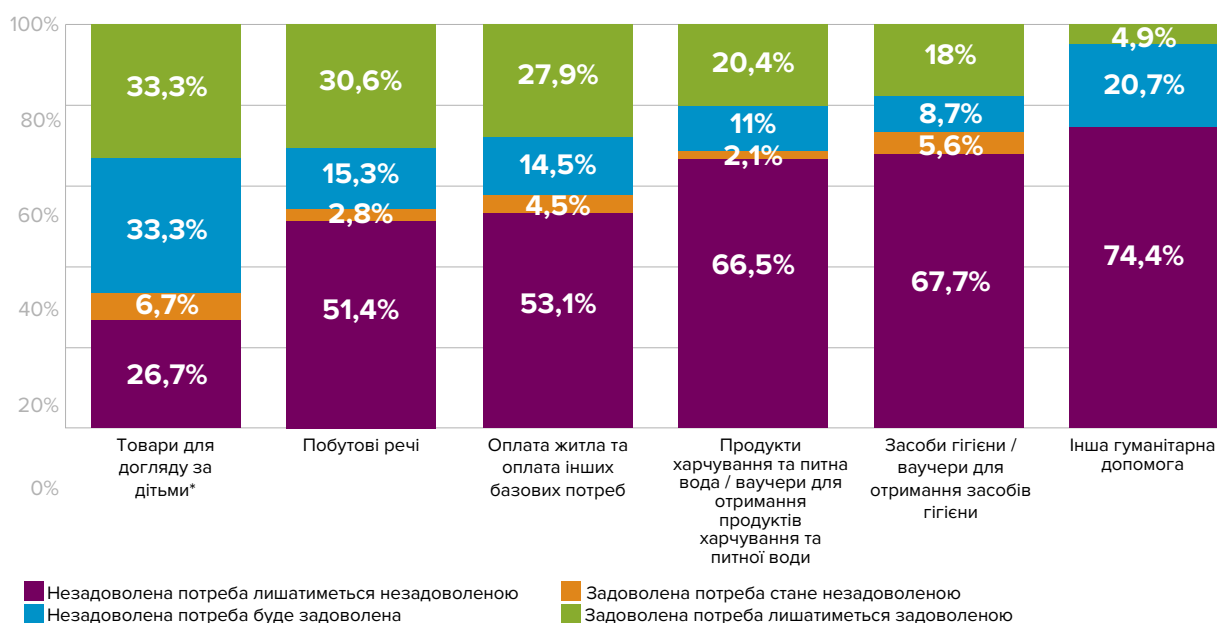
Рисунок 38. Частка незадоволених гуманітарних потреб, окремі КГ



На діаграмі * виділено клітинки, для яких є менше 20 спостережень. Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А7 у Додатках.

Що стосується перспектив задоволення потреб протягом найближчого місяця, понад половина гуманітарних потреб (окрім товарів для дітей) залишатиметься або стане незадоволеною (**Рисунок 39**). Для потреб у продуктах, воді, засобах гігієни або ваучерах для їх отримання, а також в іншій гуманітарній допомозі, цей показник перевищує 66%. Протягом найближчого місяця потреба в іншій гуманітарній допомозі буде актуальною (залишиться або стане незадоволеною) для 74,4% тих, хто її має, у засобах гігієни чи ваучерах для їх отримання — для 73,3%, у продуктах, воді чи ваучерах — для 68,6%, в оплаті житла або інших базових потреб — для 57,5%, у побутових речах — для 54,2%, у товарах для догляду за дітьми — для 33,3%. Зазначимо, що кількість відповідей стосовно товарів для догляду за дітьми становить менш як 20.

Рисунок 39. Перспективи задоволення гуманітарних потреб упродовж місяця, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А7 у Додатках. * Увага: менше 20 спостережень.

Соціальні потреби

Серед потреб соціального характеру найпоширенішою є потреба в допомозі в працевлаштуванні, яку назвали 30,6% опитаних (**Рисунок 40**). Крім цього, 17,8% потребують представництва їхніх інтересів, 16,9% — допомоги в отриманні соціальних виплат, 8,1% — допомоги в оформленні інвалідності. Найменш затребуваними є послуги паліативного догляду (2,8%) і розміщення в безпечному місці проживання (2,2%). Ще 13,35 опитаних потребують інших соціальних послуг.

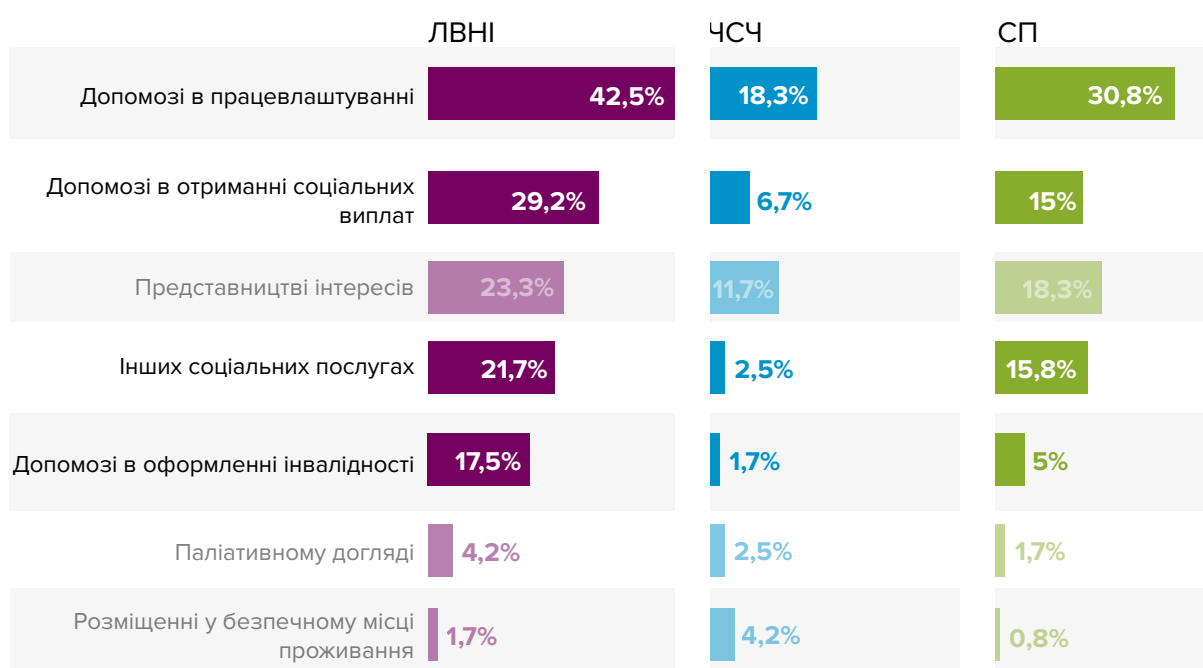
Рисунок 40. Соціальні потреби, усі КГ

Чи Ви маєте потреби у...



ЛВНІ більш схильні потребувати допомоги в працевлаштуванні, отриманні соціальних виплат і оформленні інвалідності порівняно з ЧСЧ та СП (**Рисунок 41**). Крім цього, ЛВНІ та СП більше потребують інших соціальних послуг порівняно з ЧСЧ.

Рисунок 41. Соціальні потреби, окремі КГ



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Ступінь задоволеності потреб соціального характеру серед тих, хто їх має, досить низький: близько 90% не отримують необхідної допомоги в працевлаштуванні, оформленні інвалідності, паліативному догляді та інших соціальних послугах (**Рисунок 42**). Майже три чверті (73,8%) мають незадоволену потребу в допомозі з отриманням соціальних виплат. Запит на представництво інтересів незадоволений у 45,3% випадків. Найкраща ситуація з розміщенням у безпечному місці проживання: лише 12,5% зазначають, що ця потреба наразі не задоволена.

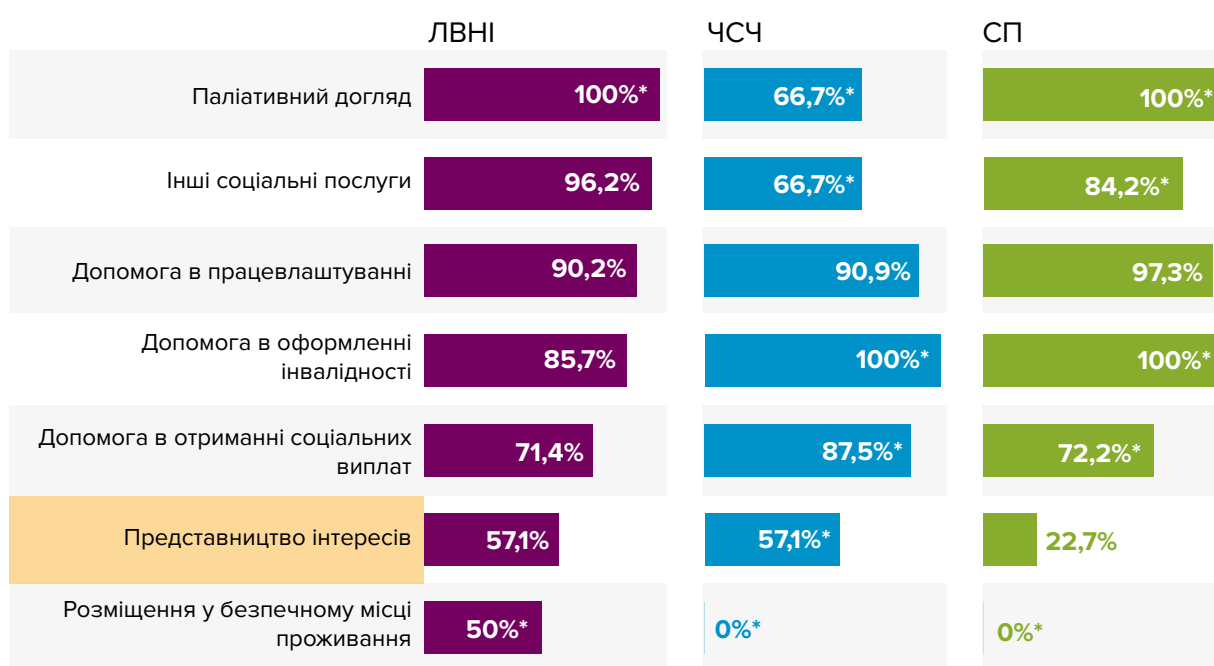
Рисунок 42. Частка незадоволених соціальних потреб, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А8 у Додатках.

ЛВНІ частіше повідомляли про незадоволену потребу в представництві інтересів (57,1%) порівняно зі СП (22,7%) (**Рисунок 43**).

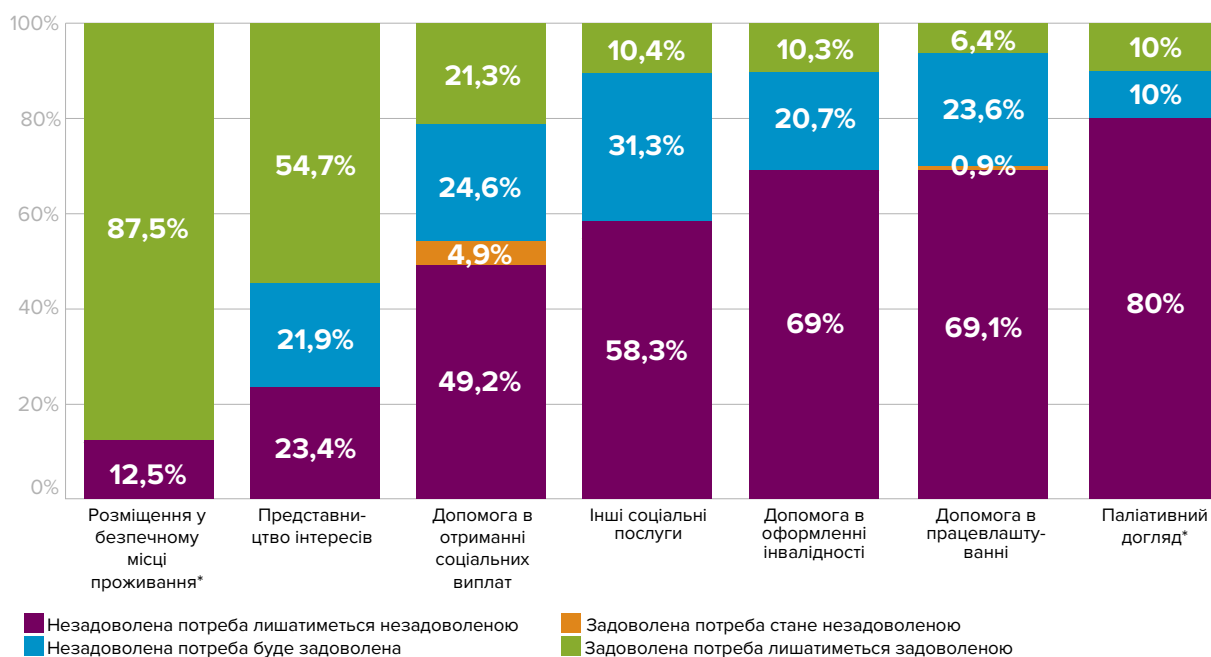
Рисунок 43. Частка незадоволених соціальних потреб, окремі КГ



На діаграмі жовтим виділено потреби, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0,05$). * виділено значення, для яких є менше 20 спостережень. Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А8 у Додатках.

Протягом найближчого місяця потреба в паліативному догляді буде актуальною (залишиться або стане незадоволеною) для 80,0% тих, хто її має, потреба в допомозі з працевлаштуванням — для 70,0%, потреба в допомозі з оформленням інвалідності — для 69,0% **(Рисунок 44)**. Інших соціальних послуг потребуватимуть 58,3%, допомоги в отриманні соціальних виплат — 54,1%, представництва інтересів — 23,4%, розміщення в безпечному місці — 12,5%. Зазначимо, що кількість відповідей стосовно паліативного догляду та безпечного розміщення становить менш як 20.

Рисунок 44. Перспективи задоволення соціальних потреб упродовж місяця, усі КГ



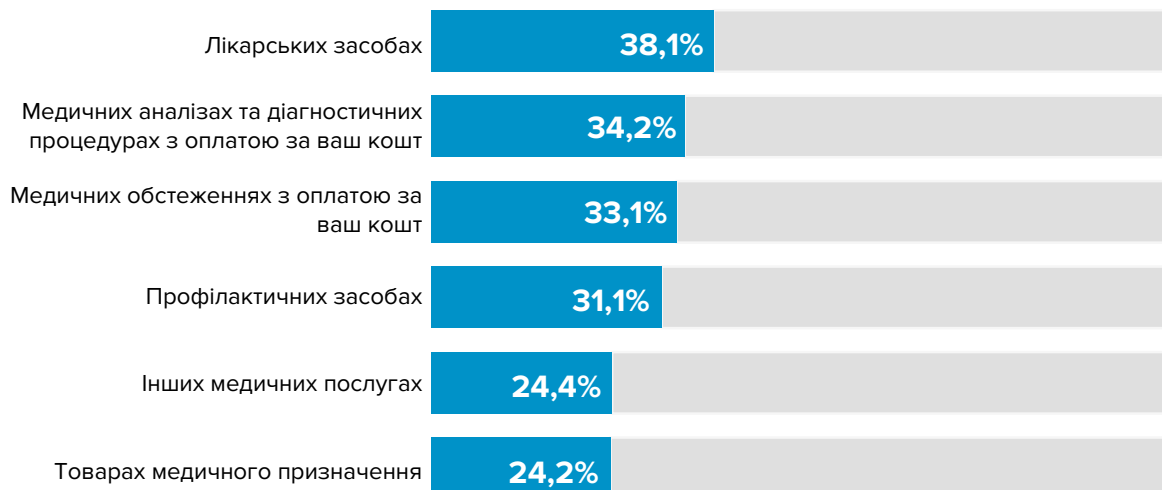
Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А7 у Додатках. * Увага: менше 20 спостережень.

