



Альянс[®]
громадського здоров'я

ЗВІТ

**ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ОПЕРАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:**

**БАР'ЄРИ ТА ФАСИЛІТАТОРИ
ТЕСТУВАННЯ НА
ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД ЛЮДЕЙ,
ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ
НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ**

2021

ЗВІТ

ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПЕРАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:

БАР'ЄРИ ТА ФАСИЛІТАТОРИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ

Автори:

А. Токар (1)

(1) Незалежний дослідник

А. Прохорова (1)

(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

С. Артикуца (1)

О. Ковтун (2)

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

В. Божок

Ч74 Бар'єри та фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини: звіт за результатами дослідження / Токар А., Прохорова А., Артикуца С., Ковтун О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. – 68 с.



Підготовка звіту стала можливою за технічної підтримки проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Дана публікація підтримана Угодою про співробітництво NU2GGH002114 з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). Відповідальність за її зміст лежить винятково на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.	6
1.1. Мета та завдання дослідження	6
1.2. Дизайн дослідження	6
1.3. Методологія кабінетного дослідження	7
1.4. Методологія якісного дослідження.	9
1.5. Етичні питання	11
1.6. Період проведення дослідження	12
1.7. Подяки	12
2. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ	13
3. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	15
3.1. Портрет ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики ВІЛ-інфекції	15
3.2. Бар'єри тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН.	19
3.2.1. <i>Стигма та дискримінація.</i>	19
3.2.2. <i>Викривлене сприйняття власного здоров'я та недостатня увага до нього</i>	22
3.2.3. <i>Негативний досвід отримання медичних послуг, зокрема тестування на ВІЛ-інфекцію.</i>	23
3.2.4. <i>Недостатній рівень знань щодо ВІЛ, програм профілактики та тестування на ВІЛ.</i>	25
3.2.5. <i>Ресурсозатратність отримання послуг з тестування на ВІЛ.</i>	26
3.3. Фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН	27
3.3.1. <i>Підтримка близьких людей та відповідальність за них.</i>	27
3.3.2. <i>Усвідомлення ризиків для власного здоров'я.</i>	29
3.3.3. <i>Можливість отримати широкий спектр послуг в НУО та підтримка фахівців</i>	30
3.3.4. <i>Досвід інших країн щодо тестування ЛВІН на ВІЛ-інфекцію.</i>	34
3.4. Шляхи інформування	36
ВИСНОВКИ ДОСЛІДЖЕННЯ	40
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ.	43
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	46
Додаток 1. Перелік відібраних джерел у межах кабінетного дослідження.	51
Додаток 2. Профайл респондентів якісного дослідження	60

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
НУО	неурядова організація
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
Центр СНІДу	центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом
COVID-19	Coronavirus disease 2019
PEPFAR	Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом

ВСТУП

Станом на початок 2020 року в Україні оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), складала 251 168 осіб, а за даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян та 136 105 отримували антиретровірусну терапію (АРТ) (РНС, 2020). Незважаючи на те, що у структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції переважає статевий (73,6% у 2019 році), актуальність парентерального шляху (під час введення наркотичних препаратів) продовжує зберігатися. За даними офіційної реєстрації, частка випадків інфікування ВІЛ через вживання ін'єкційних наркотиків збільшилася з 24,0% у 2018 до 25,8% у 2019 році (РНС, 2020).

У рамках програм, орієнтованих на людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), що реалізуються силами неурядових організацій (НУО) за підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я», було докладено значних зусиль для виявлення випадків ВІЛ-інфекції та надання послуг з кейс-менеджменту для початку прийому АРТ. Багаторічна підтримка ЛВІН шляхом реалізації програм профілактики дала відчутний результат – поширеність ВІЛ серед ЛВІН порівняно з 2007 роком знизилася з 27% до 22,6% в усіх вікових групах та з 29,1% до 5% серед представників досліджуваної групи молодше 25 років (Середа Ю., 2020).

Разом з тим, лише 59% від оціночної чисельності ЛВІН було охоплено програмами профілактики (близько 204 тис. осіб) і лише 58% ВІЛ-позитивних представників цієї групи знають про свій статус. Дані каскаду лікування ВІЛ суттєво відрізняються залежно від приналежності ЛВІН до клієнтів НУО. Зокрема, серед ВІЛ-позитивних ЛВІН, які є клієнтами профілактичних програм, рівень обізнаності щодо свого ВІЛ-статусу є набагато вищим (81%), ніж серед тих, хто не охоплений профілактикою (37%). Відповідно відрізняється і рівень охоплення АРТ: 57% проти 21% (Середа Ю., 2020).

Зважаючи на це, необхідним є запровадження нових механізмів залучення ЛВІН до програм профілактики та тестування на ВІЛ, мінімізуючи бар'єри уникання від звернення за цими послугами та вдосконалюючи існуючі інтервенції й комунікаційні кампанії.

1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження є визначення та описання бар'єрів і фасилітаторів ЛВІН до тестування на ВІЛ швидкими тестами в межах програм профілактики, а також надання рекомендацій щодо покращення наявних програм профілактики та тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН.

Завдання дослідження:

- описати портрети і потреби ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики;
- визначити бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до програм тестування на ВІЛ-інфекцію;
- описати наявні та затребувані канали отримання інформації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію;
- описати способи та шляхи інформування ЛВІН щодо тестування на ВІЛ-інфекцію.

Та надати рекомендації щодо розробки нових та удосконалення вже наявних інтервенцій для ЛВІН (зокрема, щодо програм підготовки та підвищення кваліфікації надавачів профілактичних послуг, розробки інформаційних матеріалів, спрямованих на збільшення попиту щодо послуг профілактики та тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН тощо).

1.2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження складається із двох компонентів: кабінетного аналізу та якісного польового дослідження. У таблиці 1 наведено опис того, як ці два компоненти адресують специфічні завдання дослідження.

Таблиця 1. Компоненти та завдання дослідження

Завдання Компоненти	Кабінетне дослідження	Якісне дослідження
Описати портрет і потреби ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики		
Визначити бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до програм тестування на ВІЛ в рамках програм профілактики		
Описати наявні та затребувані канали отримання інформації щодо тестування на ВІЛ в рамках Програми зменшення шкоди		
Описати способи та шляхи інформування ЛВІН щодо тестування на ВІЛ в рамках програм профілактики		
Надати рекомендації щодо розробки нових та удосконалення вже існуючих інтервенцій для ЛВІН (зокрема, щодо програм підготовки та підвищення кваліфікації надавачів профілактичних послуг, розробки інформаційних матеріалів, спрямованих на збільшення попиту щодо послуг профілактики та тестування на ВІЛ, гепатити, ІПСШ серед цільової групи тощо)		

1.3. МЕТОДОЛОГІЯ КАБІНЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Кабінетне дослідження передбачало пошук та вторинний аналіз наявної інформації відповідно до теми дослідження, зокрема статистичних звітів, наукових публікацій, дисертацій та авторефератів. Для додаткового аналізу було використано масив даних інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ЛВІН в Україні.

Для пошуку інформації застосовано стратегію вільного тексту та стратегію систематичного сканування електронних баз даних MEDLINE/PubMed і Cochrane (англомовні джерела). Пошук матеріалів здійснено також у системі Google Академія, за базою наукової періодики України на сайті Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського, пошуковою системою даних наукових цитувань Open Ukrainian Citation Index (OUCI), в електронному архіві Національного університету «Києво-Могилянська академія» eKMAIR (україномовні джерела).

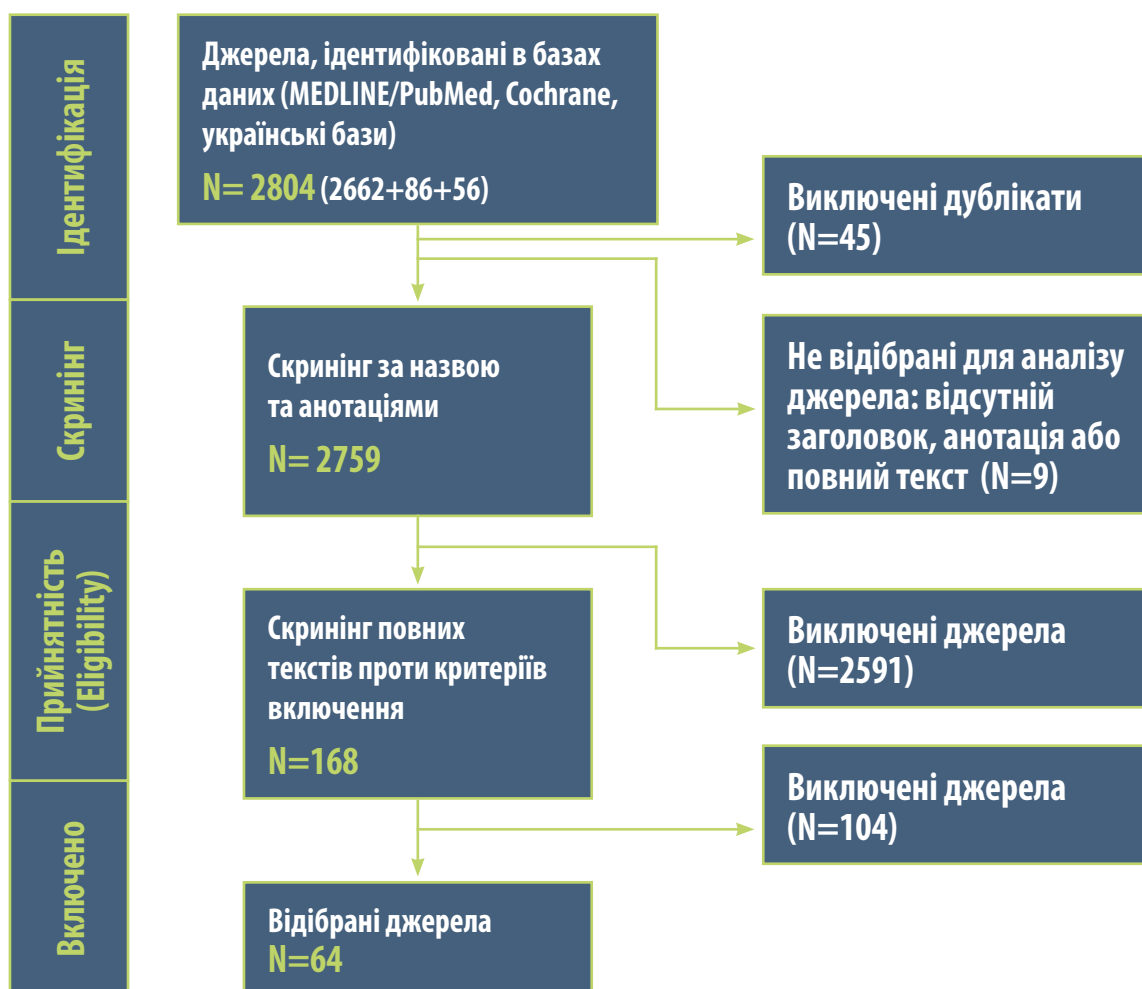
Після видалення дублікатів дослідники перевірили заголовки всіх джерел, а також анотації (*abstracts*) даних публікацій на їх відповідність **критеріям включення:**

1. Опубліковані в період останніх п'яти років.
2. Опубліковані в міжнародних та українських рецензованих журналах.
3. Основна тема дослідження стосується доступу до тестування на ВІЛ та програм профілактики серед ЛВІН.
4. Опубліковані англійською або українською мовами.
5. Наявні повні тексти джерел.

Джерела, які не відповідали таким критеріям, були видалені, а всі ідентифіковані завантажені в EndNote X7 для подальшого аналізу.

Загалом було ідентифіковано 64 джерела відповідно до рекомендацій щодо проведення вторинного аналізу джерел PRISMA Checklist, 2004, які представлено за допомогою PRISMA flowchart (Рис. 1).

Рис. 1. PRISMA діаграма (PRISMA flowchart)



Методологія кабінетного дослідження більш детально представлена у [Додатку 1](#).

1.4. МЕТОДОЛОГІЯ ЯКІСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Якісне польове дослідження проведено методом напівструктурованого глибинного інтерв'ю. Для мінімізації ризиків, пов'язаних із COVID-19, інтерв'ю проводилося з використанням засобів дистанційного зв'язку (телефоном або Skype).

Вибірка та географія дослідження. Загальна вибірка дослідження складала сорок ЛВІН, які відповідали наступним критеріям включення:

1. досвід вживання ін'єкційних наркотиків хоча б один раз протягом останніх 30 днів до моменту проведення дослідження;
2. вік від 15 років і старше на момент проведення дослідження;
3. тривалість проживання / роботи / навчання у місті дослідження не менше 3 міс.;
4. надання письмової інформованої згоди на участь у дослідженні

Додатковими критеріями варіації відбору ЛВІН був ВІЛ-статус: до вибірки потрапили ЛВІН з ВІЛ-позитивним, ВІЛ-негативним або невідомим статусом.

Критерії виключення:

1. такий стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, який унеможлиблює розуміння та спроможність відповідати на запитання анкети, а поведінка респондента загрожує його власній безпеці або безпеці оточуючих;
2. відмова надати письмову інформовану згоду на участь у дослідженні

Дослідження передбачало критеріальну вибірку (обираються випадки, що відповідають заздалегідь окресленим критеріям) з елементами методу максимальної варіації (респонденти відбираються таким чином, щоб кожен випадок, по можливості, якомога більше відрізнявся від попереднього).

Збір даних здійснювався у чотирьох містах України з числа регіонів, у яких працює PEPFAR: Черкаси, Кривий Ріг, Дніпро, Одеса. У таблиці 2 представлено категорії опитаних ЛВІН у кожному місті дослідження.

Таблиця 2. Вибірка дослідження

№ з/п	Категорія ЛВІН	Кривий Ріг	Черкаси	Дніпро	Одеса	Загалом
1	Ніколи не зверталися до програм з профілактики ВІЛ-інфекції (зокрема, ніколи не тестувалися на ВІЛ та не знають про свій ВІЛ-статус, або тестувалися не в НУО)	6	6	6	6	24
2	Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз	2	2	2	2	8
3	Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі	2	2	2	2	8
Усього		10	10	10	10	40

Збір даних. Тривалість інтерв'ю становила від 37 хв. до 2 год., середня тривалість – 1 год.

Рекрутинг учасників здійснювали співробітники НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції або послуги з кейс-менеджменту для ЛВІН, та самі ЛВІН за принципом «рівний – рівному» і методом «снігової кулі». Після надання інформованої згоди рекрутери та інтерв'юєри здійснювали перевірку респондентів на відповідність критеріям включення за допомогою скринінгової анкети.

Інтерв'ю проводилися українською або російською мовами на вибір респондента. Після кожного інтерв'ю дослідники заповнювали картку інтерв'юєра, у якій описували свої спостереження та враження від інтерв'ю, а також подавали короткий зміст бесід. Дослідницька команда обговорювала складнощі, запитання, цікаву інформацію, отриману під час бесід на щотижневих зустрічах. Внаслідок таких обговорень стратегія проведення інтерв'ю та/або теми гайду дещо змінювалися і уточнювалися.

Всі учасники дослідження отримали грошову компенсацію у розмірі 350 грн за приділений час для участі в інтерв'ю.

Аналіз даних. Всі інтерв'ю записувалися на диктофон, були транскрибовані та завантажені для подальшого аналізу в Atlas.ti. Отримані дані аналізувалися методом дедукції та кодувалися з використанням тематичного кодування (Pope S., 2006). Для аналізу даних використана соціально-екологічна теоретична модель, описана у Розділі 2. Три дослідники незалежно кодували інтерв'ю за попередньо погодженим набором кодів (*coding framework*), враховуючи значення та взаємозв'язки окремих фрагментів тексту. Теорії середнього рівня (*mid-range theories*) були розроблені після обговорення індивідуально закодованих даних та погодження фінального набору кодів. Якщо під час кодування виникали додаткові індивідуальні коди, після обговорення вони долучалися до загального набору кодів.

1.5. ЕТИЧНІ ПИТАННЯ

Дослідження проводилося відповідно до Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України та Гельсинської декларації етичних принципів. Протокол та інструментарій дослідження було схвалено Комісією з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я». Кожний респондент детально інформувався відносно цілей даного дослідження, принципів анонімності, конфіденційності та добровільної згоди, права відмовитися від дослідження у будь-який час, а також щодо ведення аудіозапису бесіди. Всі учасники дослідження під час рекрутингу надали письмову інформовану згоду на участь у проєкті, а інтерв'юер додатково отримав інформовану згоду, яка з дозволу респондента записувалася на диктофон. Респондентам було надано контакти дослідника та Комісії з питань етики, куди вони матимуть можливість звернутися у разі виникнення питань щодо дослідження, розповсюдження та використання даних.

Інтерв'ю були анонімними, учасники могли обрати будь-яке зручне для них ім'я, жодна персональна інформація, за якою можна ідентифікувати учасника, не була отримана чи збережена (напр., справжнє прізвище, ім'я, по батькові або адреса). Для збереження та аналізу даних використовувався порядковий номер інтерв'ю та регіон, наприклад: Одеса_01, Одеса_02, Одеса_03, Одеса_04. Усі фахівці, залучені до проєкту, підписували угоду про конфіденційність даних.

Для проведення інтерв'ю у телефонному або Skype режимі була забезпечена приватність та захист даних. Інтерв'юери користувалися окремо створеним для цього дослідження аккаунтом. Кожний учасник був забезпечений новою телефонною карткою (через рекрутера або купував її особисто; в обох випадках вартість була відшкодована) та/або створював новий аккаунт в Skype для участі в інтерв'ю. Після завершення інтерв'ю кожен отримував компенсацію за витрачений час у розмірі 350 грн (готівкою через рекрутера).

1.6. ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кабінетне дослідження проводилося у період з 30 квітня по 25 травня 2020 року, збір даних у межах якісного дослідження – з 17 по 22 червня 2020 року. Обробка даних, транскрибування, кодування та аналіз інтерв'ю здійснювалися з 15 червня по 22 вересня того ж року.

1.7. ПОДЯКИ

Реалізація дослідження стала можливою за підтримки фахівців, яким автори звіту висловлюють подяку – Максиму Алімову, ОБФ «Шлях до дому», м. Одеса; Олені Лобченко, регіональний координатор проєкту КРІФ, м. Кривий Ріг; Сергію Діденку, БО «100% ЖИТТЯ ЧЕРКАСИ», м. Черкаси; Світлані Калініченко, ГО «Дорога життя Дніпро», м. Дніпро; Марині Корніловій, МБФ «Альянс громадського здоров'я»; Тетяні Салюк, МБФ «Альянс громадського здоров'я».

2. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ

Соціально-екологічна модель є теоретичною моделлю, яка визначає, як взаємодія факторів різних рівнів (внутрішньо-особистісного, міжособистісного, мережевого, суспільного та політичного) призводять до формування соціальної нерівності в суспільстві та підвищення ризику виникнення певних захворювань, синдромів та станів. Модель описує комплексні зв'язки між індивідуальними (мікро-), суспільними, мережевими (мезо-) та політичними (макро-) факторами та різними показниками здоров'я і досягненнями різноманітних програм та інтервенцій у сфері громадського здоров'я.

Епідеміолог і професор університету Джона Гопкінса Стефан Берел спільно з колегами презентував у статті *«Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics»* п'ятирівневу соціально-екологічну модель, яка описує мікро-, мезо- та макрофактори і ризик інфікування ВІЛ (*Рис. 2*) (Baral S., 2013).

Перший рівень представлено індивідуальними, соціально-демографічними та поведінковими характеристиками, що впливають на рівень уразливості людей до ВІЛ.

Другий рівень включає фактори, які пов'язані з соціальними та сексуальними мережами ключових груп, які можуть використовуватися в якості інформаційних каналів для просування інформації про профілактику ВІЛ-інфекції, надання додаткової соціальної підтримки та мобілізації спільнот ключових груп.

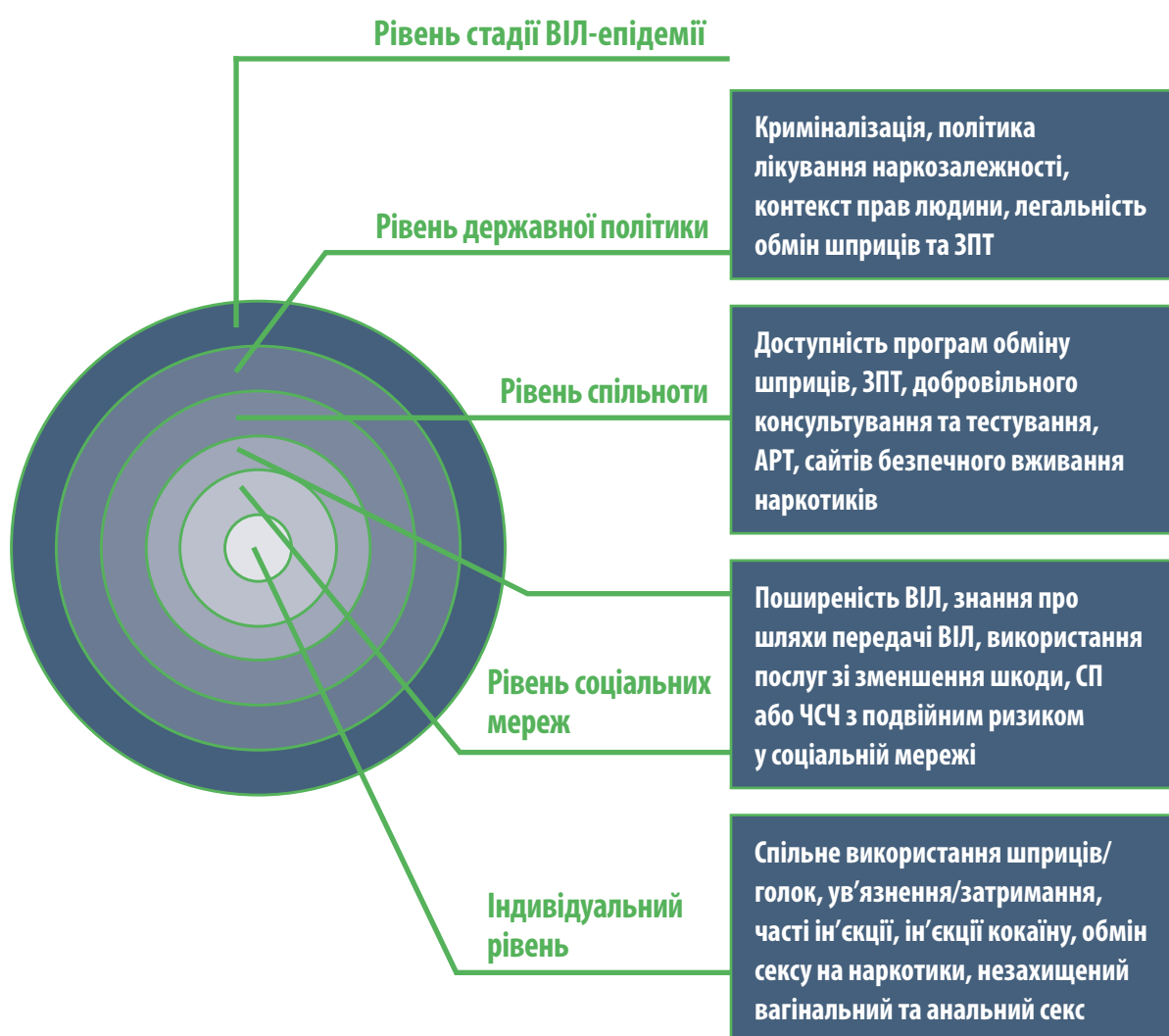
Третій рівень виокремлює культуральні цінності та соціальні норми суспільства, що можуть призвести до стигматизації, дискримінації та соціальної нерівності представників ключових груп як девіантних і маргінальних членів суспільства.

Четвертий рівень – це рівень державної політики, який відіграє вирішальну роль у створенні ефективних програм профілактики та лікування ВІЛ. Цей рівень визначає «ключові правила» локального контексту включно з діючи-

ми правовими нормами чинного законодавства, доступністю медичних послуг та послуг з профілактики ВІЛ, криміналізацією вживання наркотичних речовин або секс-роботи.

П'ятий рівень – це рівень стадії епідемії ВІЛ в локальному контексті. Він включає рівень поширеності та кількість нових випадків ВІЛ-інфекції (в розрізі різних підгруп населення та ключових груп) і основний шлях передачі ВІЛ на рівні загальної популяції даного регіону (країни), таким чином впливаючи на індивідуальні ризики інфікування як населення загалом, так і представників ключових груп зокрема.

Рис. 2. П'ятирівнева соціально-екологічна теоретична модель зв'язку між рівнями ризику та профілактичною інтервенцією



3. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

3.1. ПОРТРЕТ ЛВІН, ЯКІ НЕ КОРИСТУЮТЬСЯ ТА КОРИСТУЮТЬСЯ ПОСЛУГАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Стать. За даними біоповедінкового дослідження серед ЛВІН, 47% чоловіків і 53% жінок отримували ВІЛ-профілактичні послуги в НУО упродовж останнього року (шприци або презервативи, проходили тестування швидкими тестами на ВІЛ або гепатит С) (Середа Ю., 2020). Разом з тим, ці дані можуть не відображати статевого портрету клієнтів НУО, оскільки частка жінок у вибірці складає 17,6% і вони вважаються більш важкодоступними для досліджень у порівнянні з чоловіками. Результати кабінетного дослідження свідчать, що ЛВІН-жінки мають низку гендерно-специфічних бар'єрів щодо тестування на ВІЛ, які перешкоджають їх зверненню за медичними послугами (Metsch L., 2015; King E.J., 2016; Ярошенко А.О., 2017; Iversen J., 2015; Jamshidimanesh M., 2017). Крім того, права та «традиційний» гендерний розподіл обов'язків у деяких патріархальних суспільствах варто розглядати як потенційний бар'єр доступу до медичних послуг, включно з тестуванням на ВІЛ. У таких суспільствах ЛВІН-жінки можуть стикатися зі стигмою інших ЛВІН, статевих партнерів, друзів і родичів, які засуджують вживання наркотичних речовин жінкою більше, ніж чоловіком.

Вік. Частка ЛВІН, які отримували ВІЛ-профілактичні послуги, збільшується з віком – від 27% серед осіб молодше 25 років до 54% – серед осіб старше 45 років (Середа Ю., 2020). Результати низки досліджень свідчать, що ЛВІН старше 25 років з вищою вірогідністю тестуються на ВІЛ за показниками «регулярності проходження тестування», «тестування протягом останніх 3 чи 6 міс.» або «коли-небудь в житті» (Ganju D., 2016; Shokoohi M., 2016).

У даному дослідженні ЛВІН молодше 25 років не потрапили до вибірки, що можна пояснити меншою їх присутністю серед клієнтів НУО та інтеграцією у спільноту ЛВІН через специфіку вживання наркотиків і меншою асоціацією себе з цією групою. Більшість респондентів дослідження склали ЛВІН віком

від 28 до 45 років, які різняться між собою характеристиками і різною поінформованістю щодо програм профілактики ВІЛ та досвідом тестування на ВІЛ. Серед респондентів також є ЛВІН віком старше 45 років, які почали вживати ін'єкційні наркотики за часів Радянського Союзу або у 90-х роках, коли в суспільстві домінували різні міфи щодо ВІЛ-інфекції. Серед ВІЛ-позитивних респондентів є особи, діагноз яким було поставлено ще до впровадження в Україні безкоштовного АРТ-лікування. А ВІЛ-негативні намагаються час від часу проходити тест на ВІЛ, хоча й без певної регулярності. Представники старшого віку добре обізнані щодо ВІЛ, послуги НУО та тестування. Серед цієї вікової групи були респонденти із числа колишніх клієнтів та особи, які ніколи не користувалися програмами профілактики, пояснюючи це незручністю місць розташування стаціонарних сайтів тестування, відсутністю мобільних амбулаторій або обмеженістю роздаткових матеріалів.

Освіта. Серед учасників біоповедінкового дослідження, незалежно від їхньої освіти (початкова та неповна середня, повна середня та середня спеціальна, неповна та повна вища), від 43% до 47% ЛВІН отримували ВІЛ-профілактичні послуги протягом року (Середа Ю., 2020). За результатами огляду літератури вищий рівень освіти був визначений як фасилітатор тестування на ВІЛ (Mlunde L.B., 2016; Rosińska M., 2016). Можна також припустити, що вищий рівень освіти відповідає вищому рівню знань щодо ВІЛ-інфекції та розумінню особистого ризику (*self-perceived risk*) щодо ВІЛ, що пов'язаний зі зверненням для проходження тестування (Jamshidimanesh M., 2017; Shokoohi M., 2016; Mlunde L.B., 2016; Alves Guimarães R., 2017; Jiang Z., 2018; Rosenkranz M., 2016).

Зайнятість. Якщо лише чверть ЛВІН, які навчаються, отримувала профілактичні послуги упродовж року, то серед ЛВІН, які мають постійну роботу, таких 52%, а серед тих, хто має випадкові заробітки або не має роботи зовсім, – від 43% до 47% зверталися в НУО за тією чи іншою послугою протягом року (Середа Ю., 2020).

У даному дослідженні респонденти переважно були зайняті фізичною або низькокваліфікованою роботою: вантажник, охоронець, дворник, будівельник тощо. Серед респондентів були майстер з ремонту телефонів, майстер тату, бармен, однак скоріше як виняток. Значна частина респондентів не має постійної роботи, заробляє тимчасовими підробітками або займається протизаконною діяльністю. Через правопорушення значна частка респондентів мала в минулому тюремний досвід. І в категорії клієнтів та не-клієнтів НУО представлені і безробітні, і ЛВІН з випадковою або постійною роботою.

Рівень доходу. Найбільша частка отримувачів профілактичних послуг НУО серед ЛВІН має дохід менше 1800 грн (55%). Серед тих, хто заробляє в місяць більше 9000 грн, 42% зверталися до НУО протягом року, і серед них менше осіб з досвідом тестування на ВІЛ упродовж останніх 12 міс. (36%) (Середа Ю., 2020). Згідно з результатами огляду літератури, вищий рівень доходу та наявність роботи можуть сприяти зверненню за тестуванням на ВІЛ (Mlunde L.B., 2016; Tempalski B., 2019; Legoupil C., 2017).

Рівень щомісячного доходу серед учасників дослідження варіює від 2 до 15 тис. гривень (переважно 5–10 тис.). Є й такі, які не працюють і живуть за рахунок родичів або отримують нелегальний дохід. Навіть респонденти, які заробляють порівняно великі кошти, зізнавалися, що більшу частину доходу вони витрачають на наркотики. ЛВІН з низькими доходами більше зацікавлені в отриманні послуг НУО. Зокрема, вони радо отримують фінансову винагороду за тестування та різноманітні роздаткові матеріали від НУО (шприци, презервативи, спиртові серветки). Для тих, хто має високі та стабільні доходи, матеріальне заохочення не є аж надто важливим.