Медичні потреби

Серед медичних потреб найбільш поширеними є потреби в лікарських засобах (38,1%), медичних аналізах і діагностиці коштом респондентів (34,2%), медичних обстеженнях (консультаціях лікаря) коштом респондентів (33,1%) і профілактичних засобах, таких як презервативи (31,1%) **(Рисунок 45)**. Крім цього, 24,2% потребують товарів медичного призначення, а 24,4% — інших медичних послуг, не наведених у цьому переліку.

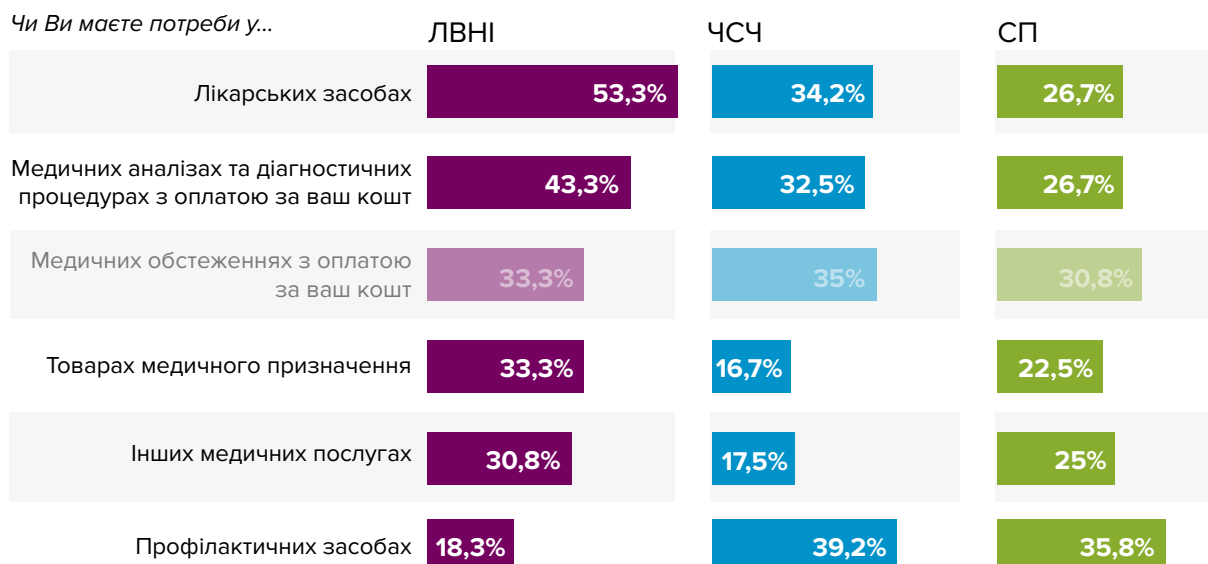
Рисунок 45. Медичні потреби, усі КГ

Чи Ви маєте потреби у...



Серед ЛВНІ більша частка опитаних потребує лікарських засобів (53,3%), медичних аналізів і діагностичних процедур (43,3%), товарів медичного призначення (33,3%) та інших медичних послуг (30,8%) порівняно зі СЧ та ЧСЧ (**Рисунок 46**). Натомість останні дві групи частіше вказували на потребу в профілактичних засобах (39,2% ЧСЧ і 35,8% СЧ).

Рисунок 46. Медичні потреби, окремі КГ



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Ступінь незадоволеності медичних потреб серед тих, хто їх має, середня: 52,9% мають незадоволену потребу в товарах медичного призначення, 49,6% — у медичних аналізах і діагностичних процедурах, 47,4% — у лікарських засобах, 47,1% — у медичних обстеженнях (**Рисунок 47**). Близько 92,0% не отримують інших медичних послуг, яких потребують. Найкраща ситуація з профілактичними засобами: 27,7% зазначають, що ця потреба наразі не задоволена.

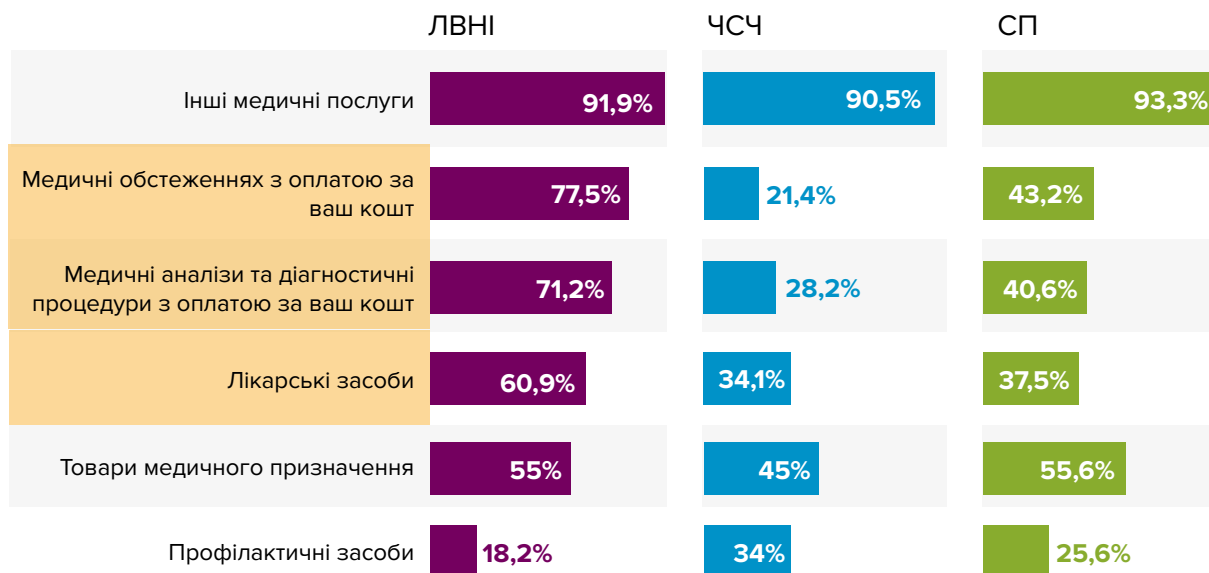
Рисунок 47. Частка незадоволених медичних потреб, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці A9 у Додатках.

Серед ЛВНІ, що мають медичні потреби, значно вища частка незадоволених потреб порівняно з ЧСЧ і СП: зокрема, у медичних обстеженнях (77,5%), аналізах і діагностиці (71,2%) та лікарських засобах (60,9%) (**Рисунок 48**).

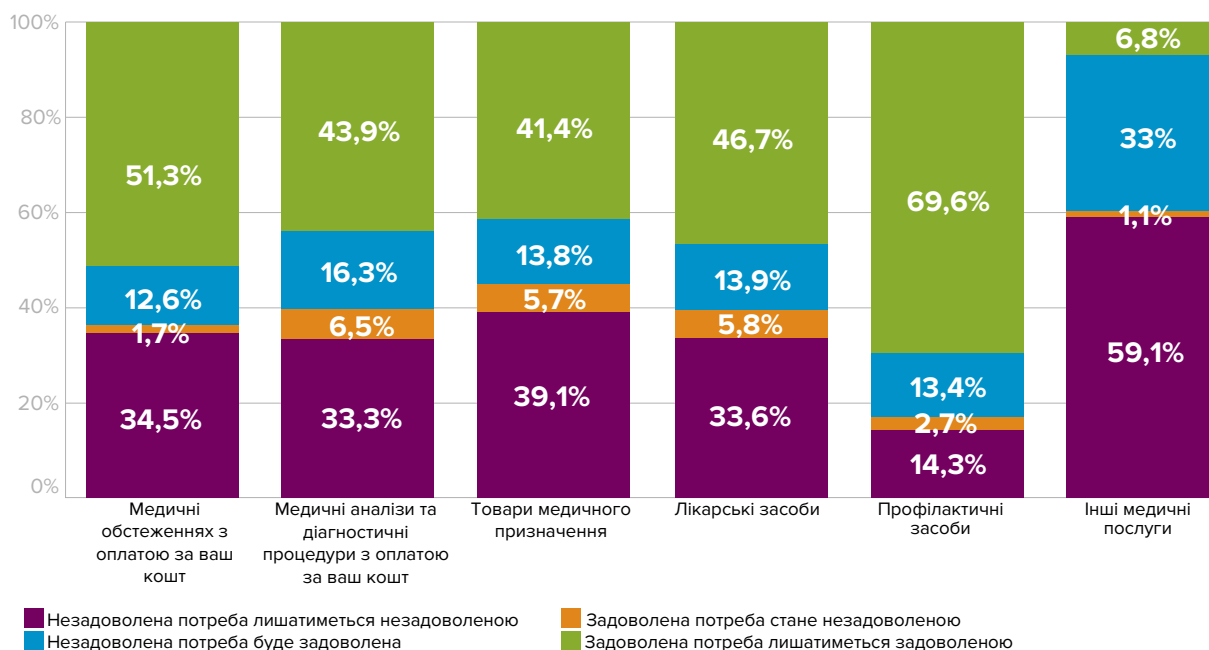
Рисунок 48. Частка незадоволених медичних потреб, окремі КГ



На діаграмі жовтим виділено потреби, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$). Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А9 у Додатках.

Протягом найближчого місяця потреба в інших медичних послугах буде актуальною (залишиться або стане незадоволеною) для 60,2%, у товарах медичного призначення — для 44,8%, у медичних обстеженнях — для 36,1%, у лікарських засобах — для 39,4%, у медичних аналізах та діагностиці — для 39,8% (**Рисунок 49**). Профілактичних засобів потребуватимуть 17,0%.

Рисунок 49. Перспективи задоволення медичних потреб упродовж місяця, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А9 у Додатках.

Юридичні потреби

Серед потреб юридичного характеру найпоширенішою є потреба в консультації юриста — про це повідомили 22,5% опитаних (**Рисунок 50**). Крім цього, 9,7% потребують ведення справи та представництва їхніх інтересів юристом у суді, 7,5% — відновлення документів, 3,1% — отримання статусу ВПО. Ще 7,5% мають інші потреби юридичного характеру, крім перелічених.

Рисунок 50. Юридичні потреби, усі КГ

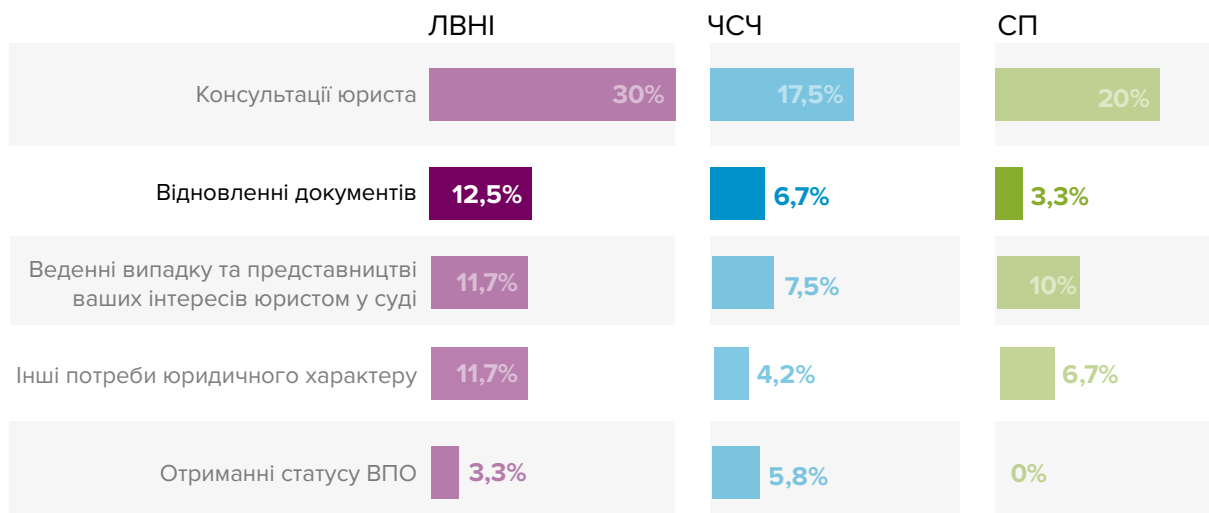
Чи Ви маєте потреби у...



Серед ЛВНІ більша частка опитаних потребує відновлення документів (12,5%) порівняно з ЧСЧ (6,7%) і СП (3,3%) (**Рисунок 51**).

Рисунок 51. Юридичні потреби, окремі КГ

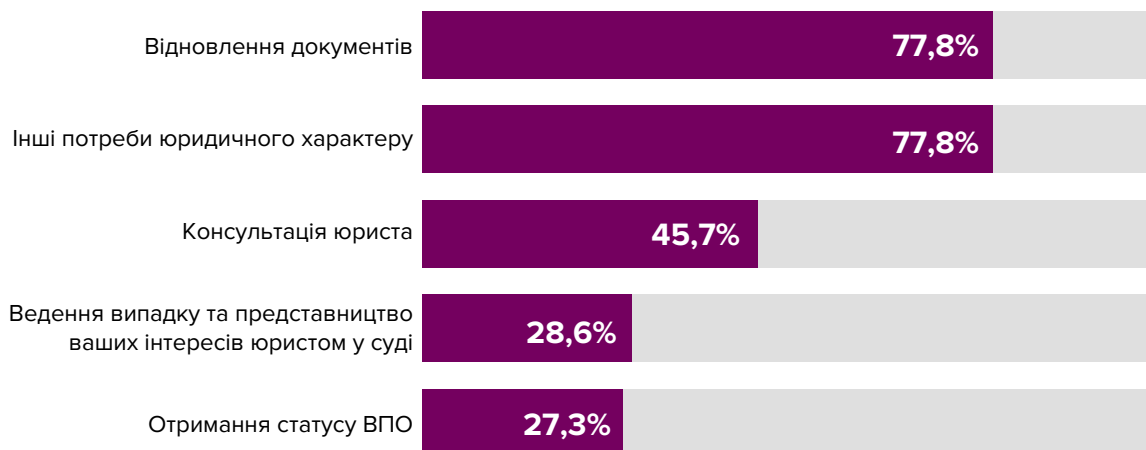
Чи Ви маєте потреби у...



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Найгірше задовольняються потреби у відновленні документів та інші потреби юридичного характеру: 77,8% тих, хто має одну чи іншу, зазначили, що вони не задоволені (**Рисунок 52**). Потреба в консультації юриста не задоволена в 45,7% випадків, у веденні справи та представництві в суді — у 28,6%, в отриманні статусу ВПО — у 27,3%.

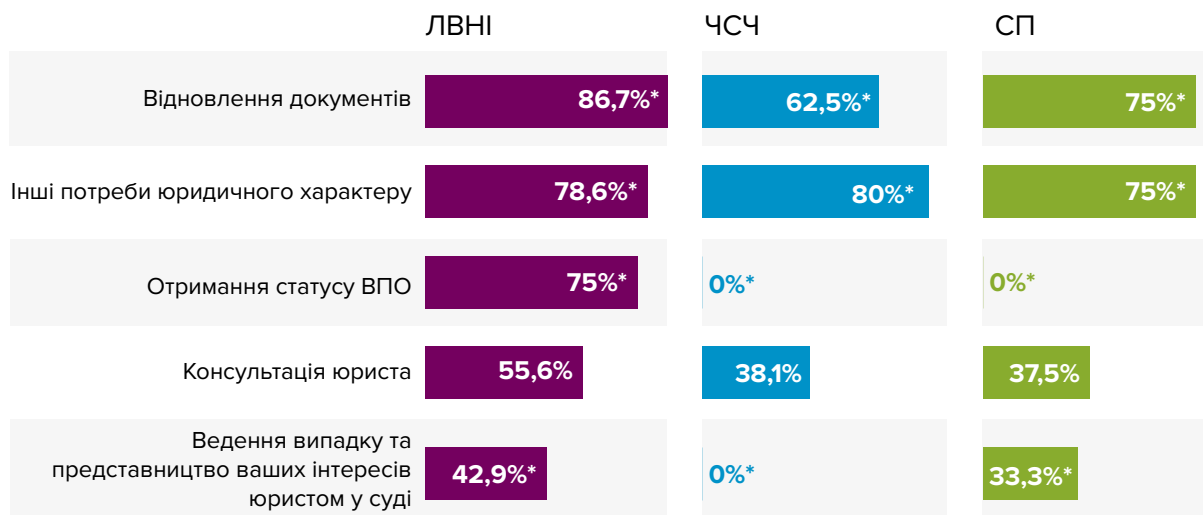
Рисунок 52. Частка незадоволених юридичних потреб, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А9 у Додатках.