Сім'я. За даними біоповедінкового дослідження, одружені/заміжні ЛВІН або ті, хто має постійного партнера, звертаються за послугами НУО так само часто, як і ЛВІН, які офіційно не перебувають у шлюбі або не мають постійного партнера (по 46%). Аналогічна ситуація й з проходженням тестування на ВІЛ упродовж 12 міс. – близько 60% ЛВІН з партнером і без нього мали такий досвід. За результатами кабінетного дослідження, наявність сім'ї та дітей є важливим чинником, що спонукає ЛВІН звертатися за медичними послугами загалом і за тестуванням на ВІЛ зокрема (*Jamshidimanesh M., 2017; Ganju D., 2016; Mlunde L.B., 2016*).

ЛВІН, які взяли участь у нашому дослідженні, мають різний сімейний статус (одружені/заміжні та неодружені/незаміжні, розлучені та такі, що мають співмешканців) і склад сім'ї (з дітьми/онуками та без них). Наявність близьких людей, а особливо дітей, є тим чинником, що змушує ЛВІН краще слідкувати за своїм здоров'ям. Відповідно, особи, які їх мають, з більшою вірогідністю стають клієнтами НУО. З іншого боку, особи, які не бажають ідентифікувати себе з ЛВІН та приховують від близьких свою залежність (а це характерно переважно для молодших респондентів), можуть уникати контактів з НУО та участі у програмах профілактики. Однак другий варіант серед наших опитуваних зустрічався значно рідше.

Вид наркотиків. Половина споживачів опіоїдів та 29% споживачів стимуляторів зверталися за профілактичними послугами в НУО упродовж останнього року (*Середа Ю., 2020*). Якщо ж проаналізувати відповідну літературу, то чітких зв'язків між вживанням чи невживанням різних наркотичних речовин і тестуванням на ВІЛ ми не побачимо. Наприклад, вживання наркотиків неін'єкційним шляхом та вживання лише однієї наркотичної речовини було пов'язано з негативною реакцією на тестування на ВІЛ у Китаї (*Jiang Z., 2018*), однак у Росії встановити зв'язок між «нездоровим рівнем вживання алкоголю», вживанням наркотиків ін'єкційним шляхом, тяги до опіоїдів та каскадом лікування ВІЛ не вдалося (*Idrisov B., 2017*).

Відповіді опитуваних свідчать про вживання різних видів наркотичних речовин, хоча найбільш поширеним є метадон. Це відрізняє портрет респондентів від портрету учасників біоповедінкового дослідження, серед яких 60% вживали протягом останнього місяця екстракт опію в рідкому стані (ширку) і 24% – метадон в порошку або таблетований. За словами

респондентів, які раніше вживали опіум, він сьогодні зникає з вулиць, тому вони змушені переходити на рідкий вуличний метадон. Серед учасників дослідження є особи, які отримують таблетований метадон у рамках програми замісної підтримувальної терапії, а також особи, які тільки планують взяти в ній участь. Однак це не виключає періодичного вживання ними ін'єкційних наркотиків.

Вживання алкоголю. Згідно з результатами огляду літератури, вживання алкоголю було пов'язано з тестуванням на ВІЛ серед ЛВІН (*Rosińska M., 2016; Jiang Z., 2018; Croxford S., 2018; An Q., 2017*).

Більшість респондентів намагаються не вживати міцних алкогольних напоїв регулярно, обмежуючись слабоалкогольними. Є й такі, що вживають міцний алкоголь разом із наркотиками. Старші та досвідченіші ЛВІН намагаються обмежувати вживання алкоголю та надають перевагу наркотичним речовинам.

Проживання в місті. Згідно з результатами огляду відповідної літератури, проживання в більшому за розміром населеному пункті було пов'язане з вищим рівнем тестування на ВІЛ серед ЛВІН. Дані результати варто розглядати в контексті декількох факторів:

- а)** більша кількість сайтів НУО/сайтів тестувань у місті (більшому населеному пункті);
- б)** грошові та часові витрати, пов'язані з транспортом/дорогою до сайту надання послуг з тестування на ВІЛ;
- в)** можливість пройти тестування анонімно. У маленькому населеному пункті, де «всі всіх знають», така можливість може бути обмежена або відсутня в реальному житті, що ускладнює надання послуг з тестування на ВІЛ серед ЛВІН (*Rosińska M., 2016; Feng L-Y., 2019; Dunn M., 2016; Слабкий Г.О., 2017*).

3.2. БАР'ЄРИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД ЛВІН

3.2.1. СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ

За результатами огляду літератури стигма та дискримінація визначалися в більшості опрацьованих статей як ключовий бар'єр до користування медичними послугами для ЛВІН (Rosenkranz M., 2016; US National Library of Medicine, 2019; Pilgrim N., 2019; Lan C.W., 2018; Kiriazova T., 2017; Ochonye B., 2019; Biancarelli D.L., 2019; Paquette C.E., 2018; King E.J., 2019; Ryan S., 2017), зокрема участі у програмах профілактики та тестування на ВІЛ-інфекцію. Цей бар'єр є суттєвим і комплексним фактором, який взаємодіє та підсилює решту бар'єрів на індивідуальному рівні (мікрорівень), рівнях громад (мезорівень) і політик (макрорівень).

У суспільстві продовжує домінувати негативне ставлення до ЛВІН, недостатня поінформованість щодо ВІЛ-інфекції та схильність до стереотипізації й стигматизації ЛЖВ.



Да какая дружба с таким вот наркоманом! Как с ним дружить, как к нему вообще подходит! Вот. Это я чувствовал на себе, оно меня тоже обижало некоторое время...

Ч-5, не клієнт, чоловік, 33 роки, м. Черкаси



Было вот такое в двухтысячных, да и сейчас еще есть. Общество не готово, считает себя настолько далеким от этого всего. Они считают, что ВИЧ бывает только у наркоманов или проституток, или у гомосексуалистов, и что к ним в дом он не придет!..

О-2, поточний клієнт, жінка, 32 роки, м. Одеса



Знаете, это, наверное, общественное мнение. Если у человека ВИЧ, то он все... уже ходячий труп... Но просто это временное явление...

Д-7, не клієнт, чоловік, 31 рік, м. Дніпро

Тому ЛВІН нерідко уникають тестування на ВІЛ **через страх зазнати суспільного осуду, навішування ярликів та маргіналізації.**



Страх... На самом деле страх. Лучше не знать тогда. Я вам честно скажу, если б не 60 гривен, я б, наверное, сам не пошел, нет. Ну, потому что страх, ну как с этим жить тогда?.. Тут и так все проиграно, и так все очень плохо и печально, а тут еще на тебе – у тебя вичуха... Короче, что с этим делать, непонятно...

КР-12, колишній клієнт, чоловік, 35 років, м. Кривий Ріг



Когда люди вот так проходят тестирование, то потом еще больше как-то замыкаются в себе, когда у них находят ВИЧ там или еще что-то. И я вот тоже, как говорится, побаивался, чтоб не узнать о себе этого...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Суб'єктом стигматизації також можуть бути реальні особи, з якими щодня взаємодіють ЛВІН. Наприклад, близькі люди – батьки, дружина/чоловік або партнерка/партнер. Погані стосунки з людьми, які могли б підтримати, призводять до втрати кола осіб, яким можна довіряти та дослухатися до них, зокрема, у питаннях здоров'я. **Страх втратити близьких через те, що вони дізнаються про хворобу**, є бар'єром до тестування.



Ну, потому что родители вообще отказались от меня еще шесть лет назад. Им было пофиг, где я, что я... У нас народ привык так: если ты ВИЧ-инфицированный, то все... А кому ж хочется быть вот этим «все»?

Ч-5, не клієнт, чоловік, 33 роки, м. Черкаси



Страх узнать, что у тебя ВИЧ, и что узнает жена... А жену я очень боюсь потерять. Вот в чем дело...

Д-7, не клієнт, чоловік, 31 рік, м. Дніпро

На думку респондентів, через стигму до ЛЖВ інші ЛВІН можуть змінити своє ставлення до людини, яка виявиться ВІЛ-позитивною. **Страх зазнати стигматизації від партнерів по вживанню наркотиків або алкоголю** може утримувати від тестування на ВІЛ.



Ну, друзья или кто там узнает. Может, какие-то другие отношения будут с ними. Вот так же бывает, сидишь, бухаешь, а там у кого-то вот такая болячка, и начинают

сразу шугаться. Говорят, мол, не бойся, оно не переходит, оно только по крови, вот так было. А если бухать из одного стакана, ничего такого страшного нет. А некоторые, наоборот, воспринимают так, что это может перейти. Боятся из одного стакана с тобой пить...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Ще одним суб'єктом дискримінації для ЛВІН-ЛЖВ є роботодавці та потенційні роботодавці. **Страх втратити чи не знайти роботу, не мати можливості професійної самореалізації через розголошення факту вживання наркотиків** призводить до уникнення тестування на ВІЛ.



Это ж клеймо сразу. Это не то, что тебя там наркоманом назвали и забыли. Нет, это все. Уже везде, куда бы ты не пришел, сразу же видно, кто ты. То есть, скажем так, рана заживет, позор навсегда. Ну и не хотелось бы вот так. Думаю, никому не хотелось бы...

О-1, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Одеса

Наслідком думки, що домінує в суспільстві відносно ЛЖВ, стає **самостигматизація** тих, у кого є підозри щодо наявності ВІЛ.



Знаете, просто не хочется узнать, что ты не такой, как все, что у тебя что-то работает неправильно, что ты слабое звено... Страшно...

Д-7, не клієнт, чоловік, 31 рік, м. Дніпро



Некоторые боятся... Ну, стыдятся, что вот вдруг у тебя найдут там и... И уже начинаешь об этом думать, начинаешь сам себя съедать...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Страх зазнати стигми та дискримінації з боку соціального оточення та суспільства в цілому призводить до того, що респонденти **не бажають фігурувати в жодних базах даних або ставати на будь-який облік**. Вони не розрізняють поняття анонімності та конфіденційності і часто вважають, що називати своє прізвище для внесення в базу даних НУО чи центру СНІДу для них небезпечно. Особливо це стосується молодших учасників дослідження, яким, за їхніми словами, є що втрачати, адже вони планують бу-

дувати кар'єру та стосунки і хвилюються, що їхній статус ЛВІН або ЛВІН-ЛЖВ буде оприлюднений. ЛВІН старшого віку в інтерв'ю неодноразово наголошували, що вже не бояться розголосу, тому не приховують свого статусу.



Об этом я знаю, что практически все в возрасте до 25 лет, особенно малолетки, наркоманы, они все поголовно боятся какие-то свои данные давать, паспорт кому-то светить, рассказывать, что вот мы колемся...

Ч-5, не клієнт, чоловік, 33 роки, м. Черкаси

Отже, ЛВІН, які вперше потрапляють до НУО, важливо пояснювати, чому від них вимагають певну особисту інформацію, але гарантують конфіденційність і не передають далі в жодні інші установи.

Українські автори також вказують на те, що **страх судового переслідування** ізолює ЛЖВ і викликає небажання проходити тестування на ВІЛ, брати участь у програмах профілактики й лікування або повідомляти про свій статус партнерам (Білак-Лук'янчук О., 2017). Загалом, згідно з результатами систематичного огляду літератури, криміналізація вживання наркотичних речовин має негативний ефект на доступ до профілактичних та медичних послуг серед ЛВІН (DeBeck K., 2017).

У контексті стигми та дискримінації наукова література визначає важливість норм законодавства. Законодавство, яке регулює порядок надання медичних послуг, зокрема послуг тестування і лікування ВІЛ, та вживання наркотичних речовин визначало локальний контекст країни і могло бути як бар'єром, так і фасилітатором ЛВІН до тестування на ВІЛ.

3.2.2. ВИКРИВЛЕНЕ СПРИЙНЯТТЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА НЕДОСТАТНЯ УВАГА ДО НЬОГО

Особливості сприйняття здоров'я і здорової людини серед ЛВІН може слугувати бар'єром до звернення за тестуванням на ВІЛ та медичними послугами загалом. Це чітко прослідковувалося у бесідах з деякими респондентами, а саме у визначенні ними свого стану як здорового. Здоровий стан ідентифікувався як стан після вживання наркотичних речовин, а так звані «кумари» – як стан хворої людини.



Ну вот я проснулся. О чем я буду думать?.. Я думаю, как поправить здоровье. То есть, чтоб мне было хорошо. Я не думаю ни о чем, я иду, уколюсь – и все... Теперь я могу думать о чем попало, потому что мне уже хорошо...

КР-10, поточний клієнт, чоловік, м. Кривий Ріг

Нерозвинута поведінка щодо власного здоров'я є одним із бар'єрів до тестування на ВІЛ. Байдужість до всього, окрім наркотиків, а зокрема і до власного здоров'я, характерний стан для людей, які системно вживають ін'єкційні наркотики.



Ну, на уме всегда одно, где взять денег, чтоб уколется. А все остальное, ну, как по мне, неинтересно...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Бар'єром до тестування може бути **впевненість ЛВІН у мінімізації власних ризиків інфікуватися ВІЛ**. Респондент, який не бажає тестуватися, аргументує своє рішення, зокрема, тим, що він дотримується всіх правил гігієни при вживанні наркотичних речовин і контролює якість наркотиків.



Раз в месяц я еду туда, где непосредственно готовят наркотик. То есть, я присутствую, я вижу, чтоб все было чисто и все было новое. И шприцы, и даже салфетки спиртовые я всегда беру с собой, если там иду колотся. Либо делаю это дома. То есть, не на улице или где-то там по подъездам. Дома я могу спрятаться в туалете или в ванной, чтоб жена не видела. Я же понимаю, что подцепить болячку легко, а вылечить ее потом тяжело. Просто излишняя самоуверенность не дала мне сдать анализы раньше...

Д-6, не клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро

3.2.3. НЕГАТИВНИЙ ДОСВІД ОТРИМАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЗОКРЕМА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Особистий досвід, який людина мала в своєму житті, може бути одночасно і бар'єром, і фасилітатором до тестування на ВІЛ. Так, автори відібраних для аналізу наукових публікацій відзначали важливість негативного попереднього досвіду отримання медичних послуг, зокрема: негативне ставлення медичних працівників, відмова надавати медичні послуги, словесні образи, хабарі, примусове тестування, відсутність консультування та інформації щодо результатів такого тестування. Такий негативний досвід сприяє формуванню недовіри з боку ЛВІН до медичних працівників, що було бар'єром до тестування на ВІЛ.

Один із учасників дослідження мав **досвід хибно-позитивного тесту на ВІЛ-інфекцію**, що стало стресовою подією для нього. За його словами, він мав сильну депресію, а протягом кількох тижнів очікування результатів повторного аналізу в нього з'являлися думки про самогубство. У подальшому це призвело до небажання перевіритися на наявність ВІЛ-інфекції.



Весь этот месяц я был как на иголках, у меня такие были стрессы... Ну, вы сами понимаете... истерики, депрессия. А потом все это не подтвердилось... Ну, взяли же еще кровь и доставили в Киев, и пришел ответ отрицательный. Просто из-за ослабленного иммунитета оно показало. Потому что я тогда только-только воспалением переболел. И после этого я сказал, что никаких тестов делать не буду. Потому что я думал поседею за этот месяц...

Д-б, не клієнт, чоловік, 27 років, м. Дніпро

Деякі респонденти описували **негативний досвід отримання медичних послуг та тестування на ВІЛ у закладах пенітенціарної системи, а саме недотримання принципів добровільності**. У наукових статтях також наголошується на ймовірності порушення засад добровільності в закладах виконання покарань, наркологічних та реабілітаційних центрах, де ЛВІН змушували тестуватися або проводили тестування на ВІЛ, перевіряючи наявність інших інфекцій. Такий негативний попередній досвід, інституціоналізований на рівні окремих закладів та національних політик, є бар'єром до тестування на ВІЛ і порушує фундаментальні принципи, визначені ВОЗ (Shokoohi M., 2016; Rosenkranz M., 2016; King E.J., 2019; DeBeck K., 2017; Lambdin B.H., 2017; Bazazi A.R., 2018).

Якщо попередній випадок є радше одиничним, то значно частіше серед респондентів зустрічається **негативний досвід взаємодії з медичними закладами та недовіра до лікарів**. Тестування на ВІЛ-інфекцію ЛВІН сприймають як медичну процедуру, тому попередній негативний досвід спілкування з медичним персоналом (напр., вимагання хабаря) щодо вирішення інших проблем зі здоров'ям може бути бар'єром до тестування. Респонденти або особисто мали такий досвід, або мають приклади зі свого близького оточення, що формує певний узагальнений образ медичних працівників і системи медичної допомоги в цілому. Тому **потреба додаткових підтверджувальних тестів або визначення вірусного навантаження** могла спричинити відмову від тестування на ВІЛ.



Случилось так, что я обращался в больницу с воспалением легких. Это было давно, лет двенадцать назад. Меня как бы послушали, померяли температуру и сказали: «Да, воспаление, да, тебе плохо... А деньги есть на лечение?» А у меня денег нет. Я тогда, можно сказать, бомжевал. И меня отправили, говорят: «Иди, ищи деньги, когда найдешь, тогда придешь». Все, после этого как отрезало. Я не хочу никуда ходить, ни к кому обращаться...

Д-1, не клієнт, чоловік, 37 років, м. Дніпро



Не хочу я никуда идти и не хочу я никаких врачей... У меня, короче, доверия к врачам нет...

Д-5, колишній клієнт, чоловік, 58 років, м. Дніпро

3.2.4. НЕДОСТАТНІЙ РІВЕНЬ ЗНАНЬ ЩОДО ВІЛ, ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

Одним із основних бар'єрів до участі в програмах профілактики та виявлення ВІЛ є **недостатня поінформованість щодо їх наявності та можливості безкоштовно пройти тестування.**



Мало кто знает, что есть вот такие организации. Люди, может быть, и приходили бы, но о них мало кто знает...

Д-6, не клієнт, чоловік, 27 років, м. Дніпро

Незнання, викривлені та фрагментарні знання особливостей ВІЛ так само негативно позначаються на імовірності участі у програмах профілактики для ЛВІН. Показовим є хід думок одного із учасників нашого дослідження. Перекоаний у тому, що з ВІЛ можна жити все життя і він вже не є вироком, наш респондент відкидає думки про профілактику та ймовірність інфікування.



Вот когда я так с людьми разговариваю и мне говорят, что ничего страшного и с ВИЧ люди живут... короче, что все нормально, ничего тут такого страшного нет. Ну и я как-то так отношусь к этому... не боюсь, не переживаю. Мне просто сказали, что люди живут с этим, если нормальный образ жизни. Не задумывался никогда, что заболею...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Отже, **надто активна популяризація ідеї про те, що ВІЛ-інфікована людина може жити нормальним життям**, сприяє несерйозному сприйняттю захворювання серед ЛВІН. Комунікаційні кампанії мають акцентувати не лише на тому, що з ВІЛ можна жити, а й на тому, що з ВІЛ можна жити лише за умови вчасного виявлення ВІЛ-інфекції та лікування.

3.2.5. РЕСУРСОЗАТРАТНІСТЬ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ З ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

Часові (очікування в чергах) та транспортні (необхідність їздити до пункту тестування) витрати були насправді бар'єрами до тестування на ВІЛ та звернення до програм профілактики. ЛВІН зважували вартість проїзду до НУО та вартість шприца, який вони можуть там отримати, розмірковуючи про доцільність поїздки за безкоштовними роздатковими матеріалами.



Целенаправленно я как бы потрачу время и те же деньги на проезд, и что я себе смогу по-быстрому купить...

Ч-9, не клієнт, чоловік, 41 рік, м. Черкаси

Респонденти часто наголошували на тому, що не люблять витратити свій час на очікування. Іноді вистоювання в чергах, за їхніми словами, триває нестерпно довго. **Тривалість процедури тестування та консультування**, безумовно, є бар'єром до тестування.



На мой взгляд, по времени действительно долго. Мне как бы всегда нужно куда-то бежать, спешить. На мой взгляд, долго...

КР-11, поточний клієнт, чоловік, 40 років, м. Кривий Ріг

Потреба очікування результатів тестування на ВІЛ також може бути одним із бар'єрів. Томилко О.А. та ін. описали логістичні проблеми функціонування системи (визначені протоколами Міністерства охорони здоров'я України) як бар'єри до утримання пацієнтів, а саме отримання результатів тестування на ВІЛ: «23% осіб, які пройшли тестування і отримали позитивний результат, не стали на облік в ЗОЗ. Зважаючи на те, що з більшості центральних районних лікарень доставка біоматеріалу для визначення антитіл до ВІЛ здійснюється в середньому один раз на декілька тижнів, хворі на момент надходження результату тестування на ВІЛ вже є виписаними зі стаціонару та у подальшому не отримують інформацію про результат тестування на ВІЛ» (Томилко О., 2018).

3.3. ФАСИЛІТАТОРИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД ЛВІН

3.3.1. ПІДТРИМКА БЛИЗЬКИХ ЛЮДЕЙ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НИХ

Фактором, що може побороти страх стигми та дискримінації в суспільстві і стати фасилітатором до тестування на ВІЛ для ЛВІН, є **наявність різного виду соціальної підтримки**. Підтримку можуть надавати передусім члени сім'ї особи, якій необхідна допомога, що безумовно сприятиме формуванню у неї потреби звернутися за послугами до програм профілактики та тестуванням. Позитивне ставлення, підтримка, допомога близького оточення відігравали принципову роль для ЛВІН у зміні ставлення до свого здоров'я, власної відповідальності за нього, а також сприяли доступу цільової групи до ВІЛ-сервісних проєктів.

Результати огляду літератури продемонстрували, що сім'я та діти – фасилітатор тестування на ВІЛ, особливо для жінок-ЛВІН (Metsch L., 2015; King E.J., 2016; Ярошенко А.О., 2017; Iversen J., 2015; Jamshidimanesh M., 2017; Ganju D., 2016; Mlunde L.B., 2016; Jiang Z., 2018). З одного боку, ЛВІН отримують соціальну підтримку в сім'ї, усвідомлюють власну відповідальність за стан свого здоров'я та здоров'я близьких, з іншого – ЛВІН, у яких є діти, частіше мають контакт з медичними працівниками, ніж ті особи, які їх не мають (зокрема, тестування на ВІЛ під час вагітності).

Для багатьох респондентів **турбота про близьких людей (найчастіше дітей, а також батьків, партнерів) та прагнення мінімізувати їхні ризики** спонукали звернути увагу на своє здоров'я та дізнатися про свій ВІЛ-статус, тобто були фасилітатором до тестування. Прагнення будь-що захистити близьких від інфікування ВІЛ мотивувало ЛВІН змінити свою сексуальну та ін'єкційну поведінку: використовувати презервативи та чисті шприци. Отже, тематику піклування про близьких можна використовувати під час мотиваційного консультування ЛВІН.



Да, конечно, для меня это важно. Потому что я знаю, рядом люди, с которыми я живу. У меня мама уже в возрасте, да и дядя тоже...

О-б, не клієнт, чоловік, 32 роки, м. Одеса



У меня постоянное общение с маленькой дочерью, и я не хочу испортить ей жизнь. Да и как дальше жить потом? Ведь если бы я узнал, что, не дай бог, из-за меня... В общем, я очень ответственно к этому отношусь...

О-б, не клієнт, чоловік, 32 роки, м. Одеса

Один із респондентів, який нещодавно дізнався про те, що незабаром стане дідусем, вирішив пройти тестування для з'ясування свого ВІЛ-статусу, став відслідковувати ризики власної ін'єкційної поведінки і загалом почав цікавитися власним здоров'ям.



Почему я подошел? Потому что внуки вот будут. Не дай бог, у меня что-то есть, то мне ж нужно лечиться. Чтоб я мог спокойно к внукам подойти. Вот дочка родит, и я буду бояться подойти, не дай бог, заражу ребенка, я ж себе потом до конца жизни не прощу этого. Мне ж легче будет знать конкретно... Вот уже сейчас стараюсь меньше купить шприцы, но купить шприц...

КР-10, поточний клієнт, чоловік, 52 роки, Кривий Ріг

Респонденти говорили не лише про прагнення мінімізувати ризики для близьких. ЛВІН, які мають сім'ю, висловлювалися щодо відповідальності перед ними, необхідності допомагати батькам по господарству, піклуватися про дітей. **Відповідальність перед близькими сприяє більш дбайливому ставленню до власного здоров'я** та слугує фасилітатором до тестування.



Нам-то что, уже возраст. Устал воровать и грабить не хочется, знаете, как говорится, стыдно... Тем более, маленькие дети. Кормить нужно. Поэтому стараешься как-то ограничивать себя. Даже то, что подработаешь, и то не можешь позволить себе все проколоть... Ведь детям нужно помочь...

Д-10, колишній клієнт, чоловік, 53 роки, м. Дніпро



Я очень долго считала, что это просто увлечение и у меня все в порядке, я в любой момент могу остановиться, просто такой у меня сложный жизненный период. Но он слишком затянулся, и я потерялась там, просто потерялась... И вот когда мне сын стал и говорит, мол, не хочу так жить... Вот это, конечно, было сложно...

О-2, поточний клієнт, жінка, 32 роки, м. Одеса

Ще один фасилітатор, пов'язаний із близькими людьми, це **стресовий ВІЛ-досвід серед них** (напр., досвід ВІЛ-позитивного діагнозу або смерті). Він може стати стимулом до тестування і спонукати взяти на себе відповідальність за власне здоров'я.



...И тогда я начал задумываться. Думать уже и за себя, и за них. Что у меня есть и мама, и папа, и сестра, и вообще люди, которым не безразлично. И если я вот так вот в запое, то какая же это беда для них. Думаю, зачем это?.. И тем более знаю, что вот была б Марина жива, она точно знала бы, что я должен вопреки всем выжить и жить... Стараюсь сейчас, очень стараюсь...

Ч-5, не клієнт, чоловік, 33 роки, м. Черкаси

3.3.2. УСВІДОМЛЕННЯ РИЗИКІВ ДЛЯ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я

Розуміння та усвідомлення наявних ризиків у власній поведінці є фасилітатором до тестування і спонукає ЛВІН перевіритися на наявність інфекційних захворювань.



Вот с таким образом жизни, как у меня, думаю, надо тестироваться...

Д-4, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро



Да, все-таки образ жизни. Круг общения... Думаю, чем черт не шутит!.. Все-таки, я понимаю – сколько лет употребляю, мало ли что может быть. То ли шприц чужой взял, то ли с наркоманкой где-то что-то было...

Д-10, колишній клієнт, чоловік, 53 роки, м. Дніпро

Спонукають пройти тестування на ВІЛ також **конкретні випадки ризикованої сексуальної та ін'єкційної поведінки, які відрефлексовує ЛВІН.**



Если наркотик берешь, его уже приносят в старом шприце. А там мало ли что – кололись им, не кололись, я же этого не знаю. Да, непроверенные шприцы... Я, допустим, взял иглу новую, а шприц-то старый...

Д-4, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро



Я с девушкой там начал встречаться. У нее был ВИЧ. Вот я и пошел протестировался потом...

КР-11, поточний клієнт, чоловік, 40 років, м. Кривий Ріг

Піклування про власне здоров'я є ще одним фасилітатором до тестування на ВІЛ та участі в програмах профілактики.



Личное здоровье не обходишь стороной, как говорится. Мне не безразлично. Все хотят жить. Какая бы жизнь ни была, но жить-то хочется...

Д-10, колишній клієнт, чоловік, 53 роки, м. Дніпро



Сейчас я даже убежден, стопроцентно: нужно тестироваться. И для себя, и для окружающих. Но в первую очередь себя нужно любить, как я понял. Потому что когда не любишь себя, то в разрушения такие попадаешь...

Ч-5, не клієнт, чоловік, 33 роки, м. Черкаси

3.3.3. МОЖЛИВІСТЬ ОТРИМАТИ ШИРОКИЙ СПЕКТР ПОСЛУГ В НУО ТА ПІДТРИМКА ФАХІВЦІВ

У науковій літературі програми зменшення шкоди більшість авторів визначали як фасилітатори тестування на ВІЛ серед ЛВІН. Зокрема, одне лише інформування не сприяє підвищенню рівня охопленості тестуванням на ВІЛ в цій групі, тоді як комплексний підхід (напр., інформування, консультування, отримання безкоштовних медичних послуг, шприців та презервативів) був ефективним. В низці публікацій описана ефективність програм замісної терапії щодо підвищення рівня охопленості тестуванням і особливо утримання ЛВІН у програмах лікування. Однак, як свідчать результати досліджень, збільшення кількості тестувань на базі НУО та виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції інколи не приводило до збільшення кількості ЛЖВ, які потім звернулися до медичних закладів для постановки діагнозу або лікування (Ganju D., 2016; Jiang Z., 2018; King E.J., 2019; Solomon S.S., 2018; Cooley L.A., 2016; Gardner L.I., 2016; Simeone C.A., 2017).

Отже, **спектр запропонованих в НУО послуг** слід розглядати як дієвий фасилітатор до тестування. ЛВІН часто звертаються не за тестуванням, а за безкоштовними роздатковими матеріалами, спілкуванням і погоджуються на тестування після встановлення контакту з фахівцями.



Мне тут ребята дали шприцы, иглы, мы пообщались. Ну и я стал чаще к ним захаживать. Много чего полезного узнаешь там. Что-то тебе говорят, что-то ты. Сейчас я уже понимаю, что куда ходят многие люди, даже знакомых встречаю...

О-1, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Одеса

Респонденти особливо наголошували на необхідності додаткових послуг, які надає або може надавати НУО і які сприяють участі в програмах тестування на ВІЛ. Серед затребуваних серед ЛВІН послуг – **юридичні консультації, допомога з пошуком роботи, продуктивні пайки, групи взаємодопомоги для ЛВІН та їхніх близьких**. Для прикладу: ЛВІН із числа клієнтів НУО у Кривому Розі та Одесі мають можливість отримувати широкий спектр послуг з профілактики ВІЛ та допомоги ключовій групі загалом. Зокрема, це стосується і отримання юридичних консультацій, що переважно не розглядається НУО як першочергова послуга, але може бути корисна у разі необхідності призначення АРТ ЛВІН-ЛЖВ без документів.