Серед ЛВНІ більша частка тих, чия потреба в консультації юриста не задоволена (55,6%), порівняно з ЧСЧ (38,1%) і СП (37,5%) (**Рисунок 53**).

Рисунок 53. Частка незадоволених юридичних потреб, окремі КГ



На діаграмі * виділено значення, для яких є менше 20 спостережень. Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А10 у Додатках.

Протягом найближчого місяця потреба у відновленні документів буде актуальною (залишиться або стане незадоволеною) для 48,1% тих, хто її має, інші потреби юридичного характеру — для 44,4% (**Рисунок 54**). Консультацію юриста потребуватимуть 30,9%, отримання статусу ВПО — 18,2%, ведення справи та представництво інтересів у суді — 20,0%. Зазначимо, що кількість відповідей стосовно отримання статусу ВПО становить менш як 20.

Рисунок 54. Перспективи задоволення юридичних потреб упродовж місяця, усі КГ



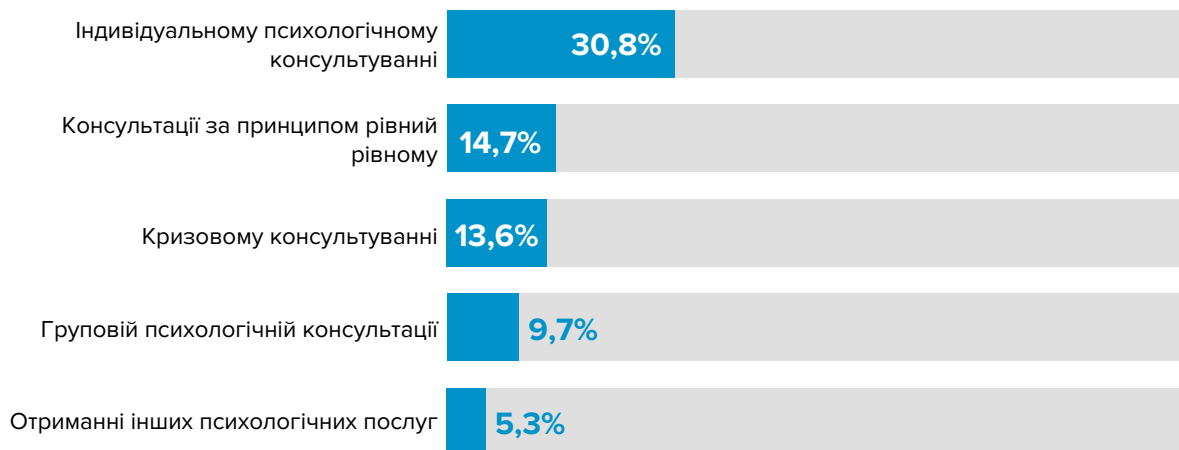
*Кількість осіб, які отримали статус ВПО, становить менше 20 осіб.

Потреби психологічного характеру

Серед потреб психологічного характеру найпоширенішою є потреба в індивідуальному психологічному консультуванні — про це повідомили 30,8% опитаних (**Рисунок 55**). Також 14,7% потребують консультації за принципом «рівний рівному», 13,6% — кризового консультування, 9,7% — групової психологічної консультації, а 5,3% — інших психологічних послуг, крім перелічених.

Рисунок 55. Психологічні потреби, усі КГ

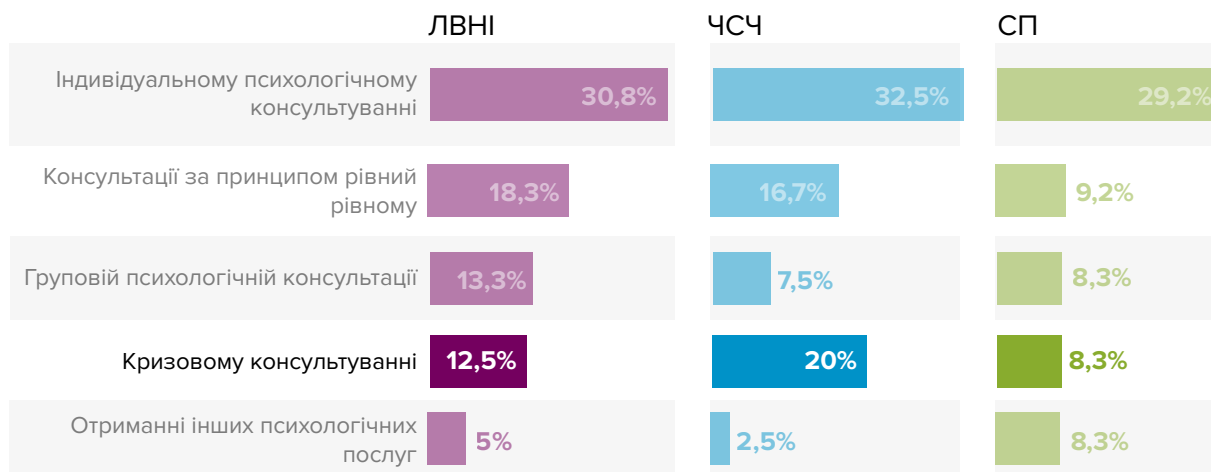
Чи Ви маєте потреби у...



Потреба в кризовому консультуванні більш притаманна ЧСЧ (20,0%), ніж ЛВНІ (12,5%) і СП (8,3%) **(Рисунок 56)**.

Рисунок 56. Психологічні потреби, окремі КГ

Чи Ви маєте потреби у...



На діаграмі виділено причини, щодо яких існує статистично значуща різниця між ключовими групами ($p < 0.05$)

Найгірше задовольняються потреби в інших психологічних послугах, крім перелічених: 78,9% тих, хто їх має, зазначили, що ці проблеми не задоволені **(Рисунок 57)**. Потреба в кризовому консультуванні не задоволена в 53,1% випадків, в індивідуальному психологічному консультуванні — у 52,3%, у груповій психологічній консультації — у 51,4%, у консультації за принципом «рівний рівному» — у 37,7%.

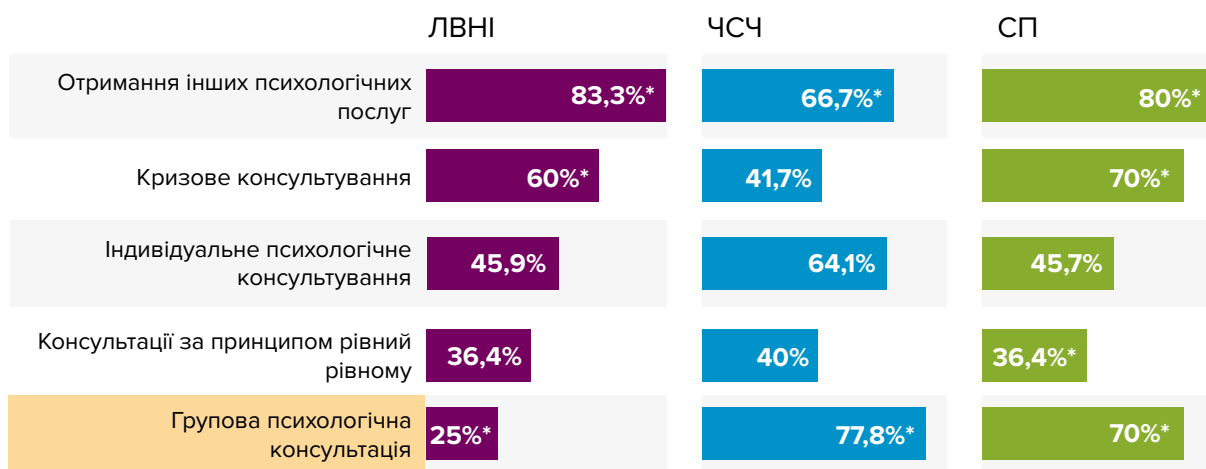
Рисунок 57. Частка незадоволених психологічних потреб, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А9 у Додатках.

Потреба в груповій психологічній консультації частіше залишається не задоволеною у ЧСЧ (77,8%) порівняно з ЛВНІ (25,0%) **(Рисунок 58)**.

Рисунок 58. Частка незадоволених психологічних потреб, окремі КГ



На діаграмі * виділено значення, для яких є менше 20 спостережень. Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А10 у Додатках.

Протягом найближчого місяця потреба в кризовому консультуванні буде актуальною (залишиться або стане незадоволеною) для 42,9% тих, хто її має **(Рисунок 59)**. Індивідуального психологічного консультування потребуватимуть 33,3%, групового консультування — 25,7%, консультації за принципом «рівний рівному» — 28,3%, інших психологічних послуг — 10,5%. Зазначимо, що кількість відповідей стосовно отримання інших психологічних послуг становить менш як 20.

Рисунок 59. Перспективи задоволення психологічних потреб упродовж місяця, усі КГ



Кількість спостережень, для яких розраховані відсотки, наведена у таблиці А10 у Додатках. * Увага: менше 20 спостережень.

Двовимірний аналіз даних

Зв'язок між потребою в тестуванні на ВІЛ і наявністю незадоволених потреб у гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних і психологічних послугах.

Для потреб аналізу було побудовано похідні дихотомічні змінні, які вимірюють, по-перше, чи є в респондента будь-яка незадоволена потреба в послугах (це може бути юридична, медична, психологічна послуга тощо). Якщо така незадоволена потреба є, змінна набуває значення 1, якщо немає – 0. Аналогічні змінні було побудовано для окремих типів послуг. Наприклад, якщо в респондента немає незадоволених гуманітарних потреб, то змінна набуває значення 1, якщо є – 0.

Потреба в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців статистично значущо пов'язана з наявністю принаймні однієї незадоволеної потреби в послугах будь-якого типу: гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних чи психологічних, незалежно від її типу (значення коефіцієнта Φ 0,18 на рівні значущості $p < 0,05$). Водночас у разі парного порівняння зв'язок на рівні значущості $p < 0,1$ спостерігається між потребою в тестуванні та наявністю гуманітарних ($\Phi = 0,09$), юридичних ($\Phi = 0,09$) і психологічних ($\Phi = 0,10$) потреб. Натомість для соціальних та медичних потреб такого зв'язку немає.

Серед тих, у кого є незадоволені гуманітарні потреби, 48,6% потребують або потребували протягом останніх 12 місяців тестування на ВІЛ, а серед тих, хто не має гуманітарних потреб або вони задоволені, 39,1% відчували необхідність пройти тест.

Зв'язок між наявністю незадоволених потреб у гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних і психологічних послугах та соціально-демографічними і поведінковими характеристиками респондента.

Гуманітарні потреби

Статистично значущий зв'язок на рівні $p < 0,05$ із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб у гуманітарних послугах спостерігається для таких соціально-демографічних і поведінкових характеристик респондента як 1) рівень доходу; 2) група (ЛВНІ, ЧСЧ, СП); 3) вік; 4) теперішнє заняття; 5) найвищий здобутий рівень освіти; 6) отримання послуг від НУО, що здійснює тестування на ВІЛ; 7) статус ВПО; 8) те, з ким респондент спільно мешкає та веде домашнє господарство. Також із наявністю чи відсутністю гуманітарних потреб на рівні $p = 0,05$ пов'язане (не)звернення до сімейного та інших лікарів упродовж останніх 12 місяців. Найсильніший зв'язок є між незадоволеними гуманітарними потребами та рівнем доходу респондента (Cramer's $V = 0,49$).

Порівняно вища частка незадоволених гуманітарних потреб (>70%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід до 15 000 грн;
- ◆ є ЛВНІ;
- ◆ старший за 49 років;
- ◆ є безробітним/безробітною чи має випадкові заробітки (крім секс-роботи);
- ◆ здобув початкову чи базову середню освіту;
- ◆ не є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ та послуги з профілактики інфікування ВІЛ;
- ◆ є ВПО;

- ◆ мешкає з партнером (чоловіком чи жінкою).

Натомість порівняно нижча частка незадоволених гуманітарних потреб (<40%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід понад 20 000 грн;
- ◆ має вік від 18 до 24 років;
- ◆ займається секс-роботою чи навчається в закладі вищої освіти.

Показники поширеності незадоволених гуманітарних потреб серед різних соціально-демографічних і поведінкових категорій наведені в Таблиці А 3.

Соціальні потреби

Статистично значущий зв'язок на рівні $p < 0,05$ із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб у соціальних послугах спостерігається для таких соціально-демографічних і поведінкових характеристик респондента як 1) рівень доходу; 2) група (ЛВНІ, ЧСЧ, СП); 3) теперішнє заняття; 4) статус ВПО; 5) вік; 6) найвищий здобутий рівень освіти; 7) те, з ким респондент спільно мешкає та веде домашнє господарство; 8) сімейний стан; 9) отримання послуг від НУО, що здійснює тестування на ВІЛ. Найсильніший зв'язок є між незадоволеними соціальними потребами та рівнем доходу респондента (Cramer's $V = 0,38$), а також групою, до якої респондент належить (Cramer's $V = 0,35$).

Порівняно вища частка незадоволених соціальних потреб (>60%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід до 10 000 грн;
- ◆ є ЛВНІ;
- ◆ є ВПО;
- ◆ є безробітним/безробітною чи непрацевдатним/непрацевдатною;
- ◆ здобув початкову чи базову середню освіту;
- ◆ перебуває в зареєстрованому шлюбі;
- ◆ мешкає з партнеркою (жінкою).

Натомість порівняно нижча частка незадоволених соціальних потреб (<35%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід понад 15 000 грн;
- ◆ має вік від 18 до 29 років;
- ◆ має повну вищу освіту;
- ◆ має постійну роботу, бізнес чи займається секс-роботою;
- ◆ є вдівцем чи вдовою;
- ◆ є ЧСЧ.

Показники поширеності незадоволених соціальних потреб серед різних соціально-демографічних і поведінкових категорій наведені в **Таблиці А 4.**

Медичні потреби

Статистично значущий зв'язок на рівні $p < 0,05$ із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб у медичних послугах спостерігається для таких соціально-демографічних і поведінкових характеристик респондента як 1) рівень доходу; 2) вік; 3) теперішнє заняття; 5) група (ЛВНІ, ЧСЧ, СП); 6) статус ВПО; 7) отримання послуг від НУО, що здійснює тестування на ВІЛ; 8) звернення до інших лікарів, крім сімейних, впродовж останніх 12 місяців. Найсильніший зв'язок є між незадоволеними медичними потребами та рівнем доходу респондента (Cramer's $V = 0,37$), а також віком (Cramer's $V = 0,29$).

Порівняно вища частка незадоволених медичних потреб (>65%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід до 10 000 грн;
- ◆ є ЛВНІ;
- ◆ є ВПО;
- ◆ має вік від 35 до 44 років;
- ◆ є непрацездатним/непрацездатною;
- ◆ здобув початкову освіту;
- ◆ мешкає з партнеркою (жінкою).

Натомість порівняно нижча частка незадоволених медичних потреб (<40%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід понад 15 000 грн;
- ◆ має вік від 18 до 24 років;
- ◆ має повну вищу освіту;
- ◆ займається секс-роботою чи навчається в закладі вищої освіти.

Показники поширеності незадоволених медичних потреб серед різних соціально-демографічних і поведінкових категорій наведені в **Таблиці А 5**.