Зменшення спектру пропозицій від НУО, зокрема відсутність додаткових послуг та консультацій щодо тестування на ВІЛ, знижує рівень зацікавленості клієнтів у користуванні послугами організацій. ЛВІН припиняють відвідувати НУО і переходять в категорію «колишніх» клієнтів. Так, у Черкасах, наприклад, респонденти говорять про обмеження кількості шприців, які видаються їм, та закриття співпраці з аптеками. А ЛВІН, які мешкають у Дніпрі, стверджують про неможливість отримати будь-які роздаткові матеріали, пропонується лише безпосередньо тестування на ВІЛ.

Наявність фінансової винагороди для ЛВІН підвищує рівень тестування на ВІЛ як за результатами аналізу літератури (напр., в США) (*Bassett I.V., 2015*), так і за результатами проведених інтерв'ю. Можливість отримати фінансову або матеріальну винагороду за проходження тестування в НУО відіграють важливу роль у мотивації звернення ЛВІН за цією послугою.



Я думаю, только так и нужно зазывать. Я же пришел впервые, конечно, ради денег...

Д-4, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро



А вы имеете в виду, что наркоманы это такой контингент, что дай любому пятьдесят рублей и он пойдет и даст, потому что пятьдесят рублей...



Да, наркоманов это только заинтересовать, допустим, какой-то копеейкой. А так ему на все все равно, понимаете, такие вот они сейчас...

КР-7, не клієнт, жінка, 45 років, м. Кривий Ріг

Частина респондентів зазначає, що саме гроші мотивують їх до тестування та участі у ВІЛ-сервісних проєктах. Фінансова винагорода за проходження тестування на ВІЛ є одним із способів «заробітку», коли грошей або взагалі немає, або недостатньо для придбання наркотиків.



Шприцами сегодня уже не заманишь. Это раньше их не было, а сейчас...

Ч-11, не клієнт, чоловік, 41 рік, м. Черкаси



Я, по большей части, пришел денег получить. Не хватало нам денег, мне говорят: «Пойди, протестируйся, там дают гривен шестьдесят...»

Д-4, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро

Якщо фінансова винагорода є єдиною причиною, чому ЛВІН звертаються за послугами тестування в НУО, завжди є ризик маніпуляцій. За словами респондентів, одна й та сама особа може тестуватися в двох різних організаціях задля отримання більшої кількості грошей або вигадувати досвід ризикованої поведінки, щоб протестуватися зайвий раз та отримати винагороду.

Іноколи респонденти ототожнювали отримання безпосередньо грошової компенсації та роздаткових матеріалів, оскільки обидва ці фактори безпосередньо або опосередковано сприяють покращенню їхнього матеріального становища. Наприклад, отримавши шприци в НУО, зникає необхідність витрачати власні кошти на їх придбання. **Отримання безкоштовних шприців та інших роздаткових матеріалів** для більшості респондентів було основним фактором звернення до НУО.



Честно говоря, пройти тестирование, конечно же, лучше. Ну а в основном шприцов возьмь, мази вот. Потому что у меня на ногах хоть и позаживало, но все равно... Вот этот Левомеколь... в аптеке он, оказывается, дороговато, как для меня. У меня все деньги уходят в основном на наркотики. То на сигареты и на всякое такое. Я сам себе даже не могу мази купить или бинта... А здесь попросишь – могут дать...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Велика кількість та зручне розміщення пунктів тестування, відсутність часових і матеріальних витрат на тестування є важливими його фасилітаторами. ЛВІН, які мешкають поряд з НУО, наголошували, що близьке розташування сайтів тестування є для них вирішальним фактором, оскільки є можливість у будь-який час звернутися за консультацією або роздатковими матеріалами.



...Это близко к дому, на самом деле. То есть не надо куда-то ехать, не надо в очередях ожидать...

О-1, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Одеса

Незручне територіальне розміщення організацій згадувалося у всіх чотирьох містах дослідження, у зв'язку з чим особливого значення в якості фасилітаторів тестування на ВІЛ набуває **діяльність мобільних пунктів тестування або мобільні амбулаторії**. У Кривому Розі та Одесі респонденти наголошували на важливості мобільних амбулаторій, а в Дніпрі розмірковували про доцільність такої програми для їхнього міста.



Если это будет мобильная типа лаборатория в виде автобуса какого-то, то вообще шикарно, по-моему. Опять же той же рекламой поинформировать людей, когда и где это будет находиться. А если их будет несколько – вообще красота...

О-6, не клієнт, чоловік, 32 роки, Одеса



...Это удобно для всех. Не надо куда-то ехать, в больницу там или в поликлинику, в очереди стоят...

КР-р, не клієнт, чоловік, 32 роки, Кривий Ріг

Крім матеріального заохочення та додаткових послуг, мотивуючим фактором для того, щоб прийти і протестуватися на ВІЛ, є **особиста комунікація з фахівцями НУО**. Під час інтерв'ю респонденти зазначали про важливість спілкування з соціальними працівниками і отримання від них інформації щодо ВІЛ та інших інфекційних захворювань.



Наверное, только доносить, рассказывать, чем это может быть чревато, если не лечиться...

Ч-9, не клієнт, чоловік, 41 рік, м. Черкаси



Общение... просто общение. Донесение, скажем так, вот этой информации...

Д-7, не клієнт, чоловік, 31 рік, м. Дніпро

Соціальний супровід у подальшому соціальних працівників часто відігравав ключову роль у бажанні ЛВІН стати на облік у центрі СНІДу, полегшував розуміння отриманої там інформації, почутих медичних термінів і допомагав сприймати ВІЛ-позитивний статус як хворобу, яка за умови лікування не є вироком на все життя.



Огромную роль играет то, что ты знаешь, в такой организации, как (назва організації), тебя не осудят, не будут шушукаться. С тобой поговорят, тебя успокоят, объяснят, как тебе быть дальше, куда идти, с тобой отправят человека...

О-2, поточний клієнт, жінка, 32 роки, м. Одеса



Со мной на связи была девочка, сотрудник организации. И она меня встретила там, провела к врачу и вместе со мной была все время, объясняла слова врача, то есть переводила всякие там медицинские термины на человеческий язык...

Д-2, поточний клієнт, жінка, 44 роки, м. Дніпро

3.3.4. ДОСВІД ІНШИХ КРАЇН ЩОДО ТЕСТУВАННЯ ЛВІН НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Крім проведених інтерв'ю, за результатами огляду літератури також було визначено низку підходів до тестування на ВІЛ, які визнано ефективними в інших країнах. Зазначені нижче інтервенції можуть розглядатися для впровадження в Україні за умови попереднього їх пілотування, оцінки та адаптації до локального контексту:

- Мобільне нагадування для забезпечення повернення ЛВІН за результатами тестування, що значно збільшило кількість звернень за послугою (Франція) (*Legoupil C., 2017*)
- Тестування на базі аптек було ефективним і недискримінуючим підходом, що дозволило залучити представників ключових груп, зокрема ЛВІН, до послуги (Нью-Йорк, США) (*Crawford N.D., 2016*)

- Призначення лікування в день підтверджуючого тесту на ВІЛ (*same-day ART*) визнано ефективним підходом для підвищення рівня охопленості тестуванням та формування прихильності до подальшого лікування, хоча й призвело до більшої кількості призначень АРТ (Нігерія) (*Ibiloye O., 2018*)
- ЛВІН, залучені до програми тестування та лікування (*Test & Treat*), мали більшу прихильність та з більшою вірогідністю залишалися в таких програмах у порівнянні з ЛВІН, яких просто протестували та переадресували на лікування (В'єтнам) (*Nguyen H.H., 2018*). Також даний підхід був визнаний як економічно ефективний серед ЛВІН (*Bernard C.L., 2017*), як і забезпечення медичного континууму послуг для ключових груп (*Lin F., 2016*). Разом з тим, встановлено, що тестування ЛВІН на наявність ВІЛ-інфекції частіше одного разу на рік не є економічно обґрунтованим (*Hutchinson A.B., 2016*)
- ЛВІН, протестовані на сайті, де наявна лише ця послуга, з меншою вірогідністю зверталися за лікуванням у разі позитивного результату тесту порівняно з представниками ключової групи, які пройшли тестування на сайті, де була можливість отримати також послуги з лікування (Індонезія) (*Januraga P.P., 2018*)
- Використання слинних тестів для ключових груп широко обговорюється у відповідній літературі (*Fernández-López L., 2016; Scognamiglio P., 2018*) для тестування в домашніх умовах (*Shahid S., 2016*) або на сайтах тестування (*Pascom A.R., 2016*), за винятком тих представників, які приймають доконтактну профілактику, оскільки Тенофовір впливає на результат слинного тесту
- Програма eHealth використовується в проєктах профілактики для нагадування, переадресації, залучення та інформування цільової групи, зокрема молодих її представників (*Takano A., 2016*)
- Наявність структурних інтервенцій, спрямованих на ЛВІН, є важливим для формування здорової поведінки, наприклад: мобілізація спільнот, розбудова їхнього потенціалу, зміна законодавства, інтервенції, спрямовані на мас-медіа, та інтервенції, спрямовані на соціальні детермінанти (*Sipe T.A., 2017*)
- За результатами огляду літератури, поліпшення каскаду лікування серед ключових груп можна досягти через впровадження інтервенцій, які враховують культуральні особливості та різні контексти (*Risher K., 2015*)

3.4. ШЛЯХИ ІНФОРМУВАННЯ

У ході дослідження в кожному місті спостерігалася різна поінформованість ЛВІН щодо діяльності НУО та можливих послуг, що надаються її фахівцями. У Черкасах ЛВІН виявилися ґрунтовно обізнаними щодо реалізації програм профілактики у своєму місті, а розуміння запропонованих організацією послуг було характерним навіть для ЛВІН, які не є клієнтами відповідних програм. Респонденти перераховували найрізноманітніші шляхи розповсюдження інформації від НУО (від друкованих матеріалів у центрах СНІДу та наркологічних диспансерів до каналу на YouTube) і запевняли, що інформація цілком досягає цільової аудиторії.



Я мог бы даже с вами поспорить. Вы не найдете никого, кто употребляет и не знает об этой организации. В Черкассах не найдете...

Ч-8, поточний клієнт, чоловік, 47 років, м. Черкаси

У Дніпрі, наприклад, респонденти нарікали на відсутність необхідної інформації щодо діяльності НУО та можливості отримати ту чи іншу послугу, пов'язану з профілактикою або тестуванням на ВІЛ. Загалом **організаційні можливості НУО, її вичерпна та доцільна діяльність з популяризації власної роботи та послуг, які пропонуються ЛВІН, сприяють збільшенню частки представників цільової групи, які звернуться за тестуванням.**

Респонденти неодноразово називали важливим напрямком покращення роботи НУО **інтенсифікацію розповсюдження інформації щодо діяльності організацій загалом та програм тестування зокрема.**



Мне кажется, просто нужно больше рекламы...

Д-7, не клієнт, чоловік, 31 рік, м. Дніпро

Розповсюдження інформації шляхом «рівний – рівному», тобто через інших ЛВІН, було названо більшістю респондентів найбільш привабливим способом отримання інформації. Переважно через наявність довірливих стосунків, уникнення осуду та використання зрозумілих слів на противагу спеціалізованим термінам. Саме через знайомих ЛВІН нинішні або колишні клієнти звернулися до НУО, відтак підхід «рівний – рівному» також сприяє підвищенню рівня охопленості тестуванням на ВІЛ. А деякі респонденти навіть пропонували свої послуги в розповсюдженні інформації та залученні інших ЛВІН до програм профілактики, вбачаючи у цьому певну «місію».



Где наркоманы в основном колются... где «банки» там. С одним поговорил, с другим, что-то рассказал тому, другому, и уже... Как в селе, на одной улице сказал, и всем наркоманам уже порассказали...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг



Я там встретил друга, он говорит: «Ты иди, там тебе объяснят, сможешь сдать и на гепатит, и на все другое, и все бесплатно...» Ну я согласился...

КР-10, поточний клієнт, чоловік, 52 роки, м. Кривий Ріг



И я тоже буду рекламировать, так сказать. Короче, волну подыму. У меня же есть такое в планах. Мне сестра сказала: «Давай, добрыми поступками перекрывай плохие... Ну вот, буду стараться, это тоже вариант...»

Ч-5, не клієнт, чоловік, 33 роки, м. Черкаси

Розповсюдження роздаткових інформаційних матеріалів (листівок, брошур тощо) від нинішніх або колишніх ЛВІН згадувалося респондентами як доцільний спосіб популяризації ідеї тестування на ВІЛ та реалізацію програм профілактики. Однак один із опитуваних звернув увагу на те, що інформація в таких матеріалах часто викладається мовою, яка є надто складною для сприйняття.



Мне кажется, лучше вот так, ну, чтобы люди стояли и бумажечки какие-то раздавали... Так лучше, когда ты как бы из рук в руки получил. Там прочитал, там посмотрел. Мне кажется, так – нормально...

КР-9, не клієнт, чоловік, 42 роки, м. Кривий Ріг

Респонденти згадували **зовнішню рекламу тестування та програм профілактики ВІЛ, яку пропонували розміщувати в потенційних місцях скупчення ЛВІН**, наприклад на зупинках, у громадському транспорті, на вокзалах, біля магазинів.



Даже на остановках можно. Вот даже у нас на базе, там много таких людей, которые употребляют, даже на воротах можно повесить объявление. Чтобы потом позвонил и узнал, куда подойти...

Д-4, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро



На вокзалах, как минимум, а еще в частном секторе, где много людей таких, скажем, мнительных. Так они где в основном? Возле АТБ, сейчас вот где этот «Красный камень». Как бы и не глушина, возле цивилизации близко, в основном там же все кучкуются...

Д-6, не клієнт, чоловік, 27 років, м. Дніпро

Часто як приклад розміщення зовнішньої реклами респонденти наводили об'яви або бігборди реабілітаційних центрів з інформацією про можливість пройти реабілітацію у разі наркотичної або алкогольної залежності.



Я думаю, даже вот эти самые ребцентры, где лечат от алкогольной и наркозависимости. Ну хотя бы вот такие стики на столбах...

Д-4, поточний клієнт, чоловік, 29 років, м. Дніпро

Бажаним шляхом інформування для деяких респондентів є також **зовнішня або у вигляді роздаткових матеріалів реклама в аптеках.**



В аптеке. Там, где покупают шприцы, салфетки и всякое разное... Мне кажется, именно в таком месте, прямо перед глазами где-то. Когда подходите к кассе, там блюдечко лежит, куда денежку кладут, а сверху стекло, и вот там чтоб оно было...

О-6, не клієнт, чоловік, 32 роки, м. Одеса

Використання онлайн-каналів для поширення інформації для ЛВІН молодшого або середнього віку було визначено респондентами як можливий канал інформування щодо програм профілактики ВІЛ. Через інтернет ЛВІН цих вікових категорій отримують затребувану інформацію, тому **спеціальні розсилки та програми профілактики, цільова реклама в Youtube або на ресурсах перегляду фільмів в якості рекламного блоку, телеграм-канали НУО** сприяють залученню ЛВІН.



Было бы, конечно, неплохо, чтобы как с рекламой. Когда на почту приходит там какое-то извещение. Неплохо, чтобы была какая-то организация узкой направленности, которая, если какие-то там новшества или интересные темы, присылала как рассылку. Потому что ездить постоянно времени нет...

О-2, поточний клієнт, жінка, 32 роки, м. Одеса



Вот нет у нас такого. Вот ты смотришь фильм, а тут бах – реклама! Или казино, или что-то еще. Или баннеры какие-то, обращайтесь, мол, по такому-то номеру, вам там могут помочь. Вот такого очень мало...

О-2, поточний клієнт, жінка, 32 роки, м. Одеса

Від одного із респондентів була пропозиція контактувати з молодшими ЛВІН через телеграм-канали аналогічно тому, як вони отримують наркотики: поряд з назвами таких каналів писати трафаретом назви телеграм-каналів НУО або інших організацій, які працюють з цільовою групою.

Серед додаткових каналів інформування респонденти також називали **місцеве телебачення**.



Конечно, желательно, чтобы еще канал какой-то был. Даже вот криворожский... Многие смотрят же и криворожский канал. Выделили бы там какие-то 15–20 минут...

КР-10, поточний клієнт, чоловік, 52 роки, м. Кривий Ріг

Незважаючи на наявність каналів та різних способів донесення інформації, ЛВІН наголошували на тому, що інформаційні повідомлення **мають фокусуватися на безкоштовному отриманні профілактичних послуг**.

ВИСНОВКИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За результатами нашого дослідження можна зробити висновок, що основними бар'єрами, які впливають на уникання ЛВІН послуг тестування на ВІЛ та участі у профілактичних програмах, є:

- 1.** Страх зазнати осудження, втратити соціальну мережу через ВІЛ-позитивний статус або оприлюднення інформації про вживання наркотиків внаслідок стигми та дискримінації ЛВІН та ЛЖВ (у суспільстві загалом, серед близьких людей та соціального оточення тощо).
- 2.** Небажання фігурувати у базах даних та ставати на будь-який облік через страх, спричинений нерозумінням відмінностей між анонімністю та конфіденційністю проходження тестування на ВІЛ.
- 3.** Викривлене сприйняття власного здоров'я і нерозвинута поведінка щодо турботи про свій стан.
- 4.** Упевненість ЛВІН у тому, що вони мінімізують власні ризики інфікування ВІЛ, наприклад, користуючись стерильним інструментарієм або контролюючи якість вживаних наркотиків.
- 5.** Попередній негативний досвід отримання послуг з тестування на ВІЛ (хибно-позитивний результат тесту, примусовість тестування у місцях позбавлення волі тощо).
- 6.** Попередній негативний досвід отримання медичних послуг загалом та недовіра до медичних працівників (вимагання хабарів тощо).
- 7.** Недостатня обізнаність ЛВІН щодо програми профілактики та тестування на ВІЛ і безкоштовність таких послуг.

8. Викривлені або фрагментарні знання про ВІЛ, зокрема зниження уваги ЛВІН щодо профілактики і тестування внаслідок активної популяризації ідеї «ВІЛ – це не вирок».
9. Часові витрати на тестування (очікування в чергах, тривалість тестування і консультування).
10. Незручне розташування сайтів тестування та пов'язані з цим транспортні витрати.

Основними фасилітаторами, які сприяють зверненню ЛВІН за тестуванням на ВІЛ та до програм профілактики, визначено:

1. Наявність соціальної підтримки від сім'ї та близьких.
2. Турбота про близьких (дітей, батьків, партнерів), відповідальність за них та прагнення мінімізувати їхні ризики, пов'язані з ВІЛ або вживанням наркотичних речовин, що призводить до більш дбайливого ставлення до власного здоров'я.
3. Усвідомлення потенційних та наявних ризиків сексуальних або ін'єкційних практик як загалом, так і після конкретних випадків.
4. Наявність широкого спектру послуг, які пропонуються в НУО, що сприяє утриманню клієнтів та проходженню тестування на ВІЛ, навіть якщо це не було першочерговою потребою.
5. Можливість отримати фінансову або матеріальну винагороду за проходження тестування.
6. Щільність та зручне розміщення сайтів тестування, що зменшує часові й грошові витрати на те, щоб дістатися до них (напр., мобільні амбулаторії).
7. Особиста комунікація з соціальними працівниками та налагодження тісного контакту з ними.
8. Організаційні можливості НУО та її діяльність з популяризації власної роботи і послуг, які пропонуються ЛВІН.

Комунікаційні кампанії з привернення уваги ЛВІН до тестування на ВІЛ мають акцентувати увагу на безкоштовності цієї послуги та реалізовуватися через:

- 1.** Поширення інформації шляхом «рівний – рівному» як в контексті донесення тих чи інших повідомлень, так і як спосіб залучення до НУО.
- 2.** Розповсюдження роздаткових інформаційних матеріалів від нинішніх або колишніх ЛВІН.
- 3.** Зовнішню рекламу тестування та програм профілактики ВІЛ у місцях скупчення ЛВІН за прикладом реабілітаційних центрів.
- 4.** Зовнішню або у вигляді роздаткових матеріалів рекламу в аптеках.
- 5.** Онлайн-канали поширення інформації (розсилки інформації про ВІЛ та програми профілактики, цільова реклама в Youtube, на ресурсах з перегляду фільмів в якості реклами, телеграм-канали НУО).
- 6.** Місцеве телебачення (реклама або новинні повідомлення).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

РЕКОМЕНДАЦІЯ 1.

Налагодження співпраці з Державною кримінально-виконавчою службою України та закладами пенітенціарної системи

Співпраця з Державною кримінально-виконавчою службою України, закладами пенітенціарної системи та організаціями, які займаються питаннями звільнення та ресоціалізації засуджених, які відбули термін покарання, може стати одним із дієвих способів залучення нових ЛВІН до програм профілактики, виявлення випадків ВІЛ-інфекції серед них та подальшого доведення до лікування. Робота НУО із закладами пенітенціарної системи є важливим і з огляду на те, що під час перебування в місцях позбавлення волі у ЛВІН є час і бажання дізнатися щось нове, читати та самовдосконалюватися. Крім того, потребує уваги й адвокація програм обміну шприців у закладах виконання покарань, яка уможливить мінімізацію ризиків інфікування ВІЛ серед ЛВІН із числа засуджених.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 2.

Використання онлайн-можливостей для надання ВІЛ-сервісів для ЛВІН

ЛВІН позитивно ставляться до отримання інформації та профілактичних послуг в онлайн-форматі. Особливо це актуально для осіб молодого та середнього віку ще й з огляду на збільшення питомої ваги продажів та реклами наркотичних речовин через інтернет. Вони можуть не ідентифікувати себе з цією ключовою групою, мати низький рівень відчуття особистого ризику щодо ВІЛ-інфекції та не прагнути отримати інформацію про профілактичні програми й безпечні ін'єкційні або сексуальні практики. Онлайн-послуги з профілактики ВІЛ, веб-аутріч (з використанням Телеграм, у Даркнеті та на інших ресурсах, які містять інформацію про збут наркотичних речовин) та присутність НУО в мережі інтернет мають базуватися на успішному досвіді інших країн, наприклад моніторинг та оцінка таких послуг для їх подальшого впровадження і адвокації, визначення критеріїв звітності та охоплення для донорських організацій (Veronese V., 2020). Перехід в онлайн-простір набуває особливої актуальності у контексті пандемії COVID-19.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 3.

Запровадження клієнт-центрованого підходу та налагодження співпраці з сімейними лікарями

ЛВІН описували складнощі в отриманні різних профілактичних і медичних послуг та відсутність можливості отримати їх в «єдиному» вікні. Клієнт-центрований підхід (*client-centered*) в профілактичних програмах є обмеженим, оскільки не всі клієнти проєктів замісної підтримувальної терапії зверталися за тестуванням або супроводом для отримання АРТ. Фокусування на клієнт-центрованому підході може допомогти залучити більшу кількість ЛВІН до профілактичних програм та значно покращити життєві обставини людей, скоротивши дистанцію в отриманні профілактичних і медичних послуг (*Pinto R.M., 2019*). Міжнародний досвід щодо спрощеної схеми призначення та отримання АРТ (*same-day ART*) (*Ibiloye O., 2018*) може бути апробований в Україні, особливо з огляду на побажання ЛВІН під час інтерв'ю спростити процедуру АРТ, пропонуючи розглянути можливість видачі ліків безпосередньо в НУО. Такі спрощення можуть допомогти подолати визначені у дослідженні бар'єри (напр., часові витрати, недовіра до медичних закладів та медичного персоналу). У даному контексті доречною також є співпраця з сімейними лікарями. Тісний контакт і довірливі стосунки з сімейним лікарем можуть мінімізувати попередній негативний досвід отримання медичних послуг, хабарництво або негативне ставлення персоналу через ВІЛ-статус чи вживання наркотиків. Просвітницька робота серед сімейних лікарів, інформування їх про наявні програми з профілактики та тестування на ВІЛ в регіонах і налагодження алгоритму співпраці з НУО підвищать лояльність ЛВІН до медичної системи та сприятимуть більшій готовності тестуватися на ВІЛ.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 4.

Налагодження співпраці з аптеками

Аптечна мережа може бути каналом поширення інформації щодо програм профілактики та тестування на ВІЛ, залучення нових клієнтів до профілактичних програм або безпосередньо сайтів тестування. Враховуючи попередній успішний досвід надання профілактичних послуг через аптеки (*Варбан М., 2011*) та наявну доказову базу важливості такого підходу (*Gauly J., 2019*), доцільно розглянути можливість поновлення співпраці з аптеками та фармацевтами.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 5.

Впровадження самотестування на ВІЛ серед ЛВІН

Самотестування, зокрема можливість безкоштовно отримати тести через онлайн-замовлення або в аптечній мережі, позитивно сприймалося респондентами нашого дослідження. Такий спосіб надання послуг має як

переваги, так і недоліки (Njai B., 2019), однак доцільно розглянути можливість впровадження такого підходу в комплексі з послугами консультування, соціального супроводу і підтримки ЛВІН для підтверджувального тесту та, у разі необхідності, постановки на облік в центрі СНІДу і призначення АРТ.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 6.

Робота з окремими категоріями ЛВІН (жінками, молоддю)

За результатами огляду літератури та проведених інтерв'ю, ЛВІН-жінки вірогідніше є фінансово залежними, не мають постійного доходу, зайняті у домашньому господарстві, турбуються про дітей, а «важливі» рішення приймають за участі чоловіка або партнера. Традиційний розподіл обов'язків може бути бар'єром до отримання жінкою медичних послуг, зокрема пов'язаних з ВІЛ, в достатньому обсязі. Наявність окремих гендерно-специфічних послуг для ЛВІН-жінки в програмах профілактики ВІЛ, які добре зарекомендували себе в світовій практиці (Remme M., 2014), і з огляду на те, що ЛВІН-жінки є більш уразливими до ВІЛ, ніж чоловіки тієї самої вікової групи (Azim T., 2015), така диверсифікація послуг дасть змогу задовольнити їхні специфічні потреби. Крім того, диверсифікація послуг може бути здійснена за віковою групою, зважаючи на особливості молодших за віком ЛВІН. Відсутність ідентифікації себе з ЛВІН та неусвідомлення власних ризиків щодо ВІЛ, страх розкриття приналежності до цієї ключової групи і стигматизація з боку оточуючих та бажання залишитися «непоміченим» зменшують імовірність звернення до НУО та проходження тестування на ВІЛ. Відтак реалізація ВІЛ-сервісних проєктів має враховувати ці особливості та відповідати потребам молодих ЛВІН (напр., використовуючи онлайн-ресурси, про які йшлося вище).

РЕКОМЕНДАЦІЯ 7.

Робота з ЛВІН через близьке оточення («значущий інший») та активізація груп взаємодопомоги для ЛВІН та їхніх сімей

Соціальна підтримка близького оточення та інших ЛВІН, а також турбота про їхнє здоров'я та прагнення мінімізувати їхні ризики від власного вживання наркотиків або можливого позитивного ВІЛ-статусу сприяють тестуванню на ВІЛ. Це може бути використано як меседж у комунікаційних кампаніях, розробці окремих інтервенцій або в межах мотиваційного консультування ЛВІН. Крім того, ЛВІН озвучували потребу спілкування з людьми, які опинилися у подібних життєвих обставинах, тому доцільно розширювати та покращувати інформування про вже існуючі групи взаємодопомоги. Залучення до них близького оточення ЛВІН не лише сприятиме підтримці, а й дозволить мінімізувати стигматизацію з боку сім'ї через страх перед ВІЛ або недостатню інформацію щодо захворювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

3. **Alves Guimarães R. (2017).** HIV Testing in Non-Injection Drug Users: Prevalence and Associated Factors. *Jpn J Infect Dis*, 70 (3), 340–346.
4. **An Q. (2017).** Estimated HIV Inter-test Interval Among People at High Risk for HIV Infection in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 355–362.
5. **Azim T. (2015).** Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy*, 1, 16–21.
6. **Baral S. (2013).** Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, 13 (482).
7. **Bassett I.V. (2015).** Financial incentives to improve progression through the HIV treatment cascade. *Curr Opin HIV AIDS*, 10 (6), 451–463.
8. **Bazazi A.R. (2018).** HIV Testing and awareness of HIV status among people who inject drugs in greater Kuala Lumpur, Malaysia. *AIDS Care*, 30 (1), 59–64.
9. **Bernard C.L. (2017).** Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: A model-based analysis. *PLoS Med*, 14 (5).
10. **Biancarelli D.L. (2019).** Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend*. 2019 May 1; 198: 80–86. *Drug Alcohol Depend*, 198, 80–86.
11. **Cooley L.A. (2016).** Low HIV testing among persons who inject drugs- National HIV Behavioral Surveillance, 20 U.S. cities, 2012. *Drug Alcohol Depend*, 165, 270–274.
12. **Crawford N.D. (2016).** Pharmacy Intervention to Improve HIV Testing Uptake Using a Comprehensive Health Screening Approach. *Public Health Rep*, 131 (1), 139–146.
13. **Croxford S. (2018).** Linkage to HIV care following diagnosis in the WHO European Region: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *PLoS One*, 13 (2).

14. **DeBeck K. (2017).** HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*, 4 (8), 357–374.
15. **Dunn M. (2016).** Do performance and image enhancing drug users in regional Queensland experience difficulty accessing health services? *Drug Alcohol Rev*, 35 (4), 377–382.
16. **Feng L.Y. (2019).** HIV risk and the association with accessibility coverage to medical facilities and socioeconomic status among heroin users in Kaohsiung, Taiwan (2011–2015): A GIS approach. *Kaohsiung J Med Sci*, 56–62.
17. **Fernández-López L. (2016).** Implementation of rapid HIV and HCV testing within harm reduction programmes for people who inject drugs: a pilot study. *AIDS Care*, 28 (6), 712–716.
18. **Ganju D. (2016).** Factors associated with HIV testing among male injecting drug users: findings from a cross-sectional behavioural and biological survey in Manipur and Nagaland, India. *Harm Reduct J*, 13 (1), 21.
19. **Gardner L.I. (2016).** Faster entry into HIV care among HIV-infected drug users who had been in drug-use treatment programs. *Drug Alcohol Depend*, 165, 15–21.
20. **Gauly J. (2019).** Pharmacy-based sexual health services: a systematic review of experiences and attitudes of pharmacy users and pharmacy staff. *Sexually Transmitted Infections*, 95, 488–495.
21. **Hutchinson A.B. (2016).** Cost-Effectiveness of Frequent HIV Testing of High-Risk Populations in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 71(3), 323–330.
22. **Ibiloye O. (2018).** Characteristics and early clinical outcomes of key populations attending comprehensive community-based HIV care: Experiences from Nasarawa State, Nigeria. *PLoS One*, 13 (12).
23. **Idrisov B. (2017).** Role of substance use in HIV care cascade outcomes among people who inject drugs in Russia. *Addiction science & clinical practice*, 12 (1), 30.
24. **Iversen J. (2015).** HIV, HCV, and Health-Related Harms Among Women Who Inject Drugs: Implications for Prevention and Treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 69, 176–181.
25. **Jamshidimanesh M. (2017).** Perceptions of Iranian Female Drug Users Toward HIV Testing: A Qualitative Content Analysis. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 16 (6), 555–561.
26. **Januraga P.P. (2018).** The cascade of HIV care among key populations in Indonesia: a prospective cohort study. *Lancet HIV*, 5, 560–68.