Юридичні потреби

Статистично значущий зв'язок на рівні $p < 0,05$ із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб у юридичних послугах спостерігається для таких соціально-демографічних і поведінкових характеристик респондента як 1) група (ЛВНІ, ЧСЧ, СП); 2) рівень доходу; 3) теперішнє заняття; 4) стать. Також із наявністю чи відсутністю юридичних потреб на рівні $p = 0,05$ пов'язані вік і отримання послуг від НУО, що надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім тестування та профілактики ВІЛ). Найсильніший зв'язок є між незадоволеними юридичними потребами та приналежністю респондента до групи ЛВНІ, ЧСЧ або СП (Cramer's $V = 0,26$), рівнем доходу (Cramer's $V = 0,20$) і віком (Cramer's $V = 0,19$).

Порівняно вища частка незадоволених юридичних потреб (>25%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має вік від 35 до 39 років;
- ◆ є ЛВНІ;
- ◆ здобув початкову освіту.

Натомість порівняно нижча частка незадоволених юридичних потреб ($\leq 12\%$) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід понад 10 000 грн;
- ◆ має вік від 18 до 24 років, від 30 до 34 років і старший за 49 років;
- ◆ є жінкою;
- ◆ є ЧСЧ або СП;
- ◆ має постійну роботу або бізнес, займається секс-роботою чи навчається в закладі вищої освіти.

Показники поширеності незадоволених юридичних потреб серед різних соціально-демографічних і поведінкових категорій наведені у **Таблиці А 6**.

Психологічні потреби

Статистично значущий зв'язок на рівні $p < 0,05$ із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб у психологічних послугах спостерігається лише для таких соціально-демографічних і поведінкових характеристик респондента як 1) вік і 2) теперішнє заняття. Найсильніший зв'язок є між незадоволеними психологічними потребами і віком (Cramer's $V = 0,24$).

Порівняно вища частка незадоволених психологічних потреб спостерігається серед наймолодших респондентів віком від 18 до 24 років (42,9%).

Натомість порівняно нижча частка незадоволених психологічних потреб спостерігається серед тих, хто займається секс-роботою (13,3%), або кому виповнилося 50 та більше років (3,7%).

Показники поширеності незадоволених психологічних потреб серед різних соціально-демографічних і поведінкових категорій наведені у **Таблиці А 7**.

Потреби будь-якого типу

Статистично значущий зв'язок на рівні $p < 0,05$ із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб у послугах будь-якого типу спостерігається для таких соціально-демографічних та поведінкових характеристик респондента як 1) рівень доходу; 2) теперішнє заняття; 3) група (ЛВНІ, ЧСЧ, СП); 4) вік; 5) отримання послуг від НУО, що здійснює тестування на ВІЛ; 6) статус ВПО. Також із наявністю чи відсутністю незадоволених потреб на рівні $p = 0,05$ пов'язаний найвищий здобутий рівень освіти. Найсильніший зв'язок є між незадоволеними потребами та рівнем доходу респондента (Cramer's $V = 0,46$).

Порівняно вища частка незадоволених потреб ($> 90\%$) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід до 15 000 грн;
- ◆ має вік від 35 до 39 років;
- ◆ є ЛВНІ;
- ◆ є ВПО;
- ◆ є безробітним/безробітною чи непрацевдатним/непрацевдатною;
- ◆ здобув початкову освіту;
- ◆ мешкає з партнеркою (жінкою).

Натомість порівняно нижча частка незадоволених потреб (<65%) спостерігається серед тих, хто:

- ◆ має дохід понад 20 000 грн;
- ◆ займається секс-роботою.

Показники поширеності незадоволених потреб будь-якого типу серед різних соціально-демографічних і поведінкових категорій наведені у Таблиці А 8.

Багатовимірний аналіз даних

Логіка розгортання трьох моделей логістичної регресії полягає в поступовому поглибленні аналізу взаємозв'язків між потребою в тестуванні на ВІЛ і різними соціальними, демографічними, поведінковими й іншими факторами, зокрема наявністю незадоволених потреб. Нижче описано, як відбувався аналіз.

Модель 1: базова асоціація між потребою в тестуванні на ВІЛ і незадоволеними потребами. У цій моделі залежною змінною є наявність потреби в тестуванні на ВІЛ, а незалежними — наявність незадоволених потреб у різних сферах (гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних, психологічних послугах). Модель враховує вплив конфаундерів, таких як наявність декларації із сімейним лікарем, досвід звернень до лікарів і перебування в ув'язненні протягом останнього року.

Модель 2: розширює базову модель, додаючи аналіз впливу соціально-демографічних і поведінкових змінних, таких як вік, стать, група ризику й інші індивідуальні характеристики. Ця модель дає змогу дослідити, як соціально-демографічні та поведінкові чинники впливають на потребу в тестуванні на ВІЛ разом із незадоволеними потребами, що дає більш комплексне розуміння взаємодії факторів.

Модель 3: спрямована на оцінювання впливу кількості незадоволених потреб. Залежною змінною залишається потреба в тестуванні на ВІЛ, а незалежними змінними виступають кількість незадоволених потреб і всі змінні, які використовувалися в моделях 1 і 2. Мета цієї моделі — дослідити, як накопичення незадоволених потреб різних типів впливає на ймовірність виникнення потреби в тестуванні на ВІЛ. Це дає можливість виявити, чи кількість незадоволених потреб підвищує ризик виникнення потреби в тестуванні.

Таким чином, логіка розгортання моделей полягає в поступовому поглибленні аналізу — від базової асоціації між потребами та тестуванням до детального вивчення впливу соціально-демографічних і поведінкових чинників, а потім до оцінки ефекту кількості незадоволених потреб на потребу в тестуванні на ВІЛ.

Модель 1. Асоціація між потребою в тестуванні на ВІЛ і незадоволеними потребами в гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних та психологічних послугах

У цьому аналізі **залежною змінною є дихотомія «Чи ви маєте зараз або мали протягом останніх 12 місяців потребу в тестуванні на ВІЛ?» (1 — так, 0 — ні).**

Незалежними змінними є наявність незадоволених потреб у гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних і психологічних послугах. Поведінкові змінні: чи є респондент клієнтом НУО, чи має декларацію із сімейним лікарем, досвід звернень до сімейного лікаря й інших лікарів протягом останніх 12 місяців, досвід перебування в ув'язненні протягом 12 місяців.*

* Досвід перебування в ув'язненні не був включений в модель як предиктор, оскільки з 360 респондентів тільки 1 відповів ствердно на це запитання.

Як видно з таблиці, з усіх незалежних змінних, введених у модель, статистично значущо впливають на ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останнього року тільки дві змінні: 1) чи є респондент клієнтом ВІЛ-сервісної НУО та 2) чи є в нього незадоволені медичні потреби.

Таблиця 11. Вплив незалежних змінних на потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, Модель 1.

Змінні	Wald Chi-Square	Sig.
Константа	0,0	1,0
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ?	4,127	0,042
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг з тестування та профілактики ВІЛ)?	0,753	0,385
Чи Ви маєте декларацію із сімейним лікарем?	0,564	0,453
Чи зверталися Ви до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців?	1,328	0,249
Чи Ви зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців?	0,302	0,582
Чи перебували Ви в ув'язненні / під вартою протягом останніх 12 місяців?	0,0	1,0
Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб	0,221	0,639
Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб	0,679	0,41
Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб	4,832	0,028
Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб	1,228	0,268
Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб	1,304	0,253

Характеристики конкретних параметрів у моделі

1. Вплив того, чи є респондент клієнтом ВІЛ-сервісної НУО.

Beta (-0,534): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів (логіт) на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він не є клієнтом ВІЛ-сервісної НУО. **Від'ємне значення (-0,534) свідчить про те, що відсутність обслуговування в НУО пов'язана зі зниженням імовірності мати потребу в тестуванні на ВІЛ.**

2. Вплив того, чи є у респондента незадоволені медичні потреби.

Beta (-0,597): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо в нього є незадоволені медичні потреби. **Від'ємне значення (-0,597) указує на те, що наявність незадоволених медичних потреб знижує ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ.**

Таблиця 12. Вплив статистично значущих незалежних змінних на потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, Модель 1

Параметри	Beta	Wald Chi-Square	Sig.
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ та послуги з профілактики інфікування ВІЛ? (= 0, «Ні»)	-0,534	4,127	0,042
Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб (= 1, «Так»)	-0,597	4,832	0,028

Модель 2. Асоціація між потребою в тестуванні на ВІЛ і незадоволеними потребами в гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних та психологічних послугах, а також соціально-демографічними змінними, належністю до певної групи ризику, поведінковими змінними

В цьому аналізі **залежною змінною є дихотомія «Чи Ви маєте зараз або мали протягом останніх 12 місяців потребу в тестуванні на ВІЛ?» (1 — так, 0 — ні).**

Незалежними змінними є наявність незадоволених потреб у гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних і психологічних послугах та поведінкові змінні: чи є респондент клієнтом НУО, чи має декларацію із сімейним лікарем, досвід звернень до сімейного лікаря й інших лікарів протягом останніх 12 місяців, група респондентів (ЛВНІ, ЧСЧ, СП), чи є респондент ВПО, стать респондента, його/її рівень освіти та сімейний стан, з ким спільно проживає та веде домашнє господарство респондент, тип зайнятості респондента, особистий дохід, вік респондента.

Характеристики змінних у моделі

Як видно в **Таблиці 13** з усіх незалежних змінних, введених у модель, статистично значущо впливають на ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останнього року тільки п'ять змінних: 1) чи є респондент клієнтом/клієнткою ВІЛ-сервісної НУО; 2) чи має респондент незадоволені гуманітарні потреби; 3) вік респондента/респондентки; 4) чи є респондент безробітним/безробітною; 5) чи має респондент постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи).

Таблиця 13. Вплив незалежних змінних на потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, Модель 2.

Змінні	Wald Chi-Square	Sig.
Константа	0	1
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ?	4,634	0,031
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)?	2,628	0,105
Чи Ви маєте декларацію із сімейним лікарем?	0,529	0,467

Змінні	Wald Chi-Square	Sig.
Чи зверталися Ви до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців?	1,27	0,26
Чи Ви зверталися до інших лікарів, крім сімейного, протягом останніх 12 місяців?	2,35	0,125
Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб	6,508	0,011
Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб	0,782	0,377
Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб	0,266	0,606
Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб	1,583	0,208
Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб	2,103	0,147
Група респондентів (ЛВНІ, ЧСЧ, СП)	0,045	0,978
Чи були ви вимушені переїхати до свого нинішнього місця проживання внаслідок повномасштабного вторгнення 24.02.2022?	1,519	0,218
Стать респондента	0,079	0,778
Укажіть, будь ласка, найвищий рівень освіти, який Ви отримали	3,295	0,655
Скажіть, будь ласка, яким був ваш особистий дохід за останні 30 днів?	0,169	0,681
Вік респондента	4,253	0,039
Яке з цих тверджень найкраще описує Ваш теперішній сімейний стан?	3,622	0,46
З ким Ви спільно живете й ведете домашнє господарство?	2,058	0,725
Ваше заняття зараз (Безробітний/безробітна)	4,978	0,026
Ваше заняття зараз (Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи))	3,774	0,052
Ваше заняття зараз (Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи))	0	0,993
Ваше заняття зараз (Секс-робота)	1,174	0,279
Ваше заняття зараз (Займаюся домашнім господарством)	0,097	0,756
Ваше заняття зараз (Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю))	0,883	0,347
Ваше заняття зараз (Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу)	0	1
Ваше заняття зараз (Студент/студентка технікуму)	0	1
Ваше заняття зараз (Студент/студентка закладу вищої освіти)	1,87	0,171
Ваше заняття зараз (Інше)	0,426	0,514

Характеристики конкретних параметрів у моделі

1. Вплив того, чи є респондент клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ (Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ? =0):

Beta (-0,684): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він не є клієнтом НУО, яка надає такі послуги. **Від'ємне значення (-0,684) свідчить про те, що відсутність обслуговування в НУО знижує ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ.**

2. Вплив наявності хоча б однієї незадоволеної гуманітарної потреби

Beta (0,815): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів (логіт) на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо у нього є хоча б одна незадоволена гуманітарна потреба. **Позитивне значення (0,815) свідчить про те, що наявність незадоволених гуманітарних потреб значно підвищує ймовірність того, що респондент матиме потребу в тестуванні на ВІЛ.**

3. Вплив віку респондента (вік респондента, повних років)

Beta (-0,035): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, залежно від його віку. **Від'ємне значення (-0,035) свідчить про те, що з підвищенням віку респондента ймовірність того, що він матиме потребу в тестуванні на ВІЛ, знижується.**

4. Вплив того, чи є респондент безробітним

Beta (0,889) показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він безробітний. **Позитивне значення (0,889) свідчить про те, що статус безробітного підвищує ймовірність того, що респондент буде мати потребу в тестуванні на ВІЛ.**

5. Вплив того, чи є в респондента робота або бізнес (крім секс-роботи)

Beta (-0,753) показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він безробітний. **Негативне значення (-0,753) свідчить про те, що наявність роботи або бізнесу знижує ймовірність того, що респондент буде мати потребу в тестуванні на ВІЛ.**

Таблиця 14. Вплив статистично значущих незалежних змінних на потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, Модель 2

Параметри	Beta	Wald Chi-Square	Sig.
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ? (=0, «Ні»)	-0,684	4,634	0,031
Наявність хоча б однієї незадоволеної гуманітарної потреби (=1, «Так»)	0,815	6,508	0,011
Вік респондента	-0,035	4,253	0,039
Ваше заняття зараз (Безробітний/безробітна)=1, «Так»)	0,889	4,978	0,026
Ваше заняття зараз (Постійна робота або бізнес, за винятком секс-роботи=1, «Так»)	-0,753	3,774	0,052

Модель 3. Асоціація між потребою в тестуванні на ВІЛ і кількістю незадоволених потреб у гуманітарних, соціальних, медичних, юридичних та психологічних послугах, а також соціально-демографічними змінними, належністю до певної групи ризику, поведінковими змінними

В цьому аналізі залежною змінною є дихотомія «Чи Ви маєте зараз або мали протягом останніх 12 місяців потребу у тестуванні на ВІЛ?» (1 — так, 0 — ні).

Незалежними змінними є поведінкові змінні: чи є респондент клієнтом НУО, чи має декларацію із сімейним лікарем, досвід звернень до сімейного лікаря й інших лікарів протягом останніх 12 місяців, група респондентів (ЛВНІ, ЧСЧ, СП), чи є респондент ВПО, стать респондента, його рівень освіти, сімейний стан, з ким спільно проживає та веде домашнє господарство респондент, тип зайнятості респондента, особистий дохід, вік респондента. Ця модель відрізняється від попередньої тим, що як незалежні змінні додається кількість незадоволених потреб кожного типу (медичних, юридичних, психологічних тощо) для кожного респондента. Тобто, крім факту наявності певних незадоволених потреб, вводиться інтенсивність незадоволеності потреб за сферами.

Характеристики змінних у моделі

Як видно з таблиці, з усіх незалежних змінних, введених у модель, статистично значущо впливають на ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останнього року сім змінних: 1) чи є респондент клієнтом/клієнткою ВІЛ-сервісної НУО; 2) чи є респондент клієнтом/клієнткою іншого типу НУО (яка надає гуманітарні, юридичні, інші послуги); 3) чи респондент/респондентка звертався/зверталася до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців; 4) вік респондента/респондентки; 5) чи є респондент/респондентка безробітним/безробітною; 6) чи є в респондента/респондентки постійна робота (крім секс-роботи); 7) кількість незадоволених гуманітарних потреб.

Таблиця 15. Вплив незалежних змінних на потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, Модель 3

Змінні	Wald Chi-Square	Sig.
Константа	0	1
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ?	4,801	0,028
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)?	4,378	0,036
Чи Ви маєте декларацію із сімейним лікарем?	0,315	0,574
Чи зверталися Ви до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців?	1,525	0,217
Чи Ви зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців?	2,935	0,087
Група респондентів (ЛВНІ, ЧСЧ, СП)	0,008	0,996
Чи були ви вимушені переїхати до свого нинішнього місця проживання внаслідок повномасштабного вторгнення 24.02.2022?	1,398	0,237
Стать респондента	0,016	0,9

Змінні	Wald Chi-Square	Sig.
Укажіть, будь ласка, найвищий рівень освіти, який Ви отримали	3,344	0,647
Скажіть, будь ласка, яким був Ваш особистий дохід за останні 30 днів?	0,308	0,579
Вік респондента	3,429	0,064
Яке з цих тверджень найкраще описує Ваш теперішній сімейний стан?	3,247	0,517
З ким Ви спільно живете й ведете домашнє господарство?	1,848	0,764
Ваше заняття зараз (Безробітний/безробітна)	4,46	0,035
Ваше заняття зараз (Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи))	3,43	0,064
Ваше заняття зараз (Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи))	0,01	0,921
Ваше заняття зараз (Секс-робота)	1,524	0,217
Ваше заняття зараз (Займаюся домашнім господарством)	0,015	0,902
Ваше заняття зараз (Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю))	0,557	0,455
Ваше заняття зараз (Учень /учениця професійно-технічного навчального закладу)	0	1
Ваше заняття зараз (Студент/студентка технікуму)	0	1
Ваше заняття зараз (Студент/студентка закладу вищої освіти)	1,583	0,208
Ваше заняття зараз (Інше)	0,778	0,378
Кількість незадоволених гуманітарних потреб	6,228	0,013
Кількість незадоволених соціальних потреб	0,788	0,375
Кількість незадоволених медичних потреб	0,839	0,36
Кількість незадоволених юридичних потреб	0,748	0,387
Кількість незадоволених психологічних потреб	2,362	0,124

Характеристики конкретних параметрів у моделі

1. Вплив того, чи є респондент клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ

Beta (-0,698): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він не є клієнтом НУО, яка надає такі послуги. Від'ємне значення (-0,698) свідчить про те, що відсутність обслуговування в НУО знижує ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ.

2. Вплив того, чи є респондент клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги

Beta (-0,784): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він не є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги. Від'ємне значення (-0,784) указує на те, що відсутність обслуговування в таких організаціях також знижує ймовірність мати потребу в тестуванні на ВІЛ.

3. Вплив того, чи зверталися респонденти до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців

Beta (0,513) показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він звертався до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців. Позитивне значення (0,513) свідчить про те, що звернення до інших лікарів підвищує ймовірність того, що респондент буде мати потребу в тестуванні на ВІЛ.

4. Вплив віку респондента

Beta (-0,031): це значення коефіцієнта показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ залежно від його віку. Від'ємне значення (-0,031) свідчить про те, що з підвищенням віку респондента ймовірність того, що він матиме потребу в тестуванні на ВІЛ, знижується.

5. Вплив зайнятості респондента у сфері постійної роботи або бізнесу (крім секс-роботи)

Beta (-0,722): це значення коефіцієнта вказує на те, що респонденти, які мають постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи), менш імовірно матимуть потребу в тестуванні на ВІЛ. Від'ємне значення (-0,722) показує, що стабільна зайнятість знижує шанси на наявність потреби в тестуванні на ВІЛ.

6. Вплив того, чи є респондент безробітним

Beta (0,839) показує, як змінюється логарифм відношення шансів на те, що респондент має потребу в тестуванні на ВІЛ, якщо він безробітний. Позитивне значення (0,839) свідчить про те, що статус безробітного підвищує ймовірність того, що респондент буде мати потребу в тестуванні на ВІЛ.

7. Вплив наявності незадоволених гуманітарних потреб

Beta (0,255): це значення коефіцієнта показує, що наявність хоча б однієї незадоволеної гуманітарної потреби підвищує ймовірність того, що респондент матиме потребу в тестуванні на ВІЛ. Позитивне значення (0,255) вказує на те, що незадоволені гуманітарні потреби впливають на збільшення ймовірності необхідності тестування.

Таблиця 16. Вплив статистично значущих незалежних змінних на потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, Модель 3

Параметри	Beta	Wald Chi-Square	Sig.
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ? (=0, «Ні»)	-0,698	4,801	0,028
Чи Ви є клієнтом неурядової організації, яка надає гуманітарні, юридичні та інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)? (=0, «Ні»)	-0,784	4,378	0,036
Чи Ви зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців?(=1, «Так»)	0,513	2,935	0,87
Вік респондента	-0,031	3,429	0,064

Ваше заняття зараз (Постійна робота або бізнес, за винятком секс-роботи=1, «Так»)	-0,722	3,430	0,064
Ваше заняття зараз (Безробітний/безробітна)=1, «Так»)	0,839	4,460	0,035
Кількість незадоволених гуманітарних потреб	0,255	6,228	0,013

9. Висновки та рекомендації

Якісний компонент

Опитування в межах якісного компонента дослідження охоплює представників трьох КГ із різними соціально-демографічними характеристиками, значною розбіжністю показників матеріального статку, умов проживання та соціальної підтримки, а також певною неоднорідністю специфічних для КГ поведінкових характеристик. Тому результати аналізу відповідей учасників дослідження дають можливість стверджувати, що основні фактори мотивування до тестування на ВІЛ у НУО можуть різнитися залежно від особливостей життєвої ситуації конкретної особи, що визначає її більшу або меншу «чутливість» до системних чинників заохочення до визначення ВІЛ-статусу.

Переважає більшість опитаних не пов'язує з війною проходження власного тестування на ВІЛ із позитивним результатом. Лише лічені респонденти повідомляють, що небезпеки життя в умовах війни спонукали їх більше дбати про себе, оскільки від стану їхнього здоров'я залежить здатність адаптуватися до нових обставин, що швидко змінюються.

Ризики інфікування й війна

Більшість опитаних ЛВНІ не відзначає підвищення ризиків інфікування ВІЛ після повномасштабного вторгнення. У зв'язку з утрудненням доступу до наркотиків деякі ЛВНІ на початку війни розпочали програму ЗПТ, решта надає перевагу індивідуальному вживанню наркотичних речовин у розчині, який вони готують самостійно. Також ЛВНІ зі стажем зазвичай користуються одноразовими шприцами, до яких мають належний доступ. Водночас деякі опитані ЛВНІ середнього віку вважають, що ризики інфікування ВІЛ останнім часом збільшуються для молодших споживачів наркотиків, які не замислюються над наслідками власної ризикованої поведінки й наражаються на небезпеку передавання вірусу ін'єкційним або статевим шляхом.

Представниці СП розповідають про зміни умов своєї праці — втрату частини постійних клієнтів і появу нових, зокрема військовослужбовців, необхідність більше працювати, більшу частоту випадків насильства з боку клієнтів, які часто перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. З цими обставинами дехто з них пов'язує підвищення ризиків інфікування ВІЛ.

Багато ЧСЧ повідомляють про втрату сталих стосунків із постійними або тимчасовими колишніми партнерами через їх виїзд за кордон або внутрішнє переміщення, більше робоче навантаження, «згортання» контактів і мобільності через погіршення емоційного стану та побоювання мобілізації. Частина опитаних ЧСЧ вважає, що під час війни ризики інфікування ВІЛ збільшились саме через втрату партнерів, почастищення ризикованих (незахищених) контактів, до чого спонукає загроза життю та (або) переміщення з маленького містечка у мегаполіс, де в «клубній культурі» поширені вживання наркотиків, незахищений секс, проміскуїтет.

Що спонукало та перешкоджало тестуванню

Серед найважливіших обставин власного життя, які спонукали їх до тестування на ВІЛ, опитані відзначили насамперед погіршення самопочуття та (або) потребу дбати про власне здоров'я на тлі ризикованої поведінки, притаманної їхній КГ. Частка опитаних регулярно (кілька разів на рік) проходила тестування, розуміючи небезпеку незахищених статевих контактів або ризики, спричинені вживанням наркотиків. Проте серед тих, хто вдавсь

до тестування через інші мотивувальні чинники, також поширена думка про погіршення самопочуття як потужну спонуку визначення власного ВІЛ-статусу.

Водночас деякі опитані повідомляють, що навіть за поганого стану здоров'я зверненню до тестування можуть перешкоджати страх дізнатися про ВІЛ як смертельне захворювання, низький рівень обізнаності про доступність і ефективність лікування, відсутність довіри до медичних сервісів і побоювання стигматизації.

Поширеним і вагомим мотивувальним чинником тестування на ВІЛ виявилось залучення опитаних саме до визначення ВІЛ-статусу або отримання послуг у НУО особами з їхнього найближчого оточення — родичами, партнерами, друзями. Дехто звернувся до НУО або вдався до самотестування за рекомендацією знайомих на тлі погіршення фізичного самопочуття. Деякі опитані зголосилися пройти тестування на ВІЛ «за компанію» чи для підтримки своїх друзів, не маючи в той час проблем зі здоров'ям або певних припущень про своє інфікування.

Опитані, які ввійшли до цієї вибірки, здебільшого не підтверджують припущення, що їхній матеріальний статок або стан добробуту в цілому був важливим чинником тестування на ВІЛ. Водночас представники всіх КГ із найнижчим рівнем доходу, найбільш скрутними матеріальними умовами повідомляють, що їх заохотили до тестування саме запропоновані соціальними працівниками продуктивні набори та гуманітарна допомога. Кілька опитаних зазначають, що не погодилися б на тестування, якби воно було платним, або говорять про те, що нестача інформації про безоплатність ВІЛ-послуг (зокрема АРТ) певний час утримувала їх від тестування.

Відповіді респондентів засвідчують, що поінформованість про ВІЛ, сучасні методи його діагностики та лікування, доступність цих послуг (їх наближення до користувачів, безоплатність) забезпечує готовність представників КГ пройти тестування, якщо до того їх спонукають особисті обставини або пропозиція соціальних працівників. Більшість опитаних усвідомлює важливість такої інформації та пропонує поширювати її в загальній популяції та для представників КГ. Учасники акцентують на тому, що поширення інформації для представників КГ має відбуватися й через засоби масової комунікації та спеціальні канали, якими вони користуються для спілкування у власному середовищі (як-от мережа «Хорнет» для ЧСЧ).

Серед системних мотивувальних чинників тестування на ВІЛ опитані зазначають попередній досвід отримання в НУО засобів профілактики й гуманітарної допомоги, а також попереднє регулярне тестування швидкими тестами на ВІЛ. Виявлено, що частина опитаних уперше дізналися про позитивний результат тестування на ВІЛ унаслідок самотестування швидкими тестами, які поширюють соціальні працівники поштою або під час особистого спілкування. Деякі опитані отримують швидкі тести для самотестування й засоби профілактики від своїх друзів, які користуються послугами НУО. Такий обмін водночас сприяє поширенню інформації про НУО й доступність послуг щодо ВІЛ у середовищі КГ.

Послугу тестування соціальні працівники пропонують в умовах своєї аутріч-роботи, у спеціалізованих для використання КГ соціальних мережах, пунктах мобільного тестування, офісних приміщеннях НУО. Опитані позитивно оцінюють територіальну близькість послуг соціального працівника НУО і медичних послуг у сфері ВІЛ. Деякі опитані потрапляють до ЗОЗ після залучення до тестування соціальним працівником у «польових» умовах, за методом «рівний – рівному», а надалі їх супроводжує та ж особа або інший представник НУО, що рекомендувала ці послуги.

Взаємодія соціальних і медичних працівників

Соціальні працівники НУО відіграють ключову роль у розвантаженні медичної системи, забезпечуючи підтримку клієнтів на всіх етапах каскаду ВІЛ-послуг, від мотивування до тестування, психологічної підтримки та супроводу в медичних закладах, до допомоги в адаптації до життя з ВІЛ-позитивним статусом. Якість професійної комунікації соціальних працівників НУО з представниками КГ постає важливим чинником мотивування до тестування на ВІЛ. Вдалий вибір каналів і манери спілкування в соціальних мережах і різних умовах аутріч-роботи, заохочення до відвідування НУО, особливості поведінки щодо клієнтів упродовж тестування, їх супровід на подальших етапах каскаду послуг щодо ВІЛ забезпечує позитивний імідж діяльності НУО в середовищі КГ і разом із належною організацією послуг уможливорює заохочення нових представників КГ до тестування та сприяє прихильності до АРТ. Багато опитаних зазначають, що соціальним працівникам НУО вдається налагодити з ними довірливі, «дружні» взаємовідносини, вони є послідовними й наполегливими у своїх діях, добре розуміють потреби своїх клієнтів, пропонують їм відповідну допомогу, по-справжньому про них піклуються.

Виявлено, що дотестове інформування часто не відіграє ролі важливого чинника мотивування до тестування на ВІЛ, оскільки представники КГ вдаються до тестування за певних умов — за власним рішенням, через заохочення близьких, соціальних працівників, за направленням лікаря. Опитані не завжди пам'ятають зміст інформування, але чітко вказують на емпатійну поведінку, уважне ставлення, інші заохочувальні стимули до тестування з боку соціальних працівників. Усе це підкріплює попереднє рішення пройти тестування, якщо воно обтяжене сумнівами чи страхом. Після повідомлення позитивного результату тестування деякі опитані потребують довшої співбесіди для усунення реакції первинного шоку, деякі прагнуть лише конкретних рекомендацій щодо подальших дій, позаяк усі вони отримують відповідну їхнім потребам інформацію й емоційну підтримку під час післятестового консультування соціальними працівниками.

Майже всі опитані повідомляють про супровід соціальних працівників у медичному закладі на всіх етапах подальшої діагностики ВІЛ і супутніх захворювань, а також після призначення АРТ. Опитані вказують на потребу в психологічній допомозі у зв'язку з повідомленням про ВІЛ-позитивний статус, але часто стверджують, що саме соціальні працівники є для них найбільш надійними помічниками й надавачами психологічної підтримки від тестування, повідомлення позитивного результату тестування швидким тестом і надалі — упродовж всього каскаду ВІЛ-послуг. Дехто зазначає, що психологічна підтримка соціальних працівників відіграла роль саме в залученні до тестування. Довготривалу взаємодію із соціальними працівниками багато респондентів відзначають як важливий фактор «нормалізації» їхнього життя із ВІЛ-позитивним статусом.

Проте окремі опитані вказують і на відомі їм випадки порушення соціальними працівниками НУО професійної етики — про це вони знають із власного досвіду користування послугами деяких НУО або зі слів інших представників КГ. Вони згадують про розголошення приватної інформації та порушення професійних кордонів у комунікації з клієнтами. Також деякі респонденти бажали б більшої компетентності соціальних працівників щодо надання професійної психологічної допомоги або більшої доступності послуг психолога в НУО і в спеціалізованому медичному закладі.

Отже, отримані дані дають можливість стверджувати, що для вмотивування представників КГ до тестування на ВІЛ рекомендується:

- ♦ формувати готовність представників КГ до тестування на ВІЛ шляхом поширення інформації про ВІЛ і доступність ВІЛ-послуг, використовувати різні канали та носії інформації (інтернет, інші засоби комунікації, друковані носії);

- ◆ застосовувати інформаційні повідомлення, відповідні потребам, особливостям поведінки й віковим характеристикам цільових груп (наприклад, більша зацікавленість ЛВНІ середнього віку зі значним стажем вживання наркотиків у доступі до діагностики та лікування гепатиту; потреба СП у психологічній підтримці; зацікавленість певних ЧСЧ в отриманні PrEP тощо);
- ◆ спрямувати інформування на підвищення рівня обізнаності представників КГ щодо ризиків інфікування ВІЛ, але водночас акцентувати на доступності й ефективності сучасних сервісів у сфері ВІЛ, сприяти здолаттю їхнього страху перед визначенням ВІЛ-статусу, формуванню потреби регулярно проходити тестування;
- ◆ поширювати інформацію про доступність самотестування, полегшити доступ до швидких оральних і кров'яних тестів, зокрема, шляхом їх доставки поштою;
- ◆ використовувати для інформування й поширення швидких тестів метод «рівний-рівному», залучати до інформування та поширення швидких тестів осіб із-поміж представників КГ, які отримують послуги з тестування на ВІЛ або послуги у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом;
- ◆ забезпечити наближення послуги тестування до клієнтів завдяки аутріч-роботі в середовищі різних КГ і різних категорій їх представників;
- ◆ підвищувати рівень професійної компетентності соціальних працівників щодо комунікації з клієнтами та їх психологічної підтримки, приділити увагу дотриманню принципів етики у взаємодії з клієнтами;
- ◆ зміцнювати ресурси матеріального заохочення представників КГ до тестування, асоціювати тестування на ВІЛ із супутніми послугами (тестування на вірусні гепатити, ІПСШ, УЗД внутрішніх органів тощо).