27. **Jiang Z. (2018).** HIV test uptake and related factors amongst heterosexual drug users in Shandong province, China. *PLoS One*, 13 (10).
28. **King E.J. (2016).** 'If she is a good woman ...' and 'to be a real man ...': gender, risk and access to HIV services among key populations in Tajikistan. *Cult Health Sex*, 18 (4), 422–434.
29. **King E.J. (2019).** HIV testing among people who inject drugs in Ivanovo and Novosibirsk, Russia. *Cent Eur J Public Health*, 27 (1), 50–53.
30. **Kiriazova T. (2017).** «It is easier for me to shoot up»: stigma, abandonment, and why HIV-positive drug users in Russia fail to link to HIV care. *AIDS Care*, 29 (5), 559–563.
31. **Lambdin B.H. (2017).** Associations of criminal justice and substance use treatment involvement with HIV/HCV testing and the HIV treatment cascade among people who use drugs in Oakland, California. *Addict Sci Clin Pract*, 12 (1), 13.
32. **Lan C.W. (2018).** Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. *Drug Alcohol Rev*, 37 (3), 333–339.
33. **Legoupil C. (2017).** Out-of-Hospital screening for HIV, HBV, HCV and Syphilis in a vulnerable population, a public health challenge. *AIDS Care*, 29 (6), 686–688.
34. **Lin F. (2016).** Cost Effectiveness of HIV Prevention Interventions in the U.S. *Am J Prev Med*, 50 (6), 699–708.
35. **Metsch L. (2015).** HIV Testing, Care, and Treatment Among Women Who Use Drugs From a Global Perspective: Progress and Challenges. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 69, 162–168.
36. **Mlunde L.B. (2016).** Correlates of health care seeking behaviour among people who inject drugs in Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Drug Policy*, 66–73.
37. **Nguyen H.H. (2018).** A prospective «test-and-treat» demonstration project among people who inject drugs in Vietnam. *J Int AIDS Soc*, 27 (1).
38. **Njau B. (2019).** A systematic review of qualitative evidence on factors enabling and deterring uptake of HIV self-testing in Africa. *BMC Public Health*, 19 (1), 1289.
39. **Ochonye B. (2019).** Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. *BMC Health Serv Res*, 19 (856).
40. **Paquette C.E. (2018).** Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs. *Int J Drug Policy*, 57, 104–110.

41. **Pascom A.R. (2016).** Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. *Bull World Health Organ*, 94 (8), 626–630.
42. **PHC (2020).** HIV-infection in Ukraine. *Information bulletin*, 51. Отримано з https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020_EN.pdf
43. **Pilgrim N. (2019).** Quality of care and HIV service utilization among key populations in Zambia: a qualitative comparative analysis among female sex workers, men who have sex with men and people who use drugs. *AIDS Care*, 460–464.
44. **Pinto R.M. (2019).** A client-centered relational framework on barriers to the integration of HIV and substance use services: a systematic review. *Harm Reduct J*, 16 (1), 71.
45. **Pope C. (2006).** *Qualitative methods in health research*. Blackwell Publishing.
46. **Remme M. (2014).** The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc*, 17 (1), 19228.
47. **Risher K. (2015).** HIV treatment cascade in MSM, people who inject drugs, and sex workers. *Curr Opin HIV AIDS*, 10 (6), 420–429.
48. **Rosenkranz M. (2016).** Assessment of health services for people who use drugs in Central Asia: findings of a quantitative survey in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Harm Reduct J*.
49. **Rosińska M. (2016).** Relating HIV testing patterns in Poland to risky and protective behaviour. *AIDS Care*, 423–431.
50. **Ryan S. (2017).** Do we all agree what «good health care» looks like? Views from those who are «seldom heard» in health research, policy and service improvement. *Health Expect*, 20 (5), 878-885.
51. **Scognamiglio P. (2018).** HIV rapid testing in community and outreach sites: results of a nationwide demonstration project in Italy. *BMC Public Health*, 18 (748).
52. **Shahid S. (2016).** Expanding access to HIV testing and counseling and exploring vulnerabilities among spouses of HIV-positive men who inject drugs in Pakistan. *Curr Opin HIV AIDS*, 11 (1), 6–12.
53. **Shokoohi M. (2016).** Low HIV testing rate and its correlates among men who inject drugs in Iran. *International Journal of Drug Policy*, 32, 64–69.
54. **Simeone C.A. (2017).** Implementing HIV Testing in Substance Use Treatment Programs: A Systematic Review. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 199–215.

55. **Sipe T.A. (2017).** Structural Interventions in HIV Prevention: A Taxonomy and Descriptive Systematic Review. *AIDS Behav*, 21 (12), 3366–3430.
56. **Solomon S.S.** (4-7 March 2018 r.). Impact of service integration on HIV testing uptake among key populations in India. Boston,, Massachusetts, USA.
57. **Takano A. (2016).** The potential of e-Health for treatment and prevention for drug dependence process of development and revision of web-based relapse prevention program «e-SMARPP». *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 51 (6), 382–392.
58. **Tempalski B. (2019).** Identifying Which Place Characteristics are Associated with the Odds of Recent HIV Testing in a Large Sample of People Who Inject Drugs in 19 US Metropolitan Areas. *AIDS Behav*, 23 (2), 318–335.
59. **US Naional Library of Medicine (2019).** *Stigma, Risk Behaviors and Health Care Among HIV-infected Russian People Who Inject Drugs (SCRIPT)*. Отримано з ClinicalTrials.gov: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03695393>
60. **Veronese V. (2020).** Using Digital Communication Technology to Increase HIV Testing Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Internet Res*, 22 (7).
61. **Білак-Лук'янчук О. (2017).** Огляд міжнародного і національного законодавства та політик. *Економіка і право охорони здоров'я*, 2 (6), 20–27.
62. **Варбан М. (2011).** Профілактика ВІЧ-інфекції на базі аптек: на пути к универсальному доступу. Методические рекомендации. Киев: МБФ «Международный Альянс по ВІЧ/СПІД в Украине».
63. **Середа Ю. (2020).** Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. Київ.
64. **Слабкий Г.О. (2017).** Характеристика впливу антиретровірусної терапії на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Закарпатській області та забезпечення населення консультуванням і тестуванням на ВІЛ. *Україна. Здоров'я нації*, 4 (1), 130–136.
65. **Томилко О. (2018).** Консультування і тестування на ВІЛ – один з ключових напрямків програмних заходів у Чернігівській області. *Український журнал медицини, біології та спорту*, 3 (12), 145–150.
66. **Ярошенко А.О. (2017).** Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я».

ДОДАТОК 1.

ПЕРЕЛІК ВІДБРАНИХ ДЖЕРЕЛ У МЕЖАХ КАБІНЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
1	Expanding access to HIV testing and counseling and exploring vulnerabilities among spouses of HIV-positive men who inject drugs in Pakistan	Shahid S., et al.	2016	Pakistan	spouses of HIV-positive men who inject drugs	IBBS, quant
2	Assessment of oral fluid HIV test performance in an HIV pre exposure prophylaxis trial in Bangkok, Thailand	Suntharasa-mai P., et al.	2015	Thailand	people who inject drugs	Randomized, double-blind, placebo-controlled trial, quant
3	HIV rapid testing in community and outreach sites: results of a nationwide demonstration project in Italy	Scognami-glio P., et al.	2016	Italy	drug users, migrants	Descriptive, quant
4	Integrated HIV testing, prevention, and treatment intervention for key populations in India: a cluster-randomised trial	Oldenburg C.E., et al.	2019	India	people who inject drugs, men who have sex with men	Cluster-randomised trial, quant
5	The potential of e-Health for treatment and prevention for drug dependence process of development and revision of web-based relapse prevention program «e-SMARPP»	Takano A., et al.	2016	Japan	drug users	Descriptive, quant

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
6	Evaluating the effect of HIV prevention strategies on uptake of HIV counselling and testing among male most-at-risk-populations in Nigeria; a cross-sectional analysis	Adebajo S., et al.	2015	Nigeria	most-at-risk-populations	Cross-sectional analysis, quant
7	HIV prevention intervention for substance users: a review of the literature	Elkbuli A., et al.	2019	Global review	substance users	Sys review
8	Implementation of rapid HIV and HCV testing within harm reduction programmes for people who inject drugs: a pilot study	Fernandez-Lopez L., et al.	2016	Spain	people who inject drugs	Pilot study
9	Repeat Human Immunodeficiency Virus Testing by Transmission Risk Group and Rurality of Residence in North Carolina	Billock R.M., et al.	2018	USA	Risk groups	Quant
10	Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil	Pascom A.R., et al.	2016	Brazil	key populations	Descriptive, quant
11	Correlates of health care seeking behaviour among people who inject drugs in Dar es Salaam, Tanzania	Mlunde L.B., et al.	2016	Tanzania	people who inject drugs	Quant
12	Relating HIV testing patterns in Poland to risky and protective behaviour	Rosinska M., et al.	2015	Poland	men who have sex with men, people who inject drugs	Quant
13	Do we all agree what «good health care» looks like? Views from those who are «seldom heard» in health research, policy and service improvement	Ryan S., et al.	2017	UK	illegal drug users, travellers, migrant workers, young men and learning disabled people	Qualit

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
14	Assessment of health services for people who use drugs in Central Asia: findings of a quantitative survey in Kazakhstan and Kyrgyzstan	Rosenkranz M., et al.	2016	Kazakhstan and Kyrgyzstan	people who use drugs	Quant
15	Out-of-Hospital screening for HIV, HBV, HCV and Syphilis in a vulnerable populations, a public health challenge	Legoupil C., et al.	2017	France	vulnerable populations (rug users, sex workers and homeless people)	Quant
16	HIV, HCV, and Health-Related Harms Among Women Who Inject Drugs: Implications for Prevention and Treatment	Iversen J., et al.	2015	Global	Women Who Inject Drugs	Sys review
17	Perceptions of Iranian Female Drug Users Toward HIV Testing: A Qualitative Content Analysis	Jamshidimanesh M., et al.	2017	Iran	women with substance use disorders	Qualit
18	Role of substance use in HIV care cascade outcomes among people who inject drugs in Russia	Idrisov B., et al.	2017	Russia	people who inject drugs	Quant
19	Factors associated with HIV testing among male injecting drug users: findings from a cross-sectional behavioural and biological survey in Manipur and Nagaland, India	Ganju D., et al.	2016	India	male injecting drug users	Quant, cross-sectional IBBS
20	HIV test uptake and related factors amongst heterosexual drug users in Shandong province, China	Jiang Z., et al.	2018	China	heterosexual drug users	Quant

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
21	HIV testing among people who inject drugs in Ivanovo and Novosibirsk, Russia	King,E.J., et al.	2019	Russia	people who inject drugs	Quant
22	Healthcare avoidance by people who inject drugs in Bangkok, Thailand	Heath A.J., et al.	2016	Thailand	people who inject drugs	Quant
23	Estimated HIV Inter-test Interval Among People at High Risk for HIV Infection in the U.S.	An Q., et al.	2017	USA	People at High Risk for HIV Infection	Quant
24	HIV Testing in Non-Injection Drug Users: Prevalence and Associated Factors	Alves Guimaraes R., et al.	2017	Brazil	non-injection drug users (NIDU)	Quant
25	Linkage to HIV care following diagnosis in the WHO European Region: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017	Croxford S., et al	2018	Global	Different sub-populations, including key populations	Sys review and meta-analysis
26	'If she is a good woman ...' and 'to be a real man ...': gender, risk and access to HIV services among key populations in Tajikistan	King E.J., et al.	2016	Tajikistan	key populations	Qualit
27	Low HIV testing rate and its correlates among men who inject drugs in Iran	Shokoohi M., et al.	2016	Iran	men who inject drugs	Quant
28	Identifying Which Place Characteristics are Associated with the Odds of Recent HIV Testing in a Large Sample of People Who Inject Drugs in 19 US Metropolitan Areas	Tempalski B., et al.	2019	USA	People Who Inject Drugs	Quant

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
29	Financial incentives to improve progression through the HIV treatment cascade	Bassett I.V., et al.	2015	USA	Key populations, including drug users	Sys review
30	Pharmacy Intervention to Improve HIV Testing Uptake Using a Comprehensive Health Screening Approach	Crawford N.D., et al.	2016	USA	Injection drug users	Quant
31	Faster entry into HIV care among HIV-infected drug users who had been in drug-use treatment programs	Gardner L.I., et al.	2016	USA	HIV-infected drug users	Randomized trial, Quant
32	Integrated opioid substitution therapy and HIV care: a qualitative systematic review and synthesis of client and provider experiences	Guise A., et al.	2017	Global	People who use drugs	Sys review
33	Implementing HIV Testing in Substance Use Treatment Programs: A Systematic Review	Simeone C.A., et al.	2017	Global	People who use drugs	Sys review
34	Associations of criminal justice and substance use treatment involvement with HIV/HCV testing and the HIV treatment cascade among people who use drugs in Oakland, California	Lambdin B.H., et al.	2017	USA	people who use drugs	Quant
35	Low HIV testing among persons who inject drugs-National HIV Behavioral Surveillance, 20 U.S. cities, 2012	Cooley L.A., et al.	2012	USA	persons who inject drugs	Quant

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
36	Depressive Symptoms at HIV Testing and Two-Year All-Cause Mortality Among Men Who Inject Drugs in Vietnam	Levintow S.N., et al.	2019	Vietnam	Men Who Inject Drugs	Quant
37	Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs	Paquette C.E., et al.	2018	USA	people who inject drugs	Quant
38	Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria	Ochonye B., et al.	2019	Nigeria	key populations	Mixed-methods
39	Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings	Biancarelli D.L., et al.	2019	USA	people who inject drugs	Qualit
40	«It is easier for me to shoot up»: stigma, abandonment, and why HIV-positive drug users in Russia fail to link to HIV care	Kiriazova T., et al.	2017	Russia	HIV-positive drug users	Qualit
41	Predictors of health care workers' support for discriminatory treatment and care of people who inject drugs	Brener L., et al.	2019	Australia	people who inject drugs	Quant, survey
42	Do performance and image enhancing drug users in regional Queensland experience difficulty accessing health services?	Dunn M., et al.	2016	Australia	drug users	Qualit
43	Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam	Lan C.W., et al.	2018	Vietnam	people who inject drugs	Cross-sectional study, Quant

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
44	Expanding conceptualizations of harm reduction: results from a qualitative community-based participatory research study with people who inject drugs	Boucher L.M., et al.	2017	Canada	people who inject drugs	Community-based participatory research study, qualit
45	HIV Testing and awareness of HIV status among people who inject drugs in greater Kuala Lumpur, Malaysia	Bazazi A.R., et al.	2018	Malaysia	people who inject drugs	Quant, RDS
46	Using the Lifeworld Approach to Improve HIV Testing	Wurm M., et al.	2019	Germany	Gropu risks	Quant
47	HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review	DeBeck K., et al.	2017	Global	people who inject drugs	Sys review
48	Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: A model-based analysis	Bernard C.L., et al.	2017	USA	people who inject drugs	Quant
49	Cost-effectiveness of HIV screening in high-income countries: A systematic review	Bert F., et al.	2018	Global	General population, key populations	Sys review
50	Cost-Effectiveness of Frequent HIV Testing of High-Risk Populations in the United States	Hutchinson A.B., et al.	2016	USA	High-Risk Populations	Sys review
51	Cost Effectiveness of HIV Prevention Interventions in the U.S.	Lin F., et al.	2016	USA	men who have sex with men, injection drug users, and sexually active heterosexuals	Quant