Кількісний компонент

Основну частину учасників становили чоловіки (62%) із середнім віком 35,8 року. ЛВНІ мали найвищий середній вік (39,2 року), тоді як серед ЧСЧ і СП він був нижчим. Статус ВПО був найпоширенішим серед ЛВНІ (27,5%) і перевищував показники інших груп. У питаннях сімейного стану найбільша частка неодружених спостерігалася серед ЧСЧ (69%). Спосіб проживання також відрізнявся: ЛВНІ частіше проживали з батьками або самотійно, тоді як ЧСЧ переважно мешкали самотійно, а СП з партнерами. Рівень освіти був найвищим у групі ЧСЧ (35% з вищою освітою), тоді як серед ЛВНІ цей показник був найнижчим. У сфері зайнятості ЧСЧ мали найвищий відсоток постійної роботи (63%), тоді як ЛВНІ частіше займалися випадковими заробітками (48%). Доходи між групами суттєво відрізнялися: найбільший середній дохід мали СП, а найменший — ЛВНІ.

Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом не обмежувалося лише групою ЛВНІ: 5% ЧСЧ та 23,3% СП зізналися в такому вживанні протягом останніх 30 днів. Серед чоловіків-ЛВНІ ніхто не повідомив про оральні чи анальні сексуальні контакти з чоловіками протягом останніх 6 місяців. 35,3% жінок-ЛВНІ отримували винагороду за секс протягом останніх 6 місяців, а чоловіки-ЛВНІ значно рідше повідомляли про це (1,9%). Серед ЧСЧ 6,7% респондентів також отримували винагороду за секс.

43,9% респондентів зазначили участь у програмах НУО, які надають послуги з тестування на ВІЛ і профілактики, при цьому найвищий рівень залученості спостерігався серед

групи СП (47,5%). Натомість до НУО, що надають гуманітарні, юридичні й інші послуги, залучені лише 26% респондентів, причому найактивнішою була група СП (35%). Більшість учасників дослідження мали декларацію із сімейним лікарем (92%) і користувалися його послугами протягом останнього року (68%). Крім того, 62% респондентів зверталися до інших лікарів, окрім сімейних, причому цей показник був вищим у групах ЧСЧ і СП.

Серед респондентів 45% повідомили про потребу в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, тоді як більшість — 55% — не відчували такої потреби, вважаючи свій ризик інфікування мінімальним. Основні причини виникнення потреби в тестуванні включають наявність ризику інфікування (82,1%) і пропозицію з боку партнера або інших осіб (62,3%). Основними причинами не проведення тестування, попри наявність потреби, були страх перед тестуванням (45,1%) та наявність більш важливих потреб (39,5%). ЛВНІ частіше за інші групи зазначали страх перед тестуванням і необізнаність щодо місць його проведення, тоді як СП побоювалися насильства в разі встановлення позитивного ВІЛ-статусу.

Після 24.02.2022 року серед респондентів із різних КГ спостерігався високий рівень незадоволених потреб у гуманітарній, соціальній, медичній, юридичній і психологічній сферах. Загалом 85,6% опитаних мали принаймні одну потребу, причому 80,6% указали на наявність щонайменше однієї незадоволеної потреби на момент опитування, а 73,3% вважали, що їхні потреби залишаться незадоволеними або стануть такими впродовж найближчого місяця. Найбільший рівень незадоволених потреб спостерігався серед ЛВНІ, де понад 87% респондентів мали щонайменше одну незадоволену потребу.

Основними гуманітарними потребами були оплата житла та базові речі (49,7%), продукти й вода (30,6%), засоби гігієни (29,2%), а також ваучери для їх отримання. ЛВНІ частіше потребували допомоги в оплаті житла (72,5%), продуктах і воді (49,2%) та інших гуманітарних послугах порівняно з іншими групами. Більшість цих потреб наразі не задоволені — понад 66% респондентів, які мають гуманітарні потреби, вважають, що вони залишаться незадоволеними найближчим часом.

У соціальній сфері найпоширенішою була потреба в допомозі з працевлаштуванням (30,6%), представництві інтересів (17,8%) і отриманні соціальних виплат (16,9%). ЛВНІ частіше потребували цих послуг порівняно з ЧСЧ і СП. Ступінь задоволення соціальних потреб залишався низьким: 90% респондентів не отримували необхідної допомоги, зокрема в працевлаштуванні, оформленні інвалідності й інших послугах.

До медичних потреб належали лікарські засоби (38,1%), медичні аналізи (34,2%), медичні обстеження (33,1%) і профілактичні засоби (31,1%). ЛВНІ мали вищий рівень незадоволених медичних потреб (53,3% для лікарських засобів) порівняно з іншими групами. Близько 52,9% респондентів не отримували необхідної медичної допомоги, особливо в таких сферах, як аналізи, діагностика та медичні обстеження.

Основною юридичною потребою була консультація юриста (22,5%), ведення справи (9,7%) та відновлення документів (7,5%). ЛВНІ частіше потребували юридичних послуг, особливо у відновленні документів (12,5%) порівняно з ЧСЧ і СП. Серед юридичних потреб найгірше задовольняються саме відновлення документів (для 77,8% респондентів ця потреба є незадоволеною) та консультації юристів (45,7%).

Потреби психологічного характеру включали індивідуальні консультації (30,8%), кризове консультування (13,6%) і консультації за принципом «рівний рівному» (14,7%). Потреба в кризовому консультуванні була найпоширенішою серед ЧСЧ (20%). Найгірше задовольнялися потреби в психологічних послугах, де 78,9% респондентів зазначили, що ці послуги залишаються незадоволеними.

Висновки на основі двовимірного аналізу даних

Потреба в тестуванні на ВІЛ. Потреба в тестуванні на ВІЛ протягом останніх 12 місяців статистично значущо пов'язана з наявністю хоча б однієї незадоволеної потреби в гуманітарних, юридичних або психологічних послугах ($\Phi = 0,18$; $p < 0,05$). Особи, які мають незадоволені гуманітарні потреби, частіше відчували потребу в тестуванні на ВІЛ (48,6%) порівняно з тими, хто не мав таких потреб (39,1%).

Гуманітарні потреби. Аналіз показав значущий зв'язок між наявністю незадоволених гуманітарних потреб і такими факторами, як рівень доходу, група ризику, вік, зайнятість, освіта, статус ВПО, отримання послуг від НУО та звернення до лікарів. Найсильніший зв'язок виявлено з рівнем доходу. Найвищий рівень незадоволених потреб (>70%) спостерігається серед респондентів із доходом до 15 000 грн, старших за 49 років, безробітних, ЛВНІ, ВПО та тих, хто не отримує послуги від НУО. Нижчий рівень (<40%) характерний для респондентів із доходом понад 20 000 грн, віком 18–24 роки, студентів і СП.

Соціальні потреби. Виявлено статистично значущий зв'язок між наявністю незадоволених соціальних потреб і соціально-демографічними характеристиками респондентів, такими як рівень доходу, належність до певної групи, зайнятість, статус ВПО, вік, освіта, склад домогосподарства, сімейний стан та отримання послуг від НУО. Найсильніший зв'язок спостерігається з рівнем доходу (Cramer's $V = 0,38$) і групою, до якої належить респондент (Cramer's $V = 0,35$). Вища частка незадоволених соціальних потреб (>60%) спостерігається серед респондентів із доходом до 10 000 грн, ЛВНІ, ВПО, безробітних або непрацевдатних, осіб із початковою або базовою середньою освітою, тих, хто перебуває в зареєстрованому шлюбі та мешкає з партнеркою. Натомість нижча частка (<35%) характерна для респондентів із доходом понад 15 000 грн, віком 18–29 років, осіб із повною вищою освітою, тих, хто має постійну роботу, бізнес або займається секс-роботою, вдівців або вдів, а також для ЧСЧ.

Медичні потреби. Спостерігається статистично значущий зв'язок між наявністю незадоволених медичних потреб і соціально-демографічними та поведінковими характеристиками респондентів. Найсильніший зв'язок виявлено з рівнем доходу (Cramer's $V = 0,37$) і віком респондентів (Cramer's $V = 0,29$). Вища частка незадоволених медичних потреб (>65%) спостерігається серед респондентів із доходом до 10 000 грн, ЛВНІ, ВПО, осіб віком 35–44 років, непрацевдатних, тих, хто здобув лише початкову освіту, і тих, хто мешкає з партнеркою. Натомість нижча частка (<40%) характерна для респондентів із доходом понад 15 000 грн, віком 18–24 роки, осіб із повною вищою освітою, студентів і тих, хто займається секс-роботою.

Юридичні потреби. Визначено статистично значущий зв'язок між наявністю незадоволених юридичних потреб і такими соціально-демографічними характеристиками респондентів, як приналежність до групи ЛВНІ, ЧСЧ або СП, рівень доходу, зайнятість і стать. Найсильніший зв'язок спостерігається з приналежністю до вразливих груп (ЛВНІ, ЧСЧ, СП) (Cramer's $V = 0,26$), рівнем доходу (Cramer's $V = 0,20$) і віком (Cramer's $V = 0,19$). Вища частка незадоволених юридичних потреб (>25%) спостерігається серед респондентів віком 35–39 років, ЛВНІ та тих, хто здобув лише початкову освіту. Натомість нижча частка ($\leq 12\%$) характерна для респондентів із доходом понад 10 000 грн, віком 18–24, 30–34 та старших за 49 років, жінок, ЧСЧ, СП, а також тих, хто має постійну роботу, бізнес або навчається.

Психологічні потреби. Аналіз показав, що наявність незадоволених психологічних потреб статистично значущо пов'язана з віком респондентів і їхнім теперішнім заняттям. Найсильніший зв'язок виявлено з віком (Cramer's $V = 0,24$). Вища частка незадоволених психологічних потреб спостерігається серед наймолодших респондентів віком 18–24 роки (42,9%). Натомість нижча частка незадоволених психологічних потреб характер-

на для респондентів, які займаються секс-роботою (13,3%), і осіб віком 50 років і більше (3,7%).

Потреби будь-якого типу. Визначено статистично значущий зв'язок між наявністю незадоволених потреб у послугах будь-якого типу й такими соціально-демографічними характеристиками респондентів, як рівень доходу, теперішнє заняття, належність до групи (ЛВНІ, ЧСЧ, СП), вік, отримання послуг від НУО, статус ВПО та рівень освіти. Найсильніший зв'язок спостерігається з рівнем доходу (Cramer's V = 0,46). **Порівняно вища частка незадоволених потреб (>90%) спостерігається серед респондентів із доходом до 15 000 грн, віком 35–39 років, ЛВНІ, ВПО, безробітних або непрацевдатних, тих, хто здобув лише початкову освіту, і тих, хто мешкає з партнеркою.** Натомість нижча частка незадоволених потреб (<65%) характерна для респондентів із доходом понад 20 000 грн і тих, хто займається секс-роботою.

Висновки на основі багатовимірної аналізу даних

Результати багатовимірної аналізу підтверджують вплив гуманітарної та соціально-економічної ситуації респондентів на ймовірність виникнення потреби в тестуванні на ВІЛ. Наявність роботи або власного бізнесу є важливим захисним чинником, який знижує ймовірність виникнення цієї потреби, тоді як безробіття, навпаки, її підвищує. Що більше незадоволених гуманітарних потреб має респондент, то вища ймовірність потреби в тестуванні. Клієнти НУО, які надають гуманітарні послуги, частіше мають потребу в тестуванні, що свідчить про вплив складної соціальної ситуації на цей показник.

Вік респондентів також відіграє важливу роль: молодші респонденти частіше мають потребу в тестуванні на ВІЛ. Водночас респонденти, які не є клієнтами ВІЛ-сервісних НУО, мають нижчу ймовірність тестування, що підкреслює важливу роль цих організацій у забезпеченні доступу до послуг тестування. Звернення до лікарів спеціалізованої медичної допомоги підвищує ймовірність потреби в тестуванні, оскільки медичні працівники можуть рекомендувати його на основі симптомів або оцінки ризиків.

Таким чином, можна виділити два основні механізми впливу: по-перше, респонденти, які перебувають у складних соціально-економічних умовах, мають вищий ризик інфікування та частіше усвідомлюють потребу в тестуванні; по-друге, контакт із лікарями та працівниками ВІЛ-сервісних НУО сприяє виявленню й усвідомленню цієї потреби через медичні консультації та рекомендації.

Рекомендації за результатами кількісного компонента

Розширити доступ до соціально-економічної підтримки. Результати показують, що респонденти з низьким рівнем доходу, безробітні та ВПО мають вищі незадоволені потреби в послугах, включно з тестуванням на ВІЛ. Рекомендується забезпечити їм доступ до соціальних, медичних і гуманітарних послуг, зокрема через розширення програм НУО.

Активізувати роботу з молодими представниками КГ. Оскільки молодші представники КГ частіше мають потребу в тестуванні на ВІЛ, необхідно зосередитися на молодіжних програмах, що забезпечують доступ до інформації, профілактики та тестування.

Підвищити рівень обізнаності та залучення до ВІЛ-сервісних НУО. Клієнти НУО частіше усвідомлюють потребу в тестуванні на ВІЛ, тому важливо посилити інформаційно-просвітницьку роботу й залучати більше людей до таких програм.

Поліпшити доступ до гуманітарних послуг. Оскільки незадоволені гуманітарні потреби збільшують імовірність потреби в тестуванні на ВІЛ, варто зміцнити гуманітарні програми, особливо для ЛВНІ та безробітних респондентів.

Забезпечити доступ до юридичної та психологічної допомоги. Необхідно збільшити доступність юридичних консультацій для ЛВНІ та покращити доступність до психологічної допомоги для ЧСЧ.

Розвивати програми працевлаштування. Оскільки зайнятість є захисним чинником, рекомендується розширити програми працевлаштування та професійної підготовки, особливо для вразливих груп, таких як ЛВНІ та ВПО.

Покращити доступ до медичних послуг. Більшість респондентів відчувають незадоволені медичні потреби, тому варто забезпечити переадресацію до отримання т таких послуг: медичні обстеження, ліки та профілактичні засоби, зокрема для ЛВНІ та осіб із низькими доходами.

10. Література

1. Friedman SR, Smyrnov P, Vasylyeva TI. Will the Russian war in Ukraine unleash larger epidemics of HIV, TB and associated conditions and diseases in Ukraine? *Harm Reduct J.* Sep 1 2023;20(1):119. doi:10.1186/s12954-023-00855-1
2. Kimhi S, Eshel Y, Marciano H, Adini B. Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Front Public Health.* 2023;11:1053940. doi:10.3389/fpubh.2023.1053940
3. Tsagkaris C, Matiashova L, Vladychuk V, Moysidis DV, Papadakis M, Trompoukis C. Public health considerations over HIV amidst war and COVID-19 in Ukraine: Harnessing contemporary history to address the syndemic. *Ethics Med Public Health.* Jun 2022;22:100795. doi:10.1016/j.jemep.2022.100795
4. Vasylyeva TI, Liulchuk M, Friedman SR, et al. Molecular epidemiology reveals the role of war in the spread of HIV in Ukraine. *Proc Natl Acad Sci U S A.* Jan 30 2018;115(5):1051-1056. doi:10.1073/pnas.1701447115
5. Karagodina O, Kovtun O, Filippovych M, Neduzhko O. Qualitative study of barriers and facilitators to HIV detection and treatment among women who inject drugs during the war against Ukraine. *AIDS Res Ther.* Nov 13 2023;20(1):80. doi:10.1186/s12981-023-00578-0
6. Naing L, Nordin RB, Abdul Rahman H, Naing YT. Sample size calculation for prevalence studies using Scalex and ScalaR calculators. *BMC Med Res Methodol.* Jul 30 2022;22(1):209. doi:10.1186/s12874-022-01694-7
7. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences.* Eleventh edition ed. Wiley Hoboken, NJ; 2019.
8. Ковтун О. Узагальнений звіт за результатами досліджень та рутинного моніторингу серед ключових груп і фахівців неурядових організацій щодо потреб, отримання та надання ВІЛ-сервісів під час війни в Україні. 2022:39. https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/09/Report_War__5.09.2022_Red_Red.pdf
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3:77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
10. RDS Analyst: Software for the Analysis of Respondent-Driven Sampling Data. Version 0.72. 2022. <https://hpmrg.org>
11. Sazonova I, Duchenko A, Kovtun O, Kuzin I. Size Estimation among Key Populations in Ukraine. 2019. https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti_32200.pdf
12. Salnikov I, Titar S. Preliminary Results of 2023 Round of IBBS among People who Inject Drugs (PWID) in Ukraine. presented at: PEPFAR Ukraine Virtual Stakeholders' Meetings February 6 2024; Kyiv, Ukraine.
13. Kasianchuk M, Titar I, Salnikov S, et al. Report on the Biological and Behavioral Survey Among Men Who Have Sex With Men 2021. 2023. <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/BBS%20MSM%202021%20Report%20ENG.pdf>
14. Kovtun O, Kulchynska R, Sazonova Y. Integrated Biological and Behavioral Surveillance among Sex Workers in Ukraine, 2021: Report on the Findings of the Study. 2023. https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2023/06/SW-IBBS_Report_EN_25.05.2023_New_Red.pdf

Додатки

Таблиця А 1. Основні соціодемографічні характеристики респондентів якісного компонента дослідження (N=60)

Характеристика		КГ			Разом
		ЛВНІ	СП	ЧСЧ	
Місто	Житомир	6	6	4	16
		26,1%	46,2%	16,7%	26,7%
	Запоріжжя	2	1	1	4
		8,7%	7,7%	4,2%	6,7%
	Київ	2	0	14	16
		8,7%	0,0%	58,3%	26,7%
	Львів	10	5	4	19
		43,5%	38,5%	16,7%	31,7%
Чернігів	3	1	1	5	
	13,0%	7,7%	4,2%	8,3%	
Вік		42 (min. – 26, max. – 57)	37 (min. – 28, max. – 49)	34 (min., – 19, max, – 49)	38 (min. – 19, max. – 57)
		± 7,0	± 5,1	± 8,8	± 8,2
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	6	3	21	30
		26,1%	23,1%	87,5%	50,0%
	Перебуваю в зареє- строваному шлюбі	4	1	1	6
		17,4%	7,7%	4,2%	10,0%
	Перебуваю в незаре- єстрованому шлюбі та маю постійного партнера/партнерку	8	4	1	13
		34,8%	30,8%	4,2%	21,7%
	Розлучений/розлу- чена	5	5	1	11
		21,7%	38,5%	4,2%	18,3%

Характеристика			КГ			Разом
			ЛВНІ	СП	ЧСЧ	
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками (у спільній кімнаті в гуртожитку, на орендованій квартирі разом з іншими квартирантами/квартирантками тощо)		5	6	16	27
			21,7%	46,2%	66,7%	45,0%
	З батьками/родичами		7	1	2	10
			30,4%	7,7%	8,3%	16,7%
	З чоловіком-партнером		2	2	4	8
			8,7%	15,4%	16,7%	13,3%
	З жінкою-партнеркою		8	0	1	9
			34,8%	0,0%	4,2%	15,0%
	Інше		1	4	1	6
			4,3%	30,8%	4,2%	10,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька відповідей)	Немає роботи	абс.	5	2	1	8
		% КГ	21,7%	15,4%	4,2%	
	Постійна робота або бізнес	абс.	5	2	16	23
		% КГ	21,7%	15,4%	66,7%	
	Випадкові заробітки	абс.	13	5	6	24
		% КГ	56,5%	38,5%	25,0%	
	Сексуальні послуги за винагороду	абс.	0	5	0	5
		% КГ	0,0%	38,5%	0,0%	
	Домогосподарство	абс.	1	1	0	2
		% КГ	4,3%	7,7%	0,0%	
	Інвалідність	абс.	2	0	0	2
		% КГ	8,7%	0,0%	0,0%	
	Студент/студентка	абс.	0	0	1	1
		% КГ	0,0%	0,0%	4,2%	
	Інше	абс.	0	0	1	1
		% КГ	0,0%	0,0%	4,2%	
Особистий дохід				14 477 (min. – 500, max. – 40 000)	25 321 (min. – 7000, max. – 70 000)	15 947 (min. – 0, max. – 70 000)
			± 6369	± 10 180	± 13 698	± 13 366

Характеристика		КГ			Разом	
		ЛВНІ	СП	ЧСЧ		
Освіта	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	0	0	1	1	
		0,0%	0,0%	4,2%	1,7%	
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта (11 класів тощо), незакінчена вища освіта	18	12	5	35	
		78,3%	92,3%	20,8%	58,3%	
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	3	0	0	3	
		13,0%	0,0%	0,0%	5,0%	
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III-IV рівнів акредитації), (університет, інститут)	2	1	17	20	
		8,7%	7,7%	70,8%	33,3%	
	Науковий ступінь (кандидат, доктор наук)	0	0	1	1	
		0,0%	0,0%	4,2%	1,7%	
	Клієнт НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг з тестування та профілактики ВІЛ)	Ні	4	4	13	21
			17,4%	30,8%	54,2%	35,0%
Так		19	9	11	39	
		82,6%	69,2%	45,8%	65,0%	
Декларація із сімейним лікарем	Ні	3	0	2	5	
		13,0%	0,0%	8,3%	8,3%	
	Так	20	13	22	55	
		87,0%	100,0%	91,7%	91,7%	
Звернення до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Ні	9	5	7	21	
		39,1%	38,5%	29,2%	35,0%	
	Так	14	8	17	39	
		60,9%	61,5%	70,8%	65,0%	
Звернення до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Ні	7	5	3	15	
		30,4%	38,5%	12,5%	25,0%	
	Так	16	8	21	45	
		69,6%	61,5%	87,5%	75,0%	
Усього		23	13	24	60	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Таблиця А 2. Основні соціодемографічні характеристики респондентів кількісного компонента дослідження (N=360)

Характеристика		КГ			Разом
		ЛВНІ	СП	ЧСЧ	
Місто	Житомир	24	24	24	72
		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
	Запоріжжя	24	24	24	72
		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
	Київ	24	24	24	72
		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
	Львів	24	24	24	72
		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
Чернігів	24	24	24	72	
	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	
Вік		39 (min. – 19, max. – 61)	35 (min. – 18, max. – 58)	34 (min. – 18, max. – 68)	36 (min. – 18, max. – 68)
		± 7,2	± 7,9	± 11,7	± 9,4
Стать	Жіноча	17	120	0	137
		14,2%	100,0%	0,0%	38,1%
	Чоловіча	103	0	120	223
		85,8%	0,0%	100,0%	61,9%
Статус ВПО	Ні	87	94	97	278
		72,5%	78,3%	80,8%	77,2%
	Так	33	26	23	82
		27,5%	21,7%	19,2%	22,8%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	31	30	83	144
		25,8%	25,0%	69,2%	40,0%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	20	13	3	36
		16,7%	10,8%	2,5%	10,0%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера/партнерку	25	20	18	63
		20,8%	16,7%	15,0%	17,5%
	Розлучений/розлучена	39	41	14	94
		32,5%	34,2%	11,7%	26,1%
	Удівець/удова	5	16	2	23
		4,2%	13,3%	1,7%	6,4%

Характеристика			КГ			Разом
			ЛВНІ	СП	ЧСЧ	
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками (у спільній кімнаті в гуртожитку, на орендованій квартирі разом з іншими квартирантами/квартирантками тощо)		37	52	65	154
			30,8%	43,3%	54,2%	42,8%
	З батьками/родичами		45	16	26	87
			37,5%	13,3%	21,7%	24,2%
	З чоловіком-партнером		6	27	22	55
			5,0%	22,5%	18,3%	15,3%
	З жінкою-партнеркою		27	5	5	37
			22,5%	4,2%	4,2%	10,3%
Теперішнє заняття (можливі кілька відповідей)	Безробітний/безробітна	абс.	33	21	16	70
		% КГ	27,5%	17,5%	13,3%	19,4%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	абс.	27	28	75	130
		% КГ	22,5%	23,3%	62,5%	36,1%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	абс.	58	32	35	125
		% КГ	48,3%	26,7%	29,2%	34,7%
	Секс-робота	абс.	1	73	1	75
		% КГ	0,8%	60,8%	0,8%	20,8%
	Займаюся домашнім господарством	абс.	8	18	4	30
		% КГ	6,7%	15,0%	3,3%	8,3%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	абс.	16	5	4	25
		% КГ	13,3%	4,2%	3,3%	6,9%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	абс.	0	1	0	1
		% КГ	0,0%	0,8%	0,0%	0,3%
	Студент/студентка технікуму	абс.	0	1	0	1
		% КГ	0,0%	0,8%	0,0%	0,3%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	абс.	1	3	12	16
		% КГ	0,8%	2,5%	10,0%	4,4%
	Інше	абс.	6	10	7	23
		% КГ	5,0%	8,3%	5,8%	6,4%

Характеристика		КГ			Разом
		ЛВНІ	СП	ЧСЧ	
Особистий дохід		8651 (min. – 0, max. – 60 000)	21 809 (min. – 0, max. – 75 000)	16 532 (min. – 0, max. – 200 000)	15 664 (min. – 0, max. – 200 000)
		± 9278	± 19 507	± 20 030	± 17 803
Освіта	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	13	16	5	34
		9,8%	13,4%	4,2%	9,4%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта (11 класів тощо), незакінчена вища освіта	73	56	49	178
		60,8%	46,7%	40,8%	49,4%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	22	30	23	75
		18,3%	25,0%	19,2%	20,8%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III-IV рівнів акредитації), (університет, інститут)	11	18	42	71
		9,2%	15,0%	35,0%	19,7%
	Науковий ступінь (кандидат, доктор наук)	1	0	1	2
		0,8%	0,0%	0,8%	0,6%
Клієнт НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Ні	73	63	66	202
		60,8%	52,5%	55,0%	56,1%
	Так	47	57	54	158
		39,2%	47,5%	45,0%	43,9%
Клієнт НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг з тестування та профілактики ВІЛ)	Ні	92	78	96	266
		76,7%	65,0%	80,0%	73,9%
	Так	28	42	24	94
		23,3%	35,0%	20,0%	26,1%
Декларація із сімейним лікарем	Ні	16	9	5	30
		13,3%	7,5%	4,2%	8,3%
	Так	104	111	115	330
		86,7%	92,5%	95,8%	91,7%
Звернення до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Ні	48	32	36	116
		40,0%	26,7%	30,0%	32,2%
	Так	72	88	84	244
		60,0%	73,3%	70,0%	67,8%
Звернення до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Ні	54	44	40	138
		45,0%	36,7%	33,3%	38,3%
	Так	66	76	80	222
		55,0%	63,3%	66,7%	61,7%

Характеристика		КГ			Разом
		ЛВНІ	СП	ЧСЧ	
Чи перебували ви в ув'язненні/під вартою протягом останніх 12 місяців?	Ні	119	120	120	359
		99,2%	100,0%	100,0%	99,7%
	Так	1	0	0	1
		0,8%	0,0%	0,0%	0,3%
Усього		120	120	120	360
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Таблиця А 3. Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Стать респондента	Жіноча	62,8%	37,2%
	Чоловіча	61,0%	39,0%
Вікова група	18–24	34,7%	65,3%
	25–29	61,5%	38,5%
	30–34	56,7%	43,3%
	35–39	69,6%	30,4%
	40–44	69,2%	30,8%
	45–49	64,7%	35,3%
	50+	77,8%	22,2%
Групи за доходом	0–4999 грн	79,5%	20,5%
	5000–9999 грн	81,7%	18,3%
	10 000–14 999 грн	75,0%	25,0%
	15 000–19 999 грн	55,3%	44,7%
	20 000–24 999 грн	36,7%	63,3%
	25 000–49 999 грн	30,0%	70,0%
	50 000+ грн	8,3%	91,7%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	54,9%	45,1%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	61,1%	38,9%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера	71,4%	28,6%
	Розлучений/розлучена	61,7%	38,3%
	Удівець/удова	78,3%	21,7%
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками)	54,5%	45,5%
	З батьками/родичами	65,5%	34,5%
	З чоловіком–партнером	74,5%	25,5%
	З жінкою–партнеркою	78,4%	21,6%
	Інше	40,7%	59,3%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Освіта	Початкова освіта (неповних 9 класів)	100,0%	0,0%
	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	70,0%	30,0%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта	68,5%	31,5%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	54,7%	45,3%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III–IV рівня)	47,9%	52,1%
	Науковий ступінь	0,0%	100,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька варіантів відповіді)	Безробітний/безробітна	80,0%	20,0%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	50,8%	49,2%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	72,8%	27,2%
	Секс-робота	38,7%	61,3%
	Займаюся домашнім господарством	66,7%	33,3%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	60,0%	40,0%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	100,0%	0,0%
	Студент/студентка технікуму	0,0%	100,0%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	18,8%	81,3%
	Інше	52,2%	47,8%
КГ	ЛВНІ	79,2%	20,8%
	ЧСЧ	46,7%	53,3%
	СП	59,2%	40,8%
Статус ВПО	Є	73,2%	26,8%
	Немає	58,3%	41,7%
Є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Так	48,7%	51,3%
	Ні	71,8%	28,2%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених гуманітарних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)	Так	60,6%	39,4%
	Ні	62,0%	38,0%
Декларація із сімейним лікарем	Є	60,3%	39,7%
	Немає	76,7%	23,3%
Зверталися до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Так	58,2%	41,8%
	Ні	69,0%	31,0%
Зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Так	57,7%	42,3%
	Ні	68,1%	31,9%

Таблиця А 4. Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Стать респондента	Жіноча	45,3%	54,7%
	Чоловіча	44,8%	55,2%
Вікова група	18–24	34,7%	65,3%
	25–29	28,2%	71,8%
	30–34	37,3%	62,7%
	35–39	56,5%	43,5%
	40–44	55,8%	44,2%
	45–49	50,0%	50,0%
	50+	40,7%	59,3%
Групи за доходом	0–4999 грн	64,4%	35,6%
	5000–9999 грн	60,2%	39,8%
	10 000–14 999 грн	48,1%	51,9%
	15 000–19 999 грн	34,2%	65,8%
	20 000–24 999 грн	36,7%	63,3%
	25 000–49 999 грн	16,0%	84,0%
	50 000+ грн	8,3%	91,7%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	37,5%	62,5%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	61,1%	38,9%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера	42,9%	57,1%
	Розлучений/розлучена	54,3%	45,7%
	Удівець/удова	34,8%	65,2%
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками)	37,0%	63,0%
	З батьками/родичами	48,3%	51,7%
	З чоловіком–партнером	43,6%	56,4%
	З жінкою–партнеркою	67,6%	32,4%
	Інше	51,9%	48,1%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Освіта	Початкова освіта (неповних 9 класів)	75,0%	25,0%
	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	63,3%	36,7%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта	46,6%	53,4%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	46,7%	53,3%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III–IV рівня)	29,6%	70,4%
	Науковий ступінь	50,0%	50,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька варіантів відповіді)	Безробітний/безробітна	70,0%	30,0%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	27,7%	72,3%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	55,2%	44,8%
	Секс-робота	30,7%	69,3%
	Займаюся домашнім господарством	46,7%	53,3%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	76,0%	24,0%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	100,0%	0,0%
	Студент/студентка технікуму	0,0%	100,0%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	43,8%	56,3%
	Інше	65,2%	34,8%
КГ	ЛВНІ	68,3%	31,7%
	ЧСЧ	27,5%	72,5%
	СП	39,2%	60,8%
Статус ВПО	Є	65,9%	34,1%
	Немає	38,8%	61,2%
Є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Так	38,6%	61,4%
	Ні	50,0%	50,0%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених соціальних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)	Так	52,1%	47,9%
	Ні	42,5%	57,5%
Декларація із сімейним лікарем	Є	44,8%	55,2%
	Немає	46,7%	53,3%
Зверталися до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Так	46,3%	53,7%
	Ні	42,2%	57,8%
Зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Так	48,6%	51,4%
	Ні	39,1%	60,9%

Таблиця А 5. Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Стать респондента	Жіноча	51,8%	48,2%
	Чоловіча	56,5%	43,5%
Вікова група	18–24	30,6%	69,4%
	25–29	41,0%	59,0%
	30–34	46,3%	53,7%
	35–39	69,6%	30,4%
	40–44	71,2%	28,8%
	45–49	52,9%	47,1%
	50+	59,3%	40,7%
Групи за доходом	0–4999 грн	68,5%	31,5%
	5000–9999 грн	74,2%	25,8%
	10 000–14 999 грн	57,7%	42,3%
	15 000–19 999 грн	36,8%	63,2%
	20 000–24 999 грн	36,7%	63,3%
	25 000–49 999 грн	38,0%	62,0%
	50 000+ грн	16,7%	83,3%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	50,7%	49,3%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	47,2%	52,8%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера	55,6%	44,4%
	Розлучений/розлучена	61,7%	38,3%
	Удівець/удова	60,9%	39,1%
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками)	47,4%	52,6%
	З батьками/родичами	56,3%	43,7%
	З чоловіком–партнером	56,4%	43,6%
	З жінкою–партнеркою	70,3%	29,7%
	Інше	66,7%	33,3%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Освіта	Початкова освіта (неповних 9 класів)	75,0%	25,0%
	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	60,0%	40,0%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта	56,2%	43,8%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	62,7%	37,3%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III–IV рівня)	39,4%	60,6%
	Науковий ступінь	50,0%	50,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька варіантів відповіді)	Безробітний/безробітна	58,6%	41,4%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	46,9%	53,1%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	61,6%	38,4%
	Секс-робота	36,0%	64,0%
	Займаюся домашнім господарством	53,3%	46,7%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	88,0%	12,0%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	100,0%	0,0%
	Студент/студентка технікуму	0,0%	100,0%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	18,8%	81,3%
	Інше	87,0%	13,0%
КГ	ЛВНІ	66,7%	33,3%
	ЧСЧ	49,2%	50,8%
	СП	48,3%	51,7%
Статус ВПО	Є	68,3%	31,7%
	Немає	50,7%	49,3%
Є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Так	46,8%	53,2%
	Ні	60,9%	39,1%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених медичних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)	Так	61,7%	38,3%
	Ні	52,3%	47,7%
Декларація із сімейним лікарем	Є	55,2%	44,8%
	Немає	50,0%	50,0%
Зверталися до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Так	56,1%	43,9%
	Ні	51,7%	48,3%
Зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Так	59,0%	41,0%
	Ні	47,8%	52,2%

Таблиця А 6. Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Стать респондента	Жіноча	12,4%	87,6%
	Чоловіча	21,1%	78,9%
Вікова група	18–24	12,2%	87,8%
	25–29	15,4%	84,6%
	30–34	10,4%	89,6%
	35–39	29,3%	70,7%
	40–44	17,3%	82,7%
	45–49	17,6%	82,4%
	50+	11,1%	88,9%
Групи за доходом	0–4999 грн	24,7%	75,3%
	5000–9999 грн	24,7%	75,3%
	10 000–14 999 грн	11,5%	88,5%
	15 000–19 999 грн	21,1%	78,9%
	20 000–24 999 грн	6,7%	93,3%
	25 000–49 999 грн	12,0%	88,0%
	50 000+ грн	4,2%	95,8%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	18,1%	81,9%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	19,4%	80,6%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера	17,5%	82,5%
	Розлучений/розлучена	17,0%	83,0%
	Удівець/удова	17,4%	82,6%
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками)	16,2%	83,8%
	З батьками/родичами	21,8%	78,2%
	З чоловіком–партнером	12,7%	87,3%
	З жінкою–партнеркою	18,9%	81,1%
	Інше	22,2%	77,8%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Освіта	Початкова освіта (неповних 9 класів)	25,0%	75,0%
	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	20,0%	80,0%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта	20,2%	79,8%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	16,0%	84,0%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III–IV рівня)	12,7%	87,3%
	Науковий ступінь	0,0%	100,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька варіантів відповіді)	Безробітний/безробітна	21,4%	78,6%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	12,3%	87,7%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	23,2%	76,8%
	Секс-робота	9,3%	90,7%
	Займаюся домашнім господарством	13,3%	86,7%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	24,0%	76,0%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	100,0%	0,0%
	Студент/студентка технікуму	0,0%	100,0%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	6,3%	93,8%
	Інше	26,1%	73,9%
КГ	ЛВНІ	31,7%	68,3%
	ЧСЧ	11,7%	88,3%
	СП	10,0%	90,0%
Статус ВПО	Є	23,2%	76,8%
	Немає	16,2%	83,8%
Є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Так	18,4%	81,6%
	Ні	17,3%	82,7%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених юридичних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)	Так	24,5%	75,5%
	Ні	15,4%	84,6%
Декларація із сімейним лікарем	Є	17,3%	82,7%
	Немає	23,3%	76,7%
Зверталися до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Так	16,8%	83,2%
	Ні	19,8%	80,2%
Зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Так	19,8%	80,2%
	Ні	14,5%	85,5%

Таблиця А 7. Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб у розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Стать респондента	Жіноча	24,1%	75,9%
	Чоловіча	25,1%	74,9%
Вікова група	18–24	42,9%	57,1%
	25–29	15,4%	84,6%
	30–34	17,9%	82,1%
	35–39	28,3%	71,7%
	40–44	30,8%	69,2%
	45–49	20,6%	79,4%
	50+	3,7%	96,3%
Групи за доходом	0–4999 грн	20,5%	79,5%
	5000–9999 грн	30,1%	69,9%
	10 000–14 999 грн	26,9%	73,1%
	15 000–19 999 грн	21,1%	78,9%
	20 000–24 999 грн	20,0%	80,0%
	25 000–49 999 грн	30,0%	70,0%
	50 000+ грн	12,5%	87,5%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	22,9%	77,1%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	25,0%	75,0%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера	33,3%	66,7%
	Розлучений/розлучена	20,2%	79,8%
	Удівець/удова	30,4%	69,6%
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками)	22,7%	77,3%
	З батьками/родичами	26,4%	73,6%
	З чоловіком–партнером	27,3%	72,7%
	З жінкою–партнеркою	24,3%	75,7%
	Інше	25,9%	74,1%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Освіта	Початкова освіта (неповних 9 класів)	25,0%	75,0%
	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	26,7%	73,3%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта	25,8%	74,2%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	24,0%	76,0%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III–IV рівня)	22,5%	77,5%
	Науковий ступінь	0,0%	100,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька варіантів відповіді)	Безробітний/безробітна	25,7%	74,3%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	26,9%	73,1%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	24,8%	75,2%
	Секс-робота	13,3%	86,7%
	Займаюся домашнім господарством	20,0%	80,0%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	24,0%	76,0%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	0,0%	100,0%
	Студент/студентка технікуму	100,0%	0,0%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	37,5%	62,5%
	Інше	39,1%	60,9%
КГ	ЛВНІ	25,0%	75,0%
	ЧСЧ	28,3%	71,7%
	СП	20,8%	79,2%
Статус ВПО	Є	26,8%	73,2%
	Немає	24,1%	75,9%
Є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Так	23,4%	76,6%
	Ні	25,7%	74,3%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених психологічних потреб (% у рядку)	
		Є	Немає
Є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)	Так	25,5%	74,5%
	Ні	24,4%	75,6%
Декларація із сімейним лікарем	Є	25,8%	74,2%
	Немає	13,3%	86,7%
Зверталися до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Так	25,4%	74,6%
	Ні	23,3%	76,7%
Зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Так	27,9%	72,1%
	Ні	19,6%	80,4%

Таблиця А 8. Наявність чи відсутність незадоволених потреб будь-якого типу в розрізі соціально-демографічних і поведінкових змінних

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених потреб будь-якого типу (% у рядку)	
		Є	Немає
Стать респондента	Жіноча	75,9%	24,1%
	Чоловіча	83,4%	16,6%
Вікова група	18–24	69,4%	30,6%
	25–29	76,9%	23,1%
	30–34	73,1%	26,9%
	35–39	90,2%	9,8%
	40–44	86,5%	13,5%
	45–49	76,5%	23,5%
	50+	85,2%	14,8%
Групи за доходом	0–4999 грн	91,8%	8,2%
	5000–9999 грн	93,5%	6,5%
	10 000–14 999 грн	92,3%	7,7%
	15 000–19 999 грн	84,2%	15,8%
	20 000–24 999 грн	63,3%	36,7%
	25 000–49 999 грн	58,0%	42,0%
	50 000+ грн	33,3%	66,7%
Сімейний стан	Ніколи не був/не була в зареєстрованому шлюбі	76,4%	23,6%
	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	86,1%	13,9%
	Перебуваю в незареєстрованому шлюбі та маю постійного партнера	87,3%	12,7%
	Розлучений/розлучена	78,7%	21,3%
	Удівець/удова	87,0%	13,0%
Ведення домашнього господарства	Один/одна (зокрема зі співмешканцями/співмешканками)	75,3%	24,7%
	З батьками/родичами	82,8%	17,2%
	З чоловіком–партнером	85,5%	14,5%
	З жінкою–партнеркою	94,6%	5,4%
	Інше	74,1%	25,9%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених потреб будь-якого типу (% у рядку)	
		Є	Немає
Освіта	Початкова освіта (неповних 9 класів)	100,0%	0,0%
	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	80,0%	20,0%
	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта	85,4%	14,6%
	Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум)	80,0%	20,0%
	Повна вища освіта (бакалавр, спеціаліст, магістр) (ВНЗ III–IV рівня)	69,0%	31,0%
	Науковий ступінь	50,0%	50,0%
Теперішнє заняття (можливі кілька варіантів відповіді)	Безробітний/безробітна	95,7%	4,3%
	Маю постійну роботу або бізнес (крім секс-роботи)	76,2%	23,8%
	Маю випадкові заробітки (крім секс-роботи)	89,6%	10,4%
	Секс-робота	58,7%	41,3%
	Займаюся домашнім господарством	73,3%	26,7%
	Непрацездатний/непрацездатна (людина з інвалідністю)	96,0%	4,0%
	Учень/учениця професійно-технічного навчального закладу	100,0%	0,0%
	Студент/студентка технікуму	100,0%	0,0%
	Студент/студентка закладу вищої освіти	68,8%	31,3%
	Інше	87,0%	13,0%
КГ	ЛВНІ	91,7%	8,3%
	ЧСЧ	77,5%	22,5%
	СП	72,5%	27,5%
Статус ВПО	Є	93,9%	6,1%
	Немає	76,6%	23,4%
Є клієнтом НУО, яка надає послуги з тестування на ВІЛ і послуги з профілактики інфікування ВІЛ	Так	72,2%	27,8%
	Ні	87,1%	12,9%

Соціально-демографічні та поведінкові змінні		Наявність чи відсутність незадоволених потреб будь-якого типу (% у рядку)	
		Є	Немає
Є клієнтом НУО, яка надає гуманітарні, юридичні й інші послуги (крім послуг із тестування та профілактики ВІЛ)	Так	81,9%	18,1%
	Ні	80,1%	19,9%
Декларація із сімейним лікарем	Є	80,3%	19,7%
	Немає	83,3%	16,7%
Зверталися до сімейного лікаря протягом останніх 12 місяців	Так	80,3%	19,7%
	Ні	81,0%	19,0%
Зверталися до інших лікарів, крім сімейних, протягом останніх 12 місяців	Так	82,9%	17,1%
	Ні	76,8%	23,2%

Таблиця А 9. Кількість респондентів, що мають окремі гуманітарні потреби

Потреба		Усі респонденти	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Продукти харчування та питна вода / ваучери для отримання продуктів харчування та питної води	Є потреба	191	83	45	63
	Потреба не задоволена	148	60	38	50
Засоби гігієни / ваучери для отримання засобів гігієни	Є потреба	161	68	38	55
	Потреба не задоволена	123	54	28	41
Оплата житла й оплата інших базових потреб	Є потреба	179	87	44	48
	Потреба не задоволена	121	60	26	35
Побутові речі	Є потреба	72	32	17	23
	Потреба не задоволена	48	22	11	15
Товари для догляду за дітьми	Є потреба	15	8	0	7
	Потреба не задоволена	9	5	0	4
Інша гуманітарна допомога	Є потреба	82	49	8	25
	Потреба не задоволена	78	46	7	25

Таблиця А 10. Кількість респондентів, що мають окремі соціальні потреби

Потреба		Усі респонденти	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Паліативний догляд	Є потреба	10	5	3	2
	Потреба не задоволена	9	5	2	2
Представництво інтересів	Є потреба	64	28	14	22
	Потреба не задоволена	29	16	8	5
	Є потреба	8	2	5	1
	Потреба не задоволена	1	1	0	0
Допомога в працевлаштуванні	Є потреба	110	51	22	37
	Потреба не задоволена	102	46	20	36
Допомога в отриманні соціальних виплат	Є потреба	61	35	8	18
	Потреба не задоволена	45	25	7	13
Допомога в оформленні інвалідності	Є потреба	29	21	2	6
	Потреба не задоволена	26	18	2	6
Інші соціальні послуги	Є потреба	48	26	3	19
	Потреба не задоволена	43	25	2	16

Таблиця А 11. Кількість респондентів, що мають окремі медичні потреби

Потреба		Усі респонденти	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Медичні обстеження з оплатою за ваш кошт	Є потреба	119	40	42	37
	Потреба не задоволена	56	31	9	16
Медичні аналізи та діагностичні процедури з оплатою за ваш кошт	Є потреба	123	52	39	32
	Потреба не задоволена	61	37	11	13
Товари медичного призначення	Є потреба	87	40	20	27
	Потреба не задоволена	46	22	9	15
Лікарські засоби	Є потреба	137	64	41	32
	Потреба не задоволена	65	39	14	12
Профілактичні засоби	Є потреба	112	22	47	43
	Потреба не задоволена	31	4	16	11
Інші медичні послуги	Є потреба	88	37	21	30
	Потреба не задоволена	81	34	19	28

Таблиця А 12. Кількість респондентів, що мають окремі юридичні потреби

Потреба		Усі респонденти	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Консультація юриста	Є потреба	81	36	21	24
	Потреба не задоволена	37	20	8	9
Відновлення документів	Є потреба	27	15	8	4
	Потреба не задоволена	21	13	5	3
Отримання статусу ВПО	Є потреба	11	4	7	0
	Потреба не задоволена	3	3	0	0
Ведення випадку та представництво ваших інтересів юристом у суді	Є потреба	35	14	9	12
	Потреба не задоволена	10	6	0	4
Інші потреби юридичного характеру	Є потреба	27	14	5	8
	Потреба не задоволена	21	11	4	6

Таблиця А 13. Кількість респондентів, що мають окремі психологічні потреби

Потреба		Усі респонденти	ЛВНІ	ЧСЧ	СП
Кризове консультування	Є потреба	49	15	24	10
	Потреба не задоволена	26	9	10	7
Консультації за принципом «рівний–рівному»	Є потреба	53	22	20	11
	Потреба не задоволена	20	8	8	4
Індивідуальне психологічне консультування	Є потреба	111	37	39	35
	Потреба не задоволена	58	17	25	16
Групові психологічна консультація	Є потреба	35	16	9	10
	Потреба не задоволена	18	4	7	7
Отримання інших психологічних послуг	Є потреба	19	6	3	10
	Потреба не задоволена	15	5	2	8