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
52	HIV risk and the association with accessibility coverage to medical facilities and socioeconomic status among heroin users in Kaohsiung, Taiwan (2011-2015): A GIS approach	Feng L.Y., et al.	2019	Taiwan	heroin users	Quant
53	Characteristics and early clinical outcomes of key populations attending comprehensive community-based HIV care: Experiences from Nasarawa State, Nigeria	Ibiloye O., et al.	2018	Nigeria	key populations	Quant
54	A prospective «test-and-treat» demonstration project among people who inject drugs in Vietnam	Nguyen H.H., et al.	2018	Vietnam	people who inject drugs	Quant
55	Impact of service integration on HIV testing uptake among key populations in India	Solomon S.S., et al.	2018	India	People who inject drugs, men who have sex with men	Quant
56	Structural Interventions in HIV Prevention: A Taxonomy and Descriptive Systematic Review	Sipe T.A., et al.	2017	USA	Key populations	Sys review
57	HIV treatment cascade in MSM, people who inject drugs, and sex workers	Risher K., et al.	2015	Global	MSM, people who inject drugs, and sex workers	Review
58	Quality of care and HIV service utilization among key populations in Zambia: a qualitative comparative analysis among female sex workers, men who have sex with men and people who use drugs	Pilgrim N., et al.	2019	Zambia	female sex workers, men who have sex with men and people who use drugs	Qualit

№	Назва	Автори	Рік	Країна	Вибірка	Методологія
59	Risk Behaviors and Health Care Among HIV-infected Russian People Who Inject Drugs	US National Library of Medicine	2018	Russia	People Who Inject Drugs	Quant
60	HIV Testing, Care, and Treatment Among Women Who Use Drugs From a Global Perspective: Progress and Challenges	Metsch L, et al.	2015	Argentina, Vietnam, Australia, Ukraine, and the United States	Women Who Use Drugs	Sys review
61	Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням ґендерно-чутливого підходу	Ярошенко А.О. та ін.	2017	Україна	Ключові групи	Навч. посібник НА
62	Характеристика впливу антиретровірусної терапії на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Закарпатській області та забезпечення населення консультуванням і тестуванням на ВІЛ	Слабкий Г.О. та ін.	2017	Україна	Ключові групи	Кількісні методи
63	Огляд міжнародного і національного законодавства та політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	Білак В. Й. та ін.	2017	Україна	Ключові групи, ЛЖВ	Огляд
64	Консультування і тестування на ВІЛ – один з ключових напрямків програмних заходів у Чернігівській області	Томилко О.А. та ін.	2018	Україна	Ключові групи	Огляд

ДОДАТОК 2.

ПРОФАЙЛ РЕСПОНДЕНТІВ ЯКІСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Ніколи не звертались в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	37	?	Д-1	Не одружений, працює на будівництві, отримує 500 грн в день. Вживає метадон з 14 років. Не хоче проходити тест на ВІЛ
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз (поточний клієнт)	Жінка	44	+	Д-2	Розлучена, живе зі співмешканцем, є син, 20 років, живе з батьками респондентки. Працює дворником, отримує 5000 на місяць (загальний дохід домогосподарства разом зі співмешканцем – 10 000 грн). Вживає ширку з 20 років з перервами
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз (поточний клієнт)	Чоловік	29	-	Д-4	Не одружений, зростав в інтернаті, нещодавно знайшов матір, яка привчила до наркотиків. Мати нещодавно померла від передозування, є дві доньки і колишня дружина, які живуть в іншому місті. Працює на продуктивній базі вантажником. Вживає вінт – 3 роки нюхає, останній рік вживає ін'єкційно. Закінчив технікум та училище, заробляє близько 500 грн в день
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	58	-	Д-5	Наркотичні речовини вживає з 1979 року, а з 1982 – ін'єкційні. Були перерви у вживанні. Є мати, батько, син, онуки, племінники. Дружина є, але живуть окремо. Діти знають про вживання наркотиків, допомагають. Сидів у в'язниці кілька строків. Періодично працює на будівництві, встановленні вікон. Дохід – 7-8 тис. грн. Вживає наркотики (опіум) час від часу – один раз у кілька днів

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	27	–	Д-6	Дружина, двоє дітей дружини, зараз чекають на народження спільної дитини, є мати. Автослюсар, працює на СТО. Народився в Марганці, вже три роки живе в Дніпрі. Є тюремний досвід. Дохід – до 15 тис. Освіта незакінчена вища (вчився в медичному університеті). Вживає опіум 8 років, зараз – один раз в місяць – один раз в 2 міс.
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	31	?	Д-7	Вища освіта, довго працював барменом, там почав вживати наркотичні речовини, одружений, є син. З 23 років вживає ін'єкційні наркотики (основний – первітин). Періодично робить перерви. Живе в Запоріжжі, але останні півроку – на реабілітації в Дніпрі. Однак продовжує вживати приблизно один раз у два тижні. Зараз працює в сфері озеленення (стрижуть газони) разом з іншими клієнтами реабілітаційного центру, заробляє 6–7 тис грн.
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	41	–	Д-8	Одружений, але з дружиною не проживає, працює на будівництві, повна середня освіта, основний наркотик – «чорний», вживає 1–2 рази у тиждень
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	48	?	Д-9	Не одружений, працевлаштований офіційно, працює на сепараторному станку на продуктивній базі. Живе у гуртожитку, повна середня освіта. Основний наркотик – ширка, вживає тричі на день, стаж вживання – близько 15 років
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	53	+	Д-10	12 років тюремного досвіду, в т.ч. за продаж наркотиків, розлучений. Має двох дітей від першого і двох від другого шлюбу. Живе з другом, також ЛВІН (діти в інших містах і країнах), працює вантажником, освіта середня спеціальна. Вживає наркотики з 40 років, в основному – ширку
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	40	?	Д-11	Був одружений, офіційно влаштований працівником комунальної служби, повна середня спеціальна освіта, основний наркотик – ширка, стаж вживання – понад 17 років

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз (поточний клієнт)	Чоловік	49	+	КР-1	Одружений, постійного джерела доходу не має, основний наркотик – метадон, стаж вживання – понад 20 років
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	39	+	КР-4	Не одружений, постійного джерела доходу не має, підробляє, закінчив 8 класів, основний наркотик не відомий
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	33	-	КР-5	Не одружений, постійного джерела доходу не має, працює різноробочим, повна середня освіта, основний наркотик – амфетамін
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	32	?	КР-6	Ін'єкційні наркотики вживає з 2005 року, з перервами, реабілітаціями, сидінням у в'язниці. Основні наркотики: ширка, останнім часом – метадон. Вживає раз у кілька днів. Зараз стає на метадонову програму. Не працює. Співмешканка («цивільна дружина») нещодавно померла. У неї був ВІЛ, приймала відповідну терапію
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Жінка	45	+	КР-7	Зараз не заміжня, постійного джерела доходу не має, не працює, повна середня спеціальна освіта, основний наркотик – опіум, стаж вживання – понад 10 років
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Жінка	45	+	КР-8	Знімає кімнату в приватному будинку, доглядає за дідусем-власником, підробітку не має, вперше спробувала ін'єкційний наркотик за пропозицією сестри, загальний стаж вживання – близько 20 років, закінчила 9 класів, має дорослого усиновленого сина, почала знову вживати ін'єкційно після того, як залишилася сама – без сина і співмешканця

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	42	–	КР-9	Щоденно вживає ширку, іноді по 2–3 рази на день, вживає також алкоголь (багато), час від часу підробляє вантажником, постійної роботи не має. Живе з матиою і братом. Вживає з 2004 року – спочатку винт, а потім перейшов на ширку. Сидів у в'язниці кілька разів
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	52	–	КР-10	Вживає ще з радянських часів, розлучений. Живе з матір'ю і дочкою. Після в'язниці тимчасово підробляє сторожем. Дохід – 1000–1200 грн. Щоденно вживає ширку. Закінчив училище
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз (поточний клієнт)	Чоловік	40		КР-11	Вживає опіум (ширка). Останні два тижні – майже щодня. До того місяців 4–5 не вживав. Вживає з 2013–2014 рр. з перервами (коли перебував у в'язниці, намагався кинути). Живе з цивільною дружиною та її дорослими дітьми. Вони не знають про вживання. Постійного заробітку не має. Тимчасові підробітки
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	35	–	КР-12	Одружений, постійне місце роботи відсутнє, час від часу підробляє на будівництві або щось краде на ринку, постійного місця проживання не має, живе у знайомих, має освітній ступінь бакалавра, основний наркотик – ширка (коли є доступ – винт), стаж вживання – близько 19 років
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз (поточний клієнт)	Чоловік	29	–	О-1	Не одружений, має матір і сестру, живе окремо, працює на будівництві, заробляє близько 15 000 грн. Вживає небуфін (купує в аптеці) з 23 років
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і користуються зараз (поточний клієнт)	Жінка	32	+	О-2	Заміжня, має одну дитину, освіта вища, постійного джерела доходу не має, основним наркотиком був метадон, стаж вживання – 6 міс.

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	31	+	0-3	Одружений, має одну дитину, постійного джерела доходу не має, підробляє, неповна середня освіта (9 класів). Основний наркотик – бупрен, стаж вживання – понад 10 років
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Жінка	44	+	0-4	Виросла у дитбудинку, має чотирьох дітей, позбавлена материнських прав, безпритульна, не заміжня, джерела доходу не має, закінчила 9 класів. Вперше вжила наркотик ін'єкційно у дитбудинку у віці 10 років, стверджує, що мала перерву у вживанні наркотичних речовин у віці 20 років, основний наркотик – «аптека»
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Жінка	41	-	0-5	Перебуває у цивільному шлюбі, працює в супермаркеті продавцем-консультантом, дохід оцінює як середній, середня професійна освіта, основний наркотик – метадон, стаж вживання – понад 15 років
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	32	-	0-6	Електрик за спеціальністю, освіта середня спеціальна (морське училище), зараз безробітний, дохід – до 4 тис. у тиждень. Розлучений, має доньку 8 років, зараз живе з іншою дівчиною. Метадон вживає щодня, стаж вживання – 15 років.
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	51	+	0-7	Працює на стоянці, шукає ще одну роботу. Розлучений. Має матір і доньку, живуть окремо. Незакінчена вища освіта. Вживає наркотик з 1982 року з невеликими перервами. Зараз щодня приймає метадон, на який перейшов кілька останніх років
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	40	+	0-8	Працює на будівництві (кладає плитку), багато працює + пенсія за інвалідністю. Заробляє від 10 до 20 тис. Має сім'ю – дружину і дитину, приділяє вільний час їм, дорожить ними. Хороші стосунки з батьками. Вживає метадон ін'єкційно щодня. Стаж вживання – 20 років з перервами
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	50	-	0-9	Зараз не одружений, проживає з батьками, має доньку 25 років, підробляє у похоронній службі, дохід оцінює як невеликий, повна середня професійна освіта, основний наркотик – метадон, стаж вживання – 30 років

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	34	-	О-10	Не одружений, працює більш-менш постійно, вантажником-комплектувальником, середня освіта, основний наркотик – вуличний метадон, стаж вживання – близько трьох років
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і продовжують користуватися ними (поточний клієнт)	Чоловік	47	+	Ч-1	Розлучений, безробітний, проживає сам у квартирі, вища освіта, основний наркотик – метадон, вживає двічі на день, стаж споживання – близько 22 років
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	56	+	Ч-2	Ширку вживає з 1984 року. Має дружину, доньку, сестру. ВІЛ-статус з 1997 року. Не працює, періодично підробляє, раніше більше займався кримінальними справами, зараз здебільшого підробляє. Освіта середня спеціальна
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	44	+	Ч-3	Не одружений, постійного джерела доходу не має, безробітний, повна середня спеціальна освіта (ПТУ), основний наркотик – вуличний метадон, стаж вживання – понад 25 років
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	33	-	Ч-5	Вживає наркотики близько 10 років. Зараз перебуває на замісній терапії. Але один раз у два тижні чи один раз у тиждень вживає метадон ін'єкційно. Дохід – 7–8 тис. грн, працює дизайнером і майстром тату, освіта – середня спеціальна. З першою дружиною розлучений, друга (співмешканка) – померла, була ВІЛ-позитивною, зараз живе з дівчиною
Користувалися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, але протягом останніх 6 міс. відмовилися від подальшої участі (колишній клієнт)	Чоловік	37	-	Ч-6	Не одружений, офіційно влаштований охоронцем у фірмі, що займається будівництвом, повна середня освіта, основний наркотик – опіум, стаж вживання – понад 20 років

Категорія	Стать	Вік	ВІЛ-статус	Код	Профайл респондента
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Жінка	36	+	Ч-7	Заміжня, працює в магазині, дохід оцінює як маленький, повна середня спеціальна освіта, основний наркотик – метадон, стаж вживання – понад 15 років
Почали користуватися хоча б однією послугою з профілактики ВІЛ-інфекції, які надає НУО, протягом останніх 6 міс. і продовжують користуватися ними (поточний клієнт)	Чоловік	47	-	Ч-8	Працює охоронцем на стоянці, зарплатня мінімальна. Вживає ін'єкційні наркотики з 1990 року (але були перерви на період ув'язнень). Основний наркотик – ширка (опіум). Має сім'ю – дружину і двох дітей (донька 3-х років). Зараз вживає один раз у два тижні
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	41	+	Ч-9	Ін'єкційно вживає з 1994 року. За цей час 10 років відсидів у в'язниці (періодично). Починав з ширки, потім були амфітамін, первитин, героїн, метадон. Основний наркотик – ширка (опіум). Зараз – більше метадон або метадол та амфетамін. Вживає щодня. Закінчував ПТУ. Не працює – гроші отримує нелегальним шляхом (краде, видурює тощо). Розлучений, живе з батьками. ВІЛ-позитивний статус, терапію приймає з 2010 року
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Жінка	27	+	Ч-10	Живе з нареченим в орендованій квартирі, найближча людина – кума, стаж вживання наркотиків – п'ять років, не працює, закінчила школу, вперше спробувала наркотик після смерті свого хлопця, не брала участі у програмах профілактики та не знала про них, основний наркотик – метадон
Ніколи не зверталися в програми з профілактики ВІЛ-інфекції (не клієнт)	Чоловік	48	+	Ч-11	Не працює, одружений. Вживає з 1994 року опіати. Майже рік тому був черговий раз в реабілітаційному центрі, зараз вживає вуличний метадон один раз у три дні. ВІЛ-позитивний, приймає терапію з 2009 року. Освіта середня

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ:
БАР'ЄРИ ТА ФАСИЛІТАТОРИ ТЕСТУВАННЯ
НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ
ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ

Автори:

А. Токар (1)
А. Прохорова (1)
С. Артикуца (1)
О. Ковтун (2)

(1) Незалежний дослідник
(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Верстка:

Ірина Сухомлинова

Літературна редакція:

Валентина Божок



МБФ «Альянс громадського здоров'я»
вул. Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, Україна 01601
Тел.: (050) 403 23 38
E-mail: office@aph.org.ua

www.aph.org.ua

www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно

